

## 地域保健システムの改革と残されている課題

新藤宗幸

### はじめに

1997年4月に完全施行された「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律」(以下、「地域保健法」とする)は、少なくとも法の主旨からいうかぎり、時代状況に応えた画期的立法であるといつてよい。従来、地域保健の根幹に位置してきた保健所法は行政機関としての保健所の設置、権限、事業、所要の要員について定めた行政組織法であつて、福祉、医療との連携を中心とした地域保健システムの基本を定めた行政作用法ではなかつた。しかも、長年にわたつて保健所業務の多くが機関委任事務とされてきたこともあり、地域保健行政は多様に変貌する地域のニーズに、的確に対応することが困難であつた。地域保健法の施行によって保健所の組織、機能、管轄区域の見直しが進むとともに、母子保健、栄養指導事業が都道府県から市町村に移譲され、住民に最も身近な自治体である市町村レベルにおいて、行政組織的にも事業実施についても、総合的対応が可能となつたといえる。

地域保健法の制定を促した背景のひとつが、超高齢社会の到来であることは指摘するまでもない。しかし、地域保健の課題は高齢者保健福祉のみにあるのではない。老人保健福祉計画はもとよりとして母子保健計画、障害者プランの作成と実施にみるように、ライフサイクルに応じた総合的な保健業務の遂行にある。さらに阪神・淡路大震災は、期せずして災害にともなう精神衛生、環境衛生の重要性を改めて教えた。

地域保健における市町村重視の原則は、それ自体として時代状況に適っているが、他方において保健所と市町村保健センターとの連携、福祉行政と保健行政との連携、市町村行政に対する都道府県の人的・財政的支援などが整わない限り、総合的地域保健システムの構築は、「画に描いた餅」ともなりかねない。

もとより、1997年の地域保健法の完全施行から1年という段階でこの改革を評価するのは時期早尚である。むしろ、本稿では立法の原点を確認しつつ、総合的地域保健システムにとって何が課題とされているのかを、考察してみることにする。

### I 地域保健法の制定と保健・福祉の統合

#### 1 別系統としての行政

日本の戦後政治過程を振り返る時、地域保健さらには公衆衛生は社会福祉ほどには政治の俎上に登らなかつた。現行憲法の保障した生存権を基本として、政治とりわけ戦後革新勢力は社会福祉・社会保障の充実をかかげ、そこに自らのレーゼンレートルを見いだそうとしてきた。もちろん、戦後革新勢力の要求のみならず政権党の側も、経済成長による税の自然増収を条件として、社会福祉の充実をアピールしその発展に努めたといつてよい。そのことは、生活保護法、児童福祉法に始まる社会福祉立法の拡充に見るとおりである。ただしそれらは、行政処分行為としての措置を機軸とするものであり、憲法の定める生存権保障の意義に照らして妥当な行政手段の拡充であつたとはいえない。だが、社会福祉行政の論点は、行政手

段のあり方を省みることなく、もっぱらサービス供給量の妥当性におかれてきた。そして、こうした憲法規範を頂点とする政策論争は、社会福祉と関連領域との機能的連携への指向性を断つものでもあった。

一方、1947年9月に全面改正された保健所法は、保健所業務の中心を防疫、母子衛生、結核対策、環境衛生などに設定した。しかし、地域保健面における保健所の業務は結核を中心とする感染症対策におかれた。それは時代の要請であったが、地域保健としての結核予防と社会福祉との連携も、実際の業務上はほとんど省みられなかった。せいぜいのところ、生活困窮者に対して別途生活保護法による措置をなすかどうかであったが、それは保健所の業務ではなく、社会福祉事業法にもとづく福祉事務所の所管業務であった。

こうして、地域保健と社会福祉は、中央政府レベルにおいて同一官庁に所管されながらも、まったく別系統の行政と観念されて出発した。しかも、戦後経済発展過程は、保健所に次々と新たな業務を付加していった。産業公害の監視、水道・廃棄物の環境衛生、食品衛生、産業化による新たな疾病予防などは、その代表例であるといってよい。1970年代には、保健所の関係者の間からさえ「アイデンティティの危機」が叫ばれ出すが、公衆衛生行政なる概念の枠内において、保健所業務は拡大＝拡散の一途を辿ったのである。

