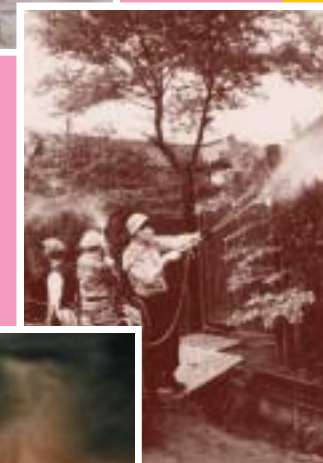


日本の 保健医療の 経験

途上国の
保健医療改善を
考える



日本の保健医療の経験

途上国の保健医療改善を考える

2004年3月

国際協力機構

JICA
ジャイカ

2004年3月
独立行政法人
国際協力機構
国際協力総合研修所

総研
J R
03-67

日本の保健医療の経験

途上国の保健医療改善を考える

2004年3月

独立行政法人
国際協力機構
国際協力総合研修所

本報告書の内容は、国際協力機構が設置した「教育・保健分野における日本の政策及びアプローチ」保健分野研究会の見解を取りまとめたもので、必ずしも国際協力機構の統一的な公式見解ではありません。

保健婦助産婦看護婦法の一部改正により2002年3月より保健婦、助産婦、看護婦はそれぞれ保健師、助産師、看護師となりましたが、本報告書では主に過去の歴史的な取り組みに焦点を当てており、表記の混乱を避けるため当時の名称である「保健婦」「助産婦」「看護婦」に統一しています。

なお、保健医療行政を担当する省庁につきましては時代により名称のみならず組織自体も変化していますので、その時代ごとの表記を用いています。

本報告書および他の国際協力機構の調査研究報告書は、当機構ホームページにて公開しています。

URL : <http://www.jica.go.jp/>

本報告書に記載されている内容は、国際協力機構の許可なく転載できません。

国際協力事業団は2003年10月から独立行政法人国際協力機構となりました。本報告書では2003年10月以前に発行されている報告書の発行元は国際協力事業団としています。

発行：独立行政法人国際協力機構(JICA) 国際協力総合研修所 調査研究グループ
〒162-8433 東京都新宿区市谷本村町10-5
FAX : 03-3269-2185
E-mail: iictae@jica.go.jp

序 文

保健医療は人々の生命に深く関わる重要な分野であり、また社会や国の発展のためにも欠かせないものです。しかし、いまだに高い乳児死亡率や妊産婦死亡率、HIV/AIDSをはじめとする感染症の蔓延、安全な水の欠如といった問題に苦しんでいる国が少なくありません。そのため、多くの途上国においては保健医療の改善が国家の重点目標の1つになっています。また、国際的にもミレニアム開発目標で乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善、HIV/AIDSやマラリア等の疾病の蔓延防止、安全な水の供給が目標として掲げられるなど、保健医療分野は支援の重点分野として認識されており、ドナーやNGOも積極的な支援を行っています。

日本も1999年に発表した「政府開発援助に関する中期政策」や2003年に改訂した「政府開発援助大綱」において、保健医療分野を貧困対策の一環として位置づけて重点的に取り組んでいくことを表明するとともに、国際的にも「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」、「国際寄生虫対策（通称橋本イニシアティブ）」、「沖縄感染症対策イニシアティブ」など保健医療に関する各種イニシアティブを発表し、日本の経験を活かしつつ途上国の保健医療改善に貢献していく姿勢を明らかにしています。

そこで本調査研究では、途上国の保健医療の課題を念頭におきつつ日本の保健医療経験を振り返り、途上国の保健医療改善に参考になりうる日本の経験を整理しました。そして日本とは状況の異なる途上国に日本の保健医療経験がどのように応用できるのか、また日本の経験を応用する際の留意点は何かについて検討・考察を行いました。

日本もかつては高い乳児死亡率や結核などの感染症の蔓延に苦しんでいました。しかし、比較的短期間のうちに世界で最も低いレベルまで乳児死亡率を低下させ、国民病とまで言われた結核もほぼ克服し、現在では世界屈指の長寿国になっています。この背後には、全国に保健医療行政網を整備して各時代の主要な疾病に全国的に対応したこと、科学者等の協力を得つつ統計整備や保健医療状況調査を実施し、実態を踏まえた政策を立案・実施したこと、行政や開業医・開業助産婦、NGO、住民組織、マスコミなど複数のアクターが連携して課題の克服に立ち向かったこと、現場の保健婦等がアウトリーチ活動により住民のニーズにきめ細かく対応したこと、財源が潤沢でない時代から医療保険制度を導入し、国民皆保険を達成したことなどがあります。このような経験からは途上国の保健医療改善を考える上で参考になる点が多く導き出せると思われます。また、日本の経験としては、公害対策の遅れによる被害の拡大、高齢化に伴う医療保険の財源の逼迫などの反省点もあり、このような反省点からも途上国が直面するであろうこれらの課題への対応についての教訓が得られるものと考えます。

なお、日本で行われた具体的な取り組みは当時の日本の時代背景や社会の仕組み、活用できる資源などを踏まえて実施されたものであり、これらが異なれば当然採りうる対策も異なってきます。そのため、日本の経験の応用に当たっては現地のニーズや状況に応じて調整・変更を行っていく必要があり、日本の経験を状況の異なる途上国にそのまま移転すべきものではないことを念のため申し添えます。

本調査研究の実施および報告書の取りまとめにあたっては、有識者、JICA関係者、コンサルタントからなる研究会を設置し、検討を重ねました。本調査研究にご尽力頂きました皆様に心より厚く御礼申し上げます。

本報告書が、途上国の保健医療の改善に資するための参考となれば幸いです。

2004年3月
独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所
所長 金丸 守正

「日本の保健医療の経験」

途上国の保健医療改善を考える

目 次

序文	i
目次	iii
用語・略語解説	xv
調査研究概要	xxi
序章 開発途上国の保健医療の課題	
1. 開発途上国が直面している保健医療の課題	1
2. 保健医療に関する援助の動向	2
第 部 日本の保健医療の概観	
第1章 保健医療の取り組みの変遷	
1. 人口/死亡率・出生率/疾病構造	9
1-1 人口の推移	9
1-2 死亡率と出生率	9
1-3 疾病構造	10
2. 日本の保健医療の変遷	11
2-1 第 期：急性感染症期（1868～1919年）.....	12
2-2 第 期：慢性感染症および母子保健サービスの形成期（1920～1945年）.....	13
2-3 第 期：保健医療行政再構築期（1946～1960年）.....	15
2-4 第 期：医療サービス拡充期（1961～1979年）.....	17
2-5 第 期：高齢社会対応期（1980年～現在）.....	20
付録：日本の保健医療の時期区分の考察	21
参考文献	22
年表：日本の保健医療の変遷	23
第2章 保健医療サービスの現状	
1. 概 要	29
2. サービスの提供体制	30
2-1 保健サービス	30
2-2 医療サービス	30
2-3 医療関連サービス	30
3. 保健サービスの主な内容	31
3-1 健康づくり	31
3-2 母子保健サービス	31
3-3 中高年の保健サービス	32
4. 医療提供施設	32
4-1 概要	32

4-2	施設・病床	33
4-3	病院の従事者	33
4-4	設備の状況	33
4-5	診療等の状況	34
4-6	国立医療施設の医療提供体制	34
5	医療提供人材	35
5-1	概要	35
5-2	医療従事者	36
5-3	医療提供体制の課題	40
6	医薬品	41
6-1	医薬品産業	41
6-2	医薬分業に関する特殊性	41
7	保健医療情報システム	42
7-1	統計システム	42
7-2	情報通信技術の活用	42
8	保健・医療財政	43
8-1	医療費の動向	43
8-2	衛生行政の財政	44
	参考文献	45

第 部 日本の保健医療の経験

第 3 章 母子保健

1	母子保健施策の変遷	49
1-1	戦前の母子保健 (1868 ~ 1944年)	49
1-2	戦後の母子保健施策の導入期 (1945 ~ 1948年)	50
1-3	母子保健施策の充実期 (1949 ~ 1979年)	50
1-4	子育て支援の時代 (1980年 ~ 現在)	51
2	母子保健改善の主な要因	53
2-1	母子保健向上の要因分析	53
2-2	公衆衛生活動 女性の専門職による活動	55
2-3	住民参加活動	56
2-4	母子健康手帳制度	58
2-5	母体保護法 (旧優生保護法) の制定	58
2-6	農山村における助産施設の整備	59
2-7	母子保健統計の整備	59
3	途上国の母子保健改善と日本の経験	59
3-1	日本の経験を応用する場合の前提条件	59
3-2	女性の専門職の登用	60
3-3	住民活動の促進	61
3-4	母子健康手帳プログラム	61
3-5	お産場所の整備と質の向上	62
3-6	母子保健統計の整備	62
4	おわりに	63

参考文献	63
------	----

第4章 家族計画

1. 家族計画に関する取り組みの変遷	65
1-1 戦前・戦中の「産児制限／調節運動」(1920～1945年)	65
1-2 戦後ベビーブームから優生保護法制定(1945～1948年)	66
1-3 人工妊娠中絶の急増から家族計画の普及(1949～1959年)	66
1-4 家族計画の普及と現在の課題(1960年～現在)	68
2. 家族計画に対する主な取り組み	72
2-1 行政による取り組み	72
2-2 民間による取り組み	75
3. 途上国の家族計画と日本の経験	77
3-1 日本における家族計画の成果の要因	77
3-2 課題から見た教訓 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの重要性	79
付録 家族計画・寄生虫予防統合プロジェクト(インテグレーション・プロジェクト:IP)	80
参考文献	84

第5章 感染症対策

1. 感染症対策の変遷	87
1-1 急性感染症対応期(1868～1919年)	87
1-2 慢性感染症対応期(1920～1944年)	89
1-3 戦後の急性・慢性感染症対応期(1945～1960年)	90
1-4 感染症下降期(1961～1979年)	91
1-5 新興・再興感染症への対応期(1980年～現在)	91
2. 結核対策	92
2-1 結核に対する主な取り組み	92
2-1-1 政府の強い意思	92
2-1-2 公衆衛生的アプローチ	93
2-1-3 民間の取り組み	94
2-1-4 結核専門家の活躍	95
2-2 途上国の結核対策と日本の経験	96
2-2-1 政府のコミットメント	97
2-2-2 適切な患者管理と治療の徹底	97
2-2-3 患者記録と報告体制に基づいた監督と評価	99
3. 寄生虫対策	99
3-1 戦後の土壌伝播寄生虫への取り組み	100
3-1-1 政府の取り組み	100
3-1-2 民間団体の取り組み	101
3-1-3 専門家の貢献	102
3-1-4 日本の取り組みの特徴	102
3-2 途上国における寄生虫対策と日本の経験	104
3-2-1 ニーズの喚起と啓発活動	104
3-2-2 民間団体の活用	104

3-2-3	専門家の協力	104
3-2-4	学校保健との連携	105
3-2-5	寄生虫対策を導入部とした公衆衛生アプローチ	105
4	予防接種	106
4-1	予防接種に対する取り組み	106
4-1-1	取り組みの変遷	106
4-1-2	現在の予防接種の種類と実施方法	107
4-1-3	感染症サーベイランス事業	109
4-1-4	ポリオワクチンの確保のための国民運動	109
4-2	途上国における予防接種と日本の経験	109
4-2-1	予防接種実施に対する行政のコミットメントと役割	110
4-2-2	既存システムを用いた接種の実施	110
付録1	日本におけるHIV/エイズ対策	111
付録2	ハンセン病への対応	112
	参考文献	113

第6章 公害対策

1	公害対策の概観	115
1-1	公害とは	115
1-2	公害対策の時期区分	116
1-3	公害対策の変遷	116
1-3-1	公害の発生（1600年代～1945年）	116
1-3-2	公害の社会問題化（1946～1964年）	116
1-3-3	公害対策本格化（1965～1974年）	117
1-3-4	公害対策の低迷と環境問題への移行（1975年以降）	118
2	公害に対する主な取り組み	121
2-1	水俣病対策の歴史と考察	121
2-1-1	水俣病問題の概観	121
2-1-2	水俣病問題における関係者の対応とそこから得られる教訓	122
2-2	公害対策	123
2-2-1	公害法令および行政組織の整備	123
2-2-2	環境基準および排出基準の設定	124
2-2-3	地方自治体による公害対策	124
2-2-4	警察による公害取締および罰則	124
2-2-5	公害防止への財政的支援	124
2-2-6	地域産業計画概念の導入	124
2-2-7	環境アセスメント	124
2-2-8	公害防止の調査研究	124
2-2-9	司法的手段の活用	125
2-2-10	健康被害者の補償制度	125
2-2-11	企業および地方自治体の公害対策人材養成	125
2-2-12	公害教育	125
3	途上国の公害対策と日本の経験	125

参考文献	126
------	-----

第7章 労働衛生

1. 労働衛生の変遷	129
1-1 戦前の労働者保護施策	129
1-2 戦後の労働衛生行政	130
1-2-1 新制労働衛生法体系の確立（終戦直後）	130
1-2-2 多発する職業性疾病や労働災害への対応（1950年代半ば～1960年代）	130
1-2-3 より包括的な「労働安全衛生法」制定（1970～1980年代）	130
1-2-4 ストレス性の疾患の増加（1990年代以降）	130
2. 労働衛生に対する主な取り組み	132
2-1 労働衛生行政の基本的施策	132
2-1-1 労働災害	132
2-1-2 職業性疾病	132
2-1-3 健康診断と健康増進	134
2-2 事業所内の衛生管理体制	135
2-3 労働保険制度	136
2-4 小規模事業所への対応	137
2-5 参加型の労働衛生活動へ	137
3. 途上国の労働衛生と日本の経験	138
3-1 官主導から労使協力へ、100年の歩み	138
3-2 参加型労働衛生活動のすすめ	138
3-3 事業所内の衛生管理体制	138
3-4 疫学的研究の推進	138
3-5 労働衛生思想の普及・啓発事業	139
3-6 中小企業の労働衛生対策	139
参考文献	139

第8章 地域保健

1. 地域保健に対する取り組みの変遷	141
1-1 急性感染症対応期（1868～1919年）	142
1-2 慢性感染症対応および母子保健サービス形成期（1920～1945年）	142
1-3 保健医療行政再構築期（1946～1960年）	143
1-4 医療サービス拡充期（1961～1979年）	144
1-5 高齢社会対応期（1980年～現在）	145
2. 地域保健における主な取り組み	146
2-1 地域保健の主要なアクター	146
2-1-1 保健所を中心とした地域保健のネットワーク	148
2-1-2 保健婦によるアウトリーチ活動	149
2-1-3 住民による地域保健活動	151
2-1-4 「生活改良普及員」による地域保健活動	153
2-2 具体的な成功事例	153
2-2-1 自治体主導による地域保健活動（沢内村）	153

2-2-2	病院を中心とした地域保健活動（佐久総合病院と八千穂村）	154
2-2-3	沖縄における地域保健活動	155
2-3	地域保健のメカニズム	157
2-3-1	多様な組織の連携	157
2-3-2	住民の主体的参加	158
2-3-3	現状把握から始める問題解決方法	159
2-3-4	包括的アプローチ	159
3	途上国の地域保健と日本の経験	161
3-1	保健所を中心とした地域保健提供体制	161
3-2	保健医療スタッフの適正な配置	161
3-3	住民の主体的参加	162
3-4	多様な組織の連携	163
3-5	科学的な問題解決方法	163
3-6	地域保健とマルチセクター的展開	163
3-7	おわりに	164
	参考文献	164

第9章 学校保健

1	学校保健の変遷	167
1-1	戦前の学校保健	167
1-2	戦後の学校保健	168
2	学校保健の主な取り組み	169
2-1	学校保健行政	169
2-2	学校保健の仕組み	169
2-3	寄生虫対策	171
2-4	学校給食	171
3	学校保健の成果 途上国への応用への観点から	172
3-1	寄生虫対策	172
3-2	学校給食	173
3-3	学校・家庭・地域社会の連携	174
	参考文献	175

第10章 救急医療

1	救急医療に対する取り組みの変遷	178
1-1	救急医療施設の整備・拡充（1960年代～1970年代前半）	178
1-2	救急医療体制の体系的整備（1970年代後半～1980年代）	179
1-3	プレホスピタルケアの充実（1990～1996年）	181
1-4	新たな救急医療体制（1997年～現在）	181
1-5	今後の課題	182
1-5-1	小児の救急医療体制	182
1-5-2	プレホスピタルケアシステム（救急救命士制度）の強化	182
1-5-3	へき地・離島の救急医療	182
2	救急医療の主な取り組み	182

2-1	消防本部による救急搬送業務	182
2-2	「119番」救急通報システム	183
2-3	救急告示医療施設の拡大	183
2-4	初期、2次、3次救急医療体制	183
2-5	「救急医療情報センター」システムの構築	184
2-6	プレホスピタルケアの充実	185
3	途上国の救急医療と日本の経験	186
3-1	東南アジアの都市部を中心とした交通外傷ケア	186
3-2	低所得国の農村部を中心とした救急産科ケアおよび小児救急ケア	189
3-2-1	コミュニティにおけるケア	189
3-2-2	搬送中のケア	190
3-2-3	医療施設でのケア	190
	参考文献	191

第11章 医療保険

1	医療保険制度の変遷	193
1-1	医療健康保険の誕生（1900～1944年）	193
1-2	終戦から国民皆保険達成まで（1945～1961年）	193
1-3	制度改正期（1962～1981年）	194
1-4	高齢社会への対応期（1982年～現在）	194
2	医療保険制度の概観	195
2-1	医療保険の概要	195
2-2	介護保険制度	196
2-3	生活保護および医療費公費負担制度	196
2-3-1	生活保護制度	196
2-3-2	公費医療制度	197
3	途上国の医療保険制度構築と日本の経験	197
3-1	日本の医療保険制度の特徴	197
3-1-1	国民皆保険	197
3-1-2	政府が大きな役割を果たす	197
3-1-3	非雇用者を取り込む	197
3-1-4	際立って多い保険者数	198
3-2	途上国への応用可能性	198
3-2-1	国民皆保険成功のための前提条件	198
3-2-2	経済の発展段階に応じた医療保険の導入規模と段階的拡大	200
	参考文献	203

補章 環境衛生 上下水道とし尿処理を中心として

1	環境衛生における変遷	205
1-1	戦前の環境衛生事業（1868～1945年）	205
1-2	戦後の上下水道の普及（1946～1979年）	206
1-3	水質保全と下水処理への対応（1980年～現在）	208
2	日本の主な取り組み	208

2-1 上下水道整備における地方自治体と国の役割	208
2-2 下水道以外のし尿処理の仕組み	208
2-3 簡易水道の普及	209
3. 途上国の衛生環境改善と日本の経験	211
3-1 バランスのとれた上水・下水整備と適正技術の活用	211
3-2 国と地方の役割分担	211
3-3 住民主体の衛生設備の整備	211
参考文献	212

第 部 開発途上国における日本の保健医療経験の応用に向けて

第12章 開発途上国における日本の保健医療経験の応用に向けて

1. 日本の保健医療の変遷の総合的考察	215
1-1 第 期：急性感染症対応期（1868～1919年）.....	215
1-2 第 期：慢性感染症対応および母子保健サービス形成期（1920～1945年）.....	215
1-3 第 期：保健医療行政再構築期（1946～1960年）.....	217
1-4 第 期：医療サービス拡充期（1961～1979年）.....	217
1-5 第 期：高齢社会対応期（1980～現在）.....	217
2. 開発途上国における日本の経験の活用に向けて	218
2-1 途上国の健康課題に応じた日本の経験の活用可能性	218
2-2 途上国に参考になりうる日本の特徴的な取り組み	220
3. 今後の検討課題	227
付録. 途上国協力に応用可能な日本の経験.....	229
参考文献	230

付録：保健医療関連統計

1. 概況	235
2. 母子保健・家族計画	244
3. 感染症対策	246
4. 労働衛生	251
5. 地域保健	251
6. 学校保健	253
7. 救急医療	255
8. 医療費、社会保障	256
9. 環境衛生	259

BOX・図表 目次

BOX序-1	DAC新開発戦略における保健医療関連目標	3
BOX序-2	ミレニアム開発目標における保健医療関連目標	3
BOX序-3	乳児死亡率と経済発展	5
BOX1-1	無医地区対策への取り組み 自治医科大学の事例を中心に	19
BOX3-1	自宅分娩と乳児死亡率	54
BOX3-2	保健婦の活躍 長野県高甫村	55
BOX3-3	おぎゃー献金	57
BOX3-4	期待された妊産婦手帳制度の成果	58
BOX3-5	「光のプロジェクト」 ブラジルでの人間的な出産	60
BOX3-6	インドネシアの母子健康手帳	61
BOX4-1	日本で最もポピュラーな避妊法はコンドーム～なぜコンドームはそれ程ポピュラーか？	70
BOX4-2	日本の若者のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ	71
BOX4-3	受胎調節実地指導員の実際の活動	74
BOX4-4	日本家族計画普及会による広報・啓蒙活動	76
BOX4-5	企業による家族計画運動	77
BOX4-6	寄生虫予防が家族計画のパートナーとして適切な理由	80
BOX4-7	IPにおける日本の経験の活用	81
BOX5-1	DOTS戦略	96
BOX5-2	沖縄県における地域一丸となった取り組み	98
BOX5-3	沖縄の結核在宅治療アプローチ	98
BOX5-4	沖縄の寄生虫ゼロ作戦	103
BOX5-5	日本住血吸虫	103
BOX5-6	ジョイセフの中国におけるインテグレーション・プロジェクト(IP)	106
BOX5-7	予防接種取りやめによる百日咳への影響	108
BOX6-1	公害対策基本法の制定	119
BOX6-2	公害国会	119
BOX6-3	環境庁設置	119
BOX6-4	保健所はどう動いたか	122
BOX6-5	対策の遅れの背景	122
BOX8-1	保健所の転換期：1960年代	145
BOX8-2	へき地での保健婦活動	149
BOX8-3	「蚊とハエのいない生活運動」の成果	150
BOX8-4	都市における保健所を中心とした地域保健の取り組み 豊中保健所	152
BOX8-5	公衆衛生看護婦の駐在制成功の鍵	156
BOX8-6	地域保健から地域振興へ 健康野菜づくりをきっかけとして	160
BOX9-1	定期健康診断の検査項目と実施学年	170
BOX9-2	国際寄生虫対策アジアセンタープロジェクト概要	173
BOX10-1	救急産科ケア	186
BOX10-2	救急医療の3つのプロセスにおける途上国の課題	188
BOX10-3	途上国において可能な救急ケアモデル	189
BOX11-1	米国・英国・ドイツにおける医療保険制度の比較	199

BOX11-2	韓国の医療保険制度	202
BOX11-3	シンガポールの医療保障制度	203
BOX補-1	簡易水道が衛生改善にもたらした効果	209
BOX補-2	水汲みの苦勞	210
BOX補-3	集落における自助努力と相互扶助	211
BOX12-1	日本の保健医療システムの途上国への応用可能性	227
図1-1	総人口と人口構造の推移	9
図1-2	死亡率と出生率の推移	10
図1-3	主要死因の推移	10
図1-4	産業構造の変化	17
図1-5	医療施設数の推移	18
図2-1	ライフサイクルに応じた保健サービス	29
図2-2	保健医療従事者養成システムの概要	35
図2-3	医療従事者の推移	35
図2-4	看護婦・准看護婦の人数の推移	38
図2-5	国民1人当たりの医療費および国民所得に対する割合の変遷	43
図3-1	諸外国の乳児死亡率の推移（1950～2000年）	49
図3-2	乳児死亡率・妊産婦死亡率と母子保健の取り組み	51
図4-1	避妊実行率と人工妊娠中絶率	68
図5-1	結核死亡の推移	89
図5-2	回虫および十二指腸虫寄生率の推移	102
図5-3	HIV感染者の推移	111
図5-4	エイズ患者数の推移	111
図6-1	地方自治体の公害対策経費の推移	118
図6-2	水俣病対策から考える関係者の果たす役割	123
図7-1	労働災害発生状況の推移（死亡および休業4日以上災害）	133
図7-2	死亡災害の推移	133
図7-3	労働安全衛生法に基づく安全衛生管理体制（モデル）	135
図7-4	トータルヘルス・プロモーション・プランの流れ	136
図8-1	保健所を中心とした地域の保健医療サービスの体系図（1940年代後半）	148
図8-2	地域保健における組織化のイメージ	158
図9-1	学校保健行政	169
図9-2	学校保健のしくみ	171
図10-1	交通事故による死者数および死傷事後件数の推移	179
図10-2	救急医療施設の設置状況	180
図10-3	救急医療体制	180
図10-4	救急出動件数および搬送人員の推移	181
図11-1	医療保険制度の加入者の構成	196
図補-1	水道普及率と水系感染症患者数	207
図補-2	下水道普及率の推移	207
図12-1	日本の保健医療経験の横断的分析	216
図12-2	途上国の主要な死因	219

図12-3	途上国の健康課題に応じた日本の経験の応用可能性	219
図A-1	合計特殊出生率	235
図A-2	平均寿命	238
図A-3	死因別妊産婦死亡率（1950～75年）	244
図A-4	急性感染症（コレラ・赤痢・腸チフス・痘瘡）の死者数（1876～99年）	246
図A-5	結核死亡数・死亡率・罹患率	247
図A-6	寄生虫卵陽性率	249
図A-7	保健所数	251
図A-8	中学校生徒の疾病被患率	253
図A-9	水道普及率と水系感染症患者数の推移	259
表序・1	乳幼児死亡率（2000年）	1
表1-1	日本の保健医療の時期区分	11
表1-2	健康転換と対応システム	21
表2-1	種類別にみた医療施設数	32
表2-2	種類別にみた病床数	32
表2-3	開設者別にみた施設数・病床数	32
表2-4	業務の種類別にみた従事者数および100床当たり・1施設当たり従事者数	33
表2-5	病院における診療機器保有状況（重複計上）	34
表2-6	届出医療関係者と率（人口10万対）	36
表2-7	施設業務の種別にみた医師数	36
表2-8	施設・業務の種別にみた歯科医師数および構成割合	37
表2-9	就業先別保健婦・助産婦数	39
表2-10	就業先別看護婦数	39
表2-11	医療提供体制の先進諸国との比較	40
表2-12	国民医療費等の対前年度伸び率	43
表2-13	厚生労働省予算の主要項目	44
表3-1	母子保健関連年表	52
表4-1	家族計画関連年表	67
表4-2	日本人の主な避妊法（毎日新聞社調査結果）	71
表5-1	コレラの患者および死者数	88
表5-2	感染症対策の変遷	91
表5-3	結核予防会の普及広報活動	94
表5-4	日本と途上国の結核対策の違い	96
表5-5	世界の寄生虫症統計概要	100
表5-6	予防接種の種類と対象疾病	108
表6-1	主要7公害	115
表6-2	公害対策の時期区分	116
表6-3	四大公害と訴訟の概要	118
表6-4	公害問題関連年表	120
表6-5	水俣病年表	121
表6-6	日本の公害対策の途上国への応用の留意点（前提条件）	126
表7-1	主な労働衛生施策の変遷	131

表7-2	戦後の職業性疾病に対する各種予防規則	131
表8-1	国保保健婦の増加状況	143
表8-2	地域保健の略史	147
表8-3	地域保健・医療・福祉推進の主導型とその特徴	158
表9-1	学校保健の変遷	168
表10-1	中程度所得国および低所得国における主要死因とDAILYs	177
表10-2	日本の救急医療の歩み	179
表10-3	救急医療体制整備計画・整備基準	184
表10-4	パイスタンダーによる応急手当の救命効果(1998年1~12月)	185
表10-5	救急救命士の導入効果(2001年1~12月)	185
表11-1	日本の医療保険制度の主な流れ	194
表11-2	日本の医療保険制度の概要(2003年6月現在)	195
表11-3	保険者の国際比較	198
表11-4	日本の経済段階と医療保険段階	200
表補-1	市町村別の給水人口と普及率(2001年度)	210
表12-1	WHOの子どもと成人の死亡率による国の分類	218
表12-2	健康課題別に見た日本の保健医療経験	220
表A-1	主なる人口動態統計と人口	236
表A-2	平均寿命(0歳の平均余命)	238
表A-3	年齢(3区分)別人口および年齢構造に関する指標	239
表A-4	主要死因別死亡数・死亡率(人口10万対)	240
表A-5	医療関係者実数・率(人口10万対)	242
表A-6	医療施設数・率(人口10万人対)	243
表A-7	死因別妊産婦死亡数・妊産婦死亡率	244
表A-8	出生の場所別出生数	245
表A-9	人工妊娠中絶数と避妊の実行割合	245
表A-10	急性感染症(コレラ・赤痢・腸チフス・痘瘡)の患者数と死者数(1876~99年)	246
表A-11	結核死亡数・死亡率・罹患率	248
表A-12	寄生虫卵陽性率	249
表A-13	予防接種実施率の推移	250
表A-14	労働災害数	251
表A-15	保健所数	252
表A-16	就業場所別保健婦数	252
表A-17	児童生徒の体格	253
表A-18	児童生徒の主な疾病被患率	254
表A-19	交通事故の件数・死者数・負傷者数	255
表A-20	国民医療費の概況	256
表A-21	国民医療費の部門別給付額	257
表A-22	社会保障給付費の部門別推移	257
表A-23	医療保険療養の給付決定状況	258
表A-24	水道普及率	259

用語・略語解説

文中の*印は用語解説があるもの。

用語	概要
DALYs (Disability-Adjusted Life Years)	死亡と障害を含む包括的な保健指標とされ、世界銀行やWHOなどが用いている。DALYs = YLL (Year of Life Lost : 病気や障害により平均寿命より早く死んだ年数) + YLD (Year Lived with Disability : 障害を抱えて生きる年数) により算定されるもので、病気や障害による時間的損失を表すものである。DALYsを用いることにより、国ごと、疾病ごとの経済損失を算定し、これにより予防や治療による疾病への介入がどれだけの損失の軽減に寄与し得るか等の、保健医療における経済学的分析が可能となる。
DOTS (Directly Observed Treatment, Short-Course)	結核患者を発見し治療するための、プライマリー保健サービスの包括的戦略。短期化学療法を用いた直接監視下治療(少なくとも最初の2か月間は、毎日、医療従事者が責任のある人が服薬を直接確認する)を意味する。WHOはDOTS戦略を、総合的な結核対策戦略へと発展させている(詳細はBOX5-3)。
GII (Global Issues Initiative on Population and AIDS) (人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ)	1993年の日米コモンアジェンダを受け、翌1994年に日本政府は人口とエイズ分野における援助を、以後7年間に30億ドルの貢献をすることを含め、積極的に推進していくことを表明したイニシアティブ。わが国がODAの特定分野の協力方針を、初めて世界に表明したという点において画期的なイニシアティブである。
IDI (Okinawa Infectious Diseases Initiative) (沖縄感染症対策イニシアティブ)	GII*終了後の日本の保健医療分野協力の戦略。2000年7月の九州・沖縄サミットの際に、以後5年間で30億ドルの貢献をすることを含めて表明されたイニシアティブ。HIV/AIDS、結核、マラリアに対して、2010年までの達成目標を示して、G8、途上国自身、国際機関、NGO、民間企業、市民等によるパートナーシップによって協働していくことを打ち出した。
アウトリーチ (Outreach)	アウトリーチとは、手を差し伸べる、という意味で、行政、NGOなどのサービスの提供者や援助者が潜在的なサービスの利用者のところに出向き、相手の関心を呼び起こすように働きかけを行ったり、必要な支援を行ったりすること。
アルマ・アタ宣言 (Declaration of Alma Ata)	1978年9月にWHOとUNICEFの共催で、アルマ・アタ(旧ソビエト連邦、現カザフスタン共和国)で、143ヶ国の政府代表と67の機関が参加し「プライマリ・ヘルスケアに関する国際会議」が開催された。この会議の最終日にアルマ・アタ宣言が採択された。アルマ・アタ宣言は10章からなり、先進国と途上国の間の健康状況の不平等、それぞれの国内における政治的、社会経済的不平等に言及し、人々が保健医療ケアの計画と実施に対して参加する権利と義務があることを明言した。そのうえで、各国政府と国際機関に対する目標として「Health for All by the Year 2000」を提示し、その実現を目指すための鍵としてプライマリ・ヘルスケア*を位置づけた(中村1998)。
医制	明治政府が、西洋医学を導入するにあたり、その方針と実施基準等を定めた総合法典。1874年に公布された。医療行政に関して、中央・地方行政機構、医学教育の体系、病院の設立運営基準、医療従事者の取締規則、薬事行政など基本的なものがすべて盛り込まれている。
医療圏(一次、二次、三次)	限られた医療資源の効率的で適正な配置を図るとともに、医療保健福祉機関間の連携を図るための地域単位として設定されたもので、1985年の医療法*改正によって県ごとに設定することが規定された。住民の日常生活に密着した医療・保健・福祉サービスを提供する市町村を単位とした一次医療圏(医療法には規定されておらず設置は都道府県の判断による)、入院治療を主体として病床数等の確保が規定された区域である二次医療圏、一次・二字医療圏では対応が困難で特殊な医療需要に対応する都道府県全域を対象とする三次医療圏がある。なお救急医療における「初期・二次・三次の救急医療体制」は、「二次医療圏」単位で完結することとされている。
医療法	医療施設のあり方を定める法律。診療所・助産所・病院・公的医療機関などの構造設備、人的配置基準、管理体制、適正配置、医療法人に関する基準を規定している。1942年公布の国民医療法に代えて、1948年に制定された。
医療保険	日本では、国が国民に医療を保障する社会保険システムとして医療保険制度がある。大きく被雇用者を対象とする被用者保険(職域保険)と、自営業者などを対象とする国民健康保険の二本の柱からなる。また、これらの現役世代の医療保険制度によって支えられている70歳以上の老人医療を取り扱う老人保健制度がある。
疫学	人間集団における疾病の分布とその発生原因を研究する科学。疾病の発生のさまざまな分布(時間的、地理的、空間的、性別、生活習慣等)からその要因や原因を探り出す基礎科学的側面と、それに基づく疾病発生の予防といった応用科学的側面を持つ。

用語	概要
エンパワーメント (Empowerment)	社会的、経済的、法的な力を付けるということ。とくに、文化的、歴史的、宗教的に権利を低く抑えられていた女性や社会階層の人々に対して使われることが多い。開発協力の分野では、これらの層のエンパワーメントが個人の発展ひいては社会全体の発展にもつながるという考え方をとっている。
家族計画	日本では、1920年頃バースコントロール（産児制限・産児調節と訳された）の必要を唱える運動が広がり、戦後、家族計画という名称でさらに広がった。今日、開発の分野では、人口抑制政策の一環という意味合いに取られることが多いが、本来は家族構成など将来の家族の人生設計のために、夫婦の意思によって避妊・出産間隔調整から初妊娠年齢の引き上げ、不妊治療などを実施できるようにすること。1994年の国際人口開発会議以降、リプロダクティブ・ヘルス・ライツ*の要素の一部として位置づけられた。
学校保健	児童生徒や教職員の健康を保持増進し、健康生活能力の発達をはかるために学校で行われる諸活動の総称。健康に対する知識と健康を維持・増進する実践的能力を身につけるための「保健教育」と、健康診断をはじめとする「保健管理」に大別される。
環境衛生	「環境衛生は、人間の身体の発育、健康及び生存に有害な影響を及ぼし、あるいは及ぼす可能性のある人間の物質的な生活環境においての一切の要素をコントロールすること」とWHOは定義している。環境衛生に対する取り組みの代表的なものは、感染症*予防のための防疫対策や、それに関連するし尿や汚物処理のためのごみ清掃対策、感染症*を媒介する蚊とハエ、ノミ、シラミ、ごきぶり、ねずみ駆除のためのそ族昆虫駆除対策、上下水道整備などであるが、時代の近代化と共に、食品衛生対策、公害対策、建築物の総合衛生管理対策、有害家庭用品対策、産業廃棄物対策、更に最近注目を浴びている環境ホルモン対策やハウスシック対策などといった内容も含むようになり、その内容は極めて広範囲で多様化してきている（東邦微生物病研究所）。
看護婦	傷病者などの療養上の世話または診療の補助をする専門職。一般に、高校卒業後3年～4年制の養成機関または大学を卒業し、国家試験に合格すると資格が与えられる。中学を卒業後2年以上の教育を受け、国家試験に合格すると与えられる準看護婦という資格もある。従来、女性の専門職であったが、1989年より男女に同一の教育機会が与えられ、正式に男性の看護師が養成されるようになり、さらに2002年3月には男女の名称が「看護師」に統一された。
感染症	細菌やウイルスなどの病原体が体内に侵入し増殖することを感染といい、これが原因となる病気を感染症という。人から人にうつる伝染性感染症（通常、伝染病を指す）以外にも、動物や昆虫から、あるいは傷口から感染する等の非伝染性感染症がある。感染してから発症するまでの期間が一般に急性な経過をとるものを急性感染症といい、感染してから発症およびその後の経過が長期にわたるものを慢性感染症という。また、HIV/AIDS、エボラ出血熱などのこれまで知られておらず近年問題となったものを新興感染症と呼び、結核、マラリアなどの一度は著しく減少したが近年再び増加し問題となっているものを再興感染症と呼ぶ。WHOは地球規模で感染症の脅威はなくなっていないと警鐘を鳴らしている。
キャパシティ・ビルディング (能力向上) (Capacity Building)	キャパシティとは、個人、組織、制度や社会が、個別にあるいは集合的にその役割を果たすことを通じて、問題を解決し、また目標を設定してそれを達成していく能力（問題対処能力）を指し、キャパシティ・ビルディングはそれを向上させること。組織・制度づくり（Institution Building）と対比して、組織・制度を実施・運営していく能力を向上させるという意味でも用いられる。近年は外部からこのような能力を向上させるのではなく、能力の主体が内発的に能力を向上させていくことが重要との考えから「キャパシティ・ディベロップメント」ということも多い。
合計特殊出生率 (Total Fertility Rate : TFR)	1人の（あるいはグループの）女性が、再生産年齢（15～49歳）を通して、特定の年の、年齢別特殊出生率に従って子どもを産むと仮定した場合、一生で産むとされる平均子ども数をいう。
公衆衛生	国民の健康を保持・増進するため、公私の保健機関や地域・職域組織によって営まれる組織的な衛生活動。母子保健*、伝染病予防、成人病対策、精神衛生、食品衛生、住居衛生、上下水道整備、し尿・塵芥処理、公害対策、労働衛生などを対象とする。
厚生省	1938年に創設された、社会福祉、社会保障、公衆衛生*の向上を任とする中央行政機関の1つ。2001年1月に労働省と統合し、厚生労働省となった。
国勢調査	日本における「人口センサス」のこと。国内の人口や世帯の実態を明らかにすることを目的とする、国の最も基本的な統計調査。各種統計調査の標本抽出の元となる。外国人も含めた全世帯を対象とした全数調査で、総務省統計局が5年ごとに実施している。単に人口を把握するだけではなく、男女、年齢、配偶の関係、国籍の別に把握することをはじめ、社会・経済属性や日々の移動、又は社会移動も含む調査である。日本において近代的手法による正式な国勢調査が開始されたのは1920年である。

用語	概要
5歳未満児死亡率 (Under 5 Mortality Rate)	特定の年の、出生1000に対する5歳未満の子どもの死亡数の比率。5歳未満児死亡率は乳児死亡率に比べて、栄養改善や予防接種実施状況などを反映することから、総合的な福祉水準をあらわす指標として用いられる。一般に乳幼児死亡率という場合はこれを指す。
女性と開発 (Women in Development : WID)	女性は開発の担い手として、開発のあらゆる段階で積極的な参加の機会を与えられなければならないという開発援助のコンセプトの1つである。
助産婦	日本では昔からお産を介助する専門の女性があり、これを産婆と呼んだ。明治政府は1899年に「産婆規則」を制定、全国的な資格制度とし、年齢、業務範囲、登録制度について規定し、その後第二次世界大戦終了までは、地域の母子の健康や経済状態までよく知る専門職としてなくてはならない存在であった。1947年、新しい「保健婦助産婦看護婦令」が公布されて、助産婦という名称に改められた。また2002年3月から、看護師などと同様に「助産師」という名称に変更された。ただし、助産師への男性の参入については賛否両論があり争点となっている。
人口動態統計	2つの時点間において人口を変化させる要因である、出生、死亡、婚姻、離婚、死産等の数量を把握するもので、これによって、人口数・人口構成の変化を知ることが可能である。日本では1899年から開始された。広義の人口動態統計としては、この他に人口移動が含まれるが、これは国際人口移動と国内人口移動に分けられる。
生活改良普及員	第2次世界大戦終戦後、GHQは「農村の民主化」を推し進めた。その流れを受けて、農林水産省は農村生活の改善を目的として、1949年より生活改良普及員事業を実施した。教員や栄養士などの資格を持つ女性たちがリクルートされ、参加型社会開発手法や農村で必要な技術訓練を受けのち、県の農業改良普及所に配置された。生活改良普及員は「考える農民をつくる」との理念の下、ファシリテーターに徹し、住民参加の下で問題分析や問題解決が進められ、マルチセクターの開発を支援した。一般に「生改(せいがい)さん」の愛称で呼ばれる。
ソーシャル・マーケティング (Social marketing)	企業活動は自分自身の利益を追求するだけでなく、社会的責任を果たすために社会的利益も追求しなくてはならないとする考え方。この考え方はNGOや政府などの非営利団体にも広げられ、社会に貢献すべき組織である以上、高い水準のサービスを提供するのは当然であり、マーケティングの発想を取り入れなければならないとされる。
地区衛生組織活動	第2次世界大戦終戦後から1950年代後半にかけて、農村を中心として隆盛した、衛生害虫の駆除や環境衛生の改善などを行う村ぐるみの住民自身による活動。当初は「民衆組織活動」などと呼ばれていたが、1953年厚生省が「地区衛生組織活動」の名称で統一した。農村から始まったが後に都市部にも波及した。全国的に展開された「蚊とハエのいない生活運動」が特に有名。
乳児死亡率 (Infant Mortality Rate : IMR)	特定の年の、出生1000当たり(出産1000当たりをとる場合もある)に対する1歳未満の子ども(乳児)の死亡数の比率。乳児死亡率はその地域の保健状態をみるのにより指標とされている。
妊産婦死亡率 (Maternal Mortality Rate : MMR)	特定の年の、出生数10万当たり(出産10万当たりをとる場合もある)に対する、女性の妊娠と出産に関連した死亡数の比率。妊娠と出産に関連した死亡とは、妊娠分娩および産褥期における疾病などによる死亡のこと。妊産婦死亡率は乳児死亡率以上に、国によって差が大きい。
必須医薬品	必須医薬品とは、WHOの定義では「大多数の住民のニーズを満たし、いつでも利用可能であるべき医薬品」をいう。1975年の世界保健総会(World Health Assembly: WHA)でのWHO事務総長の報告における「新しい医薬品政策 (possible new drug policies)」の提案に由来する。
病院・診療所	日本では、医療提供施設は医療法*によって規定されている。主な医療提供施設には病院、診療所、助産所がある。病院とは、20人以上の患者を入院させるための機能を有する施設をいい、診療所はそれに満たない機能を有する施設をいう。診療所には、一般診療所と歯科診療所がある。
プライマリ・ケア (Primary care)	プライマリ・メディカルケアとも言われる。一般医や家庭医による個人に対する予防や治療のことで、いわゆる1次医療を指す。
プライマリ・ヘルス・ケア (Primary Health Care : PHC)	1978年のアルマ・アタ宣言*で提唱された概念。従来の疾病対策中心の医療と欧米型保健システムの導入が、開発途上国においては一部の人の利益にしかつながらず、多くの人々の健康状態は改善しないままであるという反省の上に生まれた。積極的な住民参加の下、基本的な保健医療をコミュニティのレベルで統合し、あらゆる地域、社会階層の人々に保健医療サービスを提供することを目指しているところに特徴がある。

用語	概要
平均余命	生命表においてある年齢の生存者がそれ以降に生存する平均年齢を、その年齢の平均余命という。特に出生時の平均余命を平均寿命 (Life Expectancy at Birth) と呼んでいる。
保健所	保健所は、地域住民の健康を保持・増進するために都道府県や政令指定都市などが設置する公的な保健機関である。保健所制度は1937年の保健所法により始まり、設置当初の保健所は富国強兵のため主に結核などの感染症対策や母子保健対策を行った。1947年に保健所法は全面改正され、保健所は地域住民の健康を守る地方の公衆衛生の第一線機関として機能が拡充強化された。保健所は予防接種、母子健診、結核診断、保健教育等の対人保健サービス(治療行為は除く)と食品衛生や環境衛生に関する対物保健サービスを提供するほか、統計整備や地域保健に関する思想の普及なども行った。保健所法は1994年に地域保健法に改められ(全面施行は1997年)、より住民に近いところで保健サービスを提供するため、対人保健サービスは市町村が担うことになり、保健所はより広域・専門的・技術的な拠点と位置づけられた。
保健婦	英語では一般にPublic Health Nurseと呼ばれるが、その養成制度や社会的地位については、各国で異なる。日本の場合、1920年前後から社会事業の一環として、家庭訪問による妊産婦や小児の生活指導・疾病予防などを行ったのが始まりで、その後制度化され、主に保健所*、国民健康保険組合、自治体に雇用され、健康診断、予防接種*、母子保健指導、結核療養指導、健康教育など、直接住民に保健サービスを提供する重要な役割を担った。しかし今日では、どちらかというと保健サービスの提供者というよりも行政職としての色彩が強い。なお保健婦になるためには、看護婦教育の上にさらに1~2年間の専門的な教育を受ける必要がある。看護師・助産師同様、2002年3月より「保健師」に名称が変更された。
母子健康手帳	日本においては妊婦から乳幼児まで一貫した母子保健対策を実施することを目的として、妊娠した者は妊娠の届出をすることになっており、これに対して交付されるのが母子健康手帳である。母子健康手帳は、妊娠、出産、育児に関する一貫した健康記録であるとともに、妊娠と乳幼児に関する行政情報、保健・育児情報を提供する。1942年の「妊産婦手帳」制度から始まり、改訂が重ねられてきた。
母子保健	母子の健康の保持・増進を目的とした保健衛生の一分野。
ポリオ	小児麻痺、急性灰白髄炎ともいわれる。ウイルスにより麻痺を起こす感染症で、現在天然痘に次いで第2の根絶可能疾患として、WHOをリーダーとする地球規模の根絶プログラムが進行中である(鎌田2001)。
ミレニアム開発目標 (Millennium Development goals: MDGs)	2000年9月の国連ミレニアム宣言と1990年代の主要な国際会議で採択された国際開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめたもの。2015年までに達成すべき国際社会の開発目標として、極度の貧困と飢餓の撲滅、初等教育の完全普及、ジェンダーの平等、女性のエンパワメント*の達成、子どもの死亡率削減、妊産婦の健康の改善、HIV/AIDS、マラリアなどの疾病の蔓延の防止、持続可能な環境づくり、グローバルな開発パートナーシップの構築が設定された。
予防医学	予防医学臨床医学と対比する学問領域として位置づけられている。この領域に含まれるとされる専門分野としては、保健統計、疫学*、健康教育論、保健医療行政論などから、ライフステージの各段階に対応した健康管理論(母子保健*・学校保健*)、地域レベルでの生活環境の保全対策などきわめて広範で多岐にわたる(華表2001)。
予防接種	感染症*罹患の予防を目的として、ワクチンなどを経口・経皮的に体内に入れること。これによって、感染症*に対する免疫が形成される。ワクチンとは、ウイルスや細菌を、弱毒化、不活性化もしくは無毒化したものである。
予防接種拡大計画 (Expanded Programme on Immunization: EPI)	1974年にWHOにより決議されたもので、主にWHO/UNICEFの共同事業として実施されている、世界中のすべての子どもに、ジフテリア・百日咳・破傷風・麻疹・ポリオ*・結核を予防するための予防接種を徹底するためのプログラムである。
罹患率・有病率 (Morbidity rate/Prevalence rate)	罹患率とは、一定期間内(年、月、週など)に新たに発生した患者の、単位人口に対する割合。有病率とは、最初に罹患した時期とは無関係に、ある時点における患者の単位人口に対する割合。
リプロダクティブ・ヘルス (Reproductive Health: RH)	日本語訳は「性と生殖に関する健康」。生殖系とその機能・過程に関連するすべての面において、単に病気や虚弱でないというだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態(well-being)にあること。1994年の国際人口開発会議(カイロ会議)において定義された新しい概念。

用語	概要
リプロダクティブ・ライツ (Reproductive Rights : RR)	すべてのカップルおよび個人が、何人の子どもをいつ持つかということについて、責任をもって自由に決定すること、そしてそのための情報と知識と手段について、アクセスできる権利をいう。リプロダクティブ・ヘルスと同様、カイロ会議において定義された。
リファラルシステム (Referral system)	一次医療から二次・三次医療へつなぐ紹介・搬送システムのこと。患者は初診を地元 の一次医療施設で受ける。一次医療施設が、さらに高度な医療が必要と判断した場合、 二次・三次医療施設へと、適切な処置の後、適切なタイミングで、紹介・搬送すると いった包括的なシステムのこと。
労働衛生 (Occupational health)	労働衛生労働環境の衛生・保健。主に雇用者が劣悪な環境の中で労働することによっ て傷害や疾病を招くことを防ぐことを目的とした、保健衛生の一分野。途上国では人 権意識が低い国が多く、労働者の働く環境は、危険物の取扱、照明、換気などの点で 法的な規制もなく、劣悪な状況であることが多い。

< 参考文献 >

UNFPA 『世界人口白書2002』

阿藤誠 (2000) 『現代人口学 少子高齢社会の基礎知識』日本評論社

蟻田功 (2001) 「ポリオ」 『国際保健医療学』杏林書院

伊藤正男、井村裕夫、高久史磨 (2003) 『医学大辞典』医学書院

華表宏有 (2001) 「予防医学」 『国際保健医療学』杏林書院

厚生統計協会 (2003) 『国民衛生の動向・厚生指標 臨時増刊・第50巻第9号 通巻第784号』廣済堂

国際看護研究会編 (1999) 『国際看護学入門』医学書院

国際協力事業団 (1999) 『プライマリ・ヘルスケアをよく知るために～日本の経験を踏まえて～』国際
協力事業団国際協力事業団監修、小早川隆敏編著 (1998) 『国際保健医療協力入門 理論から実践へ』国際協力
出版会国際協力事業団国際協力総合研修所 (2003) 『第二次人口と開発援助研究 日本の経験を活かした人口
援助の新たな展開』国際協力事業団

国立国際医療センター編 (2001) 『国際保健医療協力ハンドブック』国際開発ジャーナル社

鈴木庄亮、久道茂 (2003) 『シンプル衛生公衆衛生学2003』南江堂

須知雅史 (1999) 「世界の結核 - DOTS戦略を中心として」 <http://www.jata.or.jp/rit/rj/gtc99.html>統計局ホームページ：<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/qa.htm>東邦微生物病研究所ホームページ<http://www.toholab.co.jp/kan-toha/kan-toha.html>中村安秀 (1988) 「国際保健プロジェクトにおける基本概念」 『国際保健医療協力入門 理論から実践
へ』国際協力出版会

日本国際保健医療学界編 (2001) 『国際保健医療学』杏林書院

日本人口学界編 (2002) 『人口大事典』培風館

和田攻、南裕子、小峰光博 (2002) 『看護大事典』医学書院

調査研究概要

1. 目的・背景

保健医療は人々の生命に深く関わる重要な分野であり、また社会や国の発展のためにも欠かせないものである。そのため、多くの途上国においては保健医療の改善が国家の重点目標の1つになっている。また、国際的にもミレニアム開発目標などで幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善、HIV/AIDSやマラリア等の疾病の蔓延防止、安全な水の供給が目標として掲げられるなど、保健医療分野は支援の重点分野として認識されており、各ドナー、NGOも積極的な支援を繰り広げている。

日本も1999年に発表した「政府開発援助に関する中期政策」や2003年に改訂した「政府開発援助大綱」で保健医療分野を貧困対策の一環として位置づけ、重視することを打ち出すとともに、国際的にも「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」、「国際寄生虫対策（通称橋本イニシアティブ）」、「沖縄感染症対策イニシアティブ」など保健医療に関する各種イニシアティブを発表し、日本の経験を生かしつつ途上国の保健医療改善に貢献していく姿勢を明らかにしている。しかし、どのような日本の経験が途上国にとって有用なのか必ずしも整理・分析されていなかった。

日本においては、行政主導で全国に衛生行政網を整備し、各時代の主要な疾病に全国的に対応した経験、科学者等の協力を得つつ統計整備や保健医療状況に関する調査を実施し、それらに基づいた政策を立案・実施した経験、開業医・開業助産婦や住民組織など行政以外のアクターとも連携し、彼らの力を活用した経験、現場の保健婦等がアウトリーチ活動により住民のニーズにきめ細かく対応し保健医療状況を改善した経験、財源がそれほど潤沢でない時代から医療保険制度を導入し、国民皆保険を達成した経験などがある。このような経験は途上国の保健医療改善を考える上で参考になる点も多い。また、日本の経験としては、公害対策の遅れによる被害の拡大、人口の高齢化に対する長期的見通しの甘さからくる医療保険の財源の逼迫などの反省点もあり、このような反省点からも途上国が直面するであろうこれらの課題への対応についての何らかの教訓が得られるものと考えられる。

そこで本調査研究では、途上国の保健医療の課題を念頭におきつつ日本の保健医療経験を振り返り、途上国の保健医療改善に参考になりうる日本の経験を整理した。そして日本とは状況の異なる途上国に日本の保健医療経験がどのように応用できるのか、また日本の経験を応用する際の留意点は何かについて検討・考察を行った。

なお、日本の経験の応用に当たっては、現地のニーズに応じて応用・調整を行っていくことが望ましく、日本の経験を途上国にそのまま移転するものではないことを念のため申し添えておく。

2. 報告書内容構成

本報告書は序章と第1、2、3部から構成されている。まず序章「開発途上国の保健医療の課題」では、途上国が現在直面している保健医療の課題について概観し、さらに途上国の保健医療改善に対する国際社会や日本の援助動向についてもとりまとめた。

第1部「日本の保健医療の概観」では、日本の保健医療に関する取り組みを分析する上での基礎資料として、日本の保健医療の変遷および現在の保健医療サービス供給体制について概観した。

続く第2部「日本の保健医療の経験」では、序章および第1部を踏まえ、途上国が直面している保健医療課題に対する日本の経験につき、採られた政策やアプローチ、その取り組みの成果やポイントについて分析し、途上国の保健医療改善を考える上での示唆や留意点などについて検討した。第2部ではまず健康課題別の取り組みとしてミレニアム開発目標にも掲げられている母子保健や感染症対策について

「母子保健」、「家族計画」、「感染症対策（結核対策、寄生虫対策、予防接種）」を取り上げて日本の経験を整理した。また、母子保健や感染症対策で成果が上がった後の健康課題となった公害問題や労働衛生について「公害対策」「労働衛生」の章で日本の取り組みをまとめた。

次いで、保健医療の仕組み・制度の側面から、母子保健や感染症対策を効果的に進めた地域や学校での取り組みに焦点を当てて「地域保健」、「学校保健」の章を設けた。また、交通事故の急増をきっかけに整備されていった救急医療についても、「救急医療」の章で紹介した。さらに、保健医療サービスへのアクセス改善に大きく役立った「医療保険」の整備についても取り上げた。

その他、母子保健や感染症対策などすべての健康課題の基盤ともいえる衛生環境の改善について補章として簡単に紹介した。

第 部「開発途上国における日本の保健医療経験の応用に向けて」では、第 部・第 部のまとめとして日本の保健医療の取り組みの横断的分析を行い、日本の特徴を踏まえた上で途上国の保健医療改善に参考になりうる日本の取り組みを分析・整理した。

3. 調査研究実施体制

本研究会の実施体制は下記のとおり。

座長	中村 安秀	大阪大学大学院人間科学研究科教授
委員	中野 博行	聖マリア病院国際協力部小児科保健医療協力部長
	飯島 愛子	ジョイセフ（家族計画国際協力財団）人材養成事業部長
	建野 正毅	国立国際医療センター国際医療局派遣協力第一課長
	小川 寿美子	琉球大学医学部医学科助手
	稲岡 恵美	東京大学医学系研究科国際地域保健学専攻客員研究員
アドバイザー	藤崎 清道	JICA医療協力部長（2003年8月まで）
主査	高橋 央	JICA国際協力専門員
タスク	境 勝一郎	JICAザンビア事務所次長
	上田 直子	JICA国際協力総合研修所調査研究第二課課長代理（事務局兼務）
	平岡 久和	JICA職員（WHO西太平洋地区事務局にて研修）
	中谷 香	JICA青年海外協力隊事務局海外第一課 ジュニア専門員
	足立 佳菜子	JICA国際協力総合研修所調査研究第二課 職員（事務局兼務）
事務局	駒澤 牧子	アースアンドヒューマンコーポレーション
	半谷 良三	JICA国際協力総合研修所調査研究第二課 課長(2004年1月まで)
	佐藤 和明	JICA国際協力総合研修所調査研究第二課 課長代理(2003年11月まで)
	銅口 泰子	JICA国際協力総合研修所調査研究第二課 JICE研究員

4. 報告書作成方法および執筆者

本報告書は下記の執筆者が作成した原稿を研究会での議論を基に執筆者および事務局で修正し、それらを事務局およびコンサルタントにて編集してとりまとめたものである。

調査研究概要	<執筆者>
序章 開発途上国の保健医療の課題	足立佳菜子 足立佳菜子
第 部 日本の保健医療の概観	
第 1 章 保健医療の取り組みの変遷	駒澤牧子
第 2 章 保健医療サービス供給体制の現状	駒澤牧子
第 部 日本の保健医療の経験	
第 3 章 母子保健	中村安秀
第 4 章 家族計画	飯島愛子・上田直子
第 5 章 感染症対策	
結核対策	平岡久和・駒澤牧子
寄生虫対策	建野正毅
予防接種	平岡久和・駒澤牧子
第 6 章 公害対策	稲岡恵美
第 7 章 労働衛生	高橋央
第 8 章 地域保健	小川寿美子・上田直子・ 駒澤牧子
第 9 章 学校保健	建野正毅
第10章 救急医療	中野博行
第11章 医療保険	境勝一郎・中村安秀
補 章 環境衛生	駒澤牧子
第 部 開発途上国における日本の保健医療経験の応用に向けて	
第12章 開発途上国における日本の保健医療経験の応用に向けて	駒澤牧子
付録 保健医療関連統計	駒澤牧子
全体編集：駒澤牧子・足立佳菜子・銅口泰子	

序章 開発途上国の保健医療の課題

途上国協力を参考になりうる日本の経験を考察する上では、現在途上国がどのような課題を抱え、国際社会はどのように対応しようとしているのかを理解しておくことが必要である。そのため、本章では、現在開発途上国が直面している保健医療の課題を整理し、それらに対する国際的な援助動向および日本の援助動向を概観する。

1. 開発途上国が直面している保健医療の課題

保健医療は人の生命に関わる重要な分野であり、また社会や国の発展のために欠かせない分野である。そのため、多くの途上国では保健医療の改善が国家の重要目標の1つになっているが、高い乳幼児死亡率や妊産婦死亡率、感染症の蔓延、安全な水へのアクセスの欠如、不十分な衛生設備に苦しむ人々はいまだ多い。また、労働災害や職業病、公害の被害も先進国よりも途上国に多い。これらの課題は日本も経験し、その克服に取り組んできたものである。

(1) 高い乳幼児死亡率・妊産婦死亡率

開発途上国では高い乳幼児死亡率や妊産婦死亡率が大きな課題となっており、これらの削減が国家目標になっている国も多い。乳幼児死亡率や妊産婦死亡率は途上国自身の取り組みや国際的な協力により減少傾向にあるが、それでも毎年、約

1,100万人の子どもが予防可能な原因で死亡している¹。栄養や衛生、妊産婦の健康を改善したり、必要な教育を普及させればこれらの子どもの死の多くは防ぐことができるものである。

世界では、毎年50万人以上の妊産婦が死亡しているが、特にサブサハラ・アフリカでは状況がひどく、女性の13人に1人は妊娠や出産が原因で死亡している²。周産期の健康管理を行うことや訓練された保健婦が出産に立ち会うことで妊産婦死亡率を低下させることができるが、南アジアやサブサハラ・アフリカでは保健婦が介助する出産は40%未満である³。

(2) HIV/エイズ、結核などの感染症の蔓延

HIV/エイズをはじめとする感染症は途上国にとって克服すべき大きな課題となっている。HIV感染者の90%は途上国の人々であり、他の感染症でも罹患者は途上国に多い。2000年末までに約2,200万人がエイズで死亡し、サブサハラ・アフリカではエイズが死因の1位になっている⁴。毎年、3億人がマラリアに罹り、6,000万人が結核に感染している。これらの感染症は現在の医療技術で治療可能であるが、こうした医療を受けられず、毎年結核で200万人が、またマラリアで100万人が死亡している⁵。感染症による死亡や障害のために労働力の低下が起こり、治療に要する費用のため貧困が悪化し、乏しい国家予算が圧迫される。

表序-1 乳幼児死亡率(2000年)

	乳児死亡率 (出生1,000人当たり)	5歳未満死亡率 (出生1,000人当たり)
開発途上国平均	61	89
OECD諸国平均	6	14

出所：UNDP(2002)

¹ UNDP(2002) p.31

² *ibid.* p.32

³ *ibid.* p.33

⁴ *ibid.* p.33

⁵ *ibid.* p.34、WHO(2002)

(3) 安全な水へのアクセス欠如、不十分な衛生設備

安全な水や適切な衛生設備の欠如のため、下痢やマラリアなどが引き起こされている。毎年、約40億人が下痢になり、約220万人が死亡している。その多くは子どもであり、途上国における子どもの死亡原因の15%が下痢によるものである。2000年に安全な水を利用できなかった人は11億人に上る⁶。

(4) 労働衛生、公害

毎年2億5,000万人が労働災害に遭い、1億6,000万人が職業病に苦しんでおり、120万人が死亡している。労働災害や職業病の犠牲者は労働環境の悪い途上国に多い上に、途上国では社会保障のカバー範囲が限られていることが多く、怪我をしたり病気になったりした場合の打撃は大きい。

工業化を急速に進める途上国においては公害の被害が顕在化している。工業化を急ぐあまり公害防止対策が後回しとなり、大気汚染や水質汚濁、酸性雨などの問題が起こっており、途上国の人々の健康に悪影響を与えている。

(5) 乏しい国家予算、脆弱な行政能力、不十分な制度

このように途上国の保健医療は多くの課題を抱えているが、それらに対処するための予算は非常に限られている。高所得国では1人当たりの保健医療支出は2,733ドルであるのに対し、低所得国では1人当たりわずか21ドルしか支出されていない⁸。また資金が限られているだけでなく、現状を調査し、調査結果に基づいて適切な政策を策定・実施する行政能力に課題があることもまれではない。

社会保障制度の不備も大きな問題である。途上国の貧困層は病気や事故に遭っても必要な費用が捻出できず適切な治療を受けられない場合が多い。治療に要する費用を無理に捻出して少ない資産を失うこともある。貧困層でも適切な治療を受けられるよう保険制度を整備することが望まれる

が、十分な予算がない、保険制度があっても適切に運用されていないなどの問題があり、最も保険を必要とする貧困層が保険制度の適用を受けられないことが少なくない。

(6) 保健医療に携わる人材や保健医療機関、医薬品の不足

保健医療に携わる人材や保健医療機関、医薬品の不足も大きな課題である。高所得国では1,000人当たり2.9人の医師がいるのに対し、低所得国ではその約6分の1の0.5人である。1,000人当たりのベッド数は高所得国では7.2であるが低所得国ではその5分の1以下の1.3にすぎない⁹。医薬品の不足も深刻な問題である。途上国における主な死因は感染症であるが、感染症に対して有効な薬があっても貧困層にとっては高価なため入手できないことが多い。

2. 保健医療に関する援助の動向

(1) 国際的援助動向

上記で述べたような保健医療の課題は従来より認識されており、保健医療分野は現在に至るまで援助の重要分野として国際的な取り組みが実施されてきている。特に1990年以降は国際的な目標値を設定し、途上国、先進国の官民含めた関係者が協力して世界、特に途上国の保健医療の改善に取り組んでいこうという動きが活発になっている。そして、目標を達成するために重要なアプローチとしてオーナーシップとパートナーシップが強調されている。以下では保健医療に関する国際的な目標と重視すべきアプローチを中心に保健医療分野における国際的援助動向について述べる。

援助が始まって以来、保健医療分野への協力は実施されていたが、1970年代にはBHNアプローチが提唱され、保健医療、栄養、安全な水などへの援助が重視されるようになった。1977年のWHO総会では「Health for All by the year 2000

⁶ UNDP (2002) p.36

⁷ Somavia (2000)

⁸ World Bank (2002)

⁹ *ibid.*

(2000年までにすべての人々に健康を)」が提唱され、これを達成する戦略として1978年のアルマ・アタ宣言でプライマリ・ヘルスケア (Primary Health Care : PHC) アプローチが打ち出された。公平、地域社会の参加、予防重視、適正技術、複合的アプローチを原則とするPHCアプローチは現在に至るまで人々の健康改善および貧困削減のための重要なアプローチと考えられている。

1990年代になると保健医療に関するさまざまな国際的な目標が設定され、新たな概念も出てきた。例えば1990年の子どものための世界サミットでは、1995年までに新生児破傷風、2000年までにポリオ根絶、麻疹発症90%減、死亡95%減という目標が打ち出された。1994年にエジプトのカイロで開催された国際人口開発会議 (International Conference on Population and Development : ICPD) では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ (性と生殖に関する健康/権利) という概念が出され、性と生殖に関する権利は基本的人権であると考えられるようになった。1995年に中国の北京で開催された世界女性会議では、女性のエンパワーメントと地位向上のための重点課題の1つとして健康問題が取り上げられ、リプロダクティブ・ヘルスを含めた女性の心身の健康向上を目指して国際的に取り組んでいくことが謳われた。

1995年にデンマークのコペンハーゲンで開催された世界社会開発サミットは、それまでの社会開

発に関連した国連会議の集大成と位置づけられる。このサミットでは、社会開発、経済発展、環境保全のバランスのとれた人間中心の開発が重要との認識が示され、教育およびプライマリ・ヘルスケアへの普遍的かつ平等なアクセスをもたらすことがコミットメントの1つとして採択された。

世界社会開発サミットの流れを受けて、1996年のDAC上級会合では「21世紀に向けて：開発協力を通じた貢献 (通称DAC新開発戦略)」という開発戦略文書が採択された。DAC新開発戦略では保健医療を含む開発の国際的な目標 (International Development Goals : IDGs) が打ち出され、目標を達成するためには途上国のオーナーシップと幅広い関係者のパートナーシップ (協調) が必要とされた。

このような流れを受けて、国際的な開発目標を総括する形で2000年9月の国連総会ではミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals : MDGs) が採択された。DAC新開発戦略はドナー国間の合意であったが、MDGsは先進国、途上国を含めた189カ国が合意した目標であり、現在MDGsは国際社会が共有する開発目標となっている。また、MDGsにおいては民間セクターとのパートナーシップも以前にも増して強調されており、目標達成のためには官民が協力して取り組んでいくことが重要であるとの認識が示された。

2002年に南アフリカのヨハネスブルクで開催

BOX序・1 DAC新開発戦略における保健医療関連目標

- ・2015年までに途上国の乳児死亡率および5歳未満の子どもの死亡率を1990年の1/3に削減する。
- ・2015年までに妊産婦死亡率を1990年の1/4に削減する。
- ・2015年までにリプロダクティブ・ヘルスサービスを普及する。

出所：OECD / DAC (1996)

BOX序・2 ミレニアム開発目標における保健医療関連目標

- ・5歳以下の子どもの死亡率を2/3削減する。
- ・妊産婦死亡率を3/4削減する。
- ・2015年までにHIV / AIDS、マラリアやその他の疾病の蔓延を阻止し、減少に転じる。
- ・2015年までに、安全な飲料水を継続的に利用できない人々の割合を半減する。

出所：国連開発計画 (2000)「ミレニアム開発目標」

された持続可能な開発に関する世界首脳会議（World Summit on Sustainable Development : WSSD）では、ミレニアム開発目標を踏まえた実施計画が採択された。WSSDに先立って保健分野における国際協力についての考え方および優先事項を共有することを目的とした非公式準備会合が日本で開催された。この会合では途上国の自助努力とパートナーシップが重要であるとの認識が示された。また、保健分野で問題が発生した際の対応と、予防のための対応（保健教育、保健知識の向上、安全な水の供給、衛生、予防接種等）との間でバランスを図ることに留意する必要があるとされた。

近年のG8サミットでも保健医療の改善に向けた取り組みの重要性に言及されることが多い。特にHIV/AIDSをはじめとする感染症対策が重視されている。

また、政府のみならず民間セクターやNGO、地域社会もサービス提供者としてとらえ、求められるサービスは多様化している。住民も受け身の受益者ではなく、サービスの質をチェックし、意思決定に影響を及ぼす役割を果たすべきとの考え方が広がってきている。

（2）日本の取り組み

日本も従来より保健医療分野の協力を積極的に行っており、この分野の協力を行う上では、行政、民間、地域社会が一体となって保健医療の課題に対応してきた日本の経験が有用であり、日本の経験を生かして協力を行っていくことを国内外で繰り返して述べている。

1992年に発表され、2003年に改訂された政府開発援助大綱（ODA大綱）では、感染症等の地球的規模の問題への取り組みや保健医療分野への支援が重点項目に含まれている。

1993年には「地球的展望に立った協力のための共通課題（日米コモン・アジェンダ）」が発足した。日米コモン・アジェンダの4つの柱のうちの

1つが「保健と人間開発の促進」であり、4つの柱の下にある18のイニシアティブには「人口・健康」と「新興・再興感染症（特にHIV/AIDS）」の2つの保健分野が含まれていた。日米コモン・アジェンダに対応するため、日本は1994年に「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ（Global Issues Initiative on Population and AIDS : GII）¹⁰」を発表し、人口・エイズに対して積極的に取り組んでいくことを表明した。

1996年のリヨン・サミットでは、社会保障政策について、各国が互いの知識と経験を共有することにより、それぞれの国が抱える問題の解決を目指す「世界福祉構想（Initiative for a caring World）」を橋本首相（当時）が提唱した。

また、1998年のバーミンガム・サミットでは、橋本首相は「国際寄生虫対策（橋本イニシアティブ）」を打ち出し、援助協調（国際協力の効果的推進）と、寄生虫対策のための研究を推進した。また、効果的プロジェクトの展開とともに、それぞれの国内での寄生虫対策の経験を生かした協力体制の強化を訴えた。

1999年に発表された「政府開発援助に関する中期政策（ODA中期政策）」では重点課題の1つとして「貧困対策・社会開発分野への支援」が掲げられている。その中で、保健医療分野において住民参加やNGOとの連携を積極的に進めつつ、日本の経験を生かした保健医療政策改善、保健医療システム構築、施設整備を中心に支援していくことが述べられている。

2000年の九州・沖縄サミットで公表された「沖縄感染症対策イニシアティブ¹¹」の中でも、感染症対策を効果的に実施するために、戦後、公衆衛生活動と連携し、結核による死亡を激減させたような日本の経験と知見を応用・普及する支援に努めたい、と日本の経験を生かした協力を実施していく旨が述べられている。

2002年の持続可能な開発に関する世界首脳会議（WSSD）では、小泉首相は公害を克服した日本

¹⁰ 1994年度から2000年度までの7年間にODA総額30億ドルを途上国協力で拠出する旨を表明し、1995年度末までに目標を達成した。

¹¹ 感染症分野および関連する社会開発分野に対し、2000年から5年間で総額30億ドルを目処とする協力を実施する旨を表明したものの。

の経験を国際的に共有することの重要性を強調した。また、日本は、持続可能な開発のために行うプロジェクトとして、保健分野では「感染症対策人材育成 (Human Resource Development on Infectious Disease Control)」「シャーガス病対策プロジェクト (Chagas Disease Vector Control Projects)」「結核対策プロジェクト (Tuberculosis

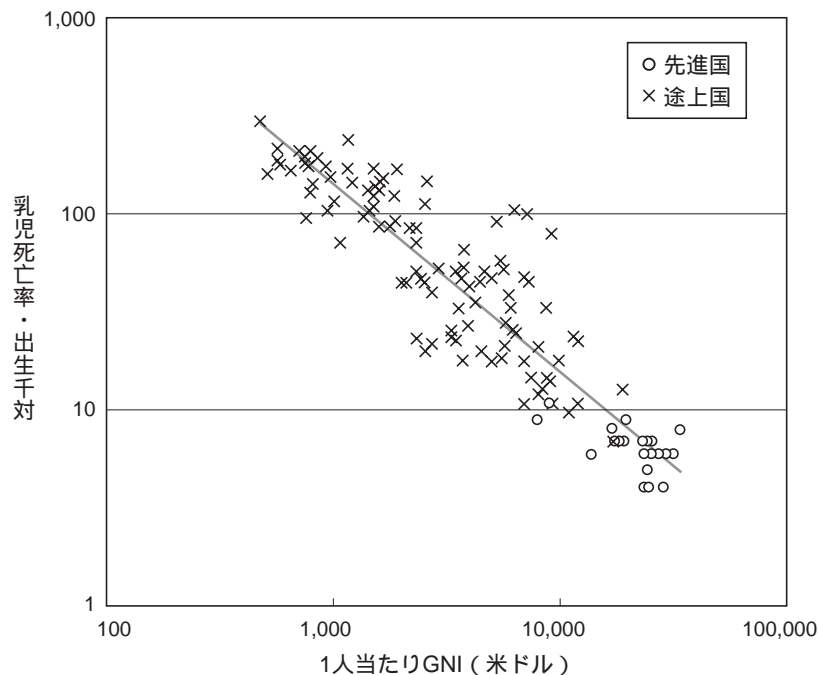
(TB) Control Projects)」「母子手帳プロジェクト (Maternal and Child Health (MCH) Handbook Projects)」に取り組んでいくことを表明した。

このように日本の経験を生かしつつ途上国への協力を実施していくことは、国際的な場で表明されてはいるが、具体的に日本のどのような経験が途上国にとって有用なのか、日本の経験

BOX序・3 乳児死亡率と経済発展

日本の保健医療の経験が途上国に参考になりうるかを考えるにあたり、経済発展と乳児死亡率の関係を見てみると、英国や米国をはじめ、ほとんどの先進国が経済発展のレベルに応じて同じような保健医療の課題および対応の変遷を遂げており、日本も例外ではない¹²。下の図は地域の健康や医療サービスの状態を示す指標として用いられている乳児死亡率と、国民の経済的生産力の指標である1人当たりGNI¹との関係を、先進国²と途上国においてみたものである。個々の国々の事情に応じた差異はあるにせよ、大枠では経済発展のレベルと保健医療の状態には関連があり、多くの国では経済発展とともに保健医療の状態が連続的に変化していくものと予想できよう。このことから日本のたどった保健医療の変遷は途上国にもある程度の示唆を与えるものと推察できる。

国別の1人当たりGNIと乳児死亡率の関係



出所：乳児死亡率：国連人口部 World Population Prospects : The 2002 Revision

1人当たり国民総所得 (GNI)：世界銀行 World Development Indicators 2002(2002年)より2000年の数値より、駒澤牧子作成。

- 1 GNPをさまざまな観点から修正したもの。詳細は世界銀行“World Development Indicators 2002”を参照のこと。
- 2 カナダ、米国、日本、シンガポール、オーストラリア、ニュージーランド、イスラエル、チェコ、ポーランド、デンマーク、フィンランド、アイルランド、ノルウェー、スウェーデン、英国、クロアチア、ギリシャ、イタリア、ポルトガル、スロベニア、スペイン、オーストリア、ベルギー、フランス、ドイツ、オランダ、スイスの27カ国。

¹² 橋本 (1968)

を生かす上での留意点は何かなどについて体系的に整理はされていない。日本の経験を生かした効果的な協力を実施していくためには、途上国にとって有用な日本の経験を早急に検討し、整理する必要がある。

また、途上国からは乳児死亡率の急激な低下をはじめとする日本の保健医療改善の経験を自国の保健医療改善に生かしたいというニーズもある。そのため、次章以下では日本の保健医療に対する取り組みの変遷を概観し、その中で途上国にとって有用と思われるテーマについて日本の取り組みを分析していく。

< 参考文献 >

外務省ホームページ

(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/index.html>)

国際協力機構国際協力総合研修所(2003)『援助の潮流がわかる本 - 今、援助で何が焦点となっているのか』国際協力出版会

国際協力事業団国際協力総合研修所(2003)『第二次人口と開発援助研究 日本の経験を活かした人口援助の新たな展開』国際協力事業団

国際協力機構ホームページ

(<http://www.jica.go.jp/Index-j.html>)

国連開発計画(2000)『ミレニアム開発目標』

(<http://www.undp.or.jp/Publications/MDGs.pdf>)

橋本正己(1968)『地域保健活動 - 公衆衛生と行政学の立場から』医学書院

UNFPA(2002)『世界人口白書2002 人々・貧困・広がる可能性』

ILO Safe Work Home (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/index.htm>)

OECD/DAC(1996) *Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Co-operation*

Somavia, Juan(2000) "Decent Work, Safe Work"

(<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/decent.htm>)

UNDP(2002) *Human Development Report 2002*

World Bank(2002) *World Development Indicators 2002*

WHO(2002) Tuberculosis Fact Sheet No. 104

(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/who104/en/>)

第 部
日本の保健医療の概観

第1章 保健医療の取り組みの変遷

本章では、日本の保健医療の概況を把握するために、保健医療分野の基礎となる人口、死亡率・出生率、疾病構造の変遷を最初に概説する。次に、明治期から今日までの日本の保健医療に対する取り組みの変遷を紹介し、どのような時代にどのような取り組みを行ってきたのかを概観する。

1. 人口 / 死亡率・出生率 / 疾病構造

1-1 人口の推移

日本の総人口は、2002年10月1日現在で1億2,743万人で、世界第7位である。日本の人口は明治初期の1800年代後半にはおよそ3,500万人であったが、資本主義社会の基盤の確立と国民経済の発展に伴って人口増加が起こり、1930年には6,400万人を超えた（図1-1）。

第2次世界大戦後には、海外からの軍人の帰還や民間人の引き揚げ、また1947年～49年の3年間の第1次ベビーブームによる自然増によって、約1,000万人が増加し、1950年の総人口は8,320万人

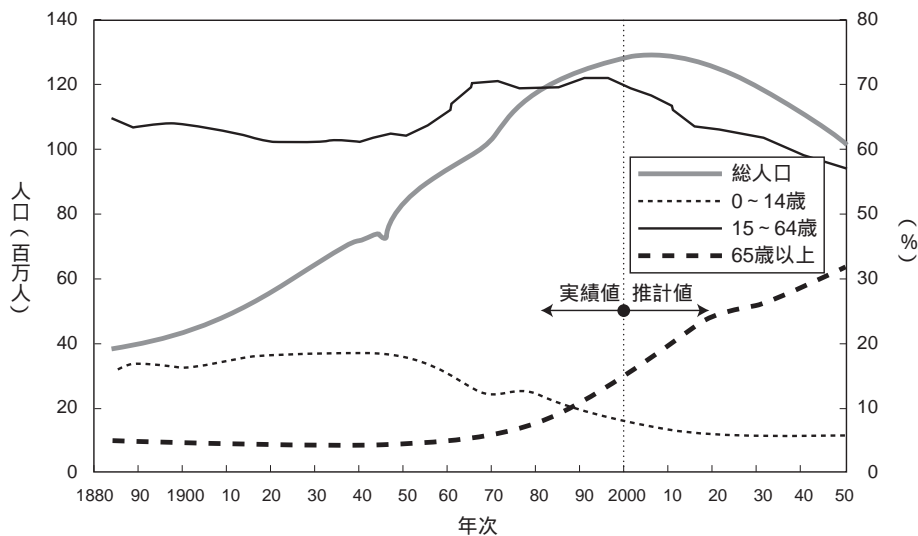
となった。1950年以降は、年増加率1%前後で安定的に推移した。

しかし、1970年以降、少子化と寿命の伸びによって人口構造が急激に高齢化し、1970年に老年人口（65歳以上人口）が7%を超え、国連の定義による「高齢化社会」となった。その後も、寿命は伸び続け、さらに未婚化・晩婚化による少子化も進行し、2002年4月現在では老年人口は18.3%、年少人口（14歳以下人口）は14.3%と、老年人口が年少人口を大幅に上回っている。このように長期化する少子化の影響で、日本の人口は2006年をピークに減少に転じることが予想されている（2002年1月推計）。

1-2 死亡率と出生率

死亡率と出生率の変遷をみると、1870年頃（明治時代初期）までは出生率も死亡率も相当に高い「多産多死」の状態であった（図1-2）。その後、死亡率は低下していく。他方、出生率のほうは、1910年頃まではやや上昇傾向にあり、その後緩やかな低下傾向が始まる。この期間は「多産少死」の時代といわれる¹。

図1-1 総人口と人口構造の推移



出所：国立社会保障・人口問題所（2002）より筆者作成。

¹ 阿藤（2000）

そして、第2次世界大戦の混乱を経て、戦後の第1次ベビーブーム期では年間出生数は270万人を超える高い出生率となる。ところが1949年を境に、出生率は一挙に低下し、特に1949～57年には急激な減少をみせた。この主な要因は、1948年の優生保護法（現・母体保護法）制定によって、条件付きで人工妊娠中絶が認められたことによるもので、1955年には人工妊娠中絶届出数が117万件と同年の出生数173万件に匹敵するほどの数に上った。他方、この時期死亡率は大きく低下した。

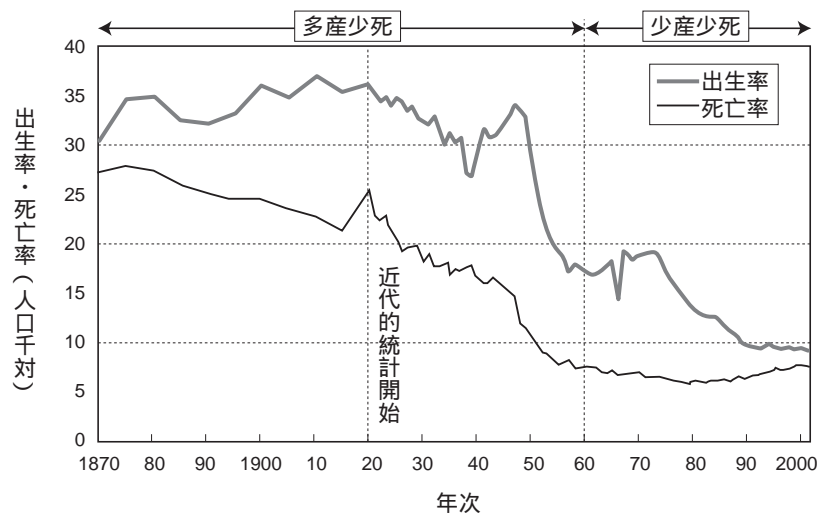
出生率は1973年から現在まで低下傾向が続いて

いる。一方、死亡率は人口の高齢化の影響で1980年代後半より緩やかな上昇傾向に転じている。1960年以降、死亡率・出生率ともに低水準の「少産少死」の時代と呼ばれている（図1-2参照）。

1-3 疾病構造

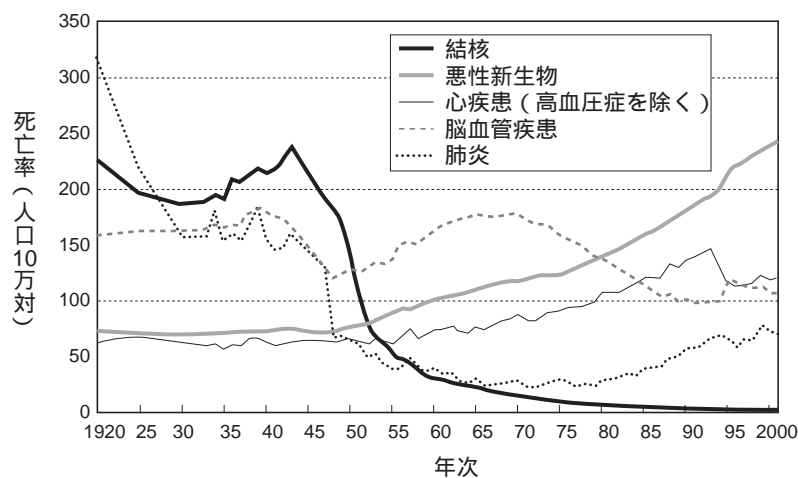
疾病構造の変遷を主要死因（人口10万対の死亡率）の変遷でみると、明治時代までは肺炎が死因の1位であったが、その後結核が1位となりこの状態が1951年まで続いた。1951年には、死因1位が結核から「脳血管疾患」に代わり、2位が「悪性

図1-2 死亡率と出生率の推移



出所：国立社会保障・人口問題所（2002）より筆者作成。

図1-3 主要死因の推移



出所：厚生労働省『人口動態統計』より筆者作成。

² 阿藤（2000）

新生物（がん）、3位が「肺炎等」となり、現在の三大死因が出揃った。この時期、主な死因が感染症からいわゆる生活習慣病へと移行したといえる。1960年代後半から、脳血管疾患は着実に減少した一方、心疾患は上昇した。また、悪性新生物も戦後一貫して増加傾向を見せ、1981年に死因の1位となり、その後も上昇を続けている（図1・3参照）³。

2. 日本の保健医療の変遷⁴

本調査研究では日本の保健医療の変遷を、その時代の保健医療に関する主要課題とそれに対する主な取り組みの両方の側面から、5期に区分して検討した（表1・1参照）⁵。

各時期の特徴を簡単に説明すると、第1期の「急性感染症対応期」は、日本の近代化に伴って西洋医学を導入した時期であり、最も大きな課題は急性感染症の流行であった。

第 期の「慢性感染症対応および母子保健サービス形成期」は、戦時下における健兵健民の思想

からではあったが、結核を中心とする慢性感染症と母子保健に対する保健サービスの強化が図られ、今日の保健制度の骨格が形成された時期である。

第 期の「保健医療行政再構築期」は、敗戦からの復興期に保健医療行政が再構築された時期である。この時期には緊急の課題として急性感染症に対応し、また結核への重点的な取り組みが行われた。その一方で母子保健、家族計画に関する取り組みが積極的に推進され、乳児死亡率や出生率が急速に低下した時期でもある。

第 期の「医療サービス拡充期」は、国民皆保険が達成され、国民の医療ニーズが急激に増大し、それに対応するために医療サービスが量的に拡充された時期である。一方で重化学工業の興隆により公害問題等が社会問題化した時期でもある。また、感染症に代わって生活習慣病が大きな課題となった時期である。

第 期の「高齢社会対応期」は、急速な人口高齢化に対応するため保健医療制度の抜本的な見直しを迫られている時期である。社会保障体制の大きな組み替えの中で、保健医療のあり方が見直されている。また地方分権化が推進される中で保健

表1・1 日本の保健医療の時期区分

	第 期	第 期	第 期	第 期	第 期
時代区分	1868～1919	1920～1945	1946～1960	1961～1979	1980～現在
	急性感染症対応期	慢性感染症対応および母子保健サービス形成期	保健医療行政再構築期	医療サービス拡充期	高齢社会対応期
主要課題	急性感染症	慢性感染症 母子保健	戦後の急性感染症 慢性感染症 母子保健 環境衛生	生活習慣病 交通事故 公害 労働衛生	人口の少子高齢化
取り組み	・中央集権的防疫体制の整備 ・統計の整備	・保健婦等を中心とした地域保健アプローチの開始	・保健医療行政の再構築 ・地域保健アプローチ	・国民皆保険 ・医療サービスの拡充 ・保健医療の充実に求める国民的運動	・医療施設・人材の効果的・効率的配分 ・抜本的な社会保障制度改革 ・新しい地域保健の推進

出所：筆者作成。

³ 死因統計の分類はWHOの基準に従って行われているが、1995年にこの基準（1979年設定）が大きく変更されたため、1995年を境としてその前後を比較する場合には十分な留意が必要である（厚生統計協会（2002）p.47）。

⁴ 本節は第2部を基に記載しており、各分野における取り組みの詳細は第2部各章を参照されたい。

⁵ 時期区分を検討するに当たっては章末に添付したようないくつかの時代区分を参照しつつ、途上国にもわかりやすいように年代を西暦で区切りのいいように区切った。

医療分野も地域に根ざしたサービス提供体制の強化が行われている時期である。

以下、日本の保健医療の取り組みの特徴を、期ごとに概観する。

2-1 第一期：急性感染症期 (1868～1919年)

[近代国家の誕生]

1868年、日本は約250年にわたる鎖国政策と幕藩体制(将軍と各地の大名による封建領主制)に幕を下ろし、明治政府を樹立し、西欧諸国に伍する近代国家の成立と発展に邁進した。衛生行政も、このような近代国家への歩みの中に位置づけられた。

[近代医療制度の導入]

日本は、1868年に西洋医学の導入を決め、1872年に文部省内に医務課を設置し、衛生行政への取り組みを開始した。医務課設置の目的は医学教育と医事行政を一元的に運用することである。翌1873年、医務課は医務局に昇格した。1874年には、総合法典である「医制」が公布され、衛生行政の中央・地方行政機構、医学教育の体系、病院の設立運営基準、医療従事者の取締規定、薬事行政が規定された。医制の特筆すべき点は、中央政府の下の医療供給体制を確立したこと、医学教育と資格制度を拡充したこと、開業医制度を国民医療の中核としたことである。1875年、衛生行政は医学教育を除いて、内務省に移された。

[人材養成]

人材養成については、従来の漢方医学などの学校が、次々と西洋医学の学校として生まれ変わった。これらの医学校では、競ってドイツや英国から著名な教育者を雇い入れるなどの方策を講じ、日本の西洋医学を担う多くの人材が養成されていた。

江戸時代から漢方医などさまざまな「自称医者」が存在していたが、明治政府は医制に基づき1875年に医師の開業試験を実施、また1879年には「医師試験規則」を制定し、西洋医学を学んだもの

だけが開業免許を与えられる制度を確立した。この後、地方医学校の拡充に伴って、免許資格を持つ医師数は1907年36,000人から、1911年40,000人、1931年49,000人と、飛躍的に増加した⁶。さらに、1906年には、医師法、歯科医師法が公布され、医師免許は開業免許から身分許可に変更となった。

助産婦は、江戸時代から産婆という名称で開業していたが、何ら資格制度も養成制度もなく、科学的知識や技術も乏しく、また中には墮胎を専業とするものもあった。そのため明治政府は維新後ただちに(1868年)産婆に売薬や墮胎の取り扱いを禁止する布告を発した(1880年に制定された旧刑法で墮胎罪を規定)。産婆が全国的な資格制度となったのは、1899年の「産婆規則」からである。同規則では年齢や業務範囲、登録制度について規定され、これ以降、各地で産婆養成所が次々と開設されていった。

一方、看護婦については医師や助産婦に比べるとその歴史は浅く、看護婦自体が国家的に制度化されたのは1915年の看護婦規則制定からであり、それまでは看護婦資格は各府県が所管していた。

[社会防衛体制としての保健行政]

開国に伴い、海外との交易が盛になると、コレラ、ペスト、痘瘡等の外来の感染症の大流行が繰り返された。そのため公衆衛生の重点は急性感染症対策に置かれ、防疫対策を柱とする衛生行政が整備されていった。活動の基本は「社会防衛」となり第一線の活動は警察に委ねられた。こうして強力な中央集権の下、保健医療体制が拡充されていった。

体系的な感染症対策が必要になったため、1879年、内務省は府県に衛生課の設置を義務付けた。同時に、財政上の制約から町村における衛生事務については、町村住民による自治機関である「町村衛生委員」を設置した。1885年の内閣制度の発足によって地方官制が制定されたのに伴い、地方の衛生行政機構も改められ、官制制度の中に位置づけられた。また、末端における衛生行政は警察行政の一環として郡区の警察署が扱うこととなり、町村衛生委員制度は廃止された。その後1893

⁶ 川上(1965)

年に、警察部が衛生行政監督の執行を担当することとなり、この体制が基本的に第2次世界大戦の終わり（1945年）まで続くこととなった。

[統計の整備と科学的根拠に基づく政策決定]

保健医療情報システムの中核である統計整備については、1876年に死亡統計が、また1899年には「人口動態統計」が開始され、これにより出生・死亡数についてはほぼ確実なデータが揃うようになった。これらの統計の整備や全国的な実態調査によって、科学的な根拠に基づく政策策定の手法に道筋がつけられ、保健医療行政の能力を押し上げた。

1916年には内務省に「保健衛生調査会」が設置された。同調査会は、乳児、幼児、学齢時および青年、結核、花柳病、らい、精神病、衣食住、農村衛生状態、統計の8分野を主な調査対象とし、これまであまり明らかにされなかった全国津々浦々の実態を調査した。これによって、結核などの各種慢性疾患や、乳児死亡率、国民の体位・健康に関する問題が諸外国に比して著しく深刻な状態であることが認識されるようになった。その結果、結核予防法、らい予防法、トラコマ予防法、花柳病予防法、寄生虫予防法などの各種法律が制定され、慢性感染症対策に前進が見られた。

統計整備や実態調査は後の時代にも継続して行われ、1920年に第1回の国勢調査が実施された。これにより近代的手法による人口統計が揃うようになり、正確な実態把握と将来予測による政策決定が可能となった。

[衛生インフラ]

明治時代当初、コレラを中心とする感染症対策の前提として、また感染の原因を除去する手段として、飲料水、清掃対策、下水道、家屋の改善などの環境衛生の改善の重要性について関心はもたれていた。しかし、繰り返す感染症の大流行に対する当面の対策に追われ、行政が環境衛生に力を注ぐことは難しかった。

1800年代後半になると、コレラへの対応が一応確立し、上水の供給や下水の改善に関する対策への取り組みが始まった。その際最初に着手したの

は上水道の敷設であった。1887年に日本で初の水道が横浜に敷設されたのに続いて、1889年の市制・町村制の施行に伴い、全国で市町村の事業として上水道敷設が計画されるようになった。また、政府は1890年に水道条例を制定し、その促進を図った。さらに1900年には、下水道法（旧法）、汚物掃除法が制定された。

2-2 第一期：慢性感染症および母子保健サービスの形成期（1920～1945年）

[戦時下の保健医療制度の整備]

この時期は戦時体制に突入し、軍の統制下において、軍需産業が伸び、中央集権的な行政機構が拡充した。健兵健民思想の下、慢性感染症対策、母子衛生および国民体位の向上等の一連の施策が次々に打ち出された。1938年には厚生省が創設され、特に結核対策と乳児死亡率・妊産婦死亡率の改善という国家的な二大課題への対策を通じて、今日の保健医療行政の骨格ができた。

[国民病としての結核]

この時期、結核は紡績女工や軍需工業の労働者、また軍隊の中で蔓延し、さらに感染したものが帰郷することによって農村にも持ち込まれ、全国に感染が拡大していった。当時はまだ結核に対する特效薬はなく、発病者は安静・栄養・清浄な空気という3つの要素によって体力を付け快復を待つより方法はなかった。結核による死亡は、1900年代から増加の一途をたどり、1918年には死亡数14万人、死亡率257.1（人口10万対）とピークに達し、一般の国民の間では「国民病」として恐れられた（第5章図5-1参照）。このような状況から、政府は1919年「結核予防法」を制定し、組織的な結核対策を開始した。

[防疫から予防へ]

乳児死亡率を減少させるための方策として、1926年に厚生省は乳児健康相談所を各地に開設し、保健婦を配置し、保健婦が家庭訪問を行い妊産婦や小児の生活指導・疾病予防をするという施策を打ち出した。これによって、各自治体などでも類似したアウトリーチによる保健指導活動が盛んに行われるようになり、この流れが保健所の制

度化へとつながった。

他方、東北の農村は恐慌や天災による窮乏にあえいでいた。貧しい農民には医療費の負担は大変な重荷であり、貧しさゆえに医者にもかかれず、乳児死亡率も非常に高い悲惨な状況であった。このような地域において、恩賜財団済生会（1911年設立）や民間の東北更新会（1935年設立）といった団体が、農民の命を守るために無医村などへ保健婦を派遣する事業を行った。これらは一部の地域で行われた事業にすぎなかったが、1938年に国民健康保険法が制定されると「国保保健婦」が制度化され、産業組合や自治体などで全国的に保健婦が配置されるようになった。これら保健婦の活動によって、それまで防疫中心であった保健活動は予防中心の活動へと発展していった。こうして戦後まで、保健婦は地域の保健向上に大きく貢献し、地域保健活動の中核となった。

[保健所と厚生省の誕生]

戦時下の健民健兵思想の下、1937年に「保健所法」が制定された。既に各地で活動をしていた各種健康相談所を核として、結核対策、母子保健、栄養改善などの指導・相談事業を行う機関として、全国に約40の保健所が設置された。第2次世界大戦の末期1944年になって、これまでにいろいろな形で設置されていた地方自治体などの運営する健康相談所をこの保健所法下の保健所と認定することになり、保健所の数は全国で700を超えるものとなった。

また翌1938年には、厚生省が創設され、これによって初めて日本の保健医療行政において、中央から末端までを一元的に統括する機構が確立した。さらに同年、国民健康保険法が公布され、1943年末には全国の市町村の95%に国民健康保険制度が普及したことから、「第1次国民皆保険時代」と呼ばれる。

[保健婦の増加と活躍]

前述したように、1938年の国民健康保険法に保健婦の設置が盛り込まれ、保健婦数が増加した。また保健所法により保健婦は自治体所属の職種として位置づけられた。保健婦数の増加に伴い、各機関で別々の資格で働く保健婦たちが国の資格制

度を求めて声をあげ、1941年、保健婦規則が制定され保健婦が正式に資格として制度化された。戦時下の深刻な窮乏生活の中で保健婦に対する社会的ニーズは高かった。そのため、乳児死亡や結核死亡の多い状況下で、保健婦は地域住民のニーズに応じて日夜アウトリーチ活動で地域を駆け回り、保健指導から時には簡単な医療行為まで行い、農村や無医村ではなくてはならない存在であった。当時の保健婦の、ニーズに応じて柔軟に対応する主体的な保健活動は、地域保健の原点といえよう。

[妊産婦手帳制度の発足]

健民健兵政策の一環として、1942年に「母子健康手帳」の前身である「妊産婦手帳」制度が発足した。1940年の調査によると、当時日本では全国で推定200万といわれる受胎のうち、自然流産・死産が28万、人工流産が6万、早産が6万という状況であった。この周産期の状況を改善するために、ドイツの母親手帳を参考に、包括的な制度に作り上げたのが日本特有の妊産婦手帳制度である。妊産婦手帳制度は包括的な妊産婦と乳児の健康管理サービスを目指したもので、この制度では、妊婦は妊娠を市町村に届け出ることが義務付けられ、届け出ると手帳を発行され、妊娠中に少なくとも3回は医学的検診を受けることが推奨された。手帳には「診察、指導年月日」「妊娠月数等」「記事（診察、検査の所見）」「分娩記事欄」といった妊婦の状態や、出産時の経過・異常の有無などが記録され、次回の出産時の参考にされた。当時、一般の国民に自分の健康を自分で管理するという発想はなく、その点においても画期的な健康教育のツールであった。また、戦時下の食糧難の時期には、手帳を持っている妊婦は出産用の衛生綿、ガーゼ、石けん、鶏卵など特別配給が受けられたため、制度の普及が進んだ。

[公衆衛生院と保健館の寄贈]

この時期、日本の人材養成機関として注目されるのは、アメリカのロックフェラー財団の寄付により、日本の公衆衛生学技術者のための教育機関として設置された公衆衛生院⁷（1938年3月開院）である。公衆衛生院は今日まで、日本の公衆衛生

における人材養成および研究機関として重要な役割を担っている。

またこれと併せて同財団から東京市京橋に京橋保健館（1935年開館）、所沢市に所沢保健館（1938年開館）が寄贈された。京橋保健館は都市型の地域住民の健康指導・相談センターとして、所沢保健館は農村型のセンターとして保健所のモデル的な役割を果たすと同時に、公衆衛生院の学生が実習を行う場としての機能も果たした。

[民間団体の誕生]

民間では、皇室のイニシアティブによって1934年に設立された「恩賜財団母子愛育会」が、1936年から「愛育班」事業を展開した。母子愛育会は日本で初めて農漁村の実態調査を実施し、農漁村における乳児死亡率が著しく高いことに着目した。そして、村ぐるみでこの問題に取り組むという理念の下、モデル愛育村を指定した。そこでは全住民を対象に愛育班が結成され、女性たちの有志が奉仕的に愛育班員となり、家庭訪問や勉強会などを通じて、母子保健教育に努めた。同事業は1939年より厚生省の国庫補助事業となってさらに拡大し、戦前には全国1,200余の村で展開された。

また、同様に皇室のイニシアティブによって、1939年には官学民による「財団法人結核予防会」が設立された。結核予防会は今日まで日本における結核に関する実態調査、治療法の研究、施策策定など結核対策事業の中心的機関として、大きく貢献している。

2-3 第 期：保健医療行政再構築期 (1946～1960年)

[終戦直後の混乱と復興]

第2次世界大戦直後、食糧難、外地からの引き揚げによる発疹チフス、痘瘡、コレラなど外来感染症の大流行などで、人々の生活は混乱状態にあった。1947年の健康水準は、乳児死亡率は76.7（出生千対）、結核死亡率は187.2（人口千対）で死亡原因の1位を占め、現在の途上国と類似した状況にあった。しかし、戦後の10年間で総死亡率と乳児死亡率は2分の1へ、結核死亡率は3分の1へ

激減し（1952年に死因1位は結核から脳血管疾患へ）、出生率も激減し、健康水準の向上は目覚ましいものがあった。

この背景には、社会経済状況の改善、教育水準の向上、医療の発展等があったが、何よりもGHQの指導の下で、行政における保健制度の整備、保健所網を基盤とした保健サービスの拡充、住民の自主的な組織活動の発展と普及、保健婦の活躍、などが複合的に作用した結果であろう。

[保健医療行政の再構築]

戦後、民主化政策が推し進められた。1946年11月3日、日本国憲法が公布され、これによって国民の生存権が規定され、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上および増進に努めなければならない」（日本国憲法第25条第2項）と規定された。これに伴い、保健医療行政も再構築された。GHQ（連合軍最高司令官総司令部）の指導の下で行われた保健医療行政の基本的改革には、厚生省の衛生3局（公衆保健、予防、医務）の設立、1947年地方自治法改正による全都道府県における独立した衛生部局の設置、同年の保健所法の全面改正による人口10万に1カ所を目標とする全国的な保健所網の拡充強化、医療従事者資格制度の刷新、医薬分業などがある。衛生法規としては、母子保健関係では児童福祉法、予防接種法、優生保護法、学校保健法が成立し、結核対策では結核予防法が改正され、予算および保健医療従事者の増大も図られ、新しい行政基盤が構築されていった。

[新制保健所の誕生]

GHQの指導によって「新制保健所法」（1947年）が制定され、保健所網の整備・業務強化が図られ、保健所は地域における保健行政の第一線機関として位置づけられた。戦後の混乱期、感染症や性病の蔓延、食糧の不足等により日本の公衆衛生水準は極めて低い状態にあった。この公衆衛生状態の改善のために、保健所が都道府県または政令に定める市に設置され、公衆衛生のほとんど全分野にわたる指導を行った。具体的には、衛生思想の普

⁷ 現国立保健医療科学院

及・向上、人口動態統計、栄養改善・食品衛生、水道・清掃等環境衛生の改善、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である。保健所には医師をはじめ保健婦等の必要な専門スタッフが配置され、レントゲンなどの各種検査設備が整備された。

[保健婦の活躍]

戦時下の1941年に制定された「保健婦規則」によって制度化された保健婦は、戦後、民主的な地域保健行政の中に再編成された。1947年、新しい保健所法が制定され、保健所における保健婦の業務も飛躍的に拡充された。1949年には保健婦業務指導指針が出され、保健婦は地域の保健行政サービスの中核として位置づけられた（第8章図8-1参照）。その活動は、自治体の業務から、医師の補助、寄生虫撲滅運動の指導、乳幼児健診・妊産婦検診、受胎調節指導、保健教育活動など、地域のニーズに即して、また保健婦の使命感と個人的努力によって発展し、多方面にわたった。

[開業助産婦の貢献]

戦前から戦後の急激な乳児死亡率の低下の背景には、開業助産婦の貢献がある。日本では1960年代になって施設分娩が全出産の半分を占めるようになるまで、多くの出産が自宅で開業助産婦によって行われていた。1人の助産婦が母子2代をとりあげるといことも珍しくなく、家族構成や経済状態まで知りうる環境にあった。助産婦は一般に学業に優れた女子の職業とされており、地元の女性たちからの信望も厚かったために、家族計画など個人的な問題にまで踏み込んで助言することができた。戦後、多くの助産婦は受胎調節実地指導員の資格をとり、母体保護と生まれてくる子どもの保護のために、各地で家族計画（受胎調節）の普及を献身的に展開した。また、当時、農村ではお産は不浄なこととする慣習が根強く、不衛生な土間にワラを敷いた上での出産なども珍しくなかった。そのような状況を改めさせるための教育も助産婦が担った。さらに、自宅分娩では衛生面にも問題があった。妊産婦が安心してお産できないという状況を解消するために、各地の自治体等で

は衛生的で安心して出産できる「母子健康センター」を建設し、助産婦を配置し、妊産婦ケアの質の向上に貢献した。母子健康センターは1958年より厚生省の補助事業となり、さらに建設が促進された。

[住民の地区組織活動の発展と普及]

日本では戦前においても、住民による地域保健活動が実施されていたが、それは1938年に制定された「国家総動員法」の下、国民生活のすべてを統制する管理下で展開されたものであった。戦後、GHQによってこうした町内会、隣組などの地域組織が廃止されたが、地域住民全体が共通した貧困や健康問題に直面していた時期に、各地で再び自治会・婦人会・青年団などを基盤にした自主的な地区組織活動（蚊とハエのいない生活運動、愛育班活動、結核予防婦人会等）が生まれた。これらの住民ぐるみの地区組織活動は、感染症の減少、母子保健、栄養改善などに大きく貢献した。当時の住民による活動は、保健所、保健婦、自治体、学校等と密接に連携して行われた。

[さまざまな民間リソースの貢献]

戦後の混乱期、日本の寄生虫感染率は平均で73%と高く、寄生虫による死亡者も出るほどであった。これに対して、国が本格的に取り組む前に、民間の団体が全国の小中学校や職場を対象として、有料で検便と駆虫を行う事業を展開し、感染率の低下に目覚ましい成果を上げた。検便方法や駆虫薬などの開発などには寄生虫学の権威や各地の大学の教官が協力して、技術革新に寄与した。

家族計画に関連しても、1950年以降多彩な民間団体が設立された。さらに、1954年にはこれらを取りまめる「日本家族計画連盟」が発足し、1955年に東京において「第5回国際家族計画連盟世界大会」を開催し、国内の家族計画への関心を大きく高めた。また、1954年に設立された「日本家族計画普及会（後の日本家族計画協会）」は、政府・学会・民間のつなぎ役として、政策決定へ大きな影響力を与えた。さらに同会は受胎調節実地指導員の養成、教材の開発、広報活動、コンドームのソーシャルマーケティング方式（p.79参照）の開発など、日本における家族計画の普及の立て

役者となった。

他方、大手の民間企業では、1952年から「新生活運動」が展開された。新生活運動は、社員の家族計画と家族を含めた健康教育を推進し、日本の人口増加の低下と健康向上に大きく寄与したと言われている。結核についても、大企業においては1940年代後半から定期的な検診の実施や委託結核病棟の確保などを図り、企業内における結核感染を急速に減少させた。このような企業の取り組みは日本の結核感染率を下げ、経済発展を押し上げたという分析もある。

[生活改良普及員の貢献]

GHQは、保守的な日本の農村の民主化にも力を注いだ。農村の民主化施策の一環として、“女性による女性のため”の生活改善運動が展開された。これは、米国式の参加型農村開発手法を身に付けた女性の「生活改良普及員」が、農村女性たちの生活・家族・自分自身の問題を一緒に発見・解決していくというものであった。生活改善運動の発端は農林水産省の事業であったが、女性たちの問題は多岐にわたっていたため、厚生省、文部省、地方自治体などの事業とも結びつき、結果的に保健、家族計画、社会教育、環境衛生、農村開発などマルチセクター的展開となった。特に、現場においては、保健婦や栄養士との連携が必須であった。この農村の生活改善運動は、女性の意識と地位の向上や保健衛生向上に貢献した。

[医療保険制度]

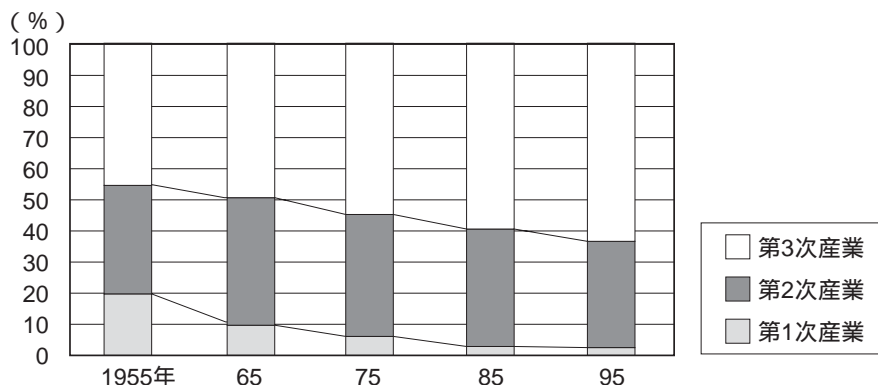
国民の一般生活水準が向上する中で、保健医療行政では、貧困に陥っている人々や老人などへの対応に特に力点を置くようになった。当時、国民の3分の1が医療保険の適用を受けていなかったため、これらの人々もカバーされる医療保険制度の適用を目指して、1958年「国民健康保険法」が制定され、1961年4月までに国民皆保険体制が敷かれた。一方、国民皆保険の動きと併行して、年金制度構想が具体性を帯びて議論されるようになり、1959年、国民年金法が制定され、国民皆年金体制が確立された。この時期、日本の社会保障制度の基本的体系が整備されたといえる。

2-4 第 期：医療サービス拡充期
(1961～1979年)

[社会構造の変容]

1950年代後半から日本は高度経済成長期に入り、これに伴って産業構造も変化した。1970年代前半までは第1次産業従事者が減る一方、第2次産業へ移行し、その後第3次産業の比重が高くなった(図1-4)。また第2次産業における重厚長大産業の発展、量産体制をとる製造業の躍進によって、都市における膨大な雇用機会が生み出され、農村から都市への大規模な人口の移動が起こった。また、労働者の賃金も上昇した。他方、農業においても機械化や化学肥料の導入等によって生産性が向上し、農家所得も上昇した。

図1-4 産業構造の変化



注：GDP構成でみた産業構造。
出所：経済企画庁『国民経済計算年報』より作成。

[医療サービスの量的拡大]

1961年に国民皆保険が実現し、国民が平等に医療サービスを受受できるようになり、医療需要が急速に拡大した。この需要の拡大に対応するために医療サービスの量的拡大が大きな課題となったことから、政府は1950年に医療法を改正して、医療法人制度を導入した。この結果、病院・病床数が着実に増加した(図1-5)。病院数は1955年に5,119であったものが、1965年には7,047、1975年には8,294に、1990年には10,096に、また一般診療所数は、1955年に51,349であったものが、1965年には64,524、1975年には73,114、1990年には80,852に増加した。さらに、生活習慣病に対して、研究機関であると同時に高度医療を提供する国立がんセンターや国立循環器センターなどの専門医療機関が整備され、治療技術の向上に貢献した。

