

西オーストラリア州レベルで食品衛生・監視の任を負うのは、Population Health Division の Environmental Health Service Directorate の Food Safety Branch である。

Food Safety Branch は National Food Regulation にもとづく仕事、食品監視プログラム、食品関連感染症サーベイランス、食品衛生プログラム等の実施、食品に関する専門的な管理、キングス・パーク（パース市の中で最も大きな公園で観光名所でもあるところ）や公立病院の監査の役割を持つ。この Branch で働くものの多くは Environmental Health Officer であり、Principal Food Scientist manager とともに活動している。この部署ではそのほか地方政府で雇用されている Environmental Health Officer の支援をしたり、工場での食品の法律や食品関連の事項に関して活動を行ったり、西オーストラリア州食品監視プログラム（The Western Australia Food Monitoring Program）に基づいた地方政府による食品監査の調整をはかっている。

食品衛生における第一線機関は、地方政府である。地方政府は Australia Model Food Act にもとづき、食品衛生にかかわる各市町村の法をつくる権限を持つ。また、Environmental Health Officer を雇用している。地方政府は、定期的に決まった形式で行う監査の実施の責務がある。地方政府の Environmental Health Officer は立ち入り検査、監査、検査、サンプルの摂取、逮捕などの権限が西オーストラリア州の Health Act によって定められている。ただし当然ながら地方政府の Environmental Health Officer の権限はその雇用されている自治体の範囲にとどまる。

なお、この地方政府の Environmental Health Officer とともに活動を行う、連邦政府職員がいる。The Australian Quarantine Inspection Service (AQIS) は連邦政府機関であり、輸出用の食品を製造する食品工場の監査と認可を行う。国内用と輸出用の食品の双方を製造する工場の場合であれば、第一義的には AQIS 職員がその任にあたり、地方政府の Environmental Health Officer とのだぶりが生じないようにしている。

なお、食中毒のアウトブレイク時に関しては、西オーストラリア州の市町村全体での調査の形式が定められている。これによれば Disease Control, Food Safety, Public Health Office の Executive Director、地方政府、検査センターから人が招集され、正確な事実を共有するとともに、リスクをアセスメントするために感染症専門疫学者が作成した特別な質問紙を用いたデータ分析が実施される。

また胃腸炎の既往のある（その疾病の届け出義務の如何は問わない）食品を扱うものの就業に対しては、雇用者と医師に対して、最低限度の基準（Public Health Office の Executive Director が設定した）を満たしていることを守らせる責務がある。胃腸炎にかかっている食品取り扱い者が医学的な基準により業務を行うことが望ましくないとと思われる場合は、Public Health Office の Executive Director は Health Act にもとづき、就業を禁止する権限を持っている。

3. 精神疾患患者への対応

精神疾患患者に対しての措置入院に関する事項は、WA Mental health Act によって定められている。

involuntary な患者に対する責任を持つのは Chief Psychiatrist である。治療は定められた病院、コミュニティにおいて実施されるが、この対象となるのは、自分ないしは他者の健康、安全を守る必要性のあるもの、自傷の危険のあるもの等、とされている。

患者の隔離は、医師あるいは緊急時には Senior Mental Health Practitioner に対して権限が委譲されることとされているが、Senior Mental Health Practitioner の規定は法には書かれていない。

上記の入院、隔離に関しては Mental Health Review Board に対する報告義務があり、Board がその妥当性について審査を行う。Board メンバーは、少なくとも精神科医、法律家が 1 名づつと、医療関係者ないしは法律関係者のいずれか 1 名によって構成される。

4. 地域保健医療計画の策定・進行管理・評価

西オーストラリア州の全般的な政策立案や実践に関わることの責任は、Health Care Division の The Deputy Director General と Chief Medical Officer が中心となる。

また健康に関わる緊急課題に関する計画立案、モニター、評価 は、Population Health Division の The Emergency Management Section が State Health Plan を管轄する。統括者は The Executive Officer Emergency Management である。

5. 保健医療サービスの質の保証

連邦政府レベルの機関の一つは、The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) である。これはヘルスケア機関の質改善のためのプログラムを実践する NPO であり、連邦政府、州政府、消費者の代表として機能している。対象となるのは、病院、ナーシングホーム、デイサージャリー、コミュニティヘルスサービス（ヘルスセンターの質の保証も含む）等である長は Council member に選ばれた Board of Director であり、現在の Director は Australian Health Care の Dr. John Mulligan（たぶん医師）である。その他のメンバーは各州、準州からの人、オーストラリア医師会、Ausaralian College of Health Service Executives、看護大学スタッフ、医学校スタッフなどより構成されている。

このほか連邦政府レベルの機関として Australian Council for Safety and Quality in Health Care がある。これは特に病院の提供する治療やケアの質の保証に関わる機関で、現在の長は医師である。

西オーストラリア州レベルにおいては、ACHS の州政府レベルの機関である The Western Australian Council for Safety and Quality of Health Care がある。この機関は 2002 年 8 月 Director General of Health and the Minister for Health のアドバイスによって設置された。Chairman は Professor Bryand Stokes（たぶん医師）であり、Department of Health の Office of Safety and Quality in Health Care が事務局機能を果たしている。