## 2 機能複合状況の整理

機能の複合状況が著しい保健所を地域保健のセンターとして再構成しようとする検討が本格的に開始されるのは、1980年代も後半になってからのことである。いうまでもなく、その主たる要因は高齢化の急速な進行であった。1989年6月、厚生省健康政策局長の私的諮問機関である地域保健将来構想検討会は、『地域保健将来構想報告書—保健所の在り方を中心として—』をまとめている。

この報告書は、今日の地域保健法の土台をなすものといってよい。それは環境衛生にも言及しているが、「地域包括保健総合戦略」の確立を掲げ、

いわゆる対人サービスに保健所機能の力点を移行させることを求めた。ここにいう「地域包括保健総合戦略」とは、「従来からの結核検診に代表される疾病予防の方法を基礎としながらも、生活習慣の改善や健康づくり、生活衛生の充実強化等までを包括し、健康かつ快適な国民生活を構築」することを意味する。このために報告書では、第1に包括的保健・医療の進展とサービスの質の確保、第2に保健・医療・福祉の連携強化をあげた。

前者については、①保健・医療等の諸サービスの継続性、包括性を重視する観点にたつて地域保健医療計画の進展等を軸に地域単位での保健・医療・福祉総合ケアシステムの確立を図る、②地域の総合ケアシステムの確立に関連して、保健所を地域保健医療情報センターとして位置づける、③保健所、地方衛生研究所、精神保健センター等における保健医療関係施設と医療機関との連携を図る、④生活環境の変化にともなう新たな生活衛生問題に的確に対応するため、保健所等における総合相談窓口の充実を図る、⑤保健・医療・生活衛生等の各分野における公的・私的サービスの質の確保を図るため、その評価機構等の構築を目指し、保健所等のネットワークの活用を図る、を課題として列挙した。

他方後者の課題として、①保健・福祉分野における既存の公的事業体系を再検討し、保健所と福祉事務所といった両分野間の連携を強化するための具体的対応について早急に検討する、②とくに保健分野における保健所と市町村との役割分担を明確にする、③保健・福祉分野における新たなニーズに対応するため、マンパワーの確保とボランティアの育成を図るとともに、地域における各種協議会等のあり方を抜本的に見直す、④民間サービスの積極的参入にたいして、従来からの公的サービスとの役割分担を明確にし、公的・私的サービスの地域における「共存関係」の確立を目指す、をあげたのである。この報告書を受けて厚生省は「ニュー保健所」構想を掲げて「地域包括保健戦略」の実現にむけて、保健所の行政組織改革を図りつつ、市町村との連携を強化するとした。

ところで、この報告書の提出された1989年に

先立つ87年には、社会福祉分野における「画期的」改革が開始されている。つまり、生活保護を除いて老人福祉、児童福祉、身体障害者福祉、精神薄弱者福祉法にもとづく「措置」権限が、機関委任事務から団体事務へと変更され、市ならびに町村部については都道府県に移管された。先の「地域包括保健戦略」のいう福祉・医療との連携の強化や市町村と保健所との役割分担、公的サービスと民間サービスとの「共存関係」は、福祉分野に先行する改革に対応しようとするものでもあったといえよう。

ともあれ、「地域包括保健戦略」の方向性は、94年3月に成立を見る地域保健法のベースを形づくったといつてよい。だがそれも、実は1990年の87年改革をさらに押し進めた福祉8法の大改正に導かれてのことである。

### 3 地域保健法と評価視点

改めてここで、地域保健法の制定過程を振り返る必要もあるまい。ただし、概略しておくならば、厚生省は福祉8法の大改正から3年後の1993年1月、大臣の諮問機関である公衆衛生審議会の総合部会のもとに地域保健基本問題研究会を設置した。同研究会は同年7月に『地域保健対策の基本的あり方について』なる報告書をまとめた。それは社会福祉分野における市町村重視の原則に対応して、保健所を核とした地域保健行政から市町村を中心としたそれへの転換を強調した。同時に市町村保健サービスの実施体制の強化と保健所機能の再編成を求めた。先にも述べたように、その基本は87年の地域保健将来構想検討会の報告と変わるところはない。上記の報告書は、公衆衛生審議会総合部会の「意見具申」として、そのまま厚生大臣に提出され、厚生省はそれにもとづき地域保健法案の作成作業に入り、94年3月に法案を第129通常国会に提出した。そして国会での成立を受けて同年7月1日から地域保健法は施行されたのである。