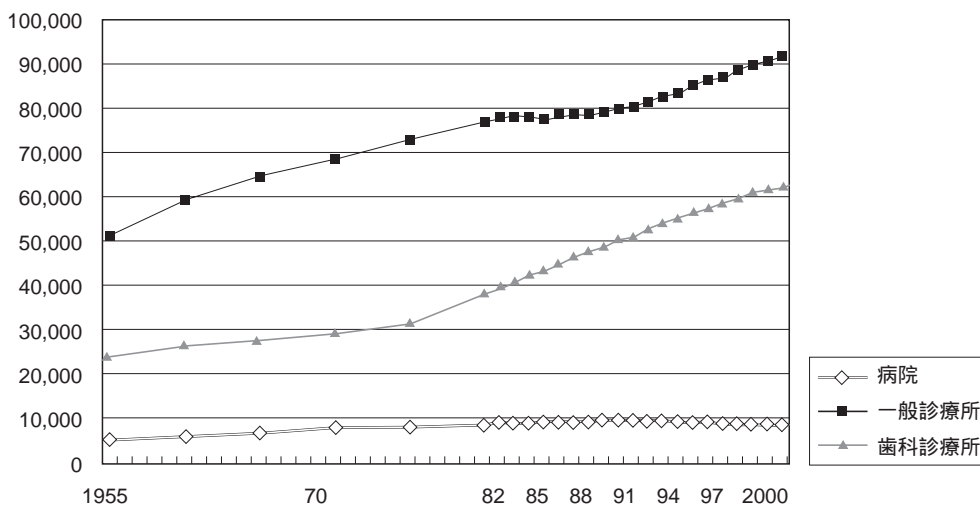
医療施設の急増に伴って、医療従事者不足が大きな問題となった。特に看護婦不足が深刻であっ

た。これに対して、各種修学資金貸与制度が設けられ、また看護婦養成施設整備への補助などが行われた。さらに看護婦の資格がありながら就業しないものが多いため、1967年からは未就業看護婦講習会の開催、看護婦の労働条件の改善、給与の引き上げ、病院内保育施設の整備などが行われた。その結果、看護婦・准看護婦の数は順調に伸びていった(第2章図2-4参照)。

無医地区に対しては、厚生省は1956年からへき地医療対策を推進した。また、へき地や離島の医師不足に悩む全国の都道府県は、共同して1972年に自治医科大学を設立し、へき地医療に従事する医師の確保に努めた(BOX1-1参照)。

この時期には、医療需要の増大と高度化に伴って多くの医療関係の専門職が生まれた。歯科技工士、衛生検査技師、理学療法士、診療放射線技師、臨床検査技師、視能訓練士などが新たに創設され、歯科衛生士は業務が拡大された。

図1-5 医療施設数の推移



出所：厚生労働省『医療施設調査』

BOX1-1 無医地区対策への取り組み 自治医科大学の事例を中心に

日本では、戦後すぐにへき地における無医地区対策が進められた。1956年からは、人口300人から2,000人の交通の不便な無医地区に診療所を段階的に設置する計画を掲げた。しかし、一般にへき地では診療所経営は困難で、かつ医師などの医療従事者を得ることが難しいため、診療所単独ではなく公的医療機関の出張診療所として設置され、運営費の補助も行われた。

1960年代後半になると、国民皆保険による医療需要の拡大にともなって、大病院や都市部の診療所でも医師不足が顕著になり、全国的に医科大学の定員が増員された。さらに1都道府県に1医科大学・医学部の設置の方針が打ち出され、地方に次々と医科大学が新設されていった。しかし、このような対策が講じられてもなお、高度経済成長によって若い世代が都市へ流出し、各地に過疎地域が増えていき、このような地域では人口の高齢化も加わり、医療機関へのアクセスが困難になっていった。

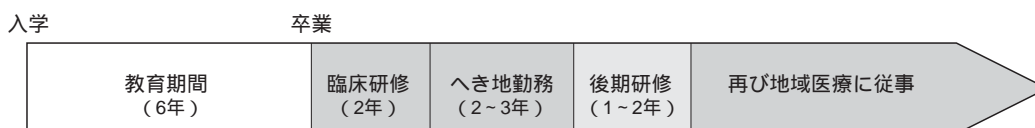
こうした過疎地域の深刻な医師不足に対処するために、1972年に全国の都道府県が共同で自治医科大学を設立した。自治医科大学の基本的な考え方は、地元出身の優秀な学生を集め、地域医療を担う人材として養成し、過疎地域へ派遣していくというものである。地元の医療を担う人材を養成するという理念のもと、各都道府県が学生の教育にかかる経費など主要な大学運営経費を負担している。

自治医科大学では、毎年、都道府県ごとに2～3名ずつ計100名の学生が選抜される。入学者は全員6年間寮生活を送り自律協調の精神の涵養を目指す。修学に要する入学料・授業料等の経費を貸与し、卒業後に所定の期間、指定された公立病院等に勤務した場合はその返還を免除する制度がある^注。

教育・研修システム（下図参照）は、通常の医科大学と同様、まず6年間の教育期間終了後、国家試験に合格した後、医師法に定められている2年間の臨床研修を受ける。同大学の卒業生の多くは出身地の都道府県の中核病院でこの臨床研修を受ける。これ以降のプロセスが他の医科大学と異なる。卒業生は臨床研修を修了後、へき地等において本格的な医師としての活動を開始する。自治医科大学では、数年のへき地勤務後、さらに広範な保健・福祉等に適切に対応し得る高度な医学知識・臨床的実力を身につけることを目的とした1～2年間の後期研修を受けることを推奨している。後期研修後、卒業生は再び地域医療に従事することが期待されている。修学資金の免除のためには一定の年数を出身県の地域医療に従事する制度になっており、同大学卒業生は地域医療の重要な担い手となっている。

自治医科大学の卒業生数は2,693名に達し（2004年現在）、勤務・開業している者のうち44%（2001年7月1日現在）が現にへき地等において診療に従事している。しかし自治医科大学の卒業生だけでは自ずと数に限りがあることから、依然として無医地区の問題は深刻である。

自治医科大学の教育・研修システム



注：修学資金の貸与金の返還が免除されるのは、出身県の都道府県知事等が指定する公立病院等に医師として勤務した期間が、貸与を受けた期間の2分の3に相当する期間（その勤務期間のうち2分の1は、へき地等の病院、診療所に勤務する）に達した場合である。たとえば6年間在学した場合には必要な勤務年限は9年間となる。通常、この勤務年数には臨床研修、へき地勤務期間などがカウントされるが、都道府県によっては後期研修期間もカウントされる場合がある。

出所：自治医科大学ホームページ (<http://www.jichi.ac.jp/index.html>)、自治医科大学ヒアリング、厚生省（1988a）

[社会の近代化と新しい課題]

この時期、新薬の普及、健康診断の徹底、命令入所措置などによって結核の死亡率・患者数ともに大きく低下した。また保健所を中心とした保健衛生活動の展開、簡易水道の普及などの公衆衛生環境の改善と、化学肥料を多用する農業の普及とが相まって、かつて農村で多く見られた赤痢等の急性感染症、寄生虫病、トラホーム等の感染症が急速に減少した。また乳児死亡率の低下、出生率の急激な低下によって、保健医療行政の対象は、感染症や母子保健対策から生活習慣病対策へと移行していった。これに伴って、戦前戦後と地域保健の要として国民の健康状態の改善に大きく貢献した保健所は、その主役の座を医療機関へとあけ渡した。

1955年以降の高度経済成長に伴う重化学工業化の進展、都市への人口集中、自動車の普及などによって、新しい保健衛生・医療問題として、交通事故、公害、自然破壊問題、上下水道・し尿・廃棄物処理施設等の社会資本の不足等の問題が深刻化し、それらへの対応が進められた。

2-5 第 期：高齢社会対応期
(1980年～現在)

[財政の悪化と医療費の高騰]

1973年のオイルショックに始まる世界的な不況、インフレにより、日本経済は低成長期に入った。国や地方の財政状態の悪化が顕在化し、社会保障政策を含む行政改革が実施され始めた。また、人口の高齢化や疾病構造の変化、医療技術の進歩、治療の長期化等に伴って、国民1人当たりの医療費は高騰し、また医療費の国民所得に占める割合も1960年に3.0%であったものが2001年には8.5%となるなど、80年代から90年代にかけて急激な上昇をみせた(第2章図2-5参照)。このような状況に対応するため、1985年から「医療法」の改正が重ねられ、医療資源の地域偏在の改善や医療機関の連携等による効果的で効率的な医療提供を目指す制度の改革が進められている。

[高齢化への対応]

日本の高齢化は1955年頃から既に始まっていた。その後も出生率の低下や寿命の伸びによって、人口の高齢化はさらに進行した。このような背景から、1982年以降、社会保障制度の改革が行われた。1982年には、疾病の予防・治療・リハビリテーションを一貫して行うとともに、老人医療費の一部負担を求める「老人保健法」が成立し、その後も医療費適正化が進められている。1986年には、病院と社会福祉施設の両方の長所を取り入れた中間施設「老人保健施設」を導入することを盛り込んだ老人保健法の改正が行われた。

さらに、本格的な長寿社会の到来、科学技術の進歩、情報化、国際化など国内外の変化に伴い、新たな分野への対応が求められるようになった。1987年、21世紀の本格的な高齢社会に向かって良質な医療を効率的に供給する観点から、厚生省の国民医療総合対策本部が中間報告をまとめた。その中で、国民医療の今後の方向が量から質への転換にあるとして、老人にふさわしい施設ケアの確立・在宅ケアの充実、長期入院の是正、患者サービスの向上が提案された。

[新しい地域保健の時代へ]

地域住民のニーズや価値観の多様化等により、保健衛生行政は大きな変化を求められることとなり、サービスの受け手である個人の視点が重視されるようになった。このような時代のニーズに応え、また地方分権化への移行という社会的機運の後押しもあり、1994年には保健所法が「地域保健法」に改められた(全面実施は1997年)。地域保健法により、住民に近い市町村を主な保健医療サービス提供主体とし、住民一人一人のニーズにあったサービス提供を目指す新しい体制が構築された。

また、1994年には介護保険法⁸が成立し(実施開始は2000年)、老人医療として扱われていた一部のサービスは福祉サービスとして提供されることとなった。高齢期も自分の意志でサービスを選

⁸ 介護保険は市町村が運営主体となり、保険運営・計画策定・サービス提供まですべて市町村が行う権限移譲が初めて実現したものとして、行政学上も高く評価されている。

択し、最期まで「生活の質 (Quality of Life : QOL)」が尊重される社会保障体制づくりを目指して模索は今も続いている。

付録：日本の保健医療の時期区分の考察

本研究会では、保健課題と主な取り組みの2つの側面から、保健医療の時期を5期に分けたが、保健医療の変遷を区分する考え方は諸説ある。ここでは、他の主な考え方を4つ紹介する。

(1) 人口転換区分

出生率と死亡率の変遷による人口学的アプローチによる区分である。阿藤(2000)は、日本を、多産多死の時代(～1870年)、多産少死(1870～1960年)、少産少死(1960年～現在)の3つの時期に区分している。

(2) 疾病構造区分⁹

主要死因によって時期区分する考え方である。日本は、明治初期の「急性感染症」(コレラ、天然痘、赤痢等)の時期、明治後半から戦前までの「慢性感染症」(結核、ハンセン症等)の時期、終戦直後の混乱期の「急性感染症」、それ以降の悪性新生物、生活習慣病(旧・成人病)の4つに区

分される。

(3) 厚生行政区分

1988年に出された『厚生省五十年史』では、行政制度の視点から明治以降を5期に分け、厚生省前史(1868～1937年)、厚生省創設と戦時下の厚生行政(1938～1945年)、戦後復興期の厚生行政(1945～1954年)、高度経済成長期の厚生行政(1955～1973年)、高齢化時代の厚生行政(1974～1987年)と区分している。

(4) 健康転換 (health transition) 区分¹⁰

健康転換とは公衆衛生や国際保健の分野で近年唱えられるようになった概念であり、疾病構造の転換を、人口構造や就業構造、産業構造といった社会経済システムの転換と一体のものとして、総合的かつダイナミックにとらえていこうという考え方である。そこでは基本的に表1-2のような3つの段階に区別されている。

表1-2 健康転換と対応システム

健康転換	第1相 感染症	第2相 慢性疾患	第3相 老人退行性疾患
対応システム	公衆衛生施策 (税による対応)	医療保険制度	高齢者を独立させ、医療・福祉を統合したシステム
供給体制	(開業医中心)	病院中心 / 医療&施設	医療&施設から福祉&在宅

出所：広井(1999)を基に筆者作成。

⁹ 全体は国立社会保障・人口問題研究所(2002)および厚生省医務局(1976)、戦前は鈴木・久道編(2003)および村上(1996)、戦後は厚生統計協会(2002)、(2003)から総合的に考察して記載。

¹⁰ 広井(1999)

<参考文献>

- 阿藤誠(2000)『現代人口学』日本評論社
- 医療法制研究会編(1999)『図説日本の医療』ぎょうせい
- 岡崎陽一(1995)『現代日本人口論(改訂版)』古今書院
- 岡崎陽一他(1986)「明治・大正期における日本人口とその動態」『人口問題研究』178号
- 川上武(1965)『現代日本医療史 開業医制の変遷』勁草書房
- 久保秀史(1997)『日本の家族計画史 明治/大正/昭和』日本家族計画協会
- 経済企画庁『国民経済計算年報』
- 厚生省(1988a)『厚生省五十年史(記述篇)』厚生問題研究会
- (1988b)『保健所五十年史』日本公衆衛生協会
- (1999)『平成11年版厚生白書』ぎょうせい
- 厚生省医務局(1976)『医制百年史 付録 衛生統計から医制百年の歩み』
- 厚生統計協会(2002)『国民衛生の動向・厚生 の指標』臨時増刊・第49巻第9号通巻第768号、厚生統計協会
- (2003)『国民衛生の動向・厚生 の指標』臨時増刊・第50巻第9号 通巻第784号、厚生統計協会
- 厚生労働省監修(2002)『平成14年版高齢労働白書』ぎょうせい
- 厚生労働省『医療施設調査』
- 『人口動態統計』
- 国際協力事業団国際協力総合研修所(2003)『第二次人口と開発援助研究 日本の経験を活かした人口援助の新たな展開』国際協力事業団
- 国立社会保障・人口問題研究所(2002)『人口統計資料集2001/2002』
- 近泰男(2000)「わが国の家族計画運動のあゆみ」『家族計画便覧2000 少子高齢社会とリプロ・ヘルス』日本家族計画協会
- 鈴木庄亮・久道茂編(2003)『シンプル衛生公衆衛生学』南江堂
- 中村吉夫(1998)『公務員研修双書厚生行政』ぎょうせい
- 中村安秀(2002)「農村における公衆衛生の推進」『国際開発研究』第11巻第2号、pp.70-80
- 西内正彦(2001)「連載 日本のリプロヘルス/ライツのあけぼの 久保秀史、村松稔に聞く 戦前の家族計画を振り返る」『世界と人口』家族計画国際協力財団
- 西内正彦・母子保健史刊行委員会(1988)『日本の母子保健と森山豊』日本家族計画協会
- 日本助産婦会ホームページ(http://www.josanpu.or.jp/01_about_us)
- 日本人口学会編(2002)『人口大事典』培風館
- 橋爪章(1998)「わが国の経験から学ぶPHC」『JICAプライマリ・ヘルスケア(PHC)の手引き すこやかな地域社会を目指して』国際協力事業団医療協力部
- 橋本正巳(1968)『地域保健活動 公衆衛生と行政学の立場から』医学書院
- 藤崎清道(2003年6月11日)講演「日本の母子保健政策：妊産婦の健康の視点から」外務省・UNICEF主催「途上国の妊産婦の健康に関するシンポジウム」
- 広井良典(1999)「人口高齢化と医療・福祉政策」日本人口学会編『人口大事典』pp.919-924、培風館
- 母子衛生研究会編(2003)『母子保健の主なる統計平成14年度刊行』母子保健事業団
- (2003)『わが国の母子保健 平成15年』母子保健事業団
- 増田陸郎(1976)『保健衛生のしくみ 保健所事業の区移管を顧みて』目黒保健所
- 村上陽一郎(1996)『20世紀の日本(9) 医療 高齢社会へ向かって』読売新聞社
- 村松稔(2002)「戦後の過剰人口と産児制限」日本人口学会編『人口大事典』pp.905-910 培風館
- 森口育子(1998)「日本の地域保健活動の歴史とプライマリ・ヘルスケア」『JICAプライマリ・ヘルスケア(PHC)の手引き すこやかな地域社会を目指して』国際協力事業団医療協力部
- 山田多佳子・吉武克弘(2000)「途上国における新生児医療のあり方とその協力に関する一考察」『国際協力研究』Vol.16 No.2(通巻32号) pp.41-47

年表：日本の保健医療の変遷

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
1850	58 日米修好通商条約調印 59 ダーウィン「進化論」、ナイチンゲール「看護覚書」出版			
1860	61 アメリカ、南北戦争 69 スエズ運河開通	68 明治維新	68 政府が西洋医学の導入	
1870		71 廃藩置県 72 学制公布 76 内務省衛生局による死亡統計開始 77 西南戦争	70 売薬取締規則を布告 72 文部省に医務課設置 74 医制公布 74 医師開業免許制度創設 74 医制により、産婆資格の規定、免許制となる 75 内務省に衛生局設置（衛生行政は文部省より移管） 75 東京開成学校内に薬品製錬所を置く 77 マルサスの人口論紹介 79 府県に衛生課設置 79 コレラ予防仮規則	73 第一大学医学学校（現東京大学）に製薬学科が創立 78 東京府が医師の薬舗兼業を禁止 79 町村衛生委員の公選制開始
1880	82 コッホが結核菌、83年にコレラ菌発見	80 旧刑法制定 84 「墓地及埋葬取規則」に出生、登録の信頼性高まる 85 内閣制度発足 89 大日本帝国憲法発布	80 伝染病予防規則公布 81 民間初の産後養成所（紅杏社）開設 82 刑法制定（墮胎罪の規定） 83 大日本私立衛生会結成 85 種痘規則制定 86 日本薬局方を布告 86 市街清掃の訓令 89 薬品営業並薬品取扱規則を公布	80 各府県に衛生事務年報、衛生統計の報告を命ず 87 横浜に上水道配水開始（日本初の水道）
1890	90 血清療法開始 95 レントゲン、X線発見 98 志賀潔、赤痢菌発見 99 国際看護婦協会設立	99 人口動態統計開始（戸籍局、衛生局、と3種の統計）	90 水道条例制定 93 日本薬剤師会を設立 95 学校衛生顧問学校衛生主事設置 97 伝染病予防法公布（衛生組合設置） 98 学校医制度導入 99 第1回肺結核志望者全国調査	90 日赤看護婦養成所設立 92 同志社病院で巡回看護始め 93（～1945）地方衛生行政は警察行政に移管 95 大阪市水道布設 97 足尾銅山被害住民誓願運動開始
1900	01 リード、黄熱ウイルス発見	00 産業組合法公布 04～05 日露戦争	00 汚物掃除法、下水道法、精神病監護法制定 00 第1回らい実態調査実施 00 学校看護婦制度導入 02 東京薬学専門学校が開設、東京女子薬学校が開設 04 結核予防法公布 04 日本初のアンブル製造が行われる	00 東京看護婦規則

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
1900	05 第1次ロシア革命 05 梅毒病原体発見		06 医師法・歯科医師法制定（近代的資格制度の基礎確立） 07 らい予防法制定 09 大日本看護協会結成	06 東北地方大凶作 08 岐阜市に、学校看護婦配置
1910	14 第一次世界大戦始まる	12～大正時代 13～大正デモクラシー 14～17第一次世界大戦 18 米騒動 18 インフルエンザ大流行	11 恩賜財団済生会設立 12 大正製薬が創業 13 石原修「女工と結核」発表 13 日本結核予防協会設立 14 東京・大阪両衛生試験所に臨時製薬部を設置 15 看護婦規則制定 16 保健衛生調査会発足 16 文部省、学校衛生官設置 16 工場法施行 18 農村衛生状態実地調査 19 精神療法、結核予防法、トラホーム予防法制定 19 学校伝染病規則公布	11 東京に実費診療所 15 京都、横浜、名古屋に結核療養所設置命令 18 大阪方面委員制度 18 東京府、巡回看護婦会巡回産婆設置
1920	28 IUSSP設立 29 フレミング、ペニシリン発見	20 第1回国勢調査（人口静態統計開始） 20 国際連盟加盟 23 関東大震災 26 昭和時代 29 世界恐慌	20 学校医規定、生徒・児童身体検査規定 22 サンガー女史来日 産児調節運動高揚 22 健康保険法制定 23 山之内薬品商會を創立 24 「荻野学説」発表 25 薬剤師法を公布 25 日本公衆保健協会発足 26 小児保健所指針 27 花柳病予防法制定 27 日本産婆会結成 29 日本看護婦協会結成	20 大阪府工場取締規則（公害規定）制定 23 東京市、児童相談所を設置し、巡回看護婦配置、訪問介護活動開始 23 済生会、被災者の巡回訪問看護開始 24 大阪市、訪問看護婦設置 27 聖路加病院が公衆衛生看護部を発足、訪問看護事業開始 28 日赤で社会看護婦養成開始
1930	33 ドイツ、ナチス政権誕生 39 第2次世界大戦始まる	30 昭和恐慌 31 満州事変勃発 37 日華事変勃発 38 国家総動員法制定	30 内務省が医薬品の国産化を奨励 34 恩賜財団母子愛育会設立 37 保健所法施行（49カ所設置） 37 結核予防法改正 38 母子保護法施行 38 国民健康保険法制定 38 厚生省創設 38 公衆衛生院開院	35 都市保健館（京橋）開設 38 農村保健館（所沢）開設
1940		40 大政翼賛会結成（隣組制度） 41～太平洋戦争開戦	40 国民体力法施行 40 保健婦規則公布 40年頃から、「産児調節」の名称は「家族計画」へ 41 国民優生法施行 41 保健婦規則制定 41 日本保健婦協会結成	

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
1940	<p>45 国連発足</p> <p>45 IMF、世銀設立</p> <p>45 ペニシリンを抗生物質として臨床的に使用</p> <p>46 国連人口委員会設置</p> <p>47 米、マーシャルプラン発表</p> <p>48 WHO設立、世界人権宣言</p> <p>49 NATO成立</p>	<p>45 終戦</p> <p>45 GHQによる統治 (~52.4)</p> <p>45 婦人参政権</p> <p>45 第1次農地改革</p> <p>46 日本国憲法公布</p> <p>46 ララ物資受け入れ (~52)</p> <p>47 地方自治法制定</p> <p><47~49第1次ベビーブーム期></p> <p>48 新民法施行</p> <p>49 生活改良普及員制度開始</p>	<p>42 妊産婦手帳制度開始</p> <p>42 国民医療法制定</p> <p>42 BCG接種始まる</p> <p>43 国民健康保険のカバー率市町村の95%。「第1次国民皆保険時代」</p> <p>44 ペニシリンの国内製造始まる</p> <p>46 全国市町村に衛生班設置(ねずみ昆虫駆除対策)(住民組織・駆除班1万団体結成) DDTの使用</p> <p>47 新保健所法制定</p> <p>47 厚生省に児童局誕生</p> <p>47 母子手帳(妊産婦手帳改称)新制度開始</p> <p>47 保健婦助産婦看護婦令公布</p> <p>47 改正保健所法公布</p> <p>47 児童福祉法公布</p> <p>47 食品衛生法、労働基準法、児童福祉法制定</p> <p>47 道府県の衛生行政事務がすべて衛生部所管へ</p> <p>47 伝染病届出規則制定</p> <p>47 学校訓導が養護教諭と名称変更</p> <p>47 労働基準法制定</p> <p>48 予防接種法施行</p> <p>48 優生保護法施行</p> <p>48 医師法、歯科医師法、保健婦助産婦看護婦法同時制定</p> <p>48 改訂母子手帳配布</p> <p>48 新薬事法を公布</p> <p>49 優生保護法改正(中絶に経済的理由認められる)</p> <p>49 厚生省、避妊薬発売認可</p> <p>49 アメリカ薬剤師協会使節団が来日輸入ストレプトマイシンの配給が決定</p> <p>49 『母子保健の主なる統計』創刊</p>	<p>42 道府県の衛生行政事務が警察部から内省部へ移管</p> <p>47 府県に衛生部および民生部必置義務(衛生業務は警察から保健所へ移管)</p> <p>48 杉並保健所開設</p> <p>49~地区衛生組織による蚊やハエ撲滅運動展開</p>
1950	<p>50 コロンボプラン発足</p> <p>50 朝鮮戦争始まる</p> <p>51 サンフランシスコ講和条約、日米安全保障条約調印</p> <p>52 国際家族計画連盟(IPPF)設立(ボンベイ)</p> <p>54 世界人口会議(専門家会議)国連/国際人口学会共催(ローマ)</p>	<p>50 UNICEF援助物資供与(~64)</p> <p>51 WHOへ加盟</p> <p>51 生活習慣病(脳卒中、がん、心臓病)死因の上位に</p> <p>52 新生活運動始まる</p> <p>52 対日平和条約の発動(4月)</p>	<p>50 国産ストレプトマイシンを発売</p> <p>50 第1回甲種看護婦国家試験実施(受験者8600名)、第1回保健婦国家試験、第1回助産婦国家試験実施</p> <p>51 結核予防法全面改正</p> <p>51 検疫法制定</p> <p>51 日本公衆衛生協力設立</p> <p>52 医薬品配給統制を全廃</p> <p>52 受胎調節実地指導員制度発足(認定講習開始)</p> <p>52 優生保護法改正(手続き簡素化)</p> <p>52 栄養改善法制定</p> <p>53 新しい予防法制定</p> <p>53 厚生省に、常設の人口問題審議会設置</p> <p>53 医薬品等輸出組合を設立</p> <p>54 学校給食制度の導入</p> <p>54 日本家族計画協会設立</p> <p>54 日本家族計画連盟設立</p> <p>55 受胎調節実地指導の避妊具販売許可</p>	<p>50 受胎調節モデル村での実施開始</p> <p>54 「妊産婦指導の強化」通知発出</p>

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
1950		56 国連へ加盟 <55 水道普及率 32.2 % > <55年、全国の中絶件数ピークに> 56 経済白書「もはや戦後ではない」	56 売春防止法制定 58 母子保健センター設置 58 学校保健法制定 58 東京大学医学部薬学科が薬学部に独立	56 熊本水俣病患者集団発生 56 ペニシリン・ショック死事故発生 59 東京都「工場公害防止条例」
1960	60 OECD設立 61 DAC設立 61 「国連開発の10年」決議 61 アメリカで、生ワクチン接種始まる 65 世界人口会議（専門家会議）ベオグラード） 66 UNDP設立 66 アジア開発銀行設立 67 EC発足	60 池田内閣「所得倍増計画」 <施設分娩の割合、過半数に達する> <60 水道普及率 53.4 % > 64 OECD加盟（先進国の仲間入り） 64 東京オリンピック 68 日本、自由主義世界中、第2の経済大国へ	60 新薬事法、新薬剤師法を公布 60 保健所の5類型化 61 国民皆保険実現 61 3歳児健康診査、新生児訪問指導開始 61 ポリオワクチン（35万人分）一斉投与 64 予防接種法改正（ポリオ生ワクチン法制化） 64 救急告示医療機関制度導入 65 精神衛生法改正 65 公害防止事業団法 65 母子保健法成立 65 国立小児病院設置 67 公害対策基本法公布 67 中央公害対策審議会発足 67 医薬品製造業が50%資本自由化となる 68 母子保健推進員制度 69 公害三法改正	61 イタイイタイ病訴訟 62 サリドマイド事件 62 サリドマイド系睡眠薬を自主的に出荷停止 65 サリドマイド訴訟おこる 65 農夫症、社会問題化 66 農薬中毒問題化 67 朝日訴訟、最高裁で棄却 68 水俣病を公害病と認定 69 東京都老人医療費無料化 69 カネミ油症訴訟
1970	70 第2次国連開発の10年 71 「ニクソンショック」 74 世界食糧会議 75 ベトナム戦争終結 76 第1回ASEAN首脳会議 78 WHO.UNICEF国際会議（アルマ・アタ）（アルマ・アタ宣言採択）	70 日本人口1億人突破 70 高齢化率7%突破（高齢化社会へ） <70 水道普及率80.8 % > 70 日本万国博覧会 72 沖縄本土復帰 72 日中国交正常化 73 「福祉元年」 73 第1次オイルショック 78 第2次オイルショック	70 公害対策本部設置 71 DDT使用禁止 71 環境庁発足 72 自治医科大創設 72 労働安全衛生法制定 73 老人医療費無料化 74 避妊リング解禁 74 小児慢性特定疾患治療研究事業 75 3種混合ワクチン接種試行 75 医薬品製造業が100%資本自由化となる 76 予防接種法改正 76 救急医療懇談会発足 77 IUD認可	70 東京に光化学スモッグ 71 スモン薬害訴訟 71 東京都ゴミ戦争対策本部設置 78 国保保健婦を市町村に移管
1980	80 第3次国連開発の10年に関する国際開発戦略採択	<80 水道普及率91.5 % >		

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
1980	80 WHO、痘瘡根絶宣言 81 国際障害者年 86 WHO、オタワ憲章 88 WHO、世界ポリオ根絶計画 89 天安門事件 89 ベルリンの壁崩壊	82 死因の1位、がん 84 平均余命世界最高レベルへ（男74.2歳、女79.8歳） 86 男女雇用機会均等法施行 89 「1.57ショック」*注	81 感染症サーベイランス事業開始 82 老人保健法制定（'83施行）（老人保健部設置） 85 へき地保健医療検討委員会の設置 86 エイズ専門家会議を設置 87 結核・感染症サーベイランス事業開始 88 大臣官房に老人保健福祉部設置 88 薬価基準を全面改訂 89 エイズ予防法制定 89 高齢者保健福祉推進10カ年戦略策定	85 医療法の改正により、都道府県による医療計画の策定、医療圏の設定義務化
1990	90 UNDP人間開発報告書発表 90 子どものための世界サミット（ニューヨーク） 91 湾岸危機終結 92 国連環境開発会議（UNCED）（リオデジャネイロ）（6月） 92 環境サミット 93 国連人権会議（ウィーン） 93 世界エイズ会議 94 国際人口開発会議（カイロ）開催 95 社会開発サミット（コペンハーゲン）（3月） 95 第4回世界女性会議（北京）（9月） 96 DAC新開発戦略（5月） 96 アジア太平洋経済協力（APEC）ジャカルタ会合 人造り構想 96 リヨンサミット（世界福祉構想提唱） 97 アジア通貨・経済危機発生 97 AIDS推定感染者数3060万人 98 パーミンガムサミット（国際寄生虫対策発表） 98 TICADII、第2回アフリカ開発会議（10月） 99 世界子どもサミット 99 世界人口60億人突破	92 育児休業法施行 94 21世紀福祉ビジョン発表 94 高齢化率14%突破（高齢社会へ） 95 阪神淡路大震災 97 介護保険法制定（'00施行） 98 NPO法成立 99 地方分権一括法成立 < 99 下水道普及率60% >	90 福祉8法改正 90 ゴールドプラン施行 91 救急救命士制度導入 92 老人保健福祉部が老人保健福祉局となる 92 第2次改正医療法で医療の担い手として薬剤師が明記される 93 保健婦助産婦看護婦法一部改正（保健士誕生） 94 地域保健法制定 94 エンゼルプラン策定 94 新ゴールドプラン策定 94 母子保健法改正 95 障害者プラン策定 95 医薬分業率（処方箋受け取り率）が20%を超える 96 優生保護法を母体保護法に改正 96 らい予防法廃止 97 地域保健法全面施行（保健サービスの実施主体が市町村に移行） 99 感染症法施行 99 低用量経口避妊薬（ピル）、銅付加IUD、女性用コンドーム、認可	93 市町村、老人保健福祉計画策定完了 94 市町村母子保健計画策定、義務化

*注 出生率は第2次ベビーブーム期の1973年をピークに下がりはじめ、1990年6月、89年の人口動態統計で出生率が1.57まで落ちこんだことが発表され、その高齢化のための負担増大や社会の活力低下の懸念から「1.57ショック」と呼ばれた。

年代	世界の動き	日本社会の動き	日本全国の保健医療の動き	地域の保健医療の動き
2000	00 21世紀サミット 00 九州・沖縄サミット (沖縄感染症イニシアティブ発表) 01 国連エイズ特別総会 (4月) 02 持続可能な開発に関する世界首脳会議 (WSSD)	< 00 水道普及率96.6 % >	00 「健康日本21」プラン発表 00 「健やか親子21」策定	00 介護保険法施行

第2章 保健医療サービスの現状

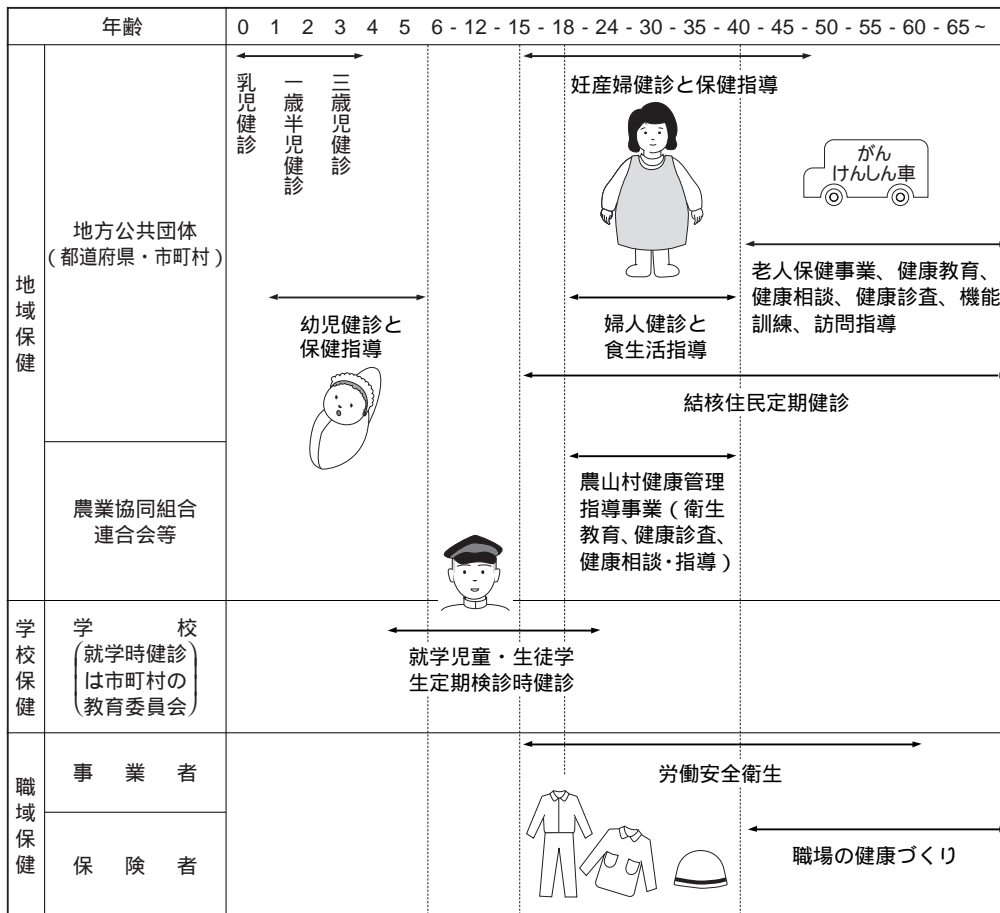
1. 概要

日本の保健医療は、人の誕生から亡くなるまでのライフサイクル全般にわたって、病気や負傷、障害、失業、介護、老齢などの生活上の不安をもたらす事態に対応し、包括的に取り組むシステムとなっている¹。そのために、身近な場において予防、診断、治療、リハビリテーションの一貫した保健医療サービスを提供する体制が整備されている²。

予防については、生活習慣病が大きな健康課題となる中で、疾病の早期発見、早期治療という二次予防から、さらに一歩進めて疾病の発生予防、健康増進という一次予防に重点が置かれてきている。予防については、図2-1に示すように、就学したら学校保健で、就業したら職域保健で、それ以外は地域保健で、健康教育、健康診査、保健指導等が行われている。学校保健は文部科学省の担当で、厚生労働省との連携の下に行われている。

こうした観点から、厚生労働省は2000年から

図2-1 ライフサイクルに応じた保健サービス



出所：中村（1998）p.92

¹ 厚生省（1999）p.43

² 中村（1998）

「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を推進している。また、健康づくりや疾病予防を国民的な合意の下、国全体として積極的に推進するための法的基盤を整備するために、「健康増進法」が2002年7月に成立した³。

診断、治療については、病気やけがを的確に診断し、できるだけ早く適切な治療をするために日々医療技術が進展している。また、人口高齢化や慢性疾患の増加など疾病構造の変化に対応して、治療のあり方や提供体制の変革も求められており、療養環境の向上、在宅医療の普及、終末期医療における緩和ケアや告知問題、患者や家族への情報の開示と治療方針の選択の重視、福祉サービスとの連携など、新たな課題への対応が進められている。

2. サービスの提供体制

2-1 保健サービス

保健サービス提供体制は、戦後1947年の「改正保健所法」によって規定されてきた。しかし、90年代になって本格的な地方分権化が加速したのに加えて、高齢化社会への対応のため、1994年に保健所法は抜本的に見直され「地域保健法」と改められた。これにより、住民に身近な市町村を主なサービス提供主体とする新しい地域保健体制へと転換された（全面施行は1997年）。

地域保健法による主な改正点は、住民に身近で頻度の高い母子保健サービスや老人保健サービスなどについては、主に市町村が一元的に提供する、市町村における保健サービスの実施拠点を「市町村保健センター」とする、保健所については、管轄区域を広げ、地域保健の広域的・専門的・技術的拠点としての機能に特化する、同時に、母子保健法、児童福祉法、栄養改善法等を改正し、都道府県から市町村に対する権限移譲を行う、等である（第8章参照）。これにより、住民に身近な保健・福祉サービスは、市町村から一元的に提供されるようになり、権限と財源も移譲された。この抜本的な改正によって、従来バラバラに提供

されていた保健と福祉サービスが連携して提供されるようになった。

この改正によって、保健サービスは地方自治体が実施主体となり、計画策定・予算化などに責任をもつこととなったが、近年健康診断や予防接種などは、利用者により便利な施設で好きな時に受けられるよう、開業医など外部機関への外注化が進んでいる。また健康増進については、健康増進施設や会員制健康管理サービスなど民間の健康増進サービスも盛んになってきている。

2-2 医療サービス

日本の医療サービスは、1948年に制定された「医療法」によって規定されている。同法は、高齢化や疾病構造の変化、医学技術の進歩等に対応するため、これまでに4回の改正が行われている。1985年の第1次医療法改正によって、都道府県内で提供される医療サービスについては都道府県が策定する「医療計画」によって責任をもって計画実施されるようになり、また各県ごとに第2次医療圏と第3次医療圏が設定されることとなった。

医療サービスは原則、病院、診療所等の医療施設において医師等の医療従事者によって提供されるが、1992年の医療法改正で、医療を受ける者の居宅も医療を提供する場として位置づけられた。日本の医療提供体制は、基本的に自由開業制であり、医療施設を提供できるのは国や地方自治体、公的団体などの他、個人と医療法人である。ただし、営利を目的とする医業は禁止されているため、原則会社組織では医療施設は設立できず、代わって医療法人という独自の法人格制度が導入された。

2-3 医療関連サービス

医療機関においては、医療技術の進歩、医療費の効率的使用、国民のニーズの多様化等に伴い、検体検査や患者給食（入院中の食事）など医療周辺のサービスを専門の業者へ外注する動きが進んでいる。医療の周辺分野で医療行為と密接に関連するサービスを総称して、医療関連サービスとい

³ 厚生労働省監修（2002）pp.131-132

う。病院を対象として1994年に実施された調査によると、業務の委託率は、寝具類の賃借(95.9%)、検体検査92.7%、病院清掃73.2%、在宅医療機器保守点検42.7%、患者給食26.7%、医療用具の消毒・滅菌11.4%となっている。これらのサービスの質を確保するため、「衛生検査技師等に関する法律」(1970年)等によって、基準に適合した業者にした委託しなければならない等の規定がある⁴。

3. 保健サービスの主な内容

保健サービスの提供体制については、第8章で詳述するため、ここでは主な内容について概観する。

3-1 健康づくり

健康な身体を保つためには、規則正しい生活、十分な睡眠とバランスのとれた食事、適度な運動など健康を自分で守るための努力が必要である。厚生省は1978年度から「第一次国民健康づくり対策」に取り組み始めた。その内容は、従来の妊産婦や乳児、家庭不活を対象とした健診に加えて、老人保健事業の総合的実施を図り、生涯を通じた予防・健診の体制の整備、健康づくりの基盤整備として市町村保健センター等の設置促進、健康づくりの啓発普及活動の推進であった。また、1988年度から「第二次国民健康づくり対策(アクティブ80ヘルスプラン)」が実施され、生活習慣の改善による疾病予防・健康増進の考え方が発展した。健康増進のための施設整備や人材養成(健康運動指導士等)が図られた。さらに2000年度からは、「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」を推進している。その特徴は、生命の延長だけでなく生命の質を重視すること、生涯にわたる健康づくりの視点を取り入れること、個人の選択に基づくこと、目標を達成するために経営管理手法を導入していることなどが挙げられる⁵。

また、2002年7月に「健康増進法」が成立し、

国全体の目標や基本的な方針、地域の実情に応じた地方自治体における健康増進計画の策定、職域・地域・学校などの健康診査について共通の指針を定めることなどが規定された⁶。具体的には、禁煙の促進のために喫煙できる公共施設の管理者に、「受動喫煙」を防止するための必要な措置を取るよう働きかけた。

また、このほかの日本の特徴的な試みとして、歯の健康づくりがある。歯は健康のパロメータといわれ、歯の健康が失われると身体の健康も失われるとの考えに立って、80歳になっても自分自身の歯を20本以上保つことを目標とする「8020(ハチマル・ニイマル)運動」が進められている。歯についての知識の普及啓発とともに、地域住民に対して歯科検診や歯科保健指導、小学校における歯磨き励行指導などが行われている。

3-2 母子保健サービス

母子保健サービスは、母子保健法によって規定されている。1994年の地域保健の総合的な見直しに際し、母子保健サービスの実施体制も変更され、1997年から母子保健サービスは市町村が一貫して提供している。妊産婦や乳幼児の健康診査は、妊娠中毒症や障害等の疾病や異常を早期に発見して適切に対応するために重要である。母子の健康を管理する重要なサービスとして母子健康手帳制度がある。妊娠した者は市町村に届け出て母子健康手帳の交付を受け、母子の健康の記録簿として、また妊娠・出産・育児に関する貴重な情報源として活用される。母子手帳の発行権限は1992年度より県の保健所から市町村に移譲され、各自自治体の地域特性を生かしたものとなっている。

このほかの主な母子保健サービスとしては、妊婦については妊娠前期・後期の2回、また乳児については2回の、それぞれ医療機関における無料の精密検査がある。また、1歳6カ月児と3歳児に対しては市町村で健康診査を行っている。また、妊娠・出産・育児等について、集団・個別・訪問などさまざまな形態で保健指導が行われている。

⁴ 中村(1998)

⁵ 厚生統計協会(2002)

⁶ 厚生労働省監修(2002) pp.131-132

3-3 中高年の保健サービス

壮年期からの疾病の予防および健康管理は、高齢期の健康維持に極めて重要である。このため老人保健法に基づく老人保健制度では、市町村が40歳以上の住民に対して保健事業を実施することとなっている。この保健事業には、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導などがある。

保健事業は国によって実施の基準が定められており、市町村はこれを基に、人口規模や年齢構成、施設の状態等、地域特性を勘案して、地域の実情に即した「老人保健計画」を策定し、実施している。

4. 医療提供施設

4-1 概要

日本の医療提供施設は医療法および老人保健法で規定されている。主な医療提供施設には、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設がある。病院とは、ベッド数20人以上の収容施設を有する施設をいい、診療所は19人以下の収容施設を有する施設をいい、一般診療所と歯科診療所がある。助産所は、助産婦が業務をなす場所を指している。

日本の病院、診療所のほぼすべては、公立・私立にかかわらず医療保険制度の枠の中で運営され

表2-1 種類別にみた医療施設数

総数	165,451
病院	9,266
精神病院	1,058
結核療養所	3
一般病院	8,205
・療養型病床群を有する病院	3,167
一般診療所	92,824
有床	17,853
・療養型病床群を有する	
一般診療所	2,508
無床	74,971
歯科診療所	63,361
有床	46
無床	63,315

注：2000年10月1日現在。
出所：厚生労働省「医療施設調査」

表2-2 種類別にみた病床数

総数	1,864,178
病院	1,647,253
精神病床	358,153
感染症病床	2,396
結核病床	22,631
一般病床	1,264,073
・療養型病床群	241,160
一般病院	1,387,779
一般診療所	216,755
・療養型病床群	22,786
歯科診療所	170

注：2000年10月1日現在。
出所：厚生労働省「医療施設調査」

表2-3 開設者別にみた施設数・病床数

	施設数						病床数			
	病院		一般診療所		歯科診療所		病院		一般診療所	
	実数	率 %	実数	率 %	実数	率 %	実数	率 %	実数	率 %
総数	9,266	100.0	92,824	100.0	63,361	100.0	1,647,253	100.0	216,755	100.0
国	359	3.9	581	0.6	1	0.0	144,649	8.8	2,344	1.1
公的医療機関	1,373	14.8	4,237	4.6	331	0.5	356,100	21.6	4,024	1.9
社会保険関係団体	131	1.4	840	0.9	17	0.0	38,522	2.3	38	0.0
医療法人	5,387	58.1	24,031	25.9	7,310	11.5	795,089	48.3	96,953	44.7
個人	1,173	12.7	53,646	57.8	55,378	87.4	101,620	6.2	111,110	51.3
その他	843	9.1	9,489	10.2	324	0.5	211,273	12.8	2,286	1.1

注：2000年10月1日現在。
出所：厚生労働省「医療施設調査」

ているため、診察、薬剤、治療、手術、処置、入院、看護、食事療法等に要するサービスは診療報酬として基準が定められている。したがって、病院、診療所はどこでも、同じ医療サービスであれば診療費は同一である。ただし、入院病棟に関してはランクが選べ、保険で定められた以上の病室を利用する場合、その超過額を払う必要がある。

4-2 施設・病床

2000年10月1日現在の全国の医療施設数は165,451施設、病床数は1,864,178床である(表2-1、2-2)。施設数を開設者別にみると、病院で最も多いのは医療法人で53,387施設(58.1%)、一般診療所で最も多いのは個人で53,646施設(57.8%)、歯科診療所で最も多いのは個人で55,378施設(87.4%)となっている(表2-3)。

病床数を施設別にみると、病院1,647,253床、一般診療所216,755床である。これを開設者別にみると、病院では医療法人が48.3%(795,089床)を占め、一般診療所では個人が51.3%を占めている。

人口10万対一般病床数(病院のみ)は995.9だ

が、都道府県間の差は大きく、最も多いのが高知で1,960.4、最も少ないのが埼玉で683.3となっている⁷。

4-3 病院の従事者

病院の2000年10月10日現在の従事者総数は164万人で、そのうち医師16万7,000人(うち常勤13万7,000人)、歯科医師9,000人(うち常勤8,000人)、薬剤師4万1,000人、看護婦52万5,000人、准看護婦22万4,000人などとなっている(表2-4)。

また100床当たり従業員数は99.7人で、そのうち医師10.2人、歯科医師0.5人、薬剤師2.5人、看護婦31.9人、准看護婦13.6人である⁸。

4-4 設備の状況

近年の医療機器分野における技術革新には目覚ましいものがあり、高度な診断、検査、治療機器の開発・普及が進んでいる(表2-5)。例えば、全病院の7割以上が全身用X線CTを保有し、さらに高度な断層撮影装置であるNMR-CT(MRI)も3割近くの病院が保有している。

表2-4 業務の種類別にみた従事者数および100床当たり・1施設当たり従事者数

	病院*1			一般診療所*2		歯科診療所*2	
	従事者数	100床当たり	1施設当たり	従事者数	1施設当たり	従事者数	1施設当たり
総数	1,641,418.5	99.7	177.3	751,092.0	8.2	310,989.3	5.0
医師	167,365.8	10.2	18.1	116,921.8	1.3	115.7	0.0
常勤	137,487	8.4	14.9	97,153	1.1	86	0.0
非常勤	29,878.8	1.8	3.2	19,768.8	0.2	29.7	0.0
歯科医師	8,950.7	0.5	1.0	1,865.2	0.0	86,980.3	1.4
常勤	7,507	0.5	0.8	1,066	0.0	77,639	1.2
非常勤	1,443.7	0.1	0.2	799.2	0.0	9,341.3	0.1
薬剤師	41,071	2.5	4.4	9,673	0.1	942	0.0
保健婦	2,012	0.1	0.2	6,238	0.1	-	-
助産婦	17,584	1.1	1.9	3,793	0.0	-	-
看護婦	524,578	31.9	56.7	86,772	0.9	604	0.0
准看護婦	223,633	13.6	24.2	149,445	1.6	456	0.0

注：*1 2000年10月1日現在。

*2 1999年10月1日現在。

非常勤医師を含む。非常勤の医師・歯科医師については、各施設における常勤の医師・歯科医師の通常の勤務時間に換算(常勤換算)して計上した。ただし、その他の職種に関しては、常勤換算はしていない。

出所：厚生労働省「医療施設調査・病院報告」

⁷ 厚生統計協会(2002)p.184

⁸ *ibid.* p.188

表2-5 病院における診療機器保有状況（重複計上）

	施設数	保有率（％）	台数
病院数	9,286		-
上部消化管ファイバースコープ	6,775	73.0	20,870
気管支ファイバースコープ	3,830	41.2	9,182
大腸ファイバースコープ	5,669	61.0	11,646
デジタルラジオグラフィー	1,195	12.9	2,082
血管連続撮影装置	2,554	27.5	3,223
全身用X線CT	6,613	71.2	7,361
RI診断装置	1,036	11.2	1,319
NMR-CT（MRI）	2,622	28.2	2,938
シングルフォトンエミッションCT（SPECT）	755	8.1	1,003
骨塩量測定装置	3,064	33.0	3,154
マイクロサージャリー装置	981	10.6	2,297
IABP駆動装置	765	8.2	1,274
ハイパーサーミア装置	224	2.4	291
リニアック、ペータロン、マイクロロン	625	6.7	724
人工腎臓（透析）装置	2,218	23.9	39,992

注：1999年10月1日現在。
出所：厚生労働省「医療施設調査」

近年、病院の社会生活機能回復のための設備の保有状況では、老人デイ・ケア室の増加が著しく、また、精神科デイ・ケア室またはナイト・ケア室、作業療法室、精神科作業療法室の増加も大きい⁹。

4-5 診療等の状況

病院における2000年の1日平均在院患者数は1,401,399人で、そのうち一般病床が1,057,606人、精神病床が333,712人、結核病床が10,036人となっている。療養型病床群の病床は215,448人であるが、近年増加が著しく、前年に比べ54.5%増加している。また、1日平均外来患者は1,810,990人で、そのうち一般病院が1,768,619人である。

なお、一般診療所の1999年9月30日現在の入院患者数は90,735人であり、また、同月中の外来患者延数は88,418,023人、歯科診療所の外来患者延数は24,475,107人となっている。

全病床における病床利用率は85.2%であり、こ

れを病床の種類別にみると、精神病床が93.1%で最も高く、次いで一般病床の83.8%となっている。平均在院日数を病床の種類別にみると、精神病床30.4日、結核病床96.2日、一般病床30.4日である。平均在院日数を都道府県別にみると、一般病床（療養型病床群を除く）では最も長いのが佐賀で30.6日、最も短いのが長野で18.8日であった¹⁰。

4-6 国立医療施設の医療提供体制

厚生労働省所管の国立医療施設として、2002年4月1日現在、5つの国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）、65の国立病院、116の国立療養所、13の国立ハンセン病療養所が設置されている。これらの情報ネットワークの基盤となるのが国立病院等情報ネットワークシステム（略称：HOSPnet＜ホスプネット＞）であり、本省、地方厚生（支）局、全施設を専用回線で結んでいる。

⁹ 厚生統計協会（2002）p.189

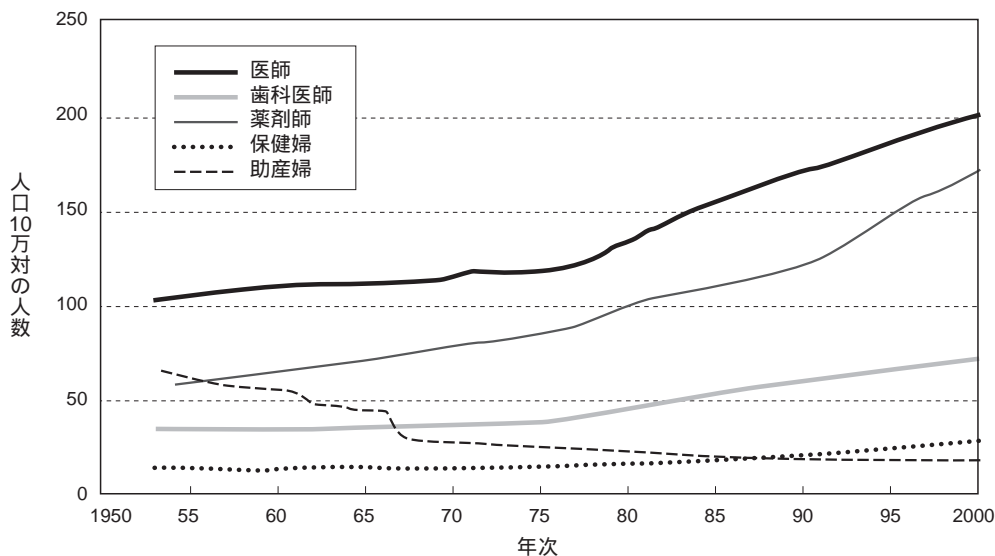
¹⁰ *ibid.* p.190

図2-2 保健医療従事者養成システムの概要

義務教育（9年）	
医師	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 大学（6年）
歯科医師	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 大学（6年）
薬剤師	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 大学（4年）
保健婦 助産婦	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 大学（4年）
	短期大学（3年） 専修・各種学校（1年）
	専修・各種学校（3年） 専修・各種学校（1年）
看護婦	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 大学（4年）
	短期大学（3年）
	専修・各種学校（3年）
准看護婦	小学（6年） 中学（3年） 高校（3年） 専修・各種学校（2年）

注：2002年4月現在。准看護婦になってから看護婦になる方法があるが省略した。
出所：厚生労働省医政局医事課調べ

図2-3 医療従事者の推移



出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（1982年から隔年調査）
「衛生行政報告例」（1982年から隔年報告）

5. 医療提供人材

5-1 概要

保健医療サービスは専門性が高く、職種は20数種を超え、今なお専門分野の分化傾向に伴って増加の要請がある。こうした職種のほとんどは国家資格として制度化されている。保健医療関係者の

養成においては、図2-2に示すようにほとんどが高校卒業後に専門の各養成機関で学び、各養成機関を卒業後、国家試験等に合格して初めて免許を付与されて、資格を得ることができる。多くの途上国と異なり、保健婦、助産婦は高校卒業後最低4年間の就学が必要であり、高い専門職として位置づけられている。

日進月歩の医療技術の進化に対応するために

は、医療従事者の生涯教育は重要な課題である。医師の生涯教育については、日本医師会が1989年4月から医師の生涯教育制度をスタートさせ、自らの努力による生涯学習の推進と資質の向上を図っている。一方、厚生労働省では、地域の医師の生涯教育の場として地域医療センターの設置を支援しているが、これには、そこで研修を行う医師を介して、地域の保健機関と医療機関の連携と機能分担を促し、効率的な地域医療確立の一助となることも期待されている¹¹。薬剤師に対する生涯教育は、日本薬剤師会等により、各職域、各地域において実施されている¹²。

日本の医療従事者の数は、戦後、特に国民皆保険が達成した後、急速に増加している。特に医師や看護婦は現在も伸び続けている（図2-3）。

表2-6に、2000年における保健医療関係者の人数の概況を示す。

5-2 医療従事者

(1) 医師

医師は、高校卒業後医学部における6年間の就学の後、医師国家試験に合格して、免許を取得することができる。また、免許を取得した後も、2年以上大学や指定された病院において、臨床研修を行うことが推奨されており、約9割の者が臨床研修を行っている。特に近年、専門に分化し過ぎた医師養成のあり方を見直しており、2004年4月からプライマリケアを基本とする全人的に患者を診られる医師の育成を目指した、卒後2年間の臨床研修が必修となる。

日本の医師数は2000年末現在、255,792人、人口10万対201.5人、医師1人当たりの人口は496人となっている。1946年に医師国家試験が開始されて以来医師数は着実に増加している¹³。

業務の種別にみると（表2-7）、医療施設に従事

表2-6 届出医療関係者と率（人口10万対）

	実数	率（人口10万対）
医師	255,792	201.5
歯科医師	90,857	71.6
薬剤師	217,477	171.3
保健師	36,781	29.0
助産師	24,511	19.3
看護師、准看護師	1,042,468	821.4

注：医師・歯科医師・薬剤師以外は、就業者数である。2000年12月31日現在。

出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」「衛生行政報告集」

表2-7 施設業務の種別に応じた医師数

	実数	構成割合（%）
総数	255,792	100.0
医療施設の従事者	243,201	95.1
病院の従事者	154,588	60.4
診療所の従事者	88,613	34.6
介護老人保健施設の従事者	2,114	0.8
医療施設・介護老人保健施設以外の従事者	8,154	3.2
その他の者	2,148	0.8
不詳	175	0.1

注：医療施設とは、医療施設調査規則（1953年厚生省令第25号）第3条に定める医療施設（病院および診療所）をいう。ただし、保健所を除く。2000年12月31日現在。

出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

¹¹ 厚生統計協会（2002）p.177

¹² *ibid.* p.179

¹³ *ibid.* p.170

する医師が243,201人(95.1%)とほとんどを占める。医療施設に従事する医師では病院の従事者が154,588人(60.4%)、診療所の従事者が88,613人(34.6%)となっている。また、病院の従事者のうち最も割合の高いのは病院(医育機関附属の病院を除く)の勤務者106,845人(41.8%)であるが、医療教育(医育)機関附属の病院の勤務者も41,845人(16.4%)と比較的割合は高い¹⁴。

次に医療施設従事医師について人口10万対の分布状況をみると、東京253.4人、京都251.7人、高知250.8人などが多く、埼玉117.3人、茨城135.4人、千葉136.4人などが少なくなっており、都道府県間にかかなりの差がみられ、西日本に多く関東以北の県は少ない傾向となっている¹⁵。

(2) 歯科医師

歯科医師は、高校卒業後歯学部における6年間の就学の後、歯科医師国家試験に合格して免許を所得することができる。また歯科医師の資質の向上を図るため、歯科医師免許取得後に1年以上の臨床研修を行うことが努力義務として制度化されているが、2006年の歯科医師臨床研修必修化に向けて、今後研修施設の拡充、指導医の資質向上等の基盤整備等を図っていくこととしている¹⁶。歯

科医師国家試験においても、歯科医療に関する社会的問題や医療倫理の問題などについて出題できるよう改善に取り組んでいるところである。

歯科医師数は、2000年末現在90,857人、人口10万対71.6人、歯科医師1人当たりの人口は1,397人となっている¹⁷。

業務の種別にみると(表2-8)、医療施設に従事する歯科医師が88,410人(97.3%)とほとんどを占め、このうち最も割合が高いのは診療所の従事者で、この多くが開業している¹⁸。

医療施設従事歯科医師について人口10万対の分布状況をみると、東京118.6人、徳島89.6人、福岡89.6人などが多く、福井43.3人、石川47.7人、青森48.0人などが少なくなっており、都道府県間にかかなりの差がみられる¹⁹。

(3) 薬剤師

薬剤師の免許は、高卒後4年間大学の薬学部で就学した後、薬剤師国家試験に合格して取得することができる。1997年度から免許取得後の薬剤師を対象に、1年間の実務研修を病院・薬局で行う、薬剤師実務研修事業が実施されている。また、厚生労働省としては、医療技術・創薬技術の進歩、医薬品・薬事に関する高度化に対応するため、薬

表2-8 施設・業務の種別にみた歯科医師数および構成割合

	実数	構成割合(%)
総数	90,857	100.0
医療施設の従事者	88,410	97.3
病院の従事者	11,526	12.7
診療所の従事者	76,884	84.6
介護老人保健施設の従事者	6	0.0
医療施設・介護老人保健施設以外の従事者	1,252	1.4
その他の者	1,137	1.3
不詳	52	0.1

注：医療施設とは、医療施設調査規則(1953年厚生省令第25号)第3条に定める医療施設(病院および診療所)をいう。

ただし、保健所を除く。2000年12月31日現在。

出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

¹⁴ 厚生統計協会(2002)

¹⁵ *ibid.* p.171

¹⁶ *ibid.* p.177

¹⁷ *ibid.* p.171

¹⁸ *ibid.* p.171

¹⁹ *ibid.* p.172

剤師教育を6年間に延ばす方向で検討している²⁰。

薬剤師は、2002年末現在217,477人で、人口10対の薬剤師数は171.3人で、薬剤師1人当たりの人口は584人となっている²¹。

業務の種別にもと、薬局の従事者が94,760人(43.6%)と最も多く、次いで病院・診療所の従事者48,150人(22.1%)、医療関係企業の従事者(20.6%)などとなっている²²。

(4) 看護職員(保健婦、助産婦、看護婦、准看護婦)²³

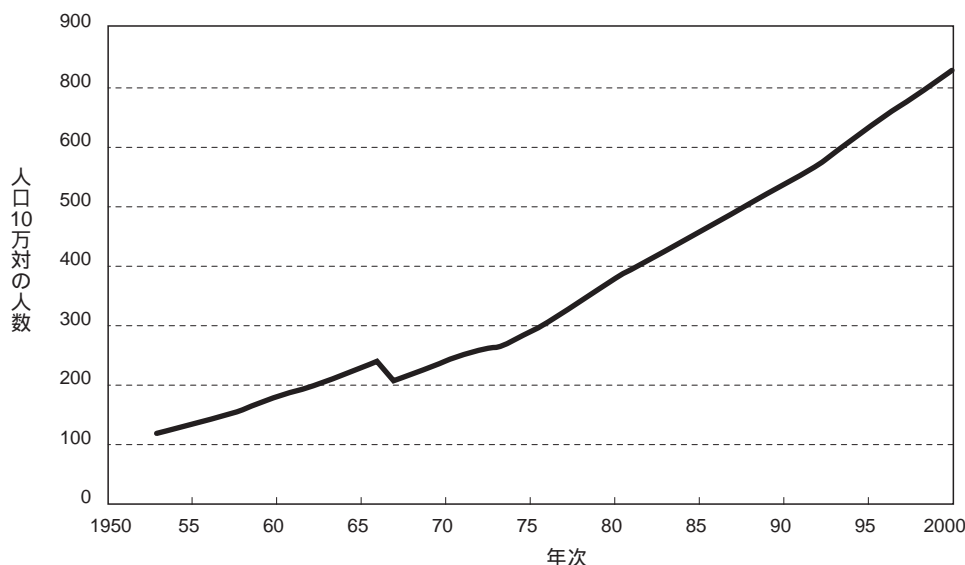
看護職員の資格としては、「保健婦」、「助産婦」、「看護婦」、「准看護婦」がある。看護職員の資格を取得する方法は多様であり、「高校卒業後看護婦養成所を卒業して看護婦になる」、「准看護婦になってから看護婦養成所(2年課程)を経て看護婦になる」、「看護婦になってから保健婦養成所や助産婦養成所を経て保健婦や助産婦になる」、「4年生看護大学を経て看護婦・保健婦・助産婦の

免許をあわせとる」など、さまざまな課程を経て取得することが可能である²⁴。

看護婦、助産婦数は、1950年代から確実に伸びているが(図2-4)、保健婦数は、2000年末現在36,781名で、わずかな伸びにとどまっており(図2-3)、ほとんどが保健所、市町村に勤務している(表2-9)。人口10万対の保健婦数は29.0人(保健婦1人当たりの人口は3,451人)で、増加傾向にあるものの、近年の老人保健対策等による公衆衛生行政の需要に対してはまだ十分とはいえない状況である²⁴。

就業助産婦数は、2000年末現在24,511人で、分娩が自宅から施設へ移行し始めた1960年頃を境として減少傾向にあり、1960年の52,337人に比べると現在は半数以下となっている。就業先別では(表2-9)、医療施設内分娩の普及に伴い病院(73.1%)、診療所(11.7%)、助産所(7.6%)という割合になっている²⁶。助産婦の年齢構成は60歳以上が多いが、近年は養成数の増加もあり、若

図2-4 看護婦・准看護婦の人数の推移



出所：「衛生行政報告例」(1982年から隔年報告)

²⁰ 厚生労働省(2002)p.127

²¹ 厚生統計協会(2002)p.172

²² *ibid.* p.172

²³ 2002年3月より、従来の「保健婦助産婦看護婦法」は「保健師助産師看護師法」に改正され、各看護職の名称は「婦」から「師」へ改められた。

²⁴ 医療法制研究会編(1999)p.85

²⁵ 厚生統計協会(2002)p.173

²⁶ *ibid.*

年層が増えつつある²⁷。

就業看護婦数は、2000年末現在、看護婦数、准看護婦数等の就業者の総数は1,042,168人となっている。就業先別にみると(表2-10)、病院(70.7%)、診療所(18.9%)などの割合が高い²⁸。

今後の若年労働力人口の減少により、新卒就業者の確保が困難になることが見込まれるため、看護職員の確保については、離職の防止および潜在

看護職員の再就職の促進に重点が置かれている。離職の防止対策としては、院内保育施設に対する補助の充実を図っている。再就職の促進については、1992年度から中央および都道府県ナースセンターを設置し、潜在看護職員の就業促進のための拠点整備を図っている。2000年度の再就業者は26,681人であり、2000年度におけるナースバンクの登録者数は、約89,000人である²⁹。

表2-9 就業先別保健婦・助産婦数

	実数		構成割合(%)	
	保健婦	助産婦	保健婦	助産婦
総数	36,781	24,511	100.0	100.0
保健所	7,630	249	20.7	1.0
助産所	-	1,858	-	7.6
市町村	20,646	-	56.1	-
病院	1,770	17,914	4.8	73.1
診療所	1,388	2,864	3.8	11.7
訪問看護ステーション	638	-	1.7	-
介護老人保健施設	52	-	0.1	-
社会福祉施設	627	30	1.7	0.1
事業所	1,672	-	4.5	-
保健婦・助産婦学校および養成所	641	638	1.7	2.6
その他	1,717	958	4.7	3.9

注：2000年12月31日現在

出所：厚生労働省「衛生行政報告例」

表2-10 就業先別看護婦数

実数	構成割合(%)	
総数	1,042,468	100.0
病院	736,646	70.7
診療所	196,506	18.9
訪問看護ステーション	21,667	2.1
介護老人保健施設	26,749	2.6
社会福祉施設	31,363	3.0
学校	1,265	0.1
保健所	1,323	0.1
看護婦学校および養成所	10,102	1.0
その他	16,847	1.6

注：2000年12月31日現在

出所：厚生労働省「衛生行政報告例」

²⁷ 医療法制研究会編(1999) p.91

²⁸ 厚生統計協会(2002) p.173

²⁹ *ibid.* p.181

(5) その他の保健医療従事者

医療技術が進歩するにつれて、各種医療業務に従事する専門職種が増えている。主なものを紹介する。

衛生検査技師は1958年に創設された資格で、医師の指導監督の下、血清学、血液学、病理学、生化学的な諸検査を実施する。臨床検査技師は1970年創設された資格で、衛生検査技師の業務に加えて、心電図、脳波、呼吸機能などの生理学的検査を行う。

診療放射線技師は、医師・歯科医師の指示の下、放射線を照射する専門職で、日本では1951年に制度化された。

医学的リハビリテーションのニーズに対応するための資格には、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、義肢装具士がある。理学療法士と作業療法士は1965年に、視能訓練士は1971年に、義肢装具士は1987年にそれぞれ制度化された。

生命維持装置（人口呼吸器、血液透析装置等）等の操作および保守点検を行う専門職に、臨床工学技師（1987年創設）がある。

歯科の分野では、歯科衛生士（1948年創設）、歯科技工士（1955年創設）がある。歯科衛生士は、歯科医師の指導の下で、歯科診療の補助と歯科保健指導を行う。歯科技工士は、歯科医師の指示または指示書によって、特定の患者の歯科医療に要する補てつ物等を作成し、修理、加工する。

救急医療における搬送中の措置（気道の確保や心拍の回復等）を担う資格として、救急救命士制度が1991年に創設された（詳細は第10章「救急医療」を参照）。

その他、医業類似行為に関する職種として、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師（以上は1947年法的に認可）、柔道整復師（1970年法的に認可）がある。

このほか、食生活や栄養に関する資格として、1947年に創設された栄養士（都道府県知事による免許）と管理栄養士（厚生労働大臣の登録）、また調理師（都道府県知事による免許）等がある。

5-3 医療提供体制の課題

現在日本は、国民皆保険の下で、世界最高水準の保健医療システムを提供しているが、表2-11にみるように、先進諸国と比較した場合の医療人材の不足、入院の長期化による医療費の増大などの問題、また近年、少子高齢化の進展、医療技術の進歩、国民の意識の変化等を背景として、以下のような課題が指摘されている³⁰。

先進諸国に比べ、人口当たりの病床数は多いが、病床当たりの医療従事者は少なく、平均在院日数が長い。

機能分化が十分に進んでいないことから、専門的な治療法について、個々の医療機関における技術の蓄積が進みにくい現状にあり、全体として重点化・効率化を進めることが課題となっている。

医療については、客観的情報が不足し、患者が医療機関を選択しにくい状況にあることから、患者の選択を通じた医療機関相互の競争が働きにくくなっている。

医療安全や、救急医療など、安心できる医療の確保への要請が強まっている。

表2-11 医療提供体制の先進諸国との比較

	人口千人当たり病床数	病床百床当たりの医師数	病床百床当たりの看護職員数	平均在院日数
日本	13.1	12.5	43.5	31.8
ドイツ	9.3	37.6	99.8	12.0
フランス	8.5	35.2	69.7 (1997)	10.8 (1997)
英国	4.2	40.7	120	9.8 (1996)
米国	3.7	71.6	221	7.5 (1996)

出所：日本は厚生省調べ、諸外国はOECD Health Data 2000

³⁰ 厚生労働省（2002）pp.119-120

厚生労働省は、こうしたさまざまな課題を解決し、日本の医療提供体制を質の高い効率的なものとしていくためには、国民全体で共有できる包括的な将来像を示すことが不可欠であるとした。2001年9月には「21世紀の医療提供の姿」を公表し、当面取り組むべき施策について、その内容とスケジュールを示している。

この「21世紀の医療提供の姿」では、以下の3つを基本的視点としている。

- 患者の自覚と責任に基づく、患者の選択の尊重と情報提供
- 患者の選択に応えられる、質の高い効率的な医療提供体制
- 地域（二次医療圏）で充足した医療の提供、医療安全対策、救急医療などの確保、情報提供のためのIT化の促進

この3つの視点を達成するための、具体的施策と数値目標、スケジュールを提示している。

6. 医薬品

6-1 医薬品産業

生命化学の進歩が著しい21世紀は、再生医療やナノテクノロジーを活用した医療、遺伝子情報に基づく創薬（いわゆる「ゲノム創薬」）による画期的な医薬品の開発が期待されている。また、日本においては21世紀のリーディング産業として日本経済発展の一翼を担うことが期待されている³¹。

一方、医薬品業界は、市場の大規模なグローバル化が進行中で、欧米先進国でも1980年代後半に医薬業界における大型M&Aブームがあった。さらに近年、各国の医療改革が起爆剤となり再びM&Aブームが起こっている。このため各企業は事業の再構築、研究開発・マーケティングの効率化、人員削減を押し進めており、その結果、日本においても欧米企業との合併・整理統合・資本提携、市場の整理などを余儀なくされている。また、医薬品の研究開発においても製薬企業間によるグロー

バルな競争が激化している。さらに、日本の創薬環境は国際的に魅力的なものとはなっていない。

こうしたことから、産業界と政府が協力して医薬品業界の国際協力の強化と魅力的な創薬環境の実現を図ることをねらいとして、2002年8月に「医薬品産業ビジョン」を策定した。このビジョンで産業の現状・課題、将来像等を提示するとともに、2002年度から5年間をイノベーション促進のための集中期間と位置づけ、創薬環境整備の具体策をアクションプランとして提示した。今後は、このアクションプランを着実に実施し、医薬品産業の発展を図っていくことが求められている³²。

6-2 医薬分業に関する特殊性

日本は世界の主要国で一般的に医薬分業が行われていない唯一の国といわれている³³。この特殊性は、近代以前の体制、すなわち漢方医中心の江戸時代において医師は薬の処方によって医療費を得るという体制をとっていた慣習が、今なお底流にあるからであろう。一方、このような時代的背景から、薬剤費（＝医療費）は自己負担という観念が、江戸時代以前から定着しており、この点が現在の途上国の状況と大きく異なる。しかし、医薬分業に対する試みは継続して実施され、1974年に院外処方箋の発行枚数が大きく増加し始め「医薬分業元年」と言われた³⁴。その後も院外処方箋発行枚数は着実な増加傾向を示し、2001年度は44.5%に達している。

しかし、現在においても医薬分業の課題は多く、地域差が大きい、病院・診療所の前に立地する薬局が集中的に処方箋を受け入れる、いわゆる「門前薬局」型が多いことなどが挙げられている。

患者にとっての医薬分業のメリットは、重複投薬や薬の飲み合わせによる弊害防止、服薬指導を薬剤師が行うことによって、医薬品の適正な使用を図り、安全性を確保することである。このメリットを十分発揮するためには、地域のかかりつけ薬局が複数の病院・診療所の処方箋を応需し、大

³¹ 厚生労働省（2002）p.129

³² *ibid.* p.130

³³ 厚生統計協会（2002）p.238

³⁴ 天野（2002）p.177

衆薬を含めた薬歴管理、丁寧な服薬指導を行う体制、いわゆる「面分業」が理想的である。そのため、厚生労働省としては、適正な医薬分業を進めていくために、地域の薬局の処方箋を応需する体制の整備、地域住民の理解と地域の関係者の協力を得ること、薬剤師自身の資質の向上が必要と考えており、今後も諸施策を推進していくこととしている³⁵。

7. 保健医療情報システム

7-1 統計システム

日本の統計は世界的にも比類ないほど精緻である。日本における統計の歴史は古く、奈良朝時代に戸籍・計帳・輪祖帳が、また江戸時代に入り1671年に宗門人別改帳が作成されるようになり、さらに1721年は全国的な人口調査が初めて実施された³⁶。このように、日本においては明治時代以前においても人口統計に類するものが存在していた。また保健衛生統計は、統計をとることを目的としたのではなく、登録制度（妊娠届、結核登録等）が前提となって、その登録管理上の有用性を追求するうちに精緻な統計が整備されたところに特徴がある。

しかし、近代的な国勢調査が開始されたのは他の先進諸国に比べると比較的遅く、1920年になってからであった。その後今日まで（終戦直後は除く）5年おきに全数調査による国勢調査が実施されている。

その他、統計法に定められている「指定統計」をはじめ、承認統計、届出統計等、さまざまな統計調査が実施されており、国民の健康、生活、意識を把握し施策に役立てられている。指定統計には「国勢調査」をはじめ、「人口動態調査」、保健医療に関係するものとしては「国民生活基礎調査」、「厚生行政基礎調査」、「患者調査」、「国民健康調査」、「医療施設調査」、「社会生活基本調査」などがあり、承認統計の保健分野の主なものには「保健衛生基礎調査」、「国民栄養調査」、「身体障害者実態調査」があり、日本の保健医療の詳細な指標デ

ータを提供している。

7-2 情報通信技術の活用

良質な保健医療サービスを効率的に提供するために、近年、発達が目覚ましい情報通信技術を活用していくことが不可欠という認識に立って、医療情報システムの研究開発と普及・推進を図っている。

厚生労働省は、2002年からおおむね5年間を見据えた保健医療の情報化推進計画を策定し、その達成のための官民の役割を明確化した上で、情報化推進の道筋と方策を示すため、2001年12月に「保健医療分野の情報化に向けたグランドデザイン」を公表した。この中では医療分野の情報化により21世紀の診療の場がどのように変わるのか、下記のように患者や国民の視点から具体的に示している。

医療機関に行く前に医療機関を選択する環境が整い、またわかりやすい医療の情報が容易に手に入れられるようになる。

診察の際には、待ち時間が短くなったり、わかりやすい説明が受けられ、また最新かつ最良の医療情報に基づいた最適な治療が受けられるようになる。

在宅では、通院の負担が軽くなり、医療の情報が簡単にわかりやすく手に入れられる。救急時には、より早く、適切な救急医療が受けられ、どこで様態が急変しても救急医療機関とかかりつけ（歯科）医師との連携がとれるようになる。

日本の医療全体として、情報提供とそれによる患者の選択が進み、質の高い正確な情報を国民が得られるような環境が整備され、さらに質の高い効率的な医療の提供が促進される。

さらに電子カルテについては地域医療の促進という観点からも、「2006年度までに全国の400床以上の病院と全診療所のそれぞれ6割以上」、「レセプト電算処理システムについては「2006年度までに病院レセプトの7割以上」に普及させることなど

³⁵ 厚生統計協会（2002）p.238

³⁶ 山口（2000）

の具体的な数値目標を掲げ、これらの目標達成に向けたアクションプランを策定した。今後は、これらの目標達成に向けて戦略的に取り組みを進めていくことになっている³⁷。

8. 保健・医療財政

8-1 医療費の動向

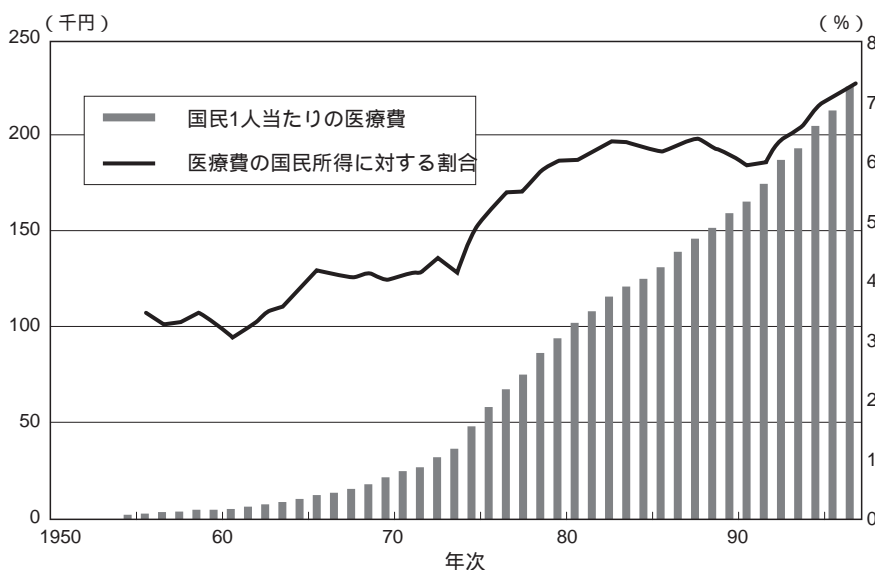
日本の保健医療制度は、すべての国民が健康保険や国民健康保険といった公的な医療保険制度に加入し、いつでも必要な医療を受けることができる国民皆保険制度を採用している。こうした仕組みは、経済成長に伴う生活環境や栄養水準の向上などともあいまって、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現する上で大きく貢献し、

今日、日本の医療制度は、国際的にも高い評価を受けている。

しかしながら、世界的にも類をみない高齢化の進展、老人医療費をはじめとする医療費の増大、90年代以降の経済の低迷などによって、近年、医療保険財政は極めて厳しい状況にある。図2-5にみるように、国民医療費は経済（国民所得）の伸びを上回り、増加の一途をたどっている。国民1人当たり医療費は1954年には2,400円であったものが、1980年には10万円を超え、1994年に20万円を超え、1996年には22万6,600円となっている。

中でも国民医療費の3分の1を占める老人医療費の伸びが著しく、国民所得の8%を占めるに至っている。対前年度伸び率でみると、老人医療費の伸びが著しいことが顕著である（表2-12）。

図2-5 国民1人当たりの医療費および国民所得に対する割合の変遷



出所：国民総生産・国民所得は、経済企画庁（1997年12月発表）
 総人口は人口統計資料集（2001/2002年版）、国立社会保障・人口問題所
 医療費は厚生労働省「国民医療費」

表2-12 国民医療費等の対前年度伸び率（%）

	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年
国民医療費	5.9	7.6	3.8	5.9	4.5	5.8	1.9	2.6	3.7	-1.9
老人医療費	8.1	8.2	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	-5.1
国民所得	5.9	-0.1	0.0	0.9	1.1	2.6	0.8	-2.8	0.3	-0.3

出所：厚生労働省（2002）

³⁷ 厚生労働省（2002）pp.201-202

今後とも、高齢者の増加に伴い老人医療費が増加していくことは避けられないが、国民所得の伸びを大きく上回って医療費が伸び続ければ、これを支える国民、特に保険料の主たる負担者である若年層の負担が過剰なものとなる³⁸。

今後の医療制度を考える場合、こうした医療費の伸びを適正なものとしていくとともに、いかに増加する負担を世代間で公平に分かち合っていくかが、重要な課題となっている。

8-2 衛生行政の財政

(1) 国家財政

2002年度の厚生労働省の予算は、表2-13に示すように18兆6,684億円で、国家総予算の約23%を占めている。そのうちの約14兆円は社会保険費に充てられている。保健衛生対策費としては、約5,236億円が充てられている。衛生行政に関してはこのほか、環境省が循環型社会を構築する施策、環境管理などの施策に2,644億円（2002年度の該

当予算）、また文部科学省も一青少年の健全育成のための施策、子どもたちの安全および健康に関する施策に対して、約25億円（2002年度の該当予算）を充てている。

(2) 地方財政

日本における保健医療財政は、国家財政に加えて、地方自治体においても独自の予算を確保している。地方自治体の財政は自治体によって異なるが、おおむね、衛生費、民生費、土木費、教育費、農林水産業費、警察費等に大別することができる。このうち保健医療分野に該当するのは衛生費である。

全国の地方自治体の2002年の歳出決算額は総額97兆6,164億円であり、衛生費の純額は6兆5197億円で歳出総額の6.7%（都道府県3.1%、市町村9.9%）である。地域保健法などにより保健医療分野においても地方分権が進んでおり、保健医療予算の財源移譲が徐々にではあるが進んでいる。

表2-13 厚生労働省予算の主要項目

	2002年度（百万円）	2001年度（百万円）
生活保護費	1,383,728	1,309,113
社会福祉費	1,721,755	1,694,410
社会保険費	13,995,224	13,497,780
保健衛生対策費	523,691	528,139
・保健衛生諸費	85,925	77,120
・保健衛生施設整備費	31,563	36,268
・原爆障害対策費	155,449	156,789
・原爆死没者追悼平和祈念館施設費	2,940	3,892
・結核医療費	8,365	8,919
・国立病院および療養所経営費	115,862	124,378
・国立病院および療養所施設費	6,300	6,635
・精神保健費	67,593	64,583
・検疫所	8,054	8,180
・国立ハンセン病療養所	41,640	41,374
失業対策費	487,235	429,093
その他	556,729	583,542
厚生労働省一般会計予算総額	18,668,363	18,042,077
一般会計予算総額	81,229,993	82,652,379

注：四捨五入のため内訳の合計が予算総額に合わない場合がある。

出所：厚生労働省大臣官房会計課調べ

³⁸ 厚生労働省（2002）

<参考文献>

- 天野宏(2002)『概説薬の歴史』薬事日報社
 医療法制研究会編(1999)『図説日本の医療』ぎょうせい
 大谷藤郎監修(2002)『地域保健』第一出版
 大林道子(1989)『助産婦の戦後』勁草書房
 川上武・小坂富美子(1992)『戦後医療史序説』勁草書房
 厚生省(1988a)『厚生省五十年史(記述篇)』厚生問題研究会
 (1988b)『保健所五十年史』日本公衆衛生協会
 (1999)『平成11年版厚生白書』ぎょうせい
 厚生統計協会(2002)『国民衛生の動向・厚生
 指標 臨時増刊・第49巻第9号 通巻第768号』厚生統計協会
 厚生労働省監修(2002)『平成14年版高齢労働白書』ぎょうせい
 鈴木庄亮ほか(2003)『シンプル衛生公衆衛生学』
 中村吉夫(1998)『厚生行政』ぎょうせい
 日本医師会編(2000)『医療の基本ABC』診断と治療社
 日本助産婦会ホームページ
 (http://www.josanpu.or.jp/01_about_us)
 村上陽一郎(1996)『20世紀の日本(9) 医療
 高齢社会へ向かって』読売新聞社
 山口喜一(2000)『人口史料と人口統計』『人口大事典』日本人口学会編、倍風館

第 部
日本の保健医療の経験

第3章 母子保健

日本の乳児死亡率は1950年では60.1（出生1,000対）と高かったが、その後急激に低下し、2000年には3.2と世界で最も低い水準に達している（図3-1）。しかし世界を見渡すと、現在でも途上国では乳児死亡率が50以上の国が60カ国以上もあるといわれている。途上国からは、第2次世界大戦後、急激に健康水準を改善させた日本の母子保健の経験を参考にしたいという非常に強い期待が寄せられている。

この章では、第2次世界大戦後の日本の母子保健医療施策の経緯を概括し、途上国に参考になりうる日本の取り組みを考察する。

1. 母子保健施策の変遷

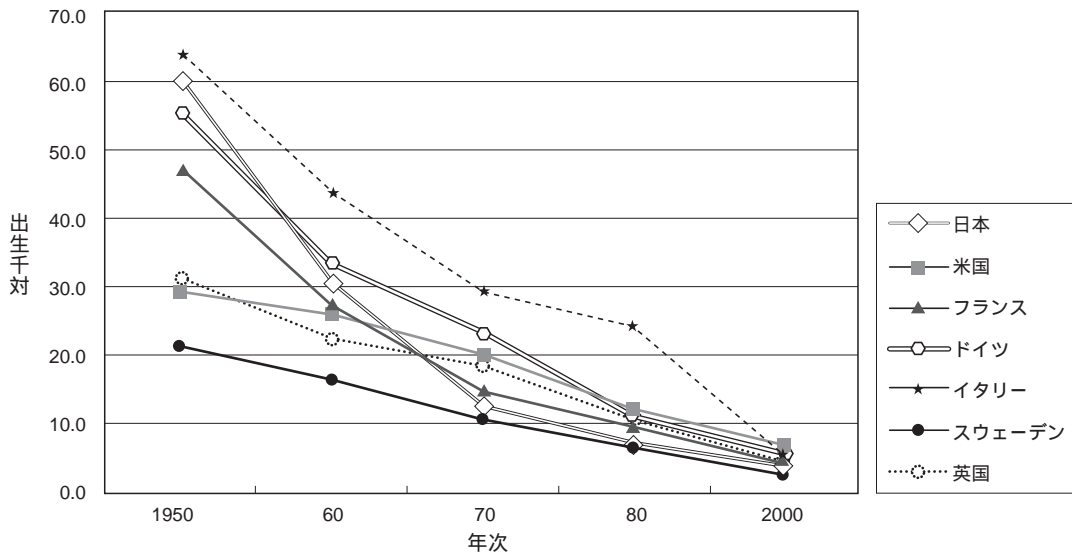
1-1 戦前の母子保健（1868～1944年）

明治時代の初期に日本にやってきた多くの外国人が日本の子育てを絶賛していることは周知の事実である。例えば、E.S.モースは、「私は世界中に日本ほど赤ん坊に尽くす国はなく、また

日本の赤ん坊ほどよい赤ん坊は世界中にないと確信する」と述べ、東京の乳児死亡率はボストンよりも低いと記載している²。確かに、20世紀初頭の日本の乳児死亡率は150くらいで推移し、世界でもかなり低いほうだったと推測される。その背景には、日本には1300年代から「産婆」という現代でいう助産婦が存在したことが考えられる。

しかしながら、当時の世界水準から見れば悪くなかったとはいえ、乳児死亡率は1925年頃まで150以上であり、決して満足のいくレベルではなかった。当時は妊娠出産に関して一般の人々には十分な科学的認識はなく、多産、出産直前までの女性の過重労働、妊婦検診制度の未整備、専門技術を身につけた出産介助者の不足などの問題があり、出生後の小児に関しては、新生児ケアの欠如、栄養失調、劣悪な衛生環境による下痢症、不衛生な住環境による急性呼吸器疾患、親の知識や理解の不足などの問題があった。しかし、明治、大正期は、政府は急性感染症の対

図3-1 諸外国の乳児死亡率の推移（1950～2000年）



出所：母子衛生研究会編（2003a）

¹ Morse（1917）

応に追われ母子保健問題に着手する余裕がなかったのが実情であった。特に農村における実態はほとんど把握されておらず、乳児死亡に関する農村の実態調査が実施されたのは、1916年に内務省に保健衛生調査会が設置されてからであった。

その後、戦時色が強まる中、健兵健民思想の下、軍部の強力な後押しにより、1937年に保健所法と母子保護法が公布され母子保健行政の骨格ができあがった。さらに1938年には厚生省が創設され、厚生省 保健所という一貫した行政システムの中に母子保健が組み込まれた。1939年に乳幼児一斉健康診査が行われた。1941年には保健婦が法制化され人的資源の確保が行われた。また、1942年には現在の母子健康手帳制度の前進である「妊産婦手帳制度」が導入され、妊娠の届け出制と妊産婦健診などの励行が強く奨励され、各種母子保健サービスが整備されるようになった。

一方民間においては、1934年「恩賜財団母子愛育会」が設立され、1936年から農村における乳幼児の健康問題に対応して「愛育班活動」を始めた。この時期が日本の母子保健施策の胎生期といえる³。

1-2 戦後の母子保健施策の導入期 (1945～1948年)

戦後の日本の母子保健はGHQ（連合国軍総司令部）の指令と支援により、公衆衛生の重要な分野として位置づけられた。終戦後わずか2年しか経過していない1947年には厚生省に児童局が設置され、その中に母子衛生行政を所管する母子衛生課が設置された。同年、児童福祉法も制定された。また1947年には改正保健所法も制定され、保健所を中心とした母子保健サービスが本格的に実施されることとなった。

翌年の1948年には、優生保護法が制定され実質的に人工妊娠中絶が合法化され、非合法による危険な中絶が減り妊産婦死亡や乳児死亡の低下に大きく寄与することとなった。また同年、予防接種法が制定され、予防接種の徹底が図られた。さらに、戦時中に制定された妊産婦手帳制度を改訂し新しく母子手帳（1966年母子健康手帳に改称）として再出発したのもこの年である。

このように戦後3年の間に、矢継ぎ早に母子保健に関する法律や施策が打ち出され、これらは多少の変更はあるが、基本的には現在に至るまで引き継がれ母子保健の根幹をなしている。

1-3 母子保健施策の充実期 (1949～1979年)

戦後の食糧難とベビーブームの時期をすぎ、妊娠中および乳幼児をもつ母親に対する保健指導が、1948年より保健所を中心として積極的に行われた。保健婦や助産婦による訪問指導を中心とした健康教育は、乳幼児の健康増進に大きな役割を果たした。

農村部においては、安全なお産ができる分娩施設が少なく、また助産婦も不在の村などがあった。このような地域では民間団体や自治体によって「母子健康センター」が開設され、助産婦立ち会いの下の安全な出産が可能となった。母子健康センターは産後ケアなど母子保健に関する母親教育の場ともなった。この成果を受けて、厚生省は1958年に母子健康センターを法制化し全国的に普及させた。

1961年には、新生児対策として新生児訪問指導や3歳児健康診査（健診）が全国的に開始された。このように母子保健施策が次第に拡充する中で、1965年に「母子保健法」が制定された。同法は、従来の母子保健サービスの対象が児童と妊産婦のみであったのに対し、対象者に妊産婦になる前段階の女性も含め、彼女たちの健康管理を含めた総合的な母子保健対策を推進するものであった。

母子保健法の施行後は、個々の疾病に対する研究や予防の開発に力が注がれるようになっていく。1977年には1歳6カ月児健康診査が開始され、乳児・1歳6カ月・3歳という健診時期に合わせた疾病の早期発見と早期治療の重要性が叫ばれた。また同年には先天性代謝異常検査も開始され、以後、クレチン症（1979年度）、神経芽細胞腫（1984年度）、B型肝炎母子感染防止事業（1985年度）、先天性副腎過形成症（1988年度）、3歳児健康診査時の視聴覚検査と疾病ごとのスクリーニング検査が次々に実施されていった。

一方、戦前から地域で活躍していた愛育班活動

³ 西内・母子保健史刊行委員会（1988）

等を参考にして、厚生省は1968年に婦人ボランティアを「母子保健推進員」として地方自治体にその活動に対する予算補助を行い、その活動を全国に広げていった。このように草の根での実践活動の成果を政府の支援によって全国に広げていったことは日本の特徴の1つといえる。

1961年に国民皆保険制度が確立し、急速に医療施設の整備が進み、農村においても容易に医療施設にアクセスできる環境が整った。そのため、1950年時点では自宅分娩が95.4%とほとんどを占めていたが、1960年には半減し、1970年にはわずか4%にまで下がった（BOX3-1参照）。

1-4 子育て支援の時代（1980年～現在）

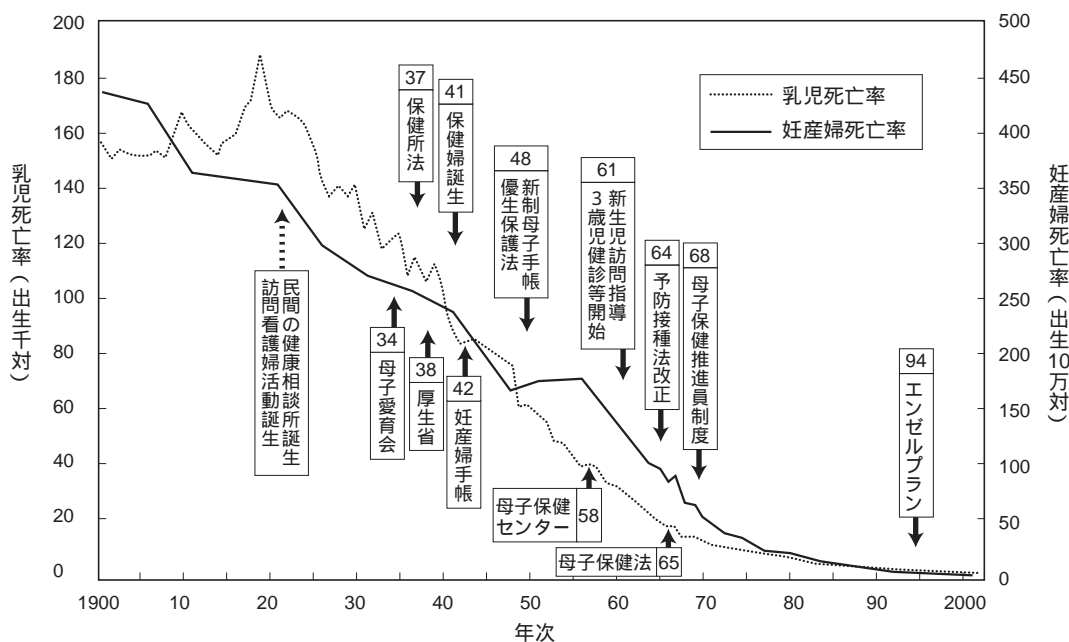
1980年代初めには、日本の母子保健の主要な施策はほぼ完成し（表3-1、3-2）、日本の乳児死亡率は順調に低下した（図3-1）。また、先進諸国の水準と比較しても医療費も相対的に低くなっている。このような理想的ともいえる日本の母子保健体制は、先進国や途上国から羨望の眼差しを浴びている。しかし、一方で少子化や核家族化・都市化の進行などによって、子育てを周囲の経験者などから学ぶ機会が減り、育児不安の増大や児童虐待の増加、子どもの養育費や教育費の負担の増大

など、子育てに関するストレスが社会問題化していった。母子保健指標にみられる量的な面での改善はほぼ飽和点に達したが、親子の心の問題との面では、まだまだ改善の余地が大きい。

このような少子化の一層の進行や女性の社会進出など、子どもを取り巻く環境の変化に対応するため、1994年に厚生省は安心して子育てできる社会環境を整備する目的で「エンゼルプラン」を策定し、関係省の大臣の合意によって緊急保育対策等5カ年事業を策定した。従来の母子保健システムだけでは核家族化や女性の社会進出など、多様化した生活様式に対応できないという認識に立ち、保育、雇用、教育、住宅など保健以外の分野との協調の中で子育て支援のための施策の基本的方向が打ち出された。

また2000年には、20世紀中の取り組みを踏まえ、残された課題や新たな課題に対応するために、21世紀の母子保健の取り組みの方向性を示し、関係機関や団体が協働で推進する国民運動計画として、「健やか親子21」を策定した。その主な取り組み課題としては、思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊対策支援、小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備、子ども

図3-2 乳児死亡率・妊産婦死亡率と母子保健の取り組み



出所：母子衛生研究会編（2003a）厚生労働省大臣官房統計情報部（2000）より作成。

表3-1 母子保健関連年表

西暦	乳児死亡率 (対1000出生)	母子保健の取り組み	社会・保健医療に関するトピックス
1916	170.3		保健衛生調査会設置
1934	124.8	恩賜財団母子愛育会設立	
1937	105.8		保健所法施行
1938	114.4	母子保護法施行	
1940	90.0	国民体力法による乳幼児の健診・保健指導実施	
1942	85.5	妊産婦手帳制度創設	
1945	-		第2次世界大戦終戦
1946	-		日本国憲法公布、発疹チフス大流行、天然痘、コレラ流行
1947	76.7	厚生省に児童局新設 児童福祉法公布	
1948		母子手帳配布開始 母子衛生対策要綱	医師法、医療従事者法、予防接種法、優生保護法公布
1951		身体障害児の療育指導、補装具の交付	結核予防法全面改正 WHO（世界保健機関）に加盟
1954		厚生省が母子衛生地域組織育成要領実施	寄生虫卵および蚊・ハエ撲滅運動を展開
1955	39.8		森永ミルク砒素中毒
1958		母子健康センター設置、未熟児養育医療	
1959		結核児童の療育の給付	青森県八戸市でポリオ集団発生
1960	30.7		薬事法公布、10数県でポリオ流行
1961	28.6	3歳児健康診査、新生児訪問指導 ポリオワクチン緊急輸入・全国一斉投与	国民皆保険の実現
1962			社会保険庁新設 日本におけるサリドマイド児
1964	20.4	予防接種法改正（ポリオ生ワクチン法制化）	乳児死亡率が米国を下回る
1965	18.5	母子保健法公布、国立小児病院設置	
1968	15.3	母子保健推進員制度（全国919の市町村）	イタイイタイ病が公害病に認定される
1974	10.8	小児慢性特定疾患治療研究事業	
1977	9.4	1歳6カ月児健康審査を開始、先天性代謝異常のマススクリーニング検査を開始	平均寿命世界一になる
1981			感染症サーベイランス事業開始
1982			老人保健法
1985	5.5	B型肝炎母子感染防止事業を開始	国連婦人年
1989			AIDS予防法制定、1.57ショック（少子化）
1990			世界子どもサミット（ニューヨーク）
1991	4.4	育児休業法	
1994	4.2	子育て支援のためのエンゼルプラン	地域保健法制定、介護保険法制定
1997	3.7	母子保健事業の市町村移管	
1999			感染症法施行
2000	3.2	「健やか親子21」策定	

の心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減、の4点を掲げている。

2. 母子保健改善の主な要因

本節では、最初に、なぜ戦後日本の母子保健が急激に改善したのかという要因分析を行い、次、その中でも特に日本に特有の要因について詳しく紹介する。

2-1 母子保健向上の要因分析

戦後日本においてどのような母子保健施策が乳幼児死亡率や妊産婦死亡率の急激な減少に貢献したのか、という課題に対する海外からの関心は非常に高い。しかし、これらの指標は教育や経済成長などの広範な社会経済的要因と密接に関連しているために、母子保健医療プログラムの改善だけで説明するのは困難であり、現在いくつかの研究が進行中であるが、確定した解釈はまだない。そこで、本稿ではいくつかの先行研究を紹介し、今後のさらなる考察の材料を供することとしたい。

藤崎(2003)は、妊産婦死亡率低下の考察として大きく、「基礎的条件」：教育水準・生活水準・医療水準の向上、国民皆保険、「専門的促進要因」：各種母子保健施策、施設分娩の推進、周産期医療の進歩、「特筆すべき日本に固有の(特徴的な)要因」：公衆衛生活動、住民参加、母子健康手帳の活用、母体保護法(旧優生保護法)制定、の3項目を挙げている。このうち については、どこの国においても普遍的に必要な要件であると考えられる。また、 の「日本に固有の施策」(日本の特徴的な取り組み)については、日本が短期間に著しい成果を上げることのできた一因がここにあると考えられ、 について詳しく考察することにより、途上国に参考となりうる日本の経験を抽出する糸口が見つかる可能性がある」と指摘している。

また、乳児死亡に関する要因分析については、日米の共同研究がある⁴。図3-1にみるように、日本は経済的に米国よりもはるかに貧しかった1960年代に乳幼児死亡率が米国を下回った。その理由として、以下のような要因が分析されている。

- i) 経済格差の少なさ：富裕層と貧困層の経済格差が小さかっただけでなく、農村部と都市部における母子保健環境の格差も小さかった。特に、乳児死亡率の都市部と農村部の格差は、1965年以降縮小傾向にあり、都市部における母子保健環境に、短期間(約5年間)のうちに農村部も追いついていった⁵。
- ii) 国民皆保険制度：健康保険制度の普及により、多くの女性や小児が診療を受けやすくなった。また、養育医療⁶や育成医療⁷といった制度の整備により、多額の費用を要する新生児医療や先天性疾患に対する手術等が無料で受けられるようになったことも、乳児死亡率の減少に寄与したと思われる。
- iii) 母子健康手帳：母子健康手帳が直接的に乳児死亡率の低下に寄与したという科学的根拠は定量的には示されていないが、親の子育てに関する意識の向上、医療関係者と利用者のコミュニケーションの改善、母子保健情報の提供、妊娠・出産・成長過程での種々の記録化などを通じて、母子健康手帳の果たした役割は大きいと思われる。
- iv) 健康診査とスクリーニング：妊婦検診、母親学級、出生直後の先天性代謝異常等マスキング、乳幼児健診など、妊産婦と小児を対象とした一連の健康診査が、疾病の早期発見やその対応などに効果があった。

上記の2つの研究の考察を整理すると、妊産婦死亡率と乳児死亡率と研究対象は異なるものの、両者とも母子保健分野の中で、社会経済的要因、母子保健分野特有の技術的要因、および日本に特徴的なアプローチや活動、の3項目に着目してい

⁴ Kiely M, Hirayama, Wallace, Kessel, Nakamura, KielyJL, Nora (1999)

⁵ 中村(2003年3月10日) シンポジウム講演「日本の経験をどのように途上国へ応用するか」国際シンポジウム「日本の保健医療経験の途上国への応用可能性について」

⁶ 養育医療：出生時の体重が少ない(2,000g以下)あるいは疾病を持つ新生児に対して、医療機関における入院医療費の自己負担分を給付する制度である(母子保健法第20条)。

⁷ 育成医療：手術などの治療により改善が期待される障害(肢体不自由、腎臓、心臓など)について、指定医療機関において公費により治療を受けることができる制度である(児童福祉法第20条)。

ることがわかる(藤崎のいう 基礎的条件の中に、Kielyらの i), ii) が含まれ、 専門的促進要因に iv) が含まれ、 特筆すべき日本に特徴的な要因には iii) が含まれる)。

社会経済的要因や母子保健分野の技術的要因については日本以外においても共通して考えられるものであることから、以下では、日本に特徴的な

アプローチや活動に焦点を当てて分析・検討することとする。具体的には、「特筆すべき日本に固有の要因」として藤崎が挙げている公衆衛生活動、住民参加、母子健康手帳の活用、母体保護法制定の4項目について日本の経験を解説する。加えて、現在の途上国の重要課題であり、また日本の優位性が途上国支援において発揮しやすい分野である

BOX3-1 自宅分娩と乳児死亡率

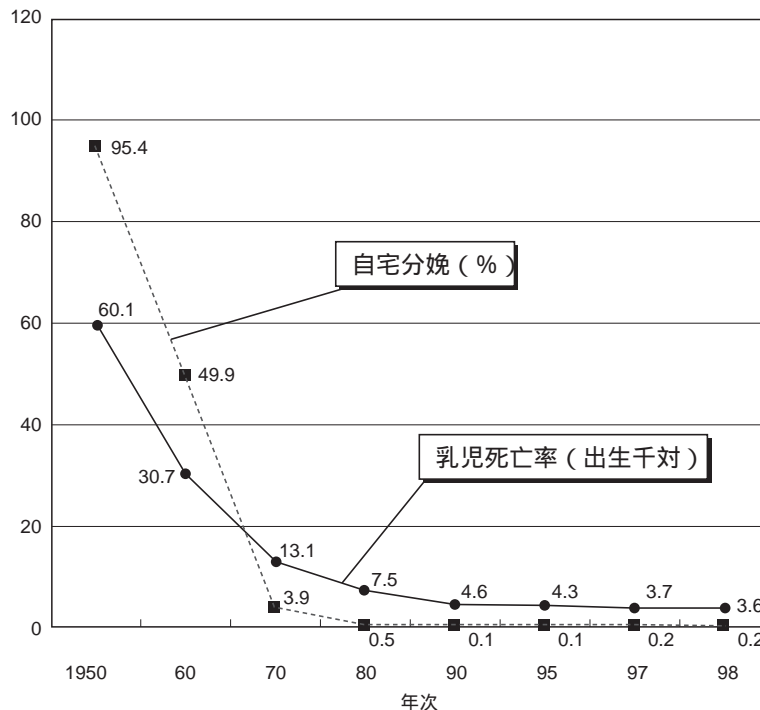
藤崎(2003)の分析では、妊産婦死亡率低下の「専門的促進要因」として施設分娩の推進が指摘されている。ここではその論拠をデータによって掘り下げてみたい。

下図にみるように、1950年時点では自宅分娩が95.4%とほとんどを占めていたが、1960年には半減し、1970年にはわずか4%にまで下がっている。この傾向とほぼ動きを同一にして乳児死亡率の急激な低下が見られる。これらの統計から、日本においては、施設分娩(病院、診療所、助産所の計)への移行によって乳児死亡率(特に新生児死亡率)が大きく改善したと分析されている。施設分娩への移行が進んだ背景として、戦後のGHQの指導もあったが、1961年に国民皆保険制度が確立し、急速に医療施設の整備が進み、農村においても容易に医療施設にアクセスできる環境が整ったことが大きい。

ただし、施設分娩が自宅分娩に勝ると短絡的に結論づけるべきではなく、当時の日本においては自宅分娩の環境が整っていなかったため、施設分娩への移行が医療水準の向上につながり、乳児死亡率の低下に結びついたとみるべきであろう。

リプロダクティブ・ヘルスの観点からは、出産場所は妊婦が選択できてしかるべきであり、現在の国際保健協力の一般的な理論では、「施設分娩の移行」ではなく「専門的な訓練を受けた者の立ち会いによる出産」が到達目標とされている。

自宅分娩と乳児死亡率の変遷



出所：自宅分娩の割合は母子衛生研究会編(2003a) 乳児死亡率は国立社会保障・人口問題研究所(2001/2002)より作成。

と考えられる母子保健センターと母子保健統計についても紹介する。

2-2 公衆衛生活動 女性の専門職による活動

日本では戦前より公衆衛生活動を中心とした母子保健が行われていた。特に、開業助産婦、保健婦など女性の専門職による活躍が母子保健の向上に大きく貢献した。

(1) 開業助産婦

民間による活動の中では、日本において江戸時代から存在した熟練の開業助産婦の存在が大きい。明治政府はこの開業助産婦を制度化し、教育機会を整備し、施設分娩が普及する以前に草の根で安全なお産ができるよう努めた。戦後、GHQはこのような質の高い開業助産婦制度のない米国の常識を当てはめ、制度の廃止を主張したが、日本の開業助産婦の質の高さや社会的重要性を知って、その存続を認めた⁸。その後、厚生省は助産婦を再教育し、助産婦による保健指導の徹底を図るための研修を実施した。特に妊産婦への保健指導として、母子手帳の活用奨励、保健所で

の健康診断の促進、施設分娩の奨励、尿蛋白や血圧検査、体重測定などの取行、を徹底させた。このような再教育を受けた助産婦は、母子の健康状態や家計について知り抜いている人々であり、戦後において望まない妊娠により非合法の中絶を続ける母親の増加とその後遺症による死産や異常分娩の増加、母体の健康の悪化を強く懸念している専門職であった。そのため、1952年より受胎調節実地指導員制度が開始されると、多くの助産婦は自分たちの本業が脅かされることも厭わず、母体を保護するという使命感をもって「中絶するぐらいなら、避妊せよ」と家族計画の普及に奮闘した。

(2) 保健婦活動（第8章「地域保健」参照）

日本の保健婦は、1920年代頃より篤志的な訪問看護婦として誕生し、母子を支援する活動を行っていた。また、1930年代には国民健康保険（国保）組合や自治体が保健婦を雇用し、地域住民の健康を担わせた。例えば、群馬県六郷村（人口約1,400人）の1945年当時の国保保健婦による母子保健活動は、妊婦健診（年4回専門家医補助）、妊産婦栄養補給（米麹配給、山羊の飼育奨励）、乳

BOX3-2 保健婦の活躍 長野県高甫村

長野県高甫村に国保保健婦が着任したのは1944年。当時は極貧の村で乳児死亡率も高かった。保健婦はまず初めに愛育班活動をモデルに「保健指導員制度」をつくり、地元の主婦を積極的に村の保健活動に引っ張りだし、保健活動への主体的意識と知識を高めることに貢献した。戦後は、新しくできた保健所や開業医師と連携して、乳幼児健診、妊産婦健診を実施した。また、受胎調節実地指導員の資格をとり、母子保健や家族計画の普及を進めた。村長や寺の住職、夫や姑など、嫁の行動を規制する意思決定者層を取り込んでいった。夫婦による「おしどり会」を結成して保健指導を行った。1948年に優生保護法が成立して人工妊娠中絶が条件付で認められるようになると同村でも中絶数が激増し、1953年に118件とピークとなった。しかし、おしどり会や「(避妊具普及のための)愛の小箱」活動が功を奏し、翌年の1954年56件、1955年32件と中絶数は半減していった。

出所：国際協力事業団国際協力総合研修所（2003）

⁸ 当時、米国の出産の大半は病院で行われており、立ち会いは医師、看護婦であった。一方、助産婦（Midwife）は、きちんとした教育も受けておらず、医療機関のない農村などで低所得者層の間でのみ利用されており、社会的に容認されている職業とはいえなかった。一方、当時の日本の助産婦は体系的な教育を受け、一般に資産家の娘が就く職業であり、当時の出産の9割以上が家庭で分娩する時代にあり、社会的信頼度は非常に高かった（国際協力事業団国際協力総合研修所（2003））。

