

厚生労働科学研究費補助金 地域健康危機管理研究事業
研究課題番号：H16－健康－一般－042

地域保健行政の再構築に関する研究

平成16－18年度 総合総括・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19(2007)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) 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)

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)

逢見 憲一 (国立保健医療科学院 公衆衛生政策部 主任研究官)

目 次

ページ

I. 総合総括研究報告

地域保健行政の再構築に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

主任研究者

谷 修一（国際医療福祉大学 学長）

II. 総合分担研究報告

1. 保健所業務の権限の所在ならびに保健所間格差に関する研究・・・・・・・・・・ 18

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）

2. 地方分権推進に対応した地域保健行政のあり方に関する研究・・・・・・・・・・ 49

分担研究者

玉川 淳（三重大学人文学部 助教授）

3. 大規模災害時における歯科保健医療体制に関する実態調査・・・・・・・・・・ 54

分担研究者

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）

河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授）

4. 地域保健行政に必要とされる機能に関する研究・・・・・・・・・・ 89

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 部長）

研究協力者

逢見 憲一（国立保健医療科学院 公衆衛生政策部 主任研究官）

I . 総合総括研究報告

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）
総合総括研究報告書

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

この研究では、地域保健の中核である保健所の業務権限等が各自治体でどのような状況にあるかを把握し、都道府県および保健所政令市等の保健所行政での実際の決定権者を明らかにすることにより、健康危機管理業務等の保健所業務が円滑に展開できる方途を明確にした。

そして保健所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。

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。

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。

それから、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も千差万別であり、保健所業務を一律に論じることができないことから、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。

また具体的な事例として、健康危機管理体制の一環として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、全国549保健所を対象にアンケート調査を実施し、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。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。

次に47都道府県・15政令市・57東京都（市+特別区）歯科医師会における整備状況の実態調査を実施し、計93歯科医師会より回答を得た。（回収率78.2%）その結果、整備されているとの回答は36.6%にとどまり、保健所や病院歯科との連携体制は脆弱であった。

保健所を設置している自治体の体制であるが、地方分権推進の進展により都道府県や市町村は、そのあり方を大きく変更しつつある。地域保健業務は、これまで都道府県、市町村が重層的にそれぞれの役割を果たしてきたが、その内容は個別の法が規定するところにより定められ、健康危機管理といった健康危害の特質に直ちに対応するものとはなっていなかった。

このため、保健所等が担う事務は広範にわたっていたが、その性格付けが必ずしも明瞭でなかったことから、真に対処に必要なと見込まれる人的・物的資源の重点的な投入に繋がらず、組織と

しての総合力が十分に高められて来なかった。

行政の効率化が一層求められ、地方公共団体自体が大きくその規模を変えるとともに、事務執行のあり方を変化させて行く中で、最適な事務の配分はどのようにして得られるか保健関係業務全体の中で横断的に見直しを進めて行く必要がある。

併せて、健康危害に対処するに当たって、どの程度の区域が一体となって業務を遂行して行くべきなのか併せて検討すべきである。特に、この分野においては、社会的経済的な地域状況を踏まえ、具体的に検討を進めていくための統計的分析の蓄積も求められている。

さらに本研究では、生物テロを含む健康危機管理機能が重視される中で、今後のわが国の地域保健行政システムの再構築に資することを目的として、地域における公衆衛生の機能はどのようにあるべきかを主として文献的に検討した。

A. 研究目的

法律の根拠にもとづき保健所業務は展開されているが、その権限を行使するにあたって各法律が業務決裁権者をあらかじめ規定している。しかし、都道府県によっては行政の迅速性を確保し、緊急時の対応を的確にするなどの理由により、委任条例により法律上の委任者と異なる場合がある。また、条例等に定められていない場合でもあらかじめ専決として決裁の権限が委ねられていることがある。

この研究では、地域保健の中核である保健所の業務権限等が各自治体でどのような状況にあるかを把握し、都道府県および保健所政令市等の保健所行政での実際の決定権者を明らかにすることにより、健康危機管理業務等の保健所業務が円滑に展開できる方途を明確にした。

そして歯科保健領域の具体的な健康危機管理体制の実態を明らかにして危急時の歯科保健・医療の改善点を明確にした。さらに、総論として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、地域における公衆衛生機能の指針を示すことが研究目的でもある。