さて、こうした地域保健法が全体として掲げる福祉・医療との連携を重視した地域保健における市町村重視の原則と、それに対応した保健所の機

能再編成は、果たしてどのような状況にあるのだろうか。いうまでもなく、日本の市町村数は3200を越えており、市町村重視の原則を強調するかぎり、地域状況の中での市町村行政の実態を見なくてはならない。それはしかし、現段階においてほとんど不可能に近い作業であるだろう。したがって立法主旨に照らしたマクロな評価視点を設定せざるをえない。なかでも、保健と福祉の連携ならびに機能再編成を問われた保健所の役割、および市町村保健行政の先端機関である保健センターの役割を見ることが重要といえよう。

そこで、次の3点を取りあえずの評価視点として設定しておくことにしよう。

- (1) 各自治体において保健行政部門と福祉部門との組織的再編成の状況—保健と福祉との連携をいうのは易しいが、組織統合の必要性のみならず、その内実が問われる。
- (2) 保健所の市町村への支援状況—地域保健法では保健所の機能として企画調整、教育研究、情報の収集などが求められているが、とりわけ小規模市町村の保健・福祉事業への支援がどのように行われているのか。
- (3) 市町村保健センターの活動状況—地域保健法はあらためて市町村保健センターの設置を公的に認めた。市町村重視の原則からいえば当然であるが、果たしてその活動はどのように評価されているのか。

## II 地域保健行政部門の機能状況

### 1 保健部門と福祉部門の統合

地方分権推進委員会の「くらしづくり部会」での審議でも検討課題とされたように、高齢化の進展とともに保健所と福祉事務所の組織的統合が必要との意見は、1990年代に入って各地で議論されるようになった。この場合、とくに県型の保健所と県の町村部を管轄区域とする福祉事務所との統合論が最初に生じた。というのも、1990年の福祉8法の大改正によって、町村部へも老人福祉、児童福祉、身体障害者福祉などの措置権限が団体事務として移管され、県の福祉事務所の役割が生

活保護行政に傾斜していったからである。したがって、地域保健の観点から福祉との連携を図ることの重要性にもまして、福祉事務所の将来にとっても「生活保護事務所」から脱して地域保健との連携による新たな組織的存在証明を明らかにする必要があった。

県型保健所と県福祉事務所との最初の組織統合は1993年4月に広島県で実施された。その後、島根県、岡山県、鳥取県で実施されており、今後組織統合を計画しているのは山口県、栃木県、神奈川県、埼玉県、福井県、静岡県、和歌山県など合わせて11県である(96年12月現在)。岡田尚久は、こうした組織統合による保健と福祉の連携方策として、具体的には①企画調整室(保健福祉推進室、総務企画室、老人福祉推進室など)の設置、②新たな保健福祉の共同事業(保健・医療・福祉ネットワーク事業、ケアコーディネーション事業など)の展開、③スタッフのワンフロアへの配置、④保健福祉の総合相談窓口の設置、⑤市町村支援の一体的取り組み、が見られるとしている[岡田, 1997, p. 47]。

しかし、保健所と福祉事務所との組織統合によってひとつの障害とされてきたのは、保健所の所長の医師専任規定であるといつてよい。実際、地方分権推進委員会が1996年3月の「中間報告」において、その緩和の方向を打ち出した際には、公衆衛生分野の専門家からそれに対する厳しい異論が提出された。地方分権推進委員会は、その後の必置規制の緩和に触れた勧告では明確な方向を示さなかったが、97年10月の第4次勧告においてこの問題に触れ、おおよそ次のように述べた。つまり、地域保健法は保健所と福祉事務所の統合を禁止しておらず新しい組織の設置が可能である、この場合に従来の保健所を新しい組織の一部門と位置づけることができる、としたのである。いわば、必置規制の緩和として保健所長の専任規定を正面から扱わずに、地域保健法の解釈面から「障害」の除去を図ったといえよう。いずれにしても、これは98年5月29日に閣議決定された地方分権推進計画に盛り込まれており、今後第一線機関としての保健所と福祉事務所の統合が促進されると

