

保健所ソーシャルワークの「衰退」要因の検討  
－保健所の予算と機能に焦点をあてて－

井上 祥明

An Examination of Factors Contributing to the "Decline"  
of Health Center Social Work  
－ Focus on the budget and functions of health centers －

Abstract

Yoshiaki Inoue

This paper examines the "decline" factors in health center social work using previous research. Prior studies suggest that reductions in health center budgets and misalignment of health center social work functions were factors in the "decline". However, we could not find any traces of the "decline" as a factor in the administrative data and statistics on the work of social work in health centers from the late 1940s to the 1950s. However, this paper was not able to conduct a qualitative examination of health center social work based on local government administrative budgets and case studies, which is an issue for the future.

第1節 はじめに

General Headquarters (GHQ) / Supreme Commander for the Allied Powers (SCAP) (以下、GHQ) の主導により導入された保健所ソーシャルワークは 1960 年代より「衰退」が指摘されるようになった。

井上祥明 (近刊) は、保健所ソーシャルワークの「衰退」について先行研究をもとに検討している。行政資料が確認できた 1950 (昭和 25) 年前後から 1960 (昭和 35) 年前後の 10 年間の業務統計や人員配置数、医療社会事業系の設置数をもとに検討し、保健所ソーシャルワークは 10 年間で業務統計数がピーク時の 2 割程度まで減少していることから「衰退」していると論じている (井上 近刊)。

では、なぜに保健所ソーシャルワークは「衰退」することになったのであろうか。保健所ソーシャルワーカーが姿を消した原因を追求することは医療福祉の今後の課題である（児島 2003a: 12）と述べられるように、ソーシャルワークの維持・発展のためにも重要な課題であろう。そこで、本稿では先行研究で論じられている「衰退」を概観しながら、その要因について検討してみたい。

## 第2節 先行研究からみる保健所ソーシャルワークの「衰退」の要因

保健所ソーシャルワークの「衰退」については、既に様々な視点から論じられている。右田は 1960 年代前半の保健所運営報告を用いて、医療社会事業の取り扱い件数の減少から保健所ソーシャルワークは停滞していると指摘し、その要因を論じている。

保健所ソーシャルワークの停滞の要因として 1 つ目に保健所職員の充足率の悪さをあげている。保健所職員の中でも医師や保健師の充足率が悪く 1955（昭和 30）年から 1957（昭和 32）年にかけては充足率が 50%～60%程度であった。中でも保健所機能の中心的機能を果たす医師の充足率の低下が顕著であったため医療社会従事者を採用するなら医師や他の職員を採用したいという状況であった。2 つ目に医療社会事業の業務性質をあげている。保健所業務を督励業務と閑却業務に分類し、督励業務は国庫補助関係の結核予防や伝染病予防や狂犬病予防・食品衛生などの手数料収入関係といった収益があがる業務とされ、閑却業務とは衛生教育や医療社会事業などの収益がない業務としている。収益を生まない閑却業務である医療社会事業は等閑視されその結果、兼務や片手間仕事に追いやられたとしている。3 つ目は国家の地方財政政策との関係を指摘とする。保健所は脆弱な実施体制と不適當な予算措置のもとに広汎な業務を無統制に負わされておりその結果、医療社会事業は兼務という業務形態を強いられるようになった（右田 1963: 16-7）。

大瀧は行政報告書等を用いて保健所ソーシャルワークが「衰退」したと指摘し、その要因を論じている。GHQ が導入したソーシャルワークは、保健所の予防医学の機能と社会福祉との間に立って結びつける役割（これを連携協力機能の「先進国型ソーシャルワーク」と呼ぶ）であったが、戦後間もない時点では連携協力機能型のソーシャルワークではなく、保健教育機能と生活困窮者への生活支援や資源開発機能（これを「開発途上国型ソーシャルワーク」と呼ぶ）が求められていた。このような現実のニーズとソーシャルワーク機能のギャップが保健所ソーシャルワークの衰退要因の一つであると論じている（大瀧 2013: 174）。

この他にも笹岡眞弓（2016）は、保健所ソーシャルワークがいくつかの理由で機能が弱まったとしている。笹岡は保健所機構の縮小や予算の減少という社会政策上の問題に加え、3 点指摘している。一つ目は保健所ソーシャルワーカーの取組みの弱さ、2 つ目は米国医療社会事業理論に則った方法論のみの広がり保健所ソーシャルワークの

業務の縮小を招き、結果として弱体化に繋がったこと、3つ目に先駆者の医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）のミスリードやGHQのソーシャルワーク指導者の医療への崇拜の念がMSWの立ち位置を混乱させたと述べている（笹岡 2016: 14-9）。

このように保健所ソーシャルワークの「衰退」要因は様々な見解が述べられている。しかし、これまでの先行研究で論じられている「衰退」の要因について十分には検討されていない。