次に保健所間に存する格差であるが、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。

本研究では、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。

B. 方法

全国の保健所に対して各法律にもとづく業務決裁権者が、実際は委任条例等により誰に決裁権がゆだねられているかを調査するためのアンケート用紙を作成し、全国保健所長会等を通じて保健所に配布し回収した。

そしてその業務の決裁権者を分析するとともに保健所業務の法令条文に基づく業務内容の対人業務と対物業務のそれぞれについて①危機管理関連業務、②危機管理周辺業務、③その他の業務に分類し、これらの3分類された保健所業務の権限の所在について保健所長に委譲されているものの割合を検討した。加えて地域における公衆衛生機能については、公衆衛生の潮流・今後の方向性を検討したNew Public Healthに関する文献、2001年の同時多発テロ以降の公衆衛生機能の変化に関する文献、米国の健康危機管理法制に関する文献を分析することにより明らかにした。

保健所間格差の研究については、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、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。

地方保健行政における地方分権への対応を検討するために、本研究の保健所アンケート調査結果ならびに「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～（平成13年3月地域における健康危機管理のあり方検討会）」における健康危機管理の捉え方を参考として保健所業務の具体的な分類を行うとともに、行政法学における行政行為等の分類との対応関係等について検証を行い、健康危機管理業務を担う地方行政組織の在り方を検討した。

歯科保健・医療の健康危機管理体制については、保健所と歯科医師会調査に対する調査を行った。

（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. 結果

C-1.保健所業務の決裁権者

都道府県および保健所政令市等に対して実態調査を行った。

36都道府県から回収（回収率76.6%）されたものの、対物（厚生労働省関係）サービスの記載があったのは27都道府県であったので対人サービスについては36都道府県（76.6%）のデータを分析し、対物（厚生労働省関係）サービスについては記述があった27都道府県57.4%の分析をおこなった。一方、保健所政令市等については、特別区を除く57市に対してアンケートを実施したところ、33市から回答（回収率57.9%）があった（政令指定都市9市、中核市19市、保健所政令市5市）。

都道府県と都道府県型保健所長、および市町村（長）の権限関係であるが、対人保健サービスについては委任条例により保健所長が決裁権者となっている件数の割合は、「健康増進」が1.9%、「母子保健」が18.2%、「老人保健」が0.6%、「精神保健福祉」が12.8%、「結核予防」が25.1%、「感染症対策」が33.2%、「医事」が25.0%、「その他」が5.4%となっていた。

知事に代わりあらかじめ保健所長が専決権者となっていたのは、「健康増進」が1.9%、「母子保健」が0.8%、「老人保健」が0.0%、「精神保健福祉」が1.8%、「結核予防」が3.2%、「感染症対策」が2.3%、「医事」が1.6%、「その他」が0.9%であった。また、知事から市町村長に条例上委ねられている事項は、「母子保健」の2項目を除き皆無であった。

都道府県保健所における対物サービスの知事から保健所長への権限の委任状況であるが、法

律上の権限を有している知事から、委任条例により決裁権者が保健所長になっている事業であるが、「食品保健等」が16.1%、「水道等」が16.0%、「生活衛生関係・営業」が44.9%、「その他の生活衛生」が33.3%、そして「薬事」が10.9%となっていた。

知事が法律上の委任者であるが、あらかじめ専決権者が保健所長である場合については、「食品保健等」が0.8%、「水道等」が0.4%、「生活衛生関係・営業」が0.4%、「その他の生活衛生」が0.9%、そして「薬事」が3.2%であった。「生活衛生関係・営業」業務が条例によって権限が所長に下りている割合が最も多かった。

都道府県における対物サービスのうち、知事が法律上の委任者となっている業務が条例によって市町村（長）に委託されている法律事項は、「食品保健等」で3,078項目のうち8項目、「その他の生活衛生」で432項目のうち、同じく8項目であった。

政令指定都市、中核市および政令市保健所における市長と保健所（長）の権限関係についてであるが、法律事項が法律上の委任者が市長であるにもかかわらず、条例により保健所長が決裁権者となっていたのは、「健康増進」が12.1%、「母子保健」が21.4%、「老人保健」が0.6%、「精神保健福祉」が12.1%、「結核予防」が33.9%、「感染症対策」が33.1%、「医事」が96.9%、「その他」が95.0%であった。また保健所設置市の市長に代わりあらかじめ保健所長が専決権者となっていたのは、「健康増進」が3.4%、「母子保健」が7.1%、「老人保健」が0.3%、「精神保健福祉」が9.1%、「結核予防」が7.5%、「感染症対策」が5.9%、「医事」が7.1%、「その他」が0.0%であった。