予測することもできよう。

ところで、保健と福祉の行政組織上の統合は、第一線機関のレベルのみならず本庁機構においても推進される必要があろう。石垣和子らの調査によると、都道府県(29回答)において保健と福祉の組織改革を実施したのは16、同じく政令市(同25)で12、特別区(同14)で6となっている。この調査では保健婦に機構改革の評価を問うているが、それによると機構改革の実施、未実施ともに「満足」が非常に少なく、「不満」は機構改革を実施したところでも高い率に及んでいる。不満の内容としては、実施群では、保健婦にとっての業務内容の増加・多様化の反面、人員枠が増加していないこと、課の肥大化によって意思疎通を欠きがちであること、建物が別であり連携のネックとなっていることなどが上げられている。また非実施群では、福祉からの文書の流れの停滞、保健と福祉の双方を理解する上司の不足などが上げられている[石垣, 1997, p. 349]。

組織改革の必要が認識されてはいるものの、この調査が意味しているものは、単に保健婦の業務問題にとどまらず、政策作成上の改革が組織改革と同時に進行していないことを教えていよう。地域保健、福祉ともに各種のプロフェッションによって構成されてきた行政分野である。プロフェッション間の相互理解には相当の時間を要するであろう。それは今後のプロフェッション教育の問題であるとともに、本庁レベルでの行政計画の策定手法の改善を必要としていよう。

## 2 保健所の市町村支援状況

地域保健における市町村重視といっても、市町村の規模ならびに人的資源などには多くの格差が存在している。地方自治法上の政令指定都市、地方中核都市、保健所法以来の政令市、東京23特別区のように自らの保健所を有し、人的資源面においてもそれなりの条件を備えた自治体が存在する一方で、政策・事業の実施に広域的な支援を必要とする自治体も多い。地域保健法が都道府県、国に対して市町村への支援を定めた所以でもある。

金子仁子らは、10道府県の小規模町村等支援

事業の対象町村 210 を対象として、担当保健所の保健婦ならびに婦長に町村の地域保健事業への係わりを調査している。それによると、該当町村が健康問題から新規事業を起こす過程に係わったのは婦長で 83 ヲ所 (44%)、担当で 95 ヲ所 (49%) である。また老人保健福祉計画の進行管理への係わりでは、婦長で 57 ヲ所 (30%)、担当では 66 ヲ所 (34%) となっている。その内容としてはマンパワーの確保支援、計画実施へのアドバイス、年度ごとの実績と初期計画の照合となっている。

一方、市町村の高齢者サービス調整チームへの支援は、婦長が 80 ヲ所 (42%)、担当 98 ヲ所 (50%) であり、内容的には最も多いのが事例援助方針の提示、次いでケアシステムの意見提示、会議の方向性の相談などとなっている。

金子らは、こうした調査をもとにして「保健婦地区活動計画への係わりはあるが、健康問題の分析や地区活動計画の見直しに、もっと積極的に関与すべきだと考える。老人保健福祉計画進行管理についても、現状ではマンパワー確保などであるが、小規模町村の老人問題は広域的対処も考えながら係わることが必要である」とし、さらに保健所が調整機能を発揮するためには地域ケアシステムづくりの視点でビジョンを提示することが重要であるとしている [金子ほか, 1997, p. 355]。

この金子らの調査は、地域保健法の完全施行前との時系列的比較を行っておらず、ここに見られるような関与の動向が、近年の顕著な動向であるかどうかは分からない。また調査対象が保健婦や婦長の係わりに限定されており、保健所内部の意思決定や該当町村の首長が保健所へどのような支援要請しているのかは判然としない。しかし、全国 210 ヲ所 (回収率婦長 91%、担当 93%) を対象とした貴重な調査であり、この限りでいえば、地域保健法が求めた保健所の企画調整機能の高度化とそれによる小規模町村の事業への支援は、依然として十分な実績を上げるまでには至っていないと、推定できるのではない。

