

公衆衛生の歴史的発展と課題

橋 本 正 己

I 公衆衛生の概念 ——序にかえて——

今日、一般に公衆衛生 public health という用語によって表象される内容は、これを用いる人の立場、問題意識などによっていちようではなく、むしろきわめて区々であるといつてよい。また、これは決して日本だけのことではなく、世界的にみても同様である¹⁾。ところでこのような用語の内容の不統一の要因を検討してみると、①行政組織等に関連した便宜的な使用、②公衆衛生行政、公衆衛生学など視点の相違、③広義の解釈と狭義の解釈、④理念と実態とのずれ、⑤対象自体の質的变化と方法論の発展、等がみられるが、これらのうちでとくに重要なものは⑤の要因である。すなわち、各国におけるその歴史が示すように、公衆衛生は産業革命を契機とするそれぞれの国の近代化の過程で、社会問題として顕在化した人間の健康に関するさまざまな問題に対処する社会的実践として発展したものであり、すぐれて技術的、実践的であるとともに歴史的、社会的なものである。したがって、その対象と方法は、社会の発展とともに変化するものであってみれば、公衆衛生という用語の内容が一定しないことは、むしろ当然のことといわねばならないのである。もちろんこのことは、公衆衛生の概念そのものが明らかで

1) たとえば、憲法第 25 条では「社会福祉、社会保障および公衆衛生」が列記されているが、「社会保障制度に関する勧告」(昭 25・10)では、社会保障制度の構成要素として、社会保険、国家扶助、公衆衛生および医療、社会福祉があげられている。また、この勧告では、公衆衛生は環境衛生を含まぬものとされているが、昭和 37 年の社会保障制度審議会の勧告では、公衆衛生は環境衛生を含むものとされている。諸外国の例として、西欧諸国の大学では、public health という用語は、政府や公共団体等による公行政に限定した印象を与えるきらいがあるとして、とくに第 2 次大戦後は、従来の public health という講座名を social medicine あるいは social and preventive medicine 等に改める傾向にある。

ない、ということではない。

公衆衛生については、内外の諸学者により多くの定義がなされているが、ここでは今日、日本をはじめ各国においてもっともよく知られている C. -E. A. Winslow (1877—1957) による定義をみることにしよう。

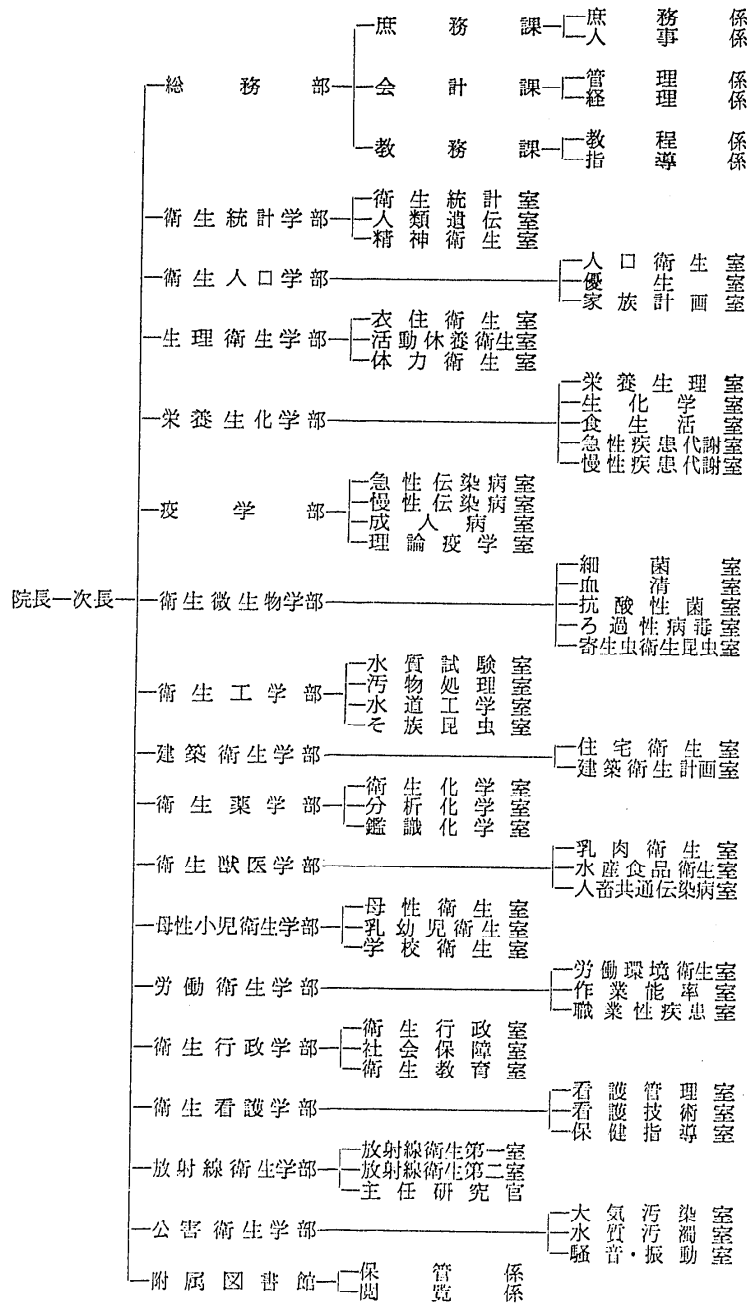
「公衆衛生とは、環境衛生の改善、伝染病の予防、個人衛生の原則についての衛生教育、疾病の早期診断と予防的治療のための医療・看護事業の組織化、および地域社会のすべての住民に健康を保持するに足る生活水準を保障する社会制度の確立のために、地域社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、肉体的、精神的能率の増進を図る科学であり、技術である」²⁾

すなわち、この定義によれば公衆衛生の目的は、①疾病の予防、②寿命の延長、③肉体的、精神的能率の増進、であり、その方法は、①環境衛生、②伝染病予防、③衛生教育、④疾病の早期診断早期治療のための医療と看護事業の組織化、および⑤社会保障制度の確立、であり、しかもそれが、⑥地域社会の組織的な努力、によって進められるということである。

この定義は 1920 年になされたものであり、長文であるために一般にはアンダーラインの部分のみが引用されることが多いが、その規定は具体的、包括的であって、その後半世紀に近い今日においても、WHO 等の国際会議で公衆衛生の公的な概念規定としてしばしば引用されており、基本的に今日においても妥当するものといえる。とくに「すべての住民の健康を保持するに足る生活水準を保障する社会制度の確立」をその目的ないしは方法のひとつとして掲げていることは、後年の社

2) Winslow, C.-E. A., *The Untilled Field of Public Health*, Mod. Med. 2: 183, March 1920.

