

公衆衛生の環境変化に伴う保健所機能の変遷と課題 新たな感染症の時代を踏まえて

平 川 則 男

はじめに

日本において、新型コロナウイルス感染拡大が始まってから1年以上が経つ。この間、社会経済は、この感染拡大によって大きく揺さぶられ、雇用や生活に大きな影響を与えている。このような中、感染症対策の第一線の行政機関としての保健所の機能に対して、社会的な関心が急速に高まった。特に、保健所の積極的疫学調査や健康相談、入院調整、患者移送、PCR検査が感染症対策の重要な課題と認識されるようになる一方、職員が頑張っているにもかかわらず、保健所の機能が十分ではないことも指摘され、その原因として設置数の減少や人員の削減が大きな問題であるとされている。

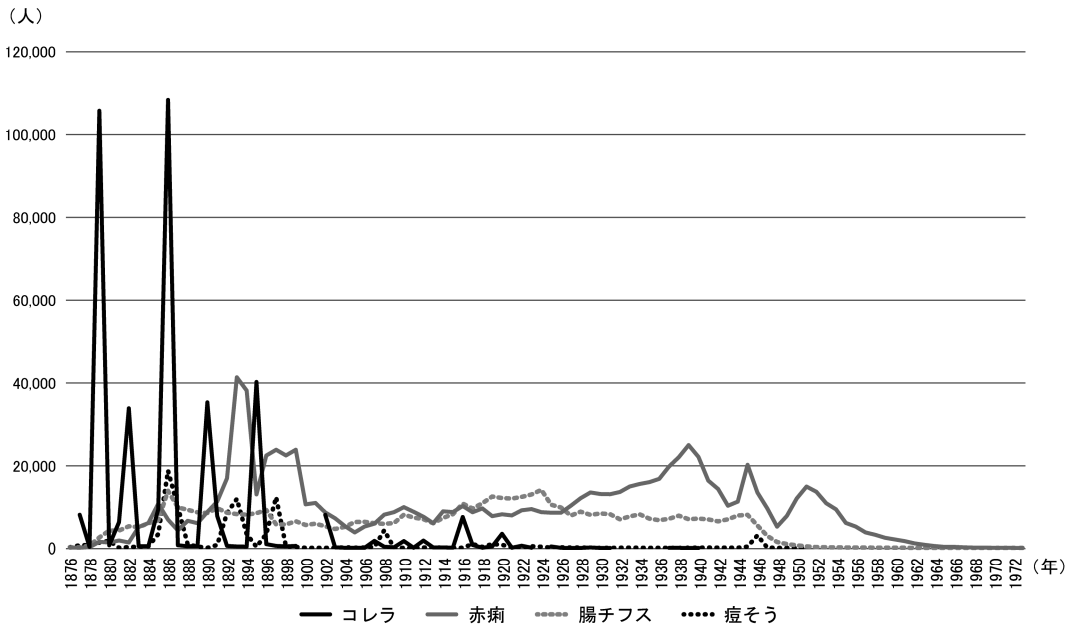
本稿においては、戦前に制定された保健所法の歴史的な背景や、終戦直後から高度経済成長期、そして今日に至るまでの疾病構造の変化による保健所の役割の変遷、更には保健所運営費の一般財源化に向けた議論を概観していく。その上で、感染症対策の中核としての保健所が、十分な機能を果たせるよう「恒常的な」人員体制構築のための課題等を明らかにできればと考える。

1. 戦前の公衆衛生～国からの委任事務としての 感染症対策・小児保健対策から保健所法へ

(1) 明治期から大正期までの公衆衛生行政

明治期から大正期までの公衆衛生行政は、コレラ、ペスト、赤痢などの急性伝染病や結核などの急性感染症対策が大きな課題であり、特にコレラは19世紀の終わりには1年間で10万人もの死者を発生させている(図1)。

図1 主な法定伝染病による死者数推移（1876年～1972年）



※上記の他に1900年前後にペストが発生し、1907年には死者が320人にものぼる

厚生省50年史資料編 1988年 財団法人厚生問題研究会より平川作成

当時、医療水準も低く、上下水道の普及もほとんど進んでいない中では、感染症対策にも限界があったと考えられ、また、産業革命が進行し、工業化による都市への人口集中による伝染病の発生、劣悪な労働環境による結核などの発生、そしてそれが、帰郷などによる農村部への拡大ということが繰り返される事態が続いた。

これに対して、政府は、内務省に衛生部門を設置するとともに、伝染病予防法を1897年（明治30年）に制定している。この法律は、感染症対策の責任者は、地方長官に権限が与えられ、一方、感染症対策にかかる消毒や隔離所などの経費は市町村、財源は府県税又は地方税とされ、その一部の経費について、国庫補助6分の1が明記されている。しかし、国が、感染症だけではなく河川法や教育関係法令など、多くの新しい委任事務を地方自治体に負わせた時期と重なり、市町村財政の困窮が深刻化する⁽¹⁾。

更に、大正時代に入っても、産業の発展と都市化の進展が更に進行し、地方自治体

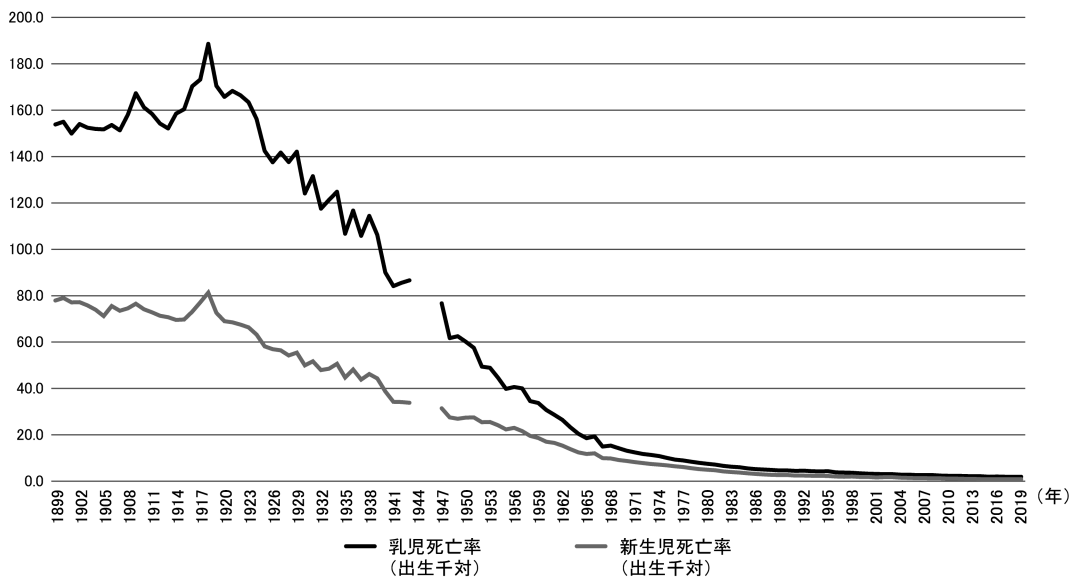
(1) 現代日本地方財政史 藤田武夫 日本評論社 1976年。

への衛生費も含めた多様な委託事務費が激増していく。

一方、伝染病の他にも、乳幼児死亡率の高さが大きな問題となっていた⁽²⁾ (図2)。

このことから、保健所法ができる前の1920年(大正9年)ごろから、妊産婦乳幼児健康相談所や小児保健所、健康相談所などがつくられつつあった。特に乳幼児に関しては、保育知識の低さ、離乳食などの乳幼児の栄養問題などから、幼児の死亡率が高

図2 乳児死亡率及び新生児死亡率の年次推移



注：平成16・18・21～29年(2004・2006・2009～2017年)の都道府県からの報告漏れ(平成31年(2019年)3月29日公表)による再集計を行ったことにより、平成29年(2017年)以前の報告書とは数値が一致しない箇所がある。

- 1) 昭和19年～21年(1944年～1946年)は戦災による資料喪失等資料不備のため数値がない。
- 2) 昭和22年～47年(1947年～1972年)は沖縄県を含まない。
- 3) 新生児死亡率の昭和18年(1943年)のみ樺太を含む数値である。
- 4) 新生児死亡率の昭和18年(1943年)以前は1か月未満の死亡であり、昭和22年(1947年)以降は28日未満の死亡である。

厚労省2019年人口動態統計報告書より平川作成

(2) 地域によっては更に深刻で、1936年(昭和11年)の東北6県12か所の村では、死産が出産100に月平均5.6。乳児死亡が平均12.9との報告がある。また、北陸は育児の習慣から更に悲惨な状況にあったとされている(現代日本小児保健史 毛利子来 1972年 ドメス出版)。

