

最終講義

私の公衆衛生看護・地域看護活動を
振り返りその原理を探る

教授 市川 禮子

はじめに

本日は私達の退任にあたり、この様な最終講義の機会を設けていただきましたことについて、廣井学長はじめ松田学生部長、大学当局に御礼を申し上げます。

私は、昭和32年から今日まで47年を、中心には公衆衛生活動の場で過ごして参りました。研究者、教育者というよりは現場・実務者の立場です。

はじめにお断りをしておきますが、「保健婦」は平成14年から「保健師」に呼称が変わり、また「公衆衛生看護学」も平成8年に「地域看護学」と改められ、いづれも社会の中で定着しつつあります。しかし私の職業歴から見るとこれは極く最近のことで私の中ではまだ定着していません。公衆衛生看護学、地域看護の定義についてもまだそれぞれの解釈があることから今回は同義語として使用いたします。

本日はレジメに記しました3点、1. 私の受けた看護教育、2. 私が働いた時代背景と仕事の目標、3. 公衆衛生の場における公衆衛生看護活動例とその原理について、昭和16年の保健婦規則制定から63年の歴史の中では大海の一滴に過ぎない立場ではありますが、お話をさせていただきます。

1. 私の受けた看護教育

私は、第二次世界大戦時に敷かれた国民学校の一年生に入学そして国民学校、新制中学、新制高校といわゆる6・3・3制の教育を諸に受けた者で、戦後初めての新制高等学校に入りました。普通高校に進学する者は今ほど多くなくクラスで数人という程度でした。山形ではそれまで男女2校ずつ4校（一高、二高、一高女、二高女）あった普通高校を男女共学にして東高校（一高と二高女）、南高校（二高と一高女）としました。これは3ヶ年間、私の卒業の年で終り元の4校に戻りました。

私は共学が行われた南校の出身で、本学学生の

中には南高と西高の多数の後輩がおります。

敗戦後、社会の価値観が大きく動いた日本でも「女は家庭に」と良妻賢母の風潮が濃く在り、職業婦人の道を選ぶか、家庭婦人の道を選ぶかという時代観がありましたが、私は女であっても自立して生きてゆけるようになることが必要だと考え看護への道を選びました。看護も新制高等学校卒業を基点とした教育が始まって日が浅く、看護界への現状も教育のことも何も解ってはおりませんでした。新聞広告を見て、東京都立であることそして第一高等看護学院という名称で判断をし学生寮も備わっていることからその5回生に（S.28.4）になりました。入学式で原学院長が（東京都立広尾病院長）が「全員、新制高等学校を卒業した良家の子女が入学したことを喜ぶ」という式辞をされたことが記憶に残っております。看護は旧制度から新制度に移る大きな転換の時でした。その時の看護の4年制大学は高知県立女子大学、家政学部1校（昭.26開学）、東京大学医学部に衛生看護学科が昭和28年5月開学ということで、現在のように看護大学が100校を超える状況は想像も出来ない状況でした。

次に私は、神奈川県に次いで2つ目の1年コースを設けていた宮城県公衆衛生看護学校に入学し看護婦3年保健婦1年を併せて4年の看護の専門教育を受けた訳です。しかしこの4ヶ年の看護の教育は学校教育法第一条校ではない、社会では一般学歴としては認められない各種学校であったということを後に知りました。看護教育が4年制の看護大学になることは、私達時代の看護職の悲願でした。ただし、宮城県の場合は非常に恵まれて、高校卒4ヶ年の教育を終えているということで大学卒業の扱いがされ、県の上級職採用試験を私の卒業年次から受験することが出来ました。それでプロフィールの職歴にありますように、非常に若くしてライン組織の中で中間管理職の立場を与えられました。保健所では婦長に次ぐ者であったり、

学校では養護教諭一級として教頭や主任教師に次ぐ立場であったりと。但し職務については一年生として先輩から教えてもらうということではなく新制度の保健婦はどの様な実力を持つ者かと皆に注視されて仕事に取り組むものでした。

この様な県の処遇に市町村も続いて、宮城県では現在、県は元より市町村でもラインの課長、係長の保健師が沢山居ります。

ポストが仕事をさせるということがありますが、ラインの中でポストを与えられると言うことは、自分の責任と判断、権限の幅が広がりそれだけ仕事が出来ようになるということです。上層部に直接説明をして理解を得ることが可能になり、外の部所や機関と折衝がしやすくなります。勿論スタッフの方向づけも出来ます。

私達は、今4年制大学で学ぶ皆さんの倍の年月を費して今ここにありますが、学生の皆さんは私共の夢であった看護大学で学ぶことのできる幸運をしっかりと生かして看護の社会的評価を確固としたものに高めていってほしいと希望するものであります。

