

公立療養所における経験と健康相談事業

ならびにその基礎的問題

第 3 編

駒 沢 病 院

田 沢 鑑 二

(受付 昭和 30 年 1 月 21 日)

小 序 今次報告 4 編の一つにて掲載に関する要趣は前号第 1 編緒言および第 4 編に掲ぐ。

わが国の公立肺結核療養所創設当時には患者の大部分が皆重症者で、死亡者が続出し陰惨な様相を呈した。その当時の社会における入所前の療養状況と入所後の転帰別、それに刺激されて勃興した軽症慢性化の研究および結核症の病状変化の徴証等につき記録に留めたい諸点を述べる。

(A) 公立療養所における経験

公立療養所の創設 大正 3 年 3 月法律第 16 号を以つて市結核療養所の設置および国庫補助に関する件が公布せられ、翌 4 年 7 月内務大臣より六大都市に対し、6 月 31 日までに肺結核療養所を設置すべきことを命ぜられた。

さらに大正 8 年 3 月法律第 26 号結核予防法公布せられ、同法附則により大正 3 年法律第 16 号廃止せられたるもすでに設置を命ぜられたる結核療養所は同予防法により設置を命ぜられたるものとして取扱われることとなつた。

この療養所は病毒伝播の虞ある肺および喉頭結核患者にして療養の途なき者を入所せしめる施設であつて、東京市療養所は大正 9 年に竣工開所したが、東大の教授などからも肺結核を無料で容れおくところなどがよく出来たものだと言われた程の時代であつた。

死亡率の検討 患者死亡率の状況は各公立療養所の報告が大体に同様であつたので、ここには東京市療養所(現在の国立中野療養所)の統計について検討して見よう。同所は大正 9 年 6 月 5 日より患者収容を開始し、定員 500 名(実際は少し不足)であつたが、大正 12、13 年の震災救護所よりの転入と岩崎男爵の寄附を基金とした第 1 回拡張にて 800 余名となり昭和 7 年の第 2 回拡張にて 1,170 名となつた。この療養所開所当時と 22 年後の昨年との退所者および死亡者と、外部にあつた委託病院全部のそれとを合計した概況を第 1 表に掲げ、以下種類の観点から、その推移を検討して見よう。ただし患者はすべて申込順によつて入所せしめたもので、別に選択した者ではない。

第 1 表 東京市療養所における死亡率減少状況

	普通退所者	死亡者	普通退所者に対する死亡者の比
大正 9, 10, 11 の 3 年間の合計 (大正 9 年 5 月開所)	531	1,433	2.7 倍
昭和 16 年 東京市療養所 委託病院	520 1,901	577 2,223	
計	2,421	2,800	1.15

なお東京府下の結核死亡率を見ると、人口 1 万に対し、大正 10 年には 34 人であつたのが、昭和 15 年には 23 人となつている

第 2 表 各年の在所患者に対する死亡率と、各年の死亡者を在所期間別に見た表とを会合させたもので、次の諸点が注目される。ただし終りの 4 年間に欠けているので変遷の差はそれだけ少なく表われている訳であるが、それはまた機会を得て追補することとする。

1) 開所当初の時代には入所早々の 1 カ月以内の死亡率が特に高く、年内全死亡者に対する死亡率は 51.0, 31.5, 38.6, 38.2 等であり、2 カ月以内というのも 24.0, 22.0, 19.1, 20.6 等を示し、4 カ月以上となると著しく少なくなつていく。

2) この入所早々の高い死亡率は年を経るに従つて減少を示している。ただし昭和 7 年頃より又やや旧に戻りかけている(昭和 7 年の拡張関係参照)。

3) 1 年間の死亡率は年を経るに従つて減少している。且つ死亡迄の在所期間が比較的長くなつていく。これには生き残りの慢性型の者が蓄積することもあるので、参考のため年々の繰越患者数と新入所者の表を添附した(前記 2 回の拡張参照)。

死亡率を最初と最後の 2 カ年、3 カ年、4 カ年宛まとめて比較すると見易い。在所期間の長くなつたのは 11 カ月以上 1 カ年末満と、1 カ年以上 2 カ年末満の辺で最もはつきり分り、そこには蓄積した者の影響は少ない。

第 3 表 発病より入所に至る年月数を見るに、年を経るに従い、3 カ月以内、6 カ月以内という短月数の

第2表 各年死亡者在所期間別表 (百分率は死亡者総数に対するもの)

