

第 10 章

日本における保健所を通じた 公衆衛生の向上への取り組み

津川友介、池上直己、見明奈央子、マイケル・ライシュ

日本では過去 60 年間に国民の健康状態は大きく改善し、今や世界最高水準の平均余命を誇るようになった。その過程においては、結核や脳卒中など予防可能な疾病を抑制する公衆衛生分野の施策が大きな役割を果たしてきた。予防医療が医療保険でカバーされない日本において、公衆衛生事業は、医療保険制度の下で提供される医療サービス（治療的医療サービス）を補完する形で機能しており、日本がユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成し維持していく上で不可欠なものであったと考えられる。

公衆衛生事業の策定と実施に際しては、政府が主要な役割を果たしてきた。第二次世界大戦後には、連合国軍総司令部（GHQ）のリーダーシップの下で保健所は、その在り方が見直され、母子の健康増進、結核対策、高血圧による脳卒中の予防を推進する要となった。

低所得国は、政府による予防医療の提供を通じて国民の健康増進を図った日本の経験から学ぶことができると思われる。国によっては予防医療は医療保険でカバーされないものの、予防医療は医療費抑制につながる可能性があり、UHC の達成に向けて重要な要素であると考えられる。

背景

日本人の健康状態は、過去数十年間にわたって向上してきた。1947 年の時点で、男性の平均余命は 50 年で、女性は 54 年であったが、2012 年には、男性が 79.9 年、女性が 86.4 年まで延び、世界でも最長寿国のひとつとなっている。乳児死亡率と新生児死亡率はそれぞれ、1947 年の出生数 1000 に対して 76.7 と 31.4 から、2011 年は 2.3 と 1.1 に低下した（厚労省 2011）。日本は 1961 年に国民皆保険を達成し、ドイツのビスマルク方式の社会保

険制度を通じて全国民が医療サービスを受けることができるようになった (Ikegami et al. 2011)。

日本の公衆衛生政策に特徴的なのは、国民の良好な健康状態が（少なくとも部分的には）中央政府と地方自治体が管理する保健所、そして保健師¹によって保たれてきたという点である。保健所および保健師は、医療保険でカバーされる医療サービス（治療的医療サービス）を補完する形で機能しており、日本のUHCを達成する上で極めて重要な役割を果たしていると考えられる。日本では、予防接種やがん検診などの予防医療サービスの大半は、診療報酬制度の対象には含まれず、医療保険が適用されない。そうしたサービスの多くは地方自治体の責任により提供されてきた²。

歴史

日本の公衆衛生施策の歴史は大きく2つの段階に分けることができる。第1期は1870年代半ばに「衛生 (Hygiene)」の概念がドイツから導入された時であり、第2期は1945-52年にGHQの占領下でアメリカから「公衆衛生 (Public health)」の概念が入ってきた時である。

衛生に対する日本のアプローチは、1868年以降の感染症に対する「社会的防衛」の概念に始まり、主に政府の関与を通じて拡大された。この時代には、250年に及んだ鎖国が終わり、外国貿易や人の往来が盛んになったため、コレラや天然痘などの感染症が国内に持ち込まれ、頻繁な大流行を引き起こした。これに対し政府は衛生の概念を取り入れ、健康のために清潔な環境を維持することや衛生設備に焦点を当てた衛生行政を強化した。中央政府の統制の下、検疫の最前線に立ったのは警察であった。

19世紀終盤と20世紀初めに、何人かの軍医幹部³が、衛生学に関する研

-
- 1 保健師はかつて「保健婦」と呼ばれていたが、2002年、男性と女性の区別のない「保健師」という名称に変更された。
 - 2 日本では予防接種など予防医療サービスは実際には小児科医やプライマリ・ケア医によって提供されているが、それに伴うコストには医療保険制度が適用されない。医療費は地方自治体の予算からの補助金を使って支払われるか、または予防医療サービスを受ける人の自己負担となる。地方自治体はコストの一部を予防接種を受ける人に請求することが認められているが、低所得者に請求することは認められていない。
 - 3 森鷗外や高木兼寛などがその代表である。

究が進んでいたドイツなどに留学した（日本はドイツからほどではないものの英国からも影響を受けたと考えられる）。帰国後、彼らは、兵士の健康状態維持を主眼とする衛生政策の立案に重要な役割を果たした。1945年の第二次世界大戦終結の時まで、警察が国民の環境衛生の責任を担い続けた（JICA 2005）。

