

## 制度変化と“ディシプリン”

——公衆衛生行政を事例に——

小池 治

序：ヘルスプロモーションの時代

### 1. 公衆衛生行政の光と影

戦後の焼け野原から再出発した日本は、占領軍の指令のもとに全国に保健所を設置し、まさに国をあげて公衆衛生に取り組んだ。その活動範囲は、蚊や鼠の駆除、ツベルクリンやレントゲンによる結核予防、ワクチン予防接種、栄養指導による成人病予防、家族計画の普及、歯科検診など多岐にわたり、短期間に大きな成果を上げた。1960年代には国民皆保険制度が確立され、医療機関の急速な整備と医療技術の発達、健康教育の普及等により、死因の上位を占めた疾病による死亡は大きく減少した。また、乳児死亡率や妊産婦死亡率も短期間のうちに目覚ましく改善され、日本人の平均余命は男性で世界第6位、女性は第1位と世界でも指折りの長寿国となった。

しかし、その一方で、自殺者数は年間3万人近くに達し、死亡原因の第2位を占めている。また、高齢者の孤立死も増加している。孤立死は、東京23区だけでも年間4500人を超え、全国では3万人が誰にも看取られずに死を迎えている。さらに、幼児虐待、児童の不登校、いじめ、ひきこもり、鬱などのメンタルヘルスの問題も依然として深刻な社会問題であり続けている。日本は経

済的に豊かになったものの、人間関係が希薄化するなかで、多くの人が健康に不安を感じながら日々を暮らしている。

ただし、ストレスや生活習慣病、新型感染症など健康リスクの増加と多様化は、程度の差こそあれ、世界に共通する社会的な病理現象である。そこで1980年代になると、世界の保健関係者が「新しい公共保健運動(New Public Health movement)」を提唱するようになった。「新しい公共保健」は、健康上の問題を個人の責任ではなく、公的な問題ととらえ、コミュニティ参加や地域組織の連携を重視し、広範なサービスの提供と諸々の社会運動によって、個人と社会の健康を維持・促進しようとする統合的なアプローチである(Tulchinsky and Varavikova 2010)。

この「新しい公共保健」のシンボリックなプロジェクトが「ヘルシーシティ(Healthy Cities)」である。「ヘルシーシティ」は、町全体を人々の健康増進に寄与するように改良する運動であり、1986年に世界保健機関(WHO)のプロジェクトとして欧州の11都市で始まり、現在では欧州を中心に世界の100以上の都市に拡大している<sup>1)</sup>。

こうした潮流を受けて、1986年にWHOは「オタワ憲章」を採択し、「ヘルスプロモーション」の推進を世界に求めた。「ヘルスプロモーション」は、「人々が自らの健康に対するコントロールを増加させ、改善できるようにするプロセス」である。WHOは、平和、安全(shelter)、教育、食糧、所得、安定した生態系、持続可能な資源、社会的正義、衡平(equity)がヘルスプロモーシ

---

1) 「ヘルシーシティ」運動の起源は、1985年にハンコック(Trevor Hancock)とダール(Len Duhl)がトロントで組織した会議で提唱されたコミュニティワイド・アプローチに、WHOアドバイザーのキックブッシュ(Ilona Kickbusch)が関心をもったことに始まる。その後、ハンコックとダールはWHOのコンサルタントとして雇用され、キックブッシュのリーダーシップの下に「ヘルシーシティ運動」が開始された(Taylor 2010: 5)。「ヘルシーシティ」の具体的な取り組みの内容については、佐藤(1995)が詳しく紹介している。

ンの前提条件となり、かつ安定基盤になるとする。ヘルスプロモーションの具体的な活動としては、健康のための政策（healthy public policy）の構築、健康支援環境の創造、コミュニティ活動の強化、人的スキルの開発、保健サービスの方向転換が提示されている。

日本を振り返ると、農村生活改善運動や「蚊やハエのいない生活実践運動」のように、住民と保健当局が緊密に連携して地域の公衆衛生に取り組んだ時代があった。いまでも農村部や都市の下町にその名残をみることができるが、ほとんどの地域では住民と行政が連帯して公衆衛生に取り組む姿はみられなくなった。その一方で、人々はますます医療機関への依存を高め、それが国の医療費を急速に押し上げていった。

そこで、政府は1980年代後半に「ゴールドプラン」（高齢者福祉推進10か年計画）を策定して在宅福祉への転換を図るとともに、1990年代には地域保健法（改正保健所法）を制定して市町村保健サービスの機能強化を図った。さらに2000年代に入ると、介護保険法の制定、高齢者に対して保健・医療・福祉サービスを一体的に提供する「地域包括ケアシステム」<sup>2)</sup>の導入、「21世紀の国民健康づくり運動」（健康日本21）による地方健康増進計画の策定と実施など、保健行政の地方分権を推進した<sup>3)</sup>。とくに医療や介護については生活習

- 
- 2) 「地域包括ケア」は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するもので、厚生労働省では、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を地域包括ケアシステムの単位として想定している。そこでは地域包括支援センターは地域づくりや地域包括ケアのネットワークの拠点と位置付けられている。
- 3) 「健康日本21」の前身は、厚生省が1978（昭和53）年にスタートさせた「国民健康づくり対策」であり、それが1988（昭和63）年から「アクティブ80ヘルスプラン」に代わり、2000（平成12）年から「健康日本21」となった。現在は、「第二次健康日本21」が進行中である。

慣病等を予防する「一次予防(プライマリ・ケア)」<sup>4)</sup>が強調され、市町村には健康増進のための積極的な取組が求められている。

しかし、地方分権の推進にもかかわらず、健康増進に対する地方自治体の取組はあまり進んでいない。健康づくりの地域拠点となる市町村保健センター<sup>5)</sup>に専任の医師は配置されておらず、地域包括ケアの拠点となる地域包括支援センターも大半が民間事業者(指定管理者)の運営に移されるなど、市町村の保健行政部門はむしろ縮小されてきている(細野・小池2012)。また、公衆衛生の拠点機関として住民の健康を守ってきた保健所は、対人保健サービスの大半が市町村保健センターに移され、食品衛生や環境衛生などの対物保健行政が業務の中心になったことから、住民生活から遠い存在となりつつある。

しかし、冒頭でも述べたように、自殺や孤立死、虐待など社会的な病理はますます深刻化しており、国や地方自治体には総合的な対策が求められている。それにもかかわらず、地方自治体が策定した健康増進計画は、特定健康診査の実施など厚生労働省のマニュアルに従った横並びのものが大半であり、積極的に“ヘルシーシティ”のような総合的な健康政策を推進している自治体はほとんどないのが現状である。

なぜ、日本の地方自治体は「ヘルスプロモーション」に消極的なのであろうか。

- 
- 4) プライマリ・ケアは、「はじめて外来患者が医療機関を訪問したときに受ける通常の外来診療」を言う。日本プライマリ・ケア連合学会では、プライマリ・ケアを「身近にあってなんでも相談に乗ってくれる総合的な医療」と説明している。欧米では患者は最初に「かかりつけ医」による総合的な医療を受けるのが一般的だが、日本では大きな病院の専門外来を受診するケースが多いことから、政府は家庭医(ホームドクター)や総合診療医を増やす方針が打ち出している。
  - 5) 市町村保健センターは地域保健法に基づいて市町村が設置する機関で、健康相談、保健指導および健康診査その他、地域保健に関する必要な事業を行う。都道府県や政令市が設置する保健所がより広域的・専門的な健康課題を把握し助言する技術的拠点であるのに対して、市町村保健センターは地域住民のための健康づくりの場・直接サービスの場という役割を担うとされている。

その根底には、「公衆衛生」のディシプリンの問題があるというのが本論文の主張である。「公衆衛生 (public health)」は、公衆衛生学の教科書では、以下のように定義される。

「公衆衛生 (Public health) とは、環境衛生、伝染病の予防、人間衛生の諸原則に関する教育、疾病の早期診断と予防的治療のための組織的な医療看護サービス、そしてすべての個人の健康維持に十分な生活水準を保障できる社会制度の開発を目的に、コミュニティの組織的な努力によって、疾病を予防し、寿命を延伸し、精神的・身体的健康と能率を促進することに関する科学及び技術 (art) である。」(Winslow 1920: 30. 訳は筆者による)

この定義に示されているように、公衆衛生はコミュニティの組織的な活動であり、環境衛生、医療や看護、教育、社会制度などの行政活動を含むものである。19世紀半ばに英国で発達した公衆衛生はやがて世界に広まり、20世紀初頭にはロックフェラー財団により世界各地に公衆衛生大学院が設置されるようになる。日本も、明治初期に英国をモデルとする分権的な公衆衛生行政を導入した。しかしながら、やがて公衆衛生は警察が所管するようになり、権力的な取締行政のなかに組み込まれた。そのため戦前期の日本では、公衆衛生学のディシプリンが根を下ろすことはできなかった。敗戦後、占領軍によって行政の民主化と専門化が図られ、保健所を中心に熱心に公衆衛生に取り組んだ結果、日本の衛生状態や国民の健康は大幅に改善された。しかし、1960年代に入ると保健所は医師不足に陥るようになる。1980年代以降、国は地方分権を進め、保健や福祉における市町村の役割を強化した。しかし近年では、地方自治体は地域保健行政を縮小する傾向があり、国際的な潮流と逆行する動きが現れている。これは日本では公衆衛生のディシプリンが自治体行政に浸透していないことを意味している。なぜ、日本では公衆衛生が根付かないのか。この謎を解明するのが本論文のテーマである。

## 2. 制度変化と“ディシプリン”

政策過程論によれば、政策形成は新たなアイデアが関係者間で共有されることから始まる（Kingdon 1983）。ただし、アイデアが漠然としたままでは、政策決定過程において支持を取り付けることはできない。そこで、新しいアイデアの主唱者は、アイデアの正当性や合理性を裏付けるべく、学界に働きかけて理論化を行い、ディシプリンを構築する。そして政策や施策を作成してディシプリンの“制度化（institutionalization）”を行う。

また、制度化は行政の外部に対しても行われる。官僚は政策コミュニティを構築するために学者や専門家を動員する。省内における研究会の設置、学会の設立や運営の補助、学者の研究活動の支援などは、官僚の常套手段である。政策形成過程では、審議会のなかに分科会を設置し、関係団体の代表を集めて、新しいディシプリンを説明し、政策ネットワークを構築する。

このモデルに従えば、日本において「新しい公共保健」や「ヘルスプロモーション」が進展しない理由は、そのディシプリンの“制度化”が進まないためであると考えられる。別の言い方をすれば、既存の制度が新しいディシプリンの台頭を妨げている。具体的にいえば、公衆衛生よりも基礎研究を重視する文化、臨床こそ医師の本分と考える文化、地域医療よりも個人の医業を優先させる文化、そして公衆衛生の役割を感染症や食中毒の予防など狭義の衛生行政に限定する文化などで構成される現行制度が、新しいディシプリンである「新しい公共保健」や「ヘルスプロモーション」の制度化をブロックしていると考えられるのである。

## 3. 本論文の構成

制度は、その国の社会文化や経済環境、国際関係などに左右されつつ、歴史的に形成される。したがって、制度の分析にあたっては、制度形成の歴史的な経路（historical path）を把握することが必要になる。

表 1 日本における公衆衛生の歴史的経路

時期区分	キーワード	年代
公衆衛生前史	「医制」、内務省の衛生行政（衛生警察）、衛生組合	1870～1905
公衆衛生の萌芽期	保健衛生調査会、ロックフェラー財団、公衆衛生院、保健所法	1905～1945
公衆衛生の展開期	占領軍による衛生行政の改革、新保健所法、国民皆保険、ゴールドプラン	1946～1980s
公衆衛生の転換期	オタワ憲章、地方分権、地域保健法、介護保険法、「健康日本21」、公衆衛生大学院	1990s～現在

表にまとめたように、日本の公衆衛生の歴史は明治時代から始まる。そこで、第1節では、明治期に集権的な衛生行政の制度が形成された経緯に焦点を当てる。日本の公衆衛生行政の基本は明治期に形成された。内務省はコレラ等の伝染病に対処するため、府県の警察部門が地方衛生行政を担当する「衛生警察」の行政体制を構築した。一方、明治政府は医師に自由開業を認めて全国に病院や診療所を設置する施策をとった。その結果、開業医は医業の権益確保に向かうようになり、公衆衛生や社会的な医療の推進には徹底して抵抗するようになった。

第2節では、大正期に米国のロックフェラー財団が日本に公衆衛生を導入しようとした経緯を考察する。当時ロックフェラー財団は、公衆衛生学の専門家を養成するため、世界各地で公衆衛生大学院の設立を援助していた。しかし、ドイツ医学の影響下にあった日本の医学界では基礎研究が重視され、公衆衛生学に対する関心は限定的であった。だが、無医村の増加や若者の結核が大きな社会問題になると、政府は公衆衛生の重要性を認め、ロックフェラー財団の支援を受け入れた。しかしながら、設立された公衆衛生院は専門大学院ではなく、衛生技術者の養成機関であった。また、政府は全国にヘルスセンター（保健所）を設置する計画を立てたが、医師会の反対から保健所では診療は行わないことになり、保健指導と衛生行政を所管する国の行政機関と位置付けられた。

第3節では、戦後期における公衆衛生行政の確立過程を考察する。GHQは戦前の衛生行政の解体を命じ、科学的民主的な公衆衛生行政の確立を主導した。厚生省には公衆保健局、医務局、予防局という公衆衛生関連の3局が設置され、局長には医師資格をもつ技官が充てられた。府県にも衛生部がつくられ、衛生部長も医系技官のポストとなった。そして全国に保健所が設置され、公衆衛生行政の全国ネットワークが整備された。さらに、米国教育使節団の勧告にもとづき、全国の医学部に公衆衛生講座がつくられ、公衆衛生学は医学や医療行政の重要な分野として認知されるようになった。

しかし、1961年に国民皆保険制度が発足し、医療機関が急速に発達すると、公衆衛生関係機関は早々に縮小整理の対象となった。医師法は、医師は「公衆衛生の向上及び増進に寄与」すると定めたが<sup>6)</sup>、自由主義のディシプリンと医療の専門分化によって当初の理念は色褪せ、地方財政が悪化すると、公衆衛生は新自由主義的な改革のターゲットとなった。

第4節では、1990年代からの地方分権の推進と公衆衛生の関係を考察する。地方分権は、公衆衛生学や地方の保健機関にとって、自らを地域の公共保健の担い手として再定義する絶好のチャンスであった。しかし、分権改革の過程で公衆衛生関係者は保健所長の医師資格要件という既得権に拘泥し、公衆衛生行政を再生する機会を自ら潰してしまった。また、WHOのオタワ憲章を受け、厚労省は「健康日本21」を策定したが、政策実施の拠点となる市町村の保健部門の脆弱性から、ヘルシーシティのような運動の展開に結びつくまでには至らなかった。地方分権は自治体の権限を強化するものであったが、保健部門に関しては、ますます規模が縮小されるという逆説的な結果をもたらした。

そして第5節では、それまでの考察を踏まえ、日本の公衆衛生行政の特質

---

6) 医師法（1948（昭和23）年制定）第1条は、「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする」と定めている。

とその限界について、“ディシプリンの制度化”という視点から再整理を行う。公衆衛生行政の歴史的経路を振り返ると、戦前期につくられた医療制度のさまざまな遺産が、戦後の公衆衛生の展開に大きな影響を及ぼしていることがみえてくる。例えば、基礎研究に重きを置くドイツ医学の伝統は、実践的な公衆衛生よりも医学研究を上位に置く独特の文化を医学界につくってしまった。一方、自由開業医制度のもとで発達した自由主義の規範は、医師のビジネスライクな診療を地域の公衆衛生よりも優先させる風土をつくってしまった。戦後の復興過程では、占領軍のリーダーシップのもとに全国的に公衆衛生活動が展開されたが、講和独立を果たし、社会が成長軌道に乗ると、公的な保健活動は次第に縮小されていった。その結果、衛生（健康）を社会の問題ととらえ、パブリックな取組をつうじて一人ひとりの健康を実現する「公衆衛生（public health）」のディシプリンは、日本の地方自治に根付くチャンスを逸してしまった。その象徴的な事象が、地方自治体における公衆衛生医師の不足問題である。ヘルスプロモーションは世界的な潮流であるにもかかわらず、日本の若い医師の大半は地方自治体での勤務を希望しない。一方で、地方自治体の側も、財政難を理由に保健行政を縮小しており、それが医師をますます自治体から遠ざけるといふ悪循環が起きている。本節では、この悪循環を断ち切り、地方自治体を積極的な公衆衛生すなわち「新しい公共保健」に向かわせるうえでの一つの可能性として、公衆衛生大学院の活動に注目する。

## 第1節 明治期における衛生行政の形成

### 1. 明治初期における衛生行政の誕生

近代日本の医療は、徳川幕府が幕末に長崎にオランダ人医師を招き、日本の漢医たちに西欧医学を学ばせたことから始まる。維新後、明治政府はドイツ人やイギリス人医師を雇い入れて西洋医学教育を推進する一方、1871（明治4）年に岩倉具視遣外使節団を欧米に派遣し、西欧の医学知識を持ち帰らせ

て、国の医事制度の基本となる「医制」の策定にあたらせた。「医制」の起草には、文部省の初代医務局長でドイツ医学の採用を主張した相良知安と、岩倉使節団に参加して米欧の衛生制度を学び、帰国後に第2代医務局長に就いた長与専斎の二人が大きく関わったとされる<sup>7)</sup>。「医制」は、衛生行政機構の組織化、西洋医学に基づく医学教育の推進、医師開業免許制度の確立、医薬分業の確立などを定めたものである。政府は、当初「医制」を東京、京都、大阪の3府で施行し、順次全国に普及させるとした。これは、漢医が医師の大半を占めていた当時の状況では「医制」を一度に全国的に施行することは非現実的であったためである<sup>8)</sup>。「医制」は初めに1874(明治7)年8月18日に東京府に達せされ、次いで9月に京都府、大阪府に達せされた。また、「医制」の実施にあわせ、政府は衛生行政の所管を文部省医務局から内務省衛生局に移した<sup>9)</sup>。

