

## II. 分担研究報告

# 平成18年度 厚生労働科学研究費補助金(地域健康危機管理研究事業) 分担研究報告書

## 1. 保健所設置主体別に見た保健所間格差に関する研究

### 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)

玉川 淳 (三重大学人文学部 助教授)

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)

福田 英輝 (長崎大学医歯薬学総合研究科 口腔保健学講座 助手)

### 研究要旨

保健所は、都道府県ならびに所謂保健所政令市(以下、政令市)により設置されているが、近年、政令市型の保健所の増加が著しい。市町村は直接、住民にサービスを提供することから、政令市型保健所の業務も住民に対してこれら直接サービスを提供する形態が見られ、都道府県型保健所と業務内容に差異が見られる。しかし、政令市型保健所の間でも、人口規模等の違いなどから住民に提供しているサービスの責任主体が違っている。それから、各保健所管内の地域指標にも千差万別があり、保健所業務を一律に論じることができない。

本研究では、設置主体別に保健所の業務の違い、管轄区域の地域特性の違いを求めて、その地域特性を分析したものである。

研究成果は、今後の地域保健の再構築に寄与するものである。

### 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変容し、加えて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。こうした状況の下、新たに中核市の指定要件を満たすことにより保健所を自ら設置しなければならない市が今後さらに増加し、従来の都道府県型保健所から大勢は所謂保健所政令市が設置する保健所(以下、政令市型保健所)へと代わりつつある。政令市型保健所は住民に直接サービスを提供することから都道府県型保健所と業務内容に差異が見られる。しかし、政令市型保健所の間でも、人口規模等の違いから住民に提供しているサービスの責任主体が違っているものの、その実態は明らかにはなっていない。つまり、各保健所管内の地域指標にも千差万別があり、保健所業務を一律に論じることができないのである。今後の地域保健業務の適正化を図るためには、保健所業務の特性や決裁権の所在を分析し、新たな知見に基づいた類型化を図ることが重要である。加えて管轄区域の地域特性の違いも加味した分析が必要である。

現在、都道府県以外に保健所を設置することができる市は、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、いわゆる「政令指定都市」と人口30万人以上で面積100平方キロメートル以上という要件を満たし、政令で指定された市（地方自治法第252条の22、第252条の23）である「中核市」、加えて政令指定都市、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である、いわゆる「その他政令市」である。

しかし、これら法令上の区分を除けばどのような保健衛生指標の違いがあるのか明確には把握されてこなかった。

このように本研究は、設置主体別に全国の保健所の地域特性を分析し、今後の地域保健システムの新たな構築のための情報を得ること目的としたものである。そしてその成果は、医療制度改革を控えて特に健康増進領域で大きな影響を受けると考えられる地域保健の再構築に寄与するものである。

なお、政令指定都市は表1、中核市は表2、そしてその他の政令市は表3に示している。

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		

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		

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

## B. 研究方法

平成18年10月1日時点で全国にある535保健所を調査対象とした。

公表されている各種統計データをもとに保健所が所轄する地域間の格差を明らかにして、保健所を取り巻く環境を解明した。

（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

保健所は「都道府県」、「政令指定都市」、「中核市」、いわゆる「政令市」、そして「特別区」により設置されている。

各保健所種別の管轄人口、面積、高齢化率、保健衛生指標（死亡率、出生率等）をもとに、それぞれの平均的な姿を示した結果を以下に示す。

### (1) 三人口比率について

保健所設置主体別に「年少人口」、「生産年齢人口」、そして「高齢人口」の総人口に占める比率を表4に示している。「政令指定都市保健所」と「特別区保健所」で高齢化がやや低く、住民が比較的若いことがわかる。

表4 保健所設置主体別の三人口比率

	年少人口比率	生産年齢人口比率	高齢人口比率
都道府県保健所	14.0	64.6	21.2
政令指定都市保健所	13.6	68.1	18.3
政令市保健所	13.6	65.5	20.9
中核市保健所	14.3	66.2	19.5
特別区保健所	11.2	70.1	18.8
全保健所	13.8	65.8	20.3

また、表5では設置主体別に「年少人口比率」の”最小値”と”最大値”を示しているが、都市部に立地する「政令指定都市型保健所」と「特別区型保健所」では、年少人口比率が低いという結果であった。

