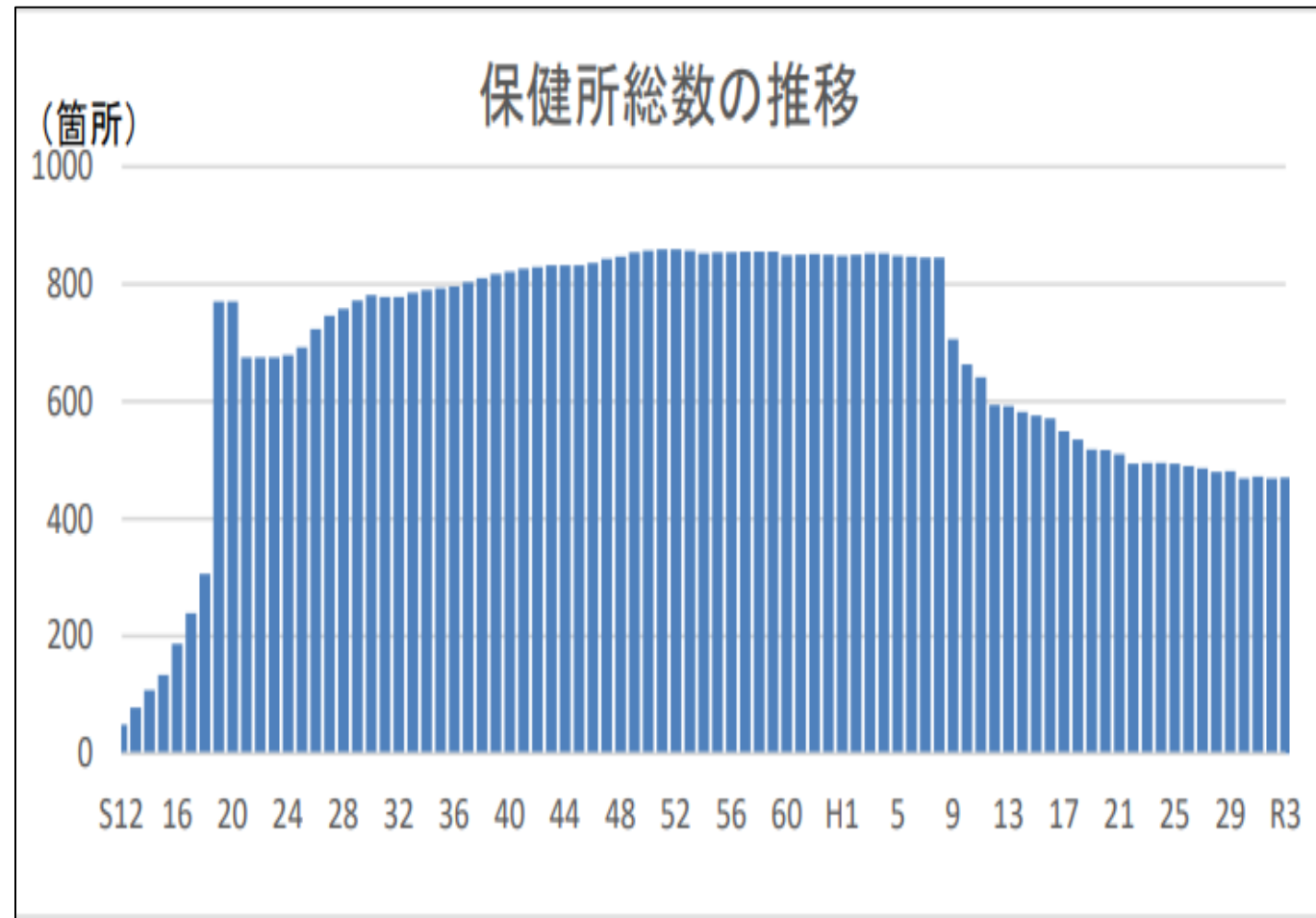




保健所逼迫のメカニズム

はじめに

- 保健所は感染症等の健康危機の未然防止と健康被害拡大を防止する役割を担っている
- コロナウイルス患者への対応としては患者の入院措置、宿泊療養、帰国者接触者外来の受診調整、検体搬送、積極的疫学調査など保健所の業務は多岐にわたる
- しかし、保健所は1996年以降大幅に削減され、コロナ禍での保健所逼迫につながった
- なぜ、これほどの削減を受けたのか保健所の成り立ちから現在までどのような施策が行われたのか考える





保健所削減の歴史

政治年表

○1937年 保健所法制定

- 当時の衛生行政の課題
- 結核死亡率や乳児死亡率等の改善
- 人口増加、国民の体力の向上
(戦時中の国防強化のため)

○1938年 「国民の体力向上」や「国民福祉の増進」等を目的として厚生省が誕生

参考 [厚生労働省 1-01.pdf \(mhlw.go.jp\)](#)

保健所年表

○1937年 国民一般を対象とする国の健康指導相談の機関として保健所を設置

(当初は警察が運営の主体)

- この年全国で49か所、以後5年間で187か所を整備

○1938年 保健所に関する事項を含む衛生行政を警察に代わって厚生省が担当

○1942年 単なる健康指導機関から行政措置を行う機関としての性格を併せ持つ

政治年表

○1947年

- GHQが戦後日本の公衆衛生の改革に着手
- 改革の背景
- GHQ占領軍の危険防止が大きな要因

⇒占領軍の任務の妨げになるような病気の蔓延を防ぐ

- GHQ進駐軍が予防接種の知識を植え付け接種の徹底を図る

参考 [厚生労働省 \(mhlw.go.jp\)](http://mhlw.go.jp),
[GHQと保健所 | PRIDE and HISTORY](#)
[untitled \(phcd.jp\)](http://phcd.jp)