このほか西オーストラリア州には WA Health Service (Quality Improvement) Act によって定められた Quality Improvement Committees がある。これは州のヘルスサービスの質改善のための委員会であり、メンバーの資格はヘルスサービスのアセスメント、評価のできる訓練と経験を持つ者であることが州法で定められている。

6. ヘルスプロモーション活動の実践

現在オーストラリアでは、1999年に定められた、National Health Priority Areaに基づいて国家的なヘルスプロモーション活動が推進されている。この推進の中心となる連邦政府レベルの組織は、National Health Priority Action Council (NHPAC) である。これはNational Health Priority Areaの推進、およびAustralian Health Minister's Advisory Councilへの政策提言を行うことを任としており、中心は連邦政府のChief Medical Officer（医師）である。

National Health Priority Areaは1994年に設定された現在のヘルスプロモーション戦略の前身である、Better health Outcomes for Australiaのターゲット項目に2項目を追加したものであるが、この時点から国家的なヘルスプロモーション活動推進のためには、連邦政府と州政府がより効果的な協同関係を築くことが必要とされていた。そのために予算に関して、連邦政府と州政府はPublic Health Outcome Funding Agreementを結ぶとともに、年に特に政策立案とコーディネイトのためにNational Health Partnership（2002から5年間）を策定している。

National Health Partnershipの推進役はNational Public Health Partnership Groupである。このグループは連邦政府、州、準州、The Australian Institute of Health and Welfare, National Health and Medical Research CouncilのSenior Representativeから構成されており、chairは西オーストラリア州のDepartment of HealthのDirector Generalである。この協定によって、各州、準州は、このフレームに基づいたおのおの計画を定めることとされている。

西オーストラリア州レベルでの推進状況を見ると、Population Health Divisionの中に位置づけられるHealth Promotion Directorateがその任にあっている。この部署は、喫煙、栄養、運動、けがの予防、その他の主要なライフスタイル関連の疾病に関する州全体のヘルスプロモーション政策、計画、戦略を担っている。新しい「西オーストラリア州ヘルスプロモーション戦略」は現在策定している段階である。これは国の戦略、National Health Partnershipと連動した形での策定である。

以上は特に州政府レベルにおけるNational Health Priority Areaの推進にかかわることであるが、日常的には、州政府の各部門、ことに、Population Health Divisionに位置づけられる組織がヘルスプロモーション活動の実践の指揮を行っている。実践部隊は、コミュニティヘルスセンターのスタッフである。西オーストラリア州の場合、コミュニティヘルスセンターでの活動は、かなりマニュアル化されている部分が多い。どこのコミュニティヘルスセンターでも実施していることや、新しいプログラムを導入時には、州政府のワーキンググループがその評価シート等も含めた方法を記述した西オーストラリア州版のマニュアルを配布し、各センターはそれを使って活動を行う。

そのほか、西オーストラリア州には州政府の外郭団体であるHealthway（西オーストラリアヘルスプロモーション財団）がある。Healthwayは西オーストラリア州政府から交付された資金によりヘルスプロモーション活動を実践する団体で、特にタバコ税を基に作られた組織である。このタバコ税に基づいた組織は名称は異なるものの、オーストラリア全土に存在する。Healthwayは、ヘルスプロモーションを実践する活動、ことにスポーツ、芸術、カーレースに対して資金を提供し、広く健康を地域住民に対して訴える活動を行う。

現在取り上げられているテーマは、禁煙、日焼け防止、アルコールや薬物に関すること、栄養、事故予防などである。

第4章 衛生行政システムの展望

オーストラリアが現在の連邦政府の形になったのは1901年である。国自体の歴史が浅いため、衛生行政システムも長い歴史を持つものではない。ことに地域保健サービスについては、現在州政府が提供する形態となったのは1975年のことである。

保健医療の提供システムをみると、州政府という一元化された中での提供が行われていることで構造的な複雑さがなく、また「州」といっても人口規模からいえば日本の大きな県単位であること、歴史が浅いことでの過去のしがらみの少なさは、システム構築のうえでの大きなメリットかと思われる。

このようなオーストラリアの保健医療サービスの評価として、平均寿命も長く、ヘルスケアの費用に関しても、保健サービスや公的病院における医療が無料で提供されているにもかかわらず、ここ10年間ほどのスパンでみた場合に急速な増大傾向はみられないなど、先進国の中にあっては安定した保健医療の提供が行われている国である。

とはいえ、オーストラリアの現状は現在の高齢化率が12%程度と、まだ先進国にあって「若い」国であることを基盤としている。また現状でも国としての特徴、すなわち移民の多さ、先住民族の存在、国土の広さ等に伴う大きな健康課題がある。

オーストラリアはこれらの課題に対して、新しい高齢者のケアマネジメントのシステムや医療費の支払いにおけるケースミックスの導入、言語サービスの充実、先住民族のヘルスワーカーの育成や特別の手当の支給、フライング・ドクターや医師がいない地域における看護師の権限の拡大、あるいは他国籍の医師の雇用、インターネットをはじめとする電子媒体を使ったサービスの提供等で対処しようとしており、衛生行政システム自体の大きな見直しは現状では考えられていない。

