

〈特集：住まいと健康〉

住まいと健康

松本 恭治 (国立公衆衛生院建築衛生学部)

はじめに

公衆衛生に直接携わる人々の間では、住居と健康に対する関心が年々高まっている。住宅問題に手を付けなければ、国民の健康問題の解決はおろか、国民医療費の高騰によって高度福祉社会の実現そのものが困難になると懸念されている。なぜ住居が公衆衛生の課題となって来たのであろうか。ここではその疑問に答えるとともに、公衆衛生分野に於ける住居に係わる様々な課題を述べてみたい。

1. なぜ、今住居と健康が重要か

今日「住居と健康」がより脚光を浴びて来た背景は、相変わらず貧しい住居が健康や生活を脅かしているためであろうか。この回答は一部言い当てている、十分な回答となっていない。なぜなら、医療技術や建築技術の向上、社会構造の変化等が新たな健康問題を引き起こしている事実に着目する必要があるからである。かつては、「住居と健康」との係わりを考える場合、主に劣悪な住環境だけを取り上げればよかった。快適環境に程遠い住宅が、自然からの脅威に弱く、不衛生、危険とあいまって人々の健康を阻害していたのである。ところが今日、劣悪な住環境だけでなく、近代的な住宅も「住居と健康」の課題となり始めて来た。一

見衛生的で安全で自然の脅威を感じさせない快適な環境さえも、快適環境ゆえに問題となる場合が指摘され始めているのである。

さらに自立と介護にかかわる住宅の問題も高齢者や障害者の増加によって、早急に取り組むべき社会的課題として大きくクローズアップして来た。これらは、近代的な住宅に於ける健康問題の場合と同様に、従来の住宅問題の指標としての住宅水準論による分析では、問題の指摘から外れてしまうことが多い。「住居と健康」をめぐる課題は、より広範に拡大し、複雑化させているのである。

資料1は病気や事故の構造変化に与えた諸要因を整理したものである。医学、薬学、栄養学や公衆衛生等の発達普及によって、病原菌による病気はかつてよりかなり減少した反面、病原菌によらない病気が増加した。病気と原因との関係は一原因一結果から、多原因多結果の関係に大きく変化して来たのである。現代病の多くは病原菌以外の様々な原因の、しかも長期間の複合の結果であることがしばしば指摘される。医療の現場では、病気そのものの対策に追われることが多いが、このような対処療法では、原因の除去が為れないままになりやすい。個別の症例では、原因究明自身が

資料1 「住居と健康」を特色づける諸要因

1-1 変化要因

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>①医療技術の向上 診断治療技術、新薬開発</p> <p>②公衆衛生の普及 防疫体制の充実、栄養改善、検診体制の充実、予防接種、食品衛生、環境衛生、労働衛生、母子衛生、学校衛生、薬事監視、公害監視、上下水道整備</p> <p>③住宅構造の変化—住宅の近代化及び生産の合理化(工業製品の多用)</p> <p>近代化の盲点を作り出した(設計、施工、建材、管理、住まい方・使用の盲点、公衆衛生上の問題として確認するには長い時間が必要。特に疾病との関係を明らかにするには、多標本の疫学的調査と実験による確認等が必要)</p> <p>近代化の象徴として以下の変化が上げられる。</p> <p>集合化、高層化、装置化、自動化、高気密化、高断熱化、コンクリート化、新建材の多使用、個室化など</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

④地域環境の変化

過密化, 過疎化 (農村過疎, 都市過疎)

大気汚染, 自然環境の破壊 (最近, 都市内で生じる虫の大発生は, 天敵が激減した結果とも言われている.)

水環境の悪化 (最近では地価高騰によって, 水源地まで住宅開発が行なわれている. ゴルフ場開発も加わって, 水源は汚染される一方である.)

都市気候の悪化 (ヒートアイランド)

コミュニティの崩壊 (コミュニティの崩壊は地域のケアの力を衰退させているだけでなく, 居住者の精神的状況を悪化させている. 育児不安の母親が増加しているのもコミュニティの崩壊と関連深い)

汚染, 有害物質の氾濫

⑤家族構成の変化, 人口高齢化, 障害者の増加

核家族化 (生活の知恵の世代間不通)

高齢者世帯の増加 (家族介護力の低下)

親族の広域拡散 (公共住宅は親子の近居を可能にしていない. メニューがあっても殆ど機能していない)

分離家族の増大 (単身赴任)

⑥ライフスタイルの変化

共働き, 寝ぐら化, 生活時間構造の変化, 職住分離 (土地無策で一層加速)

家族生活目標の個別化

伝統的住習慣の消滅 (大掃除, 畳の天日干し)

住み替え頻度の増加—既存コミュニティからの離脱 地域ケアの希薄化

慣れない住環境で生じやすい事故

国際化

殺虫剤, 防虫剤, 防カビ剤など化学物質の室内での頻繁な使用

⑦未だに引きずっている住環境の貧困に起因する病気, 事故

狭小過密, 東北, 北陸に残る外便所 (脳卒中, 雨雪照明不足段差による転倒骨折事故)

急な階段, 汲み取り便所, 隙間風, 不衛生な飲み水, カ, ハエ, ゴキブリ, 鼠.

