

保健所政令市の視点から分権の効果と限界を考察する（上） ～衛生行政の統合と健康危機管理対応型基礎自治体のすすめ～

野 沢 秀 実

1. 保健所政令市とは何か
 - (1) 保健所政令市の歴史と背景
 - (2) 保健所政令市の現代的意義
 2. 基礎自治体への権限移譲
 - (1) 大都市等の特例による事務移譲
 - (2) 個別法政令市への事務移譲
 - (3) 事務処理の特例による事務移譲
 - (4) 事務の共同処理
 - (5) 適用除外による実施主体の変更
 - (6) 職員の併任による事務の実施
 3. 保健所政令市の実態
 - (1) 保健所政令市への移行 (以上本号)
 - (2) 対人保健分野の移譲事務
 - (3) 対物保健分野の移譲事務
 - (4) 保健所政令市の組織運営
 4. 衛生行政における分権の限界と可能性
 - (1) 保健所政令市制度の限界
 - (2) 地域主権と衛生行政の総合化
 - (3) 衛生行政の自立と政策開発
 - (4) 課題解決型基礎自治体への脱皮
- 【参考文献】
- 【参照ホームページ】

1. 保健所政令市とは何か

保健所は、地域保健法（昭和22年法律第101号）第5条により、都道府県、地方自治法（昭和22年法律第67号）第2章大都市等の特例に定めのある第252条の19第1項の指定都市、同条の22第1項の中核市及び地域保健法施行令（昭和23年政令第77号、以下「政令」という。）第1条で定める市又は特別区が設置することになっている。

平成12（2000）年の分権改革以降、行政事務の処理権限をパッケージで移譲⁽¹⁾を受け、都道府県からの自立と住民自治の実現を目指す都市が目立つ⁽²⁾。

保健所の設置は、もともと地域保健法やその前身であった直前の保健所法のもとで、人口30万人以上の市に設置することを目安にしていたことから、地域保健法施行令で個々の都市を指定するとともに、人口30万人以上が移行条件となる地方自治法第2章大都市等の特例に定めのある中核市、法令で人口50万人以上が移行条件とされている政令指定都市（第1節大都市に関する特例）も地域保健法施行令で指定する都市とともに、広義の保健所政令市又は保健所設置市と言い、政令で指定する市を狭義の保健所政令市と言う⁽³⁾。

保健所を設置する根拠によって処理できる事務に差はあるものの、保健所を核とした地域の衛生行政分野に関する権限を有して事務を行うことで、保健政策を展開することは同様である。

（1）保健所政令市の歴史と背景

歴史的に見ると、日本最初の保健所に相当する施設が誕生したのは、昭和10（1935）年にアメリカ合衆国のロックフェラー財団が日本政府に公衆衛生技術者の教育機関として、公衆衛生院とともに、東京市と埼玉県に保健館を寄付したことに始まる。昭和10（1935）年1月1日に健康指導・相談業務を開始したのは、東京市京橋区明石町（現在東京都中央区明石町）に設置された京橋区民およそ15万人を対象にした都市型保健館であり、埼玉県所沢町に設置された農村型保健館は、4町27村およそ13

（1） 「いじょう」には委譲と移譲を充てることができるが、政府間関係を前提に考えることが分権に相応しいとのことで、第一次分権改革で「委譲」を「移譲」とした。

（2） 平成11（1999）年以前の指定都市は12、中核市は27であったが、平成12（2000）年から8年で指定都市5中核市17が新たに移行している。

（3） 本稿では、特に断りがない限り、広義の保健所政令市を使用して考察を進める。

万人を対象として、昭和13（1938）年1月10日に業務を開始した。

昭和12（1937）年4月2日に保健所法（法律第42号）が成立し、その内容は、人口12～13万人につき1カ所と必要に応じて支所を置くものとし、10年間で保健所550カ所、その支所1,100カ所の保健所網を完成させる計画であった。

保健所法の成立に1年遅れて、昭和13（1938）年1月11日に厚生省が設置され、4月1日には愛知県一宮保健所が開設し、当該年度は沖縄を除く道府県及び京都に各1カ所、大阪府に2カ所の計49カ所のみで、昭和16（1941）年度までの5年間でも本所187カ所の設置にとどまった。

昭和16（1941）年に始まった大東亜戦争の拡大に伴って、戦力の飛躍的増強の必要から昭和17（1942）年に改正された国民体力法に基づき、保健所は地方長官の職種の一部を所長が担う行政庁としての性格を強めながら、昭和19（1944）年10月には全国の770カ所の保健所網が完成した。

昭和20（1945）年8月に終戦を迎え、GHQ「保健所の拡充強化に関する覚書」の趣旨に沿って、おおむね人口10万人に1カ所設置することを目安として全面改正された保健所法が昭和23（1948）年1月1日施行された。旧法では保健所の設置主体となる市を法律によって定められていたが、新法では政令によるものとなった。設置市を増やす意図はなかったものの、結果的にGHQが望む保健所の市への移管へも道を開くことになり、昭和23（1948）年5月上旬のGHQの指示をきっかけに、4月1日にさかのぼって第1条を改正し、4月2日には施行令の改正で人口15万人以上の市を指定して、「保健所政令市」が誕生した。

保健所設置主体となる市の人口をめぐる議論の中で、元来公衆衛生事業は市の責任で行われている部分があり、行政庁として再出発した保健所との間に二重行政の問題があったこと、人事上の硬直性への懸念があること、さらに、東京都では区の衛生行政事務を都の保健所に統合したことが特筆でき、現在の保健所のあり方及び自治体の衛生行政事務に大きな影響を与えていることが指摘できる。

指定された30市は、札幌市、小樽市、函館市、仙台市、横浜市、川崎市、横須賀市、新潟市、金沢市、岐阜市、静岡市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、尼崎市、姫路市、和歌山市、広島市、呉市、下関市、福岡市、小倉市、八幡市、大牟田市、長崎市、佐世保市、熊本市、鹿児島市である。

昭和23（1948）年6月21日、厚生次官より都道府県知事宛の合計33の法令に基づく膨大な権限が保健所長に移管される通牒「衛生事務に関する権限委任に関する件」

(厚生省発健第59号)と同時に、関係市長に「保健所の市移管に関する件」(発健第60号)により通達された。

昭和38(1963)年小倉市と八幡市等5市合併による北九州市を保健所政令市としたが、昭和30年代に追加された市はなかった。

その後、昭和49(1974)年4月に浜松市、昭和58(1983)年4月には東大阪市が指定され、全国の保健所政令市は31となった。

昭和49(1974)年6月には、地方自治法が改正されたことにより、昭和50(1975)年4月に東京都の特別区は保健所の設置主体となった。

この間、政策や設置主体の変更によって増減はあるものの、長期的に見ればほぼ一貫して保健所の総数は増加を続けるが、昭和57(1982)年あたりの855がピークで、平成6(1994)年に地域保健法が成立するころには、母子保健の実務サービスの市町村への移管や市町村との役割分担及び保健所の集約化によって減少の時代に突入し⁽⁴⁾、平成20(2008)年現在の保健所数は517で、そのうち都道府県立が389、指定都市立58、中核市58、狭義の保健所政令市は8⁽⁵⁾となっている。

