

地方衛生行政の問題点

——市町村と住民の保健——

東 田 敏 夫

I 問題の所在

社会保障制度は、おおまかにいって、公的扶助と各種の社会保険の総合的制度によって、国民の生活をおびやかす可能性のあるさまざまな災厄や危険状態にたいして善処措置を講じて、最低限度の生活を保障する制度であるといえる。しかし、「窮乏」からの脱出はたんに所得の保障だけで果されるのではない。「再建をはばむ他の巨人、疾病・不潔・不就業」(Beveridge 報告)との闘いによって、より完全なものになるはずである。防貧は、所得保障と医療サービスの普及のみならず、疾病の予防、国民教育の機会均等、住宅難の解消、完全雇用などの公共的な諸活動が有効にはたらくとき、はじめてその成果が期待されるものである。国民の「健康で文化的な最低限度の生活」を営む権利の保障は、「社会福祉、社会保障」とともに「公衆衛生の向上および増進」にまたねばならない。

加えて、公衆衛生の諸活動について重要なことは、防疫、保健、環境衛生などの理論や青写真は、住民の日常生活のなかで実施されなければ無にひとしく、予防と医療の科学・技術も社会化されなければ、国民のものとはなりえない。いいかえると、国民の生活と健康をまもるべき諸活動は、国民の日常生活に直結し、政治への直接的な関与の可能性が大きい第一線の地方自治体が行うとき、はじめて住民のものになるということである。

1949 年、シャープ勧告は、日本の地方行政についてこうのべている。

「地方団体の事務は特に国民と密接なものがある。これらの行政事務のうちには、教育、病院、疾病の予防、衛生施設、救済、母子厚生、警察、消防、街路、レクリエーション、住宅および不具

者の世話というような重大な行政および施設がふくまれている。それらは、特に各個人のための機会とよりよき生活条件、より大なる安全保障および不幸の防止を与えようとするものである。日本またはいかなる国でも、その将来における進歩と福祉とは、他のいかなる要素にも劣らず、地方団体の有効な行政の質と量とにかかっている。」

明治欽定憲法下における地方行政は、産業資本の確立とむすびついた絶対主義官僚制政府の出先機関であり、衛生行政もその例外ではなかった。明治産業革命の進行とともに人口の都市集中と生活環境の悪化がはげしくなり、コレラ、腸チフスなどの悪疫の流行に対して、地方警察の手を通じて行われたのは、上からの取締り行政であり、絶対的に欠乏していた国民医療の改善や劣悪な生活環境の整備についてほとんどかえりみるころがなかった。伝染病対策、水道条例、汚物掃除法などの環境衛生事業や、しだいに増加していた重症結核の窮乏患者の収容などの事業を、その財政的・技術的支えを用意することなく、市町村におしつけていたにすぎない。

大正年間より昭和前期にかけて、都市、農村を通じて、生活環境の悪化、住宅の困窮、各種の伝染病の流行、高い乳児死亡率、結核のまんえんなどがつづいていたが、旧態依然たる地方警察による取締り行政に終始した。昭和 10 年頃、ようやく技術行政・サービス行政への転換をめざす活動のめばえがあった。しかし恐慌につづく戦時体制に入り、絶対主義政治権力による中央集権が強化され、市民生活と住民の保健は完全に無視された。

民主憲法下における地方行政は、「住民の、住民による、住民のための行政」でなければならず、「地方自治の本旨」に基くものとされる。「地方

自治の本旨 The Principle of Local Autonomy」
とは「一般に統治の民主化を確立、実現するため
に、地方的利害関係のある事務を、地方公共団体
の責任のもとに、その機関の固有の意志決定によ
って遂行するとともに、住民の意志によってその
機関構成者が選任されるべきことを意味する¹⁾」。

すなわち、まず第1に、地方住民の利害関係に
直結する事業を、その地方自治体の「固有の意志
決定によって」、その「負担と責任のもとに」遂
行することとされる。もし地方自治体の行財政能
力がこれらの条件をみたすものでなく、依然とし
て中央政府の中央集権的支配の下にあるならば、
地方自治体の名に値せず、その行政活動は必ずし
も住民のためのものとなる保証はない。

1949年のシャープ勧告は、地方自治尊重の原
則を実現するためにこそ、中央政府の支配権力の
抑制と、財政の強化を必須の前提条件として、国、
府県および市町村の業務の分担と、市町村優先・
第一主義、行政事務の能率化を勧告した。この勧
告に基いて設置された地方制度調査委員会議は、
地方自治拡充をめざした神戸勧告をだしている。
しかるに 1952年の講和独立以来、地方自治尊重
の原則は急激にゆすぶられ、地方行政の能率化、
合理化の原則が優先し、1953年、市町村合併が急
激に促進された²⁾。それらは、市町村財政の合理
化をめざしたものであったが、市町村行政内容の
向上、改善にやくだったとはいいきれず、保健衛
生の面では部課系の縮小、人口当り専任職員と関
係職員の半減など、その行政機能の低下をもたら
しているとみられている³⁾。

近年の「高度経済成長」と称せられる経済活動
の拡大にともない、中央政府による地方行政にたい
する支配があらたに強化されるとともに、急激
な都市化・産業化の進行にともない、都市・農村
を通じて、生活環境と労働環境の悪化、住宅問題、
公害交通災害など、地方住民の生活と健康を阻害
する重大な問題が山積し、政府も「社会開発」の
緊要性を唱えざるをえなくなっている。

しかし、住民の日常生活にとってもっとも重要
な地方自治体、とくに市町村の行政活動について
は、必要な配慮と検討が行われているとはいえな
い。厚生省当局においてもわずかに、1960年の保
健所「型別再編成」構想と平行して、「保健所の運
営の改善」と関連して、市町村を主体とする「地
域共同保健計画」の構想がだされ、保健所がこれ
に協力することを要請したにすぎず、「共同保健
計画」を実施するに必要な技術的・財政的裏付け
は用意されず、市町村行政がもつ隘路と矛盾につ
いてはまったく考慮されていない。このことは、
日本の公衆衛生が保健所を基盤として、技術とサ
ービスの行政に転換したと称しても、依然、上か
らの中央集権的たて割官治行政を基調としたもの
であり、住民の立場にたった「地方自治」に根を
おろしているものではないことに由来する。

このような情勢にあって、住民の生活環境の改
善、保健衛生を向上する諸活動は、市民生活のレ
ベルにおいてどうなっているかをたしかめること
は国民保健における当面の課題である。私はすで
に、地域保健活動にたいする住民の需要をたしか
め、とくに市町村の実態について検討し、その問
題点について報告⁴⁾をしたことがある。本稿では、
新しい調査成績を加えて、ややくわしく当面の課
題について考察を試みたい。

II 地方衛生行政の分担と市町村の業務範囲

衛生行政は、通常、公衆衛生、医事および薬事
に大別され、公衆衛生行政はさらに保健、予防、
検疫、優生保護、精神衛生および環境衛生に分別
され、関係法律だけで約 50 を数える⁵⁾。国、都
道府県および市町村による事務配分は大まかにい
って、国は医師をはじめ歯科医師、保健婦、看護婦
など特別な医療技術者についての国家試験、免許
等、医薬品、毒劇物、麻薬などの製造業者の営業
許可、免許、国立療養所、研究所施設、衛生行政
全般についての企画、指導、補助金負担等を担当
し、国民の実生活に直接する衛生行政は都道府県

1) 杉村敏正『行政法講義(上)』、有斐閣、1963。

2) 吉富重夫『新版地方自治』、勁草書房、1963。

3) 橋本正己『地方自治の歩みと公衆衛生』、『公衆衛生の進歩
と展望』、第一出版、1964。

4) 東田敏夫「地方自治と住民の保健」、『公衆衛生』30(10)、
1966。

5) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』、1966、
pp. 220-245。

と市町村の手によって行われる。

府県と市町村の間の業務配分は、府県は保健所をもち、一部の保健サービス業務と各種資格を必要とするものの試験・免許、各種営業の許可および監視等を行うほか、市町村の指導、補助金の交付を行い、市町村は法定伝染病予防、予防、結核健康診断、上水道、ごみ・し尿処理などの環境衛生事業、国保事業など、住民にたいする基礎的なサービス事業を行うことになっている⁶⁾。しかしながら実際に行われている業務の区分と責任の所在はかならずしも明確でないのが実状である。

もともと、日本の地方自治体、とくに市町村が行う業務には、市町村が固有の意志で実施する「固有の事務」と、法令により国または都道府県から市町村に委任される「団体委任事務」、市町村長に委任される「機関委任事務」の別がある。保健衛生業務については、団体委任と機関委任が多く、地域事情に応じて必要な「固有の事務」を実施する可能性が少い。

具体的には、「団体委任業務」としては、伝染病予防法による伝染病床、消毒所の設置、上水道事業、清掃法によるごみ・し尿処理などがあり、「機関委任業務」としては、伝染病予防法による伝染病患者の収容と消毒方法の実施、予防接種、結核予防法による住民健康診断、墓地・埋葬・火葬に関する業務、死産届管理などがある（機関委任業務は市町村議会における議決を要しない）。なお政令で指定された29の市（政令市）は団体委任の業務と保健所を設置し、都道府県が行う業務の一部につき権限の委譲を受けている。