1-2 疾病及び事故の変化

①疾病構造の変化 単一原因単一結果から多原因多結果に変化

昔 結核, コレラ, 赤痢, 栄養失調, かい虫, トラホーム (病原菌, 栄養不良, 苛酷な労働条件, 伝統的住宅構造, 貧困, と結びついていた)

対策—スラム対策, 上下水道の整備, 栄養指導, 農村住宅の改善など

今 慢性疾患, 脳卒中, ガン, 心身症, 胃かいよう, アレルギー (現在, 文明病と言われ, 先進国共通の悩みとなりつつある. 背景に回虫がいなくなったこと, 大気汚染が進んだこと, アレルゲンの増加が上げられる)

人工環境を作り出す技術に頼るほど, 結果として自然による調温調湿機能を排除しやすい.

高気密住宅に於ける室内空気汚染物質 (CO, NO_x, SO_x, アスベスト, フォルムアルデヒド, ラドン放射線, 微生物汚染等) による長期暴露は様々な健康影響を発生させている.

高層住宅では主婦の不定愁訴, 育児不安の他, 乳幼児の微症状, 呼吸器系疾患, 自立の遅れ, 自律神経の未発達, 子供の虫歯などの増加が指摘され, 高齢者の高血圧症, 痲ほう症も問題とされている.

②新たな衛生事故も発生する (それらは事故範囲を拡大しやすい. 使用者は使用の危険性を知らせていないことが多い.)

1976年フィラデルフィア, 在郷軍人病レジオネラヘルモヘア菌による日和見感染. 空調機による結核感染. 加湿機による事故(エアルゾル化). グニ対策掃除機による農薬汚染. 簡易水道施設による水汚染事故

③病気療養の長期化

医療費の高騰—医療機関の効率的利用の促進,

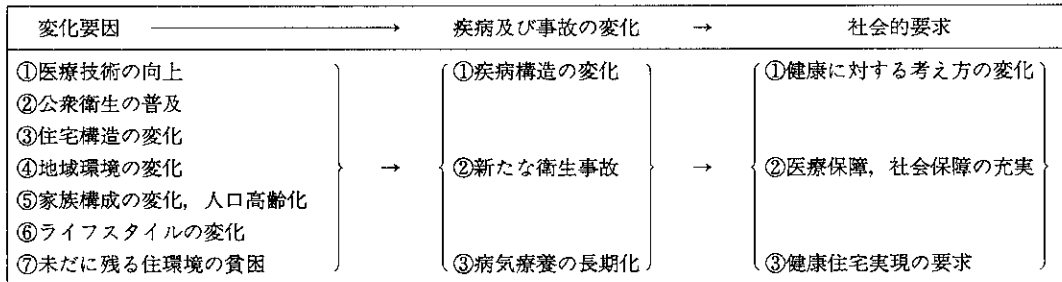
人間らしい生活—在宅ケア (身体状況に応じた空間設備の要求),

通常の生活をしながらの健康回復維持 (ハイリスク者のための生活空間の質確保)

1-3 住まいと健康に関する社会的認識の変化

<p>①健康に対する考え方の変化 健康と病気の関係——紙の裏表の関係でなく連続的な関係とみる 健康、自立を権利と考える——健康、自立を可能にする住居と環境の権利 健康を損なっている人、高齢者、障害者が社会で差別されないこと</p> <p>②医療保障、社会保障の必要性に対するコンセンサス形成 ヘルスマンパワーへの需要拡大——省力化への要請（自立、省介助機器）</p> <p>③健康住宅実現の国民的要求 健康阻害要因の排除と健康快適住宅へのニード</p>

1-4 諸変化から社会的認識の変化



困難な場合が多いから、速効的な対策が打ちにくいのが共通した特徴となる。病気や事故の予防と予後の抜本的対策は忍耐強く、継続的にかつ総合的に行なわれなければならない場合が多いようであるが、この中で住宅対策が、より重要な意味をもって来たのである。