- 
- 7) 相良知安は長崎でオランダ医学を学んだのち、東校の校長を務めた人物で、85カ条からなる「医制略則」を作成した。一方、長与専斎は、長崎の医学伝習所でオランダ人医師ボンベのもとで西洋医学を学んだ経験から岩倉使節団に随行したのち、相良に代わって医務局長に就任した。「医制」は76条からなり、長与が作成したとされるが、相良と長与のどちらが「医制」を作成したかについては論争がある(松山1992)。
  - 8) 明治政府による西洋医学の採用に対して漢医(漢方医)は明治30年代初めまで抵抗運動を繰り返した(宝月2010:65-73)。
  - 9) 明治政府発足当初、衛生行政は文部省所管の東校で医学教育とともに行われていたが、1872(明治5)年に文部省に医務課が設けられ、医学教育と衛生行政が分離された。さらに翌年に文部省医務課は医務局に昇格し、相良知安が初代医務局長に就任した。その後、1875(明治8)年に文部省医務局は医学教育に関する部分を除いて内務省に移された。その際に長与専斎は「医務局」に代わる新局の名称として、原語を直訳して「保健」「健康」の文字も用いたが、露骨に過ぎて面白くないとして、「莊子」にあった「衛生」の字を採用したという(副田2007:187)。一方、政府は1871(明治4)年7月14日に廃藩置県の詔勅を發し、県治条例を定めるとともに、1872(明治5)年に「大区・小区」を定めて幕藩体制下の町村を行政区に再編した。その翌年に政府は内務省を設置し、地方の統制を進めていった。

すでに多くの研究が指摘するように、衛生行政について「医制」は、英国の地方衛生局をモデルにした分権的な制度を採用した。すなわち、全国を7の区に分けてそれぞれに衛生局を置き、府県には地方官（府県知事）の下に地方官員を兼任する医務掛吏員を置き、管内の医務を掌るとした<sup>10)</sup>。また、衛生局及び府県知事の下に、第一線機関として地方の医師、薬舗主、家畜医等の中から選んだ医務取締を置き、地方官の指示を受けて部内の日常の医務を取り扱うとした<sup>11)</sup>。

「医制」の達しを受け、各府県は新たに設けられた「大区」に医務取締を配置し、医術開業や売薬願書の奥印、産婆鑑札の交付申請、種痘勸奨、流行病の予防と

---

10) ただし、全国に7か所の地方衛生局を置くという案は、地方長官（府県知事）を内務省のいわば総合出先機関と位置づけたことから実施されなかった。全国を管区に分けて地方機構を置くという発想は他の省庁にもあり、戦前期においては、農商務省が地方機構として大林区署と小林区署、鉱山監督局を設置したほか、通信省も全国に5の通信局を置いた。なお、戦後になるが、警察庁は北海道と東京を除く全国を7の区域に分け、管区警察局を設置している。

11) 多田羅（2009）は、この衛生行政の構造を「イギリスのエドウィン・チャドウィックによって起草され制定された1848年の公衆衛生法によって示された、中央に保健総局、地方に地方保健局、そして地方保健局に保健医官をおくとした形に非常によく似ている」と述べ、「ヨーロッパに学んだ専断が、わが国にヨーロッパに負けない体制の構築を目指して、設置したものと考えられる」と評価している（多田羅2009: 14-15）。なお、同様の地方分権的な行政制度は教育分野にも導入された。1879（明治12）年に文部大輔の田中不二麻呂は、学監として明治6年から文部省に着任していたラトガー大学教授のダビット・モルレー（David Murray）の協力のもとに「教育令」を定めた。これは1872（明治5）年の「学制」のもとでの中央統轄による画一的な教育を改め、学校の運営を府県に任せるとともに、学務委員を町村住民の選挙によって決定するというアメリカ型の教育行政を導入するものであった。しかし、田中の教育令に対しては、自由民権運動思想との関連が疑われ“自由教育令”などと批判されたことから田中は更迭され、教育令も改正されて再び中央集権的な教育体制が構築された（文部省編1972: 139-160）。なお、モルレーの教育論については、羽田（1990）が詳しい。

発生時の通知、死亡表・患者表の取りまとめなどを行わせた<sup>12)</sup>。だが、コレラが日本に上陸し、各地で大流行が始まると、内務省は地方庁に衛生を担当する専任吏員が必要であるとして、1878(明治11)年5月に内務省達乙第44号及び49号を発し、地方庁に対して衛生担当吏員を選任し、その官等姓名を届け出るように命じた<sup>13)</sup>。さらに、1879(明治12)年7月には、全国的な衛生事業に関する事項を審議する機関として中央衛生会を設置し、府県には衛生上に関する布告・布達などを審議する地方衛生会を設置した。また、同年12月には内務省達乙第55号「府県衛生課事務条項」を発して、府県の衛生掛を独立させて「衛生課」を設置した。衛生課には「衛生ノ大意ニ通スル者」を選び、府知事県令の指揮に従って管内衛生事務を整理するとした<sup>14)</sup>。また、新設の事件や改良の方法に係るものは地方衛生会の議に付して施行するとし、重要な事項については施行前に内務省に稟議することを命じた。一方、町村に対しては、内務省乙第56号を示達して、町村に公選の「衛生委員」を配置し、戸長を助けて出産死亡流産の員数の調査、市街や道路、井戸、水道、下水、便所な

---

12) 医務取締の制度は府県によって多少異なる。例えば、敦賀県では薬舗と売薬者を管理する「薬品取締」を置いた(『福井県史 通史編5 近現代』)。一方、愛媛県では大区への医務取締の設置に続いて小区ごとに医師10名内外を単位とする医員連合(組合)を組織させ、1連合から1名の医務調査掛を公選させて届け出るよう指示した。愛媛県では医務調査掛に医務取締の命を受けて医務組合の事務及び小区内に関係する医事衛生の一切を統轄する役目を与えた(『愛媛県史 社会経済6 社会』)。なお、「医務取締」の医師は専任ではなく、開業の傍らで業務を行った。

13) コレラは開港によって増加した外国艦船の乗務員によってもたらされた。明治時代には何度も国内でコレラが大流行したが、とくに1879(明治12)年の大流行では全国で10万人以上がコレラで死亡する非常事態となった。

14) 「衛生ノ大意ニ通スル者」は、医務取締と同じく、医師、薬舗、衛生技師、教員など衛生学の知識をもつ者を指したと考えられる。ただし、当時は西洋医学を修めた者は少数であったから、任用規準は府県によってはかなり弾力的であった。例えば静岡県では、学務課長であった蜂屋定憲が初代の衛生課長を兼任している(土屋1978:9)。

どの掃除や改良、市場や製造場、湯屋等の点検、食中毒防止、製菓や売菓の取締り、墓地や火葬の手続き等の衛生事務を取り扱うよう指示した<sup>15)</sup>。

この改正は、「医制」が掲げた地方分権型の衛生行政について、国の出先機関である府県に衛生課を置いて衛生行政の機能的集権化を図り、集権と分権のバランスをとろうとしたものといえる。すなわち、町村に公選の衛生委員を置く一方で、内務省衛生局の指揮下に府県衛生課を置き、府県の衛生技官が町村衛生委員を指導監督するという縦のラインを強化したものといえる。また、中央・地方に衛生会という審議機関を置き、政策実施過程に医師や関係機関を参画させることで、分節的なコーポラティズム体制を構築する狙いがあったと考えられる。

しかしながら、明治初期の分権的な衛生行政体制は、自由民権運動の鎮静化と集権行政の構築を目指す藩閥政府の地方制度によって挫折する。政府は1878（明治11）年7月に「三新法（郡区町村編成法、府県会規則、地方税規則）」を制定し、地方制度の統一化を行った。郡区町村編成法は、大区・小区を廃して府県の下に郡区町村を設置し、郡および区（市街地）には官選の郡長・区長を置き、町村に公選の戸長を置いたものである。また、府県会の規則は公選議員からなる府県会を設置した。すなわち、三新法には、住民に不人気だった大区小区を廃して従来の郡町村を復活させ、町村に公選戸長を置くとともに、府県に公選議会を置くことで、自由民権運動の増長を抑制する狙いがあった。続いて政府は1880（明治13）年に区町村会法を定めて区町村に公選議員からなる区町村議会を設置したが、これも同様の意図に立つものであった。

しかし、1881（明治14）年以降、内務省は集権的官治行政へと方向を転換

---

15) 福井県では1881（明治14）年に「町村衛生委員選挙法」を定め、町村住民のうち満20歳以上の男子でその町村に1年以上居住する者のなかから衛生委員を選挙するとした。福井県史によれば、1881（明治14）年末の時点で、衛生委員は県内1978町村に1743人が配置されていた（『福井県史 通史編5 近現代』）。だが、福井県でも、自治的な衛生委員制度は1885（明治18）年の内務省通達で廃止され、以後は警察による官治的な衛生行政に移行していった。福井県における衛生委員制度の歴史的経緯については、山本（2001）を参照。

する。松方デフレ政策によって農村不況が深刻化し、不満をもった農民が自由民権運動に参加して各地で反政府運動を起こしたためである。1882(明治15)年の福島事件、1884(明治17)年の加波山事件や秩父事件などは、政府に大きな衝撃を与えるものであった。そこで政府は、1884(明治17)年5月に太政官達41号を発し、戸長の官選化と数村をひとつの行政単位とする連合戸長役場の設置を通達した<sup>16)</sup>。併せて町村衛生委員制度も廃止され、その任務は官選化された戸長によって引き継がれた。

こうして町村における自治的な衛生行政は次第に官治化されていったが、長与専齋の分権構想に決定的なダメージを与えたのは、1886(明治19)年に内務大臣山縣有朋が導入した「地方官官制」であった。「地方官官制」は府県の行政機構や職制を勅令のもとに置き、府県の行政を全国画一に統制するもので、これによって府県には第一部と第二部が置かれ、衛生課は第二部に位置づけられた。そして町村の衛生行政は、警察行政の一環として郡区の警察が所管する形になった<sup>17)</sup>。また、この過程で、地方衛生会及び連合地方衛生会も廃止された<sup>18)</sup>。さ

---

16) 戸長官選の目的が反政府的な戸長の排除にあったことはいうまでもない。

17) 明治19年の町村衛生委員会の廃止等を長与専齋は「明治19年の頓挫」と嘆いたとされる。長与専齋の衛生行政の考えは後藤新平にも継承された(小島1999)。なお、中央衛生会は内務大臣の諮問機関として厚生省が発足する昭和13年まで存続し、厚生省発足後も敗戦まで存続した。

18) さらに、政府は1888(明治21)年に町村合併を行い、「市制及び町村制」を定めて市町村についても全国画一的な行政制度を構築した。市制町村制は、①市町村に独立の法人格を認め、公共事務・委任事務を処理するものとし、条例・規則の制定権を付与、②市に市会、町村に町村会を置き、議員を公民の等級選挙制で選出、市町村に関する一切の事件及び委任された事件を議決、③執行機関は、市は市長及び市参事会(市長・助役・名誉職参事会員で構成)とし、町村は町村長とした。市長は市会から推薦のあった者のうちから内務大臣が選任し、他は市会・町村会で選挙する、というものであり、近代的な地方行政制度の構築を目指すものであった。なお、政府は1890(明治23)年の府県制をつうじて府県会及び府県参事会に関する規定を定め、国の機関である府県知事の権限と役割の明確化を図った。

らに政府は、伝染病対策を強化するという理由で、1893（明治26）年に地方官官制を全面改正し、衛生に関する事務を府県の警察部の所管とした。その際に、多くの府県は衛生課を廃止し、衛生係に格下げして保安課に属させる措置をとった。ところが、この措置に対して、内務省衛生局長であった後藤新平は、保安課では伝染病対策は困難であるとして、1897（明治30）年の伝染病予防法制定に際し、府県警察部の内部機関として衛生課を設置するよう訓令を発した<sup>19)</sup>。こ

---

19) 1897（明治30）年の伝染病予防法では、市町村における衛生組合の設置が法定化され、全国に隈なく設置された。ただし、衛生組合の歴史は古く、明治初期に衛生委員制度が発足した頃から、伝染病等の予防のため、住民が協力して掃除や消毒等を行う組織として全国各地につくられ始めた。例えば、山梨県身延町では、明治7、8年頃には衛生組合は存在し、地区の大掃除や伝染病発生時の消毒等を行ったとの記録がある。組合費は各戸を単位とし、組合長は各部落の組から選出された衛生委員の互選によるとされ、区長が兼ねる場合もあった。衛生組合は会費を集めて活動費に充て、大掃除の励行、蚊、蠅の駆除、伝染病発生時の消毒、隔離病舎への奉仕等の事業を行った（身延町『身延町史第8編厚生』）。衛生組合の制度が全国に普及するのは、1890（明治23）年のコレラ大流行にあたって公布された「伝染病予防心得書」（内務省訓令第65号）を契機とする。「心得書」は、「区戸長ハ各町内毎ニ便宜組合ヲ編成シ常ニ清潔掃除及虎列刺病予防消毒ノ実施ニ就キ約束ヲ設ケ之ヲ履行セシムルヲ要ス」とし、それまで衛生委員が行っていた予防消毒を衛生組合が行うことを指示した。この訓令を受けて、全国各地で衛生組合が相次いで設立された。例えば、愛媛県松山市は1891（明治24）年1月に「松山市衛生組合規則」を定め、市内の大字単位に衛生組合の結成を促し、各戸が共同して日常清潔法の励行と伝染病流行の際の予防に当たさせた（『愛媛県史近代上』）。また、岩手県では、市制町村制により従来の642村を1市21町219村の行政区に編成した際に、各市町村に衛生組合を組織させ、1891（明治24）年3月に衛生組合準則を公布して衛生組合を下部組織とし、各家庭に衛生上の注意を喚起させ、伝染病、流行病の予防に一層力を注いだという（『岩手県史』）。なお、衛生組合の費用は市町村の負担とされたが、補助は限られていたため、各戸の組合費の負担は決して軽くはなかった。とくに町村では衛生予算が少なかったことから衛生組合の活動は低調であった。この状況は昭和になってからも変わらず、1936（昭和11）年8月の地方衛生技術官会議で内務省の藤原保健課長は「衛生組合も町村に於てはほとんど活動して居ないのは甚だ遺憾である」と述べている（阿部ほか1985:239）。衛生組合は性質的に「隣保団結」の組織であるが、それが政府による地方統治の手段として利用されたことも確かである。小栗史朗は「衛生行政が、住民

の後藤の指示によって府県の衛生課は復活したが、衛生行政が内務省警保局のラインで行われるという基本構造は変化しなかった。

## 2. 公衆衛生思想の萌芽

他方で、衛生局長の長与専斎は、国民のあいだに衛生知識を普及し啓蒙する必要があるとして、福沢諭吉らの支援を得て、1883 (明治 16) 年に大日本私立衛生会<sup>20)</sup>を結成した。大日本私立衛生会は、民間団体という体裁をとっていたが、主たるメンバーは内務省衛生局の高級官僚、陸海軍の軍医、医科大学教授らであり、半官半民の組織であった (阪上 1995: 8)。大日本衛生会は、機関誌として「大日本衛生会雑誌」を刊行したほか、地方衛生機関で活動する公

---

と直接する衛生組合の五人組的密告制・村八分制と、それを所管する警察行政と一体化することで、本質的に治安対策の一環となった」と指摘する (小栗 1981)。昭和に入り、戦争が始まると、内務省の指示で衛生組合は町内会に吸収された。そして敗戦後、衛生組合は、その非民主主義的性格のゆえに、1947 年のポツダム指令により、町内会とともに解散を命じられた。GHQ のサムス公衆衛生保健局長は、戦時中に隣組に合体された衛生組合を「専制政治の道具」とし、「個人の自由と民主主義を確立するための占領政策によって廃止された」としている (サムス 1986: 157)。しかし、1948 (昭和 23 年) 頃に赤痢や日本脳炎が流行すると、各地で自主的な衛生活動組織がつくられるようになった。さらに昭和 30 年代に入ると、政府が推進した「蚊とハエのいない生活」運動の推進団体として各地に地区衛生組織がつくられ、1966 (昭和 41) 年には全国組織として「全国地区衛生組織連合会」が厚生省所管の社団法人として設立された。連合会は現在も存続しているが、2014 (平成 26) 年に一般社団法人日本環境保健活動団体連合会に移行した。なお、現在も主に農村地域において衛生組合の存在を確認できるが、その活動は活発とはいえない。

- 20) 大日本私立衛生会は、明治 25 年に北里柴三郎らによって設立された伝染病研究所の経営にもあたった。伝染病研究所は明治 32 年に唐突に文部省の所管に移され、東大の付属機関となった。これに北里所長は憤慨し、部下とともに伝染病研究所を辞職して、北里研究所を設立した。この時の怨恨がロックフェラー財団による公衆衛生院設立の際の文部省と内務省の対立にまで尾を引いたといわれている。この点については、小高 (1992) 及び本論文の注 43 を参照。

衆衛生関係職員（医師を除く）の訓練を目的とする衛生事務講習所を開設し、講習会を東京で開催するなどの活動を行った<sup>21)</sup>。

重要なのは、誌上で繰り広げられた衛生思想や衛生行政に関する議論の内容である。阪上（1995）によれば、誌上では、日本の家屋の問題や米飯中心の食生活の是非、子どもを背負うことの是非など日常生活の様々な問題が論じられた。また、警察が衛生行政を行うことに対して、長与専斎、後藤新平、森林太郎<sup>22)</sup>が地方自治の重要性を論じたり、地方において公衆衛生を担う「市区郡医制度」や開業医に衛生学と法医学の知識を与えるため医科大学に「国家医学講習科」を開設する案なども議論された（阪上 1995: 21-27）<sup>23)</sup>。

きっかけは衛生行政が警察に委ねられたことに対する批判からではあったが、明治中期に公衆衛生をめぐる議論がすでに起きていたことはノートしておく必要がある。なかでも、後に内務省衛生局長を務めた後藤新平の公衆衛生学の思想は、国家有機体説という後藤の思想に強く根差したものではあったが、衛生行政における医師の役割について重要な論点を提起するものであった<sup>24)</sup>。

---

21) 大日本私立衛生会は5,000人以上の会員を擁し、全国各地で毎月の常会や講演会を開催して衛生に関する知識の普及につとめた（阪上 1995: 9）。なお、機関誌「大日本衛生会雑誌」は、1923（大正 12）年に「公衆衛生」と改題された。

