

## 市原市における保健婦活動の評価と展望

中島 紀恵子\* 松岡 淳夫\*\*  
鵜沢 陽子\*\* 犬塚 先\*\*\*

### 1. はじめに

市原市は、2期にわたる町村合併によって、昭和42年以降、旧市原郡（5町2村）を1市とし、関東においては横浜市に次いで広域な面積を持つ市となった。この間、東京湾臨海部埋立地に造成された工業地域は、京葉工業地帯の中核として、特に重・化学工業の目醒しい進出をみた。これに伴って、労働人口の移動、宅地造成、ゴルフ場などのレジャー産業の再進出など、全地域は、めまぐるしく開発されていった。往時の農業、漁業地域であった景観は失われ、住民の経済、消費生活構造にもいちじるしい変化がみられる。この10年間の保健活動上最も大きな問題は、工業地域（臨海部）と後背地域における人口の偏在である。これはかつてのように保健サービスが均等、同質にはゆかないといった課題に対して、変容がせまられる問題を生じせしめた。

ところで、合併によって1郡1市となった市政は、県保健所（市郡管轄→市原保健所）と同一管内の保健サービスを行なうようになった。この場合、保健サービスは2乗にならないまでも、濃厚になるという期待が生じやすい。しかし、1955年頃から保健所行政は、疾病構造の変化とともに、経済5カ年計画によってもたらされた全国的な産業構造の変貌の波の中で、保健所たそがれ論議を派生させつつ、保健所再編成、人員の削減、共同保健計画などが打ち出されていた頃であり、活動は漠として核をつかめない時代であった。市原保健所も例外ではなかったであろう。一方の市原市は、特に資本投下の急増期にあり、市の財源潤沢と二律背反して、公害をはじめ、人口増に伴う医療施設の不足など、住民の健康要求は、多様、かつ強力なものであった。そのため、共同保健計画はそれとして、市独自に、それら要求に効果的に応える事業を早急に企画しなければならなかった。そこで、最初に着手されたのが、保健サービスとしての成人病対策と、それを提供する資源としての保健婦の確保であった。市の保健活

\*千葉大学看護学部

\*\*千葉大学教育学部（看護課程）

\*\*\*千葉大学人文学部

動はこの保健婦設置に中心枠をおき、保健サービスを展開してきた。市の保健行政において、保健婦設置を主力に保健サービスを企画することは、言葉をかえていえば、住民の保健サービスを保健婦活動の質量におしとどめたともいえるし、保健行政の責務の大部分を保健婦に移譲したといえなくもない。

このような背景をもって進められた保健活動の長所、短所を、保健婦活動経過をとおして分析し、市原市の今後の活動発展の方向をさぐると同時に、保健婦のもつ諸問題を検討して、保健婦の役割、機能の有効範囲を探りたい。

## 2. 保健婦活動の経過

### 2-1 概 要

昭和38年、第1次合併によって4町1村が統合され、市原市が誕生した。市制と同時に保健行政部門は、衛生課と保健課の2課制をとり、旧1町、1村で活動していた保健婦2名を保健課に配置した。そしてただちに、成人病予防対策についての検討がはじまり、市政後3カ月目には実施にこぎつけている。市はまた成人病重点事業の目標をあげて保健婦の募集を行ない、同年10月には10名の保健婦を配置した。

この成人病予防対策事業の特徴は、発足当初から現在まで、保健課が国民健康保険税から予算措置し、保健婦の主要な対策業務として、継続したことと、もう1つは、地域医師会の承認をうけていたが、実質的には、委託した外部専門機関（千葉県予防衛生協会、のちには脳卒中研究会（民間団体））によって促進された点である。

昭和42年、第2回合併によって1町1村が追加され旧7地区を市原市とした。これで、保健所管内地区も市原市1市となった。この年、12名に増加していた保健婦は、これを期にして衛生課に保健婦係（後に保健指導係に変改）を設置し、そこに配置変えになった。このことは、保健婦をいわゆる国保事業にかかわる人的資源から、市民全体の保健サービスをするものとして、組織的に整理したものといえる。しかし、予算的に保健婦は、その約半分を国庫支出金によっていたし、保健婦の主要な活動であった成人病予防対策事業（あとに循環器検診事業）の予算措置にも変更はなかった。その中で以後もこの検診事業は全地域をできるだけ平等にとりあげていくことが確認され、それに伴って、検診計画の比重は増大していった。この問題は、次の理由によって促進された。すなわち、臨海工業地域の人口の流入によって、昭和44年には国保加入人口は昭和38年の2倍に増加したが、全住民の加入比率は70%から46%に低下した。しかも新加入者、離脱者の変動がいちじるしいために、保健婦は、徐々に国保を窓口にして、健康—不健康世帯の把握が困難になり、昭和48年、コンピューターの導入によってふたたび市機構が変わった頃には、ほとんど不可能な状況を呈してきた。このような時代状況によっても、保健婦は、集団検診をとおして、世帯状況を知ること、検診から発見された管理対象をみてゆくことが欠くことのできない、またそれが“やりやすい”ことのために促進され増大していったといえよう。

同じ衛生課の予防係は、市制発足当初は法的

に市長に課せられた種々事業を運用することで手いっぱいであったが、予防接種については、看護婦、准看護婦を徐々に増員し10名を確保し、医師会と実施に関する協定を完了させ、結核対策については、委託事業を推進させてきた。一方、内部機構の徐々な改善によって、その事業比重を、がん対策、成人病対策にうつつつある。昭和48年には、成人病総合対策事業計画を生み、簡易人間ドックを含めて、35才以上の希望者には一部有料による保健医療サービスを展開してきている。

このようにして、市原市の健康管理活動は、成人期の人々に注目し対応していく太い地盤が、近年ようやくととのってきたわけである。しかし、一方、この1課2係の独自の成人病対策をどう統合し発展させていくかといった課題は、保健サービスの基本理念にかえて様々なレベルでの検討が要求されているのである。中でも、過去保健婦活動の量的、質的分析は、市原市保健活動の唯一の専門職種であった点からみても重要である。

## 2-2 保健婦活動の目標

昭和38年以降、保健婦活動は一貫して市民の高血圧者グループの脳卒中による事故防止と重症化移向を予防することと、家族世帯の生活指導、この2つを目標にしてきた。方法として、集団検診を入口にすすめられたいわば求心的接近といえるものと、それよりは小集団に直接かかわる仕組みとしての世帯管理が考えだされた。世帯管理は、ある地区(部落集団)を選定し、その世帯全部に対応することによって、健康上の様々な問題を発見し、解決するという

考えによったものである。これは、何らかの基準を作り要指導のリストにのった人々に対応する活動よりは広範なところで、様々な健康状況をつかみ対応しようとしたものである。

## 2-3 活動決定のプロセス

### 2-3-1 共同保健計画会議

合併前昭和36年頃から1~2の旧町では実施されてきたが、市制後も引きつづいて実施された。会議にかけられる計画内容は、具体的活動の運営についてであったから、当然のように法作用の強いもの、住民要求に基づきながら何かを実施できる財源のあるものが討議の課題になるわけで、実際にも結核および乳幼児の管理、循環器管理事業に関するプログラム調整が主であった。共同保健計画の究極の目的は、健康福祉水準の高い地域社会をつくることにあるわけだから、そこにいたるまでの体系的プログラムが組まれていて、はじめて共同保健計画会議はよく作動するわけである。結核・乳幼児に関するものは、市と保健所の共同企画であり、各所属からどのくらい、予算と人をくみこめるかといったことが討議され、一方、循環器管理は、市独自の企画であり、しかも保健婦系の主な事業であった。いずれにせよ、事業が軌道にのれば、あとのほとんどが、保健婦活動を軸とする保健婦スタッフの調整が問題になる。このようにして、これら事業に関係がないとする人々の参与する機会を失ない、会議は開催回数の減少、徐々なる空洞化といった推移を経て、現在は保健婦の決定したプログラムの承認といった形式が残っている。