保健所設置市における対物サービスの市長から保健所長への権限の委任状況であるが、法律上の権限を有している市長から、委任条例により決裁権者が保健所長になっている事業であるが、「食品保健等」が28.9%、「水道等」が44.8%、「生活衛生関係・営業」が70.0%、「その他の生活衛生」が36.8%、そして「薬事」が101.4%となっていた。

市長が法律上の委任者であるが、あらかじめ専決権者が保健所長である場合については、「食品保健等」が4.4%、「水道等」が3.6%、「生活衛生関係・営業」が6.2%、「その他の生活衛生」が2.9%、そして「薬事」が6.5%であった。

「薬事」、「生活衛生関係・営業」業務が条例によって権限が所長に下りている割合が最も多かった。なお、「薬事」で条例により決裁権が保健所長に付与されている法律事項が502件あり、法律上市長に委任されている495事項を上回っている。これは、薬事関係で市長以外に保健所に委任されている事項である“毒物及び劇物取締法第16条の2”の「事故の際の届出の受理」を含んでいないためである。これを含めると、薬事については法律により市長または保健所に委任されている法律事項総数は、528件となる。この数字を用いると条例により保健所長に決裁権が付与されている割合は、薬事に関しては95.1%（502/528）となる。

いずれにしても「薬事」業務のほとんどが保健所長に決裁権が委ねられていた。

C-2.健康危機管理に関する保健所業務の権限の所在

保健所業務の殆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①健康危機管理関連業務とされたのは対物業務で全体の3割程度、②健康危機管理周辺業務が全体の7割程度、③その他が1割未満程度であった。対人業務においてはやや異なる傾向を見せ、①が2割、②が4割、③が4割程度であった。

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8割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、①健康危機

管理関連業務に該当するものは3割程度であった。逆に①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、5割強であり、②健康危機管理周辺業務は3割5分程度であり、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。

C-3.保健所間格差について

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かった。

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。

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。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。

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。また、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”の開きがあった。

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かった。死亡率については都道府県型保健所が高かった。出生率の格差は都道府県保健所において大きかった。

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

母子保健関連疾患の死亡率であるが、乳児死亡については都道府県型の保健所管内で乳児死亡率が“20.13”と高率を示す保健所があった。

C-4.地方分権推進に対応した地域保健行政の在り方

(1)地域保健業務の法的分析と健康危機管理対応

健康危機管理の対象となる分野としては、災害有事・重大健康危機、医療安全、介護安全、感染症、結核、精神保健医療、児童虐待、医薬品医療機器等安全、食品安全、飲料水安全、生活環境安全といった分野が考えられるが、逆に地域保健業務のうち健康危機管理に該当する余地が乏しい業務は、母子保健や老人保健を含め、健康増進に関わる対人保健サービスの一部のみに限定されよう。これらの分野においては、人体への健康影響が比較的緩慢に進行すると考えられ、応急対応である強力な規制権限の行使よりも、的確な情報提供を行うことによって、当該健康危害が生じる本人に当該危害について理解してもらい、自らその発現の阻止・緩和に努めてもらうことが適当と考えられる。

現行法においては、健康危機管理に関する事務であっても、法定受託事務となっているものと自治事務となっているものとに分かれている。これらの事務の整理は理由のあるものではあるが、より重要なのは両事務が連携をとって円滑に進められることである。

(2)政令市等における地域保健業務の決定主体

保健所を設置する市には、平成19年3月現在で、15の指定都市、37の中核市のほか、7市が政令で

保健所設置市となっている。

大規模な市町村合併が進展したことから、保健所を設置する市も急速に増加しつつあるが、個別の保健所設置市において管轄している人口、面積には大きな開きがあり、更に当該市が地方衛生研究所を設置しているかどうかについても差異が見られた。

これらの保健所設置市において、地域保健関連業務がどのように決定されているかについてであるが、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裁権者を保健所長ないしは専決権者を保健所長としていた。

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例も見られた。市民への多様なサービスの提供は利便性という観点から評価されるかもしれないが、健康危機管理業務をはじめとして専門性に裏付けられた迅速な対応が一層求められる中で、市町村保健センター等関係機関との適切な役割分担が求められよう。