2. 私が働いた時代背景と仕事の目標

保健師活動を語るとき「結核対策の苦心を抜きにしては語れない」と「地域ケアの実際～保健婦活動の軌跡～」(地域ケア研究会みやぎ編・平成16年1月発行、本学図書館)の巻頭言に保健所長が書いております。

社会制度の未成熟や生活の貧しさの問題も絡んで、結核と母子の仕事は非常に大きなウエイトを占めておりました。

言葉だけでは説明し難いので活動の背景である総計図表を準備しました。ご参照下さい。

図1の人口ピラミッド図は、私が保健婦として働きはじめた昭和30年代の図です。男性の平均寿命は63.6歳(H15, 78.36歳)、女性は67.75歳(H15, 85.33歳)で正にピラミッドの形をしており、生まれた子供達はその寿命を全うすることができない時代でした。図2は平成14年の図です。いわゆる筒形に近い瓢箪形をしております。47年の間に男性14.76歳、女性17.58歳の寿命の伸びをみました。図のコメントに戦争やベビーブーム、ひのえうまなどがありますが人間の寿命は社会の様々な因子により大きく左右されることを如実に

語っております。

図3の主要死因別グラフは昭和30年代の死亡順位です。表1は平成13年の死因別死亡順位です。結核と新生児固有の疾患、胃腸炎、感染症や虚弱に起因する死因など10位の死亡の中から姿を消し、生活習慣と社会的因子の強い悪性新生物や自殺などの順位が高くなっております。その変化を年次的に示したものが図5と図6のグラフです。この図は人口動態統計100年の年次推移(財、厚生統計協会、国民衛生の動向、1999年第46巻第9号P68～69)から抜粋したものです。日本の国民の生命を左右した疾病構造、出生と死亡の動向が如実に解ります。

図4は私の尊敬する医師で生物統計学者の川上理一先生が作られた理想の dx 曲線です。「病死がなくなり、衛生がよくなればなるほどケトレー曲線近づく。衛生の理想はすべての人が寿命死することであり、その時の平均余命は男約81歳、女約84歳である」(川上理一、生物統計学入門、裳華房、1964)と、30代初めの若かりし日に国立公衆衛生院で先生の講義で教わりました。これが公衆衛生の目標であり公衆衛生看護活動の目標であると捉えてこれまで歩んで来ました。

保健師活動は規則制定から63年を経ております。かつて猛威を振るった急性伝染病と亡国病と言われた結核と多産多死の時代。それから戦後国民医療やその諸制度が整えられ、疾病構造、人口構造、社会環境が変化し、川上理一先生の理想が現実のものに近づいた少子高齢社会に至る今日まで、統計資料が語る凄まじい人間のドラマがあり、保健師はその時代と共に歩んで参りました。

保健師は国民の疾病と貧困の悪循環を断ち切るために、公衆衛生活動の最先端で人びとの生活の場に臨んで生命を守り、生命を育むという役割を担って来ました。その活動は始めは医療社会事業として、そして国の諸政策に添って結核、母子、精神障害、慢性疾患、難病、臥床者、生業や地域特性に依る健康問題への直接活動などがあります。

一方保健、医療、福祉計画策定に人々の生活現場データを持っての中核的参画、その行政施策への参加等、地域の公衆衛生、保健活動にはこれまでの保健師活動の存在を抜きにしては語り得ない実績があると自負しているものであります。

公衆衛生は非常に広汎な学問であり、地域保健

法第6条にある事業や従事者（同施行令第5条）に見るように多くの専門技術者や研究者、行政者によって成り立っております。国や社会の仕組み、歴史、習慣、社会的経済的条件においてその時代の重要な健康事象に組織的に取り組む、国民の健康と生命を守る活動です。そして地域看護は公衆衛生活動の一翼を担って、川上寿命説を具現化するという成果を見る時点を迎えました。

私はその活動史の一端に居り公衆衛生看護活動に携わって来ました。この席で学生の皆さんに語れることはその極く一部の限られたものにすぎない事であります。

学生の皆さんには国民の健康とその取り組みの歴史、地域社会のニーズに応じて発展して来た公衆衛生看護、地域看護の原理をこれまでの実践史の中から汲み取り、これからの地域看護の基本的方向と教育の在り方を探求して行ってほしいと願っております。

なお、私が現在捉えている地域看護、公衆衛生看護については、その実践、教育、考え方を「地域ケアの実際」、「在宅ケアの実際」と2冊の本にまとめて本学の図書館に納めております。お読みいただいで地域看護を次の次元に高めていただくことを学生の皆さんに期待しております。