22) 海軍軍医出身の森林太郎（鷗外）は、脚気の原因をめぐって、海軍軍医の高木兼寛と論争したことで有名だが、公衆衛生の問題を都市計画と結び付けて考えていた。この視点は今日の「ヘルシーシティ」にもつながるものであり、当時としてはきわめて斬新であったが、ほとんど注目されなかった。森林太郎の都市論については、石田（1999）が詳しく論じている

23) 「国家医学講習科」は、官公立医学校の卒業生と、内務省の医師国家試験に合格して医師開業免許を得た者を対象に、衛生学や裁判医学などの講義と実習を与え、12週間で終了し、終了者には講習証を、試験及第者には及第証を与えるというものであった（阪上 1995: 22-25）。

24) 後藤新平の衛生警察観は、彼の2冊の著作『国家衛生原理』と『衛生制度論』で展開されている。後藤の国家有機体説と衛生警察観については、姜（1998）を参照。

後藤の衛生行政論が、ロレンツ・フォン・シュタインの行政学に強い影響を受けていたことはよく知られるところである<sup>25)</sup>。後藤にすれば、衛生行政もまた国家の行政活動（ポリツァイ）の一部であり、コレラの流行のような非常時には、人々の健康危害を防ぐための法的強制措置をとる衛生警察も必要になる。しかし、平時においては人々の健康を守るための積極的な取組（大気や水の汚染の防止など）が必要であり、後藤はこれが衛生事務であるとした。そして、時代とともに衛生警察から衛生事務へ進むべきであるとして、地方における自治衛生の重要性を説いた<sup>26)</sup>。

しかし、現実の地方衛生行政は、後藤が考えた衛生事務とはまったく逆の方向に走り出していた。衛生事務を推進するためには、すぐれた衛生技術者を地方の衛生部門に配置する必要がある。<sup>27)</sup>しかし、府県の警察部長には法科出身のエリート官僚が任じられ、警察部においては衛生事務の重要性は顧みられていなかった。政府が衛生事務を府県の警察部に移管した際に、後藤は「多数の府県はその措置を誤り、わずか3、4県を除けば、みな保健課を廃し、保安

---

25) シュタインの行政学は当時としては最先端の行政理論であった。ドイツ行政法学に統治の理論を求めた明治政府は、法科出身のエリート官僚を各省の幹部に登用し、内務省は府県の幹部ポストを法科エリート官僚に用意して、知事になるための経験を積ませた。ただし、内務省衛生局については、医師出身の長与専齋が16年にわたって初代局長を勤めたあとも、後藤新平や長谷川泰など医師出身者が局長に任じられた。これは衛生行政に医学の専門知識が求められたためである。

26) 後藤新平は、「府県ニ衛生審事者ヲ置クノ意見」において、「衛生事務は学術を基礎とし、その進歩に伴って、これを社会の生活状態に応用し、もって国家の資本たる国民の生命を保全し、ますますその発達を図るにあり」（鶴見 2004: 568）と述べている。

27) 後藤新平は、彼自身のキャリアの出発点が衛生技師であったことから、地方の衛生行政における衛生技術者の重要性を強く認識していた。後藤は、須賀川医学校を卒業後、愛知県医学校に勤務したのち、1882（明治15）年に内務省衛生局に入った。翌年には28歳の若さで東京衛生試験所長心得となり、大気中の炭酸ガス濃度の測定や飲料水関係の検査、阿片検査などに従事した経験をもっていた（宮原 2012）。

課に属させ、その課員両3人を兼動させるにすぎなくなり、平時にあってはただ売薬事務を取り扱い、いったん伝染病が流行するときは、他課の課員にこれを兼任させ、一時をつくろうにすぎない状況である」(鶴見 2004: 445)と批判した。また、後藤は1897(明治30)年度予算に関する意見書「府県ニ衛生審事者ヲ置クノ意見」でも、工業の発展などから衛生事務の改良の必要性があるとして、府県に参事医官と理化学者技師を置くよう求めている(鶴見 2004: 568)。むろん、後藤は衛生警察を敵視していたわけではない。衛生行政(ポリツァイ)を国家安全の緊縮と考えていたからこそ、後藤は衛生警察の体たらくに業を煮やしていたのである。

なお、1898(明治31)年度予算に際して後藤が内務大臣に提出した建議書では、「衛生事務講習所を設け、府県及び郡市町村の衛生主任を召集し、これに衛生事務に必要な学術の大意を授け、吾人の健康を保持すべき、公衆衛生の基礎を確定せられんこと切に希望する」(鶴見 2004: 442)と述べている。この「衛生事務講習所」の制度設計は定かではないが、地方の衛生担当者に衛生学等の専門研修を受けさせ、公衆衛生の基礎を確立するという後藤の考えは、次章で述べるように、ロックフェラー財団が日本に提示した公衆衛生大学院にも通じるものであった。だからこそ、後藤はロックフェラー財団の申し入れに理解を示し、米国の公衆衛生学に学ぶことを躊躇しなかったのであろう。国家の衛生行政を担う衛生技師のスキル向上にとって米国流の公衆衛生学が有用であり、それが国家安寧につながるものであるならば、積極的に受け入れようというプラグマティズムの思想も後藤は持ち合わせていたのである。

なお、1898(明治31)年に衛生局長のポストを長谷川泰に譲るにあたって、後藤は事務引継書のなかで、衛生事業と救貧事業の統合について述べている。後藤は、国民の健全発達のために国家衛生事業と救貧事業を統合し、「英国のローカル・ガヴァメント・ボードに倣って、中央衛生機関として衛生救貧院を設置し、内務大臣の監督に属すようにし、従来の衛生局の事務の外、救貧事務を主管させ、院内を衛生部と救貧部とに分け、長官及び部長を置き、長官を勅

任とし、部長を勅任もしくは奏任とし、さらに各部に若干の事務官を置き、衛生救貧に関する巡閲のことを掌らせる制度を設ける必要がある」と記した（鶴見 2004: 384-385）。衛生事業と救貧事業を統合して衛生救貧院を設置するという後藤の提案は、当時の状況下では実現性の乏しいものではあったが、昭和期の“医療の社会化”や保健所構想につながる先見的なものであったといえる。ただし、救貧は政府が施すものであり、人権思想に依拠したものではなかった。

### 3. 自由開業医制と医学教育

ところで、明治初期の「医制」が構築したものは、衛生行政機構の基本的な構造ではなかった。医師についても、「医制」は後世にまで影響を及ぼす制度を残した。医術開業免許制度と医学教育である。医術開業免許制度は、従来の漢方医学に代えて西洋医学を普及させるため、医術を開業する者に西洋医学の試験を課したもので、開業免許が与えられた医師はどこでも自由に開業できるとした<sup>28)</sup>。医師はまた、自由に診療報酬を定めることができたほか、薬の販売も認められた<sup>29)</sup>。医術開業試験の導入にあわせて、開業試験の予備校的存在である私立医学校も設立され、多くの者が医学校を卒業後、試験に及第して医師になった。そして産業の発達にともない都市人口が急増すると、医師も都市に集中するようになり、都市部では開業医たちが患者を取り合う状況さえ生まれた。他方で、農村部では医師不足が深刻化し、無医村が社会問題化し

---

28) ただし、明治維新以前から開業していた者については一代限りで無試験での継続開業が認められたため、実際には明治時代には多くの漢医が開業していた（猪飼 2001）。

29) 「医制」は医薬分業制度を定めたが、当面は医師による薬の販売を認めた。薬の販売は開業医にとって大きな収入源であった。一方、医薬分業を求める薬剤師は、1893（明治26）年に日本薬剤師会を設立して、医薬分業を強制する法案の提出を求める政治運動を展開した。これに危機感をいだいた開業医は、各地で医師会を結成して医薬分業に反対し、1923（大正12）年に全国組織の大日本医師会を設立した（「日本医師会通史」<<https://www.med.or.jp/jma/about/50th/pdf/50th100.pdf>>）。

た。自由開業医制度のもとでは、利益が期待できない農村部に医者が赴かないのは当然のことであった。

ただし、医師の中には、施療病院を全国に設立し、貧困で病気に苦しむ者に治療を施すべきであると主張するものもあった。英国留学後の1882（明治15）年に有志共立東京病院（現在の慈恵医大付属病院）を開設した高木兼寛はその代表的な存在である<sup>30)</sup>。日本で最初に設立された施療病院は、1911（明治44）年に明治天皇から下賜された150万円をもって創設された恩賜財団済生会である。済生会は各地に診療所を設けて貧困世帯に無料の診療券を配布して受診を促したほか、巡回診療班を編成してスラム街をまわり、診察や保健指導を行った。しかし、一般の開業医たちは大日本医師会（現在の日本医師会の前身）を結成して医業の権益保護に奔走し、公営医療や医療利用組合などにはことごとく反対の立場をとった。その一方で、無医村問題に対しては、冷ややかな態度をとり続けた<sup>31)</sup>。

明治末期になると、ようやく政府は農村の医療問題に目を向けるようになる。

---

30) 松田（1997）によれば、高木の英国型の施療病院を内務省衛生局長の長与専斎は強く支持した。

31) 例えば、愛媛県では、増え続ける無医村に対処するため「医師設置補助規程」を設けた。これは、開業医のいない僻離村を対象に、医師を招聘開業させるか又は1か月に5日以上出張診療させる場合は、毎年予算の範囲内で補助を与えるとし、医師に支給する手当・報酬の二分の一以下を県費補助するというものであった。愛媛県では、それ以外にも、三菱財団の寄付金による無医村への診療所建設を進めたり、国費補助による県営診療所の建設を推進した。こうして設立された診療所は1937（昭和12）年までに27カ所に及んだが、専属医師の配置は進まず、1938（昭和13）年の時点で開業医が定住したのはわずか5か村にとどまった。また、愛媛県医師会は産業組合病院の設立にも強く反発した。医師会は、産業組合病院なるものは「国民ノ保健衛生ヲ茶毒シ有害無益ナルモノ」だとして「産業組合病院ノ跋扈ハ開業医ノ業務ヲ蚕蝕シ、之ヲ駆逐シテ遂ニ殲滅シ、吾邦ノ医療制度ヲ破壊スルニ至ルヲ以テ須ク之ヲ排撃シテ苟モ其存在ヲ許容セス」と激しい調子で反対決議を行い、これを県知事に提出した（『愛媛県史』）。

内務省では「医療の社会化」のための施策の検討を始めたが、開業医たちは自由主義をかざし、医療の公営化には一貫して反対の姿勢をとり続けた。明治初期に「医制」によって制度化された自由開業医制は、当時は医療の進展のために必要な措置ではあったが、開業医の数が増え、圧力団体を組織し、医業の既得権保護のために行動するようになると、政府が開業医を統制することは難しくなった。その結果、本来なら公衆衛生の「要」となるべき医師は、日本の公衆衛生行政から抜け落ちてしまった。

「医制」が残したもう一つの負の遺産は、医学教育である。明治政府は、1877（明治10）年に東京大学医学部を設立し、ドイツから医師を招へいして医学教育の拠点とした。東京大学医学部ではドイツ医学の影響を受けて基礎医学が重視され、エリート医師たちはロベルト・コッホに倣い、細菌学や病理学などの基礎研究に没頭した。また、東京大学医学部を卒業した医師（医学士）の多くは、府県立医学校に病院長や医学校長として招へいされたが、彼らは臨床よりも優れた医学研究で業績を上げ、博士号を取得することに情熱を注いだ。一方、開業医を目指す者は医学専門学校（医専）に進学し、医師になったのちに病院経営に乗り出していった。そのため、エリート医師だけでなく巷間の開業医たちも、公衆衛生はもとより、医学部卒業後に体系的に公衆衛生学を学ぶ米国型の公衆衛生のディシプリンに関心をはらうことはなかったのである。

## 第2節 米国ロックフェラー財団による公衆衛生大学院構想

### 1. 大正期におけるロックフェラー財団の日本上陸

明治以降の衛生行政はコレラなど急性伝染病対策の必要性から警察によって担われてきた。衛生行政の基本は伝染病患者の隔離や消毒であり、国民保健に対する政府当局の関心は低かった。しかし大正期になり、急性伝染病の流行が山を越えると、衛生行政は次第に結核などの慢性感染症や母子保健に移っていった。そこで政府は1916（大正5）年に保健衛生調査会を設置し、母子保健や農

村衛生に関する全国調査を実施するとともに、それに基づいて結核予防法やらい予防法、トラコマ予防法などの立法が行われた。また、内務省は医系技官を海外に派遣して海外動向を収集するとともに、国際連盟の衛生委員会に職員を派遣して国際連盟保健局 (LNHO) のアジア政策にもコミットするようになった。

大正期は、日清・日露戦争を経て日本が国際舞台に踊り出た時期である。官僚たちは、世界の一流国の仲間入りを果たすべく、国際的な会議にも積極的に参加した。そのなかで、公衆衛生に関しては、米国のロックフェラー財団が日本の医師らの眼を世界に向ける触媒の役割を果たした。

スタンダードオイルを設立して石油王となったジョン・ロックフェラーは、医学の振興のため、1901 (明治 34) 年にロックフェラー研究所を設立した。1909 (明治 42) 年にはロックフェラー衛生委員会 (Rockefeller Sanitary Commission) を設置し、米国南部で多くの被害を出していた鉤虫症 (十二指腸虫症) の撲滅にあたった。1913 (大正 2) 年にロックフェラーは息子のロックフェラー・ジュニアとともにロックフェラー財団を設立し、1916 (大正 5) 年にはジョンズホプキンス大学に世界最初の公衆衛生大学院 (School of Hygiene and Public Health) を設立した<sup>32)</sup>。ジョンズホプキンス大学公衆衛生大学院のカリキュラムは、その英文名称にあるように、ドイツ医学の流れをくむ「衛生 (hygiene)」に関する調査研究と、英国が重視する「公共保健 (public health)」を組み合わせたもので、近隣の病院や自治体保健当局との連携による実地訓練が修了要件に含められた<sup>33)</sup>。このカリキュラムは「ジョンズホプキ

---

32) なお、米国における最初の公衆衛生大学は、1913 (大正 2) 年に創設されたハーバード大学とマサチューセッツ工科大学の連合による公衆衛生学部 (School of Public Health) である。

33) 20 世紀初頭のアメリカでは都市への移民の急増から衛生問題が深刻化しており、近隣レベルに「ヘルスセンター」を設置する動きが高まっていた。1919 (大正 8) 年にはニューヨーク州保健局長 (Commissioner of Health) のハーマン・ビッグス (Hermann Biggs) が病院と保健所を統合した新しい地方ヘルスセンターの設置に州が補助金を支出する法案 (Sage-

ンス・モデル」と呼ばれ、ロックフェラー財団はこれをモデルとする公衆衛生大学院を全米各地に次々に設立していった<sup>34)</sup>。

また、ロックフェラー財団は1916(大正5)年に「国際保健部(International Health Board: IHB)」<sup>35)</sup>を設置して、世界各地における公衆衛生教育の普及に乗り出した<sup>36)</sup>。なかでもロックフェラー財団が重視したのが中国であっ

---

Machold Bill)を州議会に提案した。ビッグスが提案したヘルスセンターはあらゆる健康、医療、看護、福祉活動の拠点となるのもので、衛生区保健官(District Health Officer)が病院の院長(superintendent)兼衛生区の区長(general director)を務め、病院と諸医療活動を連携させるというものであった。この提案は州議会では否決されたが、T.スミス(Theobald Smith)やM.ロズノー(Milton Rosenau)、C.E.A.ウインスロー(Charles-Edward Amory Winslow)、連邦保健長官(Surgeon General)のH.カミング(Hugh Cumming)ら全米の公衆衛生の指導者の支持を集めた。だが、コミュニティにおける予防及び治療回復の保健サービスと、保健センターの中核としての病院を統合するビッグスの統合的保健センター構想は、その後四半世紀の間は顧みられなかった(Terris 1963)。なお、米国におけるコミュニティ・ヘルスセンターの歴史については、Rosen(1971)、Sardel(1988)も参照。

- 34) ロックフェラー財団は、第一次大戦後にドイツの帝国主義とソ連の共産主義の狭間にあった東欧諸国に対しても積極的に医療支援を行った(Turda 2011)。その端緒となったのが、チェコスロバキアである。ロックフェラー財団はチェコスロバキアの復興支援にあたり、1925(大正15)年にブラハに国立衛生院(State Hygiene Institute)を設立するとともに、多くのチェコスロバキア人を米国に留学させ、米国の公衆衛生を学ぶ機会を提供した。同様の支援はポーランド、ハンガリー、ユーゴスラビアの一部についても行われ、ロックフェラー財団の影響力は欧州にも拡大していった(Mášová 2007)。
- 35) ロックフェラー財団の国際保健部(IHB)の前身は、1913(大正2)年に設立された国際衛生委員会(International Health Commission)である。なお、IHBは1927(昭和2)年に「国際衛生局(International Health Division)」に改組された。
- 36) ロックフェラー財団は、第一次大戦後にアメリカ大統領ウッドロー・ウィルソンが提唱して結成された国際連盟に働きかけ、1921(大正10)年に設立された国際連盟の衛生委員会(Hygiene Committee)とその実施機関である保健機関(League of Nations Health Organization: LNHO)に対して資金援助を行った。なかでもロックフェラー財団が重視したのが人事交流であり、世界中の医学者や技術者に米国での教育機会を与えるための資金をLNHOに提供した。日本は当初から国際連盟衛生委員会に定期的に代表を派遣し

た<sup>37)</sup>。ロックフェラー財団は巨額の資金を投じて1919（大正8）年に中国の北京に「北京協和医学院（Peking Medical College）」を設立するとともに<sup>38)</sup>、中国人学生に米国の大学に留学するフェローシップを与えて医療人材の養成を進めた。また、ロックフェラー財団の極東駐在員で北京協和医学院の公衆衛生学教授であったG. グラントは、1925（大正15）年に北京市内の一角に「北京第一保健所（Peking First Public Health Station）」を開設し、一般の人々に治療や公衆衛生教育を施した。この北京第一保健所は北京協和医学院の看護婦養成所の看護婦見習生の実習の場としても利用され、中国における看護婦の社会的地位の向上にも寄与した（イップ1985）。

一方、日本については、ロックフェラー財団は当初はさほど関心をもっていなかったとされる（Farley 2005）。日本では、赤痢菌を発見した志賀潔や破傷風研究の北里柴三郎らが世界的に注目される研究を行っていたし、ロックフェ

