

日本の公衆衛生の歩みを振り返り社会安全学を展望する

Considering Societal Safety Sciences
from the history of public health in Japan

関西大学 社会安全学部

高鳥毛 敏 雄

Faculty of Societal Safety sciences,
Kansai University

Toshio TAKATORIGE

SUMMARY

Japan have attempted to adopt a public health system based on British local governments from the Meiji period. Edo period prior to the Meiji might be the centralized and separated society. In the mid-Meiji period, the centralized system was strengthened, and in the wartime system of the early Showa period, it strengthened it. After the war, Japan have moved closer to a system that integrated central and local government, like the Edo period. The strong need to control tuberculosis, which became a national disease, contributed to the establishment of Japan's public health infrastructure. This influenced the development of the Ministry of Health and Welfare and public health centers, leading to the establishment of public health nurses as key public health professionals. Japan's public health system was modeled on the UK system, but the UK government abolished the public health system based on the local governments in 1974. The reforms left Britain a society unable to cope with a health crisis. At the same time, Japan chose to develop a municipal-based system. The Community Health Act was enacted in 1994, creating a system in which basic health, medical, and welfare services for residents were truly and formally the responsibility of municipalities. However, the enactment of the Community Health Act did not anticipate the need to respond to health crises. Since the Great Hanshin-Awaji Earthquake, the basic guidelines for community health have been revised to address health crises and health crisis management has been assigned to public health centers within the community health system. However, there is a need to strengthen the functions of prefectures and the national government that support local municipalities and public health centers. Following the COVID-19 pandemic, efforts are underway to strengthen the roles and functions of prefectures and the national government to build a system that can respond to health crises. UK government has divided public health into three domains to rebuild public health. These are health improvement, improving services, and health protection. Until the Great Hanshin-Awaji Earthquake, Japan's public health system had

not yet considered creating a system for protecting the health of its citizens. Today, public health is generally understood to contain health crisis management and health safety.

Japan faces unparalleled challenges in Western countries, including an unevenly distributed population, an aging population, a declining birthrate, a declining population, and an increasing number of single people. National health issues are shifting from physical illnesses to mental health issues, particularly those related to interpersonal relationships, making it difficult to address these challenges with the current municipal public health system alone. While local festivals and events have traditionally fostered connections between people in communities and fostered symbiotic societies, this is changing with urbanization. Community sports have become a major trend in recent years. Both public health and soccer were born in the UK at the same time and with the similar purpose. Public health emerged as a response to the rise in unsanitary conditions, poverty, and disease caused by the increasing number of working people. As class society crumbled, workers became increasingly isolated from the land, and churches lost their function as gathering places for people, there was a need to unite people, regardless of wealth or class, based on the community. In the UK, rules for school sports were developed as part of the education offered at public schools for the sons of the upper class. This spread to local communities as soccer and rugby, and working-class people became players and supporters, playing a key role in uniting urban people. Germany achieved postwar reconstruction through community sports. While sports in Japan were primarily school sports, the J.League was launched in 1993 by inviting Germans to professionalize local sports, modeled on German community sports. Since then, local governments across the country have encouraged the creation of J.League clubs, expanding the league. The League was launched during a period of decentralization reform in Japan, and the Community Health Act was also enacted during this period. Both the community soccer league and the community health system exist on the foundations of the same Japanese community. The two share many commonalities in their pursuit of community-based connections and the creation of a healthy, safe, and secure society. This article reviews the history of public health in Japan, outlines the current state of public health, and then describes the ideal form of a safe and secure society. In public health and safety science, the purpose of the research is to lead to practical community activities to protect people's health. Local governments are at the center of this safe and secure society. We must support local governments to realize a safe and secure society. How to support and develop them is also an important research topic. While writing this article, I was reminded of the words of a professor I had heard "If you want to work in public health field, you should first study at a local government."

Key words

Public health, Local government, public health center, Societal Safety Sciences, Natural disaster, Pandemic, health crisis, health protection, Community Health Act

1. はじめに

医学部に入学して以来、公衆衛生の道一筋に生きてきた。卒業時に「公衆衛生の道を考えているのであればまず自治体に入りなさい」と教授に言われ、大阪府衛生部（現健康医療部）に入職した。大阪府立成人病センターと府立羽曳野病院で研修を受けて、その後、大阪府の2か所の保健所（茨木、松原）で保健予防課長を努めた。保健所では地域で認知症の高齢者の地域ケアシステムモデル事業を担当した。介護保険制度がない時代であり地域で相談件数が増えてきていたからであった^[1]。大阪大学医学部に戻ると公衆衛生の研究課題は市町村の保健計画策定の支援と保健事業の評価などを任せられた^{[2],[3],[4]}。そんな折に1995年に阪神淡路大震災が発生し、翌年に堺市学童集団下痢症が発生した。公衆衛生の領域に危機管理がまだ位置づけられていない時代であった。まず現場に入り、何が起っており、何が問題になっているのかを確かめることにした。被災地に歩いて入り、市役所に居ても何もわからない状況であったことから、現場の神戸市中央保健所に行き、2か月あまり作業を手伝いながら災害時の公衆衛生の役割を調査した^{[5],[6]}。堺市学童集団下痢症発生時は堺市の保健所長から夜間に電話で応援を求められてすぐに駆けつけ、それから2か月あまり市役所旧館で市職員と感染者・患者の実態の把握に務め^{[7],[8],[9]}、現地の公衆衛生対策を支援することに追われた。その後、バブルが崩壊し、大阪市内の公園や河川敷にブルーテントで生活するホームレス者が増えてきていた。ホームレス者に対して既存の公衆衛生体制では対応できない状況にあった。そのために研究会を立ち上げ、地域の支援団体とともにホームレス者の健康支援活動をはじめた。この時期、大学では医科学修士課程を改編して、健康医療問題の解決

の公衆衛生の人材育成コースが開設され、3年間担当した。その後、関西大学社会安全学部に着任した。着任の年度末に東日本大震災が発生した^[10]。

「偶発的計画性理論（計画的偶発性理論）」というものがある。スタンフォード大学のジョン・D・クランボルツ教授が提唱している理論である。人間の人生は予期せぬ偶発的な出来事によって決められているとする理論である^[11]。医学部に入ってから現在までの人生を振り返ると、まさにその理論通りの人生を歩んであった。

関西大学着任後の15年間に公衆衛生学と社会安全学との垣根がとても低くなった。今後、重なりが大きくなると思われることから、退職にあたり日本の公衆衛生の歩みを振り返り、その到達点を示すとともに、社会安全学の関連について考えてみることにした。

2. 公衆衛生の定義をみる

公衆衛生は、英米社会で誕生したものである。それが「学」となり公衆衛生大学院もつくられる時代になっている。しかし、公衆衛生は人々が直面している健康問題に直接対処することが求められている実践の活動である。単なる研究分野ではない。そのため、公衆衛生と公衆衛生学の意味するものや内容は異なっている。

そのため、本稿を書くにあたりまず英国と米国の「公衆衛生」の定義を示す。

英国の公衆衛生専門家認定機構（Faculty of Public Health）の定義は、“Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting health through the organised efforts of society”，である^[12]。米国のウインズロー（Charles Edward Amory Winslow）は、“Public Health is the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency

through organized community efforts”, と定義している^[13].

両国の公衆衛生の定義において、「サイエンス(学)」であり、「アート(術)」としている点は共通している。しかし、「アート」の部分が英国は“society”，米国は“community”としている。両国の国情を反映している。「アート」の部分は各国の社会体制により異なっている。日本では独自の定義がなされていない。しかし、明治期の長与専齋と後藤新平は、独自に考えていた。長与は日本には「養生(個人衛生)」という言葉しかなかったことから、「衛生」という言葉をつくった。後藤新平は「国家衛生原理」の中で、衛生を定義している^[14]。「衛生」とは、サイエンスとアートに加えて「プラクティス」を入れたものと定義している。

3. 戦前までの公衆衛生の歴史を振り返る

公衆衛生は、英国のエドウィン・チャドウィック(Edwin Chadwick)が1848年に公衆衛生法制定にはじまるとされている。彼は貧困対策の責任者であった。労働者の貧困と失業の原因を探るために社会調査を行い、貧困者と病人の増加の原因は不衛生な社会にあることをつきとめている(図1)。

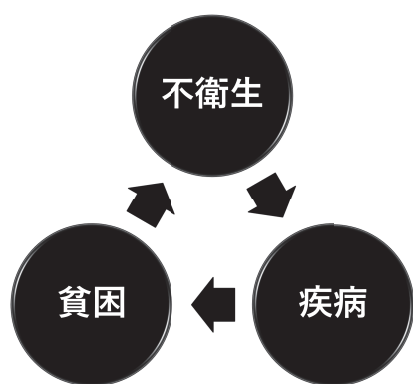


図1 不衛生と貧困と疾病の悪循環

その対策を進めるため、自治体に衛生委員会を設置させ、そこに環境衛生監視員を置かせて、全国一斉に画一・一律的に徹底した衛生対策を進めさせた^[15]。この中央統制色の強い環境衛生対策は英国人に嫌われ、退陣に追い込まれた。チャドウィックの後を継いだのはロンドンの保健医官(Medical Officer of Health)であったジョン・シモン(John Simon)であった。彼は、政府の最初の首席医務監(Chief Medical Officer)となり、中央統制の強い体制を改め、自治体の固有性を認め、また地域住民の協働と参画を求めた。そして1975年に公衆衛生法を改正している^[16]。彼が、今日につながる公衆衛生の思想をつくったとされている。

3.1 健康の保護制度を発見 — 長与専齋 —

1874(明治7)年に「医制」が發布された。發布したのは長与専齋である。1871(明治4)年に岩倉具視の遣欧使節団に欧米諸国の医学教育を調査する目的で随行し、巡遊中に各国が国民の健康の保護制度をつくっていることを知り、目的を各国の国民の健康保護の制度の調査に変更した。帰国後、文部省医務局長に任命され、「医制」を發布している。医制は、全76条からなり、①国及び地方の衛生行政、②医学教育、③薬舗開業と薬物取り締り、で構成されている。最初に「衛生行政」を持ってきている。彼の随想録「松香私史」に国民の健康保護について記載している^[17]。その部分を現代語で示す。「東洋にその名称がまだない全く新しいものであり、極めて錯綜した仕組みである。それは警察の業務のようにみえるがそうではない。地方行政の業務にみえるがそれにとどまらない。人々の生活全般に関わる極めて範囲が広く、漠然として欧米事情に詳しくないので、要領よく把握できない」と率直な心情を吐露している。

1875(明治8)年に衛生事務の所管が文部省

から内務省に移され、長与は内務省衛生局の初代局長となった。翌年、米国の万国博覧会と万国医学会に出席し、その折に米国の公衆衛生事業を調査している。米国では1840年代からコレラが流行したため、英国をモデルとした衛生行政を整えていた。南北戦争（1861-1865年）時にコレラが大流行し、それに対して衛生行政体制の確立とあわせて上下水道の整備を進めていた。帰国してそれをまとめて1877年に内務卿の大久保利通に「衛生意見」として報告し、衛生行政制度の確立に備えた。しかし、長与の求めた公衆衛生制度は1886（明治19）年に頓挫している^[18]。