(3)保健所の設置主体の地方分権改革に伴う変更による影響

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道州に直ちに移行させることには困難も伴う場合が少なからずあろう。

新たな広域自治体像の検討に当たっては、保健所の業務自体の変化（業務の中心となる分野、行政手法等）、保健所を取り巻く社会経済環境の変化（人口動向、地域保健問題に対する住民の理解度、事業者の管理能力、移動アクセス、通信事情等）を踏まえ、保健所に求められている機能に対する具体的な影響を評価する必要がある。

C-5.大規模災害時における歯科保健医療体制について

大規模災害時における歯科保健医療に関する救護体制の整備状況については、「整備されている」という歯科医師会が36.6%で最も多く、「整備中である」と合わせて66.7%に達した。一方、「整備の予定もない」という回答は7.5%であり、保健所調査における同58.5%と比較すると両者の整備状況に大きく差があることがわかった。

大規模災害時の歯科保健医療に関する救護体制が整備されている歯科医師会では、災害発生時の救護活動における指示系統の中心は「都道府県庁／政令指定都市／特別区」（46.8%）という回答が最も多く、次いで「歯科医師会」（25.8%）であった。保健所調査では、「都道府県庁／政令指定都市／特別区」（38.0%）が最も多いのは同じであるが、次は「保健所」（であった26.1%）。

大規模災害時における歯科保健医療に関する救護体制が整備されている歯科医師会では、約7割でその救護体制がマニュアル化されており、マニュアル化されている割合の方が上回った。この傾向は保健所に対する調査でも同様であった。

歯科保健医療に関する救護体制がマニュアル化されている歯科医師会では、マニュアルに含まれる項目として「連絡網」（95.2%）や「役割分担」（90.5%）が多かった。一方、「巡回歯科診療車両の手配」や「隣接都道府県との歯科応援体制・内容」は14.3%と少なかった。なお、保健所調査では「歯科医師会との連携体制」が89.7%を占めたのに対し、歯科医師会調査

では「保健所との連携体制」は35.7%で両者で大きな差が見られた。

災害時の歯科保健医療に関する研修を実施している歯科医師会は41.9%、していない歯科医師会は56.5%であり、実施していない歯科医師会の方が多かった。なお、保健所調査における同設問に比べると実施している割合は高かった。

現在、災害時の歯科保健医療に関する体制が整備されていない理由としては、「危機意識が低い」(51.6%)が最も多く、次いで「緊急度が低い」(41.9%)であった。これは保健所調査でも同様の傾向であった。

災害時歯科医療の体制が整備されていない歯科医師会において、体制整備に早急に取り組むべきだと「強く思う」割合が16.1%、「思う」割合が67.7%であり、合計で8割を超えた。保健所調査では合わせて6割弱であった。

合同訓練に参加している組織については、「郡市区／都道府県歯科医師会」が47.9%と最も多かった。保健所調査においては「郡市区歯科医師会」が97.1%、「都道府県歯科医師会」が34.3%であった。

合同訓練を実施していない理由として最も多かった回答は、「危機意識が低い」(29.5%)、次いで「緊急度が低い」(22.7%)であった。保健所アンケートにおいても両者が上位2つを占める傾向は同じだが、その割合はいずれも50%近かった。

保健所と定期的に協議を行っている歯科医師会は12.9%であり、「定期的」「不定期」を合わせると35.5%の歯科医師会が協議を行っていた。なお、保健所調査では「都道府県歯科医師会」ならびに「郡市区歯科医師会」と協議を行っている割合を尋ねているが、前者の場合「定期的」が2.1%、「不定期」と合わせて6.7%、後者の場合「定期的」が5.0%、「不定期」と合わせると25.6%という結果だった。いずれの場合も、行っていない割合の方が高かった。

病院歯科との協議を行っている歯科医師会は「定期的」「不定期」合わせて31.2%だったが、68.8%で行っていなかった。保健所調査でも「行っていない」は86.9%であり、いずれの調査も病院歯科と協議を行っていない割合の方が高かった。

都道府県歯科医師会と郡市区歯科医師会の間で定期的に協議が行われている割合は15.1%、「不定期」と合わせると51.7%だった。保健所調査と比較すると、保健所—歯科医師会間よりも、歯科医師会—歯科医師会間の協議の方が行われていることがわかる。

