

特別論文

公衆衛生の黎明期からこれまでの歩み

タタラ ヨウソウ
多田羅浩三*

公衆衛生の誕生 フランクは、メディカルポリースの体系構築を提言した。チャドウィックは、「全数対応」の体制を公衆衛生法によって発足させた。ラムゼイは、公衆衛生を担う保健医官は、救貧法体制から独立した身分とする必要があると言った。シモンは、「公」の制度を担う「私」の知恵の重要性を強調した。

日本の公衆衛生 1871年から1873年まで欧米を訪問し、各地の経験から学んだ長与専斎の起草による「医制」が1874年に発布された。

『医制八十年史』の「公衆衛生」の章の「第一節保健衛生」の「第一項栄養」は、高木兼寛に関する、次の文章で始まっている。

「わが国の栄養改善は脚気対策に始まった。…高木兼寛は当時海軍の糧食が白米のみを主としていることに注目し、麦と米を等分に混入するという方法で兵食改良の必要性を訴えるに至った。…これらはいずれも脚気の原因が食事の不完全にあるとして栄養問題の解決を一步前進させたものである。」

わが国の公衆衛生の扉は、薩摩の医師高木兼寛によって開かれたと理解できる。

農商務省の嘱託医石原修が、1910年に工場衛生調査の結果を報告し、工場法が1911年に制定された。

1937年に、都道府県、大都市による保健所の設立を規定した保健所法が制定された。

1947年、東京大学、新潟大学、大阪大学に公衆衛生学教室が設置され、日本公衆衛生学会が発足した。

1978年、アルマ・アタ宣言が発表され、厚生省は国民健康づくり計画を発表した。1982年、老人保健法が制定され、1994年、保健所法が改正され地域保健法となり、1997年に全面施行された。

アメリカで1990年、Healthy People 2000の発表があり、厚生労働省は2000年、「健康日本21」を発表、2002年健康増進法を制定した。

集団医学への道 大阪大学の松澤佑次教授が、1994年に「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」が、冠動脈疾患などの上流にある病態であることを報告した。2005年、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会が、メタボリックシンドローム評価基準を発表した。厚生労働省は、特定健診・保健指導を2008年から実施した。特定健診の対象集団を「集団医学」の対象とし、集団の構成員の疾病の制圧につながる基本の因子を明らかにすることで、その結果をもとに保健指導を行うことが、公衆衛生には求められている。

Key words : メディカル・ポリース, 全数対応, 国家医学, 兵食改良, 健康日本21, 特定健診・保健指導

日本公衆衛生雑誌 2018; 65(6): 255-265. doi:10.11236/jph.65.6_255

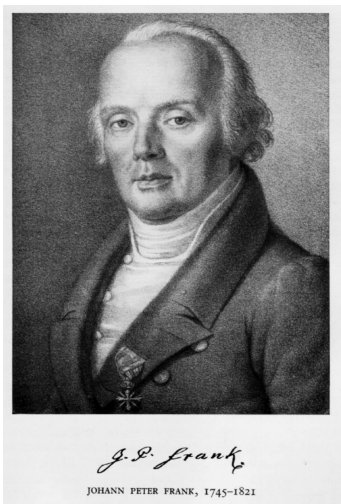
I 公衆衛生の誕生

1. 社会が人々を守る

時代は18世紀、オーストリア・ハプスブルグ王朝、ヨゼフ2世（1741-1790）の頃にまでさかのぼる。音楽の神様モーツァルトが活躍していた頃と

* 日本公衆衛生協会
責任著者連絡先：〒160-0022 新宿区新宿 1-29-8
日本公衆衛生協会 多田羅浩三

写真1 Peter Frank 1745-1821



いった方がわかりやすいかも知れない。絶対王政の推進に向けて、ヨゼフ2世は、宗教改革など、多くの時代を画する改革を進めようとした開明君主として有名な国王である。絶対王政の基本として、富国健民をはかり、どのように強い国をつくるかは、ヨゼフ2世の内政上の最も大きな課題であった。遠くフランスでは、革命の時代を迎えていたことも関係していたかも知れない。このような状況の中に登場したのが、ペータ・フランク（写真1）である。フランクはヨゼフ2世の主治医であり、ロンバルディア地方の公衆衛生総監やウィーン一般病院の院長にも就任した高名な医師であった。

そのフランクが、『完全メディカルポリースの体系 (System einer vollständigen medicinischen Polizey)』を発表した。

彼の本は、『第1巻 人口の再生産・妊娠・出生』（1779年）から、『第2巻 生殖行為・売春・性病・中絶・病院建設』（1780年）、『第3巻 栄養・食品管理・衣服・住宅』（1783年）、『第4巻 事故および犯罪の確認と予防』（1788年）、『第5巻 死体の埋葬』（1814年）、『第6巻 一般の治療技術および社会の福祉への影響』（1819年）まで、非常に広い範囲にわたっている。1779年から1819年まで40年間、生涯にわたって、医療や衛生関連の施設、また住民の幅広い現地調査を行い、その結果をもとに執筆されたのが、この本とされている¹⁾。人口の再生産・妊娠・出生というところから始まっており、生殖行為などと続いている。つまり現代につながる人類の公衆衛生は、絶対王政がすすめる健民政策、今日的に言えば、母子保健による人口の確保を課題とすることから始まったことを確認することができる。

フランクは、この本の冒頭で、「メディカルポリー

スは、すべてのポリースサイエンスと同様に防衛の技術である。多くの人たちが集まって生活していることから生ずる有害な現象から、人々や彼らの家畜を守る方式である²⁾」と述べている。そして「人々が乱暴であったり、過度であったり、あるいは衣服が不足しているのも、これらのことはすべて、これらの個々の人たちの過誤によるものではない。それ故、これらの状況は、公的な医師のより強い関与を求めている³⁾」と述べている。人々の健康課題はすべてこれらの人たちの「過誤」によるものではない、だから社会が守らなければならない。そのために公的医師の関与が求められているとした、この論点にこそ人類の社会医学としての公衆衛生の原点があるように思う。

