

戦時下の千葉県における医療社会事業政策の展開

高 梨 美代子^{*}

要旨

今回、戦時下の千葉県における医療社会事業の取り組みについて文献研究を行った。戦時下では、疾病などによる貧困対策や健兵強兵対策が急務となっていた。その中で、方面委員による事業の活発化と昭和13年4月に公布された国民健康保険法に基づき、国保組合、または、産業組合の代行による国保事業が展開され、医療社会事業が大きく展開されていった。千葉県においては、独自に無医村または医師不足地区にて保健指導を行う為、「社会保健婦」の養成を行った。「社会保健婦」の養成と国保組合や拠点などに配置を行ったことで、国保組合の設置、保健施設が発達し、母子相談や支援が拡大した。救貧、防貧のみならず、予防を中心として、地域住民とともに地域における保健・医療・社会福祉の提供体制が整備されたことがわかった。

キーワード：地域医療，医療社会事業政策，社会保健婦，保健医療福祉提供体制

1. はじめに

我が国においては、保健・医療・社会福祉政策の中で、地域を基盤とした地域包括ケアシステムの推進が謳われ、近年は地域共生社会政策において重層的支援体制整備が推進されている。

この源流となる疾病や障害に対する保健・医療・社会福祉政策の大きな転換期となった時期として明治期が挙げられる。疾病と経済支援の観点から見れば、明治4年(1871)に「恤救規則」が、医療の観点で見れば、明治7年(1874)に医療の根幹をなす「医制」が制定された。また、保健予防の観点から明治30年(1897)「伝染予防法」が制定された。その後、戦争の拡大とともに、人々の生活を鑑みながら保健・医療・社会福祉政策が変化していく。

特に、戦時下においては、貧困や健兵対策として医療社会事業として疾病保険が整えられ

^{*}総合福祉学部 助教

ていく。千葉県では独自に「社会保健婦」要綱を定め、「社会保健婦」養成を行っている。この「社会保健婦」制度は、鳥取県の「保健委員制度」とヒントに設計された。鳥取県で初めて制定された「社会保健婦」制度は「社会保健婦」制度として、全国的な広がりを見せた。なお、この制度は、立田千葉県知事が前任鳥取県知事時代に制定したものであった。その為、立田千葉県知事が「社会保健婦」の養成を千葉県でも要望し、その後、養成研修が行われ、千葉県における国民健康保険事業（医療提供施設含む）と保健事業（保健施設含む）の発展に寄与した。

「社会保健婦」は、保健師の前身とも言える存在とされるが、千葉県での養成当時、その業務については「衛生か、厚生か」といった論議があった。第二次世界大戦後、連合国軍最高司令官総司令部GHQ/SCAP（以下GHQ）が、昭和22年（1947）に厚生省に発した覚書「保健所機構の拡充強化に関する件」により、公衆衛生の基本的事業として、母子衛生、臨床検査業務、人口動態統計など12の事項が挙げられ、その中の一つに医療社会事業が含まれている点からも、議論の余地があったと言えるだろう。なお、この覚書にある公衆衛生の基本的事業にある「医療社会事業」を根拠に、日本では、ソーシャルワーカーという職種（医療社会事業員）がいち早く保健所に配置された。言い換えれば、この「社会保健婦」の活動が、医療ソーシャルワーカーの源流の一つとなっている可能性は否定できないという事である。

文献をみると、社会保健婦、保健師、医療ソーシャルワーカー、民生委員などからの聞き取りや実践者の思いをつづる文献は多数あり、また、社会保健婦や社会政策に関する文献は散見するが、医療社会政策転換期の一つである戦時下における千葉県の医療社会事業政策について歴史的基盤を踏まえて検討し直した文献は少ない。

そこで本稿では、戦時下の千葉県における医療社会事業政策と具体相について検討をし、その特徴について明らかにすることにした。

2. 我が国の医療制度と医療社会事業との関係

我が国の医療制度の根幹をなす法律は、明治7年（1874）8月制定の医制である。なお、医制にあたっては医薬分業への考え方に基づく薬の管理を目指す志向が存在した。実際、明治5年（1872）に陸軍軍医総監の松本良順と福原有朋（薬剤師会創設に関わり、三代目薬剤師会会長）が診療所と「資生堂」として近代的な調剤薬局を開設するなど実践が行われた。ただし、医薬分業を巡っては、その後も調剤権などを巡り論戦が続いていく。

また、良医の排出は勿論、医制第十五条の但し書き書にあるように「未知の病院（地方にある病院－筆者）ハ入学ノ生徒ニ限ラス偏ク医生ノ出席を許スコトアルヘシ」⁽¹⁾と、地域医療の重要性が示された。

医制が制定されると、医師養成が本格化し、中央、地方を問わず病院付属の医学校の新設

がなされていく。同時期には、本格的に医育機関を併設した西洋医学の医療機関として順天堂醫院が下谷練堀町に開院（明治8年（1875）に湯島に移転し、順天堂醫院と名称変更）⁽²⁾、明治9年（1876）には長谷川泰により創設された私立医学校「済生学舎（済生學舎）」（後の日本医科大学）⁽³⁾が創設されるなど、私立学校の創設が本格化していく。

明治44年（1911）には、医療によって生活困窮者を救済しようと明治天皇の御下賜金を原資とした恩賜財団済生会が設立された。その後、済生会では診療所の数を増やし、救療事業⁽⁴⁾と呼ばれる医療社会事業が展開されていくことになった。

また、大正8年（1918）には、欧米で社会事業について多くを視察した山下の呼びかけにより、東京帝国大学基督教青年会（東大YMCA）特別会員らが施設を立ち上げ、生活困窮にある婦人と小児の保護、保健、救療を目的に無料診療を始め、大正8年（1919）には安心して出産ができるようにと日本初の助産院である賛育会本所産院が設立⁽⁵⁾されるなど、生活困窮にある者たちに対する医療提供施設が設立されていく。