### 2-3-2 スタッフ会議

市は、昭和38年、すでに循環器対策に重点をおく方針をきめて、保健婦を公募したのであり、循環器管理体系は昭和39年にはほぼでき上がっていた。また、昭和42年には係長制の導入によって、保健婦係としての事業企画、計画にはルチンなものが要求されてくる。このようにして、スタッフが企画に参加する幅は当初から少なく、前年度の改善、追加事項の運用について係長が立案したものをスタッフが説明をうけ、合意するという形がとられてきた。保健婦事業の運営に関しては、このように“しなければならないこと”に対して人を配置するといった打ち合わせが伝統的になり、係長が不定期にスタッフの都合をみて開催してきた。

#### 2-3-3 ミーティング

あるスタッフが何らかの講習、研修に出席した後に、伝達し、話しあうといったが、約束事として、随時行なわれてきている。その他、循環器2次検診時、判定医と判定をめぐる判断についてのミーティングが、随時もたれていた。特にこの判定医の役割は、保健婦活動のスーパーバイザー的な要素を荷っており、活動方向の決定に大きく参与していた。

#### 2-3-4 保健専門委員会

これは市の健康管理課の諮問機関として、昭和50年度より発足したものである。発足のねらいは一言でいえば、医師会の同意を得たいということである。しかし、医師会理事会を諮問機関として再構成すると医師の意向が強力になり、行政上円滑にことが進まなくなる。そこで、市の健康管理に過去様々な形がかかわりをもっている保健所長、病院長、公害研究所長、

医師会長、学識経験者などを委員に指名したのである。この専門委員会が、保健管理課の事業計画案について、専門的立場から内容を検討することになったわけである。

この委員会が、うまく作動してゆけば、保健管理課の中で今までどちらかという、その質的領域において、閉ざされていた保健婦活動がいろいろな意味で開かれるであろう。しかし一方では、この専門委員会に期待している市の意向は、医師会の内部組織にかかわる問題も少なくなく、そのむずかしさがより行政機関の中にある保健婦活動に足かせをくわえることになることを警戒しなければならない。

#### 2-3-5 その他

管内保健婦研究会（保健所保健婦、市保健婦）とか、国保保健婦ブロック研究会などがあるが、市保健婦の事業決定に特に影響を与えるものではなかった。

以上のことから、次のことがいえる。

保健婦事業の計画化にあたっては、その出発から終了まで、ほぼ保健婦係長の段階で企画決定されてきた。所属課長は、健康管理に精通するまでの期間現職にとどまることがなかったことや、ルチン化した事業の保健婦活動の内容にかかわる問題の専門成分ではないという理由もあって、保健婦活動の自由度は相当高いものがあつた。しかし、それゆえの保健婦の独専性によって組織的には閉ざされた部門であつた。それをより補強したものとして、国保特別会計の所属といった予算枠、身分枠など、市の直接行政からはみだす部分があるといった事情をみのがすことはできない。この閉ざされた部門と

しての保健婦集団は、スタッフ内部において規制力を発揮し、どちらかという、上意下達の機序をもって結束をはかってきたようにみえる。ただし、ある場合、スタッフ間の能力を越えて、あるいはスタッフ間の合意が成立しにくく、解決策がなかなか講じられないような問題が生じたような時は、直接事業に関与していた外部の専門家（委託医等）にスーパーバイザーとしての役割を期待していた。

保健婦集団は、この閉ざされた地位の拡張のために、活動資料を広報するために時間をかけ、様々な機会を作って発表してきた。また、共同保健計画会議には常にリーダーとして動いてきた。しかし、行政内部組織においては、“いかに実施するか”を、特殊な技術として話す場合は、他部門スタッフにとって、それに関与できることはほとんどないといつてよい。結果として、保健婦は、ますますインフォーマルな形で、外部専門家の集団に精神的に、組織的に帰属してゆく傾向を強めてゆくことになり、彼等にスーパーバイザーとしての役割だけでなく、盾としての役割をも期待するようになっていった。

そして、それはまた、循環器管理に全力をあげることになり、スタッフの内部規制力により、手続き上きめられたシステムにそって、どのくらいの集団対象を消化できたかといった問題が主位を占めるといったことも派生したのである。

### 3. 保健婦活動の分析

#### 3-1 循環器管理について

##### 3-1-1 システム

地域の物的、人的特性、保健婦数、支援する医師、技術者などの稼働可能量、予算、さらに1日の受検可能人員量などから、表-1、表-2のような管理方式が採用され、あわせて表-3のPERTによって参画する者の分担、手順が明確にされた。昭和42年以降はこのような基本システムによって運用されている。

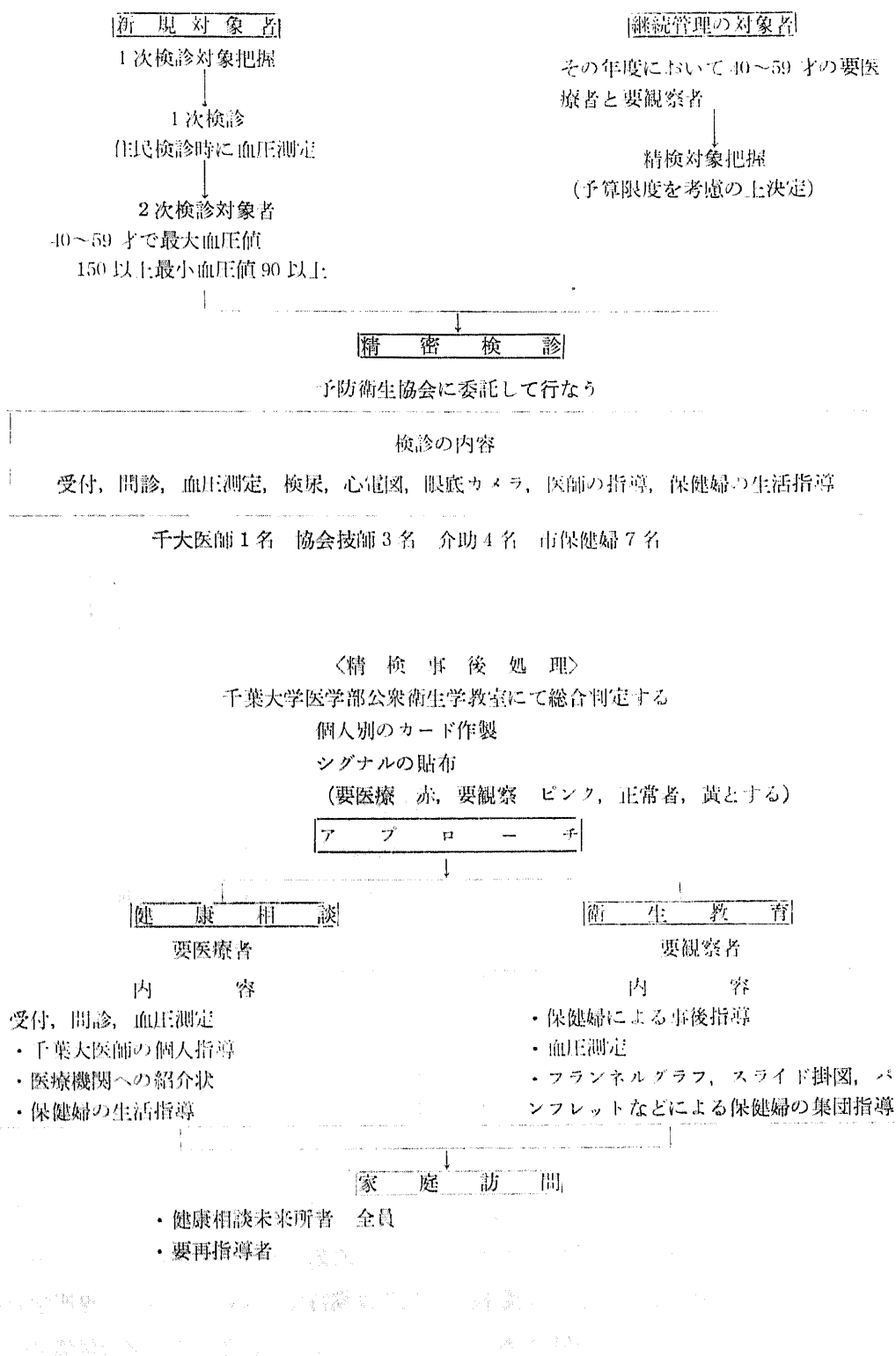
全システムは、年間を通して完了される仕組みであり、一次的 Screening, 2 次的 Screening, 個別への対応と、集団から個人へと発展してゆく管理方式である。