しかし、ケアマネジメントシステムの導入その他、他の先進国がすでに導入しても抜本的な解決につながっていない手法の活用により、オーストラリアが将来も現状のサービスレベルの維持が可能かは疑問も残るところである。税負担の割合から日本と類似した国として分類されるオーストラリアが、今後、日本が選択したような個人の責任の拡大の方向に動くのか、あるいは独自の道を歩むのか注目される。

謝辞

本調査にあたって WA Department of Health, Public Affairs の Suze Formby さんの協力を得たことを付記し、深謝する。

参考文献

Elizerbeth Krajic Kachur, David Newble, 伴信太郎. 独自の道を歩みだしたオーストラリアの医学教育. 薬の知識:2001. 52(5);124-139

Nursing in the world Committee. Australia..The International Nursing Foundation of Japan.Nursing in the world 4rd, Tokyo:194-200,2000.

曾根智史. オーストラリア:「世界の公衆衛生体系」作成企画委員会編. 世界の公衆衛生: 日本公衆衛生協会, 東京:957-980, 1999.

Stephan. J. Ducett. The Australian Health Care System..Oxford, NewYork. 2002.

藤崎清道. オーストラリア等における診療報酬制度に関する調査研究. 平成9年度厚生省社会保険基礎調査委託費研究報告書 1998.

参考サイト

<http://www.health.gov.au>

<http://www.health.wa.gov.au>

<http://www.australia.or.jp>

ニュージーランドの保健衛生組織

兵井 伸行(国立保健医療科学院人材育成部国際保健人材室 室長)

第1章 保健医療システムの概要

1. 保健水準

ニュージーランドは人口384万人の大部分が都市で生活する小国であり、都市人口は85%を占めている。人口構成は、男性49.3%、女性50.7%であり、主要民族の割合は、ヨーロッパ系71.7%、マオリ14.5%、太平洋系4.8%、アジア系4.5%である。人口増加率は、1.4%(1992-1997)であり、65歳以上人口割合は12%(1998)であるが、22%(2031)に達すると推計されている。平均寿命は、男性75.9歳、女性80.9歳(2000)であり、過去半世紀上昇してきたが、民族・社会経済的な違いに基づく格差が残っている。乳児死亡率は、出生1000対5.8(1999)である。2000年における、人口10万対医師数は、226人で、その52.7%が一般医で、人口10万対正看護婦数は987人である。最近10年間、いくつかの専門領域では不足しているが、医師と看護婦を含む保健医療従事者の数は一般的に増加している。国内総生産(GDP)は、1万4000USドル(1998推計)、一人当たり医療費は、1,251USドル(1996)であり、対GDP医療費は他のOECD国とほとんど同様である。

2. 保健医療資源

全国23箇所にある‘Crown Agents’として政府政策へ関与する責務を持つ各地域保健医療評議会 District Health Boards (DHBs)が、公立病院、非営利の健康機関、先住民族やマイノリティグループを対象とするまたは民間を含むさまざまなプロバイダーからこれらのサービスを購入し、また、地域内の公立病院などの運営にあたっている。

民間保健医療資源として、民間病院、臨床検査室、放射線学センター、専門医、一般医 (General Practitioner) や複数の一般医からなる組織である Independent Practice Associations (IPAs)などがサービスを提供している。この他に、地域密着型および非営利提供者として、家族計画協会や子どもの健康に関する相談やサービス提供を行っている Plunketなどの団体がある。

人口10万対医師数は、2000年には226人で、1980年の156人から42%の増加を示している。

同様に2000年における看護師・助産師48,621人であり、人口10万対正看護婦数は987人である。これら保健医療従事者について、2001年に設立された独立した保健医療従事者諮問委員会 (Health Workforce Advisory Committee) が保健省に対し、現状評価、需給や能力育成への戦略提言などを行っている。また、医師、歯科医師、看護師、医療放射線技師、栄養士などの資格認定には、現在17の専門資格理事会が関わっている。

3. 医療保障制度の概要

ニュージーランドの保健医療は、原則として1956年に制定された公衆衛生法（Public Health Act）と2000年に制定された公衆衛生および障害に関する法（New Zealand Public Health and Disability Act）に基づき、提供されている。この制度の大きな特徴として、保健医療サービスの提供は国の責任の元、全国23の地域保健医療評議会 District Health Boards (DHBs)が運営管理する公立病院、非営利の健康機関、民間を含むさまざまなプロバイダーが行っている。これら公的制度で提供されるすべての基本的なサービスは、歯科と眼計測を除き、無料である。

しかし、一次ケアについては、fee-for-serviceが存在している。通常一次ケア提供者は、一般医（GP）であり、この他状況に応じて、事故・医療・センター、助産婦、開業 Nurse Practitioner、家族計画クリニック、薬剤師、検眼士、歯科医などが一次ケアの受診を受け付ける。さらに、病院医師の診察や治療を必要とする場合には、一般医（GP）か助産婦の紹介がなされる。