患者数% 転帰 期間			大正											昭和												
			年次	9年	10年	11年	12年	13年	14年	元年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年					
1ヵ月以内	死亡	患者数	99	189	255	292	276	371	238	188	196	207	187	118	236	272	183	164	204	193						
		%	51.0	31.5	38.6	38.2	31.1	38.9	26.3	23.1	26.8	24.7	21.2	17.3	31.1	28.6	25.8	24.9	27.2	25.4						
2ヵ月	"	患者数	47	128	126	157	154	159	166	140	135	125	90	100	109	167	119	100	121	135						
		%	24.2	22.0	19.1	20.6	15.4	16.4	18.3	17.2	18.1	14.9	13.9	14.7	14.4	17.6	16.8	15.2	16.2	17.8						
3ヵ月	"	患者数	28	82	56	75	94	97	119	81	88	89	61	62	90	117	68	61	73	85						
		%	14.5	14.1	13.5	9.8	10.6	10.0	13.1	9.9	11.8	10.6	9.4	9.0	11.9	12.5	9.6	9.2	9.8	11.2						
4ヵ月	"	患者数	7							71	54	71	38	75	50	86	41	52	52	52						
		%	3.1							1.7	7.4	8.5	5.8	11.0	6.6	9.1	5.8	7.8	6.8	6.8						
5ヵ月	"	患者数	12	81	69	84	128	35	130	57	42	44	38	28	34	50	38	40	32	53						
		%	6.3	14.0	10.4	11.0	12.4	10.9	14.4	7.0	5.6	5.2	5.8	4.2	4.5	5.3	5.3	6.1	4.3	7.0						
6ヵ月	"	患者数	1							50	39	32	30	43	23	32	30	14	97	34						
		%	0.5							6.1	5.4	3.8	4.6	6.2	3.0	3.5	4.2	2.2	4.9	4.5						
7ヵ月	"	患者数		50	42	56	66	71	74	82	97	27	30	29	17	24	34	28	22	23						
		%		8.6	6.4	7.8	7.4	7.3	8.2	8.9	5.0	3.2	4.6	4.2	2.2	2.5	4.9	4.3	2.9	3.0						
8ヵ月	"	患者数								26	25	25	39	31	23	14	23	22	25	23						
		%								3.2	3.3	3.0	6.0	4.5	3.0	1.5	3.5	3.4	3.4	3.0						
9ヵ月	"	患者数		22	24	29	58	27	58	25	20	33	23	22	26	17	20	21	18	24						
		%		3.8	3.6	3.8	6.5	2.8	6.4	3.1	2.6	3.9	3.5	3.2	3.4	1.8	2.8	3.2	2.4	3.2						
10ヵ月	"	患者数								29	5	26	18	22	17	16	17	13	16	16						
		%								3.6	0.7	3.1	2.7	3.2	2.3	1.7	2.4	2.0	2.2	2.1						
11ヵ月	"	患者数		17	11	20	34	24	31	14	14	20	20	20	14	19	18	10	18	8						
		%		2.9	1.7	2.5	3.8	2.5	3.4	1.7	1.9	2.4	3.0	2.9	1.9	2.0	2.5	1.6	2.4	1.1						
12ヵ月	"	患者数		4	9	9	10	24	30	16	21	9	15	8	18	11	15	6	6	22						
		%		0.7	1.4	1.2	1.1	2.5	3.3	2.0	2.7	1.1	2.3	1.2	2.4	1.2	1.2	0.9	0.8	2.9						
1ヵ年～ 2ヵ年未満	"	患者数		14	35	42	68	86	60	63	41	93	84	92	78	81	61	78	68	46						
		%		2.7	5.3	5.5	7.7	8.9	6.6	7.8	5.7	11.1	13.0	13.5	10.3	8.5	8.6	11.8	9.1	6.1						
2ヵ年～ 3ヵ年未満	"	患者数								12	14	24	16	21	11	28	27	23	30	12						
		%								1.5	2.5	2.9	2.4	3.0	1.5	3.0	3.8	3.5	4.0	1.6						
3ヵ年～ 4ヵ年未満	"	患者数								5	5	11	2	10	7	7	8	12	19	18						
		%								0.6	0.5	1.3	0.3	1.5	0.9	0.7	1.1	1.9	2.5	2.4						
4ヵ年～ 5ヵ年未満	"	患者数								5	3	3	4	0	1	6	6	7	5	11						
		%								0.6	0.3	0.3	0.4	0	0.1	0.6	0.8	1.1	0.7	1.5						
5ヵ年以上	"	患者数								0	1	0	1	1	2	3	2	6	9	4						
		%								0	0.1	0	0.1	0.1	0.2	0.8	0.3	0.9	0.4	0.5						
死者総数			実数	194	581	660	764	888	967	1006	814	740	899	646	682	756	950	710	657	749	759					
			%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100					
退所者総数			実数	246	781	937	1,155	1,322	1,470	1,335	1,188	1,167	1,196	1,052	1,024	1,349	2,052	1,667	1,457	1,416	1,613					
これに対する死亡率			%	78.8	74.3	70.4	66.2	67.1	65.7	67.8	68.4	63.7	70.1	59.6	66.6	66.0	46.7	42.5	45.0	52.8	47.0					
前年よりの越患者数			実数	0	283	377	463	627	724	735	806	791	794	888	854	873	1,145	1,164	1,181	1,157	1,181					
新入所患者数			"	529	875	1,023	1,318	1,419	1,481	1,406	1,173	1,170	1,238	1,048	1,043	1,747	1,634	1,465	1,304	1,444	1,587					
在所患者総数			"	529	1,158	1,400	1,831	2,046	2,205	2,141	1,979	1,961	2,082	1,936	1,897	2,620	2,827	2,623	2,485	2,601	2,763					
これに対する死亡率			%	36.6	50.1	47.1	42.8	43.4	43.9	42.3	41.1	37.7	40.2	23.3	38.35	29.0	33.6	27.0	26.2	43.8	27.4					

者は百分率において減少し、1カ年以上2カ年以上という大なる年月の者程増している。

第4表 就業状況では大部分が休業者である。入所前に公費であつた者は少ない。大正12, 13年だけ増しているのは震災救護施設から転じた者が多いによる。

第5表 起床可能にて就褥せる者が、当初の頃より
年を経るに従つて増加せることを百分率の上に見る。
但し終り3年間復た初めの率に近くなつてゐる。

第6表 (A) 退所患者全部と繰越患者を加えたもの
 のその年の在所者数としてそれに対する死亡者の百分率を各病期毎に算出して比較した。

1 期と3 期とを比較すると、年を経るに従っていずれも死亡率は減少しているが、1 期の方が明らかに多く減少している。

なお年々の偶然関係を少なくして、当時の概況を見

るために、4 年宛まとめて見ると次の通りになる。

大正 12~15 年 昭和 9~12 年 減

1 期 17.6% 5.5% 6 割 9 分

3 期 59.8% 33.6% 4 割 3 分

第7表 年を経るに従い死亡率が減少し、それとともに死亡年齢層が次第に高まっている。最も死亡率の高い下記年齢層について見るに、

16~20 (A), 21~25 (B), 26~30 (C) の死亡数を比較すると、昭和3年まではABCの順、4年より8年迄はBAC、9年以後はBCAの順になっている。

第8表 前表をなお一層精細に検するために掲げた表である。この表では各年齢層の在所有者数に対する比率を見ると合理的であるが、今その材料を用意してないので、年々の新入所者に対する比率を見た。従つて

