

公衆衛生行政の再確立と保健所再生に向けて

京都府保険医協会

2021.1.26

1. 問題意識

新型コロナウイルス感染症拡大を受け、感染症対策の最前線に立ったのは都道府県・政令市・中核市に設置された保健所だった。保健所は「地域保健法」並びに「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」に基づく「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」並びに「新型インフルエンザ等特別措置法」を主たる法的根拠に、①効果的なサーベイランスを実施すること、②対象者を適切な医療へつなげること、③効率的に疫学調査を実施し、④感染拡大を防止・抑制すること、⑤地域流行時においても適切な保健・医療・福祉が提供できる体制を圏域内で構築すること、の「5つの役割」を期待されている。

だが現場から漏れ聞こえてくるのはただただ「窮状」ばかりである。

日本の公衆衛生政策のうち地域保健分野の大部分を担う保健所が、現実には新興感染症に見舞われてみれば、それに対応不可能な組織になってしまっていたのが現実である。

私たちは別に、「新型コロナウイルスを含む感染症パンデミックへの対応体制の見直しについて」を提言し、既存の法制度の枠組みを超えた感染症対策の確立を求めている。

そうした提言内容を実現するためにも、感染症対策も含めた公衆衛生政策を国家の責務としての社会保障制度の柱として捉えることが必要である。

本提言は窮状にある保健所の再生を権利としての公衆衛生の確立の欠かせざる条件と考え、とりまとめるものである。

2. 保健所の困難

新型コロナウイルス感染症拡大で保健所が困難に陥っているとの報道が頻繁になされている。市民・医療機関からの相談を受け、検査のための外来受診を調整し、陽性者の入院先を確保し、積極的疫学調査でクラスター発生を抑えるという、2009年の新型インフルエンザ流行時に確立したはずのセオリーを実施するにも、従事スタッフの過酷な労働を生み出さずには不可能であることが明白になってきた。例えば京都市当局が市会議員に示した資料（2020年6月・保健福祉局）によると、医療衛生企画課の時間外勤務時間は感染者数が増加した7月の平均値で122時間、最大値は207時間であり、過労死水準を遥かに超えていた。この点だけをとっても法的に求められる役割の大きさに対し、今日の保健所の人員体制は対応できるものになっていないことを示している。

3. 保健所とは何か

なぜ、かような事態に直面してしまったのか。その疑問を解くには「国策」に翻弄され続けてきた保健所の歴史を紐解くことが必要である。

保健所の歴史は1935年、米国のロックフェラー財団の資金援助を得て、都市保健館が東京京橋に、農村保健館が埼玉県所沢に設置されたことから始まる。これら为先駆けに1937年、

保健所法が制定され、結核予防・母子衛生・栄養改善を中心に、健康相談・保健指導を行う保健所事業が開始された。当時から保健所は、伝染病のみならず、当時の公衆衛生の到達・知見から保健所は衛生全般を取り扱う機関だった。だが保健所誕生の当時、日本は泥沼の戦争に突き進んでいた。保健所も戦争勝利のための行政機関として動員され、全国の徴兵検査成績を監督する役割等を担った。

やがて戦況が悪化し、保健所も壊滅状態のまま敗戦を迎えた。敗戦後の日本に襲い掛かったのは復員した人たちが持ち帰った伝染病、食糧不足と低い衛生水準による健康危機だった。GHQは1945年9月に覚書「公衆衛生対策に関する件」を発出、壊滅状態にあった保健所が再出発する。続いてGHQは1946年に「保健及び厚生行政機構の改正に関する件」、1947年に「保健所機構の拡充強化に関する件」を発出、これらを受け保健所法が全面改正され、1948年1月から施行された。

こうした公衆衛生政策の再構築のバックボーンとなったのは日本国憲法第25条であった。1950年には社会保障制度審議会が勧告を発し、公衆衛生も含め、国家の社会保障責務を明確に謳った。敗戦までは戦争遂行のための行政機関であった保健所は、社会保障の担い手へと存在意義を転換し、再出発したのである。もとより衛生という言葉は「生を衛る」を意味する。人々の生存にとって欠かせない社会基盤を構成するのが公衆衛生なのであり、この時点で真の保健所の歴史は始まったといえる。

