

## ＜特別講義＞

### これまでの保健所：これからの保健所

西 正 美

日本で保健所ができたのは昭和13年であるが、昭和13年から昭和22年までと、第2次世界大戦後にできた保健所法下の保健所では全く中身が異なっている。戦前の保健所については、主題になじみ難いので、昭和22年以降の保健所、特に昭和後半期からの保健所について述べる。

昭和22年制定の保健所法も何回か改正が行われ、その間に抜本的に見直そうという動きがなかった訳ではない。それが平成6年に、大きな変革を伴う「地域保健法」にと改正された。

#### これまでの保健所

##### 1 総合的地域保健の創生

###### (1) 対人保健と生活衛生の総合化

戦前・戦後の保健所の大きな違いは、環境衛生・生活衛生への対応である。戦前は対人保健がメインであり、それ以外はほとんど担当していない。戦後の保健所では、物への対応…今日では生活衛生といわれる環境衛生と対人保健を一体的に捉え、総合化しながら、地域保健を構築したところに特徴がある。

環境衛生は、かつては警察の所管であった。その環境衛生も健康保持あるいは疾病予防の視点で取り組もうというものである。戦後、アメリカを中心とする連合軍が日本を占領し、支配していたが、そのGHQ (General Headquarters) が、彼らが理想とした地域健康管理システムを日本で実験をしようとしたシステムであると仄聞しているが、世界でも大変ユニークなものである。

###### (2) 臨床医学と公衆衛生の統合

日本の医療の歴史では、臨床と公衆衛生が、なかなかうまくドッキングできていない。

昨今、結核がリバイバルのように、喧騒の中にあるが、戦後は、猛威を振るい、そのまん延状況は、今日から想像もできないくらいのものである。死亡率は人口10万対300前後であり、今日の悪性新物の死亡率（人口10万対200前後）をはるかに超えた。

この結核を何とかしたいというのは、国の政策としても大変重要であり、保健所は、単に公衆衛生的なアプローチだけではなく、治療も含めて対応することになった。これは、単に結核のみならず、性病についても同様であった。このように、ほんの一部だけではあるが、臨床医学と公衆衛生のドッキングが行われた。

しかし、次第に医療施設が整備され、あるいは医療技術が進歩してくると、敢えて保健所で治療をやらなくても、社会システムとして臨床との連携で十分対応できるだろうと、公衆衛生と臨床医学は社会システムとして、分離されるようになってしまった。

#### 2 地域保健と保健所

##### (1) 中央権限とローカリティ

戦後、社会そのものも大変混乱し、住民の健康状態も悪い中で、特に多発し、まん延する急性伝染病の対策が重要であり、保健所活動の主題はその種の対策となった。また、疾病の出現状況や医学的対応においては違いがあるが、急性伝染病と類似のパターンを示す食中毒も頻発し、食品衛生でも同様の対応をせざるを得ない状況でもあった。

そのような状況下では、保健所は大変な権力や公衆衛生上のポテンシャルを持っていた。敗戦国において絶対的な権力を握るGHQが背後に控えているために、保健所自らの力か、虎の威を借りる狐の類であるのかよく分からない状況もあった。

そのように保健所が、地域保健の主役として活躍した時代があったが、GHQが引き上げ、日本が完全に独立すると、途端に保健所は弱くなってしまった。後ろ盾がないから弱くなるというのは、本来のアイデンティティが確立していなかったということでもあろう。

多少の弱体化があったとしても、ルチンの業務には、さほど支障がない。関係法律が一応整備され、それに従ってやっている限り、ナショナル・ミニマムとしての責務を果たすには支障がない。しかし、保健所活動の基盤を考えるには、ナショナル・ミニマムよりも、シビル・ミニマムに拘りたい。画一的な保健需要をある程度満たすことができれば、さらに地域性に目を向け、その地域の、ローカリティを重視することが、保健所に求められるのではなかろうか。

保健所の設置義務者は都道府県、政令市であるが、実体としての保健所業務は、国家事務である。地方の仕事ではなかった。国としての責務、あるいは国としての権限が、保健所長に法律委任されているものが非常に多かった。

種々の関係法律には、「保健所長に届出なければならない」とか、「保健所長は斯く斯く然々しなければならない」といったことが書かれているが、このようなことは、地方自治の流れの中で妥当なことかどうか。

これは何も、最近の地方分権論議で声高になってきたのではない。既に昭和30年代の半ばに、そういったことが問題

(財) 石川県成人病予防センター

になり、各都道府県知事から、国に対していろいろ申し入れがあった。その後、昭和30年代後半から昭和40年代に作られた法律は、保健所に直接権限委任するような条項はほとんどなくなっている。保健所の設置主体である都道府県（知事）あるいは政令市（市長）に権限委任し、さらに、それぞれの地方の条例その他によって、保健所に再委任される形になってきた。このように、保健所は、制定当初は地方のための機関ではなかった。

結核の例のように、国の基本政策の一つならば、北海道から沖縄まで同じように対応しなければならない。しかし、医学の進歩、生活の改善などと相俟って、健康状態はどんどん改善されてくる。その結果、実際の健康上の諸課題というのは、まさに、ローカリティそのものとなる。地域によって、課題も対応も異なってくる。地域によって多種多様な健康状態を「霞ヶ関」で、えい！やっとなることができのだろうか。ナショナル・ミニマムとして、日本での最低限の対応は、当然「霞ヶ関」で考えて頂かなければならないが、さらにそれに上乘せし、もっと突っ込んだ有効な対策ということになれば、それぞれの地方で考えていかなければならない。

## (2) 地域背景要因の重視と客観化

人の健康は、優れて環境との関係の中で成り立っている。従って、聴診器さえ持っていれば対応できるほど単純ではない。それぞれの地域での物理的な、地理的な背景あるいは文化、社会構造、そういったものを全部ひっくるめての地域背景と健康が著しく関わりを持っている。いわゆる医者臭い対応だけでは、決して健康は守れない。

従って、地域の健康に対応するには、地域保健の諸要因を客観的に把握することが重要である。目の前にいる患者一人がどういう状態であるかではなしに、…もちろん、それは必要なことであるが、それは臨床医学の守備範囲であり、公衆衛生は、一人ひとりというよりは、地域全体に共通する健康阻害要因を排除し、あるいは健康を高めるような要因があれば、それをよりよく活用できるようにするものである。

そのような諸要因を把握するためには、いろんなデータを客観的に眺め、単純にいい切ってしまう、計数化し、デジタル化して眺めることが、もっともベースになければならない。もちろん、その上に数字にならない情緒的な大切な情報もあり、それらも無視する訳にはいかない。しかし、ベースにあるのは、デジタル化されたデータを如何に扱うかということである。

かつて、公衆衛生を目指す医師に、「聴診器を捨てろ！聴診器と計算機を持ち替えろ！」と話したことがある。もちろん、これは比喩的なものであり、臨床的な感覚に引きずられては、公衆衛生ができないという意味である。

たまたま、保健所のクリニックに赤ちゃんを診て欲しいというお母さんが来ており、保健婦が「赤ちゃんが来ていますので、診て欲しい」とその若い医師に告げると、「おれは医者でないから診ない」とその医師はいった。保健婦も負けずに「先生の机の上に、聴診器があるじゃないですか」と切り返すと、「ああ、これのことか！」と、件の医師は聴診器を窓か

ら外へ放り出した。「もったいないことを！」と。後で「あの聴診器、どうした？」と尋ねると、「後で、ぼく拾ってきました」という話を、随筆に書いてみた。

これはそのドクターが、臨床と決別し、公衆衛生に志す決意のほどを示すエピソードである。

このような考えを基本的に、保健所で仕事をやってきた。もちろん、ルチンの仕事は、当然のこととして、それに上乘せして、そのローカリティを如何に確保するかであった。

## 3 保健所活動の事例

ここでは、ざーっと30年にわたっての現場の経験に基づく事例を紹介しながら、保健所のあり方を探りたい。

### 事例1 漁民の健康調査

能登半島の突端に、輪島というところがある。今、NHKの朝のテレビドラマ「あすか」で、主人公の菓子屋の娘が、今朝（1999・12・9）、お母さんを尋ねて輪島へ出掛けた。塗師屋はセットがあるが、海岸の風景は、実際の輪島である。

