

越中五箇山，利賀村の 生活実態と一日総合検診

富山県城端厚生病院

院長 寺中 正昭 保健婦 米道 昌代
医師 中林 智之 保健婦 杉山 春美

五箇山地区は富山県の南西端の山間部に位し、平・上平・利賀の3ヵ村よりなるが北陸でも屈指の豪雪地帯である。そのうち平・上平村は国道156号線が岐阜に通じるようになってからは、厳冬期にあっても国道が確保されるため近隣地域との交流が深まり、冬でも近接地域の病院に通院も可能となっている。一方、利賀村はその道路整備の遅れと雪害なども絡んで陸の孤島的色彩が一段と濃く、つい近年まで近隣地域との交流も比較的少なく、冬期間の村の医療は100%近く直診診療所の一人の医師に委ねられているという状況であった。

しかしながら近年行政の懸命の努力により、冬期の除雪、道路の確保がなされるようになってきたため、その生活環境や生活行動に著しい変化がおとずれてきている。

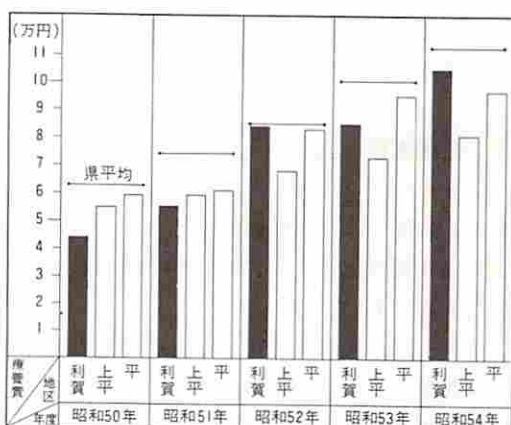
富山県国保連の調べによれば、10年前診療費、受診率ともに県下最低の地域であったものが、昭和50～54年には着実に診療費と入院の受診率が増大し平・上平地区を凌駕するにいたっている（国保資料：表1-①、②）

その原因としては、今まで健康を犠牲にして我慢して働きすぎる環境によりメスが入り、手おくれに近い状態の重症患者の発掘がひいては長期入院患者を抱えこむといった状況下で、一挙に診療費の増大となってあらわれた可能性も高い（利賀村調べ）。

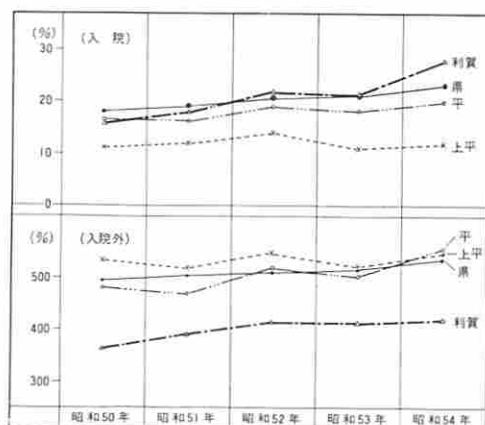
このような状況にあっては、人間の生活環境も非常に流動的であり、住民の健康意識も

（表1）五ヶ三村の最近5年間の受療状況

①被保険者1人当りの療養費（国保資料：昭和50～54年）



②受診率（国保資料：昭和50～54年）



又、地域の医療や保健システムの多様化に伴って変革期を迎えることになる。

今から約10年前の昭和46年に当時利賀村診療所勤務医の和田博士が実施された利賀村民

の生活実態調査は、その経緯を知るには貴重な資料である。

このような調査は、その地域の医療のみならず、地域保健活動・保健衛生指導を行う立場にあるものにとって地域の実状の理解という面で必須の事であると考えられる。私共も検診活動をもっと効果的にすすめる意味も含めて、昭和55年6月にアンケートによる生活実態調査を行った。この調査によって得た結果を10年前のそれと比較検討し、この10年間の住民の生活や環境の変化の一面をとらえることができた。又、その後、利賀村百瀬地区を対象として行った一日総合検診についても報告する。

I 生活実態調査

アンケートは住みやすさや、日常生活に関する質問が20項目にわたるもので、各世帯主とか主婦などの一家の担い手の回答を集計したものである。

①アンケート回収率は76.5%と10年前の78.6%に酷似しており両者の評価のレベルはほぼ均等と思われる。(表2)

(表2) アンケート回収率

	昭和55年	昭和46年
総戸数	293戸	350戸
総人口	1,100人	1,900人
アンケート回答率	224 (76.5%)	275 (78.6%)
回答者平均年齢	47.5歳	

※世帯主、主婦の回答を原則としている。

②住みやすさについて(表3)