保健所の歴史は、日本赤十字社により乳幼児健康相談事業所が設置された1914年までさかのぼる。政府は1926年、大都市に小児保健所を設置することを推奨し、その数は1928年には458カ所までに増えた。中国での戦争が激化する中、健康な兵士と生産性の高い工場労働者の需要が高まり、1937年に保健所法が制定された。翌1938年には厚生省が創設された。同年、ロックフェラー財団の資金援助を得て公衆衛生院⁴が発足し、公衆衛生院は公衆衛生の重要な教育・研究機関として機能した。この時期に、すでに稼働していたさまざまなタイプの保健センターを基に、全国に約40の公式な保健所が建てられ、結核対策、母子保健、栄養などの問題に対応した。1938年には国民健康保険法が制定され、その中に全国に国保保健婦を置くとする条項が盛り込まれた。保健所は地方自治体政府やその他の機関が運営し、1944年までに700カ所以上に増えた（JICA 2005; Katsuda et al. 2011）。

保健所の役割は、戦後のGHQ占領下に転換期を迎えた。当時、国民は深刻な食糧不足や、急性感染症の頻繁な流行に苦しんでいた。占領下の日本で、連合国軍最高司令官マッカーサー元帥はまず、既存の省庁をそれぞれ指導するための14の局を設置した。公衆衛生福祉局（The Public Health and Welfare Section）が、公衆衛生サービスの提供体制の制度設計を担当した（Nishimura 2009）。公衆衛生福祉局長のサムス准将はこの組織の使命を、疾病の予防、医療、福祉、社会保障であると定めた（Sams 1952）。マッカーサー元帥とサムス准将は、新たな公的医療制度の再設計と実施において強いリーダーシップを発揮した（Nishimura 2009）。

1946年5月、GHQは厚生省に対し、組織を再編し、全国の各都道府県

4 1940年、公衆衛生院は栄養研究所を併せ、厚生科学研究所と改称された。1942年から1946年の間、厚生省管轄の全ての研究所が統合され厚生省研究所となっていた。1946年に厚生省研究所を廃し、改めて公衆衛生院となった後、1949年には国立公衆衛生院と改称された。2002年には、国立公衆衛生院、国立医療・病院管理研究所、そして国立感染症研究所・口腔科学部の一部が統合され、国立保健医療科学院に改組された。

に衛生部を設置するよう命じた。1947年の新しい日本国憲法には基本的人権として生存権が盛り込まれ、国は公衆衛生の促進に責任を負うと規定された。1947年4月、GHQは覚書「保健所機構の拡充強化に関する件」を提出し、これに基づいてその年の9月、保健所法に大幅な改正が行われ、保健所機能が拡充強化された(丸井1990a)。改正法では、保健所の役割が、医療と医薬品、食品衛生、環境衛生の問題を扱うと明確に定義された。保健所は、都道府県または指定市の管理下に置かれ、GHQの強力な支援の下で、公衆衛生問題の幅広い分野における公的医療サービスを第一線で提供する機関として高い権限を持つようになった。

1952年にGHQによる占領が終結すると、日本政府はGHQの導入したいくつかの仕組みを撤廃したが、保健所の構造はそのまま残った。これは日本政府がその有効性と有益性を認識していたためだろうと考えられる(丸井1990b)。1950年から1960年の間に、平均余命は男性が58.0年から65.3年に、女性は61.5年から70.2年へと延びた。同期間に国民1人当たりGDPもまた3415ドルから6249ドル(2005年時点の購買力平価ベースでの米ドル換算値)へと増えた(JICA 2005; Ikeda et al. 2011)。

日本は公衆衛生学だけを教える大学院が無かったにもかかわらず、公衆衛生政策を推し進めることができた。日本には大学の医学部の一部として(比較的小さな)公衆衛生学教室があるだけだった。同教室は、占領期に日本に派遣されたアメリカの教育使節団の勧告に基づいて、医学部に作られたものである。最初の公衆衛生学教室は1948年12月に東京大学医学部に開設された。公衆衛生学は医学部内のひとつの分野として、もしくは国立保健医療科学院で教えられていた。医学部とは独立した公衆衛生大学院は、2000年に京都大学に初めて設置されたが、現在でも国内には公衆衛生大学院は6つしかない。

保健所の運営を支援するため、日本政府は保健所運営費補助金を創設した。1964年に創設された同補助金は、1986年に約340億円に上ったが、その額はこの間、徐々に減少し、最終的には1994年に一般財源化した。2005/06年、