平成6(1994)年に、保健所設置根拠となっていた「保健所法」は、「地域保健法」に全面的に改正され、国民疾病構造の変化から政策課題となった地域保健対策の総合的展開のため、保健所は都道府県保健所との折衝及び保健所政令市の人口要件(30万人)等を勘案して設置するものとなり、設置主体となった市(特別区)は地域保健法による政令市(区)となり、以後、保健所設置市(区)、保健所政令市(区)、(地域保健法)政令市又は(施行令第1条)3号政令市と呼ばれるようになった。

またこの間、地方自治法での政令指定都市が保健所法の保健所を設置する市であったように、平成6(1994)年の地方自治法の改正により制度化された中核市も地域保健法の保健所設置市に指定され、保健所政令市は、狭義の政令市とともに広義の政令市という二種類の意味を持ち、保健所機能を持つことができる市が拡大していった。

最近では、平成19(2007)年4月に青森市(中核市)と八王子市(保健所政令市)、平成20(2008)年4月には盛岡市、柏市、西宮市、久留米市が中核市に、四日市市が保健所政令市に、平成21(2009)年には岡山市が中核市から政令指定都市となり、前

(4) 厚生省五十年史編集委員会『保健所五十年史 資料編』昭和63(1988)年(財)厚生問題研究会

(5) 平成21(2009)年4月1日に尼崎市が中核市に移行し、現在の狭義の保健所政令市は、小樽市、八王子市、藤沢市、四日市市、呉市、大牟田市、佐世保市の7市。

橋市、大津市が中核市に、尼崎市は保健所政令市から中核市になった。平成21（2009）年4月現在、保健所を設置する自治体は、47都道府県の他に、18指定都市、41中核市、23特別区及び地域保健法施行令第1条第3号に定める7市（小樽市、八王子市、藤沢市、四日市市、呉市、大牟田市及び佐世保市＝狭義の政令市）の合計136自治体を数えるに至っている。

保健所の歴史は、国民の保健衛生指導の拠点として出発した初期と、国策としての健康増進と体力向上の拠点と位置付けられた第二次世界大戦終了までの時期と、戦後の公衆衛生確保のための再建の時期、そして現在の地域保健拠点として保健所が整備された4時期に大別できる。

保健所誕生前の大正から昭和にかけては、衛生行政は警察的な取締行政が中心であり、保健所は国民の健康という視点から出発したものの、その多くの時期は、国策としての体位向上のための保健指導業務の確保と権力的行政事務の拡充の歴史であった。

内務省が保健所法を提出して制度創設した後の保健所は、昭和13（1938）年に発足した厚生省の所管となった。昭和17（1942）年の国民体力法改正では、体力検査の指揮監督、国民体力管理医の指揮、体力向上についての指示、療養に関する処置命令が地方長官から保健所長の権限となり、指導（相談）機関から、行政機関への色彩を強くしていった。同じ昭和17（1942）年11月の第一次行政簡素化では、道府県での衛生行政の所管は警察部（東京都では学務部及び警視庁保安衛生部）から内政部へ移管され、保健所網の整備が進んだものの戦争の悪化により機能が壊滅した。

戦後の復興後は、保健所政令市制度も含め、母子保健や結核等の予防事業など一貫して対人の保健（健康）指導（相談）業は、市町村立保健センターでも行う二重行政となっていったことから、専門的指導的機関として脱皮を図ることになり、ますます国民への直接的相談・指導よりも許認可事務や規制行政を中心的に行う行政機関となっていった。

この結果、保健所の対人保健担当職員は現場を失い、市民にとって保健所は遠い存在の特殊な施設となっていった。

保健所政令市の考察は、こうした歴史的背景のある保健所を基礎自治体内に抱えることであることを踏まえる必要がある。

（2）保健所政令市の現代的意義

保健所政令市制度は、一般の市町村と異なる都道府県（広域自治体）の衛生行政の

分野を処理する権能を獲得することになることから、地方自治法における大都市等の特例と密接な関連がある。

大都市等の特例のうち政令指定都市の制度は、昭和22（1947）年に成立した地方自治法に盛り込まれた特別市制度が都道府県の反対で実現せず廃止され、昭和31（1956）年に同法に加えられたものである。

平成22（2010）年4月に移行した相模原市を加えると全国の政令指定都市は19市となり、その人口規模や財政力に大きな差がある反面、過去に特別市制度を主張した横浜、名古屋、京都、大阪、神戸もその権限は一律で、福祉、教育、道路に関する権限や財源の移譲を受けるものの、大災害時の自衛隊派遣、都市計画区域の指定などは知事の権限のままで、信号機設置など交通に関する行政権限もない。

中核市や特例市は、地方自治法で政令指定都市が行う事務のうち一部を担うとされていることから、市民生活の最前線として自立を目指す都市自治体が必要とする権限に、不十分な部分が生じていることは明らかである。

その一方で、法の組み立てにも左右されるものの、行政事務とその権限者を定めた法律ごと移譲しようとするのが、個別法による政令市制度であり、保健所政令市は、保健所で行われる事務約1,500と財源がセットで移管⁽⁶⁾されることから、特に衛生行政面で、地域での総合的な政策展開について期待される。

しかし、保健所政令市も地域保健法に基づく制度であり、関連する医療法、薬事法、精神障害者の医療及び福祉に関する法律、食品衛生法、動物の愛護に関する法律などを中心に、権限が部分的なものにとどまり、実際の自由度が妨げられている。

専門機関であるはずの保健所に、医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、栄養士、調理師、はり・きゅう・マッサージ師など、免許の申請・交付の窓口（経由）事務のみが付与される反面、診療所の開設許可権限はあっても、病院の開設許可や病床を定める医療計画など、肝心の保健・医療政策に関する権限にもないものがある。

薬事法でも、薬局の許可はもちろんのこと、医薬品販売業や医薬部外品卸売業に関

(6) 平成20（2008）年7月25日に開催された第54回地方分権改革推進委員会では、委員から「言葉の問題だが、第一次分権改革のときに、『委譲』の語を『移譲』に変えたが、これをさらに『移管』の字に変えればもう少し対等な表現になるのではなかろうか。」という意見が出されていることから、今後は『移管』という言葉が適切とされる可能性がある。（内閣府ホームページ 平成20（2008）年12月24日）

しては権限がない。従って医薬品や医薬部外品は一緒に店舗で取り扱っていることから、その立ち入り検査等、監視業務は、条例での事務処理の特例の対象として認識され、県・市の協議が整わない限り、県と市の間で重複することになる。動物取扱業に関しても同様で、飼養動物の届出⁽⁷⁾は保健所政令市の業務であるが、監視業務は権限外であった。さらに危険動物や届出が必要な飼養頭数についても、都市から山林まで地域の特性があるにもかかわらず都道府県が条例で指定している。こうした事務が、政令指定都市では移譲対象事務に指定されていたりする。他方、迷子動物は行政界を越えることができるので、広域連携の枠組みも必要な場合がある。

保健所を設置するからという理由で、主として都道府県の事務処理とコスト削減の必要から、十分な事務権限と財源の裏付けがないまま経由事務が保健所政令市の事務とされていく一方で、大都市の特例を利用して分権を進めようとしても、狭義の保健所政令市と中核市の衛生関係事務の差は、事務の困難性と広域処理の必要性から、最近になって保健所政令市業務からはずされた産業廃棄物業務や小児慢性特定疾患治療研究事業等わずかである。この関連分野では政令指定都市となっても、地方衛生研究所、児童相談所業務など中核市でも実施できる事務が多く、財源と都道府県並みとされる基礎自治体としての存在感を除けば、事務権限として保健所政令市事務のまとまり以上の分権メリットを見出すことは難しい。