保健所年表

○1947年 GHQが保健所改革

- 保健所のネットワーク形成を画策
- 専門職員を配備することを目的とし、全国で初めての「モデル保健所」として東京都に杉並保健所が設置される

⇒その後各都道府県に設置される

- モデル保健所ではGHQのスタッフが保健師に直接指導

⇒各地で保健所設置を円滑に行えるようになる

- 腸チフス、パラチフスの予防接種を進める



政治年表

○1947年9月 保健所法改定

- 保健所の業務内容拡充
- エイズ等性病、結核に限り予防的治療を行えるように
⇒1948年1月 施行開始

○1948年6月 予防接種法

- 天然痘（痘瘡）・百日せき・腸チフス等の12の疾病について予防接種を受けることを義務付け、罰則も設ける

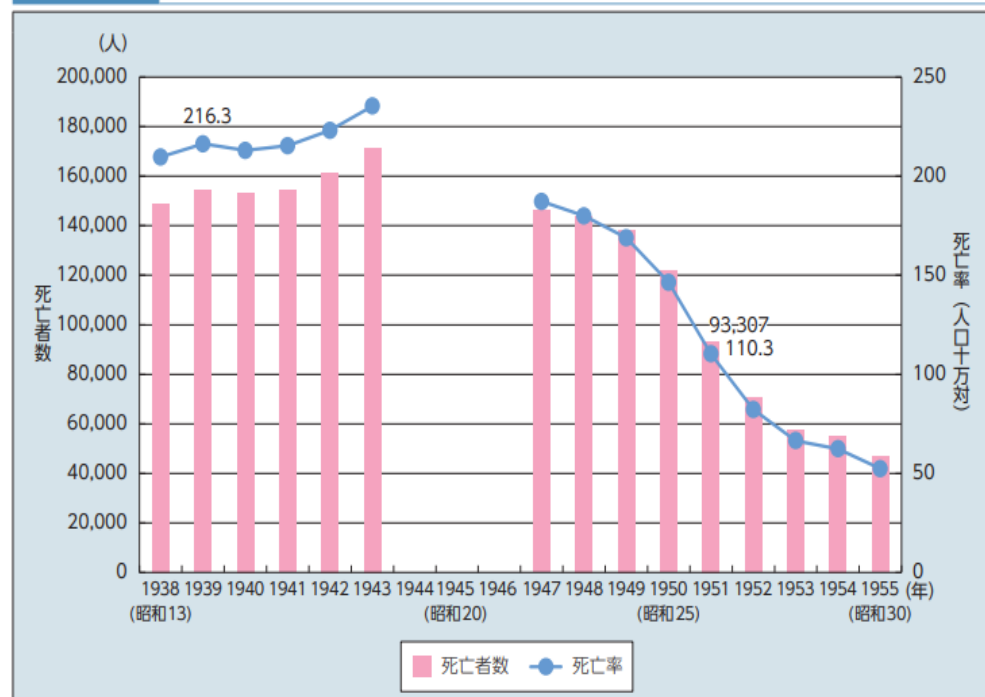
保健所年表

○1948年

- 人口10万人に1か所を目標とし、都道府県が主体で設置
- 全国に675か所、戦前の3倍近い人員を確保
- 以降保健所は公衆衛生行政の第一線機関として12の疾病に加え結核や麻疹等感染症の対応や薬事、食品衛生、住宅衛生等も担当すること

戦後～70年代における医療

図表 1-1-3 結核死亡者数と死亡率（人口十万対）の推移（1938～1955年）



■ 結核

- ・ 復員者及び引揚者の結核検診を実施する中、**化学療法剤の出現**により結核医療は大きく改善
- ・ 50年代以降結核に代わり**成人病**が一般化

■ 予防接種

○1948年 予防接種法

⇒感染症の罹患数と死亡数は減少

- ・ 一方、60年代後半には**種痘後脳炎**などの健康被害が社会問題化

○1976年 **予防接種法改定**

- ・ 改定後は原則義務接種、**罰則規定は撤廃**
- ・ 接種後の健康被害に対する救済制度も設ける

以降、感染症の脅威が薄れ、感染症は軽視されていく！

政治年表

○1970年代の日本

- 石油危機の影響で**経済不況**、**税収大幅減**
- 1975年 税収不足を補うため初の国債発行
- 1979年 国の財政の公債依存度は39.6%となり**過度の国債依存に**

⇒国債発行の抑制のため財政再建策へ

- 1981年 鈴木内閣が**第二次行政臨時調査会**を設置
- 「**増税なき財政再建**」を旗印に財政改革

保健所年表

○1987年 保健所運営費の**一般財源化**が開始

- 保健所運営費は元々**特定財源**
- 特定財源…使途を特定されている財源



- 一般財源…使途を特定されていない財源
- 一般財源化によって保健所運営費を**保健所運営以外の用途に使用可能に**

⇒ 保健所に対するコスト削減の流れに

○2007年 保健所運営費**全てが一般財源に**

保健所の財政

1964年	保健所運営費補助金の創設	
1984年	保健所運営費補助金を保健所運営費交付金と保健所業務費補助金に再編	
1986年	保健所運営費交付金：約330億円	保健所業務費補助金：約13億円
1987年	保健所運営費交付金のうち、一般事務相当分が一般財源化	
1990年	保健所運営費交付金のうち、医師等の人件費相当分が一般財源化	
1991年		保健所業務費補助金のうち、「結核健康診断直接撮影写真判定費」を保健所運営費交付金に統合
1993年	保健所運営費交付金のうち、人件費相当分すべてが一般財源化	
1994年	保健所運営費交付金すべてが一般財源化	
1995年		保健所業務費補助金のうち、「集団給食管理事業指導費」、「へき地保健栄養対策費及び「ディ・ケア事業費」が一般財源化
1996年		保健所業務費補助金のうち、「結核関係事務費」及び「保健対策推進費」が一般財源化
1997年		保健所業務費補助金のうち、「市町村保健事業推進調整費」が一般財源化
2007年	保健所業務費すべてが一般財源化	

1964年に運営費補助金が始まる

1986年には保健所運営費交付金が約330億円、保健所業務費補助金が約13億円

1994年には保健所運営費交付金がすべて一般財源化

2007年には保健所業務費がすべて一般財源化された

<https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r985200000g3yx-att/2r9852000000g5sr.pdf>

