

公衆衛生学会自由集会番外編開催される — 横浜フォーラムの報告 —

1997年10月16日より18日までの3日間パシフィコ横浜国際会議場等で日本公衆衛生学会が演題発表1,276題（講演824, 示説452）、5,008人を集めて行われました。住まいと健康フォーラムの会員の方も発表等で学会に参加された方も多と思います。

毎年恒例の自由集会ですが、今回は10月17日（金）午後6時より学会会場から程近いランドマークタワー13階のフォーラムよこはまで45人が参加し、「横浜市の住宅改善支援システム・・・二つの技術支援をめぐって」と題して3人の演者から取り組みについての報告や質疑応答を行いました。

まず司会進行の公衆衛生院 鈴木先生が、この自由集会開催の趣旨説明を次のように行いました。

『住宅改善システムにおいて、ジェネラリスト（保健婦等）によるニーズの発見・動機づけと、スペシャリスト（PT・OT、SW、建築士、リハエンジニア）による専門的技術支援がシステムとして結びついている横浜市の取組状況を紹介していただくとともに、保健所の環境衛生部門が住宅改善支援に参画している例についても併せて報告していただき、連携の在り方等について議論を深めてみたい。』

続いて演者が紹介され、横浜市緑区福祉保健サービス課保健婦の木村美貴子さんがトップバッターとして指名され、住宅改善について区保健福祉サービス課や保健所とリハビリテーションセンターとの連携システム、特に地域の役割についての話がありました。

『横浜市は、人口約335万人の政令指定都市であり、高齢化率は11.6%、市内は18区に分区され、各区に保健所と福祉保健サービス課が置かれています。また、リハビリテーションセンターは市内北部に一か所設置されています。』

横浜市の在宅リハビリ事業の経過をまずお話ししますと、昭和50年、老人保健法の施行前に全国に先駆けて寝たきり者への訪問看護事業を開始しました。老人保健法が施行された昭和58年2月以降は機能訓練教室も保健所において開始されました。この結果寝たきりになる前の対象者に接する機会が多くなりました。しかしリハ専門の病院が少なかったこともあり、一般には退院患者が退院後の在宅療養生活の具体的な指導を受ける場が少ない状況でした。ですから在宅療養でADLが落ちてしまい寝たきりになってしまうという例もありました。また、例えば保健婦とケースワーカーの間で、ベッドを入れようという案が出ても次に具体的な行動に移ることはなかったように思っています。

なお、昭和45年より重度障害者住宅設備改良補助事業を上限40万円で行っていましたが、改善策の決定は福祉事務所の担当者が権限を持っており、対象者に対するケア方針と改善策が有機的に結びつけるようなシステムではありませんでした。

このような状況の中、昭和62年10月に障害者又はその疑いのある対象者に対して総合的なリハビリテーションを行うことを目的として横浜市総合リハビリテーションセンターがオープンしました。現在も横浜市のリハビリテーションに関する中核機関としての役割を担っている施設です。この開設とともに訪問リハビリテーション事業がはじまり、この内容は、センターの専門職が地域の保健婦やケースワーカーと同行して対象者の家庭を訪問するものです。専門職が派遣されることによって、福祉機器の導入や住宅改善についての具体的な技術支援ができるようになりました。また、それまでであった助成に関する諸事業が充実され、平成5年には住環境整備事業として生まれ変わり現在に至っています。

最後に「地域の在宅療養支援者（保健婦等）は何ができるのであろうか。」について述

べます。一つは住生活の問題の発見者になることです。本人や家族から住宅改善をしたいとは言っていない、例えば外に出れなくなった場合、身体の機能が落ちたのでしかたないことだとあきらめてしまうのが通常です。外に出ようとする気持ちを持たせ、そのためには住宅改善も必要なんだと仕向けることです。もう一つは、改善したにもかかわらず十分活用されていない例があるのでこれを使えるように変えていく等、住宅改善終了後も継続的に生活をフォローアップしていくことです。』

その後OHPを使い、記載した図面を利用して複数事例の解説が行われ、住生活問題の発見者となるには見取図の活用が非常に有効であることが述べられました。

続いて二番手として、横浜市総合リハビリテーションセンターで建築士の資格を持つリハエンジニアとして仕事をされている橋本美芽さんに、横浜市の住環境整備事業やリハビリテーションセンターの事業説明、及びスペシャリストの立場としての課題と地域サイド（ジェネラリスト）への期待の話がありました。