⁹ 大林（1989）

児健診（年2回村医補助）、母乳不足育児相談（月1回）、全乳幼児・妊婦の家庭訪問等であり、多岐にわたっている¹⁰。その後、1938年に制度化された保健所に保健婦が配置されるようになり、多くの保健婦は保健所を拠点として、地域住民のニーズを常に肌で感じながら、きめ細かい母子保健サービス事業を展開した。総じて、1960年頃までの農村における保健婦活動は、全戸訪問のアウトリーチ活動が基本であったがために、住民のニーズに即したきめ細かいサービスが提供できた。また、当時保健婦はその社会的地位が高く待遇もかなりよかった（例えば、静岡県の保健婦では、大学卒の教員より高給な者、村の助役に次いで高給だった者などもいた¹¹）。このことによって保健婦の責任感が高まり、自発的に問題を発見し解決するという姿勢に結びついていった¹²。

このように、日本の母子保健は民間の女性の医療従事者の問題意識から始まり、その後保健所と保健婦が制度化されて公衆衛生活動の一環として行われた。また、開業助産婦や保健婦がアウトリーチ活動を主軸とし、地域住民のニーズに根ざしたきめ細かい活動を展開したところにも大きな特徴がある。

2-3 住民参加活動

(1) 母子愛育班活動

母子保健においては戦時中から戦後にかけて、母子の健康を守ることが地域において重要な課題として認識され、行政の支援も得つつさまざまな取り組みが行われた。その代表的なものとして、戦前に誕生した恩賜財団母子愛育会と、その延長上にある母子保健推進員の活動がある。

恩賜財団母子愛育会は1934年に皇室の冠を戴いた、母子の健康と福祉のための事業を実施する民間の団体として創設された。創設直後に児童および

母性・教育に関する総合的な全国調査を実施した結果、当時の日本では農漁村において乳幼児死亡率が著しく高いことが判明した。そこで、村ぐるみで日常生活の中で妊産婦や乳幼児についての知識を身に付けながら家庭看護を普及させ、さらに乳幼児死亡率を低下させようという試みが始まった。これが「愛育村」における「愛育班」事業である。愛育村に指定された村では、地域の婦人ボランティアによる「愛育班」が構成され、保健医療専門家から一定の講習を受けたのち、地域内全世帯を対象に家庭訪問を行い、母と子の健康を守る啓蒙活動を展開した。彼女たちは健康相談や集団検診などに対するコミュニティ活動においても、保健所をサポートする重要な人的資源として活躍した。また、愛育班員自身が地域における問題を発見し、子どもの多い家族の家事の手伝い、農繁期の保育所の開設など、実践的で住民のニーズに合った活動を展開していった。愛育班員は、自ら定期的に学習会を持ち知識と啓蒙技術の向上に努めた¹³。

1939年からは厚生省の正式な事業となり「愛育指定村事業」として展開された。1936年に全国で5カ所の愛育村が指定されたのを皮切りに、市町村、保健所、医師会などと連携を保ちながら拡大し、戦前には35道府県に1,200余りの愛育村が指定され、母子保健衛生の向上に貢献した¹⁴。愛育班活動では、厚生省だけでなく、ユニセフの訪問、他県からの研修生の視察など外部の専門家を招聘し、そのことが住民の自信と組織の強化、村人の意識改革につながり、母子保健向上活動につながっていった。

1938年には母子愛育会の中に「愛育研究所」が設立され、母と子に関する心身両面から総合的・実際的研究を行い、母子保健研究における先駆的役割を果たしてきた。

¹⁰ 内堀（1985）

¹¹ 森口・兵井（1993）

¹² 大峽（2002）

¹³ 母子愛育会ホームページ

¹⁴ 厚生省（1988）

(2) 母子保健推進員

地域での母子保健活動に携わるボランティアに「母子保健推進員」がある。子育て経験を有し人望のある主婦のなかから、市町村長の任命により選ばれる彼女たちは、市町村の母子保健事業に母子保健推進員として協力するという仕組みで、市町村により業務内容は異なるものの、主に乳幼児健診への協力、きめこまやかな家庭訪問による健診未受診者への受診推奨、妊産婦訪問や育児や検査、各種申請相談指導などを実施している。沖縄県石垣市の例では他に「両親学級」参加呼び掛け

や離乳食実習等も行い、行政による母子保健活動の民間サイドの協力者として、さまざまな面から母子を支援する活動を展開している。母子保健推進員の発案で定例学習会を開催したり、また複数の市町を繋ぐ「市母子保健推進員連絡会議」を結成し、近隣の子どもたちの健康向上のために、研修機会を自発的に設けて自己研鑽と能力向上に努めている例もある¹⁵。

もともとボランティアとして誕生した母子保健推進員の活動は、1968年に厚生省の補助事業となり、全国的に展開されている。

BOX3-3 おぎゃー献金

日本においては献金を通じた共助の活動もあった。心身に障害を持つ子どもたちの保護、育成、研究のために献金をする運動「おぎゃー献金」はその例である。

1963年、鹿児島県大口市で産婦人科を開業している遠矢善栄医師は、近くに住む重症心身障害児の三姉妹のことを知った。当時、障害児が生まれると世間体を気にして家の中に閉じ込めておくのが一般的であったが、三姉妹の母親は貧しいながら娘たちを芝居に連れて歩くなど、臆することがなかった。この母親の思いに感動した遠矢医師は、厚生省を訪ねこのような重症心身障害児が入所できる施設の紹介を依頼したが、当時そのような施設はなかった。

遠矢医師は、このような子どもたちに少しでも幸福を分け与えたいと考え、健康な赤ちゃんを出産したお母さん方と、それに立ち会った医師や看護婦さんたちに愛の献金をしてもらおうと、日本母性保護医協会に提案し、1964年に7月に「おぎゃー献金」が発足した。その後、全国の病産院に募金箱が置かれ、出産した母親や産婦人科医師、助産師、看護師などから献金が寄せられている。2001年には約1億4,000万円の募金収入があり、2001年12月までの献金総額は44億793万円にも上り、全国にある延べ907の心身障害児施設や研究活動に使われている。日本が経済的に豊かになる前にこのような共助の仕組みが広がったことは特筆すべきことである。

「国際障害者年」の1981年、この献金のことが財団法人ジョイセフ（家族計画国際協力財団）の英文機関紙に掲載され、それを讀んだ国連児童基金（ユニセフ）のインドネシア駐在事務所のピクター・ソラサラ所長は、おぎゃー献金の考えに賛同し、翌年、インドネシア児童福祉財団が母体になって「OGYAA DONATION」を発足させた。途上国における母子保健、栄養状態、障害児の保護などの向上には国民一人一人の参加が掲げられているが、なかなか大きな活動につながっていない中、このような取り組みにより、貧富の格差が深刻な現在の途上国においても共助の輪が広がることが期待される。

出所：おぎゃー献金ホームページ（<http://www.ogyaa.or.jp/contents.htm>）、国際協力事業団国際協力総合研修所（2003）p.87

¹⁵ 稲福他監修（2002）

2-4 母子健康手帳制度

日本の母子健康手帳制度は、1942年の妊産婦手帳の配布に始まる。ドイツのハンブルグ大学における母親手帳¹⁶にヒントを得て、当時、流産・早産・死産が人口問題の観点から重要視されていたことを受け、厚生省が開発したものであった。これらの異常分娩防止のためにはまず妊婦の存在を把握し、妊娠中の健診を促すことが必要であり、妊婦の届け出制を確立するための方策として、妊産婦手帳制度が考案された（BOX3-4参照）。

日本の母子手帳制度の特徴は、ただ手帳を配布するだけでなく、世界最初の妊婦の登録制度であることに加えて¹⁷、手帳を保持していると無料の妊婦健診や予防接種が受けられ¹⁸、さらに食糧や物資の配給が受けられたということもある。このように妊婦にとってのメリットがわかりやすかったこともあり日本の母子健康手帳制度は普及していった。

最初の妊産婦手帳の内容は、妊産婦の心得、妊産婦・新生児の健康状態欄、分娩記事欄など簡単なものであったが、妊娠時期の状態・出産の状況などを記録しておくことにより、次の妊娠出産

の際の重要なデータとなったことが指摘されている¹⁹。

戦後は、1947年に母子手帳として衣替えされ、妊産婦の保健指導だけでなく、妊産婦から乳幼児の保健指導のガイドライン機能が拡大された。さらに1965年には母子健康手帳と名称も変更され、現在では自治体ごとに発行され、内容も全自治体共通の記録部分（医学的記録、保護者等の記録）と自治体の実情に合わせた情報提供部分（行政情報、保健・育児情報）の2部から構成され、70ページほどの大部のものとなっている。日本では母親の識字率が高いために、図や絵が少なく、親が自分で記録するページが多い。

2-5 母体保護法（旧優生保護法）の制定

戦後の混乱と貧困の中で、避妊についての正しい知識を持つ者も少なく、また避妊用の器具や薬品を入手することも困難であったために、望まない妊娠が多く、非合法の人工妊娠中絶が激増した。このような中絶によって死亡したり、後遺症に悩む女性が多く見られ、母性保護の観点から極めて深刻な状況にあった²⁰。

BOX3-4 期待された妊産婦手帳制度の成果

妊産婦手帳制度の導入にあたり、次のような医学的成果が期待された。

東京大学医学部で行った調査によると、当時、死産の原因の主なものは妊娠中毒症（約20%）、梅毒が原因である浸軟児分娩（同19%）、骨盤位（同10%）であり、この3つを減らす対策が肝要とされた。妊産婦手帳制度導入によって、妊婦を把握し定期健診を行い、異常に対して早期に対処することにより、どのくらい流・早・死産を減らすことが可能かという数字を、東京大学医学部産婦人科瀬木三雄が1941年に発表した。

それによると、「妊娠中毒症の早期発見と早期処置により死者減2万人、浸軟児の原因である梅毒の早期発見により同1万人、骨盤位の死亡を減らすため自宅分娩から病院分娩にすることで同5,000人。このほか乳幼児死亡のうち年間6万人にのぼる先天性弱質の大部分は早産によるものであるから、妊娠母体を十分保護することにより同2万人。流産は数字では示しがたいが、その他の原因も早期発見、処置により死産と乳児死亡減少は年間計7~8万人に達しうる」と試算した。

出所：西内・母子保健史刊行委員会（1988）

¹⁶ この母子手帳は、妊婦が自分の健康記録を携帯するというハンブルグ大学独自のシステムであり、公的に実施されていたものではなかった。

¹⁷ 大林（1989）

¹⁸ 戦前は、妊婦健診は有料で、予防接種サービスはなかった。

¹⁹ 西内・母子保健史刊行委員会（1988）

²⁰ *ibid.*

こうした事態から母体を守ることを第一義として、1948年9月「優生保護法」が施行された。これによって、条件付きではあるが専門医による人工妊娠中絶が認められ、その後の乳児死亡率、妊産婦死亡率の低下に大きく貢献したと考えられる（詳細は第4章「家族計画」参照）。

2-6 農山村における助産施設の整備

戦後、乳児死亡率は順調に下がったのに比べて、妊産婦死亡率は1947年の160.1（出生10万対）から、1955年の178.8（同）と、戦後約10年の間、なかなか改善の徴候が見られなかった。諸外国においては過去20年の間に大きく改善したのに比べて（1960年米国37.1、フランス51.6、オランダ39.4、スウェーデン37.2）²¹、日本は取り残された状態となっていた²²。

そこで、1954年、厚生省は「妊産婦保健指導の強化について」という通知によって各種妊産婦対策の強化を図ると同時に、施設分娩の促進を目指した。施設分娩の普及を図る1つの方策として、1958年度から助産所や医療施設のない農山村地区を中心に「母子健康センター」の設置を進めるために、市町村に対する整備補助事業を開始した。同センターは衛生的で安全な分娩の場として、また産褥期に安心して休養がとれる場として、多くの農村の母子の健康を向上させ、母子の精神的安定をもたらし、妊産婦に大いに歓迎された。また産後の静養期を利用した保健指導の場ともなった²³。

2-7 母子保健統計の整備

日本は1872年に近代的戸籍制度の施行によって、出生・死亡・流入・流出など人口集団の変動、すなわち近代的人口動態統計制度が創設された。その後、1899年に「人口動態統計」が整備された。しかしこの制度も死産の把握には問題が多く、戦後の母子保健統計の科学的水準から見ると不十分なものであった。

戦後、当時の母子衛生課長の「予防や治療にはまず原因究明が必要で、そのためには正確な統計資料が必要」という信念によって、母子衛生統計の整備と充実が図られ、『母子保健の主たる統計』（1949年初刊発行）が今日まで毎年刊行され、母子保健行政の政策決定に大いに貢献している²⁴。

3. 途上国の母子保健改善と日本の経験

3-1 日本の経験を応用する場合の前提条件

途上国では、母子保健を取り巻く環境が日本と大きく異なり、母子保健従事者の不足、医療施設や器具の貧弱さなど基本的な保健医療面での種々の問題を抱えており、日本の経験がそのまま現地で応用できるわけではない²⁵。

特に、母子保健分野は、妊婦のケアや出産に対するさまざまな伝統的慣習が色濃く残っており、母子保健プログラムはそのような文化や伝統に適合したものでなければならない。また、全国レベルで、最低限の母子保健サービスを管理運営できる人材が存在している必要がある。日本における母子保健の発展の経緯は、保健婦や助産婦といった第一線で働く人材の質の高さと一定水準の量的展開が可能だったことに負う部分大きい。妊娠中のケア、出産時ケア、小児の体重身長測定、予防接種などの基本的な母子保健サービスのすべてが個人的な保健医療サービスであることを考えると、地域における人材の提供が大きな課題であろう。

また、日本においては、地域レベルでは、母子保健活動は生活改善運動など、農業分野や公民館活動などの市民教育と深く連携しながら展開していった。その意味では、途上国においては、母子保健サービスの提供と同時に他セクターとの連携が重要であろう。

さらに、日本では母子保健サービスの利用者で

²¹ 母子衛生研究会編（2003a）

²² 厚生省（1988）p.1102、厚生省（1961）p.188

²³ 厚生省（1988）、西内・母子保健史刊行委員会（1988）

²⁴ 大林（1989）

²⁵ 中村（2001）

ある親の識字率が高い水準にあったことが健康教育の面では大きな利点であった。途上国では親の識字率がそれ程高くないところもあり、その場合は健康教育や広報活動の際にイラストを多用するなどの工夫が必要となる。

このように母子保健は地域の文化や伝統、社会経済状況と密接に関連しているために、日本の経験を途上国に応用する場合は、日本の経験を直接応用するのではなく、日本の経験からヒントを得て、現地の社会経済状況に適合したものを新たに開発する姿勢が求められている。

このような前提の下で、日本の母子保健における経験の中から途上国に参考になりうるアプローチを列挙する。

3-2 女性の専門職の登用

母子保健の改善において、それに携わる人材が重要であり、特に住民のニーズにきめ細かく応えるためには住民に近いところにいる人材の役割が大きい。日本の場合は地域に在住した保健婦や助産婦が重要な役割を果たした。多くの途上国では

Public Health Nurseと呼ばれる保健婦は、医師や医師助手に次ぐ高い職位として地域保健の場で活躍しているが、圧倒的に数が不足しており、日本の戦前および終戦直後活躍した保健婦のようなアウトリーチ活動は難しく、住民のニーズに即したきめ細かいサービスの提供は不可能である。一方Public Health Nurseの下で活動していて住民へ直接ヘルスサービスを提供しているヘルス・ボランティア（またはヘルス・ワーカー）は、日本の保健婦のような待遇は望むべくもなく、モチベーションを高く維持することが難しいというのが実態である。

日本においては、保健婦や助産婦は旧来の因習が色濃く残る農村や漁村において妊産婦検診、清潔で安全な出産、新生児のケア、子どもの栄養改善や成長発育に関して、家庭訪問や集団健康教育を通じて、人々の意識を変革しつつ、母子保健の改善に大きく貢献した。また、日本の助産所などで活躍してきた開業助産婦の活躍は特筆すべきものがある。その成功の本質は、彼女たちの「母子の命を守る」という専門職としての信念に裏打ちされたものである。

BOX3-5 「光のプロジェクト」 ブラジルでの人間的な出産

ブラジルでは、貧しい地方では助産婦もいない環境の中で子どもを産まなければならない現実がある一方で、豊かな家庭では医療に頼った帝王切開による出産を好む風潮がある。ブラジル東北部のセアラ州で実施されたJICAのブラジル家族計画・母子保健プロジェクト（1996～2001年）は、「人間的な出産と出生」の達成を理念に、妊娠・出産に必要な知識と技術を広めることを目的として、セアラ州内の医師、看護婦、准看護婦等を対象に妊娠・出産をめぐるサービス向上のためのトレーニングや、人間的な出産と出生をすすめるリーダーを育成する「変革者養成コース」など、さまざまなレベルで人材育成を行った。また、セアラ州内の参加施設における陣痛・分娩・分娩直後のケアを一貫して行うシステムの導入、高齢出産などリスクの高い妊婦を出産前に入院させる「お産を待つ家」の新設、また、性感染症/エイズの感染予防のためコンドームの安価販売なども実施した。

このプロジェクトは「プロジェクト・ルス（光のプロジェクト）」と呼ばれ、日本の助産婦と現地の産科施設の医療従事者との温かい交流が行われた。ここで構築されたシステムは他州にも普及し、2000年11月には「出産・出生のヒューマニゼーションに関する国際会議」が開催され、世界25カ国からの参加者によって健康な出産の促進について活発な議論が行われた。プロジェクト終了後も、ブラジルの産科看護婦が日本の助産所に長期滞在するという形の研修プログラムが行われており、日本の助産婦のもつ「人間的な出産と出生」に多くを学んでいる。さらに現地では元カウンターパートの有志によるNGOも設立されて自主的な研修活動を続けており、それを日本人元専門家が日本で設立したNGO「セアラの会」もサポートしている。

また、現在では、ブラジル保健省が産科看護婦による出産ケアを奨励する省令を出し、出産・出生のヒューマニゼーションの動きは他の中南米諸国にも広がっている。

出所：三砂（2003）、国際協力事業団（2002）、羽根田（2002）、藤原（2002）、藤本（2002）

このような気概ある専門職を途上国で育ていくということは、最も本質的であるが困難なことでもある。しかし、開業助産婦がとった「人と人のつながりと命の大切さを基盤とした自然なお産のスタイル」は、今日援助の分野でも、これまで医療による分娩が一番とした欧米的な流れの中で、注目を集め始めている。JICAの技術協力「ブラジル・セアラ州の母子保健プロジェクト」では、この「産む力と生まれる力を最大限に発揮できる、人間らしいお産」を中心概念に据えて、ブラジルにおいてもその有用性が認められた²⁶。

保健婦や助産婦の活動において、どのような活動が母子保健の改善に有効であったのかという要因の分析については、現在、種々の研究が始まったところである。また「人間らしいお産」などの日本のアプローチの有用性についても今後体系化や科学的な証明が待たれる。それらの研究の成果により、国際的に普遍的な母子保健改善のための要因が明らかになることが期待される。

3-3 住民活動の促進

女性たちが中心になって行われた愛育班や母子保健推進員といった地域の住民活動は、途上国におけるヘルス・ボランティアの活動と共通する部分が多い。行政が設定した組織を育てていく過程で、住民が自分たちのニーズに目覚め、自立して活動を展開していく軌跡は、途上国でも十分に参考になるものと思われる。日本ではそれらの活動

の成果がほとんど日本語でしか残されておらず、またその多くが限定版の記念誌などであるため、成果を公表して発信していく姿勢に欠けていた。今後は、日本の住民参加の経緯を英文にまとめ発信していく努力が必要であろう。

3-4 母子健康手帳プログラム

母子健康手帳は既に多くの国で応用されている。韓国とタイでは、独自に日本の母子健康手帳をモデルに自国版を普及させた。インドネシアとメキシコではJICAプロジェクトの一環として母子健康手帳の開発への協力が行われてきた。ラオス、ベトナム、ブラジル、バングラデシュなどでは、日本のNGOや大学などの協力により、母子健康手帳プログラムが展開している。各国は政治経済状況や文化背景も異なり、また独自の母子保健システムを持っており、母子手帳の導入にあたっては個別に検討する必要があることはいうまでもない。ここでは、途上国に応用した事例について考察し、母子健康手帳プログラムを導入する国における配慮すべき点を一般論として考察したい。

第一に、母子手帳の内容が家族やコミュニティのニーズに適合していることが重要である。インドネシアにおける母子健康手帳の開発にあたっては、日本の母子健康手帳の翻訳は使用せず、現地のニーズに合ったものをその国の人が主体となって開発した。メキシコのベラクルス州で配布され

BOX3-6 インドネシアの母子健康手帳

インドネシア人医師が日本に研修中に日本の母子健康手帳に感動したことがきっかけとなり、1994年にインドネシア版母子健康手帳が中部ジャワ州で開発された。1998～2003年まで、JICA「母と子の健康手帳プロジェクト」が実施され、母子健康手帳プログラムはインドネシア政府の母子保健施策に組み込まれている。インドネシアの母子手帳の特徴は、日本語の翻訳は一切行わず、インドネシアに既に存在する資源を利用し、インドネシア人が中心になって開発や普及に努めたことにある。また、多民族社会であることを考慮し、母子手帳の表紙は各州ごとに異なり、地方色を強く打ち出している。

インドネシアでは、母子手帳が母親の健康教育に役立ち、親だけでなく保健所スタッフやヘルス・ボランティアにとっても有用であり、母子保健関係者と親のコミュニケーションの改善に寄与するといわれている。現在では、JICAだけではなく世界銀行、WHOなどの国際機関やドナー機関、国際NGOの協力も得て、25州において約140万冊の母子手帳が母親の手にわたっている。

²⁶ 三砂(2003)

ている母子手帳は、ジェンダーの視点から、男性の育児参加を考慮し、表紙に父親も描かれ、父親の健康に関するページもある。手帳の名は「私の健康記録手帳（スペイン語でHistoria De Mi Salud）」で、子どもが自身の健康の主人公となっている。当然のことであるが、実際に各国で開発された母子健康手帳の内容は、日本のそれとは大きく異なっている。今後新たに開発する国や地域においても、既に使用されている予防接種記録用紙、妊娠中健診記録、体重増加曲線、各種の健康教育パンフレットなどを基に各国版を作成することが望ましい。そうすれば、母子手帳の内容は自ずと家族やコミュニティのニーズに適合することになる。

第二に、母子健康手帳プログラム導入にあたっては、全国レベルで、最低限の母子保健サービスや管理運営できる人材が存在している必要がある。母子健康手帳に限らず日本の母子保健の経験は、それらの地域の人材に負う部分が多い。妊娠中ケア、出産時ケア、小児の体重身長測定、予防接種などの基本的な母子保健サービスの提供が不十分な地域や国では、母子健康手帳の導入以前の課題として、基本的な母子保健サービスの提供が求められる。

第三に、利用者である親の識字率への配慮が必要である。識字率の低い国や地域においても、文字を減らして、絵やイラストの多い母子手帳を開発するなどの配慮を行うことにより、広範な母子手帳の普及が可能になる。当初、一定の識字率がないと母子手帳の普及は難しいのではないかと考えられていた。しかし、予防接種カードにおいても、識字率とは無関係に一定程度の普及が行われている。実際にインドネシアでの経験では、家族内に誰か字が読める人がいれば、母親は非識字者であっても、母子手帳の意義は十分に理解し、活用されている。

第四に、日本の経験においては、母子健康手帳をただ配布するだけでなく、登録制度や各種母子保健サービスと一体化させた体系的な展開が有効であったことから、このような包括的プログラム

も視野に入れることが望ましい。

3-5 お産場所の整備と質の向上

安全な出産のためには安心して出産できる場所が重要である。今日、多くの途上国においても末端レベルにヘルスセンターやヘルスポストが整備されてきているが、「こんなところでは産みたくない」と思わせるような施設が少なからず散見される。一方、フィリピンのRHU（Rural Health Unit、日本の保健所に相当）では、同じような投資条件下でも、施設長の意志や工夫によって清潔感があり温かさが漂う施設となっている例も存在する²⁷。

日本の1960年代の農山村では、助産施設や医療施設がなく、時には助産婦もおらず介助なしの自宅分娩が少なからず行われていた。そのような地域においては、出産を忌み嫌う古い因習や女性蔑視の風潮が根強く残っており、これが母子衛生の障害となっていた。このような地域で、簡素ではあるが専門家の助産婦の立ち会いの下で妊産婦が出産に集中できる母子健康センターを設置したことが妊産婦死亡や乳児死亡の改善に役立ったことは想像に難くない。日本の母子健康センターでは単に新しい施設を建設するだけでなく、ポジティブな雰囲気を作り出すソフト面の工夫もあったと思われる。先述した「人間らしいお産」の概念も踏まえて、日本の母子健康センターや助産所における「産む力を育む」ソフト面における研究が進められることによって、途上国におけるヘルスセンターやヘルスポストの質の向上に資すると考える。

3-6 母子保健統計の整備

母子保健を改善していくためには、まず現状の問題の把握や問題の原因究明が必要であり、そのためには正確な統計資料が欠かせない。しかし、途上国においては保健指標等の統計データを整備しようという努力が十分であるといえる国々は依然少ない。

日本では早い時期から母子衛生統計の整備と充

²⁷ 国際協力事業団（2001）

実を図り、政策決定に活用した。このような経験は途上国が現状を踏まえた政策決定を行っていく上で参考になるものと思われる。

4. おわりに

母子保健分野では、途上国の知恵が先進国に移転されることも少なくない。例えば、コロンビアで行われていた低出生体重児に対するカンガルー・ケアが、米国において科学的成果が実証されるに従い、現在では日本の新生児施設でも取り入れられている。

また、母子手帳については日本の経験を生かしながら途上国に応用していく過程で日本も多くのことを学ぶことができた。例えば、日本では、母子健康手帳の配布以来、約50年間にわたり利用者に対する調査を行っていなかった。母子健康手帳に関する途上国との協力の中で、厚生省は利用者調査の必要性を認識し、インドネシアで行った質問票にヒントを得て日本での調査を実施することができた。このように、途上国から学ぶことも多いという事実を踏まえた上での国際協力が望まれている。

<参考文献>

- 稲福盛輝・原實・比嘉政昭・平良健康監修、小川寿美子責任編集(2002)「沖縄の疾病構造の変遷と行政の取り組み」制作協力：ビデオ・バック・ニッポン、企画制作：JICA
- 内堀千代子(1985)「国保保健婦の活動」『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史 公衆衛生実践シリーズ2』小栗史朗、木下安子編、医学書院
- 及川和雄(1984)『村長ありき 沢内村深沢晟雄の生涯』新潮社
- 大峽美代志(2002)「第二次人口と開発分野援助研究会」(第二回意見交換会)(2002年6月26日)講演録
- 大林道子(1989)『助産婦の戦後』勁草書房
おぎゃー献金ホームページ
(<http://www.ogyaa.or.jp/contents.htm>)
- 小椋正立、鈴木玲子(1993)「わが国戦後期(1950年から1965年)における乳児死亡率の低下」NIRA研究報告書『日米医療システムの比較研究(上)』総合研究開発機構 pp.93-
- 137
- 厚生省(1998)『保健所五十年史』日本公衆衛生協会
- 厚生省健康政策局計画課監修(1993)『ふみしめて50年保健婦活動の歴史』日本公衆衛生協会
- 厚生省児童家庭局母子保健課編(1991)『日本の母子手帳』保健同人社
- 厚生労働省大臣官房統計情報部(2000)『人口動態統計』
- 国際協力事業団(2001)『特定テーマ評価：フィリピン人口・健康セクター評価(ドラフト)』(2002)『事業評価年次報告書2002』国際協力事業団
- 国際協力事業団国際協力総合研修所(2003)『第二次人口開発援助研究 日本の経験を活かした人口援助のあらたな展開』国際協力事業団
- 国立社会保障・人口問題研究所(2001/2002)『人口統計資料集』
- 坂本真理子(2003)「保健婦の経験を途上国に活用するための方策に関する研究」、厚生労働科学研究費補助金(社会保障国際協力推進研究事業)分担研究報告書、2003
- サムス(1986)『DDT革命』岩波書店
- 中村安秀(1999)「母子保健の歴史：母子地域看護活動」久常節子、島内節編『地域看護学講座 第2版』第6巻、医学書院
- (2001)「公衆衛生に国境はない」『保健婦雑誌』第57巻 第4号 pp.304-306
- (2002)「農村における公衆衛生の推進 母子保健を鍵にして途上国への応用可能性を考える」『国際開発研究』第11巻 第2号 pp.67-79
- 中山まき子(2001)『身体をめぐる政策と個人』勁草書房
- 西内正彦・母子保健史刊行委員会(1988)『日本の母子保健と森山豊』日本家族計画協会
- 西田茂樹(1986)「わが国近代の死亡率低下に対して医療技術が果たした役割について」『日本公衆衛生学会雑誌』第33巻 第9号
- 二至村菁(2002)『日本人の生命を守った男』講談社
- 恩賜財団母子愛育会ホームページ
(http://www.aiiku.or.jp/aiiku/enkaku/enkaku_a.htm)
- 羽根田潔、三砂ちづる、小貫大輔、吉野八重、田口やよい、定森徹、梅内拓生(1999)「乳児死亡率に影響を及ぼす要因 ブラジル・セア

- ラ州における経験」『国際協力研究』Vol.15
No.2 pp.33-41
- 羽根田潔(2002)「思いやりのある医療 ブラジルにおける国際協力活動での経験から」『東北大学保健管理センター年報(平成14年度)』
(<http://www.is.tohoku.ac.jp/lab/health/HAC/tokubetukikou.htm>)
- 藤崎清道(2003年6月11日)講演「日本の母子保健政策：妊産婦の健康の視点から」、外務省・UNICEF主催「途上国の妊産婦の健康に関するシンポジウム」
- 藤原美幸(2002)「第23回国際看護研究会報告 ブラジル・光のプロジェクトの体験から」『国際看護研究会 NEWS LETTER No.24』
(2002.1.31)(<http://www.geocities.com/kokusai-kango/new24.htm>)
- 藤本卓郎(2002)「帝王切開多いブラジル(上) 見直される自然出産 重要な胎児と母胎の生理」『ニッケイ新聞(Jornal do Nikkey)』
(2002.3.6)(<http://www.nikkeishimbun.com.br/020306-72colonia.html>)
- フックス(1988)『いかに生きるかの経済学』春秋社
- 母子衛生研究会編(2003a)『母子保健の主なる統計平成14年度』母子保健事業団
(2003b)『わが国の母子保健 平成15年』母子保健事業団
- Morse ES(1917)Japan day by day” Houghton Mifflin Co., Boston, モース, ES. 『日本その日その日』東洋文庫
- 毛利子来(1972)『現代日本小児保健史』ドメス出版
- 三砂ちづる(2003年6月11日)講演「Safe Motherhoodの流れと今後：安全性を作りあげていくケアを目指して」、外務省・UNICEF主催「途上国の妊産婦の健康に関するシンポジウム」
- 森口育子・兵井伸行(1993)「戦後の公衆衛生で保健婦の果たした役割とプライマリー・ヘルス・ケアー国際協力への展望をふまえて」『公衆衛生研究』第42巻
- 我妻堯(2002)「日本の妊産婦死亡とその問題点」我妻堯『リプロダクティブヘルス』南江堂、pp.112-119
- 和田和代・愛甲浩志・八鳥知子・中村安秀(2000)「メキシコ版母子健康手帳の試行活動」『保健婦雑誌』第56巻 第8号
- Kiely, M., Hirayama, M., Wallace, HM., Kessel, W., Nakamura, Y., Kiely, JL., Nora, AH. (1999) “ Infant mortality in Japan and the United States ” *In Health and welfare for families in the 21st century*, by Wallace HM, Green G, Jaros KJ, Paine L, Story M, Jones and Bartlett Pub. pp.375-397
- Johansson, SR., Mosk, C. (1987) “ Exposure, resistance and life experience: Disease and death during the economic development of Japan, 1900-1960 ” *Population Studies*, Vol.41. pp.207-235

第4章 家族計画

人口問題に関する初の政府間会議として開催されたブカレストの世界人口会議（1974年）およびその10年後のメキシコ・シティで開かれた国際人口会議（1984年）の結果、多くの開発途上国では、急激な人口増加は資源の制約を生み出し、経済開発を阻害し、豊かさの実現を妨げると考え、家族計画プログラムを政府主導による人口増加の抑制手段として実施した。

しかし、個人の生活に深く関わる家族計画を国家的な人口増加抑制として導入しても十分な効果が得られないことが多い。そのため、1994年のカイロ国際人口開発会議（ICPD）においては、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ¹が中心概念となり、人口政策の焦点がマクロ（国家レベル）からミクロ（個人レベル）へ、人口政策の主体が政府から個人、とりわけ個々の女性に大きく転換した「行動計画（Program of Action）」が179カ国の政府代表により採択された。しかし、いまだに人口抑制を目的とした家族計画からリプロダクティブ・ヘルス/ライツ・プログラムへの転換が軌道に乗らず、避妊や妊娠を遅らせることを望む女性の現状のニーズに対応しきれていない国々が少なくな

い。開発途上地域でのすべての手法による避妊実行率は平均で59%、一方先進国では69%とその差は縮まってきている。しかし、国ごとには依然として大きな格差がある（サハラ以南では4~40%（除南ア）、南・中央アジアでは5~75%、東南アジアでは24~75%）。また同じ国の中でも富裕層と貧困層との格差が新たな問題として指摘されている²。

日本は第2次世界大戦後、現在の多くの開発途上国と同様、経済的にも困窮し母子保健、公衆衛生面でも非常に立ち遅れていた上に、人口が爆発的に増加した。資金もほとんど無い状況にあって、保健関係者と住民たちが工夫と知恵を出し合い協

力した結果、家族計画と母子保健は着実に進展し、大きな成果が上がった。家族計画と母子保健両分野の統合により、地域住民、特に女性や母親たちが保健婦等の指導を受けて地域ぐるみで活動に参加し、母子保健から家族計画、さらには地域保健へと多面的な活動を展開した。

日本の家族計画のさまざまな経験と戦略、特に、家族計画を母と子の健康推進の一環とし、産む/産まないは個人の自由であるという基本理念、助産婦・保健婦による地域住民組織の巻き込み、行政と民間の密接な協力は、開発途上国がカイロの「行動計画」実現のために、人口増加抑制の家族計画からリプロダクティブ・ヘルス/ライツを目指す家族計画へと転換する上で有意義な範例を与えられると思われる。

そのため、本章では日本の家族計画に関する取り組みの変遷を特に第2次世界大戦後に焦点を当てて概観し、これらの取り組みの成果と課題を考察する。さらに、これらを踏まえて途上国の課題に対して参考になりうる日本の経験をまとめる。また、日本の経験を応用した家族計画分野の国際協力の事例として家族計画国際協力財団（ジョイセフ）のインテグレーション・プロジェクト（IP）を章末の付録で紹介する。

1. 家族計画に関する取り組みの変遷

1-1 戦前・戦中の「産児制限/調節運動」（1920~1945年）

日本では、第1次世界大戦（1914~18年）後の1920年頃から「バース・コントロール」（日本語訳として産児制限・産児調節の言葉が使われた）の必要性を説く人たちが現れ「産児制限/調節運動」が芽生えた。当時、第1次大戦後の経済不況が訪れ、

¹ 性と生殖に関する健康・権利。誰もが自分の子どもの数や出産時期などについて、因習などの社会的圧力を受けずに、精神的にも身体的にも問題がなく、自分自身で決定できる状態・権利。

² 国連人口基金（2002）

労働運動が台頭し始める中で社会主義者が労働者の生活改善運動として産児制限／調節の必要を説いた。また産児制限／調節運動の先駆者であるマーガレット・サンガーの影響を受け、個人レベルの健康と幸福を目指す女性解放運動家（加藤シヅエ等）の中からも産児制限／調節運動が始まった。1922年米国からサンガーが来日したが、日本政府の入国許可の条件は、産児制限／調節の宣伝活動は一切禁止というものであった。しかし、新聞などによる報道は当時の日本国内に大きな影響を与え、また産児制限／調節は婦人雑誌の人気トピックとなった。加藤シヅエたちにより東京に「日本産児調節研究会」が発足し、荻野式リズム法（1924年）、太田リング（1932年）などの避妊法も開発された。さらに、加藤シヅエは1932年ニューヨークのサンガー・クリニックで3カ月間産児制限／調節の実地指導を受け、帰国後、東京に産児調節相談所を設立した。

しかし、1930年代の軍国主義の高まりによって富国強兵、人口増加政策が採られ、産児制限／調節運動は国益に反する思想として弾圧されるようになり、1938年には産児調節相談所も閉鎖された。1941年、政府は避妊を禁止し、婚姻年齢を早め一夫婦につき平均5人の子どもを持つことを奨励した。

1-2 戦後ベビーブームから優生保護法制定（1945～1948年）

1945年の終戦後、日本の人口は、兵士の復員、旧植民地からの引き揚げ、1947年から49年の3年間のベビーブームにより急激な増加を示した（1945年から1955年に7,215万人から9,078万人へと人口が増加、1950年の年平均人口増加率は3.1%）。戦後の荒廃の中、日本人の生活は極めて貧しく、衣食住ともに不自由な生活を余儀なくされた。当時は避妊についての正しい知識もなく、避妊用の器具や薬品もなかったため、望まない妊娠が多かった。しかし、1880年に制定された旧刑法は墮胎罪が適用されており³、女性たちはやむなく非合法的な中絶に頼らざるを得ない状況であったため、劣悪な環境下で行われた非合法的な中絶が原因で死亡したり、後遺症に悩むことも多かった。

このような中、危険な非合法の中絶から母体を守ろうとする国会議員の運動が活発となり、1948年には優生保護法が制定され、専門医による人工妊娠中絶が条件付きで認められるようになった。1949年に優生保護法の一部が改正され人工妊娠中絶の要件に「経済的理由」が追加されたことにより、人工妊娠中絶の適応が大幅に緩められた。また同年、それまで禁止されていた避妊用薬品の製造・販売が許可された。

1-3 人工妊娠中絶の急増から家族計画の普及（1949～1959年）

前述した1949年の優生保護法の改正に加えて、1952年の優生保護法の改正によって、これまで煩雑であった公的機関の審査を待つことなく担当医独自の判断で中絶を実施できるようになった。その結果、1949年から1955年までに人工妊娠中絶件数は著しく増加し、1955年の人工妊娠中絶の届出件数は史上最高の117万件に上った。

このさなか、「人工妊娠中絶は母体保護の見地から必要な場合はあるが、現在のようにあまりに頻繁に行われることはかえって母体の健康上よくないから、受胎調節に置き換えることが望ましい」という主旨の「受胎調節普及に関する閣議決定」が1951年になされ、以後、政府による家族計画に対する取り組みが本格化することとなった。この閣議決定を受け1952年には優生保護法が改正され、これにより全国の保健所に「優生保護相談所」の設置が義務付けられるとともに、助産婦・保健婦・看護婦による「受胎調節実地指導員」制度が発足した。この制度により、都道府県では受胎調節実地指導員認定のための講習会が開催され、指導員の養成を始めるとともに、優生保護相談所を中心に家族計画の宣伝普及活動が開始された。これが家族計画に対する日本の行政としての取り組みの最初といってよい。しかし、まだ体制が整わず準備に追われる都道府県も多かったため、1952～55年までの4年間はその後の運動の基礎固めの時期となり、本格的に活動が始まったのは1955年の後半からであった⁴。

一方、1955年10月に国際家族計画連盟主催の第5

³ 墮胎罪は現在も適用される。

⁴ 近（2000）

表4-1 家族計画関連年表

年	政策・運動等	社会の動向
1876	マルサスの「人口論」日本で紹介	
1880	旧刑法制定（墮胎罪の規定）	
1914		・第1次世界大戦開戦
1918		・第1次世界大戦終戦
1922	マーガレット・サンガー来日。産児制限運動、隆盛	
1923		・関東大震災、以降、産児制限弾圧の時代へ
1937	保健所法施行	
1938	母子保護法施行 厚生省設置	
1939		・第2次世界大戦開戦
1940	国民体力法施行	
1941	国民優生法施行 人口政策確立要綱決定	・産めよ、増やせよの時代に
1942	保健婦制度開始 妊産婦手帳開始	
1945		・第2次世界大戦敗戦
1947	妊産婦手帳が母子手帳に改称	・1947～49年 第1次ベビーブーム
1948	優生保護法制定・施行 日本人口学会発足	
1949	優生保護法改定（経済的理由による中絶一部認可） 内閣に「人口問題審議会」設置	
1950	国立公衆衛生院「計画出産モデル村」指導開始（～57年） 内閣の「人口問題審議会」廃止 毎日新聞人口問題調査会「全国家族計画世論調査」開始（以後、各年に実施）	・ユニセフ援助物資供与（～64年）
1951	「受胎調節普及に関する閣議決定」	
1952	「受胎調節普及実地要領」策定 優生保護法改定（優生保護相談所の設置、受胎調節実地指導員制度創設） 企業による新生活運動始まる	・政府による人口政策始動
1953	厚生大臣の諮問機関として「人口問題審議会」新設 同審議会「人口の量的調整に関する決議」発表	
1954	日本家族計画普及会（現協会）設立 日本家族計画連盟設立 8～9月 世界人口会議（ローマ）に、日本は途上国の代表として招聘	
1955	「IPPF第5回世界大会開催」（10月・東京） 受胎調節実地指導員に、避妊具・薬の販売特例措置決定 生活困窮者に対する「受胎調節特別対策事業」開始（避妊具の公費負担） 「家庭生活研究会」結成	・全国の中絶件数ピークに
1956	「家族計画研究委員会」発足 第一回家族計画全国大会開催	・経済白書「もはや戦後ではない」
1959	人口問題審議会、最初の「人口白書」発表 家族計画が公衆衛生局から児童局へ移管し、母子保健政策として定着	
1960	池田内閣発足「所得倍増計画」 施設内分娩が5割を超える	・60年頃、避妊実行率43%に達し、中絶と出生抑制効果逆転 施設内分娩が5割を超える ・若い労働力不足、農村の過疎化などを背景に、「家族計画無用論」台頭し、家族計画政策は急速に衰退し、民間活動に委ねられる
1968	家族計画国際協力財団（ジョイセフ）設立	
1972	「第2回アジア人口会議」（東京）開催	
1973	人口問題協議会結成	
1974	太田リング（IUD）世界で認可	
1977	新型IUD2種認可	
1994	国際人口開発会議開催（カイロ）	
1996	優生保護法が母体保護法に改正	
1999	低容量経口避妊薬（ピル）合法化	
2000	省庁再編時に人口問題審議会廃止	
2002	日本家族計画連盟解散（日本家族計画協会に糾合）	

回国際家族計画会議が東京で開催され、16カ国の代表と国内外から約500人が集まり、国内の家族計画運動に大きな刺激を与えた。この国際会議は戦後初めて日本で開催される国際会議であり、当時のマスコミもこれを大々的に報道した。この国際会議が契機となって家族計画に関するさまざまな動きが発生した。

まず、この会議の準備のために国内の家族計画関連団体が連帯し、1954年に日本家族計画連盟が結成され、以降日本を代表する家族計画の組織としての役割を果たすようになった⁵。また、この会議を機に政府と民間の連携も進み、両者が相互の機能を補完し合いながら大きな成果を上げていった。さらに、国際会議には全国から家族計画に関心のある医師や助産婦、保健婦、民間活動家が多く集まって熱心な発表と討議を行い、これをきっかけにして、1956年には第1回家族計画普及全国大会が厚生省と日本家族計画連盟の共催で行われ、以降、大会が毎年一回行われるようになった。なお、日本家族計画連盟は日本家族計画団体代表として国際家族計画連盟に加盟し、1954年にローマ

で行われた世界人口会議にも参加している。

1952年から政府主導で始まった家族計画事業は、以上のような経緯で1955年の後半から軌道に乗りはじめた。これらの結果として、家族計画事業が本格的に始まった1955年をピークに人工妊娠中絶率は減少を始めた（図4-1参照）。

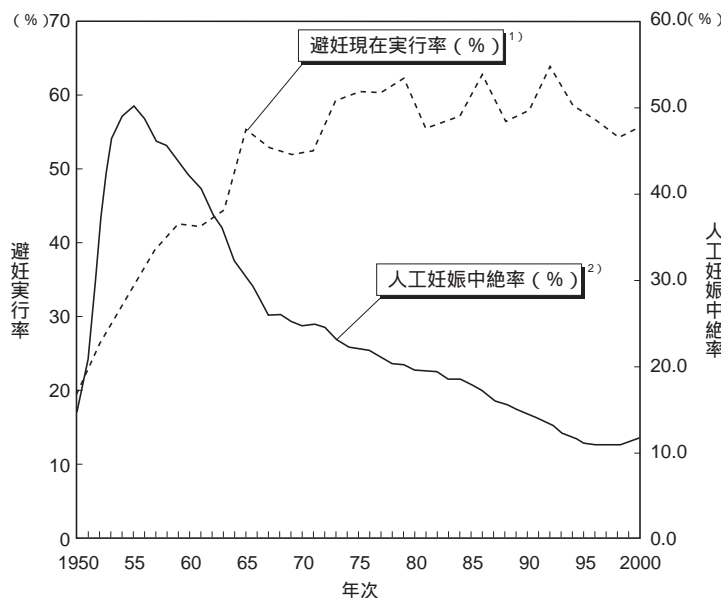
1-4 家族計画の普及と現在の課題 （1960年～現在）

（1）家族計画の普及とリプロダクティブ・ヘルス/ライツに対する取り組みの開始

前述の活動の結果、1960年頃に避妊実行率は43%に達し、中絶と避妊の出生抑制効果が逆転し、日本の家族計画に対する取り組みは一定の成果を見た（図4-1参照）。

しかし、1960年に池田内閣が発足し、「所得倍增政策」が打ち出され、政府が経済第一主義を掲げて輸出関連産業強化に軸足を移し始めると、行政における家族計画政策への熱意は急速に失われていった。また、日本の急速な経済発展に伴い1965年頃から若年労働者不足が問題となり始める

図4-1 避妊実行率と人工妊娠中絶率



注：1）避妊現在実行率は50歳未満の有配偶女子を対象にした調査回答者総数のうち、調査時現在避妊を実行している者の割合。

2）人工妊娠中絶率は、（母体保護統計による）15～49歳の女子人口千人に対する中絶件数。

（資料）毎日新聞人口問題調査会（2000）、厚生労働省大臣官房統計情報部（2002）。出所：国立社会保障・人口問題研究所

⁵ 家族計画連盟に所属する代表的な団体としては日本家族計画普及会がある（家族計画普及会については後述）。

と、財界や市町村長などから「人減らし」につながる「家族計画」を行政が推進する必要はないという「家族計画無用論」の声が広がった。

その一方で農村では男性が現金収入を求めて都会に出稼ぎに出ており、家事や育児に加え農業経営までも担わざるを得なかった主婦は、農繁期に妊娠すれば一家の収入に大きな支障をきたすことになるため、余儀なく中絶せざるを得ない状況にあった。したがって、農村で働く保健婦や開業助産婦は、避妊指導は切実な問題として業務から外すことができないという現実も同時に存在していた。

このような状況から政府の家族計画政策は影を潜め、行政は母子保健指導の中で必要に応じて避妊相談や指導を行うが、家族計画の主な活動は民間団体の活動に委ねる方向へと変わっていった。

さらに1977年には厚生省の新規事業として「家族計画特別相談事業」（遺伝相談）が日本家族計画協会に委託されたり、1984年には思春期相談事業が「健全母性育成事業」として予算化され、日本家族計画協会が中心となり思春期相談員の育成や全国のネットワークづくりが始まり今日に至っている。

また、出生率の水準に加えて以上のような社会経済状況の変化に伴い、「中絶許可条件の適用が緩すぎる」「低出生率は問題」といったような理由から、人工妊娠中絶の許可条件を厳しくする優生保護法の改訂案がしばしば国会に提出された（1972～73年および1982～83年）。しかし、家族計画の指導やサービスが十分でない状況において人工妊娠中絶を厳しく取り締まることは不条理であるといった法改正に対する反対運動が日本家族計画連盟を中心として行われ、優生保護法の人工妊娠中絶の許可条件は今日まで改訂されていない⁶。

この頃から日本においても、もし法改正するのであれば、むしろ法律全体を女性の観点から再検討すべきであるという女性たちの主張がみられるようになった。このような女性運動が世界的レベルに発展したものが、1994年にカイロで開催された国際人口開発会議において国際的に合意された行動計画であるとも言えよう⁷。そこではリプロダ

クティブ・ヘルス/ライツが中心概念となることによって、人口政策の焦点がマクロ（国家レベル）からミクロ（個人）へ、人口政策の主体が政府から個人、とりわけ女性に大きくシフトしており、家族計画は人口抑制ではなく、人々（とりわけ女性）が自らの妊娠・出産を決めるための手段と自己決定権、すなわちリプロダクティブ・ヘルス/ライツの一部として位置づけられている⁸。

（2）現在の課題

上記のように戦後日本の家族計画は一定の成果を上げたが、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの視点到鑑み、以下のように取り組むべき課題も多く残されている。

日本では、避妊手段としてコンドームが圧倒的なシェアを有し（BOX4-4、表4-2参照）選択肢が限られている現状にある（例えば、経口避妊薬（ピル）は低容量ピルが1999年6月によろやく認可され、同年7月に、銅付加子宮内避妊具（IUD）11月に女性用コンドームが認可されたばかりであり、その普及は十分ではない）。緊急避妊薬は望まない妊娠を予防する上で有益な方法であるにもかかわらずいまだに認可されていない。

また20歳以下の年齢層において人工妊娠中絶数が増えており、同時に性感染症も増加していることから、若者のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの対応策が必要となっている（BOX4-2参照）。しかし一般に、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの考え方が十分に議論されておらず浸透しているとはいえない。そのため、性の自己決定権、若者への性教育、ジェンダーフリー教育など取り組むべき課題が残されている。

1947年から2002年の間に、女性の平均寿命は53.96歳から85.23歳に延び、女性1人当たりが産む子どもの平均数は4.54人から1.32人に減るなど女性のライフ・サイクルが変化している。このような変化に対応し、各人のライフスタイルにおけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツのニーズを把握し、それに対応する体制の拡充が求められている。

⁶ ただし、優生保護法に含まれている優生保護思想に対しては、成立当初から批判があり、1996年に優生思想をすべて取り除く形で全面的に改正され、名称も「母体保護法」となった。

⁷ 村松（2002）

⁸ 国際協力事業団国際協力総合研修所（2003）

BOX4-1 日本で最もポピュラーな避妊法はコンドーム ～なぜコンドームはそれ程ポピュラーか？

外国人に「日本では避妊方法の約75%はコンドームである。」と話すとほとんどの人は目を丸くする。コンドームは避妊法ばかりでなく性感染症の予防に欠かせない方法である。諸外国でもHIV/エイズを含む性感染症予防のためにコンドーム普及率を上げる真剣な努力がなされている。そのためリプロダクティブ・ヘルス/ライツ関係の外国人は日本の状況に感心すると同時に、是非その秘密を教えて欲しいという。日本では明治時代に始まる軍国主義時代の特殊な事情やその他さまざまな要因が作用しあって、「コンドーム75%」ということになると思われる。日本の家族計画の経験から考えられる理由を挙げてみたい。

1) 慣れ

日本政府が戦時中の軍国主義の時代に兵士たちの性病予防のためにコンドームの配布・使用を徹底させたため、男性がコンドームの使用に慣れてきた。一方、そのための良質なコンドームを生産する努力がなされ、現在では生産技術も世界のトップレベルに達した（厚さ0.02ミリ）。

2) 選択肢の少なさ

第2次世界大戦終了後、人々が経済復興と生活の向上を目指して家族計画を望んだとき、非合法な中絶がコンドーム以外に選択肢がなかった。1960年代後半～70年代にピル（経口避妊薬）やIUDが諸外国で多く使用されるようになり、日本でもピル認可に向けた動きがあったが、当時薬害の問題が深刻となり、政府はピルの副作用を懸念し、性道徳の乱れも懸念され許可されなかった。ピルが漸く認可されたのは1999年になってからのことである（低容量ピル）。

3) 使い勝手のよさ、入手しやすさ

1952年、政府が家族計画事業を開始した折、コンドームと荻野式リズム法、ベッサリーが主な避妊具として取り入れられたが、コンドームはとっさの場合にも簡単に使いやすく、避妊用の錠剤と違って精子が袋の中に食い止められるのが見えて安心感があること、比較的安価で（低所得者には無料配布）医師に相談する必要もなく使えるため人気が高まった。

また、家族計画運動が発足した当時、コンドームを住民が入手しやすいようなさまざまな工夫がなされた。女性住民組織が受胎調節実地指導員と協力して販売配布する方法（愛の小箱など）、受胎調節実地指導員による訪問指導販売、企業体の家族計画普及活動のネットワーク、通信販売、薬局での販売などであるが、その後コンドームの訪問販売、自動販売機、コンビニエンス・ストアなどでも簡単に入手できるようになった。

4) 有料制

受胎調節実地指導員によるコンドームの有料頒布制度が認可され、コンドーム頒布によるマージンが指導員のインセンティブとなった。また、人々が自らお金を払って入手するため、コンドームに対する当事者意識が高まり、コンドームの品質も利用者の需要に合わせて高品質なものが開発・販売されている（開発途上国では廉価なコンドームが家族計画プログラムで援助物資として無料で配布されている場合が多い）。

5) コンドームのイメージアップ

日本では、戦前からコンドームは性感染症予防のために使われた。現在、他の国々でもコンドームが避妊法というより、性感染症予防というイメージが強く、そのため避妊法として定着しにくい。日本の場合、助産婦、保健婦など人々から信頼されている受胎調節実地指導員が家族計画の手段としてコンドームを推進したことは避妊法としてのコンドームのイメージづくりに役立ったと思われる。また、コンドームの包装もチョコレートのように魅力的なパッケージが工夫され、高品質、種類も容量も（1ダース、40個など）バリエーションを持たせ、人々の需要、指導員の需要にあったものが生産された。

【コンドームに関わる課題】

日本ではコンドームを荻野式と併用するケースが多いが、その失敗による人工妊娠中絶がいまだに後を絶たない。また、日本では人工妊娠中絶手術の減少による収入減を恐れる産婦人科医が近代的避妊方法普及に反対していたという研究もある⁹。コンドームが簡単に入手でき使用も簡単のため、諸外国のように家族計画クリニックやカウンセリングの施設への要望も少なく、日本にはそのような施設がほとんどない。

⁹ Coleman (1983)

表4-2 日本人の主な避妊法（毎日新聞社調査結果¹⁾）

	第1回 (1950)	第5回 (1959)	第9回 (1967)	第11回 (1971)	第14回 (1977)	第17回 (1984)	第20回 (1990)	第22回 (1994)	第24回 (1998)	第25回 (2000)
コンドーム	35.6	58.3	65.2	72.7	78.9	80.4	73.9	77.7	77.8	75.3
荻野式定期禁欲法	27.4	40.4	37.4	32.9	27.0	11.8	7.3	7.1	8.4	6.5
IUD、ピル	-	-	6.1	9.6	12.4	8.5	5.7	4.3	4.2	4.2
不妊手術	-	6.3	3.6	3.9	5.3	10.5	9.8	7.0	5.9	6.4
洗浄法、性交中絶法 ²⁾ ゼリー、ベッサリー、スポンジ	55.0	43.0	26.4	21.0	15.2	6.0	9.0	8.6	9.3	27.5
基礎体温法	-	6.1	-	-	-	8.4	8.0	6.8	8.2	9.8
その他・無回答	15.0	5.3	4.2	4.3	3.2	5.4	2.5	3.1	2.6	2.4

注：1) 第1回～第14回までは避妊経験者、第17回～第25回は現在避妊実行者についての割合。多項目選択質問法によるので、合計が100%を超える場合がある。

2) 錠剤を含む。

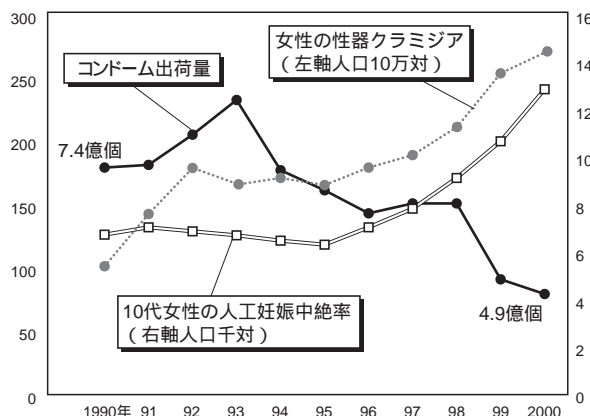
出所：毎日新聞社人口問題調査会編（2000）

BOX4-2 日本の若者のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ

日本においては、1990年代半ば以降、無防備な性行動が若い世代で急増している。財団法人日本性教育協会が1974年からほぼ6年おきに1999年まで実施している「青少年の性行動調査」によると、性交に関しては高校生と大学生の経験率が一貫して早期化傾向にあり、特に大学生の女子では1999年調査で50%を超えるという結果も出ている（日本性教育協会ホームページ）。その一方でコンドームの出荷量は1993年から減少傾向に転じている。このような状況のため、先進諸国では若者の望まない妊娠、性感染症が減っているのに比べ日本の若者のそれは増えている。例えば、1996年からクラミジアや淋病などの性感染症と人工妊娠中絶率が10代の若者で増え始め、人工妊娠中絶率については過去5年間で倍増の勢いである（下図参照）。

このため、日本においては若者たちの望まない妊娠や人工妊娠中絶、性感染症を減らすことが急務になっている。このような問題を早急に解決するために、若者に馴染みやすいサービス（カウンセリングを含む）を提供する施設や人材を増やすとともに「産む/産まないの自己決定権」を実践するためのリプロダクティブ・ヘルス/ライツの教育、特に若者を対象にした活動の必要性とそのための社会環境の改善が課題となっている。

日本における人工妊娠中絶、クラミジア、コンドームの出荷量の年次推移



出所：木原（2003）(<http://www.acc.go.jp/kenkyu/ekigaku/2003ekigaku/001.htm>)

2. 家族計画に対する主な取り組み

前述したように、日本の家族計画に対する取り組みのピークは1955～60年であり、最も大きな特徴は行政と民間が連携して行われたことにあり、そのきっかけは東京で開催された1955年10月の第5回国際家族会議であった。本節では、主にその期間に行われたさまざまな取り組みを、行政と民間に分けて紹介する。

2-1 行政による取り組み

(1) 政府の取り組み 母体保護の観点から

政府行政機関による具体的な家族計画への取り組みとして挙げられるのは、1949年の優生保護法改正の際、保健所に設立された「優生保護相談所」において受胎調節の指導を行うことが規定された（しかし、この制度は現実にはほとんど利用されなかった）、1949年5月それまで禁止されていた避妊薬品の製造・販売が許可された、1951年の閣議決定を受け、さらに1952年にも優生保護法が改正され、全国の保健所に「優生保護相談所」の設置が義務付けられるとともに、助産婦・保健婦・看護婦による「受胎調節実地指導員」制度が発足し、受胎調節実地指導員による家族計画の宣伝普及活動が行われた、1955年に優生保護法を一部改正し、受胎調節実地指導員が避妊具や薬を販売することを特例として認可した、1956年度後半から生活困窮者（生活保護世帯およびボーダーライン層）に対する公費による個人指導と避妊具・薬品の供給を行う「受胎調節特別対策事業」（通称「特対」）が実施された、ことなどである¹²。

これらの政府事業に対し村松は、「以上のような政府事業について注目されるのは、当初から人口政策としての意義を極力抑えて、公衆衛生、母体保護を前面に出した点である。終戦から1950年代にかけて、世間の議論は圧倒的に“人口”が主体であったが、政府としては批判される危険のない“健康”をイデオロギーの基盤に選んだという

ことであろう」と指摘している¹³。

(2) 人口問題の議論

政府事業としては「母体保護」を主体としていた当時の日本政府であるが、人口問題のあり方は何度か議論の対象となっている。以下に国内の人口問題の議論を簡単に紹介する。

1946年に提出された「新人口政策基本方針に関する建議」においては、「出生調整は自由意志で行うべき」、「人工妊娠中絶・不妊手術は慎重に考慮すべき」といったいくつかの注意点を挙げた上ではあるが、人口収容力¹⁴の回復発展のために国際貿易、国内産業の再建振興、完全雇用政策の採用、海外移住の考慮を挙げ、また人口そのものの調節が必要であるとし受胎調節普及の法的整備の必要性が挙げられ、については多くは望めないからが重要としている。

また、1949年内閣に「人口問題審議会」が設置され、建議が提出されている。建議の全体の基調は「新人口政策基本方針に関する建議」に準じたものといえるが、人口調節に関する建議だけではなく、人口収容力の拡大のための内容も記載されている。

さらに1953年厚生大臣の諮問機関として「人口問題審議会」が設置され、1954年「人口の量的調整に関する建議」を発表した。ここでは、人口問題の観点から家族計画を強力に推進することが必要であると述べられている。これを踏まえ、同年の全国衛生部長会議において草葉隆円厚生大臣（当時）は、受胎調節普及を人口問題の見地から強力に進めるべきであるという主旨のあいさつを行った。これに対して「人口問題解決のための家族計画」か「母体保護のための家族計画」かについての論争が巻き起こり、1955年の第5回国際家族計画会議においても議論の中心となった。これらの議論の結果「母子保健の中で家族計画を進めるべきで、あくまで個の問題として考えるべきである」という国家的な合意が形成された。1959年に厚生省の家族計画の所管が「児童局母子衛生課」に変わったのも、このような方針決定の一象徴と

¹² 村松（2002）、近（2000）

¹³ 村松（2002）

¹⁴ ある一定の人口を扶養するための、産業、国土、資源等のキャパシティのこと。

みることができる¹⁵。

しかし、1960年に「所得倍増計画」が打ち出されたことを契機として、急速に家族計画に関する関心が薄れていくこととなる。

(3) 公的研究機関による研究と普及活動

国立公衆衛生院は1949年に3つの農村を「計画出産モデル村」として選定し、1950年から計画出産と受胎調節の指導を始めた。これらの事業は激増する人工妊娠中絶とそれに伴う母体の健康障害を取り除くことを目的としていた。公衆衛生院の専門家は頻繁に村を訪れ、地元の保健婦・助産婦等と連携しながら、集団指導、個別訪問指導を行った。またこの事業は、どのような受胎調節方法が日本に適しているのか、またそれによってどの程度人工妊娠中絶を減少させることができるのか、モデル村で実際に指導しながら、その後の全国展開に有用な手法を導き出そうとする試みでもあった。これは今日的に言えばアクションリサーチ的な手法である。3つのモデル村として、米作農村、畑作地帯、漁村、が選択されているのはその表れである。

実際の指導は、最初にその地域の人々全体に対する啓蒙活動、その全体の中から受胎調節実行希望者を選び出して、それらの対象者に対する集団教育、一組一組の夫婦に対して定期的に行う個人指導、この3つの段階を経て実施された。は村の指導者や夫・舅・姑等の女性を取り巻く周囲の人々の理解を得るために有効であり、においてはグループダイナミクスによって「自分たちもできる」という自信につながり、はプライベートでセンシティブな側面を持った計画出産と受胎調節といった問題を扱うためには欠かせなかった。

また、単なる技術の切り売りでは継続的な効果をもたらさないとの考えから、家族計画とはどういうことなのか、なぜ必要なのかを理解してもらうよう努めた。「村ではこれだけ中絶が多く、それによって母体の健康が失われており、そのことを防ぐためには家族計画が必要である」として説得していった。「母親の健康を守る」ということが、普及運動のキーワードであった。

モデル村での実践は1950年から7年間続いた。その結果、避妊実行率は上昇し、出生率（人口千人当たり）も指導前の26.7から、3年目には14.6に低下、最終年には13.6と低率になった。同時期の日本全体の出生率の低下は主として人工妊娠中絶によってもたらされたものであるのに対し、モデル村では家族計画によって人工妊娠中絶の引き下げとともに出生率が低下した。

計画出産モデル村の成果などがきっかけとなって、さまざまな企業は従業員を対象に家族計画の指導を始めた。実際の指導は、基本調査の後、主婦会、労務担当者、労働組合に呼びかけて、講演会、座談会、映画会を開き、パンフレットや新聞などによる広い範囲の啓蒙宣伝活動から始めて、次第に狭いグループ指導、さらに個別指導へと進んだ。また、定期的な家庭訪問を実施するために助産婦を雇用するなど、モデル村での経験を生かした手法がとられた。これらの活動は、人工妊娠中絶の減少という成果のほかに、社員の子どもが増えたと家族手当と広い社宅の準備などが必要になるといった事情もあったため、企業にとっても利益になるという副産物があった。

この企業による家族計画の先駆的取り組みとしては、1952年に始まった福島県の常磐炭鉱株式会社の例が有名である。常磐炭鉱付属病院の産婦人科医林英郎が、当時あまりに多かった人工妊娠中絶の弊害から婦人を守ると同時に、家族の幸福の必要性を痛感し、医者立場から指導を始めた。翌1953年から、モデル村の指導をしていた国立公衆衛生院の3名の専門家の協力を得て、炭鉱にモデル地区（716世帯、人口3632人）を設け、本格的な指導を始めた。家庭訪問指導のために指導員として地元の助産婦1名を雇用した。指導には女性の主体的参加を重視したが、当時モデル地区で受胎調節をしたほうが望ましいと判断された対象の94%に当たる352人の女性が指導を希望した。女性側の関心の高さがうかがえる。

1954年にローマで開催された第1回世界人口会議に途上国として招待された日本は、計画出産モデル村と先駆的な常磐炭鉱のケースについて報告し、大きな関心を集めた。

¹⁵ 村松（2002）

(4) 主に開業助産婦による普及活動

前述のように1952年の優生保護法改正で受胎調節実地指導員制度ができた。厚生省は実地指導員を誰にするかを慎重に検討した結果、保健婦・看護婦に加えて、助産婦も含めることとした。自宅分娩が主流だったため助産婦は各地に存在し、母親たちとの信頼を得ており、また実地指導は「直

接女子の身体に対して行うものをいい模型によりまたは口頭で行うものはこれに含まれない」とされていたため、家族計画を普及させる格好の人材であった。助産婦は当時の母体の健康を最も危惧していた者であり、率先して認定講習を受け受胎調節指導員になった。助産婦が母親たちに個別に避妊具の装着方法などを指導し、保健婦が集団に

BOX4-3 受胎調節実地指導員の実際の活動

東京都の開業助産婦、菊地富美恵さんの場合。「戦後の分娩で、胎盤の出方がおかしかったり、産後の出血が思いもかけず起きる。掻爬の結果だろうと自分なりに解釈。戦前、掻爬を不妊症の治療としてやっていたことを知っていたから。これは大変、妊娠をコントロールするのが先だ、と1952年第1回の講習を受けましたよ。資格をとるとすぐにスライド、映写機、コンドームなどを購入して、自宅で取り上げた人達を3人、5人と集めて指導しました。こちらは集まりやすいけれど、保健所を通して依頼されたボーダーライン（保護世帯）の人々を集めるのは苦勞でした。『4つの島に子どもがいっぱい、粗製乱造で困る。量より質』と盛んに言われ、まるで追い立てられるようでした。」

日本鋼管の新生活運動で実地指導員をしていた窪田咲子さんの場合。指導員の助産婦20名が採用され、1953年初めから3カ月間教育を受け、1年間は川崎工場の社員の家族を対象に指導した。1年間のテストで成果が上がり、翌年からは各事業所に分散した。私は東神奈川にある浅野ドックが担当。開始当初は生易しいものでなく、受胎調節の指導にたどり着く前に、身の上相談、生活相談に時間を費やしてしまう。最初は、「家に来ないで欲しい」、「窪田さんがきていると知られたくないから、自転車を家の前に止めないでくれ」など社員の抵抗感も大きかった。それでまず抵抗なく人を集めるため、料理などあらゆる講習会を実施し、地域別に主婦のグループを作り、リーダー格の委員を決め、そこを連絡拠点に個人指導を展開していった。年1回、この委員の慰労会を工場の体育館で開催、京浜地区だけで1,000人近い主婦委員が集まった。指導員も年1回、伊豆の保養所に集まり、人口研究会の先生たちを囲んで進行や問題点を総括した。新聞もこの運動を「開拓精神」として取り上げ、岩波映画社は「日本満員」という映画で取り上げた。

静岡県引佐郡三ヶ日町で、1930年から開業助産婦をしていた永田操さんの場合。1952年頃から、新聞や雑誌で「産児制限」「産児調節」という言葉は知っていたが具体的な方法を知らない人がほとんどで、避妊器具・薬品も手に入りにくかった。妊娠 中絶というケースが目立った時代だった。永田さんは個人的に受胎調節の必要性を訴えた。子どもを取り上げてもらった主婦が避妊の技術、知識を得ようと永田助産院を訪れるようになった。1946年に同町で助産所を開業した大石好子さんは、集まってくる人に中絶の影響や妊娠の成立などについて話をした。受胎調節実地指導員の資格をとった1952年以降は薬局から借りた少々分厚いコンドームや各種のペッサリーを持って、夜に小さな集落ごとの有志の集いに出掛けて話をした。これらの指導の対象は妊娠可能な年齢の女性たちだが、男性の協力がなければ受胎調節などできるはずがない。若草会を通じた指導は、男性、それに農家の実権を握っている姑にも向けられた。また消防団、製材会社、バス会社、鉱山などにも出掛けて男性に正しい性や周産期の知識（産褥熱の半分は男性の横暴による不摂生のため等）を教育した。講習会ではペッサリーを使うよう指導されたため、主婦に勧めるのはコンドームよりペッサリーのほうが多かったが、ピアノ線を丸くしてゴムの膜を張ったペッサリーには主婦のほうで抵抗があった。「そんなもの入れたら、お腹の奥まではいっちゃう」という人もいた。サイズを測ってもらわなければならない、いざという時にすぐ間に合わない、使用後の洗浄が面倒などの理由で普及率は全国的に伸びなかった。ただしコンドームの正しい使用方法についても理解されておらず、適切な装着方法や、使用後の処理（洗って再利用するもの、川に流すもの、便所に捨てたら下肥として畑にまかれた等々の問題が多発）について指導が必要であった。

出所：西内母子保健史刊行委員会（1988）、大林（1989）pp.208-221

対して保健教育を行うとともに家族計画・母子保健の知識や情報を的確に伝えるという連携が次第にできあがった。この両者の連携による家族計画普及活動が全国的に行われたことは日本の戦後時代の家族計画を成功させた重要な鍵となったといわれている。助産婦は受胎調節指導によって分娩件数が減ると自分の収入が減るにもかかわらず、人工妊娠中絶から母体を守ろうとする使命感から、地域に密着した活動を精力的に行い、次第に成果を上げていった。

1955年に受胎調節実地指導員による避妊具および薬の販売が認可されたので、実地指導時にコンドームを販売するという形が普及した。当時コンドームは男性が薬局などで購入することが一般的であったため、恥ずかしさもあって女性が入手を躊躇する傾向があったが、この方法により必要な人へ必要な時に避妊具等が届けられるようになった。また、助産婦はコンドームの販売マージンを指導料として得られるようになり、指導に対するインセンティブが高まった。

2-2 民間による取り組み

(1) 終戦直後の民間団体の活動

1950年以降、20を超える多くの家族計画関連の民間団体が設立されていたが、その主義・見解は大きく分かれまさに群雄割拠の状態であった。こうした状態を改め、政府や海外に対して発言権を増すことを目的に、各団体を束ねる親組織として、1954年4月に「日本家族計画連盟」が正式に発足した。同時期、世界でも1952年に世界の家族計画運動家たちが国際家族計画連盟（International Planned Parenthood Federation：IPPF）を立ち上げたところであった。同連盟は、1955年10月に第5回IPPF世界大会の開催を予定した。日本家族計画連盟はそれを東京に誘致するために積極的に動き、大成功を収めた¹⁶。

(2) 日本家族計画普及会の取り組み

民間活動の代表的なものとしては1954年に設立された日本家族計画普及会（1962年に日本家族計

画協会に改名）の活動がある。「日本家族計画普及会」は、1954年、故国井長次郎氏によって誕生し、以来、同協会は今日に至るまで政府やこの分野における学識者と協力し、日本の戦後の家族計画運動を推進してきた。運動方針は「自助努力で経済的自立を図りながら、人間的な家族計画運動を推進する」とし、民間団体としての特徴を生かして政府の家族計画活動に協力し、家族計画に関する情報提供、指導者養成、教材開発・普及、避妊用具・薬品の供給、コンドームメーカーとの特約により低廉価格で開業助産婦に供給、地域組織育成等の多岐にわたる活動を行ってきた。

日本家族計画普及会は家族計画に携わる保健婦、助産婦等の人材育成にも力を注ぎ、各種研修事業を実施してきた。また、1956年に厚生省・日本家族計画連盟との共催により開催した第一回家族計画普及全国大会は毎年継続され、家族計画・母子保健関連の講演や功労者の表彰式を行い、全国運動の気運を盛り上げてきた。

また日本家族計画普及会の大きな功績として、政府・学会・民間のつなぎ役として政策決定に大きな影響を与えた点が挙げられる。同会は1955年に家族計画研究委員会を設置した。発足当初のメンバーは厚生省官僚、国立公衆衛生院（現 国立保健医療科学院）、保健所長や地方行政官などで構成され、毎月定例会では、家族計画と人口問題のとりえ方についての理論構築や、家族計画の普及について熱心に討議され、効果的戦略・戦術が練られていった。ここで討議された内容は、例えば、地域に根ざした住民参加型の運動論や、地区組織、特に母親組織の育成、助産婦・保健婦の有効活用（集団指導は保健婦、個人指導は助産婦）、研修会カリキュラム、事業の市町村移管論など、広範にわたっていた。ここでの議論は、国や自治体の施策に反映されていった。

(3) 企業による新生活運動

地域で受胎調節実地指導員による活動が行われる一方、1952年には企業体における家族計画普及活動を行う「新生活運動」が始まった（BOX4・5

¹⁶ 近（2000）

BOX4-4 日本家族計画普及会による広報・啓蒙活動

日本家族計画普及会は発足と同時に家族計画の普及啓蒙活動を目的として機関紙「家族計画新聞」（1982年に「家族と健康」に改名）を毎月発行し、市町村をはじめ関係機関・各者に配布し、家族計画の情報・知識の伝達および啓蒙活動を行ってきた。その一方、開業助産婦はじめ家族計画を推進する地域組織・保健所、市町村を巡回し、地域住民とのセミナーや会議を実施し家族計画の広報・教育活動を実施しながら合わせて避妊器具・薬（主にコンドーム）をコンドーム生産会社との特別契約に基づく特別価格で頒布し、啓蒙活動と同時にサービスの普及を行った¹⁷。また、巡回活動の機会に寄せられた現場の意見を反映しながら家族計画指導員に役立つ教材を開発し促進を図ってきた。このような研修活動・教材開発活動には専門家の協力を仰ぎ、行政との連携を図りながら常に官・学・民の協力を旨として活動を行ってきた。長年の活動で制作した教材は、書籍・パンフレット・配布用教材・パネル・視聴覚教材・保健指導・健診用備品など多岐にわたり、これらの教材は毎年市町村・関係者に配布されるカタログで紹介されている。

また、1978年には医学委員会（松本清一会長）を発足させ、委員会を含む専門家の指導の下に研修事業や広報教育教材の質の向上を目指している。

参照)。集団としてまとまった企業体職員には家族計画の指導が行いやすいという利点からこの活動は急速に拡大し、造船、石炭、電気、通信、化学工業、製紙、国鉄、電電公社、通運会社、警察、消防などに普及した。この事業は、働く社員の家族手当の削減が目的ではなく、個人と家族の健康と福祉のためであるという説明が特に行われた。

(4) その他の取り組み

1934年12月、天皇から下賜された基金を基に「恩賜財団母子愛育会」が創設され、母子の保健と福祉のための事業を実施することとなった。当時の日本は厚生省や保健所も設置されていない状況で、まず愛育調査会を設置し母子に関する科学的な研究が開始された。この愛育調査会の調査の結果、日本の乳児死亡率が非常に高く（1934年出生千対125）ことに農村・漁村に多いことが判明した。

乳児死亡率の低下を図る対策として、村ぐるみで取り組むという考えで考案したのが「愛育班」

事業である。愛育班は地域内全世帯を対象とし、1人の班員が10世帯程度を受け持ち、町内会や字の範囲内で分班を作り、小学校区、旧町村の範囲で1つの班を構成した。活動の主なものは班員の家庭訪問と、話し合い学習（分班長会議と分班ごとの班員会議）である。戦前には46都道府県に1,200あまりの愛育村が指定されるに至り、戦後は厚生省の母子保健事業とも連携し、地域における母子衛生に関する地区組織の強化に貢献した。

マスメディアの中でも家族計画に関する取り組みを開始したところもあった。毎日新聞社は1949年7月に人口問題調査会を設置し、翌1950年より原則として2年に一度「全国家族計画世論調査」を実施している。一般の新聞社が人口問題に関する調査組織をもつことは前代未聞であり、またその世論調査は時系列の長さの点で世界でも類をみない貴重な資料となっている。第1回調査によると「現在避妊を実行している人」の割合は19.5%、「一度も実行したことがない人」の割合は63.6%であった¹⁸。

¹⁷ このように地域に出向いて避妊具・薬のサービスを行う方法は諸外国におけるクリニック・ベースの家族計画推進活動に比べ斬新な方法であるとして、1970年代に日本の家族計画を視察した国際家族計画連盟の医学部長（Dr. Malcolm Potts）は日本の経験をモデルに「Community-Based Distribution of Contraceptives」（地域に根ざした避妊具・薬の配布）を国際的に展開した。

¹⁸ 久保（1997）

BOX4-5 企業による家族計画運動

市町村を対象とする政府による家族計画事業に対して、1952年頃より企業による家族計画運動が盛んになった。1951年頃から、財団法人「人口問題研究会」(1933年半官半民の研究機関として設立)の指導、支援によって、家族計画・生活設計・家庭道徳を3つの柱とする、いわゆる「新生活運動」が始まった。この運動の財源は企業からの指導料によってまかなわれた。また農林省の生活改善運動とも連携し、農林省は農村を中心に、人口問題研究会は企業を対象とした。また1955年には主要企業の役員の夫人たちが「家庭生活研究会」を立ち上げ、企業による家族計画運動に寄与した。新生活運動の中心的なねらいは家族計画の普及による計画的な出産であったが、同時に女性の家庭におけるエンパワーメントも意図し、家計費の管理・貯蓄の奨励、家庭における保健衛生の普及、育児と子どもへの教育、教養を高めて文化的な生活を送ることなどによって最終的に幸福な家庭運営を目指すことを説いた。この運動によって、日本の多くの主婦たちが家計簿を付ける習慣を得た。

この運動のきっかけとなったのは、日本鋼管の労務担当係が厚生省に社員の労務・厚生について相談に行き、人口問題研究所の所長らと出逢ったことによる。同所長らは人口問題研究会のメンバーとして、日本鋼管をモデルに2年間新生活指導を実験した。この結果を受け1953年から日本鋼管川崎製鉄所で正式に新生活運動が始まった。これは、社内新聞に主婦向けの「家庭版」を設けて情報提供を図り、社宅を中心として5世帯1グループとして受胎調節実地指導員による集団講習を行い、その後1軒1軒回って避妊具の使用方法について個別指導をするという丁寧なものであった。また個別指導の際に会社がまとめて購入した避妊器具・薬品を安く買えるというメリットもあった。その結果、わずか1年後には家族計画実行率は40.7%から70.8%と飛躍的に上昇し、出生数は47%減少し、中絶件数は79%も激減するなど顕著な効果が報告されている。また指導前はコンドームの使用率が圧倒的に高かったが、個別指導の結果、ゼリー、ベッサリーなど女性が主体的に使用する方法の割合が著しく伸びた。この成功によって、その後100社100万人を目標として、大企業、官営企業を中心として造船、石炭、電気、化学工業、製紙、国鉄、私鉄、電電公社、通運会社、警察、消防なども加わり、ピーク時には55企業・団体124万人が参加したという記録もある。

企業にとっても、出生数が減る分だけ扶養手当や分娩費が軽減され、また社宅提供の負担が減るなどのほか、医療給付も軽減されるなど経済的利点が大きく、その分を新生活運動の活動費に回した。また、社員の欠勤が減る、家族の健康管理がよくなり事故が少なくなる、社員間の親睦が深まるなど副次的効果も大きかった。しかし、人口に対する社会の要請が変化するに従って運動は先細りし、1971年には関東の企業で8社が残るのみ、1982年には最後の1社となっていた通運会社も運動を打ち切り、新生活運動は終焉した。

出所：西内(1988)、久保(1997)、日本人口学会編(2002)

3. 途上国の家族計画と日本の経験

3-1 日本における家族計画の成果の要因

1952年の政府による本格的な家族計画普及運動の取り組み以降、民間団体や企業の広範な取り組みが展開され、年ごとに成果を上げた。避妊実行率が急増する一方、人工妊娠中絶は激減し、1960年代には避妊実行率が43%に達し、両者の割合は逆転した。人工妊娠中絶数は1955年の117万件を

ピークに毎年下がり、避妊実行率は上昇していった(図4-1参照)。

家族計画がほぼ10年でこのような成果を上げた要因としては、日本の国民全体が戦後の苦境から生活の向上と健康へのニーズが高かったこと、それを受けて行政・民間団体・専門家・住民組織が協力し、関係者たちの献身的な努力が相乗効果的に実を結び達成されたことなどが考えられる。以下では家族計画において成果が上がった主な要因を、途上国への適用可能性を勘案しつつ考察する。

(1) ニーズの存在と個を重視したアプローチ

第2次世界大戦終了後、受胎調節実地指導が開始(1952年)されるまで、人々は望まない妊娠の場合やむなく人工妊娠中絶を行うケースが多かった。つまり、子どもの数を調整したいという要望があったといえる。また人工妊娠中絶による母体への悪影響が深刻であったことから、母体保護の観点からも受胎調節への潜在的需要が存在していた。

このような中で、人口抑制の手段としてではなく、個の立場を重視して人工妊娠中絶による母子の健康への弊害をなくすために中絶を減らし、「個の健康と人間の幸せ」のための家族計画という理念を確立し、母子保健・公衆衛生の一環として家族計画を推進したため、住民の共感が得られ、活動が急速に広まった。同時に「個から地域へ、地域から個へ」という考えから、個人の健康は個人のみで守られるものではなく、地域全体の衛生・保健環境の改善が必要であり、住民の参加活動も必須であるとの考えを実践した。

今日、避妊実行率の低い途上国においては、家族計画の理念は統一されず、人口施策と母子保健の狭間で揺れているのが現状である。日本は母子保健の路線上に、個の健康と幸せを強調して、国民に受け入れられた。日本の経験から、家族計画という個人の生活に深く関係する課題に対しては、このような個人のニーズを重視しながら、住民参加の下に地域全体で取り組むというアプローチが成功の鍵となると思われる。

(2) 官・学・民の三者協力体制の構築

日本の経験を成功させた要因の1つに、政府・学会・民間(NGOや開業助産婦)の三者の役割分担が適切に行われ、効果的な協力体制を構築できたことが挙げられる。日本では、民間(NGO:日本家族計画協会)がパイオニア的な役割を果たすとともに調整役も担い、官・学・民の効果的な連携が行われた。政府は政策を立案し制度を構築し、学会は調査・研究に基づく分析による専門的な情報を提供し、指導を行い、さらに新しい手法を開発し、住民に一番近い市町村や保健所が末端のサ

ービス提供者であるNGOや民間にそれをつないだ。このことが家族計画事業を発展させ継続させた大きな原動力になった¹⁹。

(3) 住民から信頼されていた助産婦・保健婦・看護婦の受胎調節指導員への起用

受胎調節指導員に住民から信頼されている保健関係者を起用したことにより、個人の性生活に関わるような家族計画の指導がスムーズに行われた。助産婦も保健婦も日頃から住民たちの保健向上を目的とした仕事を行い、住民の生活を熟知し、住民から深く信頼され親しまれている人々である。これらの開業助産婦、保健婦が地域で家族計画の指導に当たったため、家族計画は人々に受け入れられ、人々の生活に深く根付いた。家族計画は個人の生活に深く関係するものであるため、その指導に当たる人材は住民から信頼されている(人材である)ことが必要である。

(4) 活発な民間団体、住民組織

戦後、人工妊娠中絶が禁止されていた当時、多くの女性が非合法的な中絶による健康問題を抱えていた。このような状況の改善を目指し、家族計画普及のための民間組織や、母子保健を改善するための地域組織が設立された。その主な団体としては日本家族計画連盟、日本家族計画協会、人口問題研究会などがある。特に、日本家族計画協会は、日本の家族計画運動の方向を示し、普及手法を開発し、1960年代以降は政府から委託された実施機関として、多大な貢献をしてきた。同協会の活動のうち、途上国にも参考になる点を列記してみたい。

- ・官学民を一堂に集めた研究会を設け、日本の家族計画の方向性、普及の戦略などを打ち出し、政府の政策を補佐した。このような調整役は、利害関係の少ないINGOならではの得意分野である。
- ・全国の開業助産婦や保健所とのネットワークを生かして、政府や世界の動向を現場に伝えたり、他方現場の情報を収集し政府に伝えるなど、情報収集・発信の中心的役割も果たし

¹⁹ 国際協力事業団国際協力総合研修所(2003)

た。これが政府の政策決定の重要な材料になった。

- ・受胎調節実地指導員の講習会を技術的または実務的に支援した。
- ・講習会のための教材や、普及活動のための視聴覚教材などを作成した。
- ・避妊具（薬）の有料提供（ソーシャルマーケティングの方式：後述）

以上のように、家族計画の普及運動は高い専門性を必要とし、また国が強権的に推進することは難しい分野であるため、このような民間団体の成長と活躍が求められる。

また、日本の企業体の取り組み（新生活運動など）は世界でも類を見ない取り組みであり、企業が社会の主要なアクターとなっている開発途上国にとっては参考になる部分もある。

さらに、母子保健の一環として取り入れた家族計画は、女性に深く関わる問題であるために女性の住民組織に馴染みやすく、既存の母子保健の地域組織（母子愛育会など）が、保健婦の指導や協力の下に家族計画運動にも真剣に取り組んだことも日本の家族計画の成果に大きく寄与した。

（5）情報・教育・啓発の重視

日本では家族計画を普及する際に住民に対する情報や知識の提供、啓発活動が盛んに行われた。このような活動により住民の意識が変わり、人工妊娠中絶率の減少と避妊実行率の向上につながった。

（6）避妊具のソーシャルマーケティング方式の導入

日本では避妊具（薬）のメーカーと特約を結び、家族計画を推進する民間団体が大量に安価に購入し、それを全国の実地指導員に安価で卸し、指導料を導入すると同時に、購入者にも安全で安価な商品を提供した。この制度には2つの利点、即ち、

指導員への活動のインセンティブと、サービスの受け手には避妊具（薬）への容易なアクセスがある。さらにこのシステムを運用した民間団体は、避妊具（主にコンドーム）を安価で仕入れ、有料で頒布することにより自己財源を確保でき、NGOとして自立的な活動を行うことができた。

この方式は、現在援助事業で適用され始めているソーシャルマーケティングの考え方に通じ、現在の途上国においてもこの方式を根付かせるヒントを提供できると思われる。「医療は無料」を標榜しながら実際には資金不足などからサービスが機能していない開発途上国の保健システムに対し、日本のこのソーシャルマーケティング方式から何らかの示唆が得られるものと考えられる。

3-2 課題から見た教訓 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの重要性

日本では家族計画の取り組みの結果、1960年頃には避妊実行率は高まり、人工妊娠中絶率は大幅に減少したが、避妊実行率は50～60%台から伸び悩み、人工妊娠中絶率は若年層では増加傾向にある。日本では簡単に入手できるコンドームが主たる避妊方法として使用され、いまだに失敗したら中絶すればよいという風潮がある。これは戦後の混乱期において対症療法的に問題を解決し、「人口抑制か母体保護か」という議論以外にリプロダクティブ・ヘルスの観点からの家族計画の本質的な議論を深める機会がなかったことによる。このことが避妊実行率の伸び悩みや若年層の人工妊娠中絶率の上昇の一因となっている。このような経験から、家族計画については国民的な議論を深めると同時に、避妊方法の選択肢の拡大、カウンセリング、広報・教育を含め、女性が生まれてから死ぬまでのライフ・サイクルに合わせ、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの視点からそれぞれのニーズに合った包括的なアプローチが重要である。

付録. 家族計画・寄生虫予防統合プロジェクト (インテグレーション・プロジェクト:IP)

家族計画国際協力財団(ジョイセフ)は、家族計画と寄生虫対策の日本の経験を基に有料方式の導入と地域住民の参加による活動の自立と継続を目指してアジアを中心に1974年から「人間的な家族計画」として家族計画・寄生虫予防統合プロジェクト(Integration Project:IP)を20年以上にわたり多くの国で実践してきた。

IP活動は各国で住民に受け入れられ、彼らの健康への関心と生活向上意識を高め、寄生虫予防、栄養改善、家族計画の推進にとどまらず、母子保健から予防医学へ、さらには環境衛生改善や生活改善に代表される「地域開発運動」へ発展する可能性を秘めていることが多くの事例により実証されている。そのため、ここでは、日本の経験を活用した例としてIPを取り上げ、IPの背景および概要を概説した後、具体的事例としてネパールの例を紹介する。

1. 背景

開発途上国の人口の70~80%は農村人口が占める。農村では宗教や伝統が生きており、教育レベルも概して低い。また生活は貧しく、乳幼児死亡率も高い。農村に住む人々に対し家族計画の必要を説き、これを実行させることは難しく、人々が

納得し、喜んで受け入れるような要素を家族計画に加え、人々の理解や信頼を得ることが重要である。

では、どのような要素を家族計画に加えたらよいのか。家族計画と関連の深い母子保健を組み合わせることが考えられたが、母子保健は出産前後の指導、予防注射、食事および栄養指導、母親教育など、なすべき項目が多い。医師や保健婦、助産婦も少ない。クリニックなどの設備も足りない。このような状況では母子保健を入り口として家族計画を実施することは困難であった。そこで、医師や複雑な技術、高度な医療施設などの必要がなく、しかも効果が早く住民に喜ばれるものを探し出し、これを家族計画と組み合わせることが考えられ、ジョイセフは寄生虫に着目した。

寄生虫(回虫や鉤虫)は開発途上国の農民の70~80%に寄生し、さまざまな病気の原因となっていた。家族計画指導員が若干の寄生虫予防の知識を持ち、家族、特に子どもたちの寄生虫駆除を行えば、翌日には虫が排出される。すると家族計画指導員と家族や主婦との間に感謝を込めた会話が生じ両者の信頼を強めるであろう。個々の間に信頼ができれば自然に家族計画も受け入れられていくのではないかと。これが家族計画と寄生虫予防統

BOX4-6 寄生虫予防が家族計画のパートナーとして適切な理由

1. 高度な技術も高価な機材も必要とせず、少ない予算で実施が可能である。
2. 効果的で安全な薬がある。
3. 顕微鏡で虫卵を見たり、治療後に出る虫は肉眼で見ることができ、結果が簡単に即座にわかる。
4. 寄生虫は子どもに多く感染しており、親の関心も高い。
5. 寄生虫検査、治療および再感染は衛生教育として活用できる。
6. 地域の人々の健康を守るためには皆で協力しなければ達成できないことを寄生虫の集団予防活動を通して住民に認識させ、活動への参加を促すことができる。
7. 寄生虫予防を通して地域住民との信頼関係を築き、家族計画のようなプライベートの問題にも住民の理解と協力を得ることができる。
8. 集団検査・駆虫による寄生虫予防の組織活動、衛生教育、検査活動で培った経験は予防医学やプライマリー・ヘルスの活動につなげることができる。
9. 開発途上国で強力な寄生虫予防政策が実施されていない場合、日本の民間主導の経験を生かしやすい。

合の発想の背景である。しかも、日本は第2次世界大戦後、官・学・民が一体となり、住民活動を活性化することによって、世界に例のない「集団寄生虫予防運動」を成功させた経験をもっており、その経験を生かすことが可能であった。

2. IPの概要

IPでは、プロジェクト推進のための最高政策決定機関として運営委員会を組織する。運営委員会は政府関係機関²⁰、学者および専門家、民間団体（通常各国の家族計画協会）の三者構成となっている。委員会は実験地選定、資金・資材・設備などの確保、配給計画、必要人員（中央、地方レベルの実施責任者であるプロジェクト・マネージャー、検査技術者、フィールド・ワーカー）の研修、教育資材の制作配布、政府・大学・国内関係機関

との連絡・調整、日本側実施機関との交渉などを行う。特に必要人員の研修はプロジェクト活動推進のためには不可欠である。

IPでは、通常1カ国2カ所の実験地を運営委員会が設定する。実験地選定の条件は下記のとおり。

地域的条件：1カ所は首都近郊の農村、他は家族計画運動が不十分で、地区の保健状況も悪く回虫、鉤虫の寄生率も高いところ。ただし、交通、通信の便のよいところでなければならない。各実験地の人口は1万～3万人ぐらいが適当。

人的条件：実験地区は地元の保健関係者、家族計画推進員、保健師などが存在し、さらにプロジェクトへの協力が期待できる行政責任者、教育関係者、宗教指導者などの有力者がいること。

BOX4-7 IPにおける日本の経験の活用

IPにおいては、以下の点で78 - 79ページに示した日本の経験が生かされている。

個を重視したアプローチ

家族計画が普及するためには住民の需要に合ったものである必要があるとの経験から、人口抑制のための家族計画ではなく、住民の健康を重視し、住民の需要に沿った活動を展開している。

官・学・民の連携体制の構築

官・学・民がそれぞれの役割を果たし、それぞれの持ち味を生かして連携した経験に基づき、IPの運営委員会には官・学・民の三者を入れ、連携体制を構築している。

住民から信頼されるスタッフの登用

家族計画を普及させるためには保健/家族計画スタッフと住民との間の信頼関係を築くことがまず必要であるとの経験に基づき、効果が出やすく、住民にわかりやすい寄生虫予防を最初に行うことにより、住民との信頼関係を構築しようとしている。

住民組織の活用・住民参加の促進（特に女性の参加の促進）

家族計画を含む保健活動が効果を発揮するためには住民、特に女性の主体的な活動が必要との経験に基づき、住民の中から保健スタッフを選出するとともに、住民を組織化し、住民のニーズに基づいた住民主体の保健活動を展開する。その際にはできるだけ女性の参加を促し、女性が参加しやすいような工夫を行う。

情報・教育・啓蒙の重視

住民の意識や知識の向上を目指し、活動の持続性を図るため単に医薬品を配布するのではなく、寄生虫予防活動などを通じて住民に対する衛生教育を実施し、啓蒙活動を行うことに重点を置く。

医薬品・サービスの有料化

医薬品を有料とし、活動の持続性と住民の意識やオーナーシップを高めた経験に基づき、医薬品や保健サービスを有料としている。

²⁰ 政府関係者を入れるのは、実験プロセスを当初から知ってもらい、政府の支持を得、究極の目的である政府プログラムとしての採用を容易にするためである。

拠点施設：プロジェクト推進のため、クリニックあるいはヘルスポストが必要。

IPでは、基本的には、まず寄生虫予防活動を行い、地域住民の保健衛生に対する理解や保健スタッフに対する信頼を得た後に、住民を主体とした地域の保健活動を促し、家族計画・母子保健活動も組み込んでいく。住民を主体とした保健活動を行うために住民組織を育成・活用したり、住民から保健活動のリーダーを選出・育成したりする。家族計画・母子保健は女性に関連の深いものであるため、住民組織にはできるだけ女性の代表を入れる、保健スタッフには女性も採用するなど、女性の参加を促すよう工夫する。保健活動の持続性を確保するために、医薬品や検査などは基本的に有料とする（医薬品やサービスを有料にすることにより住民の意識やオーナーシップが高まるという効果も期待できる）。

ただし、このようなプログラムは日本の経験に基づいて作成されたものであり、現地の実状に合わせて適宜修正する必要がある場合も生じるため、まずは実験的にを行い、結果によっては当初の戦略を修正することが必要である。

IPを効果的に推進していくためには類似の経験をもつ者による情報共有や意見交換が有用である。そのため、各国運営委員会メンバーを中心とする参加者からなる国際会議を定期的開催し、各国のIP経験に関する情報交換を行い、実験プロジェクトの効果的な推進、問題点の解決などに努めている。

3. ネパールの事例（Integrated Project of Family Planning, Nutrition and Parasite Control） 寄生虫予防からリプロダクティブ・ヘルス/ライツへの道のり

（1）プロジェクト概要と日本の経験

ネパールの妊産婦死亡率は日本の約70倍に達し、女性の平均寿命が男性に比べて短い数少ない国の1つである。1970年代ネパール政府は人口増加の抑制を目指し家族計画を推進したが、1976年の避妊実行率は既婚者の2.9%でその中の69%が不妊手術であった。このような状況の中、ジョイセフは国連人口基金（UNFPA）の資金協力によ

り、1979年にネパール家族計画協会と共同で、無医村地域における家族計画・母子保健事業を推進することになった。

プロジェクトは、家族計画と寄生虫予防との統合（IP）に始まり、次第に活動の発展、対象地域の拡大が行われた。特に、地域住民参加による家族計画・母子保健の推進を目指し、地域住民の組織化、保健スタッフ・地域住民の教育、家族計画・母子保健プロジェクトの実施村への定期巡回指導サービスを行ってきた。

その結果、26の無医村にプライマリー・ヘルス・ケアの指導と簡単な医薬品の有料頒布を目的とする簡易保健施設（プライマリー・ヘルス・ケア・ポスト）が住民の主導により建てられた。また、かねて住民から要望されていた助産施設が日本大使館の草の根無償資金援助によりカブレ郡（パンチカル家庭保健センター 1997年）と、スンサリ郡（イタハリ家庭保健センター 2000年）に建てられ、地域の女性たちに安全な出産のサービスを提供している。さらに、センターの助産活動の技術協力を行うため、日本の青年海外協力隊員（助産婦）が現地のスタッフとともに活躍している。

このネパールのIP事例では日本の経験を踏まえ、以下のようなアプローチがとられた。

- ・個を重視したアプローチ：集団寄生虫予防を家族計画に統合し、“健康と幸せ”を家族計画の理念とした。
- ・官・学・民の連携体制の構築：プロジェクト開始にあたっては、政府・民間機関・専門家の運営委員会を結成し、官・学・民の協力によるプロジェクト推進のシステムを構築した。
- ・住民との信頼関係の構築：人々から喜ばれる寄生虫予防をととして家族計画指導員と住民の信頼関係を築いた。
- ・住民組織の活用・住民参加の促進（特に女性の参加の促進）：プロジェクトの各村に母親クラブを組織し女性の参加を促進した。また、簡易保健施設の建設にあたってはプロジェクト資金からは建材（セメント、トタンなど）を提供した。土地、建設費、労働力は村人が提供し、住民の自助努力とオーナーシップを

高めた。

- ・情報・教育・啓蒙の重視：パンチカル・プロジェクト地域の中心地に位置するフィールド・オフィスから保健スタッフが村々へ巡回し、医療サービスと実際の広報・教育指導を行った。女性ボランティアには、日本の母子手帳を簡素化し、写真で解説した母子保健の教材を開発・普及した。
- ・医薬品の有料配布：医薬品の有料領布や有料助産を行い、活動経費を捻出し、活動の持続性を高めた。

以上のような観点を踏まえ、以下では、ネパールのプロジェクトがどのように発展したかについて具体的に見ていく。

(2) プロジェクト開始当時の家族計画・母子保健状況

1979年にジョイセフがネパール家族計画協会と共同して活動を開始したのは、首都カトマンズ市から40km東方の山間に位置するカブレ郡パンチカル地域の3カ村（パンチカル村、バガワティ村、バルワ村）で、対象地域の人口は約9,000人であった。当時ネパールの女性たちは早婚、低年齢出産、多産、危険な人工妊娠中絶、栄養不足、過労に加え、保健医療や教育の不足・貧困などから平均寿命が男性に比べ短く、妊産婦死亡率が世界で最も高い国のひとつであった。

(3) プロジェクトの発展プロセス

寄生虫予防から家族計画との統合プロジェクト（IP）へ

1) 寄生虫予防活動による理解と信頼の獲得

プロジェクト活動はまず学童の集団寄生虫予防から始まった。ネパールの寄生虫の感染率は90%と高い。そこでまず、プロジェクト地域の子もたちを集め、集団寄生虫予防の検査を行い、虫卵が見つかった子どもには薬を与えた。最初は検便のための検体を提出するのを恥ずかしがった人々も、徐々にこの活動を理解し、再感染を防ぐために、地域の共同水汲み場の整備、学校の便所建設などの環境改善や個人の衛生習慣を改善する必要に気づき始め、家族計画・母子保健への理解も

増し、スタッフへの信頼も徐々に深まった。

2) 寄生虫予防活動から住民主体の自立的な保健活動への展開

このように寄生虫予防がきっかけとなり、各村に保健委員会が組織され、その活動は住民が村ごとに自ら簡易保健施設（プライマリー・ヘルス・ケア・ポスト）を建設する活動へと発展した。建物はどれも簡素で、部屋数も2つくらいのものであるが、活動の自立・継続を目指し、プロジェクトから提供されたのはセメントと屋根に使うトタン板のみで、土地や建設費、労働力はすべて住民たちが協力して作り上げたものである。この施設を管理する保健指導員には高校卒業の学力を持つ村の出身者が2カ月間の保健教育訓練を受けた後、2人体制で着任することになった。母子保健や家族計画の問題を扱うので女性の保健指導員候補者を探したが、適応する学力を持つ女性が村では見つからず男性が研修を受けることになった。そこで、指導員を補助するボランティアには女性を起用し、女性たちの必要性にできるように配慮した。村の保健委員会のメンバーも男性ばかりだったが、各村に母親クラブを組織し、代表者を保健委員会に入れ、女性が参加する道を開いた。

簡易保健施設では卸値で購入した医薬品を市場より20%位安く住民に頒布して収入を上げ、これをプロジェクトの活動費にあて、避妊具の相談や簡単な医療サービスを提供した。同時に、プロジェクト現地事務所から看護婦・助産婦のチームが毎月定期的に巡回し、保健指導員・女性ボランティアとともに乳児健診、妊産婦健診、家族計画指導を実施した。最初3カ村で開始したプロジェクトであったが、周辺から参加を要望する村が増え、1993年までには15カ村（人口6万人）をカバーするに至り、各村に簡易保健室が建設された。最初にプロジェクトを始めた3カ村ではトイレの数が20軒に1つから5軒に1つに増え、プロジェクト地域の寄生虫感染率も90%から46%に減少した。

3) 他村への活動の広がり

パンチカル村でのプロジェクト経験を基に、1993年カトマンズの東方550kmに当たるスンサリ郡プロジェクトが開始された。このプロジェクト

では、看護婦・助産婦のチームが定期巡回指導・簡単な医療サービス、医薬品の販売を行った。プロジェクト地域では女性ボランティアが組織され、受付や乳幼児の計測を手伝うなど、保健スタッフと地域住民が協力しあって活動を推進した。この活動は5カ月も経たないうちに隣のモラン郡の5カ村にも広がった。また、栄養改善の活動も活発に行われた。偏っている食生活を改善するために各村に大きな鍋とフライパンを供給し、女性たちが野菜や米を持ち寄り、巡回チームが料理法を指導した。最初、大人たちは敬遠していたが、子どもたちが喜んで食べたのをきっかけに評判となり、いくつかの村では、子どもの給食プログラムにも発展した。

4) 助産活動の開始

1998年にパンチカル村民たちの長年の夢だった助産院とフィールド・オフィスを併設した「家庭保健センター」が日本大使館による草の根無償協力の支援により建設された。開所式には日本大使をはじめ、ネパール家族計画協会会長・事務局長の他、15カ村の保健委員会メンバーや母親クラブ代表者等100人余りが出席して盛大にお披露目なされた。

1996年から小規模な助産活動は始められていたが、この機会にプロジェクトの助産婦は日本で更なる研修を受け技術を磨いた。急患用の車の準備、病院との連携の下に清潔で安全な助産サービスを24時間勤務体制で開始した。経費を捻出するためにセンターでは、有料の助産を行うとともに、村人への安全なお産の講習会、母子保健関係のデータ収集、各村の簡易保健室への医薬品の有料配布、村への巡回指導、15カ村のプロジェクトの調整など多様な活動を実施し、文字通りパンチカル地域の母と子の健康を守る拠点となった。特に、プロジェクト地域から募った75人の伝統的助産婦に対する12日間の泊り込み研修の結果、危険な妊娠の早期発見への意識が普及するとともに、妊産婦検診率も上昇し、プロジェクト地域から乳児死亡や妊産婦死亡のケースがほとんどなくなった。さらに、家庭保健センターで出産のための経費（平均一回助産料金2,000円）作りのために女性たちがグループで貯金をするようになってきた。

<参考文献>

- 大林道子(1989)『助産婦の戦後』勁草書房
- 木原正博(2001)「巻頭論考 巻頭論考2000年末時点における日本のエイズ流行と感染リスクの現状・動向と今後の予防戦略について」国立国際医療センター・エイズ研究開発センター研究班報告 ホームページ
(<http://www.acc.go.jp/kenkyu/ekigaku/2001ekigaku/00.htm>)
- (2003)「巻頭論考 アジア太平洋地域のエイズ流行の現状と展望」国立国際医療センター・エイズ研究開発センター研究班報告 ホームページ
(<http://www.acc.go.jp/kenkyu/ekigaku/2003ekigaku/001.htm>)
- 國井長次郎(1984)『人間的な家族計画 家族計画と保健の統合』家族計画国際協力財団
- 久保秀史(1997)『日本の家族計画史 明治/大正/昭和』日本家族計画協会
- 厚生省(1961)『厚生省白書(昭和35年度版)』
- (1988)『厚生省五十年史(記述編)』厚生問題研究会
- 厚生労働省大臣官房統計情報部(2002)「母体保護統計報告」
- 国際協力事業団国際協力総合研修所(2003)『第二次人口と開発援助研究 日本の経験を活かした人口援助の新たな展開』国際協力事業団
- 国連人口基金(2002)『世界人口白書2002』
- 近泰男(2000)「わが国の家族計画運動のあゆみ」『家族計画便覧2000 少子高齢社会とリプロ・ヘルス』日本家族計画協会
- 日本性教育協会ホームページ
(http://www.jase.or.jp/kenkyu_zigyo/2_f.html)
- 西内正彦(2001)「連載6日本のリプロヘルス/ライツのあけぼの 久保秀史、村松稔に聞く動き出した産児制限」『世界と人口』家族計画国際協力財団
- (2001)「連載7日本のリプロヘルス/ライツのあけぼの 久保秀史、村松稔に聞く モデル村で指導始まる」『世界と人口』家族計画国際協力財団
- (2001)「連載8日本のリプロヘルス/ライツのあけぼの 久保秀史、村松稔に聞く 政府が受胎調節指導に乗り出す」『世界と人口』家族計画国際協力財団
- 西内正彦・母子保健史刊行委員会(1988)『日本

の母子保健と森山豊』日本家族計画協会
日本人口学会編(2002)『人口大事典』培風館
毎日新聞人口問題調査会編(2000)『日本の人口
戦後50年の軌跡 全国家族計画世論調査』
村松稔(2002)『戦後の過剰人口と産児制限』日

本人口学会編(2002)『人口大事典』pp.905-
910 培風館
Coleman, Samuel(1983) *Family Planning in
Japanese Society-Traditional Birth Control in a
Modern Urban Culture*, Princeton Paperbacks

第5章 感染症対策

2002年の感染症による死者は全世界で1,112万人に上り、死亡原因の約20%を占めている¹。例えば、結核については毎年800万人以上が発病し、200万人が死亡しており、アフリカではHIV/エイズの影響で結核が急増している²。また、寄生虫症は死亡率が他の感染症と比べてそれほど高くないため対策が優先的には講じられていない傾向があるが、感染者の数は多く、その健康被害は甚大である。こうした感染症は、単なる個人の健康上の問題にとどまらず、今や途上国の経済・社会開発への重大な阻害要因となっており、その対策は貧困削減計画の中心課題の1つとされている。また、グローバル化の進展によって、途上国の感染症問題は先進国にとっても看過できない問題となっている。

日本でもかつてはコレラや結核等の感染症は最も被害が大きい健康問題であったが、第2次世界大戦後から現代にかけて、中央・地方政府による政策策定、民間団体による活動等により短期間で劇的な減少に成功している。

日本はこれらの経験を活用し、これまでに多くの国において感染症対策への協力を展開している。特に1998年に「橋本イニシアティブ」として日本の経験を活用して寄生虫対策の促進を打ち出し、さらに2000年には「沖縄感染症イニシアティブ(The Okinawa Infectious Disease Initiative: IDI)」において5年間で30億ドルの拠出を表明するなど、感染症対策への戦略的な取り組みを強化している。

そこで本章では、最初に日本における感染症に対する取り組みの変遷を概観し、次に画期的な経験を有する結核と寄生虫対策の主な取り組みを紹介し、途上国に参考になりうる日本の経験は何かを考察する。また、感染症対策に不可欠な予防接種についても日本の取り組みをレビューする。さ

らに、付録として現在途上国で大きな課題となっているHIV/エイズに対する日本での取り組みと、日本の反省としてのハンセン病への対応について紹介する。

1. 感染症対策の変遷

1-1 急性感染症対応期(1868~1919年)

明治時代、開国と同時に海外との交易が活発化し、それに伴って、コレラ、ペスト、痘瘡等の外来の急性感染症の大流行が繰り返された。国内の人・モノの移動も活発になったことから、その被害は全国規模に広がった³。この時代の最大の課題は急性感染症対策であった。

このため、明治政府は種痘対策として、1870年に大学東校(後の東京大学)に種痘館を設置し、1874年に種痘規則を定めた。1876年には種痘規則を廃して種痘医規則および天然痘予防規則を定めた。また、コレラ対策として、「虎列刺予防心得」(1877年)や「虎列刺病予防規則」(1879年)を定めた。さらに同年コレラ対策のための諮問機関として「中央衛生会」(1879年)を設置した。「コレラ避病院」(1879年、東京・本所)をはじめ各地に避病院を設置するなどの緊急措置を講じた。しかし、1879年のコレラ大流行では死者が10万人以上にも上るなど抜本的な解決には至らなかった(表5-1)。

そこで、総合的予防法規として1880年に「伝染病予防規則」を制定し、伝染病6種(コレラ、腸チフス、赤痢、ジフテリア、発疹チフス、天然痘)を届出伝染病に指定した。これによって平常から予防体制が整備され、必要のある場合には急速な措置が講じられることとなった。しかし、1800年代末まで、コレラ禍は数年おきに繰り返された。

コレラ対策の末端の防疫機構として、1879年に

¹ WHO (2003)

² *ibid.* (2002)

³ 川上(1965) p.135

表5-1 コレラの患者および死者数

年次	患者数		死者数	
	実数	人口10万人 当たり	実数	人口10万人 当たり
1877	13,816	38.5	8,027	22.4
1878	902	2.5	275	0.8
1879	162,637	446.0	105,786	290.1
1880	1,580	4.3	618	1.7
1881	9,387	25.4	6,237	16.9
1882	51,631	138.6	33,784	90.7
1883	669	1.8	434	1.2
1884	904	2.4	417	1.1
1885	13,824	36.1	9,329	24.3
1886	155,923	404.6	108,405	281.3
1887	1,228	3.2	654	1.7
1888	810	2.1	410	1.1
1889	751	1.9	431	1.1
1890	46,019	115.3	35,227	88.3
1891	11,142	27.7	7,760	19.3
1892	874	2.2	497	1.2
1893	633	1.5	364	0.9
1894	546	1.3	341	0.8
1895	55,144	132.7	40,154	96.6