約半数の住民が住みやすいと答えている。その理由として、自然に恵まれたのどかな山村にあって、お互いの共同精神が厚いことをあげている。逆に住みにくいと答えたものは10%にみえず、10年前北日本新聞社のまとめた五箇山の住民についての報告によると、住みにくいと答えたものが住民の44.7%であったのに比べて大きな差異を認めることができる。

今回“住みにくい”と答えた理由として、
・年間を通じての仕事がなく、安定した収入

を得られないため後継者がいないこと。

・交際費が重み、人のうわさ、ねたみなど対人関係が難しい。

・子どもの進学問題に頭を悩ませている。
などを挙げ、10年前の冬期間の雪害とか交通事情に対する不満はむしろ少なく、対人関係や教育問題とか将来計画の不安などを挙げて、住みにくさを訴えているものが多いという結果を得た。

(表3) 住みやすさについて

	昭和55年 利賀村	昭和46年 五箇山地区※
住みやすい	47.4%	22.4%
なんともいえない	39.7%	32.9%
住みにくい	9.8%	44.7%
返答なし	3.1%	—

※北日本新聞社調べ

③電気製品所有度について

生活水準をみるため、電気製品についてのアンケート調査を行った(表4、5)。

現在電気冷蔵庫・洗濯機・カラーテレビの所有度はほぼ100%に近く、10年前の要求品目であった電気冷蔵庫・カラーテレビを充足し、さらに2台目の冷蔵庫・カラーテレビを希望していることがうかがわれる。

(表4) 電気製品所有度について

順位	年度 電気製品名	昭和55年	昭和46年	前回 順位
		1	電気冷蔵庫	
2	電気洗濯機	99.1%	90%	1
3	カラーテレビ	98.7%	52%	5
4	ステンレス流し台	90.2%	66%	2
5	自家用車	79.9%	59%	3

(表5) 今後備えたい電気製品

昭和55年		昭和46年	
1	電子レンジ	1	電気冷蔵庫
2	電気温水器	2	電子レンジ
3	2台目冷蔵庫	3	電気温水器
4	2台目カラーテレビ	4	カラーテレビ

④日常生活について

日常の健康のリズムの指標として、起床、就寝時間の調査及び起床時の疲れ、日常の自覚症状の有無などについて調べた。

起床時間、就寝時間ともに10年前に比べや

や遅くなる傾向がみられた。しかし一方平均睡眠時間は、10年前の6、7時間と比べて約30分の延長がみられる(表6)。又、起床時の疲れも10年前に比べて半減している(表7)。

(表6) 起床・就寝時間について

起床時間			就寝時間		
時刻	昭55年	昭46年	時刻	昭55年	昭46年
4時	0.9%	15.0%	8時	1.8%	1.1%
4時30分	6.7%	41.0%	9時	20.5%	16.0%
5時	46.8%	34.0%	10時	51.4%	52.0%
5時30分	24.6%	1.4%	11時	21.4%	12.0%
6時以降	20.6%	0.4%	それ以降	4.5%	—
返答なし	0.4%	8.2%	返答なし	0.4%	18.9%
平均	5.3時	4.6時	平均	10.2時	9.9時

平均睡眠時間 昭55年 7.1時間
昭46年 6.7時間

(表7) 起床時疲れが残っているか

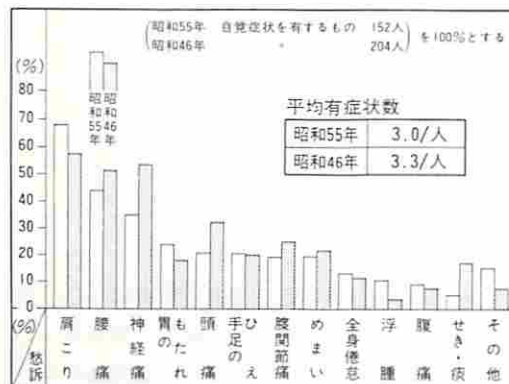
	昭55年	昭46年
疲れが残っている	28.6%	65.7%
時々疲れている	17.9%	2.2%
疲れていない	52.6%	23.0%
返答なし	0.9%	9.1%

又、日常なんらかの愁訴をもつか?という問いに対して、ありと答えたもの(表8)の1人あたりの平均有症状数は3.0と多く、10年前の3.3に比べわずかに改善をみたにすぎない。