3.2 国家衛生原理—後藤新平—

長与の後を継いだのが後藤新平であった。後藤の内務省衛生局在職期間はわずか10年間であった。内務省衛生局に1883（明治16）年に採用されると「国家衛生原理」（1889年）を著している^[19]。1890年ドイツに留学し、帰国して1892年に衛生局長に任命された。しかし、すぐ疑獄事件に巻き込まれて1893（明治26）年に衛生局長を非職となった。

彼が書いた「国家衛生原理」はローレンツ・フォン・シュタインの行政学をもとに「衛生」

を極限にまで拡大して「国家」そのものの存在と結びつけている（図2）。「衛生」は、すべての生物の基本的なものであり、衛生が国家の存在基盤であるとしている。国家を「生理的動機」と「生理的円満」の2つを両極とした「団体」としている。衛生には「平時」と「非常時」のものがあり、衛生法に「私法」と「公法」があるとし、「私法」とは個人の養生法や道徳、学術、農工商業などであり、「公法」とは衛生制度や衛生警察・衛生事務、立法、行政、司法などであるとしている。

後藤は、日清戦争の早期終結にともなう23万人もの陸軍の帰還兵の検疫事業の責任者に抜擢された。帰還兵をそのまま国内に入国させるとコレラなどの伝染病が持ち込まれ大流行となる可能性があったからである。国内でそれを成し遂げることができる人物は後藤しかいないとして陸軍からこの歴史的な一大事業を任せられた。徹底した検疫事業を行い、見事に伝染病の侵入を阻止した。これが海港検疫法の制定につながり、外国人の検疫を日本独自に実施することが認められた^[20]。後藤は、訴訟の無罪が確定し、内務省衛生局長に復職したが、その後は台湾総督府の民政局長となり政官界の道を歩んでいる。

3.3 環境工学と上水道整備

明治期の医学部には「衛生学」の講座しかなかった。それはドイツの細菌学を主とした研究分野であった。上下水道の整備などの環境衛生対策を担ったのは工学部の環境工学の人々であった。コレラ等の疫病が流行に対するには上下水道の整備が必要であり、長与はこれを衛生工学者に求めている。神奈川県は外国人居留地があった横浜に水道を整備するために英国の土木技師のパーマー（Henry Spencer Palmer）を1887（明治20）年に招聘して日本初の横浜水道が完成させている。明治政府は、1887年に英国

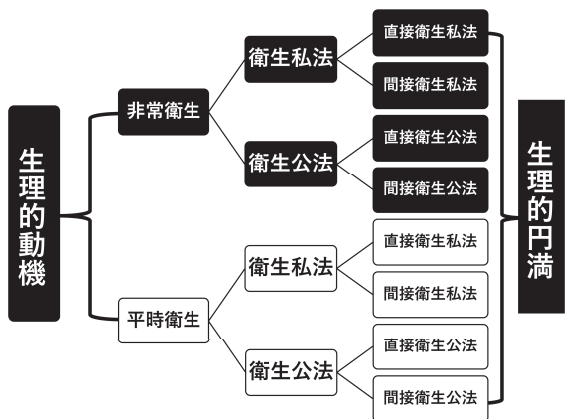


図2 後藤新平の国家と衛生の系譜

の土木技師のバートン（William Kinninmond Burton）を内務省衛生局顧問技師に招聘し、東京市の上下水道事業にあたらせている。彼は帝国大学工科大学の衛生工学の教育も担当した。バートンは「台湾水道の父」と呼ばれる浜野弥四郎など多くの著名な日本の衛生工学人材を育てている。バートン自身は大学教育を受けていなかったが、日本の衛生工学に衛生思想を植え付ける貢献をしている^[21]。

3.4 労働者の健康保護—工場法制定—

「衛生学」の中に労働衛生の分野を付け加えたのは「石原修」であった^[22]。内務省囑託の命を受けて全国の道府県に出かけ、地域の疾病のまん延状況の統計分析を行い、農村出身の女性労働者（特に繊維産業）が工場で結核に罹患し、郷里させられていることが全国的な結核のまん延に繋がっていることをつきとめている^[23]。そのため「工場法」の制定に力を注ぎ、その問題解決につなげている。石原は、大阪医科大学（大阪帝国大学）衛生学教授となったが、中途退官を迫られた。その後は、現在の労働基準法の制定に力を注いでいる。

3.5 都市の保健

日本人の多くが農村社会で生活していたが、大正期になると都市人口が増え、特に大阪市は日露戦争や第一次世界大戦の特需もあり「東洋のマンチェスター」と称されるようになった。しかし、乳幼児の死亡率がとても高く、生活環境が悪化し、貧困と不衛生な都市となっていた。大阪市長の池上四郎はこれを何とかするために東京高等商業学校教授で、都市計画の第一人者の「関一」しかいないとして大阪市に招き、まず助役にしている。1923年に関東大震災が発生し、大阪市の人口は東京市を上回りさらに人口が増加し、密集度が高くなり、都市環境が悪化

の一途をたどっていた。1923年に関は大阪市長に就任すると、都市計画を策定し、道路の拡張、公園、住宅、市場の整備、さらに市域を拡大し、近代都市の大阪市の基盤をつくっている^[24]。この時期、大阪市保健部長であったのは藤原九十郎であった。大阪都市協会発行の機関誌「大大阪」に藤原は大阪市の都市の保健の考え方を次のように示している^[25]。「都市は市民を細胞とした一つの有機生活体である」「都市は生物の生存と活動と同様に新陳代謝により営まれている」「都市には生存上に必要な様々な物質を摂取する機能と廃棄産物を排除する機能が必要である」「都市保健の根本は供給物質たる空気が清浄で日光が多量で善良なる飲食物が豊富であることとともに、呼吸器も消化器が強健で、排泄機能も順調である必要がある」「都市の呼吸作用のために自由空地と家屋が必要であり、空地は肺、家屋は肺の肺胞に該当する」「都市の消化管は浄水場や食品市場であり、その他に飲食物の配給機関が該当する」「空地の少ない密集家屋と密住の生活とが都市の呼吸器障害の原因となり、肺結核、あるいはその他の呼吸器病となって現れる」「不良なる飲料水と不潔なる食品は総て都市の消化器障害、消化器系伝染病や中毒症などを招く」「塵芥、尿尿、下水の停滞等排泄機能の障害は人における腸閉塞、便秘症につながる」「時にはその病毒が市中に散布され流行病となる」と書いている。

藤原は、都市を一つの生命体として衛生対策を進める必要があるとした都市の衛生原理を示している。大阪市の乳幼児死亡率や結核の死亡率が高かった（図3）。その対策のため、彼は英国のケンジントンの母子保健センターを訪問して調査している。英国では、乳幼児死亡率を下げたために乳幼児のいる家庭を保健師に全数訪問させていた。大阪市でもこれを行う必要があると考えた。しかし、当時は自治体がこれを行う

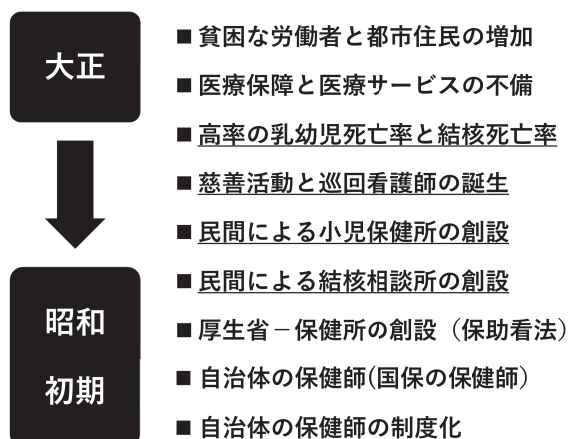


図3 大正から昭和初期における都市の健康課題と保健活動

法的根拠も財源も人材ももっていなかった。彼は、新聞社や企業や篤志家に働きかけその資金提供を受け、「小児保健所」を設け、また大阪赤十字病院から保健看護師の派遣を得て、市内の乳幼児の家庭訪問を実施させている^[26]。国が保健所を設置し、母子保健事業を行うようになるのはこの後のことである^[27]。

3.6 厚生省の創設と保健所体制の確立

日本の公衆衛生体制の基盤整備は米国ロックフェラー財団の寄付金で行われた。同財団は関東大震災の復興のために公衆衛生施設を整備する資金提供を申し出た。政府はこの申し出の受け入れに当初は躊躇していたが、戦時体制に入り国民の健康や体力の増強の政策を進める必要があったことから受け入れている。その資金で、1937年に東京市京橋に「都市保健館」、埼玉県所沢に「農村保健館」の2か所のモデル保健所が設けている。また1938年に保健行政職員の教育研修施設として国立公衆衛生院（現国立保健医療科学院）を創設している^[28]。

1937（昭和12）年に（旧）保健所法を制定し、国家事業として全国に保健所整備をはじめ、それ担当する省庁として1938（同13）年に厚

生省を創設している。

4. 医学部に公衆衛生学講座が設置される

戦後、進駐してきた連合軍総司令部（GHQ）は「公衆衛生対策に関する件」（1945年9月）を出した。また医学部に公衆衛生学講座を設け、医学生に公衆衛生学の教育を行うことを求めた。1947年より東京大学、新潟大学、大阪大学を筆頭にすべての医学部・医科大学に設置された^[29]。しかし、当時公衆衛生を教えられる教員がいなかったため、米国の公衆衛生大学院に留学させて教授とする^[30]、または学内の微生物学や臨床医学などの部門の人員が当てて対応された。大阪大学では衛生学教授を当初兼任させ、その間に微生物学研究所の関悌四郎を主任教授として異動させている。関は、ドイツ、米国、英国など公衆衛生制度を調査し、英国の保健医療制度を研究テーマとした。英国は、戦後、世界が注目する保健医療体制（NHS）をつくる世紀の社会実験をしていたからであった。大阪府衛生部に働きかけて、英国が進めている医療政策を参考とし、公衆衛生部門、集団健診部門、病院を併せ持つ大阪府立成人病センター（現大阪国際がんセンター）を創設させた。さらに大阪府立母子保健総合医療センター（現大阪母子医療センター）を創設させている^[31]。このセンター構想は、国立がん研究センターや国立循環器病研究センターの創設につながっている。

5. 保健所と医学部と地域医師会の関係

戦後の医学部の公衆衛生学講座は、設置されたばかりであり、行政や保健所に人材を供給できる状況にはなかった。日本の公衆衛生の人材は、自治体と保健所が育ててきたと言っても過言ではない。保健師は、保健所設置自治体が専門学校をつくり、自ら養成し、雇用し、育成してきた専門職である。国は、国家試験制度をつ

くり身分の確立に貢献している。保健師の資格を確立したことにより全国どこでも、同じような水準の保健サービスが提供される体制がつけられている。日本に公衆衛生の医師が存在しているのは保健所が存在しているからである。自治体が医師を雇用し、保健所が公衆衛生医師に育てている現状は今でも変わっていない。保健所は、公衆衛生事業を実施する行政機関であるとともに公衆衛生医師を育てる役割を担っている。それが日本において自治体を基盤とした公衆衛生体制が成り立っていることにつながっている。また、保健所に医師がいることは地域医師会・歯科医師会・薬剤師会が公衆衛生事業を担う体制に貢献している。

