

独自の産業経済活動の低迷等があり、他方において米軍基地返還交渉の渋滞に対する地元の反発等困難な政治環境の中でその政策運営は必ずしも順調とは言えないものがあった。

地域経済の全体についてみると本土地域との経済の格差は若干縮小方向に向かいつつあるもののなお隔たりがあり、また、雇用情勢も完全失業率、有効求人倍率ともに全国レベルよりもかなり厳しく、新規学卒の就職率も低い。沖縄地域振興開発の総合的効果は未だ十分な段階に至っていないというのが現状であり、その全てを現地総合事務局の責任とすることはできないとしても、所管行政の総合的全体的な課題達成への道はなお多難と見なければならぬ。

(4) 地方公共団体における統合出先機関の例

県、市町村の行政はもともと地域総合行政の特徴を強く持つものである。とりわけ、各種福祉等の民生の分野、道路、都市計画等の公共事業の分野、初等中等教育、社会教育等の文教の分野等はその典型的な場面であり、また地域経済の振興を目指す経済産業政策や農業、農村整備その他の町おこし、村おこしの分野等の行政もその一環である。

これらを対象とする県・市町村の行政においてはしばしばその組織体制として地域総合事務局の体制を採ることが少なくない。

例えば、県レベルにおいては、統合型の出先機関としては、例えば、支庁（北海道）、地方振興局（岩手）、総合支庁（山形）、地方総合事務所（茨城）、地域振興局（山梨）等がある。また、特定地域に関し、地理的、経済圏、生活圏的な特徴に着目し、独自の統合機関を採る例としては、例えば、三多摩（東京都）、佐渡（新潟県）、能登（石川県）、その他島嶼部等に関し特別な総合機関を配置するケースも多く見られるところである。これらの場合においては、各分野の行政が連携して、当該地域における県、市等の行

政の総合的展開を図ることをその趣旨とするものと見られる。これに対し県の出先機関の機能のある程度専門分化させ、税財務、土木、衛生・民生その他に関しそれぞれの専門機関を配置する例も又少なからずあり、そのそれぞれに長短があると見られる。

そこで、問題点は、総合機関化を図る場合、個別分野のうちとりわけ専門技術的特徴を有する分野の行政にどのような影響を生じるのかという点にあると考えられる。その長短は、結局のところ、一面における行政総合化の要請と、その反面における個別分野の行政の専門性や実務の独立性の要請との兼ね合いの問題であり、政策運営や行政実務の特色と濃淡に関する選択によるものと考えられる。(63)

5. 社会経済の変動、科学技術の高度化と行政責任の変容

(1) 社会経済の変動、科学技術の高度化と行政

現代行政がその望ましい姿を実現するためには、近年における社会経済の構造変動とその広範な分野への行政機能の拡大、更に、科学技術の急速な発展と技術水準の複雑、高度化等、行政を巡る環境条件の変動と行政内容の実質的变化に注目し、これに対応する現代行政の権限と責任の変容について分析しなければならない。

現代行政にかかる客観条件の変化は、とりわけ科学技術の急速な進歩と行政の関係に関して注目される問題を多発させている。進展する工学、医学等、科学技術の急速な進歩の動向と質の高い公共サービスを求める社会的価値観の変化は、関係行政のあり方に基本的な見直しを迫る場を増大させている。

例えば、巨大科学技術の開発に関連する行政上の問題として、このところ注目されている問題の一つに、原子力開発の問題がある。

わが国のエネルギー自給率は、水力発電の3%を主体として新エネルギー等を加えてわずかに4%であり、流動的な中東情勢等もあって、原油依存度の高いわがエネルギー供給構造は極めて脆弱であるとされ、本格的なエネルギー対策が求められている。

これに対し、準国産エネルギーと目される原子力は、既に発電用エネルギー源として12%を超え、わが国エネルギー供給の安定確保の見地から大きな役割を果たし、加えて地球温暖化対策として化石燃料依存からの脱却が課題とされるに至り、その切り札の一つとしての役割が重視されている反面、このところ安全性の見地からその在り方が厳しく論じられるに至っている。

わが国における原子力の平和利用は1956年の原子力基本法において「公開、民主、自主」の原子力三原則が定められて以降軌道に乗り、原子力発電は商業運転においては安定した作動実績を持ち、アメリカのTMI、ロシアのチェルノブイリ等の事故にもかかわらず比較的順調な伸びを示してきた。

しかしながら近年、高レベル放射性廃棄物の処分や使用済み燃料の貯蔵と再処理の難航、福島県知事による2001年2月のプルサーマル凍結等を巡り、関係者の主張は分裂し、加えて東電等電気事業者による検査結果に関する原子炉ひび割れ報告の秘匿等の事態も明らかにされた。わが国における原子力の平和利用はその中心とされる原子力発電に関しこのところ厳しい局面に直面するに至っている。

去る1月27日、名古屋高裁金沢支部において、核燃料サイクル開発機構の高速増殖炉もんじゅの原子炉設置許可を巡る国の設置許可の無効を訴えた控訴審において国敗訴の判決があり、衝撃が広がった。そのポイントは、設備、機器そのものの構造上の欠陥に関する判断というよりは、安全性を審査し、チェックする国の審査方法や審査体制に対する判断が中心となった点で、いわば危険の抽象的な可能性に関する間接的な

判断であり、関係の科学技術分野の今後の展開に影を落とす特異なケースとなった。そして、通常論じられてきた重大性の要件と明白性の要件のうち、判決は明白性の要件を捨象し、重大性の抽象的可能性をベースに結論を導いたものであった。その判示に関しては今後各方面の論議に待たなければならない。(64)

かつての4大公害裁判においては、事態は深刻であり企業の責任と行政の責任が厳しく問われることとなった。他方、不幸にして発生した飛騨川事故その他の自然災害と公物管理責任のように、開発事業の反面における災害発生の確率的可能性とその阻止可能性乃至防護可能性との関係に関し幅轆した論議が展開された場面も少なくない。

同種法益の衝突関係に関しては、一般的には車の運転や高速鉄道の運行等に関しいわゆる「許された危険」の法理が論ぜられることがある。もっとも、例えば製造業やエネルギー等の事業の維持発展といった経済的価値と人間の生命、身体の安全、健康の等の問題とを全く同じ平面において論じることは出来ないこともまた否定できないところであろう。

確率的危険とその行政責任の問題に関しては、これにより供給される役務やひいては文明の進歩、これに関連するかもしれない危険性の態様と発生確率、その阻止可能性等を巡り現代の高度技術社会においては論議は未だ始まったばかりであると考えられる。

(2) 予防接種及び薬害エイズ問題

次いで本稿の主題に即して生命と健康の維持に関する若干の問題に触れておきたい。

公衆衛生等保健医療の具体的な場面においても近年に至り多くの問題が提起されて来ており地方行政においても大きな影響を生じつつある。具体的な事案として、これら分野における行政機関の責任を踏み込んで検討したものはいくつかの判例があることに留意する必要がある。

例えばその一つとして、最高裁判所平成3年4月19日第二小法廷判決（昭和61年（オ）第一四九三号損害賠償請求事件）において、予防接種被害に関する国家賠償責任を認める判決があった。本件は、昭和43年に小樽保健所で種痘の予防接種を受けたX（生後6ヶ月の幼児）が、9日後に脊髄炎を発症し、現在も両下肢麻痺、知覚発達障害等の重篤な後遺障害を残している件について、X及び両親は、Xが接種日の数日前に発熱し、接種当日も禁忌者に該当していたのににもかかわらず、保健所職員（医師）の予診不足のためこの点が看過され接種が行われたことに関し、その責任を指摘し、国家賠償請求を主張したものである。

これに対する判決においては予防接種の後遺障害に関し、その原因となったと見られる予防接種の過失について国家賠償法に基づく損害賠償請求を認容した点で関係方面に衝撃を与えたものであった。（65）

これに対し1986年の薬害エイズ事件については、現代における科学技術の発展の中で生じた患者の人命にかかる不幸な事件であり困難な判断事項を含む訴訟事案であった。

本件検察の公判請求にかかる3つの事案、即ち製薬企業、行政、専門学者のそれぞれの訴訟事案のうち、製薬企業である元ミドリ十字社長らの事件は2000年2月24日に大阪地裁から有罪判決が、元帝京大学副学長の事件は2001年3月28日に東京地裁から無罪判決が、元厚生省薬務局生物製剤課長の事件は2001年9月28日に東京地裁から一部有罪の判決がなされ、それぞれ被告、原告からの訴えにより、現在は控訴審の段階にある。