第3表 発病より入所に至る年月数（百分率は各年の全入所に対するもの）

年次 年月数		昭和 元年												大正 9年											
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
患者数 %	患者数 %	205	174	174	71	44	202	7	235	217	256	365	327	231	205	174	174	71	44	202	7	235	217	256	365
	患者数 %	14.9	13.5	13.5	6.7	4.2	11.5	0.7	16.0	16.6	17.7	22.9	22.1	16.4	17.5	14.9	13.5	6.7	4.2	11.5	0.7	16.0	16.6	17.7	22.9
患者数 %	患者数 %	169	204	222	620	518	721	117	213	213	411	918	227	202	169	204	222	620	518	721	117	213	213	411	918
	患者数 %	16.9	20.4	22.2	62.0	51.8	72.1	11.7	21.3	21.3	41.1	91.8	22.7	20.2	16.9	20.4	22.2	62.0	51.8	72.1	11.7	21.3	21.3	41.1	91.8
患者数 %	患者数 %	185	234	173	193	282	181	208	136	130	158		215	208	185	234	173	193	282	181	208	136	130	158	
	患者数 %	15.8	18.2	16.5	18.5	28.2	18.1	20.8	13.6	13.0	15.8		21.5	20.8	15.8	18.2	16.5	18.5	28.2	18.1	20.8	13.6	13.0	15.8	
患者数 %	患者数 %	117	162	170	125	142	213	134	195	209	187	144	176	167	117	162	170	125	142	213	134	195	209	187	144
	患者数 %	9.9	13.3	13.2	11.9	13.6	21.3	14.9	13.3	16.2	12.9	9.0	17.6	16.7	9.9	13.3	13.2	11.9	13.6	21.3	14.9	13.3	16.2	12.9	9.0
患者数 %	患者数 %	243	222	218	222	376	212	289	279	404	330		247	248	226	193	243	222	218	222	376	212	289	279	404
	患者数 %	17.2	20.9	21.3	21.5	37.6	21.2	28.9	27.9	40.4	33.0		24.7	24.8	17.2	20.9	21.3	21.5	37.6	21.2	28.9	27.9	40.4	33.0	
患者数 %	患者数 %	81	67	84	87	76	136	68	100	115	126	110	88	83	81	67	84	87	76	136	68	100	115	126	110
	患者数 %	6.9	5.7	6.5	8.3	7.3	7.7	7.6	6.8	8.8	8.7	6.9	8.8	8.3	6.9	5.7	6.5	8.3	7.3	7.7	7.6	6.8	8.8	8.7	6.9
患者数 %	患者数 %	42	38	47	49	76	62	35	54	42	59	61	44	38	42	38	47	49	76	62	35	54	42	59	61
	患者数 %	3.6	3.2	3.6	4.6	7.1	3.5	3.9	3.6	3.2	4.0	3.8	4.4	3.8	3.6	3.2	3.6	4.6	7.1	3.5	3.9	3.6	3.2	4.0	3.8
患者数 %	患者数 %	22	40	32	24	23	45	21	33	39	38	45	29	23	22	40	32	24	23	45	21	33	39	38	45
	患者数 %	1.9	3.4	2.5	2.3	2.2	2.5	2.3	2.2	2.9	2.6	2.8	2.9	2.3	2.2	3.4	2.5	2.3	2.2	2.5	2.3	2.2	2.9	2.6	2.8
患者数 %	患者数 %	50	36	63	64	53	103	47	73	77	68	84	50	47	50	36	63	64	53	103	47	73	77	68	84
	患者数 %	4.3	3.2	4.9	6.1	5.1	5.8	5.2	4.6	5.8	4.7	5.2	5.0	4.7	4.3	3.2	4.9	6.1	5.1	5.8	5.2	4.6	5.8	4.7	5.2
患者数 %	患者数 %	29	0	0	0	0	0	0	25	14	9	0	0	0	29	0	0	0	0	0	0	25	14	9	0
	患者数 %	2.4	0	0	0	0	0	0	1.7	1.0	0.2	0	0	0	2.4	0	0	0	0	0	0	1.7	1.0	0.2	0
計	患者数 %	1,175	1,170	1,238	1,048	1,043	1,747	894	1,465	1,394	1,444	1,537	1,431	1,406	1,175	1,170	1,238	1,048	1,043	1,747	894	1,465	1,394	1,444	1,537
	患者数 %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

備考 昭和7年は有料より無料に転じた130名が重複しているため実数より多くなっている

昭和8年は無料患者のみを調査の対象としているため実数より少ない

第4表 入所前の就業状況と療養方法
(百分率は各年の全入所者に対するもの、各年の全入所者は第2表参照)

療養方法		就 業 状 況		年 次		昭和																		
				大正 9年	10年	11年	12年	13年	14年	元 年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年			
公 費	自宅治療	就業 休 合 計 患者 数 %	業 業																					

備考 昭和8年は無料患者のみが調査の対象となっている

第5表 入所前休業者の療養程度（百分率は全休業者に対するもの）

種 別		年 次	大正												昭和											
			9年	10年	11年	12年	13年	14年	元年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年						
不 就 得	患者数	69	140	118	134	131	165	60	49	40	65	72	83	65	24	72	116	187	218							
	%	13.1	16.0	11.6	11.5	9.2	11.2	4.9	4.1	3.4	5.1	6.9	8.2	3.7	2.7	5.4	9.8	13.0	13.7							
就 得	患者数	257	352	364	582	693	1,040	1,085	679	668	1,039	825	826	1,044	509	964	576	696	775							
	%	48.9	40.3	35.7	50.0	49.1	70.7	77.3	58.1	57.2	82.8	78.8	79.1	59.8	57.3	72.2	48.8	48.2	48.8							
起床可能 起床不能	患者数	200	381	537	448	589	267	258	442	461	155	151	131	314	251	300	489	561	594							
	%	38.0	43.7	52.7	38.5	41.7	18.1	18.4	37.8	39.4	12.1	14.3	12.7	17.8	28.3	22.0	41.4	38.8	37.5							
合 計	患者数	526	873	1,164	1,015	1,413	1,472	1,403	1,170	1,163	1,279	1,048	1,040	1,423	784	1,336	1,131	1,444	1,537							
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	81.5	88.3	100	100	100							