3. 実践から抽出する公衆衛生看護、地域看護の原理

先ほど紹介した「地域ケアの実際」の本で私は地域看護、公衆衛生看護の理論化のための時代区分を試みました。

発生から保健婦規則制定までの「口伝継承的活動」を前期。「理論を内包」し活動を継承した保健師助産師看護師法制定前までを第Ⅰ期。法制定から平成元年までの「理論萌芽」の時代を第Ⅱ期、看護が保健師・看護師の統合教育を含めて多くの大学教育が主流となりつつある現在を、内包して来た「理論を表出」する第Ⅲ期に分類しました。

私自身の実践からも、この第Ⅲ期にあることから理論抽出を試みる必要があると考え、ライフワークとしての取り組みを始めております。

今回は時間的制約もあり二つの実践例について紹介してみようと考えております。

その1. 目の疾患の多い村落のこと ～活動の初歩～

昨年の暮にテレビのローカル放送で「民話の里」としてこの村のことが紹介されました。私は1月の末に44年ぶりでこの里を訪れました。村は長い年月を経てすっかり様変わりをし、白い雪の中に平和なおとぎの里になっておりました。

なぜ目の病気が多いのか

この村での仕事は私が保健所に就職をした最初の頃（S33～37）のことです。

宮城県南部の地域で町の人口は約13,000人、その中の630人（4.8%）ほどの山間の村です。

保健婦は地域で仕事をはじめるときに自分が担当する地域の人々の健康状態を把握し、それを基に自分達の仕事の計画を立てます。

まず現地を歩く。様々なデータを見る。地元の人々の話を聞く、などですが、その過程で町内の一つの村落の人々が「目の病気」と「呼吸器の病気」が多いことに気づきました。

昭和32年度から4ヶ年計画で国民皆保険制度が敷かれ、それまでの職域保険（事業所に使用されている者と家族）に地域保険としての国民健康保険（職域保険に属していない地域住民を対象として市町村長が実施義務者となる）がこの町では逸早く取り入れられており、保健師活動にとっては国民健康保険の診療報酬明細書から村の人達の受療状況を知り健康問題を把握する非常に貴重な資料となっております。

630人の村落で呼吸器疾患が114人、目の疾患が97人あり、そのうち38%がトラコーマでした。

何故この様な状況があるのか。保健師は村の各家庭を訪問して人々の体の状態、治癒の状況、生活と生活環境を調査しました。各戸を訪問して人々の生活と住環境を実際に見ることにより、診療報酬明細書からだけでは把握できない呼吸器や目の疾患の原因と考えられる事柄が浮かび上がって来ました。

当時の集落では、どこの家でも皆かやぶきの屋根で、土間に続いた居間があり部屋の中心の上がりかまちに大きな囲炉裏がある。その囲炉裏には自在鍵があって、鍋をかけて薪を炊き炊事をする。この炉端には家族が集まって暖を取り、食事（箱膳などで）をする。また来客のもてなしもする。一家の生活の中心になっているところであります。



民話伝承館



語り部の人形と自在鍵



煙出しのある屋根



姥の手かけ石

ところがこの村落では、当時どこの村の家にもある居間の天井に「煙出し」が作られていなかったのです。

居間は囲炉裏の煙で一ぱいに覆われることになっていました。

また当時の生活ではどこの家でも当たり前のことでしたが、一本の手拭いで家族皆が顔を洗い風呂にも使うというものでした。結膜炎やトラコーマがたちまち広がることになります。

何故この村落の家々には天井の屋根に煙出しが作られていないのか。それは村に代々語り継がれている伝説がありました。その伝説が村の人々の家造りの考え方を左右し、居間の天井に煙出しを作らず、人々が眼や呼吸器の疾患に苦しむという状況を作っていたのです。

村の伝説

その村の伝説は「渡辺の綱の物語り」として伝えられておりました。

その物語りとは、平安時代の末、京の都四十九条南の羅生門に大江山の鬼が出て、都の人々を困らせていた。その鬼を源頼光の家来で四天王の一

人と言われた武将「渡辺の綱」が退治し、鬼の右腕を切り落とした。鬼は右腕を置いて逃げ、渡辺の綱はその鬼の右腕を石で作った長持に隠し入れて、従者と共に鬼を追って姥が懐という村に来た。そこに鬼は右腕を取り返そうと綱のおばさんに化けて、「どんな腕だか見せてけろ」と執拗に頼んだ。綱は断り切れず石棺の蓋をずらして見せたところ、咄嗟に鬼はその右腕を取り返して、囲炉裏の自在鍵を伝わって、天井の煙出しから逃げてしまった、ということでした。そして鬼が逃げる時に手を付いたという左手の跡が「姥の手かけ石」として今も里の中に残っています。私もその石に手を置いてみたのですがそれは大きな手形でした。