この論点について、医学史家の川喜田愛郎は、「彼は医者たちが、病気を終始個々の患者のレベルでとらえ、大衆がいわばまきこまれる種類の病気にほとんど無関心であることを指摘し、大衆の健康が国の行政によって護られなければならない、と考えた。…フランクを公衆衛生学の父とよんでたぶん誰にも異存がないだろう⁴⁾」と述べている。

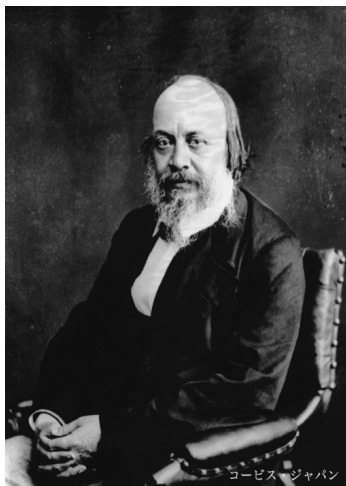
フランクは、まさに貧困と無知を背景として人々が、社会の中にある疾病にまきこまれている、つまり人々の疾病は社会の側に責任がある。だからこそ完全なメディカルポリースが必要であり、国の行政によって守るといふ、社会の関与が必要であると主張した。これは、疾病の原因ということに対して、人間の健康と社会との関係を明らかにしたものであり、たとえば、パスツールの免疫学やコッホの細菌学にも匹敵する、あるいはそれ以上に大きな発見ではないかと思える。フランクの提起したメディカルポリースという理念には、公衆衛生の思想的源流があるように思う。

2. 制度の画一化による全数対応

イギリスにおいて産業革命の時代を迎え、工場生産がすすみ、フランクの時代が人口の確保であったのに対し、労働力の確保の時代に進展してきた。工場生産が進んで、時代が必要とする労働力を確保するための最大の課題は、過酷な労働環境の中で、失業する労働者が安易に伝統の救貧法に依存することを如何にして防ぐかであった。そのような時代の要請に応えることのできる救貧対策の実施を使命として、登場したのが行政官のエドウィン・チャドウィック（写真2）であった。

チャドウィックは、救貧法の対象となる労働者の処遇条件を、一般労働者の生活水準より劣等なものにする、いわゆる「劣等処遇の原則」の理念に立って、1834年に救貧法の改正を行い、労働力の確保を

写真2 Edwin Chadwick 1800-1890



はかろうとした。彼は laboring population ということを言った。それでも、彼が厳しく救貧政策をすすめればすすめるほど、残ってきたのは病人であり、その背景に地域の衛生問題が存在するということが認識されてきた。こうしてチャドウィックは、福祉の課題から出発して衛生の課題に直面することになった。

そこでチャドウィックは、ロンドンの調査に続いて、全国の労働者人口の衛生状態について悉皆的な調査を行い、1842年に、『大英国の労働人口の衛生状態 (Sanitary Condition of Labouring Population of Great Britain)』、いわゆる『衛生報告 (Sanitary Report)』を執筆し、発表した。

『衛生報告』の目次は、「第1章 概要、第2章 労働人口の衛生状態と公的対策、第3章 労働現場の環境、第4章 異なる地域における生存状況の比較、第5章 衛生施策の軽視による財政負担、第6章 予防施策の効果に関する報告、第7章 公衆の衛生の保護に対する法制上の原則、第8章 共同住宅—疾病・悪徳蔓延の背景—、第9章 総括」となっている。

この章立てからもわかるように、チャドウィックは行政の組織を使って、労働人口の衛生状態と公的対策、また労働現場の環境、予防対策の効果などについて詳細でかつ、悉皆的な調査を行った。

チャドウィックは、この『衛生報告』の中で、「さまざまな形の流行病、風土病、その他の疾患が、独立した住宅であれ、田舎の村であれ、小さな町であれ、より大きな町であれ、首都の最も低地で蔓延しているのがみられるのと同様に、王国のあらゆる場所の住民の中にはびこっている⁵⁾」と述べている。ここで「全国のあらゆる場所にはびこっている」と指摘していることがとくに重要である。そし

て「雇用や賃金また種々の豊かな食料品の高度な繁栄も、労働者階層の人たちに流行病の攻撃に対する免疫を与えるものではない。商業上や工業上の繁栄の時期にあっても、他の時期と同様の発生頻度であり、同様に致命的なものである⁵⁾」として、高度な経済の繁栄も労働者階層の人たちに流行病の攻撃に対する免疫を与えるものではない、と指摘した。

チャドウィックは、もともと、人々の生命を一挙に奪う、コレラのような流行病に対応するのに必要な対策を特定するために、全国の労働者の生活を取り巻く、あらゆる場所を対象に悉皆的な調査を行ったのであるが、特定の対策は明らかにすることはできなかった。結果として、あらゆる地域の、貧しい人も豊かな人も含めた、すべての人たちを対象にした予防の体制を構築せざるを得ない、つまり流行病を予防するためには、人口の全数、public、を対象にしなければならないと認識するに至った。

1) 法律や行政機構における画一化

そして、疾病予防のための全数対応の具体的な方法について、「法律や行政機構において画一化を進め、(最善のものを選び) 同じことは同じ方法で、同じ職員や手続き、事柄を同じ名前で呼ぶことの利点は、町に対して温情もなくさせ、多分、以前には厳しいと思われていた法律によって大きな公費の損失をみてきた人たちだけには、評価されるであろう⁶⁾」として、地方自治体において制度の画一化を進め、同じことは同じ方法で、同じ職員や手続き、事柄を同じ名前で呼ぶことが必要であることを主張した。