もっとも、これらの「委任事務」も National Minimum な需要であり、これを簡単に「ひもつき行政」ということは当たらないが、問題は、この市町村の National Minimum な業務を執行するにふさわしい行財政の能力をそなえているかどうかということである。また「固有事務」すなわち地方事情に応じて緊要な業務、たとえば乳幼児死亡対策、特定の流行病の予防、生活環境衛生の保持あるいは無医地区対策などが、適時にすすめるかどうかということである。

6) 厚生省保健所課『市町村の公衆衛生』, 1962。

市町村の行政がつねに中央政府あるいは府県の「補助」、「指導」、「認可」をまたねばならないとすれば、地方自治の生命である主体性と自主性が失われ、実質的には中央集権の支配下にあることを意味し、それこそ「3割自治」とよばれるにふさわしく、市町村行政が地域住民の需要にこたえるという保証はないのである。さて市町村の保健衛生事業はどうなっているか、その実相をあきらかにすることが本稿における中心的課題である。

III 全国地方自治体とくに市町村の保健衛生事業

本論に入るに先だって、全国都道府県別に住民の健康度を地域類型別に概観し、保健衛生事業にたいする地域需要をおしはかておこう。

1. 都道府県住民の健康度の地域格差と保健衛生行政にたいする地域需要

1965年度の総理府「生計調査」によると、7大都市の世帯実収入にたいして町村は77%、関東71,751円にたいして九州57,601円、四国58,812円、東北59,573円と、ともに20%前後のひらきがある⁷⁾。さて、府県住民の健康度をくらべると、農村地域ほど、また住民所得が小さい地域ほど、乳児死亡率や伝染性疾患死亡率が高く（表1-1）、子供の発育も劣っている⁸⁾（表1-2）。

表1-1 府県の社会的性格と死亡率との相関（1960）

	産業化指数	住民1人当り所得
乳児死亡率	-0.641**	-0.508**
伝染性疾患死亡率	-0.422**	-0.627**

表1-2 住民1人当り所得と児童の発育との相関（1959）

	年 齢	身 長	体 重
男 児	6	+0.671**	+0.586**
	10	+0.647**	+0.623**
	14	+0.788**	+0.485**
女 児	6	+0.690**	+0.596**
	10	+0.728**	+0.619**
	14	+0.730**	+0.396**

注 ** $P < 0.01$

7) 『国民生活白書 昭和40年版』, p.21。

8) 東田敏夫他『経済開発と健康度の地域ならびに階層格差』『公衆衛生』27(11), 1963, p.584。

行政管理庁報告書(41年2月)によると、住民の健康度は、生活環境および市町村の福祉行政活動の密度と正しく対応した地域格差をみとめ、とくに農山村後進地域において低水準である⁹⁾。

産業化と人口集中がすすんでいる産業都市のばあい、大阪市22区について調べると(表2)、労働者階級や、低所得者が多く居住している地区ほど、住生活は苦しく、死亡率が高く、伝染病罹患率もたかい。すなわち市民の生活と健康状態に階

層分化をみとめ、これが地域格差に反映している事実をみとめている¹⁰⁾。

生活環境がわるく、住民の健康水準も劣っている地域では、この状態を改善すべき保健福祉の行政や諸活動が重点的にすすめられる必要がある。問題は、地方自治体とくに第一線の市町村がはたしてこれらの地域の需要にたいして、どのようなか、全国統計と事例研究を通じて検討してみよう。

表2 大阪市22区住民の職業人口構成・居住密度と死亡率・罹病率との相関(昭和35年)

	職業人口百分比			1人当り畳数
	A	B	C	
出生率	-0.085	+0.628**	-0.717**	-0.649**
乳児死亡率	-0.502*	+0.093	+0.135	-0.398
標準化死亡率	-0.493*	+0.511*	-0.331	-0.777**
全死因	-0.291	+0.548*	-0.485*	-0.670**
中枢神経血管損傷	-0.505*	+0.476*	-0.291	-0.728**
不慮の事故	-0.548**	+0.392	-0.180	-0.610**
肺炎・気管支炎	-0.317	+0.214	-0.075	-0.422*
法定・指定伝染病罹患率	+0.748**	-0.914**	+0.588**	
1人当り畳数				

注 A 管理, 専門, 事務

B 採鉱, 運輸, 技労

$\gamma_{mw \cdot h} = +0.511^{**}$ 全死因死亡率
 $\gamma_{mh \cdot w} = -0.888^{**}$ 現業労働者人口百分比
 1人当り畳数

$\frac{m}{w}$
 $\frac{h}{h}$

** 危険率1%以下で有意, 危険率5%以下で有意。

2. 地方自治体の保健衛生費の年次推移

まず都道府県および市町村の保健衛生事業を財政面から検討すると、全国都道府県・市・町村の保健衛生費は1961年頃より財政総枠の膨張につれて増加し、1964年度には総体に増加しているが、歳出総額にたいする百分比は大都市・市部・町村で著しいひらきがある¹¹⁾。歳出百分比の年次推移をみると(図1)、保健衛生費は6大都市では、ここ数年間4~6%の間を上下し、1964年には7.6%となった。6大都市をのぞく市部は1955年頃の4%台から「高度経済成長」がうたわれはじめた1960年頃より3%台に低下し、のびなやんでいたが、1964年度は4.9%となっている。町

村では所得倍增計画がはじまった1957年頃より急激に低下し、2%以下となり、その後漸増したが、1964年、依然2.7%に停滞している。なお都道府県では55年以来低下をつづけ、61年頃より反転してはいるが、64年3.1%にすぎない。他種の事業費を百分比でみると、都市では土木費百分比の増加が著しく、町村では土木費とともに産業経済費の百分比が急増している。いいかえると、都市部における土木費の膨張、町村における産業経済費と土木費の増加が、保健衛生費の伸びをおさえていたとみてよからう。

さて、都道府県と市町村における39年度保健衛生費の各事業費項目別百分比によって、各事業種目の比重をみると(表3)、都道府県では結核対策費26%、保健所費14%であるのにたいし、市町村は清掃費が58%も占めている¹²⁾。すなわち、

9) 『国民生活白書』昭和40年度版, p.75。

10) 東田敏夫「労働者住宅の問題点」『労働の科学』21(12), 1966。

11) 『地方財政統計年報』昭和41年度版。

12) 「国民衛生の動向」『厚生指標』, 昭和41年。

図1 地方自治体の目的別歳出決算百分比の年次推移 (総額=100)

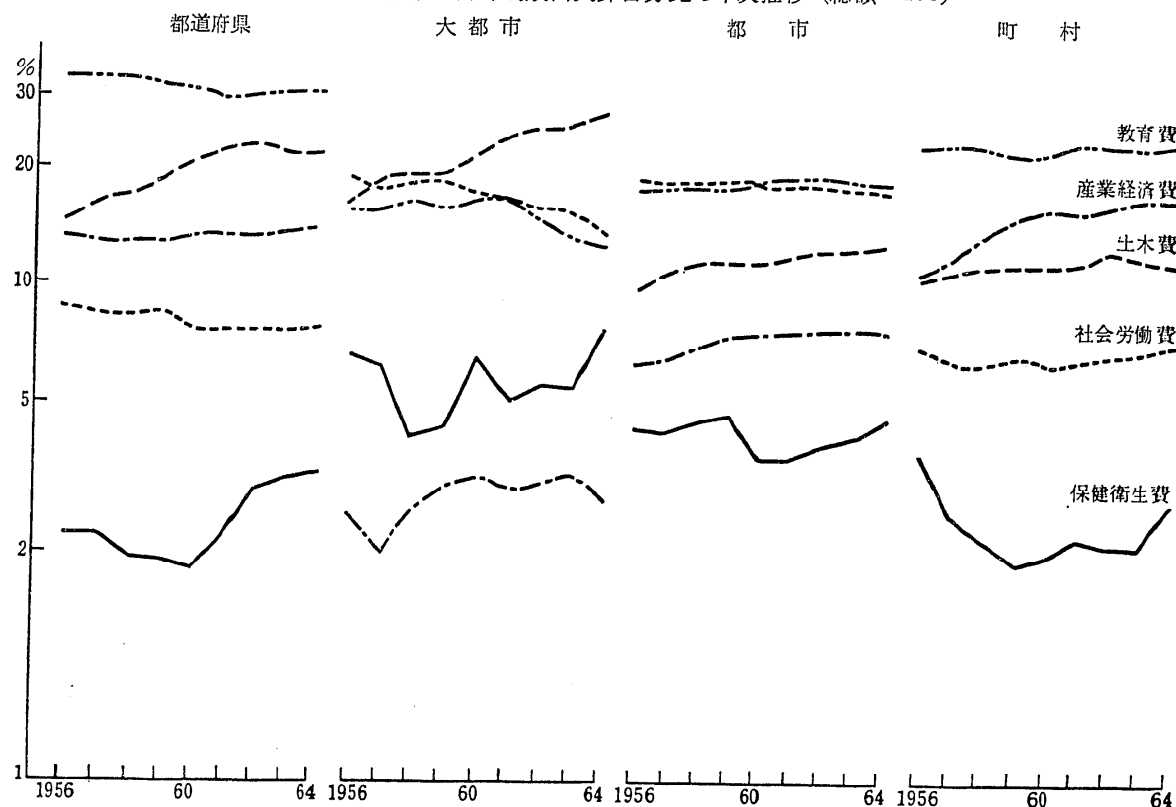


表3 地方行政における衛生費の内容 (昭和 39 年)