政治年表

○1994年

- 村山内閣が保健所法を地域保健法に改定

◎改定内容

- 国と地方公共団体の責務を規定
- 都道府県と市町村の役割を見直し
- 地方分権の推進
- 保健センターの設立
- 所管区域の設定など

[厚生労働省 \(mhlw.go.jp\)](http://mhlw.go.jp)

保健所年表

○1994年

- 地域保健法の所管区域の設定が保健所数削減に直接的な影響
- 所管区域は当時の保健所区域よりも広域化
- その広域化に合わせた保健所の統廃合が進む

⇒保健所数削減に繋がる

保健センター設立の背景



○当時の方針

- ・広域的な健康増進

→ 地域単位で課題に応じた健康づくり

- ・急速に進む高齢化対策を地域で推進することが第一に

◎保健センターの設立

- ・主な業務は母子保健や高齢者の保健サービス

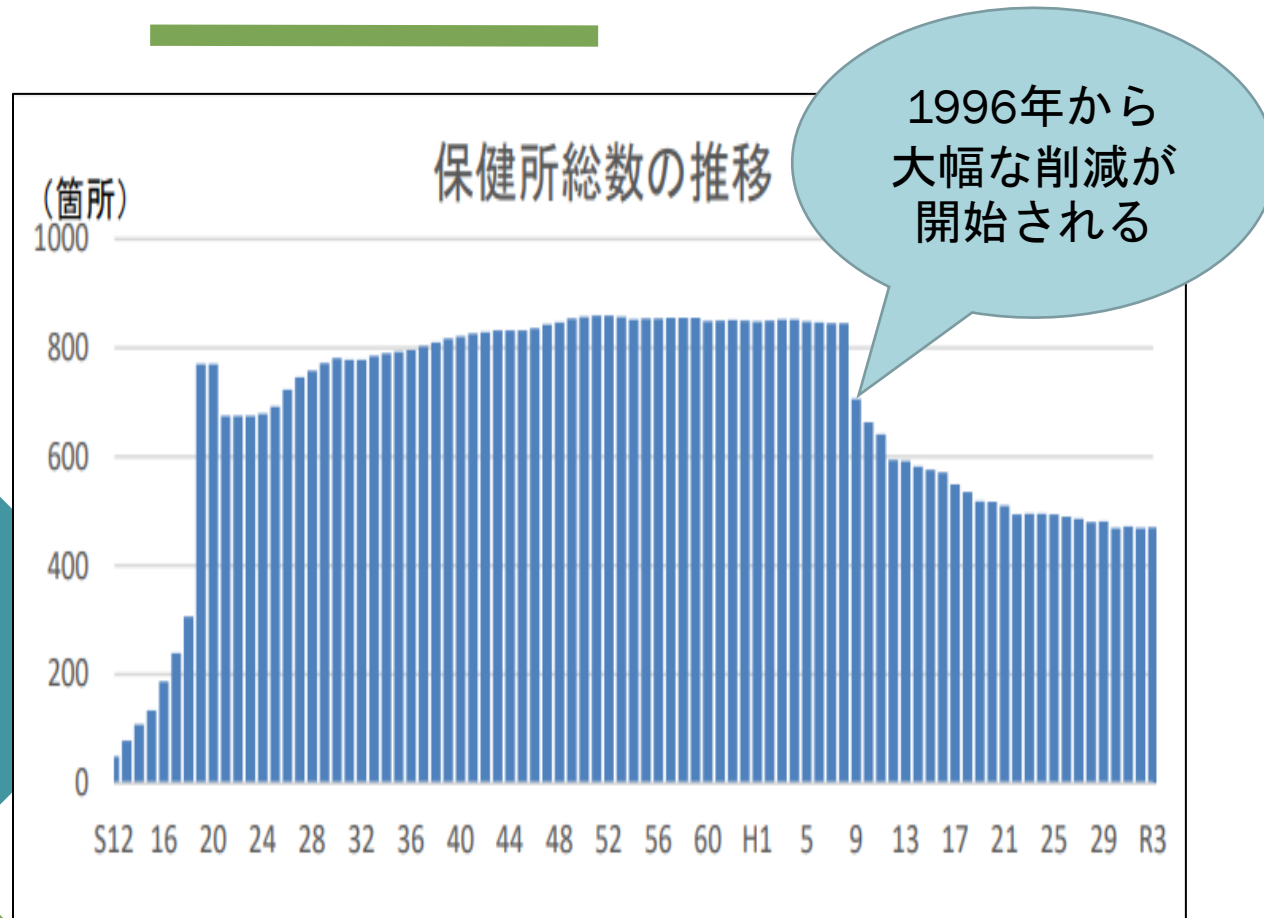
- ・市町村は、この保健センターを拠点として高齢化対策を進めた



一方、保健所の主な業務は感染症対策や食品衛生、住宅衛生等の公衆衛生業務

⇒高齢化への対応が求められたことや感染症の脅威が薄れていたことで広域的な業務を行う保健所は軽視されていく

1996年～の保健所削減



橋本内閣（1996～1998年）の「6大改革」と
小泉内閣（2001～2006年）の「小泉構造改革」
で**社会保障費を大きく削減**

○橋本内閣時代

社会保障関係費の**当然増分約8000億円のうち
5000億円**を上回る削減

○小泉内閣時代

2002年度から5年間で**当然増分約1.1兆円**を削減



1996年～2006年

保健所数（全国） **845か所 ➡ 535か所**

予防接種

○予防接種の位置づけの変化

1976年 予防接種法の改定により罰則なし、義務接種



その後、更に感染症患者は激減、1992年東京で予防接種副反応患者が国に対して集団訴訟



1994 年予防接種法を改正。義務接種が努力義務へと変更

また、集団接種からかかりつけ医が個人の健康状態をチェックしたうえで接種する個別接種へ



2001年予防接種は努力義務のA類疾病（麻疹など）と個人の判断に任せるB型疾病（インフルエンザ等）に分けられる

⇒予防接種の強制力は皆無、感染症は脅威ではない！

[the value of vaccine04.pdf \(phrma-jp.org\)](#)