その内容に立ち入ることは本稿の目的ではないが、このうち元生物製剤課長に対する有罪判決を巡り、その責任と権限等に関し考慮しておくべき問題があると考えられる。

同課長の刑事責任に関し、東京地裁判決は第一訴因（非加熱濃縮血液凝固第Ⅷ因子製剤の投

与）については予見可能性無し及び結果回避義務違反無しとして無罪判決とされ、第二訴因（非加熱濃縮血液凝固第Ⅸ因子製剤の投与）については予見可能性あり及び結果回避義務有りとして有罪判決の結論を導いた。（66）

しかしそのプロセス等に関し若干の論点が指摘される。

その第一点是非加熱製剤の使用中止に関する不作為の責任という点である。（67）

この点に関しては行政庁の責任を巡り、司法としては敢えて前例のない行政庁の不作為の過失にかかる責任を問うと言う展開となった。従来この種の分野における不作為の責任問題はどちらかといえば主として政治分野やマスコミの機能において取り上げられてきただけに裁判としては異例の展開と見られるが、人命を左右した事案の重要性という着眼から司法の判断として踏み込まれたものであろうと受け取られた。

その第二点は専門技術的判断の点である。問題となった非加熱製剤の取扱いに関しては、高度に専門技術的な判断を要する問題であり、その判断の実質的な主役は血友病問題のわが国における権威と目された学者被告を中心とするエイズ研究班ではなかったかという点である。

一般に、例えば、新薬の審査等の科学技術分野に関しては、その実質的な判断と認定の主役は薬事審議会並びにその部会其の他に参加した大学、医療機関其の他の学識経験者であり、又は、治験其の他に直接に関与した委託研究者等であって、行政上の専門的判断に関しては、学界中心メンバーの実質的な関与が実態的に大きな意味を持つのが現状である。

これに関しては行政上の重要な意思決定に対する責任の問題をあいまいにするのではないかと疑問が指摘される。しかしながら、わが国行政の現実においては、通常専門的知見を備えた高度な科学スタッフを、多くの分野にわたり必ずしもフルタイムの常勤職員としては任用せず、必要の都度、日額乃至時間額支弁の審議会

委員等非常勤委員等の自由な立場からの参与を求め、従って、公務員法上の常勤職員に対する服務規律の及ばない、いわば外にある存在を学識経験者として起用し、又は、委託費支弁等相互に対等且つ契約解除自由な委託契約等の私契約ベースの請負関係にある非公務員の専門家に要請して専門的知見を求めるという傾向がある。

即ち、重要な行政上の専門的意思決定に関し、いわば責任の緩やかなシステムをとっている面があることは否定できない。その結果、法律的な責任関係がともすれば不明確になり易い傾向が見られるところである。

その第三点は組織の中における意思決定の主体として、敢えて課長のポジションのみを絞り込みその責任をピックアップしたのは果たしてどうかという点である。

仮に、意思決定の権限と責任はあくまで組織としての厚生省であるとの判断に立てば、その責任の証明があれば国家賠償の問題が中心的なテーマとなるであろう。

また、一般行政機関において、行政運営に関しその意思決定責任を問うとすれば、通常は独任制の建前から形の上ではあくまで所管の分担管理大臣の責任と言うことになろう。

そして、その判断を支える第一次的補佐機関は直接に大臣の判断を補佐する責任をもつ所管の局長と判断されるのがむしろ一般的であろう。

また、方針の実質的立案に深く関与したスタッフと言え、担当課長もさることながらむしろ海外情報を掌握し、エイズ研究班会議の議案を内容面において用意した実務担当者クラスではなかったかとの論議も見られた。

更に、省先輩の転出先の製薬企業との関係は、どのように解明等されたのか等の論点も一般には見られたところである。

もとより、所管の課長が議案に関与し、時には議案に関する内外への事前根回しの主役を担うことは通常見られるところである。非専攻分野出身の中堅管理職においては、本件のような

臨床系、薬系の事案について果たしてどの程度の専門的知見の持ち主であったかどうかと言う点もあり、被告人に対し省方針にかかる意思決定の主責任を専ら問うというためには、より綿密な審理と証明と証拠が提示されることが判決の文言を見る限り裁判上もより望ましいことであったとの論議もなされたところである。

判決理由のポイントは生物製剤課の課としての組織規定面からの所掌事務の範囲を中心とした形式論理による組み立てとなった。しかし課の所掌事務の規程はその守備範囲の広がりを示すものであっても、その実質的な責任の深度、濃度を当然に表示するものではないであろう。

そして、この点は第一審判決自体においても触れられており、同判決においてはその末尾に近いところで(68)

「厚生省において血液製剤による HIV 感染に係る問題を担当していたのは、一人被告人のみではなかった。被告人の上司、部下及び局内外の同僚の中にも、この問題と関りを持ったものは少なくない。こうした者の存在は、もとより被告人の刑事責任の否定につながるものではなく、また、生物製剤課長という立場にあった関係上、まず被告人の責任が問題とされるのはやむをえないともいえるが、被告人のために斟酌すべき一面があることは、否定し得ないというべきであろう。」とした。

一方において組織で動く行政官庁における機関意思の形成プロセスと、他方において多数の関係者の中における一課長の役割をどのように捉えるか、判決の核心部分は、必ずしも十分に説得的ではないように思われる。

本件は、現在控訴審段階にあるが、当初の檢察の当該公判請求における起訴便宜主義、そして裁判の本事案審理における自由心証主義等の枠内における結果として、第一審においては元生物製剤課長は厚生省サイドでは一人有罪とされ、且つ、厚生省における意思決定の実質的な主舞台となったエイズ研究班の主役であったわ

が国血液学の第一人者は無罪とされた。

こうした一連の第一審判決については、その後、司法に対する信頼性確保という見地から各方面に論議を招くこととなったことは周知のとおりであり、論議は社会的にはまだまだ入り口の段階にあるのではないかと思われる。(69)

一般的に言えば、科学技術の向上、経済の高度化、環境汚染の進展は、ドッグイヤーともマウスイヤーとも言われるような近年における客観条件の急速な変化の一環であり、これらに伴う行政における責任レベルの顕著な上昇から目を背けることは許されない段階を迎えていると考えられる。

6. 地域健康管理行政の沿革と現状

(1) 戦前期の公衆衛生行政

ここで、本稿の主題である公衆衛生行政乃至現在の地域健康管理行政の生成と発展の経過を振り返っておきたい。

古く、明治初期以降、近代日本の制度創生期に始まり戦後の行政体制再構築の努力にいたるまで関係行政の体制整備については多くの努力がなされてきた。その経過については、官報、内務省史、「医制百年史」(昭和51年9月刊)、厚生省五十年史等に詳細であるが、本論に関する限りにおいてその概要を摘記すると次の通りである。

明治4年6月の廃藩置県直前の段階では、地方の統治体制は3府(東京府、京都府、大阪府)、45県、261藩の編成であったが、4年7月の廃藩置県後3府、306県の体制とされ、府には府知事、県には県令が置かれた。その後、地方における統治体制の整備の観点から、県の集約統合が行われ、明治13年には3府、36県の体制とされた。その後、徳島、福井、鳥取、富山、佐賀、宮崎、奈良、香川等の分割があり、明治21年には概ね現状に近い3府、43県の地方行政体制とされた。(70)

その間、地方衛生行政機構については、明治7年、文部省から3府に対し、「医制」が通達され、地方官の下にその補助機関として地方官員を兼任とする医務掛の吏員1、2名を置いて管内の医務を掌らせる(医制第6条)とともに、第一線機関として地方の医師、薬舗主、家畜医等のうちから選んだ医務取締を置いて地方官の指図を受けて部内日常の医務を取り扱わせる(同7条)こととされたのである。

これらの医制に関する規定は、必要の都度、それぞれの条項について改めて施行方を達することとされていたが、明治7年8月、先ず東京府に同7条の施行を達し、各大区(後の郡市)に医務取締を設置させた。これが地方に衛生主務官を置いた最初の試みであった。次いで同年10月京都、大阪の2府に医務取締を置いた。