このことから村の人達は家を造る時には囲炉裏と自在鍵に続く天井の煙出しは作らない。節分の豆まきの行事でも「鬼は外」と言わず「福は内」「鬼も内」と言うということでありました。

現地調査のあと

村の家々に足を運んで人々の生活の場を見、話を聞き、眼や呼吸器の病気が他の地区よりなぜ多いのか、その原因と考えられることが把握されま

した。村の人達と話し合い一緒に考えるために何度もこの村に出かけ、他の地区と違う病気の状態やその原因と考えられることやそれを改善する方法を話し合いました。

手拭いを1人ずつ家族が別々に使う。具合の悪いときは早めに医者にかかる。村の因襲が多くの人たちに眼と呼吸器の病気をもたらしていたこと。昔からの因襲にとらわれずに天井に煙出しの窓をつけよう。などです。

この村落でのとりくみは

町の保健師と保健所の地区担当保健師が一体になり、重点的にこの地区の健康問題に取り組みました。更に健康生活調査には東北大学医学部の学生有志も加わり、調査後の報告会も村で行いました。ガリ版刷りの手づくりの資料でした。

この時の保健師活動の重点は、入手できる既存資料を見て健康上の問題を読みとること。健康問題が予測される現場に入ってその事実を把握すること。健康を損なう問題の事実がどういうものであるかを確かめることでした。その結果、この村落の健康問題は表出している疾病についての原因があり、それはこの村落の古い因習による生活のしかたとその環境としての家屋にあったことが解りました。

そこで、表出している疾病の治療を進めること。原因となっている因習を解かなければ改善はできないものであること。実際には村の人々が、村に伝わる伝説にとらわれ、それが自分達の健康を破壊するものになっていることを理解し、自らの生活の仕方を変える、即ち家の造りを変えていく方向に持っていくことでありました。地域の人々の生活には、この様な因習が大きく作用して人々の健康をおびやかすという事実があります。

当時、国や県の行政が示していた重点事業は結核対策であり、次に母子衛生でした。しかしその村落のある地区を担当する保健所の保健師は、行政としての指示がある、または予算が付いていると否とにかかわらず、多くの施策事業のほか担当地区全体の健康問題を視野に入れ、地区で必要なことの重点をしぼり働きかけていくものと私はとらえておりました。

それは最近みられる縦割りの業務担当（これは事務効率を上げるための業務の分担）で仕事を進めることでは出来ないことで、地区を担当し、担

当地区の中で個をとらえ、かつ地域全体を見るという保健師活動の基本的在り方で可能となって来ると考えております。

その活動があつてからの40年余り。日本の高度経済成長は、国民の生活を大きく変え一般農村からも囲炉裏が無くなりました。囲炉裏を中心にした暖房や語りも無くなり、人間関係も健康問題も変化しました。しかし保健師活動の基本となるものは歴史の中で受け継がれ、実地において健康問題を備え、時代の中で人々の健康問題に添っていく活動がなされていると考えます。

その2. 肝臓癌死亡が多い地区

～保健対策システムの成果～

次に肝臓癌の死亡が多い地区の活動例について紹介します。これは保健師の気づきから対策をたてて取り組み結果を得たもので、平成に入ってから話です。

住民基本健康診査で際立つA町の数字

県南部の地域を管轄する保健所の一つの町で2年間重点的に関わった例です。

保健師は、次年度の活動計画をたてる際に、保健所と各市町村から各々の活動実績や地域の保健衛生統計資料を集めて関係者で分析、評価をし事業計画の根拠を明らかにします。

その協議の場で、住民基本健康診査（老人保健法に基づき市町村長が実施）でA町が肝機能有所見率が他市町に比べて際立って高いことが指摘されました。

A町は人口約2万人で4つの行政区に分かれています。保健所のA町担当保健師と町の保健師で基本健康診査の状況、肝臓疾患を原因とする死亡、更に肝臓癌の死亡を24年ほど逆のぼって調査をし、データをまとめました。

その結果A町は肝疾患による死亡が多いこと、特に肝臓癌による死亡が顕著に高い推移をしていること、行政区によっても違いが認められることが明らかになりました。

保健所では地区担当の保健師からの問題提起を受け、保健所長のもとに保健所として対応策をとることにしました。

保健所長は医師であり公衆衛生の専門技術スタッフを擁して、地域の人々の生命と健康を管理する責務と権限（知事、政令市長の行政権限委譲）を持っており、住民の健康問題についてリーダー