災害時に備えた歯科医療・衛生用品が備蓄されている歯科医師会は30.1%、備蓄されていない歯科医師会は69.9%であり、備蓄のない歯科医師会の方が大幅に上回った。なお、保健所調査では94.7%が「ない」と回答しており、備蓄のない割合が高いという傾向は本調査と同じだが、備蓄率は歯科医師会の方が高かった。

備蓄物資で最も多いのは「歯ブラシ」で85.7%、「歯磨き剤」と「洗口・含嗽剤」が64.3%でそれに続いた。この3点が上位3つを占める傾向は保健所調査でも同様であった。

災害時に備えた歯科医療・衛生用品の備蓄がない理由は、「予算上の問題」が40.0%と最も多かった。保健所調査においても「予算上の問題」は38.2%に上っており、予算の確保が難しいことがうかがえる。

隣接都道府県における、対応可能な歯科診療施設の情報把握している歯科医師会は14.0%であり、63.4%の歯科医師会では把握していなかった。なお、保健所調査でもほぼ同様の傾向が見られる。

歯科保健医療のニーズの把握のための巡回体制がある歯科医師会は16.1%であり、約69.9%の歯科医師会で巡回体制はなかった。この傾向は保健所調査でもほぼ同様であった。

歯科診療用車両は約2割の歯科医師会で確保されているが、7割以上の歯科医師会では確保されていない。保健所調査においても8割近くで確保していなかった。

歯科診療所の被災状況や回復状況を把握する体制がある歯科医師会は53.8%と半数を超えた。保健所調査に比べるとその割合は高いといえるが、一方「ない」歯科医師会も38.7%に上っていた。

C-6.地域保健行政に必要とされる機能に関する研究

(1)New Public Healthに関する文献的研究

- ①公衆衛生を歴史的にみると、環境段階、個別対応段階、治療段階という古典的な公衆衛生の段階を経て、New Public Healthの段階に達していること。
- ②New Public Healthとは、衛生、環境、健康増進、個人またはコミュニティに対する予防サービスに基づき、臨床医療、リハビリテーションや介護などの幅広いサービスと結びついて、個人や社会の健康水準を維持・改善するための包括的アプローチであること。また、ヘルスセクターのみならず他の多くのセクターが関係し、国から市町村に至るまでの行政と様々なNGOが共通の目的と個別の目標をもって、システムティックに連携する必要があること。
- ③近年、公衆衛生の役割に対する社会的関心が低下する中、2001年の米国での同時多発テロや炭疽菌テロ、その後の世界的な新興・再興感染症の流行が、公衆衛生の重要性と同時に、公衆衛生インフラの不備を再認識させるきっかけとなったこと。
- ④公衆衛生従事者の中に、生物テロ対策を含む健康危機管理業務が中心となっていくことに対する期待と不安があること。
- ⑤健康危機管理業務の重視は、少なくともこれまでのNew Public Healthの枠組みを否定するものではないこと。ただ、将来体制整備されていく過程で、部分的にこの枠組みを超える可能性があること。また、健康危機管理業務の強化は、従来業務を含む公衆衛生システム全体の強化に結びつける必要があること。
- ⑥体制強化の中心は、それを担う人材の育成であり、策定/分析、管理/交渉技能、経済学、コミュニケーション技能などを含む、多種多様な領域の能力を養成すべきであること。

(2)米国の健康危機管理法に関する研究

米国モデル州法健康危機管理法を分析した結果、以下の点が明らかとなった。

- 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、具体的かつ実際的であること。
- 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。

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た。

(3)わが国の疾病構造の変化と公衆衛生行政に必要な機能に関する研究

20世紀後半以降、わが国の疾病構造の変動は、死亡率の低下・高齢化、また疾病の多様化という新しい段階に到達したことが確認された。また、有病率が低下した条件下では保健医療側の診断や治療の能力が同じであったとしても、診断・治療件数が増大し、治療の有効性が低下して保健医療に関する信頼が低下することが文献的、理論的に確認できた。

D. 考察

具体的に地域保健業務のそれぞれの事実上の決定権者を見ていくと、健康危機管理的要素が強いものとそうでないものとを区分することが可能であるとともに、健康危機管理業務を改めて詳細に定義する際に有益な情報を与えてくれる。

「健康増進」、「母子保健」、および「老人保健」業務については、法律上主として直接的な対人サービスの提供が市町村の責務で行われることがほとんどであるため、知事に委ねられている直接的対人サービスが少ないために保健所長にも条例で委ねられることがほとんどないことが、今回の実態調査でも明らかになっている。また、これらは本来的にも健康危機管理業務に該当しにくいものである。