(単位 100 万円)

		都 道 府 県	市 町 村	計
歳 出 総 額		2,386,781	1,557,552	3,821,968
衛 生 費	総 額	119,629 (100.0)	128,452 (100.0)	241,826 (100.0)
	公衆衛生費	49,275 (41.2)	39,318 (30.6)	84,561 (35.0)
	結核対策費	31,140 (26.0)	9,445 (7.4)	39,449 (16.3)
	保健所費	17,193 (14.4)	5,558 (4.3)	22,710 (9.4)
	清掃費	22,021 (18.4)	74,131 (57.7)	95,106 (39.3)

資料 「昭和 41 年国民衛生の動向」『厚生』の指標。

市町村は保健衛生費の大半を清掃関係事業にくわれ、対人保健予防は圧縮されているようである。

3. 市町村の類型別にみた保健衛生費

全国の市、町村の各種行政業務、ことに保健衛生事業の動向を知るために、まず 1960 年度の各都道府県および市部、町村部の住民 1 人当り事業別歳出額と、それぞれが位置する都道府県の産業化指数 (第 2 次、第 3 次産業別人口構成) との相関を調べてみると (表 4)、市部および町村部ともに、土木費、教育費、保健衛生費は、それぞれの府県の産業化指数と正相関である。保健衛生費細目で

は、府県は結核予防費が負相関、市部および町村ともに、清掃費が正相関であり、結核予防費は市部では正相関、町村で負相関である。すなわち、産業化、都市化がすすんでいる府県地域ほど、市町村の土木費、教育費、保健衛生費が大きい。しかし保健衛生費の大きいのは主として清掃費が大きいことがひびいており、かならずしも対人保健予防費が大きいことを意味しない。また農村地域ほど、市町村の保健衛生費は少ない。私はかつて 1961 年と 63 年の全国市町村類型別に、住民 1 人当り保健衛生費を比較検討をした結果、都鄙による地

13) 東田敏夫「地方自治と住民の保健」『公衆衛生』30(10), 1966。

市 部

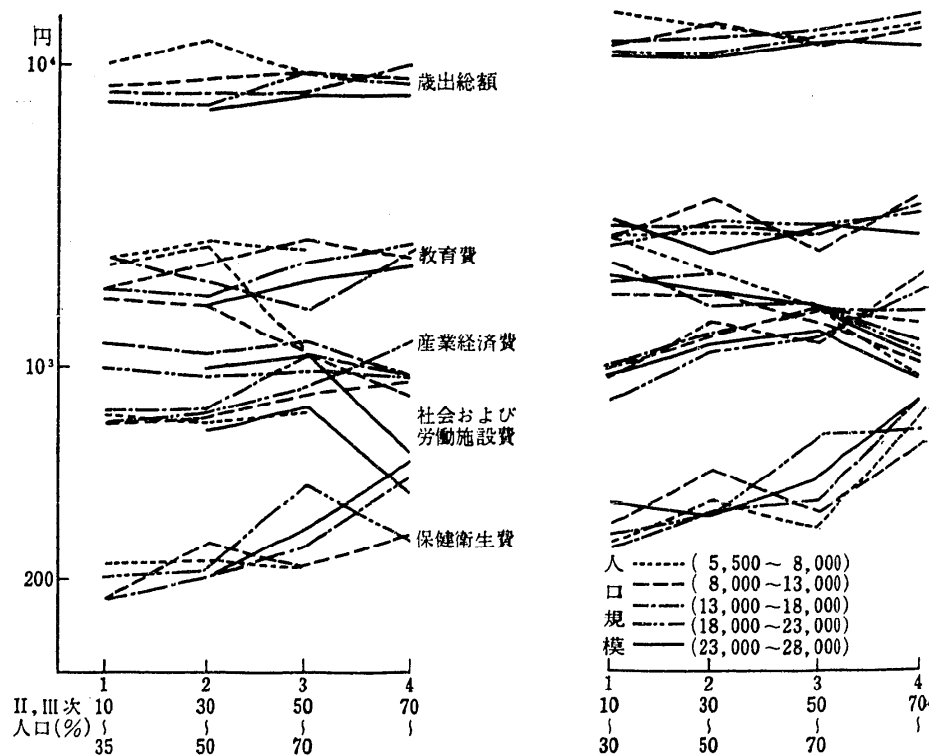


表4 都道府県別・地方自治体の目的別住民1人
当り歳出額と都道府県産業化指数との相関
a 目的別歳出額 (1960)

	都道府県	市 部	町 村
歳出総額	-0.063	+0.736**	+0.327*
土木費	-0.065	+0.752**	+0.463**
教育費	-0.435**	+0.486**	+0.404**
社会及労働施設費	+0.285	+0.248	+0.052
産業経済費	-0.255	-0.344*	+0.116
保健衛生費	-0.082	+0.637**	+0.388**

b 保健衛生費細目的歳出額 (1959~61)

	都道府県	市 部	町 村
保健所費	+0.117		
伝染病予防費	-0.013	+0.135	+0.092
結核予防費	-0.658**	+0.358*	-0.495**
その他予防費	-0.135	+0.004	-0.266
清掃事業費		+0.580**	+0.752**
その他環境衛生費	+0.183	-0.106	+0.287
その他	-0.159	+0.347*	-0.057

注 *P<0.05 **P<0.01.

域格差をみると、やはり農村の市町村ほど少額であった¹³⁾(図2)。

ここで1965年度の資料¹⁴⁾により、全国市町村

を産業別人口構成と人口規模により分類して、住民1人当り保健衛生費を比べると(表5)、第2・3次産業人口50%未満の農山村の町村では500~700円、歳出総額の3%程度にすぎず、第2・3次産業人口70%をこえる産業化地域の市・町では1,000円台、歳出総額の10%を超え、23~43万の産業都市では2,000円と、かなりのひらきがある。このような産業人口構成類型による格差は市部よりも町村で著しく、農村地域における町村の低水準がめだっている。なお首都圏、近畿圏、新産業都市は2,000円前後であるのに、それらの地域の町村部は市部の2分の1から3分の1であり、両者にかんがりのひらきがある¹⁵⁾。

農村地域の町村では、教育費が比較的大きく、町村財政の負担になり、また産業経済費が大きくなっている。これらの諸経費負担が保健衛生費の圧縮に関係がないとはいえないようである。

近年の第3次産業と重化学工業を中心とする「経済成長」と「地域開発計画」の進行にともな

表5 産業人口構成類型別にみた全国市町村住民1人当り歳出額(昭和40年)

(単位 円)

	人口規模	Ⅱ,Ⅲ次人口(%)	歳出総額	衛生費	民生労働費	産業費	土木費	教育費
市	55000~80000	30~50	18,403	575	3,918	2,527	2,556	2,806
		50~70,Ⅲ次~40	15,833	1,070	5,601	1,934	2,656	3,155
		50~70,Ⅲ次40~	19,867	1,216	4,116	2,590	3,010	2,677
		70~,Ⅲ次~40	14,113	1,454	2,134	1,236	1,924	2,929
		70~,Ⅲ次40~	16,056	1,657	3,108	933	2,643	3,155
部	80000~130000	50~70,Ⅲ次~40	14,840	1,253	2,241	1,335	2,688	2,733
		50~70,Ⅲ次40~	17,677	1,249	3,160	1,402	1,908	3,859
		70~,Ⅲ次~40	17,210	1,313	3,209	1,939	3,089	3,572
		70~,Ⅲ次40~	16,618	1,552	2,805	1,166	2,625	3,483
町	5500~8000	10~30	18,943	588	1,526	3,479	1,845	4,027
		30~50	20,659	716	1,540	3,590	2,615	4,401
		50~70	16,467	709	1,514	2,589	2,077	3,733
		70~	17,203	1,305	2,207	1,431	2,571	3,025
	13000~18000	10~30	15,275	511	1,297	2,902	1,563	4,041
		30~50	14,335	617	1,445	2,338	1,652	3,276
		50~70	14,969	806	1,413	2,201	2,115	3,183
		70~	17,230	1,173	1,862	1,176	3,433	3,989
村	23000~28000	10~30	14,305	741	1,293	2,778	1,548	3,149
		30~50	13,079	623	1,295	1,847	1,695	2,978
		50~70	13,042	851	1,109	1,665	2,013	2,985
		70~	13,323	1,060	1,707	1,275	3,202	2,361