輪島では素潜りで、主としてアワビを獲り、そのほか、サザエを獲ったり、海藻を獲ったりもする海女がいる（図1）。輪島の沖に舢倉島があるが、そこが素潜りをする海女の分布の北限だといわれる。現在は写真のような格好はしておらず、ウエットスーツでやっているが、当時は、素裸で漁をやっており、赤銅色で、大変きれいな肌をしている。

法律に定められた保健所の業務とは直接には関係のないものではあるが、当時、県の担当課長が「お前が、やりたいことがあるのなら、多少、予算を付けてやろうか」ということで、若干の予算を頂き、漁民の健康調査を行なった。

当時、日本全体としては、脳卒中による死亡率が第1位を占めており、悪性新生物、心疾患がこれに次いでいた。それは、石川県でも、輪島市でも、ほぼ同じパターンである。石川県は、国全体と比較して、相対的にはいずれも高



図1 海女の作業時の状態。「サイズ」を付け、タガネを持っている。現在はウエットスーツを着用している。

率ではある。ところが、海女を中心とする輪島市の漁業地区では、そのパターンが異なっている(図2)。同じ循環器疾患による死亡率でも、脳卒中、心疾患が、逆転している。これは労働条件との関係も示唆されることで、いろんなことを調べてみた。

当時は、大学の解剖学教室から公衆衛生畑に入り、なお日の浅い時期であり、何をどうしていいのかわからない。手探り状態でいろんなことをやってみた。よく「解剖から公衆衛生へ行ったなあ」といわれる。解剖の頃は、脳内の細胞構築をテーマにしていた。特定の神経核の構成細胞の種類はどうか、その構成比率がどうかというので、細胞の数を一所懸命数えるのが仕事であった。その解剖を辞め、公衆衛生へ飛び込んで、まるっきり違うじゃないかといわれるが、細胞の替りに人間の頭数を数えるのだから、やっていることは同じである。

そういうように、海女あるいは同じ漁業地区で働いている他の人たちの健康状態を調べてみた。

例えば、血圧の分布を例に挙げると、高血圧…どこで線を引くかは、いろいろあるが、いわゆる高血圧に属する人たちが若い時には少なく、加齢とともにだんだん多くなっていく。これは、どこの社会でも、どういう職業であっても同じであるが、その増加のカーブが、上弦の月、下弦の月ではないが、下向きのカーブか、上向きのカーブか。若いうちから高血圧が多くなるグループと、若いうちは差ほどではないが、ある年齢に達すると急激に増えるパターンがあるということが見えてきた(図3)。

また、海女は、素潜りの際、ちっちゃな水中メガネを掛けているが、水圧によって、かなり食い込んでくる。耳にも、かなりの水圧が加わるから、耳の近くには、ゴムの小さな袋を付けている。これが耳栓の替りになっており、水圧によって、その袋がぐっと耳を外から押さえる。

そのほか、海岸ではオゾン濃度がかなり高いといわれたりするが、そのような影響が出ているのかどうか。そのようなこともあり、耳や鼻の疾患の状況についても調べてたいと思い、大学の耳鼻科の教授にも相談したが、実際のプログラムを作る前に、異動になり、別な保健所へ転勤したため、実行できなかった。

事例2 農村における健康管理

石川県の中央より若干南部にある松任保健所へ転勤した。石川県の中での米所である金沢平野(加賀平野)に位置す

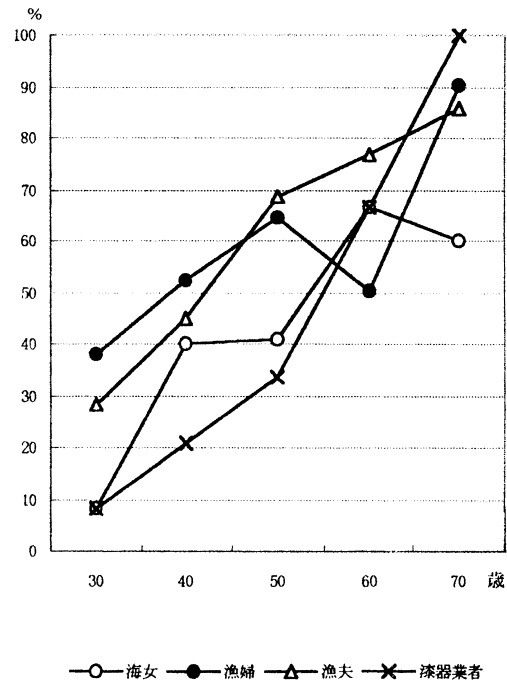


図3 年齢階級別高血圧有症率

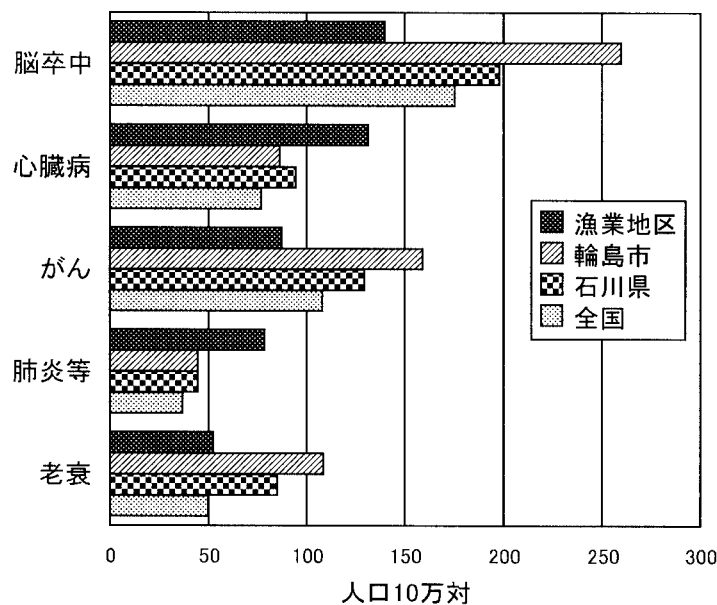
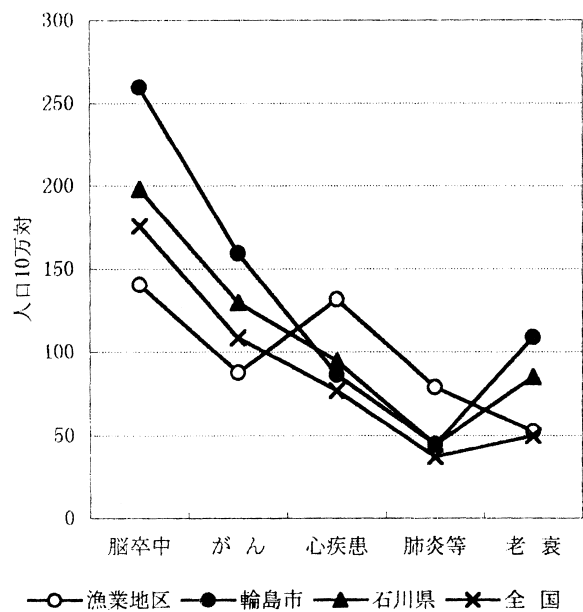


図2 輪島市の漁業地区と全国等の主要死因死亡率比較, 1965



るが、石川県のおコメがうまいと褒めて頂くが、早場米もあり、この早場米は必ずしもうま味はない。しかし、これは文字通り早めに新米を収穫し、出荷するものである。

松任保健所管内は日本海に面した若干の海岸線から、日本三名山の一つ、2,702メートルの白山にまで広がる。海拔0メートルから2,700メートルまでの標高差のある保健所管内で、この標高差に関係のある健康状態についても、大変興味のあるところである。

平野部と山場の人たちでは、種々の資料からは若干の違いも見られる。山手の人たちはいわゆる我慢型で、ちょっと病気があっても、医療機関を訪れない。相当悪くなってから病院へ行く。受療頻度は少ないが、医療費は却って高くなっている。

平場での農業は、ほとんどが米作であり、その米作地帯で農業使用状況も健康との関連で興味のある課題である。その頃はさすがにパラチオン等毒性の強いものは使われなくなっていた。

最初は、いろんなアンケートで、農民の自覚症状等を調べてみた。その頃、農村医学の先達として大変有名な若月俊一先生が石川県に来られ、たまたま、この調査のデータを誉めて頂いた。駆け出しの頃でもあり、大先達に誉めて頂くと、嬉しくなって、つついその気になったりした。

