

厚生労働科学研究費補助金 健康科学総合研究事業  
研究課題番号：H16-健康-042

## 地域保健行政の再構築に関する研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 谷 修 一

(国際医療福祉大学 学長)

平成18(2006)年3月

# 班員名簿

## 主任研究者

谷 修一 (国際医療福祉大学 学長)

## 分担研究者

河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授)

寺岡 加代 (東京医科歯科大学歯学部 口腔保健学科口腔健康教育学分野 教授)

玉川 淳 (三重大学人文学部 助教授)

曾根 智史 (国立保健医療科学院公衆衛生政策部 部長)

## 研究協力者

広瀬 省 (株式会社ジョンソン・エンド・ジョンソンメディカルカンパニー 顧問)

小田 清一 (独立行政法人 福祉医療機構 理事)

菅沼 成文 (福井大学医学部 国際社会医学講座環境保健学 講師)

堀口 逸子 (順天堂大学医学部 公衆衛生学教室 助手)

赤穂 保 (東京都多摩立川保健所 所長)

# 目次

## I. 総括研究報告

地域保健行政の再構築に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

主任研究者 谷 修一 (国際医療福祉大学)

## II. 分担研究報告

1. 政令市等における地域保健業務の決定主体に関する研究・・・・・・・・・・ 12

分担研究者 玉川 淳 (三重大学人文学部)  
河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)  
寺岡 加代 (東京医科歯科大学歯学部 口腔健康教育学分野)  
研究協力者 菅沼 成文 (福井大学医学部 国際社会医学講座環境保健学)  
堀口 逸子 (順天堂大学医学部 公衆衛生学教室)  
赤穂 保 (東京都多摩立川保健所)

2. 法令に基づく保健所業務は危機管理に関わるか否かにより  
権限の所在が異なるか?・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22

分担研究者 河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)  
玉川 淳 (三重大学人文学部)  
寺岡 加代 (東京医科歯科大学歯学部 口腔健康教育学分野)  
研究協力者 菅沼 成文 (福井大学医学部 国際社会医学講座環境保健学)  
堀口 逸子 (順天堂大学医学部 公衆衛生学教室)  
赤穂 保 (東京都多摩立川保健所)

3. 大規模災害時における歯科保健医療体制の実態調査・・・・・・・・・・ 36

分担研究者 寺岡 加代（東京医科歯科大学歯学部 口腔健康教育学分野）  
 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野）

3-1. 参考資料1 アンケート調査票・・・・・・・・・・ 81

3-2. 参考資料2 自由記述欄内容（問9）・・・・・・・・・・ 89

3-3. 参考資料3 各問：その他欄記述内容・・・・・・・・・・ 93

4. 地域保健行政に必要とされる機能に関する研究・・・・・・・・・・ 101

分担研究者 曾根 智史（国立保健医療科学院公衆衛生政策部）

4-1. 参考資料1 The Model State Emergency Health Powers Act・・・・・・・・ 110  
 （米国モデル州法健康危機管理法）

4-2. 参考資料2 米国モデル州法健康危機管理法目次 邦訳・・・・・・・・ 149

4-3. 参考資料3 Local Government Public Health Emergency Legal  
 Preparedness and Response・・・・・・・・ 154  
 （米国郡市自治体の法的整備チェックリスト）

# I . 総括研究報告

## 総括研究報告書

# 地域保健行政の再構築に関する研究

主任研究者 谷 修一（国際医療福祉大学 学長）

### 研究要旨

保健所を設置する市は急速に増加しつつあるが、管轄する人口や面積のデータ、業務の決定主体などの業務運営状況は極めて偏差が大きい。住民の理解を得ながら業務を遂行する上でも保健所が本来果たすべき機能について関係機関との役割分担も含め整理し、公表していく必要がある。

特に保健所には、健康危機管理の際の俊敏な行動が求められていることから平常からの保健所の業務決定権限を分析し、問題点を同定することは極めて重要なことである。同時に、健康危機管理時の管内の人的・物的資源の配置状況を把握し、危急時に適切に対応できる体制を整備することが重要である。

今回われわれは初年度に遂行された法令条文に基づく保健所業務を危機管理関連業務と危機管理周辺業務およびその他の業務とに分類し全国の県型保健所および政令市保健所についての権限委譲の状況との比較を試みた。

保健所業務は地域保健法をはじめとする種々の法令により業務の根拠が定められているが、それぞれの業務の権限の所在は、条文に書かれているままである場合と、条例等により権限の委譲がなされている場合とがある。業務の性質ごとに決定主体を見てみると、対人保健サービスの健康危機管理関連業務や対物保健サービスについては、いずれも半数以上が委任上の決議権者が保健所長ないしは専決権者が保健所長としていた。

