

〈教育報告〉

平成2年度専門課程・専攻課程合同臨地訓練実施報告について

市川 勇（科目責任者・労働衛生学部）

国立公衆衛生院独自の教育訓練科目である合同臨地訓練（以下「合臨」と略す）は、昭和36年度から正式に始められたものであり、合同・実施の訓練を通して学生の得るものは大きく、また協力諸機関や地域住民ばかりでなく、WHOなどの国際的機関にも高く評価されている。異なる専門分野（職種）の学生がチームを編成し（合同）、現実の公衆衛生上の諸問題に対処すべく、現地に臨んで（臨地）、住民及び保健・医療・福祉などの関係者に接し、必要な調査、資料の収集、分析を行い、問題点の把握、整理、解明、対策などの提案に至る過程を報告書としてまとめ、更に院内での発表会だけでなく、現地での発表会により協力機関や住民に対して学んで得たことを還元するところまでを教科内容に含む。

以下に、この合臨の歴史的変遷を、「国立公衆衛生院創立五十周年記念誌（昭和63年3月発行）」の記載事項に従い述べてみる。

昭和36年までは各学科単独で臨地訓練を行ってきたが、目的的にも形式的にも統一し、全院的な教育訓練科目とした。当初、各チームとも本院側、保健所側それぞれ1、2名の指導者のもと、選定された東京都及び近県の実習保健所において、各管内の地区診断の実習を行い、テーマそのものも、各チームの討議によって決定されていたが、急激な社会変貌、疾病・死亡パターンの変化により保健所の役割も変化すると共に、運営上の問題点に対する反省と改善への努力が積み重ねられてきた。

昭和44年、チームは担当を申し出た部に委任する方式に変わり、更に48年に採用した方式では、先ずテーマを設定してチームを編成することになり、今日まで引継がれている。近年は対象とするテーマもフィールドも多採となり、昭和50年に初めて実験系研究内容を含むテーマが設定され、更には一企業・一個人病院に関わる人々の健康問題に取り組んだものも見られるようになった（表1）。また、「訓練」の内容も、従来の

地域診断的なものに加えて、環境調査的なものやアクション・リサーチのアプローチを行うものなど、合臨の持ちうる性格の多様性が展開されてきている。

昭和57年からは、合臨科目責任者のもとに再設置された合臨運営委員会（専門・専攻課程責任者、前年度及び当年度のチーム指導責任者、前合臨科目責任者よりなる）では、合臨の意義と上記の多様性などの特徴とを基盤にして、合臨の円滑な運営・実施に関する提言を行い、改善を進めている。

さて、本年度6月4日に内容説明を受けた後、32名の希望者に対して課題毎に2回にわたり人数調節して4つのチームを編成した。7月16、17日にチーム別打ち合わせを行い、夏休み後の作業日程などを決めた。秋に入り、各チーム空き時間を利用して調査対象地域の情報収集及び文献の資料収集などを行い始めた。10月9～12日には、調査票作成準備などを具体的に進め、11月17日から12月13日みで20日間の実施に移った。前半はアンケート用紙の郵送、家庭訪問など調査を進め、中期には調査結果を集計、解析を行い、そして後半には結果を図表に表わし、チーム全員で検討し、意義付けを行い、報告書の文章を分担して書き始めた。これからが正念場で、夜遅くまで納得行くまで意見を出し合い、文章の訂正を行い、序章（はじめに）、目的、方法、結果、結論（まとめ）、謝辞、参考・引用文献などの論文形式に従い、工夫した図表を差し込み、その説明文を付けながら報告書を作っていた。順調に進んだチームは締切日の12月13日夕刻に、再検討しているチームは翌日早朝に、教務課に出来立ての報告書原稿を提出した。しかしほっとする暇もなく、12月18日の現地発表会、翌日の院内発表会のための資料、文章作りなどの準備を始めなければならなかった。最近パソコン機器を利用したデータ処理や文章作りはかなり楽になったが、それでも重労働であり、全てが終る頃には、皆グロッキー気味であった。そして、現地報告会で手答えがあったチームは意気揚々として、逆に現

表1 合同臨地訓練の経過概要

区分	昭和56年度	昭和57年度	昭和58年度	昭和59年度	昭和60年度
運営主体	合同臨地訓練 科目責任者 入江 建久	合同臨地訓練 科目責任者 入江 建久	合同臨地訓練 科目責任者 入江 建久	合同臨地訓練 科目責任者 入江 建久	合同臨地訓練 科目責任者 入江 建久
チームの 編成	3 テーマ出題 参加者数 20 3 チーム編成 学生数 34	4 テーマ出題 34 4 チーム編成 44	4 テーマ出題 34 4 チーム編成 46	4 テーマ出題 35 4 チーム編成 43	4 テーマ出題 31 4 チーム編成 45
日程	課題提出 3/31 説明会 6/23 準備 10/8~10/12 実施 11/18~12/12 院内発表 2/2 現地発表 2/3	課題提出 3/31 説明会 6/23 準備 10/8~10/12 実施 11/18~12/12 院内発表 1/17 現地発表 1/18	課題提出 3/31 説明会 6/22 準備 10/8~10/12 実施 11/18~12/12 院内発表 1/17 現地発表 1/18	課題提出 3/31 説明会 6/20 準備 10/8~10/12 実施 11/16~12/10 院内発表 1/18 現地発表 1/18	課題提出 3/31 説明会 6/22 準備 10/8~10/12 実施 11/19~12/12 院内発表 12/19 現地発表 12/19
課題名 及び 指導教官	第1チーム 6名 健康問題における住民の 集団的取り組み——教室 運営・協議会・専門家の かわりとの関係を中心とし てみた集団活動—— 柴(小林・鈴木妙) 看(久 常)	第1チーム 8名 地域保健活動に関する ——考察——健康診査を中心 に—— 疫(芦澤・伊藤) 看(島内) 第2チーム 8名 世帯構成および居住条件 からみた団地老人の日常生 活行動と身体上の訴えにつ いて——都営戸山団地にお ける住民票および面接調査 の分析—— 建(吉沢・入江・吉田・ 徳山・池田・松本) 第3チーム 10名 都市(政令市)における 乳幼児健康管理の現状と問 題点 母性(高石・高野・神岡・ 林) 看(安住) 第4チーム 8名 三鷹市における在宅難病 患者の生活実態と援助に関 する調査 行(西) 看(島内)	第1チーム 9名 石須の健康に及ぼす影響 ——徹須賀地区の肺がんの 患者対象研究—— 疫(旗野・芦澤・寶輪・伊 藤) 地環(渡辺) 第2チーム 6名 公営高層住宅における居 住者の住環境に関する意識 調査——都営N団地の場 合—— 建(入江・徳山) 看(八代) 第3チーム 9名 幼児期の健康管理につい て——1歳6か月児健康診 査の意義—— 母性(高石・高野・神岡・ 林・加藤) 看(安住) 第4チーム 10名 企業従業員の妻の健康と 生活——特に三交替勤務 に注目して—— 疫(横山・市川・南部・内 山) 生(浅野・小川)	第1チーム 11名 造船所労働者の石綿曝露 による健康障害に関する研 究 疫(旗野・芦澤・寶輪・伊 藤) 地環(渡辺) 第2チーム 8名 住宅における室内温熱・ 空気環境と健康 建(池田・小暮) 旁(内山) 第3チーム 7名 ねなき老人の在宅介護 に関する研究——東京都東 村山市における社会資源の 評価研究—— 行(前田・日野・阪上・中 川) 看(八代) 第4チーム 9名 老人に対する地域保健福 祉ケアの発展要件——寝た きり老人の介護者のつな がりが生じてきた過程—— 看(松野・久常・稲岡・島 内)	第1チーム 6名 冷蔵倉庫における作業の 実態と問題点 生(浅野・大久保・栃原) 建(小暮) 旁(内山) 第2チーム 6名 某鉄道車両修繕工場にお ける石綿曝露に関するコー ホート研究 疫(旗野・芦澤・寶輪・母 里・藤田・久保) 地環(渡 辺) 第3チーム 8名 ぜん息児の住環境と家庭 における対策に関する調査 建(入江・池田) 母性(高 野) 衛徴(阪口) 第4チーム 8名 保健所を拠点とする地域 ケアの発展要件——川崎市 多摩保健所における「健康 回復教室」(地域リハビリ テーション)の形態とし ての分析から—— 看(島内・八代) 行(日野)