保健所設置主体別に見ていくと、都道府県型の保健所については、健康危機管理業務のひとつである「感染症対策」に関する決裁権が現場の保健所長に委ねられている比率は33%であった。しかし、対物サービスとして展開される健康危機管理業務としての性格も有する「食品保健等」、「生活衛生関係・営業」、「薬事」、及び「水道等」については、これらの業務の決裁権が現場の保健所長に委ねられている比率が低かった。

一方、保健所設置市では保健所長に決定権が付与されている比率が高いが、それは保健所設置市では本庁機能が都道府県庁に比して、脆弱なため現場の保健所長に権限が多く付与されているためであろう。

主たる保健所業務である健康危機管理とは、「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、拡大防止、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」であるが、その構成要素としては、緊急行政介入の判断、連絡調整、原因究明、具体的対策といった有事対応（緊急時業務）のみにとどまらず、情報収集・分析、非常時に備えた体制整備、予防教育・指導・監督といった平時対応（日常業務）や事後対応を包含するものであるため、行政機関の行為の法的性質にかかわらず幅広いものがこれに該当することとなり、具体的には地域保健関係業務のうち健康増進関係業務など対人保健業務のうちの一部を除いて健康危機管理対応という位置付けをすることができるものと考えられる。

健康危機に対して適切な対応を行っていくためには、単に個別の事案ごとの対策を構築するだけでなく、当該行政機関において必要な人材を保持し、総合的な判断の下に十分な専門性が

発揮できるよう事務の配分に関しても最適なものとなるよう保健関係業務の中で横断的に見直しをしていく必要があるものと考えられる。特に、現在の事務遂行体制の検証を踏まえ、今後更に具体的な改善について検討をすべきものと考えられる。

今回の調査結果は、単に対人および対物サービスについて法律事項の権限が事実上どこに(誰に)あるのかを同定したのみである。

今後、特に健康危機管理業務に関わる法律事項に関し、健康危機管理を単に健康危機発生時(非常時)といった狭義の解釈に限定するのではなく、「健康危機の発生の未然防止」、「健康危機発生時に備えた準備」、「健康危機による被害の回復」等の観点からもさらに詳しい分析が必要である。

また、各条文に記された法律事項が下命・禁止なのか、許可・免除(義務解除行為)なのか、認可、確認なのかといったことなども考慮した分析も併せて行っていく必要がある。

ただ、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。「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。

最後に、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ものとなる。その一つは、母子保健や老人保健など健康増進に係る対人保健の事務が考えられる。これらの分野における健康リスクの顕在化は、超長期的な進行を辿ることが通常だからである。他には、費用負担関係の事務が挙げられる。地域保健に関連する費用負担が公費等で賄われることは、リスク管理の確実な実施につながるものではあるが、リスク対応そのものには該当せず、多くは事後的に決済すれば足りるからである。この他、精神保健福祉相談など地域保健業務全体から見れば、周辺(又は境界)領域の事務がある。各種の虐待など関連分野と連携して、地域保健行政が関与を求められる分野も拡大してきているが、例えば福祉との連携を直ちに健康危機管理と整理することは慎重さが求められるのではないか。

この考え方は、保健所業務の一部としてクライシスマネジメントがあり、そのクライシスとは主に、結核など人を宿主とした感染症の集団発生、人畜共通感染症のコントロール、児童虐待への対応、精神疾患に関わる危機管理などであると思われるが、保健所業務が地域住民をひとつの集団と考え、この集団に関係するハザード(危険源)を対物・対人の観点で特定し、それぞれによって起こりうる健康影響の程度、頻度などを検討した後、それによる健康被害の確率(リスク)を最小限にするための日常的な努力を行うことをリスクマネジメント(危機管理)とするのならば、保健所の業務全体は健康危機管理と何らかの関連を持っていると判断せざるを得ない。また、それ以外の業務は却って本務外と考えられ、保健所業務の再編成を促す

必要も出てくる。

この日常的なリスクマネジメントの積み重ねが、クライシスの予防となるという体制作りは、個々の保健所業務の意義を各職員に理解させ、日常的な業務分析を行い、常に業務の改善を行っていくことで、よりリスクを低減させることにつながる。