---

たほか、1925（大正14）年には東京において「国際連盟主催各国衛生技術官交換視察会議」を開催し、世界各国の衛生技術官を招聘して意見交換と国内視察を実施するなど、積極的に関与した。また、LNHOは伝染病に関する国際的な情報網を設置するため1925（大正14）年にシンガポールに伝染病情報局を設立したが、日本はその次長ポストを1926（昭和元）年から1938（昭和13）年まで確保した。日本政府は、このポストを獲得することを「東アジアにおける指導者」たる日本の地位を実現する絶好の機会と捉えたのである（安田2014: 44-51）。なお、ロックフェラー財団はシンガポール伝染病情報局の設置に関しても資金を提供した。

37) ロックフェラー財団の中国への支援については、次の資料に詳しい記述がある。“100 Years: Rockefeller Foundation - Medicine in China.” <<http://rockefeller100.org/exhibits/show/education/china-medical-board>>

38) ロックフェラー財団は創設後の1914（大正3）年に「中国医療局（China Medical Board）」を設立し、同年に調査団を中国に派遣して中国の医療事情を調査した。そして中国に臨床診療、大学教育、医学教育、科学的研究を組み合わせたジョンスホプキンス大学をモデルとする北京協和医学院を設立した。北京協和医学院は1916（大正5）年にニューヨーク州州立大学管理委員会から法人格を認可され、翌年に予科を開学し、1919（大正8）年に本科を開設した（細野1985）。

ラー医学研究所では野口英世が黄熱病研究で実績をあげるなど、日本の医学のレベルの高さは米国でも認知されていた。

そのなかで、内務省衛生局とロックフェラー財団の橋渡し役となったのが、東京築地の聖路加病院長であったルドルフ・トイスラー（Rudolph B. Teusler）である<sup>39)</sup>。トイスラーは、日本は医学が進んでいるのに、国民の健康を増進させるための実践面が著しく遅れていることを憂いていたという。1913（大正2）年、トイスラーは、東京市長の後藤新平が招聘していた米国の歴史学者C.ビアード（Charles A. Beard）と知り合い、ビアードを介してロックフェラー財団に聖路加病院への財政支援と日米の医学交流のための資金提供を申し入れた<sup>40)</sup>。聖路加病院に対する支援は、聖路加が私立病院であったことから認められなかったが、日本人医師の米国留学事業は承認され、1916（大正5）年に「日米医学交通委員会」が発足した。しかし、当時は米国留学を希望する医学者が少なく、文部省も積極的ではなかったため、交流は進まなかった。そこで、ロックフェラー財団は日本の代表的な医師5名を全米及びカナダの視察に招待することとし、1923（大正12）年春、三浦謹之助、長与又郎（長与専斎の三男で東京帝国大学医科大学教授）、秦佐八郎、藤波鑑、宮入慶之助の5名がアメリカ・カナダに派遣され、約3か月の視察を行った（小高2001:173-174）。なかでも長与又郎は、アメリカでは衛生技術官が公衆衛生大学を卒

---

39) トイスラーは1900（明治33）年に聖公会宣教師として来日し、1902（明治35）年に築地に聖路加病院を開設した。トイスラーはもっぱら在日外国人のための医療を行ったが、看護婦の教育にも力をいれ、聖路加病院に日本最初の付属看護学校を設立した。

40) ビアードは1922（大正11）年に来日した際に体調を崩して聖路加病院を受診し、トイスラーと知り合う機会を得た。ビアードは、トイスラーの要望を受け、後藤市長に対して東京市の近代的保健衛生事業の発展のために聖路加病院を中心施設として利用することを進言するとともに、ロックフェラー財団国際保健局のビンセント（G. Vincent）に同趣旨の書簡を送った。しかしロックフェラー財団は、財団としては政府に対する支援しかできないとして聖路加病院に対する財政援助は認めなかった（日野原1984:5）。

業しなければならない制度になっていることに関心をもち、帰国後、日本に公衆衛生技術者の教育機関を寄付してほしい旨を財団に伝えたこととされる（野辺地 1988; 溝口 2006）。

## 2. 公衆衛生院の設立

ロックフェラー財団の日本への支援が本格化するのは、1923（大正 12）年 9 月 1 日の関東大震災以後である。ロックフェラー財団は、震災の緊急援助として東京帝国大学図書館の再建のために 400 万円（当時）を支援するとともに、内務大臣と復興院総裁を兼務していた後藤新平に対して、公衆衛生専門技師を養成するための公衆衛生大学の寄贈を申し入れた<sup>41)</sup>。ロックフェラー財団は、第一次大戦後の国際政治情勢のなかで、日本でドイツ医学の人気の復活していることを憂慮し、日本に英米型の公衆衛生教育機関を設置することを考えるようになっていた（Farley 2004: 246-247）<sup>42)</sup>。1924（大正 13）年 6 月、ロックフェラー財団国際保健部長のラッセル（Frederick F. Russell）、ロックフェラー財団極東部長のハイザー（Victor George Heiser）、極東駐在員で北京協和医学院公衆衛生学教授のグラントが来日し、東京で公式懇談会が開催され、公衆衛生教育研究機関の設置に関する覚書が作成された<sup>43)</sup>。しかし、この時は関係者

---

41) この書簡は、日本への帰途にあったトイスラーに託され、後藤新平に届けられた。

42) ロックフェラー財団の来日に際して、ロックフェラー医学研究所の野口英世は、1924（大正 13）年 5 月 22 日に後藤新平に書簡を送り、ロックフェラー財団国際衛生局長のラッセルを紹介するとともに、ロックフェラー財団がその事業を欧州、南米、中国等からさらに日本にも拡張したいとする意見は国際的な立場からも相好ましいものであると伝えた（後藤新平文書 1980）。

43) ただし、後藤新平は、公衆衛生の教育機関よりも、東洋における代表的衛生研究所の機関を望んだとされる（「大阪朝日新聞」1924（大正 13）年 10 月 2 日）。後藤は、文部省（東大）に移管された伝染病研究所に対抗して、内務省に「東洋」を代表する衛生研究所を設立することを考えたのかもしれない。

の間で意見がまとまらず、話は具体化に至らず棚上げになってしまった<sup>44)</sup>。

しかし、その後、ロックフェラー財団の支援による公衆衛生教育機関の設立を求める声が高まり、1930(昭和5)年8月、安達謙蔵内務大臣は赤木朝治衛生局長の名で、再びロックフェラー財団に対して援助の要請書を発送した<sup>45)</sup>。それを受けてロックフェラー財団はハイザーとグラントを日本に派遣し、同年11月に内務大臣官邸で第1回目米会談が行われた<sup>46)</sup>。日本側からは内務大臣、赤木衛生局長、聖路加病院のトレスラー院長と斎藤潔が同席した。そして、数次にわたる協議の結果、両者の合意が得られ、内務省内に公衆衛生技術官訓練機関設立準備委員会が設置された(野辺地1988)<sup>47)</sup>。この準備委員会において公衆衛生院構想に尽力したのが、内務省衛生局技官の野辺地慶三と聖路加病

---

44) 話がまとまらなかった最大の要因は、文部省に移管されていた伝染病研究所との競合であった(小見山1977)。伝染病研究所はそれまでに多くの衛生技術者を養成していたことから、内務省に同様の機関を設置する計画に強く反発し、新機関の所長に内定していた長与二郎の署名を得て、宮川米次(後の伝染病研究所長)をつうじてロックフェラー財団に設立反対の手紙を送った(野辺地1988)。一方、ロックフェラー財団のグラントも、ドイツ医学の拠点である東大付属伝染病研究所所長の長与が新機関の所長に就任すれば、日本の公衆衛生教育機関をつうじてアメリカ型の公衆衛生教育を中国に普及させるという財団の計画に支障が出るとして、この計画に難色を示したことから、日本における公衆衛生大学院の建設計画は棚上げになってしまった(Farley 2004: 246-247)。なお、新機関の所長人事をめぐる対立の詳細については、小高(1992)を参照。

45) 安達謙蔵内務大臣は、1931(昭和6)年の6月11日の地方衛生技術官会議後の晩さん会で「今後10年を期して世界第一等級の衛生国になる覚悟をして貰いたい」と挨拶するなど、衛生問題にきわめて熱心であった(阿部ほか編1983: 144)。

46) ロックフェラー財団は、以前に受理した日本政府からの反対表明の文書についての処理を求めたが、それに対して長与二郎は、「立案が当を得ていなかったため反対したが、不用意な文書であった」と遺憾の意を表し、この一件は着落したという(野辺地1988)。

47) 委員会は、委員、技術委員合わせて11人で構成され、林春雄、北島多一、トレスラーの3氏が顧問に就任した。なお、トレスラーは公衆衛生院の完成をみることなく、1934(昭和11)年に心臓病で死去した。トレスラーの遺体の解剖を執り行ったのは長与二郎であり、トレスラーが日本の医学界に与えた影響の大きさがうかがわれる。

院医師の斎藤潔である。野辺地慶三は、東京帝国大学医科大学を卒業後、国立伝染病研究所に入り、1923（大正12）年からロックフェラー財団の公衆衛生奨学金制度によりハーバード大学公衆衛生学部に留学し、公衆衛生学博士の学位を修めたのち、内務省衛生局に勤めていた。一方、斎藤潔は、野辺地慶三より3歳年下であり、野辺地と同じく東京帝大医学部を卒業後、ロックフェラー財団の奨学生としてハーバード大学公衆衛生学部に留学し、帰国後は東京帝国大学医学部小児科教室で教鞭をとったのち、聖路加病院小児科で勤務していた。この二人が中心になってとりまとめた案は、以下のようなものであった。

- ・ロックフェラー財団寄附の四百万円で技術官訓練所の建物を建築し諸設備を完備する
- ・入所資格は医学士またはこれと同等以上の学力を有する者とする
- ・教授科目は公衆衛生に関する必須知識を授け、二ヶ年を修業年限とする
- ・入所者のために東京、埼玉両府県の一部に模範衛生町村を設立し、トラホーム、寄生虫その他の伝染病の予防、妊産婦に対しては巡回派出婦の派遣、健康診断の実行などにより衛生設備の完備と衛生思想を普及徹底させる<sup>48)</sup>

なお、内務省衛生局では、将来各府県市町村の衛生技術官になる者は法令で同所卒業の資格あるものに限定し、さし当っては現在の府県市町村の衛生技師中から入所者を選定するとした<sup>49)</sup>。

---

48) 「大阪毎日新聞」1931（昭和6）年6月30日による。

49) 内務省衛生局は、公衆衛生が不振であるのは、衛生技術者に学問的基盤がないこと、公衆衛生の根底にある予防医学は臨床医学と異なるにもかかわらず、学術組織がないことが理由であるとして、1925（大正14）年に衛生技術者の全国組織である「日本公衆保健協会」を設立した（横田2011）。日本公衆保健協会は、機関誌『日本公衆衛生協会雑誌』を発行し、外国を含む衛生行政の紹介等を行った。1951（昭和26）年に日本公衆保健協会は日本衛生会・日本公衆衛生学会と合併し、日本公衆衛生協会となった。日本公衆衛生協会初代理事長には、‘公衆衛生の父’と呼ばれた勝俣稔（元厚生省局長）が就任した。

1931（昭和6）年に準備委員会は、公衆衛生院、都市および農村保健館等の設計図と公衆衛生院の教育計画案をロックフェラー財団へ送付した。最終的に合意された計画では、公衆衛生院は公衆衛生技術官の養成並びに既にその職にある者の補習教育を目的とし、衛生工学、生理衛生、科学衛生、細菌血清学、寄生虫学、伝染病学、衛生統計学、母性小児衛生、学校衛生、衛生教育、精神衛生医療組織、救療保護施設、その他衛生行政の全般にわたってその原理と実際とを教授し、さらに必要な実習を行うこととした。また、修得した知識の実地応用訓練のため都市と町村の2ヶ所を衛生実習地域とし、実習地域には保健館を建設するとした<sup>50)</sup>。こうして公衆衛生院の建設計画は、関東大震災から10年の年月を経て、ようやく実現することになった。だが、建築設計に入った同年9月に満州事変が勃発し、米国内における対日感情の悪化から、建設計画は再び棚上げになってしまった。

しかし、ロックフェラー財団の内部では、日本の中国侵略を批判する声が高まりつつも、財団の支援は政治とは無関係に科学的な見地から行われるべきであるとの原則論が主張され、日本からの陳情もあり、1933（昭和8）年2月、ロックフェラー財団は公衆衛生院の設立を承諾する決定を日本に伝えた。この決定は当初極秘に付されたが、同年9月にロックフェラー財団がこれを公表したため、広く世間の知るところとなった。内務省では省内に公衆衛生技術員養成機関建設委員会を設置し、内務省衛生局長が委員長となり、建設計画の具体化を進めた。

こうして、1935（昭和9）年に東京市京橋の聖路加病院に近い明石町に都市保健館が建設され、次いで埼玉県所沢に農村保健館が建設された。東京白金の伝染病研究所敷地内に建設されていた公衆衛生院が竣工したのは、1937（昭和11）年である。公衆衛生院と保健館は、建物、器具、図書等必要備品を整

---

50) 「神戸新聞」1933（昭和8）年11月22日。

えて、ロックフェラー財団から建設委員会を経て、公衆衛生院は日本政府に、都市保健館は東京市へ、農村保健館は埼玉県に寄付された。これら全施設に要した予算額は100万ドルに達し、また、両保健館の運営には、当初の3年間にわたり、ロックフェラー財団が補助金を支出した。公衆衛生院の所属については、修了者に授与する学位の観点から文部省所属にする意見と、学生の実習や臨地訓練の観点から内務省（厚生省）とする意見があったが、学位の問題は将来の解決に待つこととして、厚生省の所属とすることが決定した（林 1968）。

このような経過を経て、1938（昭和12）年に公衆衛生院は、厚生省<sup>51)</sup>の機関として正式に発足した。初代院長には、東京帝国大学名誉教授であり伝染病研究所長を務めた林春雄が就任した。当初、内務省は長与二郎を所長に充てる計画であったが、長与が東京帝大総長に就任したことから林春雄が就任したものである。また、野辺地慶三は公衆衛生院の初代疫学部長に、齋藤潔は初代小児衛生部長に就任した<sup>52)</sup>。

公衆衛生院には、調査研究課と養成訓練課が置かれた。調査研究課には8部3研究室が置かれ<sup>53)</sup>、養成訓練部門には衛生技術者を養成する本科と補助職員を養成する短期課程が置かれた。当時、衛生技術者の資格は、医師、薬剤師及び獣医師とされていたので、公衆衛生院では、この3者に対して各自必要な教育を実施することになり、1939（昭和14）年4月に医学科（定員50名）及び薬学科（定員20名）の1年課程が発足し、9月からは4か月（後に6か月）

---

51) 政府は保健所法の制定に合わせて内務省から衛生局を分離し、「保健社会省」とする閣議決定を行ったが、名称に「社会」が含まれていることは社会主義につながるとして、「厚生」の名称に改めた。

52) 齋藤潔はその後、第3代公衆衛生院長に就任した。

53) ただし、細菌学、血清学、寄生虫学、原虫学、栄養食品等の部門についてはすでに伝染病研究所、栄養研究所、及び衛生試験所があるため、公衆衛生院には置かれなかった。

の獣医学科 (定員 25 名) の課程が開始された<sup>54)</sup>。

また、実地訓練施設となる都市保健館と農村保健館は、後に全国に設置される保健所のモデルとなった。都市保健館が置かれた京橋区は人口約 15 万人、農村保健館が置かれた所沢町付近 4 町 27 村の人口は約 13 万人であり、両保健館では医師や保健婦等のスタッフを配置して、地域住民の健康指導や相談業務にあたった<sup>55)</sup>。

---

54) 聖路加国際病院 (メディカルセンター) のトイスラーは、今日における疾病との戦いの中心は治療よりも疾病を予防することにあるとして、公衆保健部を設置して聖路加病院のある京橋区で保健活動を行うとともに、1920 (大正 9) 年には高等看護婦学校を設立して保健婦 (保健指導婦) の養成に取り組んだ。トイスラーは「最も進歩的な公衆保健法を医者に習熟させるための近代的な post-graduate school が必要である」との信念をもち、この school を効果的ならしめるためには、東京及び農村において一定の人口集団を有することが必要であると考え、聖路加病院を公衆衛生院の姉妹機関にしたいという希望を持っていたという。しかし、当時の計画者の間にはこれに対する反対意見が多かったため、京橋の都市保健館には聖路加出身者を主力として用いることを決めたと野辺地慶三は述懐している (前田 1980: 6)。その通りに、聖路加病院の隣に建設された都市保健館の初代館長や保健指導婦には聖路加国際病院の職員が就き、小児健康相談、児童健康相談、母親相談、母親健康相談、結核相談など聖路加国際病院公衆衛生看護部で行われていた事業が移譲されたほか、精神衛生相談、職業病相談、伝染病患者家族の家庭訪問など新たな事業も追加され、一般住民への衛生教育や知識普及に取り組んだ。

55) なお、京橋の都市保健館の初代所長には、東京市衛生局の酒井菊雄衛生課長が任じられたが、初めの 3 か月間は米国に留学したため、野辺地慶三が所長を兼任した。酒井は 1 年後、所長を齋藤潔に譲った (保健所 50 年史編集委員会編 1988: 25)。一方、所沢の農村保健館の初代所長には与謝野光 (与謝野鉄幹・晶子の長男) が就任した。与謝野は慶應大学医学部出身で、1935 (昭和 10) 年から 1937 (昭和 12) 年までロックフェラー奨学金によりジョージタウン大学公衆衛生学部に留学した。帰国後、与謝野は北京や南京郊外の農村衛生を視察するためロックフェラー財団の資金により中国に派遣されたが、これは農村保健館所長への就任に先立ち、ロックフェラー財団が中国で進めていた農村保健所を視察させるためであった。なお、第二次大戦後、与謝野は東京都衛生局長に任じられ、GHQ 公衆衛生福祉局 (PHW) のサムス局長の指示のもとに東京の衛生改善に努めた。

### 3. 農村の荒廃とヘルスセンター

ところで、日本政府がロックフェラー財団に支援を申し出た背景には、農村の荒廃も大きく影響していた。医師不足から農村部では乳幼児や妊産婦の死亡率が高く、また都市の工場で結核を患い帰郷した若者により結核が蔓延していた。政府は、農村の荒廃は食料生産力の低下をもたらし、ひいては国力衰退につながるとして、農村保健の問題を真剣に考えるようになった。また、農村の悲惨な状況に対し、政府に“医療の社会化”を求める世論が高まっていたことも、ロックフェラーによる公衆衛生技術者養成機関の支援を受け入れる素地をつくったといえる<sup>56)</sup>。