保健所のための政府予算は地方政府に移転された（厚労省 2010）⁵。

社会構造の変化と、保健所に対する社会のニーズの多様化を受け、保健所法は 1994 年に制定の地域保健法に組み込まれた（施行は 1997 年）。同法の下で、地域保健対策の推進が都道府県および市町村の責任として明記された。同法は、市町村保健センターを保健所の下部組織と位置付けた。保健所の所長は引き続き医師が務め、保健所は、医療施設や飲食店などの施設の監督指導、監査、許認可、営業停止を行う権限を法的に認められた。一方で、母子保健や高齢者の保健サービスは市町村保健センターの主な業務で、保健師（コラム 10.1 参照）が中心となってこれに当たることとなり、市町村保健センター長は医師である必要はないとされた。同法では、都道府県の保健所はそれぞれ人口約 30 万人を対象とすることが目安となっており、それ以上の人口を抱える市は独自に保健所を設置することが推奨されている。1997 年以降、人口の少ない市の保健所は近隣の保健所と統合されるか、人口 30 万人以上

コラム 10.1 保健師の役割

戦後、保健師は公的保健サービス提供に重要な役割を果たしてきた。これは、戦後の復興時に GHQ により保健師の役割が重視されたことによる。保健師は 1930 年代にはすでに存在したが、その役割は限定的で、1940 年代終盤まで役割が明確には定義されていなかった。

戦後、地域における公衆衛生行政が民主化される中で保健師の役割は強化され、1947 年に新しい保健所法が制定されると役割は飛躍的に拡大した。1949 年、保健師業務指導指針が出され、地域の保健行政サービスの中心的存在として位置付けられた。

保健師の職務は、地域保健活動から、医療実務者の補佐、寄生虫防除、母子健康診断、家族計画、保健教育まで多岐にわたる。1997 年、保健所の数多くの業務が市町村保健センターに移管され、医師のいない地域の場合、公衆衛生事業は主に保健師が管理している。2008 年には 517 の保健所で 7737 人の保健師が、2726 の市町村保健センターで 1 万 6525 人の保健師が働いていた（厚労省 2010；JICA 2005；Katsuda et al. 2011）。

5 保健所運営費補助金は 1986 年に、保健所運営費交付金（330 億円）と保健所業務費補助金（13 億円）に分けられた。保健所運営費交付金は 1994 年までに徐々に一般財源化が進み、保健所業務費補助金も 2007 年までに段階的に一般財源化された（厚労省 2010）。

の自治体に移管されている。

保健所の数は1966-96年には約850で安定していたが、地域保健法制定後、2010年までに494まで減少した。保健所で働く医師の数は1999年の1170人から2008年には819人に減少した（厚労省2010; JICA 2005; Katsuda et al. 2011）。

保健所による健康増進への貢献

過去60年間に日本の寿命が延びた要因としては、1950-65年頃に見られた急激な健康改善によるところが大きいとされている（Ikeda et al. 2011）。この間の1961年に日本は国民皆保険を達成している。1947年の時点では、出生1000対乳児死亡率は76.7、結核が死因第1位（人口10万対で187.2）、平均余命は男性が50年、女性が54年であった。これらの健康指標は急激に改善し、2011年には乳児死亡率が2.3まで低下し、人口10万対結核発生率は 20^6 （人口10万対死亡率は1.7）⁷、平均余命は男性が79.9年、女性が86.4年（JICA 2005; Ikeda et al. 2011; 厚労省2012）となっている。

日本における保健所の業績は、母子保健の増進、結核対策、塩分摂取抑制を通じた脳卒中による死亡の減少など、数多い。

母子保健の改善

戦争中ですら母子保健は保健行政当局の関心を集めていた。1942年にはドイツの母親手帳（Mutterpass）を手本に作られた妊産婦手帳（1947年に母子手帳に、さらに1966年に母子健康手帳に名称変更された）が交付されていた。この制度の下、妊婦は妊娠の事実を地方自治体に届け出て、妊婦健診を3回以上受けるよう推奨され、健診の都度、妊婦の健康状態についての情報がこの手帳に記録された。戦争中で日本が食糧難だった頃ですら、妊産婦手帳を持つ妊婦には出産用の衛生綿、ガーゼ、（出産時に必要な）せっけん、

6 2011年の日本の結核罹患率（人口10万対17-20）は、他の高所得国（アメリカが4.3、カナダが4.7、オーストラリアが5.5、フランスが9.1（いずれも2007年））と比べ、依然として高い（厚労省2012; WHO 2009）。

