

各設置主体別の管轄人口格差を表6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6 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7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7 管轄面積の最小値と最大値

	管轄面積 (km ²)		
	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8)。

表8 人口密度の最小値と最大値

	人口密度 (人/km ²)		
	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9)。

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9 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10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10 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11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11 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12、13、14、15、16、17、18、19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12 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13 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14 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 5 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 6 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 1 7 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 1 8 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 1 9 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 0 に母子保健の代表的な指標を示している。

表 2 0 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 1 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 2、2 3、2 4、2 5、2 6、2 7 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 1 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 2 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 3 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 4 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 5 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 6 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 2 7 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 2 8 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 2 8 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

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える。

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。

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ですが、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。

保健所業務を法令条文に基づき、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たところ、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6割程度、③その他が1割程度であった。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。これらの業務の半数程度が保健所長に権限委譲されていた。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、即座に対応を要する現場の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。

保健所が責任を持つべき健康危機管理の概念は、ある程度絞るべきであるという考えに立てば、健康危機管理はクライシスマネジメントと考えられるし、その周辺業務がリスクマネジメントと考えられる。保健所が地域住民を集団として捉え、それに関連するリスク要因の制御のための機関とすれば、保健所業務全体がリスクマネジメントに関わっているべきであり、それ以外の業務は本務ではないと結論付けられる。この場合、リスクマネジメントの破綻が顕在化したクライシスであるとも考えられる。これらの概念の整理の必要性が問題として浮かび上がった。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。

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

平成16－18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）
総合分担研究報告書

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

分担研究者

玉川 淳（三重大学人文学部 助教授）

研究要旨

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る。

A. 研究目的

地方分権推進については、これまで地方分権一括法の施行などにより、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がもたらされた。

その後も、三位一体改革が実施されるとともに、さらなる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」が第165回国会において成立をみたところである。

このように、地方分権の推進によって国と地方の行政の仕組みは大きく変わりつつあるが、都道府県、市町村において担われる地域保健業務に対しても、法的な権限の行使のあり方等において重大な影響を与えている。

このため、自治事務、法定受託事務の導入後、地域保健業務の決裁権者がどのような者によって担われているのか等、事務の実施状況について改めて現状を把握し、従来との比較も含め健康危害の状況に応じ、法的な観点から考察を加える。

次に、地方分権推進の具体的な成果として市町村合併が進展したが、これによりどのような変化が生じたのか、急増する保健所設置市の地域保健業務の現状について現状を調査する。

最後に、広域自治体のあり方を中心として更なる地方分権が検討される中で、健康危機管理業務の中核である保健所が如何にその機能を発揮し続けることができるか、その条件を考察する。

これらの三段階の調査検証を通じて、地方分権推進による影響を把握するとともに、今後の地方分権が進展する中であるべき地方保健行政の確保にはどのような点に留意すべきか明らかにし、地方分権への総合的な視座を提供することが、本研究の目的である。

B. 研究方法

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、はじめに地域保健業務の設定の現状として、(1) 地方保健業務の法的分析と健康危機管理対応について取り上げ、続いて近年の地方分権推進に伴い、市町村の合併が進んだことから、その影響を(2) 政令市等における地域保健業務の決定主体の問題として取り上げる。最後に、広域自治体の再編など更なる地方分権改革に関し、(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を考察した。

第一に、地域保健業務の法的分析と健康危機管理対応については、地域保健に関連する業務として都道府県、市町村において実施されているものとして、関係各法に定められている事務をすべてリスト化し、「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った。

第二に、政令市等における地域保健業務の決定主体については、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の調査結果データを用いて、保健所設置市に対し都道府県から権限を移譲されている事務と、市固有の保健関係事務に関し、対人保健サービス（健康危機管理関連業務、健康増進関連業務）、対物保健サービスといった分野ごとに代表的な業務を選択し、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。

第三に、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、道州制など広域自治体の姿については未だ検討中であることから、広域自治体の枠組みに対応した保健所設置のあり方について、保健所制度導入当時との社会状況の変化などを踏まえた定性的な検討を行った。

（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. 研究結果

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」をいうが、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、具体的方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）や事後対応をも包含するものである。

地方公共団体が行う事務の法的性質に応じて分類した場合、下命・禁止（義務賦課行為）、許可・免除（義務解除行為）、認可、確認、公証（証明）、受理等に区分することができる。健康危機管理を遂行するに当たっては、広範囲にわたる被害防止の拡大を図る観点から、強力な規制権限が付

与されることもあるが、その行使の適切性の確保には、直接的には規制的な形態をとらないものも含む平時対応が重要である。

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。

D. 考察

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。

E. 結論

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ようとしている。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ものと考えられる。

