

という言葉にもありますように経験の浅い私にとっても、まるで憑かれるという言葉があてはまるように、引きずりこまれてゆく心地よさに身をまかせているような状況です。

有給休暇を切りぎむように利用しながら、アトリエへ通ったり、展覧会をみたり、図書館にデザインの手がかりを捜しに行ったり、遅々とした歩みではありますが、10年後を夢みて、そして

いつの日にか染めの世界で過ごしてみたいことを夢みて、仕事を、家事を、子育てを何とかがんばっている今日この頃です。

最後に、「染め」についてのあらゆる情報、大歓迎ですので、皆様方何卒よろしく願います。お身体ご自愛の程を！

(17回生 文京区役所)

疫学者のヒョコから若い地理学徒に願うこと

松崎正子

大学院で自然地理学を専攻した私にとって、人間的要因が窮めて多く入り込んでいる疫学への転向は、決してスムーズなものではありませんでした。6年を経過した今日まで、幾つか自分の仕事をまとめながら、常に多くの不満を残してきました。地理学としては、疾病あるいは医療の問題の空間的分布と環境要因との関係を十分に説明できない不満。疫学としては、地域社会に還元できる具体的な予防方策が立てられない不満等々。

私の仕事は、榎山先生が先駆者となって、日本の地理学に導入された医学地理学にも、居心地よく納まりきれない感じがいたします。医学の知識はとてとても少ないながら、6年を結核の仕事に費やしたという経験が、いつの間にか私を、地理の世界から医学、特に疫学の世界に引きずり込んでいたようです。疫学の分野には、私の知る結核一つ取ってみても、地理学の分野でとても興味ある研究対象が、沢山埋れているように思われます。

皆さんも御存じのように、1940年代まで猛威を振っていた結核は、生活水準の向上、抗結核剤の登場によって、急速に減少していきました。そして、その変転の時期は、また日本の結核まん延地図を塗り変える時期ともなったのです。1940年代まで結核は、東京・大阪などの大都市や、北陸地方など紡績産業と関連の強かった地方に、多くまん延していました。それが1950年代から、次第に西南日本に偏在していくようになったのです。

1981年厚生省の結核に関する定期報告では、西日本は東日本に対し、死亡率では1.59倍、その年に結核として届けられた患者の率、すなわち罹患率では1.63倍となっています。今日、結核まん延の地域格差は、結核対策上の大きな問題であり、それに対し数々の研究がなされてきました。新しい結核対策の導入の遅れ、都市化の程度、経済構造、所得の問題等々が、結核まん延の地域格差の要因として取り上げられてきました。しかし実際には、どの要因が、どの程度、どの様なメカニズムで他の要因と影響し合い結核まん延地図を描いてきたのかは、まだ不明のままなのです。

結核を天然痘同様この世から根絶することは、不可能ではありません。感染症である結核は、人から人へ伝わる結核菌の伝播を断ち切れば良いのです。この為には、結核の患者が咳や痰などの呼吸器症状を出し、医療機関を訪れ、結核と診断されて治療を受けるまでの期間、すなわち、結核菌を地球上に散布している期間を短くする努力が望まれます。

患者の症状出現から初回受診までの期間を、私は **Patient's delay**、初回受診から医師の診断までを、医師側の責任による遅れとして、**Doctor's delay** と呼びます。この **Delay** についての調査結果は、**Patient's delay**、**Doctor's delay** とも、地域によってかなり違うという興味ある結果でした。そこで、私は特に **Patient's delay** について、その短い新潟県と長い沖縄県を選び、数

量化Ⅱ類で要因分析をしました。医療施設が少なく、しかも離島の多い沖縄県では、医療機関までの距離の影響が容易に想像されるでしょう。しかし、距離と Patient's delay の間に強い関連は見られず、症状に対する考えや、レントゲン検診への関心、職業などが、Patient's delay に影響していたのです。距離に関する調査方法の不備は否定できませんが、医療を受けるまでの患者の行動様式が、物理的な要因より個人の属する社会環境や心理的な要因に、より多く支配されているのは確かなようです。では何故、健康あるいは病気に対する意識が、地域によって微妙に違い、それが Patient's delay の地域差となって現われてくるのでしょうか。

結核患者の管理の問題には、治療からの脱落、長い治療期間など、患者側・医師側の問題が幾つか挙げられます。ネパールなどの開発途上国では、一年の治療に83%の人が脱落してしまいます。その点、日本では一部を除き、脱落はそれ程大きな問題ではありません。反対に、必要のない患者にも、長々と治療を継続していることが問題になっているのです。

リファンピシンという強力な抗結核剤の登場で、1970年代後半は、日本も結核の短期化療時代に入りました。しかし、1976年から1980年の5年間に、治療期間は平均4.1年から3.5年と飛躍的に短くなったものの、47都道府県のうち5県で、治療期間に増加の傾向が見られ、また治療期間の分布は、都道府県間で、年々そのばらつきが大きくなっていました。保健所単位に結核患者の治療期間を、人口密度や人口規模などから決定された保健所型と比較しますと、一般に長期治療の問題は、人口稀薄な地域に見られます。ただし、この傾向は西

日本では比較的明瞭なもの、東日本ではあまりはっきりしていません。この事は、他の要因も含めて現在検討中の問題ですが、結核患者の管理に地域性が見られることは、他の面からも確認することができます。

結核研究所では、地域の結核問題を視覚的に捉えようと、結核の管理図をコンピューターで毎年作成しています。そこで、管理図に用いている41の指標値から、規準化偏差パターン類似率を計算し、各県の管理図の形、すなわち指標のプロフィールが、都道府県間でどの程度類似しているのかを検討しました。その結果、東日本と西日本で、結核の問題が大きく異なっていることがわかりました。すなわち、東日本と西日本の県との間で、管理図の形が逆のパターンを示していたのです。また東日本の各県の間では、管理図の類似性が強いのに対し、西日本では概して弱く、地域的なまとまりは弱いようです。この中で、大阪・兵庫などの近畿地方の中心と、北九州地方の類似性が高いことは、興味を引かれることでした。社会構造、人口動態、文化的絆、その他多くの要因が複雑に絡みあって、結核の問題にこのような地域性を生じさせるものと思われます。今後、総括的かつ専門的アプローチによってその関連を明らかにし、地域性の生じる根拠を説明することが望まれるでしょう。

上述した沢山の問題は、地理学にも疫学にも中途半端にしか行き得ない私にとって、一人では消化しようにもしきれない大きな問題です。このような状況の中で、私は若い地理学徒にあらためて、地理学と医学の接点、特に地理学と共通点の多い疫学との接点に、目を向けてほしいと願うのです。

(23回生 結核研究所)