1916（大正5）年、政府は、乳幼児、結核、花柳病、らい、農村衛生状態、統計など8項目の調査を行うため、保健衛生調査会<sup>57)</sup>を設置した<sup>58)</sup>。全国的な農村衛生調査が行われたのはこれが最初であり、農村の厳しい状況が明らかにされた<sup>59)</sup>。一方、農村部では医療利用組合運動が自然発生的に生まれたが、開業医は医療利用組合病院の建設に反対した。そのため医療利用組合病院は医師の確保がままならず、多くは閉鎖のやむなきに至った（佐口1982:72）。そ

---

56) “医療の社会化”という言葉について、佐口卓は「実費診療所の設立者であった鈴木梅四郎が好んで使ったのであり、大正年代に入ってから世上に流布されたものであろう」と述べている（佐口1982）。

57) 保健衛生調査会の設置は、当時の内務省衛生局長であった中川望衛が推進したとされる。中川は東大法科出身で、市町村課長時代には地方局有志で「田園都市論」を出版した経歴をもつ。

58) 保健衛生調査会では、東大医学部衛生学講座の横手千代之助が一般衛生を担当し、宮入慶之助が農村衛生を担当した。なお、宮入は1923（大正12）年にロックフェラー財団の招聘で米国視察に参加している。また、統計については統計学が専門の二階堂保則が担当した。

59) 保健衛生調査会の農村保健衛生実地調査の統計及び報告を担当したのは、医師で内務省衛生技手であった南崎雄七である。南崎は農村の公衆衛生問題の専門家として後に複数の著書を出版している。

の間にも無医村は増え続け、昭和の初期には1万2千近い町村中、開業医のいない町村は3千以上にも上った。府県は診療所の設置や巡回診療に補助金を支給するなどの措置をとったが、農村の衛生状態の改善は進まなかった。

こうしたなか、1931(昭和6)年にジュネーブで国際連盟保健機関(LNHO)主催の欧州農村衛生会議が開催され、医師不足が深刻な農村部に診療所と健康相談所の機能を併せ持つ「ヘルスセンター」の設置が勧告された。これを受けて内務省はヘルスセンターの具体化を図ることとし、制度設計に着手した<sup>60)</sup>。

---

60) 1928(昭和3)年に内務省は、衛生技手の南崎雄七に命じて欧米諸国の農村ヘルスセンターの状況について調査を行った。南崎は帰国後、欧州農村衛生会議で決議された農村ヘルスセンターの詳細を紹介するとともに、日本における農村ヘルスセンター設置の具体的な計画を発表している(南崎1933)。なお、「厚生省50年史」や「内務省史」には、1928(昭和3)年にジュネーブで開催された国際連盟欧州農村衛生会議に参加したという記述があるが、欧州農村会議が開催されたのは1931(昭和5)年である。当時欧州では農村の不衛生が問題視され、1927(昭和2)年10月に国際連盟の常設衛生委員会(Hygiene Committee)は、ロックフェラー財団の支援のもとに、欧州における衛生状況の調査の実施を決定した。そして専門家による実態調査がユーゴスラビア、ルーマニア、ハンガリー、ベルギー、フランスで行われ、スペイン政府から農村衛生に関する国際会議を1931(昭和6)年に開催することが提案された。他方で、1930(昭和5)年10月27日にはハンガリーのイニシャティブによりブダペストにおいて国際連盟主催の農村ヘルスセンターに関する国際会議が開催され、「ヘルスセンターこそ農村における保健衛生の最良組織である」との合意がなされた。こうして1931(昭和6)年にジュネーブで開催された欧州農村衛生会議では、農村医療サービスの提供における政府(国・地方自治体)の責任、農村部における病院や農村ヘルスセンターの設置、健康保険制度の導入、衛生教育の充実、水道や住宅の改善などが勧告された。南崎が1930(昭和5)年のブダペスト会議あるいは1931(昭和6)年のジュネーブ欧州農村衛生会議に出席したのかは定かでないが、南崎が紹介した欧州のヘルスセンターの情報は内務省の保健所(ヘルスセンター)構想の重要な資料となった。

Borowy(2009)によれば、ヘルスセンターはもともと英国や米国の大都市における医療センター(medical centers)として考案されたもので、診療所と保育所と結核予防を組み合わせた機能をもつものであった。しかし、米国ではヘルスセンターは「福祉医療(welfare medicine)」の烙印を押され、多くの一般医はそれを「医療社会主義(medical

内務省は、当初、農村ヘルスセンターで一般診療を行うことを考えていた<sup>61)</sup>。だが医師会がこれに反発したため、ヘルスセンターは衛生保健指導に限定することになり、名称も「保健所」とすることになった<sup>62)</sup>。その代わりに導入したのが、農村の人々が低料金で医療機関を受診できる「国民健康保険制度」である。しかし、加入者が少なかったため、内務省では全国の市町村長に呼びかけて、国民健康保険組合の設立と加入を勧奨した<sup>63)</sup>。

なお、政府がロックフェラー財団に支援を申し入れた背景事情として、軍部の影響力も指摘しておく必要がある。軍部は、結核の蔓延や栄養失調が、兵士となる若者の体力を著しく弱めていたことを憂い、政府に「健兵健民」政策を求めている。内務省のヘルスセンター構想が支持を得られたのも、それが国

socialism)」の手先とみなし、患者が奪われると批判した。一方、第一次大戦後の欧州では事情はまったく異なり、とくに東欧では農村部における総合的な保健機関としてヘルスセンターが次々に設立されていった (Borowy 2009: 329-330)。なお、米国のヘルスセンターについては、注 33 も参照。

- 61) 内務省は、ヘルスセンターについて「事業としては只社会的疾病予防、母体小児保護等のみならず、急性伝染病、一般衛生清潔保持、其の他医師なき地方の医療、救療等を実施し優秀なる成績を挙げることを得る。尚ほ運動相談、職業指導、精神衛生相談等の事業にも適す可し。但し医師ある地方の医療の問題は医師法との関係を顧慮するを要し少なくとも疾病の治療がその予防と密接の関係にあるものに之を限るが適当なる可し」としていた (阿部ほか編 1985: 531-532)。
- 62) なお、野辺地慶三は、「大蔵省に保健所の予算を出す際に、初めの構想は、半分は医療機関、半分が衛生保健指導機関ということで予算を出したのですが、医療のほうを大蔵省ですっかり落としてしまったわけで、保健指導機関だけになった。」「医師会の反対もあったかもしれないが、大蔵省で、もし原案が通っていったら、結局、医療国営の組織ができて上がって、日本の病院全部に国費がかかるようになることを心配したのではないかと思います。」と述懐している (大霞会 1977: 139)。
- 63) 政府は 1922 (大正 11) 年に健康保険制度を導入したが、これは都市の工場労働者や鉱山労働者を対象としたもので、加入率は数%にとどまっていた。なお、国民健康保険は、1942 (昭和 17) 年の改正で、地方長官 (知事) が必要と認めた場合は強制的に組合を設立できることになり、国民健康保険の加入率は 1943 (昭和 18) 年には約 70%にまで達した。

民の体位向上に貢献するとされたからであろう。しかし、全国にヘルスセンターを整備するには大量の衛生技師を養成する必要がある。そこで政府はロックフェラー財団との交渉を再開し、その支援を利用することにしたのである。軍靴の響きが高まるなか、ジョンズホプキンス・モデルの公衆衛生院は、最初の提案から10年の時を経て建設された。そして、付属実習機関として建設された保健館は、そのまま保健所のモデルとなった。しかし、そこには患者のために診療を行う医師の姿はなかった。

#### 4. 戦時下の公衆衛生院と保健所

こうした紆余曲折を経て公衆衛生院は設立されたが、1940(昭和15)年に公衆衛生院は栄養研究所と合併して厚生科学研究所となり、さらに1942(昭和17)年の行政簡素化によって、厚生科学研究所は厚生省所管の人口問題研究所や産業安全研究所とともに厚生省研究所の一部となった。また、設立当初、公衆衛生院は教授制をとっていたが、厚生省研究所においては技師・技手制に変更された(小高1992:336)。組織統合後も、養成訓練部は事業を続け、1940(昭和15)年12月には看護学科の4か月(後に6か月)の課程が加わり、さらに1941(昭和16)年4月から栄養学科本科9か月と、1942(昭和17)年4月からは同高等科1か年の課程が加えられた。しかし、戦争が拡大すると、多くの医師が軍隊に徴用され、1944(昭和19)年に養成訓練事業はついに中断に追い込まれた。結局、戦前における正規課程5学科の修了者は、合計で875人とどまった(林1968)。

一方、保健所の設置も順調には進まなかった。内務省は、保健所法にもとづき全国の府県に保健所の設置を要請した。保健所法は保健所を「国民の体位を向上せしむる為地方に於て保健上必要なる指導を為す所とす」と定め、保健所では衛生思想の涵養、栄養の改善や飲食物の衛生、衣服や住宅などの環境衛生、妊産婦や乳幼児の衛生、疾病予防、その他健康増進を図るための“指導”を行うとした。だが、保健所は府県警察部の管轄下に置かれ、しかも性病予防

と環境衛生関係の営業許可は警察署の権限として残ったため、保健所のイメージ転換は進まなかった。政府は、1937（昭和12）年以降10か年で全国に保健所550か所、支所1,100か所を設置して保健所網を完成させる計画を立てていたが、実際には1937（昭和12）年度に49か所、1938（昭和13）年度に29か所、1939（昭和14）年度に30か所、1940（昭和15）年度に26か所、1941（昭和16）年度に53か所の設置にとどまり、計画期間の半ばをすぎても5年間で本所合計187か所を数えるにすぎなかった（保健所50年史編集委員会編1988:34）。

一方で、政府は1942（昭和17）年に国民体力法を改正し、体力検査の指揮監督、国民体力管理医の指揮、体力向上についての指示、療養に関する処置命令を地方長官から保健所長の権限に移した。これは、保健所が地区保健指導の中心機関であることを法的に明らかにしたもので、これによって指導行政に転換したはずの公衆衛生行政は、再び権力行政に戻ってしまった。ロックフェラー財団の意図とは裏腹に、軍部によって保健所は国民体力向上のための統制機関へと作り変えられてしまったのである。同年、政府は地方官官制を部分改正し、府県の衛生行政を警察部から内政部に移管したが、それでも保健所の設置は進まなかった。そこで、政府は1944（昭和19）年に既存の各種保健指導施設（妊産婦・乳幼児健康相談所、結核予防健康相談所、簡易保険健康相談所、健康保険相談所、小児結核予防所）を統合するという強引な手段に出た。これによって、計画から7年後に総計770か所からなる全国的な保健所網が整備されたが、戦争末期の度重なる空襲によって都市部の保健所は焼失し、保健行政はほとんど壊滅状態となって終戦を迎えた。

### 第3節 戦後期における公衆衛生行政の展開

日本の公衆衛生（public health）は、占領下に改正された保健所法のもとで著しい発展を遂げた。全国に保健所が設置され、ツベルクリンによる結核予防、各種の予防接種の実施、衛生観念の普及、栄養や健康に関する教育の推進

など、科学に基づく公衆衛生活動が各地で繰り広げられた。戦後日本の公衆衛生行政の基盤は、連合軍総司令部（GHQ）の公衆衛生福祉局（Public Health and Welfare: PHW）のC. サムス（Crawford Sams）局長（准将・米国陸軍軍医）のリーダーシップのもとに構築されたと言っても過言ではない。一連の改革は、GHQの「指令」というかたちで強制的に進められたが、厚生省の医系官僚はむしろ積極的にそれを支持し、公衆衛生行政の確立に取り組んだ。戦前から英米の公衆衛生学や公衆衛生行政の実情に通じていた医系官僚にとって、PHWは恐れる存在ではなく、むしろ頼もしい存在であったといえるかもしれない。

GHQは、日本政府に対し、民主的な公衆衛生行政確立のための改革を矢張り早く指示した。1947（昭和22）年には新保健所法が制定され、保健指導から予防医療まで所管する総合的なヘルスセンター（保健所）が全国に整備された。復活した公衆衛生院は、短期間に多くの衛生技術者を養成し、保健所の人手不足に応えた。また、公衆衛生の現場では、科学的な知識と先進的な技術が導入され、日本の衛生は驚くべきスピードで改善された。こうして、戦前期にロックフェラー財団が企図した日本の衛生行政の“アメリカナイゼーション”は、占領下において実現したかにみえた。

しかし、戦後の混乱が一段落し、結核や栄養失調などの問題が山を越えると、保健所は早々に医師不足に直面するようになる。若い医師は公衆衛生に関心を示さず、もっぱら臨床医を目指したからである。同時に、公衆衛生院も定員確保に悩むようになった。戦後、地方自治が法制度上確立されたにもかかわらず、なぜ公衆衛生は地域に根を下ろすことができなかつたのであろうか。本章では、戦後における公衆衛生行政の展開と変容を、公衆衛生院と保健所の活動を中心に考察する。

## 1. 占領下における“公衆衛生”の再生

1945（昭和20）年9月22日、連合軍総司令部（GHQ）は、劣悪な衛生環境から連合軍兵士の健康を守るため、「公衆衛生対策に関する件」（SCAPIN 第48号）

を發して、厚生省に対し、各県における疾病の蔓延状況、医師・歯科医師・獣医及び公衆衛生関係者の数、病院施設等の利用可能状況、公衆衛生関係法規の適切性に関する調査と、伝染病患者の隔離等の処置、上下水道の復旧、病院の再開、公衆衛生関係者や臨床診断関係等に係る研究所の業務の再開等を命じた<sup>64)</sup>。

続いてGHQは、1946（昭和21）年5月21日に「保健及び厚生行政機構の改正に関する件」を發して、公衆衛生行政の地方分権化と専門化を命じた。これに基づいて厚生省に新たに公衆保健、医務、予防の3局が置かれ、府県には衛生部が設置された。新設された厚生省の3局の局長と府県衛生部長は医系技官のポストとされ、公衆衛生の医師が公衆衛生行政のトップに立つ体制がつけられた。同年8月には国民医療法施行令の一部が改正され、医師に対する実地修練制度及び医師、歯科医師に対する国家試験制度が導入された。そこでは大学医学部卒業後、医師国家試験受験資格を得るための義務として、卒業後1年以上の診療及び公衆に関する実地修練が定められた<sup>65)</sup>。

また、同年11月の公衆衛生院官制（勅令第249号）の公布により、公衆衛生院は当初の姿に戻った。公衆衛生院は、公衆衛生技術者養成のニーズに応えるため、1947（昭和22）年に医学科、衛生看護、衛生監視、衛生薬学、衛生獣医、栄養、衛生工学の7学科について2～4か月の短期再教育事業を開始した。また、1949（昭和24）年の厚生省設置法の施行に際し、名称を「国立公衆衛生院」に改め、同年7月には正規課程の医学科を再開した。さらに1951（昭和26）年には看護、獣医、薬学、栄養の学科を加えて合計5学科の正規課程が再開され、短期再教育の課程も13学科に増えた。こうして1952（昭和27）年度までに公衆衛生院は6,013名の修了者を輩出した。

---

64) 占領当初、PHWは保健所そのものにはあまり関心がなかったため、保健所の復興についてPHWの担当官を説得するための関係者の苦勞は並大抵のことではなかったという（橋本1970:402）

65) 公衆衛生の実地修練については、保健所機能を強化する必要から保健所で行うとされた。

公衆衛生を重視するGHQの姿勢は、憲法を始めとする重要な法規にも反映された。1946（昭和21）年11月3日に公布された日本国憲法第25条の2には「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」との条文が置かれた。また、医師法（1948（昭和23）年制定）第1条では「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする」と定められ、すべての医師の責務として、保健指導にあたり、公衆衛生の向上及び増進に寄与することが明確に定められた。

こうしたなか、GHQは1947（昭和22）年4月に「保健所機構の拡充強化に関する件」を発し、同年9月に保健所法の全面改正を行った（施行は1948（昭和23）年1月）。これにより保健所は、衛生思想の普及・向上、人口動態統計、栄養改善・食品衛生、水道・清掃等の環境衛生、保健婦に関すること、公共医療事業の向上・増進、母性・乳幼児の衛生、歯科衛生、衛生上の試験・検査、結核・性病等の疾病予防など公衆衛生のほとんど全分野にわたって指導を行うことになり、結核、性病、歯科疾患その他厚生大臣指定の疾患の治療も行うことができることとされた。保健所は府県が法律に基づいて概ね人口10万人に1カ所設置するとされ、人口15万人以上の市については市が設置主体とされた。こうして全国675か所に保健所が設置され、定員は1万8,857名と戦前の3倍近い人員となって戦後の保健所行政は発足したのである<sup>66)</sup>。もっとも、2万人近い保健所職員のうち、半数近くはいわゆる対物保健行政の担当であり、いわゆる規制行政に従事する職員であった。こうして保健所は世界にも類を見ない総合的な地域保健衛生機関として再出発した。

なお、前述したように、GHQと厚生省は、府県の衛生部長と保健所長を医師ポストにすることで、保健衛生行政を地方政治から独立させたが、これはま

---

66) 新たに保健所を全国に設置するにあたって、厚生省は東京杉並にモデル保健所を開設するとともに、全国各地にモデル保健所を建設した。

さしく英米モデルを日本に持ち込むものであった。しかし、講和独立を果たすと、府県の知事は相次いで衛生部を民生部と統合したり、衛生部長のポストに事務官を充てる措置をとった（橋本・大谷 1990）。こうした動きに対し、厚生省は、機関委任事務制度をつうじて知事を出先機関化するとともに、保健所長に事務を委任して市町村に対する垂直的な統制ラインを確保した。その結果、保健所は権力的な行政機関としての性格を強め、地域住民にとって健康相談のために気楽に足を運べる敷居の低いものにはならなかった。また、それゆえに、やがて保健所の対人保健サービスが市町村に移されるようになると、保健所は地域住民からはますます遠い存在になっていった（野沢 2010）。