かったと言われている⁽³⁾。このことから政府は1926年（昭和元年）、大都市に小児保健所を設置することを推奨し、その数は1928年（昭和3年）には458か所までに増えたが、十分な成果が得られなかったとの分析もある。この原因は、小児保健所の設置根拠が、「小児保健所指針」によるもので、基本的には市町村に設置を推奨したものの、国による財源的な裏付けが十分ではなかったことが原因と考えられる。

（2） 昭和恐慌と保健所法の制定

1930年（昭和5年）からの昭和恐慌は、特に農村部の経済に打撃を与え、米、生糸や繭の価格が大幅に下落し、更には1931年（昭和6年）には冷害となるなど、農家所得は1929年（昭和4年）から1931年（昭和6年）には半分以下となる事態となった。娘の身売りや心中が相次ぎ、更には農村医療が破綻⁽⁴⁾するなど、農家の健康状態が悪化した。社会経済の大きな変動が公衆衛生にも大きく影響したと言える。

こうした健康問題、特に、農村部における医療や公衆衛生の問題については、当時の農商務省の官僚の問題意識として強くあったようだが、それ以上に大きな関心を持ったのは軍部であった。徴兵検査を実施しても、結核や筋骨薄弱などによって、不合格者が多く出始め、甲種合格は、1922年（大正11年）で千人中362人であったのが、1936年（昭和11年）には、297人にまで減少した⁽⁵⁾。

このような状態に対し、1937年（昭和12年）、内務省は農村部の医療と公衆衛生の改善に向けて、国民健康保険法案と保健所法案を同時に帝国議会に提出した。法案趣旨説明では、国民健康保険法案については「国民の健康が国力進展の原動力」と最初に主張している⁽⁶⁾一方、保健所法については、「国民の体位の向上」「衛生思想」

「日常生活の衛生的改善指導」「結核その他疾病予防の指示」を目的としている。なお、設置主体は道府県と特定の市とし、国庫負担については、創設費は2分の1以内、経常費について3分の1以内としている。ただし、この国庫負担は必ずしも十分とは

(3) 乳幼児の健康は、戦後となっても地方で深刻化し、農林省の管轄で開拓保健婦の制度が実施された。北海道や岩手県などの僻地や無医村や無医地区に属する開拓地で勤務し、母子保健の分野では、離乳食の普及や妊産婦の管理などで、乳幼児の死亡率を大幅に縮減させた（田野畑村元開拓保健婦のあゆみ 岩見ヒサ 萌文社 2010年）。

(4) 栃木県医師会史Ⅱ 一般社団法人栃木県医師会 2020年3月 「『農村の貧困は開業医の経営を脅かし、医師は都市部へ流出し』農村医療が崩壊した」

(5) 日本医療保険制度史 吉原健二・和田勝 東洋経済 2008年。

(6) 注(5)に同じ。

言えず、当初、550か所の設置を目指したものの、1941年（昭和16年）では、187か所にとどまっていた。そこで、公立健康相談所なども統合し、全国770カ所の保健所網が構築された。

また、1942年（昭和17年）には、それまで地方長官の権限であった、体力向上や療養に関する処置命令の権限を保健所長が有することとなり、保健所は指導機関のみならず、行政措置を行う機関としての性格を持つようになる⁽⁷⁾。しかしながら、有資格者の専門職の配置が十分になされず、人口10万人に医師2名、薬剤師1名、指導員3名、保健婦3名の体制に止まった⁽⁸⁾。なお、昭和恐慌によって、地方自治体間の財政力格差が大きくなる中、1940年（昭和15年）には、初めて地方自治体の財政調整制度となる、地方分与税制度が創設されているが、「十分な成果をあげる前に」戦後1949年（昭和24年）度のドッジラインによる「税率が半減するという悲劇を迎え」たとの解説もある⁽⁹⁾。

保健所も、戦争が進むにつれ組織的な活動がほとんどできない状態となり、公衆衛生行政の機能低下が進む中、日中戦争から太平洋戦争にかけての日本人少年14歳男性の年次別身長をみると、1939年（昭和14年）には150センチを超えていた身長が終戦直後の1948年（昭和23年）には、140センチ代後半にまで落ち込むなど⁽¹⁰⁾、栄養状態の悪化が深刻化していく。

このように、公衆衛生の改善は、戦前においては国家的な課題であり、国と地方自治体の関係も、感染症対策や小児保健対策が国からの一方的な委任事務として取り扱われた状況にあった。それでも、急性感染症の減少など大きな成果はあった一方、恐慌による経済の疲弊と農村部の困窮が公衆衛生の水準を低下させ、住民の健康を大きく損ない、これへの対応が十分になされないまま、終戦となった。

(7) 平成26年版 厚生労働白書。

(8) 現代日本小児保健史 毛利子来 1972年 ドメス出版。

(9) 日本地方財政史 小西砂千夫 有斐閣 2017年。

(10) 注(8)に同じ。

2. 戦後の混乱と国家的課題としての公衆衛生の改善

(1) GHQによる公衆衛生行政の再建から保健所法改正と地方財政

日本は、終戦を迎えると、海外からの引揚者による腸チフス・発疹チフス、痘そうなどの伝染病が蔓延した。また戦災で親を亡くした浮浪児が増加するとともに、深刻な食糧不足により栄養の低下が顕著となり、公衆衛生をめぐる状況は厳しさを迎えることとなる。

こうした中、GHQは、1945年（昭和20年）9月22日には早くも、覚書「公衆衛生対策に関する件」を発出し、占領軍の社会保障政策の緊急的な取り組みを日本政府に指示した。その内容は、疾病蔓延状況調査の他に、伝染病罹患者の検診・隔離・入院を直ちに実施すべきとしている。他にも上下水道の整備に向けた資材の確保なども記されて、相当、広範なものとなっている。このように、まだ日本の占領も完全に済んでいないこの時期⁽¹¹⁾に直ちに覚書を発したのは、当時の日本の公衆衛生の状況がいかに危機的であったかが示されている。

しかしながら、当時の保健所などの公衆衛生体制は脆弱で、770か所の保健所のうち、155か所が罹災して機能マヒの状態であり、GHQの公衆衛生福祉局長だったサムスの回顧録⁽¹²⁾によると、機能している保健所は50か所程度。かつ、人員体制も極めて脆弱なものとなっていた。このことから、GHQは、保健所の機能や体制の強化を抜本的に改革するとしていた。更にGHQは、1946年（昭和21年）5月11日に「日本政府の保健及び厚生行政機構改正に関する件」を発し、保健及び厚生行政の機構を直ちに改正すべきとした。具体的には、厚生省に予防局や衛生局などを設置するとともに、地方庁、つまり道府県においては、衛生部及び厚生部を設置すべきとしている。

なお、1946（昭和21）年11月には、「日本国憲法」が制定され、その中で、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」ことが明記され、そのために「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とされた。

続いてGHQは1947年（昭和22年）4月7日に「保健所拡充強化に関する件」を発

(11) 例えば、占領軍の北海道小樽上陸は、10月5日に行われている（「証言北海道戦後史」高橋昭夫 1982年 北海道新聞社）。

(12) DDT革命 C.F.サムス、竹前栄治編訳 1986年 岩波書店。

出し、保健所の設置促進と具体的な保健所の機能強化を求めている。この覚書に基づいて1947年（昭和22年）、新憲法下の第1回国会に保健所法改正案が提出された。この法案では、都道府県または政令で定める市⁽¹³⁾は保健所を設置することとし、公衆衛生のほとんどの分野で指導を行うこととしている。また、国庫負担として、保健所経費の二分の一以内の補助を明記している。

審議の場となった衆議院厚生委員会⁽¹⁴⁾で答弁にたった厚生省厚生技官は、1937年（昭和12年）の保健所法による戦前の保健所の性格は、警察行政から住民への指導行政に転換したものの、「戦争をやる労働力、兵力を育成培養するための保健国策末端浸透の第一機関」で、「極めて中央集権的な組織であった」と述べている。そこで、戦後の新たな保健所法は、憲法25条に基づき、「国民のための保健衛生・公衆衛生の向上を図る」ことを目的としていると答弁している。続いて、参議院では⁽¹⁵⁾、戦前の保健所は、「保健国策の末端浸透の下部組織」とされていたものを、新しい保健所法では「国家事務ではあるが、併し地方における必要な委任事務」と位置付けたとしている。この委任事務の位置付けに関しては、1947年（昭和22年）5月から実施された地方自治法で明確にされた。