さらに隣保事業において長谷川良信が大正9年（1920）4月マハヤナ学園に託児所を開設、同年、東京府方面委員（現：民生委員）を拝命、昭和11年（1936）、4月に巣鴨のマハヤナ学園内に「マハヤナ診療所」を開設し、実費診療による医療保護事業（医療と助産）に乗り出している。^{(6) (注2)}

医療提供施設が徐々に拡大する中、治療費の負担軽減などの目的により、大正11年（1922）に「健康保険法」が公布された。公布されたが、過激社会運動取締法案による影響、関東大震災の発生があり実施が延期され、実質、昭和2年（1927）1月から開始となった。この時の「健康保険法」の対象は、工場などの労働者と現場職員のみであった。その為、農山漁民、零細商工業者や雇われ人は利用できないといった社会問題があった。⁽⁷⁾

大正末期になると、日本は、他国との戦争の状況から学校教育に軍事教育を取り入れるなど、軍国主義化への道を歩み始めることになる。

昭和4年（1929）の世界恐慌がおこり、日本では特にコメ、繭、野菜などの農産物の価格が暴落し、農村に大きな打撃を与え、農家の困窮が社会問題となった。⁽⁸⁾そして、昭和6年（1931）9月満州事変、昭和12年（1937）の蘆溝橋事件をきっかけに全面的な日中戦争が始まる。思想・言論に対する統制が強まり⁽⁹⁾、国民精神総動員運動も行われた。

「昭和9年（1934）の内務省社会局の調査によれば、全国で医師がいない町村は3,420か所、歯科医師のいない町村が8,225か所、薬剤師のいない町村が9,302か所、助産師がいない町村は2,351か所であった。他に、医師の診療を受けることさえできない町村が、1,000か所あり、医療機関の偏在や空白といった問題が存在した。」⁽¹⁰⁾

こうした医療機関の存在や空白に対し、「町自体が医療機関を経営、あるいは産業組合などが特別に医療利用組合を結成するなどして、組合員の経費診療にあった」。こうした動きは、

(3)

千葉県内では、「昭和7年に印旛郡公津村において一部有志による医療互助事業」が開始され、「医師や産婆の応援」を得て、「深夜の往診なども軽費」で実施された。「この取り組みが、後日国民健康保険実施の為の参考の一つ」にされた。⁽¹¹⁾

しかし、処遇などにより勤務医がいない、または、すぐに辞める不安定な医療提供体制であった。また、不況の農山漁村では医療費の滞りによる赤字経営にて解散をせざるを得ない組合や診療所が相当数にのぼった。⁽¹²⁾そして、人々の生活においては、一家の働き手である主人の病気、家族の病気などが原因で娘を売春婦に売るといような悲惨な状況が頻発しており、対応策も求められた。⁽¹³⁾

このような社会問題がある中、昭和6年(1931)の満州事変、上海事変、昭和16年(1941)にハワイの真珠湾攻撃を機に太平洋戦争に突入し、昭和20年(1945)8月の終戦まで15年にわたる戦争が続いた。

大正11年(1922)健康保険法は、一部の労働者に対象者を限っていたが、政府は、農村における健康問題、健兵対策として、昭和12年(1937)、農村部の医療と公衆衛生の改善に向け、国民健康保険法案は、「国民の健康が国力進展の原動力」、保健所法案は「国民の体位の向上」「衛生思想」「日常生活の衛生的改善指導」「結核その他疾病予防の指示」を主な目的に帝国議会に同時に提出された。昭和12年(1937)保健所法による保健所設立、昭和13年(1938)1月に厚生省が発足した。そして同年国民健康保険法(4月1日法律公布、7月1日実施)により、国民健康保険事業を担う保険者として「国民健康保険組合(以下、国保組合)」が組織されていく。なお、国民健康保険は、日本特有の地域保険としての性格をなし、広く一般の健康保障を目指し、保険給付には療養、助産・葬祭給付があり、その種類や範囲は組合で決めることができるものだった。また、「国保組合」設立や加入も基本的に任意であった。つまり、地方自治に任された事業であった。

注)当初、疾病保険制度の所管は農商務省であったが、大正11年(1922)1月に内務省社会局が発足し、同年11月に農商務省から移管した。

3. 戦時下の千葉県における医療社会事業対策－疾病と貧困対策

(1) 千葉県社会課で行っていた社会事業(社会福祉)

千葉県では学務部社会課により医療社会事業が推進されていた。特に、「愛育会活動と国民健康保険組合運動の組織の上に、全村全地域住民参加の福祉活動に注力した。」⁽¹⁴⁾

なお、戦争の拡大により、「昭和17年(1942)に社会課は兵事厚生課として改称され、軍事援護の重大化と合わせ、戦災対策事業も重視されるようになった。」⁽¹⁵⁾

社会事業は主に軍事援護と救護事業に大別された。「福祉の夜明け」によれば、「軍事援護」としては、軍事救護法、婦人指導員、授産場、慰問団の派遣、軍人家族遺族の職業補導講習

会、戦病死者に対する慰霊祭、傷痍軍人保護、傷痍軍人の職業指導、満蒙開拓南米移住、国立下総療養所の建設であった。

一方、「救護事業」としては、方面委員（現在、民生委員・児童委員及び主任児童委員）、災害救助と復興の為の住宅政策、職業紹介、老人対策、児童保護、保母養成、不良児の感化事業、衛生面の伝染病予防、方面委員研修、社会事業施設（災害対応、託児所、保育園、養老院）、社会保健師研修（後に衛生主管課に移動）、国民健康保険の保健思想の理解促進事業が行われた。

このように医療社会事業は、主に「軍事援護」と「救護事業」の2つに大別されるものであったが、戦争の拡大長期化により軍事援護の比重が強化された。その中で、国保事業が図られていくことになった。千葉県の働きかけにより、特に産業組合が活発な動きを見せ、国保事業のなかに新しいプログラムを開発したい機運も生じて誕生したのが、国保組合と社会保健婦との一体的な事業展開であった。