## 2. 公衆衛生医師の不足問題

占領軍指令のもとに新たな一步を踏み出した日本の公衆衛生行政であったが、その前途は決して順風満帆ではなかった。1947（昭和 22）年には日本公衆衛生学会が発足したが、公衆衛生学の重要性は学界ではまだ認知されていなかった<sup>67)</sup>。米国教育使節団の勧告<sup>68)</sup>に基づいて、東大医学部に最初の公衆衛

---

67) 日本公衆衛生学会は、第 1 回公衆衛生学会において、①公衆衛生講座の設置または増設、②公衆衛生に関する研究費の大幅増額、③全府県に衛生部を直ちに設置するとともに、その第一線機関である保健所網の充実強化、④公衆衛生関係機関職員の地位向上や待遇の改善や中央地方を通じた公衆衛生関係予算の増額を厚生・文部両大臣に建議した（佐々木 1976: 546-548）。

68) アメリカ教育使節団は、1946（昭和 21）年 3 月上旬に来日し、一か月の間日本の教育事情について調査を行い、3 月 31 日に報告書をマッカーサー元帥に提出した。報告書では、高等教育のなかの技術教育および職業教育について、「医学上の訓練については特別な研究が行われるべきである。日本の医学校の中には程度が低いようなものが見受けられる。資格を備えた教授や適切な設備に欠けている医学校に対しては、合理的な最低基準を満たすことが要求されるべきであり、さもなければ閉校することが要求されなければならないと信ずる。新しい計画を立てるために、医療、看護、および公衆衛生の全体的機構についての研究を専門家グループに依頼することを勧告する。この必要性は切実である」と述べていた（アメリカ教育使節団報告書 1979: 120）。

生講座が設置されたのは 1948 (昭和 23) 年である。その後、全国の医学部に公衆衛生講座が設置されていったが、臨床を重視する医学界の風潮は変わらず、医学生のおいでで公衆衛生に対する関心は一向に高まらなかった。

この問題は、1948 (昭和 23) 年 12 月にアメリカ医師会調査団<sup>69)</sup>が提出した報告書でも指摘されている。報告書は、「公衆衛生技術者を広範に養成する必要があるが、給与、地位の安定昇任等による報奨がなくしては必要なだけの技術的才能と事務的統制力をもった専門教育を経た程の者を必要なだけ得ることはできない」として、「大学院の課程を用意し、短期講習を行い、更に専門家の監督の下における実地訓練をなし、常に職員の進歩を念としてゆかなければならない」と指摘した<sup>70)</sup>。しかし、医師の多くは、医師免許取得後に専門大学院で公衆衛生学や公衆衛生実務を学ぶ米国流の教育方法には関心を示さなかった。その結果、公衆衛生医の養成を行う公衆衛生院の正規課程はやがて定員割れに陥り、保健所も医師不足に直面することになった。

この問題をもう少し詳しくみていこう。昭和 30 年代に入ると、保健衛生思想の普及や医薬の進歩により、乳幼児死亡率は半減し、結核死亡率は約 4 分の 1 になるなど、公衆衛生を巡る状況は大きく改善された。その一方で、新卒医師の多くは臨床医を希望したため、保健所は早々に医師不足に直面することになった。例えば、1957 (昭和 32) 年は定員 4,430 人に対して現員 2,200 人 (充足率 48.0%) で、1958 (昭和 33) 年には、定員 4,436 人に対して現員 1,821 (41.0%) であった (厚生省健康政策局計画課 1988: 148)。

---

69) アメリカ医師会調査団は、GHQ の要請で来日した米国社会保障制度調査団 (W. ワンデル (William Wandel) 団長) が 1948 (昭和 23) 年 7 月に提出した「社会保障制度への勧告」(ワンデル勧告) の実施に先立ち、GHQ の GS がアメリカ医師会 (AMA) の意見を聞くことを要請したことから来日したものである。

70) アメリカ医師会調査団報告書の引用は、厚生省保健局が 1948 (昭和 23) 年に発行した報告書の複製版 (菅沼隆監修『資料-セレクション日本の社会保障・第 1 巻 社会保障制度』所収の「アメリカ医師会調査団報告書」p.173 による)。

そこで、政府は1957（昭和32）年に公衆衛生修学資金貸与法を制定し、将来保健所に勤務しようとする医学部及び歯学部学生に対して月4500円の資金を貸与する事業を開始した。それにもかかわらず、1961（昭和36）年の保健所医師の定員充足率は48%にとどまり、1967（昭和42）年にはさらに42%へと落ち込んだ。保健所医師の減少は、政令市よりも都道府県保健所のほうが深刻であった。また、保健所医師の研修状況をみると、1966（昭和41）年末に保健所に勤務していた医師のうち、公衆衛生院の1年課程を修了した者は32%しかなく、短期課程を修了した者の40.4%と合わせても、半分に達していなかった（長田1968:30-31）。

一方、国立公衆衛生院の研修事業のデータからは、現任の保健所医師の多くが公衆衛生院の研修を受講していなかったことがわかる。1968（昭和43）年3月までの3か月の基礎課程（都道府県及び政令市の衛生部局または保健所に新たに勤務する医師を対象に、公衆衛生に関する基礎訓練を実施するもの）の修業者は42名であり、1年の専攻課程（原則として基礎課程修業後、実務経験3年以上の者を対象に、必要な学理と応用に関する教育を行うもの）の修業者は176名であった。それに対して、都道府県及び政令市の衛生部局または保健所の実務経験が長く、基礎や専門課程に該当しない者に対する再教育を目的とする3か月の特別課程（一般）の修業者は1,501名を数えている（重松1968:51-54）。この特別課程は、戦後急増した保健所などの公衆衛生従事医師の応急教育のために開設したものであり、その後に廃止されたものである。戦後に保健所に採用された医師のなかには、戦前に医学専門学校（医専）を卒業して開業医になり、戦時中は軍医として徴用され、敗戦後に復員した者が多かったことから、特別課程の受講者が突出したものと考えられるが、同時に新卒医師のあいだで地方の公衆衛生行政（自治体の衛生部門や保健所における勤務）を志望する者が少なかったことがわかる。

公衆衛生院における定員充足率の低さは、1964（昭和39）年に行政管理庁が行った「科学技術行政監察結果に基づく勧告（公衆衛生院関係分）」でも取り上げられた。行政管理庁は、「公衆衛生院は、公衆衛生担当技術者の養成を目的と

して設立されているが、本院の定員に対する充足率は低く、38年度正規医学科では40%、衛生技術科では27%である。このように充足率が低いのは教育目的が主として『国および地方公共団体の公衆衛生事業に従事する者ならびに教育機関で公衆衛生の教育に従事する者』としているため、国および地方公共団体では該当者を長期に亘り研修させることはその間業務に支障を来すので、研修派遣に消極的なこと、ならびに研修修了者に対する優遇措置がないので研修に対する魅力がないことなどに起因している」と指摘し、公衆衛生院の定員充足率を高め、設立の趣旨を充分活かすよう措置を講ずる必要があると勧告した(行政管理庁1964a:32)。これに対して厚生省は、「養成定員に対する充足率が満足な状態に至らないのは、基本的に地方公共団体の公衆衛生従事職員数が絶対的に不足しているためであり、国としてはまずこの事情を解消することに努めなければならないと考えている」と回答するにとどまった(行政管理庁1964b:476)。

その一方で、厚生省では、1960(昭和35)年に公衆衛生教育制度調査委員会(後に同研究協議会と改称。通称「野辺地委員会」)を設置して公衆衛生教育制度の問題点を調査し、改善策を検討した。1962(昭和37)年の答申「公衆衛生教育制度の将来について」では、優秀な技術者を確保するためには技術者の身分制度を確立し、給与等の面において抜本的な優遇の道を開くことが不可欠の条件であるとして、専門課程医学科の修了者で所定の審査に合格した者に対しては公衆衛生専修士 Diploma in Public Health (D.P.H.) の称号を与え、公衆衛生職員の資格としてはこの称号を必須条件とすることとし、早急に必要な法的措置を講ずることを求めた<sup>71)</sup>。

---

71) 野辺地委員会の答申は、国立公衆衛生院(1968)に収録されている。なお、1963(昭和38)年3月20日に国立公衆衛生院長に提出された「公衆衛生教育制度研究協議会報告書との関連における国立公衆衛生院の養成訓練の改善方策」では、「専修士(Diploma)」について「公衆衛生向上のためには、その特質からみて推進的役割を果たすべきものは各種の分野において学士課程を修了した後、少なくとも1学年の公衆衛生に関する Post-graduate の教育を受けることが必須の条件であり、このような高い水準の課程を修了し

その後、国立公衆衛生院の教育体系については、1980（昭和55）年に大学院大学を想定した制度改革が行われ、医学科を含む長期課程5学科は廃止され、専攻課程（1年）、専門課程（公衆衛生修士、2年制。但し医師などは1年）、及び研究課程（公衆衛生博士、3年）が新設された（上畑1996）。専攻課程の修了者には Diploma of Public Health (Dip.P.H.) を、専門課程の修了者には Master of Public Health (M.P.H.) を、3年間の研究課程の修了者には Doctor of Public Health (D.P.H.) を授与しているが、これらは大学および学位授与機関が授与する学位（修士・博士）とは異なり、認定証という扱いである<sup>72)</sup>。なお、国立公衆衛生院は2002（平成4）年に廃止され、国立医療・病院管理研究所及び国立感染症研究所の一部とともに「国立保健医療科学院（英文名称は National Institute of Public Health）」に改組され、現在に至っている。

## 第4節 転換期の公衆衛生行政

### 1. 地方分権の推進と保健所の改革

国民皆保険制度（1961年）の確立以降、医療機関の受診者は急増し、病院の病床数は増加の一途をたどった。さらに診療科の専門分化や医療技術の発達にとともに、国民医療費はうなぎ上りに上昇していった。1980年代には国民

---

たものに対しては、学位もしくは称号を与えることが当然であり、諸外国でも従来からすべて master または diploma 等を与えていることは周知の通りである。この点わが国では、諸外国のそれと同等ないしはそれ以上と考えられる教育が戦前から本院において実施されてきたにもかかわらず、何らの称号も与えられていないことはきわめて不合理であるばかりでなく、特に増大しつつある外国人留学生の受け入れや日本人の国際活動参加に際しても支障となっている。」と述べ、より直接的に学位の問題を指摘した（国立公衆衛生院1968:169-176）。

72) なお、国立公衆衛生院を引き継いだ現在の国立保健医療科学院では、M.P.H. や D.P.H. などの認定証は WHO などの国際機関では「学位」として扱われており、海外での公衆衛生活動を希望する専門家には特に有意義であるとしている（岩永2002）。

医療費が国家財政を圧迫するようになり、医療保険制度の改革が大きな政治課題となった。なかでも問題とされたのが、高齢化による老人医療費の急増であり、政府は1989(平成元)年には「高齢者保健福祉推進10か年計画(ゴールドプラン)を策定して在宅福祉へのシフトを図った。また、政府は1994(平成6)年に保健所法を地域保健法に改正し、市町村に保健行政の先端機関である保健センターを置くことを公式に認めた。これは、それまで保健所を拠点に行われてきた地域保健サービスを市町村保健センターに移し、自治体レベルにおける保健行政部門と福祉部門の機能連携を強化するもので、保健行政のさらなる分権化を推進するものであった(新藤1998)。

そうしたなか1995(平成7)年の地方分権推進法により、従来の中央集権行政を見直し、地域住民の自己決定権を拡大するための分権改革が本格的に始まった<sup>73)</sup>。地方分権推進委員会は、自治体の自律的な行政の推進を妨げる国の規制の問題を取り上げ、公衆衛生分野については保健所長の医師資格要件<sup>74)</sup>を俎上に載せた。この問題は地方分権推進委員会のくらしづくり部会で議論されたが、結論には至らず、1996(平成8年)12月に提出された第一次勧告では「保健所長の医師資格規制については、必置規制の見直しの一環として、その要否を引き続き検討する」と述べて、将来に先送りした。

次に保健所長の医師資格要件の問題が取り上げられたのは、2001(平成13)

---

73) 地方分権推進委員会は、地域づくり部会、くらしづくり部会、行政関係検討グループ、補助金・税財源検討グループで構成された。委員会は1996(平成8)年3月に中間報告「分権型社会の創造」を内閣総理大臣に提出し、国と地方公共団体との関係を上下主従の関係から対等協力の新しい関係に転換させるため、機関委任事務制度の廃止を決断すべきであること、国・地方公共団体間の関係調整ルールを創設すべきこと等を提言した。

74) 当時、地域保健法施行令第4条において、保健所の所長は、医師であることに加えて、①3年以上公衆衛生の実務に従事した経験がある者、②厚生省組織令第95条に規定する国立公衆衛生院の行う養成訓練の課程を経た者、③厚生大臣が前2号に掲げるものと同等以上の技術または経験を有すると認めた者、の一つに該当する技術吏員であること、と定められていた。

年の地方分権改革推進会議においてである。推進会議では地方に対する国の関与の縮減・廃止について検討し、2002（平成14）年10月に「事務・事業の在り方に関する意見：自主・自立の地域社会をめざして」を内閣総理大臣に提出した。そこでは「より適切な保健所運営、より適切な健康と安全の確保に向けた地方ごとの主体的判断を尊重する」との立場から、保健所に医師が必須である点は認めた上で、「場合によっては地方公共団体の判断で、保健所長は医師ではない者を充てるという選択肢も認めるべきである」と述べ、国に見直しを求めた<sup>75)</sup>。

提言を受けて厚生労働省は、2003（平成15）年3月に「保健所長の職務の在り方に関する検討会」（座長：石井威望（東京大学名誉教授）<sup>76)</sup>）を設置し、保健所が担うべき業務、保健所長の職務、保健所長に求められる能力、保健所長の資格要件についての今後のあり方について検討を行った<sup>77)</sup>。しかし、検討会では、保健所長の医師資格廃止を求める意見と医師資格の廃止は認められ

75) 地方分権改革推進会議は、保健所長の医師資格要件の廃止については、以前より地方公共団体から寄せられおり、「地方の責任において、保健所ないし保健所部門の適切な人員配置を行いたいとの意思と意欲のある場合に、『国から地方へ』の基本方針に照らせば結論は自ずと明らかであると考え。それは決して住民の健康と安全を軽視するというのではなく、より適切な保健所運営、より適切な健康と安全の確保に向けた地方ごとの主体的判断を尊重するということである」と述べて見直しを求めた。

76) 検討会は、大学教授、医療関係者、日本学術会議会長、公衆衛生学会理事長、日本医師会常任理事、全国知事会事務総長、自治体関係者など11名で構成された。

77) 検討会は、保健所長に求められる能力を、①地域の保健、医療、福祉の状態を把握し、保健所として果たすべき適切な役割を企画及び指導する能力、②SARS、O157等の健康危機発生等の緊急時に、組織の長として瞬時に的確な判断及び意思決定をする能力、③医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師等の多くの職種からなる保健所組織全体を統括指導する能力、④地域の医療、保健衛生をはじめとした多様な関係者等との意思疎通を行い良好な調整、協力体制を構築する能力の4点に集約し、保健所長の医師資格要件の廃止の是非について検討を行った。その過程では関係者からのヒアリングも行い、地方分権推進委員会で保健所長の医師資格要件の廃止を提起した大森彌（千葉大学教授）が機関委任事務の廃止との関連で保健所長の医師資格廃止の合理性について見解を述べた。

ないとする意見がまったく噛み合わず、意見の応酬に終始した。廃止を求める側は、現実に地方公共団体の多くが保健所医師の確保に苦慮しており、複数の保健所を一人の保健所長が兼務するケースが出てきていること、地域において保健・福祉・医療を総合的に推進するうえで保健所長には一層高度なマネジメント能力が求められること、地方公共団体のアンケートでも7割以上が保健所長の医師資格の廃止を求めていることなどから、保健所に医師は必要だが、保健所長の医師資格は廃止すべきであると主張した。それに対して廃止に反対する側は、公衆衛生は全国画一である必要があること、地域の医療関係者をまとめるためには保健所長は医師である必要があること、保健所長の兼務は保健所の統合等により改善されてきていること、保健所の医師資格要件を廃止したら、保健所医師希望者はますます減少することなどを理由に現状維持を主張した。こうして議論は最後まで平行線をたどったが、事務局（厚生労働省健康局）がとりまとめた報告書では、「現行の医師資格要件を維持し、公衆衛生に関する専門的知識及び実務経験並びに組織管理能力に関して一層の水準の向上を目指す必要があるとの認識に至った」と述べるとともに、「保健所長が医師であるとの重要性が確認され、むしろ今後その役割が一層増大していく」と述べて、地方分権改革推進会議が求めた改革案とは対立する見解を示した（保健所長の職務の在り方に関する検討会 2004: 17）。

ただし、報告書を受け取った厚生労働省は、自治体が精一杯の努力をしても公衆衛生医師の確保が困難な場合も想定されることから、そのような場合には例外を設けることが適切であるとして、2004（平成16）年4月に「公衆衛生行政に必要な医学的専門知識に関し医師と同等またはそれ以上の知識を有する技術吏員に対して医師資格要件の例外を認める」ことを決定し、保健所長の医師資格に関する政令（地域保健法施行令第4条）を改正して、第4条に2項を設けて例外規定を定めた。すなわち、地方公共団体の長が、医師をもって保健所長に充てるのが著しく困難であると認めるときは、2年以内の期間を限り、次の1～3のいずれの要件にも該当する医師でない職員をもって保健所長に充

ることができるとした（なお、同施行令は翌年改正されており、以下の記述は改正後の規定である）。その1は、「厚生労働大臣が、公衆衛生行政に必要な医学に関する専門的知識に関し医師と同等以上の知識を有すると認められた者」である。これは国立保健医療科学院の「専門課程Ⅰ」の受験資格を得た者とされ、認定に当たっては、国立保健医療科学院が実施する試験を受けなければならないとした<sup>78)</sup>。その2は、「5年以上公衆衛生の実務に従事した経験のある者」である。そして、その3として、「養成訓練を受けた者」との規定が置かれた。この「養成訓練」は国立保健医療科学院の「専門課程Ⅰ」を指す。ただし、今回の制度改正に伴う経過措置として、2010（平成22）年度までの間、医師免許取得後、公衆衛生関係の研究若しくは教育に3年以上従事した経験を有する者又は診療に5年以上従事した経験を有する者については、国立保健医療科学院の「専門課程Ⅰ」の科目のうち別表に掲げる6科目（公衆衛生総論、公衆衛生行政、保健統計学・疫学、健康危機管理論、組織経営・管理、公衆衛生活動論）を受講し、12単位（分割前期3か月）を修得することで足りるとした<sup>79)</sup>。