7 結核による死亡者の数は2011年には2162人であった（厚労省2012）。

コラム 10.2 医療政策の策定に必要な統計データを収集する組織・制度面での能力

政府は健康に関する統計を収集し、100年以上にわたってデータに基づいて公衆衛生政策を立案してきた。死亡統計は1876年から、人口統計は1899年からデータが収集されている。特定の疾病（主に感染症）の症例数を推定するための全国的な調査も行われてきた。

1916年、内務省は、乳幼児の健康、結核、性感染症、ハンセン病、精神疾患、食品、住居、衛生などについて調査を行う保健衛生調査会を設置した。こうした統計データを基に、結核予防法や癩予防法、寄生虫病予防法などの法律が制定された。近代的方法による国勢調査は1920年に初めて実施された。

統計データは、政府が公衆衛生に関する問題を遅延なく同定し、対処する上で極めて重要だった（JICA 2005）が、こうした統計データの収集には一定レベルの組織・制度面の能力が必要であるため、そうした能力を持たない多くの低所得国に日本の経験を適用することは難しいかもしれない。ただし、そうした国々も発展し、制度面での能力が整ってくるにつれて、ターゲットを明確にした適切な保健政策を立案・実施するために、こうした統計データが次第に必要となってくると考えられる。

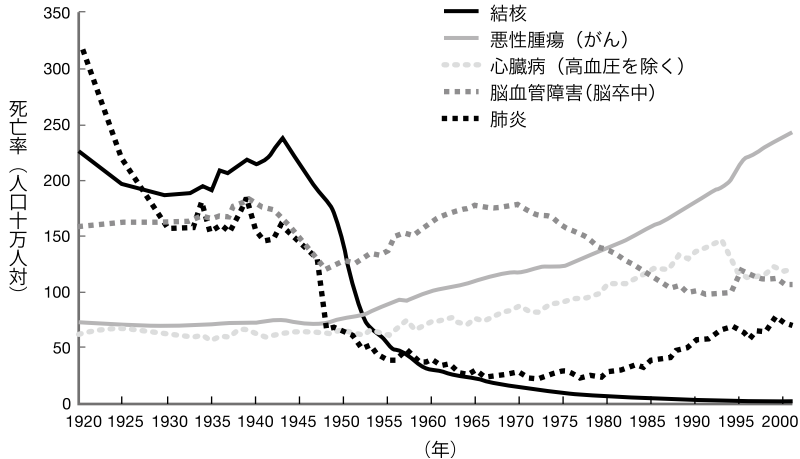
卵などが配給されていた。

1945年に戦争が終わると、保健所は、妊婦や女性の相談や往診など、保健師の活動の拠点となった。母子健康センターの設立と国民皆保険の達成が追い風となり、医療従事者の立ち会った出産の割合が急増し、自宅での出産が激減した（1950年の95.4%が1970年には4%まで低下している）（厚労省 2005）。

結核感染の抑制

保健所は、重要な統計情報の収集（コラム 10.2）、栄養状態の改善、食品衛生、水道施設の指導監督、衛生、結核症例の検知・検疫に関わった。こうした保健所の活動に加えて、経済成長、栄養状態の改善、国民皆保険による医療アクセスの改善も相まって、1945-55年の間に結核による死亡は急減した（図 10.1）。

図10.1 死亡原因の推移



* 第二次世界大戦による混乱のため、1944-46年のデータは推定値である。

出典：JICA 2005

日本は結核を国レベルで抑制するため十分な財源を投入し、保健所で大規模な結核検査を実施し、比較的短期間に結核の抑制に成功した。1910年の人口5000万人、1950年の人口8300万人中、1910-50年の間に結核による死亡者数は400万人⁸に達していた(Johnston 1995)。1954年、結核の診断・治療に充てられた費用が総医療費に占める割合は27.7%で、国家の重要な優先課題とされていたこと、そして結核対策に国家予算のうち大きな割合が充てられたことが分かる(島尾 1988)⁹。

BCG接種、結核症例の(集団検診を通じた)検出、治療施設の整備、感染者の隔離などによって構成される国主導の結核対策プログラムが1951年に始まった(Shimao 1989)。結核の診断は全国的に主に保健所が行い、治療(患者の隔離を伴う)は結核療養所で行われた。国の結核対策プログラムの下で