（２）国の救護法による医療券発行

昭和4年（1929）「救護法」が制定されたが、財政難を理由に延期となり、方面委員や社会事業家らによる実施促進活動が活発化する。第2次世界大戦が開始すると母子保護法、軍事扶助法、医療保護法、戦時災害保護法など「救護法」を補充する立法が行われたが、救護事業は、「医療保護法」に吸収され、戦後は「生活保護法」に統合されていくことになった。

「救護法」の対象は、65歳以上の老衰者、13歳以下の幼者、妊産婦、障害者であり、救護の種類は生活扶助、医療、助産および生業扶助の4種であった。ただし、「恤救規則」と同様に、労働力のある貧民は救護の対象外とされた。申請にあたっては、方面委員が補助機関として活動していた。

千葉県の「救護法」の対象者の特徴としては、「65歳以上の老人、孤独者、13歳未満の乳児幼児及び妊産婦などが多かった。また、精神病患者や傷痍障害者が適用となっていた」⁽¹⁶⁾ また、戦時中という事もあり、方面委員は軍人家族への対応に苦慮していたが、それに真摯に向き合っていた。

（３）千葉県独自の診療券の発行

千葉県では、「救護法」とは別に、独自に昭和4年（1929）5月から診療券を交付している。その種類は、「県医師会の救療券、薬剤師会の無料投薬券、委託産婆」の救療券である。⁽¹⁷⁾

千葉県独自に発行した理由は、貧困を基準とした「救護法」による医療対象者の該当は少ない一方で、一定の生活はできていても医療に困る県民の存在があったからである。実際、この診療券の発行により、医療にかかった者は多数に及び、昭和16年（1941）に「医療保護

(5)

法」が公布されるまで続いた。

4. 千葉県における国民健康保険の組合事業の概要および特徴

「千葉県国民健康保険三十年史」(1968)によれば、昭和13年(1938)の「国民健康保険制度」の制定により、千葉県では、健康保険の業務を担当とする専任職員が配置され、千葉県下の市町村普及を推進した。その際、特に希望が多かった産業組合関係と交渉から進めていった。産業医組合は代行許可を得て、国保事業を展開した。また、医師会、歯科医師会の協力、特に開業医の協力のもとに診療協定が結ばれ、診療が進められていった。

また、産業組合による国保普及のみならず、市町村による普通組合の設立も進められた。特に、千葉県は無医村に重点を置き、伝染病(赤痢・疫痢)に悩む安房郡北三原町をモデル地区として選定した。厚労省より国保普及協力委員の辞令を受けた川上氏が国の援助と組合の仕組について説明して歩き、北三原で国保事業が開始され、近隣に波及した。

さらに、後で詳細を述べるが、千葉県の特徴として、無医村または医師不足地区から推薦してもらった農村の家付きの娘に対し、「社会保健婦」の養成を行い、活動の基盤をつくるために「国保組合」を作らせ、長く村民の保健指導に当たらせるための社会保健婦制度を普及させたことにある。後に「保健師法」制定により、「社会保健婦」から厚生指導員と名称が変わるが、養成は5年間継続し、「国保組合」と「社会保健婦」との一体的な事業とした。

こうして、千葉県の国保事業は保険事業と予防教育事業の2つに大別されることになるが、保険事業は、第2次世界大戦が進むにつれ、国保の保険料の収納が低下、医療提供体制の脆弱性により、滞納者が増え、安房、君津以外は事業中止となった。一方の予防教育事業は、養成された社会保健師や職員が、保健施設を用いて地域住民に対し継続的、かつ、積極的に関わりを持ち続けた。

なお、戦後、連合軍総司令官マッカーサー元帥の国保に関する声明が発表され、GHQの調査団が全国にある「国保組合」に視察にまわり、千葉県にも来訪する。こうした動きの中で、千葉県では「国保組合」の動きが活発化する。また、国民健康保険に対する理解が進む中で、安心してもらえる医師の確保など被保険者の考え方もでてきた。組合診療所の開設を望む声があがり、伝染病患者が発生した際に使われた「避病舎」を活用して組合診療所を開くという考え方が高まり、「県衛生課も反対はせず」、「千葉大学病院の協力のもと」、「診療所を持つ組合が増加」した。⁽¹⁸⁾

5. 地域を基盤とした医療基盤の組織化

(1) 無医村対策と地域組織化

医療に不自由する地区である無医村地区に対する事業は社会事業の対象であった。「千葉県

では、昭和7年(1932)9月時点で、無医村は80数地区あった。無医村地区に対し、当初、医療技術者の配置活動を推進しようとしたが実現しなかった。⁽¹⁹⁾そこで、先ほど述べた通り、国保事業の推進と「社会保健婦」を養成し配置していくこととなる。

(2) 国民健康保険の開始と地域組織化

昭和13年(1938)国民健康法が施行され、「国民健康保険組合(以下、国保組合という)」が組織された。厚生省(現:厚生労働省)の計画要請を受け、各都道府県で普及する。また、厚生省から戦力強化の色々な拡充方策の指示もあった。このような社会的背景から、千葉県では必要な計画と予算が急速に成立した。千葉県では、予算課目に人口対策費、母親学校補助、母性教養施設補助費などのいわゆる母性小児保護事業が計上された。特徴として、「母親学級は国保組合保健施設」、「母性教養施設は佐倉、松尾、鶴舞の高等学校女学校」⁽²⁰⁾に設けた。

なお、国保組合の設立にあたっては、「全国的に農業団体が国保組合の代行を強く要望し、千葉県下においては産業組合中央会支会を中心に設立を推奨した。そして、千葉県市町村の約1/4が産業組合による代行を認めるに至った。⁽²¹⁾

その後、「安房郡北三原村(現:南房総市)、曾呂村(現:鴨川市)などの無医村地区にも広がりを見せていく。⁽²²⁾

これら国保組合では、県医師会と折衝し、単価や支払い方法を定める、他県の視察など経営を行い、昭和16年(1941)8月20日に千葉県国民健康保険組合联合会(現:千葉県国民健康保険団体連合会、以下、組合という。)の結成に至った。

