

住民主体の保健サービス提供体制のあり方

荒 木 紀 代 子

(問題の所在)

これまで地域保健行政は人間を対象とした業務を対人保健とし、環境を対象とした業務を対物保健として別々に取り組んできており、しかも、縦割り行政の中で対人保健を母子保健や老人保健等ライフステージで分断したり、疾病ごと等の取り組みであったといえる。

しかし、人は複数の疾病リスクを併せ持ちながら生活しており、また、生活習慣病等は全ライフステージにわたって予防する病気であるため従来の縦割り行政の組織体制では対応が困難になっている。さらに、現在話題となっているアスベストによる健康被害や腸管出血性大腸菌O-157などによる食中毒問題など、対人保健と対物保健が一体となって取り組まなくてはならない健康問題が増加傾向にある。

一昨年5月に出された地域保健対策検討会の中間報告では、地域保健の課題として生活習慣病対策と健康危機への対応が重要とされ、保健所を中心とした健康危機管理体制の構築が述べられている。

地域保健法第6条ではこういった保健所の業務を規定しているが、これは保健所法を引き継いだものであり業務を実施するための組織は規定していない。したがって保健所における住民主体の健康危機対応体制や疾病予防体制を検討する必要があると思われる。

一方、対人保健に関しては今後市町村が実施主体になるため、地域保健法第8条では、都道府県が設置する保健所は、市町村相互間の連絡調整を行い、及び市町村の求めに応じ、技術的助言、市町村職員研修その他必要な援助

を行うことができる、と保健所の優位性を規定している。しかし、住民サービスに関する健康データは市町村が保有しておりかえって市町村が優位にあるとも思われることから、保健所に位置づけられる専門的・技術的助言の機能とは何か、また、その機能を発揮するための体制について検討する必要があると考える。

なお、保健サービスは、従来の公的サービスのみでは限界があり、民間サービスとの連携体制が必要で、これまでは、市町村で実施していた老人保健事業の健康診査と保健指導も、平成20年度からは保険者に義務づけられることになった。さらに、医療機関も保健分野に進出し、保健指導も民間の事業所やNPO等が実施する等、保健サービスの提供体制は多様となってきた。

以上のことを踏まえて本稿では、対人保健と対物保健を総合的に推進するための組織体制のあり方と、民間との協働による住民主体の保健サービス提供体制のあり方を検討する。

ただし、本稿で検討する保健所とは、地域保健法第5条で定める保健所のなかで、都道府県が設置する保健所とする。

I. 保健サービスの定義

本稿では保健サービスの定義を個人の保健需要に対するサービスとし、本稿の保健サービス体系図は以下（図1）のとおりとする。

II. 保健サービス提供体制の歴史的変容と課題

わが国における保健サービスの提供体制は、1937年（昭和12年）に、戦争政策として国民の体位の向上を目指した保健所法の制定によって保健所主体の提供から始まっている。当初は集団を対象に社会防衛的な規制としてのサービスが主で、現在の個人の保健需要に着目した保健サービス分野は少なかった。そして、この保健所法は、戦後はGHQの指導により1942（昭和22年）に改正されたものの、戦前の規定や趣旨等を継続してそれを拡充した

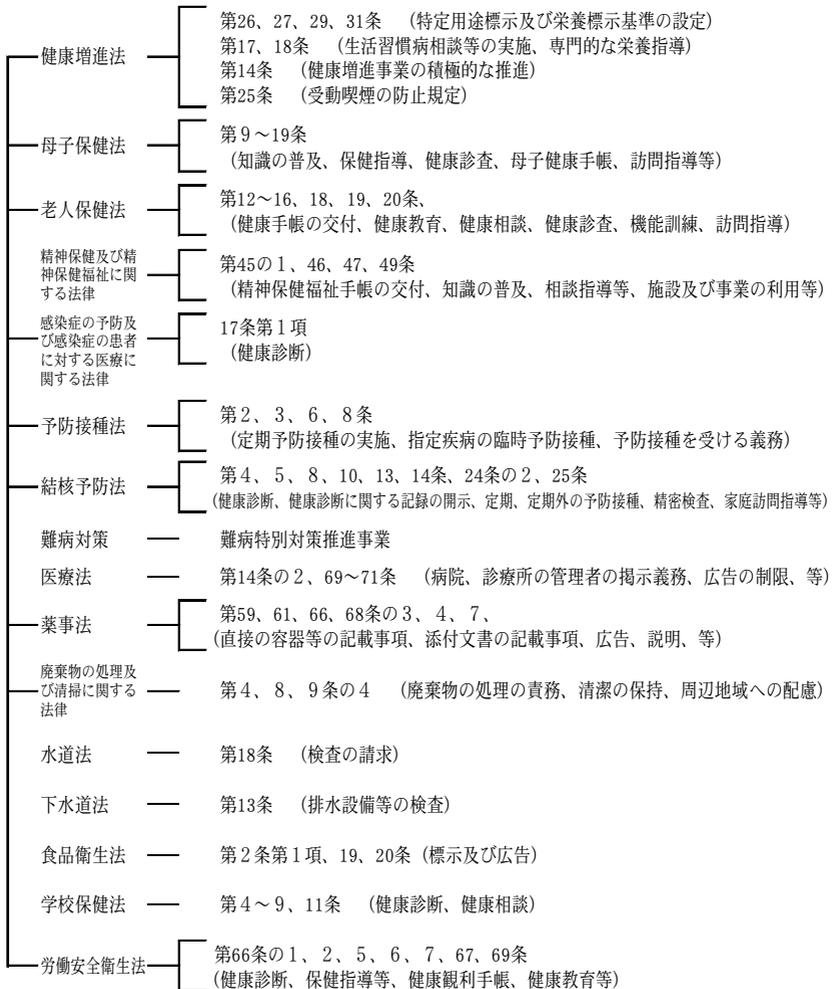


図1 保健サービスの体系図

ものとして引き継がれていき、さらに1994年(平成6)の地域保健法にも引き継がれている。戦前、戦後は感染症対策の時代であり、中央集権体制の下で保健所中心のサービスが提供されたことは、その成果から見ても評価できるものである。しかし、疾病構造が慢性疾患へと変化してくるなかその二-

ズに対応すべく保健サービスの提供体制も保健所と市町村との連携による提供、そして、現在の保健所、市町村及び他機関との連携による提供へと変化してきている。

生活習慣病等の慢性疾患においては、住民自身が主体的に健康増進を図っていく必要があり、また、小さな政府のもとでは住民が選択できるように効率的なサービスの提供が求められることになってくる。

しかし、保健サービス提供機関の第一戦であった保健所の機能は変化しており、そのための体制が求められているが、歴史的に保健所の優位性と組織体制については課題があり、また保健サービス提供機関の連携体制についても課題があると考ええる。

1. 保健所の優位性と組織の課題

地域保健法では、保健所は広域的、専門的、技術的拠点に位置付けられており、市町村相互間の調整を行い、市町村の求めに応じた技術的助言、市町村職員等に対する研修を行うことが出来ると規定されている。しかし、保健所の職員にそのような資質が備わっているかといえば、必ずしもそうとはいえない。その理由として、公衆衛生を系統的に学んでいるのは医師と、保健師のみであるが、医師は臨床医からの転身者が多く、所長としての資格要件が定められている（同法施行令第4条）ものの、公衆衛生医師として、また、衛生行政技官としての資質を問われているのは周知の事実である。そこで、2003年（平成14）に所長の専任規定が見直され医師以外にも門戸が広がった次第である。

また、保健師については、保健所保健師、市町村保健師とも学歴、経験年数等は同じであり保健所保健師が優位であるとは考えられない。

ましてや、老人保健事業や健康づくり等の生活習慣病予防対策は市町村が実施するため住民サービスに関する健康データは市町村が保有しておりかえって市町村が優位にあるとも思われ、情報の拠点としての機能は難しくなっている。ただ、市町村に多くの情報があるものの、それを充分活用す

るためのマンパワーや技術が不足しているため、市町村は保健所に情報機能を求めていることは事実である。今後市町村合併が進み、広域化することから、情報を活用した地域診断や各種計画策定時の科学的根拠がますます必要となってくる。しかし、図2に示すように、市町村の保健師数が今後伸びる可能性は低く、一方、都道府県の保健師は減少しており、保健所の優位性は期待できないと思われる。

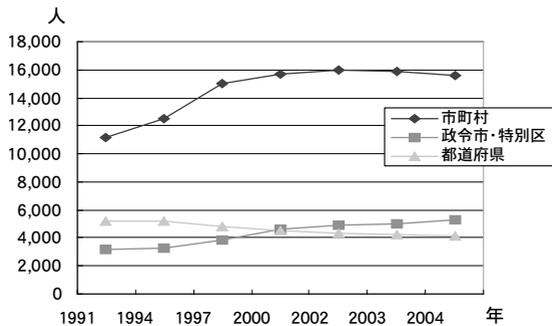


図2 保健師数の推移

資料：「平成18年版厚生労働白書」

以上のことから保健所の優位性は現行では期待できないという課題が指摘できる。

一方、地域保健法の前身である保健所法では、第2条に保健所が行う業務を規定し、そして、第4条で、公衆衛生の向上及び増進を図るため必要があるときは、結核、性病、歯科疾患等の治療をおこなうことができるよう定め、そのための職員も医師、薬剤師、保健婦、看護婦、診療放射線技師、統計技術者等を置くよう第5条で規定していた。

