

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第34回 社会医学研究会総会

講演集

社会医学研究会

特別号 1993

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第34回社会医学研究会総会

平成5年7月24日（土）、25日（日）

会場：関西地区大学セミナーハウス
神戸市北区道場町生野
（電話 078-985-4391）

メインテーマ

老人保健法10年—次の10年への展望—

昭和58年に老人保健法が施行され、ちょうど10年を経過しました。10年前今回と同じ会場にて開催された第24回社会医学研究会では、老人保健法の発足に伴い保健事業や地域医療の課題が議論されました。老人保健法は、その後、老人保健施設、老人訪問看護などの新たな制度を付け加え、地域の保健と医療を進めていくうえでもその重要性を増してきました。一方、市町村の保健事業の実績が高まるのと並行して、保健所の将来像についての論議が焦眉の課題になっています。10年を経た老人保健法と、それにもとづく実践の現状を様々な角度から分析し、今後の進むべき方向性についても議論ができればと期待しています。

実行委員会事務局

担当世話人 朝倉新太郎（大阪大学名誉教授）

大阪大学医学部公衆衛生学教室

〒565 大阪府吹田市山田丘2-2

電話 06-875-7456（直通） FAX 06-875-7458

1. 会場までの交通

(1) JR西日本宝塚線「三田駅」下車。そこから神戸電鉄バスまたは阪急バス（下表）にて、「平田」で下車し、東へ徒歩700m、約15分。三田からタクシー利用の場合は、約15分（料金は約1,900円）。

三田からのバス（3月18日現在）			
9:38	神戸電鉄バス	有馬町行き	10:00 阪急バス 宝塚行き
10:21	神戸電鉄バス	有馬町行き	11:55 神戸電鉄バス 有馬町行き

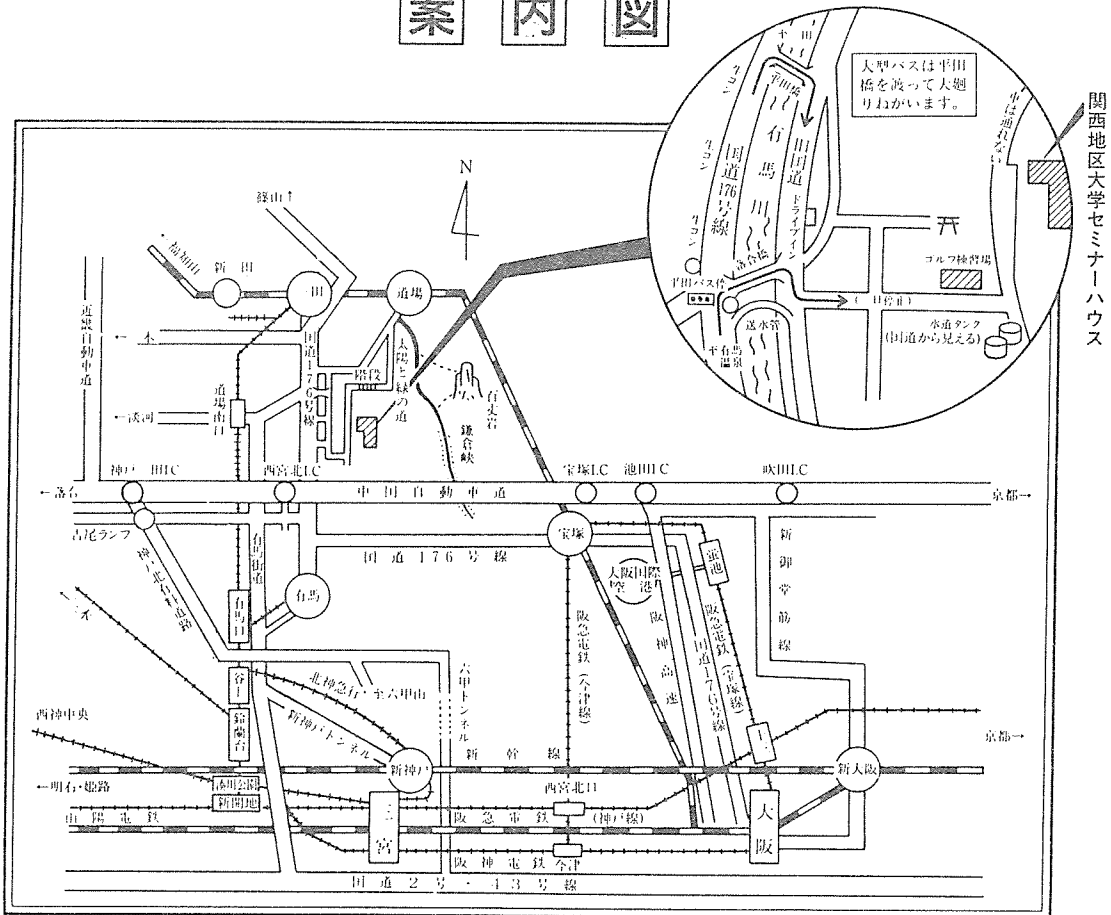
(2) JR西日本宝塚線「道場駅」下車。セミナーハウスのマイクロバスを利用。マイクロバスは、7月24日 午前11時より30分間隔位で、13時頃まで運行してもらう予定です。また25日の総会終了後もマイクロバスを運行してもらいます。

なお、道場駅から歩く場合は約2km、約30分（ただしハイキングコースですので雨天や夜間は避けること）。

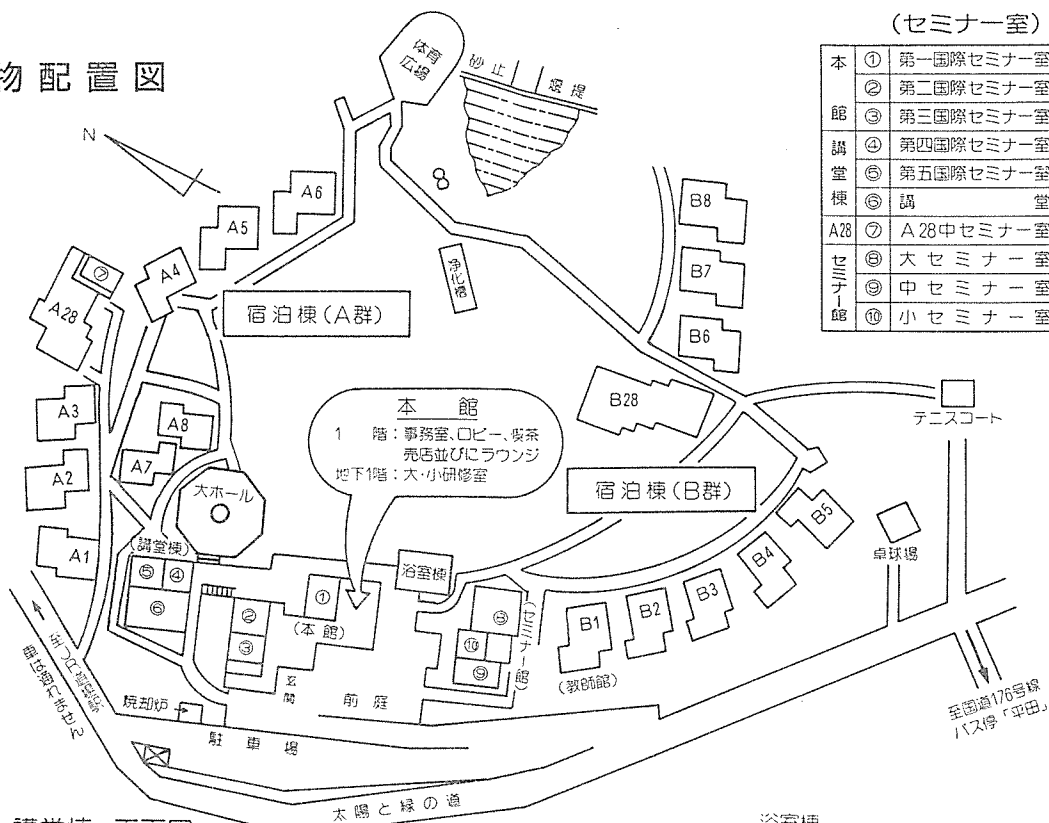
(3) 神戸電鉄「二郎駅」下車、約2km、徒歩30分。

(4) 車で来られる場合は、中国自動車道「西宮北インターチェンジ」より、国道176線を北へ5分（4km）です。

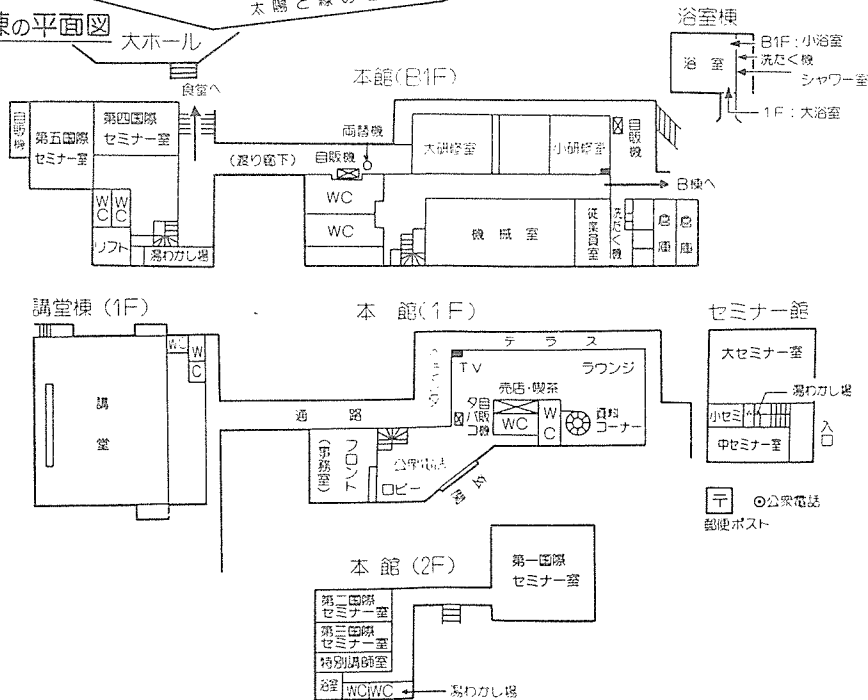
案内図



建物配置図



本館及び講堂棟の平面図



2. 参加受付

- (1) 7月24日（土）、午前11時より受付を行います。
- (2) 参加費3,000円（学生1,000円）は、事前に郵便振替で送金していただいていない場合、受付でお支払い願います。

3. 参加者の皆様へ

- (1) 今回は合宿形式で総会を行います。前頁に示した会場の配置図をご参照下さい。
- (2) 食事、入浴、宿泊棟などの会場の利用案内は当日行います。宿泊される方の各宿泊棟の割当ては、実行委員会事務局においてさせていただきたいと存じます。
なお、宿泊される方は、タオル、洗面用具、ねまき等ご用意いただくと便利です。
- (3) 会場附近にはセミナーハウスの食堂以外、レストラン等がありません。食堂の利用のためには事前の申し込みが必要です。事前に申込みされた方について、当日、事務局で食券を発行致します。
- (4) 7月24日、20時より本館2階の第1・2・3国際セミナー室にて、自由交流会を行います。どうぞ自由にご参加下さい。
- (5) 実行委員および事務局員は緑色の名札をつけています。何なりとご相談下さい。
- (6) 当日会員で、社会医学研究会にまだ入会されていない方は、入会を歓迎いたします。入会希望の方は、入会申込の手続をし年会費3,000円をお支払い下さい。

4. 一般演題発表者の方へ

- (1) 一般演題では、1演題あたり15分を配分しています。討論時間を5分以上とりたいと思いますので、発表は10分以内をお願い致します。時間を厳守下さい。
- (2) 発表は講演集をもとに行い、スライドは用いません。配付資料があれば200部ご準備いただき、当日、受付までお持ち下さい。
- (3) 会場内に「次演者席」を設けていますので、ひとつ前の演題発表が始まりましたらご着席下さい。
- (4) ご発表いただいた内容について機関誌「社会医学研究」の論文として改めて執筆を依頼することがありますので、その際はご協力下さい。

5. シンポジストの方へ

- (1) シンポジウムでの発表時間は、1 報告あたり20分を予定しています。スライドを利用される場合にはあらかじめ実行委員会事務局までご連絡いただき、事前に受付までお持ち下さい。
- (2) 追加資料を配付される方は、200部ご準備いただき、当日受付までお持ち下さい。
- (3) ご発表いただいた内容について、機関誌「社会医学研究」の論文として改めて執筆いただきたいと存じますのでよろしくお願い致します。

6. 座長の方へ

- (1) 一般演題発表には、一応、1 演題あたり15分をあてておりますが、実際の進行に当りましては、数題まとめて討論するなど、座長の判断でご変更下さってけっこうです。
- (2) 後日、担当された一般演題の内容とディスカッションのまとめをしていただき、「社医研レター」に掲載したいと存じますので、よろしくお願い致します。

1993年7月24日(土)

11:00

受け付け

昼 食

13:00

講堂 (第1会場)	大セミナー室 (第2会場)
<p>自由課題・「感染症の社会医学」関連演題 座長 千田 忠男 (同志社大学文学部) 丸山 創 (上二病院) 金田 治也 (尼崎市北保健所)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 公立学校教員の健康権保障について - 養護学校教員の健康管理経験から - 埴田 和史 (滋賀医科大学予防医学) 2. 土建健診で発見されたじん肺患者の2例とその問題点 藤井 正實 (東京社会医学研究センター) 3. 中高年齢者の結核新登録者にみる健康問題 高鳥毛敏雄 (大阪大学医学部公衆衛生) 4. 泉南ブロック結核新登録者実態調査から考える 中田 栄子 (大阪府泉大津保健所) 5. 結核集団感染事例からみた派遣会社従業員の検診体制 岡本まつ江 (大阪府四条畷保健所) 6. 保健所における母子感染の対応 淵 勲 (堺市宿院保健所) 7. HIV対策における保健所の役割 中瀬 克己 (神戸市灘保健所) 8. AIDS問題と保健医療福祉学の課題 牧野 忠康 (長野大学産業社会学部) 9. 「エイズ対策」のあり方についての提言 (第1次) 片平 洵彦 (東京医科歯科大学難治疾患研究所) 	<p>自由課題・「老人保健法・保健所活動」関連演題 座長 上島 弘嗣 (滋賀医科大学福祉保健医学) 南 好子 (滋賀県立短大看護部) 中西 範幸 (大阪大学医学部公衆衛生)</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. 歯周疾患に対する予防対策の効果について 福田 英輝 (大阪大学医学部公衆衛生) 11. 老人保健制度による財政調整影響額の経年推移 - 北海道市町村国保からの分析 岡本 悦司 (近畿大学医学部公衆衛生) 12. 聴覚障害者の受療権の保障について 北原 照代 (滋賀医科大学予防医学) 13. 受診率低下を克服する地域保健活動 上島 弘嗣 (滋賀医科大学福祉保健医学) 14. 農村部での調査を通してみた老人保健福祉計画策定 近藤 高明 (名古屋大学医学部公衆衛生) 15. 保健と福祉の連携の点からの地域リハビリテーション計画の策定を考える - 仙台市を事例として - 小澤 温 (国立リハビリテーションセンター研究所) 16. 病者を医す音楽 佐藤 孝雄 (兵庫県篠山保健所) 17. 長浜保健所管内におけるねたきり対策 嶋村 清志 (滋賀県長浜保健所) 18. 吹田保健所摂津支所での特定疾患患者への援助活動について 原田 正文 (大阪府吹田保健所摂津支所)

15:15

休 憩

15:30

講 堂 (第1会場)
<p>シンポジウム「感染症の社会医学」 座長 片平 洵彦 (東京医科歯科大学難治疾患研究所) 黒田 研二 (大阪大学医学部公衆衛生)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 富家恵海子 (「院内感染」「院内感染ふたたび」著者) 「MRSAをめぐる医療と社会の問題」 2. 五島真理為 (HIVと人権・情報センター、ホットライン代表) 「HIV感染者、AIDS患者への医療における対応の問題点」 3. 山口 亘 (大阪府立看護短期大学) 「あいりん地区の結核」 4. 西 三郎 (愛知みずほ大学人間科学部) 「『感染症の社会医学』の課題と方法」

17:30

夕食・入浴など

20:00

自由交流会 「地域保健を語る集い」	第1国際セミナー室 (世話人 中西 範幸、草野 文嗣)
「感染症の社会医学を語る集い」	第2国際セミナー室 (世話人 黒田 研二、片平 洵彦)
「労働衛生を語る集い」	第3国際セミナー室 (世話人 平田 衛、高鳥毛敏雄)

22:00

1993年7月25日(日)

8 : 00

朝 食

8 : 45

講 堂 (第1会場)

「保健所活動」関連演題

座長 多田羅浩三 (大阪大学医学部公衆衛生)

草野 文嗣 (滋賀県長浜保健所)

19. 保健所が地域保健推進の担い手であるためには

赤沼フサ枝 (滋賀県彦根保健所)

20. 大阪府保健所における難病集団援助活動

久保田宣代 (大阪府寝屋川保健所)

21. 保健所における情報管理

金田 治也 (尼崎市北保健所)

22. 老人保健事業推進における保健所の役割は何か

今村イヨエ (兵庫県三田保健所)

9 : 45

休 憩

9 : 50

メインシンポジウム「保健所の将来」

座長 草野 文嗣 (滋賀県長浜保健所)

多田羅浩三 (大阪大学医学部公衆衛生)

1. 小亀 正昭 (兵庫県三田保健所長)

「保健所長の立場から」

2. 佐々 僚己 (名古屋市南保健所食品衛生監視員)

「食品衛生監視員の立場から」

3. 鈴垣 育子 (兵庫県明石保健所副所長)

「保健婦の立場から」

4. 檀本 真一 (愛媛県環境保健部保健指導課長)

「県庁の立場から」

11 : 50

昼 食

12 : 50

総 会 議 事

13 : 10

基 調 講 演

演者 朝倉新太郎 (大阪大学名誉教授)

「老人保健法10年一次の10年への展望」

座長 逢坂 隆子 (花園大学教授)

14 : 00

休 憩

講 堂 (第1会場)		大セミナー室 (第2会場)	
14 : 15	<p>シンポジウム「中高齢労働者の健康問題」</p> <p>座長 福地 保馬 (北海道大学教育学部保健体育科学) 三戸 秀樹 (近畿大学医学部公衆衛生)</p> <p>1. 平田 衛 (大阪府立公衆衛生研究所労働衛生部) 「有害物質曝露と中高齢労働者」</p> <p>2. 宮尾 克 (名古屋大学医学部公衆衛生) 「コンピューター化への対応」</p> <p>3. 上畑鉄之丞 (国立公衆衛生院疫学部) 「中高齢労働者の健康づくり」 －これからの戦略－</p>	14 : 15	<p>自由演題・「在宅ケア」関連演題</p> <p>座長 山下 節義 (奈良医科大学衛生学) 林 義緒 (大成高校)</p> <p>26. 肉食より魚食を －「エコノミークラス症候群」の一事例からの考察－ 片平 洵彦 (東京医科歯科大学難治疾患研究所)</p> <p>27. 昭和電工トリプトファン食品公害事件 (第2報) 戸田 清 (都留文科大学)</p> <p>28. 脳卒中後遺症者のADL低下をもたらす要因 黒田 研二 (大阪大学医学部公衆衛生)</p> <p>29. 筋萎縮性側索硬化症の療養の現状と課題 豊浦 保子 (日本ALS協会近畿ブロック)</p>
15 : 45	<p>「中高齢労働者の健康問題」関連演題</p> <p>座長 水野 洋 (大阪府中央労働事務所) 中田 実 (淀川厚生協会社会医学研究所)</p> <p>23. 「ストレスと健康」総合調査 2万人規模追跡調査の経験 関谷 栄子 (産業メディケア研究所)</p> <p>24. 過労死につながる現代の過度労働 (2) －過度労働に耐える要因－ 千田 忠男 (同志社大学文学部社会学科)</p> <p>25. 労働者の過労概念の検討 －個人の過労の判定方法について－ 斉藤 良夫 (中央大学・文・心理)</p>	15 : 15	<p>「ターミナルケア」関連演題</p> <p>座長 津村智恵子 (大阪府立看護短大) 柳 尚夫 (大阪府茨木保健所)</p> <p>30. がん末期患者の在宅療養移行のための調整 正野 逸子 (セコムトゥエンティフォー(株)HC 推進部)</p> <p>31. 箕面市訪問看護ステーションにおけるターミナルケア 伴 一枝 (箕面市健康福祉部)</p> <p>32. 地域におけるターミナルケア 竹澤 良子 (滋賀県野洲町総合福祉保健センター)</p> <p>33. 在宅で看取りたい 柴尾 慶次 (松原デイケアセンター)</p> <p>34. 老人ホームにおけるターミナルケア 杉村 和子 (大阪老人ホーム)</p>
16 : 30		16 : 30	

一般演題では、1演題あたり15分(発表10分、討論5分)を配分しています。時間を厳守下さい。発表は講演集をもとに行いスライドは用いません。配布資料があれば200部ご準備いただき、当日「受付」までお持ち下さい。

シンポジウムでの発表時間は、シンポジウムの座長とご相談下さい。1報告あたり20分位を予定しています。スライドを利用される場合には事前に事務局までご連絡下さい。

基調講演

基調講演

老人保健法10年

— 次の10年への展望 —

朝倉新太郎
(大阪大学名誉教授)

メインシンポジウム

保健所の将来

座長 草野文嗣（滋賀県長浜保健所）
多田羅浩三（大阪大学医学部公衆衛生）

1. 小亀正昭（兵庫県三田保健所）

保健所長の立場から

2. 佐々僚己（名古屋市南保健所）

食品衛生監視員の立場から

3. 鈴垣育子（兵庫県明石保健所）

保健婦の立場から

4. 櫃本真一（愛媛県環境保健部）

県庁の立場から

保健所の将来－保健所長の立場から

小亀正昭（兵庫県三田保健所）

【はじめに】

厚生省は地域保健の総合的な見直しを行うとして、平成5年1月、公衆衛生審議会・総合部会を開催し、同部会のもとに地域保健基本問題研究会を設置した。本研究会が開催される頃には、約半年間の検討を経て、すでに報告書が公表され、保健所法改正に向けての動きがかなり進んでいるものと思われる。今回の見直しの趣旨については「人口の高齢化や出生率の低下、疾病構造の変化、ニーズの多様化、生活環境問題への住民意識の高まり等に対応して、生活者・消費者主体のきめ細かな保健サービスを地域の実情に応じて提供する観点から、地域保健関係の事業や実施体制について、必要な見直しを検討する」とし、表のような基本的な考え方が示されている。そして、昭和22年に制定された現行の保健所法による公衆衛生の枠組みは、昭和43年の「基幹保健所構想」、昭和47年の「保健所問題懇談会基調報告」、平成元年の「地域保健将来構想報告書」など、何度かの保健所見直しが行われてきたにもかかわらず、基本的には大きな変化に至っておらず、高齢社会にむけて年金制度、福祉関係8法、医療法など厚生行政の多くの部門で新たな対応がなされているのに、公衆衛生や保健サービスの分野だけがそのままではできないとも述べている。

このように保健所にとって大きな変化を目前にして、ささやかではあるが保健所長の立場から保健所の将来について考えてみたい。

【公衆衛生と保健所活動】

第二次世界大戦後のわが国における公衆衛生は、昭和21年に制定された日本国憲法第25条によって社会福祉、社会保障と並んで健康で文化的な生活を営むための社会の大きな柱として位置づけられ、今日に至っている。昭和22年に全面改正された保健所法によって保健所が地域における公衆衛生行政の第一線機関として再発足し、時代の変遷や地域の特性に応じた公衆衛生活動を行ってきたはずである。この公衆衛生とは、C.E.A. Winslow が定義したように「環境衛生の改善、伝染病の予防、個人衛生の原則についての個人の教育、疾病の早期診断と治療のための医療と看護サービスの組織化、および地域社会のすべての人に、健康保持のための適切な生活水準を保障する社会制度の発展のために、共同社会の組織的な努力を通じて疾病を予防し、寿命を延長し、肉体的、精神的健康と能率の増進をはかる科学であり、技術」であり、保健所の担ってきた活動は、まさに地域における実践そのものであったように思われる。

そして、これからの公衆衛生あるいは公衆衛生行政がめざすべき方向は、WHO（世界保健機関）が1977年に掲げた目標「西暦2000年までにすべての人々に健康を（Health for All by the year 2000）」とその行動計画¹⁾²⁾が多いに参考になろう。HFAは6つの理念を基礎としているが、この理念とは、1) 国家間及び国内の健康における不平等の減少、2) M.A.P. モーションと疾病予防の強調、3) 社会の異なる分野の協力、4) 住民参加、5) プライマリーヘルスの重視、6) 国際協力の実現、である。さらに、HFAの理念を地域において応用する試みとして、M.A.P. シーズン・プロジェクト³⁾が欧州のいくつかの都市で実践されている。M.A.P. シーズンとは、人々が最も高い潜在能力を達成する過程において、お互いが支えあえるようにするために環境を改善し、資源を拡大させる複合体であるとした上で、M.A.P. シーズンの特質として、1) 質が高く、清潔で安全な物理的環境、2) 安定した長期間持続可能なエコシステム、3) 強力な相互支援的なコミュニティ、4) 意志決定に関する市民の高度な参加と調整、5) 多様で活気があり、斬新な経済、6) 適合可能で特質を高める市の形態、7) 全ての市民への公衆衛生サービスと疾病看護サービス、8) 高度な健康状態、などを提供するよう努めなければならないとしている。この試みは、HFA に基礎をおく公衆衛生の新しいアプローチであるとともに、未来を志向した都市づくり、健康づくりの戦略であり、保健所活動においても学ぶ点が多い。

【保健所の発展への方策】

さて、現実の保健所問題を考えると、保健所の現状を踏まえて将来の展望をまとめた全国保健所長会の報告書「保健所の発展への方策

表 地域保健の総合的な見直しの基本的な考え方

- (1) 市町村の役割重視
 - ① 住民の身近で頻度の高い対人保健サービスについては、基本的に市町村を実施主体として位置づけることとし、市町村への事務委譲や各種保健事業の在り方を検討する。
 - ② 市町村保健センターの位置づけの明確化
 - ③ 市町村保健計画の策定
- (2) 保健所の機能強化
 - ① 保健所を地域保健の総合的・技術拠点として整備することとし、保健所設置基準の在り方等について検討する。
 - ② 専門的・技術的な対人保健サービスの実施体制の充実
 - ③ 対物保健サービスの機能強化
 - ④ 保健所設置市への事務委譲
- (3) 保健、医療、福祉の連携
 - ① 連携の必要性
 - ② 連携の現状と問題点
 - ③ 連携の在り方の検討
- (4) マンパワーの確保・充実
 - ① 地域保健を担うマンパワーの確保と資質の向上
 - ② 保健、医療、福祉の調整役（コーディネーター）の在り方の検討
 - ③ 地区組織活動（ボランティア）の充実
- (5) 計画的で円滑な地域保健の体系化
 - ① 各都道府県における実施計画の策定
 - ② 市町村保健センター等の緊急整備
 - ③ 十分な経過措置（市町村の規模に応じた弾力的対応、十分な猶予期間）

一変動する地域保健の中で」（平成3年10月）⁴⁾が参考となる。この報告書は平成2年度の厚生省「ニュー保健所構想」を受けて、対人保健サービスを中心に検討がなされたもので、地域の健康問題は保健所を中心に進めていくことが重要であるとの観点から、保健所をめぐる所内外の諸問題を見直し、保健所本来の機能・役割に立ち返って保健所活動の充実・発展への方策を明らかにしたものである。数回の全国調査は行ってまとめられた報告書であることから、以下にその概要を紹介する（文面の都合で変更省略した箇所があるので、正確な内容については報告書を参照されたい）。

1. 保健所の機能・役割について

1) 情報処理部門の充実強化

保健所は数多くの情報（保健・医療・個人情報）を有し、情報の収集・提供において極めて好都合のポジションにあることから、保健所の情報センターとしての役割を明確に位置づけ、専門の職員を配置して情報処理部門の充実強化を図らなければならない。

2) 調査・研究機関としての機能充実

保健所はサービスの実践機関であると同時に、調査研究機関でなければならない。調査研究内容については保健所らしい現場からの発想が重要視されるべきである。

3) 関係機関との連携強化

(1) 市町村との連携

話し合いを通して連携の基盤を固めながら、お互い位置されている状況を把握し、役割分担を行うことが望ましい。法律や条例などによる一律の話し合い不在の役割分担は保健所と市町村を分離することになる。保健所は市町村との共同活動を大切にすべきである。

(2) 医師会等との連携

医師会等との連携は保健所の重要な役割として位置づけられ、所長が医師である必要性の1つの根拠ともいえる。

(3) 福祉団体との連携

難病・精神・高齢者などの対策はこれからの重要課題であるが、保健所の位置づけが不明確なため、関係機関とのコーディネート役が果たしにくい点がある。福祉事務所と保健所の安易な合併は保健所の果たすべき役割をさらに不明確にする可能性がある。

4) 設備の充実

住民が気軽に訪れる雰囲気するため、明るく快適な設備を整える必要がある。公衆衛生の第一線機関としての役割を果たすためには、

求められる機能にあう建物の構造、設備に見直す必要がある。

5) 対物・対人保健サービスの連携

対物保健への取り組みは許認可・監視業務が中心となって、健康障害の発想に結びつきにくく、対物と対人が互いに孤立している。「0次予防」の考え方にに基づき、今後の連携の方法を具体化する必要がある。とくに保健所長は対物・対人保健の連携を図る推進者として努力しなければならない。

2. 保健所の組織・機構について

1) 企画部門の設置

全視野的に情報を集め、活用し、各種の事業や課題について多目的に検討しながら日常活動を行っていくためには、新たな人員を配した企画部門を設置する必要がある。

2) 保健所間の連携(情報交換)強化

保健所間の情報交換を強化することにより、各々が抱えている問題や課題について具体的・実践的に検討できる機会を増やす必要がある。

3. 人材の確保・育成について

1) マンパワーの充実

保健所を充実させるためにはマンパワーの充実は最優先課題であり、医師や保健婦の絶対的不足は早急に対応すべき問題である。熱意ある医師の確保・養成が保健所の機能を強化する上で、極めて有効な手段であることを強調したい。マンパワー不足解消のための保健所機能の集約化は極力避けるべきである。

2) 研修の充実

時代に即応した、あるいは、先取りした内容をすみやかに取り入れ、技術面ばかりではなく、基本的考え方を磨くような研修を充実させる必要がある。各ブロックに1カ所程度の公衆衛生研修機関が設置されるべきであり、また、大学の公衆衛生関係の教室と連携しながら研修の充実強化を検討すべきである。

3) 保健所長のあるべき姿

保健所長は医師であるとともに、所長としての役割を重要視しなければならない。自ら情熱を持ってリーダーシップを発揮し、先見性・予見性をもってスタッフにやる気を出させることが大切である。対人保健ばかりでなく、対物関係にも十分関心を持たなければならない。

4) 優秀な事務職員の確保

保健所活動を円滑に進めるうえで行政全般の幅広い知識をもつ事務職の役割は極めて重要である。優秀な事務職員を確保・育成することは保健所の活動強化にもつながり、その影響力は大きいと考えられる。

4. 保健所の事業の進め方について

1) 予算の確保

保健所活動の阻害因子として予算不足は大きく、保健所が地域にあった独創的な活動を実践するためには、自由度の高い予算が必要であり、今後、拡大されるべきである。

2) 所内での話し合いの充実

保健所は縦割系列の中で多種多様な事業を抱え、効率が悪いことから、地域の実情にあった独自の保健活動を展開していくゆとりが生まれてこない。これらを改善するための必須条件が所内での話し合いであり、この時間の確保が大切であるとともに保健所長の重要な役割である。

4. 政令市化について

保健所政令市化の動きが1つの望ましい方向であると示唆されているが、設置主体により保健所長の権限に差があることから、今後の対応については慎重に検討する必要がある。

1) 市・区長設置保健所のあり方について

市・区長設置保健所においては市町村業務を兼ねているため、市町村連携に関する煩わしいさがなく、住民との距離も近く、とくに対人保健に関しては事業が進め易い一方で、首長の考え方に強く影響を受けることや直接対人保健サービスに時間の大部分をとられ、本来の公衆衛生活動ができないといった状況にある。保健所に関する議論では知事設置の保健所と区分して検討すべきである。

2) 保健所長権限について

設置主体(都道府県、政令市、指定都市、特別区)により保健所長に委任された権限に差がみられ、同じ設置主体であっても各都道府県、市、区によって差があった。権限の差については、保健所のあり方を検討する場合の根本的な問題として考えておく必要がある。

5. その他

1) 保健所のP R・アピールの強化

保健所が公的機関ゆえP Rを積極的に行わなかったことが保健所活動に対して正当な評価を十分に得られない原因の1つと考えられる。今後、住民が保健所を身近かなものと感じ、気軽に訪れることができるよう、また、保健所が果たしている役割を他の行政機関に再認識させるよう、自らもアピールしなければならぬ。

2) 保健所の型別分類の再検討

現状の型別分類では保健所の特性を表現する上で限界があり、保健所長の権限にもかなりの差がある。このような状況から、型別分類再検討の必要性については議論が分かれるところであるが、各保健所長は傍観するのではなく、自ら率先して検討に加わる必要がある。

このように保健所の発展への方策が提言され、「ニュー保健所構想」が推進されたが、現在、情勢は大きく変化して地域保健の総合的な見直しとなっている。今回の見直しについて全国保健所長会は、平成5年3月1日、次のような意見を厚生省へ出している。

1. 地域保健の総合的な見直しについて、国として責任の回避にならないようにすべきである。
2. 人間生活全般について、環境問題を含めた総合的な地域保健活動を推進するため、対人保健サービスと対物保健サービスを分断することのないように配慮すべきである。
3. 保健と福祉の連携はさらに進めなければならないが、そのための保健所と福祉事務所の安易な統合はなすべきではない。
4. 市町村の役割重視は必要であるが、いわゆる弱小市町村の実情を踏まえ、経過措置を充分にとるとともに、財政的・人的支援体制を確立すべきである。
5. 市町村保健計画の策定を促進させ、その中で市町村保健センターの位置づけを明確化し、その運営について、保健所の指導的役割を明示すべきである。
6. 市町村が行う保健事業を効果的に推進するため、それぞれの事業における保健所の指導的役割を明示すべきである。
7. 保健所設置基準については、現行の二次医療圏にとらわれることなく、真に保健衛生行政を推進する上で必要な保健所機能を議論した後に、保健サービスを提供するための圏域の満たすべき最低基準を示し、設置者の裁量に委ねるべきである。

【今求められる公衆衛生の観点】

様々な時代背景に対応し、地域の実情に応じたきめ細かなサービスを提供するために大切なことは、それぞれの地域において保健所、市町村、関係機関が密接に連携しながら、有効な体制を整備していくことであろう。その重要な点は、①保健所の機能を明確にし、かつ整備充実を図ること、②市町村と保健所の一体的なサービス提供体制を整備すること、③地域保健医療計画や在宅ケアシステムのような包括的な執行体制を構築すること、④保健、医療、福祉、環境、教育などの連携体制を整備すること、⑤重層的なサービス供給体制を整備すること、⑥事業やシステムの精度管理、質的保障を制度として整備すること、などであり、これらを通して、①総合的な公衆衛生活動の展開、②健康問題の発掘及び顕在化、③地域の健康づくり計画と評価、④地域の健康資源の開発、⑤住民の健康学習に対しての組織的取り組みをもたす支援活動、⑥関係機関との連携と調整、⑦生活環境保全教育、⑧健康情報センター機能、⑨公衆衛生活動技術の精度管理、⑩研究・研修・教育・学習、といった公衆衛生の基本的な機能⁵⁾を発揮し、発展させていく必要があるように思われる。

公衆衛生そのものが問われている今、公衆衛生活動の拠点である保健所を守り、公衆衛生活動の火を絶やしてはならないと考える。

【文献】

- 1) World Health Organization: Alma Ata 1978. Primary health care. "Health for All" Series, No.1. Geneva, 1978
- 2) World Health Organization: Formulating strategies for health for all by the year 2000. Guiding principles and essential issues. "Health for All" Series, No.2. Geneva, 1979
- 3) World Health Organization Regional Office for Europe: Twenty steps for developing a Healthy Cities Project. Copenhagen, 1992
- 4) 全国保健所長会: 保健所の発展への方策—変動する地域保健の中で—。全国保健所長会事務局, 東京, 1991
- 5) 全国いきいき公衆衛生の会: 今、いきいきとした公衆衛生活動のために、「いきいき公衆衛生シリーズ」第1巻, 社会保険出版社, 東京, 1989

食品衛生監視員の立場から

名古屋市南保健所 食品衛生監視員

佐々 僚己

私たちは、たべものに対して「安全で」「おいしくて」「栄養があって」「便利で」「安い」という5つの条件を求めています。

その中でも、とりわけ重要な条件である「食」の安全を守るために活動しているのが食品衛生監視員（以下「食監」と略す）です。そして、その活動のよりどころは食品衛生法です。

1. 食監は、どんな仕事をしているか？

「食品Gメン」とも呼ばれているように、「食」の安全にかかわる仕事を第一線で行なっていますが、地味な仕事のためか必ずしも住民から「みえる存在」にはなっていないようです。日常的に行なっている仕事をあげてみますと・・・

①飲食店など34業種の許可審査や監視指導 ②食中毒など食品による事故の調査 ③食品中の食品添加物、残留農薬、放射能などの検査 ④器具容器包装、おもちゃなどの検査 ⑤住民から寄せられる食品の苦情等の相談 ⑥消費者啓発事業 などです。

例えば、名古屋市では、春・秋の行楽シーズン期間や食中毒が起きやすい夏場、多種多様の食品が出回りその取り扱いが粗雑になりがちな年末などに効果的な衛生対策を行ったり、輸入食品、食品添加物・器具容器包装・おもちゃ、弁当製造施設、夜間営業施設に対する特別月間を設けるなど計画的な監視指導を行なっています。

また、「母と子の食品衛生学級」「親子食品衛生教室」「消費者啓発推進モデル区」など営業者対策以外の事業も積極的に進んできています。

それと、食監の中での獣医職の占める割合が高いこともあって、名古屋市では犬や猫に関する業務、猛獣等飼養施設許可業務、食鳥検査業務なども食監の重要な仕事になっています。

2. 食監をめぐるいくつかの重大な動きが！

(1) 食監の他職種との兼務化

食品添加物やポストハーベスト農薬など、食監の業務が一層複雑化し、その専門性が一層問われてきている中で、ネズミ・衛生害虫等の駆除相談や理容・美容・クリーニング所の監視業務など「衣・住」（及び水）の仕事をしている環境衛生監視員と食監とを、「効率化」の名のもとに一元化してしまう動きが一部の大都市でおきています。

(2) 食品衛生行政の広域化・集中化

監視機動班の設置による集中化は、全国各地で着々と進められてきています。

多人数が集中することによる、専門分野別の強化や情報の集中等のメリットはあるものの、食監が住民や営業者の身近な存在ではなくなることで、及び、他の職種（環境衛生監視員、栄養士、保健婦など）のアドバイスや援助をプラスした総合的な衛生指導力が低下することは避けられません。

(3) 食品衛生行政の民活化

昨年、社団法人日本食品衛生協会から『食品衛生監視指導の効率化と民間活力の活用』総括研究報告書が出され、既に一部自治体のなかで具体化されてきています。

この「報告書」は、一口に言って民間活力を最大限に利用しての、これからの食品衛生行政の“青写真”を示したものです。

主なものを挙げてみますと・・・

① 今後は食品衛生監視センターを設置して、行政区域を保健所単位から広域化していく。

② 営業許可業種自体の全面的な見直しを行い、民間団体による民間認証制度の導入についても検討する。

③ 更新等で書類審査の結果、特に問題がない場合は、現場の確認を食品衛生指導員（業者組織）等に委ねる。

④ 営業者教育は、食品衛生コンサルタントを積極的に活用する など

今後、こうした方向に進むことは行政責任の放棄のみならず、食監自体の存在や必要性をも問われかねない問題を含んでいます。

3. 保健所法の廃止（保健所の統廃合）で食監の業務は充実するか？

厚生省は、衛生課業務（食監の業務を含む）を二次医療圏ごとに設置する「地域保健環境センター（仮称）」で行わせようとしています。

このシステムでは、私達の業務が充実強化されないばかりか、むしろ逆行したものになることは明らかです。

その主な理由としては、

① 健康増進対策との関わりから

住民の健康に欠かすことのできない「環境」（対策（環境衛生、食品衛生、公害対策など）が、これまで以上に他分野と連携して行えなくなってしまう。

（本来は、健康増進対策として栄養・休養・運動・環境・労働の各施策が体系的になっていなければならないはずです）

② 保健所職員の立場から

必然的に多くの職種が協力し、調査・研究することによって衛生課業務を総合的・科学的に進めていけなくなります。

③ 営業者の立場から

規制対象となる営業者にしても、やはり「納得」のもとでの指導でなければなりません。そのためには効果的な監視や特に衛生教育が重要ですが、営業者が監視員にとって「遠い存在」になるため、どうしても「規制だけで事足りる」という発

想に陥りやすく、官僚的な指導を受けやすくなります。

④ 住民の立場から

衛生課業務の中でも、とりわけ食品衛生行政は住民の知識・自覚そして運動が最も大きな規制になります。そうしたことから、名古屋市でも「消費者啓発推進モデル区」事業などが積極的に取り組まれてきています。

しかし、こうした地域に密着した消費者啓発事業はほとんどできなくなってしまう。その結果、食監はますます住民から「見えない存在」になってしまいます。

言い換えれば、保健所が本来もっているはずの機能・・・住民の生の声に耳を傾けながら、そこから出される様々な課題にいろんな職種が協力しあって解決していく・・・そのした保健所づくりに向けての取り組みが急務になっています。

【 参考資料 】

＝ これからの食品衛生行政のあり方について考える （案） ＝
「全国食監の集い」（主催：全国保健所問題研究 交流集会食品分科会）

1. 『食』をめぐると況

およそ食品は、生命体が地球上に誕生してから、その生命を維持するための物質（装置）として、永い歴史をもつものです。人間にとって、食品とは基本的に安全であり、生命活動を維持、全うさせるものであることは当然のことです。

『オタワ憲章』（1986/WHO）は、健康のための前提条件について、『健康のための基本的な条件と資源は、平和、住居、教育、食物、収入、安定した生態系、生存のための諸資源、社会的正義と公正である。健康の改善は、これら基本的な前提条件の安定した基盤が必要である。』と総合的な見地から『食』の位置づけを明快にのべています。

しかし、最近の社会状況の変化にくわえ、技術の進歩や流通改革等によって『食品』は深刻な問題を一方に抱えるようになってきました。基本的には、『食』に対する考え方が大きな変化をとげつつあることです。日本では古来から『食』は、その地方でとれたものを『旬』を大切にしながら、米飯を中心に『加工度』の少ない物を菜として食べてきました。しかし、技術と流通の『革命』は、あらゆる食品を全国、全世界から『季節』を問わずに集め、口にできることになりました。『食』は単なる生命維持物質から、楽しみ、グルメ、

ファッション、健康増進といったものに変化し、『飽食の時代』とさへよばれるようになってきました。キッチンのない家、マネ板、包丁の減少等に見られるように、『食』は『食べるだけの人』と、『つくるだけの人』に、分離しつつあります。『食物をつくる労働』がみえないことは、人間をますます自然を大切にす気持ちから遠ざげることにもつながりかねません。さらに大部分の加工食品を大手製造メーカーが握ることにより『食』の規格化がはじまり、人間の嗜好（食文化を含む）自体がかえられコントロールされるおそれさえできています。外食産業の大進出ともあいまって、現代は『便づけ』＝『集団給食』の時代にはまっているといえます。くわえて家庭調理の『崩壊』は、労働時間の増大、単身赴任、女性の社会進出、『塾通い』、等の状況にも加速され、『食』を中心とした家族の絆、団結が破壊され、『孤食化』、『個食化』といった道へすすんでいます。まさに『食』はその本来の道を大きく逸脱しようとしています。

加工食品の氾濫、増大は、食品添加物等の化学物質の増加をはじめ、『健康』食品やバイオテクノロジーを利用した『新食品』等の新しい問題もはらんでいます。アトピー、アレルギー児の増大と化学物質との関連もとりざたされています。

今、日本人の『食』が直面している一番大きな問題は、輸入食品の著しい増加です。カロリー換算で自給率は46%となっ

ており、年々この率は低下しています。先進諸国は自国の食料の自給率の向上に力をいれているなかでこの数字は、極めて異常であるといえます。世界的には、深刻な食料不足が想定されているなかで、この問題をおろそかにすることは他国の食料の略奪、農業の歪な発展といった『南北問題』につながるだけでなく、自国の農業、環境の破壊をはじめ、国の独立、存続にもかかわる問題です。さらに問題なのは、この輸入食品にたいする検査体制です。検査所には一定の増員と施設改善がされつつあるというものの数%の検査率であり、ほとんどが自主検査、書類検査といったフリーパスに近い状況にあるといえます。そして、『国際化』という名のもとにポストハーベストなどの農薬にみられるように、国民不在のまま大幅な規制の緩和が進行していることです。わが国が『食品公書』といわれた貴重な経験をとおして築きあげてきた現在の食品衛生の水準をつきとずしかなない、このような動きは、新たな『食品公書』による健康被害を国民に起こさせ得る可能性をひめており、添加物等の化学物質による新しい『実験場』にされるといっても過言ではないと思われます。今こそ『食』そのものの本来の在り方とあわせ、全世界を視野にいれた新しい『食の安全』の確立へむけて、国民的な規模で民主的な議論を積み重ねることが切実に求められています。

2. 『食監』の果たしてきた役割

1947年、食品衛生法が制定されたのに伴い、警察部門による取締り行政から保健所の指導行政へと、食品衛生行政は大きな転換をはかれることになった。それまでの飲食物その他の物品取締りに関する法律や、内務省令等では、清涼飲料水、氷雪、有害性着色料、飲食物用器具、人工甘味質、メチルアルコール、飲食物防腐剤、漂白剤、牛乳などの取締り規定を設けてはいたものの十分体系化されたものではなかった。

これに対して新憲法の下では、科学的根拠に基づいた指導行政がすすめられることになったのである。法律もじよじよに整備され、食監も、研鑽を重ねる中で、食品衛生行政は国民の食の安全を守っていくうえで大きな役割を果たしてきた。今日まで、食品営業施設に対する許可調査監視指導をはじめ、黄変米、コレラバナナなど、さまざまな事件や食中毒、苦情などの調査を行ってきた。また一方では流通段階も含めた食品の収去も行い、安全な食品の確保に努めてきた。さらには消費者への、衛生教育を通じて、衛生意識の啓蒙にも力を注いできたところである。しかし、こうした努力にもかかわらず、森永ヒ素ミルク事件やカネミ油症事件など、多数の犠牲者をだす重大な事故が発生したことも事実であった。これらは製造者側の責任はもちろんであるが、法律上の不備や行政の対応の厳しく指摘されることとなった。そしてその後、食品添加物公定書の作成や、食品衛生管理者制度、食用油脂製造業の許可業種指定として、これらの事件が行政の中で生かされていくことになったのは周知のとおりである。

1978年には、乾燥野菜への放射線照射というショッキングな問題が発覚した。それ以降も、病死肉の不正流通や、食肉などへのニコチン酸の使用など、営業者のモラルをとわれる事件が起り、社会的にも、注目を浴びることになった。消費者の関心と新聞、テレビ等の報道が相まって、食監の存在が広く知られるようになったのである。ジエチレンジンコール混入ワイン事件やチェルノブイリ発電所の事故がこれらに続いて起り、消費者の食品への不安は増大した。それぞれについて、販