出所：コレラの患者数・死者数は、川上（1965）p.131による。人口10万人当たり割合は、内閣統計局による各年1月1日の推計人口により算出。

政府は予算不足と人員不足解消の妙案として住民公選による「町村衛生委員」制度を導入した。この制度は衛生問題を国民とともに前進させようという当時としては画期的な試みであった⁴。しかし、次第に中央集権が強まり、1885年に地方行政機構が大幅に改められ、地方衛生制度も根本から改正された。末端における衛生行政は警察行政の一環として郡区の警察署が扱うこととなり、町村衛生委員制度は廃止された。これ以降、警察が末端の衛生行政を担当する体制は第2次世界大戦が終結する1945年まで続くこととなった。

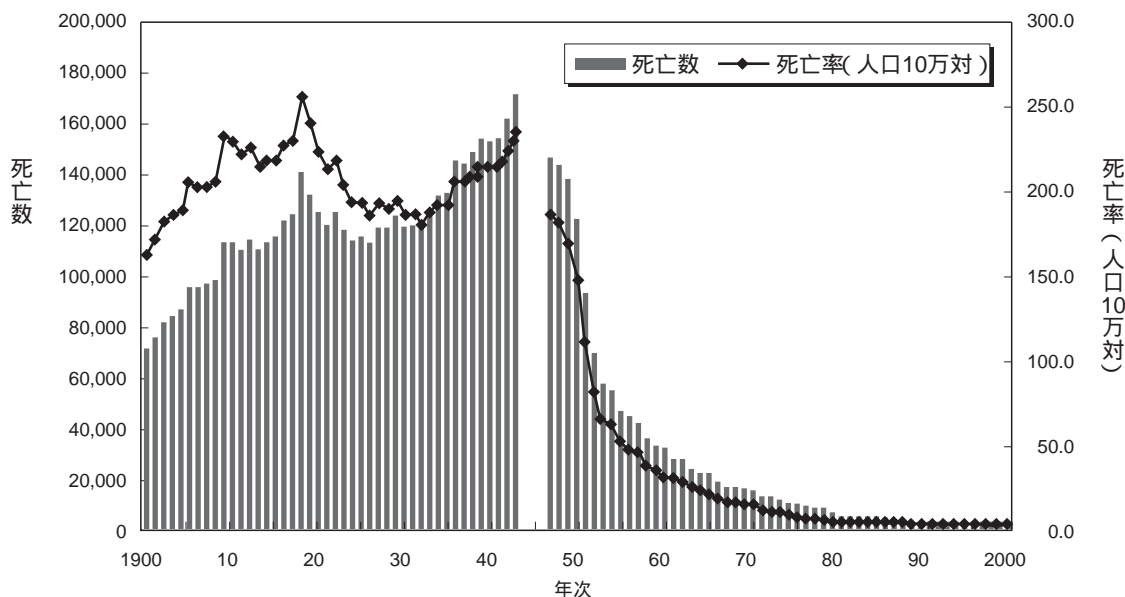
コレラなどの急性感染症への対応が一応の成果を収めた頃、内務省は1916年に「保健衛生調査会」を設置した。同調査会の全国的な実態調査によって、初めて結核などの各種慢性疾患や、乳児死亡

率、国民の体位・健康に関する問題が諸外国に比して著しく悪いことが明らかとなった。

特に結核は、産業革命により農村から都市に出てきた若年労働者、特に女子労働者が劣悪な労働条件と生活条件の中で罹患・発病したこと、しかも発病後解雇されて帰郷し農村での感染源となったことなどにより、感染が全国に拡大していた。加えて、軍隊、学校生活など共同生活が感染の機会を増大させた。このようにして全国に広がった結核は「国民病」と言われるようになった。結核による死亡は、1912年以降より増加の一途をたどり、1918年には死亡数14万人、死亡率257.1（人口10万対）とピークに達した（図5-1）。結核は、1882年に結核菌がコッホによって発見されたものの、当時はまだ特效薬はなく、患者は安静・栄

⁴ 川上（1965）pp.133-134

図5-1 結核死亡の推移



出所：結核研究所ホームページ (<http://www.jata.or.jp/>)

養・清浄な空気という3つの要素によって体力を付けること以外に治療方法はなかった。

このような状況において、政府がとった最初の施策は1904年に内務省が交付した「肺結核予防令」である。ここで定められたことは、病院や旅館などの公的施設において患者が利用した部屋や物品を消毒すること、病院において結核の患者と他の患者を同室に収容しないこと、学校・役所などの公共的な場所には痰壺をおくことなど、簡単なものであったが、結核に対する社会の認識を広げた点では効果があった⁵。その後、鉱山や工場における労働者の健康状態や労働、生活の衛生環境について詳細に調査した結果をまとめた「工場衛生資料」(1910年)によって、工場内での感染から農村に感染が広がったという感染経路の実態が明らかになり、この結果を受けて、政府は1914年に「肺結核療養所ノ設置及国家補助ニ関スル法律」を制定した。さらに1919年には「結核予防法」を制定し、感染源となりうる患者の就業禁止、公共機関の療養所設置義務などの施策が盛り込まれた。この時期、慢性感染症予防衛生の基礎がおおむね確立された⁶。

1-2 慢性感染症対応期(1920～1944年)

この時期においても結核は大きな国家的な課題であった。兵士の調達を農村子弟に依存していた軍は、農村での結核の蔓延がそのまま軍隊の兵力の低下につながり頭を悩ませていた。健兵健民の観点から、国民全体に対する強力な結核予防対策が必要と判断した軍は、軍主導による全国的な結核予防体制の推進を図った。しかし、当時はまだ結核の治療法は確立されていなかったため、ひたすら早期発見・届出・隔離の徹底が図られた。

1919年に「結核予防法」が制定されていたが、日本が結核対策に正面から取り組んだのは、1934年の保健衛生調査会の答申以降である。同調査会の答申に基づいて、1937年に保健所が設置され、結核予防法が改正され、結核患者届出制度が採用されるとともに、療養所の拡充が図られた。

1939年には、1913年に設立された民間の財団法人「結核予防協会」を吸収する形で、皇室のイニシアティブにより官学民による財団法人「結核予防会」が設立され、今日まで日本における結核対策事業の中心的機関となっている。また、同年に厚生省予防局に結核課が新設され、結核予防行政

⁵ 村上(1996)p.50

⁶ 鈴木・久道編(2003)

が一段と強化された。さらに1940年には「国民体力法」が制定され、国は全国の青壮年の結核対策に重点をおきつつ、国民の体力増進を推し進める体制を強化していった。

1-3 戦後の急性・慢性感染症対応期 (1945～1960年)

混乱期の発疹チフス

終戦直後の混乱期には、国民の生活水準が極度に低下したため、発疹チフスが流行し、1946年には患者数が全国で32,000人を超えた。これは当時大発生したシラミを媒介にしたものであり、その対策としてシラミの駆除が課題となった。GHQもこの対応に強い関心を示し、1946年には全国205都市に平均10名ずつの昆虫・ねずみ駆除事業のための指導職員が配置され、また地域住民組織である「駆除班」が全国で1万組結成された⁷。昆虫・ねずみ駆除事業は、地区衛生組織活動に取り入れられ、「蚊とハエのいない生活運動」として1949年から全国的に展開されるようになった。また、GHQによりDDT⁸が使用されるようになって、ハエ・蚊は著しく減少した。薬剤と住民の自衛活動の結果、不衛生による急性感染症は急激に減少していった。

トラホームと寄生虫

1919年にトラホーム予防法が制定されてはいたが、戦後においてもトラホームの蔓延はおさまらず、罹患率は1949年で214.3(人口10万対)と高く、特に農漁村においては罹患率が数十%というところも少なくなかった⁹。そこで1947年以降、毎年10月10日を「目の愛護デー」とし、厚生省、都道府県、関係諸団体が協力して、トラホームの予防および衛生思想の普及を重点的に行った。また1947年以降、トラホーム予防法が数次にわたり改正され、国や都道府県による医療費の補助率が引き上げられ、さらに1954年には医師から保健所長

への患者届け出が義務付けられた。

寄生虫も全国に広く蔓延し、国民の健康に著しい障害を与えていた。日本ではし尿の農村還元方式がとられており、これが虫卵汚染の悪循環の源であった。国は戦前からし尿分離式の改良便所を考案し普及を図ってきたが普及は進まなかった。

このため厚生省は、定期的集団検診、集団駆除の実施を促進し、また予防思想の普及に努めた。また寄生虫対策に関しては東京寄生虫予防協会をはじめ民間団体が大きな役割を果たした。学校や職場では集団駆除活動が行われ、回虫の寄生率は戦後10数年で激減した。

結核

結核対策は、1951年の結核予防法の抜本的な改正により、健康診断、予防接種、結核医療費の一部公費負担、結核患者の登録制、保健婦の家庭訪問指導など、総合的に体系化され、拡充された¹⁰。厚生省が1953年に第1回全国結核実態調査を実施したところ、従来把握されていたよりも深刻な結核の蔓延の実態が明らかとなった。このため、厚生省は1954年に「結核対策強化要綱」を発表し、結核対策のさらなる強化を行った。この動きは1955年の結核予防法一部改正へとつながっていく。また結核医学の発展、中でも化学療法剤の出現は戦後の結核対策に重要な影響を与えた¹¹。化学療法剤により結核は死の病から治癒可能な病になった¹²。

結核、腸チフス、赤痢等の戦後の感染症の蔓延に対応するために、政府は1947年「国立予防衛生研究所」(現・国立感染症研究所)を設立した。国立予防衛生研究所は、厚生省の附属試験研究機関として感染症の基礎・応用研究に力を注ぎ、感染症対策に指導的役割を果たしてきた。

このようなさまざまな国をあげた取り組みによって、結核の死亡率は急激に低下し、1951年には死因1位の座を「脳血管疾患」にゆずった。この

⁷ 厚生省(1988)

⁸ DDTはその残留毒性が人体への悪影響を及ぼすとして現在製造禁止されている。

⁹ 厚生省(1988)

¹⁰ *ibid.*

¹¹ *ibid.*

¹² 村上(1996) pp.103-108

時期が、日本の主要な健康課題が感染症から生活習慣病や悪性新生物（がん）に移行した転換点であったといえる。

1-4 感染症下降期（1961～1979年）

上記のように結核の死亡率は急激に低下し、罹患率も1970年代に入ってから順調に低下した。1975年には結核罹患率が初めて人口10万対で100を切り、結核死亡率が人口10万対で10を切り、結核蔓延状況が高度蔓延状態から中等度に転換した¹³。その結果、結核対策は全国一律の強力な対策から蔓延度の高い地域や集団に集中する方式へと変化した。その他の感染症についても、高度経済成長に伴う衛生環境の改善や国民の栄養状態の向上によって感染率が低下し、国民の意識に登場することが少なくなっていった。

この時期には、政府は地域の公衆衛生の向上と増進を図るため、1964年に「地方衛生研究所」の設置要綱を定め、都道府県、指定都市等に設置を義務付け、調査研究、試験検査・食品等検査、公衆衛生情報の収集・分析・提供などを行う地方衛生

行政の科学的・技術的中核的機関の整備を図った。

1-5 新興・再興感染症への対応期（1980年～現在）

結核の罹患率は低下し、国家的な脅威ではなくなったが、西欧先進諸国に比べると罹患率は依然高位を保ち続けている¹⁴。また、1980年代後半以降、高齢者における発症の増加と、結核が少なくなってから生まれた若年層の間での小流行等によって、1997年には新規結核登録患者数がわずかながら増加に転じた。そこで厚生省は1999年に「結核緊急事態宣言」を発表し、再興感染症としての結核問題の国民への普及啓発、健康診断をはじめとする結核予防法に基づいた各種施策を強力に推進するとともに、国立療養所を拠点とする専門医療体制を充実した。

世界で最初のHIVに関する公式の報告は1981年米国の全米防疫センターのものであるが、日本では1983年に厚生省にエイズ班が発足し、米国から輸入されていた非加熱血液製剤に対するHIV汚染の疑いが議論されたのがHIV対策の始

表5-2 感染症対策の変遷

1897年	伝染病予防法施行 (対象疾病は、コレラ、赤痢、腸チフス、痘瘡、発疹チフス、しょう紅熱、ジフテリア、ペストの8つ)
1910年	種痘法施行
1919年	結核予防法制定、トラホーム予防法施行
1932年	寄生虫予防法施行
1939年	財団法人結核予防会設立
1947年	国立予防衛生研究所(現・国立感染症研究所)設立
1948年	予防接種法施行(全12疾病対象)
1951年	結核予防法全面改正
1959年	結核児童の療育の給付、青森県八戸市でポリオ集団発生
1961年	ポリオワクチン緊急輸入・全国一斉投与
1964年	予防接種法改正(ポリオ生ワクチン法制化)
1981年	感染症サーベイランス事業開始
1983年	トラホーム予防法廃止
1987年	結核・感染症サーベイランスオンラインシステム開始
1994年	予防接種法の改正
1998年	感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律制定(伝染予防法等を廃止)
1999年	結核緊急事態宣言
2001年	予防接種法の一部を改正

¹³ 島尾(1999)

¹⁴ 石川(1999) pp.26-27

めである。1985年に加熱血液製剤が認められるまでの間に、HIVに汚染された血液製剤によってHIV感染者が発生した。多くの議論が錯綜する中で、結果的に国の判断が遅れたためにHIV感染者を増やした事実は否めないであろう（付録1参照）。

さらに1990年代に入ってから、海外からの輸入症例によるエボラ出血熱や、温泉や給水システムに混入して集団感染するレジオネラ症、病院などで院内感染するMRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）、O-157（腸管出血性大腸菌）や、2003年に世界的問題となったSARS（重症急性呼吸器症候群）など、先進国においても新興感染症の脅威が認識されるようになった。

2. 結核対策

途上国においては結核はいまだ大きな課題となっており、日本が戦後結核の罹患率や死亡率を急速に下げた時期における公衆衛生アプローチは今日の途上国においても参考になるのではないかと考えられる。本節では、1946年から約10年間の日本の結核対策の主な取り組みを紹介し、何が途上国に参考になりうるのかを考察する。

石川（1999）によると、戦後日本で急激に結核が減少した要因としては、戦前戦中の高蔓延による民族的集団免疫の上昇、社会環境・生活水準の向上（経済、栄養、住居、教育・社会・医療保障、行政組織の向上）、保健インフラストラクチャーの向上（医療機関の充実、保健所の整備、人材の能力向上）、結核対策の政府の強い取り組み（法整備とその実施、予算措置）、住民参加の促進（結核予防会の設立、患者会の組織化、出版・放送による教育的活動）の5つが挙げられる。また、島尾（1996）は、日本の結核対策の教訓として結核対策を行う国の意思、対策従事者の養成、国民の参加と対策への協力、技術開発の重要性、国際協力の必要性の5つを挙げており、中でも「結核対策を行う国の意思」、「国民の参加と対策への協力」、「技術開発の重要性」を強調している。

そこで本稿では、これらの先行分析を踏まえた上で現在の途上国の結核対策の現状を鑑み、日本

で結核が蔓延していた時期の取り組みから、特に途上国に参考になるものとして、1) 政府の強い意思（法整備とその実施、予算措置）、2) 公衆衛生的アプローチ、3) 民間の取り組み、4) 結核専門家の活躍、の4つを紹介する。

2-1 結核に対する主な取り組み

2-1-1 政府の強い意思

(1) 法制化

日本の結核対策は、戦時中に国家主導で強力に推し進められた。その政府の強い意志は法整備の変遷に現れている。結核に関する法律は、1919年の「結核予防法」に始まった。また戦後は、結核対策に対する関心の高かったGHQからの指令に基づき、1947年に「伝染病届出規則」が制定され、結核患者を診断した医師は24時間以内に保健所に届け出ることが義務付けられた。さらに、1948年には「予防接種法」が公布され、同法の下に、30歳以下のすべての国民は毎年1回ベルクリン反応の検査を受け、その結果に基づいてBCG接種を受けることが義務付けられた。1951年に「結核予防法」が全面改正され、ここに包括的な結核対策プログラムが完成した。

同法は、結核予防体系の確立を目指したもので、定期健診、患者登録、感染防止、患者指導、医療に関する一連の規定が組み入れられた。同法の具体的内容は、定期健康診断の対象者の拡大（事業所、学校、施設等の集団生活者、結核蔓延地域の一般住民等）、従来予防接種法によって規定されていたBCG接種を結核予防法へ移行し、満30歳未満の国民および集団生活者に毎年定期的な実施、医師による結核患者の届け出に基づき保健所は登録票を作成し、これに基づき保健婦による家庭訪問等を実施、結核の適正な医療の普及のために患者の医療費の一部を公費負担する制度の創設、国立・公立・非営利法人の結核療養所の設置・拡充の促進、である。石川（1999）は同法を世界に誇れる法律と高く評価し、その画期的な点として、サービス（対策の実施）が全国を網羅し、国と自治体の責任を規定した、予防・医療活動に対して公的資金の補助（公費負担）を打ち出した、結核医療を一般医療に統合した、の3点を挙げている。

結核医療費はこの時期膨大な額となっており、1955年度では641億円、同時期の国民医療費総額の2,388億円の4分の1を超えており、また結核の入院医療費は488億円で全体の2分の1を超えていた¹⁵。これらの数字を見ると結核が当時いかに深刻な健康課題であったかがわかると同時に、国家が総力を挙げてその対策に取り組んだことがわかる。

(2) 検診・治療指針の採用と普及

政府は、結核対策の先駆的役割を果たしてきた結核予防会（後述）が作成した「結核集団検診の実際」（1951年）と、「結核の治療指針」（1961年）を結核対策の指針として採用した。また、これらの指針による検診・治療方法を社会保険適用の基準とし、国全体の結核検診と治療の質を向上させた。

(3) 実態把握の徹底

保健所を中心とした患者登録制度と、保健婦によるモニタリング体制に基づいて得られる情報を保健所で分析し、地域の実態を把握するのに役立てた。また、治療成績を評価し、その後の治療方針や対策の改善に活用した。

さらに1953年からは全国民を対象とした「全国結核実態調査」を実施し、結核の蔓延状態や排菌者の自覚状態などの実態を把握することによって、その後の結核対策を改善した。このような疫学調査は、結核の専門研究機関である結核予防研究会等で分析され、健康診断と予防接種の無料化（1957年）や、高蔓延期の全国一斉展開から中蔓延期における対象の絞り込みへの方向転換などの政策決定につながっていった。

2-1-2 公衆衛生的アプローチ

(1) 保健所と民間医療機関の連携

1951年の「結核予防法」改正以降、開業医を含めた既存の民間医療機関をサービス提供機関として位置づけ、保健所は患者の登録・管理、診断・

治療内容の監督を行う専門機関とするという連携体制が確立した。

ここで着目すべき点は、結核の予防・診断・治療に開業医を中心とする民間医療機関を活用した点である。当時は、国民皆保険制度が確立される前で、民間の医療機関は自由診療が主であり、診療の質は玉石混淆といった状態であったため、国民からの信頼感は高くはなかった¹⁶。いわば現在の途上国に近い状況にあったといつてよい。厚生省はこれらの民間医療機関を活用するにあたって、質を担保し、国民の受診動機を高めるために、保健所内に「結核診査協議会（結核の専門家、医師会の代表、保健所長等で構成）」を設置し、ここで医療機関の診断・治療の質を監督し、基準に合っていないければ診断・治療費の公費支給をしないという方法を採用して民間医療機関への受診誘導や医療機関の技術の向上を図り、大きな成果を上げた。このような民間医療機関の幅広い活用と保健所による監督指導という連携体制は、世界的に見て日本の特徴的な仕組みといえる¹⁷。

(2) 保健婦による地域活動

患者登録に基づいて、患者の一元的管理の責任を保健所の保健婦に担わせた点も、日本の特徴である。保健所では医師の届け出に基づいて患者管理票（ビジブルカード）を作成し、保健婦が患者宅を家庭訪問して治療状況を患者管理票に記録し、治療完了を確認するまで継続して見守り、再発のリスクが生じなくなるまで一貫して管理していた。全患者に対して、保健婦によるマンツーマンのモニタリングシステムの徹底は現在のDOTS方式の理念にも通じるものがある。また、この方法は安価で確実な方式であり、医療機関が少なく結核に対する十分な知識を住民がもっていない時代においては画期的なシステムであった。米国の占領下にあった戦後の沖縄県では、一部医療行為を認められた公衆衛生看護婦（地域保健の章も参照）が在宅患者の発見・登録・治療までを徹底してマンツーマンでモニタリングしていた。これは

¹⁵ 厚生省（1988）p.609

¹⁶ *ibid.*

¹⁷ 石川（1999）

医師の数が極端に少ない中で沖縄がとったユニークな方法で、治療中断を防ぎ、患者家族への感染を防止するという点からも効果的なシステムであった（BOX5-2、5-3参照）。

2-1-3 民間の取り組み

(1) 民間団体の活動

結核対策においては、行政は当初より住民参加に重きを置いて、民間組織や住民組織を実施部隊として育成、活用した。その中でも「財団法人結核予防会」が官学民の英知を結集し、日本の結核対策を先導した。また住民組織として全国的広がりを見せた「結核予防婦人会」も大きな役割を担った。さらに沖縄では、公衆衛生看護婦（第8章「地域保健」参照）を通して、地域をあげて結核対策に取り組んだ。ここでは、これらの特筆すべき民間の活動について紹介する。

結核予防会

結核予防会は、結核対策の黎明期の1939年に皇室のイニシアティブによって創設され、行政・財界・医学界の協力の下、今日まで結核対策を総合的に牽引している財団法人である。結核予防会は、創立以来、研究・療養・健康相談・疫学調査・人材養成など結核対策を総合的に支援・実施してきた。総裁に皇族を配し、会長には厚生大臣、副会長には財界人と医学人を置き、日本の英知と資金を同会に結集させた。また、民間からは療養所や研究施設のための土地や資産の寄付が相次いだ。

同会は全国の都道府県に支部を設立し、模範地区の設定、医師や指導看護婦、X線技師の研修、結核予防対策調査などを実施した。

戦後、民主化に対応し、結核予防会は自主的な民間団体として再出発し、会長には民間人が就任した。また寄付行為、支部規則なども改正された。東京にあった結核予防会の第一健康相談所では焼け残った施設を利用してX線検査と治療を施した。また、都内の事業所から学校まで集団検診に精力的に取り組んだ。この頃から可搬型X線装置を持参して農村における巡回相談も開始し、この試みがモデルとなり後に全国の農村での活動へと発展していった。どの事業においても、敗戦によって医療機関が欠乏した状況下で検診希望者や患者が詰めかけ、担当職員は息つく暇もない忙しさとなった。また、人が集まる駅前に可搬型X線装置を持ち込んで街頭検診を実施し、結核問題の重要性を世の中に訴え、結核に関する健康教育も実施した。

このほか、同会では人材育成にも努めた。戦前より、保健婦・看護婦の再教育事業として結核予防指導看護婦の養成事業を実施している。また、結核が蔓延していた1948年に結核予防会結核研究所は結核専門医講習会を開催した。この講習会には全国から若い意欲にあふれた医師が集まり、講習会は結核予防の最前線の技術力を高めることに貢献した¹⁸。さらに、1951年から、厚生省の委託によって結核予防職員研修所を開設し、医師やX線技師の研修を通じて正しい検診の技術普及に努めた。

また、結核予防会では結核予防・治療に関する

表5-3 結核予防会の普及広報活動

視聴覚教材の作製	本、パンフレット等の刊行、スライド、映画、ビデオ等の作製
結核予防週間	1949年開始。1962年から現行の9月24日より1週間
結核予防全国大会の開催	第1回は1949年の全国支部長大会、1954年より全国大会
複十字シール ^注 の発行	第1回は1952年
機関誌「複十字」の発行	1955年3月より隔月発行
結核対策優良市町村表彰	第1回は1957年、その後、対象や選考基準は数度変更
結核療養者並びに回復者と その家族の生活記録募集	第1回は1958年、1994年終了

注：複十字シール運動は、結核や肺がん、その他の胸部に関する疾患をなくして健康で明るい社会を作るため、これらの病気に対する知識の啓発と予防意識の高揚を図るとともに、事業資金を集める目的で行われている募金活動。

出所：島尾（1996）p.31

¹⁸ 島尾（1999）

技術開発を継続して実施し、保存の難しかった液体ワクチンに替えて、1957年凍結乾燥ワクチンを開発した。その後、このワクチンは日本のみならずWHOの標準製品として指定された。

結核予防会は国・地方公共団体と協力して一般住民・患者への教育、啓発活動を広く行い、結核とその対策への正しい理解と協力を得られるよう努めた。表5-3は、敗戦直後の混乱期を脱した後の結核予防会が国や地方公共団体と連携して実施した主な普及広報活動である。

結核予防婦人会

結核対策の普及・広報活動の中で、日本の特色として挙げられるのが婦人団体の活動である。これらの婦人組織では、地域の女性が結集して結核検診の受診や予防接種を奨め、早期発見・早期治療を促す活動を行った。その代表的なものが結核予防婦人会である。結核予防婦人会は1950年に秩父宮妃殿下(当時)の励ましをきっかけに長野市で組織され、それが発展して1957年に県連合会が結成された。その後、他の県でも相次いで組織が結成され、全国に展開していった。結核予防婦人会は「結核予防は主婦の手で」をスローガンに掲げ、家庭婦人を対象にした結核の教育や広報活動を行い、行政と協力しながらきめ細かな活動を熱心に展開した。

(2) 大企業による取り組み

戦後、国の結核対策が本格的に動き出した中で、その先陣を切って成果を上げたのが大企業の結核対策である。1940年代後半、東京の大企業の結核感染状況は、治療を必要とする患者が6.3%、仕事を休んで療養を必要とする者が2.3%という実態であった。化学療法が十分に発達していなかった当時、結核治療には安静を中心とした2~3年の入院が必要であり、法律では結核による休業に対しては3年間身分が保障されていた。結核患者が発生すると企業は休業中の給与の支給と医療費の負担に加えて代替要員の経費まで負担しなければならなかった。そのため、大企業は独自に結核管

理室を設置し、専門職員を雇用し、年2回の健康診断を実施し、発見された患者には委託病棟で治療とするという徹底した取り組みを行った。その成果は目覚ましく、定期的な健康診断による早期発見と企業内での感染の鎖が断ち切られたことにより、新規感染者は急速に減少した。こうした大企業での結核対策の成功は企業に大きな利益を与えただけでなく、日本全体のGNPの向上など日本経済の発展に大きく貢献する結果となった¹⁹。

(3) マスメディアの役割

結核高蔓延期においては結核とその対策への正しい理解と協力を求めることが重要なアプローチであった。そのため、一般住民・患者への教育、啓発活動が広くなされた。その主なものとしては上記で紹介した結核予防会などの普及広報活動があるが、そのほかにも結核療養者を主な対象とする雑誌『保健同人』では、毎号専門家によって「結核の正しい知識」が連載された。また当時最も有力なメディアの1つであったラジオでは、NHKが「療養の友」(後に「療養の手引き」に改題)と題する番組を編成した。このように活字と放送というマスメディアを活用したことによって、患者だけでなく全国津々浦々の医師に対しても、結核という病気の本質、その診断と治療方法についての正しい知識普及を行った²⁰。こうした全国民への情報提供が国民の結核問題の重大さに対する認識を深め、その国民的高揚が1951年の改正結核予防法成立へとつながった。

2-1-4 結核専門家の活躍

当初の結核専門家は、ほとんどが病理や細菌学者または臨床家であったが、彼らの公衆衛生的な視点に立った幅広い働きが、研究はもとより、情報の収集、評価、政治・行政への働きかけ、一般国民の啓発などに大きな役割を果たした。また厚生省や県・保健所を中心に、公衆衛生専門家が結核に対する十分な知識を持ち、またそのための研修が十分に実施された²¹。

¹⁹ 島尾(1996) pp.42-44

²⁰ 石川(1999)

²¹ *ibid.*

さらに、患者の早期発見のための技術、予防接種における技術開発は、結核減少に大きな効果があった。特筆すべきものとしては、X線による間接撮影法の開発とBCGの凍結乾燥ワクチンの大量生産技術の開発がある。特に凍結乾燥ワクチンは、前述したとおり、世界標準製品として現在も使用されている。また、1957年梅沢浜夫博士によってカナマイシンが開発され、現在でも多剤耐性結核の治療に活用されている。さらに民間では、1963年にキヤノンが間接撮影用のミラーカメラを開発するなど間接撮影用のカメラの技術革新に大

きく貢献し、現在では肺がんの早期診断にも活用されている。

2-2 途上国の結核対策と日本の経験

現在世界の結核対策の主流は、1994年にWHOが打ち出した「効果的な結核対策のための枠組み（現在「DOTS戦略」と呼ばれている）」であり、日本が歴史的に積み上げてきた方式とは異なる（「DOTS戦略」についてはBOX5-1参照）。日本の結核対策と現在の途上国の方式を比べると（表5-4参照）、日本ではすべての国民を対象として患者

表5-4 日本と途上国の結核対策の違い

	日本で従来とられてきた方式	途上国の方式（WHO方式）
患者発見	<ul style="list-style-type: none"> 胸部間接撮影による広範囲の集団検診 有症状者の受診 X線検査に重点 	<ul style="list-style-type: none"> 有症状者の受診 痰の塗抹検査が中心
治療	<ul style="list-style-type: none"> 長期入院・命令入院による施設内治療 主にX線所見で経過追跡 治療は公立・私立の診療機関で 患者管理は保健所で 	<ul style="list-style-type: none"> 外来治療が中心（直接服薬監督下療法） 主に菌所見で経過観察 治療・管理は公立保健所で
BCG	<ul style="list-style-type: none"> ツベルクリン検査の陰性者に経皮接種 	<ul style="list-style-type: none"> 直接皮内接種（EPIに統合）

出所：石川（1999）p.28

BOX5-1 DOTS戦略

DOTS戦略とは下記5つの要素からなる総合的な結核対策戦略である²²。

結核対策への政府の強力な取り組み

有症状受診者に対する喀痰塗抹検査による患者発見

すべての確認された喀痰塗抹陽性結核患者に対する、適切な患者管理（直接服薬監督下療法）の下での標準化された短期化学療法への導入

薬剤安定供給システムの確立

整備された患者記録と報告体制に基づいた対策の監督と評価

これは1989年にWHOの結核対策課長として赴任した古地新博士が多くの結核対策専門家の協力を得て築いたものである。古地博士は保健基盤の脆弱な途上国では喀痰塗抹陽性の感染性結核患者の発見と治療、出生直後のBCG接種という簡単な戦略もなかなか十分な効果を上げていない点に着目して、その原因として「何がなされるか」に重きを置き「いかに実践するか」を軽視している傾向を指摘し、地域特性にあった結果重視のアプローチへの転換を主張した。また、途上国でも成功している国を分析し、DOTS戦略の理論的基盤となる指針を提示した²³。

DOTS戦略で強調されていることは「服薬を直接確認するシステムの導入によってはじめて85%以上の治癒率が達成できる」という点である。したがって、このDOTS戦略でWHOが打ち出した目標は、まず85%の排菌患者を治癒させるシステムを確立すること、次に70%の患者を発見することである²⁴。

²² 須知（1999）

²³ *ibid.*

²⁴ 石川（1994）

の発見に相当の費用と人材をつぎ込み、早期発見による感染の拡大の阻止に努めたところに特徴がある。一方、現在の途上国方式は、有症状者の検診による患者の特定と治療の徹底による感染拡大の阻止に力を入れている。

現在、世界の結核対策の主流はDOTS戦略であることから、本稿ではDOTS戦略促進のために日本の戦後の経験において役立つ部分に焦点を当てて考察する。具体的にはDOTS戦略を構成する5つの要素のうち、第一に「政府のコミットメント」、第二に「適切な患者管理と治療の徹底」という観点から、保健所の機能、保健婦の活躍、地域住民の協力に、第三に「患者記録と報告体制・対策の監督と評価」という観点から、保健所の機能と専門機関の役割に着目し、途上国の結核対策に参考になりうる日本の経験について考察する。

2-2-1 政府のコミットメント

現在、多くの途上国では結核対策は必ずしも優先順位が高くなく、予算も少ない。他方、日本における結核対策の最大の促進要因は、国民病といわれた結核に対して政府が真正面からコミットした点にあると言える²⁵。日本では、1951年の結核予防法の全面的な改正による国家的取り組みが始まった。その実施のために厳しい国家予算の中でも相当の予算的措置を行い、予防・医療活動に対する公費負担を行った。まだ貧しく健康保険制度も整っていない国・地域の住民にとっては、医療費、健康診断、予防接種経費の一部または全額が公費で負担されることは、経済格差のある中で非常に有効に機能すると考えられる。

また、日本では民間の医療機関を結核検診・治療の中核に位置づけた上で、その質の確保のために政府が検診や治療の指針を提示した点、審査機関によって医療機関の診断・治療の質を監督した点、審査機関の承認と公費負担を連動させた点などは、途上国においても参考になる仕組みであろう。

2-2-2 適切な患者管理と治療の徹底

適切な患者管理と治療の徹底はDOTS戦略の根幹をなす部分である。下内によると、これまでの援助の経験から、患者が毎日正しく服薬するという一番重要な要素については、プライマリ・ヘルスケア（p.141参照）が確立して地域住民の協力がなければ成功しないことが明らかになっているという²⁶。まさに日本の場合、このプライマリ・ヘルスケアの強化を、保健所の機能強化と保健婦の活用という形で実現した。

(1) 保健所の機能

戦後、日本は、保健所をプライマリ・ヘルスケア提供体制の中核に据えて、その取り組むべき最大の課題として結核対策を掲げた。保健所は結核患者の発見・管理・治療・感染源の管理による予防措置、という結核に対する公衆衛生およびプライマリ・ヘルスケアによる包括的アプローチをとった。

また、戦後民間医療機関が量的に整備されてくる中で、結核診断と治療を民間医療機関に任せただが、民間医療機関のサービスの質の向上に保健所内の審査機関が重要な役割を演じた点も特筆すべき点である。民間の医療機関を活用する際に、その質を確保する一助として末端の公的機関が監督する仕組みを盛り込むことが考えられることを日本の経験は示唆している。

(2) 保健婦の活用

保健所での患者の発見、検診や治療の促進には保健婦の果たした役割が大きい。保健婦は基本的にアウトリーチによって有症者の発見・治療の徹底を図ったが、この手法はDOTS戦略にも参考になると考えられる。日本の結核高蔓延期において、マンツーマンのケアができたのは、1人の保健婦の担当人口が少なく、担当地域の全世帯をカバーすることができたためである。しかし、多くの途上国においては日本ほど保健婦の数が充足していない。そのような場合、日本で保健婦が果たした役

²⁵ 島尾（1996）

²⁶ 国際協力事業団（1999）

割を保健ボランティアが担うということが考えられる。例えば、フィリピンなどではDOTS戦略の活動の中で、保健婦と治療パートナー（毎日の服薬を確認する保健ボランティア）が組んで、1人の患者に対して治療と服薬確認の徹底をしている²⁷。この場合、保健ボランティアレベルが日本の保健婦の担当人口と同規模をカバーしている。

保健ボランティアを活用する場合、適正な知識と技術の伝授に加えて、何らかのインセンティブの提供も必要であろう。日本の結核高蔓延期に使命感に燃えて活躍した保健婦の待遇は相当よいものであり、行政のバックアップもあった。このような日本の経験は途上国においても医療従事者の待遇改善の検討の際に参考になるのではなかろうか。

BOX5-2 沖縄県における地域一丸となった取り組み

沖縄県では、戦後、あらゆる地域資源を活用して総合的に結核対策に取り組んだ事例が多くみられる。沖縄の地域保健の要であった公衆衛生看護婦（第8章「地域保健」参照）を通じて、市町村はもとより、自治体の責任者（区長）や婦人会、青年会、老人会などの地区組織への働きかけが活発に行われた。これらの地区組織は、共同で住民に対する健康教育や結核検診の受診勧奨に努めた。

1953年に琉球政府の施策と提携して結核予防事業を行うことを目的として、「琉球結核予防会」が設立され、啓発、広報活動、集団検診が行われた。1956年には治癒した患者が中心となり、治療中の患者への支援活動や結核検診などへの協力、結核予防の広報活動を目的とした「沖縄療友会」が結成され、患者の日常の生活指導や療養相談などに応じた。沖縄療友会は財団法人へ発展し「結核回復者補導授産センター」が設立され、結核患者の治療後の社会復帰活動へと活動範囲が広がった。

出所：仲宗根（2000）

BOX5-3 沖縄の結核在宅治療アプローチ

沖縄では1950年代から60年代にかけて結核が大流行し、年間3,000名の新しい結核患者が登録されていた。これに対応するために、沖縄では保健所と公衆衛生看護婦が中核的役割を担った。特に、結核予防に関する法的基盤のない時代に、保健所もない離島、へき地において、公衆衛生看護婦はアウトリーチ活動によって、患者の発見、登録、在宅での療養指導、服薬管理、患者の家族への結核教育（新規感染者の予防対策）まで、「在宅治療制度」ともいえる確実な治療を行った。これは、今日WHOの唱えるDOTS（Directory Observed Therapy、Short-course：直接服薬監督下短期化学療法）と同じ発想による治療制度であり、沖縄では1950年代から、公衆衛生看護婦によって実施されていたのである。

また、公衆衛生看護婦はモノが欠乏していた時代に限られた資源を最大限に活用していた。例えば、結核感染の拡大を防ぐために、喀痰を紙に取って焼くように教育されていた公衆衛生看護婦であったが、現場（患者の家）にはちり紙もないありさまであった。そこで、沖縄で入手しやすい“ゆうな”という木の葉をちり紙代わりに使用したり、当時アメリカからの支給品であった缶詰の空き缶を利用して、それに喀痰をまとめて埋めて処理するなど、ある資源を有効利用するよう知恵を絞って指導した。また、狭い長屋に住む世帯の感染予防には、就寝時に頭を交互にして寝たり、患者との間に縄を張り着物などで仕切りのカーテンをするなどの指導を行った。その結果、結核感染は最小限に抑えられた。

このようなことは、彼女らが患者の一人一人の生活環境や経済状況をよく知っており、それに対して親身に対応する姿勢があったからこそ実施できたことである。今日途上国の援助現場で「モノがないからできない」という意見をよく聞くが、沖縄の事例は「公衆衛生アプローチは現在の自分達の資源から始める」という基本的姿勢を強く思い起こさせてくれるものである。

出所：仲宗根（2000）

²⁷ 須知（1999）

(3) 総合的な在宅結核対策アプローチ

(沖縄の事例：BOX5-2、5-3参照)

医療機関や医療従事者が不足し、プライマリ・ヘルスケアの基盤が十分に整備されていない地域においては、DOTS戦略下でも有症状者の発見や、治療継続の徹底、安定した薬剤の供給システムがなかなか改善されないのが現状である。

占領下にあった沖縄の場合も極度に医療機関と医療従事者が不足していたが、これを一部の医療行為を認めた公衆衛生看護婦制度を創設することによって解決した。公衆衛生看護婦は、プライマリ・ヘルスケアの対応を一手に引き受け、結核対策では中心的役割を担った。また医療機関や療養機関の不足に対しては、在宅結核治療で対応した。さらに治療に必要な薬剤や資材は公衆衛生看護婦駐在所の薬品倉庫に保管され、その管理は公衆衛生看護婦に任せられ、常に結核患者の治療に必要な薬剤を確保するよう努めた。沖縄のこの総合的な在宅結核対策アプローチは、DOTS戦略の確実な実施のための確実な方法であり、予算もそれほどかからないため医療資源の少ない地域においても参考になる部分が多く、このような取り組みをさらに体系化して発信していくことが重要である。

2-2-3 患者記録と報告体制に基づいた監督と評価

一般に途上国においては統計、情報管理システムの未整備が保健医療分野のキャパシティ・ビルディングに大きな障害となっている。統計、情報管理システムは対策改善に欠かすことはできず、DOTS戦略においても患者モニタリング体制に基づいて得られた報告を基に治療成績を評価し、対策の改善につなげることが重要とされている。

日本の結核対策の基盤となったのは、保健所を中心とした患者登録・管理体制システムの構築であった。その要は保健婦であり、保健婦の家庭訪問に基づく患者の一貫した管理システムの果たした役割が大きかった。日本では、保健婦が集めたデータを保健所が整理し、所管地域の現状把握と方針決定に寄与した。また1953年からは全国結核実態調査が実施され、この調査結果を踏まえてその後の結核対策の抜本的な改善が行われた。

このように統計、情報管理システムの基となる

患者登録・管理体制の構築には、まず草の根からの確実な情報収集、それらを取りまとめる中間レベル(保健所)の統計処理能力、さらに上部レベル(国)における分析・政策決定能力、と各階層における能力強化が必要である。したがって、途上国において統計、情報管理システムを整備するためには、末端のヘルスセンターやヘルスポストにおいて結核患者登録・管理体制を作ることが有用である。その際、最大の問題はヘルスセンターやヘルスポストにおける人員の不足である。保健婦や看護婦などの医療スタッフを、アウトリーチによって個々の患者やその家族をモニタリングできる程配置している途上国は少ない。これに対しては保健ボランティアを育成して、医療スタッフの不足を補うという方法が最も可能性の高いアプローチであろう。

3. 寄生虫対策

表5-5に示すように、開発途上国では、寄生虫症は公衆衛生上大きな問題になっている。土壌伝播寄生虫は、その死亡率が低いとの理由で「忘れられた寄生虫」として放置されてきたが、死亡率は低くとも感染者の数が多いために、実際の死者数は多い。

かつて日本でも寄生虫疾患の流行が各地で見られており、戦後の混乱期は、土壌伝播寄生虫、マラリア、フィラリアおよび住血吸虫症等の寄生虫が各地で流行し、国民の健康に大きな影響を与えた。特に回虫、十二指腸虫など土壌伝播寄生虫の感染率は全国的に高く、1949年の回虫寄生率は全国平均で62.9%(厚生省)の高率を示し、栄養障害で入院したり時には死にも至る場合もあり、国民の健康上の大きな障害となっていた。

これらの土壌伝播寄生虫対策として、徹底した検診・駆虫の実施並びに衛生教育、その後の経済発展、医学・医療の向上、社会保障制度の整備等により日本においてはほとんどの寄生虫疾患が制圧された。現在では、土壌伝播寄生虫の感染率は0.01%程度に激減し、マラリア、フィラリアは年間数例の輸入例以外に発生が見られなくなった。

日本の寄生虫対策は単に寄生虫撲滅を目指しただけでなく、寄生虫対策を通して健康教育や住民

表5-5 世界の寄生虫症統計概要

疾 病	感染危険者数	感染者数	年間死亡者数
マラリア	20.2 億人	5 億人	150～270 万人
メジナ虫	1 億人	15万人	稀
シャーガス病	1 億人	1800万人	4.5 万人
住血吸虫症	6 億人	2 億人	2 万人
腸管寄生虫	40 億人	35 億人	蠕虫：13.5 万人 原虫：9 万人
リンパ系系状虫	11 億人	1.2 億人	象皮病患者高率
オンコセルカ症	1.2 億人	1800万人	盲目者に高率
リュウシュマニア症	3.5 億人	1200 万人	7.5～8 万人
トリパノゾーマ症	0.55 億人	30 万人	2 万人

出所：WHO（2002）

参加による地域活動を喚起し、地域保健や生活水準の向上に結びつけた総合的な公衆衛生活動であった。これらの経験は、1960年代にWHOやアジアの諸国から予防活動の成功例として大いに注目を浴び、現在でも包括的な地域保健システム作り大いに参考になるものと考えられる。

本節では、日本が戦後に経験した寄生虫対策を中心に説明し、国際協力の現場で実践されているいくつかのケースを紹介し、今後の日本の経験の活用可能性を検討する。

3-1 戦後の土壌伝播寄生虫への取り組み

十二指腸虫、鞭虫等の土壌伝播寄生虫が蔓延していた戦後の混乱期に、日本では政府、寄生虫学者、民間団体の三者がそれぞれの役割を強く認識し、着実に対策を実施してきた。

3-1-1 政府の取り組み

厚生省は、戦後の混乱が収まった1950年代の後半になっても、農村部における十二指腸回虫の感染率が特に高率であることや、その潜在的病害が労働力の著しい低下をもたらしている状況を認識していた。戦後の混乱期の緊急の課題がある程度収束した1950年、厚生省は学術研究者と行政官を招集し、「寄生虫予防対策協議会」を組織し、感染源対策、環境対策、感染予防対策等の観点から活発な議論を行った。同協議会においては、し尿処理

の問題を解決しなければ抜本的な解決にはならないとする環境衛生の改善を主張する立場と、寄生虫学者を中心とする集団検査・集団駆除のアプローチを主張する立場の2つの主張があったが、前者の方法は膨大な資金と長い時間がかかることから、結果的には後者の方法を中心に進められた。また、当時寄生虫対策のための学術的知見も不十分であったため、7つのテーマ（駆虫剤の開発と効果試験、寄生虫の疫学的研究、虫卵の抵抗性および殺卵法、自然界における虫卵の分布、野菜に付着した虫卵とその処理法、し尿内の虫卵とその処理法、集団検査に最適な検査法の開発）が研究されることとなり、これらの研究成果は漸次、予防活動に取り入れられることとなった²⁸。

さらに当時、農村部において十二指腸回虫の感染が深刻であるといわれていたが、厚生省はその実態を把握するため、保健所を通じて全国的な調査を実施した。1960年にまとめられたその結果によると、対象者数95,490名中、陽性率は10.2%となっていた。このほか日本寄生虫予防会（後述）の調査では、地域によっては50%を超えるところもあり、高率地区が少なくないことが判明した。

このため厚生省は、1963年度に十二指腸回虫予防対策経費として、約3,700万円の予算を計上し、茨城など6県において検査、駆虫のほか、農家のし尿に殺卵剤をまく作業等が行われた。以後1969年まで、国の補助事業は続けられ、これに呼応して各県にお

²⁸ 国井（1998）

いてもこれを補足する独自の事業が展開された。なお、この国の補助事業のうち、検便事業の約7割が各地の寄生虫予防会へ委託されていた²⁹。

3-1-2 民間団体の取り組み

(1) 東京寄生虫予防協会

国が本格的に寄生虫対策に取り組む前は、東京都においては寄生虫を扱う公的機関として「東京都寄生虫病診療所」があるのみで、ほんの一部の都民の検便を行うにすぎなかった。当時保健所は結核をはじめとする感染症対策で多忙を極めており、寄生虫病まで手が回らない状態であった。一方民間では検便を業とする小規模な団体が乱立していたが、その設置基準はなく、これらを取り締まる法規もなかった。

そのような状況の中、当時の寄生虫学の権威である慶応義塾大学医学部寄生虫学教室の小泉教授の協力を得て、東京公衆衛生協会が1949年に設立され（翌年、東京寄生虫予防協会に改称）、小中学校を中心とした検便を開始した。その後、同協会は政府管掌健康保険傘下の企業や大企業への検便を行うなど事業を拡大し、日本における検便と駆虫の技術の第一人者の地位を確立した。この頃になると厚生省や東京都は検便・駆虫の公費負担を始めた。当時効果の高い駆虫薬は十分な量が出回っておらず、検便後の駆虫が課題となっており、同協会は国や都に働きかけて駆虫薬の国内産産を促し、さらに的確な処方確立するなど尽力した。さらに1951年には同協会は附属診療所を開設し、当時1週間以上かかった十二指腸虫駆虫をわずか1日で可能とする方法を開発するなど、駆虫薬の技術革新にも尽力した。

また、東京寄生虫予防協会は啓発普及活動にも力を入れ、月刊の機関誌『寄生虫予防』、各種啓発パンフレット等を発行し、一般の人々にわかりやすく寄生虫の害や駆除方法を広める努力を重ねた。特に機関誌には協会が実施した検査結果を紹介し、都内の寄生虫蔓延実態を伝えた。この機関誌は教育委員会や区役所の協力を得て都内の学校に配布され、寄生虫害の周知が図られた。また、

寄生虫予防週間には都内のデパートや駅前の街頭で寄生虫の無料相談や検便、駆虫薬の実費配布を行うというキャンペーンも行った。この企画では、自分の検便を顕微鏡で見て、何の虫かを確かめてからその虫に適した駆虫薬を正しく飲むという啓発活動を行った。事前の新聞、テレビ、ラジオの告知も効果もあり、キャンペーンには大勢が詰めかけ大きな広報効果があった。その後、この方式は街頭や商業施設における感染症啓発活動の1つのモデルとなった。

(2) 日本寄生虫予防会

同様の動きは日本各地で見られ、愛知で「公衆保健協会」、大阪で「大阪寄生虫病予防協会」が誕生し、また北海道大学医学部、京都府立医大、新潟医科大学、千葉医科大などの大学や神奈川や福岡の県予防課などは寄生虫予防団体の設立に乗り出していた。

1954年当時、全国各地には13の寄生虫予防協会が設立され、地元の大学の寄生虫学者の指導の下、どこからも補助を受けず独立採算で寄生虫予防活動を展開していた。1955年に、東京寄生虫予防会が中心となって公衆衛生活動の理念の下に統一した、高い検査技術の獲得を目指して各団体が団結し、連合会方式の全国組織「日本寄生虫予防会（Japan Association of Parasite Control : JAPC）」を設立した。同会の役員は寄生虫学者、民間団体代表、厚生省の寄生虫担当官で構成され、実質的にJAPCが厚生省の寄生虫予防事業の執行機関として、集団検診、駆虫、予防のための啓発活動の三本柱を担うこととなった。

JAPCでは検査技術向上のための技術研究交流を定期的実施し、さらに検査技術者の不足を補うために、寄生虫検査に限定した技師の養成（JAPCが認定）も行った。JAPCは各学校の養護教諭や理科系教師に対する寄生虫検査の研修も行った。研修を受けた教師はそれぞれの学校の検査を行い、中には地域の寄生虫対策のリーダーとしての役割を担った者もいた。またJAPCは、各県の顕微鏡等の機材や設備の整備も行った。さらに

²⁹ 国井（2000）

JAPCは腸管寄生虫症に対する高精度でかつ簡易な検査法であるセロファン厚層塗抹法の開発に力を注ぎ、正式な検便検査手法として厚生省に採用された。JAPCでは民間団体として独立採算してこそはじめて自立した活動ができるという考えに基づき、各地方団体を運営をする人材の重要性にも着目し、適切に計画・立案・運営ができる人材（プロモーターやスーパーバイザー）の育成も積極的に行っている。

3-1-3 専門家の貢献

戦後の日本の土壌伝播寄生虫対策は、JAPCをはじめとする民間団体によって推進され、寄生虫専門家がこれを強力に支援した。特に、東京寄生虫予防協会と連携した当時の寄生虫学の最高峰、慶応大学医学部寄生虫学教室は、検便の検査方法・防除法の確定、駆虫薬の開発および投与法を次々と開発し、日本の寄生虫予防・治療体系を確立した。また、寄生虫対策は公衆衛生教育の一環との認識の下、東京寄生虫予防協会と協力し、早くから一般国民向けの衛生教育パンフレットや啓発本を世に送り出して、国民の意識と認識の向上に寄与した。このような日本の寄生虫専門家の貢献により寄生虫対策の骨格が形成されたといっても過言ではない。

3-1-4 日本の取り組みの特徴

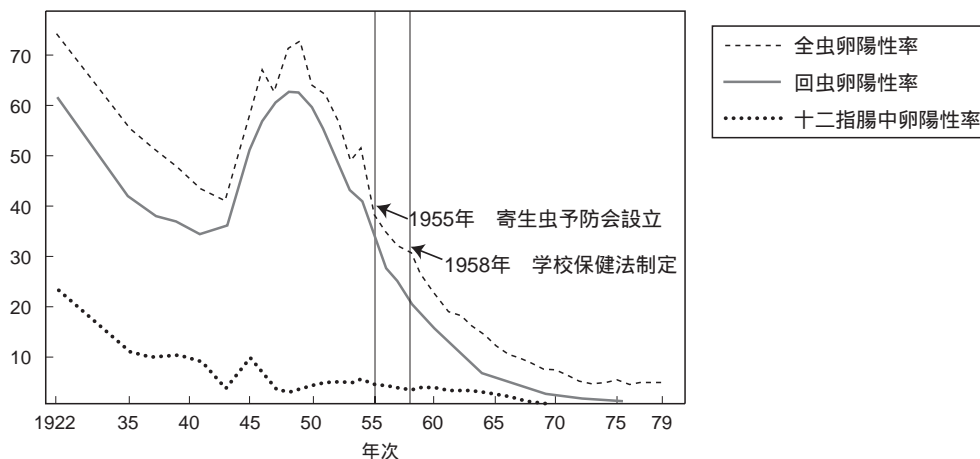
以上みてきたように、日本においては寄生虫対策は主に民間の団体と大学の寄生虫専門家の協力

によってなされ、政府がこれを全面的に支援した。民間が主導した啓発・普及活動は国民的なキャンペーンとなった。一方、学校や企業は児童生徒や従業員の健康管理の観点から検便に始まる集団寄生虫予防活動に経費を自己負担しながら積極的に参加した。このような取り組みの結果、図5・2にみるように、回虫の寄生率は1949年には62.9%であったのが、14年後の1963年には8.2%と激減しており、日本の寄生虫対策は短期間に大きな成果を上げることができた。

日本における経験から他国でも参考になりうる寄生虫対策に関する特徴について整理すると、以下の7点が挙げられる。

- 地域住民に共通する健康被害があった（ニーズがあった）が、対応の緊急性は低かった。
- 複雑で高度な技術、器具を必要としなかった。
- 安い予算で実施できた。
- 結果が即効的で、目で確認でき、住民に歓迎された。
- 学校、職場を通じて組織的に検便・駆虫事業が展開された。
- 啓発普及活動によって、国民的運動となった。
- 技術開発や専門家の協力が行われた。

図5・2 回虫および十二指腸虫寄生率の推移



出所：厚生省および日本寄生虫予防会のデータを基に作成

BOX5-4 沖縄の寄生虫ゼロ作戦

沖縄では、行政の寄生虫対策の遅れと農村における寄生虫感染の多さを重くみた民間人が1961年、私設の「琉球寄生虫検査所」設立したところから、本格的な寄生虫対策が開始された。同検査所は1963年に「沖縄寄生虫予防協会」に発展し、寄生虫問題を社会的問題と提起し、対策を推進するために、「寄生虫ゼロ作戦」(1965～69年)というキャンペーンを計9回実施し、大きな成果を収めた。同キャンペーンの特徴としては、民間団体が主導、マスコミと連携、住民への徹底した情報提供(医師、公看の参加)の3点が挙げられる。結果として、住民の声が大きくなり、行政を動かし、次第に自治体の予算を獲得した。さらに米国からの援助も加わり、予算が増大していった。

このキャンペーンを実施するに先立ち、1964年、沖縄医学会総会において「寄生虫シンポジウム」を開催し、それまでに沖縄で研究を進めてきた東京大学、長崎大学、鹿児島大学などの学術研究の蓄積が広く公表され、キャンペーンの意義が県民にも共有された。また、シンポジウムは研究者、検査機関、メディカルのスタッフが一堂に会し、知識と技術を共有する場ともなった。

この事例では、民間団体が音頭をとったが、地元の官民の医師、保健所、公衆衛生看護婦、検査技師など幅広い協力体制が基礎にあったことも見落としてはならない。

仲宗根(2000)によると、寄生虫ゼロ作戦の成果を途上国の現場で活用する具体的手順として、寄生虫病の健康教育、検査(検便)、結果の説明、陽性者への治療、再検査、地元の駆虫成果のデータを用いた健康教育・再投薬、というステップが繰り返され、虫卵保有者が絞られてくるという。特に検査技師や医療従事者が検査結果を基に地域住民に対して説明会を実施し、対策の意義を浸透させていくことがポイントであるとし、さらにこのことが住民自らが地域の健康問題を解決していく方法論を学びとる効果があると指摘している。

出所：国際協力事業団国際協力総合研修所(2000)

BOX5-5 日本住血吸虫

日本住血吸虫は、その病原虫の微細な幼虫が特定地域において田畑の小溝などに発生し、人間や牛馬などの皮膚を通じて体内に侵入し、肝臓や血管を侵して死亡させるものである。

日本で本症が医学文献に最初に発表されたのは1847年であり、症状については詳細に記述されているが原因が不明であり治療法がないことが記されている。その後の研究の結果、1904年には新種の住血吸虫であることが判明し、日本住血吸虫として命名されている³⁰。

日本では住血吸虫の流行地として知られる地域がいくつか存在しており、これらの地域においては住血吸虫が風土病となっていた。日本住血吸虫の撲滅対策は国、県、市町村による補助事業として実施され、流行地における集団検査と患者の治療および中間宿主対策としての殺貝事業が行われた³¹。

これらの事業の結果、虫卵を排出する患者は1977年を最後に見られなくなり、住血吸虫感染員も1976年以降検出されていない。これらの成果は流行地が他の流行国と比較して限定的で殺貝事業が可能であったことと、流行地の住民が疾患に対して十分関心を持ち積極的であったことが成功の要因であったと考えられている。

³⁰ 辻(1991)

³¹ 住血吸虫の発見、その具体的な対策に関してはTanaka(1997)に詳しい

3-2 途上国における寄生虫対策と日本の経験

現在、多くの途上国で寄生虫症が公衆衛生上まだ大きな問題であるにもかかわらず、その対策にはあまり力が入られていない。一方、日本では定期的な集団駆虫で短期間に回虫感染率をゼロにした経験があり、この経験は既に各国でさまざまな形で応用されている。1960年代にはWHOやアジアの国々から注目を浴び、1966年から韓国へ、1969年には台湾への技術協力が開始され、大きな成果が得られている。ここでは日本の戦後の経験に途上国協力の経験も交えながら、今後の途上国における寄生虫対策に向けた教訓を考察する。

3-2-1 ニーズの喚起と啓発活動

日本の土壌伝播寄生虫対策の背景には、実際に健康被害に遭っている人々が相当数おり、国民のニーズがあったことがある。したがって、途上国において寄生虫対策を始めるにあたっては、まず感染の実態を把握し、それによる健康被害を提示し、国民のニーズを喚起することが肝要であろう。

幸い寄生虫対策は、他の疾患と異なり比較的容易に予防・駆虫できる。即効性の効果が期待できるため住民にも大きなアピールとなることわかつていいる。東京寄生虫予防協会やJAPCを中心とした民間団体の活動は、学校や事業所を回り、検便や駆虫の重要性と地道に説得して検便人口を広げていくことが中心であった。その地道な啓発活動と目に見える効果により、寄生虫対策は次第に国民全体に受け入れられていった。そしてこの民間活動の実績が、行政を動かし予算化を実現し、最後にはこれらの民間団体が行政事業の実施機関となった。

地域での地道な啓発活動のほかに、日本においては、国民全体に検便と駆虫の徹底を図るため、大規模な啓発普及活動が有効であった。全国各地に組織された民間の寄生虫予防関連団体が主体と

なって、定期的に大々的な啓発普及活動を実施し、大きな成果を上げている。その際、マスコミ（テレビ、ラジオ、新聞）と提携したことも大きな推進力となった。

3-2-2 民間団体の活用

日本の場合は、民間団体が行政よりも先に寄生虫の問題に着目し、常に行政をリードする形で対策が展開した。現在の途上国においても国民の寄生虫感染率が高い場合、検便や駆虫を行政がすべて行うことは財政的にも人員的にも困難であり、そのような場合、公共性の高い民間団体を活用し、行政の肩代わりができるような体制作りが必要となろう。幸いにも、寄生虫対策の特徴として複雑な技術や器具を必要としないことがあり、医療従事者でなくとも関わられるため、比較的人材が集めやすい。

3-2-3 専門家の協力

途上国では回虫、十二指腸回虫、鞭虫などの土壌伝播寄生虫が蔓延していても、寄生虫専門家はそれぞれの国が抱える重要寄生虫疾患や先端医療に関心があり、土壌伝播寄生虫に目を向ける者は少ない。しかし、日本の経験からは適切な技術の開発には寄生虫専門家の貢献が重要であるといえる。

日本は途上国支援において、既にこれらの専門家を育成する試みも行ってきた。例えば、日本、韓国、台湾の寄生虫専門家が中心になり、アジア寄生虫予防機構（Asian Parasite Control Organization : APCO）を設立した³²。この会では、1) 参加各国の寄生虫に関わる情報収集および交換、2) 疫学的研究、感染経路の把握、それぞれの地区に適した方法の開発、集団検便方式の統一標準化などに関する研究、3) 寄生虫予防に関するトレーニング、などを行い、寄生虫専門家の育成に努めている。また、日本寄生虫予防会では1980年よりJICAの委託を受けて「国際寄生虫予防指導者セミナー」を毎年開催し、戦後の混乱期

³² アジア寄生虫予防機構（APCO）には1974年にフィリピン、インドネシア、マレーシア、タイ、バングラデシュ、スリランカが加わり、東京で第1回の会合が開催された。現在では、アジア、中南米、アフリカの代表が加わって参加国は24カ国に広がり、WHOやその他の国際機関もオブザーバーとして参加している。

³³ 途上国における寄生虫学者の育成は重要であるが、日本において土壌伝播寄生虫防除の実施経験を有する研究者が少なくなっており、屋外実習等の実践的な研修を行う場が少なくなっていること等の問題に直面しており、今後は第三国研修や南々協力のなどの協力形態に移行していくことが考えられる。

に始まった日本の経験を途上国の研究者や行政関係者を対象とした技術移転を行っている³²。

3-2-4 学校保健との連携

多くの途上国では、結核対策やマラリア対策、拡大予防接種計画などの国家プログラム（パーティカル・プログラム）と地域保健やPHC、母子保健などの包括的プログラム（ホリゾンタル・プログラム）を整合し、実践する取り組みが始まっている。その中で、学校保健に対する認識が世界的に高まっている。

日本の寄生虫対策は、小学校や中学校を中心に展開され、大きな成果を上げてきた。寄生虫対策を学校保健と結合し、総合的な地域保健活動へと発展させ、地域開発へとつなげてきた日本の経験は、現在途上国が抱えている地域保健問題の解決に大いに役立つと考えられる。日本が経験した寄生虫対策は、寄生虫防除を導入部として学校保健、家族計画、地域保健等の改善に結びつけたものであり、他の先進国の経験にないものである。第9章「学校保健」で述べているが、日本は「橋本イニシアティブ」に基づく国際寄生虫対策を開始し、その1つとしてタイのマヒドン大学をカウンターパートとして展開している「国際寄生虫対策アジアセンター（ACIPAC）」プロジェクト（第9章BOX9-1参照）では、学校保健と連携した寄生虫対策をカンボジア、ミャンマー、ラオス、ベトナムの周辺4カ国を巻き込んだ形で現在実施している。

3-2-5 寄生虫対策を導入部とした公衆衛生アプローチ

住民の健康状態を改善するためには、保健医療従事者と住民との間に信頼関係が構築され、その

結果話し合いの機会が生まれ、住民のニーズに即した保健医療活動を両者がともに推進していくことが望ましい。このような活動がきっかけとなって、住民が活動の重要性を理解し住民参加が促されたり、成果を住民が実感することにより自発的に衛生問題に取り組み始めたり、活動の維持のための収入創出活動を行うようになったりする。

日本における土壌伝播寄生虫対策は、寄生虫の防除を一般公衆衛生改善プログラムの一環として取り入れ、プライマリ・ヘルスケア確立の手段として行われた。対象寄生虫の防除自体を直接の目的とせず、他の公衆衛生問題と結合し、寄生虫防除の成功を足場に、予防医学活動を向上させるということを究極の目的としていることに大きな特色がある。寄生虫を駆除することによって保健医療従事者と村民の信頼関係が生まれ、他の公衆衛生問題に関心が向くようになった事例は、日本の経験や日本の途上国に対する協力の中で見ることができる。ジョイセフは寄生虫対策と家族計画を統合させた「インテグレーションプロジェクト（IP）」を実施している。IPは、日本の寄生虫予防の成功をヒントに、目で見て原因がわかり、駆虫というすぐ結果が出る土壌伝播寄生虫対策を導入部とした。住民の衛生教育を行い、住民との信頼関係を樹立した上で住民参加による家族計画普及活動を展開するという手法である。IPは、途上国の各地で実践され、高い評価を得ている（BOX 5-6参照、IPについては、第4章「家族計画」で詳述されているので参考にされたい）。IPは地域に共有する「病気」や「問題」を見つけ出し、この「疾患」対策を通して公衆衛生の改善や地域開発に結びつけていくアプローチが有効であることを示唆している。

BOX5-6 ジョイセフの中国におけるインテグレーション・プロジェクト (IP)
(第4章「家族計画」BOX4-6も参照)

中国におけるジョイセフのインテグレーションプロジェクト (IP) は、地域のニーズと効果に注目し、寄生虫予防を導入部とすることでプロジェクト地区住民の多くから歓迎を受け、農村の生活改善・生計向上のインセンティブを織り込みながら、総合的な農村改造につなげていることが特徴で、その結果としてリプロダクティブ・ヘルスの顕著な向上が認められている。

プロジェクトの主な活動内容は、各レベル (行政、村民委員会、小学校の校長から学級担任) ごとの普及のための研修、学校保健における寄生虫予防教育、児童やアウトリーチによる家庭保健教育、ニーズに基づいた安全な飲料水確保のための給水塔の設置、衛生トイレの普及 (トイレの浄化層内のメタンガスを活用したバイオガスによる電灯、炊事用コンロの開発と普及)、女性グループを支援した家畜の飼育・植林や飲食業開業などによる生計向上等である。特筆すべき点は、このプロジェクトが完全に中国側のオーナーシップの下で主体的に発展している点、非常に緻密で精度が高くかつ多面的な評価を実施している点 (成果把握のためのベースライン調査が綿密に実施されている)、中国側の官学民、中でも学者の関心の高さや盛大な関与 (論文を発表しているものだけでも15名) がある点である (その成果を参考資料の評価論文報告集や文献資料集にとりまとめられていることから関心の高さがうかがえる)。

中国側がIPを完全に自分たちのものとして受け入れ、さらに「三結合 (家族計画と村の経済発展、農民の勤労によって豊かになること、文化的で幸福な家庭を築くこと、の3つ)」をインテグレーションさせるといふ、公衆衛生活動を通じた幸福の実現とでもいえるような総合的アプローチに発展させている点は、世界の公衆衛生アプローチのモデルとなりうると思われる。

出所：家族計画国際協力財団 (2000) (2002)

4. 予防接種

予防接種の目的は各個人に免疫を与えることにより、個人の感染症罹患を防ぐとともに、集団の免疫水準 (集団免疫) を維持し、集団を感染症の流行から守ることである³⁴。予防接種は公衆衛生上極めて有効な手段と考えられており、途上国においては、WHOが1974年に小児の感染症予防のために拡大予防接種計画 (Expanded Programme on Immunization: EPI) の推進を決議し、UNICEFと共同として、ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、麻疹、結核の6疾病に対して、その後B型肝炎、黄熱、インフルエンザb菌等も含め、ワクチンにて予防可能な疾患による疾病負担を減少させることを目標として、世界で精力的に展開している。特にポリオに関しては、WHOが2005年までに地球上からポリオを根絶することを目標に掲げ、EPIの徹底を進め、既に南北アメリカ、西太平洋地域およびヨーロッパ地域でポリオ

根絶を宣言している。このように予防接種については1990年代を通じて、WHOやUNICEFなど国際機関や各国ドナーが途上国でのパーティカル・プログラムを精力的に進めてきたところであるが、期待されたほど普及率は上がっていない。

日本では天然痘やポリオ根絶など感染症防圧に予防接種が大きな成果を上げてきた。本節では、日本の経験から途上国における予防接種の実施促進に参考になりうる取り組みは何かの考察を試みる。

4-1 予防接種に対する取り組み

4-1-1 取り組みの変遷

戦前の取り組み (～1944年)

日本の予防接種の歴史は古く、約150年前までさかのぼる。当時、死亡者が多く出していた天然痘に関して、1876年に「天然痘痘瘡予防規則」が制定され、当時感染症に対して有効な治療・予防手段がなかった状況の中で効果が認められていた種痘接種が義務化され、接種しない場合には罰則が

³⁴ 鈴木・久道編 (2003)

適応されることとなった。

近代的な感染症予防施策の中で先駆的役割を担ったのは1880年に制定された「伝染病予防規則」であり、6つの疾患（コレラ、腸チフス、赤痢、ジフテリア、発疹チフス、天然痘）に関して医師の届出、患者の収容等が定められ、感染症対策は原則的に市町村の業務であることが明確化された。1897年には新たに2つの疾患（しょう紅熱、ペスト）を加え、国、地方自治体、個人および医師の責務をより明確にし、その負担する費用まで明確化した「伝染病予防法」が施行された。

このように患者発見、治療、予防を組み合わせた施策を実施したが、感染症の拡大はやむことはなく、19世紀終盤にはたびたび大規模な天然痘の流行が起り、1908年にも天然痘の流行により17,832人の死者が出た。これを踏まえ、1909年に「種痘法」が制定された。この法律により種痘の施行を市町村の義務とし、その実施に係る順序・手法の策定、戸籍による種痘実施の管理等を進め、種痘施行を強化した。

その後インフルエンザや腸チフスの流行があったため、国は自治体に対して予防接種の実施を訓令した。しかし、当時はそれらの感染症に対する予防接種の科学的根拠が不明瞭であったため、制度として確立されなかった。

戦後の予防接種事業の確立（1945～1969年）

第2次世界大戦によって日本の経済・社会は疲弊し、戦後、発疹チフス等の感染症の流行が大きな問題となった。政府は、GHQによる指令もあり、予防接種事業の拡大を進めた。また、発疹チフス、腸チフス等の予防接種の効果が明確になり、科学的根拠を得た予防接種事業が大幅に進んだ。このような中、1948年に予防接種法が施行され、6種類の疾患（天然痘、ジフテリア、腸チフス、パラチフス、百日咳、結核）に対して定期的に予防接種を行うことが定められ、市町村が実施主体として活動が開始された。この頃の予防接種に対する考え方は、予防接種により感染症の蔓延を防ぐ「社会防衛」の位置づけを持つものであった。

義務接種から勧奨接種へ（1970年～現在）

1970年代に入ると国内では天然痘がほとんどの

いにもかかわらず、副作用の危険性のある種痘が継続されていることが全国的に問題となった。このことに端を発し、まれではあるが予防接種による副作用で疾病にかかり障害を残したり、あるいは死亡する者がある等の問題が大きく取り上げられるようになった。そこで、1977年の予防接種法改正により、予防接種による健康被害の救済が国の責務とされた。

1990年代になると、生活環境の向上や衛生水準の向上、医学の進歩、さらには国民の意識の変化が起こる。このような社会状況の変化を受けて1994年「予防接種法」が改正され、予防接種は義務接種から国が接種を勧める勧奨接種として扱われることとなった。また、健康被害に対する救済措置の充実が図られた。これにより、社会防衛的な考え方から、個人が自ら健康を防衛し、その積み重ねによって社会を防衛するという考え方に転換された。

インフルエンザについては、1994年の法改正以降接種率が激減していたが、インフルエンザ感染による高齢者の死亡例が目立ってきていたことから、2001年に高齢者に対する予防接種の公費負担制度が設けられた。

4-1-2 現在の予防接種の種類と実施方法

現在日本で実施されている予防接種は、1994年に改正された「予防接種法」と「結核予防法」に規定されているものと、その他「任意接種」の3つに大別される。また2001年に改正された予防接種法によると、定期接種と臨時接種に分けられ、さらに定期接種は「1類疾病」と「2類疾病」に分けられる。1類疾病は集団予防を図る目的として7疾病を対象とし、2類疾病としては個人の予防を目的とし間接的に集団感染の予防を目的とする疾病を対象とするものである。また、1998年の「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（感染症法）制定（施行は99年）の折にも結核だけは統合されず、現在も結核予防法によってBCGが定期接種に加わっており、乳幼児の接種が勧められている³⁵。

法令では、予防接種の対象者の年齢、接種時期、接種方法、さらに事故への責任などが、定められている。定期および臨時接種以外に行われた予防

BOX5-7 予防接種取りやめによる百日咳への影響

予防接種事故への対応が必要になる原因ともなったものが、日本で1955年以来患者発生がないにもかかわらず継続されていた種痘の副反応（脳炎、脳症）に対する議論であった。1970年代当時同様に副反応が報告されているDPT三種混合についても社会的に問題となり、一部の自治体で百日咳ワクチンを除いたDTトキソイドを用いるなどにより接種率が減少していた。そのような中、DTPの予防接種を原因とした死亡例が確認され、1975年に厚生省は正式に接種を2カ月間中止した。2カ月の中止であったものの、ワクチン接種対象を3カ月未満児から24カ月未満にしたこと、一部の地域で再開後もDPTに代わってDTの接種が進められたこと、全体的に予防接種に対する関心が失われたことなどにより、結果的に翌1976年には予防接種実施率が公式統計上（公的部門のみの統計）20%以下に低下した。これにより1975年には1,084例であった百日咳罹患者は1979年に13,105例にまで大幅に増加した。この患者の増加に対処するためこれまで用いられてきた全菌体百日咳ワクチンから比較的副反応の少ない無菌体ワクチンへ1981年に切り替えられると接種率が回復し、百日咳患者が近年に至るまで急激に減少している。この事例は予防接種率が低下することがどれだけ感染症の発生を増加させるかを明確に示している。

出所：Kimura（1987、1988）

表5-6 予防接種の種類と対象疾病

	予防接種の種類	対象疾病	備考
予防接種法	定期接種 (勧奨接種) 1類	ジフテリア(D) 百日咳(P) 破傷風(T)	通常、I期はDPT三種混合ワクチン、II期はDT二種混合ワクチンを使用する
		ポリオ 麻疹 風疹 日本脳炎	ポリオ予防接種は通常、春と秋に2回に分けて実施する
	2類	インフルエンザ	65歳以上の高齢者ほか
	臨時接種	現在、指定されている疾病はない	厚生労働大臣が定める疾病について都道府県知事が指定する
結核予防法		結核	ツベルクリン反応陰性者にBCGを接種する
任意接種		おたふくかぜ 水痘 B型肝炎 その他	B型肝炎母子感染防止事業により妊婦のHB検査を行い、HBS抗原性母親から生まれた新生児には保険適用によりHBワクチン予防接種実施

出所：鈴木・久道編（2003）p.59

接種はすべて任意接種の扱いとなる。予防接種を実施する際には、問診、視診、聴診などにより、個人の健康状態を確かめて行う。定期接種を行ってはならない人（禁忌）と接種を行うに際し注意を要する人は区別して規定している。またポリオとBCGの場合は集団接種方式で実施されているが、その他の予防接種は原則として、家庭医などによる個別接種で実施されるようになった。

接種主体である市町村は住民登録に従って接種が必要な子ども（接種対象者）を特定して実施機関・予防接種の種類を通知する。通知を受けて接種対象者は予防接種を実施している医療機関（私立の医療機関も含まれている）を訪問し個別に接種を受ける。接種を行った医療機関はその結果を市町村へ報告し、市町村ではその結果を接種率の把握等に情報を活用している。また、市町村によ

35 鈴木・久道編（2003）

ってはポリオやBCGなど集団接種が望ましいと判断した場合には、接種日を対象者に連絡し、保健所等で集団接種をする場合もある。

保健所や公的医療機関だけではなく、指定された私立の医療機関においても予防接種を受けられることになっており、費用に関しても公的機関と全く同じで、接種対象者であれば無料で実施されている。

接種を受ける子どもの親は医療機関を訪れる際に母子手帳を持っていくように勧められ、接種をした医療機関が接種に関するデータ（日時、ワクチンの種類・ロット番号等）は母子手帳に記載して予防接種のスケジュール策定や副反応の際の資料として用いられる。

4-1-3 感染症サーベイランス事業

感染症の流行状況の把握、情報の医療への還元、予防接種等の適切な予防手段の実施のため、結核・感染症サーベイランス事業が18疾患を対象として1981年に開始された。この事業では選ばれた特定の医療機関（国立病院等の公的機関だけでなく私立機関も含む）で診断された感染症の情報が管轄の保健所に届け出られ、その情報が厚生労働省で集約されることになっている。さらにこの情報は国立感染症研究所の感染症情報センター（Infectious Diseases Surveillance Center）によって感染症週報として発表され、インターネットを通じてその情報を即時に入手できるシステムとなっている。このシステムでは定点での観測値を集約しているため全数を把握しているわけではないが、感染症の流行の発生（時期、地域）の傾向を判断することができる³⁶。

4-1-4 ポリオワクチンの確保のための国民運動

ポリオは1952年に世界的に流行し、諸外国では予防ワクチンの研究と開発が進められたが、日本では1955年以降ポリオ患者の発生が増加したにもかかわらず、政府は積極的な対応をしなかった。1959年7月、青森県八戸市にポリオの集団発生が

起こったが、政府による米国からのワクチン輸入では量が十分ではなかった。母親たちの強い要望に応じて新日本医師協会は急速ソ連にワクチンを要請し、600リットルのワクチンが到着した。最初、政府は設備不備を理由に許可しなかったが、大衆的な抗議運動が起こり、ついにこのワクチンの使用が許可され、接種対象者の9割にあたる27,000人に予防接種が実施され、翌60年にはポリオの発病をみることはなかった。

1960年には10数県でポリオの集団発生があり、第6回日本母親大会はワクチンの大量輸入と無料接種を決議し、ポリオ撲滅運動を進めることとした。これを契機に全国に運動が広がり、「子どもを小児マヒから守る中央協議会」（通称、マヒ協）が結成された。1961年の全国的な大流行に対して、マヒ協を基盤に生ワクチン大量投与の実施要求が熾烈な大衆運動となり、政府や自治体に向けられた。1961年6月、政府はついに1,300万人分の生ワクチンをソ連とカナダから輸入すること決め、緊急予防接種が開始された。その結果、60年に発生したポリオ患者は5,606人であったが61年には2,436人、62年には389人、63年には140人とポリオ流行は急速に収束した。

この生ワクチンをめぐる国民運動は、日本の防疫行政のあり方を大きく変えた点において、また母親たちの要求を基盤にした組織的な国民運動が政策を動かした点において、公衆衛生史に輝く金字塔ともいべき意義をもっている³⁷。

4-2 途上国における予防接種と日本の経験

途上国においては、WHOやUNICEFなどの国際機関の推進によってEPIの手法が定着し、「ワクチンと予防接種のための世界同盟（Global Alliance for Vaccines and Immunization : GAVI）」が設立されるなど世界的に見ても取り組みが進められている。しかしながら、途上国に予防接種が徹底されているとはいえない状況であり、さらに普及率を高める必要がある。そのためには、予防接種実施に対する国としてのコミットメントを確立し、行

³⁶ Nakatani (2002)

³⁷ 橋本 (1968)、小栗他編 (1984)

政の役割を明確にするとともに、予防接種の実施体制の強化が必要である。これらの点について、日本の経験から参考になりうる点を述べる。

4-2-1 予防接種実施に対する行政のコミットメントと役割

日本の予防接種の取り組みは、当初、社会防衛という名目で強制的に行われ、その徹底が図られてきた。時代が進み、感染症を取り巻く医学の状況、感染症の発生状況、国民の意識の変化に鑑み、義務から勧奨へと個人の意思が尊重されるようになった。このような変化に応じ、国や自治体の役割も変わってきている。

日本においては、公的に定められている予防接種を決められた時期に接種を受ける際には接種費用はすべて地方自治体が支弁するよう予防接種法により定められている。また、予防接種によって生じた重篤な副反応への給付金に関しても政令にて定め、このような費用がすべて公費から支給されるようになってきている。さらに、正しい知識を身につけて国民が予防接種を受けられるよう知識の普及をすることは国の役割となっている。これにより、国民が適切な時期に適切な予防接種を受けられるよう、国・地方自治体が積極的に努力しなくてはならないことになっている。行政は必要経費を負担するだけでなく、国民への知識の普及に努めることが定められている。このような制度により、感染症が多かった当時から予防接種を推進することができ、感染症が減少したものと考えられる。ただし、予防接種が強制から任意になってからは、予防接種率が低下し、感染症の発生率が上昇傾向になった面がないとはいえず、日本における予防接種の実施についてはまだ検討すべき課題もある。

途上国においても、予防接種がある程度定着するまでは政府の強いリーダーシップによって強制力を持つ方法が採られることが有効だと考えられる。その際には予防接種の無償提供、国民への予防接種に関する知識の普及、副反応への補償なども併せて検討されることが望ましい。また、早晩

日本が経験したように個人の意志をより尊重しなければならぬ時代が来ることが予想されるが、その際に予防接種率が低下し、感染症の発生が増えることのないよう、対策を検討しておくことが必要になるだろう。

4-2-2 既存システムを用いた接種の実施

途上国のEPI事業においては、現在アウトリーチによる集団接種が一般的である。しかし、コストや自立発展性を考えると、今後、保健センターや病院など既存の保健医療サービスシステムを活用し、対象者の特定や必要なワクチン量の計画、実施後の接種率の把握を行い、その後の追加予防接種キャンペーンの計画等に役立てられるようになることが望ましい。

日本において予防接種の接種場所は大きく2通りある。保健所での集団接種およびかかりつけの医療機関（民間含む）における個別接種である。日本では保健所も医療機関も戦後の早い時期から発達し、このような既存の体制を活用して予防接種が実施された。また感染症の発生の報告、予防接種の副反応の報告も、末端の医療機関 保健所 都道府県 国という一連の情報網をそのまま活用しているため、情報が一元化されている。また、公的機関だけでなく私立機関も結核・感染症発生動向調査事業に関わっているほか、感染性の患者の診断を行った医師は保健所に届け出ることとなっているというように、公的機関・民間機関がともに国の感染症対策に取り組んでいる。

このような日本の経験も踏まえ、日本の技術協力では既存の保健医療サービスシステムの強化を通じたEPIの普及に力を注いできた（中国、ラオスのポリオ根絶プロジェクト等）。しかし、途上国においては保健医療人材のキャパシティ不足が深刻であり、一朝一夕には末端の医療施設は育たない³⁸。1990年代までは、援助コミュニティはEPIというパーティカルプログラムに精力を費やしてきたが、今日では最終的に保健医療の総合的なキャパシティが向上しなければ予防接種率もその効果も上がらないという考えの下、保健医療人

³⁸ 国際協力事業団医療協力部（2001）等

材の育成を含めた医療サービス提供システムの強化が再認識されている。

付録 1 . 日本における HIV / エイズ対策

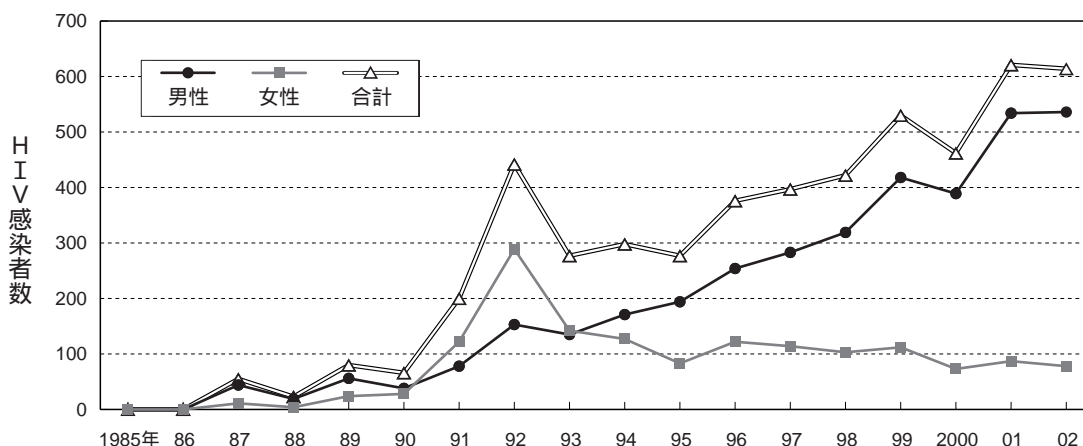
日本においては男性同性愛者および血液凝固因子製剤によるエイズ患者が1985年に、女性の感染者が1987年に初めて報告された。エイズの新規患者・感染者数は、2000年には789人（在日外国人含む）となり、1990年の97人に比べて10年で8倍に急増している。2002年3月末時点では、HIV感染者4,649人、エイズ患者2,311人となっており、感染経路の約8割が性的感染によってもたらされ

ている。先進国の中でHIVの感染が増加しているのは日本だけであり、HIV感染に対する対策も行われているが、その成果はあまり思わしくない。

・血液凝固因子製剤によるHIV感染への対応

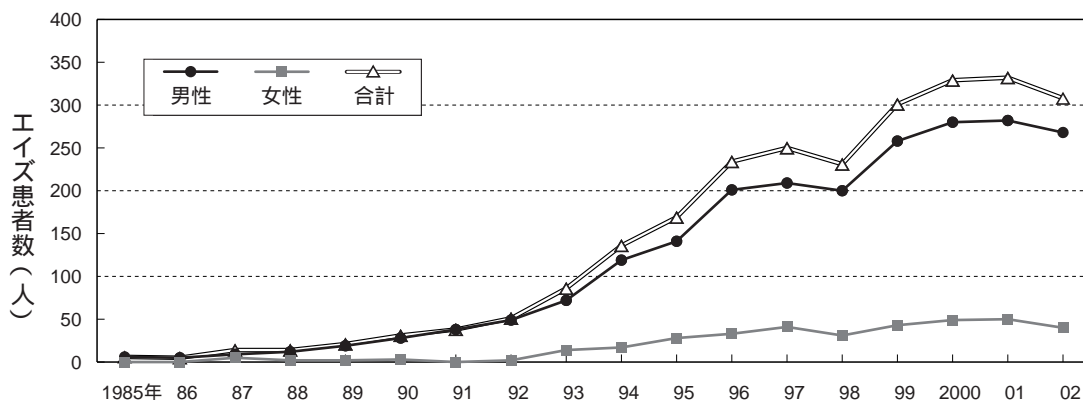
1980年代初めは血友病治療のために米国から輸入していた非加熱の血液製剤を使用しており、こ

図5-3 HIV感染者の推移



注：国内の日本人、外国人の合計
出所：厚生労働省エイズ動向委員会（2002）

図5-4 エイズ患者数の推移



注：国内の日本人、外国人の合計
出所：厚生労働省エイズ動向委員会（2002）

の血液製剤を通じて血友病患者の40%にあたる約2,000人がHIVに感染した。患者およびその家族は1988年大阪、1989年東京で厚生省、製薬5社を相手取り損害賠償請求訴訟を起こし、1996年和解が成立した。

現在厚生労働省はHIV訴訟の和解を踏まえ、HIV感染者に対する対策として以下の措置を講じている。医療体制の整備：エイズ治療・研究センターの設置とともに全国8地域ごとの拠点病院を整備し、適切な医療の確保に努める。エイズ治療薬の早期承認。個々の患者への支援：HIV感染者を福祉事業の対象と定め、血液凝固因子製剤からの感染者からの2次・3次感染者等の医療費の公費負担を行う。弔意事業：遺族等相談事業を開始する。

上記のような対応策に加え、厚生労働省はヒト乾燥硬膜を介して重篤な神経難病であるクロイツフェルト・ヤコブ病（Creutzfeldt-Jakob Disease：CJD）に感染したことで訴訟となった問題（2002年3月和解）もあわせ、医薬品・医療機器等の有効性・安全性の確保のために措置を講じており、「医薬品の臨床試験の実施の基準（Good Clinical Practice：GCP）」の円滑な実施の心がけ、承認審査体制の充実・効率化等を図っている。

・啓発・普及活動

1980年代後半から1990年代前半にかけてHIV感

染者の増加が見られた。1990年代前半のテレビスポットやポスター等の啓発活動を通じて知識の普及を目的としたエイズキャンペーンによりHIV検査の受診が増加した。受診の結果、今まで隠れていた感染者が明らかになったことにより1992年には一時的に感染者数が増加したが、その後いったん落ち着き、新規罹患率の急激な増加は見られなかった。しかし、性に対する意識の変化から性交渉の若年化が進む一方で性感染症の知識が広がらなかったことから、1990年代後半から若年層を中心に陰部クラミジア等の性感染症が拡大した。それに伴い、新規HIV感染者の増加が見られている。

このような若者の性感染症への対応について、草の根の産婦人科医で先駆的な試みを行っている例がある。若者に人気のある六本木で産婦人科医院を営む赤枝医師は、10代の若者にとって「産婦人科は怖い」「親から健康保険証を借りられない」「病院へ行くほどではない」「病院は高い」等々の障害によって、性的な悩みを抱えていても産婦人科を訪れにくい現状を危惧し、若者が集まるライブハウスでエイズの無料検査を始めた。また若者のさまざまな性の悩みに気軽に応じるために、週1回夜9時～深夜までハンバーガーショップで街角無料相談室も開設している。プライバシーに深く関わる性感染症への対策については、このようなニーズに合わせたきめ細かな対応も求められている³⁹。

付録2．ハンセン病への対応⁴⁰

ハンセン病は日本では奈良時代の「日本書紀」に既にその記述が見られ、数年から数十年の潜伏期間の長さから遺伝病とした誤った考えがあった。当時は根本的な治療方法がなく不治の病として恐れられた。ハンセン病は顔面や手足の皮膚に重度の変形がおこるため、その見かけから、患者は社会的に排除されて路上生活者となる者が多かった。

1897年第1回国際らい会議が開催され、ハンセ

ン病が伝染性疾患であることが確認されると、予防対策として隔離が提唱された。1900年には日本で初めての患者一斉調査を行った結果、30,359人（人口1万人対6.43人）の患者が発見された。1907年には法律第11号（のちの「らい予防法」）によりハンセン病対策が開始された。当時の対策は効果的な治療手段がなかったことから、社会・経済的な理由により放浪していた患者の収容と消毒が中心となっていた。

³⁹ 参考：赤枝六本木診療所ホームページ（<http://www.akaeda.com/soudan/index.html>）（毎日新聞2002年5月24日東京朝刊）

⁴⁰ ハンセン病資料館、Aoki（2002）を基に作成した。

1931年「らい予防法」が制定された。この法律はハンセン病患者を療養所に入所させること、その療養費は国または地方の負担とすること、感染の恐れのある職業への就業を禁止すること等を定めた。また、ハンセン病患者の療養所への完全収容・終生隔離を目的として病床が増加され、すべての患者を収容する無癩国民運動によって患者は次々と収容されていった。収容先の療養所内での生活は厳しく、患者への作業の強制、結婚の条件としての断種手術・妊娠中絶、外出禁止等が患者に課せられた。

第2次世界大戦後、ハンセン病に対する薬剤が開発されて世界的に早期発見・早期治療、社会復帰が基本となった。日本においても基本的人権の尊重が叫ばれるようになり、ハンセン病患者に対する待遇の向上が期待されたが、従来の法律の柱である隔離を中心としたらい予防法が1953年に制定された。らい予防法では、収容ではなく勤奨による国立療養所への入所が規定され、取り締りから患者の医療および福祉を目的としたものに規定が改善されたものの、隔離することにより感染予防を図るといった目的は変更されず、ハンセン病は不治の慢性感染症とみなされたままであった。

その後ハンセン病の感染力は非常に弱いものであり、通常では感染しないことが明らかにされ、隔離の必要性はないとの世界的な認識が広まったが、日本では相変わらず隔離を行う「らい予防法」を変えなかった。

しかし、元患者らが「らい予防法」の欠点を訴え続け、徐々に生活環境を改善していくことができ、最終的に1996年にこの法律が廃止された。こ

れ以降、ハンセン病患者は通常の疾患と同じように対応されるようになった。

法律によるハンセン病患者に対する長年の不都合に関しては、国に対しての国家賠償請求訴訟が起こされ、2001年には熊本地裁で隔離の継続および社会の認識を変更しようとしなかった厚生省の過失と法律改正を行わなかった国家の立法上の不作為を認める判決が下された。日本政府は患者・元患者が高齢であり、早期解決を図る必要があったことから控訴せず、2002年に全面的な和解が成立している。

このように現在ではハンセン病患者は自由に生活することができるようになったが、患者が高齢である上に、長期間にわたり療養所外の生活から隔離されていたため社会復帰に困難をきたしており、訴訟が和解に終わった頃でも全国に約4,000人が入所したままとなっている。そこで、政府は2002年度から退所者の社会復帰促進を図るための給付金の交付と死没者の名誉回復のために死没者改葬費の事業を行い、ハンセン病問題の早期・全面的解決に向けての必要な措置を講じている。

このように、ハンセン病対応については、政府の隔離政策によりハンセン病患者に不必要な苦痛を与える結果となった。政府が対応を誤ると取り返しのつかない犠牲が出てしまうことがあり、政府の慎重な対応および迅速な改善が必要であることがこの経験からわかる。また、ハンセン病に対する政府の対策を改善させたものは元患者らの法律改正への粘り強い働きかけであり、施策改善には下からの働きかけが重要であることもこの経験からいえるであろう。

<参考文献>

- 石川信克(1994)「世界の結核問題と日本の公衆衛生」『公衆衛生』Vol.58 No.8
 (1999)「日本の結核対策に学ぶもの」『公衆衛生』Vol.63 No.3
 小栗史朗、木下安子、内堀千代子編(1984)『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史』公衆衛生実践シリーズ2
 家族計画国際協力財団(2000)『2001年度外務省海外技術協力推進団体補助金による人口・家

族計画モデルプロジェクト推進事業 中国プロジェクト評価調査報告書 海南省瓊海市・陝西省大荔県プロジェクト』

(2002)人口・家族計画・リプロダクティブ・ヘルス分野国際協力事業『中国IP評価論文集 母子保健・寄生虫予防等の健康教育・保健サービス活動による家族計画・リプロダクティブ・ヘルスのインテグレーションプロジェクト18年の経験』

川上武(1965)『現代日本医療史 開業医制の変

- 遷』勁草書房
- 木村三生夫・平山宗宏・堺春美(2000)『予防接種の手引き 第八版』近代出版
- 国井涉(1998)『保健会館物語 上巻』保健会館
(2000)『保健会館物語 中巻』保健会館
(2001)『保健会館物語 下巻』保健会館
- 結核予防会『六十年の軌跡』結核予防会
- 厚生省(1988)『厚生省五十年史(記述篇)』厚生問題研究会
- 厚生省保健医療局国際寄生虫対策検討会(1998)『21世紀に向けての国際寄生虫戦略 国際寄生虫対策報告書』厚生省
- 厚生統計協会『国民衛生の動向』各年版
- 厚生労働省エイズ動向委員会(2002)『平成14年エイズ発生動向年報』
- 厚生労働省監修(2002)『平成14年版厚生労働白書』
- 国際協力事業団(1999)『プライマリ・ヘルスケアをよく知るために～日本の経験を踏まえて～』国際協力事業団
- 国際協力事業団医療協力部(2001)『ラオス小児感染症予防プロジェクト終了時評価報告書』国際協力事業団
- 国際協力事業団国際協力総合研修所(2000)『沖縄の地域保健医療における開発経験と途上国への適用報告書』国際協力事業団
- 国立国際医療センター編著(2001)『国際保健医療協力ハンドブック』国際協力出版会
- 佐々学(1997)「マラリアとフィラリア病はいかにして日本から根絶されたか」*Journal of Clinical Parasitology* 8巻1号 pp.19-29.
- 崎原盛造、西貴世美、他(1994)「第2次世界大戦中琉球諸島に流行したマラリアに関する再考察 特に八重山群島を中心として」『民族衛生』第60 巻2号 pp.67-84
- 島尾忠男(1996)『わが国の結核対策』JATA BOOKS No.9財団法人結核予防会
(1999)『六十年の軌跡』財団法人結核予防会
(2003)「世界の結核対策への日本の貢献(上)」『公衆衛生』Vol.67 No.4
- 鈴木庄亮・久道茂編(2003)『シンプル衛生公衆衛生学2003』南江堂
- 須知雅史(1999)「世界の結核 DOTS戦略を中心として」
(<http://jata/or.jp/rit/rit/rj/gtc99.html>)
- 辻守康(1991)「日本における住血吸虫症の現状」『化学療法の領域』7、5、pp.869-875
- 内閣統計局『明治五年以降我国の人口』による各年1月1日現在の推計人口
- 仲宗根正(2000)「結核対策」国際協力事業団国際協力総合研修所『沖縄の地域保健医療における開発経験と途上国への適用報告書』国際協力事業団
- 橋本正己(1968)『地域保健活動 公衆衛生と行政学の立場から』医学書院
- 林滋生(1993)「国際協力と寄生虫予防 APCOの活動の紹介」神奈川県予防医学協会『予防医学』第35号 pp.11-16
- 原隆昭(1999)「集団寄生虫予防活動 - 日本から世界への発信」医歯薬出版『医学の歩み』Vol.191 No.1
- ハンセン病資料館ホームページ
(<http://www.hansen-dis.or.jp>)
- 村上陽一郎(1996)『20世紀の日本(9)医療 - 高齢社会へ向かって』読売新聞社
- 森下薫(1988)「マラリア原虫の生物学及び疫学に関する研究」森下薫編『日本における寄生虫学の研究』
- 横川宗雄(1993)「寄生虫予防40年の歴史」神奈川県予防医学協会『予防医学』第35号 pp.1-6
- Aoki, Yumie (2002) "Leprosy prevention law and healthcare professionals in Japan." *International history of nursing journal.*, Vol.7, No2, pp.68-74
- Kimura, Mikio and Harumi Kuno-Sakaki (1987) "Experiences with Acellular Pertussis Vaccine in Japan and Epidemiology of Pertussis" *Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 12, 5, 6, pp.263-273.
(1988) "Epidemiology of Pertussis in Japan" *Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 13, Suppl., 1-7
- Nakatani, Hiroki., Sano, Tadashi., and Iuchi, Tsutomu (2002) "Development of Vaccination Policy in Japan: Current Issues and Policy Directions", *Japanese Journal of Infectious Diseases.*, 55, pp.101-111
- WHO (2002) Tuberculosis Fact Sheet No. 104
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/who104/en/>)
(2002) *The world health report 2002*
(2003) *The world health report 2003 - shaping the future*
(<http://www.who.int/whr/2003/en/>)

第6章 公害対策

世界的な地球環境問題への関心の高まりの一方で、開発途上国では、深刻な公害が急速かつ複雑に進行している。開発途上国では、産業化・都市化・大量消費社会化が生活環境を悪化させ、環境に配慮しない外国企業の進出がさらに環境悪化を加速化させている。公害は健康問題であるばかりでなく、家庭や地域社会を荒廃させる契機となりうるという意味で社会問題でもあり、途上国における開発問題とも密接な関係がある。しかし、多くの途上国では公害対策に未着手であったり、着手していても実施体制が不十分なために政策の効果が上がっていない。

日本は、第2次世界大戦後、急速な経済成長の影で世界に例をみないほど悲惨かつ多様な公害問題を経験した。当時は経済成長や経済利益が人々の健康よりも優先される風潮があり、国も公害対策に消極的であったことが状況を悪化させた側面がある。日本では公害被害の拡大に伴って被害者運動や公害反対の世論が高まり、これを受けて地方自治体および国が公害対策に着手した。そして、さまざまな試行錯誤を重ねながら公害問題に対処し、環境改善を実現させた。

日本が公害対策の着手の遅れにより被害が拡大した経験、およびその後の公害対策で効果を上げた経験を発信することは、途上国における健康問題をこれ以上悪化させないためにも、途上国の社会開発を健全に進めるためにも重要である。

本章では、まず日本の公害の歴史と対策を概観する。次に、具体的事例として水俣病対策を取り上げ、公害対策は、なぜ対策が困難なのか、さらに、公害に関する関係者の社会的役割を検討する。そして、日本が公害に対処した政策およびアプローチを分析し、途上国に参考になる日本の経験および応用を考える。

1. 公害対策の概観

1-1 公害とは

公害は、公害対策基本法において、事業活動その他の人の活動に伴って生じる人の健康または生活環境に係る被害で、局地的かつ加害被害関係が明確なものと定義されている。また、公害は次の7つに分類されている。

表6-1 主要7公害

公害の種類	主な発生原因	主な症状	被害例
大気汚染	ばい煙、粉塵、排出ガス、有害物質（硫黄窒素酸化物等）	喘息、気管支炎	光化学スモッグ 四日市喘息
水質汚濁	汚廃水、廃液（石油等）、ヘドロ、家庭下水、汚物投棄、廃棄物、農薬	悪臭、中毒	水俣病、イタイイタイ病、 PCB中毒
土壌汚染	砒素、農薬等による重金属		中毒
騒音	工場、建設工事、道路交通、鉄道・航空、深夜営業店、広告	頭痛、不眠、憂鬱、難聴、 発育不全	大阪空港騒音
振動	工場、建設工事、道路交通、鉄道・航空	めまい、不快、家屋被害	新幹線振動
地盤沈下	地下水汲上、砂利採掘、採炭	建物被害	東京江東区
悪臭	排ガス、河川汚濁、清掃施設、汚物堆積、畜産場等	頭痛、不快等	隅田川下水

出所：公害対策基本法を基に筆者作成。

表6-2 公害対策の時期区分

飯島（1993年）による公害の時期区分	本章での時期区分
1868年以前（江戸時代以前）：被害者抗議行動の始まり	公害の発生
1869～1914年（明治～第1次大戦前）：殖産興業	
1914～1945年（第1次大戦時～第2次世界大戦終了）：国力増強	
1945～1954年：公害の社会問題化	公害の社会問題化
1955～1964年：高度経済成長による被害の激化	
1965～1974年：公害の深刻化	公害対策本格化
1975～1984年：環境行政低迷期	公害対策低迷と環境問題への移行
1985年頃～現在：地球環境問題の高まり	

出所：飯島（1993）を基に筆者作成。

1-2 公害対策の時期区分

日本の公害の歴史について、表6-2に示したように、江戸時代から現代を8時期に区分して理解する考え方がある¹。本稿では、途上国に参考になりうる日本の経験を整理するためにこの8区分を大きく4つの時期にまとめ、当時の公害に関する社会背景および対策を概観する。

1-3 公害対策の変遷

1-3-1 公害の発生（1600年代～1945年）

日本での公害問題は、江戸時代以前（1600年代）の鉱山業による重金属廃水の排出による被害に始まる。この頃、被害を被った農漁業者は公害反対および被害救済を求めて激しい抗議行動を起こし、大きな社会問題となった。

明治から第1次大戦前（1868～1914年）には、富国強兵および殖産興業の国策により、鉱山業・紡績・製鉄の3大基幹産業の育成に力が注がれた。これにより、ばい煙、騒音、汚水等が発生した。また、公害被害は局地的なものにとどまらず、また都市の居住者にも及んだ。これに対し、最初に対策に着手したのは地方自治体で、各種取締条例の制定が始まった。一方、国には、公害を繁栄の証としてむしろ歓迎する傾向があり、工場法（1911年）や鉱業法（1905年）が定められるものの、実際的な対策はさほど実施されなかった。

第1次世界大戦から第2次世界大戦までの間（1914～45年）には、鉄鋼・重工業等の軍需産業振興がさらに国策として重視され、生産拡大に拍

車がかかった結果、大気汚染、水質汚染、悪臭、騒音、田畑の陥没、地盤沈下が生じた。このような状況に対し、住友金属鉱山が世界最初の公害防止装置の実用化を行うなど、活発な発生源対策も行われた。しかし、おおむね国力増強が優先され、国民の健康に対する配慮は乏しく、被害者運動はあまり省みられなかった。

1-3-2 公害の社会問題化（1946～1964年）

第2次世界大戦後、戦後復興が進み、1950年代後半以降、経済成長が推進・最優先され、産業は重工業化し、石油化学工場の集中建設が進んだ。そして、鉄鋼・石油・アルミニウム・電力工場から多様かつ大量の汚染物が排出された。その一方、公害防止対策はあまり行われなかったため、水俣病・イタイイタイ病・公害喘息等、世界に前例のない健康被害が集中的に発生した。1960年大阪市のスモッグは年間156日発生し、河川は下水路の様相となった。

日本の戦後の公害対策は、1950年代、地方自治体から始まった。1959年東京都の「工場公害防止条例」が最初の公害防止条例であった。しかし、これらの条例は公害規制の基準が弱く、企業も規制に抵抗したため、実効性に乏しかった。そのため、地方自治体は、排出基準設定、処理設備設置、公害監視および行政指導を積極的に行うようになった。また、企業の公害対策を推進させるために、税制・金融上の措置を導入した。

国は、被害者による反公害運動の高まりを受け、

¹ 飯島（1993）

自治体の動きを踏まえて公害対策の法整備を始めた。しかし、関係省庁間の合意がなかなか得られず、また産業関連諸団体の反対が強かったため、法整備は遅れ、実効性の乏しい内容にとどまった。1961年、政府は最初の公害規制法として「水質2法」を定め、汚染源に対する規制措置を始めた。しかし規制は弱く、深刻な公害が増加した。この背景には、当時の公害対策が「公害対策と経済の健全な発展との調和」の原則により行われ、経済発展が優先されたことがある。

また国は、公害対策を推進する組織の整備を行った。通商産業省、厚生省に公害対策に関する担当課を設置し、総理府には各省間に分立した公害行政を調整するための公害対策推進連絡会議が設置された。衆参両議院には産業公害対策特別委員会設置され、厚生・通産両省共管の特殊法人公害防止事業団が設立された。

1-3-3 公害対策本格化（1965～1974年）

急速な重化学・石油化学工業化、高度経済成長、急激な大都市化により、汚染量は増大し、多種多様な公害被害が相次いで発生し、被害が深刻化した。例えば、1971年には三大都市圏の硫黄酸化物排出量は、1955年の16tの約9倍、全国平均の3倍になり、日中戸外に出られない程であった。また、水俣病やイタイイタイ病が複数の地域で発生した。日本は世界に「公害王国」と呼ばれた。

この時期、反公害の住民運動が最も高まり、マ

スコミが公害被害を取り上げ、公害への社会的関心が高まった。科学者らの環境アセスメントや住民学習会も開かれた。この時期の住民運動の特徴は、中央政府陳情ではなく、運動の重点が地方自治体におかれたことで、このような地方自治体を対象とした運動は効果的であった。公害に対する行政側の対応の遅延や不徹底に対する国民の不満は高まり、当時の内閣支持率を左右した。そのため、国は国民生活優先を打ち出すことになった。

この時期は公害に対し、次々と訴訟も起こされた。四大公害訴訟（新潟水俣病、四日市喘息公害、イタイイタイ病訴訟、熊本水俣病訴訟）は、1970年代初頭に原告側が全面勝訴した。これがその後の環境基準や被害補償の改善につながった。これにより、国家公共性の下に公害を受認する考えから、公害発生は許されないという原則が確立された。

このような世論の高まりや公害訴訟の動きを受け、公害対策基本法制定、公害国会、環境庁設置など公害対策に向けた行政の動きが活発化した。また、この時期に個々の公害の対策に関して、汚染物質の排出量の規制から、結果としての環境に対して目標基準を設定する規制へのアプローチの転換が見られた。環境基準は、1969年硫黄酸化物、1970年自動車排出ガス、1970年水質汚濁、1971年騒音、1973年二酸化窒素および光化学オキシダントに対して定められた。大気汚染や水質汚濁が短期間に改善された。

深刻化する公害

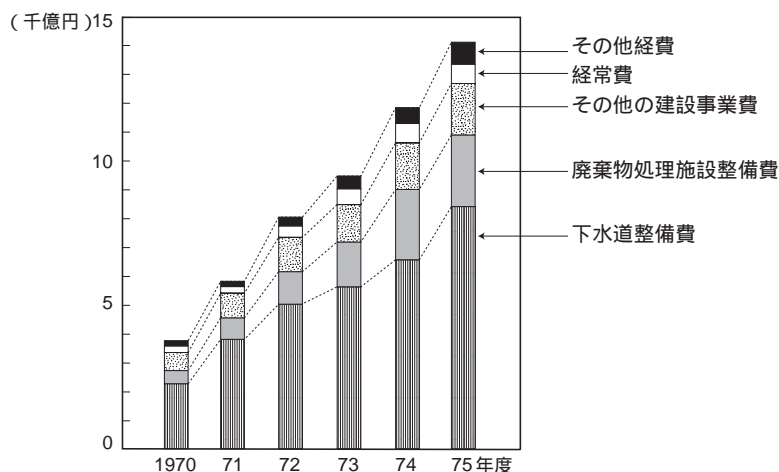


写真1：空を覆う煙突からの煙
(1972年12月 毎日新聞社)



写真2：悪臭公害にマスクをかけて授業を受ける児童
(東京都荒川区)(1967年12月 毎日新聞社)

図6-1 地方自治体の公害対策経費の推移



出所：総理府『昭和52年版公害白書』

表6-3 四大公害と訴訟の概要

	イタイタイ病	新潟水俣病	四日市喘息	熊本水俣病
原因	鉱山から神通川に流出のカドミウム	電工から阿賀野川に廃水した有機水銀	コンビナート工場からのばい煙	有機水銀で汚染された水俣湾の魚介類
症状	骨の歪み、ひび	水俣病	喘息	神経を冒す、言語障害
原告数 (人)	33	76	12	138
提訴 (年)	1968	1967	1967	1969
判決 (年)	1972	1971	1972	1973
判決額 (億円)	1.4820	2.7778	0.8821	9.3730
請求額 (億円)	1.5120	5.2267	2.0058	15.8825

出所：柴田・松田(1976)

1-3-4 公害対策の低迷と環境問題への移行 (1975年以降)

1970年代後半になると石油ショックおよび不況の到来の影響で公害対策に対する業財界の反発や批判が高まり、政府の公害対策は後退した。公害反対運動も弱まった。国内企業が公害規制の厳しいアジア諸国等へ進出するという動きが起こった。

公害対策に関し、1984年に公害被害を未然に防ぐための環境アセスメント制度の立法化が試みられたが見送られ、環境影響評価法の成立は1997年を待つことになった。この時期は1978年のNO₂環境基準の緩和、公害対策と救済の第1種地域指定の解除など、環境基準の設定が控えられ、公害病認定が厳しくなった。1973年の公害健康被害の補償等に関する法律は、新たな大気汚染公害患者を

非認定とし、また大量の水俣病未認定患者を生んだ。

1985年以降は大量消費が環境問題に集約的に現れた。自動車・合成洗剤・化学肥料・殺虫剤が破壊源となり、従来被害者であった生活者が環境破壊の加害者として認識された。さらに、複雑で処理困難な化学物質等(PCBダイオキシン等)により公害問題が複雑化した。

1990年代には、地球環境保護の世界的関心の高まりにより、環境政策が再び進展し始め、廃棄物処理法、リサイクル法、種の保護に関する法律などが制定された。1993年には公害対策基本法と自然環境保全法をまとめて「環境基本法」が立法され、環境基本計画、環境影響評価制度、経済的措置規定が設けられた。

BOX6-1 公害対策基本法の制定

国は公害対策について一貫した理念に基づき統一的に法や行政の整備を進める必要を認識し、1967年に公害対策基本法を制定した。これは厚生省の諮問機関が答申し、関係各省の事務次官等で構成される公害対策連絡推進会議で調整された。

公害対策基本法は、公害の定義、および事業者・国・地方自治体・住民の責務を明らかにし、公害防止に関する施策の基本事項を定め、公害法と施策の体系を整備したものであり、総合的な公害対策を規定した日本で最初の法律である。ただし、当初の公害対策基本法では、生活環境については経済の健全な発展との調和を図るべき、とするいわゆる経済調和条項が規定されていた。そのため、経済発展を阻害する公害対策は見送られ、公害の被害は拡大を続けた。このような公害対策に批判の声が高まり、1970年に経済調和条項は削除された。