表5 年少人口比率の最小値と最大値

	年少人口比率	
	最小値	最大値
都道府県保健所	9.7	19.4
政令指定都市保健所	7.9	19.9
政令市保健所	10.5	15.2
中核市保健所	11.6	15.8
特別区保健所	8.4	14.9
全保健所	7.9	19.9

表6では「生産年齢人口比率」の”最小値”と”最大値”を示しているが、都市部の保健所でこの人口層の比率が高いのが見て取れる。

表6 生産年齢人口比率の最小値と最大値

	生産年齢人口比率	
	最小値	最大値
都道府県保健所	50.0	72.7
政令指定都市保健所	62.1	74.0
政令市保健所	60.2	68.6
中核市保健所	61.9	70.4
特別区保健所	67.0	73.4
全保健所	50.0	74.0

表7では「高齢人口比率」の”最小値”と”最大値”を示している。都市部の保健所でこの人口層の比率が低い。

表7 高齢人口比率の最小値と最大値

	高齢人口比率	
	最小値	最大値
都道府県保健所	13.2	39.9
政令指定都市保健所	10.6	30.1
政令市保健所	17.1	27.6
中核市保健所	14.1	25.6
特別区保健所	15.9	23.3
全保健所	10.6	39.9

(2)管轄人口、面積および人口密度について

表8に示すように、中核市保健所が管轄人口を多く有し都道府県保健所が少なかった。管轄面積は、特別区保健所が最も狭く、都道府県型保健所が最も広がった。中核市保健所は、1市1保健所であるので、他の設置主体と比して管轄人口が多く、管轄面積も都道府県立を除くと一番広がっている。当然、人口密度は都道府県型保健所が最も低く、特別区保健所が最も高かった。

表8 保健所設置主体別の管轄人口、面積および人口密度

	管轄人口 (人)	管轄面積 (km <sup>2</sup> )	人口密度 (人/km <sup>2</sup> )
都道府県保健所	196,050.3	862.5	227.3
政令指定都市保健所	296,519.3	109.6	2,706.1
政令市保健所	299,577.4	143.7	2,084.7
中核市保健所	450,206.0	452.1	995.9
特別区保健所	359,735.1	26.8	13,416.4
全保健所	235,727.8	686.1	2,391.8

各設置主体別の管轄人口格差を表9に示している。保健所全体では”182.1倍”の開きがあり、設置主体別では都道府県型と政令指定都市型保健所で開きが大きかった。中核市保健所の開きは”2.8倍”と最も小さい。

表9 管轄人口の最小値と最大値

	管轄人口 (人)		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	13,765	937,448	← 68.1倍の開き
政令指定都市保健所	39,735	2,506,456	← 63.1倍の開き
政令市保健所	132,914	459,568	← 3.5倍の開き
中核市保健所	290,364	804,873	← 2.8倍の開き
特別区保健所	44,198	814,867	← 18.4倍の開き
全保健所	13,765	2,506,456	← 182.1倍の開き

管轄面積については、表10のように全体では”1,592.8倍”の開きがあり、政令市および特別区保健所ではその開きは小さい。前提としての格差は、都道府県型保健所に由来している。

表 1 0 管轄面積の最小値と最大値

	管轄面積 (km <sup>2</sup> )		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	18.5	10,831.3	← 585.5 倍の開き
政令指定都市保健所	6.8	1,373.9	← 202.0 倍の開き
政令市保健所	49.8	307.5	← 6.2 倍の開き
中核市保健所	61.8	1,241.9	← 20.1 倍の開き
特別区保健所	10.1	59.5	← 5.9 倍の開き
全保健所	6.8	10,831.3	← 1,592.8 倍の開き

人口密度の格差の要因は、都道府県型保健所に由来している (表 1 1)。

表 1 1 人口密度の最小値と最大値

	人口密度 (人/km <sup>2</sup> )		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	14.3	23,033.1	← 1,610.7 倍の開き
政令指定都市保健所	526.4	15,394.9	← 29.2 倍の開き
政令市保健所	582.5	9,228.3	← 15.8 倍の開き
中核市保健所	291.5	8,000.4	← 27.4 倍の開き
特別区保健所	3,810.2	19,101.9	← 5.0 倍の開き
全保健所	14.3	23,033.1	← 1,610.7 倍の開き

### (3)出生率および死亡率

特別区保健所で出生率が低い。このことと相俟って特別区では前述の表 1 に示したように親の世代が属している生産年齢人口比率は高いものの、出生率が低いために年少人口比率が低いことが考えられる (表 1 2)。