もっとも、坪川トモ子らが新潟県の 13 の全保健所と所管地域の 111 市町村を対象として実施した「保健サービス評価支援事業」の内容について

の調査によると、市町村と県の保健所ならびに主管課との関係に新たな動きも見られる。この事業の実施にあたっては市町村がチェックリストによる自己評価を行ったうえに、保健所の地域評価委員会が管内市町村の自己評価を分析し、さらに県の主管課が保健所からの報告を受けて総合的評価をなした。そして地域的特性を踏まえた共通課題を明らかにしている。坪川らはこの事業の実態を踏まえて、「市町村は、科学的な事業評価とその結果に基づく保健事業の充実、基盤としての保健と福祉、医療の連携体制の整備、保健所は、評価に関する市町村支援 (専門的機能) の充実に努める必要がある。また、県主管課は、関係職員の研修など評価に関する情報の提供に努める必要がある」と今後の課題を提示している [坪川ほか, 1997, p. 354]。

市町村支援の基礎条件のひとつは、個々の事業への係わりにもまして市町村事業の評価と課題の抽出にあるといつてよい。この意味で、保健サービス評価支援事業のもつ意義は大きい。坪川らが指摘する課題を残しつつも、この事業のスタートは市町村支援のあるべき方向を示しているといつてよい。それを充実させるためにも、坪川らの指摘する課題に加えていえば、保健所および県主管課の評価に市町村参加をどれほど確立するかであり、また評価を行政内部のプロフェッションのみに依拠せずに、外部のプロフェッションの参加を得ることである。さらに、評価結果を住民にフィードバックしつつ、事業計画のイノベーションを図るシステムを市町村レベルで確立することであるといえる。

### 3 市町村保健センターへの評価

かつて保健所法は「この法律による保健所であれば、その名称中に、保健所たることを示すような文字を用いてはならない」(第 8 条)とした。しかし、市町村の保健行政のニーズに保健所のみでは応えられないことを認識した厚生省は、公衆衛生局長通知によって 1978 年度から、地域住民に密着した総合的対人サービスの充実を目的にして、市町村保健センターの設置を認めその整備を

指導した。今回の地域保健法においても旧保健所法第8条と同一の条文が第14条に残っているが、新法は78年以來の指導の延長線上に市町村の任意ではあるが保健センターの整備を促している。

地域保健法による保健所機能の再編成に応じて、政令市をはじめとする市・区保健所を持つ自治体では、複数あった保健所を基幹の保健所に集約し、他をより地域に密着した保健センターに改組したところもある。だが、検討を要するのは、こうした自前の保健所を有する自治体ではなく、保健センターを第一線の地域保健行政機関としている自治体が、権限の移譲や県型保健所の再編成に応じていかなる課題を抱えているかである。

工藤啓らは、市町村保健センターに対して住民がどのような評価を下しているかという興味深い調査を行っている。宮城県下の保健センター未設置のA町(人口7,036人、高齢化率21.1%、ただし母子センター設置)、保健センターを設置して2年のB町(人口6,951人、高齢化率21.9%)、保健センターを設置して14年が経過したC町(人口13,202人、高齢化率18.5%)というタイプの異なる3つの自治体を対象としてAおよびB町の住民500人、C町の住民600人を無作為に抽出し意識調査を行っている。

これによると、保健センター事業のうち評価の高い事業は、自治体のタイプに関係なく各種住民検診、健康づくり対策、訪問指導であり、他方においてニーズの高い事業の上位3項目は、A町高齢者総合相談サービス、在宅介護支援、各種健康づくり対策、B町在宅介護支援、高齢者総合相談サービス、各種健康づくり対策、C町在宅介護支援、高齢者総合相談サービス、各種健康づくり対策であり、3町ともに上位3項目はまったく同じであった。工藤らはこの調査をもとにして、市町村保健センターの機能を高齢者介護や福祉にシフトすることの重要性を指摘している〔工藤ほか、1997, p. 345〕。

工藤らの指摘は、確かに今後の市町村保健センターのあり方として重要性を持っている。しかし、こうした市町村保健センターへのニーズが相当程度普遍的であると仮説するならば、保健センター

の機能のシフトにとどまらない課題が横たわっているといわなくてはなるまい。それは、ひとつには90年代に入って多くの市町村が設置してきた在宅介護支援センターならびに訪問看護ステーションと、保健センターとの機能的調整をいかに果たすかである。もともと補助金の所管を別にするからといって、在宅介護支援センターと訪問看護ステーションを併設しているところに、セクショナルリズムの自治体への浸透を見るのだが、保健センターに上記のような役割が期待されているとするならば、市町村にはこれら3組織の統合までも含めた再編成が課題となるといえよう。