（2） 国の補助職員としての保健所職員と地方財政

1949年（昭和24年）には地方財政法の一部改正案で、保健所への国庫補助の対象が、創設費・初年度調弁費については2分の1、その他の経費は3分の1となったが、保健所運営費をめぐる長い論争が開始される。

まずは、1950年（昭和25年）、現在の地方交付税制度の前身となる「地方財政平衡交付金制度」が創設された時点の議論である。この新たな財政調整制度により、従来の国庫補助職員は、この制度で一括算定されるとした。これにより、警察から衛生事務が保健所に移管されたことに伴い、新たに配置された補助衛生職員については平衡交付金制度で算定されることとなった。しかし、農業委員会職員などとともに、保健所職員は、国の補助職員として残された。他に、狂犬病予防や結核予防法の各法に基

(13) 政令で定める市は30市。現在、中核市ではない小樽市は当時指定されたもの。一方、当時指定された大牟田市は2020年4月に保健所を県に返上。現在の保健所政令市は、小樽の他、町田、藤沢、茅ヶ崎、四日市。

(14) 第1回国会 衆議院厚生委員会 1947年7月28日。

(15) 第1回国会 参議院厚生委員会 1947年8月5日。

づく職員の増員がされ、これも国の補助職員とされている。

更に、1954年（昭和29年）度予算編成においては、大蔵省から保健所職員の地方交付税への切り替えを提起されるが、厚生省は「新制度発足後未だ数年に過ぎず、地方行政の中で定着していない」とし、保健所長会の反対運動もあり、切り替えは中止されている⁽¹⁶⁾。

このように、民主的な地方自治を目指して制定された地方自治法だが、戦前の委任事務を引き継ぎつつ、更に結核対策や母子保健対策が強化されることと比例して、「保健衛生などの国の施策と新制度の実施に伴う補助金が一段と増大し、国庫補助金の地位が大幅に高まった」⁽¹⁷⁾との解説もされているところである。ただ、戦前から戦後にかけては、伝染病対策や国民の体位の向上、乳幼児死亡率の低減という全国的な目標のため、加えて地方自治体の実施体制が十分に整わないこともあり、国の財源を明確にしつつ、国の事業として公衆衛生の業務を推進する必要があったと考えられる。

3. 機関委任事務としての保健所業務と補助金をめぐる議論

(1) 補助金による保健所業務の課題

こうして、戦後の保健所法が施行され、その裏付けとしての地方自治法が制定されるとともに、保健所の体制については、補助金においてその配置基準が明確にされていた。しかし、医師や保健婦の人員確保の困難性から、基準の人員と予算の人員に乖離が生まれていく。更には、厳しい地方財政の中、人件費の国庫補助単価と実勢給与との格差が拡大し、保健所設置自治体の人件費の超過負担が顕在化し始め、1953年（昭和28年）ごろから、地方財政の切迫の中、保健所職員数が国の補助定員通りの充足を示さなくなっていた。

これによって、例えば保健婦の家庭訪問延べ件数は1953年（昭和28年）をピークに激減し、結核中心の検診に追われる活動へのあり方への批判が高まった⁽¹⁸⁾。

このような中、1957年（昭和32年）4月、行政管理庁は、「保健所に関連する公衆

(16) 保健所法から地域保健法へ(2)河路明夫 レファレンス 1995年8月 国立国会図書館調査及び立法考査局。

(17) 注(1)に同じ。

(18) 保健師助産師看護師法60年史 保助看法60年史編纂委員会編 日本看護協会 2009年。

衛生行政監察結果」に基づく勧告を行い、総合的指導、縦割り予算の総合・簡素化、保健所職員配置・設備脆弱により、保健所本来の業務が阻まれ、この結果、結核予防・保健婦の家庭訪問指導・衛生教育が不振であるとの6項目の勧告文が示された。続いて、1963年（昭和38年）12月には、補助金等合理化審議会から、「補助金制度に関し改善合理化をはかるための方策について」の答申がされた。続いて、1967年（昭和42年）の第55回国会においても保健所運営費の超過負担問題についての質疑があり、厚生省は、34%の国庫補助と地方交付税において66%措置をしているとは回答したものの、国会議員からは、地方自治体の決算からみると、国庫支出金の負担は、都道府県は16%、市町村は12.8%程度でしかないことが指摘された。これに対して、自治大臣からは、「計画的な解消を図りたい」⁽¹⁹⁾との答弁がされたことに基づき、保健所運営費補助金や農業改良普及事業補助金などについて実態調査がされ、順次縮小される方向となった⁽²⁰⁾。しかしその後も長く、「超過負担」の概念をめぐる認識の違いが表面化し、地方自治体側は継続して超過負担の問題を提起し続けた⁽²¹⁾。

なお、補助金等合理化審議会答申では、保健所の国庫補助金の合理化・整理統合を進めるべきとの指摘もされ、1964年（昭和39年）の通常国会⁽²²⁾において、「保健所において執行される事業等に伴う経理事務の合理化に関する特別措置法案」が提案され可決成立をしている⁽²³⁾。

このように、補助金制度による保健所業務の問題点が顕在化すると同時に、補助金に対する地方団体の不満が強まる状況にあった一方で、厚生省や保健所の現場からは、一般財源化によって公衆衛生行政が低下しかねないという強い不信感が存在した⁽²⁴⁾。

(19) 第55回国会 参議院地方行政委員会 1967年5月30日。

(20) 日本地方財政史 小西砂千夫 有斐閣 2017年。

(21) 第61回国会 参議院大蔵委員会 1969年6月24日。

(22) 第46回国会 参議院社会労働委員会 1964年3月24日。

(23) 厚生省は保健所職員の補助対象について次の通り説明している。「保健所におります職員は、大きく三種類に分かれる。第一が補助対象職員。第二は地方交付税対象職員で食品衛生監視員、環境衛生監視員、家庭用品衛生の監視員など。第三は、と畜検査員、狂犬病予防員のような使用料・手数料に基づいて特定財源に置く職員」（第80回参議院地方行政委員会 1977年5月19日）。

(24) この不信感の原因は地方団体にもあると思われる。国会に参考人として呼ばれた茨城県知事は、「地方が実情に即応して機構を縮小し人員を減らそうとしても、各省のご注文によりなかなか実行できない」と発言している（第19回参議院 補助金等の臨時特例等に関する法律案特別委員会 1954年3月15日）。

(2) 財政再建と第2臨調の答申から一般財源化へ

高度経済成長が終焉し、国・地方の財政が厳しさを増すことと並行して、売上税などの税制改革も挫折する中、増税なき財政再建を目指すとして、1981年（昭和56年）に第2臨調（臨時行政調査会）が設置された。この調査会は、1983年（昭和58年）までに5回の答申を行ったが、許認可等の整理合理化、特殊法人等の整理合理化、3公社民営化を求めるとともに、補助金の整理合理化も大きな課題となり、「補助金等の一般財源措置への移行を含む整理合理化の推進」が答申され、保健所も含む地方自治体に対する人件費補助の見直しが指摘された。これに対して厚生省は「地域ごとの多様な保健需要に対応していくため」⁽²⁵⁾として、保健所運営費交付金と保健所業務費補助金に再編した定額交付金方式に改め、人口、面積、地理的事情などの特別の事情を考慮して政令で定める基準によって交付するとした。

これを受けて1984年（昭和59年）の第101回特別国会において、保健所法一部改正案が提出された。国会においては、野党からは、「臨調答申に基づく補助金削減の一環であり、補助金がなくなることによってこれまでの人員体制が維持できるのか。知事などの裁量権が強くなり、保健行政の姿勢によっては、公衆衛生が後退するのではないか」と指摘している。これに対して、厚生省の政府委員は、「厚生省が所管する交付金であり、交付事務は厚生省が行う。今回の改正はいわば補助方式の改正であり、保健所運営費交付金は、通常の補助金と同様に地方公共団体に交付される国庫支出金で、地方公共団体が行う特定の事業の経費に対する国の財政援助である。したがって、一般財源とは異なり経費の支出の使途が特定されている。保健所費以外には支出することはできない。地方交付税不交付団体に対しても交付される」と答弁し、一般財源化とは違うとの考え方を整理している⁽²⁶⁾。

しかし、第2臨調による答申に基づく一般財源化の動きが推進され、1987年（昭和62年）には、保健所の一般事務相当分が、1990年（平成2年）には医師等の人件費相当分が一般財源化されている。