そして、地域保健法でも結核、性病の治療は除かれたものの、ほぼこの内容は踏襲されておりそのため多数の職種が混在している。田尾は、このようなルースな組織（下位単位の独自性、あるいは、自律性は確保できている関係のことをルース・カップリングの組織とされている）は、医療や福祉関係

組織に典型的にみられるように、内部の人間関係がタイト(厳格)な従来モデルの官僚制組織に比べると、凝集性に欠けたり連絡調整が不十分であるなど不安定なところが生じ、個別利害だけが追求されて全体目標も放棄されたりもする¹⁾。としている。

そのため、中央集権体制の下では統制されていたが、分権型の地域保健法では、それぞれの職種が一体となって目標に向かって取り組むという部分が弱いのではないか。また、それぞれが公衆衛生従事者としての専門性を備えて、地域保健法が目指す広域的・専門的・技術的拠点としての企画・調整機能などの発揮は困難な部分もあるのではないかと思われる。

もともと、戦後の保健所法制定時には地方衛生研究所も設置されており、医学的に高度な検査技術や研究に関しては地方衛生研究所の役割とし、保健所は診療所機能程度の技術を有する機関として位置付けられたと推測される。

一方、1988年(平成10)には、分権化と保健・福祉の一体的な取り組みを促すために、保健所と福祉事務所は、地方公共団体の弾力的な設置形態が緩和されて統合が可能となり、保健所と福祉事務所の統合・再編が全国的に進められている。統合組織の形態としては、保健福祉部のうち保健課と衛生課を保健所、福祉課を福祉事務所としている場合や、健康福祉課等において保健と福祉の両方が混在している場合がある。保健福祉事務所型でも同様に、保健環境部を保健所、福祉部を福祉事務所としている場合や健康福祉課で保健と福祉の両方が混在している場合がある。しかし、市町村合併により、また、保健所単独に戻っている地域もある。いずれにしても、保健所の組織はこれまでの対人保健と対物保健担当課と総務的な業務を担当する課という体制は変わっていない。ただ千葉県は、1997年(平成9)の地域保健法の全面施行を機に課の再編を行い、それまでの疾病対策課で実施していた結核や感染症等対人保健の一部を健康危機に着目して対物保健と一緒に課に編成しているが、全面的に対人保健と対物保健を見直しての再編ではない。

そもそもわが国では保健所の定義がなく地域保健法でも保健所の業務は規

定されているが、本質的にどういう機関であるということは定義されていない。そのため、国の縦割り行政に準じた業務に対応するための組織体制になっており、横断的な対応が迫られる事例等へは限界があるといえる。

現在、BSEいわゆる狂牛病や鳥インフルエンザ等人畜共通感染症及びアスベスト等環境に起因する環境問題に対する対応、即ち健康危機への対応が公衆衛生の課題となっており、これらへの対応は、対人保健と対物保健対策が一緒に行われなければ功を奏しないことになり、現行の組織体制では限界があると考ええる。

また、対人保健も母子保健法や老人保健法、精神保健福祉法、結核予防法などライフステージを分断した法律や疾病毎に規定された法律に基づいた組織体制となっており、母子保健係や老人保健係といったような担当性となっている。そのため、複数の疾患を併せ持つ場合や生活習慣病等全ライフステージにかかる疾病の予防や対応は一貫性がないという課題が指摘できる。

以上のことから、現在の構造、マンパワーは、殆ど保健所法を引き継いだものとなっており、保健所の組織、体制上の課題について検討する必要があると考ええる。

2. 保健サービス提供機関の連携体制における課題

現在、医療機関も健診や保健指導に参入し健診機関や保健指導機関も充実してきており、また、これまでは、市町村で実施していた老人保健事業の健康診査と保健指導も、今般の医療制度改革で平成20年度からは保険者に義務づけられることになった。

ただ、生活習慣病等の予防は個人へのアプローチが重要であるが、個人の問題は家族も含めて地域集団の問題でもあるため、予防のためには常に地域へフィードバックしていく必要があり、しかも、若年期からの予防対策が重要となってくるが、医療機関等の民間サービス機関はあくまでも個人への対応であり家族も含めて地域集団への対応はできないという問題がある。そのため市町村や保健所の公的サービス機関と、医療機関等の民間サービス機関

との連携が必要となってくるが、それぞれの役割分担が不明瞭となっているという課題があげられる。

保健医療提供体制を規定する医療計画は都道府県の責務であり、特に2次医療圏を単位とする地域保健医療計画ではプライマリ・ケアを確保しプライマリ・ヘルスケアを推進していくものでなくてはならない。そして、プライマリ・ヘルスケアを推進していくためには、自治の原点にたった住民参加型の計画とすべきで、地域の健康課題分析や課題解決のための方策も住民参加のもとで行われなければ実効性はない。医療計画は保健医療という専門分野の計画であるため、これまでは保健医療推進協議会も専門家が中心で、しかも行政主導の審議会であるため形式化しており、自治の原点にたったものにはなっていないという問題が指摘できる。

一方、もともと保健所法では保健所運営協議会の設置を義務付け、運営委員会は所管区域の公衆衛生並びに保健所の運営に関する事項につき、保健所長の諮問に依じて審議する外、必要があるときは、保健所の運営に関し、保健所長に意見を具申することができることとされていた。この保健所運営協議会の目的は、1. 保健所の運営は地区住民の民意をよく反映して保健所は住民から愛され、親しまれるものとし、その活動は地区住民の日常生活に直結したものとすること、2. 保健所は、その地区内の関係機関・団体の連絡調整を図り、保健所が中心となって、相協働して公衆衛生活動の総合的進展を期すること、3. 地区内指導者層の保健所に対する関心と理解を深くし、同時にこれら指導者層に対し衛生思想の普及徹底を図ること、(昭和24年6月1日、衛発第578号、厚生省公衆衛生局長通牒「保健所運営協議会について」)に重点が置かれていた。この時期は衛生思想の普及が必要であり、それを民主的な運営によって実現できるとしたことは、画期的だったといえる。また、協議会は評価体制を規定していたともいえるだろう。

しかし、これが地域保健法により任意設置となり、地域保健医療計画作成の際に設置する二次医療圏毎の地域保健医療推進協議会と一体的・効率的な運営が可能となったため、大半の都道府県が保健所運営協議会を廃止し、地

域保健医療推進協議会と一体的な運営を行うようになったのである。そのため、本来、保健所運営協議会が目的としている、地域住民の意見を十分に反映した保健所業務で、地域の健康問題へ関心を高めることから、返って逆行し、また、評価体制も曖昧になり、モニタリング機能も低下したのは事実である。

以上のことから、自治の原点にたった住民主体の保健サービスを提供するための保健所と市町村の役割分担及び公的機関と民間機関の役割分担について検討する必要があると考える。

Ⅲ. 住民主体の定義

1995年（平成7）に地方分権推進法が誕生し、また、1999年（平成11）には地方自治法が改正され「地方公共団体は、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担うものとする」（1条の2第1項）と新たに規定され、第2項には国の配慮を規定しており、これによって、国と地方公共団体の役割分担の考え方が明確化された。

地方自治の役割は、中央権力の抑制、国民と中央政府との媒介、及び住民参加の促進といわれている。

公衆衛生の分野では、すでに1978年にWHOのアルマ・アタ宣言でプライマリ・ヘルスケアの考え方として、人々は自らのヘルスケアの企画と実施に、個人または集団として、参加（participate）する権利と義務を有するとされている。

自治体との関係において住民には、1. 主人としての住民（市民住民）、2. 客体としての住民（対象住民）3. 公務者としての住民（公務住民）の3つの側面があるとされている²⁾。第1の市民住民とは、自治体の統制者としての住民、第2の「対象住民」とは、公共サービスを受けたり、負担・規制を要求される客体としての住民、第3の「公務住民」とは、公共サービスの提供を担う公務者としての住民であるとされる³⁾。

これまでの保健行政における自治体と住民との関係をみると、対象住民で

あったといえる。特に保健所と住民との関係は戦前からの中央集権体制を引継ぎ、専門家主導の集团的・画一的なサービスを提供してきており、また、市町村でも行政主導型で住民組織を育成してきているのが殆どである。

また、牧野は、わが国では、個人主義の歴史や伝統がなく、政治的な主権者意識あるいは納税者としての権利意識が希薄で、それらが日本において住民自治に根ざした、地方分権的な政治システムの形成を妨げ、画一的で集権的な地方自治を支えてきたといえよう、また、わが国では、行政優位の地方政治と結びついた行政依存の住民の体質がある、などということを指摘している⁴⁾。

しかし、環境問題や薬害エイズ事件等を契機として国や自治体に対する批判が高まりそれに伴って行政の権威は弱まってきたといえる。そのためそれらに対応すべく、行政の説明責任と透明性を確保するための行政手続法（平成5年）や情報公開法（平成11年）が成立している。

ただ、西尾は「人々が自治の担い手という自覚をもち、参加の手ごたえ感じているか」といって、住民自治、市民自治はこれからの課題だという思いが一般的であろう。加えて、生活の豊かさは政治行政への無関心と受動性を広い範囲で生んでいる⁵⁾と指摘している。