売の禁止、食品の廃棄処分、摘発などの対応をしたことはもちろんであったが、消費者の不安は残ったままだった。後追い行政としてみられてきたのである。近年の輸入食品の増大や、ポストハーベスト農薬、食品添加物の追加指定などの問題はこの傾向に一層の拍車をかけている。食品衛生法制定当時とは比較にならないほど、食品が多様化し、流通経路も広域化、複雑化している今日、現場の監視員のみだけでは限界があることも事実である。

監視員はたしかに努力してきた。その成果には上意下達的なものがほとんどであった。現場をよく知る監視員の側から疑問を出したり、国の方針などについて積極的に議論するということは、あまりなかった。OPPの発ガン性の問題や、貿易摩擦を口実にしたBHAの使用禁止期日の延長問題にしても、監視員の側からの目立った動きはほとんど見られなかった。それは、私たちの中に自覚的な意識が十分確立していない証でもある。それを踏まえることは、今後の監視員のありかたを見定めるうえでも、極めて重要である。

3. 『食監』をめぐる動き

これまでの保健所統廃合をめぐる動きの中で、食監も環監を兼務する一元化がすすめられてきた。大阪市では一元化に伴い監視員が大幅に減員されている。食品、環境の業務が一層複雑化し監視員にもこれまで以上に専門的な知識や技術が必要となっている中で、効率化の名のもとに一元化がすすめられてきている。また、監視機動班の設置による集中化は、全国各地で着々と実施されている。三年前の全国保健所問題研究交流集会の報告でも12県、3市1区と全国の約21%で機動班が設置されていることが明らかになった。その後の東京都、金沢市、静岡市などに続き、94年度には横浜市でも設置が決まっている。現在、厚生省は公衆衛生審議会の下に研究会を設置し、保健所そのものの廃止を打ち出そうとしている。保健所にかかわる地域保健環境センターには、対物衛生業務は残すとしているものの、対人保健業務はすべて市町村が実施することになる。衛生課業務についても、二次医療圏ごとに統廃合されたこのセンターで行わせようとするものである。こうした一連の動きに呼応するように、日本食品衛生協会が昨年まとめた『食品衛生監視指導の効率化と民間活力の活用』が自治体の中で、実践されようとしている。中でも『現状における業務の見直しを行い、もっぱら行政が行うべき業務と民間にゆだねることが可能な業務とを、明かにするとともに、個々の業務の効率化等を検討し業務の減量化を図ることも重要』という点は、行政責任の否定にも等しい大問題を含んでいる。具体的な動きとして、更新時における営業許可調査を省略し、実質的にコンサルト協会に行わせるという内容などが、横浜市で導入されようとしている。

こうしたことを受け入れることは、行政責任の放棄であるばかりでなく、食監そのものの存在や必要性をも問われる重大問題である。民間では成り立ち得ないからこそ、行政の手で今日まで実績が積み重ねられてきたということを、改めて認識することが必要ではないだろうか。

4. これからの『食監』像についての提案

今、国民が『食』について不安に感じていること、そのこと

を憲法の精神にのっとり、国民の立場から、その解決に向けて努力することが基本であると考えます。

(1) 『食監』はいま改めて、国民から食品の安全性について、委託されて規制、監視する役割を担っていることを自覚する必要があります。そのために、民主的で科学的な行政を行う立場を確立することです。

そのためには

*食品の生産、製造から消費にいたる一貫した安全チェックを確立するため、科学的監視指導をおこなう。

*食監にとって極めて関わりの深い衛生研究所、食肉衛生検査所、市場衛生検査所等との連携を強化し、科学的で効果的な食品衛生対策を確立する。*本来、行政が果たさねばならない役割を安易に業界等に“肩代わり”させる『自主管理』の強化ではなく、営業者にとって真に必要な自主管理の指導、援助方法を確立する。

(2) 『食品衛生調査会』の民主的な運営をはじめ、国民の前に食品について国民が選択権を行使することができるような、情報の公開をおこなうことです。

そのためには

*知り得るデータは隠すことなくできる限り公表し、不安の声に対しては調査、検査を実施し解決していく。

*長年の積み重ねによる調査研究活動等をまとめ、資料を発行し、積極的に国民のニーズに応える情報を提供していく。

(3) 『食監』は国民の中にはいて各種団体、住民の声に謙虚に耳をかたむけて、これらの要望の実現へむけて、民主的で科学的な専門家としての役割を果たすことです。

そのためには

*定期的に『食』の安全にかんするアンケート調査等を共同して実施し正確な国民のニーズの把握に努める。

*国民自身による正しい食品の選択能力が身に付くよう、積極的に啓発事業を推進する。

*保健所の総合性を発揮させるため、保健婦等他の職種と連携して事業にとりくむ。

*『食』の安全の確保のため、取り組みを進めている多くの団体、国民と積極的に連携し、話し合いを進めていく。

*食監が国民や営業者のみじかな存在でなくなり、他職種との連携による保健所の総合性を否定する監視センター構想に反対する。

*食品衛生法のなかに、消費者保護の観点を充分にもりこんだ具体的な条項を明文化させていく。

(4) このことを保障するために、何よりも『食監』自らが意識改革をすすめ、職場を官僚的なものを排し民主的なものに変えていくことです。そのために、労働組合とも積極的に協力することです。

(5) 『食監』の増員をすすめ、その社会的評価の向上をめざすことです『食監』は一定の学歴、資格をもった技術者であるにもかかわらず、その処遇は恵まれず、職場に希望がもてない

現実があります。技術革新の時代に対応できるような研修体制等の確立をはじめ、国民に信頼され安心して希望をもって働ける職場になるよう、そのありかたを検討することです。

そのためには

*『食』の安全にかかわる幅広い知識の習得を含め、食監全体のレベルアップを図るため計画的な研修体制を確立する。

*科学的監視のために、検査施設、機器等を充実させるとともに、効果的で簡易な検査法の充実、開発をめざす。

*営業者指導や消費者啓発を推進するうえで、重要性が高まっている各種情報をリアルタイムで収集発信できる体制を確立する。

(6) 当面、国民の最も関心のある輸入食品をはじめ、ポストハーベスト農薬、食品添加物等の問題について、その安全性の確立を中心に『食』のありかた総合的に見据えたグローバルな視野で、解決へむけて努力することです。

そのためには

*輸入食品の安全対策にかかわる検査所、保健所等の関係機関が、相互に連携して事業に取り組む体制を確立する。

保健所の将来－保健婦の立場から

鈴垣育子（兵庫県明石保健所）

【はじめに】

長寿社会の到来、疾病構造の変化、科学・医療技術の進歩、国民生活水準の向上や意識の変化にともない、地域住民の保健、医療、福祉にわたるニーズは高度化・多様化してきている。このような現代社会にあっては、健康の保持・増進から疾病の予防、治療、リハビリテーションに至る包括的で継続的な対応が重要となり、高度専門化する医療のなかで、患者や家族の心理的問題をも解決できるその人個々に適したサービスの提供が求められている。そして、疾病を持ちながらもできる限り住み慣れた地域や家庭において自立した生活を送れるような保健・医療・福祉サービスの充実とそれぞれのサービスが密接な連携のもとに総合的に提供できる体制づくりが大きな課題となっている。

現行の保健所法によって保健所が地域における公衆衛生の第一線機関として位置づけられた昭和22年以来、保健所は住民が健康で安心して生活を送れるよう様々な健康課題に対して、地域の社会資源を活用しながら問題の解決を図ってきたし、そのために努力する基本姿勢は人々が地域で生活している限り変わるものではない。しかし、昨今の地域保健の見直しの大きな流れの中で、保健所発展への方策と保健所保健婦の活動のあり方を考えてみたい。

【市町村における保健婦活動の実態調査】

高齢社会を迎え、市町村においては高齢者が在宅でも暮らせるケアシステムの確立が急がれている。このような背景の中で、兵庫県下各市町村の在宅ケアサービスの状況、保健婦等看護マンパワーの設置状況と増員計画、保健婦が果たしている役割や保健所の支援状況等についての実態調査「市町村における保健婦活動調査」¹⁾が日本看護協会兵庫県支部・保健婦職能委員会によってなされているので、その概要を紹介する。

この実態調査は、兵庫県下の全市町（21市、70町）を対象として平成3年11月に実施され、郵送によるアンケート方式で全市町から回答を得ている。その調査結果をまとめると次のようになる。

(1) 各市町の総人口は、1万～3万人未満が33市町（36.2%）、5000～1万人未満が27町（29.7%）、3万～5万人未満が9市（9.9%）、5万～10万人未満が6市（6.6%）である。

(2) 年齢65歳以上の人口割合は、県平均で12.0%で、最も低い8.2%から最も高い26.8%まで大きな差がある。20.0%を越えているところが28町あり、地域別では淡路が19.0%、北部が18.7%で、総人口の少ないところほど高齢化が進んでいる。

(3) 財政力指数は、山陽道に近い海岸線ほど高く、財政力指数が0.25未満は12町で、総人口の少ないところに多い。

(4) 保健婦の配置数は、町においては2人が36町（51.4%）、3人が21町（27.1%）で、市においては配置数に格差がある。平均の保健婦数は、町で2.2人、市（政令市を除く）で7.9

人である。

(5) 保健婦の増員は、昭和57年度から平成3年度までの10年間に172人の増員があり、町では平均1.3人、市（政令市を除く）では平均3.3人であった。しかし、保健婦の増員によって事務職が減となったところが27市町（34.8%）あり、また、行政計画の中で保健婦の増員をうたってはいるが、具体的な数字が示されていないところが44市町（44.0%）、増員予定のないところが37市町（40.6%）にのぼる。

(6) 保健婦の所属は、保健衛生部局が74市町（81.3%）で、阪神地域においては福祉部門等への配属が広がってきている。

(7) 管理職の保健婦は、14市17町で存在する。

(8) 基本健診の事後指導は、ほとんどの人に実施するところが43市町（47.2%）、半分ぐらいの人にするとところが33市町（36.3%）である。

(9) 保健婦の年間家庭訪問数は、保健婦一人あたり平均208件で、町では222.9件、市では159.4件である。

(10) ねたきり老人の訪問指導は、保健衛生担当部局の実施が75市町（82.4%）、委託しているところが4市町（4.4%）ある。ねたきり老人への年間訪問指導回数は、対象者一人に対して町で3.8回、市で5.3回である。

(11) 訪問指導や看護事業の今後の拡大方策は、自治体の保健婦を増員して対応するところが40市町（43.9%）、非常勤看護職の雇用を拡大して対応するところが34市町（37.3%）である。

(12) 在宅ケアの相談窓口は、あるとしたところが19市町（29.9%）で、そのほとんどは保健婦と事務職で対応している。

(13) 老人保健法が施行されて以降の保健婦業務については、充実してきたところが52市町（57.1%）、問題が多くなってきたところが32市町（35.2%）である。

(14) 市町保健婦が在宅ケアで果たしている役割は多岐にわたり、「家庭訪問による相談援助」をはじめ「機能訓練などの保健サービスの紹介」、「高齢者サービス調整会議への参加」、「ホームヘルプ、日常生活用具給付事業などの福祉サービスの紹介」、「成人病などの疾病予防、健康相談、健康教育の実施」等、95%の保健婦が行っている。一方、保健婦が担う役割の少ないものは、「患者会や家族会のグループ育成」、「医療機関や施設との連絡会議の設定」、「ボランティアの育成」などで、個別指導を中心とした個々への対応については積極的な役割を担っているが、地域における組織育成や福祉分野との連携については十分な役割を發揮しているとはいえない。また、市においては「必要なケースへの直接的な看護行為が困難」としており、ケースの把握はできてもその対応に苦慮している。

(15) 保健所の支援内容は、町においては「高齢者サービス調整チーム会議での情報提供、助言」、「老人保健事業の実践活動」、「機能訓練事業の実践活動」、「医師会との調整」などで、実践活動並びに調整役としての支援がなされている。

このように実際活動への技術的援助が多いことから、今後、各町において保健事業を拡大していくためには、マンパワーの確保が大きな課題である。一方、市においては「高齢者サービス調整チーム会議での情報提供、助言」、「保健計画の策定、評価への技術的支援」、「保健と福祉の連携、システム化」などの支援がなされている。

(16) 保健所に対する今後の期待は、町においては現状の支援内容と同様に「保健事業の実際活動における援助」、「訪問指導事業の実際活動」、「医師会との調整」などを求めている。市においては「保健事業連絡会議での情報提供、助言」、「保健計画策定、評価の専門的技術的支援」、「広域的医療機関の調整」、「保健と医療の広域的システム化」を求めている。現状より期待しないものとしては「高齢者サービス調整チームの会議での情報提供、助言」があり、市町において自主運営が徐々に可能になってきているものと考えられる。

(17) 県に対する今後の期待は、「訪問看護婦の養成・研修」と「保健婦の現任教育・研修」が各70市町(76.9%)、国の基準を上回るサービスに対する県単独事業としての補助金が38市町(41.8%)となっている。

【保健所保健婦業務の検討】

上記のような地域的、時代的背景を踏まえて、地域保健における保健所保健婦の業務についてを検証を行った²⁾。保健婦の地域活動は予防活動を基本に50年の歴史をもっており、保健婦は地域の健康問題を的確にとらえ、家庭訪問をはじめ、健康相談、健康教育、健康診査等の活動を駆使して次のような機能が発揮できる特徴ある活動を展開してきている。

(1) 総合的な公衆衛生看護活動

公衆衛生の理念に基づいて看護専門職の技術を活用し、公的責任において予防的意義の高い、住民の主体性の確立を重視した組織的、総合的サービスの提供を行っている。

(2) 地域の健康課題に対応した活動

各法律に規定された活動が従来より大きなウエイトを占めてきたが、活動の展開にあたっては地域特性を重視し、科学的な判断のもとに健康ニーズを把握し、地域の関係機関や関係職種と連携を図りながら、問題解決の努力を行ってきた。

(3) 保健医療福祉意識の高揚及びマンパワーの育成

衛生(健康)教育をはじめ、健康相談、家庭訪問等により地域住民の健康づくりへの支援を行うとともに、看護学生等の公衆衛生実習、ホームヘルパーや地域ボランティア等の現任教育を通して、地域保健活動を担うマンパワーの育成を量と質の両面で行っている。

(4) 時代や社会のニーズにあった活動の実践

時代の変化とともに住民を取り巻く環境は刻々と変化し健康を阻害する要因は増加してきている。母子保健、成人病、精神保健、感染症などそれぞれの分野で新しい課題が生じ、これらの種々の健康問題について、保健婦は住民に一番身近かに存在する健康相談者としての活動を実践してきている。

(5) 保健医療福祉ネットワーク推進におけるコーディネート機能

地域住民の生活実態に即したサービスを展開するため、保健医療福祉資源を有効に活用し、関係職種と連携をとりながら支援活動を行っている。

(6) 市町保健計画への参画

生涯を通じた健康づくりを推進するためには地域全体の住民の健康状況を総合的に把握、評価する必要がある、このた

めには保健計画に基づく保健医療福祉活動の充実を図ることが重要である。保健婦は直接地域を歩いて住民の生活を生に感じていることから、公平な立場で計画の策定に参画している。

(7) 在宅ケアサービスの質的向上

高齢者が多くなり、家庭や地域の介護力が低下している現状では、要介護老人等を抱える家族に対して社会的な支援システムが必要である。保健婦は地域の声を直接受け、地域の特性を生かした在宅ケアシステムづくりを行っている。

(8) 地域の健康情報の収集と活用

地域の人々の生活を支援するすべての活動は地域の情報源であり、その活動を分析することは地域の健康状態や健康課題を把握することでもある。そして住民へ適切に還元することが健康づくりの施策につながっている。

(9) 専門的な保健指導の実践

人々の健康問題を身体の問題としてのみとらえるのではなく、生活の問題としてとらえ、対象となる人々ともに考え、健康をめざして行動するという姿勢で援助を行っている。そして、苦痛や困難、その対象に内在する問題の解決について自ら考え、自ら行動できるように指導することは専門的な保健指導の基本でもある。

(10) 地区組織活動への支援

公衆衛生の基本的な理念の一つに「健康は与えられるものではなく、共同の力で作り上げていくもの」ということがある。その原動力は住民自身で、公的な責任を背景に地域の公衆衛生活動を住民とともに共同で展開している。

【保健婦活動のあり方】

保健婦活動の実態調査や保健婦業務の検討を行っていくと、地域における保健婦活動の基本的なあり方は、保健所保健婦と市町村保健婦が一定の地域を担当して総合力としての力を発揮することであり、ライフステージを通じた地域住民の健康づくりをめざした健康増進からリハビリテーションまでの保健活動が医療や福祉と連携して実践でき、展開できることであろう。そして、保健婦が地域活動を行うにあたっての基本的な姿勢は、①予防的意識の高い仕事を優先すること、②対象全体に対して責任をもち、常にその視点で問題をとらえること、③サービスの対象となる住民の主体性の確立を重視すること、④問題の解決は個別的なものにとどめず、組織的な問題解決に発展させること、⑤総合化したサービスプログラムとして適応すること、等であると考えられる。

このような保健婦活動を踏まえ、保健所の本来的機能である、企画・連携・調整の機能、総合的・指導的・専門的技術拠点の機能、情報の収集・分析・提供の機能、教育・研修・調査研究の機能、指導・監査の機能の充実と発展をめざして行く必要がある。

【文献】

- 1) 日本看護協会兵庫県支部・保健婦職能委員会：市町保健婦活動調査、平成5年度通常総会資料、兵庫県看護協会・日本看護協会兵庫県支部、pp 190-231、1993
- 2) 兵庫県保健所保健婦長会・保健所保健婦業務検討会：地域保健における保健所保健婦業務の見直し－現状の保健婦業務を検証する－、兵庫県保健所保健婦長会、1991

保健所の将来 — 県庁の立場から —

榎本 真一（愛媛県保健指導課）

1. はじめに

高齢化対策がキーワードの状況の中、寝たきり・痴呆の介護や医療費削減等への対策の強化は、結果的には、時間を要ししかも効果の目立ちにくい予防対策を、端に追いやる可能性がある。保健所は、国または地域からの要請により、医療や福祉の肩代わりや、市町村保健行政の穴埋めを余儀なくされながらも、予防対策に積極的に取り組んできた経緯があるが、結局は正当な評価を受けないまま、「時代遅れ」とのレッテルを貼られ、国主導型でその行く末が検討されている。

「まずは保健所ありきの議論は避けていただきたい」が、見直しの前置きであるが、逆に「保健所削減を前提とすることは避けていただきたい」と言い返したい。

9年間の保健所勤務の後、昨年県庁に転勤したため、広島問題に引き続き、昨今急に表面化した保健所問題に対して、保健所長として立ち向かえないことは残念であるが、公衆衛生を守るためにも、県庁の立場から、名実共に保健所の機能強化が図れるよう努力したい。

2. 保健所の将来を推測する（占う）背景

1) 国（厚生省）の方針・・・保健所数削減が前提？！

○地域保健将来構想→ニュー保健所構想

「特定の（機能を持った）保健所」がクローズアップされ、保健所のランク付けと保健所統廃合が再び論点に。○地域保健サービス体制の総合的な見直し（「見直し」）

「保健サービスは住民にできるだけ近いところで」

「サービスの提供側ではなく、受ける側からの立場で」

「福祉・医療関係法令見直しに付き合う？」が基本理念。

保健所の機能強化を掲げる一方で、市町村の役割重視と引換に、「2次医療圏に1ヶ所」の統廃合へ具体化。

○その他、医師・保健婦等の人権費の一般交付税化など

2) 都道府県の方針

本庁は一般的に、保健所経験者は僅かで、事務行政主導型であり、保健所へも上位下達の一律の事務処理が先行し、地域特性に併せた独自の活動までは期待しておらず、保健所への理解度は低い現状がある。

「見直し」は、国の動向を見守る姿勢が基本であり、直接的な動きのきっかけとはなっていないが、機構改革の中で、やはり保健所はケータであり、既に保健所の設置の見直しや保健・福祉の連携強化をねらいとした保健福祉部の創設などが検討されているところも少なくない。

愛媛県の場合は、本庁の医師は部長・課長が地元保健所長経験者であり、その他に2名（いずれも保健所長経験あり）次長級以上で配置されている。そのため、従来から保健所医師の確保や、保健所を中心に置いた事業の

予算化等に力を入れている。また、今回の地域保健の見直しについても関心が深く、保健所長会と県庁内部にワーキンググループを設け、国の方針に都道府県の裁量を盛り込む準備のために、それぞれ県独自の見直しをスタートさせている。保健所の医師確保と併せて、本庁への保健所経験のある医師を配置することは、保健所の活性化に大きな影響を及ぼすと思われる。

2) 一連の動きに対する保健所・市町村の問題意識

保健所・・・都道府県や保健所間での較差はかなりのものと推測されるが、一般的に関心はあるものの、具体的な行動には至らず動向観察中が大半か？！

市町村・・・市町村老人保健福祉計画策定や、福祉事務関連の町村委譲など、福祉業務に翻弄され（特に弱小市町村にその傾向は強い）、保健分野にまで関心が回らない状況。市町村の役割重視が過重負担となることを、十分に把握できておらず、国の動きに傍観状態。

3. 何故保健所削減が話題になるのか

1) 保健所が何故やり玉に上がる？

「市町村との役割分担が不明確」「O A化等合理化が遅れている」「先進的な事業への取り組みが遅れている」「コーディネート機能が果たせていない」「市町村などのニーズにできていない」など、主因は①保健所の表看板である所長の質と確保状況、②保健所活動のアピールの弱さによる周囲の理解不足に集約される。

「老人保健事業も10年たつと（保健所がやらなくても）市町村で充分対応している」と評されているように、「市町村への指導・支援が保健所の重要な役割」は、不明瞭な表現であり、正当な評価を受けていない。

4. 保健所をめぐる諸問題

1) 在宅ケアへのシフト（国民のニーズの把握）

あらゆる施策が高齢者のしかも在宅福祉に集中する趨勢の中、国民のダイヤモンドだけでなくニーズを把握する必要があり、予防面がおろそかになることは避けなければならない。「見直し」の論点においても、高齢者（特に寝たきり・痴呆）にシフトした直接的サービスに集中しており、地域保健法（仮称）により公衆衛生行政のすべてが語られるとしたら、公衆衛生の退歩は免れない。

2) 現行法体系に欠けている機能

現行の法体制を見ると、機能別分類（情報機能、教育研修など）直接・間接サービスによる分類、1～3次予防、健康増進からリハビリテーションまでの一環的な流れに関するものが盛り込まれておらず、疾病別、年齢階級や対象者別、対物関係の許認可基準を中心にした内容に留まっている。これでは、直接対人サービスが市町村

主体となるに連れて、保健所の役割は「指導・援助」といった表現で、ますます不明確となる。現行法体制を見直し、幅広い公衆衛生活動の具体的な役割を盛り込む必要がある。また対物関係法についても、許認可指導から、啓蒙普及に力が仕向けられるように見直す必要がある。

3) 保健所の設置基準の見直し

地域保健基本問題研究会では、2次医療圏に1ヶ所の保健所を原則に検討が進められているが、保健所設置基準を抜本的に見直す必要性の有無は別として、他に適当な圏域が見つからないとか、医療と保健の連携が図り易いといった理由から、病床数規制のために設けられた圏域が地域保健の圏域と一致するものかどうか慎重に検討すべきである。都道府県の裁量を重視し、保健所の適正な配置を地域の実状にあわせて導き出す必要がある。

5. 今後の保健所の役割

1) サービスの質的保障と市町村較差の是正

福祉サービスのように市町村の自主性に委ねられると、市町村間の差を是正する調整機能に乏しい場合、較差が歴然としてくる。保健サービスでは、保健所がきめ細かに地域保健活動に参画し、弱小市町村を支援したり、先駆的な事業の推進や情報提供等により、事業のマンネリ化の予防や較差の調整を行っている。この機能が評価されているか否かは別に、福祉サービスに見られる較差は、公衆衛生の理念からもあってはならないことであり、今後、市町村の役割重視の方向の中で、保健所の機能強化が議論される際に、軽視してはならない役割である。

2) 保健所と市町村の重層的な関わり

保健所と市町村の役割分担は、連携が図られている中で互いに調整するものであって、外部から明確に線を引くべきものではない。全国の活動事例を見れば、その共通性を発見することは容易である。重層的(ユニット)な連携を推進することにより、話し合いを通じて、地域特性を重視し、互いの役割を導くことが望ましい。

3) 対人・対物サービスの連携

保健所では、対人対物の両面の対応を担ってきたが、対人が啓蒙普及、対物が許認可指導と異なったアプローチであったため、それぞれ別個に実施されてきた経緯がある。対物を健康障害と捉え、各人の心がけにより地域ぐるみで自分達の環境を守ることの大切さが、ようやく最近議論され、啓蒙普及を中心とした対人対物の連携事業が増えつつある。しかし一方で、福祉と保健の連携が強調され、対物サービスを切り放す動きがある。そのような事態を招かないためにも、対人・対物行政のノウハウを生かしながら、連携事業を工夫する必要がある。

4) 学校保健・職域保健への取り組み

保健医療の専門家が不足しており、またシステムの確立が遅れている学校や職域の分野に、保健所が積極的に関わることにより、地域レベルで縦割り行政を是正し、生涯を通じた健康づくり体制を構築する。法的な裏付けの無い中で、具体的に取り組む上での障害は予測されるが、家庭・地域の接点を活用して、連携を図るための話し合いの場を設ける努力が必要である。

6. 県庁が取り組むべきこと

1) 保健所機能のコンセンサスを図る

市町村が力をつければ、保健所にはゆとりが生まれ、従来から弱かった公衆衛生機能、例えば情報センターとしてや先駆的なモデル活動、活動の評価や計画の見直しなどへ力を注ぐことが可能となり、保健所の機能強化につながる。市町村が速やかにこれら膨大な役割に対応できるかどうかはなほ疑問ではあるが、この「ゆとり」を活用するためには、国の動向を見守るだけでなく、各都道府県独自に、今後の保健所の具体的な機能を検討する必要がある。本庁・保健所それぞれの立場で事業の見直しを通して、以下の点に留意しながら、それぞれ関係機関の、今後の果たすべき役割を検討する。

①市町村に移行可能な具体的な事業や方向性

②保健所の機能強化をはかるための条件

③市町村保健センターの役割、所長の資格要件

④保健・福祉・医療、対人・対物行政の連携のあり方

⑤保健行政の在宅ケア対策へのシフトを修正する手段

⑥地域保健医療計画、老人保健福祉計画等との整合性

⑦マンパワーの質的向上を図るための研修体制のあり方等が考えられるが、愛媛県では、見直しのための部内と保健所にプロジェクトを設置し、互いに連携を図りながら本年中に検討結果をまとめることにしている。

2) 保健と福祉の統合化の検討

保健と福祉の連携は市町村レベルでの連携の重要性が強調され、保健所と福祉事務所の統合は欄上げされたが、福祉保健部の創設など保健と福祉の連携強化のための機構改革と、対応して保健と環境対策の分離を懸念する。保健と福祉の互いの役割のバランスが取れる連携のあり方の検討が必要であり、安易な合併は避ける。

3) 保健所の医師確保と資質の向上対策

「保健所長は医師でなければならない」が、実際の運営は、年齢がある程度高ければ「医師であれば誰でも保健所長になれる」のような状況の都道府県もあり、保健所長の資格要件厳守の曖昧さが、保健所の評判を下げているとも言える。医師の確保の困難なところも多いが、熱意のある若手の医師が増えていることも事実である。保健所医師の確保や質的向上対策を最重視する。

4) 先駆的事业予算の活用

医師に次いで保健婦についても人権費など補助金が一般交付税化され、保健所弱体化のための外堀が埋められつつある。一方見返り事業的な予算(保健事業特別推進費、先駆的保健婦活動費等)が組まれており、保健活動の活性化を図ることとしているが、この予算も活用し難い状況があり、保健所への国の評価を下げる結果となっている。今後はこのような事業を積極的に活用するため、県庁・保健所一体となって英知を注ぐ必要がある。

7. おわりに・・・ 「見直し」が、保健所に留まらず、公衆衛生全般に関わる一大事であることを再確認して、このポイントを、ピンチではなくチャンスとするため、公衆衛生関係者は、それぞれの立場での見直しを結集し、一丸となって課題解決に取り組むことを提案したい。

シンポジウム

感染症の社会医学

座長 片平洌彦（東京医科歯科大学難治疾患研究所）
黒田研二（大阪大学医学部公衆衛生）

1. 富家恵海子（「院内感染」「院内感染ふたたび」著者）

MRSAをめぐる医療と社会の問題

2. 五島真里為（HIVと人権・情報センター）

HIV感染者、AIDS患者への医療における対応の問題点

3. 山口 亘（大阪府立看護短大）

あいりん地区の結核

4. 西 三郎（愛知みずほ大学人間科学部）

「感染症の社会医学」の課題と方法

私の夫は1987年10月、東大病院での食道静脈瘤の離断手術の後のM R S A感染症によって52才の若さで亡くなってしまった。夫は当時、東京の小さな女子大の心理学の教授であったが、研究者としてもまだまだやり残したことが山積しており、子供達も中途半端な大きさで、人生半ばで旅立つことが、どんなに無念であったかと思うと、今でも心がしめつけられる思いである。

私は夫の亡くなった後のはるかなる喪失感の中で、夫の死因となったM R S A感染について勉強し、M R S A感染が日本の医療の持つ構造的な問題であることを知り、少しでも防ぐべく多くの人に知ってほしいと「院内感染」及び「院内感染ふたたび」という2冊の本をだした。夫の亡くなった当時はどこの病院でもそうであったようであるが、「院内感染」という言葉位は医療者は知ってはいたが、「院内感染という存在」そのものが十分認識されておらず、「防がねばならないものだ」というシビアな認識には程遠い状況であった。夫が亡くなった時、私は「人は病院に病気を治してもらおうとやってくるのに、病院で新しいバイ菌をもらい、それによって長い間苦しみ、結末として死んでしまう」というストーリーをどうしても容認することができなかった。院内感染とは防がねばならないはずのものであり、努力によって相当程度防げるはずだ。

そもそも院内感染の起きる原因を考えてみると、大きく言って3つあるようだ。1つは医源的な問題。2つ目は日本の医療者が持っているカルチャーというべきもの。3つ目は医療にまつわる様々な社会システムの未整備である。

医源的な問題とは「抗生物質の不適切な使用を長い間続けてきたこと。」と「抗生物質がある故に、手洗いや消毒といった基本的な清潔思想を守ってこなかったこと」の2つが主要である。

本年の2月に厚生省は「抗生物質感受性状況調査」の結果を踏まえ、抗生物質製剤の使用にあたり「原則として感受性を確認し、疾病の状況上必要な最小限の期間の投与にとどめるよう」という通達を出し、抗生物質の使い方についての警告をだした。しかしながら、現実には抗生物質の使用をドクターに規制させることは、言うは易く実行するのは非常に困難な問題だとされている。

名古屋大学医学部で細菌学を専門にされる太田美智男先生によれば、『全国の医科系大学学部の微生物学教室の中で細菌学を専門にする教授のいる大学は半分以下であり、その中でも化学療法を専門に研究している教授のいるのは片手あるかどうかという状況である。このため

、医学部の学生が化学療法のきちんとした教育を受けずに卒業してしまう状況が起きている。結局医師は、非常に多くの抗生物質を、製薬会社のパンフレットを教科書にプロパーを先生に勉強して自己流で使ってきたのである。そういう細菌感染症軽視という時期が長いことによって、その結果としてM R S Aが生まれてきた。』と述べておられる。十分な科学的根拠にもとずいた医学教育がなされないままに、製薬会社の壮烈な売り込み合戦が展開され、抗生物質がスタンダードのないままに選択され、今日の悲惨な院内感染が起きていることを考えれば、これも一種の「公害」と考えられるだろう。

手洗いや消毒など基本的な衛生思想の軽視も根が深い。私達大人は、子供に対しては機会あるごとに『手を洗いなさい』『うがいをしなさい』ということ言う。が、大人の私達は「その時の気分」で行うのみで「習慣」づけられてはいない。医療者の世界でも同じようなことが起きている。ジョン・V・ベネットとフィリップ・S・ブラッシュマンによる「ホスピタル インフェクション」(第3版)の冒頭に1847年のセンメルワイスの興味ある実験結果が載せられている。

ウィーンのゼネラルホスピタルの中におよそ3500人の赤ん坊を毎年出産させる2つの産科があった。その2つの科の規模ややり方は全く同じであったが、唯一違うところは、一方は産科医及びその学生が仕切っており、もう一方は助産婦及びその学生が仕切っていたことである。産科医が仕切っている第1ディビジョンでは毎年600—800の産婦が産褥熱の結果死んでいたが、助産婦が仕切る第2ディビジョンでは毎年60人程の産婦が亡くなったのみであった。

センメルワイスは、産科医の仕切っている第1ディビジョンの死亡率の高さは、産科医やその学生が解剖をした手を十分洗わず消毒せずにお産の介助をすることによって起きる院内感染であることをつきとめ、お産の介助にあたるすべてのメンバーは毎日毎回事前に手洗い消毒することを強制した。

その結果1846年に第1ディビジョンでの産褥熱による産婦の死亡率は、11.4%あったものが、2年後の1848年には1.2%へと激減した。同じく助産婦の仕切っていた第2ディビジョンでも、死亡率は2.7%(1846年)から1.3%(1848年)へと減少した。抗生物質のない時代にこれだけの成果を出しえたものが、手洗いと塩素水による消毒である。

M R S Aの最も多い伝達形態は医療者や患者の手を介しての接触感染だと言われている。病院では、病棟内の

各所に手洗い場を設置しペーパータオルやウェルバ、電動式的手指乾燥機などを整備し、手洗いがし易い環境づくりを徐々に進めてはいるが、実際には現場では忙しすぎることをイクスキューズに守られているとは言いがたい状況である。知識と技術は一流でも、患者を感染から守るという基本的な衛生思想は随分心許ない。先にあげた太田先生は最近ご自身が腸の潰瘍で手術を受けられた際、個室にはキッチンハイターとイソジンと逆性石鹼を置き、医師や看護婦が自分の体に触る時は、必ず逆性石鹼で手を洗いハイターで消毒したタオルでその手をふいてから、ケアしてくれるようお願いしたという。「そんなことして先生嫌われませんでした?」と私がお聞きしたら「いやあ、愛されましたよ」と笑っていた。

ドクターだからそういうことを言えたという側面もあるが、自分自身の命を守ることは切実であり、院内感染の怖さを知ってしまった人は、病院の中でいうがままにされるがままにはしてはられない。

ところで、現在院内感染対策委員会がある病院は、東京都の医療センターの稲松孝思医師の研究発表(第67回感染症学会)によれば、日本の総合病院の中では96%に達しており、ほとんどの病院が院内感染対策に関心をもち、少しずつ動きだしている状況である。しかし、その活動は、「予算がないこと」「マンパワーが出ないこと」「権限が明確でないこと」「専任者がいず存在がややふやなこと」などが理由となって、船出はしたものの十分な成果をあげるには至っていない。その背景には日本の医師を支配している文化のようなものも障害の1つとなっている。例えば、一人一人の医師が極度に細分化された領域の専門家であり、感染のように横断的に起きてくる事象に対して関心が薄いことがある。また、臨床に対する評価が医学界では低く、研究論文の数によって評価される傾向が強いため、医師がベッドサイドで感染予防、感染コントロールなどをいくら一生懸命やっても、学問的に評価されないという。サイエンスとしてのステイタスの低さも、感染予防に情熱をそそげない理由として大きいようだ。さらに、医療は医師だけでなく看護婦さんや検査技師、薬剤師、様々な理学療法士、清掃に携わる人々など、多くの職種の人々に支えられて初めて成り立っているものであるが、患者も医療者も何となく医師中心のものであると考えがちである。しかし、このような考え方の支配は、院内感染の防止というような全病院で取組みをしなければ効を奏さないプロジェクトにとっては、マイナス要因として働く。そのような

日本の医療の持つ風土というか文化というものも院内感染の防止のための活動を円滑に進める上で障害になることが多い。第3番目にあげた社会的システムに起因するものとしては、健康保険制度の仕組みや社会資本投資の中での医療への配分の不足、院内感染防止への行政の対応のおくれなどがあげられる。日本の健康保険制度は優れたものではあるが、技術料や看護料などのソフトに比べて薬価や検査などモノやハードに比重が置かれ過ぎているため、モノやハードの乱用を生み、それが院内感染の原因を作ってしまった。

また、保険システムの中に感染予防という概念が十分成立していない故、感染予防のための出費を保険の中で認めていない。その結果、感染防止を熱心にすればする程病院が赤字になっていくという矛盾が出てきている。このように考えてみると、MRSA感染は直接原因を作った医療的な問題だけでなく、社会的なシステムや、医療者が持っている文化まで含めた原因によって生まれてきた構造的なものであり、医療の高度化とともに一層深刻になっているようだ。

今、仮に、MRSAのコントロールが非常にうまくいって早々に解決したとしても、また別の耐性菌が生まれ、それによる院内感染に悩まされることは、衆目の一致する所である。

私達は、今、院内感染が起きた様々な背景を謙虚に見つめ、それを少しずつ改め、私達の明日の医療をもっと良いものにしていかねばならない。

具体的には、感染症専門の医師や看護婦を養成し、それらの人々が中心となって構成されるインフェクションコントロールユニットをどこの病院でも機能させること、医療保険制度の中に感染防止活動の点数を加味すること、病院や施設間を結ぶ地域のネットワーク作り、抗生物質の適性な使用のための規制など、プログラムにのせていかねばならないことは多数あるのである。

このような院内感染を防止するためのシステムの確立は、院内感染の防止に役立つだけでなく、日本の医療全体の質の向上につながってゆくということを私は強く感じるのである。誰もがいつかお世話になる病院を安全でクオリティーの高いアメニティーにあふれた空間として私達の暮らしの延長上に位置ずけておくことが、急速にせまる高齢化社会の中で21世紀を迎える私達の課題だと考えている。

H I V感染者、A I D S患者への医療における対応の問題点

五島 真理為

(H I Vと人権・情報センター、ホットライン代表)

1. はじめに

H I Vと人権・情報センターは、感染経路を区別せず、あらゆるH I V感染者を対象とする、わが国で初めての民間救援団体として1988年7月に結成された。電話相談事業、カウンセリング事業など、当センターの活動を通じて明らかとなった医療におけるH I V感染者の対応の問題について指摘したい。

2. 検査における問題

H I Vに関する検査は、職場での健康診査、妊婦健診等や、あるいは医療機関で観血処置を要する際のルーチン検査として、しばしば本人の承諾を経ずに行われる。当センターが相談を受けたH I V陽性の妊婦については、その全員が無断検査をされていた。また職場でのトラブルが勤務先での無断検査に起因していたことが、後になって明らかになったという例もある。このような私達が相談を受けた無断検査の例は、氷山の一角にすぎないと推測される。

無断検査の主要な問題は以下の点にある。

- ①被検者を一個の人格を持った者として認めず、インフォームドコンセントの視点が欠落している。
- ②医療を提供する側と患者側の信頼関係の成立を医療の側から崩す結果となる。
- ③検査結果の通知が本人の心の準備なしに行われ、その精神的なショックは計りしれない。そ

の結果、感染事実の受容や、その後の闘病の意欲に重大な影響をおよぼす。

- ④プライバシーの侵害であるばかりでなく、検査結果が本人以外の者に通知されるに及んでは、本人の社会活動や生活を破壊する結果をひきおこす。
- ⑤無断検査による心の傷や社会生活の破壊によって引き起こされる怒りは長期にわたって持続し、医療や社会に対する信頼を喪失し、しばしば自閉傾向を示す。

3. H I V抗体陽性告知における問題

血友病患者のH I V感染が始まって10年以上を経た現在も、H I V抗体が陽性か否かを主治医から知らされていない者がいる。告知が遅れたり、なされなかったために妻が感染した例もある。専門医は、早くから告知の必要性を主張しているが、血友病患者は血液製剤によるH I V感染の告知に関する問題について、以下の指摘をしている。

- ①告知がない場合、パートナーへの感染などの不安が広がり、感染者にも非感染者にも感染者として行動することを強制する結果を生じる。
- ②血液製剤感染者が損害賠償請求権を行使するのを阻害する結果となる。

一方、告知場面においても重大な問題が生じる。私達が関わったH I V感染者の殆どがカウンセリングなしに感染告知をされていた。感染

者からの相談や、告知に同席した経験から、以下の3つの問題点を指摘できる。

- ①告知を行う医師の全てがカウンセリング・マインドを持っているとは限らず、本人の気持ちへの配慮を欠いた単なる通知に留まっている。
- ②告知に要する時間が短い。
- ③告知を受けた後に過ごす部屋が用意されていない。

告知の瞬間については、陽性者が一様に、「頭の中が真っ白になった」と述べている。「告知を受けた後はどの様に帰宅したか憶えていない」とも語っている。告知による大きなショックはあるが、数時間の号泣や混乱・放心の後、パニック状態から何とか抜け出せる者も多い。しかし、多くの検査機関や医療機関が告知直後のパニック状態にある人々を放置していることは、非常に危険なことである。彼らの受けたショックを受け止め、共感し、支え励ましてくれるカウンセラーを告知場面に配備することが、ショックからの立ち直りや感染の事実の受容、その後の闘病の意欲にとって重要なことと思われる。

4. 診療の受け入れにおける問題

HIV感染者の多くが、様々な形で、診療拒否を体験している。十分な説明もなく診療拒否が行われたり、外来では診てもらえても、入院が拒否される例もある。「AZTを処方すると感染者を診療していることが広まる」という理由で投薬拒否をうけた例もある。いずれの場合においても、他の診療機関の紹介はなされていない。このような経験をした感染者は「医療から見捨てられた」と感じ、受診を断念する。

血液製剤による感染者の多くはAIDS発病の時期に近づいている。その診療においては、次の様な問題が生じている。

①告知がなかったり遅れたために、治療や投薬を受けることができなかったり、その開始が遅れる。

②治療法が本人に知らされないため、薬の服用が不規則的になったり、健康管理がおろそかになる。

主治医が熱心に治療にあたっている場合でも、他科との連携が十分に行われていない例がよく見られる。病院全体としてHIV診療体制が整っていないことの結果である。他方で、過剰な感染防御体制は、感染者が「感染源として忌避されている」と感じさせる結果を生じる。また医療従事者の対応の中に否定的な態度や性行為感染症等への偏見を感じとる場合には、闘病意欲や医療従事者との信頼関係の構築に障害をきたす。

5. おわりに

あらゆる疾患と同様に、HIVにおいても検査や告知、診療が感染者の人権を損なうものであってはならない。医療はまず第一に、闘病の意欲や生きることへの希望を支えるものでなければならない。

あいりん地区の結核

山口 亘(大阪府立看護短期大学)

はじめに

わが国の結核事情が順調に改善して来た中であつて、大阪市「あいりん地区」では結核が今だに猛威を振るつてゐる。平成3年の地区内結核罹患率は全国平均の42倍にのぼり、年々増加する傾向に全く歯止めの掛からない有り様である。では、なぜそうなのか。こうした疑問の一端を明らかにすべく、地区内日雇い労働者の実態と結核の現状を報告するとともに、結核発症要因を考察し、今後の対応策を検討することとした。

1 背景

1,地区の概況：明治30年に大阪市が隣接町村を合併した時、今宮村の一部であつた「釜ヶ崎」は同市南区に編入され、同34年に水崎町と改称されたことで「釜ヶ崎」という正式な地名は消滅した。明治36年に「第5回内国勲業博覧会」が現在の天王寺公園と新世界一帯で開催されるのを契機に、江戸時代から貧困者の集落と化していた名護町(現在の浪速区日本橋周辺)のスラムが取り払われた。そのため住吉街道沿いの今船(現在の天下茶屋東ロータリー周辺)にこれらの人達を対象とした木賃宿ができ、これが「釜ヶ崎ドヤ街」の始まりである。大正8年頃にはすでに40軒もの宿屋が立ち並び、その後昭和に入つてこの地域の人口は急増し、現在の萩之茶屋地域が再び「釜ヶ崎」と呼称されることになったが、昭和41年から旧釜ヶ崎を中心に西成区の東北部である浪速、天王寺、阿倍野の3区に接する11カ町、約0.62平方Km(西成区全域の8.4%)の地域を「あいりん地区」と呼ぶようになった。

表1 地区内人口推計

区分	宿所、世帯別	人数
日雇労働者	簡易宿所	16,600(79.0)
	日払アパート	400(1.9)
	一般アパート	2,500(11.9)
	旅館	100(0.5)
	マンション	1,400(6.7)
	小計	21,000
その他	一般世帯	6,000(66.7)
	自営世帯	3,000(33.3)
	小計	9,000
	総計	30,000

2,日雇労働者の現状

1) 人口および年齢構成：地区内労働者数は好況時には増加傾向にあつたが、景気後退以降横ばい状態で平成3年には21,000人と推計されている(表1)。労働者の年齢構成の把握は実際には不可能であるが、雇用保険日雇労働被保険者手帳(通称「白手帳」)所有者の年齢構成とその推移は表2のとおりである。平均年齢は年々上昇しており、平成3年末現在52.3

表2 有効手帳所有者の年齢構成

年次	年齢	～19	～29	～39	～49	～59	～69	70～	計	平均年齢
H.3年	人数	5	103	777	4144	6066	2622	243	13,960	52.3
	(%)	(0.0)	(0.7)	(5.6)	(29.7)	(43.5)	(18.8)	(1.7)		
H.元年	人数	23	334	2864	8441	5796	1833	170	17,461	46.4
	(%)	(0.1)	(1.9)	(16.4)	(36.9)	(33.2)	(10.5)	(1.0)		
S.62年	人数	37	481	4052	9016	8049	2586	237	24,458	48.2
	(%)	(0.2)	(2.0)	(16.6)	(36.9)	(32.9)	(10.6)	(1.0)		

歳で、内訳では50歳代が43.5%と最も多く、次いで40歳代29.7%、60歳代18.8%の順であつた。地区外居住者を可なり含む数値であるものの、これより地区内労働者の年齢構成を一応窺い知ることができる。

2) 労働条件：労働者の稼働は近畿一円はもとより、遠くは関東、中部、中国地方等におよび、主として土木建築

表3 労働賃金

1. 建設関係				2. 製造関係			
職種	賃金(円)	職種	賃金(円)	職種	賃金(円)	職種	賃金(円)
有技能者	運転手	13,000 ～17,000	無技能者	仮枠	14,000	玉掛工	12,500 ～13,000
	大工	20,000 ～30,000		バラシ	～18,000		溶接工
	鉄筋工	18,000 ～22,000		一般	12,000	手元	
	蒸職	16,000 ～23,000		土工	～16,000		3. 運輸関係、その他
左官	17,000 ～21,000	軽作業	12,000 ～12,500	倉庫入出	10,500 ～13,300	沿岸荷役	13,000
				積降	12,500 ～14,000	引越	8,000 ～13,000

工事に従事している。平成 3年の1日平均の労働賃金をみると(表3)、技能の有無、作業内容等により1日3万円から8千3百円と格差がみられるが、就労機会に多く恵まればそれなりの月収が見込まれることとなる。

3) 生活実態：労働者の平均収入と主な支出は、表4 地区労働者の月平均収支(推計) 平成 3年の調査から表4のごとく推計される。月に約23万円の収入を得たとしても、宿泊、食費という最低必要経費に56%強が使われ、その他の諸経費が10万円弱というのが平均的生活とされている。宿泊施設の状況は平成 3年末現在の調査によると表5のとおりである。471件のうち簡易宿泊所が42%もある。その収容能力は全宿泊所の67%にのぼっている。これら簡易宿泊所の畳数(広さ)は3畳が66%を占め、2.5畳以下も20%を占める。なお地区内での野宿者数は高齢化と不況を反映してか平成 3年中の1日平均は101人(前年比13.5%増)であった。