区分	昭和61年度	昭和62年度	昭和63年度	平成1年度	平成2年度
運営主体	合同臨地訓練 科目責任者 入江 建久	合同臨地訓練 科目責任者 入江 建久	合同臨地訓練 科目責任者 入江 建久	合同臨地訓練 科目責任者 入江 建久	合同臨地訓練 科目責任者 市川 勇
チームの 編成	参加者数 38 5 チーム編成 46	4 テーマ出題 42 4 チーム編成 58	5 テーマ出題 44 5 チーム編成 65	4 テーマ出題 37 4 チーム編成 62	4 テーマ出題 32 4 チーム編成 60
日程	課題提出 3/31 説明会 6/4 準備 10/8 ~ 10/11 実施 11/18 ~ 12/11 現地発表 12/18 院内発表 12/19	課題提出 3/31 説明会 6/3 準備 10/8 ~ 10/9 実施 11/17 ~ 12/10 現地発表 12/17 院内発表 12/18	課題提出 3/31 説明会 5/31 準備 10/8 ~ 10/12 実施 11/18 ~ 12/12 現地発表 12/20 院内発表 12/21	課題提出 4/10 説明会 6/5 準備 10/9 ~ 10/12 実施 11/18 ~ 12/12 現地発表 12/19 院内発表 12/20	課題提出 4/3 説明会 6/4 準備 10/9 ~ 10/12 実施 11/17 ~ 12/13 現地発表 12/18 院内発表 12/19
課題名 及び 指導教官	第1チーム 8名 国鉄職員の安全靴着用が 足白癬に及ぼす影響に関する 研究 疫(旗野・養輪・母里・藤 田・久保) 第2チーム 7名 自動車騒音の住民に及ぼ す影響について——板橋区 都営富士見町アパートにお ける調査結果——建(吉 田・松本・徳山) 第3チーム 8名 肥満中高年女性に対する 運動指導と食事指導の効果 の検討——東村山スポーツ 教室参加者について—— 労生(横山・内山・市川) 第4チーム 7名 都市における健康教育シ ステムの課題と展望 行(金永・星) 第5チーム 8名 母親の育児していく力の 形成と組織活動 看(久常・新道) 人口(西 田)	第1チーム 13名 鉄道会社職員における消 化性潰瘍の患者・対象研究 疫(旗野・養輪・母里・藤 田・上畑) 第2チーム 10名 重症心身障害児(省)を とりまく実態——世田谷区 における療の会会員を対象 とした訪問調査結果を中心 として—— 看(八代・安住) 建(松本) 母性(高野) 第3チーム 12名 小学校高学年児童の生活 実態調査及び医学生理学的 検査——学童の肥満予防の 基礎資料として—— 生(横山・市川・内山) 生(横山・市川・内山) 生(佐藤・加藤) 行(阪上) 第4チーム 7名 効果的な老人保健システ マティックアプローチ——老 人保健法の健康診査事業に ついての評価企画、実環境 の現状分析—— 行(小野寺・星・日野) 疫 (養輪)	第1チーム 9名 建設労働者の健康状態と 生活習慣の実態——東京土建 保険組合江戸川支部の調査 から—— 疫(上畑・藤田・母里・養 輪・丹後) 第2チーム 7名 肥満中高年女性に対する 運動指導と食事指導の効果 の検討——東村山スポーツ 教室参加者の2年後につい て—— 労(市川) 生(板原・大中) 栄(梶本) 行(阪上) 統計 (梶本) 第3チーム 12名 中野区成人保健システム の発展過程とその推進条件 ——成人病検診を通して—— 行政(星) 統(金森) 看護 (島内) 第4チーム 8名 一人暮らしの老人の心の 健康と生活状況との関連に ついて 看(安住・宮里・金子) 人 口(西田・佐藤・勝野・兵井) 第5チーム 8名 保健所における禁煙個別 指導の効果に関する研究 疫(養輪・母里・丹後・藤 田・上畑)	第1チーム 8名 ビル清掃作業の実態と問 題点 生(大中・板原) 労(内山) 建(池田・入江) 地環(田 辺) 第2チーム 9名 建設労働者の腰痛に関す る調査 疫(上畑・藤田・母里・養 輪) 建(徳山) 労(市川) 第3チーム 9名 福祉サービスの利用状況 と介護負担感に関する研究 ——ADL低下老人の追跡調 査—— 疫(藤田・養輪・母里・上 畑) 行政(阪上) 第4チーム 11名 保健所活動のあり方の検 討——壮年期を対象とした健 康に関するアンケートの解 析 看(安住・金子) 行(星) 疫(丹後) 労(神馬) 母子 (養輪) 放射(高崎)	第1チーム 6名 正常・要指導の人々への サービスの検討——5年間の 検討データとアンケートか ら—— 生(佐々木) 労(内山・神 馬) 統(金森) 放射(赤羽) 第2チーム 8名 要介護老人の施設ケア希 望に関する要因についての ケース・コントロール研究 ——老人の在宅福祉サービ ス推進のために—— 疫(藤田・養輪・母里・尾 崎) 統計(梶本) 第3チーム 10名 高齢者の健康と集合住宅 ——健やかに住み続けられ る都営K団地の場合—— 建(松本・池田・鈴木) 生 (大中・板原) 第4チーム 8名 自主組織活動のあり方と その推進要因——東京都中野 区の「野方の福祉を考える 会」をとおして—— 疫(岩永・養輪・母里・尾 崎) 行(星) 看(岩沢)

地との接触が思うようにいかなかったチームは少し疲れ気味に、翌日の最後の院内発表会に臨んだ。

平成2年12月19日本院講堂において、午前10時20分から科目責任者の挨拶の後、同25分から第1チーム『正常・要指導の人々への保健サービスの検討——5年間の検診データとアンケートから——』の発表が、熊江 隆室長（労働衛生学部）の司会で始まった。代表として南 陸男、飯塚奈緒子両氏が色分けした図表を描いた模造紙の前で説明しながら、目的・方法・結果と考察・まとめの順序で進められた。報告書では時間不足のためか、図表や文章が読み難かったが、発表では相当整理され、要領良くまとめられ、解り易くなっていた。持ち時間より4分早く26分間で終わった。4件の質問は、「解析法に関する値の読み方などについて」であり、3000件以上のデータの処理の仕方に工夫の必要性が要求されていた。調査地域（千葉県松戸市健康管理課）の協力者代表として長谷川敦子副婦長は、「自分達だけでは得られない貴重な成果を有効に活用していきたいこと、及び早目にアンケートの立案などに参加したかったこと」を述べられた。

次いで、第2チーム『要介護老人の施設ケア希望に関わる要因についてのケース・コントロール研究——老人の在宅福祉サービス推進のために——』の発表が、星 旦二室長（公衆衛生行政学部）の座長で進められた。演壇上の発表者である石原伸哉、児玉寛子両氏は、OHPを用いて順次説明していった。報告書は、全体的にはまとまっていたが、莫大な数値を示した表が多いので、散漫な印象を与えていた。しかし、発表では3分だけの超過と、説明や図表も整理されて使われ、比較的上手にまとめていた。最近話題になっているテーマだけに、質問の内容も、「対象者の転出入や在住年数、痴呆性の老人の場合の対処方法、副介護者の定義の明確化などに関するもの」で、質疑応答の持ち時間15分に対して9分も超過する程活発であった。調査協力機関である東京都品川区役所老人福祉課の牧野賢三課長は、「現場では感覚的にしか把握していないものが数値で示されたので、ディ・ケア制度の利用者数増加など行政上でも対応し易くなった」と述べられた。

昼食後、1時30分から第3チーム『高齢者の健康と集合住宅——健やかに住み続けられる生活条件：

都営K団地の場合——』の発表が、入江建久部長（建築衛生学部）の座長で行われた。松本敬子、松本佳子両女史のスライドを用いての発表は、表が多かった報告書の内容を工夫してまとめていた（29分間）が、質疑においては「アンケートの意図とそのデザインとの適合性、集合住宅の居住環境条件の重要性、理想的住宅を目指す方策に対する成果の具体化や還元方法、建築物と人間性の優先度など」多くの問題点が出された。チームとしては「合臨で現状把握が出来、状況改善を考える切掛けを与えたことに意義を見つけた」ことを強調していた。調査地域の東京都北区赤羽保健所の奥倉嘉子主査は、「今回の調査により浴室などの問題点が明示されたり、入居時に若かった者がそのまま住み続け、現在は高齢者になった状況変化が数字で表われ、これを多くの文献などで詳しく説明されたことにより、住民だけでなく保健婦などの住宅に対する関心度が高まり、また保健所などの公的機関もデータを活用出来ることなど」高い評価を下された。また、地元住民である生活建築研究所の新井啓一所長は、建築の専門家として、「今回の調査結果は今後の住宅改善を目指す高齢者対策を具体化するために役立つ」との評価をされた。

最後の第4チーム『自主組織活動のあり方とその推進要因——東京都中野区の「野方の福祉を考える会」をとおして——』の発表は、西田茂樹室長（保健人口学部）の座長で進められた。石橋亮一、中俣和幸、和田耕太郎、梶川敦子の四氏により、図表を含め報告書と同様に要領良くまとめられ34分間で発表された。「自主組織を対象とした意図（理由）」の質問に関連した質疑が活発に行われた。「過去の合臨では住民側だけ、または行政側だけの調査が多かったが、自分達に必要な問題を自主的に話し合い、行政側に提言まで行う活動のあり方を取り上げたことは、保健計画を進める上で非常に良いことである」との意見が出された。一方、「この組織が一般区民の意見を取り上げるためのものではなく、一部の有識者だけが行政への働きかけを主目的としたものなら問題があるのではないか」との指摘も出された。これに対し、「野方の福祉を考える会」の石川誠一会長は、「7つの視点（会の設立目的が明確化していること、目的が全うされていること、住民の入会がし易いこと、活動のための運営が円滑であ

ること、会自体に成長能力を備えていること、協力会員のためにもなっていること、波及効果があること）から、住民と行政のためになることを一緒に考えて活動していること」を説明された。また、中野区社会福祉協議会の根本正夫事務局長も、「今回の調査はこの会が作られて1年半での状況であり、3年後を目指し、公衆衛生院衛生統計学部 桑原治雄室長の指導のもとで保健婦との連携を強め、活動を充実させたい」と話された。