シップをとることが出来ます。

取り組みの組織をつくる

肝疾患の仕事は事業予算や人員の配置がある通常の仕事ではありません。しかし保健所は、地元医師会、A町上層部、専門病院の医師、衛生研究所に働きかけて肝疾患調査委員会を組織しました。

開業医が診療を終えてからと言うことでいつも夜の会議の連続でした。問題の解明、詰の段階によって町長や郡医師会長も参加しましたが、中心は地元の医師会長と担当医、病院の専門医、研究者、町の担当課長とスタッフ、保健所長とスタッフが調査の企画と実施に当たりました。中でも保健所の地区担当保健師、栄養士、町の保健師、栄養士が要になりました。

この肝疾患問題に対してA町の考え方は、感染症ということで町の汚名になる、町民に不安を抱かせる、町の医療費支出が増大する、と心配しました。医師会では診療所の患者が大病院に流動する、これまでの地元医の診療状況が問われることになる、などブレーキになる大きな課題が出されました。

その中で委員会では肝疾患と感染の背景因子、感染経路、疾患の地域分布、年齢分布などの実態を明らかにして、肝疾患の自然経過や感染者個人の予後、治療方法、予防対策を検討し地域保健医療システムを構築していくという方針を作りました。

事業の展開と保健師の役割

事業の実施には企画、立案、実施、評価という段階があり、すべての過程で準備、調整、総合という機能が伴います。

具体的にここでは、調査票・健診表の作成、各参加協力機関担当者との連絡、調査健診結果の分析とまとめの基礎の部分。実施の部分では超音波検査と血液検査の資材準備と検査の依頼、問診、採血、検査、健康教育の担当。事業全体の運営の立場では事業予算と人員の確保、進行の見定めと会議の企画・実施、住民への広報、新聞・マスコミ等への対応と多岐に亙る過程がありました。

保健所では保健師をはじめそれぞれの専門技術による分担が行われました。もう一方、第一線の地区担当者、係長、課長、次長、所長というライン組織的確な働きが事業推進の鍵であり、保健師はその与えられたすべてのポストで公衆衛生看護技術者としての立場を踏まえて機能しました。

この肝疾患調査事業は、最初に町の老人保健法による基本健康診査の中から肝機能有所見者61人に、町と保健所の保健師、病院の専門医が、現地に外向き肝炎ウイルススルスマーカーの検査と超音波検査、病歴と生活歴の調査を実施しました。そこでHCV(C型肝炎ウイルス)抗体陽性者がかなりの割合で有ることを把握しました。

その結果を委員会に計り、次の年も98人、174人とハイリスク者を対象に調査をしました。そこでHCV抗体陽性者が88人、すでに肝癌を発症している人が11人、その他の肝疾患があること。またその発生が特定の地域にみられること。更にこれに関連する治療歴、家族歴が有ることが解りました。

事業実践での保健師の役割は調査委員会への参加は勿論のこと、検診会場の設定、病歴・生活調査、採血と超音波検査の介助、個別相談、未検者の家庭訪問、住民の健康教育、そして調査結果データをまとめて委員会に出す、とすべてに互っての実動でした。中でも発見された患者さんを適切な医療ルートにのせること、肝疾患予防の健康教育をすることは重要なことでした。保健師は看護職である故に、自ら採血をし個別指導をし、健康教育をするという看護の技を使える訳ですが、このように必要な場において自ら判断し、自ら行動できることは看護職の強みです。

地域に残る成果

この仕事は後に報告書を作りました。その巻頭で地元の医師会長が書いておられることがあります。

「肝疾患の実態、患者対策、予防教育と有意義な実績をあげることができました。これは、保健所の索引力と関係者の協力の賜物であり、医師会がその一翼を担わせていただいた。そして地域における保健事業の取り組み、また実行ある病診連携の持ち方など今後の方針たり得るものを勉強した。感謝する。」という言葉でした。

医師会長ののべた病診連携ということは、この地域の肝疾患について通常は地元の身近な開業医で治療を受け、年間定期的に癌センターで専門医の診療を受ける。センターからは患者の検査と診療の結果が開業医のところに提供されるというルートです。肝疾患についてはこのルートが確立しました。

私がこの保健所を去った数年後、この病診連携の実りを目のあたりにする機会がありました。

身内の者が食道癌でこの専門病院で入院治療を受けていた折に、A町の肝疾患調査事業の時に初期肝臓癌で発見された60代の女性が、身内の者と同じ病室で、当時専門医として地域に出向いて下さった医師の治療を受けていました。初期の癌を抑えて定時健診という形です。勿論その女性は私がA町の肝疾患対策に加わっていた保健師であるということは知る由もない訳ですが――。