第2に、住民意識調査を行えば、サンプル構成から高齢者保健・福祉のニーズが高くなるのは、ある意味で当然である。しかし、市町村保健センターの役割はそれにつけるものではない。市町村における障害者プランの作成は必ずしも進んでいるとはいえないが、こうしたある意味で背後に押しやられがちなニーズに対しても、第一線機関として取り組むことが必要であろう。この側面で見れば、保健センターのスタッフを充実させるために地域保健法の定める都道府県人材確保計画の着実な実施がなされるべきであり、同時に都道府県保健所との協働体制をいかに確立するかが、課題となるといえる。

### III 残されている課題

#### 1 保健と福祉の連携とは何か

さて、これまで地域保健法の完全施行を受けて、地域保健部門と福祉部門と組織的關係をはじめとして、保健所の小規模町村の支援、市町村保健センターの役割などを、第56回公衆衛生学会での報告を中心に見てきた。そこには地域保健法の掲げた目標の実現に向けた取り組みが見られ、今後それが発展していくと推定できよう。

とはいえ、地域保健と福祉の連携を強調する時、保健行政部門の機能が不明確になる恐れが生じているようにも思える。もちろん、このようにいうことは、保健と福祉の連携が不必要という意味ではない。保健機能と福祉機能の連携を一般論とし

て語るのではなく、保健機能を細分類していずれの機能と福祉との連携が必要であるのかを、明確にしておく必要があることを意味している。そもそも、保健と福祉の連携は高齢者介護問題の重要性を条件として語られる傾向にある。だからこそ、市町村保健センターへのニーズも先に見たような状況を示すのである。

いうまでもなく、在宅介護サービスの実施にしても、高齢者サービス調整チームにおけるケアマネジメントにしても、福祉部門のプロフェッションに加えて保健婦をはじめとする保健部門のプロフェッション、そして医師・看護婦の協働作業を必要としている。しかし、この場合のクライアントは要介護状態にある人々である。このようなクライアントへのサービスの供給やケアマネジメントに医学や保健学が寄与するところは大きいのだが、政策論的には、こうした事業は福祉行政領域の問題として扱われる。誤解を恐れずにいえば、この領域は福祉行政のプロフェッションを主とし、他のプロフェッションを従とするともいえる。したがって保健部門がこの領域に傾斜していくことは、1960年代から70年代とはまた違った意味で、保健行政部門の「アイデンティティの危機」をもたらしかねない。

地域保健法の成立した1994年6月段階では、公的介護保険は厚生省内部の一部で検討され出したにすぎなかった。だが今日、公的介護保険法は成立したばかりか、市町村は2000年度からの施行に備えて準備過程にある。ここで公的介護保険のシステムについて詳細を論じようとは思わないが、この保険制度はあくまで要介護状態にある人々へのサービス供給に新たな制度を整えようとするものであって、要介護状態に至らないための予防機能を備えるものではない。少し中期的に、人間としての尊厳ある生活の保障と公的介護保険財政の安定を考えるならば、予防的側面の重要性こそが強調されるべきである。だが、公的介護保険の準備に大わらわの自治体行政は、それへの関心を低下させている。

このように考えるならば、地域保健は要介護状態にある人々へのサービス供給に専門的知識と技

術をもって取り組むことは当然としても、健康増進、疾病予防機能を第一義的機能として確立する必要がある。言い換えるならば、保健と福祉との連携とは、福祉行政のクライアントを医学・保健学上の専門的知識と技術をもって援助することではなく、健康増進・疾病予防を主とする地域保健の土台の上に、社会福祉行政が成り立つという重層構造として考えられるべきなのである。保健部門と福祉部門との組織統合、あるいは保健所の市町村支援においても、こうした保健と福祉との連携についての概念構成が、いささか軽視されてはいないであろうか。

## 2 ライフサイクル計画の策定

保健と福祉の連携についての以上のような方向は、行政システムとして構築されなくてはならない。そしてその出発点は、保健行政部門と福祉部門との組織統合にあるのではなく、行政計画の樹立と計画行政システムの確立でなくてはならない。