総括質疑応答の最後に、高石昌弘院長は、「今回は、いっしょに充実した内容であり、また質の高い質疑応

答がなされたことから、実践性を重んじる公衆衛生学においても、得られたことに対して科学的裏付けは大切であることが実証されたと思われる。公衆衛生院の合同臨地訓練は、現在選択科目ではあるが、かつては必修科目でもあり、他に例のない大事な教育科目である。多職域の学生と一緒に、フィールドで一つの問題に取り組む実習を行い、そこで得られたことをそれぞれの職場で活用されることを望んでいます」との意見を述べられた。午後4時近く予定通り発表会が終了したことにより、本年度の合臨の全日程も無事終了したのであった。

〈教育報告〉

正常・要指導の人々への保健サービスの検討
—— 5年間の健診データとアンケートから ——

合同臨地訓練報告 第1チーム：南 陸 男・大 友 由紀子・飯 塚 奈緒子・
河 上 浜 子・山 口 真由美・斉 藤 貴久江
指 導 教 官：佐々木 昭 彦・内 山 巖 雄・金 森 雅 夫・
神 馬 征 峰・赤 羽 恵 一

I. はじめに

現行の地域保健における健診サービスは、成人病予防の対象となるべき「正常」または「要指導」の人々が満足するような保健指導の方法を欠いている。また、労働、日常生活の変化、健康状態、健康観などの保健情報と保健サービスがどの様に関わり合っているのか十分に吟味されていない。とくに職業構成の多彩な都市では、地域住民の多様性を仮定できないことが地域保健サービスを難しくする。このような情報を個別性の強いライフスタイルと結びつけたまま把握することは難しい。人生の各段階ごとの生活課題をもつライフステージを想定して、より普遍的に把握し、保健活動に利用することは可能であろう。その中で人々が生活の質や保健サービスをどのように理解し、行動しているか判断することが重要である。

そこで、千葉県松戸市に在住する40歳台、50歳台の人々を対象とし、過去5年間の健診データを分析するとともに、継続して受診している人々にアンケート調査を行なった。このような情報の入手と健診データを関連づけ、今までの健診サービスの意図を人々がどのように理解し、行動し、情報交換を評価したか、さらに今後どのような保健サービスが可能かを検討した。

II. 調査の対象と方法

松戸市の住宅地域であるT地区で、老人保健法に基づく集団または個別健診を昭和61年度、平成2年度ともに受診した905人の中から、昭和61年度総合判定で「正常」または「要指導」とされた683人（60歳未満）を選んで、平成2年11月に郵送によるアンケート調査を行なった（健診について感じていること、健康のために

実行していること、社会背景、生活背景等）。アンケート回答者（以下、回答者とする）の健診データから、血中総コレステロール値、最高/最低血圧、肥満度（厚生省方式）について昭和61年度と平成2年度の健診結果の変化をアンケート内容と関連づけて分析した。

また、両年の血中総コレステロール値の平均値と標準偏差(SD)を計算し、各個人の両年の総コレステロール値の差によって、①上昇群 $\geq +1$ SD；②平均値 $\leq$ 変化なしA群 $< +1$ SD；③ -1 SD $<$ 変化なしB群 $\leq$ 平均値；④下降群 < -1 SDの4群に分け、アンケートの各項目について比較した。

III. 調査結果

1. 健診データの分析

昭和61年度と平成2年度の検査値の比較では、年齢に関わりなく女性では最高と最低血圧、血中総コレステロール値に、また男性では最低血圧に有意な上昇がみられた。また昭和61年度の総合判定で「正常」と「要指導」に分けて、昭和61年度と平成2年度の血中総コレステロールの変化をみると、上昇群では「正常」の人が「要指導」の人より多かった（表1）。

血中総コレステロールの上昇群の女性70人のうち、「正常」から「要指導」あるいは「要医療」に変化した人は36人、「要指導」から「要医療」に変化した人は13人であった。

血中総コレステロールの上昇群と、下降群の肥満度を20%以上の肥満者の割合で比較すると、上昇群は18.2%から26.3%に増加し、下降群は25.8%から15.1%に減少した。血中総コレステロールの増加と肥満度は関連している傾向がみられた。

2. アンケート結果の分析

表1 アンケート回答者の血中総コレステロール値の変化の分布(女性)

年 齢	総コレステロール (昭和61年度)	上 昇 群	変化なし A 群	変化なし B 群	下 降 群	計 人 (%)
50歳未満	正 常	35 (17.0)	82 (39.8)	73 (35.4)	16 (7.8)	206 (100.0)
	要 指 導	7 (10.2)	15 (21.7)	32 (46.4)	15 (21.7)	69 (100.0)
50歳以上	正 常	22 (25.9)	31 (36.4)	27 (31.8)	5 (5.9)	85 (100.0)
	要 指 導	6 (10.0)	17 (28.3)	19 (31.7)	18 (30.0)	60 (100.0)

アンケート回収率は男60.3%, 女68.5%であった。95%以上の人が平成2年の健診結果を覚えていた。「要注意」の内容は総コレステロール値の異常と答えた人が最も多く(53.9%), 年齢別にみると50歳以上の人に有意に高かった。過去5年間の健診受診回数は平均4.6回であり、95%の人は集団健診を1回以上利用していた。初回受診(昭和61年度)の理由では「受診は自分からすすんで」という回答が87.9%を占めた。現在までの継続受診の理由は、「健康チェック」が84.1%, 「受けておくと安心だから」が69.4%の順に多かった。後者の理由は50歳未満の人に有意に高かった。

回答者の98.6%の人は健康のために食事・運動・休養に関することを実行し、その項目数の合計は平均6.2個だった。

健康のために実行し始めたきっかけを、「健診をうけて」と答えた人は全体の53.2%を占め、健診は健康に対する意識や行動を見直す機会として有効であることを示した。

「健診が健康のために実行するきっかけになった」という人が昭和61年、平成2年度ともに「要指導」で有意に高かった。しかし健康のために実行している項目数では「正常」と「要指導」の群間には有意差がなく、健診の総合判定の違いが特定の保健行動を起こすきっかけになっていたか否かは明らかではなかった。

人生における重大な経験として取り上げたライフイベントの中で、「自分の病気、親兄弟の死、配偶者の死・

病気」を経験した人は、そのことが「健康のために実行していること」のきっかけとなっていた。

家族形態は核家族世帯が86%を占め、家族人数は4人が多かった。職業は専業主婦49.5%, パート勤務30%, 自営業12%であった。パートは常勤に近い勤務状態だったが、現在働いている207人の70%は「仕事による生活への支障はない」と回答していた。

3. 総コレステロール値とアンケートとの関連

昭和61年度と平成2年度の健診データから分けた上述の4群間で、受診回数・実行していることの項目数・ライフイベントの個数・仕事による生活への支障の有無等を比較した(表2)。総コレステロール値で分けた場合「食事について実行している」項目数に4群間で有意差が認められた。食事に十分気を使っている人々の中でも、血中総コレステロール値の経年変化をみると、有意に上昇している例と、下降している例がみられた。なお、最高血圧値、最低血圧値で同様に分けた場合は項目による差はなかった。

過去5年間の健診受診回数、結果説明会に対する反応、ライフイベントの個数、病気や死に関する経験の有無、仕事による生活への支障の有無については、いずれも4群間に有意差がなかった。

血中総コレステロール値がやや減少した「変化なしB群」では、健康のために実行していることの項目数が少ない人が多かった。

「変化なしB群」では「食事について実行している

表2 血中総コレステロール値の変化からみたアンケート回答の比較 人(%)

アンケート回答	血中総コレステロール変化(420人)				
		上昇群	変化なし A群	変化なし B群	下降群
過去5年間の健診受診回数	2～4回	28(40)	49(34)	46(31)	19(35)
	5～10回	42(60)	96(66)	105(69)	35(65)
「結果説明会が聞けた」	あり	11(16)	27(19)	22(15)	12(22)
	なし	59(84)	118(82)	129(85)	42(78)
「健康のために実行していること」の項目数	0～6個	35(50)	73(51)	99(66)	35(50)
	7～10個	35(50)	71(49)	52(34)	35(50)
「食事で実行していること」の項目数	0～3個	37(52)	84(58)	107(71)	29(54)
	4～7個	33(47)	61(42)	44(29)	25(46)
経験したライフイベントの個数	0～1個	52(74)	102(70)	122(81)	42(78)
	2～5個	18(26)	43(30)	29(19)	12(22)

こと」の項目数が少ない人が有意に多いが、上昇群と下降群では「食事」について4個以上実行している人が多かった。上昇群と下降群を「食事」の実行項目数で2群に分け、5年間の血中総コレステロール値の変化を比較したが、有意差がなかった。しかし上昇群では4個以上実行しているひとは、4個未満の人よりも+20%以上の肥満者は少なかった。

上昇群、下降群の中で、「食事」の実行項目が4個以上のみを選び、アンケート項目を比較した。上昇群では、平成2年に「要注意」と言われた人が多かったが、「血中総コレステロール値で要注意」と回答した人の割合は両群で差がなかった。また、上昇群では、健康のために始めたきっかけを「健診をうけて」とした人が多かった。

IV. 考 察

回答者のほとんどは、ほぼ毎年健診を受けていた。「健康チェックのため」という自主的な目的を持って健診を受診している人々が多く、ほとんどが食事、運動、休養について、なんらかの保健行動を実行し、健康意識の高い集団であった。しかしながら、昭和61年度健診時の「正常」から、5年後に「要指導」・「要医療」へと移行した人々が今回の調査集団の24%に認められた。これらの人々の年齢がいままで保健サービスの対象になりにくかった40～50歳台ということを考慮する