2) 公衆衛生法の制定

そして、人口の全数対応のためには自治体の機能に依拠することが不可欠であり、そのために公衆衛生体制を広く自治体の定式化された制度として進めることを目指して、公衆衛生法(Public Health Act)を起草し、1848年に制定した。そして中央に保健総局(General Board of Health)、地方に地方保健局(Local Board of Health)、そして各保健局には保健医官(Medical Officer of Health)の設置を定めた。人口の全数対応という公衆衛生の目的が、この法律によって制度化されたことの意義はとくに重要であり、特記すべきことである。

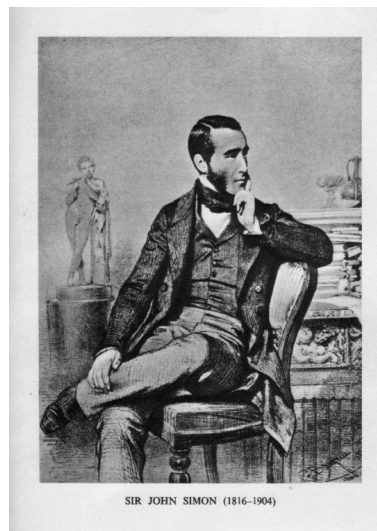
3. 福祉からの独立

産業革命による工場生産が進み都市に集中した労働者が、厳しい労働環境の中で疾病に倒れる者も多く、地域における医師の役割が非常に大きくなってきた。結果として、1815年にアポセカリー法が制定され、それまでアポセカリーと呼ばれ、中世を通じて一般の人たちの医療を担ってきた薬屋たちが薬を

写真3 Henry Rumsey 1809-1876



写真4 John Simon 1816-1904



手放し、医学校に学び、一般医と呼ばれる医師となる道が開かれた。西洋の医療における医薬分業の体制は、このような状況の中で薬屋が薬を手放して一般医という医師になっていくという中で生まれた状態である。こういう推移を経て、新しく生まれた医師職の利益を守る必要から、1855年、イギリス医師会が発足した。そういう医師会の立場に立って、活躍したのがヘンリー・ラムゼイ（写真3）である。

ラムゼイは新しく興隆してきた医師会の立場に立って、1856年に『国家医学に関する論考 (Essays on State Medicine)』を発表した。彼の本の目次は、「論考1 序—衛生法規の概要—、論考2 健康保護技術の教育、論考3 衛生調査について、論考4 貧民の医療、論考5 地方衛生行政、論考6 ヘルスポリースのための部門」となっている。

そして「貧しい人たちの保護委員は、飢餓に対する窮民の保護委員として、また窮民以外のすべてのことがらに対する地方税の保護委員として、救貧法保護委員の機能は、本質的に排他的 exclusive であって包括的 inclusive なものではない⁷⁾」と述べている。

ラムゼイは国家医学という考えを提起した。それによって救貧法の体系から公衆衛生を独立させることを考えたのであるが、そのためには救貧法の理念と体制に対応できる、公衆衛生の理論と体制を構築しなければならない。そのためにラムゼイは、この本を発表したと思われる。救貧法の機能は、本質的に exclusive で、inclusive なものではないという言葉が、彼の気持ちを明確に示しているように思う。

そしてフランクのメディカルに対して、メディカルと言わずにヘルスといったところには、福祉に対応するためには、メディカル、医療ではなく、全人

口を対象にした、ヘルス、健康に向けて取り組むという広い視点が必要と考えたのではないかと思われる。

4. 制度と知恵

一方、チャドウィックが推進した、画一主義の考えに立った施策は、あまりに専制的であるとされ極めて人気が悪く、結局、1854年にチャドウィックは保健総局を追われた。そして、1855年、チャドウィックのいた職に就いたのがロンドンの保健医官であったジョン・シモン（写真4）である。

シモンは1848年以来、ロンドン市の保健医官の職にあった。ロンドン市の保健医官を務めた経験から、ロンドンの繁栄の中で既得権の上にあぐらをかく人たちのことをよく知っている。シモンは、チャドウィックと犬猿の仲であったそうであるが、チャドウィックの専制主義的なやり方を排し、妥協をいとわないプラグマティックな方式に徹したとされている。

シモンが、1890年に『イギリスの衛生制度 (English Sanitary Institutions)』を発表した。彼の本の目次は、「第1章 序、第2章 後期中世イングランド、第3章 新しい展開、第4章 ヴィクトリア女王の時代 総括：進歩の条件—成長するプロレタリアートの自助 self-helpness と社会主義的義務 socialistic duty の中で—」となっている。

シモンは、「現代という時代は、一般の原則として、すべてのコミュニティが個々の構成員の健康や体力に関心をもっているということ、また種々の重要な観点から密集して生活している人たちは、法律や行政の適切な防衛体制のもとに、厳しくともに行動するのでなければ、自分自身の健康を守ることができないということ」を広く認識している。しかしこ

これらの原則は、コミュニティが自らのことについて一般的な責任をもつことから個々の成員を開放した、ということを決して意味するものではない。人類の絶えない共通の経験から年々、深まってきた、個人的な自己制御という知恵が、地方自治体の委員会が設置されたために、今では、余分なことと考えられるようになってきている。…しかし（「私」の）衛生の規則は、多分、（「公」の）地方当局を構成する規則に劣らず、人間にとって重要なものとして存在している⁸⁾と述べている。

シモンは、人々の知恵に依拠した衛生の規則と法律に依拠した地方当局の規則のふたつの規則が存在するとして、衛生の規則は地方当局の規則より重要であると訴えた。

彼の本の最後が「総括：進歩の条件—成長するプロレタリアートの自助と社会主義的義務の中で—」という項目になっているのが、彼の問題意識のあり方を示している。彼の頭の中には「自助」と「地方当局の規則」をどのように両立させていくか、という課題が常に存在したのだと思われる。