2. 健康や衛生上、安全上問題となる住宅の近くにいる専門家は誰か

健康や安全を脅かす住宅の近くにいる専門家は誰であろうか。建築家、大工、住宅行政や住宅メーカーの

専門家達であろうか。いづれも遠い存在のようである。

大工、建築士、住宅メーカー等のいわゆる作り手は、依頼されて始めて施主と接触を得る。一般的に、個人的依頼主は住宅を建てたい人、購入したい人で、経済的にも肉体的にも活力に満ちた人が多い。健康を害している人、経済的に困窮している人と直接接する機会は乏しい。接したとしても民間の場合、基本的に営利事業であるから、様々な限界が在るのである。

都市計画、住宅行政は、現状では必ずしも日常的に

資料2 誰が問題住宅の近くにいるか 職種と近さ

<p>①大工、建築士——経済的余裕者、元気な人、不動産会社の代弁者になっていないか。 ②都市計画行政、住宅行政の専門家——住宅需要の数字だけしか見ていないか、マスに対応する手法のみで個別に対応する手法が不十分ではないか。 ③住宅産業、住宅機器メーカー——営利事業の限界。ささやかな改善に対してどのように対応するのかが課題 ④医師、看護婦、CW、PT、OT、保健婦、助産婦——健康上問題の人を把握するのが容易。一部の専門家は家庭訪問を実施する ⑤環境衛生監視員——衛生上の相談が持ち込まれる。 ⑥民生委員、保健指導員、ホームヘルパー、ボランティア——家庭訪問が仕事 ⑦婦人消防官——自治体によっては重度障害者、寝たきり者の家庭訪問をし、避難路の確認と防火の指導をしている。訪問によって生活の実情を知ることができる。</p> <p>①、②、③に携わる人々は一般的に健康事象に対して対応する能力を持ち得る。しかしながら、個別への対応へは問題発見、原因確認、患者家族への教育を含めて④、⑤、⑥、⑦の分野との協力が重要となる。</p>

資料3 医療、保健衛生、福祉の従事者が住居に係わる上での職能上の優位性

- ①問題発見と最初の助言の位置の優位性。問題を抱えている人が自ら接触して来る、つくり手や住宅行政（地域住民に密着した組織を持っていない）は問題の人の近くにいない、見る角度、位置が異なる。
- ②個別継続支援によって生活全体像が見える。
- ③非常利（公共のサービス）に対する信頼性。
- ④専門に対する信頼性
- ⑤公的な機関、専門家の連携による解決手段の用意が可能

資料4 医療、保健衛生、福祉の従事者が住居に係わる上での職務上の問題点

- ①住居にかかわるための職能訓練がなされていない。職責として明示されていない。
- ②経済的負担を伴う場合の援助に対して限界が多い。
- ③建築、設備一般の理工学的技術を持たない場合が多い。技術的裏付けを必要とする場合、つくり手等の判断、協力を仰ぐ必要がある。
- ④公的機関に於いては特定の業者を紹介することが困難

地域に密着しているとは言い難い。公的住宅に於いては個別事情に対応する管理が乏しく、計画へのフィードバック体制さえも不十分である。個別の病気、健康状況は特定の専門家が把握し得るプライバシーであるから、計画者は一般健康概念で住宅計画を検討せざるを得ない。

一方医療、保健衛生、福祉の従事者は健康上何等かの問題を抱えた人、障害を抱えた人に日常的に頻繁に接する。家庭訪問すれば、専門職としてプライバシーの領域に深く立ち入る。生活全体像を把握する事が比較的可能な筈である。患者家族が気付かない場合でも、繰り返す同様のケースに出会っていれば、専門家として健康や障害の背後にある住宅の問題を発見することが可能な筈である。他の専門家に比べれば、少なくとも地域に密着して活動しており、個々の住民の健康に影響を与えている住宅の問題を発見し、さらにその住宅問題の解決に向けて最初の援助をするに、最も適した位置に存在するといつてよいはずなのである。(資料2, 3, 4 参照)

3. 医療、保健衛生、福祉の立場から住宅および環境の改善は可能か

これらのいわゆる非住宅専門家が住宅や環境の問題発見と改善に対して、どのような係わり方をしているのであろうか。多くの専門家たちは、不良な住宅や環境が住民の生活や健康を破壊していること、近代的な住宅に、健康と安全確保の上で様々な盲点が存在していること、我が国の住宅の一般的つくりが高齢者・障害者の自立と介護に様々な障害を与えていることを感

じている。しかしながら、「それに取り組むには、経験と知識と、出来れば法的裏付けのある権限と予算措置も欲しい。それがない以上自分たちは無力である。第一本来の仕事が忙しい。住宅問題の解決には、住宅の専門家がもっと真剣に取り組むべきである」と考えている人は多い。

一方、本来の仕事の一部として、あるいは本来の仕事の延長として、住宅問題の解決に取り組んでいるグループも少数ながら存在する。以下の事例は筆者の調査で知り得た医療、保健衛生、福祉の現場での住宅の取り組みの代表的事例である。夫々職業上の特性と現場の特性から、必要に迫られて生まれた取り組みであることがわかる。