昭和23（1948）年に30市で発足した保健所政令市の数は、大きな増減なく推移してきたが平成6（1994）年の地域保健法では、地方自治法の大都市等の特例に合わせて、保健所は都道府県、特別区、指定都市、中核市に設置するものとなり、地域保健法施行令で直接指定する市は平成21（2009）年4月には7市のみである。

大都市等の特例による指定都市・中核市への移行が増加し、保健所政令市が少なくなった背景には、医療・福祉機関の整備が進む⁽⁸⁾とともに、公衆衛生に関する社会環境が変化し、保健所が直接的に関与しなければならない場面が減ってきたこと、また、昭和53（1978）年から国で予算化された、市町村による保健センターの整備により、市町村による母子保健分野など対人保健分野のサービスが進んだことがある。

(7) 平成17（2005）年「動物の愛護及び管理に関する法律」（昭和48年法律第105号）が改正されて、動物取扱業が届出制から登録制になり、千葉県では検査権限とともに条例による事務処理の特例で中核市に委任された。

(8) 医療機関の整備が進んで健康診断の実施機関も身近になったことが、中核市移行に当たって、船橋市が医療法上診療所に相当する保健所の健康診断業務を廃止した理由のひとつとなった。

こうして、発足当初から人口10万人を対象としてきた保健所は、対象を30万人に変更され、都市における保健医療福祉の中心機関として、企画調整機能の強化を強調し、食品営業許可など対物保健分野の権限が都道府県から移譲されたものの、市町村保健センターの出現によって対人保健の現場は失っていった。

市と保健所との二重行政を解消するために進められた機能分担であったが、保健所の対人保健分野の相対的能力が低下する危険の中、未熟児、難病、精神保健、健康危機管理など専門的・技術的な事務は保健所に残ったことから、地域における保健対策の総合的展開力については疑問を生じさせているし、公衆衛生に関する保健活動と規制行政を併せ持つ故に、保健所のあるべき姿、サービスの方向性が不明瞭にもなっている。

反面、歴史を通じて衛生行政分野は、もともと保健所を中心に総合的に行われるべきものであったことから、保健所政令市では、保健所と保健センターに分断されたサービスを再構成して、総合的な政策や事務事業の展開が行われることが期待されることになり、保健所政令市の政策メリットにも位置付けられることになる。

分権の手段として現在のところ最も期待されている大都市等の特例のうち、中核市を目指す市にとっては、保健所設置と中核市への移行を同時に行う1段ロケット方式と保健所政令市になった後に中核市となる2段ロケット方式の2つのパターンがある。1段の方が困難ではあるが、同時に設置する保健所には都道府県の補助事業等がなく、逆に支援を受けることもあることから、財政的持ち出しも目立たず、健康に関する危機管理の自立と全人的視点に立った総合的保健サービスの展開という、政策的メリットが説明しやすい利点がある。2段方式は、保健所政令市になるときに、中核市の移譲事務の5分の3を占める保健所業務を中核市全体と分離して準備できる上、都道府県にとっても事務削減効果が大いことから同意を得やすいが、保健所政令市から中核市へ移行するときには、市民への直接的サービスが少なく、都道府県の単独事業を受ける必要が出てきたりすると、財政的な持ち出しが目立つことから障害が生じやすい。

また、保健所を設置することは、衛生行政に関する都道府県と同等の情報を国から得ることができることから、政令市移行前に構想し、事後にいち早くそのメリットを活かした政策を展開することも可能である。平成15（2003）年4月、同時に中核市になった船橋市、川越市及び高槻市は1段方式であり、相模原市はちょうど前年に保健関係の建物が竣工するという巡り合わせもあったことから、2段方式を選択した。

危機管理に関しては、保健所及び保健所政令市には、国や県の政策動向情報が直接もたらされるという直接的意味とともに、特に感染症については発生動向情報がオンラインで厚生労働省の担当課に提供され、その情報は都道府県・政令指定都市単位で地域に還元される。さらに千葉県では、地方衛生研究所に感染症情報センターを設置する千葉県・千葉市の協力で、合同の感染症発生動向調査委員会に保健所政令市である船橋市がオブザーバー参加でき、いち早くその結果を入手し、対策に着手できる体制となっている。また、新型感染症発生やバイオ・ケミカルテロなど重大な健康危機管理情報は、いつ、どこでもいち早く電話やインターネット等を経由して保健所政令市の担当者に提供されていた。

財団法人日本都市センターが行った首長アンケート調査⁽⁹⁾によると、人口20万人以上の都市では、保健所を設置し処理する事務については、72.7%（99市）の首長が行いたい事務と答えているし、特例市に限れば首長の40.6%（32市）が行いたいと考えている。

また、地方分権改革推進委員会第一次勧告では、分権を進めるべき分野として保健所を設置する際に必要不可欠なのは、健康危機管理体制の整備であるとしている。船橋市が保健所を設置するに当たり、平成14（2002）年2月20日にヒアリングを受けた厚生労働省の主要なチェックポイントも健康危機管理体制であった。

昨年の新型インフルエンザの流行は一般市においても政策課題となったことから⁽¹⁰⁾、衛生行政における焦眉の課題は、これら感染症等による健康危機管理への対策である。

保健所政令市は、これら食品衛生や食肉検査及び感染症対策の最前線基地である保健所を持つことから、公衆衛生上、都道府県によるこれまでの実施能力を移譲により低下させず、むしろ効率化と充実を同時に達成する視点と、市民に身近な行政の蓄積を活用する政策立案能力が重要である。

さらに、都市化と少子高齢化を背景に、世帯を構成する人数が減少し、コミュニティによる連帯の喪失が顕著となった現代においては、個人の健康・福祉面をそれら地域社会が担うことが困難となっている。専門によって機能ごとに分割された行政機関よりも市民個々に全人的に対応する機能が重要となっており、設置者の異なる行政

(9) 日本都市センター「基礎自治体の果たすべき役割に関する調べ——首長アンケート調査——」平成20（2008）年 日本都市センター、pp. 64-65

(10) 千葉日報「浦安市が救急用マスクなど大量備蓄」平成20（2008）年8月26日、読売新聞「市川市が新型インフル対策、不当な値上げチェックも」平成20（2008）年8月28日

機関よりも機能の総合化によるワンストップ窓口が求められることは必然であり、保健所政令市だからこそ実現できる重要な課題である。

国民保健の展開に関する国の政策変化と地域の役割増大から、衛生行政とりわけ都市における身近な保健所の存在が持つ重要性は明らかである。

2. 基礎自治体への権限移譲

市民生活に一番身近な基礎自治体ができるだけ多くの権限を持ち、その窓口でワンストップのサービスが受けられることが、市民にとっても望ましいことである。社会福祉法（昭和26（1951）年法律第45号）第14条に基づく福祉事務所は市が設置し、町村分は県が設置するものとなっているが、町村域などのこうした行政機能を持たない自治体の住民にとっては、最も身近な政府からのサービスを受けられないことになる。

都道府県の支庁とともに、都道府県の保健所数も昭和42（1967）年から平成20（2008）年の間に703から389と約45%減少するなど、保健所政令市の増加をはるかに上回るペースで都道府県の機関が集約されている現状では、広域自治体と基礎自治体による二重行政の解消よりも希薄・空白化によるサービスの低下が心配される。