また、彼が起草した1875年の公衆衛生法は、great Public Health Act, 偉大な公衆衛生法と呼ばれて、1936年まで存在して広く世界の公衆衛生法のモデルとなった。プラグマティックな臨場の実務性を重んずる彼の理念が「詳細性」と「膨大性」を必然化して、文字どおり極めて大きな、偉大な法律であったといわれている。

5. 公衆衛生の4つの地平

結局、人類の公衆衛生の地平を開いた先駆者として、フランクは「社会医学の父」、チャドウィックは「公衆衛生体制の父」、ラムゼイは「公衆衛生医の父」、シモンは「公衆衛生思想の父」と呼ぶことができると思う。

公衆衛生は、公的医師の関与を介した社会による防衛、自治体の画一主義による全数対応、福祉からの独立による健康の優先、自己制御という知恵による衛生の規則の重視という、4つの地平の上に発展してきた医学の体制であることを確認できると思う。

II 日本の公衆衛生

日本の公衆衛生の地平は、イギリスでシモンが活躍している頃、1871年から1873年まで、欧米使節団に加入して欧米を訪問し、彼らの経験に学んだ長与専齋（写真5）によって開かれた。

専齋は、若いころ大阪の適塾で学んだ医師であり、欧米訪問から帰国後、1873年から1875年まで文部省医務局長、そして1875年から1891年まで内務省衛生局長を務め、我が国の近代の黎明期に活躍し

写真5 Sensai Nagayo 1838-1902



て、わが国の公衆衛生制度、医療制度の基礎をつくった人である。

専齋が1902年、亡くなる年、書き残した文章が有名な『松香私志』である。『松香私志』によって、専齋の欧米訪問の時の気持ちを確認させていただきたいと思う。

専齋は述べている。

「元来今度巡遊の命を拜したるは医学教育の事を調査するが為めなれども、…然るにこの健康保護の事に至りては東洋には尚ほ其名称さえもなく全く創新の事業なれば、…此の事の調査にかかりけるに、極めて錯綜したる仕組みにて、或は警察の事務に聯なり、或は地方行政に繋がり、日常百般の人事に涉りて、其の範囲極て広く茫漠としてこれが容領を補足すること難く、…欧州の事情に疎き浅学の余に於て容易なるにあらず⁹⁾。」

そして、オランダの人が親切で、若かった専齋が大いに励まされたことに、深い感謝の気持ちを記している。

1. 医制の発布

こうした西洋における経験的確な理解の上に専齋が起草した「医制」が、1874年に発布され、わが国の衛生行政機構、西洋医学に基づく医学教育、医師開業免許制度、医薬分業制度の確立の方向が示された¹⁰⁾。

2. 公衆衛生の推進

1) 高木兼寛：兵食改良

厚生省医務局が、1874年の医制発布以降のわが国の公衆衛生制度、医療制度の80年の歴史を総括して、1955年に『医制八十年史』を刊行した。この書の

写真6 Kanehiro Takaki 1849-1920



「公衆衛生」の章の「第一節保健衛生」の「第一項栄養」は、次のような文章で始まっている。

「わが国の栄養改善は脚気対策に始まった。…明治十二年三月府県に照会して患者の明細表を出させたが、衛生局第四年次年報によれば、同年一月より六月に至る一府二十四県の患者数三一七〇人内死亡三九一人であった。…以上のような脚気に対する具体的対策としての栄養改善は、先ず兵食改良として現われた。…高木兼寛は当時海軍の糧食が白米のみを主としていることに注目し、麦と米を等分に混入するという方法で兵食改良の必要性を訴えるに至った。…これらはいずれも脚気の原因が食事の不完全にあるとして栄養問題の解決を一步前進させたものである¹¹⁾。」

わが国の公衆衛生施策の扉は、こうして薩摩が生んだ天才医師高木兼寛(写真6)によって開かれたことが理解できる。高木兼寛は、わが国の疫学の父と呼べるのではないだろうか。

高木兼寛の脚気との闘いの実績について、吉村昭の「白い航跡」に以下のような記述がある。

1882年12月19日に軍艦「龍驤」は練習航海に出て1883年9月16日に帰航、乗組員378人のうち169人が脚気になり、23人が死亡した。高木は軍艦「筑波」を脚気予防の試験艦として同一航路をたどらせて欲しいと上申、1884年2月3日「筑波」が出航して、食事のみを変えた287日の航海を行い15人の脚気患者にとどまった。「筑波」ではパン食、コンデンスミルク、肉類といった洋風の食事を取り入れたが、15人の発病者中8人は肉を全く食べず、4人はコンデンスミルクを飲まなかった。さらに、1887年正月、1886年度の脚気発生状況が集計され、海軍総人員8,476人のうち、脚気にかかったのはわずかに3人で、しかもきわめて軽症で、入院にいたらなかった

ことが明らかになった。陸軍、東大(ドイツ医学)は高木に反対して、高木が海軍で食事の変更で脚気を減らしたのにもかかわらず細菌説を唱え白米食を続けたが、大量の脚気患者を出す結果となった。

