

松 山 大 学 論 集
第 33 卷 第 3 号 抜 刷
2 0 2 1 年 8 月 発 行

ウィズコロナ社会における保健師の役割
—— 戦後日本の公衆衛生のあゆみに着目して ——

松 原 日 出 子

ウィズコロナ社会における保健師の役割

—— 戦後日本の公衆衛生のあゆみに着目して ——

松 原 日出子

1. は じ め に

新型コロナウイルス対策に明け暮れた2020（令和2）年ほど、保健師の重要さが世間に強く認識された年はこれまでなかったに相違ない。全国各地の保健所保健師に大きな業務負荷が発生したばかりか、積極的疫学調査や情報管理などの感染拡大防止対策が円滑に実施できない地域が少なからず生じることとなった。これを受けて同年12月21日には、感染症対策に従事する保健所保健師の数が現在の1.5倍となるよう、今後2年間で約900人増員する方針を総務省が出したことはまだ記憶に新しい（総務省自治財政局「令和3年度地方財政対策の概要」）。

未だにコロナ禍の収束が見えず、上記のように公衆衛生体制の再構築が急ぎ図られている現在は、あたかも国民が様々な流行病に苦しめられた日本の公衆衛生の成立前夜を見るかのようである。ここで日本における保健師の歴史の変遷を振り返り、ウィズコロナ社会における公衆衛生のあり方を展望することは、現在コロナ禍に伴う様々な問題で苦しむ関係者を支援するうえで重要な作業であると考えます。本稿では、保健所保健師が地域に駐在して公衆衛生関連業務に携わる「駐在保健婦制度」に注目し、彼らが果たした役割を詳しく追いつつ、今後の公衆衛生対策のあり方について考察してみたい¹⁾。

この駐在保健婦制度は、最盛期には全国で20近くの県で実施された歴史的経緯を持つが、本稿では早期から同制度を導入し、且つ最も長期間同制度を運

用した高知県の事例に主眼を置くこととする。同県ではどんな社会背景と関連づけられつつ同制度が発展・展開し、各地区の住民に地域保健面でどんな恩恵をもたらしたのかについて叙述してみたい。

2. コロナ状況下における保健医療の逼迫状況と問題の所在

新型コロナウイルスは他の感染症と比較して、①多くの感染者が無症状・軽症者である、②一部感染者に急速に重症肺炎となるリスクがある、③感染者がある程度まで増えると流行拡大が阻止できなくなる等の特徴を持つ。それゆえに、各種のリスクを回避できるようにレベルの高い感染症対策が取られる必要があるが、これまで何度も流行の波が生じていることからわかるように、現在の感染対策のシステムは十分なものとは言い難い。

本論に入る前に、コロナウイルス感染が今なお収束しきれていない現状を改めて振り返りつつ、保健医療の資源不足がいかなる問題を生み出しているかについてまず確認したい。

2-1 保健所・保健師の現況とその背景

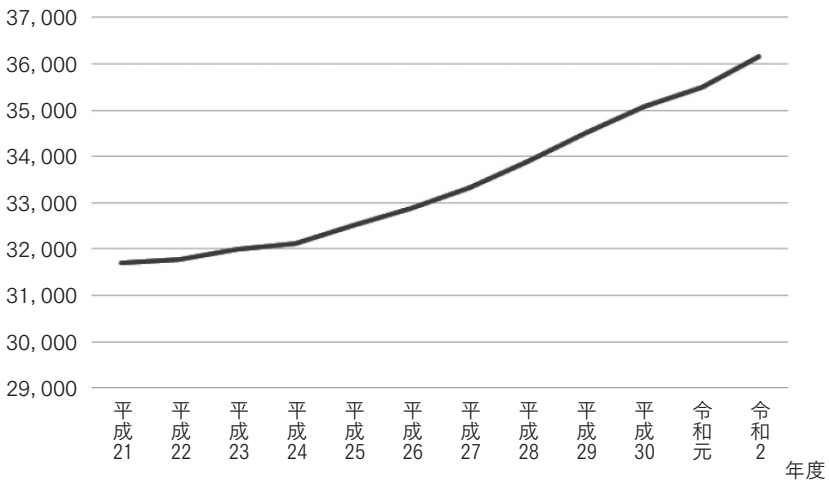
日本看護協会 HP では、このコロナ禍の状況で感染拡大防止業務に携わった現場の保健師の声を紹介している。東京都南多摩保健所は日野市、多摩市、稲城市を管轄し、40万人余の人口に対し感染症対策担当の保健師はわずか3名という中で現場対応している。かれらの担当業務は、感染疑い者に対する電話相談や受診調整、陽性者発生時の積極的疫学検査や施設の消毒、濃厚接触者への諸対応、他機関等との調整業務や国や都への報告書作成など多数にのぼる。さらに、感染者や濃厚接触者が偏見や誹謗中傷にさらされないように支援することをはじめ、陽性者が自宅に高齢者を1人残して入院しなければならない事案の対処等、各人の抱える事情に応じた対応が必要となる。まさに、地域住民が安心して地域生活を続けられるための担い手として、保健師は欠かせない役割を担っているのである（日本看護協会 HP 「看護実践情報」）。

このように保健師は各地で感染者や濃厚接触者をサポートする重要な任務を担っているにも拘らず、このたび多くの地域において、保健師不足が訴えられた。ただしその背景にあるのは単なる保健師の養成不足という簡単な問題ではない。

近年の自治体所属常勤保健師数と保健所数の推移を時系列に沿って概観したものが図1および図2である。まず自治体に所属する常勤保健師数の推移をみると、ここ最近10年間の動向を見ても順調に増加していることが確認できる(図1)。

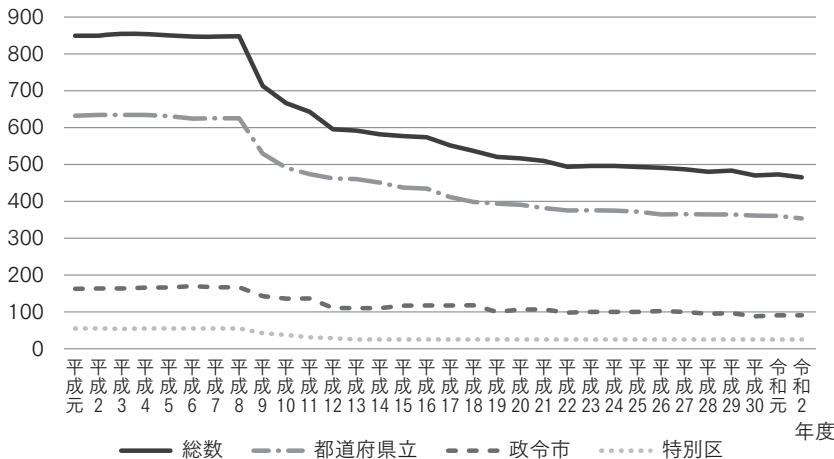
その一方、全国の保健所数の推移をみるとその傾向は全く異なる。1996(平成8)年には全国で800以上あった保健所数が、その後顕著に減少し、2020(令和2)年度現在では469に減少している(図2)。このように保健師数が増加する一方で保健所数が大幅に減少するに至った大きな要因は、1994(平成6)年に制定され1997(平成9)年に施行された「地域保健法」である。同法の趣旨のひとつとして保健行政における都道府県と市町村との役割分担が図られ

図1 自治体所属常勤保健師数の推移



(出典：厚生労働省「保健師活動領域調査」各年度版より筆者作成)

図2 保健所数の推移



(出典：国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」より筆者作成)

たことに伴い、従来は人口10万人に1か所とされていた保健所所轄区域が、「二次医療圏または老人保健福祉圏とおおむね一致すること」と改められた。保健所数の近年の減少は、こうした所轄区域の見直しによる保健所の統廃合によるところが大きい。

こうして保健所数が減少していく一方で、保健所は結核対策をはじめとする感染症対策において、とても重要な役割を担い続けてきた。ここ最近の取り組みをみるだけでも、以下のような例を挙げることができる。