これら動きの中で、千葉県社会課と産業組合とで、市町村行政とは別に、積極的に保健施設の拡充を論議、遂行していった。

(3) 保健施設と組織化

千葉県の社会課と産業組合は、千葉県が行った「社会保健婦」の養成を鑑み、「国保組合」は県下において「保健施設」の事業の拡充を積極的に考えていった。

保健施設では、保健婦の活動を主軸に疾病予防や衛生教育を推進していった。「例えば、感染予防として寄生虫に対する駆除の在り方などの教育、乳幼児健診や妊婦健診の普及、栄養改善、学校給食などの改善が取り組まれた。」⁽²³⁾

こうした保健施設での取り組みにより、戦時下の医療供給体制の不備による保険証(医療券)での診療ができないといった事業の脆弱問題にて国保の保険事業が行き詰まっても、保健施設を中心とした「施設活動はやむことはなかった。」⁽²⁴⁾

このことから、対人支援による積極的な活動の展開が行われていたことがわかる。

(4) 国保組合による医療機関の創設

国民健康保険に対する理解がすすむと、被保険者は要望を抱くようになる。例えば、「開業医の身に依存して保険診療を行っていくことの損失、安心してみてもらえる医師の確保、組合が診療所を経営できないか」といったニーズが挙がった。

そこで、市町村にある感染症対応施設である「避病舎」という建物を活用し、診療所を開設したところ、「診療所を持つ組合が急激に増加した。」また、「国からの補助金にて、国保直営診療施設を開設させていった。」⁽²⁵⁾

(5) 農村隣保事業による地域組織化

農村においては、農村団結により様々な形で組織化されていた。そして、それまで「全村社会事業と言う名で指導していた事業」が、「昭和15年末から社会福祉の面でコミュニティづくりと言うものが農村隣保事業の名で採用となった。」⁽²⁶⁾

(6) 千葉県の社会事業施設の拡大

保育所外の社会事業施設、日本海員会の診療所、社会事業講習会を実施していた。「経済保護として、昭和10年頃から千葉市の寒川地区に看護婦一人を常置させ、小児健康相談を実施した。その後、1941(昭和16年)には、厚生診療所産院に拡大させていくことになった。」⁽²⁷⁾

6. 戦時下における地域保健・医療・社会福祉事業の推進力となった組織体

(1) 方面委員

方面委員は、現在の民生委員・児童委員及び主任民生委員である。日本の民生委員制度は、ドイツのエルバーフェルト制度(1852年)を参考にしたとされる。先駆的に法定化したのは、岡山県「済世顧問設置規定」(大正6年(1917)5月12日交付)である。笠井知事によれば、済世顧問は「防貧事業」を遂行し、「貧民の良き友」であって、自立の方法を指導する者であると同時に、「貧困による社会上の悲劇を根絶」し、「地方改良の事業を促進」させて、社会の基礎を固めるものと説明している。また、大正7年(1918)10月7日に大阪府では「方面委員規定」を公布している。方面委員の方面とは「地域」のことを意味する。方面委員は、担当する地域の状況を調査把握し、「救済」が必要な人と「救済」機関をつなぐことが職務とされていた。

昭和3年(1928)には、方面委員制度の全国普及と昭和4年(1929)に制定された「救護法」実施にあたって、方面委員が救護委員を兼ねることとなった。その後、全国統一の必要性が指摘され、昭和11年「方面委員令」公布されるに至った。「この際、地域ごとに自主的に配置され、地域の実情に沿った形で展開された経緯がある為、地域ごとの実情に応じた働きを

妨げることがないように配慮しつつ、法的な基盤を整えられた。』⁽²⁸⁾

また、「社会事業関係と皇室関係は、一般的に陛下の赤子と言う親子関係にたとえられ、
「方面事業の創始と大正天皇とのエピソードは有名な物語であって、救護法施行促進のため全
国の委員代表が昭和四年二月十三日最後の陳情を行い、宮城前に募っての直訴も日本の頼り
になる最後の親として、敢行されたものと考えられる」⁽²⁹⁾と述べられる通り、方面委員との
つながりの強さもあった。

このことから、方面委員といわれる、いわゆる篤志家の方々の実践やその存在と担う役割
が大きかったとも言える。その為、中央集権の考えではあるが、都道府県や市町村に指示す
る国が、都道府県と市町村の主導、つまり、地方主導により、地域組織化を図り、事業展開
することを容認していたとも言える。

戦時下の千葉県の方面委員の活動であるが、昭和2年(1927)以来篤志家が行ってきた奉仕
がその実績において昭和12年(1937)の方面委員令の交付とともに公的活動扱いとなったこ
とで、教育訓練され、地域福祉の担い手として活動を活発化させていく。

方面委員の活動は、疾病による貧困対策としての医療券の配布に留まらず、地域にある医
療問題や医療提供体制を取り上げた。特に、結核やらい病、性病からの精神病、または、精
神病患者の入院施設の乏しさ(県立病院はなく、中山脳病院が代用)に対する医療問題を取り
上げていた。結核に関しては、「方面委員から結核予防と施設拡張の要望があり、昭和12年
に県立結核療養所の建設が開始された。』⁽³⁰⁾

県立結核療養所の設立に至った背景の一つとして、国の結核予防対策強化を挙げることが
できる。昭和6年(1931)満州事変後、昭和9年(1934)に保健衛生調査会「結核予防の根本
的対策」答申にて病床の整備が重要課題とされ、「一箇年の結核死亡者と同数」目標に「毎年
三千床の増床」計画が示された。実際、「昭和12年の死亡数144,620人に対し、病床数はわず
か10分の1の13,974床」⁽³¹⁾であった。軍隊の結核蔓延が社会問題化(1937(昭和12)年、第
70回帝国議会衆議院の審議)した。「結核の為に軍隊から除役される者の数が、大體に於きま
して一年三千人内外であると云ふ風に計算致して居ります、之に対する対策と致しまして、
昭和十二年度以降五箇年計画を以ちまして、国立の結核療養所を建設することになって居り
ます、現在結核予防協会に於て、村松晴嵐荘と云ふ私立の療養所を経営して居りますが、之
を國に全部寄付することになって居ります、昭和十二年以降之を國立に移管いたしまして、
さらに十二年度に於きまして、五百床建設する、国立結核療養所を建設する予算が、只今御
審議中になって居る訳であります、更に引続きまして二千床を増加して、三千床を収容する
設備が、五箇年計画を以て、完成する訳であります」⁽³²⁾その為、日中戦争開始の1937(昭和
12)年には結核予防法(旧結核予防法)が一部改正され、これまでの治療対策から感染予防の
強化をねらい、入所対象者を「療養の途なき」生活困窮者から、「病毒伝播の虞ある」患者に