表 1 国立公衆衛生院組織図 (昭和 42 年 7 月 1 日現在)



会保障制度の必要性を予見し、公衆衛生と社会保障制度の内面的な関係を示したものとして重要である。また、科学としての公衆衛生学は、今世紀の 10 年代以降、とくにアメリカにおいて研究の専門分化とその総合の促進により、しだいに体系化されていくのであるが、ここでは参考までに、1938 年 (昭 13) 創設以来、この方向にそって、

大戦中の変遷はあったが比較的オーソドックスな公衆衛生学の視点から、公衆衛生技術者の post-graduate の教育訓練と研究調査を総合的に担当して今日に至っている国立公衆衛生院 The Institute of Public Health の組織を掲げておく。

社会保障研究という学問の系譜のなかで、公衆衛生の課題は、社会保障の体系との関係において

公衆衛生の諸活動ないしは諸制度の構造と機能、またその条件を明らかにしていくことであろう。しかしながらこのためには、とくに社会保障と公衆衛生が大きな転換期に直面している今日、世界的にみて特殊性の大きい日本の行政ないしは制度等から安易に出発するようなとりくみは、適当ではないと考えられる。そこで、まず小論においては、産業革命と資本主義の先進諸国における公衆衛生の歴史的発展過程を、社会福祉、社会保障等の諸分野との関連において巨視的な視点から考察し、ついで日本におけるその歴史的発展の考察を通じて、日本の公衆衛生の特質を明らかにし、このような立場からその今日的な課題を追求することとしたい。

II 公衆衛生の歴史的発展過程

近代的公衆衛生は、すぐれて技術的であるとともに、あらゆる意味において社会的な所産であり、すぐれて社会的であることは各国におけるその生成、発展の歴史が示すところである。すなわち、公衆衛生活動 public health practice は、歴史的にみれば産業革命と資本主義の成立を契機とし、都市への人口集中と生産の爆発的な発展の過程で社会問題化した貧困と不潔と疾病の悪循環に対する社会防衛的な活動として、まず前世紀初頭のイギリスに台頭したものである。その生成、発展過程を巨視的にみると、18世紀末葉から19世紀初頭の婦人、幼少年労働やスラムの改善運動に示されている人道主義的な前史的段階をへて、世界最初の総合的衛生立法である Public Health Act, 1848. を起点とするその第1期(1850—1900年頃)は、コレラ、発しんチフス、痘そう等の悪疫流行に対する闘いとして、方法論的には、上下水道、汚物処理等の都市環境衛生の改善(いわゆる sanitary reform)と衛生行政制度の導入による初期の防疫対策等によってその基礎が形成された時期であり、また近代医学の勃興の時期でもある。ついで世紀の転換以降、近代医学とくに予防医学の画期的な進歩に裏づけられ、急性伝染病を克服しつつ結核等の慢性伝染病にとりくみ、母子保健、保健婦事業、健康相談、予防接種、学校保健など、

方法論的にはいわゆる対人保健サービス personal health service を特色とする第2期(1900—1940年頃)に発展するが、これは公衆衛生活動の輝かしい発展と栄光の時期でもある。さらに第2次大戦の悲惨な経験をへて、第3の時期(1950年頃以降)は、医学の進歩、技術革新が顕著となり、人口の老齢化、疾病、死因構造の近代化が進み、社会保障制度の整備と相まって、いわゆる成人病、慢性疾患、精神衛生等を対象とし、方法論的には、予防、治療、リハビリテーションを一貫したいわゆる総合保健 comprehensive health の組織的な推進を指向しつつ今日に至っているものであり、いわば公衆衛生活動の成熟期ともみられる時期である。このような発展の諸段階は、産業革命と資本主義の先駆をなしたイギリスにおいて、もっとも典型的にみられるが、時期的に多少の相違はあっても欧米諸国では同様の発展過程がみられるといつてよい。

たとえばアメリカは、その公衆衛生および医療の制度については、植民地時代の初期に母国イギリスの諸制度を範として出発しながら、新天地の特異な風土と社会の中で、今日イギリスとは対照的な独特のパターンを形成しているのであるが、これを公衆衛生の発展の諸段階としてみると前記のイギリスと同様の過程が認められる。すなわち、植民地時代(1600—1776)から独立戦争をへて19世紀中葉に至る前史的な時期の後、まず19世紀の60年代以降、産業革命と人口の移動を契機とし、黄熱、痘そう、コレラ等の悪疫流行に対する社会防衛的なとりくみとして、環境衛生と防疫を主体とし、都市および州レベルの衛生行政機構の確立によって、公衆衛生の基礎が形成される第1期を迎える。ついでフロンティア消滅(1890)と今世紀初頭のドラスティックな社会変動、貧困の増大の半面、近代医学とくに予防医学の進歩に支えられ、1910年以降は county レベルの地方衛生機構の確立によって、対人保健サービスの拡充により、国民の健康水準の飛躍的な向上のみみられる第2期を経験する。第2期を通じて疾病、死亡構造の近代化が進むが、とくに大恐慌(1929)以降は、ニューディールと社会保障法制定(1935)の

過程で、連邦公衆衛生機構と公的医療の飛躍的な拡充、任意健康保険の普及等によって、イギリスの National Health Service とは類型を異にする。が、予防、治療、リハビリテーションを包括する総合保健を指向する努力が、とくに戦中、戦後を通じて傾けられている。このほかの西欧諸国については省略するが、少なくとも欧米諸国における公衆衛生の発展過程には、対象とする health needs の変化に対応して、方法論的に、①環境衛生の改善、②対人保健サービス、③総合保健サービス、をそれぞれ際立った特色とする三つの段階が区別される。しかもこれらの過程は、各国におけるそれぞれの時代の社会的、経済的、政策的諸要因に基本的に規定されつつ形成されたものであるが、とくに共通の基本的規定要因として重要なものは、公衆衛生および医療の技術水準とともに経済の発展段階である。ロストウ W. W. Rostow は、*The Stages of Economic Growth*, 1960. において、よく知られているように、①伝統的社会、②過渡期、③離陸期、④技術的成熟期、⑤高度大衆消費時代、を区分し、イギリスは 1783—1803 年、アメリカは 1843—1860 年、日本は 1878—1900 年頃に②の段階を通過したとしているが、これは前述の公衆衛生の諸段階とも密接な関係があるものと考えられる。ロストウによる経済発展の諸段階は、これを時期的に資本主義の諸段階と対応してみると、②③は産業資本主義の成立期、④はその独占化の段階、⑤はいわゆる国家独占資本主義の段階にほぼ相当すると考えられるが、前述の公衆衛生の諸段階をこれらの経済発展の段階と対応して考察すると、つぎのような事実が認められる。すなわち、それぞれの段階の主要な health needs の規定要因である第 1 次産業人口、都市人口、平均寿命、粗死亡率、出生率、乳児死亡率、結核死亡率、総死亡に対する伝染病死亡比、総死亡に対する老人病死亡比等の人口動態ないしは各種の健康指標が、長期的にみて、それぞれの経済の発展段階に対応して一定の水準ないしはパターンを示していることである。さらに顕在化した health needs に対する公衆衛生のとりくみとして、政策的対応のための多少の時期的なずれを示しつつ、