①退院患者の住宅改善に取り組む病院の例（多数。ケースワーカー等が単独で進めている例、病院として組織的に進めている例、保健所節事務所等と関係を図りながら進めている例、入院時に全ての患者家族から自宅の間取りを採取し、治療、退院迄の参考にしてしている例など。年間200人以上の患者の住宅改善を実施し、この中から新築建て替えが年間10件以上に達する病院もある。）

②在宅の障害者、寝たきり老人等のケアや自立の条件整備のため、介護指導、機能訓練を通じ、住宅改善や住まい方を指導している保健婦、訪問看護婦、訪問リハのPT、OTなどの例（多数）。日常生活用具給付事業を通じて住宅改善を訪問して実施している福祉事務所の例（多数）。保健所中心で取り組んでいる代表例として滋賀県の彦根保健所があり、福祉部の代表例と

して東京都の江戸川区福祉部がある。

③病院や保健所、福祉事務所等の依頼によって、また患者家族からの直接の依頼を受けて、住宅改善を組織的に指導している例（北海道難病連、横浜市総合リハビリテーションセンター、東京都世田谷区総合福祉センター、東京都心身障害福祉センター等）

④給水設備等に対する立ち入り検査を通じて、衛生管理を指導している例（保健所事例多数）

⑤保健所に持ち込まれる苦情相談（ダニ、カビ、ゴミ、騒音、衛生害虫、結露、湿気、水漏れ、悪臭、衛生事故等）を通じて、住宅や環境の改善、生活指導を実施している例（保健所多数）

⑥福祉部による緊急避難の住宅対策（借り上げアパート、季節住宅、老人下宿、障害者のための自立の家建設、地上げによって住み替えを強制された老人に対する家賃補助等）

⑦助産婦による妊婦、新生児家庭訪問時における住環境チェックに基づく生活指導のための手引書作成の例（東京都衛生局母子健康課発行「新生児・妊産婦訪問指導員の手引き」）

⑧保健所主催の老人介護教室に於ける住教育の実施例（多数）、環境衛生監視員の参加による母親教室での住教育実施例（東京都、横浜市内保健所多数）

⑨マンション管理者を対象とした保健所に於ける衛生管理のための講習会実施例（東京都内保健所多数）

⑩簡易水道設備の管理台帳を作成し、設備の更新状況をチェックしながら立ち入りや維持管理相談の基礎資料としている例（東京都内保健所多数、横浜市衛生部）

⑪特定目的の公共住宅の需要把握、建設計画、入居者選定への福祉部局の参加もしくは担当の例（大阪府等）、障害者向けハーフメイド住宅への最終設計参加あるいは担当の例（大阪府障害福祉センター、東京都心身障害福祉センター）

⑫マンション等の建築確認申請時段階での保健所における衛生管理から見たチェック指導の例（東京都文京区、港区、杉並区）

⑬公共性の高い建築物の建築確認申請時段階での、福祉事務所による障害者の利用から見た図面チェックの例（東京都町田市）

⑭大工工務店等つくり手を対象とした、病院と村の

厚生福祉課による健康住宅教育の例（岩手県沢内村）

上記に上げた事例は代表的事例に限定している。この他に保健所祭や自治体のイベントに保健衛生の立場から住居を取り上げ参加している例、住居に関する研究活動を実施している例など様々な活動が見うけられる。

上記①～⑦は、問題を抱えている人への教育と具体的な対策である。現場に従事する事が問題の掘り起こし役として、また最初の援助者として、いかに必要であるかが分かる

⑦～⑨は前記の経験に基づいて、問題に至る前の、即ち予防教育である。タイミングを捉えた教育、情報提供がきわめて効果的であり、問題の当事者に比べて幅広い関心も得る。しかし、住宅が作られた後での対策は多くの努力を必要とするとともに、限界も多い。

⑩は設備の衛生管理の相談や立ち入り検査を確実にかつ速やかに行なうための基礎的データの管理である。建物全体の管理台帳が作られるのが好ましいが、作成の目的が幅広くなるため衛生部局だけでは、現状に於いて作成困難である。