しかしながら、この例外規定は医師以外の者に医師と同様の資格を求めらるもので、実質的に医師以外の保健所長の任用を不可能にするものであったことから、地方自治体側からは批判が続出した。そのため、保健所長の医師資格要件の問題は、2007（平成19）年4月1日に発足した地方分権改革推進委員会で

---

78) この試験の出題範囲は、医師国家試験出題基準における（1）必修の基本的事項に関する事柄、（2）医学総論に関する事柄、（3）医学各論のうち、（ア）健康危機管理関係業務を行う際に必要な感染症、精神疾患、中毒及び外因による疾患に関する事柄、（イ）健康増進関係業務を行う際に必要な主要な生活習慣病（悪性新生物、脳血管疾患、心疾患及び糖尿病）及び関連疾患に関する事柄、（ウ）その他、公衆衛生行政（特定疾患、小児慢性疾患等の申請を含む。）において関与する可能性の高い疾患に関する事柄とされた。

79) ただし、「専門課程Ⅰ」のうち12単位のみ修得した者については、全課程を修了することが望ましいとした。また、医師免許取得後に保健所に1年以上勤務した経験を有する者については、その保健所における勤務期間を算入するとした。

も再度取り上げられることになった。同委員会は、2008（平成20）年5月28日に提出した第一次勧告「生活者の視点に立つ『地方政府』の確立」において、「保健所の所長は法令により医師でなければならないとされているが、保健所に医師を配置したうえで、所長は公衆衛生行政に精通した、管理能力のある職員が就くことでも十分対応が可能である。この医師資格要件については、平成16年に医師以外の者も所長となり得る特例措置が設けられたが、医師と同等以上の知識を有する者とされていること、任期、養成訓練課程の要件が厳しいということもあり、これまで適用の実績はない」と指摘し、保健所長の資格要件については、公衆衛生行政への精通度合いや、健康危機管理への対応能力という観点も踏まえつつ要件の緩和の方向で見直し、2008（平成20）年度中に結論を得るとした<sup>80)</sup>。

これを受けて厚生労働省は、「特例」の適用期間について、特例措置の状態が改善されない場合に限り、継続して任用することを認めるとしたが、一保健所で最長4年とする改正案を示した。しかし、これで地方団体側が納得するわけもなく、保健所長の医師資格要件の廃止問題は、2014（平成26）年の地方分権改革有識者会議でも取り上げられた。同会議では、地方からの要望を踏まえ、厚生労働省に対して見直しを求めたが、厚労省は例外規定の要件の緩和は認められないとの態度を変えておらず、いまま議論は平行線をたどっている。

## 2. 公衆衛生大学院の設立

保健所医師の資格要件問題が行き詰まりをみせるなかで、新しい動きとして注目されるのが、いわゆる「公衆衛生大学院」の相次ぐ設立である。公衆衛生

---

80) 同時に、地方分権改革推進委員会は、市町村合併の進展等により、都道府県の保健所の管轄区域が「虫食い」、「飛び地」のような状況となっているところがあるとし、保健所について市町村への権限移譲を進めるとともに、広域連合等の共同処理方式による設置についても検討する必要があるとした。

学の専門大学院を設置する動きは1990年代に入ってから本格化した。その発端となったのが、1991（平成3）年に日本学術会議予防医学研究連絡会が提出した「予防医学関連領域における卒後教育に関して」と題する報告書である。同報告書では、欧米のみならずアジアにおいても公衆衛生大学院が設立され、卒後に総合的な公衆衛生教育が実施されているが、それに対して日本の大学院レベルの公衆衛生教育は非総合的であり、それゆえに公衆衛生学の教育が外国と比較して劣っていると、公衆衛生学の修士・博士を取得できる公衆衛生大学院の設置を政府に求めた（日本学術会議1991）<sup>81)</sup>。

その後、2000（平成12）年に京都大学が日本で最初の専門大学院となる社会健康医学専攻を設置し、翌年には九州大学が医療経営・管理学専攻を設置した。なお、この2つの専門大学院は2003（平成15）年の文部科学省の設置基準改正にともない専門職大学院に改組された。2007（平成19）年には東京大学が公共健康医学専攻（専門職大学院）を設置し、2011（平成23）年度には私立大学で初めて帝京大学が公衆衛生学研究科（専門職大学院）を開設している。このほかにも、大阪大学や筑波大学のように、医学系の修士課程に公衆衛生専門コースを設置する大学も増えている（日本学術会議2011）<sup>82)</sup>。

もっとも、わが国の公衆衛生系大学院の定員は、すべてを合わせても100人ほどにすぎない。修了者の就職先をみると、研究者のほかには厚生省の医系技官や国際機関への就職が多く、保健所や地方自治体の勤務を志望する者はほと

---

81) なお、同報告書では、公衆衛生大学院は、その広域性と総合性のゆえに既存の大学院とは異なる形態をとるべきであるとして、多学部にまたがるもの（interfaculty）ないし多大学協調（intercollege）でなければならないとし、開放型大学院を提案した（日本学術会議1991:12）。

82) わが国の公衆衛生大学院の修了者と海外の公衆衛生大学院の修了者を同等に扱うべきであるという意見は、2011（平成23）年9月に提出された日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会の提言にも盛り込まれた（日本学術会議2011）。

んどいないのが現状である。一方、世界にはおよそ45の公衆衛生系の大学院（School of Public Health）があり、毎年1万人以上が入学している（日本学術会議2011）。修了者の進路も、行政、国際保健機関、企業・自治体の試験研究機関、医療機関、医療産業、保険団体、非営利団体などさまざまであり、博士課程に進学して研究者や高度専門家になる者も少なくない。

日本の公衆衛生系大学院の修了者が保健所の勤務を希望しない背景には、先に取り上げた保健所長の資格要件の問題も絡んでいる。地域保健法施行令第4条1項3号は、「厚生労働大臣が、前2号に掲げる者と同等以上の技術又は経験を有すると認めたる者」を挙げ、「外国で公衆衛生修士（MPH、MSPH）の学位を取得した者を含む」としており、日本国内の公衆衛生系大学院の修了者を除外している。言い換えれば、1年コースの国立保健医療科学院の専門課程Ⅰの修了者や海外でMPHを取得した者は保健所長になれるが、国内の公衆衛生系大学院の修了者はそれだけでは保健所長になれないという差別的な扱いがなされているのである。このように国内の公衆衛生系大学院の学位を国立保健医療科学院のディプロマや海外のMPHよりも格下に置く制度の下では、公衆衛生系大学院の修了者が地域保健に関心を持たなくなるのも無理はない。この問題について、日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会は、「わが国の公衆衛生大学院の修了者と海外の公衆衛生大学院の修了者を同等に扱うべきである」という意見を提出している（日本学術会議2011）。

とはいえ、公衆衛生系大学院の今後の活躍には十分期待できるものがある。“健康社会医学”や“公共健康医学”という専攻名称に象徴されているように、そこでは健康と社会の関係が正面から取り上げられており、カリキュラムにおいても社会疫学調査やフィールドワークが重視されている。今後、地域保健の問題に正面から取り組む大学や大学院が増えれば、国際的な保健運動のディシプリンが広まり、やがて全国各地で実践されるようになれば、日本に「新しい公共保健」が根付くチャンスが生まれるからである。

### 3. 保健所の統合

1990年代以降の地方分権の推進によって、地域の保健行政の拠点であった保健所の役割は大きく変化した。なかでも大きな影響を与えたものが、市町村レベルにおける市町村保健センターの設置である。市町村保健センターは「住民に対し、健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関し必要な事業を行うことを目的とする施設」（地域保健法18条2）とされ、これにより、健康相談や保健指導等の基本的な対人保健サービスは市町村が主に担い、保健所は未熟児、難病、精神保健、健康危機管理などの専門的な事務や対物保健行政（食品衛生、環境衛生、医事・薬事や狂犬病予防等）を担当することになった。その結果、保健所は規制行政機関に逆戻りし、市民生活との接点が小さくなったことから、地域住民にとっては次第に遠い存在になってきている。

そのなかで、2000年代以降、保健所の統合が急速に進んでいる。いわゆる「平成の大合併」により、保健所設置市である中核市（人口30万以上）が増え、それにともない全国的な規模で保健所の統合が行われた<sup>83)</sup>。その結果、1994（平成6）年に全国に825あった保健所は、2006（平成18）年には535に減り、2010年（平成22）年には500を割り込んで494になった。なかでも県設置の保健所の減少幅が大きく、1994（平成6年）に625あったものが、2010（平成22）年には372にまで減少した。

保健所の統合にともない、保健所に勤務する医師の数も減ってきている。1999（平成11）年には、全国の保健所で1,557人（都道府県984人、政令市573人）が勤務していたが、2011（平成23）年には、1,018人（都道府県536人、政令市482人）にまで減少した。ここでも、県設置の保健所の医師数が大きく

---

83) 保健所は人口10万に1カ所設置されているため、人口が多い市が中核市に移行すると、管内の他の市町村は保健所の「空白地」になるため、他の保健所が管轄することになる。これが「飛び地」問題である。また、管轄区域のなかで中核市が独立すると管轄区域に穴があくことから「虫食い」とも呼ばれる。

減少していることがわかる。また、複数の保健所長を兼務する者が増え、2013（平成25）年度においては1割強が兼務保健所となっている。

府県レベルでは、保健所と福祉事務所を統合する動きも顕著となっている。1993（平成5）年に広島県が保健所と福祉事務所を統合した「総合福祉保健センター」を設置して以降、全国各地でさまざまなタイプの保健福祉センターがつくられ、単独保健所の数は2014（平成26）年には92に減少した。これは保健所の4分の3が何らかの統合施設に移行したことを示している。藤本ら（2012）の調査によれば、統合施設における保健所長の権限については、統合前と同様に保健所長が維持しているところが多いが、一方で統合施設の長に保健所長以外の者を充てる自治体も増えている<sup>84)</sup>。ただし、統合施設の長と保健所長を別に設置した場合には、命令系統の二元化や責任の所在が不明確になる恐れがあり、行政組織として問題があるとの意見もある<sup>85)</sup>。

政令指定都市や中核市では、従来から提供していた母子保健などの保健サービスと保健所の機能的を統合して「保健福祉センター」を設置するところも出てきている。例えば、横浜市は18の区に分散していた保健所を1つに統合し、各区に福祉保健センターを置いている。福祉保健センターでは、感染症、食中毒の予防、食品衛生関係施設の許可・監視指導、犬・ねこ、動物取扱業に関する相談、薬局の許可・監視指導、精神保健、妊娠に関することなどの保健所業務とともに、予防接種、健康づくり、がん検診、母子手帳、乳幼児健診、高齢

---

84) 日本公衆衛生協会（2010）によれば、保健所長が統合組織等の長を兼ねているのは49.4%であり、一方、統合組織等の長は別におり、保健所長は組織上その下に入っているという回答は42.3%に達している（ただし、回答には政令指定都市や中核市も含まれている）。

85) 「保健所長の職務の在り方に関する検討会」の関係団体等ヒアリングにおける全国知事会の石上調査第一部長の意見。「保健所長の職務の在り方に関する検討会報告書」（2004（平成16）年）26ページ。[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/49256fe9001ac4c749256eb300270d86/\\$FILE/siryoul1.2.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/49256fe9001ac4c749256eb300270d86/$FILE/siryoul1.2.pdf)

者支援、障害者支援、障害児支援、こども家庭支援などの業務を行っている<sup>86)</sup>。

#### 4. 市町村保健センターの現状

地域保健法や健康増進法は、市町村に対して地域住民の健康管理や健康増進に取り組む責務があると定めているが、その拠点とされているのが市町村の保健センターである。都道府県や政令市が設置する保健所が、より広域的・専門的な健康課題を把握し、助言する技術的拠点であるのに対して、市町村保健センターは、地域住民のための健康づくりや直接サービスの場であり、健康相談、保健指導および健康診査その他、地域保健に関する必要な事業を行うとされている。2015（平成27）年4月の時点では、市町村保健センターは全国に2,477カ所設置されている（厚生省調べ）。

2012（平成24）年に日本公衆衛生協会が実施した全国アンケート調査によれば、保健センターが単独で設置されているケースは少なく、大半が複合施設となっている。複合の相手先はさまざまであるが、社会福祉協議会、地域包括支援センター、ディサービスセンターなどの福祉施設との複合施設として設置されているほか、役場の中に置かれているケースも多い。また、診療所（休日・夜間診療所を含む）、訪問看護ステーション、医師会・歯科医師会などの医療施設との複合施設となっているケースや、公民館や図書館との複合施設となっているものもある（日本公衆衛生協会2012: 58-59）。

職員については、常勤職員を置いていない保健センターが27.9%となっている。その理由としては、「市町村合併のため」が最も多く、それ以外には、「庁舎との複合施設であるため」「組織改革のため」「常に使用している施設ではな

---

86) 2014年の時点で横浜市には41名の保健行政医師がおり、本庁には局長級（3名）、部長級（4名）、課長級（2名）、係長級（6名）、職員（2名）の18名の医師が配置され、健康福祉局の医療政策部門、健康増進・がん検診部門、医療安全部門、結核・感染症部門、健康危機管理部門、こども青少年局の母子保健部門で勤務している。なお、区の健康福祉センター長（部長級）は基本的に医師だが、医師以外の職員が就くこともある。

いため」「指定管理者制度を導入しているため」等の理由があげられている。(同上：60-65)

常勤職員の内訳をみると、保健師が44.5%、事務職が30.5%、栄養士が6.6%、看護師が3.4%、歯科衛生士が1.6%、医師が0.8%となっており、保健師が主体であることがわかる。また、常勤の施設長が配置されている保健センターは全体の56.4%であり、33%の保健センターでは常勤・非常勤にかかわらず施設長は配置されていない。保健センターの施設長の職種をみると、「事務職」と回答した施設が66.4%を占め、次いで「保健師」が20.9%、「医師」が10.7%となっている。地域保健法は市町村保健センターの施設長に医師資格要件を課していないため、ほとんどの市町村は施設長に専任医師を配置していないことがわかる。施設長の職位をみると、「課長職相当」が57.5%を占めており、部長・次長職相当が16.1%となっている(同上：60-62)。

次に、市町村の健康増進への取り組みをみてみよう。「健康日本21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上の実現を図るため、2000(平成12)年度から2012(平成24年)度を運動期間に進めた国の健康づくり運動であり、都道府県と市町村が主体的に地方健康増進計画を策定して実施するとされた<sup>87)</sup>。

厚生労働省は、市町村健康増進計画の策定に当たって、市町村は都道府県や保健所と連携しつつ事業の効率的な実施を図るとし、保健所については「地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における計画策定の支援を行う」とした。また、市町村保健センター、保

---

87) 「健康日本21」は、地方自治体が作成する地方計画に盛り込むべき理念として、住民第一主義、住民の能力向上、環境整備の重視、住民参加を示した。なお、「環境整備の重視」については、「健康は個人の努力のみで実現できるものではなく、社会環境の整備、資源の開発が必要であり、住民が自分の健康に気づき主体的に健康づくりを進めていくことができるような環境整備を重視する必要がある」としている。

健所、医療保険者、医療機関、薬局、地域包括支援センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等から構成される中核的な推進組織をつくり、市町村保健センター、保健所を中心として、計画の目標を達成するための行動計画をできるだけ具体的に設定し、関係機関や団体の連携を図りながら、効果的な取組を進めるよう求めた<sup>88)</sup>。

「健康日本21」の実施状況については、厚生労働省の「健康日本21 評価作業チーム」(座長：辻一郎東北大学大学院教授)が2013(平成25)年10月に「健康日本21 最終評価」をとりまとめて公表している。これによれば、「健康日本21」の9分野(栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がん)80項目の目標のうち、再掲21項目を除く59項目の最終評価の結果は、「A：目標値に達した」が10項目(16.9%)、「B：目標値に達していないが改善傾向にある」が25項目(42.4%)、「C：変わらない」が14項目(23.7%)、「D：悪化している」が9項目(約15%)、「E：評価困難」が1項目(1.7%)であった。厚労省は、全体の6割で改善がみられたと評価しているが、目標が達成できたのは、メタボ検診の認知率や80歳で20本の歯をもつ人の割合などであり、自殺者や高脂血症は減少させることはできなかった(健康日本21 評価作業チーム2013:6-7)。

次に、市町村の取り組みをみると、2010(平成22)年12月時点では全1,750市町村のうち1,333の市町村(約76%)において健康増進計画が策定されていたが、なお400あまりの自治体が未策定であった。評価チームは、市町村において健康増進計画が策定されていない理由として、当該自治体の規模や体制、

---

88) なお、「健康日本21」は、健康増進の取組を進めるに当たっては、厚生労働行政分野における健康増進対策のみならず、学校保健対策やウォーキングロードの整備などの対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用などの生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係する諸対策も重要であり、こうした対策に係る関係行政分野、関係行政機関等が十分に連携をとりながら、健康増進の取組を進めていく必要があるとして、地方自治体に総合的な施策の推進を求めた。

職員のマンパワー不足などが一部にみられると指摘している（同上：25-27）。

健康増進施策の推進体制については、庁内に部局横断的な組織体制があると回答した割合は25%にとどまり、関係団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡会等があるという回答は67%だった。また、地方計画の評価については、評価の体制が整備され、実際に評価を行ったことがあると回答した自治体は約半数にとどまった（同上：28）。

各分野の代表項目をみると、「充実した」と回答した割合が高かった項目は、がん検診の受診者の増加（66%）、メタボリックシンドロームの概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上（61%）、運動習慣者の増加（58%）、健康診断を受ける人の増加（57%）などであり、未成年者の飲酒をなくす（16%）、禁煙支援プログラムの普及（20%）では割合が低かった（同上：32）。

なお、最終報告では、次期運動に向けた視点として、自治体については「目標とされた指標に関する情報収集に現場が疲弊することなく、既存データの活用により、自治体等が自ら進行管理できる目標の設定や体制づくりを行う」ことが重要であると指摘している（同上：33）。