一方、参加とは、大山らは、広義には「他の人々とともに特定の活動に加わる行為⁶⁾」と表すことが出来るとしている。住民が行政の意思決定に直接参加することを本稿では住民参加と捉える。住民参加は、行政との関係から住民運動の類型として、権力との関係から類型化される。住民運動の類型は、第1に争点の性格からは、作為要求型と作為阻止型、第2に、権力との関係から、自助、抵抗、参加、同調、第3に権力が企図する政策との関係からは、拒議、抗議、異議、建議、請願、があるとされている。1970年代半ばまでは作為要求型＝同調形＝請願型という古い型の住民運動に対して作為阻止型＝抵抗型＝拒議・抗議型という新しい型の住民運動が生じ、そして、抵抗型を経由することで始めて参加型・自助型＝建議型が発生してきたとされる⁷⁾。

行政への参加方式としては、〇〇協議会や〇〇委員会に対する住民代表の

参加、市民会議、シンポジウムへの参加、首長との懇談会や首長への手紙、モニター制度、アンケートを通しての参加などがあるがこれらのイニシアティブは行政側の方が多い。この参加は対象住民、市民住民の立場で行政の意思決定に参加することを意味する。このような参加は、意思決定に参加はしても行政主導型でしかもサービス提供の実働に参加することはできないという課題がある。そのため、行政職員の支援を受けなくても積極的に意思決定に参加するとともに直接公共サービスの提供を担う公務者としての住民でなければならない。すなわちこれが協働である。

近年、国家と社会のあり方において、政府によるガバメントから多様なアクターによるガバナンスへという言葉が聞かれるようになってきており、国家・政府の一元的統治という意味での「ガバメント」と対比をさせる概念として、多様なアクターの共同統治的な意味合いを中心とした「ガバナンス」という用語を使う場合が多くなっている。現代のガバナンスの概念は、伝統的な政府単独統治のイメージではなく「全体社会を構成するさまざまな社会的アクターの相互構造・相互作用関係によって形成される秩序関係または統治システムの発現パターン」（宮川・山本編著）という相対的關係論として語られることが多くなっている。そして、現代のガバナンスについては、「社会に共存するさまざまなアクター（担い手）が相互の強調と協力によって社会秩序を保ち公益を実現する社会運動の仕組み」（日本国際交流センター「1998」）という定義が共通認識として定着しつつあるとされている⁸⁾。

社会全体は政治システム、経済システム、社会システムというサブシステムから構成される。政治システムは政府、経済システムは市場、社会システムは家族や地縁関係に根ざすコミュニティなどのインフォーマルセクターと非営利組織、市民活動団体等のボランティアセクターの2部門である。澤井は、この社会システムの2部門を併せた領域を「市民社会組織」と概念設定し、市民社会組織が民主的ガバナンスの主要アクターの一角を担う状況を総合的にソーシャルガバナンスと定義しており、近年の社会統治構造の変質は「パブリック・ガバナンス」から「ソーシャル・ガバナンス」への移行とし

ていいだろうと述べている⁹⁾。この「ソーシャル・ガバナンス」の実現のためには、政府の失敗や市場の失敗へ市民が介入し市民がイニシアティブをとる市民社会の実現、すなわち住民自治が必要条件になってくると考える。

住民自治とは、一定の地域社会の公的事務をその地域社会の住民がみずからの意思に基づいて自主的に処理すべきことを意味し、地方自治において団体自治は住民自治実現の手段として位置付けられるものである。そして、その住民自治が住民主体といえる。

そこで、本稿では住民主体を、「市民住民」として行政の意思決定に参加するのみならず「公務住民」として、行政と協働すること、そして、住民自身がサービスを選択することと定義する。

IV. 住民主体の保健サービス提供体制のあり方

2. 新たな保健所の組織体制への方策

1) 保健所の機能

これまでそもそも保健所の定義がないことは述べてきたが、一昨年5月に出された地域保健対策検討会の中間報告では、地域保健の課題として生活習慣病対策と健康危機管理があげられており、増加する健康危機管理への対応として、保健所を中心とした健康危機管理体制の構築を提言している。健康危機管理とは、感染症、医薬品、食中毒、飲料水汚染その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる発生予防、拡大防止、治療等に関する業務のこととされている。都道府県知事に権限のある健康危機管理に関する衛生業務は、地域保健法及び条例等に基づき、実際には首長から保健所長に職務が委任され、従来から保健所が行っているものに加えて自然災害や生物テロ、原因不明の健康危機への対応が重要とされる。例えば、腸管出血性O-157などによる食中毒、セラチア、ノロウイルス等が原因となる院内、施設内感染、また、SARSや新型インフルエンザ等への対応、更には、児童、高齢者等への虐待についても公衆衛生領域として捉えて早期に対応できる体制を整備する必要性が指摘されている、と

報告書では述べられている。

そして、保健所には、多くの専門技術職が配置されていることから地域の現場に迅速な対応ができる、そのため保健所は地域における健康危機管理の拠点であることを法律上も明確にし、健康危機管理機能のうち現場における対応を適切に行う上で必要な体制や制度の整備等を図るべきである、と提言している。

その中で、保健所における健康危機の対象分野として、原因不明健康危機、災害有事・重大健康危機、医療安全、介護等安全、感染症、結核、精神保健医療、児童虐待、医薬品医療機器等安全、食品安全、飲料水安全、生活環境安全の12分野としている。

現在地域保健法の基本指針に定められている保健所として強化することが必要な機能については先に述べたように、1. 専門的かつ技術的業務として、精神保健、難病対策、エイズ対策、食品衛生、環境衛生、医事、薬事等の機能強化、2. 情報の収集、整理及び活用の推進、3. 調査及び研究等の推進、4. 市町村に対する援助及び市町村相互間の連絡調整の推進、5. 地域における健康危機管理の拠点としての機能の強化、6. 企画及び調整の機能の強化、7. 国民の健康づくりの推進、となっている。

そのための事業として、同法第6条で、1. 地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項、2. 人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項、3. 栄養の改善及び食品衛生に関する事項、4. 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項、5. 医事及び薬事に関する事項、6. 保健師に関する事項、7. 公共医療事業の向上及び増進に関する事項、8. 母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項、9. 歯科保健に関する事項、10. 精神保健に関する事項、11. 治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項、12. 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、13. 衛生上の試験及び検査に関する事項、14. その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項、が定められている。

そして、前6条以外に第7条で地域住民の健康の保持増進を図る必要があると認めたときは次に掲げる事業を行うことが出来るとして、1. 所管区域に係る地域保健に関する情報を収集し、管理し、及び活用すること、2. 所管区域に係る地域保健に関する調査及び研究を行うこと、3. 歯科疾患その他厚生労働大臣の指定する疾病の治療を行うこと、4. 試験及び検査を行い、並びに医師、歯科医師、薬剤師その他の者に試験及び検査に関する施設を利用させること、を規定している。

以上のことから地域保健を推進するうえで、保健所に求められる広域的、専門的、技術的拠点としての機能は、公的に責任を持たなくてはいけない分野として、これまでの医学モデルのみならず、社会、経済等、学際的な観点も取り入れての拠点であり、その、第1は健康危機の予防と対応及び事後フォローといった健康危機管理機能の強化が求められることになる。

しかし、これまで述べてきた健康危機管理は行政サイドからの概念であり、そして、この中にはエイズの検査や水質検査、あるいは健康相談などといった個人を対象とする保健サービスと食中毒発生時の営業停止処分やバストや痘そうなど一類感染症患者の入院等、集团的・画一的対応を行う規制サービスが混在している。住民主体の保健サービス提供のためには住民が個々人のニーズに応じてサービスを選択し利用することであり住民サイドからの概念とは必ずしも一致しないことになる。

第6条で規定する事業の中で、住民が保健サービスとして利用できるのは、第1、3～5、7、8～14号であるが、このなかの第3号の食品衛生に関する事項及び第4～5、10、12～13号については保健サービスの部分と規制サービスの部分の両方を有している。

保健所が広域的、専門的、技術的拠点として求められる機能を発揮するための事業は、第6条のなかで保健サービスの部分と規制サービスの部分の両方を有している第3～5、10～13号と7、14号が該当すると考えられる。したがって、第3号の中の栄養改善、8、9、11号といったライフステージを通しての健康づくりや疾病予防及び慢性的な疾患への対応といった保健サービ

スは、市町村で提供されるべきであり、保健所はその後方支援に位置づけられるのではないだろうか。

そして、健康危機管理機能の強化及び市町村支援のためには地域全体の健康指標の基礎情報を収集、加工したり、保健所内・外のネットワークづくり等を担う企画・調整機能の強化が必要であり、上記の保健所に必要な事業に加えて第1～2、6号が必要になってくると考える。

これらの保健所機能を発揮するための組織体制は地方の実情に応じた体制が必要であり、自治体の裁量に委ねるべきであろう。

2) 保健所の組織体制

保健所の組織体制について、武村らは、「地域保健法は保健所の機能を規定しているが、それを遂行するために必要な構造は示していない。保健所の組織構造において安定した保健所機能を遂行する方策として機能を遂行するための構造を提示すべき¹⁰⁾」と指摘している。

わが国では、地方自治体が規則や訓令等で保健所の組織体制を規定している。即ち、地方自治体がその実情に応じて柔軟な組織体系を工夫することができるのである。健康問題は地域の特性に応じて対応できるような組織体制にする必要があり、健康危機管理等関連する分野が横断的に取りまわらなくてはならないものは、独立した部門にすることも可能で、特性ある業務の遂行が可能となり、専門性も高められると思われる。そして、公衆衛生に関する専門的なトレーニングも可能となり、資質の向上を図ることが出来るようになる。