基礎自治体への事務の移譲は、地域にとってもサービスの劣化を防ぐことにつながるが、その実態が自治体及び市民にとっても真に「自己決定」と「自己責任」に裏付けされたものでなければ、分権の意義は失われる。

権限の移譲となると事務事業の実施主体としての自立性が発揮されるよう、政策単位あるいは法律単位での包括性が制度として意識される必要があり、事務執行に必要な知識・技術・経験を備えた人材、施設、財源とともに、市民にできるだけ身近な場所で政策を立案し、市民生活に役立てる意識＝政策＝仕掛けが必要である。

その点で、保健所政令市は、保健所に関する機能が一括して移譲され、保健所を持つ都道府県と保健センターを設置して地域保健を担ってきた市町村の事務が統合されるチャンスとなることから、分権にとって最も有効な手段でなければならぬし、そのために適切な権限の移譲がなされなければならない。

そこで、基礎自治体への権限移譲や事務移譲の手法について紹介するとともに、保健所に関係する事務を中心にその実態と効果について概観する。

(1) 大都市等の特例による事務移譲

地方自治法により都道府県が処理するものとされた事務の一部を都市が処理することができる制度として、指定都市、同法の平成6（1994）年法律第48号で追加された中核市、さらに平成11（1999）年法律第160号で追加された第252条の26の3の特例市があり、一般市と区別するとともに、都市の大きさによって扱える事務を区分している。

平成18（2006）年の地方自治法改正により、すでに廃止されていた昼夜間人口に加え中核市の要件であった面積要件も全廃されたことから、特別区を除くと日本の都市を区別する要件は人口のみとなり、50万人以上の指定都市、30万人以上の中核市、20万人以上の特例市、20万人未満の一般市の4種類に分類することが可能となった。

このうち指定都市は、同法に定める「事務のうち都道府県が法律又はこれに基づく政令の定めるところにより処理することとされているものの全部又は一部で政令で定めるものを、政令で定めるところにより、処理することができる」とされ、中核市は、その「事務のうち、都道府県がその区域にわたり一体的に処理することが中核市が処理することに比して効率的な事務その他の中核市において処理することが適当でない事務以外の事務で政令で定めるものを、政令で定めるところにより、処理することができる」とされた。特例市が処理することができる事務についても中核市と同様に定められた⁽¹¹⁾。

表1のように、指定都市と中核市には、その移譲事務の多くを占める保健所が設置されることから、事務権限に大きな差は見られないが、保健所を持たない特例市との差は歴然である。

平成21（2009）年4月1日現在の指定都市は18市であり、中核市と特例市は各々41市⁽¹²⁾であることから、大都市等の特例に該当する市の指定を受けている市は、合計100市であるが、平成18（2006）年の4月では91市であった。91市を平成16（2004）年の国勢調査の都市人口と比べると、人口20万人以上の市は全国で104市⁽¹³⁾であることから、若干の乖離が生じている。

(11) 本稿では、大都市等の特例である指定都市、中核市及び特例市は地方自治法での政令市ではあるが、個別法にも政令で指定する市に権限を移譲する制度があることから、区別して考察するものとした。

(12) 平成22（2010）年4月に相模原市が中核市から指定都市に移行し、指定都市が19市、中核市が40市となった。

(13) 参考：総務省統計局『第55回日本統計年鑑』平成18（2006）年 総務省統計研修所

<表1> 大都市の特例により処理される事務

地方自治法施行令より作成

都道府県から移譲される事務	指定都市	中核市	特例市
一 児童福祉に関する事務	○	△	×
二 民生委員に関する事務	◎	◎	×
三 身体障害者の福祉に関する事務	○	○	×
四 生活保護に関する事務	○	○	×
五 行旅病人及び行旅死亡人の取扱に関する事務	◎	◎	×
五の二 社会福祉事業に関する事務	○	△	×
五の三 知的障害者の福祉に関する事務	○	△	×
六 母子家庭及び寡婦の福祉に関する事務	◎	◎	×
六の二 老人福祉に関する事務	○	○	×
七 母子保健に関する事務	◎	◎	×
八 障害者の自立支援に関する事務	◎	△	×
九 食品衛生に関する事務	△	△	×
十 墓地、埋葬等の規制に関する事務	◎	◎	×
十一 興行場、旅館及び公衆浴場の営業の規制に関する事務	△	△	×
十一の二 精神保健及び精神障害者の福祉に関する事務	△	▲	×
十二 結核の予防に関する事務	○	△	×
十三 都市計画に関する事務	△+	△+	△
十四 土地区画整理事業に関する事務	△	△	△
十五 屋外広告物の規制に関する事務	◎	◎	×

※ 環境保全行政、地方教育行政、計量法等個別法による特例事務は除く

凡例：都道府県と同等の事務処理権限=◎ 都道府県とほぼ同等の権限=○
 都道府県未満で特例市を超える権限=△+ 都道府県権限の一部=△
 保健所業務のみ=▲ 関連する移譲権限がない=×

104市の内訳は、20万人以上30万人未満が39市、30万以上50万人未満が42市、50万人以上100万人未満が13市、100万人以上が10市（特別区を除く）であり、当時の特例市の要件を満たす39市と特例市の数が同じなのに対して、中核市の要件を満たす市が41市中36市、指定都市の要件を満たす市が、23市中15市となっており、人口で要件を満たして大都市等の特例制度による指定を受けていない都市があった。

また、中核市について見てみると、人口50万人を超える八王子市をはじめとして、

松戸市、市川市、高崎市、町田市、四日市市、吹田市、藤沢市と、中核市の唯一の要件である人口30万人を超えている市が含まれていない。こうしたことから、この制度への都市の判断は分かれているし、特例市よりも中核市が指定都市の指定を受ける際の制約が多いと考えられていることが推察できる。

中核市制度ができた翌年の平成8（1996）年現在の中核市・特例市の指定状況を見ると西高東低でもあり、人口20万人以上で現在も特例市になっていない福島市、市原市、徳島市、府中市、上尾市、調布市、日立市を加えて考えると、特に首都圏の都市が大都市等の特例による権限移譲に消極的と見られる。

（2） 個別法政令市への事務移譲

地方自治法以外の法律でも、都道府県の事務事業実施の権限を政令で定める市に与えているものがある。代表的なものが、地域保健法の保健所政令市、保健所政令市と同時に権限が生じる温泉法政令市及び計量法がある。さらに類似の制度としては、福祉事務所や建築基準法による特定行政庁等が挙げられるが、約1,500の事務が移譲される保健所政令市の事務の規模と多様性が他を圧倒している。保健所を設置しなければ、指定都市や中核市になることができないことから、都市の自立の観点からも重要である。

平成17（2005）年には、岐阜市の産業廃棄物不法投棄への対応をきっかけとして、産業廃棄物不法投棄のパトロールと指導業務を保健所政令市から都道府県へ権限を返上させる環境省の動き⁽¹⁴⁾があったものの、地方分権に逆行することとなるとの指摘で、廃棄物の処理及び清掃に関する法律が改正され、産業廃棄物に関する事務は保健所政令市の事務から、廃棄物の処理及び清掃に関する法律施行令で定める市の事務となり、「廃掃法政令市」が制度化された。この結果、保健所設置市の中から小樽市がはずれた。

