


 巻頭言

# コロナ危機と自治体の総合行政

## 北山俊哉

(関西学院大学法学部教授)

1958年生まれの筆者にとって、一番身近な伝染病は結核であった。ストレプトマイシンが発見され、1950年代以降になって、日本においても効果的な治療法が確立されたおかげで、死の病とされた結核による死亡率は下がっていったという。筆者の父も結核を患っており、やせた父の写真が家にあった。罹患中には、子どもを持つことなど考えられなかったらしい。私が生まれたのは、父が完治できたからであった。

それ以降の日本には深刻なダメージを与える伝染病はあまりなかったといえるだろう。エボラ出血熱、重症急性呼吸器症候群（SARS）、鳥インフルエンザ、新型インフルエンザなども日本においては深刻な被害を与えるほどではなかった。

日本における公衆衛生は、明治以降の近代化の中で関係者の努力によって確立していき、効果を上げてきた。本稿では、筆者が進めてきた日本の行政の特質に関する議論、すなわち地方自治体が総合行政の実施主体としてほとんどの政策を実施管理していることに着目する観点から、コロナ禍および衛生行政について考えることとしたい。

明治維新の際には、開国とともにひろがったコレラへの対策が一番の急務であった。ここに登場する重要人物が長與専齋である。適塾で塾頭になり、岩倉使節団に加わって、欧米の衛生行政を学んだという経験を持つ長與は、帰国後に明治日本の医務行政、衛生行政をけん引する存在となった（宗前 2020、小島 2021）。1875年に内務省の初代衛生局長に就任し、以後、衛生行政の確立に尽力したのである。

内務省は、衛生局を持つと同時に、警察を担当する警保局、そして地方行政を担当する地方局を有する存

在である。明治の中央地方関係を「内務省一府県システム」と呼ぶことがある。包括的な監督権を有する内務省から、官選知事が府県に対して派遣されることがその根幹である。府県はいわば国の総合出先機関といえる存在であり、知事は地方官と呼ばれる官吏（国家公務員）であった。もっとも、公選で議員が選ばれる府県会という議会があり、限定的ではあるものの一定の権限を有していた。戦前の府県にも自治体としての側面があったのである。

より具体的なコレラの対策の体制としては、1879年の流行に対して、国内外の医師を召集し中央衛生会が創設され、同年末には各府県に衛生課、各町村に衛生委員が置かれることとなった。翌80年には伝染病予防規則が制定され、さらに各伝染病に対して、清潔法、摂生法、隔離法、消毒法の励行を求める伝染予防法心得書も制定されたのである（小島 2010）。

これらの展開はまだ明治の早い段階のことであり、内閣制度（1885年）、地方官官制（1886年）、市制・町村制（1888年）以前の段階である。中央と地方の政治行政制度の確立の過程で進んだのが衛生行政の警察化である（小島 2021）。85年には長與が活動を期待した町村衛生委員や府県連合衛生会が廃止され、翌年の地方官官制では、警察の所管の中に衛生事務が位置付けられたのである。93年の地方官官制の改正ではさらに警察の役割が強調されることとなった。

しかし、地方において衛生行政の主体となるのは、地方長官としての官選知事である。「内務省一府県システム」において、知事は「内務大臣ノ指揮監督ニ属シ各省ノ主務ニ就テハ各省大臣ノ指揮監督ヲ承ケ法律命令ヲ執行シ部内ノ行政及警察ノ事務ヲ総理ス」とい

う存在であった。つまり、衛生行政における重要性を増していた警察を「総理」するものが知事であったのである（小島 2021、91頁）。1894年に制定された勅令第14号において府県知事は、市町村が衛生費を支出するよう命令できることを規定したうえで、それが難しい場合には府県税によって負担するとされた。

その後、長與の後継者となった後藤新平のもとで伝染病予防法の制定（1897年）へと結びつき、地方長官の衛生行政上の責任がより明確となったとされる（小島 2021、94頁）。さらに結核が流行し始めると、1919年に結核予防法が制定された。中央地方関係の観点からは、人口5万人以上の市または特に必要と認める地方公共団体に対して結核療養所の設置が命じられたこと、地方公共団体や公益法人の結核療養所に対して国庫補助を行ったこと（小島 2010、235頁）が注目に値する。国立の療養所を各地に建てるのではなく、市町村に建てさせ、財政的な支援を行う方式がここで取られていたのである。

その後、戦時色を強める中、また新たな展開があった。1937年には保健所法が制定されたのである。地方長官から保健所長にいくつかの権限が移されることもあった（野沢 2010）。もっともこの時の保健所は、保健衛生上必要な指導や相談を総合的に実施するという性格のものでしかなかった（小島 2010、239頁）。

本格的な衛生行政の展開となったのは、戦後占領改革の時である。それが、GHQのサムス准将を中心とした改革である。サムスによると、厚生省を再編し、都道府県に衛生部と民生部を設置する必要があったが、「さらに重要なことは、われわれが普及させようとした衛生関係国内法を地方自治体レベルで実施するために、全国規模の組織を作ることであった。」（サムス 2007、172頁）

そこで「責任と任務についてのそれまでの概念とはまったく異なる保健所という新しい組織を全国的に設置することが必要となった。人口約10万人という単位が、保健所の所管し得る適正規模とされた」（サムス 2007、174頁）と記している。「衛生法規の実施のためには、市、町、村、ないし郡のような政治の地方単位は適切ではないということが、長年にわたってわかってきた。そのため、われわれは都道府県行政の延長としての階梯的行政機構を設置した。この新しい行政単位は保健所職員が所管する保健所地区であった。保健