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ることとなるものと考ええる。

F. 研究発表

1. 論文発表

河原和夫、玉川淳、寺岡加代、菅沼成文、堀口逸子、赤穂保「地域保健法再考」日本公衆衛生雑誌掲載予定

2. 学会発表

河原和夫、玉川淳、寺岡加代、菅沼成文、堀口逸子、赤穂保「政令市等における地域保健業務の決定主体と法令上の健康危機管理体制の位置づけ」第65回日本公衆衛生学会総会示説

G. 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

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

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

研究要旨

保健所の危機管理機能としての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。

A. 研究目的

地域保健行政において、大規模災害時の保健医療サービスの迅速かつ的確な提供は重要な危機管理機能のひとつである。阪神淡路大震災や新潟県中越地震などの過去の経験から、震災発生時はもとより時系列的な変化に対応した歯科保健医療活動を展開することの重要性が確認された。そこで先ず、地域保健行政の要である保健所における歯科保健医療体制の整備状況に関する実態調査を行った。次に、歯科保健医療の救護活動の中心を担うべきは歯科医師であることから、歯科医師会における歯科保健医療体制に関する実態調査を行い、体制構築に向けての基礎資料とした。

B. 研究方法

1. 調査対象および調査方法

1-1 保健所調査

都道府県（411）、政令市（8）、指定都市（14）、特別区（23）、中核市（35）に設置されている計549ヶ所の保健所の保健所長宛に調査票を配信し、メールによる返信にて回答を得た。

1-2 歯科医師会調査

47都道府県、15政令指定都市、57東京都に設置される計119歯科医師会の会長宛に調査票を郵送し、返信にて回答を得た。

2. 調査内容

2-1 保健所調査

- (1) 保健所の概要（所在地、管轄市町村、管内人口、管内面積）
- (2) 保健所・管内の歯科医師・歯科衛生士の配置状況
- (3) 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
 - ①地域防災計画における歯科保健医療の規定
 - ②歯科保健医療の救護体制整備
 - ③歯科保健医療の救護体制整備の指示系統
 - ④救護体制のマニュアル
 - ⑤歯科保健医療に関する研修
 - ⑥マンパワーの確保に関する規定
 - ⑦非被災地域との協定
 - ⑧歯科医療器材・医薬品等の供給システム
 - ⑨歯科医療ボランティアの受け入れ
 - ⑩災害対策訓練
 - ⑪身元確認システム
 - ⑫歯科医療関係機関との協議
- (4) 大規模災害に備えた歯科保健医療のあり方
 - ①歯科医療・衛生用品の備蓄
 - ②災害時の巡回体制・回復状況の把握

2-2 歯科医師会調査

- (1) 歯科医師会の概要（所在地、会員数）
- (2) 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
 - ①救護体制の整備
 - ②救護活動の指示系統
 - ③救護活動のマニュアル
 - ④歯科保健医療に関する研修
 - ⑤災害対策訓練
 - ⑥関係機関との協議
 - ⑦歯科医療・衛生用品の備蓄
 - ⑧隣接地域の対応に関する情報の把握
 - ⑨巡回体制の整備
 - ⑩診療所の被災・回復状況の把握

3. 調査期間

保健所調査：平成17年12月25日～平成18年2月24日

歯科医師会調査：平成18年11月6日～平成18年11月24日

4. 倫理面への配慮

本調査の目的および回答結果の取り扱いについて、調査の依頼文書に記載し、調査協力への同意を求めた。特に回答結果の取り扱いに関しては、個別の回答が特定されるような

公表はしないこと、また本調査以外の目的に使用しないことを約束した。

C. 結果

全国549保健所に対して当該アンケートを送付した結果、計282施設から回答が得られた。
(回答率51.4%)

119歯科医師会に対して当該アンケートを送付した結果、計93歯科医師会から回答を得た。
(回収率78.2%) 各歯科医師会の回収率は下表の通りである。

	発送数	回収数	回収率
都道府県歯科医師会	47	40	85.1%
政令指定都市歯科医師会	15	11	73.3%
東京都歯科医師会	57	42	73.7%
合計	119	93	78.2%

単純集計についてはMicrosoft Excellを使用し、各項目の未回答例も集計表に含めて集計を実施した。次に、クロス表の件数と割合を計算し、Fisherの正確検定によって統計的有意性を検討した。また、保健所管轄人口の集計表についてはWilcoxonの順位和検定を用いて有意差の検討を実施した。順位和検定においては、有限修正を行わず、t分布に基づく近似によりp値を算出した。3歯科医師会の比較のために回答に対する統計的有意性を評価するためにFisherの正確検定を実施した。有意水準5%未満を有意差ありとした。また、重複集計の結果では、項目毎の「あり」、「なし」についてFisherの正確検定を実施した。Fisherの正確検定はSASシステム (Var.9.1.3、SASインスティテュート社) を用いた。