また、建築基準法第4条の特定行政庁は、人口25万人以上の市には建築主事の設置が義務づけられる制度であるが、人口要件が満たなくとも都道府県知事の同意で建築主事を置くことができることになっている。

こうした制度は、関連する行政事務の処理権限が適切なパッケージで移譲されやすいことから、今後活用を目指す都市が増えることが予想される。

(14) 読売新聞 平成16（2004）年12月8日

(3) 事務処理の特例による事務移譲

地方自治法第252条の17の2を根拠に市町村長との協議を前提とするいわゆる特例条例により、市町村長に都道府県知事の権限に属する事務の一部を委任することができる。言わば、都道府県（広域自治体）と市町村（基礎自治体）との政府間交渉による事務・権限の移譲である。地方分権改革推進委員会では、条例による事務処理の特例で都道府県から市町村への権限移譲した数⁽¹⁵⁾を分権の目安としているが、その内容の多くは、旅券、身体障害者手帳の申請と交付などの経由事務か、原子爆弾被爆者や未熟児の健康診断・保健指導、許可営業業種への立ち入り検査など、実際の権限を都道府県に残したままの制度が多い⁽¹⁶⁾。

こうした事務は、市民にとっての身近な行政機関窓口で持ち込めても短期間で処理できるわけではなく、特殊なケースや制度そのものに関わる苦情にはなかなか満足していく結果が得られないし、新たなたらいまわし先ができることで、行政責任が不明確となりやすい。

この視点から考えると、法律上の権限を一括してセットで移譲することが適当である。そうすることで、決定権限者が明確化され、総合的な処理とともに地域的な特色ある対応も可能となる。

地方自治法の大都市等の特例により、指定都市、中核市、特例市あるいは保健所政令市に移行する際に、都道府県条例による事務処理の特例による事務移譲が行われることが多いのは、その際には関係法令の権限の移譲に併せて関連業務を移譲されるからである。

社団法人地方行財政調査会の調査⁽¹⁷⁾によると、平成21（2009）年4月1日現在、全国でこの事務移譲の対象となっている法律数は229本で、多い都道府県は、静岡県120本、広島県106本、新潟県92本、岩手県91本、埼玉県87本、岡山県86本、秋田県83本と続き、少ないのは、沖縄県10本、石川県と和歌山県23本、京都府25本である。必ずしも人口の多い都市がある都道府県が多いわけではなく、事務移譲に関する考え方

(15) 平成20（2008）年4月1日時点の内閣府調査では、都道府県から市町村に権限移譲している関連する法律の数について、平均は約40だが、最多で静岡県の86、最少で沖縄県の4と大きな差がある。

(16) 交付金制度の創設や人材の提供など、都道府県の環境整備と市町村の消極姿勢改善の必要が指摘されている。（朝日新聞 平成20（2008）年11月9日）

(17) 地方行財政調査会「地方行財政調査資料＝都市版＝第6434号 市町村への事務移譲の実施状況調べ（H21.4.1現在）」社団法人 地方行財政調査会 平成21（2009）年6月24日

など地域差がうかがえる。保健所政令市のある都道府県の平均は59本であるが、保健所政令市がない都道府県の平均は約38本とかなり低く、全体平均の55本も大きく下回る。なお、保健所政令市の移行の事例として後述する船橋市が属する千葉県は48本である。

調査では、多くの団体が「市町村の取り組み状況に差がある」ことを問題点と挙げているが、福井県がその解消のため全市町村に移譲できる場合を対象としたことが特筆されるように、そもそもその実態は指定都市、中核市等の保健所政令市や特に要望のある市町村に限られる傾向がある。

こうしたことから、実質的に許認可権限など、知事に代わって当該市町村長が処理し、その結果は知事が処理したものと同一となることが必要で、財源も保障されなければならないが、都道府県の行政機関では処理しきれない事務処理を市町村に負わせる手段となることもある。

特に保健所政令市の場合、保健所は、都道府県が住民に身近な行政機関として最も数多く整備した施設であることから、知事権限の委任を受けたサービス提供窓口として行っていた事務をそのまま市の保健所で実施することを期待される。保健所政令市では本来移譲事務とならない衛生関係知事表彰制度、原爆被爆者支援事業・小児慢性特定疾患治療研究事業・特定疾患（難病）治療研究事業に係る医療費給付や各種資格・免許の申請、受理、通知及び伝達など、事務量に応じた費用が計算、交付されることになっているが、往々にして都道府県が他の業務と総合実施している関係で、算定された人員も費用も十分な見積とならない上に、市にとっては患者や事業者へのサービス確保の観点から、断ることは難しい。

往々にして権限も財源も都道府県のまま、経由事務だけが移譲されることが多く、総務省が設置した市町村の合併に関する研究会の調査⁽¹⁸⁾によると、平成11（1999）年4月1日から平成18（2006）年4月1日に合併した558団体の16%が役割分担の見直しを要望し、9%が全般的な移譲を要望し、合併市町村の約4分の1が、この制度による都道府県からの移譲の実態が市町村にとって不満足な結果であると考えている。

(18) 市町村の合併に関する研究会「市町村の新しいまちづくりを目指して～合併市町村の取組の実態～」平成19（2007）年3月 <http://www.soumu.go.jp/gapei/index.html> 平成21（2009）年1月4日

(4) 事務の共同処理

事務の共同処理方式については、地方自治法が、協議会の設置（同法252条の2）、機関及び職員等の共同設置（同法253条の7）、事務の委託（同法252条の14）、組合の設置（同法284条）、地方開発事業団の設置（同法298条）、相互救済事業経営の委託（同法263条の2）、長・議長の全国的連合組織（同法263条の3）を規定しているほか、これに準ずるものとして、公の施設の区域外設置及び他の団体の公の施設の利用（同法244条の3）、職員の派遣（同法252条の17）が規定されている⁽¹⁹⁾。

枠組みによっては一般の基礎自治体にはない権限を処理することができるものの、いずれの方式においても都道府県間での連携は少なく、平成18（2006）年7月1日現在、2団体による協議会が1件、複数の都道府県と市による協議会が4件、機関等の共同設置はなく、事務の委託は25件、一部事務組合は2件となっているが、市町村間では盛んで、協議会270件、機関等の共同設置403件、事務委託は3,286件、一部事務組合は1,750件、広域連合は108件（平成19（2007）年4月1日現在）となっている⁽²⁰⁾。また、地方行財政調査会の調査でも対象となった806市区のうち、回答のあった555市区で98%が一部事務組合に参加し、75%が防災・災害時などの自主的な協定を行っているが、事務の委託は53%、職員の派遣は48%、機関等の共同設置は28%に留まる⁽²¹⁾。

狂犬病予防法（昭和25（1950）年、法律第247号）に基づく畜犬登録と予防注射の接種は、すでに多くの地域で事務処理の特例を定める条例で知事から市町村長へ事務が移譲されているものの、通常同一の施設の業務と考えられている動物の愛護及び管理に関する法律（昭和48（1973）年、法律第105号）の規定による事務と合わせた犬の捕獲・抑留、犬・猫の収容、処分は中核市へ移譲される事務である。しかし、都市部ではもともと処分を必要とする犬・猫の頭数が少ない。