#### (1) 農薬使用状況

アンケート調査の結果、農薬が住民、特に農民の健康にかなり影響を及ぼしていることが推測された。その改善策をいろいろ模索したが、一つは、農薬の空中散布を考えた。当時、農薬散布は地上散布であり、散布時には農民はもろに農薬に曝露される。直ちに命に関わる状況はないにしても、軽症ながら多くの健康被害が出ていた。

農民の農薬についての意識、取り扱い等を見ると、極めて憂慮すべき状況である。自分たちが使っている農薬が大変危険なものだという意識が、農民には大変乏しい(図4)。農協から「今日は、これを撒け!」といわれたから、撒いているだけである。あるいは、使用した後、農薬の入っていた袋であるとか、ビン類の始末はどうかという、どこかに放置している人が予想以上に多い(図5)。

このような状態では健康影響が出てもおかしくはない。少なくとも、空中散布をやれば、健康影響を少なくすることも可能だと関係者達と話す。先生、そんなこといったって、ヘリコプターや飛行機をチャーターする金がどこにある? という答えが返ってくる。「金と命とどっちが大事?」といっても、「いやあ、そんなこといってもねえ…」となかなか聞いて貰えない。「おれの命じゃない。あなた方の命だからね」と、多少突っぱねたりもした。

最近、石川県でも農薬の空中散布が、次第に多くなってきた。ところが、農地の近くにどんどん宅地が造成され、住宅地と農地が非常に接近してきた。一般住宅に住んでいる人たちが、「おれのところまで農薬が飛んでくるのはけしからん」という。

昭和40年代からいきなり平成5、6年頃に飛ぶが、農薬の空中散布では(図6)、農薬の飛散距離等を調べていたが、

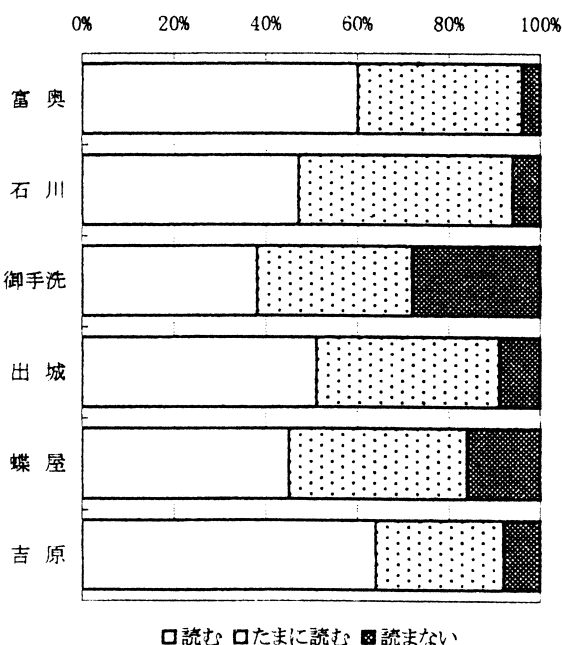


図4 農薬注意書への関心

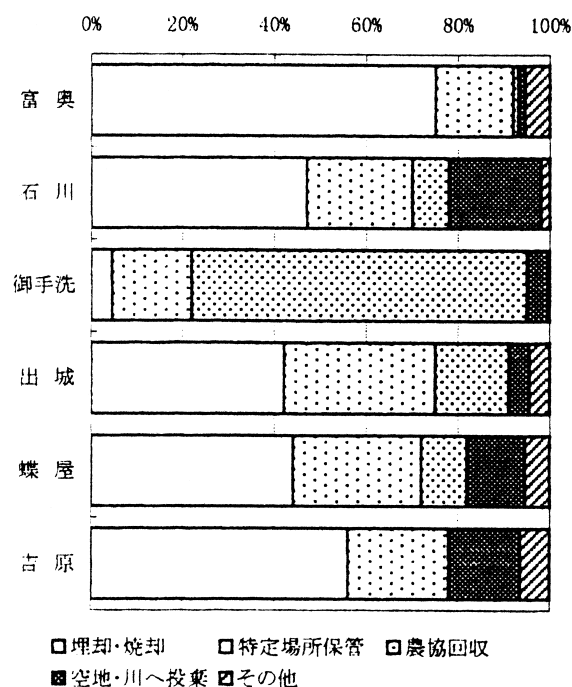


図5 農薬容器等の始末

健康状態と農薬の飛散状況を直接絡めたデータがほとんどない。健康状態を調べるのは衛生部局、空中の農薬消長調査は環境部局で調べている。一緒にやればいいじゃないかというが、なかなかやってくれない。

「こんなことじゃ困るじゃないか」と、県職員として最後の勤務先保健環境センター…衛生研究所と公害環境研究所と総合した機関であるが、そこで保健所と共同で調査を始め

た。  
 農薬を浴びたと思うかという意識調査と健康調査を巻き合わせにした調査は、数年間やっている。しかし、意識調査では、農薬の空中散布に反対の人は、ちょっとのことで「浴びた！浴びた！」と声高にいうし、逆に空中散布によって利益を受ける立場の人達は「そんなことはないよ」という。これでは、実態ではなく、単に意識の問題でしかない。

実態を把握するために、地域の人たちの協力を求め、農薬を付着させるための腕章を巻いて頂いた。被曝の絶対量を直ちに判断するものではないが、相対的なデータとしては検討材料になり得る。

空中散布は日の出とともに開始する。そして遅くとも、午前中には終わることになっている。浴びたと思っている人でも、…たまたまこの調査では、浴びたと思う人はいなかったが、浴びたと思われる人でも、被曝農薬は検出できないか、



図6 農薬の空中散布。無風状態で、日の出から散布を開始する。散布高度は10メートル。

極めて微量であった(図7)。分析機器の進歩は著しく、現在のガスマスでは、相当の低濃度でも検出できるようになっている。しかし、かつて空中散布を提案した昭和40年代当時のガスクロでは、多分検出限界以下という濃度でしかなかった。そして、農薬空中散布前後のコリンエステラーゼ活性には差がなかった(図8)

(2) 農村における貧血とその背景

農民の血液、特にヘモグロビンをみると、低い濃度の人が多い。当時は、公衆衛生学会でも、「農村貧血」という言葉が矢鱈と飛び交っていた。「農村貧血」という言葉に抵抗し、「農村が貧血になるのか」と、噛み付いていた先生もいた。

当時、農林部局では、いくつかの農協をモデルにしながら、順次対象を広げ、健康管理事業をやるので、保健所に協力依頼があった。

「分かった。協力しよう。ただし、こちらにも条件がある」。農林部局の計画では、毎年、対象農協が替っていく。その計画では、断面のデータはとれるが、追跡して、縦断的なデータは把握できない。だから、「農林部の都合もあるだろうが、何か所かは、継続してやらせて欲しい。少なくとも追跡対象とした農協は5年間に変えないで欲しい。残りは農林部の計画通りに協力するというところでどうだろうか」と話した。その時の農林部の担当も、大変話の分かる人であり、「先生がそういうのならそうしましょう。他の農協が…という話もない訳じゃないないが、順繰りに回すのだから、いいでしょう」ということで、やってみた。

田植えの時期と刈取りの時期を、それぞれ「さつき」、「あき」というが、その労働状況、一人当たりの水稲面積、あるいは農機具…当時はコンバインが十分普及している状況ではなく、持っている農家もあれば、持っていない農家もあるから、農機具の保有状況、あるいは食事状況、特に農繁期に

