

治療脱落結核患者の治療復帰への一つの試み

—「結核患者医療状況連絡簿」を使用する主治医と
保健婦の結びつきをめぐって—

小林治一郎・臼井良子・柏木淑子
梅村たつ子・藤本いさゑ・浜ふく
矢野幸・鶴田知子・里沢はつみ
大倉美湖・泰中美代子・大西忍
横井まち子

神戸市長田保健所

受付 昭和47年5月4日

A TRIAL TO FIND OUT AND GIVE GUIDANCE TO DEFAULTERS
DURING DOMICILIARY TREATMENT FOR PULMONARY
TUBERCULOSIS THROUGH COMMUNICATION BETWEEN
PHYSICIANS AND PUBLIC HEALTH NURSES*

Jiichiro KOBAYASHI, Yoshiko USUI, Yoshiko KASHIWAGI, Tatsuko UMEMURA,
Isae FUJIMOTO, Fuku HAMA, Yuki YANO, Tomoko TSURUTA,
Hatsumi KUROSAWA, Yoshiko OHKURA, Miyoko YASUNAKA,
Shinobu OHNISHI and Machiko YOKOI

(Received for publication May 4, 1972)

It is an important problem in the control of tuberculosis patients to find out defaulters and let them back to the treatment. Nagata Health Center of Kobe City had a talk with the Medical Association of Nagata-ku, and started the communication memo on the therapeutic status of registered patients between the physicians and public health nurses.

Patients living and treated at the institutions in Nagata-ku were subjected to the study. A communication memo was prepared for each institution and includes the name list of patients, their address and therapeutic status in each month. By the end of each month, public health nurse delivers the memo to each physician, and after several days, she receive the memo from the physician showing the therapeutic status of each patient and necessary indications. If a defaulter is found out, a public health nurse in charge of the patient's residence make a home visit and give him a guidance to come back to treatment.

Therapeutic status, a number and effect of home visit were investigated on patients under treatment during the period from September 1970 to March 1971. Out of 1,251 cases, 75% were under regular treatment, 9% were under irregular treatment or interrupted treatment, 14% with unstable therapeutic status and 3% other types. The average number of home visit for each case was 1.3. After a home visit, 23% of cases under irregular treatment or interrupted treatment became to receive regular treatment. Out of whole home visit, 52% were made on patients under regular treatment to prevent the defaulters. By the end of August 1970, the proportion of cases under regular treatment was 76%, and it raised to 82% by the

* From the Nagata Health Center, Nagata-ku, Kobe City, Hyogo-ken 653 Japan.

end of June 1971 after adopting the communication memo, the proportion of cases interrupted dropped from 20% to 14% during the same period.

After adopting this system, the human relation between physicians and public health nurses has been markedly improved. In the future, it is expected that physicians give guidance to prevent defaulters and public health nurses concentrate their efforts for defaulters and irregularly treated patients. Medical treatment should be conducted through close cooperation of medical staff team consisting of a physician, nurse, public nurse, medicosocial case worker, psychiatric consultant, etc. In Japan, however, medical treatment is conducted mainly by a physician, and the contribution of paramedical staff is relatively few. It is hoped that physicians recognize the importance of cooperation of paramedical staff in the treatment of patients through such an activity as the communication memo.

I. はじめに

結核の治療をめぐって、近時いろいろな反省がなされている。その1つとして、投薬された薬剤が十分に服用されているかということがある。さらに受療しはじめた患者が、途中で脱落せずに通院しつづけているかということがある。

この報告は、上記のうちの後者に関するものであり、前者については、今は触れないこととする。

昭和 44 年結核登録者に関する定期報告¹⁾によれば、13.4% が「医療なし」、1.1% が「不詳」となっている。このように 14~15% の医療からの脱落者が存在することは、結核管理についての医学的常識とさえなっているのであるが、医療からの脱落を阻止する効果的な方法については、結核の治療と管理に携わる者のひとしく苦心するところである。

私たち神戸市長田保健所では、長田区医師会とこの問題について協議してきたのであるが、昭和 45 年 8 月から現行の「結核患者医療状況連絡簿」(以下「連絡簿」という)を創設したので、それを用いて患者の受療状況、保健婦の訪問指導状況と指導効果ならびにその改善方法などについて調査した。さらに連絡簿をめぐって、主治医と保健婦の結びつきなどについても調査し、考察