処分する動物を減らすとともに処分する責任は、あくまでも当該犬・猫を収容した市にあるものの、処理量から考えれば、費用分担しながら広域的に共同処理した方が合理的な場合もある。千葉県犬・猫の処分数は、船橋市が中核市となって保健所を設置した年の平成15（2003）年度は犬9,422頭、猫11,613匹であるが、千葉県の人口

(19) 自治大学校『全訂 自治用語辞典』昭和53（1978）年 ぎょうせい 「職員の派遣」の項

(20) 山崎重孝「これからの基礎自治体の事務処理における制度的な連携のあり方についての一考察」『月刊 地方自治』平成20（2008）年9月号（第730号） ぎょうせい pp. 2-5

(21) 地方行財政調査会「地方行財政調査資料＝都市版＝第6426号 都市の自治体間の連携等に関する調べ（H21.2現在）」社団法人 地方行財政調査会 平成21（2009）年4月28日

(平成17(2005)年国勢調査人口6,056,462人)の9.4%を占める船橋市(同569,835人)が業務を開始する前年度と当該年の差は、犬654頭(-6.5%)、猫にあつては88匹(-0.77%)である⁽²²⁾。犬の捕獲、引き取りや収容を行う船橋市が処理数と負担を減らすインセンティブもあることから、すでに処理能力のある施設を有する自治体と広域的に共同処理するのほひとつの方法と思われる⁽²³⁾。

共同処理は、一般に地方公営企業や公共施設の効率的経営及び協力関係による広域的総合性のために期待される方式である。保健所を設置する際や大都市等の特例の適用を受けて都道府県から事務移譲を受ける際には、受け皿となる自治体には知見がなく、施設や専門職員等行政資源の確保にも困難があることから、現に事務を行っている都道府県等と共同処理することは有効と考えられるが、議決というハードルも高いことから、往々にしてきっかけとはならない。

事務の委託の効力は、委託した公共団体の権限に及ぶことから、実質的に都道府県から市町村への分権による事務移譲が可能となるが、受託団体の申し出による両団体協議の上、議会の議決を経て、条例に定める必要があることから、手続きが煩雑・困難であり、利用されることが少ない。都道府県と市町村の間では、すでに事務を処理している都道府県側が常に優位であり、現状の関与を維持できるなら本質的な権限の移譲や厄介なやり方を選択する必要がないという背景もある。

こうしたことから、交付金の要綱を作成して実質的に委託する事例もあるが、都道府県側にイニシアチブがあり、事務移譲に当たっての費用の支払いは予算の範囲内で、必要な人員の移譲は考慮されないなど問題がないとは言えない。条例による事務処理の特例の場合と同じように、事務の内容によっては身近な機関でサービスを受けられる市民と相応な費用を受領する市町村にとっては有効となる可能性もあるものの、実際に移譲されるのは、権限の移譲を伴わない経由事務等、直接的対人サービスの主体を身近な機関に変更する場合が多い。

なお、権限の移譲を伴わない事務処理であれば、上記の公法による委託とは別に、自治体間の民法＝私法関係による契約も検討する余地があると思われる。

(22) 朝日新聞 平成20(2008)年9月15日

(23) 船橋市では、犬猫の処分施設の設置・運営について、主として稼働率の悪さから他自治体との共同処理を検討したが実現せず、平成19(2007)年に動物愛護センターを建設するまでの間、千葉県から収容施設の一部を借用し、処分を委託していた。

(5) 適用除外による実施主体の変更

都道府県内の特定の市町村を都道府県の単独事業や条例から除外し、事務事業の遂行を当該市町村の判断に委ねる場合がある。

指定都市、中核市、保健所政令市及び特例市に移行する過程で、都道府県事業に国からの補助がないことを背景に、都市の財政規模が大ききことを理由にして、当該移譲事務に関連する都道府県の単独事業の対象から除外される。

また、都道府県域を対象範囲とした条例の地域から除外されることがある。これも移譲事務と関連があるとの理由であるが、これらの根拠は希薄で、都道府県からの政策的自立を目指す都市にとって大きな障害となる場合がある。

都道府県単独事業や条例からの適応除外は、都道府県と市町村との協議の結果とされているが、財源が厳しい昨今にあっては、都道府県側の適用除外を進めたいという意向が強く働き、「実施能力や財源があって、大都市の特例を受けることにしたのだから、えり好みは許さない。」ということになりがちで、人口要件を満たす都市にとって中核市への移行をためらう一因となっていると考えられる。

指定都市には、石油・ガス・地方道路等の地方譲与税、自動車取得税交付金、軽油引取税交付金が財源として移譲されるのとは対照的に、中核市や特例市となる場合の財政上の措置について、船橋市では「中核市への移譲事務にかかる経費は、普通交付税で措置されることになっています。より詳しく説明すると、普通交付税の基準財政需要額（注1）⁽²⁴⁾を算定するに当たって、各関連算定項目の普通態容補正（注2）⁽²⁵⁾係数が一般市より上乘せされることにより、基準財政需要額が増加し、基準財政収入額（注3）⁽²⁶⁾との差である普通交付税額が増加することになっています。」⁽²⁷⁾と説明している。

中核市や特例市は、地方交付税算定の補正係数がよくなるだけで、税源の移譲は一

(24) （注1）基準財政需要額 普通地方交付税額の算定の基礎となるもので、地方公共団体が合理的かつ妥当な水準の行政を行い、又は施設を維持するために必要な財政需要を一定の方式によって算定した額

(25) （注2）普通態容補正 地方公共団体の都市的形態の程度や隔遠の度合いなどに応じる行政の質量差又は制度上の権能差によって生じる単位当りの経費の差を、基準財政需要額に反映させるための補正

(26) （注3）基準財政収入額 普通地方交付税の算定の基礎となるもので、地方公共団体の財政力を合理的に測定するために、標準的な状態において徴収が見込まれる税収入を一定の方式によって算定した額

(27) 船橋市ホームページ <http://www.city.funabashi.chiba.jp/kikaku/chukaku/guidance.html>

切ないにもかかわらず、都道府県が単独で行っていた事業の負担軽減と裏腹に、市民サービス維持の観点から適用除外される事業の出費を余儀なくされる。いわゆる国基準の上乗せ（増額）、横出し（範囲拡大）と言われる部分の事業である。要件を満たしながら中核市や特例市にならない都市があるのは、高負担となる都道府県の単独事業を除外されることを懸念していることが理由の一つとなっているとも考えられる。

重度心身障害者医療費扶助事業は、全国的に都道府県が市町村を通じて実施している事業だが、「保育所等福祉施設補助金も除外される。」ことを理由に、指定都市と中核市には適用除外が働きかけられ⁽²⁸⁾、千葉県、宮城県及び福岡県で指定都市との間で問題が生じている⁽²⁹⁾。これ以外に中核市移行協議の当初に都道府県から適用除外を提示される事業は、乳幼児医療費、母子等家庭医療費、医療機関補助、合併浄化槽設置費補助など他にもある。

国の補助事業であっても、政策的に都道府県で水準を上げる「上乗せ」、範囲を広げる「横出し」を行っている事業がある。典型的なものは、小児慢性特定疾患治療研究事業で、国の要綱に基づき都道府県が実施している事業を中核市に移譲するわけであるが、国の治療研究とは無関係の上乗せ、横出し援助であっても、移譲を受ける市ではなかなかサービス水準を下げるができない。しかもその事務が総事務量の大部分を占めるのに、根拠がないために財源・人材とも事務量分の支援を受けることはできないという事情もある。