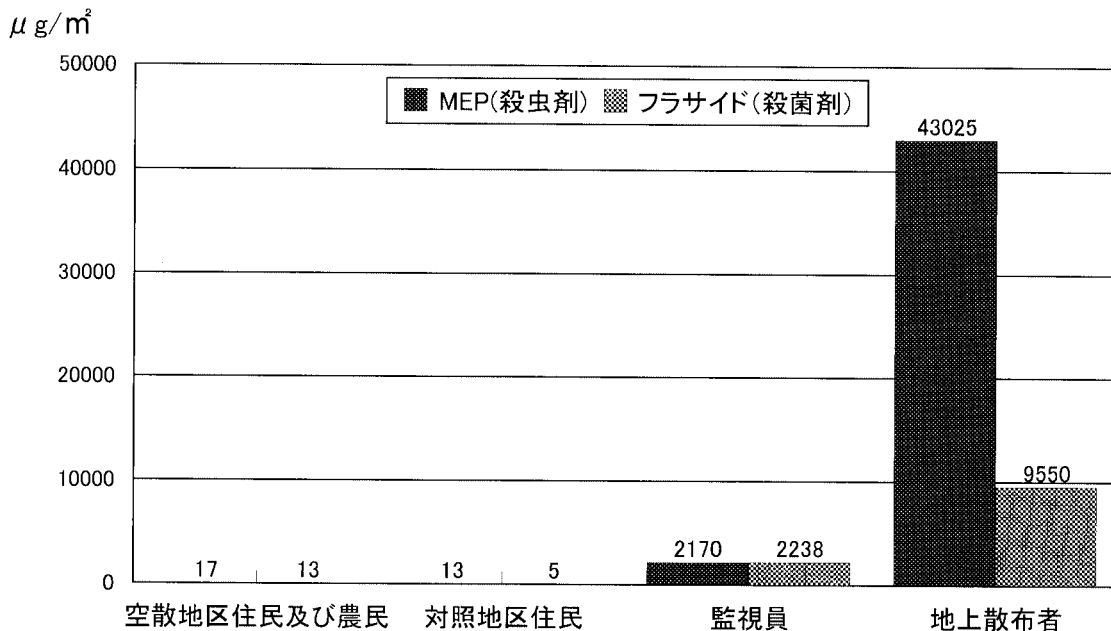


図7

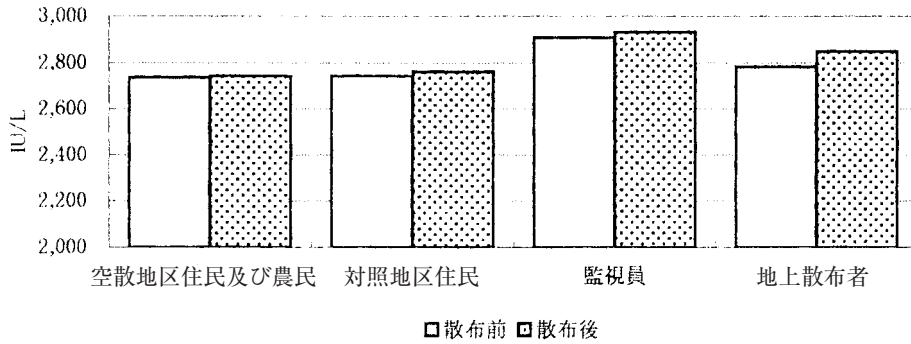


図8 空中散布後のコリンエステラーゼ活性

なると余り手を掛けないで…ということ、食事が非常に貧しくなるから、そういう食事の状況も含めて、一種のオーギュアのスタイルで解析も試みた (図9)。

それぞれの地域での平均ヘモグロビン濃度の高いところから順に並べ、それに他の諸要因を並べてみた。そうしてみると、いくつかのことが見えてくる。例えば、食物での油や動物性タンパクの摂取状況がヘモグロビン濃度と関係している。色の付いた野菜 (有色野菜) もある程度関係している (図10)。

ところがまた、別のところで調べてみると、緑黄色野菜と貧血の関連が、いわれているほどではない。一般に言われる逆の状況もみられる。よく分からない。動物性タンパクあるいは鉄の含有量の多い食品を摂取したとしても、吸収されなければ、役に立たない。油の摂取状況とヘモグロビン濃度とかなり相関していることから、それらの吸収には、脂肪分が必要なのではなかろうか。そんなことを考えて、色物の野菜を食べろという指導だけではなしに、油ものも摂るように指導すると、栄養士に指示し、農民をはじめ地域の人たちに対応した。それから2年くらい後に、WHOの栄養に関するテクニカル・レポートが出され、その中で油の摂取が背景にあってはじめて、鉄の吸収がよくなるとあり、意を強くしたこともある。

いくつかの要因を観察したが、極めてベーシックなというか、基本的な疫学の対応だと思っている。ただ、学問としての疫学が、こういう形でできるとは、決して思っていないが、保健所は元々学問をするところではなく、科学的な技術や専門性を生かしながら、地域の人たちの健康を守るのだから、現場での疫学は、このようなものだろう。

事例3 粉じんによる健康影響調査

昭和40年代は、公害が非常に大きな社会の話題になった時代である。公害が地域で、いろいろ問題になった時に、保健所がそれに十分対応しなかったではないか。だから、保健所は役に立たないといわれるんだという人もいる。あながち、間違いだとはいえない。当たらずといえども遠からずである。しかしながら、そうばかりでもない。