一方、わが国における製造業が達成している品質管理や安全管理は、現場におけるチェック機能が働いていることに大きく依存しており、法体系による義務によってのみでは、品質の向上や安全の向上は一定水準以上には向上しない。そのため、品質、環境、安全衛生の各分野におけるマネジメントシステムによって各企業体が自ら目標を定めてそれを達成していくという形で進められている。

このような整理を前提とした上で、具体的に次のような場合の取扱いが問題となる。

多くの保健衛生規制は、従事者の免許制などの人的規制と、当該規制に応じた設備構造を備えるという場所ないし事業の規制という二重の規制により、当該事業の質の確保等を図っている。

ここで、特別な構造設備等を求める場所・事業の規制権限を行使し、許可の取消し等を行うことは、当該事業によって生ずるリスクの顕在化を止める最も直接的な手段の一つであり、多くが健康危機管理事務そのものと考えられるが、人的規制についてはいかがであろうか。

人的規制の多くは、医業（歯科医業）行為概念を中核として、その部分的解除といった構成により、多くのコ・メディカル職種に対する規制が実施されている。

医師免許のように、多くの保健衛生事業への関与が想定されるものもあるが、前述のように多くの保健衛生規制が人的規制と物的規制の二重規制から成り立っていることを考慮すると、直ちに人的規制のすべてをその他の事務とすることは適切ではない。

ただし、当該保健衛生規制が健康危機管理に係るものであるのか、すなわち急性的な進行を伴う健康リスクに対処するものであるのか否かを判断し、専ら健康増進に係るものである場合には、その他の事務として整理すべきである。また、当該事務が人的規制として、健康危機管理に繋がる余地があるか否かを事務ごとに精査することが必要であると考えられる。

なお、都道府県の事務とされている医療法人の設立認可等は、医療機関の継続的な運営に資するものであるが、健康危機管理そのものとの関連性は低く、その他の事務と整理することが適当である。

なお、今後も引き続き議論が必要と考えられたものとして、以下の3点があがった。第一に、感染症に関して、ガイドラインは、緊急時の対応の例として感染症法の「医師からの届出の受理」を挙げているが、新感染症や1類感染症ならばともかく、4類感染症の届出の受理も含まれてしまうのか。4類感染症はサーベランスの指標として選ばれている感染症であるので、それを経時的にモニタリングすることは保健所のリスクマネジメントにおける中心的な業務である。第二に、立入検査について平常時の対応としているもの（医療法、食品衛生法等）と、緊急時の対応例としているもの（薬事対策、毒劇物対策等）があるが、事務の整理をどのように考えるか。同一条項を根拠として、定期的な立入検査のほか、事案発生時の立入検査も行われている。第三に、精神障害者の応急入院等も健康危機管理と整理することが適当かどうか、である。

健康危機に対して適切な対応を行っていくためには、単に個別の事案ごとの対策を構築するだけでなく、当該行政機関において必要とされる人材を保持し、総合的な判断の下に十分な専門性が発揮できるよう事務の配分に関しても最適なものとなるように保健関係業務全体の中で横断的に見

直しを進めて行く必要があるものと考えられる。

一方、保健所を設置する市については、市町村合併の進展に伴い、急速な増加を見せつつあるが、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く、各市が抱える個別の事情も無視できないが、公衆衛生分野の専門的知見の確保、人材の質の確保という観点からは、保健所が本来果たすべき役割、機能に関するコンセンサスづくりを放棄すべきではない。

また、保健所の設置主体の地方分権改革に伴う変更による影響については、これまで広域自治体に関する議論が主として行政管理ないし財政的な観点から進められてきたが、地域住民の健康危害の減少という観点からどのようなあり方が望ましいのか、設置主体の変更に伴う具体的な影響について今後推計を進める必要がある。

文献的考察の結果であるが、今後必要とされる“新しい公衆衛生”（New Public Health）の機能としては、対象の疫学的絞込みを目的とする“地域診断”が重要であり、また、保健医療情報の一元化と効率的利用が必要となる。このような“新しい公衆衛生”と“危機管理”とは相互に矛盾するものではなく、むしろ統一的に行われるべきものであろうことが推察された。

次に保健所間に存する格差について見てみたい。

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だろう。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がった。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り、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。

歯科領域の健康危機管理の実態についてであるが、救護活動の整備状況に関しては、「救護体制あり」が保健所は26.2%であったのに対し、歯科医師会は36.6%であり、「整備中である」を含めると66.7%になり、保健所よりは進んでいると言える。歯科医師会も活動内容に関して、大規模災害のシミュレーション等によって再検討する必要がある。