前述の公衆衛生の諸段階にみられる方法論的な発展が認められることも、注目すべき歴史的事実といえる。これら公衆衛生の水準、対象、方法論、パターン等を規定している経済発展の諸段階は、欧米諸国の間でも、国によって多少の時期のずれがあることはいうまでもないが、公衆衛生の長期的な発展過程を考察するため、あえてこれらを要約したのが表 2 である。このような視点は、日本の公衆衛生の発展過程とその特質を考察する場合にも役立つと考えられるのである。

ここで視点をかえて、各国の公衆衛生のあり方に深い影響を与えていると考えられる各国の地方自治ないしは地方制度をいちべつしておく必要がある。住民の健康はその生活に密着したものであり、したがって公衆衛生は本来すぐれて地方自治的な性格を有するものだからである。このような視点からすると欧米諸国には、まず二つの類型がみられる。第 1 は、イギリス、アメリカ、スイス、オーストラリア等の諸国で、地方自治とくに住民自治の長い伝統をもち、中央政府は地方自治体が有効に行政を行いうるよう、協力し援助する立場に立っている諸国である。第 2 はヨーロッパ大陸とくにフランスに典型がみられるように、民主主義の伝統をもちながらも住民自治的な考え方が弱く、高度に中央集権的な政治体制をもつ諸国である。前者の類型に属する諸国にも、イギリスは「地方自治の故郷」、アメリカは「市政の実験室」、スイスは「地方制度の研究室」と評されることからそれぞれに特色のあることがわかる。また後者の類型に属する諸国の場合にも、中央集権の度合はいちようでなく、フランスにおいてもっとも強く、おおむね北にいくほどその程度は弱くなり、北欧諸国とくにスウェーデンではもっとも弱い。各国の公衆衛生をみる場合、これらの中央と地方の関係は、とくに行政制度の根底にあるものとして重要である。さらに欧米諸国の地方制度と関連して、第 2 次大戦後の重要な動向は new centralization である。これは地方自治体からみれば政治的性格の後退と経済的性格の伸長を意味し、その各国に共通する主要な契機は、いうまでもなく経済社会の発展である。このような動向はとく

表2 経済発展の諸段階と公衆衛生

経済発展段階 資本主義発展段階	離陸期 産業資本主義成立	技術的成熟期 独占資本主義	高度大衆消費時代 いわゆる国家独占資本主義
国家の役割 社会政策 行政科学	夜警国家→立法国家 救貧法 行政法学	行政国家 公的扶助・社会保険 技術的行政学	福祉国家 社会保障→社会計画 社会的行政学
第1次産業人口比率	60%前後	50%前後	20-30%
都市人口比率	20%前後	30%前後	60%前後
0歳平均寿命	35歳前後	50歳前後	70歳前後
粗死亡率	25前後	20前後	10前後
出生率	35前後	30前後	15-20
乳児死亡率	150-200	100前後	25-30
結核死亡率 (人口10万対)	300前後	150前後	25-30
65歳以上人口比率	3%前後	5-6%	11-12%
主要な Health Needs	急性伝染病, 汚物処理	慢性伝染病, 母子衛生, 労働衛生	慢性疾患(成人病), 精神衛生, 公害
Health Care の類型	環境衛生改善 Environmental Sanitation	対人保健サービス Personal Health Service	総合保健サービス Comprehensive Health Service
イギリス	A. D. 1800 —	A. D. 1870 —	A. D. 1930 —
アメリカ	1860 —	1890 —	1920 —
日本	1900 —	1920 —	1955 —

に近年の日本においても顕著にみられるが、公衆衛生が本来すぐれて地方自治的な性格のものであり、日本の場合には地方自治の未熟な段階で new centralization が進行しつつあるところに、公衆衛生にとっても重要な歴史的な問題性が存する。

III 日本における公衆衛生の 発展過程とその特質

近代的な意味における日本の公衆衛生は、衛生行政が緒についたとみられる医制公布(1874・明7)から93年、近代衛生学がヨーロッパから移植されてから90年を経過している。この1世紀に近い時代は、日本にとってはその近代化の過程として、困難と栄光と苦渋に満ちた激動の連続であった。すでに、欧米諸国の歴史についてみたように、公衆衛生はあらゆる意味において社会的な所産であり、日本における公衆衛生の発展過程もまた、あらゆる意味で日本の近代化そのものの特質を基本的に反映していることは、歴史がこれを示している。このような観点から、日本における公衆衛生の歴史を跡づけることは興味のある問題で

あるが、この点については別に発表したものもある³⁾、小論ではその特質と課題を明らかにする意味で、巨視的にその発展過程を考察するに止めたい。すなわち、日本における公衆衛生の発展過程は、大づかみにいって昭和20年(1945)8月太平洋戦争の終結を転換点として、それ以前の明治初頭以来80年に近いいわば前史的な戦前の時代と、昭和20年以降今日に及ぶ20余年の戦後の時代に区分できる。ここでは、まず戦前と戦後に分けて、その発展の諸段階をそれぞれの時期の社会、経済、政治的背景、主要な health needs、公衆衛生活動の方法論等の視点から、それらの特色を要約してみよう。

1. 昭和20年(1945)以前——前史——

(1) 明治前期——近代的衛生行政の発足——

これは新政府成立から明治憲法制定までの約20年である。思想的には幕末の儒教、国学思想など

3) 拙稿「日本における衛生行政研究小史」『衛生行政学序説』医学書院、1961、同「公衆衛生活動の歴史と最近の動向」、橋本、田中著『公衆衛生活動概論』、医学書院、1963など。