バイオテロ、原発事故などを想定したインパクトの大きな保健所の管轄地域を越えての広域な健康危機管理については、保健所は危機管理体制の一部としてしか機能し得ない場合もある。このような場合、都道府県において危機管理マニュアルが準備されていて責任部署も明確に定義されていることが多い。これに対して、結核の集団発生や養鶏場での鳥インフルエンザ集団発生などの比較的範囲の小さな健康危機管理については保健所自体が主体的に事態の正常化に寄与しなくてはならない。そうした場合、昨今保健所業務として重要視されてもいる危機管理業務を保健所が十分に果たす際には、権限の所在が保健所自体にあることが望ましい。

また、従来から地域保健の場で健康危機管理をめぐるさまざまな議論がされる中、歯科領域の問題が語られることがほとんどなかった。本研究では危急時の歯科保健対応を考えるための基礎資料の収集を目的とした調査も実施した。その結果、歯科保健医療体制は全国的に未整備である現状が露呈された。なかでも、政令都市・特別区をもたない都道府県に所在する保健所での遅れが目立った保健所での歯科職の配置の有無による整備状況の比較では、配置ありの保健所で概ね整備が進んでおり、特に歯科衛生士の配置された保健所で顕著であるという実情が明らかとなった。

わが国の健康危機管理体制を考える際に参考となる海外の状況であるが、2001年12月に米国で発表され、その後多くの州の健康危機管理法制に取り入れられた米国モデル州法健康危機管理法を分析した。その結果、

(1) バイオテロリズム・感染症という対象分野と大規模あるいは長期の被害・リスクの高い発生確率という2つの尺度で公衆衛生上の緊急事態を定義していること。(2) 対象分野の範囲をバイオテロリズム、感染症を中心に自然災害、化学物質（攻撃・事故）、核（攻撃・事故）に限定していること。(3) 知事の任命権の下に公衆衛生上の緊急事態対応計画の策定委員会を義務づけていること。その計画の内容が、具体的かつ実務的である

こと。(4) 州知事に健康危機を宣言する権限を与えることによって、健康危機の発生が法的に明確になり、さらに緊急事態下における知事や公衆衛生当局の権限が保障されること。(5) 初期情報の収集・疑い例の追跡など緊急事態の検知について、医療従事者(薬剤師、獣医などを含む)等関係者の役割、情報の共有とその制限を明記していること。住民のプライバシーの保護に配慮していること。(6) 緊急事態下の情報公開について明記していること。(7) 緊急事態下での州や個人の責任と免責について明記していること。などがわかった。

わが国の公衆衛生上の健康危機管理体制を整備していく上で、事例発生の検知、情報の取り扱い、プライバシーの保護、対応計画の整備、知事の権限、行政の責任と免責、情報の公開などの点で、米国モデル州法健康危機管理法は大きな示唆を与えるものである。

## A. 研究目的

わが国の地方自治制度は、地方分権一括法の施行により大きくその態様を変えた。また、市町村の規模・能力の拡充を図るべく、合併特例法の適用を受けて、数多くの市町村合併が実施された。このような合併に伴い、新たに中核市の指定要件を満たし、保健所の設置義務を負うこととなる市が今後さらに拡大していくことが予想される。さらに、健康危機管理の際の俊敏な行動が求められていることから平常からの保健所の業務決定権限を分析し、問題点を同定し、迅速な行動が取れる体制を整備することが重要である。

本研究は、地域保健業務をより適切に処理するために必要な体制及び健康危機管理の一環としてあまり考慮されてこなかった、危急時の歯科保険体制の実態を解明することが研究目的である。

また、米国モデル州法健康危機管理法を分析し、米国の健康危機管理体制の特徴を明らかにしてわが国の健康危機管理体制を考察することも併せて研究目的としている。

## B. 方法

指定都市、中核市、保健所政令市の現行法令上の位置付けを確認するとともに、地域保健業務に関する調査の実施時点において、これらに該当する市の状況をまとめた。続いて、地域保健業務調査の調査結果データのうち、都道府県から権限を委譲されている事務と市固有の保健関係事務に関し、分野ごとに代表的な業務を選び出し、指定都市、中核市・保健所政令市に分けて整理するとともに、同様の事務を担当している都道府県の場合と比較した。

歯科領域の健康危機管理体制の調査については、全国の549か所の保健所に管内人口、管内面積などの保健所の概要、保健所・管内の歯科医師・歯科衛生士の配置状況、大規模災害時の歯科保健医療に関する救護体制の整備状況、大規模災害に備えた歯科保健医療のあり方についての質問項目を記した調査票を配信し、メールによる返信にて回答を得た。