死亡率については、高齢化が進んでいる都道府県型保健所で高い結果となっていた。

表 1 2 保健所設置主体別の出生率と死亡率

	出生率 (対人口 10 万人)	死亡率 (対人口 10 万人)
都道府県保健所	862.8	848.7
政令指定都市保健所	939.6	738.8
政令市保健所	906.5	863.5
中核市保健所	919.9	764.5
特別区保健所	789.5	750.8
全保健所	831.0	750.8

表 1 3 に示すように出生率の格差は、都道府県保健所において大きい。



表 1 3 出生率の最小値と最大値

	出生率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	246.8	1,301.9	← 5.3 倍の開き
政令指定都市保健所	442.9	1,165.6	← 2.6 倍の開き
政令市保健所	577.0	1,034.7	← 1.8 倍の開き
中核市保健所	686.1	1,062.4	← 1.5 倍の開き
特別区保健所	603.5	1,053.9	← 1.7 倍の開き
全保健所	246.8	1,301.9	← 5.3 倍の開き

表 1 4 のように、特別区と中核市保健所を除き、死亡率に格差が認められたが、その原因を調べる必要がある。

表 1 4 死亡率の最小値と最大値

	死亡率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	403.8	1,529.6	← 3.8 倍の開き
政令指定都市保健所	361.0	1,286.0	← 3.6 倍の開き
政令市保健所	612.3	1,288.8	← 2.1 倍の開き
中核市保健所	543.1	1,090.7	← 2.0 倍の開き
特別区保健所	643.4	1,097.6	← 1.7 倍の開き
全保健所	361.0	1,529.6	← 4.2 倍の開き

#### (4) 主要疾患の死亡率

新・医療計画に位置づけられる予定の4疾病の「悪性新生物」、「糖尿病」、「急性心筋梗塞」、「脳血管疾患」、さらにそれに加えて「高血圧性疾患」による死亡の保健所設置主体別の格差について、表 1 5、1 6、1 7、1 8、1 9、2 0、2 1、2 2 に示している。

それぞれ大きな格差を有していることが判明した。

表 1 5 保健所設置主体別の悪性新生物死亡率と糖尿病死亡率

	悪性新生物死亡率(対人口 10 万人)	糖尿病死亡率 (対人口 10 万人)
都道府県保健所	256.8	10.4
政令指定都市保健所	248.8	8.5
政令市保健所	282.8	10.2
中核市保健所	241.7	9.7
特別区保健所	248.9	10.5
全保健所	275.5	10.8

表 1 6 悪性新生物死亡率の最小値と最大値

	悪性新生物死亡率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	108.2	494.4	← 4.6 倍の開き
政令指定都市保健所	128.1	485.7	← 3.8 倍の開き
政令市保健所	200.3	410.8	← 2.1 倍の開き
中核市保健所	178.1	340.6	← 1.9 倍の開き
特別区保健所	217.6	381.4	← 1.8 倍の開き
全保健所	108.2	494.4	← 4.6 倍の開き

表 1 7 糖尿病死亡率の最小値と最大値

	糖尿病死亡率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	1.7	27.7	← 16.3 倍の開き
政令指定都市保健所	2.1	13.8	← 6.6 倍の開き
政令市保健所	5.3	21.9	← 4.1 倍の開き
中核市保健所	5.5	17.0	← 3.1 倍の開き
特別区保健所	4.4	15.8	← 3.6 倍の開き
全保健所	1.7	27.7	← 16.3 倍の開き

表 1 8 保健所設置主体別の急性心筋梗塞死亡率と脳血管疾患死亡率

	急性心筋梗塞死亡率 (対人口 10 万人)	脳血管疾患死亡率 (対人口 10 万人)
都道府県保健所	38.8	110.1
政令指定都市保健所	29.0	83.1
政令市保健所	34.5	101.0
中核市保健所	32.4	95.1
特別区保健所	22.9	88.6
全保健所	41.4	117.6

表 1 9 急性心筋梗塞死亡率の最小値と最大値

	急性心筋梗塞死亡率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	14.9	127.3	← 8.5 倍の開き
政令指定都市保健所	15.9	59.9	← 3.8 倍の開き
政令市保健所	20.6	42.3	← 2.1 倍の開き
中核市保健所	12.9	62.1	← 4.8 倍の開き
特別区保健所	14.0	36.1	← 2.6 倍の開き
全保健所	12.9	127.3	← 9.9 倍の開き