そして、保健所運営費の一般財源化の動きは、後述する地域保健法制定に向けて更に強まり、交付金制度創設から9年後の1993年（平成5年）度予算において、保健所職員の人件費についてもついに一般財源化された。この理由について厚生省は、「地

(25) 厚生省50年史（記述編） 財団法人厚生問題研究会 中央法規出版 1988年。

(26) 第101回国会 衆議院社会労働委員会 1984年7月25日。

方公共団体の事務として同化、定着または定型化しているものについては、臨調、行革審の報告書におきましても重ねて一般財源化が求められてきた」としている。これにより、1994年（平成6年）には保健所運営費交付金すべてが一般財源化された⁽²⁷⁾。また自治省からは、「補助金の廃止に伴い生じる地方の一般財源の負担については、地方に財源措置をしていかなければならない。具体的には、地方交付税の基準財政需要額の算定に当たり、こういう経費についてはより具体的に算定基礎を明確にし、そして地方団体がその算定基礎に従いましてそれを基準にして行政を運営していく。保健婦さんの数なども基準財政需要額の算定に当たり、できるだけ具体的に明記をし、そういう基準というものを地方団体に明確に示していく」⁽²⁸⁾と答弁している。

ただし、このような地方交付税措置は恒久的なものとなりえず、後述するように、その後の三位一体改革の中で、保健所の地方交付税が削減されることとなる。

4. 公衆衛生の環境の変化と地域保健法

(1) 地域保健法の制定

厚生省は、1987年（昭和62年）9月に、「地域保健の将来像および保健所の将来的役割に関する基本方向について」検討するため、地域保健将来構想検討会を発足させ、1989年（平成元年）6月に報告書を公表した。この報告書では、保健所業務の一部の市町村への移譲、民間機関への業務委託の推進、保健所の機能を「一般」と「特定」に区分し、「特定の保健所」への機能の集約化。更には、保健所の管轄区域は二次医療圏とすることも明記された。一方で、機能強化についても明記され、保健医療福祉・生活衛生に総合的に対応する総合相談窓口の設置とそのための専門職の確保の必要性を記している。これらの記載は、後の地域保健法の検討に繋がるものとなっているが、民間委託の推進項目もみられる。これは、1989年（平成元年）2月に当時の総務庁が勧告した「保健衛生に関する行政監察 — 保健所の業務運営を中心として —」

(27) なお、地域保健法で法定化された市町村保健センターの人件費も同時に一般財源化されることとなった（設置については国庫補助規定を創設）。これに対し、与野党の国会議員から懸念の声があがり、地方自治体内では、「保健担当部局が財政当局との交渉になり、（人員配置などの）ガイドラインが必要では」と指摘している（第129回国会 衆議院厚生委員会 1994年6月20日）。

(28) 第125回国会 参議院決算委員会 1993年1月21日。

という当時の行政の民営化推進の動きを強く反映したものとなっている。

このような動きを受けて、厚生省は1993年（平成5年）に公衆衛生行政のあり方を公衆衛生審議会に諮問し、部会のもとに「地域保健基本問題研究会」を設置し、6月に報告書を取りまとめた上、7月、公衆衛生審議会から意見具申が行われた。

この提言を受け、政府は地域保健法案を1994年（平成6年）6月、第129回国会に上程した。その内容は、急速な高齢化の進展、慢性疾患の増加等による疾病構造の変化、保健サービスに対する地域住民のニーズの高度化や多様化などの変化を踏まえ、次の通り法案の趣旨説明がされている。

○第129回国会 衆議院厚生委員会 地域保健法案趣旨説明 1994年6月17日

第一は、地域保健対策の推進体制の強化を図るための基本的な枠組みや方向を定める。このため、現行の保健所法を抜本的に見直し、名称を地域保健法に改めるとともに、地域保健対策推進に当たっての理念や地方公共団体及び国の責務を定め、あわせて、地域保健対策のあり方を明らかにする基本指針を定める。

第二は、保健所の機能強化。その広域的・専門的・技術的な役割が期待されている保健所において、エイズ対策、難病対策、市町村に対する支援などを行うことを法律上明確にする。また、都道府県の保健所の所管区域設定に当たっては、二次医療圏や老人保健福祉圏を参酌すべき。

第三は、市町村における保健サービスの充実及び実施体制の整備の促進。三歳児健診などの母子保健事業や一般的な栄養指導等に関する事務の市町村への移譲、一歳半健診の法定化などを通じて、住民に身近で頻度の高い保健サービスが、最も基礎的な自治体である市町村において提供されるようにする。また、あわせて、市町村における保健サービスの総合的な実施拠点として、市町村保健センターを法定化するとともに、その設置に要する費用について国の補助規定を創設し、その整備の一層の促進を図る。また、人材の確保が困難な小規模な町村に対しては、都道府県が人材確保支援計画を定め、その計画に基づき都道府県が支援事業を行う場合に国が財政的、技術的支援を行う。

第四は、保健所設置市への事務の移譲。診療所、医薬品の一般販売業等についての許可や届け出の受理等の事務について、保健所設置市に移譲する。

(2) 地域保健法と保健所運営費の一般財源化

このような地域保健法制定や保健所運営費が一般財源化された背景には、増税なき財政再建というもとで進められた第2臨調の影響もあるものの、公衆衛生の環境変化と市町村の実施体制の充実、更には当時の政治情勢が要因として考えられる。

第一に、公衆衛生の環境変化である。1970年代に入ると、世界的に「健康増進」の概念が広まっていく。1974年（昭和49年）には、「ラロンド」報告がされ、公衆衛生活動をそれまでの疾病予防から健康増進に重点を移していく取り組みが広がった⁽²⁹⁾。

それは、疾病構造の変化が大きく影響している。死因群別死亡率（図3）の変遷をみると、1955年（昭和30年）を中心に細菌感染や乳幼児の疾患で減少が見られる一方、成人病群の死亡率が増加している。全国統一的な取り組みが必要となる結核などの感染症の減少が進み、公衆衛生の重点が、「健康」に移ることとなる。そうなることによって、事業の展開も、全国統一ではなく、より住民に身近で、地域的にも対人サービスの提供としても対策の個別化が進むこととなる。自治労も、当初の地域保健法制定粉砕というスローガンを転換し、「感染症に対応してきた公衆衛生から慢性疾患に対応できる地域保健」に向けて議論を進めた⁽³⁰⁾ことは、象徴的である。

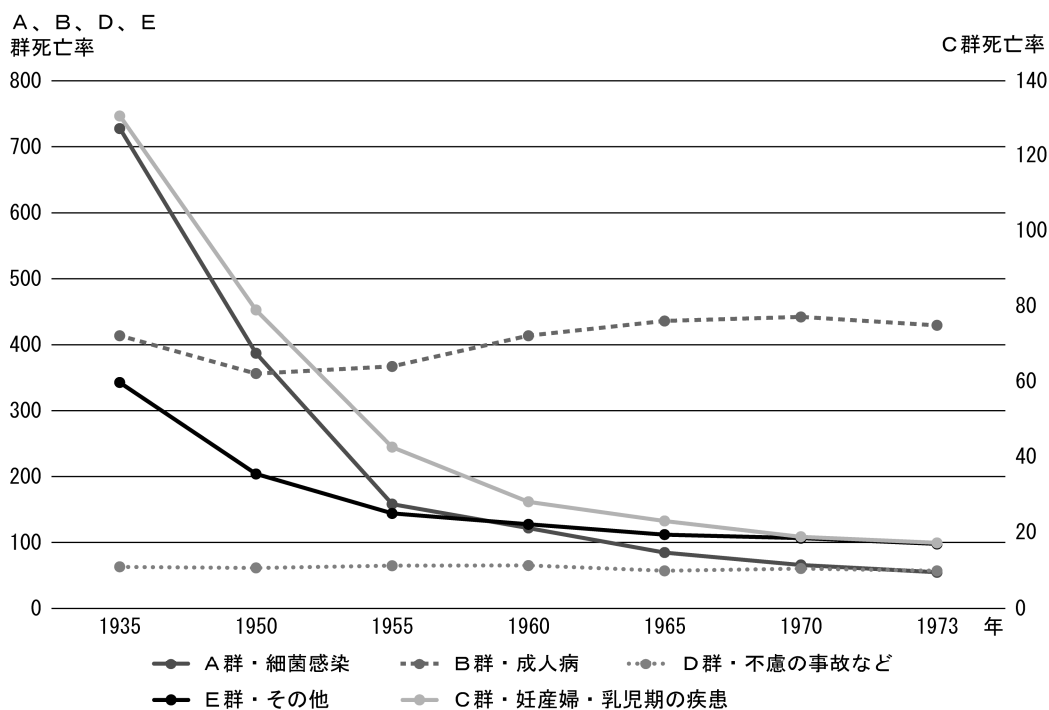
第二に、市町村の実施体制の変化である。その契機となったのは、厚生省が1978年（昭和53年）度の最重点項目としてあげた、国民健康づくり対策である。この対策は10か年計画とされ、具体的な取り組みの一つとして、市町村保健センターの設置、保健婦等のマンパワーの確保を推進し、総合的な対人保健サービスを地域住民の身近なところで展開する、というものであり、「健康日本21」への取り組みへと継続していくこととなった。これは、体位の向上を目指していた保健所の取り組みとは、全く質が異なる視点であり、厚労白書では、「保健所が公衆衛生活動を担う機関として中心的な役割を果たしてきたが、対人保健サービス分野における保健需要が多様化してきた⁽³¹⁾と表現している。これによって、多くの市町村に保健センターが設置されると同時に保健師の配置も進むこととなった。