4. 公衆衛生の黄昏と疾病構造の変化

だが、1957年には早くも「公衆衛生の黄昏」が論じられるようになる。61年に控えていた国民皆保険達成へ厚生省(当時)の予算が傾注されるであろうことを踏まえた論説だったが、一方では疾病構造の変化もその背景にあった。当時、生命を奪う伝染病の代表が結核だった。結核制圧は国家的課題だった。だが、1950年代後半には衛生環境の改善と医学の進歩によって結核は死亡理由の上位から姿を消し、悪性新生物等の非感染性疾患が健康課題の上位に位置付けられるようになっていく。高度経済成長期を迎え、国内に様々な産業が発達し、労働環境の過酷さや社会構造の複雑性が増す中で、がんも含めた「成人病」への対応が強く求められることになったのである。これについて1960年の厚生白書は次のように述べる。「…成人病は、主として四〇才から六〇才代の働きざかりの人々を労働不能におとし入れるのであって、個人的にも社会的にも、はかり知れない不幸と損失をもたらしている」「文明の高度化と社会生活の複雑化が著しくなるにつれて、成人病による死亡は、さらに増加する傾向をもつものと思われる」「成人病対策の基礎となるべき研究の助成、衛生教育あるいは診療サービスの充実などについては、さらに強力に推し進めなければならないことは当然であるが、専心これらの問題に対処すべき行政機構の確立も急務となつてきている」。

あわせて1960年代には都市、農山漁村、へき地と地域ごとに異なる人々の様々な健康課題への対応が志向され、健康相談や集団検診の各業務について運営方針や定員等を示す「保健所運営の改善について」(1960)が通知された。老人福祉法(1963)、精神衛生法(1965)、母子保健法(1965)が次々に制定され、また公害や「成人病」と保健所が対象とする地域保健の課題は拡大し、それにつれて業務量も増え、人員不足が問題となった。厚生省は事態の打開に

向け、「基幹保健所構想」(1967)、「保健所問題懇談会基調報告」(1972)と積極的な改革構想をまとめたが、予算がつかないばかりか折しも襲い掛かった石油ショックの余波も受け、何れも実現しなかった。

そのような状態のまま 1970 年代、日本は高齢化社会へ突入した。これにより地域保健課題も高齢化への対応へ大きくシフトする。位置付けられる。78年に厚生省は「国民健康づくり運動」をスタートさせ、これが後の地域保健法による保健所の在り方の大転換へとつながることになる。国は健康対策事業の実施主体をより身近な市町村とし、その拠点として市町村保健センター設置を推進したのである。

1983年、老人保健法が成立。同法は当時厚生省を悩ませた老人医療費無料化制度廃止を視野に入れた新たな医療費負担システム構築であると同時に、高齢者の健康相談、健康教育、機能訓練サービス等、高齢者の健康づくり事業を市町村が担うものだった。

5. 地域保健法と社会保障制度構造改革

以上の経緯を踏まえ、母子保健事業も市町村事業に位置付けた上で、対人援助業務を市町村、計画策定・企画調整・市町村支援を保健所が担うという体制が本格的に法整備されることになった。これが保健所法を全面改正して成立した地域保健法(1994)である。同法により、市町村保健センターの設置が促進され同時に、保健所設置数は従来の概ね人口 10 万人に 1 カ所から二次医療圏に 1 カ所にあらためられ、保健所数の激減が始まる。

最も身近な行政体が公衆衛生行政における対人援助サービスの実践者として最前線に立つ、という発想自体が大きく間違っていたとは考えない。だが問題は、地域保健法の全面施行(1997)が、日本で初めて新自由主義改革を発動させた橋本龍太郎政権(1996)の発足、その下で国が医療・社会保障サービスにかかる国家負担の抑制路線と併走し、混合する形で進められることになったという点にある。

当時、橋本行革と称されたそれは、国の財政をグローバル化する世界経済に対応し得る企業支援に振り向けるため、社会保障にかかる費用の抑制を志向した。分岐となったのが社会保障制度審議会の 1995 年勧告である。同審議会の 50 年勧告が国の責任による社会保障制度を勧告したのに対し、95 年勧告は「みんなのためにみんなでつくり、みんなで支えていく」のが社会保障の基本理念だと述べ、公的責任から自助・互助へ理念を後退させた。地域保健法はそうした理念後退の局面において施行されたのである。

他方、国は「社会福祉基礎構造改革」を推進し、介護保険法(1997)、社会福祉事業法を社会福祉法へ改正(2000)、障害者福祉サービスは「支援費制度」(2000)へ移行させた。介護保険法や支援費制度が市町村の保健福祉行政に与えたインパクトは甚大だった。措置から契約へ、の転換は当事者の自己決定権尊重という衣を纏っていたが、その実、拡大する医療・福祉需要に対し、本来国家が果たすべき社会保障責務を、当事者と民間事業者の契約関係に置き換えた。即ち、地域保健法によって折角保健所から市町村(保健センター)へ移管した業務は、早々と民間事業者へ委ねられることになった。これによって市町村保健センターの対人援助業務は縮小し、当然、機能縮小を促す要因となった。さらに新自由主義改革は、老人保健法を事実上廃止し、医療の給付を後期高齢者医療制度へ移行させ(2008)、旧来の老人保健事業