近年、このような健康危機のみならず迅速な対応でアウトプットを重視する成果志向の新公共経営（new public management）が静岡県を初め、三重県や広島県、熊本県などにもとり入れられてきている。具体的には、組織のフラット化によって進められており、次長や課長補佐といった中間管理職を廃して、課より小規模な室を基本的なマネジメントの単位にし組織を目的志向に変更するものである。これは1つの組織が複数の異なる目的、場合によっては互いに関係のない目的を抱き合わせて担当している場合も

あったりして、組織の目的が不明瞭になっていることもあり、その弊害を取り除くには、指揮官と部下達にとって明確な目的を追求する組織単位にすることで、一つ一つの組織単位は小さくならざるを得なくなってくるためである¹¹⁾。ただ、これによって、日常的な決裁が早くなるというメリットはあるが細分化されすぎて横断的な調整が困難というデメリットもある。

しかし、このような成果を重視した目的志向に変更するのは、行政の効率性のみならず、サービスの利用者である住民に行政の意思決定への参加と実施の協働を促し、そしてサービスの選択が容易になり得るものでなくてはならない。

そのため、このような目的志向になると各事業目標を可能な限り数値目標化して評価することによって行政の説明責任がさらに求められることになり透明性が高められることになる。一方、住民にとっては当事者の立場から理解しやすく、また顧客満足度という観点からも自分の生活に照らして考えられることになる。その結果、目標設定から実施、評価まで一連のプロセスが具体的になり住民にとっては参加しやすく、また、目標に向けて協働しやすくなってくると思われる。

さらに、保健所の業務は先にも述べたように保健サービスのみではなく規制サービスの分野も多いが、許認可や命令、指導といった、規制分野のみならず健康相談や健康教育、保健指導、検査等といった保健サービスも迅速な決裁によってサービス利用が効率的になってくると考える。

組織のフラット化は本庁レベルの組織が多いところで実施されている場合が多いが、三重県では保健所と福祉事務所を統合して地方県民局のなかの保健福祉部（保健所、福祉事務所の2枚看板）という組織にし、その中を2つの室体制にしており、1つが従来の総務課と福祉事務所機能、もう1つは従来の保健所の対人・対物の保健所機能で、同県の松阪保健福祉部では現在、前者を企画福祉室、後者を保健衛生室とし、保健衛生室を健康増進グループと衛生指導グループの2つのグループにしている。（平成18年1月現在、）

このような、フラット化はビジョンやミッションを明確にしてビジョンに

向かって、いくことで一人一人が自らの目指すところと使命を明確にし、それを構成員に示すことで意欲の向上につながってくると思われ、また、各人が自由に判断し実行できるような環境になり有効と考える。

また、保健所レベルの組織では細分化されすぎて横断的な調整が困難というほどではないため、かえって住民のニーズに応じて臨機応変に横断的なグループ編成も可能になりやすいといえるのではないかと考える。

ただ、この2つのグループは保健所のこれまでの対人部門が健康増進グループで対物部門が衛生指導グループと対人保健と対物保健は別々になっており、やはり従来の区別の域をでていないといえる。

そこで、従来の対人、対物保健ではなく、健康危機の発生機序に応じた班編制も有効なのではないだろうか。（下図3 筆者作成）

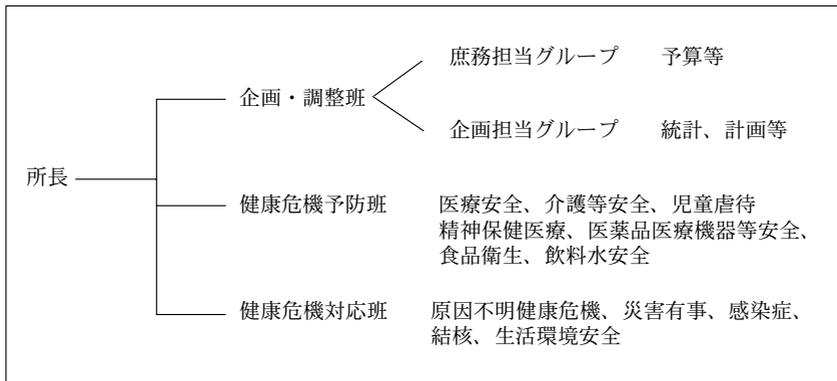


図3 保健所組織図（案）

課、係は業務が固定されるが、班の場合は〇〇担当ということにはなるものの、関連する他の分野にも比較的柔軟に対応できるというメリットがある。

健康危機に対応する班体制として、健康危機の対象12分野のなかで、日頃の監視や対応の中で健康被害がある程度予測され比較的予防できる可能性が高いと考えられる健康危機予防班（医療安全、介護等安全、児童虐待、精神

保健医療、医薬品医療機器等安全、食品安全、飲料水安全）と、突発的に発生し、早急な対応をしないと被害が拡大する場合（原因不明健康危機、災害有事、生活環境安全、感染症、結核）に対応する健康危機対応班との2班集体が考えられる。

理由として、まず、比較的緊急性が低い健康危機予防班の業務は、医療機関や薬局、飲食店等に対する定期的な監視や指導により、また、飲料水や水質汚濁の検査等を徹底することにより予防が可能である。また、精神保健医療は、措置入院に関する業務以外は、殆ど市町村が窓口となっており、精神保健福祉手帳や自立支援費の申請事務、相談等を通して、そして、児童虐待においても日頃から住民や関係機関との協働関係が築かれている場合は情報を入手しやすく警察署や地域住民との協働体制を築いておくことである程度予防が可能と考える。

また、難病に関しても40歳以上の患者では、パーキンソン病や筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症など6疾患は介護保険の対象疾患にされており、市町村の業務として一本化すべきと考える。母子保健や老人保健、難病に関しては市町村の責務とし、保健所はその後方支援としてこれまでのノウハウを伝えたり広域的な情報収集、分析による技術的な支援となってくると考えられこれらの業務を健康危機予防に組み込むことで健康危機発生の予防にもつながってくる。例えば、親子のふれあいを高める事業を環境学習と組み合わせたりすることによって虐待防止を目指していくといったような母子保健と生活環境安全を同時に推進していくことが可能となってくる。このことによって対人保健と対物保健を一体的に推進していくことが出来ると考える。

一方、予防が困難で緊急性を有する健康危機は、外部からの感染症の進入や災害、テロ、事故等があるがこれらは不特定多数の人達への被害となる可能性が高く、従来の疫学を基礎とする公衆衛生的対応を行う必要があるもので、予防が困難であり、そのため原因をまず突き止めてその対策を講じることになる。

現在、保健所の業務に規定されている母子保健では、母子保健法第5条に

よる母性並びに乳児及び幼児の健康の保持増進、第18条の低体重児の届出、第19条の未熟児の訪問指導、第20条の養育医療の経由事務ということになる。未熟児に対する指導や給付は医療機関との連携が必要なため保健所に位置づけられているが、未熟児以外の母子保健は市町村の責務であり、医療機関の未熟児に対する治療体制も充実してきており、訪問指導は市町村で可能であり未熟児に関しても市町村の責務とすべきであろう。ただ、未熟児の場合は児童虐待との関連もあり未熟児に関する情報収集や市町村との連携体制は日頃から重要である。

なお、計画策定や統計情報をからの健康問題抽出等、班を横断しての対応も必要であり企画・調整班がその役割を担うことになる。また、横断的な対応を必要とする事例は常に予測される。例えば、高齢者施設や児童福祉施設で感染症が発生した場合は、感染症のみの対応でなく高齢者や子どもの特性に応じた対応が必要になってくる。こういったケースに応じた対応ができ横断的なチーム編制が臨機応変に可能となるようにしておく必要があり、日頃からこのような横断的な学習の場を事業の中に組み込んでおくべきであろう。

ただ、このように組織をフラット化し、目的に応じて柔軟な組織体制にしていくためには一人一人の専門性と責任が求められ常に自己研鑽していかなくてはならないということになる。保健所には多数の職種が存在し、分権型ではそれがかえって凝集性を妨げていることが課題であったが、1つは目的が健康危機の予防と対応、事後フォローといったものと明確化されることになり目的志向型になり凝集性が高められると思われる。2番目には、フラット化によって班員が対等の関係であり、ナレッジマネジメント (Knowledge Management) の手法を取り入れて凝集性を高めることになる。すなわち、個々人の(暗黙知) 思いを共通体験を通じて互いに共感しあう「共同化 (Socialization) その共通の暗黙知から明示的な言葉や図で表現された形式知としてのコンセプトを創造する「表出化 (Externalization)」、既存の形式知と新しい形式知を組み合わせる体系的な形式知を創造する「連結化

(Cobunation)」、そしてその体系的な形式知を実際に体験することによって身につけ暗黙知として体化する「内面化 (Internarization)」である。組織の知は、この4つのモードをめぐるダイナミックなスパイラルによって創られるというものである¹²⁾。職種が多ければその分暗黙知も多く形式知も多様となって組織の知が高められることになるのではないだろうか。