私はルネサンドの「公衆衛生の原理」という古典に書かれてある公衆衛生活動の勝利、評価について思い起こしました。――もしあの時、あの対策が行われず、この女性の肝癌が発見されていなければこの女性は13年後の今、この様に康やかに生きていることが出来ただろうか――。と言う思いです。

4. 地域看護の構造化・理論化に向けて

保健師は公衆衛生活動の長い歴史の中で生まれ、その理論と技術を築いて来ました。

①生活の場で個人と地域を見る公衆衛生看護の視点、②地域の健康問題を把握し調査をする、それを踏まえて行政施策ルートにのせる現場主義、③問題解決のために活用できる保健、医療、福祉の専門職域と行政機能を保健所の場で組織化する、④明らかになった健康問題の結果について自己の技術を用いて実動するということです。

この一連の動きの中に地域看護の原理となるもの、広義の看護における地域看護の特性、要素と言えるキーワードがあろうと考えはじめて居ります。

それは、能動、発見、活用、繋ぐ、啓発、反映、統合、そして必要に即して各施策制度の隙間を埋める、直接の看護ケアを生活の場において実践する、と言うものです。

おわりに

私はこの大学を去るに当たって、先に述べた地域看護の理論、構造化の一つの部分を、私のライフワークとして沢山の実践例の中から導き出してみたいと考えております。

いまだ途上にある地域看護の構造化、理論化に、未来を担う学生の皆さんの若いエネルギーをもってぜひ続いて下さることを切に期待しているものであります。

公衆衛生看護、地域看護の基本となるものをその一部をでも本日の講義でお伝えすることが出来ればこの上のない喜びとするところであります。ご静聴ありがとうございました。

文 献

- 1) 市川禮子他「地域ケアの実際」地域ケア研究会みやぎ編、(財)宮城県公衆衛生協会 2004. 1. 15
- 2) 藤本眞一他「保健所長は本当に医師でなくて良いか?」日本公衆衛生雑誌 VOL. 50 NO. 1 日本公衆衛生学会 2003. 11 ~ 14.
- 3) 森尾眞介「5年間の保健所長仕事の小考察」日本公衆衛生雑誌 VOL. 50 NO. 3. 2003: 181 ~ 182
- 4) 北川定謙「戦後公衆衛生の発展」第61回日本公衆衛生学科総会妙集 VOL. 49 NO. 10 2002: 43 ~ 48
- 5) 川上理一「生物統計学入門」裳華書房 1964. 117
- 6) 国民衛生の動向、厚生省の指標臨時増刊「人口動態統計計100年の年次推移」(財)厚生統計協会 VOL. 46 NO. 9, 1999. 68 ~ 69
- 7) 実務衛生行政六法、新日本法規出版株式会社 1990.