米国の制度研究については、健康危機管理に関する文献である、(1)The Center for Law and the Public's Health at Georgetown and Johns Hopkins Universities: The Model State Emergency Health Powers Act.; A draft for discussion. Dec. 21, 2001. (米国モデル州法健康危機管理法)、(2)National Conference of State Legislature: The Model State Emergency Health Powers Act: A checklist of issues. Jun, 2002. (3)James G. Hodge, Jr., Lawrence O. Gostin: The Model State Emergency Health Powers Act: A brief commentary. Jan 2002. (米国モデル州法健康危機管理法解説)を分析した。

## C. 結果

保健所業務のほとんどが何らかの形で健康危機管理にかかわりのある業務であることが再認識された。その中で特に健康危機管理関連業務とされたのは対物業務で全体の30%程度、健康危機管理周辺業務が全体の70%程度、その他が10%未満程度であった。対人業務においてはやや異なる傾向を見せ、健康危機管理関連業務が全体の20%、健康危機管理周辺業務が40%、その他が40%程度であった。

対物業務については、法令によって政令市（長）に権限がある業務のうち80%程度が条例等により保健所長に権限委譲されていた。これらの権限委譲されているもののうち、健康危機管理関連業務に該当するものは30%程度であった。逆に健康危機管理関連業務に該当する業務のうち、保健所長に権限が委譲されているものは50%強であり、健康危機管理周辺業務は35%程度であり、現場の即座の対応を要する健康危機管理関連業務についてはやや権限委譲されている割合が多かった。

大規模災害時における歯科保健医療体制の整備に関する実態把握を目的とした全国549保健所を対象にアンケート調査については、282保健所より回答を得た（回収率51.4%）。

その結果、整備されているとの回答は26.2%であり、歯科保健医療体制は全国的に未整備である現状が露呈された。なかでも、政令都市・特別区をもたない都道府県に所在する保健所での遅れが目立ち、整備ありは13.6%にとどまった。危機意識および緊急度の低さがその主たる理由である。保健所での歯科職の配置の有無による整備状況の比較では、配置ありの保健所で概ね整備が進んでおり、特に歯科衛生士の配置された保健所で顕著であった。

米国は、歴史的にみても地方分権国家なので、公衆衛生関連の法制も基本的には州毎に定められるが、バイオテロリズムや新興再興感染症の脅威から国民の生命や財産を守るためには、州毎の独自性は認めつつも、一定の範囲内で全国統一の対応の基準が必要であるという認識と他者への感染等を防止するために、住民に対して行動の制限を加えなければならない場合の訴訟などのトラブル回避するために法整備が行われた。

こうして制定された米国のモデル州法に示された公衆衛生上の緊急事態対応計画は、住民とのコミュニケーション、リソースや役務の調整、医薬品・ワクチンなどの必要機材の調達・輸送、住民避難、医療従事者の訓練、感染性廃棄物や遺体の処置、市・郡との連携など想定される状況に必要な内容が網羅されている。そのため、本モデル州法を参考にして、2006年2月1日現在、44州（88%）が全部もしくは部分的に健康危機管理法案を提出し、37州（74%）が法案を通過させるか決議案を採択していた。

さらに、各州や郡市の取り組みを促進するために、Center for Law and the Public's Health は CDC 他の機関と協力して、以下の3つの Public Health Emergency Legal Preparedness Checklist（公衆衛生危機対応法的整備チェックリスト）を開発し、2004年12月に発表している。

これらのチェックリストのようなきめの細かい支援によって、モデル州法健康危機管理法をもとに、州および自治体の適切な法整備が促進されている。また、健康危機発生時の個人情報の収集については別途、Model State Public Health Privacy Act（モデル州公衆衛生プライバシー法）が提示されている。

## D. 考察

健康危機管理という場合の「危機」が何を指し示すかを整理しておく必要があるが、「厚生労働省健康危機管理基本指針」によれば健康危機管理の概念については、「医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、防止拡大、治療等に関する業務であって、厚生労働省の所管に属するものをいう。」とされている。また、「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」によれば、これらの業務は「平常時の備え」と「健康危機発生時の対応」の2種類に分けて考えることができるとされている。

したがって、健康危機管理事務は、健康被害の発生予防、防止拡大、治療等に「直接」関わる事務であって、概ね地域健康危機管理ガイドラインが「健康危機発生時の対応」として整理している業務に相当するものである。

次に、健康危機関連事務とは、地方保健行政において緊急時に健康危機管理が適切に実施されるよう、平常時から実施されているモニタリング等のリスク管理業務であって、概ね地域健康危機管理ガイドラインが「平常時の備え」と整理している業務に相当する。その他の（上記以外の）事務は、地域保健行政の事務であって、上記のいずれにも該当しない母子保健や老人保健など健康増進に関わる対人保健の事務が考えられる。

今回の研究により、政令市保健所業務全体のなかで健康危機管理関連業務、健康危機管理周辺業務、そしてその他の業務が占める割合を算定することができた。対物サービスの健康危機関連業務がやや過度に保健所長に権限が委任されているなどの特色が明らかとなったが、今後は対人、対物サービスともこれら事業の3種類のどの部分の権限が保健所長に委ねられれば危急時に即応性に富んだ地域保健活動ができるかを考えていかなければならない。