14) 「類似団体別市町村財政指数表」, 昭和41年12月。

15) 『地方財政統計年報』昭和41年度版。

い、政府は京浜・阪神・中京などと大産業都市圏の拡大、重化学工業コンビナート基地造成、産業道路建設などにつながる土木建設事業にたいして財政投融資優先政策をとっており、これが地方行政に波及し、都道府県および市町村の土木費の増加をうながしている。また農村地域では、「地域経済不均衡発展」により経済的基盤がいつそう低下し、その合理化策として、農業・山林業のていれと観光事業費を主とする「産業経済費」の増加がさけられず、また青壮年層の出稼離村と主婦農業化とならんで、母子家庭、老人世帯の生活保護、社会福祉事業が緊要事となっている。これらの事情は、いずれも農村の乏しい市町村財政の負担となり、低い保健衛生と生活文化の水準を改善向上すべき事業をさまたげているようである。

産業化地域における市町の衛生費が、近年増加しているのは、主として無秩序な企業と人口の集中増加にともなう環境整備費、とくに清掃事業増大のためであり、対人保健予防事業はほとんどのびていない。その実例として、大阪府下 45 市町村をみると(表 6)、住民 1 人当り保健衛生費は人口規模によってかなり差があるが、それは主として環境衛生費の差によるものであり、保健予防費は大差がない。

表 6 大阪府下市町村の保健衛生費 (1965 年)
——住民 1 人当り平均歳出額——

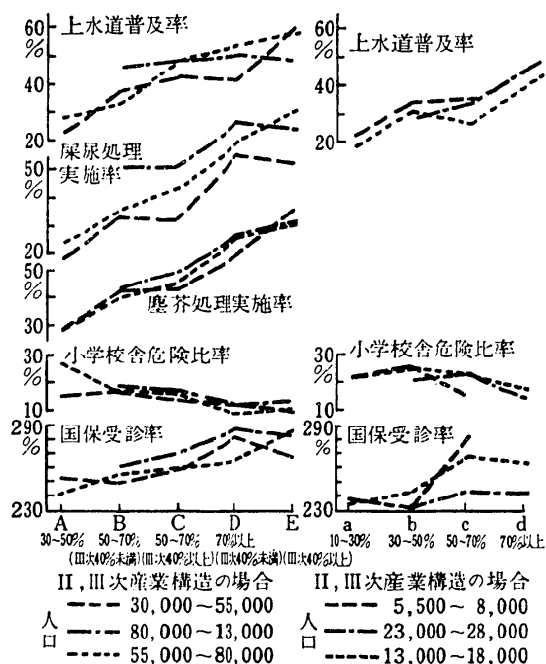
	調査数	衛生費 円	保健 予防費 円	環境 衛生費 円	歳出総額 にたいする 衛生費の割合 %	
					円	%
市部	人口10万以上	11	2,349	584	1,765	15.0
	10万未満	17	1,580	391	1,189	9.5
町村	1万以上	10	1,322	402	920	7.9
	1万未満	7	476	343	133	3.0
計	45	1,539	433	1,106		9.5

以上のごとく、市町村の保健衛生事業を財政面からみると、都市、農村とも、依然のびなやんでいるといえる。都市では企業活動と人口増加にたいする環境整備に追われ、農村地域では、生活環境がわるく、住民の健康状態が低水準にあるにもかかわらず、これを改善すべき市町村活動が、低調であり、住民の健康状態の地域格差を固定し、かえって拡大させることになる。

IV 上水道事業・国保事業・医療施設

以上、市町村の保健衛生事業を財政面からながめてきたが、正しくは市町村が行った事業の実績を検討する必要がある。しかしそれは地域需要との関係で評価しなければならず、これを後述する「市町村の事例研究」にゆずり、ここでは、まず全国市町村類型別にみた衛生関係事業について、やや古いが、1961～62年の資料で概観すると(図 3)、低開発、農山村地域ほど、水道普及率、ごみ・し尿処理能力が低く、国保の受診率が低く、医療が普及せず、市町村が行う保健、医療、衛生事業には、明らかな地域格差をみとめている¹⁶⁾。

図 3 全国市部および町村の類型と保健衛生事業
(昭 36) 資料、類似団体別市町村財政指数表(昭 37)



市町村が行う上水道事業、国保事業、医療機関の経営はいずれも「特別会計事業」であるが、ともに住民の保健・医療に直接ひびく重要なものであり、ややくわしく検討しよう。

1. 上水道事業

上水道事業は「公益事業」とされているが、独立採算制がとられている。設備の新設と増設にか

16) 「類似団体別市町村財政指数表」, 昭和 39 年 12 月。

ぎり、中央政府が査定する基準経費について地方債が認可され、簡易水道敷設費の一部に国庫補助がある。しかし、査定額は実際の経費より少く、補助率も低いために、市町村の負担が大きくなり、ひいては公債の累増と割高の水道料金が通例になっている。

昭和 40 年 8 月現在の、全国人口の水道利用者は 66.7%, そのうち 9.5% は簡易水道利用者である。国民の 3 分の 1 がいまなお井戸あるいは流水に依存している事実は重大である。

全国市町村類型別に上水道普及率をみると (表 7), 農村地域はすこぶる低く 20~30% であり, 簡易水道を入れても 30% にすぎないところもある。

表 7 全国市町村の上水道事業普及率と収支
(昭和 38 年度)

市 部		(収支差引住民 1 人当り円)					
人口 規模	II, III 次人口 (%)	30~50	50~70		70~		
			III 次 ~40	III 次 40~	III 次 ~40	III 次 40~	
30,000~	普及率%	39.1	38.2	50.1	53.2	72.7	
55,000	収支差引	-97	-16	-34	+29	-22	
55,000~	普及率%	30.5	39.3	45.4	60.1	66.5	
80,000	収支差引	-92	-91	-88	-65	+124	
80,000~	普及率%		48.8	59.4	49.7	72.9	
13,0000	収支差引		-161	-13	+50	-12	

町 村					
人口 規模	II, III 次人口 (%)	10~30	30~50	50~70	70~
8,000~	普及率%	81.5	63.1	87.1	76.6
13,000	収支差引	+77	-66	+10	-2
13,000~	普及率%	27.1	58.9	53.4	68.2
18,000	収支差引	-457	-384	+25	+40
18,000~	普及率%	33.5	38.1	47.8	45.8
23,000	収支差引	-198	-67	+58	+50
23,000~	普及率%	17.6	41.8	41.7	37.1
28,000	収支差引	-115	-48	+100	-530
28,000~	普及率%	21.2	53.6	56.8	58.2
33,000	収支差引	-251	-242	+104	+2

注目すべきことは、大部分の市町村で上水道事業は赤字であり、農村地域の市町村ほど住民 1 人当りの赤字額が大きい傾向があることである。

17) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』, 1966, pp. 220-245.

昭和 39 年度資料によると、7 大都市をのぞくと、小規模市町村の経営が悪く、累積欠損金比率、不良債務が大きい。簡易水道の経営も苦しい¹⁷⁾。すなわち農村・へき地の市町村の水道事業は経営が苦しく、市町村財政の負担となり、住民の負担も大きい。このことが農村・へき地において、上水道事業の普及をはばんでいる最大の理由である。なお農村の町村では人口規模が大きいほど上水道普及率が低く、住民 1 人当り赤字が大きい傾向があり、低開発地域における行政区域の拡大はかえって行政能力が低下する危険があるようである。

最近、しばしば上水道未設置の後進地域で赤痢、流行性肝炎の流行をみるが、上水道はいうまでもなく、日常生活の衛生保持に不可欠な生活施設であり、これなくしては「前近代的生活」より脱却することは不可能である。このような後進地域住民の不健康と「前近代的生活」をよぎなくしているものは、へき地町村の財政窮迫と上水道事業にたいする政府援助の不足である。その具体的な事例は後述する。

2. 国民健康保険事業

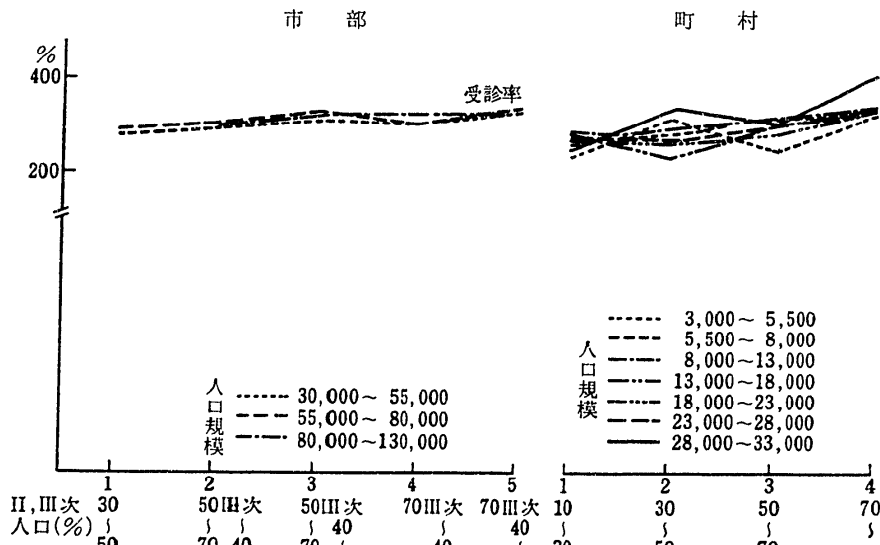
国保事業は市町村が行う特別会計事業であり、地域住民にたいする医療サービスとして、とくに農村では、もっとも緊要なものである。しかし農村地域では国保受診率が低く、医療サービスが不足している¹⁸⁾(図 4)。