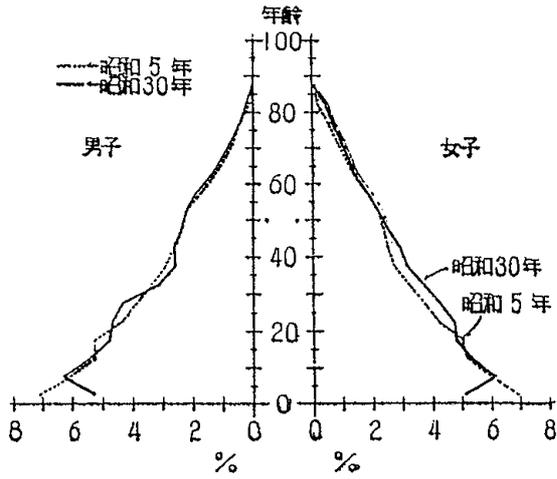


図1 人口ピラミッド

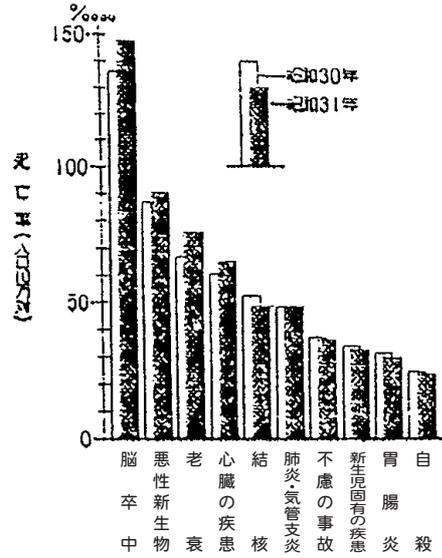


図3 主要死因別死亡グラフ

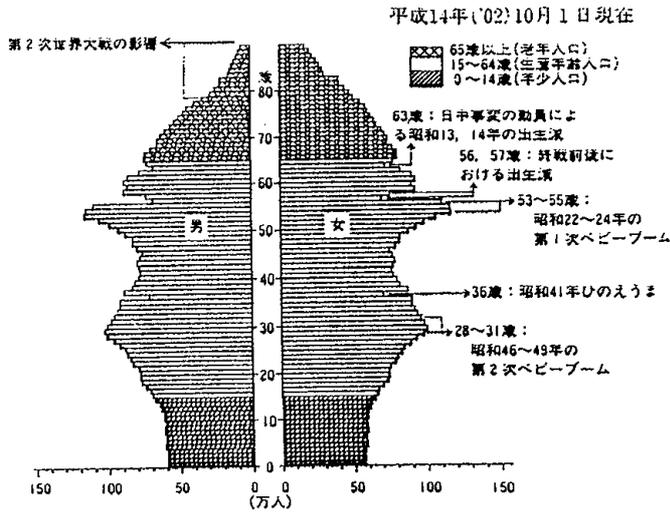


図2 わが国の人口ピラミッド

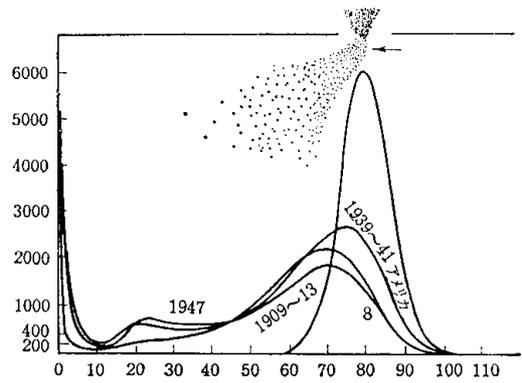


図4 Lexis 川上寿命説による理想の d_x 曲線

表1 死因順位第10位までの死因別死亡の状況

死因順位 平成13年 (’01)	死 因	死 亡 数			死亡率 (人口10万対)			死亡総数に対する割合(%)	
		平成13年 (’01)	12 (’00)	差引増減 (平13-平12)	平成13年 (’01)	12 (’00)	前年比 (平12=100)	平成13年 (’01)	12 (’00)
第1位	全 死 因	970 331	961 653	8 678	770.7	765.6	100.7	100.0	100.0
2	悪 性 新 生 物	300 658	295 484	5 174	238.8	235.2	101.5	31.0	30.7
3	心 臓 疾 患	148 292	146 741	1 551	117.8	116.8	100.9	15.3	15.3
4	脳 血 管 疾 患	131 856	132 529	△ 673	104.7	105.5	99.2	13.6	13.8
5	肺 炎	85 305	86 938	△1 633	67.8	69.2	98.0	8.8	9.0
6	不 慮 の 事 故	39 496	39 484	12	31.4	31.4	100.0	4.1	4.1
7	自 殺	29 375	30 251	△ 876	23.3	24.1	96.7	3.0	3.1
8	老 衰	22 145	21 213	932	17.6	16.9	104.1	2.3	2.2
9	腎 不 全	17 690	17 260	430	14.0	13.7	102.2	1.8	1.8
10	肝 疾 患	15 848	16 079	△ 231	12.6	12.8	98.4	1.6	1.7
	慢 性 閉 塞 性 肺 疾 患	13 069	12 841	228	10.4	10.2	102.0	1.3	1.3