コロナワクチン接種の遅れ

- 日本は感染症軽視、過去のワクチンの健康被害に対する訴訟もあり「ワクチン忌避」の風潮



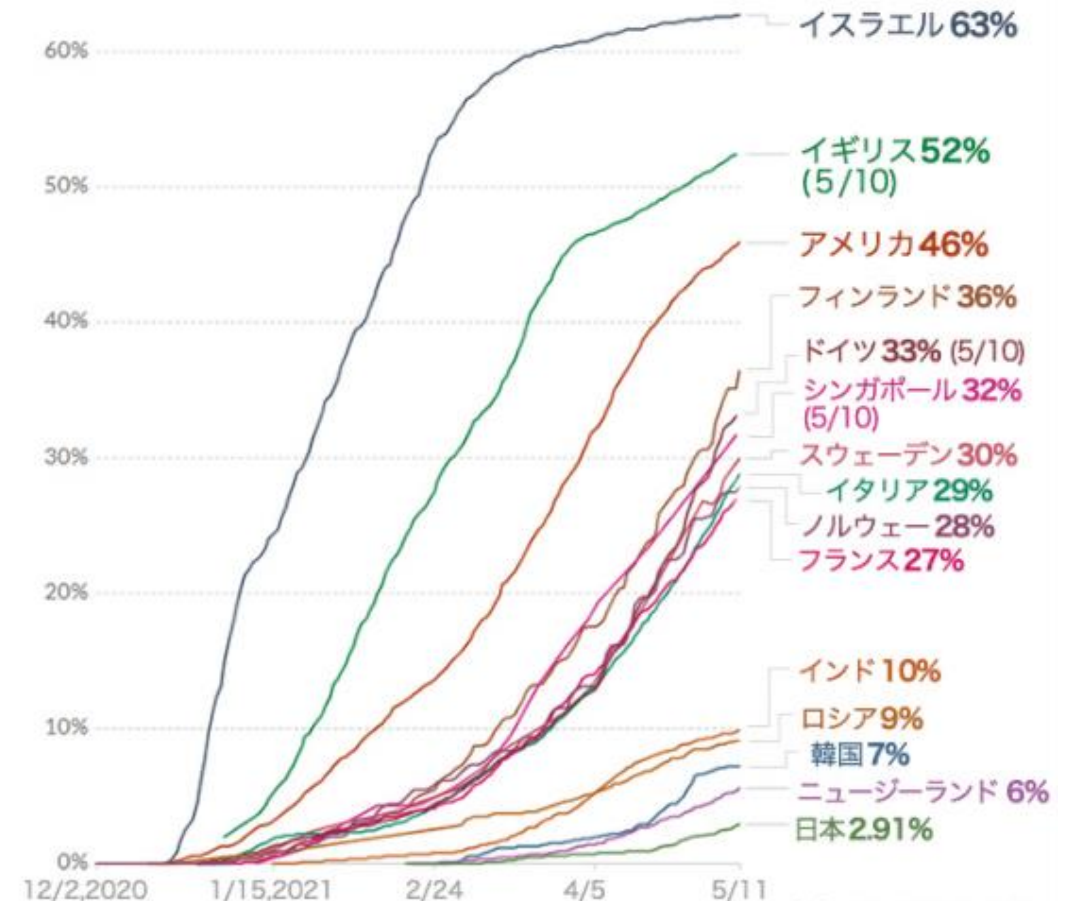
- 2020年度初頭のワクチン開発予算
- 欧米 数兆円規模
- 日本 100億円規模

⇒日本政府は国内でのワクチン生産に対するバックアップを怠り、生産が遅れた

[WEB特集 ワクチン接種 なぜ日本は遅い？【後編】 | 新型コロナ ワクチン（日本国内） | NHKニュース](#)

新型コロナ 各国のワクチン接種状況 (5月11日時点)

※1回以上ワクチンを接種した人の割合



出典 Our World in Data

○全国の保健所数

- ・全国の保健所総数は1993年時点で **8 4 8 か所**



- ・現在では **4 7 0 か所**と約半数にまで削減
- ・政令指定都市も保健所を各市に一つに減らしている
(福岡市のみ例外)

参考 [全国保健所長会 | 保健所数の推移](#) [suii_temp02.pdf](#)
([phcd.jp](#))

保健所削減の具体例（東京23区）

○1993年には53か所設置していた

大田区、世田谷区 ⇒ 4か所

港区、新宿区、杉並区、北区、板橋区 ⇒ 3か所

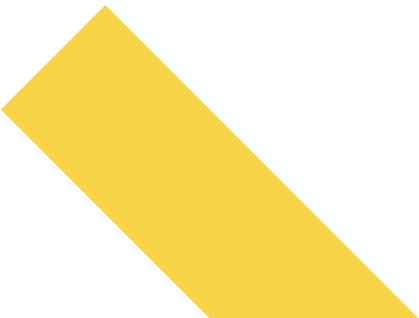
千代田区、中央区、文京区、台東区、品川区、目黒区、中野区、豊島区、練馬区、足立区、葛飾区、江東区、墨田区、江戸川区 ⇒ 2か所

渋谷区、荒川区 ⇒ 1か所

- ・ 2008年には23ヶ所にまで削減され、各区1保健所に

参考 [全国保健所長会 | 保健所数の推移](#) [suii_temp02.pdf \(phcd.jp\)](#)

保健所削減の具体例（兵庫県）



○神戸市

大石保健所、兵庫保健所、長田保健所、須磨保健所、生田保健所、垂水保健所、東灘区保健所、葺合保健所、中央保健所

⇒1998年 **神戸市保健所**一つに

○尼崎市

尼崎市中央保健所、東保健所、西保健所、北保健所

⇒1999年 **尼崎市保健所**一つに

参考 [神戸市 \(kobe.lg.jp\)](http://kobe.lg.jp), [尼崎市 \(city.amagasaki.hyogo.jp\)](http://city.amagasaki.hyogo.jp)

保健所削減の具体例（兵庫県）



○2005年

25か所あった保健所の内、**13か所削減**

（川西、三田、西脇、三木、加西、高砂、佐用、山崎、浜坂、篠山、津名、三原）

⇒削減された保健所の区域は、それぞれ他の保健所の管轄に

川西→**伊丹保健所**

三田→**宝塚保健所**

西脇、三木、加西→**加東保健所**

高砂→**加古川保健所**

佐用、山崎→**龍野保健所**

浜坂→**豊岡保健所**

篠山→**丹波保健所**

津名、三原→**洲本保健所**

保健所削減の流れ(大阪)