と、今後、健康を維持、増進できるように働きかけることが成人病予防上必要である。このような潜在的リスクを持つ人々を同定するためには、検査値の変化を把握し、どの範囲の変動を問題としてとらえるかが今後の課題である。

血中総コレステロール値の5年間の変化と、アンケート結果の関連性を見ると、上昇群と下降群は「食事で実行していること」の個数の多い人が、変化なしA群とB群と比べて多かった。このことは、自分なりに食事に気を付けているという人でも、血中総コレステロール値の変化は、上昇する場合と下降する場合があることを示している。下降群については、健診の判定結果に従って生活行動を変えた人であるのか、あるいは元々健康への関心が高い人であるのかははっきりしなかった。アンケートの中で、保健行動のきっかけが「健診を受けて」という回答が多かったことから、健診で検査値が上がったと説明を受けたりすることは、受診者が行動変容を起こす動機づけとなっていることが十分うかがえる。上昇群については①血中総コレステロール値が上昇したので食事に気を付けるようになった場合、②努力していたが血中総コレステロール値に反映されない場合、③食事だけでは改善されにくい内因性の場合があり、さまざまなアプローチが必要である。

本調査から、現在使われている健診データを、経年

的に分析することにより、正常領域の人々でも保健指導の対象となる人がいることがわかった。また、アンケートを加えることによって、生活の実態や健診データの解釈に深みがでて、より相手にあった保健サービスを提供できる可能性が考えられる。

さらに、本調査で取り上げた年代の人々は「親・兄弟の死」などライフイベントの経験も増え始め、健診とは関係なく、自らの健康に対する関心を持つ機会も多くなる。また、対象者の大半をしめる主婦は、家族の健康を管理する立場にあり、家族の健康行動に与え

る影響も大きい。健診の場を通じて健康意識を高めるよう働きかけることも、健診の役割の一つであるといえ、今後の課題であろう。

以上のことから、健診は受診者が身体の状態を正しく理解し、健康行動を起こせるようにする事が大切である。そのためには、人々が実行していることを客観的に評価し、健康上の目標を持てるように生活習慣と生活背景を情報として蓄積し、適切な健診体制を形成する必要がある。

〈教育報告〉

要介護老人の施設ケア希望に関わる 要因についてのケース・コントロール研究

合同臨地訓練報告 第2チーム：石原伸哉・太田英代・萱島伸子・
児玉寛子・難波貴代・榛澤ゆかり・
増田典子・森千代子
指導教官：藤田利治・簗輪眞澄・母里啓子・
尾崎米厚・橋本修二

I. はじめに

人口の高齢化にともない、要介護老人人口も増加の一途をたどっている。従来の日本型家族構造のもとでは、在宅介護が中心であったが、産業構造の変化・人口構成の変化・核家族化等から、施設介護へと移ってきた。だが、棄老・寝かせきり介護・医療費の増加など施設介護に関わる問題が指摘され、現在は在宅介護が推進されてきている。

厚生省では、平成2年度より高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）を開始した。このプランの目的は、デイケア、ショートステイ、ヘルパー派遣等の在宅福祉サービスを充実させ在宅介護を推進することである。しかし、老人ホーム入所希望や社会的入院の増加が指摘されているように、在宅介護を困難にしている種々の要因が存在していると考えられる。

品川区でも特別養護老人ホーム（以下、特養と略す）など施設入所待期者が増加傾向にあることが問題になっている。今回、老人の在宅福祉サービスの推進のため、要介護老人が施設入所希望にいたる要因を明らかにすべくケース・コントロール研究を行なった。

II. 研究方法

1. 調査地区の概況

品川区の人口は平成2年4月1日現在で335,508人、世帯数は151,822世帯で、一世帯あたりの人数は平均2.2人である。65歳以上の人口は39,387人（11.7%）で年々増加している。

老人福祉手当は、65歳以上の老人で、寝たきりの状態が3カ月以上継続し、なお継続すると認められた者

を対象として、最高で月額41,000円を支給するものである。支給対象人数は、平成元年度1,510人で、65歳以上人口の3.8%であった。ここ数年の支給対象者は、新規認定及び消滅が月々50人前後で安定している。老人福祉手当は要介護老人が最も利用するサービスであり、追跡調査によって長期間にわたる寝たきり状態が続く老人のかなりの部分が早晩支給されていることが明らかにされている。

品川区の平成2年3月31日現在の特養入所者は428人で、65歳以上人口の1.1%であった。高齢化に伴う要介護老人数の増加によって、施設（特養）の需要と供給とのアンバランスが顕在化し、現在では入所待期者が215人という状態である。

2. 対象者

1990年4月から9月までの半年間に品川区において特養入所申請をした老人の総数は、111人であった。このうち、入所申請以前に老人福祉手当を支給されていたのは50人であり、これをケース群とした。これらケース群は少なくとも3カ月以上の寝たきり期間が継続した後に、老人福祉手当が支給され、なおかつ施設介護の希望が顕在化した老人と考えられる。すなわち、在宅介護を阻むなんらかの要因が克服されれば、在宅介護の継続が期待される老人をケース群として設定したことになる。また、本調査では事前に老人福祉手当を支給されていない老人を除外したことから、寝たきり状態が発生して短期間のうちに、緊急の必要性から施設介護希望に至った老人の多くが含まれていないと考えられる。

コントロールとしては、ケースと同様に寝たきり状態が比較的長期間にわたり、性および年齢が一致した

老人をとることにした。具体的には老人福祉手当支給台帳を用いて、各ケースについて手当申請時期（1カ月以内）、性および年齢（2歳以内）が一致した老人で、しかも在宅介護を受けていると判断された老人をコントロールとした。ケース1人に対してコントロール2人の割合で抽出したが、マッチング条件を満たすコントロールを1人しか発見できなかったケースが存在したために、コントロール群は96人となった。

以上のように、本調査では比較的長期間の寝たきり状態にある老人を対象として、性および年齢の影響を制御した上で、施設介護希望の顕在化に関わる要因についての検討が可能なケース群およびコントロール群を設定したことになる。

3. 調査方法および回収状況

本調査は、学生による訪問聞き取り調査法で1990年11月下旬10日間をかけて実施した。訪問前に依頼書を郵送し、原則として主介護者への面接を行なった。

回収結果は、協力を得られた者96名（回収率65.8%）であった。そのうち有効回答は91名で、ケース群31名、コントロール群60名であった。コントロール群の条件に合致しない、入院型の介護タイプと判断された5名は無効回答とした。調査不能の理由は、拒否23名、長期不在3名、転出5名、住所不明9名、その他8名であった。

4. 調査内容

特養申請時点（コントロール群については対応時点）とそれ以前の寝たきり状態の初期時点あるいはその間の変化を、以下の諸点について調査した。

要介護老人の背景：性、年齢、寝たきり期間、寝たきり原因、在宅期間、介護タイプなど

要介護老人の要因：ADL（日常生活動作能力）の低下程度、痴呆の有無、問題行動、意志疎通の障害の有無

介護者の要因：家族構成、主介護者の就業・健康状態、補助介護力、身体・精神・社会的負担度

その他の要因：住居、経済状態、在宅福祉サービスの利用など

5. 解析方法

介護負担要因については、要介護老人要因、介護者要因、その他の要因に大別した。それぞれの要因を構成する変数はカテゴリ化および点数化したものが多

いため、表1にその定義を示した。

検定は χ^2 検定、Mann-WhitneyのU検定、t検定およびMcNemar検定を用いた。

III. 結 果

1. ケース・コントロール両群の背景

マッチングさせた各々の項目（性、年齢、寝たきり期間）について、性および年齢の分布は、両群ではほぼ等しかった。寝たきり期間については、事前にマッチング項目とすることは不可能であったが、老人福祉手当申請時期をマッチングさせることによって、ある程度両群の分布を等しくしようと予想されたものである。しかし、差があるとはいえないもののコントロール群の寝たきり期間が若干長くなった。

寝たきり原因で最も多いものは両群とも脳血管疾患（ケース群38.7%、コントロール群25.0%）で、ケース群では転倒・骨折（19.5%）、老衰（16.1%）が続く、コントロール群では神経痛・リウマチ（11.7%）が

表1 変数のカテゴリ化および点数化

要介護老人の年齢	5歳階級に層化
ADL	寝たきり初期と特養申請時の2時点における各ADLの程度を、自立（1点）、部分介助（2点）、全介助（3点）とし、総合点数15点満点で点数化した
会 話	寝たきり初期と特養申請時の2時点における理解の程度を、理解できる（1点）、何とか理解できる（2点）、理解できない（3点）とし、点数で経時的変化をみた
問題行動	自由回答により得た症状を、厚生省の「ばけ老人にみる行動異常12分類」に照合させ分類した
主介護者の年齢	5歳階級に層化
主介護者の続柄	嫁、娘、息子、配偶者、その他の5つに分類した
家族構成	独居、老人世帯、老人と未婚子、老人と既婚子、三世帯同居の5つに分類した
就労日数・時間	週の就労実日数を取り、日数×1日就労時間で週労働時間を計算した
主介護者の負担感	自覚症状20項目を身体的負担（7項目）、精神的負担（6項目）、社会的負担（7項目）に分類し、症状があるものを1点、ないものを0点とし合計した