後述する英国が自治体の衛生部局に医師を置かなくなったことが、その後、英国の公衆衛生医師を激減することにつながっている。

6. 市町村が自ら創ってきた疾病予防活動

戦後、寄生虫病と貧血と低栄養の健康問題があり、乳幼児死亡率が高く、成人の主たる死亡原因は結核と脳血管障害になった。1961年に国民皆保険制度が達成されても、全国に「受診する医療機関がない」、「医師がいない」地域が多くあった。岩手県沢内村（現西和賀町）もそんな地域の一つであった。深澤晟雄が郷里の村に戻ると、乳幼児がコロコロとなくなる、病人が出て診てくれる医師がいない、そして死亡率が高い状況にあった。彼は1957年に村長に就任（52歳）すると、国も医師も誰も村民の生命を助けてくれないので村が助けるしかないと覚悟を決め、1965年に亡くなるわずか9年間で、乳幼児の死亡者ゼロの村にした^[32]。医師がいなくても、村の保健婦（現保健師）を中心に、村民の住民組織とともに村をあげて疾病予防活動を進めることで達成している^[33]。村人の住宅改造や生活環境の改善にも取り組み、脳卒中の死亡

者も激減させている。これは、沢内村だけでなく、長野県八千穂村、新潟県大和町、広島県御調町、福岡県朝倉町など全国の多くの市町村も同様のことが行われていた^[34]。名の知れぬ市町村の自発的な保健予防活動の実績が、現在の地域保健体制の確立につながっている。

7. 厚生省の健康政策の方針転換

1978年にソ連アルマアタ（現カザフ共和国アルマトゥイ）でWHO主催の「プライマリヘルスケアに関する国際会議」が開催された。「すべての人々を西暦2000年までに健康にする（Health for All by 2000）」をスローガンとする「アルマアタ宣言」が採択された^[35]。WHOは加盟各国政府に包括的な保健医療サービスを提供し、住民に身近な市町村を基本的な保健医療体制の提供主体とすることとした^[36]。1978年の「国民健康づくり計画」（第1次国民健康づくり対策）がその政策のはじまりであった。1981年に全国5か所の地区を選定し、保健所に国民健康づくり計画モデル事業を実施させた。そのモデル地区の一つが大阪府吹田保健所管内の吹田市及び摂津市（吹摂地区）であった。現在この地区に国立循環器病研究センターと市立吹田市民病院が移転され「北大阪健康医療都市（健都）」の健康・医療のまちづくりが進められている^[37]。

厚生省の国民健康づくり計画に基づき、全国の市町村に保健センターが整備され、さらに市町村の保健師数が増やす計画が進められた。市町村の体制が整うと1982年に制定された老人保健法の保健事業の実施主体が市町村とされた。全国の市町村は保健計画を策定し、健康づくり、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療、寝たきり予防の訪問指導や機能訓練事業の実施をはじめに行っている。その上で1994年に地域保健

法が制定されて、市町村が基本的には保健医療福祉サービスを担う体制が法定化された。

老人保健法は高齢者医療確保法（高齢者の医療の確保に関する法律）に改正されたが、老人保健事業は介護保険法、健康増進法など複数の法律に基づく事業に引き継がれている。

保健所法が改正されて地域保健法とされたが、両体制には違いがある。保健所法は、国と自治体との間には機関委任事務による関係があったが、地方自治法が改正され、その関係が法定受託事務に変化している。保健所法の時期の保健所は厚生省の傘の下の組織であったが、地域保健法が制定され保健所は自治体色の強い組織となっている。その結果、現在は地域の保健活動の主体が保健所から市町村とされている（図4）。

8. 地域保健体制下の公衆衛生課題

地域保健法が制定された直後に阪神淡路大震災（1995年）、翌年に堺市学童集団下痢症（1996年）と連続して発生した。この二つの出来事が、日本の公衆衛生の法制度や体制に大きな影響を与えた。「地域保健」という言葉を使うことで希薄化していた公衆衛生の原点である「国民の健康の保護」の言葉が復活している。

阪神淡路大震災が発災して2週間後に全国の

自治体による保健師の応援派遣がはじめられた^[38]。これが災害時の公衆衛生活動の発端となり、次々に災害時の健康支援体制が進展していくこととなる。

堺市学童集団下痢症（腸管出血性大腸菌O157による食中毒）の発生によって、感染症に対する法制度改正や社会体制づくりを長年放置してきていたことが露見した。発生した年は、地方自治法改正により初めて中核市が登場した時期であった。堺市は全国で最初に中核市となった年の7月にこの集団感染が発生したのであった。中核市に大規模な健康危機事態が発生した場合に都道府県がどう支援するのか定まっていなかった。そのため大阪府の初動も遅れている^[39]。厚生省も自治体を支援する体制と組織を有しておらず情報収集するだけで精一杯の状況であった。学校給食による食中毒として発生したが、二次感染する感染症であることが明らかになり、感染症とした対応も必要となった^[40]。学校給食は教育委員会（文部省）、食中毒は食品衛生部局、感染症は保健衛生部局にと別々に対応していた時代であったため指令塔がない状況に陥った。感染症として対応するにも適用する法律は1897年制定された伝染病予防法しかなかった。厚生省は伝染病予防法を限定的に適用して対処するように指示している。

厚生省は、翌年に国立予防衛生研究所を改組して国立感染症研究所を創設し、さらに伝染病予防法を廃止して、新しく感染症法（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）を制定している。

日本の公衆衛生体制において、それまで、健康危機に対処する根拠もなかった。そのため、厚生省は地域保健法第4条に定められている「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（以下、基本指針）」を、2000年に大幅に改正している。基本指針は法律ではないが全国の自治体が国と

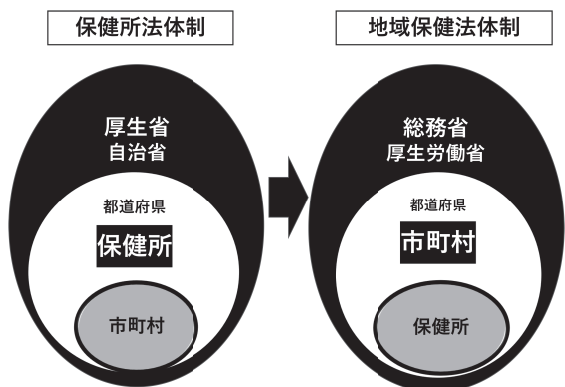


図4 保健所法と地域保健法における保健所と市町村の位置づけの変化

自治体とが協働し、全国一斉に公衆衛生対策を進める上でとても重要なものである。

厚生省は2000年の基本指針の改定の理由を次のように説明している。「平成6年に保健所法の改正により成立した地域保健法に基づき（中略）平成6年12月告示の「基本指針」を定め、これに基づいて、新しい地域保健対策の推進が図られてきたところである。しかしながら、基本指針の告示後、阪神・淡路大震災等の地域住民の生命、健康の安全に影響を及ぼすおそれのある事態（いわゆる「健康危機」）が頻発して、地域の保健衛生部門による健康危機管理の在り方が問題となったこと（中略）このような状況に対応した地域保健対策の基本的な在り方を示すため、今般、基本指針について必要な改正を行ったものである」^[41]。この基本指針の改定により、日本の公衆衛生体制において、健康危機管理がはじめて主要な業務として明記された。

WHOは、2003年に新興感染症である重症急性呼吸器症候群（SARS）の世界的な流行を受け、2005年に国際保健規則（International Health Regulations, IHR）を改正した^[42]。日本では2009年に新型インフルエンザの流行が発生したことにより、パンデミックに備えた体制づくりのために^[43]、2012年に新型インフルエンザ等対策特別措置法が制定されている。前述のWHOの改正IHRにおいて、国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態をPHEIC（public health emergency of international concern）として新しく設けている。これまで加盟各国に報告を求めていたのは個別の限定した感染症のみであったのが、原因を問わず国際的な公衆衛生上の脅威となりうるあらゆる事象を検知した場合に、WHOに24時間以内に通告することを義務とした。感染症や健康危機がどのようなかたちで現れるのかは想定できないことから、それに対応するために、改正されたのであった。

この時期、日本の法律に「国民の健康の保護」という文言が入れられている。2001年に牛海綿状脳症（Bovine Spongiform Encephalopathy, BSE）の国内発生があり、2003年に食品安全基本法が制定された。その第3条に「食品の安全性の確保は、このために必要な措置が国民の健康の保護が最も重要であるという基本的認識の下に講じられることにより、行われなければならない」と書かれている。また、食品衛生法もそれにあわせて改正されて、第1条が「この法律は、食品の安全性の確保のために公衆衛生の見地から必要な規制その他の措置を講ずることにより、飲食に起因する衛生上の危害の発生を防止し、もつて国民の健康の保護を図ることを目的とする」と追記されている。

9. 大都市の公衆衛生対策の強化

地域保健体制が確立されたことは大きな進展であったが、住民票を置いていない人々に対する公衆衛生対策が後退することになった。東京、横浜、大阪の特定地域における結核罹患率は1,000を超えるところもあり、その罹患率は減らないだけでなく、増加しているところもあった。大阪市24区を地域別に分けて結核罹患率の動向を分析すると、結核は治癒可能となり、発見する検査や診断方法が確立された疾患となっているにも関わらず、特定地区では減らなくなっていた^[44]。特に、東京都では新宿区と台東区、大阪市では西成区、横浜市中区は深刻な状況が続いていた。大阪市西成区は全国で最も結核罹患率が高く深刻な状況にあった。大阪市は結核研究所の専門家の支援を受け、2001年に「大阪市結核対策基本指針」を作成し、その対応に動いた。しかし、行政組織だけでホームレス者に対応するのは難しい状況であった。それを支援するために「大阪ホームレス問題研究会」をつくり実態と支援方法について調査研究を進め、

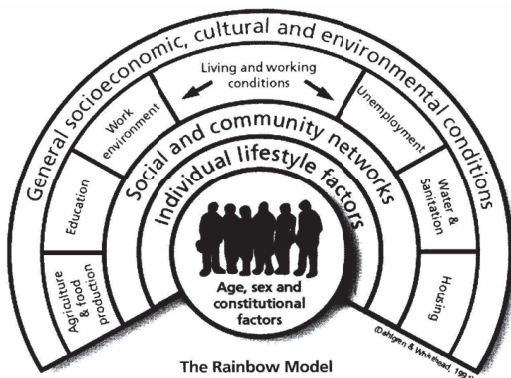
支援する団体が必要と判断し保健所勤務の経験の医師、保健師らを募り「NPOヘルスサポート大阪」をつくった。地元のNPOと民間事業者とともにホームレス者の健康診断や健康支援や治療支援を行った^{[45].[46]}。大阪市は地域の団体の協力と支援を得て、西成区あいりん地区の結核問題の特別対策を実施し、結核罹患率を10年間で半減させる成果をあげている。国も2002年8月に「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」を制定している。また、大阪市は「西成特区構想」を示し、2012年に「西成特区構想有識者座談会報告書」が出して街づくりも進めている。厚生労働省も結核予防法を大幅に改正し、結核対策を国際標準のものとするために「日本版21世紀型DOTS戦略」を示している^{[47].[48]}。結核対策をすべての人々を対象としたものに改正されたことによって結核罹患率は全国どの地域においても減少傾向となっている^[49]。COVID-19の流行初期に全国の保健所が一斉にクラスター対策を実施できた背景には保健所の結核対策が大幅に刷新されていたことが寄与している。