その一つとして、ささやかな経験ではあるが、小さな鋳物工場から排出される粉じんとその人体影響についての調査を紹介したい。

小さな町工場であるが故に、粉じん装置その他の対策がで

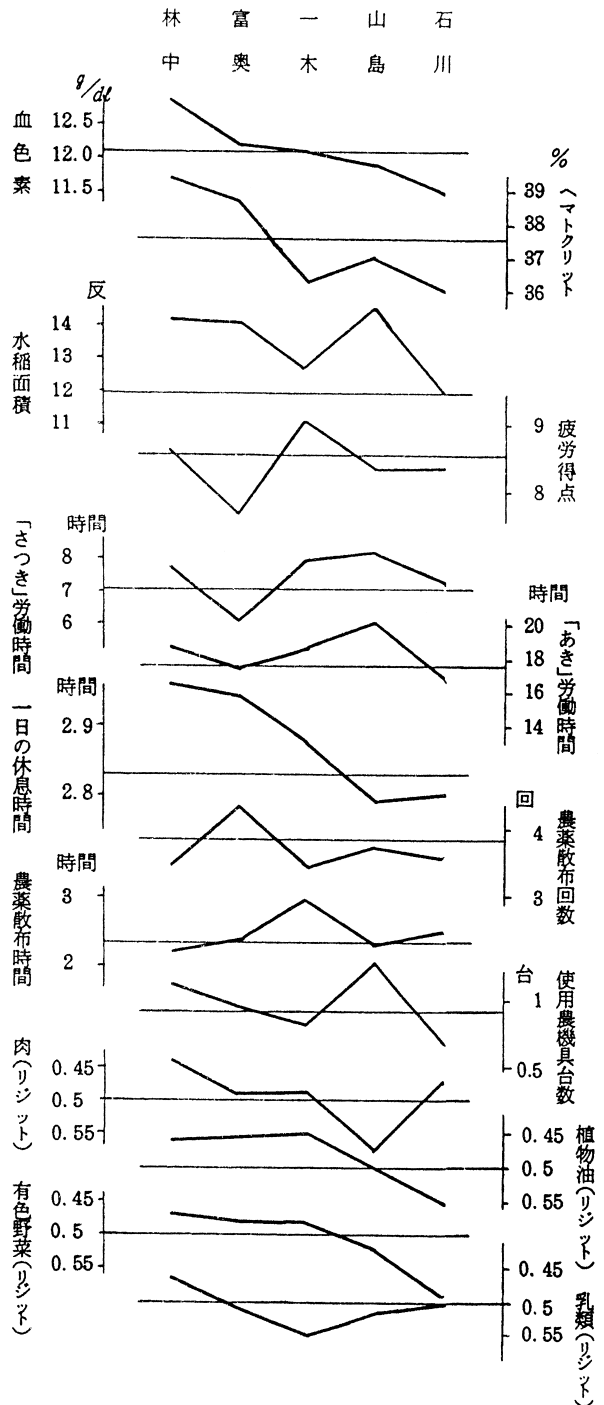


図9 地区別血色素量と農作業・食品摂取状況

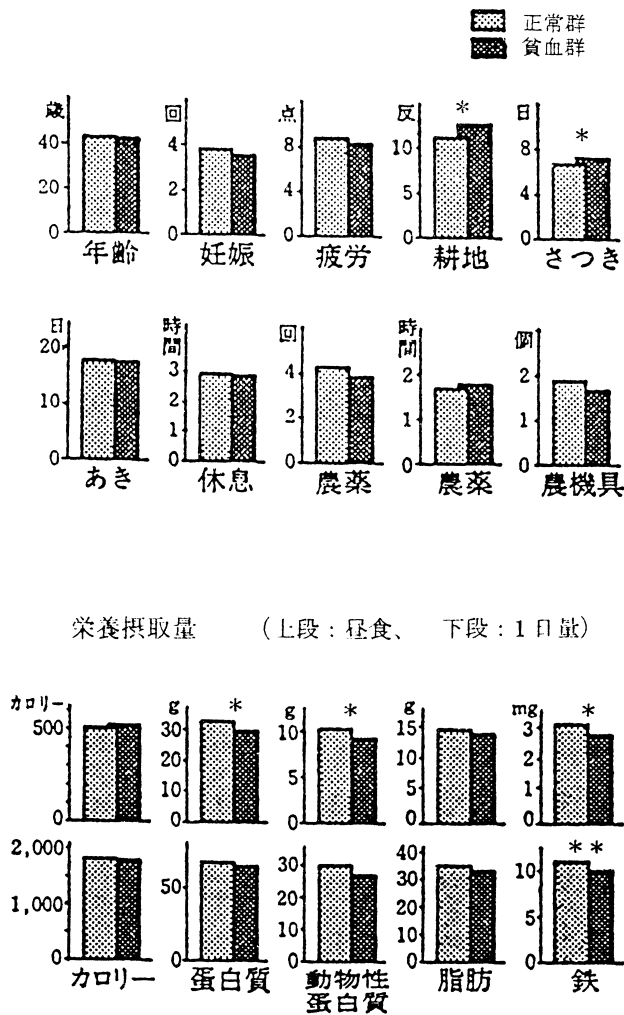


図10 貧血と諸要因

きていないから、周辺に粉じんが飛散する。地域の人たちの中から、「われわれの健康状態が悪くなっている」と訴えが出てきた。

本当にそうなのか、保健所できちんとした対応プログラムを作る前に、内々に少しデータを集めてみた。

ところが、県にその情報が入り、何らかの対応をしようとした。私の保健所管内のことであり、県の部長から呼び出された。「実は、こんな問題があるは、お前は知っているのか」、「ええ、知っていますよ」、「実は、こういう調査をしてみたい」と、非常に簡単な小学生が作ったような10問くらいのアンケートを示し、「どうだ。こういうアンケートをやろうと思うが…」、「こんな簡単なアンケートで何が分かるのですか？」。

単純で、幼稚な質問では、先ほどの農業被曝の意識調査と同様、鋳物工場に反感のある人あるいは好意を持たない人は「おれは、せきが出て困る」というだろうし、そこで働いている人やその家族なら「そんなことはありません」と答える。「こんなアンケートでは、実態は掴めませんよ」という

と、部長は「それじゃ、お前ならどうする」と。「私なら、斯く斯く然々、こうこうやります」、「それじゃ、お前やるか?」、「はい。お金さえ頂ければ…」と、予算を頂き、この調査を始めた。

対象地域の人たちでも、そこで働いている人は、その住民とは限らない。もちろん、住民である場合もある。その住民でも、他所で働いていれば、粉じんには曝露されないか、あるいは曝露時間が少ないことになり、粉じん曝露との相関が見えなくなる。

子供は大体24時間、その地域に住んでいるから、子供を対象にすればいいじゃないか。子供でも、あまり幼過ぎると、検査もし難いし、いろんな質問にも十分答えられない。小学校の高学年になれば、こちらの質問にもある程度答えて貰えるだろう。

同時に、胸部エックス線写真で、いわゆるじん肺に相当する所見についても調べ、あるいは環境部局に依頼して、粉じんの量等も測定した。しかし、環境部局は、行政上の対応で、工場近辺だけしか調べない。健康との関係を調べようとすれば、かなり広範囲のデータが欲しいが、なかなか思うに任せない。疫学的データが作れない部分もあった。

当該地区の地図を示したが、粉じん工場からの距離と対象小学生の呼吸機能を調べた。病的な児はいないが、呼吸機能の低下度合いを観察した(図11)。

比較的工場に近い子供には、呼吸機能の低下しているものの率が高い(図12)。この状況が続けば、健康被害が出てくる可能性も示唆されるから、工場はもちろん、環境部局とも相談し、集じん装置を付けて頂いた。その結果、呼吸機能低下の児の割合は、減少した。

当時の公害は、ほとんどが企業公害であるが、その企業公害に対して、保健所が手を拱いて、全く手を打たなかった訳ではないという、ささやかな事例である。

事例4 陶器の絵付け従事者の健康調査

石川県に九谷焼という陶器がある。九谷焼は派手派手しい色が特徴で、その絵付けの顔料には、鉛とかカドミウムとか、その他多くの重金属が含まれている(表1)。その顔料をどう扱っているか、あるいは窯で焼く際に出る重金属等のヒュームに曝露されることもある。

絵を描く時あるいは色付けの際、筆を舐めるかと職人に聞くと、ほとんど「いや、舐めることはないよ」という。ところが実際の作業を見せて貰うと、ぺろん、ぺろんとやっている。知らず、知らずのうちに、舐めている。

絵付け職人の、鉛等による健康影響についても調べた。典型的な鉛中毒はまず見ることはない。しかし、鉛による造血機能への若干の影響が見られる。保健指導のためにも、いろいろ調査した(図13, 14)。

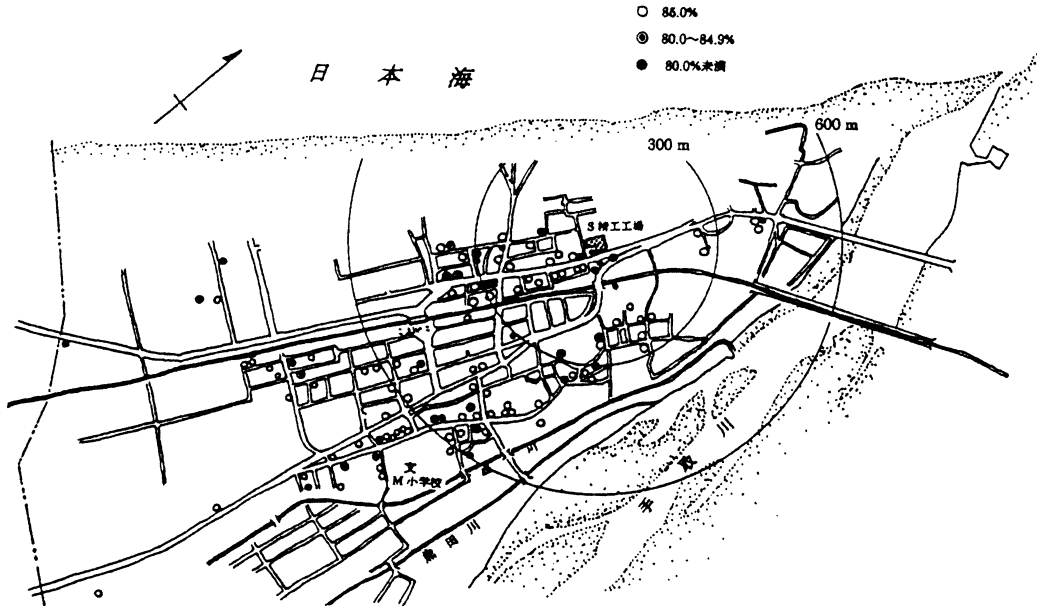


図11 M小学校児童1秒率区分別居住地分布

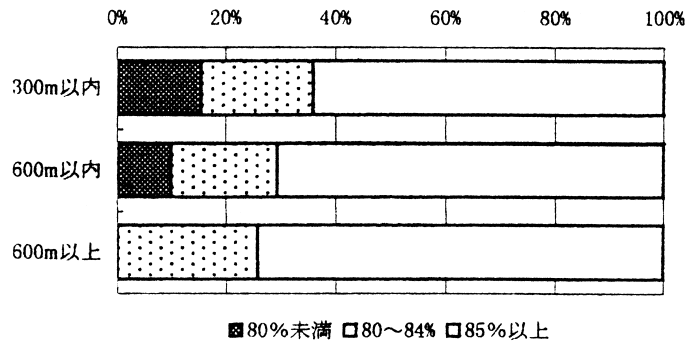


図12 地区別1秒率区分分布

表1

絵付け従事期間と血液性状

従事年数	男			女		
	赤血球数	血色素量	ヘマトクリット値	赤血球数	血色素量	ヘマトクリット値
~9年	446.0±24.70	15.0±1.27	42.0±3.39	404.1±31.90	12.6±1.88	37.0±3.01
10~	455.0±42.43	14.9±1.46	44.3±3.49	415.9±42.08	12.8±1.57	37.6±3.60
20~	459.4±49.72	15.0±1.52	44.6±3.45	408.1±52.50	12.6±1.81	37.8±3.85
30~	443.3±48.32	14.0±2.51*	42.9±4.56	441.7±33.91*	12.4±1.25	37.8±2.91