続いた。

在宅期間について、コントロール群と比べケース群では在宅期間が短く、6カ月未満のものがケース群では65%と多かった。

介護タイプは、寝たきり期間に対する在宅期間の割合や入院歴から調査員が評価したものである。ケース群では在宅型29%、入院型71%であり、コントロール群は全員在宅型であった。

要介護老人の調査時点での居場所、ケース群では68%が入院中であり、コントロール群では88%が在宅していた。

2. 要介護老人要因の比較

要介護老人要因に関する結果の一部を表2に示した。ADLは歩行、着脱、排泄、入浴、および総合ADL得点について、寝たきり初期時点と特養申請時の2時点で比較した。

寝たきり初期時点では、ADLの全ての項目で両群に差はみられなかった。特養申請時では、歩行についてケース群ではコントロール群よりADLが低かった。総合ADL得点は、特養申請時にケース群でやや低い傾向がみられた。

また、寝たきり初期と特養申請時の2時点でADLの変化では、ケース群において、歩行のADLが有意に低下し、総合ADL得点も低下の傾向がみられた。これに対しコントロール群では2時点のADLに大きな変化はなかった。

会話理解度、痴呆の有無、問題行動の有無については両群に大きな差はみられなかった。

3. 介護者要因の比較

介護者要因に関する結果の一部を表3に示した。

主介護者は、両群とも女の割合が高く、続柄では配偶者が最も多かった。主介護者の年齢はケース群でコントロール群より高齢の傾向がみられた。

家族構成では、ケース群では老人世帯(32.8%)が多いのに対し、コントロール群では三世帯同居(45.0%)が多く、家族構成に関して両群に差がみられた。

家族人数をみると、ケース群では独居もしくは二人暮らしが58%と多く、ケース群では家族人数が有意に少なかった。

副介護者の人数では、副介護者が「全くいない」と

表2 要介護老人要因 (ADL)

	ケース群 (%)	コントロール群 (%)	検 定
歩行 (寝たきり初期)			
自 立	9(22.0)	23(38.3)	Z=0.40
部分介助	10(32.3)	13(21.7)	
全 介 助	12(38.7)	24(40.0)	
歩行 (特養申請時)			
自 立	4(12.9)	14(23.3)	Z=2.92**
部分介助	6(19.4)	27(45.0)	
全 介 助	21(67.7)	19(31.7)	
	$\chi_M=4.27^*$	$\chi_M=0.00$	
総合 ADL 得点 (寝たきり初期)			
平 均 値	9.87	10.08	t=0.26
標準偏差	3.54	3.68	
総合 ADL 得点 (特養申請時)			
平 均 値	11.26	10.03	t=1.87*
標準偏差	2.84	2.97	
	$t_p=1.96^+$	$t_p=0.10$	

χ_M : McNemar検定

Z : Mann-WhitneyのU検定

t : 平均値の差の検定 (対応なし)

t_p : 平均値の差の検定 (対応あり)

+ : $p<0.1$

* : $p<0.05$

** : $p<0.01$

答えたものは、寝たきり初期時点ではケース群が55%、コントロール群が28%であり、特養申請時点では各々68%と30%であった。すなわち、ケース群はコントロール群より副介護者の人数が少なく、かつ経時的にその差が拡大した。

主介護者の就労・健康状態、介護負担度については両群に差はみられなかった。

4. その他の要因の比較

住居環境について、ケース群では部屋数がコントロール群より有意に少なかった。

経済状況に関しては両群に差はみられなかった。在宅福祉サービスの利用では、ケース群で家庭奉仕員の派遣を利用したものが多く、コントロール群でデイケアを利用したものが多かった。その他のサービスでは両群に差はみられなかった。

表3 介護者要因

	ケース群 (%)	コントロール群 (%)	検 定
家族構成			
独 居	3(9.7)	0(0.0)	$\chi^2=9.87^*$
老人世帯	10(32.3)	12(20.0)	
老人と未婚子	8(25.8)	16(26.7)	
老人と既婚子	3(9.7)	5(8.3)	
三世代同居	7(22.6)	27(45.0)	
家族人数			
1 人	1(3.2)	0(0.0)	$Z=2.70^{**}$
2 人	17(54.8)	18(30.0)	
3 人	5(16.1)	14(23.3)	
4 人	4(12.9)	9(15.0)	
5 人	3(9.7)	9(15.0)	
6 人	0(0.0)	7(11.7)	
7 人	1(3.2)	3(5.0)	
副介護者の人数			
寝たきり初期			
0 人	17(54.8)	17(28.3)	$Z=2.37^*$
1 人	7(22.6)	20(33.3)	
2 人	6(19.4)	16(26.7)	
3 人	1(3.2)	7(11.7)	
特養申請時			
0 人	21(67.7)	18(30.0)	$Z=3.41^{***}$
1 人	6(19.4)	19(31.7)	
2 人	3(9.7)	16(26.7)	
3 人	1(3.2)	7(11.7)	

χ^2 : カイ2乗検定
 Z : Mann-WhitneyのU検定
 * : $p < 0.05$
 ** : $p < 0.01$
 *** : $p < 0.001$

IV. 考 察

要介護老人を抱える家族が在宅介護を継続するためには、種々の因子が関連すると考えられるが、本調査ではこれら要因を要介護老人本人の要因、介護者の要因、その他の要因の3つに大別して調査した。

まず要介護老人本人の要因では、ケース群において総合ADL得点が時間の経過とともに低下していた。両群の寝たきり期間には差がなかったため、これはケース群に疾患の進行にともなったADLの低下多くみられ、それが家庭介護の継続に大きな支障となった

ことを示唆するものである。

さらにADLの歩行に注目すると、ケース群では申請時に有意に低下しており、またコントロール群に比べて全介助を必要とする者が多かった。歩行に全介助を必要とするということは、主介護者のみでなく数人の人手を要すると思われ、歩行能力低下は介護負担の増大要因と考えられる。

介護者側の要因として施設介護希望と強く関連していたのは、家族人数、家族構成、副介護者の人数であった。老人と既婚子あるいは三世代同居という家族構成、また家族人数の多さが在宅介護を可能にする要因であることは報告されており、今回の調査結果はこれと一致する。

家族人数とも関連するが、寝たきり初期時点で副介護者数が多いことも在宅介護を可能にするひとつの要因と考えられる。さらに、コントロール群では寝たきり期間中に副介護者の人数はほとんど変化しなかったのに対し、ケース群では寝たきり期間中に副介護者の人数が減った場合が多かった。この点は、ケース群ではADLの低下に伴いより多くの介護力を必要としているのに、実際には逆に介護力が減少していることを示唆するものである。

その他の要因に関しては、まず両群には住居の部屋数に有意の差があり、4部屋以上の住居に住む者の割合は、ケース群が39%でコントロール群が62%であった。部屋数は家族構成と関係があると思われ、ケース群に老人のみの世帯が多く、コントロール群に三世代同居が多いことを反映しているものと考えられる。今後、在宅介護を進めるにあたり、住居環境からの対応を考慮する必要を示唆している。

V. おわりに

わが国では、核家族化による家族構成の小規模化が進んでいる。要介護老人をかかえる家族も同様で、老人夫婦のみの世帯や独居老人の割合も増加している。三世代同居家庭でも、これまで老人介護の担い手であった女性の就労や価値観の変化により、女性にのみ介護をゆだねる時代ではなくなっている。従って三世代同居家庭でも家庭の介護力は低下してきているといえよう。

本調査の結果からは、現在在宅介護がおしすすめら

れているにも関わらず、社会的入院をしていると思われる老人が非常に多いということがいえる。介護力の強化を目的に、デイケア・ショートステイ・家庭奉仕員派遣などが推進されているが、実際には家族の介護力に大きく依存している現状である。今後、家族から

の SOS に敏感に対応できる在宅福祉システムを早期に確立することが望まれる。また、要介護老人の ADL 低下は介護負担に影響していることから、要介護老人の ADL 低下を防止する対策も必要であろう。

〈教育報告〉

高齢者の健康と集合住宅 —— 健やかに住み続けられる生活条件：都営K団地の場合 ——

合同臨地訓練報告 第3チーム：松本敬子・劉 瑜・小林理恵・
永口裕子・松本佳子・宇都宮小夜・
津留崎京子・松下キヨ子・檜木直子・
梁 洋子
指導教官：松本恭治・池田耕一・鈴木 晃・
大中 忠勝・栃原 裕

I. はじめに

わが国の老年人口割合、西暦2000年には約16%になると推定されているが、調査対象とした都営K団地では、すでに約18%と著しい高齢化が進行している。

特に、高度経済成長時代の首都圏においては、住宅需要が急増し、K団地に代表されるような多くの集合住宅が建設された。現在、居住30年あまりを経て居住空間の狭さや住居設備の不備の問題は、高齢者の身体機能低下をも合わせて考えた場合、これらの人々がK団地に住み続けられる条件が揃っているとは言いがたい。

そこで、本研究では、保健・医療・福祉の視点から、集合住宅において高齢者が健やかに住み続けるために必要な生活条件を提案することを目的とし、アンケート調査の結果に基づき検討したので報告する。