結核対策だけでなく、健康政策においてもすべての人々を対象としたものとするに力が注がれるようになってきている。2013年度の

「健康日本21（第二次）」及び2024年度の「健康日本21（第三次）」において「健康格差の縮小」が最上位の目標として掲げている^[50]。また、公衆衛生学の研究においても、健康格差に注目した研究が多くなっている^[51]。生活習慣、生活経済、教育、職業、住居、医療アクセス、地域環境、社会的支援等を健康の社会的要因（Social Determinants of Health）と言ひ、人々の生活や社会背景を踏まえた健康政策が進められるようになっている（図5）。公衆衛生の研究分野として英米諸国から「社会疫学」が入ってきている^[52]。

10. 保健所に位置づけられた健康危機管理

地域保健法が制定されて名実ともに市町村が基本的な健康、医療、福祉のサービスの提供主体と位置づけられた。この結果、保健所不要論、保健所長の医師規定を撤廃すべきとの意見が台頭してきていた。地方分権改革推進会議の中間報告で保健所長となる医師確保が難しいのになぜ保健所長は医師でないといけないのかとの意見が出されている。保健所医師から「保健所長は本当に医師でなくて良いか」について反論する論文も出されている^[53]。厚生省は検討会を設け、努力しても公衆衛生に精通した適切な医師が確保できない場合とする厳しい条件をつけて医師規定の緩和を行った^[54]。しかし、保健所及び保健所長の医師規定を巡る論議は、阪神淡路大震災と堺市学童集団下痢症が発生した後は鎮静化している。むしろ、健康危機管理体制を強化のために保健所や保健所の医師の現状を踏まえず過剰な期待を求める状況になってきている。自然災害時の被災者の健康支援に限っても多くの業務を求めている。東日本大震災（2011年）の発生後、保健所の職員で主に構成される災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）が設けられ、大規模災害時に派遣することとなった。



英国のブラッドフォード・アイレデール地区のプライマリケアトラストが作成した健康政策モデル
引用文献：白書「Bradford and Airedale NHS Teaching Primary Care Trust: The Annual Report of the Joint Director of Public Health, Bradford and Airedale 2007/2008, Bradford District Council, 2008.」のp7に掲載図

図5 人々の健康の社会的決定要因

熊本地震（2016年）が発生した後、災害時に被災地に派遣される健康、医療、福祉のチームを調整するために「都道府県保健医療福祉調整本部」が設けられることとなった。その調整の役割をDHEATが果たすことを求めている。令和6年能登半島地震（2024年）が発生した後に、都道府県保健医療福祉調整本部が被災地の情報を十分に把握できていなかったことから大規模災害発生時には「DHEAT先遣隊」を被災地に派遣することとされた^[55]。「DHEAT先遣隊」とは、災害発生直後の被災都道府県の保健医療福祉部門を支援するために厚生労働省の要請により派遣されるDHEATのことである。先遣隊は、発災後概ね48時間以内に現地に入り、被災状況の迅速な情報共有や被災都道府県の本庁・保健所における健康危機管理組織の指揮調整機能を補佐する役割が期待されている。全国の保健所の中には所長しか医師がいないところが多く、また所長が兼務の保健所もある。平時の業務を維持するのも難しいところもある。

阪神淡路大震災発生時後、むしろ保健所数は激減している。阪神淡路大震災時の神戸市には各区に保健所があった。現在は区役所機能が強化されているものの保健所は1か所に統合されている。東日本大震災発生時は、岩手県の被災地の沿岸部の保健所は2か所（宮古、釜石）のみで、その1か所の保健所は所長が兼務であった。福島県で地震・津波・原子力災害に見舞われた浜通りの広域を管轄していたのは相双保健所1か所しかない。しかも、保健所長は被災者支援よりも、原子力発電所事故発生したため放射能のスクリーニング検査の人員として出動を命じられたため保健所は医師不在の状態が長く続いている。令和6年能登半島地震のあった面積の広い奥能登地域の管轄していた保健所は1か所であり、その保健所長も兼務であったと聞いている。災害やパンデミック発生時に被災地

の保健所を基盤として健康危機管理対応を全国どこでも行うためには現状の保健所の医師配置や設置形態で役割が果たせるのか疑問である。

保健所医師の確保やその業務の見直しが必要であるが、公衆衛生業務が自治体業務となってきたことを考えると自治体の一般行政職員が公衆衛生業務における役割や能力を高めることが重要な課題となっており、これが現実的な解決策ではないかと思われる。

11. パンデミック発生時の中央と地方の体制の見直しと強化

1996年に堺市集団下痢症が発生してから感染症に対する組織体制や法制度が大幅に整えられている（図6）。しかし、2009年の新型インフルエンザ感染症の世界的な流行には対応できず、新型インフルエンザ等対策特別措置法が制定されている。その状況下にCOVID-19の流行が発生した。これまでは保健所、都道府県の体制強化が進められてきたが、それを後方で支える国の組織と体制が現状でよいのか問われている。パンデミックには地域だけで対応できるものではない。そのため国レベルの後方の支援体制の充実強化が不可欠である。

COVID-19の対応において、国の指令塔が明確であったとは言えなかった。流行の大きな波

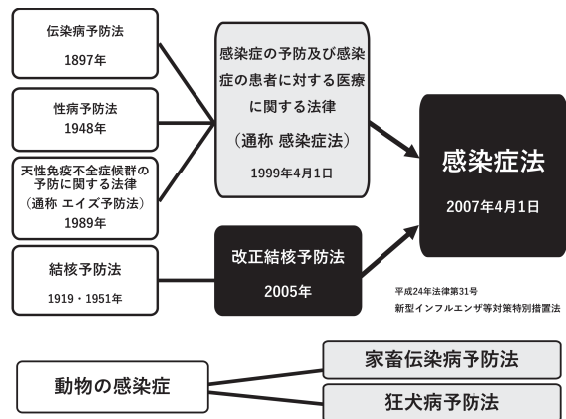


図6 感染症に関する法制度の変遷

が発生する度に、都道府県からの要請に動かされ、また両者の間に齟齬がみられた。そのため、2023年にパンデミック発生時の司令塔機能を強化するためとして「内閣感染症危機管理統括庁」が新しく設けられた^[56]。2025年には国立国際医療研究センターと国立感染症研究所を統合して「国立健康危機管理研究機構（Japan Institute for Health Security）」が設けられた^[57]。内閣感染症危機管理統括庁は感染症危機に係る有事において新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づいて設置される政府対策本部の下で、各省庁等の対応を強力に統括し、専門家組織である「国立健康危機管理研究機構」の科学的知見を踏まえて感染症危機対応に係る政府方針を策定し、各省庁の総合調整を実施するとされている。また、地域保健法を改正して地方衛生研究所が同法26条に法的に位置づけられた。地方衛生研究所の組織や能力にはこれまでばらつきが大きかったが、全国標準化されることとなった。これにより、国立健康危機管理研究機構と地方衛生研究所が連携・協働して対応する体制の進展につながることを期待される^[58]。

WHOはCOVID-19のパンデミックの後、「パンデミック緊急事態」の定義を入れたIHR改正案を作成し、2024年6月1日の総会で採択し、2025年9月19日に発効している^[59]。発生事象を「パンデミック緊急事態」に該当するかについては専門家の意見等を踏まえてWHOの事務局長が判断するとしている。それに該当する場合、WHOが発出することとしている。しかし、従来のPHEICと同様に法的拘束力のない勧告である。また、WHOのパンデミック対策が実効性を伴うためには中国や米国などの大国の協働・協調が欠かせないのであるが、2026年に米国がWHOから脱退し、むしろ国際協調体制が崩れてきている。

WHO、国の体制や組織の強化は不可欠なこと

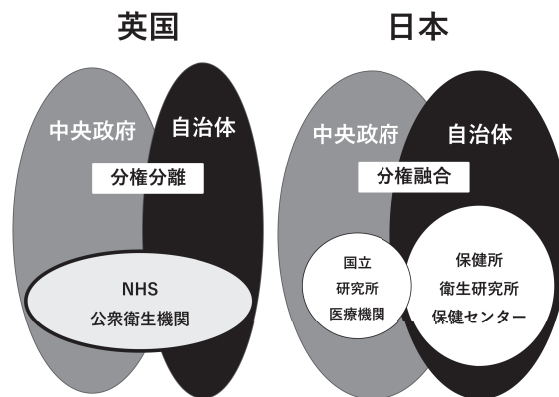


図7 英国と日本の中央と地方の関係

ではあるが、パンデミック対策の基本は国内の対応力を高めことにある。日本では国の組織と都道府県、そして保健所と地方衛生研究所、医療機関が一体となって緊急事態に対処する体制が進展してきている。しかし、英国は国と自治体と関係が分権分離の関係にあり、国と自治体が一体となって健康危機管理体制をつくるのが難しい状況にあり、その体制づくりがうまくいっていない^[60]（図7）。

12. 英国の健康危機管理組織の変遷

日本は英国の公衆衛生体制を手本としてきた。その英国が1974年に医療組織に基盤をおいた公衆衛生体制とした。戦後の英国はすべての国民が公平・平等に医療サービスを受けられる体制をつくることを最大の目標としているからである。資本主義経済社会でありながら、医療費の無料化を実施し、そしてすべての病院を国営化して国民保健サービス（National Health Service, 以下NHS）と言われる体制をつくり、そこに公衆衛生に関わる医師、保健師を異動させた。病院の国営化などの医療計画は1948年からはじめられて、1974年に「開業医」、「公衆衛生」、「病院」の3つのサービスをNHSの地域保健局（Area Health Authority）に統合したことで、当初の計画が達成している^[61]。その結

果、英国では地方自治体を基盤とした公衆衛生体制が廃止され、自治体の保健部局（Local Authority）にいた公衆衛生医師（Medical Officer of Health）と保健師（Health Visitor）がNHSの地域保健局に異動させた^[62]。その結果、英国と日本の公衆衛生体制は現在は異なったものとなっている（図3）。

公衆衛生機能をNHSに移したこの改革はその後失敗であったとされ、見直しが進められている。それは、小規模の病院や施設における食中毒や感染症の集団発生にも対応できない事態が続いたからであった^{[63],[64]}。英国議会は英国の公衆衛生体制の検証を求めた。保健省の首席医務監を委員長として検証を進め、公衆衛生組織をNHSの医療組織に統合した政策は誤りであったこと、公衆衛生（パブリック・ヘルス）の言葉を地域医療という言い方に変えたことが誤りであったこと、などを報告している^[65]。この報告書に基づきNHSから公衆衛生組織を独立させることが進められた。2004年に米国のCDC（Centers for Disease Control and Prevention）をモデルとしたヘルス・プロテクション・エージェンシー（Health Protection Agency, HPA）を創設している^{[66],[67]}。それに自治体との協力連携が体制を含めて2014年にイングランド公衆衛生庁（Public Health England, PHE）に発展させている^{[68],[69],[70],[71]}。このように英国において公衆衛生組織を立て直している最中にCOVID-19のパンデミックがやってきた。PHEはそれに全く対応できなかった。NHSと民間機関に頼ることとなった。特に、公的機関としてはNHSに全面的に頼り、PCR検査や感染者の追跡などは、多額な費用を支払い民間機関に委託して対応した。COVID-19のパンデミックに対応できる公衆衛生機関が不在となったことから、COVID-19の流行中の2021年4月1日にPHEを廃止して、急遽英国健康安全保障庁（UK