8 第二次世界大戦による混乱で統計収集が不可能だったため、1944-46年の死亡者数は含まれていない。

9 栄養状態の改善や生活水準の向上など他の要因も同時に働いていたため、国の結核対策プログラムと、結核症例・結核死亡者の減少との間に因果関係があるとは結論付けることはできない。

感染力を持った結核症例が同定され、結核による死亡率は1950年から1955年の間に3分の1近く減った(Shimao1989)。結核対策費が医療費全体に占める割合も下がり、1985年には1.1%となった(島尾1988)。

塩分摂取減少を通じた脳卒中死亡の抑制

1952年、脳卒中は結核に代わり日本人の死亡原因の第1位となった。脳卒中による死亡者数は1950年以降徐々に増えていたが、1970年代初めから、急激に減り始めた(図10.1)。脳卒中の罹患率は塩分摂取量の多い東北地方で高く、これは塩分摂取量と高血圧が関連していることを示唆していた(Sasaki 1964; Sasaki 1980)。東北地方で極端に塩分摂取量が多かったのは、みそ汁と漬物の摂取に加え、主な調味料としてしょうゆを使用するという食生活のためであると考えられた(Sasaki 1964)。1960年代に全国的な減塩運動が始まり、1950年代と1960年代初めまで報告されていた塩分の過剰摂取は、1970年代半ばから1980年代半ばにかけて減り始めた(Brown et al. 2009)。日本人の塩分摂取量は1日当たり平均13.5グラムから12.1グラム

図10.2 全国的な塩分摂取の経時的变化



出典：厚労省 2004

図10.3 日本の保健所の役割の変遷

1937	保健所法の制定 ・保健所の設置：衛生教育、急性感染症の抑制、母子保健
1947	保健所法の大幅改正 ・保健所の機能の正式な定義、拡大、強化
1994	保健所法→地域保健法 ・保健所と自治体（市町村保健センター）の役割を再定義：分権化促進；母子の健康と栄養相談は保健所から市町村保健センターに移管
1997	保健所法の施行
2008	特定健診／特定保健指導 ・保険者（国民健康保険や健康保険組合等）が加入者とその家族に対し生活習慣病予防のための健診と保健指導を行うよう義務付けられた。

出典：奥村 1997；厚労省 2010；丸井 1990a；1990bを基に作成

に減ったが、同時期に東北地方では1日18グラムから14グラムへの減少を認めた。塩分摂取量が減ると並行して、日本人全体の血圧の平均値も下がり、脳卒中関連の死亡率も大幅に低下した（図10.1と10.2）（Ueshima et al. 1987；Okayama et al. 1993；厚労省 2004；He et al. 2010）。塩分摂取量が1990年代半ばに再び上昇した後も脳卒中関連の死亡率の再上昇は見られておらず、塩分摂取量減少と脳卒中関連死亡率の低下に直接的な因果関係があると見なすことは不適切かもしれない。しかしその一方で、当時改善されたその他の生活習慣とともに、脳卒中減少のひとつの要因であった可能性はある。さらには、一過性ではあったものの（減少傾向は続かなかったものの）、政府は意図したとおりに全体的な塩分摂取量を減少させることに成功したとすることができる。

保健所の役割の変化

図10.3にまとめたとおり、近年、保健所の役割は変化しつつある。1994年、保健所と市町村保健センターの役割は見直され、政府は分権化を進め、母子

保健と栄養指導は保健所から市町村保健センターに移され、保健所は市町村のスタッフの研修と助言提供の責任を担うことになった（表 10.1）。2008 年には保険者（国民健康保険や健康保険組合等）が加入者とその家族に対しメタボリック・シンドロームの健診と保健指導を行うことが義務付けられた。しかしこのような保健所に求められる役割の変化に伴い、各種公衆衛生サービスがバラバラに提供されるようになってしまった可能性もある。例えば、がん検診がどの組織の責任なのかは若干不明確になってきており、また市町村保健センターは子供の予防接種の責任を担うが、地域住民に予防接種を確実に受けさせるような仕組みは整っていない（次節で詳説する）。

表10.1 地域保健法施行前後の保健所と市町村保健センターの機能

	1997年以前	1997年以降
保健所	<p>公衆衛生サービスの直接提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・結核対策 ・精神疾患 ・母子保健（例：3歳児健診） ・栄養指導 ・難病対策 ・HIV/エイズ ・環境衛生 ・食品衛生 	<p>公衆衛生サービス提供システムのマネジメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の健康問題の調査 ・市町村のスタッフの研修と専門的助言 ・感染症、精神疾患、難病の対策 ・環境衛生 ・食品衛生の監視と指導
市町村保健センター	<ul style="list-style-type: none"> ・1歳6カ月健診 ・予防接種 ・老人保健サービス 	<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健（例：1歳6カ月健診、3歳児健診） ・栄養指導 ・予防接種 ・老人保健サービス