2) ウィリアム・ウィリス：鹿児島医学校・病院の創設

わが国の黎明期の公衆衛生を考える場合、忘れてはならない人にウィリアム・ウィリスがいる。ウィリスは、1862年、英国総領事付医官として来日した。そして1868年に始まった鳥羽伏見の戦争では、薩摩病院にて治療に従事し、西郷隆盛と親しくなり、東京医学校兼病院(東京大学医学部前身)の創始者になったが、政府のイギリス医学からドイツ医学採用への方針変換により、1870年に鹿児島医学校・病院が開設にあたり、隆盛の依頼を受けて赴任し、創始者となった。そして、西南戦争で隆盛が死亡し、1877年、薩摩を去った。この7年間に今日からすれば、まさに公衆衛生の典型的な事業というべき、妊産婦検診、上下水道完備の町づくり、牛の死肉食用禁止、食生活の改善、性病病院の設立の訴えなど、先駆的な事業を実施、また進言した。まさにわが国の公衆衛生の黎明期において具体的に公衆衛生事業実践のモデルを示した実績は画期的なことであり、ウィリスは、わが国の公衆衛生の歴史に特記すべき功労者であることを確認したい¹²⁾。

高木兼寛は、鹿児島医学校でウィリアム・ウィリスに医学を学んだ彼の弟子である¹³⁾。公衆衛生の母国イギリスから来たウィリスに多大な影響を受け、多様な公衆衛生の事業実施から多くのことを学んだと思う。そして、ウィリスの推薦で彼の母校、ロンドンの聖トーマス医学校に留学して、現場でイギリスの実証主義を基本とした学問、施策のあり方を学び、帰国後、脚気対策に取り組み、脚気の克服に向って、ドイツ医学が風靡する中で、歴史的な海軍での兵食改良事業に、科学的な不退転の姿勢で取り組み輝かしい成果を挙げた。

高木兼寛は、1881年東京慈恵会医科大学の前身・成医会講習所を開設し、1882年には有志共立東京病院を設立、1883年の大日本私立衛生会の発足に当たっては後藤新平らとともに、幹事に就任した。長与専斎とも親しかったと思われる。1886年に海軍軍医総監に就任した。

3) 高木兼寛：施療病院開院・看護師教育所開校

高木兼寛は、1884年4月19日に正式に開院した施療病院「有志共立東京病院」に、10月、アメリカ人の宣教師リード(M.E. Reade)女史を招いて看護師教育を行わせた。日本での近代看護教育の始まりとされている。1885年4月に「有志共立東京病院看

護婦教育所」が開設された。わが国の最初の看護師教育所である。高木兼寛は、わが国の公衆衛生のパイオニアであると同時に、看護教育の扉を開いた人であることもわかる¹³⁾。

4) 石原修：工場法

わが国の工場法制定のため、1882年以降行われた調査の最終段階を担当したのが、農商務省の嘱託医であった石原修である。石原は、1910年11月10日に、工場衛生調査の結果を報告し、つぎのように述べている。

「近年女工ノ出稼者比較的多数ト認ムル諸県知事ニ対シ明治四十二年中女工ノ出稼者数、帰郷者数、帰郷ノ原因、疾病ノ種類、帰郷後ノ状態等ノ調査ヲ照会シ、…明治四十二年中…帰郷シタル者七千三百二十人中、疾病ノ為帰郷シタル者九百三十八人、帰郷後重病ニ罹リタル者百七人、帰郷後病死シタル者二百七十九人、計千三百二十四人ニシテ帰郷事由判明者ノ二割一分強ニ当レリ而シテ其ノ内結核性疾患又ハ結核性疾患ト認メラレルヘキモノ四百七十四人ニシテ病者及死者ノ三割五分強ヲ算セリ¹⁴⁾。」石原修らの報告を受けて、わが国の工場法は、1911年3月28日に成立、公布され、1916年6月1日に施行された。

石原修の調査は、わが国の工場労働者の健康保護の取り組みに向けた挑戦の第一歩であった。調査方法について、帰郷者についての結核死亡、結核罹患の状況を明らかにすることを目標として、「調査の舞台を女工の出身地の市町村に置いた」ことは、フランクやチャドウィックにも似た「現実」重視の社会医学の理念が貫かれているように思う。

石原修は、高木兼寛に並んで、わが国の公衆衛生の歴史における揺るぎようのない、科学的な手法による調査実施の誇るべき伝統を残してくれた。

5) 保健所法

結核予防法が1919年に制定されたが、その対策は結核患者の急速な増加に対する効果がほとんど見られなかった。結核の死亡数は、1930年には11万9,635人を数え、脳血管疾患の10万4,942人より多く、国民の死因の第一位であった。こうした状況に対応して、1937年、都道府県、大都市による保健所の設立を規定した保健所法が制定された。わが国の公衆衛生対策の拠点、保健所が結核対策を課題に生まれたことを確認することができる。

3. 戦後の体制

1) 公衆衛生学教室の発足

新しい憲法のもと1947年7月15日、政令126号によって東京大学、新潟大学、大阪大学医学部に公衆衛生学教室が発足して、この年、日本公衆衛生学会

が生まれた。2017年は発足、70年の記念の年である。

学会発足時の事情について、東京女子医大の吉岡博人が、次のような報告をしている。

「外国の同類団体と歩調を一にしていく関係上、本学会は日本公衆衛生協会と改称し、協会の学術部を日本公衆衛生学会とよぶことになったのである。その第1回の学会が（1947年の）10月31日と11月1日の両日伝染病研究所および厚生省講堂に開催されたのである。第1回の会議ではあり、同種類の学会もいくつもあることとて、演題数、出席者等もどうであろうかと思っていたが、…演題数も八十をこえ、ために会場も伝研講堂を第一会場とし、厚生省講堂を第二にわけることとなり、しかも両会場とも相当の聴衆があつまったことは、さすが時代をおもわせ、かつ時宜にかなった企てといえるだろう¹⁵⁾。」