変更され、「環境上結核を伝染させる恐れのある患者」と限定的であるが結核発生の届出が制度化された。

千葉県の方面委員が「無医村，無医地区の問題，都市偏重の医療を農山漁村の医療に普及させる問題，保健婦活動，栄養改善，乳幼児死亡率低減の問題，結核の問題」などに対し，「ケースワークからグループワークへ，コミュニティオーガニゼーションとその取扱いの技術夫れ夫れに教育訓練されて，地域福祉開発」⁽³³⁾しながら活躍してくれたことで，地域にある疾病による生活変化や貧困に対する施策，医療提供体制にも影響を及ぼしていった。

(2) 保健所

昭和12年(1937)保健所法により，「昭和13年に木更津保健所が千葉県下最初に設立し，その後，松戸，茂原に設立された。全国的にも乳幼児死亡率と結核が主な課題であったが，千葉県は，乳幼児保護について成果を収めた」⁽⁴¹⁾

その後，千葉市の保健所には，保健師だけではなく，戦後の昭和25年(1950)精神衛生法制定にあわせ社会事業(現在の社会福祉)担当のソーシャルワーカーが1名配置されていく。

(3) 社会保健婦

① 社会保健婦養成の経緯

千葉県知事であった立田知事は，前任地の鳥取県において「社会保健委員制度」を成立させた人物である。この「社会保健委員制度」による社会保健婦の養成は鳥取県をはじめ，大阪，京都など各地で行われた。千葉県では，これらの養成状況を視察し，社会保健婦養成の要綱を作成している。そして，養成は「昭和15年(1940)から昭和19年(1944)」までの5年間行われた。

この要請の発端は，「立田知事が前任地鳥取県で実施した保健委員制度をヒントにえて，農村の家付きの娘さんを教育して村に帰し，長く村民の保健指導にあたらせよう」⁽³⁴⁾としたことにある。はじめて輩出した「社会保健婦は5年間で127名が修了し，市役所や国保組合，助産所開設などで，国民健康保険の普及，感染症対策や母子保健領域など活躍した。」

② 社会保健婦の業務範囲の検討

織田「福祉の夜明け」によれば，無医村の中には，赤痢などの伝染病の発生に悩まされていた地域があった。実際，結核などの感染症対策，らい病対策などは急務の問題であった。その中で，「社会保健婦」は，千葉県の社会課において無医村対策として保健衛生の従事者として，国保事業，地域の施設を基盤に配置がすすめ，国民健康保険の普及や感染症対策，母子保健での知識啓発，相談，支援などを行った。

ただし、制度立案を担った人物は、「社会保健婦」の養成の前提として、当時、「衛生活動のためか、厚生活動のためか議論」⁽³⁵⁾があった。このことから、「国保組合」と「社会保健婦」と一体で事業を展開、感染症を含む疾病と貧困の対策を行うためには、保健衛生と社会福祉の双方の活動が必要であると考えていたことがわかる。

なお、国民健康保険の保険者は、「医療給付とは別に被保険者の健康の保持増進と疾病予防のために保健施設事業を行うことができる」と規定された。この保健施設事業として病院や診療所の設置とともに国保保健婦も配置されていった。

③ 社会保健婦養成のカリキュラム

千葉県の社会課において社会保健婦養成の要綱を作成され、養成期間は1年間とした。

看護学、産婆学、農村母性乳幼児の保健と予防、発育と乳児栄養や社会衛生の理論と実際（寄生虫予防、水の衛生、衣食住の衛生など）、防疫、結核、精神、性病予防や、栄養改善、衛生法規、心理学、生理学、各種看護、保健指導、被服改良、農村事情、社会事業全般、統計調査、役場事務の予算、体育遊戯レクリエーション、マッサージなどを学ぶ。また、保健所実習と賛育会病院産院実習（各1か月）が行われた。⁽³⁶⁾

④ 社会保健婦のフォローアップ体制

a. 職場の確保

昭和13年（1938）制定の国民健康保険法では、保険者は「医療給付とは別に被保険者の健康の保持増進と疾病予防の為に保健施設事業を行うことができる」規定があった。千葉県では「社会保健婦」は養成後、養成を推薦した町村に帰り、「国保組合」の保健婦に採用された。しかし、元々、女性採用が少なく、男性と女性では業務も異なっていた職場において受入が十分でなかった様子があり、月1回研究会を実施し、専門家から助言教育を受けていた。

また、昭和15年（1940）から農村隣保事業が開始され、千葉県では愛育会活動、国民健康保険組合運動の組織上に重ね、全村全住民参加の福祉活動に力を注いだ。特に、保健施設として国保組合が企画実施した隣保事業（託児所、共同炊事、共同風呂、保健愛育思想の普及や公衆、薬草畑づくり、栄養配給など）が行われた。

b. 専任指導員の配置および巡回指導

専任指導員は、厚生労働省からの山本氏が紹介された。山本氏は乳幼児保育の研究をしていた日本女子大学の生江孝之氏^(注3)の教え子で、保健婦、看護婦、保母の資格を持ち、かつ、善隣館のケースワーカー経験を積んでいた人物ということもあり、千葉県は選任した。山本氏は社会保健婦の赴任地に赴き、フォローアップおよび国保事業における保健施設活動の支援を行った。言い換えれば、スーパービジョン、コンサルテーションを担っていたともいえ