1987年 一般財源化

保健所運営費の一般財源化が
開始

2000年 大阪市 1保健所体制

各区に1保健所から
大阪市保健所1つに

1994年 地域保健法に改定

所管区域の広域化に伴う、
保健所の統廃合が進む

2010年 大阪維新の会

保健所の職員が削減

保健所の削減

2000年以前



2000年以降



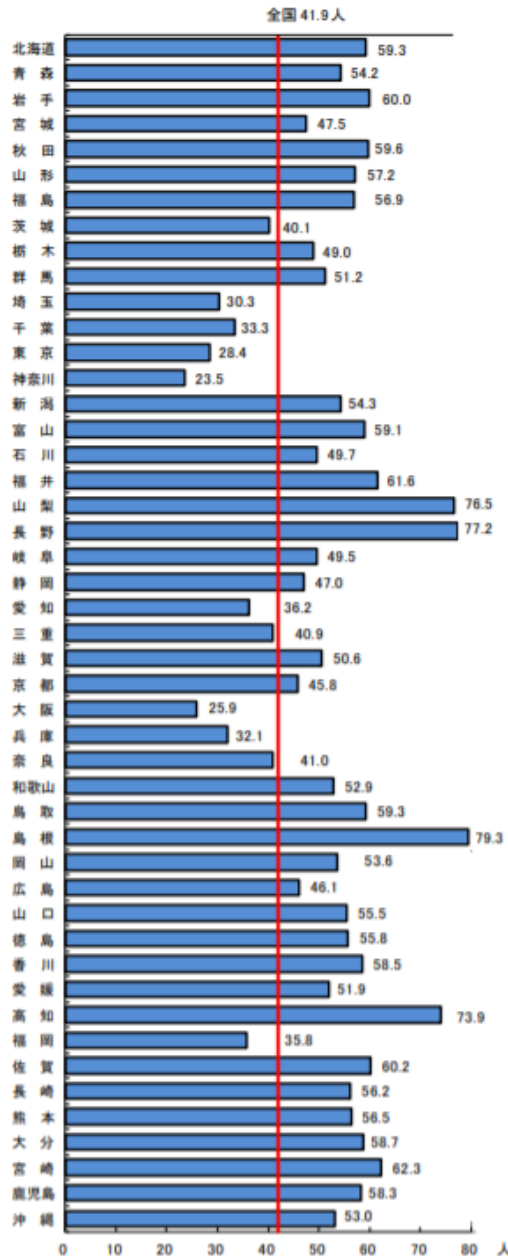
2000年以前には24か所あった保健所は、2000年以降大阪市保健所の1か所のみとなっている。

磯村大阪市長時代の、1999年大阪市議会で全市1保健所、各区保健センター化の条例が可決される。

2010年に大阪維新の会が発足され、維新府市政10年での大阪府の人口10万人当たりの保健所の職員数、保健師数は微増しているとあるが、、

実際は...

図2 人口10万対就業保健師数
平成30年末現在



床数

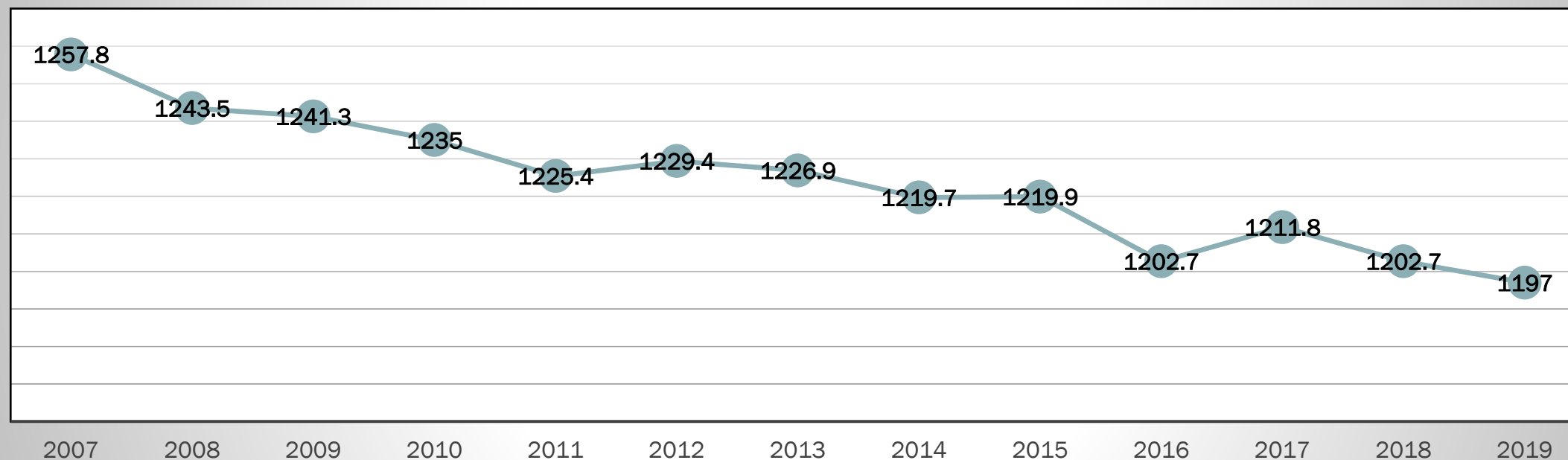
令和元(2019)年10月1日現在					
療養病床			一般病床		
244.5			703.7		
11.6	高知	870.8	高知	1114.8	
10.7	山口	640.1	大分	1047.8	
7.9	徳島	566.1	北海道	997.4	
7.8	鹿児島	497.4	鹿児島	964.0	
7.2	佐賀	495.1	熊本	949.4	
...	...	...	...	...	
1.7	千葉	170.2	千葉	577.2	
1.6	岐阜	157.8	静岡	576.3	
1.6	埼玉	154.1	愛知	527.6	
1.5	宮城	148.8	神奈川	509.4	
1.3	神奈川	142.9	埼玉	508.8	
6.1			2.2		