分担についてみると、予防衛生協会と医師の仕事は、2次検診における検査と判定、ならびに医療必要グループへの相談指導と診療医師（本人が希望する受診医）に検査所見を記載した依頼書を発行する役割である。それは全管理システムの中核であるが、管理手順から見ると6手順で、年間3カ月がこれにあてられている。保健婦は判定と一部会議を除く（係長は出席）全手順に年間を通してかかわっている。結果として、保健婦の員数が、この循環器管理対象の量を、決定するという問題がおきてくる。

##### 3-1-2 循環器管理によっておきた住民の側の問題

年間を通して実施される検診と個別対応の仕組みのうち、全システムの28手順は保健婦の仕事として成り立っていた。システムは、実施する側の問題、対象者の質量によって変更される弾力を持っていることが前提にあるわけだ

表-1 対象把握



表一 2 精密検診の対象者の選定

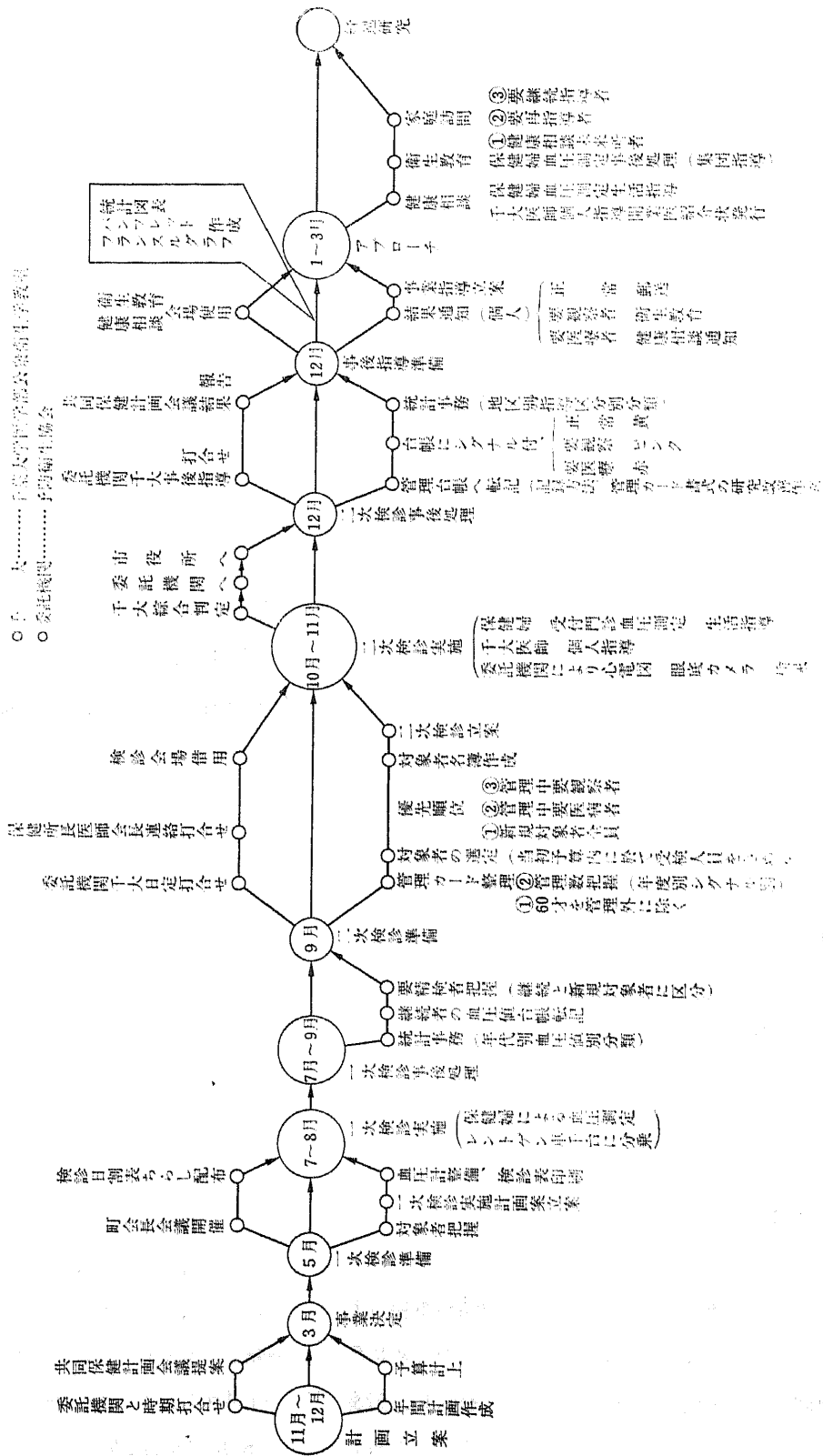
年度		38	39	40	41	42	43
区分							
保健婦設置数		2.8人	7人	8.2人	8人	10.9人	12人
第1次検診	対象者	前もって町会長を通じ40才～50才のアンケートによる希望者数から部落巡回し、血圧測定をする	往検時合わせて測定する	〃	〃	〃	〃
	第2次検診	全地区40～59才で1次検診時血圧値最大150以上最小90以上のものとした	三和、姉崎地区の40～59才で1次検診血圧値、最大150以上、最小90以上の者とした	全地区40～59才で1次検診時血圧値、最大151以上、最小91以上の者とする	全地区40～59才で1次検診時血圧値、最大150以上、最小90以上の者とする	〃	〃
精密検診	管理中の者	なし	なし	38年度の要医療者と要観察者の全員とした	38, 39, 40年度の要医療者と38, 39年度の要観察者のうち40年度精検未受診者とした	38～41年度要医療者全員、38～40年度要観察者全員、41年度要観察者の内1次検診で最大血圧150以上、最小血圧90以上を加える	各年度の要医療者のうち毎年精検正常者と精検拒否を除外した
	継続対象者						