その後、医学の進歩に伴う衛生学の要求と諸外国との交通の増加による伝染病、特にコレラの上陸の危険によりにわかに衛生事務は繁忙となり、こうした背景の下に各県においても逐次衛生機構の整備が進められた。

地方庁の分課については府知事、県令の権限であったが、各県において衛生課が整備され、判任官始め適格者の確保が進められた。

国における中央衛生会の設置に対し、明治12年12月27日、府県衛生課の設置等と連動して「地方衛生ノ全体ヲ視察シ人民ノ健康ヲ保持増進スルノ目的ニシテ府県知事県令ヲ輔翼スルタメ」地方衛生会が設立された。(71)

同会は医師3名ないし5名(府県会議員によって公選)、府県会議員(府県会において公選)、公立病院長、公立病院薬局長、衛生課長及び警察官1名をもって組織し、その事務範囲は(1)衛生上に関する布告布達等の実施(2)府県において発すべき衛生上に関する布達の草案(3)府県知事より発した議案並びに中央衛生会、内務省衛生局及び郡区町村衛生掛の尋問にかかる事項の審議等とされた。

町村段階についてみると、明治12年12月内

務省は「町村衛生事務条項」(明 12・12・27 内達乙 56) を府県に達し、戸長を助けて衛生事務の取扱いをなす町村住民の公選(緊急やむを得ない場合は町村会の公選)による町村衛生委員を設け町村の自治機関とする方針がとられた。

<明治 13 年度末の府県庁衛生課員数(除く警視庁)>

准奏任御用掛	1 人
判任及び准判任	2 4 4 人
等外	9 5 人
雇	7 4 人
町村衛生委員	4 8, 9 5 5 人
(注) 有給者	3 3, 5 1 6 人
無給者	1 5, 4 3 9 人
一年間の給料総額	3 1 1, 3 7 5 円 2 0 銭
有給者一人平均	9 円 3 0 銭 5 厘

<明治 13 年度末の郡区役所衛生掛員数>

書記	9 2 5 人
雇	2 7 4 人
兼務者を含む総計	1, 6 1 2 人

明治 18 年 12 月太政官官制に代えて内閣制度が登場した。そして明治 22 年 12 月 24 日勅令 135 号により「内閣官制」が定められた。

こうした体制整備に連動して地方行政体制においても明治 19 年 7 月 20 日勅令 54 号により「地方官官制」が制定され、府県の事務を分掌させるため第一、第二の部が設けられたが、「衛生二関スル事項」は第二部の所管とされ(地方官官制第 24 条)、第二部に衛生課が置かれた。

また郡区に警察署、警察分署が置かれ、高等警察、行政警察及び司法警察を掌ったが、行政警察事務として「伝染病予防消毒検疫種痘飲食物飲料水医療薬品家畜屠畜場墓地火葬場其他衛生二関スル事項」を管掌した。(地方官官制第 31 条)

明治 23 年、地方官官制が改正され(明 23・10・11 勅 225)、地方庁中に内務部が置かれ、衛生

事務は、学務、兵事、社事及び戸籍に関する事務とともに同部の第三課の所管となったが、当時における地方衛生事務のもっとも重要なものは防疫事務とされ、その具体的事務は警察取締的性格のものが多かったので、当面の対処として、これを警察事務の体系に組み入れて、防疫の万全を期することとされた。そして、明治 26 年地方官官制の全面的改正にあたっては、衛生事務は警察部の所管とされたのであった。(72)

その後、しばしば伝染病の侵襲に悩まされ衛生事務は繁忙を加えるに至り、明治 31 年府県警察部内に衛生課を設置し、府県の費用をもって衛生技術者を任用すべき旨の訓令が発せられ(明 31・10・28 内訓 945)、翌年までに概ね全国に衛生課が設置された。

明治 39 年屠場法(明 31・4・11 法 32)の制定後、各府県に屠畜検査員が設置され、明治 43 年には警察医務及び衛生事務に従事させるため庁府県に警察医が置かれた。

大正 10 年に至り「庁府県衛生職員制」(大 10・11. 12 勅 435)により衛生事務に従事する技術職員として衛生技師専任 277 人以内及び衛生技手専任 960 人以内が設けられて各庁府県に配置され、従来の警察医、屠畜検査技師及び技手は衛生技手に振り替えられ、従来の関係の官制は廃止された。(73)

また、検疫関係については、日清戦争に伴うコレラ侵襲のおそれと赤痢の流行の状況を受けて、明治 28 年 4 月、臨時検疫部が京都府等 15 庁府県に設置、以後順次拡充され、明治 33 年に臨時検疫官制度に改められた。更に、明治 36 年以降ペスト予防のための臨時防疫職員が警視庁、神奈川県、大阪府、兵庫県、山口県等に逐次配置された。

更に、明治 45 年には「防疫職員官制」(明 45・4・29 勅 102)が制定され、内務大臣が伝染病予防の必要に応じ、防疫監吏(判任官待遇)、防疫医(奏任官待遇又は判任官待遇)及び防疫獣医(判任官待遇)を地方長官の指揮監督下に配

置し、当該府県の伝染病予防事務に当たらせることとしたのである。

また、市町村についても、明治30年4月、伝染病予防規則に代えて新たに伝染病予防法が制定されたため、同法による伝染病予防事務を執行する機関として市町村に予防委員、府県に検疫委員を置く制度が設けられ、また、地方長官の指示により市町村衛生組合が設立され、伝染病院、隔離病舎等が整備された。

次いで、大正期以後地方衛生機構は段階的に整備されて行った。先ず府県機構については、大正15年6月に地方官官制の全面的改正があり、内務部、警察部のほか、新たに学務部が設けられ、併せて、府県の事情により、土木部、産業部、衛生部を置き得ることとされた。

明治以降防疫を中心としてきた衛生行政は、大正5年以降、先ず中央に、次いで地方に逐次保健衛生調査会が設けられ、国民保健の増進を目的とした積極行政への展開が図られ、現在の保健所の前身である各種健康相談所が設置された。こうした取り組みが昭和12年の「保健所法」（昭12・4・5 法42）に発展した。（74）

保健所は、当初、住民の健康相談事業を中心とした保健衛生の第一線機関とされ、道府県においては大体人口12,3万人につき一ヶ所、六大都市においては、20万人につき一ヶ所を設け、更に、必要に応じて支所を置くものとされた。

昭和12年以降、10カ年間に全国に本所を550カ所、支所を1,100カ所設置する計画とされ、一保健所あたり11人（医師2、薬剤師1、書記1、指導員3、保健婦3、傭人1）、建物およそ150坪、X線装置、其の他試験検査、健康相談及び栄養相談等を行う施設を整備することとされた。わが国における本格的な公衆衛生行政体制の整備が開始され、創設費の三分の一、経常費の二分の一を国庫が補助することとされた。

本省段階においては、昭和13年に内務省の衛生局が分離、独立し、これに、従来の商工省及び逓信省の所管する生命保険会社の監督、簡易

生命及び郵便年金に関する事務等を再編追加し、厚生省の発足となった。その組織編成は、大臣官房、体力局、衛生局、予防局、社会局、労働局及び外局としての保険院が置かれ、国民保健、社会事業、衛生、更に健康保険、国民健康保険其の他の事務を担当することとされた。

その後、戦時体制下における行政簡素化と体制整備の見地から、昭和17年に予防局の衛生局への統合と技監の設置、保険院の内局化等、昭和18年に人口局及び生活局の廃止と健民局の廃止等、若干の組織改変が行われた。（75）

地方衛生行政については、従来、監督、取締り行政を中心とする実務であったために警察部の所管とされていたが、次第に国民保健の重要性が認識され、また、国民体力、及び国民医療の分野等の分野にも積極的な役割が求められるようになって来ていた。

こうした背景の下で、昭和17年8月21日閣議決定「庁府県関係行政簡素化実施要綱」において、地方庁機構の簡素化の一環として、総務部と学務部を統合して内政部が置かれたことに伴い、地方官官制の改正（昭17・11・2 勅令768）があり、衛生事務のうち衛生取締に関する純警察に属する事務を除き、一般の衛生事務は警察部から内政部に移管された。