注：赤血球数 (万/mm<sup>3</sup>)、血色素量 (g/dl)、ヘマトクリット値 (%)



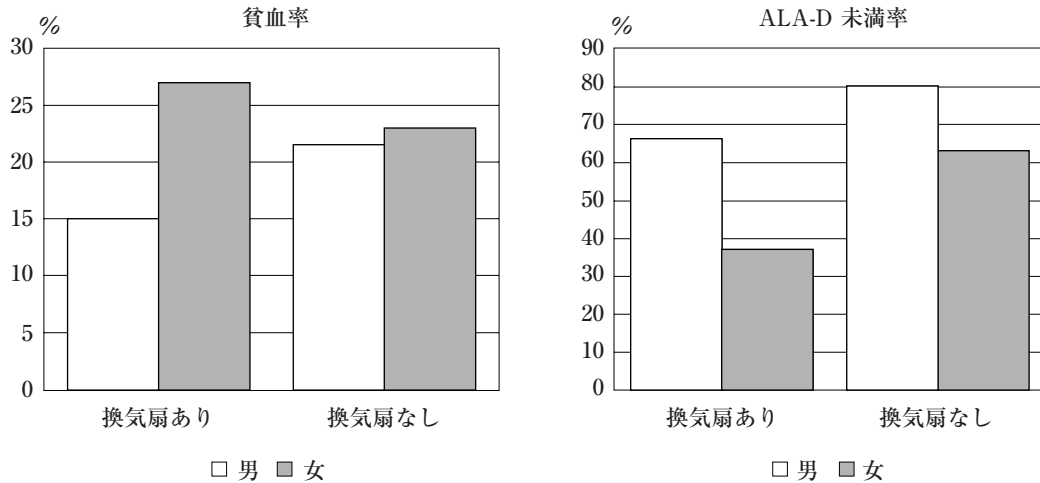


図13 作業室換気扇の有無と貧血率およびALA-D低下率

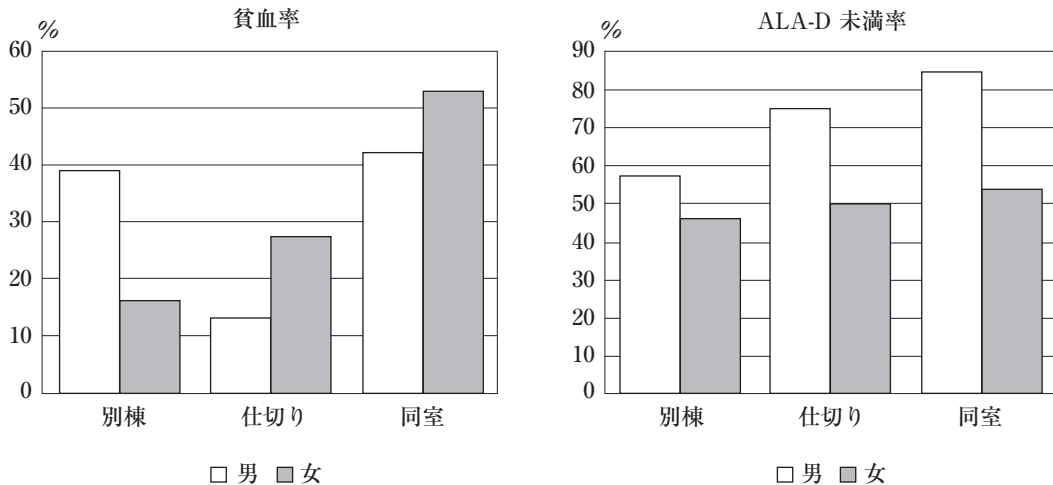


図14 窯場と作業室の仕切りと貧血率およびALA-D低下率

これからの保健所

1 地域保健の流れ

(1) 地方分権と地域保健

紹介した事例は、ほんの一部であるが、保健所の法定業務とは、いささか趣が異なると感じたであろう。保健所が、国の機関として設置され、国策に沿って、政策的な業務を行うならば、敢えてこういう仕事をするまでもない。しかし、健康はローカリティであり、地域の特色を色濃く反映するとすれば、地方分権を考えても、地方で健康への対応を考えていかなければならない。どこかの号令で「ああ、それならばやろうか」とか、「それならばできるよ」というのが、今までの行政の流れであったろう。

それは何も保健所だけではない。市町村でも、健康管理に関する事業をやっているし、中には非常に素晴らしい仕事もたくさんある。しかしながら、来年4月から施行になる介

護保険関連の仕事で、多くの市町村は大変になっている。今日の社会状況では、人員を増やす訳にもいかない。現有の人員を割いて、回さなければならない。ほとんどが保健衛生部局の人員を削減して、介護保険がらみの仕事に回している。結果として、地域の健康管理が手薄になる。

新しい制度ができる過渡的な一時的現象ならば、それほど心配することはないのかも知れない。介護保険は、確かに今日の高齢社会では重要な問題には違いないが、「介護保険」が錦の御旗のように、他についてすべて免責されるとしたら、大変な間違いである。

健康を守ることは、他のものと代わり得るかとか、あるいは他のものが大切だから健康問題はちょっと差し置いてもいいという性質のものではない筈である。その健康を守るためには、どうするのかということ、これからの保健所はもっと、もっと考えていかなければならない。

## (2) 地域保健法

地域保健法に不満な部分もあるが、現場の立場からすれば、大変有難いというか、立派だと見なければならぬところがある。それは「地域保健に関する調査、研究」を法律の本文に取り込んでいることである。

行政機関である保健所に「調査、研究」という文言が付け加えられたことは、非常に画期的である。もともと調査、研究のための機関や施設ならば当然であるが、行政機関である保健所の業務に、「調査、研究」を入れている。地域保健を遂行するために必要な調査、研究は当然だが、今までは、明文化されていなかった。

明文化されなくても、保健所法で読み込めないことはない。保健所の事業として、「保健所は左に掲げる事項について、…必要な事業を行う」として、12項目挙げ、その12番目に「その他地域の公衆衛生の向上、増進に関すること」とあり、読み込んで読み込めないことはない。しかし、かなり苦勞して読み込むのは異なり、地域保健法で「調査、研究」が明文化されたのは、非常に素晴らしいことだと、敬意を表している。

折角、保健所法をそのように改正して頂いたのだから、それを活用しない手はない。地方分権の時代だから、法律を改正したら、後のことは知ったことじゃないと、国はいうかも知れないし、「調査、研究」のための財源は、国が用意するとは限らない。国も、保健所を活性化するための予算を用意しているが、そういったものを活用しながら、本当に地域の中で役に立つようにしていかなければならない。

## (3) ローカリティの確立

保健所活動として、時代の流れに沿ったテーマが多くなるのはやむを得ない。時代の流れを無視する訳にはいかないが、時代の流れだけではなく、それを超えて、地域の特色を如何に出していくことを、もっと、もっと考えていかなければならない。

厚生省では、地域保健推進特別事業という補助金を用意している。各保健所、市町村からのテーマは、まさに時代の流れに乗っているテーマが圧倒的に多いようである。しかし、その中で、本当に地域特性と結びつく、ローカリティの高いものがどのくらいあるのだろうか。そういったものを、もっと、もっと考えていかなければならない。

## 2 生活衛生への対応システム

### (1) 広域化を見据えて

現在の形になった時には、人の健康そのものに対する保健サービスだけではなしに、生活環境あるいはもっと広い意味での環境を含めて総合的に対応するのが、保健所のあるべき姿であったろう。それ故に、対人保健だけではなく、総合的・地域保健をみたい。ところが、自分の反省でもあるが、保健所内で、対人保健の担当部局と生活衛生の担当部局が、必ずしもうまく連携が取れているとは限らない。

保健所では食品衛生関係が仕事量としては非常に多い。しかし、それに見合うだけの人と予算が十分という訳ではない。単純に割り切れば食品衛生は、食中毒の未然防止であ

る。食品衛生の状況は、戦後の混乱期やそれに引続く時代と今日では、著しく異なり、食中毒の発生件数も極めて少なくなった。食中毒のみならず、食品衛生をとりまく状況が非常に大きく変わってきた。