\* 各年度で対象の選び方が違うのは、予算により人数を制限したためである。

が、上述した理由一つとっても、保健婦の稼働可能量と管理技術上の難易性によってより多く、対象者の方が統制されやすいであろう。過去13年間の活動推移をみると、まず対象者の過飽和の状況がおり、それに対応する中で、システム維持限界点につきあたり、結局は対象者の統制が行なわれた実情が明らかになる。例えば、昭和40～44年までは、40～59才までの全地域住民に対して、累積方式による管理をしていた。この方式でゆけば、一度受検した者は登録され、リストにのって長期にわたって健康状況を観察し必要な手だてを早期に受けられるわけである。かりにある個人が40才から受検に参加したとすれば、59才までは登録され、

経過を追って管理サービスを受けられる。これは住民にとって、きわめてありがたい健康保障の仕組みであった。しかし、60才になると、その資格を失ない59才から受検したものも60才になると同じく管理カードから除外されることでもあった。多くの個人にとって、老年期に入ると同時にサービス受理の途がたたれることになるわけで、医療機関の不備に合わせて、不満足感を与える契機にもなる。実施側の方針は、循環器疾患、特に動脈硬化の重症化を防ぐことに主眼をおく活動であるから、老年期になっての対象よりは壮年期からみてゆかなければ効果は期待できないといった、専門学的な背景がある。そこで、年金や、老令保障のない64

表一-3 高血圧管理





才まで、年齢の上限を延長することになったのである。しかし、その対象グループに実施する計画をたてようとするれば、実施者の稼働量、予算は莫大なものになり、他の業務を整理してもおぎなえなくなってきた。そこで、旧7地区を切半、分割して、1地区半数ずつ受検できるようにした。つまり、管理対象者にとっては、隔年ごとに受検することが要請された。しかし、この累積管理システムを維持するかぎり、対象地区を半分にしようと、管理対象者は年々増加してゆく道理である。そして昭和50年には全地域を3等分に区切り、対象者は3年に1回受検するチャンスを与えられることになった。受検対象の個人を持続、継続して管理してゆくことを通して、市民の健康水準を改善してゆくこと、これが、このシステムの究極の目的であり、そこに他の短期完結型の保健サービスにはない、すぐれた特色がある。特に、医療施設に恵まれていない地域や、医療が手近に認識されていない住民にとって、この方式は、その年の健康安全保障のようなうけとめ方をされていた。しかし、実施者の側にとっては、その全力量の上限いっぱい集団対象をかかえ込んでいたのであり、保持しながら維持してゆこうとすれば、統制の仕組みについて様々な手だてを準備しなければならず、その上管理精度に集中して注意がそそがれた。その結果、落ちこぼれないようにいかに受検させてゆくか、受入れやすさをどう保障するかといった問題が重視されてゆくのは、なりゆきであった。そのために保健婦は、循環器システムの全体に参画し、対象者をこのシステムの中に入れてゆくことを自ら

の任務を果すということになり、直接看護サービスを要する人々にまで結びつく余力を年々捻出できなくなっていた。

### 3-1-3 循環器管理における保健婦稼働の実情

検診により管理登録された対象の移動は、表一4のとおりである。表一5に管理システム全体の受検状況、指導状況を示したが、この2つを合せてみると、43年以降2次検診が55~65%台に、健康相談率が80%台に定着しはじめたことがわかる。2次検診を受けなかった対象にはより強力に健康相談が勧奨されるわけだが、それでも実数からいえば、未相談グループが年々増加することになる。そのことも含めて、健康相談の質を高めるものとして、衛生教育が企画され、家庭訪問の必要性が要求されてくるわけだが、実際にはむしろ減少気味といえ

表一4 高血圧管理者数

	要医療	要観察	正 常	合 計
38年	189			
39年	279	710		989
40年	112	792		1,086
41年	712	765		1,477
42年	780	1,235		2,015
43年	873	1,349		2,222
44年	1,451	1,738		3,189
45年	1,638	2,214		3,848 (772)
46年	1,583	2,295		3,878 (621)
47年	1,463	3,551	511	5,525 (648)
48年	1,381	3,705	767	5,853 (638)
49年	1,330	3,500	1,360	5,992 (534)

S.47より判定基準変更

表—5 年次別循環器管理成績

年度	1次検診		精密検診		個別面接指導			集団指導			家庭訪問 検診後訪問 数
	受診数	該当者数	受診数	受診率	健康相談			衛生教育			
					対象数	来所数	来所率	対象数	来所数	来所率	
38	3,675	1,789	1,485	83.0	279	223	80.0		1,086		6
39	8,140	494	309	62.6	611	376	61.8		425		145
40	7,964	1,949	1,479	75.9	747	587	78.6	1,268	1,209	95.0	338(1,651)
41	8,288	1,836	1,526	83.1	727	591	83.1	689	298	43.3	287
42	8,930	2,261	1,615	71.4	589	464	76.1	1,024	810	79.1	495(2,023)
43	17,602	3,763	2,429	65.0	1,282	1,063	83.0		1,500	73.6	465(1,532)
44	17,498	3,733	2,318	62.1	1,206	993	80.5	1,185		80.2	(1,098)
45	16,342	4,463	2,617	58.6	1,034	848	82.0	891		80.0	431 (525)
46	15,996	4,094	2,552	62.3	2,453	1,993	81.3				484 (855)
47	15,558	4,005	2,216	55.3	2,215	1,783	80.5			80.4	299 (482)
48	15,419	4,035	2,200	54.3							354 (475)
49											349 (603)

S.39年 姉ヶ崎、三和地区のみ実施

( ) 内成人病訪問実数

S.45年 対象者64才に延長

旧町村単位地区をそれぞれ2等分し、隔年に実施

S.50年 全地区3等分にし、3年に1回実施

る。

衛生教育計画は、経過観察者を主な対象とし、相談日程とは別に、地区巡回によって行なっていた。そして、対象グループのうち、欠席者には、保健婦作製のパンフレットを送付する方法がとられていた。

家庭訪問対象の選定基準は、要医療者のうちの未受検者、新規要医療者、医療放置グループ、相談、衛生教育などから再指導必要と思われたグループである。昭和45年度は、この全グループから必要期待人員として531人を選定し、431人に対して訪問を行なった。昭和48年には、直接検診後140人が選定され、それにこ

の年に、検診該外地区の中から選ばれた問題ケース240人、計354人が選定され、その大部分に訪問を行なった。両年を比較してみると、管理対象者は昭和48年までに1677人増加しているわけだから、同じ選定基準によって431人から354人になったということは、重症者の減少があることが理由であること<sup>1)2)</sup>を配慮したとしても、保健指導の必要性が減少したという理由にはならないであろうから、保健婦の稼働量によって訪問基準枠が狭められて選定されたことが推定される。例えば、3者異常(血、心、眼)をもつ医療中断者は約40%であることが報告されているが、このグループ

には中断させないこと、事故を防ぐことを主眼に最優先にして細かな生活管理をしなければならないし、それに2者異常（血、心）中断者を含めると、少なくとも健康相談にこない対象者数の増加プラスαが見積られるであろう。