(表8) 日常の自覚症状の有無

	昭55年	昭46年
有	67.8%	74%
無	30.4%	26%
返答なし	1.8%	—

(表9) 日常の愁訴の内容及び発現頻度



個々の愁訴の内容は相変わらず肩こり・腰痛・

神経痛がトップを占めている(表9)。しかし10年前にくらべれば腰痛・神経痛などは改善され、その他頭痛・せき・痰も改善をみている。一方、悪化したものは肩こりと胃のもたれなどがあげられる。

⑤ 食生活について

牛乳、卵、豆腐、漬物、豚肉、牛肉、魚、果物などの摂取頻度を10年前と比較してみたところ、牛乳の1週間の摂取量は4本/週で10年前に比し1本/週減。卵や豆腐などの摂取量には変化がなかった。

漬物の摂取頻度は毎食摂取するものを100%とすると、10年前の80%台から50%以下に低下している。又、牛豚肉は10年前には半数が摂取していなかったが10年後の現在では非摂取例はほとんどいなくなり、牛肉は約3割の人が1回/週、豚肉は7割近くが週1回食べている現状である。魚は10日に1回だったものが10日に7回と激増している。又、果物も10年前は1回/週だったものが2日に1回食べるようになってきている。

II 1日総合検診の実施

冒頭でも述べたように、利賀村は近年まで冬期間の重なる悪条件下で、しばしば緊急患者の生命が脅かされるという事態を経験し、これが行政当局の大きな問題でもあった。こうした中では、保健行政の担当者ならずとも、早期に要治療者を発見しようとする努力が続けられてきたことは当然のなりゆきと思われる。

こうして利賀村は、過去の永年にわたる行政当局の弱い立場から、断わりきれない事情もからんでか、1年間にかかえる検診は、成人病検診だけを例に挙げて、保健所の移動保健所、へき地中核病院の巡回検診、農協厚生連のミニドック検診、ライオンズクラブの1日総合検診など、幾多の組織・団体を頭とする検診が入り混っていて煩雑をきわめている。そしてこれらの検診が内容的にもいくつ

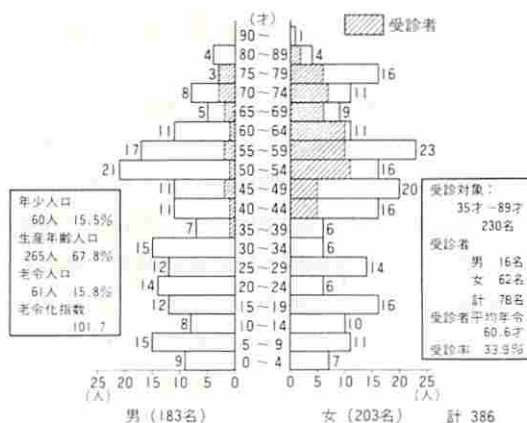
か重複するばかりか、多くの施設がいりみだれてのものであるために、検診結果の判定にも画一性を欠いて住民の戸惑いを招いている。更に一方では、道路事情なども絡んで、これらの検診のほとんどが5～9月と、この地域の住民にとって最も忙しい農繁期に集中して実施されている。ことに、検診後の長期にわたる追跡や指導など、管理システムのいき届かない——いうなれば絞切り型の——検診形態であれば、多忙な住民に手を休ませて検診への参加を呼びかけても、次第にアピールなくなり、おのずから受診率も低下してくることになる。こういったことから、検診を導入する側はもちろん、検診を実施支援する側も慎重に考えるべき問題点である。このような背景から、村役場・農協などの理解を得て、より密度の高い能率的な一日総合検診を（対象人員を比較的少なくして）実施することになったのもあながち偶然なことでもないように思われる。

いくつかの支援団体が一つの検診を実施する際に、お互いに協力し又、補いあって行う一日総合検診の構想はこんな状況判断にはじまり、今回、昭和55年6月30日、利賀村百瀬地区で遂にその実施をみるにいたったものである。

①実施方法

昭和55年6月30日、利賀村百瀬地区の35才

(表10) 利賀村 百瀬地区人口構成 (S54.12末現在)と検診受診状況



～89才までの住民(230名)を対象に一日総合検診を実施した(表10)。この検診は、富山県農村医学研究所々長、豊田文一前金沢大学々長と上市厚生病院々長、現国保診療施設医学会々長、越山健二両先生をリーダーとして福野保健所、へき地中核病院指定の城端厚生病院が主体となり、金沢大学、農村医学研究所からの応援を含めて、42名のスタッフがこれに参加した。待ち時間をできるだけ少なくして、直接、個人別の保健指導にあてる時間を多くとり入れることとした。スタッフの内訳は表11に示す。検診の項目は内科、外科(整