また、都道府県にとって保健所は、その圏域内に最も多く設置されている直営の機関であることから、保健所の本来業務でなくとも都道府県が力を入れている政策に関連する事務事業であったりすると、除外の対象とされても市側で廃止するのは難しい。

こうした事業は、直営での継続の可否を検討するとともに、他の機関、組織で実施することの適否を検討する必要がある。どこで実施しても都道府県で実施するより担当区域が小さくなって小回りが利くとともに、専門組織が実施することにより効果が向上する可能性もあるからである。

また、条例からの除外とは、当該市町村に権限があることから、その地域を都道府県の条例の範囲から除くことである。法律により明確に市町村にも権限があると確認できる場合は当然であるが、都道府県の都合や市町村との法令解釈の違いから、除外

(28) 千葉県の千葉市に対する補助金の打ち切りに対し、千葉市は幕張メッセの建設事業負担金を凍結するとして対抗し、補助金は継続となった。朝日新聞 平成20（2008）年2月9日

(29) 朝日新聞 平成20（2008）年1月21日

されてしまう場合があり、除外された市町村は困惑する。

都道府県と同様の条例を遅滞なく成立させなければ、規制等の空白を甘受しなければならないが、往々にして移行準備の市には権限どころか経験不足から情報もないことから、移譲事務の解釈も実質的には都道府県の意思が支配的となってしまう、市町村への分権を名目とした行為が、市町村にとっては不本意な結果となってしまうこともある。

保健所政令市への移行時に整理できなかった事項は、事務の実績を積み上げた一定の期間が経過した後に、独自の解釈による事務に改善するべきではあるが、広域行政の観点、人財・建物設備・財源、情報の不足から判断が困難で、日常業務に追われて継続されてしまう傾向があり、移譲された事務事業を再評価する機関と機会が必要である。

(6) 職員の併任による事務の実施

「国家公務員の任用制度について規定する人事院規則8-12（職員の任免）によれば、採用、昇任、転任、配置換え又は降任の方法により現に官職に任用されている職員を、その官職を保有させたまま、他の官職に任用することをいうものとされている（同規則20）」⁽³⁰⁾。

この考え方で、主として都道府県の施設からでは目が届かない産業廃棄物の不法投棄監視等の業務に、一般の市町村職員を任命・業務従事させている例がある。市町村住民にとっては、都道府県のサービスが届かない部分を市町村職員が権限の委任を受けて、カバーしてもらえるわけだが、権限移譲の方策としては問題がないとは言えない。

人事院規則では、「任命権者は、法令の規定により併任が認められている場合、国家行政組織法8条の審議会又は協議会の非常勤官職に併任する場合、非常勤職員を非常勤官職に併任する場合、現に任用されている官職と勤務時間が重ならない他の官職に併任する場合、併任の期間が3か月を超えない場合、その他併任によって当該職員の職務遂行に著しい支障がないと認められる場合において併任を行うことができる（同規則21）」⁽³¹⁾とされている。つまり、職務権限の範囲が異なる他団体への職員への併任は想定していない。

(30) 前掲『全訂 自治用語辞典』「併任」の項

(31) 前掲『全訂 自治用語辞典』「併任」の項

また、地方財政法（昭和23（1948）年法律第109号）第28条には、「都道府県がその事務を市町村が行うこととする場合においては、都道府県は、当該市町村に対し、その事務を執行するに要する経費の財源について必要な措置を講じなければならない」とされており、都道府県知事の権限に属する事務を執行するために、権限のない市町村が給与負担する職員を併任し、何ら経費の手当なくその勤務時間内に事務を行わせることは問題がある。

加えて、現実に許認可権限がなくノウハウも蓄積されていない市町村の職員を都道府県の業務に動員することには、公務災害の危険性も指摘できる。職員の被災が、市町村の業務上と認定されない場合、費用負担もしていない都道府県が発令者として責任を担うことは、実質的に困難だと考えられる。

3. 保健所政令市の実態

（1）保健所政令市への移行

千葉県船橋市は、平成15（2003）年4月の中核市移行に伴い、いわゆる1段ロケット方式で保健所を設置した。平成12（2000）年10月に企画部企画調整課には中核市担当が2人配置され、保健所担当は当時福祉局の筆頭課であった保健福祉推進課に2人が配置された。

当時、船橋市は中核市の要件に満たない面積であったことから、人事交流など連携関係にあった神奈川県相模原市とともに、平成12（2000）年10月25日に第26次地方制度調査会から答申された地方自治法の改正による人口50万人以上の都市への要件の緩和を国に要望しつつ⁽³²⁾、千葉県にも必要な対応を依頼しながらの移行準備であった。

翌年4月には、中核市推進課と千葉県からの職員の派遣も受けて保健所準備課が創設され、平成13（2001）年に発足した「千葉県・船橋市中核市移行準備連絡協議会」に保健所準備部会を併設して、千葉県の市町村課と健康政策課に配置された県職員と協議・協力あるいは交渉しながら準備を始めた。

同時に、中核市移行（保健所設置）後の船橋市の保健衛生行政と保健所のあり方を検討するため、将来保健所に必要となる運営協議会のメンバーを含めた保健所設置検

(32) 相模原市と船橋市による国会議員等への要望活動を経て、平成14（2002）年3月28日、第154通常国会で地方自治法改正が成立した。

討委員会を組織し、平成14（2002）年2月20日には、千葉県・船橋市共同で国（厚生労働省）にスケジュール、保健所施設・付帯施設・職員確保方策など、準備の状況を説明するため資料を作成して厚生労働省ヒアリングに望んだ。

また、保健所の設置が市民にとっても意義あるものになるように、事務事業の再編と連携協力による効率的体制とするため、既存の関連業務を洗い出すとともに市民の意識を調査し、平成15（2003）年4月の保健所の設置とその運営指針とするために、地域保健ビジョン⁽³³⁾と保健所設置基本計画「船橋市地域保健の構想 — 市民の安全を護り健康を育むまちに —」（平成15（2003）年1月30日）をまとめた。

この中では、保健所を健康危機発生時に小回りを利かした機動的な対応が可能となるように、意思形成のラインを短くした本庁の部相当の独立した組織とし、母子保健関係の窓口も保健センターを所管する既存組織に統合して身軽とすると同時に、庁内の応援協力体制を確保した。また、主として処理件数等、規模の関係から、検査の精度管理のための検査担当と精度管理の分離はされていない。養育・療育・育成医療等の母子関係業務は、既存の関連本庁部局の母子保健と健康増進部門を再編の上統合し、主として設置時の困難性に配慮した結果、精神障害者の保健及び福祉は保健所に一元化された。千葉県が保健所を使って実施していた事業であるドメスティック・バイオレンスの相談は、関連事業を実施していた女性センターに一元化する一方で、女性外来は医療センターにも拡大し3機関間の連携による効果向上を意図するものとした。

食品や衛生関係の許認可や監視・指導、結核などの患者管理や感染症発生動向の報告に必要なコンピュータシステムを整備し、保健所設置前日となる平成15（2003）年3月31日には、知事・市長間の中核市の移行に関する協定とは別に、県健康福祉部長と船橋市長との間で「中核市移行に伴う引継ぎ等に関する覚書（健康福祉部関係）」を締結した。

