

地域保健対策の現状と課題

橋 本 正 己

はじめに

本日の私に与えられた主題は、地域保健対策の現状と課題ということであるが、今回の講座の一つの視点は、地域開発あるいは地域計画というところとあり、またご出席のみなさま方は、それぞれ都道府県、都市等において総合的な計画、地域開発、地域計画の実践的な仕事を担当している方々である。そこで私が本日申し上げたいと思うことは、30年代以降の急激な社会的な変動の中で、住民ないしは市民の健康という視点に立つと、問題が20年代とは質的に変わってきたこと、しかもその変わり方が、地域性を良かれ悪しかれ鋭く反映しており、従来のような保健活動の取り組みだけではとても問題の解決に間に合わないというような状況になってきているということ、しかしそれにもかかわらず地域を単位とした保健対策の現状は、なかなかそれに対応するような弾力的な計画的な取り組みにはなっておらないことである。その結果、いろいろな新しい健康障害などの問題が、農村といわず都市といわず起ってきている。そこで最初に結論を申し上げようではあるが、総合計画、地域計画を担当しておられるみなさん方にぜひ強く訴えたいことは、そういう地域の総合的な計画の中で、保健対策の問題、もちろん公害とか環境衛生の対策ということが基本にあるわけであるが、この課題は別にとり上げられているのでここで私が強調したいのは、とくに人間の健康そのものを対象としたいいわゆる対人的な保健対策 (personal health care) というものを計画の中にしっかりと組み込んで行かなければならないということである。これが地域特性に応じて組み込まなければ、国民保健にとっても、住民保健にとってもきわめて重大であるが、残念ながらそうい

う点がいままでひじょうに新しい要請に対する対応が等閑視されている。これはもちろん、公衆衛生、衛生行政自体の体制にも問題があるわけであるが、以上のような問題意識に立って、しばらくの時間レジメの項目に従って申し上げてみたいと思う。

I 戦後における国民保健の変遷

私の問題意識は、こんにちにおける日本の現実の中で、いろいろな特性をもった地域の保健対策にどういう問題があるか、あるいはそれを解決して行くためには、どういう取り組みが具体的に必要なのかということである。しかし、それを理解するためには、やはり少くとも戦後20年余の間において、いったい国民の保健問題が、あるいはそれに対する取り組みがどのように移り変わってきたかということを、しっかりと踏まえる必要があると思う。というのは、国民の健康あるいは地域の保健という立ち場からみて、この20余年は、決して一つの方向の延長ではなく、時期によって質的にあるいは構造的に、重要な変化がみられるからである。

それで、まずごく簡単にこれを振り返ってみると、そこには、少くとも四つのきわめて特色のある時期がみられる。

すなわち、昭和20年代を前半と後半に分ける。30年代をやはり前半と後半に分けて考える。しかしこれは決して機械的に10年ごとにそれを割ったということではなく、健康という問題あるいはその基底にある社会的、経済的な条件の変化をいう点についても、この四つの時期はひじょうにそれぞれ特色を持った時期であるということである。

まず昭和20年代の前半、ここでは国民の健康あるいは地域保健として、どういうことがいけば

ん切実な問題であったかという点、この時期はご承知のような敗戦後の占領下にあった特殊な時期である。この時代の国民的な保健問題というのは、一つは栄養失調とか食料不足という問題。あるいは病気というような面からみると、発しんチフス、天然痘など急性伝染病の全国的な蔓延であった。しかし同時にこの時代は、社会保障、あるいは公衆衛生という点からみて、ひじょうに注目すべき時期であって、新しい憲法を踏まえて、公衆衛生の飛躍的な前進と社会保障の前進という新しい動きが見られる時期である。

近頃保健所をどうするかということがいろいろなかたちで議論されているが、全国的な保健所網が保健所法を基礎として出発したのもこの時期である。

すなわち、戦後第1の時期というのは、社会保障、公衆衛生の飛躍的な前進の時期であったが、これが20年代の後半に入るとひじょうにその条件が変わってくるわけである。つまり20年代の後半というのは、それまでひじょうに躍進的な条件にあった公衆衛生および社会保障が停滞する時期といえる。その契機というのは、いうまでもなく昭和24年の中共政府の成立、それに続く朝鮮戦争であり、これによってひじょうに国際情勢が変わってくる。またこれによってアメリカの極東政策が基本的に変ってくる。そういう時代の背景のもとで、公衆衛生や社会保障というものが、20年代前半のひじょうに輝かしい前進から一変して停滞的な時期に入るわけである。

この時期の保健という点からみた主要な問題を見ると、いわゆる急性伝染病流行の時期というのはいちおう26年ごろで終りをつげる。もっとも赤痢は、例外的になかなか減らないわけであるが、ほかの戦後の伝染病流行はほとんど20年代の前半で姿を消し、これに対して、慢性伝染病の典型である結核問題が大きく前面に出てくる。つまり問題の重点は急性伝染病から慢性伝染病の対策に少しずつ移って行くわけである。とくに結核対策については、26年の画期的な結核予防法が契機となり、そして新しい保健所網がその有力な前衛となって、20年代後半には結核の化学療法の開

発とも相まって結核対策はめざましく前進するわけである。また一面では、朝鮮戦争が契機になって産業の復興ということが起り、都市に人口が集まってくるという兆が見えるようになるのがこの時期の特徴である。