一般に、一般医（GP）の提供するサービスに対して、支払い請求（6歳未満35ドル）がなされる。しかし、Community Services Card（低所得者とその被扶養者を対象）および High Use Health Card（特に慢性疾患で公的サービスを年12回以上恒常的に利用する者を対象）を持つ者には、政府助成（ともに15ドル、6歳以上の子供20ドル）がなされる。妊娠、妊婦管理、出産、産後ケア、流産が対象とする妊娠・出産サービスは、民間病院・開業産科医を除き無料であり、人工妊娠中絶も地域保健医療評議会（DHBs）がサービスを購入し無料で実施している。

公的機関に属する専門医と病院は、歯科と眼計測を除き、原則的にすべてのサービスが無料で、また、臨床検査とエックス線も無料である。この他、血液検査や50-65歳女性を対象として乳ガン検診も無料である。

助成対象の処方薬剤については、成人は年間20薬剤まで15.00ドル（子供10.00ドル）を支払うが、6歳までは無料である。また、学校歯科医および歯科看護婦は、17歳までの学生に無料で歯科サービスを提供している。

民間の保健医療サービスは、それらが無料で提供するために病院かDHBsに契約されたか、一部助成金を支給されたサービスである時を除いて、有料である。しかし、民間では、ガン治療、集中治療、重篤な外傷・事故などのサービスは提供していない。

ニュージーランドでは、保健医療サービスを受ける際に法的な患者登録が要求されていないが、多くの場合、受診すると National Health Index (NHI) に自動的に登録される。

第2章 衛生行政システム

1. 一般行政組織

地方自治体として、12の州(regional councils)、74の準州(territorial authorities: 15 city councils, 58 district councils, The Chatham Islands Council)、147のコミュニティ評議会(community boards)と7の特別区(special authorities)が存在している。これら地方自治体は、国会で承認された自治体の権限の範囲内で中央政府からほとんど独立した存在であるが、憲法上従属したものである。これら自治体は、地方税を徴収することができる。

州(regional councils)の主な機能は、資源管理法、土壌保全法、河川管理法などで規定される業務、害虫や有害植物規制、港湾規則や海洋汚染規制、地方での市民防衛、輸送交通概要と乗客運輸管理などである。一方、準州(territorial authorities)の主な機能は、騒音・廃棄物規制、道路、上・下水道、公園・水源管理、酒類免許、保健監視、建築許可、市民防衛などである。

2. 衛生行政組織

(1) 保健省(Ministry of Health)

ニュージーランドの保健医療サービスは、公的、民間、ボランティアの各セクターが相互に関係を持ちながら提供しているが、およそ75%の保健医療サービスは、公的な財源に基づいている。

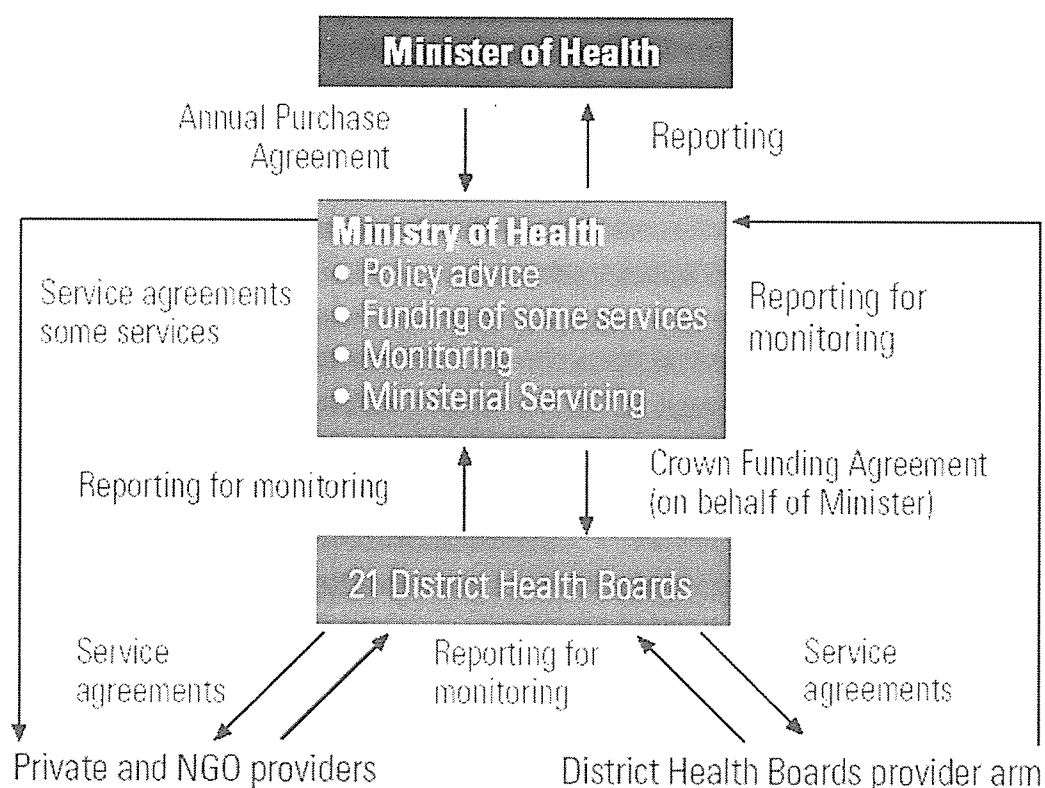
保健省(Ministry of Health)は、政府に対し保健医療および障害者支援に関する政策助言を行う他、実際にサービスを提供し購入する地域保健医療評議会(District Health Boards:DHBs)への財政支援および、その管理、調整などを行っている。保健省には、大臣、保健長官(Director-General of Health)の下に、次の8局(Directorate)に副長官がおり、各局の主な役割は次の通りである。