第6表 入所当時の病期による転帰別表

病期	転帰別	年次	大正												昭和													
			12年	13	14	元年	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	元年	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
一期	治癒・略	実数	8	8	10	12	5	2	1	9	0	5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	増悪	"	22	27	21	16	1	5	5	52	7	12	10	10	4	0	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	増悪	"	31	25	20	30	4	10	9	13	4	36	16	8	14	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	増悪	"	1	1	0	2	0	2	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	死亡	"	34	31	39	36	5	7	22	34	9	15	27	3	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	%	15.9	16.3	20.3	17.8	7.5	7.8	20.2	17.5	11.8	9.03	22.1	6.0	11.3	0	4.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
二期	翌年へ繰越	実数	118	98	105	106	52	63	71	85	56	98	65	27	28	24	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	翌年へ繰越	"	214	190	195	202	67	89	109	194	76	166	119	50	53	30	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	
	治癒・略	"	8	8	4	6	8	6	3	13	0	1	3	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	
	増悪	"	15	28	16	4	12	16	6	115	11	13	36	37	23	12	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19		
	増悪	"	53	50	49	24	13	16	33	42	16	110	107	118	65	43	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40		
	%	7	4	6	2	1	4	1	4	1	1	2	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
三期	死亡	"	169	181	160	106	49	53	148	173	57	96	128	88	55	60	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	
	%	34.7	33.6	34.4	31.3	20.7	17.0	32.5	26.5	22.8	18.1	21.2	18.6	17.4	18.6	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1		
	翌年へ繰越	実数	235	268	230	197	154	215	264	307	165	309	329	228	173	200	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	
	翌年へ繰越	"	487	539	465	339	237	310	455	654	250	530	605	473	316	322	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	
	治癒・略	"	2	3	1	3	3	5	0	4	1	2	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	増悪	"	15	6	19	3	24	8	4	107	12	18	28	35	32	35	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58		
各期合計	増悪	"	34	70	55	36	47	42	22	75	31	119	164	193	204	202	318	318	318	318	318	318	318	318	318	318		
	増悪	"	8	8	4	7	10	5	1	1	1	2	2	0	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
	死亡	"	383	417	484	481	443	416	363	439	318	406	491	292	331	427	484	484	484	484	484	484	484	484	484	484		
	%	62.1	60.3	59.0	55.6	51.0	53.9	50.1	50.5	44.4	42.7	43.2	33.3	31.6	35.9	33.8	33.8	33.8	33.8	33.8	33.8	33.8	33.8	33.8	33.8	33.8		
	翌年へ繰越	実数	175	186	258	335	342	295	334	243	354	375	449	355	484	523	572	572	572	572	572	572	572	572	572	572		
	翌年へ繰越	"	617	690	821	865	869	771	724	869	717	951	1,136	877	1,049	1,189	1,434	1,434	1,434	1,434	1,434	1,434	1,434	1,434	1,434	1,434		

備考 計（在所者数）においては所内の移動（有料より無料へ転）を除く

委託病院への転出は不変に加う

精確に実際の該年齢ではなく、年々その境界線に近い年齢においては次の年齢層への繰越数だけのツレがあつて、順送りになつてゐるのであるから、今2年間宛まゝとて当該年齢層の概況を見ると、次の通りになり、若い年齢層の方が減少が著明な状況が分かる。

	昭和2年 3年合計	昭和11,12 年合計	減
16～20 歳	77.0%	45.6%	4 割 余
26～30 歳	66.9%	49.2%	2 割 6 分 余

以上の統計的観察によつて知り得たところを綜括すると

1) 第1に着目されるのは開所当時よりの初期時代において、入所後1カ月以内に死亡する者の多かつたこと

とで、如何に重症になつてから入所して来つたかが分かると同時に、入所後は急に病状が鎮まつて死期が延びることを示し、入所療養の効が認められるとともに、また社会では如何に療養的生活が行われずして、病勢が急性になつてゐたかが察せられる。これはかかる重症時代なればこそ認め得られた事実と見ることが出来る。それによつてまた社会における入所前の患者を軽症化し慢性化することは最大の急務と考えられた。入所前の就業状態調査において大部分の患者は休業してゐたというのも入所早々の死亡率から見ると愈々働けなくなつて休業した者が多いことを察せしめられ、遠からざる前までは就業してゐたものと考えしめられる。

2) この入所早々の高い死亡率が年を経て漸次相当に

第7表 死亡患者年齢別表 (年齢は数え歳)

年 次		年 齢 (歳)	1~10	11~15	16~20	21~25	26~30	31~35	36~40	41~50	51~60	60以上	計	在所患者	死亡率
昭和2 年前累 計	死亡者		85	311	1,386	1,298	949	618	448	488	181	60	5,775	11,360	50.8
	順 位		10	7	1	2	3	4	6	5	8	9			
2 年	死亡者		6	20	202	184	155	89	55	66	30	7	814	1,979	40.1
	順 位		10	8	1	2	3	4	6	5	7	9			
3 年	死亡者		5	25	173	167	142	67	50	73	31	7	740	1,961	37.7
	順 位		10	8	1	2	3	5	6	4	7	9			
4 年	死亡者		3	31	179	207	159	102	63	65	21	9	839	2,082	40.2
	順 位		10	7	2	1	3	4	6	5	8	9			
5 年	死亡者		4	18	182	168	128	84	94	55	15	8	646	1,936	33.8
	順 位		10	7	2	1	3	4	6	5	8	9			
6 年	死亡者		2	19	149	165	120	96	51	54	23	3	682	1,897	35.9
	順 位		10	8	2	1	3	4	6	5	7	9			
7 年	死亡者		4	18	165	189	147	103	46	62	18	4	756	2,620	29.0
	順 位		8	7	2	1	3	4	6	5	7	8			
8 年	死亡者		2	20	167	298	163	112	67	77	37	7	950	2,827	33.6
	順 位		10	8	2	1	3	4	6	5	7	9			
9 年	死亡者		4	11	128	201	143	102	45	52	18	6	710	2,834	25.1
	順 位		10	8	3	1	2	4	6	5	7	9			
10 年	死亡者		2	4	120	182	154	82	38	51	20	4	657	2,628	25.0
	順 位		9	8	3	1	2	4	6	5	7	8			
11 年	死亡者		1	17	140	175	165	119	47	52	26	7	749	2,601	28.8
	順 位		10	8	3	1	2	4	6	5	7	9			
12 年	死亡者		5	19	152	185	160	97	60	46	24	11	759	2,872	26.4
	順 位		10	8	3	1	2	4	5	6	7	9			

第8表 各年の入所者に対する年齢層別死亡率表

年 次		昭 和 2 年	3 年	4 年	5 年	6 年	7 年	8 年	9 年	10 年	11 年	12 年
年 齢 (歳)												
16~20	死亡者	202	173	179	132	149	165	167	128	120	140	152
	入所者	280	205	322	264	221	(344)		298	251	301	340
	死亡率	72.1	84.3	55.5	50.5	67.4	(47.9)		42.9	47.8	46.5	44.7
21~25	死亡者	184	167	207	168	165	189	298	201	182	175	185
	入所者	629	331	297	235	263	(522)		417	331	373	403
	死亡率	29.2	50.4	69.6	71.4	62.7	(36.2)		48.2	54.9	46.9	45.9
26~30	死亡者	155	142	159	123	120	147	163	143	154	165	160
	入所者	232	212	226	181	212	(354)		310	279	302	333
	死亡率	66.8	66.9	70.3	70.6	56.6	(41.5)		46.1	55.1	54.6	47.3