Health Security Agency, UKHSA）を発足させている^[72]。この組織はドイツのコッホ研究所をモデルとする案がつけられ、名称を国立健康保護研究所（National Institute for Health Protection）として発足する直前に韓国の疾病管理庁（Korea Disease Control and Prevention Agency, KDCA）をモデルとしたものに変更されている。

韓国は2003年にSARS（重症急性呼吸器症候群）の発生を経験している。その時「疾病管理本部」を創設していたが、2015年の新型コロナウイルス感染症の一種のMERS（中東呼吸器症候群）の流行に対応ができなかった。感染者が入院した病院のエアコンを通じて院内感染が起り、それが他の病院に波及し、全国的な流行につながった。MERSの流行に対し、政府の初動対応が適切だったのか、感染の拡大を阻止できなかったのか、対処措置が適切だったのか、検証がなされた。韓国は2つのコロナウイルスの流行の経験をもとにパンデミックに対処する組織をつくっていた。そのため、韓国はCOVID-19に対して先進国の中でも「K防疫」として評価されている。韓国もCOVID-19の流行中の2020年9月12日に疾病管理本部を格上げしてKDCAを創設している^[73]。感染者の発生の監視から調査、分析、危機対応、予防まで総合的に対処する体制をつくり、KDCAの傘下に「国立保健研究院」、「国立感染症研究所」、「疾病対応センター」、「国立結核病院」、「国立検疫所」などを組み込み入れている^[74]。地方にも感染症に対処する拠点を配置した。韓国は国民の住民登録番号を使って感染者の追跡を徹底もしている。そのため、英国は韓国のKDCAをモデルとしたのではないかと推測される。

13. 米国における公衆衛生学の確立

20世紀に細菌学、診断学、治療学が確立され

た。公衆衛生も「公衆衛生学」として大学院で教えられるようになった。それを最初に行ったのは米国のジョンズホプキンス大学である^[75]。ロックフェラー財団の資金提供を受けて創設されたものである。ジョンズホプキンス大学は、英国の実践的な公衆衛生（public health administration）とドイツの研究に重点を置いた「衛生学（hygiene）」を合体して1916年に公衆衛生大学院（School of Hygiene and Public Health）を創設した^[76]。設立時の講義科目をみると、生物統計学や疫学、衛生工学、公衆衛生政策学の他に、微生物学、衛生化学、栄養学、ウイルス学、免疫学、医動物学、衛生生理学など医学科目が目立つ^[77]。同大学院は現在マイケル・ブルームバーグ（Michael Rubens Bloomberg）の財政的支援を受け、ブルームバーグ公衆衛生大学院（Bloomberg School of Public Health）の名称になっている^[78]。現在の大学院の名称には衛生学（hygiene）が入っていない^[79]。

14. 医学部の公衆衛生学教育の課題

20世紀に入り、前述したように米国では大学院で公衆衛生の教育・研究が行われるようになった。戦後、日本に進駐してきたGHQは、日本の医学部・医科大学（以下、医学部）に公衆衛生学の教育を行うことを求めた^{[80],[81],[82],[83]}。医学部に公衆衛生学講座が設置され、公衆衛生学は必修科目とされ、国家試験の必修科目とされた。厚労省の「医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（2022年）」によると、届出医師343,275人の中で行政機関・産業医・保健衛生業務の従事医師数は4,430人（1.3%）と少ない^[84]。しかし、医師法第1条に「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」とされており、公衆衛生は全医

師が担うものとされている。

ところで、保健所長となるには、医師が国立保健医療科学院の1年間の教育訓練課程で学ぶか、自治体に採用された医師が一定年数の経験を経る必要がある^[85]。前述したように日本では医師が自治体に採用され本庁と保健所で公衆衛生行政の経験を積んで公衆衛生医師となっている者が多い。厚労省の医師の医系技官は従来は都道府県から異動してなっている者が多かった。近年は新卒採用され在職中に英米の公衆衛生大学院に派遣留学する者が多くなっている。国と自治体で求められるものや異なってきていることから、新たな関係性の構築が求められている。

英国は1974年に自治体の保健部門を廃止してから公衆衛生医師が激減している。近年は医師以外の人材を英国公衆衛生教育認定機関のプログラムを受けた者を試験し、合格した者を公衆衛生専門家とし、自治体などの公衆衛生責任者（Director of Public Health）として配置が進めている^[86]。大学院が増えることにより研究者は増えている、地域で公衆衛生対策の実務を担う人材の確保と配置に苦労している^{[87],[88],[89],[90],[91]}。英国はそのために、FPHと公衆衛生大学院とNHSや自治体などの実務機関が連携して教育研修プログラムをつくって社会ニーズに対応する努力を続けている。

日本の文部科学省中央教育審議会は高度な公衆衛生人材が必要として米国の公衆衛生学教育をモデルとし「公衆衛生大学院」の設置を認めた^[92]。2000年以降に京都大学、九州大学、東京大学の国立大学の他、帝京大学、聖路加大学などでも設けられている^[93]。大阪大学は公衆衛生大学院を設置する選択はせず、1979年に設置していた医科学専攻修士課程を改編して対応している。医科学専攻修士課程に「健康医療問題の解決能力の涵養を行うプログラム」を設け「健康マネジメント分野」、「医療マネジメント

分野]、「人文社会科学分野」の3つの分野を加え2008年度より入学者を受け入れている。法行政学領域、経済・経営学領域は学外の教員を特任教授とし、健康医療領域は公衆衛生学講座にいた著者が特任教授として担当した^[94]。しかし、日本の大学に公衆衛生大学院がつくられ20年以上になるが、公衆衛生行政の医師人材の供給には至っていないと言えない。しかし、企業やシンクタンク、医療機関への人材の供給や研究者の養成につながっている。保健所長に求められるものは、日本の政治行政システムの理解が必要であり、日本人の生活習慣や生活形態、風土や歴史を踏まえて政策を進める必要があることから、公衆衛生大学院だけで養成することには限界がある。国や自治体や企業との協働体制が不可欠である。

日本の自治体の公衆衛生を支えている医師人材の供給を担う大きな存在となっているのが「自治医科大学」である。全国の衛生行政医師の約5%を自治医科大学一校だけで占めている^[95]。自治医科大学の学生は、入学して春夏の休みに出身都道府県に戻り研修を受け、自治体の医師となる意識づけがなされていること、また卒業後の義務年限があることが影響している。COVID-19の流行時にその対策のリーダーシップ役を担った尾身茂は自治医科大学の第I期生である。

15. 日本公衆衛生学会の役割と課題

日本公衆衛生学会は、2025年に第84回の総会を開催している。会員数は9,000人を超えている社会医学分野最大規模の学会である。医学部に公衆衛生学講座がつくられ公衆衛生大学院もつくられ、研究者の裾野は広がってきている。しかし、学会の会員の多くは保健行政分野の保健所長やその医師、保健師、栄養士、行政職などの専門職である。近年は、歯科医師、薬剤師以外に、福祉領域、介護領域の研究者の会員も

増えている。一般の学術集会と比べると異なっている点が多くある。保健所や自治体の行政職員が発表・報告する場でもあり、シンポジウムや講演で最新の公衆衛生課題や政策について理解を深める場でもある。また、会員自らが企画する「自由集会」に学会の支援があり多数の開催がなされている。

日本公衆衛生学会の課題は学会総会のメインテーマにみてとれる。2000年以降の主なテーマを示す。2002年は「現場から発信する課題解決型の公衆衛生をめざして」、2004年「地域に根ざした公衆衛生活動」、2014年「連携と協働：理念から現実に向けて」、2019年「実践と研究との協働の深化～マインドとコンピテンシー～」であった。最近では、2020年「健康・医療・介護の未来づくり：Social Joint Venture（社会的協働）」、2021年「社会の組織的取り組みと協働で人々の健康をまもる」、2022年「公衆衛生イノベーション－原点確認、変革推進－」、2023年「実践と研究のシナジーが織りなす保健医療介護サービスの進化と調和」、2024年「ともにいきる共創を拓く対話」であった。そして2025年は「フェーズフリーの地域づくりと健康危機管理」をメインテーマとしている^[96]。

大学や大学院が多くなり、大学の研究者や大学院生の発表が増えてきている。その結果、研究者と公衆衛生の実践者との協働、連携を図ることがますます大事となっており、意識的に進めていくことが必要となってきた^[97]。小規模市町村の保健師等は行政組織にいるために学会総会に参加することが容易ではない。そのため近年、総会の講演やシンポジウムのデマンド配信にも力が注がれている。

16. 社会安全学の文理融合型大学教育と学際的研究基盤の研究の実施

社会安全学部が開校して間もなく若手の城下

英行から社会安全学とは何か、学部の将来を考えるために研究をしないかと声をかけられた。研究課題名を「社会安全の文理融合型大学教育と学際的研究基盤の確立に関する研究」として関西大学重点領域研究費の申請し、採択された。共同研究者には学部の辛島恵美子、安部誠治、川口寿裕と学外の研究協力者として富士原彰（三島救急医療センター長）、吉村博次（高槻市保健所保健衛生課長）に加わっていただいた。国内の安全学を標榜する千葉科学大学と富士常磐大学を訪問、海外は英国の大学と自治体の現状を訪問調査した。英国の地域の安全教育に関わる施設と公衆衛生の現場を訪問した。英国の自治体が市民向けの安全教育のための施設をつくっていた。安全教育の思想が日本と英国で異なっていることがわかった。日本は、市民の安全を守るのは自治体の仕事とされ、市民教育よりも市民を保護するために池の周りに柵を作る対応をしているが、英国では池の周りに柵をもうけるのではなく、市民を教育し、自分でリスク管理できるようにすることに力を注いでいた。公衆衛生対策には、福祉、住宅、ソーシャルサービス、環境工学、環境衛生、食品衛生、都市政策、教育分野などあらゆる分野を結集して対応する必要がある。そのために公衆衛生対策には自治体という組織が欠かせない。しかし、英国は自治体ではなく、国営の専門機関をつくって対応する体制としていた。危機管理についてはオールハザードに対応する体制をつくっていた。日本では緊急時、市民が消防か、警察かを判断して119番ないし110番を使い分ける必要があるが、英国では999番に電話すると消防、救命、救急、消防、健康危機管理組織が同時にコールを受けて対応する体制であった。英国と日本では体制や組織の歴史の違いがあり、そのまま真似することはできないと感じた^[98]。

社会安全学の確立のためには社会の中に人材

を育成する体制や場が不可欠であるということがわかった。その一つが地方自治体である。日本の地方自治法第1条の2の①には「地方公共団体は、住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担うものとする」と書いている。日本の公衆衛生は自治体を基盤としているが、社会安全学において自治体をどう位置づけるのかについての議論を深める必要がある（図5）。