歯科の健康危機管理体制であるが、本調査により約9割の地域防災計画に保健所の役割に関する規定が存在し、災害時における保健所活動が期待されていたが、一方で地域防災計画の保健所の役割の中に歯科保健医療に関する規定があるのは半数に満たず（43.4%）、救護体制もほとんど未整備の状況であることが判明した。しかも問題は、「整備に取り組むべきだと思わない」との回答が約3割を占めたことが、遅々として整備が進まない遠因と考えられる。阪神淡路大震災のとき、「災害時における歯科の欠落」が最も深刻であったことから、歯科医師・歯科衛生士配置と併せて検討し、早急に改善していく必要がある。

また、米国のモデル州法に示された公衆衛生上の緊急事態対応計画については、わが国と米国の間では、国と都道府県、そして連邦と州といったように政治・行政体制が異なることから、法制度の直接導入はむずかしい。しかし、わが国の公衆衛生上の健康危機管理体制を整備していく上で、事例発生の検知、情報の取り扱い、プライバシーの保護、対応計画の整備、知事の権限、行政の責任と免責、情報の公開などの点で、米国モデル州法健康危機管理法は大きな示唆を与えるものと考えられる。

## E. まとめ

近年、保健所を設置する市は急速に増加しつつあるが、管轄する人口や面積のデータ、業務の決定主体のデータを検討したところ、その業務運営状況は極めて偏差が大きい。住民の理解を得ながら業務を遂行する上でも保健所が本来果たすべき機能について関係機関との役割分担も含め整理し、公表していく必要がある。

さらに、体制整備が立ち遅れている大規模災害時の歯科保健医療体制の構築を早急に図るべきである。

地域保健の再構築も念頭に置いた健康危機管理体制の確立のためには、これらの問題を解決するとともに海外の事例や制度も参考にしながら、わが国の公衆衛生上の健康危機管理体制を整備していく必要がある。

## F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

予定あり

2. 学会発表

予定あり

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

## II. 分担研究報告

平成17年度 厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）  
分担研究報告書

政令市等における地域保健業務の決定主体に関する研究

分担研究者

玉川 淳（三重大学人文学部 助教授）

河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授）

寺岡 加代（東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科口腔健康教育学分野 教授）

研究協力者

菅沼 成文（福井大学医学部国際社会医学講座環境保健学 助教授）

堀口 逸子（順天堂大学医学部 公衆衛生学教室 助手）

赤穂 保（東京都多摩立川保健所 所長）

研究要旨

近年、保健所を設置する市は急速に増加しつつあるが、管轄する人口や面積のデータ、業務の決定主体のデータを検討したところ、その業務運営状況は極めて偏差が大きい。住民の理解を得ながら業務を遂行する上でも保健所が本来果たすべき機能について関係機関との役割分担も含め整理し、公表していく必要がある。

A. 研究目的

我が国の地方自治制度は、地方分権一括法の施行により大きくその態様を変えた。また、市町村の規模・能力の拡充を図るべく、合併特例法の適用を受けて、数多くの市町村合併が実施された。このような合併に伴い、新たに中核市の指定要件を満たし、保健所の設置義務を負うこととなる市が今後さらに拡大していくことが予想される。

指定都市、中核市等の保健所設置市は、住民への基礎的行政サービスを提供すべき基礎自治体でありながら、都道府県知事の権限に属する事務の一部を処理することが求められる。今後、健康危機管理などの地域保健業務をより適切に処理できるよう改善を図るためには、既に保健所を設置している市において、業務の決定が如何になされているかといった現状把握が必要不可欠である。

本研究は、平成16年度厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）「地域保健行政の再構築に関する研究」の分担研究として実施された地域保健業務に関する調査（以下「地域保健業務調査」という。）の調査結果データを用いて、保健所設置市における地域保健業務の遂行状況を明らかにする研究である。

B. 研究方法

はじめに、指定都市、中核市、保健所政令市の現行法令上の位置付けを確認するとともに、地域保健業務に関する調査の実施時点において、これらに該当する市の状況をまとめた。

続いて、地域保健業務調査の調査結果データのうち、都道府県から権限を委譲されている事務と市固有の保健関係事務に関し、分野ごとに代表的な業務を選び出し、指定都市、中核市・保健所政令市に分けて整理するとともに、同様の事務を担当している都道府県の場合と比較することとした。

(倫理面への配慮)