旧時代からの遺産の中に、自由民権、キリスト教博愛思想などが移入され、経済的には資本主義体制への原蓄期であり、政治的には絶対制確立への過程であり、また医学の分野では漢方医学から西洋医学への転換、とくに西洋医学のうちでも蘭学の流れを汲んだドイツ医学が正式に採用され、医事医育制度の中に浸透する時期である。日本の公衆衛生は、歴史的にみるとこの時期の前半に衛生行政として発足したものと見てよい。とくに医制公布(明7・1874)の後明治10年代においては、地方自治的ないき方を育てるため、広く西欧諸国の進歩的な諸制度を地方衛生制度にとり入れる努力がなされたが、当時の度重なるコレラ大流行、絶対制確立の政治的要請のもとで、このような地方衛生制度は明治19年に根本から瓦解し、明治憲法の制定を契機として、衛生行政自体も中央集権強化の政策に組みこまれていった時期である。

(2) 明治後期——衛生行政の中央集権化と環境衛生施策の芽生え——

この時期は、明治憲法制定によって政治的には天皇制による絶対主義が確立され、日清、日露戦争をへて産業革命が進行し、封建的窮乏層と労働貧困層の分離が起り、新しい貧困層が増大する時期である。また衛生行政の分野では、明治26年以降第一線の衛生業務が全面的に警察行政に組み入れられるとともに、伝染病予防法(明30・1897)を起点として衛生法規が整備され、ドイツ公法学の流れを汲んだ行政法的行政と中央集権強化の一般的な動きにそって衛生行政も強化されていく。また、30年代の環境衛生法規の制定にみられるように⁴⁾、形式的には環境衛生がとり上げられ、若干の上下水道工事等の努力がみられるが、累積する社会的悪条件のもとでその実態はほとんど進歩しなかった事実は、都市環境衛生施設の著しい立ちおくれとして、日本の公衆衛生の決定的な弱点のひとつとなったのである。

(3) 大正および昭和初期——社会衛生の進展—— この時期は、日清、日露戦争をへて資本主義体

4) (旧)下水道法(明33, 1900), 汚物掃除法(明33, 1900)など。

制を確立した日本の産業経済が、第1次大戦によって未曾有の産業発展の気運を示す半面で、経済界の好況は物価騰貴を招来し、国民大衆の生活難がきびしくなる時期である。大正9年(1920)の反動恐慌、大正12年の関東大震災、昭和2年の金融恐慌、同4年の世界恐慌と打ちつづく悪条件によって、国民大衆の生活は窮乏し、労働運動と農民運動が激しくなり、社会問題が激化の一途をたどる。このような社会情勢に対処して、衛生行政の関連分野においても、工場法(明44, 1911公布, 大5施行), 軍事救護法(大6), 健康保険法(大11)等の社会政策的立法が行われる。また一方では、癩予防法(明40), 精神病院法(大2), 結核予防法(大8), トラホーム予防法(大8), 花柳病予防法(昭2)等慢性伝染病対策への前進がみられる。さらにこのような公衆衛生の新しい段階に対処するため、昭和5年(1930)内務省に公衆衛生技術官訓練機関設立準備委員会が設けられ、曲折の後、ロックフェラー財団の積極的な援助のもとに、昭和10年には都市保健館および農村保健館、同13年には公衆衛生院が設立される。なお、大正から昭和初頭にかけて、東京、大阪等において、今日の保健婦事業の先駆的な動きが、主として民間ベースではじまったことも見逃せない。

(4) 昭和中期より昭和20年8月まで——戦争体制の強化と大戦による国民生活の壊滅——

満州事変(昭6, 1931)にはじまり、日支事変をへて太平洋戦争へと進展する宿命的な軍国主義の結末は、おびただしい人命の犠牲と国民大衆の生活の破壊の後、昭和20年8月敗戦を迎える。この間、衛生行政の分野でまず注目されることは、保健所法(昭12, 1937)の制定によって、結核対策、母子衛生、栄養改善等を中心に、健康相談、保健指導を行う保健所事業が開始され、また同年7月、国民体力の向上と国民福祉の増進を目的として保健社会省の設置が閣議決定され、翌13年1月、厚生省が創設されたことである。また前にも触れたが、同年ロックフェラー財団の援助によって公衆衛生院が設立され、従来のドイツ流の実験衛生学、社会衛生学に加えて、アメリカ流の公衆衛生学がここに根を下したことは、その後の日

本の公衆衛生にとって重要である。厚生省設立後の注目すべき最初の法律は、国民健康保険法（昭13）であり、これは農村の地域を単位とした独特の地域医療保険として、社会保障の立場からとくに注目に値する。一方、昭和13年には国民総動員法が制定され、同15年には国民体力管理制度が定められ、さらに同16年1月、人口政策確立要綱の閣議決定、同年保健婦規則の制定をみるなど、戦争体制の強化とともに、健民健兵を旗印とする保健衛生の諸施策が進められる。かくして昭和16年（1941）12月、太平洋戦争勃発後は、昭和17年、国民体力法改正による結核対策の強化、妊産婦、乳幼児の指導の徹底が図られ、とくに同年、厚生省の基本政策として国民保健指導方策要綱が定められ、府県の衛生行政事務は警察部から内政部へ移管される。また医療行政の分野では、昭和13年以來の医療制度調査会の審議を基礎として、昭和17年には国民医療法が制定され、ついで日本医療団令の公布により、国家統制による医療の推進が図られるが、これらの努力は戦局の激化によってほとんど実効を収めないままに敗戦を迎えるに至る。

2. 昭和20年（1945）以降

(1) 第Ⅰ期（昭和20—24年頃）——公衆衛生の開花と社会保障の前進——

この時期は、周知のように連合軍の進駐と敗戦処理にはじまり、国民生活の破局的状態、復員、引揚、戦災者の氾濫とコレラ、発しんチフス、痘そう等の悪疫の流行に苦しみ、食糧難とインフレーションの進行に喘いだ昭和22年からドッジプランによる緊縮政策へと、経済的には戦後復興のきびしい過程である。しかし、その半面社会的には民主主義の路線にそって各種の改革が断行され、とくに新憲法の制定によって公衆衛生がはなばなしく登場した時期でもある。まず公衆衛生の領域において重要なことは、昭和21年5月、GHQの覚書に基く厚生行政機構再編成の一環として、国、都道府県を通じて衛生行政機構の改革と強化が行われたことである。とくに昭和22年4月のGHQの覚書によって、同年9月保健所法が全面改正さ