井上（2023）は、保健所ソーシャルワークの「衰退」について笹岡（2016）をもとに検討している。笹岡は上述したように保健所ソーシャルワーカーの取り組みの弱さや、米国医療社会事業理論の広がり、先駆者MSWやGHQの指導者のミスリードが弱体化に繋がったと論じる。この見解について、井上は、史資料から保健所ソーシャルワーカーの取り組みの弱さや先駆者MSWの医療への傾倒による業務の拡大が認められたと指摘している（井上 2023: 27）。しかし、この見解のみで「衰退」を説明することは困難であろう。笹岡（2016）以外の先行研究で論じられている「衰退」の要因を検討することで、保健所ソーシャルワークの「衰退」の新たな知見を得る手がかりになるのではないだろうか。

本稿では、先行研究の中でも右田が論じる3つ目の視点である国家予算との関連性と大瀧の見解に注目したい。国家予算と保健所ソーシャルワークの「衰退」との関連性は右田以外にも、橋本（1981）や田代（2003）の他、日本医療ソーシャルワーカー協会（2003）や児島（2003）なども取り上げ指摘している。このことから国家予算と保健所ソーシャルワークの「衰退」との関連性について検討することは重要であると考えられる。また、大瀧の見解であるソーシャルワーク機能のギャップが「衰退」要因になったという見解もまた、保健所ソーシャルワークの「衰退」を検討するうえで重要であると考えられる。

### 第3節 保健所予算と保健所ソーシャルワークの「衰退」との関連性

多数の先行研究で保健所ソーシャルワークの「衰退」と保健所予算が関連していると論じている。橋本正己は、社会保障制度審議会が再度に渡る勧告も阻害され1952（昭和27）年をピークとして機構縮小や人員予算が停滞した（橋本 1981: 153）と述べ、右田は、1957（昭和32）年の「保健所に関する公衆衛生行政監察結果報告」をもとに国家の地方財政政策で保健所は限られた予算の中で多項目主義を推し進めなければならず、医療社会事業は兼務という苦肉の策をとったと述べている（右田 1963: 17）。この他にも、占領期の政策をもとに外的圧力によって導入した医療社会事業は脆弱であり予算措置が乏しかったことや（50周年記念誌編集委員会編 2003: 8）、1954（昭和29）年以降の社会保障関係予算の削減に伴って保健所予算が縮小され医療社会事業担

当者が兼任となった（田代 2003: 104）こと、更に 1959（昭和 34）年の社会保障予算の削減で保健所予算は 3 分の 1 に削減され、保健所ソーシャルワーカーは後退した（児島 2003b: 119）と述べられている。

このように多くの先行研究が保健所ソーシャルワークは保健所予算との関連によって人員が減少し医療社会事業は兼任や減少し、その状況を「衰退」と指摘している。しかし、どの先行研究も保健所予算と保健所ソーシャルワーカーの減少の関連性について明確な保健所予算を示しながら指摘しているものではなく、根拠が不明瞭である。そこで、保健所予算について過去の資料をもとに先行研究にて提示されている戦後から 1960 年代前半にかけての経緯について明示していく。

#### （1）戦後から 1960 年代前半の保健所予算

戦後から 1960 年代前半の保健所予算に関する資料は、財務省主計局総務課主計事務管理室が公開している「予算書・決算書データベース」から確認することができる。

この予算書・決算書データベースは 1947（昭和 22）年度からの国家予算が閲覧でき、保健所関連予算として保健所補助金や保健所整備補助金が計上されている。保健所の予算は 1947（昭和 22）年度では 45,649,000 円であり翌年の 1948（昭和 23）年度には 91,467,000 円に増額されている。その後も保健所予算は増加の一途をたどり、1952（昭和 27）年度には 1,315,604,000 円と 10 億円代にまで増額されている（財務省主計局総務課主計事務管理室 2022）（表 1）。

保健所補助金はその後も増大している。1957（昭和 32）年度、1958（昭和 33）年度はほぼ据え置きとはなっているが 1960 年（昭和 35）年度になっても増額されており、その額は 2,274,904,000 円と 1947（昭和 22）年度の約 50 倍にまで膨らんでいる。また、1951（昭和 26）年度からは保健所整備補助金が導入されるようになった。保健所整備補助金は導入された 1951（昭和 26）年度の 146,144,000 円をピークに増減を繰り返しているが年度によっては前年度の保健所整備補助金繰越金が計上されている（財務省主計局総務課主計事務管理室 2022）。このように保健所予算は 1947（昭和 22）年度からは増額の一途をたどり、1951（昭和 26）年度からは保健所整備補助金も導入されるようになった。

保健所予算は 1947（昭和 22）年度以降、増加の一途をたどっている。この結果からみると橋本（1981）が述べる 1952（昭和 27）年をピークとした保健所予算の減少や田代（2003）の述べる 1954（昭和 29）年以降の保健所予算の縮小といった状況は行われてないことになる。橋本が論じる 1952（昭和 27）年を保健所予算のピークとするのは 1951（昭和 26）年度から 1952（昭和 27）年度にかけては保健所予算が一気に 3 億円程度増額されたり、保健所整備補助金が創設されている年であることや、田代が述べる 1954（昭和 29）年に保健所予算が縮小されたというのは保健所整備補助金が前年度に