表 2 0 脳血管疾患死亡率の最小値と最大値

	脳血管疾患死亡率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	48.0	243.5	← 5.1 倍の開き
政令指定都市保健所	36.2	168.6	← 4.7 倍の開き
政令市保健所	60.6	149.0	← 2.5 倍の開き
中核市保健所	47.3	152.7	← 3.2 倍の開き
特別区保健所	72.2	128.2	← 1.8 倍の開き
全保健所	36.2	243.5	← 6.7 倍の開き

表 2 1 保健所設置主体別の高血圧性疾患死亡率

	高血圧性疾患死亡率 (対人口 10 万人)
都道府県保健所	4.6
政令指定都市保健所	4.6
政令市保健所	4.7
中核市保健所	4.0
特別区保健所	4.5
全保健所	5.1

表 2 2 高血圧性疾患死亡率の最小値と最大値

	高血圧性疾患死亡率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	0.0	25.2	—
政令指定都市保健所	0.5	13.8	← 27.6 倍の開き
政令市保健所	1.5	16.6	← 11.1 倍の開き
中核市保健所	1.7	13.8	← 8.1 倍の開き
特別区保健所	2.5	9.6	← 3.8 倍の開き
全保健所	0.0	25.2	—

(5)母子保健関連疾患の死亡率

表 2 3 に母子保健の代表的な指標を示している。

表 2 3 保健所設置主体別の乳児死亡率、新生児死亡率、そして周産期死亡率

	乳児死亡率 (対千人)	新生児死亡率 (対千人)	周産期死亡率
都道府県保健所	2.82	1.48	5.2
政令指定都市保健所	2.88	1.50	4.5
政令市保健所	2.95	1.42	5.0
中核市保健所	2.70	1.40	4.6
特別区保健所	2.77	1.27	5.3
全保健所	2.90	1.53	5.1

表 2 4 に「乳児死亡率」の格差を示している。乳児死亡については世界で最も良好な状態にあるわが国であるが、都道府県型の保健所管内で乳児死亡率が“20.13”あるのは、その背景事情も踏まえて原因を究明していく必要がある。

そのほかの母子保健に関する指標は、表 2 5、2 6、2 7、2 8、2 9、3 0 に示している。乳児死亡と同様に格差の存在が問題である。

表 2 4 乳児死亡率の最小値と最大値

	乳児死亡率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	0.00	20.13	—
政令指定都市保健所	0.00	5.93	—
政令市保健所	1.69	6.15	← 3.6 倍の開き
中核市保健所	0.86	5.99	← 7.0 倍の開き
特別区保健所	0.00	4.30	—
全保健所	0.00	20.13	—

表 2 5 新生児死亡率の最小値と最大値

	新生児死亡率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	0.00	13.11	—
政令指定都市保健所	0.00	3.09	—
政令市保健所	0.63	3.67	← 5.8 倍の開き
中核市保健所	0.00	3.00	—
特別区保健所	0.00	2.81	—
全保健所	0.0	13.1	—

表 2 6 周産期死亡率の最小値と最大値

	周産期死亡率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	0.0	16.6	—
政令指定都市保健所	0.0	9.2	—
政令市保健所	2.1	14.5	← 7.1 倍の開き
中核市保健所	2.2	7.4	← 3.3 倍の開き
特別区保健所	0.0	7.9	—
全保健所	0.0	16.6	—

表 2 7 保健所設置主体別の死産率、自然死産率、そして人工死産率

	死産率	自然死産率 (対千人)	人工死産率 (対千人)
都道府県保健所	30.0	13.1	17.3
政令指定都市保健所	30.0	11.8	18.7
政令市保健所	28.7	11.2	17.9
中核市保健所	30.5	11.9	19.0
特別区保健所	29.7	13.3	16.8
全保健所	31.5	12.8	18.7

表 2 8 死産率の最小値と最大値

	死産率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	11.0	70.9	← 6.4 倍の開き
政令指定都市保健所	14.1	63.8	← 4.5 倍の開き
政令市保健所	16.4	44.4	← 2.7 倍の開き
中核市保健所	20.7	54.7	← 2.6 倍の開き
特別区保健所	24.1	41.4	← 1.7 倍の開き
全保健所	11.0	70.9	← 6.4 倍の開き