公害対策基本法に定められた公害対策の主な内容は次のとおりである。 環境基準の設定 汚染物質の排出規制 製造業の規制 土地利用の規制 監視測定体制の整備 公害防止計画の推進 公害防止体制施設整備 事業者に対する公害防止助成 被害者の救済 紛争の処理。

公害対策基本法に基づいて、さまざまな個別法が制定された。1969年「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」をはじめとして、被害者救済と和解に関する法整備も進められた。公害は加害者の過失や被害の因果関係の立証が難しい場合が多く、民事賠償請求が困難であるため、このような法整備が重要である。これにより、産業界および行政による被害者に対する医療費・医療手当・介護手当の支給が始まった。また、1970年「公害処理法」により、総理府と各都道府県に公害審査委員会が設けられるなど、和解の仲介・調停・仲裁が行われた。

BOX6-2 公害国会

公害が内閣の存続を左右する社会的関心となった1970年7月、総理大臣を本部長とし、各省庁出向者により構成される公害対策本部が設置された。その翌月、関係閣僚による公害対策閣僚会議により公害関係法案が緊急立案され、これらの法律は11月の公害関係法案のみを審議する「公害国会」と呼ばれる臨時国会に提出され、14の公害関連法案がすべて可決成立した。この法案の主要な点は以下のとおり。

1. 公害対策基本法を改正し、経済との調和を規定する条項の削除
2. 公害の範疇の拡大
3. 大気汚染防止法の規制を全国に広げ、都道府県の上乗せ条例を認める
4. 自然環境保護に対する国の責務を明らかにし、規制の充実
5. 公害防止に対する事業者の費用負担を具体化
6. 公害犯罪の刑事責任を追及

BOX6-3 環境庁設置

1960年代後半から1970年にかけて公害対策基本法をはじめとする公害対策関連の法律が整備されていたが、公害規制の実施権限が各省庁に分散していたため、一貫した公害行政施策の実施が困難であった（例：大気汚染は厚生省・通商産業省、水質汚濁は経済企画庁・厚生省・農林省・建設省・通商産業省、騒音は厚生省・通商産業省・運輸省・建設省）。このような状況に対し、公害規制の実施権限を持ち、環境行政を一元的に推進する環境庁が1971年に設置された。2001年の省庁再編で環境庁は環境省に昇格し、より一元的に環境行政を行う体制となった。

表6-4 公害問題関連年表

	日本の動き・世界の公害	日本公害の発生・公害訴訟	行政の対応
公害の発生 (~ 1945)	英・米ばい煙規制 英国公衆衛生法 日清・日露戦争 第1次世界大戦	鉱山鉱毒被害、訴訟 1883 大阪ばい煙急増 1890 足尾銅山排出物渡良瀬川流域に鉱 害被害 1932 大阪ばい煙防止規制発令	
公害の社会 問題化 (1945 ~ 64)	第2次世界大戦終戦 1960 所得倍増計画 1962 全国総合開発計画 1963 コンビナート稼動	1946 筑豊等石炭鉱害・土地荒廃 1951 パルプ工場による水質悪化全国的 問題化 1956 熊本水俣病患者集団発生 1961 イタイイタイ病の報告 四日市市喘息患者多発 1964 水島コンビナートの公害問題化	1953 水質汚濁防止に関する連絡協議会開催 1955 生活環境汚染防止基準法要綱 1958 公共用水域の水質の保全に関する法律 1959 東京都「工場公害防止条例」 1961 ばい煙の排出の規制等に関する法律 1963 厚生省・通商産業省「四日市地区大気汚 染特別調査団」 1964 通商産業省公害課を設置 総理府に公害対策推進連絡会議設置
公害対策 本格化 (1965 ~ 74)		1965 新潟県阿賀野川流域水俣病集団発 生 1967 新潟水俣病訴訟 四日市公害訴訟 1968 イタイイタイ病訴訟 水俣病・新潟水俣病の汚染源見解 発表 1969 カネミ油症訴訟 熊本水俣病訴訟 スモッグ注意報終日非解除(東京) 大阪空港騒音訴訟	1965 衆参両議院に産業公害対策特別委員会設置 公害防止事業団法設立 1967 公害対策基本法制定 1968 全国公害対策連絡協議会 1969 公害に係る健康被害の救済に関する特別 措置法 初の公害白書刊行 硫酸酸化物に係る環境基準
	1970 世界1の鉄鋼生産 米公害特別教書提 出 日米公害会議 OECD環境委員会設 置 日本原発運転開始 1972 日本列島改造論 自動車保有10年4倍 汚染者負担の原則採択 国連人間環境会議 石油ショック 1973	1970 東京で初の公害追放市民集会 富山県カドミウムによる農地汚染 発見 未認定水俣病患者行政不服審査請 求 静岡県ヘドロ公害住民訴訟 カネミ油事件マンモス訴訟 1971 スモン薬害訴訟 イタイイタイ病訴訟原告勝訴 新潟水俣病訴訟勝訴 1972 全国公害弁護団連絡会議結成 四日市公害訴訟原告勝訴 1973 森永砒素ミルク中毒訴訟	1970 公害処理法、公害対策本部設置、 公害対策閣僚会議発足 公害国会 14公害関連法案可決成立 自動車排出ガス等一酸化炭素に係る環境 基準 生活環境の保全に係る水質汚濁の環境基準 工場騒音・自動車騒音等の騒音に係る環 境基準 浮遊粒子状物質に係る環境基準 二酸化窒素および光化学オキシダントに 係る環境基準 航空機騒音に係る環境基準 1971 新幹線騒音に係る環境基準 中央公害対策審議会発足 環境庁発足 公害白書が環境白書に 1972 自然環境保全法制定 1973 公害健康被害補償法
公害対策 低迷と環境 問題への移 行 (1975 ~)	1977 円高傾向 1978 構造不況 倒産戦後最大に 1979 第2次石油危機 1984 環境と開発に関する 世界委員会 1987 バブル経済 円高不況 1992 地球サミット	1977 大阪空港公害訴訟 名古屋新幹線公害訴訟 1978 クロム公害問題化 1979 琵琶湖総合開発差し止め訴訟 1982 新潟水俣病第2次訴訟 1983 有害化学物質地下水汚染拡大 1988 水俣病刑事事件裁判会社側に過失 致死罪 1992 新潟水俣病患者敗訴	1977 窒素酸化物の環境基準を大幅緩和 1980 環境アセスメント立法化見送り 1986 ダイオキシンの専門家会議 1986 公害健康被害補償制度第1種地域指定解除 1990 水質汚濁防止法改正公布 1991 リサイクル法公布 1992 水俣病総合対策実施要綱 1993 環境基本法制定 1997 環境影響評価法制定

2. 公害に対する主な取り組み

2-1 水俣病対策の歴史と考察

水俣病は、被害の規模、悲惨さ、歴史的経緯から日本の公害の原点であるといわれる。また、水俣病対策の歴史は患者によって切開かれた苦難の歴史であるといわれる²。悲惨な結果を生んだ水俣病の対策の経験から、公害対策が進まない理由や公害対策に関わる関係者（企業・行政・科学医学界）の役割に関して教訓が得ることができる。

2-1-1 水俣病問題の概観

水俣病は、工場排水に含まれる有機水銀が魚介類に蓄積し、その魚介類の摂取で起こったメチル水銀中毒で、中枢神経疾患または四肢末端優位の感覚障害を伴う。水俣病は熊本県水俣湾沿岸地域において発症した。1955年頃、既に地域の人々は魚を感染源とする中毒だと認識していた。この原因となったのは、新日本窒素肥料株式会社（現：チッソ）水俣工場であった。同社は水俣病被害に対し少額の補償を行う一方、国や科学者を巻き込んで因果関係の明確化を遅らせ、汚染物質の排出を続けた³。

表6-5 水俣病年表

1956年	水俣病正式発見（新日本窒素肥料株式会社（現：チッソ）保健所へ届出） 熊本大学医学部に研究班設置	1965年	新潟水俣病の発生
1957年	熊本県、厚生省に食品衛生法による漁獲の禁止を願い出るが棄却	1968年	水俣病公害認定、廃水放流が阻止される
1958年	チッソ廃水放流先を変更して汚染継続、被害拡大	1969年	患者互助会チッソに対し損害賠償を求め提訴
1959年	熊本大学水俣病研究班が病因を有機水銀と発表 食品衛生調査会が原因は有機水銀と厚生大臣へ答申、即日解散	1971年	環境庁「否定しえないものは水俣病」と採決
1963年	熊本大学水俣病研究班、水俣病発生と工場の廃液の因果関係発表	1973年	水俣病裁判患者側勝訴
		1974年	熊本県の認定業務の遅れに対し行政訴訟
		1976年	行政訴訟で患者側勝訴
		1980年	未認定患者、チッソ・国・熊本県に損害賠償を求める訴訟
		1987年	熊本地裁、国・熊本県・チッソに賠償命令
		1995年	政府最終解決案を患者側に提示、患者団体は次々と受諾

水俣病に対する被害者運動



写真：環境庁前に座り込む患者を警察を動員して排除（1978年3月 毎日新聞社）

² NHKアーカイブス（2001）

³ 宇井（2001）

これにより、水俣病の政府公式認定は、患者発見以来12年、政府研究班最終結論から5年遅れ、その間に被害は拡大し続けた。また、水俣病未認定患者の救済問題および和解協定の調印は公式発見から40年後の1995年となった。

2-1-2 水俣病問題における関係者の対応とそこから得られる教訓

(1) 企業の対応

汚染源企業であるチッソは、公害被害の問題化により、企業活動や利益に負の影響が出ることを

懸念し、汚染物質と病気との因果関係を認めない姿勢をとった。そして、奇病の原因究明を行っていた熊本大学医学部研究班の調査に対し、情報を提供しないなど非協力的で、さらに結果に対して反論を展開した。これにより、被害への対策がなされないまま時間が経過した。

チッソは、水俣病の原因が工場の廃液と結論づけられた後も廃水放流先を変更するなどしたり、汚染物処理の浄化装置の利用も行わなかったりした。また、補償に消極的で、弱い立場にある被害者や漁民に対し、少額の保証金で和解を強いた。

BOX6-4 保健所はどう動いたか

1956年4月21日と29日、重篤な神経症状を示す姉妹が母親に負われて新日窒水俣工場付属病院を受診した。診察により事態の深刻さと重大さを見てとった同病院細川一院長は、5月1日「類例のない疾患」として、水俣保健所への報告を行った。また、細川らは、届け出ただけではなく、病院の診察終了後、保健所職員らとともに、患者姉妹および周辺家族の調査を行っている。これにより、類似症状やそれを伴った死亡者の存在が明らかとなった。細川医師らは、5月4日には、熊本県衛生部長に書面で報告し、井戸水中毒を疑って検査を要望している。細川医師や保健所職員らによる調査は初動調査としては極めて大きな成果を上げた。その後、原因解明において、保健所は原因物質の摂取経路が水俣湾の魚介類であることを明らかにし、漁獲規制を求めた。しかし、この調査結果は、魚介類のすべてが有毒化している根拠がないとして厚生省により否定された。チッソ水俣工場が排出源と疑われてからも、厚生省の諮問機関である食品衛生調査会の賛同が得られないため、立入調査ができず、保健所、熊本県は、原因の調査、除去、被害防止に対策を講じられなかった。その最大要因は、上部機関である厚生省が動かなかったことである。現在、日本では、地域保健法が施行され、事業の企画、調整を自治体がレベルで行えることになっている。

出所：土井（2003）一部要約

BOX6-5 対策の遅れの背景

1959年、熊本大学医学部研究班の報告を受けて、厚生省食品衛生調査会水俣食中毒部会が有機水銀説を厚生大臣に答申を出した。しかし、国家と県の行政は高度経済成長と化学工業会への打撃を回避するために、工場廃液の排出を止めなかった。水俣食中毒部会の答申が出された翌日の閣議では通商産業大臣の発言により答申は棚上げされた。通商産業省は、非水銀説を強調し、有毒アミン説の論文を配布したりした。厚生省環境衛生部長は、水俣工場を訪れた際、「原因究明にあたって工場の廃水を疑うという従来のやり方を白紙に戻して研究を再出発するから工場も協力してもらいたい」と述べ、国の有機水銀説否定を表明した。チッソは生産工程や廃水についてのデータを公開せず、有機水銀説を実証した実験結果を秘匿した。日本化学工業会に関わりの深い学者たちは、行政と連携してさまざまな異説を立てて水俣病の原因究明を遅らせた。医学会は熊本大学の研究班の調査結果に反論を展開した。水俣病の原因は国が調査すると称して、水俣病総合調査研究連絡協議会を発足させたが結論を得ないままに自然消滅した。

出所：栗原編（2000）一部要約

(2) 地方行政の対応

水俣病が報告された後、地方自治体は対策の必要性は認識したものの、効果的な対策を講じることができなかった。この背景にはいくつかの要因がある。まず、公害対策には国の承認が必要で、地域の問題を地域で解決していく権限が与えられていなかったことがある。また、企業との良好な関係維持が税収入および雇用確保を通じた地域振興に重要であったため、企業にとって負担になるような対策が採られなかったという側面もあった。また、漁獲禁止による漁民の収入源剥奪への反発も積極的な対策が講じられなかった要因であった。

(3) 国の対応

国とりわけ通商産業省にとって、化学肥料の増産および化学工業の育成は国家優先課題であった。そのため、汚染源を水銀と断定することにより、化学業界の成長が打撃を受けることを避けようとした。そのため、国は熊本大学の研究結果を取り上げず、国が再調査を行うとして対策を遅らせた。本来であれば、国が同様の汚染源を有する全国多数の企業に対して情報提供、勧告および規制措置を行うことが重要であるが、これが遅れたために、水俣病が他の地域で発生し被害が拡大し続けた。

(4) 科学者・医学者の対応

科学や医療では、断定するに十分な実証データが収集できない限り、結論を下せない。そのため、

病因や汚染物質、汚染源の因果関係を完全に実証できていないことを理由に対策が講じられず、被害が拡大することとなった。水俣病の原因解明においては、中立、公平かつ科学的であるべき科学者の中には公害問題を過小評価し、因果関係についての異議を唱える者もいた。

このような水俣病問題の経験から、公害対策において企業、国、地方自治体、科学者・医学者が果たすべき役割が見えてくる。それを示したものが図6-2である。

2-2 公害対策

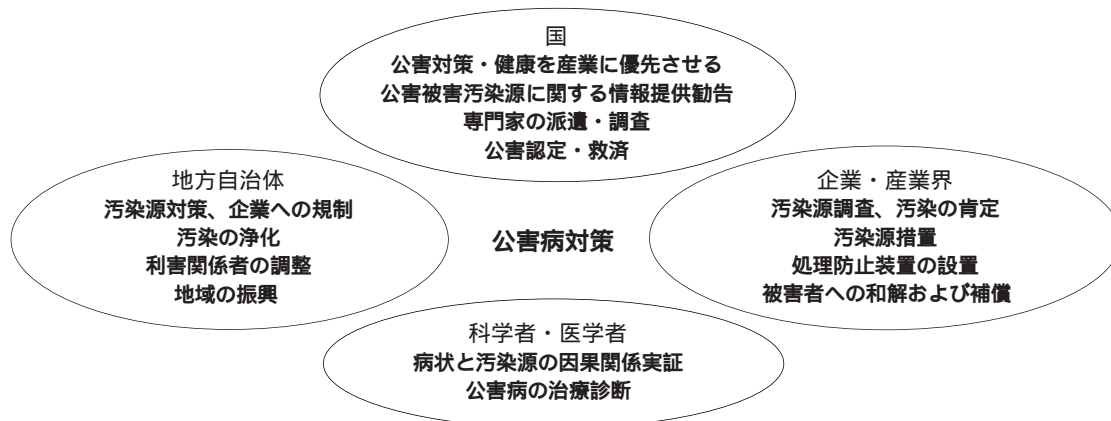
水俣病などでは対応が遅れ、被害が拡大するという苦い経験をしたが、日本ではこの反省を基に各種の公害対策を実施し、問題解決に向けた取り組みを進めた。以下では効果を上げた日本の主な公害対策アプローチを紹介する。

2-2-1 公害法令および行政組織の整備

公害施策の基本となる公害対策基本法を制定して、個別の規制法等の政策整備を図った。また、一貫した行政施策の実施を促すために環境庁を設置し、地方自治体に公害対策担当部局を設置し制度を整えた。

公害はさまざまな要因から起こり、またその影響も多岐にわたることから、効果的に対策を進めるためには包括的な法制度を整備することが必要であり、また公害対策を統括する機関を設置し、そこを軸とした行政組織を整えることが望ましい。

図6-2 水俣病対策から考える関係者の果たす役割



出所：筆者作成

2-2-2 環境基準および排出基準の設定

日本では、汚染物や環境に関する基準を定め、直接規制を行うことを通じて環境を改善した。また、規制の方法に関して、排出規制や排出濃度を規制する方法から排出総量を規制する方法をとり入れたことにより事業者の環境基準の遵守が図られ、また低コストで排出量の削減が可能となった。

2-2-3 地方自治体による公害対策

日本の公害対策の突破口となったのは、地方自治体の強力なイニシアティブだった。公害は地域性が高いことから、地方自治体による公害対策が重要である。ただし、日本においては地方自治体には公害対策実施の権限がなく、また国の緩い規制基準を超えて厳しい規制をすることは違法とされるなど、公害対策は必ずしも容易でなかった。

公害対策基本法が制定されると地方自治体のイニシアティブによる公害対策が促進された。自治体による「公害防止条例」および企業との「公害防止協定」が画期的で実効力があった。

「公害防止条例」による公害規制は1972年までにすべての都道府県において実施され、また、1972年までにすべての都道府県で公害担当専門部局が設置された。公害担当職員は1都道府県平均48名で、職員1人当たり36施設を担当し、規制・監視・測定・指導・取締を行った。

「公害防止協定」は地方自治体と地元企業との間の一種の紳士協定である。これにより両者が国より厳しい規制に合意し、自治体が企業の監視・指導を行い、環境を改善させた。公害防止協定の最初の事例は、1964年横浜市と電源開発株式会社との協定で、地方自治体の立入調査権、公害対策指示権、国の基準より厳しい個別排出基準の設定、定期的調査報告の義務化等が盛り込まれていた。

2-2-4 警察による公害取締および罰則

1970年、警察庁内に公害対策連絡会議が設置され、警察庁の公害対策として、公害事犯取締りが開始された。公害調査官、公害取締警察官が任命され、環境汚染源の検挙が行われた。その検挙数はその後数年間、年間25～65%と継続して伸びた。

企業は、公害を発生させることが自社の経済的損失につながるという状況が生じてはじめて公害

対策に本格的に取り組む傾向があるため、警察による取締りや罰則は汚染物質発生源企業が規制を遵守するように動機づけるために効果的であった。

2-2-5 公害防止への財政的支援

公害防止に関する設備等の投資は企業の収益に直接結びつかず、また、厳しい経済環境下では企業の負担が大きい。そこで、日本では企業の公害防止投資を促進し支援するために、政府系金融機関により税制・金融上の優遇措置、公害防止投資に対する低利融資、税の減免、特別償却等を行った。また、公害防止事業団は、共同公害防止施設、緩衝緑地の設置、共同利用工場の建設、用地の造成を行うことにより、企業の公害防止を促進した。

2-2-6 地域産業計画概念の導入

産業立地計画において、過密に工場等の汚染源が集積することを規制したり、共同の公害予防施設を計画したりすることで、公害を防止した。

2-2-7 環境アセスメント

公害対策については、公害が発生した後に解決を行うことは費用・労力・効果の点から賢明ではなく、事業の計画段階で、あらかじめ事業の実施が環境に与える影響を検討し、準備しておく環境アセスメントが重要である。日本では1965年以降、大規模な工場等の設置にあたっては事前調査を行い、将来排出が予想される汚染を予測し、それを基に、事業者に対して工場の計画の変更、処理施設の設置等を行うようにした。

2-2-8 公害防止の調査研究

公害を防止するためには何によってどのように公害が起こるのか、その公害を防ぐためにはどのような手段が効果的なのか等について専門的に調査を行うことが必要である。日本においては、国および地方自治体が公害センターあるいは公害研究所を設置し、専任の技術職員を置き、公害防止のための医学や環境に関する調査研究を実施した。例えば、1970年度頃から、環境汚染の人体への影響の長期追跡疫学調査や、予測される健康被害に対する地域健康管理体制についての調査が行われた。

2-2-9 司法的手段の活用

公害については苦情や調停が行政機関に持ち込まれるのが通例であるが、被害者が行政や企業に対して弱い立場にある場合、行政機関による調停が期待できないこともある。そのような際には司法に訴えるということが考えられる。日本においては公害病の被害者たちが国や企業を相手にした訴訟を起こし、公害責任を追及した。四大公害病裁判では被害者側が全面勝訴し、住民の生活や健康の権利が認められ、公害被害に対して補償が行われることになり、公害の差止め要求が認容された。

ただし、一般には公害については因果関係の立証の困難さ、専門技術的知識の必要性から、司法による処理が困難かつ時間を要するという点もある。

2-2-10 健康被害者の補償制度

日本においては、公害による健康被害に対し、汚染物質排出者費用負担の原則の下に補償給付が行われた。1973年公害健康被害の補償等に関する法律(いわゆる公健法)が成立した。給付内容は、療養費、障害補償費、遺族補償費、児童補償手当、葬祭料等である。因果関係の立証等により長期にわたり放置される被害者を救済するため、医療費を支給する措置法も設けられた。また、認定者の福祉を増進する、リハビリテーション事業、転地療養支援、家庭療養用具の支給、施設等整備が行われている。

2-2-11 企業および地方自治体の公害対策人材養成

公害対策を進めるためには法制度を整備するのみならず、それを実施する人材が不可欠である。公害の場合は公害の発生源になりやすい企業と企業を監視する立場にある地方自治体における人材育成が重要である。日本では公害防止体制を整備する目的で、1971年、主要な事業所に「公害防止管理者」の設置を義務付けた。また、地方自治体職員に対し、公害防止資格認定講習を実施し、企業における公害防止の充実を図った。また、自治体に公害に対する相談室を設け公害防止指導が実施された。

2-2-12 公害教育

公害対策の推進や効果は、それを求める世論に大きく左右される。日本ではテレビ・ラジオ等のメディアを通じて公害や環境に対する知識の向上が図られ、社会的関心が高揚されている。

3. 途上国の公害対策と日本の経験

経済発展を志向する途上国においては、かつての日本と同様に成長を求めるあまり公害対策があまり重視されず、公害が人々の健康を脅かしていることがある。

日本は対策の遅れから深刻な公害問題を経験したが、各種対策を講じた結果、公害問題を克服してきた。日本で公害対策の着手が遅れたのは、「健康や生命の価値を経済発展や企業利益よりも優先させる」という価値基準が法制化されるまでは、行政内部の意向が対立し、制度や法律の整備や対策が遅れ、対策が形式的なものにとどまったからである。また、企業が経済利益を追求し、規制措置に対しても根本的な解決、自発的な公害対策を行わなかったことも対策の遅れにつながった。さらに、公害の病状を理解できる医師が不足していたこと、汚染源と病状との因果関係を調査し解明できる科学者が不足していたことも公害対策を遅らせた。このようなことが途上国においても生じる可能性があり、これらを念頭において対策が遅れないよう対処することが重要である。

日本はその後、公害対策を推進し急速に公害を克服していったが、その機動力となったのは、国や企業に公害対策を求める世論であった。また、国民の公害への問題意識を高揚させ、社会運動を促したのは、被害者によるアドボカシー運動であり、メディア報道であった。さらに、国や企業に公害問題の責任があると司法が判断を下したことも政府の対応の変化を促した。このような対策を要求する世論に対し、行政側内部においても理解者が増加し、被害に直面した地方自治体が独自に取り組みを開始することで公害対策の効果を促進させた。このような経験から、途上国においても公害対策を推進するためには住民からの働きかけやメディアを通じたアピールが有用と思われる。

ただし、開発途上国における公害を取り巻く状

況は日本の戦後とは異なっており、日本の経験を適用する際には、その国や地域の行政制度や機能の状況、国民性や文化の違いを考慮することが肝要である。特に、次の7点については途上国と日本を取り巻く状況に違いがあり、経験の適用の成果を左右すると考えられるので留意が必要である。それらは、産業構造の進展度合い、地域

構造の仕組み、公的介入のあり方、世論形成や社会運動の状況、三権分立や地方自治がどの程度機能するか、公害に関する技術情報量、公害や環境に関する国際関係、である。

日本で公害対策に効果的であったと思われるアプローチを途上国に応用する際の留意点（前提条件）を表6・6にまとめたので参照されたい。

表6・6 日本の公害対策の途上国への応用の留意点（前提条件）

日本の公害対策アプローチ	途上国に適用する際の留意点（前提条件）
公害法令および行政組織の整備	三権分立や地方自治がどの程度機能するか
環境基準および排出基準の設定	公的介入のあり方 公害や環境に関する国際的關係
地方自治体による公害対策	三権分立や地方自治がどの程度機能するか
警察による公害取締および罰則	公的介入のあり方
公害防止への財政的支援	産業構造の進展度合い
地域産業計画概念の導入	産業構造の進展度合い 地域構造の仕組み
環境アセスメント	公害に関する技術情報量
公害防止の調査研究	公害に関する技術情報量
司法的手段の活用	三権分立や地方自治がどの程度機能するか
健康被害者の補償制度	世論や社会運動の状況
公害対策人材養成	公害に関する技術情報量
公害教育	世論や社会運動の状況

出所：筆者作成。

< 参考文献 >

飯島伸子（1993）『環境社会学』有斐閣
 宇井純（1974）『公害と行政』『公害原論』亜紀書房
 （2001）『日本の公害体験』吉田文和・宮本憲一『岩波講座 環境経済学第2巻 環境と開発』
 植田和弘他（1991）『環境経済学』有斐閣
 川名英之『ドキュメント 日本の公害2 環境庁』1988 緑風出版
 勝原健（2001）『東アジアの開発と環境問題』勁草書房
 環境庁『環境白書』各年版 大蔵省印刷局
 栗原彬編（2000）『証言 水俣病』岩波書店
 厚生省（1988）『厚生省五十年史（記述篇）』厚生問題研究会
 佐藤竺・西原道夫（1969）『現代行政シリーズ1-2 公害対策』有斐閣
 柴田徳衛・松田雄孝（1976）『公害から環境問題

へ』東海大学出版会
 清水みゆき（1995）『近代日本の反公害運動史論』日本経済評論社
 庄司光・宮本憲一（1975）『日本の公害』岩波新書
 総理府『公害白書』各年版 大蔵省印刷局
 土井陸雄（2003）『保健所はどう動いたか』『公衆衛生』Vol.67 No.3
 橋本道夫（1988）『私史環境行政』朝日新聞社
 （2000）15.環境と健康 『国際保健医療学』日本国際保健医療学会 杏林書院
 原田正純（1972）『水俣病』岩波新書
 （1989）『水俣が映す世界』日本評論社
 藤崎成昭（1992）『発展途上国の環境問題』アジア経済研究所
 宮本憲一（1987）『日本の環境政策』大月書店
 横田光雄（1990）『環境問題と地方公共団体』第一法規出版

(参考映像資料)

NHKアーカイブス テレビの青春 日本の素顔
「奇病のかけに」特集「村のタマノの証言
水俣の17年」(2000年4月30日放送)

NHKアーカイブス テレビの青春 ドキュメン
タリー「わが内なる“水俣” 告白的医師論
」(2001年3月4日放送)

NHKアーカイブス 日本の自画像 明日への記
録「廃液 ある公害闘争の28年」(2002年2
月10日放送)

(写真資料)

毎日フォトバンク

www.photobank.mainichi.co.jp

第7章 労働衛生

日本では、生まれてから死ぬまで地域、学校、職場での定期健診をはじめとする健康増進のための体制が、網の目のように高度に張り巡らされているといえる。労働衛生では、職場における労働者の健康の保持増進と快適な職場環境の形成に寄与することを目的としてさまざまな施策を実施している。日本の労働衛生の取り組みは、法整備の下、強い中央集権制による監督・指導に基づく体制で進められてきた。

日本では、戦前は劣悪な労働環境の中で、多くの労働者が労働災害に見舞われたり職業性疾病に倒れたりした。戦後は、さまざまな法整備に基づく監督省庁による監督・指導によって、それら災害や職業性疾病の発生を予防する体制が整備された。また、近年はさらに一歩進んで、健康な労働の場づくり、労働者のより高い健康状態を確保するための職場における取り組みに力が入れられてきている。

現在、アジアや南米などの急速な工業化の途上にある国々において、労働に関する健康被害が顕著になってきている。このような国々において、日本における労働衛生行政を中心とした取り組みの変遷は参考となるものが多いと思われる。本章では、このような視点から、日本の時代ごとの労働衛生の課題と解決策、主な施策に焦点を当てて紹介し、現在の途上国支援に役立つアプローチを考察する。

1. 労働衛生の変遷

日本の労働衛生は、時代ごとのさまざまな主要産業で働く労働者の健康問題を中心に発展してきた。また、近年は労働環境の改善という対症療法的取り組みを超えて、労働者のより高い心身の健康を確保するための職場の役割の重要性も増してきた。本節では、このような日本の労働衛生の変遷を、戦前と戦後の2つの期に分けて概観する。

1-1 戦前の労働者保護施策

江戸時代、鉱山労働者が長時間労働の上に、鉱毒や煤煙の吸入によるじん肺のため、働き始めてから3年程度で死亡することが多かったという研究結果が残されているように、既に労働と疾病の関連に着目されていたが（貝原益軒「養生訓」（1713年））、労働者の健康問題を改善するという労働衛生の概念はまだ生まれていなかった。

明治時代になると、富国強兵・殖産興業の国策の下、多くの官営工業が設立されたが、これらで働く若年労働者のあいだでは、劣悪な労働環境に加えて、過重労働と栄養不足によって、当時「死の病」として恐れられていた結核が、工場やその宿舍で発生・蔓延しており、一種の職業性疾病といえる状態であった。こうした労働者の保護を目的として、日本で最初にできた法律が1911年制定の「工場法」である（施行は1916年）。その中心的な内容は、女工・年少工の夜間就業の禁止である。また、1905年に「鉱業法」（鉱業と農業・漁業間との調整）を制定した。しかし、これらの法律には除外規定が多く、実質的には骨抜きであったといわれている。

工場法は1882年に素案の検討が開始されたが、資本家からの反発が強く、制定は困難を極め、制定から施行までにさらに5年の年月を要した。政府はこれらの資本家の反論に対応するために、石原修医師に、女子労働者の出稼ぎと死亡に関する膨大な実態調査を実施させ、その成果が工場法成立を後押しした¹。これが疫学研究の成果が、労働衛生行政へ適用された出発点となった。この他、福岡県八幡村の官営製鉄所（1896年設立）において、製鉄所病院が開院し、「労働衛生」という概念が初めて導入され、同製鉄所において労働衛生管理に着手された。

1919年に設立された国際労働機関（ILO）において、日本が常任理事国として参加する際に、工場法や鉱業法の除外規定が障害となったことが

¹ 川上（1965）

ら、次第に除外規定の整理と、労働者保護の拡大が行われた。1923年には工場法が改正され、保護年齢の引き上げ、深夜業の範囲の拡大等の改正が行われた。また1924年には鉱業法も改正された。

昭和（1926年～）に入り、工場の寄宿舎に関する規則や、工場、採掘場、土木建築現場等の安全管理に関係する規則が相次いで制定された。このほか、1930年に鉱夫のじん肺が業務上疾病に認定され、また1936年にけい肺が同様に認められるなど、労働衛生上の一定の前進がみられた。

しかし、太平洋戦争に向かう中で戦時特例が設けられ、これら法規制は次第に有名無実化し、労働者の保護の機能は減衰していった。

1-2 戦後の労働衛生行政

1-2-1 新制労働衛生法体系の確立(終戦直後)

戦後直後に、1946年に工場法と鉱業法が復活したものの、当時の国際的水準からは不十分であったため、これら2つの法律と戦前の各種労働者保護法令を集大成した「労働基準法」が1947年に制定された。これに衛生管理者制度も創設され、労働安全衛生に関する法体系が一気に整備された。また、1947年、労働省が創設され、労働行政を専門的に管理する行政機構が確立した。

当時の課題は、結核、赤痢、けい肺および重金属中毒症等の防止であり、労働基準法に危害の防止、有害物の製造禁止、安全衛生教育、健康診断等の規定が定められ、健康診断の完全実施や保護具の着用励行が呼びかけられた。1948年には「けい肺対策協議会」が設置され、これ以降各種けい肺対策が多角的に講じられ、また労働衛生保護具に対する規則などが施行された。また1950年には、労働衛生思想の普及・啓発を目的として「全国労働衛生週間」が開始されるなど、国民の意識の醸成にも取り組んだ。

1-2-2 多発する職業性疾病や労働災害への対応（1950年代半ば～1960年代）

1950年代半ばになると、重工業の急激な発展の中で職業性疾病や労働災害が多発した。その対策として、「第1次産業災害防止総合5カ年計画」が策定された。また1955年から1960年に各種保護法、健康診断制度、防止規則が制定された。また1960

年代に入ると、高度経済成長と技術革新の中で、新たな種類の労働災害が発生してきた。その対策として、各種予防規則や法整備による対策が講じられた（表7-2参照）。

1964年には、事業所の自主的な衛生管理活動の推進を図るために、「労働災害防止団体等に関する法律」を制定し、5つの業種別団体を組織するとともに、その中核として中央労働災害防止協会を設立した。

1-2-3 より包括的な「労働安全衛生法」制定（1970～1980年代）

次々と法令等が整備されてきたが、産業社会の急激な進展によって、労働基準法を中心とした法制に基づく労働災害防止対策では包括的に対応できないとの判断から、1972年「労働安全衛生法」が制定された。同法は、労働基準法の安全と衛生の部分の独立させ、充実させたものである。労働基準法が最低基準を示し、その遵守を強制するという性格が強いものであったのに対し、この法律はさらに進んで業務内容の変化に即応した健康障害防止対策の展開と、より快適な職場環境の形成を目指すことを可能にするものとなった。また、中小規模事業所への援助や労働安全衛生に関する専門技術者の養成についても規定された。同法の下で、労働衛生の3管理（作業環境管理、作業管理、健康管理）と安全衛生教育が積極的に推進され、職業性疾病も急減に減少した。

さらに1980年代になると、労働者の健康保持増進を一層推進することが求められ、1988年の労働衛生安全法の改正により、健康保持増進の実行が事業者の努力義務とされ、事業所における組織的対応が一層促進されることとなった。また労働者にも健康保持増進の自覚と励行が求められるようになった。これにより、疾病の早期発見と事後措置を主な目的として従来の労働衛生対策に加え、労働者全員の健康状態の把握と個々の労働者の健康レベルに応じた積極的な健康増進に関する個別相談指導が行われることとなった。

1-2-4 ストレス性の疾患の増加（1990年代以降）

1990年代初頭、職場におけるOA機器の浸透に

適応できない中高年や、管理された人間疎外の労働環境、バブル経済崩壊による中高年の解雇や長時間労働・休日出勤の恒常化などによる、労働環境の悪化による脳・心疾患につながる所見を有する労働者の増加等が問題となってきた。そこで、1992年、労働安全衛生法を改正し、新たな健康管理体制の整備の一環として、産業医の専門性の確保、健康診断の結果に基づく事後措置が適切に行われるよう、健康診断結果の通知の義務化、医師等による保健指導の実施等が規定された。さらに

中小規模事業所に対する国の援助も規定された。それでも長引く不況による長時間労働や休日出勤など疲労の蓄積による「過労死」が社会問題となり、2001年に労災に認定された。その後も、勤労者を取り巻く過酷な勤務状況は軽減されず、肉体的・心的ストレスは強まる一方で勤労世代の自殺者は増加傾向にあり、1998年から4年間続けて日本の自殺者は3万人を突破している。特に家計の大黒柱である50歳代男性の自殺が増加し、深刻な社会問題となっている。

表7-1 主な労働衛生施策の変遷

1982年	工場法素案 諮問
1905年	鉱業法制定・施行
1911年	工場法制定
1916年	工場法・施行
1919年	国際労働機関（ILO）常任理事国
1938年	厚生省設置、労働行政移管
1941～45年	戦時特例により各種規定は有名無実化
1946年	工場法、鉱業法の復活
1947年	労働基準法制定・施行、衛生管理者制度の創設
1947年	労働省創設
1948年	けい肺対策協議会
1948～50年	金属鉱山労働者に対するけい肺巡回検診の実施
1950年	第1回全国労働衛生週間開催
1972年	労働安全衛生法
1975年	作業環境測定法制定
1979年	化学物質の有害性の調査制度（労働安全衛生法改正）
1988年	健康の保持増進のための措置（労働安全衛生法改正）
1996年	健康確保対策の促進、産業医の専門性の確保（労働安全衛生法改正）
1999年	深夜業従事者の健康管理（労働安全衛生法改正）
2001年	労働省、厚生労働省へ改組

表7-2 戦後の職業性疾病に対する各種予防規則

1950年	労働衛生保護具検定規則
1951年	四エチル鉛危害防止規則
1955年	外傷性脊髄傷害に関する特別保護法
1956年	じん肺および16種の職業性疾病についての特殊健康診断導入
1959年	電離放射線障害防止規則
1960年	有機溶媒中毒予防規則、四エチル鉛等危害防止規則
1961年	高気圧傷害防止規則
1967年	鉛中毒予防規則、炭鉱災害による一酸化炭素中毒防止特別措置法
1968年	四アルキル鉛中毒予防規則
1970年	チェーンソーによる振動障害（通達）、重量物運搬による腰痛症（通達）
1971年	酸素欠乏症等防止規則、事務所衛生基準規則、特定化学物質等障害予防規則
1979年	粉じん傷害予防規則

2. 労働衛生に対する主な取り組み

日本の労働衛生に対する取り組みは、中央政府による規制と指導という形で行われてきた。その労働行政を所管するのは、現在は厚生労働省の労働基準局（主に安全衛生部と、労働災害の認定業務に関する補償課、労働時間・賃金に関する賃金時間課）である。またその直轄機関として、第一線で実務を行っているのは、各都道府県にある労働局（47局）および労働基準監督署（343署+4支所）である。これらの直轄機関が直接事業所における健康管理や労働環境改善対策などの労働衛生に関する監督指導を直接行っている。本節では労働衛生行政の基本的施策、事業所内での取り組み、その他の取り組みに大別して紹介する。

2-1 労働衛生行政の基本的施策

労働衛生行政は、大きく職業性疾病、労働災害、健康診断と健康増進、労災補償の4つの分野に分けられる。さらに厚生労働省では、これをさらに詳細に以下の8体系、すなわち「基本的対策（管理体制の確立と労働衛生教育の実施）」、「職業性疾病対策」、「化学物質対策」、「健康対策」、「快適職場対策」、「産業保健活動活性化対策」、「中小企業対策」、「研究体制の整備」に分けている。ここでは、特に大きな部分を占める労働災害、職業性疾病、健康診断と健康増進の3分野について紹介する。

2-1-1 労働災害

日本の労働災害による死傷者数は長期的には減少してきている。労働災害を減らし安心して働ける職場づくりのために、変遷の節でも概観したように、1982年の工場法の素案の諮問に始まり、政府はさまざまな多種多様な施策を打ち出してきた。特に戦後に注目すると、1947年の労働基準法を中心としたさまざまな個別の問題に対応し、最低基準の設定とその遵守のための指導が行われてきた（表7-1参照）。このような法整備と官による行政指導は、今日の途上国においても、基礎的な

労働衛生の基盤整備の時期において、適用可能な重要なアプローチである。特に多くの途上国で見られるオートメーション化されていない町工場のような労働環境においては、最低限の安全な労働環境に対する法整備が必要であろう。

日本の労働災害の死傷者数（休業4日以上）は、1980年以降大幅に減少してきてはいるものの、今なお年間約13万人に上っている（図7-1）。また、総被災者数（休業1日以上）は年間約55万人に上っている（厚生労働省・労災保険給付データ2000年による）。

死亡災害についても1970年代は大きく減少しているが、1996年以降は年間2,000人を境に横這いに近い状態で、2000年度は1,889人であった（図7-2）。そのため、厚生労働省としては大幅な改善を図る等の目標を掲げ、各業種に対して労働災害防止対策を推進している。その一環として、職場における安全衛生水準の一層の向上を図るため、事業所において「計画 実施 評価 改善」という一連のプロセスを明確にし、連続かつ継続的な安全衛生活動を自主的に行う安全衛生管理の仕組みである「労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針」を1999年に示し、その普及と定着を図っている。

総じて労働災害は、手工業の段階では少なかったが、近代機械生産の導入に伴って、頻度、強度とも増大した。労働災害の原因を労働者の不注意や過失に求められることがしばしば見られるが、労働者がそうした不注意や過失を犯す背景にある誘因（安全教育の不足、長時間労働に疲労、退屈な単調労働、深夜労働、高温多湿、不適切な照明、騒音、過度の飲酒、家庭内のトラブル等）を除去し、さらに不注意や錯覚が起こしても労働災害が起らないように安全装置を付けるなどの工夫が必要である²。

2-1-2 職業性疾病

職業性疾病とは、ある特定の職場の労働環境や作業条件によって引き起こされるもので、原因を除去することによって予防可能な疾病である。労

² 鈴木・久道編（2003）p.240

図7-1 労働災害発生状況の推移（死亡および休業4日以上災害）

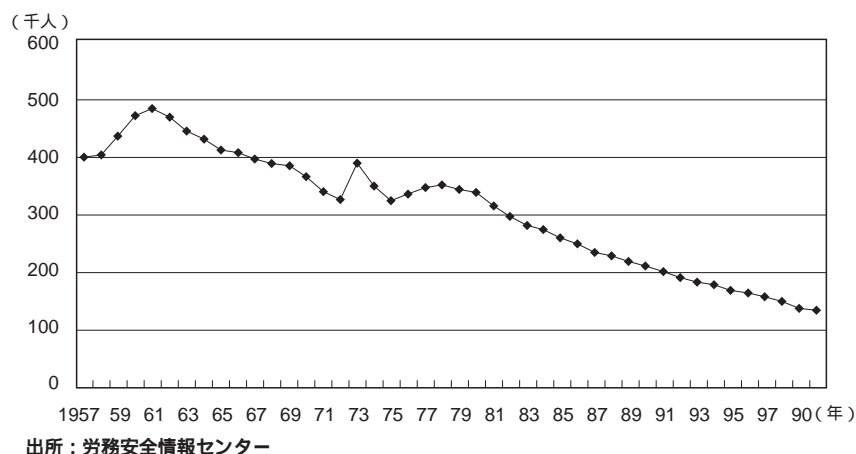
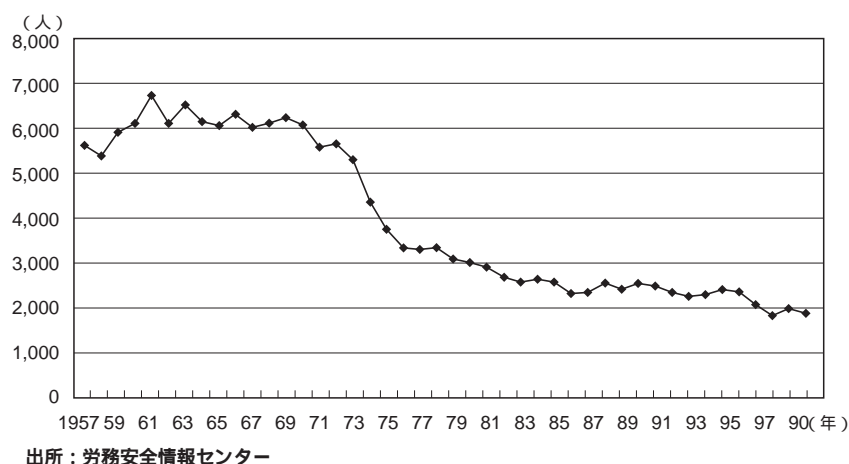


図7-2 死亡災害の推移



働環境に関するものには、物理的な要因による、高気圧障害、職業性難聴、振動障害などがあり、化学的な要因による、じん肺、有毒ガス中毒、有機溶剤中毒、重金属中毒などがある。また、作業条件によるものとして、頸肩腕障害、職業性腰痛などがある。日本では、特に戦後これらの職業性疾病対策のために、法的措置を含む多くの予防対策、被災者対策が行われ、次第に体系化されてきた。

鉱山労働者に多く発症したじん肺に対しては、昭和初期（1926年）頃から種々の対策が講じられてきたが、戦後1948年にけい肺対策協議会が発足し、国の重要課題と臨む体制をつくったことが

一つの契機となった。体系的な施策としては、1955年の「けい肺等特別保護法」を経て、1955年から1957年にかけて全国の粉じん作業従事労働者約34万を対象とする健康診断が実施され、その後1960年の「じん肺法」制定により確立された。この時期に、全国的に集中して、対策の構築に取り組んだ点は特筆に値する。その後、産業構造の変化や医学の進歩等を踏まえ、じん肺法は何度か改正され、粉じん発生源等の作業管理対策の徹底を図る方策がとられている。また、じん肺法では常時粉じん作業に従事する労働者に対して、事業所はじん肺健康診断（就業時、定期、定期外、離職時の4種）を行うことを義務付けており、この結

果所見を有するものは「地方じん肺診査医」が診査を行い、都道府県労働局で管理区分が決定されることとなっている。

有機溶剤中毒対策においては、「有機溶剤中毒予防規則」(1960年)によって、主に、十分な換気を行い、防毒マスクおよびエアラインマスク等の呼吸用補護具を適正に使用することが規定されている。職業がんや皮膚炎、神経障害他の健康障害を発生させる恐れの大い化学物質は、「特定化学物質等障害予防規則」(1971年)によって防止措置を規定している。

1972年に制定された「労働安全衛生法」では、ベンジン等のがん原性物質の製造等が禁止され、また1974年ILOにおいて、がん原性物質およびがん原性因子による職業性障害の防止および管理に関する条約が採択され、その後、1975年にはクロムなどの職業がん対策が強化された。さらに1977年には職業がん対策を抜本的に充実強化するために、労働安全衛生法の改正が行われ、新規化学物質の有害性の調査、既存化学物質の発がん性等の試験、疫学的調査の制度が新たに設けられた。このための実験施設として、神奈川県に日本バイオアッセイ研究センターが建設された。

1980年代以降には、パソコン・コンピュータの普及により、VDT (Visual Display Terminal) 症候群が社会的な問題となってきた。連続VDT作業による視覚負担、連続キー操作や長時間同一姿勢による筋骨格系への負担、その他精神神経疲労等で、総称してテクノストレスと呼ばれる。厚生労働省は1985年「VDT作業のための労働衛生上の指針」を明示し、この新しい健康障害に対応するためには、まず知識と経験のある人材が求められることから、労働衛生団体などを通じて、VDT作業衛生管理者教育や企業内インストラクター教育など、体系的な人材養成に取り組んでいる。

2-1-3 健康診断と健康増進

労働安全衛生法第66条により、事業所は全労働

者に対して健康診断を実施する義務を負っている。職場における健康診断には、「一般健康診断」、「特殊健康診断」、「深夜従業員の自発的健康診断」の3種類がある。これらは、労働者の経時的な健康状況の変化をとらえ総合的に把握した上で、健康管理、作業管理、作業環境管理にフィードバックすることにより、労働者が常に健康で働けるようにするためのものである。1996年の同法の改正で、健康診断結果の通知の義務化と、その結果に応じて保健指導の実施の義務化が盛り込まれた。

一般健康診断は全労働者を対象にするものであるが、特殊健康診断は、有害な業務に従事する者に対して行うもので、先述した「じん肺健康診断」はその代表的なものである。このほか、放射線、騒音、高圧室内作業、特定の有機溶剤業務など、7種類の業務に義務付けられている。

深夜従業員の自発的健康診断は、1999年の労働安全衛生法の改正により充実が図られ、深夜従業員が自発的に受けた健康診断の結果を事業者に提出でき、その結果について事業者は、適切な事後措置を講じなければならないとされた。

さらに、1988年の労働安全衛生法の改正によって、事業所は、単に労働者の職業性疾病の発生を予防するにとどまらず、広く私傷病や生活習慣病の予防さらには健康の増進に努めることが義務付けられた。他方、労働者においても事業所が講じる措置を利用して、自らの健康の保持増進に努めることとされた。この観点から、近年では身体の健康だけでなく心の健康にも注意が向けられるようになってきている。心の健康の増進の観点から、日本では労働時間の短縮が政府主導で進められた。その一環として、1988年に週40時間労働制(完全週休2日制と同義)の実現を盛り込んだ労働基準法の改正が行われた。しかし、本制度の適用を完全に受けている労働者は1999年で全体の58.7%で、特に中小企業でその普及と徹底が遅れている。

2-2 事業所内の衛生管理体制

労働安全衛生法では、事業者は事業所の規模に応じて必要な安全衛生管理体制を整備することを義務付けられている。図7-3は安全衛生管理体制のモデルを示したものである。まず、常時50人以上の労働者を使用する事業所では、「衛生委員会」を設置しなければならない。議長を除く委員のうち半数は労働者の代表で構成され、毎月1回以上開催され、労働者の健康障害の防止、労働災害の発生防止について、事業者に意見を述べる場となっている。

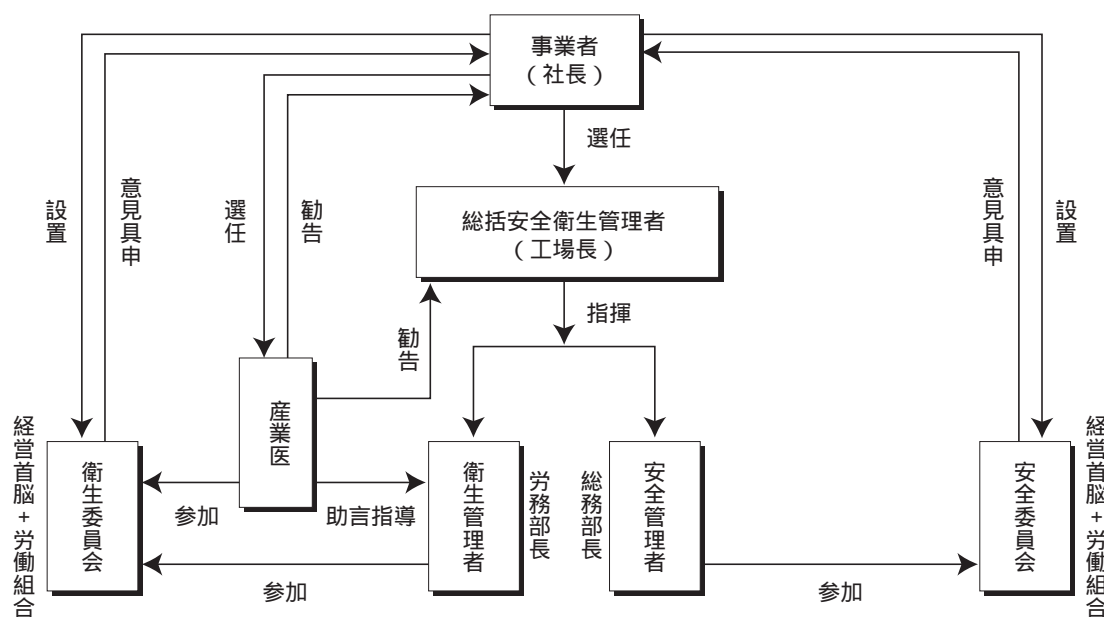
「産業医」は、労働衛生の専門医として、職場を中心に定期的な健康相談と健診、健康・衛生教育、作業管理・作業環境管理、健康障害の原因調査と再発防止措置を行う。労働安全衛生法では、労働者1,000人以上の事業場では専属の産業医をおくことが、また常時50人以上の事業所では産業医を選任することが、それ未満の事業所では国庫補助で複数の事業場が共同で選任することが規定されている。産業医は当初は国の施策として推進されてきたものではなく、倉敷紡績社長の大原孫三郎が従業員に対して健康診断を行ったこと等がその先駆けである。正式に法制化されたのは1972年の労働安全衛生法の制定時で、また1996年の改

正時にはその専門性を確保するため、必要な要件（厚生労働大臣が定める研修の修了者、労働衛生コンサルタント試験の合格者、大学で労働衛生に関する科目を担当する教授・助教等）が定められた。

また、事業所の規模や種類に応じて各種「衛生管理スタッフ」の選任が義務付けられている。常時50人以上の労働者を使用する事業所では、衛生に関する技術的事項を管理させるため、衛生管理者を選任しなければならない。林業や鉱業等では100人以上の事業所において、総括安全衛生管理者を選任しなければならない。高圧室内作業、ボイラー、放射線、特定化学物質などを扱う有害作業場では、一定の技能を有する作業主任を選任する必要がある。

作業環境から有害要因を除去するためには、その存在や発生状況が十分に把握されなければならない。そのために、1975年「作業環境測定法」が制定され、適正な作業環境を測定するための作業環境測定士の資格、作業環境測定機関等について具体的事項が定められた。1979年には日本作業環境測定法協会が設立され、測定士および測定機関の資質の向上に寄与している。また、1984年「作業環境の評価に基づく作業環境管理要領」によっ

図7-3 労働安全衛生法に基づく安全衛生管理体制（モデル）



出所：厚生統計協会（2002）p.297

て、測定結果は「適切・改善の余地がある・不適切」の3段階に評価され、その結果に基づいて適切な措置が講じられることが定められた。

最近の労働者のストレス対策として、心の健康にも注意が向けられてきた。労働安全衛生法に基づいて事業者は労働者の心身両面にわたる健康保持増進対策を実施するトータルヘルス・プロモーション・プラン（THP）事業が行われている。図7-4に示すように、健康測定の結果に基づいて、専門的な研修を受講した健康づくりスタッフとともに心身両面からの健康指導を行うものである。さらに職場におけるメンタルヘルス対策の推進を図るために、「事業場における心の健康づくりのための指針」を2000年に策定し、その普及・定着を図っている。

産業医に関する支援と小規模事業所への産業保健サービスの提供のために、サポート体制が整えられてきている。産業医等に対する専門的相談、産業保健情報の提供を行う「産業保健推進センター」を都道府県単位に設置されている。また産業医の選任義務のない労働者数50人未満の事業所にあつては、独自に医師に依頼して助言等を求めることは困難である。このため、小規模事業所を対象として、健康相談、個別訪問産業保健指導等を行う「地域産業保健センター」を、原則として労

働基準監督署単位、全国347カ所（1997年度末現在）に設置している。

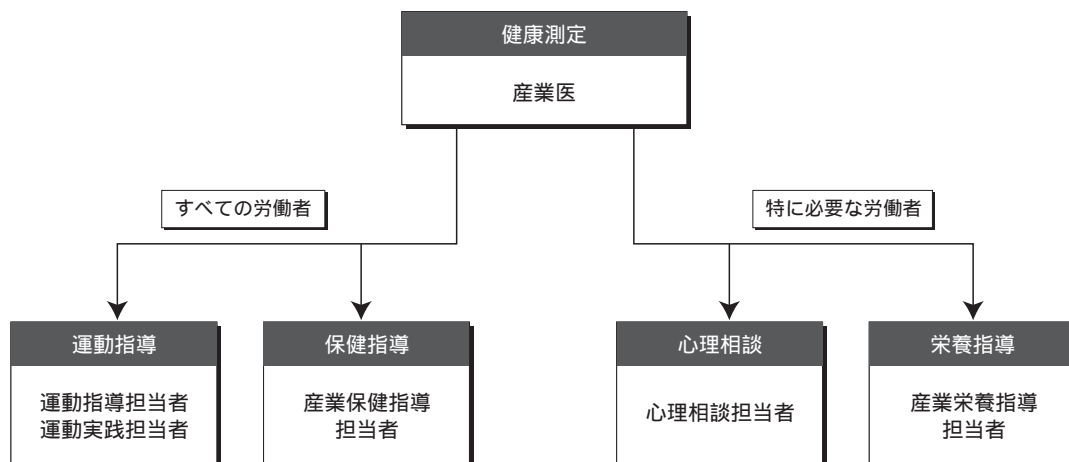
2-3 労働保険制度

労働保険制度は、労働者災害補償保険法（以下、労災保険法）に基づく制度である。労災保険法の目的は、業務上の事由または通勤による労働者の負傷、疾病、障害・死亡等に対して迅速かつ公正な保護をするために必要な保険給付を行うことのほか、被災労働者の社会復帰の促進等の労働者に係る福祉の増進に寄与することにある。

1969年に成立した労働保険の保険料の徴収等に関する法律で、労災保険と失業保険の適用・徴収が一元化され、任意適用事業（常時5人未満の労働者を使用する個人経営の農林水産業者）以外の全事業者に労災保険が適応されることとなった。また高度成長期には勤労者が通勤途中で被災することも増えたため、1973年には通勤災害が労災保険の保護対象に加えられた³。現在、給付の種類には、療養給付、休業給付、障害給付、遺族給付、介護給付、葬祭給付、傷害年金、二次健康診断等給付がある。

労災保険に関する事務を行う機関は、中央では厚生労働省、地方では各都道府県労働局および労働基準監督署である。

図7-4 トータルヘルス・プロモーション・プランの流れ



出所：厚生統計協会（2002）p.302より作成。

³ 詳細は厚生省（1997）参照

2-4 小規模事業所への対応

日本においては、業種にもよるが一般に小規模事業所（従業員数50人未満）は事業所数の9割以上を占め、労働者数では3分の2以上を占める。これらの小規模事業所では、大企業に比べて労働災害の発生率が相当高く、また労働衛生管理面においても健康診断、作業環境測定等には十分な定着が見られていない状況にある⁴。例えば、安全衛生教育実施率は大企業でほぼ100%であるが、10～29人規模事業所では39%、健康診断実施率は1～4人規模では20%にしか満たない⁵。1998年に改正された中小企業基本法では、「中小企業は日本経済の活力の源泉」と位置づけ、「多様で活力ある成長発展」を謳っているが、労働衛生面では大企業との格差は是正されていない。

このため、1999年度から、小規模事業所の安全衛生の向上を目的として、「小規模事業場等団体安全衛生活動援助事業」をスタートさせ、安全衛生専門家の指導の下、小規模事業場が実施する安全衛生活動計画の策定、安全衛生教育等の基本的安全衛生対策に対する支援を行っている。また、中小企業における特殊健康診断の普及を図ることを目的として、「中小企業巡回特殊健康診断」が1961年から実施されている。その後、次第に対象となる職業性疾病の範囲が拡大されてきている。

・第1次産業による疾病

明治以来、第2次産業を中心に発展してきた労働衛生であるが、第2次大戦後に農村医療の一環として第1次産業へもその理念・手法が広がっていくこととなった。例えば岩手県沢内村では、地域医療の一環として農協など農業組織の従業員の定期健診が実施され、それは季節労働者（いわゆる出稼ぎ）にも適用された。農民の腰痛や肩こりを予防するために、農民用体操が考案され、地元保健所だけでなく、婦人会などが健康増進の先頭に立った⁶。

長野県佐久地方では、地元の総合病院が中核となって農村住民の健康を推進した。病院の巡回診療部門を組織し出張医療サービスを行う一方、演劇を通じた健康教育や、農協や青年団を巻き込んだ農民の健康作りを推進した。その中心的活動者であった若月俊一らは、地域に見られる疾病を農夫病（職業からの個人的疾病：外傷、熱中症、腰痛、手指の腱鞘炎、農薬中毒など）、農家病（農業家庭からの疾病：慢性消化器疾患、ビタミン欠乏症など）、農村病（農村環境からの疾病：回虫症、赤痢の流行、甲状腺腫など）と社会医学的に傷病を分類し、各疾病の発生要因、改善手段、改善目標を明確にして疾病の制圧と予防を試みた。その経験は、1952年に日本農村医学会を設立することで全国の農村医学関係者に共有された⁷。

2-5 参加型の労働衛生活動へ

従来まで監督省庁および都道府県による監督・指導という体制で進められてきた労働衛生への取り組みであるが、1990年代に入り、労働衛生の国際的な潮流にのって、その取り組み内容を労働に関する安全と勤労者の健康増進を主体とする包括的リスクマネジメントとし、労使が協力して意志決定を行う参加型の活動スタイルへの変容が求められている。

厚生労働省はILOが策定した安全衛生マネジメント・システム・ガイドライン（OSHM）をもとに、「OSHMは使用者の責任であり、義務であること。使用者は、事業場におけるOSHM活動に強力なリーダーシップと責任を示すとともに、OSHM確立のための適切な仕組みづくりを行うこと」を求めている。これには計画、実施、評価、改善からなるOSHMの全項目に労働者が参画することを求め、職場の安全衛生委員会を通じて、実効的に機能するサイクル・マネジメント・システムを確立することを目指している⁸。

⁴ 厚生統計協会（2002）p.302

⁵ 日本産業衛生学会・中小企業安全衛生研究会編著（2002）

⁶ Araki（1983）

⁷ Nishirai（1983）

⁸ ILO（2001）

⁹ 中央労働災害防止協会編（2002）

3. 途上国の労働衛生と日本の経験

3-1 官主導から労使協力へ、100年の歩み

日本の労働衛生の取り組みは、法整備の下、強い中央集権体制による監督指導行政として進められてきた。国民、事業主側に労働衛生の概念が乏しい時代、事業主が雇用者に対して強い権力を有する時代、事業主に技術的な知識と実行力が乏しい時代においては、国が最低基準を示し、その遵守を強制するという官主導の体制が必要であろう。日本においても、1972年の労働安全衛生法制定以前はそのような体制で、労働者の最低限の安全と健康が守られてきた。その後は、事業者側の意識と知識と経験によって、事業者側のオーナーシップによって労働衛生の向上が進められるようになった。さらに、1990年代に入ると、世界的潮流を踏まえ、さらに進んで労使が協力して、労働者の健康保持増進とより快適な職場環境の形成に取り組むべきであるという姿勢が一般的になってきた。

こうしてみると、100年以上にわたる日本の労働衛生体制の拡充の歴史は、社会経済の発展段階および国民の意識の醸成にともなって、大きく3区分に分けられることがわかる。すなわち、官主導で最低基準の設定と遵守に尽力する時代（1882～1971年）、事業者が主体となって取り組む時代（1972～89年）、さらに労使が協力して取り組む時代（1990年～）の3区分である。そして、最初の官主導の時代が圧倒的に長いことが特徴であり、一定レベルのナショナルミニマムに達するまでには相当の年月を要することがわかる。

途上国においても、労働衛生の拡充は一朝一夕では達成できないことを念頭においた上で取り組むことがまず大切である。その上で、時代区分と主なアクター（国、事業者、労働者）の関与の程度を勘案し、現実的で実効性のある取り組みを着実にかつ徹底して実施していくこと求められる。

3-2 参加型労働衛生活動のすすめ

上記で時代区分に応じてアクターの重要性を述べたが、一方で世界的流れである参加型労働衛生活動を可能な限り取り入れていく努力も重要であ

る。このアプローチは日本でも1990年代に始まったばかりで、体系的にアプローチを整理し成果をまとめる段階には至っていない。したがって、日本と被援助国が相互に学びながら進めていく姿勢が重要である。そのためには、まず途上国において労使双方に労働安全衛生向上に関する理解が徹底される必要がある。

これまでのJICAの協力は、国家経済が急成長している地域で、第2次産業を中心とした大規模事業場における古典的な管理型労働衛生が主であったが、今後は参加型の理念を取り入れた協力アプローチの開発が必要であろう。また、JICAが支援した技術協力プロジェクト「韓国カソリック医科大学産業医学センタープロジェクト」（1971～74年）では、ユニークな試みとして1968年度から実施されていたがん対策プログラムと寄生虫の集団駆虫プログラムを組み込んだ。その地域のより重要な疾病対策をエントリーポイントとして取り入れ、労使の関心を高めた手法は、日本で母子保健や地域保健のエントリーポイントとして寄生虫対策を取り入れた経験とも重なり、労働衛生対策においても同様な手法が適用できることを示唆している。

3-3 事業所内の衛生管理体制

日本では労働安全衛生法によって、事業所内での自主的な管理体制（図7・3）の構築を義務付けている。労働者の代表を含む衛生委員会の設置や、産業医の選任、衛生管理スタッフの配置など、事業所内の労働衛生に対する意識を高め、まず課題を認識することからはじめ、改善のために上層部にフィードバックできる体制をつくることは、参加型労働衛生活動を推進する上でも有効なアプローチになる。

3-4 疫学的研究の推進

日本では、労働衛生行政の黎明期において、労働者保護の理念は資本家の大反発を招き、なかなか進展しなかった経験がある。この強い障壁に対抗するために、政府は石原修医師に約1年間かけて女子労働者の出稼ぎと結核に関する大規模な実態調査を実施させ、その結果を有名な「女工と結核」という論文で発表し、科学的な論拠を得て、

法案成立にこぎつけた¹⁰。このように、労働衛生を進めるにあたっては事業主の反発が避けられないことから、疫学的研究を推進し、その科学的論拠を基に反対派を説得し、法整備を進めていくことが必須である。

3-5 労働衛生思想の普及・啓発事業

労働衛生の体系的整備においては、広く国民全体の認識と知識の普及が必要である。日本においては、労働衛生思想の普及・啓発を目的として「全国労働衛生週間」が、1950年に開始され、国民全体の労働衛生思想に一定の役割を果たした。このようなキャンペーン的的事业は、途上国における労働衛生対策の黎明期にも必要な取り組みである。

3-6 中小企業の労働衛生対策

日本においても、中小企業の労働衛生対策の徹底はなかなか進んでいないのが現状である。それは事業者の資金力が脆弱で労働衛生に費やす余力がないといったところが根本的な問題であろう。途上国においても、官営企業や外資系企業以外はほとんどがこのような脆弱な中小企業に属するものと考えられる。事業者の体力不足をいかに行政が補完し、支援していくかが労働衛生の底上げを図る上で、重要な課題である。

具体的な施策としては、日本では、安全衛生専門家による計画策定の指導、安全衛生教育の支援、特殊健康診断のための巡回健康診断の実施などを行っている。また、健康相談・個別訪問産業保健指導等を行う地域産業保健センターの設置、産業医を支援するための産業保健推進センターの設置など、地域社会において気軽に相談、指導を仰げる窓口の拡充にも努めている。このように、中小企業においては自前で体制を整えることが困難なことから、巡回型や地域拠点型によるサービス提供網の拡充が必要である。

<参考文献>

- 川上武(1965)『現代日本医療史』勁草書房
- 厚生省(1988)『厚生省五十年史(記述篇)』厚生問題研究会
- 厚生省(1997)『日本の社会保障の歩み』中央法規
- 厚生統計協会(2002)『国民衛生の動向・厚生指標』臨時増刊第49巻第9号通巻第768号、厚生統計協会
- 厚生労働省監修(2002)『1974年版高齢労働白書』ぎょうせい
- 国際協力事業団医療協力部(1974年)『韓国カソリック医科大学産業医学センター等に対する医療協力1974年報告書』
- 鈴木庄亮・久道茂編集(2003)『シンプル衛生公衆衛生学2003』南江堂
- 中央労働災害防止協会編(2002)『最新安全衛生世界の動き』中央労働災害防止協会
- 日本産業衛生学会・中小企業安全衛生研究会編著(2002)『中小企業安全衛生を創る』労働調査会
- 労務安全情報センターホームページ
(<http://www.labornetjp.org/labornet/Link/romanzen>)
- 若月俊一(1971)『農村医学』勁草書房
- Araki, M. (1983) "To Save the Lives of the villagers. The Unique Health Service system of Sawauchi Village." *JOICFP Document Services #8*. Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning, Inc. Tokyo.
- Nishirai, T. (1983) "For the Sake of the People." *JOICFP Document Services #9*. Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning, Inc. Tokyo.
- ILO (2001) *Occupational Safety and Hygiene Management System Guidelines*.
- Ramazzini, B. (1964) *Diseases of Workers*, Translated from the Latin text "De Morbis Artificum" of 1713 by W. C. Wright. Hafner Publishing Co., New York.

¹⁰ 川上(1965)

第8章 地域保健

第2次世界大戦後、開発途上国の多くは先進国型の保健医療サービス提供を進めようとし、医師・看護婦などの医療専門職の養成や病院など医療施設の設置を図った。しかし、多くの途上国では、政治体制や社会制度の未熟、貧困等のため、資源・人材開発は極めて困難であった。そのため医療サービスの展開は都市部に限られ、恵まれたわずかな人々が利用するにすぎなかった。人口の大多数を占める地方農村のための医療や予防活動は軽視され、圧倒的な数の人々は劣悪な健康状態に置かれ続けた。

こうした状況の中、1978年にWHO/UNICEFは「アルマ・アタ宣言」で、「2000年までにすべての人々に健康を（Health for All by the Year 2000）」を世界目標として、プライマリ・ヘルスケア（PHC）という概念を提唱した。これによると「PHCとは基本的ヘルスケアである。地域で実践可能であり、科学的に正しく、社会的に受け入れられる方法論を用い、地域のすべての人が利用でき、自立、自決の精神で参加することによって、開発のそれぞれの段階に応じて、その地域および国で維持できる技術に基づくケアである。」そしてPHCの5原則として公平・平等性、当事者としての地域共同体・住民参加、予防重視、適正技術、マルチセクターからの複合的・多角的アプローチの必要性を掲げ、さらに健康教育、安全な水と衛生設備、必須医薬品の供給など、加えて全部で8分野での活動を提案している。今日では、この概念がさらに拡大・発展し、地域における公衆衛生活動を主体とした「地域保健」という領域を創り出し、多くの途上国支援活動で取り入れられている。

日本でも第2次世界大戦直後、すべての社会資源が払底していた時期に、地域における予防・治療・ケア・保健教育が一体となった包括的取り組みが行われていた。その内容は、地域社会の既存の人的資源を最大限に活用し、推進主体は地域によってさまざまであったが、住民の主体的参加を特徴とする公衆衛生アプローチであ

り、今日的に言えば「地域保健」アプローチであったといえる。また、戦後27年間米国の統治下にあった日本の最南端に位置する島嶼の県・沖縄県においては、本土以上に保健医療人材・施設が枯渇する悲惨な状態から、少ない地域資源を最大限に活用し、住民の主体的参加を得ながら、官民が協働して地域保健の充実に貢献した経験を有する。このような日本の戦後の混乱期における地域保健アプローチは、現在の医療資源の乏しい国または地域における住民の健康向上のための支援にさまざまな示唆を与えてくれる。

本章ではこのような視点から、現代の低・中所得国との類似性の大きい終戦直後に焦点を当てて日本の地域保健の取り組み例を紹介し、途上国に向けたインプリケーションを考察する。

1. 地域保健に対する取り組みの変遷

地域保健の取り組みは、その時代の特徴や主要課題、それに対する行政の取り組み方、それぞれの時代に応じて地域社会が担っている機能などに大きく影響されている。他の各論が特定の分野に限ったものであるためその分野特有の歴史区分が見られるのと比較すると、地域保健はもっと大きな日本全体の流れの中に位置づけられるとあってよい。したがって第1章でみた日本の保健医療における変遷の区分と、ほぼ同様に整理することが可能である。いわば同じ変遷を、日本の保健医療においては行政の側から、地域保健においては住民の側から眺めたものともいえよう。以上を踏まえて、本節では、第1章の変遷の区分に沿って、急性感染症対応期（1868～1919年）、慢性感染症対応および母子保健サービス形成期（1920～45年）、保健医療行政再構築期（1946～60年）、医療サービス拡充期（1961～79年）、高齢社会対応期（1980年～現在）の5期に分け、日本の地域保健の取り組みを概観

することとする。

1-1 急性感染症対応期

(1868～1919年)

この時期の日本の感染症対策や母子保健対策などは、軍国主義の台頭の中で、保健に限らず行政一般が中央集権下での強権的な取り組みであった。住民は活動主体ではなく中央集権・上意下達のサービスを受ける裨益者と位置づけられ、保健に関してもその主眼がおかれた感染症予防の第一線機関は警察であった。しかし民間の中から地域保健の萌芽が始めてくる。京都の同志社病院では、1886年に京都看護婦学校を開き看護教育を開始するとともに、巡回看護婦制度を1892年に始めている。またこうした教育の成果はその卒業生の活動にも現れていた¹。しかしこうした初期の保健婦活動の芽は大正時代の終わり(1920年頃)まで拡がりをみるに至らず、個別の活動に終わっている²。

1-2 慢性感染症対応および母子保健サービス形成期(1920～1945年)

1920年結核の死亡率はピークに達し(人口千対223.7)、結核患者の看護は重要な社会的課題となった³。同時に、乳児死亡率も非常に高率であり(1918年がピークで出生千対189.7)、特に大きな問題とされた。これらの調査研究を行う機関として内務省に「保健衛生調査会」⁴が1916年設立された。この保健衛生調査会が、1926年に乳児死亡を減少させるための方策として、保健婦をオいた小児健康相談所を設置し、保健婦が家庭訪問によって妊産婦や小児の生活指導・疾病予防をするとい

う方針を打ち出したことなどから、この種の保健婦による家庭訪問による保健指導⁵や保健所に類似した保健指導機関⁶が多数出現した。

また、この頃米国のロックフェラー財団の寄付により、1935年東京市京橋区に京橋保健館(後の東京中央保健所)が、1938年所沢に所沢保健館が寄付された。これらはそれぞれ都市型、農村型の地域住民の健康指導・相談センターとして医師、保健婦等のスタッフを備え活動を行うもので、保健所の原型となった。併せて公衆衛生技術者のための教育機関として公衆衛生院が設立(1938年)された。

以上のような各種施設・事業の進展を背景として、1937年に保健所法が制定され保健所が保健衛生指導の第一線機関と位置づけられるとともに、保健所保健婦が誕生した。これによって、日本の衛生行政が取り締まりを中心としたものから保健指導を重視する方向へと転換し、保健所を中心とした地域保健活動の基盤がこの時期に形成されたといえよう。当初は10カ年計画で全国に保健所550カ所、支所1,100カ所の設置を予定していたが、激化する戦争などの理由により計画どおりには進まなかった。加えて戦争の進行につれ人員資源が不足し戦災を被るものが続出したため、各地の保健所機能はほとんど壊滅状態で終戦を迎えることとなった。

一方、農村は農業恐慌により疲弊し、早魃不作によって農家の経済は深刻な窮乏にあえいでいた。農村では乳児の死亡率は高く、寄生虫、トラコーマ、結核などの医療需要は高かったが、農家にとって医療費の負担は耐え難い重荷であった。東北では凶作にあえぐ人々を救済するために、東

¹ 1期生の鈴木マサは1891年に派出看護婦会を設立し、訪問看護や感染症流行時の防疫活動などを実施するとともに、講習会などで、一般健康法から看護、育児、調理、洗濯など新しい技術の紹介・普及に努めた。また7回生の寺嶋ノブは1899年友愛養老院をつくり、高齢女性の世話をしている。

² 小栗(1985)

³ 当時衛生部門を所管していた各県の警察署に、看護婦が雇われて結核患者の訪問看護にあたるという対策がとられ始めたが、これをいくつかの県の保健婦史では保健婦の始まりとしている(名原(2003))。

⁴ 国民の健康状態、健康をそこなう原因とその除去、健康の保持増進について研究するために、政府によって設置された。

⁵ 1923年に起こった関東大震災を契機として巡回看護事業を行った済生会、1927年に東京市京橋地区を対象とした公衆衛生看護活動を開始した聖路加病院、大阪朝日公衆衛生看護婦協会(1930年設立)などの活動が知られている。

⁶ 大阪市立児童相談所(1919年)をはじめとして、結核予防健康相談所(1923年)、小児保健所(1926年)、健康保険健康相談所(1934年)などがある。

表8-1 国保保健婦の増加状況

年 / 月	有資格	未資格	計
1941年 2月	344名	-	-
1943年12月	2,632名	640名	3,272名
1944年12月	5,604名	1,568名	7,172名
1945年12月	7,811名	1,830名	9,641名

出所：内堀（1985）p.157

北更新会⁷が1931年からトラコーマの撲滅、乳幼児・妊産婦の保護、栄養改善を目的として指定村を設け保健婦を派遣した。また北海道の済生会⁸は、1935年より無医村などの出身者から選抜した者を教育した後に、村に帰して保健婦として活動させるという巡回看護婦制度を実施した。これらは一部の地域で行われていた事業にすぎなかったが、1938年の国民健康保険法の施行によって「国保保健婦」が誕生し、全国的な規模で保健婦が設置されるための基盤がつけられた。厚生省が外郭団体である国民保険協会（1939年設立）を通じて保健婦養成を推進したこと、産業組合（現在の農業協同組合）が窮乏にあえぐ農村の保健活動を積極的に進め、国民健康保険組合の急速なる普及（産業組合による代行）、組合病院の整備拡充、保健婦の設置、の3つを打ち出したことなどにより、保健婦数は飛躍的に増加した（表8-1）。これらの国保保健婦は、母子保健活動や結核予防活動をはじめとして、保健教育指導、栄養改善から助産や、簡単な医療行為や救急医療の初期処置まで行い、農村やへき地の保健医療活動に欠かせない存在であった。

このようにして、都市と農村双方において保健指導に従事する多様な形態の保健婦が増え、全国保健婦大会が第1回（1940年）、第2回（1941年）と開催されたことなどにより、保健婦の身分の確立に対する要望が高まった。そのような動きを反映して1941年に「保健婦規則」が定められ、保健婦の身分が確立された。

1-3 保健医療行政再構築期 （1946～1960年）

終戦直後の日本は、不衛生や食糧難による低栄養、引揚者がもたらした外来感染症の流行やベビーブーム到来など、保健衛生面でも大きな混乱期にあった。1947年の日本の乳児死亡率は出生千対76.7、結核死亡率は人口10万対187.2で死因第1位を占め、現代の途上国と類似した状況だったが、1960年には乳児死亡率出生千対30.7と半減、結核死亡率も人口10万対34.2と激減するなど、健康水準は短期間でめざましく向上した。その背景には日本全体の社会経済状況、教育水準、医療技術の向上などもあるが、保健行政制度の確立、保健所網の拡充、住民の主体的活動として組織化された地域保健活動の発展と普及、行政の一員として地域で活躍した保健婦などによる活動の効果が、戦後の混乱期から社会の安定期に向けて大きく奏功した。

1945年の終戦直後から、GHQの指導により保健行政の抜本的改革が進められた。1946年5月の厚生行政改革および1947年地方自治法改正によって、全都道府県に衛生行政を所管する独立した衛生部が設置された。続いて同年9月には新しい保健所法が制定され、保健所は公衆衛生上の指導業務と行政事務を一体的に実施する第一線機関として活用されることとなり、人口10万人に1カ所を目標として整備が進められた。また1949年には「保健所業務の指導指針」が定められ、保健所長は管内の市町村で働く保健婦の異動状況、勤務状況を把握し、その指導に責任をもつこととされた。

⁷ 東北更新会が正式に発足したのは、1935年である（名原（2003））。

⁸ 1911年、明治天皇の下賜を基に、恩賜財団済生会設立。1952年に社会福祉法人となり、現在は全国的に支部があり、病院など医療機関を運営している。

ここにおいて、国（厚生省） 都道府県（保健所）市町村という、中央から末端機関に至るまでの一貫した保健衛生行政の体系が確立し、保健所は地域の保健向上に責任を有する中心的機関として位置づけられた。

また、1947年には結核予防法の制定、労働基準法制定による労働衛生の基盤整備と児童福祉法制定による母子保健対策の進展が促された。次いで1951年には結核予防法が全面改正され、保健所業務は画期的に拡大した。保健所には患者の把握、治療方法の検討、完治するまでの患者のモニタリングなど結核対策を一元的かつ総合的に行う「結核診査協議会」が置かれた。また結核患者の家庭指導に不備が生じないように1951年保健婦業務の刷新が図られ、保健所が管内保健婦の配置計画を策定し（必要があれば保健所の保健婦を市町村に駐在勤務させる）、保健所と市町村に所属する保健婦の連絡の緊密化が図られた。また同時期に相次いで学校保健法、予防接種法、優生保護法、保健婦助産婦看護婦法、生活保護法、身体障害者保護法なども制定された。このような保健医療に関する法的整備の格段の進展を背景とし、公衆衛生の専門機関である保健所を中心にして地域保健活動が進められた。なかでも母子保健向上と結核対策において保健所の果たした役割は極めて大きいものであった。1958年度の保健所に関連する経費総額は約131億円に達し、全衛生行政費の23.5%に相当することからもその重要性がうかがえる⁹。

なお、1948年になって地方自治を尊重するGHQの方針によってすべての保健所は市へ移管されるべきであるとの意向が示されたが、人口15万人以上の市において移管されるにとどまった。

1-4 医療サービス拡充期 (1961～1979年)

1960年代に入ると、保健医療の課題は感染症や母子保健から生活習慣病へと転換した。また1961年の国民皆保険の完成によって医療ニーズは急激に高まり、それに応える形で医療提供体制が飛躍的に拡充された。一方、戦後の復興期から地域保健アプローチの拠点となってきた保健所は、地方財政の逼迫と職員不足が深刻化する中でそのあり方を再検討する必要性に迫られた¹⁰。検討の結果、1960年度より保健所を都市型、農山漁村型、中間型、人口希薄な地域型、特別型の5類型に分け、それぞれ地域の特殊性に応じた体制へと転換されることとなった（詳細はBOX8-1参照）。医療機関が充足してきた都市部において保健所の役割を縮小し、一方、医療機関が不足している農村部においては引き続き医療・保健の中心的な機関としてその機能を強化するよう方向づけられた。その後、1965年、1975年と二度の地方自治法の改正によって、保健所業務は段階的に市町村へ移管されていった。なお1978年「国民健康づくり対策」によって市町村保健センターが設置されることとなったことに加えて、保健婦が市町村の健康づくり活動において中心的な担い手と位置づけられた。これによって国保保健婦は、全面的に国保から市町村へ移管されたことによってその40年の歴史を終え、市町村保健婦として配置されることとなった。

高度経済成長の進展とともに、戦中戦後に輝かしい光をはなってきた地域保健アプローチから、より専門的で多様化した医療的アプローチへと世の中の要請と関心は移っていった。ただし、1963年の「老人福祉法」の改正と1965年の「精神衛生法」の改正によって、保健所業務に老人の衛生および精神衛生に関する事項が追加され、保健所に求められる機能は決して縮小したわけではなかった。

⁹ 厚生省（1963）

¹⁰ 厚生省（1960）

BOX8-1 保健所の転換期：1960年代

保健所は、国民の保健衛生をつかさどる第一線機関として、1960年頃まで結核対策と母子保健対策に中心的役割を果たした。しかし、1960年代初頭において、既に将来は母子保健、精神衛生、あるいは生活習慣病の業務量が増加することが、また都市においては環境衛生関係業務の重要性の高まりが予想されていた¹¹。

このような公衆衛生行政の施策が拡大する反面、1950年代初めから、地方財源の逼迫による職員の不足が問題となっており、さらに1953年の町村合併促進法により保健所管轄区域の変動による適正配置の検討が問題となっていた。1956年には社会保障制度審議会が「医療制度に関する勧告」を出し、公衆衛生と医療との結びつきを指摘した¹²。また1961年の国民皆保険の完成によって医療保障体制の一大飛躍を機に、保健所活動のあり方について再検討がなされることとなった¹³。その結果、1960年度から、従来人口10万人当たり1カ所という人口規模のみによる画一的な配置から、地方の特性と要求に立脚した体制を希求し、都市型、農山漁村型、中間型、人口希薄な地域型、特別型と分け、それぞれ地域の特殊性に応じた活動体制を整備することとなった。1961年度4月現在、その内訳は、都市型24%、農山漁村型53%、中間型10%、人口希薄な地域型12%であった。都市型に関してはできるだけ管内の医療・福祉・産業・文化的社会資源との連携・委託を強化する方針を打ち出し、一方農山漁村型では医療機関の不足を補い、アウトリーチ活動を取り込み、農山漁村特有の疾病や衛生害虫駆除、環境衛生活動を強化し、地区組織活動などの活用を促す等の方針がとられ、両者の違いが明らかにされた¹⁴。

その後、1965年地方自治法の改正により、保健所事務事業の一部（定期予防接種、結核住民検診、ねずみ・昆虫駆除作業、母子手帳の交付等）が市区町村に移管され、さらに1975年には事務事業のほとんどが移管された。1978年度からは、地域住民に身近な対人保健サービスを行う拠点として、行政機関としての保健所とは別に、市町村の保健センターの整備を進め、2000年度末で2,364カ所が設置された。1994年、「地域保健法」制定により、市町村保健センターが法定化され、保健所に替わって対人保健サービスを提供する拠点施設となった。

1-5 高齢社会対応期 (1980年～現在)

1985年には女性の平均寿命が80年を超えるなど世界の長寿国の仲間入りをした日本であったが、少子・高齢化の進展、生活習慣病の増加（1981年には悪性新生物が死因の第1位となる）、医療の高度化・治療の長期化が特徴となり、医療費の増大も社会問題化するようになった。

また1980年代に入ると、日本経済の発展にも陰りが見られ、限られた医療資源を有効に活用することが一層重要な課題となり、1985年の医療法改正で都道府県に医療計画の策定（日常生活圏内での第2次医療圏の設定と圏内の必要病床数の設定等）が義務付けられた。

さらに、高齢化の進展で、高齢者ケアの観点から地域における保健・医療・福祉の連携が大きな課題となり、1989年の高齢者保健福祉推進10カ年戦略（いわゆるゴールドプラン）策定を受け、1993年までに各市町村において老人保健福祉計画を策定することが義務付けられた。

1990年代に入ると、バブル経済の崩壊を契機に長い経済の低迷期に入った。他方、地方分権化の大きな波が到来し、その流れの中で1994年には保健所法が廃止され、代わって「地域保健法」が成立した。同法により、保健所は地域保健の広域的・専門的・技術的拠点として機能が特化され、一方、従来保健所の中心的サービスであった対人保健サービス（予防接種、母子健診等）は、住民

¹¹ 厚生省（1963）

¹² 厚生省（1988b）

¹³ 厚生省（1960）

¹⁴ 厚生省（1963）

により身近な市町村が所管する「市町村保健センター」に移管されることとなった。この保健所業務の集約化と市町村保健センターへの業務の振り分けによって、1990年代後半には保健所の統廃合が進み、1991年4月に852あった保健所が2003年4月には576にまで減少している。また、1994年には「母子保健法」改正により、基本的な母子保健サービスも市町村に移管（1997年4月施行）された。つまり、日本の保健・医療分野はこの時期ようやく本格的な地方分権時代に入ったといえることができる。

また90年代後半、クオリティー・オブ・ライフ、ノーマライゼーションあるいは障害があっても住み慣れた地域で暮らすことを重視する考え方が浸透し、高齢者や障害者のケア、最近では終末期も「施設」ではなく「在宅」という動きが出てきている。これらの在宅ケアは幅広い分野のケアが必要とされることが多いことから、地域保健の特徴であった地域の資源を活用して地域で支えていくような包括的なケアに対するニーズが現在高まっている。また生活習慣病などで医療機関が食事療法や運動療法を指導しても実施する者は少なく、医療機関と市町村の保健婦や栄養士が連携し、病院で発見された患者を保健婦や栄養士などが家庭訪問などによって継続的で総合的なケアを実施している取り組みなどや¹⁵、多くの自治体において食生活改良指導員（ショッカイサン）の家庭訪問による健康な食生活に関する指導が行われており（BOX8-5の例など）、アウトリーチ活動の成果も見直されつつある。以上のように現代は、地域保健アプローチの必要性が再び高まってきている時代といえよう。

2. 地域保健における主な取り組み

本節ではまず地域保健の主要なアクターを取り上げ、それらがどのような体制でどのように取り組んだのか、その特徴を概観する。しかしながら地域保健というものを考えた場合、その特徴をそれらのアクターにすべて還元できるものではなく、全体としてどのような力学が働きどのような仕組みで成果が上がっていたのかを考察することが必要となる。ところが地域保健は文字通り地域によってその取り組み方はさまざまであり、地域保健全体としての類型というものは容易に見い出せるものではない。そこで具体的な成功事例として有名な3つの事例を取り上げ、それぞれに地域保健全体としてのダイナミズムを記述してみることがとする。その上で最初に取り上げた主要なアクターの特徴も考慮しつつ、地域保健において作用している力学あるいはそのメカニズムを考察する。これらの先行研究は少なく困難な作業ではあるが、その一端を明らかにできればと考える。

2-1 地域保健の主要なアクター

日本の地域保健において重要な役割を担ったアクターとして、保健所、保健婦、地域住民活動、生活改良普及員を挙げることができる。これらのアクターが互いに連携しながら地域保健に取り組んだ形態は、多くの地域で共通してみられたものであり、これによって日本の平均的な地域保健の取り組みの概要を知ることができる。以下に、アクターごとにその取り組みをみてみたい。

¹⁵ 藤内（2003）

表8-2 地域保健の略史

年	地域保健に関する政策・運動等	社会の動向
1892	同志社病院で巡回看護開始	
1898	学校医制度導入	
1900	学校看護婦制度導入	
1909		東北地方、大凶作
1914		第1次世界大戦開戦
1916		保健衛生調査会発足
1918	東京府・巡回看護婦設置	富山の米騒動
1919		第1次世界大戦終戦
1920	学校医規定	
1922	日本赤十字社・救護看護婦養成事業開始	健康保険法制定
1923	東京市・児童相談所設置、恩賜財団済生会による巡回看護婦活動開始	関東大震災
1924	大阪府において訪問看護事業開始	
1927	聖路加病院において公衆衛生看護事業開始、養成事業にも着手	
1928	日本赤十字社・社会看護婦養成開始	
1929		世界大恐慌
1930	大阪朝日新聞社会事業団・公衆衛生訪問婦協会創設	昭和恐慌
1934		母子愛育会設立
1935	東北更新会設立（社会看護婦活動） 京橋保健館開設（ロックフェラー財団）	
1936	山形県・社会看護駐在制度創設	
1937	保健所法施行 「保健所保健婦」誕生	
1938	国民健康保険法制定 「国保保健婦」誕生 公衆衛生院開設（ロックフェラー財団） 所沢保健館開設（ロックフェラー財団）	国家総動員法制定 厚生省設置
1939		市町村の1/3が無医村に 第2次世界大戦開戦
1940	厚生科学研究所において保健婦養成教育開始	< 健兵健民時代 > 国民体力法施行
1941	保健婦規則制定 保健婦の身分確立	
1942	保健婦検定試験開始	妊産婦手帳開始
1945		第2次世界大戦終戦
1947	新保健所法制定 保健婦助産婦看護婦法公布 開拓保健婦制度実施（農林省）	1947～49年 第1次ベビーブーム 国保の再建始まる
1948	衛生行政は、すべて警察から保健所へ移管 杉並保健所を最初のモデル保健所として整備	予防接種法制定
1951		死因1位が結核から、脳血管疾患に 結核予防法改正
1953	保健所運営協議会設置（保健所法一部改正）	
1955	地区衛生組織による「蚊とハエのいない生活運動」展開	全国の人口妊娠中絶件数ピークに
1956		経済白書「もはや戦後ではない」
1958	学校保健法制定 母子保健センター設置	
1960	保健所の5類型化	池田内閣発足「所得倍増計画」 施設内分娩が5割を超える
1961		国民皆保険実現
1965	精神衛生法改正、保健所が第一線機関に	地方自治法改正
1968		母子保健推進員制度
1975		地方自治法改正
1978	国保保健婦を市町村に移管 市町村保健センター整備	WHO・UNICEF・「アルマ・アタ」宣言
1982	老人保健法制定	
1985		医療法改正・医療計画策定
1989	高齢者保健福祉推進10カ年戦略策定	
1993	市町村による老人保健福祉計画策定完了	
1994	地域保健法制定	
1997	地域保健法全面施行	
2000		介護保険制度施行

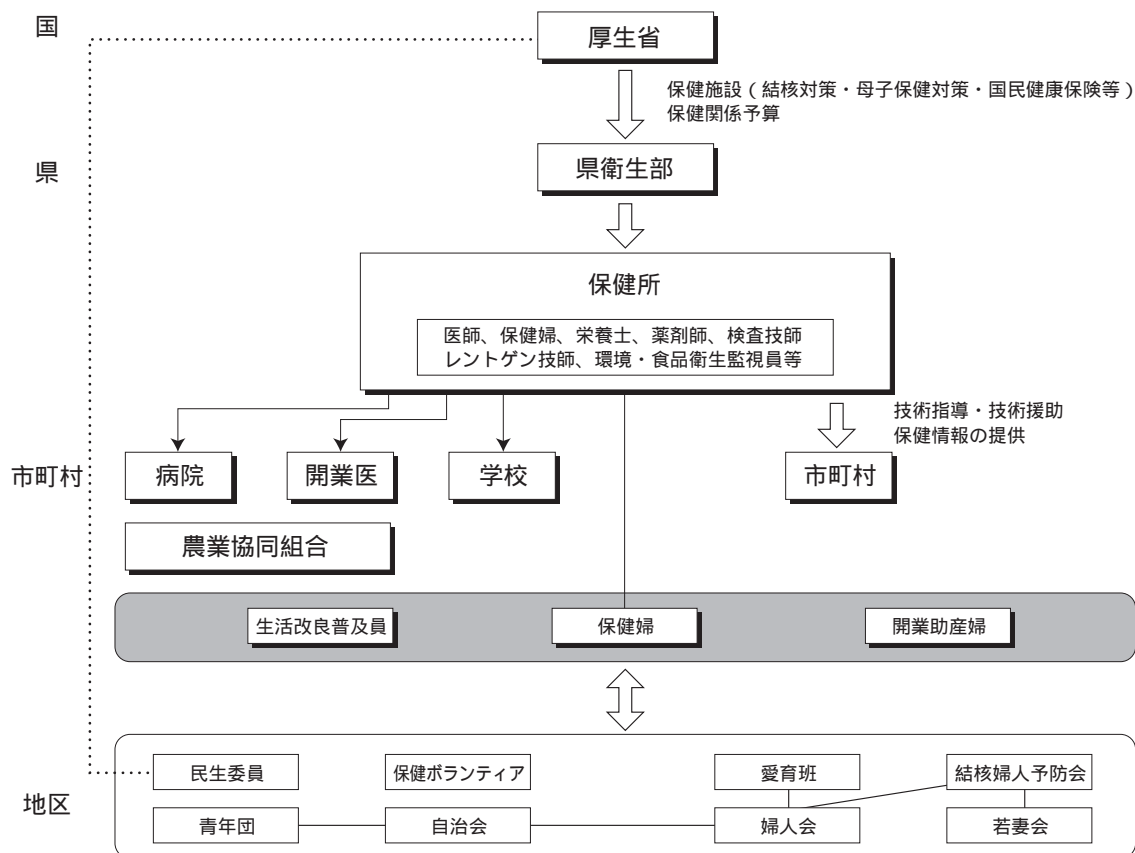
2-1-1 保健所を中心とした地域保健のネットワーク

戦前において保健所網は一定の整備がなされたが、全国的に機能したのは戦後になってからであった。その特徴は、国 都道府県（保健所） 市町村という一貫した保健衛生行政の縦軸が存在し、その末端機関として保健所が位置づけられていることである（図8・1）。保健所は、都道府県衛生部の外局として都道府県の保健医療施策を企画・実施すると同時に、市町村や医療機関に対しては監督指導する立場であった。保健所の機能は大きく「対人保健活動」（住民を直接対象とした保健教育、指導、検診、予防接種など）と「対物保健活動」（環境、医薬品、飲食物、動物などを対象とした規制や指導、感染症予防・発生時対策など）に分けられ、その両面から保健活動が行われた。これを可能とするために、十分な予算と専

門的な人材（医師、薬剤師、保健婦、栄養士、検査技師、放射線技師、歯科医、環境・食品衛生監視員等）¹⁶ および必要な機器が配置された。具体的な活動としては対人保健活動として、結核対策、母子保健、栄養指導など、対物保健活動として、食品衛生、衛生教育、衛生上の試験検査などを実施し、対人と対物の両面から公衆衛生の底上げを図ったことが日本の保健所の大きな特徴である。

加えて多くの機関との連携が図られたことも特徴として挙げられる（図8・1参照）。医療面は主に地域の開業医をはじめとする医療機関が担ったため、保健所において治療が必要であると判断された患者は医療機関に送られたことから、保健所と医療機関の連携は欠かせなかった。保健所の試験検査等の施設を、医師・歯科医師・薬剤師のために開放するというオープンなシステムはこの連携を促進した。さらに結核に関しては、「結核診査

図8・1 保健所を中心とした地域の保健医療サービスの体系図（1940年代後半）



出所：森口（2003）p.32を基に作成。

¹⁶ 人材の配置は、各保健所によって若干異なり、時代とともに変化している。

協議会」(第5章参照)を設置し、開業医の治療の質の向上と各患者のモニタリングが確実に実施され、また長期療養を必要とする患者は国立病院や結核療養所へ送り、その退院後のアフターケアに対して責任をもつなど、検診・治療・退院後のケアが、保健所で一元的に管理されていた。また、学校長、学校医など学校保健関係者の定例会を保健所区域ごとに開催したり、学校給食に対する技術的指導を行うなど、学校との連携も盛んに行われた。管内の市町村に対しては、保健施策に対する監督・指導という立場で緊密な関係が保たれた。また1948年の国民健康法改正により、市町村の保健衛生事業と国民健康保険の保健施設事業を一体的に実施することとされたことから、保健所は国保保健婦の講習や会合の会場ともなった。さらに各地の保健所間の連携を強化するために、1946年全国保健所長会が発足した。保健所は自らも活動を行ったが、それにも増して地区の中心となって関係機関の活動を促し、これを調整する役割も大きかったといえよう。

また厚生省はGHQの指導の下、理想的に整備され運営されている保健所としてモデル保健所を

開設し、全国の保健所はこれにならって整備を進めていくという保健所整備の方法をとった。1948年の東京の杉並保健所をはじめとして、各都道府県に1カ所を目安としてモデル保健所が設立された。

2-1-2 保健婦によるアウトリーチ活動

米国の公衆衛生看護婦の影響を受け1920年代後半から東京や大阪では、「公衆衛生看護婦」「社会看護婦」「社会保健婦」などの名称で、アウトリーチによる結核や母子保健をはじめとする地域保健活動が行われた。また、医療機関が乏しい農村やへき地においては産業組合や国民健康保険組合などが保健婦を雇用し、地域の保健医療活動の重要な部分を担った(BOX8-2参照)。

戦後の混迷期を経て、地域保健の焦点は徐々に慢性伝染病対策、母子保健指導に重心が移り、保健婦の活躍は結核患者早期発見のための集団検診、在宅患者の訪問指導、寄生虫予防、戦後ベビーブームに対応した乳幼児健診、受胎調節指導など住民の日常的な健康課題の要請に対応した多岐にわたる活動が行われることになる。特に、戦後

BOX8-2 へき地での保健婦活動

農村やへき地に赴いた保健婦は、当初無医村での勤務が多かったこともあり、昼夜の別なく村民や開拓者の相談にあたらざるを得なかった。保健婦自身による自伝の多くが、活動の初期においては、無医村における応急手当、助産活動に対する住民のニーズが深刻であり、現実には医事法に定められた医療行為を越える場合も生じた葛藤の日々を綴っている。しかしその後、保健婦たちは、一時の応急的な医療処置だけでは解決しない住民の生活実態に目を向けていく。農村やへき地や開拓地では「保健指導以前の問題」が山積していた。必要な栄養の確保、安全な水の確保、生活道路、多産多死の防止、夫や姑の封建的な考え方の改善、労働過重となっている女性の健康、衛生的な生活環境と生活習慣等、果たすべき生活課題はどれも深刻だった。保健婦活動は「足で歩くことが原点」とされ、住民の生活の中に入り込んで指導することが重視された。活動は、自ずと住民の抱える生活課題に目を向けた具体的かつ実際的なものになり、多様なものとなった。この時期の活動報告では、村長、役場職員、地元の農業改良普及員、生活改善普及員、公民館職員、教員らとの協力事例が多数紹介されている。

保健婦活動は次第に農村やへき地や開拓地において、男性中心の考え方や姑たちの封建的な考え方と闘い、過酷な生活を強いられてきた女性たちや子どもたちの健康を守るために、組織的な活動の色合いを強くしていく。ある保健婦は、農村での活動で「『考える農民』を目指した」と述べている。保健婦たちは、地域の婦人会や開拓組合の婦人部に働きかけ、独自の研究グループをつくり、調査活動にも力を入れた。必ず統計資料を基に、住民の健康指標の変化や効果測定を行っていることは特筆すべきことである。そうした活動を通じて、当時の保健婦は住民とより深い連帯と信頼関係を結び、成果を結実させていったのであった。

出所：坂本(2003)を基に中村安秀作成。

の農村やへき地など無医村における国保保健婦を主とする市町村に属する保健婦は、唯一の保健医療職として多くのことが求められたことから、昼夜を問わず、どんな厳しい気候でも出かけて行って、時には医療行為まで行わざるを得ない状況に置かれた。また、家庭訪問・健康相談・健康教育などを通して地域に浸透し健康問題を把握するとともに、婦人会、若妻会、青年団などと協力して地域に根ざした保健活動に取り組んだ。森口（2003）は当時の農村における保健婦の役割を、

直接的ケアの提供者としての役割、地域の健康問題を総合的にとらえ、地域ニーズを把握し活動へ発展させていく役割、行政と住民の接点となり両者を巻き込み協力関係をつくっていく役割、活動を継続して治療・予防・住民主体の地区活動に発展させていく役割、と分析している。戦前は孤軍奮闘になりがちな市町村の保健婦であったが、戦後は保健所や保健所保健婦との連携が強まった。

BOX8-3 「蚊とハエのいない生活運動」の成果

橋本（1955）は、「蚊とハエのいない生活運動」の成果は多岐にわたり、これらの幅広い成果を住民が実感することによって、“まるで伝染病のように”に全国に普及したと分析している。橋本が指摘する具体的な成果を以下に、抜粋する。

1. 公衆衛生面

- 1) 単に蚊やハエがなくなり、生活が快適になったばかりでなく、発生源の除去と関連して、たばこの吸い殻の捨て場に困るほど清掃が徹底し、水たまり、便所、ごみ箱、肥料だめ、畜舎、堆肥舎など、従来とかく不潔で環境衛生上問題が多い場所が、見違えるばかり清潔となり改善された（環境衛生的効果）。
- 2) 蚊、ハエなどによって媒介される伝染病、特に赤痢の減少が著しい。このほか、乳幼児における下痢腸炎の減少が各地で報告されている（予防衛生的効果）。
- 3) この仕事は、適度の知識、技術、多角的な実践、特に地域社会の組織的活動を必要とし、また結果が速かに、かつ具体的に現れて万人に喜ばれるため、この仕事を通じて、単に蚊とハエの駆除だけでなく、手洗の励行、予防接種を受ける率の上昇など、公衆衛生全般に対する教育的効果が極めて大きい（衛生教育的効果）。

2. 家庭経済の面

- 1) 従来、一般の家庭で蚊やハエのために支出されていた年間1家庭当たり約1,000円の経費がほとんど不要となった。
- 2) 牛馬の疾病が減少し、体重が増加した反面、おちついて餌をとるため、飼料が約20%軽減された。
- 3) 疾病の減少により、家庭はもちろん、町村の医療費負担が大幅に軽減された。

3. 教育（人間形成）の面

この仕事の推進は、単に衛生教育上の効果にとどまらず、公民意識の高揚、総合的生活改善、ひいては、地域社会の発展向上に対する意欲を著しく高めるもので、各地から次のような効果が報告されている。

- 1) 健全な青年運動と指導者育成の好個のテーマである（青年の夜あそびがなくなった、パチンコ屋がはやらなくなったなどの報告がある）。
- 2) 納税の成績が目に見えてよくなった。
- 3) 長年の間、村が2派に分かれていたのが、この仕事をきっかけに和解した。

4. 生産の面

- 1) 牛、馬、山羊、豚など疾病の軽減、体重の増加、牛、馬の作業効率の増進
- 2) 牛乳、山羊乳、鶏卵の増産（年間約20%）

出所：橋本（1955）pp.25-26。

2-1-3 住民による地域保健活動

戦後GHQの指導によって、衛生組合¹⁷や隣組制度¹⁸などの住民組織はすべて解散させられた。しかし、戦災によって廃墟と化し、感染症の流行や、食糧難、インフレにあえぐ住民たちは、自衛手段として新たな住民組織を形成していった。1946～47年頃、赤痢や日本脳炎などの感染症におびやかされた東北、北海道、北陸などの農山村が、村ぐるみで衛生害虫の駆除と環境衛生の改善に立ち上がったことがその始まりである。これらの村人の衛生活動の成果は、感染症予防のみならず生活環境の改善により生活環境や農業生産性の向上などに広がり、村民の生活向上に大きな効果を上げた。このような成功事例は新聞、ラジオを通じて広く紹介され、「民衆組織活動」と呼ばれるようになり、荒廃した世相の中で注目を集めた¹⁹。

1949～50年頃から、地域社会における住民の自主的な「地区衛生組織」²⁰を実施主体とした「蚊とハエのいない生活」運動が活発となっていった。厚生省は1949年からこれらの住民による組織活動を基盤として駆除事業を実施する方針を定め、各都道府県にモデル地区を設定し、運動の普及に努めた²¹。また1954年にはこの組織活動をより活発にするために「伝染予防法」の改正が行われた²²。この結果、モデル地区は1949年には50地区に満たなかったものが、1954年には約3,500地区（対象人口は約800万人で全人口の約1割に相当）と急激に拡大していった。政府はこれらのモデル地区の

実績を基礎にして、1955年6月「蚊とハエのいない生活実施運動」の展開を決定し、3カ年計画によりその全国的展開を図ることとした。これによって地区衛生組織活動はいっそう促進されることとなり、マスコミの力も加わって、農村で始まったこの種の活動が東京をはじめ大都市にも普及することとなった²³。この運動は、単に公衆衛生的な成果のみならず、家庭経済や、農業の生産性、人格形成など、さまざまな波及効果をもたらした（BOX8-3参照）。

農山村に始まる環境衛生改善を主とする住民活動のほかに、都市においては保健所の働きかけによって住民活動が育成され、広範な保健衛生活動が行われていった（BOX8-4参照）。代表的なものとしては吹田市、豊中市の母子会が挙げられるが、ともに1950年発足し、母と子の健康を主眼とする活動が行われた。これらの特徴は、母子会、地域の医師会、歯科医師会、国保事業、公民館等が連携し、母子保健、栄養改善、環境衛生改善等の幅広い取り組みが行われた点である。先駆的なこれらの母子会による活動が普及した結果、大阪府では府下約150の母子会によって1954年「大阪府衛生婦人奉仕会」が結成された²⁴。

これらの結果として、地域社会における組織活動において保健衛生のさまざまなテーマが取り上げられるようになった。1955年には全国で10,924の地区衛生組織が活動していたが、活動のテーマは環境衛生（78.8%）、感染症予防（14.1%）、母

¹⁷ 1887年からの歴史をもつ住民組織形態で、公衆衛生を実生活にとけ込ませることを目的としており伝染予防法に規定されていた。

¹⁸ 戦時中に1つの統制手段として組織化されたもので、隣組を通じて、生活物資の配給や公債・貯金の割当てを受け、物資の供出を行い、勤労奉仕、兵士の送迎、防空演習などに動員された。

¹⁹ 厚生省（1988a）

²⁰ 1953年厚生省は、「民衆組織活動」を「地区衛生組織活動」という名称で統一した。

²¹ この運動の特徴は、地域社会（例えば部落、村、町など）に住んでいる人達を中心となり、婦人会、青年団、子ども会、4Hクラブなどのいろいろな団体や学校、工場など地域社会に属する各種機関・組織がこの目的のために一丸となって、計画的・組織的に実践したことである。蚊やハエを効果的に駆除するためには、相当高度の専門的知識と技術を必要とするため、地区担当の保健所が、その発生源に関する基礎調査、総合計画作成、駆除の実施、効果の測定などの技術的指導を行った。また市町村は、予算や施設の整備などの面で支援した（橋本（1955））。

²² ねずみ・昆虫駆除事業は1922年の「伝染予防法」の一部改正により、すべての市町村で行うこととされていた。1950年には、小規模の市町村では財政的・技術的能力からみて負担が大きいことから、人口11万3,000人以上の市町村にあっては従来どおり市町村が、人口11万3,000人未満の市町村にあっては都道府県が駆除事業を実施することとされた。1954年の改正は、（ア）再度当該駆除事業の実施主体をすべて市町村とすること、（イ）都道府県にあっては市町村が実施する駆除事業に関する計画の立案、実施の指導その他必要な措置を講じるものとするということであり、実施主体が地区衛生組織に近い市町村に再び改められたことが主な改正である。

²³ 厚生省（1988a）

²⁴ *ibid.*

BOX8-4 都市における保健所を中心とした地域保健の取り組み 豊中保健所

大阪市北部に隣接する豊中市は、大阪市の都心部から約12.5km、電車で約20分という立地から、大阪市のベッドタウンとして発展した典型的な衛星都市である。1948年豊中保健所がモデル保健所に指定されたのをきっかけとして、豊中市の積極的な協力にも支えられながら人員および組織の拡充、施設の増築等によって保健所機能が拡張され、衛生教育・保健教育へと活動が拡大した。当時の保健所運営は、結核健診や母子保健指導などの実践的活動を主としており、衛生・保健教育を保健所活動において積極的に実施しているところは少なかった。

まず1949年「衛生教育3カ年計画」が策定されたが、これは公衆衛生活動を総合的かつ組織的に進めるための整備計画であり、保健所自体における組織活動体制の確立、管内の地域特性把握のための基礎資料の収集と基礎調査の実施、各種社会資源の実態把握、組織化のための広報活動等を主眼としたものであった。また、「衛生教育が管内住民全部を対象とする以上、その組織も管内全体を包含し、しかも住民自身の盛り上がりによるものでなければならぬ」との考えの下、衛生教育普及のための地域組織育成の努力が行われた。このような3年間の準備期間を経て、医師会・歯科医師会などの既存団体や新たに組織されたさまざまな住民組織によって、保健所との連携の下で有機的な地域保健活動が展開された。以下にその概要を述べる。

管内の母親と地区の婦人たちによって構成される「豊中母子の会」は、保健所が妊婦を対象とした出産・育児の衛生教育を行う「赤ちゃん会」「母親教室」に積極的に協力するほか、映画会、講演会、栄養調理講習会などを開催した。また、4月の「清掃週間」、夏の健康増進運動、9月の「性病予防行事」、結核予防週間などの月間行事にも保健所とともに積極的に取り組んだ。

保健所、教育委員会、医師会、歯科医師会等学校保健に関連する機関の参加によって構成される「学校衛生振興会」によって、学校教育における健康教育カリキュラムが確立されるなど、学校保健に対してさまざまな取り組みが行われた。また学校衛生振興会の中に、「結核予防」「口腔衛生」「環境衛生」「寄生虫予防」「目の愛護」等の専門委員会を設け、専門的な立場から指導を行い関係機関の協力の下で調査研究も進められた。

食品・環境衛生関係事業者から構成される「公衆衛生協力会」は保健所の協力の下、店舗の自主管理指導、業務を通じた従業員の啓蒙のほか、「食品衛生推進委員会」を設立し業者や一般消費者に対して食中毒の予防、手洗いの励行などの普及を図ることに加え、毎年1回の管内の優良店舗・施設の表彰や近府県の模範的な食品工場・施設の見学などを行った。

幼稚園・保育所の関係者によって構成される「幼児保健振興会」、幼児保健問題を専門的に研究する専門組織である「幼児研究グループ」が、全国に先駆けて幼児保健に取り組んだ。