4) アルコール問題：当地区における医療関係の今一つの懸案はアルコール問題である。アルコール依存者の実態は定かではないが、以前より有病率は10%前後と推計されている。これらの患者の分析から、アルコール依存が主な原因で通常の社会生活より脱落して当地区に流入してきた者、劣悪な生活環境での長期居住から発症した者、またその中間型の者が混住している。地区内労働者の高齢化と、最近の40歳を過ぎてから流入してくる単身者の増加からみて、社会から

の疎外感とこれからの生活への不安等からアルコールに逃避する傾向がさらに加速していることは想像に難くない。地区内の飲食店は平成 3年に504店を数え、僅か800m四方の狭い地域内としては極めて多く、アルコール類の自動販売機も地区内には無数にある。また地区内では無銭での食事は困難でも、振る舞い酒には昼夜を問わず事欠かないといわれている。

II 結核の現状

1, 結核り患率：当地区の結核り患率の年次推移は表6のとおりである。昭和60年までは高率とはいえ他地域と同様に減少傾向にあったが、その後再び増勢を示し、平成 3年には人口10万対率では1,713.3となっている。これは当地区を除く大阪市の19倍、全国平均の実に42倍であり、しかもこれには地区内労働者

であっても飯場で発見された者や周辺地域での行路病者等は含まれていない。またこのり患率は地区内の一般世帯の人口を含む母数からの算定であり、これを地区内労働者の推定人口のみから計算すると2,447.6(全国平均の60倍)ということになる。

2, 結核死亡率：当地区の所在する西成区の結核死亡率は(表7)、平成 3年では36.1の高率を示し、大阪市の6倍、全国平均の13倍であった。昭和63年については地区内労働者からの結核死亡者数が明かなことから、地区内労働者のみから死亡率を算定すると136.8という驚異的な高率となり、昭和25年のわが国

表7 結核死亡率の年次推移

年次	S.55年	S.60年	S.63年	II. 3年
全国	5.5	3.9	3.2	2.7
大阪市	9.7	6.1	6.1	5.6
西成区	29.2	25.6	18.7*	36.1

*地区内労働者のみでは136.8

表4 地区労働者の月平均収支(推計)

区分	算出基準	計
収入	12,500円×14日(アプレ手当受給 (最低賃金) 条件の最低日数) = 233,900円	233,900円
	6,200円 × 9.5日 (アプレ手当) (一人平均) = 58,900円	
支出	1,500円(宿泊費1日平均)×30日 = 45,000円	135,000円
	3,000円(食費1日平均)×30日 = 90,000円	
残高	233,900円 - 135,000円 = 98,900円	98,900円

表5 宿舍別件数と収容可能人員

種別	簡易宿所	準簡易宿所	月払7ホ-ト	日払7ホ-ト	旅館	マンション	計
件数	198 (42.0)	41 (8.7)	183 (38.9)	9 (1.9)	9 (1.9)	31 (6.6)	471
最大収容人員	18,592 (66.9)	1,620 (5.8)	4,460 (10.0)	652 (2.3)	220 (0.8)	2,250 (8.1)	27,794

表6 結核り患率の年次推移

年次	S.50年	S.55年	S.60年	II. 2年	II. 3年
全国	96.6	60.7	48.4	41.9	40.8
大阪市*	188.2	123.0	95.7	88.7	91.2
あいりん	2,122.0	1,119.0	984.2	1,573.3	1,713.3

*「あいりん地区」除く

表8 63年度地区内命令入所解除状況

状況	軽快	事故*	死亡	その他
件数	224 (43.6)	223 (43.4)	58 (11.3)	9 (1.8)

* 事故退院の内訳

内訳	自己判断	飲酒	その他
件数	193 (86.5)	20 (9.0)	10 (4.5)

の結核死亡率(146.4)に匹敵する。著しく進歩した科学療法の恩恵に浴することなく死に至る経過には、発見の遅れもさることながら、治療の中断による重症化が大きく影響していると思われる。これを端的に示す者が表8の同年度の地区内命令入所解除状況である。死亡退院が11%にのぼることも大変なことであるが、事故退院が軽快退院とほぼ同率の43%に達し、うち自己退院が87%を占めている。これらのほぼ全員が退院と同時に治療を中断しており、受療の乱れが死亡率に深く係わっていることは現を俟たない。

3.住民検診結果：昭和49年から毎月 表9 地区内住民検診結果

1回労働者を対象として結核検診が実施されている。受診者は昭和61年度の2,125人をピークに減少しているが、年間1,000人以上が受診している。結果をみると(表9)、要精検率は6%前後にのぼるものの精検受診率は60%前後過ぎない。しかし平成4年度では31人(受療率中の2.2%)の要医療者を医

年度	A 受診者数	B (B/A%) 要精検者数	C (C/B%) 精検受診者数	精検結果	
				要医療	D2~3
S.61年	2,125	124(5.8)	67(54.0)	46 [2.2]	21
S.63年	1,445	79(5.5)	50(63.3)	38 [2.6]	12
II. 2年	1,122	75(6.7)	50(66.7)	35 [3.1]	15
II. 4年	1,421	89(6.3)	53(59.6)	31 [2.2]	22

[]内は発見率

療機関に紹介しており、検診精度は芳しくないかも知れないが、それなりの成果は上がっている。なお平成4年度の受診者の年齢構成では、50歳代が46.4%を占め、次いで40歳代が26.2%、60歳以上が22.2%である。

4.初回治療患者の実態：昭和63年8月より平成元年 表10 初回例、年齢別病型

5月までの間に、大阪市立更生相談所を經由して西成保健所分室に来院した新発症患者104人を対象に面接調査を行い、またその後の経過を追跡した。表10のごとく年齢では50歳代が39%と最も多く、次いで40歳代が35%である。病型はII型の広がり1~2の者が43%を占め、I型~II型の広がり3の重症例が26%にのぼっている。発病から受診までの期間は(表11)、3カ月以上が全体の50%に達し、7カ月以上のみでも29%にみられる。昭和63年の全国平均での1カ月未満の受診は72%、3カ月以上が9%に過ぎないことから、地区内労働者の受診の遅れが如何に著しいかがわかる。治療の中断と相俟って、これが重症化と高死亡率につながることは明らかである。本調査の対象中75%はほぼ毎日飲酒しており、うち32%は日本酒に換算して6合以上を常飲している。そのこともあってか、肝障害の合併が33%に認められる。これら初回例のその後6カ月の受療状況を追跡した結果(表12)、6カ月までに29%もの患者が治療を中断しており、うち15%は2カ月以内とい早期である。重症例のみでも15%が2カ月以内に中断しており、19%が6カ月以内に死亡している。

年齢	病型	I~II 3	II 1~2	III, P I	計
~29		-	1 (50.0)	1 (50.0)	2 [1.9]
~39		4 (23.5)	10 (58.8)	3 (17.7)	17 [16.3]
~49		9 (25.0)	15 (41.7)	12 (33.3)	36 [34.6]
~59		13 (32.5)	16 (40.0)	11 (27.5)	40 [38.5]
60~		1 (11.1)	3 (33.3)	5 (55.6)	9 [8.7]
	計	27 (26.0)	45 (43.2)	32 (30.8)	104

[]内は縦の%

III 発症要因について

1.わが国における結核発症の傾向：近年のわが国における成人結核発症の傾向について青木の報告(結核, 54:527, 1979)がある。これによると、発症の3年以内に結核患者と接触のあった者は3.7%に過ぎず、また発症前1年以内のx線検査で異常なしは33.3%で、他の患者では治療所見、不活動性所見が認められたという。つまり成人では以前に感染を受け長い年月を経た後、発症する者が大部分ということである。発症要因についての検討では、菌陽性初回治療例中新尿病が要因となった可能性のある者は8.0%、副腎皮質ホルモンは1.8%、腎透析、腎不全、アルコール中毒、塵肺、胃切除等これまで

表11 初回例、発病から受診までの期間

病型	期間	~1カ月	~3カ月	~6カ月	7カ月~	計
I~II 3		4 (14.8)	8 (29.6)	6 (22.2)	9 (33.4)	27
		6 (13.4)	14 (31.1)	10 (22.2)	15 (33.3)	45
III, P I		8 (22.0)	12 (37.6)	6 (18.7)	6 (18.7)	32
	計	18 (17.3)	34 (32.7)	22 (21.2)	30 (28.8)	104

あげられてきた要因からの頻度は極めて低く、およそ90%の成人の結核ではこのような発症要因は認められなかったという。こうした結果をふまえて、結核の発症には合併症、体質的要因の他に社会・経済的要因が働くものと考えたと青木は述べている。また三上らは、発症要因の検討を患者の生活面に重点を置いて行い報告している(結核, 56:547, 1981)。これによると、新登録患者群と対象群との比較検討の結果、生活要因(心労、過労、食事不規則、睡眠不足、活動制限の5項目)の出現頻度が患者群に有意に高く、また職業および住居の種類よりみて、患者群は社会・

経済的に貧困な集団に多く、これらの要因発症の背景にあるという。

2,ハイリスク集団：昭和43年の結核実態調査対象者のその後5年間の追跡調査結果では、無所見者からの発病率に比し安定非空洞型の者からはその10倍、硬化巣治癒所見者では6倍、その他の不活動性有所見者でも3~4倍の高発病率が認められている。なおこの調査対象中の不活動性有所見率は、11%である。当地区内労働者の不活動性有所見率は平成4年度の住民検診結果の23%から推測すると極めて高率と思われる。その理由としては①かつて大蔓延をみた近畿、九州を始めとする西日本出身者が大半を占めていること、②平均年齢が50歳を越え、他地域に比べ既感染者の占める比率が著しく高いこと、③わが国では男性からの発病は女性の2倍であり、地区内労働者は全員男性であること等があげられる。これら不活動性有所見者の74%に結核既往歴が認められたが、治療歴の明らかな者では不完全受療者が多く、またRFP以前の受療者もあり、これらのことから当地区内労働者群は結核発症に関するハイリスク集団であるといえる。

3,社会的・経済的背景：地区内労働者の生活実態については先にも述べたが、長期にわたって簡易宿所やアパートに居住する高齢化してきた労働者には、不況下の今日、就労機会は著しく乏しいと思われる。地区内労働者はまた、ほぼ全員が単身者であり、経済的困窮のみにとどまらず、生きがいすら失いかけた社会的弱者の集団であるといつても過言ではなく、三上らのいう一般地区での「心労、過労」や「貧困集団」とはおよそ比較にならない過酷な生活実態である。ハイリスク集団からとはいえず異常としかいえないような患者発生をみる主な要因は、地区内労働者群をめぐる社会的・経済的背景の何物でもないと考えられる。

4,アルコール依存：アルコール依存の結核発症への関与は、青木と三上らの報告では希薄なものようである。しかし初回治療例の面接調査では3合以上の常飲者が60%を占め、その上飲酒者の60%では食事の摂取状況にも問題がある。当地区にあつては、アルコール依存も大きな発症要因の一つと考えるべきであろう。

IV 今後の対策について

1,地区内労働者の生活実態の改善：結核発生の主役を演じるとされるこの問題は、結核予防法とは無縁のこととはいえ避けては通れない。高齢化してきた労働者でも、地区内に居住するからには働意欲は喪失していないはずである。しかし特定の技術を持たず、その上肉体的に衰えてきた者には就労条件で当然制約を受けるであろう。困難に直面しても簡単には地区から退去ろうとしない彼らに、何とか分相応の就労を毎月一定期間保障することはできないものか。今後とも労働行政と福祉行政に彼等の生活改善への一層の配慮を期待する以外、他に道はないようである。

アルコール対策も地区内の重点課題である。アルコール依存者への積極的な対応とともに予防対策が是非とも必要である。アルコール依存の発症には個々の持つ社会的背景が大きな要因となろうが、今一つの大きな問題は地区内は勿論のこと飯場や作業場においてもアルコールに対して余りにも寛大過ぎることである。雇用者を含め地区ぐるみの取り組みが先ず肝要である。

2,患者発見の効率化：呼吸器有症状者が早期に社会医療センターに受診してくれば、これに越したことはない。実際には無料で受診できるのだが、重症化して就労不能となるまで受診しない者が跡を絶たない現状だけは、何としても克服したいものである。大阪市の実施している結核検診には年間を通じ実人員で地区内労働者の6%程度しか受診しておらず、呼出しに応じて保健所分室に来所する者がその60%程度にとどまっている状況では、本検診も効率的とはいえない。受診機会の増加、受診者の動員、受診直後の判定と指導の実施等は、関係機関の協力と努力である程度実現可能なことである。早期発見方式の効率化が当地区における緊急課題であることを強く指摘したい。

3,受療の促進：事故退院後の治療中断例の全てが身勝手な者ばかりでは決してない。患者管理の行き届いた国立、公立病院に収容されれば、大方は所期の目的を達成すると思われる。どうしても入院治療になじめない患者や軽症例には、通院治療の継続を可能とする方策を検討すべきである。例えば受療を励行する間はアパートへの入居や簡易宿所での宿泊を保障するとしても、入院治療に要する公費負担額からみれば僅かな費用ですみ、保健所の指導も徹底するであろう。

おわりに

「あいりん地区」の結核の現状を明らかにし、そのよって来たる原因を検討して今後の対策についての私見を述べた。結核事情の改善した今日にあつても、当地区に限っては結核予防法の枠を越えた総合対策が必要であり、そのためにも広範な地区関係者の理解と協力を切望する次第である。

表12 初回例, その後6カ月の受療状況

病型	受療			継続	その他	死亡	計
	~2カ月	~4カ月	~6カ月				
I~II3	4 (14.8)	-	-	18 (66.7)	-	5 (18.5)	27
II1~2	7 (15.6)	4 (8.9)	5 (11.1)	27 (60.0)	1 (2.2)	1 (2.2)	45
III, P1	5 (15.6)	5 (15.6)	-	16 (50.0)	5 (15.6)	1 (3.1)	32
計	16 (15.4)	9 (8.7)	5 (4.8)	61 (58.7)	6 (5.8)	7 (6.7)	104

『感染症の社会医学』の課題と方法

西 三郎 愛知みずほ大学人間科学部

1. はじめに

『感染症の社会医学』の課題と方法という大きなテーマを与えられた。各演者が、MRSA、結核、エイズに関する具体的な内容の報告をされることから、総論的な報告を要請された。感染症に関して多少興味を持ち原稿も書き、またエイズに関しては厚生省HIV疫学研究班に所属していることから、個別の感染症の特性を踏まえて「社会医学」とはの私見を交えて報告する。最初に、感染症の社会医学として、感染症対策の経緯を略述し、行政および診療の場における感染症対策の社会医学的課題を報告し、最後に、社会医学的課題に対する取り組みを、国際的な動向、国・自治体の責任・役割、保健医療従事者の任務、企業の任務について述べる。

2. 感染症の社会医学

1) 感染症対策の経緯

明治初期におけるわが国の急性伝染病対策は、イギリスにおけるPublic Health Act(1848)制定当時と異なり、細菌学を基礎として、伝染病予防法にみられるように、感染源対策としての患者隔離と感受性者対策としての予防接種を主流とし、環境対策も、消毒、媒介動物の駆除等の感染源にのみ注目した対策であった。その上、社会的な便益を重視し、個人の人權尊重を全く考慮しない社会防衛の思想のもとで、諸施策が進められていた。

急性伝染病対策に続く、性病、結核、精神障害者対策においても社会防衛の大綱は継承されていた。戦後の新憲法のもと、基本的人權尊重を基盤とする施策への転換が求められたにもかかわらず、戦後の混乱期にみられた天然痘、コレラ、発疹チフスの大流行の鎮圧の必要性から、急性伝染病対策は、社会防衛に基づく対策として重視され、引き続き結核対策においてもその大綱には変化がみられず、結核集団健診等が広く行われた。

社会防衛の対象以外のその他の感染症対策は、戦前においては、疾病自体が個人的なことでされ、すべて個人の努力にまかされ、治療も非特異的な対症療法に限られていた。一部でサルファ剤等の狭義の化学療法剤の使用がみられたが、原因療法である抗生物質等の化学療法が広く用いられるようになったのは戦後になったからである。昭和34年国民皆保険制度のもと、感染症の治療もその対象に含まれてはいても、保険制度の原則から、保険給付の範囲が個人の事故にのみ限定され、感染にかかわる社会的な事象は、その対象に含まれていない。一方、法に規定されていない感染症対策は、厚生省が、社会防衛的な意味から何らかの対策をすすめる必要を認めた場合に限定し、予算措置等により、行政の定めた要綱に基づいた範囲内でのみ事業を行っているに過ぎない。

2) 行政における感染症対策の社会医学的課題

衛生行政、社会福祉行政における感染症対策の社会医学的課題の主な事項を4つを記し、簡単な説明を加える。

①衛生行政における感染症対策は、権力的な規制行政のもとで、個々人の人權尊重への配慮を欠いた事業によっている。

②法に規定されている感染症対策は、法の規定する目的達成よりは、法の定めた事業の実施に終始している。

③法に規定されていない感染症の対策は、衛生行政が、社会的に対策を進める必要を認めた範囲に限定されている。

④感染症キャリア、患者を排除する社会福祉事業

①衛生行政における感染症対策は、権力的な規制行政のもとで、個々人の人權尊重への配慮を欠いた事業によっている。

衛生行政における感染症対策は、伝染病予防法その他の法規に基づいて、戦前戦後を通じて、主として国の機関委任事務として全国共通の仕組みで、各自自治体を通じてそれぞれの地区の住民を対象としてすすめている。

戦後の衛生行政においても、公権力による規制行政としての性格を維持し、患者の届出・隔離・移動の制限・消毒・必要な健診・予防接種がなされている。このため健康な住民を含めて、規制行政に基づく命令により、健康診断の受診義務、予防接種を受ける義務が課せられている。日常診療の場では、医師の守秘義務のもとで、一人一人の患者を対象にした診療が行われ、感染防止のために、個々の診療に用いられる器具は、すべて必要な消毒がなされ、他人に用いた注射筒、注射針で別人に注射することなどはあり得なかった。しかるに、衛生行政の場での健診では、個室で健診を行うことは稀で、多くはカーテンの仕切りのみで、時には受診者を男女に区別することにより、その仕切りすら省略する例が少なくなかった。また、予防接種は、注射筒を変えないのみか、同じ針で何人もの人に接種を続けて行っていた。昭和33年に、世界保健機関の見解を含めて予防接種実施規則を定め、注射針等は被接種者ごとに取り替えることを規定したにもかかわらず、この規定が実際に守られるようになったのは、さらに遅れていた。健康診断、予防接種は、それが行政の責任で行う事業であろうとも、本来個人を対象とした事業でなければならない。このことから、行政目的を効率的に達成することを重視しようとも、受診者個人の人權を軽視した形の事業であってはならない。

②法に規定されている感染症対策は、法の規定する目的達成よりは、法の定めた事業の実施に終始している。

結核予防法第1条は、「・・前略・・、結核が、個人的にも社会的も害を及ぼすことを防止し、もって公共の福祉を増進することを目的とする。」と規定している。この規定に基づいて事業をすすめるならば、社会的に結核が偏在している事実に着目しなければならず、積極的に傾斜的な行政をすすめるべきではない。また、らい予防法第1条は、「・・前略・・、らいを予防するとともに、らい患者の医療を行い、あわせてその福祉を図り、もって公共の福祉を増進することを目的とする。」と規定している。現在のらいに関する医学の進歩と、らい患者の実態より、患者の福祉を図るための施策は、入所・従業禁止等の規制的な規定を廃し、患者の福祉を図る規定を重視するよう改正しなければならないことは明らかである。以上のように、科学の進歩、社会の動向に対応した衛生行政の視点が不足している。

③法に規定されていない感染症の対策は、衛生行政が、社会的に対策を進める必要を認めた範囲に限定されている。

行政が対策をすすめる必要ありと判断する根拠に、感染症による影響が社会的に大きいことのみを理由とするならば、感染症予防の観点からは、事後的な対策に限定せざるを得なくなる。過去のアポロ熱がそのよい例といえよう。1969年にアフリカのガーナから流行を開始し、わが国を含めて世界的に大流行した急性出血性結膜炎は、10日間前後で自然治癒することが多く、身体的な侵襲が少ない疾病ではあるが、衛生行政として、この流行に対して殆ど無策に近い状態で流行が過ぎるのを待っていたといえる。昭和56年より厚生省は、結核・感染症サーベイランス事業を実施し、指定した感染症の発生報告を収集解析している。そこでは、情報収集に当たり、患者の同意を得ているとは言い難く、また、社会医学的な観点からの資料を収集していない。すなわち、衛生行政における感染症対策のあり方、意義を踏まえ、しかも、将来を展望した感染症対策がなされていない。

④感染症キャリア、患者を排除する社会福祉事業

社会福祉事業の多くが、その対象者の健康状態に関し、「伝染性疾患を有し、他の被措置者に伝染させる恐れがないこと。」（老人ホームの入所措置等の指針について（昭和62年厚生省社会局長通知））等を根拠に、特定の感染症のキャリア、患者を措置対象から除外している。また、緊急に措置する必要が生じた際にも、その人が肝炎その他の血液検査を行っていないことを理由に、措置を拒否する例がみられている。また、MRSAを有していることを理由に入浴サービス、その他のサービスを拒否することがみられている。以上のことは、施設入所、施設利用を希望する人に対して、その権利を一方向的に奪っていることを意味する。これに対して、衛生行政の側からは、これらの事実に対して殆ど反応がみられないばかりか、事実を承知しても、専門的に指導する例すら稀である。逆に、感染症の危険な面を強調する保健医療専門職、衛生関係職員するみられ、さらに、このような社会福祉行政の反社会的な行動を支持する発言すらみられ

ている。すなわち、ほんの少しでも、危険の可能性が認められる場合に、その危険を有する人を排除することが広く行われている。このことは、基本的人権の侵害であり、社会福祉事業の本質に矛盾するという認識する欠いている実態が少なくない

3) 診療場における感染症対策の社会医学的課題

診療場における感染症対策の社会医学的課題の主な事項を3つを記し、簡単な説明を加える。

①感染防止の原則軽視、抗生物質依存体質

②医学的な感染症対策にもとる入退院基準

③感染防止の指導の不足と指導に当たり社会医学的な視点の欠如

①感染防止の原則軽視、抗生物質依存体質

感染防止の原則は、殺菌・滅菌・消毒・術者の手袋使用・手洗い・環境の整備であるにもかかわらず、抗生物質の大きな成果に拐かされ、原則を軽視した診療が広く行われている。このことは、院内感染さらにMRSA感染が社会的な問題として登場した背景にあるといわれる。抗生物質の過剰使用にあわせて存在していたといえよう。これらの原則を守るには、必ずしも多額の経費を要するものではないが、直接収益に結びつく経費ではないことから、支出の削減がなされ、さらに、病室が狭く汚いことに対する批判をかかわすことにも結びついている。

診療の本来の目的を達成するには、直接的な便益を導き出さなくとも、医学的特に社会医学的に整備しなければならない基盤である院内での衛生的な居住環境等を軽視してはならない。さらに、このことの背景には、収益優先的な病院経営と低医療費政策との重なりによることを付記する。

②医学的な感染症対策にもとる入退院基準

現在の社会保険における診療報酬体質は、いわゆる社会的入院を排除する意図のもとで、長期にわたる入院を少なくするよう経済的な誘導がなされている。このため、医学的な意味での入退院基準すら、診療報酬体質に影響され、いかに医学的に入院を必要とする患者であろうとも、低い診療報酬となる看護度の高い患者を排除することが一般的に行われている。その一つに、MRSA感染患者は、感染防止の原則を厳しく適用する必要がある患者で、医学的に特殊な治療を必要としなくとも入院継続の必要性が高い例が少なくない。MRSA保菌者と感染者との区分は重要であり、感染者は、継続して隔離に近い状態で治療する必要があるが、保菌者は、感染を広めない努力は必要ではあっても、退院を許可することが可能である。この両者の区分を明確にしないままで、MRSA患者を退院させている例が少なくないようである。このことが、地域社会で新たな、差別と排除を生み出してきている。

③感染防止の指導の不足と指導に当たり社会医学的な視点の欠如

感染防止の指導は、前述のように、時に保健医療専門

職が、隔離、排除のみを重視した指導を行い、感染防止自体の指導を怠っている例が時に認められる。指導の実際においても、病院内の感染防止は、マニュアルどりの指導が可能であるが、在宅事例に対する指導には、家族のおかれている社会的な状況を加味し、実現可能な方法を指導しなければならない。もし、感染防止の効果が得られない状況であるならば、専門職は、積極的に直接感染防止の作業を実施しなければならない。形式的な指導ではなく、実態に即した指導でなければ指導したとはいえない。

4) 社会における感染症にかかわる人への差別

社会における感染症にかかわる人への差別の社会医学的課題の主な事項を2つを記し、簡単な説明を加える。

①感染に対する過大な危険視と排除、差別

②感染行為の特別視

①感染に対する過大な危険視と排除、差別

B型肝炎、C型肝炎、MRSA、HIVその他の感染症のキャリア、患者に対して過大な危険視のもとで、差別的な取り扱いがみられている。前述の社会福祉事業からの排除のみならず、就業、就学の場合からの排除、さらには、地域社会の生活の場合からの排除がなされ、人権侵害となる行為がしばしば認められている。

伝染病予防法による急性伝染病等は、感染防止のために隔離が行われてはいても、その期間は急性期に限られ、治癒または軽快すると社会に復帰し、その後の差別を被ることが少ない。インフルエンザその他の急性期にのみ感染の危険のある疾患は、感染を防止するため限定された範囲での、休業、休学等がなされている。しかるに、古くから慢性の経過をたどる感染症に関しては、レプラを始め結核においては、長期間にわたり病院等に隔離入院させ、特にレプラにおいては社会防衛の名の下で公権力により基本的な人権を無視した措置がとられていた。ただし、人権侵害の現状の多くが社会から閉鎖れたなかで行われていたために、ようやく現在に至って社会問題として顕在化して来ているが、必ずしも広く社会問題化してはいない。

現在では、長期間にわたり慢性的な経過をたどる感染症を社会から隔離する施策は、行われてはいないが、逆に、社会の中で生活する上での差別がいろいろな形で出現している。しかるに、この差別の現象も当事者からの社会的な訴えの声も大きくないことも関連して、理念的な段階での差別が論じられてはいても、現実には、顕在化した事例が多くないこともかかわって、差別の現象が開鎖された社会のなかに押し込まれているのが実態といえよう。肝炎に関しては患者会が組織され、社会的な運動をすすめており、近年、エイズに関するボランティアを中心として組織的な活動が行われ、商工会議所、一部の企業等においても運動を始めてきている。しかし、キャリアであることを表明して、当たり前前に社会で生活できる環境にはほど遠いのが実態である。

アメリカ等では、HIV感染者であることを表明し、社会的な差別と闘う運動に参加している感染者もみられ

ている。また、社会的に感染者、患者とともに生きる運動が広く行われ、実際に、患者のケアを積極的に行っている人々も少なくない。わが国では、ようやくこれらの運動が著についた段階で、人権意識の啓蒙活動が重要であるといえよう。

②感染行為の特別視

肝炎の感染は、医療行為による感染が多いにもかかわらず、感染の疫学研究も十分ではなく、不可抗力によるものとして、感染を患者個人の運不運によるものであるとする傾向が少なくない。特に、医療関係者のなかには、感染経路の探求自体、社会的にかかわることが多いので意識的に避けようとする研究者も見られている。MRSAにおいても、医学的に適正な環境保全のもとで避けられない院内感染とはいえない状況での感染例が少なくないにもかかわらず、その解明が殆どなされていない。これらは、社会的に医療を聖域とさせ、他からのメスを入れさせないことから脱却すべき段階に来ているといえよう。

HIV感染は、血友病にみられる汚染血液の輸血と、性行為、薬物乱用、母子感染によるが、わが国では、前2者が多い。現状では、血液汚染による新発生はみられなくなったが、過去の発生例に対する社会医学的な接近が一部で行われてはいるが、加害者の責任追及、被害者救済すら十分に行われていない。また、性行為による感染に対しては、行為自体が私的なことであるとして、感染とそれにもたらされる結果に対して個人個人の責任に転嫁する傾向がみられている。社会的に売春行為は認められていないし、不特定多数の人と性的な関係を持つことに対しての道徳的な批判もみられている。しかしながら、現実にもそのような行為を行う人が少なからずみられていることから、この事実にも潜む社会とのかかわりこそ社会医学の研究課題である。そこで発生したことすべてを個人の責任に転嫁することに対して社会医学の研究成果による批判を期待する。

3. 社会医学的課題に対する取り組み

1) 感染という現象に着目して

『『感染症の社会医学』の課題と方法という』に取り組みを述べる前に、『感染症の社会医学』に関し、感染源、感受性者、感染経路それぞれに分けて、社会医学の観点から再整理を試みよう。

感染源は、病原微生物として生物学的な研究の重要性を否定するものではないが、今回話題になっている感染症の感染源は、すべて、自然科学に基づく生物学的特性のみで解明できず、病原微生物が生きている場所事態が社会的な特性に深くかかわっている。微生物の型別の特性に関する研究成果を導入することにより、分布、感染経路の推定に多くの知見が得られることから微生物研究者と社会医学研究者との共同研究の必要性が高いといえよう。MRSAの出現頻度は、院内感染の発生頻度が高く、抗生物質等の利用に適正さを欠くことと深くかかわっていることが想定される。さらに、これらは、現行の医療制度、社会保険制度のもとで、すべての医療施設が同じ確率で発生しているとはいえないことから、制度

の歪みによるのか、制度以外の要因によるかの説明が必要であるといえよう。結核菌においても同様で、国内的には、特定地域、特定階層の人々の生活している環境に多くみられ、また、発展途上国の人々に罹患率が高い傾向がみられている。HIVに関しても同様である。

感受性者に関する生物医学的な研究は、感受性者により、同じように感染しても感染の発現状況、病態の違いがようやく注目されてきている。肝炎では、男女に大きな差がみられている。これらのことが、すべての生物学的な現象によるものか、社会医学的な要因が加味されているかの説明が必要ではなからうか。感染という現象は、最終的には、生物学的な現象として認識できるとしても、その発現の過程で、社会医学的な事象との関わりが推察できるのではなからうか。なお、感染経路は、これすべて社会医学研究の対象であり、敢えてここで、述べる必要がないといえよう。

2) 国際的な動向から

それぞれの感染症毎にその国際的な動向は著しく異なっている。しかしながら、大きな時間軸に依拠すると、MRSAでは、感染防止の基本となる院内感染が、欧米で1960年代に既に話題になりながら、わが国ではあまり関心が持たれず、抗生物質に大きく依拠することで感染防止の基本を軽視したことが、欧米に大きな遅れを見せたことといえよう。結核は、国民病として、積極的に取り組み、わが国の病院病床は、昭和30年代の前半までは結核病床が、一般病床を上回っており、国民を対象に結核健診等が体系的にすすめられた唯一の国といえよう。しかしながら、基本的な生活環境への取り組みが不足していることから、その成果が欧米に後れをとった。マクロ的には、普遍的な疾患から限定された疾患となってきたことは、結核症の国際的な傾向に一致している。エイズは、アジアを除けば、感染者数の上昇速度は、鈍化しているが、国際的に最大課題の感染症であることには変わりがない。わが国での、流行状態が国際的に低い流行状態で推移するのか、多のアジア諸国のように爆発的な大流行の方向に行くかは、社会医学的な研究成果によらなければ即断できない。いずれにしても国際的な動向の社会医学的な解析が、感染対策にとり重要な資料を提供しよう。

3) 国及び自治体の責任、役割

感染症の多くは、社会現象の一つとして消長するもので、その対応は、社会的な要因が重要である。このため、国、自治体の感染症対策の責任は大きいものがある。特に、社会的組織的な努力には、新たな制度の創設、多額に費用を必要とすることから、国の役割がもっとも大きいといえよう。また、実施される事業の多くが自治体を通じて行われことから、また、自治体は、それぞれの地区特性に応じた活動を展開することが責務であることから、感染症対策においても重要な役割を担っている。

感染症の予防の責任は、保健所を中心として衛生行政によるところが大きく、医療は医療機関が責任を持っている。然るに、衛生行政は、新しい事態に弾力的に対応

できる人材、財政の確保がなされておらず、国が定めた事務を、機械的に処置しているに過ぎない状況に近いといえよう。確かに、国は、エイズに関する予算を昨年度21億円を本年度は101億円と急増させてはいるが、直接予防、治療にかかわる分野で、現場で実際に事業をすすめている立場でみると、感染者の新規発生を抑ええる効果に結びつくことが明らかではなく、患者の診療での格段の前進は期待できないのが実態である。すなわち、責任者として予算を増やし事業を拡大したことを誇らしげに述べても、実態としての前進がみられなければ、責任を果たしたとは言えない。イギリスとフランスでの感染者数の上昇する状況が異なることの理由に、イギリスで実施された1週間連続した大規模なテレビによるエイズ撲滅キャンペーンによるという意見がみられている。行政の立場から事業を実施しているということではなく、国民の立場から政府が事業をよくやっているということがわかるように転換するための努力が欠けていることは事実である。

4) 保健医療従事者の任務

感染症は、いかに社会的なこととかわかりがあろうとも、保健医療従事者は、直接予防、治療に貢献できる技術を習得していなければならない。しかし、技術者として対応するのみならず、基本的な人権尊重に基づく行為に勉めなければならない。先日ベルリンで開催された第9回国際エイズ会議に参加した、塩川優一(1994年日本で開催される第10回会議組織委員長)は、「日本の会議では、国際的な水準にまで人権意識を高めることが必要である。」と発言している。住民、感染者、患者に直接日々接している保健医療従事者から、まずは改革しなければならない。

5) 企業の任務

エイズの感染の危険がもっとも高い年齢層である働き盛りの若者を雇用する企業は、エイズ教育をすすめるのみならず、特に感染者・患者の差別を排除するとともに、発展途上国におけるエイズ撲滅運動に協力することが社会的な任務である。わが国の企業は、経済的な発展に大きく寄与したことは事実であるが、社会的な存在として環境保全その他地域社会の中で生存する組織として、また、国際的、特に発展途上国への国際協力に励む努力が求められている。その一環として、エイズ対策の基本である人権尊重、男女差別の撤廃のみならず、さらに広く感染症撲滅により積極的な関与を期待する。

4. おわりに

本年6月22日に開催された第1回チバ・ライフサイエンス・フォーラムで『エイズ東京宣言』が発表された。その項目をここに掲げて、おわりとする。

一、正しい理解と知識の普及を

一、予防、検査の徹底と診療体制の確立を

一、差別、偏見をなくし、共生社会へ支援の輪を広げよう

一、エイズ対策の国際協力と治療薬、ワクチンの研究、開発の推進を

シンポジウム

中高年労働者の健康問題

座長 福地保馬（北海道大学教育学部保健体育科学）
三戸秀樹（近畿大学医学部公衆衛生）

1. 平田 衛（大阪府立公衆衛生研究所労働衛生部）

有害物質曝露と中高年労働者

2. 宮尾 克（名古屋大学医学部公衆衛生）

コンピューター化への対応

3. 上畑鉄之丞（国立公衆衛生院疫学部）

中高年労働者の健康づくり — これからの戦略 —

有害物曝露と中高年労働者

平田 衛（大阪府立公衛研・労働衛生部）

A. はじめに

1. 過去の大きな曝露と現在の曝露の健康影響

- 1) 曝露レベルと健康障害の歴史的变化
二硫化炭素（CS₂）による健康障害の例（表1）
- 2) 社会的背景 知見・情報の不足→犠牲者増加
規制の遅れと被曝露者の増加
行政・企業（元請け・製造元）の責任
- 3) 1972年労働安全衛生法以前と以降の規制
- 4) 1989年秋の健診項目改定、生物学的モニタリング

2. 現在・近未来の曝露

法令の網によるコントロール（法律準拠型）プラス
労使間交渉による改善（自主解決型）

- 1) 一次予防：発生予防＝有害物曝露を最大限低下せしめる
化学物質の安全性（＝危険性）の事前チェック
- 2) 二次予防：曝露レベルと併せて前進してきた部分
停滞している部分

3. 過去の有害物による健康障害発生予防の視点

社会的規制の強化を前提に

- 1) 一次予防：労働関連疾病として
共働因子をコントロール
- 2) 二次予防：精度が高い検査の工夫、活用
標的臓器以外も視野に入れる

B. 4物質を例に

1. 発ガン化学物質曝露と化学労働者

過去の高毒性化学物質と現在の未知物質の使用
複数の化学物質使用
大中小化学工場で

- 1) 曝露実態：過去の曝露年数、含有率など曖昧な指標
- 2) 健康調査：疫学調査（表2）、症例報告
膀胱ガンの潜伏期
- 3) 初老期での膀胱ガン、標的臓器以外のガン
- 4) 化学工場の現場は不安と共存

2. CS₂曝露とレーヨン労働者

開発途上国の追い上げによる構造不況下
大企業装置産業の中での手仕事
長年の取り組みと成果の還元、企業の壁

- 1) 曝露実態 高濃度短期（CS₂合成）
長期低濃度・瞬間高濃度（紡糸・精練）
- 2) 健康調査 公開資料は日本では少ない（表3）
- 3) 脳細動脈血栓症と虚血性心疾患
中年でのLacunar attack様所見

3. 石綿曝露と建設労働者

建設業の重層下請構造

一人親方から大手建設会社まで

- 1) 曝露実態：久永・海老原らの調査
- 2) 健康調査：胸膜肥厚斑の出現率（表4、5）
- 3) 加齢と肺ガン
- 4) 健康管理責任とシステム
- 5) 解明されている共働因子への対策

4. 鉛曝露労働者

過去には中小から大企業まで

現在は下請けの性格が強い

モータリゼーションとの関係

- 1) 曝露実態 鉛工（亜鉛銅板メッキ用電極板製造）
故鉛再生業（古鉛電池）
- 2) 健康調査：神経（図1、2）、腎臓
- 3) 加齢・素因と腎障害、神経障害
- 4) 「大企業はの有害作業が”改善”されて、中小零細企業
においてきた」型

C. 解決への道筋と課題

1. 責任の明確化：対策実施責任、費用負担

2. 発生状況を明らかにする

- 1) 情報公開：全体像が不明、まとまったデータがある？
労働省専門委員など限られた人が知っている？
- 2) 疫学的研究により共働因子を解明し、対策へ
記述疫学的研究と分析疫学的研究

3. 曝露離脱・退職後の追跡健康管理システム

- 1) 健康手帳範囲の拡大
- 2) 「産業医のあり方の提言（提言2-5：健康情報カード）」
に基づく、拡大発展による管理・追跡
- 3) 地域保健との協力

4. 障害の早期発見システムの確立

5. 心理サポートのシステム

6. 生活習慣の改善

労働条件の改善が不可欠

ILO172号勧告（石綿）と建設労働者

表 二硫化炭素中毒の変遷

年代	1925	1935	1945	1955	1965	1975
時代の特徴	人絹開始	スフ開始	戦後再編成	台機発展期	化機台機再編成	構造不況期
多発部署	原液	紡糸	精練	不特定化 (紡糸・精練が主)		
濃度	100ppm以上	50ppm以上	50-30ppm	30-20ppm	20ppm以下	10ppm以下
中毒の形態	亜急性中毒		慢性中毒			示臨床障害
	精神障害・意識障害		多発神経炎	細血管障害 (眼底血管瘤 脳血管障害)		神経伝達機能低下
対策	原液の仕込の改善	紡糸機のカバー	籐処理の改良	二硫化炭素の回収	長期勤続者の配置転換 防毒マスクの着用	

久保田・後藤の表を加筆・改変

表2. 中規模化学工場におけるガン発生 (解析I、全体; 解析II、発癌物質曝露者)

Cancer	Analysis I			Analysis II		
	E	O	RR	E	O	RR
Gastric cancer	1.151	3	2.6	0.763	2	2.6
Lung cancer	0.395	3	7.6**	0.254	2	7.9*
Bladder cancer	0.0862	3	34.8***	0.0561	3	53.5***

*: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001.

表3. CS₂被曝労働者 (L群、長期; S群、短期; R群、曝露離脱; N群、対照) における脳幹性聴覚誘発電位の潜時

	L group n = 33 (ms)	S group n = 24 (ms)	R group n = 16 (ms)	N group n = 39 (ms)
I-III IPL	2.33 ± 0.196	2.29 ± 0.212	2.33 ± 0.212	2.28 ± 0.159
III-V IPL	2.03 ± 0.134*	2.00 ± 0.104	1.96 ± 0.234	1.94 ± 0.149
I-V IPL	4.37 ± 0.202*	4.30 ± 0.274	4.29 ± 0.266	4.22 ± 0.204

* P < 0.05 (vs. N group by multiple comparison using Scheffe's method)

表4. 石綿曝露建設労働者の胸部X線写真の異常所見者数

Pleural plaque	1
Pneumoconiosis	1
Tuberculosis	
active	1
inactive	7
Pulmonary cyst	2

表5. 石綿曝露建設労働者の肺機能検査異常所見数

% VC	-60%	1 (1.5%)
	60-80%	5 (7.5%)
FEV 1.0	Less than the limit value	1 (1.5%)
	Needing a more detailed examination	4 (6.0%)
$\dot{V}25/HT$	Less than the limit value	45 (67.2%)
	Needing a more detailed examination	8 (11.9%)

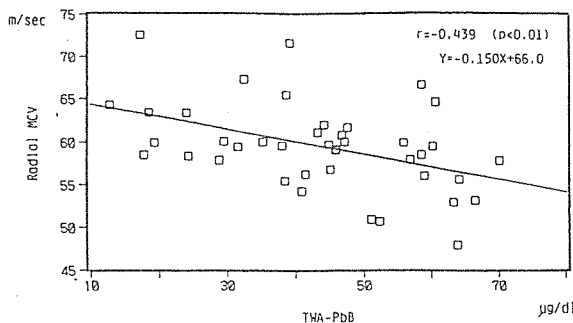


図1. 橈骨運動神経伝導速度と時間荷重平均血中鉛量

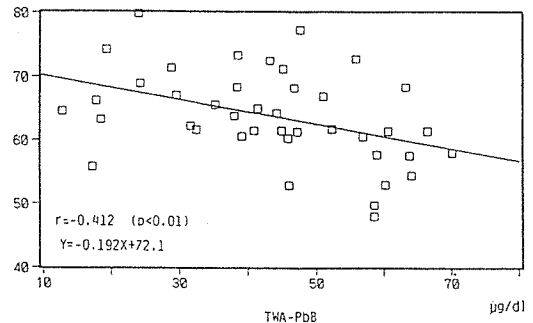


図2. 橈骨知覚神経伝導速度と時間荷重平均血中鉛量

コンピュータ化への対応

宮尾 克

名古屋大学医学部公衆衛生学教室

〔1〕情報化と高齢化の同時進行が提起する課題

1980年代の10年間で、我が国のコンピュータ生産台数は200倍を超えた。90年代に入って、ワープロまで含めれば1千万人（労働省の89年10月調査より試算）を超す労働者が日常的に、OA機器・コンピュータを使用していると推定される。

我が国の労働力人口高齢化のスピードは、欧米諸国に比べて、3～4倍の早さで進んでいる。労働力人口の中に占める55歳以上の割合は、図1のように試算されている。2000年にはこの割合は23%になり、労働力の4分の1近くが55歳以上になると予測されている。ここには、60歳定年への延長の定着と、その後の再就職・再々就職が含まれる。我が国は、経験が深く成熟した高齢者労働力を積極的な社会的パワーと位置づけることが重要である。また人生史には4つの時期があり、①子どもと学校の時期、②勤労する時期、③退職後の活動的な時期、④老齢で助けられる生活の時期、である。人間の知能と体力はかなり高齢になっても積極的な学習と社会参加、及び高齢者をソフトに受容する環境・システムによって高いレベルに維持される可能性がある。その意味で、第3の時期を可及的に長く、コンピュータ利用を含めて積極的に自立して生きるための社会基盤の整備と対応の技術を磨く必要があろう。

コンピュータ化には、事務所では、文書作成・編集、情報の処理・伝達等を行う機器が使用され、汎用コンピュータ、オフコン、パソコン、ファクシミリ、ワープロ、オンライン端末、マイクロフィルム、コンピュータ援用設計システム（CAD）等がある。これらを組み合わせて、統合的な仕組みがつけられ、マンマシン・インタフェースとしてVDTが利用されることが多い。近年、フラットパネルの液晶が、バックライト、高解像度、小型化、大型化、カラー化など急速に進歩した。また、情報ネットワーク化が進み、ラップトップ、ブックタイプ、宅配便管理、工場のCAD・CAM、レストラン注文、記者用ワープロなどコンピュータ化が拡大している。

情報化と高齢化の同時進行にどう対応すべきかという問題は、とくに変わったことではなく、日常の労働と生活において、高齢者のQWLを高める個々の改善と、社会的にこうした動きを支援する枠組みを作り上げる努力であろう。具体的には、高齢者を含むコンピュータ化に対して、機器・設備・環境面での対策、研修・作業管理面での課題が上げられ、そしてこれらは、高齢者の健康水準・機能を評価し支援方法を明示するという健康度測定技術の必要性を提起しているといえよう。

本演題では、主として視覚機能面で、コンピュータの機器・環境対策、老視を中心とする高齢者の視覚支援技術、今後流行するバーチャル・リアリティ（3次元表示技術）あるいはマルチ・メディアの高齢者への対応を述べ、上記の課題を検討する。

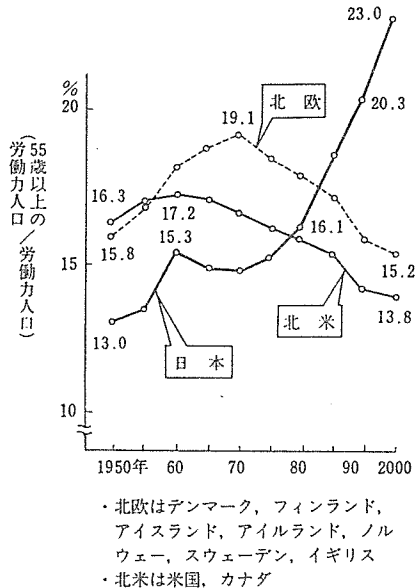


図1. 労働力人口高齢化の国際比較 (労働省資料)

表1. テクノ機器による眼の負担を点数化してみると
(高い点数は、眼の疲れをもたらします。)

機種別には	
反射型液晶	5点
CRT陽画 (文字が暗い)	1点*
CRT陰画 (文字が明るい)	0点
バックライト型液晶	0点
作業者の年齢別には	
40歳以上	2点
30歳代	1点
20歳代	0点
性別には (違いなし)	
水平面照度のレベルでは	
300ルクス未満	4点
1,000ルクス以上	1点
300～1,000ルクス	0点
画面への映り込みのまぶしい反射が	
ある (反射グレアあり)	2点
ない (反射グレアなし)	0点

* CRT (ブラウン管) の陽画は、全角16×16ドットでは、この表のとおり良くないが、24ドット以上の解像度では、もっと改善される。

[2] 高齢者のコンピュータ (VDT) 作業のための視覚支援

(1) 高齢者における液晶とCRTの視認性

VDT作業者のもっとも多い症状は眼疲労である。表1は、20歳代と40歳代の男女15名を被検者に、アメフリ抹消テストの、VDT画面と試験紙での成績の比を目的変数として、VDTの可読性に影響する要因について、数量化I類で240試行について分析した結果である。可読性を悪化させる要因には、反射型液晶、低照度、加齢、反射(映り込み)グレアが選ばれた。中高年作業者にとって、暗い液晶、暗い原稿・机、細かな文字は読みにくい。したがって、中高年VDT作業者には、良好な機器・環境・作業条件を提供するべきである。

(2) 中高年の調節力低下と、適切な眼鏡矯正

VDT作業の視距離は、通常50cm程度である。50cm~2mの範囲は、眼鏡処方では中間距離とされる。図2のとおり、中高年者は直線的に調節力が低下する。両眼視・自然視のもとでの年齢別の客観的調節力は、20~50歳の範囲で、調節力 = $-0.264 \times \text{年齢} + 14.4$ であった。図3にとおり、年齢とともに中間距離視力も低下する。中間距離が案に見えることは、中高年をコンピュータから忌避しないように支援する重要な点である。