3) リーダーシップ

このように、一人一人が自分のビジョンを持ち、それに向かっていけるための条件としてはリーダーシップが重要であると考ええる。

リーダーシップとは、組織目的を達成するための一手段であると定義され、その理由としてリーダーシップを発揮することによって組織パフォーマンスが高まり、その結果組織の目的が達成されると期待されるからである。組織パフォーマンスを高めようとすれば当然リーダーシップのあり方が問われる¹³⁾。

保健所の組織構造を先に示したような体系にした場合、目的に向かって組織の凝集性が高められるが、リーダーシップを発揮することによって組織パフォーマンスがさらに高められ、その結果事務手続きや保健サービス利用に関わる処理時間が短縮化されることになり、住民にとってよりスピーディにサービスの利用が可能となる。また、一人の人間が多様なニーズを持つ場合、例えば、精神障害者がH I V検査を利用するといった場合には班を越えて横断的な対応が可能となるようにリーダーが采配することになる。

保健所のリーダーは医師である所長でこれは、戦後のGHQの指導によるものであることは先に述べたとおりである。しかし、2002年(平成14)の地方分権改革推進会議の中間報告では保健所長の医師資格要件の廃止が出された。これは全国知事会の要望を反映しており、保健所に医師が必須であることはそのとおりだが、保健所長が医師でなくてはならないとはっておらず、場合によっては医師ではなく行政のマネジメント能力に優れた者を置き、しかるべき医師スタッフと連携して執行する体制を地方の判断で認めているのではないか。行政執行に人員配置を国できめると、地域性に対応した

行政を展開できない。地方の判断に任せるべき。行政医師は、行政全般を幅広く異動してマネジメント能力を身につけた人ばかりではない、と地方分権推進会議事務局の宗永健作参事官は述べている¹⁴⁾。

そこで、医師以外にも所長の資格要件が認められ、地域保健法施行令第4条第2項で、第1項の規定を満たす医師を保健所長に当てるのが著しく困難な場合は、2年以内の期間に限り次の各号にいずれにも該当する医師でない技術吏員をもって所長に充てる事が出来るとしている。各号とは、1. 厚生労働大臣が、公衆衛生行政に必要な医学に関する専門的知識に関し医師と同等以上の知識を有すると認めたもの、2. 5年以上公衆衛生の実務に従事した経験があるもの、3. 養成訓練課程を経た者、となっている。このことは、所長達自身の危機意識を高めることになり、また、他の職種の意欲向上につながったと考えられる。しかし、前1号の医学に関する専門的知識に関し医師と同等以上の知識を有することが果たして必要なのか。スタッフに医師がいれば医学的知識を必要とする場合の判断は可能と考える。

そして、所長のみならず、班長のリーダーシップを高めることによって、専門家集団の凝集性も高まり、市町村に対する多角的な角度からの支援も可能になってくると思われる。

また、横断的な事例への対応においては、事例の特性に応じてリーダーを指定する必要があるだろう。

4) 評価体制

一方、このような組織体制で果たして成果をあげているかどうかをチェックする体制が必要である。

わが国では保健医療プログラムの評価が低調であり、その背景として、特に公衆衛生は中央集権体制のなか補助金での事業主体で推移したため、評価の必要性・重要性を認識できなかったといえる。

そのため特に、健康危機に関しては専門化主導になりやすい危険性があり評価体制が重要になってくる。英国の社会学者アンソニーギデンズは、民主主義の拡大のためには、リスクの特定化を専門化だけに任せておいてはなら

ないとして、最初から、市民の関与を説いている¹⁵⁾。そのため、保健所の運営をチェックする保健所運営協議会の機能強化が必要であるが、この協議会と保健医療推進協議会とが一体的に運営されるようになってきたことは先にも述べたとおりである。また、行政改革の推進に伴って各種審議会は統合化が加速している。そのため、保健所運営協議会としての機能が低下していることが指摘できる。保健所運営協議会は保健所の運営に住民参加を促し、関係機関との協働によって計画策定から実施、評価まで行うものである。

評価とは「政策、施策、事務事業について、成果指標等を用いて有効性又は効率性を評価するもの（自治省行政評価研究会2000）である。一般的にマネージメントサイクルは、Plan—Do—Seeといわれており、古川らは、「このサイクルは正しいとしてもすべてプランから政策形成が始まると考えるのは実態を表さない。計画から将来に向かって計画をたてるのには、過去を振り返り、現状の問題点を探り計画をたてることになる。評価からはじまる行政過程こそ正しい、評価によって現実の政策や仕事の実態が把握され、問題点が明らかになり、解決方法が模索される。そこで、この評価の活動こそが、政策形成と行政責任をつなぐ鍵となる¹⁶⁾」と述べている。そして、評価の目的は多岐にわたるが煎じ詰めれば2つになるとして、第1は予算、人事、定員、計画、組織等の管理の改善へつなげること、第2には、アカウントビリティの確保であり、政策形成、施策執行などを住民へ説明し、申し開きをし、政府への不信の解消を図ることである¹⁷⁾、としている。

確かに、アカウントビリティを確保することによって透明性は高まるが、評価を通して住民との協働体制が図られなければならないと考える。すなわち、具体的な目標設定、実施過程への住民参加は、住民組織団体やNPO等の協働する組織、団体等自身の活動をも評価する機会であり、組織や団体等の主体性を高めることになる。そしてこのことが住民自身のサービス選択を促す結果になり、評価は協働体制を促す手段ともなるのではないだろうか。

このことから、保健所運営協議会のみでの評価でなく日常的に住民が参加して評価できるようにしていくことが必要と考える。そのためには、今後健

康危機管理のために、関係機関や団体、住民等との連絡や打ち合わせを行う機会が多くなる。また、シュミレーションや訓練等も日頃から実施するため、改めて協議会として予算を確保するのではなく、それらの機会を利用して評価していくことも可能であろう。また、日頃接することが少ない人たちからも広く意見を求めることも重要であり、インターネット等も積極的に活用すべきであろう。

しかし、保健所がそもそもどういうものなのかという定義付けがないと、保健所の評価には限界があるのではないだろうか。

2. 公私の役割分担

1) 公的機関の役割

(1) 都道府県及び保健所の役割と課題

地域保健の公的サービスは大きく3つに類型化される。それは、先にも述べたとおり、まず、人口動態や各種計画策定等、住民からはあまり見えない行政機関的な役割、2つめは危機管理のようなもので、食中毒、感染症への対応あるいはそれを予防し住民の安全を守るための食品監視や医事監視のようなもの、3つ目は対人保健サービスである。このなかで、まえ2つは公的機関の責務であり、予防接種の実施を除いて殆ど都道府県の業務に位置づけられている。医療提供体制の確保のためには、医療機関に対する指導・監督等（開設許可、管理者の監督義務、立ち入り検査、開設許可の取り消し）地域医療支援病院に対する指導・監督、医療圏の設定・基準病床数の策定等医療計画の策定（医療法第30条の3）医療計画の達成を推進するための必要な措置、医療関係資格の免許申請の受理等、医療関係者の処分に係る聴聞等が都道府県に義務付けられている。一方、市町村には国民健康保険事業の運営（国民健康保険法第3条第1項）と国民健康保険運営協議会の設置（同法第11条）が義務付けられている。

医療圏の設定と基準病床数の策定及び医療関係者の処分に係る聴聞を除いては保健所長に権限が委任されており、保健所で実施されることになる。保

健サービスの提供体制に最も重要な役割を果たすのは医療計画であり、これは都道府県下全域と2次医療圏ごとの保健医療提供体制の確保を目的とするもので医療計画の役割が重要と考える。

そこで、まず1番目に医療計画における都道府県及び保健所の役割と2番目に、健康危機管理における保健所の役割について述べる。

① 医療計画

医療法第30条の3に規定される医療計画は、医療提供体制を定めるものであるが、1990年（平成2）の通知により2次医療圏毎に地域保健医療計画を作成することとされ、保健医療関係施設間の機能分担と連携を図り、地域保健医療のシステム化を推進し、健康増進から疾病の予防、診断、治療およびリハビリテーションに至る包括的、継続的及び合理的なサービスを提供できる体制の確立を目指すものである、とされている。

医療制度改革では、予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取り組みとして、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視するとともに、医療計画の見直しなどによる総治療期間（在院日数を含む）の短縮等により、地域ごとに患者本位の医療提供体制を確立するとしている。

一昨年12月8日の社会保障審議会医療部会の医療提供体制に関する意見では、医療機能の分化連携の推進として医療計画制度の見直しが出されている。考え方として、まず、自分が住んでいる地域の医療機関で現在どのような診療が行われており、自分が病気になったときどのような治療が受けられ、そして、どのように日常生活に復帰できるのか、また、地域の保健医療提供体制の現在の姿はどうなっており、将来の姿はどう変わるのか、変わるためには具体的にどのような改善策が必要かということ、都道府県が作成する医療計画において、住民・患者の視点に立って分かりやすく示すことを原則とすること、医療計画の記載事項に、主要な事業（がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策等）に係る医療連携対策を追加すること、医療提供体制の構築にあたっては、住民、直接診療に従事する者、医育機関等地域医療に関与する者が協議することから始めて、地域に適した体制を構