大阪はワースト2位

- 2018年の都道府県別人口10万人対就業保健師数は神奈川県に次いでワースト2位と全国平均を大きく下回っている。
- 2019年の人口10万人対感染症病床数も神奈川県に次いでワースト2位となっている。
- 全病床数も1197.0と全国平均を下回っている。

- 厚生労働省「衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況」
- 厚生労働省「医療施設調査・病院報告」

大阪の人口10万人対病床数



大阪の人口10万人対病床数は年々減少している



大阪維新になっても医療体制は改善されていない

コロナ禍での保健所の逼迫事例 (第4波・大阪市)

2021年の4月19日から大阪府で**1000人**を超える陽性者が判明し、その半数が大阪市の患者

しかし、大阪市保健所で1日に連絡を取れるのは**150人程度**



- 最大**900人以上の連絡待ち**が発生
- 一週間以上連絡がない場合も
- 保健師は**深夜2時過ぎ**までの勤務が常態化
- 陽性者が増加すれば保健所は容易にパンク状態に陥るという状況

2021年5月11日にMBS（毎日放送）で放送された取材班のスクープより抜粋

参考 [よんちゃんTV](#) | [MBS](#)

第5波の大阪市保健所

第4波の保健所業務過多を受け、大阪市は保健所職員を40名追加

疫学調査対応に派遣社員を投入し、保健所の負担減を画策

- 結果は保健師の業務負担軽減策は失敗に終わる
- 一般的に、月80時間の時間外労働「過労死ライン」とされている



- 保健師の4割超えが8月の時間外労働合計80時間を超え、最長では218時間
(今年4月の第4波では3割程度)

参考 10月2日毎日新聞 ([msn.com](https://www.msn.com/ja-jp/news/health/overwork-death-line-in-japan/pagewanted))

まとめ

- 1937年の保健所法制定を機に保健所を設置
- 第二次世界大戦を経てGHQの元、改革が進み保健所の機能を強化
- 予防接種の普及により結核等感染症の脅威が薄れる
- 1970年代石油危機の影響で日本は過度の国債依存となり80年代から財政改革へ
- その中で保健所運営費の一般財源化、地域保健法が保健所削減に影響
- 結果、平成元年から令和3年までで保健所数は半減
- 保健師は過労死ラインを超える勤務が常態化

⇒保健所の業務は逼迫、コロナ患者への連絡が滞り、自宅待機者が増加する事態に



その他医療削減

感染症病床



感染症病床が大幅に減少

1998年 9210床

1999年 3321床

2000年 2396床

⇒3年間で約7000床の感染症病床を削減

その後も徐々に減少し2019年時点で1882床に

この感染症病床数は2019年の日本全体の病床数の僅か0.1%

⇒日本は感染症病床が非常に少ないという結果に

[医療施設調査・病院報告の結果の概要 | 厚生労働省
\(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp)



感染症病床が少ない要因

○感染症病床が少ない原因は**公的病院の少なさ**

民間病院は、**医療法人や民営法人、医師個人**が運営



公的病院は、**各都道府県や地方自治体**運営

日本は公的病院の割合が少ない

感染症病床を持つ病院の大半は公的病院

○諸外国との比較

	民間	公的
日本	80%	20%
アメリカ	20%	80%
フランス、ドイツ	30%	70%

⇒諸外国と対照的な結果に

公的医療機関

○公的医療機関の削減

1999年から2019年までの20年間で
166か所の公的医療機関を削減

(例 2018年大阪市立住吉病院)

国の財政難や医療従事者（特に医師）
の不足に伴う施設統廃合・機能再編が
主要因

○具体的な政策

- 2014年安倍政権の地域医療構想
- 各地域における2025年の医療需要と病床必要量を推定し、目指すべき医療体制の実現へ

地域医療構想

○地域医療構想の実情

病院数、病床数を過剰と判断し、削減を決めた

2019年9月に地域医療構想に基づき、厚労省が2025年までに全国1652の公的病院のうち424病院の統廃合等の再編検討を要求

○再編検討を受けた病院

- 大阪府 計11病院（例） 高槻赤十字病院
- 兵庫県 計15病院（例） 高砂市民病院

⇒兵庫県は、実際に6つの病院を統合を決定

- 県立西宮病院と西宮市立中央病院
- 県立柏原病院と柏原赤十字病院、
- 尼崎病院と塚口病院

424病院は「再編検討を」 厚労省、全国のリスト公表: 日本経済新聞 (nikkei.com)

一般病床

- 感染症病床など特定の患者を受け入れる病床以外は一般病床とされる
- 厚労省が一般医療を制限し一般病床もコロナ患者の病床として対応することを要求
- しかし、一般病床も年々減少