調節力の弱い中高年には、眼疲労予防のための適切な眼鏡矯正が重要である。図4は、年齢別の眼鏡・コンタクトレンズ (CL) 装用者の比率である。55歳以上は約8割が眼鏡を装用しており、その重要性がうかがわれる。表2は、正視眼の中高年者が視距離50cmのVDT作業をする場合の矯正例である。VDT健診では、視力、屈折、近点距離、所持眼鏡検査に基づき、作業用眼鏡が適切かどうかを判定することが必要である。

遠近両用眼鏡、多焦点眼鏡は、上のレンズ (CRT方向) が遠用、下のレンズ (キーボード方向) が近用となっている。したがって上を中間距離用にしてあればよいが、上が遠用になっていることが多く、その場合は眼疲労の原因となりうる。

調節力の低下にそって、調節力を半分まで用いる範囲を実用調節力ということがある。遠点距離 [計算は、 $1 \div (-\text{屈折 (ディオプター)})$ 単位: m] と、近点距離との間が明視範囲であるが、近点距離に近いもののみみつめると眼疲労をおこす。そこで、遠点から近い方へ、調節力の1/2以内を用いる範囲が、実用的な明視範囲である。乱視を無視すれば、S (球面屈折のディオプタ) を用いて計算する。単位はD (ディオプタ)

$$\text{調節力} = 1 / \text{裸眼近点距離 (m)} - 1 / \text{裸眼遠点距離 (m)} \quad \text{単位: D}$$

$$= 1 / \text{裸眼近点距離 (m)} + \text{裸眼S (オート)}$$

$$\text{調節力} = 1 / \text{眼鏡装用近点距離 (m)} + \text{裸眼S} - \text{眼鏡S (レンズ)}$$

$$= 1 / \text{眼鏡装用近点距離 (m)} - \text{眼鏡装用遠点距離 (m)}$$

$$= 1 / \text{CL近点距離 (m)} + \text{CL込みS (オート)}$$

実用調節力 (半分) を用いた眼疲労の少ない明視範囲は、以下ようになる。

	遠点距離 (m)	実用調節力の近方位置 (m)
裸眼作業	$1 / (-\text{裸眼S})$	$1 / (2 \text{分の} 1 \text{調節力} - \text{裸眼S})$
眼鏡装用	$1 / (\text{眼鏡S} - \text{裸S})$	$1 / (2 \text{分の} 1 \text{調} + \text{眼鏡S} - \text{裸S})$

以上の範囲 (遠点距離から実用調節力の近方位置) に50cm (VDT視距離) が入っていれば、調節性の眼疲労は少ない。

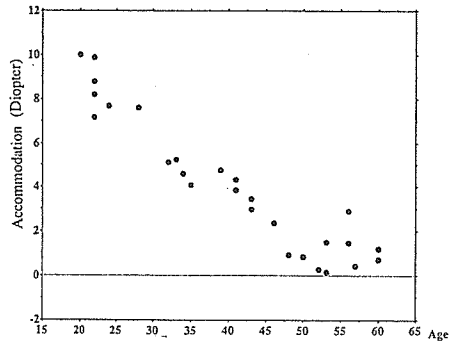


図2. 両眼視のもとでの客観的調節力と年齢 (大竹・宮尾ら)

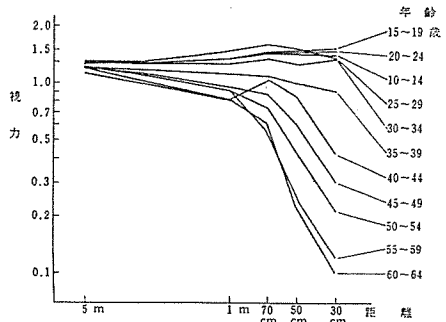


図3. 中間距離視力と年齢 (鈴村)

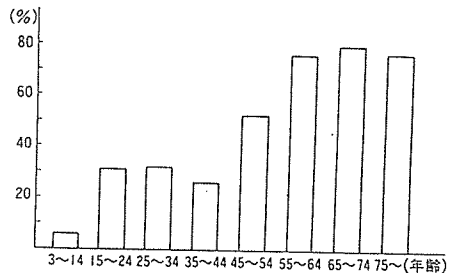


図4. 眼鏡・CL装用者の年齢別比率 (中島・日医誌108:919)

表2. VDT作業時の近見による眼疲労を軽減する眼鏡矯正

年齢	裸眼近点	平均調節力	VDT眼鏡度	装用時の明視範囲
40	約22 cm	約4.5 D	不要	22 cm ~ ∞
45	約28 cm	約3.5 D	+0.25 D	27 cm ~ 4 m
50	約40 cm	約2.5 D	+0.75 D	31 cm ~ 1.3m
55	約67 cm	約1.5 D	+1.25 D	36 cm ~ 80 cm
60	約1 m	約1.0 D	+1.5 D	40 cm ~ 67 cm
65	約2 m	約0.5 D	+1.75 D	44 cm ~ 57 cm

図5には正視で55歳 (調節力1.5D) の人に、+1.25Dの凸レンズを用いて、VDT用に安楽な矯正を行った例を示した。この程度の遠視の場合、近用眼鏡の装用をがまんして眼の疲労が著しい例を散見するが、適切な矯正で驚くほど楽になるのでこうした配慮が望まれる。

また、眼疲労に限らず中高年になってからのコンピュータ化は、頸肩腕症状やメンタル・ストレス症状をひきおこすことがある。演者の観察では、若年者も問題であるが、連日4時間以上（男）、3時間以上（女）のVDT作業、窓からの直接グレアや映り込み、画質の悪いCAD、不適正眼鏡、狭い机による上肢の不良姿勢、背もたれのできない椅子、配転直後やシステム変更直後の研修不足やバグ、作業について理解のない上司、納期・締切がきつい、などが要因である。とくに中高年作業員に対する研修の十分な保障は、必須といえる。また、研修の内容は文法を教え込むのではなく、操作の手順、誤りの訂正と復帰の例、便利な使い方の実例等、わかりやすい例示のリストを当該作業に合せて集団で作ることがきわめて効果的であると思われる。

[3] バーチャル・リアリティ（VR）と中高年

バーチャル・リアリティ（仮想現実感）とは、「人間の外界認識をつかさどる視覚、聴覚、触覚等の器官に対して、コンピュータによる合性情報を提示し、それによって人間周囲に仮想的な世界を作り上げるための技術」（廣瀬）とされている。

3D表示は、VRの中でも中心をなすもので、ほとんどのVRシステムが立体表示を取り入れている。立体視覚を与えるものとしては、両眼視差を利用したものが一般的である。したがって、両眼の輻輳の焦点距離と水晶体の調節の焦点距離とに乖離がおきることとなり、一部の人（斜視や斜位、片眼の弱視など）では立体を認識できず、かえって見にくいこととなる。

図6は24歳から44歳までの11例について、液晶シャッターを用いて、CRT画面上で視標を徐々に近づけたり、遠ざけたときにどのように水晶体調節が反応するかという実験の結果のうちの4例である。

非常に疲れる立体表示の注視は、作業負担としては高度のものと考えられる。一般的にいて、高齢者ほど『立体の認識』にいたりにくく、その立体像注視の困難が推測される。VRの職場への導入は、高齢者を配慮した十分な検討が求められる。

[4] 高齢者にやさしいコンピュータ・システム

田村（京工繊大）は、生産環境の要求水準として、7水準を挙げている。安全設計、機能設計、経済設計、親切設計、満足設計、社会設計、人生設計である。高齢者がロボットやNC機械などを駆使して仕事を続けられるならばすばらしい。88年の航空管制自動化会議でNASAは「自動化の原則」を明らかにした（堀野）。これを高齢者に書き換えるなら表3のようになる。多くの点で共感を呼ぶ内容であり、また可能であろう。

表3. 高齢者に対する職場の自動化の原則（NASA：演者改変）
してはならないこと

1. 高齢者が生きがいを感している仕事を自動化するべからず。
2. 非常に複雑とか、理解困難な仕事を自動化するべからず。
3. 現場での覚醒水準が低下するような自動化するべからず。
4. 自動化が不具合のとき、高齢者自身が解決不可能な自動化するべからず。

すべきこと

1. 高齢者の作業環境が豊かになる自動化をせよ。
2. 現場の覚醒度が上昇する自動化をせよ。
3. 高齢者のスキルを補足し、完全なものにする自動化をせよ。
4. 自動化の選択、デザインを出発時点から高齢者を含めて検討せよ。

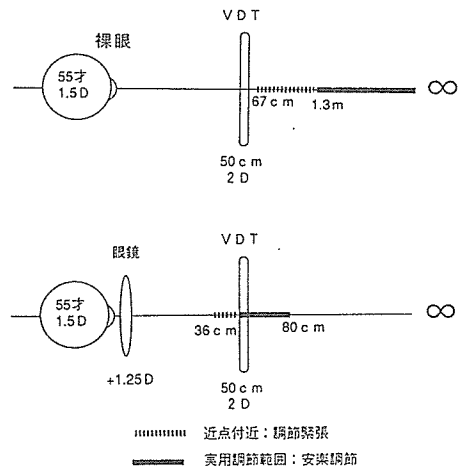


図5. 老眼のためVDTを裸眼で注視しづらい作業員の矯正例

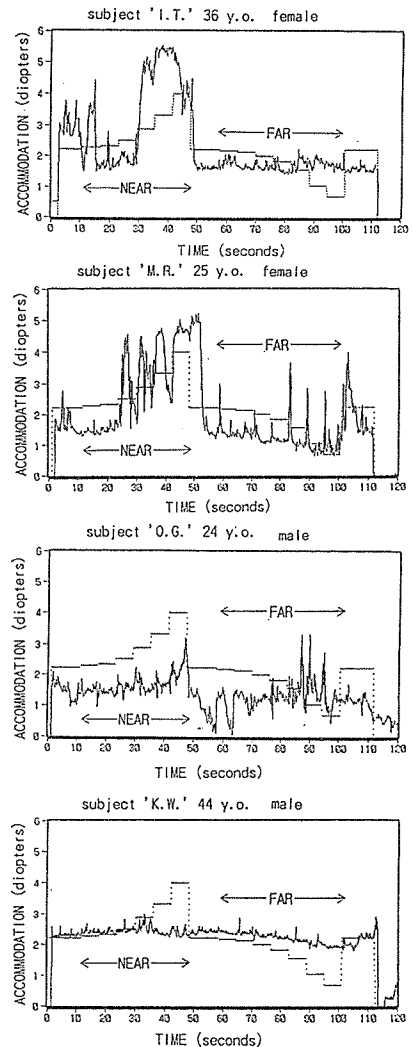


図6. 仮想的立体表示に対する水晶体調節の変化（石原・宮尾）

中高年労働者の健康づくり

— これからの戦略 —

上畑 鉄之丞 (国立公衆衛生院疫学)

現状認識

1. 労働者をとりまく環境
 1. 高齢労働者の増加と若年労働者の流動化、パート化とキャリア化の2面性を持った女性労働者の増加。単純労働部門への外国人労働者の流入がすすんだ。
 2. 情報化、国際化のなかで長時間労働や過密労働が固定化、24時間型労働や労働時間の変形化がすすんだ。わが国固有の終身雇用制度がくずれ、労働者のターンオーバーの徴候がみえはじめた。
 3. ME、コンピュータ化も含めた心理社会的ストレス源が拡大、オフィスの工場化、ホワイトカラー労働のストレスが増大した。
2. 労働者の健康状態の変化
 1. 過労死問題が顕在化、中高年世代の精神疾患や自殺死亡が増加するなどストレスによる健康障害の問題が大きくなった。
 2. 労働災害による死傷者の減少傾向が止まり、重大災害が目立つようになった。
 3. 有害物質による中毒などの障害が潜在化、じん肺、慢性二酸化炭素中毒など退職者での発見が目立っている。
 4. がん、心疾患、くも膜下出血、高血圧、糖尿病、肝障害など成人病の増加。
 5. エイズ、C型肝炎など感染症への対応が要求されるようになった。
3. 職場の健康対策の変化
 1. THP、快適環境など職場の健康づくりを目標にした労働安全衛生法の改正が進んだ。
 2. WHO/ILOの work-related diseaseの概念が導入された。
 3. 労働時間短縮のコンセンサスはできたが時間外労働、とくにサービスマン残業の廃止はまだすすんでいない。
 4. 過労死の労災認定や予防への関心がたかまった。
 5. 禁煙キャンペーンなど生活習慣変容への関心がたかまった。

4. 労働組合など働く者の対応
労働組合のナショナルセンター再編のなかで日本労働安全センターの解散にみられるように全体として健康問題への対応は衰退し、個別化、グループ化の道をたどった。労働時間短縮も同様で、国民的な大運動にはならなかった。政労使協調型の対応が労働者に問題をみえにくくしている。その一方で過労死110番のように市民参加型の運動やJIT研究会のように現場労働者と研究者の手弁当型運動が目立っている。

現在までの活動

演者らは過去10年間労働者の自主的な健康づくりの活動を目標に以下のような研究調査活動をおこなった。

1. 過労死の事例研究とその周辺
労災申請の家族、弁護士、労働組合や職場の活動家との共同調査、意見書づくりなど。1986年ストレス疾患労災研究会の設立。1987年全国過労死110番開始。過労死労災研究会の設立。1988年勤労感謝の日を前に過労死を考える集い。1989年バイリンガル「過労死」出版。1991年全国過労死を考える家族の会発足。1993年東京地評主催過労死をなくす集いなど。
これらの活動は、わが国のストレス研究の方向性に影響を与えただけでなく、社会科学の分野にも一定の課

題を与えた。また、過労死問題解決への世論をたかめ、国際的な関心とともに、個別労働者だけでなく、経営者や労働組合にも影響を与えた。ただその主たる内容は個人的予防対策が主で、行政対応は鈍く、日本的な労働の見直しや企業の組織的予防活動にまではいたっていない。

2. 保養セミナーの試みとその普及
全国労働金庫健康保健組合の保健施設活動として1986年から開始。医師、保健婦、栄養士、運動インストラクターの養成を専門とする研究者とナチュラリストなどの専門家によって4泊5日型の保養プログラムの開発がおこなわれた。目的は労働習慣の見直しも含め食・運動・休養を一体としてとらえ労働者の生活習慣改善への動機づけをうながすことである。真面目に地域振興を考える温泉リゾート地の自治体の協力がもたらされた。
1990年から3年間健康増進型温泉施設を活用した健康づくりモデル事業として健康保険組合連合会が全国の健保組合に呼びかける形で発展、実施費用の補助、クアハウス利用料金の保険適用が一部可能になり、独自に実施する健保組合も増加。

3. ストレスと健康総合調査
約300の労働組合と15人の研究者の協力で1989年以來継続している調査活動。約2-3万人の種々の産業分野の労働者を登録、事前に自記式記名式調査表で労働ストレス、生活習慣、健康状態を把握し、追跡調査で高血圧、糖尿病、肥満、潰瘍、精神疾患、脳心血管疾患の発病者や悪化者の健常時のリスクを把握することを目的にしている。上部組織の枠組みを越えて多くの労働組合が参加。個別のストレス評価表が好評で職場の学習活動が活発におこなわれるようになった。1994年に最終報告予定。それ以後産業分野ごとの労働組合の健康づくりの要求と実践活動を期待。1994年より一部でモデル実践活動開始予定。

4. 働くものの健康セミナー
1993年より職場の衛生管理者や安全衛生委員を対象に開始。安全衛生の基礎教育をもった職場の活動家養成が目的。上記調査の参加組合からの受講が多い。

戦略の方向

職場の健康づくり、とくに中高年を中心にした当面の目標は在職死亡ゼロ、過労死認定の拡大と労働時間短縮である。そのため、実践的な制度的枠組みをつくる活動が重要である。

1. 在職死亡ゼロ
在職死亡ゼロは、企業内や同一産業分野、同一地域などあらゆるところで統一目標になる。
具体的には、在職死亡把握方法やゼロにするための戦略の統一化のための研究者の参加と協力が必要。たとえば、2次予防を徹底することで、胃がん、子宮がん、乳房がん、大腸がん、脳出血死亡ゼロは可能。保養セミナー制度を含めた一次予防活動の展開で心疾患、自殺死亡もゼロを目標にすることは可能である。具体的な獲得目標と活動成果をつくりあげる。制度的枠組みとして予防活動への保険適用、健保組合支出の拡大、企業の保健衛生費(マンパワーの確保を含む)の拡大を目標化する。
2. 過労死労災認定の拡大
現在の認定基準は「不認定」基準で、医学的論理性もなく、とくに職業ストレスへの認識を欠き、認定基準の見直しが必要である。労災保険財政への圧迫を懸念する

意見があるが、1991年度の労災保険勘定は収入16,330億円、支出は保険給付7,700億円、事業費2,000億円など約7,359億円の赤字である。経済研究所徳永芳郎氏の試算は過労死家族の一件あたりの補償給付は一時金と妻への年金給付を40年間続けたとして総額9,000万円、毎年1,000人の過労死の労災補償をおこなっても現行財政で可能としている。また、認定枠を拡大することは、企業での予防努力を強めることの警鐘にも役立つ。

3. 労働時間の短縮

長時間労働が労働者の不健康な生活習慣をもたらし、疲労をたかめ、健康障害の原因になり得ることは徐々に明らかになってきている。年間総労働時間を1,800時間にする方向が政労使で合意されているが、数字の内容や具体策は不明である。1991年の労働省の毎月勤労統計調査での産業平均の男女年間総労働時間は2,023時間（男性のみ2,140時間）、労働力調査は2,366時間（男性のみ2,569時間）である。健康づくりの観点からみれば、週実労働時間の規制とともに夜勤や運転労働など負担の大きい労働態様ごとに自主的な目標を決め到達目標への実践計画を作る必要がある。

戦略的達成の課題

上記の3つの戦略的課題は総合的で、人間的な労働とゆたかで文化的な生活を保証するための当面の課題である。ただ、実現するうえでは運動上で克服すべきことが多い。

1. いわゆる「働く人々の健康センター」について
1992年に社医研の3人の研究者（山田、渡部、細川）により「働く人々の健康を守る国民的な運動を育てるためのシンポジウム」がもたれた。また、その後この集会の趣旨に沿った全国センターをつくる試みが模索されたが実現しなかった。この理由は、中心となるべき労働組合の合意と実現のための意欲がなかったこと、そのため財政的困難があったためである。少なくとも全国的に労働組合組織が中心になり、こうした課題を実現するイニシアティブをもつことは不可能で必要性も当面少ない。

2. 職場、地域、産業別の運動の構築
必要なことは、職場、地域やそれぞれの産業分野でまず共通の実現可能な目標をつくること。また、共通の目標があるところから運動を構築することである。そして、計画や運動に専門家が参加することである。

国民の健康保護は、国の単位では厚生省、労働省、文部省や自治省、環境庁など縦割り行政でおこなわれている。労働者の健康はもっぱら労働省の方針によっている。こうした枠組みは、職場、地域、産業別の運動の構築では再検討が必要である。自営業や建設業の労働者の健康は誰が責任をもっているか、地場産業の労働者はどうか、運転労働者はどうかなど、それぞれの課題ごとに職場、地域、産業での要求を下から再度練り直し、作り上げる必要がある。

3. 社会医学の課題

社会医学研究会はかつて中期死亡の研究を体系的にすすめる、大都市周辺の死亡構造を明らかにした。これらの一連の研究は問題の所在は明確にしたが解決の方法は明らかにしなかった。高齢化がより深刻になる21世紀にかけての社会医学では職場、地域、産業を総括した横断的な健康づくりの戦略を運動論からも形成することが求められている。

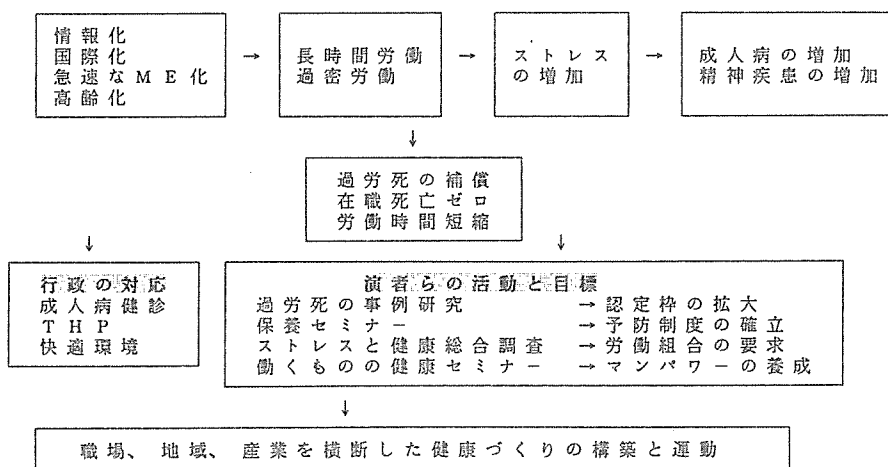


図 職場の健康づくりのこれからの戦略モデル－中高年の場合－

一般演題

1 公立学校教員の健康権保障について ——養護学校教員の健康管理経験から——

埜田 和史 (滋賀医科大学予防医学講座)

草津養護学校では1991年度に教諭数64人のうち延べ17人が腰痛、頸肩腕障害のために4日以上以上の病休をとり、学校運営にも支障が出る事態となった。学校管理者の要請を受け労働衛生の専門医として、職員の検診や職場調査、衛生教育などを行っている。しかしその身分は産業医ではなく特別非常勤講師であり、健診や職場調査の結果に基づいての個人別指導や職場としての対策を協議する制度もないため、効果的な予防対策が取れなかった。これは公立学校教員の安全衛生管理が学校保健法だけに基づいて行われているためと考えられたので、この点について検討を行った。

公立学校教員に労安法が適用されるにもかかわらず、文部省が「国及び地方の教育行政実務担当者が日常の執務にことかかぬ程度の文部関係法令を収録」編集した文部法令要覧の中に、労働安全衛生法に関するものは掲載されていない。学校保健に関する教科書的な出版物を見ても、知り得た範囲では教員の安全衛生管理を労働安全衛生法と関連づけて述べているものはなかった。地方公務員である公立学校教員への労働安全衛生法の適用に関しては、監督権が地方人事委員会にある点などが私立学校教員その他一般の労働者の場合と異なる。また、学校教員について労働安全衛生法に関連して特別な記載があるのは、産業医の選任に関する労働安全衛生規則の第13条第2項に「学校医で、当該学校において産業医の職務を行うこととされたものについては」所轄労働基準監督署長に産業医の選任報告をする必要がないことが記載されているだけである。裏返して言えば、公立学校においても職員数が50人以上の規模になれば産業医の選任義務があるということである。しかし、1991年4月に石川県教育委員会が文部省に「学校には学校保健法の規定に基づき学校医がおかれていることから・・・労働安全衛生法13条の規定により産業医をあらためて選任する必要はないと考えるが・・・」と照会しているように、学校においては一般に「産業医」というもの

についての認識が薄いかないしは欠落していると言えるのではないだろうか。これに対する文部省の回答も、あらためて産業医の選任を行う必要はなく複数の学校医がいる場合は「その内の1名を職員の保健管理について総合的に指導・助言に当たる学校医と定める」ことが望ましいという消極的なものであり、学校医と産業医の責務の差異を十分認識しているか疑わしい。(表参考)

埼玉県労働保健センターの前田らは1984年に養護学校に腰痛・頸肩腕障害が多発していることから、適切な検診を行い結果に基づいた事後指導などがおこなえる体制の必要性を指摘している。しかし、労働組合が安全衛生管理体制を問題として取り上げるのは遅れ1990年になってからである。1986年と1989年には養護学校教員の健康問題が国会で取り上げられているが、これは主に公務災害補償をめぐる問題が中心で安全衛生管理体制のことは問題とされていない。石川県教育委員会の照会は、養護学校教員の健康問題に関連して安全衛生管理体制を教職員組合が追及したことに端を発している。養護学校での腰痛・頸肩腕障害の多発や教員の「過労死」事例の発生をうけ、組合の追及により教育委員会の中には健康管理制度を改めるところもでてくる。最近の例としては1991年に改正された東京都立学校教職員健康管理規則がある。旧規則に比べ新規則では職員の安全と衛生に関する管理体制が整えられ、職員の安全衛生に関する責任の所在や産業医の選任などが新たに定められている。また、新規則では第2条に労安法が職員の健康管理に適用されることを記し、公立学校教員の安全衛生管理に関する法体系を明確化するなど、教員の安全衛生管理に関して今まであいまいであったところが整理されている。

百万人を越える公立学校教員が長期にわたって実質的に労安法の適用を受けていない現実、過去から指摘されてきた養護学校教員の健康破壊が未だに有効な対策もとられないまま続いているこ

とに代表される教員の健康上の不利益を生じ、公立学校教員が健康で快適な作業環境で働く権利を阻害している。労働組合が労働安全衛生法の適用を軽視した安全衛生管理を権利侵害の問題としたのは1990年以降のことである。なぜ長期にわたり労働者の基本的権利に関する問題が放置されていたかについては、労働基準法、労働安全衛生法、地方公務員法、学校保健法など諸法の関連と縦割り行政の悪弊や今日問題になるような教員の健康問題が過去には少なかったこと、現法体

系では、公立学校教員について労働安全衛生法の運用の指導監督をすべき人事委員会が、指導監督される設置者と同一である矛盾などいろいろ考えられるが、教員の健康観や労働観とも関連させて検討しなければならない。それはまた、教員が学校における健康教育の担い手であり、国民の健康観形成に大きな影響を与える職業であるだけに、単に労働者の健康問題に留まらない重要な意義を持つ問題であると考えられる。

表 労働安全衛生法と学校保健法の比較

-
1. 労働安全衛生法では労働者の安全と健康の確保と快適な作業環境の形成が目的とされるのに、学校保健法では学校教育の円滑な実施が目的とされている。
 2. 労働安全衛生法では事業者より権限を与えられた専門的な資格をもつ衛生管理の責任者の設置が義務づけられているが、学校保健法にはない。
 3. 産業医の職務は、
 - (1) 健康診断の実施及びその結果に基づく措置、その他労働者の健康管理に関すること
 - (2) 作業環境の維持管理に関すること
 - (3) 作業の管理に関すること
 - (4) 衛生教育、その他労働者の健康保持増進を図るための措置
 - (5) 労働者の健康障害の原因の調査および再発の防止のための医学的措置
 - (6) 月一回以上の職場を巡視し、作業方法又は衛生状態に有害の恐れがあるときは、労働者の健康障害を防止するため必要な措置を講じなければならない。
 - ・事業者はこれらのことがなしえる権限を産業医に与えなければならない。
 - ・産業医は事業者又は総括安全衛生管理者に勧告し、又は衛生管理者に指導、助言できる。
 - 学校医の職務は、
 - (1) 保健管理に関する指導に従事する
 - (2) 学校環境衛生の維持及び改善に関し指導、助言する
 - (3) 学校保健安全計画の立案に参加する
 - (4) 学校設置者の求めにより職員の健康診断に従事する
 - ・学校医の権限に関する記載はない
 4. 労働安全衛生法では安全衛生管理の柱のひとつとして作業管理があげられているが、学校保健法には作業管理の概念はない。
 5. 労働安全衛生法では労働者に職場での法律又は命令違反について監督官庁に申告する権利を認めているが、学校保健法にはない。
 6. 労働安全衛生法では違反した場合事業者に対する処罰の規定があるが、学校保健法にはない。
-

○藤井 正寛 高田 勢介
 (財)東京社会医学研究センター

【はじめに】

東京社会医学研究センターでは、芝病院健診センターと協力して年間約3万件の職域健診を行っている。そのうちの3分の1、1万人が建設関係の労働者、いわゆる土建健診の受診者で占められている。1992年秋の健診で、この建設関係の労働者から2名の管理Ⅳに相当するじん肺患者を発見したが、何れも数十年來健診を受けたことがなく、相当な症状がありながら、粉じん作業による発症についての自覚がないままに経過していたものであった。

従事業務と作業歴を基本にした健康管理、労働のなかの有害要因に着目した疾病の早期発見のための健診の重要性をあらためて認識するとともに、こうした患者が広く潜在するものと考えられ、より一層、労働生活をとらえた健診活動の強化が必要であることを痛感した。以下、この2例について若干の問題点をふくめ報告する。

【事例紹介】

事例1：66才男性(115年3月生)現在は公務店主。粉じん作業歴として17才から銅山の坑内雑役3年間、20才から7年間は大工職、27才以降、ビル建設の内装工事で天井、壁面のボード張り込み工事に従事、この間石綿吹きつけ作業後の現場で、石綿粉じんへの暴露もしばしば経験した。その後、工務店を自営、住宅建築請負、内装工事、家屋補修、社宅の営繕業務請負等に従事しておりとくに粉じん作業に相当する業務をしていない。

健診結果通知後の1993年2月5日芝病院受診。症状としては動作時の息切れ(Hugh-JohnsⅣ°)があり、胸部X-P上、胸膜の軽度肥厚、両上葉の粒状影(1/1相当)両下葉の気腫が見られた。呼吸機能は、%肺活量61%、1秒率43.5%、動脈血ガス分析は、酸素分圧58.9torr、炭酸ガス分圧30.7torrで、低酸素血症と1秒率の著明な低下により、じん肺管理Ⅳ相当と判断、じん肺法による管理区分申請とともに労災補償給付の請求をおこなうことにした。

事例2：60才男性(s7年6月生)石工。15才から石材加工見習い、以降石工職人として墓石加工、建築石材の加工、施工に従事してきた。健康不調で、58才頃に石材加工中止。健診結果通知後の1993年3月11日芝病院受診。自覚症状として毎朝の咳、痰の持続、息切れ(Hugh-JohnsⅢ°)があり、2～3年前咯血したことがあった。

胸部X-P上、右上肺に大陰影あり、じん肺X線区分で2/3q大陰影Bの所見。呼吸機能検査の結果では、%肺活

量91%、1秒率44.2%、動脈血ガス分析は、酸素分圧74.3torr、炭酸ガス分圧39.5torrで、1秒率の著明な低下に加えて胸部大陰影による高度のじん肺として、管理Ⅳに該当するじん肺管理区分の申請をおこなっている。

【まとめ】

この2例に共通することでは、息切れの自覚症状が5～10年近く前から出現していたにもかかわらず、この間一度も健診を受けていなかったことがあげられる。とくに事例2の場合、咯血した時の受診により胸部XPでじん肺をうたがわれたが、じん肺法の適用などをふくめ何の措置もおこなわれていなかった。

またこの事例2では、息切れと咳、痰の症状が次第に進行し、この数年は年間をつうじて症状の増悪、軽快を反復しているが、咳、痰の薬治療を続けており、最近では常用薬として「ルル」を毎月100錠以上も購入、服薬運用してきていた。事例の1、2のいずれも、じん肺に関する知識としては、「珪肺」「よろけ」という言葉そのものは知っているが、自分の従事する仕事との関係、病状のあらわれについてはほとんど教えられたことはなく、発病の危険性を感じることもなく業務を続けてきたものであった。

建設業では、多種類の職種がしばしば共同で業務に従事しており、必ずしもじん肺法にいう粉じん作業と定められていない業務であっても、粉じんに暴露する機会が多く、長期間の業務従事のみならず、石綿粉じんへの接触、吸入も繰り返され、石綿障害をはじめアレルギー性の呼吸器疾患など、職業性の健康障害の危険の高い職業集団として健康管理をおこなっていくべきと思われる。

また、労災補償の適用にあたっては、粉じん作業歴の確認や一人親方の労災保険特別加入による手続きの問題など、雇用関係をめぐっての処理が複雑でもあり、療養生活上解決すべき課題も少なくないという現状がある。

われわれがかかわっている土建組合による健診活動では、年間で組合員の10%程度の受診率にとどまっており、健康意識、業務上の有害、危険物へ認識等の点で多くの改善を要する状態がみられる。

医療機関側のとりくみとしても、健康にかかわる労働保護の諸制度、救済措置としての法的手続き等について適切な助言や、潜在的な職業性の健康障害者の掘り起こしにつながる健康教育を健診事業の一環としてすすめる必要があると考えられた。

高島毛 敏雄 西 信雄 中西 範幸 黒田 研二 多田 躍 浩三
(大 阪 大 学 医 学 部 公 衆 衛 生)

<はじめに>

本研究は、結核新登録者から、中高年齢者の健康問題を検討することを目的として研究を実施した。

<対象と方法>

本研究は1984年、1987年、1989年の3年の結核新登録患者を対象とした。これら対象者について、保健所の協力をえて調査を行った。回収率は、1984年82%、1987年87%、1989年87%であった。

本研究は、中高年齢者の健康問題を検討するために、このうち、「男性」「30～59歳」「肺結核」「結核の既往歴のない者」の1592人の者を対象とした (Table 1)。関連性の検定は χ^2 検定により行った。対象者の職業を以下の5の職業群に分類して分析を行った。

Group I	: 教諭、保母、学校施設の事務職員、 医師を含む医療従事者、公務員
Group II	: 事務系民間職員
Group III	: 現業常用労務
Group IV	: 接客業、理・美容・娯楽業、商人・職人、 日雇い労務、農林漁夫
Group V	: 自由業、パート、家事従事、無職、その他

<結果>

1) 1年以内の胸部レントゲン検査未受診者の割合

職業群別には、I群の17%に対し、IV群の72%、V群の61%の者は1年以内の胸部レントゲン検査は未受診であった。職業群間に有意な差が存在した (Table 1)。

2) 塗抹陽性者の割合、有空洞病型の者の割合、有症状受診発見者の割合および発見時発症者の割合

職業群間とこれらのいずれもの間に有意の関連性が認められた ($p < 0.001$)。職業群のI群の者にいずれも低く、IV群、V群の者に高かった (Table 1)。

1年以内胸部レントゲン検査未受診者では塗抹陽性者の割合は40%、1年以内受診の者では25%であった。

3) 有症状時医療機関受診による発見者に限った分析

職業群間の結核の重症度の違いは、発見方法の違いのみによるのかを検討するため、「発見方法が有症状受診による者」に限った分析を行なった (Table 2)。

塗抹陽性者の割合は、I群の者の塗抹陽性割合は28%、IV群の者は49%であった。職業群と塗抹菌検査結果との間に有意な関連があった ($p < 0.05$)。また、結核の病型については、II群の者の有空洞病型割合は57%、IV群の者では70%と高かった。職業群と空洞の有無との間に有意な関連があった ($p < 0.05$)。

症状出現してから医療機関受診までの期間については、I II III群の者に比し、IV V群の者の受診までの期間が長い傾向にあった。この期間が3か月以上の者の割合については職業群間で有意な差が認められた ($p < 0.05$)。

4) 症状出現から受診までの期間別の分析

塗抹陽性者の割合は、症状出現から受診までの期間が3か月未満の者では39%、3か月以上では49%であった。症状出現から受診までの期間と塗抹菌検査結果との間に有意な関連があった ($p < 0.01$)。有空洞病型割合は、3か月未満では59%、3か月以上では72%であった。症状出現から受診までの期間と空洞の有無の間にも有意な関連があった ($p < 0.01$)。

<まとめ>

職業群の間においては1年以内の胸部レントゲン検査の有無に有意な差が認められた。1年以内に胸部レントゲン検査を受けていない者に塗抹陽性者の割合が高かった。

発見方法が有症状受診の者に限って分析においても職業群のI、II、III群において塗抹陽性および有空洞病型の者の割合が高かった。また、職業群間で症状出現から受診までの期間に有意な差が認められた。

これらのことからすると、結核の対策を進めていくにあたっては、職業群間に存在するような健康管理体制の格差の改善を図っていくことの重要性であることがあらためて確認された。また、あわせて、有症状時に結核の発病を疑い早期に受診するように働きかけていくことが職業群VI、Vの者において重要であると考えられた。

Table 1 The percentage of no chest X-ray history within a year, positive smears, cavities, symptoms, and passive case-finding by occupational group

	occupational group					P
	I n=118	II n=385	III n=558	IV n=293	V n=238	
No chest X-ray history within a year	17%	30%	41%	72%	61%	<.001
Positive smears	17%	28%	29%	43%	37%	<.001
Cavities	43%	47%	54%	64%	58%	<.001
Symptoms	64%	71%	69%	87%	87%	<.001
Passive case-finding	47%	56%	54%	79%	67%	<.001

Table 2 The percentage of positive smears, cavities, 3 months or over until consultation, and no chest X-ray history within a year by occupational group for subjects who sought medical advice

	occupational group					P
	I n=53	II n=210	III n=301	IV n=227	V n=156	
No chest X-ray history within a year	15%	38%	50%	74%	66%	<.001
Positive smears	28%	38%	41%	49%	43%	<.05
Cavities	57%	53%	63%	70%	66%	<.01
3 months or over until consultation	25%	27%	21%	29%	34%	<.05

泉南ブロック結核新登録患者実態調査から考える

○中田栄子・溝上利枝（泉大津保健所）

遠藤知賀子（岸和田保健所）羽端美恵子（泉佐野保健所）

宮本伸枝・松井妙子（尾崎保健所）

〔はじめに〕

罹患率も感染性罹患率も高い泉南ブロックの結核の実態を明らかにし、今後の保健婦活動に生かすために、衛保会泉南ブロックに於いて新登録患者実態調査に取り組み、次のような結果を得たので報告する。

〔調査期間〕

平成2年9月11日～23日

〔対象〕

泉南ブロック6保健所管内の平成元年全新登録患者 500人。

〔方法〕

対象者の平成2年8月末現在の状況を担当保健婦が結核患者調査書及び登録票より実態調査表に記入後、コンピューター集計し、『大阪府の結核の現況』（平成元年版）の記載あるものについて大阪府下（大阪市、東大阪市、堺市を除く）と比較検討した。

なお、年齢階級別罹患率は7市5町の年齢階級別人口（平成元年）にもとずき算出し、全国と比較した。

〔結果及び考察〕（ ）内は大阪府下

1. 泉南ブロックでは、平成元年結核罹患率は人口10万対60.0（54.8）と府下に比べて高く、感染性罹患率も36.0（27.4）と高かった。これは有空洞率57.0%（42.8%）が高いだけでなく、菌陽性率も47.8%（34.4%）と高かった。

2. 年齢階級別罹患率で20歳代では高率であった。

また、15歳～19歳、20歳代の若年層では有空洞率も66.6%（36.3%）；47.0%（31.0%）と府下に比べて高く、塗沫陽性率も33.3%（25.5%）；24.5%（17.4%）と高く、重症例が多い。症状出現から受診までの期間も他の年齢層では遅れないのに、若年層では25.0%（3.2%）、10.8%（7.0%）、17.9%（8.7%）と3カ月以上かかっている者が高かった。しかも、若年層では定期検診による発見が16.3%（33.8%）と低かった。

これらのことから、若年層の定期検診の充実や有症状早期受診の啓発などによる早期発見対策が必要である。

3. 初診から診断までの期間について、1カ月以上かかる割合が高かったのは国公立病院32.8%（全体25.8%）だった。これは開業医からの紹介のためと考え、初診も診断も同じ医療機関のもののみを抽出して比較したところ、やはり国立病院25.7%、一般病院23.1%（全体20.6%）で1カ月以上かかっている率が高かった。また、診断から保健所把握までの期間においても1カ月以上かかっている率が高いの

は、一般病院23.5%（全体13.0%）で高く、一般病院や国立病院には指定医講習会への参加や早期診断・早期届出への働きが大切である。

4. 家検実施状況は3カ月以内に全員終了している割合は78.2%で、昭和58年の79.8%とほぼ同じだった。

塗沫陽性者では85.3%だった。培養結果不明が4.0%あった。培養の確認と家検の徹底が必要である。

5. 結核による死亡削除が9名（1.8%）（全体29%）あった。その内4人（44.4%）は結核既往歴があった。ちなみに、既往歴有の者の死亡率は2.7%、既往歴無の者の死亡率は0.6%だった。彼らの内66.6%は発見後1カ月半以内に亡くなっていた。また、6カ月以内の治療中断は、8.8%あった。職業別には接客業、自由業が多く症状出現から受診までに6カ月以上要した者・受診遅れの理由が多忙な者・保健婦の面接がなかった者・発病の誘因に生活不規則者に有意差があった。これらの患者には、初回面接の徹底と中断防止のための指導、服薬管理が必要である。さらに再発時の対応についてもしっかり指導する必要がある。

〔おわりに〕

目まぐるしい時代の流れに伴い、保健婦業務も様変わりしてきている。結核に対しても、その時代その地域に応じた活動が重要である。

この調査で①若年層への定期検診の充実と結核に対する啓発、②初回面接の徹底と受診の遅れた者・接客業・自由業・生活不規則者への治療中断防止のための服薬指導、③国公立病院・一般病院の早期発見、早期届出への働きかけなどの重要性が明らかになった。また、この調査を通して南ブロックの住民の健康意識、医療状況、保健所内のシステム、診査会等の情報交換ができた。今後これらのことを踏まえて保健婦活動に生かしていきたい。しかし以上のようなことを遂行するためには、保健婦の努力だけでは限界がある。医療機関の果たす役割も大きく、連携をとりながら保健所として取り組みを強化させていかなければならない。

今後も地域の問題を明らかにするためにも、保健婦活動を見直すためにも、保健婦によるこのような調査を継続させることが必要と考える。

表1 年齢階級別罹患率

	0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70歳以上	計
数	3	2	0	12	49	33	79	97	91	129	500
%	0.6	0.4	0	2.4	9.8	7.6	15.8	19.4	18.2	25.8	
訂正罹患率	6.4	3.6		15.8	42.4	32.0	56.6	91.7	136.5	250.6	50.9
全国罹患率 (5.62年)	3.9	2.2	2.8	13.5	27.1	29.1	33.3	70.3	110.9	171.5	46.2

表3 年齢別登録時の菌所見(塗抹)

	0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70歳以上	計
陽性	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (33.3)	12 (24.5)	13 (39.7)	26 (33.3)	26 (26.8)	20 (22.0)	25 (19.4)	129 (25.2)
(府下)				25.5%	17.4%	30.2%	31.0%	28.8%	29.8%	23.7%	29.8%
菌性	1 (33.3)	2 (100.0)	0 (0.0)	8 (66.7)	33 (67.5)	25 (68.8)	50 (63.3)	71 (73.6)	67 (73.6)	65 (73.6)	352 (70.4)
せせ	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (25.0)	3 (7.5)	3 (8.0)	3 (3.7)	0 (0.0)	4 (4.4)	0 (0.0)	18 (3.6)
不明	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.0)	3 (0.6)
合計	3 (100.0)	2 (100.0)	0 (100.0)	12 (100.0)	49 (100.0)	33 (100.0)	79 (100.0)	97 (100.0)	91 (100.0)	129 (100.0)	500 (100.0)

府下と比べると10才代、20才代、30才代の陽性率が高く、高年台では低い。

表2 肺結核菌検査結果

	泉南ブロック	府下
塗抹陽性	122 (30.3)	629 (29.1)
培養のみ陽性	70 (17.4)	152 (7.0)
陰性	211 (52.4)	1,382 (63.9)
小計(実施率)	403 (91.2)	2,163 (87.9)
不明・検査中・せず	39 (8.8)	299 (12.1)
計	422	2,462

表4 年齢別症状出現から受診までの期間

	0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70歳以上	計	府下
~2週	2 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	17 (34.7)	32 (88.9)	45 (57.0)	58 (59.0)	76 (83.0)	76 (83.0)	261 (52.0)	261 (52.0)
~1月	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	4 (8.0)	11 (30.6)	10 (12.7)	12 (12.3)	9 (9.8)	13 (14.2)	63 (12.4)	63 (12.4)
~3月	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	1 (2.0)	7 (19.4)	0 (0.0)	2 (2.0)	0 (0.0)	8 (8.6)	23 (4.6)	23 (4.6)
~6月	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	4 (8.0)	1 (2.8)	1 (1.3)	2 (2.0)	2 (2.2)	16 (17.1)	25 (5.0)	25 (5.0)
8月~	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	3 (6.0)	1 (2.8)	2 (2.6)	1 (1.0)	3 (3.3)	14 (15.1)	26 (5.2)	26 (5.2)
不明	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
合計	2 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	8 (66.7)	28 (56.0)	53 (142.0)	65 (82.7)	75 (76.3)	101 (111.0)	129 (142.0)	372 (74.4)	372 (74.4)

*全例では1ヶ月までの受診が45%、府下79%と高くない。3ヶ月以上の受診割合をみると府下ブロックが15%、20才代、30才代の割合が低かった。

図1 初診から診断までの期間(初診も診断も同一病院の内訳・不明を除く肺結核287例)

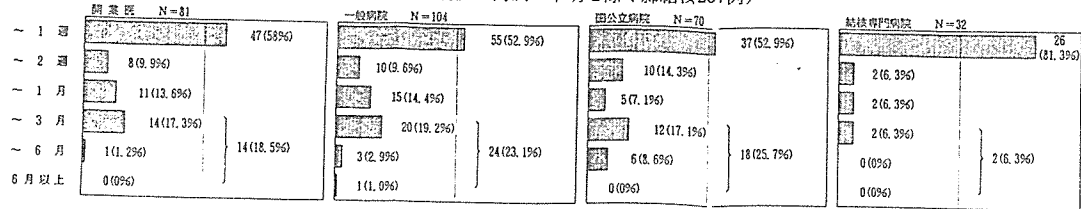


図2 診断から保健所把握までの期間

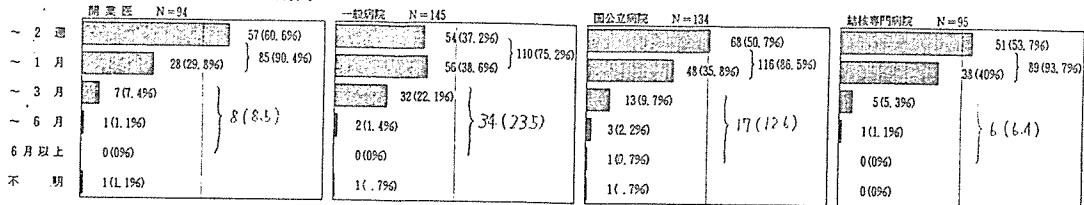


図3 保健所把握から面接までの期間

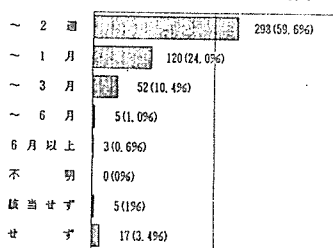
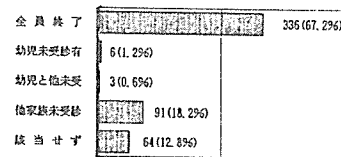


図4 3カ月以内の家検実施状況



岡本 まつ江 (大阪府四条吸保健所)

I. はじめに

観光バス会社から派遣された大阪府下にある某健康増進施設勤務の送迎バス運転手にガフキー6号の感染性結核患者が発見され、結核集団発生予防のために定期外検診等の取り組みを行ったので報告する。

II. 事例集団感染の経緯

(1) 患者の状況

患者は某健康増進施設の運転手(65才、男性)で、平成3年4月中旬より発熱、悪寒、咳、たん、体重減少などの症状を訴え、5月中旬にK病院を受診、胸部X線撮影にて異常陰影があるため、O病院を紹介され、ガフキー6号、rII2と診断され、入院となった。

運転手の同施設への出勤状況は、平成3年4月から5月まで上記症状のため時々勤務は休んでいた。

(2) 家族検診および定期検診

家族検診は全員異常なし。同施設の職員53名はほとんど接触なく、平成3年3月の定期検診で異常はなかった。ただし、派遣運転手(3名)は受診していない。また、派遣会社でも定期検診は実施していなかった。