⑪～⑬は作る段階への参加若しくは作り手への教育、情報提供によって、健康的な住宅環境を実現しようとするものである。特に⑫は管理からの設計のフィードバックが、問題の現場経験を踏まえて、組織的に、専門的に、継続的に、具体的に、公共の福祉から、しかも客観的な立場から行なわれるシステムとして意義深いものである。これまで、建物の欠陥が生じても、作り手の圧倒的情報量の前に、あるいは本当の当事者が隠された組織的対応の前に、住み手側の切実な要望は打ち碎かれる事が多かった。例えそれが交渉のテーブルに載ったとしても、その情報は当事者の間で、多くの場合クローズド化されて来た。その方が双方にとって利益になったからである。これまで欠陥建物が、あるいは、管理を考えていない建物が相変わらず再生産されて来た背景に、他の作り手としての専門家や、一般市民がその情報を参考にする機会を得にくかったという理由が上げられよう。欠陥建物や欠陥設備の生産を許して置いて、適切な管理や住まい方、使い方指導した場合、効果を上げにくいだけでなく、無駄な努力を強いることになる。そのような観点からすれば、衛生の現場立ち入り経験や、衛生事故等の豊富

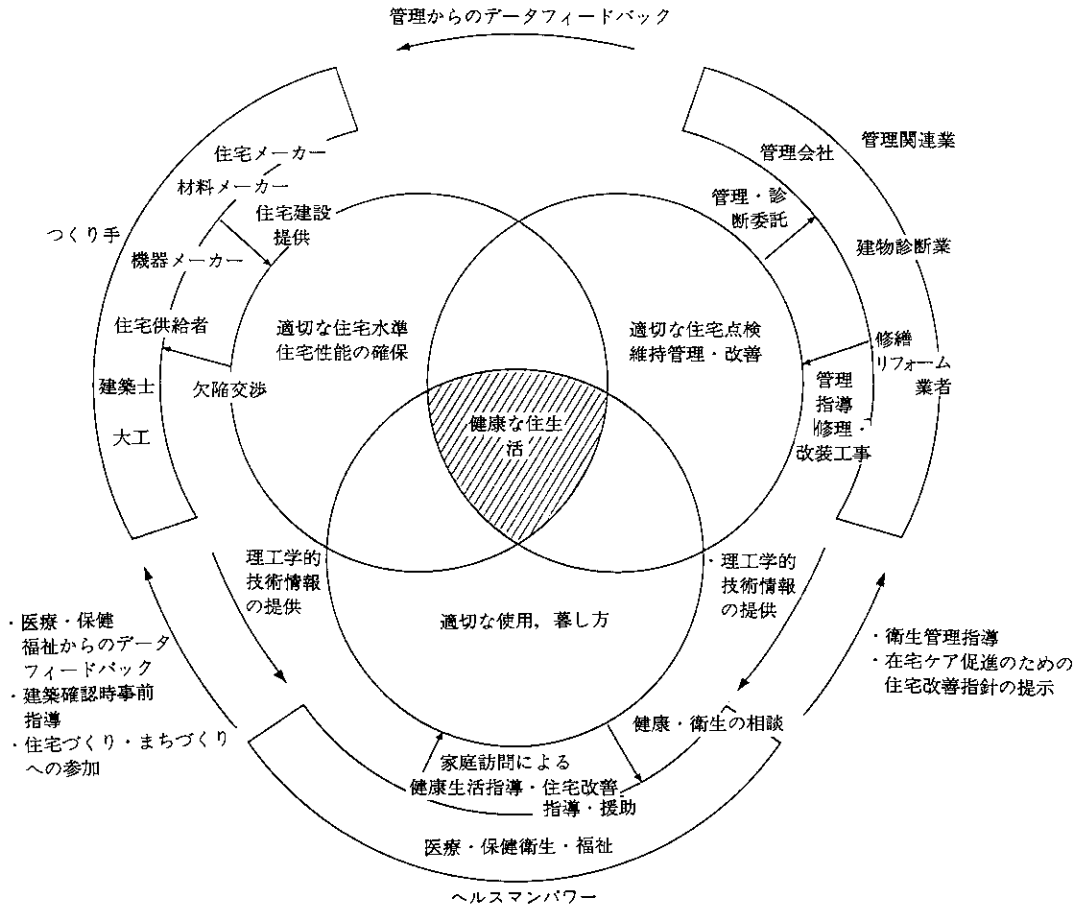


図1 健康な住生活の条件と支援体制

健康な住生活を送るためには適切な住宅水準、住宅性能の確保、適切な住宅管理、適切な使用、暮らし方が必要となる。この3つの条件のいずれかが欠けた場合、不健康に陥りやすくなる。社会的支援体制を外側に配置したが、今後それぞれの協力体制がつけられるのが望ましい。

な情報分析結果を通じて設計計画の質を監視し向上させるシステムの構築は、極めて画期的な試みとして評価し得るものであろう。

ところで、これら医療、保健衛生、福祉の場からの住宅対策は、現状では全てが必ずしも効果的に発揮されているとは言い難い。先進的として評価される多くの取り組みでも、法的、財政的、技術的、人的、組織的環境等が未整備のまま、即ち様々な現状の枠に縛られながら、試行的に取り組まざるを得ない場合が少なくないからである。問題発見、最初の助言をしても、具体的環境改善に結びつく実行部隊との関係が乏しくては、言い放しとなるか、自ら過重な負担を背負い込