#### 3-1-4 家庭訪問内容

長期継続訪問対象者のうちから、有為に16例を選び管理基準、本人の受療、食事の注意度などの項目に各3つのレベルを設定してケース別管理経過と対応の内容を整理してみた。内容のうち食事の注意度を項目に入れた理由は、この循環器管理のうち、保健婦の主要な役割を塩分の過剰摂取を防ぐこと、栄養素のバランスを保つこと、そのための食態度の改善が高血圧の悪化を防止することに求めていたことによる。市原市における昭和49年度農業改良普及所における実態調査によると、食料（蛋白性食品、緑黄色野菜、果物、油類）の摂取は、水準にははるかに達せず、他食料も水準より劣ることがわかっている。保健婦独自の調査によっても、塩分摂取が高く献立の単調な食生活が多い状況がみられた。

訪問対象は、2次検診後、判定基準に基づいて選定される。この年1次検診のみの場合でも、数年来管理下にあるものについても、この年再度チェックされる。通常は1次、2次、次いで通知と相談指導が行なわれる。これがワンセットである。

16例の10年間の管理過程をみると、この形式をケースが毎年ふんだ例はみられない。それを補うものとして、相談と衛生教育、相談と家庭訪問、あるいは単独の家庭訪問という方式が

とられている。この場合、上述したワンセットの未完了者に対して、それを補完する方法として衛生教育や家庭訪問が考え、ワンセットの状況にもってゆく手段がとられる。しかし実際には受検者が、その年2次検診を受けず、それ以外の方法を用いて対応しなければならない場合には管理基準尺度がわからなくなりやすい。

また、補完的アプローチを行なわなければ、ケースの情報はまったくとだえてしまうといった状況がみられる。

ケースの相談時の状況を考えてみると、高血圧に対しての認識、受療への示唆、日常生活のチェックと指導がある短かい単位時間一度に行なわれるわけである。先に述べたように、家庭訪問は、2次検診結果を伝達すべき日時に会場に來なかつた者に対して優先的に実施される。従つて、ワンセット完了した個々人が、家庭訪問を受け入れる状況はきわめて少なかつた。その少数者に対する家庭訪問が、訪問基準に照して行なわれたものであつたかどうかは、前後の受療状況や生活状況に照らしてみても不明確である。また、循環器管理に直接関連のない疾患が発生している者についての対応もみられない。以上のことから、訪問の効果が薄いということ論ずることはできない。発作のある2例には濃度の高い訪問が行なわれている。

しかし、これら家庭訪問が、保健婦がもつ管理情報手段として、循環器管理の一部門と考えられないこと、それ自体については熟考しなければならない。

#### 3-2 世帯管理について

昭和41年の国保加入者において過去3カ年

間、国保保険税を完納していながら、療養給付を受けなかった者は9637世帯中73世帯にすぎない。むろんこの中に歯科、かぜなどのものも含まれている。このような国保状況にかんがみ、昭和42年当初、保健婦は世帯の健康管理について企画をたてた。その方式は今日も継続されている。

16名内外の保健婦数で、全世帯をみてゆくことは不可能であるから、

(1) 保健婦全員で1カ月1日間の訪問計画に

需応できる部落規模であること

(2) この企画による稼働量が他の事業に対して影響を与えないこと

この2つの規制枠に従って、対象地区が選定された。

昭和42年には、一部落に対して保健婦1人が5～6世帯を担当し、1年間12回にわたって全世帯の訪問活動が行なわれ、表一6のような対象に対し、十分な成果をみる事ができた。

しかし、昭和43年になると、一部落ごと重点

表一6 昭和42年世帯管理の成果

(1) 脳卒中後遺症により身体不自由でまた身の廻りを見る人がない老母へホームヘルパーを紹介し、身の廻りを清潔にし本人のなぐさめにもなり生活に張りが出た例	2件
(2) 椎間板ヘルニアを疑い検査させたところ入院	1件
検 査 中	1件
(3) 歯槽膿漏の治療を開始したもの	2件
(4) 夜尿症を家族はあきらめていたが指導により快復に向う	1件
(5) 脳卒中後遺症のリハビリテーションを教え運動開始したもの	3件
(6) 高血圧の発見により治療開始したもの	多数
(7) 未熟児の育児指導	2件
(8) 強度の偏食により貧血気味であるため偏食を治すよう指導。いろいろ食べ物に注意しはじめたもの	多数
(9) ロイマチとあきらかにわかっていて放置、治療のススメ	1件
(10) 股脱の疑い(家族も心配していた例)を検査させ正常とわかり安心したもの	3件
(11) 結核の発見により治療開始	2件
(12) 言語障害児を中央児童相談所へ紹介、検査中のもの	1件
(13) 肢体不自由児、検査中	2件
(14) 聾児を家庭で放置のものを聾啞学校へ入学させたもの	1件
(15) 胃の手術をススメ思い切って手術し成功したもの	1件
(16) 精神障害者発見、各関係機関と連絡中のもの	1件
(17) 身体障害者手帳の交付をさせ、4級を受けたもの	1件
(18) 精神分裂病の家庭療養について指導	2件
(19) バセドウ氏病の検査のススメ	1件
(20) テンカンについて家族保健指導	1件
(21) 精神薄弱児を施設に入所させたもの	1件
(22) 結核を管理検診させ登録を抹消させたもの	1件

表—7 世帯管理の量的推移

年度	地 区	部 落	世 帯 数	対 象 者 数	年 間 訪 問 日 数	指 導 件 数	次 年 継 続 訪 問 者 数	継 続 訪 問 者 の う ち け
42	市	津奈良	56	312	12	約1,000	4	乳癌1, 脳卒中後遺症1, 梅毒1, 身体障害者1,
43	五 姉 三 南	井 南 和, 中 郷 崎 深 武 城 士 和 安 久 谷・ 総 米 沢	287	1,167	各地 6	1,422 (実数449)		
44	加 市 五 市	茨 津 万 田 町 井 高 倉, 高 原 田 高 市 街 地 多 受 診 世 帯			各地 4			
45	五 市 三 南	井 中 谷 原 菊 間 和 宮 原 総 名 古 屋	296	1,365	各地3.5	1,305 (延)		
46	五 市	井 市 街 地 多 原 受 診 世 帯			各地 5			
47	南 加	総 小 草 畑 茨 小 久 田	115		特に規定 しない	主に高血圧者 61世帯に対し、食生活、特に塩分の摂取状 況の実態調査を行なう。		
48	三 和	安 須, 高 坂	81	578	各地 5	前年にひきつづき 塩分その他食事摂 取調査 610	6	精神障害 1 リウマチ 1 高血圧 1 ねたきり老人 1 緑内障 1
49	姉 崎	天 羽 田	97	463	各地 5	649	3	言語障害児 1 糖尿病 1 アルコール中毒 1

方式では、他部落から不満がでるという意見を入れて、4部落に対応することが計画された。その結果、保健婦の年間訪問日数は、各部落6回に減少し、発見した疾患患者に対応できたのは42年、56世帯、55人に対して、43年は、287世帯22人であり、既疾患患者への対応は42年の45人に対して64人であった。このような43年度の対応グループの減少が、訪問日数と関連が深いという前提にたっていえば、当然、訪問の質も薄くなっているという仮定もなりたつ

はずである。

経年的な活動状況は表—7の通りであり、昭和48年頃から多少改善のきざしがみえるが、企画当初のようにはなっていない。この理由には次の事柄があげられる。

- (1) 年々訪問不在率が高くなり(16~20%)  
保健婦の準備(対象の把握、指導内容、交通時間)に比して、効率が悪いこと。
- (2) 他の業務、特に循環器管理、その他仕事量が増加してきたこと。