○一般病床削減の内容

- 2000年 約126万床



- 2019年 約88万床
- 約20年間で40万床近い一般病床を削減

○コロナ禍でも病床削減

- 令和2年度も全国で約1000床の一般病床が削減
 - 大阪府でも123床の病床を削減
- (例) 高槻赤十字病院 45床、富田林病院 40床

医師数

○日本は医師が少ない

- 1973年 一県一医大構想により医学部新設（田中角栄内閣）

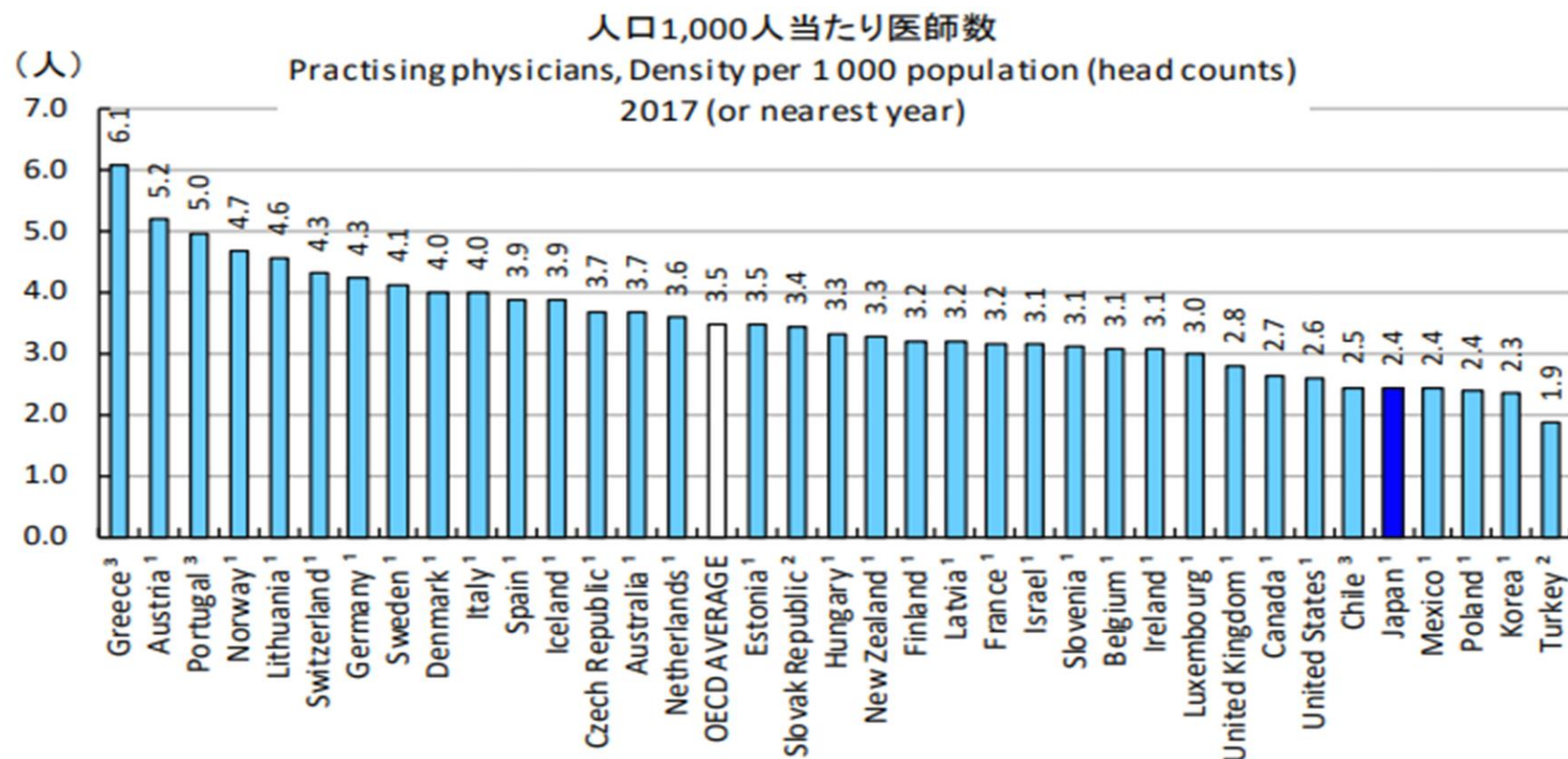


- 財政難を受け、医療費を制限（臨調）
- 1983年 厚生省保険局長が「医療費亡国論」を発表
- 医学部定員を削減し、医師数を制限
- 1984年～2004年 国立10.7%、公立0.8%、私立5.3%の定員削減



「救急車たらい回し問題」が多発、医師不足は社会問題に

医師数世界比較



*"OECD Health Statistics 2019"から作成

○日本

人口1000人当たり2.4人

OECD加盟国36カ国中32位

(1位 ギリシャ6.1人)