- ・Clinical Services(医師):医療サービスに関するマネジメントや助言(子・青少年、妊産婦、成人保健サービス)、プライマリ・ヘルス・ケア戦略実施
- ・Corporate and Information:保健大臣・保健省への支援サービス—法的助言、人的資源管理、省内財政マネジメント、契約関連の支払い、コミュニケーション、情報技術
- ・DHB Funding and Performance: DHBsとより広範な保健セクターが効果的効率的な保健医療システムを提供できるための支援
- ・Maori Health:マオリ族保健医療に対する政府の目的を達成するための総合的戦略で政策的助言
- ・Disability Issues:障害に関する政策策定(特にNZ Disability Strategy)、保健省とDHBsへの障害に関する支援活動
- ・Mental Health(医師):Mental Health Strategyの実行、精神保健に関するマネジメント・助言、薬物・アルコール規制
- ・Sector Policy(医師):保健医療・障害分野の全面的な政府への戦略的提言
- ・Public Health(医師):公衆衛生と安全に関する規制、政策助言、公衆衛生サービスの方向への責任

公衆衛生局 (Public Health Directorate) は、特に次の役割を重視している。

- ① 国家の公衆衛生に関する目標と対象の設定・モニタリングに対する助言
- ② 人口集団間の健康格差に対する助言
- ③ 健康増進/教育活動の提供
- ④ 国民の健康のための国家プログラムの調整
- ⑤ 公衆衛生と安全の規制

Structure of the New Zealand Health and Disability Sector 2001



公衆衛生サービスは、中央の保健省が財政負担するが、具体的なサービスは 12 の地域保健医療評議会 (District Health Boards: DHBs) の中に位置する公衆衛生担当部 (public health unit) が提供している。

政府は、毎年、保健医療への公的支出を決定する。これを議決額 “Vote” と呼ぶ。政府は、保健大臣を通じ、全国 21 の地域保健医療評議会 (DHBs) へ人口の重み付けに基づいた予算割り当てを行う。同時に、DHBs がどんなサービスを提供しなければならないかに関する幅広い指針を提供するとともに、DHBs のサービスや財政支援に対するモニタリングを行う。DHBs の理事長・副理事長は、保健大臣が任命している。

この他、District 間、国の対人保健サービス、精神保健、マオリ族保健医療、公衆衛生サービス・サーベイランス、障害者支援活動、薬剤管理マネイジメントは保健省の管轄となっている。

保健省の地方事務所は、財政的な支出を行うだけで実際の保健医療サービスの提供は行っていない。

(2) 外郭事務所

保健省の外郭事務所として次のものがある。

- ・ Medsafe (NZ Medicines と Medical Devices Safety Authority)…保健省の事業体、ニュージーランドの治療薬の規制
- ・ National Radiation Laboratory…放射線安全性に関する全般
- ・ The New Zealand Health Information Service (NZHIS)…保健医療関連の情報の収集と提供
- ・ National Health Committee…法令で設立、公的資金で運営されるべき公衆衛生サービスの種類と相対的優先度、対人保健・障害者保健を大臣へ諮問
- ・ HealthPAC…保健医療への財政負担者に対し、協定の設定と管理、保健医療サービス提供者への支払い、支払いに関するデータ提供、患者資格に関する事務などのサービスを提供

(3) 地域保健医療評議会 (District Health Boards : DHBs)

