

# 公衆衛生と住宅

西 三 郎

## I はじめに

住宅の課題は、公衆衛生分野において重要な課題ではあるが、総合的にこの課題に取り組み、健康な生活を確保する視点からの研究は多くはない。筆者は、公衆衛生と住宅を直接研究対象としていないため、重要な事項の見落としがあるだろうが、衛生行政学の研究の立場から標記の課題の報告をとりまとめた。まず、健康と住宅について、住居の公衆衛生的観点からの世界保健機関の業績の紹介及び住宅の基準についての考察、健康と住宅との関連についての科学研究の現状と衛生行政における状況をまとめた。次いで安全と住宅について人口動態調査の家庭における不慮の事故を中心に紹介、考察を行った。

## II 健康と住宅

### 1) 住居の公衆衛生的観点

健康と住宅に関する研究は、公衆衛生学のなかでも重要な研究分野に位置づけられ、国際的にも世界保健機関において「住居の公衆衛生的観点に関する専門委員会」が1961年に設置され、報告がなされている<sup>[1][3][4]</sup>。また、わが国においても、関連の研究報告がみられている。

世界保健機関の専門委員会は、「健康な居住環境の定義」として以下のことを提案している<sup>[1][2]</sup>。

「前略、それゆえ委員会は健康な居住環境の基礎は、次のものから成り立つことを提案している。

(1) 各家庭について、安全でかつ構造的に健全で、十分に維持され、分離され、かつ独立した住居をもち、もし望むらくは少なくとも個々に供

給される住居をもっていること。

(a) その地域の現存する文化的、かつ社会的な類型に相応じた健康と家庭生活のための人間的な要求を満足させるにたり、かつ居間や寝室の過密がないように用いられるに十分な数の室、用いられる床面積および体積をもつこと。

(b) 少なくとも、次の両者について、望ましいプライバシーの最小限度を確保していること。

i) 家庭内の個々人の間で

ii) 外部の要因によって、不適切に妨げられることのないように家庭のメンバーのために

(c) 次の事項のために用いられる室が適当に分離されていること。

i) 夫婦を除いて、異なった性の思春期にある者および大人のメンバーによって睡眠できる個々の室があり、かつ

ii) 住居の住まいの部分から分離した家畜小屋があること

(d) 保健衛生と快適さと清潔さのために不可欠なすべての個人および家庭の使用にたりる十分な量をもち、かつ住居のなか、または庭のなかに衛生的なパイプで引かれたもち運びのできる、そしておいしい水の供給があること。

(e) 下水、厨芥およびそのほかの廃棄物の廃棄のための、安全でかつ衛生的な手段があること。

(f) 洗濯と入浴のための十分な施設のあること。

(g) 調理、食事、食品、家庭用品および個人の身のまわりの品の貯蔵のために適当な施設のあること。

(h) 過度の暑さ、寒さ、騒音および湿気に対する適当な防御施設のあること。

- (i) 十分な換気と、有毒、有害な物質を含まない内部空気のあること。
- (j) 十分な自然および人工の照明のあること。
- (2) 健全な都市計画、国土計画および地域計画に相応する住居のための、近隣あるいは小区域は次のものからなる。
  - (a) 経済的に許せば地域水道供給、下水、汚物の蒐集および廃棄ならびに、下水管処理のあること。
  - (b) 毒性があるか、あるいは有害なガス、臭い、蒸気および塵埃のない雰囲気であること。
  - (c) 警察と消防の保護的施設のあること。
  - (d) 道路網や公的交通機関や歩道の系統によって、居住構造に結びついた工業的、商業的、文化的、社会的、宗教的、教育的、衛生的、福祉的施設のあること。
  - (e) 健康、福祉および公衆道徳に対する危害からまぬかれていること。」

さらに、同委員会は、「健康な住居のための評価基準」を提案している<sup>(4)</sup>。

- 「(1) 健康な住居とは、物理的に防御がなされ、地域の気候に応じた建物であること。
- (2) 健康な住居とは、調理、食事、洗濯、排泄が適正に行えること。
- (3) 健康な住居は、気道感染、衛生動物による疾病、腸管感染症が蔓延しないよう設計、建設、保守さらに使用されていること。
- (4) 健康な住居とは、騒音、汚染による健康被害を防げること。
- (5) 健康な住居は、建築の構造が安全で、材料が毒性がなく危険のないものであること。
- (6) 健康な住居は、生態学の原則に即し、社会的な関係を強め、個人のみならず地域社会の発展に貢献でき、もって精神的健康を増進すること。」(山本二郎訳より)