(表11) 検診スタッフ

医師	6名	保健婦	8名
検査技師	8名	栄養士	2名
検査助手	3名	事務員	6名
看護婦	9名	計	42名

形外科を含む)、耳鼻咽喉科、眼科などの一般診察に加え、受診者全員を対象に心電図、眼底カメラ、聴力検査、血圧測定、検尿、血液検査(血色素、ヘマトクリット、コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、GOT、GPT、クレアチニン、BUN、RA)を行った。

(表12) 検査内容 (受診者全員対象)

1. 受付
2. 計測(身長・体重・握力・背筋力・肥厚値)
3. 問診
4. 検査: 検尿・血圧測定・聴力検査
心電図・眼底検査・肺活量
血液検査
血色素量・ヘマトクリット
コレステロール(T-cho, TG, HDL-C)
GOT, GPT
クレアチニン, BUN
RA
5. 診察: 内科・外科・耳鼻咽喉科・眼科
6. 保健栄養指導

②結果

表10に示した如く、受診対象者は35才～89才の230名の地区住民で、受診者は男16名(17%)、女62名(48.8%)の計78名(33.9%)で、受診者の平均年齢は60.6才であった。

検査内容の各項目ごとの結果を以下に示す。

i) 血圧測定：WHOの分類に従って、各年代別に、正常血圧、境界域血圧及び高血圧を区別すると、表13の結果を得た。男性の受診数が少ないために、断定はできないが、全体からみると、60才以上の60%以上が境界域血圧又は高血圧で、境界域血圧は50才代前半より多くなり、60才をピークにはほぼ正規分布を示す。又、70才代の約50%は高血圧である。

(表13) 血圧値の分類

最高血圧 最低血圧	140mmHg 未 満	140mmHg以上 160mmHg未満	160mmHg 以 上
	95mmHg未満	正 常 血 圧	
90mmHg以上 95mmHg未満	境 界 域 血 圧		
95mmHg以上	高 血 圧		

(WHOの分類による。)

年齢 性別	男 (16人)			女 (62人)			合 計 (78人)		
	正 常	境 界 域	高 血 圧	正 常	境 界 域	高 血 圧	正 常	境 界 域	高 血 圧
35~39才	1						1		
40~44		1		4	1		4	2	
45~49	2			4	1		6	1	
50~54			1	8	3		8	3	1
55~59	2			5	5		7	5	
60~64		1		4	4	2	4	5	2
65~69			2	3	3		3	3	2
70~74	2	1		1	2	4	3	3	4
75~79	2		1	2		4	4		5
80~				1	1		1	1	
計	9	3	4	32	20	10	41	23	14

ii) 検尿：尿蛋白、尿糖、ウロビリノーゲンについて検索した結果は表14に示す。3項目とも重症のものは少なく、陽性率は低かった。尿蛋白が(±)以上の16人のうち、血圧が境界域血圧あるいは高血圧であったものは10名(62.5%)であった。

(表14) 検尿 (測定者75人)

尿 蛋 白	(-) 59人 (78.7%)
	(±) 13人 (17.3%)
	(+) 2人 (2.7%)
	(++) 1人 (1.3%)
尿 糖	(-) 74人 (98.7%)
	(±) 0人 (0.0%)
	(+) 1人 (1.3%)
ウロビリノーゲン	(±) 70人 (93.4%)
	(+) 5人 (6.6%)

iii) 血色素量・ヘマトクリット：結果は表15に示す。両検査値がとくに低値(血色素量9.9g/dℓ以下又は、ヘマトクリット30%以下)を示したものは3名で、すべて女性であった。(うち2名は50才前後で無症状であった。)

(表15) 血色素量・ヘマトクリット(測定者75人)

血 色 素 量	
♂ 12.9g/dℓ以下	13人 (17.3%)
♀ 11.9g/dℓ以下	
♂ 13.0g/dℓ~16.0g/dℓ	59人 (78.7%)
♀ 12.0g/dℓ~15.0g/dℓ	
♂ 16.1g/dℓ以上	3人 (4.0%)
♀ 15.1g/dℓ以上	
ヘマトクリット	
♂ 38%以下	7人 (9.3%)
♀ 34%以下	
♂ 39%~52%	68人 (90.7%)
♀ 35%~48%	
♂ 53%以上	0人 (0.0%)
♀ 49%以上	

iv) コレステロール：総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロールを全受診者について測定した(表16)。総コレステロールが251mg/dℓ以上を示した10例は、全例女性(平均60.8才)であった。うち中性脂肪201mg/dℓ以上を合併するものは5例で、さらに低HDLコレステロールを合併するものは1例であった。中性脂肪301mg/dℓ以上を示した6例(5例が女性)の平均年齢は58.6才で、その上さらに低HDLコレステロールも合併するものは3例(全例女性)であった。