(29) 平成26年版 厚生労働白書。

(30) 私と公衆衛生 熊本市役所職員退職者会 湯田真喜雄。

(31) 注(29)に同じ。

図3 死因群別死亡率（人口10万人対）の推移



※比較しやすいよう、C群については右側の目盛としている。

「衛生統計からみた医政百年の歩み・医政100年史付録」厚生省医政局1976年、死因群別・死亡率（人口10万対）から平川作成

更には、福祉八法の改正⁽³²⁾や介護保険法は、市町村中心の取り組みとなり、1983年（昭和58年）からの老人保健事業の推進とも相まって、公衆衛生部門のうち、対人部門についての市町村の行政能力が飛躍的に向上してくることとなる。保健所の母子保健サービスと地域の福祉サービスとの一体的な運営が求められていた中での改革であり、当時の保健所職場でも妥当な対応との受け止めもあった⁽³³⁾。

第三に当時の政治情勢である。保健所のあり方に関しては、保健所の運営費補助金

(32) 老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法の一部改正がされ、老人福祉施設への入所決定の事務等を都道府県から市町村に移譲する。身体障害者施設への入所決定や相談、更正訓練費や更正医療費、補装具などの支給の事務を都道府県から市町村に移譲することなどを内容としていた。

(33) 1994年道政白書 自治労全道庁労働組合 1994年9月22日。

を維持すべきか一般財源化すべきかという二項対立的な争点が、長い年月をかけて議論されてきた。しかし関係者の多様な議論が集約され、一気に改革の検討が進み結論が得られた印象がある。これは、当時の政治情勢も大きく関係し、1993年（平成5年）に細川連立政権が誕生し、その後も羽田、村山政権と続く中で、保健所のあり方議論も、与野党の枠を超えた議論ができたとも考えられる。

（3） 地域保健法施行後の動向

地域保健法が施行されてからの保健所設置数と人員の動向は、図4⁽³⁴⁾の通り、1997年（平成9年）以降、保健所の設置数と人員は大幅に減少している。

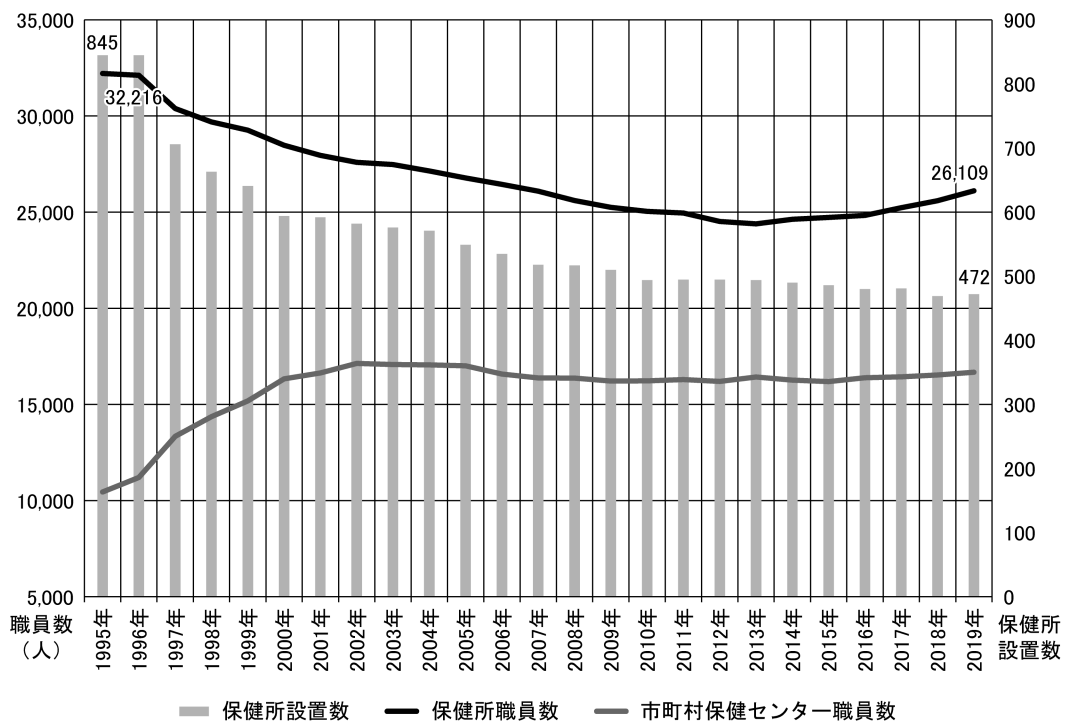
これをもって行政改革の一環として保健所が削減され、感染症を中心とする健康危機管理機能が低下したとの議論があるが、同時に地域保健法が目指した機能から見ると、市町村保健センター職員の人員が増えている点も見ていく必要がある。保健所の設置については、地域保健法の施行によって、保健所の機能が大きく変化し、身近な対人サービスは保健センターに移管し、保健所は主に企画調整機能や対物サービスなどが重点として体制強化を進めるという政策の結果でもある。問題は、市町村保健センターが、住民に身近な行政機能を発揮できているか、その後の業務量の増大に対して人員体制が十分なのか、本稿では言及しないが、その検証も必要と考えられる。

また、感染症に対する対応が十分なのかという懸念もすでに示されていた。自治労は、1999年（平成11年）6月に開催した自治労公衆衛生集会において、「集団的な感染症、食中毒の発生など、突発的な保健医療対策に適正で的確な力量を発揮できる機能を持ち合わせていない保健所もある」と指摘していた。この指摘の通り、国会における説明も、健康づくりや市町村の地域保健対策の進展の重要性が議論される中、「結核・伝染病対策を中心として発展してきた保健所については、市町村との役割分担を勘案しつつ、その機能を見直す」⁽³⁵⁾との経緯が説明されているに止まり、与野党とも感染症に関する発言が見られない。つまり、1980年代から始まる保健所のあり方検討の視点の中に、感染症対策の視点の議論がほとんど無く、その問題について十分な議論が行われていなかったと言える。

(34) 総務省の地方公共団体定員管理調査は、職員数が必ずしも正確ではないことに留意する必要がある。例えば、福井県や墨田区については、保健所の職員数がゼロと記載されている。

(35) 地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律案関係資料 参議院厚生委員会調査室 1994年6月。

図4 保健所職員数及び市町村保健センター職員数、保健所設置数推移



2020年6月 総務省地方公共団体定員管理調査結果より平川作成

5. 三位一体改革と一般財源化後の保健所

小泉政権（2001年4月～2006年9月）下では、構造改革の一環として、再び、増税無き財政再建が進められ、社会保障費の削減とともに、三位一体改革（国から地方への税源移譲、国庫補助負担金の廃止・縮減、地方交付税の見直し）が進められた。具体的には、「国庫補助金、交付税、税源移譲を含む税源配分の在り方を三位一体で検討」という「基本方針2002」のもと、大幅な地方交付税の削減が進められ、特に、2004年（平成16年）には、「地方財政ショック」と言われるように、地方交付税と臨時財政対策債を合わせて対前年度比▲12%というものとなった⁽³⁶⁾。また、地方公務員は、2001年（平成13年）に