れ、保健所の機能の画期的な強化拡充と全国的な保健所網の整備が進められたことは特筆に値する。かくして日本の衛生行政は、厚生省一都道府県衛生部（局）—保健所—市町村、という全国的な組織体系を確立するとともに、科学技術に基いて衛生行政の推進を図る基盤が築かれ、明治以來長年にわたる取締本位の行政から、指導行政への転換が行われる。これと並行して食品衛生法（昭22）をはじめ各種の衛生法規が整備され、また前記の保健所網の整備と相まって、国立公衆衛生院による公衆衛生技術者の精力的な養成訓練が開始され、公衆衛生行政は人員、施設、予算を通じて急速に拡充強化される。一方、医療行政面においても、昭和22年10月には日本医療団が解散し、同23年10月には国民医療法が廃止され、新しく医師法、歯科医師法、保健婦助産婦看護婦法等の身分法が制定され、また病院尊重の立場をとる医療法、新しい薬事法が制定される。さらに公衆衛生の立場から重要なことは、昭和22年、労働基準法制定によって労働衛生の飛躍的發展が図られ、また児童福祉法の制定により、母子衛生対策が強化されたことである。さらに昭和23年、アメリカ社会保障調査団の来朝を契機とし、社会保障制度審議会が設置され、昭和25年10月、同審議会の勧告により、社会保障制度確立への気運が急速に高まったのであるが、ここでは詳細は省略する。

(2) 第Ⅱ期（昭和25—29年頃）——公衆衛生、社会保障の停滞と産業復興——

戦後の第Ⅰ期を通じて、公衆衛生は衛生行政機構の改革、保健所網の整備、衛生諸法規の制定、職員、施設、予算の拡充等により飛躍的に進展し、急性伝染病対策等に大きな成果を収めたのであるが、これにつづく第Ⅱ期に重大な影響を与えたのは、昭和24年（1949）の中共の独立につづく同25年の朝鮮戦争である。これを契機としてアメリカの極東政策に重大な転換がみられ、国内的には政治の反動化が進行し、かくして昭和26年9月には単独講和の調印が行われ、翌27年4月にはその発効によって、7年にわたる占領行政に終止符が打たれる。しかしこれを契機として、衛生行政においても、昭和27年（1952）をピークとして、

機構縮小、人員、予算の停滞等行政的には停滞ないしは後退の傾向がみられ、社会保障制度審議会の再度にわたる勧告も実現が阻害される。半面このような情勢下において、昭和 25 年には現行の生活保護法が制定され、同 26 年には新しい結核予防法が制定されて、医学の進歩の行政面への導入、公費医療制度、指導の徹底、療養施設の普及等が図られ、結核対策の画期的な進展をみるとともに、昭和 25 年には精神衛生法の制定により精神衛生行政の前進がみられることなどが注目される。一方、朝鮮戦争を契機として鉱工業生産は急速に回復し、工業化と都市の復興によって都市の環境衛生がまず問題となったのは当然のことであるが、昭和 29 年 (1954) には明治以来の汚物掃除法に代って清掃法が制定され、不十分ながら環境衛生施設の整備と環境衛生行政の推進に突破口を形成したことは注目されてよい。また、戦争直後の悪疫流行を契機として、東北、北陸、北海道等の農山村に起った自主的な村ぐるみの環境衛生改善の民衆組織活動が、その後厚生省の積極的な行政指導と相まって地区衛生組織活動と呼ばれるようになり、環境衛生改善の世論を高めたことも見逃せない。

(3) 第Ⅲ期 (昭和 30—34 年頃) ——都市化、工業化と環境衛生行政の前進——

戦後 10 年間における公衆衛生の進展はめざましいものがあり、この 10 年間に出生率、死亡率、乳児死亡率はともに約 2 分の 1、結核死亡率は約 3 分の 1 に低下し、主要な急性伝染病はほぼ制圧されるに至ったことは特筆に値する。しかしながら、およそ昭和 30 年 (1955) を境として、都市化、工業化の進行とともに経済高度成長が顕著になり、産業、労働、消費、疾病、死因等の構造的な変化がしだいに顕在化し、また昭和 28 年以降の町村合併の急速な進行、昭和 33 年の新しい国民健康保険法制定を軸とする国民皆保険計画の実現等とも関連して、衛生行政ないしは公衆衛生活動に対しても、これらの社会変動に対応する新しい転換が要請されることとなる。また、急激な社会変動によって、都市、農村を通じて、住民の生活と健康にも新しい問題が惹起され、とくに都市

においては、急激かつ無統制な人口増加によって、環境衛生施設の貧困と各種の公害問題が顕在化する。かくしてこの時期には、水道法 (昭 32)、下水道法 (昭 33)、公共用水域の水質の保全に関する法律 (昭 33)、工場排水等の規制に関する法律 (昭 33) 等、環境衛生行政の基本的な法規が相ついで制定される。一方このような社会情勢と関連して、この時期に注目されるのは、前にも触れた住民による保健衛生の自主的な地区組織活動の動きであり、昭和 32 年にはその全国的勢力を結集して第 1 回全国環境衛生大会が東京で開かれ、これを契機として全国衛生自治団体連合会、日本環境衛生協会が生まれるとともに、環境衛生向上の世論が高まる。さらに昭和 34 年には、保健福祉地区組織育成中央協議会 (育成協) の設立を契機として、従来ほとんど別個に進められてきた保健衛生と社会福祉の地区組織活動が、community organization の理論に立って、その連携への努力がはじめられる。

(4) 第Ⅳ期 (昭和 35—40 年頃) ——高度経済成長政策と諸矛盾の顕在化——

この時期の一般的特色は、昭和 35 年の国民所得倍増計画に象徴される高度経済成長政策の推進によるドラスティックな社会変動の進行と、国民大衆の生活における諸矛盾の顕在化である。すなわち第Ⅲ期において示された経済の高度成長は、昭和 35 年以降、超高度の成長を示すが、その半面地域間、階層間の生活と福祉の格差の拡大が顕在化し、経済の活況の半面で消費者物価は上昇し、また経済成長が民間の生産的資本を中心に行われたため、生活関連の社会資本の立ちおくれが顕著となり、都市における過密の弊害と農村における福祉の貧困が顕在化する。このような情勢のもとで公衆衛生の分野では、従来のもっぱら人口規模による保健所の級別を改めて、産業構造、人口密度等の立地条件を基礎とした型別の再編成が行われ、これを契機としてとくに一般衛生業務と国保の連携に重点をおいた市町村単位の共同保健計画の推進が強調される。これは昭和 20 年代後半以降の地区組織活動、30 年以降開発された業務測定、地区把握、地区診断等の技術を活用して、市町村