表 2 9 自然死産率の最小値と最大値

	自然死産率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	0.0	35.9	—
政令指定都市保健所	5.5	21.3	← 3.9 倍の開き
政令市保健所	8.0	15.2	← 1.9 倍の開き
中核市保健所	6.0	20.1	← 3.4 倍の開き
特別区保健所	7.4	19.1	← 2.6 倍の開き
全保健所	0.0	35.9	—

表 3 0 人工死産率の最小値と最大値

	人工死産率		
	最小値	最大値	
都道府県保健所	0.0	63.8	—
政令指定都市保健所	7.7	42.6	← 5.5 倍の開き
政令市保健所	7.2	30.4	← 4.2 倍の開き
中核市保健所	10.7	37.0	← 3.5 倍の開き
特別区保健所	10.8	26.7	← 2.5 倍の開き
全保健所	0.0	63.8	—

(6)婚姻の状況

表 3 1 には保健所設置主体別の“婚姻件数”と“離婚件数”の合計を示している。

表 3 1 保健所設置主体別の婚姻件数と離婚件数

	婚姻件数	離婚件数
都道府県保健所	407,039	156,983
政令指定都市保健所	143,786	52,811
政令市保健所	11,966	4,603
中核市保健所	95,983	36,911
特別区保健所	60,812	19,209
全保健所	719,586	270,517

#### D. 考察

従来は都道府県が保健所を設置できる主たる地方自治体であった。しかし、地方分権の拡充により政令指定都市はもとより、中核市やその他の政令市でも保健所を設置する動きが加速された。

これらの中には、都道府県の既設の保健所が、市に移行するケースも見られたが、業務の構成は市型保健所へと大きく変化することとなった。

保健所の設置主体が多様化するに伴い、その管轄の保健医療事情も個々の保健所で異なることが予想される。

本研究では、全国の保健所の管轄区域の保健・人口指標などを分析することにより、全国の保健所の特性を明らかにすることを目的としたものである。

保健所は既に述べたように、「都道府県」、「政令指定都市」、「中核市」、いわゆる「政令市」、そして「特別区」により設置されている。

この研究では、各保健所種別の管轄人口、面積、高齢化率、保健衛生指標（死亡率、出生率等）を設置主体別に分析した。

その結果、「年少人口」、「生産年齢人口」、そして「高齢人口」の総人口に占める比率は、「政令指定都市保健所」と「特別区保健所」で高齢化がやや低く住民が比較的若い。しかし、これら保健所と他の保健所では高齢化はさほど変わらない。

設置主体別に「年少人口比率」の”最小値”と”最大値”を見ると、都市部に立地する「政令指定都市型保健所」と「特別区型保健所」では、年少人口比率が低いという結果であった。このことは大都市部では子どもの減少を如実に示すものである。「生産年齢人口比率」については、都市部の保健所でこの人口層の比率が高いが、これは働き盛りの人口層が都市に集中している結果と考えられる。

管轄人口、面積および人口密度に関しては、中核市保健所が管轄人口を多く有し都道府県保健所が少なかった。中核市保健所は、1市1保健所であるので、他の設置主体と比して管轄人口が多く、管轄面積も都道府県立を除くと一番広いが、中核市保健所が有する人口規模が適正か否か検討する必要がある。一方、管轄面積は特別区保健所が最も狭く、都道府県型保健所が最も広かった。特別区保健所は、管轄面積が狭く機動性に富むものの、大都市部特有の保健問題を抱えていることから面積の狭さが一概に日常業務の展開に有利であるとは言えないであろう。都道府県保健所は管轄面積が広いため、移動等に於いて効率的な業務展開が重要である。

各設置主体別の管轄人口格差は保健所全体では”182.1 倍”の開きがあった。設置主体別では都道府県型と政令指定都市型保健所で開きが大きく、中核市保健所ではその開きは”2.8 倍”と最も小さかった。中核市保健所はその要件が法律で決まっておき、その結果中核市は管轄人口において同質性が保たれていることが、格差が最も小さくなった理由と考えられる。都道府県保健所については、本来都道府県自体に人口および面積格差があることが、保健所の管轄人口の開きとなって現れたものと考えられる。

人口と同様に管轄面積についても保健所全体で”1,592.8 倍”の開きがある。この格差は都道府県型保健所が立地している都道府県の多様性に由来している。なお、人口密度の格差についてもその格差は、都道府県に由来していると考えられる。