歯科医師会と保健所の連携が希薄であることが認められたが、その理由としては、災害医療に係わる保健所機能の重要性に関する歯科医師会の認識の低さが考えられる。その根拠としては以下の結果が挙げられる。

そして歯科保健医療活動の指示系統の中心を担う機関としては、両調査とも「本庁」が最も多くを占めたが、「保健所」を選択したのは、保健所調査では本庁（38.0%）に次ぎ26.1%であったが、歯科医師会調査では4.8%に過ぎず、両者の認識に大きな差があった。救護マニュアルの項目においても、保健所調査では「歯科医師会との連携体制」が最も多く、9割近く（89.7%）を占めたが、歯科医師会調査では「保健所との連携体制」は4割に満たず（35.7%）、この点に関しても両者の認識に大きな差があった。

保健所との協議を定期的実施している歯科医師会は約1割（12.9%）にとどまった。

歯科医師会と保健所の連携が希薄であることによって起こる弊害のひとつとして、歯科医療・衛生用品の備蓄が重複した。すなわち、備蓄品として保健所も歯科医師会も歯ブラシ、歯磨き剤が圧倒的に多かった。歯科医師会は歯科医療の専門職集団としての特徴を生かした備蓄を考えるべきである。例えば、応急義歯作製の機材の備蓄率は5割（46.4%）に満たなかったが、歯科医師会は歯科医療に直結する薬剤や機材の備蓄に特化することも考えるべきである。

歯科の救護活動が有効に機能するためには、地域全体の救護体制のなかに組み込まれることが必要であることを考えると、地域保健行政の要である保健所との連携は重要である。また歯科医師や歯科衛生士の配置されていない保健所がそれぞれ約80%、約50%と多くを占めることから、歯科医師会は保健所の歯科機能を補完すべきである。

以上の観点から、災害時の歯科保健医療体制は歯科医師会と保健所との協働により構築されることが期待される。

E. まとめ

都道府県における対物サービス全般に権限が所長にはあまり下りていなかった。特に危機管理業務が想定される、「食品保健等」、「水道等」および「薬事」の権限の移行が低調であった。危機管理業務の中核となる「感染症対策」については、法律事項のうち約1/3が条例により保健所長に決裁権が委ねられていたが、危機管理という危急時の対応を考えたときにはもう一度委託されている、あるいは委託されていない法律事項を保健所長に決裁権を委託する妥当性を考えるなど、体制自体をもう一度見直して危機管理時に迅速な行動が採れる体制を確立していくことが重要である。

また、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。

広域地方自治体、特に道州制の導入は、行政管理ないし財政的な観点からすれば、その能力・体制の強化に繋がり、引いては地域保健の継続的な運営に好影響を与える可能性もある。保健所が処理している地域保健業務のうち、保健所政令市の規模に達しない市町村に大幅な事務の移管を行うことは困難であり、健康危機管理を中心とする現行の事務の多くは保健所において実施することが想定される。ところが、これらの地域保健事務は、地域の特性に応じた医療、福祉との連携といった細かな調整が求められるほか、本庁から第一線機関である保健所に直ちに応援に入れる体制の確保なども求められることが多い。

このため、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く、その場合ほぼ従来の県区域ごとに支分部局のようなものを設置せざるを得ず、屋上屋を架すような事態となり、行政の効率化に必ずしも繋がらないのではないかと懸念される。

新たな広域自治体像は、未だ固まった内容となっていないが、今後検討を進めるに当たっては、保健所に求められている機能と親和性のある案であるか、その影響を慎重に見極める必要がある。

大規模災害時の歯科医師会組織による歯科保健医療の提供体制の整備には歯科医師会が積極的に提言し、関係者と連携しながら率先して取り組む必要がある。発災時には水道等のインフラがストップすることから、歯科医療支援のための新技術の開発や災害医療に対応できる人

材育成のための継続的教育システムの構築が大学や歯科医師会に望まれる。

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、事例発生を検知、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に参考とすべき点が多いこと。そして、今後必要とされるNew Public Healthの機能としては、対象の疫学的絞込みを目的とする“地域診断”が重要であり、また、保健医療情報の一元化と効率的利用が必要となることが本研究により示された。

健康危機管理業務の強化は、従来の業務を含む公衆衛生システム全体の強化に結びつける形で展開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