(36) 地方財政改革の現代史 小西砂千夫 有斐閣 2020年。

320万人をこえていたが、2010年（平成22年）には280万人までに削減され、並行して、出先機関の廃止や公立施設の民営化が大胆に進められた。これは、「行革という観点から進められ、最終的には財政再建の論理に制約されて交付税の大幅な削減を余儀なくされたことは、その後の地方財政にきわめて深刻な影響を及ぼした」と総括できる⁽³⁷⁾という評価がある。

こうした三位一体改革は、地方交付税の保健所費などにも大きな影響を与えた。人件費や運営費は、補助金・交付金から地方交付税措置に変わったが、国会においては、その財源保障は実施されているとの政府答弁があったはずである。しかし実際には、都道府県の地方交付税算定基礎の衛生費のうち、保健所職員配置と保健所費の推移を見ると、小泉政権の始まった2001年（平成13年）は職員配置は355人で、保健所費は3,116,976千円だったのが、2009年（平成21年）までに270人、2,097,624千円までに急減している（図5）。

この結果、再び図4を見ると、保健所からの権限移譲による市町村保健センター職員の増加のピークが過ぎても、2013年（平成25年）の底に向けて保健所職員の削減が進んでいることがわかる⁽³⁸⁾。

これは、地方交付税削減による保健所の人員削減が進み、それが地方財政計画に反映され、更に地方交付税措置が削減されるという状況で、この経過について総務省は国会答弁において「衛生費の保健所費における職員に関する普通交付税措置」については、「人口170万人規模の都道府県標準団体ベースで、2001年（平成13年）度11か所の355名から、2020年（令和2年）度9か所の261名に減少している」が「これは、実態として、保健所の統廃合が行われ保健所の数が全国的に減少してきたこと、保健所の職員数が減少してきたこと等に伴い、交付税上の措置人数についても見直しを行ってきたもの」⁽³⁹⁾と述べている。

こうした一連の動きの中、「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究報告書」⁽⁴⁰⁾では、地域保健法施行後の2008年（平成20年）に全国の保健所の実態調査を行

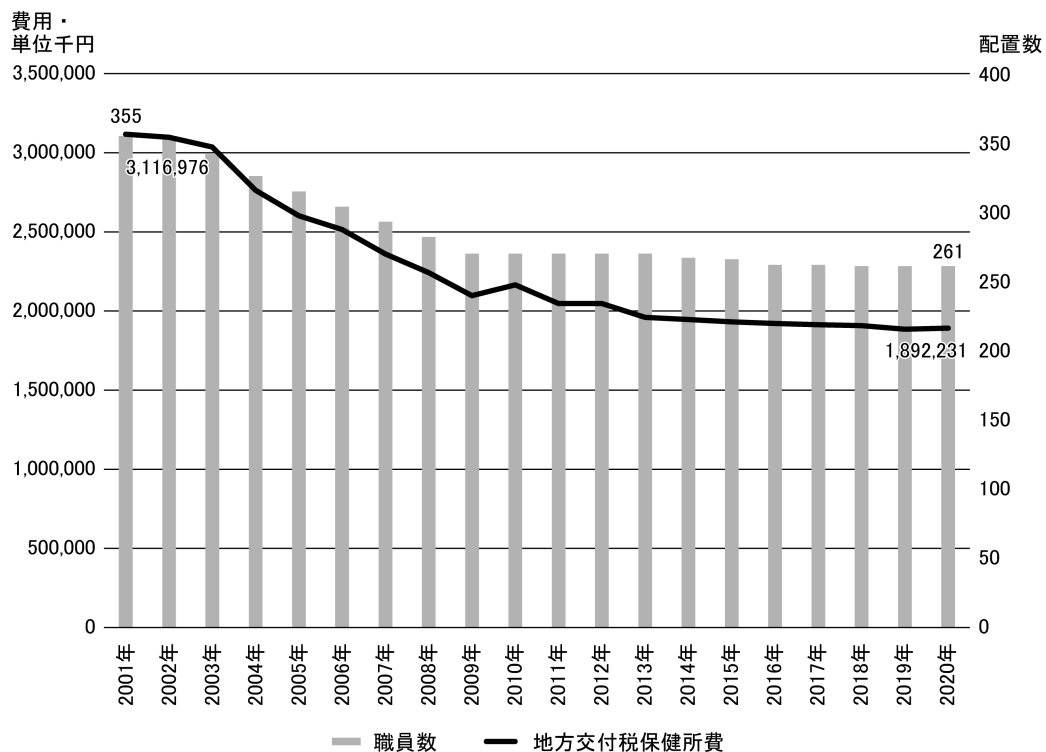
(37) 「バブル／デフレ期の日本経済と経済政策」第2巻『日本経済の記録 — 金融危機、デフレと回復過程 —』第5部第6章 内閣府経済社会総合研究所 2011年3月14日。

(38) なお、2013年（平成25年）から2019年（平成31年）の間、地域による濃淡はあるものの、全国的にみると、保健所職員が若干の増加に転じているがこれは、新たに中核市が指定され、保健所が新設された影響があるものと読み取れる。

(39) 第204回国会 参議院総務委員会 2021年1月28日。

(40) 保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究報告書 財団法人日本公衆衛生協会 2010年3月。

図5 地方交付税・保健所費単位費用と算定職員配置数（本庁・保健所小計）推移



地方交付税制度解説（単位費用編）地方交付税制度研究会編 一般財団法人地方財務協会 平成13年度から令和2年度より、参議院岸真紀子事務所作成資料を参考に平川作成

い、その課題を明らかにしている。そこでは、保健所組織が福祉部門と統合し保健所組織が見えづらくなっていること、職員の減少や管轄地域の拡大によって問題が生じていることが明らかになっている。また、健康危機に対する迅速な対応に対する懸念も指摘されており、保健所の配置人員に対する、一定の基準が示されるべきとの記載もあった。地域保健法が目指した、保健所の広域的な機能の強化が、三位一体改革によって損なわれたと言える。

6. 新型インフルエンザなどの感染症に対する対応

2003年（平成15年）に原因不明の急性肺炎（SARS）がアジアを中心として発生し、感染症対策の強化が求められる事案が発生した。ちょうど、1999年（平成11年）4月に施

行された感染症法が、施行後5年を目途に見直しを行うこととされていたことから、厚生科学審議会感染症分科会で議論が行われ、2003年（平成15年）8月21日に分科会提言がまとめられた。これに基づいて、厚生労働省では、「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及び検疫法の一部を改正する法律案」を第157回国会に提出し、10月10日に参議院本会議において全会一致で可決・成立した。

その内容は、一類感染症に重症急性呼吸器症候群と痘瘡を追加するほか、

- 厚生労働大臣は、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするため緊急の必要があると認めるときは、みずから積極的疫学調査を行うことができる。
- 厚生労働大臣は、感染症の発生を予防し、または蔓延を防止するため、緊急の必要があると認める場合は、都道府県知事等に対し、必要な指示をすることができる。

という内容であった。

国会審議では、上記の改正案について、地方分権の流れから転換がされ、「二つの項目について国の関与を強める」ことになるのでは、との指摘があったのに対し、政府は、国が直接実施する積極的疫学調査については、重篤な感染症やバイオテロを想定していること。知事への指示については、「感染症が都道府県の区域を越えて広域で発生するおそれがある場合」を想定し、「統一的な対応が必要な場合もしくは都道府県が十分な措置を発揮できないことを想定して」いるとしている⁽⁴¹⁾。一方、保健所の体制は十分ではないのではないか、との指摘に対し、政府は、「保健所職員の資質の向上を一層図」るとの答弁にとどまっている⁽⁴²⁾。

続いて、2009年（平成21年）4月に、メキシコで発生した原因不明の呼吸器感染症集団発生がWHOに報告されて以降、6月には、新型インフルエンザ感染（H1N1）が世界的に広がる事態となった。この感染症の反省を踏まえ、厚労省の新型インフルエンザ対策総括会議報告書が2010年（平成22年）に公表された。そこには、「感染症危機管理に関わる体制の強化」として、「地方自治体の保健所や地方衛生研究所を含めた感染症対策に関わる危機管理を専門に担う組織や人員体制の大幅な強化、人材の育成を進めるとともに、関係機関のあり方や相互の役割分担、関係の明確化等が必要である」との総括が示されていた。しかしながら、具体的な対応はなんら示されない状態が続き、2020年（令和2年）に新型コロナウイルスの感染拡大が始まった。