単位に共同計画の原理に立つ保健計画を推進しようとするものである。また昭和 35 年 8 月には、厚生大臣の委嘱により公衆衛生教育制度調査委員会が発足し、同 37 年 12 月には主要な公衆衛生技術者の教育訓練の体系等に関する報告が公表されて反響を呼ぶ。さらに昭和 38 年には医療の専門家が中心となって作成された「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」が医療制度調査会から提出されたことが注目される。この間医療の分野では健康保険の赤字問題を焦点とする医療費をめぐる支払側と診療側の対立が激化するが、とくに昭和 35 年から 36 年にかけて、日本医師会の診療報酬値上げ闘争は、日曜一斉休診、保険医総辞退をかけた激しいものとなる。また、病院における医療従事者の低賃金、重労働をめぐる、昭和 35 年秋頃より病院ストが拡がり、医療労働者の組織が強化されていく。一方、この時期には、都市における生活環境施設の立ちおくれと公害問題が急速に顕在化し、昭和 37 年(1962)には、ばい煙の排出の規制等に関する法律が制定され、大気汚染防止の行政が漸く緒につくとともに、同 38 年には、生活環境施設整備緊急措置法が制定され、5 年計画による施設整備が進められる。すなわち、この時期には産業優先の高度経済成長政策の推進によって、国民大衆の生活、保健、医療等における諸矛盾が顕在化し、昭和 39 年末には「高度成長によるひずみの是正」という表現で、社会開発が内閣のスローガンとして登場するに至るのである。

3. 日本における公衆衛生の発展過程の特質

明治初頭以降の日本の近代化の過程における 100 年に近い公衆衛生の発展の過程を以上に素描したのであるが、余りにも簡に過ぎて重要な事実を省略し、あるいは事の軽重を誤ることを恐れるものである。しかしここでは、すでにみた欧米諸国における公衆衛生の発展過程との対比において、日本の場合の特質、換言すれば問題性ともいべきものを巨視的に考察し、その今日における課題を考える場合の前提として、歴史的な特質を明らかにしておきたいと考える。

(1) 生成過程における問題性

日本の公衆衛生の生成過程にみられる顕著な事実は、その発足の時間的な立ちおくれはもとより、それが当初から公行政として理解され、とくに地方自治の基盤のない国の行政として出発したことである。もとよりこれは、ひとり公衆衛生に限らず、明治維新以降の日本の近代化の基本政策そのものであり、そのゆえにこそその後の驚くべき急速な進歩がもたらされたことは認めなければならない。しかし、ここで重要なことは、イギリス、アメリカ等の公衆衛生の生成過程が、長年の苦難に満ちた住民自治的な努力の後、まず地方行政、ついで国の行政態勢が強化され、いわば無数の煉瓦を地道に積み重ねて、ピラミッドを築き上げたような歴史をもつのに対比して、きわめて対照的であり、住民の健康がその生活と不可分であり、公衆衛生がすぐれて地方自治的な性格のものであることを考えると、ひとつの基本的な問題性を提起するものといわねばならないのである。

(2) 戦前の発展過程における問題性

欧米諸国において共通にみられるように、公衆衛生の初期の社会的契機は、コレラ等の悪疫の流行であり、これは日本についても同様であった。またこれら悪疫は、産業革命による都市への人口集中と労働貧窮層の劣悪な生活条件と表裏をなすものであった。この場合にも、イギリス、アメリカとの対比において、日本にみられる顕著な事実は、劣悪な生活環境と悪疫流行に対する社会的な対応の相違である。すなわち、これを契機として前者の場合には、都市における環境衛生施設、住宅、道路等の公共投資による強力な整備が行われたのに対し、後者ではこのような対応の兆はあったが、ほとんど実現されなかったのである。公衆衛生の基盤である環境衛生行政が、清掃法制定を突破口として本格的に前進するには、その後 50 年余の歳月を要したことは歴史の示すところである。しかし両者の間の差異については、歴史的にみて明らかな理由があった。明治中期以降、第 2 次大戦に至るまでの打ちつづく戦争であり、大正から昭和にかけての大震災、大不況をはじめとする社会的な窮迫である。衛生思想の低さ、技術の

貧困、予防医学の勃興、し尿農村還元の習慣等しばしば指摘される諸要因は、いずれも副次的なものであり、殖産興業と軍備拡張の絶対的な要請と地方財政の著しい窮乏のもとにおいては、環境衛生施設整備の大計画は到底実現すべくもなかったと考えられる。さらに、明治中期以降における高度の中央集権化とドイツ公法学の移入による行政的行政の浸透は、地方自治とくに住民にもっとも身近な自治体である市町村の一貫した弱体と相まって、発展期における衛生行政の特質を形成していったといえる。一方、医学および医療面においても、当初の圧倒的な漢方医学の優位を短期間に西洋医学に転換した困難は、今日想像以上のことであるが、その後の医学教育と開業医制度の発展の中で、細菌学、風土病学、栄養学等の分野では日本人による輝かしい研究業績が少なくないとはいえ、全体として著しく治療医学に偏した実態になっていったことは否定できない。

(3) 戦後 20 年の発展過程における問題性

戦後 20 年間における日本の復興と発展は驚くべきものであるが、この間における公衆衛生の発展と健康水準の向上も、多くの問題を残しているとはいえ、まことにめざましいものであった。とくに昭和 20 年代の 10 年間は、伝染病の防遏、結核死亡の激減等により、国民の死亡とくに青年、乳幼児等の年齢層のそれが、劇的な改善を示した時期である。戦後の公衆衛生の発展過程においてまず重要なことは、第 I 期における画期的な機構改革と保健所網の拡充整備を中核とする公衆衛生態勢の躍進であろう。これは正に公衆衛生の発展に必要な社会的条件が何であるかを示すものであり、敗戦によって社会的な壁がとり除かれたことによって、明治以来の公衆衛生の先駆者たちの悲願が漸く結実したものとみるべき面も少なくないが、半面 GHQ による強力な指導援助という他律的な要因がきわめて大きかったことも否定できない。またこのような行政機構の大改革に際して、市町村の衛生態勢の強化については、何ら触れるところがなかったことは指摘されてよからう。