17. おわりに

日本の公衆衛生体制を自治体を基盤としたものとする構想は明治期につくられていた。英国においても公衆衛生は自治体を基盤として誕生したものであったが^[99]、自治体の公衆衛生を担当する保健局が1974年にNHSの保健局に統合され、英国では自治体を基盤とした公衆衛生体制が消失した。

これに対し、日本は明治期以降、自治体を基盤とした公衆衛生体制をつくることを続けている。中央集権体制が強化され、戦時体制下では国家を基盤とした公衆衛生体制となっていた時期もあるが、戦後は明治初期にめざした自治体を基盤とした公衆衛生体制をつくることが進められている^[100]。

英国や米国では国と自治体の関係上、自治体に健康危機の業務を一律に課すことが難しい状況にあり、政府が地方の末端まで対応することが必要となっている。これに対して日本は健康危機に対して国と自治体が一体となって対応する体制をつくって対応する体制を進化させてきている。

ところで英国と日本の公衆衛生体制の背景や健康問題に違いがある。英国の公衆衛生は都市問題と労働者の貧困と疾病に対処するためにつくられたものであった。これに対して日本の公

衆衛生は、農村の貧困と低栄養、そして結核問題に対処することが出発点となっている^{[101][102]}。明治初期に日本も英国同様にコレラの流行の対処が必要な時期があり、上水道整備や飲食物管理、そして検疫体制の整備がなされた点は同じである。

しかし、日本ではその後結核が国民病となり、これに国家を挙げて対応する必要が出てきたことにより、厚生省と保健所の体制をつくられることにつながっている(図8)。日本では結核問題が自治体に保健所を設置させ、全国隅々まで、一律的、画一的、同じような水準で、公衆衛生対策を徹底できる体制をつくることにつながったと言うことができる^[103]。英国は、コレラの脅威が遠のくと、国と自治体が一体となって公衆衛生を進める体制の維持が難しくなった。

日本の公衆衛生体制の特徴である国と自治体の関係について地方自治法第1条の2の②には、「国は、前項の規定の趣旨を達成するため、国においては国際社会における国家としての存立にかかわる事務、全国的に統一して定めることが望ましい国民の諸活動若しくは地方自治に関する基本的な準則に関する事務又は全国的な規模で若しくは全国的な視点に立つて行わなければならない施策及び事業の実施その他の国が本来

果たすべき役割を重点的に担い、住民に身近な行政はできる限り地方公共団体にゆだねることを基本として、地方公共団体との間で適切に役割を分担するとともに、地方公共団体に関する制度の策定及び施策の実施に当たつて、地方公共団体の自主性及び自立性が十分に発揮されるようにしなければならない」と書いてある。日本においては国と地方自治体は役割分担をして一体となって施策や事業を進めることとされていることを明確に示されている。日本国憲法25条には「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」とあるが、この国の責務を実際に担うのは地方自治体である^[104]。英国や米国では日本のように国の責務を自治体に担わせることができないという国と地方の制度的な違いがある。

大阪府保健所医師として在職時に厚生省で開催された全国衛生行政医師業務研修会に参加する機会があった。研修会後の合同庁舎地下食堂で厚生省主催の懇親会があった。そこに各局長の医系技官が出席し「保健所の医師がいるから厚生省の我々の仕事ができている。現場で困ったことがあれば直接連絡をして欲しい」と声をかけられ驚いたことがある。それは機関委任事務の時代のことであったが、この構造は基本的に今も変わっていないように思う^[105]。

公衆衛生体制には、普遍性(画一性)と地域性(固有性)の両面が必要である(図9)。中央集権的な全国画一性も必要であり、地方分権的な固有性も必要である。

その意味から考えると日本の国と自治体が分離融合関係にあることは公衆衛生体制の点では理想的である^[106]。

ところで、日本の国と自治体の関係は、図10に示すように、時代により変化している。現在

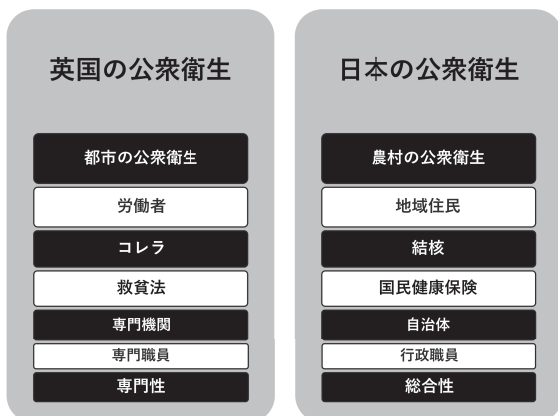


図8 英国と日本の公衆衛生基盤の比較

表1 英国と日本の国と自治体の関係

制限列挙方式（英国、米国など）

- ・ 地方自治体の事務権限が法律で個別に列挙している
- ・ 国と自治体の事務権限が明確に分けている
- ・ 国の出先機関と地方自治体が相互に独立して行政サービスを提供
- ・ 中央政府に内政を統括する総務省のような省庁が存在しない

概括例示方式（日本、フランスなど）

- ・ 地方自治体の事務権限は概括的に例示している
- ・ 国と自治体の権限を分離せず、国の事務権限の執行の多くが地方自治体に委ねられて執行されている
- ・ 中央政府に内政を統括する省庁が存在している

文献[107]の松下圭一「日本の自治・分権」の記述より著者作成

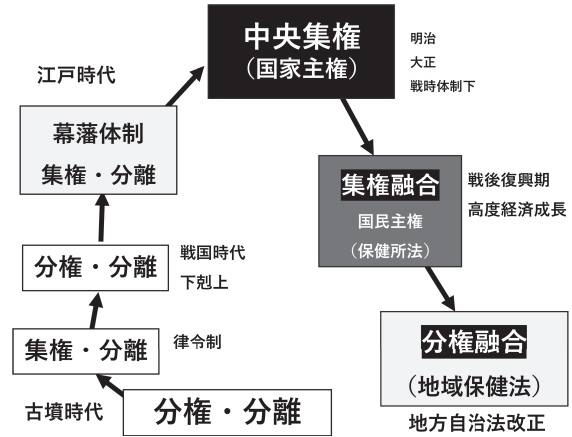


図10 日本の国と地方の関係の変遷



図9 公衆衛生の普遍性と地域性

の分権融合の関係は江戸時代の幕藩体制の時にできたものと思われる^[107]。

日本の幕藩体制においては藩ごとのバラツキが大きかった。これが明治期の中央集権体制でバラツキが縮小されている。戦後地方自治法が制定され、1990年代に地方分権が進められてきたことにより、幕藩体制時代の分権融合関係に似た状況になっているとみることができる^[108]。その結果、日本の公衆衛生体制は英国とは異なる地域保健法に基づく体制につながった^{[109],[110]}。

日本の市町村が住民の健康や医療を担っていることには、歴史的な背景がある。市町村が保険者となって担っている国民健康保険制度（国保）の起源は明治時代以前にあるとされている

る^[111]。国保は、昭和初期までは市町村が任意につくっていたものであるが、戦時体制下で国が強く介入し全国的にある程度標準化された制度となった。このことが国民皆保険制度を1961年の早期に実現できたことにつながっている。国保の起源を福岡県の宗像の「定礼」にみることができる。あらかじめ医師に報酬を与え、お金のない村人も診療してもらえる共助の仕組みがつくられていた^[112]。江戸時代、農村の人たちは凶作が続くと収入が減り、病気になっても医者にかかれない者が多かった。村人達が話し合い、医者を受診するに関わらず、収入に応じて定まった額の米を医者に渡して、村人が気兼ねなく必要な時に治療を受けられる共助の保険システムをつくっていた。お互いに助け合うこの方法のことを「定礼（常礼）」と言っていた。定まった額をお礼とするので「定礼」、また常日頃お世話になっている医者へのお礼という意味で「常礼」と言い、いずれも「じょうれい」と呼ぶ^[113]。米の場合「定礼米」、お金の場合「定礼金」、医師を「定礼医」と言っていた。英国に住民を無料（公費）でみてくれる家庭医（General Practitioner, 一般医）がいる。日本にも江戸時代に互助制度として村と契約した医師がいた^[114]。この歴史が現在も生きている。

ところで、日本の公衆衛生体制は自治体（保健所）には1~2人のわずかな医師しかいないが、それで成り立ってことには地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会が存在していることによる。日本の市町村を基盤とした公衆衛生体制は地域医師会等の地域の団体に支えられることによって成り立っているのである。

18. 総括

日本の公衆衛生は、明治期に英国の自治体を基盤としたものを輸入することからスタートした。英国をモデルとしたのは江戸時代を生きてきた人間には英国社会を理解しやすかったからではないかと推測される。明治期中期になると日本は中央集権体制を強め、江戸時代とは異なる社会となる。この中で結核が国民病となり、対応が求められた。厚生省と保健所の体制がつくられ、保健師がその業務を担う体制がつくられた。

日本が手本とした英国は1974年に自治体を基盤とした公衆衛生体制を廃止した。英国では国が自治体を統制することが難しいからであった。日本はその時期から市町村を基盤とした体制をさらに進展させる政策をとっている。1994年に地域保健法が制定され、現在は名実ともに住民の基本的な健康、医療、福祉サービスは市町村が担う体制に至っている。

英国だけでなく日本の地域保健体制も健康危機事態への対処を考えていなかった。日本では、阪神淡路大震災が発生してから保健所を中核として健康危機管理体制をつっている。COVID-19の流行があり、さらに地方を支える都道府県と国の体制と機能の強化が図られている。

これに対し、英国は自治体を基盤とした公衆衛生体制を廃止していたことから、健康危機に対処するために白紙の状態から公衆衛生体制を

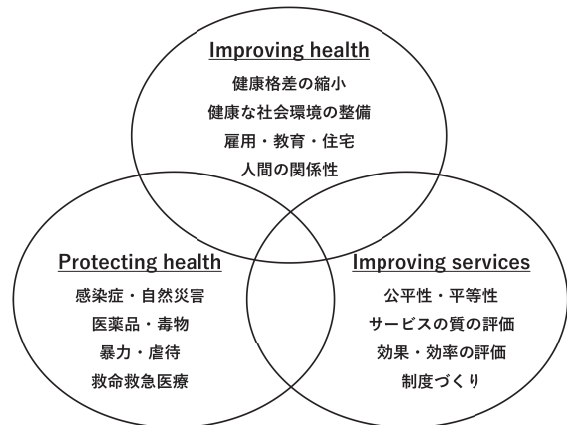


図11 公衆衛生の3つのドメイン

つくる必要があった。

英国は公衆衛生体制の再興にあたり公衆衛生の領域を3つのドメインに整理している^{[115],[116]}。一つは「健康増進 (Health Improvement)」, 二つ目は「保健医療サービス提供体制 (Improving Services)」, 三つ目は「国民の健康の保護体制 (Health Protection)」である (図11)。日本も阪神淡路大震災以後、健康危機と健康安全の対応を整えてきている。

日本は現在人口の過度な偏在化、高齢化、少子化、人口減少、単身者の増加などに直面している。国民の健康課題は身体疾患から「こころの健康」、特に人間の関係性に関わるものなどが重要と課題となってきている。これは、これまでの公衆衛生の次元を超えているものであり、既存の公衆衛生体制だけでは対応ができないものである^[117]。これには、地域の人々の関係性やつながりをつくり対応することが求められる。いわゆる共生社会をつくる必要がある。これまで、地域のお祭りやイベントがこの役割を果たしてきたが、都市化した社会ではこれを復活させることはとても難しい。