これにより庁府県の衛生課並びに細菌検査所及び娼妓病院等は内政部に移管され、衛生試験所は内政部及び警察部の共管とされたのである。

これに伴い従来警察署の所管とされた衛生関係の事務のうち、警察行政中の保安ないし風紀取締等に密接に関係のある「飲食物ソノ他ノ物品ノ衛生取締」「墓地及び埋葬ノ取締」「急性伝染病予防、ライ予防、花柳病予防及び精神病」等を除くすべての衛生関係事務はそれぞれ地方事務所、保健所又は市町村に移管された。

衛生事務の移管に際し中央の示した概目は次の通り記録されている。

<衛生課移管二伴フ警察署衛生事務ノ移管先>

（一）府県衛生課ノ直接事務トスルモノ

- 1. 診療所及薬局ノ監督ニ関スル事項
- 1. 痘苗、血清其ノ他細菌学的治療予防剤ニ関スル事項
- 1. 毒物、劇物、売薬部外品及化粧品ノ取締ニ関スル事項
- 1. 優生法ノ施行ニ関スル事項
- (二) 地方事務所又ハ支庁ノ所管トスルモノ
 - 1. 医師、歯科医師、薬剤師ニ関スル事項
 - 1. 産婆、看護婦、及其ノ他ノ療属ニ関スル事項
 - 1. 療術行為ノ取締ニ関スル事項
 - 1. 医療関係者ノ技能登録及徴用ニ関スル事項
 - 1. 医薬品、衛生材料及医療器材ニ関スル事項
 - 1. 体力法施行ニ関スル事項
 - 1. 水道及飲料水ニ関スル事項
 - 1. 下水道及清掃衛生ニ関スル事項
 - 1. 屠畜及屠場ニ関スル事項
 - 1. 栄養ニ関スル事項
 - 1. 衣服及住宅ノ衛生ニ関スル事項
- (三) 警察署ニ残置スルモノ
 - 1. 飲食物其ノ他ノ物品ノ衛生取締ニ関スル事項
 - 1. 墓地及火葬場ニ関スル事項
 - 1. 浴場、理容及多衆習合スル場所ノ衛生取締ニ関スル事項
 - 1. ライ予防、花柳病予防、精神病及急性伝染病予防ニ関スル事項
- (四) 市町村役場ノ所管トスルモノ
 - 1. 結核、トラホーム其ノ他慢性伝染病ニ関スル事項
 - 1. 寄生虫病、原虫病及地方病ニ関スル事項

これら衛生事務の内政部移管と併せて第一線機関である保健所の強化が図られた。

即ち、厚生省発足後の昭和 16 年 11 月、厚生次官の通達、更に人口局長及び予防局長の連名

により保健所を中心とする保健指導要綱の確立が通達された。また、昭和 17 年 6 月には厚生省の基本政策として国民保健指導方策要綱が決定された。

そして昭和 19 年には各種保健指導施設を保健所に統合し、行政庁としての機能を発揮させることとされた。即ち、健康相談所 209 ヲ所、簡易保険健康相談所 33 ヲ所健康保険相談所 59 ヲ所、小児結核予防所 14 ヲ所、合計 595 ヲ所を統合し、うち 303 ヲ所を保健所とし、他の 292 ヲ所を保健所分室等とした。他方、保健所の新設も行われ、昭和 19 年度末には、保健所総数は 770 ヲ所となった。(76)

保健所職員の体制も強化され、業務面においても(1) 体力管理、母子衛生、優生、栄養改善、結核予防、勤労衛生等に関する保健指導及び手続経路が定められ(2) 国民体力法による地方長官の権限の一部を保健所長に委譲、一部を代行させ、又、保健所長を検疫委員に任命し、労務監督官に補する等行政庁としての位置付けを付与する等がなされ(3) 保健所をして市町村及び国民健康保険組合の保健衛生事業の指導監督並びに保健婦の業務指導をも行わせることとされ(昭 19・10・20 厚生省発健 221 健民局長、衛生局長、保健局長、軍事保護院副総裁より各地方長官宛)、これにより保健所の行政庁としての位置付けが明確にされた。

しかし、昭和 20 年には、戦災による保健所施設の喪失が 155 に上り、国内の混乱により、その機能は壊滅に瀕するに至ったと記録されている。(77)

(2) 第二次大戦後における地方の公衆衛生行政

戦後の荒廃と経済や社会の混乱の中でわが国社会は公衆衛生水準が悪化し、伝染病も蔓延した。そうした状況下において占領軍総司令部の管理政策の一環として公衆衛生の抜本的改善が

取り上げられたのも当然であった。昭和21年5月厚生行政機構の再編成に関する総司令部の覚書により、各府県に民生部及び衛生部の設置が指令され、東京都、北海道、京都、大阪、神奈川県、兵庫、長崎、新潟、愛知、静岡、宮城、広島、山口、福岡等に衛生部が配置され、同部に総務、医務、薬務、公衆衛生、予防、防疫等の課が置かれた。また、東京都、北海道、京都等17都道府県には、民生部が置かれた。(78)

次いで、昭和22年に地方自治法の制定があり、都道府県の組織においては、衛生部及び民生部は必置の部とされ、昭和23年1月までに、全府県に衛生部がおかれることとなった。

次いで現場行政機関としての保健所については、同じく、昭和22年4月、GHQから「保健所の拡充強化に関する覚書」が発せられた。その線に沿って保健所法の改正(昭22.9.5 法101)があり、保健衛生業務の強化と併せて公衆衛生関係の行政事務の所管が明確なものとなった。更に、昭和22年4月の警察制度の改革により従来警察署において担当してきた衛生警察関係の事務も全面的に衛生行政部門に移管することが決定された。(79)

これにより厚生省—都道府県衛生部—保健所の系統による一貫した行政組織が確立し、保健所は名実ともに衛生行政の第一線行政機関となったとされている。

新たな地方自治制度においては、その別表等において、府県及び市町村についてそれぞれその固有事務、団体委任事務、機関委任事務が定められた。そして保健所の設置経営、伝染病その他各種の衛生関係の施設の設置及び事業の施行等の事務は団体委任事務とされた。同法別表においては衛生事務に関し、各種の審議会、審査会、協議会、吏員その他の職員等が置かれることとされた。(80)

例えば、衛生関係の法律又は政令により必置とされ、特別の資格又は職名を有しなければならないとされた吏員その他の職員としては、都

道府県においては、国民栄養調査員、栄養指導員、防疫技師、鼠族・昆虫等駆除吏員、食品衛生監視員、屠畜検査員、狂犬病予防員、医療監視員、監察医、薬事監視員、毒物劇物等監視員、麻薬監視員等があったが、これらは県庁衛生部ないし保健所に配置された。

保健所は都道府県のほか政令で定める市に置かれることとされ、昭和29年8月末現在において、保健所は全国で773ヵ所、定員3万1,513人として記録されている。

府県段階の内部組織についても戦後の変遷があった。昭和27年8月に地方自治法の改正が行われ、都道府県に置くべき部が法定化され、保健衛生担当部として府県の人口規模等に応じて、衛生部又は厚生労働部が置かれることとされたが、その後、昭和31年6月に地方行政の簡素化、合理化の観点から地方自治法の改正があり、都道府県に置かれる部の数が限定されるとともに、その名称及び分掌事務は都道府県で自由に定め得ることとされた。(81)

その結果、都道府県においては保健衛生行政の所管部局として、衛生部、厚生労働部、保健部等のいずれかを設置する等の変遷があった。

その後、公害環境問題等の深刻化とこれに対する行政上の対応、消費者行政上の諸問題の多発、加えて近年においては、都市の生活環境と緑化問題、廃棄物処理問題等多くの新たな課題を抱えた地方行政は、住民行政、市民行政等の新たな行政上の括りを模索し新たな行政展開を目指す取り組みもあり、府県本庁機構のうち部局レベルに関しては、一部に多様化の傾向も見られるが、健康維持に関する行政の重要性に鑑み、実務担当課レベルにおいては、健康、衛生関係機構のポテンシャルは、概ね安定的に維持されて来ていた。

近年に至り、健康管理政策を新たな視点から組み立て直す必要を生じ、平成6年に地域保健法の制定となった。(82)

新たな地域保健の考え方は、都道府県と市町

村の枠割りを見直し、住民に身近で、頻度の高い母子保健サービス等については主たる実施主体を市町村に変更し、既に市町村が実施主体となっている老人保健サービスと一体となって生涯を通じた健康づくりの体制を整備するとともに、地方分権を推進することとされた。