本研究は、地域保健行政システムのあり方に関する研究であるため、倫理面における特段の問題は生じない。

## C. 研究結果

### 1. 保健所を設置する市の概要

#### (1) 指定都市

地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19の規定に基づき政令で指定する市をいう。

昭和31年の制度当初は、大阪市、名古屋市、京都市、横浜市、神戸市のいわゆる五大都市であったが、地域保健業務調査が実施された平成17年2月現在は、13大都市となっている。

表1 各指定都市の人口及び面積

	人口(人)	面積(k m <sup>2</sup> )	経緯
札幌市	1,849,650	1,121.12	昭和 47 年 4 月政令指定都市
仙台市	994,232	783.54	平成元年 4 月政令指定都市
さいたま市	1,047,902	168.33	平成 15 年 4 月政令指定都市
千葉市	894,973	272.08	平成 4 年 4 月政令指定都市
横浜市	3,495,117	437.35	昭和 31 年 9 月政令指定都市
川崎市	1,270,259	142.7	昭和 47 年 4 月政令指定都市
名古屋市	2,122,977	326.45	昭和 31 年 9 月政令指定都市
京都市	1,386,309	610.22	昭和 31 年 9 月政令指定都市
大阪市	2,495,769	221.96	昭和 31 年 9 月政令指定都市
神戸市	1,488,637	550.13	昭和 31 年 9 月政令指定都市
広島市	1,123,032	742.03	昭和 55 年 4 月政令指定都市
北九州市	993,983	485.55	昭和 38 年 4 月政令指定都市
福岡市	1,326,875	340.6	昭和 47 年 4 月政令指定都市
小計	20,489,715	6,202.06	
平均	1,576,132	477	
備考	(注)平成 17 年 4 月に静岡市が政令指定都市へ移行 平成 18 年 4 月に堺市が政令指定都市へ移行		

これらの13大都市は、都市としての諸機能、規模能力等において他の都市とは格別の実体を有しており、その行うべき行政の内容は質、量ともに他の都市と異なるものを持っているものといえることができる。とされている。

地方自治法第252条の19により、指定都市は、法律又はこれに基づく政令の定めるところにより都道府県が

処理することとされている事務で同条第1項各号に定める18項目のうち政令で定めるものをその事務として処理することとされている。地域保健に関する事務としては、第7号の母子保健に関する事務、第9号の食品衛生に関する事務、第10号の墓地、埋葬等の規制に関する事務、第11号の興行場、旅館及び公衆浴場の営業の規制に関する事務、第11号の2の精神保健及び精神障害者の福祉に関する事務、第12号の結核の予防に関する事務がある。これらの事務については、地方自治法施行令において、特に都道府県に留保することが必要であると認められる若干の事務を除き、原則として指定都市が処理することとされている。

また、指定都市における事務配分上の特例や関与等の特例については、地方自治法及び同法施行令に定められているもののほか、各個別法及びそれに基づく政令においても特例が定められているものが少なくない（医療行政関係、老人保健、感染症関係等の保健衛生行政関係、廃棄物の処理及び清掃に関する法律、理容師法、美容師法等の環境衛生行政関係等）。

厚生労働省健康局総務課地域保健室「設置主体別保健所数の年次推移」によれば、平成16年4月1日の現在で指定都市のうち複数の保健所を設置しているのは、5か所設置している仙台市、18か所設置している横浜市、7か所設置している川崎市、16か所設置している名古屋市、11か所設置している京都市、7か所設置している福岡市の6市だけであり、他の7市は単一の保健所を設置している。

なお、平成15年に指定都市となったさいたま市以外の12の指定都市は、それぞれ1か所地方衛生研究所を設置している。

## (2)中核市

7. 人口30万人以上、4.面積100平方キロメートル以上、という要件を満たし、政令で指定する市をいう（地方自治法第252条の22、第252条の23）。

中核市制度は、指定都市に次ぐ大きな都市としての諸機能、行政需要、規模能力等を有する都市に対して一般の市以上の事務の配分をするものであり、対象となる都市は、配分される事務に関して効率的かつ適正な事務処理を行うために、ある程度の行政需要のまとまりと行政能力が必要と考えられる。

人口が一定規模以上の場合には、社会的実態としての都市としての諸機能も大きく、大きな行政需要の存在が予想されるとともに、これを的確かつ効率的に処理し得る行財政能力等も備えていると考えられる。人口30万人以上とされたのは、中核市は保健所設置市とされることから、保健所設置市の基準に沿うことが必要であること、全国市長会から人口30万人以上の都市等に対し、現行の指定都市制度の事務配分を行うべきとの提言がなされたこと等が考慮されたものと説明されている。

これらの要件に該当し、指定がなされた中核市は、表2のとおり平成17年2月現在で35市ある。

なお、第164回国会に提出された「地方自治法の一部を改正する法律案」（閣法第57号）において、中核市制度の見直しとして、中核市（人口30万人以上）の指定に係る面積要件の（人口50万人未満の場合、面積100平方キロメートル以上）の廃止が盛り込まれている。