る取り組みが行われていた。

7. 国と千葉県政策の融合

「保健婦規則」施行による名称変更および活動継続

千葉県の「社会保健婦」は、「昭和18年『保健婦規則施行』」に伴い、社会保健婦の名称を廃止、厚生指導員と改められた⁽³⁸⁾それは、法律で定める「保健婦規則」にて、「保健婦」と名称を付けてはならなかったのが理由である。社会保健師という名は厚生指導員に改められたが、その役割は国保組合の活動と共に広く普及した。

そして、社会事業関係の研修として、「県厚生事業協会経営の厚生指導員養成が行われ、卒業後の任地における活動については国保連合会の技師が実地指導に当たった⁽³⁹⁾」

社会保健婦の一人は、「栄村に隣保事業にて愛育会の組織化と隣保館として愛育センターをつくり、死亡率の低下を目指し、栄養指導、育児指導の相談を実施した⁽⁴⁰⁾」

8. 千葉県における医療社会事業政策の特徴

以上から、戦時下の千葉県における医療社会事業政策の特徴を改めて考えてみると次の6つが挙げられる。

1つ目に、疾病による困窮対策としての2つの公的所得補償である。限られた予算の中、「救護法」以外に県独自事業として広く困窮する者に医療券(治療、薬剤、出産)が交付されていた。どちらも方面委員などの支援者がいる中で行われていた。また、社会保健婦は、国民健康保険を広めるという役目にとどまらず、説明を行いながら、相談、知識の啓発、支援に当たっていた。

2つ目に方面委員による積極的な地域を基盤としたソーシャルワーク展開である。全国的な方面委員の活動の中で、救護法による救護事業に関しては、方面委員(現:民生委員)の役割が大きかったことがわかる。方面委員は、救護法における補助機関であり、軍人家族であっても、友愛訪問を行い、生活困窮者の保護相談の手を緩めなかった、そして、救護世帯の調査カード作成、ケースの処理、研究などを行い、無医村、無医地区の医療問題、農村漁村への普及、国民健康保険の普及、保健婦活動、栄養改善、結核予防、歳末の餅募金活動などを行っていた。時に、医療提供体制構築の為に医療機関の創設などの具申を行ってきた意義は大きい。まさに、地域を基盤としたソーシャルワーク実践がここにあった。

3つ目に養成機関と専門職の前身となる活動である。社会保健師養成に当たっては少なくとも1か月以上泊まり込みで医療機関に実習にいった。中には産院での医療実習に行き、後に助産所を開設していることから、保健師、助産師の前身であることは疑う余地もない。なお、国の政策的には、保健師は公衆衛生政策推進を目的に医保健所と市町村保健センターを

中心にした活動にシフトされていくが、GHQの政策により、保健所において当時未分化であった保健師とはソーシャルワーカーが、後に分かれていくことになる。千葉県の保健所にも医療ソーシャルワーカーが配置されたことから、医療ソーシャルワーカーの前身ともいえる取り組みがなされていると考えても間違いのないと思われる。

4つ目に、国保組合と社会保健婦の一体的な事業展開による実践体制の整備があった。千葉県の場合、のちに衛生行政課に引き継がれるが、国民健康保険の推進を担った社会課の社会事業の一環として社会保健師養成が開始されたのが功を奏したのではないかと考える。「衛生か、厚生（社会福祉）か」といった論議がされていた中での社会保健婦養成であったが、無医村または医療が不安定な地域に住む女性を対象にし、千葉大学などの協力のもとに養成され、社会保健婦の養成後に、地域に戻り、そして、その地域に「国保組合」を立ち上げてもらい、「国保組合」に従事させ、保険事業普及と保健施設での母子保健と感染症対策を重点に事業を展開できるように設計したことである。結果、地域の出産から亡くなるまでの地域保健、そして、国保直営診療所開設、社会福祉事業の発展をなしていった。その効果として千葉県では乳幼児保護に寄与した。

5つ目に、県民のニーズに合わせた量と質の担保への資源開発である。特に患者のニーズに応えることで医療提供体制を整備していったことである。国民健康保険法の制定をきっかけに動き出した国保事業の中で、当初は疾病の治療にきていた患者から、次はより良い医療提供環境を求める声があがった。戦時中でありながら、意見を言いやすい人間関係がそこにあったのだと考える。そして、国保事業を組合員とその賛同者らとそのニーズに応えようと医療提供機関の量的拡充への工夫、医師の質の担保に努めていたことがわかった。

6つ目に新たに導入された国民健康保険の事業を単体と考えず、核になるプロットを再構築し、元々あった保健・医療・社会福祉の社会事業を展開できる人材を育てたことである。戦時下においては、財政難がさげられる中、ややもすれば一般的に防疫や救貧の事業に終始する、軍人援護だけに力を入れることもできたはずである。しかし、千葉県においては、国民健康保険といった国の新たな社会保障の基礎作りを好機ととらえ、医師らの協力のもと「社会保健婦」を養成し、予防政策や軍人援護のみならず一般の住民の感染症をはじめとした予防や相談と対策にも力を入れていた。さらに、これら土台の上に国保の保健事業にて農村隣保事業の企画実施を行い、地域福祉推進を展開した。

この背景には、医政や方面委員法の「地域性」を重視した実践があったと考える。一方で、国民健康保険法や保健婦法の成立は、「中央集権的」で「画一的」な「公共性」を求めた。その結果、「社会保健婦」や「医療ソーシャルワーカー」の配置や役割といった地域を基盤とした保健・医療・社会福祉にいる人材の「専門性」と「配置」という新たな医療課題も生じさせた。^(注4)

9. おわりに —「実践哲学」を基盤とした地域づくり実践の重要性

本論では、歴史的な研究から、千葉県の医療社会事業政策における概況とその特徴について述べてきたが、「実践哲学」から改めて千葉県における医療社会事業政策の特徴と考えてみたい。