国保加入者にはもともと低所得世帯が多い関係から、国保の財政的基盤が弱く、赤字になりやすく、医療保障にたいする政府の責任として数種の国庫支出金を採用し (事務費、療養給付費負担金 25%, 7 割給付措置特別補助金、保健婦・助産婦補助金 3 分の 1 以内、調整交付金等), 1964 年度歳入総額 1,722 億のうち 388 億、全体の 51.0% は国庫支出金でまかなっている。しかもなお 3,408 組合の 65% は赤字であり、差引赤字 205 億円は、市町村の一般財源などより繰入れし、毎年の繰入金は相当額にのぼり、市町村財政の重荷となっている¹⁹⁾。

18) 「類似団体別市町村財政指数表」, 昭和 41 年 12 月。

19) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』, 1966。

図 4 全国市町村における国保事業 (昭 38)



農村の国保の赤字は一般に大都市ほど大きくないのは、受診率が低いためである。しかし市町村財政の規模が小さいので、国保の赤字は大きくひびき、多くの市町村は財政上の負担をおそれて、低い国保受診率の向上や、対人保健サービスに欠くことができない保健婦の配置には消極的な態度をとっている。こうして医療サービスと対人保健活動の不足がみのがされている。

3. 無医地区対策と公立医療機関

地域住民にたいする医療サービスの不足を改善するには、無医地区の解消と公的医療機関の活動を考えねばならない。ことにへき地では無医地区解消が第1級の課題となっている。しかし一つは日本の自由開業医制度の壁のためと、また一つには政府のへき地医療対策の消極さのためにきわめて困難な状態にある。1955年以来10年間に1,000地区に及ぶ「無医地区」の3分の1に診療所が配置されたにすぎない。また経営にたいする国庫補助が少く、へき地町村の負担になっている。

国保の直診勘定(診療所)の場合も、その60%が赤字であり、全体としてみると、31年以来赤字をつづけている。

市町村立病院にはもともとへき地などの立地的条件が悪く、採算がとれない地区の医療をうけもつ、小規模なものが多い(53%は100床未満)。へ

き地の医療サービスの普及には必須の施設であるが、経営状態は苦しく、50床未満の病院は42.9%、100床未満の病院は42.5%が赤字となっている。「地方の小規模病院にあってはその立地的条件からみて収益の増加には限界があり、他方、費用の面では固定費の比重が大きくなるため、その採算がかなり困難である²⁰⁾。」

このように、市町村が病院・診療所を経営することは、地域住民にたいする医療サービスの不足をおぎなうために必要な事業であるが、市町村財政にはかなり大きい負担を覚悟しなければならない。ことにへき地町村が当面している医療問題の深刻さは、若干の「国庫補助金」、「地方債認可」、「へき地特別融資」などによって打開しうるのは生やさしいものではない。地域医療問題はもはや弱小市町村の能力以上の問題になっている。

なお1960年以降に公営企業になった公共下水道事業では赤字団体38.1%、累積欠損金195億円(収益金の25%)、不良債務112億円(14%)である。また水道に76億、公共下水道に206億、病院・診療所に125億を普通会計より繰出しており、その財政を苦しめ、これがやがて地方債の累増、住民の税および税外負担の増加、公共料金の値上げをまねくことという

20) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』1966, p. 729。

21) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』1966, p. 509。

までもない。

国庫補助金が過少なためにおこる地方超過負担額は、1964年度、全体で53.1%、保健所運営費76%、国保保健婦費73%、国保事務費125%、し尿処理施設費36%、下水道終末処理費27%、学校給食施設費190%、保育所建設費262%、保育所費56%である²¹⁾。

V 市町村の保健衛生事業に関する事例研究

近畿と岩手の農村地域7ヵ町村と、産業都市近郊として大阪府下31市町村について行った保健衛生事業の実態調査の結果を紹介し、市町村衛生行政における問題点を指摘したい。

1. 農村地域の町村の場合(表8参照)

大阪府・能勢町の場合 大阪府北西辺の人口1万の近郊農村である。農家人口59%を占め、零細農と通勤兼業が多い。死亡率、乳児死亡率は全国水準より高く、死因に肺炎、腸炎が多い。1965年度歳入は交付税41%、町税はわずかに18%、公債9%。歳出は教育費28%、土木費13%を占め、保健衛生費はわずかに1.2%、住民1人当たり192円にすぎない。衛生課職員は3名。主な保健衛生事業は、殺虫剤配布と結核検診。成人病検診に着手しているというが、国保受診率年間194%という低率である。しかも国保は赤字であり、39年度の一般財源よりの繰入金は170万円であった。当地域の保健所は、結核検診、高血圧、心臓病、胃検診などに重点をおいて協力しているが、低い国保受診率が物語る医療サービスの絶対的不足と、上水道普及率4%というおくれた生活環境、加えて住民所得が低く、母ちゃん農業や主婦の日雇稼ぎのために、乳幼児養護が不足し、乳児死亡率が高いのは必然であろう。

町民の健康状態の改善には、まず、国保給付の改善と受診率の向上、母子保健の強化、上水道事業の普及であるが、いずれも財政上の裏付けが必要である。しかし町財政は累増する公債の返還に追われ、40年度は小学校の改修(2,400万)が大事業であり、保健衛生関係事業はかえって「基準」以下におさえ、伸ばすゆとりはないようである。

和歌山県・清水町の場合 人口11,000、農林世帯77%を占める農山林地域である。零細農と林

業兼業が多い。乳児死亡率は全国の1.5倍。64年度歳入は交付税49%、町税はわずかに11%、保健衛生費は1人当たり315円、歳出総額の1.9%にすぎない。衛生・保険課職員5名、町の行財政の重点は、たび重なる災害の復旧費(町債:64年980万円、65年300万円)と、化学肥料の普及により必要となったし尿処理施設費分担金(隣町と組合を設立、64年105万円、65年57万円)、年々増加する公債の返済(65年4,384万円)、加えて農林業のてこ入れのための「産業経済費」、国保への繰入金(170万)があり、そのために財政は苦しく、保健衛生と民生の事業費を極力おさえて、法定の最低限以下とし、結核住民検診もようやく38年度より着手された模様である。

京都府・峰山町、大宮町の場合 峰山町は人口15,000、大宮町10,000、農業を主とし、「丹後ちりめん」加工地である。出生率、乳児死亡率が高い。農家の丹後ちりめんと西陣織の下請家内業に転業が増え、主婦は1日10数時間働いている。

織物加工業世帯の乳児死亡率(37.2%)は一般世帯の2倍以上、純農家はさらに高率(50.7%)であった(峰山保健所資料)。峰山、大宮両町の財政はともに土木費と教育費の比重が大きく、保健衛生費は峰山町はやや大きく、歳出総額の8%、1人当たり1,066円。大宮4.3%、1人当たり572円。衛生・保険課職員は峰山町6名、大宮町4名、保健婦各々1名。峰山町も隣接町と組合で設置したし尿処理施設分担金と塵芥処理費、屠場移転などの環境衛生費が増え、町債が増加した。保健予防事業では予防接種と住民検診が精一杯である。伝染病棟、し尿処理施設、簡易水道施設費にたいする国庫補助金対象査定額が低すぎ、また交付税における「基準需要額」を実際経費より低くおさえられているために、町の負担が大きく、公債が増加し、町民の税外負担が増加した。国保受診率は両町とも低くないが、周辺には準無医地区がある。国保の赤字は64年度大宮360万円、峰山620万円に達し、理事者の一部から国保返上論がでていいる。これらの町の課題は、周辺農山村における医療の普及と生活環境の改善、上水道普及、農家と織物加工世帯の主婦の労働過重と乳幼児保