(表16) コレステロール(測定者78人)

総コレステロール	
129mg/dℓ以下	2人 (2.6%)
130mg/dℓ~230mg/dℓ	59人 (75.6%)
231mg/dℓ~250mg/dℓ	6人 (7.7%)
251mg/dℓ~300mg/dℓ	11人 (14.1%)
中 性 脂 肪	
65mg/dℓ以下	5人 (6.4%)
66mg/dℓ~162mg/dℓ	34人 (43.6%)
163mg/dℓ~200mg/dℓ	16人 (20.5%)
201mg/dℓ~250mg/dℓ	13人 (16.7%)
251mg/dℓ~300mg/dℓ	4人 (5.1%)
301mg/dℓ以上	6人 (7.7%)
HDLコレステロール	
♂ 33mg/dℓ以下	10人 (12.8%)
♀ 38mg/dℓ以下	
♂ 34mg/dℓ~39mg/dℓ	10人 (12.8%)
♀ 39mg/dℓ~44mg/dℓ	
♂ 40mg/dℓ~70mg/dℓ	49人 (62.9%)
♀ 45mg/dℓ~75mg/dℓ	
♂ 71mg/dℓ以上	9人 (11.5%)
♀ 76mg/dℓ以上	

v) コレステロールと心電図変化：主として心臓の虚血性変化をとらえるために安静時心電図を全例に施行した。前項のコレステロール測定項目のうち、総コレステロールが 251mg/dℓ以上或いは、中性脂肪が 201mg/dℓ以上又は、HDLコレステロールが 33mg/dℓ以下、♀38mg/dℓ以下の値を示す35例のうちで心電図上にST降下、T逆転などの虚血性変化をとともなう頻度は、11例(31.4%)であった。残りのコレステロール代謝正常のもの43例中には、虚血性変化は7例(16.5%)認められたにすぎなかった。心電図所見としてはその他に、心肥大、脚ブロック、軸変化、1度房室ブロックなどが認められた。

vi) GOT, GPT：飲酒家の多いこの地方での、アルコールによる肝障害のスクリーニングとしてこの検査を導入したが、男性の受診率が低く、結論をみいだすまでには至らなかった。GOTが51~100単位のは6例(7.7%)にすぎず、男性2名、女性4名でその平均年齢は71.1才と高齢者に多く、又、GPTが51単位以上を示したものはいなかった。

(表17) GOT・GPT(測定者78人)

GOT	
8U以下	0人(0.0%)
8U~40U	65人(83.3%)
41U~50U	7人(9.0%)
51U~100U	6人(7.7%)
101U以上	0人(0.0%)
GPT	
5U以下	0人(0.0%)
5U~30U	75人(96.2%)
31U~50U	3人(3.8%)
51U以上	0人(0.0%)

vii) クレアチニン・BUN：腎機能障害者のスクリーニングとして尿所見とともに、クレアチニン・BUNの検査を全例に施行した。結果は表18に示す。わずかに76才の女性1名がクレアチニン2.4mg/dℓ, BUN26.6mg/dℓ〔尿蛋白(±), 血圧180/100mmHg〕であったほかは、BUNの軽度の上昇例が6名いたにすぎない。この6名中、蛋白尿を認めるもの2名、又、高血圧と合併するもの2名であっ

た。

(表18) クレアチニン・BUN(測定者78人)

クレアチニン	
0.6mg/dℓ以下	13人(16.7%)
0.7mg/dℓ~1.3mg/dℓ	64人(82.0%)
1.4mg/dℓ以上	1人(1.3%)
BUN	
7.9mg/dℓ以上	0人(0.0%)
8.0mg/dℓ~20.0mg/dℓ	71人(91.1%)
20.1mg/dℓ以上	7人(9.0%)

viii) RAテスト：RAテストも全例に施行し、(++)が3名、(+)が4名であった。これら7名のうち自覚症状として関節痛を有するものはいなかった。

(表19) RA(測定者78人)

(-)	71人(91.1%)
(+)	4人(5.1%)
(++)	3人(3.8%)

ix) 眼底所見：当初全員を対象に行う予定であったが、受診者に高齢者が多いため、無散瞳眼底カメラ使用にうまく適応してくれなかったり、迅速な暗順応が得られなかったりなどいたずらに時間を費したため、全員には施行できなかった。できあがった眼底フィルムが判定可能であったものは49人(62.8%)にすぎなかったため、今回の評価からは除外した。結果は表20に示すごとくで、K-W、IIb以上の重症者は見あたらなかった。K-W、II以上の13人のうち、高血圧は2例で、境界域血圧は4例であった。