III. 調査対象および方法

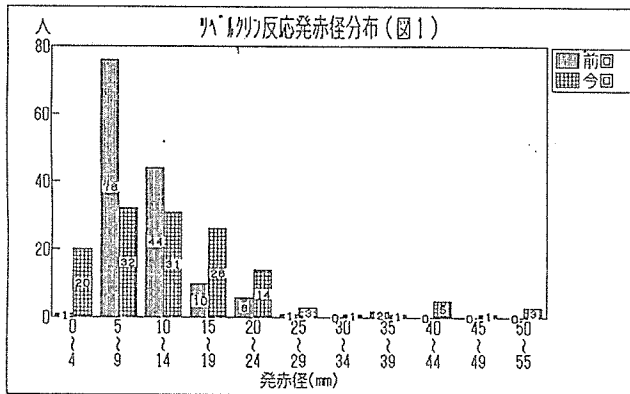
接触したと思われる送迎バス利用の児童およびその家族368名を対象にツ反応検査および胸部X線検査を実施。そのうち30才未満の者264名を対象にツ反応検査を実施し、集団感染の有無について検診した。

なお、小中学生について教育委員会を通じて前回のツ反応歴およびBCG接種の有無について問い合わせた。

IV. 結果および考察

対象者368名中331名が受診。30才以上の者は胸部X線のみを実施。29才以下の者はツ反応検査を実施し、その結果10mm以上の者は胸部X線検査を追加したが、全員異常なしであった。総合判定の結果14名は予防内服の指示、3名(成人)は要観察となった。未受診者については、有症状時に医療機関を受診するように指導した。(表2) ツ反応検査対象者は年齢にバラツキがあるため、前回のツ反応検査後にBCG接種を受けていない7才から13才の者140名を対象に抽出し、今回のツ反応検査結果と比較した。その結果ツ反応発赤径分布(図1)は、軽度の二峰性が認められ、一部感染ありと判定した。また、予防内服者14名は平成4年3月から4月に胸部X線検査を実施し、12名異常なし、2名拒否であった。要観察者は、全員異常なし。今回の集団感染事例を通して派遣会社従業員の定期検診は個人まかせで、実施が不十分であることがわかった。

今後、特に幼児・学童が多く利用している施設に派遣会社従業員を雇用している場合、①結核感染予防上ディンジャーグループとして定期検診の徹底を図るとともにより一層の啓発活動が重要である。②患者のプライバシー保護と企業の経営状況を鑑みながら、地域の医師会、教育委員会と連携をとり、公衆衛生的な対策を講じていく必要があると考える。



実施対象者(表1)

対象者	対象者人数	受診数
スクール生 及び家族	368人	331人

総合判定の結果(表2)

総合判定	D1	14人
	D2	3人
	D3	314人

【はじめに】

保健所にあつては直接の医療行為は少ないが、感染症に関する相談は極めて多い。特に母子保健に関してはその対応のあり方を理解しておく必要がある。それには母親学級テキストを充実させておき、各疾患についての最新情報を要領よくわかりやすく説明することである。

医療器具（注射筒・針等）の消毒は完璧でなければならない。ティスポザブルがよく、いわゆる廻し打ちは行うべきでない。医療従事者の針刺し事故を防ぐには、周知な準備と人的時間的余裕が必要であろう。

代表的疾患の母子感染とその対策

1. 細菌感染症

a) 肺結核：結核予防法により保健所が関与することが多い。妊娠前に発見し治療しておくのが望ましい。妊娠中に診断されたときは人工中絶を考えるよりは、児に対する副作用のない薬物治療により妊娠継続は可能である。産科的異常がない限り経膈分娩、母の排菌状態により隔離・断乳を考慮する。

b) 淋疾：股分泌物の性状、パートナーの症状からゴノサイムや培養法で診断する。発見が遅れない限りペニシリン（PPNGにはオーグメンチン）で治療する。新生児眼瞼淵膜炎はみられなくなった。

c) 梅毒：STS・TPHAによりscreeningし、陽性者には定量法にFTA-ABSと分画TPHAを加えて、きめこまかな診断

	STS	TPHA	FTA-ABS	反応の読み方*
I	-	-	-	非梅毒
II	-	-	+	FTAの非特異反応
III	+	-	-	BPP (早期梅毒も疑われる)
IV	+	-	+	梅毒 (早期、古いもの)
V	-	+	-	梅毒 (治癒後・TPHAの特異性以て)
VI	-	+	+	梅毒 (先天・治癒後)
VII	+	+	-	?
VIII	+	+	+	梅毒 (古い梅毒・FTA抗体の消失)

* 補体価・分画TPHAを参考とする

表1 梅毒診断基準表

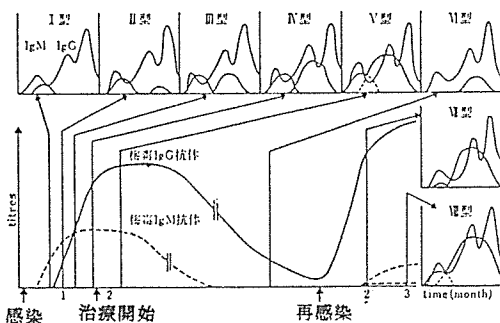


図1 TPHA-IgM, TPHA-IgG の推移と病期別のパターン

を行う（表1・図1）。IgM-TPHA検出を指標にペニシリン治療を4週間行い、臍帯血中にIgM-TPHAが検出されない限り、新生児治療は不要である。

d) クラミジアトラコマチス：妊婦では症状があらわれないことが多く、Chlamydiazyme等で発見される。産道感染による新生児結膜炎や肺炎を防止するにはエリスロマイシンを投与する（表2）。

		Micro Trak, Chlamydiazyme				症状			
		羊水	咽頭	性器	眼 験 (分)(15-30)	眼	鼻	発熱	
自然分娩	初産19	0	1(5.2)	0	0	5(26.3)	7(36.8)	1(5.2)	1(5.2)
	経産16	0	0	0	0	3(18.7)	4(25.0)	1(6.2)	1(6.2)
吸引分娩	初産1	0	0	0	0	0	0	0	0
	経産1	0	0	0	0	0	0	0	0
骨盤位 産出術	初産1	0	0	0	0	0	0	0	0
帝王切開	初産3	0	0	0	0	0	1(33.3)	1(33.3)	0
	経産1	0	0	0	0	0	1(100.0)	0	0

表2 クラミジアトラコマチス臨床成績

e) MRSA：医療機関における消毒が問題となる。手術後や重篤な基礎疾患のある抵抗力の弱い患者に感染することがある。母子感染も考えられ、母体合併症・IUGRに気を配る必要がある。

f) GBS：新生児早期にみられる感染症で、その多くは産道感染である。妊娠30週から38週にかけて2回外陰と肛門（直腸）より検体を採取して培養検査を行う。陽性者には血中抗体を調べ、10 μ g/mm³以下のときは分娩直前からAB-PCの点滴静注を行う。

2. ウイルス性疾患

a) 単純ヘルペス：Herpes Simplex Virus II型（I型のこともある）の感染による。外陰局所を強く擦過して検体を採取し、Micro Trak Herpesを用いてこれを証明し、他の外陰疾患と鑑別する。妊娠末期の症状により分娩様式を選択する（表3）。

初感染	発症より	1か月以内	帝王切開
		1か月以上	経膈
誘発型、再発型	発症より	1週間以内	帝王切開
		1週間以上	経膈
新生児については生後1週間以上入院観察			
（潜伏期は2~10日）			

（川名）

表3 性器ヘルペス合併妊娠の管理方式

b) 風疹：最近の妊婦は中学時代に風疹ワクチンが用いられているので、先天性風疹症候群の児を出産することはないが、高齢妊婦の場合は抗体価検査が行われる。
 c) B型肝炎：HBs抗原陽性者にHBe抗原検査を行う。陽性の場合産道感染により母子感染が成立する可能性が高く、新生児にグロブリンとワクチン（図2）が用いられる。

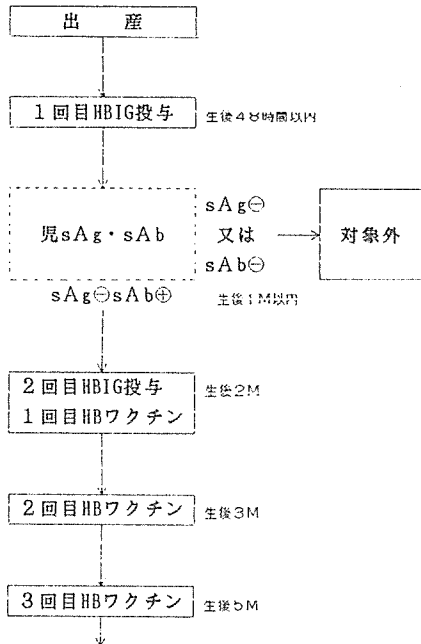


図2 B型肝炎母子感染防止事業実施手順(厚生省案)

d) C型肝炎：C型肝炎の抗体検査が行われるようになり、現在母子感染については研究中。
 e) ATL：抗体検査によりscreening、ウエスタンブロット法で確認する。陽性の場合、母乳により感染する可能性が高いため、母乳を凍結するか加温してから授乳する。断乳もありうる。
 f) HIV (AIDS)：ATLと同様の方式で検査をすすめる。陽性者にはカウンセリングの上、インフォームドコンセプトが重要である。妊娠継続を希望する場合、図3の管理方式で行う。

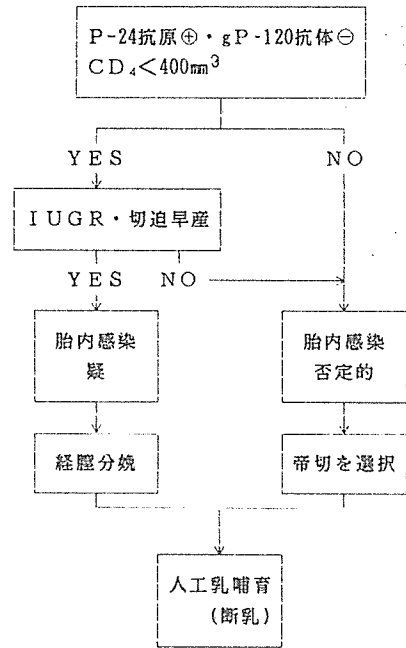


図3 HIV carrier 妊婦の管理
 (妊娠継続を希望する場合)

おわりに

以上のことから新生児は産科と小児科の谷間にあるので双方の連携を保たなければならない。住民と両機関の仲介役として保健所の果たす役割は大きいと考える。

神戸市灘保健所 中瀬克己

1991年末から、HIV/AIDSへの関心は高まり相談・検査への期待あるいはHIV/AIDS学習の援助についての期待が高まっている。いままです保健所への期待が明示される事がほとんどなかったさまざまな団体から、協力依頼という形で援助が求められてきている。不安に応える、検査を行う、医学的知識を伝えるという現在保健所が行っている活動に留まるのではなく、公衆衛生の拠点としての働きをどう具体化するかの展望が問われているといえよう。

HIV/AIDS対策の目標は他の疾患と同じであり、WHOも言うように1. HIV感染拡大の防止 2. HIV感染者の健康の保持増進であることに反論は少ないと思われる1)。灘保健所が行っている事業を紹介しながら、HIV/AIDS対策における保健所の役割について考えをのべたい。

【個別相談】

保健所の行う相談が持つ機能は何であろうか。神戸市においてAIDS相談を担当する保健婦・医師等を対象に調査を行い130名の回答を得た。担当者の考える相談に必要な知識・技術についての調査を参考に相談の機能を検討した2)。

図に示したように、必要な知識、ぜひ必要な知識を合わせて知りたい割合が高いのは1.感染後検査で陽性となるまでの期間分布 5.初期症状の内容と時期 7.感染経路別の感染確率という医学的内容で約8割、2.日本(73%) 3.神戸(69%)など小地域での感染の現状と 5.日本の今後の感染予測(70%)という広がり状況も7割程度であった。これらは保健所の主要な電話相談、検査に付随する相談の内容を反映しているものと考えられる。また、その他の3.こちらから積極的に伝えるべき内容(65%)も半数を越え、相談者の意識された要望に応えるだけでなく相談における助言機能を想定している事が伺えた。

その他の項の6.紹介してよい治療機関(75%)は医学的内容に次いで多く、5.治療機関名(68%)とも合わせ保健所における検査での陽性者への対応を想定した回答と考えられる。また8.感染者の気持ち(49%)は半数に達しないもの 7.患者・感染者の置かれた状況、1.カウンセリング技術(58%)は6割前後であった。情報提供に留まらずカウンセリングマインドの基本とも言える共感を自ら得たいという意思の現れとも思われる。

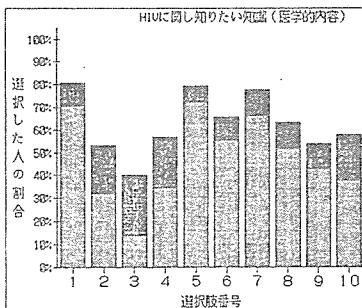
この結果からは、保健所等における相談担当者は1.知識の提供 2.感染予防や偏見防止に係わる積極的な助言 3.カウンセリング 4.感染者に対する援助として医療との連携など広範な機能を想定している者が半数を越えていることが伺え、今後の発展が期待できよう。

しかし、電話相談一つとみて公的機関だけで全てに対応できるわけではない。例えば民間ボランティア団体への電話相談で検査希望者・必要者の80%は保健所等の検査機関の存在を知らず、予防に関しての相談は6%という3)。また、公的機関に対し、信頼性を感じる人も同時に、身柄を拘束されるのではないかと心配する人もいるだろう。さらに、感染者の相談相手として他の感染者が必要だとの指摘もある。相談機能においても、公的機関相互の連携に留まらず時間・場所・内容に関しても地域全体の要望に対応できるための計画的な条件整備が必要である。

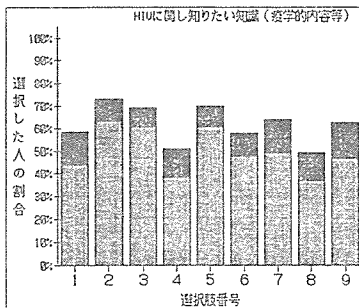
【検査・医療】

1991年に保健所における相談・検査受付の実施方法の工夫などにより、エイズやHIVといった言葉を他の人がいる前では一度も言わなくとも検査を受ける事ができるようにした。検査日は、女性や若者の利用が多い健康診断書発行のための検診および妊婦検診の行われる日をあて、そこにいるというだけではHIV検査をうけに来た事が分からないようにした。また検査陰性の意味、職場家庭では感染しないこと、感染予防方法、コンドームの使用法、治療の進歩など基本的知識学習用のビラを作り、積極的に説明している。

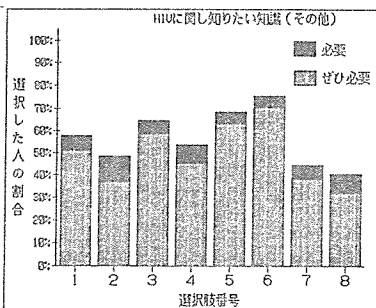
相談に関する調査の回答にもあったように抗体検査陽性者を医療につなげることで、感染者に対する医療の確保。継続援助は大きな課題である。灘保健所では1992年の世界AIDSデーに大学生等を対象とした啓発活動をおこなった。保健所の単独事業とせず区内の医師会・歯科医師会・薬剤師会と共催する事によりHIV/AIDSに関する医療の受入態勢の基盤作りの一歩とした。この場では医師会長からAIDS対策推進に取り組む旨の挨拶を頂いた。医師会・歯科医師会に会としての参加によって姿勢を公表していただくとともに積極性を持った医療機関の活動を妨げない合意形成を意図した。



1. 感染後検査で陽性となるまでの期間分布
2. 検査の正確性
3. 検査の手技等の内容
4. 日和見感染症の詳細
5. 初期症状の内容と時期
6. 潜伏期間
7. 感染経路別の感染確率
8. 治療法
9. 予後
10. ワクチンの予測



1. 地域的蔓延状況
2. 世界
3. 日本
4. 神戸等小地域今後の感染状況予測
5. 世界
6. 小地域
7. 患者・感染者の置かれた状況
8. 感染者の気持ち
9. AIDS多発地域での対策



1. カウンセリング技術
2. 相談の基本的態度
3. こちらから積極的に伝えるべき内容
4. 今後の行政的対策
5. 治療機関名
6. 紹介してよい治療機関
7. 検査に関し伝えるべき内容
8. 誰に検査を勧めるべきか

また具体的に感染者の受け入れ推進のために体制を整える必要がある。そこで、医療監視の機会を捉えて各医療機関に感染者・患者の受け入れを要請した。勿論医療機関が実際感染者、患者の診療を行うには課題は多い。医療機関内での職員教育の充実、HIV検査の検査前後の説明など進めてゆく必要がある。医師会長による、AIDS対策に取り組む旨の発言を受け、まず保健所として地域の公衆衛生の向上という観点から医療機関に受け入れを要請することが第一歩であると考えた。

感染者の健康の保持増進には、医療・心理・経済社会的な援助など総合的な施策が必要である。HIV感染者に対する個別的な情報提供・助言・カウンセリングは、難病・結核など従来から保健所がおこなってきた援助と基本的には同じである。ケースワークや介護の技術的な基盤はあり、どのような形で充実させてゆくか計画的な展望が必要とされる。相談と同様どの部分を保健所・公的機関が担い、ボランティア団体や私的機関をどう支援して行けば最も効果的か展望が必要である。

検査の意味は、感染の早期発見による健康保持に対する利益と感染拡大の防止にあらう。保健・医療・福祉につながることで検査が受検者に利益をもたらす。またその事が市民に納められる事で、感染の可能性のある人が検査を受けにゆく条件が整うのではないか。公衆衛生としての機能は検査の実施にのみあるのではない。匿名・無料というAccessibility（利用のしやすさ）を基盤にし、その前後の条件をいかに地域に根ざした形で整えて行くかが保健所の課題であらう。

【地域での啓発活動】

1993年5月に灘区エイズ予防推進協議会を設立した。地域に根ざした活動を進めるための基盤作りを意図したものであり、各組織の長に参加を呼びかけた。参加は保健医療団体・学校・行政など業務の上でHIV/AIDS対策に取り組む必要がある関係団体の集まりである。商店街連合会は参加しているが、企業の参加は現在なく、今後の事業の内容によって追加の呼び掛けをしてゆく予定である。事業の内容は、1. 参加各団体が行うHIV/AIDS活動の連絡・協力 2. 協力して行った方が効果的な宣伝啓発活動を行うことである。事務局は保健所におき、当面事務費については保健所が負担する。具体的には1. については、医師会・歯科医師会・薬剤師会など保健医療団体が、地域で行うHIV/AIDS活動に協力する。医師会は講師を準備する予定である。2. については、まづ神戸まつりの一環であり区民の多く集まる（昨年公称10万人）六甲ファミリー祭の場においてテントを出展し、エイズ・トークステーションと題した催しを実施した。内容は以下の3つの部分からなる。

1. 相談コーナー：区民が今後実施を希望するエイズに関する学習や啓発活動の援助を行う。

灘区エイズ予防推進協議会参加の灘区医師会・歯科医師会・薬剤師会会員及び灘保健所職員が、啓発活動を希望する区民の相談に応ずる。保健所が提供、貸出できるパンフレット、ビデオなどの教材も紹介する。（協力：不二ラテックス株式会社 コンドームに関する資料提供等）

2. 活動紹介コーナー：区内で行われるエイズ啓発活動を紹介し、区民に身近に感じてもらう。

区内高校において行われた文化祭での活動を高校生自らが紹介した。高校放送部で作成したビデオ（文部大臣賞授賞）、今後行われる予定の行事、企業や各種ボランティア団体のエイズに関わる活動も紹介した。

また、当エイズ・トーク・ステーションおよび企業によるエイズ啓発活動の紹介のため隣接の舞台上でダンスを交えた広報活動を行う（協力RYKA JAPAN ROSE 基金）。若者に関心を持ってもらうとともに、エイズのイメー

ジを多少とも明るいものと結び付けることを意図した。

3. フリー・トーク・コーナー：HIV/AIDSに関心がある個人・団体に交流機会を提供する。

エイズ啓発活動、感染拡大の予防、偏見の防止、HIV感染者との共存など様々なテーマに関して、市民が自由に話し合える場を提供することで、活動を行っている個人、団体の連絡の機会を提供する。

これらはいずれも、様々な場におけるHIV/AIDS啓発活動を支援することを目的にしたものである。性行動の変更は身近な仲間による具体的な働きかけが効果的といわれる。感染者との共存にも、差別はいけないうる規範に加えその集団の構成員の実質的な合意が必要である。いずれも保健所など公的機関が直接実施する施策だけで効果的とはいえない。若者には若者自身による働きかけを、職場では職場の仲間による働きかけを行うなど多様かつ持続的な対策が必要であらう。このように教育の場、就業の場、医療、そして生活の場でそれぞれHIV/AIDS啓発活動は行われるわけであるが、その活動が各々相互に情報を活用し、また連携できやすい組織をつくることは公衆衛生の機能であらう。

このような公的機関以外の部門の急速な発展には技術・情報提供あるいは資金など様々な形での援助が期待される。感染者一人あたりの医療費は1600万円とも言われている。既存の予算内での効果的な配分も大切だが一人の感染を防ぐ事ができれば1000万円の資金援助も効果的な施策といえよう。

【計画的な条件整備】

感染の拡大はその国の施策によって大きな差がみられる。米国では患者数が約500名から8年後に10万名になっているのに対し、英国では1万5千名に留まっている。英国でのHIV/AIDS対策の成功は、患者数が少ない時点から感染防止と患者・感染者との共存を基本にした施策を広範に展開したことによると言われている。患者数の少ない段階で公衆衛生の専門家としての展望を持ち、HIV/AIDS施策の位置づけを行政施策の中で高める事が期待される4)。例えば米国'Healthy People'におけるように5)国としての目標値を設定することは施策全体を展望するとともに施策の量的な効果評価にもつながらう。

地域、県、国それぞれの立場で展望を持った施策を立案、実施する必要があるが、健康を第一に掲げ住民参画によって推進してゆくというHealth Promotionの理念6)を保健所においても推進することが期待されている。

【まとめ】

以上検討したようにHIV/AIDS対策における様々な機能に関し、保健所の持つ個別的援助・公衆衛生活動の果たす役割は大きい。質問調査によっても保健所等の相談担当者は保健所の果たす広範な機能を想定していると考えられる。HIV/AIDS施策は今後大きく広がってゆくであろうが、保健所の役割はまだ明確となっていない。今後保健所自ら実施するものに留まらず、市民にとって必要な施策全体を視野において公衆衛生の第一線機関としての保健所機能を展開する必要がある。

【参考文献】

- 1)WHO AIDS series5 Guide to planning health promotion for AIDS prevention and control
- 2)中瀬克己 AIDS相談に必要な知識と技術 93年公衆衛生学会近畿地方会抄録集
- 3)新庄幸子他 HIV電話相談にみるHIV感染不安の実態 日本公衛誌 vol39.No10.p964
- 4)WHO AIDS series 1 Guidelines for the development of a national AIDS prevention and control programme
- 5)Public Health Reports vol106.No6
- 6)星旦二他 地域の保健・福祉計画 自治労・都職労

8 A I D S 問題と保健医療福祉学の課題

牧野 忠康

(長野大学産業社会学部・医療福祉論)

I. 課題の整理

【1】 1993年3月の厚生省エイズサーベイランス委員会の報告では、1993年2月末現在のHIV感染者の累積報告数は2601人で、AIDS患者累積報告数は554人である。その内の「凝固因子製剤」によるものは1685人で、その内の363人がAIDS発症者である。じつにHIV感染者の64%が血液製剤によるものである。

【2】 「凝固因子製剤」での感染は「薬害」である。これがわが国のAIDS問題の社会的構造を規定し、原点ともなる。1985年の「加熱製剤」化によりひとまず薬害エイズの新たな発生はなくなった。しかし、HIV感染した血友病患者の生活と死の問題は深刻で、その責任の所在は明確化されなくてはならない状況にある。

他方では、STDとしてのAIDS問題が深刻化してきている。これに対する予防、治療体制、教育・学習、社会的支援体制等の確立等の課題の達成が急がなくてはならない情勢にある。

【3】 報告者は、HIV感染・AIDS問題にはすぐれて「保健医療福祉学」の研究および実践課題が内在し、外的にもニーズがあると認識している。

そこで、1992年度より長野大学牧野ゼミ(専門ゼミ、入門ゼミ)では、「エイズ問題の保健医療福祉の課題」をテーマに主として「薬害エイズ」と取り組んでいる。

一方、HIV(薬害エイズ)訴訟原告等の生活問題に関わる調査研究に参加し、その成果の一部は、第40回日本社会福祉学会で「血友病患者のHIV感染と生活問題—薬害としてのAIDS—」と題して報告した。

認識論的には保健医療社会学的なアプローチを有効とし、社会福祉実践的には保健医療福祉学のアプローチを必要とする問題が山積していることがわかった。

【4】 しかし、厚生省等が強調しているHIV感染者やAIDS患者への援助は「カウンセリング」であり、予防は「コンドーム」である。報告者は、専門カウンセラー等によるカウンセリングの必要性や安全セックスの重要性を認識するものであるが、(保健)医療ソーシャルワーカーによる社会福祉的な援助も重視し、その専門家の養成と援助を必要としていると考えている。

さらに、第32回社会医学研究会総会(1991年)で報告した『社会医学の実践を担う医療ソーシャルワーカーのあり方に関する一考察—労働保健活動と社会福祉教育の経験を踏まえて—』に引き続き4年制大学における医療ソーシャルワーカーの養成カリキュラムの問題や国家資格のあり方にも示唆を与える問題と考られる。

II. 研究方法と結果

【1】 研究方法と対象

1. 面接聞き取り調査および自記式質問票調査
対象：東京HIV訴訟原告および「HIV訴訟を支援する会」と「東京ヘモフィリアの会」メンバー

2. 長野大学産業社会学部社会福祉学科カリキュラムの「社会福祉方法原論」「保健医療福祉論」「牧野専門ゼミ」「牧野入門ゼミ(1992年度)」「牧野基礎ゼミ(1993年度)」の講義・演習での参与観察
対象：長野大学産業社会学部当該科目受講生

【2】 期間

1992年～継続中

【3】 結果

1993年5月現在での作業枠組みおよび調査研究結果と「保健医療福祉の相談援助の課題と方法」についての検討結果を、図1に示した。

図1では、血友病患者の生活史と血友病治療史を示し、生活史モデルおよび血友病治療史のプロセスの中で【1】～【12】の段階における「保健医療福祉的な相談援助の主な課題と方法」を検討して示した。

III. まとめ

【1】 薬害としてのエイズは、「サリドマイド事件」および「スモン事件」の経験等から考えて、医療の中に医療行為や医薬品の安全思想と基本的人権尊重の行動規範が確立していれば大方は予防可能であったとの示唆を得た。

【2】 これは優れて保健医療福祉的な課題であると思われるが、医療ソーシャルワーカーが積極的に相談援助の関与をしている事例は認められなかった。

【3】 しかし、HIV感染者とその家族を中心に保健医療福祉的なニーズは高いと考えられた。

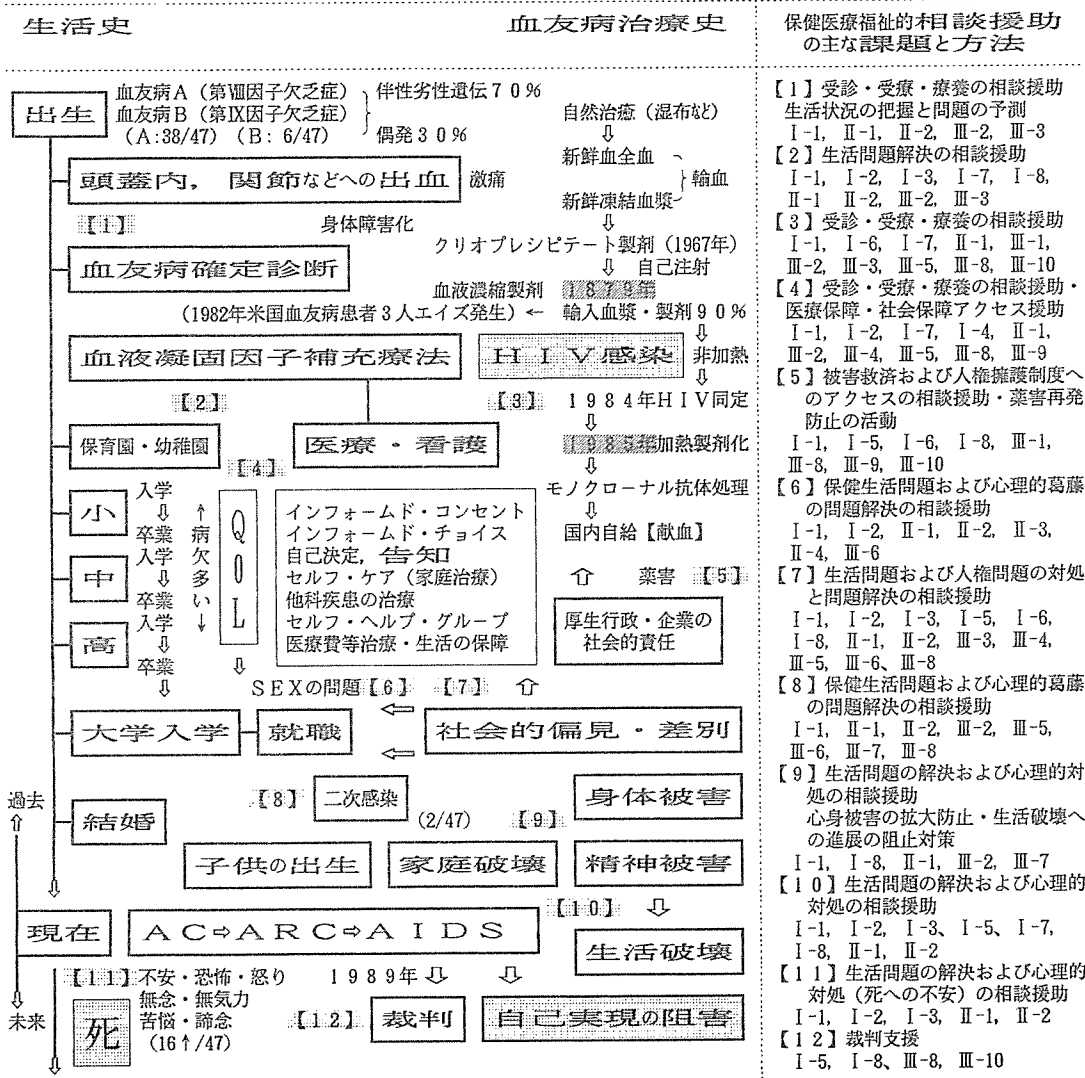
【4】 この保健医療福祉的なニーズに応えるには、社会福祉学の知識と援助技術を基盤とするが、カウンセリング技法とヘルス・ワーク(広義の医療展開を含む保健活動)の知識と技法を必要とし、それらを融合した独自の知識と援助技術が必要と考えられた。

【5】 したがって、保健医療福祉の実践的な課題に応えられる専門家の養成には、社会科学・社会福祉学を基盤とするが、社会医学的な保健医療学系の知識と技法の教育訓練が必要であることの示唆を得た。

【6】 また、保健医療の実践モデルを、基本的人権と生活概念を含めた保健医療福祉モデルに変革するには、保健医療福祉学の構築と専門職としての保健医療ソーシャルワーカーの資格制度の法制化が必要である。

『薬害エイズ』患者の生活史と生活問題

(1993/5/23 日本保健医療社会学会発表, 5/31改定: 牧野)



【保健医療福祉的相談援助の方法】

I. 社会福祉援助技術 (⇔相談援助方法の基盤)

- I-1. ケースワーク、I-2. グループワーク、I-3. コミュニティ・ワーク、I-4. ソーシャル・アドミニストレーション、I-5. ソーシャル・アクション、I-6. 社会福祉調査 (ソーシャルワーク・リサーチ)、I-7. ケース・マネージメント、I-8. ソーシャル・サポート・ネットワークング、

II. カウンセリング

- II-1. 心理的カウンセリング、II-2. 家族カウンセリング、II-3. ピアカウンセリング、II-4. グループカウンセリング、

III. ヘルス・ワーク

- III-1. 社会疫学調査 (健康調査・保健医療社会学的調査を含む)、
- III-2. 療養 (受診・受療・継続療養・セルフケア) 相談援助、III-3. 患者・家族組織活動の相談援助、
- III-4. 地域保健組織活動の相談援助、III-5. 医療 (生命倫理を含む) 管理活動の相談援助、
- III-6. 衛生 (保健) 教育・学習活動の相談援助、III-7. 衛生 (保健) 管理活動の相談援助、
- III-8. 患者・障害者の権利の確立と擁護活動の相談援助、III-9. 医療保障活動の相談援助、
- III-10. 医療政策活動の相談援助、

9 「エイズ対策」のあり方についての提言 (第1次)

○片平潤彦(東医歯大)・本間肇・谷 修・依田発夫(国民医療研究所)

1. はじめに

1992年8月現在、日本のHIV(ヒト免疫不全ウイルス)感染者は累積で2,528人になり、うち497人がエイズの症状をおこし、274人が死亡していると報告された。この数は、報告患者数だけで20万を超えたアメリカや、同じく1万人以上のアフリカ・欧州などの国々に比較すれば少ないが、今後異性間性交渉による感染を中心として日本においても急速にHIV感染者が増加し、いわゆる「感染爆発」をおこすことが懸念された。

一方、上記の日本のHIV感染者・エイズ患者の内訳をみると、その大半(感染者の65%、患者の68%)は治療のため用いた凝固因子製剤を通じてHIVに感染した血友病患者であり、日本のエイズは「薬害」としての特徴を有していると言えよう。血液製剤の被害者たちは東京・大阪両地裁で国と製薬企業を被告として裁判を起しているが、原告はまだ100人にも満たない数であり、かつそのほとんどが差別や偏見を恐れて匿名により裁判を行うという異例の形をとっている。法廷では被告国・製薬企業の責任にかかわる事実が次々に明らかにされているが、被告側は責任を認めず、裁判は長期化の様相をみせ、その過程で被害者は次々に発症しそして死亡していくという過酷な状況におかれている。

こうした状況の中で、厚生省は1992年10月に「エイズストップ作戦本部」を省内に設置し活動を進めるとともに、平成5年度の予算要求において、平成4年度の約5倍にあたる総額103億円を計上し、文部省も学校教育の中にエイズ教育を盛りこむことを決めた。

1985年設立され、国民医療の進歩発展にかかわる重要な課題をテーマにして調査研究、提言活動を行ってきた国民医療研究所は、上記のような状況にかんがみ、「エイズ対策」のあり方につき検討を行い、第1次提言として、国・自治体が行うべき「エイズ対策」のあり方につきまとめを行ったので報告する。

2. 方法

1992年9月1日の常任運営委員会でエイズ問題への対応を協議した結果、4人の委員による小委員会(片平委員長)を設けた。小委員会では方針を協議した結果、まず委員の間で原案を作成し、その内容を関係機関、関係者に提示し、ヒアリングを行ってまとめることにした。ヒアリングは10月から11月にかけて、患者の診療にたずさわる医師、HIV感染者、保健所職員、電話相談に従事するボランティアの人、都の衛生局、厚生省「エイズ

ストップ作戦本部」などから行った。ヒアリングの過程で順次原案を修正し、11月24日に最終案をまとめ、26日に厚生・文部大臣などに提出するとともに、厚生省内の2か所の記者クラブで記者会見を行い公表した。

3. 結果

まとめられた第1次提言は、前文と6つの基本的視点、11の具体策案、そして結びの言葉から成る。

記者会見においては、記者の質問が多かったのは「アメリカ障害者法」のような障害者差別を撤廃する法律の制定の提言部分であった。

報道は当日夜のフジテレビのニュースで行われたほか、翌日以降の共同通信・毎日・赤旗・日刊産業などの新聞で行われた。

4. 考察・まとめ

国民医療研究所(所長=朝倉新太郎大阪大学名誉教授)は、国民本意の医療実現の道筋を探究することを目的として、1985年1月に、日本医労連、在野の医療団体、学者・専門家など志を同じくするものの共同研究の場として設立された民間の研究所である。創設以来、国民医療の進歩発展にかかわる諸課題をテーマに、調査研究を行い、全国各地で「看護講座」「国民医療講座」を開設し、基礎理論の解明と普及に努めてきている。財政は、個人・団体の会費、寄付金等で運営している。

エイズ対策のあり方を組織的に検討するのは初めてであったが、関係機関・関係者の協力を得て、第1次提言がまとまった。この提言の内容については、「民間の電話等による相談・カウンセリング活動に対し可能な援助をする」(具体策案第8項目)が厚生大臣により取り上げられるなど、提言以降に国の政策として具体化が検討されているものも出ている。しかし、提言の柱のひとつである血液製剤被害者への補償は、平成5年度の予算で「エイズ発症予防に資するための血液製剤によるHIV感染者の調査研究事業」という名目で5億円が認められ、1人あたり月額3.3万円の「調査研究謝金」が支給される予定であるが、被害者の要求を満たすにはなおほど遠いといわざるをえない。エイズ予防法についても廃止に向け検討する動きは伝えられておらず、「感染爆発」の危機は依然去っていない。

私たちは、この提言内容をさらに具体化し実現する努力を重ねるとともに、今後、エイズ対策の経費の使い方、買売春、マスコミ報道のあり方などの問題についても解明を行い、第2次提言をまとめて行く予定である。

○福田英輝、新庄文明、高橋進吾、黒田研二、中西範幸、高島毛敏雄、多田羅浩三
(大阪大学医学部公衆衛生学教室)

<目的>

中年期からの歯牙喪失の第一の原因である歯周疾患に対する有効な予防対策のあり方を探る目的で、2回の歯科健康診査を実施し、得られた結果の比較を通じて、その間に実施された事後指導の効果について比較検討した。

<対象と方法>

大阪に事業所を有するM社において、約2000人の従業員を対象として1992年4月に歯科健診を実施した。健診においては口腔清掃状態をDI (Debris Index) を用いて、また歯周疾患の程度をCPI TN (Community Periodontal Index of Treatment Needs) を用いて判定した。健診後、8月に事後指導を行い、さらに11月に4月と同様の方法で健診を実施した。

8月の事後指導として、個別刷掃指導、および個別刷掃指導を含む歯石除去を行う2つの集団を無作為に抽出した。これら集団に該当しない者は集団健康教育の受講を勧めた。以上3つの集団と健康教育を受講しなかった「指導なし」の群を加えた4つの群について、それぞれの口腔内所見の変化について評価した。

また、日常生活、および歯科保健に対する態度は4月に、歯科保健行動の変容の有無は、11月に実施した問診票にて回答を得た。

<結果>

① 4月の健診において、DIが2と3、ならびにCPI TNが3と4を有する口腔清掃状態、歯周疾患の程度が比較的悪い者を対象として、4月と11月の健診におけるDI、およびCPI TNの最大値の変化を比較したのが、表1である。

DIが減少した者、つまり口腔清掃状態が「改善」したものは51.4%であった。また、CPI TNが減少した者、つまり歯周疾患の程度が「改善」したものは46.2%であった。

② 歯科保健行動の変容別にみた口腔清掃状態、および歯周疾患の程度の変化は、表2に示すとおりである。

口腔清掃状態についてみると、「歯を磨く方法が変わった」「歯を磨く時間が長くなった」「歯ブラシを選ぶようになった」「ながら磨きをするようになった」の4つの項目において、変容のあったものが、変容のなかったものに比較して有意に改善がみられた。

同様に歯周疾患の程度についてみると、口腔清掃状態で有意の改善がみられた4つの項目において、変容のあったものが、変容のなかったものと比較して有意ではないが改善がみられた。

③ 歯科保健行動を、口腔清掃状態、および歯周疾患の程度の改善に影響があった4項目について、歯科保健行動の変容があった項目の合計数が「0～1項目」、「2～4項目」の2つに分け、日常生活、および歯科保健に対する態度別に、歯科保健行動が、2項目以上変容した者の割合をみたのが、表3、および表4である。

生活に対する態度別には、家での満足感、仕事仲間以外の人とのつき合いの頻度、当面の目標の有無、毎日の多忙感の項目において、有意の関連がみられた。

歯科保健に対する態度には、歯科医院へのかかり方、歯科衛生士による予防処置経験の有無、歯科医院における定期健診の有無、職場健診の希望、かかりつけの歯科医院の有無の項目において、有意の関連がみられた。

<考察>

事後指導の効果を見ると、「個別刷掃指導」は何等指導をしない場合あるいは健康教育を実施した場合よりも、口腔清掃状態、歯周疾患の程度の改善において、より改善効果を示し、「歯石除去」などの専門的予防手段はさらに効果を高めることが明かとなった。

口腔清掃状態の改善に、有意な影響を与えていた4つの項目は、歯周疾患の程度の改善においても、同様の傾向が認められ、これらの項目に的を絞った指導は効果的であることが示唆された。

日常生活、および歯科保健に対して積極的な態度をとるものは、歯科保健行動の変容に対して感受性が高いことが伺われ、より多くの歯科保健行動の変容がみられた。

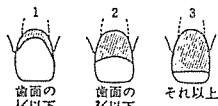
表1 健診事後の指導種類別にみた
口腔清掃状態、歯周疾患の程度の改善した者の割合

	口腔清掃状態 改善者の割合	歯周疾患の程度 改善者の割合
指導なし	49.2% (n=492)	44.4% (n=385)
集団指導	49.5% (n=111)	46.8% (n=94)
個別刷掃指導	62.3% (n=69)	47.9% (n=71)
歯石除去	67.7% (n=31)	66.7% (n=24)
総数	51.4% (n=703)	46.2% (n=574)

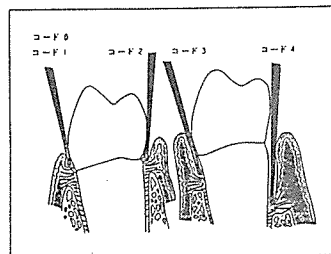
表2 歯科保健行動の容認別にみた
口腔清掃状態、および歯周疾患の程度の改善した者の割合

	口腔清掃状態 改善者の割合	歯周疾患の程度 改善者の割合
歯を磨く方法が変わった。		
はい	58.3% (n=228) p<0.05	49.0% (n=202) NS.
いいえ	48.0% (n=475)	44.6% (n=372)
歯を磨く時間が長くなった。		
はい	56.5% (n=276) p<0.05	47.7% (n=241) NS.
いいえ	48.0% (n=427)	45.0% (n=333)
歯を磨くときが変わった。		
はい	54.5% (n=77) NS.	44.4% (n=72) NS.
いいえ	51.0% (n=626)	46.4% (n=502)
歯磨き剤が少なくなった。		
はい	54.1% (n=172) NS.	45.0% (n=151) NS.
いいえ	50.5% (n=531)	46.6% (n=423)
歯ブラシを選ぶようになった。		
はい	56.3% (n=254) p<0.05	47.6% (n=225) NS.
いいえ	48.6% (n=449)	45.3% (n=349)
ながら磨きをするようになった。		
はい	65.4% (n=78) p<0.01	53.0% (n=66) NS.
いいえ	49.6% (n=625)	45.3% (n=508)
口の中の汚れがわかるようになった。		
はい	55.3% (n=219) NS.	42.0% (n=207) NS.
いいえ	49.6% (n=484)	48.5% (n=367)

有意性の検定はカイ2乗検定による。



D I コード



CPITNコード

表3 生活に対する態度別にみた歯科保健行動が
2項目以上容認した者の割合

	歯科保健行動が2項目以上 容認した者の割合
余暇は有意義に使っていますか	
はい	40.6% (n=360) NS.
どちらとも言えない	35.9% (n=566)
いいえ	35.7% (n=157)
あなたは家にいると落ちつきますか	
はい	39.4% (n=825) P<0.05
どちらとも言えない	30.2% (n=212)
いいえ	37.3% (n=51)
仕事仲間以外の人とのつき合いはありますか	
よくある	40.8% (n=370) P<0.05
あまり、頻繁ではない	38.1% (n=473)
ほとんどない	32.2% (n=245)
あなたは毎日の生活に満足していますか	
はい	40.7% (n=334) NS.
どちらとも言えない	37.1% (n=553)
いいえ	34.3% (n=201)
当面の目標としていることで何かやりたいことはありますか	
はい	41.9% (n=621) P<0.001
どちらとも言えない	37.2% (n=274)
いいえ	24.7% (n=190)
あなたは毎日忙しいと思いますか	
はい	41.8% (n=596) P<0.001
どちらとも言えない	35.4% (n=370)
いいえ	24.0% (n=121)
あなたは仕事に満足していますか	
はい	40.2% (n=341) NS.
どちらとも言えない	36.9% (n=528)
いいえ	35.8% (n=218)

有意性の検定はカイ2乗検定による。

表4 歯科保健に対する態度別にみた歯科保健行動が
2項目以上容認した者の割合

	歯科保健行動が2項目以上 容認した者の割合
80歳になったときあなたの歯は何本あると思いますか	
0本	34.1% (n=349) NS.
1本以上	39.1% (n=744)
今、どこか歯について困っているところがありますか	
はい	38.8% (n=588) NS.
いいえ	36.1% (n=501)
歯ブラシはどれくらいの期間で交換しますか	
1~2カ月	38.1% (n=318) NS.
2~3カ月	38.0% (n=421)
3カ月以上	36.7% (n=343)
これまでに、歯科医院にはどのような時にかかりましたか	
定期的に受診していた	57.1% (n=21) P<0.1
異常時は早期受診していた	39.6% (n=629)
悪くなくても我慢していた	34.7% (n=418)
歯科衛生士による指導や歯石除去を受けたことがありますか	
ある	41.4% (n=565) P<0.01
ない	33.0% (n=522)
歯科医院で定期的に歯をみてもらっていますか	
みてもらっている	55.6% (n=54) P<0.01
みてもらっていない	36.7% (n=1036)
職場で定期的に歯科健診があればよいと思いますか	
はい	40.9% (n=805) P<0.001
いいえ	27.7% (n=276)
いつも行く歯医者には決まっていますか	
かかりつけがある	42.3% (n=281) P<0.01
たいてい決まっている	40.0% (n=405)
その時により変わる	32.2% (n=376)
今、あなたの口の中や、歯の状態に満足していますか	
はい	37.5% (n=88) NS.
どちらとも言えない	36.3% (n=421)
いいえ	38.5% (n=576)

有意性の検定はカイ2乗検定による。

11 老人保健制度による財政調整影響額の経年推移 -----北海道市町村国保からの分析

○岡本悦司(近畿大学医学部公衆衛生学)

【はじめに】1982年の老人保健法制定の背景には、保険制度間の老人加入率の著しい格差による負担の不均衡を是正し、とくに市町村国民健康保険を老人医療費の重圧による財政破綻から救う、という政策があった。

老人保健制度下の医療費の流れは、保険者→被保険者という単純なものではなく、保険者→**拠出金**→社会保険診療報酬支払基金→**交付金**→市町村→**受給者**、という複雑な財政調整システムを通るようになった。システムの要となる社会保険診療報酬支払基金は、5327保険者から年間5兆円近い拠出金を徴収し3260市町村に交付する老人保健業務のため100人を越す専従職員を擁している。

財政調整機能のカギは「加入者調整率」と呼ばれる当該保険者の老人加入率の「逆数」である。すなわち老人加入率が全国平均の倍の保険者はかかった老人医療費の2分の1を、逆に老人加入率が全国平均の半分の保険者はかかった老人医療費の倍を、それぞれ拠出しなければならない。この財政調整システムにより老人加入率の高い市町村国保の負担は軽減された。

しかしながら老人保健法第56条2項により、拠出金算定の上での老人加入率は20%が限度とされる。老人加入率の全平均が10%の場合、老人加入率30%の保険者の拠出金は本来ならかかった医療費の3分の1であるが、その場合も加入率は20%とみなされてかかった医療費の2分の1を拠出しなければならない。差引6分の1の負担増となる。高齢化により20%超過市町村が増加し財政調整システムが次第に機能しなくなりつつある。