アメリカ公衆衛生協会の真似をして日本公衆衛生協会をつくり、協会の学術部を日本公衆衛生学会とした経過のあることがわかる。

2) 新しい公衆衛生の体制

1947年、警察行政の所管に残っていた衛生事務も含めた、新しい役割を担う保健所の体制が発足し、保健所法が制定され、取締行政から指導行政に転換されることになった。

1948年に予防接種法が制定され、1950年には精神衛生法、1951年には新しい結核予防法、1952年には栄養改善法が制定された。

わが国の医制が公布されたのが1874年のことであり、1954年には80年を迎えたわけであるが、この時点でようやくわが国の公衆衛生の体制が本来の形を整えたといえる。そのことを記念して、1955年に『医制八十年史』が厚生省医務局によって出版された。その中で、高木兼寛のことが、公衆衛生の章の冒頭に触れられたことは先に述べたとおりである。

3) WHO・アルマ・アタ宣言

1978年、当時のソ連、アルマ・アタにおいて、WHOの国際プライマリ・ヘルス・ケア会議が開かれ、アルマ・アタ宣言が発表された。その中で、「Health for All by 2000」に向けて、地域社会のあらゆる社会資源が総動員される必要があるとされ、ボトムアップ方式の健康づくりの方向が示されたことは、画期的なことであった。

4) 国民健康づくり計画

国際プライマリケア会議に出席した当時の厚生省厚生科学審議官大谷藤郎の強い指導のもとに、WHOのプライマリケア体制の充実、強化、ボトムアップ政策の推進に学び、人々の多様化する健康状態に対して、1978年、厚生省が市町村の機能強化を中心にした、国民健康づくり計画を発表した。

5) 老人保健法

1982年に老人保健法が制定され、1983年から全国のすべての市町村において健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導、および医療等の7つの保健事業が実施されることになった。そして、日本人の平均寿命が、1986年に、男75.23年、女80.93年で、男女ともに世界一の記録を達成した。市町村の機能を基盤にした偉大な記録の達成である^{16,17)}。

6) 地域保健法

平均寿命世界一の社会は、世界一多様な健康状態の人たちが生活している社会であるといえる。こうした状況を受けて、1994年、わが国の固有の公衆衛生を育て守ってきた保健所法が改正され、地域保健法が制定され、1997年に施行された。

新しい地域保健法では、都道府県と市町村の役割を見直し、母子保健サービスなどについて主たる実施主体を市町村に変更し、すでに市町村が実施主体となっている、老人保健法などによる保健事業と一体となった、生涯を通じた健康づくり体制を構築することが謳われた。わが国の地域の保健事業の主役が、こうして人口の高齢化に即した生涯にわたる保健事業の推進という理念のもとに、保健所から市町村へ大きく移っていった。

こうして平均寿命の延伸に対応した体制の整備は進んできたが、一方、国民医療費の推移をみると、年間1兆円ペースで高騰が続いている。国民は医療との縁が切れていないことが明らかになってきた。

7) Healthy People 2000・健康日本21

わが国が、こうした課題に直面しているところ、1990年、アメリカで『Healthy People 2000』の発表があった。その中で、「心臓病と脳卒中」の分野における目標として、「過去2年以内に血圧測定を行ったことがあり、自分の血圧値が正常か否かを述べることのできる成人の割合を少なくとも90%に増加させる」という目標が示された。ここで健康状態が「正常か否か述べることのできる」、つまり自分の健康状態について「自覚している」という視点が示された¹⁸⁾。

厚生労働省は、これに学び、2000年、「健康日本21」を発表した。

健康日本21では、自分自身の健康の状態を「知る」こと、「自覚」すること、Know your bodyということがいわれ、「自覚」の内容をもとに、人々は「自分の生活習慣の改善」に挑戦する。そのため人々は、自らの健康づくりの「目標」を設定する。そして社会の支援として、地方計画を策定し、かかりつけ医が支援活動を行うとされた¹⁹⁾。

8) 健康増進法

2002年8月に、「健康日本21」による国民の健康増進活動を推進するために、健康増進法が制定された。健康増進法の第2条では、「国民の責務」として、「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」ということがいわれた。

「自覚」することは、個々の国民にしかできない。その「自覚」をもとに、国民は自ら「健康の増進に努めなければならない」とされた。「元気で長生きする」ということに対して、まさに国民にバトンがわたされたということになる。

こうして画期的な健康日本21の発表、健康増進法の制定があって、2010年の全死因年齢調整死亡率をみると順調に減少している。課題の悪性新生物年齢調整死亡率についても減少傾向を確認することができた(表1)。医療の発展もさることながら、健康日本21や健康増進法に象徴されるわが国の公衆衛生施策に基づく疾病予防対策が実を結んだ成果といえると思う。

しかし、ここでも医療費の高騰は続いていることが確認された。画期的な死亡率減少の記録は、国民の健康水準の向上を反映しているはずである。にもかかわらず医療費の推移をみると、平均寿命の延伸とは無関係のように、高騰の傾向に変わりはいられない。つまり国民の医療への依存傾向に改善はいられないという現実も存在することが明らかになってきた。

そして国立社会保障・人口問題研究所から2002年1月に高齢者人口の推移について発表があり、2025年に75歳以上高齢者が2,000万人を超えるという推計値が示された。結果、今のまま医療費の高騰が続

表1 年齢調整死亡率の推移
(人口10万対)

全死因	男	女
1980	923.5	579.8
1990	747.9	423.0
2000	634.2	323.9
2010	544.3	274.9
悪性新生物	男	女
1980	210.9	118.8
1990	215.6	107.7
2000	214.0	103.5
2010	182.4	92.2

基準人口は「昭和60年モデル人口」である。

表2 基本健康診査受診率区分別老人1人当たり診療費の推移 (円)

受診率	1993	1998	2003
10%未満	670,749	667,449	659,855
10~19%	670,676	655,089	643,312
20~29%	638,805	648,684	626,987
30~39%	627,852	625,245	605,969
40~49%	607,442	597,403	588,576
50~59%	589,909	592,803	577,255
60%以上	577,541	576,856	562,742
総数	611,995 (n=3,252)	607,375 (n=3,243)	589,492 (n=3,138)