地域保健法が制定された1990年代中頃は、結核患者の治療成績や患者支援のコホート分析が日本で初めて行われ、分析の結果からは保健師による患者本人への面接の有無が治療成績に影響していることが示された。地域保健法の趣旨のひとつが保健所業務における感染症対策強化にあったこともあり、結核対策における感染症専門保健師の業務が明確化されつつ、結核患者保健指導率の向上を図る等の取組が行われてきた(小林2013)。

また日本で2009(平成21)年に新型インフルエンザが流行した際には、神

戸市の保健所は他の模範となる初動・地域連携体制を整備し、感染拡大防止に取り組んだ。同市で5月中旬に新型インフルエンザ患者が確認され、一時は1日当たり2,600件もの相談を受けるに至ったが、①キーパーソンとして「感染症対策専任保健師」を配置し、②感染症情報である「感染症サーベイランス」をグラフにして施設巡回を通して各担当者に届ける、また③「感染症対策連絡会」「感染症対策講座」等の地域活動を通じて対策にあたった結果、その後の感染リスクに対して適切に対処することができたという（内野 2013）。

これらの取り組みは「神戸モデル」として広く注目を浴び、国の施策にも大きな影響を与えた。その後さっそく厚生労働省の主導で、集団感染を防ぐためクラスター防止に努めるサーベイランス体制が整えられている（厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部事務局発事務連絡、平成21年6月25日、「新型インフルエンザにかかる今後のサーベイランス体制について」）。

さらに、1990年代中頃には阪神・淡路大震災、地下鉄サリン事件、大阪府堺市におけるO157集団発生のよう、従来の感染症対策や災害対策の枠にはとどまらない事例が頻発した。そこで、これらの健康被害の拡大防止や予防に適切に対応できるよう、1997（平成9）年には「厚生省健康危機管理基本指針」が公表され、保健所業務の中に「健康危機管理」という新たな活動概念が導入された。この基本指針を通じて、緊急時において指揮命令系統に基づきつつ保健師がいかなる役割を果たすべきかという点に関する枠組みが整えられた（宮崎 2013）。

このように感染症対策の体制整備が日本でも1990年代以降徐々に進められた経緯がある一方、行政改革の一環として全国各地の保健師数は最小限のものに据え置かれ続けてきた。例えば京都府保険医協会は、今回の新型コロナウイルス感染対策に大きな支障が生じた理由として、1995年以降の度重なる行政改革のために公衆衛生部門の統合が進み、特に2017（平成29）年の機構改革によってコミュニティぐるみで健康管理に取り組む仕組みが破壊されたことを指摘している（京都府保険医協会 2021）。

また、現在の日本の予算制度では予防サービスのために保健所や市町村保健センターが利用できる予算があらかじめ決まっており、彼らに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も、日本の公衆衛生向上における障壁のひとつとして指摘されている（津川・池上・見明・ライシュ2014）。

現場のニーズに似合うだけのマンパワーや予算配置の強化が図られないまま、今日の新型コロナウイルスの大流行に至ってしまったことは大いに問題があり、今後の感染症対策のあり方が大きく問われている²⁾。

2-2 日本における公衆衛生縮小の背景

保健所数が近年ずっと減少を続けてきた背景としては、前節で挙げた地域保健法改正を始めとする行政改革の影響が大きい³⁾が、その他にもいくつかの要因が挙げられる。例えば三原（2020）は、こうした変化が起きた背景として、疾病構造の変化、医療保険財政の拡大、および功利主義の後退という三要因を通じて、医療制度における公衆衛生の重みが低下した背景を説明する。

まず戦後日本では、衛生環境の改善や薬の開発により、結核を始めとする感染症による死亡が減り、一方でがんを始めとする非感染性疾病が死亡原因の中心となった³⁾。こうした疾病構造の変化により高齢化対策が優先され、感染症対策の重要性が低下したことが第一の要因に挙げられる。第二は、1961（昭和36）年の国民皆保険をはじめ公的医療保険の規模が膨らんだことである。公的医療保険の拡大に伴い、公衆衛生をベースとした「保健」よりも病気やケガに対して事後的に給付する「保険」対応を主とする考え方が、その後の高齢化への対処でも継承されたことによって、公的衛生の存在感が徐々に低下したと三原は言う。また、本質的に「最大多数の最大幸福」を目指す公衆衛生の考え方は、感染防止のための自粛等、個々人の自由や権利を重んじる現代社会の価値観に符合しないことが多い。こうした「功利主義の後退」も、公衆衛生が後退した背景として三原が挙げる要因の一つである。

また三原は、地方分権改革の一環として1994（平成6）年に制定された地域保健法の影響について次のように言及している。先述のように同法の中で都道府県と市町村の役割分担が見直された結果、都道府県はエイズ対策などの専門的な保健対策を担う一方、市町村は保健センターを中心とした母子保健・高齢者保健を主に担う図式が一般化した。このようにして、（今回の新型コロナウイルス対策のように）広域的な対応を担うべき感染症対策が都道府県の管轄となり、感染症対策が市町村から切り離されてしまった点が、感染症対策における保健所の機能を低下させた要因のひとつであると三原は主張する。

母子保健や高齢者保健などの地域に身近であるべきサービスを市町村に担わせる点、また感染症対策のように感染拡大防止のため意思決定のスピードを上げ広域レベルでの対策を必要とするものについては都道府県レベルでの集権的な対応が必要になるという点は、いずれも地域保健法の趣旨として至極真っ当なものである。

しかし、感染症の流行拡大を防ぐためには、中央の体制整備のみならず感染防止の現場である地域社会レベルでの戦力アップが欠かせない。結核対策として保健師による患者への面接が効果的であったことは既に2-1節で言及した。また、日本精神神経学会理事長の神庭重信らは、新型コロナウイルスの流行が陽性患者・濃厚接触者を始め社会の幅広い人々のメンタルヘルスを脅かしている現状に警告を發しつつ、保健師らの活動強化や連携強化が必要であると主張している（神庭・相澤・水野 2020）。

さらに、国民全体が様々な形で活動自粛を要請されることで陽性患者や濃厚接触者に対する不当な差別につながった経緯にも、改めて目が向けられるべきであろう。ゆえに、単に個人レベルの感染対策にとどまらず、感染症に対して正しい知識と対処法を知ってもらう働きかけも重要になる。学校や病院をはじめ、地域の様々な団体に適切に働きかけ、個別の感染対策を統合し組織化する「下からの対策」も必要であり、その役割を担うべきキーパーソンが保健師である。

今後保健師を中心として、地域住民の生活レベルでの対応を発展させるためには、どのような取り組みが必要なのだろうか。そのヒントは、地域に根差した地域保健活動を繰り返していた昔の日本の公衆衛生のありように隠されていると筆者は考える。

次章以降では、これまでの日本の保健行政のあゆみを改めて振り返りつつ、地域に根ざした保健婦活動を繰り返した駐在保健婦の歴史等に注目しつつ、今後の感染症対策を考えるにあたって我々が先例から学ぶべきことを整理してみたい。

3. 日本の保健行政における保健師の位置づけの変化

3-1 保健師の定義と法的根拠

次の4章にて高知県の駐在保健婦制度を紹介する前に、日本の保健師制度のあゆみを概観する。解説を始めるにあたって、まず保健師の定義について確認しておきたい。

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（保健師助産師看護師法）であり、専門職である。専門職とは、①専門的な教育をうけていること、②特定の技術・能力、規範にかかわる学問的基盤を持っていること、③特定のサービスを提供すること、④自律性をもって意思決定し実践すること、⑤専門職組織を持っていること、⑥倫理綱領に示していることのすべてを満たす職業であるが、保健師もこれらを満たす。

日本公衆衛生看護学会では、保健師について「国家資格である保健師の名称を用いて公衆衛生看護の目的を達成しようとする者をいう」と定義している。ここでいう公衆衛生看護とは、公衆衛生の理念をもとに、地域で生活するあらゆる人々の健康を看護の立場から保持・増進し、疾病を予防していくことを目指すものであり、看護の立場から公衆衛生の目的を達成するために実践される、個人・家族、集団、組織を対象とした意図的・組織的な活動である。