つぎにこのような公衆衛生の飛躍的な前進が、第 II 期に入ると国際情勢の変化によるアメリカの

極東政策の転換等によって、予算、人員、組織等の面で停滞を示し、あるいは後退の兆すらみられるようになったことは重大である。また機を同じくして産業復興と都市化がはじまり、環境衛生が問題化する半面、占領下の新しい制度と公衆衛生のあり方に対する主体的な批判が、この時期に公衆衛生関係者の中から生まれてきたことも見逃せない事実である。かくして、およそ昭和 30 年を境として、国民の生活水準は戦前水準に回復するとともに、重化学工業化、人口都市集中、技術革新、マスコミの浸透、人口高齢化、産業、就業、消費、死因、疾病等々の構造的変化がはじまり、町村合併、国民皆保険の実現等と相まって、公衆衛生についてもこれら対象の質的变化に対応した転換が要請されるようになったのである。また以上のような社会変動は、とくに昭和 35 年以降、高度経済成長政策、地域開発の推進等によって加速される半面、その諸矛盾が国民大衆の生活と健康において顕在化してきたのであり、今日公衆衛生が当面している段階は、正にこのような段階であるといえる。イギリス、アメリカ等の公衆衛生の発展について、その対象と方法に関し、①環境衛生の改善、②対人保健サービスの浸透、③総合保健態勢の確立、の特色ある段階がみられることを前に述べたが、戦後における日本の公衆衛生は、ある意味では 20 年の間に前記の 3 段階を集約的に経験したともみられる。しかしここで、今後の公衆衛生の展開の前提として、正しく認識されなければならないことは、日本の場合には明治以来の急激な発展過程にみられる問題性のしわよせとともに、戦後における急激な発展によって、その問題ないしは問題性自体が二重三重の構造をもっているということである。すなわちたとえば、前記の欧米諸国にみられる三つの段階が、その推移に差異があるとはいえ同時に重複して解決を迫っているのである。また対象の疾病像についても、急性伝染病の典型ともいふべき赤痢、慢性伝染病の典型である結核、がん、脳卒中、心臓病等の成人病を同時に抱えている現状であり、環境衛生についてみても、し尿処理のような原始的課題と大気汚染とくに石油コンビナートの有毒ガス、自動車

排気ガスのような時代の尖端ともいえる課題を同時に抱えている。このような現実が公衆衛生の人員、予算、施設等のあらゆる面で、欧米諸国には類のない異常な重圧となっているのである。さらに公衆衛生にとって不可欠である地方自治とくに住民自治も、戦後の改革によって漸く育つかにみえた時期に、経済開発の要請から広域行政が決定的な政策の方向となったことも、問題の本来的な解決をさらに困難にしておき、また明治以来の行政的行政の伝統が依然として行政を強く支配していることなどが、現実の問題の解決をいっそう困難にしているといわなければならないのである。

IV 公衆衛生の今後の課題

日本の公衆衛生が、今日とくに行政の段階において直面している主要な課題としては、対人保健的分野と対環境的分野に大別してみると、前者では成人病対策および精神衛生対策、後者では公害対策があげられなければならないだろう。もちろんすでに指摘したように、日本の公衆衛生は日本の近代化を反映したその発展過程の特異性のゆえに課題自体が新しいものと古いものの重複した構造を有している。したがって、主要な課題はこれら以外にも山積しているのであるが、前記の諸課題は従来の方法論のみに頼ったのでは到底対策の効果を期待し難いものであり、新しい方法論の導入を必要としている点で際だっているのである。また、これら山積する公衆衛生の課題ととりくむに際して、すでにみたような日本の近代化の歴史そのものに由来する基本的な問題として、①地方自治とくに住民自治の未熟、②社会保障制度の弱体、③環境衛生基盤の立ちおくれ、④医学の治療偏重、⑤医療制度の矛盾、⑥政策の経済偏重等は、単に公衆衛生という立場のみでなく、広く社会全体として歴史的に克服していかなければならない問題である。しかしこれらの具体的課題ないしは基本的な問題に立ち入って論ずることは小論の主旨ではないので、以下にこれらの諸問題を念頭におきながら、日本の公衆衛生の実践的、社会的な今後の課題を提起して広くご批判を得たいと考える。

1. 地域特性に対応する保健活動の充実と組織化

すでにみたように、昭和 30 年頃から顕在化し、とくに昭和 35 年頃から加速しつつある社会変動の、国民大衆の生活ないしは健康における特質は、地域特性 local characteristics の顕在化とその深化である。これは 20 年代における問題の実態とは質的に異ってきている。たとえば 20 年代前半における急性伝染病の流行、結核の蔓延等は、量的な差異はあったが全国に普遍的な health needs であった。また 20 年代後半以降、都市の復興によって都市清掃に対する need が顕在化した。これも都市一般に共通したものであった。これに対し 30 年以降の変化は、著しくその様相を異にしている。すなわち、重化学工業化、都市人口集中等々のいわば客体的な諸条件の変化と、これらによって誘導され、招来された人口構成の地域差、所得、生活水準、栄養、発育、体力、疾病、死亡等の主体的な諸条件の変化とによって、単に量の問題としてではなく、health needs が質的に多様化するとともに、産業構造、人口構造、所得構造等と深く関連して、生活と健康の問題において地域特性が顕在化し、しかもその地域特性自体が変化しつつあるところに、従来とは異った公衆衛生の対象そのものの変化がみられるのである。新しい方法論の導入を必須条件とする主要課題として、先にあげた成人病対策、精神衛生対策、公害対策等は、このような変動によって生み出された health needs の典型であるといつてよい。このような対象そのものの変化にダイナミックに対応し、国民大衆の健康を守り育てることが、今後の公衆衛生の基本的な課題であるが、公衆衛生がこの課題ととりくむ方向ないしは目標は、その実践的、社会的な立場からいって、地域特性に対応する保健活動の充実とその組織化、総合化にあると考えられる。ここで単に保健サービスといわず、保健活動の組織化といったのは、単に従来のような行政側、専門家側からのサービスの提供という一方的な流れでなく、これを受けとめ、さらにその充実と水準の向上を指向する地域住民の積極的、主体的な

参加の必要を重視するためである。すなわち、地域特性に対応して、保健活動が充実され、組織化されていく過程を地域保健活動と呼ぶとすれば、その発展の基本的な要因としては、①行政 public administration, ②専門的リーダーシップ professional leadership, ③主体的住民参加 citizen' participation, の三者があり、これらが相互に強めあう方向において地域保健活動の発展が期待される。このようにみえてくると、地域保健活動の充実と組織化を進めるためには、地域を単位として、①地域特性を把握し、② health needs を解析し、③各種の保健福祉機関、医療機関等の機能を組織化し、④住民参加のもとにこれらを計画的に進める、という機能がぜひとも必要であり、この種の機能は、現状では、地域に定着した公衆衛生の専門機関であり、行政機関である保健所についてみても、一般的にははなはだ弱いところに主要な問題点のひとつが存するといつてよい。欧米諸国の場合にも、county, city 等によっていわゆる health unit として、公衆衛生ないしは保健活動の基本的な地域単位が制度的に確立しているが、日本の実情からいえば、その人口規模等からみて、保健所地域はほぼ同様の意義を有するものと考えられる。したがって、具体的には、その本来の性格、実績等からいって、保健所に前記の地域保健活動の組織化ないしは地域保健計画を担う機能を確立し、これに必要な人的、施設の、予算的および機構的な条件を整備することが、ひとつの主要な方向と考えられる。もちろん対策はこれに尽きるものではなく、地域保健活動を構成する前記の主要な要因のそれぞれについて、必要な条件整備はもとより、これらと関連する多くの問題点の打開のための総合的な視点が必要である。しかし小論においては、その主要な方向を提起し、これに必要な若干の具体的な条件整備について以下に指摘するに止めたい。