備考 昭和7年の入所者数には有料より無料に転じたる130名が重複しており年齢別が未調査故百分率も参考として掲げる。

昭和8年は有料患者入所数調査脱漏のため全新入者の年齢別は未調査。

減少してきた原因は第1に社会に求めねばならず、入所申込み患者に療養注意を守る者または早期に注意する者が多少増加してきたことの徴候と見られる。然れども所内、所外の事情にはここに考慮せねばならぬ点も多い。例えば入所希望者の停滞して待日数が長くなったため入所前に死亡した重症者も多くあつたろうが、所外の非療養的生活が続く限り、重症者は次から次へと続出すべき故、差引きどんな状況であつたろうか。重症急性の理由で委託病院へ入った者の差引きはどうなるうか等所詮は判断困難な複雑さがあるので、その程度については大に割引して所外の療養的生活進歩の徴候も現われたというに止めて置く。

なおこの表にて昭和7年の死亡者が増加したのは第2回拡張にて三百数十名の新患者が漸次収容せられて、開

所当時に似た状況が起つたによることである。

3) 1年間の死亡率は年を経るとともに余程減少し、死亡迄の在所期間の長い者が増したことに ついても、前前より繰越の生残慢性患者がどの位この数字に影響しているかを考えねばならないが、その関係は寧ろ少なく他の関係でも長くなっている。大体にいつて何年間といった者は極く少数であつた。入所申込みが多いので退所すべき病状となれば退所せしめるに努めていたからである。

4) 入所当時の病期別でいうと、3期の者に死亡率高きは当然と見ても、初めは入所当時1期であつた者においても十数%の死亡率を出していたので、病勢としては全体に比較的急性の者が多かつた事が察せられる。

年を経るにしたがい、入所当時に1期であつた者も、3期なりし者も共に死亡率は減少しているが、1期の者

では3期の者より著しく減少率が大である。これはサナトリウム療法が軽症者療法である原則と一致している。これについてもまた入所前から1期の者にも療養に注意する者の増えることは察せられ、第5表において起床可能にて就寝していた者が、年と共に増加していたことなどもここに参酌される。

5) 年齢別でいうと、1年間の死亡率減少と共に、その死亡率が高年齢層において比較的高くなつてきた。これは共に減少している内において、低い年齢層の方に減少率が大であつたから起つた結果である。

6) 前記諸項を総合すると、死亡率減少は1期の者、低い年齢層の者に比較的確明であつて、死亡迄の在所期間の長い者が次第に増してきている。この統計上の死亡率減少と、慢性化傾向とは色々錯誤の理由も考えられるから、大に割引して取上げねばならないが、療養的生活の効果も認められるべきが当然で、それは大体は療養所生活に帰せられるが、同時にまた社会における入所前の療養的注意の進歩を見通がすことは出来ない。この事實は病勢が少し進めば、その回復には非常な努力と時間を要する本病の特性とも一致する。

追記 以上の結論に鑑み、戦後に一般から注目された結核死亡率減少と共に死亡年齢層の高年化現象については昭和24年の結核病学会総会とその前年の関東地方学会において私見を述べた。

(B) 健康相談事業ならびにその基礎的問題 (社会における結核症の軽症化および慢性化方策の研究)

(1) 公立療養所創設当時

唯一の公認された療法はサナトリウム療法であつて、それは本来軽症者療法であるのに、入所し来る患者は大体皆重症急性の患者で、練磨療法の多くがほとんど実行し得られなかつた。前に第1編で述べた作業療法はその困難の間から、色々工夫して辛うじて経験し来つた事項であるが、これにもまして遙に重要と考えられたことはサナトリウム療法の適応症として社会の患者を軽症化することの運動であつた。それは偶々また独逸においてサナトリウムの患者が漸次重症化してきたことと対照して興味があるので簡単に述べて置こう。

(2) 独逸のサナトリウムとの比較

独逸のサナトリウムで患者が重症化して来たことには、殊に前回の世界大戦時における観察が有力な基礎となつてゐる。元来独逸のサナトリウムでは極く軽症な者を収容して重症者は病院へといわれていたが、それは療養所の根本方針が早期治療によつて限られたる期間内に肺結核を治癒せしめ得るものという考えから出発し、療養所へ送る者は少なくとも停止型となつて廃人となるを免れ得る見込みある者とせられ、重症者は除かれていた

のである。前世界大戦以前には、これによつて蘇々たる治療成績が文句なしというように統計上に見えていたが、この成績もまた他の論拠から動揺を生じて来た。

例えば Ulrici 氏等は、殊に世界大戦時における観察等から、療養所に入る患者には結核でない者または少なくとも進行性結核には冒されていない者が多いと主張し、その他にもこれに賛する人が多く出た。

かかる議論の外、主なる理由の2,3を挙げると、實際の必要からしても世界大戦時の必要から、結核撲滅独逸中央委員会は療養所に重症患者を収容せしむることにした。また治療上からも、外科的治療が進歩して相当重症な肺結核患者も恢復し得る見込みが増加して来たので、療養所は相当な設備を整えて、かかる重症者をも収容せねばならぬようになってきた。重症患者を療養所へ送るに至つたなお一つの重要な原因は、結核相談救護事業の発達である。すなわちそちらの方面から言えば、伝染の危険ある重症者を送つて長く収容せしめ置き度きことは当然であるから、その予後の不良な者が多き点について議論はあつたが、違ひそうもなつたのである。

ドイツの療養所における治療不要者数調査の2,3

報 告 者	総人員	治療不要者	非肺結核症
Büttner-Wobst 1916	361人		55.7% 59%
Fishberg 1920			80%
Ulrici 1918~1921	2000人 600人	23%	700人
Hoffmann			非活動性肺結核 50%
Ritter		10%	