今回、多様に引用した「福祉の夜明け」千葉県における戦時下社会事業小史は、当時、千葉県の社会課で医療社会事業政策を担当の織田氏がまとめたものである。本書から「社会保健婦」要綱を作成し、養成に関わっていたことがわかる。また、社会保健婦の研修を立案する中で、最新の医療や助産の知識、社会福祉の事業の研究をしていたものと推測する。さらに、後の研修を通して「ケースワークとグループワーク、コミュニティオーガニゼーション」、「地域福祉」の考え方を知り、本書をまとめたものと推察する。

その織田氏は、終わりに「福祉をつくる努めが国その他公共的な面だけにあるものではないということです。自分自身にもその責任が一部かかっていることをはっきり気付きたいと思います。」とし、「私たちがつくりだせる福祉とは何でしょうか」と問いを投げかけ、「自分勝手な福祉ではなく自分も自分の周辺の人たちも一緒に喜び合えるものを作り出したい」⁽⁴²⁾と記している。

こうした「実践哲学」は、長谷川良信の言葉で言えば「利他共生」の哲学であり、社会福祉法第4条「地域福祉の推進は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指して行われなければならない。」に通じる態度(価値)と言える。

戦時下にあっては、軍事統制され、軍人を中心とした事業に重きを置かれ、「中央集権」で全国統一の「画一的」な「公共性」が求められた。そのため、織田のような「実践哲学」に基づいて社会事業を行うことが如何に難しいことであったか推察できる。しかし、戦時下の千葉県において法定のみならず、法定外の施策を行い、「実践哲学」に基づき医療社会政策が行われた。こうした態度が地域を動かし、方面委員らから集められた「地域にあるニーズ」に基づき、「生活」、「地域構造」、「専門職構造」を変容させていったのだと推察する。

実際、戦時中であっても、千葉県の社会課では、市町村単位の地域での暮らしを保障する為に、既存の社会資源をよりよく活用していることがわかる。特に、感染症や乳幼児死亡の問題を新たな国民健康保険の国保事業を活用しながら、方面委員から集めた地域での生活課題や地域課題やニーズを政策に転換させ、社会保健婦養成にて、その事業を動かす推進力をつくり、さらに人材を育成してその能力を引き出せる環境整備を行い、地域における疾病問題を中心に保健、医療、社会福祉、教育、就労の観点で支援体制づくりを担っていた。また、

地域で活躍する人材を育成し、既存の支援体制を意識しながら、拠点を見出し、そこに相談、教育、支援の機能を組み合わせるため、核となる社会保健婦を位置付けていくといったプロットの再構築を行っていた。

つまり、人々のニーズと共生の「実践哲学」を基盤とし、「救貧」、「防貧」のみならず、「予防」を「公共性」という起爆剤を用いて、多様なアプローチによって人々に働きかけ、「重層的」、「統合的」に地域の保健・医療・社会福祉システムの構造を変容させていた。これは、地域を基盤とした人間生態学的なソーシャルワークを意識した取り組みだったともいえる。

今回は、戦時下における千葉県の社会課を中心にした医療社会事業政策を探索したが、他課の取り組みや保健・医療・社会福祉における影響についての詳細は今後の調べとしたい。

引用文献

- (1) 「医制百年史」資料編 38-39
 - (2) <https://hosp.juntendo.ac.jp/about/info/history.html> 2023.10 現在
 - (3) <https://www.nms.ac.jp/college/introduction/policy/history/chronology.html> 2023.10
 - (4) <https://www.saiseikai.or.jp/> 2023.10
 - (5) <https://san-ikukai.or.jp/message.html> 2023.10
 - (6) 長谷川良信全集4
 - (7) 公法人千葉県国民健康保険団体連合会(1968)「千葉県国民健康保険三十年史」 53
 - (8) 千葉県(1983)「千葉県の歩み」 278
 - (9) 千葉県(1983)「千葉県の歩み」 286
 - (10) 公法人千葉県国民健康保険団体連合会(1968)「千葉県国民健康保険三十年史」 56
 - (11) 同掲 56
 - (12) 同掲 57
 - (13) 同掲 12
 - (14) 織田編(1979)「福祉の夜明け」千葉県における戦時下社会事業小史 63
 - (15) 同掲 96
 - (16) 同掲 11
 - (17) 千葉県民生委員・児童委員協議会(1978)「千葉県における民生事業の歩み第2集」42
 - (18) 公法人千葉県国民健康保険団体連合会(1968)「千葉県国民健康保険三十年史」 78-79
 - (19) 織田編(1979)「福祉の夜明け」千葉県における戦時下社会事業小史 33
 - (20) 同掲 111
 - (21) 同掲 34
 - (22) 同掲 35
 - (23) 同掲 35
 - (24) 同掲 36
 - (25) 同掲 78-79
 - (26) 同掲 62
 - (27) 同掲 21
 - (28) 全国民生委員児童委員連合会「民生委員制度創設100周年パンフレット」 10
 - (29) 織田編(1979)「福祉の夜明け」千葉県における戦時下社会事業小史 15
 - (30) 同掲 14
- (15)

- (31) 財団法人結核予防会『結核統計総覧(1900～1992年)』
 (32) 『第七十回帝国議会衆議院国民健康保険法案外二件委員会議録(速記)第六回』(昭和十二年三月十八日) 19
 (33) 織田編(1979)「福祉の夜明け」千葉県における戦時下社会事業小史 13
 (34) 公法人千葉県国民健康保険団体連合会(1968)「千葉県国民健康保険三十年史」 59
 (35) 織田編(1979)「福祉の夜明け」千葉県における戦時下社会事業小史 40
 (36) 同掲 40-41
 (37) 同掲 41
 (38) 同掲 63
 (39) 同掲 40
 (40) 同掲 20
 (41) 同掲 22
 (42) 同掲 147-148

引用参考文献

- 千葉県『千葉県議会史 第5巻』
 千葉県『千葉県議会史 第6巻』
 小林丈広 2001「近代日本と公衆衛生—都市社会史の試み—」雄山閣出版
 弓削田友子 2016「千葉県社会保健婦養成所 一期生の日記と戦前の保健婦活動」萌文社
 笹岡眞弓 2016「歴史的経緯を踏まえた社会事業・医療・公衆衛生における医療ソーシャルワーク業務の展開：病院完結型業務終焉の課程」東北福祉大学博甲第12号
 千葉県民生委員・児童委員協議会(1978)「千葉県における民生事業の歩み第2集」
 千葉県(1983)「千葉県の歩み」