した。

II. 結核患者医療状況連絡簿

1. 連絡簿の大要

この連絡簿による結核管理の対象となつているのは、長田区に住み、長田区の医療機関で通院治療を受けている患者である。対象者を、その受療している医療機関ごとにまとめて、表 1 の様式で、患者の氏名、住所を記入した用紙からなる帳簿を連絡簿とよんでいる。毎月月末に保健婦は各自の担当地区の連絡簿をもつて医療機関に出かける。医師は翌月初めの連絡簿の受取日について、保健婦と約束する。

医師は自分が主治医となつている全患者の、その月の受療状況について、「指示どおり治療中」は ①、「治療中断」は ②、「断続治療」は ③、「治療不必要」は ④のごとくに記号で記入する。

約束した日に、保健婦は前月の受療状況が記入された連絡簿を受け取り、さらに医師から指示事項をきく。

「指示どおり治療中」というのは、投薬量(注射を含めて)をめやすとして、必要量の 70% 以上を通院して受けた者をいう。70% 以下は、「断続治療」であり、1 カ月以上受療しなかつた者は、「治療中断」となる。

さらに保健婦は連絡簿をみて、「治療中断」であつて

Table 1. Contact Memorandum with Doctors about the Therapeutic Status of Registered Cases

No.	Name	Address	1970						1971						Remarks (Physician's indication)
			July	Aug.	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	May	June	
1															
2															
3															

Please indicate the therapeutic status of each case by the following categories

- ① Under regular treatment
- ② Treatment at the clinic interrupted
- ②-a Hospitalized
- ②-b Removed
- ②-c Others
- ②-d Unknown
- ③ Irregular treatment
- ④ Treatment unnecessary
- ④-a Under observation
- ④-b No need of follow-up
- ⑤ Diagnosed as nontuberculous diseases

その理由が書かれていない場合には、医師に質問して、「入院」②-a、「転居」②-b、「その他」②-c、「不明」②-d と付記する。

なお長田区以外の医療機関で受療している結核患者（登録者の約49%）については、現在は連絡簿を使用せずに、「訪問対象選択基準」によつて従来どおり訪問指導している。

2. 住所地、医療機関、担当地区の関係

保健婦が結核患者を訪問指導するにあつて、患者の住所地と医療機関の所在地と保健婦の担当地区という点からみると、次の3つの方法がある。

第1は担当地区内に住む患者に着目して、患者が通院している医療機関が、担当地区内にあつても、担当地区外にあつても、それをたずねて受療状況をきき、指示事項を受け、担当地区内に住む全患者を指導する方法である。第2は担当地区内の医療機関に着目して、そこで受療している長田区に住む全患者について、患者の住所地が担当地区内にあつても、担当地区外にあつても訪問指導する方法である。第3は、担当地区内の医療機関で受療している患者のうち、担当地区内に住む患者だけを訪問指導し、担当地区外に住む患者については、患者の住所地を担当する保健婦に主治医からの指示事項を伝達して、訪問指導を一任する方法である。なおこの場合には、担当地区外の医療機関で受療して担当地区内に住む患者については、その医療機関の地域を担当する保健婦から訪問指導を任せられることとなる。

長田保健所では、保健婦業務の関係上、管内を12の担当地区に分けているが、それぞれの担当地区内の医療機関で受療している結核患者で、その担当地区内に住んでいる者は、平均50.9%である。このことは上記の第3の方法に成立の根拠を与える。第1の方法では、各医療機関を複数の保健婦が訪問することになるので、医療機関と保健婦の結びつきの緊密性を阻害するおそれがある。第2の方法は現行の保健婦の地区担当制と相反する

ことになる。そうしたことを総合して、長田保健所では、第3の方法をとつている。

III. 連絡簿による受療状況の調査

1. 調査方法

さきに述べた連絡簿の対象者のうち、昭和45年9月から7カ月間引き続き要医療であつた者1,251名を本調査の対象とした。毎月の受療状況を調査カードに記号(①, ②, ③)で転記し、7カ月の受療状況を型別に付けて追求した。

なお原則として、毎月の受療状況が「指示どおり治療中」の者については、家族内感染防止と病型の重い新患を除いて、主治医から特別の指示がない限りは訪問しない。訪問しても面接不能な者は、「指導なし」群(表2)に含めている。