出生率および死亡率であるが、特別区保健所で出生率が低い。特別区では親の世代が属している生産年齢人口比率は高いものの、出生率が低いために年少人口比率が低いことがその理由として考えられる。

また、死亡率については都道府県型保健所で高いが、理由としては都道府県の高齢化の進行が考えられる。

一方、出生率の格差は都道府県保健所において大きい、理由としてはやはり都道府県の多様性によるものであろう。

ここで注意を要するのは、特別区と中核市保健所を除き、死亡率に格差が認められたが、その原因は不明であるので、今後精査する必要がある。

新・医療計画に位置づけられる予定の4疾病の「悪性新生物」、「糖尿病」、「急性心筋梗塞」、「脳血管疾患」、さらにそれに加えて「高血圧性疾患」による死亡については、保健所設置主体別に大きな格差が認められた。医療資源の偏在や気候風土などの要因を含めて、これについても精査する必要がある。

次に母子保健関連疾患の死亡率である。

乳児死亡については世界で最も良好な状態にあるわが国であるが、都道府県型の保健所管内で乳児死亡率が“20.13”あるのは、その背景事情も踏まえて原因を究明していく必要がある。その他の母子保健に関する指標についても同様に格差の存在が問題である。

## E. まとめ

都市部では保健所は都道府県主体から政令指定都市や中核市などの市主体となりつつある。しかし、非都市部では引き続き都道府県が保健所を設置し、地域保健業務を提供している。

こうした中、保健所の設置主体別に保健衛生統計を比較するなどして、それぞれの特性を明らかにする試みはほとんど行われてこなかった。

本研究を通じて現在の設置主体別の地域特性および保健所間の格差が明らかになった。今後はさらに格差を生じさせる背景事情を精査して地域保健の再構築に寄与していく必要がある。

## F. 健康危機管理情報

急迫した具体的なものは無い。

G. 研究発表  
予定あり

H. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得  
なし

2.実用新案登録  
なし

3.その他  
なし



# 平成18年度 厚生労働科学研究費補助金(地域健康危機管理研究事業) 分担研究報告書

## 2. 保健所の設置主体の地域分権改革に伴う変更による影響に 関する研究

分担研究者

玉川 淳 (三重大学人文学部 助教授)

### 研究要旨

導入が検討されている道州制を始めとする新たな広域地方自治体制度については、地域保健の継続的な運営を支える基盤を提供するものとなる可能性もあるが、保健所が今後も健康危機管理を中心とする現行の事務の多くを実施せざるを得ないことを考えれば、地域の特性に応じた医療、福祉との連携や、本庁から保健所への応援体制の確保も考慮すると、現在の県本庁の機能を同州に直ちに移行させることは適当ではない。また、従来の県区域ごとに支分部局を置く場合には、屋上屋を架すものとなり、期待される行政の効率化に繋がらないことが懸念される。

新たな広域自治体像の内容は未だ固まっていないが、今後検討に当たっては、保健所に求められている機能に対する影響を慎重に見極める必要がある。

### A. 研究目的

地方分権一括法の施行などの第一次分権改革は、国と地方の役割分担の明確化、機関委任事務の廃止、国の関与のルール化、権限委譲、市町村合併の進展等をもたらした。

その後も、更なる地方分権の推進の必要性が指摘され、三位一体改革が実施されるとともに、さらなる権限委譲など多方面にわたる検討が進められ、第165回国会においては、分権の推進体制の整備等を内容とする「地方分権改革推進法」が成立をみた。特に、広域自治体の再構築については、第一次分権改革の際には本格的な検討項目として取り上げられることがなかったが、内閣府に設置された第28次地方制度調査会において、平成18年2月末に「道州制のあり方に関する答申」がとりまとめられるなど、新たな動きが見られるところである。

市町村合併に伴い、指定都市、中核市等の保健所設置市が増加し、地域保健行政のあり方に影響を与えていることについては、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)「地域保健行政の再構築に関する研究」の分担研究である「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」において明らかにしたところであるが、地域分権改革に伴い、将来において広域自治体の態様に変動が生じる場合、現在都道府県に設置される保健所を中核とした地域保健行政の運営は、どのような影響を受けるのであろうか。地方行財政的な観点からではなく、あるべき地域保健の確保という観点から、変動を迎えるに当たって考慮すべき要素を列挙し、検討を加えることが、本研究の目的である。