豊中市教育研究所、図書館、公民館などが行う社会教育活動においても衛生教育が行われた。また、保健所から比較的遠く保健所を利用しにくい地域に対しては、駐在保健婦制度を実施するなど、画期的な試みも行われた。

以上にもるように保健所を中心として教育活動に重点を置いた活動が進められ、多彩な住民組織や各種団体によって、扱う保健分野および対象とする年齢層において総合的な公衆衛生活動が行われた。この試みの最も大きな特徴としては、地縁・血縁の希薄な新興都市において、住民組織を作り上げるところから地域保健活動を始め成功を収めた点が挙げられよう。

出所：橋本（1968）、第一生命保険相互会社（1969）

子保健（8.9％）、栄養改善（7.9％）、家族計画（6.7％）、結核予防（5.1％）、寄生虫予防（4.1％）、口腔衛生（1.2％）など多彩であった²⁵。

2-1-4 「生活改良普及員」による地域保健活動

終戦後の保健医療制度の各種法整備とあいまって、GHQの命令により「農村の民主化」の一環として、農地改革の断行、農業協同組合の設立、農業普及制度の導入という戦後農村の三大改革が実施された。農業普及制度の導入は「農業改良助長法」（1948年）に基づき、農業および農村生活に対する科学的技術および知識の普及により「農村の生活をよくし、考える農民を育成する」ことを目指した。この農業改良助長法により各県に農業改良普及所が設置され、農業改良普及員（主に男性で農業技術指導担当）と生活改良普及員（すべて女性で農村生活の改善指導担当）の2種類の普及員が配置された。彼らは「農改さん」「生改さん」と親しまれて農村社会の生活向上に貢献したが、地域保健の関連では、後者の「生改さん」による成果が知られている。

「生改さん」は教員、栄養士などの資格を持つ女性がリクルートされ、GHQによる参加型問題解決手法を学び、献身的かつ創造的に、家庭の主婦と同じ視線で現存の資源を工夫・活用して、日々の活動を改良していくことに力を注いだ。農業改良普及所、市町村、保健所、保健婦と密に連絡をとりながら、村の自治会やいわゆる「顔役」「長老」にも気を配り、村内の女性組織、生活改善グループなどを通じたネットワークを通じて、住民参加型による生活改善活動、例えば住宅設備の改善（改良かまど、台所、給水設備、風呂）、食生活の改善（農繁期の保存食・共同炊事、小家畜の飼育）、ハエ・蚊の共同駆除、健康教育（過重労働の削減、余暇教育）、家族計画啓蒙など広く保健衛生の向上に資する活動に取り組んだ。

家事労働の軽減などの目に見える効果をもたらした具体的な活動は、活動主体である主婦たちが夫・舅・姑の理解を得ることに貢献した。「生

改さん」が促進した村ぐるみ、地域ぐるみの住民主体による地域保健活動が、日本の7割を占めた農村人口の保健水準向上に大きな役割を果たした。

2-2 具体的な成功事例

次に実際に成果を上げた地域保健の事例を紹介する。取り上げるのは、（1）自治体主導で保健医療の向上に成功した岩手県沢内村の例、（2）病院が大きな役割を果たした八千穂村と佐久総合病院の例、（3）医療における資源が乏しく地理的にも不利な条件の中で地域保健活動を展開した沖縄の例である。

2-2-1 自治体主導による地域保健活動（沢内村）²⁶

沢内村は盛岡市の南西約60km、秋田県との県境に接し、毎年12月から5月まで深い雪で交通が遮断される貧しい山村であった。

ここでの取り組みの特徴は、冬季の除雪と「なめこ栽培」という地域振興と一体となった取り組みがなされたことである。これが住民のエンパワーメントにつながり、以降の保健活動に対する自主的な取り組みが芽生えていった。

また深沢村長を中心とする自治体が主導しつつ、時間はかかっても住民自身による下からの改革を目指したことも大きな特徴である。冬季の除雪や「なめこ栽培」も住民の協力によって成し遂げられたのである。まず行われたのが民主的な村づくりのために社会教育を進め、婦人会、青年会、農協青年部、役場の職員組合などの住民組織の結成を次々と促し支援することであった。また、保健活動については、各部落1名の「保健連絡員」を配置するとともに、村の保健医療関係者、学校関係者、地域住民組織による「保健委員会」を発足させた。

これらの住民組織をはじめとするさまざまな機関の組織化により「乳児死亡率半減対策」を実施し、乳児健診、出張診療、救急車購入、国保納税意識向上のための映画上映会、青年団の組織拡大

²⁵ 厚生省（1988a）

²⁶ 菊地（1968）、及川（1984）、橋本（1968）を参考に記載した。

運動、婦人会の婦人学級における衛生・育児・栄養などの学習会など、医師、役場、保健婦、教育委員会、各地域団体の歯車がしっかりかみ合った活動が展開された。その結果、乳児死亡率は1955年当時70.5（出生千対）で、全国平均（39.8）のおよそ2倍であったが、1962年には乳児死亡率0を達成した。

また健康教育はしっかりした治療体制が確立しなければ根づかないという信念の下、村の病院の質の向上にも取り組んだ。村の病院に派遣されてくる医師は定着せず質も低いことが多かったため、病院に対する村人の不信感は深かったが、深沢村長の半年以上に及ぶ努力の結果、東北大学の協力を得て、若い意欲のある医師を1959年に迎えることができた。病院のハードとソフトの向上によって病院に対する信頼を回復していった結果、村人と病院が一体となった保健活動が実現していく。

また沢内村では、病気になってから治療するのではなく病気にならないよう予防していくとの考えの下、診療活動と保健活動の一体化のために、村の保健・国保担当を病院の事務長と兼任させ、病院内に配置した。また村内死亡率の1位である脳卒中をなくすため、脳卒中对策のための全成人村民対象の血圧検査、心電図、尿検査、眼底検査などの精密検査が無料で実施されるようになる。これらの取り組みは、高血圧者の台帳整備、保健婦による継続的な測定と健康指導、冬の過酷な住宅環境の改善へと発展する。1960年には60歳以上の老人に対し、また1961年からは乳児に対して、国保の10割給付を敢行した。これらの努力と、予防と早期発見の重要性が村人に浸透した結果、沢内村の受診率は岩手県下で最高位に属するものの、難病や重病による高額医療が減少したために、全体として医療費を下げることに成功した。

以上、沢内村の取り組みの特徴をまとめると、地域振興（除雪、なめこ栽培）と一体となった取り組みがなされその後の取り組みへの原動力となったこと、住民の組織化を進めることによって住民の自発的な取り組みを促したこと、医療機関に

おけるサービスの質的向上によって住民の信頼を高めたこと、多くの組織を連携させることで包括的な取り組みとしたこと、予防と早期発見を重視した取り組みによって医療費を下げることに成功したことなどである。

2-2-2 病院を中心とした地域保健活動

（佐久総合病院と八千穂村）²⁷

典型的な寒村である八千穂村にある佐久病院に1945年春外科医である若月医師が着任したとき、佐久病院は入院患者を入れたことがなく実態は診療所であった。若月医師は、住民のニーズがあれば何でも応えるという姿勢で一貫していた。

まず着手したのは、当時人口20数万の南佐久の広大な山間部に開腹手術が正式にできる施設が一つもないことから外科手術を行うことと入院患者の受け入れであった。一般外科の手術以外にも、医学書を参考にしながら帝王切開から乳ガンの手術までありとあらゆる手術をこなした。これが住民の厚い信頼を得ることとなり、その後の病院発展の基盤となった。

次に行ったのは村に出向いての出張診療で、同時に病院のスタッフによる医療演劇の出前によって保健教育活動を行った。これは「病院を訪れる農民のあまりに多い手遅れとあまりに乏しい衛生知識に驚いて」、「病院から部落の中に入って早期に病気を発見し、早期治療にもっていく努力」であった。これにより農村における潜在疾病や潜在患者が浮き彫りとなっていく。

さらに疫学的調査や時には社会学的調査などを行いながら、回虫による胆石、農民が農繁期に手首が痛くなる病気「こう手」、農家の「冷え」の問題、「農夫症」など農村特有の疾病を発見していく。そしてその治療法を確立し、実態調査で現状を把握するとともに予防方法を普及していく。これらの活動が結果的に学術的な成果に結びつき、1947年の第1回長野県農村医学会を契機として、1951年には全国規模の農村医学会の設立となった。「冷え」の問題から暖房の研究をしたり、「農夫症」の外因が肉体的疲労、精神的疲労、栄

²⁷ 若月（1971a）、（1971b）、南木（1994）、橋本（1968）を参考に記載した。

養不良、冬季の寒冷などであることを突きとめるなど、研究が農民の生活改善に結びついていくものもあった。

また農民のニーズに一つ一つ丁寧に対応して医療技術を高めていき、1951年伝染病棟、1957年カリエス病棟および精神科病棟、1964年成人病センターなど、次々と新しい病棟をつくっていく。

不定期に行われていた巡回診療は、八千穂村役場との連携によって、1959年から15歳以上の全村民を対象とした定期的な健康診断「全村健康管理」事業として拡大された。この15歳以上の全村民の一斉健診の結果を「健康台帳」に記録することによって村は村全体の健康状況を把握することができ、一方個々の村民には「健康手帳」として記録したものが渡され、自分自身の健康に関する認識と意識の醸成に役立った。またこれらの記録は、健康診断の結果だけを書き込むだけでなく、生活・環境因子も書き込むことが特徴で、生活・環境と健康の相関関係を調査し生活改善のために役立てた。「全村健康管理」事業の完全実施には住民の理解と協力が不可欠で、そのために村の有識者代表による「保健委員会」が設けられ、また部落ごとに「衛生指導員」を置き、さらに農協からは青年部や婦人部等の全面的な協力を得た。八千穂村の全村健康管理事業の結果、早期発見・治療が徹底され重症患者が減少したため、同村の国保1人当たり医療費は近隣村や全国平均と比べると明らかに減少した。医療費の減少は健康管理に必要な費用を数倍も上回ることから、若月医師は健康管理の費用は保険が「予防給付」としてまかなうべきだと提言している。

以上、佐久総合病院での取り組みの特徴をまとめると、農民のニーズに一つ一つ丁寧に対応していったこと、そのニーズは潜在的であったため農村に入って行って把握されたこと、その把握は疫学あるいは社会学など科学的な方法によって行われたことが挙げられる。また、健康台帳・健康手帳によって継続的に農民の健康状態が把握されたこと、予防と早期治療の方針により医療費削減に成功したこと、疾病の根本的な原因を追求した結

果、日常生活における衣食住あるいは農作業上の改善が進められたことも特色である。

2-2-3 沖縄における地域保健活動

沖縄は第2次世界大戦後の1945～72年まで米国の統治下におかれ、本土とはやや異なる保健医療制度の発展経路をたどった。また広大な海域（東西1,000km、南北400km）に大小160の島々が点在し、医療アクセスの問題が大きな課題であった。戦禍によって多くの人材や資源を喪失し「無の状態」からの再出発であったが、行政のしっかりしたバックアップによる地域保健活動によって、現在では日本有数の長寿県となっている。

1) 医師不足への対応

終戦直後の沖縄では保健医療人材が極端に不足していた。例えば、医師数は戦前（1936年）人口10万対34.4人であったが、戦後1946年には12.2と約3分の1に激減した。疎開先あるいは戦地から医師が次第に帰還したものの、戦後5年経過した1950年時点でも総数131名、人口10万対18.8人という状況であった。

この極度の医師不足に対応するために、米軍政府²⁸は1945～51年の6年間、医師の自由開業を禁止し官営医療制度を実施した。この間、医師は公務員として各地の医療機関に適正に配置され、人材不足の非常事態に対処したのである。医薬品や衛生材料もすべて軍からの支給によってまかなわれた。

また、旧日本軍の衛生兵など医師助手経験者に1週間から2週間の再教育を施し、一部の治療行為を特別に許可された「医介輔」という制度を設けた。医介輔は、医師の不足する離島やへき地に配置され、地域医療の担い手として大いに貢献した。

さらに医師養成にも力を入れ、1949年に契約医学留学制度を開始して本土に多くの留学生を送り出した。これは1953年に公費医学生留学制度に発展し、1986年まで続いた。彼らは後に沖縄県の地域医療を担う人材として、また人材育成の指導者として大きく貢献することとなる。

²⁸ 1950年以降は、米国民政府。

2) 駐在制の公衆衛生看護婦

公衆衛生看護婦（公看）は、看護婦資格のあるものを短期間で養成したもので、一部医療行為も認められた。公衆衛生看護婦の活動に関する計画、指導、サポート、調整は、所管する保健所が行った。彼女たちは医師のいない過疎地や離島に駐在し、住民とともに生活しながら住民の健康を守る役目を一手に引き受けた。特に結核対策においては、家庭訪問によって保健指導と投薬管理を行う在宅治療を実施し、医療体制が不備な時代にへき地などにおいても一定の水準の結核治療を行った。結核の予防や検査に関しては、自治会の責任者や婦人会、青年会、老人会などの地区組織に活発に働きかけ、共同で健康教育や結核健診の受診勧奨が地域をあげて行われるようになった。また、市町村や学校とも一体となり各種保健事業を進めた。

この制度は大きな成果を収めた。その成功の要因として行政による強力な支援体制が挙げられる（BOX8-5参照）。その大きな特徴は、離島やへき地などの赴任地での限られた情報源や資源に対する不安感や不公平感を排除するため、人材を中央（琉球政府、沖縄県庁）で集中的に管理し、そこから各市町村に配置し、公平に異動させる仕組みをとったことである。公衆衛生看護婦の駐在制度は、行政官（看護課長など）と現地実務者（公衆衛生看護婦）の間の、厚い信頼関係を基に、

Posting（人事配置）・Supervising（組織管理）・Monitoring（監督・記録）システムのすべてが機能していた点が、成果を上げることができた大きな要因であろう。

3) 民間の活動

このほか、沖縄における地域保健活動の特筆すべき点として、住民参加とマスコミによるマスキャンペーンの効果がある。

前述したように沖縄における結核対策は、駐在保健婦が自治会の責任者（区長）や婦人会、青年会、老人会などの地区組織に積極的な働きかけることによって、地域ぐるみで健康教育や結核健診の受診勧奨が行われた。また1953年には民間団体である「琉球結核予防会」が設立され、啓蒙、広報活動、集団検診を実施し、さらに1956年には治愈した患者が中心となって「沖縄療友会」が結成され、患者の日常の生活指導や療養相談、結核予防の広報活動などを行った。このように結核に対する民間による支援活動が大きな推進役となった。

また寄生虫予防の活動では、農村における寄生虫対策の必要性を痛感した1人の薬剤師が、1961年に私設の「琉球寄生虫検査所」を設立し、保健所や衛生研究所の技師などの協力を得ながら、検便検査を行うとともに、官民の医師らの協力も得て、学校、市町村、婦人会、そのほかの各種団体

BOX8-5 公衆衛生看護婦の駐在制成功の鍵

公衆衛生看護婦の駐在制における人事異動は、信望の厚い行政官によって中央にて公正な人事配置が行われ、沖縄本島では5～6年、離島勤務は2～3年の間隔で行われた。また、離島の公衆衛生看護婦はどうしても孤立無援になりがちなので、上司による支援が必須である。離島を担当する看護課長は、派遣される公衆衛生看護婦に対し、「わたしは貴女の派遣期間、身分、健康問題は必ず守る。だから貴女は全力で地域住民の健康を守ってちょうだい」と激励した。また赴任時には中央の看護課長も同行し、赴任先の市町村役場や地元の有力者に一緒に挨拶に行き、引き継ぎを行った。また、着任後も頻りに電話をかけて活動状況や不足物資の確認を行い、相談にのったりした。さらに定期的に彼女らを訪問し直接教育指導にもあたった。離島に赴任した公衆衛生看護婦たちは、自分たちは見捨てられていない、大事にされているという安心感をもって日々の過酷な業務にあたるのが可能になったという。また、月に一度、所管の保健所に駐在している公衆衛生看護婦たちが集められ、自分たちの直面している地域の保健問題や活動の悩みなどについて話し合われた。この定期会合は活動への貴重な助言を得ると同時に安心感を持つ場として機能していた。

出所：仲宗根他監修（2002）

への衛生教育も実施した。同研究所は、1963年には財団法人「沖縄寄生虫予防協会」に発展し、1965年から5年間にわたって実施された寄生虫撲滅キャンペーン「寄生虫ゼロ作戦」を主催し、その中核的機関となった。「寄生虫ゼロ作戦」は地元新聞社、ラジオ局、テレビ局などマスコミとの共同事業として企画され、沖縄で初めての本格的なマスキャンペーンとなった。ラジオ番組「寄生虫ゼロ作戦の道」が長期シリーズで放送され、島民の関心を集めるなど、マスコミの力によって寄生虫問題が大きな社会問題として取り上げられる契機となった。また、同作戦では住民への情報提供を重視し、地域や学校で医師や保健婦によって年間250回近い健康教育や映写会などの寄生虫予防に関するイベントが開催された。その際ゼロ作戦の進捗状況を報告し、その成果を共有することで住民の参加意識を高める効果もあった。同作戦の結果、検便料などの公費負担が拡大するなど、民間の活動が政策へ反映された。

沖縄では、戦争による疎開等有病地への人口移動によって、戦後マラリアが爆発的に発生した。この防圧対策として、検血による患者の発見と治療、DDTによる感染経路の撲滅、有病地住民への予防投薬等が米軍医師の指導の下、徹底的に実施された。その結果、劇的に患者数が減少し、1961年の患者数5名を最後に土着マラリアの発生は0となった。この成功の要因は、住民教育を通じて住民の協力や主体的な取り組みを得たことである。「マラリアは宿命的」という考えが大半を占めていた住民に対して、講演会、ポスター・ビラ、マスコミ等による住民教育によって、住民の意識を変化させた。また、感染経路の撲滅のために、各集落から囑託員を募って保健所の指導の下DDTの散布を実施した。また住宅地周辺の水たまりや藪などの除去にも住民が主体的に参加し、検血の勧奨などにも住民組織の協力があつた。このように幅広く住民の参加が得られたことが、成功の大きな推進役となった。

以上の沖縄の取り組みの特徴をまとめると、保健医療人材や施設の極端な不足の中で、限られた資源の有効利用、マスコミの広報力を活用、教育によって得られた地域住民の主体的参加などによって、さまざまな健康課題を克服していったという

ことである。特に、公衆衛生看護婦のようなヘルススタッフの駐在制度とそのバックアップ体制は、途上国におけるキャパシティ・ビルディングという点で多くの示唆に富んでいる。

2-3 地域保健のメカニズム

ここでは、これまで紹介してきた主要なアクターの特徴と3つの地域保健の事例を総合的に分析することによって、地域保健において作用している力学あるいはそのメカニズムを考察する。地域保健はその地域の特性によってその取り組み方は多様であり、これをもって地域保健であるといえるような類型を示すことは簡単ではないが、多様な取り組みの中からその根底に共通する部分を見い出そうと試みるものである。地域保健におけるいわばエッセンスとでも言えるものを抽出し、そのような状態を成り立たせるためにはどういうことに留意しなければならないのかを考察することによって、地域保健におけるメカニズムの一端を明らかにしてみたい。

2-3-1 多様な組織の連携

中心となる機関はケースによって異なるが、行政、医療機関、保健婦、その他公的機関、住民組織等が連携して組織的に活動を行っていることは共通している。それらが1つの目標のために連携することで、活動はダイナミックで有機的なものとなり、地域保健活動ははじめて生き生きした包括的なものとなる。橋本(1968)は地域保健活動の主要な構成要素として、専門的リーダーシップ(医師会、大学、研究所など)、住民の主体的参加(各種民間団体、地区組織など)、行政(府県、保健所、市町村など)を挙げているが、これらの性格の異なる3種類の組織が参加することは、活動の拡がりという面から重要であると思われる。また、佐久間(1978)は地域医療や地域保健を主導する組織によって分類し、そのメリット・デメリットを整理している(表8-3)。

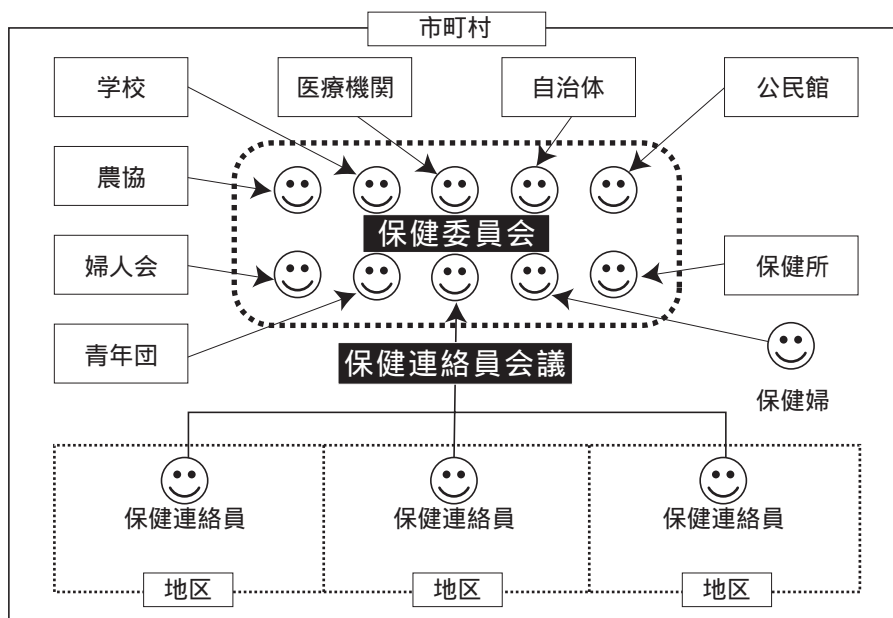
地域内での組織の仕組みとしては沢内村や佐久総合病院の例にみられるように、学区や部落などの地区単位を最小単位としてそこに衛生指導員のような住民側に立つスタッフを配置し、地域住民との密着した関係を保ち、それら保健指導員が市

表8-3 地域保健・医療・福祉推進の主導型とその特徴

主導性の型	主要なメリット	主要なデメリット、問題点
自治体主導型	予算確保、行政組織の連携と活用	医師等専門職確保、医師会との協力問題、手続きの煩雑さ
保健所主導型	地域保健の実績、一定の専門職確保	人的・材的不足、住民組織活動の指導性の弱さ
医師会主導型	医師の協力と活動、他医療職の協力	住民との連携不足、行政やほかの専門職との連携の困難性
学識者主導型	計画立案・理論化が有利	実践力が弱く、散発的参画に終わりやすい
住民主導型	住民の主体的参画と活動	医師等専門職、活動時間の確保が困難
特定機関主導型	独自の決定で活動の展開が可能	孤立化しやすく、他機関等との調整等の問題
混合型	個々の利点の選択的組み合わせ	主導性の不明化、対立・競合が起こりやすい

出所：佐久間（1978）p.31

図8-2 地域保健における組織化のイメージ



出所：著者作成

町村レベルで連携し定期的にミーティングを開催する。さらにその上位機関として、保健指導員の代表、専門的リーダーシップを担う機関、行政担当者、地域の有力者などを交えた保健委員会を設置し、こちら定期的にミーティングを開催するといったような形態がひとつの有効な方法として挙げられよう（図8-2）。橋本（1968）は、学区・部落などの小地域は、害虫駆除のような実践活動のような地区ぐるみの実践活動の場としては最もまとまりのよい単位であるが、地域組織化活動という観点から社会資源の動員を考える場合には小

規模すぎて効果的でないとして述べており、こうした2段階の組織構成は地域住民の一体感を醸成すると同時に、行政や専門的リーダーシップを担う機関の効率的取り組みを可能と考えられる。また、現場の人間が一堂に会し、上位機関・関係者を交え定期的な会合を持つことは、問題の共有とその解決方法を見出す方法として有効である。

2-3-2 住民の主体的参加

たとえ時間がかかっても、住民の組織の中での民

主的な話し合いなどを通して、住民の側が主体的に保健活動に関わるように推し進めていくことが重要である。無気力やあきらめ、迷信や陋習を打破して、住民一人一人がその意識を自ら考えることで変えていかなければ持続的な活動へつながっていかないためである。医療関係者や行政のサポートはもちろん必要ではあるが、サービスを受ける側の地域住民自身がサービスの内容や方法を考えることで適切なサービスが提供され得るし、地域住民が自分たちで成し遂げたという自信によってエンパワーメントされ、それが次の活動へつながり自立発展性も生まれるのである。また医療関係者や行政も「住民とともに考える」という姿勢が大切であり、住民の視点でものごとを見ることができることが必要であることはいうまでもない。

また沢内村では除雪となめこ栽培が行政への信頼を高め、佐久総合病院においては若月医師が外科手術を行ったことで信頼を得たことがその後の活動の基盤となった。このような成果がすぐ目に見えるエントリー・ポイントがあると、住民の信頼を得やすくなり、住民の参加を促すことにもつながりやすい。

2-3-3 現状把握から始める問題解決方法

日本の取り組みにおいては、問題解決にあたる前に、地域特性や地域の医療ニーズなどの現状を把握し、問題を分析し、既存の資源を活用しながら問題を解決するという科学的かつ効率的なアプローチが特徴である。例えば、国、自治体、医師はもちろんのこと、保健婦や生活改良普及員に至るまで、科学的手法を用いて問題分析を行った。この点における日本の関係者の潜在的なキャパシティは高かったといえよう。

また問題の把握には、アウトリーチ活動が有効である。なぜなら例えば農村においては、農村の「無医地区的」性格、経済的貧困、特に農繁期における農家の忙しさ、封建制、家父長制、嫁姑の関係による「気がね」、医者に見てもら

うことは贅沢という思想、などの理由により潜在的保健医療ニーズは表に現れにくいためである²⁹。

また、保健医療スタッフにとっても、地域に出てみて初めて地域住民のことを理解できる部分は多いという。清水・佐久病院副院長(1992年当時)は、「医学は従来、動物的な、生物学的な面だけでしか人間を把握していなかったが、地域に出ることによって社会的な面で患者をとらえることができるようになる」と述べている³⁰。すなわち、アウトリーチ活動を行うことによって、はじめて「住民とともに考える」ことが可能となるのである。

2-3-4 包括的アプローチ

日本の地域保健における取り組みは、母子保健・寄生虫対策・結核対策などから出発しながら、最終的には包括的な地域開発につながっている。多くの場合、病気の根本的原因は何かということを追求していくと、劣悪な居住環境の住居、食生活、無理な仕事など、すなわち生活の仕方やその環境であることが多いために、地域保健活動は最終的に生活の改善につながるのである。「住民とともに考える」という視点で「アウトリーチ活動を行い」、「現状把握から始める問題解決方法」によって自然とマルチセクター的な取り組みとなると考えられる。このようなことを顕著に表しているものとしては、食生活の改善を目的とした野菜の栽培方法の改善や新しい野菜の栽培によって、健康状態が改善されただけでなく、その野菜がその地域の名産となって生計向上に貢献し、加えて野菜の栽培が多くの農家で農業を取り仕切る高齢者の生きがいになった例などが挙げられる(BOX8-6参照)。地域保健の向上は、農村開発、生計向上、生活改善などを達成し、最終的に「幸福な暮らし」を達成することが不可能なことではないことを示しているといえよう。健康状態の改善は貧困削減の第一歩なのである。

²⁹ 若月(1966)

³⁰ 若月・清水(1992)

BOX8-6 地域保健から地域振興へ 健康野菜づくりをきっかけとして

福島県西会津町の例

福島県西会津町は、新潟県境の山あいにある人口9,000人の、過疎と高齢化が進んだ町である。食事の塩分が多すぎ、雪に閉ざされる冬は運動不足になるという東北地方によくみられる傾向によって、脳卒中や生活習慣病が多く、1985年の平均寿命は男性（73.1歳）、女性（80歳）で全国平均を下回り「短命の町」と呼ばれていた。寝たきりの高齢者も増え医療費がかさんだ結果、国民健康保険の赤字はふくらみ、町民の税負担は重くなっていった。

1997年の町での講演会の際に、医食同源をとえミネラルたっぷりの野菜・果物づくりを指導する農業科学研究所の所長の話に、「我が意を得たり」と思った町長はその所長に営農指導を依頼した。農地を「栄養診断」したところ、「肥料や農薬が多すぎて土が死んでいる」との結果が出たことから、肥料や農薬の投与を抑え、不足するミネラル分を補った。1999年春から栽培を始めたところすぐに効果が表れ、ビタミンやミネラルが豊富で糖度が高くなったおいしい作物が収穫された。「健康野菜」は町内でファンが急増し直売所を開設、学校給食などでも使い出した。東京の市場でも相場の2~5割高の値が付き、宅配も好調に注文が入るようになる。

「健康野菜を食べアレルギー体質が改善した」、「忙しく体を動かすので元気になった」などの健康面で効果があったのはもちろんであるが、生産が軌道に乗るにつれて農業を取り仕切る高齢者の生きがいづくりにも効果が出てきているという。

食生活の改善事業としてはこのほかにも、長寿県沖縄での食事に倣った調理メニューの改善活動や、食に関する研修を受けた食生活改善指導員が家庭訪問し、健康な食生活のノウハウを助言する活動などが行われた。これらの多彩な活動の結果、2000年の平均寿命は、男性（77.6歳）、女性（84.1歳）と着実に伸びており、国保の減税も実現した。

出所：「町あげて健康野菜作り 福島・西会津町：平均寿命延びる」日本経済新聞（2003年6月15日）

北御牧村の例

小諸市の西に位置する人口約5,500人の北御牧村は、小諸厚生病院の協力の下「村ぐるみ健康管理事業」を1976年から開始している。ヘルススクリーニングによる健診、未受診者調査、結果報告会、マンツーマンの個別相談などが、自治体と農協を軸に村ぐるみで行われる。その実績が10年間蓄積された結果、貧血が村の持病であることが明らかとなった。1986年に全成人を対象とする「食生活調査」が行われた結果、貧血群と正常者群の間に、貧血と関係の深い食品である、肉、魚、大豆製品、野菜、などの摂取の差が認められ、食生活の改善に力を入れる必要性が確認された。

1987年に諏訪市で開かれた「合成洗剤追放全国大会」に参加した役場の保健婦と村の母親たちは、ビタミン、カルシウム、鉄分が多く含まれるきびの効用を説く講演を聞く。貧血予防はこれだとばかり、すぐに9キロのきびの種を取り寄せ保健指導員や協力者の畑に蒔いた。秋には7トンものきびが収穫された。役場は精穀機を購入し、農協は置き場所を提供し、行政、農協、住民が一体となってこの事業にあたった。晩秋には収穫祭が開かれ、保健指導員や農協婦人部の人たちの手によるきび料理が何種類も並べられ集まった関係者に振る舞われた。貧血対策から始まったきびの栽培は翌1988年には村の特産品として近隣の話題を呼び「村おこし事業」まで発展していった。きび栽培を含む食生活を通じたさまざまな貧血対策が行われた結果、1988年は過去最低の貧血率となった。きびの後には、減反田でつくった地元産の大豆を使った「みまき豆腐」が、農協婦人部が中心になって生産されるようになった。「みまき豆腐」も有名になり、家庭の食卓に、学校給食にと生産が追いつかないほどになった。

出所：坂本（1990）

3. 途上国の地域保健と日本の経験

現在の低・中所得国の特に農村においては、医療施設がない、医療人材がない、住民が医療サービスの存在すら知らずアクセスできない、ということが最大の課題であろう。日本の終戦後15年間くらいの経験、および沖縄における米軍統治時代の経験は、それと類似した状況を地域保健的な取り組みによって克服した経験を有しており、途上国の地域保健に対して役立つインプリケーションを提供してくれる。以下に、その具体的なポイントを整理する。またそのような中にあるのは、まず人的資源や既存の機関にどんなものがありどのような役割を果たすことができるのかを知るための調査が最初の一步となることを強調しておきたい。

3-1 保健所を中心とした地域保健提供体制

今日、途上国のほとんどでヘルスセンターやヘルスポストと呼ばれる末端の保健医療施設が設置されている。医療施設がない地域において、ヘルスセンターやヘルスポストを中心とした地域保健提供体制は、今日の途上国においても有効であると考えられる。しかし、ヘルスセンターやヘルスポストは、人材と予算が不足しており、住人から信頼を得られていない。また、保健所が地域の資源（学校や地域の人材）をうまく活用できていないことも課題である。

一方、日本は、戦後医療施設が限られていた中で、保健医療行政の末端組織として、また地域保健の最前線機関として保健所を全国に整備した。日本の保健所が現在の途上国の多くのヘルスセンター等と異なり有効に機能した要因としては、「厚生省 - 県 - 保健所 - 自治体（住民）」という中央から末端までの一貫した保健行政の機構に組み入れられた点、十分な予算と各種専門家と人材が

確保された点がある。そして、基本的に医療サービスは提供せず予防と早期発見と住民教育を中心として、当時の最大の健康課題であった結核と母子保健に集中的に取り組んだこともある。また、これまで見てきたように、保健所は行政の末端機関であると同時に、地域の資源（診療所、病院、学校）と人的資源（保健婦、開業助産婦、生活改良普及員、住民組織等）を1つに束ね、調整役を努めた点も重要である。

このような日本の保健所の整備拡充の経験と、地域資源の取り込みやその調整役としての活動経験は途上国のヘルスセンターの整備・強化や地域との調整能力向上に役立つ部分も多いと思われる。

3-2 保健医療スタッフの適正な配置

途上国では、自国に医学校が存在しない、もしくは存在していても1校のみという極端な医師不足を補うため、Mid-Level Practitioner : MLP (中級医療職)³¹と呼ばれる人材を養成してきた。またヘルスポストやヘルスセンターで公衆衛生活動を担うさまざまな看護補助職³²が存在する途上国も多い。これらの人材の養成に対しては援助も多く行われているが、最も大きな問題の1つが、農村などの保健医療サービスが不足している地域においてこそ、それらの保健医療スタッフのニーズが高いにもかかわらず、養成された人材はそのような地域に定着しにくい、あるいは行きたがらないということである。その理由としては、地域における孤立感、いつ中央に戻れるかわからないという不安、技術進歩に遅れるのではという焦り、安い賃金への不満などが挙げられよう。

医療人材が絶対的に不足していた戦後の沖縄は、一部医療行為が認められた医介輔制度と公衆衛生看護婦制度を創設し、大きな成果を上げた。一方、日本のへき地など絶対的な医療従事者の不足にあった地域でも、保健婦が駐在制をとって地域住民とともに地域で生活しながら、ほぼ24時間

³¹ 国によって教育期間や呼称が異なるが、原則的に医師でなくとも治療行為のできる医療人材として養成され地域保健の重要な担い手とされてきた。例えば、Health Assistant (HA)、Assistant Health Worker (AHW) などの呼称があり、ヘルスセンターの所長などにつく場合が多い。

³² 国によって名称はさまざまであるが、例えば、Assistant Nurse - Midwife (ANM)、Village Health Worker (VHW) などの制度がある。

365日体制で住民の保健医療サービスにあたった。これらの医師ではないが一部医療が認められた保健スタッフの駐在制は、医療へのアクセスが難しい地域において有効であり、大きな成果を上げることが可能であることを日本の経験は教えてくれる。日常から公衆衛生看護婦や保健婦は各家庭を回り、家族構成、生活状況など診断や治療の助けとなる情報を把握しており、彼女たちは今日的に言えばホームドクター的な存在であった。そのため、患者は公衆衛生看護婦や保健婦に対して安心感と信頼感を持っていた。

日本の保健医療スタッフの無医村などへき地への派遣に関するさまざま工夫は、途上国においても応用が可能である。例えば沖縄駐在制度においては、一貫した人材管理によって公正な人事が行われ、公衆衛生看護婦は安心して任務に励むことができた。配属後も定期的上司の支援と教育機会を得られる点などの適切な人材管理方法や、定期的に保健所に所管の公衆衛生看護婦が集まって、問題を共有し解決方法を話し合うようなシステムがあった。また国保保健婦や市町村保健婦の場合、かなりの好待遇³³であったことも、不満を抱くことなくむしろ責任感を持って、派遣された地域に定着した活動を行う要因になったと思われる。北海道の済生会のように、現地出身者を教育した後に出身地に保健医療従事者として帰すという方法も医療従事者の確保には有効で、JICAと日本医師団の協力によって実施された、ネパール「学校・保健プロジェクト（School and Community Health Project ; SCHP）1992～2001年³⁴」はこの方法で成果を上げている³⁵。アルマ・アタ宣言で打ち出されたPHCにおいても、地域に対する知識や地域への定着などの理由から、コミュニティで働くヘルスワーカーはそれぞれに属する地域から選ばれることが望ましいとの考え方が示されている³⁶。

また途上国においては、住民が保健医療サービ

スの存在すら知らないような状況があり、住民たちの認識しない潜在的保健ニーズは多いと考えられることから、アウトリーチ活動は最も効果的なアプローチの1つである。途上国の保健医療スタッフには、村の中を歩き回って実地訓練を積み重ね、その有効性を実感させるような工夫が必要であろう。またアウトリーチ活動によって保健指導をすることは予防につながり、病気の早期発見は医療機関への早期患者照会へつながる。高度医療が難しく医療資源に乏しい途上国においてこそ、予防と疾病の早期発見が必要なのである。

途上国では暫定的な医療人材の育成と並行して、医師養成の拡充も必要である。日本では、沖縄のような公費による留学制度、自治医科大学（第2章BOX2・1参照）などへき地医療を担う専門的教育機関の創設、地域における医学部の創設など、さまざまな取り組みを行ってきた。これらの取り組みは途上国において医療人材を育成していく際の参考となる。

ただし、医療人材の育成に際しては、単に多様な制度を検討するというのではなく、その国の長期的な人材育成計画に沿って、その国の医療資源を徹底的に調べた上で、長期的な視野に立って医療人材育成のための計画を立てることが必要であろう。

3-3 住民の主体的参加

今日の途上国においては、地域保健の向上のために住民の目覚めと参加が以前にも増して求められている。地域住民の主体的参加が、持続的な地域保健を可能にするのである。日本においては、全国で地域の保健医療の課題を解決するために住民組織が台頭した。また沖縄においては、医療人材が極端に不足する中で、幅広い住民参加による地域保健活動が、寄生虫や結核、マラリアの防圧等に大きく貢献した。途上国においても、性別、年齢、職業などの別により、何らかの住民組織が

³³ 森口・兵井（1993）によると「Y村国保保健婦は、1952年就職2年目にして大学卒の教員より高かった、I町国保保健婦は助役に次いで（待遇が）高く、原付自転車貸与」で、名原（2003）によると、「村長に次ぐ村の名士」とある。

³⁴ プロジェクト運営資金は日本医師会によってまかなわれており、通常のJICAによる技術協力とは異なる。

³⁵ 神馬（2000）

³⁶ 梅内（2001）

既に存在していることが多い。これらの住民組織を活性化し、積極的に活用していくことが重要である。

成果がすぐ目に見える形で現れるエントリー・ポイントがあると、これらの住民の主体的参加を促しやすい。健康は誰しもの願いであるのは確かなので、保健医療分野においては比較的住民に受け入れられやすいという利点を大いに生かすべきである。また、各国で既に行われている識字教育も注目すべきであろう。先に述べたネパール「学校・保健プロジェクト (SCHP)」は成人女性 (15~45歳) に対する識字教育等も実施しており、特に女性の主体的参加のためのエントリーポイントとして効果を発揮している³⁷。

沢内村での除雪やなめこ栽培、佐久総合病院における外科手術などのエントリー・ポイントの具体例をみてきたが、エントリー・ポイントは地域の特性などにより異なるし、これらの例でも多くの偶然が重なっており、容易に一般化できるものではない。ただし、住民のニーズに一つ一つ丁寧に対応していくことによって、エントリー・ポイントが見つかるであろうし、そのような粘り強い姿勢が住民に変容をもたらず場合も多いと考えられる。

また、途上国においてはドナーからの支援を受けた住民組織の活動が特定地域で成功してもそれが全国展開しにくい、ドナーの支援終了後に活動が消滅していくことが多い、という課題がある。日本では住民組織が発展してくると、行政がその成果を分析、体系化して行政の施策として採用し、予算をつけ全国的な展開に拡大させていった。地域保健における日本の経験を振り返ってみると、住民組織の活動の普及や持続性確保へのヒントとして、行政によるグッドプラクティスの表彰、マスコミによる大規模な広報、行政による活動の標準化、施策化による予算確保、というポイントが挙げられる。

3-4 多様な組織の連携

地域資源が少ない中で効率的に活動を行うためには、多岐にわたる機関の連携が欠かせない。性

格の異なる機関が目標を一緒にして問題に取り組むことで、1機関では不可能であることも可能となり、「運動」というダイナミズムを持つものへと変容することを日本の経験は教えてくれている。その具体的連携方法に関しては、専門的リーダーシップ(病院、医師会、大学、研究所など)

住民の主体的参加(各種民間団体、地区組織など) 行政(府県、保健所、市町村など)の3者の参加や³⁸、学区や部落などの地区単位を最小単位とする下部組織と、それを束ねる市町村レベルの専門機関を交えた組織化という2段階の組織構成など(図8-2)、日本の地域保健における組織化の方法が途上国においても大いに参考となる。

3-5 科学的な問題解決方法

日本の取り組みにおいては、国、自治体、医師から保健婦や生活改良普及員に至るまで、地域特性や地域の医療ニーズなどの現状を把握し、問題を分析し、既存の資源を活用しながら問題を解決するという科学的かつ効率的なアプローチが大きな特徴であった。場当たりの対応に終始してはこのような問題解決は不可能なので、最終的に必要となるのは、途上国におけるキャパシティ・ビルディングの向上ということになると思われる。まず調査を行い、問題を把握し、そのための対策を考え、資源を適正に配分するなど、計画的に問題を解決した方が最終的には効率的であるし問題解決も早いであろう。現状の把握は途上国が主体となって実施されることが重要で、そのことによって当事者意識を高めることができれば、その後の問題の解決に取り組む姿勢も真剣なものとなることが期待できる。

3-6 地域保健とマルチセクター的展開

生活環境や収入、地域や家庭内の人間関係など、生活に関わるすべての要素が住民の健康に影響を与えているといっても過言ではない。そのため地域保健の向上のためには、教育、農村開発など住民の生活全般を対象にした活動と保健活動を組み合わせる必要がある。

³⁷ 神馬(2000)

³⁸ 橋本(1968)

前述したように、「住民とともに考える」という視点で「アウトリーチ活動を行い」、「現状把握から始める問題解決方法」によって、地域保健は自然と包括的な取り組みとなっていく。フィールドワークによる問題把握を行いその根本的な原因を解決することには困難が伴うことも多いが、「幸福な生活」につながる可能性に満ちている。

JICAの協力でも、地域ぐるみの農村開発と地域保健活動が一体となったアプローチの試みが始まっている。例えば、ヨルダンにおける「家族計画・WIDプロジェクト フェーズII」プロジェクト(2000~03年)では、地域の意思決定層を窓口として、女性たちの収入創出活動をエンター・ポイントとしながら、夫・舅・姑の理解を得つつ、男女と一緒に農村の母子保健の向上を考えることによって、家族計画の実践者を増やしていくというアプローチをとっている。これも農村開発と地域保健を車の両輪ととらえて計画されたプロジェクトである。地域保健改善のためにはマルチセクター的展開の視点が鍵となる。

3-7 おわりに

地域保健は、地域特性によって、さまざまなアクター、またその多様な取り組みなどが相互に働き合う総合的取り組みである。また、最終的に達成すべき状態があるわけではなく、より「幸福な生活」を志向し、たえず試行錯誤を積み重ねながらダイナミックに変化していくプロセスであるともいえる。地域保健は決して簡単に問題を解決する方法でないが、途上国の人々と支援者がパートナーシップの下で住民の視点に立ち、かつ科学的な分析に基づいた地道な努力を続けることによって、何かを達成するたびにお互いに少しずつエンパワーメントされながら、少しずつではあるかもしれないが着実に「幸福な生活」に近づいていく1つの方法であるといえるのではないだろうか。

<参考文献>

内堀千代子(1985)「国保保健婦の活動」『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史 公衆衛生実践シリーズ2』医学書院
 梅内拓生(2001)「プライマリ・ヘルスケア」『国際保健医療学』杏林書院

及川和男(1984)『村長ありき 沢内村 深沢晟雄の生涯』新潮社
 小川寿美子(2003)文部科学省地域連携推進研究「沖縄の保健人材確保の経験と国際協力への実用化のための社会医学的研究」の最終報告 国際シンポジウム(平成15年1月24~26日)の発表原稿。
 小川寿美子編(2001)『平成12年度文部科学省地域連携推進研究「沖縄の保健人材確保の経験と国際協力への実用化に関する社会医学的研究」中間報告書』
 小川寿美子他(2001)「Mid-Level Practitionerの役割 - 戦後沖縄の医療人材確保の事例から - 」第14回日本国際保健医療学会
 小栗史朗・木下安子・内堀千代子(1985)『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史 公衆衛生実践シリーズ2』医学書院
 菊地武雄(1968)『自分たちで生命を守った村』岩波新書
 厚生省(1960)『厚生白書』
 (1963)『厚生白書』
 (1988a)『厚生省五十年史(記述編)』厚生問題研究会
 (1988b)『保健所五十年史』日本公衆衛生協会
 国際協力事業団監修(1998)『国際保健医療協力入門』国際協力出版会
 国際協力事業団国際協力総合研究所(2000)『援助手法調査研究・沖縄の地域保健における開発経験と途上国への適用報告書』国際協力事業団
 坂本和夫編(1990)『医療を超えて 小諸厚生総合病院・地域保健活動の実践』日本経済評論社
 坂本真理子(2003)「保健婦の経験を途上国に活用するための方策に関する研究」厚生労働科学研究費補助金(社会保障国際協力推進研究事業)分担研究報告書
 佐久間淳(1978)「市町村保健計画と組織論」『公衆衛生』第42巻 第10号、p.31
 佐藤寛(2002)「戦後日本の生活改善と途上国の農村開発」『農村生活改善協力のあり方に関する研究』検討会報告書(第1分冊)』国際協力事業団
 新城俊昭(1997)『琉球・沖縄史』東洋企画
 神馬征峰(2000)「ネパール農村における公衆衛生活動のための人材育成 ネパール学校・地

- 域保健プロジェクトによるボトムアップ式アプローチの事例」『公衆衛生研究』Vol.49 No.1 pp.37-43
- 第一生命保険相互会社 (1969) 『保険文化賞20年のあゆみ』第一生命保険相互会社
- 高野健人他編 (2002) 『社会医学事典』朝倉書店
- 名原壽子 (2003) 「写真でみる保健婦活動の歴史」『保健婦雑誌』Vol.59 No.8 2003 8月号 pp.746-761
- 南木佳士 (1994) 『信州に上医あり 若月俊一と佐久病院』岩波新書
- 日本経済新聞 (2003年6月15日付朝刊) 「町あげて健康野菜作り 福島・西会津町、平均寿命延びる」
- 橋本正己 (1955) 『公衆衛生と組織活動』誠信書房
(1968) 『地域保健活動 公衆衛生と行政学の立場から』医学書院
- 藤内修二 (2003) 「公衆衛生とプライマリ・ケアの協働」『公衆衛生』Vol.67 No.8 2003 8月号 pp.17-21
- 松田正己・島内憲夫 (1993) 『みんなのためのPHC入門』垣内出版
- 森口育子・兵井伸行 (1993) 「戦後の公衆衛生で保健婦の果たした役割とプライマリ・ヘルス・ケア 国際協力への展望を踏まえて」『公衆衛生研究』Vol.42 No.2
- 森口育子 (2003) 「プライマリ・ヘルスケアの視点で考える地域保健活動における保健師の役割」『公衆衛生』Vol.67 No.8 2003年 8月号
- 文部科学省地域連携推進研究「沖縄の保健人材確保の経験と国際協力への実用化に関する社会医学的研究」(主任研究者：小川寿美子)の研究ホームページ
(<http://www.cc.u-ryukyu.ac.jp/~socmedok/>)
- 若井晋 (2001) 「歴史的展開」『国際保健医療学』杏林書院
- 若月俊一 (1966) 「農村における医療と公衆衛生の結びつき」『医療と公衆衛生』医学書院
(1971a) 『村で病気とたたかう』岩波新書
(1971b) 『農村医学』勁草書房
- 若月俊一・清水茂文編著 (1992) 『医師のみた農村の変貌 八ヶ岳山麓50年』勁草書房
- Sumiko O, et al. (2003) “Scaling up Community Health Insurance: Japan’s Experience with the 19th Century Jyorei Scheme.” *Health Policy and Planning*. Oxford University Press. 18 (3): 270-278.
- WHO (1976) *Introducing WHO*
—— (1988) *Four Decades of Achievement*.
- (参考ビデオ)
- 石嶺昇・平良健康監修、小川寿美子責任編集 (2003) 「沖縄の医療保険のあゆみ 皆保険達成までの経緯」制作協力：ビデオ・バック・ニッポン、企画制作：JICA
- 稲福盛輝・原實・比嘉政昭・平良健康監修、小川寿美子責任編集 (2002) 「沖縄の疾病構造の変遷と行政の取り組み」制作協力：ビデオ・バック・ニッポン、企画制作：JICA
- 稲福盛輝・小渡有明・仲里幸子監修、小川寿美子責任編集 (2003) 「明日の希望を育てるために 沖縄県小児保健協会の活動」制作協力：ビデオ・バック・ニッポン、企画制作：JICA
- 仲宗根正・原實監修、小川寿美子責任編集 (2002) 「沖縄の公衆衛生看護婦」(監修)制作協力：ビデオ・バック・ニッポン、企画制作：JICA
(2003) 「沖縄の公衆衛生看護婦 実践編 結核 沖縄式DOTSの展開」制作協力：ビデオ・バック・ニッポン、企画制作：JICA
- 仲宗根正喜・渡久山巖監修、小川寿美子責任編集 (2003) 「沖縄の配置家庭薬システム 信頼が作り上げた“一次医療”」制作協力：ビデオ・バック・ニッポン、企画制作：JICA
- 仲村永徳・大橋英寿監修、小川寿美子責任編集 (2003) 「沖縄にみる“野のカウンセラー” 現代医療と民俗治療 (教材ビデオ)」制作協力：ビデオ・バック・ニッポン、企画制作：JICA
- 吉田朝啓・比嘉政昭監修、小川寿美子責任編集 (2003) 「寄生虫ゼロ作戦を開始せよ！ 沖縄寄生虫予防協会の役割と発展」制作協力：ビデオ・バック・ニッポン、企画制作：JICA

第9章 学校保健

途上国において地域保健活動を実施するとき、地域の拠点となる組織は必須であるが、行政機構やコミュニティ組織が脆弱であるがために、地域の拠点となるような組織を見つけることが難しい。一方、多くの途上国では、何らかの形で初等教育を目的とした教育機関は存在しており、既に地域組織の中心的役割を果たしているところが多い。ここを拠点として地域保健活動を行うことは、効率的であり地域に対するインパクトも大きい。また、児童生徒に対して、保健教育を実施することは、学童の健康状態の向上にとどまらず、子どもから子ども、子どもから親へ知識が波及し、ひいては、地域住民の知識の向上が期待できる。

日本における学校保健は明治時代より始まったが、保健医療の変遷や社会の開発の度合いに対応しながら、今日の学校保健体制が生まれてきている。明治の初期は、当時流行していた天然痘やコレラ等の感染症予防対策として学校衛生施策が実施され、また戦後間もない頃は、結核や腸管寄生虫等の疾病対策が中心となって行われてきた。これらの施策は、学童を疾病から守ることに成功しただけでなく、地域の疾病対策が学校を中心にして実施されてきたという側面もあり、公衆衛生活動の一環として地域への影響も大きいものがあった。1990年代に入ると、学校教育の方向性として、学校・家庭・地域社会の連携が強調されるようになり、学校保健の立場からもこれらの連携を具体化するものとして、地域学校保健委員会が創設され、学校保健と地域保健の連携が進んできている。

学校保健と切り離せない日本の経験として、学校給食制度を忘れることはできない。学校給食は、困難な食糧事情の下で、経済的困窮と食糧不足から児童生徒を救済する目的で開始されたが、自立的な運営による制度として根付かせたことや学校教育活動の一環として位置づけ、食による教育を実施し、学童の体位向上はもとより、地域住民の食生活に関する意識変革や栄養改善が図られた経

験は、多くの途上国が直面している食糧や栄養問題の改善に寄与できるものと考えられる。

近年、WHOは、Healthy People や Healthy Cities とともに Health Promoting Schools の拡大を進めており、保健医療のさまざまな分野で「学校保健」の手法を用いた活動を展開している。またユネスコは、健康教育の包括的モデルとして FRESH (Focusing Resources on Effective School Health ; 効果的な学校保健のための重点的取り組み)¹⁾イニシアティブを推進中である。文部科学省は、このイニシアティブに呼応して、世界食糧計画WFPに対し、ユネスコと協力して日本の学校給食モデルの途上国展開という提案を行っている。このような世界の動向の中で、日本の学校保健の経験は、さまざまな発展段階にある途上国における地域保健や保健医療システムの改善に示唆を与えるものと考えられる。

1. 学校保健の変遷

日本の学校保健は社会の開発段階にあわせ、またそれに適応する形で実施されてきた。日本の学校保健は、児童生徒の疾病対策、健康管理に始まり、それだけにとどまることなく、児童生徒に対する保健教育や学校と地域との連携強化の推進という活動を加えたものに変化してきている。

1-1 戦前の学校保健

日本の学校保健は、1872年学制と同時に始まった。当時、天然痘やコレラが蔓延しており、最初の学校衛生施策はこれらの感染症の予防対策であり、その後、対象疾患は感染症全般となり、罹患者は登校が停止された。現在実施されている健康診断は、活力検査の名前で開始された。体格、体力検査が目的で、身長・体重・胸囲・握力・肺活量等が検査項目であった。学校環境衛生も取り上げられており、教室・校舎等の構造や規模、便

¹⁾ UNESCOホームページ (http://www.unesco.org/education/efa/know_sharing/flagship_initiatives/fresh.shtml)

所・水道・暖房・採光等詳細な基準が示されている。

学校医制度は1898年に公布され、全国の公立小学校に1名ずつの学校医を置くことが国の制度として定められた。学校の環境衛生監視と身体検査が主体であり、治療に関することは含まれていなかった。しかしながら、大正時代にトラホームが治療の対象として取り上げられて、学校内に治療室が設けられ、洗眼、点眼が行われ、文部省も積極的に学校診療を奨励した。回虫や十二指腸虫等の腸管寄生虫や湿疹、しらみ等の皮膚病対策も強力に進められた。

学校医制度の成立後、学校医の業務は急増し、学校医を補佐する専任の職員が必要となり、学校看護婦が置かれることになった。1929年に公布された文部省訓令で、学校看護婦の職務は、疾病予防・診療介助消毒、観察を要する児童の保護、身体検査や学校食事の補助、衛生訓練等と定められた。1941年には、治療の補充面より教育指導面に重点をおいた職務内容とし、学校職員とするために学校看護婦を養護訓導と規定し学校に必置とした。

1-2 戦後の学校保健

太平洋戦争直後は結核が大流行し、児童生徒はもちろんのこと国民の健康の大きな問題となっていた。1946年には10歳以上の児童生徒に優先的にツベルクリン反応とBCGが毎年実施されるようになった。1949年には学校身体検査規定の改定が行われ、結核の精密検査が項目に加えられた。さらに1951年には結核予防法が公布されて精密検査と予防接種が全額公費負担にて実施されるようになった。このために、結核の早期発見と早期治療が可能となり、罹患率も1951年をピークに徐々に減少していった。また、戦後感染がひどかった回虫や十二指腸虫等の腸管寄生虫も学校による虫卵検査と徹底した駆虫により児童生徒の感染率は急激に減少した。疥癬やしらみ、トラコーマ等も定期的な対策治療を繰り返すことにより数年にて皆無となった。また、戦前は貧困児童や虚弱体質者

表9-1 学校保健の変遷

1 戦前の学校保健	
1873年	学制発布 感染症予防対策
1878	活力検査（健康診断）の開始
1890	設備準則の規定（学校環境衛生）
1898	学校医制度の導入
1900	学校看護婦制度の導入
1941	学校看護婦を養護善訓練と規定し学校に必置とした（国民学校令）
2 戦後の学校保健	
1946年	ツベルクリン反応BCG接種 虫卵検査と駆虫
1947	看護訓導は養護教諭と名称変更
1949	保健主事の設置
1951	結核予防法の公布、精密検査と予防接種がすべて公費負担となる
1954	学校給食法の成立
1958	学校保健法の制定
1988	学校保健課と学校給食課が合併
1997	保健体育審議会答申（学校・家庭・地域社会の連携を強調）
2000	健康日本21、健やか親子21（厚生労働省）

に限られていた給食が、経済的困窮と食糧不足から児童生徒を救済する目的で全児童を対象として開始され、1950年には実施率が69%に達した。

1958年には学校保健法が制定され、学校保健の基本的な仕組みが作られた。既にGHQの主導により、学校保健への保健教育の本格的な取り組みが始まっていたが、本法によって日本の学校保健はそれまでの管理的・治療的なものから教育的なものに大きく転換した。保健教育は、体育あるいは保健体育科の中で、各教科・道徳・学校行事等の教育活動全体を通じて行うものとなり、学校教育法に基づくものとされた。学校保健法では、内容として学校保健計画、学校環境衛生、健康診断（従来の身体検査から呼び方が変わった）、健康相談、感染症の予防、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、保健室、保健所への連絡、学校病に対する財政補助等について規定している。これに先立って、1949年学校保健計画の企画および実施調整にあたる保健主事が学校保健関係職員の一員として置かれた。このことは、学校教育と学校保健の調整という観点から重要であり、米国のSchool Health Coordinatorの役割を期待しているものと思われる。

1970年代から1980年代にかけて形成された体系的な学校保健活動は、社会の変動に応じて改正されてきた。1996年中央教育審議会は、21世紀における学校教育の方向性のキーワードとして「ゆとり」とともに「生きる力」を示し、学校・家庭・地域社会の連携を強調している。この具体的展開として、学校保健委員会の充実および地域学校保健委員会創設などを重視している。これらの考え方の根底には、「ヘルスプロモーションの理念に基づく健康の保持増進」という考え方があり、このことは既に述べたようにWHO等が途上国にて推進しているHealthy PeopleやHealthy Citiesの概念と連動できる可能性が大きい。

2. 学校保健の主な取り組み

2-1 学校保健行政

学校保健活動は、学校教育の一環として展開され、学校保健に関する制度上の問題は学校教育行政との関連が深い。学校保健に関する行政は、文部科学省 都道府県教育委員会 市(区)町村教育委員会 学校という系列で流れている。

中央行政レベルでは、文部科学省体育局学校健康教育課が所管し、各局と広く関連性をもっている。学校健康教育課の所掌事項の主なものを以下に示す。

学校健康教育および社会教育における健康教育の振興

学校保健、学校安全、学校給食および災害救済給付に関すること

児童生徒の保健に関し、指導と助言を与えること

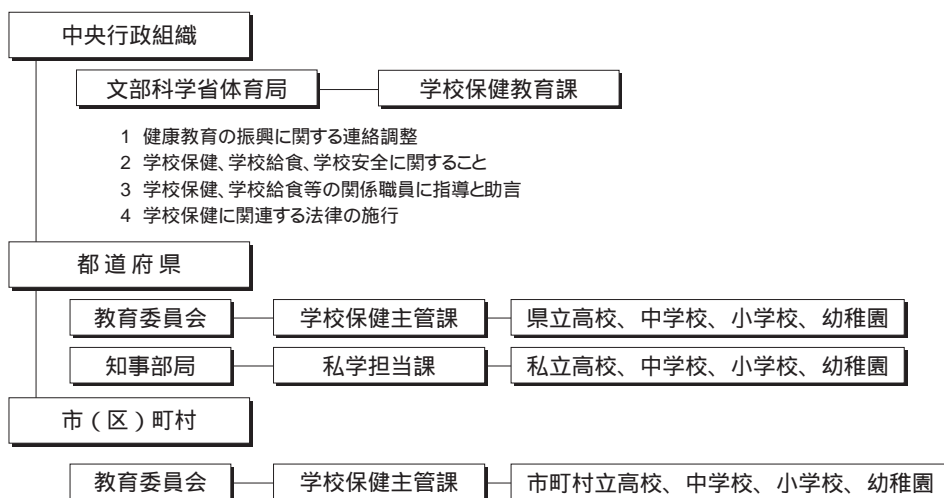
学校医、学校歯科医、学校薬剤師、養護教諭、学校栄養職員および学校給食の関係職員に関し、指導と助言を与えること

地方行政組織としては、都道府県並びに市町村の教育委員会の学校保健主管課が担当している。職務としては、教職員および児童生徒の保健、安全、厚生および福祉、学校給食が挙げられる。

2-2 学校保健の仕組み

学校保健は、保健教育、保健管理、保健組織活動の3つの活動で構成される。保健教育は、保健指導と保健学習に二分され、学級担任や養護教諭、保健科教師が担当している。保健管理は、環境管理と対人管理に分類され、前者は環境の安全、環境の改善、環境衛生検査などが含まれ、後者は、健康管理と生活管理に分かれる。健康管理としては、健康診断(BOX9-1参照)、疾病の予防、事故防止、心身障害の問題などがあり、生活管理としては、校内および校外生活の管理・指導などが実施されている。保健組織活動は、学校保健管理や保健教育のすべての活動を効果的に展開するために行うものであり、学校保健委員会、児童生徒の保健組織活動を通して、学校・家庭・地域社会との連携や地域関係機関・団体(自治会、婦人会、

図9-1 学校保健行政



出所：高野・柳川(2000)を基に作成

BOX9-1 定期健康診断の検査項目と実施学年

健康診断は学校保健の中でも重要な位置を占めている。現在行われている健康診断は、1897年の「学生生徒及び児童体格検査規定」によってその翌年から始まった体格検査を起源とする。

戦後1958年の「学校保健法」制定によって、現在の「健康診断」という名称と現行の健康診断体制の基礎ができあがった。健康診断という場合、一般に「定期健康診断」を指し、通常は毎年4月に実施される。検査項目は児童生徒の疾病動向や検査技術の進歩によって変遷している。2003年4月現在の検査項目は、以下に示すとおりで、多岐にわたっている。

定期健康診断の検査項目と実施学年

2003年4月現在

項目	検査・診察方法	発見される疾病異常	幼稚園	小学校					中学校			高等学校			大学
				1年	2年	3年	4年	5年	6年	1年	2年	3年	1年	2年		3年
保健調査	アンケート														
身長 体重 座高															
栄養状態		栄養不良 肥満傾向・貧血等													
脊柱・胸郭 四肢 骨・関節		骨・関節の異常等													
視力	視力表	裸眼の者 眼鏡等を使用している者													
		裸眼視力 矯正視力 裸眼視力													
色覚	色覚検査表	色覚異常													
聴力	オージオメータ	聴力障害													
眼		伝染性疾患、その他の外 眼部疾患、眼位等													
耳鼻 咽喉頭		耳疾患 鼻・副鼻腔疾患 口腔咽喉頭疾患 音声言語異常等													
皮膚		伝染性皮膚疾患 湿疹・アレルギー疾患等													
歯および 口腔		う歯・歯周疾患 咬口状態・開口障害 顎関節雑音・発音障害等													
結核	エックス線間接撮影 エックス線直接撮影・ 喀痰検査・聴診・打診	結核													
心臓	臨床医学的検査 その他の検査 心電図検査	心臓の疾病 心臓の異常													
尿	試験紙法	腎臓の疾患 糖尿病													
寄生虫卵	直接塗沫法 センハンテープ法	回虫卵 蟻虫卵等													
呼吸器 循環器 消化器 神経系	臨床医学的検査 その他の検査	結核疾患 心臓疾患 腎臓疾患 ヘルニア 言語障害 精神障害 骨・関節の異常 四肢運動障害													

注： はほぼ全員に実施されるもの は必要時または必要者の実施されるもの は検査項目から除くことができるもの
色覚検査については、2003年度から（検査項目から除くことができるもの）となる。

出所：厚生統計協会（2003）p.358

町内会、PTA等)との連携の強化を図っている。地域社会と連携することは、児童生徒の健康問題や学校の環境衛生が改善するにとどまらず、児童生徒を通して地域社会へ与える保健医療面での影響も大きいものがある。

2-3 寄生虫対策

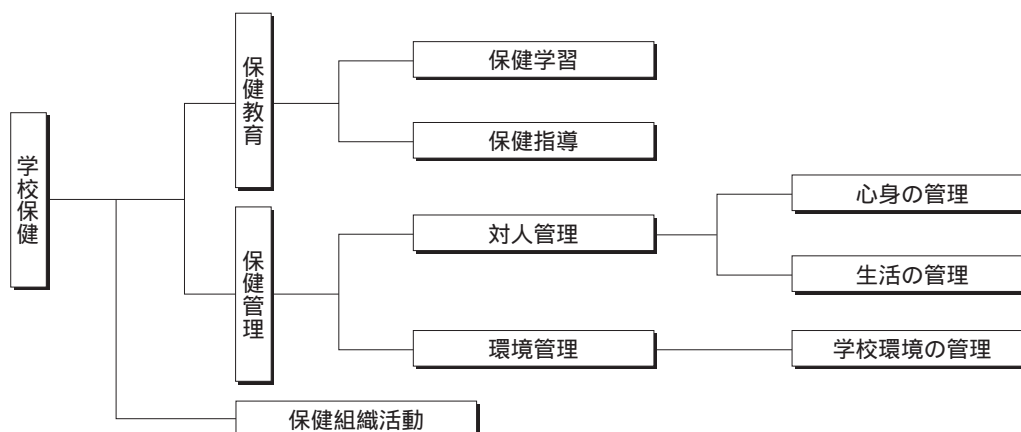
終戦直後、日本の腸管寄生虫の感染率は第5章図5-2に見るように60%を超えていた。十二指腸虫の感染率も10%前後であり、このための貧血、栄養障害等が顕著であった。このような高い感染率も20年後には激減し、現在では、日本でこれらの寄生虫を見ることはない。この改善の要因としては、日本の経済発展とそれに伴う衛生環境の改善や有機肥料から化学肥料への転換などが挙げられているが、学校保健のアプローチも改善の大きな要因と考えられている。小中学校では、学校保健として年2回の虫卵検査と陽性者に対する徹底した駆虫を実施した。これらの事業は、学校、行政、寄生虫予防会、寄生虫研究者の4者が協力して実施した。学校は、担任教師や看護教諭が中心に検便容器の配布・回収並びに駆虫薬の配布を、行政は学校保健法と寄生虫予防法に基づく予算措置を、日本寄生虫予防会は駆虫対策の策定並びに検便(集団検査)・治療を、寄生虫研究者は前三者をサポートする立場で参加した。また、児童生徒に対する健康教育も定期的に行い、環境改善の指導も行っている。これらの寄生虫対策としてとられた活動の特徴は、単に寄生虫の駆除にとどま

らず、学校保健の衛生教育の一環として実施された点である。

2-4 学校給食

日本の学校給食は、1889年に山形県の鶴岡町(現鶴岡市)の私立学校にて貧困家庭の児童を対象に昼食を無償で提供したのが起源であるといわれているが、戦前の学校給食活動の対象は一部の貧困児童や虚弱体質者に限られていた。戦後の学校給食は、困難な食糧事情の下で経済的困窮と食糧不足から児童生徒を救済する目的で、米国等からの脱脂粉乳等の援助物資を受けて開始された。1946年に出された通達では「学童の体位向上と栄養教育の見地から、広く学校において適切な栄養給食を行うことは、まことに望ましいことである」とし、貧困児童や虚弱児童等だけでなく全児童を対象とした。当時の代表的な支援組織としては、LARA物資(米国のNGOからの支援物資)、ユニセフ給食(脱脂粉乳)、ガリオア資金(米国の占領地域救済政府資金、小麦粉の寄贈をうけこれを給食用の資金源とした)などがあつた。当時の世論の絶大なる支持を受け、1950年には学校給食の実施率は69%に達した。しかしながら、1951年のサンフランシスコ講和条約の調印に伴い給食用物資の財源であったガリオア資金が打ち切られたために学校給食費を値上げせざるを得なくなり、学校給食を中止する学校が増加した。そのため、国庫補助による学校給食の継続を要望する運動が全国的に展開され、法制化が叫ばれるようになった。

図9-2 学校保健のしくみ



出所：文部科学省(2002)を基に作成

このような状況下で、1954年に学校給食法が制定され、学校給食の基本的な枠組みが定められた。この法律では「学校給食が児童及び生徒の心身の健全な発達に資し、かつ、国民の食生活の改善に寄与するものであること」(第一条)、「義務教育諸学校における教育の目的を実現するため」(第二条)と規定し、学校給食が学校教育活動の一環であるという基本理念が明らかにされた。これに加えて、義務教育諸学校の設置者は学校給食ができるように努めること、国および地方公共団体は普及と健全な発達を図るように努めることとし、学校給食を開始する際の施設・設備の設置費用や給食費の支払いに困っている児童生徒に対する財政的援助を規定し、現在に至っている。

学校給食の実施主体は、学校設置者で、運営に要する経費の施設設備及び職員等の人件費は、学校の設置者の負担とし、食材料費等のその他の経費は保護者負担となっている。保護者が生活保護法等該当者で負担できない場合は、国は経費の一部を補助することができるとしている。

学校給食法では、教育の目的を実現するために次の目標の達成に努めると規定している。

日常生活における食事について、正しい理解と望ましい習慣を養うこと

学校生活を豊かにし、明るい社交性を養うこと

食生活の合理化、栄養の改善および健康の増進を図ること

食糧の生産、配分および消費について、正しい理解に導くこと

学校給食は、栄養のバランスがとれた食事が摂取できるよう工夫されており、成長期にある児童生徒の健康の保持増進と体位の向上に大いに寄与している。献立は、おいしく食べられるようにするとともに、多様な食品の組み合わせや栄養のバランスがとれるよう工夫されている。日常生活で不足しがちなカルシウムやビタミンの一部については、一日の所要量の55%を摂取できるように配慮されており、学校給食が児童生徒の栄養摂取上に占める役割は大きい。

昨今、児童生徒の食生活の乱れや脂肪の過剰摂取等の偏った栄養摂取等の問題があり、学校給食を通して児童生徒が食に関する正しい知識とそれ

を実践する食習慣を身に付けることが期待されている。

3. 学校保健の成果 途上国への応用への観点から

日本の学校保健は、日本の社会状況、開発状況によってさまざまに変化し、時代の要請に対応しながら多くの成果を上げてきた。戦後直後、結核の大流行や腸管寄生虫症の高感染に対し、学校を中心にした予防や対策が実施され、短期間の間に感染率の大幅な減少をみた。多くの疾病対策が学校を中心に実施され、地域の公衆衛生の改善に寄与した。一方、定期的実施されている健康診断により、児童生徒がもつ疾患の早期発見、早期治療が可能になった。学校給食は児童生徒の健康の保持増進と体位の向上に大きな貢献をした。また、児童生徒に対する保健教育は、児童の健康に対する知識を高めただけにとどまらず、家庭における保健知識導入のエントリーポイントとなり、地域公衆衛生の改善に大きな役割を果たした。

ここに挙げたような成果は、それぞれの時代背景、社会状況の中で達成されたものであり、これらの経験並びにアプローチは途上国が現在直面している保健衛生上の改善にも役立つものと思われる。ここでは途上国に役立つと思われる日本の経験をいくつか説明したい。

3-1 寄生虫対策

前述したように、日本の寄生虫対策としてとられた活動は、単に寄生虫の駆除にとどまらず、学校保健の衛生教育の一環として実施された。戦後に実施された寄生虫対策の特徴は、住民の自発的な参加と自立による継続を基本としており、地域活動を活性化し、究極的には地域保健と生活水準の向上を目指しているところにある。そのため的手段として、子どもを通じて住民の寄生虫予防に対する関心を引き起こすために、学校保健と結びつけて実施された。原(1999)は、学校保健と関連させた理由として下記のようなことを挙げている。

- (1) 小学校や中学校は集団としてまとまっていて効率的な活動ができる。

- (2) 学童や就学前児童は、腸管寄生虫の感染率が高く、地域の主要な感染源となる年齢集団であり対策の効果が高い。
- (3) 腸管寄生虫の検査、駆虫は視覚を通じた保健衛生教育の格好の題材であり、寄生虫対策を学校で取り入れ、寄生虫の病害や感染予防の方法等を教育すれば子どもを通じて家庭や地域に影響を及ぼすことができる。
- (4) 子どもは、通常両親の言葉より教師の言いつけに素直に従う傾向が強い。また、両親や祖父母は子どもや孫の言葉に弱いことがこれを可能にする。
- (5) 学校や教師は地域の精神的なリーダーでもあり、教師を巻き込んで地域住民に影響を及ぼせば活動が容易になる。
- (6) 検査結果や駆虫効果等の成果を地域に還元すれば住民の関心と呼び、マスコミのニュースや人から人への口伝えで広まり、他の学校や地域に活動が拡大されていく。

ここに挙げられている基本的な考え方は、「腸管寄生虫対策」をエントリーポイントとして「学校保健」という手法を利用しながら総合的地域保健へ発展させ地域開発に結びつけるというものである。エントリーポイントというこの発想は、途上国の置かれている状況により「腸管寄生虫」から「下痢症」や「マラリア」等に置き換えても利用できるものであり、第4章「家族計画」で説明されたインテグレーション・プロジェクトの概念とも大いに通じるものがある。近年、学校保健と腸管寄生虫に対する認識は世界的に深まりつつあり、今後の日本の国際協力分野での貢献が期待されている。

現在、腸管寄生虫やマラリア対策に学校保健のアプローチを用いた技術協力プロジェクトがタイ

のマヒドン大学と周辺4カ国（カンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナム）で展開されており、日本の学校保健の経験が生かされている（BOX9-2参照）。

既に「1-2 戦後の学校保健」の項で触れたが、結核対策も学校保健法と結核予防法の連携にて実施され、大きな成果を上げた例である。ただし、途上国における結核は青年以後の年齢者の罹患が圧倒的に多いことや、最近の結核対策の主流がDOTS（p.97参照）であり、その意味では学校保健のアプローチは健康教育以外は難しい状況にある。

3-2 学校給食

学校給食は、戦後の児童生徒の健康増進、体位の向上および正しい食習慣の形成を図る上で大きな貢献があった。また前項でも触れたように、児童を通して食生活や栄養に関する知識、情報が家庭に伝えられ、地域社会の保健衛生の改善に寄与したことも忘れてはならない。

文部科学省国際協力政策室は、世界食糧計画（WFP）に対しユネスコとの協力による日本の学校給食モデルの途上国展開という支援モデルを提案し、これを受けWFPとユネスコが日本の学校給食事情の調査を行った（2003年3月12～15日）。調査団は国内の数カ所の学校や共同調理場を訪問し、給食の試食や各教育委員会との意見交換を実施し、

- 1) 戦後海外からの援助により開始された学校給食を自立的な運営による制度として根付かせたこと
- 2) 学校給食法に基づき、学校給食を学校教育活動の一環として位置づけ、食による教育を実施していること

BOX9-2 国際寄生虫対策アジアセンタープロジェクト概要

日本は1997年、デンバーサミットにおいて橋本首相（当時）が、「日本の寄生虫対策の経験を途上国に生かす」ための開発協力を宣言した（Hashimoto Initiative）。これを受けて、日本は、タイ、ケニア、ガーナに国際寄生虫対策センターを設置し、周辺各国の寄生虫関係者を中心とした人材養成事業を展開している。2000年に開始されたタイ・マヒドン大学では、ラオス、カンボジア、ベトナム、ミャンマーの人材対象としたトレーニングが行われている。トレーニングの内容は、例えば、1940、50年代に小学校を中心に展開された寄生虫の集団検査並びに集団駆虫、衛生教育等を生かした講義が中心になっている。

3) 安全や衛生に配慮した給食指導を行っていること

などを高く評価した。この調査を受け、途上国関係者の日本の学校給食視察や国際ワークショップ等の開催が今後実施される方向にある。また、タイのチェンマイで開かれたユネスコとWFP共催による「学校保健・栄養・衛生に関する包括的ワークショップ(2002年10月)」にて、文部科学省の代表は日本の学校給食の紹介を行ったところ、健康教育の包括的モデルの成功例として途上国各国が高い関心を示し、多くの質疑、意見が寄せられた。このように、日本の戦後における学校給食の経験は、途上国での1つのモデルとして大いに参考になるものと考えられる。文部科学省は、日本の学校給食や学校保健の知識や経験をどのように活用できるか、相手国のニーズにあった効果的な連携や協力方策を探るために、一部の国に既に調査団を派遣している。

3-3 学校・家庭・地域社会の連携

途上国において地域保健活動を実施するときには、コミュニティの拠点となる組織が必須である。多くの途上国では、ヘルスセンターは存在しなくても初等教育を目的とした学校もしくは寺小屋的な教育機関はコミュニティに存在しており、その教師は地域のリーダーの役割を果たしていることが多い。また、学校で保健教育を受けた児童生徒は、家や地域の保健教育における「先生」であり、児童生徒が学んだ知識は、子どもから子ども、子どもから親へ波及し、ひいては、地域住民の知識の向上が期待できる。そのため、地域保健の改善のために学校保健が活用できる可能性がある。

学校保健を地域保健に効果的に結びつけるには家庭や地域社会と連携した包括的な取り組みとすることが重要である。しかしながら、途上国においては縦割りプログラムの弊害が現場レベルで見

られる一方、中央レベルにおける包括的開発計画は遅々として進んでいない。

日本においては、戦後、多様なアクターが協力して包括的な「農村開発」「社会開発」に取り組んだ。佐藤(2002)によれば、日本の農村開発は、日本型「マルチセクターアプローチ」の実践であり、「生活改善」のスローガンの下に衣食住の改善が図られたばかりでなく、教育、保健医療、衛生、福祉などの多様なセクターでさまざまな改善が実施された(p.153参照)。中央省庁の多様な企画は、多様なレベルのアクター(都道府県、市町村、保健所、農業改良普及所、学校、農協、集落内の組織などなど)を巻き込んで実施され、それぞれの成果は相互に関連しあい、農村を包括的に豊かにした。中央からの縦割りのプログラムは、コミュニティのレベルで総合性が発揮され、その結果、現場ではマルチセクターアプローチとして実践され、総合的な農村開発に結びついた。佐藤が述べる、多様なセクターの中には、「学校保健」や「学校給食」が含まれており、教師や学校医、保健婦や生活改善普及員などは、何らかの形で連携をとりながら学校保健を推進していったものと考えられる。また、生活改善キャンペーンの場で学校は積極的に参加・利用されたものと思われる。このような地域と連携した、学校保健も含めた包括的な取り組みの結果、日本は「貧困からの脱出」をなしえたといえる。このような地域と密接に連携した学校保健の取り組みは途上国の地域保健の改善にも大いに参考になるものと思われる²。既に述べたように、国際的にもHealthy PeopleやHealthy CitiesとともにHealth Promoting Schoolsの拡大が進められている。WHOは、いくつかの途上国においてHealth PromotionとSchool Healthの連携を図っており、学校保健と地域保健の連携はますます進んでいくものと考えられる。

² 近年の日本の学校保健では、地域との連携を進めようとしており、文部科学省は、1997年の保健体育審議会答申で、学校保健活動の方向性としてヘルスプロモーションの理念に基づく健康の保持増進を明示した。厚生労働省は、2000年に「健康日本21」や「健やか親子21」を、2002年には健康増進法を制定し、各地域で健康づくり計画が策定されつつあり、学校保健と地域保健の連携は急速に進んでいる。ただし、近年、日本の学校保健の大きな活動になりつつある保健組織活動は、学校・家庭・地域社会が連携することで学校保健の充実をめざす意味合いが強いが、途上国における保健医療の現場では逆であり、地域社会の保健医療改善のために学校保健と連携しようという度合いが強い。多くの途上国では、地域保健があまりに未熟であるために、先進国の「学校保健」の概念ではとらえきれないことが多い。

<参考文献>

- 厚生統計協会（2003）『国民衛生の動向・厚生
の指標』臨時増刊第50巻第9号通巻第784号、
厚生統計協会
- 小西行郎（2001）「2000年度厚生科学研究補助金
（子ども家庭総合研究事業）学校保健体制を
リメイクし、「医療的ケア」に取り組もう」
分担研究『学童期の療育指導の在り方』
- 佐藤寛（2002）「戦後日本の農村開発経験 日本
型マルチセクターアプローチ」『国際開発
研究』第11巻2号
- 高石昌弘（2003）「学校保健の変遷」『保健の科学』
第45巻、第1号、pp.7-11
- 高野陽、柳川洋編（2000）「学校保健」『母子保健
マニュアル』第4版、pp.75-81
- 日本学校保健会編（1973）『学校保健百年史』第
一法規出版
- 原隆昭（1999）「集団寄生虫予防活動・日本から
世界への発信」『医学の歩み』Vol.191. No.1
- 文部科学省（2002）「わが国の教育経験について
健康教育（学校保健・学校給食）」国際教育
協力懇談会資料19
- 文部科学省大臣官房国際課・国際協力政策室「国
際保健推進懇談会メモ」（2003.4.18）
- UNESCOホームページ
（http://www.unesco.org/education/efa/know_sharing/flagship-initiatives/fresh.shtml）

第10章 救急医療

開発途上国における救急医療は、近年、主要な保健課題の1つとして注目されつつある。表10-1は、中等度所得および低所得の国々における主要な死因を頻度の多い順に示し、またDALYs (Disability-Adjusted Life-Years) についても全DALYs中の割合が高い順に示しているが、このうち網掛けで示した疾患は早期に処置を行うことによって救命可能であることが判明している。すなわち、現在開発途上国では主要死因となる疾患のおよそ1/3 (網掛けの部分を含めると33.8%となる) は救急医療の対象になるといえる。これらの疾病に対する課題は途上国の発展段階に応じて異なり、主として東南アジアの国々では、人口増加と急激な都市化による交通事故の増大や生活習慣の変化による成人の心疾患や中枢神経系疾患の増大により、外傷ケアおよび救急ケアへの需要が

著しく高まってきている²。一方、低所得国の農村部を中心とした地域では、長い間、母子保健や小児の感染性疾患対策に選択的プログラムが世界的な保健政策として実施されてきたが、これらの疾患の多くは、例えば救急産科ケアや小児の下痢症、急性呼吸器疾患、麻疹などのように、基本的に救急ケアが必要なものである。しかしながら、これらの疾病に対する対策はパーティカルプログラムとして展開されてきたため、救急医療システムという「発見」「搬送」「処置」を包含する包括的な保健システムの一環としては把握されてこなかった。

最近になって、世界銀行は保健サービスのミニマムパッケージの1つに救急医療を含めるようになり³、またWHOとUNICEFが主導する包括的小児疾患管理 (IMCI : Integrated Management of

表10-1 中程度所得国および低所得国における主要死因とDALYs*

死因	全死亡中の%	DALYs損失の原因	全DALYs中の%
1. 虚血性心疾患	11.5	1. 下気道感染	6.8
2. 脳血管障害	8.9	2. 周生期疾患	6.7
3. 下気道感染	7.3	3. HIV/AIDS	6.6
4. HIV/AIDS	6.1	4. 髄膜炎	4.6
5. 周生期疾患	5.1	5. 下痢性疾患	4.6
6. 慢性閉塞性肺疾患	4.7	6. うつ病	4.0
7. 下痢性疾患	4.4	7. 虚血性心疾患	3.5
8. 結核	3.4	8. マラリア	3.0
9. 交通事故	2.4	9. 脳血管障害	2.9
10. マラリア	2.3	10. 交通事故	2.8
11. 高血圧性心疾患	1.7	11. 結核	2.6
12. 麻疹	1.6	12. 先天奇形	2.3
13. 肺癌	1.6	13. 慢性閉塞性肺疾患	2.3
14. 自傷・自殺	1.5	14. 麻疹	2.0
15. 肝硬変	1.4	15. 肝硬変	2.0

網掛けで示した疾患は、早期に処置を行うことによって救命可能であることが判明している。

* Disability-Adjusted life years

出所：Rozzak and Kellermann (2002)

¹ Murrayらによって提唱された方法で、疾病と罹患による時間の損失 (life-year) を包括的に測定する指標。

² Chawla (1999)

³ World Bank (1995)

Childhood Illness) においてもトリアージ⁴と救急ケアの強化に力点がかけられるようになった⁵。このように、途上国でみられる多くの疾患は、基本的な保健戦略として救急医療という新たな保健システムの中に急速に組み込まれつつある⁶。

日本の救急医療システムは1963年頃から交通事故の急増に伴う救急搬送体制の強化と救急告示機関に始まり、その後救急医療体制の体系的整備、救急救命士制度の創設、プレホスピタルケアの改善などを経て、今日では量的な救急体制についてはおおむねその水準を達成したといえる⁷。このような日本の救急医療の歩みの中で、開発途上国の救急課題に参考となる日本の取り組みとして、消防本部による救急搬送業務、「119番」救急通報システム、救急受け入れ体制の整備、プレホスピタルケア⁸の充実、「救急医療情報センター」システムの構築、救急医療体制の全国展開、などの経験が挙げられる。これらの取り組みは必ずしもそのままの形で現在の開発途上国における救急医療の課題に対応するものではないが、そこに含まれる基本的な考えやシステムの多くは救急医療の改善に向けて有用な情報を提供するものと思われる。

そこで、本章では最初に日本における救急医療に対する取り組みの変遷について触れ、ついで途上国の救急課題に参考となる上述の経験を中心に述べる。最後に、途上国協力に向けた日本の経験の分析として、開発段階に応じた途上国の救急課題の現状に基づき、特に東南アジアの都市部を中心とした交通外傷ケアと低所得国の農村部を中心とした産科ケアおよび小児の救急疾患ケアを取り上げる。

1. 救急医療に対する取り組みの変遷

1-1 救急医療施設の整備・拡充 (1960年代～1970年代前半)

救急医療は、ごく初期の症状の患者を診察し、将来重篤な疾病に発展する危険性があるか否かを判断しなければならず、また重症救急患者の場合には、緊急の臨床検査をするいとまもない短時間内的確な判断を下し、処置をとらなければ重大な事態に至るケースもあることからしばしば医療の原点といわれる⁹。

日本の救急医療は、当初は全国の開業医を中心に自発的に行われてきたが、その後社会問題となり、行政的に組織だてて取り組み始めたのは1960年代初めのことである(表10-2)。その当時は日本経済の高度成長期に当たり、自動車の保有台数も飛躍的に伸び、これに伴って全国で交通事故が急増するようになった(図10-1)。こうした事態を背景に、1963年4月、消防法の一部が改正され、事故、災害等による患者の搬送が市町村の消防機関の業務として義務付けられた。これに伴って、患者を受け入れる医療機関の充実を図るため、1964年2月に救急病院などを定める厚生省令が制定され、主として外科系設備を整えるなど一定の条件を満たした上で、都道府県知事に協力の申し出をした病院や診療所を、救急病院、救急診療所として知事が告示する、いわゆる「救急告示医療機関制度」がスタートした¹⁰。

また、1967年度から1975年度までは、交通事故対策の一環として国公立および公的医療機関を中

⁴ 災害発生時などに多数の傷病者が同時に発生した場合、傷病者の緊急度や重症度に応じて適切な処置や搬送を行うために傷病者の治療優先順位を決定することをいう。現在では、災害に限らず途上国における小児疾患救急ケアにもこの考えが取り入れられている。

⁵ Gove (1997)

⁶ Razzak and Kellermann (2002)

⁷ 長谷川他 (2002)

⁸ 救急現場および救急車での搬送中の応急処置。

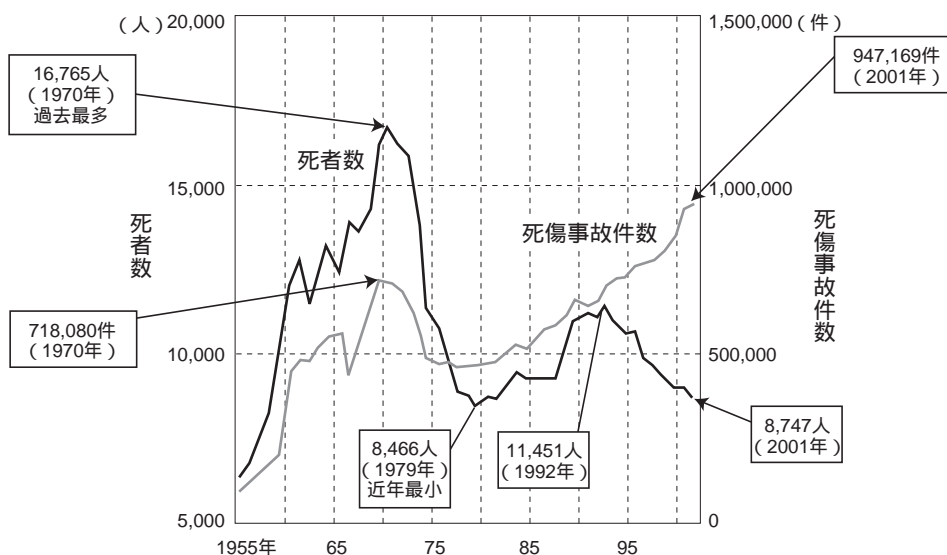
⁹ 沖中他 (1976)

¹⁰ 大塚 (1991)

表10-2 日本の救急医療の歩み

1964年 4月	消防法の一部が改正され、事故、災害等による患者の搬送が市町村の消防機関の業務として義務付けられた。
1964年 2月	消防本部が救急搬送を行うという決定がなされ、救急告示機関（いわゆる救急病院）制度が開始された。
1974年	休日夜間専用の診療所（休日夜間急患センター）の整備が図られた。
1977年 7月	厚生省は救急医療対策実施要項を決定し、救急患者を重症度に従って、初期、二次、三次に分けて収容治療する救急医療体制の体系的整備が開始された。
1982年 7月	毎年9月9日を「救急の日」と定め、この日を含む1週間（日曜日から土曜日）を「救急医療週間」とした。
1986年 4月	消防法が改正され、内科系の救急患者についても救急車で搬送できるようになった。
1991年 4月	救急搬送途上で医師の指示の下に救急救命処置を行う「救急救命士制度」が創設された。
2002年12月	21世紀に向けた良質かつ効率的な救急医療体制のあり方について基本的な方向性が示された。
1997年12月	プレホスピタルケアの改善を図るために、救急救命士の処置範囲（除細動、気管挿管、薬剤投与）について拡大の方向性が示された。

図10-1 交通事故による死者数および死傷事後件数の推移



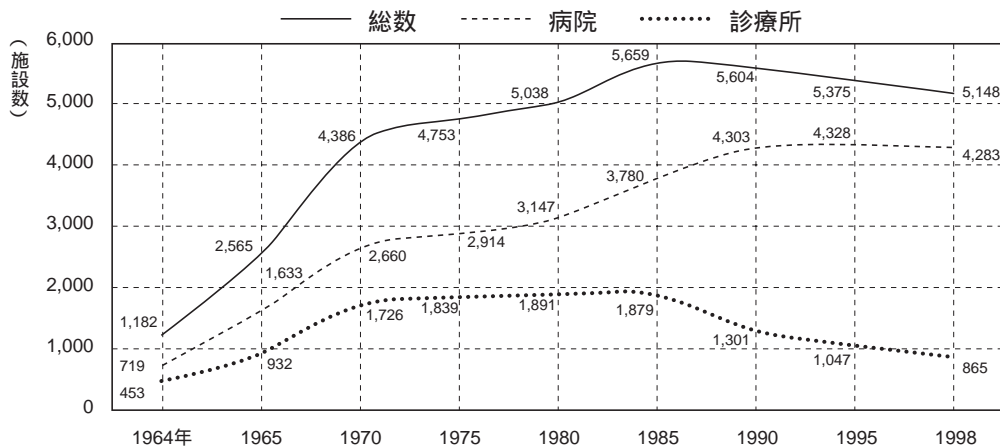
出所：国土交通省道路分科会基本政策資料

心に「救急医療センター」の整備が推進された。一方、休日夜間の急病患者に対する医療を確保するため、1972年度からそれぞれの保健所に「休日夜間診療対策協議会」が設置され、1974年度からは全国各地に休日・夜間患者のための診療所（休日夜間急患センター）の整備が図られるようになった。

1-2 救急医療体制の体系的整備 (1970年代後半～1980年代)

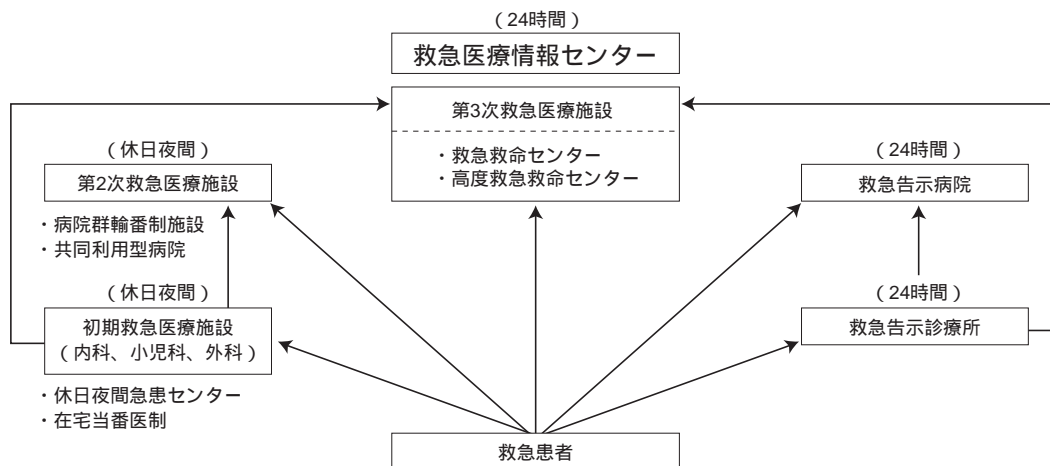
告示制度に基づく救急医療施設の設置はこの制度の開始以来年々増加していった(図10-2)。救急告示医療機関制度は、日本の救急医療体制に一定の役割を果たしてきたが、その後次第に「救急患者のたらい回し」事件が頻発するようになって

図10-2 救急医療施設の設置状況



出所：大塚（1991）

図10-3 救急医療体制



出所：大塚（1991）

きたことなどから¹¹、新たに有効なシステムの整備が求められるようになった。

これらの状況から、1977年7月、厚生省は救急医療体制の効率的運営を図るべく「救急医療対策事業実施要綱」を制定した。これにより、救急患者を重症度に従って、入院を要しない軽度の患者を対象とする「初期救急医療」、入院治療を必要とする重傷救急患者を対象とする「第2次救急医療」、第2次救急医療では対応できない重篤な救急患者を対象とする「第3次救急医療」の3段階に分け収容治療する救急医療体制の体系的整備が開始

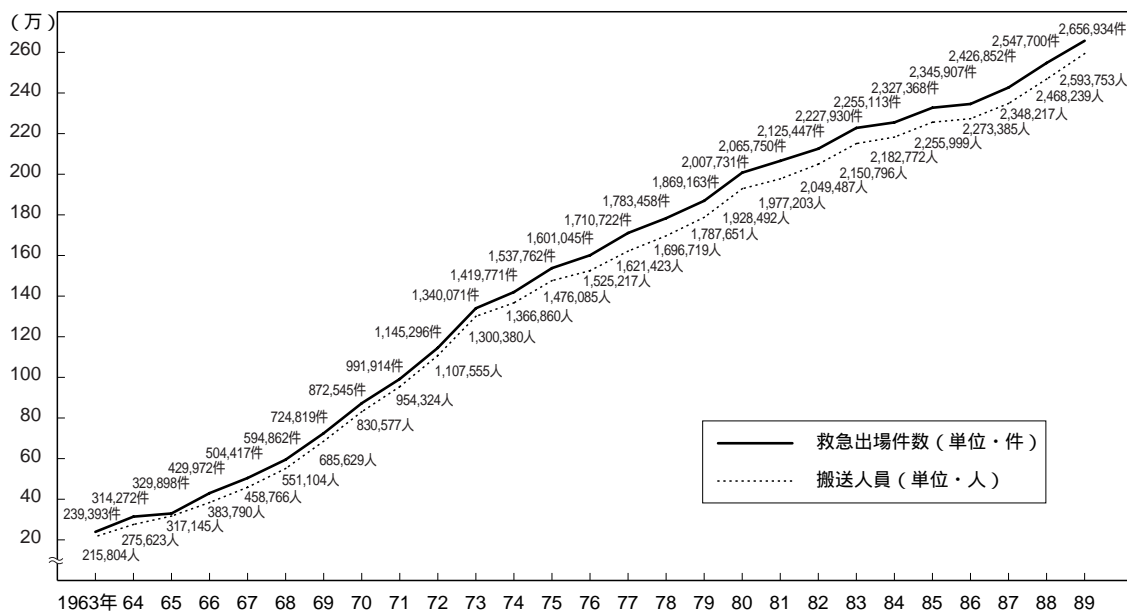
された（図10-3）。このような体系整備によって、救急出動件数および搬送人員の数は着実に上昇している（図10-4）。同時に、これら救急医療施設と救急患者の搬送にあたる消防機関との円滑な連携体制を確保するために、都道府県を単位とする「救急医療情報センター」の整備が進められるようになった¹²。

また、人口の高齢化や生活習慣病の増加などにより内科的な急病患者が急増し、1970年代半ばに入ると外傷を主とした外科系疾患が減少し始め、内科、小児科系の急病の搬送件数が半分近くを占

¹¹ 杉本（1996）

¹² 長谷川他（2002）

図10-4 救急出動件数および搬送人員の推移



出所：篠崎他編（1991）

めるようになった。そこで、1986年4月に消防法が改正され、内科系患者についても救急車による搬送ができるよう正式に法律で認められた。これに伴い、内科系の救急患者の増加にも対応できるよう、救急病院、救急診療所の要件の見直しも行われた。

1-3 プレホスピタルケアの充実 (1990～1996年)

新しい救急医療体制が発足し、定着化するに従い、量的には目標を達成しつつあったが、今度はより質の高い充実した救急医療が次第に求められるようになった。そこで厚生省は、検討の結果プレホスピタルケアの充実が急務であるとして、1991年4月、救急搬送途上で医師の指示の下に救急救命処置を行う「救急救命士制度」が創設された。1992年4月に初めて国家試験が行われ、3,177人の救急救命士が誕生した¹³。加えて、二次医療圏ごとの救命救急センターの設置、ドクターカーの推進、救急医療に携わる医師、看護婦等の確保、救急医療に関する研究の充実なども提言されている。

このように、救急医療体制は着実に拡充の方向にあったが、それにもかかわらず心肺停止傷病者の蘇生率は飛躍的に向上したとはいえ、欧米先進国に比べて救命率は依然として低いままであった。救命率を向上させるためには、119番通報から救急車が現場に到着するまでの間にバイスタンダー¹⁴が心肺蘇生の応急手当を開始することが重要であり、この点が認識されるにつれ、各地で住民を対象にbasic life support (BLS：器具を使用しない救命処置)の講習が実施されるようになった。これは1993年に設けられた応急手当普及および啓発活動の推進要綱に基づくもので、住民向けの3時間コース以上の普通救命講習を受講した者の数は年々増加し、1992年から1997年までの6年間に計2,656,074人に上っている¹⁵。

1-4 新たな救急医療体制(1997年～現在)

救急医療体制は、もともと1964年に開始した「救急告示医療機関制度」による消防法に基づいて、搬送される救急患者を受け入れる医療機関の確保という観点から整備されたものと、その後、

¹³ 杉本（1996）

¹⁴ 事故現場や急病発生の現場に居合わせた住民や家族。

¹⁵ 消防庁救急統計速報最終版「救急業務高度化の現況」(<http://www.fdma.go.jp/html/new/99gyoumu.html>)

厚生省により地域における初期・二次・三次救急医療体制として整備されたものが、二重構造を呈していた（図10・3）。そのため、住民や救急隊に不安や混乱を招く結果となっており、こうした問題点などを是正するため、1997年12月に、21世紀に向けた良質かつ効率的な救急医療体制のあり方について基本的な方向が示された。これによって、消防法に基づく救急告示病院と厚生労働省の補助金による救急医療機関が一元化されることとなり、告示病院という呼び名は廃止され、救急病院・救急診療所（24時間体制）と輪番制病院（当番の日のみ救急患者を受け入れる病院）に統合された。同時に、各都道府県が策定する「医療計画」の中で、二次医療圏内において救急医療の「初期・二次・三次」体制が完結することとなった。

1-5 今後の課題

交通事故の増加に伴い整備されてきた日本の救急医療体制は、あらゆる救急傷病に対する医療機関整備の量的目標を達成し、またプレホスピタルケアの充実を通じて救急医療の質の向上が図られてきた。しかしながら、少子化社会や高齢社会など新たな社会状況の中で、良質かつ効率的な救急医療の実施に向けて多くの課題が残されている。

1-5-1 小児の救急医療体制

小児救急は途上国、先進国を問わず重要な保健課題であり、特に少子化社会の日本では最近大きな社会問題となっている。小児救急医療の現況は、少子化・女性の社会進出など養育環境の変化に伴う育児不安の増大に基づく小児救急医療への要望の増加、開業小児科医の高齢化や夜間開業する小児科医の不足、体制が整備されていない小規模な急患センターの継続など地域救急医療の地盤沈下との間における需給バランスの崩れが、地域基幹病院の小児科への初期救急患者集中となり、病院小児科の過重労働と疲弊化を起し、社会問題化したと考えられている¹⁶。このような状況の改善

のためには、小児救命救急センターの設立、専門看護婦や関連職種を重視したチーム医療の構築、医師教育の卒前卒後教育の見直しによる小児科医の増員など、小児救急医療の質の向上と地域格差の是正などを通じて小児の救急医療体制の抜本的改革が望まれる。

1-5-2 プレホスピタルケアシステム（救急救命士制度）の強化

短期的な課題としては、特定行為¹⁷を指示する体制づくりと、就業前の救急救命士および養成課程における臨床実習の充実が挙げられる。また、中長期的には、救急救命士の全般的な活動につき、科学的な評価・検証を行い、プレホスピタルケアシステムを向上させるために、業務のあり方（処置範囲の拡大等）につき検討する必要がある。

1-5-3 へき地・離島の救急医療

へき地・離島の医療対策は、1956年度からの第1次計画（へき地診療所の設置）に始まり、2001年度から第9次計画を実施しているが、依然として医師および歯科医師不足が課題となっている。一部のへき地・離島においては、関係機関の努力によりヘリコプターや飛行機を活用した救急搬送体制が確立された地域もあり、こうした体制を構築することが全国的に求められている。

2. 救急医療の主な取り組み

「1. 救急医療に対する取り組みの変遷」で述べてきたように、日本における効率的かつ良質な救急医療体制の構築に向けて多くの取り組みがなされてきた。これらの取り組みのうち、開発途上国の救急医療問題に参考となる項目について以下に述べる。

2-1 消防本部による救急搬送業務

1955年頃から日本では、狭い町に自動車があふ

¹⁶ 市川（2003）

¹⁷ 心肺停止をきたした傷病者の救命率向上のためには、救急救命士の処置範囲の拡大が必要であると指摘されており、医師の指示によらない電氣的除細動の実施、医師の具体的指示の下に行う気管内挿管、医師の具体的指示の下に行う一部薬剤の投与、の3処置が特定行為といわれる。

れ、しかも日本の道路は車道と歩道の区別はなく、交通ルールも不備なため、交通事故は急増した。交通事故の犠牲者は、時には事故現場に出勤してきたパトカーが運び、時には横にして運べるという理由で霊柩車も活躍した。消防車がその役目を務めるようになったのは、サイレンをもっていること、患者を横にできるスペースをもっていることの2つが理由であった。このような背景から、1963年に消防本部が救急搬送を行うことが正式に決定され、1964年にはその救急患者の収容施設として「救急告示医療機関」が制度化された。つまり、日本の救急医療対策は交通外傷のためにつくられたと見てよく、消防による救急搬送も屋外での事故の患者を搬送するのが目的であると明確に記されていた。

元来、日本では消防は警察に属していたが、警察はGHQマッカーサー指令により戦後に解体され、市町村単位の自治体警察と国家警察の二本立になっている時期があった¹⁸。その市町村警察から消防が独立したのが1948年のことであり、それ以来消防組織は市町村に属している。警察ではなく消防によって救急搬送が始まったことは、地域単位のきめの細かな救急体制をつくることにつながった。反面、救急搬送が市町村という狭い範囲で、しかも小さな組織の中でしか動けないことは救急搬送の障害ともなりうるが、その点に関しては後述する都道府県を単位とする救急医療情報センターが市町村の区域を超えた情報の収集・提供を行っており、全体として非常に優れた制度となっているといえよう。

救急搬送業務は先進国、例えば米国では地方自治体、民間業者ボランティア、団体病院などによって運営され、フランスでは法的な裏付けの下に病院に併設された救急医療組織によって運営されている。また、途上国では全国的な救急医療システムが整備されている国は多くないが、一部の地域や都市部において病院ベース、自治体、民間組織、ボランティアによるものなどさまざまな形で行われている。日本の救急医療体制のように、ま

ず地域（自治体）単位での救急体制を確立し、後により広い情報網を整備していく方法は、今後の途上国における救急システムを考えていく上で参考になると思われる。

2-2 「119番」救急通報システム

日本では、救急医療施設の整備・拡充と同時に、1963年の消防法改正で市町村が救急業務を行うことに決定された際に、119番の電話番号を回せば全国どこでも当該地域の「救急指令台」につながるというシステムができた。このように、国の救急本部が1つの電話番号で統一されているのは、ほかの国には類をみない優れた制度である。住民には利用しやすく、救急隊にとっても対応がしやすいことから、救急医療体制の大きな成功要因となっている。

2-3 救急告示医療施設の拡大

1964年にスタートした「救急告示医療機関制度」は、消防による救急搬送の開始に対応して、その患者を受け入れるための診療所あるいは病院として作られたものであり、救急告示は医療機関からの自己申請に基づき知事が認可を与える制度になっている。救急告示医療機関制度は激増する交通事故に対応するために24時間受け入れ可能な医療機関を対象としていたが、医療機関に対しこれらの条件を強制せずに、医療機関の自主性・自発性に期待し、できるところから整備し結果的に成果を上げたことは、日本の救急医療機関整備の特徴である。これによってキャパシティに応じた救急医療が可能となり、徐々にそのキャパシティを拡大し、今日の自立発展に結びついたものと考えられる。

2-4 初期、2次、3次救急医療体制

1977年7月、厚生省は「救急医療対策事業実施要綱」を制定し、救急患者を重症度に従って、初期、二次および三次に分けて収容治療する新たな救急医療体制として、以下のような分類が示され

¹⁸ 警察はその後、市町村の枠の中では犯罪の検挙など警察の活動に重大な支障を生じることが明らかとなり、1954年に府県単位に再統一され現在の安定した形態に復元した。

た(表10-3)

初期救急医療体制は、入院を要しない軽症の患者を対象とするもので、地方公共団体が設置運営する休日夜間急患センターおよび地区医師会が実施する在宅当番医制からなる。

二次救急医療体制は、入院治療を必要とする重症疾患の治療にあたるもので、一定地域における病院群輪番制および共同利用型病院方式で実施される。

三次救急医療体制は、頭部外傷、脳卒中、心筋梗塞等重症救急患者を対象とするもので、都道府県単位の救命救急センターを設置して治療する。

この救急医療体制は、その後、消防法に基づく「救急告示医療機関制度」と一元化が図られ、現在の新たな救急医療体制の基本的枠組みとなっている。特に、地域の救急医療機関の機能分化を図り、日常生活圏である二次医療圏単位で救急医療体制を完結する考え方は重要である。開発途上国においても、第1次施設のヘルスセンター、第2次施設の県病院、そして第3次施設の中央病院の三層構造からなる場合が多く、医療施設のレベルによる役割分担とリファラルシステムの面からも参考になると思われる。

2-5 「救急医療情報センター」システムの構築

緊急処置を必要とする救急患者をその処置を行うのに最も適した救急医療施設に迅速に搬送するためには、広域的な救急医療情報システムを整備することが重要である。これは救急患者の「たらい回し」を防止するために最も速効性のある対策であるとともに、既存の限られた医療資源を効率的に活用して救急医療を行うための方策でもある¹⁹。この目的で1977年度から、都道府県を単位として、市町村の区域を越えた情報の収集を行う救急医療情報センターの整備が進められてきた。この情報センターは、24時間体制で救急医療施設から空床の有無、手術の可否等の情報を収集し、消防本部、医療施設等にこれらの情報の提供を行っている。

また、1987年度からは従来のシステムを拡充し、「広域災害・救急医療情報システム」として再編し、2001年4月現在、全国38都道府県に整備している。これは、従来の通常時の救急医療情報に加え、災害医療情報モードを設定し、全国共通の入力項目の設定、インターネットを利用した全国ネットワークの構築等を行うもので、災害時の医療確保対策の柱の1つとなっている。

このように、日本の救急医療システムは市町村

表10-3 救急医療体制整備計画・整備基準

区 分	整備基準
初期救急医療体制	比較的軽少な救急患者の診療を受け持つ
休日夜間急患センター	原則として、人口5万人以上の市(これに準じた市町村)に11カ所(40万人を超える人口を有する場合には20万人ごとに1カ所、ただし端数が10万人を超える場合は5カ所加算する)整備する。
休日等歯科診療所 在宅当番医制	各都道府県または都道府県知事の要請を受けた市に設置する。 郡市医師会毎に在宅当番により休日・夜における診療を行う。
第2次救急医療体制	手術・入院を要する患者の治療に当たり、原則として初期からの患者を受け入れる。
病院群輪番制病院 共同利用型病院	原則として二次圏毎に区域を設定し、数病院が交替で休日・夜間における診療を行う。 上記の方式のほかに医師会立病院等が休日・夜間に病院の一部を開放し、地区医師会の協力により実施する。
第3次救急医療体制	脳卒中、心筋梗塞、頭部外傷等の重篤救急患者の対策として高度の診療機能により24時間体制で受け入れる。
救命救急センター	各都道府県に1カ所以上(人口地勢等により複数設置)概ね人口100万人に1カ所
救急医療情報センター	コンピュータ等を利用して救急医療施設からの情報を収集し、医療施設・消防本部等への情報の提供を行う。県全域を対象とし、各部道府県に1カ所設置する。

¹⁹ 長谷川他(2002)

消防本部における救急通報による受付窓口の一本化と、救急医療サービスの提供に関する情報が広域で一元管理されていて、情報管理のうえで優れたシステムが構築されている。

2-6 プレホスピタルケアの充実

プレホスピタルケアは、傷病の発生現場すなわちコミュニティにおけるバイスタンダーないしはボランティアによる救急ケアと病院施設への搬送システムである救急救命士制度に分かれる。

通常、119番通報から救急車が現場に到着するまでに5～6分かかる。一方、蘇生率は呼吸停止から4分で50%に、また5分で25%に低下する。したがって、心肺停止に陥った傷病者の救命率の向上および予後改善のためには、事故現場ないしは急性疾患の発生現場における住民あるいは家族等バイスタンダーによる救急通報と応急手当が不可欠である²⁰。この目的で、1993年からバイスタンダーに対する救命講習が開始された。受講者数は次第に増加し、またバイスタンダーによる応急手当を受けた心肺停止傷病者の割合も1995年以降年々増大している（95年：13.0%、96年：15.1%、97年：16.9%、98年：19.7%）。

さらに、バイスタンダーによる応急手当の救命効果を見ると、バイスタンダーにより応急手当が実施されている場合の方が約1.9倍その救命効果が向上していることがわかる（表10-4）。バイス