2. 受療状況

表2では、a型はずつと①(「指示どおり治療中」)のもの、b型は初め①で、その後②(「治療中断」)、③(「断続治療」)となり、再び①となつたものである。c型は初め①で、その後②、③となつたものである。d型はc型の逆である。e型はずつと②、③であつたものである。f型はa型~e型以外の型となる。

「指導なし」群では、a型が87%で、圧倒的に多い。次いでc型が6%、他は合わせて7%である。「指導あり」群では、あとで詳しく述べるが、受療状況の型と指導効果とが直接に結びついてはいない。したがつて「指導あり」群では、受療状況として、このような型をとつたというだけのことであるが、a型50%、e型19%、c型12%で、他は合わせて20%となつている。

3. 指導回数

表3において、この期間中の延訪問指導回数は541回である。これは410名に対して平均1.3回である。型別にみると、a型が最少で1.1回、f型が最多で1.8回となる。

Table 2. Type of Changes in Therapeutic Status

Type of changes		Total	%	Home visit by public health nurses			
				None		Were made	
				Number	%	Number	%
a	①	938	75.0	733	87.2	205	50.0
b	①→②, ③→①	39	3.1	15	1.8	24	5.4
c	①→②, ③	98	7.8	51	6.0	47	11.5
d	②, ③→①	35	2.8	5	0.6	30	7.3
e	②, ③	107	8.6	31	3.7	76	18.5
f	Others	34	2.7	6	0.7	28	6.8
Total		1,251	100.0	841	100.0	410	100.0

Table 3. Number of Home Visit by Public Health Nurses by Types of Changes in Therapeutic Status

Type of changes	Number of cases	Total number of home visit	Average frequencies of home visit
a ①	205	235	1.1
b ①→②, ③→①	24	30	1.3
c ①→②, ③	47	69	1.5
d ②, ③→①	30	48	1.6
e ②, ③	76	110	1.4
f Others	28	49	1.8
Total	410	541	1.3

4. 指導効果

期間中の平均訪問指導回数が1.3回と少ないので、表2の「指導あり」群の受療状況の型を離れて、指導後の短い期間についての指導効果を調べた。そのため「指導あり」群410名のうち、a型205名を除いた205名について、指導と直接それに対する患者の受療上の反応をみた。なお差し引いた残りの205名中には、表2の型としてはa型以外であつても、指導の実質としてa型に属すべき者(①の状態のときに訪問指導した者)8名、指導効果の不明な者(月の25日以後に訪問指導した者については、月末までの日数が少ないので、その月の指導の効果の判定は不明とした)4名、指導効果の判定不能な者(型が複雑なため)3名が含まれているので、これらの者を差し引き190名を対象者とした。

さらに指導効果(件数)の判定のために、次の条件を設定した。第1、訪問した月またはその翌月に②, ③→①となれば、その訪問は「効果あり」とする。第2、訪問した月またはその翌月に②, ③という反応が出たときには、その訪問は「効果なし」とする。第3、訪問間隔が1カ月以上開けば、2件として数える。

以上の条件設定によつて表4の結果を得た。短期間の指導効果をみると、②, ③→①で「効果あり」の者23.2%、②, ③のまま「効果なし」の者72.3%、①→②, ③で指導して受療状況が悪化した者が4.5%である。

「効果あり」の23.2%の背景として、それに充てられた保健婦の稼働量と脱落防止に充てられた稼働量を計算してみる。表2の「指導あり」群において、a型の患者への訪問指導は205名である。これにa型以外であつても、訪問指導上からa型に属すべき8名を加えた213名は、訪問指導した410名に対して52%となる。すなわち保健婦の訪問指導の稼働量の52%が、脱落防止に充てられ、48%が脱落者の復婦の指導に充てられている。

5. 医療状況連絡簿による月別受療状況

表5は、連絡簿による毎月の受療状況である。①(「指示どおり治療中」)は、45年8月に75.9%であつたも

Table 4. The Immediate Effect of Home Visit on Therapeutic Status of Cases

Type of changes	Effect	Number of cases	%
②, ③→①	↗ (+)	56	23.2
②, ③	→ (-)	175	72.3
①→②, ③	↘ (-)	11	4.5
Total	—	242	100.0

Table 5. Monthly Changes in Therapeutic Status According to the Information Obtained from Contact Memorandum