## B. 研究方法

道州制や、都道府県合併など新たな広域自治体の姿については、未だ内閣府の地方制度調査会が提言をとりまとめた段階にとどまり、提言された道州制の導入についても基本的な制度設計の考え方が示されているに過ぎない。また、同基本設計においても、道州の区域例が9道州制から13道州制の例が例示されているほか、東京都の区域の取扱いについては、これを周辺の区域と合わせる考え方、東京都の区域のみをもって一の道州制とする考え方が併記されるなど、確定的な成案が得られているわけではない。

このため、現時点においては、何らかの成案を基にして、これに対する具体的、定量的な地域保健体制の変更についてシミュレーションを実施することは困難である。

よって、本報告においては、従来保健所が都道府県に置かれることとなった経緯を踏まえ、検討されている新たな広域自治体の枠組みについて紹介するとともに、あるべき地域保健体制の確保に向け、保健所設置をめぐる社会状況の変化などに関して定性的な検討を展開することを通じて、今後どのような点について更に詳細な検討を行う必要があるか明らかにすることとする。

(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. 保健所の設置主体を都道府県とした経緯

#### (1) 保健所の創設

我が国において、保健所法が設置されたのは、昭和12年のことであり、同年、公衆衛生の第一線機関として、全国で49か所の保健所が開設された。

戦前の都道府県は、地方自治体としての性格は持ちつつも、国の官吏である官選知事の下、国の地方出先機関としての事務を処理する存在でもあった。

戦後、日本国憲法の趣旨に沿うためには、さらに中央及び地方の機構を整備するとともに、直接国民に接触する保健所の機能強化を図らなければならないとして、保健所法を開設する法律案が第1回国会に提出され、成立した。

日本国憲法の下で新しい地方自治制度が導入され、都道府県は、市町村と並ぶ普通地方公共団体として、憲法上の地方自治の制度的保障の下に、自己の機関により、自己の事務を、国から独立して自己の責任に基づいて処理することを認められ、その運営については、都道府県議会及び公選知事を中心とする住民参加の方式が広く認められることとなった。

ただし、都道府県知事が国の地方行政官庁ではなくなったものの、国のコントロールを一定程度維持するために、戦前は市町村レベルに対してのみ適用されていた機関委任事務が都道府県レベルにまで拡大適用されることとなった。すなわち、知事を始めとする都道府県の執行機関を国の機関とし、自治体の執行機関に国の事務を委任する機関委任事務の仕組みが幅広く活用されたのである。

保健所法や平成6年に同法の改正により定められた地域保健法に基づく保健所の業務は、基本的には機関委任事務として位置付けられていた。

保健所は、戦後675か所を基盤とし、その整備が図られることとなり、新保健所法により、

一つの保健所は概ね 10 万の人口を担当することとし、所要の職員、施設、設備を整備するという方針が定められたが、前述のようにその業務の多くは、機関委任事務として、国の機関として知事に委任された事務の実行であった。保健所の箇所数を考慮すれば、市町村への委任は現実的ではなく、また、厚生行政の分野においては、国立病院の管理と麻薬取締りを除き、国の地方出先機関が設けられなかったため、その委任先は必然的に都道府県とならざるを得なかったものと考えられる。なお、このような背景もあって、第 1 回国会における保健所法の審議においても、保健所の設置主体については何ら議論の対象とはなっていなかった。

## (2) 地方分権一括法の制定

機関委任事務制度については、事務処理の責任を不明確とするとともに、国と地方公共団体を上下・主従の関係に置いている等の問題が指摘されていたことから、平成 11 年に「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」が制定され、国の機関委任事務を廃止し、自治事務と法定受託事務に再構成されることとなった。

法定受託事務は、法律等により処理が義務付けられる地方公共団体の事務のうち、国が本来果たすべき役割に係るものであって、国においてその適正な処理を特に確保する必要があるものとして法律等で特に定められているものをいう（地方自治法 2 条 9 項）。

法定受託事務は、地方分権の推進の見地から、できるだけ抑制されるべきものとされているが、地方分権推進委員会の勧告においても、「広域にわたり国民に健康被害が生じること等を防止するために行う伝染病のまん延の防止や医薬品等の取締りに関する事務」、「精神障害者等に対する本人の同意によらない入院措置に関する事務」については、法定受託事務とすべきこととされるなど、健康危機管理に関連する保健所の事務の多くが、法定受託事務として位置付けられることとなった。