(41) 第157回国会 参議院厚生労働委員会 2003年10月9日。

(42) 第157回国会 衆議院厚生労働委員会 2003年10月3日。

なお、2012年（平成24年）4月に、新型インフルエンザ特別措置法が可決成立した。この法律は、病原性が高い新型インフルエンザや同様な危険性のある新感染症に対して、必要な法制を整えておくことが喫緊の課題とされ、新型インフルエンザ等の発生に備えた行動計画の作成、国の特定接種や検疫、緊急事態宣言の権限、都道府県の医療関係者に対する要請・指示や住民に対する外出自粛要請と学校や興行場等の管理者等に施設の使用の制限等を要請・指示などを内容としていた。主に、国や都道府県などの権限を明確にし、かつ私権についても踏み込んだものであったが、具体的な保健所の体制に関する議論はほとんどなかった。

厚労省としては、感染症は、県や地方自治体の区域に関係なく影響が生じることから、強い危機感をもち、地方分権に逆行してまで法改正をしたものの、結果として保健所の体制を強化するための財源問題まで議論が進まなかった。財源確保を含めて、関係省庁との調整がどうだったのか、課題があったと言わざるをえない。

7. 新型コロナウイルスの感染拡大に対する対応(1) —— 2021年度地方財政計画の動向

新型コロナウイルスの感染拡大に対処するため、保健所においては、感染者や濃厚接触者に対する積極的疫学調査などが進められているが、人員体制が十分ではないがために、感染拡大が進むと調査が追い付かず、感染源を十分に突き止められなかったり、場合によっては調査を一時中断せざるをえなくなるなか、更なる感染拡大を許す状況となった。また、医療体制が切迫する中、入院調整に時間がかかる状況も生まれ、保健所の緊急的な機能強化は極めて重要な課題とされている。

現在、他部署からの応援も重要な課題となり、全国の自治体では大規模な応援体制がつくられている。例えば、札幌市においては、保健所や新型コロナウイルス対策を集中して対処するため、2019年（平成31年）4月に123名だった保健所職員が、2020年（令和2年）には300名体制となり、2021年（令和3年）4月には400名とした上に、各10か所の区役所に50名程度の対策室を設置。更に5月には400名を増員した。これに伴い、乳幼児健診などの他の業務の縮小が余儀なくされ、市民生活に影響を及ぼしているものの、対策に向けた市長の強い決意がうかがえる。このように感染が急拡大する段階では、他部署からの応援などの一時的な対応が求められるが、更に「恒常的」な保健所の体制についても検討

していく必要がある。そのためには、地方交付税措置の充実を緊急的に行う必要がある⁽⁴³⁾。

そのような中、総務省及び厚労省は、保健所設置自治体に対して「保健所における職員配置等に関する調査」を実施し、2020年（令和2年）9月にとりまとめた。そこでは、今後の保健所の体制強化に向けた意向を調査し、平時から感染症対策を担当する人員体制を強化する必要性について、回答した153団体中、必要・どちらかと言えば必要を合わせて133団体となっている。特に保健師の配置の必要性が訴えられている。

また自治労は、2020年（令和2年）11月5日に総務省に対して新型コロナウイルス感染拡大に関わって、保健所や衛生研究所の体制強化にむけて、「地方交付税算定における衛生費（保健所費、感染対策費、衛生研究費）の大幅な増額およびその積算根拠となる職員数を早急に拡充する」よう求めている。

こうした動きの中、総務省の地方財政審議会は2020年（令和2年）12月10日、「令和3年度の地方財政への対応等についての意見」をとりまとめ、保健所という個別の交付税措置について以下のように記している。

第二 感染症への対応と地方財源の減少への対応

1. 新型コロナウイルス感染症への対応

(2) 保健所の体制強化

今般の新型コロナウイルス感染症への対応において、保健所は、保健師等の専門職を中心に、住民からの相談対応や積極的疫学調査等の重要な役割を果たしている一方、大きな業務負荷が発生している。こうした状況を踏まえ、各地方自治体における全庁的な応援体制の整備や、地方自治体間での専門職の応援派遣等の取組が進められているが、保健所がその役割を十分に発揮するためには、感染症の拡大時に円滑に業務移行ができるよう平時から準備を整えておくことが求められる。今般の新型コロナウイルス感染症への対応状況を踏まえ、保健所が今後果たすべき感染症対策の機能に応じて恒常的な人員体制を強化するため、適切に財政措置を講じるべきである。

(43) 平川は2020年9月の連合総研レポートで、保健所の機能低下の問題は、単純に地方行革だけが要因ではないことを分析するとともに、地方交付税の充実による財源確保について、緊急的に提言を行ってきた（連合総研レポートD I O2020年9月号「新型コロナウイルス感染拡大を踏まえた公衆衛生の強化に向けて — 保健所改革の経過と今後の課題 —」）。

これを受けて総務省は、2021年度（令和3年度）地方財政計画において、「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、保健所の恒常的な人員体制強化を図るため、保健所において感染症対応業務に従事する保健師を令和3年度から2年間掛けて約900名増やし、これまでの1.5倍の約2,700名に増員することとし、これを受けて、交付税算定において標準団体ベースで12名を増員する。そのほか、感染症対応業務以外の業務に従事する保健師についても改めて実態を調査し、令和3年度から見直しを行う。保健所を設置する地方公共団体においては、財政措置を踏まえ、適切な人員配置を行っていただくことを期待している」としている⁽⁴⁴⁾。

8. 新型コロナウイルスの感染拡大に対する対応(2) — 2022年度地方交付税措置に向けて —

このように、2021年（令和3年）度では緊急的な措置として、一定の財源措置がされてはいるが、今後は、厚労省を中心に今後の感染症対策のあり方について検討が進められ、その検討の中で、保健所の体制についても議論がされるべきと考える。本稿では、具体的な体制のあり方の詳細については言及しないが、保健所の恒常的な体制整備に向けた実効性ある仕組みが必要であるということから、2022年（令和4年）度以降の地方交付税措置などについて考えていきたい。

まず、感染症の近年の世界的動向である。20世紀以降の人類の感染症は、1918年（大正7年）の4,000万人が死亡したスペイン風邪に始まり、2000年以降は、SARS、MERS、新型インフルエンザ、新型コロナウイルスと、5年毎に世界的な感染症の拡大が見られ、「感染症のパンデミックはもはや稀な現象とはいえない」「頻繁に起こることを前提とした制度作りが必要」と指摘がされている⁽⁴⁵⁾。保健所への一時的な応援体制に止まらず、恒常的な体制強化が必要とされている。

また、2021年（令和3年）6月18日に公表された、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2021（骨太方針）」においては、感染症対策への対応として、厚労省は、「保健所サービスの提供等について、広域的なマネジメントや地方自治体間の役割分担の明確化を

(44) 第204回国会 参議院総務委員会 2021年1月28日。

(45) 新型コロナウイルスと今後の医療 厚生労働省顧問 鈴木康裕（初代厚労省医務技官） 医療介護福祉フォーラム第78回月例社会保障研究会資料 2020年11月19日。

図る」。総務省は、「国と都道府県の関係、大都市圏における都道府県間の関係及び都道府県と市町村（政令市や特別区を含む）との関係について、今回の感染症対応で直面した課題等を踏まえ、地方制度調査会等において検討を進め改善に向けて取り組む。」と記されている。

しかし、この間の感染症対策に対応する行政の対応について、現場からは、国や都道府県の組織全体で取り組むという意識が十分とは言えず一部の部署に業務が集中しているのでは、という声や、厚労省は2020年（令和2年）3月には国民生活基礎調査を中止すると決断したが、直接市民生活に直ちに影響のない業務については、更に中止・延期を検討すべきとの声も出されている。このように、強力な指導体制を構築するというのであれば、人員予算の組織体制の強化と合わせて、行政組織全体が集中して感染症対策に取り組めるような体制も求められる。

（1） 感染症の特性に応じた体制の検討

まずは、2021年（令和3年）度の地方財政計画についてであるが、果たしてこれで十分なのかという課題がある。保健所の増員を決めた自治体の中でも、例えば、北海道庁は保健所の担当部署である保健福祉部が相当数の増員が必要と考えていたにもかかわらず、道としての最終決定は15人程度の増員に止まっている。地方自治体に対する人員体制の充実に向けた影響について検証していく必要がある。

また、感染症の特性に応じた対応も考えられる。例えば、新型コロナウイルス感染症対策分科会会長の尾身茂氏は、「東京は、家庭内感染が終点である点は地方と同じだが、（1）人口規模・密度／社会経済圏の広域性、（2）多くの歓楽街の存在／外国人コミュニティの存在、（3）人々の匿名性／意識・考え方の多様性、（4）東京23区等の保健所設置区市の存在による連携の困難さ——といった様々な特殊性がある。そのため、地方に比べてクラスターの起点が分かりにくくなっている」と指摘している⁽⁴⁶⁾。