表2 各中核市の人口及び面積

	人口(人)	面積(k m <sup>2</sup> )	経緯
旭川市	360,065	747.6	平成 12 年 4 月中核市
秋田市	312,543	460.1	平成 9 年 4 月中核市
郡山市	332,210	757.06	平成 9 年 4 月中核市
いわき市	361,204	1,231.34	平成 11 年 4 月中核市
宇都宮市	448,051	312.16	平成 8 年 4 月中核市
川越市	327,428	109.16	平成 15 年 4 月中核市
船橋市	561,126	85.72	平成 15 年 4 月中核市
横須賀市	433,358	100.67	平成 13 年 4 月中核市
相模原市	608,358	90.41	平成 15 年 4 月中核市
新潟市	515,772	231.94	平成 8 年 4 月中核市
富山市	320,966	208.81	平成 8 年 4 月中核市
金沢市	440,542	467.77	平成 8 年 4 月中核市
長野市	359,825	404.35	平成 11 年 4 月中核市
岐阜市	401,696	195.12	平成 8 年 4 月中核市
静岡市	703,150	1,374.05	平成 8 年 4 月中核市
浜松市	578,729	215,568	平成 8 年 4 月中核市
豊橋市	358,584	261.26	平成 11 年 4 月中核市
岡崎市	342,150	226.97	平成 15 年 4 月中核市
豊田市	346,213	290.11	平成 10 年 4 月中核市
堺市	788,194	136.79	平成 8 年 4 月中核市
高槻市	352,415	105.31	平成 15 年 4 月中核市
姫路市	477,009	275.96	平成 8 年 4 月中核市
奈良市	363,416	211.6	平成 14 年 4 月中核市
和歌山市	388,059	209.23	平成 9 年 4 月中核市
岡山市	627,827	513.29	平成 8 年 4 月中核市
倉敷市	436,052	299.37	平成 14 年 4 月中核市
福山市	407,610	430.3	平成 10 年 4 月中核市
高松市	334,717	194.34	平成 11 年 4 月中核市
松山市	476,250	289.42	平成 12 年 4 月中核市
高知市	326,786	144.98	平成 10 年 4 月中核市
長崎市	417,146	241.32	平成 9 年 4 月中核市
熊本市	656,969	267.06	平成 8 年 4 月中核市
大分市	440,855	360.97	平成 9 年 4 月中核市
宮崎市	307,810	287.07	平成 10 年 4 月中核市
鹿児島市	546,599	289.92	平成 8 年 4 月中核市
小計	15,459,684	227,380	
平均	441,705	6,497	
備考	平成 17 年 4 月に東大阪市が中核市へ移行 平成 17 年 10 月に函館市、下関市が中核市へ移行		

指定都市制度と中核市制度は、都市の機能、規模能力等に応じた事務配分が行われている制度という共通し

た性格を有しているが、制度の前提として、指定都市の方が社会的実態としての都市の機能、行政需要、規模能力等が中核市より大きいものと位置付けられ、また、指定都市制度は都道府県からの一定の独立性を認めるのに対し、中核市制度は、都道府県による一定の調整機能は重視し、中核市は都道府県と協働して事務執行を行うことが予定されている。このような両制度の違いから、中核市に対する事務配分の特例の範囲の方が指定都市に対するそれよりも狭いものとされている。

地方自治法及び同法施行令に定められているもののほか、各個別法及びそれらに基づく政令に特例が定められているものもあることも指定都市と同様であるが、指定都市よりも少なくなっている。また、保健所設置市として中核市が処理する事務があることについては、指定都市と同様である。

「設置主体別保健所数の年次推移」によれば、平成16年4月1日の現在、35ある中核市は、いずれも1か所ずつ保健所を設置している。なお、中核市のうち宇都宮市、横須賀市、相模原市、新潟市、岐阜市、静岡市、浜松市、堺市、姫路市、和歌山市、長崎市、熊本市の12市が1か所ずつ地方衛生研究所を設置している。

### (3)その他政令市

指定都市、中核市以外の市で、地域保健法施行令（昭和23年政令第77号）第1条第3号に規定され、保健所を設置している市が平成17年2月現在で9市ある。

いずれも1か所ずつ保健所を設置しており、うち函館市、尼崎市の2市は、地方衛生研究所も設置している。

表3 その他政令市の人口及び面積

	人口(人)	面積(k m <sup>2</sup> )
小樽市	145,674	243.13
函館市	281,333	347.13
東大阪市	496,242	61.81
尼崎市	462,082	49.77
西宮市	446,251	99.96
呉市	213,549	171.83
下関市	245,011	224.14
大牟田市	136,214	81.55
佐世保市	240,694	248.41
小計	2,667,050	1,528
平均	296,339	170