(表20) 眼底所見(測定者49人)

正 常	5人(10.2%)
I	31人(63.2%)
II	9人(18.4%)
IIa	4人(8.2%)
IIb	0人(0.0%)
III	0人(0.0%)
IV	0人(0.0%)

(Keith-Wagener分類による)

③ 検診結果からの指導区分

i) 内科的疾患の指導区分

前項②結果のi)~viii)の検査所見を当院の行っている指導区分(案)(表21)にもとづ

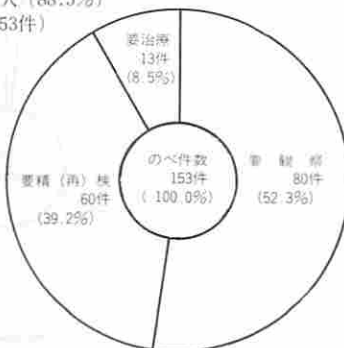
(表21) 当院の指導区分基準(案)

	要 治 療	要 精 (再) 検	要 観 察
①高 血 圧	最高血圧180mmHg以上 and/or 最低血圧100mmHg以上	最高血圧 160mmHg~179mmHg and/or 最低血圧 95mmHg~99mmHg	最高血圧 140mmHg~159mmHg and/or 最低血圧 90mmHg~94mmHg
②尿 異 常 ・ 蛋 白 ・ 糖 ・ ウロビリノーゲン		(+) (++) (±) (+) (+)	(±)
③貧 血 ・ 血 色 素 量 ・ ヘマトクリット		♂ 10.9mg/dℓ以下 ♀ 9.9mg/dℓ以下 ♂ 33%以下 ♀ 30%以下	♂ 11.0g/dℓ~12.9g/dℓ ♀ 10.0g/dℓ~11.9g/dℓ ♂ 34%~38% ♀ 31%~34%
④脂質代謝障害 ・ 総コレステロール ・ 中 性 脂 肪 ・ HDLコレステロール	301mg/dℓ以上 301mg/dℓ以上	251mg/dℓ~300mg/dℓ 251mg/dℓ~300mg/dℓ ♂ 33mg/dℓ以下 ♀ 38mg/dℓ以下	231mg/dℓ~250mg/dℓ 201mg/dℓ~250mg/dℓ ♂ 34mg/dℓ~39mg/dℓ ♀ 39mg/dℓ~44mg/dℓ
⑤肝機能障害 ・ GOT・GPT		ともに41U以上	
⑥R A		(++)	(+)
⑦腎機能障害		・ 尿蛋白(±)(+) ・ BUN20.1mg/dℓ以上 ・ クレアチニン1.4mg/dℓ以上 のいずれか2つ	・ BUN20.1mg/dℓ以上 ・ クレアチニン1.4mg/dℓ以上 のいずれか1つ
⑧心電図異常	・ 心筋梗塞 ・ 心ブロック など	・ ST降下 ・ T波逆転 ・ LVH ・ 時に心ブロックなど	・ ST降下 ・ 軸変化 ・ 1度房室ブロック など
⑨各診療科 診察結果	医師が必要ありと認めるもの		

いて指導別区分を行った。結果は表22のごとくで、i)~viii)の項目中いずれかに異常を認めたものは69人(88.5%)であった。これらの異常者のうち2つ以上の異常所見を呈するものがあったため、件数として153件が指導の対象となった。すなわち、要治療13件

(表22) 1. 内科的疾患の指導区分

異常なし 9人(11.5%)
有所見者 69人(88.5%)
(有所見件数 153件)



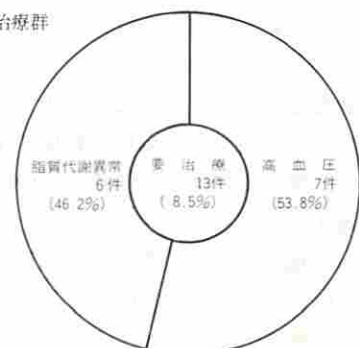
(8.5%),要精(再)検60件(39.2%),要観察80件(52.3%)であった。