出典：奥村 1997を基に作成

保健所に関連する新たな公衆衛生の課題

政府は数十年にわたり保健所を通じて広範な公衆衛生サービスを提供してきたが、日本は今、ワクチンで予防可能な疾病の高い罹患率やがん検診の低い受診率など、公衆衛生におけるいくつかの問題に直面している。多くの国において、予防医療はプライマリ・ケア医によって提供されるが、日本では保健所（最近では市町村保健センターと保険者を含む）が提供してきた歴史がある。保健所は過去数十年間、国民の健康状態の改善に重要な役割を果たしてきたが、近年は必ずしもうまく機能していないように思われる。その理由はいくつか考えられる。

第1に、公衆衛生サービス提供体制の制度設計の見直しがあまくいっておらず、近年の公衆衛生の問題に対応できていない可能性がある。第2に、保健所と市町村保健センターには予防サービスのために決められた予算が配分されており、こうした機関が公衆衛生サービスの対象を大幅に拡大するインセンティブがあまりないことが挙げられる（前年よりも対象を大幅に拡大すれば財政赤字となってしまう可能性がある）。第3に、米国には、科学研究と疾病に関する情報の提供を通じて国民の健康を守る米国疾病管理予防センター（CDC）と呼ばれる独立した機関があるものの、日本にはそのような機関がない。そのため、日本政府は最新の科学的根拠（エビデンス）に基づいた医療政策を立案することが難しくなっている可能性がある。ここでは予防接種政策を一例として、保健所に関連する公衆衛生の問題を取り上げる。

予防接種政策

日本の予防接種政策には、一貫性に欠ける部分があるようにも見える。新三種混合（麻疹、流行性耳下腺炎、風疹）ワクチンは1989年に導入され義務化された。しかし、流行性耳下腺炎に対するワクチンに関連した無菌性髄膜炎の発症例が報告され、こうした事態に対する世間の懸念が広がったため、1993年にこのワクチンの接種は中止された（Terada 2003）。翌1994年には、全てのワクチンが「義務規定」から「努力義務規定」に緩和され、以降、接種義務が公立学校入学の条件となっているアメリカのような、予防接種を確実に実施させるメカニズムは日本には事実上存在していない。さらには、多

くの先進国で接種が推奨されている水痘¹⁰、流行性耳下腺炎、B型肝炎の予防接種は、日本の「努力義務規定」の対象にすら含まれておらず、その結果、日本では被接種者負担で任意接種されている¹¹。日本政府は予防接種について歴史的にあまり強い立場をとってこなかった。これはおそらく、政治が国民の視点や懸念に敏感であること、予防接種の副作用に苦しむ患者からの訴訟を危惧していること、そして国内のワクチン会社を助成する保護主義政策をとっていることなどが原因であると考えられる。これが数々の問題を生んでいると考えられる。

2013年、日本全国で風疹が大流行し、検査により8500例以上が確認され(O'Connell 2013)、2012年10月から2013年9月までに少なくとも新生児18人が先天性風疹症候群と確認された(国立感染症研究所2013)。米国CDCは、この流行を受け、ワクチン未接種の妊婦は日本への渡航を控えるようにと公式に注意を呼びかけた(O'Connell 2013)。20歳から50歳の男性のうち約15%が風疹の抗体検査で陰性を示したとのデータに基づき、日本の医療専門家は、国内に麻疹・風疹ワクチンが不足していれば海外から新三種混合ワクチンを輸入し、風疹の予防接種を受ける成人に政府補助金を出して(日本では乳児の予防接種には政府の補助金があるが、成人の予防接種には補助金はない)、20代から40代の人を対象に集団予防接種を実施するよう提案した。しかし、日本政府は、妊婦が周りにいる人や、これから妊娠を計画している女性を優先対象とすることで、国内のワクチン不足を乗り越えることとし、海外からのワクチン輸入も成人のワクチン接種者への助成金も実施しないことに決めた。