(3) (1)~(2)の理由があるにもかかわらず、部落が拡大されてゆき需応に十分こたえられなくなったこと。

(4) そのようなことが悪循環となり、保健婦が世帯健康管理に満足感をもてなくなったこと。

保健婦にとって、世帯管理の意義は、(1)家族全員の健康を保持する、(2)もし家族の一員に異常があり、訴えがあった場合には家族全員の危機にまで拡大させないよう手をうつ、(3)その家族、その一員に合った看護技術を必要なだけ提供するところにある。実際、活動がよく展開された年は、多様な問題ケースを治療に結びつけ、福祉資源にわたりを見つけ、看護技術がよく提供されている。

その意味では、企画当初、保健婦の作った規制枠の問題を論じなければならない。少なくとも、規制枠を構成した問題として、世帯管理の展開するための難易性有効性を十分検討して地域特性、人口特性に対応するための人的・物的手だてが講じられていなければならなかったであろう。

#### 4. 市原市保健婦活動の展望

##### 4-1 地域特性

##### 4-1-1 地域構造

市原市の人口増加率、世帯増加率は全国率を上廻って高く、住民の預貯金残高率よりみた所得水準は低い。工業生産活動はきわめて高い地域であるが、商業活動は未成熟で、隣接都市、特に千葉より影響を受けている。八幡、辰巳地区に始まった人口急増傾向は、

市原、姉ガ崎、五井の臨海部に止まり、三和、南総、加茂地区は人口、世帯ともに停滞、微減の傾向がみられる。そして、世帯構成の型として、図一1のように市原、姉ガ崎は核家族、多年少者型、三和南総加茂は複合家族多老年者型、市津は両者の移行型、複合家族分解型、五井は核家族高令者型と地区別できる。

就業構造は、市原、姉ガ崎は2次産業就業者が中心を占め、後背4地区も近効農業の性格で、兼業農家傾向が深化し90%を占めるが、加茂地区はその地域生産性に関連してか、兼業の内部での深化がなお進行している。五井は商業、農業など、自営業が多く、他地区とやや性格が異なる。

地域よりの通勤などによる流出は千葉へ向かって多く、市津→市原→五井→姉ガ崎の順である。南総、加茂は流出は少ない。

住民の地域への意識化は、深岸3地区では共通して、市政評価において否定的な傾向が明らかに認められるのに対し、後背地区は、三和、市津、南総、加茂の順にこの傾向は減少し、肯定的要素が増し多様性であるといえよう。

以上、特性を地区別にまとめると、海岸地域は人口密度、人口増加率が高く、2次産業就業者が中心で、核家族型で住民意識化の傾向にあるが五井のみは趣が異なり、人口密度は高いが増加率は差程高くなく、老人層の比重が高く、商業活動を基盤とした分化型地区がみられる。

これに対し、後背4地区は一般に兼業農家が多く、停滞的で、低成長率、高令者層の多い複合家族型を示している。この中で市津地区は成長傾向が強く、南総は後背地区の中核的な立場

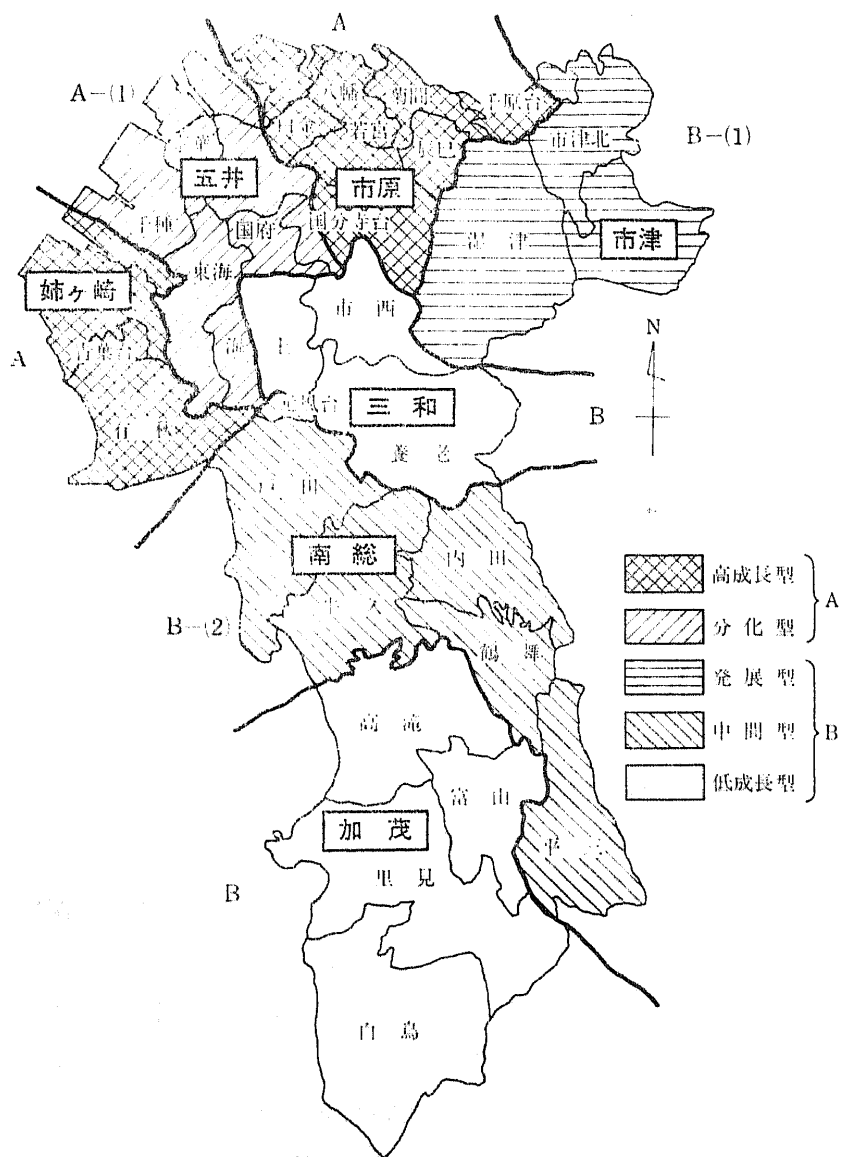


図-1 地域区分

で中間型を示している。

このように、市原市をみる場合、その行政的な成長段階で考えられた単に海岸地域、工業化地域と後背、農村地域とする2分した地域感覚に対し、新たな見直しが必要である。

#### 4-1-2 保健指標

市原市が市町村合併により急速に拡大された都市であり、この資料は保健所を中心に管区に

おける統計資料によるため、市原市としてまとまった考察のできる資料に乏しいきらいがある。従って、昭和45年以降の資料、および国保資料を全国統計、千葉県統計、または報告されている類似規模都市の資料と比較類推してみる。

一般的な寿命の延長に伴う高令者の増加とともに、後背地域における高令者層の増加は、成

人病対策が重要な課題であると同時に、地域性をもってくる。すなわち、その疾病構造を〔B群〕悪性新生物、心疾患、高血圧性疾患、脳血管系疾患、老衰とみると、死亡率において、総死亡に対して占める率が、全国のそれを上廻わって高くなっている。しかし、これらを年齢別にみた場合、若年層、青年層の示す死亡像も見逃がせない。

有病率、受療率からみると、最近へ向かって有病率は急増しているが、受療率は相対的に低下してきている。そして、受診状況は、国保統計のなかで推測すると、上3位までは、呼吸器系、循環器系、消化器系の疾患で総受診者の半数が占められている。入院外来の比は、1：8で、入院の多いものは循環器系疾患、精神障害、新生物、不慮の事故である。そして入院、外来ともに受療期間が全国に比べていちじるしく短縮されている。