内科的疾患の指導区分別の内訳は、表23~表25に示す通りである。

a 要治療群(表23):高血圧(53.8%)と脂質代謝異常(46.2%)であり、後者は中性脂肪が300mg/dℓ以上のものであった。

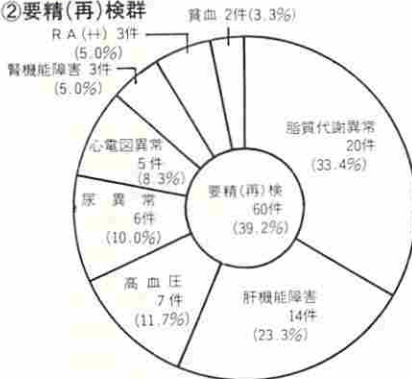
(表23) 2. 各指導区分の内訳

①要治療群



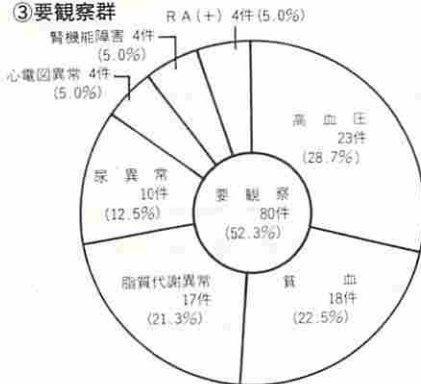
b 要精(再)検群(表24)：高血圧7例(11.7%)、脂質代謝異常20例(33.4%)、肝機能障害14例(23.3%)、尿異常6例(10.0%)、心電図異常5例(8.3%)であった。

(表24) ②要精(再)検群



c 要観察群(表25)：高血圧23例(28.7%)をトップに、貧血、尿異常、R A (+)、腎機能障害、心電図異常などがこれに続いている。

(表25) ③要観察群



ii) その他の科の診察結果(結果は表26~表31に示す)

科別の診察結果では整形外科の所見が最も頻度が高く、のべ件数にして98件と、受診者のうち、2つ以上の件数をもつものが相当数にみられた。そのうちでも、腰痛症、変形性膝関節症の二者で約半数の45.9%を占め、はっきりと診断できた変形性腰椎症などを含めると、腰と膝に関する件数は64件(65.3%)に達する。

その他の科では、難聴(30.6%)、結膜炎(16.9%)、老人性白内障(9.1%)がみられた。

要治療者の対象になるものは、整形外科的

疾患が最も多く、次いで眼科、耳鼻科の順となっている。

3. その他の科の診察結果

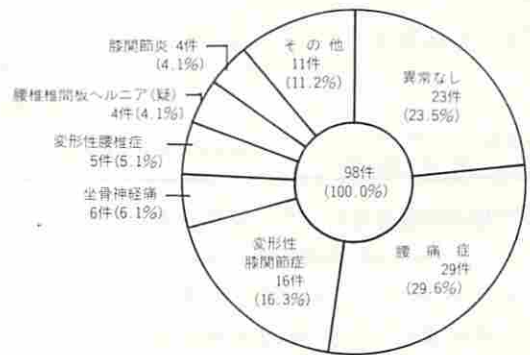
(表26)

①外科(のべ件数：78件)



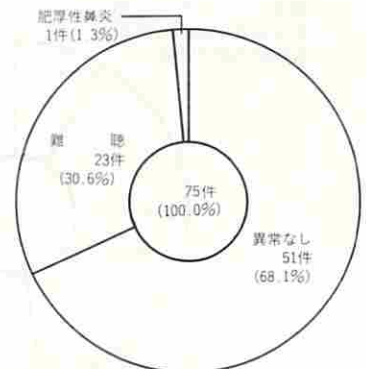
(表27)

②整形外科(のべ件数：98件)



(表28)

③耳鼻咽喉科(のべ件数：75件)



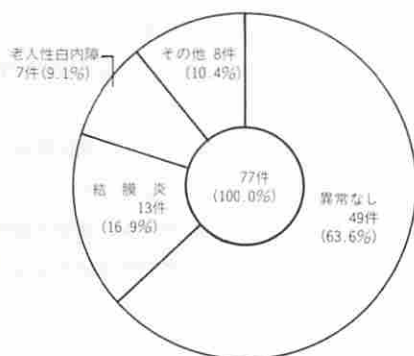
(表29) 耳・鼻・咽喉科診察所見

(受診者: 75人)

所見	件数	率
正 常	62件	79.4%
鼓 膜 混 濁	12件	15.4%
鼓 膜 内 縮	1件	1.3%
鼓 膜 肥 厚	1件	1.3%
鼓 膜 石 灰 沈 着	1件	1.3%
耳 垢	1件	1.3%
計	78件	100.0%
正 常	74件	98.7%
下 甲 介 肥 厚 (++)	1件	1.3%
計	75件	100.0%
正 常	75件	100.0%
有 所 見	0件	0.0%
計	75件	100.0%