千葉県内では、千葉市が昭和63（1988）年に保健所政令市となり、平成4（1992）年に政令指定都市となったが、かなりの年数が経って、状況や法律も変わっており、参考程度の前例であったことから、結果として要した2年6か月の期間はかなりのスピードで移行したと言える。

船橋市保健所の施設は、もともと3、4階が船橋市と鎌ヶ谷市を管轄とした千葉県

(33) 市町村が策定している地域福祉計画は法令で義務づけられているが、都道府県の医療計画はあるものの地域保健には相当するものがなく、連携上からも保健所政令市には保健（衛生行政）に関する計画が必要と考える。

船橋保健所であった千葉県船橋合同庁舎の保健所部分から、県が団体に貸出す部分を分離の上、千葉県から借りてスタートした。保健所本体は、後年に自前の建物を整備する条件となっているが、現在まで実現していない。

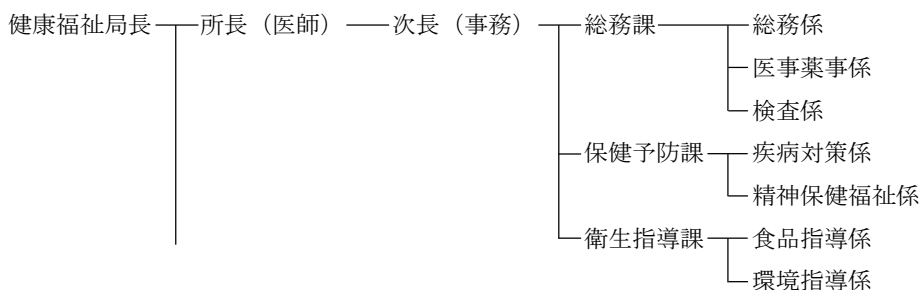
犬の抑留、犬猫の収容・処分施設については、隣接する駐車場に一時収容施設を建設し、抑留は県の施設を借用し、一部業務を委託していたが、平成19年に動物愛護センターを整備して自己処理できる体制となった。捕獲用の車両は小型・軽自動車の2種類を特別発注した。

食肉検査所については、市内に該当業者施設がないことから設置せず、中央卸売市場内の保健所⁽³⁴⁾も設置せず、保健所の管内食品衛生監視業務と併せて対応することとした。

感染症、食品衛生及び環境衛生の監視に必要な検査については、千葉県保健所の設備を借り受けるとともに、保健所検査機能の集約から低下していた能力を補うため、民間検査機関では実施不可能な健康危機管理時の検査に必要な検査機器を購入設置した。また、主として施設の制約から不足する機能は、千葉県の他保健所と衛生研究所に委託して実施することにした⁽³⁵⁾。

必要な人材については、獣医師、管理栄養士、検査技師など、市として採用経験の少ない専門職が多数必要なことから、市職員の千葉県への派遣研修を実施するとともに、新規採用及び千葉県からの派遣と希望者の割愛（身分移管）により、必要な資格職を確保した。

＜図1＞ 開設当時の船橋市保健所の組織



(34) 通称「市場保健所」と呼び、公設中央卸売市場には設置されることが多い。

(35) これ以外にも、保健所の診療所としての開設許可、保健所番号、公費負担医療費番号及びその審査支払い委託契約、各種監視・指導に当たる職員の任命などの事務がある。

保健所開設時には、千葉県からの身分移管5人、千葉県からの派遣19人、人事異動23人、新規採用職員5人の計52人の正規職員と3人の非常勤職員の計55人が配置された。人事異動の中には千葉県の本庁及び保健所に派遣していた10人、事前に準備をしていた5人が含まれていたが、事前に市で準備していた県職員2人、市職員1人は他の部門に異動となった。県からの派遣職員は、5年で解消する協定としたため、4年目に当たる平成19（2007）年4月の段階では5人に減少し、非常勤職員7人を加え総勢は69人となった。そして、平成20（2008）年度には、市職員62人、非常勤職員9人となり、千葉県からの職員の派遣は解消した。研修派遣した職員と支援してくれた県職員の人件費は準備期間も含めて船橋市が負担した。設置当初、千葉県からの派遣を受けていた保健所長は、市医療職の定年を延長して、県保健所長経験者を採用している。また、平成21（2009）年度には、事務職のトップとして部長相当職の保健所理事が配置された。

中核市移行に当たって移譲された保健所関係事務は1,550件であった⁽³⁶⁾。54法律と各種統計調査、住居衛生相談、小児慢性特定疾患治療研究事業、特定疾患治療研究事業、遊泳用プールの衛生に関する事務の5項目に分類でき、根拠が法律にある事務が683、政令88、省令160、要綱・通知135、関連事務が484であった。また、このうち保健所政令市への移譲事務は、計1,376事務であった。

この中には、保健所政令市長事務882件のほか、保健所長事務128件、その他職員⁽³⁷⁾の権限に属する事務13件のほか、地方自治法第252条の17の2に基づく条例による事務処理の特例による339件と市への委託によるもの14件が含まれるので、純粋な保健所政令市事務は44法律、1,023件となる。

この移譲事務の特徴は、疾病や障害のある市民への対応を行う対人保健サービス分野のメニューが増えるとともに、免許や許可といった規制行政が飛躍的に拡大するということである。「保健所における仕事は、対人保健サービス、対物保健サービス、指導行政、規制行政等に一般的には分類されている。」⁽³⁸⁾が、実際の業務においては密接不可分に運用されていることから、本稿では、対人・対物に大別して考察を進める。

(36) 中核市移行事務全体では約2,500と言われているが、平成20（2008）年4月に中核市に移行した柏市では約2,700となっている。地方分権が進んだとも考えられるが、事務事業のくくり方が異なるため詳細の比較は困難である。

(37) 薬事監視員、食品衛生監視員、環境衛生監視員など

(38) 小倉敬一「1-5. 地域保健における保健所の役割」『地域保健法による新しい地域保健事業の進め方 保健所と市町村の役割』平成9（1997）年（財）日本公衆衛生協会 p.25

<表2> 船橋市の保健所政令市準備要員

準備内容	配置場所	元 職	職 種	30ヶ月前	24ヶ月前	18ヶ月前	12ヶ月前	1ヶ月前
保健所準備	市役所	市職員	事務	2人	5人	5人	6人	6人
			保健師				1人	1人
		県職員	事務		1人	1人	1人	1人
			獣医師				1人	1人
	県保健所	市職員	検査技師				1人	1人
			事務		1人	1人	1人	1人
			事務		1人	1人	2人	2人
			医師					1人
			保健師		1人	1人	2人	2人
			管理栄養士				2人	2人
			検査技師					1人
産業廃棄物準備	市役所	市職員	事務				2人	2人
			化学				2人	2人
	県庁		事務		1人	1人		
			化学			1人		

<表3> 中核市への移譲事務項目数

※ 船橋市中核市説明資料より作成

区 分	法律・政令	省令・要綱	県単独事務	合 計
民生行政に関する事務	242	359	57	658
保健衛生行政に関する事務	629 (771)	154 (295)	505 (484)	1,288 (1,550)
環境行政に関する事務	95	8	3	106
都市計画・建設行政に関する事務	385	37	5	427
文教行政に関する事務	11	0	0	11
その他事務	6	0	0	6
合 計	1,368	558	570	2,496

※ ()内は監視員等の職務も含めて、保健所の業務として、法令等の処理事務をカウントしたもの

(のざわ ひでみ 法政大学大学院比較行政文化研究所 客員研究員)