日本国憲法では、基本的人権の尊重（第11条）、個人の尊重、幸福追求権及び公共の福祉（第13条）、生存権と国民生活向上（第25条）などについて国の義務を規定しているが、公衆衛生看護活動が担う役割は、このような法的根拠を礎とし、対象となる人々の健康と福祉の向上を目指した活動である。高齢や障害により、生活に困難を抱えている人々の権利擁護にも配慮する必要がある。また、個人の直接的な健康支援はもちろんのこと、社会的立場や抑圧によって回復の力が難しい人々が、自分の生活や健康を取り戻す過程を支えるエンパワメントを推進する役割も大きい。このような多様な役割を担う立場であることから、これまで保健師は母子保健対策、脳卒中対策、高齢者対策、公害対策、精神保健対策、産業保健対策など、時代毎の健康課題に応じて、集団や地域に根ざした対応策を講じてきた。しかしその一方で、公衆衛生を巡る社会的要請の推移によって、保健師活動には様々な問題や課題が生じた経緯がある。

3-2 日本における公衆衛生の萌芽

近代日本における公衆衛生の活動は、1874（明治7）年「医制」の公布に始まる。日本が近代国家として経済力や軍事力を強化する富国強兵策によって国家的自立を目指すなかで、青少年の結核や乳幼児死亡等の保健問題への対処は重要な課題のひとつであり、近代的な西洋医学の導入や医師の国家養成がさっそく手がけられた。当時の日本は日常的な貧困に加え不況や冷害による生活困窮が深刻であり、劣悪な労働環境や住環境、及び栄養不足によって若者は次々と結核に冒された。さらに病者が農村に帰されることによって感染が全国に広まる等の問題が生じたために、様々な形での予防的看護が必要となった。こうした状況下において、産婆や看護婦の有資格者が予防医学・公衆衛生学・社会学・教育学等の知識を蓄えて実地訓練を通じて、地域生活者の貧困と疾病の悪循環を断ち切り、また疾病を予防し住民自ら健康を守ることを支援する取組に着手し始めた。このように、貧困と病苦にあえぐ人々の要求に沿う形で保健婦の前身が誕生したのである（名原 2016：4-5）。

「保健婦」という専門職名が初めて日本に現れたのは1926（昭和元）年のことである。同年に「小児保健所計画」が実施される中で、乳幼児保健指導のための訪問活動を行う専門職として、日本で初めて保健婦の名称が用いられた。この地区活動にはじめて取り組んだ人々は、日本女子大学社会事業学部を卒業し、総じてソーシャルワーカーとしての能力を基盤に持っていた。当時の日本で大きな社会問題となっていた高い乳児死亡率は、低所得者層との相関が大きく、育児指導には生活全般に対する指導を必要としたため、ソーシャルワーカーとしての資質が求められたのである（名原2016：7）。

その具体的な活動展開の例として、昭和初期の保健婦は家庭訪問や部落ごとの健康教育、青少年読書会を通して、あらゆる年代の住民と交流し、地域に根差した総合的な活動を展開した。さらに産婆と学校看護婦の活動も兼務し、農繁期保育所を開くといった福祉の様相も含んでいた。このように昭和初期までの保健婦の活動には、看護とソーシャルワークの融合を見出すことができる（松本・荒木2019）。

その後、戦争の影響で兵力増強が国策となった背景から、1937（昭和12）年制定の「保健所法」で、初めて保健婦は公的身分で働く職種として位置づけられた。4年後の1941（昭和16）年には現在の保健師助産師看護師法の前身となる「保健婦規則」が制定され、またその翌年である1942（昭和17）年の厚生省通知や、1944（昭和19）年の「保健所整備要領」によって、保健指導網の官制化が図られた（松本・荒木2019：6-7）。このようにして国家の方針のもとで保健婦の「行政化」がすすめられたのである。

かつての保健婦の任務は、保健指導や衛生教育にとどまらず、伝統的な貧困層や無医村の在宅患者を対象とする社会事業的活動や、生活改善的ケースワークを中心とする活動など様々な方向性が見られたが、1940（昭和15）年以降保健所行政の中心が社会局・保健局から衛生局に移行したことによって、かつての社会事業的・社会保険的視点は弱化する事となった（吉田1979）。

3-3 戦後日本における公衆衛生行政の変遷

戦後 1947（昭和 22）年に保健所法が全面改正され、保健所が人口 10 万人に 1 カ所、都道府県及び政令市に設置された。公衆衛生の第一線機関としての役割を担った保健所であったが、昭和 30 年代以降日本における公衆衛生は徐々に後退の道を歩むことになる。1953（昭和 28）年以降の地方財政の窮迫を背景に保健所職員が減員され、また 1956（昭和 31）年の地方自治法の改正によって、都道府県衛生部が 14 県で廃止された。このような背景から昭和 30 年代には石垣純二が保健婦雑誌にて「保健所に保健婦はいらない？」と問題提起する「保健所黄昏論」が議論を呼ぶこととなった（名原 2009：158）。

さらに昭和 40 年代になると、日本国民の疾病構造の変化や行政改革の流れを受けて、保健所の再編成が進むこととなる。その流れは大きく二つに分けて説明できる。

一つ目は、政策行政から事業行政への流れである（松本・荒木 2019）。結核をはじめとする感染症対策への社会的ニーズが後景に退く一方、1961（昭和 36）年の児童福祉法改正、1965（昭和 40）年の精神衛生法改正、1982（昭和 57）年の老人保健法の制定等によって、これらの法律を根拠とする事業の実施を優先する方向へ保健所のあり方は変化せざるを得なかった。

その一方で感染症対策面の整備は大幅に遅れた。1897（明治 30）年に制定された「伝染病予防法」は、患者の隔離や患者の家屋等の消毒を主な内容としたものであり、患者の人権尊重や適切な医療を受ける権利については盛り込まれていなかった。1980 年代後半に結核・感染症の感染動向を調査監視するサーベイランス事業が始まった一方で、上記のように感染者の社会隔離を眼目とした伝染病予防法の改正には長い時間がかかった。

1996（平成 8）年に腸管出血性大腸菌（O157）が全国で大流行した際には、同法のために感染者・患者が社会的に排除される事態となり、これまでの感染症対策の見直しが求められることとなった（高鳥毛 2020：80）。これを受けて、厚生省が 1997（平成 9）年に国立感染症研究所を創設し専門的人材の養成に

取り組む一方で、「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」がようやく1998（平成10）年に制定されるに至った。また、2009（平成21）年の新型インフルエンザウイルスの流行を通じて、感染症法のみで大規模な流行に対処することの困難が明らかになったことから、感染対策本部の設置や国による緊急事態宣言の発令を定めた新型インフルエンザ等対策特別措置法が、2012（平成24）年に制定されたのは周知のとおりである。

保健所再編成をもたらした二つ目の流れは、行政改革の一環として対人保健サービスが都道府県から市町村レベルへ移行されたことである。1968（昭和43）年には基幹保健所構想が示され保健所業務の集中化・効率化が目指された一方で、1972（昭和47）年7月には、厚生大臣の諮問機関である保健所問題懇親会の基調報告の中で、対人保健サービスを市町村へ移行する考え方がはじめて示された。これらの動向の背景には、先述した母子・精神保健・老人の各保健法のもとで保健ニーズが多様化・高度化したこと、より身近なところで対人保健サービスを得たいという住民の声が上がったことのほか、当時の自治省によって進められていた地方行政の広域化と計画化の進行等を挙げることができる（名原2009：161）。

3-4 地域保健行政の変遷からみる地域保健制度の問題点

このように地域における保健の担い手としての役割を期待された保健師であるが、その後の地域保健制度の変遷をみると、上記役割を担う上でいくつかの課題を抱えていたことがわかる。第一の課題は、現場を預かる保健師が地域保健行政政策に対して接点を持てる環境に恵まれなかったという点である。例えば1960（昭和35）年、厚生省は「共同保健計画」を打ち出した。地域の実情を把握しそれに合った活動の実施評価を行うことで、保健所と市町村が共同して地域の保健問題解決にあたらうとしたもので、現在の地域保健計画に相当するものであった。しかしこの計画は、上意下達的事であること、保健所の指導力の弱さ、市町村財政への措置なしに成り立たないものであったこと等の理由に