昭和20年代の食中毒の対応は、その地域内だけで完結する。原因施設も被害者も同じ管内でけりがついた。時代とともに、交通が発達し、生活環境が変わってくる、あるいはレジャーがどんどん普及し、大型化すると、食中毒も、原因施設と発症場所あるいは患者の所在地と、それぞればらばらになる。それが保健所相互間だけではなく、県境を越えて広がっていく。

食品衛生業務は今までとは異なったやり方が要求されている筈なのに、基本的にはほとんど変わらない。事件は別なところで発生した、しかし患者はこちらにいる。「調べてよ」といわれれば調べるが、自分のところで完結するものほどには、きちんと対応できない。手抜きをしている訳じゃないが、人間の持っている弱さ故に、そのようところで、きめ細かに対応できなくなったりする。

### (2) 生活衛生のチェックシステム

食品衛生では、法的なたくさんの要求基準があり、それに対応しなければならない。営業に関しても、許可期限をどうするか、あるいはまた、チェック項目を全部チェックしなければならないのか。

新規の営業許可は担当者が出掛け、事細かにチェックしてくる。しかし、継続の場合には、事前チェックに出掛けているとは思えない、「これは実際に行って来たのか？」と聞くと、担当者は「行ってきました」と返事をする。「そんな筈はない」、「いいえ、そんなことはありません」という。「所長に嘘を吐く必要はない」、「いいえ、本当です」というから、許可のための起案書をざっと並べた。「全部、同じ担当者が、違う対象地区へ同じ日時に出掛けていることになっている。これは物理的に不可能だろう」と話すと、はじめて、頭を掻きながら「失礼しました」ということになる。これは保健所の担当者が悪い訳じゃない。必要なだけの金と人を用意しない方が悪い。

### (3) 対人保健との接点

生活衛生の関係者が、対人保健にどのような形で協力できるのだろうか。小規模の食中毒では、差ほど問題にもならないが、私の経験でも患者数500数十人という事件がある。何日も何日も徹夜に近い状況で、調査を行った。その時は、保健婦も全部投入した。生活衛生関係だけでは、とても対応できないし、保健所の全力を挙げて対応した。

生活衛生、対人保健、いずれのテーマであるかは別にしても、所内にはいろんな専門家がいて、その人たち全部が協力しながらやれるシステムを考えなければならない。

## 3 保健所の専門性

### (1) 基礎的専門能力の充実

「これからの保健所」がテーマであるが、今までの保健所であろうと、基本的には全く同じだろう。公衆衛生の専門機関ならば、地域保健に関連するデータを収集し、科学的に

解析し、疫学的な解析が十分できなければ、先へ進まない。その疫学的な解析を十分やれるような体制と力を十分付けておきたい。

地域保健のテーマそのものは、その時代によっても、地域によっても違うから、それぞれの違いに対して弾力的に対応できるようにしたい。それが保健所の持っている特徴であろう。それがなければ、折角、法律の中で調査、研究をやりと書かれた意味がなくなってしまう。北海道から沖縄まで、同じテーマで、同じ仕事をするのなら、敢えて今の保健所でも構わないということになる。

## (2) 保健所の専門職

保健所には非常にたくさんの職種がある。こんなにたくさんの職種が入り混じっている役所は、そんなにない。大抵は、同一の職種、…細分化すれば多少違いがあるにしても、同じような系統の職種で構成されるが、保健所の場合は、まさに多種多様である。

保健所は、人の健康に対応するものであり、国家資格を持つ職種が多い。医師、薬剤師を始め、大部分は厚生大臣免許である。また、農林水産大臣免許の獣医師がいる。獣医師の保健所での役割をよく理解していない人が、地域にも、あるいは県庁にだっているのが、大変困る。

人の健康を守るために、獣医師の力、その知恵と技術を借りないと困ることがたくさんある。それが何かを分からない人が、県庁の衛生部局にいたので、時々、憤慨しているが、獣医師は、ワン公（イヌ）の付き合いさえしていればいいと思っている人がいる。「ワン公の付き合いだけじゃない」というと、「それじゃ、何をやるの?」と返ってくる。先ほどの食品衛生一つを考えても、「私達の周りに動物性食品がどのくらいあるか。動物性食品の安全確保に、獣医師の知恵と力を借りずにできますか」というと、分かったような分からないような顔をする。

これは勉強をしない奴もけしからんが、獣医師も、自らももっと、もっとPRしなければ困るのじゃないか。獣医師の力がどういうものか。どんなに役に立つか。もっとPRしなければならない。

これだけ多種多様の職種がある素晴らしい保健所がうまく動かなくなってしまう。それぞれの専門性がどうであり、どういう役に立つのかは、それぞれの専門家ももっと声を大にして、いわなければならない。何も獣医師だけではない。薬剤師でも、保健婦でも、あるいはまた栄養士であろうと、その他いろいろの職種があるし、また、国家ライセンスの有無に拘わらず、公害関係では化学職あるいは衛生工学を専門職、そういう職種も保健所にはかなり入っている。国家ライセンスがあろうとなかろうと、プロとしての働きを、もっと、もっとPRして欲しい。

## 4 地域保健の独自性の創出

### (アイデンティティの確立)

先ほど、保健所は、どういうものかを十分にPRしていなかった、あるいはそのアイデンティティを、自分たちが持ち切れなかったところに、保健所の弱さがあったと述べた。

現実問題を話題にすると、あるいは差し障りがあるかも知れないが、介護保険に関して地域保健が全くノータッチという訳にはいかない。これは当然で、健康問題を抜きにしては介護保険は成立しない。

公衆衛生は予防医学といわれることもあるが、予防の視点も、当然公衆衛生に入っている。介護の対象者、既に介護の対象になった人に介護保険を適用するのは当然であるが、介護の対象にならないように予防することも可能であり、地域保健として関与することは非常にたくさんある筈である。介護保険は、非常に大きな嵐であるが、介護保険に振り回されて、本来の公衆衛生あるいは地域保健をどこか見失っていると思われる節がないでもない。それは大変残念なことである。

介護の対象者も含めての地域保健であり、地域での健康を、地域の健康度をいかに高めるかを考えなければならない。介護保険の対象者を相手にするのではない。地域全体を対象にして、健康を考えるのだから、その中に介護の対象者も当然含まれる。そういう考え方をしなければ困るのだが、昨今の地域保健関係の動きを見ると、介護保険法がらみの動きが非常に強くなり過ぎている。

## 5 地域保健（公衆衛生）の専門性の確立

地域保健の専門性の確立は、過去も、これからも重大事である。公衆衛生、地域保健でも、いつまでも固定している訳ではない。考え方も、当然変わっていくであろうし、使われる技術も変わっていく。時代とともに、変わらなければならない部分は、変えなければならないが、その専門性が何であるかを忘れないことである。

### (1) 公衆衛生における集団性と個別性

地域保健法の成立時に、国ではいろんな会で説明したのを聞かせて頂いたが、「生活者の視点に立って、これからの地域保健を考えたい」と、説明していた。「そのために、この法律を改正したんだ」ともいった。これは、実に心外なのである。それじゃ、今までの保健所は「生活者の視点に立って」仕事をしていなかったのか?

公衆衛生の対象は集団である。地域全体である。結果として、その集団を構成している個々の人たちに多くのメリットを還元するものである。直接、住民個々へのサービスという意味では、それはない。しかし、それは集団への対応によって、個々に還元するものである限り、やむを得ないことである。また、「これからは生活者の視点に立って」の「これからは」といわれたら、「今までそうでなかった」ことの裏返しである。これは、大変不満である。

そしてまた、「個を重視したい。個人個人を重視したい」ともいっている。個人個人を重視するというのは、「公衆衛生」そのものを否定するとさえ思える。さる公衆衛生の大先達は、地域保健法について、「今までは公衆衛生という言葉が入っていた。ところが地域保健法になってからは、地域保健法そのものの法律名もそうだし、政・省令、それから基本指針の中でも公衆衛生という言葉が消えてしまった。公衆衛生という言葉が、幾つ出てくるか数えて見ろ!」と話した。

「公衆衛生を否定するのか！」とさえ、その先生は言い募った。当時の厚生省の課長は「いや、決してそんなことはない。公衆衛生という言葉は、こここのところにもある」と…、何か所かあるが、そういうやりとりもあった。