表8 農村地域町村衛生行政実態調査

	大阪・能勢町	和歌山・清水町	京都・大宮町	京都・峰山町	岩手・岩泉町	岩手・葛巻町	岩手・沢内村
人口(39) 世帯数(39) 産業人口構造 経済事情	10,100 5,070 I次59%, II次15% 血次26% 零細農・兼業通勤多	11,166 2,726 農林業世帯 77% 零細農・兼業化	10,546 2,265 農 46% 織物 28% 農家(主婦)零細織物業転業増加	15,181 3,319 農業、織物、商業	27,209 5,374 I次 68% 農林(畜・漁)	15,964 2,745 I次 76% 農林畜 酪農地、植林	6,178 1,095 農林業世帯 78% 米作 80% 零細農、林業
衛生水準	(38) 7.0 (39) 10.1 10.8 60.2 (肺炎、腸炎死多)	(38) 12.5 (39) 12.3 7.7 (37~38) 8.5 30.0	(38) 17.5 (39) 18.4 9.1 38.8 (農業50.7 織物37.2 他 14.5) (37~39)	(38) 17.1 (39) 20.0 8.3 38.6 29.6	(38) 22.3 (39) 269,404千円 9,894円 227円 肺炎死多 無資格者助産50% 無資格者助産48%	(38) 25.0 (39) 159,643千円 10,000円 720円 55.3 無資格者助産48%	(38) 19.9 (39) 92,948千円 15,045円 1,715円 7.1 24.4 (37年) 乳児死亡率低下 乳児死亡率低下
行政	(40) 167,290千円 16,563円 192円 衛生費(同上)	240,632千円 21,500円 315円	140,280千円 13,250円 572円	203,568千円 13,400円 1,066円	(39) 269,404千円 9,894円 227円	(39) 159,643千円 10,000円 720円	(39) 92,948千円 15,045円 1,715円
財政	衛生費(同上)	1.9 % 3.4 11.1 24.4 3.3 12.4 21.1	4.3 % 10.9 16.0 5.1 20.8 5.2	8.0 % 12.6 21.3 9.1 14.2 5.5 3.9	2.3 % 5.9 21.5 24.7 6.6 — 5.5	7.2 % 5.2 23.2 25.1 5.8 0.5 4.7	7.2 %※ 11.5 20.7 11.5 9.8 9.5 5.9
衛生課職員	3名	5名	4名	6名		病院長協力	病院長が厚生部長兼任
国保	(39年度) 194 % (1人当り) 889円 170万円 なし	380 % 1,168円 170万円 なし	360 % 1,642円 360万円 1名(看護婦)	360 % 1,391円 620万円 1名	150 % 642円 2名	160 % 773円 100万円 2名	[乳児10割] 317 % [老人705%] 1,407円 650万円 3名
医療	3 (直診3) + TB, 成人病他	6 (1) + (駐在保健婦1)	5 (1) +	病院1 診6(c) +	病1 診9(1) +	病1 (1) 診6 (3) +	指定病院, 母子センター + (開業医なし)
保健・医療事情	4 %	30 %	60 %	52 %	11 %	13 % (赤痢)	
特記事項	農業開発おくれ 兼業化すむ 教育 費膨張 医療不足	法定衛生事業の範囲 災害復興事業 し尿処理事業組合	農家の家内織物業転業 労働過重, 未熟児増加 し尿処理事業, 環境衛生事業重要化	無医無助産区あり ベッド人口万対58 町の保健事業低調	無医無助産区あり 母子生活活動, 公衆 衛生施設調査 国保連乳児死亡 半減運動 病院建設 (国井院 長) 母子保健活動	無医無助産区あり 母子生活活動, 公衆 衛生施設調査 国保連乳児死亡 半減運動 病院建設 (国井院 長) 母子保健活動	38年保健文化賞 村の財政危機が 予測される

前深沢村長
無医村解消事業
32年より岩手国保連
乳児死亡率半減運動
医学生生の保健活動受
入れ
病院整備事業
加藤院長
国保10割給付
(乳児, 60歳以上)
老人検診
※ 決算保険衛生費
21,549千円
(19.1%)
A. 国保・乳児 60歳
以上10割給付
(3,672千円)
B. 一般保健衛生事
業 (3,883千円)
C. 施設
患者輸送車
母子センター
病院設備
水道施設
(13,993千円)

育の対策であり、これらは中央政府が「妥当、かつ合理的な水準」と称する「地方財政基準需要」では、とりあげていない領域に属している。

岩手県・岩泉町、葛巻町、沢内村の場合 「日本のチベット」岩泉町は人口 27,000、農林業 68%、乳児死亡率がすこぶる高い（1963 年 56.5%）。無医地区が多く、出産の 50% は無資格者の助産。39 年度歳入の 54% が交付税、歳出では、保健衛生費は 1 人当たり 227 円、総額の 2.3% にすぎない。国保受診率は低く 150%。医療サービスの不足と農家の貧しさと母ちゃん農業などが関係して乳幼児の養護がゆきとどかず、乳児死亡高率の原因となっている。理事者は岩手国保連が昭和 32 年よりすすめている「乳児死亡率半減運動」に同調せず、国保保健婦 2 名にすぎず、保健所とのつながりも悪く、町立病院は半休状態であり、町の保健衛生事業は積極性を欠いている。理事者は産業振興に力を入れるというか、この地域の経済的基盤の低さと町財政の窮迫が保健と福祉をおくらせていることは否めない。

葛巻町は人口 16,000、第 1 次産業人口 76% の農山村。無医地区、無助産婦地区が多く、無資格者助産 48%、乳児死亡率は高い（63 年 55.3 %）。理事者は、地域医師会などの反対を押して町立病院を設立し、院長の積極的な協力をえて、乳児国保 10 割給付、牛乳無料配給に着手したが、保健婦数は少く（3 名）手が回らない。国保受診率は 160% にすぎず、広い行政区域周辺の医療サービス不足は打開できない。34 年頃よりの医学生や公衆衛生院などの活動が、町が保健医療事業に着手する契機になった。低い経済的基盤のてこあげに、酪農、林業などの育成が必要であり、苦しい町財政のなかで、保健衛生事業とのかねあいがむずかしいと理事者はいう。青年層を中心とした農協活動が活発となっており、今後が注目されよう。

沢内村は人口 6,000 強の山村。故深沢村長が生前 10 年間、無医地区解消、病院建設に「政治生命」をかけてきた。開業医はいない。深沢村長に共鳴した加藤現病院長が、村の厚生部長を兼任し、北上保健所、東北大、厚生連病院の協力をえて、意欲的な活動を行ってきた。村立病院と「母子セン

ター」の整備、雪上患者輸送車購入、保護婦活動の重視（3 名、人口 2,000 人に 1 人）、乳児および 60 歳以上の老人にたいし国保 10 割給付、老人検診などの医療保健サービス普及活動が行われてきた。村の財政は、64 年度、村税 19%、交付税 59%。保健衛生費に 1 人当たり 1,715 円、歳出総額の 19%を支出した。その結果、国保受診率は 317% に上昇し、乳児死亡率は激減し、1963 年度「保健文化賞」を受賞した。この村の衛生水準の向上は、「基準財政需要」を超えた無医地区解消、保健医療サービス普及という「固有の事務」の成果であった。問題は、病院経営費の膨張と国保の赤字（64 年 繰入金 650 万円）が貧弱な村財政にたいして重圧となっていることである。また村の低い経済的基盤のてこあげが緊要な課題となっており、「保健」と「生活」の二者択一をせまられ、今後の保健医療行政の促進が憂慮されている。実際に 63 年の保健衛生費は 3.7% に減っている。このことはまた現在の地方行財政の体制下における「地方自治」機能の限界をしめすものである。

2. 大都市近郊市町村の場合——大阪府下——

人口集中増加がつづいている産業都市近郊における地方自治体の実態を知るために行った大阪府下市町村の保健衛生事業に関する調査（1967 年 3 月）の成績を概説する（大阪市、堺市をのぞく）。

(1) 行政組織、市町村の衛生課（係）の組織は多様であり、統一されていない。職員数は市のばあい人口万対 1~2 名、衛生課専任医師を（1 市を除き）もたない。医師の協力をもとめているが、その業務は「予防接種」に限定している。年次計画にたいする各保健所の協力はかなりの濃淡がある。

(2) 保健衛生事業は、一般に法定事業、とくに「地方交付税の基準財政需要額」算定にとりあげられた事業（ごみ・し尿収集、予防接種、結核住民検診など）に限定し、とくに清掃事業に大きい比重をかけている。その他の対人保健サービスはきわめて低調である。しかも住民より上水、下水、排水、し尿汲取、ごみ処理について苦情があり、議会における論議は、ごみ・し尿収集と国保事業が主である（表9-1, 2）。

表9-1 市町村議会できりあげられる問題

		調 査 数	し 尿	ご み	国 保	上 水	下 水	他の環境衛生	公 害	伝 染 病	母 子 保 健	結 核	医 療 問 題	無 医 地 区	熱 心	討 議 は ま す ま す	熱 心 で い な い
市 部	人口10万以上	8	4	4	5	3	4	4	3	2	2	0	0	0	5	2	1
	10万未満	11	8	8	7	5	4	5	4	6	2	4	1	1	8	2	0
	町	12	12	8	7	5	3	1	2	0	2	1	2	2	10	1	1
	村	12	12	8	7	5	3	1	2	0	2	1	2	2	10	1	1
計		31	24	20	19	15	11	10	9	8	6	5	3	3	13	5	2

注 大阪府下市町村, 1967.