即ち、平成9年4月までに、保健所からの市町村への権限委譲、都道府県からの市町村への権限委譲、都道府県からの保健所設置市への権限委譲等が進められたのである。

こうした措置に伴い保健所の統合再編成も進められた。その結果、地域保健法の施行時点である同6年3月31日現在の保健所数は、848であったものが、平成12年4月1日には594にまで集約再編された。その時点における保健所設置数の内訳は、都道府県立460、政令市立108、特別区立26であった。なお、この時点において、2次医療圏は360、市町村保健センターは2,218となった。(83)

(3) 地域健康危機管理対策の現状と課題

近年の行政をめぐる環境条件の変化を見ると、一方において、国際的には、グローバル化の動向が顕著であり、国内的には、少子高齢化、都市化等の構造変動が行政運営のあり方に大きな変容を生じているが、このことは地域健康危機管理行政のあり方にも大きな影響を与えるものと見られる。

産業文明の高度化、科学技術の発展、ライフスタイルと消費生活の多様化は、国民の健康管理に今までに見られなかった変化をもたらし、とりわけ地域健康管理面においては、疾病構造の多様化に拍車をかけるものであろう。

他方、政治や経済を中心として、人々の活動のグローバル化の進展と国境を越えた活発な人々の移動が見られるようになり、開発途上国をはじめ、さまざまな気候・風土の条件のもとにある世界各地域において、今までわが国の国

内対策の射程の外に置かれていた各種の風土病を始め、予想もされなかった新たな感染症疾患の登場等、疾病構造の複雑多様化をもたらしており、検疫等公衆衛生面における水際問題を含め、新たな困難な問題を多発させ、公衆衛生分野における多角的取り組みが従来にも増して要請されるに至っている状況を迎えた。

加えて、国内においても、社会の急速な都市化の進展と交通の利便性の増大、生活圈域の急速な拡大等に伴い、公衆衛生行政においては、改めて迅速且つ広域的な対応が重要な課題となって来ている。

こうした新たな動向に対処するためには、行政運営上、現場行政機関が主体性をもって敏速的確な判断により、レベルの高い公衆衛生上、疫学上、臨床上の対応を採ることが必要とされる。これに 대응する体制としては、組織面においては、現場健康危機管理行政機関としての保健所の役割が重要であり、その主体的対応能力の整備充実が課題であると見られる。

(4) 統合化機関と今後の課題

今般の調査研究において、実際的な焦点として検討を行った統合化に関する現状を見ると、多くの府県において、衛生系統と民生系統の現場責任機関が統合化する方向が進められているが、そのタイプとしては、県の総合出先機関(例えば、県地域振興局、県総合支庁等)において多方面の行政機能のうちの一部局として位置づけられているもの(岩手、山形、山梨等)と、保健福祉事務所(宮城、福島、神奈川)、健康福祉センター・健康福祉事務所(秋田、栃木、新潟)、健康福祉子供センター(青森)等の形で衛生と民生の両者が独自機関として統合しているケースとがある。

その変形として、衛生、民生に加えて環境関係の事務もカバーしている出先機関の形も見られる。(群馬、福岡等)

また、民生系統は一般行政機関の系列に残り、衛生系統は伝統的な保健所のタイプを維持している例もまた見られる。(北海道等)

更に、伝統的な組織体制としての保健所と地方福祉事務所等の民生行政機関とが並立している体制も見られる。(茨城、千葉、東京多摩、長野等)

それぞれの地域の実情を反映して、その特徴と悩みは様々である。例えば、沖縄地域においては、日本列島の最南端の島嶼部にあって、東南アジア等からのゲートウェイとしての特徴もあり、南の熱帯、亜熱帯の風土病やハブ対策等の独特の健康危機管理案件が重要課題となろう。

また、福岡県地域においては、国際化の中での健康管理対策もさることながら、とりわけ旧産炭地地域を中心に福祉分野の行政需要が強く、また、環境問題への対応と連携も模索されている。石川、福井地域においては、高齢化の速度が早く、地域の健康管理を重視する行政の姿勢が見られるが、反面、経済の低迷の余波が民生行政部門を直撃する傾向にあり、地域の健康管理情勢が比較的安定していることもあって、衛生、民生の並立的な姿が窺える県もある。

一般に、衛生と民生の二つの業務系列を見ると、衛生系統はより専門技術性が高く、また広域性が問われることが多く、市町村保健センター等の地域機能は補足的であり、県保健所の機能が所管行政の実質的な中心とされている。

これに対し民生系統は、福祉分野の所管事務の性格上より現場性、狭域性が強く、重度身障者等の特定専門分野を別とすれば、ケースワーカーや市町村行政の現地機能の支援や民生委員の活動のバックアップ機能が中心課題となる傾向がみられる。

衛生と民生の間に、地域社会の守り手としての共通な面のあることはもとより否定できないが、仮に、この両者を統合組織として運用する場合は、一方において、専門技術性や広域性の面での特徴をもつ衛生系統と、他方において、

狭域の現地性を基本とする民生系統との相互の特徴と独自性に十分配慮した組織編成及び権限配分、実務体制の編成が必要ではないかと考えられる。

7. 公衆衛生分野に関する保健所長への権限の委任関係と責任関係

(1) 公衆衛生分野の行政課題と行政責任

今日、急速な人口の高齢化や出生率の低下、慢性疾患患者の増加等の疾病構造の変化が進んでいる。そして、他方においては、地域住民のニーズの多様化などに対応し、行政サービスの受け手である地域住民の生活者としての立場を重視した地域社会の健康管理の新たなシステムを構築するという課題に直面している。

このような状況に対処して、平成6年12月1日厚告374号により、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」が決定、告示された。これは同年の地域保健法の制定(昭和22年の保健所法の全面改正)を受け、同法第4条の規定により地域健康管理機関の業務の遂行上の基本的な指針として立案、提示されたもので、今後における地域保健対策の基本的な枠組みを示すものとなった。(84)

同指針によれば、地域保健を取り巻く状況は、地域における健康危機事例の頻発、社会の複雑化に伴う精神保健に対するニーズの高度化、ノーマライゼーションも含めた業務の質的な向上が問われているとされている。

更に、平成12年3月基本指針の一部改正が行われた。これは、阪神・淡路大震災等地域住民の生命、健康の安全に影響を及ぼす事態の頻発という状況のなかで、地域における健康危機管理の在り方が問題となったこと、平成12年度から介護保険制度が施行されたことに伴い、地域保健部門の果たすべき役割が問題となったことに伴うもので(1)地域における健康危機管理体制の確保(2)介護保険制度の円滑な運用の

ため地域保健対策としての取り組みを強化すること等が掲げられた。(85)

同じく平成12年3月には「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」が開始され、これを定着具体化する観点から、平成13年11月、政府与党社会保障改革協議会による「医療制度改革大綱」において健康作りや疾病予防を積極的に推進することとされ、平成14年3月1日医療制度改革の一環として健康保険法の一部改正案と共に健康増進法案国会に提出され、平成14年8月2日公布、施行された。(86)

同法においては急速な高齢化の進展と疾病構造の変化に対処して国民の健康増進に係わる総合的な施策を推進するため、厚生労働大臣が〈基本方針〉を定めることとされた。これに伴い、同方針においては国民の健康の増進の目標に関する事項、食生活、運動、休養、喫煙、飲酒、歯の健康の保持其の他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項等が定められることとなった。(同法第7条)

更に、都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定が進められることなり(同法第8条)今後の地域行政における保健所機能を軸とした健康増進政策の計画的な展開が期待されている。

(2) 感染症対策と保健所の機能

平成11年4月1日厚告115号により「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」が決定、告示された。これは従来の伝染病予防法を100年ぶりに見直し、感染症の状況に対応するための新たな法律として制定された「感染症法」、即ち、「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」(平成10年法律第114号)の成立、公布を受け、同法第9条第1項の規定に基づき感染症の予防の総合的な推進を図るための指針として決定、告示されたもので、前項の地域保健法とこれに基づく指針と

ともに今後における地域健康危機管理行政の骨格となる行政上の基本方針とされた。(87)