よって、一部自治体を除いて実効性が上がらなかった（松本・荒木 2019：9）。

その後、先述のように1972（昭和47）年の保健所問題懇親会の基調報告で対人保健サービスの市町村移譲の方針が示されたことを受け、1978（昭和53）年には保健婦にとって初めての具体的活動指針となる厚生省通知「市町村における保健婦活動について」が示された。ただし同通知の示す保健婦活動は、住民への直接的サービス提供が主となる一方で、行政政策への保健婦の積極的関与は求められなかった。保健婦が保健計画の策定に十分関与できるよう自治体に求められるようになったのは、1998（平成10）年の厚生省通知「地域における保健婦及び保健士の保健活動について」以降である。

第二の課題は、市町村保健師と地域住民との接触機会が減ることで、地域住民の自発的な保健意識を引き出すことが困難になるという点である。創始期においてソーシャルワーカーとしての技量が大いに求められた保健師であったが、その後保健師の公的位置づけが強まるとともに、地域保健を巡る住民との関係は、行政色の強い上意下達式のものへと変質していった。

例えば1953（昭和28）年、各地区の自発的な地域保健活動を促すための「地区公衆衛生組織活動」が厚生省主導で進められた。この活動は地区の活動と銘打たれたものの、実際には保健所がオーガナイザーとなって行政主導で進められた可能性が高かったといわれており、地域住民による自発的・主体的活動がうまく育成できなかったことが日本の公衆衛生の弱点として指摘されている（松本・荒木 2019：9、橋本 1981：153-154）。

また1960年代以降、母子・精神保健・老人の各保健法が制定・整備されることで、市町村保健師の仕事は、地域全体を視野においた公衆衛生の仕事から各法に沿った保健事業の担い手としての仕事へと、その比重を移していった。さらに1990年代以降、訪問看護の仕事を訪問看護師やケアマネジャーが担うようになり、また市町村の事業が民間委託可能になったことによって、市町村保健師が地域住民と接する機会は減少した。

1997（平成9）年に施行された地域保健法では、住民に身近で頻度の高いサ

ービスは市町村で、広域的・専門的・技術的拠点としての役割は保健所で担うという役割分担が明確化した一方、保健所保健師と市町村保健師の協働のあり方については同法に明記されておらず、両者による重層的な活動が図り難くなっているという課題が指摘されている（松本・荒木 2019：10）。

このように戦後日本の地域保健制度の変遷を概観すると、保健所・保健師をとりまく社会的環境が激変する中で、保健師としてのアイデンティティが揺らぎ、行政や地域住民との関係・協働の具体的有様が今まさに問われていることがわかる。単に現在の日本が感染症対策について不慣れであることのみならず、公衆衛生を担うべき保健所と保健師の位置づけが曖昧になっていることも、新型コロナウイルス対策上の課題であることが改めて確認できる。そこで4章では、戦後日本の過疎地域における地域保健に大きな役割を果たした駐在保健婦制度について、主に高知県の事例に注目しながら概観したい。

4. 高知県「駐在保健婦制度」の展開過程とその意義

4-1 駐在保健婦制度の概要

保健婦が日本で初めて公式に位置づけられたのは1937（昭和12）年であるが、その初期は保健所や保健婦の数が絶対的に不足していたために、全国各地で保健婦活動を根づかせるために様々な保健婦制度が生まれた。

貧困に喘ぐ農村漁村における医師の確保や医療費負担軽減のため、翌1938（昭和13）年には「国民健康保険法」が公布されたが、同法で規定された保健施設事業を営むために、その後全国各地に「国保保健婦」が配置された。当時は規模の小さい市町村が多かったため、基礎自治体自らが専門的な保健事業を展開することには無理があった。その一方で保健所保健婦は身分も安定し専門性も備えていたが、保健所の設置は主に大きな都市に限られていたため、過疎地域を含め広範囲の保健事業をカバーするには限界があった。国保保健婦は、この穴を埋める役割を担ったのである（湯沢 1994：142）。

また戦後日本では復員軍人の失業対策や食糧不足対策から開拓が奨励され、

各開拓地における開拓農民の健康を守るため、1945（昭和20）年11月には農林省の管轄で「開拓保健婦制度」も始まっている。これらの流れの一環として、最盛期には20近くの県で採用されていたのが、駐在保健婦制度である。

駐在保健婦制度とは、保健所所属の保健婦が市町村役所等住民の身近な所に通常の勤務場所を定めて駐在し、担当地域の全ての住民を対象として保健婦活動を行う制度を指す（大嶺2001）。

同制度は1942（昭和17）年の厚生省の基本政策のひとつとして打ち出され、本稿で詳しく紹介する高知県のほか、広島県、新潟県、埼玉県、福井県等で戦前からすでにその運用が始まっていた旨の記録が残されている（松本2004）。戦後、国としての駐在制度は一度解消されたが、その後アメリカの占領政策に基づいて公衆衛生運動が再び盛んになり、GHQ四国軍政部衛生看護担当官として赴任したワニタ・ワータワースの指導により、駐在保健婦制度の普及啓発が積極的に進められた。1948（昭和23）年に香川県と高知県が県として同制度を始めたのを皮切りに、最盛期には18の県で同制度が導入されたといわれている（大嶺2001）。

その後、市町村による保健婦設置がすすんだ等の理由で、1963（昭和38）年に廃止した香川県ははじめ多くの県で同制度は廃止されたが、高知県では地域保健法が制定された1994（平成6）年に至るまで長期間にわたって駐在制が存続し、同県の地域保健に大きな役割を果たした。そこで次節では、高知県における駐在制の展開過程を概観しながら、感染症対策をはじめとする地域保健に対するヒントを探ってみたい。

4-2 高知県駐在保健婦制度の展開過程

前節で述べたように、高知県が県の取組として同制度を始めたのは1948（昭和23）年12月のことである。当時は結核をはじめとする疾患患者数が多かった一方、保健婦制度が始まってから間もなかったことから市町村保健婦および国保保健婦の数は絶対的に不足していた。また同県は山間僻地が多く交通

不便な地理的条件にあるため、限られた保健所を起点に各地の保健活動に従事するのは極めて困難であった。こうした事情のもとで、地域の隅々にまで医療・保健サービスを浸透させる手段として保健婦を各地に駐在させる案が県当局で検討された。

一般に県の保健婦と市町村の保健婦は分担する業務が異なるが、当時の高知県では県と市町村の保健婦に分け隔てなくすべての業務を担わせることとした。命令系統を一本化し、保健所長の指示のもと活動する地区分担制を基調とした駐在制度がとられたのである（木村 2016：12）。この点は、意思決定のスピードを速める上でも、各地域住民の事情に即した地域保健活動や各種支援を行ううえでも、望ましい組織体制であった。

発足当初はわずか 56 名の保健婦で県内 170 市町村を担当して地域保健活動に従事するという恵まれない条件下での出発であったが、定期的な講習会の実施をはじめとする後方支援のほか⁴⁾、1950（昭和 25）年の県保健婦駐在規程の設置、1956（昭和 31）年の県職員としての身分の安定化等によって業務環境の整備が進められ、地区のあらゆる健康問題に対して総合的な保健活動を展開した。また 1959（昭和 34）年から 1961（昭和 36）年にかけては、家族の健康問題を適切に管理するための家族管理カードシステムを確立し、また種別ごとのケース尺度表を作成することによって、緊急度に応じて各ケースに働きかけることも可能となった。駐在保健婦たちはその後も、社会問題になり始めた在宅独居高齢者問題に対して積極的にアプローチするなど様々な健康問題に対して先駆的な総合保健活動を実施し、「高知県方式」として全国的評価を得るに至っている（松本 2004）。