したがって初歩的な都市の環境衛生という問題がこの時期に出てくるわけで、たとえば清掃法の制定が29年の4月であり、これは30年代以降の環境衛生行政の一つの突破口的な役割を担っていたと考えられる。さらに統計を振り返ってみると、ひじょうに驚くべきことには、昭和20年代のわずか10年の間に、出生率や死亡率は約半減し、とりわけ乳児死亡率は約3分の1に、結核死亡率に至っては4分の1近くまで激減したのであり、昭和20年代の国民の健康状態の改善ということは、まったく世界に例のないほどの短期間に驚くべき変化改善が現われている。

ところがここでひじょうに重要なことは、30年を境として、国民ないしは地域の保健上の問題が、質的に大きく変わって行くということである。すなわち30年代を前半と後半に分けてみると、その前半というのは、いわゆる都市化、工業化、高度経済成長につながる状況が進行しはじめる時期である。これを公衆衛生という立場からみると、この時期の主要な問題は、一つはやはり結核の対策であり、死亡率は激減したわけであるが、患者の管理ということキメ細く徹底していく時期であり、ここでも保健所は大きな役割を負うわけである。また、一方都市への人口集中ということが、進みはじめて都市の環境衛生施設の整備ということが、ひじょうにこれは切実な問題になり、いってみれば環境衛生行政がそういう強い社会的な要請の中で前進するのがこの時期の特色である。すなわち30年代の前半に基本的な環境衛生の法規がつぎつぎに全面改正、あるいは新しく制定されて行くわけである。水道法、下水法さらに水質保全の法律、工場非水規制法などの諸法が成立するのがこの時期であり、とくに水質汚濁防止関係の法律の成立はご承知のような本州製紙の事件が直接のきっかけになった。いずれにしても、30年代前半は環境衛生行政の基礎ができて行く、という

ことは逆にいえば、そういう対応を強く要請する都市化、工業化が急激に進みはじめたということである。

さらにこの時期に住民の保健という立ち場からいっても、きわめて重大な事実、一つは昭和29年以降の町村合併の急速な進展である。わずか3年で全国の市町村数は実に約3分の1に減少し、合併町村ではとくに保健衛生を担当する職員などについて大きな打撃を受けた。また時をおなじくして、ご承知のとおり、新しい国民健康保険法が制定されて、いわゆる国民皆保険が達成されて行くわけである。

ここで保健対策という立場からいって、ひじょうに重要な事実、ちょうどこの時期、30年代の前半町村合併が急激に進行し、国民皆保険が達成されて行くその時期に、疾病とか死亡に急速な質的な変化がみられることである。

すなわち、全国的な立場からの主要な保健問題をみると、20年代の前半には急性伝染病であり、後半には慢性伝染病とくに結核対策である。ところが30年代に入ると結核もとにかく死亡率はひじょうに下がった。そして従来の予防活動に加えて、患者管理などのフォローアップのキメの細かい対策が進められている。ところがそれに代ってというよりも、これは平均寿命の延長の結果としていわゆる成人病の問題が大きくなる。成人病というよりは老人性の慢性退行性の疾患、つまり高血圧、あるいは脳卒中であるとか、がんであるとか、心臓病であるとか、そういう疾患が国民の死因の上で大きなウェイトを占めるようになってくるわけである。国際死因分類のA群、B群という分け方によると、A群というのは伝染性の疾患であり、逆にいえば予防可能な疾患であり、B群というのはいわゆる成人病、伝染病でない慢性退行性疾患による死亡であるが、たとえば昭和10年をとってみると、A群による死亡は100人のうち43.4人に対し、B群による死亡は24.7人であった。これが昭和30年になると、A群による死亡は20.4人、B群による死亡は47.2人となり、さらに41年についてみると、100人のうちA群による死亡は100人中9.9人であるのに対して、B群による

ものは実に62.7人にまで増大している。昭和10年当時あるいは30年当時に比べても、死亡の構造が質的に大きく変りはじめるのがこの時期であるということがいえる。

ところが地域保健対策を考える場合に重要なことは、こういうふうな全国的な目を見た構造の変化は決して全国に平均的に生じているのではなく、それが人口の地域間移動とか、地域の特性を反映して、たとえば後進的な地域には若年層が都市に流出して高齢者が残り、残っておる高齢者には病弱者が多く、あるいは主婦が農耕に手をとられて育児がおろそかになるなど、地域によって保健問題の質が著しく異ってきているということである。とくに脳卒中とか、あるいは高血圧とかいうことになる、結核の予防とか、急性伝染病の予防というわけにはいかない。すなわち、若いときからの食生活、住生活、とくに冬季の暖房の問題、農耕作業のあり方など、生活の全体に遡ってそれに根ざしたような対策が必要になってくるということで、この点がひじょうに重要な点である。

つづいて30年代の後半であるが、これはいわゆる高度経済成長を背景として、都市、農村を通じて社会変動の進行が一段と加速される時期である。この時期の全国的にみた主要な健康上の問題というのは、30年代の前半にはじまったような変化がしだいに顕在化し、主要な問題としてはいわゆる成人病、それから精神衛生というふうな問題が社会問題化してくるわけである。

精神衛生とくに地域精神衛生活動の推進に対する強い社会的要請は、ライシャワー大使の刺傷事件を直接の契機とした昭和40年6月の法改正が大きな契機になったわけであるが、人口が老化するということは狭い意味の精神障害とか精神病というだけでなく、老人性の精神障害というものが問題になってくることも無視できない。このようにこの時期の大きな問題としては、いわゆる成人病の対策、精神病の対策、精神衛生が重大化するとともに、都市への人口集中、重化学工業化を軸とした地域開発の進行などにより、生活環境の面ではなんといっても各種の公害問題が激しくなってくるのである。以上に戦後20年あまりの日本