II. 調査方法および対象者

1. 調査地域の概要

調査対象地域のK団地は、東京都北区の北西部の高台に位置しており、昭和29年から51年にかけて建設された。

団地面積は、団地の住宅施設を含む範囲で450,454 m²、戸数4988（今回の対象外住戸258戸を含む）と23区最大の都営団地である。

建設年次は昭和30年代が大半を占めている。階数構成では4階建てが主体で、その他5階建て、6階メゾネット（一戸が2階建てとなっている集合住宅）住棟、14階建てがある。エレベーターは14階建てにのみ付設

されている。住戸タイプの中心は2DKで、中でも6畳、4.5畳、DK（3～4.5畳程度）の規模のものが大半を占めている。

平成2年1月1日現在の住民基本台帳に基づく、年齢別人口では、K団地の人口12,502人のうち、年少人口10.9%、生産年齢人口71.0%、老年人口18.1%と高齢化が進んでいる。昭和60年の国勢調査によると、65歳以上親族のいる世帯が28.5%を占め、北区の20.7%に比べて高い。

2. 方法

2.1 関連機関からの情報収集

調査を始めるにあたって、事前に、保健所、団地自治会役員、福祉事務所、地元診療所、ディホーム、民生委員等よりK団地及び住民についての情報を収集した。

2.2 住民基本台帳の分析

住民基本台帳よりK団地で65歳以上の人がいる世帯を抽出した。K団地の65歳以上の人のいる全世帯の世帯構成型、居住階数、間取り、建設年次などの居住状況を分析した。

2.3 アンケート調査

平成2年11月13～20日に、K団地に居住する65歳以上の人がいる全世帯（1689世帯）を母集団にして、任意系統抽出法により1/5（336世帯、431人）を抽出し、アンケート調査を実施した。調査方法は原則として留め置きとし、直接訪問して、回収時に一部聞き取りにした。回答は241人より得られた（回収率55.9%）。

Ⅲ. 結 果

1. 住民基本台帳からの分析

表1に示すように、65歳以上の高齢者のいる住戸をみると、建設年次「昭和31年～35年」のもの1937戸中875戸が高齢者のいる世帯であり、その比率は45.2%となる。建設年次「昭和36年～40年」では、1,857戸中579戸が高齢者のいる世帯であり、その比率は31.2%で、建設年次が古いものほど高齢者の割合は高かった。さらに詳しく「独居型（65歳以上の単独世帯）」「複数型（65歳以上のみの複数世帯）」「同居型（65歳以上と65歳未満から構成される世帯）」別にみてみると、建設年次「昭和31年～35年」の住宅で高齢者のいる875世帯中、「独居型」275世帯、「複数型」207世帯となり両者を合わせた65歳以上のみの占める割合は、55.1%であった。この比率も建設年次が古いほど高くなっている。

表2に示すように、65歳以上の高齢者のいる世帯を

みると、廊下型は階段型に比べ若干比率が高いが、「独居型」「複数型」「同居型」の世帯構成別の比率はほぼ同じであった。

表3に示すように、高齢者世帯の占める比率は1階が44.9%であり、2階以上は約30%で、1階が若干高いものの、他の階の間では大差はみられない。

2. アンケート調査

2.1 回答者の属性

回答を得た241人の性・年齢別構成を表4に示した。女性の比率が東京都の「昭和60年度老人の生活実態調査（一般調査）」¹¹（以下都調査と略す）の55.8%と比較すると63.1%で高かった。入居後世帯人員変化（表5）をみると、単身者や2人世帯が多くなっていた。居住年数（表6）については、20年以上居住している人が60.1%であったが、4年以下の人10.8%いた。

2.2 健康

体の具合に関する本人の意識を表7に示した。「大

表1 建設年次別高齢者のいる世帯の割合

	K団地 全戸数	高齢者世帯戸数 (%)			
		全世帯	独居型	複数型	同居型
s 31～35	1937	875(45.2) (100.0%)	275(14.2) (31.4%)	207(10.7) (23.7%)	393(20.3) (44.9%)
s 36～40	1857	579(31.2) (100.0%)	218(11.7) (37.6%)	95(5.1) (16.5%)	266(14.3) (45.9%)
s 41～45	716	190(26.5) (100.0%)	51(7.1) (26.8%)	39(5.4) (20.5%)	100(14.0) (52.6%)
s 46～50	190	42(22.1) (100.0%)	8(4.2) (19.1%)	5(2.6) (11.9%)	29(15.3) (69.0%)
s 51～	30	3(10.0) (100.0%)	1(3.2) (33.3%)	0(0.0) (0.0%)	2(6.7) (66.7%)
計	4730	1689(35.7)	553(11.7)	346(7.3)	790(16.7)

表2 廊下・階段型別高齢者のいる世帯の割合

	K団地全住戸数 (%)	高齢者のいる世帯 (%)			
		全世帯	独居型	複数型	同居型
廊下型	2,734(57.8)	1,008(36.5) (100.0)	338 (33.5)	197 (19.5)	473 (46.9)
階段型	1,996(42.2)	681(34.1) (100.0)	215 (31.2)	149 (21.9)	317 (46.5)
計	4,730	1,689	553	346	790

表3 住居階別高齢者世帯割合

	K 団 地 全世帯戸数	高齢者世帯 戸数 (%)
1 F	1,117	502(44.9)
2 F	953	350(36.7)
3 F	1,166	388(33.3)
4 F	953	286(30.0)
5 F以上	541	163(30.1)
計	4,730	1,689(35.7)

変よい」「ふつう」を合わせて69.3%を占めるが、都調査と比較すると「大変よい」が若干少なかった。

階段昇降について表8に示した。「ふつうにできる」「手すりを使ってならできる」という人は98.0%で、ほとんどの人が歩行も階段昇降も自力でできていた。

「病気で寝込んだ時休める部屋がありますか」とい

う質問では70.1%の人が「ある」と答えていた。

3カ月以上寝たきりになった場合（長期療養）の介護について表9に示した。4～5日程度病気で寝込んだ時（短期療養）の介護人は「同居の親族」「別居の親族」を合わせると約85%の人が親族に期待していたが、3カ月以上寝たきりになった場合では、64.3%の人が「入院する」と答えていた。

2.3 住まい

住宅評価（満足度）を図1に示した。部屋の広さや間取りについて満足している人が約62%、一方物置や押入の広さについて不満の人は約60%であった。しかし住環境全体の評価では満足している人が多かった。住まいの不満としては「風呂がない」が52.7%で特に多く、その他にも「カビ」「結露」などがあった。住宅の中で生活しやすいように改造や工夫をしていた人は38.2%で、その内容としては「風呂をとりつけた」33

表4 性・年齢別構成

	年 齢 構 成				性		計
	65歳 69歳	70歳 74歳	75歳 79歳	80歳 84歳	男	女	
回 答 者(人)	81	76	56	28	89	152	241
同 構 成 比(%)	33.6	31.6	23.2	11.6	36.9	63.1	100.0
K団地の高齢者(人)	736	644	443	327	839	1,311	2,150
同 構 成 比(%)	34.2	30.0	20.6	15.2	39.0	61.0	100.0
東 京 都(人)	1,650	1,352	815	667	1,983	2,501	4,484
同 構 成 比(%)	36.8	30.1	18.21	14.9	44.2	55.8	100.0

表5 世帯構成人員変化

	現 在 人 (%)	入 居 時 人 (%)
総数	241(100.0)	241(100.0)
1人	60 (24.9)	8 (3.3)
2人	134 (55.6)	70 (29.0)
3人	35 (14.5)	45 (18.7)
4人	7 (2.9)	43 (17.8)
5人	5 (2.1)	36 (14.9)
6人	0	21 (8.7)
7人	0	10 (4.1)
8人	0	4 (1.7)
不明	0	4 (1.7)

表6 居住年数

年 数	回答者(%)
30～	52 (21.5)
25～29	73 (30.3)
20～24	20 (8.3)
15～19	17 (7.1)
10～14	16 (6.6)
5～9	20 (8.3)
0～4	26 (10.8)
不 明	17 (7.1)
計	241(100.0)

表7 体の具合

	回答者 実数 (%)	東京都 (%)
1) 大変よい	25 (10.4)	(19.5)
2) ふつう	142 (58.9)	(54.6)
3) よわい	65 (27.0)	(22.9)
4) 病気で長く寝ている	7 (2.9)	(3.0)
無回答	2 (0.8)	(—)
計	241 (100.0)	(100.0)

表8 階段昇降能力

	回答者(%)
1) ふつう	135 (56.0)
2) ゆっくり	60 (24.9)
3) 手すり	41 (17.0)
4) 介助	2 (0.8)
5) 全くできない	3 (1.2)
計	241 (100.0)

表9 長期療養時の介護

	回答者実数 (%)
1) 入院する	155 (64.3)
2) 老人ホーム	4 (1.7)
3) 別居親族に	11 (4.6)
4) 現在の家で	54 (22.4)
5) 在宅サービス	11 (4.6)
6) その他	5 (2.1)
無回答	1 (0.4)
計	241 (100.0)

件、「棚をつくった」23件などがあげられていた。

自宅の風呂の有無は「あり」39.4%、「なし」60.6%で、浴室のスペースの有無と実際の風呂の設置との関係を示した表10をみると、浴室がない場合でも風呂を設置している例が50件あった。

他の階への居住希望の有無については、「今のままでよい」が73.0%と大半であった。また、居住階と他の階への居住希望をみると、「希望あり」は4・5階の人に多い傾向がみられた。