なお、世界保健機関のこの提案は、各国に強制力をもつものではなく、それぞれの国が、提案の内容を実現するために独自に施策をすすめるなければならない。

わが国においては、アメリカ公衆衛生協会住居衛生委員会の住居の水準等の提案を参考として、

佐藤鑑等がわが国の実情にあうように再編成したものを公表しているので以下に引用する<sup>(5)(6)(7)</sup>。

「われわれは、健康な家族生活を容れるべき住居の原則をつぎのように考えている。これはアメリカ公衆衛生協会の提案を参考として、わが国の実情にあうように再編成したものである。

#### 健康的住居の基本原則

##### (1) 災害防止条件の満足

地震・風水害・落雷などの自然災害からの防護、火災・交通事故などの人工的災害からの安全、住居の崩壊、墜落、ガス中毒、感電、強盗などの家庭災害からの安全。

##### (2) 人間の生理的必要と環境条件の満足

適当な採暖、熱放散方法、清浄な空気、適度の昼光照明、日照、人工照明、騒音防止、大人・子供の遊び場、運動場の条件の満足。

##### (3) 生活心理的要求の満足

個人の心理的生活、疲労の少ない家事労働、正常な近隣生活、コミュニティ・社会生活などにおける心理面の健全さ。

##### (4) 疾病の発生、感染防止条件の整備

安全な給水設備、確実な排水設備、食品の安全な格納・調理、汚物の安全な処理、衛生動物・害虫の駆除など狭義の環境衛生の確保、とくに過密就寝の排除。

##### (5) 情緒的感覚の満足

造形・生活芸術的条件、清潔、明快、近代性など。

##### (6) 生活経済の満足

住生活におけるすべての経済性の満足。」

以上のように、公衆衛生学の観点から健康な住居に関する提案がなされているが、この提案を実現させる制度を欠いたまま現在に至っている。

## 2) 住宅の基準

一般都市居住者の住宅に対して合理的な住居水準が提示されたのは、昭和16年に発表された日本建築学会住宅問題委員会の「庶民住宅の技術的研究」が最初の事例といわれている<sup>(8)</sup>。当時の状況から、ここでの提示された水準を維持する施策よりは、戦時規格として「臨時日本標準規格居住用

建物」がつくられ、さらに戦後の混乱のなかでは、公営住宅においても狭小住宅の供給にとどまらざるを得ない状況であった。

昭和40年によく建設大臣より住宅対策審議会に「適正な居住水準と住居費用負担」について諮問があり、審議会の専門的な討議の小委員会が中間報告を提出し、その概要が文献<sup>(5)</sup>に、昭和16年の水準とともに紹介されている。すなわち、

「1. 適正な住居水準は、住宅の規模、設備、構造、環境衛生立地について次のような条件をみたすものでなければならない。

- (1) 災害に対して安全であること
  - (2) 衛生的な環境を保持しうること
  - (3) 生活上の要求を満足するものであること
- イ 住宅内での家族及びその構成員の健全な生活が可能であること

ロ 通勤、通学含めて満足な近隣生活が可能であること

2. 住戸の規模については少なくとも食寝分離及び分離就寝を可能ならしむるものでなければならない。

そして、各室における就寝条件を次のように考えている。

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| 夫婦              | 主寝室         |
| 乳幼児(0～4歳, 1人まで) |             |
| 幼稚園児(5～6歳)      | 副寝室(2人まで1室) |
| 小学生(7～12歳)      |             |
| 中学生(13～15歳)     | 副寝室(性別就寝)   |
| 高校生(16～18歳)     | 個室確保        |
| 大人(19歳以上)       |             |

3. 10年後における住宅の規模の平均と最低水準は、おおむね表(略す)に示すようなものが適当である。」

その後、住宅建設計画法(昭和41年)が制定され、住宅宅地審議会の意見を聴いて、昭和41年以降の毎5ヵ年を各一期とし、住宅建設5ヵ年計画を作成し、閣議決定を求めることとなった。第一期(昭和41～45年度)及び第二期(昭和46～50年度)5ヵ年計画は、住宅難世帯の解消が基本目標とされ、第三期(昭和51～55年度)5ヵ年計画において政策目標として居住水準が設定された。国