の全国的に見た場合の国民の健康あるいは保健問題の変遷、あるいはそれに対する取り組みの変遷を四つの時期に分けてごく要点をみたわけであるが、30年代以降、とくに35年以降の状況の中で、20年代とはひじょうに問題性そのものが違ってきたという点が重要である。

II 保健対策における地域の意義

そこでつぎに地域保健対策という本日の主題に入るわけであるが、以上のことからわかるように、これは健康とか保健対策における地域の意義ということが今日改めて問われなければならないその段階に入ってきたといえる。

従来の保健対策あるいは衛生行政はもちろん地域に結びついてはいるが、これはひじょうに行政的な意味あるいはその実施上の便宜の意味での地域性であり、地域とはいってもその社会的特性であるとか、あるいはその特性に即した質的な対策をしなければ問題の解決がむずかしいとかいうことではなかった。ところが近年の社会的な激しい変化の中で、健康の問題あるいは保健対策を考える場合には、あらゆる意味で保健問題というものは、日常の生活のあり方そのものと切り離すことのできないひじょうに深い関連にあるため、地域の特性であるとか、その特性を十分にふまえた保健対策というとならえ方をして行かなければ、全国一律的なとならえ方ではそれらの解決は困難であるといっていよい。したがって今日の段階では、保健対策における地域の意味ということを新しい角度からいまい一度とならえなおさなければならないということになったわけである。

この点で、地域計画とか、あるいは地域開発という場合の地域ということと、いったい健康問題、保健対策を考える場合の地域というものの間に、どういう関連があるのか、従来はあまりそういうことが問題になっておらなかったわけである。たとえば結核対策といえば保健所あるいは市町村ということで、全国画一的な方法で、進められて成果をあげたわけであるが、現在の段階では、全国画一的とならえ方では、社会的にみれば効果がうすい。とくに近年の地域開発の場合のように、経

済開発に力点がある場合の地域と、健康問題、保健対策を考える場合の地域、これはやはり両者の関連をよほどよく考えて、これらを住民福祉の総合的な観点からプランニングに乗せて行くことが、強く要請されているといわねばならないのである。

1 社会の発展とコミュニティの成層化

そこで、まず正しく理解されるべきことは、社会の発展とともに、すべての私どもの生活の機能について、コミュニティの成層化が進んでいるということであり、このことは実は健康な生活とか、保健対策という面についても決して例外でない。

つまり機能的に見た場合に、問題の性質によって地域の広がり、あるいは逆にいえば利用圏とか、病院の場合には診療圏ということと関連して、それぞれの地域性がこの段階でもう一度よく整理をされて、そういうさまざまな広がりの中ではかの総合的な計画との関連ということがよく整理をされ、インテグレートされることがひじょうに必要になってきたといえる。

ここでは現実の問題として、従来の公衆衛生とか、保健衛生の行政や活動の中で、出てきておるような地域の単位というのをいちおう四つに分けて考えてみよう。まず最初の「地区」というのは、ひじょうに小さな、たとえば農村部でいえば、明治初期の旧村、つまりいまいでいえば、部落といわれるような単位の地区、あるいは都市部でいえば、自治会とか、町会が二つ三つ集まった程度の「地区」というのが一つ出てくるわけである。

これはいわゆるぐるみ的な実践活動に適した単位で、たとえば衛生害虫の駆除をやるというふうな場合には従来の実績をみても、その程度のひじょうに小さな地区でぐるみで実践活動をする。保健衛生面では、これを地区組織活動と呼んだわけであるが、それに適した小さな地区である。ところがそういう単位ではプランニングといってもあまりうま味がない。

そこでつぎに考えられる単位は、社会福祉等の分野で近年盛んに用いられている「小地域」という単位である。「小地域」というのは具体的にいえば合併前の旧村、あるいは都市部でいえば一つ

の小学校の校区といったような人口5,000であるとか、あるいは場合によれば1万であるとかいうそういう一つの、本来の意味のコミュニティというようなことにひじょうに近いような意味を持った地区単位である。このような単位がどういう点で注目されるかという、その典型的な例は、大阪の千里ニュータウンの住区である。つまり千里ニュータウンの場合、一つの住区は人口約1万である。その中心部には小学校があり、保健センターがあり、あるいはショッピング・センターがあり、それを取り巻いて約人口1万、世帯数にすると2,500とか、3,000とかいう地区である。それはどういう意味をもつ単位であるかという、ひととおりの日常生活の機能はその中で充足される、つまり子どもを小学校にやるとか、日常のことで診察を受けるとか、日常の買い物をすますとかいう、ひじょうに共通性のある単位である。つまりなにかプランニングをやる場合に、ひととおりの身近な生活に必要な資源というものは、いちおうその中でとらえることができるような単位の地区である。保健対策に即していえば、この種の小地域の意義は、たとえば日常の母子保健サービスなどはこの単位で機能が確立されなければ、じゅうぶんニーズにこたえることができない。西欧諸国、とくにイギリスなどはその典型であるが、日本の小学校とおなじくらいの密度で母子保健センターが全国に設けられている。つまりおなかの大きなお母さん、あるいは赤ちゃんを連れた母親が、日常ごく簡単にせいぜい歩いて5分とか10分、その程度で母子保健センターまで行って健康相談が受けられるということである。1時間もバスに乗って保健所に行くとか、あるいは遠方の病院まで行くということは、行って行けないことはないけれども、これでは本来の意味の母子保健サービスとはいえない。それは小学校1年生が学校に行って安心して帰ってこれるような地域と、おなじような広がりをもった条件の地域であることを要するわけである。「小地域」というのは、そういうような点でひじょうに意味をもった一つの基本的な単位ということができる。