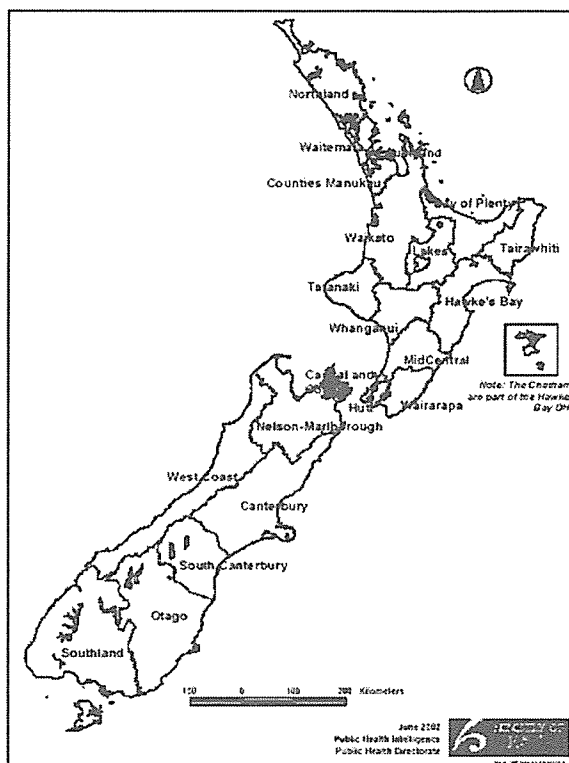
全国に 23 カ所の地域保健医療評議会 (District Health Boards : DHBs) は、政府政策へ関与する責務を負っている ‘Crown Agents’ であり、公立病院、非営利の健康機関、また、先住民族や少数民族に対する保健医療サービス提供者または民間を含むさまざまなサービス提供者からこれらのサービスを購入している。同時に、公立病院と他のサービスを運営 (National Cervical Screening Programme、健康増進活動、および公衆衛生看護サービス) しており、保健医療サービスの購入と提供を一体 (purchaser/provider) として行っている。DHB は、公的財政による保健医療サービスと障害者サービスの内容、そのレベル、質を決定する責任を有する病院・保健組織といえる。

各 DHB は、11 名未満の理事により構成されており、その理事長・副理事長は、保健大臣により任命される。その他は、地域選出理事 (7 名)、マオリ族代表理事 (最低 2 名) により占められる。

各 DHB には、保健医療サービスの購入と提供を一体化のため「コミュニティと公衆衛生諮問委員会」(Community and Public Health Advisory Committee)、「障害者支援 諮問委員会」(Disability Support Advisory Committee)、「病院諮問委員会」(Hospital Advisory Committee) の 3 諮問委員会を設置する義務がある。

各 DHB は、保健医療サービスの購入と提供の他に、保健医療に関する 5 年から 10 年にわたる中長期的地域戦略計画 (District Strategic Plan) および短期的な年次計画 (Annual Plan) を策定し、これら地域戦略計画は、保健大臣の承認を受けることになっている。

DHB	Population ¹
Northland	144,000
Waitemata	432,000
Auckland	370,000
Counties-Manukau	376,000
Waikato	326,000
Bay of Plenty	177,000
Tairāwhiti	47,000
Lakes	101,000
Taranaki	115,000
Hawke's Bay	146,000
Whanganui	66,000
MidCentral	161,000
Wairarapa	38,000
Capital and Coast	248,000
Hutt Valley	135,000
Nelson-Marlborough	122,000
Canterbury	434,000
West Coast	33,000
South Canterbury	54,000
Otago	177,000
Southland	106,000



地域保健医療評議会（District Health Boards : DHBs）の管轄人口と地域

（４）オークランド地域保健医療評議会（Auckland District Health Board:ADHB）

ニュージーランド最大のオークランド地域保健医療評議会（ADHB）が管轄する地域は、オークランド中央地域およびハルラキ湾諸島を含む地域で、人口は 367,737 人(2001)、ニュージーランドの約 30%の人口を占めている。その内訳は、ヨーロッパ系 59.0%、マオリ 9.0%、太平洋系 12.0%、アジア系 13.0%、その他 7.0%である。65 歳以上の高齢者人口は 11.4%を占めている。この地域の年間出生数は、およそ 5,800 人である。

公的財政による保健医療サービスと障害者サービスの内容、そのレベル、質を決定する責任を有する病院・保健組織である ADHB は、現在 3 名の医師を含む 11 名の理事により構成されており、職員数はおよそ 7,500 人である。ADHB が運営する Auckland (524 床), Green Lane (200 床), National Women's (242 床) and Starship Children's hospitals (174 床) の 4 病院を拠点に年間 200 万人の患者へサービスを提供している。これら病院での臨床サービスの他に、地域・精神保健サービス、高齢者向けの A+ Links, LabPlus と呼ばれる臨床検査サービス、出生に関する Fertility Plus と呼ばれるサービス、Rehab Plus と呼ばれるリハビリテーション・サービス とともにオークランド地域の公衆衛生サービスも提供している。

公衆衛生サービスは、中央の保健省が財政負担するが、12 の地域保健医療評議会（District Health Boards:DHBs）の中に位置する公衆衛生担当部（public health unit）

が環境保健、感染症対策、タバコ規制に代表されるヘルス・プロモーションなどの具体的な活動を実施している。

ADHB の場合、その公衆衛生担当部であるオークランド地域公衆衛生サービス (Auckland Regional Public Health Services) の職員数は、約 160 名で、保健医務官 (Medical Office of Health)、環境保健医務官 (Medical Office of Environmental Health) の他に、上級アドバイザー、看護師、コミュニティワーカー、健康教育担当者、研究者などで構成されている。このオークランド地域公衆衛生サービスは、組織上 ADHB の Community and Mental Health Service の中に位置している。