の根拠を 64 歳までの者に対しては健康増進法（2002）、65 歳以上の者について介護保険法における一般介護予防事業に付け替えた。さらに市町村が実施してきた基本健康診査は廃止され、新たに保険者が実施主体となる特定健康診査・特定保健指導へ移行した（2008）。地域保健法以降、それまで保健所・市町村保健センターが担ってきた事業が、地滑りのように自治体から引き剥がされたのである。

6. 保健所解体モデルケースとしての京都市 失われた開業医との協働

先に述べた地域保健法と社会保障分野も巻き込んだ新自由主義改革が混沌と一体になり進められた余波は政令指定都市の保健所にも押し寄せた。京都市における行政区保健所の廃止・統合は 2010 年に強行された。他の政令市が早々と統合したのに対し、一定期間は持ちこたえたといえよう。しかし、その後の今日に至るまでの徹底した機構改革は保健所解体のモデルケースに相応しい。

京都市が 11 行政区すべてに設置する保健所を 1 カ所の「京都市保健所」に統合する方針を示した時、当協会は警鐘を鳴らし、市内地区医師会の賛同を得て、廃止方針反対運動を展開した。当時の協会の意見書は次のように指摘している。「独居を含む高齢世帯の増加、様々な社会的要因を背景にした子育て環境の悪化による母子保健上の諸問題、自殺に繋がる精神疾患の増加、食の安全の揺らぎ、新興感染症の台頭等、市民の健康を守る上での阻害要因の増加が指摘され、保健衛生上、これまで以上にいっそうきめ細やかな施策が必要となっている」。「行政と地域の医療者が密接に連携し地域住民の健康課題の解決にあたる必要性は、むしろ増しており、連携の要としての各区の保健所の役割を再構築することが重要である」。しかし京都市は廃止・統合を強行。京都市保健所が設置され、11 行政区の保健所は「支所」となった。さらに保健師の業務スタイルが変更され、いくつかの学区を保健師が担当し、オールマイティに課題へ対応する「地区担当制」から、課題別に担当が振り分けられる「業務担当制」への移行がなされた。

しかしながらこの時点では、支所となった旧保健所は従来の機能を維持していた。真に保健所解体といえる事態に至ったのは 2017 年の機構改革だった。17 年の機構改革は保健所業務のうち、食中毒対応等を担う「衛生部門」の専門職を市内 1 カ所の「医療衛生センター」に統合。感染症対策を含む「医療部門」はやはり市内 1 カ所の「集約化部門」（現・医療衛生企画課）に統合した。行政区に残されたのは難病・障害・高齢・母子の部門であり、それぞれ福祉部門に吸収された。これによって、京都市と地区医師会をはじめとした地元の専門職団体、そして住民が一体となったコミュニティぐるみで健康課題に対応する関係性が完全に破壊された。1 行政区に 1 人、公衆衛生を担う医師がおり、地区を担当する保健師をはじめとした保健スタッフがおり、地区の医師会と相談しながら地域を支えてきたのが京都市における公衆衛生行政の姿だった。

開業医が患者を診察し治療する。保健所はその「外堀」として公衆衛生を担う。その両者の協業があつてこそ、開業医自身の視界も地域全体に広がっていた。地域の保健所をなくし、地域保健機能を後退させつづけた結果、開業医は外堀を破壊され、ある意味では孤立し、ある意味では狭い視野しか持てない状態になった。保健所の廃止は「地域」という捉え方その

ものを、住民からも、医師からも、そして行政からも失わせることにつながった。京都府保険医協会が保健所を中心とした公衆衛生政策にこだわる最大の動機はここにあり、以降、繰り返される京都市の医療・福祉をはじめとしたサービス後退や行政改革・リストラの一切に反対する理由でもある。

7. 地方衛生研究所をめぐる課題

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、あらためて役割に注目が集まったのが地方衛生研究所である。地方衛生研究所と保健所は、地域で公衆衛生を担う車の両輪である。保健所再生には、同研究所の機能、体制強化が必須である。

京都府においては府の所管する「京都府保健環境研究所」と、京都市の所管する「京都市衛生環境研究所」がある。府研究所は1946年、市研究所は1920年と何れも古い歴史を刻む組織であり、新型コロナウイルス感染症においてはPCR検査を担うこととなった。地方衛生研究所は1948年、厚生省の発した設置要綱に基づき、「地域保健対策を効果的に推進し、公衆衛生の向上及び増進を図るため」「保健所と緊密に連携し」「調査研究、試験検査、研修指導及び公衆衛生情報等の収集・解析・提供を行う」機関として、都道府県並びに政令指定都市に設置されている。