比べると 4 千万円ほど減少しているなど保健所予算の変動があった時期と重なるので両者が述べる保健所のピークや予算減少という見解となったと推測できる。

以上、戦後から 1960 年代前半の保健所予算を概観した。保健所補助金は 1947 (昭和 22) 年度から 1960 (昭和 35) 年度の間で減額されることはなく増加の一途を辿った。保健所整備補助金は年度別で変動はあるが、これは保健所整備補助金繰越金との兼ね合いによるものだと推測される。この結果からすると、先行研究が論じている保健所予算が減少したことによって保健所ソーシャルワーカーが兼任となったり衰退したという事実は確認することができなかった。しかし、多数の先行研究で保健所予算と人員との関連を取り上げているのは何故であろうか。それは当時の経済状況が国政や保健所の動向と関連しているからではないだろうか。次節では、1950 年代の経済状況及び国の政策について論じていきたい。

(表 1) 保健所予算案

年度	保健所補助金	保健所整備補助金 <sup>1)</sup>	保健所整備補助金繰越金
1947 (昭和 22) 年度	45,649,000	—	—
1948 (昭和 23) 年度	91,467,000	—	—
1949 (昭和 24) 年度	145,766,000	—	—
1950 (昭和 25) 年度	794,762,000	—	—
1951 (昭和 26) 年度	941,856,000	146,144,000	—
1952 (昭和 27) 年度	1,315,604,000	41,250,000	28,738,265
1953 (昭和 28) 年度	1,581,687,000	125,324,000	3,073,602
1954 (昭和 29) 年度	1,710,189,000	84,714,000	29,405,050
1955 (昭和 30) 年度	1,724,617,000	48,329,000	24,493,200
1956 (昭和 31) 年度	1,919,965,000	48,329,000	30,357,916
1957 (昭和 32) 年度	2,073,728,000	72,367,000	26,670,473
1958 (昭和 33) 年度	2,083,397,000	70,196,000	34,482,783
1959 (昭和 34) 年度	2,158,344,000	77,405,000	31,056,645
1960 (昭和 35) 年度	2,274,904,000	71,048,000	42,176,800

(出典：財務省主計局総務課主計事務管理室 2022)

## (2) 1950 年代の経済状況

多くの先行研究が保健所予算と保健所ソーシャルワークの「衰退」を結びつけたのは当時の経済的不況が背景にあると考えられる。

アメリカは 1948 (昭和 23) 年ごろから占領期政策を改め、日本経済の自立を図って

いった。1949(昭和 24)年にGHQの財政顧問であるジョゼフ・マレル・ドッチ(Joseph Morrell Dodge)を我が国へ派遣した。ドッチは日本経済の予算の均衡、徴税の強化等の自由主義的原則、物価統制の強化などの統制経済の方針である経済安定九原則を指示した。その中でも特に自由主義的政策を徹底的に実施し、特別会計を含む総予算の均等、補助金の削減、復興金融公庫の復金債の新規発行の禁止や徴税の強化を行った。この政策は「ドッチ・ライン」と呼ばれ需要は縮小し、物価は大幅に下落しインフレーションは終息したもののもたらされた影響は深刻であった(厚生労働統計協会 2017: 44)。

ドッチ・ラインが示されたことによって1949(昭和 24)年度の国家予算は補助金等を削減した超緊縮予算が生まれ行政機構職員の縮小、人員整理などの行政改革が必要となった。同年 2 月には「行政機構刷新及び人員整理に関する件」が決定され行政機構はその規模の 3 割程度の削減、人員は一般会計 3 割、企業特別会計 2 割を原則とする整理が断行された。整理されたのは人員だけでなく、既存の各省についても設置法が決定した。この設置法に基づき、保健所を管掌する厚生省も「厚生省設置法」が同年 5 月に制定された。厚生省設置法施行に合わせ、厚生省は従来の官房七局二部から官房六局三部となった。予防局と公衆衛生局の二局は統合され、保健所課は予防局より公衆衛生局の一つとなった(厚生省五十年史編集委員会編 1988: 629-35; 厚生労働統計協会 2017: 44)。

ドッチ・ラインに基づき、行政機構職員の縮小、人員整理は図られたが保健所職員は含まれなかった。1950(昭和 25)年 4 月に衆参両院にて結核対策の強化に関する決議を行い、結核死亡率を 5 年から 10 年以内に世界の最低水準にまで低下させることを目標に結核療養所等収容施設の拡充や在宅患者の医療と保護の徹底などの対策が立てられ、その中に保健所の強化が含まれた。この政策を遂行するために、保健所職員は 1949(昭和 24)年 10 月の第一次行政整理にあたって行政整理の対象からは外された。1950(昭和 25)年度の地方財政平衡交付金制度が創設され、従来の国庫補助金職員の中にはこの制度に一括算定された職員もいたが保健所職員については補助職員のまま存置された。更に、1954(昭和 29)年度には保健所の経常費や人件費に対する国の補助を平衡交付金に切り替えるという問題が浮上したが保健所行政関係者の努力によって切り抜けることができた(厚生省五十年史編集委員会編 1988: 726)。

このように 1949(昭和 24)年に始まったドッチ・ラインによって行政機構は大きな転機を迎えた。保健所については結核対策の重要な機関として位置づけられ、人員の削減が行われることはなかった。国の行政改革により行政機構は規模の縮小、人員の削減を強いられたが保健所については縮小どころか保健所予算は増額され、人員整理の対象からも除外された。