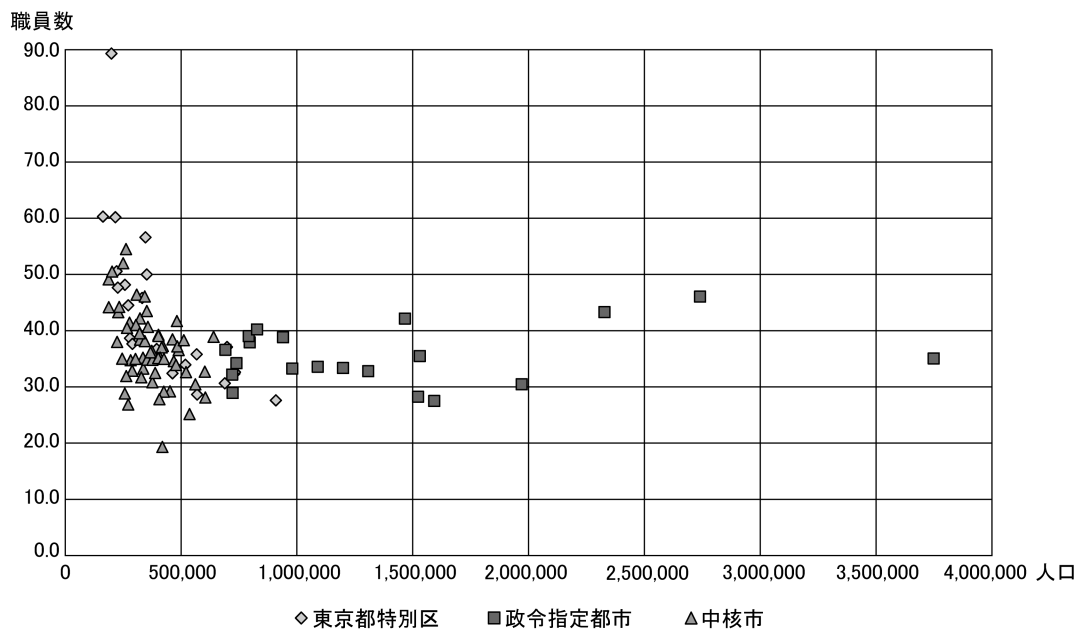
そこで、再び感染拡大前の2019年度総務省地方公共団体定員管理調査結果をもとに、東京都特別区、政令指定都市、中核市の人員体制を人口10万人あたりで比較してみた（図6）⁽⁴⁷⁾。

(46) 日経バイオテック 尾身会長に聞く(1)「東京など首都圏にはクラスターの起点が見えない難しさ」<https://bio.nikkeibp.co.jp/atcl/news/p1/21/03/16/07967/>。

(47) この比較では、「衛生部門」の比較でしかないことに留意する必要がある。注(34)の通り、保健所職員がゼロもしくは相当少ない人員を報告している特別区があり、「衛生部門」とひとくくりにして、比較せざるを得なかった。

その結果、人口あたり衛生部門の配置人員は、政令指定都市では、30人から45人程度の間にあるが、中核市ではやや格差があり、東京都特別区の間では、大きな格差が生じている。人口密度が高く、人の往来が激しく、「人々の匿名性の高い」東京都特別区の保健所が他の中核市の人員配置と同等に止まっていること、また特別区によって人員配置に大きな格差があることが見てとれ、この格差が東京都内の連携の困難さにつながっている可能性がある。更に、政令指定都市も中核市と同等の人員体制に止まっており、尾身会長の指摘も踏まえると、十分な人員体制となっているか、検討が必要である。更には、大都市周辺の保健所についても、大都市の影響を強く受けることも考える必要がある。感染症に対する対処については、更に知見が深まるにつれて変わると思われるが、より精緻な検討の上で、感染症の特性を踏まえた財政措置が必要と考えられる。

図6 東京都特別区・政令指定都市・中核市保健所職員10万人あたり職員数



※千代田区保健所は、都内中心部の保健所であり体制が別格なため、比較から除外

総務省地方公共団体定員管理調査結果より平川作成

(2) 保健所や感染症対策の実施体制の見える化と説明責任

もう一つの課題として、保健所の組織機構が見えづらいという問題がある。その要因の一つに、保健所運営費が一般財源化となったことがあると思われる。それは、地方交付税はあくまで本来地方の税収入とすべき地方の固有財源であるため、各地方自治体の裁量のもとで、地方自治体によっては、組織機構改革が進んできている。そのため、福祉事務所と保健所が統合されて、保健所の存在が住民から見えづらい状況となったり、東京都特別区の保健所の組織機構のように、公衆衛生の実施体制が大きく異なっているところもある⁽⁴⁸⁾。また、不交付団体においては、地方交付税措置の効果は不透明であるという問題もある。例えば、墨田区議会において、区議会議員より、「保健所の危機管理体制を確立するため、平時から危機に対応した保健師の定数管理及び体制強化の方向性について区長の見解を伺う」との質問に対し、区長からは、「職員の確保は重要と認識しているが、限られた人員でも対応できるよう、平常時から関係機関と連携し訓練を重ねている」との答弁に止まっており⁽⁴⁹⁾、具体的な体制強化に向けた検討をしていない。

このように、保健所運営費の一般財源化により、厚労省も、新型コロナウイルス感染拡大が始まったころは、保健所の実態が掴めにくく、対策が遅れた可能性もある。

つまり、感染症対策は、法定受託事務として位置付けられてはいるものの、それを実施する体制が十分ではなく、また実施体制を国が掴んでいないとすると、国が全国で対策を実施しようにも、その裏付けが無いこととなる。特に骨太方針で「より強力な体制」を検討するとすれば、その重要性は更に高まる。また、感染症対策が不十分な地方自治体があれば、その影響はその地方自治体管内にとどまらない。1994年（平成6年）の保健所運営費が一般財源化された際に自治省が国会答弁したことが事実となるよう、国として標準的な体制を示す必要があるのではないか。例えば、福祉事務所は、地方交付税での算定以外に、社会福祉法⁽⁵⁰⁾で、被保護世帯に対する生活保護現業員の人員が「標準」と定められている。保健所は、福祉事務所に比較して、多くの法律が関わり、多様な事業を行っている状況にあることから、難しい面はあるもの

(48) 東京都特別区の保健所は、保健所と保健センター機能が一元化されているところ、保健所と数か所の保健センターが設置されているところ、保健所が対人サービスと対物サービスに分割されているところ、保健相談所という名称の機関が設置されているところなど、様々となっている。

(49) すみだ区議会だより 墨田区議会事務局 2021年4月28日。

(50) 社会福祉法第15条において組織、第16条で所員の定数を定めている。

の、感染症をはじめとする事業は、法定受託事務と位置付けられている以上は、何らかの職員配置基準を検討し、その実施体制について厚労省に報告することが必要ではないのか。それによって、義務付けの強い経費として、地方交付税の算定が確実に行われる一方、国が地方自治体の実施体制を把握することが可能となり、法定受託事務としての感染症対策が、より効果的に実施できる可能性がある。当然、他の地方自治体に比較して、感染症対策、もしくは保健所の実施体制が脆弱であると思われる地方自治体は、説明責任が求められると考えられる。

最後に

新型コロナウイルス感染拡大は、依然として終息せず、保健所では厳しい業務が続いている。今後は、骨太方針に基づき、国と地方、保健所の権限の関係も議論されると思われるが、保健所のみならず、医療提供体制の議論、制度を実施する地方自治体の全体の体制強化、傷んだ雇用や経済への対策も求められる。しかし、新型インフルエンザの感染拡大に伴う国・地方の財政支出に対する財源の問題は、与野党とも議論を避けている。1980年代からはじまり、三位一体改革まで続いた「増税なき財政再建」は、小さな政府を目指した。その目指した通り、日本の公は小さくなったが、その結果、国・地方自治体は必要な支援に対して二の足を踏むとともに、緊急時に十分な力を発揮できない社会を生み出した。2011年（平成23年）の東日本大震災の復興に向けては、将来世代に負担を付け回ししないという議論のもと復興税を創設した。このような責任ある真摯な議論が一刻も早く求められる。

（ひらかわ のりお 連合総合生活開発研究所副所長）

キーワード：保健所の機能強化／保健所運営費の一般財源化／地域保健法／
新型コロナウイルス感染拡大／積極的疫学調査