所職員は県衛生部長の監督下にあつて、当該保健所地区内で法律の施行の責任を遂行した。」（サムス 2007、175頁）こうして、保健所は都道府県が設置者となって置かれることになり、これらが全国的に設置されたことをサムスは「もっとも誇りとする仕事の一つであった」としている。1947年に新保健所法が国会を通過して、全国に800の保健所地区が設定された（この時、新法の政令によって、人口15万人以上の30市が「保健所政令市」として指定されている）。1951年には新たに結核予防法が制定され、保健所の役割が強化されていく。こうして、冒頭に述べたように筆者の父の結核が完治に向かっていくことになった。

その後、1956年には政令指定都市制度が創設されて、政令市は保健所を設置することとなった。1996年には、中核市も保健所を必置することとなり、都道府県の保健所が減ることとなった。

またこの間の社会経済的变化を受けて、保健所に求められる機能が変わってきた。1994年の地域保健法はそれまでの保健所法を改正したもので、これにより、市町村保健センターが法定された。これにより、例えば母子保健サービスの提供主体は原則として市町村に一元化され、保健サービスについて市町村への権限移譲、すなわち所掌事務の分権化が進んだのである。また同年12月の「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（厚生省告示第374号）により、従来は10万人に1カ所とされていた保健所所管区域の見直しが行われ、同年には625カ所あった都道府県保健所が、2017年には363カ所に減少した。

現在、都道府県が設置する保健所は、単独あるいは複数の市町村を管轄区域としており、市町村の境界と無関係に、人口を単位とした保健所地区を作っているのではない。例えば、兵庫県の阪神間では、県が設置する芦屋保健所、宝塚保健所、伊丹保健所が存在するが、芦屋は芦屋市（人口9.3万人）であるものの、宝塚は宝塚市と三田市（人口は合わせて約34万人）、伊丹は伊丹市、川西市、川辺郡（約38万人）を管轄区域としており、人口規模の格差が存在している。さらに阪神間では、神戸市が政令市であり、西宮市と尼崎市は中核市であるが、中核市になる前から保健所政令市として市立の保健所を有していた。

また東京都においては、23の特別区がそれぞれ保健所を設置している。都の保健所としては、例えば、多

摩府中保健所があり、武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市を所轄としており、管轄人口は50万人を超える。

このように都道府県によって、保健所の設置形態は多様となっている。政令市、中核市、保健所政令市の数が多ければ、都道府県が設置する保健所が少なくなる。東京都は23区のほか、八王子市が中核市、町田市が保健所政令市であり、神奈川県も政令市が3つ、中核市が1つ、保健所政令市も2つある。大阪府は政令市が2つ、中核市が7つと多い。逆に、徳島県、佐賀県には県が設置する保健所しか存在しない。

21世紀を迎え、伝染病よりも成人病・生活習慣病がより深刻であるとの議論も出てきた。それに適合的なのは保健所よりも、住民と接する市町村の保健センターとなる。ここで日本を、いや世界を襲ったのが新型コロナウイルスであった。

コロナ対策に関連する法律である、感染症法及び新型インフルエンザ等対策特別法で重要なのは知事の役割である（竹中 2020）。他方、地域保健法は、保健所の担当する事項として「エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防に関する事項」をあげており、PCR検査をはじめとして、保健所も重要である。しかし、知事と自らが指揮する保健所との関係がもっともスムーズにつながりえるのは、県の保健所しかない2県（徳島、佐賀）のみである。都知事は23区の保健所に対する権限を持っているわけではないのである。

そこで竹中治堅は、「感染症の検査体制については、やはり国が直接実施部隊を持ったほうがいいのではないかと考えています。そのために公衆衛生庁を創設してもいいのではないかと思います。国が出先機関となる保健所を全国に持つておくわけです」（竹中、手塚 2021）という見解を示している。しかし、歴史的に発展してきた行政のあり方、地方自治体が総合行政の実施主体としてほとんどの政策を実施管理している経路からは離脱したものとなり、実現には困難が伴うだろう。

消防行政が一つの参考になる。消防は市町村が完結した実施主体となって発展してきたが、大災害への対応のために、国の消防庁の長官が指揮命令権を持つ緊急消防援助隊が1995年に創設された。しかしながら、この緊急消防援助隊の隊員も普段は、市町村消防において勤務をしているのである。歴史的制度論者のポー

ル・ピアソンが言うように、「過去の制度的な選択が、背負い込んだ重みとなっており、自由に動ける余地を甚だしく制限していることに気がつく。過去の制度的選択は粘着的かもしれないし、経路依存性であるかもしれないのである。」（Pierson, p.493）既存の体制を基礎とした上で、いかに冗長性を組み込むかという、政策供給体制の議論が必要である。例えば、一定人口を単位とした、都道府県による保健所地区というサムスのそもそもの構想は、現行の市町村保健センターと併存可能なものであろう。

（きたやま・としや）

#### 参考文献

- ・小島和貴（2010）「衛生行政史」笠原英彦編『日本行政史』慶應義塾大学出版会
- ・小島和貴（2021）『長与専斎と内務省の衛生行政』慶應義塾大学出版会
- ・C. F. サムス、竹前栄治訳（2007）『GHQサムス准将の改革 戦後日本の医療福祉政策の原点』桐書房
- ・宗前清貞（2020）『日本医療の近代史—制度形成の歴史分析』ミネルヴァ書房
- ・竹中治堅（2020）『コロナ危機の政治 安倍政権vs.知事』中公新書
- ・竹中治堅、手塚洋輔（2021）「コロナ危機が浮き彫りにした日本の統治構造とその弱点」『公研』696号
- ・野沢秀実「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）」（2010）『自治総研』380号
- ・Paul Pierson（2000）, “The limits of design: Explaining institutional origins and change” *Governance* 13(4), Pages 475-499