むことになる。医療、保健衛生、福祉の連係に加え、住宅行政、都市計画行政や民間のつくり手等との適切な関係を構築することが、今後の課題の一つであらう。

尚、健康な住生活を可能にする条件を図一に示した。支援するグループの関係を外側に配置したが、これらグループ同士が相互に協力または干渉し合うことが、夫々の対応能力を向上させることになる。

4. 医療、保健衛生、福祉に従事する専門家の住居へのアプローチの発掘と普及

これらの従事者を住宅にアプローチしやすくするためには、今後どのような対策が必要であらうか。各種の取り組みの現状から何が可能かを含めて大まかな課

題を資料5に整理した。

なお、これら羅列した課題の中でも、既に一部自治体や保健所、福祉事務所、病院等で先進的に取り組んでいる場合がある。本報告では、さらに普及させたい項目として重複を恐れず取り上げた。本誌では、保健所、衛生部等の専門家から、幾つかの取り組みが紹介されるが、この中で、より具体的な課題が論じられる

ものと期待したい。

資料5に於ける①の項目は専門家養成課程における住教育の必要性についてである。これまでの医学、看護学、衛生学、福祉学において、住居の項目は殆どなく、あったとしても極めて簡単に触れる程度に過ぎなかった。夫々の既存の学問体系の発展に寄与する形にするためには、専門別の必要な住宅知識、技術がなん

資料5 医療、保健衛生、福祉の事業者の住居へのアプローチ

- ①医学、看護学、福祉学の専門に住教育を取り入れる。あるいは専門家を対象とした住居の研修の必要性
専門別の必要な住宅知識技術の体系化の必要性
必要な知識技術が何であるか。最低限空間情報の表現、伝達技術は共通して必要
- ②問題解決のための他機関、他職種とのネットワーク作りと役割の明確化
場合によっては専門機関の設立
チームアプローチによる多角的検討、専門の異なるスタッフ相互の理解、教育訓練
- ③住居と健康の因果関係に関する未解明部分の研究、現場からの問題提起。
病院、保健所、福祉事務所で保管している個人情報に住環境のデータを加えれば、様々な研究分析が可能。
(例 母子管理記録、成人検診記録、福祉手当受給者に対する調査訪問記録、訪問看護記録、訪問リハビリ記録、事故苦情相談記録、病院からのホームエバリューション記録、福祉助成記録、)
- ④市民サービスのための具体的効果的手段の開発
母親教室、乳幼児検診時教室、老人介護教室、成人検診時教室、リハビリ教室、設備管理者教室、民生委員、保健指導員、保育所幼稚園保母に対する教育——出来るだけ研究者に依頼しないで自前でルーチンワークとして行なう(担当者の資質向上を兼ねるため、担当者の研修に研究者を活用すれば良い)
パンフレットの作成
訪問記録のフォーマット整備——効果的な記録方法の検討
相談態勢の工夫 多様な発想を重視する。
住宅模型による教育(繰り返し使用できるため)
相談者に自宅の間取りを書かせる(品川保健所に於けるグニカビ相談)
マンションの衛生設備管理台帳の整備(OA化)
育児不安で訪れた母親を料理教室に入れると、相談件数が減る(人間関係づくり)
歯磨き教育で訴える住宅改善(富山県の保健所及び歯科医師会で実施、暗くて汚い寒い洗面所の改善。)
- ⑤つくり手への(あるいはからの)働き掛けの必要性(建築家、大工、住宅産業界)
問題解決のための理工学的技術供与
健康生活を実現するための計画、建材、機器の開発
診断施工等実働部隊の受け皿づくり(例、江戸川区福祉部協定業者による個別工事の評価と経験の共有)
データのフィードバック
建築確認時事前指導(文京区、港区、杉並区何れも環境衛生から、町田市は福祉から)助言、共同
指導結果の確認——竣工検査の実施 フォローアップによる事後評価、改善つくり手向け手引書の作成
- ⑥住宅行政、都市計画行政への(あるいはからの)働き掛けの必要性
住宅供給、まちづくりへの参加
- ⑦管理者に対する働き掛け
管理指針の策定と徹底 教育
マンション設備管理台帳の作成(都区部衛生部では簡易水道台帳作成済みが多い)
- ⑧活動を円滑に進めるための法的、財政的、人的環境の整備
住宅条例
住居基準の設定と住宅監視制度 その前提としての住居法制度の必要性