英国やドイツにおいては地域社会、特に都市型社会において地域づくりの核とされているのが地域スポーツである。以下の記述はこじつけ

と思う人もいるかもしれないが、2026年はサッカーのFIFAワールドカップがあるので、私見を書かせていただくことにする。地域スポーツの中でもサッカーは、公衆衛生と出自が同じである。どちらも英国で同じ時期に誕生している^[118]。それはそれなりの理由がある。英国社会は、階級社会が崩れ、土地から切り離された労働者が増え、教会が地域の人々が集まる場としての機能を失ってきていた。貧富の差、階級や思想信条や人種を超えて人々を地域でまとめるものが必要となっていた。その中で、支配者階級の子息をあずかるパブリックスクールの教育の改革が進められ、エリート教育の一環としてサッカーのルール化が進められた。パブリックスクールの学校間の対抗競技種目としてサッカーとラグビーが位置づけられた。スポーツは、特権階級だけが楽しむものであったが、サッカーは労働者階級の人々が選手となり、サポーターになり、地域の人々が観戦し、参加する地域のスポーツとなっていくことになった。サッカーのクラブは都市や地域を単位につくられた。そして、サッカーが地域の人々をまとめる役割を世界的に果たすようになっていく。

ドイツは、敗戦して荒廃した社会を地域スポーツの振興により見事に戦後復興をとげている。日本も、スポーツは学校や企業のスポーツであったものを地域スポーツとして振興している。その発端はJリーグである。1993年にスタートしている。これにはドイツのデットマル・クラマー（Dettmar Cramer）に教えられたものが大きく影響している。彼は日本のサッカー界初の外国人コーチとして招かれた。サッカー日本代表の基礎を作り日本サッカーリーグの創設に尽力し、「日本サッカーの父」と称されている。そのJリーグは、今や全国の自治体が競って地域のクラブを設けることに力を注ぐまでに至っている。Jリーグが発足した時期は日本に

おいて地方分権改革が進められ、地域創生が課題となっていた。地域保健法が制定されたのもこの時期である。Jリーグも地域保健体制もいずれも日本の自治体の基盤があってはじめて成り立っている。地域を単位として人々がつながる、健康で、安全で、安心できる社会をつくるという点において、サッカーの地域クラブと公衆衛生のめざすものに共通点が多い^{[119],[120]}。

本稿では日本の公衆衛生の歴史を振り返り、現在の公衆衛生の到達点を示してきた。その上で安全、安心な社会のあり方についての私見を示させていただいた。公衆衛生学及び社会安全学においても研究は人々の健康の保護のための地域の実践活動つながらなければ意味がない。その安全安心社会の中心に存在しているのが地域社会であり、そのリーダーシップ役として自治体の役割が大きい（図12）。

安全で安心な社会を実現していくには、地域、そして自治体が住民をどう支えてつくっていくのか、自治体はその役割を果たしていけるようにどうしていくのか、難しい課題である。自治体のあり方が日本の公衆衛生及び社会安全を規定している^{[121],[122]}。本稿を書きながら、卒業した時に教授から「公衆衛生のことをするのであればまず自治体で勉強してきなさい」と言われた

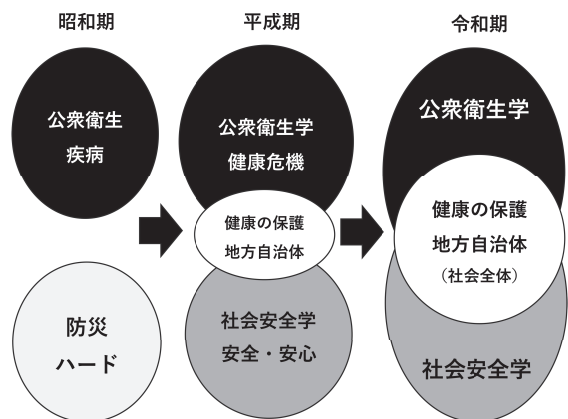


図12 公衆衛生学と社会安全学の変遷

言葉の意味を退職にあたり思い起こす貴重な機会となった。

引用・参考文献

- [1] 高鳥毛敏雄, 多田羅浩三 (1990). 地域の中の痴呆性老人の実態 公衆衛生 54 pp379-384.
- [2] 多田羅浩三, 新庄文明, 朝倉新太郎, 橋本正己編 (1984). 市町村の保健事業原点からのレポート 日本公衆衛生協会.
- [3] 多田羅浩三, 高鳥毛敏雄, 他 (1990). 第2次保健基本計画 摂津市.
- [4] 多田羅浩三, 高鳥毛敏雄, 他 (1990). 池田市保健基本計画 池田市.
- [5] 多田羅浩三, 高鳥毛敏雄, 他 (1995). 大震災下における公衆衛生活動 大阪大学医学部公衆衛生学教室.
- [6] 高鳥毛敏雄 (1997). 阪神・淡路大震災における仮設住宅入居者の健康課題に関する研究報告書 大阪大学医学部公衆衛生学教室 1997.
- [7] 高鳥毛敏雄 (1997) わが国における病原性大腸菌O157の流行 公衆衛生 pp89-95.
- [8] 高鳥毛敏雄 (1998). 1996年夏の堺市の腸管出血性大腸菌流行 小児内科 27 pp729-733.
- [9] Toshio Takatorige, et al (1997). Report on the Outbreak of E. coli O157 Infection in Sakai City Sakai City.
- [10] 高鳥毛敏雄 (2012). 広域災害時の被災者に対する健康支援活動 関西大学社会安全学部編 検証東日本大震災 ミネルヴァ書房 pp166-186.
- [11] J.D.クランボルツ, A.S.レヴィン著 花田光世訳 (2005). その幸運は偶然ではないんです! ダイアモンド社.
- [12] 英国公衆衛生認定機構 (Faculty of Public Health) <https://www.fph.org.uk/what-is-public-health/> (2025年12月5日確認)
- [13] 上野継義, チャールズ・ウィンズローの公衆衛生の定義について file:///C:/Users/takat/Downloads/KMR_40_1-2.pdf (2025年12月5日確認)
- [14] 坂上孝 (1995). 公衆衛生の誕生—「大日本私立衛生会」の成立と展開— 経済論叢 (京都大学経済学会誌) 156(4) pp1-27.
- [15] Edwin Chadwick 著 橋本正己訳 (1990). 大英帝国における労働人口集団の衛生状態に関する報告書 日本公衆衛生協会.
- [16] 多田羅浩三 (1999). 公衆衛生の思想: 歴史からの教訓 医学書院.
- [17] 伴忠康 (1987). 適塾と長与専斎: 衛生学と松香私志 創元社.
- [18] 小島和貴 (2021). 長与専斎と内務省の衛生行政 慶應義塾大学出版会.
- [19] 後藤新平 (1889). 国家衛生原理 小路田泰直監修 資料集公と私の構造 4 後藤新平と帝国と自治 (2003) ゆまに書房.
- [20] 奥州市: 帰還兵23万人を検疫せよ https://www.city.oshu.iwate.jp/material/files/group/6/36698_91782_misc.pdf (2025年12月5日確認)
- [21] 丹保憲仁 (1996) 環境衛生工学の回顧と展望 土木学会論文集 No.552/VII-1 pp1-10. <http://library.jsce.or.jp/jsce/open/00037/552/552-126257.pdf> (2025年12月5日確認)
- [22] 山城正之 (1959) 石原修先生のこと 大阪公衆衛生 pp24-27. <https://hdl.handle.net/11094/84715> (2025年12月5日確認)
- [23] 石原修 (1913). 衛生學上ヨリ見タル女工之現況 國家醫學會 https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/63/NDL946989_%E8%A1%9B%E7%94%9F%E5%AD%A6%E4%B8%8A%E3%83%A8%E3%83%AA%E8%A6%8B%E3%82%BF%E3%83%AB%E5%A5%B3%E5%B7%A5%E3%81%AE%E7%8F%BE%E6%B3%81.pdf (2025年12月5日確認)
- [24] 芝村篤樹 (1989). 関一: 都市思想のパイオニア 松籟社.
- [25] 藤原九十郎 (1938). 都市に必要な保健行政とその改善 大大阪 13 pp19-24.
- [26] 和光堂: わが国ではじめての保健所 <https://www.wakodo.co.jp/company/story/3.html> (2025年12月5日確認)
- [27] 厚生省医務局 (1976) 医制百年史 ぎょうせい.
- [28] 高石昌弘 (2002). 公衆衛生院の果たしてきた役割 公衆衛生 66 pp148-151.
- [29] 多田羅浩三 (2000). 大学の公衆衛生 公衆衛生 64 pp452-457.
- [30] 多田羅浩三 (2001). Hygiene and Public Health 65 pp716-719.