『横浜市で住宅改造費や機器購入費等に対する助成事業（住環境整備事業）を利用した件数が年間1,200、支出経費約6億1千万円（一件あたりの限度額：改造150万円＋福祉機器購入費について機器ごと限度額加算）です。この額は330万都市として不十分だと考えます。しかし、1,200件の家庭を地域と連携して行う支援体制についてはある程度誇れるものがあると考えています。

リハビリテーションセンターでは、生活支援の一環である住環境整備の助成に関する身体機能の評価や改造案の作成等の技術支援を行っています。市民が直接相談する窓口は区役所となっており、リハビリテーションセンターが技術支援を行う時には本人や家族に対する住宅改善を行う動機づけは済んでいる段階です。

センターにはソーシャルワーカー(SW)、理学療法士(PT)・作業療法士(OT)などのほか、リハエンジニアが常勤しています。全国のリハビリテーションセンターで建築士の資格を持つ者が採用されているのは横浜市だけです。

相談者宅への訪問にはSW、OT、PTが中心となりますが、区の保健婦やケースワーカーも同行します。これによって、文面だけではわからない重要な情報である生活観、価値観、宗教的要素等家族の中の条件を、それまでかかわりを持っていた方から直接聞けることで十分な生活の理解に結びつきます。地域での事前のすり合わせができていから、センターの専門職が生きてくると考えています。

センターでは道具類の作成提供も行っています。市販品では賄えない重度障害を持っている方の場合、横浜市ではその方に合わせた道具類を体に合うまで何度でも試作して材料費のみで提供する制度があります。

また、福祉用具の使用評価を行っています。実際にいちばん体に合うものを選んでいただくために、段差解消機、スロープ、階段昇降機、リフト吊具等それぞれいろいろなタイプを複数購入し保管しています。その他改造案の作成、改造工事の技術指導、改造のために必要な商品情報の施工業者への提供、改造後の確認検査を行い、本人家族の使い勝手に合うことが確認されるまで指導を繰り返し、家庭を訪問します。

最後に今後の課題と地域への期待を述べます。まず情報の共有化を図ること。対象者と一時的な係りとなるセンター職員は機能的な評価の結果に基づいて結果を出しやすい。例えば車椅子の生活が機能的に適切だからといって、個人の価値観等の濃厚な情報がなくて、畳から床張りに変えさせてしまうことは避けるべきです。二つ目は、本人や家族が改造プランを十分理解する手助けをすること。一般には改造図面等で説明しているが家族や本人が本当にそれでいいと思っているのか、本人の良き理解者として本音を聞くことです。三つ目として事後フォローをお願いしたい。特に進行性の疾患の場合新たなニーズが生まれます。

横浜市の制度の質は高いとの評価を鈴木先生からいただきましたが、システムは最低限の保証であり、QOLは保証できません。これからもシステムにアグラをかくことなく努めていきたいと考えています。』

三番手、最後の報告は保健所の環境衛生監視員の吉田 優さんです。横浜市神奈川区で

は区衛生課環境衛生係が福祉保健サービス課と連携し、「住まい」や「住まい方」の問題から起こる健康問題に積極的に対処しています。現在までの取組の話がありました。

『神奈川区では平成7年度から、保健婦やケースワーカーに加え環境衛生監視員がチームに入り、住宅の居住環境の評価をおこなっています。現在は試行で行っていますが、近い将来一つの事業とすることを目標としています。現在、日照、採光、温湿度、清潔度等10項目を挙げ住宅を評価していますが、その結果として、次のことが見えてきました。

①訪問した家庭の中で何らかの不適事項があった家庭（不適率61%）の大部分が、住環境の不適を問題視せず、改善しようとは考えてないこと。②健康被害によって一日中家の中での生活を余儀なくされ、将来の生活設計までも変更しなくてはならない事態が生じる中では「改善の是非」を徹底的に検討しなければならないこと。①については、健康面において最良の状態を維持するため、居住基準を策定することが一つの対策になる。②については本人家族等そこに一緒に住む人たちの生活実態をしっかりと把握する必要があり、これは訪問する環境衛生監視員も同様である。と考えています。

環境衛生監視員が行っている訪問指導は、住宅の質を評価して改善を指導していきますが、この住環境改善事業費用助成の利用にあたっては、種々の条件や制限があります。例えば車椅子導入に伴う床のフローリング化は認められても、ダニ等衛生害虫の発生又は発生しないような予防のために床材を変更することは制度利用の対象にならないなどです。