築する（その際に調整が必要な事項等については、地域で「中心となって医療連携体制の構築に向けて調整する組織」が果たす役割が重要なことが必要であることから、この協議への関係者の協力についての規定を新設すること、医療計画に、上記の主要な事業等に係る数値目標や指標を新設するとともに、医療計画制度に、作成、実施、評価及び見直しの政策循環の機能が働く仕組みを組み込むこと、医療計画の作成、実施及び実施状況の評価に関する必要な事項等に関し国が定める基本方針についての規定を新設すること、現行医療法において、医療計画に位置づけられる各事業の体制をいわゆる二次医療圏ごとに明らかに求めている規定を削除する、なお、基準病床数制度については、医療費への影響の観点、救急医療やへき地医療など採算に乗らない医療の確保、入院治療の必要性を客観的に検証する仕組みが未だ確立されていないこと等から存続が必要であるが、医療計画制度の見直しにより導入される新たな仕組みの実施状況を踏まえ、今後とも検討していく必要がある、とされている。

このように、自分の住んでいる地域の保健医療サービスの実態を知り有効に活用するというシナリオ設定型のライフコースアプローチをとり入れている。住民にも分かりやすく、医療計画の作成から評価まで住民とともに推進できるように考えられたものである。

自分の住んでいる地域の保健医療サービスを知り有効に活用していくためには、健康問題に関する課題分析や課題解決のための方策を検討し、意思決定する場への住民参加のもとで行われなければ実効性はない。しかし医療計画は保健医療という専門分野の計画であるため、これまでは保健医療推進協議会も専門家が中心で、しかも行政主導の審議会であるため形式化しており、自治の原点にたったものにはなっていないという現状があることは先にも述べた。

そのため、医療計画策定、実施、評価といった過程への住民参加を保障し、協働へと変化させなければならないと考える。すなわち、市民住民としての意思決定への参加と公務住民としての活動を混合化することである。ヘルス

プロモーション活動を推進するにあたっては、ヘルスプロモーションの責任を個人、コミュニティ・グループ、保健の専門家、保健医療機関と政府が、分かちもっておりそれぞれの協働体制を求めている。そのため、現在の保健医療推進協議会を行政とのパートナーシップ型の組織に改編、推進していく必要がある。ここで鍵を握るのがコーディネーターの存在であり、コーディネーターとしての能力と技術を持つ中間支援組織（NPO）が重要になってくると思われる。

NPOとの協働の実態としては、自治体主導型、対等型、NPO主導型とに分けられるが、保健医療推進協議会は自治体主導型の審議会であるため、NPOとの協働は自治体主導型となる。

しかし、医療計画という専門分野の計画策定は、ジェネラリストである行政職員よりもスペシャリストであるNPO職員の方が専門知識を有している。そのため、コーディネーターとしてのNPOはシンクタンクとして専門的な情報発信ができ、住民がそれを利用できるような機能を発揮することが求められる。そして、保健医療推進協議会は多様な住民の意見が取り入れられるように委員の公募制や利害関係者の参加制等を進めて住民自ら政策決定過程に参加する仕組みを構築していく必要がある。その結果行政と保健医療推進協議会是对等型の協働となり、それぞれが目標を共有化し、自己点検、評価していくシステムになり住民が利用しやすい保健医療提供体制ができるのではないだろうか。

② 健康危機管理

1995年（平成7）の阪神淡路大震災、地下鉄サリン事件（同年3月）、和歌山市毒物カレー事件（平成10年）、東海村ウラン臨界事故（平成11年）などを契機に、1998年（平成10）11月に公衆衛生審議会の下に設置された、「地域保健問題検討会」の中で、健康危機事例の頻発が指摘された。そして、翌年8月にまとめられた同検討会の報告書の中では、「現状でも保健所を中心とした健康危機はある程度行われているが、昨今発生した健康危機事例を通し、明らかになった現在の健康危機管理の問題点は、健康危機情報の収集が

十分でないこと（中略）などの管理体制が十分でないために、健康危機管理上最も重要な初期対応が適切に行われず、結果として被害を最小限に食い止めることが出来ない場合があった」と健康危機情報の収集体制の不備が指摘された¹⁸⁾。また、今後の保健所の役割として、「従来から、保健所はその管内における健康危機の発生および拡大の防止など、健康危機の発生及び拡大の防止など、健康危機における事前管理に重点を置いた活動を行ってきた。今後、保健所はこれらに加え、健康危機における患者の治療情報のような患者の生命に関わる情報の収集・提供機能、被害者に対する適切な医療確保のための支援措置等を強化する必要がある」とされている。

2000年（平成12）の「地域保健対策の基本的な指針」の中でも、患者の生命に係る情報の収集及び提供や、科学的技術に基づく評価を行い、公表すること等を保健所の役割としている。一昨年5月の「地域保健対策検討会」における中間報告でも健康危機管理の拠点として保健所の体制づくりの必要性が述べられている。

平常時の体制としては、まず予防としての視点を踏まえた日常業務を遂行する必要があり、個々の事業や監視業務を行うことになるが、特に、医療施設や危険物取り扱い施設、井戸、水道施設、浴場施設、老人等の福祉施設、大量調理施設等は重点的な監視が必要となってくる。これは保健サービスではないが規制分野も住民組織、団体、NPO等との協働体制が重要と考える。例えば、住民からなる食品衛生監視員とともに調理場や食品表示等を監視することにより、規制者としてのボランティアや住民が育つことになり、また、住民が食品衛生管理上の課題に自ら気づき、食中毒予防や安全な食品の確保の方策を食品衛生協会等の関係団体や機関に働きかけるという公務住民になる。これは、住民の主体的な協働を促すことであり、また、住民自身の安全な食品の選択につながってくるからである。

そして、2番目には健康危機の発生に備えた体制づくりとして、関係機関等とのネットワークづくり、地域医療サービスの状況把握、定期的な教育訓練（シュミレーション、研修会など）が必要と考える。

健康危機発生時には、原因に応じた対応をとることになり、この際、最も重要なのは、関係機関や関係者との情報の共有化である。健康危機発生時には、警察や消防、医療機関等様々な機関や関係者との連携体制が必要であり、この連携体制を構築するためにも平常時からの体制づくりが求められることになる。

ただ、健康危機発生時の住民参加には限界があり、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の第20条第1項に規定される、一類感染症患者の入院期間の延長など意志決定の時間的制約が比較的緩やかな場合は審議会を通して意志決定への参加が可能であるものの、逼迫している状態、すなわち一類感染症まん延の恐れがあり、患者が入院勧告に従わない場合は強制的な入院措置となり、この際の住民参加は制限されることになる。集団的、画一的な規制といった場合は、保健所運営の評価を通して意志決定のプロセスを情報公開していく必要があるだろう。

また、住民に対する情報提供体制を確認しておくことも重要で、そのためには、定期的な訓練や会議を通して体制づくりを行う必要があると考える。

しかし、保健所は警察や消防と違い、常時24時間体制で待機しているわけではない。そのため、初動体制における時間的ハンディがあり、これを解決するための方策を検討する必要がある。また、人事異動に伴う担当者の変更により、引継ぎが十分行われていない場合などの問題も考えられる。

(2) 市町村の役割

2002年（平成14）の地方分権改革推進会議の中間報告では、改革の方向性を補完性の原理に基づく国と地方の役割の適正化として、ナショナル・ミニマムの達成から地域が選択する地域ごとの最適状態（ローカル・オプティズム）の実現へとしている。これは、全国一律必要最低限レベルの確保は達成されたということで、その地域政治的課題はその地域の責任と判断に任せ、地域は知恵とアイデアで地域間競争をすることを促している。

また、2003年4月の第27次地方制度調査会「今後の地方自治制度のあり方に関する答申」では、その前文に「市町村は、基礎自治体として地域におい

て包括的な役割を果たしていくことがこれまで以上に期待されており、都道府県は経済社会活動が広域化、グローバル化する中で、広域自治体としてその自立的発展のために戦略的な役割を果たすべく変容していくことが期待されている。」と述べられている。

地方自治体は、行政分野別に縦割りで立案されることの多い中央政府の政策に対して、地域を単位として、各分野の行政を総合的、複合的に組み合わせて最適の行政サービスを提供できる点に最大の優位性を持っており¹⁹⁾、特に市町村の自己決定の範囲が広がり自己責任も大きくなっていくことになる。

1) 個人と地域への対応

地域保健の公的サービスについては、先にも述べたように3つに類型化されまへの2つは公的責任であり、都道府県の役割が大きい。一方、3つ目の対人保健サービスは、歴史的に成人病時代までは保健所が主体となって担い、老人保健法以降市町村へと移り、生活習慣病や母子保健等身近な保健サービスは地域保健法により市町村が主体となった。

現在、保健サービスの提供において市町村には、地域保健対策各法（母子保健法、老人保健法、栄養改善法、予防接種法）に基づく保健サービスの実施と、市町村保健センター等の施設整備、人材確保・資質の向上が義務付けられている。

これらのサービスのなかで、母子保健法第12条で市町村には1歳6ヶ月児健診と3歳児健診が義務付けられているが都市部では殆ど医師会委託という形をとっている。また、老人保健法第12条の健康診査（基本健診やがん検診等）も医師会や健診機関に委託している市町村が殆どである。このことが結果的に、委託先である健診機関や医療機関の保健事業進出への機会となり、現在、民間でも健診や保健指導等を担うようになってきたといえる。また、住民にとっては一律で集団的なサービスではなく、さまざまな選択肢のなかからメニューが選択できるメリットもある。