先行研究では保健所予算の削減が保健所ソーシャルワークの「衰退」の要因と論じ

られている。予算の削減が保健所ソーシャルワーカーを専任配置から兼任配置へ移行しその結果、業務が縮小されていったと指摘する。この見解を検討するために、財務省主計局総務課主計事務管理室が公開している「予算書・決算書データベース」の保健所予算や国の行政改革を概観したが矛盾する結果であった。

以上、保健所予算と保健所ソーシャルワークの「衰退」の関連性について概観した。保健所全体の予算は財務省主計局総務課主系事務管理室が公開している「予算書・決算書データベース」によると 1947 (昭和 22) 年以降も増額され続けた。1949 (昭和 24) 年に始まったドッチ・ラインによって行政機構は大きな転機を迎えたが保健所については結核対策の重要な機関として位置づけられ、人員の削減を行われることはなかった。この経過からすると先行研究で論じられている保健所予算の削減と保健所ソーシャルワーカーの「衰退」とを関連づけることはできない。

しかし、保健所予算については財政的裏付けの規模が不十分であったとも指摘されている。そのため、地方自治体は財政面でも人員面でも厳しい状況の下で活動を行っており、保健所設置数は増加しているが職員数は弱体化している (厚生労働統計協会 2018: 46; 総理府社会保障制度審議会事務局 1960: 17) と述べられているように、保健所予算は増額されていても保健所を運営する地方自治体は予算的に厳しい状況で活動していたことも推測できる。この地方自治体の予算の厳しさが保健所ソーシャルワークの「衰退」に与えた影響については本稿においては検討できなかった。地方自治体の予算と保健所ソーシャルワークの「衰退」との関連については今後の課題としたい。

では、次に大瀧 (2013) の論文「占領期の保健所法改正に伴うソーシャルワークの導入の過程分析-衆参両議院厚生委員会において『公共医療事業』はどのように議論されたか-」をもとに保健所ソーシャルワークの「衰退」の要因を検討したい。

#### 第4節 大瀧の見解の検討

大瀧は現実のニーズと GHQ にて導入されたソーシャルワーク機能のギャップが衰退要因と論じる。GHQ が導入したソーシャルワークは、保健所の予防医学の機能と社会福祉との間に立って結びつけることを役割とする「先進国型ソーシャルワーク」と位置付けている。しかし、我が国が戦後間もない時点では保健教育機能と生活困窮者への生活支援機能や資源開発機能を役割とする「開発途上国型ソーシャルワーク」が求められていたと指摘する (大瀧 2013: 174)。まずは、大瀧がこの 2 つのソーシャルワーク機能に分類した根拠について概観してみたい。

##### (1) 先進国型ソーシャルワークという位置付け

大瀧は、GHQ が導入したソーシャルワークが「先進国型ソーシャルワーク」であることをクロフォード・サムス (Crawford Sams) の回顧録から導く。公衆衛生福祉局 (Public

Health and Welfare Section 以下、PHW) の局長であったサムスは 1962 (昭和 37) 年の回顧録でソーシャルワーク機能について以下のように論じている。

医療社会事業係は、保健所の予防医学の機能と管区内の福祉・社会保障団体との間に立ってこれらを結びつける役割を果たした。この係りは地方レベルの保健所地区において、健全な衛生福祉組織の四つの基本機能、つまり予防医学、医療、福祉、社会保障の機能を統合的に実施することを目指して設置されたものである。(Sams 1962=1986: 220-21)

サムスは、保健所の基本機能である予防医学、医療、社会保障の機能を福祉や社会保障団体との間に立ち連携を図ることが医療社会事業係の役割と捉えていた。大瀧はこの見解をもとに連携協働機能のソーシャルワークをアメリカ型のソーシャルワークとして「先進国型ソーシャルワーク」と位置付けた。

しかし、大瀧自身もこの指摘には更なる検証が必要だと述べ論述を終えている。確かに、サムスの回想録の発言のみでアメリカが導入したソーシャルワークを連携協働機能と分類するのは困難であろう。この大瀧の見解を検討するために当時のソーシャルワーク教育を概観していきたい。

## (2) 先進国型ソーシャルワークという位置付けの妥当性

大瀧は、サムスの回想録をもとに GHQ が導入したソーシャルワークを先進国型ソーシャルワークと位置付けた。先進国型ソーシャルワークとは連携協働機能を主な目的とするソーシャルワークである (大瀧 2013: 171)。しかし、この見解を当時のソーシャルワーク教育の側面から捉えるとサムスの見解とのズレを指摘することができる。

占領期でのソーシャルワーク教育で重要な人物はフローレンス・ブルーガー (Florence Brugger) とされる。ブルーガーが 1948 (昭和 23) 年 10 月に PHW の社会事業訓練係長の就任以降はソーシャルワーク教育がケースワーク理論に大きく舵を切り、積極的にケースワーク理論を取り入れていった (Tatara 1975=1997: 190 ;小池 2007: 104)。ブルーガーは精神医学ソーシャルワーカーであり、リッチモンドのケースワーク理論に重点を置いていた。戦後、ソーシャルワークにおいて最も重要な講習会とされる都道府県民生部関係者現任者講習会 (1949 (昭和 24) 年開催) (以下、現任者講習会) ではメアリ・リッチモンド (Mary Richmond) の環境決定論的ケースワークを基盤とした講演「ケースワークの原理」を行った (井上 2020: 27)。