日本では麻疹の大流行も過去に何回も発生している。1991年の大流行では6万8980例が確認され39人が死亡した(Nakatani et al. 2002)。また2008年にも大流行があり、1万1007例が確認されている。2005年には麻疹の人口10万対発生率は4.70であり、経済協力開発機構(OECD)加盟国

10 2014年1月、日本政府は水痘と肺炎球菌のワクチンを「努力義務規定」のワクチンに含めることを決定した。

11 日本ではワクチンは、定期予防接種と任意予防接種の2つのカテゴリーに分けられている。定期予防接種は、政府が努力義務接種とするもので、政府の補助金の対象となる(乳児が接種する場合に限る)が、任意接種は原則として被接種者負担となる(市町村によっては費用助成がある)。

の平均 1.22 を大きく上回っていた (Armesto et al. 2006; Johnson et al. 2009)。

世界保健機関 (WHO) はポリオ根絶を果たした国ではポリオ・ワクチンを経口ポリオ・生ワクチン (OPV) から 不活化ポリオ・ワクチン (IPV) に切り替えるよう勧告しているにもかかわらず、日本 (2000 年に正式にポリオ根絶宣言がなされている) は最近まで OPV を使い続けており、それが原因の弛緩性まひ (IPV では起こらない) を引き起こしている可能性がある。日本政府は、IPV を外国から輸入してきたにもかかわらず、国内で日本企業により IPV が生産されるようになるまで待つこととしてきた。2012 年になってやっと、患者の権利擁護団体からの圧力を受けていたこともあり、厚労省はサノフィパスツール社が製造した外国製 IPV を認可し、2012 年 9 月から販売が始まった。その後、ジフテリア、百日咳、破傷風、IPV が含まれた国産の混合ワクチンが日本企業により開発され、2012 年 11 月から使用可能になった。

その他の公衆衛生に関する問題

その他の公衆衛生に関する問題としては、日本でがん検診の受診率が低いことが挙げられる。2009 年の子宮頸がん検診の受診率は、OECD 平均が 61.1% であるのに対して、日本では 24.5% であった。2009 年の日本の乳がん検診の受診率は 23.8% と、OECD 平均 62.2% を大きく下回っていた (OECD 2011)。

さらには、福島第 1 原子力発電所からの放射能汚染水漏れなどが健康に及ぼす影響や、食習慣の西洋化に伴う心血管系疾患の増加などもあるが、これらの公衆衛生問題については、保健所が提供する公衆衛生サービスを通じて対策が取られてきているわけではないため、本章の範囲を超えている。しかしながら、日本はこうした公衆衛生に関する問題に対しても、科学的根拠に基づいた実効性の高い保健政策を立案することで対応する必要があると考える。

考察

保健所は、日本のUHCへの取り組みにおいて、医療保険制度の対象となる医療サービスを補完する形で、歴史的に重要な役割を果たしてきたように見える。しかし近年、その役割は弱くなってきているようである。これはおそらく、公衆衛生に関する近年の問題に対応できるように適切に制度設計が見直されていないこと、予算制度により保健所や市町村保健センターが公衆衛生サービスを拡大するインセンティブが与えられていないこと、アメリカのCDCのような科学的根拠に基づいた医療政策をサポートする機関がないことなどが原因であると考えられる。日本は、保険者、保健所、市町村保健センターの間でより強い連携と協調を進めることにより、公衆衛生提供体制をさらに強化する必要がある。予防医療（例えば予防接種やがん検診）のそれぞれにどの機関が責任を有するかを明確にし、そのパフォーマンスを監視・評価することで、こうした連携を改善することができると思う。もしくは、予防医療を既存の診療報酬制度に組み込み、そうしたサービスを医療保険制度の枠組みの中で提供することにより、医療提供者にこうしたサービスを提供のするインセンティブを与えるという選択肢もある。

【参考文献】

- 奥村二郎（1999）「動き出した改正地域保健法」『公衆衛生研究』第46巻第3号（1997年9月）pp.200-208. 国立保健医療科学院（当時、国立衛生科学院）
- 厚生労働省（2004）『国民健康・栄養の現状』第1出版
- 厚生労働省（2005）「出生の場所別に見た年次別出生数と出生数百分率」（人口動態統計）< <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0608-11/2d.html> >（2013年10月4日アクセス）
- 厚生労働省（2010）「保健所、市町村、都道府県の現状と課題」< <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000g3yx-att/2r9852000000g5sr.pdf> >（2013年8月1日アクセス）
- 厚生労働省（2011）「平成23年人口動態統計月報年計（概数）の概況」< <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai11/toukei02.html> >（2013年10月4日アクセス）
- 厚生労働省（2012）「平成24年 結核登録者情報調査年報集計結果（概況）」