2. 地域保健活動の充実、組織化のための基本的条件

(1) 予防投資：日本の公衆衛生、医療に一貫してみられる決定的な弱点のひとつは、疾病の基本的な予防のための投資が、相対的にも絶対的にも

はなはだしく僅少であることである。明治中期以降の産業革命の後においても、都市環境衛生施設に対する投資がほとんど省みられなかったことは、すでに繰り返し述べた。さらに医学の伝統的な治療医学偏重も、長年識者の指摘するところであるが、その反映として、疾病予防ないしは予防医学的な活動に対する経費の裏づけが、その基本的な重要性にもかかわらず、今日に至るまで一般的にいてほとんど公的にはとり上げられていないことは、むしろ驚くべきことである。各種の健康保険制度が、このような視点からの予防給付を行っていないことは、むしろ国際的にも共通する問題として異とするに足りないが、日本の場合にはその結果として、各種の医療機関ないしは地域の医師が実施する予防医学的な活動に対しては、現状では公的な経費の裏づけはほとんど無に近い。また、一般には内容的に予防のための経費であるかのように考えられている厚生省所管の保健衛生費についてみても、その実態は 90% 弱が結核、精神障害に対する公的医療費および環境衛生対策費によって占められているのであり、狭義の予防費は保健衛生費の 10% 程度に過ぎない。一般論としての予防投資の重要性は何人にも理解されやすいところであるが、近年における疾病、死因構造の大きな変化の中で、個人の幸福のためにはもとよりとくに国民経済の立場からみて、今日の予防投資の意義は、伝染性疾患が重きをなしていたかつての時代のそれとは質的に変わってきていることを知るべきである。人口老齢化の決定的な動きの中で、恒常的な健康管理、疾病異常の早期診断、治療に対する予防投資を軽視することは、単に医療費の問題のみでなく、国民経済全体の視点から、これ以上放置できない問題といつてよい。

(2) 教育投資および研究投資：地域保健サービスの質を決定する基本的要因は、これを担当する各種の公衆衛生、医療技術者に対する教育投資と、地域保健活動に必要な社会実験的な研究および各種の社会的技術の開発に対する研究投資の水準である。日本の場合には、公衆衛生、医療のみならず、科学技術一般に対するこのような意味あいでの公的な教育投資、研究投資が欧米諸国に較べて

著しく低水準にあることは、すでに学会議等によっても強く指摘されているが、ここでの問題はこのような一般的な低水準の中においてすら、公衆衛生、医療とくに予防に関する教育投資と研究投資の水準の低さは際立っているという事実である。たとえば厚生省所管の補助金としてこのような意味を有する厚生科学研究補助費をみても、昭和39年度予算でその額は33,900千円で、厚生省の補助金総額に対する比率は0.02%にも足りない。また教育投資と関連して、とくに近年におけるその重要性と問題性について強調しなければならないことは、保健所職員をはじめ地域保健活動に従事する各種の公衆衛生技術者の需給の問題である。この問題については、昭和35年8月、厚生大臣の委嘱による公衆衛生教育制度調査委員により、同37年12月には「公衆衛生教育制度のあり方」として、広範な報告書が公表されたが、その後の激しい社会変動の中にあつて、公衆衛生技術者の需給等の実態は相対的にむしろ悪化している。アメリカ合衆国公衆衛生局(U. S. P. H. S.)は、最近の機構改革により、新しく Bureau of Health Manpower を設けているが、公衆衛生における人材の養成と需給に対する国のレベルにおける抜本的なとりくみは、今後の地域保健活動の成否を決定するものとして、緊急の課題といわなければならない。

(3) 法制：日本の現行衛生法規は、一般的にみてその種類、形式等については、世界にも類をみないほど整備されている観があるが、そのたて方は問題別、専門技術系列別のいわゆるたてわりであり、全国画一的傾向が強い。このような法体系は、たとえば昭和20年代におけるように、都市化、工業化が未熟で、急性伝染病、結核等の health needs が、全国的にみて比較的平準的な状態にあつた時期にはきわめて有効であつたとみられるのであるが、すでに繰り返して指摘したように、昭和30年以降における急激な社会変動の進行による health needs の質的な多様化と、その地域特性の顕在化する状況においては、このよう

な諸法規のみでは、これらの問題に有効に対処するためには、総合性と弾力性に乏しいため種々の難点が提起されている。数年来、関係者によって、これらの総合的、効果的な運用を期するため、公衆衛生基本法(仮称)の制定の急務が説かれているのも、この間の事情を物語るものといえる。ここでは問題の焦点を「地域保健活動の充実と組織化」において考えると、私見としては、前述の地域特性に対応した地域を単位とする保健活動の基礎となる保健計画を有効に策定し、運用する根拠法として、地域保健計画基準法(仮称)のような法制がぜひ必要と考えられる。またその内容の主要な視点としては、地域特性の把握と health needs の測定、評価の方式、地域類型別の保健計画の具体的な最低基準の設定に主眼をおき、併せて計画の主体、計画のための組織、地域保健活動の基本的な機能と構造の明確化等が必要と考えられるのである。

日本における公衆衛生は、明治初頭における発足以来、すでに100年に近い年月をへているが、その発展過程には、欧米諸国のそれと比較した場合、日本の近代化そのものの特異性を反映して種々の特質ないしは問題性がみられる。小論においては、とくに昭和30年以降の激しい社会変動下における公衆衛生の指向すべき方向と課題を明らかにするため、欧米諸国における公衆衛生の歴史的発展を考察し、日本におけるその発展過程をこれと対比しつつ、その特質、問題性をふまえて、公衆衛生の今後の基本的課題について考察した。さらに具体的な諸課題の考察と、その対策等については、いずれ稿を改めて論ずる機会を持ちたいと考えるものである。

(1967年7月10日)

5) health unit の典型的な例としては、アメリカにおける local health unit (county またはその連合) (平均人口11.7万)、イギリスにおける county borough (平均人口約16万)、county、ソ連における rayon (人口7-15万)等がある。