くと70兆円, 80兆円にもなる。そのことが「2025年問題」といわれ, 国の大きな課題として認識された。

9) 老人診療費の推移

市町村の基本健康診査の実績について, 全国のすべての市町村の国民健康保険のデータを使った分析が行われた報告がある。これによって1993年度, 1998年度, 2003年度の老人保健法による基本健康診査受診率区分別の老人1人当たり診療費の分析結果をみると, 老人1人当たり診療費は基本健康診査受診率が高いところほど低い(表2)。このことは確かに, 基本健康診査の成果を現しているといえる²⁰⁾。

しかしこの表でみると, 1993年度に70歳以上老人1人当たり診療費は61万1,995円であったが, 2003年度には58万9,492円となり, 96%に抑えることに成功している。この成果は確かに, 非常に貴重である。それでも老人は年間に1人当たり59万円をつかっている「元気な病人」であるということになる。結果として, 70歳以上老人の人口は, 1993年度には1,079万人, 2003年度には1,672万人であったので, この間に55%の増加があり, 老人診療費は6兆6,056億円から9兆8,543億円に50%という巨大な増加があったと計算することができる。だとすると基本健康診査は, 疾病予防という基本の役割をどこまで達成しているか, 医療費の推移からみると, 決定的に問われることになったと思われる。

老人保健法による基本健康診査, また労働安全衛生法による定期健康診断による疾病の早期発見, 早期治療は結局, 受診者を安易に医療に繋いでしまい, 死亡率の減少には貢献したが, 疾病の予防という健康診査の本来の目的を十分に達成することができず, 国民を薬から独立できない, 「元気な病人」にしているのではないかと, 霞が関では考えることになったのではないかと。そして「生活習慣病予防のための本格的な取組」が, 不可欠と認識されること

になったと思われる。

III 集団医学への道

1. 「生活習慣病予防のための本格的な取組」

大阪大学教授の松澤佑次が, 1994年に肥満症を内臓脂肪蓄積型と皮下脂肪蓄積型に分け, 内臓脂肪蓄積型肥満が高血糖や脂質代謝異常, 高血圧を合併した病態を「内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)」として冠動脈疾患などの上流にある病態であることを報告した。これに対し, 2005年4月に, メタボリックシンドローム診断基準検討委員会が, 日本におけるメタボリックシンドローム評価基準を発表した。

これを受けて厚生労働省は, 2005年10月19日に「医療制度構造改革試案」を発表した。その最初に「予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取組」の項を設定して, 「生活習慣病予防のための本格的な取組」として, 「糖尿病・高血圧・高脂血症の予防に着目した健診及び保健指導の充実等」をあげ, そのため「国保及び被用者保険の医療保険者に対し, 40歳以上の被保険者及び被扶養者を対象とする, 糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導の事業を計画的に行うことを義務づける」とした。この試案の内容にそって, 2006年6月に「高齢者医療確保法」が制定され, 2008年4月に施行された。

これによって後期高齢者医療保険制度が創設され, 後期高齢者自身の保険料負担(10%)が定められ, 後期高齢者医療支援金(40%)制度が発足した。また市町村による基本健康診査の「早期発見・早期対応」は元気な病人をつくっているとして, 保険者による「特定健診・保健指導」が, 薬に依拠せず病態の「上流」に挑戦し, 糖尿病・高血圧・高脂血症を予防することを目指すとして実施されることになった。

松澤の内臓脂肪蓄積に関する報告は, まさに新しい時代の保健事業の展望を開く, 画期的で, 革新的な報告であった。結果として市町村の保健事業として, 1983年から25年間, 実施されてきた基本健康診査は廃止され, また1972年の労働安全衛生法のもとに実施されてきた定期健康診断の受診者にも「保健指導」が実施されることになった。大変な英断であったと思う。

わが国は, 1961年に国民皆保険体制を達成し, 医療をいつでも, どこでも, だれでも, 利用できる体制ができ, 1983年に基本健康診査が発足して, 疾病の早期発見・早期治療の体制ができ, 2008年に特定健診・保健指導が発足して, 生活習慣病の「上流」

への挑戦による「本格的な予防体制」ができあがった。わが国の公衆衛生は、まさにホップ・医療、ステップ・健診、ジャンプ・保健指導の制度の制定という、大きな飛躍の歩みを刻んできたといえることができる。

2. 上流への挑戦

何故、「上流」に挑戦するのか。何よりも「上流」は、薬による治療を必要とする状態でないからであるといえる。特定保健指導は、生活習慣病の「上流」にあるメタボリック・シンドロームに対し、薬に依拠しない生活習慣の改善を軸とした「保健指導」を行い、糖尿病や高血圧症、高脂血症などの生活習慣病の予防を目指すものである。「早期」ではなく「上流」における状態の発見が、「医療」ではなく「予防」につながる。これが特定健診・保健指導実施の歴史的意義である。

こうして健診に加えて保健指導を行う体制、つまり本格的に疾病予防を担う体制を治療と同様に保険者の責任のもとに置くという体制が発足した。「国民皆保険」の体制のもとに「国民皆保健」を目指す体制が発足したといえる。

特定健診・保健指導では、国民皆保険体制を基盤として、特定健診は5,000万人以上、保健指導は400万人以上の加入者を対象に実施されている。その規模において、比類のない取り組みである。国際的にも、1次予防による国民の健康づくりに向けた巨大な実践として、その成果に対して大きな関心が集まっていると思う。

3. 「自分の健康は自分で守る」

厚生労働省は2017年1月12日、データヘルス改革推進本部の初会合を開き「世界に先駆けて、国民皆保険を中心とするわが国の保健医療制度などの持続性を維持しながら、一人ひとりの健康寿命をどう伸ばすかという未曾有の問題解決に早急に取り組む必要がある」と宣言している。