ブルーガーは環境決定論的ケースワークの中で重要な技法は「面接」や「記録」、「ケース分析」、「資源」としている。面接は、ケースワーカーが仕事をする過程で最も必要な道具であり、記録は面接の技術を磨く助けになることや社会調査には欠か



せないものとし、ケース分析には社会調査を用い、人間理解には人の内面と環境の両要素の相互作用から発展し、常に動いている人格として理解することが必要であるとしている。最後の資源とは、物質的な資源だけでなく内面的資源を活用することの重要性を占めている。ブルーガーのケースワーク理論は、人間理解のためには人の内面と環境の両要素の相互作用に視点を置きながら、内面的資源（パーソナリティ）を活用し面接や記録を用いることと論じている（井上 2020: 24-6）。このように、ブルーガーの現任者講習会の講義ではサムスが述べているような連携協働型のソーシャルワークという要素はほとんど扱われていなかった。この他の現任者講習会の PHW 担当者の講義をみても連携協働に繋がる講義はなく、公共福祉における基本原則や社会保障の原理などに関するものであった（日本社会事業学校編 1950: 目次）（表 2）。PHW が我が国に導入したソーシャルワークは、サムスが論じるような連携協働を重要視していた訳でなく、ブルーガーの登場によってケースワークが重要視されていた。

以上、占領期におけるソーシャルワーク教育からは大瀧の見解である、連携協働型のソーシャルワークという機能は見当たらなかった。

（表 2） 現任者講習会講義一覧

講義名	担当者
諸論	フローレンス・ブルーガー
公共扶助（生活保護）に重要な民主主義の諸原則	アーヴィング・マーガソン
公共福祉における基本原則の適用	フィリップ・ポーリッシュ
すぐれた福祉行政の鍵はすぐれた人事行政にある	トーマス・K・チンデール
行政の原理	ローランド・アーティエグ
現任訓練による職員の養成について	アーサー・ポッツ
厚生統計について	フレッド・カー
モデル民生事務所の運営	イサベル・ミーリング
被保護者との面接	チャロット・ステイブンソン
ケース・ワークの原理	フローレンス・ブルーガー
施設収容保護	ヤコブ・ヂェリルド
災害時に於ける福祉活動について	マーシャル・J・トルーアックス
社会保険の原理	ジョージ・F・ロールリック
疾病特に慢性秒の社会的局面	アナベラ・ケント
家庭に於ける児童の扱方	ドロシー・デッソー
日本の福祉事業の実際に対する若干の	マーチン・シェリー

批判的観察	
身体厚生事業	フェルディナンド・ミクラウツ
オーガニゼーション（共同社会組織事業）	トーマス・エル・メッカー

（出典：日本社会事業学校編 1950：目次）

### （3）開発途上国型ソーシャルワークという位置付け

大瀧は占領期で行われていたソーシャルワークを「開発途上国型ソーシャルワーク」と位置づけた。開発途上国型ソーシャルワークとはごく基本的な保健教育機能と生活困窮者への生活支援や多様なニーズに対応するための資源開発機能と述べ、戦後間もない保健所法改正時にはこのようなソーシャルワーク機能が求められていた。しかし、この開発途上国型ソーシャルワークという位置付けについて推測の域を脱しておらず検証が必要だと述べている（大瀧 2013:174）。この位置付けを検討するためにも 1948（昭和 23）年発行の『保健所業務指針』や 1950 年前後の全国保健所の業務統計を概観していきたい。

### （4）『保健所運営指針』からみる医療社会事業の役割

『保健所運営指針』は 1948 年（昭和 23）年 7 月には GHQ と厚生省の共同にて発行された。この『保健所運営指針』には医療社会事業系の職務として、患者や家族に医学的、社会的な困難な現状を説明・理解させることや医師等に患者や家族の置かれている環境を理解してもらうために状況を聴取することなどを含む 5 つ掲げられた（厚生省 1948:137-38）。その職務内容及び詳細について確認してみたい。

1. 患者及びその家族に対して彼等の当面している医学的、社会的の困難及び理由を了解せしめること。

多くの場合、患者は病気の原因又は性質を理解していない。例えば結核や性病の治療において病気の原因とか伝染経路とか治療効果を得るためには長い期間が必要であることを患者や家族に説明する必要がある。医療社会事業家は患者や家族と面談し、治療に必要な知識を与える。

2. 医師又は治療に携わる人々の用に供する為、患者及び彼の置かれている環境の事情に就いて知識及び理解を手に入れる事。

医師が正しい診療を行い、適切な治療法を指示する為、患者の職業や家庭事情の知識を必要とする。医療社会事業家は必要な情報を患者より聞き出し医師へ提供し、医師の余分な時間を省く。