- [31] 多田羅浩三 (1997). 大阪大学公衆衛生学教室の歩み 公衆衛生 61 pp465-469.
- [32] 菊地武雄 (1968). 自分たちで生命を守った村 岩波新書668 岩波書店.
- [33] 太田祖電, 増田進, 田中トシ (1983). 沢内村奮戦記: 住民の生命を守る村 あけび書房.
- [34] 若月俊一 (1971). 農村医学 勁草書房.
- [35] 大谷藤郎 (1980). 21世紀健康への展望 メヂカルフレンド.
- [36] 橋本正己, 大谷藤郎 (1990). 公衆衛生の軌跡とベクトル 医学書院.
- [37] 一般社団法人 健都共創推進機構, 北大阪健康医療都市 (健都) とは <https://co-creation.ken-to.jp/about/> (2025年12月5日確認)
- [38] 高鳥毛敏雄 (1996). 災害時の公衆衛生と保健婦 — 阪神・淡路大震災から保健行政が学ぶこと — 保健婦雑誌 52 pp600-605.
- [39] 高鳥毛敏雄 (1997). わが国における病原性大腸菌O157の流行 公衆衛生 61 pp89-95.
- [40] 高鳥毛敏雄 (2002). 堺市O157食中毒事例からみた公衆衛生および感染症対策の課題 農業と経済 68 pp114-120.
- [41] 厚生省保健医療局 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正について 2000年 https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kaisei/tp0518-1_d_11.html (2025年12月5日確認)
- [42] 谷口清州 (2012). 国際保健規則 (IHR2005) の現状と課題 公衆衛生76 pp596-600
- [43] 白井千香, 藤山理世, 内野栄子, 入江ふじこ, 高鳥毛敏雄, 磯博康 (2012). 国内初発患者に対応した神戸市の2009年新型インフルエンザ (H1N1) 対策における相談および医療体制の課題 — 神戸市と茨城県の比較から — 日本公衛誌 59 pp684-692.
- [44] 高鳥毛敏雄, 青木美憲, 谷掛千里, アミン・ルフル, 多田羅浩三 (2000). 大阪市の結核罹患率の低下速度の鈍化要因に関する分析 結核 75 pp533-544.
- [45] 高鳥毛敏雄, 逢坂隆子, その他5名 (2007). ホームレス者の結核の実態とその対策に関わる研究 — 結核検診の3年間の実践から 結核 82 pp19-25.
- [46] 高鳥毛敏雄 (2009). 結核対策の及ばない人々に対する対策 あいりん地区における実践活動から 日本公衛誌 56 pp418-421.
- [47] 高鳥毛敏雄, 山本繁, 黒田研二, 逢坂隆子 (2005). 胸部レントゲン検診実施に基づく野宿生活者の結核対策の実践的検討 社会医学研究 23 pp42-47.
- [48] 逢坂隆子, 高鳥毛敏雄, その他5名 (2007). 大阪におけるホームレスへの健康支援 — 社会学を学ぶ者たちの実践的研究 — 社会医学研究 25 pp15-28.
- [49] 公益法人結核予防会結核研究所疫学情報センター 2024年 (令和6年) 結核年報の概況 <https://jata-ekigaku.jp/nenpou/#shiryohen> (2025年12月5日確認)
- [50] 厚生労働省 健康日本21 (第三次) <https://www.mhlw.go.jp/content/001102474.pdf> (2025年12月5日確認)
- [51] 福田吉治, 今井博久 (2007). 日本における「健康格差」研究の現状 保健医療科学 56 pp56-62.
- [52] 本庄かおり (2007). 社会疫学の発展 保健医療科学 56 pp99-105.
- [53] 藤本眞一, 小窪和博 (2003). 保健所長は本当に医師でなくて良いか? 地方分権改革推進会議の中間報告を拝読して 日本公衛誌 50 pp11-14.
- [54] 厚生労働省健康局総務課地域保健室, 保健所長の医師資格要件に関する見直し方針 (概要) 2004年 <https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/04/dl/tp0423-2.pdf> (2025年12月5日確認)
- [55] 厚生労働省通知文書 (令和7年3月31日) 大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の強化について <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000992401.pdf> (2025年12月5日確認)
- [56] 内閣感染症危機管理統括庁 内閣感染症危機管理統括庁について <https://www.caicm.go.jp/about/outline/index.html> (2025年12月5日確認)
- [57] 国立健康危機管理研究機構 JIHSについて https://www.jihs.go.jp/aboutus/top_jihs.html (2025年12月5日確認)
- [58] 厚生労働省健康局健康課, 感染症法等の改正を踏まえた保健所, 地方衛生研究所等の強化について 令和4年12月19日第48回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 資料3 <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/>

- 001025439.pdf (2025年12月5日確認)
- [59] 厚生労働省, 国際保健規則 (IHR) (2005) の改正について 令和7年9月19日最終更新 https://www.mhlw.go.jp/stf/kokusai_who_ihr.html (2025年12月5日確認)
- [60] 高鳥毛 敏雄 (2024). 英国の健康医療ケアのEBPMの現状—アカデミアと実務機関との連携 公衆衛生 88 pp692-700.
- [61] Department of Health and Social Security (1970). National Health Service: The Future Structure of the National Health Service HMSO.
- [62] Secretary of State for Social Services (1972). National Health Service Reorganization—England HMSO.
- [63] Department of Health and Social Security (1986). The Report of the Committee of Inquiry into an Outbreak of Food Poisoning at Stanley Royd Hospital HMSO.
- [64] O'Mahony MC, Stanwell-Smith RE, Tillett HE, et al (1990). The Stafford outbreak of Legionnaires' disease Epidemiol Infect 104 pp361-380.
- [65] Acheson D. (1988). Public health in England—Report of the committee of inquiry into the future development of the public health function HMSO.
- [66] Donaldson L. (2002). Getting Ahead of the Curve Department of Health.
- [67] 武村真治 (2006). イギリスの健康危機管理体制の実態とわが国への適用可能性 公衆衛生 70 pp185-188.
- [68] Department of Health (2010). Healthy lives, healthy people white paper: our strategy for public health in England Department of Health.
- [69] 高鳥毛敏雄 (2014). イギリスにおける公衆衛生の歩みと新たな展開 公衆衛生 78 pp6-13.
- [70] 高鳥毛敏雄 (2015). イングランドの公衆衛生のアイデンティティとリーダーシップ 公衆衛生 79 pp36-45.
- [71] 高鳥毛敏雄 (2018). 英国の地方自治体における公衆衛生 総合性と専門性, リーダーシップ性 公衆衛生 82 pp320-324.
- [72] 高鳥毛 敏雄 (2022). 英国の健康安全保障庁 (UKHSA) 創設と今後の公衆衛生体制への期待 公衆衛生 86 pp638-644.
- [73] 韓国疾病管理庁 Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA) <https://www.kdca.go.kr/contents.es?mid=a3010700000> (2025年12月5日確認)
- [74] 韓国疾病管理庁施設 KDCA Facilities <https://www.kdca.go.kr/contents.es?mid=a30106000000> (2025年12月5日確認)
- [75] Rosen G. (1993). A History of Public Health. New York: The Johns Hopkins University Press.
- [76] 奥村貴史 (2004). 米国公衆衛生大学院におけるヨーロッパ社会医学の影響 日本衛生学雑誌 59 pp5-11.
- [77] 逢見憲一 (2020). 公衆衛生教育の黎明—ロックフェラー財団から国立公衆衛生院へ—日本医史学雑誌 66 pp400-408.
- [78] ジョンズホプキンス大学公衆衛生大学院 (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health) <https://publichealth.jhu.edu/> (2025年12月5日確認)
- [79] Fee A, Acheson R. (1991). A history of education in public health. Oxford: Oxford University Press.
- [80] 勝亦百合子, 新井明日奈, 岸玲子, 玉城英彦 (2001). 米国の公衆衛生大学院生の現状と動向 日本公衛誌 48 pp298-303.
- [81] 丸井英二 (2012). Public Healthと公衆衛生学医学教育 43 pp147-150.
- [82] 小林廉毅 (2012). わが国の公衆衛生学教育の現状と課題 医学教育 43 pp151-155.
- [83] 實成文彦 (2012). わが国の公衆衛生学教育の歴史的概観と課題 医学教育 43 pp156-170.
- [84] 厚生労働省, 令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_lgaikyo.pdf (2025年12月5日確認)
- [85] 厚生労働省, 地域保健法施行令第4条に定める保健所長の資格について https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb6472&dataType=1&pageNo=1 (2025年12月5日確認)
- [86] Chief Medical Officer (2001). Department of Health. The report of the Chief Medical

- Officer's Project to Strengthen the Public Health Function Department of Health.
- [87] Griffiths S, Crown J, McEwen J. (2007). The role of the Faculty of Public Health (Medicine) in developing a multidisciplinary public health profession in the UK Public Health 121 pp420-425.
- [88] Department of Health (2010). Review of the regulation of public health professionals DOH.
- [89] 高鳥毛敏雄 (2009). 英国における公衆衛生人現任教育の現状—Faculty of Public Health プログラム 公衆衛生 73 pp200-205.
- [90] 高鳥毛敏雄 (2016). イギリスにおける医師・専門医と公衆衛生医・専門家の資格認定の変遷 公衆衛生 80 pp351-355.
- [91] 青山英康 (2007). 公衆衛生大学院構想の歴史 保健の科学 49 pp233-237.
- [92] 中原俊隆 (2006). 公衆衛生大学院のいま 京都大学社会健康医学系専攻を例に 医学のあゆみ 217 pp276-277.
- [93] 高鳥毛敏雄, 磯博康 (2008). 大阪大学に公衆衛生大学院社会人コース誕生 公衆衛生 72 pp130-131.
- [94] 自治医科大学卒後指導部報告 事例報告: 自治医科大学の場合 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1221-12f.pdf> (2025年12月5日確認)
- [95] 日本公衆衛生学会 学会総会一覧 <https://www.jsph.jp/generalMeeting/index.html> (2025年12月5日確認)
- [96] 高鳥毛敏雄 (2011). 公衆衛生の現場知と専門知 公衆衛生 75 pp662-667.
- [97] 高鳥毛敏雄 (2012). イギリスにおける公衆衛生と人々の健康保護の制度と専門職教育 平成23年度関西大学重点領域研究助成研究成果報告書「社会安全の文理融合型大学教育と学際的基盤の確立」に関する研究 pp71-94.
- [98] 岡田章宏 (2011). 英国における近代的自治制度の形成と公衆衛生の成立 公衆衛生 75 pp668-671.
- [99] 高鳥毛敏雄 (2009). 自治体が中心の健康政策への期待と意義 公衆衛生の原点から 公衆衛生 73 pp497-501.
- [100] 高鳥毛敏雄 (2009). わが国の貧困と医療の課題—英国との比較から— 貧困研究 Vol.2 pp51-58.
- [101] 島尾忠男 (1982). 結核との闘いから学んだもの 今後の課題 日本医師会雑誌 88 pp913-918.
- [102] 島尾忠男 (2009). 結核実態調査の行われた背景と主な成績 結核 84 pp713-720.
- [103] 小野寺伸夫 (1986). 戦前戦後の公衆衛生の歴史 厚生行政発展に関する歴史的考察 公衆衛生情報 16 pp29-32.
- [104] 稲田陽一 (1988). 地方自治とその原点 木鐸社.
- [105] 大森彌, 佐藤誠三郎 (1986). 日本の地方政府 東京大学出版.
- [106] 勝田政治 (2000). 廃藩置県「明治国家」が生まれた日 講談社.
- [107] 松下圭一 (1996). 日本の自治・分権 岩波書店.
- [108] 橋本正己 (1981). 公衆衛生現代史論 光生館.
- [109] 橋本正己 (1981). 公衆衛生の歴史的発展と課題 季刊社会保障研究 3 pp2-14.
- [110] 島崎謙治 (2011). 日本の医療—制度と政策 東京大学出版会.
- [111] 井上隆三郎 (1979). 健保の源流—筑前宗像の定礼 西日本新聞社.
- [112] 宮下 和裕 (2006). 国民健康保険の創設と筑前(宗像・鞍手)の定礼 日本における医療扶助活動の源流を探る 自治体研究社.
- [113] 宗像郡医師会史 宗像郡医師会史編纂委員会 (1979) 宗像郡医師会.
- [114] Griffiths S, Jewell T, Donnelly P (2005). Public health in practice: the three domains of public health Public Health 119 pp 907-913.
- [115] Hill A, Griffiths S, Gillam S (2007). Public Health and Primary Care; partners in population health Oxford University Press.
- [116] 高鳥毛敏雄 (2013). 現代社会における社会医学の立ち位置 社会医学研究 30 pp1-6.
- [117] 谷釜了正 (2007). スポーツと地域, 都市, 民族, 国家—現代社会におけるスポーツの実相 71 pp646-649.
- [118] 川淵三郎, 高鳥毛 敏雄 (2007). 地域に根ざし世界に伸びるスポーツクラブの夢 71 pp674-679.
- [119] 高鳥毛敏雄 (2007). スポーツ振興から見える

公衆衛生活動の展望 公衆衛生 71 pp642-645.

[120]多田羅浩三(2009). 現代公衆衛生の思想的基盤 日本公衛誌 56 pp3-17.

[121]高鳥毛敏雄(2004). 保健行政組織の見直し 公衆衛生 68 pp19-22.

[122]佐々木信夫(2006). 自治体をどう変えるか 筑摩書房

(原稿受付日:2025年12月10日)