診査成績としては多数の報告あるも上表には療養所に収容したる患者についての報告を掲げた

わが国の療養所にも私立あり、公立（今日は医療団経営となる）あり、またさらに官立も出来たが、まず結核予防法の法令を中心とした公立療養所について述べると、これは病毒伝播の危険ある患者を収容するのが目的で、法令の辞句は時に変更もされたが、いづれにしても財力乏しき重症者の隔離が仕事となつていた。それで療養所という名前によつて病院とは別である「サナトリウム」であると考えると実行上種々な難問題が起つてきた。そこでまた世間には軽症な患者を容れるところをという計画が樹てられたが、実行の結果は大体失敗に終つていた。その失敗というのは軽症軽症といつていても、何時の間にか重症化してしうことである。これは私自身も東京市療養所の隣に建てられた「ガーデンホーム」において、自分がその創立にかかわり、かつまたその後も委託病院管理等の立場から親しく状況を見て来て十分に経験したところであり、村尾圭介、寺尾殿治両氏などは直接その衝に當つてよく知つてゐるところである。これ

は社会に重症者が多く、その収容要求が余りに大きいからであつた。それで結局外観上の健康者の診査すなわちいわゆる健康診査の普及によつて社会の患者を軽症化して行く外なかつたので、これを主なる目的として設立されたものが健康相談所であつた。

(3) 健康相談所と保健所・国民体力法

健康相談所の創設については他方面よりの要求もあつたが、ここには今公立療養所の立場よりこれを述べると大正 11 年 1 月の全国公立療養所長会議に遡る。それは今日より顧みると実に意義の大なる会議であつたので、一応当時の実状を記載しておこう。

丁度六大都市の療養所が大体皆竣工した頃であつたが、医海時報社長田中義一氏が、私を訪れて、今回東京市長後藤新平氏が六大都市衛生課長会議を開かれるので、その機会に公立療養所長会議を開かれたらばとのことであつた。それで直に同僚に諮つて内務省に申出でたところ、結局府県をぬけて直接召集の例がない故、自分等で集まれば内務省召集と同様に扱うとのことであつたが、これは爾来第 16 回の最後の会議までその例によつた。この第 1 回会議において潮衛生局長の議長と内務省諮問事項中の学術研究の件、退所者予防上の保護の件、予防宣伝の件等は、所長側議題の結核相談所附設建議の件、結核病学会創設および結核雑誌発行の件等には好都合であつた。その内の重要議題として結核病学会創設の問題には大阪市刀根山病院長有馬頼吉氏、京都市宇多野療養所長浅山忠愛氏と東京市療養所長の私とが共同して提案説明し、一同賛成決議、続いてその奔走に入つた。東大にて稲田竜吉教授に諮つた時、初めは演題が少なくても、学会が出来れば、その出るように befördern しますよといわれたが、その語は 1,2 年にして忽ち的中した。

健康相談所創設の要望は爾来年々の全国公立療養所長会議にて議題に表われた。それは療養所の外来としてでも、または密接な連絡関係においてでも、いずれとしてなり是非附設されたいという要求であつたが、健康相談所が実現され出してから、またそれと療養所との連絡が双方から要望された（年々の議題は結核第 18 巻第 1 号参照）。

東京市では大正 14 年に仏国より震災寄贈の組立バラックおよびレントゲン装置を用い、東京市療養所員の労務提供によつて、東京市衛生課の仮健康相談所を全く無予算の間から、小石川区大塚の養育院跡に設けた。しかし健康者を診るのだと宣伝に努めたにもかかわらず来訪者はほとんど皆薬貰いの病人であつたので、ついには無拠薬剤を東京市療養所より持参して投与し、来訪者を維持する外なきにいたつた。この意味の投薬は健康相談所が多く出来てからも随分長く続き、今日もあるいはまだ行われているであろう。（震災寄贈品の臨時救護所では日赤

施設で茂木蔵之助氏が児童の診査で健康と思われていた者に病像を見たことも序に述べておく）。

この大塚の仮健康相談所も市の予算計上を見ることが出来なくて、翌年閉鎖するに至つたが、社会における健康者受診の風習を開拓することが如何に困難なるかを経験することが出来た。しかるに一方には知人間の診査等によつて外観上の健康者の間に陰れたレントゲン病影（今日のいわゆる無自覚性肺結核症）を発見することが度度起つたので、ついに知人同志の私設団体として健康診査普及会とそれに附属する成器寮健康相談部および成器寮プレベントリウムが昭和 8 年に本郷区元町に設けられ、全く自由の社会的研究が積まれた。

昭和 6 年に至つて初めて東京市の予算が認められて、小石川区大塚に、さらにまた昭和 7 年 4 月から麻布区広尾に東京市健康相談所が出来た。また同 7 年秋からは安達内相の置土産と称せられる日本放送協会の納附金を資源として全国的に府県立健康相談所が設けられた。

かく健康相談所は出来ても一般の医師としては初めての事業であつたので内務省、厚生省は結核予防協会主催として結核予防医および結核予防看護婦の講習を始め、会場を大体東京市療養所とされたので、同所では総掛りで、それに当つた。

健康相談所はその後急速に増加して現在では約 200 カ所におよんでいる。そこへまた昭和 12 年に保健所法が公布せられ、その数は目下百数十カ所であるが、ゆくゆくは全国に 550 カ所の本所と、1,100 の支所が設けられることになっている。

これら諸事業の発達は、主として内務省から厚生省への衛生当局および府県の行政機構と、財団法人結核予防協会から今の財団法人結核予防会への社会的団体とが表裏一体で中心となつて行つた全国的運動によつたものであるが、この他にも健康保険や通信省簡易保険事業の保健施設が設けられつつある。その他また諸所の社会事業団体でも健康相談所が設けられるに至つた。しかれどもここにはこれら官公私諸事業について調査詳述する余裕なく、唯わがくにおける健康者受診の風習勃興に保健上の劃期的意義を認め、その実施機関発達の状況を概説する目的であるが、その意味において目下最も技術的に理想的な施設は結核予防会の神田区三崎町健康相談所であつて、斯種諸施設の指導的立場に立つている。

国民体力法・健康相談所事業および保健所法の外には、国民学校生徒に対する養護施設だけが行なわれていたところへ、昭和 15 年国民体力法が公布され、その要点は上述の健康診査普及会（別名延命協会）理事原口初太郎代議士がつとに帝国議会で建議又は質問して度々繰返した所と同様である。（第 67 議会および第 70 議会予算総会および分科会議事録参照）