K団地に永住希望を持つ人は84.6%と大半であっ

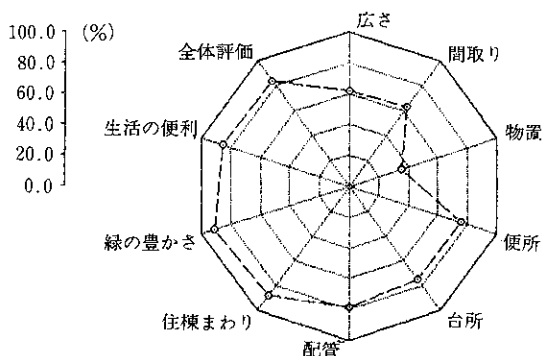


図1 住宅評価 (満足度)

表10 風呂の有無と浴室の有無 (人)

		風呂		計
		あり	なし	
浴室	あり	45	5	188
	なし	50	138	
計		95	143	238

た。今後住み続けていくうえでの不安については階段に関する指摘が多く、足元についての不安やエレベーター設置の要望などが多くあった。

2.4 生活

収入源はほとんどの人が公的年金、恩給であったが、仕事による収入を得ている人も18.7%あった。近所付き合いの程度について表11に示した。「お互い訪問しあう人が何人もいる」「お互い訪問しあう人が少しはいる」という人が63.9%で、都調査の47.0%と比較すると近所付き合いの程度は高かった。

別居している子供（以下別居子と略す）の有無については、「別居子がいる」という人が83.0%、その居住地は東京近県がほとんどであった。

外出頻度は「毎日」という人が71.0%を占め、江東区における調査2) (66.1%)と比較すると高かった。

現在利用している、または利用したいサービスについて表12に示した。「特になし」が77.2%と多かった。なお、「その他」の内容としてはオムツの貸出、マッサージ、床屋、声かけ、ポケットベルの貸出などがあげられていた。

表11 近所付き合いの程度

	回答者実数 (%)	東京都 (%)
1) お互い何人も	95 (39.4)	(24.1)
2) お互い少し	59 (24.5)	(22.9)
3) 立ち話	47 (19.5)	(21.6)
4) あいさつ	30 (12.5)	(21.9)
5) 付き合いがない	9 (3.7)	(4.4)
6) 不明	0 (0.0)	(5.1)
無回答	1 (0.4)	(—)
計	241 (100.0)	(100.0)

IV. 考 察

K団地では、建設年次の古いもののほど、高齢者のいる世帯の割合が高かった。それは小規模住戸という特徴ゆえに、夫婦のみあるいは夫婦プラス小さい子供で入居し、子供の誕生・成長・独立を経てその後も住み続けた結果、高齢の独居あるいは高齢夫婦のみの世帯となったものと考えられる。

1. 健康と住まい

K団地では、傾斜や段差の多さ、狭さのゆえに、住まいの内外を問わず、つまづきや踏み外しなどの事故につながる危険性が高いことが予想される。「家族人数と休める部屋」については(表13)、65歳以上を含む世

表12 利用したいサービスの有無(含利用中)
(複数回答)

総 数	241人(100%)
あ り	48 (19.9)
1) ホームヘルパー	9
2) 訪問看護婦	7
3) 給食サービス	11
4) デイホーム	6
5) 入浴サービス	13
6) 日常生活用具	27
7) 送迎サービス	11
8) そ の 他	18
特 に な し	186 (77.2)
無 回 答	7 (2.9)

帯での3人以上ということは2世代にわたることが多く、2寝室以上が必要となってくる。最低居住水準3)によると3人世帯で2DKとなっているが、高齢者を含む3人以上の世帯にとっては2DKでは住みづらく、おそらく2人が限界の居住スペースではないかと考えられる。

「住居に関する不満」については風呂のないことが最も多く、独自でベランダや台所に簡易形式のユニットバスやシャワー室をつけている人がいた。この浴室は高齢者にとっては浴槽が高く狭いため、事故につながる危険性が高いと考えられる。高齢者が住みやすい集合住宅を考えた場合、老後を考慮した入居階の選択や車椅子の入るエレベーターの設置、引越し可能な時期での住み替えの保障が必要である。その他、今まで暮し続けた環境や友人・隣人等周囲の人々との交流や相互扶助関係は、家庭内介護力の極めて低い高齢者が住み続けるための条件として重要である。

2. 健康と社会生活

「近所付き合いと体の具合」をみると(表14)、「弱い」と答えた人でも「お互いに訪問し合う人が何人もいる」と答えた人が35.4%と都調査より多かった。K団地では体の状態にかかわらず、付き合いの程度が高く、親密な近隣関係が成立していることが推測される。これは、独居世帯の人たちは2～3日寝込んだ時などは団地内で助け合えるような付き合いができており、血縁より地縁という関係が認められることから言える。寝たきりになった場合では、同居型でも「病院に入る」と答えた人が7割おり、そのうち家族が仕事を持っているケースが6割を占めるため、介護力としては期待できないと考えられる。

表13 家族人数と休める部屋

		休 め る 部 屋		計 人 (%)
		あ り (%)	な し (%)	
家 族 人 数 (人)	1	55(91.7)	5(8.3)	60(100.0)
	2	95(70.9)	39(29.1)	134(100.0)
	3	16(45.7)	19(54.3)	35(100.0)
	4	2(28.6)	5(71.4)	7(100.0)
	5	1(20.0)	4(80.0)	5(100.0)
計		169(70.1)	72(29.9)	241(100.0)

表14 近所付き合いと体の具合

		体 の 具 合 い							
		大 変 よ い		ふ つ う		よ わ い		寝 た き り	
		人 (%)	都%	人 (%)	都%	人 (%)	都%	人 (%)	都%
付 き 合 い 程 度	お互い何人も	14(56.0)	31.3	57(40.1)	24.8	23(35.4)	18.9	1(14.3)	6.0
	お互い少し	4(16.0)	17.9	36(25.3)	24.4	18(27.7)	24.6	0(0.0)	14.2
	立ち話	4(16.0)	20.5	30(21.1)	22.6	11(16.9)	22.8	1(14.3)	3.0
	あいさつ	3(12.0)	23.6	17(12.0)	21.5	9(13.8)	22.8	1(14.3)	10.4
	付き合いがない	0(0.0)	2.5	1(0.7)	3.6	4(6.2)	6.0	4(57.1)	18.7
	不明	0(0.0)	4.1	1(0.7)	3.1	0(0.0)	4.9	0(0.0)	47.8
計		25(100)	100	142(100)	100	65(100)	100	7(100)	100

また、福祉サービスを希望する人は、活動範囲の狭い人や独居型世帯の人など実際にニーズの高い人たちが希望していると考えられる。今後、行政サイドは福祉サービスのPRや保健・医療・福祉の連携を図っていくことはもちろん、地域の身近かな所に在宅ケアのサービスが受けられる拠点を設定し、必要な人に適時サービスが提供できるような対策が望まれる。

V. ま と め

集合住宅において高齢者が健やかに住み続けるために必要な生活条件を探るべく、都営K団地を対象に調査検討した結果、特に当団地に住みたいと考えている「独居型」高齢者の占める割合が高かった。しかし、K団地の住宅状況をみると居住空間は狭く、階段も多く、安全への配慮の欠落など環境条件が揃っていないとは言いがたい。住宅の狭さや所得制限の問題は、子供世帯との同居が不可能になることが多く、また、団地内の近接居住も制度的に保障されていないため、親族ネットワークには期待できない。これら環境条件の不備と家族介護力の脆弱さが在宅療養を行うことを困難にしていることが明らかになった。

今後の高齢者の住まいを考えた場合、高齢者だけでなく、すべての住民が安心して住み続けることができる住宅を考えていかなければならない。少なくとも公営住宅の場合、建設当初から高齢者の定住を配慮した計画的な住宅施策が望まれる。今後、保健・医療・福祉分野のニーズも一層高まるが、社会サービスだけでなく、住宅管理からの配慮も必要である。

VI. 謝 辞

本研究にあたり、調査にご協力をいただいたK団地の住民の皆様、ならびにご指導をいただいた諸関係機関、諸先生方に厚くお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 東京都社会福祉基礎調査報告書：昭和60年度老人の生活実態，東京都福祉局，1985。
- 2) 萩田秋雄：第1部公営住宅団地における高齢者の居住実態調査，(財)老人福祉開発センター「高齢者居住環境調査研究報告書」，1987。
- 3) 総務庁統計局編：我が国の住宅問題と今後の課題 昭和63年住宅統計調査に向けて，1988。

〈教育報告〉

自主組織活動のあり方とその推進要因 —— 東京都中野区の「野方の福祉を考える会」をとおして ——

合同臨地訓練報告 第4チーム：石橋 亮一・中俣 和幸・和田 耕太郎・
梶川 敦子・高橋 香子・竹ノ内 美紀・
樋永 恵・金丸 聖子
指導教官：岩永 俊博・簗輪 眞澄・母里 啓子・
丹後 俊郎・尾崎 米厚・星 旦二・
岩澤 和子

I. はじめに

私たちの地域において、現実的な保健活動を進めていく場合、日常的な課題に対する計画を立案しながら進めていく必要がある。しかし、その意味での保健計画を立案する方法を具体的に検証した事例の報告は少ない。