表9-2 住民の要望

		調査数	ごみ	し尿	下水排水	他の環境衛生	予防接種	国保	成人病
市部町	人口10万以上	8	5	7	1	1	0	2	0
	10万未満	11	3	3	3	1	2	0	0
	村	12	5	2	0	1	1	0	1
	計	31	13	12	4	3	3	2	1

表10 特別会計事業の赤字

	上水道事業			国保事業		病院事業		
	総数	収支の赤字	収支の赤字	総数	赤字	総数	収支の赤字	収支の赤字
人口10万以上の市	12	7	11	9	7	7	5	6
人口10万未満の市	13	7	13	10	10	7	5	7
人口1万以上の町村	3	3	3	13	6	1	1	0
人口1万未満の町村				7	3			
計	28	16	27	38	25	15	11	13
	(100.0)	(57.1)	(96.4)	(100.0)	(65.8)	(100.0)	(73.3)	(86.7)

注 大阪府下市町村, 1965.

(3) 財政上の問題

- i 近郊の人口増加がはげしい市では、財政規模は逐年増大し、それにともなう環境衛生費、主として清掃費が増加しているが、対人保健費はさほどのびていない。市・町村の人口規模によって大差がない。
- ii 上水道、国保、病院の各事業は大部分の市町村が赤字である(表10)。
- iii 大部分の市町では、保健衛生費および清掃費歳出額は、地方交付税の「基準財政需要額」よりかなり大きく、一般財源より相当額の繰入れを行っている。他方、一部の弱小町村では、財政窮迫のため、保健衛生費・清掃費を「基準財政需要額」以下におさえ、他の事業費にふりまわしている。
- iv 保健衛生・清掃関係事業にたいする地方交付税の「基準財政需要額」引き上げを望む市町村は64%、「財政需要にとりあげる事業項目」の追加を要望20%あり、また国および府の負担金・補助金の増額あるいは地方債査定認可基準の是正をのぞんでいる。

(4) 衛生行政の障害と保健衛生事業の分担

「市町村の衛生行政実施上の障害」は、60% 財

表11 衛生行政実施上の障害

		調査数	財政	人手不足	人材なし	方法不明	住民の理解	議会
市部 町	人口 10 万以上	8	4	4	2	0	4	0
	10 万未満	11	5	2	0	1	0	1
	村	12	10	6	1	0	1	0
	計	31	19	12	3	1	5	1

注 大阪府下市町村, 1967.

表12 地域保健衛生事業の担当——適当と考える地方自治体の種類——

	上水	下水	し尿	ごみ	環境衛生	公害	予防接種	伝染病予防	結核	母子保健	保健婦保	国保	医療施設	無医地区
市町村単独	16	5	13	12	12	3	18	10	7	7	5	13	4	0
市町村協同	4	12	15	17	4	4	0	5	0	0	1	0	2	1
府(保健所)	3	6	1	2	5	13	5	9	18	17	12	8	11	8
計	23	23	29	31	21	20	23	24	25	24	18	21	17	9

注 大阪府下市町村, 1967.

政、40% 人手不足を訴えている。

中小の市町村の過半数は、し尿処理、ごみ処理、下水事業を隣接市町村との共同経営をのぞみ、また結核予防、母子保健、保健婦活動、医療施設は、府・保健所の担当が適当とこたえている(表12)。

大都市近郊は、人口増加が著しく、無秩序な企業の増加、農地の速成・宅地化、低劣な零細住宅の乱立などにより、環境衛生事情は悪化し、また公害と交通災害の危険にさらされている。近郊自治体は人口増加に対応する学校建設と清掃事業におわれ、上水・し尿・ごみ処理事業などの支出がふえて交付税基準額を上まわり、地方債の累増、特別会計事業の赤字などで、財政は苦しく、法定事業も最低限度におさえ、地域に特需の事業を行う姿勢がみられない。ことに、結核予防、母子保健、保健婦事業などの対人保健サービスを自ら担当せず、府・保健所の担当をのぞむ市町村が半数以上（結核 72%，母子 74%，保健婦 67%）あることは注目すべきことで、なかには少数ながら国保事業の返上論（38%）すらがあらわれている。これは市町村が住民の保健と福祉を第一義とすべき第一線地方自治体の本旨をみのがしている危険な傾向である。その原因は、専門技術職の欠如と理事者の保健行政にたいする理解の不足にあるが、その根底には市町村財政の窮迫と住民疎外がある。

VI 市町村保健衛生事業と関連する財政上の問題

1. 国庫負担金をめぐって

市町村の保健衛生事業には法令による「委任事務」が多く、それだけ国庫負担金または補助金をもつ事業が多い。しかし、国庫負担金が一般に過少であり、国庫負担対象物件の査定額が実際額より低すぎ、地方自治体の財政を困らせる有力な原因となっている。

峰山町他 5 町の共同伝染病舎建設工事は総額 2,280 万円であった。補助対象の病棟建設費 1,785 万円にたいする査定額は 1,308 万円（実際額の 73%）であり、補助はその 3 分の 2 の 838 万円（国と府が折半）、残りの 1,800 万円が地元負担となり、公債の増加と一般財源の負担となっている。また「基準財政需要額」は過少に押えられ、地方交付税の配分を少くし、町財政を苦しめている。

し尿処理施設も、査定経費は実際額の 70% 程度であり、国庫補助は査定額の 3 分の 1、実際額の 20% 程度となる。「基準財政需要額」がこれまた実需要額より少いために、地方交付税の配分が

少くなり、不足分は公債の増加と一般財源より繰入し、住民の使用料に依存することになる。峰山・綱野共同施設の場合、所要経費 5,582 万円、国庫補助対象査定 3,617 万、補助金 1,205 万にすぎず、両町は 3,400 万円を負担し、その半ばを起債によっている。

「公営企業」水道事業の場合、住民負担はさらに直接的である。峰山町五箇部落 360 戸は、1963 年ようやく簡易水道を敷設したが、所要経費 2,250 万円（1 戸 62,500 円）、国庫補助対象査定経費は実額の 80%、補助金約 442 万、差引約 1,800 万円は地元 360 世帯の負担となった。そのうち、1,000 万円を起債し、年間に水道料金で返済することとし、残りの 800 万円には区有財産（山林）を売却した。同町茂地部落 15 世帯の場合は、38 年にようやくへき地対策の「飲料水供給施設」として簡易水道を敷設したが、総経費 144 万円にたいし、査定は 100 万円、国庫補助 40 万円、起債はみとめられず、町が 10 万円補助し、残り 94 万の半額は各世帯が一時金 3 万円の負担とし、半額は農協より借金して今後の水道料金収入で償還する計画である。しかしへき地の農家にとって 1 戸 3 万円の負担は重大であり、支払不能、離村世帯の出現などで、この水道事業の維持が危ぶまれる。

日常生活に不可欠な水道事業が、今日の行政のしくみでは、結局市町村財政の圧迫と市民の税外負担としてしわよせられていることは、全国的傾向でもみとめられるが、弱小市町村では重荷であり、これが農村へき地において上水道の普及をさまたげているのである。

もともと、国庫負担金あるいは補助金制度は、地方自治体の自主性と主体性をそこない、政府の中央集権的支配を温存し、ボス政治と闇取引をはびこらせている事実、よく知られている。これらは平衡交付金あるいは地方交付税にきりかえられるべきものである。しかしながら、現行の地方交付税制度にも多くの問題点と矛盾がある。

2. 地方交付税制度の矛盾

1949 年シャープ勧告は、日本の地方行政の矛盾

として、(1)国と都道府県と市町村の業務分担の不明確、(2)政府のつよい中央集権、(3)地方財政の窮迫を指摘し、政府による中央集権的支配を抑え、地方自治体の主体性を確保するために、(1)市町村第一主義、(2)地方自治体の行政能力と能率の向上、(3)地方財政の確立、を勧告し、とくに地方税制の改善と「平衡交付金」制度を示唆した²²⁾。「地方交付税」制度は、「平衡交付金」に代って、1954年以来実施され、地方自治体の財政規模を決定する重大なしくみであるが、「地方交付税」額を決める要素である「基準財政需要額」は、政府が「合理的、かつ妥当な水準」とみなす行政「基準」の業務細目について諸経費を算出し、積算したものである²³⁾、²⁴⁾。問題は、「基準財政需要額」の算出に用いられた諸経費が地方自治体が実際に要する経費よりも、かなり下回っている(70~80%)ために、地方自治体は法定事務を実施するだけでも財源が不足し、地方財政が苦しいことである。また「特別財源」としてかなりの手数料・使用料をみこみ、「地方交付税」より差し引いている。これが結局、住民の税外負担となり、公共事業そのものの普及をさまたげている。たとえば40年度予防接種費は標準団体(人口10万の市)で2,037千円、原材料1,169千円にたいし、手数料収入915千円をみつもっている。

地方交付税は「一般財源」として交付し、行政「基準」にとった事業細目にしたがって実施することを指示していないが、市町村は財源にゆとりがないために、「基準財政需要額」の査定にとりあげられた事業の最下限を実施目標にすることになり、必然的に、地方衛生行政の規格化と低準化をまねいている。