3. 患者を指導して、共同社会の提供する各種の便宜を最も適切に利用せしめる事。

患者は病気になる前は如何なる保健、社会施設があるかを知らない。医療社会事業家は共同社会の提供している社会資源の知識を個々の患者について必要とする援助が得られるように指導すること。

4. 医師の採取した治療方法の実行を計量的に援助する事

医師が指示した治療法を患者個人で行うことに困難な場合がある。例えば、家主に対して休養を指示しても家族を養うために働かざるを得ない場合などである。この他にも家庭内での隔離を指示した場合も同様である。

5. 連絡

社会福祉施設に対して保健所や類似の施設の事業を説明することである。社会福祉施設の職員は保健所の事業を理解していない。その事が患者の不利益とならないように保健所の職員の誰かが社会事業施設に対して情報を提供する必要がある。(厚生省 1948: 137-39)

このように医療社会事業係は、患者に適切な治療を受けてもらえるよう生活環境や知識などを把握し、医師へ情報提供するとともに、現状を患者や家族と面談し、時には、関係機関等と連携を図ることを目的とされていた。『保健所業務指針』の医療社会事業係の業務内容からは、大瀧が分類する連携協同型の「先進国型ソーシャルワーク」も生活支援機能・資源開発機能の「開発途上国型ソーシャルワーク」も両方を兼ね備えていた。

以上、『保健所業務指針』の業務内容からは大瀧が指摘する機能のズレを指摘することはできなかった。しかし、『保健所運営指針』の業務内容のみで当時の保健所ソーシャルワークに求められていたものを結論づけるのではなく、実際はどのような業務が求められ実践していたのかの検討が必要であろう。次に 1950 年前後の保健所ソーシャルワークの業務統計を概観していきたい。

(5) 保健所ソーシャルワークの状況

保健所ソーシャルワークは 1948 (昭和 23) 年よりモデル杉並保健所で開始された。保健所ソーシャルワークの業務統計は 1948 (昭和 23) 年より全国保健所で開始された<sup>2)</sup>。業務統計は大分類が 1. 経済的援助、2. 関係施設等との連絡、3. その他の援助に 3 分類とし、経済的援助は小項目として使用料減免、生活保護法適用斡旋、社会保険の適用斡旋、栄養補給の斡旋の 4 つに分類され、その他の援助は小項目として接触者検診勸

奨、治療継続勧奨、調査生活指導その他の 3 つに分類されている（厚生省大臣官房統計調査部 1950：156）（表 3）。このように、当時の保健所ソーシャルワークに求められていたのは、経済的援助としての斡旋業務や連絡業務や勧奨業務であった。では、実際の業務統計数を元に当時の保健所ソーシャルワーク実情について検討していきたい。

（表 3）全国保健所の業務統計の項目と内容

項目		内容
1. 経済的援助	a. 使用料等減免	保健所使用料手数料減免の斡旋をした件数
	b. 生活保護法適用斡旋	要保護者に対して、生活保護法の適用による医療給付その他の保護を斡旋した件数
	c. 社会保険適用斡旋	社会保険による医療助産の給付を斡旋した件数
	d. 栄養補給斡旋	栄養価高く、軽費な食品の入手を斡旋した件数
2. 関係施設等との連絡		診療について、病院診療所に斡旋紹介し、診療に必要な社会的保護について、社会事業施設又は民生委員その他の機関に斡旋紹介し、その他、社会、教化、労働等あらゆる面において、必要な施設又は機関に紹介斡旋した件数
3. その他の援助	a. 接触者検診勧奨	結核、性病その他の伝染病の家族その他の接触者に対して、検診を受けるように勧奨した件数
	b. 治療継続勧奨	治療を中絶し、又はその虞あるものに対して、治療の継続を勧奨した件数
	c. 調査生活指導その他	診療の適正をはかるため、普通行われている予診の他、特に実際について、本人の生活状態、環境、生活歴、遺族間等を調査した件数、社会生活、経済生活につき指導した件数、あるいは友誼的援助

		その他、疾病の治療予防のため行った社会的援助の件数
--	--	---------------------------

(出典：厚生省大臣官房統計調査部 1950 を元に筆者にて作成)

(6) 保健所ソーシャルワークの業務統計数

1949 (昭和 24) 年から 1951 (昭和 26) 年の 3 年間の取り扱い件数は 60 万件台から 90 万件台となっている (表 4)。その内訳としては、経済的援助として、保健所使用料の減免や生活保護や社会保険の斡旋、栄養補給斡旋を行う経済的援助が 5 割から 7 割程度であり、関係施設等との連絡が 1 割程度、その他の援助が 2 割から 4 割程度となっている (表 5)。

この状況について井上 (2023) は 1950 年ごろの保健所ソーシャルワークは、栄養補給の斡旋や関係機関との連絡調整が主な業務であると論じている (井上 2023: 12)。確かに、1949 (昭和 24) 年度や 1950 (昭和 25) 年は経済的援助が全体の 7 割を占める状況であり、栄養補給の斡旋や生活保護や社会保険の斡旋を行う連絡調整が主となっている。しかし、1951 (昭和 26) 年はその経済的援助の割合が 2 割ほど減少し、その他の援助が 2 割ほど増えている。この状況は、1950 年以降に何らかの変化があったことが推測されるが、栄養補給の斡旋や関係機関との連絡調整が主業務であったことには変わりはないだろう。