つぎに第4の最も広いレベルとしていわゆる広

地域というか、リジョンといわれる地域単位がある。すなわち新産都市とか、地域開発という場合の地域単位であり、府県あるいは場合によっては府県の領域を越えた経済圏として、経済計画においてとり上げられる地域である。この種の地域は保健対策ではどういう意味をもつかを考えてみると、従来はそれを計画的に広域的に公衆衛生あるいは保健、医療の計画という点ではあまり実績がなかったのであるが、近年における良い例としてはがんセンターがある。東京には国立がんセンターがあるが、がんセンターというものは、非常に高度の専門家と設備を必要とするため、これは都道府県全部につくるということは、実際的ではない。しかし、全国に一つでいいかという、これではとてもニーズに応ずることはできないわけで、現在全国を九つのリジョンに分けて地方がんセンターの整備が進められている。つまり広域単位でのプランニングに乗せて行く必要があるものであり、このほか、たとえば、循環器のセンターであるとか、心臓血管センターであるとか、そういう種類のものは、やはりがんセンターとおなじようにこういう相当広い地域でしっかりしたものをつくって行くというプランニングに乗せなければならないわけである。

さらにここでとくに一つ強調したいことは、前に述べた「小地域」といわれる地域と経済計画の単位となるようなリジョンあるいは広域域の中間に、保健対策については、欧米諸国のヘルスユニットに相当する中規模の地域単位がぜひ必要である、ということである。ここでヘルスユニットというのは、その地域の保健問題を解決して行くのに普通のひととおりのことは地域内の社会資源で全部カバーができる。ひじょうに特殊なものを除いてはその地域内だけの施設や技術や予算でニーズが充足できるような条件をもったような地域である。保健サービスについてのこの種の地域単位が、アメリカ、あるいはヨーロッパ諸国についてみても、制度として確立しておる。

ヘルスユニットとしての地域の単位は、立地条件によっていちがいにいえないが、イギリスやアメリカやヨーロッパ諸国の状況を見ると、農村的

な地域では、人口10万からせいぜい15万くらい、場合によっては辺地になると5万程度であり、都市、とくに大規模な都市では、30万あるいは40万程度の場合が多い。

従来日本ではこのような地域単位が確立していなかったが、今後の地域保健のプランニングのためには、やはり日本でもヘルスユニット的な地域を確立する必要がある。

それでは、日本におけるヘルスユニットをどう設定したらよいか、という課題について、私どもは数年前から研究的に資料を集めて検討しているが、実際には現行の大部分の保健所の管轄地域がヘルスユニットとしての条件をもっているといっ

と農村では人口の減っているところでは10万を割ったようなところもあるが、だいたい10万から12~3万であり、また大規模の都市では、20万から25万ということで、これは期せずして前述の欧米諸国のヘルスユニットの場合の単位と、ひじょうによく似た規模になっている。今後の保健対策を考えて行く場合に、自治体としての市町村はもちろんその基本的な単位ではあるが、やはりこれらを前提としてヘルスユニットとしての地域を確立し、現実的には保健所がオーガナイザーとなって、地域特性に即応したプランニングを進めることが、必須の課題と考えられる。

2 地域特性とヘルスニード(保健水準の地域格差)

表1 人口動態に関する諸指標

項 目	年	A	B	C	D	E	極 差	全 国 値
出 生 率	30	79.3	81.9	94.3	104.7	110.4	31.1	19.3 (人口 千対)
	35	96.9	95.5	101.0	99.3	107.9	11.0	17.1 (")
	40	110.0	102.1	97.0	94.3	89.0	21.0	18.5 (")
粗 死 亡 率	30	72.6	86.3	97.1	103.7	109.2	36.6	776.3 (人口10万対)
	35	75.6	93.2	100.9	111.9	110.2	34.6	756.1 (")
	40	72.8	92.4	111.7	115.4	122.3	49.5	712.5 (")
乳児死亡率	30	68.6	83.4	93.2	106.3	108.0	39.4	39.8 (出生 千対)
	35	71.0	86.0	102.2	107.7	124.0	54.0	30.7 (")
	40	81.8	89.0	106.8	127.2	128.3	46.5	18.5 (")
新生児死亡率	30	67.9	84.4	93.3	105.4	107.6	39.7	22.4 (出生 千対)
	35	69.1	84.1	100.1	113.1	121.6	52.5	17.1 (")
	40	81.2	88.8	106.6	126.8	125.2	44.0	12.5 (")
死 産 率	30	104.8	119.5	107.8	93.8	95.5	9.3	95.9 (出生 千対)
	35	111.8	105.9	97.8	94.1	95.3	16.5	100.6 (")
	40	105.7	97.9	97.1	105.1	89.9	15.8	81.4 (")