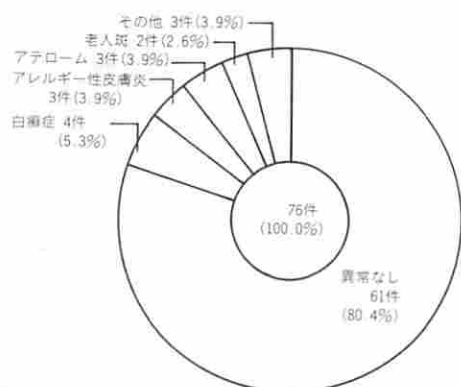
(表30)

④眼 科 (のべ件数: 77件)



(表31)

⑤皮 膚 科 (のべ件数: 76件)



④ 検診結果のまとめ

受診者の平均年齢が60.6才と高く、又、男性の受診率が女性に比し極端に低いため、結果の判定には注意を要するが、概観からして、

60才以上の年齢層の60%以上が境界域血圧や高血圧であること、又、50才前後に貧血の強い傾向、脂質代謝異常（高コレステロール血症、中性脂肪の異常な高値）のものが多いことなどは注目すべきことである。

今回のアンケート調査では、確かに、日常生活の面で電化が進み、睡眠時間もこの10年の間に約30分延長したため、起床時の疲れも少なくなってきたはいるが、まだまだ食生活の上で改善されるべき余地があると考えられる。バランスを考えた食物摂取と塩分制限をもう一度強調したいところである。ことに女性に多くみられる脂質代謝異常は、近い将来大きな問題点になるであろうと危惧される。また日常生活の愁訴に関するアンケート調査でもわかるように、現在もなお、1人あたりの有症状数が3.0と依然多く、なかでも整形外科的な愁訴が目立っているが、このことは診察結果からも支持されている。しかしながらそのような患者の多くは、医療機関にかかっているとはいうものの、その辺地性から、継続した医療を受けられないまま、結局我慢を強いられて、なお働くといった生活様式がいまだに根強く残されているものと考えられる。このことはまた表1の②の入院外受診率の低さなどからも示唆される。

さて、当院では、検診結果の指導区分を行う際、表21の如き一応の基準を設けて、指導に携って来てはいるが、指導体制はまだ未熟であり、またその指導区分の基準自体も完璧なものではないと思われる。今後は、病院保健婦が中心になって、村の地区保健婦さん、村役場との連携を更に密にして、地域住民との間の意志の疎通をはかりながら、住民の意識の中に「自分達の村は自分達でまもる」「自分の健康は自分でまもる」という意欲が、自然にできあがる様な、そういった指導、協力を今後つづけていきたいと考えている。

III ま と め

アンケート調査の結果を10年前と比べると、利賀村は“住みやすい村”に変貌しつつあることに注目される。日常生活、食生活面でも広く改善を見、電気製品に関する調査などからは、生活のゆとりさえうかがわれる。しかし、“住みにくさの要因”として、人間関係の緊密さからくると思われる面倒くささや、教育上の問題点を指摘するものが多い。雪害に対する関心は低くなってきている。日本には雪害のために“へき地”という名に甘んじている地域がまだまだ多いと思われるが、利賀村の様に、冬期の交通事情の緩和に従って、住民の生活環境に大きな変化が訪れるだけでなく、将来に関しての生活設計や、教育に関する問題を率直に感じとり地域なりに努力しようという住民意識、更には、健康意識にまで、発想の転換を促すことになると思われる。しかし、利賀村住民には、肩や腰の痛みを有するものがまだまだ多く、依然として多愁訴を持ちながら我慢して働きすぎるのが、外来受診率の低さと、入院受診率の高さに反映されているように思われる。

住民相互の共同精神の厚さが、住みやすさの原因であると共に、住みにくさの一要因に

結びついている。このような実態が、もし、都会生活にみる住民相互の無関心、無責任さへと発展する可能性を秘めたものであるとすれば、真のプライマリー・ケアの推進という点に関して、溯行することになるのではないかという懸念が生じる。私達は、この時にこそ、地域住民のサイドに立ち、保健活動推進の援助者として、責任ある態度で、真のプライマリー・ケアの指導・展開・充実に向って努力していかねばならないと考える。

文 献

- (1) 豊田文一、僻山村に於ける総合診療記録、臨床醫報、第625、694-695、18.2.27.
- (2) 越山健二・市村潤、五箇三村の検診結果から、富山県農村医学研究会誌、第3巻 91-92、47.3
- (3) 和田美知子、利賀村の医療、富山県農村医学研究会誌、第3巻 100-103、47.3
- (4) 長野県厚生連健康管理センター、集団健康スクリーニングのあゆみ、第2集 53.7.20
- (5) 米道昌代・寺中正昭・山秋義人、越中五箇山地区の検診結果と現況、富山県農村医学研究会誌 第11巻、36-39 55.3