## 2.保健所を設置する市における業務の決定主体

### (1)総説

平成16年2月に実施した地域保健業務調査においては、広く地域保健に関連する業務権限に関しそれぞれの自治体において、実際どのような決定権者が予定されているのかを調査した。

ここでは、中核市を中心に近年その数が増加しつつある保健所設置市において、業務決定権限がいかなる状態にあるのかを事例を抽出して検証することとする。保健所設置市は、都道府県が実施している事務について事務配分の特例として実施する事務と、市町村が実施すべき事務との両方を担う必要がある。前者については、



対人サービスの分野と対物サービスの分野が想定され、健康危機管理業務そのもの又はこれに関連する業務が該当する。一方、地域保健の分野においては、基礎的な対人サービスがこれに該当する。

以上の3つの区分において、それぞれ代表的な分野ごとに1つずつの業務権限を選択し、(1)中核市・その他政令市、(2)指定都市、(3)都道府県に分けて、決定主体を整理した。なお、市町村事務としての対人サービスの場合、(3)は存在しない。

## (2)対人保健サービス

### ア.健康危機管理関連業務

当該業務の例として、結核予防法（昭和26年法律第96号）第28条第1項及び第67条に基づく結核患者に対する従業禁止、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）第19条第1項、第2項及び第4項（第26条において準用する場合を含む。）並びに第64条に基づく応急入院の勧告、措置、医療法（昭和23年法律第205号）第25条第1項に基づく病院、診療所、助産所開設者に対する報告の徴収命令、病院への立入検査を選んだ。

いずれの業務権限も法律上は、当該市（長）、都道府県（知事）が行うこととされているものである。

表4 結核患者に対する従業禁止（法定受託事務（1号））

	委任上の決裁権者が保健所長	委任上の決裁権者が統合組織の旧保健所長	専決者が保健所長
中核市、その他政令市(24市)	16市	—	2市
指定都市(9市)	1市	—	2市
都道府県(36県)	22県	3県	2県

表5 応急入院の勧告、措置（法定受託事務（1号））

	委任上の決裁権者が保健所長	委任上の決裁権者が統合組織の旧保健所長	専決者が保健所長	専決者が保健所
中核市、その他政令市(24市)	17市	—	2市	—
指定都市(9市)	6市	—	—	—
都道府県(36県)	25県	3県	2県	1県

表6 病院、診療所、助産所開設者に対する報告の徴収命令、病院への立入検査（自治事務）

	委任上の決裁権者が保健所長	委任上の決裁権者が統合組織の長	委任上の決裁権者が統合組織の旧保健所長	専決者が保健所長
中核市、その他政令市(24市)	18市	—	—	1市
指定都市(9市)	5市	—	—	—
都道府県(36県)	24県(注)	2県	1県	3県(注)

(注) 病院の使用前検査までか否かで扱いを変えているため、重複記載しているところが1県ある。

#### 4.健康増進関連業務

当該業務の例として、健康増進法第17条に基づく生活習慣相談等の実施、母子保健法第10条に基づく保健指導、老人保健法第20条に基づく医療等以外の保健事業の実施、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第49条第1項に基づく精神障害者の社会復帰施設の利用についての相談、助言を選んだ。

いずれの業務権限も法律上は、当該市（長）が行うこととされているものである。

表7 生活習慣相談等の実施（自治事務）

	委任上の決裁権者が保健所長
中核市、その他政令市(24市)	2市
指定都市(9市)	2市

表8 保健指導（自治事務）

	委任上の決裁権者が保健所長	専決者が保健所長
中核市、その他政令市(24市)	5市	2市
指定都市(9市)	3市	—

表9 医療等以外の保健事業の実施（自治事務）

	委任上の決裁権者が保健所長	専決者が保健所長
中核市、その他政令市(24市)	1市	1市
指定都市(9市)	—	1市

表10 精神障害者の社会復帰施設の利用についての相談、援助（自治事務）

	委任上の決裁権者が保健所長	委任上の決裁権者が統合組織の長	専決者が保健所長
中核市、その他政令市(24市)	1市	—	1市
指定都市(9市)	—	1市	—

(2)対物保健サービス

当該業務の例として、食品衛生法（昭和22年法律第233号）第55条第1項及び第66条に基づく営業許可の取消・営業停止等、水道法（昭和32年法律第177号）第37条、第46条第2項及び第48条の2第1項に基づく専用水道又は簡易専用水道に対する給水停止命令（国の設置するものを除く。）、公衆浴場法（昭和23年法律第139号）第1条第2項及び第7条第1項に基づく許可の取消・営業の停止、薬事法（昭和35年法律第145号）第69条第3項に基づく薬局開設者等からの報告の徴収、立入検査等を選んだ。