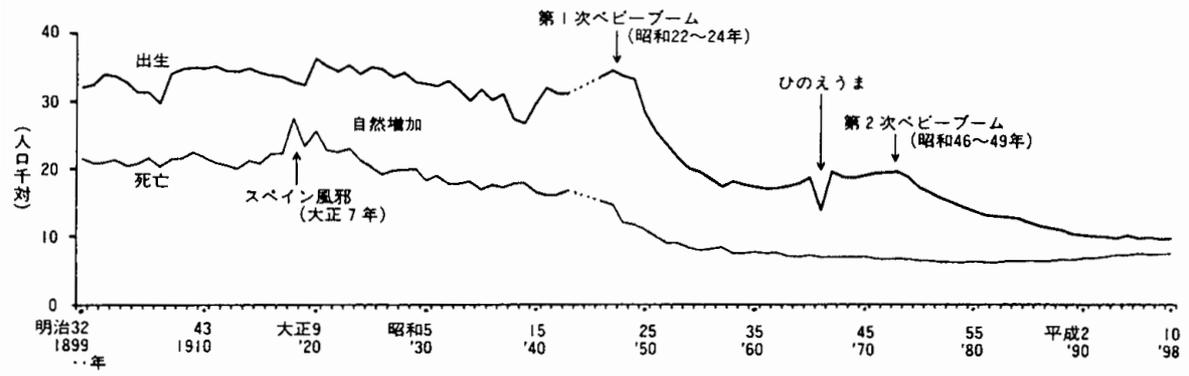
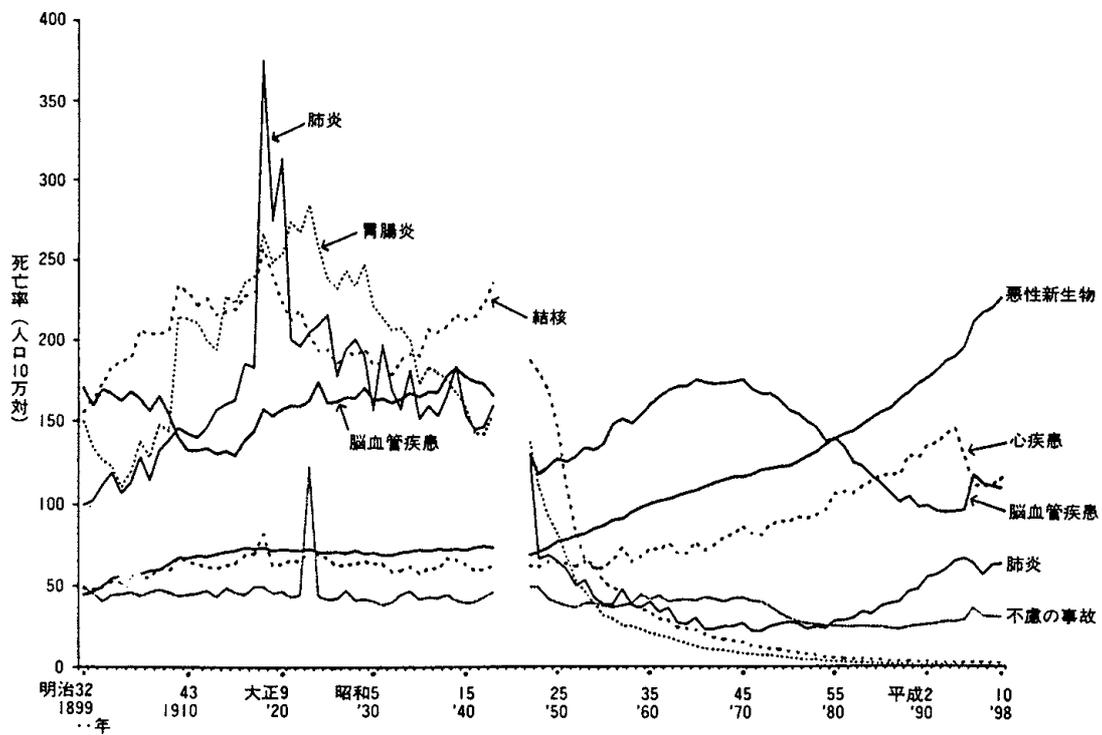


図5 人口動態総覧(率) 100年の年次推移 (明治32~平成10年)



注 死因別死亡率への影響について

- 1) 大正7年 スペイン風邪の流行による肺炎等への影響
- 2) 大正12年 関東大震災, 平成7年 阪神・淡路大震災による不慮の事故への影響
- 3) 平成7年 死亡診断書の様式改正及びICD-10適用による心疾患, 脳血管疾患, 肺炎への影響

図6 死因別にみた死亡率100年の年次推移 (明治32~平成10年)

プロフィール



- 出生地 昭和 9 年 宮城県
- 学歴 昭和 28 年 山形県立山形南高等学校卒業
昭和 31 年 東京都立第一高等看護学院卒業
昭和 32 年 宮城県公衆衛生看護学校卒業
昭和 41 年 国立公衆衛生院第二回専攻課程看護学科修了
昭和 45 年 三島学園女子短期大学家政学科卒業
平成 13 年 放送大学教養学部卒業
- 職歴 昭和 32 年 宮城県技術史員, 保健所保健婦
昭和 38 年 宮城県医務薬務課 看護係
昭和 41 年 宮城県公衆衛生看護学校 教務主任
昭和 48 年 宮城県保健所 保健婦室長, 保健指導課長, 支所長, 技術次長
平成 6 年 宮城県庁退職
平成 6 年 (財)宮城県高齢者総合相談センター 相談員
平成 7 年 仙台大学健康福祉学科 講師
平成 12 年 山形県立保健医療大学看護学科 教授