その後、地域住民の健康問題が母子・成人・高齢者へと移行拡大していく社会的背景の変化に伴い、保健婦活動を一人で行う駐在保健婦制度のあり方にも限界が生じることとなった。高知県も 1994（平成 6）年に同制度を廃止するに至ったのは先述した通りであるが、同県が長期間にわたって同制度を存続できた背景として、他県と比較して優れた制度運営がなされていたことが挙げら

れる。以下具体的に説明してみたい。

畑下・宮下・武田・松本・日野（1995）は、和歌山県と高知県の駐在保健婦制度を比較しつつ、和歌山県が高知県と比べて早期に同制度の廃止に至った要因を分析している。

彼らによれば、和歌山県では①各市町村の地域事情を考慮せずに全县での導入が決定し、また制度の趣旨に関する事前周知が行き届かなかったために市町村側に駐在保健婦を受け入れる態勢が十分整わなかったという導入時の問題や⁵⁾②地域保健活動が専ら市町村および保健婦によって遂行される一方、保健所による駐在保健婦支援の体制や、地域保健領域において住民の声を政策決定に反映させる体制が不在であった等の導入以降の問題が生じていたという。その一方、高知県では先述したように保健婦たちの業務環境が整えられていたことに加え、保健婦が行政へ参画・意見具申できる「保健婦室長制」をいち早く実施し⁶⁾政策決定に際して保健婦の位置づけが明確であった。このように、保健所・市町村・住民間の有機的な連携が図られたか否かという点に両県の大きな相違があったことが、和歌山県が早期に制度を廃止した主要因の一つに挙げられている。

4-3 まとめ

本章では、高知県の事例を中心に駐在保健婦制度を概観した。同制度は昭和50年代以降、社会的背景の変化によってその役割を終え廃止への道歩んでいったが、県によるバックアップのもとで保健婦が地域に密着する体制を作り上げた功績はたいへん大きなものであり、今後の日本の地域保健体制を再考するうえでも参考とされるべき事例である。特に高知県の場合、駐在保健婦の業務環境をいち早く整備した点もさることながら、各地の現場の声を速やかに組み上げ保健行政に反映させる保健婦室長制を導入した先見性は特に注目されるべきである。地域保健活動を真の意味で地域に根づかせるためには地域住民が自発的に保健活動にかかわれるような意識づくりが不可欠であり、それを支え

る上で保健師が地域と密接にかかわり、現場の声を吸い上げることがとても重要である。

このプロセスの重要さは、新型コロナウイルス問題対策においても等しく言えることであり、地域に密着した保健師が適切に対処する手立ての整備が今後強く求められる。また、一部マスコミのミスリード等によって感染リスク者が不当な差別を受ける等の不適切な事案を防止するためには、現場の保健師が中央との連携を通じて専門的知識を獲得しつつ、地域住民に適切に情報発信する媒介的役割を積極的に担うことが大切であり、そのための体制整備をいかに図るかという点が今後の大きな課題となるであろう。

ちなみに、戦後日本において地域に密着した保健活動に取り組んだ事例は、この駐在保健婦制度にとどまらない。例えば1950年代以降保健所組織の合理化が進められる中で、愛媛県の保健所に勤務していた稲葉峰雄は、地区分析の結果を各地域住民にフィードバックしつつ、各地の公衆衛生を住民主体で推進する運動を進めた。その運動は、単に公衆衛生の意義を一方的に住民に説くものではなかった。①住民のニーズに耳を傾け、それに応じた知識と技術の提供に努め、②地区住民と行政機関との信頼関係の強化に努め、また③住民の視点に立った記録をまとめることを通じて、各地の公衆衛生の計画と実践にあたったという(小栗1985:73-75)。各地の保健師が各種保健医療福祉に係る計画に十分に関わる体制を整えるよう示した2013(平成25)年の厚生労働省通知(「地域における保健師の保健活動について」)を先取りするような事例であり、現場でこの精神が少しでも実現されるように、保健師の業務環境の改善が求められよう。

5. 考 察

新型コロナウイルスの感染拡大は、単なる感染者の増大ということにとどまらず様々な社会問題を出現させた。その具体例として、低所得者であるがゆえの健康リスクの高まりや、労働機会の喪失に伴う経済リスクの高まりは、様々

な識者によって指摘されている（井上 2020）。このような地域の実態をふまえると、新型コロナウイルス問題への対策として、狭義の感染拡大防止対策にとどまらず、リスクを抱える地域住民全体を視野に置いた総合的な体制づくりが求められる。そのためには保健師と他専門職との多職種連携ネットワークの整備が欠かせないことはいうまでもないが、保健師側がより地域住民に密着して働きかけることを可能にする手立てが、進んで講じられるべきである。

本稿冒頭で述べたように、現在国によって感染症対策に従事する保健所保健師数の増員が図られている最中である。また 2013（平成 25）年 4 月の厚生労働省通知「地域における保健師の保健活動について」では、保健師の保健活動を組織横断的に総合調整する役割を担う「統括的保健師」の配属が各自治体に促され、感染症対策に向けての総合的な体制づくりは徐々に進みつつある。しかし統括的保健師配置の現状を見ると、47 都道府県への設置がすでに完了している一方、市町村への設置は全体の 49.9%にとどまっており、全国への浸透にはかなりの時間を要しそうである（厚生労働省健康局「令和 2 年度保健師活動領域調査（領域調査）結果の概要」）。

地域保健現場の総合調整を図る担い手である統括的保健師の必要性はいうまでもないが、地域住民の目線に立った地域保健活動を実現するためには、それに加えて現場の一人ひとりの保健師が地域住民と密接に関わることのできる業務環境の整備が求められる。戦後日本社会の隅々に地域保健を浸透させるうえで大きな役割を担った駐在保健婦制度から今の我々が学ぶべきことは決して少なくない。

註

- 1) 本稿においては時代によって各専門職の呼び名が異なることに配慮して、歴史的な解説においては旧名で記述する。
- 2) 同年に全国 510 箇所の保健所を対象に実施されたアンケート調査によれば、保健所の保健師の人数が「対応に十分ではなかった」との回答が 66%にも達しており、マンパワー不足問題が当時より指摘されていた（日経メディカル 2010/3/18）。

- 3) 上記の例外として、ポリオ（小児麻痺）があげられる。1960年～61年にかけて大流行したこの病は、（政治的対立の事情にもかかわらず）最終的には旧ソ連からの生ワクチン輸入という形で感染対策が取られるに至った。当時の政府が抱えざるを得なかった、ワクチンの副反応リスク防止と感染拡大防止との間に立たされる「過誤回避のディレンマ」については、三原（2021）が詳しい。
- 4) 高知県では、定期的な講習会の実施にとどまらず、婦長の現地指導や月に一度の保健所連絡会が実施されるなど幅広い後方支援が実施されていた（大友・西田1998）。
- 5) 土橋（1959）によれば、当時の県関係者が駐在制を実施した動機は「生活改良普及員が駐在して非常によく婦人たちと結びついた仕事をしている」からうまくいくだろう、という単純なものであり、保健所と駐在保健婦との連携をはじめ各種連携のあり方についてはほとんど何の考慮もされていなかったという。
- 6) 当時の高知県厚生労働部の中には（看護係と独立する形で）保健婦係が設置されており、同県の保健婦駐在制導入に大きく貢献した上村聖恵が係長として県下保健婦の中核的役割を担っていた。こうした行政的配慮も、同県における保健婦の地位向上に大きく寄与した（青山1972）。