タンダーに対する応急手当の講習はプレホスピタルケアの充実に欠かせないものであり、救急医療体制を支える基盤ともいえる。途上国の救急医療においても、ボランティアによるコミュニティケア活動は極めて重要であり、その基本的な活動の方向性は共通したものである。

一方、救急搬送に従事する専門職としての救急救命士制度は1991年に誕生した。救急救命士は、原則として高校卒業者に2年の学校教育と実地指導を行い、国家試験を行った後に資格を与えるもので、救急車内において医師の具体的な指示の下で、気道確保、人工呼吸、除細動、注射などを含む高度な蘇生法を行うことができる。現在、財団法人「救急振興財団」と全国10カ所の政令市等に設置されている救急救命士養成所において、年間約1,400人の救急救命士が養成されている。2001年4月1日現在、全国の救急隊総数は4,563隊で、救急隊員の総数は56,557人、うち救急救命士の資格を有する職員が10,497人（全救急隊員の18.6%）運用されている救急救命士が9,461人（同16.7%）となっている。また、救急救命士の運用隊数は2,592隊で、救急隊総数の56.8%を占めるが、総務省消防庁では全救急隊における救急救命士の常時運用を目標に、その養成に取り組んでいる。

救急救命士の導入効果についてみると、救急救命士によって処置を受けた者の1カ月後生存率は6.3%であり、一般救急隊員により処置を受けた

表10-4 バイスタンダーによる応急手当の救命効果（1998年1～12月）

	心肺停止傷病者数	1カ月後の生存者数	1カ月後の生存率
応急手当あり	15,923	830	5.2%
応急手当なし	85,047	1,733	2.7%
総 数	80,970	2,563	3.2%

出所：消防庁救急統計速報最終版「救急業務高度化の現況」(<http://www.fdma.go.jp/html/new/99gyoumu.html>)

表10-5 救急救命士の導入効果（2001年1～12月）

	心肺停止傷病者数	1カ月後の生存者数	1カ月後の生存率
救急救命士による処置あり	29,386	1,839	6.3%
救急救命士による処置なし	9,767	340	3.5%
総 数	39,153	2,179	5.6%

出所：総務省消防庁・厚生労働省「救急救命士の処置範囲拡大についての検討」(<http://www.zck.or.jp/activities/2405/>)

²⁰ 国府田（2002）

BOX10-1 救急産科ケア

途上国においては救急産科のニーズが高いが、日本では救急産科ケアについてはこれまでに特に制度化されてこなかった。それは、救急産科ケアを要する患者の数が小児救急患者に比べて少ないこと、小児救急疾患の発生が突発的に生じるのに対し産科救急は分娩出産に関連して発生しやすいこと、妊娠中のケアが途上国に比べて比較的行き届いていること、施設分娩がほぼ100%であることなどの理由が挙げられよう。さらに、助産施設や医療施設へのアクセスが一般に良好であり、また助産施設と医療施設の提携や一次医療施設から二次医療施設へのリファラルシステムもそれぞれの間で十分に機能していた点も救急産科ケアが制度化されなくてもそれほど問題にならなかった背景にあると考えられる。

者の1カ月後生存率3.5%に比べて2.8ポイントの差があり、1.8倍高かった(表10-5)。また、このポイント差は、1995年の0.7ポイント、1999年の1.7ポイントと年次を追うごとに導入効果の向上がみられる。一方、米国においては、救急救命士による処置の結果、1カ月生存者の比率は約15%といわれ、日本の救急業務は今なお欧米諸国の水準には遠く及ばない状況にある²¹。

その後、心肺停止をきたした傷病者のさらなる救命率向上のためには、救急救命士の処置範囲の拡大が必要であると各方面から指摘されるようになった。そこで、2002年12月に、救急救命士を含む救急隊員の業務の支援体制を確立した上で、救急救命士の処置範囲の拡大に向けた業務の高度化と資質の向上を図っていく方向性が示された。すなわち、医師の指示によらない除細動の実施、医師の具体的指示の下に行う気管内挿管、医師の具体的指示の下に行う一部薬剤の投与、など救急救命士の処置範囲の拡大に向けた報告が提出され、現在に至っている。

3. 途上国の救急医療と日本の経験

途上国における救急医療の課題は、その国の開発段階によって影響を受ける。開発の遅れた途上国では、医療の需要側の要因として急性呼吸器感染症、下痢、麻疹、マラリアなどの小児感染症や分娩出産異常などの産科ケアが救急医療の主な対象となる。一方、比較的開発の進んだ途上国にお

いては、これらの疾病のほかに人口増加や生活環境の変化により多発する交通外傷および生活様式の変化により増加する心疾患や中枢神経系疾患が救急医療の対象となる。また、同じ国内であっても、都市部と農村部で疾病構造に差が見られることが十分に考えられ、さらに農村部における医療施設への困難なアクセスなど、地理的要因が救急医療の課題にさまざまな形で影響する。以下では、途上国を2つの開発段階に分けて、日本の経験がどのように応用できるのかを検討する。

3-1 東南アジアの都市部を中心とした交通外傷ケア

日本の救急医療システムの歩みと実績が途上国の救急医療課題に対してどのように貢献しうるのかを考える場合、比較的開発の進んだ国の都市部における交通外傷ケアへの応用がまず挙げられる。例えば、タイ、インドネシア、インドなどの東南アジア諸国の都市部では、急激な都市化と産業技術の発達などにより、交通事故や産業災害が増大し、現在大きな社会問題となっている。これらの国では、外傷治療の中核となる救急病院を基軸にした救急医療が行われており、同時にプレホスピタルケアの向上に向けた活動も展開されている。これらの状況は日本の救急医療導入時の状況と類似しており、日本の経験が応用できると考えられる。ここでは、「タイ国外傷センタープロジェクト」として現在 JICA による技術協力が実施されている、国立コンケン外傷センターを例にと

²¹ 総務省消防庁・厚生労働省「救急救命士の処置範囲拡大についての検討」(<http://www.zck.or.jp/activities/2405/>)

って分析する。

このプロジェクトにおける日本の協力は、病院ケア、プレホスピタルケア、交通事故予防・軽傷化、研修・研究センター、モデル化、の5つを中心に行われており、この中でも特にプレホスピタルケアと交通事故予防・軽傷化に日本の経験が生かされている。具体的には、プレホスピタルケアについては、住民に対する通報および応急処置訓練・広報、救急指令センターの設置、救急救命士・ボランティア救急隊員の訓練、救急サービスとレスキュー機能についてのガイドライン作成などの活動が行われ、交通事故予防・軽傷化には、広報プログラムに実施、県安全委員会との協議、運転者・住民リーダー・学校への安全教育の実施、交通安全キャンペーンの開催、交通事故に関する調査研究の実施などの面で協力が行われている。

現在生じている問題は、増大する交通事故に対応して実施されてきたが、次第に内科系疾患による救急患者の搬送が増大しつつある、すべての救急患者が地域ごとに指定された3つの病院に搬送される結果、外傷では軽症患者が多くなる反面、他の医療機関から搬送される内科系疾患は重

症例が多いなど、医療機関相互の関係について検討する必要がある、コンケン市の救急医療システムはコンケン病院の管轄下に実施されているため、この突出した「コンケンモデル」がコストの問題を含めて、今後タイ全土に普及できるかどうか大きな課題である、などであり、多発する交通事故へ対処するために実施されるようになった救急医療は、ほぼ日本と同様のプロセスをたどることを示している。 に対しては最初から内科系疾患を視野に入れた救急医療体制の確立が、 に対しては1次、2次、3次の医療体制の確立が、 に対しては病院単位でなく、自治体が消防、警察、医療機関などと密接に連携して管轄する自治体単位の体制の確立が、それぞれ有効であることが日本の経験からいえよう。

また将来的には、「救急医療情報センター」のような広域で情報を一元管理するシステムが必要となり、その際日本の「119」のような全国一律の通報制度の構築なども視野に入れるとよい。このような情報管理制度の構築は、日本の得意とする分野であり、保健医療分野、情報技術分野、行政サービス分野の各専門家が連携して情報管理の面から協力することが重要と考えられる。

タイ 外傷センタープロジェクト



BOX10-2 救急医療の3つのプロセスにおける途上国の課題

救急医療の課題となる供給側の要因については、コミュニティにおけるケア、搬送中のケア、および医療施設でのケア、の3つを挙げることができる。すなわち、傷病による死亡や傷害を最大限に防止するためには、迅速なケアの開始、医療施設へのアクセスおよび施設における適切なケアの提供が不可欠であるが、これらの状況はまた途上国の開発段階や地理的要因によって大きく左右される。

コミュニティにおけるケア

交通外傷や急性疾患の転帰は、傷病の程度と医療の必要性をいち早く認識するかどうかにかかっている。すなわち、コミュニティにおける救急ケアについては、交通外傷の場合救急通報システムの有無やバイスタンダーによる迅速な応急手当の実施が重要である。また、妊婦や小児の救急ではヘルスケアへのアクセスがコミュニティにおいて円滑に行われるかどうか大きな課題である。ジンバブエでは、母親の死亡のかなりの部分は避けることのできる要因、すなわちヘルスワーカーが重篤な合併症を見落とすとか、重篤な状態にある妊婦を上位施設にリファーしないために引き起こされている。

搬送中のケア

救急医療システムにおける輸送の問題は、搬送中のケアと適切な輸送手段の有無の2つに分けて考える必要がある。交通外傷や心筋梗塞などの救急医療では搬送中のケアの質が重要であり、救命率を向上させるためにドクターカーや救急救命士制度のある途上国も見られる。一方、多くの低所得国では適切な輸送手段の欠如が救急ケアの大きな障壁となっている。これには、コミュニティから第一次医療施設へ行くのに適当な乗物がない、道路がないかあっても劣悪な状況である、燃料の不足、輸送サービスに対して支払いができない、などさまざまなアクセスの阻害要因が含まれる。ギニア・ビサウの都市部では、125人の急性疾患に罹患した小児のうち25人が病院への途中あるいは外来で待っている間に死亡したという。

第一次医療施設から上位のケア施設に救急搬送する場合には、救急車が利用されることが多い。しかしながら、上位施設にある救急車の出動を要請するためには連絡手段が不可欠であるが、電力や電話設備が整っている所は少なく、マラウイでは家族が自転車に乗って県病院へ行き救急車の出動要請がなされているのが現実である。すなわち、有効な通信手段のない地域では救急車の設置だけでは不十分であり、太陽発電を利用した無線通信などの通信連絡手段の存在が極めて重要である。

医療施設でのケア

医療施設に到着時に適切かつ迅速な治療を実施できるかどうか救急医療ケアの課題の第3の要因である。医療施設における治療ケアの能力は人的および物理的要因によって決定される。人的要因にはヘルスケアワーカーの数や組み合わせと彼らのトレーニングレベルが含まれ、また物理的要因には施設のスペース、医薬品、医療消耗品や機材が含まれる。周辺住民によるその施設に課せられた要求のレベルにより、サービスの提供内容や緊急連絡によるアクセスが可能かどうかが決まる。これらのハードおよびソフトの状況は施設のレベル、国や地域によってさまざまである。

質の低いケアしか提供できない医療施設においては質の低い結果しか生じないことは明らかであり、救急トリアージと治療(ETT: Emergency Triage and Treatment)は一般に救急システムの最も弱い部分である。マラウイにおける研究によると、急性疾患で病院を訪れた小児患者の多くは迅速な救急ケアを受ける前に長い間待たされたため重篤化し、その結果、回避できたかも知れない死亡と障害をもたらしたという。メキシコでは、死亡した132人の小児の verbal autopsy の結果、その大多数は死亡の3日以内に医師によって診察を受けていたことがわかり、薬物治療の不適切な選択や三次病院へのリファーの遅れなどの要因が死亡の半分以上に関わっていたという。このような状況の中で、ETTの改善を目指したプロジェクトでは既にガイドラインが作成され、このガイドラインの評価によると救急医療を必要とする小児のアセスメントに要する時間は有意に減少したといわれる。

出所: Fawcus (1996), Sodemann (1997), Tamburlini (1999), Razzak and Kellermann (2002) を基に作成。

3-2 低所得国の農村部を中心とした救急産科ケアおよび小児救急ケア

開発の遅れた国や中等度ないし低所得国の主として農村部における救急医療においては、日本が1963年以降確立した救急医療のシステムよりは、むしろ「母子保健」や「地域保健」の分野における草の根の取り組み方が参考になると思われる。ここではそれらの取り組みをどのように工夫すれば途上国における救急医療へと結びつけていける

のか、そのための留意点を中心に、コミュニティにおけるケア、搬送中のケア、医療施設でのケア、について述べる。

3-2-1 コミュニティにおけるケア

これらの地域で救急医療の対象となる疾患の多くは、救急産科疾患や小児の急性疾患である。救急医療ケアの要素は、コミュニティでのケア、搬送ケアおよび医療施設でのケアに分かれるが、開

BOX10-3 途上国において可能な救急ケアモデル

途上国における救急医療の実践に向けたチャレンジとして、現在さまざまな試みが行われている。開発の遅れた国では、乏しい人的、物的資源が大きな制約となって、先進国に見られるような包括的救急医療体制を構築することは非常に困難である。現在のところ、疾患に特異的あるいは施設に特異的な救急ケアの実践以外に、途上国における全般的な救急医療ケアの提供を体系的に改善するような成功モデルはない。しかしながら、幸いにして多くの途上国では既に救急産科ケアやIMCIに焦点をおいたプログラムを持っており、そのようなプログラムは、救急ケアに対してより包括的かつすべての疾病に対するアプローチを策定するために必要な枠組みを提供できる可能性がある。

Razzakらは、救急医療システムにおける中心課題に具体的に対応するために、以下のような活動が必要であると指摘している。

- 1) 救急ケアシステムへのアクセスと応急手当の実施についてコミュニティを教育する。
- 2) 救急ケアを必要としている患者に対し、救急ケアシステムの仕組みについて知らせるための簡単な通信連絡システムを構築する。
- 3) 患者を最も近い医療施設へ運ぶための輸送手段（動力によるものが望ましい）を確保する。
- 4) ヘルスケアシステムのあらゆるレベルにおいて既存の資源を効率的かつタイムリーな利用を可能にするトリアージ基準を作成する。
- 5) 救急ケアの基本方針に関してヘルスセンター職員にトレーニングを行う。
- 6) システムのそれぞれのレベルにおいて、トレーニングを受けた者が適切なケアを提供するための機材、消耗品および医薬品の基本的なキットを準備する。

また、途上国において救急医療ケアシステムを構築ないしは改善するための戦略として、以下のような項目を提起している。

- 1) ヘルスシステムでは民間団体や非営利組織の役割が増大しているので、救急医療ケアシステムの実践においても、これらの組織との連携する。
- 2) 救急医療ケアのミニマムスタンダードを関係者と協議して明確にする。
- 3) 既設のプライマリケアセンターを従来の予防活動やプライマリケアの提供に加えて救急患者の集結地点として機能させ、ETTを行う。そのために必要なスタッフのトレーニングと必須機材および消耗品の簡単なキットを確保する。
- 4) 多くのボランティアに対して応急手当の基礎を教えるためのプログラムを実践する。
- 5) 医師や他のヘルスケア専門家に行われるトレーニングに救急医療における適切なトリアージと治療決定などの教育内容を含める。
- 6) コストリカバリ（使用者による費用の負担）システムの採用や救急ローン基金の創設、ボランティアとの提携によるコストのかからない搬送システムの開発などコスト負担の軽減に向けた検討を行う。

出所：Razzak and Kellermann（2002）

発途上国では多くの救急状態は普通自宅で始まるので、コミュニティにおける早期の発見とヘルスケアへの迅速なアクセスを図るシステムを構築することが重要である。また、コミュニティボランティアの役割は大きく、彼らに簡単な手技ではあるが生命に関わるケア（気道の確保、外出血のコントロール、周りにある機材を利用した骨折の固定など）に関するトレーニングを行う方法は有効と考えられる。

3-2-2 搬送中のケア

先進国で用いられている救急搬送モデルは非常にコストがかかり、低所得国では非現実的である。貧しい開発途上国における著しい資源の制約、劣悪な道路状況、燃料不足などの状況に対しては、他の手段の選択が余儀なくされる。このため、タンザニアでは救急搬送のモデルとして、モーターボート、カヌー、トレーラー付き自転車、プラットフォーム付き三輪車、トレーラー付きトラクター、修理した乗物および牛車などが用いられている。

3-2-3 医療施設でのケア

医療施設における救急ケアとして問題となるのはETT（トリアージと救急治療）である。現在、ETTの改善を目指した国際的な保健プロジェクトがいくつか見られるが、日本の協力事例としては、エジプトカイロ大学小児病院における小児医療プロジェクトがある。ここでは、患者（患児）トリアージと動線計画（病院の開門と同時に押し寄せてくる非識字の患者を効率よく並ばせる）、基本的事項として集中治療室での清潔徹底と栄養補給指導、救急状態を脱した患児を通常の病棟に送るシステム整備などを行い、成果が上がっている。特に、現在ではトリアージと動線整理のシステムが根付くようになり、エジプト唯一の公的小児救急施設の役割を果たすことが可能になっている。

以上のように、高度な医療設備や搬送システムがなくても、工夫次第でそれなりの救急医療体制を確保することはある程度可能である。既存の人的・物的資源の活用と、問題分析とその解決のために知恵を絞ることが鍵となろう。なお、そのような低所得国における救急ケアシステムの可能性

についての先行分析をBOX10-3にまとめたので、参照されたい。

ネパールにおけるJICAを含めたドナー機関の支援によるIMCI（Integrated Management of Childhood Illness）の協力事例は、コミュニティレベルにおける総合的な小児ケア分野の救急医療体制の構築に示唆を与えてくれる。IMCI自体は本来、コミュニティおよびプライマリケアセンターから第3次病院までのすべてのヘルスシステムに関わる活動であるが、ネパールでは特にコミュニティにおける活動を重視しCommunity-based IMCIといわれる。これは、それぞれの地域で選ばれたFCHV（Female Community Health Volunteer）に対し5日間のIMCIトレーニングを行うもので、その結果特にARIについて重症肺炎が有意に減少することが明らかになっている。これは、医療施設（ヘルスポスト）の開いている時間が限られているのに対し、FCHVは24時間村にいて急変時にはいつでも対応でき、しかもアクセスが極めて容易であること、ARIに対するケアが迅速に行われるため悪化の例が減少すること、重症例は上位の医療施設へ迅速に報告されること、IMCIにおける個々の疾患に対するケアのガイドラインが確立し使用が簡単であることなどの理由が挙げられる。つまり、コミュニティにおける活動を基点におくことによって、IMCIは救急医療と深く結びついた活動であることを示している。この協力では、日本が救急産科ケアシステムを確立しないで母子保健の改善を達成させた経験が生かされており、低所得国における救急ケアの取り組みに新しい可能性を投げかけているといえよう。

ネパールにおけるIMCI



<参考文献>

- 市川光太郎 (2003) 「小児救急医療の将来展望における小児科学会の役割」 『日本小児科学会雑誌』 第107巻、第1号、pp.125-129
- 医療法制研究会編 (1999) 『図説日本の医療<平成11年度>』 ぎょうせい
- 大塚敏文 (1991) 『救急医療』 ちくまライブラリー-67
- 沖中重雄他 (1976) 「当面とるべき救急医療対策について」 救急医療懇談会報告、191-210頁
- 菊池武雄 (1968) 『自分たちで生命を守った村』 岩波新書
- 北島勉他 (2001) 「タイ王国の一地方都市における救急搬送システム」 『杏林医会誌』 第32巻第4号、杏林大学
- 救急救助課 「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」 消防庁総務課 『消防の動き』 平成14年6月号 No.376
(http://www.fdma.go.jp/ugoki/h1406/6_2.pdf)
- 厚生省健康政策局指導課 (1997) 『救急医療体制基本問題検討会報告書』
- 厚生統計協会 (2003) 『国民衛生の動向・厚生 の指標』 臨時増刊第50巻第9号通巻第784号、厚生統計協会
- 厚生労働省 「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」 報告書
(http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/12/s1211_5.html)
- 国府田洋明 (2002) 「バイスタンダーの重要性と救急救命士の役割」 『クリニシア』 Vol. 49 No. 508、pp.211-214
- 国土交通省道路分科会基本政策資料 「近年の交通事故の推移」
(<http://www.mlit.go.jp/road/ir/kihon/sank533.pdf>)
- 篠崎英夫他編 (1991) 『21世紀の我が国の救急医療 救急救命士制度の創設と救急医療体制』 第一法規
- 消防庁救急統計速報最終版 「救急業務高度化の現況」
(<http://www.fdma.go.jp/html/new/99gyomu.html>)
- 杉本侃 (1996) 『救急医療と市民生活 阪神大震災とサリン事件に学ぶ』 へるす出版
総務省消防庁・厚生労働省 「救急救命士の処置範囲拡大についての検討」
(<http://www.zck.or.jp/activities/2405/>)
- 長谷川慧重他 (2002) 「救急、休日夜間医療」 『国民衛生の動向』 第49巻、第9号、厚生統計協会、pp.202-206
- Chawla R. (1999) “Need for trauma care programmes in developing countries” *Bulletin of the World Health Organization*, Vol.77, pp. 948 - 949
- Fawcus S, Mbizvo M, Lindmark G, et al.(1996) “A Community-based investigation of avoidable factors by maternal mortality in Zimbabwe” *Studies in Family Planning*, Vol.27.pp.319-327
- Gove S. (1997) “Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview” *Bulletin of the World Health Organization*, Vol.75, Suppl 1: pp. 7 - 24
- Razzak JA, Kellermann AL. (2002) “Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile ?” *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 80, pp. 900 - 905
- Sodemann M, Jalobesen MS, Molbak K, et al. (1997) “High mortality despite good care-seeking behaviour: a community study of childhood deaths in Guinea-Bissau” *Bulletin of the World Health Organization*, Vol.75.pp.205-212
- Tamburlini G, Di Mario S, Schinder R, et al. (1999) “Evaluation of guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries” *Arch Dis Child*, Vol.81.pp. 478-482.
- World Bank. (1995) “Minimum package of health services: criteria, method and data” *World Bank*.

第11章 医療保険

現在、多くの途上国では医療保険制度が普及しておらず、そのため特に貧困層において医療サービスへのアクセスが困難で、病気と貧困の連鎖が断ち切れず、貧困削減の大きな障害となっている。このような状況の中で、中進国をはじめ、経済の体力が付き、行政能力が比較的安定してきている途上国においては、国民皆保険を目指す気運が出てきている。

日本は先進国の中でも唯一公営の国民皆医療保険を有する国である。またその創設は高度経済成長へと飛躍する前であることなどの特殊性があるものの、その経験は途上国にも役立つものと思われる。日本の医療保険制度の最大の特徴は国民皆保険であり、また、“誰でも、どこでも、いつでも”同じ質の医療を低額の自己負担で受けられる、極めて高い公平性を有するシステムであることも特徴である。

本章では、最初に日本の医療保険制度の変遷を概観し、次に現在の医療保険制度を紹介し、さらに諸外国との比較を行いつつ日本の医療保険制度の特徴について考察する。最後に途上国の医療保険制度を考える上で参考になり得る日本の経験についてとりまとめる。

1. 医療保険制度の変遷

1-1 医療健康保険の誕生(1900～1944年)

日本における医療保険制度は、1900年代初頭に、一部の官営企業や民間の大企業において共済組合が導入されたことに始まるが、国の制度としては、1922年に公布された「健康保険法」がその始まりである。しかし同法の対象は鉱業法や工場法の適用事業所における雇用者のみとするなど極めて限定的で、またその対象者に対しても十分な医療を

保障するものではなかった(1920年時点で約770組合あり、そのうち機能しているものは約45組合)¹⁾。また、当時日本国民の大部分を占めた農民はカバーされておらず、第1次世界大戦後の恐慌で疲弊した農村においては医療費負担が貧困を深刻化する状態であった。

一方、日本には明治時代から、農村の互助組織としての保険協同組合のようなものが存在していた。政府がこれを国の制度として再構築し、非雇用者、特に農民をカバーしようとしたのが1938年に施行された「国民健康保険法」である。また、翌1939年には「職員健康保険法」、「船員健康保険法」が制定され、ようやく受益者の裾野が拡大した²⁾。戦前の1943年度末には、既に全国の市町村の95%にまで国民健康保険制度が普及し、都市部を除きほぼ国民皆保険が達成されるに至り、「第1次国民皆保険時代」とも呼ばれた³⁾。

1-2 終戦から国民皆保険達成まで (1945～1961年)

第2次世界大戦後の混乱が収まると、当面の大きな目標は国民皆保険の実現におかれた。戦前に「第1次国民皆保険」を達成していたが、大戦によって経済的・社会的に大きな喪失を受け、また戦後経済の深刻な不振と物価高騰の影響を受けて、国民健康保険は崩壊寸前の状態にあった。当時、農業、自営業などに従事する人々を中心に国民の約3分の1は医療保険の適用を受けていなかったため、これらの人々をカバーする医療保険の導入が急務であった⁴⁾。

1945年からの数年間は保険財政の再建に全力が注がれ、標準報酬月額の設定、保険料率の引き上げ、被保険者の適用範囲の拡大などが実施された。1956年には社会保障制度審議会により、「医療保

¹⁾ 厚生省(1988)

²⁾ 村上(1996)p.56

³⁾ 厚生省(1988)、広井(1999)

⁴⁾ 厚生省(1988)

障に関する勧告」が出され、これに世論も加勢し、1958年に新しい「国民健康保険法」が制定され、1961年4月にすべての国民を対象とする国民皆保険制度がスタートした。

1-3 制度改正期（1962～1981年）

以上のように日本は国民皆保険を達成したが、国民健康保険の加入者は自己負担の割合が50%であるのに対し、被用者保険は自己負担なしという格差が存在した。この格差是正のため、1980年まで、国民健康保険の自己負担の最大割合を30%に引き下げたり、保険料不足を税金で負担する等、患者負担の軽減を図る制度改正が続き、経済的に恵まれない人も受診しやすくする努力が続けられた。これにより、特に高齢者の受診率が大幅に向上したと言われている。

また、政府は1973年に老人の医療費を公費で負担する老人医療費支給制度を導入し、この年は「福祉元年」と呼ばれた。

1-4 高齢社会への対応期（1982年～現在）

日本の高齢化は1955年頃から既に始まっていたが、その後も出生率の低下は続き、その一方で高齢者の死亡率が低下したことによって、人口高齢化の速度は予想以上に早まっていった。急速に高齢化が進む中で、老人医療費の財政負担が急激に

重くなり、1982年以降、社会保障制度全般の改革が行われることとなった。医療保険制度についても、1982年に疾病の予防・治療・リハビリテーションを一貫して行うとともに、老人医療費の一部負担を求める「老人保健法」が成立し、その後も医療費適性化（利用者負担率の引き上げ等）が進められた。

その後も高齢化は進み、生活習慣病など慢性的な疾患が増えるなどの影響で医療費が増加する一方で、経済の低成長に伴う賃金の伸びの低下等により保険料収入が伸び悩み、医療保険各制度は構造的な赤字体質となっている。この状況に対応するため、1997年度に給付と負担の見直し、保険料率の改定等の制度改正が行われ、1998年度には老人医療費拠出金の改正等も行われている⁵。

他方、1994年には介護保険法が成立（2000年より施行）し、老人医療として扱われていた一部は福祉サービスとして提供されることとなり、医療、保健、福祉の統合的アプローチ作りが進んでいる。

なお、政府は2002年医療制度改革の全体像を示し、これに続いて2003年3月には「医療保険制度体系および診療報酬体系に関する基本方針」を閣議決定し、本格的な高齢社会において持続可能な医療保険制度の構築に向けて、高齢者医療制度の創設（老人保健制度の廃止）を含む抜本的な改革案を検討中である。

表11-1 日本の医療保険制度の主な流れ

1922年	健康保険法制定
1938年	国民健康保険法施行
1961年	国民皆保険の達成
1982年	老人保健法制定
1984年	被用者保険における利用者負担 1割導入
1997年	被用者保険における利用者負担率 2割に引き上げ
2000年	介護保険法施行（利用者負担 1割）
2000年	高齢者の定率1割負担導入（薬価一部負担の廃止）
2001年	老人保健、利用者負担 10割導入
2003年	被用者保険における利用者負担率 3割に引き上げ、保険料の算出根拠が月収から年収に。
	21世紀へ向けて抜本的改革検討中

⁵ 中村（1998）

2. 医療保険制度の概観

2-1 医療保険の概要

国民に医療を保障する制度は、大別すると、国が医療そのものを提供する方式（英国やスウェーデン等）と、社会保険システムにより医療に要する経費を補填する方式（ドイツやフランス等）に分けられるが、日本はドイツに学び後者の社会保険方式を採用した。

日本における医療保険では、国内のどの医療機関においても、保険証を提示することにより医療サービスという現物支給の形で給付を受けることができる。現在の医療保険制度の概要は、表11-2の通りであり、いくつかの制度が分立している。大別すると、職場に勤める人を対象にする「被用者保険」（職域保険）と、自営業者などを対象とする地域保険の「国民健康保険」（国保）の2本立である。被用者保険には、健康保険（保険者が政

府と健康保険組合）、船員保険、共済組合がある。さらに、各医療保険制度の共同事業として、横断的に70歳以上⁶の老人医療を取り扱う老人保健制度がある。

医療保険制度の給付の割合は、制度ごとにまた被保険者（健康保険の場合は被雇用者あるいは国民）と家族、外来と入院という違いにより異なる。被保険者は、被用者保険および国民健康保険については本人および扶養親族とも30%の自己負担が生じる（2003年4月現在）。一方、老人保健の場合は、自己負担は10%（月額上限、外来は3,000円、入院は37,200円）となっている。また高額医療費の場合、所得に見合った一定額以上は自己負担が免除される、「医療費高額療養費制度」がある⁷。

その他、現金給付として、疾病手当金、移送費、出産育児一時金、出産手当金、埋葬料等が支給される。

保険料については、被用者保険の場合は、被雇用者の給与から天引きされ、国民健康保険の場合

表11-2 日本の医療保険制度の概要（2003年6月現在）

制度		対象者	医療給付		財源	
			一部負担	高額医療費による自己負担限度額あり	保険料	国庫負担・扶助
健康保険	政管	中小企業被用者	本人3割 家族3割 薬剤別途		料率8.2%	給付費の13.0% (老健拠出金の16.4%)
	組合	大企業被用者			料率は保険者により異なる 労使折半が原則 (法定上限は9.5%)	-
船員保険	船員		-			
共済組合	国家公務員 地方公務員 私学教職員		なし			
国民健康保険 (市町村)*1		農業者 自営業者等	本人3割 薬剤別途		世帯毎に応益割 (定額)と応能力割 (負担能力に応じて賦課)	給付費等の50%
老人保健*2		原則として 70歳以上の者	外来1割 入院1割		費用負担 公費(国、県、市町村): 3割 医療保険者の拠出金: 7割 (2002年9月まで)	

注：*1 退職者医療制度もこの中に繰り込まれている。

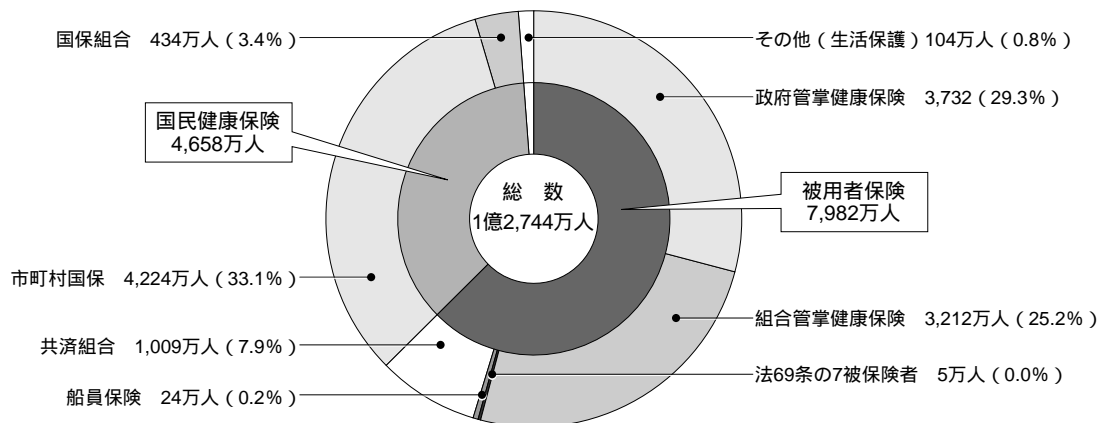
*2 2002年10月から2012年10月までに、受給対象年齢を75歳以上、老人医療費に対する公費負担の割合を5割となるよう段階的に引き上げを行うとともに、患者負担については月額上限と定額制を廃止して定率1割負担（一定以上所得者は2割）が徹底された。

出所：厚生労働省ホームページ、厚生統計協会（2003）、中村（1998）を基に作成。

⁶ 寝たきり等の状態にある人は65歳以上。

⁷ 2003年4月以降、月額上限、低所得者は35,400円、一般は79,890円、上位所得者（月収56万円以上）は220,110円。70歳以上の高齢者については、一定以上所得者は現役世代の一般と同じ、一般は40,200円、低所得者は15,000～24,600円。

図11-1 医療保険制度の加入者の構成



注：・加入者の位置づけは各制度により異なる。
 ・被用者保険の加入者：本人（被保険者）およびその家族（被扶養者）
 ・国民健康保険の加入者：被用者保険の加入者以外の者全員（被保険者）
 出所：厚生労働省ホームページ

は、被保険者が保険の運営を行っている各市町村に直接支払う。支払うべき保険料は被保険者の給与の一定の割合の額と定められているが、その率（保険料率）は被用者保険、国民健康保険により異なる。また被用者保険においても、共済組合、組合管掌健康保険、政府管掌健康保険によって保険料率が異なり、さらに同じ組合管掌健康保険においても所属する保険組合によって相違がある。保険料率は、政府管掌健康保険では8.3%、組合管掌健康保険では保険者により異なるが法定上限が9.5%と定められている⁸。また、国民健康保険における保険料は、世帯ごとに定額分と負担能力に応じた割合を組み合わせしており、その算出方法は保険者である各市町村によって多少異なる。

2-2 介護保険制度

以上の医療保険に加え、急速に進行する高齢化に対処するため、2000年4月より介護保険制度が導入された。

介護保険では、保険者は市町村であり、40歳以上のすべての国民が被保険者とされ、被保険者は65歳以上の第1号被保険者および40歳以上65歳未満の第2号被保険者に区分される。介護給付に必要な財源の50%は公費でまかなわれ、残りの50%は被保険者からの保険料によって負担されてい

る。保険料は、第1号被保険者については市町村ごとに定額保険料が設定され、年金受給者については年金から天引きされる形で、徴収されている。第2号被保険者については、全国一律の額を医療保険に上乗せする形で医療保険の保険者が徴収している。給付は第1号被保険者については要介護状態もしくは要支援状態と認定された場合に、第2号被保険者については、パーキンソン病等、老化に起因する疾病に罹患し要介護状態もしくは要支援状態と認定された場合に行われる。給付対象となるサービスの範囲は、訪問介護、老人ホームへの入所等、認定された支援または介護の度合いに応じて決定され、介護サービスという現物の形で給付される。また、利用者には10%の自己負担が生じる。

2-3 生活保護および医療費公費負担制度

さらに上記の医療保険制度を補完するものとして、日本には生活保護および医療費公費負担制度がある。

2-3-1 生活保護制度

ある世帯の総収入が、国の定める最低生活費を下回り、なおかつ親族からの援助が期待できないなど一定の条件を満たした場合、生活保護を受け

⁸ 2002年12月改正。

ることができる。生活保護が適用になると、医療費は医療扶助から支払われるため、自己負担なしに必要な医療サービスを受けられる。

2-3-2 公費医療制度

公費医療制度は、国家保障、社会防衛、社会福祉等の性格を持つものに分けられる。国家保障的性格を持つものには、戦傷病者特別援護法による療養の給付がある。社会防衛的性格を持つものには、結核予防法、精神保健福祉法、感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症予防医療法）、麻薬取締法による医療がある。社会福祉的性格を持つ公費医療制度には、生活保護法、身体障害者福祉法、児童福祉法によるものがある。

このほか公費医療には、特定疾患治療費（スモン、重症筋無力症等⁹疾患）および小児慢性特定疾患治療費（悪性新生物、喘息等¹⁰疾患群）がある。

また、こうした国の制度のほかに、各自治体ごとに公費負担医療制度が各種定められている。公費負担による医療費は、地方自治体単独実施分も含めて2000年度で1兆6,051億円と推計されており、これは国民医療費総額の5.3%にあたる⁹。

3. 途上国の医療保険制度構築と日本の経験

日本の医療保険制度における経験を途上国の医療保険制度構築に役立てる方策を検討するにあたり、最初に日本の医療保険制度の特徴をまとめて、その後に現在の途上国の状況に照らし合わせて途上国への応用可能性を検討する。

3-1 日本の医療保険制度の特徴

3-1-1 国民皆保険

日本の医療保険制度の最大の特徴は、すべての国民が医療保険に加入しているという国民皆保険であろう。民間の医療保険が主体で健康保険加入に経済的な負担が大きいことから国民の15%以上

が健康保険に加入していない米国との大きな相違点である。また、日本の医療保険制度はドイツをモデルとして始められたが、ドイツでは職域を中心とした保険集団を形成しており、公費を投入せず保険料を主財源とする制度であり、特定の職域に属さない者や自営業者、高齢者は任意加入となっており国民皆保険とはなっていない。これに対し日本の医療保険制度は、当時国民の大多数を占める第1次産業従事者とその家族をカバーするために、企業による保険組合と政府が保険者となる政府管掌健康保険との2本立てを採用し、国民皆保険を達成した。このため、税金による財源で医療サービスを無料としているイギリスの制度に近づいたものといえる¹⁰。

3-1-2 政府が大きな役割を果たす

日本では政府が医療財政について一元的に管理しており、すべての保険制度に関して政府公定の診療報酬システムが適用されるなど、全体に社会保険制度というよりも社会福祉（所得再分配機能）の色彩が強いのも特徴である。通常、社会保険システムにおいては、保険の運営主体である保険者は、（さまざまな公的規制等を受けるにしても）本来「民間」の団体であり、その自立性が重視される。例えば診療報酬等についても決定権を持つドイツの「疾病金庫」がその典型である。ところが、日本では多数の保険者が分立しながら、診療報酬等は国が一元的に管理しており、すべての国民が同じ質のサービスを同じ価格で購入できるようになっている。

さらに、政府が保険者になり政府管掌健康保険を創設したという特筆すべき特徴をもっている。国民健康保険においては政府自身が保険者となり、またその財源に国の税金を投入しており、国家主導の「保険と税の渾然一体性」が見られ、後発国ゆえの際立った特徴がある¹¹。

3-1-3 非雇用者を取り込む

途上国の社会保障制度設計にあたって、最も問

⁹ 鈴木・久道編（2003）

¹⁰ 広井（1999）

¹¹ *ibid.*

題になるのが非雇用者層（農林水産業者、自営業者）の取り込みである。国際社会保障協会のマイケル・ジェンキンスは、「農村の農業従事者やインフォーマル・セクター（自営業など公式な組織形態をもたない層）の労働者は社会保障の保護を得られないことがこれまで多かったが、このことはとりわけ発展途上国においてあてはまる」と指摘している¹²。

日本においても、近代的医療保険の構築を模索していた時期（1930～40年代）は第1次産業従事者の割合が半数近くと高く、後発産業国家の特徴を有していた。そのため日本はインフォーマル・セクターの医療保険制度への取り込みに世界で最初に挑戦し、独自のモデルを創ることとなった。この「日本型モデル」の象徴的な部分が、国民健康保険制度である。1938年に国民健康保険法が制定された時点で、市町村や地域の任意団体である産業組合を整備して地域保険のシステムを構築した。さらに戦後、1947年に制度普及促進の観点から、これらの地域に分立する保険者はすべて市町村公営に移管された。また1958年の新しい国民健康保険制度では、強制加入の原則が確立し、皆保険制度を達成した。このような、地域に根ざした小さな地域保険をできるだけ立ち上げ、次第に面的に拡大していく方式は途上国のヒントになるう。

3-1-4 際立って多い保険者数

日本は政府管掌健康保険制度があり、企業ごとの健保組合制度あり、かつ国民健康保険の保険者が市町村という形をとったため、全体として諸外国と比べて保険者の数が際立って多いという特徴

を持っている（表11-3）。つまり、日本の医療制度は、政府という巨大な保険者（政府管掌）と小規模多数の保険者が分立するという独特の仕組みとなっているのである。

3-2 途上国への応用可能性

多くの途上国においては誰もが必要な時に必要な医療にアクセスできることが最大の課題となっている。しかし、政府の財源不足の中でその対応が遅々として進まないのが現況である。一方、制度の自立発展性の観点から自己負担の原則は不可避である。しかしながら、米国などのようにすべてを自己負担にすることもまた現実性がない。そこで、日本の医療保険制度の特徴である、政府主導で一元的に管理し、国民健康保険のような地域を主体とする保険者をできるところから育てて、最終的に国民皆保険に拡大するという、仕組みとプロセスが1つの有効な解決策となりうると考える。以下、この指向性をベースとして、途上国への応用可能性について考察する。

3-2-1 国民皆保険成功のための前提条件

Kobayashi（2000）は、日本の皆保険実現を振り返ってみると、いくつかの好条件が整っていたことが成功の鍵だったと指摘している。第1に、皆保険に向けた強い政治的意志（political will）があったことが挙げられる。政府部内だけでなく、政治家や国民各層に皆保険に向けた広範な政治的合意が見られたことは、皆保険実現に必要不可欠なことであった。第2に「昭和の大合併」と呼ばれる市町村合併があり、これにより多くの市町村の運営能力の足腰が強化された。第3に皆保険に

表11-3 保険者の国際比較

米国	英国	ドイツ	フランス	日本
国 (メディケア) + 民間保険	国 (NHS) [税]	約900の疾病金庫 (8グループ)	少数の疾病金庫	約5,300 (国、組合約1,800、 国保約3,400等)

社会保険グループ

出所：広井（1999）p.54を基に作成。

¹² 広井（1999）

BOX11-1 米国・英国・ドイツにおける医療保険制度の比較

米国：日本とは対照的に、米国の医療保険制度は市場原理を徹底させたシステムとなっている。すなわち、通常の医療保険は民間の保険会社により運営され、消費者である国民は医療保険を商品として購入する。健康保険の価格は高く、大企業等に勤務していれば雇用主からの補助を受けられるが、個人で医療保険に加入する場合は毎月数百ドル以上を負担しなければならない。この結果、医療保険に加入していない者の割合は、米国の全国民の15%に達している。また、医療費を抑制するために、被保険者が受診できる医療機関を指定している保険会社も多い。加えて、患者を入院させる前に医療機関は保険会社から許可を得なければならないなどさまざまな制約が設けられている。また、医療機関も多くが民間経営であり、医療の供給・財源とも「民間」が基本となっている。なお、このような市場原理に基づく健康保険を補完する公的扶助制度として、65歳以上の老人および身体障害者（年齢は不問）の医療費を支給するメディケア、および低所得者および身体障害者を対象とし、一部の子どもおよび妊婦もカバーするメディケイドがある。

英国：「ゆりかごから墓場まで」という言葉に表されるような福祉国家を目指した英国では、国民の税金を財源としたNational Health Service (NHS) が、一部の私立病院を除き、ほぼすべての医療機関を運営しており、それら医療機関においてすべての国民は医療サービスを無料で受けることができる。米国とは対極的に、医療の供給・財源とも「政府」という体制をとっているが、税金を財源として医療サービスを無料としている点において、日本とも対照的である。しかしながら、その医療サービスにはさまざまな制限が設けられている。例えば、国民は家庭医（General Practitioner）に登録し、登録している家庭医にしか受診することができない。また、家庭医からの紹介がなければ病院に行くことができず、紹介が無く受診した場合は通常の料金を支払うことが必要になる。加えて、最近では医者・看護婦等の医療従事者の不足が深刻であり、家庭医の受診も2、3週間待ち、病院の受診は数カ月待たされる場合もある。このため、現在では、民間の健康保険に加入し、民間の医療機関を受診する者も増えてきている。また、プライベートウイングと称して私立病院同様、料金を徴収する病棟を設置する公立病院もある。

ドイツ：日本の保険制度はドイツ型の社会保険モデルを出発点としているが、その後英国型の普遍主義モデルに近づいていった。したがって、ドイツの健康保険制度は基本的には日本の制度と類似しているが、異なる点も多い。その特徴は、職域を中心とした保険集団（保険者と被保険者によるグループ）を形成し、保険料を主財源にした医療保険制度を行っていることである。日本同様、職域ごとに「疾病金庫」と呼ばれる保険組合を形成、その数は約900に及ぶが、高齢者は老人保健と介護保険がカバーする日本と異なり、ドイツでは職域ごとの健康保険が高齢者も対象としている。全国の病床数の約90%が公立の医療機関（公益法人の病院を含む）のものであることは、私立の医療機関が全病床数の約80%を占める日本とは異なる点である。また、自営業者や高所得者は健康保険の加入は任意であり、国民皆保険という形を取っていない。日本は国民皆保険を達成したことにより、モデルとしたドイツ型から移行する必要が生じ、政府管掌健康保険および国民健康保険の保険料不足分を税金で補填することで、国民の税金によって医療サービスを行う英国型の普遍主義モデルとドイツ型の社会保険モデルの中間に位置する制度を作り上げたと考えられる。

医療サービスの供給と財源

	日本	米国	英国	ドイツ
供給	私	私	公	公
	約20%	約25%	ほぼ全て	約90%
財源	公	私	公	公
	保険料 + 税		税	保険料

注)「供給」の下欄は全病床に占める公的病院(国立・公立)の病床の割合。ドイツの場合は公益病院(宗教法入立・財団法人立)を含む。

出所：広井(1999)を基に作成。。

向けて段階的アプローチをとったこともよい結果をもたらした。1938年の国民健康保険法成立から数えて23年間、段階的に対象者を増やして行く方法が当時の日本には適していたように思われる。加えて、当時はまだ医療機関も少なかったこと、高額な高度医療があまり存在しなかったこと、高齢人口が比較的少なかったこと、その結果として国内総生産に占める医療費が低かったこと（1960年代は国内総生産に対する医療費の割合は約3%。1990年代には約7%に上昇した）などの恵まれた条件があった¹³。

これらは裏返していえば、国民皆保険を実現するためには、第1に政治的意思が不可欠であり、第2に運営する行政のキャパシティが強化されなければならない、第3に段階的に対象者を増やしていくやり方が現実的であるという前提条件が導き出される。“段階的に”という観点からは、当然、保険財源の確保の意味からもその国が経済成長により必要な税金や保険料を徴収できる経済水準にあるかによって、段階を決めていくことが重要となる。また、経済力という意味からは被保険者（国民）の保険料納付能力や利用者負担能力との関係も、医療保険設計の大きなポイントとなる。

3-2-2 経済の発展段階に応じた医療保険の導入規模と段階的拡大

「1.日本の医療保険制度の変遷」では日本の医療保険制度の変遷を4つに区分して概観した。ここでは、途上国への応用可能性を考えるために、日本の経済発展段階と保険医療制度の変遷を照合して、経済の発展段階と保険の導入時期や規模について考察する。

日本の場合、経済の発展段階と医療保険制度の変遷で示した4つの時期は、次のように関連づけることができる（表11-4）。「産業化前期」は近代産業が導入されたものの本格的な産業化が始まる前の時期である。この時期は医療保険制度で言うと「医療健康保険の誕生」に当たり、地域互助組織と官営企業や大企業の雇用者中心の保健制度のみが存在した時期である。「経済成長離陸期」は戦後復興から経済が本格的に成長するまでの時期であり、保健医療制度面では保険対象層が全国的に非雇用者（農民や自営業者）へと拡大し、最終的に全国民をカバーする国民皆保険に至った時期（「終戦から国民皆保険達成まで」）に当たる。経済が急速に成長した「高度経済成長期」は、国民皆保険が達成された後に公平性の観点から段階的

表11-4 日本の経済段階と医療保険段階

経済の段階	医療保険の変遷区分	主な保険制度	対象	適する途上国・地域の例
産業化前期	医療健康保険の誕生 (1900-1944年)	地域互助 企業の共済組合	自発的な地域住民 官営企業・大企業の雇用者	セネガル、ブルキナ・ファソ
経済成長離陸期	終戦から国民皆保険達成まで (1945-1961年)	企業の共済組合 政府管掌健康保険 国民健康保険	大企業の雇用者 中小企業の雇用者 特定市町村の住民、地域の産業組合等の組合員	ケニア、インドネシア、フィリピン
上記3つが分立				
高度経済成長期	制度改正期 (1962-1981年)	企業の共済組合 政府管掌健康保険 国民健康保険	全国民	タイ、フィリピン
上記3つを国が一元的に調整・管理				
成熟期	高齢社会への対応期 (1982年～)	同上 + 老人保健制度	全国民	韓国、台湾

出所：筆者作成

¹³ 中村（2001）

に制度改革が行われた「制度改正期」に相当する。「成熟期」は社会経済が成熟し人口は高齢化し、経済は安定から低迷期に入る時期で、医療保険制度はこのような社会の変化に対応して高齢社会体制へと移行する「高齢社会への対応期」になる。

以下、現在の途上国の経済段階に応じて、日本の経験の応用可能性を検討してみたい。

(1) 産業化前期

「産業化前期」にあたるのは、国民の大部分が農業や零細な自営業などインフォーマル・セクターに属し、医療保険制度としてはわずかに公務員や大企業の雇用者のみが対象という時期である。多くの低所得国がこの段階にある。ただし、現代の途上国においては、ほぼどこの国においても外資系等の民間の保険会社が存在し富裕層はその恩恵を受けている状況は、日本の過去の状況とは異なる。

この時期にある国においては、日本もそうであったように、まず公務員や大企業を中心とした被用者保険の足腰を固め、次に地域ニーズやキャパシティのあるところから、地域保険システムの整備していくことが可能であろう。

(2) 経済成長離陸期

経済成長離陸期にあり、かつ国民の大部分がインフォーマル・セクター従事者である国においては、「日本型モデル」が参考になろう。例えば、ケニアにおいては「経済成長と保障のために保険制度の拡充を」という目標に向かって国民皆保険制度を構想中である。現在ケニアでは政府系公社が運営する「国民病院保険基金」があるが、雇用者のみが対象でかつ最低収入の規定があり、この制度の恩恵を受けている層は全国民の1割にも満たない。このために2002年12月に誕生した新政権は、全国民を対象とした「National Social Health Insurance」を2004年7月にスタートさせるべくタスクフォースを設置し、検討を進めている。ちょうど日本が国民皆保険の準備を進めた1940年代と同じような状況である。

広井(1999)は、「日本型モデル」の象徴である国民健康保険制度は、現在の多くの途上国が直面している医療保険へのインフォーマル・セクタ

ー(非雇用者)の取り込みという点で示唆に富むと指摘している。広井は、日本の国民健康保険制度が第1次産業人口等が一定以上の割合(1961年度は45%)を占め、かつ「ムラ」的共同体がなお実質を残した時期に地域に根ざした事実上「農業保険」として出発した点に着目し、このような状況にある途上国や地域に有効なモデルになるという視点を提示している。

ただし、この段階にある国々は一般に行政のキャパシティが脆弱であり、その強化が大きな課題である。ケニアの「国民病院保険基金」においては職員による資金着服や汚職が問題と指摘されており、このような問題の解決策として行政のキャパシティ・ビルディングが必要となっている。その上で、精緻な保険運営制度を構築して、腐敗を防ぐ努力も組み込まれる必要がある。

(3) 高度経済成長期

高度経済成長期にある国で、一応の皆保険制度を構築したものの、まだサービスが不十分であったり、制度の完成度が低い国においては、日本の国民皆保険達成期以降の経験が参考となる。

現に、タイは日本の複雑な医療保険制度の運営実績を高く評価し、制度運営や事務処理のための人材育成について技術協力を要請し、2003年から協力がスタートしている。また、井上(2003)によると、フィリピンは雇用者・自営業・貧困層をそれぞれカバーする3つのプログラムで国民皆保険化を目指しているが、現在加入者は全国民の7割にとどまっており、さらなる普及が望まれている。普及促進に関しては国民皆保険制度構築以後の制度拡充に向けた日本の制度改正の取り組みが参考になろう。

(4) 成熟期

中進国においては高齢化の兆しが見られ、早晚医療費の増大は避けられない状況にある。日本においても、地域保険システムである国民健康保険は、退職した高齢者を取り込む構造となっていたため、人口高齢化によって老人の比重が高まり事実上「老人保険」ともいえる姿に変容している。さらに日本においては、社会や人々の意識の変化によって国民健康保険の保険料未納者が増加して

BOX11-2 韓国の医療保険制度

韓国の医療保険制度は、日本の医療保険制度をモデルとして、1977年、500名以上の従業員を抱えた企業を対象に始まった。その後、医療保険は徐々に公務員や私立学校教員、500名以下の企業に拡げられ、1989年に都市部の被雇用者・雇用者・自営業者のすべてを対象とするようになった。この背景としては、12%にも及んだ高い経済成長、軍事政権による政治的なリーダーシップ、そして国民の平等に対する要求の高まりが挙げられる。

韓国には、日本同様、多数の保険組合が存在し、1989年には417の保険組合が存在したが、1997年の国家健康保険法により設立された国家健康保険組合（National Health Insurance Corporation）に徐々に統合されている。

韓国に住んでいるすべての国民は、国家健康保険の被保険者となり、外国人も申請すれば被保険者となることが可能である。国家健康保険制度の財源は、保険加入者が支払う保険料や雇用主の負担と政府補助金によって運営されており、被保険者とその扶養家族に病気やけがの予防と治療、出産、健康増進、リハビリテーションなど各種保健医療サービスを受ける際に保険給付を行う。2001年現在、保険料が約75%、国からの補助が25%となっている。保険給付は、医療サービス、入院、薬剤等の現物支給で行われるものと、出産費用・葬式費用など金銭での給付となるものがある。被保険者の自己負担は入院の場合40%、外来の場合61%、薬局では30%と、日本に比べて高い。医療費は、医療サービスごとに定められており、国内均一の価格である。

韓国において、健康保険は急激な拡大を見せたが、同時に医療費の増大も招いた。また、都市部と地方との利用の格差が広がっている。国家健康保険組合の財政危機および被保険者の自己負担が大きいため、医療保険の支給システムの見直しがなされている。

出所：Kim（2003）を基に作成。

いる。このような変化に日本は明確な解決策を見出しえていない。そのため、高齢化に直面するであろう途上国に対しても有用な具体的提言を日本の経験から引き出すことは難しいが、人口動態の変化を踏まえた長期的な視点を持った制度構築・改善が必要であることは日本の経験からの教訓としていうことができる。

医療保険制度については、広井が指摘するように日本の制度には多分に途上国に参考になる部分も多いが、当然のことながら日本の制度のみが唯一の解ではない。途上国においてその国の経済力や国民気質などを踏まえた適切な医療保険制度を検討する上では、日本も含め広く先行事例をレピ

ューし、それらの長所短所等を明確にすることが重要である。その際に参考になる事例としては、日本をモデルとしながらも日本よりも自己負担率が高く、また対象としている疾病も制限されている韓国や台湾の制度や、シンガポールのように世代間扶養の理念を捨てて、基本的に個人の積立方式である「強制貯蓄保険制度」を導入した例などがある（BOX11-2、11-3参照）。

最後に、現在の途上国の状況は、グローバル化や援助資金の規模の大きさなどによって、日本が経験した時代背景に比べてはるかに複雑で、単純に論じることはできない部分があるであろうことを付け加えておきたい。

BOX11-3 シンガポールの医療保障制度

シンガポールの医療保障制度は、ヨーロッパ諸国のような福祉主義に否定的で、医療費や老後のケアの問題は基本的には個人（と家族）の問題であるという基本的理念の下、強制的医療貯蓄と選択的医療保険の組み合わせで成り立っている。そこには相互扶助的考えはない。

シンガポールの医療保険制度は3M制度と呼ばれ、メディセーブ（Medisave）、メディシールド（Medishield）、メディファンド（Medifund）から構成されている。また、2002年6月からエルダーシールド（ElderShield）という長期介護医療保険を導入した。これは基本的に個人と家族が保険料を負担し、貧困者や援助が必要な人のみ政府が給付する仕組みとなっている。

まず、雇用者と労働者が、中央積立基金（Central Provident Funds：CPF）にある労働者名義の口座に毎月一定額を積み立てる。CPFの負担率は通常、労働者が給料の20%、雇用者が20%であるが、これは被雇用者の年齢（高齢になるほど低い）や経済状況によって変動する。

CPF口座に振り込まれた貯蓄は、「メディセーブ口座」「普通口座」「特別口座」へ振り分けられる。CPFから強制的医療貯蓄と言われるメディセーブ口座に分配される割合は6～8.5%である。メディセーブ口座は老後の医療保障制度であるから、原則、55歳まで引き出すことはできない。ただし、現在の高齢者は同制度に未加入か残高が不足していることが多いため、親族（親・兄弟・子）の医療費の支払いに彼ら自身の口座から支払うことを認めている。

メディセーブ口座だけでは自身と家族の医療費のすべてをカバーするには不十分であるため、1990年にメディシールド計画を導入した。これは選択式医療保険であるが、CPF会員の約9割が加盟している。保険料は安い、保障範囲に制限が多い（加入以前からの疾病や精神病、争乱・暴動などによる治療は保障の対象とならない）、このためさらにこれを補完するためメディシールドプラス制度が1994年に設置された。

他方、医療費の支払いが困難な貧困者の医療基金制度として、1993年に2億S\$を原資としてメディファンドが創設された。

さらに、3M制度では老後の医療費の保障に不安があるため、2002年6月にエルダーシールドが創設された。これはメディシールドと同様の選択式保険で、民間会社によって運営されている。加入できるのは40～69歳。給付は65歳以上で、要介護に認定されることが条件で、月300S\$の現金給付で、受給期間は最大5年までである。2002年9月現在、40～69歳人口の67%が加入している。

CPF制度は1955年に設立され、年金に代わる老後の経済保障を目的としたが、次第にその機能を拡大し、現在では住宅ローンの返済や教育費などにも充当できる、生涯にわたる社会保障貯蓄制度である。

日本においてもシンガポールの医療保障制度を参考にしてはどうかという議論もあるが、シンガポールは人口約410万人（1年以上在住外国人含む）の小国で、平均年齢34.0歳、平均寿命男75.6歳、女79.6歳、1998年に高齢化率7%に達したばかりで、2000年発表のWHOヘルスランキング世界6位（日本は10位）という特殊性を考慮する必要がある。

（1S\$ = 約65円、2003年1月現在）

出所：湯（2003）を基に作成。

< 参考文献 >

医学書院ホームページ

（http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/nwsppr_index.html）

池上直己・JCキャンベル（1996）『日本の医療』中公新書

井上まり子（2003）「フィリピンにおけるヘルスセクターリフォームの現状と課題」（第1回ヘルスリフォーム研究会における報告より：

2003年6月3日）

厚生省（1988）『厚生省五十年史（記述編）』厚生問題研究会

厚生統計協会（2003）『国民衛生の動向・厚生 の指標』臨時増刊第50号第9号通巻第784号、厚生統計協会

厚生統計協会ホームページ

（<http://www.hws-kyokai.or.jp/>）

厚生労働省（2002）『厚生労働白書』

- 厚生労働省ホームページ第11回社会保障審議会資料
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0421-7.html>)
- 国際協力機構国際協力総合研修所(2003)『途上国のソーシャル・セーフティ・ネットの確立に向けて』国際協力事業団
- 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ
(<http://www.ipss.go.jp/>)
- 鈴木庄亮・久道茂編(2003)『シンプル衛生公衆衛生学2003』(南江堂)
- 中村安秀(2001)「保健医療分野における東南アジア諸国間のパートナーシップの構築」NIRA・E ASIA研究チーム編著『東アジア回廊の形成』pp.245-275、日本経済評論社
- 中村吉夫(1998)『厚生行政』ぎょうせい
- 日本医師会編(2000)『医療の基本ABC』診断と治療社
- 日本公衆衛生協会『衛生行政大要』
- 広井良典(1999)『日本の社会保障』岩波新書
- 村上陽一郎(1996)『20世紀の日本(9)医療 高齢社会へ向かって』読売新聞社
- 湯玲玲(2003)「シンガポールの高齢者対策と医療保険制度」『エイジング』2003年春号、エイジング総合研究センター
- Ikegami, N and Campbell, J.C. (1998) *The Art of Balance in Health Policy: Maintaining Japan's Low-Cost, Egalitarian System*, Cambridge University Press
- Kim JH (2003) "Health Insurance System in Korea" 2002年度厚生労働科学研究 社会保障国際協力推進研究事業国際シンポジウム . 2003年3月
- JICA: National Health Administration in Japan, Textbook - Seminar in National Health Development for Senior Officers, Japan International Cooperation Agency.
- Kobayashi Y. (2000), "Overview of Japan's health insurance system: experience and future challenges." Paper presented in the Workshop entitled "Strengthening of Social Safety Net: Partnership for Health Insurance System in Indonesia, Thailand, Korea and Japan." Tokyo: National Institute for Research Advancement (NIRA). September 11.

21世紀に入った現在でも、世界の80カ国で水の供給が不十分であり、世界人口60億人のうち10億人が基本的に安全な飲料水の供給を受けられず、さらに少なくとも毎年100万人の子どもが飲料水の安全性に起因する病気で死亡している。これらの数値に表れている水と衛生に関わる人間に必要な不可欠なニーズ（Basic Human Needs）の不足は南北格差が際立っており、さらに近年では開発途上国内でも富裕層と低所得層との間に格差が広がっている¹。このような途上国の水問題に対し、国際的な関心も高まっており、2003年3月に日本で開催された第3回世界水フォーラムでは、開発途上国における安全で衛生的な飲料水の確保が遅れていることが指摘され、世界各国が協力していくことが確認された。

日本においても、戦後までは途上国と同じような問題を抱えていたが、経済力の上昇に伴って、徐々に国民の健康を下支えする環境衛生の改善が図られてきた。

本章では、環境衛生の改善、その中でも上下水道およびし尿処理の整備を中心にその変遷をたどり、そこから現在の途上国における環境衛生の改善に資するインプリケーションを考察する。

1. 環境衛生における変遷

1-1 戦前の環境衛生事業 (1868～1945年)

明治時代当初、コレラを中心とする感染症の感染源を除去する手段として、飲料水、清掃対策、下水道、家屋の改善などの環境衛生に対して早くから関心はもたれていた。しかし、繰り返す感染症の大流行に対する当面の対策に追われ、行政が

住民の衛生環境に力を注ぐ余力はなかった²。

しかし、コレラへの対応が一応整備されつつあった1880年代後半になると、上水の供給や下水の改善に関する計画に着手した。その際、財政上の問題から国全体のニーズが多かった上水道が優先され、感染症の根本対策である下水道は先送りされた。日本で初めて作られた近代的な水道施設は、1887年の横浜水道である。それに続いて1889年には市制・町村制の施行に伴い、全国で市町村の事業として上水道布設が計画されるようになった。また政府は1890年に水道条例を制定・公布し、その後全国各地で水道の整備が図られた。この条例は、1957年に水道法が施行されるまで日本の上水道行政を律することとなる。

一方、下水道事業は先の財政的事情により普及は進まなかった。上水道事業が一応完了し、衛生思想が定着した明治時代半ば以降に整備が進み始めた。この頃の下水道は、主に雨水と雑排水の排除を目的とし、し尿はくみ取った後農地に還元されていた。こうした区分は、1900年に制定・公布された下水道法と汚物処理法で規定された。

大正時代（1912～26年）には、東京で散水る床法による下水処理施設が建設され、1922年3月から主に雑排水の処理を開始した。また、当時は都市化が進行した上に化学肥料が出回り始めたため、都市と周辺農村でのし尿の需給バランスが崩れ、東京など大都市でし尿の処分が問題となっていた。そのため、東京市は下水道処理施設の運転を開始した後、処理区域の幹線下水管に汲み取りし尿の一部を投入する形でし尿処理も開始した³。しかし、戦前においては下水道敷設は進まず、明治末期に12カ所、大正末期に30カ所、1940年に50カ所といった普及状況であった⁴。

¹ 国際協力事業団国際協力総合研修所（2002）p.13

² 厚生省（1988）pp.66-67

³ 国際協力事業団国際協力総合研修所（1995）

⁴ 厚生統計協会（2003）p.271

1-2 戦後の上下水道の普及 (1946～1979年)

水道の敷設が進んでいた都市においても、戦災や管理体制の不備によって給水能力は極度に低下していた。そこで1950年代に入ると、積極的な給水設備の拡張・改良工事、敷設事業が進められるようになった。

戦後の混乱期においては、正確なデータはないが上水道給水人口は約25%と見られていた。この時期、全国的に文化的都市づくりの機運があふれ、水道敷設計画が盛んになりつつあった⁵。しかし、直接の水道事業推進の契機となったのは1946年の南海大地震である。被災地域に導入された農山村における簡易水道事業が、大きな反響と人気を呼び、全国の簡易水道補助事業へ発展した。この成果が都市部における水道事業促進の呼び水となり、1890年の水道条例に代わって1957年に「水道法」が制定され、上水道事業が法の下で本格的に推進されることとなった⁶。同時に、簡易水道事業以外の国庫補助は廃止され、以後、水道事業は市町村に委ねられることとなった。これらの施策の結果、1955年には水道普及率が全国平均で32.4%であったものが、1960年には53.4%に、また1970年には80.8%に上昇した。

1960年代になると、道路、公共交通機関、住宅、環境衛生など、生活環境施設の充実が大きな課題となった。上水道に関しては、1957年に制定された「水道法」によって、布設と管理運営体制が合理化されたが、高度経済成長に伴う水道水の需要の伸びに給水能力が追いつかない状態が各地で生じた。特に東京、大阪をはじめとする大都市で水圧の不足、給水不良などが毎年のように続いた。そこで厚生省は1961年から1970年にかけて「水道整備10カ年計画」を策定し、水道整備の努力目標とした。水不足解決の基本的対策は、第一に地方自治体の資金の確保、第二に水源の確保であった。水道整備の資金はほとんど市町村の起債でまかな

われていたが、年金積立金の原資が増大するに従って還元融資（資金運用部への預託金のうち厚生年金と国民年金の積立金の一定割合を被保険者の福祉増進に充てること）の枠が拡大し、資金調達が可能になっていった。水源の確保については、1961年に「水資源開発促進法」と「水資源開発公団法」が制定され、水資源の総合開発、広域利用が図られることとなって、水源確保が進展していった⁷。このような各種施策の結果、水道普及率は1975年には87%と確実に上昇していった。

水道普及率と水系感染症患者数の推移を照らし合わせると、水道普及率が5割を超えたあたり（1960年）からはっきりとした相関関係がみられる。また水道普及率が8割を超えると水系感染症の発生が完全に抑えられていることがわかる（図補-1参照）⁸。

下水道に対する国家補助は1957年に始まった。1960年の「所得倍増計画」（計画期間1960～70年）では、下水道やし尿処理施設等の生活環境整備を含めた社会インフラの充実が始めて盛り込まれた。これを受けて1963年には、「生活環境施設整備緊急措置法」が制定され、下水道やし尿処理施設に対する国庫補助が予算計上され始めた。こうして計画的に生活環境整備が重点的に整備されることによって、下水道やし尿・雑排水処理施設は順調に普及していった（図補-1）⁹。

また、国民生活の向上に伴う廃棄物の量的拡大と、粗大ゴミ、各種プラスチックごみ、包装材のごみなどごみ質の多様化に、また産業活動によって大量に排出される「産業廃棄物」の処理問題などが社会問題化した。そこで政府は、産業廃棄物についても公害と同様、事業者の負担と責任によって処理させることとした。こうして1970年、廃棄物処理体系を法定化し、市町村の所管である一般廃棄物に関しては「廃棄物の処理及び清掃に関する法律」で規制した。特に、事業者の廃棄物処理責任と処理基準を明確にした点が画期的なも

⁵ 石橋（1975）

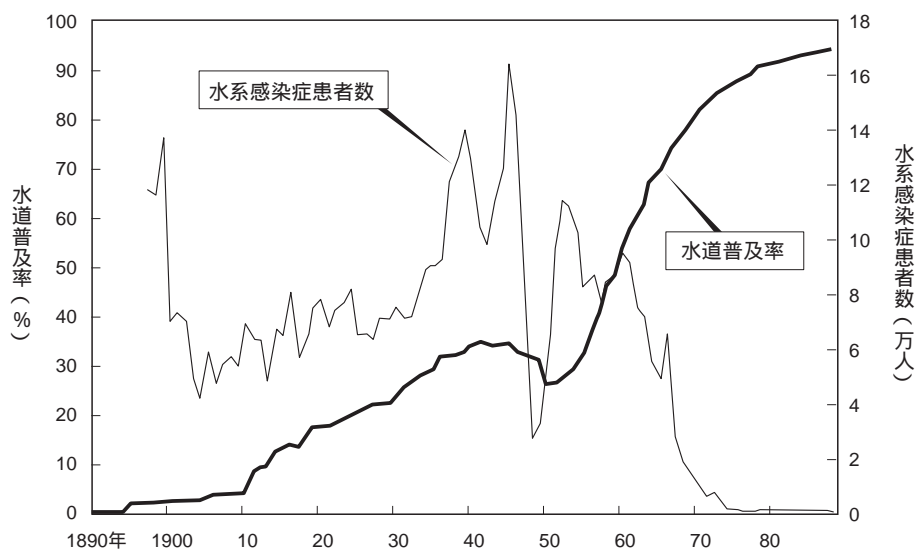
⁶ 厚生省（1988）pp.954-955

⁷ *ibid.*

⁸ 厚生統計協会（2003）p.268を参考。

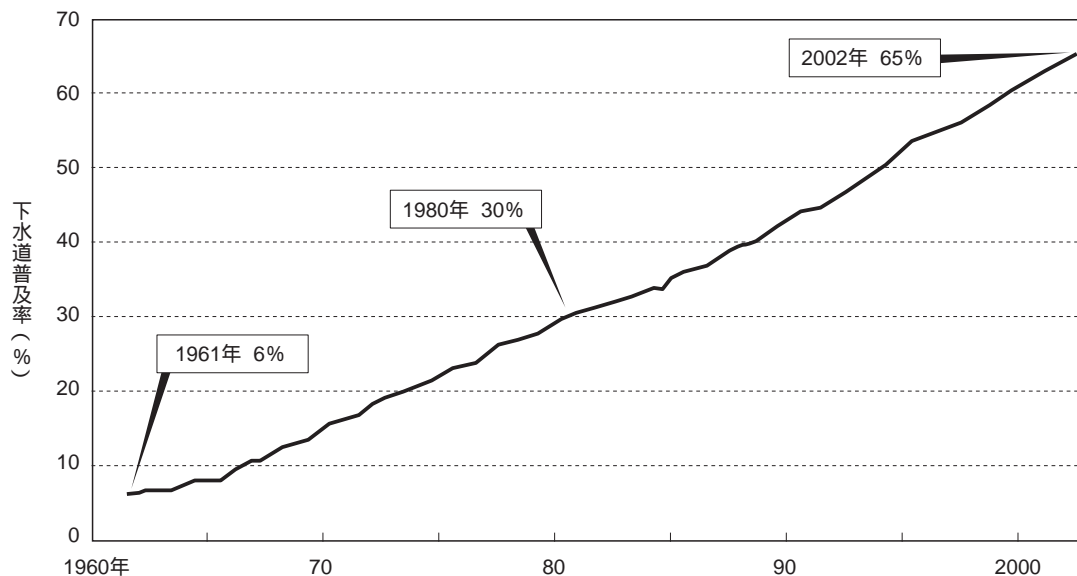
⁹ 北脇（1999）

図補-1 水道普及率と水系感染症患者数



注：水道普及率は、日本水道史による上水道計画給水人口（1890～1949年）上水道統計による上水道給水人口（1950～55年）水道統計による給水人口（1956～88年）から算出したものである。水系感染症患者数は、コレラ、赤痢、腸チフス、パラチフスの患者数を合計したものである。1897年からのデータであるが、パラチフスに限り1910年以前は不明であることから1911年以降のデータである。
 出所：水道普及率は「近代水道百年の歩み」編集委員会編（1987）、水系感染症は厚生省大臣官房統計情報部編（2000）により作成。

図補-2 下水道普及率の推移



出所：日本下水道協会ホームページ（http://www.alpha-web.ne.jp/jswa/05_arekore/01_his/index.html）より作成

ので、その後の廃棄物処理行政を大きく前進させた¹⁰。

1-3 水質保全と下水処理への対応 (1980年～現在)

1980年には水道の普及率は90%を超え、水道普及は一定の成果を見た¹¹。しかし、水道の水源および水質をめぐる問題は多様化し、水道施設の老朽化、国および地方公共団体の財政事情の悪化など、上水道をめぐる自然的、社会経済的環境は厳しさを増してきている。このような状況にあって、水道水を安定的に供給し、水の安全性を確保していくためには、水源の水質保全対策の強化と図るとともに、水質基準を充実し、水質管理体制を強化することが重要となっている¹¹。

他方、下水道の普及は上水道に比べて著しく遅れており、1980年においても30%に留まっていた。しかしこの頃になると、環境問題としても雑排水の汚水が目立ち始めたため、下水道普及よりも安価な方法として、雑排水をし尿と合わせて処理する小型の合併処理浄化槽が開発され、国の補助の後押しを受け全国の家庭に普及していった。同時に、下水処理施設やし尿処理施設においても技術的な向上が進み、衛生環境の面での問題はなくなった。その後も、よりよい地球環境と国民一人一人のアメニティの観点から、トイレの水洗化・下水道の普及を進めているが、2002年現在、全国の下水道普及率はまだ65.2%に留まっている(図補-2)。さらに、地域別にみると、普及率の一番高い東京(97.6%)と一番低い和歌山県(11.8%)とで大きな開きがあり、一般に都市部と農山村地域で普及率の格差が大きくなっている。政府としては、山間部など下水道になじみにくいところでは合併処理浄化槽等との連携による整備を進めるなど、日本国の実情に即した生活排水対策を進めていこうとしている。

2. 日本の主な取り組み

2-1 上下水道整備における地方自治体と国の役割

日本の上下水道の整備は、基本的に地方自治体の責任において進められてきた。その促進のために国は、条例を制定し、戦後は法律を制定した。しかしながら、下水道のような公共性が高く莫大な資金を必要とする社会資本整備においては、国の財政支援が不可欠であり、日本においても国庫補助(建設資金の一部を国費から捻出するもの)という形で支援を行った。

水道整備を担った市町村において財源確保の問題は深刻であったが、日本の場合は、これを年金積立金の還元融資(資金運用部への預託金のうち厚生年金と国民年金の積立金の一定割合を被保険者の福祉増進に充てること)という形で調達した。年金積立金を融資する方式は日本の得意とするところであり、また世界的にユニークなものである。

2-2 下水道以外のし尿処理の仕組み

日本の下水道普及が遅れた要因として、第一に伝統的にし尿を肥料として農業利用してきたこと¹³に加えて、都市の人口集中がそれほど急激でなかったこと、山間部の多い地形が下水道になじみにくかったことなど、が挙げられている¹⁴。

しかし戦後、経済が立ち直り、かつ化学肥料が普及し始め、さらにし尿による回虫症など寄生虫病の問題が明確になったため、し尿の農業利用は、次第に減少していった。一方、大都市においては人口増加が始まり、し尿の需要と供給のバランスが大きく崩れ、し尿処理の問題が顕在化してきた。こうした事態に対処するために、国は1953年に、し尿施設建設に国家補助を適用し、嫌気消化処理方式によるし尿処理施設の建設を促進した。こう

¹⁰ 厚生省(1988)

¹¹ 2000年現在、水道普及率は96.6%と高い普及率であるが、今なお水道の恩恵を受けていない地域が残されており一刻も早く対応するべき課題となっている。

¹² 鈴木・久道編(2003)

¹³ 国際協力事業団国際協力総合研修所(1995)

¹⁴ 厚生統計協会(2003)p.271

して日本は1970年代くらいまでは、全国的にくみ取り 運搬 尿施設による処理という方式でし尿処理に対応してきた。

1980年代に入り、国民の生活が豊かになるにつれて水の使用量が増大し、個人の生活から出る雑排水が河川の水質汚濁などの環境問題を招いた。こうした下水処理区域外の家から出る雑排水に対応するため、家庭向けの小型合併処理浄化槽（10人以下の戸建住宅用が主流）が開発された。この浄化槽は、雑排水とし尿を合わせて処理するもので、単独処理浄化槽に比べてコストが高かったため当初それほど普及しなかった。しかし、雑排水問題が深刻化する中で、厚生省は1987年に合併処理浄化槽の設置に対する国庫補助制度を創設して、全国的な普及に努めた。この補助金は合併処理浄化槽設置者個人に交付されるのではなく、その市町村に補助する仕組みとなっている。こうして、雑排水処理が急速に推進されることとなった¹⁵。

今日、下水道、浄化槽、くみ取り方式などを合わせた、日本の「計画処理区域内人口」は98.4%に達しており、下水道普及の遅れをカバーし、環境衛生面での問題はなくなっている。

2-3 簡易水道の普及

戦後わずか20数年であった日本の水道普及率が

わずか30年たらずで80%以上に達したことは、途上国関係者から「その秘密を教えて欲しい」といわれるほど有名な話になっている。この驚異的な水道普及の進展の原動力の一端を簡易水道が果たしたといわれている¹⁶。簡易水道とは、計画給水人口が5,000人以下の事業で、良質の地下水や伏流水を水源とするものである。当初は浄水施設のないものがほとんどあったが、水質管理は行われていた。

簡易水道敷設事業は、1946年の南海大地震の際に井戸水が使用不可能となった地域住民が水道建設を国会や政府に訴え、1950年に試験的な補助金制度（補助率は敷設事業費の1/2）ができたことに端を発する。この制度によってわずか2～3年で数100カ所の簡易水道が誕生し、農山村漁村の感染症予防（BOX補・1参照）と生活水準の向上という2つの大きな成果を上げ、全国が注目するところとなった。従来水汲みに多くの時間を費やしていた女性の生活に革命を起こした点（BOX補・2参照）は大きく、「政治は台所に直結する」と信じる国会議員を動かし、また厚生省は感染症予防の見地からこの必要性を認め、ついに1952年に全国的な簡易水道の国庫補助事業（補助率は1/4）がスタートすることとなった。従来水道など無縁と諦観していた全国の農村漁村の住民の間でも急激に関心が高まり、婦人会や青年団は卵貯金、水

BOX補・1 簡易水道が衛生改善にもたらした効果

杉戸（1955）によると、簡易水道の出現によって衛生上どのような効果をもたらしたかについては明確な統計はないが、簡易水道を造った約300カ所の町村を対象にした調査によると以下のような結果が大略として示されているという。

- ・ 消化器系感染症の発生数が前の時の12%になった
- ・ トラホームの患者数が51%になった
- ・ 乳幼児の死亡数が74%になった
- ・ 風土病その他の発生数が80%になった
- ・ 保健防疫対策費が68%になった
- ・ 医療費が57%になった
- ・ 火災被害額が20%になった

出所：杉戸（1955）

¹⁵ 国際協力事業団国際協力総合研修所（1995）

¹⁶ 大橋（1975）

BOX補-2 水汲みの苦勞

厚生省は簡易水道の補助事業の予算を獲得するために、予算折衝用資料として1957年に以下のような水くみにかかる時間を試算している。この時期の日本において、現在の途上国の多くの女性たちが直面しているような水汲みの苦勞が見られたこと、さらにこのような科学的根拠を示し政策を推進したことは注目に値する。

<以下、抜粋>

農山漁村において水汲みは、主として婦女子が担当している。雨の日も風の日も、また雪の日も、重い水を運び、その肉体的、精神的な苦勞ははかり知れないものがある。

ところで、1人1日平均の日常の使用水量は60ℓ必要とされているが、仮に、5人家族とすれば1戸当たり毎日300ℓ（15ℓ入りバケツ20杯分）つまり20回運ぶことになる。

今、この距離が片道50mとすると、（中略）、20歳で嫁にきた主婦が50歳で息子にお嫁さんをもらうまでの30年間、毎年300日平均の水汲みをしたとすると（中略）、18,000kmすなわち東京 - 鹿児島間を6.5回往復すること、しかも片道は15kgの重荷をぶら下げて歩くことになる。

（中略）

この水汲みの所要時間を1回につき5分間と仮定すると、毎日平均1時間40分が水汲みのために浪費することになる。（中略）したがって、20歳から50歳までの30年間には約3年7カ月が水汲みをしていることとなる。

出所：全国簡易水道協議会（1975）pp.289-290

表補-1 市町村別の給水人口と普及率（2001年度）（単位：万人）

市町村区分	市	町	村	計	
総人口	10,036	2,439	243	12,718	
現在給水人口	上水道	9,690	1,809	108	11,607
	簡易水道	111	416	107	634
	（公営）	（89）	（405）	（105）	（599）
	（その他）	（22）	（11）	（2）	（35）
	専用水道	42	14	1	57
計	9,843	2,239	216	12,298	
普及率（%）	98.1	91.8	88.9	96.7	

出所：全国簡易水道協議会ホームページ（http://www.kansuikyo.com/f_toukei_13.html）

道貯金、愛妻貯金などで自己負担金を蓄え、「1日も早くわが部落にも簡易水道を」という運動が全国に広がっていった。また、建設費節約のために、簡易水道敷設には住民の役務提供も見られた。この農山村における簡易水道の普及が、都市における上水道の普及促進にもつながっていった¹⁷。

こうした国による補助事業と住民の努力によって、補助事業開始後30年目には全国で13,885の簡易水道事業が実施され、給水人口は888万人で、

総人口の8.3%がカバーされるにいたった。この間、簡易水道から市町村の上水道へと移行するところもあり、全給水人口は9000万を超え、総人口の84.1%がカバーされるようになっている。

現在でも簡易水道による給水人口は634万人あり（表補-1）、その原水は、表流水が最も多く、次が深井戸、浅井戸の順になっており、その浄化方法には消毒、急速濾過、緩速濾過などが用いられ、水質管理には万全を期している。

¹⁷ 石橋（1975）

3. 途上国の衛生環境改善と日本の経験

今日の途上国、特にアフリカ、西アジア、中央アジア等の乾燥・半乾燥地帯では、水の絶対量の少なさに加えて人口増加と貧困が重なり、安全な水供給と水資源の保障には構造的で深刻な問題を抱えており、日本の状況とは大きく異なる。そのため、日本の経験で適用できる部分は限られてくるが、いくつかの点については途上国にも参考になり得る経験があり、下記でそれらについて考察する。

3-1 バランスのとれた上水・下水整備と適正技術の活用

安全な水の確保は途上国にとって大きな課題であり、また、衛生環境を保ち不衛生な環境からくる疾病を防ぐためには上下水やし尿処理施設などの衛生施設の整備が重要な課題になっている。しかしながら、環境衛生の整備は経済力と他の優先課題も踏まえた総合的な判断の下に進められるべきであり、日本においても国力と当時の優先課題とのバランスの上に進展してきている。

特に下水道の整備には上水道整備に比べ多大なコストがかかるため、資金的余裕のない場合は他の安価な技術を活用するということが考えられる。日本の場合、下水道整備の遅れを汚物処理槽（腐敗槽など）などの簡易浄化槽、嫌気性消化処理方式によるし尿処理施設、合併処理浄化槽、な

どの安価で簡易な方法で対応してきた。このような比較的成本のかからない技術は途上国においても有用であると思われる。ただし、このような技術が有効に機能するためには、技術のみならずその施設を運営・管理していく維持管理体制が重要であることに留意が必要である。

3-2 国と地方の役割分担

先述したように日本の上下水道の整備は、自治体主導で行われ、それに対して国が法的整備、補助金を出すという方法で推進された。この方式は、途上国における地方分権化の進展とも合致しており、妥当な方法であるといえる。しかしより具体的な方法論については、日本の経験は水資源量や時代背景において現在の途上国と異なる部分が多く、一律に語れるものではない。途上国における水管理政策のあり方については国際協力事業団国際協力総合研修所（2002）pp.39-79で詳しく考察しているので、そちらを参照されたい。

3-3 住民主体の衛生設備の整備

途上国の政府や自治体は厳しい財政や人員不足に悩まされているところが多く、行政によるサービス提供が十分には行えない状況がある。そのため、環境衛生の整備についても行政の取り組みのみに期待することはできず、地域の衛生状況改善のためには住民・コミュニティが主体的に簡易水道や井戸の設置、トイレの整備等を行っていくことが重要である。

日本においても、行政が上水道を整備する前に

BOX補-3 集落における自助努力と相互扶助

日本においては、上水道や簡易水道が敷設される前に、住民達の自助努力で各コミュニティ単位で簡易水道を作った経験もみられる。例えば、愛媛県の急峻な山々に囲まれた集落では、終戦後も井戸らしい井戸もなく、女性たちは飲み水のために毎日谷間の坂道を上り下りしており、年間の水汲み所要時間は8,000時間に及んだ。この集落では青年達の発案で、全戸参加の「文化振興会」を組織し、向こう30年間の集落の総合地域計画を策定し、飲料水の確保を一番の課題として設定した。外部からの資金援助なしに、自生する竹と住民の知恵と労働力によって、簡易水道を試作し、その成果を認められ、その後町の補助による簡易水道が敷設された。

また、1960年代までは水道の給水能力の不足や湧水による「水不足」が各地で生じていたが、このような時には地域内の井戸のある家庭が水を分配するなど、地域における相互扶助の精神がこの時代までは息づいていた。その背景には、住民による自助と互助の精神があった。

住民主体で簡易水道を設置した経験がある（BOX補-3参照）。住民が組織を形成し、知恵を出し合い入手可能な材料を用いて簡易水道を設置した経験や、簡易水道事業をわが村に導入するための共同の貯金活動と役務提供などの姿勢は途上国においても参考になるものと思われる。

<参考文献>

石橋多聞（1975）『簡易水道は“国民皆水道”の担い手』『簡易水道の20年』全国簡易水道協議会
大橋文雄（1975）『諸外国が驚く水道普及テンポ』『簡易水道の20年』全国簡易水道協議会
北脇秀敏（1999）『水と衛生施設』国際協力事業団『プライマリ・ヘルスケアをよく知るために～日本の経験を踏まえて～』国際協力事業団
近代水道百年の歩み編集委員会編（1987）『近代水道百年の歩み』日本水道新聞社
厚生省（1988）『厚生省五十年史（記述篇）』厚生問題研究会
厚生省大臣官房統計情報部編（2000）『平成10

年・11年（1月～3月）伝染病統計』厚生統計協会
厚生統計協会（2003）『国民衛生の動向・厚生 の指標』臨時増刊 第50巻第9号通巻第784号、厚生統計協会
国際協力事業団国際協力総合研修所（1995）『開発途上国の年におけるし尿・雑排水処理の段階的改善計画手法の開発に関する研究』国際協力事業団
（2002）『水分野援助研究会報告書』国際協力事業団
杉戸清（1955）『簡易水道の手引き』日本水道新聞協会
鈴木庄亮・久道茂編（2003）『シンプル衛生公衆衛生学』南江堂
全国簡易水道協議会（1975）『簡易水道の20年』全国簡易水道協議会
全国簡易水道協議会ホームページ
(http://www.kansuikyo.com/f_toukei_13.html)
日本下水道協会ホームページ
(http://www.alpha-web.ne.jp/jswa/05_areko re/01_his/index.html)

第 部

開発途上国における日本の保健医療経験の応用に向けて

第12章 開発途上国における日本の保健医療経験の応用に向けて

本研究の目的は、かつて開発途上国であった日本がどのようにして自国の保健医療水準を向上させてきたのかを分析し、現在の開発途上国の参考になるような取り組みを抽出し、途上国の保健医療改善に向けたインプリケーションを考察するというものである。

第 部では、明治時代以降、日本がどのようにして保健医療を向上させていったかを概観するとともに、現在の保健医療提供制度についても紹介した。

第 部では、主な保健医療分野ごとに、施策の変遷、主な取り組み、途上国の保健医療改善に向けた日本の経験の分析をまとめてきた。

この第 部では、最初にこれまでのまとめとして、日本の保健医療の変遷を日本の近代化の歴史とからめて総合的に考察する。次いで、現在の途上国と日本の経験を比較し、途上国と日本の共通性と差異を大まかに把握した上で、第2部で分野ごとに見てきた途上国の保健医療改善に参考になり得る日本の取り組みや日本の経験を応用する際の留意点を横断的にとりまとめて総括する。さらに、今後日本の経験を途上国の保健医療改善に生かしていくための課題を導き出す。

1. 日本の保健医療の変遷の総合的考察

本節では、第 部で提示した5つの時代区分に添って、政治・経済・社会体制などの背景とその時代の主な健康課題と対比させて、日本の保健医療に特徴的で途上国に参考になりうる取り組みを概観する。これらの概要をまとめたのが図12-1である。

1-1 第 期：急性感染症対応期 (1868～1919年)

第 期(1868～1919年)は、近代国家である明治政府が誕生し、資本主義経済が成立するとともに、基礎教育がほぼ全国民に普及した時代である。生活水準は都市において経済成長の恩恵を受ける層が出てくる一方で、農村ではまだ前近代的な貧しい小作農が大半であった。この時代の最も大きな健康課題は、開国とヒト・モノの国内移動の拡大に伴うコレラ・ペスト・赤痢などの急性感染症の蔓延であった。

第 期における日本の取り組みの特徴としては、中央集権体制の下で、急性感染症に対応するための社会防疫体制を拡充することによって衛生行政を整備し、統計の整備を行い、開業助産婦を制度化、開業医制を選択し、医療費自己負担の原則を基盤にしたこと、が挙げられる。

1-2 第 期：慢性感染症対応および母子保健サービス形成期 (1920～1945年)

第 期(1920～1945年)は、殖産興業政策による工業化の進展、大正デモクラシーの時代を経て、戦時体制に突入する時代である。戦時体制下においては、軍需産業が伸び、中央集権的な医療保健行政が強化された。特に健兵健民の思想から、慢性感染症である結核対策と、母子保健サービスの強化が図られた。1938年には厚生省が創設され、近代的な保健医療行政の仕組みが整備された。主な健康課題は、国民病と言われた結核と、国際的に見ても高かった乳児死亡率と妊産婦死亡率であった。

第 期における日本の取り組みの特徴としては、母子保健向上と結核への対応のために日本独自の地域保健的アプローチが誕生した時代で、特徴的な取り組みとしては、保健婦によるアウトリーチ活動、住民参加による母子保健、妊産婦手帳制度の創設、があった。

図12-1 日本の保健医療経験の横断的分析

時代区分	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期
	急性感染症対応期 1868～1919 (明治元年～大正8年)	慢性感染症対応および母子保健 サービス形成期 1920～1945 (大正9年～昭和20年)	保健医療行政再構築期 1946～1960 (昭和21年～昭和35年)	医療サービス拡充期 1961～1979 (昭和36年～昭和54年)	高齢社会対応期 1980～現在 (昭和55年～)
主な保健医療の課題	急性感染症	結核対策 母子保健	急性感染症 結核対策 母子保健	生活習慣病 公害 労働衛生	少子高齢化 老人保健福祉 高額医療の増大
政治・経済・社会全体の背景	近代国家の成立 資本主義経済の成立 基礎教育の普及 人口の5割以上を占める農村の貧困	殖産興業 大正デモクラシー 戦時体制	敗戦による混乱と窮乏 社会インフラの喪失 GHQによる民主化政策	高度経済成長による豊かさの享受 産業構造の変化 都市化 民主主義の浸透 高学歴化 国民の権利意識の覚醒	経済の長期低迷 地方分権の進展 成熟社会への転換
保健医療分野の整備					
保健医療提供体制 (行政・施設・人材・保健医療情報システム・医薬品)	☀	☀	☀	☀	☀
母子保健	☀	☀	☀	☀	☀
家族計画		☀	☀	☀	☀
感染症対策	☀	☀	☀	☀	☀
環境衛生(水道等)		☀	☀	☀	☀
公害対策			☀	☀	☀
労働衛生			☀	☀	☀
救急医療			☀	☀	☀
医療保険			☀	☀	☀
日本に特徴的な取り組み	西洋医学の採用 国家主導の中央集権的な防疫体制の確立 統計の整備 保健衛生調査会 開業医制の選択 開業助産婦の制度化 医療費自己負担の原則	住民参加による母子保健活動 妊産婦手帳制度 保健婦によるアウトリーチ活動 公衆衛生院設立	中央から末端までの民主的な保健医療体制の確立 保健所を中心とした地域保健活動 保健婦・助産婦の活躍 住民組織、民間団体、企業の主体的活用 学校保健の活用 官学民の連携 農村開発との連携	国民皆保険の実現 消防機関を活用した救急医療体制の構築 国民の運動によって、公害・薬害等の対応促進 レファラルシステムなしの医療提供体制の拡充	急速な少子高齢化に対応する医療および社会保険制度の再構築の模索 保健サービス提供主体を市町村に

注：矢印は、主な対応期または進展期。☀は特に重要な拡充期。

出所：筆者作成

1-3 第 期：保健医療行政再構築期 (1946～1960年)

第 期(1946～1960年)は、第2次世界大戦に敗れた日本がGHQの指導の下、民主国家の再建を行い、保健医療行政も再構築した時代である。

戦後の混乱期の急性感染症が沈静した後の主な健康課題としては、国民病としての結核、乳児死亡率と妊産婦死亡率の低下、また母体保護の観点からの家族計画の普及があった。

保健医療行政の面では、GHQの強力な指導の下、それまでの保健医療制度が刷新された。

第 期における日本の取り組みの特徴をまとめると、第 期で誕生した地域保健的アプローチを再構築し、拡充・普及させた時代で、特徴的な取り組みとしては 民間組織(住民組織、民間団体、企業)の活発な活動と、学界の活動(結核、家族計画、寄生虫対策)が連動し、また 学校保健や 農村開発との連携があったことがある。

1-4 第 期：医療サービス拡充期 (1961～1979年)

第 期(1961～1979年)は、経済成長が加速した時代である。1人当たりの国民所得は1955～73年の18年間で実質4.5倍となり、広く一般国民が右肩上がりの豊かさを享受した。労働力人口は第1次産業から第2次産業・第3次産業へとシフトし、それに伴って都市における雇用機会が急激に拡大し、人口の都市への移動が起こった¹。一方、民主主義の浸透と国民の高学歴化によって権利意識が高まり、消費者運動などが盛んになっていった。

この時期には主な健康課題が感染症から生活習慣病へと移行し、1960年には主要死因の上位3位が脳血管疾患、がん、心疾患となった。また乳児死亡率や出生率が急激に低下した。この頃、保健医療の課題は、国家の開発課題としての感染症・母子保健対策から個々人の生活習慣病問題へとシフトした。

他方、重工業化、都市化、車社会の出現等によって、公害・薬害・労働衛生、交通事故による外

傷への対応が新たな課題として登場した。

第 期における日本の取り組みの特徴としては、1961年に国民皆保険を達成し、医療サービスの量的拡大が行われたこと、交通事故の増加に対して消防署を活用した救急医療体制が創設されたこと、公害・薬害に対しては消費者運動を基盤とする国民的運動によって国の対応を促したことなどが挙げられる。この時代以降は、保健医療提供体制は経済力と高い医療技術力によって向上し、他の先進国と同様の仕組みとなっていくことから、日本に特有の取り組みは少なくなっていく。

1-5 第 期：高齢社会対応期 (1980～現在)

第 期(1980年～現在)は、人口の少子高齢化に対応する必要性が社会的に認識され始め、また医療の高度化が進み、保健医療制度の抜本的な見直しの必要に迫られた時代であり、今なおその対応は模索中である。日本は1970年に高齢化率(65歳以上人口が全人口に占める割合)が7%を超えて高齢化社会(aging society)となり、その後も急速に高齢化が進んでいる²。また経済は、1991年にいわゆるバブル経済が崩壊し、経済の低位安定時代に突入した。1990年代以降、いわば“成熟社会”となった日本は、地方分権化の加速もあって、改めて人間らしい保健医療の提供体制を再構築している。同時に、社会保障制度全体も成熟社会に適したモデルに変革するための模索が続いている。

第 期における日本は、少子高齢化、高度医療の進展、多様化するニーズなど成熟社会に対応するために、医療サービスの量から質への転換のために効率的で効果的な医療提供体制への改革や、きめ細かいニーズに対応できる地域に根ざした医療・保健・福祉の統合アプローチ作りを求め、今なお成熟社会に適した対応を模索している時代といえる。

¹ 阿藤(2000)によると、1963～74年には総人口の7～8%の移動があった。

² 1995年には高齢化率が14%を超え高齢社会(aged society)となり、2003年4月現在18.9%となっている。

表12-1 WHOの子どもと成人の死亡率による国の分類

WHO分類	グループ名	地域と国数						
		アフリカ	米国	東地中海	ヨーロッパ	東南アジア	西太平洋	合計
A	先進国	-	3	-	26	-	5	34
B	途上国死亡率低	-	26	13	16	3	22	80
C	ヨーロッパ死亡率高	-	-	-	9	-	-	9
D	途上国死亡率高	26	6	9	-	7	-	48
E	アフリカ死亡率極高	20	-	-	-	-	-	20

出所：WHO（2002）より筆者作成。

2. 開発途上国における日本の経験の活用に向けて

2-1 途上国の健康課題に応じた日本の経験の活用可能性

途上国において日本の経験を活用する場合、当然のことながらそれぞれの途上国の健康課題に応じて活用できる日本の保健医療経験を検討する必要がある。そのため、本節では途上国の疾病構造の観点から日本の経験の応用可能性を考察する。

ここでの分析においては、WHOが子ども（0～5歳）と成人（15～59歳）の死亡率に応じてA～Eの5グループに分類しているものを用い（詳細は表12-1参照のこと）、途上国の代表的な類型として、「B：途上国死亡率低グループ（80カ国）」、「D：途上国死亡率高グループ（48カ国）」、「E：アフリカ死亡率極高グループ（20カ国）」の3つを取り上げる³。

「B：途上国死亡率低グループ」、「D：途上国死亡率高グループ」、「E：アフリカ死亡率極高グループ」の主要な死因を示したものが図12-2である。「B：途上国死亡率低グループ」においては感染症はほぼ克服され、保健医療における主要課題は虚血性心疾患や脳血管疾患などの循環器系疾患や

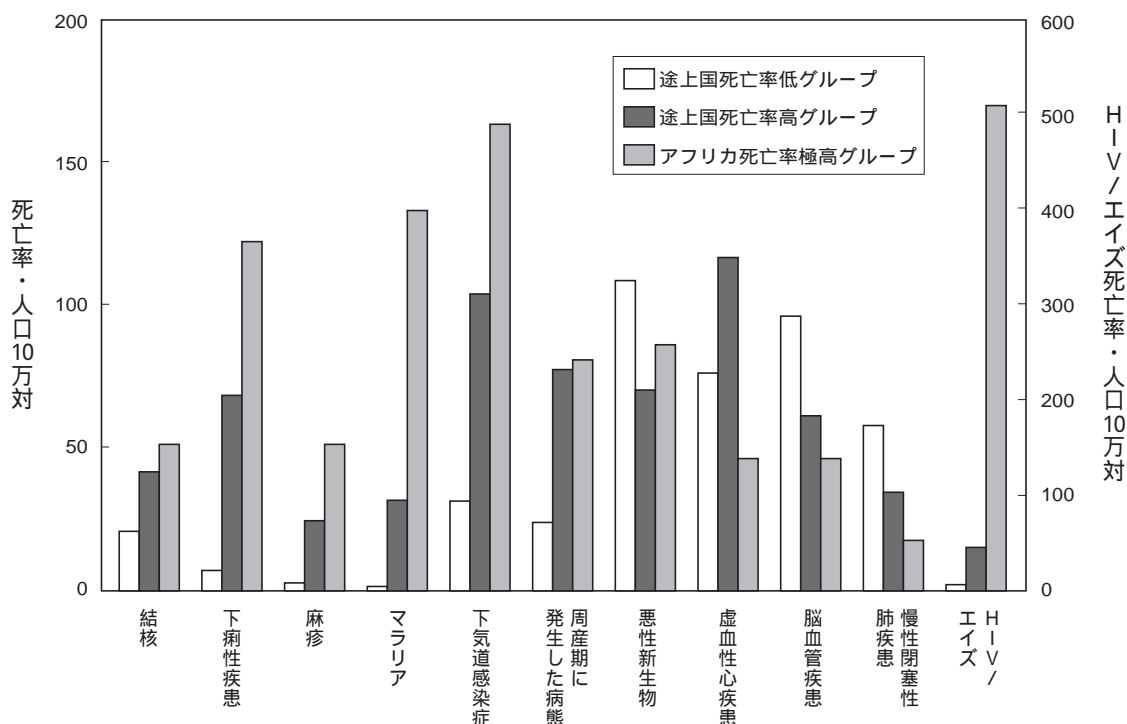
悪性新生物といった生活習慣病に移行しつつある。「D：途上国死亡率高グループ」においては、感染症が完全に克服されておらず、母子保健においても課題を残しながら、生活習慣病が新たな課題として浮かび上がってきている。また死亡率が最も高い「E：アフリカ死亡率極高グループ」においては、HIV/エイズの死亡率の高さが際だっている。またこのグループは他の感染症の死亡率も最も高い値を示しており、保健衛生状況は最も劣悪で深刻な状況にある国々といえよう。

つまり、「B：途上国死亡率低グループ」は日本の第 期を中心にして、若干第 期に差し掛かったところということができる。また「D：途上国死亡率高グループ」は日本の第 期・ 期を中心にした時期であるが、一部第 期の健康課題を残し、かつ第 期の健康課題である生活習慣病などが現れてきている時期ということができる。「E：アフリカ死亡率極高グループ」については、日本が経験したことがない深刻な状態にある国といえる。

全般的に、日本は時代とともに1つずつ課題を解決してきたが、今日の途上国では古い健康課題を解決できないまま、さらに新たな健康課題が加わることによって課題が拡大している傾向があるといえよう。

³ 途上国ではない「A：先進国グループ（34カ国）」は除いた。また「C：ヨーロッパ死亡率高グループ（9カ国）」についても、少数の国に限られることと、ほとんどが旧ソ連の国々でありなんらかの特殊な社会的な事情により成人の死亡率が上昇している（生活習慣病の死亡率が極端に高い）と考えられることから除いた。

図12-2 途上国の主要な死因



出所：WHO（2002）より筆者作成。

図12-3 途上国の健康課題に応じた日本の経験の応用可能性

日本の変遷	第 期	第 期	第 期	第 期	第 期
日本の主な健康課題	・ 急性感染症	・ 慢性感染症 ・ 母子保健	・ 慢性感染症 ・ 母子保健	・ 生活習慣病 ・ 公害・薬害 ・ 労働衛生	・ 高齢化
途上国の主な健康課題	途上国死亡率高グループ			途上国死亡率低グループ	
	アフリカ死亡率極高グループ				
	HIV/AIDS				

出所：筆者作成

これらの傾向から、「B：途上国死亡率低グループ」においては、日本における第 期以降の取り組みが参考になるであろう。一方、「D：途上国死亡率高グループ」においては日本の第 期・期の取り組みが主に応用可能であると考えられる。また「E：アフリカ死亡率極高グループ」においては、日本の経験の第 期・期・期の取り組みが応用可能であるが、現在のところHIV/A

IDSという新たな感染症への対策が最重要課題といえよう。これらの結果をまとめたものが図12-3であり、各健康課題に対して参考になりうる日本の経験をまとめたものが表12-2である。

ただし以上の分析は大まかな傾向をみたものであり、1つの目安を示したものにすぎず、実際には国ごとに状況を見極めながら対策を講じなければならないことは言うまでもない。

表12-2 健康課題別に見た日本の保健医療経験

健康課題	参考となる日本の時代区分	応用可能な取り組み、教訓
急性感染症	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 中央省庁 地方政府 保健所 末端の保健医療施設という一貫した保健医療体制の構築・強化。 全国的に重篤な被害を及ぼす恐れのある急性感染症に対する届け出制の導入。
慢性感染症	第 ・ 期	<ul style="list-style-type: none"> 実態調査に基づく施策策定。 届け出制と登録制度。 地域における住民参加による徹底した予防活動。 保健所と地域組織の連携。
乳児死亡率・妊産婦死亡率	第 ・ 期	<ul style="list-style-type: none"> 保健婦・助産婦の活用（その際に、彼女たちが働きやすく士気が高揚するような環境・人事・待遇の拡充が重要）。 保健所の整備。 地域における母子保健教育活動の推進。 母子手帳制度（母子の周産期の記録や健康状態の記録とともに、妊産婦検診や予防接種や必要なサービスの受ける指針ともなる）。
家族計画	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 女性に受け入れやすい母体保護の観点で家族計画を推進（母子保健教育活動の一環として取り組む）。 母子保健や寄生虫など目に見える地域ニーズをエントリーポイントとしたアプローチ。 女性を取り込むとともに、地域の意思決定者、男性、義父母なども巻き込む。
環境衛生（上下水道）	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民の自助努力による持続可能な衛生環境作りの推進。 水道は経済発展に応じて地方自治体における整備計画を策定。その財源の基本は地方、国が補助のスタンス。 農村の生活改善運動と連動し、下水処理、身の回りの衛生環境の整備。
公害	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 経済発展を優先させ対応が遅れた日本の経験から、予防が重要。そのための環境アセスメント制度の整備やそのための人材の育成などが効果的。
労働衛生	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 企業と政府の連携による実態把握。 労使の協働による労働環境の向上が不可欠。 企業の体力がついたところで、産業医の育成など専門的な人材育成や環境整備を徐々に進める。
救急医療	第 期	<ul style="list-style-type: none"> ある程度地域医療提供体制が確立した時期での導入（インフラ等必要条件の確認が必要）。 一元化的な救急連絡網の整備。 救急搬送システム（日本は消防署）の管轄の整備。
生活習慣病	第 期	<ul style="list-style-type: none"> 主要死因が感染症から生活習慣病に移行しつつある国における予防対策の拡充。 健康台帳など、住民が自分の健康を管理するツールを導入。 地域ぐるみの取り組みの促進。 高度医療技術の研究機関の整備。
医療保険	第 期	<ul style="list-style-type: none"> やる気のある地域、団体から暫時システムを構築していく。 高齢化も見据えた長期的な制度構築。

出所：筆者作成

2-2 途上国に参考になりうる日本の特徴的な取り組み

ここでは、第 部の各分野の分析を踏まえ、途上国の保健医療改善に参考になりうる日本の経験を考察する。その手順としては、章末の付録にあるように第 部から途上国に参考になりうる各分野の取り組みを抽出し、さらにそれらが整備された時代・重要な役割を果たした時代と主要アクターを分類し、途上国に参考になりうる日本の経験を分野横断的に総括した。その結果、以下の8項

目が日本の経験から導き出せる教訓として整理できるとされる。

< 全期を通じて >

- (1) 国の意思
- (2) 統計整備および統計・調査に基づく政策立案

< 第 ・ 期の慢性感染症・母子保健対策に関連したもの >

- (3) 地域保健的アプローチ（行政、住民、民間

団体の協働)

- (4) 民間組織（住民組織、民間団体、企業）の活用
- (5) 女性の専門職の活用
- (6) 学界・研究者の参加
- < 第 期 の医療サービス拡充・高齢社会対応に関連したもの >
- (7) 国民皆保険
- (8) 公害、高齢化への対応（日本の反省点）

以下、それぞれの項目ごとに詳しく考察していくこととする。

(1) 国の意思

今日、多くの途上国で結核、母子保健、人口問題などの課題の克服に時間がかかっているが、これらの問題に対しては国としての意思と積極的なコミットメントがなければ成功は難しいであろう。国の意思を示すということは、強く国民にその意義を説明し、予算を確保し、法律を整備し、末端まで届く行政システムを強化することである。

現在の途上国においては地方分権化が推進され、ボトムアップの組織作りが志向されているが、国家が健康課題に対して強い意思を持つことはこれを妨げるものではない。また、一国における中央 地方 地域 個人とつながる確固たる行政サービスの基盤が確立しない限り、持続可能な自治の体制は完成せず、真の地方分権も望めない。まずは、国家の意思の明示が重要であり、日本の経験からもこの点を第一に強調したい。

日本の保健医療制度は、ほぼ全時代を通じて、中央集権的に整えられ、全国に比較的均質に普及していった。特に、防疫時代の急性感染症対策、地域保険システムを基盤とする医療保険制度、国家主体の医療財政、政府公定の診療報酬システム、結核対策や母子保健の国家的推進など、国の強い取り組み姿勢が短期間で成果を上げることにつな

がった。

このような経験を踏まえ、日本が国のコミットメント強化のために協力できることとしては、例えば次のようなことが考えられる。第一は、保健行政における中央政府と地方政府それぞれのキャパシティ・ビルディングと、両者の連携体制構築への支援である。第二に、日本において法整備が有効に機能した感染症対策に対する支援で、結核やHIV/エイズの施策策定への支援が考えられる⁴。第三に、国民皆保険を将来的目標として掲げる国においては、市町村レベルを基盤とする地域保険システムの形成を支援し、段階的に点から面へと広げていくための手順および技術的支援が考えられる。

(2) 統計整備および統計・調査に基づく政策立案

国際社会においては、第2次大戦直後から統計整備の重要性と必要性が認識され、支援が行われてきた⁵が、いまだに多くの途上国では政策立案やモニタリングの基礎情報に必要な十分に精度の高いデータが集まらないという状況が続いている。

日本においては江戸時代から既に人口動態統計が作成されており、明治時代になると戸籍調査などを実施し、比較的早い時期に人口静態と人口動態に関する統計的に精度の高い情報が得られるようになった⁶。また1920年に近代的な国勢調査が開始され、さらに「保健衛生調査会」が設置され、全国的な実態調査を基に政策を策定する体制を整備された。このように、比較的早い時期に人口統計や保健統計を整備して健康課題や健康ニーズを把握し、統計の結果を基に政策立案をしていたことは特筆すべき点である。さらに、コレラ、結核、性病など社会的影響力が大きい感染症に対しては登録制にし、実態把握を徹底したことも日本の大きな特徴である。

統計体制の整備は日本の得意分野でもあり、さ

⁴ 現在JICAと結核予防会が連携し、ザンビアのHIV/エイズ対策支援で保健行政のキャパシティ・ビルディングのためにDOTS戦略を用いるというユニークな試みを検討しており、その成果が注目される。

⁵ 三浦（2002）、井上（2002）、国際協力事業団国際協力総合研修所（2003）

⁶ 山口（2002）

⁷ 統計分野での支援については国際協力事業団国際協力総合研修所（2003）でも述べられている。

さまざまな支援方法が考えられる⁷。第一に、国勢調査や標本調査の実施を通じた統計整備のための協力がある。第二に、国際的な枠組みで実施されている統計整備支援への協力、例えば世界出生力調査（World Fertility Survey）や人口保健調査（Demographic and Health Survey）のような国際比較を容易とする統計整備プロジェクトへの支援がある。第三に、途上国においては利用できる統計が不十分であったり、利用できても精度に問題があったりする場合が多いため、そのような状況で各種指標を算出するための推計手法の開発などがある。第四に、日本がコレラや結核対策で確立した登録制度の経験を生かして、DOTS戦略における地域レベルからの報告による登録体制の強化等の分野でも協力が可能であろう。第五に、佐久総合病院で開発された市町村が住民の健康状態を把握するための健康台帳制度⁸、その結果を住民自身が保持する健康手帳制度など、ユニークなシステムも活用できる可能性がある。これらの諸分野に加えて、国家としての統計体制の整備を担う人材の養成、人口センサスや全国的な標本調査の実施に対する資金援助やキャパシティ・ビルディングの支援なども考えられる。