	① Under regular treatment	② Treatment interrupted	③ Irregular treatment
August 1970 (%)	75.9	19.5	4.6
September 1970 (%)	78.8	17.7	3.5
October 1970 (%)	79.7	16.8	3.5
November 1970 (%)	78.4	17.5	4.1
December 1970 (%)	79.6	15.5	4.9
January 1971 (%)	80.0	15.0	5.0
February 1971 (%)	80.6	14.6	4.8
March 1971 (%)	80.2	14.4	5.4
April 1971 (%)	81.0	14.3	4.7
May 1971 (%)	81.5	14.3	4.2
June 1971 (%)	81.5	14.1	4.4

のが、46年6月には81.5%に上昇し、②(「治療中断」)は19.5%が14.1%に下降している。ことに11月からは着実にそれぞれ上昇、下降を続けている。しかしこれらは著しく緩慢な改善であると思われる。その理由としては、保健婦の訪問指導の稼働量の50%が脱落防止に充てられており、それらは効果として現われてこないからであろう。

IV. 保健婦の医師への接近状況

私たち保健所に勤務する者としては、この連絡簿を通じて保健婦が主治医の有効な協力者になることに徹しようと努めてきた。同時にこの連絡簿によつて、保健婦が業務について主治医に接近することができたという利点を得たのであるが、これを実証するために、46年1月に次の調査を行つた。調査対象とした92医療機関のうち、医師が直接に保健婦に面会してくれる81医療機関について、表6の各項目に関して、保健婦の実感に基づいてまとめたものである。表6のごとく、「短時間で医師に会えるようになった」88%、「医師と気やすく話ができるようになった」91%、「患者の近況等について医師から情報が得られるようになった」84%、「医師が患者の生活状況、家族検診などに積極的に関心を示すようになった」75%などは、改善が著しい事項である。これらは連絡簿採用後約6カ月時の結果であるが、患者管

Table 6. Impression of Public Health Nurses (PHN) on Physicians
Attitude to Tuberculosis Control

	Cases	%
Interview with the physician became possible in a shorter time when she visited the physician.	71	87.6
Frank talk with the physician became possible	74	91.3
Informations on recent status and complications of patients were obtained more easily from the physicians.	68	83.9
Physicians came to show active concern about the living conditions of cases and the contact examination.	61	75.3
PHN came to be asked about the activities of their health center and be requested of taking contacts with the health center.	29	35.8
Closer contacts with other health centers, medical institutions and other organizations were made possible through the assistance of PHN.	7	8.6
Physicians came to show concern about the activities of PHN and ask them to give guidance to patients on new matters.	53	65.4

理という立場から保健婦業務にとつて前進であることは、いうまでもない。

V. 考察と要約

以上の調査成績を基として、考察し、要約すると、次のごとくなる。

(1) 長田保健所では、長田区医師会と相談して、昭和45年8月から「結核患者医療状況連絡簿」の制度を採用している。

(2) 連絡簿は、長田区に住み、長田区の医療機関で通院治療を受けている結核患者の氏名、住所と毎月の受療状況などが記入される用紙(表1)からなり、それが医療機関ごとに1冊の帳簿となつている。

(3) 保健婦は毎月、月末になると、担当地区の医療機関に連絡簿を届ける。医師は翌月初めの連絡簿の保健婦の受取日を保健婦と約束する。

(4) 医師は、自分が主治医となつている患者の、毎月の受療状況を連絡簿に、「指示どおり治療中」は①、「治療中断」は②、「断続治療」は③、「治療不必要」は④のごとく記号によつて記入する。

(5) 「指示どおり治療中」というのは、必要な投薬量(注射を含む)の70%以上を通院して受けとつた場合をいう。70%以下は「断続治療」となる。1カ月以上通院しなかつた場合は、「治療中断」である。

(6) 保健婦は、連絡簿の受取日に、患者の受療状況についての注意、指示事項を、主治医からきく。

(7) その情報に基づいて、治療からの脱落者(治療中断、断続治療)を、治療へ復帰するように訪問指導する。

(8) 保健婦は、その担当地区の医療機関で受療し、担当地区内に住んでいる脱落者を訪問指導する。他の保健婦の担当地区に住む脱落者の指導については、その患者の住所を担当する保健婦に主治医の指示事項を伝達し