母子保健事業の健康診査については、医療機関も整備され、母子保健の水

準も向上している現在、民間に委ねられるかどうか議論されていないが果たして引き続き市町村が実施していく必要があるのかについては今後検討していく必要があると考える。

そして、先にも述べたが現在保健所の業務として位置づけられている未熟児に対する訪問指導は市町村の業務とすべきであると考え。また、養育医療の費用も現在都道府県、保健所を設置する市又は特別区が支弁するようになっているが、当該市町村の支弁とすることで、住民にとっては窓口が一本化されることになり、ハイリスク児や養育上の悩みを持つ保護者へのフォロー体制ができるようになる。このようなハイリスク児や保護者へのフォローは子育て支援、虐待予防という観点から市町村の責務であろう。

生活習慣病に関しては、個人に対する保健サービスは医療機関や健診機関等の民間機関での対応に今後委ねられることになり、先にも述べたように平成20年度からは保険者に義務付けられ、市町村は健康づくりや生活習慣病予防のための普及啓発の役割となる予定である。

しかし、市町村の規模によって民間のサービスメニューが豊富な自治体と高齢化、過疎化が進行している自治体とでは市町村の役割も異なってくる。

大きな自治体の場合は、個人へのサービス提供は大企業や、民間、NPO等に委ねられるが、小さな自治体の場合はサービスメニューも乏しく行政が提供主体にならざるを得なくなってくる。

いずれにおいても、個人への対応と地域全体への対応が必要であり、健診機関や医療機関はあくまでも個人への対応になってくる。しかも、自ら受診する人を対象にするものである。そのため、市町村は、個人をとりまく家族及び地域全体に対して、また、ホームレスや外国人など自ら受診できない人に対する健康づくり、疾病の予防、異常の早期発見・早期治療を促すことになる。

しかし、本来は個人の問題を地域集団全体の問題として発展させ、地域住民自ら問題解決していけるようなシステムづくりがヘルスプロモーションであり、個人への対応をアウトソーシングした場合、地域住民自身が問題解決

していく仕組みをどのように構築するのが課題となってくる。また、民間が対象とするハイリスク者の情報分析によって地域住民全体に対する予防対策や普及啓発が可能となるもので、個人と集団と分断された場合、市町村はこれらのサービス提供機関の情報を共有化するシステムづくりが必要になってくると思われる。

そして、ヘルスプロモーションにおける個人技術の向上を目指すことと、それに併せて同じ仲間同士あるいは近隣の人々と一緒になって地域活動を強化し、さらにその取り組みを支える周囲の人達や関係機関に対する環境づくり、すなわちコミュニティ・エンパワーメントを高めていくことが重要になると考える。

2) コミュニティの再構築

ソーシャルガバナンスの実現のためには、市民がイニシアティブをとる市民社会の実現が必要であり、その重要な担い手がコミュニティであることは先に述べた。

国民生活審議会調査部会コミュニティ問題小委員会の報告書『コミュニティ生活の場における人間性の回復』（1969年）では、コミュニティを、「生活の場において、市民としての自主性と責任を自覚した個人および家庭を構成主体として、地域性と各種の共通目標を持った、開放的でしかも構成相互の信頼感のある集団」としている。これは、目指すべき地域社会の集団、いわば目標としてのコミュニティである²⁰⁾、とされる。

尾身茂WHO西太平洋地域事務局長は、2003年（平成15）10月に京都市で開催された日本公衆衛生学会総会の特別講演の中で、最近の日本社会の閉塞感や公衆衛生上の諸問題の根底には、関係性の喪失があることを強調し公衆衛生従事者に喚起を促した。伝統的なコミュニティが崩壊しつつあり、また、職場でも家庭でも関係性が希薄化し、さらに平成の大合併により市町村の行政範囲が拡大し、住民生活に密着した課題が市町村の政策に反映されにくくなってきていると思われる。

そして、アンソニー・ギデンズは、英国においては民主主義の深化・拡大の

ための一つの方法として地域主導によるコミュニティの再生が必要と説いている²¹⁾。

このように今日では、コミュニティの再構築が住民主体の鍵になっているといえる。

内閣府経済社会総合研究所は、2005年（平成17）8月に「コミュニティ機能再生とソーシャルキャピタルに関する研究調査報告書」をまとめている。そのなかで、まずコミュニティ再生に成功した地域には、1. 危機意識の発露と共有、2. それに対して具体的な活動を起こそうとする人の存在、という共通点があることが見出された。さらにこのような活動全体の特性として、1. Plan - Do - Seeという活動プロセスと、2. 様々な主体の参加、が指摘された。すなわち活動がマネジメントされていることが主たる特徴である。そしてコミュニティ再生の成功要因の多くが地域のソーシャル・キャピタルに依存していると考えられ、特に橋渡しのソーシャル・キャピタルが重要な役割を果たしていることが示唆された、としている。

ソーシャル・キャピタルとは、同報告書ではアメリカの政治学者、ロバート・パットナムの定義を引用して、「人々の協働行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「互酬制の規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴」（前述内閣府報告書）とされている。すなわち人々の強い信頼関係、互酬と呼ばれる相互扶助の慣行、密度の高い人的ネットワークといった、人々の協力関係を促し、社会を円滑・効率的に機能させる諸要素の集合体を意味し、コミュニティをうまく運営するための潤滑油、あるいは触媒のような諸要素でもある²²⁾。豊かなソーシャルキャピタルは、失業率の低下や、起業の促進、地域経済の活性化といった経済効果だけでなく、犯罪の発生を抑制し、出生率を高め、平均余命を延ばすといったことが指摘されている²³⁾。

わが国には伝統的な自治会や町内会など行政と住民のパイプ役的な組織や婦人会、老人会等の地縁組織がある。これは結合型（bonding）であり内部における人と人との同質的な結びつきで、内部で信頼や協力、結束を生む

ものである。近年はこの結合型の弱体化が進み危機的状況にあるといえる。

一方、健康づくり推進グループや食生活改善グループ、あるいは子育て支援のNPOや運動指導のNPOなど、同じ目的を有する者の組織化や団体等があり、これは橋渡し型（bridging）といわれ、近年増加してきており、コミュニティの再生のためには重要な役割を果たしていると言われているものである。

現在、自治体は、コミュニティに関する政策として、このような地縁組織やNPO等への補助や事業委託の形で協働しながら、さまざまな事業を実施する動きが広がっており、このようなコミュニティ政策の積極的な展開は、NPOや民間団体の活動の活性化につながるとともに、自治会・町内会などの住民自治組織の組織率の向上にもつながることが、山内らの調査から明らかにされている²⁴⁾。そのため、これまで市町村が育成してきた、食生活改善推進協議会等を行政の手足でなく、NPOとして学校などへの出前講座や一人暮らし高齢者等への弁当づくり、配達を行う等自ら資金を調達して活動していけるように、市町村と協働の関係になるような関わりが必要となってくる。また、自治会・町内会等もNPO法人格を取得して、橋渡し型へ変化していくことも必要であろう。その結果、様々な主体の参加が促進されることになる。

これまで、補助や委託の場合は行政の手足であったが委託先も多様になることで競争が行われるため成果が問われることになる。そのため、常にマネジメントサイクルが求められ、また、行政も透明性が要求され補助金や委託金等の財政面に見合った成果が問われる。そして、コミュニティ自身の問題解決力が高まれば行政依存が減り、ひいては財政コストを軽減することにもつながるだろう²⁵⁾。

3) サービスの質の確保

一方、委託先が増加すれば、これまでの老人保健法の健診にみられたように、それぞれの施設の技法によって検査値の基準や保健指導の内容が異なりして住民に混乱を引き起こしかねないと思われる。

このような混乱を防ぐためには、市町村が委託する施設の検査や指導の標準化が必要である。そこで今般の医療制度改革大綱では、「生活習慣病予防の徹底」を図るため、医療保険者に対して、健診・保健指導の実施を義務づけたことから、標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版案）が国から示されているところである。ただ、透明性を図り情報を共有化するために、どこで何をやっているのかを常にチェックする監視体制が必要であり市町村の保健衛生協議会等の下部組織に情報収集、チェックを行う委員会組織を位置づける必要があると考える。そして重要なことは、委託先決定プロセスへの住民参加が保障されることである。

また、委託先による評価結果の情報収集を行い、公表していくこととサービスに対する苦情相談窓口も設ける必要があるのではないだろうか。

介護保険の在宅介護支援センター委託の経験から、コーディネートをしたり質の確保のための行政コントロールを求められながらもできなかったということを繰り返さないようにしなければならないだろう。

しかし、市町村にいる専門家は保健師が主で、あと栄養士、歯科衛生士等が市町村によっては常駐しているがサービスの質の確保を図るには限界があり、保健所の後方支援が必要であると考ええる。

4) 課題

今後、市町村は組織が細分化されていく傾向にある。特に大きな自治体では、専門毎に細分化されこれまでの都道府県のように縦割り行政になりつつある。保健サービス提供機関が多数存在する場合は先にも述べたが関係機関等と連携していくことが重要で、お互いが有する情報を共有化し地域全体の健康課題を分析する必要があると考えるが、市町村の保健師は福祉分野などへの分散配置化が進んでおり、また合併によって細分化された結果、保健所同様にライフステージを分断しての担当制になるなど、地域全体の健康を見渡すことができなくなっている。その結果、複数のニーズを併せ持つ住民にとってはサービス利用の際に複数の課をたらい回しにされる結果となり、住民主体ではなく行政主体のサービス提供体制になる可能性も考えられる。