以上から、市原市の保健管理上次のような留意点があげられる。

① 地域的な配慮のもとで、成人病の全疾病を管理できる System が必要で、特に循環器系疾患としてみた場合、早期より青年層から蓄積された管理が要求される。

② 受療状況からみて市原市では入院外来ともに受療期間が短い。これにはいろいろな問題があるが、1つには医療の質、量的な不足に対する検討が必要である。一方、このことは在宅不健康者、慢性疾患患者の潜在を意味し、地域保健活動の重要な真となる。そして、医療機関と保健活動者との間における密接な連携が必要である。

③ 運動器系疾患の増加の傾向に対し、疾病と生活の関連において指導、管理を推進しなくてはならない。

④ 海岸地域における核家族多若年者型の家族構成は、母子対策を見落してはならない重要課題である。

#### 4-1-3 医療施設

約10年間に人口の急増が生じ、都市化傾向が急速に進み、医療整備が追従できなかった現象として、市原市の医療は質的、量的に後進性を帯び、さらに隣接に県都千葉市を接し、その医療施設、特に大学病院、国立病院に対する依存性からこれがより助長されている観がある。そして、市原市の公的医療機関2機関があるが、この機能が、十分に地域性を帯びて機能されていない。また、病院は数値の上では密度高くあるが、小規模、単科病院で病床数は不足している。

診療所については、その開設率は全国率、千葉県率に比べいちじるしく低く、このため荷動負担がきわめて高くなっている。そして、地区別にみた場合、その分布は偏し、地域住民に対する医療サービスに“むら”があるといえよう。特に加茂、市津地区の診療所の過疎、および姉が崎における病院、病床の不足はいちじるしい。

これに対して、市医師会は、内部協力により、ここに発する矛盾と困難性を克服する努力を払い、行政から委託される学校保健、予防注射、検診などの保健活動に参加し、独自の立場で公害健康影響調査活動を行ない、さらに、休日当番制、休日夜間診療所の開設、救急医療体



制などの活動を行なっている。地域にある公的病院の果たしている役割はまだ低い現況である。

#### 4-2 保健婦活動の問題点

現在、市原市における健康管理事業は、市民生部健康管理課において所務され、管理、予防、保健指導の3係に分掌されている。

所務分掌における事業は

(1) 管理：委託事業に関するもののほか、休日夜間救急体制に関連する企画、看護婦確保に関する事、献立運動、その他に

(2) 予防：伝染病対策（結核を含む）、成人病、がん対策

(3) 保健指導：循環器管理、糖尿病管理（昭和49年より実施）、母子管理など各対策、健康相談事業、家庭訪問、衛生教育

これらが事業項目のなかにみられるものである。

保健婦は、保健指導係を分掌し、市政当初から総勢10名内外のスタッフで、これら多様な事業を守り育ててきた。

保健婦の活動は人のライフサイクルを軸に、それぞれの人の「生活の場」で健康現象を捉え、改善・増進に寄与する活動である。生活の場において“ひずみ”に対応しようとするれば、それぞれの人の属する集団基盤を問題にしなければならない。

市原市はこの13年間に2倍の人口増加をみ、医療施設は徹底的に不足している。臨海部開発と同時に起こった地域人口の海岸部への偏在は、不足している医療施設をさらに偏在させた。また、広拓化によって、交通事情も悪化した。住民の就労構造の大きな変化によって、住

民の生活は空間的にも時間的にも変容し、個々的にみて、多様な生活様式をもつようになってきていた。

上述した地域特性は、時間的経過を通して明らかになった問題である。しかし、現実はいわゆる激しい地域の内外変動があり、住民の生活不安が多面的にみられる状況があるとき、「主題の発見」、「目標の確立」といった計画論理を煮つめた上で、保健活動計画を出発させられる場合は少なく、“いまできること”から何かをしなければならないのが普通であろう。そのようなときは、住民の“かかりたくない病気”を国民の健康指標に照らして、多数をしめることが確認され、「する」側の費用や人員がととのう範囲で、しかも、技術が比較的確定的なものが対策として選ばれる。循環器管理の場合は急性、慢性伝染病の管理と異なり、減少や撲滅が目標とはならず、管理をよくすればするほど、対象は増加する。地域はこれを受けて他に頼むところがない。その意味で市原市の循環器管理は限られた資源の中で最大限のサービスを、いかに行なうかという問題に直面しつつの戦いであった。

保健婦は、この地域において循環器管理の執行者であり、同時に有効な唯一の資源として位置づけられてきた。

循環器管理は、その出発点をScreeningにおき、選択し、基準づけられた管理尺度を用意する。管理活動の結果は、管理目標との間のひらきを測定することで評価することが可能である。

その前提として、管理システムの確立が必要

になる。そのシステムによって、一度管理された状態に到達しうれば、健康管理をすすめていくことは、管理状態に到達する過程よりも、容易になる。従って、この活動の精度を高く保持しようとするれば、管理システムの枠に入ってきた集団が、尺度によって基準づけられるまでのプロセスまで（すでに管理状態にある集団は再度管理基準による照合が終了するまで）落ちこぼれないよう、集団の受検行動を維持することが大切な問題となってくる。

世帯管理は、家族対応の中で、生活が健康に“満足する状態”にあるかどうかを見い出すところが出発点になる。これは、対象とわれわれとのかかわりのあり方が基盤となる問題である。松村、山口氏は、これを、自己関係、物関係、人関係から解明しているが（「看護相談要論」現代社）満足する状態に発展させようとするとき、われわれの側にも個人または家族集団にも、かぎられた数の観測値より得た不完全な情報を基盤として管理をすすめるなければならないであろう。健康現象にかかわる生活の修飾要因はきわめて多様なのであり、健康状態は、その人、その集団の人生の価値に深く根をはってある問題だからである。世帯管理は、家族との対応性から、必要なケアの決定とそれに適当な人の選択、そして保健婦自らの役割の調整といった、看護的判断が要求されてくる。この活動を保持するためには、当然のことながら綿密な計画性が要求される。看護的判断の基礎能力の確保、その能力を保障してやれるシステムがなければならない。さらに、地域空間の問題として、そこに行きやすいこと、行けば人がいるこ

とがなければならない。この方策のどれか1つが不十分でも、稼働効率に不合理を生じ活動の有意味性は薄くなる。

行政体が、保健サービスを組織する場合、C. F. A. Winslow のいう“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考展のために、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……”（衛生行政大要、第8版）に契機づけられているはずである。

上述した地域的な諸特性を有している場合、行政体は、住民の医療を行政体が用意できる人員、施設、予算で、最大限の効果をねらわなければならない。しかも、なるべく多くの住民に、平等になる方法が求められる。このような理由から循環器管理は出発したのである。集団検診によって、受療が必要な個人については、かかりつけの医師、または保健婦が対応するといった集団から個別化の仕組み、もう1つは、積極的な予防指導としての地域の食生活改善の教育浸透が考えられた。個別化のプロセスにおいて不可決なことは、受診グループにとって、自らの希望するような受療資源が保証されていることにあわせて、生活指導がよく組み合わさることである。この両方がうまく調整されて、個々人は、安定を保ちつつ生活してゆける。しかし、問題の所在は異なるが、かかりつけ医師にとっても、保健婦にとっても、そのことを満

たす条件はなかなか確保されにくい場合、より集団教育と集団検診のスケールを大きくして健康者群の水準を落とさず、しかも検診を持続させてゆくことを通して、受療グループを減少させてゆくことが考えられる。だが、集団の健康水準をあげることに、個人の健康水準をあげるためにかかわることは異質のことである。