その主な役割は、感染症と難民の健康、食品と栄養、環境保健、生活習慣・生活環境、研究、政策と情報、子宮頸がんスクリーニング国家プログラム、を対象としている。

保健医務官 (Medical Office of Health) は、ADHB の職員であるが、保健省の保健長官 (Director-General of Health) から法令に基づく権限を委譲されており、また、保健法 (Health Act 1956) に基づき、登録された医師で公衆衛生医の経験を有し適切な資格を持つことと定められている。同様に、環境保健医務官 (Medical Office of Environmental Health) も専門領域での経験を有する医師であることが定められている。ADHB の場合、その規模の大きいことより、保健医務官 (Medical Office of Health) は 7 名いる。

この他の ADHB の各部局の長や副について、特に法令で定める医師要件はない。

			Board Chairman Wayne Brown		
	Clinical Board				
		Joint Relations/SOM Peter Smith	Chief Executive Graeme Edmond	Executive Assistant Mary-Anne Powell	
	Chief Financial Officer/GM Shared Services Ian Ward	Chief Funding & Planning Officer Garry Smith	Chief Operating Officer Marek Stepniak		General Manager Building Programme Nigel Murray
General Manager Financial Services Michael Boersen	Charitable Trust	Chief Medical Officer David Sage	CNO TBA		General Manager Communications & Consultation Brenda Saunders
	Legal & Governance		GM Change Programme		
	Materials Management	General Manager Community & Mental Health Gaye Tezer	IMU Manager		General Manager Maori Health Kris MacDonald
Chief Information Officer Steven Mayo-Smith	Facilities Management		CETU Manager		
	Group Treasurer	General Manager Clinical Support Services Flora Ritama	Assoc. Dir Nursing/Midwifery		Chief Advisor Tikanga Raida Glavash
General Manager Human Resources John Woods			Directory of Training		
		General Manager Auckland/Greenlane Meng Cheong	CEBNA Director		General Manager Pacific Health Azeta Reduan
			Quality Manager		
			Bus Dev Manager		
		General Manager Starship/ Nat Women's Ray Hyman	Allied Health Director		
					Planning Chris Heubmann

オークランド地域保健医療評議会 (Auckland District Health Board:ADHB)

第3章 保健所機能の担当組織

1. 健康危機管理

感染症（届け出伝染病）については、医療従事者より地域保健医療評議会（DHBs）の公衆衛生担当部（public health unit）の保健医務官（Medical Office of Health）へ報告される。結核患者の措置入院に関しては、結核法（Tuberculosis Act）に基づき、保健医務官（Medical Office of Health）がその権限を持っているが、最終措置は、地域裁判所の命令に基づく。ほとんどの結核患者の場合、自発的に入院するので措置入院は非常にまれである。食品衛生監視、環境衛生監視は、公衆衛生担当部（public health unit）の健康保護官（Health Protection Officer）が行っているが、特に資格要件や認定制度は存在しない。環境汚染（水・大気・建築物）については、報告を受けた保健医務官（Medical Office of Health）が地方自治体へ連絡する。

2. 食品衛生

飲食店の許認可は、準州（territorial authorities: 15 city councils, 58 district councils, The Chatham Islands Council）が行っているが、食中毒などの際には、食品法（Food legislation）および保健法（Health Act 1956）に基づき保健医務官（Medical Office of Health）が営業停止などの権限を備えている。

3. 精神疾患患者への対応

精神疾患患者の措置入院に関しては、精神保健法（Mental Health Act-Compulsory Assessment and Treatment）に基づき、一般医、精神科医、地域裁判所が措置入院および経過観察行うので、保健医務官（Medical Office of Health）には法的な関わりはない。

4. 地域保健医療計画の策定・進行管理・評価

保健省が、2000年に、ニュージーランド保健戦略（NZ Health Strategy）という国家政策を定めており、各DHBsは、この基本政策に則り、それぞれの5年から10年にわたる中長期的地域戦略計画（District Strategic Plan）および短期的な年次計画（Annual Plan）を策定し、これら地域戦略計画は、保健大臣の承認を受けることになっている。

ニュージーランド保健戦略（NZ Health Strategy , 2000）

The principles are:

1. acknowledging the special relationship between Maori and the Crown under the Treaty of Waitangi
2. good health and wellbeing for all New Zealanders throughout their lives
3. an improvement in health status of those currently disadvantaged
4. collaborative health promotion and disease and injury prevention by all sectors
5. timely and equitable access for all New Zealanders to a comprehensive range of health and disability services, regardless of ability to pay
6. a high-performing system in which people have confidence
7. active involvement of consumers and communities at all levels.

The 13 population health objectives are to:

1. reduce smoking
2. improve nutrition
3. reduce obesity
4. increase the level of physical activity
5. reduce the rate of suicides and suicide attempts
6. minimise harm caused by alcohol and illicit and other drug use to both individuals and the community
7. reduce the incidence and impact of cancer
8. reduce the incidence and impact of cardiovascular disease
9. reduce the incidence and impact of diabetes
10. improve oral health
11. reduce violence in interpersonal relationships, families, schools and communities
12. improve the health status of people with severe mental illness
13. ensure access to appropriate child health care services including well child and family health care and immunisation.