(4) 健康診査 (いわゆる定期健康診査 Periodical Health Examination)

前に述べた東京市衛生課の仮健康相談所等によつて健康者受診の新風習を普及せしめることは至難の事業であつて、「自ら健康と思つている者」を診るのだ、外観上の健康者だという声は普通の方法では一般社会には極めて徹しにくいものであることが十分経験されたので、最も見易い場所に一つの目立つた模範的施設を作つて事例を社会に示す外ないとの考に達し、前述の健康診査普及会と附属の成器寮健康相談部では、当時学生に肺結核の蔓延甚しく試験地獄が非難されていたので、学生街の中心地を以てその施設を設け、学生を第一対象としたのである。その他結婚妊娠期の女子、工場の職工等をも目標として「病人でなければ医師に用はない」と思うは誤である。病気になるために受診することを医業の半面と思わねばならぬとの唱道に努め、予防医学実地の説明書を作り、胸部レントゲン診査の必要を唱えた。

また当時サナトリウム療法で Subfebrilität が肺結核の一重要徴候として扱われていたところ、健康な学生、生徒の検温で、微熱所有者の意外に多いことを見出したので大いに驚き検温の必要も説いた。しかるに数年にして不明の微熱の多くは結核症に関係なきことが分つてその取消しに力めいたが、その頃になつて外来受診者のうちには不明の微熱を気にした者が多かつたので、健康診査普及には役立つものと思われた。

健康診断の用語に関して

結核予防法では届出、消毒等の防疫の立場から健康診断といつてゐるであろうが、本人の発病予防および治療の立場からいうと健康診断の語は誤りと考えられる。その理論は別に述べるとして（日本医事新報昭和三十年八月号）、まず健康診査普及に努める上から述べて見よう。

これの第一は結核の診断が本人に取つて重大な断定となることを特に重く考えねばならない。それを恐れて診断を肯ぜざる者も多い状況であつて、以前には肺結核と診断を下した医師に対して憤激して追跡した患者の話もあつた程であるから、自発的受診を促す意味では診断の語を慎重に用いたい。第二には肺結核の診断そのものが実際に甚だ難かしく、レントゲン読影の難易は勿論であるが、離職、休職、休学、廃学、結婚、分娩等の処方が容易でない。これは医学的にも、また医師の経験によつても考が相当に変わるからである。われわれも最初には健康と思つている者に病巣を発見して驚いたのが第一であつたが、次第にその病巣には相当に作業または分娩に堪える者あるを見て、療養所における作業療法研究を重視して来た程である。このため成器寮健康相談部では、定期健康診査と称して、その人の病状次第で、必要な頻度に反復来院せしめて診査を繰返し、病巣の動きに注意しつつ適當の指導を与えおく方法を根本方針とした。故に

いわゆる定期健康診査は一つの診査技術と考えたのである。この方法で続けて行くうちに学校を卒業した者も多い。それで受診奨励のために常にいつたことは、意外な病巣を発見して休学を勧めることもあるが、それよりは休学廃学の心配をして来た者のそれから救われた例の方が遙かに多いということであつた。

診査の結果は当然に診断が下されるのであるが、それには次回診査の折までは通学してよいとかいう如き診断、処方も少なくなつた。そして今回はまたその時のこととしたのである。かかる方法で、他の点では精々療養法を守らせ、作業の分量を軽減するだけで足りねば大人プレベントリウム（次編参照）へ一時的に入院させて見て、そこから学校へも通わせるというようにすると、意外に作業に堪え勤務をつづけた者もあつた。故に健康診査で初めて発見した無自覚性慢性肺結核では作業分量を定める診断は慎重な考慮を要する問題である。

以上は診査技術の幼稚であつた頃の方法で冗漫な書き方となつたが、将来予防医学実地または予防医学クリニックを発達せしめる上においては健康診査は基礎的方法となるので、その観念は今から明らかにしておかねばならない。

健康診査は極めて有効であるが、自発的受診は極めて困難な仕事であるので、その普及を促がすためにはどこでも色々と工夫されるが、成器寮にては米国の延命協会の例になつて個人の健康診査を勧めるために誕生日健康診査といつたり、また家族的健康診査、集団健康診査等の名を用いたりして実行したが、集団診査にてもその後要注意者の自発的受診を勧めて適當の予防的指導を与えるを重要とした。

集団検診の用語について

集団健康診査は集団検査、健康調査、結核調査等の名で各地の諸氏から多く発表されたが、昭和 14 年には今村荒男氏の結核病学会宿題報告—結核ニ関スル集団検診—に倣いて各地よりの報告にもこの名の用いられたが多く、漸来一般に用いられている。これについては集団検診の名は集団診査の特別の場合で軍隊、官庁等の外、会社その他でも衛生管理の意味で管理者が行う場合と考えたく、診断後の処理方法については管理者において責任を持つ考えを伴つて貰いたい。近時診断だけつけてその後の世話をしないとの苦情を多く聞くが、本人としては暴かれた如くにも感じる以上、起り易き苦情である。

今村氏は結核予防策は根本的には急性伝染病のそれと同じと考え、府庁衛生課、体力課等の協力の下に行つて、集団検診の語を用いたのだから、前述の意味からいつても妥当であるが、この語を一般的に使用するとすると種々な問題が起る。差当り急性伝染病扱いとしては収容施設の足りないことが問題となり、また官憲の協力な

くては行にくいことも問題となる。予防医学または保健医学の基礎的方法として単なる技術的の語を望む場合にも適しなく、一般健康者の自発的受診を促すにはことに適当でない。診査の語も審査と聞き誤り易い欠点はあるが、単に語だけの問題で観念は変わりがないとすれば、健康診査で支障が起ればその時のこととしても簡単である。

(5) 健康診査の普及・診査技術の進歩・附言

東京市療養所の患者のうちに、全く何も気付かずにいて、健康診査によつて肺病と決定せられた者が何人あるかは折々調査したが、昭和16年9月13日現在では患者1157名中78名すなわち6.7%であつたが、その内児童病舎では39名中15名すなわち38%となつていた。この外になお自分で早く気のつくようになったことの大きい点も強く感ぜられた。それには結核予防週間、健康週間その他の宣伝、展覧会、講演会等の結果、結核病に関する社会人の注意力の高まつたことが大いに関係する。