地方衛生研究所をめぐるのは、根拠法が存在せず、財政規模や人員基準、設備等が地方自治体に委ねられているのが現状である。そのため人員や予算、それに伴う検査能力（検査数だけでなく、対象となる検査の範囲も）や情報発信力に地域格差が存在している。かつて国は「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議 報告書」（平成22年6月10日）において、サーベイランス実施体制の強化に向け、「とりわけ、地方衛生研究所のPCRを含めた検査体制などについて強化するとともに、地方衛生研究所の法的位置づけについて検討が必要」としていた。以上の総括を踏まえた取組がなされていたとは考えらず、あらためて国は各研究所の実情把握を行い、法令上の位置づけの明確化、機能強化に向けた財政投入を行うべきである。

8. 公衆衛生政策と保健所の再生のために

保健所の歴史は、国政策に翻弄され続けてきた。今新型コロナウイルス感染症は保健所を中心とした公衆衛生政策が弱り切った局面において到来したのである。地域住民が不安と恐怖におののき、差別と風評被害が蔓延しているにもかかわらず、住民に寄り添い、最新の知見から正しい情報を提供し、感染拡大を予防する保健所はもはや地域に存在しない。

敗戦後、戦争遂行目的の行政機関から基本的人権の担い手へと発展した保健所は、新自由主義改革によって再び窮地に追い込まれた。新型コロナウイルス感染症の拡大はその政治の在り方自体の転換の必要性を強く示唆しているのである。

ウインスロー（1877～1957）は、「公衆衛生とはサイエンスでありアートである。いずれも組織化されたコミュニティの努力によって、疾病を予防し、寿命をのばし、健康づくりと諸活動の能率を高めるためのものである」と述べ、「組織化されたコミュニティの努力の対象として、5つのことを述べている。第1に、環境衛生（トイレの使用など）の改善。第2に、コミュ

ニティにおける感染症のコントロール。第3に、衛生の諸原則に基づいた人々の教育。第4に、疾病の早期診断と予防的治療のための医療と看護サービスの組織化。第5に、コミュニティに住む一人一人が健康であり続けられるように適切な生活水準を保障できる社会制度の開発。当面する新型コロナウイルス感染症において、保健所が本論「1」で述べた6つの役割を果たすべくその大前提として、感染症をコントロールできるコミュニティの再生が必要であり、そこで責任を果たし得る保健所への再生が求められる。

当協会は京都府に宛てて10月29日に提言した文書で次のように指摘している。「行政職、とりわけ保健師等専門職が地域を担当し、地域住民に対する時時刻刻の情報発信、予防策の啓発等、もしもの時の対応についてアウトリーチによって理解してもらう取組が必要と考える。地域の開業医も保健所スタッフと一体となり、その役割を果たす」。感染症に立ち向かえる地域の力を再生することが急がれているのであり、そのためのリスクコミュニケーション策の確立が求められる。

については、当面、国・地方自治体に次の点を求めたい。

- ① 専門職の人員増をはじめ、体制強化を図ること
- ② 公衆衛生を担う医師、保健師、薬剤師等の養成並びに専門教育の充実を推進すること
- ③ 市町村保健センター、市型保健所においては、対人援助業務を担えるよう体制強化を図ること
- ④ 政令指定都市においては、全行政区に保健所を再建すること
- ⑤ 「地区担当制」を復活すること

また、私たちは保健所にすべてをまる投げする今日の感染症対策を根本的にあらため、国の責任による感染症対策がなされるように求める。

〈参考文献〉

- ・ 『病気の社会史—文明に探る病因』(岩波現代文庫) 立川昭二著
- ・ 「障害とは何か 戦力ならざる者の戦争と福祉」(藤井渉著・法律文化社刊)
- ・ 『自治体病院の歴史』(伊関友伸著・三輪書店)
- ・ 「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)への対応」京都府山城南保健所所長三沢あき子著、『相楽医報』第186号所収(2020年8月19日)
- ・ 『改定新版 公衆衛生 —その歴史と現状』多々良浩三・瀧澤利行著、財団法人放送大学振興会
- ・ 2020-09-15 基礎研 レポート 感染症対策はなぜ見落とされてきたのか 保健所を中心とした公衆衛生の歴史を振り返る 保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳 (03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp
- ・ 『系統看護学講座 公衆衛生』(医学書院)
- ・ 『安倍医療改革と皆保険体制の解体』(岡崎祐司・横山寿一・中村暁著、大月書店刊)
- ・ 厚生白書(昭和35年度版)