一人ひとりの健康寿命の延伸に対しては、国民一人ひとりの「データ」をもとに国民一人ひとりが自分の健康状態を「自覚」し、「自分の健康は自分で守る」という認識のもとに、「健康増進に努める」という実践が不可欠である。この点、今日では、特定健診を受けた者全員のデータが確保されている。千人受けたら千人のデータがすべて記録されている。各受診者単位に地域が変わり、保険者が変わっても、全人生にわたって確保される。すべての人が、一人ひとり自分の健康の状態を「自覚」し、「自分の健康を自分で守る」ためのデータベースとして利用することができる。

現代の公衆衛生は、特定健診の対象集団を「集団

医学」の対象として設定して、構成員の疾病制圧につながる基本の因子を分析して、その結果をもとに保健指導を行うことが求められている。わが国の公衆衛生は、まさに新しい「黎明期」にあるに違いない^{21~23)}。

医師法の第1条には、「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする」とされている。医療は、保健指導との連携があつてこそ、その本来の役割を担うことができるはずである。保健師は、保健師・助産師・看護師法の第2条で、「この法律において「保健師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者をいう」とされている。保健師は、人々の健康状態の多様性に対応した臨機応変な「保健指導」を進めることが仕事である。

最後に、私の好きな、社会保障の父 ベヴァリッジ卿の言葉を紹介して、本稿を終わりたいと思う。「自由な国家における社会保険の任務は、各人の責任を社会保険が肩代わりすることではなく、むしろ、各人が責任を果たせるようにすることだと思ふ²⁴⁾。」

本稿は、第76回日本公衆衛生学会総会（鹿児島）での特別講演3「公衆衛生の黎明期からこれまでの歩み」の内容に加筆したものであり、過去に本誌に発表した論壇²³⁾および特別論文²⁵⁾を元に再構成した。

なお、開示すべきCOI状態はない。

(受付 2018. 1. 9)
採用 2018. 4.23)

文 献

- 1) Sigerist HE. Landmarks in the History of Hygiene. Oxford: Oxford University Press. 1952; 47-63.
- 2) Lesky E, editor. A System of Complete Medical Police: Selections from Johann Peter Frank. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1976; 12.
- 3) Lesky E, editor. A System of Complete Medical Police: Selections from Johann Peter Frank. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1976; 154.
- 4) 川喜田愛郎. 近代医学の史的基盤 (上). 東京: 岩波書店. 1977; 426-428.
- 5) Great Britain Poor Commissioners, Great Britain Home Office, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Report to Her Majesty's Principal Secretary of State for the Home Department from the Poor Law Commissioners, on an Inquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain: with Appendices. London: W. Clowes and Sons. 1842; 369.
- 6) Great Britain Poor Commissioners, Great Britain

- Home Office, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Report to Her Majesty's Principal Secretary of State for the Home Department from the Poor Law Commissioners, on an Inquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain: with Appendices. London: W. Clowes and Sons. 1842; 372.
- 7) Rumsey HR. Essays on State Medicine. London: John Churchill. 1856; 324.
 - 8) Simon J. English Sanitary Institutions. London: Casell. 1890; 475.
 - 9) 日本医史学会, 編. 松香私志 (長与専斎遺著). 東京: 医歯薬出版. 1958; 26-27.
 - 10) 厚生省医務局, 編. 医制八十年史. 東京: 印刷局朝陽会. 1955; 6.
 - 11) 厚生省医務局, 編. 医制八十年史. 東京: 印刷局朝陽会. 1955; 337-338.
 - 12) 佐藤八郎. 日本近代西洋医学の夜明け (英医ウィリアム・ウィリス). 鹿児島大学医学雑誌 1995; 47 (Suppl 1): 27-31.
 - 13) 山崎洋次. 明治を駆けた麦飯男爵. 日本腹部救急医学会雑誌 2008; 28(7): 873-881.
 - 14) 籠山 京. 生活古典叢書 5 女工と結核. 東京: 光生館. 1970; 56.
 - 15) 吉岡博人. 日本公衆衛生学会をきいて. 日本医事新報 1947; 1239: 757.
 - 16) 小町喜男, 編. 地域と医療. 東京: 講談社サイエンティフィック. 1980; iii-iv.
 - 17) Tataru K, Shinsho F, Suzuki M, et al. Relation between use of health check ups starting in middle age and demand for inpatient care by elderly people in Japan. *BMJ* 1991; 302(6777): 615-618.
 - 18) United States Department of Health and Human Services, Public Health Service. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, Public Health Service. 1990; 391-405.
 - 19) 多田羅浩三, 編. 健康日本21推進ガイドライン: 厚生科学特別研究事業: 健康日本21推進の方策に関する研究. 東京: ぎょうせい. 2001.
 - 20) 多田羅浩三. 基本健康診査の受診率向上が老人診療費に及ぼす影響に関する研究. *日医総研 Annual Report* 2005; 1: 1-9.
 - 21) 関梯四郎, 編. 集団医学の発足: 原点からのレポート. 東京: 現代ジャーナリズム出版会. 1970.
 - 22) 小町喜男. 忘れられた日本の脳卒中. 関梯四郎, 編. 集団医学の発足: 原点からのレポート. 東京: 現代ジャーナリズム出版会. 1970; 52-53.
 - 23) 多田羅浩三. 大阪の公衆衛生: 集団医学の道. *日本公衆衛生雑誌* 2017; 64(4): 179-189.
 - 24) W.H. ベヴァリジ. 強制と説得: ベヴァリジ回顧録 [Power and Influence] (伊部英男, 訳). 東京: 至誠堂. 1975; 387.
 - 25) 多田羅浩三. 現代公衆衛生の思想的基盤. *日本公衆衛生雑誌* 2009; 56(1): 3-17.
-