民が健全な住生活を享受するに足る住居の最低限の水準を示す「最低居住水準」と、平均的な世帯が確保すべき努力目標である「平均居住水準」が設定されているが、その平均水準は、前記の中間報告とほぼ同様であるが、最低水準は、中間報告及び昭和16年報告を下回っていた。次いで、第五期(昭和61～65年度)5ヵ年計画にあたり、居住水準目標として、最低居住水準の見直しと新たに昭和75年を目途に半数の世帯が確保できるようにする誘導居住水準を設定した。この見直された最低水準も前記中間報告の最低水準には達していない。

以上の居住水準は、最低水準を含めていずれもそれ以下の水準の住居を排除する方式は含まれず、いわゆる期待値にすぎない。

### 3) 健康と住宅との結びつき

公衆衛生からの観点での住宅への提言、建築からの観点での居住水準は、その内容が更新されてはいるが、その実行力を欠いたままに現在に至っている。実現のための担保のないままでは、国民にとって健康な住居の確保を行政に求めることができず、生存権としての住生活における権利性の保障を全く欠いたままに置かれている。このことの背景について2, 3の考察を以下に述べる。

#### (1) 医学研究の限界と健康科学への期待

国民の健康への関心が高く、衛生行政としても健康づくりにその行政対象を拡大している。そのようななかで日本健康科学学会が昭和60年に発足してはいるが健康を科学する根拠としての学問体系がまだ成熟してはいない。その理由として、健康に最も関係の深い医学自体が、疾病による苦痛を癒やす医療から誕生した学問であり、その対象が健康ではなく疾病である。

国際的に最も広い医学的基盤を有する西洋医学は、疾病を細胞の変化としてとらえる学問体系に基づくもので、学問の研究開発の方向は、細胞から、細胞内の微細構造さらに分子のレベルの変化として疾病を認識する状況である。医学には、このような西洋医学とは異なる疾病のとらえかたがなされてはいるが、現在の大勢は西洋医学である

ことから、ここでは医学を西洋医学に限っておく。

医学において疾病である病理学的変化の基準としての状態が想定されていなくてはならないが、その基準が健康の概念に直接結びつくものではない。すなわち、健康は、部分的な臓器の健康という概念の総体ではなく人間全体としての把握が前提になければならない。しかるに、現代の医学の体系には、人間を全体としてとらえる理論が欠如していることから、健康を科学するのは新しい学問体系によらなければならない。もちろん、健康のためのみならず、疾病論においても、全人的な把握の必要が認識されており、その研究開発もすすめられてはいるが学問としての理論的体系として未完といえよう。最近の精神医学においても分析的研究がすすみ、一部の精神病の病理がその手法により解明されてきている。

このような、健康への科学の基盤が薄弱なもので、明らかな疾病の発生、生理的機能の減退をもたらす段階に至らない健康状態の変化と住宅との関連を解明する研究は必ずしも十分とはいえない。このため、前述の最低居住水準を下回っている状態で生活している人が現実存在しているなかで、その人々の健康が侵されていることが明白な事実として示されない段階での住宅改善への要求が、快適性のためとして受けとめられ、健康のためとの理解が得難いのが事実である。

健康を疾病との対比での研究から脱却し新たな科学の対象とすることが必要であり、それには分析的な医学研究の延長上ではその発展が期待し難いことより新たな健康科学の確立が必要である。このことは、単に健康と住宅の課題のみでなく広く健康にかかわるすべての分野においていえることである。

## (2) 住宅行政での健康問題

住宅にかかわる行政を建設省が担当しているが、戦前の厚生省は、住宅関係行政を担当し、労働者の福利に関する事項として労働者の住宅対策を担当し、昭和14年「労働者用住宅供給ニ関スル件」の通牒を発するとともに、社会局に住宅課を設け、昭和15年「住宅対策委員会」を設け、その答申に基づいて「貸家組合法」(昭和16年)を制定した。

戦後は、住宅関連行政は戦災復興院(昭和20年)に移管され、労働行政は労働省が独立(昭和22年)し、厚生省がかかわる住宅行政は、第二種公営住宅に関すること及び住宅地区改良法(昭和35年)の規定による協議に関することとなった。