## (2) 権威主義を超える現場疫学を

地域保健＝公衆衛生ではない。しかし、保健所が付き合うのは、主として地域保健である。地域保健といっても、労働衛生あるいは学校保健とは全く無関係ではないから、それらと関連しながらやることである。主体的に言えば、保健所は、地域保健を専門にする。しかし、公衆衛生全体を睨みながらの地域保健だということも忘れたくないし、その専門性が何かと問われれば、そのベースは疫学である。

公衆衛生を習った時も、あるいは公衆衛生院に来て勉強した時にも、「疫学は、公衆衛生の診断学だ」といわれたことを今でも覚えている。疫学なしには、公衆衛生は先へ進まないものだと思っている。そういう意味で、疫学的な力を、保健所あるいは保健所の関係者は、もっともっと強化しなければならない。これからの保健所は、そこに力点があるのではないか。

30数年にわたって地域保健の仕事をやってきた中で、多くの疫学的対応もしてきたつもりであるし、仲間たちに、疫学的な解析をしろといったこともある。

ある有害物質に曝露された畑地で、農作物が被害を受けたという苦情があった。それについても疫学的対応をするように話をしたが、「このような危険物質に曝露された時には、こういう具合になるという論文が出ております。従って、このくらいの曝露濃度ならば、別にどうってことはないでしょう」という返事が返ってくる。「その論文を書いた先生の場合は、その時のもろもろの条件下ではそうであっただろう。しかし、今、目の前で起こっている事象が、それと同じだとどうして分かる？同じところもあるかも知れない。違うところもあるかも知れない。自分たちで、このデータを解析しろ」と話すが、「いいや、偉い先生の出された論文にこう書かれていますから…」と、これでおしまいになってしまった。

これは、引っ繰り返してみれば、一種の権威主義である。権威者がいったことに盲従することではしかない。それでは、本当の意味の地域保健は成立たない。それぞれの地域の社会背景も違えば、自然環境も違う。地域保健というのは、そのような背景の中で起こっている問題に対応することだから、自分たちの力で解析しなければ、しょうがない。それができてこそ、これからの保健所である。

## 6 総合保健への基礎固め

総合保健は、いわずもがなのことである。水野肇さんという大変有名な医事評論家がいる。「医療・保険・福祉改革のヒント 社会保障存続の条件」(中公新書, 1997)という新書版を書いている。そのタイトルには、一般的には「医療・保健・福祉」となるところを、敢えて「医療・保険・福祉改革のヒント」と、「保健」と「保険」を使い分けている。それについて、水野さんは、まえがきで「本書の題名は『医

療・保険・福祉改革のヒント』としているが、これは社会保障の用語である。これに対して文中「保健・医療・福祉」とあるのは現場での問題で、使い分けつつもりである。」と書かれている。

ちょっと自慢話になるが、この水野肇さんの本の中に、「保健所概論ノート」の一節が引用されている。保健所長とは、一体何をやるものかを、わかりやすく書いたものは少ない。そんな中で、簡にして要を得たものと探していたら西正美という奴が書いた本にこんなことが書いてあったと、引用して頂いた。

そして、「もしも全国の800数十人の保健所長が、ここに書いたような行動をしていたら『地域保健法』をつくる必要がなかったともいえるのではないか。」と書いている。

引っ繰り返していえば、今までの保健所であっても、このような立場に立って仕事をしていけば、これからの保健所も、今までの保健所も同じだということであろう。同じということは、古臭いということではない。地域保健のテーマはどんどん変わっていく。そのテーマへの対応も柔軟に変わっていかなければならないが、基本的なベースの技術と哲学は、そんなに変わる筈はない。それを踏まえて、総合的な立場で、地域保健を捉えていきたい。

## 7 地域における保健行政

### (1) 権限行政

行政とは何かということ十分に勉強しなければならない。保健所でも、環境衛生関係者は、行政についてそれなりの見識を持ち、勉強もしている。いろいろ議論の余地もあるだろうが、保健所の中では、相対的によく分かっている。それに対して、対人保健担当者は、行政ということに関して非常に弱い。行政権限を行使していない訳じゃない。権限行使だけが行政ではない。行政サービスもあれば、緩やかな意味での指導もある。

例えば、結核予防法に基づく入所命令は、まさに権限行使である。しかし、実態としては、強制的に命令し、入院させるということはほとんどない。あくまでも「何故、あなたは入院しなければいけないのか」ということを、よく話し、納得した上で入院して貰っているために、結核予防法第29条並びに第35条に、どう対応しているのかという行政上の意識が非常に薄くなっている。

ある意味では、近代国家として、あるいは将来の国家を考えばそうなっていくのかも知れないが、少なくとも、現在の国家体制では、法に基づく権限は、必要に応じて、その使い方をよく理解しながら使わなければならない。

「伝染病予防法」が、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に変わったが、強制隔離はなくなったイメージしている人がいるが、新法でも、強制隔離がなくなった訳じゃない。対象疾患ややり方が、今までとはかなり違う。隔離でも、一発で強制隔離というやり方ではないということもあり、今までとはパターンは違う。しかし、行政としては、いろんな権限行使をせざるを得ない場面があることも、十分理解しなければならない。どういう場面で、ど

のようなやり方で、具体的な対応をするのかを分かった上でやらなければならない。行政サービス、権限行使についても、改めて保健所の職員は、勉強して欲しい。

### (2) システムと人材

地域保健法として改正する経緯の中で「保健所長は何も知らねえじゃないか。あんな知らない奴が、何で所長になっているんだ」という話をよく耳にすると、厚生省の担当者から聞いたことがある。私もそういう話をよく耳にする。しかし、できの悪い奴がいるということと、システムとしてそれがどうかということとは違う。どんなにいいシステムを作っても、そこに座る人の良し悪しは、別の話である。そのポストに見合った能力を持たない人をそこに座らせた方が悪いのであり、システムそのものが悪い訳じゃない。ところが「保健所長は、何も知らないじゃないか」という。保健所長という機関と、そこに座る個人とがごっちゃになっているのは、大変困る。

### (3) サービス行政

一般的に行政サービスは、税金を使ってやる。国の税金か地方の税金かは別にしても、税金を使ってやる。地域でいろんな行政サービス、健康を守るための行政サービスをやる場合でも、特定の個人のためにやるのではない。あくまでも地域全体の健康度を高め、そこに住んでいる人たち全体が健康になるためにやっているのだから、その中の特定の人たちのためだけにやるということは、本来あり得ない。

ただし、その特定の人たちというのが、社会のいろんな影響を受けてそういう状況にあるとすれば、これは社会としてカバーしなければならないのは当然であり、そのような場合には、行政サービスの対象になり得る。私たちがやっているいろんな行政サービスでも、行政的に見て、それが妥当かということも十分考える習慣を身につけたい。単にやれといわれたからということではないし、あるいは目の前に困った人がいるからやるということでもないということも、よく考えておかねばならない。

## 8 行政とその評価 EBM

### (1) 評価システム

最近、流行のようにEBM (Evidence Based Medicine) という言葉が使われるが、私たちの仕事は、科学的根拠を元にしてやっていくのである。したがって、やったことの効果を評価しなければならない。企画立案に際して、期待できる効果の予測がある訳であり、その予測に対して実際に、どこまで達成できたかという評価を当然しなければならない。

今までの保健所では、この評価が大変弱かった。これはいわれても仕方がない。公衆衛生あるいは地域保健というのは、直ちに結果が出るものではない。5年、10年かかるのだからということ逃げ口上にして、評価を怠っていたことは紛れもない。これからは、確実に評価のためのプログラムを用意しなければならない。

組織としての役所では、3年とか5年とかで異動になることもある。異動があったとしても、前任者を批判するのではなくて、前任者時代の仕事の評価をしなければならない。評価のためのプログラムを企画段階から作っておけば、それは個人攻撃にはならない。事業そのものに対する評価ができる筈である。保健所でそういったものをきちんと作っていくのが、これからの保健所だろう。

### (2) 評価の手法の確立

評価をしなければいけないというところまではいえるが、評価のための手法として、具体的方法については、残念ながら今ここで、明確に述べることができない。「地域の公衆衛生診断」で、若干評価についても書いてある。しかし、具体的な事例を挙げてはいない。事例を挙げるだけの材料の蓄積がない。従って、これから保健所を本当に強化しようとするならば、この評価の手法を確立して頂きたい。特に、お若い人の若さと情熱に期待したい。

(平成11年12月9日国立公衆衛生院講堂にて実施)