「最終評価」から見えてくるのは、検診受診率や未成年者の喫煙率のように、従来から実施している事業に関連したものについてはそれなりの成果が現れたが、きめ細かな指導や専門的なプログラムを行う必要があるものについては改善が進んでいないことである。具体的には、成人の朝食欠食率や高齢者の歩行数などの生活習慣に関するもの、ストレスを自覚した人の割合、睡眠を確保するために睡眠補助剤やアルコールなどを使う人の割合、自殺者数など「こころの健康」に関するものが、このカテゴリーに入る。「健康日本21」の項目のすべてが市町村の保健活動と直接関係するわけではないが、成果をあげるためには、市町村の保健行政を大幅に強化する必要があることを、最終評価結果は示している。

前述したように、現状では、市町村の保健行政を担っているのは保健師である。しかしながら、現場の声を聴くと、日常業務に忙殺され、地域課題に取り組む余裕がない保健師の姿が浮かび上がってくる。日本看護協会が2011

(平成 23) 年に行った全国の保健師の活動基盤に関する調査結果をみると、保健師活動をつうじ認識する課題や問題として最も多い回答は、「日々の業務に追われ、事業の評価や見直しができない」(71.1%)であった。以下、「対応するケースや業務が複雑・困難になっている」(67.4%)、「業務量が多く、保健師のマンパワーが不足している」(49.5%)、「事務量が多く、本来の保健師業務ができない」(47.9%)、「保健師としての実践的な能力不足を感じる」(47.2%)の順になっており、多くの現場の保健師が事務や業務の多さや複雑さによって十分な活動ができていないと答えている(日本看護協会 2011)。

「健康日本 21」は、生活習慣病を主な対象としたが、個人の生活習慣の改善を図るうえでの社会環境の重要性も指摘している。そこでは地域の人々のつながり(ソーシャル・キャピタル)の醸成が重要であるとして、行政と地域の連携を強調している。しかし、市町村の保健行政の職員にとって、地域住民とのきめ細かなコミュニケーションを図り、相互信頼のもとに健康増進を進めていくことはますます難しくなっている。地域が一体となって健康増進に取り組むためには、市町村保健センター、保健所、医師会、医療機関、薬局、地域包括支援センター、教育機関、企業などがネットワークを構築し、連携して課題に取り組む必要がある。こうしたネットワーク型のガバナンスを機能させるためには、ネットワークのハブにある行政に専門人材が配置される必要がある(細野・小池、2013)。その際には、保健師の管理職の育成も重要になるが、本来的には公衆衛生の専門医が市町村の保健行政に責任をもつべきである。そして、地域社会に根を張って、地域の保健課題に取り組むべきである。住民と行政の信頼関係は短期間には形成できない。ネットワークも然りである。しかしながら、いまの保健行政は、それとは反対のベクトルに動いているようにみえてならない。

## 第5節 結びにかえて

本論文では、日本の地方レベルにおいて「新しい公共保健」や「ヘルスプロモー

ション」が進展しない原因を、日本の公衆衛生行政の特質に求め、なかでも公衆衛生の“ディシプリン”に焦点を当てて考察してきた。そこから見てきたのは、日本の公衆衛生行政は、戦前期につくられた衛生警察の遺産、医学のディシプリンの遺産、自由開業医制の遺産などを引きずっており、それが日本における「新しい公共保健」や「ヘルスプロモーション」の発達を妨げているという構図であった。衛生警察の負の遺産は、衛生行政を権力的な取締活動と同一視する意識構造を人々の心の中に埋め込んでしまったことである。ここからは民主的な自治衛生という本来の公衆衛生の理念は育つことができない。医学のディシプリンの負の遺産は、一言でいえば、基礎医学を重視するドイツ医学の伝統である。医学界ではいまでも研究が重視され、公衆衛生学は隅に追いやられている。また、自由開業医制は、自由主義のディシプリンを公衆衛生よりも上位に置いてしまった。そこでは健康は患者と医師の個人的な関係すなわち臨床に還元され、疾病の背景にある社会問題やそれに対する医師の公的責任はミニマム化されてしまう<sup>89)</sup>。

確かに、戦後改革によって衛生行政は分権的で民主的なものへと刷新され、公衆衛生行政は国民の健康増進に奉仕する公共サービスとして再出発した。しかし、医師の文化や自由主義のディシプリンは無傷で生き残ったため、講和条約によってGHQの権威が消え去ると、後ろ盾を失った公衆衛生は、1960年代には早くも「たそがれ」がささやかれるようになった。この流れは、残念ながら21世紀に入っても変わっていない。世界の動きに合わせて政府は「健康日本21」を策定し、地方自治体に健康増進への積極的な取組を呼び掛けた。だが、医師らの積極的な協力が得られないなかで、地方自治体はほとんど成果をあげ

---

89) エスピン＝アンデルセンの比較福祉レジーム論では日本は保守主義に類型化されるが、自由開業医制やフリーアクセスの点に着目すれば、日本の医療政策はアメリカと同じ自由主義に分類される。ただし、国民皆保険や診療報酬制度に着目すれば、社会民主主義的な要素が強いといえよう。医療政策の国際比較については、真野（2013）が参考になる。

られていない。その一方で、地域における住民のつながりはますます希薄化し、自殺や孤立死、虐待などの社会病理は悪化の一途をたどっている。

この状況を打破するチャンスがなかったわけではない。1990年代後半からの地方分権の流れのなかで、政府は地方自治体に対する規制の撤廃や緩和を進めた。だが、公衆衛生関係者は保健所長の資格要件にこだわり、公衆衛生行政を地域の自由な発想のもとに再編する機会を自ら潰してしまった。新藤(1998)は、地域保健政策のイノベーションは、第一線級の行政機関の長が政策立案の専門的知識を持っているかどうかに関係していると指摘する。すなわち、第一線級の保健行政機関の長は、「自らの医学および保健学の専門知識と技術に加えて、首長部局の企画・財政担当者と対等に政策論争のできる行政・財政上の専門知識」を備えていなければならない(新藤1998:267)。しかし、多くの地方自治体は、公衆衛生医師の確保に難儀しているのが実情である。

地域保健行政が行き詰まりをみせるなかで、一つの光明は、2000年以降に設置された公衆衛生系の大学院において、“地域保健学”や“社会医学”という名のもとに、新しい公共保健のディシプリンが少しずつ形を表してきたことである。これらの大学院では、地域保健の諸問題に関する実践的な研究が行われており、国際保健との連携も進められている。こうした活動が進展し、地域の保健行政との連携が深まれば、地域保健を担う人材が育成され、やがて健康な地域づくりが全国に拡大することが期待される<sup>90)</sup>。

この新しい“ディシプリン”を制度化していくためには、国や地方自治体の積極的なサポートが必要になる。具体的には、ヘルスプロモーションを行政の

---

90) その一つの例として、東北大学の取り組みを紹介しておきたい。東北大学大学院医学系研究科では、東日本大震災後の被災地の保健衛生システムの復興を進めるため「地域保健支援センター」を設立し、住民の保健ニーズ調査の実施や保健指導等の保健サービスの提供を行っている。同センターには地域調査、保健指導・健康教育、精神保健、母子保健、運動指導、栄養指導、介護予防、歯科保健のプロジェクトチームが設置され、研究者や学生が地域に入って活動を行っている。

基本計画の中に位置づけ、その重要性を可視化し、ステイクホルダーのつながりを促進することであり、それによって公衆衛生の専門人材の育成を図ることである。人材の育成や確保には時間も費用もかかるが、将来にわたる住民一人ひとりの命の重さを考えれば、政策の優先順位は自ずとみえてくるはずである。

[本論文は、科研費補助金「米国パブリック・ディプロマシーにおけるフィランソロピーと政府の連携に関する研究」（代表者：野口和美）の一部である]

## 参考文献

- 阿部克己ほか編 1985.『続公衆衛生の発達』日本公衆衛生協会  
『アメリカ教育使節団報告書』（村井実全訳解説）1979. 講談社  
石田頼房 1999.『森鷗外の都市論とその時代』日本経済評論社.  
猪飼周平 2001.「明治期日本における開業医集団の成立 — 専門医と一般医の身分構造を欠く日本の医師集団の源流」『大原社会問題研究所雑誌』511: 31-57.  
イップ、K.C. 1985. 「民国期中国におけるロックフェラー財団の医療・社会活動」阿部浩編『米中教育交流の軌跡 — 国際文化協力の歴史的教訓』霞山会  
岩永俊博 2002. 「国立保健医療科学院の教育と研修体系」『保健医療科学』51 (2): 10-13.  
上畑鏡之丞 1996. 「国立公衆衛生院の医師の卒後教育 — 過去・現在・未来 — 」『公衆衛生研究』45 (2): 280-288.  
小栗史郎 1981.『地方衛生行政の創設過程』医療図書出版社  
長田泰公 1968. 「健康度・疾病像の変化と公衆衛生技術者」国立公衆衛生院創立 30 周年記念シンポジウム実行委員会『公衆衛生院の歴史と将来』pp.29-33.  
小高健 1992.『傳染病研究所』学会出版センター  
—— 2001.『長與又朗日記 — 上 —』学会出版センター  
金田治也 2012. 「我が国における健康政策パラダイムの史的特質と問題点」『園田学園女子大学論文集』37: 41-56.  
姜克実 1998. 「後藤新平の国家思想 — 初期の思想と著書をめぐって」『岡山大学文学部紀要』50: 59-77.  
行政管理庁 1964a. 「行政監察月報」No.52 (1964-1).  
行政管理庁 1964b. 「行政監察月報」No.63 (1964-12).  
健康日本 21 評価作業チーム 2013. 「健康日本 21 最終評価」

- <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200001r5gc-att/2r985200001r5np.pdf>>
- 厚生省健康政策局計画課 1988. 『保健所五十年史』 日本公衆保健協会
- 厚生省五十年史編集委員会編 1988. 『厚生省 50 年史』 厚生問題研究会
- 国立公衆衛生院創立 30 周年記念シンポジウム実行委員会編 1968. 『公衆衛生院の歴史と将来』 国立公衆衛生院
- 小島和貴 1999. 「日本衛生政策の形成をめぐる行政過程」『法学政治学研究』 41: 27-49.
- 小見山茂人 1977. 「農村保健館設立の経過について」『公衆衛生情報』 4: 9-13.
- 『後藤新平文書』水沢市立後藤新平記念館編 1980. 雄松堂フィルム出版
- 阪上孝 1995. 「公衆衛生の誕生 — 『大日本私立衛生会』 の成立と展開」『経済論叢』 156 (4): 1-27.
- 坂口卓 1982. 『医療の社会化』 (第二版) 勁草書房
- 佐々木直亮 1976. 「新しい名前がほしい」『公衆衛生』 40 (8): 546-548.
- 佐藤林正 1995. 「健康都市の展開」園田恭一・川田智恵子編著『健康観の転換 — 新しい健康理論の展開』 東京大学出版会
- サムス、C.F. 1986. 『DDT 革命』 岩波書店
- 重松逸造 1968. 「医師について」国立公衆衛生院創立 30 周年記念シンポジウム実行委員会『公衆衛生院の歴史と将来』 pp.51-54.
- 島崎謙治 2012. 「国民皆保険とその前史の成立過程に関する覚書」『青山法学論集』 53 (4): 87-116.
- 新藤宗幸 1998. 「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』 34 (3): 260-267.
- 菅沼隆監修 2010. 『資料セレクション日本の社会保障・第 1 巻 社会保障』日本図書センター
- 副田義也 2007. 『内務省の社会史』 東京大学出版会
- 大霞会 1977. 『内務省外史』 地方財務協会
- 高鳥毛敏雄 2012. 「社会安全を支える公衆衛生組織と人材育成」『社会安全学研究』 (創刊号) 27-40.
- 多田羅浩三 2009. 「現代公衆衛生の思想的基盤」『日本公衆衛生誌』 56 (1): 3-17.
- 田畑勝好 1995. 「検査技師の歴史」『京都大学医療技術短期大学部紀要別冊 健康人間学』 7: 26-30.
- 土屋重朗 1978. 『静岡県医療衛生史』 吉見出版
- 鶴見佑輔 2004. 『決定版 正伝・後藤新平 2 衛生局長時代 1892～98 年』 藤原書店
- 長与専斎 1980. 「松香私志」『松本順自伝・長与専斎自伝』 平凡社
- 日本学術会議予防医学研究連絡会議 1991. 「予防医学研究連絡会議報告 — 予防医学関連領域における卒後教育に関して」
- 日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会

2011. 「提言：わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大学院の活用と機能強化」  
<<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-8.pdf>>
- 日本看護協会 2011. 「平成22年度保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書」  
<<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/22-houkoku-2.pdf>>
- 日本公衆衛生協会 2010. 「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究報告書」  
<[http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04\\_2\\_06\\_all.pdf](http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_06_all.pdf)>
- 2012. 「『市町村保健活動調査』『市町村保健センター及び類似施設調査』調査結果報告書」(事業代表者：荒田吉彦)  
<[http://www.koshu-eisei.net/healthpromotion/upload\\_dat/shima01.pdf](http://www.koshu-eisei.net/healthpromotion/upload_dat/shima01.pdf)>
- 野沢秀実 2010a 「保健所政令市の視点から分権の効果と限界を考察する(上)」『自治総研』380: 82-106.
- 2010b 「保健所政令市の視点から分権の効果と限界を考察する(下)」『自治総研』381: 53-80.
- 野辺地慶三 1988. 「公衆衛生院設立と都市および農村保健館の開設」『保健所五十年史』厚生省健康政策局計画課監修, 日本公衆衛生協会
- 橋本正己 1967. 「公衆衛生の歴史的発展と課題」『季刊社会保障研究』3(2): 3-14.
- 1970. 「公衆衛生略史—大正中期から現在まで—」『近代公衆衛生の父—勝俣稔』勝俣稔先生追悼録刊行会
- 橋本正己・大谷藤郎 1990. 『対談：公衆衛生の軌跡とベクトル』医学書院
- 羽田積男 1990. 「ダビッド・モルレーの教育論」『教育学雑誌』24: 15-28.
- 林路彰 1968. 「日本における発展過程・現状・課題」国立公衆衛生院創立30周年記念シンポジウム実行委員会『公衆衛生院の歴史と将来』pp.15-18.
- 日野原重明 1984. 「極東における看護教育(その1)—Rockefeller Foundation Archive(1921-1930)からの翻訳」『聖路加看護大学紀要』10: 1-10.
- 藤本真一ほか 2012. 「都道府県立保健所統合組織の組織権限面の実態と今後の方向性」『日本公衆衛生誌』8: 544-556.
- 宝月理恵 2010. 『近代日本における衛生の展開と受容』東信堂
- 保健所50年史編集委員会編 1988. 『保健所五十年史』日本公衆衛生協会
- 保健所長の職務の在り方に関する検討会 2004. 「保健所長の職務の在り方に関する検討会報告書」  
<[http://www.phcd.jp/01/koushueisei/ishi/pdf/hokenshocho\\_200403\\_shokumu.pdf](http://www.phcd.jp/01/koushueisei/ishi/pdf/hokenshocho_200403_shokumu.pdf)>
- 細野浩二 1985. 「ロックフェラー財団の対中国戦略—北京協和医学院の創設とその周辺」阿部浩編『米中教育交流の軌跡—国際文化協力の歴史的教訓』霞山会
- 細野ゆり・小池治 2012. 「地域包括ケアガバナンスの変容」『横浜国際社会科学』16(2): 11-26.

- 前田アヤ 1980. 「聖路加看護大学 — その歩み — (その2)」『聖路加看護大学紀要』7: 1-14.
- 松田誠 2007. 『高木兼寛の医学～東京慈恵会医科大学の源流』東京慈恵会医科大学
- 松山圭子 1992. 「明治7年『医制』制定に関する若干の考察 — 医業の資格制度誕生をめぐって —」『法学政治学論究』14: 139-170.
- 真野俊樹 2013. 『比較医療政策 — 社会民主主義・保守主義・自由主義』ミネルヴァ書房
- 溝口元 2006. 「ロックフェラー財団と公衆衛生院の設立」『人間の福祉』19: 25-38.
- 南崎雄七 1933. 『農村保健衛生問題』日本青年館
- 宮原誠 2012. 「内務省東京衛生試験所第5代所長後藤新平の時代」『国立医薬品食品研究所小史』5: 1-8.
- 文部省編 1972. 『学制百年史』帝国地方行政学会
- 安田佳代 2014. 『国際政治のなかの国際保健事業 — 国際連盟保健機関から世界保健機関, ユニセフへ —』ミネルヴァ書房
- 山本志保 2001. 「明治前期におけるコレラ流行と衛生行政 — 福井県を中心にして」『法政史学』56: 51-77.
- 横田陽子 2011. 『技術からみた日本衛生行政史』晃洋書房
- Borowy, Iris. 2009. *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organization 1921-1946*. Peter Lang.
- Farley, John. 2004. *To Cast out of Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Oxford University Press.
- Kingdon, John W. 1983. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Little, Brown & Company.
- Mášová, Hana. 2007. “Social Hygiene and Social Medicine in Interwar Czechoslovakia with the 13th District of the City of Prague as Its Laboratory.” *Hygiea Internationalis: an interdisciplinary journal for the history of public health* 6 (2): 53-68.
- Rosen, George. 1971. “The First Neighborhood Health Center Movement – Its Arise and Fall.” *American Journal of Public Health* 61: 1620-1637
- Sardell, Alice. 1988. *The U.S. Experiment in Social Medicine: The Community Health Center Program, 1965-1986*. The University of Pittsburgh Press.
- Taylor, Myfanwy. 2010. “The Healthy Cities Movement”. Working Paper for the Lancet Commission on Health.  
< [https://www.ucl.ac.uk/healthy-cities/outputs/Working\\_Paper](https://www.ucl.ac.uk/healthy-cities/outputs/Working_Paper)>
- Terris, Milton. 1963. “The Comprehensive Health Center.” *Public Health Reports* 78 (10)
- Tulchinsky, Theodore H. and Varavikova, Elena A. 2010. “What is the ‘New Public Health?’” *Public Health Reviews* 32 (1): 25-32.
- Turda, Marius. 2011. “History of Medicine in Eastern Europe, including Russia,” In *Oxford*

横浜法学第24巻第1号（2015年12月）

*Handbook of the History of Medicine*, edited by Mark Jackson. Oxford University Press.

Winslow, Charles-Edward A. 1920. "The Untitled Field of Public Health." *Science* 51 (1306): 23-33.

(県史)

『岩手県史』

『愛媛県史 社会経済6 社会』

『愛媛県史 近代 上』

『福井県史 通史編5 近現代』

『身延町史 第8編 厚生』