この訪問は、保健婦が住環境改善の必要性有と判断して同行を環境衛生監視員に要請するもので、対象者宅の見取り図を描き、環監は温度の問題を解消するために、例えばトイレにヒーターを入れることや本人を北向きの部屋から南向きの部屋に移すこと等を提案します。』

その他スライドを使って、置水分計で計測不能な程ビッショリの畳や、ねずみの住み処となっている家庭及びスモークテスターを使って行う気流の検査等が紹介されました。

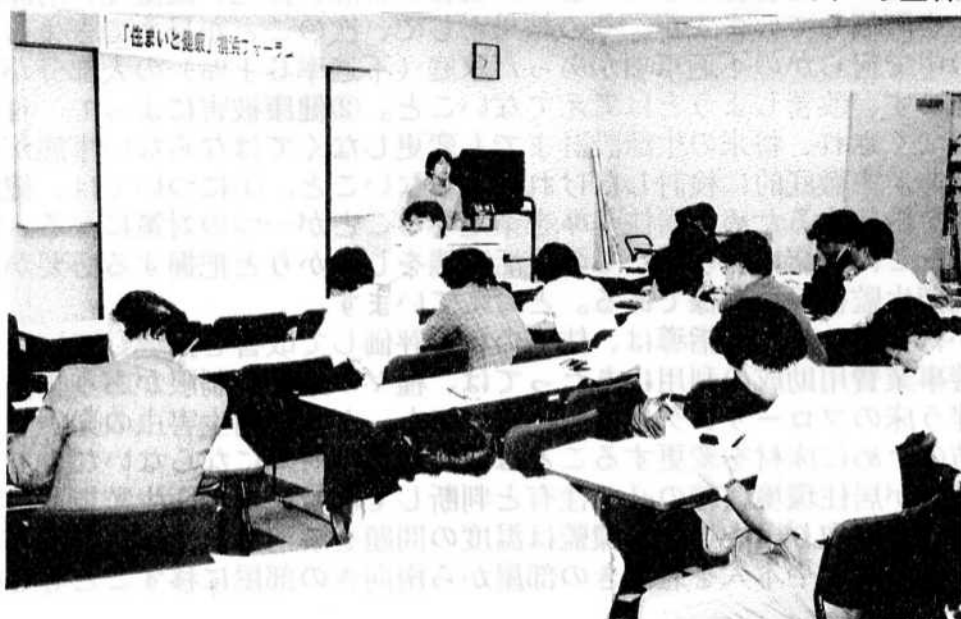
まとめとして、今後は住環境整備事業の助成対象に住まい方に関しての改善も取り入れていくべきであること、及び住宅内での住まい方の基準に基づき、公的職員が住宅の健康診断を行うことの2点を今後の課題にすると結ばれました。

以上で報告を終了し、続いて鈴木先生の進行で参加者と演者との間で意見交換を行いました。主なものは次のとおりです。（敬称略）

- （問）問題のない元気な人にはどう対応しているのか及び住情報センターとの係りは？
- （答）橋本：市民の方からの新築の相談が月5件ぐらいある。住宅建築メーカーが定期的に問い合わせに来る。住情報センターとの係りは今はない。
- （答）吉田：母親教室等で住まいの衛生を啓発。住情報センターにはダニ対策についての室内模型を展示。
- （問）制度利用件数1,200件は助成対象外も含むのか？
- （答）橋本：1,200件はすべて助成対象者。
もちろん対象外の方や増築等の場合も技術支援の対象にはなるが、残念ながら相談件数は非常に少ない。
- （答）木村：全額払ってまで改善しようとは思わないのではないか。
- （問）リハセンター開設時よりエンジニア7名と建築士3名は配置されていたのか？
- （答）橋本：当初は室長とエンジニアの計2名。4年の活動の中で相談件数の6割に住宅改善の必要性がある、そのためには建築士等の専門家が必要であるとデータを基に人員要求した。これが認められ建築士等が配備され、この結果改造の相談件数が飛躍的に上昇したので現在の体制に増員された。
- （問）失敗例はあるか？
- （答）橋本：本人が遠方の病院に入院中で十分な意志確認できなかったとき、退院後ここは使いたくないという返事をもらったことがある。
- （問）他都市の助成金額は？
- （答）宇治市：30万 静岡市：80万 などでした。

最後に鈴木先生から、「横浜のシステムが発展するか否かは、ジェネラリストがいかにスペシャリストの技術を獲得していけるかであります。これができると、スペシャリストに頼らずに仕事ができ、かつスペシャリストに頼むものがより高度になる。これに対応するためにスペシャリストの技術がより高度になるという良いめぐり合わせを維持することになります。」とのまとめの言葉で自由集会を閉会しました。