て、訪問指導を一任する。

(9) 連絡簿により、昭和45年9月から引き続き7カ月間要医療であつた者を選び、その受療状況、保健婦の訪問指導の状況、指導効果について調査した。

(10) 受療状況の型は6種類である。a型①、b型①→②、③→①、c型①→②、③、d型②、③→①、e型②、③の基本の5型とa型～e型以外のf型となる。

(11) 保健婦の「訪問指導なし」群では、a型(①)が87%、e型(②、③)が4%、その他の9%が、①と②、③の間をゆききしている。

(12) 平均訪問指導回数は1.3回、最少はa型で1.1回、最多はf型で1.8回である。

(13) 短期間の訪問指導の効果(前述のような条件設定下では)23%である。

(14) 保健婦の「訪問指導あり」群では、保健婦の稼働量の52%が、a型(①)の指導すなわち脱落防止に充てられている。

(15) 連絡簿の毎月の集計による受療状況では、昭和45年8月から46年6月までの間で、①「指示どおり治療中」は75.9%から81.5%に上昇し、②「治療中断」は19.5%から14.1%に下降している。

(16) しかしこの改善はあまりにも緩慢であると考えられるが、保健婦の稼働量の52%が脱落防止に充てられてはやむをえない。

(17) 昭和44年、45年、46年の住民検診および45年の小零細企業の結核検診²⁾では、要医療者のうち58～67%の者だけが、検診後3カ月時に受療を開始しているにすぎない。また長田区の結核死亡者で、結核患者登録票のない者は、昭和43年22名(32.8%)、44年13名(17.1%)、45年14名(16.0%)³⁾である。このようなことを考えると、要医療者であつて治療を受けていない者の数も決して少なくはない。

(18) さらに長田区では、連絡簿によつて主治医から

患者の毎月の受療状況の情報が得られ、しかも結核患者が多いのであるから、脱落防止は主治医に一任し、保健婦は脱落者の治療への復帰と、要医療であつて治療未開始者の治療促進に、その主力を注ぐことが望ましい。

(19) しかしそのような新しい方法をとると、これまで保健婦が脱落防止に注いできた50%の稼働量が消失するので、主治医が患者教育を強化する必要がある。

(20) 今後の医療制度のなかで、特に結核管理について、主治医は連絡簿による患者の受療情報の提供と脱落防止にあたり、保健婦は連絡簿の管理と脱落者の治療への復帰と、要医療でしかも受療未開始者の受療勧奨にあたるという専門的分担の態勢をすすんで確立することが、結核治療の徹底にとって有効な施策と考えられる。

(21) 連絡簿の採用によつて、保健婦が業務上で医師に接近することが著しく容易になつた。「短時間で医師に会えるようになった」88%、「医師と気やすく話ができるようになった」91%、「患者の近況等について医師から情報が得られるようになった」84%、「医師が患者の生活状況、家族検診などに積極的に関心を示すようになった」75%などは、改善の著しい事項である。

(22) 複雑な社会的存在としての患者に、よい医療を提供するために、主治医を中心として、保健婦、看護婦、医療社会事業ワーカー (M. S. W.)、精神衛生相談員

(P. S. W.)、社会福祉ワーカーなどが協力する「医療チーム」が、欧米の医療制度においては、広く普及されている。それを前提として、前記のパラメディカルな人たちは教育されている。しかし日本の伝統的な医療制度の中には、そのようなものがなく、社会保険制度もそうした指導を点数として認めていない。

これを日本で実現させるには、患者の治療のために、そうした協力者、少なくとも保健婦の上記のような協力が、主治医と患者にとつて有効であると、主治医に実際に感じとつてもらふことが、「医療チーム」を出発させる動機となると考えられる。私たちの連絡簿と保健婦の努力が、そのささやかな芽生えとなれば、それは私たちにとって大きな喜びである。

文 献

- 1) 竹村宏之：全国的にみた結核患者の登録、受療の概況、昭和46年度結核予防全国大会分科会要旨、6頁。
- 2) 小林治一郎 他：神戸市長田区における小零細企業の集団検診について、複十字、No. 101 (昭和46年9月)、4頁。
- 3) 小林治一郎 他：結核特別対策の実施に伴う長田区の結核蔓延状況の変化について、長田区における結核特別対策の経過報告 (業務資料)、6頁。