注

(1) 保健師

保健師の名称と定義および業務については、昭和12年(1937年)保健所法 同法規則—保健所職員として保健婦、昭和16年(1941年)保健婦規則、昭和20年(1945年)保健婦規則改正 第14条‘保健婦の業務’(厚生省令第21号)①衛生思想涵養ノ指導 ②疾病予防ノ指導 ③母性又ハ乳幼児ノ補導 ④栄養ノ指導 ⑤傷病者ノ療養指導 ⑥其ノ他ノ保健衛生指導、昭和23年(1948年)保健婦助産婦看護婦法 この法律において「保健婦」とは、「厚生大臣の免許を受けて保健指導に従事する女子」などの変遷を経ている。

戦時中・戦後に活躍した国保保健婦、開拓保健婦、駐在保健婦 戦時中や戦後に活躍した保健婦として、国保保健婦や開拓保健婦、駐在保健婦があげられる。

例えば、保健婦の歴史としては、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」、佐々木秀美(2005)「保健婦養成の歴史」『歴史教育に見る我が国の看護教育—その光と影』青山社、p.246-251、小栗史朗他著(1985)『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史』医学書院、保健所については、大瀧敦子「保健所ソーシャルワークに関する歴史的考察に向けて」(2012)、『東京都保健所十五周年記念誌』(1965)、神奈川県「保健所の歩み—保健所法施行30周年記念」(1968)など所長による回想を中心とした資料は複数みられる。その他には、楠木正康他編(1971)『保健所三十年史』日本公衆衛生協会、橋本正巳(1981)『公衆衛生現代史論』光生館、『公衆衛生学雑誌』、『医学史研究』(以上の書籍は、杉山章子 1995の引用文献から抜粋)などが、現時点で把握している文献である。

- (2) 大林宗嗣(1926)は大正7年に創設されたイエス国、大正8年に開設されたマハナヤ学園におけるセツルメント活動で、無料診療、巡回産婆事業が行われていたことを記し、「社会事業は一層深く社会事業の根源に遡ってそが対策を考究しつつある」と述べている。長谷川良信(1931)は「社会問題とは畢竟社会衛生問題の事であると誰やらが言つたが、之は決して過言ではない」と書き「蓋し人間の困難は何處から起こるかといふに病み付というふ事からするのが最も多いのである。」と続け、結核救済問題に項を割いている。その背景として、当時のわが国の公衆衛生の考え方は、避病院、ハンセン病者の隔離など人権擁護とはいいがたい志向であった。
- (3) 生江孝之は1918(大正7)年に日本女子大学教授となり、『わが九十年の生涯』には「1919年米政府よりの招待により第3回の外遊をした折、カボット博士の病院社会事業あるを発見し、これが調査に当たった。当時すでにボストン、ニューヨークのみならず大規模の病院では社会事業部を新設していた。私はその必要性を痛感し、帰朝後これを内務省に報告し、同時に済生会に発表した。」と記し、医療ソーシャルワーカーの必要性を痛感していた。
- (4) 医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)に関して、上野一雄(1938)「ケースワーカーとしての巡回看護婦(下)」『社会事業』第22巻第9号 p.55-67、浅賀ふさ(1958)「保健・医療におけるケースワーク」『社会事業』第41巻第7号 p.38-47、内田守 他編著(1972)『医療社会事業の実際』第5章1節「保健所とMSW」、中尾仁一(1956)『医療社会事業』メヂカルフレンド社、社会事業研究所(1949)『医療社会事業とは』日本社会事業教育、医療社会事業研究会編(1964)『医療社会事業—保健・医療保障の政策と運動』ミネルヴァ書房、中島さつきは、「病院」32(4)(以上は、笹岡真弓2016の引用文献から抜粋)、高橋恭子(2016)「戦前病院社会事業史」、一般社団法人日本保健医療社会福祉学会(2022)「医療ソーシャルワーカー関係資料集成」などが現時点で把握している文献である。

MSWの先駆者である浅賀ふさは、マサチューセッツ総合病院で専門的訓練を受け、聖ルカ国際病院が開院することを聞きつけ、トライスラー院長にMSWの配置を直訴し認められ、1929年に同院で地域医療部所属にて医療社会事業を開始した。当時の国民病であった肺結核患者の支援のための地域に出て支援に当たった。また、中島さつきは、戦後、GHQの指導によって全国の保健所にMSWが置かれた状況として社会保障の不備な状況の中で緊急措置が必要な重症患者の対応におわれ、占領政策により実を結んだ保健所の公共福祉面の拡張について「祝福すべき日本の独立と主に後退するばかりで、医療社会事業は占領政策の落とし子といわれた。」とし、MSWの専門性と社会的な位置づけの難しさを述べている。

Development of Medical and Social Work Policies in Chiba Prefecture during Wartime

TAKANASHI, Miyoko

This time, we conducted a literature study on medical and social work initiatives in Chiba Prefecture during the war. During the war, there was an urgent need to combat poverty caused by diseases and to strengthen the military. Under these circumstances, based on the activation of projects by area committees and the National Health Insurance Law promulgated in April 1938, national insurance services were developed on behalf of national insurance associations or industrial associations, and medical and social services were expanded. It was expanded greatly. Chiba Prefecture independently trained “social public health nurses” to provide health guidance in villages without doctors or areas with a shortage of doctors. By training “social public health nurses” and deploying them to National Health Insurance associations and bases, the National Health Insurance Association was established, health facilities developed, and mother-child counseling and support expanded. It was found that a system for providing health, medical, and social welfare services in the region was developed in cooperation with local residents, focusing not only on poverty relief and poverty prevention, but also on prevention.

Keywords: Community Health Care, Medical Social Work Policies, Social Public Health Nurses, Health, Medical and Social Welfare Provision System