参 考 文 献

- 青山秀康, 1972, 「高知県の公衆衛生活動への反省と期待」『公衆衛生』36巻11号: 32-35.
- Dexter, M., and Harbert, W., 1983, *The home help service.*, Tavistock Publications Ltd. (=岡田藤太郎監訳, 1987, 『ホームヘルプ・サービス』相川書房)
- 土橋つる, 1957, 「駐在制度の問題」『公衆衛生』21巻8号: 42-44.
- 土橋つる, 1959, 「駐在2ヵ年をかえりみて」石垣純二編, 1959, 『保健婦駐在制の研究（生活教育シリーズ24）』生活教育の会: 44-66.
- 福島知子, 2000, 「ホームヘルプ労働に関する一研究（その一）-ホームヘルプ制度の史的展開とホームヘルプ労働-」『滋賀文化短大研究紀要』10号: 101-121.
- 原田正二, 1974, 「老人家庭奉仕員制度の問題」『明治学院論叢社会学・社会福祉学研究』218号: 105-126.
- 橋本正己, 1981, 『公衆衛生現代史論』光生館.
- 畑下博世・宮下和久・武田真太郎・松本健治・日野秀逸, 1995, 「駐在保健婦制度についての史的考察-和歌山県と高知県の場合-(資料)」『公衆衛生研究』44巻2号: 198-205.
- 稲葉峯雄, 1973, 『草の根に生きる-愛媛の農村からの報告-』岩波新書
- 井上敦, 2020, 「新型コロナウイルスによる健康格差, 経済格差の拡大を防げ」『NIRA 政策提言ハイライト』
(https://www.nira.or.jp/outgoing/highlight/entry/n200528_970.html)
- 石垣純二, 1956, 「保健所に保健婦は要らない?」『保健婦雑誌』12巻4号: 10-13.
- 石黒チイ子, 1978, 「ホームヘルパーに要請される業務の特質」『月刊福祉』61巻5号: 26-31.

- 石黒チイ子・中井保之・松本玲子・杉山晴美, 1978, 「座談会 ねたきり老人により良いサービスをするためには」原田正二編『ねたきり老人とホームヘルプ活動－実践記録と活動の展開－』全国社会福祉協議会: 259-269.
- 加藤茂孝, 2010, 「第5回「ポリオ」－ルーズベルトはポリオではなかった?」『モダンメディア』56巻3号: 61-68.
- 上村聖恵, 1959, 「高知県の保健婦事業について」『保健婦駐在制の研究』生活教育の会: 19-32.
- 上村聖恵, 1969, 「特集 高知駐在制の20年 20年のあゆみ」『保健婦雑誌』25巻4号: 11-21.
- 上村聖恵, 1970, 「在宅長期病臥患者の実態と保健婦の役割」『保健婦雑誌』26巻6号: 12-23.
- 金子光編, 1952, 『保健婦の歩み』医学書院.
- 金子光, 1959, 「駐在制のもつ意義」『保健婦駐在制の研究』生活教育の会: 6-18
- 神庭重信・相澤明憲・水野雅文, 2020, 「COVID-19によるメンタルヘルスへの影響と対応」『日本医師会 COVID-19 有識者会議 HP』2020年5月29日
(<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/2061>)
- 川上裕子, 2013, 『日本における保健婦事業の成立と展開－戦前・戦中期を中心に－』風間書房.
- 木村哲也, 2012, 『駐在保健婦の時代 1942-1997』医学書院.
- 木村哲也, 2016, 「祖母の背中から見えてきた保健師の果たした役割」『労働の科学』71巻11号: 12-17.
- 木村与一, 1954, 「高知県における保健婦事業とその成果」『日本公衆衛生雑誌』1巻10号: 37-41
- 北川俊哉, 2011, 『福祉国家の制度発展と地方政府－国民健康保険の政治学－』有斐閣.
- 小林典子, 2013, 「最近の結核に対する保健師活動」奥山則子, 島田美喜, 平野かよ子編, 『ふみしめて70年－老人保健法施行後約30年間の激動の時代を支えた保健師活動の足跡』日本公衆衛生協会: 244-245.
- 駒澤牧子, 2004, 「保健医療の取り組みの変遷」『日本の保健医療の経験－途上国の保健医療改善を考える－』国際協力機構国際協力総合研修所: 9-28
- 厚生省五十年史編集委員会編, 1988, 『厚生省五十年史(記述編)』厚生問題研究会.
- 厚生省社会局施設課, 1961, 『老人福祉(二)－老人家庭奉仕員制度について－』
- 京都府保険医協会, 2021, 「公衆衛生行政の再確立と保健所再生に向けて」
(<https://healthnet.jp/wp-content/uploads/2021/01/ca7874952742fab547c820741571e975.pdf>)
- 久保全雄, 1961, 「日本のポリオ対策の経緯について」『生活衛生』5巻5号: 195-199.
- 松本女里, 2004, 「保健婦駐在制度への考察－高知県の経緯から－」『高知女子大学看護学会誌』29巻1号: 1-6.
- 松本千晴・荒木紀代子, 2019, 「保健師活動の歴史的変遷から公衆衛生看護を考える」『アド

- ミニストレーション』25巻2号：5-15.
- 三原岳, 2020, 「感染症対策はなぜ見落とされてきたのかー保健所を中心とした公衆衛生の歴史を振り返る」『ニッセイ基礎研レポート』2020-09-15：1-17.
- 三原岳, 2021, 「60年前のポリオ騒動で考える感染症対策のディレンマー新型コロナウイルスのワクチン接種に向けた論点を探る」『ニッセイ基礎研レポート』2021-01-08：1-6.
- 宮崎美砂子, 2013, 「健康危機管理と保健師ー総論」奥山則子, 島田美喜, 平野かよ子編, 『ふみしめて70年ー老人保健法施行後約30年間の激動の時代を支えた保健師活動の足跡』日本公衆衛生協会：134-136.
- 森川美絵, 1999, 「在宅介護労働の制度化過程ー初期(1970年代~80年代前半)における領域設定と行為者属性の連関をめぐってー」『大原社会問題研究所雑誌』486号：23-39.
- 森川美絵, 2004, 「医療の中の介護労働ー“寝たきり老人”対策としての「付添」の制度化と問題化を手掛かりにー」『福祉社会学研究』1号：209-228.
- 森詩恵, 2004, 「高齢者介護保障政策の萌芽とその発展ー福祉と医療の間でー」玉井金五・久本憲夫編『高度成長の中の社会政策ー日本における労働家族システムの誕生ー』ミネルヴァ書房：41-61.
- 永田幹夫, 1970, 「誌上シンポジウム 老人の医療と福祉 全国調査の結果から」『保健婦雑誌』26巻6号：25-26.
- 永田幹夫, 1972, 「ねたきり老人とひとり暮らし老人」『公衆衛生』36巻3号：26-32.
- 名原壽子, 2009, 「保健師60年のあゆみ」保健師助産師看護師法60年史編纂委員会編『保健師助産師看護師法60年史ー看護行政のあゆみと看護の発展ー』日本看護協会出版会：154-170.
- 名原壽子, 2016, 「歴史にみる保健師が支えてきたもの」『労働の科学』71巻11号：4-11.
- 中尾寿美・大坪静子他, 1969, 「話し合い ここまで来た駐在制」『保健婦雑誌』25巻4号：22-49.
- 日本看護協会, 2020, 「新型コロナウイルス感染症対応に奔走した保健所保健師の実際」日本看護協会HP, 「看護実践情報」2020年9月17日.
(https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/case/publichealth_nurse.html)
- 日経メディカル, 2010, 「保健所の保健師の人数は「対応に十分ではなかった」が66%ー新型コロナウイルスの初期対応の評価と提言から」2010年3月18日.
(<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/special/pandemic/topics/201003/514577.html>)
- 西浦功, 2014, 「老人家庭奉仕員制度の導入と伝播ー先行要件仮説と伝播仮説の検証ー」『札幌大谷大学・札幌大谷大学短期大学部紀要』44号：101-110.
- 西浦功, 2017, 「公衆衛生と在宅福祉との接点ー中山間地における在宅福祉と駐在保健師ー」『札幌大谷大学社会学部論集』5号：1-25.
- 小栗史朗, 1985, 「公衆衛生の歴史」小栗史朗, 木下安子, 内堀千代子, 『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史』医学書院：1-89.
- 大国美智子, 1973, 『保健婦の歴史』医学書院.