同法の基本的な考え方は、近年、医学的な技術などが進歩し、多くの感染症の予防や治療が可能となってきたことを踏まえ、従来の集団の感染症予防に重点をおいた考え方から、個々の国民の予防及び良質且つ適切な医療の積み重ねによる社会全体の感染症予防に転換したとされている。具体的には、感染症が発生した後の対応のみでなく、感染症の患者発生動向調査、都道府県による「予防計画」の策定など、感染症の発生状況を常に把握し、発生した場合の対応などは事前に準備しておく事前対応型の行政運営が課題とされ、健康危機管理の体制の質的な高度化が課題とされている。更に、性感染症、後天性免疫不全症候群、インフルエンザについては、国が特定感染症予防指針を策定して対策を整備することとされている。

感染症は、一類感染症(エボラ出血熱、クリミア、コンゴ出血熱、ペスト、マールブルグ熱、ラッサ熱)、二類感染症(ポリオ、コレラ、細菌性赤痢、ジフテリア、腸チフス、パラチフス)、三類感染症(腸管出血性大腸菌感染症)、四類感染症(アメーバー赤痢等59種類)であるが、このうち、四類は、感染症発生状況の把握、分析とその結果の提供を行うもので、入院や消毒等の対象とはされていない。

一類、二類等の患者は、感染症の類型と必要に応じて、指定医療機関(特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種指定医療機関)に入院することとされ、これら指定医療機関は人口規模などに応じて整備される。

法律に基づいて入院する必要がある患者の入院は、説明と同意に基づく自発的な入院が原則となる。入院の必要性や期間については、感染症や人権に関する専門家等で構成する審査会の意見を聞いて、その理由を明記した書面による入院勧告等が行われる仕組みとされている。

これらの現代的な健康管理の新たな枠組みは、

現代の広域化し、地域によっては国際化の波に洗われつつある我が国各地の地域社会にあって、疾病構造の変化、公衆衛生環境の変質に答えようとするものであり、我が国の地域公衆衛生事情、健康危機管理政策の重要性に向き合い、これに基本的に答えようとする近年の専門家達による努力の成果であると見られる。

(3) 専門技術分野行政の維持向上と地域健康危機管理の行政体制の在り方

以上に見たように現代においては社会経済の複雑多様化に伴い行政上の課題も拡大した。

現代行政の置かれた条件は、社会経済の構造変化、とりわけ経済成長の鈍化、地球レベルに始まり狭域に至る環境問題の深刻化、そして、国・地方の財政事情の深刻な悪化等に伴う動員可能な行政資源とりわけ人的、物的、資金的制約の拡大等によりますます困難になって来た。

その中であって、本報告の主題である健康危機管理行政は、現代行政に求められる地域行政の基礎的ファンダメンタルズの不可欠な要素と言って良い。その機能の適切な確保は、社会の安定の要件であり、地域社会の平和な日常に欠かすことができない。

そのための制度や施設、設備、要員等の体制面と、危機に当たって機動的且つ敏速のシステムを効果的に作動させるための業務組織及びその運営方針等が適切に整備されなければならない。国・地方におけるこの分野の行政のいわゆるハードとソフトの両面にわたる体制の整備は、現段階における不可欠な行政上の要請であると見て良いであろう。

本調査研究においては、組織の有効且つ機動的な作動のためのシステムの設定とその維持のための条件問題を検討し、今後における改善の方向を考察した。そのポイントは次の通りである。

第一に、行政責任の実質に即した保健所長等への包括的な権限付与が要請される。

一般に、行政内容に即して現地・現場機関の機能が的確に発揮されるためには、十分な包括性、総合性を持った権限付与を基礎とし、あわせてその責任を担うに足る体制を整えることが必要である。

これにより、責任分野の課題処理の即時性乃至迅速性、応答性、懸案処理の質を確保しなければならない。従ってそれらを実現するための人的ないし物的仕組み、即ち、専門的な行政機能としての医師、衛生検査技師等の専門スタッフの充実確保、診療検査等の施設・設備、機動性を確保するための輸送手段等、その現地専門機能が十全に発揮されるための体制が担保されなければならない。

公衆衛生行政とりわけ地域健康危機管理行政は、優れて現場的臨場性に富んだ一つの専門職能である。その実務体制を効果的に作動させるためには、行政上、保健所の能力と体制を十全に整備することを前提として、これを実質的な意思決定責任を担い得る組織上のポジションとして明確に位置づけ、明確な範囲の包括性を持った権能を付与し、又は、一定の要件を満たす現地機関に対して明確な幅の裁量的機能を極力広範に授権し、その現地機能が即応性、応答性の高い、敏速且つ効果的な作動を期待することが必要となる。

とりわけ統合機関においては、その運営にあたり、実質的な意思決定責任者を明確にする措置が必要である。

敏速、機敏で、専門性に富む対応能力のある的確な行政判断のシステムを形成し得るよう、特に専門的知見を基礎とすべき分野に関しては、専門職能の中心になるべき者に、規定上、業務運営に関する意思決定権限の授権が明示されることが望ましい。

わが国行政官庁においては、通常見られる事務処理規定においては、組織単位毎に事務の横

の幅を示すが、縦の意思決定がどのレベルでなされるか、その段階を明示しないことが多い。しかしながら、内部の意思決定を実質化し、迅速な行政的対応を担保するためには、実質的責任者の意思決定権限をルール化し、これを可能な限り対外的にも明確にする仕組みとすることが必要とされる段階にあると考えられる。

これに加え、より高次のレベルの困難な事案に当たっては、国、県等の広域統括機関により、明確なマニュアル化を含む技術面のバックアップ体制が採られるべきであり、権限付与に関連し、これを補完する適時、適切な指導援助の仕組が配置されることが望ましい。

第二に、機能の専門性の向上、確保の要請に的確に応えられなければならない。

現代の高度な要請に即応する機能の専門性の確保、向上とこれを実現する上での機能レベルの整備、従って業務、機能面における広域性の確保の課題である。

わが国が高度経済成長の入り口にあった昭和37年に、当時の経済企画庁の地域経済問題調査会から、懸案とされていた社会資本整備の方向に関し、一つの提案があった。それは、

- ・全国的な波及効果を持つ社会資本 A (全国縦貫道路、国際空港、国際機能を持つ特定重要港湾、巨大な集水域と総延長を持つ主要河川と大ダム、巨大コンビナート工業開発拠点施設など)

- ・広域的な波及効果を持つ社会資本 B (一般国道等地域間連絡道路、主要地方空港、重要港湾、一級河川、かなりのまとまりを持つ工業集積団地など)

- ・地域的 (狭域的) 波及効果を中心とした社会資本 C (都市計画街路、都市公園、小河川、上下水道、通勤鉄道ターミナル施設、一般文教施設、住宅団地施設等)

の3つに分け、そのそれぞれに関し、その性格に即した整備方針と推進体制、財源対策を講じる必要があることを提起したものであった。

その考え方は、その後、昭和30年代後半以降、新産業都市、工業整備特別地域の建設・整備や低開発地域開発整備等の地域開発政策に反映された。(88)(89)

そして、やがてそれは、行政的には、昭和43年の広域市町村圏構想 (自治省) ないし地域生活圏構想 (建設省) により、全国を、大都市圏域を除き約300程度に集約統合し、圏域の整備を進め、その中核拠点においては高いレベルの経済活動の集積を実現しようとするものであった。その試みは完結に至らなかったが、1960年代から1970年代にかけての高度成長期において、全体としては、一定の成功と若干の積み残しを生むこととなった。

地域経済圏の発展に向けたこうした圏域設定とこれを基盤とした地域開発計画の推進構想は、直ちに、近年の医療行政分野における一次医療圏、二次医療圏、高次医療圏に分けた地域医療の整備政策を目指す厚生行政の具体的枠組み設定とは、十分な整合性を持つものとは言えない。

しかし、国・地方を通じる政策分野において、高次の専門性、広域性を求めるその方向づけにおいては類似した面をもち、参考となる取り組みといえるものであった。

今日、地域経済や地域の生活と文化等に関する拠点形成を政策化する場合に、地域行政のネットワークを構築するための一次圏域としては、取り敢えず、行政上の単位としての市町村の現状3200をベースに置くとの考え方が有力である。確かに、市町村は、住民自治、団体自治の担い手として、もっとも基礎的な総合的行政機能主体としての歴史的、制度的、行政的位置付けをもっている。しかしながら、その規模は、100万人から300万人超の規模を持つ12の政令指定都市がある反面、人口1万人以下の町村が1500団体に及びその間のばらつきはあまりに大きい。その点に今回の市町村合併プロジェクトの意義と理由があるのであるが、なお、曲折の経過が予想され、その結果として生まれるであ