前に述べた小石川区大塚に開かれた東京市衛生課の仮健康相談所当時の経験から見ると大なる進歩といわねばならぬ。社会の結核症と療養所内の患者とが軽症化し慢性化したことを示す前掲の統計的観察とおおよそ一致する事実で最近十数年間の明らかな進歩である。

診査技術の進歩

健康診査(集団検診を含む)の仕事が進められつつある間に、診査技術は昔日の眼を以て見ると、実に驚歎すべき進歩を遂げて来た。文献抄録の意味で、ここに重要な2, 3の点について述べて見よう。

健康診査普及問題が初めて唱道された当時には、赤血球沈降速度の応用はまだ始まらなかつたが、その後もなく昭和4年には临床上に試みられた報告が、日本結核病学会総会演説に現われ(佐藤理太郎、田中竜三両氏、佐々木憲介氏)、翌5年には一肺結核の临床上における赤血球沈降反応の意義一が佐々木虎雄、小林芳夫両氏の論文として雑誌結核に発表された。

昭和7年には成人に結核未感染者の多きことおよび感染後短期の間に肺結核を発病する事実あるを知つて従来一般の見解の甚しく誤つていたことが分かつた。これは小林義雄氏の雑誌結核に発表せる論文一青年期の結核感染と肺結核発病との時間的關係一であつて、その総括および結論の第5項には次の如く述べてある。

以上の事実を綜合考察するに肺結核のレントゲンの発病は「ツ」反応陽転後第1期に多く、滲出性胸膜炎および急性肺結核の臨床的ならびに検痰の発病は「ツ」反応陽転後第2期に多く、慢性肺結核の臨床的ならびに検痰の発病は「ツ」反応陽転後第3期に多く第4期におよんで次第に減少するのであらうと考えられる。ただし肺結核の臨床的発病は多くは慢性であり、レン

トゲン検査および検痰もまたその臨床的発病を待つて始めて行なわれる場合が多いのであるから、一般に肺結核の診定は「ツ」反応陽転後晩期に成る場合が多いのであらう。

上の第1期は「ツ」反応陽転後3カ月以内、第2期は3カ月以上12カ月以内、第3期は陽転後1カ年以上4カ年以内、第4期は4カ年以上であるから、青年の結核は幼時の初感染から起ると思つていた従来一般の考からは全く驚ろかされたという外なかつた。

爾来「ツ」反応による健康調査は非常に勃興した。熊谷岱蔵氏、有馬英二氏、今村荒男氏等および多数教室員諸氏の各地における健康調査の外、各地の健康相談所より多数の報告があり、諸所の研究所よりも報告された。偶々またBCG使用に伴いてこの検査が普及したことも大きい。

(なおこの機会において有馬頼吉氏が、全国公立療養所長会議において結核処女地の疫学的調査を大正13, 14, 15年の3回議題に上せて内務省に要望したことも想起される(結核第18巻第1号))。

レントゲン診査では昭和11年の総会演説にて古賀良彦氏の間接撮影紹介あり、その後次第に発達して集団検診には多大の効果を挙げるに至つた。いわゆる精密検査のレントゲン読影については内外諸氏の著書も出たが、殊に岡治道氏と隈部英雄氏は昭和2年以来東京市療養所において解剖的变化とフィルム影像とを比較研究して昭和14年の実践医理学(第9年第5号)に発表した。断層写真的研究も昭和13年に有馬英二、山田豊治両氏と松岡直義氏が結核病学会総会演説にて述べた。また今村氏は前記宿題報告に螢光像縮写を応用した。

その他菌の検出法、血清学的診断、血液像、血球数等が諸氏によつて研究され、肺活量測定の実用も熊谷岱蔵氏によつて紹介された。かくして健康診査ないし集団検診は愈々有効的確に実施されるに至つた。

附言

結核は疫学的見知が中心となり、いつかは過去の歴史と葬り去り得るに違いないが、サナトリウム療法に端を発したる肺結核一般療法の諸項目と、同じく結核問題に端を発したる精密健康診査の方針とは、将来結核問題を離れても治療的予防または予防的治療の重要方法として研究され応用され、永く国民保健に寄与し行かめねばならぬ、それには今にして健康診査の観念を国民の間に明確にしておくを極めて必要と考える。

健康相談事業の基礎的問題については健康診査の外に、なお予防的指導の問題があるが、次編プレントリウム等の条下に述べる。

総 括

東京市療養所における統計的研究で知り得た事実のう

ち、特に注目されたことは次の諸点であつた。

- 1) 第1には開所(1920年)当時の初期時代には入所後1カ月以内の死亡者が年々の全死亡者に対する百分率で51.0, 31.5, 38.6, 38.2等の高率を示したことで、2カ月目となればその半分位に減じ、4カ月目には大体数%の少数となりその後は益々少なくなっている。この数字は入所前の社会における患者に重症者が多くて療養的生活が行なわれていなかったことを示し、また入所後の療養生活は如何に有効に作用するかを示すものと見られる。」
- 2) この入所早々の高死亡率も年を経るにしたがつて次第に小さくなつた。これには入所前の療養的生活の進歩が現われているものと見られる。
- 3) 1年間の死亡率は年を経ると共に余程小さくなり、かつ死亡までの在所期間の長い者が増して来た。その原因の第一としては社会より入所して来る者の病型の良くなつたことを認めねばならない。
- 4) 発病より入所に至る年月数にもその期間の長い者が年と共に増している。」
- 5) 入所当時の病期別でいうと1期も3期も共に死亡率は年と共に次第に減少しているが、その内でも1期の方が明らかに多く減少している。
- 6) 年齢層でいうと、1年間の死亡率は低年齢層と高年齢層において共に減少しているが、低い年齢層の方に減少率が大であつた。
- 7) 入所早々の高死亡率を引下げるには、入所して来る社会の結核患者を軽症化し慢性化する外なかつた訳であるが、それ等の変化は社会における健康診査(いわゆる健康診断)の普及、診査技術の進歩ならびに療養的指導等の事業の最近10年間に著しく勃興したのと大体並行的に現われた。」
- 8) 以上は肺結核症の最重症時代であつたればこそ見られたという所見と、それが軽症となり慢性型となりつつある状況とを記録し、国家社会各方面の施策の効果を、先きに一定健康診査に関する諸問題一として述べた考え方(結核第18巻第6号)で検討したものである。

文 献 欧文は第4編に掲ぐ。