注 AからEまでの数値は全国値を100としたときのもの、極差とはAとEの差である。

表2 主要疾患死亡率の諸指標

項 目	年	A	B	C	D	E	極 差	全 国 値
脳 卒 中	30	77.2	75.9	90.4	95.2	118.5	41.3	135.9 (人口10万対)
	35	66.9	86.2	97.0	115.9	123.8	56.9	160.4 (")
	40	62.1	86.8	113.4	133.8	120.7	58.6	175.3 (")
悪性新生物	30	95.4	100.8	100.1	99.8	104.0	8.6	86.9 (人口10万対)
	35	95.3	96.0	96.6	110.1	96.5	1.2	100.1 (")
	40	91.0	91.6	109.7	89.6	99.2	8.2	108.2 (")
心 臓 病	30	75.3	86.4	97.5	105.1	107.8	32.5	60.4 (人口10万対)
	35	71.9	91.5	104.1	115.9	105.5	33.6	72.7 (")
	40	68.7	93.3	114.4	113.9	103.1	34.4	76.3 (")
肺炎気管支炎	30	65.4	73.2	91.3	105.6	115.7	50.3	48.2 (人口10万対)
	35	70.9	85.2	102.1	112.5	120.9	50.0	49.2 (")
	40	70.5	87.8	114.1	120.6	120.4	49.9	37.2 (")
不慮の事故	30	65.5	89.2	103.2	118.1	98.9	30.2	37.1 (人口10万対)
	35	77.8	111.4	116.5	98.6	92.0	14.2	41.5 (")
	40	63.5	106.2	113.2	99.8	92.9	29.4	40.6 (")
結 核	30	88.5	112.8	96.6	110.5	75.7	12.8	52.2 (人口10万対)
	35	100.0	108.0	104.6	92.8	97.7	2.3	34.1 (")
	40	92.9	99.4	100.4	103.0	154.9	62.0	22.6 (")
自 殺	30	103.2	111.3	111.7	99.1	91.2	12.1	24.8 (人口10万対)
	35	109.5	107.6	105.0	93.9	87.0	22.5	21.2 (")
	40	87.3	99.1	105.4	101.7	112.4	25.1	44.5 (")

表3 医療関係の諸指標

項 目	年	A	B	C	D	E	極 差	全 国 値
医 師	30	161.2	133.4	104.2	86.8	82.4	78.8	105.9 (人口10万対)
	35	138.5	112.5	88.3	91.5	77.5	61.0	110.4 (")
	40	121.7	102.0	95.1	84.7	83.9	37.8	111.3 (")
看 護 婦	30	151.7	139.5	105.7	96.1	77.2	74.5	134.1 (人口10万対)
	35	132.8	114.7	90.2	90.2	80.3	52.5	198.7 (")
	40	128.2	95.9	90.9	88.7	58.2	70.0	253.0 (")
助 産 婦	30	75.5	91.8	103.2	99.5	106.5	31.0	62.0 (人口10万対)
	35	78.8	91.8	94.3	106.5	124.6	45.8	56.0 (")
	40	87.1	93.9	95.3	121.5	163.9	76.8	44.6 (")
保 健 婦	30	56.8	84.2	87.8	102.9	117.3	60.5	13.9 (人口10万対)
	35	62.5	82.8	97.2	122.3	121.0	58.5	13.9 (")
	40	62.7	70.4	125.2	138.8	92.0	29.3	14.2 (")
病 院 病 床	30	123.1	121.4	96.8	99.1	91.1	32.0	574.3 (人口10万対)
	35	102.5	100.5	97.7	99.9	100.1	1.4	912.1 (")
	40	99.3	95.4	109.1	108.0	123.8	24.5	858.1 (")
診 療 所 病 床	30	90.4	58.3	92.1	109.5	111.9	21.5	127.6 (人口10万対)
	35	80.2	82.5	96.9	107.6	128.6	48.4	176.8 (")
	40	72.4	82.4	114.1	142.7	146.7	74.3	202.2 (")
保 護 率	30	113.0	108.8	84.7	96.3	103.7	9.3	21.6 (人 口 千 対)
	35	81.8	105.2	86.1	97.5	131.8	50.0	17.4 (")
	40	64.8	95.2	97.1	142.1	208.0	143.2	16.3 (")
保 護 費	30	168.3	136.0	85.6	96.2	84.4	83.9	39.7 (円/月・人)
	35	117.6	106.7	94.0	84.8	107.1	10.5	54.6 (")
	40	84.0	92.3	99.3	130.5	133.6	49.6	115.3 (")

第2の点は、30年代以降の急激な社会の変動の中では、それぞれの地域の保健問題は、画一的なものでなくして地域の特性を良かれ悪しかれ鋭く反映しておるということである。

表1, 2, 3は、昭和30年, 35年, 40年というセンサスの行われたこの三つの時点について都道府県の単位で、第1次産業の人口比によってこれらを便宜上五つのグループに分けて、人口動態、主要疾患死亡率、医療関係の諸指標の動きをまとめたものである。

A群は第1次産業人口が5%以下、B群は5から25%、C群は25から40%、D群は40から50%、E群は50%以上ということである。つまりE群は、後進的地域、A群が先進的な高度に都市化した地域だといえる。

ところがこういう分け方は、実は30年の時点では、全国の人口が5等分されたようなウェイトを持ったわけであるが、40年ではE群というのは、鹿児島1県しかなくなっておるわけで、変動の速さを示すとともに、区分の方法として問題があるが、比較の便宜上ここでとりあげたものである。

表1でみると、たとえば昭和30年の出生率は、全国値を100とした場合にA群では79.3、E群で

は、110.4であり、便宜上A群とE群との差を極差と呼んでいる。これは都道府県単位であり、分け方にも問題があるわけであるが、注目されることは、こういう大づかみの分け方をしても、30年, 35年, 40年とわずか10年の間に、ABCDEの間の動きはひじょうに激しいものがあるということである。

たとえば表1の出生率でみると、30年の時点では明らかに先進的地域のほうが低く、後進的な地域のほうが高い。ところが40年ではそれが逆転している。これは若年層が都市に集中をして、出生率が高くなったことを示している。また、乳児死亡率では、極差は広がってきており、いぜんとして後進地域が平均より高く、A, B群では出生率はひじょうに高くなっているが、乳児死亡そのものは全国平均からみれば低い。これにたいして後進的な地域では出生率は少なくなっているけれども乳児死亡はいぜんとして高い。あるいはむしろさらに高くなるような傾向がみられる。まったくおなじようなことが新生児の死亡率についてもみられる。