地方交付税をめぐるもっとも基本的な矛盾は、「基準財政需要額」算定にとりあげられている行政事務は、かならずしも、自治省、大蔵省がいうような「妥当、かつ合理的な水準」ではなく、むしろ最低限あるいはそれ以下であり、しかも地域の特長事情をみとめないで、全国画一的に適用し

ていることである。したがって地域の衛生事情が悪く、その改善事業に重点をおくとすれば、他のいずれかの事業を放棄しなければならない。こうして衛生状態が悪く、経済条件が不利な地域ほど、市町村の衛生行政は低調にならざるをえないしくみができあがっている。

少くとも、農村・へき地あるいは後進地域においては医療施設の整備と医療サービス普及、保健婦の配置、生活環境整備などを、また無軌道な都市化・産業化のあおりをくっている大都市近郊の弱小地方自治体には緊要な環境衛生整備事業を、それぞれ地域の重点需要として「地方交付税」におりこむ必要がある。

しかし現実には、「基準財政需要額」に産業道路、産業基地造成などの独占・重化学工業発展政策にむすびつく地方事業が優先され、「上下水道、住宅、病院、清掃事業などの生活基盤の整備充実という行政水準を維持するための財源保障という働きが順次うすらいでいく²⁴⁾」傾向がある。また、「基準財政収入額」の面でも、民度が低く、住民所得が少い市町村ほど、過大に見積られ、地方交付税の配分が不利になっている傾向がある。

こうして、市町村の行政水準は、現行の地方交付税制度を媒体として、最低限あるいはそれ以下の水準に規格化され、低準化され、そして地域格差は拡大され、地方行政は「地方自治の本旨」を見失い、住民不在のままで、独占資本につながる中央集権の支配下に入っていく危険がある。

VII ま と め

日本の地方行政における都道府県と市町村の二重構造のなかで、市町村は、住民の日常生活と、より密接し、住民の側からも、より身近であり、自ら政治に参加する可能性がより大きく、地域住民の保健と福祉に関する事業を担当すべき第一義的機関のはずであり、このことはシャープ勧告も指摘したところである。

問題は、市町村が実際に住民の需要にこたえる行政能力をそなえているか、ということである。

22) 吉富重夫『新版地方自治』、勁草書房、1963。

23) 山本悟『地方交付税』、地方財務協会、1965。

24) 自治省財政局『地方財政のしくみとその運営の実態』、1966。

24) 塚田功『地方交付税制度の矛盾と是正策』『都市問題』57(3)、1966。

ひとくちにいえば、全国的傾向として、また事例研究からみても、市町村の現実、一般にその期待にこたえているとはいえない。その原因は、

(1) まず、地域における保健・衛生・医療サービスにたいする行政責任が、国と都道府県と市町村の間で明確にされていないものが少なくないことである。市町村が行う保健衛生事業は、上からの「たて割行政」の枠できめられ、中央政府→都道府県→市町村と系列化されたものが多く、地域需要にこたえる活動を軽視し、「市町村第一主義」にたいする逆コースをとっている。

(2) 市町村が法令によって義務づけられた「委任事務」は一応は National Minimum な需要であるが、これを果すに必要な財政的、技術的条件をそなえていない。ことに市町村への税配分（地方税および地方交付税）が制限され、国庫負担金・補助金が少く、義務づけられた事業にたいしても財源のうらづけを欠いている。

(3) 保健衛生の技術的サービス行政として必要な施設と技術職員を欠いている。またもっとも重要な地域段階における衛生行政の組織が、府県と市町村のあいだで確立していないために、保健所の役割とその協力関係は不明確・不十分である。

(4) 市町村行政は住民と直結すべきものであるが、実際には住民との結びつきが少いばかりが多く、「住民による統制」も十分でない。

地方財政の窮迫下における補助金制度と地方債認可制度は、中央政府の「ひもつき行政」を優先させ、市町村の自主性と主体性を失わせ、住民と結びつく行政姿勢をよわめている。

(5) 独占過程における「経済成長」政策と「地域開発計画」の進行にともない、市町村行政も企業基地造成につながる事業が優先し、そのはねかえりとして、保健衛生事業の伸びなやみと停滞をまねいている。

「経済成長」と交通手段の発達により生活圏は拡大し、行政区域の広域化は必然であり、環境衛生事業は広域化するが、対人保健サービスは住区を中心とした自己完結的な事業単位 Health Unit が適当である。「市町村合併」は主として行政能力率、とくに地方財政の合理化のために考えられて

いるが、事業の種類と地方自治の確立を考えに入れないと、かえって行政内容の質の低下をまねく危険がある。

(6) 農山村・へき地では、生活環境がわるく、住民の健康状態も劣っているが、これを改善、向上すべき役割をもつ市町村の行政は、かえって低調である。「地域経済の不均衡発展」にともない、農村の経済基盤は低下し、地方財政事情を圧迫し、ひいては保健と福祉の事業がおさえられ、健康水準の地域格差を固定し、拡大している。

沢内村のごとく、地域需要にこたえて、独自の無医地区解消と保健医療サービスの普及に成果をあげている特例もあるが、それは村財政の危機を代償にしたものであり、現行の地方行財政のしくみにおける地方自治の限界を示している。

むすびにかえて

市町村の保健衛生行政における隘路と矛盾をまねいているもっとも基本的な要因は、地方自治体に住民の需要に応える行財政能力をあたえていない中央集権的政治体制であり、その基礎には寡占体制における「資本の論理」が貫かれている。

この情勢にあって、シャープ勧告の主旨は今なお生きているが、さしあたり考えねばならないことは、第1に、市町村財政の窮迫と、上水道・国保事業・病院事業などの地方公共事業における経済的制約をとりのぞくことである。これには地方税制と国庫負担金制度の根本的改善が必要であろう。また上水道、病院などの住民の福祉と生活に必要な公共事業を独立採算制によって維持することは、公共性を失わせ、普及をさまたげることになり、現実には、農村・へき地の衛生水準の改善をおくらせているのである。

第2は、保健衛生行政における技術性確保である。市町村行政における医師、保健婦などの専門技術職の欠如は致命的である。この問題は、へき地あるいは弱小市町村にとっては能力以上のものであり、中央政府と府県の積極的なてこ入れがなければならない。とくに地域衛生行政の技術的拠点である保健所の役割を明確にし、市町村行政に協力すること、府県と市町村による地域衛生行政

における体系の整備が当面の最大の課題であろう。この点について別に論及したい^{25), 26)}。

第3に、とりあげねばならないことは、市町村の衛生行政にたいする住民参加の問題である。保健衛生事業は、もともと住民に身近なものであり、住民とのむすびつきがすこぶる重要であるにもかかわらず、一般に、住民の声をきき入れる日常ルートを欠いている。辻清明教授はいわれる。「地方自治における能率と効用は、単なる費用や時間の節約や作用密度の高度化にあるのではなく、地域事情に適用した、有効な社会的サービスをいかにして行われるか、いかにして地域住民の要請にこたえるか、という観点こそ、その焦点におかれなければならない²⁷⁾。」

しかし独占資本体制における「経済成長」や「地域開発」が進むにつれて、その矛盾は地方行政においても露呈し、中央政府の企業優先政策とむすびつく仕事が優先し、住民の保健と福祉のための仕事はそのしわよせをうけている。この「反社会開発」行政が進行するなかで、市町村の地方自治体としての行政姿勢を正す原動力は、住民の「健

康で文化的な最低限度の生活を営む権利」にたいする意識のめざめと、地方自治意識のたかまりであろう。具体的には市町村行政にたいする住民の監視と直接参加であるが、それには、従来の上からの形式的な住民協力組織によるのではなく、住民の声を市町村行政に反映し、地方自治を推進する住民組織を確立することである。

ここで重要なことは、地方自治の原動力であるべき住民に、地域の保健衛生事情や地方行財政の問題点について、真相が知らされていないことが少くないことである。この地方行政における住民疎外こそ、地方自治と住民福祉の停滞をゆるしている基本的要因の一つである。この住民疎外をなくすることが当面の課題である。それには、上からの「衛生教育」的接近ではなく、主権者である住民の要求をほりおこすとともに、その「知る権利」にこたえる広報・白書活動あるいは市民相談を第一級の日常業務として重視し、実践されることである。これらの業務は、地方行政担当者、地方自治体職員はもちろんのこと、第一線の保健医療担当者、社会福祉関係者の主要な役割に属している。

(本稿にやくだった研究業績の一部には、昭和40年および41年度厚生科学研究助成をうけた。本研究には日比達、松村昭三氏らの協力をえた。)

25) 東田敏夫「地域社会における保健所の役割」『日本公衆衛生雑誌』14 (10), 1967。

26) 東田敏夫「地域保健計画における保健所の機能と役割」『公衆衛生』31, 10, 1967。

27) 辻清明『行政学講義』, 東大出版会, 1962。