また1986年改正で保険者の医療費適正化努力を刺激する目的で、老人一人当たり医療費が全国水準を1.5倍を越える部分は財政調整の対象外とされ、高医療費市町村の負担を重いものとしている。

これら老人保健医療費拠出金の3つの軽減・増加要因に着目し、高齢化・高医療費の北海道の市町村国保を例に、その影響額と経年変化を分析した。

【方法】「国民健康保険の実態(国民健康保険中央会)」84~91年度版より北海道内の212市町村の以下の3指標を分析対象とした。

- 老人保健医療給付対象数(年間平均値)
- 老人保健医療給付対象者一人当たり医療費費用額
(以下「老人一人当たり医療費」)
- 全被保険者に対する老人保健医療給付対象者数の割合
(年間平均値、以下「老人加入率」)

拠出金の算定法については「老人保健法による保険者の拠出金の額の算定に関する省令(算定省令)」、年度ごとに変更される係数などについては「国保保険者の予算編成について(厚生省国保課長通知)」を参照しパソコン表計算ソフトで分析した。

212の全市町村について、以下の4つの医療費拠出金への影響額を算出した。それらのしくみを図1に、算定の根拠となる老人保健医療費諸指標を表1に示した。全市町村について得られた数値は合計し、北海道内の全市町村国保への影響総額を計算した。

- ①当該保険者老人医療費のうち保険者負担額
- ②加入者按分率による軽減額
- ③老人一人当たり医療費の基準額超過による増加額
- ④老人加入率20%超過による増加額

ここで①は、当該保険者の老人保健医療給付対象者にかかった医療費のうち、保険者が拠出金として負担しなければならない金額のことで、残りは公費負担(国、都道府県、市町村)となる。公費割合は30%であったが91年度より老人保健施設や定額制老人病院や訪問看護サービスの医療費については50%に引き上げられたため、その後総体では30%を上回っている。

②の加入者按分率とは①のうち財政調整の対象とされる割合のことで、残り(医療費按分率)はそのまま当該保険者の拠出金となる。財政調整によって拠出金の額が①より少なくなり、その軽減額をさす。

③の基準額とは厚生大臣の公示する「老人一人当たり医療費」の1.5倍の額。これを越える額はそのまま拠出金の額となり、財政調整された場合より多くなる。その増加額をさす。公示値はおおむね全国の老人一人当たり医療費の実績値に近いが、医療費適正化のためか意図的にそれより低く抑えられている。

④当該保険者の老人加入率は20%を越える場合には一律20%として拠出金は算定され、そのままの数値を使って算定された場合より拠出金は多くなる。その増加額をさす。

84~91年度については確定値であり、92、93年度については厚生省国保課長通知に従ってそれぞれ90、91年度の確定値をベースに算出した概算値である。

表1 老人保健制度医療費諸指標

	84年度	85年度	86年度	87年度	88年度	89年度	90年度	91年度	92年度	93年度
老人一人当たり医療費(実績値)	461,448	498,637	523,033	548,680	567,930	593,606	608,983	633,439	—	—
老人一人当たり医療費(公示値)	—	—	—	523,400	541,300	569,000	583,211	608,404	626,074	642,559
全保険者平均老人加入率(公示値)	6.6%	6.8%	7.1%	7.3%	7.5%	7.7%	7.9%	8.2%	8.3%	8.7%
加入者按分率(100%-医療費按分率)	45.1%	44.7%	53.5%*	90%	90%	90%	100%	100%	100%	100%
公費負担割合(100%-保険者負担割合)	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30.0%**	31.3%	31.4%

*86年12月までは44.7%、87年1月以降は80%のため加重平均値とした。
 **92年1月より老人保健施設等の公費負担割合が50%に引き上げられ、91年度の公費負担割合は厳密には30.01%である。公費負担割合の補数が保険者拠出金割合である。
 92、93年度の老人一人当たり医療費の実績値は未公表。
 老人一人当たり医療費の厚生大臣公示値は87年度より適用。

図 1

$$\text{保険者医療費拠出金} = \text{当該保険者老人医療費のうち保険者負担額} - \text{加入者按分率による軽減額} + \text{老人一人当り医療費基準額超過による増加額} + \text{老人加入率20\%超過による増加額}$$

【加入者按分率による軽減額】
当該保険者老人医療費

$$\frac{\text{老人保健医療給付対象者数}}{\text{老人一人当り医療費}} \times \frac{\text{保険者負担割合}}{\text{加入者按分率}} \times \left(1 - \frac{\text{全保険者平均老人加入率}}{\text{当該保険者の老人加入率}} \right)$$

【当該保険者老人医療費のうち保険者負担額】

加入者調整率

【老人一人当たり医療費の基準額超過による増加額】

$$" \times \frac{\text{老人一人当り超過額}}{\text{老人一人当り医療費}} \times " \times " \times "$$

【老人加入率20%超過による増加額】

$$\frac{\text{老人一人当たり医療費}(\star) \times \text{老人保健医療給付対象者数} \times \text{保険者負担割合} \times \text{加入者按分率}}{20\%} \times \left(\frac{\text{全保険者平均老人加入率}}{\text{当該保険者の老人加入率}} - 1 \right)$$

★老人一人当たり医療費が基準額超過の保険者は「老人一人当たり医療費」の代わりに「基準額」が入る。

【結果】結果の総括を表2に示す。

老人医療費の伸びに比例する「当該保険者老人医療費のうち保険者負担額」は84年度から93年度（概算値）の10年間で倍以上の伸びを示している。91年度以降の公費負担割合の部分的50%への引き上げも、まだ全体としての伸びに目立った影響は及ぼしていない。

「加入者按分率による軽減額」は、北海道内の市町村国保が1町を除いて全て全保険者平均より老人加入率が高くなっているため、総体として拠出金軽減額は大きなものとなっている（唯一の例外は羅臼町で、10年間一貫して老人加入率が全保険者平均より低く軽減額がマイナス、すなわち財政調整によって毎年かかった医療費以上の拠出金を負担させられている。全道を通じてなぜ同町だけが老人加入率が低いのか理由は不明）。87年度に明らかなステップアップがみられるが、これは同年度より加入者按分率が90%へ大幅に引き上げられたためである。按分率は90年度にはさらに100%に引き上げられ、現在では北海道の市町村国保の老人医療費のうち国保加入者が負担しなければならない額は半分以下ですむようになった。

87年度からフルスタートした財政調整対象外医療費による「一人当たり医療費基準額超過による増加額」の影響は絶対額では小さくないものの、87年の加入者按分率大幅引き上げによる軽減と、いわばだきあわせで導入されたかっこうになっている。それによる拠出金の増加額は総体として経年的に大きな変化はみられない。同じ時期に導入された高医療費市町村の指定と安定化計画ともあいまった強力な医療費適正化策の効果のあらわれとも考えられる。

「老人加入率20%超過による増加額」は91年度までの確定額で急激な伸びを示している。91年度を例にとると保険者負担額1903億9000万円のうち加入者按分率で1100億7000万円が軽減される一方、基準額超過で65億3000万円、そして老人加入率20%超過で43億5000万円拠出金が増加していることになる。概算では93年度には両者は共に約70億円とほぼ並ぶことになる。92年度の概算では老人加入率20%超過による増加額はやや減少することとされているが、その理由は、概算方法を示した厚生省国保課長通知が、老人加入率の見込みにあたって老人以外の一般被保険者も増加しつづけると仮定していることによる（実際には市町村国保の一般被保険者は激減しており、北海道ではとくにその傾向が強い。この概算値はまず当たらないといえる）。

【考察】永く叫ばれてきた医療保険の統合一本化の実現のめどがたない以上、異なった保険制度の並立を前提としつつ市町村国保を破綻から救うための苦肉の策としてあみだされたのが老人保健制度による複雑な財政調整システムであった。そしてそれが市町村国保の存立に大きく貢献してきたことを明らかにした。しかしながら、老人加入率の20%のカベが市町村国保に対する圧迫要因として近年急速にたちはだかりつつある事態も明らかになった。20%の上限は老人保健法制定の際、被用者保険サイドの強い主張で入れられた純然たる政治的妥協の産物であり合理的根拠は何もない。事実、老人保健法スタート時、市町村国保でさえも老人20%を越える保険者はごく少なく、すんなりと立法化された。もし今日の事態をみこして20%の上限を提案したのなら当時の被用者保険代表の知恵は敬服に値する。現時点では20%による拠出金の増加額は財政調整による軽減額に比べると小さいが、今後の高齢化を考えると20%という固定された上限により再び老人医療費の重圧が市町村国保の存立をおびやかすようになるのは時間の問題ともいえる。市町村国保の高齢化は加速度的に進んでおり、それは老人加入者の増加だけでなく一般被保険者の急減（市町村国保の一般被保険者数は老人保健制度発足時3700万人であったのが現在では2700万人と1000万人も減少。毎年100万人近く減少したことによる）にもよるところ大である。20%上限の早急な見直しが必要である。

表2 北海道市町村国保への老人保健制度医療費拠出金の影響額（経年推移）
（単位：億円、92、93年度はそれぞれ90、91年度確定値を基にした概算値）

	84年度	85年度	86年度	87年度	88年度	89年度	90年度	91年度	92年度	93年度
当該保険者老人医療費のうち保険者負担額	972.8	1143.8	1255.4	1389.2	1518.1	1625.4	1769.9	1903.9	1982.9	2100.2
加入者按分率による軽減額	198.8	234.8	312.4	603.7	756.4	760.8	973.5	1100.7	1082.9	1205.1
一人当り医療費基準額超過による増加額	—	—	—	47.1	60.8	58.9	67.7	65.3	75.5	70.9
老人加入率20%超過による増加額	.5	.6	1.1	1.8	8.1	7.2	17.9	43.5	31.8	70.2

○北原照代 埤田和史 西山勝夫 渡部眞也(滋賀医大・予防医学)
佐藤修二(勤医協札幌病院・労働衛生科)

【はじめに】

私達は、手話通訳者の健康問題と関わる中で聴覚障害者の生活実態を知り、聴覚障害者が社会生活を営む上で最も深刻な障害は健康や命に関わる「医療」の場におけるコミュニケーション障害であることがわかった。当医大生が聴覚障害者に対して実施した聞き取り調査において「受療時に困ったこと」を質問した時の回答例(表1)をみても、医療の場で聴覚障害者が医療従事者と十分にコミュニケーションがとれていない様子がうかがわれる。聴覚障害者が医療を受ける時のコミュニケーション方法を図1に示した。聴覚障害者が持っている主なコミュニケーション手段が筆談である場合は一人で受診できるが、その主な手段が手話の場合は一人で受診すると医療関係者との意志の疎通が難しく、手話通訳者が必要となる。専任手話通訳者がいる病院は現在全国で3院所しかなく、また医療従事者が手話で直接対応できる場合もごくわずかで、ほとんどの場合聴覚障害者は手話通訳を依頼しなければならない。表2に示したように、手話通訳派遣の担当団体が1年間に派遣した様々な通訳の中で、医療に関する通訳の占める割合は最も高いものになっており、その需要は多いと言える。しかし、派遣制度はあらかじめ予定された依頼に対応する制度であり、現状の制度では突然の発病や緊急時には対応できない。また、医療の通訳は専門用語が多いため正しく通訳するのが難しくと言われており、それをこなせる専任手話通訳者の絶対数が不足している。聴覚障害者団体は、手話通訳派遣制度の充実とともに公的な医療機関に専門の手話通訳者を設置するよう、運動を進めているところである。そこで私達は、全国に先駆けて手話通訳者を設置したある民間病院での状況を紹介します。聴覚障害者の受療権の保障について検討する。

【手話通訳者を設置している民間病院の状況】

<経過>

札幌市内にある北海道勤労者医療協会・総合病院札幌病院(以下、病院と略す)は、全国に先駆けて、1986年6月から手話通訳者1名を設置した。この病院は、従来から聴覚障害者の利用が比較的多かったこともあり、聴覚障害者の持つ医療との障壁をできるだけ取り除きコミュニケーションがスムーズにすすむようにとの考えから、地元の聴覚障害者の要望に応える形で札幌市聴覚障害者協会と手話通訳者派遣の委託契約を結んだ。

<来院患者数の変化>

図2に、病院にいる通訳者が担当した通訳件数と札幌市の障害福祉課が市内の障害者の依頼に応じて通訳者を派遣した医療に関する通訳件数の6年間の推移を示した。斜線で示した時期(通訳者が頸肩腕障害で倒れ代替の通訳者一人が午前中のみ勤務するという体制をとった時期)以外、全体を通して病院の通訳件数が増加傾向にあるのに対して、市の通訳派遣件数はほぼ横ばいであった。1991年度には、1病院だけで全市に対する通訳派遣件数の約2倍の通訳をこなしている。ま

た、この二つを合計して札幌市の聴覚障害者の医療に関する通訳件数として見ると、病院に通訳者が設置された翌年の1987年度には約1500件と前年度の倍近くとなっており1991年度に至っては約2500件に達している。このことは、病院に手話通訳者を設置したことにより医療に関わる潜在的な通訳要求を掘り起こしたことを意味する。逆に言えば、病院に通訳者が設置される前までは、受診時に通訳者を利用したくても利用できなかったり、受診することを諦めたりしていた聴覚障害者がかなり多く存在していたことを示しており、聴覚障害者の受療権が阻害されていたと言える。

図3に1993年3月に市民が札幌病院外来を利用した割合を示した。市全体で見ると、健聴者に比べて聴覚障害者のこの病院の利用割合は高く、特に手話通訳を要する聴覚障害者についての割合を推定したところ、健聴者の約4倍に達した。区別に見ると、障害の有無に関わらず、病院が所在している白石区・厚別区在住の利用割合が最も高かった。この地域では、健聴者と比べて手話通訳が必要な聴覚障害者の利用割合は約3倍であるのに対して、病院から地理的に最も離れている南区や西区・手稲区ではその比率は約10倍に達していた。このことは、病院に手話通訳がいることにより遠方からでも聴覚障害者が利用していることを示していると考えられた。

<新たに生じた問題点>

聴覚障害者の来院が集中した結果、1990年6月、業務の過重により通訳者が過労と頸肩腕障害で倒れ、7月から3か月休業という事態が生じた。再発防止のため、翌年5月から2.5名体制(午前3名午後2名)となり、通訳者が倒れる前は1人あたり午前中に2~3件の通訳だったが、現在は1~2件の通訳となっている。頸肩腕障害になった通訳者は現在も治療を続けながら勤務し、依頼に応えきれない場合は、市に通訳派遣を依頼しているという状況である。

また、聴覚障害者団体は札幌市に対して市立病院に手話通訳者を設置するよう毎年要望してきているが、「市立病院にはろうあ者がほとんど来ない」という理由で拒否され続けている。しかも、札幌病院では通訳者の増員により人件費が増大し経営的に大きな負担となっているが、市からの補助金は金くない。本来、国・自治体は、聴覚障害者が一般市民と同様に受療できる条件を保障するべきであるが、現状は公的責任が民間医療機関に転化された状態となっている。

【まとめ】

札幌病院の経験は、聴覚障害者がいつでも安心して医療を受けられるためには病院への手話通訳者設置が極めて重要であるということを示している。病院では、聴覚障害者の受診が増加するのに伴い職員の聴覚障害者に対する理解が深まり、医師の診療態度や検査時の説明や薬局での対応などに様々な改善や工夫がなされたことで、聴覚障害者がより利用しやすくなっている。

しかし、先に述べたように手話通訳者の健康障害や聴覚障害者の受療に関しての公的責任の回避という新たな問題も生

じている。また、市の専任通訳者派遣制度や病院通訳者を抱える札幌市でも、夜間救急時や緊急の時の手話通訳保障体制は整備されていない。

聴覚障害者の受療権の保障のためには、手話通訳者の増員や手話通訳派遣制度の充実は当然必要であるが、派遣制度上の限界を考えると、併せて少なくとも公的な医療機関に手話通訳者を複数配置することが早急に求められる。また、医療従事者が聴覚障害者の持つコミュニケーション障害を正しく理解し、受診時に適切な配慮をもって対応することも重要であり、医療従事者や医系学生に対する障害者問題についての教育が必要と考えられる。

表1 聴覚障害者が受療時に困っていること回答例

- ・受付から自分の名前を呼ばれてもわからず、そのまま忘れられる
- ・受付で耳が聞こえないことを伝えても、他の医療従事者に伝わっていないことがある
- ・筆談では時間がかかるので十分に病状を伝えきれないし、医者からいやな顔をされる
- ・医者や看護婦の話を内容がわからない
- ・手話通訳者や家族にしか病状の内容を説明してくれない
- ・レントゲン撮影の時に息の止める時がわからず困る
- ・薬の飲み方の説明がわからない
- ・ナースコールを使っても、用件を話すことができないので看護婦さんが来ない
- ・出産の時、いきむタイミングがわからない

図1 聴覚障害者の受診時のコミュニケーション

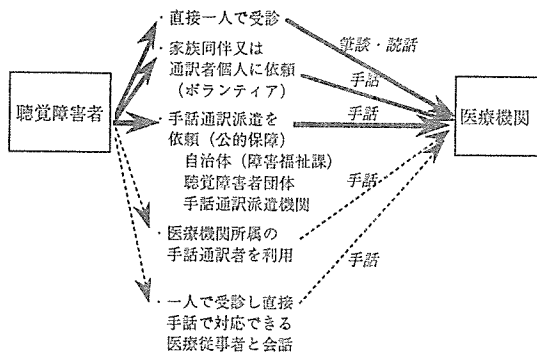


表2 内容別手話通訳派遣件数比率（%）（1991年度）

通訳内容	（1991年度）	
	札幌市 障害福祉課 （n=2421）	東京都 手話通訳派遣協会 （n=5728）
生命・健康	37.7	42.1
教育・保育	22.0	8.1
労働・雇用	8.8	24.8
社会生活	7.4	5.4
司法	5.2	5.5
文化・教養	5.7	9.1
地域・住宅	3.4	1.3
その他	9.8	3.7
総計	100.0	100.0

図2 札幌市の医療に関する手話通訳件数推移（件）

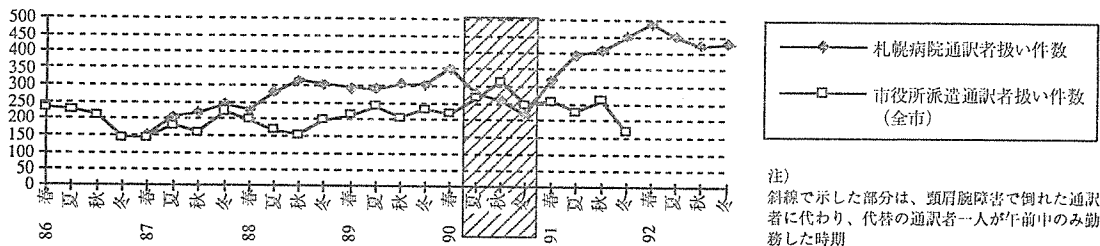
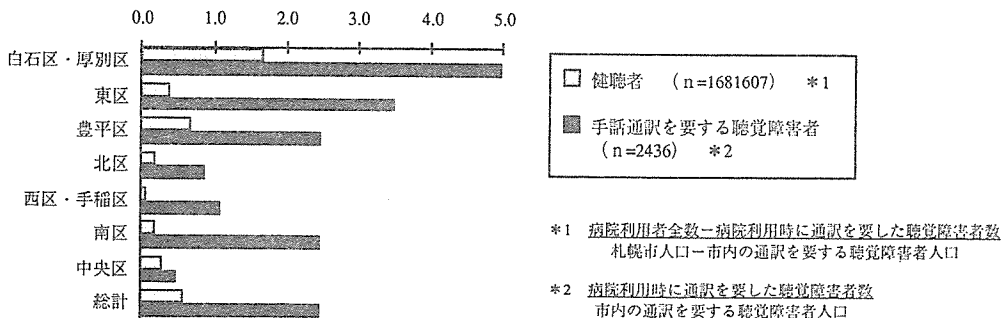


図3 市民が札幌病院を利用した推定割合（%）（1993年3月1日～31日）



上島弘嗣、岡山 明、山川正信、喜多義邦（滋賀医科大学 福祉保健医学）

【はじめに】住民の健康診査は、成人病の早期発見予防を主な目的とし、循環器に関しては、いわゆるハイリスク者の検診後の管理と生活指導に大きな役割を担ってきた。しかし、その受診率は一般に低く、従来高率を維持していた農村部においても、例外ではない。今回滋賀県の湖東地区の1町を取り上げ、受診率の低下とその原因を明らかにし、今後の地域保健活動の推進に向けての考察を加えた。

【対象と方法】滋賀県愛東町では、30-64才を成人病健診として保健センターが健診を実施し、65才以上は老人健診として医療機関への依託健診を行っている。成人病健診（住民健康診査）は1980年以降、重点地区方式で実施し3年間で1巡している。3年間に1回以上受診したものの数を受診者数とした。未受診者の実態を把握するため、40-79才までの町民(2659名)にアンケート調査を行った。調査は自記式留置方式を採用した。本稿では、健康診査対象年齢の40-64才のもの1807名（回収率93.3%）を分析対象とした。

【結果】 年齢調整受診率は、第一期（80-82年）が男性で73.8%、女性80.5%であった。二期（84-86年）はそれぞれ65.2%と83%であり、3期（90-92年）は50.6%と73.1%と、男性での受診率の低下が著しかった。女性でも第3期で低下した（図1）。年齢階級別の変化は、男性では、第2期では40-54才の層での受診率の低下が見られ、第3期では60-64才を除くすべての層で受診率がさらに低下した。50-54才の受診率が低い傾向は1-3期を通じて見られた。女性の年齢階級別受診率の推移は、受診率が各期を通じて最も低い50-54才でも55%前後の受診率を示したが、第3期では40-54才の年齢層での低下を見た。

未受診理由の最も多いものは、男女とも「他の機関での健診機会があるから」であったが（男性84.5%、女性75.5%）、男性の方が高値を示した(P<0.05)（表1）。また年齢別に見ると、男性では40才から59才までは「他機関での健診の機会」が未受診理由の85%以上を占めたが、60-64才では71.4%と低い値を示した（60才未満に対し、p<0.01）。医療機関の受診を理由にしたものは、男性では55才から増加するが、女性では若年者でやや低いが、男性に比して全般に高かった。未受診の理由として「他機関での受診」としたものの内訳は、男性では54才以下では80%以上、女性でも40-54才では75%以上「勤務先での受診」を理由とした（表2）。

【考察】 愛東町では、1980年より健康診査を実施しており、この間町民の健康指標は大きく変化してきている。血清総コレステロール値は上昇昇傾向にあり、逆に血圧は低下傾向にある。当町では健康診査の受診率が高く、住民健康診査の結果を解析することが町民の健康指標の動向を把握するよい指標となってきた。また、検診後の生活指導も受診率が高かったことを生かし、住民の健康を守るのに、有効に機能してきたと考えられる。しかし、受診率の低下は、職域やその他の検診データとの総合化を必要としてきた。また、町の検診を受けた者のみに対する生活指導ではなく、町民全体を対象とした一次予防活動の展開を求められている。

図1 性別、年齢調整の受診率の推移、愛東町

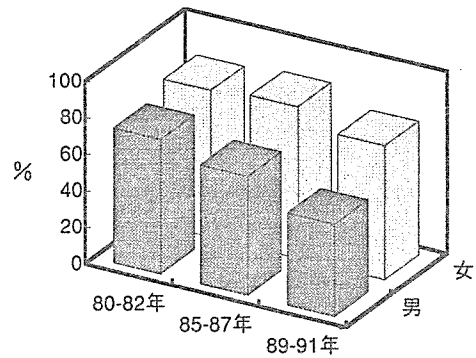


表1、性年齢階級別に見た未受診者の未受診理由の内訳
比率は未受診理由を記入したものに対する割合、解答は重複解答を含む。

年齢階級	未受診者総数	未受診理由			
		総数	他で受診(%)	治療中(%)	その他(%)
40~44	109	107	95 (88.8)	3 (2.8)	13 (12.1)
45~49	90	85	76 (89.4)	3 (3.5)	10 (11.8)
50~54	68	62	50 (80.6)	6 (9.7)	11 (17.7)
55~59	69	64	55 (85.9)	20 (31.3)	9 (14.1)
60~64	54	49	35 (71.4)	12 (24.5)	17 (34.7)
計	390	367	311 (84.7)	44 (12.0)	60 (16.3)

年齢階級	非受診者総数	未受診理由			
		総数	他で受診	治療中	その他
40~44	75	69	55 (79.7)	8 (11.6)	10 (14.5)
45~49	50	38	30 (78.9)	5 (13.2)	9 (23.7)
50~54	32	32	25 (78.1)	3 (9.4)	8 (25.0)
55~59	38	34	21 (61.8)	13 (38.2)	9 (26.5)
60~64	32	27	20 (74.1)	8 (29.6)	8 (29.6)
計	227	200	151 (75.5)	37 (18.5)	44 (22.0)

表2、年齢性別に見た「他機関での受診」を未受診の理由としたものの受診場所

年齢階級	総数	受診場所	
		勤務先	ﾄﾞｯｸ病院等
40~44	95	83 (87.4)	12 (12.6)
45~49	76	67 (88.2)	9 (11.8)
50~54	50	42 (84.0)	8 (16.0)
55~59	55	42 (76.4)	13 (23.6)
60~64	35	19 (54.3)	16 (45.7)
計	311	253 (81.4)	58 (18.6)

年齢階級	総数	受診場所	
		勤務先	ﾄﾞｯｸ病院等
40~44	55	42 (76.4)	13 (23.6)
45~49	30	24 (80.0)	6 (20.0)
50~54	25	19 (76.0)	6 (24.0)
55~59	21	11 (52.4)	10 (47.6)
60~64	20	10 (50.0)	10 (50.0)
計	151	106 (70.2)	45 (29.8)

○近藤高明、耕原久孝、宮尾克、瀧日久仁子、山田信也
(名古屋大学医学部公衆衛生学)

【はじめに】

演者らは、昨年度より二か所の農村部自治体での高齢者実態調査とその解析、まとめを役場担当者らと共同で実施してきた。これらの調査は、市町村老人保健福祉計画（以下「計画」と記す）の策定にむけて行なわれたものである。本演題では、解析結果の報告は一部にとどめ、二つの地域での実施経過の比較や反省点、今後の計画策定に生かされるべき教訓などを演者らの所感も含めて述べてみたい。

【調査対象と方法】

対象地域は、岐阜県恵那郡A町および長野県下伊那郡B町である。

A町は林業を主要産業とする山間農村で、1990年人口は3,271人、高齢化率は23.7%である。センサス変化率を用いた人口予測では、西暦2000年の高齢化率は33.2%であった。現在A町では、入所定員30名の特別養護老人ホームを建設中である。

B町は果樹園栽培を主要産業とする山間農村部で、1990年人口は13,422人、高齢化率は18.0%である。センサス変化率を用いた人口予測では、西暦2000年の高齢化率は23.6%であった。B町では、住民が主体的に健康学習会などの活動を組織し運営してきており、行政の保健担当者は組織活動の援助者としての立場を貫いている。

質問票は、岐阜県部が作成した「市町村高齢者実態調査（案）」を雛形に作成した。配付と回収は7～8月に、町内会もしくは民生委員組織を通して行なわれた。なおA町では、対象者を60歳以上とし、寝たきり・痴呆老人と一人暮らし・高齢者世帯老人には保健婦、ヘルパーが訪問し追加調査を行なった。またA町では40～59歳の町民にも類似の質問票による調査をあわせて実施した。

回収率はA町で88.9%、B町では97.8%であり、回答者の性別年齢構成は図2に示す通りである。

【調査結果の概要】

おもな結果については、表1～表4に示した。

【討論】

1) 計画作りに住民の意見を反映させるためには、調査票作成段階から住民参加が保証されねばならない。しかし計画策定を本年度から開始するためには、調査を早急に実施せざるを得ず、住民との討論が充分なされたとはいい難い。しかしB町では、組織活動の中で役場の保健担当者が住民とを接点を恒常的に持っているため、住民の要求をダイナミックに把握している。またデイサービス対象者を対象に予備調査を実施しており、これらの経験が質問票作成に活用された。

2) 調査実施や結果の解析・まとめの責任主体は行政が担う必要がある。A町、B町とも報告書作成を安易に業者委託せず作業は大学との共同で行ない、解析結果の解釈やまとめに段階では演者らとのフィードバックを逐次行なってきた。

3) 保健、福祉の連携は、一体的な高齢者サービスの提供に不可欠であることは指針でも述べられているとおりである。また、連携とならんで各職種の主体的力量も問われる必要がある。A町では保健婦が検討会議のコーディネイトを担当してきたが、他職種の取り組み姿勢がやや積極性に欠けるため、保健婦の負担が過重となる。このような場合、リーダーシップを発揮すべき部局責任者の関心が、事務的事項に向いていたことは問題視されるべきであろう。B町では、保健福祉が役割を分担しながらも連携のもとに調査を実施してきたといえる。

4) 医療機関との連携でいえば、A町では、町内唯一の医療機関である国保病院が住民から信頼される医療活動を展開してきた歴史があるにも拘らず、行政との連携は不十分である。またB町では、医療機関は役場とは独立した機関として存在しており、組織活動の中で個別的援助は得られるが、今回の調査では住民のなかでは不満や要望が多いことが明かとなった。

5) 計画策定委員会の設置は、A町、B町とも昨年度に終えているが、A町で活動が開始されたのは、調査結果がほぼまとまってからであった。

6) 調査結果に基づいて、具体的なサービス需要量の予測を行なうことは、計画策定で義務づけられている。しかし、A町では過疎化問題を抱えており、今後予想を越える高齢化が進行することもありうる。B町を含む長野県では、すでにサービス需要量の予測が終了したと報告されているが、しかしその数字は、指針記載の算出法をそのまま各自自治体にスライド適用させ集約しただけのものであり、調査結果が反映される余地は全くない。

【まとめ】

調査結果は今後の計画策定に十分活用されるべきではあるが、短期間に実施せざるをえなかったという制約上、これのみで住民のニードを把握することは不可能である。住民の意見が組とられる機会を恒常的に設ける必要がある。また、農村部のような人口規模が小さな地域では、将来予測といってもかなりの誤差をみこんでおかなければならない。計画を固定的にとらえるのではなく、たえずフィードバックしながら修正していかなければならないであろう。

表1、2
日常生活動作能力ならびに行政サービス認知度
(A町)

	全面介助	部分介助	時間かかる	普通
移動	16名(1.6%)	17名(1.7%)	108名(10.6%)	844名(82.5%)
食事	6名(0.6%)	11名(1.1%)	50名(4.9%)	918名(89.7%)
排泄	14名(1.4%)	12名(1.2%)	53名(5.2%)	905名(88.5%)
入浴	21名(2.1%)	12名(1.2%)	42名(4.1%)	910名(89.0%)
会話	ほとんど通じない 10名(1.0%)	ある程度通じる 85名(8.3%)		完全に通じる 888名(86.8%)

表3、4
日常生活動作能力ならびに行政サービス認知度
(B町)

	全面介助	部分介助	時間かかる	普通
移動	62名(2.5%)	75名(3.0%)	392名(15.7%)	1918名(77.0%)
食事	29名(1.2%)	56名(2.2%)	179名(7.2%)	2171名(87.2%)
排泄	41名(1.6%)	25名(1.0%)	93名(3.7%)	2178名(87.4%)
入浴	68名(2.7%)	58名(2.3%)	168名(6.7%)	2149名(86.3%)
会話	ほとんど通じない 35名(1.4%)	ある程度通じる 296名(11.9%)		完全に通じる 2110名(84.7%)

	知っている	利用希望	知らない	不明
ホームヘルパー	564名(77%)	108名(17%)	80名(11%)	89名(12%)
デイ・サービス	396名(54%)	95名(15%)	242名(33%)	95名(13%)
ショートステイ	242名(33%)	75名(12%)	387名(53%)	104名(14%)
給食サービス	245名(33%)	119名(18%)	407名(56%)	81名(11%)
高齢者住宅整備資金	493名(67%)	163名(23%)	160名(22%)	80名(11%)
訪問看護制度	427名(58%)	126名(19%)	229名(31%)	77名(11%)
保健婦の訪問指導制度	457名(62%)	151名(24%)	198名(27%)	78名(11%)
訪問リハビリ指導	257名(35%)	139名(22%)	388名(53%)	88名(12%)

	知っている	利用希望	知らない	不明
ホームヘルパー	1404名(57%)	694名(28%)	98名(4%)	847名(34%)
ショートステイ	963名(39%)	426名(17%)	361名(12%)	1089名(44%)
デイケアセンター	1313名(53%)	532名(21%)	186名(8%)	959名(38%)
デイケア	358名(15%)	158名(7%)	725名(30%)	1347名(54%)
機能訓練	462名(20%)	262名(11%)	638名(26%)	1298名(53%)
訪問入浴サービス	999名(41%)	370名(15%)	269名(11%)	1142名(46%)
訪問給食サービス	414名(17%)	205名(9%)	619名(25%)	1392名(56%)
看護婦・保健婦の訪問指導	660名(27%)	325名(13%)	410名(17%)	1333名(54%)
診療所などの看護婦の訪問看護サービス	334名(14%)	297名(12%)	729名(30%)	1329名(54%)
日常生活用品給付事業	801名(33%)	455名(19%)	403名(17%)	1176名(48%)
在宅介護支援センター	257名(11%)	240名(10%)	759名(31%)	1382名(56%)

小澤 温 (国立リハビリテーションセンター研究所)

【はじめに】

老人保健法が1983年に施行されて10年が経過した。この法によって、地域での機能訓練事業が制度的に位置づけられ、保健所などの機関での地域リハビリテーション活動の取り組みが推進された点で重要な意味がある。さらに、89年には、高齢者保健福祉推進十カ年計画（ゴールドプラン）がまとめられ、ホームヘルパーの派遣、ショートステイ、デイサービスの3つを柱とした在宅福祉を基盤としたサービスのあり方を示した。また、これら地域でのサービスをより一層推進する目的で、市町村などの自治体に在宅サービスを基盤とした保健福祉計画の策定を義務づける動きも生じた。

本研究は、このような近年の高齢者の保健福祉をめぐる状況をふまえて、地域リハビリテーションに関する保健福祉計画の策定に取り組んでいる仙台市を取り上げて、地域リハビリテーションの現状と現状からみた地域リハビリテーションに関する保健福祉計画の策定のさいの課題を検討した。

【対象と方法】

仙台市で、積極的に地域でのリハビリテーション活動に取り組んでいると思われる機関（リハビリテーション専門病院（T病院）、保健所（A保健所）、デイサービスセンター（Dセンター）、各1箇所）の関係者に対して、①サービス対象者、②サービスの内容、③対象者のニーズの変化と今後の対応、④他の関連機関や施設との連携の状況、⑤リハビリテーションシステムへの期待、などの5点につき、ヒアリングを実施した。調査は93年1月になされた。

【結果と考察】

(1) 仙台市のリハビリテーション社会資源(病院、保健所・保健センター、デイサービスセンター)の分布状況

市内の病院数は65であり、診療所数は639である(90年)。このうち、リハビリテーション診療科を設置し、院外でのリハビリテーション活動に力を入れている病院は3箇所と少なく、地域は青葉区(市の中心部)、宮城野区にかたよっている。保健所数は7(支所2を含む)、保健センター数は8である。保健所は各区(5区)に1箇所存在している。デイサービスセンター数は10(92年)で、青葉区、泉区、太白区に分布が片寄っている。

(2) 各機関のサービス対象者およびニーズの変化の状況

T病院のリハビリテーション診療科では、外来受診者が年々増加しており、疾患では、脳血管疾患が入院、外来とも非常に多くなっている。A保健所(他の保健所もほぼ同様)では、機能訓練事業を実施しており、基礎コ

ースと維持コースの2つのメニューで実施している。疾患は、脳血管疾患が利用者の80%以上を占めている。実施場所は保健所だけでなく、デーサービスセンター、老人憩いの家などを利用してより身近な地域で実施している。Dセンターでは、65歳以上の高齢者53人(登録者)を1日10人のペースで週5日利用している。週1日は痴呆性老人専用の日としている。

(3) 各機関における連携の状況

T病院では、現在、外来受診の紹介においては、保健所との連携は少なく、診療所などの医師の紹介による場合が多いが、これらは医師とT病院との個人的な関係が強くなり、システムとはいえない状況がみられた。退院後の家庭での継続的なリハビリテーションをフォローしていく働きかけ(地域での保健所、デイサービスセンターなどのリハビリテーション活動につなげる取り組み)は、病院の側からは今のところなされていなかった。

A保健所では、管内の病院に積極的に働きかけて、退院後の患者の堀おこしを行っている。捕捉された患者に対して機能訓練事業に参加を呼びかけている。デイサービスセンターとの連携は事業の実施場所の拡大のために密接に進めていた。

Dセンターは、通所者の受け入れでは福祉事務所との結びつきが強いが、保健所の機能訓練事業の開催場所を提供することによって、保健所との連携ができ、保健所の事業の終了者がセンターの通所者として継続的に関わるケースも生じてきている。

(4) 地域リハビリテーションシステム策定のさいの課題

現在、市で進めている地域リハビリテーションに関する計画は、総合的なリハビリテーションセンターの設置を柱として、専門的な医療、補装具・住宅改造に関する情報の提供、などの主にサービス対象者への高度なサービスの提供の機能を構想している。これに対して、現在リハビリテーション活動と関わる各機関からは、病院退院後のフォローと保健所、デイサービスセンターでのリハビリテーション事業との連携することの重要性が指摘された。また、各機関ともリハビリテーション活動を進めていく上で専従的に関われる保健婦、PT、OT、RSWなどのスタッフの不足によって、サービス対象者の増加にかかわらず事業の拡大ができない状況がみられた。従って、地域リハビリテーション活動のシステム化の点では、退院後の患者情報を保健所、デイサービスセンターに提供できるシステムの形成、既存のリハビリテーション病院、保健所、デイサービスセンターでのスタッフの確保による事業の拡充などの施策がリハビリテーションセンター設立の構想に先だって重要であると思われた。

病者を医す音楽

兵庫県篠山保健所長 佐藤 幸雄

ヒトは生命を養う遺伝状態の
変化と環境への対応の不適切な結
果として病態に陥る。即ち、内外
調和の維持が肝要である。内科的
観点から遺伝形態の操作が現実に行
われる今日の医学の進歩によっ
て、多くの難病が克服されつつあ
るが、外部環境との不調和は増大
する一方である。今、仮に完全な
ヒトが生まれたと考えてみよう。
病とは無縁のスーパーマンである
が、その過剰した環境に置かれて
たちまちダウンしてしまつたとし
ても不思議ではないであらう。

環境、自然、美意識
はヒトの生命とは無縁
ではない。人類史上に
幾多の天才が生まれ、
美を追求してきたが、
レオナルド・ダヴィン
チは人体の美しさに魅
せられて、解剖学の道
をひらいた。一方、音
の世界では自然界の音
のパラエティは生物
の上に君臨して、雷鳴
や激発音から、せせら
ぎの音まで快不快を刺
激する。ヒトの生体にも
音が発生している。
また、発声は言語の世
界を自由に広げてくれ
る。一日たりとも無言
ではられないヒトの
外的調和への欲求は強
い。逆に、耳から入る音の世界は
どうだろうか。欲求はないのだら
うか。快不快は音の性質と大きさ
等に左右される。研究者によれば、
生体はリズムと調律によって保た
れていると言う。体内に時計とメ
トロノームのチーノが正確にセッ
トされ、外来音を分析してその特
徴を記憶する。音と個性の対応が
なされ、音に快不快の選択を行い
快音を欲求する。やはり、音を欲
しがっているのである。



快調な音、それが音楽なのであ
る。リズムと調律に適切に対応す
る音楽はヒトの内的欲求なのであ
るから、種々の特徴の中から体験
的に選定されるものであり、何で
も良い訳はない。今日まで、芸術
音楽の星塵の中から、輝度の高い
作品を全曲、または部分的にヒッ
クアップして適切な方法で病者の
耳に注波（私達語）する試みは一
部研究者によって始められたとこ
ろであり、昨年、日本にも研究会
が充足したばかりである。音が薬
になろうとしているのである。

私も「音楽」の世界に魅せられ
て、楽しいものとはかり
思っていた音楽が、やっ
てみると何十年やっても
快音に至らぬ難さに当
惑している。それが、薬
になろうとは自分の口か
らは言えたものではない
のだが、巨匠の手にかか
った作品と演奏の前には万
人が脱帽させられる秘薬
的な薬効が秘められてい
るのであろう。それを
「医食同源」ならぬ「薬
音同源」にまで発展させ
ようと言う時代に入った
二十一世紀医音療法の本
来は明かす。音楽大学
には専門講座も増設され、
リハビリの如き音楽療法
士も、誕生するかも知れ
ない。工と手を回す結

んだ今日の医学もやがてソフト時
代に入つて行くであろう。究極の
ソフトに至るまで音楽は用い続け
られるはずである。即ち、人生の
終りに臨んでも、耳は言葉を求
めると言う。命の水ならぬ「命の音
声」は、いつまでも注波し続けて
欲しいものである。おわり

17 長浜保健所管内における寝たきり対策

滋賀県長浜保健所 ○嶋村清志・草野文嗣

長浜保健所では、作られた寝たきりを少しでも減らしたいと考え、介護用リフトを利用して、寝たきりになる恐れのある人達を、昼間少しでも長く起坐をとらせるようにしている。その結果、介護者の負担を軽減できただけでなく、住宅改造などへと発展できた例もあり、地域の関心も高まりつつある。

1：保健所管内の概況

当保健所は琵琶湖の東北部に位置し1市8町を管轄区域とする。人口は約13万人、65歳以上の人口比は約15%である。

2：目的・対象

主な目的は、筋力の維持回復と寝たきりによる合併症（褥瘡、骨折、肺炎、尿路感染症、ぼけ等）の予防、そして天井しか見られなかった世界から解放するという心のリハビリ、である。また、同時にそのケースに合った介護方法を発見し、介護者の労力の負担軽減をはかるとともに、この地域に合った住宅改造等へと発展させていくねらいがある。

対象は、原則として、手足の拘縮や筋肉の萎縮が比較的軽いが、介護者ひとりの力ではおこせない者とする。

3：内容（方法）

まず、主治医の了解を得た後、介護者と本人の同意の上で起こし始める。初回訪問時には必ず所長が同伴し、全体の状況把握を行う。その後、保健所医師らが中心となって、できるだけ毎日訪問し、ベッドから車椅子等へ座れるように、始めは1時間程度から徐々に時間を延ばしていく。その方法は、電動／手動式リフトとデンマークシート（吊り上げシート）を使用するため、簡単、安全しかも、わずかな力でおこせるので、介護者が高齢で力の弱い人でも利用できる。また、このシートは水切れが良好で臀部が解放性のため、ポータブルトイレや簡易浴槽との併用が非常に有効である。

4：結果

- ①介護者が、老人を「起こす」大切さを知り、リフトを独自に操作して起こせるようになった。
- ②おむつ交換の際、多少なりとも腰が浮かせられるようになり、介護者の腰痛なども軽減した。
- ③褥瘡、肺炎、熱発などの余病も治まり、再入院の心配もなく落ち着いて介護ができるようになった。
- ④どうしたらもっと良い介護ができるか、という思いが介護者にも芽生え、
- ⑤家族、保健所医師、保健婦、訪問看護婦、PT、建築士、工事担当者で話し合い、在宅重度障害者住宅改造費の助成を活用して、天井の梁を利用した手作り／既

製の天井走行型リフトを設置した。この改造により、自宅で、介護者ひとりで、いつでも都合の良い時に、ケースの入浴が可能になった。また、改造費の補正予算が組めるなど、保健所の果たした役割は大きい。

- ⑥さらに、重度寝たきり老人やさまざまな障害をもった人（頭損、難病）に対しても住宅改造等のアドバイスや介護用リフトの紹介を行うことにより、地域の関心も、高まってきた。

5：考察

現在、多くの家族は「寝かせきり」という一見、楽に見える方法をとってしまっている。寝かせきりにすれば、結局、合併症を併発し看病に手間がかかり、介護が大変になるのだが、そうせざるを得ない現状にあるようだ。

- ①「起こす」大切さを知らず、もっと楽に起こす方法（リフト等）も知らず、その予防的効果も知らない。
- ②通所施設や訪問サービスなどの不足により、起こしたところで行く所もなければ、見てくれる人もいない。
- ③これらを有機的につなぐシステムもない、など。

これらの理由で寝たきりが作られ、ほとんどの家族が何の援助もないまま、ひたすら耐え、いつ終わるともされない世話に追われ、結果として、特別養護老人ホームなどへ入所する例も多い。

6：今後の課題

まず、起こすことが本人にも家族にも大きな利益となるという意識改革をはかるとともに、リフトの存在をもっと住民に知らせる。リフトが老人日常生活用具給付等事業の助成対象になったといっても年齢や所得の制限が厳しく、有名無実に等しい。住宅改造についても、助成枠が低く、個人負担額が大きいことから、制限の緩和や助成枠の拡大といった働きかけが必要である。さらに、地域全体で障害者を支えていく街づくりへと発展させるべきである。

7：まとめ

次々と押し寄せてくる寝たきり予備群に目を向けずに、「寝たきりゼロ作戦」だけが叫ばれているが、かけ声だけでは寝たきりは減らない。減らす方法が分からない市町村に押しつけても無理な話である。コーチもいないのに「ホームランを打て！」というのと同じである。保健所は「こうすればうまくいく」というノウハウを開拓して、寝たきり対策だけに限らず、先行的・試行的な事業を管内の市町村に伝えていくべきである。「対象者にとって真に必要なものは何で、どうすれば提供できるか」といった当たり前のことを、保健・福祉の共通の命題として、共に考えいくべきである。

吹田保健所摂津支所での 特定疾患患者への援助活動について

○原田正文、藤原君子（大阪府吹田保健所摂津支所）
竹内治一（摂津市医師会）

1. 目的

大阪府の保健所では保健婦を中心とした取り組みにより、ここ数年の間に特定疾患患者に対する援助が質・量ともに飛躍的に前進した。吹田保健所摂津支所でも特定疾患患者に対する援助を積極的に進めてきた。本報告では、当支所での特定疾患患者に対する援助活動を紹介するとともに、特に、「なぜ短期間の内にこのように取り組みが進んだのか」という問題意識から事業を検討したい。また、保健所の今後とも関連して取り組みの現段階と今後の課題について考えたい。

2. 取り組みの経過と事業内容

保健所での特定疾患患者に対する援助事業は、まず「医療費公費負担制度の登録切り替え期を利用した面接相談事業」から出発している。そこで患者及び家族のニーズを把握するとともに社会資源の紹介を行ってきた。

それに引続き、地域での個別ケースへの援助を行うとともに、集団援助という新しい援助形態が始められた。集団援助は疾患群単位に組織されたが、まず最初に始められたのは「膠原病の患者・家族」への集団指導であった。次に「神経難病の患者・家族」への集団援助が始まり、最近「消化器難病の患者・家族」への援助も開始された。表1～3にそれらの概要をまとめて示す。開催回数からもわかるように、当初困難が予想された神経難病の患者・家族を対象とした取り組みが最も活発に行われている。これには患者・家族のニーズの高さも大きく関連しているものと考えられる。

表1. 膠原病の患者・家族への集団援助

名称	さわらぎ会
対象	膠原病の患者及び家族
経過	S62.10より（年4回開催）
スタッフ	保健婦・医師・栄養士
内容	学習会・交流会 調理実習 親睦会（忘年会など） 新聞発行
対象疾患	SLE・強皮症・皮膚筋炎

3. 取り組みの特徴

当支所のとりくみの特徴としては、まず保健婦を中心としながらも多職種のスタッフが参加している点が挙げられる。事業の開始段階では保健所の医師の役割も大きかったようである。次に、市や医師会などの協力と積極的関与が特徴である。これは事業の推進の上で非常に大きな支えである。また、集団援助という形態を事業の中