ろう新たな基礎的公共団体の姿が直ちに或る程度の規模と行財政能力の平準化を実現しようとの見通しは、未だ持たれていない。

そこで、各分野の政策運営に当たっては、引き続きそれぞれの担当分野の行政需要の特性や近年の動向、行政技術の特徴と便宜等から、沿革的な事情にも配慮し、独自のネットワークを維持、整備する努力は当面は避けがたく、また、当面の行政組織編成技術からも一定の合理性が認められるであろう。

一般に、地域の社会経済の実態や市民生活のコミュニティの現状から見ると、もっとも狭域の公的ネットワークは、文教分野では、公立小学校 23,719(2002年3月31日現在)、公立中学校 10,429、高等学校(国、公、私立計 5,479)となっている。また、警察分野で、警察署 1,269、交番 6,623、駐在所 8,070 計 15,662(2001年4月1日現在)、郵便局は、普通郵便局 1,308、特定郵便局 18,931 計 20,239(2002年7月1日現在)、更に簡易郵便局が相当数配置される状況である。即ち、これらを総合すれば、全国二万前後の地域コミュニティとなっており、このレベルがいわば顔の見える範囲の地域社会と見られる。(90)

これに対し、専門技術的なポテンシャルを持ち、全国乃至広域の視点から所管の事務を担当すべき行政機能を持つ広域専門機関としては、国の側のネットワークは、税務署 524、社会保険事務所 312、労働基準監督署 342、公共職業安定所 478 となっている。これは、おおむね地域社会の広域的な専門分野の行政需要のユニットが、概ね 300 乃至 500 程度として捉えられていることを示すものである。(91)

これらは、期せずして、昭和 30 年代の広域市町村圏構想の広域モデルに符合するものであって、300 乃至 500 程度の配置数は、専門機関の全国展開のネットワークとしては、地域性の掌握、専門的レベルの維持、合理性効率性の確保、広域的効率性の視点等の主要な要請に全体として

応え得る全国ネットワークの地域配置に関する典型モデルとして、地域政策の考え方のベースになるものと考えられる。

第三に、行政における専門性と総合性の関係が明確に整理されなければならない。

今日、各県の公衆衛生の現場においては、旧厚生行政の 2 つの潮流、即ち、衛生と民生の両者の現場段階における統合構想、即ち、両行政の総合的展開を目指す一体化の試みに関して、実務運営の立場からの戸惑いがある。

問題は、その行政対象、行政手段に関するそれぞれの特徴と専門性、個別性、そして、半面における相互の類似性、共通基盤性を如何に認識し、合理性のある組織の設計を求めるかであろう。

それは行政における総合性又は隣接分野の担当機関の協力、共助による連携のメリットと、他方における専門的独自性の確保による責任体制の維持の要請との衝突を如何に判断するか、その間の摩擦が生じるとすればこれを如何に調整するか。その両者の兼ね合いの問題であるといつてよい。

これを本件に即して言えば、厚生行政のうち、旧内務省衛生局系統の衛生三局の業務系列と、同じく旧内務省社会局系統の社会三局の業務系列とをどのような関係において捉えるかという点にあると考えられる。衛生三局は、医政局、健康局、医薬局であり、社会三局は、社会・援護局、老健局、雇用均等・児童家庭局であるが、その機能の生成過程を見ると、明治初年以来、それぞれ独自の源流を持ち、その行政目的、行政対象、行政手段、財源、実務体制等にそれぞれの特長がある。

健康危機管理等の公衆衛生行政は、一面において優れて現場的な臨場性を持つ職能であるが、同時に高い専門的レベルを求められる技術的システムを中核とする行政分野である。その効果的作動のためには、レベルの高い技術システム

を担保する必要があることは言うまでもない。その要請される機能の充実整備を図ることが、この問題に関する必須の前提でなければならない。

その上で、隣接機能との連携が課題とされるべきであるが、この場合、衛生と民生の両機能の実体は、福祉事務所系統の業務が基本的に3000余の市町村や20万人余の民生委員等の地域に密着した福祉の実務をフロントとし、それらの分厚い実務システムを管理運営する二次的機能を中心とし、福祉の諸制度とその適用に関する専門職能として、現地的且つ狭域のネットワークに対する支援バックアップを担い、一般行政事務の一環としての行政管理機能を中核とする主として政策的、事務的機能であるのに対し、健康危機管理等の公衆衛生実務は高度専門技術的な職能であり、併せて、機動性、即応性を備えた緊急対応機能、広域的機能を求められる点で顕著な特徴と独自性が認められる。

もっとも、両者は健全な地域社会の形成に共に不可欠な機能であり、地域社会の安全と安心を目指す社会計画、社会政策の一環であり、地域社会の信頼のネットワークにおける中心に位置すべき任務を共有する点で、一定の共通基盤を持つこともまた否定できない。

この両者が組織運営技術として、形の上と言うことでなく、実質的に一体的に運営されることを期待することについては、現実的に困難な面があろうが、他方、中期的には、地域の社会事情を総合的に把握し住民の信頼を確保する上で有益な面もあろう。

その意味において統合機関化に関しては、地域社会の安定と安心のためにその相互の役割の独自性を尊重し、その機能の専門的且つコンスタントな維持向上を確保しつつ、その連携によるメリットを確保するための建設的な、新たな取り組みが求められるであろう。

今後のわが国行政の基本的に向かうべき方向として、現地機関のそれぞれに関し、その任務

分野におけるレベルの高いポテンシャルを確保し、コンスタントな専門的機能の維持発展を図ることを基本としつつ、併せて行政の総合性と効率性の観点からの組織運営にも配意し、これにより地域行政の全体としての成果を確保し、地域の市民の利益と利便、地域社会の信頼に繋げるための一段の工夫が必要となる。

そうした地道な取り組みこそ、憲法25条に掲げる「健康で文化的な最低限度の国民生活」の理念を承継しつつ、現代の求める新たな行政の目標を全国津々浦々の地域社会に実現する道であると考ええる。

C. 参考文献

1. 行政改革会議「最終報告」1997年12月3日
2. 八木俊道「高度化する技術行政と役所の責任」(「This is 読売」1996年12月号) p72
3. 消防庁「消防白書」(平成14年版)
4. 原子力安全委員会「原子力安全白書」(平成14年版)
5. 第一次臨時行政調査会答申「内閣機能の強化に関する意見」昭和39年9月
6. 行政改革会議「最終報告」1997年12月3日
7. 内閣官房「内閣制度七十年史」大蔵省印刷局 昭和30年12月20日 p13
8. 内閣官房「内閣制度百年史」上巻 大蔵省印刷局 昭和60年12月22日 p31
9. 内閣官房「内閣制度七十年史」大蔵省印刷局 昭和30年12月20日 P305
10. 総務省「地方自治便覧」2002
11. 内閣府「時の動き」2002年6月号 財務省印刷局 P12
12. 佐藤功「行政組織法」(新版・増補)法律学全集7有斐閣 昭和61年6月30日 p7
13. 美濃部達吉「行政法撮要」上巻 有斐閣 昭和7年3月5日 p166