乳児死亡率は、その地域の生活水準を総合的に示しておるわけで、これをみても、農山村の後進的な地域においては、ひじょうに生活にいろいろ

な問題があるといえる。

表2でみると、たとえば脳卒中などが、はっきりと出ており、ひじょうにD、E地域に高い。またA群との極差がひじょうに大きく、100について60近い差がある。これはもちろん人口構成が訂正されていないので、訂正して比較すれば、若干差は縮まるわけであるが、現実の問題としては、農山村地域では、脳卒中で死ぬものがひじょうに多いということを示している。

ところが悪性新生物などを見ると、その様相はやや異っている。日本の脳卒中は国際水準でみるとケタ違いに高いわけで、それを日本の地図の上でプロットしてみますと、まったく風土病か、地方病の様相を示している。

がんのほうは、やや違うわけであるが、これは疫学の専門的なことになるのでここは省略する。

さらにたとえば肺炎、気管支炎はいまなら治るはずのものであるが、なおかつ後進地域では死亡率がひじょうに高く、都市的な地域とくらべて格差が大きい。また不慮の事故では、AE群よりは、むしろ中間の地域群が高くなっており、これも地域の健康、安全の問題ということが、地域によってかなり違うということを示している。

最後に自殺についてみると、これもひじょうに印象的であり、30年と40年では、逆転しており、30年には都市で青年層に高かった自殺が、40年には農村で老人の自殺が高くなっておりという状況を示している。

つぎに表3をみると、医師、看護婦は、後進地域ほど、きわめて不利な条件におかれておるのにたいして助産婦、保健婦は逆になっており、都市ほど人口対比の数は少なくなっている。

しかし、これは、30年から40年にかけての、地域間ことに、都市と農村の間の人口移動が大きく影響しておるわけであり、この表は一つ一つの項目について注意深く見る必要がある。

さらに保護率、保護費も30年と40年では逆転しており、保護率、保護費ともに30年では都市的なところに高かったのが、40年では逆に、後進地域にひじょうに高くなっており。

以上のように、これらの表自体は都道府県が単

位であり、またABCDEという分け方もひじょうに大ざっぱな分け方であるが、それにもかかわらず人口動態あるいは死因となった疾病の状況は、地域によってひじょうに差があり、しかもその差が、10年間の動きの中で場合によっては順位が逆転するようなひじょうに激しい変化を示していることがわかる。

しかし実はこれらの表からは、地域の保健の本当の動いておる問題は読みとれない。すなわち、この数字では死亡というひじょうに極限的な数字だけが上がっておるわけで、死亡に至らない傷病の状況は示されておらず、またたとえば鹿児島県といっても、鹿児島市と県内の山間の辺境では、そこにまた大きな差があるわけであるが、この表ではその辺の地域内の格差というものが全部平均化されて、薄められて出ておることである。

しかし、問題はそういう条件の中でもかなり顕著な格差とか動きがみられるということである。またそういう状況がこの最近の社会変動の中で、ひじょうに強く現れており、地域保健対策を考える場合に、地域特性に結びついたそういう条件を無視することはできないということである。

3 地域保健活動の目標と構造

ここで地域保健活動というのは、共通の地域特性をもった地域を単位として、そこにみられる諸々の健康障害、保健の問題を解決して行く、あるいは解決のための医療施設、保健機関、さらにこれらに従事する専門家など、健康問題を解決し、保健水準を高めていく組織的な努力の過程である。これは、日本ばかりでなく、とくに第2次大戦後の欧米諸国をみると、ひじょうに明確な問題意識を踏まえた組織的、計画的な努力がそれぞれの国でなされているといえる。

とくにNHSを有するイギリスの場合などは、ひじょうにこの地域性が重視され、また地域の中で予防、治療、リハビリテーションを一貫したいわゆる総合保健サービスが進められている。このような動きは、第2次大戦後の世界の各国にまったく共通した動きであり、努力の目標であるが、そこには総合的効率的な組織活動として、静止し

てでなく、新たに出てくる保健問題を解決するために、それに取り組んで行く、あるいは保健水準を上げるために取り組む、という一つのいわばダイナミクスがみられるのである。

ところで、この地域保健のダイナミクスにおいて、どういうものがその重要な構成要素であるかというところには大別して三者がある。まず基本的にはその地域の住民、市民の主体的な保健活動への参加である。主体的な参加というのは、その地域の保健問題をそこに住んでいる人たちが正しく認識し、正しく受け止める、あるいは地域の保健サービスの状況がいったいどうであるのか、どういう施設が足りないのか、足りないためにどういう不幸が起っておるのか、というふうなことを、受け身でなしに、その問題の解決あるいは水準の向上のために、努力をして行くということである。

つぎにこのような住民の努力が効果を上げて行くためには、保健衛生の問題の場合には、専門家のリーダーシップが必要となる。すなわち、地域で保健や医療の専門的な活動に従事しておる人たちが住民といっしょに、地域の保健の問題を考えて行く、あるいは問題を解決し、水準を高めるために努力をして行くということである。

さらに行政という機能であるが、地域保健活動の本来の性質からいえば、住民の努力、あるいは専門的なリーダーシップによって方向づけられた保健問題の解決、保健水準の向上を目指す努力が効果的に進められるための条件整備を公の責任でやって行くというのが本来の行政の役割である。