(報告者 横浜市戸塚区保健所 桃井 宏之)



横浜フォーラム

橋本美芽(みめ)

さんの報告風景

国立公衆衛生院平成9年度特別課程 「住まいと健康コース」を振り返って

コース主任 国立公衆衛生院 建築衛生学部 松本 恭治

住まいと健康コースは昭和60年に住居衛生コースを開設して以来、途中で住まいと健康コースとして改称し、建築物衛生コースと3年に2度の割合で交代しながら実施してきた。本年6月17日から7月17日までに実施した当コースは、保健婦15名、環境衛生監視員15名の定員にそれぞれ2名と27名の計29名が受講した。毎回ながら保健婦の参加が当方の期待に反して少ないのが残念である。

健康と関わりの深い住宅問題の発見役及び問題解決のためのコーディネーターとしての保健婦と、問題解決のための技術的診断・情報を提供する役の環境衛生監視員との双方の持ち味を生かした取り組みを推進する目的で、本コースをより共学しやすいカリキュラムで組み立てているつもりである。自治体の研修コース派遣担当者には是非ご理解いただきたいところである。

カリキュラム構成は

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1) 住まいと健康対策・住宅問題 (42時間) | 2) 住宅計画 (12時間) |
| 3) 室内環境と健康 (12時間) | 4) 社会環境と住まい (8時間) |
| 5) 住宅管理と改善 (12時間) | 6) 住環境教育 (24時間) |
| 7) 特別講義 (6時間) | 8) その他 (22時間) |

の計138時間である。

保健婦と環境衛生監視員の学問的背景や職務背景が異なることを考慮し、内10時間は、保健婦向けコース、環境衛生監視員向けコースに分け、保健婦には在宅ケア推進のためのカリキュラムを、環境衛生監視員には建物や設備の診断及び空気環境測定等のカリキュラムをそれぞれ多く選択できるように工夫している。

ところで、今回のカリキュラムは概ね従来の構成を引き継いでいるが、前回と異なる点は、1) 講師に自治体の現場職員10人と前回より多く登場していただいたこと、2) 化学物質過敏症対策を多く盛り込んだこと等である。

1) は住まいと健康に取り組む自治体が増加し、過去の本コース修了生の中からも優れた成果が多数上げられており、住まいと健康の具体的な取り組みを、研修生により身近に感じていただくことを目指した。

2) は新建材の健康被害が深刻な社会的問題となりつつあることに対応して盛り込んだものである。建材等の化学物質被害者の相談・治療と住宅改善を支援する機関は極めて乏しいのが現状である。相談機能を保健所内に早急に整備する必要がある、国の動き、最先端現場の取り組み、最先端研究の現状を伝えることに努めた。

研修生の研修内容に関する評価は概ね高い。特に最先端の自治体の取り組みに理解が増したこと、在宅ケア推進のために住宅改善に取り組む重要性が理解できたこと、室内空気環境の指導等に環境衛生監視の技術・経験を生かす必要が高いことが理解されたこと等である。ただし、今回は当コースに初めて派遣して来た自治体も多く、技術の理解以前に取り組みのマインド段階で躊躇する意見も見られた。福祉の住宅改造助成金が年間8000人近くに交付されている東京都では、多くの保健婦が当然にして住宅改善に関わっているが、助成金制度のない自治体では、住宅改善に関わる保健婦も少ないのは当然であろう。

住まいへの取り組みの必要性が理解できても、取り組むための環境が不十分な場合は、周囲の同僚・上司がバリアとなる場合も少なくない。住宅問題は地方性も強く現れることから大都市の住まいと健康への取り組み事例が、必ずしも地方都市・地方農村部に当てはまるとは限らないが、自治体相互の頻繁で多角的な情報交換が環境整備に役立つ可能性が高く、特に研修生に期待するのは継続的な情報交換である。そのような観点から当フォーラムニュースを上手に活用していただければ更に効果的と考えている。

全国フォーラム報告への質問から

フォーラム事務局

前号で全国フォーラムの報告を掲載したところ、保健婦さんよりいくつかの質問が寄せられました。貴重な指摘だと思います。フォーラムには様々な職種が集っているため、多分このような疑問は毎号生まれているのでしょう。疑問のまま読み過ごしてしまうのではなくフォーラムにお寄せください。専門職同志の交流もフォーラムの重要な役割です。他の職種のことと決めつけずに、関心をもつことから連携が始まります。