厚生省の付属機関である国立公衆衛生院は、厚生省の設置に先立ってアメリカロックフェラー財団の寄付により設立が決定され、建築は昭和10年起工、厚生省が設置された年に竣工し、公衆衛生院として発足した。建築衛生部は、設立当初の8部の一つとして設けられていた。その後戦時中の機構の縮小もあり、環境衛生部、生活環境研究部、生活科学部に所属していたが昭和22年には独立した建築衛生学部となり現在まで、厚生省内において住宅に関する研究を継続してきた唯一の機関である。

戦前の結核対策において現在の抗結核剤の開発がみられない状況のもとで大気、安静、栄養のみが主要な治療法であったため住宅対策も重要な位置を占めていた。大正8年に制定された旧結核予防法には、住宅に関する事項が規定されていた。すなわち、

「第五条 地方長官ハ結核予防上必要ト認ムルトキハ採光、換気其ノ他ノ関係ニ於テ衛生上不良ナル建物ノ使用ヲ制限シ又ハ禁止スルコトヲ得

前項ノ規定ニ依ル制限又ハ禁止ニ因リ生シタル損害ニ対シテハ地方長官ガ必要ト認ムルトキハ勅令ノ定ムル所ニ依リ補償金ヲ交付ス

補償金ハ北海道地方費又ハ府県ノ負担トス」

戦時体制に入るとともに結核対策の強化が大きく取り上げられ、昭和9年「結核予防の根本的対策」が保健衛生調査会から答申され、そのなかで住宅改善の項が設けられていた。以下にその一部を示す。

## 「三 住宅改善

市街地建築物法、不良住宅地区改良法等を活用し、特に多人数密居する住宅を改善して結核予防上効果あらしむること。

住宅政策を確立し殊に農村の住宅改善を図り、雪国に在りては特に留意し以て結核予防

上の効果を期すること。」

次いで昭和12年に制定された保健所法の「第二条三、衣服、住宅其ノ他ノ環境ノ衛生ニ関スル事項」が規定された。

戦後、新結核予防法の制定に際し、旧法に規定されていた住宅にかかわる事項の規定が除かれたが、新保健所法の規定では、「第二条の四、住宅、水道、下水道、清掃その他の環境衛生に関する事項」として住宅の文字は残された。しかし、保健所においても住宅に関する事項は殆ど取り扱うことがなくなっていた。

すなわち、衛生行政において住宅に関する事項がなくなるとともに、住宅に関心のある行政官が少なくなり、研究者も減少し、健康と住宅に関する研究も衰退していった。その理由の一つには、健康と住宅に関する研究を担当する部局の消滅により研究費の配分もなくなり、限られたそれぞれの機関の研究費によらざるを得なくなった。最近になり、健康と住宅への関心の高まりが見られてきてはいるが、衛生行政においての担当部局が存在していないことには、研究費の要求を受け付けることすら行われていない。また、縦割行政のもとでは、建設行政においても健康にかかわることを担当することは避けることとなり、健康と住宅への行政が宙に浮く結果となっているのが現状といえよう。

健康と住宅の重要性を指摘するのみではなく、衛生行政のなかに、住宅問題を位置づけることが緊急課題といえよう。

### III 安全と住宅

#### 1) 家庭における不慮の事故

健康と住宅に関して安全は重要な課題ではあるが、その実態を示す資料も必ずしも整備されていない。現在国の段階での調査報告として、人口動態統計の死亡統計に交通事故以外の不慮の事故について傷害の発生場所として家庭の統計が、種類別、年齢別に発表されている。この調査結果の概要を紹介し考察を加える。

家庭における不慮の事故の死亡率は総数では昭

和45年人口10万対6.5から昭和60年5.0と低下傾向にあり、昭和45年の死亡率を100として昭和60年の指数を併せてみると、年齢別の死亡率が最低は5~14歳0.7で、その低下も著しく指数46と半減し、死亡率が二番目に高い0歳の25.3も53と減少している。しかし、死亡率が最高の65歳以上28.0は、その低下も少なく72、次いで45~64歳3.9は、74と低下が少ない。その他の年齢別の死亡率は、1~4歳6.9、15~44歳1.1で、指数は50、58である。すなわち、中高年以上の死亡率の改善が残されているといえよう。