そこで私たちは、保健計画立案の過程と、そこに含まれる要素について仮説をたて、東京都中野区における活動事例を用いて、検証を試みた。

今回その事例として取り上げた「野方の福祉を考える会」は、在宅福祉の充実を図る地域福祉活動の展開をうたった自主組織活動である。発足してからまもなく2年が経とうとしており、活動が軌道に乗るとともに新たなニーズや問題が表面化し、その対応策を探る中で、会の今後のあり方が問われている。

一方、この地域を管轄する地域センターや保健所においては、保健福祉に関する住民の持つ問題を発見し、自ら解決しようと試みている自主組織活動との係わり方を模索している。

このような状況において、会自身のこれからのあり方と行政としての係わり方などの現状と課題、そして課題解決の方法を検討する過程を自主組織に関する保健計画として捉え、調査を実施した。

私たちは、保健計画策定において、「地区診断」した結果を一方的に行政が考察し、そこから抽出された課題を審議会や地域住民などに提示する方法や、行政が課題を提示し、かつその対策や対策の実施計画まで作成して提示する方法では、住民の意思が反映されるだ

ろうかと考えた。

住民の意思が反映されるためには、「地区診断」の結果を住民に提示して、住民と行政が“共に”何が問題で、どうしたら良いのかを考えていく必要がある。すなわち、“共に”考えていくことで住民参加に基づいた保健計画の策定ができるのではないかということ私たちの研究の中心課題とした。

II. 対象および方法

1. 対象

1.1 対象

地域の自主組織活動として東京都中野区の野方地域で活動している「野方の福祉を考える会」（以下、会と記す）、および会と直接かかわったことのある中野区内の保健福祉関係の担当者を対象とした。

1.2 中野区および会の概況

(1) 中野区政

中野区政の特徴としては、「参加の区政」がある。その特性に合った自治体行政の方向を模索する中から生まれたのが「地域センター及び住区協議会構想」である。

地域センターの役割は、ひとつは「市民のひろば」であり、もうひとつは、「地域の区長室」とであるとしている。これらの2つの相互作用によって、「ともにつくる」区政を目指すものである。住区協議会は、地域センターの担当区域ごとに、区民によって自主的に作られ、地域の人達が話し合い、地域センターと一体となって新しい「参加の区政」を進めるものである。

(2) 「野方の福祉を考える会」の概況

「あなたは、困ったとき頼める人がありますか？例えは、掃除・洗濯・話し相手・留守番」という言葉をかかげ、「年をとっても、障害があっても、安心してこのまちに暮らせるように」という願いから、1989年の春、中野区野方地域にこの会は発足した。地域の人々が主体となって、自らの地域福祉活動を展開するために、家事援助や付き添い等の介助を中心とした有償サービスを行い、自主的に運営されている。会員には3種あり、利用会員はサービスを必要としている人、協力会員はサービスを提供する人、そして賛助会員は会の趣旨に賛同し経済的な協力をする人である。平成2年10月現在の会員数は286人で、協力会員は90人、利用会員は80人、賛助会員は116人である。

この会が発足するきっかけは、野方住区協議会における地域福祉への取り組みであった。

2. 方法

「野方の福祉を考える会」の利用会員と協力会員に対してアンケートを行った。そして、アンケートの自由記載欄に記入があり、かつ利用会員ではサービスを受けたことがあると回答した人、協力会員ではサービスを提供したことがあると回答した人の中から、各々4人に対して面接調査を行った。

また、会とかかわったことのある中野区内の保健福祉担当者9人に面接調査を行った。

(調査期間 平成2年11月)

Ⅲ. 結 果

1. 「野方の福祉を考える会」の現状の把握

アンケートの結果、利用会員の対象者71人中、回答者は62人で、回収率は87.3%であった。また、協力会員の対象者88人中、回答者は81人で、回収率は92.1%であった。

入会の動機は、利用会員では、「将来のため」と答えた人が30人(42.4%)で最も多かった。協力会員では、「活動の役にしたい」と答えた人が52人(64.2%)で最も多く、「福祉活動に関心があったから」が48人(59.3%)であった。また、利用会員がこの会を選んだ理由は、「有料で気がねなく利用できるから」と答えた人が28人(45.2%)で最も多く、「自分の希望にあいそうだったから」が25人(40.3%)であった。

利用会員の世帯で看護や介護を必要とする人がいな

い世帯は14世帯(22.6%)であり、看護や介護を必要とする人がいる世帯は40世帯(64.5%)であった。また、サービスを利用した人はそれぞれ2人、17人であった。まだサービスを利用したことのない人は37人であり、その理由として「まだ必要がない」が31人(83.8%)、「会以外のサービスを利用している」が3人(8.1%)、「会の活動内容になかった」が2人(5.4%)いた。また、現在までにサービスを受けた人は23人であり、そのうち18人(78.3%)がサービスは期待通りだったと答え、15人(65.2%)が次回もサービスを受けたいと答えた。

協力会員のサービス提供状況は、提供したことがある人が42人(51.9%)であり、提供したことがない人は(43.2%)であった。また、サービス提供時の感想は、「学ぶものが多い」と答えた人が26人(32.1%)で最も多く、「やりがいがある」が19人(23.5%)、「責任が重い」が14人(17.3%)などであった。

なお、利用会員および協力会員へのアンケートの自由意見や面接調査の中に次のような意見もあった。

- ・ サービス内容の充実
- ・ 活動範囲の拡大
- ・ 若い世代、次世代への継承
- ・ 「専門家」の存在の必要性
- ・ 「専門化」への危う(特技がないものが協力会員になれないようでは困る)
- ・ 行政による活動の援助
- ・ 行政や他組織との情報交換及び連携の必要性

2. 中野区における保健福祉行政の現状の把握

会の企画段階から発足に至るまでかかわった行政機関は、主として地域センター(以下、センターと記す)であった。その間の主な援助内容は、組織の運営を円滑に進められるような情報提供や文書作成などの事務的な支援や、センター内の福祉相談室を会が利用していることなどがあげられる。

センター以外の面接対象者は、具体的なケースの相談や、講師依頼を受けてかわり始めた者が多く、どの部署も相談の範囲内で対応していた。

Ⅳ. 考 察

1. 「野方の福祉を考える会」の現状

会の発足の経過から、会は、地域に根ざした問題、

すなわちコミュニティ活動の要素について、その地域の人々が取り組もうとして誕生した、自発的な集団形成過程を経た組織であるといえる。

私たちは、会の現状を調査するにあたり、理想の組織活動のあり方について次のような7つの視点を構築した。

1. 会自身の作った目的がはっきりしていること
2. 住民が入会しやすいこと
3. 目的が全うされていること
4. 活動自体の運営（経済的、人材、物、システム）がスムーズであること
5. 会自体に成長能力があること
6. 協力会員のためになっていること
7. 波及効果 Impact があること（地域住民へ、行政へ、他の活動組織へ）

これらの視点をもとに、会の活動や会員の意見などを調査していく中で、自主組織活動にとって最も大事なことは「会を構成する会員の気持ちが会の活動を通して満たされていること」、すなわち、会では「協力会員がこの会に入って、何かしようと思っていた気持ちが満たされた上で、その結果として困っている利用会員のニーズが満たされること」と考えた。また、そのことについて、会員同士で話し合っていくことも大事なことであった。

2. 中野区の保健福祉の現状

①地域の福祉に関する情報を集約して持っている組織である会からもたらされる情報を行政が組織として活用できるような状況を整える必要がある。そして、情報を媒介として、会は区政に具体的に参加できると考えた。

②行政の発展を多様化する地域のニーズに適切に対応できるようになること、と捉えると、会の成長に応じて行政の発展が促されることであり、この過程も住民参加と表現できると考えた。

3. 合同協議会

アンケートおよび面接調査終了後、会や、面接調査をした行政の関係者を対象とした合同協議会を催した。この合同協議会は、一般的な従来の報告会とスタ

イルが異なり、前述のアンケートや面接調査、資料調査などから出た結果を私たちから提示した。そして、その結果を1つの材料として、出席者に対し、これらの中の何が問題なのか、そして、それらを今後どうしたらよいのかについて、「共に」考える場として位置づけた。

このような合同協議会の結果から、次のことが今後の課題としてあげられた。

①利用会員数の増加と会（主に協力会員）に対するニーズの拡大は、今まで潜在化していた地域の問題を会の存在によって明らかにされたことを意味すると考える。従って、行政のサービスの及ばないところにおいて、なおかつ会の活動の範囲外にある人たちの声にも会が応えていくなれば、会自身がその点で行政と会との連携をどうしていこうとするのか、を考えること。

②会が行政側の役割を認識し、接点をどこに持っていくかを検討すること。

③公の責任において地域の保健福祉について考える中で、どのような条件を整えることが必要かを、それぞれの地域の実状にあわせて明確にしていくことが行政に求められる。その意味で野方地域における状況を明らかにしながら、この会に対して、どのように支援していくべきかを行政自身が明確にしていくこと。

④会の行政に対する思い、そして行政の会に対する思い、これら両者にずれがあることの原因として、会が何をめざし、具体的には何をしたいのか、行政は本来何をしなければいけないのか、どう対応すべきかが明確でないことが考えられる。それを解決するためには会の役割や行政の役割をそれぞれが明確にした後で、両者の役割を調整していくことができる話し合いの場を設けること。

以上の結果から、住民参加のある保健計画を策定するためには、まず、理想の組織活動のあり方を求め、その視点を基に会の現状を捉え、その結果について住民と共にどうあったらよいかを考えていくプロセスを経ることが重要な要素となっていることが考えられた。