こうした行政計画として参考になるのは、かつて1980年代に京都市が西尾実京大教授の指導の下に、また横須賀市が佐藤進日本女子大教授のそれによって作成を試みたライフサイクル計画であるといつてよい。これは横軸に人間のライフステージを胎児期から後期高齢期までの複数の段階として設定する。縦軸にライフスタイルを健康およびハンディキャップの状態に応じた分類を加える。そして、ここに生まれる複数のボックスに、現に実施されているプログラムに加えて必要とされる保健・福祉上のプログラムを設定する。同時にまたプログラム実施主体を行政機関のみならず個人の努力をも含めて設定する。

この計画のメリットは、プログラムの継続性の状況が一目瞭然となることである。例えば胎児期から少年・少女期の保健を考えた時、母子保健法にもとづくプログラムと学校保健法にもとづくプログラムが、所管部局を違えて同一の自治体内部で実施されていることが明らかになろう。この二つの継続性を行政実務上いかに図るかが、次の検討課題として生じることになる。また障害者プランも、このライフサイクル計画のなかにトータル

に位置づけることが可能となる。もうひとつのメリットとしては、市民の自助努力領域を明らかにするとともに、他の（都道府県や中央政府）実施主体との連携領域とその方法を、明確に示し得る点である。

京都市、横須賀市ともにこの計画を保健・福祉面の行政における機軸とするに至らなかったが、今日、市町村はライフサイクル計画を策定する必要があるといえよう。そのことによって保健と福祉の先に述べたような意味での連携が可能となると同時に、市町村保健センターと保健所、保健行政部門と福祉行政部門との効果的な機能連携を可能とすることであろう。

### 3 教育問題について

最後に、多くのプロフェッションに支えられた行政領域の教育問題に触れておきたい。香川順は、保健・福祉・医療の連携をいうのは易しいが、それぞれのプロフッションが、まったく異なる教育を受けているために、コミュニケーション・ギャップが見られ、相互にそのギャップを埋めようとしない傾向が見られると厳しく問題を指摘し、今後のプロフッション教育のあり方を提示している[香川, 1997, p. 51]。

筆者も自治体行政と関わってみて香川の指摘を実感するが、専門教育のあり方には発言するだけの知識を持たない。ただし、国立公衆衛生院の保健所長等を対象とした講義（地方自治論）を長年行ってきた経験に照らす時、香川とはまた別の側面での教育・研修問題があることを指摘しておく

たい。それは、第一線の保健行政機関の長は、自らの医学および保健学上の専門知識と技術に加えて、首長部局の企画・財政担当者と対等に政策論争のできる行政・財政上の専門知識を持つべきことである。地域保健法が地域に密着した保健・福祉の体系化を目的とするかぎり、第一線の情報は首長部局での政策決定に的確に反映されなくてはならない。保健所や保健センターが主体となった地域保健の実際についての評価情報は、それだけでは政策のイノベーションを促さないものであって、第一線の行政機関の長が政策立案の専門的知識を持っているかどうかに係っているのである。

### 参考文献

- 厚生省地域保健将来構想検討会(1989)『地域保健将来構想報告書—保健所の在り方を中心として』。
- 公衆衛生審議会地域保健基本問題研究会(1993)『地域保健対策の基本的あり方について』。
- 岡田尚久(1997)「地域保健/保健・医療・福祉の連携—県型保健所での取り組み—」『日本公衆衛生雑誌』第44巻第10号, 特別附録47頁。
- 石垣和子ほか(1997)「行政上の機構改革の地域保健活動への影響・地域での保健活動の基盤整備に関する研究 その6」同上349頁。
- 金子仁子ほか(1997)「町村支援での保健所保健婦の機能に関する研究」同上355頁。
- 坪川トモ子ほか(1997)「保健サービス評価支援事業の取り組み～第1報」同上354頁。
- 工藤啓ほか(1997)「住民調査による市町村保健センターの評価」同上345頁。
- 香川順(1997)「保健・医療・福祉の将来の課題」同上51頁。
- 新藤宗幸(1996)『福祉行政と官僚制』, 岩波書店。(しんどう・むねゆき 立教大学教授)