家庭における不慮の事故を種類別にみると、種類により減少傾向は異なり、逆に増加している種類もある。昭和30年死亡率及び対45年指数をみると不慮の中毒死は、0.41、47(65歳以上1.11、49)、不慮の墜落による死亡は、1.29、79(8.91、61)、その他の不慮の事故による死亡は3.34、80(18.01、82)である。

それぞれの事故の死因別にみると、不慮の中毒死の主なものは、その他の固液体ガス及び蒸気による不慮の事故：0.37、49(1.05、50)、肥料以外の農業用及び園芸用化学物質及び製薬製品による中毒死：0.20、389(0.53、214)、その他の家庭用燃料の不完全燃焼による一酸化炭素による中毒死：0.08、28(0.31、28)、医薬品及び生物学的製剤による不慮の事故：0.04、37(0.06、38)、配管ガスによる不慮の事故：0.03、13(0.14、32)、食品及び有機物による不慮の事故：0.01、21(0.01、5)、ボンベ入り液化石油ガスによる中毒死：0.01、21(0、0)、自動車排気ガスによる中毒死：0.01、62(0、0)である。

不慮の墜落による死亡の主なものは、スリップ、つまずきあるいはよろめきによる同一面上での転倒：0.61、94(5.17、66)、階段またはステップからの墜落または上での転倒：0.27、82(1.55、62)、建物またはその他の建物からの墜落：0.20、57(0.83、48)、その他の墜落：0.18、62(1.17、47)である。

その他の不慮の事故による死亡のなかで火災及び火焰による不慮の事故は、0.84、58(4.20、37)で、その主なものは、住宅の火災：0.65、89(2.83、70)、着衣の発火による不慮の事故：0.12、31(0.91、

21), 住宅内の管理された火による不慮の事故: 0.02, 9 (0.13, 7) である。火災等による不慮の事故以外の主なものは、食物及びその他の物体の吸入またはえん下による気道閉塞または窒息: 1.07, 141 (7.16, 144), 不慮の溺死及び溺水: 0.84, 104 (4.81, 132), 不慮の機械的窒息: 0.19, 33 (0.17, 124), 高熱物腐食性物質及びスチーム蒸気による不慮の事故: 14, 46 (0.77, 106), 機械による不慮の事故: 0.04, 403 (0.09, 昭和45年は0), 落下物による不慮の打撲: 0.03, 37 (0.06, 24), 天災: 0.01, 24 (0, 0) である。

以上の家庭における不慮の事故のなかで機械による事故が一番増加が著しいが、逆に、器具機材による中毒及び管理された火の死亡率は減少している。すなわち、機械から派生された事故は減少したが機械そのものの事故が減少どころか増加している。死亡者に原因があると思われるものの死亡率は、わずかに減少傾向にあるが、この原因も墜落、転倒のように住宅の構造を改めることで防止が少しでも可能なものが含まれている。

家庭における不慮の事故死は、減少傾向にはあるが、高齢者、住宅構造への対策が残された課題であることが示された。

## 2) 家庭内事故防止

家庭内事故防止対策は、高齢化の進行とともにその対策が急務である。障害者に対しては国際障害者年を契機にその対策の一環として「福祉のまちづくり整備」が各地ですすめられ、公共的建物、交通機関、道路、公園などの施設が障害者の利用を配慮した構造となるよう技術的標準が提示され、その線に沿った公共的施設の整備が着手されはじめてきている。

これらの規定は、地方自治体の要綱などで定められていることから強制力を欠くが、それぞれの地方自治体の施設に対する規制としては機能できることから、その改善は期待される。なお、これらの技術的標準は、個々の住宅に関する事項を含めず、特に公営住宅への規定が組み込まれていないことから、一般住宅にまでこの標準が波及することは容易ではなかろう。その理由として、一般

住宅を取り扱う工務店の多くが、これらの新しい技術への興味と関心が少なく、しかも工務店を背後から支える住宅産業自体が、この標準に適合した規格製品を提供しない限り、著しく高価な材料を用いざるを得ないことから、現状では実験段階といえよう。しかし、技術標準は、障害者住宅のみならず高齢者住宅にも応用できる内容が示されていることからこれからの発展を期待をしたい。