心にすえている点も挙げられる。特定疾患患者への援助においては、当事者同士の交流と精神面も含めた相互援助を進めることが大きな意義をもっていると考えられる。

表2. 神経難病の患者・家族への集団援助

名称	せつつ竹の会
対象	神経筋難病患者及び家族
経過	S63.10より（月1回開催）
スタッフ	保健婦・医師・栄養士・PT ヘルパー・ボランティア
内容	学習会 交流会・陶芸教室 リハビリゲーム 戸外レクリエーション 親睦会（カラオケ・七夕・忘年会など） 新聞発行
対象疾患	多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症・パーキンソン病 後縦靭帯骨化症 ハンチントン舞蹈病

表3. 消化器難病の患者・家族への集団援助

名称	消化器難病交流会
対象	消化器難病患者及び家族
経過	H2.4より（年1回開催）
スタッフ	保健婦・医師・栄養士
内容	学習会・交流会
対象疾患	潰瘍性大腸炎・クローン病

4. 事業を推進する要因

ある事業が進むかどうかには、いろいろな要素が関与している。特定疾患患者への援助が保健所において、ここ数年の間に著しく進展した要因としては、以下の点があげられる。

- ①行政的な明確な位置づけ
- ②全府下的意志統一
- ③外部の研究会の役割
- ④市や医師会などの理解と協力
- ⑤ケースの把握が容易
- ⑥その他

5. 今後の課題

今後の課題として、まず第1に挙げられるべきは、個別ケースへの地域援助の充実である。そのためには、要援護老人の地域ケアとの連動を図ることが必要であろう。その他については、報告で述べることにする。

滋賀県彦根保健所

◎ 赤沼 フサ枝 瀬上 哲

我国の公衆衛生の水準は、戦後の平均余命の延長にみられるように、欧米先進国に比べ短期間に改善された。

しかし、近年、社会整備のできない中で高齢化問題に対応しなければならないことや、高脂血症、肥満、心疾患の増加など、高度経済成長の中で生じてきた生活習慣の乱れによるものなど、新たな課題が生み出されてきた。

このような問題を解決するために、保健所は医療、福祉の機関と連携（協調、役割分担）により、活動が効果的に推進できるようパイロット的な役割を担ったり、疾病予防対策においても将来的今日の課題を的確に把握して、関係機関との組織的な問題解決を図るなど、より専門的な機能を発揮することが求められている。

そこで、今回、このような保健所の扱うべき体制を意識しつつ、これまで進めてきた当保健所の活動の一部について報告する。

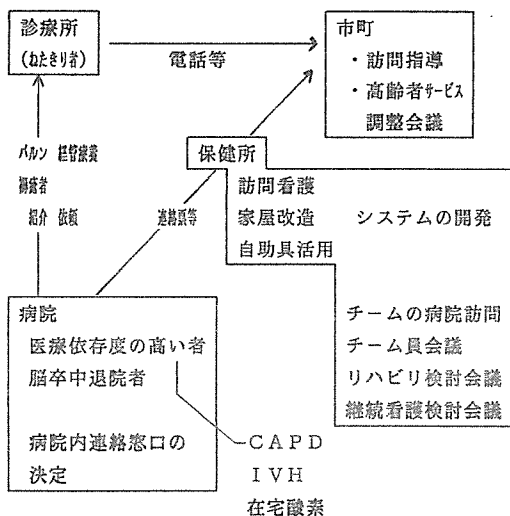
1. ホームケア支援システム

在宅療養を希望する高齢者や障害者に対して支援するためのネットワークをシステム化した。

病院からの退院連絡制度を5病院1市7町で図のように行なっている。

支援内容（訪問看護サービス、家屋改造、自助具活用・開発）についても、要請の検討、実施、評価をシステム化し、市町訪問指導事業が効果的に推進できている。

ホームケア支援システムの概要図



2. 痴呆性老人デイケア

問題行動をもつ老人での介護に苦慮している家族の悩みに対しても、紹介や対応できる専門機関が現在のところまだまだ不足していることが、保健所での老人性痴呆相談事業において、問題となっている。

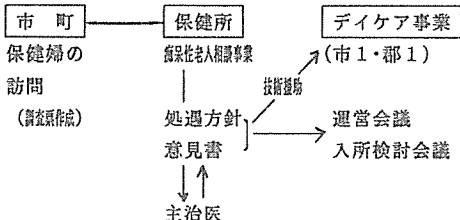
老人の心身の安定、家族の介護負担軽減や痴呆性老人問題の啓発をはかるため、デイケアを1市7町との共同モデル事業として実施した。

3年間のモデル実績を踏まえノウハウを確立し、市は継続して事業化を、また、7町は一部事務組合として一年の経過後継続して実施している。

相談からデイケア参加までを図のように一元化すると共に、痴呆性老人介護ボランティアの養成を行ない、現在は市町社会福祉協議会が実施している。

痴呆性老人対策のもう一つの課題として、ボケない健やか健診を5年度から実施する。

痴呆性老人相談事業からデイケアまでの対応図



3. 高校生健康調査

成人病検診で増加していると云われている高コレステロール者が、若い世代でどのような状況にあるのかを管内7高校の一年生全員を昭和59年度より9ヵ年にわたり調査した。

平均値においては、表のとおりであるが、200 mg/dl以上の出現率は上昇傾向にあり、若年者からの対策の必要性が明らかになった。

一方、学校保健（小・中学生）の分野でも、各校でこの問題は取り組まれているが、地域ぐるみの取り組みが必要と考え、管内高脂血対策検討会議を発足させることとした。

総コレステロール値の年次推移 (単位:mg/dl)

		S.59	60	61	62	63	H.1	2	3	4
		平均値	男	171	158	162	164	163	165	162
	女	180	173	172	176	176	175	179	177	179
200mg/dl以上出現率	男		—	10.2	—	—	—	6.8	9.8	13.2
	女		—	19.2	—	—	—	20.7	19.7	22.9

久保田宣代（大阪府保健婦長会一同）
加納栄三（大阪難病問題研究会一同）

「まとめ」

平成4年4月から12月までに大阪府保健所で取り組んだ難病集団援助事業は21保健所7支所で、59事業を263回開催していました。また、合同相談会も6保健所で8回開催、難病推進協議会を6保健所で13回開催しています。

昭和60年より各保健所が主体的に取り組んできた集団援助事業も、筋・神経疾患をはじめ膠原病、消化器疾患、全疾患等にわたりそれぞれの「会」に味のある名称がつけられさまざまな活動が活発に展開されていることが調査から把握することができました。

地域的には、北摂地域が多く22事業を、その他北河内地域、中・南河内地域となっています。また、会則を作り、役員を選出し会費をもって運営をしている「会」も6カ所あり、会員から会費を徴収している「会」は13カ所、少しづつ自主運営に向けて動いている様子がわかりました。

「会」に従事している保健所職員は、保健婦を中心に医師・栄養士・推進室員、その他の職種との協力があり、なによりも職員以外の協力が多方面にわたっていることが今回の調査でわかりました。特に、ボランティアの参加が多く、そのほかに市町村職員や、医師会、難病相談室の協力も「会」にとっては大きな支えになっているものと思われます。

「調査の目的」

1. 大阪府の保健所で実施している難病集団援助活動の状況を把握する
2. 難病集団援助事業のマニュアル化を考える基礎資料とする
3. 現在の活動上の問題点と今後の方向性を明確化する

「調査の方法」

- ・大阪府全保健所にアンケート調査を実施
(平成4年1月から12月末までに実施分)
- ・調査の期限は平成5年1月末日
- ・調査は (1) 難病集団援助事業報告
(2) 合同相談会の報告
(3) 難病推進協議会の開催状況報告
の3種類の調査を実施しました

「結果と考察」

平成4年4月から12月までに府下全保健所で取り組んだ集団援助事業は21保健所7支所で59事業でした。更に合同相談会を6保健所で8回開催し、難病推進協議会を6保健所が13回開催していました。

集団援助事業を地域別にみますと、北摂地域が一番多く22事業を、次いで北河内地域、中・南河内地域の順となっています。(表1)

難病事業実施状況 (表1)

地域別	公費負担承認数	推進協議会	合同相談会	集団援助事業
北摂地域	2970	6	1	22
北河内地域	1965	4	2	14
中南河内地域	1726	0	3	12
泉南地域	1435	3	2	11
計	8096	13	8	59

*公費負担承認数は平成3年度中の承認数である
*他はH4年4月から12月実施分

事業を疾患別・地域別にみえますと、筋・神経疾患事業が多く次いで膠原病、消化器、その他となっております。全部で59事業263回開催していました(表2)

疾患別・地域別事業数 (表2)

地域別	保健所数	神経筋	膠原病	消化器	全・他	事業数合計
北摂地域	9	10	4	2	6	22
北河内地域	6	7	3	2	2	14
中南河内地域	7	3	4	2	3	12
泉南地域	7	5	2	2	2	11
計	29	25	13	8	13	59

この中で、北河内地域の守口保健所が難病患者の作業グループを作り週1回ボランティア2名を導入して開催していることが目につきました。

その他それぞれの「会」に味のある名称がついておりさまざまな活動がおこなわれています。

開催回数が多いのは、各地域とも全体的に筋・神経疾患で月2回開催している北河内地域の大東保健所から月1回の北摂の摂津・高槻、そして北河内の寝屋川・守口保健所でした。

膠原病・消化器疾患については大部分の保健所が年1回～3回程度の開催でした。

会則を作り、役員を選出し会費をもって運営をしている「会」も6カ所あり、会員から会費を徴収している所は13カ所で、少しずつ自主運営に向けて動いている様子がわかりました。

「会」に従事している保健所職員は、保健婦を中心に医師・栄養士・推進室員・その他の職種の協力がありました。

昭和63年度に各保健所に設けられた「保健福祉推進室」の協力も北河内・泉南地域では得られているようですが、まだまだ一部の保健所に限られているようです。

しかし、なによりも保健所職員以外の協力が多方面にわたっていることが今回の調査でわかりました。

特に、ボランティアの参加が多く、その他市町村職員や医師会、難病相談室の協力も大きな支えになっているものと思われます(表3~4)

数カ所の保健所では、市町村保健婦の協力や、市福祉職員の協力も得られていることがわかりました。

保健所職員による事業従事状況 (表3)

地域別	開催回数	保健婦	医師	栄養士	推進室員	その他
北摂地域	85	280	17	6	1	17
北河内地域	117	198	9	10	38	1
中河内地域	35	88	4	5	7	3
泉南地域	26	131	6	4	25	21
計	263	697	36	25	71	42

*数字は各職種の従事延数

他機関職員の協力状況 (表4)

地域別	協力延人数	ボランティア	市町村職員	難病相室	医師会員	その他
北摂地域	238	115	33	0	1	89
北河内地域	443	233	132	17	1	60
中河内地域	59	9	3	12	2	33
泉南地域	134	51	25	6	10	42
計	874	408	193	35	14	224

他機関職員の協力状況の中で特に注目すべきは、北河内地域の東大東保健所で、市リハビリテーション課との共催で事業が進められており市による送迎サービスもきちんと位置づけられ市と保健所でスムーズに事業が進められていることでした。

ボランティアの協力については、北河内地域の大東が93名でトップ、同じ地域の守口が74名、寝屋川が38名、四條畷の23名、北摂地域の千里が21名となっていました。

本人及び家族の高齢化とADLの低下に伴っての送迎サービスについては、18カ所が送迎ありと回答しており、市福祉の協力によるマイクロバスや、社会福祉協議会のワゴン車の借用など保健所毎に工夫がみられましたが、まだまだ送迎サービスについては課題が残されているようです。

患者及び家族の「会」への参加状況についてみますと保健所間にはばらつきがみられました。(表5)

一回開催して、2人から5人参加という事業が4ヶ所あれば、月2回開催している東大東保健所は平均14人、月1回開催している寝屋川保健所は平均17人の参加があるようです。二ヶ所とも、5年以上の実績があり組織化ができているグループでした。また、それぞれボランティアの協力で支えられていることがわかりました。

患者・家族の参加状況 (表5)

地域別	1開催参加数	参加総延数	患者本人	家族
北摂地域	9.9	839	669	170
北河内地域	8.4	981	801	180
中河内地域	10.3	361	252	109
泉南地域	12.4	322	226	96
計	9.5	2503	1941	555

*1開催参加数は事業によってばらつきがおおきいです

保健所が難病患者への支援として、個別援助とともに集団援助事業へ取り組みはじめて7年になりました。平成元年に調査した時点では、17保健所5支所で43事業でしたが、今回の調査で21保健所7支所で集団援助活動が行われています。

患者や家族の多様なニーズに応え援助内容も質的・量的にも年々増加拡大されています。

地域での難病合同相談会や推進協議会等各機関同士のネットワーク化を図ることと、在宅で生活している難病患者のADL及びQOLの向上に役立てるために、保健所で取り組んでいる集団援助活動を充実させていきたいと考えています。

金 田 治 也 (尼崎市北保健所)

保健行政の科学化を志向する立場からは、保健情報管理の向上が必須と考えられるが、保健所の現場で実際にこの向上を図るには困難な条件がある。現場の日常体験から保健情報管理の問題点を整理して改善点を検討したい。

1、形式事務としての情報の無価値埋没

保健所が日常業務の実施機関にとどまり、地域計画に対する機能を放棄してきたため、保健情報は単なる統計としてのみ扱われてきた。特に政令市では日常業務のみが強調される。保健所が地域の情報拠点、地域計画拠点として位置づけられることは喜ばしいことであるが、政令市は二次医療圏に該当しない場合もある。「中核市」の創設にあわせて政令市の見直しが望まれる。また保健情報担当者を専門職と規定することが必要である。

2、統一基準、正確性を欠く問題

保健情報に正確性が要求されないのは、地域評価、計画指標として活用されてこなかったことに加え、保健所単位の事業実施の評価、管理指標として利用されてこなかったからである。全国共通基準による情報を収集し、全国、広域圏、府県の各レベルで保健所単位の実績が評価され、管理されることが必要である。またこの評価、管理を正当に行うためには、情報単位と管理単位を一致させることが必要である。

3、プライバシー保護論の未確立

我々の市では、昭和59年に「保健衛生業務のO A化」について提言し、「総合保健の展開、生涯を通ずる健康づくりの推進、市民サービスの向上と安全な生活の確保、科学的・効果的地域保健計画の推進」を目標とし、昭和61年度にはほぼ全事業を対象として保健所と本庁にコンピューターシステムを導入したが、対人保健サービスの分野については、プライバシーの観点から名前の入力拒否し、住民基本台帳と無関係に、そのつど名前のないまま、住所、性、生年月日と各種データを入力して統計目的としてのみ使用している。本人の利益が見込まれる個人情報の管理については、名前入力による継続的管理が期待される。

4、統計精度からの望ましい情報単位

精度の確保のためには、少なくとも管内人口10万程度を必要とし、これはサービス単位としての近接性と相反する。そこで二次医療圏単位に統計の管理を行うが、中核保健所、サブ保健所を問わず、どこからでも二次医療圏単位の情報利用を可能とすることが望まれる。また福祉事務所、民生委員、各種地域組織の地区割りととの整合性も図らねばならない。

5、専門職員の資質向上の必要性

保健情報の精度の向上を図るには、件数、実施率のみでなく、面接訪問指導、各種報告書の質的向上、医療情報の正確性も要求される。このためには保健婦、医師の情報取得、管理についての能力の向上がなくてはならない。保健婦、医師教育、地域医師の認識、病院管理の改善が望まれる。

6、地域密着事業展開による情報の収集

保健所は情報管理、地域計画拠点の機能を強化するよう提言されており、官僚的、事務所的な性格の強化が危惧される。これらの機能を正しく行うには、地域住民の実態を示す情報を自ら取得する努力を放棄してはならない。所内健診のみならず、巡回健診、夜間健診等の地域住民に密着した事業を主体的に、あるいは協力実施して、積極的に潜在情報を含めて取得することが必要である。現場を知らぬ委託事業方式では、真実の保健情報は収集しがたい。

7、地域保健医療情報ネットワークシステムの活用

保健所活動が地域医療機関と連係を持ち、迅速に活動を行うためには、地域医療情報ネットワークシステムの活用が効果的である。集団赤痢発生時、我が国で初めて開始した双胎妊娠婦育児教室の実施に利用して効果をあげている。また近接保健所が相互に連係しつつ、それぞれ個性ある活動を展開するためには、保健所間の情報ネットワークシステムの展開が期待される。

8、労働者の健康管理事業の重要性とデータ管理

市町村保健センターや健康増進施設の推進がみられるが、零細企業従事者の健康管理は安価、手軽、確実性の面、また語法を活用して精検、事後処理のできる保健所の役割が期待される。このためには労働安全衛生法やエイズ関連法規、道路交通法等の関係法規を理解し、プライバシーの保護を行うことが望ましい。情報取得の基礎となる各種診断の検査項目、料金設定についても全国的に均一化を図ることが望まれる(例、エイズ検査、資格取得のための健康診断)。

9、O A化に伴う入力情報の保存、保護の問題

O A化に伴い入力情報の消滅、漏洩の危惧が日常的に起こっている。保健所単位の入力情報の蓄積、保護、処理の方法についても統一の基準が必要である。また従来からの保健情報の保存形態、保存期間については条例で決められているが(多くは5年間)、O A機器の向上に伴い、また疫学的長期分析を行う立場から各種規定についての再検討が望まれる。

「ストレスと健康」総合調査 2万人規模追跡調査の経緯

○関谷栄子・金子七三子（産業が'77研）上畑鉄之丞・杉澤あつ子（国立公衆衛生院）
石原伸哉（名古屋市衛生研究所）斉藤良夫（中央大学）長谷川吉則（千葉健生病院）
山崎喜比古（東京大学）千田忠男（同志社大学）土屋八千代（聖母女子短大）
及川しほ（新聞労連）坂野純子（東京都心身障害福祉センター）

第33回社会医学研究会に引き続き、ストレスと健康総合調査の追跡調査を行ったので報告する。

追跡調査（2回目調査と呼ぶ）の方法

初年度調査から1年-1.5年後に同1人を追跡し、その間の労働時間や職務ストレスの変化、生活習慣、健康の変化を初回と比較した。比較結果及び改善すべき生活・労働習慣などを指摘して個人宛に返還した。

調査内容はこの1年間の労働時間の変化と仕事や生活の変化、職場ストレス（初回14項目に「会議や打ち合わせが多い」「職場に差別やいやがらせがある」の2項目追加）、生活習慣、健康状態、疲労自覚徴候、睡眠障害及び睡眠時間、ストレス解消行動である。

この間、心臓病や循環器の疾患を発症したと記入されていたものには、個別に医師が電話で発症を確認したのち、「発症者調査」を行った。発症前後の労働条件や職務ストレス及び健康状況について面接あるいは郵送で調査を行った。この調査は現在も継続中である。

2回目調査の回収状況は表に示したが、労働組合の協力により、この種の調査では高率の回収率（80.6%）であった。2回目調査の対象者数は20団体、321職場、20,345人で回収数は16,401人であった。（92.11月）

組合での未回収者には、事務局から自宅宛に郵送を2回行った。退職者や住所不明者については組合に問い合わせた。最終的に組合分会ごとに不明者名簿を送付し、消息を尋ねた。

2回目調査で明らかになったこと

初回調査以後に高血圧、糖尿病、精神疾患、肥満を新規に発症した者と職業ストレスの関連があきらかになった。

高血圧は職務ストレスで仕事の負担感の高いと感じている者、通勤時間2時間以上の者、疲労自覚症では焦燥感の高い者に多かった。

糖尿病は職務ストレスでミスが許されないと感じている者、責任範囲が大きいと感じている者、仕事の特徴では要求度と自由度が高く、支援度がやや低い者が多かった。

精神疾患では仕事の負担感が高いと感じている者、深夜勤務回数が多い者、疲労自覚徴候の高い者に多かった。仕事の自由度が低い者（40歳代）にも多かった。

肥満は週労働時間が80時間以上の者、職務ストレスで競争が激しいと感じている者、仕事のトラブルが多いと感じている者、夜間休日の接待が多いと感じている者に多かった。

発症者調査（3回目調査と呼ぶ）

初回調査以降に、脳血管疾患や心筋梗塞、狭心症などの病気を発症したものの、長期休業者、死亡者の把握を行っている。組合の分会段階までに対象者名簿を発送して、分会の担当者に記入を依頼している。退職者や労働組合脱退者に対しては事務局から郵送調査を行う。

組合の協力で、共済見舞金のリストとの付き合わせにより発症者の確認をおこなうことができたところもある。ただし、この方法では発症は確認できるが、その後の転帰が不明であった。

今後の課題と調査のまとめかた

ケースコントロール調査：発症者の確認が終了した段階で発症者・死亡者各1名について、初回調査対象者の中から性、年齢、職種を一致したものを無作為で選び、最近の仕事や生活の状態を面接で調査する予定である。長期休業者、死亡者の発症と職業ストレスの関連を特に脳血管疾患、心疾患について検討する。

調査のまとめかた：得られた資料をもとに、働く者の健康をまもるために労働組合としてどのような有効な対策を要求し実現するかについて、産業や職種の特徴をふまえた具体的な提言を行う予定である。そのために調査班が職場を訪問して労働組合と現状を検討したいと考えている。

また、職場や労働組合の健康と安全衛生の専門家を育てるために「働くものの健康セミナー」を企画実施（93年6月開講）している。

(表) 追跡調査（2回目調査）の回収状況 92.11.30現在

産業	職場数	対象数	回収数	回収率
建設	36	2631	1981	75.3%
民放	17	821	542	66.0
出版	13	983	785	79.9
金融	4	1769	1510	85.4
地方銀行	11	307	233	75.9
銀行	71	1295	1060	81.9
鉄道	47	1779	1332	74.9
バス	3	536	430	80.2
商社	6	552	387	70.1
新聞	6	847	715	84.4
高校教員A	1	869	754	86.8
障害校教員	1	140	113	80.7
高校教員B	1	400	278	69.5
化学	55	2125	1869	88.0
地方自治体	2	353	228	64.6
国家公務員	13	2061	1787	86.7
郵便産業	17	1150	923	80.3
競艇場	1	860	776	90.2
電気	7	296	270	91.2
広告	14	571	428	75.0
計	321	20345	16401	80.6

○千田忠男（同志社大学文学部社会学科）

1. はじめに

前回、現代に過度労働が発生する要因を検討するための一般的枠組みを考察した。その際、過度労働をもたらす要因だけで現代を塗りつぶす訳にはいかないであろう、という問題意識をもった。

今回は、「過度労働を減少させる要因をどの領域に探せばいいか？」を検討するための一般的枠組みについて考察したい。

2. 過度労働を考察する視点

前は次のように主張した。

- (a) 過度労働とは、処理すべき課題が多い（課題数）、課題処理のリズムが速すぎる（密度）、持続時間が長い（時間数）、手段が不合理、競争によって成立する組織、意欲がわからない内容など。
- (b) 過大な労働負担として、労働中の心身の態勢動員がはげしい、不安・焦燥・意欲低下・単調感・緊張などの心理的ストレスが強い、それらは個々人や集団レベルでの対抗策をこえる水準になる。生活の困難や社会的文化的欲求充足の困難がつづくなど。
- (c) 労働者の健康問題として、心身の消耗からの回復が困難で、過労・過重ストレス状態が進行し、基礎疾患の急激な悪化や病気の発生にいたる。
- (d) 以上の三つの視点を区別しながら、そのあいだのつながりを吟味したい。

3. 労働者の健康水準を向上させる要因とその結果

健康水準を上させる要因も形成されている。

- (a) 生産諸力の増大の影響
衣食住などの改善にみられる生活様式の変化、労働様式の変化による心身消耗の減少、生産過程の発展にともなう労働衛生活動の発展、共同体活動から分化した公衆衛生活動の発展、医療サービスの発展などがみられる。これ等はすべて健康水準の向上に作用した。同時に過度労働を減少させる可能性を大きく開いた。
- (b) 労働者階級の抵抗の増大
労働時間の短縮、過度労働の防止対策を求める労働（組合）運動の発展、社会政策としての労働者保護対策の実施、労働者の諸権利の拡充、労働者の健康権・労働権などの権利意識の向上と国民的共感の高まりなどがみられる。これ等はすべて健康水準の向上に作用した。同時に過度労働を減少させてきた。

(c) これらの結果、労働者階級の寿命が伸張した。このことは健康水準が上昇したことを意味すると考えられる。

健康水準を向上させるこれらの諸要因とその結果を享受できない部分で過度労働が発生しやすく、同時に健康水準が低下するにいたると考えられる。

(d) このことを確認することが現在いわれている過労死の特徴を理解するカギである。1800年代半ばの事例から1970年代半ば以降の日本の過労死を説明すべきではないと思われる。過労死の原因が今の日本の中にあるとすれば、その解決策も今の日本にあると考えられる。

4. 現代日本の過度労働の特徴

- (a) 技術革新と労働者の統合とによって戦後の高度成長をすすめてきた。戦後直後の労働者階級の攻勢を破って、日本的経営を確立した。
 - (b) 労働組合運動は労働時間短縮をはじめ欧米なみの労働条件を追求してきたが、労働密度についてはあまり関心を持たず、労働密度規制の経験をほとんど持っていない。
 - (c) 労働者や国民の健康・生活問題を「生産性」に従属させて考える習慣や意識が強固につくられた。かって公害反対運動がこれを破ったが、労働組合運動がこの経験を受けとめることは少なかった。
 - (d) 1970年代半ば以降の「低成長」「安定成長」「バブル好景気」「平成不況」などを通じて、ME革命、労働内容の掌握、経営者意識や管理者意識による労働者の統合などがすすめられた。労働組合運動は「労使共同宣言」などを足がかりに、労使協調路線を乗り越えて経営活動に協力した。
 - (e) 寿命の伸張に示されるような健康水準の向上とそれを実現させた要因にたいする理解が少なく、それを積極的に享受しようとする際のイメージが貧困で、健康的な生活への欲求体系が十分形成されていない。
- 健康水準を上させる可能性がどれくらいのものかを見きわめることが大切であると思われる。

5. まとめ

- (a) 健康水準の飛躍的な向上と、それを実現した諸要因が蓄積されてきたことをみた。
- (b) 現代の日本において健康水準を向上させる可能性がどれくらいのものであるかを見きわめて、それと対比させる中で過労死の意義を深めることが必要である、と考えられた。

1. はじめに

最近、「過労死」症例の労働者に関していくつかの調査研究が行われ、彼らの循環器疾患発症前の過労状態(斎藤 1992; 前原 1993)や労働負担の過重状態(上畑 1985, 1985)について議論が行われている。それらの調査研究の場合、ある労働条件の下で働く1人の労働者の事例研究によって、彼の疲労状態が過労であると判定するとともに、その過労の労働(業務)起因性も明らかにするという2つの評価を行わなければならない。労働者が働いていた職場の労働条件が彼に過重負担を及ぼしたかどうかについての議論でも、その労働者個人への負担の「過重性」の評価をしなければならないから、上述の2つの評価をする点では同じであるといえよう。このような労働者における「個人的過労」の判定の論理や方法については、いままではっきりとした議論がなされていないといえる。しかし、その議論を通して、「過労の個人概念」が次第に明確になっていくことが期待される。

従来の産業疲労の研究では、ある労働条件のもとで働く一定数の労働者を対象にして労働負担や疲労に関する調査研究が行われ、その結果から労働者の過労判定が行われてきた。これは、上記のことと比較すると、労働者の「過労の集団概念」にかかわる問題であるといえよう。これらの調査研究では、同一の労働条件で働く一定数の労働者から得られた生体情報に関して統計的な処理が行われ、通常はその平均値の結果に基づいて疲労に関する評価が行われる。そこでは、その職場の「平均値的人間」を想定することによって個人差が捨象されると考えて、その過労の労働起因性が保障されているという論理がつくられていると考えられる。「過労の個人概念」の場合には、労働起因性はどうすれば保障されるのであろうか。

本研究の目的は、労働者個人の過労や彼の労働条件の過重負担性を判定する論理や根拠を、従来の調査研究で用いられている方法を参考にして、検討することである。なお、疲労現象はその時間的変化の分類から急性疲労、亜急性疲労、日周期性疲労、慢性疲労に分けられるが、ここでは慢性疲労における過労の問題に限定して論ずる。

2. 労働者の疲労と過労

労働者の疲労は平日の労働の遂行によって発生・進展し、労働中・後の休息およびその夜の睡眠、さらには休日での休息・睡眠によって回復する。疲労の発生の原因としては、基本的には、労働負担が強いこと、発生した疲労の回復が不十分であること、およびこれらの両者が共に起こること、の3つの場合が考えられる。しかし、労働負担が強い場合でも、それによって発生した疲労が平日夜や休日での休息や睡眠によって回復できれば、過労になることはない。逆に、負担がそれほど強くなくても、疲労の回復の不十分のまま毎日の労働が繰り返されれば、過労になることが容易に想定される。慢性疲労での過労状態は、このような場合か、または労働負担が強いこととともに平日や休日での睡眠が不十分であることの繰り返しによって生じることが考えられよう。つまり、労働者の慢性的過労を評価する場合には、生活過程におけるとくに睡眠による疲労の回復のあり方に注目する必要があることがわかる(図1)。

3. 労働者個人の過労の自己判定の方法

ある1人の労働者の過労判定をする場合、次の2つの状況がある。A. その労働者が自らの疲労状態を過労であると判定する場合。B. 第三者(例えば研究者)がその労働者の疲労状態を当該労働者またはその家族など関係者を面接し、心身状態などの聴取によって過労である判定する場合。前者のAの場合で、どの労働者個人にも共通していると考えられる過労判定の方法としては、慢性疲労の発生に関わる要因に関連して、次の3つのことが考えられる。

(1)労働過程での過労徴候の認知: 当該者が労働の過程で自分の心身状態が通常の状態とは異なることを自覚すること(例; 「仕事をするとすぐに疲れてしまう」「はやく仕事をやめて休みたい」「腰がととても痛くて仕事にならない」など)、または仕事の能率や安全などの点での通常とは異なった行動を自ら認知すること(例; 「すぐにミスをしてしまう」「仕事の能率が上がらない」など)。

(2)生活過程での過労徴候の認知: 平日の帰宅後ないしは休日において通常と比較して明らかに長い(または労働遂行のために明らかに短い)休息や睡眠をとること(またはとらざるをえないこと)を認知すること(例; 「帰宅が遅く、睡眠時間が5時間しかない」「最近朝すぐに目がさめない」「休日はテレビの前でのゴロ寝で過ごす」など)。

(3)慢性的過労の徴候の認知: 正常とはいえない心身状態(または行動)が継続していることを認知すること(例; 「いつも身体がだるい」「いつも肩こりがひどい」「積極的に仕事をやる気になれない」)。

過労の労働起因性は、通常は毎日の定期的な労働に大きな変化があったこと(例; 今月は臨時的作業が入った、残業時間がとくに多かった、など)の認知によって証明されるが、それとともに、(1)の徴候からも推測されるし、また(2)の生活過程での疲労回復の困難さからも推測・証明されよう。また、(2)と(3)の生活過程での徴候から過労状態の著しさの程度が推測または証明されることになろう。

4. 労働者個人の過労の他者判定の方法

Bにおいて、研究者など第三者がその労働者の慢性的な過労を判定する方法は、このAの3つの判定方法をそれぞれ客観化することが必要となるだろう。例えば、行動レベルでの過労徴候を明らかにすること(例: 「いつも肩こりがひどい」→その頻繁な発言、家族に肩を揉ませるなどそれを解消するための行動)、また、血圧、心電図などの生理的指標の時系列的変化を調べることである(通常はほとんど不可能である)。

過労の判定の場合、次のことが問題になろう。第1は、労働起因性を明らかにするために、当該労働者が従事する労働の内容や勤務状況などの分析によって、通常の作業などの労働負担は強いことが証明される必要がある。それは、例えば、長距離自動車運転、連続夜勤日数の多い交代制勤務など、通常の作業や勤務と比較して労働負担が明らかに強いことが既知で

ある作業や勤務でない場合には、必要となろう。また、この労働負担の強いことの証明は、当該の労働者を面接調査して過労を判定する場合には、(1)の過労徴候から推測できるが、労働者の家族など関係者に面接調査するときは、それはほとんど不可能である。この後者の場合には、とくに重要となるだろう。強い労働負担の原因として勤務条件が考えられる場合には、(2)の生活過程での疲労回復の困難さの徴候は、労働起因性を推測させるのにとっても有効である。対人関係の職務に従事していて、とくに不安を生じさせる出来事が持続している場合なども、同様なことがいえよう。

第2に、とくに(1)(3)の各過労徴候の事実性を保障するために、その繰り返しの出現性が要求されよう。関係者に面接して過労判定する場合には、とくに(3)の過労徴候に関して一定期間の継続の事実が要求されよう。(2)の過労徴候は、具体的な睡眠行動として記述できるし、また、例えば「帰宅後食事もとらずに寝てしまう」などのその特殊な変化は、過労の強さを直接表示するものであり、過労の事実性の証明にとっても有効である。

以上のことを表にまとめると、表1の通りである。

5. まとめと結論

表1から、平日帰宅後や休日での休息や睡眠の通常とは異なった状態という、疲労回復過程での過労徴候の情報は、労働者個人の慢性的過労の判定にとって、またその労働起因性の証明にとって、当該者はいうまでもなく関係者からの聴取の場合でも、重要な役割を果たすことが明らかであろう。

結論的にいえば、労働者個人の慢性的過労の判定およびその労働起因性の証明のためには、労働過程での負担の強さが生活過程での強い疲労の進展として明らかに影響していること、さらに生活過程で疲労を回復しようとするその労働者の個人の努力にもかかわらず、過労状態にならざるをえないことを明らかにすることである。

労働者の「過労の個人概念」の検討の場合には、労働者を生活者の側面から理解することがより重要になると考えられる。

図1. 慢性疲労における「過労状態」判定に関連する諸要因

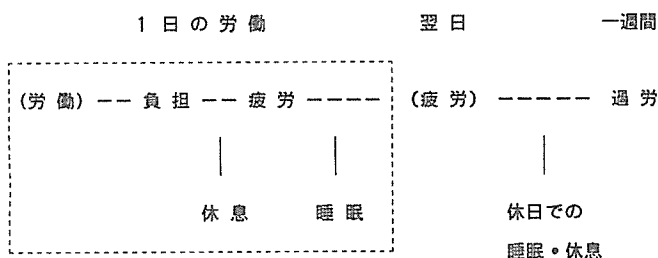


表1. 労働者個人の過労判定のための各過労徴候の特徴

	労働起因性の証明	過労の著しさの表示	徴候の聴取可能性 当該者*	関係者*
(1) 労働過程での過労徴候	○	△	○	X
(2) 生活過程での過労徴候	△	○	○	△
(3) 慢性的過労の徴候	X	○	○	△

○：可能 △：部分的に（間接的に）可能 X：不可能（ほとんど不可能）

* 面接の対象者

○片平冽彦（東医歯大・難研）

1. はじめに

「エコノミークラス症候群」(ECS)とは、長時間の飛行機旅行などの後に発生しやすい深部静脈血栓症(DVT)について、Cruickshankら¹⁾が名づけたものである。DVTは、腸骨・大腿静脈などの深部静脈に血栓ができ、悪化すると壊死を起こして下肢切断という事態になり、最悪の場合は血栓遊離により肺塞栓症を起こし、死亡することがある。欧米ではこのため死亡するものが多くて社会問題化しているとされ、日本でも生活様式の欧米化・診断技術の進歩とともに増加していると報告されている²⁾。以下にECSを発症した一事例を紹介し、その原因と予防策につき考察する。

2. 方法

1988年の欧州旅行でECSを体験したK氏のその当時とその後の記録をもとに、事例を検討した。また、関係の文献を収集し、原因と予防策につき考察した。

3. 結果

事例. K.K. 1944年生まれの男子公務員。主たる病歴は、アレルギー(喘息、鼻炎等)と肺炎。1988年10月11日、欧州3カ国の食生活と食品添加物に関する調査のため、羽田からアンカレッジを経てフランクフルトへ飛行機旅行をした。出発前は概して健康だったが、重いかばんを持った後右足が少し痛むことがあった。機内ではほぼ座り続けて読書・食事・睡眠を繰返した。フライトが終わるころには「右足がひどく重い」感じがあった。

最初の訪問国西ドイツでは右足の疲労感があり、痛みも感じた。バスの中では右足を座席にのせた。ハンガリーを経てオーストリアのウィーンに着き、10月19日深夜、右足に激しい痛みを感じて覚醒。翌日午後ホテルで医師の往診を受け、指示によりレントゲンをとったところ、DVT(右下肢に15cmにわたり血栓発生)の診断を受け、EK病院に緊急入院となった。

入院時の血液検査では、現地の基準で異常と判定されたのは35項目中3項目(好中球 $1/\text{mm}^3$ 、リンパ球 $41/\text{mm}^3$ 、トロンボテスト50%)で、ヘマトクリット値は52%(日本人男子の正常値は42-52%)、平均赤血球容積MCVは $95.6\mu^3$ (同じく $83-93\mu^3$)であった。

入院中の治療はヘパリンの点滴を主体に、NaClの輸注、ヒルドイド軟膏の塗布、服薬(Aldactone, Lasix, Reparil, Novalginなど)をした。このような治療を経て、10月24日には「週末に退院の見通し」が出て、10月27日には歩行もほぼ正常となり、右足に弾性ストッキン

グをはき、足の挙上などのリハビリ訓練を行った。この間、10月29日に頭痛とふらつきを覚え、収縮期血圧が一時は85まで下がり、患者自らの調査でAldactoneによる低血圧を疑い服薬を中止したところ、正常な状態になるという「薬害事件」もあった。

かくして12日間の入院を終え、10月31日にウィーンからロンドン経由で帰国した。入院の医療費約80万円は「海外旅行傷害保険」により支払われた。

帰国後はT病院でPanaldineなどの処方を受け、弾性ストッキングを着用してリハビリに励み、元の状態に回復した。ヘマトクリット値の推移は、42.3(88年11月4日)、46.9(88年12月19日)、48.3(89年5月29日)である。

帰国後DVTに罹患した原因を文献的に調べた結果、直接的には18時間という長時間のフライトに伴う「エコノミークラス症候群」であったこと、背景の要因として、食生活が肉食に偏りがちで、魚食が不足していたことが大きく関与していると判断し、「肉食よりも魚食を」の食生活に切りかえ、運動と水分補給を欠かさないことなどに心がけた。そのせいか、病後4年以上を経た1993年5月現在健康に過ごしている。

なお、K氏は幼少時より喘息と蕁麻疹を繰返し、1980年頃からはアレルギー性鼻炎が増悪、ハウスダストの減感作療法を受け鼻炎は著しく改善したが、アレルギー症状になお不安を残していたところ、食生活を切りかえてからはアレルギー体質が全く改善したと自覚している。

4. 考察

「エコノミークラス症候群」とは、飛行機のエコノミークラスの座席が狭くて手足を動かすことも不自由な“拘束状態”(cramped condition)¹⁾で長時間静止していることを直接の原因とすることから名付けられた名称であるが、静止状態を長く続けるならばファーストクラスでも同様であろう。Sarvesvaran³⁾は、ロンドンのヒースロー空港で1979年以降3年間に61名の乗客が到着直前または到着後空港で死亡しているが、内11名(18%)は静脈血栓症に由来する肺塞栓が原因と推定している。ECSの名称を初めて日本で紹介したのは鈴木伸二⁴⁾と考えられるが、鈴木によれば、飛行機内は湿度が低くて脱水を起こしやすく、気圧も低いので毛細血管圧が高まって浮腫現象がみられるようになり、運動不足とカロリーの高い機内食+アルコールの影響など、血栓の出来易い条件が揃っている。従って、対策としては①水を絶えず

飲むこと②コーヒー・緑茶はあまり飲まないこと③腹八分目に食べること④窓際に座らないこと⑤禁煙すること、を挙げている。アルコールの影響も指摘しているのだから、その対策も入れるべきだろう。

K氏の場合、出発前の“右足の痛み”の原因は不明だが、2週間不在の埋め合わせのため普段よりも立ち仕事が多く、足が疲れて帰宅後机上に足をのせるなどしており、この段階ですでに血栓形成の準備状態にあったのかもしれない。機内ではアルコールはビールだけにしたものの、機内食はほとんど食べており、「右足がひどく重い」感じは、血栓症が発症したためと考えられよう。

ECSを予防するためには、鈴木が提示する個人的防衛策とともに、航空会社・旅行社として、①長時間のフライトに伴いDVTをおこす人がいることにつき乗客にリーフレットを渡すなど保健教育をすること②機内食のカロリーを減らすか、メニューを選択制にすること、などが考えられる。「国際化時代」のこんにち、長時間飛行機旅行をする人はますます増えており、こうした社会的対策を講じることが必要であろう。

これらの当座の方策と共に、DVTをおこすような体質を改善する「根本策」があれば、それを実践することが求められる。「根本策」としてK氏が講じているのは、「肉食はなるべく減らして魚食を多くする」ことである。K氏がこのように考えたのは、「肉料理を食べた後は食後1時間位から赤血球の凝集が始まり、6時間後あたりでピークを迎える」というアメリカでの写真を紹介し、「魚の脂は血行をよくする」と記した丸元淑生の著書「図解豊かな栄養学」（新潮文庫、1986年）を読んだことがきっかけで、その後「農村の人より3倍も魚の摂取量の多い漁村の人の血小板凝集能は、農村の人に比較し有意に低い」ことを疫学的に明らかにした千葉大学の研究⁹⁾や、名古屋市大薬学部奥山治美教授の一連の研究¹⁰⁾を知り、確信を深めたためである。

$\omega 3$ 系列と呼ばれるEPA、DHAなどの多価不飽和脂肪酸の適量摂取が血栓性疾患の発生率を低くすることは、デンマークのDyerbergらによるエスキモー人の食生活調査⁸⁾を契機として、実験的⁹⁾・疫学的に世界各地で検証されてきており、WHOも1983年から92年までの世界24ヵ国、55地域でのCardiac Studyを行っているが、この結果から家森幸男¹⁰⁾は「日本人が日常食で慣れている魚介類こそが、心筋梗塞を少なくし、さらにその原因となる動脈硬化を防いでいる大切な栄養であることがはっきりしてきました」「カロリーを主にごはんでとり、まずコレステロールが高くなりにくい上に、豊富な魚介類からの脂肪酸やタウリンを摂取して動脈硬化や血栓を防いでいることが、これまで心筋梗塞を少なく保ち、日本が世界一の長寿国になるのに大いに貢献したといえます」と指摘している。

このように、魚食が健康に良いことはますます明らかになってきているが、日本では近年食生活の欧米化が進

み、牛豚鳥の肉食が増え、魚食は増加せず、若い人にはむしろ“魚離れ”が起こっていることも指摘されている。こうした“逆行現象”に健康を守る立場から検討を加え、魚食と健康の関係から日本における漁業政策のあり方までを解明し、考察・提言を行うことが、現代の社会医学者の任務なのではないかと考えられる。

5. まとめ

1988年の欧州旅行時に「エコノミークラス症候群」を経験した一事例につき紹介し、その原因と予防策につき考察した。当座の方策としては、飛行機内での水分摂取を欠かさないことなど個人的対策とともに、航空会社などによる乗客への保健教育や機内食の改善などが考えられた。また、「根本策」としては、「肉食をなるべく減らして魚食を多くする」ことが考えられることを指摘した。

文献および注

- 1) Cruickshank, J.M. et al: Lancet, 497-498, 1988.
- 2) 「Dalen らの試算によれば、アメリカでは毎年20万人が肺血栓塞栓症により死亡しているとされ、またアメリカの死因の第3位を占めるとする報告もある」三重野龍彦ほか：わが国の肺血栓塞栓症の実態。医学のあゆみ, 144:896, 1988.
- 3) Sarvesvaran, R: Med. Sci. Law, 26:35-38, 1986.
- 4) 鈴木伸二：エコノミークラス症候群—長時間飛行機旅行の落とし穴。医薬ジャーナル, 27:2248-2252, 1991.
- 5) 熊谷朗：血栓症予防と食事—EPA物語—。日医新報, 3001:3-9, 1981.
- 6) 奥山治美ほか：食品の必須脂肪酸バランスの変化と慢性疾患。食衛誌, 30(1):1-7, 1981。奥山らは、この論文で、「 $\omega 3/\omega 6$ 比の低下が境界域高血圧、血栓性疾患、脳卒中、アレルギー症、ガンなどの発症率を上げている可能性が高い」と指摘している。
- 7) 奥山治美：油のおいしくて不安なもの。201頁。農山漁村文化協会, 1989.
- 8) Dyerberg, J. et al.: Lancet, 2:117, 1978.
- 9) 鳥居新平らは、アトピー性皮膚炎の治療にEPAが有効な例があることを報告しているが、その中で、「リノール酸の代謝でできるアラキドン酸からトロンボキサンA2やロイコトリエン4系列が生成するが、これらが過剰生産されると血栓性成人病やアレルギー疾患などの原因の一つとなる」と指摘している。この指摘は、K氏のDVTとアレルギーの関係を示すものとして興味深い。鳥居新平ほか：アトピー性皮膚炎の治療—EPAの治療効果—。小児科診療, 56:999-1005, 1993.
- 10) 家森幸男：脳卒中・動脈硬化とコレステロール・脂肪酸—解明された食事と長寿との関係。油化学講演会—健康生活と生理活性脂質—。日本油化学協会, 1993.