このような考え方に対し、行政と、専門的リーダーシップと、住民の参加とを並列的に並べるのは問題である、という批判もあるが、しかし、やはり住民のその主体的な努力というのが基本にあり、地域の専門家はそれといっしょに保健問題を考えてやって行く、そういう努力が効果を上げるように予算の面、あるいは職員の面、施設の面で条件整備をして行くのが、実は本来の行政の役割でなければならないのである。西欧諸国の実情をみると、行政というのは、現実にはそういう役割を果たしているわけである。しかし、日本の現実では、行政はひじょうに強力でむしろ前面に出ていて、

それが、必ずしも前述したようなダイナミクスで行政の役割が果されておるとは考えられないわけであり、また、そこに問題があるわけであるが、ここでは地域の保健対策を考える場合の基本的な考え方を整理してみたのである。

III 地域保健対策の現状と問題点

日本の地域保健対策ないしは衛生行政の全体的な仕組みとその主要なプログラムは、すでに知られているとおりであり、個々のプログラムについてはここでは言及しない。そこできわめて大づかみに行政としての地域保健対策の現状と問題点をみると、広義の衛生行政には、いわゆる一般衛生行政（厚生省所管）、学校保健行政（文部省所管）、および労働衛生行政（労働省所管）という三つの大きな分野があり、したがって地域を単位とした保健対策にも基本的にこれらの三者がみられる。

現状では、地域保健対策あるいは衛生行政の基本的な制度と仕組みは、いちおう整備されているといってよい状況にある。たとえば一般衛生行政のうちで疾病予防的な意義を有する公衆衛生行政の主なプログラムとしては、公害を含めた環境衛生および食品衛生の対策、伝染病予防の対策、母子保健の対策、結核予防、成人病対策、精神衛生対策など、基本的なプログラムは、行政の上で出揃っており、成人病対策については、まだ根拠法規はないが、これ以外のものについては、根拠法規は相当程度に整備されている。また地域の保健対策の進め方の基本としては、昭和35年という社会的変動の顕在化した時点において、従来もっぱら人口の規模によって区分されていた全国の保健所を地域の立地条件によって都市（U）、農村（R）、中間（UR）、辺地（L）の四型に再編成し、それぞれの運営の基本方針を定めるとともに、保健所は管内市町村が立てる共同保健計画に対して専門的な立ち場から援助し、指導して行く役割を受け持つということが厚生省の行政指導によって明らかにされた。

つぎに学校保健行政は、教育委員会が主体になっており、保健衛生に関する行政としてはもっとも地方分権化された典型である。学校保健行政は、

国民の健康そのものを考える場合には、基本的な問題であり、とくに地域を単位として保健対策を考える場合に、きわめて重要な意義を有する。

つまりその地域で義務教育を受けて、出てくる子どもたちが、全部学校教育の場においてよく健康管理をされ、そして基本的な態度や習慣が身について出てくるということになれば、その地域の保健問題の将来は、間違いなく、ひじょうに明るいのである。

しかし現状は残念ながら学校保健の本質的な位置づけが明確でなく、地域の保健対策の中でその意義が確認されなければならない状況にある。

第3の労働衛生行政は労働基準法およびこれに基く安全衛生規則が根拠になって、全国都道府県の労働基準局と全国約350の労働基準監督署によって、国の監督行政として進められている。

しかし現状では、地域というとらえ方をすると、労働基準法の対象にならない中小零細企業の従業員の健康管理の問題、労働基準行政と一般衛生行政の谷間にあって、とくに最近の社会変動の中では、大きな問題をはらんでいるといわねばならないのである。

地域保健対策の現状とは、以上のようにひととおりの仕組みは整えられているが、やはり現状におけるいちばんの問題は、30年代以降の急激な社会変動の中で、提起されておる、いろいろ地域と結びついた新しい健康の問題、保健の問題に弾力的に対処して行くという体制にひじょうに欠けているという事実であるといわねばならない。

むすびにかえて——地域保健対策の課題——

地域保健対策の基本的な課題は、総合的な地域計画との関連で保健衛生、保健対策が正しく位置づけられ、プランニングという機能によってダイナミックに地域の保健問題に対応して行くことである。

それは、一言でいえば、地域特性に対応する保健の諸対策を充実し、またそれらを組織化して行くということである。しかしここで組織化というのは、必ずしも新しい法的制度をつくってむりやりに組織化をするということではない。

私どもは従来から現地に出むいて事例調査をやったり、地域の保健の諸活動を見聞する機会があるが、多くの場合にみられることはそれらが機能的な組織化されておらない、病院もあり、保健所あり、そのほか各種の機関や専門家の活動などが地域にあるわけであるが、それらが、機能的に組織化されておらない。それぞれ思い思いにずい分いろいろなことがなされてはいるが、それが果してその地域の保健問題の解決、その地域に住んでいる人の健康の管理というようなことに本当に機能的に組織化されて動いているかということ、多くの場合はそうじゃない。多くの事例を通じて痛感されることは、一言でいえば地域を単位とするプランニングの欠如ということである。

プランニングというのは、地域の保健問題、健康上の問題を正しくとらえて、そこにあるいろいろの社会資源の機能を、その問題解決にもっとも適切のように、誘導して行く、組合せて行く機能である。とくにその場合の地域単位としては、前に述べたヘルスユニット的な地域が基本にしっかり打ちたてられて行かなければならない。

つぎに主要な分野別にみた保健対策の課題ということになると、日本の場合は、欧米先進諸国と異り、古い問題と新しい問題が、同時に存在している、という事実が、地域保健対策にとっても一つの厳しい条件である。たとえば保健婦の役割を考えてみても、イギリスの保健婦は、ひじょうに多くの部分を老人の世話にかけているが、日本の保健婦は赤痢もあれば、結核もあり、あるいは脳卒中もあれば、精神障害者もあるというわけで、他の国々では段階ごとに解決されていったような問題がいぜんとしてまだ残っておる。それにもかかわらず最も新しい問題も出てきておるということであり、このような事実は、職員、施設、予算等のあらゆる面で保健対策の重圧となっており、ここでも総合的な視野に立つプランニングの必要が痛感される。この点は環境衛生対策についても同様であり、し尿処理というような都市衛生の初歩的な問題と自動車の排気ガスというような先端的な問題が同時に存するという点に日本の特質とむづかしさがある。