であるかを見定める必要があるが、夫々の現場で必要とした住宅知識、技術を整理すれば、自ずと体系化が容易になろう。

②については各機関、専門家のネットワークづくりの必要性を述べたものである。既存の仕事をごなしながら、全ての専門家が新たな役割を持つことは、場合によっては夫々に過重な負担を強いることになる。効率的に事業を推進するためには、第一段階として、多職種による専門家チームをつくる方法がある。一定期間特定の事業に頻繁に係わることで高度な知識、技術を蓄積し、その後再び元の職場に復帰する方法を取れば、地域の問題解決能力の向上と普及をさせることが可能となろう。取り組みの内容によっては恒久的な組織を作り、各種既存の専門領域を融合させた新しい専門家を育成するののも一つの考え方である。

③は住居と健康に係わる未解明部分の研究の必要性についてである。家庭訪問によって疾病の背後にある住環境の問題が全て分析出来る訳ではない。大量標本の疫学的分析や、実験を通して因果関係が確認される場合も少なくない。科学的データの裏付けを持って指導に当たることが基本である。

④は市民サービスのための具体的効果的手段の開発についてである。市民のための住教育はもとより生涯教育として扱わねばならないが、そのためには場所、時期、対象、切掛などがかうまく組み合わされている必要がある。健康と住居に係わる情報は、医療、保健衛生、福祉の場で効果的に提供し得る。タイミングを捉えた教育が最も効果的である。相談業務や個別援

助事業から得られた知識や経験を市民講座等に自らフィードバックさせる努力が必要であろう。様々な工夫も必要である。

⑤、⑥、⑦は医療、保健衛生、福祉以外の住宅にかかわる専門家への働き掛けの必要性についてである。医療、保健衛生、福祉の中だけでの活動は自ずと事業そのものに限界を持つ。協力を仰ぐ場合、共同する場合、監視指導をする場合など様々な関係が考えられる。もともと住環境改善には個人の能力を越えた課題が多く存在する。専門家同士の関係をつくることで、問題の解決能力を引き上げると同時に健康な住環境を保障することを義務とすることが必要である。

⑧は主として法的環境の整備である。住居が人権であることを明確にし、良好な居住環境を達成するための国、自治体、企業の具体的責務を明らかにする必要がある。戦後我が国は住宅を供給するだけで問題の解消を図ろうとして来たが、この方法が様々な矛盾を引き起こして来た。建設後を扱う法律がないことが、いい加減な建設を許し続けて来たとも言えよう。住居法は住居が人権であり、社会的公共財であることを前提にして、建設部門に止らず、各分野が協力して作るべき基本法であろう。この中で医療、保健衛生、福祉の住宅に於ける基本的役割を明示する必要がある。

(5)国立公衆衛生院における住居衛生コースの試み

我が国では大学や専門学校の医師、看護婦、保健婦、理学療法士、作業療法士ケースワーカー等の専門家養成課程では住居を殆ど教えていない。多くの専門家の

資料6 医療、保健衛生、福祉の養成課程で住居が教えて来られなかった背景

- ①細菌学から出発した日本の近代医学（ベッドまわりの医学に終始）死亡率低下を最大目標にして来た。住居は事故を除けばもともと死亡の直接的原因になりにくい。
- ②医学部門から受け継いだ環境工学が奉仕した分野は、事務所、工場、オーディーなど
- ③厚生行政と建設行政の分離（厚生行政に住宅を総合的に管轄する部署がなくなった）
- ④建設し放しの住宅行政。住宅は人権でなく、社会保障でもなく、公共財でもない。住宅を社会サービスとしたヨーロッパ先進国と対照的。医療、保健衛生、福祉の発言場所が確保されて来なかったのは、建設だけが戦後長い間の社会的使命であったからか。
- ⑤現在、社会福祉学科、医学部、看護学部、看護学校、PT、OT養成専門学校で住居は殆ど取り入れられていない。「住居と健康」にぶつかるのは現場に出てから。社会福祉学科を除き、他の学科では院内医療をサポートする役割を中心に教育内容が組まれている。かつて国立大学に社会福祉学科はなかった。行政に於ける福祉士は専門職として確立していない。最近少しづつ試験的に住居が取り込まれるようにはなってきたが、専門職として必要な知識、技術がなんであるか定まっていない。

場合住居は現場に出て始めてぶつかる問題である。住居の全体的知識に乏しいから、無用な努力を強いられ、不安感を抱きやすくするとともに、自己の経験の範囲を越えて新しい試みをするには心理的抵抗感が強い。