循環器管理において、その両方がなければ、地域の健康水準を高めることにはならないことはいうまでもない。つまり、個別的なものを全体として用意することと、全体的なものを全体を通して用意することが、1つのシステムの中に含まれていることが期待された。問題は、誰が、どこで、何をするかである。

市原市のような地域状況があり、地域の医療資源がこの循環器管理の中軸に活用できない場合、上述した二面性の期待は現実の問題として、保健婦の活動の全部を投入し、全体にふりわけることにつながる。つまり、誰が、どこで、何を、といった整理をしてゆけば、システムそのものは成り立たなくなる。かといって、どちらかにしぼっても、より多くの住民の健康状態をちょうどよく保ってゆくといった「管理する」有意味性は薄れる。そして結果的には、保健婦ばかりでなく、それにかかわった判定医も、システム全体を保持するために、深く関与しなければならなくなってゆくのであった。

この状況は、住民の角度、保健婦の角度、行政体の角度、および、公衆衛生の角度等々、その角度によるみかたで様々なことがいえよう。保健婦の角度からは保健婦が循環器管理の全過程にかかわらずにすまなかった問題は、地区住

民の1人1人に対応したいといった個別化の志向と意識下のうえで同位におかれていたように思われる。例えば、集団から個といったすじ道に依存し、すじ道の振幅が複雑になるに従って、対象の掌握、保持、そして受検の場にかえすといった対象集団維持に勢力を投入せざるをえなかった状況においてさえ、個別管理カードによって、できるだけ詳細に、見落としがないように報告できる仕組みに大きなエネルギーをかけた。そのような状況を作っておくことが個別対応への展開に最も近いと了解していたように思われる。そのような了解のもとでは、世帯管理のように対象の不確定要素そのものにかかわり、あるがままを認識し、展開してゆかねばならないような仕事の仕組みは、不合理なことにみえてくるであろう。その意味でいえば、個別化とは何かといった問題についての理論的深まりがないまま、1人1人をよくみたいという志向だけがあったといわなければならない。

#### 4-3 これからの課題

地域の健康を管理してゆく活動は、特定の目標 Goal を有し、それを遂行させるためにある機能を引きださせることをもくろんで組織された構造があって成り立つ。保健婦は、本来的にそこに専門成分としておかれた「資源」である。

市原市のような、町村合併により行政規模が拡大し、地域集団に多種多様な健康要求が生じ、しかも医療資源の圧倒的な不足がある状況では、逃げ場のない行政が主導して、できることから何かを出発させることになる。その際、そこに所属する保健婦は、その専門性ゆえ

に、自らの資源としての機能を問題にし、一方その機能を安定させ、引きだしてくれる組織構造を確保し、マネージする役割をとらなければならなくなる。なおかつ、その事業目標にそって地域サービス尺度を基準化するための資料を収集し、修正しなければならない場合の意志決定者としての能力を期待されている。

資源として成り立つための活動の基本型は“対応”があり、しかも対応は連鎖完結型である点である。それゆえに、その分野の専門的判断と、必要な活動パターンの選択に関しては、十分な自由度が保証されなければならない。

その意味では、組織システムに活動の安定性を求め、組織をマネージすることも、特定事業を企画、運営することも、それによって地域の個人水準に深くかかわる自由度が、どのチャンネルで確保されるかを問題としてあつかわなければならない。

地域における看護活動は、人との対応において、人々の適応力、集団力を引きだし健康生活の自己実現にかかわる資源である。それにゆるがない強さを持ち推進してゆくこと、その集積が活動の有効な方式を選択決定させる基礎となるであろう。

また地域保健活動が、保健婦活動の質量に規制を受けなければならない現状においても、地域総合保健医療における地保の承認をはかることにより、これをおぎない、その中において保健婦活動が行政体内で閉ざされ、そのために独自の看護能力を引き出してゆけない状況のないような意志決定の仕組みが、内部的にも外部的にも用意されていなければならないであろう。

## 5. おわりに

この報告は著者らが、昭和50年、市原市保健行政実態の調査委託を受け検討してきたものを、さらに保健婦活動に焦点をあてて、分析し、問題性を明らかにしようとしたものである。従って、保健婦活動の主軸をなしていた循環器管理について、様々にとりあげたが、循環器管理そのものに視点をあてて分析したわけではない。循環器管理に関していえば、保健管理活動にとってマイナスの多い地域事情にありながらも、個々人を持続して見守ってゆくといった、望まれる“管理”の骨格を作り持続させ、住民にとって医療の一部を保証してきた。その保健サービス遂行への業績もさることながら、循環器管理のための医学、ならびに保健指導の基準、その他数々の業績に対する高い評価においては、論をまたないところである。ただ看護の視点にたつて保健婦の活動プロセスをみると、上述してきたいくつかの問題性を指摘できた。それは、市原市保健婦諸姉の真摯な活動を通じてこそである。

最後に報告にあたって、ご快諾いただいた市原市健康管理関係者諸氏に深い敬意と感謝を申し上げます。

### 参考文献

- 1) 新井宏明, 田丸志づゑ: 成人病管理計の研究 (その2) S42.2, 千葉県国保保健婦研究発表会
- 2) 野尻雅美, 新井宏明, その他: 脳卒中対策の効果について (第3報), 中年期脳卒中死亡の動向 (その2)

## 医師の保健婦への「期待」

園田 恭一\*

共同研究者：相磯富士雄\*\*，牧野忠康\*\*\*，山崎令子\*\*\*\*，宗像恒次\*\*\*\*\*

### 1. 調査目的と調査方法

地域保健活動を、より地域住民に密着したかたちで有効に展開するためには、保健・医療機関をどのように体系化し、整備したらよいのかという課題をとりあげようとする場合に、病院・診療所と保健所、とりわけ医師と保健婦との有機的な協力関係をいかにして作りだしていったらよいのかということの検討が不可欠な要諦となるであろう。だが、現実的には、これら両者の関係は希薄であり、円滑なものに欠けているともいわれている。

他方、一般的にいても、社会関係や人間関係が安定し、体系的、組織的な結びつきが生まれる前提としては、双方の間で、相手の行為とそれに対する自己の期待との適合という役割、期待の関係が成り立つことが必要だとされている。

そこで、これらの問題を明らかにする一環として、本調査では、開業医を対象として、医師が保健婦の存在や活動を期待しているのか、いないのか、期待しているとすればどのような領域を考えているのか、等々について調査を行なうこととした。

調査方法は、調査票を用いての質問紙調査法によったが、上記のような観点からの調査はこれまでほとんどなされておらず、従って、今年度は理論的枠組みや調査項目の作成や検討に重点がおかれた。また、調査の実施にあたっては、一般の調査員を用いることなく、スタッフが枠組みや項目のプリテストを兼ねて、直接面接調査を行なうこととした。

これらの関係もあって、今年度は面接調査が完了した医師は9名だけとなったので、以下の結果の分析も、統計的なものよりも事例的な扱いに重点をおいて行なわれる。ちなみに、今回の調査対象となった医師9名の内訳は、内科系（内科・小児科）5名、外科系（産婦人科・整形外科）4名となった。

医師により、保健婦の役割や活動に対する期

\* 東京大学医学部保健社会学教室  
\*\* 国立公衆衛生院  
\*\*\* 箱崎町診療所  
\*\*\*\* 東京大学医学部保健学科  
\*\*\*\*\* 日本看護協会