## IV 公衆衛生と住宅の考察

健康と住宅に関する報告の数が少なくとも既に問題提起がなされており、最低水準も提示されている。これらの水準の妥当性の検討もさることながら、その実現に向けての制度化が必要であるといえよう。例えば、松本恭治<sup>[8]</sup>は、住宅監視員制度の実現について考察し、昭和60年より国立公衆衛生院特別課程に住宅衛生コースが設けられ監視員としてではないが、住居衛生の教育訓練が行われ、その卒業生八木憲彦<sup>[9]</sup>は、環境衛生監視員による住居衛生指導の取組みを報告している。

公害対策の発展の歴史とその経過をみれば明らかのように、公害による健康被害にかかわる事項が、経済発展のためとして長い期間にわたり背後に押しやられ、事実を背景に健康被害を認めさせる厳しい運動をたどったという経過がみられている。すなわち、公害裁判とともに健康と環境特に公害との関連の研究が次々に行われ、現在では公害規制が法制化し、公害被害の事前調査としてアセスメントが広く行われるようになってきている。この経験にみられたように、健康と住宅の関連においても社会的運動のなかで位置づけ、幅広い階層とともに取り組むことが必要である。学問としての健康と住宅の関連の研究も重要であるが、現実生活しているなかでの健康被害の実態を明らかにしていくことが重要なことで、その役割を担い、住宅対策への運動の一つが日本住宅会議であろう。しかし、この会議をはじめ住宅改革への運動が、いかに現在の体制を厳しく批判しようとも、体制内から制度改革に結びつく機運が高まるまでに発展させなければ効果が現れ難いといえよう。

住宅と健康の問題をさらに広く居住環境、地域社会における健康な生活を保障するものへと発展させなければ、住宅の段階のみで健康な生活の確保を実現できるものではない。ナショナルミニマムとしての健康生活の確保への努力とともにそれぞれの自治体における自治としての健康の確保への運動が基盤にあることが住宅と健康とが結びつくことができよう。

## V おわりに

公衆衛生と住宅の課題は、古くから研究がすすめられ論議が行われてはいたが、必ずしもその果実が現実の住宅政策への反映が少なかったといえよう。居住水準も公営住宅建設整備におけるガイドラインの段階にすぎなかった。また、健康科学の未熟に加えて、健康にかかわる住宅行政の窓口も定かでないことも関連して、研究の推進もあまり活発ではないのが現状といえよう。現実の住宅と健康との関連さらに居住環境、地域社会における住生活における健康被害の実態がようやく表明されてきてはいるが、まだ健康な住宅への政策への転換の兆しもみられているとはいえない。このため、公衆衛生と住宅への取組み自体の拡大と現

実の生活のなかから問題提起を今後ともさらに強力にすすめることが必要な状況にあるといえよう。国際居住年にあたり、その取組みが健康の課題を含めさらに強化されることを期待する。

## 文 献

- [1] WORLD HEALTH ORGANIZATION: Expert Committee on the Public Health Aspects of Housing First Report. WHO. Techn. Rep. Ser. 225, 1961.
- [2] 山本二郎訳: 住居の公衆衛生的観点に関する専門委員会第一回報告書, 日本公衆衛生協会, 1971.
- [3] WORLD HEALTH ORGANIZATION: Appraisal of the Hygienic Quality of Housing and its Environment Report of a WHO Expert Committee. WHO. Techn. Rep. Ser. 353, 1967.
- [4] WORLD HEALTH ORGANIZATION: Uses of Epidemiology in Housing Programmes and in Planning Human Settlement. Report of a WHO Expert Committee on Housing and Health. WHO. Techn. Rep. Ser. 544, 1974.
- [5] 曾田長宗編: 住宅と健康, 光生館, 東京, 1971.
- [6] 佐藤 鑑: 住居衛生学, 続文堂, 東京, 1957.
- [7] 小林陽太郎他: 保健福祉の観点より見た住居問題の研究, 昭和39年厚生科学研究報告概要, 1965.
- [8] 松本恭治: 住宅政策の歴史と課題, 公衆衛生, 48(2), 1984.
- [9] 八木憲彦: 環境衛生監視員による住居衛生指導の取組み, 住宅会議第9号, 1986.

(にし・さぶろう 東京都立大学教授)