- 大嶺千枝子, 2001, 「占領期に行われた保健婦駐在の制度比較に関する史的考察」『沖繩県立看護大学紀要』2号: 108-116.
- 大友優子・西田茂樹, 1998, 「プライマリ・ヘルス・ケアの視点から見た高知県保健婦駐在制についての研究」『保健婦雑誌』54巻9号: 740-744.
- 坂田周一, 1996, 「社会福祉サービスにおける地域格差と公正: 課題と方法」『季刊社会保障研究』32巻3号: 329-339.
- 佐藤秀紀・中嶋和夫, 1999, 「在宅福祉サービス実施状況の市町村間格差に関連する社会的要因の分析」『社会福祉学』40巻1号: 1-19.
- 清水浩昭, 2011, 「高齢化社会における居住形態と介護の地域性」『家族関係学』30号: 75-82.
- 荘田智彦, 1999, 『保健婦-「普通」を守る仕事の難しさ-』家の光協会.
- 須加美明, 1996, 「日本のホームヘルプにおける介護福祉の形成期」『社会関係研究』2巻1号: 87-122.
- 日月公子・大工原秀子・江口福・三田寺おとめ・阪上裕子, 1972, 「座談会 日常生活のカベを乗り越えられるか」『公衆衛生』36巻3号: 38-45.
- 高島毛敏雄, 2020, 「新型コロナウイルス感染症と日本の公衆衛生の到達点-感染症対策の歴史と保健所の役割から」『経済』29: 75-85.
- 津川友介, 池上直己, 見明奈央子, マイケル・ライシュ, 2014, 「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」池上直己編『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ 日本からの教訓』(公財)日本国際交流センター: 215-231
- 塚原康博, 1992, 「社会福祉施策の導入と伝播: 先行要件仮説と伝播仮説の統合と検証」『季刊社会保障研究』28巻2号: 173-181.
- 辻内ミヤ子・須川洋子, 1959, 「健康な村をつくるために-駐在制と共に歩む-」『保健の科学』1巻4号: 160-164.
- 内野栄子, 2013, 「新型インフルエンザの初動から地域連携体制の整備」奥山則子・島田美喜・平野かよ子編, 『ふみしめて70年-老人保健法施行後約30年間の激動の時代を支えた保健師活動の足跡』日本公衆衛生協会: 310-312.
- 和田謙一郎・宮本教代, 2010, 「昭和20年代から40年代の小規模自治体における保健福祉活動-長野県の保健婦の活動を調査して-」『四天王寺大学紀要』49号: 125-146.
- 山本勝代・龍田よしゑ・大松美和子・東英代・古川紀子・橋本勉・組口庄司, 1987, 「特集 II 和歌山県の駐在制度廃止をめぐる座談会 駐在29年の意義と今後の活動を語る」『地域保健』87巻6号: 69-90.
- 山本幹夫, 1969, 「高知県の保健婦制度について」『保健婦雑誌』25巻9号: 10-14.
- 山崎幸子, 1972, 「18年の活動のなかで」『公衆衛生』36巻11号: 18-20.
- 吉田久一, 1979, 『吉田久一著作集3 現代社会事業史研究』川島書店.
- 湯沢布矢子, 1994, 「保健婦活動の課題」『公衆衛生研究』43巻2号: 141-146
- 全国社会福祉協議会編, 1979, 『在宅福祉サービスの戦略』

巻末資料 保健行政のあゆみ

年	保健・医療行政	保健師関連法令・通知	保健師関連その他
1874 (M7)	医制公布		
1879 (M12)	コレラ予防仮規則		
1880 (M13)	伝染病予防規制公布		
1881 (M14)			衛生委員通信手続達
1885 (M18)	種痘規則制定		
1886 (M19)			地方官官制 (衛生課府県設置) 衛生委員廃止
1893 (M26)			地方官官制 (衛生事務警察部所管へ)
1897 (M30)	伝染病予防法公布		
1904 (M37)	肺結核予防法公布		
1907 (M41)	らい予防法制定		
1909 (M42)	種痘法公布		
1919 (T8)	精神病法、結核予防法、 トラホーム予防法制定		
1921 (T10)			衛生局に予防課新設
1922 (T11)	健康保険法制定		
1923 (T12)			結核健康相談所 (東京市) 開設
1926 (S1)		小児保健所指針	
1927 (S2)			乳幼児健康相談所開設
1928 (S3)	農村結核予防対策答申		
1931 (S6)	寄生虫予防法公布		健康相談所 (東京市) 開設
1932 (S7)	公立結核予防相談所開始		
1933 (S8)			模範衛生地区駐在保健婦開始 (神奈川県)
1935 (S10)			指定村に保健婦助産婦を常駐 都市保健館 (京橋) 開設
1936 (S11)			保健婦設置 (山形県)
1937 (S12)	結核予防法改正 母子保護法	保健所法施行 (49ヶ所設置)	社会局健保相談所開設
1938 (S13)	国民健康保険法制定 厚生省創設		農村保健館 (所沢) 開設

年	保健・医療行政	保健師関連法令・通知	保健師関連その他
1939 (S 14)		「国民健康保険組合に対する保健所の連絡指導方に関する件」	小児結核予防所設置 (40ヶ所)
1940 (S 15)	国民体力法公布		
1941 (S 16)	医療保護法公布 国民保健指導方策要綱	保健婦規則制定 保健所を中心に保健指導網の確立 (通達)	保健婦駐在制開始 (高知県)
1942 (S 17)	国民医療法制定 BCG 接種開始 結核対策要綱策定	保健婦駐在制国庫補助 「保健婦設置に関する件」	都道府県の衛生行政事務が警察部から内政部へ移管
1943 (S 18)		国民健康保険組合保健施設実施要綱	
1944 (S 19)		「保健所運営の刷新に関する件」「各種保健指導施設の統合設備に関する件」 「国民健康保険組合に対する保健所の連絡指導方に関する件」	保健所網整備要領
1945 (S 20)	GHQ 「公衆衛生対策に関する覚書」	保健婦規則改訂 緊急開拓事業実施要綱	
1946 (S 21)	GHQ 「保健及び厚生行政機構改正に関する件」	保健師制度法案発表 国保保健婦の国庫補助金交付開始	
1947 (S 22)	GHQ 「保健所機能の拡充強化に関する覚書」 児童福祉法公布 伝染病届出規則制定 予防接種法施行	新保健所法制定 府県に衛生部及び民生部必置義務 (衛生業務は警察から保健所へ移管) 保健婦助産婦看護婦令公布	駐在制などの解消 開拓保健婦制度実施 (農林省の所管) 杉並保健所開設
1948 (S 23)	「妊産婦乳幼児の保健指導に関する件」 母子衛生対策要綱	保健婦助産婦看護婦法制定 保健所運営指針	県独自で新しく保健婦の駐在制を実施 (高知県) 国保保健婦のいない町に保健所保健婦を駐在 (香川県)
1949 (S 24)	身体障害者福祉法公布	「保健婦業務指導指針について」「国民健康保険の保健施設の指導監督について」 「国民健康保険の保健施設の拡充強化に関する件」	
1950 (S 25)	精神衛生法施行	保健婦助産婦看護婦法改正	

年	保健・医療行政	保健師関連法令・通知	保健師関連その他
1951 (S 26)	結核予防法全面改正 検疫法制定	「保健婦のための看護基準の指導について」「保健婦事業の強化刷新について」「保健所と市町村などの保健婦との連携の強化について」	
1953 (S 28)	新しい予防法制定	国保保健婦 1/3 国庫補助	地区公衆衛生組織活動
1954 (S 29)	結核対策強化要綱	保健所運営報告の制定	
1955 (S 30)		国民健康保険法の改正, 保健婦に対する省令補助金を国庫支払い義務による補助金改正	
1957 (S 32)	結核予防検診無料化	保健所診療業務廃止	公衆衛生黄昏論
1958 (S 33)	新国民健康保険法成立 予防接種実施規則公布 未熟児養育医療, 訪問指導開始	保健所医療社会事業業務指針	母子保健センター設置
1959 (S 34)	ポリオ指定伝染病 結核児童療育給付, 結核患者登録管理開始		ホームヘルパー制度発足
1960 (S 35)	精神薄弱者福祉法施行 じん肺法公布 ポリオ緊急対策決定	「保健所の運営について」「国民健康保険の保健施設について」「国民健康保険の保健施設と公衆衛生行政との関連について」	共同保健計画 保健所の5類型化(都市型, 農山漁村型, 都市農村型, へき地型, 支所型)
1961 (S 36)	児童福祉法改正 結核予防法改正 精神衛生法改正	3歳児健康診査, 新生児訪問指導開始	ポリオワクチン(35万人)一斉投与
1963 (S 38)	老人福祉法公布	国保保健婦補助金を保健所保健婦並に引き上げる	老人(65歳以上)健診実施
1964 (S 39)	予防接種法改正(ポリオ生ワクチン法制化)		
1965 (S 40)	精神衛生法改正 母子保健法公布	「地方交付税(市町村分)への国民健康保険費の算入について」	派遣保健婦制度(青森県)
1966 (S 41)		「保健所における精神衛生業務運営要綱」	
1967 (S 42)		「在宅重症心身障碍児(者)訪問指導要綱」	