（3）地域保健的アプローチ（行政、住民、民間団体の役割）

ほとんどの途上国においては、末端の保健施設としてヘルスポストやヘルスセンターがあり、日本の保健婦と同じくらいの密度で保健ボランティアがあり、また多くの国では住民組織やNGOが存在する。しかし、これらの地域資源をつなぐ調整役がおらず、有機的な連携がとられていないことが多い。

日本では、特に1920～60年の第一期から二期にかけて独自の地域保健アプローチが各地で展開された。この地域保健アプローチは注目すべき日本の保健医療分野における総合的な向上の要因であり、今日一般に英語でCommunity Healthと呼ばれているものよりさらに広義で、一種のダイナミズムの総体であるといえる。このことから、本章

では日本で採られた地域保健アプローチを「日本版地域保健」と呼ぶ。

「日本版地域保健」の要素を整理すると、以下の諸点が挙げられる。第一に、医療施設や医療人材が絶対的に不足していた時代に、住民の生活圏において、あらゆる関係者（保健所、保健婦、住民組織、病院・診療所、市町村医師会、公民館、学校等）が連携し、使える地域資源を活用した点である。第二に、社会の民主化の進展によって、保健活動においても「住民の意識化（Awareness raising）」と「気づきを基にした学習（Discovery-based Learning）」が浸透し、住民主体の活動に発展した点である。第三に、保健婦、保健所、自治体、病院などが調整役を果たした点である。第四に、専門家が地域内を調査し、住民の潜在的な健康ニーズを発掘し分析に努めた点である。第五に、保健医療は当時の住民（特に女性）にとって関心の高い生活上の問題（ニーズ）であったため、その問題解決過程に参加する意識が住民の側で高かったこと、さらに保健医療への参加を通じて生活向上や農業の生産性向上など他のセクターへの問題に対する気づきと対応が活発になった点である。第六に、以上のような包括的取り組みによって保健医療活動が最終的には地域振興へとつながっていった点である。

このような「日本版地域保健」の要素は、今日の低所得国に対してさまざまな示唆を与えることができ、これらの要素を取り入れた協力も見られる。例えば、ジョイセフがUNFPAの資金協力を得てネパールで実施している「家族計画・栄養・寄生虫予防プロジェクト」（1979年～）では、日本の経験を活かして、寄生虫予防と駆虫をエントリーポイントとして住民のニーズに基づいた健康活動を展開し、住民のオーナーシップを醸成し、経費の自己負担も含めた自立発展に向けて注目すべき成果を上げている。また、JICAでもさまざまな協力が行われてきた。ジョイセフの支援を得て実施したベトナムの「リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト」（1997～2000年）では、地域における保健行政の強化、村の保健スタッフの再訓

⁸ 日本国内の他の地域でも「健康台帳」のような制度は見られた。

練、保健所の改善、住民に対する保健教育、母子保健チームによるアウトリーチ活動など、日本の「日本版地域保健」の要素を取り込んだアプローチを展開した。フィリピンにおける「家族計画・母子保健プロジェクト」(1992～2002年)では、保健所を中心として、住民に対する保健教育活動⁹の一環として、佐久総合病院などの農村で活発に行われた医療演劇(フィリピンの場合は人形劇)などが大きな成果を上げた¹⁰。さらに、ヨルダンにおける「家族計画・WIDプロジェクト」では、男性を含めた地域の意思決定層の巻き込みに始まり、女性のためのマイクロクレジット事業をエントリーポイントとして、「日本版地域保健」的な活動がマルチセクター的に展開され、女性のエンパワーメントを足がかりに農村開発と住民の健康と家族計画の推進に寄与している。

(4) 民間組織(住民組織、民間団体、企業)の活用

途上国においては、政府の施策が必ずしも徹底されないといった状況がしばしば見られる。これは政府の施策が現場のニーズや体制を踏まえたものになっていなかったり、現場で保健医療活動を展開できるだけの力を持った組織が不足していることに一因があると考えられる。

日本においては中央集権的に保健医療施策が全国展開されていったが、その施策は民間活動を吸い上げたものであったり、施策の実施の際には既存の住民組織等が活用されていたりしており、いわば政府と民間との協働により保健医療の改善が進められた。日本における住民組織等は政府の施策に頼るだけでなく、積極的に自分たちの健康を守る活動を展開していた。

日本の農村地域においては歴史的に互助組織が存在した。また、幕末から高度経済成長の時代まで、時代の変わり目に農村を襲った混乱に対応するために、農民による生活改善運動が展開された¹¹。例えば、終戦直後の極貧にあえぐ寒村地帯

における「地区衛生組織」活動がある。これらの組織では生活環境の改善を通じて、感染症の予防や一般的な健康教育の普及を行った。このような農村地域の歴史的土壌の上に、戦後GHQの民主的な指導を受けた保健婦や生活改良普及員による活動が土着化し受け入れられていったと考えられる。政府はこのような住民組織活動の成功例を取り上げ、普遍化させ、全国的に普及させるという手法を得意とした。その好例は戦後の「蚊とハエのいない生活運動」、「結核予防婦人会」、「母子保健推進員制度」などである。1997年に制定された介護保険法も、民間事業者・NPOの活用を1つの主眼としており、またNPO法自体も市民社会のパワーを活用しようとするものであり、同様の発想と考えてよいであろう。

また、政府は各時代の重要課題に対応するために、公的な色彩の強い民間団体(公的団体)を創設し活用した。代表的なものとしては、結核対策における「結核予防会」、母子保健における「母子愛育会」がある。2団体とも皇族の恩賜によるもので、設立形態は民間であるが、運営に関わる人材は意欲の高い一流の専門家であり、皇族の恩賜を受けた団体であることも幸いして国民のモチベーションも高かった。結核や母子保健という国家的な健康課題を克服するために、このような団体が有効に機能したところにも日本の特徴がある。これらの団体は純粋な民間団体とはいえないが、活動は住民とともに考え、住民とともに行動するものであり、そのボトムアップによるアプローチが多くの国民を動かす原動力になった。

加えて、結核対策、家族計画、寄生虫対策などから、予防や早期発見のための予防接種や健診などにおいて、企業の果たした役割も大きかった。特に結核対策や家族計画においては、最終的に企業が解決したという見解¹²もあるほど、企業の貢献度は大きかったと見られる。

以上のような、日本に固有のさまざまな民間団体の活躍の経験を途上国にそのまま応用すること

⁹ 佐久総合病院で始められた医療スタッフによる「医療演劇」や紙芝居などの手法を用いた保健教育の啓発・普及活動で大きな成果を上げた。

¹⁰ 国際協力事業団(2001)

¹¹ 水野(2002)

¹² 島尾(1996)、大林(1989)

は難しいが、一部の地域で展開している住民活動で成功例をグッドプラクティスとして取り上げ、行政が施策として予算化し全国的に普及させたり、マスコミが広く取り上げるといったことが考えられる。また、途上国では王室や国家指導者が支援する公益団体が社会開発事業を行っていることが少なくないため、このような団体の企画・運営能力を向上させることも一案であろう。日本独自の経験である企業の積極的な関与についての応用も考えられる。日本においては経済成長期に、大企業が質の良い労働力を確保するために終身雇用を原則として、社員の健康や家族計画を含めた家族生活や老後の暮らしまで面倒を見、国もこれを奨励し優遇措置をとるといった「会社中心社会」が機能した¹³。今日の日本ではこのような風潮は薄れてきているが、経済成長期にある国において企業は有力な社会資源であり、この社会資源を何らかの形で国民の保健医療の向上に取り入れることは有効な方法といえるであろう。タイでは、日系企業が日本と同じ労働衛生を担保して当地では先進的取り組みとなっており¹⁴、このように日系企業を通じて在来企業に日本の取り組みを伝えていくということが考えられる。また、予防接種や健康診断などが国の制度として位置づけられている場合は、企業においてこれらを提供する体制を整備することも重要であり、そのために日本が支援できることも少なくないであろう。

(5) 女性の専門職の活用

ほとんどの途上国にはPublic Health Nurseと呼ばれる保健婦制度があるが、圧倒的に数が不足している。そのため、日本の「日本版地域保健」時代に活躍した保健婦のようなアウトリーチ活動は難しく、住民のニーズに即したきめ細かいサービスの提供は困難である。途上国ではPublic Health Nurseの指導の下で、住民へ直接ヘルスサービスを提供しているヘルス・ボランティア（またはヘルス・ワーカー）が育成され配置されている。彼らの育成が途上国の保健医療サービスの向上には

不可欠である。

日本においては、地域における開業助産婦、保健婦、生活改良普及員など女性の専門職が、地域における保健医療サービスの提供や、保健教育、生活環境の改善、生活水準の向上に大きく貢献した。

開業助産婦は明治時代から「産婆」という民間のサービス提供者として存在したが、明治政府はそれを医療従事者として制度化した。また戦中戦後においては母子保健・家族計画の知識を再教育し、啓蒙普及活動の一員として活用した。さらに、保健婦は民間の篤志的なサービスであった大正時代の訪問看護婦に始まるが、政府は保健所を制度化するのに伴い保健婦も制度化し、地域保健の主要な担い手として位置づけた。生活改良普及員は、戦後GHQの指導により創設された専門職であるが、地域住民の視点に立って、問題解決型手法（今日的に言えばPRA手法）を自ら体得し実践した。

これらの女性の専門職たちは、戦前・戦後において、貧困と保健に関する知識の不足ゆえに地域住民が医療機関へ十分にアクセスができなかった時代に、「生命を守る」という使命感から草の根の目線で、無我夢中で取り組んだ点が共通している。さらに、上から与えられた画一的なサービスを提供するのではなく、草の根の特に女性たちの立場から、住民の生活ニーズ（その多くが保健医療に根ざすものであった）と一緒に考え、それに応えていった点でも、共通するものがある。外部の資金的援助を求めず、地域内の資源のみで対応しようとした点も共通しており、大きな特徴でもある。これら使命感と技術と工夫に満ちた女性の専門職たちが、「日本版地域保健」のメカニズムの中で果たした貢献の大きさは計り知れない。これらの専門職の女性たちが地域において高いステータスを持ち、待遇も恵まれていた点も、途上国への応用の際に見落としてはならない点である。

また、彼女らの活躍は保健医療のみならず生活向上にも大きく貢献し、ひいては地域社会の自立発展につながったが、このような成果は女性たち

¹³ 朝日新聞社編（1995）

¹⁴ 国際協力事業団（2000）

のエンパワーメントに起因しているといってもよい。女性たちが成功の原動力となっている要因として、一般に差別されてきた女性の方が変革の可能性を秘めている¹⁵、女性は周産期に関することや家族の健康など一般に健康に対する関心が高い、健康問題と密接に関係している家庭内の衣食住を管理している、日中、地域社会で過ごしていて地域の問題が見えやすく、かつ活動しやすい¹⁶、一般に社会的しがらみ（組織内での主従関係など）が少ない、時に失敗を恐れず新しいことに飛び込む性は男性に比し強い、などが考えられる。

途上国においても女性をヘルス・ボランティア（ヘルス・ワーカー）として積極的に育成・活用し、地域保健の主要アクターにすることは可能であろう。例えば、ネパールでは結核予防会によるDOTS戦略への支援の中で、ごく普通の主婦が隣家の結核患者を発見し、毎日薬を届けて服薬管理した結果、患者が治癒した。このことによって、彼女は「自分が治した」と自信が付き、周りからも尊敬されることによってますますエンパワーされ、地域の数千人の保健ボランティアを束ねるリーダーに成長したという事例がある¹⁷。なお、途上国において女性を地域保健活動の主要アクターとする場合、何が女性たちを変えるのか、何が女性の参加の障害になるのか、何が女性たちの活動を促進させるのか等の視点も重要である。

(6) 学界・研究者の参加

途上国の保健医療分野では、政策や保健医療技術に対する学界・研究者の積極的な関与があまり見られない。これには学界・研究者自体の数の少なさや、資金力のなさ、行政への接触の場の少なさなどの原因が考えられるが、学術的に裏打ちされた政策や技術を用いることは保健医療の向上に重要であり、学界・研究者の積極的な関与が必要である。

日本の保健医療の歴史を振り返ってみると、多くの学界・研究者が保健医療の発展に貢献してい

ることがわかる。例えば、家族計画においては、政策決定の場に研究者が関与し、さらにモデル村におけるアクションリサーチを実施し全国普及の雛形を作った。結核においても、病理学者、細菌学者、臨床医などが公衆衛生的視点から活動し、研究はもとより情報の収集、評価、政治・行政への働きかけ、一般への啓発活動などに大きな役割を果たした¹⁸。また寄生虫対策では、全国各地の寄生虫予防協会が、その地の大学等の支援を受け技術的な部分や啓蒙活動に貢献した。労働衛生においても、労働衛生の法整備にあたり事業主の強い反発を受けたが、これに対抗するため科学者による疫学的研究によって論拠を示し反対派を説得した。さらに、佐久総合病院の院長は、農民とともに活動することによって農村医学という学術分野を開拓し、その後の農村医療に大きく貢献した。

途上国においても、学界・研究者が保健医療の改善に対する役割を認識し、保健医療改善に携わっていく方法（問題認識・解決の方法、行政や他の専門家などの他の関係者との連携方法など）を習得すると重要な役割を担える可能性がある。このような学界・研究者育成への支援としては、日本人専門家との協働を通じた意識・技術の向上、日本における研修、あるいは大学間の学術交流などが考えられる。

(7) 国民皆保険の構築

途上国においては医療へのアクセスが大きな課題になっているところがあるが、日本では国民皆保険によりいつでも誰でも、官民間問わずすべての医療機関で、医療費負担をあまり気にせずに安心して、平等な医療サービスを受けられる制度を構築した。日本における皆保険の導入時期は早く、結核が蔓延する時代に、「疾病は貧困の源」であるという認識の下に、国民健康保険法（1938年）が制定され、第1次皆保険時代を迎えた。また、この時代は国民の半分以上が非雇用者（農民やインフォーマルセクター従事者）であり、このような時代に国民健康保険制度という地域社会を基盤

¹⁵ 及川（1987）

¹⁶ 石川（2003）

¹⁷ *ibid.*

¹⁸ 石川（1999）

とする日本特有の地域保険システムを開発し、普及したことも特筆に値する。さらに、第2次世界大戦によって戦前に構築した保険制度が壊滅的な状態になるが、その再建を国家再建の大きな目標として掲げ、戦後16年目に国民皆保険を実現した。このように「疾病は貧困の源」という認識の下に、国家の強い意思で、貧しい時代から構想し、財政難の時代にも医療保険の構築に優先的に取り組んだ点は、途上国の政策策定における優先順位の付け方に示唆を与えることができるであろう。

ただし、国民皆保険については、導入に当たった前提条件として国家としての強い意志が必要であること、運営にあたる行政機関（あるいはその他の公的機関）のキャパシティが必要であることに考慮する必要がある。また、ある程度国家や国民の経済力がついてこないとならば皆保険の導入は難しく、経済力に応じて、導入規模を考え、段階的に拡大していくことが現実的である。また、多くの途上国ではインフォーマルセクターに従事する人口が多く、この取り込みが大きな課題となっている。この点に関しては地域に根ざした国民健康保険の初期の経験が参考になる。

(8) 公害、高齢化への対応（日本の反省点）

WHOから世界最高水準といわれる現在の日本の保健制度であるが、反省点もある。日本の保健医療制度は、明治以降、比較的安定した官僚制度の下で、中央集権的に整備されてきたが、一般に、行政サービスの対応はニーズが発生してから法整備を含めて体制が整うまでに時間がかかる。日本の保健医療行政の場合も同様で、保健婦制度や母子保健活動などは、ニーズに対応してまず民間の中にサービスが生まれ、それを普遍化する形で行政が制度として取り込んでいった。行政の取り組みが特に遅れたのが公害問題であり、歴史的な反省点として刻まれている。また、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する国民的議論の形成や、救急医療におけるコミュニティでのケア、労働衛生における中小企業対策などは、いまだに課

題として積み残されている。

さらに、皆保険達成後の医療サービスの量の拡充については、1960年代、高度経済成長の波にのって、医療施設・医療従事者の量的拡充を加速させたが、1980年代に入ると将来の過剰供給が懸念されるなど、長期的な計画の見通しが甘かったことは否めない。また医療保険の財政についても同様に長期的見通しが甘く、少子高齢化の加速と医療の高額化さらに経済の低迷によって、現在その財政は危機的状況にある。さらに医療の質の問題についても、一次から三次へというレファラルシステムの構築が遅れたため、キャンベル他(1996)が指摘するように、今なお大病院に初診患者が集中し「3時間待っての3分間診療」という批判が消えない。また、薬漬け、検査づけやデータをみて患者を診ない診療など、診療や治療の方法などへの批判も多い。これらの批判を受けて、医療現場においては治療者は人間の尊厳を持ってあたるべきであり、そのためのインフォームドコンセント（説明と同意）に対する取り組みが始まったのもここ数年のことである。患者こそが医療の主体であるという論点¹⁹が、日本の近代医療の長い歴史において、今ようやく現場に降りてきたという状況である。

このような問題の背景には、国民皆保険達成後、本来社会政策や社会事業として扱うべきものをすべて医療保険で代替してきたという構図がある。具体的には、老人や障害者に対する介護や福祉の問題である。その生活の質の向上のためのサービスなどが1980年代までほとんどすべて医療で処理されてきた²⁰。その歪みが老人医療における社会的入院に現れ、介護の質の悪さと医療費の高騰などを招いている。2000年度より実施されている介護保険制度とその介護の質の向上についてもまだ模索中である。さらに急速に進む少子高齢化への対応として、年金制度の抜本的な改革の必要性にも迫られている。これら社会保障全体にかかる国民的不安が、現在の日本の経済活動の低迷を招いているという声も少なくない。これらつまり、

¹⁹ 村上(1996)

²⁰ 川上・小坂(1992)

「日本の社会保障制度全体が「途上国型モデル」として最適であるが、そうであるがゆえに成熟社会への対応が極めて遅れている」²¹という現実を表している（BOX12-2参照）。

日本におけるこれらの反省点は、大きく2つの普遍的な教訓を提示している。1つは、保健医療の取り組みは、人間の尊厳から始めなければならないということである。医療制度、公害や労働衛生などの取り組みなど、人間の尊厳に立てば、おのずと正しい対処法は見えてくるであろう。また、このような理念を実現するためには、保健医療行政は民主的でなければならない。そのために、真の地方分権に基づく行政サービスの構築が必要である。

二つ目の教訓は、社会保障制度についてである。日本は途上国の社会保障システムの1つのモデルを作り上げたが、成熟社会への対応が遅れた。この教訓は、長期的な予測に基づく長期的なビジョ

ンの重要性を示している。基本的な医療保険や年金制度の導入を考えている国々では、この教訓を制度構築の参考にできるであろう。また、既にある程度の水準の保健医療制度を整備し、医療保険や年金制度ができつつある国々では、今後ほとんどの国で高齢化が進むことが予想されることから、長期的に質の高い国民生活を保障するために、経済発展と生活の質（QOL）の向上とのバランスのとれた持続可能な社会保障制度の設計が必要である。

3. 今後の検討課題

(1) もっと広く、もっと深く

本調査研究の目的は、単に日本の保健医療分野の発展の経験を紹介するものではなく、「途上国の人々にとって参考になりうる」日本における国民の健康水準の改善に向けた取り組みを整理する

BOX12-1 日本の保健医療システムの途上国への応用可能性

日本の経験の特徴は、世界銀行が1993年の世界開発報告『健康への投資（Investing in Health）』でまとめた途上国における保健医療システム整備に関する提言の内容とかなりの部分が一致している。世界銀行の同報告書による主な提言の内容は下に示すようなものである。

三次医療（高度医療機関の整備など）に対する政府の投資は（費用対効果が低いので）極力減らすべきである。

代わりに、感染症対策等として、公衆衛生施策を強化すべきである。

あわせて、基本的な臨床医療サービス（essential clinical services）に重点を置くべきである。

医療の財政面については、貧困層のみを対象とするのではなく、全国民を対象とする制度とするほうが、より効率的である（前者の場合対象者の絞り込みのコストや政治的な支持の問題がある）。

医療サービスの供給については、できるかぎり民間セクターを活用するほうが効率的である。

特に女性の初等基礎教育に力を注ぐべきである（食事や出産、医療その他種々のライフスタイルの形成において特に母親の影響が大きい）。

このことから、広井（1999）は「日本はまさに“途上国の医療システム”として理想的とも言えるような制度を、必ずしも自覚的とは言えない形で、結果的に採用してきたのであり、そのことがこれまでしばしば指摘されてきた『日本の医療のパフォーマンスのよさ（低い医療費と高い健康指標）』にも反映していると考えられる」と結論づけている。さらに広井（2003）は「したがって、以上のような国際比較の上立った上で、日本の医療システムの長所と短所を客観的に定式化しモデル化を図った上で、途上国の置かれた個別の状況と照らしながら、望ましい適用のあり方を考えていくという作業が今後求められている」と提言している。

出所：広井（1999）（2003）より作成。

²¹ 広井（1999）

ことにあった。特に、途上国の人々から関心を寄せられている日本の特徴的な点を取り上げ、かつ現在の途上国の中でも特に医療資源が不足している国・地域において役に立つであろうものを中心に分析を進めた。その結果、母子保健、家族計画、感染症等の分野における地域の人的・物的資源を最大限に活用した「地域保健アプローチ」的な部分を大きく取り上げた。ただし、特定のテーマのみを掘り下げるのではなく、国民の健康水準改善に対する取り組みの全般的な経験を概観し、健康課題がどのように変化して、それに対する対応がどのように変わってきたかを整理することを重視した。

そのため、カバーしきれなかったテーマや深く掘り下げられなかったテーマがあり、それらについては今後検討を深めていくことが必要である。また、複数の分野にまたがるテーマについては保健医療の観点からだけでなく、他の観点からの分析が必要である。例えば、日本の高度経済成長以降にあたる第Ⅳ期やⅤ期の環境衛生、公害、労働衛生、社会保障制度などの分野については保健医療以外の観点からの分析も必要である。日本のこれらの分野における反省を踏まえた経験は、アジアなどの中進国においても少なからず役に立つことが多い。

さらに、今回の分析では、経済発展、社会的文化的背景などとの関連からの分析は十分になされなかった。保健医療制度の適用には、経済力や社会文化的背景の視点が不可欠であり、今後のさらに深い分析が求められる。

加えて、日本の保健医療の改善には住民の目線で献身的に問題解決を図った保健婦や研究者の貢献が大きかったが、途上国では必ずしもそのような人材が育っていない。日本で育ちえた「人材」がなぜ途上国ではその育成や持続性や確保が難しいのかという根源的な課題については検討が尽くされていない。このような人材を養成し、見守っていくことが最も途上国のオーナーシップを重視した自立発展につながる重要な国際協力ではないかと思われ、途上国における人材養成について今後さらに考察を深めていくことが求められる。

(2) 途上国の実態に即して

保健医療分野は、その国の歴史・文化・価値観などと密接に関連している上、その適用には当該国の政治経済の状況によつて的確な判断が要求される。したがって、途上国の文化的・社会的・経済的・政治的背景を十分に考慮した上で、新しい制度の導入や改革がなされなければならない。また、現在の途上国の置かれた状況はグローバル化の影響によって、保健課題も社会経済的状况も、日本が地域保健アプローチや医療サービスの拡充によって対処してきた時代と比べて、はるかに複雑でまた多様化している。したがって、日本の経験を「定式化」しただけではなかなか活用できる指針とはなりえない。

以上のような観点から、今後、具体的にどのような国で、どのような日本の経験が活用できるのか、日本の経験を途上国の状況に応じてどのようにアレンジするとよいのか、といった踏み込んだ分析がなされ、途上国の保健医療現場の人々に届けられることを期待したい。

(3) 協力現場での経験を集積して

日本のODAが最初に保健医療分野の協力に取り組んだのは1967年²²であり、既に37年が経過している。この間、国際協力の現場では、日本人専門家のさまざまな知見や日本のアプローチを取り入れた協力が行われてきた。しかし、これらを日本の経験との関連から体系的にとりまとめた研究はこれまでにない。本章でも、途上国への適用例として「2-2 途上国に参考になりうる日本の特徴的な取り組み」の中でいくつか事例を簡単に紹介したが、十分とはいえない。今後は、途上国での協力に関する実際的な経験・知見のある日本専門家の協力を仰ぎ、成功・失敗を問わず日本の協力経験を集積して日本の経験の活用という視点から詳細に分析し、そのメカニズムを普遍化し、成功要因・障害要因・外部条件などを分析し、さらに適用の際の留意点等もとりまとめていくとよい。そして、それらの情報を必要な人がいつでもどこでもアクセスできるような提供体制を整えることが必要である。

²² 人口分野における研修員受け入れ事業『国際家族計画研修』。

付録. 途上国協力に参考になりうる日本の経験

下の表は第 部で示された途上国に参考になりうる各分野の取り組みを抽出し、さらにそれらが主に行われた時代と主要アクターを分類し、途上国に参考になりうる日本の経験を総括したものである。

注1：「最重要期」とは途上国に参考になりうると思われるそれぞれの取り組みが日本で実施された時期で、第1部で提示した次の5つの時期で示している。

- 第 期：急性感染症対応期（1868～1919年）
- 第 期：慢性感染症対応および母子保健サービス形成期（1920～45年）
- 第 期：保健医療行政再構築期（1946～60年）

- 第 期：医療サービス拡充期（1961～79年）
- 第 期：高齢社会対応期（1980～現在）

注2：「主要アクター」の「地域」とは、保健所、保健婦、住民など地域のさまざまなアクターのこと。

注3：「特徴的取り組み」は本章の「2-2 途上国に参考になりうる日本の特徴的な取り組み」で述べた以下の各項目。

- 1：国の意思、2：統計整備および統計・調査に基づく政策立案、3：地域保健的アプローチ（行政、住民、民間団体の協働）4：民間組織（住民組織、民間団体、企業）の活用、5：女性の専門職の活用、6：学界・研究者の参加、7：国民皆保険、8：公害、高齢化への対応（日本の反省点）

第 部の各章で取り上げた項目	最重要期	主要アクター	特徴的取り組み
母子保健			
助産婦・保健婦の登用	、	女性	5
住民活動の促進		民間	3、4
母子健康手帳制度		国、地域	1、3
お産場所の整備と質の向上		自治体、女性	3、5
母子保健統計の整備		国、地域	1、2、3
家族計画			
ニーズの存在と個を重視したアプローチ	、	地域	3
官学民の三者協力体制の構築		民間、研究者	4
助産婦・保健婦・看護婦の受胎調節指導員への起用		女性	5
民間団体の積極的活動		民間、研究者	4、6
避妊具のソーシャルマーケティング		民間	4
感染症対策			
結核対策			
政府のコミットメント	、	国	1
適切な患者管理と治療の徹底（保健所の機能、保健婦の活用、総合的な在宅結核対策アプローチ）		地域	3、5
患者記録と報告体制に基づいた監督と評価		地域、女性	2、3、5
寄生虫対策			
問題認識と啓発活動	、	民間	4
民間団体の積極的活動		民間	4
研究者の協力		研究者	6
学校保健との連携		地域	3
寄生虫対策を導入部とした公衆衛生へのアプローチ		地域	3
予防接種			
強制から任意へ	、	国	1
既存システムを用いた予防接種の実施		地域	3
予防接種の無償提供		国	1

地域保健			
限られた医療施設・人材の中で ・保健所を中心とした地域保健提供体制 ・保健医療スタッフの適正配置 ・住民の主体的参加 ・多様な組織の連携	、	地域	3、5
科学的な問題解決法		地域、研究者	3、6
地域保健とマルチセクター的展開		地域	3
学校保健			
寄生虫対策		自治体、民間	3、4
学校給食		国	1
学校・家庭・地域社会の連携		地域	3
救急医療			
交通外傷ケア		国、自治体	1
救急産科ケアおよび小児救急ケア (コミュニティにおけるプレケア)		地域	3
公害対策			
公害対策の遅延原因		国、民間	8
被害者、メディアによるアドボカシー運動		民間	4
法整備、所管官庁の設置、予算設置、税制面での優遇		国	1
取り締まり体制の整備、司法的手段の活用		国、自治体	1
公害に対する調査研究		国、研究者	1、6
環境アセスメント		国、自治体	1
公害対策に関わる人材の育成		国、自治体、民間	1
公害教育		民間	4
労働衛生			
官主導から労使協力へ		国、民間	1、4
参加型労働衛生活動		民間	4
事業所内の衛生管理体制		民間	4
疫学的研究の推進		研究者	6
労働衛生思想の普及・啓発事業		国	1
中小企業の労働衛生対策		民間	8
医療保険			
成功のための前提条件		国	1、7、8
導入規模と段階的拡大(地域保険システム)		自治体、民間	1
保健医療提供体制の拡充・整備(第1部)	全期間	全アクター	1、8

< 参考文献 >

朝日新聞社編(1995)『カイシャ大國 戦後50年』朝日文庫
 阿藤誠(2000)『現代人口学』日本評論社
 石川信克(1999)「日本の結核対策に学ぶもの」『公衆衛生』Vol.63、No.3
 (2003)「プライマリヘルスケア」(第6回国際感染症等専門家養成研修・講演より:2003年9月17日)

井上俊一(2002)「世界の人口動態統計」日本人口学会編『人口大事典』培風館
 及川和男(1987)『村長ありき』新潮文庫
 大林道子(1989)『助産婦の戦後』勁草書房
 川上武・小坂富美子(1992)『戦後医療史序説』勁草書房
 キャンベル J.C.、池上直己(1996)『日本の医療統制とバランス感覚』中央公論社
 国際協力事業団(2000)『平成11年度特定テーマ

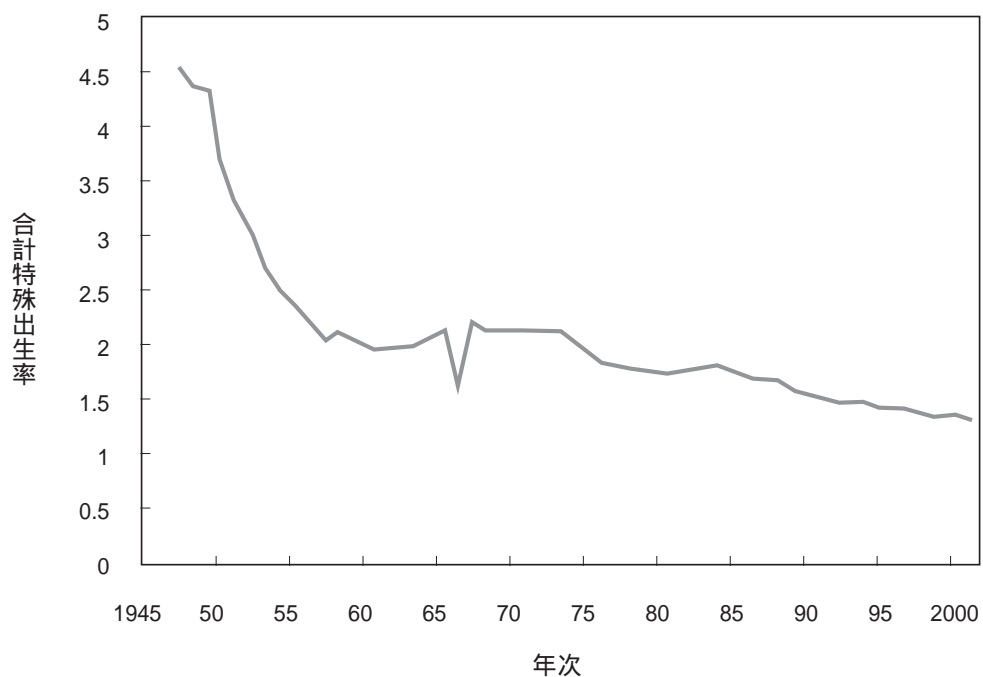
- 評価調査報告書：タイ障害者支援』国際協力事業団
 (2001)『特定テーマ評価フィリピン人口・健康セクターUSAID連携 PART1(母子保健・家族計画分野)報告書ドラフト』国際協力事業団
- 国際協力事業団医療協力部(2003)『ヨルダン・ハシミテ王国家族計画・WIDプロジェクトフェーズ 終了時報告書』国際協力事業団
- 国際協力事業団国際協力総合研修所(2003)『第二次人口と開発援助研究』国際協力事業団
- 島尾忠男(1996)『わが国の結核対策』JATA Books No.9
- 園田恭一・米林喜男編(1983)『保健医療の社会学』有斐閣選書
- 広井良典(1999)『日本の社会保障』岩波新書
- (2003)『社会保障に関する『日本の経験』の特徴と評価』国際協力機構国際協力総合研修所『途上国のソーシャル・セーフティ・ネットの確立に向けて』国際協力機構
- 三浦由己(2002)『世界の人口センサス』日本人口学会編『人口大事典』培風館
- 水野正己(2002)『近代日本農村史における生活改善運動と戦後の農村生活改善』国際協力事業団『農村生活改善協力のあり方に関する研究検討会報告書(第1分冊)』
- 村上陽一郎(1996)『20世紀の日本(9)医療-高齢社会へ向かって』読売新聞社
- 山口喜一(2002)『人口史料と人口統計』日本人口学会編『人口大事典』培風館
- 若井晋(2001)『国際保健医療学』杏林書院
- WHO(2002) *The World Health Report 2002*

付 録
保健医療関連統計

付録：保健医療関連統計

1. 概況

図A-1 合計特殊出生率

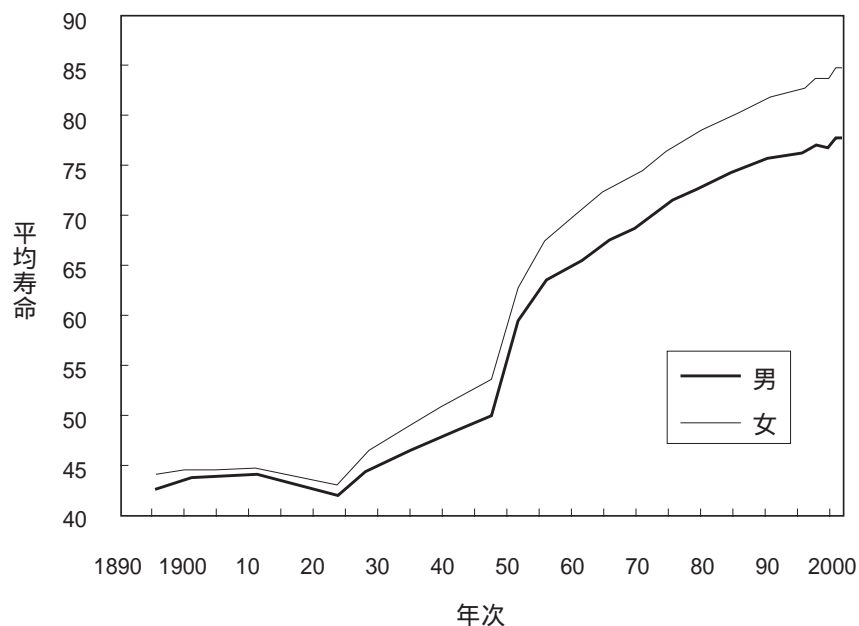


1947～49年のいわゆるベビーブーム期には合計特殊出生率は4.4前後を記録したが、1949年を境として急速に低下し、1949～57年の間に半分以下に減少した。また1957～73年はほぼ2.0～2.1を続けており、この時代、1人の女性が生涯に生む子

どもの数は、文字どおりほぼ2人になった。その後は、緩やかな減少傾向にある。

なお1966年の出生率低下は、60年に1回訪れる丙午（この年に生まれた女の子は自分の夫を食い殺すという迷信）の影響である。

図A-2 平均寿命



平均寿命(0歳の平均余命)は1900年代初頭は伸び悩んでいたが、1925年以降次第に伸び始め、終戦後(1945年以降)急速に伸びている。その後その勾配は緩やかになってきたものの、現在も上

昇を続けている。

WHOが発表した『2003年世界保健報告』によると日本の最新の平均寿命は、男性78.4歳、女性85.3歳であり、世界1位である。

表A-2 平均寿命(0歳の平均余命)

年次	男	女
1891～1898	42.8	44.3
1899～1903	43.97	44.85
1909～1913	44.25	44.73
1921～1925	42.06	43.20
1926～1930	44.82	46.54
1935～1936	46.92	49.63
1947	50.06	53.96
1950～1952	59.57	62.97
1955	63.60	67.75
1960	65.32	70.19
1965	67.74	72.92
1970	69.31	74.66
1975	71.73	76.89
1980	73.35	78.76
1985	74.78	80.48
1990	75.92	81.90
1995	76.38	82.85
* 1997	77.19	83.82
* 1998	77.16	84.01
* 1999	77.10	83.99
2000	77.72	84.60
* 2001	78.07	84.93

出所：*印は厚生労働省統計情報部『簡易生命表』、その他は内閣統計局および厚生労働省統計情報部『完全生命表』による。

表A-3 年齢（3区分）別人口および年齢構造に関する指標

年次	人口（千人）				人口割合（％）			平均年齢 （歳）	中位数年齢 （歳）
	総数	0～14歳	15～64歳	65歳以上	0～14歳	15～64歳	65歳以上		
1884 ¹⁾	37,452	11,843	23,458	2,142	31.63	62.65	5.72	28.9	21.0
1888	39,607	13,360	24,069	2,175	33.73	60.77	5.49	28.2	24.5
1898	43,764	14,367	26,989	2,405	32.83	61.67	5.49	28.0	23.9
1908	49,589	16,969	30,014	2,604	34.22	60.53	5.25	27.7	24.1
1920	55,963	20,416	32,605	2,941	36.48	58.26	5.26	26.7	22.2
1930	64,450	23,579	37,807	3,064	36.59	58.66	4.75	26.3	21.8
1940 ²⁾	71,933	26,383	42,096	3,454	36.68	58.52	4.80	26.6	21.9
1947 ³⁾	78,101	27,573	46,783	3,745	35.30	59.90	4.79	26.6	22.1
1950	83,200	29,428	49,658	4,109	35.37	59.69	4.94	26.6	22.3
1955	89,276	29,798	54,729	4,747	33.38	61.30	5.32	27.6	23.7
1960	93,419	28,067	60,002	5,350	30.04	64.23	5.73	29.1	25.6
1965	98,275	25,166	66,928	6,181	25.61	68.10	6.29	30.4	27.5
1970	103,720	24,823	71,566	7,331	23.93	69.00	7.07	31.5	29.1
1975	111,940	27,221	75,807	8,865	24.33	67.75	7.92	32.5	30.6
1980	117,060	27,507	78,835	10,647	23.51	67.39	9.10	33.9	32.5
1985	121,049	26,033	82,506	12,468	21.51	68.18	10.30	35.7	35.2
1990	123,611	22,486	85,904	14,895	18.19	69.50	12.05	37.6	37.7
1995	125,570	20,014	87,165	18,261	15.94	69.42	14.54	39.6	39.7
2000	126,926	18,472	86,220	22,005	14.55	67.93	17.34	41.4	41.5

注：1947～70年は沖縄県を含まない。

総数に年齢不詳を含む。

1) 皇族人員を含む。

2) 国勢調査の全人口から内外地にいた軍人・軍属等の年齢別推計数を差し引いて得た補正人口。

3) 臨時国勢調査の集計人口に、水害地の調査漏れ推計数を年齢別に案分して加えた補正人口。

なお、中位数年齢とは人口を年齢順に並べて数え、ちょうどまん中にあたる人の年齢である。

平均年齢および中位数年齢は、各歳別人口に基づき算定した。

出所：総務省統計局『国勢調査報告』、『日本長期統計総覧』による10月1日現在人口。

表A-4 主要死因別死亡数・死亡率（人口10万対）（続き）

	肺炎		肝疾患		腎不全		老衰		不慮の事故		自殺	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
1899	43,313	99.8	...	...	...	...	55,189	127.2	21,767	50.1	5,932	13.7
1920	175,674	313.9	11,279	20.2	...	...	73,468	131.3	26,198	46.8	10,630	19.0
1925	129,129	216.2	9,667	16.2	...	...	70,065	117.3	24,982	41.8	12,249	20.5
1930	101,046	156.8	10,469	16.2	...	...	76,591	118.8	26,295	40.8	13,942	21.6
1933	106,247	157.6	8,375	12.4	...	...	82,932	123.0	30,220	44.8	14,805	22.0
1934	124,117	181.7	8,270	12.1	...	...	87,045	127.4	32,029	46.9	14,554	21.3
1935	105,078	151.7	8,074	11.7	...	...	78,972	114.0	29,023	41.9	14,172	20.5
1936	112,204	160.0	8,446	12.0	...	...	91,672	130.7	30,193	43.1	15,423	22.0
1937	108,256	153.3	8,680	12.3	...	...	84,478	119.6	30,205	42.8	14,295	20.2
1938	118,153	166.4	8,680	12.2	...	...	98,451	138.6	31,700	44.6	12,223	17.2
1939	131,542	184.3	8,650	12.1	...	...	95,173	133.3	29,328	41.1	10,785	15.1
1940	111,077	154.4	8,824	12.3	...	...	89,540	124.5	28,408	39.5	9,877	13.7
1941	104,073	145.2	8,679	12.1	...	...	89,673	125.1	28,808	40.2	9,713	13.6
1942	106,022	146.5	8,970	12.4	...	...	95,998	132.6	31,134	43.0	9,393	13.0
1943	116,494	159.8	8,981	12.3	...	...	99,162	136.1	33,519	46.0	8,784	12.1
1947	101,601	130.1	8,762	11.2	...	...	78,342	100.3	38,533	49.3	12,262	15.7
1948	52,979	66.2	9,032	11.3	...	...	63,639	79.5	38,975	48.7	12,753	15.9
1949	56,213	68.7	9,576	11.7	...	...	65,574	80.2	34,277	41.9	14,201	17.4
1950	54,169	65.1	8,630	10.4	...	...	58,412	70.2	32,850	39.5	16,311	19.6
1951	50,612	59.8	8,929	10.6	...	...	59,796	70.7	31,968	37.8	15,415	18.2
1952	42,880	49.9	10,048	11.7	...	...	59,514	69.3	31,215	36.4	15,776	18.4
1953	46,703	53.7	10,960	12.6	...	...	67,514	77.6	34,236	39.3	17,731	20.4
1954	37,719	42.7	11,657	13.2	...	...	61,334	69.5	34,812	39.4	20,635	23.4
1955	34,309	38.4	11,827	13.2	...	...	59,932	67.1	33,265	37.3	22,477	25.2
1956	34,870	38.6	12,599	14.0	...	...	68,414	75.8	33,258	36.8	22,107	24.5
1957	43,754	48.0	12,674	13.9	...	...	73,283	80.5	34,528	37.9	22,136	24.3
1958	35,252	38.3	12,463	13.5	...	...	51,046	55.5	35,785	38.9	23,641	25.7
1959	34,229	36.8	12,836	13.8	...	...	52,687	56.7	41,662	44.8	21,090	22.7
1960	37,534	40.2	13,389	14.3	...	...	54,139	58.0	38,964	41.7	20,143	21.6
1961	31,839	33.8	13,633	14.5	...	...	54,880	58.2	41,614	44.1	18,446	19.6
1962	34,839	36.6	13,549	14.2	...	...	54,738	57.5	38,393	40.3	16,724	17.6
1963	26,109	27.2	13,944	14.5	...	...	48,466	50.4	39,698	41.3	15,490	16.1
1964	25,547	26.3	13,945	14.3	...	...	46,995	48.4	40,437	41.6	14,707	15.1
1965	29,868	30.4	13,663	13.9	...	...	49,092	50.0	40,188	40.9	14,444	14.7
1966	22,654	22.9	13,853	14.0	...	...	44,209	44.6	42,574	43.0	15,050	15.2
1967	23,451	23.5	14,395	14.4	...	...	43,129	43.3	41,769	41.9	14,121	14.2
1968	25,188	25.0	15,470	15.3	...	...	39,750	39.4	40,564	40.2	14,601	14.5
1969	25,408	24.9	16,348	16.0	...	...	37,817	37.1	43,011	42.2	14,844	14.5
1970	27,929	27.1	17,097	16.6	...	...	39,277	38.1	43,802	42.5	15,728	15.3
1971	23,102	22.1	16,815	16.1	...	...	35,457	34.0	42,433	40.7	16,239	15.6
1972	23,204	21.9	16,911	16.0	...	...	32,520	30.8	42,431	40.1	18,015	17.0
1973	26,996	26.0	17,573	16.3	...	...	33,415	30.9	40,244	37.2	18,859	17.4
1974	28,557	25.1	18,039	16.5	...	...	32,486	29.7	36,085	33.0	19,105	17.5
1975	30,441	27.4	18,101	16.3	...	...	29,916	26.9	33,710	30.3	19,975	18.0
1976	29,913	26.6	18,280	16.3	...	...	29,659	26.4	31,489	28.0	19,786	17.6
1977	26,440	23.3	18,173	16.0	...	...	28,381	25.0	30,352	26.7	20,269	17.9
1978	28,241	24.7	18,789	16.4	...	...	27,976	24.4	30,017	26.2	20,199	17.6
1979	27,330	23.7	18,754	16.2	6,047	5.2	29,419	25.5	29,227	25.3	20,823	18.0
1980	33,051	28.4	18,978	16.3	7,048	6.1	32,154	27.6	29,217	25.1	20,542	17.7
1981	33,590	28.7	19,101	16.3	7,811	6.7	29,873	25.5	29,089	24.8	20,096	17.1
1982	35,338	29.9	18,958	16.1	8,866	7.5	27,501	23.3	29,197	24.7	20,668	17.5
1983	40,237	33.9	19,324	16.3	9,892	8.3	29,391	24.7	29,668	25.0	24,985	21.0
1984	38,895	32.5	19,433	16.3	10,457	8.7	28,805	24.1	29,344	24.6	24,344	20.4
1985	45,075	37.5	19,803	16.5	11,508	9.6	27,804	23.1	29,597	24.6	23,383	19.4
1986	47,256	39.1	19,532	16.1	12,057	10.0	26,810	22.2	28,610	23.7	25,667	21.2
1987	49,013	40.3	19,286	15.9	12,627	10.4	25,274	20.8	28,255	23.2	23,831	19.6
1988	57,055	46.8	19,781	16.2	14,224	11.7	26,400	21.6	30,212	24.8	22,795	18.7
1989	58,963	48.1	19,719	16.1	14,853	12.1	23,781	19.4	31,049	25.4	21,125	17.3
1990	68,194	55.6	19,700	16.1	15,575	12.7	24,187	19.7	32,122	26.2	20,088	16.4
1991	70,057	56.9	19,817	16.1	15,560	12.6	23,200	18.8	33,155	26.9	19,875	16.1
1992	74,274	60.2	20,162	16.3	16,945	13.7	23,361	18.9	34,677	28.1	20,893	16.9
1993	81,138	65.5	19,923	16.1	17,157	13.9	23,115	18.7	34,717	28.0	20,516	16.6
1994	83,354	67.2	19,372	15.6	17,376	14.0	23,464	18.9	36,115	29.1	20,923	16.9
1995	79,629	64.1	17,018	13.7	16,187	13.0	21,493	17.3	45,323	36.5	21,420	17.2
1996	70,971	56.9	16,517	13.2	16,196	13.0	20,878	16.7	39,184	31.4	22,138	17.8
1997	78,904	63.1	16,599	13.3	16,615	13.3	21,434	17.2	38,886	31.1	23,494	18.8
1998	79,952	63.8	16,133	12.9	16,638	13.3	21,374	17.1	38,925	31.1	31,755	25.4
1999	93,994	74.9	16,585	13.2	17,704	14.1	22,829	18.2	40,079	32.0	31,413	25.0
2000	86,938	69.2	16,079	12.8	17,260	13.7	21,213	16.9	39,484	31.4	30,251	24.1
2001	85,305	67.8	15,848	12.6	17,690	14.0	22,145	17.6	39,496	31.4	29,375	23.3

表A-5 医療関係者実数・率（人口10万対）

年	実数						率（人口10万対）					
	医師	歯科医師	薬剤師	保健婦（士）	助産婦	看護婦（士） 准看護婦（士）	医師	歯科医師	薬剤師	保健婦（士）	助産婦	看護婦（士） 准看護婦（士）
1953	89,885	30,086	...	12,339	56,419	112,002	103.3	34.6	...	14.2	64.8	128.7
1954	92,442	30,659	51,132	12,186	55,513	119,428	104.7	34.7	57.9	13.8	62.9	135.3
1955	94,563	31,109	52,418	12,369	55,356	129,860	105.9	34.8	58.7	13.9	62.0	145.5
1956	96,139	31,642	52,779	12,156	53,743	136,715	106.5	35.1	58.5	13.5	59.5	151.5
1957	98,268	31,971	54,853	11,821	51,709	145,090	107.9	35.1	60.2	13.0	56.8	159.3
1958	99,876	32,484	56,518	12,201	52,319	160,352	108.6	35.3	61.4	13.3	56.9	174.3
1959	101,449	32,871	58,389	12,519	52,402	169,998	109.1	35.4	62.8	13.5	56.4	182.9
1960	103,131	33,177	60,257	13,010	52,337	185,592	110.4	35.5	64.5	13.9	56.0	198.7
1961	104,280	33,617	61,626	13,248	51,181	194,614	110.6	35.7	65.4	14.1	54.3	206.4
1962	105,437	34,163	62,645	13,606	45,955	205,087	110.8	35.9	65.8	14.3	48.3	215.5
1963	106,512	34,517	64,915	13,910	46,174	215,528	110.8	35.9	67.5	14.5	48.0	224.1
1964	108,102	35,079	66,600	13,957	43,516	229,797	111.2	36.1	68.5	14.4	44.8	236.5
1965	109,369	35,558	68,674	13,959	43,276	245,211	111.3	36.2	69.9	14.2	44.0	249.5
1966	110,759	36,022	70,810	14,175	43,710	265,230	111.8	36.4	71.5	14.3	44.1	267.8
1967	111,657	36,524	72,101	13,606	31,944	228,569	111.4	36.4	71.9	13.6	31.9	228.0
1968	113,630	36,943	74,366	13,560	29,440	239,037	112.1	36.4	73.3	13.4	29.0	235.7
1969	115,974	37,406	76,087	13,759	28,963	254,628	113.0	36.4	74.1	13.4	28.2	248.1
1970	118,990	37,859	79,393	14,007	28,087	273,572	114.7	36.5	76.5	13.5	27.1	263.8
1971	123,178	39,218	83,246	14,276	27,811	290,733	117.3	37.3	79.3	13.6	26.5	276.9
1972	125,302	40,293	85,140	14,735	27,933	307,056	116.7	37.5	79.3	13.7	26.0	286.1
1973	126,327	40,490	87,651	15,003	26,854	316,803	116.2	37.2	80.6	13.8	24.7	291.4
1974	128,455	41,680	91,402	15,596	26,867	336,612	116.7	37.9	83.1	14.2	24.4	305.9
1975	132,479	43,586	94,362	15,962	26,742	361,604	118.4	38.9	84.3	14.3	23.9	323.0
1976	134,934	44,382	97,474	16,212	26,804	382,459	119.3	39.2	86.2	14.3	23.7	338.2
1977	138,316	45,715	100,897	16,590	26,618	404,156	121.2	40.0	88.4	14.5	23.3	354.0
1978	142,984	48,731	104,693	17,016	26,493	431,911	124.1	42.3	90.9	14.8	23.0	375.0
1979	150,229	50,821	110,774	17,583	26,267	458,362	129.4	43.8	95.4	15.1	22.6	394.7
1980	156,235	53,602	116,056	17,957	25,867	487,169	133.5	45.8	99.1	15.3	22.1	416.2
1981	162,882	56,841	120,444	18,633	25,538	518,097	138.2	48.2	102.2	15.8	21.7	439.5
1982	167,952	58,362	124,390	19,137	25,416	540,971	141.5	49.2	104.8	16.1	21.4	455.8
1984	181,101	63,145	129,700	20,858	24,649	590,177	150.6	52.5	107.9	17.3	20.5	490.9
1986	191,346	66,797	135,990	22,050	24,056	639,936	157.3	54.9	111.8	18.1	19.8	526.0
1986	201,658	70,572	143,429	23,559	23,320	694,999	164.2	57.5	116.8	19.2	19.0	566.0
1990	211,797	74,028	150,627	25,303	22,918	745,301	171.3	59.9	121.9	20.5	18.5	602.9
1992	219,704	77,416	162,021	26,909	22,690	795,810	176.5	62.2	130.2	21.6	18.2	639.5
1994	230,519	81,055	176,871	29,008	23,048	862,013	184.4	64.8	141.5	23.2	18.4	689.4
1996	240,908	85,518	194,300	31,581	23,615	928,896	191.4	67.9	154.4	25.1	18.8	738.0
1998	248,611	88,061	205,953	34,468	24,202	985,821	196.6	69.6	162.8	27.3	19.1	779.4
2000	255,792	90,857	217,477	36,781	24,511	1,042,468	201.5	71.6	171.3	29.0	19.3	821.4

注：1）医師・歯科医師・薬剤師については登録者の届出数、保健婦・看護婦（士）・准看護婦（士）については就業者数である。

2）保健婦・助産婦・看護婦（士）・准看護婦（士）は1953～66年までは保健婦助産婦看護婦法第34条（現在削除）による就業者名簿から計上し、1967年以降は保健婦助産婦看護婦法第33条（届出義務）の規定により届け出た者の数である。

出所：厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師調査』（1982年から隔年調査）、『衛生行政報告例』（1982年から隔年調査）

表A-6 医療施設数・率（人口10万人対）

年	施設数							率（人口10万人対）		
	病院					一般診療所	歯科診療所	病院	一般診療所	歯科診療所
	総数	精神	伝染	結核	一般					
1955	5,119	260	73	676	4,110	51,349	24,733	5.7	57.5	27.7
1960	6,094	506	58	595	4,935	59,008	27,020	6.5	63.2	28.9
1965	7,047	725	46	340	5,936	64,524	28,602	7.2	65.7	29.1
1970	7,974	896	35	160	6,883	68,997	29,911	7.7	66.5	28.8
1975	8,294	929	27	87	7,251	73,114	32,565	7.4	65.3	29.1
1980	9,055	977	20	39	8,019	77,611	38,834	7.7	66.3	33.2
1981	9,224	988	19	34	8,183	77,909	40,116	7.8	66.1	34.0
1982	9,403	997	17	33	8,356	78,554	41,616	7.9	66.2	35.1
1983	9,515	1,004	15	32	8,464	78,911	43,115	8.0	66.1	36.1
1984	9,574	1,015	12	31	8,516	78,332	43,926	8.0	65.1	36.5
1985	9,608	1,026	12	27	8,543	78,927	45,540	7.9	65.2	37.6
1986	9,699	1,035	13	22	8,629	79,369	47,174	8.0	65.2	38.8
1987	9,841	1,044	13	19	8,765	79,134	48,300	8.0	64.7	39.5
1988	10,034	1,048	12	18	8,956	79,752	49,756	8.2	65.0	40.5
1989	10,081	1,047	11	16	9,007	80,572	51,196	8.2	65.4	41.5
1990	10,096	1,049	10	15	9,022	80,852	52,216	8.2	65.4	42.2
1991	10,066	1,046	10	13	8,997	82,118	53,633	8.1	66.2	43.2
1992	9,963	1,052	7	11	8,893	83,394	55,002	8.0	67.0	44.2
1993	9,844	1,059	7	11	8,767	84,128	55,906	7.9	67.4	44.8
1994	9,731	1,060	6	9	8,656	85,588	57,213	7.8	68.5	45.8
1995	9,606	1,059	5	8	8,534	87,069	58,407	7.7	69.3	46.5
1996	9,490	1,057	5	7	8,421	87,909	59,357	7.5	69.8	47.2
1997	9,413	1,055	5	6	8,347	89,292	60,579	7.5	70.8	48.0
1998	9,333	1,057	5	5	8,266	90,556	61,651	7.4	71.6	48.7
1999	9,286	1,060	・	4	8,222	91,500	62,484	7.3	72.2	49.3
2000	9,266	1,058	・	3	8,205	92,824	63,361	7.3	73.1	49.9
2001	9,239	1,065	・	3	8,171	94,019	64,297	7.3	73.9	50.5

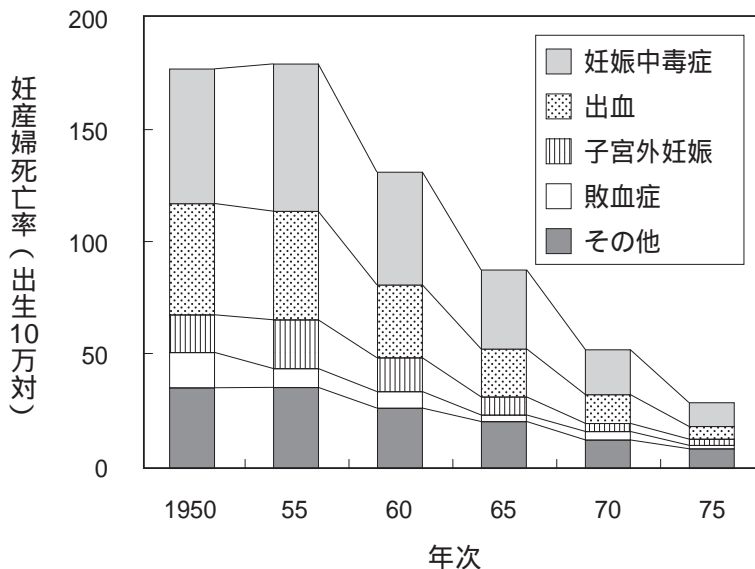
注：1）1983年までは12月31日現在、1984年以降は10月1日現在である。

2）「伝染病院」は、1999年4月に廃止された。

出所：厚生労働省『医療施設調査』

2. 母子保健・家族計画

図A-3 死因別妊産婦死亡率（1950～75年）



妊産婦死亡率を死因別にみると、1950年から1955年にかけて妊娠中毒症および子宮外妊娠において上昇していることを除けば、他は減少傾向にある。特に1955年以降はすべての死因において急

速に減少している。（なお、1976年以降、死因分類の大きな改訂が2回にわたり実施され、比較が困難になっている。）

表A-7 死因別妊産婦死亡数・妊産婦死亡率

	妊産婦死亡数						妊産婦死亡率（出生10万対）					
	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1950	1955	1960	1965	1970	1975
総数	4,117	3,095	2,097	1,597	1,008	546	176.1	178.8	130.6	87.6	52.1	28.7
子宮外妊娠	374	373	232	145	75	39	16.0	21.6	14.4	8.0	3.9	2.1
妊娠中毒症	1,396	1,124	809	628	378	196	59.7	64.9	50.4	34.4	19.5	10.3
出血	1,147	831	507	387	241	110	49.1	48.0	31.6	21.2	12.5	5.8
敗血症	351	141	108	52	56	34	15.0	8.1	6.7	2.9	2.9	1.8
その他	849	626	441	385	258	167	36.3	36.2	27.5	21.1	13.3	8.8

出所：厚生労働省統計情報部『人口動態統計』

表A-8 出生の場所別出生数

年次		1950	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2001
* 全国	総数	2,337,507	1,606,041	1,934,239	1,576,889	1,221,585	1,187,064	1,190,547	1,170,662
	施設内 計	106,826	804,557	1,858,738	1,569,643	1,220,138	1,185,359	1,188,400	1,168,396
	病 院	68,638	386,973	838,078	815,611	681,873	647,430	639,067	620,849
	診 療 所	25,770	280,292	814,695	694,107	525,744	526,791	537,980	536,055
	助 産 所	12,418	137,292	205,965	59,925	12,521	11,138	11,353	11,492
	自宅・その他	2,230,681	801,484	75,501	7,246	1,447	1,705	2,147	2,266
市 部	総数	794,279	1,013,741	1,476,173	1,216,194	960,690	948,442	962,392	947,755
	施設内 計	89,490	644,524	1,440,835	1,212,117	959,678	947,100	960,613	945,899
	病 院	59,865	313,050	666,122	640,957	541,787	522,905	522,451	508,006
	診 療 所	19,055	222,491	641,585	533,397	408,024	414,884	428,322	427,880
	助 産 所	10,570	108,983	133,128	37,763	9,867	9,311	9,840	10,013
	自宅・その他	704,789	369,217	35,338	4,077	1,012	1,342	1,779	1,856
郡 部	総数	1,543,228	592,300	458,066	360,695	260,895	238,355	227,945	222,709
	施設内 計	17,336	160,033	417,903	357,526	260,460	237,994	227,581	222,302
	病 院	8,773	73,923	171,956	174,654	140,086	124,353	116,476	112,711
	診 療 所	6,715	57,801	173,110	160,710	117,720	111,818	109,597	108,112
	助 産 所	1,848	28,309	72,837	22,162	2,654	1,823	1,508	1,479
	自宅・その他	1,525,892	432,267	40,163	3,169	435	361	364	407

注：*1992年から住所地外国を含む。

出所：厚生労働省統計情報部『人口動態統計』

表A-9 人工妊娠中絶数と避妊の実行割合

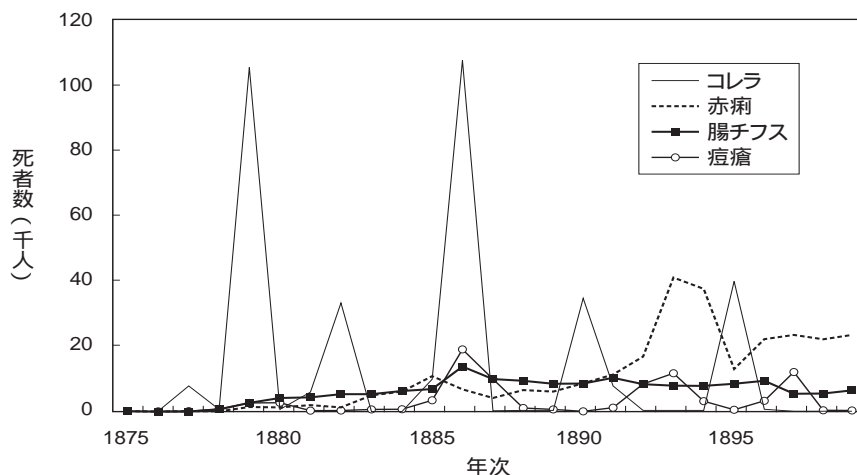
年次	人口妊娠中絶数		避妊実 行割合 (%)	年次	人口妊娠中絶数		避妊実 行割合 (%)	年次	人口妊娠中絶数		避妊実 行割合 (%)
	実数	実施率 (%)			実数	実施率 (%)			実数	実施率 (%)	
1949	101,601	4.9	19.5	1967	747,490	26.0	53.0	1985	550,127	17.8	62.8
1950	320,150	15.1		1968	757,389	26.0		1986	527,900	17.1	
1951	458,757	21.3	26.3	1969	744,451	25.3	52.1	1987	497,756	16.0	56.3
1952	798,193	36.3		1970	732,033	24.8		1988	486,146	15.6	
1953	1,068,066	47.7	33.6	1971	739,674	24.9	52.6	1989	466,876	14.9	57.9
1954	1,143,059	50.2		1972	732,653	24.5		1990	456,797	14.5	
1955	1,170,143	50.2	39.2	1973	700,532	23.2	59.3	1991	436,299	13.9	64.0
1956	1,159,288	48.7		1974	679,837	22.4		1992	413,032	13.2	
1957	1,122,316	46.2	42.5	1975	671,597	22.1	60.5	1993	386,807	12.4	58.6
1958	1,128,231	45.6		1976	664,106	21.8		1994	364,350	11.8	
1959	1,098,853	43.6	42.3	1977	641,242	21.1	60.4	1995	343,024	11.1	56.6
1960	1,063,256	42.0		1978	618,044	20.3		1996	338,867	10.9	
1961	1,035,329	40.6	44.6	1979	613,676	20.1	62.2	1997	337,799	11.0	54.1
1962	985,351	37.8		1980	598,084	19.5		1998	332,220	11.0	
1963	955,092	35.7	55.5	1981	596,569	19.5	55.5	1999	337,314	11.3	55.9
1964	878,748	32.1		1982	590,299	19.3		2000	341,146	11.7	
1965	843,248	30.2	18.5	1983	568,363	18.5	57.3				
1966	808,378	28.5		1984	568,916	18.5					

注：人工妊娠中絶数については、1972年以前は沖縄県を含まない。人工妊娠中絶実施率は15～49歳女子人口について。

出所：人工妊娠中絶数は、厚生労働省統計情報部『衛生年報』、『母体保護統計年報』による。避妊の実行割合は、毎日新聞社人口問題研究会『日本の人口 戦後50年の軌跡』：毎日新聞社全国家族計画世論調査・第1回～第25回調査結果』による。

3. 感染症対策

図A-4 急性感染症（コレラ・赤痢・腸チフス・痘瘡）の死者数（1876～99年）



明治時代、コレラは5年前後の周期で大流行があり、多い時で10万人を超える大変な死者が発生していたことがわかる。また、赤痢によっても

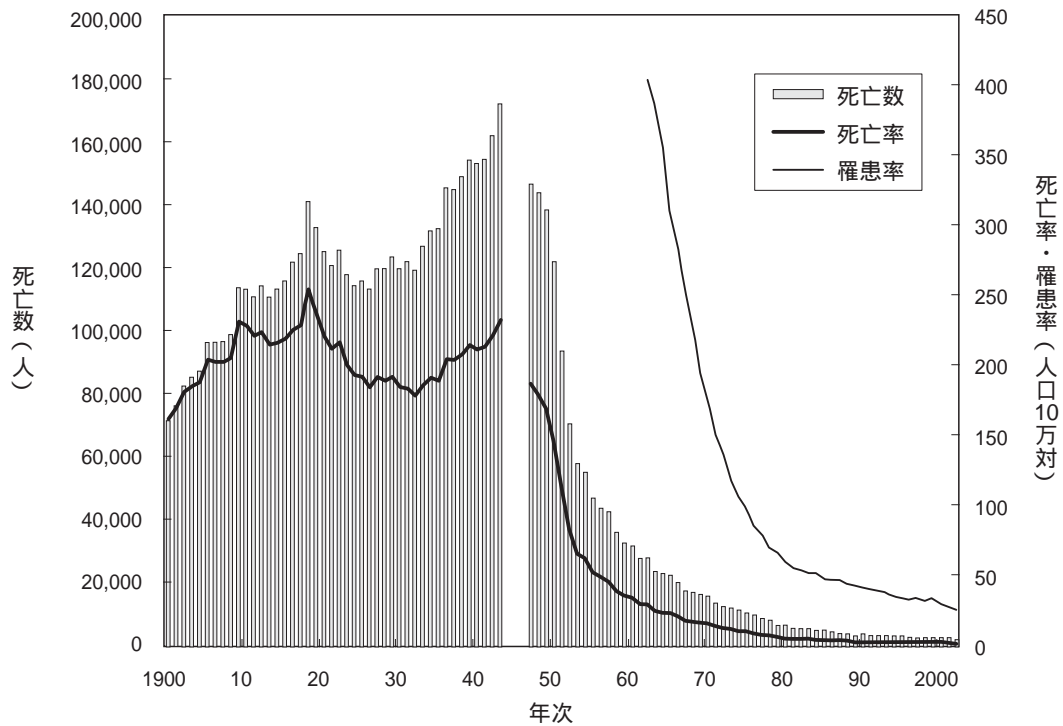
1893年をピークとして大勢の死者が発生した。これらの急性感染症はこの時期の日本の最重点課題であった。

表A-10 急性感染症（コレラ・赤痢・腸チフス・痘瘡）の患者数と死者数（1876～99年）

年	コレラ		赤痢		腸チフス		痘瘡	
	患者数	死者数	患者数	死者数	患者数	死者数	患者数	死者数
1876	-	-	976	76	869	108	318	145
1877	13,816	8,027	349	38	1,964	141	3,441	653
1878	902	275	1,078	181	4,092	558	2,896	685
1879	162,637	105,786	8,167	1,477	10,652	2,530	4,799	1,295
1880	1,580	618	5,047	1,305	17,140	4,177	3,415	1,731
1881	9,387	6,237	6,827	1,802	16,999	4,203	342	34
1882	51,631	33,784	4,330	1,313	17,308	5,231	1,106	197
1883	669	434	20,172	5,066	18,769	5,043	1,271	295
1884	904	417	22,702	6,036	23,279	5,969	1,703	410
1885	13,824	9,329	47,307	10,690	29,504	6,672	12,759	3,329
1886	155,923	108,405	24,326	6,839	66,224	13,807	73,337	18,678
1887	1,228	654	16,147	4,257	47,449	9,813	39,779	9,967
1888	810	410	26,815	6,576	43,600	9,211	4,052	853
1889	751	431	22,873	5,970	35,849	8,623	1,324	328
1890	46,019	35,227	42,633	8,706	34,736	8,464	296	25
1891	11,142	7,760	46,358	11,208	43,967	9,614	3,608	721
1892	874	497	70,842	16,844	35,636	8,529	33,779	8,409
1893	633	364	167,305	41,284	34,069	8,183	41,898	11,852
1894	546	314	155,140	38,094	36,667	8,054	12,418	3,342
1895	55,144	40,154	52,711	12,959	37,015	8,401	1,284	268
1896	1,481	907	85,876	22,356	42,505	9,174	10,704	3,388
1897	894	488	91,077	23,765	26,998	5,697	41,946	12,276
1898	655	374	90,976	22,392	25,297	5,697	1,752	362
1899	829	487	108,713	23,763	27,673	6,452	1,215	245

出所：厚生省医務局編（1955）『医制八十年史』朝陽社

図A-5 結核死亡数・死亡率・罹患率



戦前の結核死亡数は莫大で死亡率も非常に高率であったが、戦後、死亡数・死亡率とも急速に低下した。特に1950～53年は前年よりも1～2万人以上も死亡数が連続して減少しており、特に急速に死亡数が減少した特筆すべき期間である。また結

核の蔓延がある程度の収束をみたと判断できる罹患率(その年の新規登録結核患者の人口10万対比)が100以下の状態となるのは1975年になってからであり、その後も減少傾向にはあるものの結核の新規感染は今なお続いている。

表A-11 結核死亡数・死亡率・罹患率

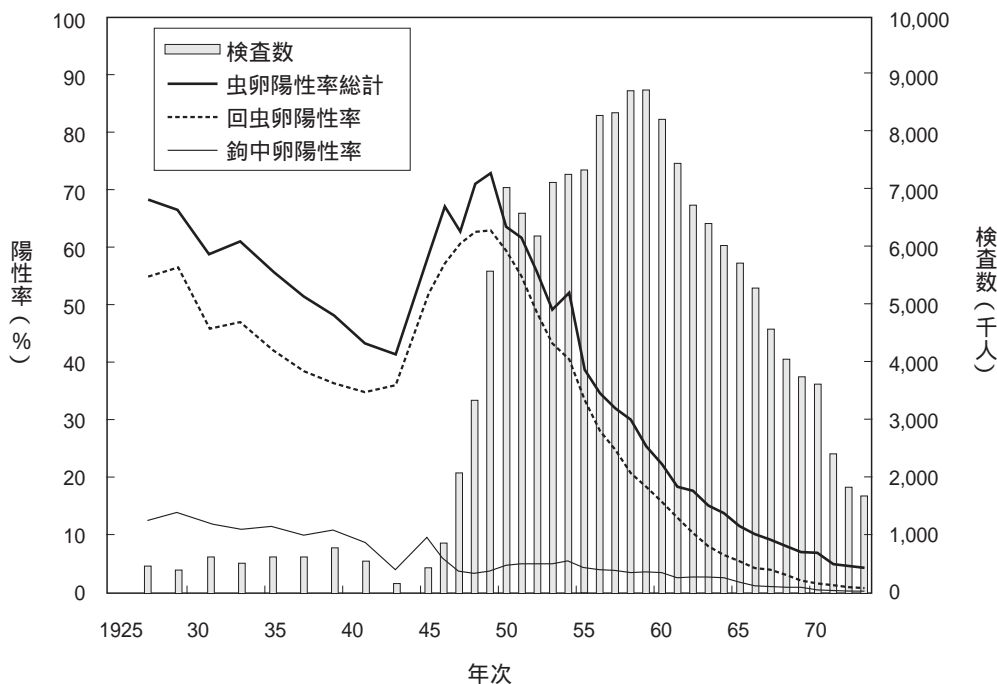
年次	死亡数	死亡率 (人口10万対)	罹患率 (人口10万対)	年次	死亡数	死亡率 (人口10万対)	罹患率 (人口10万対)	年次	死亡数	死亡率 (人口10万対)	罹患率 (人口10万対)
1900	71,771	163.7		1936	145,160	207.0		1972	12,565	11.9	137.8
1901	76,614	172.7		1937	144,620	204.8		1973	11,965	11.1	118.5
1902	82,559	183.6		1938	148,827	209.6		1974	11,418	10.4	106.7
1903	85,132	186.9		1939	154,371	216.3		1975	10,567	9.5	96.6
1904	87,260	189.1		1940	153,154	212.9		1976	9,578	8.5	86.6
1905	96,030	206.0		1941	154,344	215.3		1977	8,803	7.8	78.2
1906	96,069	204.2		1942	161,484	223.1		1978	8,261	7.2	70.0
1907	96,584	203.7		1943	171,474	235.3		1979	6,738	5.8	65.8
1908	98,871	206.1		1944	-	-		1980	6,439	5.5	60.7
1909	113,622	234.0		1945	-	-		1981	5,698	4.9	55.9
1910	113,203	230.2		1946	-	-		1982	5,343	4.5	53.9
1911	110,722	222.1		1947	146,241	187.2		1983	5,329	4.5	51.9
1912	114,197	225.8		1948	143,909	179.9		1984	4,950	4.1	51.2
1913	110,753	215.9		1949	138,113	168.9		1985	4,692	3.9	48.4
1914	113,341	217.8		1950	121,769	146.4		1986	4,170	3.4	46.6
1915	115,913	219.7		1951	93,307	110.3	698.4	1987	4,022	3.3	46.2
1916	121,810	227.7		1952	70,558	82.2		1988	3,872	3.2	44.3
1917	124,787	230.5		1953	57,849	66.5		1989	3,527	2.9	43.1
1918	140,747	257.1		1954	55,124	62.4		1990	3,664	3.0	41.9
1919	132,565	240.9		1955	46,735	52.3	579.6	1991	3,325	2.7	40.8
1920	125,165	223.7		1956	43,874	48.6		1992	3,347	2.7	39.3
1921	120,719	213.0		1957	42,718	46.9		1993	3,249	2.6	38.0
1922	125,506	218.7		1958	36,274	39.4		1994	3,094	2.5	35.7
1923	118,216	203.4		1959	32,992	35.5		1995	3,178	2.6	34.3
1924	114,229	194.0		1960	31,959	34.2	524.2	1996	2,858	2.3	33.7
1925	115,956	194.1		1961	27,916	29.6	445.9	1997	2,742	2.2	33.9
1926	113,045	186.1		1962	27,852	29.3	403.2	1998	2,795	2.2	32.4
1927	119,439	193.7		1963	23,302	24.2	386.7				(34.8)
1928	119,632	191.1		1964	22,929	23.6	355.5	1999	2,935	2.3	34.6
1929	123,490	194.6		1965	22,366	22.8	309.9				(38.2)
1930	119,635	185.6		1966	20,064	20.3	282.5	2000	2,656	2.1	31.0
1931	121,875	186.2		1967	17,708	17.8	253.2				(35.0)
1932	119,196	179.4		1968	16,922	16.8	225.0	2001	2,491	2.0	27.9
1933	126,703	187.9		1969	16,392	16.1	194.7	2002	2,316	1.8	25.8
1934	131,525	192.5		1970	15,899	15.4	172.3				
1935	132,151	190.8		1971	13,608	13.0	150.6				

注 1) 死亡数・死亡率に関して、1947年から1972年は沖縄県は含まれていない。2002年は概数である。

2) 罹患率に関して、1951年から1997年までの数値については旧活動性分類、1998年以降の数値については新活動性分類により表示し、1998～2000年は()に旧活動性分類による数値を表示している。

出所：死亡数死亡率は厚生労働省統計情報部『人口動態統計』による。罹患率は、1951～60年『伝染病および食中毒精密統計』、1961～86年『結核登録者に関する定期報告』、1987～95年『結核・感染症サーベイランス年報集計結果』、1996年～『結核発生動向調査年報集計結果』による。

図A-6 寄生虫卵陽性率



寄生虫の感染率は戦前および戦後直後は非常に高く、70%以上のときもあったが、1949年の73%を頂点として、その後は急速に減少した。寄生虫に対する検査数は、戦後急速に増加し、1959年を境に減少に転じている。

表A-12 寄生虫卵陽性率

年	検査数	虫卵陽性率 総計 (%)	回虫卵 陽性率 (%)	鉤中卵 陽性率 (%)	年	検査数	虫卵陽性率 総計 (%)	回虫卵 陽性率 (%)	鉤中卵 陽性率 (%)
1918-1926	854,451	73.0	61.3	23.3	1955	7,324,726	38.0	33.3	4.2
1927	457,337	68.2	55.1	12.6	1956	8,292,895	34.5	27.8	3.9
1929	369,045	66.6	56.4	13.7	1957	8,310,858	31.6	24.8	3.8
1931	593,443	58.9	45.9	12.1	1958	8,683,921	30.0	20.6	3.3
1933	501,658	61.2	47.1	11.2	1959	8,702,768	25.3	18.4	3.3
1935	609,331	55.7	42.0	11.6	1960	8,194,622	22.7	15.5	3.3
1937	608,496	51.4	38.6	10.0	1961	7,444,796	18.4	12.8	2.8
1939	767,779	48.2	36.4	10.6	1962	6,729,356	17.4	10.4	2.8
1941	520,254	43.0	34.7	8.9	1963	6,415,619	15.3	8.2	2.8
1943	165,068	41.1	35.7	3.7	1964	6,031,346	13.9	6.5	2.6
1945	413,241	58.4	51.8	9.6	1965	5,734,960	11.3	5.3	1.8
1946	821,765	67.1	57.1	5.8	1966	5,258,999	9.9	4.2	1.3
1947	2,055,274	62.5	60.5	3.3	1967	4,588,011	9.1	3.7	1.1
1948	3,334,597	71.1	62.5	3.1	1968	4,035,043	8.1	2.9	0.9
1949	5,559,078	73.0	62.9	3.5	1969	3,746,543	6.8	1.9	0.6
1950	7,026,499	63.8	59.6	4.5	1970	3,626,768	6.7	1.6	0.5
1951	6,552,143	61.7	55.1	4.8	1971	2,407,061	5.1	1.1	0.3
1952	6,191,612	55.8	48.3	4.9	1972	1,841,350	4.6	0.7	0.3
1953	7,107,763	48.7	43.2	4.8	1973	1,663,146	4.2	0.6	0.2
1954	7,234,396	51.8	40.4	5.3					

注：厚生省における検査データで、戦前は検査法もさまざまで、サンプル数も少ないため、戦後との比較には注意を要する。
出所：厚生省統計

表A-13 予防接種実施率の推移

(単位：%)

区分	定期分																一般的臨時		
	痘そう			ジフテリア						百日せき				急性 灰白髄炎		風しん	麻しん	インフル エンザ 2回完了者	日本 脳炎
	第1期	第2期	第3期	第1期			第2期	第3期	第4期	第1期			第2期	第1回	第2回				
				第1回	第2回	第3回				第1回	第2回	第3回							
1962	67.5	66.4	67.2	70.8	61.0	51.4	56.7	55.9	57.8	68.4	59.1	49.7	52.5	93.0	89.0				
1963	69.8	67.9	61.0	71.5	61.6	51.3	63.1	57.0	52.1	69.1	59.4	49.4	59.0	83.9	70.3				
1964	70.6	65.1	65.5	68.4	57.9	48.4	51.6	55.0	58.0	67.4	56.8	47.3	50.2	74.2	78.8				
1965	68.0	68.1	65.3	69.4	59.1	48.9	54.0	58.8	62.3	68.2	58.3	48.2	51.7	82.5	85.0				
1966	67.3	62.9	62.7	67.1	57.3	48.0	48.9	53.6	56.6	66.1	56.4	47.2	47.0	80.9	77.5				
1967	60.6	64.6	65.8	63.7	54.6	45.2	47.8	55.8	60.8	63.5	54.3	44.6	46.0	76.0	62.7				
1968	70.5	64.0	65.8	69.5	59.5	50.0	46.7	55.3	61.3	69.0	59.1	49.6	45.4	86.4	78.0				
1969	64.4	64.7	63.9	67.3	57.6	47.7	44.2	56.2	56.4	66.8	57.2	47.4	42.4	79.5	71.4				
1970	43.9	52.9	50.9	58.9	49.7	40.0	40.2	50.3	50.3	58.5	49.3	39.7	38.8	73.1	64.7				
1971	50.3	62.5	65.3	63.2	52.5	41.1	40.2	53.0	57.2	62.2	51.6	40.7	39.1	78.5	64.2				
1972	61.2	75.4	65.7	73.3	60.7	48.4	38.6	65.4	59.6	72.6	60.1	47.8	36.8	80.0	69.4				
1973	70.9	58.3	65.7	77.4	65.1	52.0	49.4	53.6	60.6	69.0	64.8	51.9	48.0	88.2	77.7				
1974	82.5	73.4	72.9	81.2	70.2	58.9	55.0	60.4	59.1	78.9	68.2	57.1	52.4	87.8	81.0				
1975	64.3	66.9	65.7	26.8	20.2	16.2	26.6	58.0	68.4	22.1	16.0	12.9	21.1	77.7	72.1				
1976	5.5	4.8	7.6	20.5	17.9	12.5	34.8	23.5	33.7	13.6	10.7	7.9	26.2	73.5	66.3				
1977				63.7	54.2	39.7	26.0	66.2		41.7	35.2	28.4	13.2	89.9	84.0	27.3		49.5	42.5
1978				85.5	76.7	60.3	40.2	79.3		64.4	57.2	47.9	27.6	84.1	79.1	72.4	72.6	56.9	47.3
1979				82.6	73.6	61.2	61.1	60.6		70.5	62.6	53.9	44.9	83.2	76.8	63.7	59.1	67.9	57.9
1980				81.4	73.2	63.4	61.5	76.4		75.5	68.1	60.2	51.2	84.3	80.2	65.1	54.2	55.5	49.3
1981				98.4	90.2	79.2	71.0	78.3		92.5	84.8	75.2	64.1	98.7	95.2	64.8	63.9	63.0	53.7
1982				99.2	92.2	83.3	76.3	78.6		95.8	89.3	81.2	71.2	98.4	95.0	72.2	65.5	64.3	57.4
1983				99.1	91.9	83.8	82.4	81.2		96.4	89.5	81.9	78.6	100.0	95.1	74.0	69.5	63.5	54.0
1984				98.1	92.6	84.1	79.1	86.0		95.8	90.4	82.3	76.1	98.4	94.9	72.6	72.9	65.3	53.0
1985				93.3	89.7	81.4	77.6	81.6		91.2	87.9	79.8	74.2	94.3	92.3	70.1	65.8	61.7	55.6
1986				98.4	94.0	86.3	80.8	82.7		96.4	92.1	85.1	77.8	96.0	93.7	72.1	70.4	61.0	53.5
1987				97.2	92.8	86.5	84.1	86.8		94.6	90.7	84.8	80.9	92.8	90.2	70.6	77.3	44.8	53.4
1988				95.3	90.9	84.9	85.3	80.4		93.3	89.3	83.4	82.9	92.7	90.9	68.2	75.3	32.0	55.2
1989				97.8	93.2	86.7	83.2	80.1		96.1	91.8	85.4	80.5	94.8	92.5	69.6	76.5	25.0	47.1
1990				100.0	94.9	87.3	79.9	79.6		98.2	93.0	85.8	77.6	95.6	92.4	68.8	65.5	21.9	49.6
1991				100.0	98.6	92.8	95.4	81.3		99.8	96.6	91.5	82.7	96.3	93.5	69.0	71.4	19.9	46.7
1992				97.9	94.3	89.0	91.7	80.7		95.8	92.5	87.2	88.5	97.6	94.4	70.6	69.2	17.8	43.5
1993				93.3	89.9	85.4	85.0	82.3		91.7	88.4	84.5	82.3	93.6	91.1	67.2	67.5	20.6	66.1
1994				95.2	91.2	85.4	80.3	79.8		93.9	90.0	84.5	77.5	95.2	90.9	66.8	74.5		65.4

注：本データは、実施人員（保健所運営報告）を対象人員（総務庁人口推計による対象年齢人口）で割り返したものである。
出所：細菌製剤協会（1996）『五十年のあゆみ』pp.210-211

4. 労働衛生

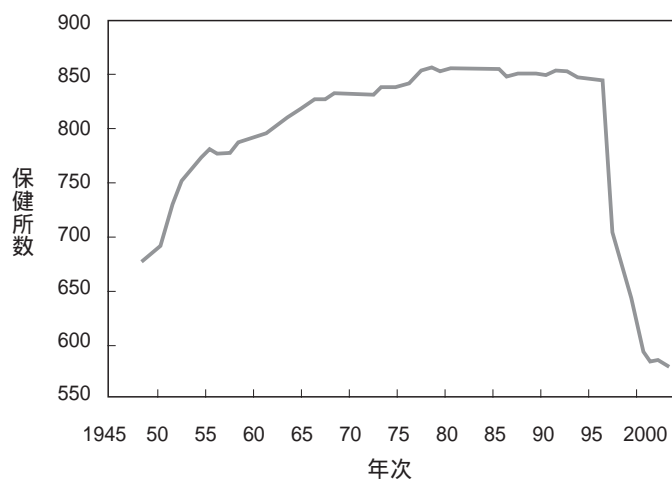
表A-14 労働災害数

年	死亡災害	休業4日以上災害*	年	死亡災害	休業4日以上災害*	年	死亡災害	休業4日以上災害*
1957	5,612	398,190	1972	5,631	324,435	1987	2,342	232,953
1958	5,368	401,760	1973	5,269	387,342	1988	2,549	226,318
1959	5,895	435,017	1974	4,330	347,407	1989	2,419	217,964
1960	6,095	468,139	1975	3,725	322,322	1990	2,550	210,108
1961	6,712	481,686	1976	3,345	333,311	1991	2,489	200,633
1962	6,093	466,126	1977	3,302	345,293	1992	2,354	189,589
1963	6,506	440,547	1978	3,326	348,826	1993	2,245	181,900
1964	6,126	428,558	1979	3,077	340,731	1994	2,301	176,047
1965	6,046	408,331	1980	3,009	335,706	1995	2,414	167,316
1966	6,303	405,361	1981	2,912	312,844	1996	2,363	162,862
1967	5,990	394,627	1982	2,674	294,319	1997	2,078	156,726
1968	6,088	386,443	1983	2,588	278,623	1998	1,844	148,248
1969	6,208	382,642	1984	2,635	271,884	1999	1,992	137,316
1970	6,048	364,444	1985	2,572	257,240	2000	1,889	133,948
1971	5,552	337,421	1986	2,318	246,891			

注：*死亡災害を含む
出所：労務安全情報センター

5. 地域保健

図A-7 保健所数



保健所数は、1955年までは急速に、その後はやや緩やかにその数を伸ばしながら、1978年に最高の858を記録する。その後は845～855程度を推移

しその数は安定していたが、1997年に139を減じてからは減少傾向が続いている。

表A-15 保健所数

年	保健所数	年	保健所数	年	保健所数	年	保健所数
1948	675	1963	810	1977	852	1991	852
1950	691	1964	817	1978	858	1992	852
1951	723	1965	821	1979	852	1993	848
1952	746	1966	826	1980	855	1994	847
1953	758	1967	829	1981	855	1995	845
1954	772	1968	832	1982	855	1996	845
1955	781	1969	832	1983	855	1997	706
1956	778	1970	832	1984	855	1998	663
1957	778	1971	832	1985	855	1999	641
1958	785	1972	832	1986	849	2000	594
1959	790	1973	839	1987	850	2001	582
1960	793	1974	839	1988	851	2002	582
1961	796	1975	840	1989	850	2003	576
1962	803	1976	843	1990	848		

注：年次によって、数の特定時期は異なる。1991年以降は4月1日現在である。

出所：厚生大臣官房統計調査部計析課『保健所運営報告年報』、厚生大臣官房統計情報部衛生統計課『保健所運営報告』、厚生労働省健康局調べによる。

表A-16 就業場所別保健婦数

(人)

年		1965	1970	1975	1977	1978	1980	1982	1984	1986	1988	1990
地域 保健	保健所	5,926	6,354	7,144	7,290	7,437	7,649	7,870	8,150	8,386	8,460	8,749
	国保	5,477	5,362	5,799	6,008	7,226	7,750	8,390	9,486	10,273	11,033	11,673
	市町村	573	637	920	1,011							
	小計	11,976	12,353	13,863	14,309	14,663	15,399	16,260	17,636	18,659	19,493	20,422
保健婦学校養成所		79	98	160	172	175	169	188	215	227	293	258
病院・診療所 老人保健施設		502	474	748	771	890	1,057	1,246	1,320	1,439	1,842	2,426
事業所		952	783	794	871	875	852	953	1,112	1,080	1,154	1,254
その他		450	299	400	467	413	480	490	575	645	777	943
合計		13,959	14,007	15,965	16,590	17,016	17,957	19,137	20,858	22,050	23,559	25,303

注：1) 国保保健婦は、1978年度に市町村保健婦に移管された。

2) 市町村欄には都道府県派遣職員を含む。

出所：厚生省統計情報部『衛生行政業務報告』

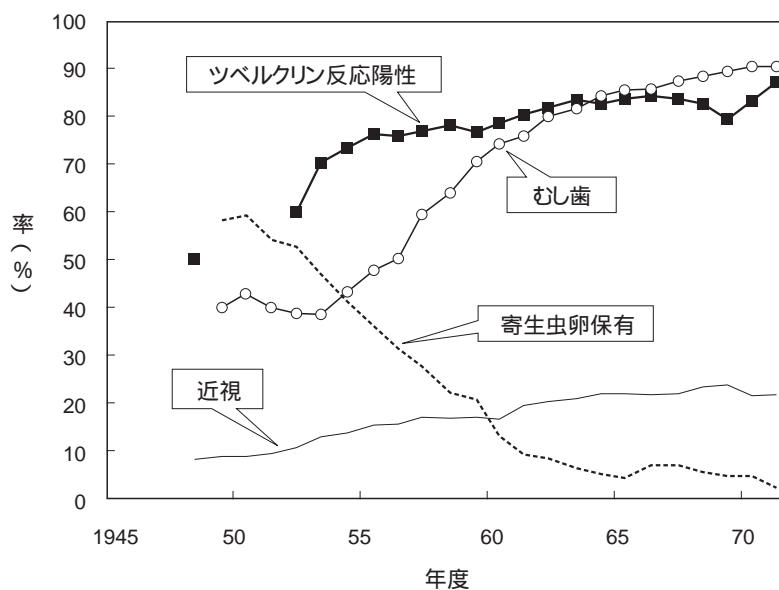
6. 学校保健

表A-17 児童生徒の体格

	児童生徒の身長推移（単位 cm）								児童生徒の体重推移（単位 kg）							
	男				女				男				女			
	6歳	11歳	14歳	17歳	6歳	11歳	14歳	17歳	6歳	11歳	14歳	17歳	6歳	11歳	14歳	17歳
1964	113.2	138.2	157.7	166.4	112.2	140.0	152.3	154.7	19.4	31.8	47.0	57.1	18.9	33.3	46.1	51.0
1974	115.2	141.7	161.9	168.7	114.5	143.9	154.7	156.2	20.5	35.0	50.7	59.1	20.1	36.7	48.8	52.3
1984	116.3	143.2	163.6	170.2	115.6	145.4	156.2	157.6	21.1	36.4	52.8	61.5	20.7	37.7	49.7	52.7
1996	116.8	144.9	165.1	170.9	116.1	146.7	156.6	158.1	21.6	38.4	54.6	62.9	21.2	39.4	50.5	53.1
1999	116.6	145.3	165.5	170.9	115.8	147.1	156.7	158.1	21.7	39.3	55.3	62.4	21.3	40.0	50.7	53.1
2000	116.7	145.3	165.5	170.8	115.8	147.1	156.8	158.1	21.8	39.4	55.4	62.6	21.3	40.1	50.7	53.1
2001	116.7	145.3	165.5	170.9	115.9	147.1	156.8	158.0	21.7	39.5	55.5	62.8	21.2	40.1	50.9	53.2
2002	116.7	145.2	165.5	170.7	115.8	146.8	156.7	157.9	21.7	39.4	55.5	63.2	21.1	39.8	50.9	53.5

出所：文部科学省『学校保健統計調査』

図A-8 中学校生徒の疾病被患率



戦後の児童生徒の疾病構造における大きな変化としては、むし歯の増加と、寄生虫感染の減少を挙げることができよう。ツベルクリン反応陽性の増加は学校保健における予防接種の影響である。

図A-7は中学校のものであるが小学校もこれと

ほぼ同傾向にある。違いは、小学校のツベルクリン反応陽性率のほうが低率であること、小学校においてはこれほど近視の率の上昇がみられないことなどである。

表A-18 児童生徒の主な疾病被患率

(%)

年度	小学校（男女計）				中学校（男女計）			
	近視	むし歯*	ツベルクリン 反応陽性	寄生虫卵 保有	近視	むし歯*	ツベルクリン 反応陽性	寄生虫卵 保有
1948	8.30	...	29.37	-	8.22	...	49.66	-
1949	5.44	42.08	-	63.89	8.86	39.37	-	58.50
1950	8.22	42.25	...	63.42	8.85	42.04	...	59.26
1951	7.72	41.63	...	57.98	9.51	39.35	...	54.29
1952	8.99	45.45	44.37	55.14	10.49	38.38	59.43	52.77
1953	10.50	51.94	55.28	48.76	12.83	38.34	69.72	46.92
1954	10.23	59.78	57.20	42.21	13.97	42.87	73.68	41.14
1955	10.29	66.50	60.41	38.28	15.19	47.31	76.53	35.71
1956	9.21	70.47	60.84	32.48	14.96	50.00	75.87	31.02
1957	9.61	79.00	61.70	29.20	17.03	58.80	77.00	27.40
1958	9.78	80.00	62.60	25.40	16.49	63.80	77.90	22.10
1959	9.13	81.60	62.70	21.80	16.81	70.40	77.00	20.30
1960	9.69	84.19	65.20	14.04	16.71	73.97	78.50	12.83
1961	12.36	83.14	65.40	11.55	18.85	75.50	80.20	9.40
1962	12.09	85.54	67.00	9.50	20.03	80.01	82.30	7.81
1963	11.77	87.61	67.20	6.90	20.59	81.74	83.90	6.08
1964	11.99	87.89	64.90	5.81	22.21	84.15	82.80	5.03
1965	12.09	87.88	65.00	4.47	21.96	85.65	83.10	3.78
1966	11.40	88.67	67.70	9.29	21.53	86.06	84.20	6.98
1967	11.34	91.96	67.60	9.33	22.19	87.44	83.80	7.09
1968	11.68	91.50	67.10	4.71	23.30	88.50	82.50	5.53
1969	12.10	92.24	62.80	7.59	23.70	89.67	80.00	4.85
1970	11.30	93.60	68.30	7.30	21.20	90.50	84.10	4.40
1971	10.55	93.92	72.62	6.65	22.20	90.85	87.57	2.06

注：*処置完了者を含む。

出所：文部省『学校保健統計調査報告』による。詳細は日本学校保健会編（1997）『学校保健百年史』第一法規出版参照

7. 救急医療

表A-19 交通事故の件数・死者数・負傷者数

年	件数 (件)	死者数 (人)	負傷者数 (人)	年	件数 (件)	死者数 (人)	負傷者数 (人)
1956	122,691	6,751	102,072	1984	518,642	9,262	644,321
1963	531,966	12,301	359,089	1985	552,788	9,261	681,346
1967	521,481	13,618	655,377	1986	579,190	9,317	712,330
1968	635,056	14,256	828,071	1987	590,723	9,347	722,179
1969	720,880	16,257	967,000	1988	614,481	10,344	752,845
1970	718,080	16,765	981,096	1989	661,363	11,086	814,832
1971	700,290	16,278	949,689	1990	643,097	11,227	790,295
1972	659,283	15,918	889,198	1991	662,388	11,105	810,245
1973	586,713	14,574	789,948	1992	695,345	11,451	844,003
1974	490,452	11,432	651,420	1993	724,675	10,942	878,633
1975	472,938	10,792	622,467	1994	729,457	10,649	881,723
1976	471,041	9,734	613,957	1995	761,789	10,679	922,677
1977	460,649	8,945	593,211	1996	771,084	9,942	942,203
1978	464,037	8,783	594,116	1997	780,399	9,640	958,925
1979	471,573	8,466	596,282	1998	803,878	9,211	990,675
1980	476,677	8,760	598,719	1999	850,363	9,006	1,050,397
1981	485,578	8,719	607,346	2000	931,934	9,066	1,155,697
1982	502,261	9,073	626,192	2001	947,169	8,747	1,180,955
1983	526,362	9,520	654,822	2002	936,721	8,326	1,167,855

注：1) 件数は1963年までは物損事故を含み、1967年からは人身事故のみの件数である。

2) 1972年以降は沖縄県を含む。

出所：警察庁資料による。

8. 医療費、社会保障

表A-20 国民医療費の概況

年次	国民医療費		国民1人当 たり医療費 (千円)	国民医療費 の国民所得 に対する割 合(%)	国民所得		総人口 (千人)
	総額 (億円)	増加率 (%)			(億円)	増加率 (%)	
1954	2,152	...	2.4	...	...	...	88,239
1955	2,388	11	2.7	3.42	69,733	...	89,276*
1956	2,583	8.2	2.9	3.27	78,963	13.2	90,172
1957	2,897	12.2	3.2	3.27	88,681	12.3	90,928
1958	3,230	11.5	3.5	3.44	93,829	5.8	91,767
1959	3,625	12.2	3.9	3.28	110,421	17.7	92,641
1960	4,095	13	4.4	3.03	134,967	22.2	93,419*
1961	5,130	25.3	5.4	3.19	160,819	19.2	94,287
1962	6,132	19.5	6.4	3.43	178,933	11.3	95,181
1963	7,541	23	7.8	3.57	210,993	17.9	96,156
1964	9,389	24.5	9.7	3.9	240,514	14	97,182
1965	11,224	19.5	11.4	4.18	268,270	11.5	98,275*
1966	13,002	15.8	13.1	4.11	316,448	18	99,036
1967	15,116	16.3	15.1	4.03	375,476	18.7	100,196
1968	18,016	19.2	17.8	4.12	437,209	16.4	101,331
1969	20,780	15.3	20.3	3.99	521,178	19.2	102,536
1970	24,962	20.1	24.1	4.09	610,297	17.1	103,720*
1971	27,250	9.2	25.9	4.13	659,105	8	105,145
1972	33,994	24.7	31.6	4.36	779,369	18.2	107,595
1973	39,496	16.2	36.2	4.12	958,396	23	109,104
1974	53,786	36.2	48.6	4.78	1,124,716	17.4	110,573
1975	64,779	20.4	57.9	5.22	1,239,907	10.2	111,940*
1976	76,684	18.4	67.8	5.46	1,403,972	13.2	113,089
1977	85,686	11.7	75.1	5.5	1,557,032	10.9	114,154
1978	100,042	16.8	86.9	5.82	1,717,785	10.3	115,174
1979	109,510	9.5	94.3	6.01	1,822,066	6.1	116,133
1980	119,805	9.4	102.3	6	1,995,902	9.5	117,060*
1981	128,709	7.4	109.2	6.14	2,097,489	5.1	117,884
1982	138,659	7.7	116.8	6.32	2,193,918	4.6	118,693
1983	145,438	4.9	121.7	6.3	2,308,057	5.2	119,483
1984	150,932	3.8	125.5	6.2	2,436,089	5.5	120,235
1985	160,159	6.1	132.3	6.15	2,602,784	6.8	121,049*
1986	170,690	6.6	140.3	6.3	2,711,297	4.2	121,672
1987	180,759	5.9	147.8	6.37	2,838,955	4.7	122,264
1988	187,554	3.8	152.8	6.22	3,013,800	6.2	122,783
1989	197,290	5.2	160.1	6.12	3,221,436	6.9	123,255
1990	206,074	4.5	166.7	5.88	3,507,153	8.9	123,611*
1991	218,260	5.9	176	5.85	3,730,039	6.4	124,043
1992	234,784	7.6	188.7	6.32	3,712,482	- 0.5	124,452
1993	243,631	3.8	195.3	6.56	3,711,869	0	124,764
1994	257,908	5.9	206.3	6.86	3,761,619	1.3	125,034
1995	269,577	4.5	214.7	7.16	3,764,543	0.1	125,570*
1996	285,210	5.8	226.6	7.33	3,889,109	3.3	125,864
1997	290,651	1.9	230.4	7.41	3,924,334	0.9	126,166
1998	298,251	2.6	235.8	7.84	3,805,335	- 3	126,486
1999	309,337	3.7	244.2	8.26	3,746,015	- 1.6	126,686
2000	303,583	- 1.9	239.2	7.98	3,804,499	1.6	126,926*
2001	313,234	3.2	246.1	8.46	3,700,468	- 2.7	127,291

注：1）国民所得は、内閣府発表の国民経済計算（2002年12月発表）による。

2）総人口は、総務省統計局推計による人口推計年報（10月1日現在人口）である。ただし、*印は国勢調査の確定人口である。

3）2000年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち、介護保険の費用に移行したものがあがるが、これらは2000年度以降、国民医療費に含んでいない。

出所：厚生労働省『平成13年度国民医療費の概況』

表A-21 国民医療費の部門別給付額

(単位 億円)

	1955	1965	1975	1985	1995	2000	2001
国民医療費	2,388 100.0%	11,224 100.0%	64,779 100.0%	160,159 100.0%	269,577 100.0%	303,583 100.0%	313,234 100.0%
公費負担医療給付分	279 11.7%	1,471 13.1%	8,471 13.1%	12,090 7.5%	12,953 4.8%	16,051 5.3%	16,899 5.4%
生活保護法	244	750	4,210	8,443	8,610	10,650	11,314
結核予防法	31	432	819	572	208	120	112
精神保健および精神障害者福祉に関する法律 ¹⁾	...	222	961	938	554	853	963
老人福祉法 ²⁾	.	.	2,127	.	.	.	.
その他	5	68	354	2,138	3,582	4,427	4,510
医療保険等給付分	1,185 49.6%	7,442 66.3%	47,933 74.0%	88,506 55.3%	140,042 51.9%	140,214 46.2%	141,871 45.3%
医療保険	1,140	7,193	46,541	85,090	136,641	137,073	138,755
被用者保険	952	5,178	30,262	52,273	83,674	77,603	77,833
国民健康保険	188	2,015	16,280	32,816	52,968	59,470	60,922
その他	45	248	1,391	3,417	3,400	3,141	3,116
老人保健給付分	.	.	.	40,377 25.2%	84,877 31.5%	102,399 33.7%	107,623 34.4%
患者負担分	923 38.7%	2,312 20.6%	8,375 12.9%	19,185 12.0%	31,705 11.8%	44,919 14.8%	46,841 15.0%

注：1) 1988年7月から1995年6月までは精神保健法、それ以前は精神衛生法である。

2) 1973年1月から実施され1983年1月までである。1983年2月から老人保健法に移行した。

出所：厚生労働省『国民医療費』

表A-22 社会保障給付費の部門別推移

年度	社会保障給付費						国民所得 (億円)	
	総数 (億円)	医療 (億円)	構成割合 (%)	年金・その他 (億円)		構成割合 (%)		
1950	1,261	646	51.2	615		48.8	...	
1951	1,571	804	51.1	768		48.9	44,346	
1955	3,893	1,919	49.3	1,974		50.7	69,733	
1960	6,553	2,942	44.9	3,611		55.1	134,967	
				年金 (億円)	構成割合 (%)	その他 (億円)	構成割合 (%)	
1964	13,475	7,328	54.4	3,056	22.7	3,091	22.9	240,514
1965	16,037	9,137	57.0	3,508	21.9	3,392	21.2	268,270
1970	35,239	20,758	58.9	8,548	24.3	5,933	16.8	610,297
1975	117,693	57,132	48.5	38,831	33.0	21,730	18.5	1,239,907
1980	247,736	107,329	43.3	104,525	42.2	35,882	14.5	1,995,902
1985	356,798	142,830	40.0	168,923	47.3	45,044	12.6	2,602,784
1990	472,203	183,795	38.9	240,420	50.9	47,989	10.2	3,509,873
1995	647,314	240,593	37.2	334,986	51.8	71,735	11.1	3,788,057
1996	675,475	251,789	37.3	349,548	51.7	74,139	11.0	3,886,361
1997	694,187	253,095	36.5	363,996	52.4	77,097	11.1	3,918,579
1998	721,411	254,077	35.2	384,105	53.2	83,228	11.5	3,820,384
1999	750,417	263,953	35.2	399,112	53.2	87,352	11.6	3,829,620
2000	781,272	260,062	33.3	412,012	52.7	109,198	14.0	3,805,066

注：1) 四捨五入の関係で総数が一致しない場合がある。

2) 国民所得は、1954年度以前は、経済企画庁「昭和53年版国民所得統計年報」、1955～77年度は、同「長期遊及主要系列国民経済計算報告」、1978～89年度は、同「平成12年版国民経済計算年報」、1990年度以降は、内閣府経済社会総合研究所「平成13年版国民経済計算年報」による。

出所：国立社会保障・人口問題研究所『平成12年度社会保障給付費』

表A-23 医療保険療養の給付決定状況

100人当たり受診件数（受診率）						1日当たり診療費（円）							
	年度	政管健保		組合健保		国保		年度	政管健保		組合健保		国保
		被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者				被保険者	被扶養者			
総数	1975	645.61	611.33	534.88	622.07	538.44	総数	1975	2,682	2,173	2,613	2,102	2,550
	1985	635.46	599.24	535.56	613.13	583.03		1985	5,543	4,664	5,657	4,356	5,714
	1990	669.51	643.84	574.38	645.59	677.11		1990	6,698	5,758	6,751	5,367	7,037
	1995	708.86	689.30	621.24	668.14	739.34		1995	7,819	6,823	7,798	6,359	8,217
	2001	689.43	719.94	635.63	712.26	792.76		2001	8,461	7,672	8,430	7,071	9,137
入院	1975	16.23	13.02	10.21	11.17	14.23	入院	1975	7,147	6,626	7,734	7,032	6,801
	1985	13.85	12.41	9.18	9.86	17.09		1985	15,210	13,879	17,239	15,268	13,337
	1990	13.10	13.23	8.94	10.28	20.72		1990	18,272	15,949	20,357	17,534	14,463
	1995	12.46	14.01	9.04	10.80	21.73		1995	23,121	18,928	25,903	21,015	16,772
	2001	10.27	13.38	8.16	10.38	20.16		2001	30,707	24,611	33,472	27,005	21,296
入院外	1975	533.02	510.86	429.54	514.12	448.37	入院外	1975	2,090	1,619	2,094	1,605	1,883
	1985	509.60	481.81	412.38	487.39	465.49		1985	4,056	3,236	4,262	3,125	3,920
	1990	528.74	512.33	436.40	507.03	539.02		1990	5,195	4,271	5,417	4,102	5,186
	1995	564.32	555.46	477.80	531.31	595.43		1995	6,103	5,182	6,237	4,926	6,194
	2001	547.25	588.22	493.65	577.29	643.31		2001	6,307	5,609	6,476	5,350	6,490
歯科	1975	96.36	87.45	95.13	96.78	75.78	歯科	1975	2,090	1,596	1,989	3,632	1,731
	1985	112.01	105.02	114.00	116.04	100.45		1985	4,847	4,125	4,846	4,107	4,384
	1990	127.68	118.28	129.05	128.28	117.38		1990	5,346	4,507	5,282	4,440	4,945
	1995	132.08	119.83	134.40	126.02	122.19		1995	5,982	5,009	5,862	4,901	5,646
	2001	131.90	118.34	133.82	124.60	129.29		2001	6,402	5,525	6,342	5,361	6,241

注：1）診療費は、保険給付額のほか、患者負担額と公費制度による給付額を含む。なお、1985年度以降は老人保健分が除かれている。

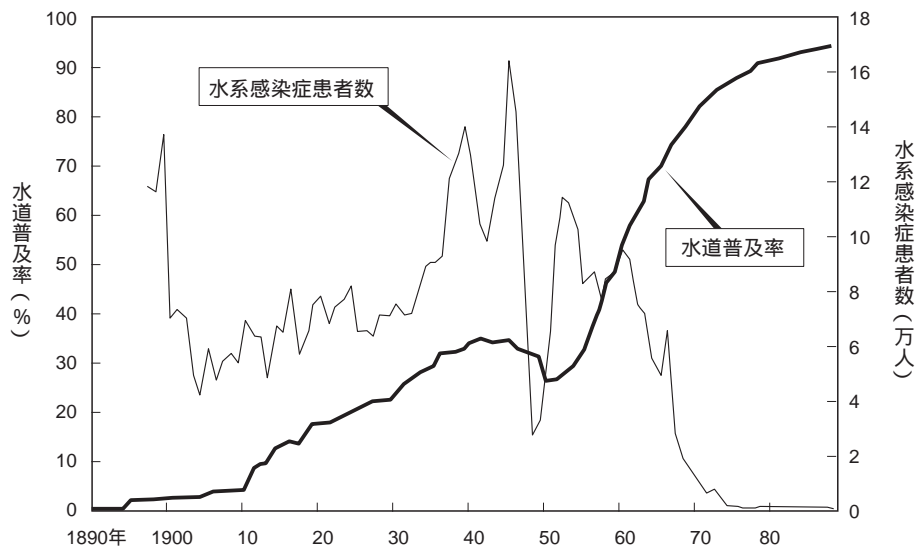
2）政管健保は、1984年10月の改正において日雇健保が一本化されたが、改正前の政管健保に該当する政管一般の数値を使用している。

3）国保は、市町村と国保組合の計であり、老人保健分は除かれている。

出所：厚生労働省保健局調べ

9. 環境衛生

図A-9 水道普及率と水系感染症患者数の推移



注：水系感染症患者数は、コレラ、赤痢、腸チフス、パラチフスの患者数を合計したものだ。1897年からのデータであるが、パラチフスに限り1910年以前は不明であることから1911年以降のデータである。
 出所：水道普及率は「近代水道百年の歩み」編集委員会編（1987）『近代水道百年の歩み』日本水道新聞社、水系感染症は厚生省大臣官房統計情報部編（2000）『平成10年・11年（1～3月）伝染病統計』厚生統計協会。

表A-24 水道普及率

年度	総人口(千人)	給水人口(千人)	普及率(%)
1890	39,902	193	0.5
1895	41,557	803	1.9
1900	43,847	1,017	2.3
1905	46,620	1,699	3.6
1910	49,184	2,131	4.3
1915	52,752	7,192	13.6
1920	55,391	9,759	17.6
1925	59,179	12,256	20.7
1930	63,872	14,976	23.4
1935	68,662	19,970	29.1
1940	71,400	24,150	33.8
1945	72,200	25,110	34.8
1950	83,200	21,799	26.2
1955	89,496	28,821	32.2
1960	93,419	49,915	53.4
1965	98,275	68,242	69.4
1970	103,720	83,754	80.8
1975	112,279	98,397	87.6
1980	116,860	106,914	91.5
1985	121,005	112,866	93.3
1990	123,557	116,962	94.7
1995	125,424	120,096	95.8
2000	126,901	122,560	96.6

出所：厚生労働省健康局水道課調べ