市町村合併における保健活動の推進に関する検討会による「市町村における保健活動の推進に関する検討会報告書」（2005年3月）は2000年1月1日～2004年12月1日の時点で合併している市町村を対象に、市町村の合併における保健活動実態調査及び取り組み事例調査を行い、今後合併する市町村へ保健活動推進方策の提言を行っている。その中で注目すべきことが2つみられており、まず一つは住民参加の推進を提言していることである。具体的には、「実態調査において、住民組織を活性化して、合併後も主体的に活動できるようにすることの重要性を高く回答したものが多く結果であった、多くの住民は、自らの自分の健康を向上させたいと考えており、また自分の地域がよりよい地域でありたいと願っている。その気持ちがうまく住民活動に結実し、持続するよにということを大きな目標に掲げて、行政と住民組織の関係を再構築する必要があるのではないだろうか」と説明している。すなわち、公共サービスは行政がサービスの提供者で、住民がサービスの受給者であるというのではなく、地域コミュニティやNPO等も提供主体となって行政との協働体制を構築していく必要があると述べていることである。そのことによって、住民の主体的な保健サービスの利用が促進されることになる。

そして、もう一つは、保健担当職員の効果的配置の提言である。「実態調査によると、保健師等の分散配置によって保健事業に支障を来したりという状況がみられた。また、分散配置によって、研修会に参加できる機会が減少し、OJT(On the Job Training)が難しくなったなどの指摘があった」としている。このことは住民の保健サービスの選択を困難にすることと併せて専門職の能力開発の機会が減少し専門家の育成が困難になるってきているという事実を危惧するものであり、住民のニーズに的確に対応できる人材が不足してくることになると思われる。

先にも述べたように、健康増進法で市町村の努力義務とされている健康増進計画の策定が進まない理由として、合併やマンパワー、予算、技術的な問題を指摘できるが、このようにマンパワーや技術的な問題がさらに大きくなってくるとますます計画の策定は困難になってくると思われる。計画策定

への住民参加は行政の意思決定への参加と住民の協働を促す絶好の機会になるものである。それが、住民の主体的な健康づくりを促していくことになることから、保健担当職員の効果的配置を積極的に推進していかなくてはならないと考える。

また、健康づくり推進協議会などの組織化がされていない市町村との合併においては、組織化されていない市町村を基準にして、これまでの地縁組織も解散したりする市町村も多く見られており、住民の参加、協働の機会が損なわれる結果になってしまっている場合も見受けられる。このような合併に伴って生じている課題について分析していく必要があるが、合併に伴う課題については今後さらに深めていきたいと考える。

一方、合併の有無に関わらず国民健康保険部門とヘルス部門との連携、65歳以上の老人保健事業が介護予防に移行することに伴う介護保険部門との連携、実際サービスを提供する民間企業との連携等、住民にとってサービスが分断されないような市町村の組織体制が課題であり保健事業を一体的に推進する仕組みづくりも検討する必要があるだろう。

2. 民間の役割

民間企業は、ソーシャル・ガバナンスの重要な担い手の一つであり、行政やコミュニティ、市民団体等との市民社会組織等と密接な関係にある。

行政は、食中毒、感染症への対応あるいはそれを予防し住民の安全を守るための食品監視や医事監視のようなものを実施する責務を負っているが、行政のみの努力では限界がある場合が多い。

例えば、環境面では、化学物質の多くを行政は管理しなくてはならないが数万種類ともいわれる化学物質を行政自身が規制することは不可能である。有害とする基準が未解明であり、それをなすだけのリソースも有しておらず、行政自身でモニタリングするには膨大な予算や知識等を必要とする。そのため、企業自身が化学物質の排出量を把握して行政に報告することを義務付け、これを行政が整理し・公表し、それに基づいてNGO等を含む市民が

監視するといった制度、すなわち化学物質の排出・移動登録の制度である。そこで、企業は排出削減に向けて努力しなければならず、公的な課題の解決のためには、企業や市民団体等行政外部の力と行政とが協働しなければならない。環境行政においては特に企業との協働が強調される²⁶⁾。

また、企業はコミュニティとの共生、地域との関わりが重要であり休日には企業の敷地等を開放したり、ともに健康に関するイベント等を開催したりすることも必要になってくる。このような交流によってソーシャル・キャピタルが形成されコミュニティの活性化が図られることになる。

一方、対人保健サービスに関する行政の協働の相手方は医療機関や健診機関、NPO等である。エイズ対策や精神障害者を支える地域づくりにおいては民間機関やNPOが支えているといっても過言ではない。

地域の精神障害者を支えるためには、生活支援センターを中心とした様々な社会資源が必要であるが、原則的には地域の民間機関、NPO等が中心になって、施設運営、障害者支援を行なっている。エイズ対策においても、若者の性行動への対応、コンドームに関する情報提供の是非や方法論等NPOが主体となっている。1994年（平成6）に横浜で開催された「第10回国債エイズ会議」を機会に民間と行政との協働が始まり、2003年（平成15）に第10回を迎えた民間活動「AIDS文化フォーラムin横浜」は、HIVに感染している当事者をはじめ、学校現場で実際教育をしている教師、NPO関係者等様々な分野や立場からHIV/AIDS問題にかかわっている人達が集まり情報交換とお互いの連携を図っているとされ、このフォーラムの特徴は、行政（神奈川県）が会場を提供しているが、内容はあくまでも民間ボランティアによる実行委員会の判断に任せている²⁷⁾、とされている。

熊本県でも、毎年12月1日の世界エイズデーのイベント行事については、民間ボランティアによる実行委員会と協働して開催している。

そして、民間機関は行政といかに連携するか、行政からいかに資金を得られるかが課題であり、競争のなかで資金を得るにはサービスの質が問われることになる。

これまで、健康診断や各種検診等の委託という形式で行政の手足であったが、老人保健法の健診も平成20年度からは保険者が実施主体に義務付けられることになり、保健サービスのアウトソーシングが進められることになる。その結果、住民にとって選択肢が増えることになるが、民間機関は個々に適した保健サービスを提供する機関として成果が問われることになり、サービスの質の向上が求められることになる。そのため、マネージメントされた活動と行政同様に透明性が高められなければならないと考える。

V. おわりに

住民主体の保健サービスの提供においては今後市町村の役割が重要で、ソーシャル・ガバナンスの実現のためには、コミュニティ政策が鍵になるといえる。ただ、市町村は合併に伴い、保健サービスが分断されて提供される、専門家が育成されにくい環境になっている、行政の意思決定への参加の機会が減少している、等といった課題が指摘できる。その結果、コミュニティ政策にも影響が出ていると考えられるが市町村行政組織のあり方については今後さらに検討していきたい。

引用・参考文献

- 1) 田尾雅夫著・西尾勝他編『第6章 講座行政学』有斐閣、P.189、1994
- 2) 西尾隆編著『住民・コミュニティとの協働』ぎょうせい、2004、pp.21-22
- 3) 西尾、前掲、pp.37-38
- 4) 牧野暢男「住民参加の社会的基盤」『公衆衛生』、医学書院、VOL.47、NO.12、1983
- 5) 西尾、前掲
- 6) 大山博他「社会政策と社会行政」法律文化社、1997
- 7) 西尾、前掲

- 8) 神野直彦・澤井安男「ソーシャル・ガバナンス」東洋経済、P.42、2005
- 9) 神野・澤井前掲、P.41
- 10) 武村真治他「欧米諸国の衛生行政組織」『公衆衛生』、医学書院、VOL.68、NO.1、P.14、2004
- 11) 北王路信郷「地方自治体における経営システムの課題」『季刊行政管理研究』（財）行政管理センター、6、NO.106、P.58、2004
- 12) クリク先端科学技術大学院大学知識科学研究所梅本研のホームページ
<http://www.jaist.ac.jp/ks/labs/nmemoto/ai-km.html>
- 13) 林 謙治「リーダーシップの養成」『公衆衛生』医学書院、VOL.68、NO.1、P.31、2004
- 14) 宗永健作「地方分権と保健所」株式会社 新企画出版社、VOL.67、NO.8、PP.6-9、2002
- 15) アンソニー・ギデンズ著、佐和隆光訳「第三の道 — 効率と公正の新たな同盟—」日本経済新聞社、1999
- 16) 古川・北王路「公共部門評価の理論と実際」日本加除出版株式会社、PP.18-19 2002
- 17) 古川・北王路、前掲、P.23
- 18) 田中良明「健康危機管理体制の構築をめぐる」『公衆衛生』、医学書院、VOL.33、NO.7、PP.494-496、2003
- 19) 西村清司「第二次分権改革への展望」『地方自治』、NO.662、地方自治制度研究会、1
- 20) 西尾、前掲
- 21) アンソニー・ギデンズ著、前掲
- 22) 山内直人「コミュニティ活性化とソーシャルキャピタル」『公衆衛生』、医学書院、VOL.70、NO.1、PP.6-9、2006
- 23) 山内、前掲
- 24) 山内、前掲

- 25) 山内、前掲
- 26) 山田洋「参加と協働」『自治研究』第一法規、第80巻、PP.26-27、
2004
- 27) 岩室紳也「地域保健におけるこれからの民間機関、NPOの役割」医
学書院、VOL.68、NO.1、PP.27-30、2004