年	保健・医療行政	保健師関連法令・通知	保健師関連その他
1968 (S 43)		保健婦助産婦看護婦法改正 (男子の看護人)	基幹保健所構想 市町村母子保健事業 (母子 保健推進員制度)
1969 (S 44)	妊婦健康診査公費負担制度 開始	「開拓保健婦の保健所保健 婦制への移管について」	東京都老人医療費無料化 移動保健所実施要綱
1970 (S 45)	心身障害者対策基本法公布	保健婦業務要覧改定 (事業 所保健婦業務の執筆)	
1971 (S 46)		過疎地域保健婦事業に国庫 補助	
1972 (S 47)	老人福祉法改正 難病対策要綱 健康増進モデルセンター整備	「国民健康保険保健婦の国 庫補助について」「無医地 区保健指導事業の実施」	
1973 (S 48)	老人医療無料化 乳児健康診査公費負担制 度、インフルエンザの防疫 対策について	「離島における保健指導事 業の実施」「国保保健婦ス テーション補助金新設」	
1975 (S 50)	僻地医療対策実施 母子保健センター設置要綱		東京都保健所、区へ移管
1976 (S 51)	予防接種法改正 種痘定期接種事実上廃止 地域保健対策要綱案	国民健康保険調整交付金補 助 (先駆的実験的に期待で きる市町村)	
1977 (S 52)	1歳6ヶ月児健康診査市町 村事業開始 風疹予防接種 (中学生女子) 実施	「国民健康保険保健婦の活 動等について」	
1978 (S 53)	第一次国民健康づくり対策 老人保健医療総合対策開発 事業要綱	「市町村における健康づく り実施体制の整備等につい て」「国民健康保健の保健 施設について」 「市町村における保健婦活 動について」	国保保健婦を市町村に移管 (身分一体化)
1979 (S 54)	急性灰白髄炎の予防接種の 実施について		
1980 (S 55)			総合母子保健センター開所
1981 (S 56)	感染症サーベイランス事業 発足		
1982 (S 57)	老人保健法公布 (70歳以上 無料制度廃止) 老人保健事業第一次5ヶ年 計画		過疎地域等保健指導事業の 実施

年	保健・医療行政	保健師関連法令・通知	保健師関連その他
1983 (S 58)			保健所精神業務に老人精神衛生相談指導新設
1984 (S 59)	健康保険法一部改正 (医療費一割負担)	保健所法一部改正 (交付金化)	
1985 (S 60)	第一次医療法改正	市町村保健婦補助金を交付金に移行	過疎地域等保健指導事業の実施
1986 (S 61)	老人保健法一部改正 (老人保健施設)	僻地保健医療計画策定	
1987 (S 62)	結核・感染症サーベイランス事業開始 老人保健事業第2次5ヶ年計画	市町村保健活動交付金交付要綱	保健所保健福祉サービス調整推進事業実施
1988 (S 63)	精神衛生法改正 (精神保健法へ) 第2次国民健康づくり対策		訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業開始 (全国11ヶ所)
1989 (H 1)	新三種ワクチン義務化 エイズ予防法制定 ゴールドプラン策定		
1990 (H 2)	福祉8法改正		地域保健活動の充実強化について
1991 (H 3)	訪問看護制度創設	「国民健康保険の保健施設事業における市町村保健婦の協力体制について」 「国民健康保険の保健施設事業と市町村保健婦の連携について」	
1992 (H 4)	老人保健部が老人保健局になる 老人保健法一部改正 (老人訪問看護制度創設)	看護師等の人材確保の促進に関する法律	
1993 (H 5)	障害者基本法制定	保健婦助産婦看護婦法一部改正 (保健士誕生)	市町村、老人保健福祉計画策定完了
1994 (H 6)	地域保健法公布 エンゼルプラン策定 新ゴールドプラン策定 母子保健法改正 新三種混合ワクチン努力義務	市町村、母子保健計画策定義務化 「保健所及び市町村の保健婦増員に係る地方財政措置について」「地域保健対策の推進に関する基本的な指針について」	小規模町村における保健活動の支援について
1995 (H 7)	障害者プラン策定		

年	保健・医療行政	保健師関連法令・通知	保健師関連その他
1996 (H 8)	らい予防法廃止	「病原性大腸菌 (O157) による食中毒に関する保健婦活動の強化について」	
1997 (H 9)	地域保健法全面施行 厚生省健康危機管理基本指針	高知県駐在保健婦廃止	保健サービスの実施主体が市町村に移行
1998 (H10)	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制定	「地域における保健婦及び保健士の保健活動について」	
1999 (H11)	感染症法施行	「保健婦等の増員等に係る地方財政措置について」	
2000 (H12)	介護保険法施行 社会福祉法改正 児童虐待防止法制定 健康日本 21 プラン発表 健やか親子 21 策定		
2001 (H13)	ハンセン病補償法 厚生労働省健康危機管理基本指針策定	保健婦助産婦看護婦法一部改正 (保健師に改正) 「保健婦等の増員等に係る地方財政措置について」	地域における健康危機管理について～地域健康危機管理ガイドライン～
2002 (H14)	健康増進法制定		
2003 (H15)	児童福祉法改正 新障害者プラン策定 感染症及び検疫法改正 (感染症対策の充実強化) (重症急性呼吸器症候群 (SARS) を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の対象に加える)	「地域における保健師の保健活動について」	
2004 (H16)	児童福祉法改正 児童虐待防止法改正	「地域保健・老人保健事業報告の一部改正について」	地域保健活動の充実強化について
2005 (H17)	新型インフルエンザ対策行動計画策定 障害者自立支援法公布	介護保険法改正 「地域保健活動の充実強化について」	
2006 (H18)	医療制度改革関連法成立	健康保険法等改正	
2007 (H19)	インフルエンザの定期予防接種実施要領一部改正		

年	保健・医療行政	保健師関連法令・通知	保健師関連その他
2008 (H20)	感染症法・検疫法改正	「保健所における健康危機管理体制の整備の徹底について」	特定検診／特定保健指導
2009 (H21)	新型インフルエンザ対策行動計画改定	看護師の人材確保の促進に関する法律改正	新型インフルエンザガイドライン策定
2011 (H23)	予防接種法改正（臨時接種の規定） 肝炎対策基本指針		
2012 (H24)	新型インフルエンザ等対策特別措置法成立	地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正	
2013 (H25)	健康日本21（第二次） 新型インフルエンザ予防接種による健康被害による救済に関する特別措置	「地域における保健師の保健活動について」	
2015 (H27)		地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正	
2016 (H28)	肝炎対策基本指針改訂		
2017 (H29)	新型インフルエンザ等対策ガイドライン一部改定		
2020 (R 2)	新型コロナウイルスワクチン接種体制確保事業の実施について 予防接種法及び検疫法の一部を改正する法律施行		

出典：『ふみしめて50年：保健婦活動の歴史』、『保健師助産師看護師法60年史：看護行政のあゆみと看護の発展』、『ふみしめて70年：老人保健法施行後約30年間の激動の時間を支えた保健師活動の足跡』、『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史』、『日本の保健医療の経験：途上国の保健医療改善を考える』より筆者作成