戸田 清(都留文科大学)

①目的 昭和電工のトリプトファン健康食品が、1989-1990年に、大規模な食品公害の原因となった。これについて、企業責任、行政責任、遺伝子工学の技術論という観点から検討する。

②事件の概要 米国を中心に被害者約1500人、死者38人という被害が生じた。好酸球増多・筋病症状候群(BMS)の最初の症例が米国疾病管理センター(CDC)に報告されたのは1989年10月30日であり、1990年3月22日にはすでに1411の症例、19人の死亡が報告されていた。被害者の大半と死者の全員は米国人であり、特に中高年の白人女性が多かった。米国以外では、ドイツ、フランス、スイス、ベルギー、英国、日本、メキシコ、カナダで症例がある。ドイツ、ベルギー、英国ではトリプトファン含有経口医薬品による被害がある(*Side Effects of Drugs Annual*, 514-531, 1991)。日本では8例が確認されている(拙稿「検証・昭和電工食品公害事件」『技術と人間』1992年12月号)。米国では製造物責任訴訟が850件以上提訴されたが多くは和解に終わっている。最近、昭和電工に100万ドルの支払いを命ずる陪審評決が出た(朝日新聞1993年4月15日の記事には不正確な部分がある)。カネミ油症以来約20年ぶりの大型食品公害であり、昭和電工としては新潟水俣病に次いで2回目の大型公害である。

③健康被害の原因 1988年12月-1989年6月に使用された*Bacillus amyloliquefaciens*の第V株(組換えDNA技術により作出)によって製造されたロットの摂取によって被害を生じた。発病のメカニズムは解明の途上にあるが、(1)複数の不純物(BBT、PAA等)、(2)トリプトファン自体の取り過ぎ、(3)患者側要因(副腎機能低下等)、(4)二次的疾患誘発の可能性(自己免疫疾患等)、(5)トリプトファン代謝産物の関与の可能性、等が考えられる。量的に最多の不純物はEBT(1,1'-エチリデンービス[トリプトファン])であるが、発病との関連では、スペインの有毒油シンドローム(1981年)の推定原因物質であるPAP(3-フェニルアミン-1,2-プロパンジオール)と類似した構造を有するPAA(3-(フェニルアミノ)アラニン)の方が注目されている。EBTは常温酸性下で容易に化学的に生成することがわかり、遺伝子組換えとの関連はほとんどないと言われるが、PAAはセリンとアニリンが脱水縮合したものであり、遺伝子組換えとの関連の可能性が示唆されている。「予期せざる代謝産物」であるのかもしれない。

④企業責任 昭和電工の「製造物責任」が問題となっている。また、今回の事件の直前にも1988年7月のクレームに始まる「ドイツ不純物問題」があったことが、裁判

の過程での情報開示により明らかになった(毎日新聞1992年12月17日および浅岡美恵「米トリプトファン訴訟で明らかにされた事実」『エコノミスト』1993年1月19日号)。このときは不純物問題の解明をあいまいにしたまま次の第V株に移行したのである。人の体に入る商品の販売はトリプトファンが初めてと言われる昭和電工の企業姿勢が問われている。今回の事件が単一メーカーの製品によることはJAMA 90年7月11月号に、昭和電工であることは*Science* 90年8月10日号等に出た。しかし早くも3月には昭和電工後援でトリプトファン公害ワークショップが開かれ、その準備は遅くとも2月始めに開始されている。同社はどの時点でどこまで把握していたのであろうか。

⑤行政責任 日本では、環境アセスメントと同様に製造物責任や情報公開の制度化が遅れていることが被害解明の妨げとなっている。1987年、91年の遺伝子工学大幅規制緩和(1983年の食品添加物規制緩和と対比される)が問われている。今回の製品も日本薬局方や食品添加物公定書の規格上は問題ない。現行の規制は「バイオ時代」の「予期せざる微量不純物」には対応できないのではなかろうか。

⑥遺伝子工学技術の問題点 前所述べたように遺伝子組換え一般には、(1)調節系への介入、(2)新奇な物質の生産、(3)「部品」の恣意的増強という特徴がある。また遺伝子工学の導入以前も含めて、乳酸醱酵やアルコール醱酵などの「伝統的技術」とアミノ酸醱酵や核酸醱酵等の「近代的技術(変異原による調節系への介入が必要となる)」を同列視してよいかという問題もある。遺伝子操作関連の生物災害と言われるものに、ソ連の軍事用炭疽菌事故(1979)、フランスのパスツール研究所事件(1986)、アルゼンチンの狂犬病ワクチン事件(1986)がある(『環境学』市川定夫、藤原書店、1993)。また、ドイツのゼーガル夫妻のエイズウイルス生物兵器起源説も興味深い仮説である(『悪魔の遺伝子操作』川口啓明訳、徳間書店、1992)。なお、日本で発売された遺伝子組換え(リコンビナント)医薬品に、ヒト・インスリン、ヒト成長ホルモン(1986年)、インターフェロン各種、B型肝炎ワクチン(88年)、コロニー刺激因子(90年)、ティッシュ・プラスミノゲン・アクチベータ(91年)、インターロイキン(92年)、承認申請されたものに、腫瘍壊死因子(90年)、血液凝固因子(91年)がある。臨床試験中のものも多い(『日経バイオ年鑑93』日経BP社、1992)。腫瘍壊死因子は副作用が懸念されている。

○黒田研二¹⁾、清水美子²⁾、藪本初音³⁾、中西範幸、高鳥毛敏雄、
福田英輝、多田羅浩三¹⁾

1)大阪大学医学部公衆衛生、2)大阪府環境保健局保健部高齢者保健課、
3)大阪市厚生女学院

I. 目的：40歳以上の「寝たきり者」には老人保健法の中で訪問指導事業が行われているが、この事業に「寝たきり予防」の機能を付与していくことが求められている。本研究では、大阪市の保健所が行う訪問指導事業によって対応されてきた脳卒中後遺症者について、日常生活動作能力（ADL）の悪化をもたらす要因等を明らかにし、脳卒中による寝たきり予防に必要な施策を検討した。

II. 対象と方法：平成3年7月25日現在、大阪市の老人保健法訪問指導事業対象者のうち、脳卒中後遺症者 1,149人（男620人、女529人）を本調査の対象とした。記録票に記載されている事項を担当保健婦が調査票に転記した。

ADLは、8項目を各4段階（全面介助（0点）から自立（3点））で評価し、合計点数を求めた。初回訪問時と直近の訪問時に保健婦が評価したADL得点の差をもとめ「悪化」「不変」「改善」の3群に区分した。

ADL（8項目）に加えて、予防行動（4項目）、社会的適応（4項目）、健康管理（4項目）の合計20項目について、それぞれ「全面介助（0点）」から「自立（3点）」までの4段階で評価を行い、その平均得点によって「行動能力」の評価を行い、初回訪問時2点未満を行動能力が「低い」、2点以上を行動能力が「高い」と区分した。

また、上記20項目のそれぞれについて「世話の程度」の評価も行ない（世話がなされていない（0点）から自立を促しながら十分に世話されている（3点））、その平均得点で総合評価を行ない、2点未満を介護力が「低い」、2点以上を介護力が「高い」と区分した。

III. 結果：(1) 年齢分布では 80歳以上が40%を占めた。脳梗塞が6割、脳出血3割、その他1割で、脳出血・くも膜下出血では、脳梗塞・その他と比べて若い人が多い。

(2) 対象者の把握情報源で最も多いのは「寝たきり老人見舞金受給者名簿」で、「家族からの連絡」「保健婦活動の中での把握」「福祉事務所からの連絡」の4つの情報源からの把握が全体の8割をこえていた。「医療機関からの連絡」は9%であった。退院から初回訪問までの期間を調べると、「医療機関からの連絡」によって把握された場合には、退院後「6か月以内」の訪問が8割、「家族からの連絡」による場合でも5割を占めていたが、「寝たきり老人名簿」からの把握者に対しては、見舞金受給の条件が「寝たきり期間1年以上」であるため、退院後すぐの訪問に結びつけることは困難であった。

(3) 調査時点でなんらかの機能維持のための訓練（リ

ハ）を受けている人は29%であった。リハの利用率は、年齢が若い群ほど高かった。また、介護力が「高い」世帯が「低い」世帯より利用率が高かった。介護力の低いことがリハビリテーションの利用の阻害因子となっている。

(4) 介護力が「低い」世帯は総数の23%にみられた。「褥瘡」が6.1%に、「一般状態の悪化」が10%に認められたが、これらの介護上の問題は、介護力が「低い」世帯でより高頻度で認められた。また高齢の群、行動能力が「低い」群で頻度が高かった。（表1、表2）

(5) ADLの「悪化」29%、「不変」49%、「改善」22%であった。高齢の人、初回訪問からの期間が長い人、行動能力が「低い」人、世帯の介護力が「低い」人、現在リハ訓練を利用していない人で、ADLの「悪化」の割合が高かった。（表3）

(6) 介護力の「低い」世帯は「高い」世帯と比べて、以下のような特徴が認められた。

①「長屋・文化住宅・アパート」といった形態の住宅に住む割合が高く、「1・2室」の狭い家の割合が高かった。また便所が「和式」である割合が4割と高く、また風呂がない家も3割を占めており、住宅の条件が良くない人が多かった。（表4）

②「生活保護」「所得税非課税世帯」の割合が高く、また生活を「苦しいがどうにかやっていける・苦しい」と受け止めている人の割合が高かった。（表4）

③介護者が就業している割合が高く、「常時」介護にあたることができる割合が低かった。また介護者が「疾病・症状」を有している割合、介護協力者「なし」の割合、「独居」の割合も高かった。（表5）

IV. 施策への示唆：(1) 患者が困難を感じる人が多い退院直後の時期に訪問指導を行うためには、脳卒中患者の退院前に病院からの連絡が保健所に届く制度が必要。

(2) ADLの悪化予防のためにはリハ訓練の継続が重要であることが確かめられた。行動能力が「低い」人、介護力が「低い」世帯でもリハ訓練の継続が図れるよう、機能訓練事業に送迎機能を付与することが課題である。

(3) 住居条件、経済的条件、介護者の条件のいずれも、世帯の介護力と有意の関連を有していた。世帯の介護力を高めるためには、これら3つの条件に対する対応が求められる。とくに、住居条件の改善の事業、介護力をおぎなうためのホームヘルプ、入浴サービスなどの事業は、自治体の対応が必要な領域である。

表1 年齢区分別にみた介護上の問題

	総数 (n=1149)	年齢区分		
		～69歳 (n=273)	70-79歳 (n=422)	80～歳 (n=454)
褥瘡形成あり	6.1%	4.0%	7.1%	6.4%
特別な処置	2.5%	2.2%	2.8%	2.4%
終末期	1.8%	-	1.4%	3.3%
一般状態の悪化	10.4%	6.2%	11.1%	12.3%
痴呆・精神症状	14.7%	6.6%	14.0%	20.3%

表2 行動能力別、介護力別にみた介護上の問題

	行動能力		介護力	
	低い (n=628)	高い (n=517)	低い (n=269)	高い (n=876)
褥瘡形成あり	10.7%	0.6%	8.2%	5.5%
特別な処置	4.1%	0.6%	3.7%	2.2%
終末期	3.0%	0.4%	4.8%	0.9%
一般状態の悪化	15.0%	5.0%	14.5%	9.2%
痴呆・精神症状	22.1%	5.8%	14.9%	14.7%

表3 日常生活動作能力の変化と関連する要因の検討

	人数	ADLの変化			χ^2 検定 p値	Cramer's V
		悪化	不変	改善		
総数	n=967	29.2%	49.3%	21.5%		
性別	男 n=524	29.0%	49.8%	21.2%	$\chi^2=0.1198$ p=.9418	.0111
	女 n=443	29.3%	48.8%	21.9%		
年齢区分	～69歳 n=226	21.2%	57.5%	21.2%	$\chi^2=18.839$ p=.0008	.0987
	70-79歳 n=360	27.2%	47.8%	25.0%		
	80～歳 n=381	35.7%	45.9%	18.4%		
観察期間	1年未満 n=308	12.3%	70.5%	17.2%	$\chi^2=100.541$ p=.0000	.2304
	1年-3年 n=372	32.5%	44.1%	23.4%		
	3年以上 n=267	44.2%	32.6%	23.2%		
行動能力	低い n=525	34.5%	44.6%	21.0%	$\chi^2=16.555$ p=.0003	.1308
	高い n=442	22.9%	55.0%	22.2%		
介護力	低い n=223	35.4%	47.1%	17.5%	$\chi^2=6.3736$ p=.0413	.0812
	高い n=744	27.3%	50.0%	22.7%		
所得水準	課税世帯 n=562	30.1%	45.9%	24.0%	$\chi^2=5.2129$ p=.0738	.0773
	非課税・生保 n=311	28.0%	53.4%	18.6%		
住宅条件 (注)	良い n=674	29.2%	47.8%	23.0%	$\chi^2=3.3787$ p=.1846	.0591
	悪い n=293	29.0%	52.9%	18.1%		
現在の リハ	あり n=277	25.6%	45.8%	28.5%	$\chi^2=10.118$ p=.0064	.1036
	なし n=665	30.8%	49.9%	19.2%		

注：部屋数が「1・2部屋」または「風呂なし」の場合、住宅条件が「悪い」、それ以外を「良い」とみなした。

表4 介護力別にみた住宅の状況、経済状態

		介護力	
		低い (n=263)	高い (n=866)
住宅の 種類	一戸建て	46.4%	51.7%
	長屋・文化・アパート	35.7%	26.2%
	中高層住宅	17.5%	20.4%
	その他	0.4%	1.6%
広さ		(n=229)	(n=732)
	1・2室	29.7%	21.0%
	3・4室	47.6%	53.1%
	5室以上	22.7%	25.9%
便所		(n=228)	(n=766)
	和式	39.0%	29.6%
風呂		(n=252)	(n=854)
	なし	30.6%	17.1%
世帯の 所得		(n=237)	(n=811)
	課税世帯	53.6%	67.5%
	非課税	36.7%	26.8%
	生活保護	9.7%	5.8%
経済状態		(n=248)	(n=811)
	十分	8.9%	12.7%
	普通	53.2%	62.9%
	どうか・苦しい	37.9%	24.5%

表5 介護力別にみた介護の状況

		介護力	
		低い (n=265)	高い (n=868)
主な介護 者	配偶者	51.7%	56.4%
	嫁・娘	27.2%	33.5%
	息子・その他・なし	21.0%	10.1%
介護時間		(n=244)	(n=843)
	常時	65.2%	72.5%
	時々	18.0%	16.3%
	昼・夜のみ・その他	16.9%	11.3%
就労の 有無		(n=240)	(n=841)
	無職	65.8%	71.5%
	家で仕事	12.5%	14.0%
	外で仕事	21.7%	14.5%
健康状態		(n=239)	(n=841)
	良い	43.5%	53.4%
	疾病・症状あり	56.5%	46.6%
介護協力 者		(n=243)	(n=839)
	あり	63.8%	73.9%
	なし	36.2%	26.1%
独居(昼間・夜間独居含む)		(n=269)	(n=876)
		23.0%	10.4%

豊浦保子 水町真知子 (日本ALS協会近畿ブロック)
黒田研二 (大阪大学医学部公衆衛生)

<目的・方法>

筋萎縮性側索硬化症(ALS)は、脊髄にある運動ニューロンが侵され全身の筋肉の萎縮がおこる、進行性で原因不明の難病である。四肢の筋肉のみならず、舌や嚙下筋、呼吸筋も侵され、食べることも、話すことも、呼吸をすることも障害されるため、難病の中で最も過酷な病気だと言われている。

日本ALS協会近畿ブロックは1988年9月に設立された。設立4年目を迎えた昨秋、ALS患者の闘病生活の現状を把握することを目的に、近畿ブロックの患者会員113人に調査票郵送による調査を行った。そのうち72人(63%)の患者から回答を得たので、その結果を報告する。

<調査結果と考察>

1. 回答者の年齢・闘病期間・病名

回答した患者は男46人、女26人。平均年齢は57.4歳。年齢構成では、50代から70代が全体の8割を占めた。平均闘病期間は6.8年、22年を最長として、2割近い人が10年以上であり、5年以上の人が3分の2を占めた。

病名が筋萎縮性側索硬化症(ALS)と答えた人は64人(男39・女25)で、そのうち在宅は42人(男25・女17)入院中(福祉施設入所1人を含む)は22人(男14・女8)病名を脊髄性進行性萎縮症(SPM A)と答えた人は8人(男7・女1)、全員が在宅であった。

2. ALS患者の身体機能の状況

ALS64人のうち、日常生活動作では、「寝たきり」の人が32人(50%)「介助で座る」人が25人(39%)、合わせて約9割の人が重度な介護を必要とする状態であった。

栄養の摂取方法では、経鼻管栄養が22人(34%)、胃ろう造設が5人(8%)、流動食や刻み食の人が12人(19%)

いた。在宅療養者42人で見ると、経鼻管10人、胃ろう造設3人、計13人(31%)となった。

また排泄については、ALS64人のうちトイレを使用する人は、他の排泄方法とトイレを組み合わせている人を加えれば男13人・女13人(計26人・41%)。重度の要介護の患者が9割も占める中でトイレ使用の比率が高い。感覚障害がないこと、排便に苦しむ患者が多いこととあわせ、患者の意思と、介護の負担をうかがわせる。

3. 発語とコミュニケーション手段(総数72人)

発語について聴取不能は35人(55%)、15人(23%)が「家族にだけわかる」と回答した。そのためコミュニケーションの手段として、意思伝達装置(ワープロ等)31人(43%)文字盤15人(21%)などの使用がされている。「特にない」と無回答者は計32人(44%)であった。

4. 在宅療養の機器利用について

総数72人のうち、在宅50人について医療機器の利用を調べた。まず、吸引器の利用者は25人(50%)、内訳は自費購入が11人、給付が6人、貸出が7人であった。

人工呼吸器の利用者は13人(26%)、内訳は自費購入4人、病院からの貸出7人、自治体貸出制度(兵庫県)の利用2人であった。ちなみに、入院患者22人中、人工呼吸器を使用している人は16人(73%)であった。

5. 人工呼吸器をつけるかどうか

人工呼吸器を使用していない人43人(ALS・SPMA)について、人工呼吸器が必要になれば使用したいかどうかという問いに、「使用したい」が9人、「本人が希望すれば使用したい」と答えた家族が2人いた。「つげたくない」11人、「まだ考えていない」12人、無回答9人と分かれた。

[まとめ]

①(闘病と告知) この調査では、5年以上の闘病期

間を送る人が68%を占め、在宅療養者は69%にもなった。このこと、「告知」と「漠然と」を合わせて94%もの患者本人が病名を知っていること、患者会に入会していることは相互に関連があると思われる。

②（入院から在宅へ）在宅患者が多いことは「自宅で療養したい」という患者の希望が実ったものであろうか。現行の医療制度の中、基準看護の病院に入院したとしても24時間の付き添いがほとんどの場合必要で、差額ベッド料の負担もある経済的な問題が、在宅に移行させる一面であることは事実。また、呼吸障害などの急性期を除けば、治療薬・治療法のない長期慢性型の手がかかる病態も、病院から在宅へ移行する要因になっている。しかし家族の介護態勢は、患者と介護者だけの2人家族が30%もあり、50代以上の患者が全体の80%という数字と合わせて考えて、十分な介護力のないままの在宅指向と言える。

③（在宅療養の経済問題）在宅療養者50人中、22人（45%）は自費で住宅改造をしている。また人工呼吸器や複数の吸引器、可動式のベッド、アンビューバッグ、エアマット等の必需品も購入している。給付や貸出を受けたものを引いてもかなりの高額負担が必要である。さらに介護力不足を補うための人材派遣についても費用負担が必要で、在宅療養は患者にとって決して安上がりではない。

<課題と結論>

●今回の調査から、入院においても、在宅療養においても、重症の患者が長期の闘病生活を送り、介護者とともに高齢化していく姿が見えた。患者は一家の担い手である夫であり妻であるケースが多く、筋肉を失ってむきだしの過敏な神経を持っている。食事や排泄に長時間かかり、数ミリ単位の体位交換を執拗なまでに要求する。

その上に意思伝達の困難さが加わり、さらに吸引器や人工呼吸器などの高度な医療機器の使用も重なる。

●医療法改正により本年4月、専門病院へのALS患者の入院は短期間になることが役割分担の上ではっきりした。ALSの診断が下された患者を、地域の一般病院や開業医が連携し、介護力のない患者や、治療の必要な時期には、入院が保障されたい。そのためには保健所保健婦のかかわり方の質が最も問われるのではないかと。

●最後に人工呼吸器の問題について、①球麻痺症状のある患者には、気管切開や人工呼吸の説明をする必要がある。医師が、いつ、どういう形で行うか、その後のフォローの問題も含め重要である。自ら選択しようとする患者もアンケートの中には存在する。

②患者自身が人工呼吸療法を選択する時、経済力と介護力の有無は大きい。呼吸筋が萎縮した患者にとって人工呼吸器は一種の補装具であるとみれば、補装具給付事業に取り入れられるべきと考える。あるいは腎透析や心臓のペースメーカーのように健康保険により給付されることも必要だ。現在人工呼吸器の貸出を行っている自治体は、近畿では兵庫県のみであり（昨年度実績3名）、緊急避難的な意味でこの制度の意味は大きい。他府県での実施を強く望みたい。さらに在宅人工呼吸指導管理料等保険点数の実情に見合った引き上げも必要である。

法制度は否応なく在宅へと傾斜している。益々厳しい入院状況の中、患者と家族がそのしわ寄せを受けている現状を、このアンケート結果から読み取って欲しい。

30 がん末期患者の在宅療養移行のための調整

正野逸子、北原美里（セコムトウェンティフォー（株））

今日、QOL (Quality of life) の向上という視点から、がん末期患者の在宅療養が注目され、また診療報酬上、末期の悪性腫瘍患者の訪問看護の回数制限が除かれたことから、がん末期患者の在宅療養化が進められる傾向にある。しかし、がん末期には他の在宅療養とは異なる特徴的な問題があり、患者自身や家族、あるいは医療従事者が望んでも、実現が困難な状況にある。

この2年間、民間の在宅医療システムのコーディネーターの立場から、がん患者の在宅医療・看護に関わり、その経験から、がん患者の在宅療養には特徴的な問題があること、在宅療養移行期の調整が非常に重要で、その後の在宅療養に大きな影響を与えることを痛感している。

今回、過去2年間に関わったがん末期患者の症例を分析し、がん末期患者の在宅療養における特徴的な問題と、入院から在宅への移行前後の調整内容を整理したので報告する。

【目的】がん末期患者の在宅療養を実現、継続するための調整内容を明らかにする。

【方法】対象：平成3年6月から平成4年12月に依頼を受け施設入院から在宅療養に移行できたケースで、移行時に主治医からがん末期と診断された15症例。

方法：各症例について、依頼時点から在宅移行後2週間までを在宅療養の移行期として期間取り、この期間に調整役割を取ったコーディネーターの行った調整内容を記録からすべて抽出し、担当コーディネーターから各調整場面における意図を聴取した。意図した内容から各症例に共通してみられる、がん末期患者に対する特徴的な調整について分析し、カテゴリー化した。

【結果】1. がん末期患者の特徴的な問題

1) 病状の変化や症状コントロールのための医療体制が必要である。

在宅療養に移行した時点では病表が落ち着いていても、病状は刻々と変化し、進行していく。また、それに伴い痛み、吐気嘔吐、腹満、出血等のさまざまな症状が出現するため、症状の変化および症状コントロールに対応できる往診可能な医療体制を整えることが不可欠である。

2) 病名告知に関する特徴的な問題がある。

病名や予後を知らされていない場合、回復の希望による入院治療継続の希望から、在宅療養への移行がスムーズにいかない場合や、在宅療養へ移行しても、病状が改善されず、悪化傾向にある状況下で、病名や予後への疑問への対処に苦慮する。

3) 在宅療養のためのサポート体制がほとんどない。

訪問看護を除くと在宅がん患者のための公的サービスはなく、訪問看護も回数的に制約を受けたり、医療依存度の高い場合の受入れ体制に問題を残している。

4) 死が身近な問題として存在する。

患者にとっての死の問題と、看取る側の家族にとっての死の問題が存在する。

2. がん末期患者の在宅療養移行のための調整

1) 患者および家族の在宅療養に対する意志の明確化

他者の勧めだけでなく、患者もしくは家族が在宅への意志をもっているか、在宅療養における様々な問題に対応していく覚悟があるかについて、関わりの中から患者・家族自身の気持ちの明確化をはかる。

2) 在宅療養における到達目標の設定と限界の見極め

在宅療養における到達目標と限界をどこに定めるのかを、患者および家族の希望や状況、医療従事者の意見を総合的に判断した上で想定し、患者および家族自身が決定できるようにサポートする。

3) 時期を逃さない在宅療養での移行の実現

在宅移行へのタイミングを逃さないことが、在宅療養の実現とその人らしい生活への満足度につながる。

4) 必要かつ十分な在宅移行への準備と調整

5) 状況に応じた複数主治医制と責任範囲の明確化

6) 急変、在宅死への対応を含めた緊急体制の確立

7) 症状コントロールに必要な薬剤と物品の選定と実施までの体制づくり

8) 初期段階での療養環境の評価と修正

31 箕面市老人訪問看護ステーションにおける
ターミナルケア

伴 一枝 (箕面市健康福祉部)

1. はじめに

欧米諸国に比べ予測以上の早さで到来する高齢化社会に対応するため我が国においては医療・保健・福祉の総合一体化した諸施策の推進が図られている。このような状況のもとで国は昭和63年訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業(モデル事業)を全国11市町において実施し、在宅ケアの充実を図ったが、そのうちの一つとして箕面市も指定をうけ、地元箕面市医師会の協力のもとにねたきり老人の訪問看護を2年間試みてきた。市はモデル事業終了後も引き続き市の単独事業として訪問看護事業を実施してきた。昨年老人保健法の改正により老人訪問看護制度が実施されるにあたり、今までの実績を基盤に平成4年4月から老人訪問看護ステーションを開設し、訪問看護活動を引き続き実施している。

これらの対象者は高齢であるため約半数の者がターミナルを迎えている。今回、昭和63年10月から平成3年9月までの3年間の在宅死の事例について主治医と訪問看護婦が中心となり、資料の収集分析を行ったので報告する。

2. 研究方法

(1) 対象

箕面市は大阪市近郊のベッドタウンとして人口120,859人、高齢人口10,578人(8.8%)で平成12年には人口16万人、高齢人口1.8万人(11.3%)を予測している。

ねたきり老人は150名前後である。

今回は昭和63年10月から平成3年9月までの3年間の訪問看護対象者68名のうちターミナルを迎えた在宅死18名、入院死15名を調査の対象とした。

(2) 調査方法

- 1) ターミナルの事例についての集計
- 2) ターミナルに従事した医師・看護職の感想についての集計
- 3) ターミナルの各事例についての報告

以上の3項目について調査をおこなった。

3. 調査結果

(1) 本人の状況

訪問看護事業においては、主治医・看護職・理学療法士・作業療法士・ヘルパー等による本人のADL、QOLの向上ならびに介護者・家族への援助が主なる役割であるが、在宅死18名(26.5%)、入院死15名(22.1%)の計33名(48.6%)の対象者を年齢階級別にみると後期高齢者(73.5%)が高率を占めており、当然在宅死に後期高齢者が多いこと等から、訪問看護事業の中でターミナルケアの占める役割は大きく、看とりの医療、看護も我々にと

って大きな役割であることをあらためて認識した。

主なる疾患としては在宅死では脳血管疾患が多く、特に老衰の場合は在宅で死を迎えている。入院死では悪性新生物が、疼痛等の関係で在宅死の約2倍の者が入院で死を迎えている。

日常生活動作の状況としては在宅死では80%近くの者が全面介助を必要としているが、入院死では60%であった。

褥瘡の状況としては訪問看護全対象者の褥瘡は26.5%で、かなり広範囲にわたる褥瘡もケアにより顕著な改善をみることができたが、ターミナルになると在宅死で61.1%、入院死では46.7%にみられ、この時期においては褥瘡の改善は困難であるが増悪の防止に努めてきた。言葉がやや不自由を含む言語障害ありの者は在宅死で約20%、入院死では40%認められた。

痴呆の状況では在宅死で50%、入院死では33.3%の者に痴呆がみられた。多くの者は高齢による老化現象と考えられる。

生活環境としては持ち家ありが在宅死、入院死ともに90%前後であり、しかもほとんどの者が専用居室を持っている等経済的には恵まれている。

在宅から入院にかわった理由としては、本人の症状の悪化によるものが最も多く、次に介護者の介護疲れ、家族・親類等の意見により入院した者も少数みられた。在宅でターミナルを迎えた場合、介護者・家族の精神的不安は大きく、在宅か入院かと迷う中で本人の症状の悪化が入院の動機となる場合が多い。

(2) 訪問看護の状況

訪問看護制度については主治医から本人または家族に紹介される場合(30.3%)が多い。また、保健婦は訪問指導の中で関係機関、関係職種との連絡調整にあたり市の制度の紹介、訪問看護の導入等について大きな役割を果たしている。

ターミナルを迎えるまでの訪問看護期間では1か月以内、1か月から6か月以内、6か月以上のいずれの期間においても大差がなかった。

ターミナルとなると主治医と緊密な連携をとり、看護技術の提供と介護指導等による負担の軽減を図るとともに介護者、家族とのコミュニケーションを重ねる中で精神的支えになっている。

(3) 福祉サービス利用状況(福祉との連携)

市の福祉サービスのメニューは年と共に入浴サービス紙おむつ等サービスの幅をひろげている。

ケースワーカーと連絡をとりながら訪問看護を進める

中で、清潔・褥瘡の予防・ADLの向上ならびに介護者の負担を軽減するため等に必要と思われる福祉サービスを提供している。

(4)家族の状況

市では訪問看護対象者を選ぶ条件として介護者のいる家族としていたが、在宅死では家族数が多く、2～3世代の家族が80%以上を占めており、また主な介護者は妻・嫁・娘の順で従来の調査報告と同じ傾向を示している。

(5)介護者の状況

介護者の年齢は60歳以上の高齢者が在宅死、入院死ともに70%前後を占めており、また何らかの疾病を持っているものが在宅死で55.6%、入院死で73.3%みられた。従って介護者は高齢で何らかの疾病を持っているものが多い。しかし、介護負担に対して家族の理解は得られても具体的協力を得る事はなかなか困難である。

介護疲れに加え、ターミナルを迎えて精神的不安も大きい中で、主治医・看護職は医療・看護・福祉サービスを通じて介護者・家族等に対して精神的支えの面でも大きな役割を果たしている。

私たちは在宅死を迎えるにあたり、医療・看護をとおして後期高齢者の多い本人に対しては家族と共に1日1日を大切に生きる喜びを、と願い、介護者・家族・親族にはターミナルについての心構えを医療・看護ならびに介護を通じて指導している。少数例ではあるが、それぞれの事例では人生の最後を看とる精神的感動が大きく、ともするとその渦の中に巻き込まれそうの中で主治医・看護職としての役割を果たしている。別れとともに主治医・看護職としての反省も多々ある中で事例を重ねることにより医療・保健・福祉の総合したサービスを提供してゆくために内容の質的、量的検討と向上をめざしている。

4.それぞれの主治医の立場から

(1)在宅死亡18事例を支えた主治医

主治医数	8	1	2	(11)
受持ち症例数	1	2	4	(18)

()内は合計

主治医の年齢は40歳代が4人、50歳代が5人、60歳代が2人であった。

(2)在宅死亡を主治医に希望した事例

- ・本人の希望通り在宅で死を迎えることができた。……3
- ・本人・家族の希望通り在宅で死を迎えることが……1
できた。

- ・家族の希望通り在宅で死を迎えることができた。……3
- ・不明……………1
本人、家族が主治医にはっきり在宅死を希望した者は7名であった。

主治医としては在宅か、入院かの選択については医学的判断で指導する前に、長い生活歴、家族関係の中で本人・家族の願いを聞き、できるだけその希望にそって医療と看護を提供した。

(3)主治医として困ったこと、てこずった事

- ・年末年始、盆休み、休日に一般状態が悪化し、……4
往診を依頼された。
(容態が急変時主治医が不在であった。 1)
- ・旅行に行きかねた。……………4
- ・診療を中断して往診した。……………2

(4)福祉サービスについて

- ・入浴サービスが素晴らしく、最後まで身体の不潔と褥瘡の発生を防いだ。
- ・エアマットの使用で褥瘡の拡大がとまった。

(5)今後の本事業に対する要望

- 1)・宅直制度(個別に対応するのではなくシステム……1
として医師会で考えてほしい)
- ・後送病院の確保(後送体制)……………3
(主治医が不在の場合への対応として)
- ・容態急変時が診療時間と重なった場合(医院の……1
看護婦又は訪問看護婦に容態観察して貰えないか)

2)介護者の支援体制

- ・医療・看護を通じて精神的な介護者への支援……1
が必要である。
- ・介護者、家族の不安の一つである死に対する……1
恐怖感は家族の誰かがこれまでに臨終に立ち
会ったことがある場合は他に比べて少ないよ
うに思われる。

5.看護婦の立場から

一般状態の安定した、定期的に継続訪問を実施している時期から、終末は家で迎えられるか冷静に本人と介護者を観察しておく必要がある。

夫婦二人で静かに最期まで家で過ごしたいと思っても、介護力が無ければどうしても入院が必要となってくる。介護力が少ない場合にはできるかぎり介護力を引き出す方法を介護者と共に考えていくものの、家族には色々な事情があり、新しい介護力の確保は困難な場合が多い。この様な場合に、悔いを残さない働きかけと、できるだけ長く在宅が可能になるような精神的支援が主な援助内容となってくる。

地域におけるターミナルケア

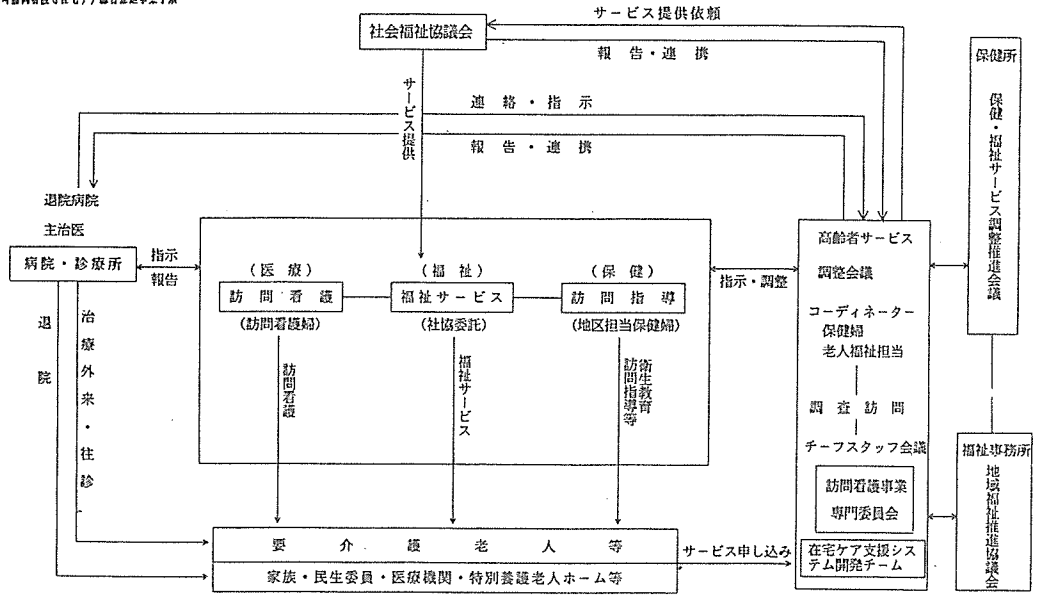
滋賀県野洲町総合福祉保健センター

保健婦 竹澤良子 藤田加代子

(1) はじめに

高齢化、核家族といった社会的変化の中で、医療に対する人々のニーズも変わり、地域におけるターミナルケアも、見直されつつある。本町において、63年度より訪問看護等在宅ケア総合推進事業を展開し、保健婦も、在宅における高齢者のターミナルケアに関する機会が多くなり、高齢者や、家族の心に深く接するようになった。大多数の人が施設で死を迎える現状、一方で、在宅で死を迎える事を希望する住民にとって安心してその事を選べる地域ケアシステムのあり方を考える。

(2) 野洲町訪問看護等在宅ケア総合推進事業手順



(3) 訪問看護の対象者の状況

対象者	性別		年齢				
	男	女	～59	60～69	70～79	80～89	90～
74	31	43	8	3	23	33	7

主な病名						
脳血管疾患	高血圧病	糖尿病	悪性新生物	心疾患	リウマチ	骨折
34	11	7	0	1	2	19

身体的症状						
寝たきり	失禁	褥瘡	痴呆	痴呆	痴呆	痴呆
全面介護	部分介護	有	無	有	無	有
57	17	58	16	36	38	43

介護者性別					介護者の年齢				
妻	既婚の妻	娘	夫	その他	～59	60～69	70～79	80～89	90～
21	30	9	6	8	43	11	18	2	0

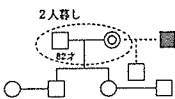
訪問看護の内容				除外		
医療処置	医療上の相談	家族指導	看護訓練	65		
43	73	74	8	死亡	入院	病状安定
				38	11	16

(4) 事例紹介

家族関係が悪く、老夫婦でターミナルをすごす妻と病弱で介護する夫への援助

I. 事例の概況

1) 家族構成



2) かかわりの動機

S 63年 5月 民生委員から連絡

3) 病名と現状

高血圧、痴呆
脳梗塞後遺症

S 63年 3月 発症、S 63年 5月 まで入院し軽度右片麻痺、精神活動低

下、肺炎、心不全を併発し、H 2年 6月 8日 死亡

4) 主治医

近くの開業医 (内科)

5) 問題点

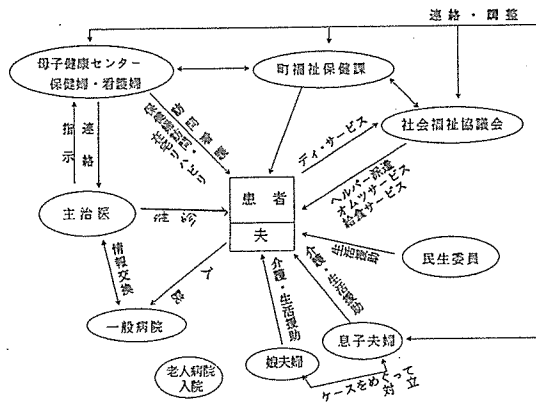
- ・老夫婦 2人暮らしで介護が困難
- ・家族関係が複雑

II. 援助の経過

S 63年 5月	民生委員から連絡あり、保健婦の訪問開始。
S 63年 6月	在宅リハビリ訪問指導により、機能訓練指導。
S 63年 7月	デイ・サービス参加 (1回/w)。
H 1年 2月~3月	発熱続き、一般病院へ入院。 退院後、機能低下著しく、夫だけでは介護困難となりヘルパー派遣 (1回/1w) 及び訪問看護 (1回/1w)、オムツサービス開始。
H 1年 9月	ヘルパー派遣 (2回/1w) にする。又、食生活の改善を図るため給食サービス (1回/1w) 開始。
H 2年 1月~2月	知り合いに勧められ、老人病院入院、入院中より完全に寝たきりとなり褥創もあり。
H 2年 3月	ターミナルを在宅で送りたいと本人・夫・息子夫婦の希望にて病院退院。
H 2年 4月	肺炎を起こし、訪問看護 (2回/1w) ヘルパー (3回/1w) に増加し、ターミナルを送る。心不全にて死亡。

III. コメント

一般状態が悪く入院を必要としていたが、家族がターミナルを家で過したいと希望あり、在宅に移行。家族関係が悪く、夫・長男・長女夫婦とそれぞれ介護の方向性が異なり、その調整に保健婦は、気づきを充分した。又、訪問看護婦・ヘルパー・家族を含め介護方法等について話し合った事は、援助の方向性を一定にし、お互いの信頼関係を築くことが出来たと思われる。ターミナル時は、保健婦も訪問を頻回にし援助チームのリーダーとしてケース・マネジメントに努め、無事死を迎える事が出来たと考える。



(5) まとめ

在宅でのターミナルは、事例紹介のように、家族だけでなく開業医や病院・特別養護老人ホーム、看護婦や保健婦・ホームヘルパー・民生委員・近所の人など、あらゆる人たちがかわりをもつことにより、可能になる。地域ケアをすすめることにより、安んじてターミナルを迎えられる。

『在宅で看取りたい』

在宅サービス供給ステーション
松原デイケアセンター
次長 柴尾慶次

はじめに

家族・介護者の在宅での看取りの気持ちを支え、よりよいターミナルケアを在宅であるいは本人・家族の望む場所でのターミナルを可能とするシステムについて、医療、保健、福祉のあり方を中心に述べたい。

事例を検討してみると、ネットワークを組んで最期の看取りまで在宅で家族とともに援助したケースが少数派で、容態が悪化した時点でネットワークが関わっていても、むしろ入院へと心理的に傾斜してしまうことが多いように思う。関係機関が進んでターミナルケアを担うためには、心理的な訓練も含め、具体的な技術レベルのサービス提供、それとネットワークやサポート・システムといったバックアップが必要だ。

成功した事例はむしろ少数派であって、その事例をもって在宅でのターミナルケアを云々することは、片方だけでなく多数派である病院や施設での死が多いのかの社会的背景を無視してしまうことになる。個人的な献身や熱意によって在宅が支えられている間は、今しばらくは感動的な在宅でのターミナルケアを共有できても、万人が望むようなターミナルを迎えるところにはまだまだ届かないであろう。

1. 事例

事例紹介

2. 課題

フォーマルなサービス提供をターミナル・ケアという視点で整理してみると、医療をめぐる問題、介護・看護をめぐる問題、社会関係の調整に関する問題といった三つくらいの視点で整理できる。

①医療をめぐる問題

そこででて来る問題は、例えば尊厳死と安楽死、脳死や臓器移植といった医学・医療と倫理、哲学、社会学が直面しなければならないヒトの死をめぐる課題である。

基本的には、在宅でのターミナルであれ、病院や老人施設でのターミナルであれ、人が人として生き、人として死ぬ場所がいかにあるべきなのか、あるいは望むところで生き、死ぬことができるのか、その人生を支えるための哲学や規範倫理が問われているのだ。

また、医療の具体的な技術レベルで在宅・病院あるいは施設であれ、インフォームド・コンセントの動きとともに、市民レベルでの医療を受ける権利性のもとに、望むところで、望む医療が受けられること。特に訪問医療については、政策的な補助が必要だ。システムとしては、オープン・システムとホームドクター制の導入など

である。

②介護・看護をめぐる課題

介護や看護をめぐるのは、技術的側面からアプローチしていく日常的な介護や看護の必要性に対応するケア・システムのあり方についてである。

③社会関係の調整に関する問題

ターミナルケアを在宅で可能とするためのキーワードとして、ネットワークとサービス・パッケージを提示したい。ネットワークは、従来連携を意味する言葉として理解されてきた。しかし、連携であつたり協力・協同関係であっても、無原則的な連携はありえないのである。

大切なことは、存在の多面性をその本質において把握し、その基本的な認識の上に関係論を重ね、人の存在に対する援助がいかにあるべきなのかに接近していくことが必要だ。

社会福祉の援助技術には生活援助の課題に対応する技術的なレベルの問題と、制度あるいはシステムの問題を扱うものとの両様が存在する。

ターミナルケアを社会福祉の援助技術の範疇で考えると、技術的なレベルでは介護や介護者への援助など具体的な問題がある。在宅では、介護と医療あるいは看護との領域が時として不明瞭になることがある。それは、実際に家族・介護者が医療行為に準じたことを実施し、看護処置を実施している。そのようにしてしか在宅で、重症・重篤の人を見ること、看取ることはできない。

在宅を支えていくための客観的条件は、あれやこれやの単独のサービス提供で支えられるものではない。死生観を最近の高度医療の中でも、学際的に問われるようになってきている。つまり、単独の科学や知見によっては解き明かせない問題なのである。

在宅を支えるということもつまりは、複合的なサービスやシステムが、生活という多面体にいかにアプローチし得るのか、マッチングできるのかが問われている。そのためには、前提的な議論が常に複合的、統合的なサービス提供のマネージメントに重点を置いた議論が必要だ。ネットワークやケースマネージメントという福祉サービスの中での議論も、つまりはそういった前提によっている。

いずれのケースもサービスの隙間が存在し、どのサービスが不足していたかという議論ではなく、あれやこれやの程度の問題ではなく、統合的にケア・パッケージが提供されていないことがポイントとなって在宅ケアの不安要因を生みだしている。そして、統合的ケア・パッケージがここでも必要とされている。その中身はネットワークであり、サービス提供システムである。

大阪老人ホーム

杉村和子

はじめに

特別養護老人ホームの利用者の高齢化・痴呆化・重度化により、介護量の増大が問題となっている。日常業務中、生活の活性化を図るため様々な試みがなされている。半面重症化した利用者が人間らしい生活を維持し最期を迎えるために、ターミナルケアの充実も検討している。

ホーム利用者が、如何に「死」を考えているのか。また介護スタッフが「死」の看取りをどう考えているのか。最近のアンケート調査の結果と、多発性脳梗塞を起こしたKさんの看取りの経過を報告し、老人ホームにおけるターミナルケアを検討したい。

平成4年度年間利用人員

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
入所人員	入所男	0	0	1	0	0	2	1	0	1	1	1	2	9	0.8
	入所女	0	0	0	0	0	2	2	1	3	1	3	2	14	1.2
	退所男	0	0	1	0	1	0	0	0	3	2	2	0	9	0.8
	退所女	0	0	0	0	3	2	1	3	1	2	1	1	14	1.2
	死亡男	0	0	1	0	1	0	0	0	3	2	1	0	8	0.7
	死亡女	0	0	0	0	3	2	1	2	1	1	1	1	12	1.0
	月現初日	29	29	30	29	29	30	30	31	31	30	29	29	356	29.7
	月現末日	71	71	71	71	71	70	70	70	69	70	71	71	846	70.5
	日数計	100	100	101	100	100	100	100	101	100	100	100	100	1,202	100.2
	員	月現初日	29	29	29	29	28	30	31	31	29	28	27	29	349
員	月現末日	71	71	71	71	68	68	69	67	69	68	70	70	833	69.4
員	日数計	100	100	100	100	96	98	100	98	98	96	97	99	1,182	98.5
延入人員	男	870	899	871	899	996	879	887	867	868	822	739	858	10,355	862.9
延入人員	女	2,078	2,124	2,098	2,185	2,134	2,053	2,164	2,029	2,136	2,155	1,961	2,148	25,265	2,105.4
延入人員	計	2,948	3,023	2,969	3,084	3,030	2,932	3,051	2,896	3,004	2,977	2,700	3,006	35,620	2,968.3
入院人員	入院男	0	0	0	0	0	1	2	3	4	4	3	2	19	1.6
	入院女	2	3	4	1	3	3	0	1	0	0	1	1	19	1.2
	入院男	0	0	0	0	0	22	46	66	87	73	34	42	370	30.8
	入院女	53	80	36	17	16	22	0	17	0	0	27	31	299	24.9
入院人員	53	80	36	17	16	44	46	83	87	73	61	73	669	55.7	

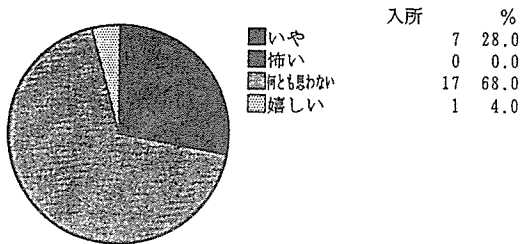
平成4年死亡者一覧

氏名	性別	在籍期間	年齢	死因	死亡場所
M. O	♂	4. 3	86	嚥下性肺炎	
K. K	♀	19. 6	79	多発性脳梗塞	
H. A	♀	12. 7	101	鬱血性心不全	
F. S	♀	12. 7	89	脳梗塞	病院
H. T	♂	3. 9	65	急性心不全	
K. A	♀	1. 10	76	乳ガン	病院
S. T	♀	2. 1	70	脳出血	病院
S. Y	♀	1. 10	83	急性心不全	
F. S	♀	7. 1	86	敗血症	病院
K. H	♀	10. 3	91	心不全	
S. T	♂	9. 1	84	急性心不全	
K. H	♀	6. 3	83	老衰	
M. J	♂	4. 2	76	肺炎	
S. S	♂	18. 10	95	心不全	
M. K	♂	7. 7	73	肺炎	病院
U. T	♂	3. 1	74	急性気管支炎	
K. H	♀	6. 3	85	急性心不全	
I. T	♂	7. 4	86	心不全	
T. T	♀	9日	85	急性心不全	

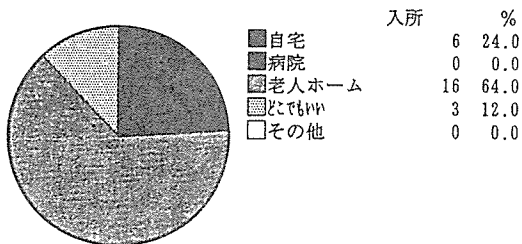
「Attitude to Death」(抜粋)

* Kさんの看取りの経過

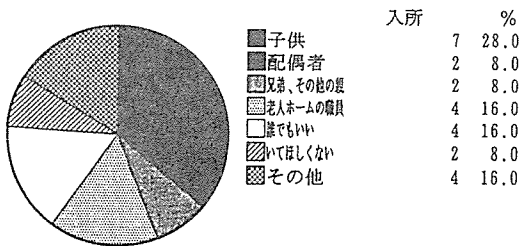
* 「死ぬ」ことは



* 「死が避けられない」時はどこで死にたいですか



* 「死ぬ」時そばにいて欲しい人は誰ですか



終わりに

- ① Kさん、その後天寿を全うしHさんの看取りの結果、介護スタッフとして自らも含めた人間の生死についての考えを学ぶ姿勢を持つことが大切である。
- ② 周囲の環境・家族をも含めたターミナルケアを検討しなければならない。人間としての尊厳を守り、最期を如何に安らかに迎えることができるのか。
- ③ 施設における「ターミナルケア」は、利用したその日から始まると考えたい。日常のかかわりを大切にし、良き幕引き者でありたい。