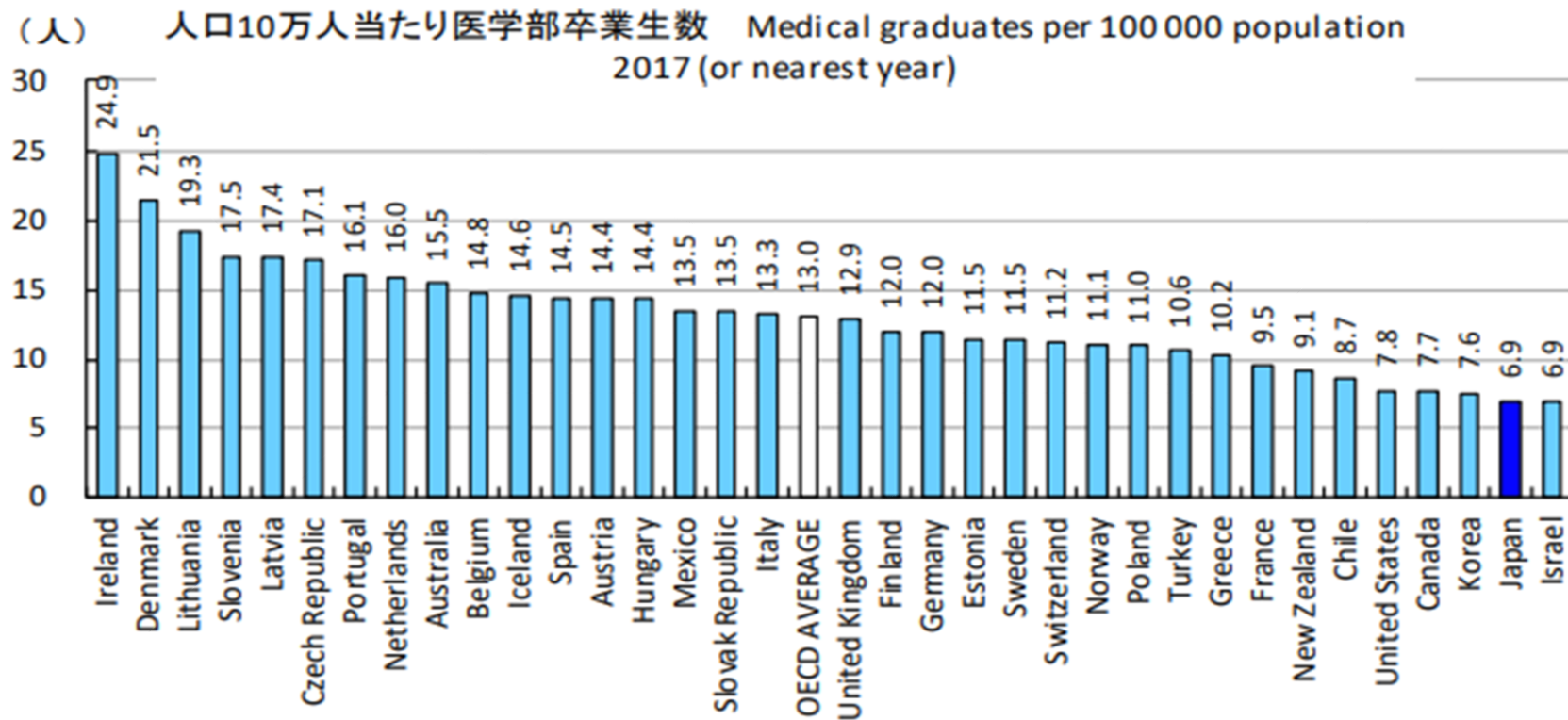
○医師総数

加盟国平均 約44万人



日本 約32万人

医学生世界比較

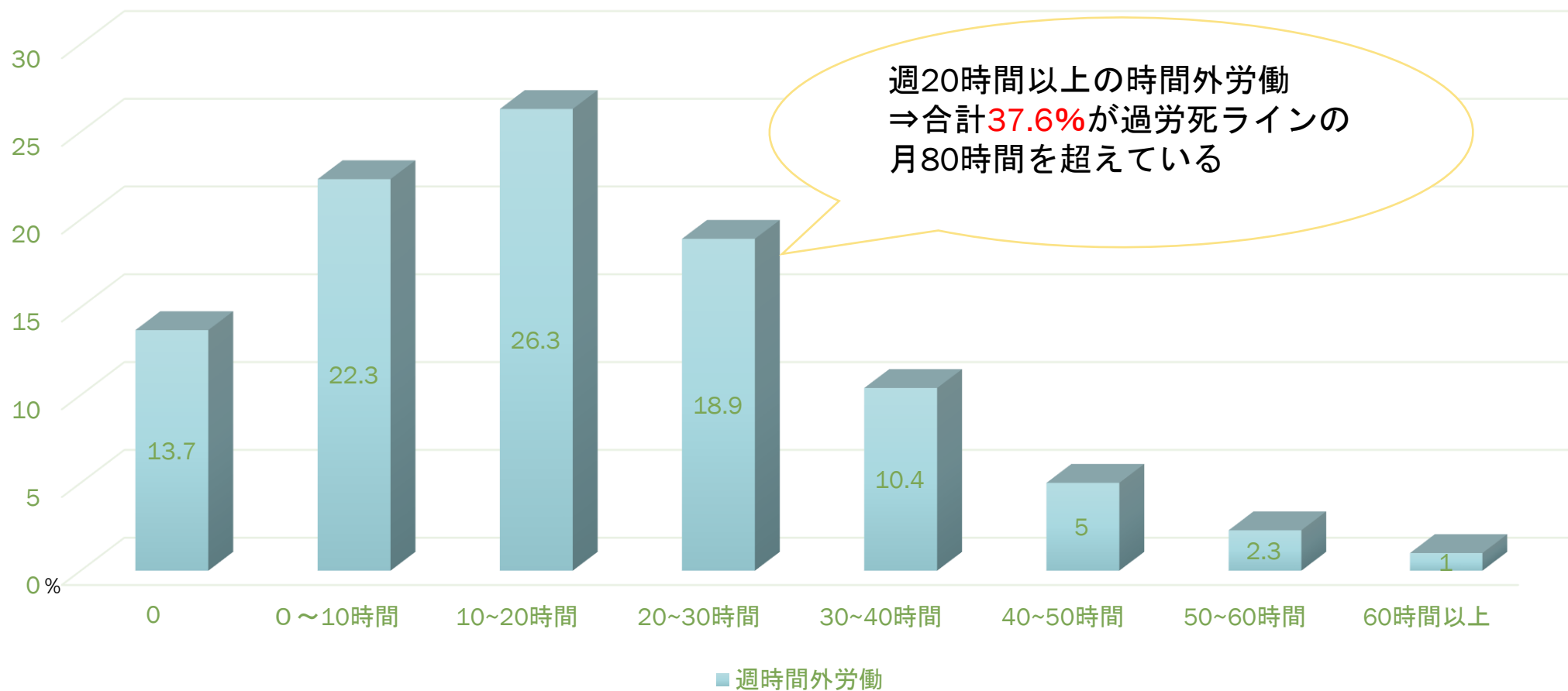


*OECD Health Statistics 2019から作成。日本は2018年。Luxembourgには医学部がない(平均から除いている)。

- 人口10万人当たり6.9人
- OECD加盟国35か国中34位
(1位 アイルランド24.9人)

医師の時間外労働（2019年）

厚生労働省医師の勤務実態調査を参考



コロナ禍での医師の時間外労働



○医師の時間外労働は過労死ラインの4倍に

・感染症指定医療機関の東京都立駒込病院感染症科の医師の2020年度5月、11月、12月、1月の勤務時間を集計



- ・4カ月で1180時間の時間外労働
- ・一週間に2度の当直勤務、その他勤務日も毎朝6時～深夜までの勤務が続く
- ・時間外労働は1カ月最大327時間に

参考 [都立病院医師、4カ月で残業計1180時間 コロナ対応で過重負担 | 毎日新聞 \(mainichi.jp\)](#)

まとめ

- 1998年～2019年で7000以上の病床を削減
⇒ 日本の感染症病床は全病床のうち僅か0.1%に
- 感染症病床の少なさは公的病院が少ないことが大きな要因
- 公的病院は1999年～2019年で166病院を削減
- 「地域医療構想」によりコロナ禍である現在も病床の削減が続く
- 医師数も抑制が進み、世界的にも非常に少ない
- コロナ禍で医師の時間外労働は大幅に悪化

⇒ 医療逼迫の大きな要因に