また、公害の中でも、たとえばイタイイタイ病、阿賀野川事件、水俣病、あるいは最近の米ぬか油の問題というような工場廃液あるいは生産工程における毒物の混入による大規模な中毒事件が相ついで起きているが、これらの予防的な対策としていわゆるサーベイランス・システムの整備が近年国際的にも強調されている。すなわち、中毒などが集団的に発生してから調査を行うのではなく、常時必要な地点に測定監視の網をはりめぐらし、少しでも異常の兆候があれば、早期に効果的な対策の手を打って行くということである。つぎに地域保健対策を考える場合に、現状における致命的な悪条件は、市町村の財政が弱体であるということであり、また、それがただ弱いというだけでなく、とくに30年代以降の経済、社会変動の中で、小規模な町村ほど財政的な条件が悪くなっているということである。全国的な市町村の財政統計にも示されているが、従来私どもが現地について調査した結果からみても、小さな町村では法律で義務づけられた経費を予算するのが精いっぱい、たとえば母子保健、衛生教育、あるいは栄養の改善、また成人病予防の健康管理であるとか、今日の地域保健の対策の基盤的なものに対して予算化をするという余裕がないという実情にある。

また、国、地方公共団体を通じていえることは、予防ということに対して、投資がきわめて微々たるものであるということである。たとえば厚生省所管の保健衛生費は、最近約1,200億円程度であるが、その内容をみると約90%は結核と精神障害の医療費の公費負担であり、本当の意味の予防というような経費はせいぜいその10%、その主な内容は保健所費であるという実情である。

このような傾向は都道府県にも反映しているが、病気や死亡の状況が変わって、いわゆる成人病すなわち非伝染性の慢性退行性の疾患が大きくウェイトを占めるようになった現在、予防投資を惜しむということはひじょうに致命的な意味をもつわけである。予防のために投資をせず、動脈が硬化し、血圧が上がり、あるいは脳卒中の発作を起してから、治療のための費用を投ずるということは医学の進歩によって治療方法も進歩するとはいえず、こ

れには巨額の費用を必要とするわけで、国民経済全体の立場からみてきわめて重大な問題といわねばならないのである。

これに対しては成人病の特質からいって、若い時代から、健康管理を組織的に行うことが基本であるが、現在健康管理に対しては、公的な費用のうら付けがぜんぜんない。

つぎに教育投資がきわめて貧弱な現状も重大である。すなわち、保健対策に従事する専門家の教育訓練である。保健衛生の専門技術的な仕事に従事する職員に対しては、その人の持つておる技術を生かすための教育訓練に計画的な投資がされて行かなければ、今日のような技術の進歩の急速な時代には、その人の技術は陳腐化して行くということは明白である。このための教育投資が現状ではほとんどネグリジブルである。たとえば都道府県に例をとっていえば、人件費のせめて0.5%程度はその人間の技術の進歩に遅れないための教育に投資をしなければ到底進歩について行けない。さらに保健サービスに対する研究投資についても全く同じことがいえる。各種の公的な保健サービスに対する、そのサービスそのものの改善のための研究費というものがほとんどない。これではサービスそのものもしだいに陳腐化することは避けられない。そういう意味で公的な保健サービスについては、年々事業費の最少限0.1%をそのサービスの改善のための研究に使う必要があるということを経験的に強調したい。

またとくに法制的な面で、地域のヘルスプランニングについての法的な根拠がまったく欠けておるという事実も重大である。個々の法律に従って個々の対策を進めて行くということではできるわけであるが、今日の段階では地域特性に対応した健康保健計画がやれるような法的な根拠がぜひ必要である。また法的な根拠だけでなく、どういう客観的な方法で、どういう基準で計画を進めるかというような地域特性の把握の手法、あるいは解析の仕方、社会資源の把握、こういうことが客観的に示されるような内容をもった法的根拠がぜひとも必要であると考えている。

最後に地域保健対策における保健所の役割をみ

ると、保健所自体、いま、いろいろな意味で大改革を迫られており、行政管理庁、自治省等からいろいろな意見が出されている。しかし、変貌する地域の中で、保健所が果して行かなければならない基本的な機能の一つは、何といたっても保健計画を的確に立てて、地域計画の中に折り込んで行くことであり、そのためには地域特性を把握するとか、ヘルスニードを解析するとか、社会資源を把握評価するとか、そうしてこれらを基礎として計画的に組織化を進めるということである。保健所がそういう機能を果して行くために、公衆衛生院でも昭和44年度から地域保健計画の特別なコースを設けて、プランナーの養成をすることとな

っている。ヘルスユニットとしての地域を単位として、地域特性の把握、ヘルスニードの解析、社会資源の評価等をふまえて、地域保健対策のプランニングの機能を強化すること、ここに必要な各種の条件を整備すること、地域総合計画の中で保健対策を正しく位置づけて強力にこれを推進すること、これが今日における地域保健対策の基本的な課題であることを銘記して頂きたい。

(本稿は、時間の制約により、セミナーにおける講義の速記録に加筆したため、はなはだ意に満たないものとなったことをお断りする。なお詳細は、小著『地域保健活動』(医学書院、1968年)をご参照願えれば幸甚である。)