この状況をもとに、大瀧の見解である「開発途上国型ソーシャルワーク」の妥当性について検討していきたい。

(表 4) 全国保健所の医療社会事業係業務統計 (年別) ※1949 年は年度

項目		1949 年度 (昭和 24)	1950 年 (昭和 25)	1951 年 (昭和 26)
1. 経済的援助	a. 使用料等減免	103, 335	162, 046	116, 240
	b. 生活保護法適用斡旋	27, 005	37, 279	40, 297
	c. 社会保険適用斡旋	81, 884	113, 219	113, 886
	d. 栄養補給斡旋	208, 504	331, 194	85, 511
2. 関係施設等との連絡		44, 583	71, 701	86, 753
3. その他の援助	a. 接触者検診勧奨	78, 849	100, 728	138, 070
	b. 治療継続勧奨	43, 326	44, 043	45, 656
	c. 調査生活指導その他	65, 543	80, 432	106, 740
合計		653, 029	940, 660	733, 153

(出典：厚生省大臣官房統計調査部 1950、厚生省大臣官房統計調査部 1953 より筆者作成)

(表 5) 全国保健所の医療社会事業係業務統計 (年別) の項目別割合 (筆者にて作成)

項目	1949 年度 (昭和 24)	1950 (昭和 25) 年	1951 (昭和 26) 年
経済的援助	64%	68%	48%
関係施設等との連 絡	7%	8%	12%
その他の援助	29%	24%	40%

※1949 年は年度

### (7) 開発途上国型ソーシャルワークという位置付けの妥当性

大瀧は戦後間もない保健所法改正時には開発途上国型ソーシャルワークが求められたと論じる。開発途上国型ソーシャルワークとは、基本的な保健教育機能と生活困窮者への生活支援や多様なニーズに対応するための資源開発機能である (大瀧 2013: 174)。この見解について、1948 (昭和 23) 年の『保健所業務指針』と 1950 年前後の全国保健所の業務統計をもとに検討した。

『保健所運営指針』からは保健所ソーシャルワーカーに求められていたものは大瀧が分類した「先進国型ソーシャルワーク」でも「開発途上国型ソーシャルワーク」でもなく、その両方の機能を合わせもつことが必要とされていた。

1950 年前後の業務統計は、制度の斡旋や連絡調整という業務が主となっていた。これは、大瀧の分類で検討すると連携協働機能の「先進国型ソーシャルワーク」の比重が大きい状況であった。

以上、『保健所運営指針』と 1950 年前後の業務内容をもとに大瀧の見解を検討した。その結果、戦後間もない時期に我が国に求められていたソーシャルワークが生活支援機能・資源開発機能の「開発途上国型ソーシャルワーク」であったとは言い切れない状況であった。

## 第5節 まとめ

本稿では、保健所ソーシャルワークの「衰退」の要因について検討した。検討には、多くの先行研究で「衰退」の要因として取り上げられている保健所予算と、大瀧の見解を用いた。

保健所予算の検討には、財務省主計局総務課主計事務管理室が公開している「予算書・決算書データベース」と行政改革の経緯を概観した。保健所予算は年を経るごとに増額されており、保健所予算が減額されている状況は確認できなかった。また、行政改革では 1949 (昭和 24) 年に始まったドッチ・ラインによって行政機構は大きな転機を

迎えたが保健所については結核対策の重要な機関として位置づけられ、人員の削減が行われることはなかった。

この結果からすれば、保健所予算と保健所ソーシャルワークの「衰退」の関連性は否定される。しかし、保健所予算は財政的裏付けが不十分であったと指摘されていることから、保健所の運営主体である地方自治体の実情を検討することが今後の課題である。

次に大瀧の見解について検討を行った。大瀧は保健所ソーシャルワークの「衰退」の要因について機能のズレを指摘している。GHQ が導入したソーシャルワークを連携協働機能の「先進国型ソーシャルワーク」と位置付けた。しかし、我が国が戦後間もない時点では生活機能や資源開発機能の「開発途上国型ソーシャルワーク」が求められていたとしている。

この見解について、「先進国型ソーシャルワーク」を当時のソーシャルワーク教育から検討を行った。当時の教育内容からは連携協働機能という側面ではなくケースワーク理論や公共福祉の基本原則や社会保障の原理に関する内容であった。よって、当時のソーシャルワーク教育からは、GHQ が導入したソーシャルワークが連携協働機能を重視した痕跡を見つけることはできなかった。

次に「開発途上国型ソーシャルワーク」について検討を行った。検討には、1948（昭和 23）年に厚生省と GHQ が共同発行した『保健所運営指針』と 1950 年前後の保健所ソーシャルワークの業務統計を用いた。『保健所運営指針』の業務内容からは、「先進国型ソーシャルワーク」と「開発途上国型ソーシャルワーク」の両方を併せ持つ業務内容となっていた。1950 年前後の保健所ソーシャルワーク業務統計からは「先進国型ソーシャルワーク」の比重が多くなっていた。この結果から、『保健所業務指針』および保健所業務統計からは、当時の我が国が求めていたソーシャルワークが生活機能や資源開発機能の「開発途上国型ソーシャルワーク」であったとは断言できなかった。しかし、大瀧の見解は業務内容や業務統計数のみで判断できるものではない。今後は当時の保健所ソーシャルワークの事例にふれながら更なる検討が必要である。