いずれの業務権限も法律上は、当該市（長）、都道府県（知事）が行うこととされているものである。

表11 営業許可の取消・営業停止等（自治事務）

	委任上の決裁権者が保健所長	委任上の決裁権者が保健所	委任上の決裁権者が統合施設の旧保健所長	専決者が保健所長
中核市、その他政令市(24市)	17市	—	—	1市
指定都市(9市)	5市	—	—	2市
都道府県(31県)	17県	1県(注)	2県	2県(注)

(注) 重複記載しているところが1県ある。

表12 専用水道又は簡易専用水道に対する給水停止命令（自治事務）

	委任上の決裁権者が保健所長	委任上の決裁権者が統合施設の長	委任上の決裁権者が統合施設の旧保健所長	専決者が保健所長
中核市、その他政令市(24市)	13市	—	—	—
指定都市(9市)	5市	—	1市(専用水道のみ)	1市
都道府県(31県)	13県(注)	1県	2県	1県(注)

(注) 重複記載しているところが1県ある。

表13 許可の取消・営業の停止（自治事務）

	委任上の決裁権者が保健所長	専決者が保健所長
中核市、その他政令市(24市)	16市	2市
指定都市(9市)	5市	1市
都道府県(31県)	15県	—

表14 薬局開設者等からの報告の徴収、立入検査等（法定受託事務（1号））

	委任上の決裁権者が保健所長	委任上の決裁権者が統合施設の旧保健所長	専決者が保健所長	専決者が統合施設の旧保健所長
中核市、その他政令市(24市)	13市	—	—	—
指定都市(9市)	6市	—	1市	—
都道府県(31県)	13県	1県	4県	1県

#### D. 考察

保健所を設置する市の地域保健業務の状況についてデータを整理したが、そもそもそれぞれの市の保健所が管轄する人口、面積に大きな開きがあり、更に当該市が地方衛生研究所を有しているかどうかにも差異が見られる。

業務の性質ごとに決定主体を見てみると、対人保健サービスの健康危機管理関連業務や対物保健サービスについては、いずれも半数以上が委任上の決議権者が保健所長ないしは専決権者が保健所長としていた。健康危機管理においては、適切な初動対応が必要と考えられることから、これらの権限行使の条件について更に多くの市において機動的な対応が可能となることが求められるものと考えられる。

一方、少数ではあったが、健康増進関連の対人保健サービスについても、委任上の決裁権者が保健所長であるとする事例も見られた。市民へのサービスとして一つの機関でさまざまな機能を提供できることは、利便性において優れているものとも考えられる。しかしながら、健康危機管理業務をはじめとして専門性に裏付けられて迅速な対応を迫られるということが、これからの保健所が最も傾注すべき分野となることが予想される中で、市町村保健センター等関係機関との適切な役割分担を図ることが必要となるものと考えられる。

地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成6年12月1日厚生省告示第374号）の第2 保健所及び市町村保健センターの整備及び運営に関する基本的事項 1 保健所によれば、政令市及び特別区の設置する保健所の整備について、

- (1) 政令指定都市（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市をいう。以下同じ。）は、地域の特性を踏まえつつ、保健所が、従来おおむね行政区単位に設置されてきたことに配慮しながら、都道府県の設置する保健所との均衡及び保健所政令市（地域保健法施行令（昭和23年政令第77号）第1条第3号の市をいう。以下同じ。）の人口要件を勘案し、住民が受けることができるサービスの公平性が確保されるように保健所を設置することが望ましいこと。
- (2) 政令指定都市を除く政令市（地域保健法施行令（昭和23年政令第77号）第1条の市をいう。以下同じ。）及び特別区は、都道府県の設置する保健所との均衡及び保健所政令市の人口要件を勘案し、地域の特性を踏まえつつ、保健所を設置することが望ましいこと。
- (3) 保健所の設置及び運営を円滑に遂行できる人口規模を備えた市が保健サービスを一元的に実施することは望ましいことから、人口30万人以上の市は、保健所政令市への移行を検討すること。
- (4) 人口30万人未満の現行の政令市は、引き続きその業務の一層の推進を図ること。

と規定し、併せて政令市及び特別区の設置する保健所の運営について、

政令市及び特別区の設置する保健所は、市町村保健センター等の保健活動の拠点及び福祉部局との間の有機的な連携の下に、（中略）専門的かつ技術的業務、（中略）情報の収集、整理及び活用の推進、（中略）調査及び研究等の推進、（中略）健康危機管理機能の強化、（中略）企画及び調整の機能の強化に努めること。

また、保健所を地域保健医療に対する総合的な企画機能を有する中核機関として位置付け、地域住民のニーズに合致した施策を展開できるようにすることが望ましいこと。

と規定されているが、やや総花的な観があり、市の保健所のあり方について明瞭な姿を欠く結果となっているものと思われる。

もちろん、地方分権が進展していく中で、それぞれの地域の特色に応じて、地方公共団体がその機関が担う