14. 佐藤功 同上 p45
15. 内閣官房「内閣制度七十年史」p180. P238
16. 同上 p253
17. 秦郁彦「戦前期日本官僚制の制度, 組織, 人事」東大出版 1981年11月30日
18. 行政管理庁管理部「行政機構年報」第1巻 昭和25年 p15
なお、「内務省史」大霞会
19. 高柳賢三他「日本国憲法制定の過程」II 解説 有斐閣 1972年11月20日 p211
20. 有沢広巳他「昭和経済史」中 日本経済新聞社 1994年3月11日
21. 内閣官房「内閣制度七十年史」p171. P181
22. 行政管理庁管理部「行政管理年報」第3巻 昭和28年 p21
23. 佐藤功 同上 p290
24. 行政管理庁管理部「行政機構年報」、「行政管理年報」各巻
25. 藤田宙靖「行政組織法」(新版) 良書普及会 2001年6月25日 p41
26. 佐藤功 同上 p91
27. 佐藤功 同上 p99
28. 藤田宙靖 同上 p43
29. 鶴飼信成「公務員法」法律学全集7 昭和33年12月25日 p14
30. 鶴飼信成 同上 p19. p28. p63. p99
31. 地方分権推進委員会第一次勧告「分権型社会の創造」平成8年12月20日 p3
32. 地方分権推進委員会第二次勧告「分権型社会の創造」平成9年7月8日 p4. p85
33. 行政管理庁管理部「行政管理年報」各巻
34. 消防庁「消防白書」各巻
35. 美濃部達吉 同上 p173
36. 美濃部達吉 同上 p174. P175
37. 田中二郎「行政法」中巻 有斐閣 昭和30年10月30日 p41. P44
38. 美濃部達吉 同上 p175
39. 田中二郎 同上 p45
40. 美濃部達吉 同上 p177
41. 田中二郎 同上 p46
42. 美濃部達吉 同上 p178
43. 地方行政調査委員会議「行政事務配分に関する勧告」 昭和25年12月
44. 地方分権推進委員会第二次勧告「分権型社会の創造」
45. 地方分権推進会議中間報告
46. 藤田宙靖 同上 p73
47. 金子正史「専決」別冊ジュリスト150号「行政判例百選I」p106
48. 最二小判平成12・12・20民集45巻9号 p1455、p1503
49. 最二小判昭和62・4・10民集41巻3号 p239
50. アンケート調査に関しては本報告の別項
51. 「人事小六法」学陽書房
52. 「財政会計六法」(財)大蔵財務協会
53. 「河川六法」大成出版社
54. 臨時行政調査会答申「行政改革に関する意見」及び「事務運営の改革に関する意見」昭和39年9月29日 自治研究第40巻臨時増刊11号 良書普及会 p265
55. 行政管理庁行政管理局「行政管理法令集(第10版)」昭和49年10月 p175
56. 地方総監府官制(昭20・6・10勅350)に関しては、内閣制度七十年史 p160. 行政管理庁行政管理局「行政管理法令集(第10版)」昭和49年10月 p179
57. 北海道開発庁史編纂委員会「北海道開発庁五十年史」平成12年11月 p21. P56
58. 第一次臨調答申「広域行政の改革に関する意見」自治研究第40巻臨時11号昭和39年11月 p218
59. 国土庁設置法(昭49. 6. 26法98)
60. 第二次臨調答申「行政改革に関する第三次答申」臨調・行革審1987年1月 p196
61. 行政改革会議最終報告1997年12月3日
62. 沖縄開発庁「沖縄開発庁二十年史」平成5

- 年 12 月 15 日
63. 財務省印刷局「職員録（下）」各巻
64. 原発もんじゅ関連記事—2003・1・28 朝日新聞 1・2・3・32・35 面、読売新聞 1・2・3・12・34・35 面等
65. 民集 45 巻 4 号 367 頁、「別冊ジュリスト行政判例百選(第 4 版)」Ⅱ 小幡純子「予防接種と国家賠償責任」p298
66. 判例時報 1799 号「薬害エイズ厚生省事件第一審判決」p21
67. 桜井よしこ他「薬害エイズ〈無罪判決〉、どうしてですか？」中公新書ラクレ 31
68. 判例時報 1799 号 p93
69. 井田 良「薬害エイズ帝京大学病院事件第一審無罪判決をめぐって」ジュリスト 1204 号(2001 年 7 月 1 日)
70. 厚生省医務局編「医制百年史」ぎょうせい 昭 51・9・10 p13、p17、p45
「内閣制度七十年史」、「内務省史(第一巻)」
71. 「医制百年史」p51、p52、p55
「内務省史(第三巻)」大霞会 p44. p51. p55.
72. 「医制百年史」p56
73. 同上 p135. p137
74. 同上 p179. P190
「内務省史(第三巻)」p179. 厚生省五十年史編集委員会「厚生省五十年史」昭和 63 年 5 月 31 日(財)厚生問題研究会
75. 「医制百年史」p269. P274.
「内務省史(第三巻)」p235
76. 「医制百年史」p288. p290
「厚生省五十年史」
77. 「医制百年史」p291
78. 同上 p355
- なお、「厚生省五十年史」
79. 「医制百年史」p358
80. 同上 p388
なお、厚生省五十年史
81. 「医制百年史」p575
82. 平成 6 年 12 月 1 日 厚生省告示 374 号「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」。平成 12 年厚生省告示 143 号、同厚生省告示 615 号により、同指針を改正。
83. 厚生指針臨時増刊「国民衛生の動向」2002 年版(財)厚生統計協会
84. 平成 6 年 12 月 1 日厚告 374「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」実務衛生行政六法(平成 14 年版)p423
85. 「〈健康日本 21〉の推進」厚生 2002 年 12 月号 p16
86. 平成 11 年 4 月 1 日厚生省告示 115 号「感染症予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」実務衛生行政六法(平成 14 年版)新日本法規 p612
87. 「感染症対策の歩み—これからの課題と展望を考える—」(下田 智久、吉倉 廣 厚生 2002 年 1 月号 p10
88. 国土庁「国土統計要覧」(平成 13 年度版)大成出版社
89. 地域振興整備公団「地域統計要覧」(2002 年版)
90. 国土交通省総合政策局事業調整官室監修「地域計画ハンドブック」(2002)ぎょうせい。地方自治便覧(2002 年版)。
91. 地方自治便覧(2002 年版)。文部科学白書(平成 14 年版)。警察白書(平成 14 年版)。
92. 総務省行政管理局「行政機構便覧」(平成 14 年版)

保健所が使用する健康危機管理チェックリスト作成の試み

分担研究者 小窪 和博

平成 14 年度 厚生労働科学研究補助金 健康科学総合研究事業
「地方保健医療行政機関における健康危機管理の在り方についての実証的研究」
(主任研究者：藤本眞一)

分担研究報告書

保健所が使用する健康危機管理チェックリスト作成の試み

分担研究者 小窪 和博 岐阜県東濃地域保健所長

〔研究要旨〕 地域における健康危機管理のあり方検討会のとりまとめた「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～」の現実的な使用を視野に入れて、その各論の内容を「危機発生時」と「平常時」に区分してチェックリストとして作成することを試みた。今年度は、昨年度試作したチェックリストを、多くの保健所長に内容を精査してもらった。その結果、様々な問題点が指摘された。それらの指摘に基づき、昨年度のチェックリストを修正し、改良を重ね、完成版を作成した。保健所で実際に利用され易いリストが構築されたと考える。

研究協力者

織田 肇 (大阪府公衆衛生研究所)

山本長史 (北海道苫小牧保健所)

山口 亮 (北海道網走保健所)

荒田吉彦 (北海道釧路保健所)

鈴木俊彦 (岩手県北上保健所)

佐藤牧人 (仙台市青葉保健所)

伊藤善信 (秋田県本荘保健所)

阿彦忠之 (山形県村山保健所)

石下恭子 (福島県県南保健所)

柳澤正信 (福島県会津保健所)

松井一光 (新潟県新津保健所)

阿部俊幸 (新潟県柏崎保健所)

石田久美子 (茨城県竜ヶ崎保健所)

佐藤 正 (茨城県大宮保健所)

潮見重毅 (栃木県県南保健所)

宗行 彪 (群馬県前橋保健所)

栗原修一 (群馬県太田保健所)

土屋久幸 (埼玉県坂戸保健所)

安藤由記男 (千葉県市川保健所)

碧井 猛 (千葉県茂原保健所)

小倉敬一 (千葉市保健所)

小野木恵子 (川崎市高津区役所保健所)

渡辺庸子 (長野県佐久保健所)

黒田育子 (長野県飯田保健所)

岡本祥成 (静岡県西部保健所)

百濟さち (東京都府中小金井保健所)

大槻 博 (東京都狛江調布保健所)

永見宏行 (東京都世田谷区保健所)

小林祐子 (東京都北区保健所)

南 幹雄 (富山県新川厚生センター)

加藤一之 (富山県中部厚生センター)

飯田恭子 (富山県高岡厚生センター)

石川 宏 (富山市保健所)

川島ひろ子 (石川県石川中央保健所)

柴田裕行 (石川県能登北部保健所)

櫻井 登 (金沢市保健所)

村田秀秋 (福井県福井保健所)

山内 一 (岐阜県関保健所)

出口一樹 (岐阜県飛騨地域保健所)

中川晃一郎 (岐阜県恵那保健所)

浅野純一 (岐阜市保健所)

子安春樹 (愛知県瀬戸保健所)