ところで、住教育がこれら専門家養成課程に取り込まれて来なかった理由には、我が国での夫々の学問の発達経緯が上げられるが、厚生行政と住宅行政が戦後分離し、厚生行政に住宅を所轄する部門が無くなり、「住居と健康」にかかわる研究の助成が乏しく、また住宅行政が建設に終始する結果、発言する場所が確保されなかったこと等が大きく影響していよう（資料6参照）。医療保健衛生福祉の専門家から見れば、住居に係わる問題は建設の領域であり、建設の専門家から見れば、健康に係わる問題は厚生行政の領域であるとして、「住居と健康」は両者から消極的な取り扱いを受けて来たようである。社会的な課題として大きく表面化して来た今日でも、「住居と健康」に係わる法律の整備や施策は欧米に比べて、極めて希薄である。前述した様々な現場の取り組みは、上位からの取り組みは極めて少なく、末端のスタッフの熱意によって試みられたものが多い。従って夫々の取り組みは説得力を持つものの、事業推進のための十分な環境整備が為れにくい、普及にかなりの時間を要しているのである。

尚、国立公衆衛生院は地方自治体の公衆衛生の実務

者を対象に様々な研修や研究の機会を多数用意している。この中に住居衛生教育をささやかながら、機会を見つけながら実施して来たのである。住居衛生を受講した医師、保健婦、環境衛生監視員等の学生は、公衆衛生院に来て、思い掛けなく始めて受講した者が大半である。これら学生の住居衛生に対する反応は、年々積極的になることを感じていた。そこで、建築衛生学部では、前述の各地での取り組み状況に鑑み、本格的な住居衛生教育を実践することを目指して、昭和60年から住居衛生コース（140時間、定員30名）を開設したのである。（資料7参照）この目的は地方自治体での公衆衛生の場に於ける既存の取り組みを加速するとともに、新たな住居への取り組みへの指針を与えようとしたものであった。一般的に行政職員が取り組むためには裏付けとなる様々な法律が必要である。その法律が殆ど整備されていない状況での参加呼びかけは、公衆衛生従事者の住居に取り組むことの職能としての優位性と専門家としての社会的責任感に訴えるのみであった。受講希望者がひよっとしたら極めて少数になるかも知れないと言う危惧を抱きながら募集開始したが、毎回定員前後の応募があり、危惧は取り越し苦労に過ぎなかったようである。試行錯誤であるが、院外研究者等の協力も得ながら既に5回実施した。平成5年度からは「住居衛生コース」を「住居と健康コース」に

資料7 「住居衛生コース」設置の背景と経過

- ①昭和41年8月公害審議会中間答申「健康的居住水準の設定」「多数人の利用する建築物の衛生水準の設定」
- ②昭和45年いわゆる「ビル管法」施行
- ③昭和46年短期の「建築物衛生コース」（環境衛生監視員対象）開始
- ④ビルからマンションへの動き―「建築物・住居衛生コース」（環境衛生監視員対象）
- ⑤昭和58年から毎年公衆衛生学会総会で「住まいと健康」自由集会を開催
- ⑥公衆衛生分野に於けるゼロ次予防概念登場
- ⑦昭和60年、「建築物・住居衛生コース」から「住居衛生コース」を分離（環境衛生監視員+保健婦）
- ⑧平成元年全国保健所長会議から厚生省に対して保健所が「住居衛生」に本格的に取り組めるよう要望書提出
- ⑨現在、一部自治体で自治体独自の「住居衛生コース」を職員の研修として定着させている。一部看護学校でも住教育を取り入れた
- ⑩平成4年度から「住居衛生コース」を「住まい・健康コース」と改称する予定。

参考 保健所法（昭和22年9月5日）

第2条 保健所法は下記に上げる事項につき、指導及びこれに必要な事業を行なう。

- 1 衛生思想の普及及び向上に関する事項
- 2 人口動態統計に関する事項
- 3 栄養の改善及び飲食物の衛生に関すること
- 4 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項

改称する予定である。尚詳細は別項として報告する。
おわりに

我が国の場合、昔から健康は自分自身で確保すべきもの、個人の責任に帰すべきものという「私事性」があった。健康を権利である以前に徳であり、善であるという思想は、健康が社会に向かって主張し獲得されるものでなく、自ら忍ぶ形をとりやすい。住宅も同様に、個人のかい生の一部と見なされて来た側面が強い。従って住居に起因する病気事故は、私的空間に於ける私的出来事として、社会の注目を集めにくいのがこれまでの状況であった。このような状況下では、たとえ

住居に起因する病気事故でも、本人の過失として処理されやすく、それ以上の原因究明が効果的に行なわれにくい。結果として健康と住居の関係をあいまいにして来たのである。我が国で住居の予防医学が発達して来なかった背景は、両者の「私事性」に大きく原因していると言って過言でない。「健康住宅」を推進するためには、両者の「私事性」を打破することから始める必要があるであろう。健康とそれを保障する住宅の獲得は、国民の権利であり、義務であるとの考えを、国民、行政、企業が共有出来る環境づくりが必要であろう。