Q ホルムアルデヒドの発生源はなんですか？

A 室内のホルムアルデヒドの発生源は建築材料としての合板、パーティクルボード、フローリング、クロスを貼る接着剤、断熱材などが考えられます。

これらからホルムアルデヒドは徐々に空气中に放出され、完全に放出されるまで20年以上かかると言われています。

Q ホルムアルデヒドの人体影響はどのようなものですか？

A 下に人体影響についての表の一例を示します。

| 濃度 (ppm) | 人体影響 (建設省住宅局：健康で快適な住宅研究会) |
|----------|---------------------------|
| 0.2~0.5 | 弱い眼への刺激、不快感 |
| 0.7~4.5 | 嘔吐、下痢、催涙、鼻血、発疹 (幼児) |
| 0.5~10 | 頭痛、眼の刺激、皮膚障害、気管障害 (成人) |
| 25以上 | 耐えがたい |
| 50~100 | 肺水腫、死亡 |

また、ホルムアルデヒドは日本産業衛生学会・国際がん研究機関等、各種機関の分類において、ヒトへの発ガン性が疑われる物質であるとされています。

このような毒性のほか、微量なホルムアルデヒドが中毒症状やアレルギーを悪化させる要因となることが大きな問題となっています。

Q イソシアネートという物質が書いてありましたがどのような害があるのですか？

A ホルムアルデヒドの害が問題となっているため、イソシアネート系の接着剤が使われることがあります。また、ウレタン樹脂、ウレタンフォームの原料でもあります。

ウレタンフォームの原料に使われるトリレンジイソシアネートを例にすると、許容濃度0.005ppmと毒性は高く、皮膚や眼への炎症、鼻・のど・気管の刺激、炎症を起こします。他のイソシアネートでも喘息や肺水腫を起こす可能性があります。

現在のところ、接着剤や原材料から室内に高濃度のイソシアネートが放出されるという報告はありませんが、問題点として全国フォーラムのシンポジストの上原先生も指摘されています。今後注目していくべき物質といえそうです。

Q 合板の基準にF1、F2、F3があるとのことですが、どのような基準ですか？

A ホルムアルデヒドについての合板の基準は日本農林規格（JAS）にあります。

普通合板のホルムアルデヒドの放散量の基準

| | | |
|----|----|-----------|
| F1 | 平均 | 0.5mg/l以下 |
| | 最大 | 0.7mg/l以下 |
| F2 | 平均 | 5mg/l以下 |
| | 最大 | 7mg/l以下 |
| F3 | 平均 | 10mg/l以下 |
| | 最大 | 12mg/l以下 |

しかし、この濃度は検体を密閉容器に入れ蒸留水に吸収された量を測るもので、その検体が気中に放散する量ではないことが問題とされています。F1の合板でも、推定で0.2ppmの室内濃度になり、現在の各国の基準値を超えてしまいます。

Q F2合板の基準と産業衛生学会の基準の関係が分からないのですが。

A 広く使用されていたF2合板の基準は、その当時の産業衛生学会の基準である気中濃度2ppmから導かれていたものでした。しかしその後産業衛生学会の基準は0.5ppmと厳しくなりましたが、JASの基準は見直しされていません。つまり、F2合板の基準の意味は全く失われてしまったわけです。

室内空気の基準は各国で厳しい基準を設けています。日本もやっと厚生省の「快適で健康的な住宅に関する検討会議」で「30分平均値で0.1mg/m³以下」の指針値が提案されました。

最近ではF1合板も多く市場に出てきているようですが、このような基準自体の見直しも求められています。

事務局だより

総会を経て、本年も会員の皆様のご寄付による運営を続けることになりました。

皆様のご協力をお願いいたします。また、切手などの寄付も歓迎いたします。

今年度は昨年に比べて寄付の立ち上がりが若干少なくなっております。

フォーラムの維持のために、ご協力をよろしくお願いいたします。

フォーラムニュースは会員の職場に送付しています。異動等で送付先が変わる場合は、必ず事務局にFAXでご連絡ください。名簿整理にご協力ください。

事務局

〒108 東京都港区白金台4-6-1

国立公衆衛生院 建築衛生学部 住宅衛生室 松本恭治 鈴木晃

電話 03-3441-7111 内線277 FAX 03-3446-4723

✉事務局不在のことが多いので、ご連絡はなるべくFAXでお願いします。