このように、一部の事務が都道府県自体の事務である自治事務として位置付けられることとなったものの、健康危機管理分野においては、依然として国の事務を委任として執行される業務が多いことが分かる。

## 2. 新たな広域自治体の枠組み

### (1) 道州制

道州制等に関しては、これまで第 4 次地方制度調査会の地方案と県案を併記した答申を始めとしてさまざまな内容のものが提案されてきたが、ここでは第 28 次地方制度調査会において導入が提言された道州制の基本的な制度設計について取り上げることとしたい。

同調査会がこのような提言をとりまとめた背景としては、次のような都道府県をめぐる社会経済情勢の変化が指摘されている。

第一に、市町村合併の進展の影響である。市町村数は、3,282 から 1,821 に減少し、住民に身近な行政を総合的に担う「基礎自治体」の形成が進んだ。また、指定都市に加え、中核市・特例市が創設され、合併を契機とした指定も増加した。この結果、広域自治体の存在理由、位置付け、役割を改めて明確にする必要が生じている。

第二に、都道府県を越える広域行政課題の増加である。人口減少や都市化・過疎化の同時進行、財政制約の増大で、広域の圏域内での機能・資源の相互補完的な活用が不可欠となってきている。また、地域の優位性を活かした産業集積を産学官の連携で進め、アジア等の諸地域と直接結び付ける動きが活発となってきている。この結果、都道府県の連携手法には限界が生じ、

都道府県を越える広域行政課題に対処できる主体のあり方を検討する必要性が現れてきている。

第三に、地方分権改革の確かな担い手としての問題である。地方分権改革によって国と地方の役割分担の原則は確立したが、実態をみれば更に徹底する必要があると考えられる。また、広域自治体の規模・能力が整うならば、本来国から委譲すべき事務も多く存在するのではないか。このため、広域自治体はその果たすべき役割に見合った事務を担うために必要な規模・能力・体制を検討する必要があるというものである。

そして、広域自治体改革は、都道府県制度に関する問題への対応にとどまらず、国のかたちの見直しに関わるものとして位置付けられることが考えられるとして、地方分権の推進・地方自治の充実強化、自立的で活力ある圏域の実現、国と地方を通じた効率的な行政システムの構築を目指し、国と地方双方の政府の再構築により、我が国における新しい政府像を実現すべきとして、その具体策として道州制の導入が適当と考えられると結論付けている。

そして、道州制の基本的な制度設計としては、次のような姿を提示している。

#### ① 道州の性格

地方公共団体として、都道府県に代えて道州を置く（道州及び市町村の二層制）

#### ② 道州の区域

区域の範囲は、社会経済的条件に加え、地理的・歴史的・文化的条件も勘案する（数都道府県を合わせた区域が原則）

区域の具体例は、さまざまな考え方があり得る（答申では区域例を3例示す）

区域の画定方法は、国が同州の予定区域を示し、都道府県が変更案等を国に提出できる（これを尊重し区域に関する法律案を作成）

東京都に係る道州の区域は、周辺県と併せた区域が原則であるが、東京都等の周辺の区域で一の道州等とすることも考えられる。

#### ③ 道州への移行方法

原則として全国同時に移行。ただし、関係都道府県と国の協議により先行して移行できる。

#### ④ 道州の事務

現在の都道府県の事務は大幅に市町村に委譲し、道州は広域事務に軸足を移す（国（地方支分部局）の事務はできる限り道州に委譲）

#### ⑤ 道州の議会

道州に議会を置く。議員は直接公選

#### ⑥ 道州の執行機関

道州に知事を置く。知事は直接公選（多選を禁止）

#### ⑦ 大都市等に関する制度

道州との関係において大都市圏域にふさわしい仕組み、事務配分の特例等を設けることが適当（東京（区部等）では、更に特例を検討することも考えられる）

#### ⑧ 税財政制度

自主性・自立性の高い税財政制度が基本（事務委譲に伴う税源移譲等に加え、偏在度の低い税目を中心に地方税の充実を図り、分権型社会に対応し得る地方税体系を実現、適切な財政調整を行うための制度を検討）

なお、第28次地方制度調査会の答申においては、参考として道州制の下で道州が担う事務