- 国立感染症研究所 (2013) 「風疹流行および先天性風疹症候群の発生に関するリスクアセスメント」 < <http://www.nih.go.jp/niid/ja/rubella-m-111/2145-rubella-related/3724-rube-risuku20130716.html> > (2013年8月19日アクセス)
- 島尾忠男 (1988) 「結核対策」『医療の将来像』(吉利和編) : 185-202 (シリーズ「講座 21世紀へ向けての医学と医療」森亘[ほか]編集) 日本評論社
- 丸井英二 (1990a) 「戦後日本の公衆衛生第5回戦後日本の始まり：マッカーサーのGHQ」『保健の科学』32(9): 603-605. 杏林書院
- 丸井英二 (1990b) 「戦後日本の公衆衛生第8回戦後の保健所：始まりの頃」『保健の科学』32(12): 824-826. 杏林書院
- Armesto, S. G., et al. 2006. "Health Care Quality Indicators Project 2006 data collection update report." *OECD Health Working Papers* No. 29. Paris, OECD.
- Brown, I. J., et al. 2009. "Salt Intakes around The World: Implications for Public Health." *International Journal of Epidemiology* 38(3): 791-813.
- He, F. J., and G. A. MacGregor. 2010. "Reducing Population Salt Intake Worldwide: From Evidence to Implementation." *Progress in Cardiovascular Diseases* 52(5): 363-382.
- Ikeda, N., et al. 2011. "What has Made the Population of Japan Healthy?" *Lancet* 378(9796): 1094-105.
- Ikegami, N., et al. 2011. "Japanese Universal Health Coverage: Evolution, Achievements, and Challenges." *Lancet* 378(9796): 1106-15.
- JICA (Japan International Cooperation Agency). 2005. Chapter 1. "The History of Public Health and Medical Services." *Japan's experiences in public health and medical systems*, Institute for International Cooperation, JICA.
- Johnson, J. A., and C. H. Stoskopf. 2009. *Comparative Health Systems: Global Perspectives for the 21st Century*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Johnston, W. 1995. *The Modern Epidemic: A history of Tuberculosis in Japan*. Harvard University Asia Center.
- Katsuda, N., et al. 2011. "Structure and Roles of Public Health Centers (hokenjo) in Japan." *Nagoya J Med Sci* 73(1-2): 59-68.
- Nakatani, H., et al. 2002. "Development of Vaccination Policy in Japan: Current Issues and Policy Directions." *Japanese Journal of Infectious Diseases* 55(4): 101-111.
- Nishimura, S. 2009. "Promoting Health in American-Occupied Japan Resistance to Allied Public Health Measures, 1945-1952." *American Journal of Public Health* 99(8): 1364-1375.
- O'Connell, P. M. 2013. "Rubella Outbreaks in Japan, Poland Prompt CDC Travel Alerts." *AAP News*.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2011. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Paris.

- Okayama, A., et al. 1993. "Changes in Total Serum Cholesterol and Other Risk Factors for Cardiovascular Disease in Japan 1980-1989." *Int J Epidemiol* 22(6): 1038-47.
- Sams, C. F. 1952. "American Public Health Administration Meets the Problems of the Orient in Japan." *American Journal of Public Health and the Nation's Health* 42(5;1): 557-565.
- Sasaki, N. 1964. "The Relationship of Salt Intake to Hypertension in the Japanese." *Geriatrics* 19: 735.
- Sasaki, N. 1980. Epidemiological Studies on Hypertension in Northeast Japan. *Epidemiology of Arterial Blood Pressure*, Springer: 367-377.
- Shimao, T. 1989. "Institutional Capacity for Disease Research and Control: Tuberculosis." In: *International Cooperation for Health*. M. R. Reich and E. Marui (eds). Dover, Auburn House Publishing Company: 58-75.
- Terada, K. 2003. "Rubella and Congenital Rubella Syndrome in Japan: Epidemiological Problems." *Japanese Journal of Infectious Diseases* 56(3): 81-87.
- Ueshima, H., et al. 1987. "Declining Trends in Blood Pressure Level and the Prevalence of Hypertension, and Changes in Related Factors in Japan, 1956-1980." *Journal of Chronic Diseases* 40(2): 137-147.
- WHO (World Health Organization). 2009. *Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing*. Geneva.