<sup>1)</sup> 保健所整備補助金の昭和 26、27 年度の名目は保健所建物整備補助金

<sup>2)</sup> 1948（昭和 23）年の資料は 1950（昭和 25）年発行の「昭和 24 年度保健所事業成績年報」から確認できる。しかし、1948（昭和 23）年は年度集計か年集計かは確認できないため比較には用いなかった。

【文献】

- 50 周年記念誌編集委員会, 2003, 『日本の医療ソーシャルワーク史——日本医療社会事業協会の 50 年』, 日本医療社会事業協会.
- 橋本正己, 1981, 『公衆衛生現代史論』 光生館.
- 井上祥明, 2020, 「GHQ によるソーシャルワークの導入」『熊本大学社会文化研究』 18: 15-30.
- 井上祥明, 2023, 「保健所ソーシャルワークの変遷——『衰退』要因の検討」『先端倫理研究』 17: 5-31.
- 井上祥明, 近刊, 「保健所ソーシャルワークの『衰退』の検討」『熊本大学社会文化研究』 22.
- 小池桂, 2007, 『占領期社会事業従事者養成とケースワーク』 学術出版会.
- 厚生省, 1948, 『保健所運営指針』 東光印刷株式会社.
- 厚生省大臣官房統計調査部, 1950, 『保健所事業成績年報 昭和 24 年』 厚生省大臣官房統計調査部.
- 厚生省大臣官房統計調査部, 1953, 『保健所事業成績年報 昭和 27 年』 厚生省大臣官房統計調査部.
- 厚生労働統計協会, 2017, 「地域の医療介護入門シリーズ 地域の医療と介護を知るために——わかりやすい医療と介護の制度・政策 (第 7 回) 戦時体制および占領期におけるわが国の医療制度 (その 2) 占領期後期の医療政策」『厚生 の 指 標』 64 (1): 44-48, (2022 年 12 月 2 日取得, <https://dl.ndl.go.jp/pid/11465954>)
- 厚生労働統計協会, 2018, 「地域の医療介護入門シリーズ 地域の医療と介護を知るために——わかりやすい医療と介護の制度・政策 (第 23 回) 保健所と地域保健法」『厚生 の 指 標』 65 (7): 46-50, (2023 年 5 月 2 日取得 <https://dl.ndl.go.jp/pid/12486925>)
- 厚生省五十年史編集委員会, 1988, 『厚生省五十年史 (記述編)』 (1988, 中央法規出版株式会社), 公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会情報センター, (2022 年 12 月 2 日, <https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/mhlw.html>)
- 児島美都子, 2003a, 「フィルム『新しい保健所』を見て」50 周年記念誌編集委員会『日本の医療ソーシャルワーク史——日本医療社会事業協会の 50 年』, 日本医療社会事業協会, 12.
- 児島美都子, 2003b, 「日本社会事業協会とわたし」50 周年記念誌編集委員会『日本の医療ソーシャルワーク史——日本医療社会事業協会の 50 年』, 日本医療社会事業協会, 119-120.



- 右田紀久恵, 1963「保健所における医療社会事業——従事者の前向きな自己凝視を」社会事業研究会編『医療社会事業研究』14-31.
- 日本社会事業学校編, [1950] 2000, 『現代社会事業の基礎』一番ヶ瀬康子・井岡勉・近藤興一編, 『戦後社会福祉基礎文献集 3——現代社会事業の基礎』日本図書センター, 目次.
- 大瀧敦子, 2013, 「占領期の保健所法改正に伴うソーシャルワーク導入の過程分析—衆参両議員厚生委員会において『公共医療事業』はどのように議論されたのか」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』(140): 149-178.
- Sams, Crawford, 1962, *Medic: The mission of an American military doctor in occupied Japan and wartorn Korea*, New York: M. E. Sharpe (竹前英治編訳, 1986, 『DDT 革命——占領期の医療福祉政策を回想する』岩波書店).
- 笹岡眞弓, 2016, 「歴史的経緯を踏まえた社会事業・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への過程」東北福祉大学大学院総合福祉学研究科平成 28 年度博士論文.
- 総理府社会保障制度審議会事務局, 1960, 『社会保障統計年報 昭和 34 年度』社会保険法規研究会.
- Tatara, Toshio, 1975, *1400 years of Japanese social work from its origins through the allied occupation, 552-1952*, Ann Arbor, Mich: University Microfilms International. (菅沼隆, 古川孝順訳, 1997, 『占領期の福祉改革——福祉行政の再編成と福祉専門職の誕生』筒井書房.)
- 田代国次郎, 2003, 『医療社会福祉研究 [田代国次郎著作集 6]』社会福祉研究センター.
- 財務省主計局総務課主計事務管理室, 2022, 「予算書・決算書データベース」, (2022 年 12 月 10 日取得, <https://www.bb.mof.go.jp/hdocs/bxsselect.html>)