5. 保健医療サービスの質の保証

各 DHBs は、医療施設の許認可や監査などは行わず、保健省の DHB Funding and Performance Directorate が病院、老人ホーム、障害者ホームなどの保健医療施設の許認可やモニタリングなどを行っている（Health and Disability Sector Standards NZS8134: 2001, Infection Control NZS8142: 2000, Restraint Minimisation and Safe Practice: NZS8141: 2001.）同様に、精神保健サービスを提供している病院、老人ホーム、障害者ホームについては、National Mental Health Sector Standard NZS8143: 2001 に基づき DHB Funding and Performance Directorate がモニタリングを行っている。

6. ヘルスプロモーション活動の実践

各 DHBs は、ニュージーランド保健戦略（NZ Health Strategy）に則り、それぞれの 5 年から 10 年にわたる中長期的地域戦略計画（District Strategic Plan）および短期的な年次計画（Annual Plan）を策定し、ヘルス・プロモーションを展開している。特に、喫煙、栄養、肥満、運動、飲酒などが保健戦略の 13 の重要な目標として定められている。

第 4 章 衛生行政システムの展望

近年のニュージーランドの保健医療セクターの変化をみると、基本的な流れでは、中央政府の関与は、戦略的基本政策の策定や関係する法令制定、任命権者などに限られ、地方分権・委譲による地方での独自の計画に基づく公衆衛生サービスおよび保健医療サービスの提供へと変化してきたことである。さらに、1990 年代初頭の市場原理に基づいたサービスの購入と提供の一体化モデル（' purchaser/provider ' market-oriented）から 2001 年に導入された一層の地域密着型モデル（community-oriented）へと変化を遂げてきている。

1983年にArea Health Boards Actが制定され、1990代初には14のArea Health Boardsが設置され、実際に公衆衛生サービスや二次・地域ケアサービスを各地域で独自に提供するようになった。しかし、この時点では、Area Health Boardsは、一次ケアサービスまでは提供せず、一次ケアサービスは政府の補助により提供されていた。

その後、1993年には、Health and Disability Services Actが制定され、保健医療サービスの購入者と提供者(purchaser/provider)との分離が計られた。その結果、保健医療サービスの購入は、4つのRegional Health Authorities(RHAs)に委ねられ、これらRHAsが一次・二次ケアサービスの提供者と契約を交わすこととなった。RHAsは、サービス利用者としての意見を反映したが、これら提供者の理事会に選出された代表を送ることはできなかった。また、RHAsは、公衆衛生サービスについての責任は持たされていなかった。これらは、Public Health Commissionの役割であったが、全体として市場原理に基づく制度へと変化していった。

1996年には、Coalition Agreement on Healthにより、購入者と提供者(purchaser/provider)との分離が廃止され、病院間の競争が強調されるようになった。

さらに、4つのRegional Health Authorities(RHAs)は、後にHealth Funding Authority(HFA)となるTransitional Health Authority (THA)に取って代わった。また、Public Health Commissionは、この時すでに解体していた。

Transitional Health Authority (THA)と後のHealth Funding Authority(HFA)の理事会の委員は全員保健大臣が任命しており、選出された委員はいなかった。THAとHFAともに、コミュニティとの協議への責任およびサービス利用者としてそのニーズを反映させることが期待されていたが、十分機能しなかった。

2000年に、政府はサービスのpurchaser/providerの一体化を推進し、さらにDistrict Health Boards(DHBs)へと意志決定権を委譲し、Health and Disability Services Act(2001)を制定した。特に一次ケアサービスについては、Primary Health Organization(PHO) initiativeにより、将来的にDHBsの財政支援のもと、複数の一般医組織従事者がPHCサービス提供する方向にある。

今後、このような変化を考慮して、1956年に制定された保健法(Health Act)を時代遅れとなった組織や技術に照らして、また、今日社会の人権の価値に基づいて、公衆衛生法(Public Health Act)として改正しようとしている。

参考文献

An Over view of the Health and Disability Sector in New Zealand, Ministry of Health, New Zealand , 2001.

DHB Guidance Information New Zealand Public Health and Disability Services Act 2000, Ministry of Health, New Zealand , 2001.

Public Health Legislation Discussion Paper, Ministry of Health, New Zealand , 2002.

Public Health Service Handbook 2002 revision, Ministry of Health, New Zealand , 2002.

2. 分担研究報告：わが国の保健所組織の実態調査

分担研究者 武村真治（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 主任研究官）

研究要旨

全国の保健所を設置する 123 自治体を対象に保健所の組織構造や他の組織との統合状況などを調査した結果、以下のことが明らかとなった。

- ・全ての保健所が福祉事務所と統合している都道府県は 40%、総合出先機関と統合している都道府県は 23%、何らかの組織と統合している都道府県は 53%であり、保健所と他の組織との統合が進行していた。また統合組織の長は医師と事務職がそれぞれ半数であり、統合組織の長が医師ではない保健所がすでに多く存在していた。
- ・57%の政令市は保健福祉関連部内のいくつかの課を保健所とみなしており、保健所が「課以上部未満」の不明確な位置づけとなっていた。またこの場合、部長は必ずしも保健所長（医師）ではなく、政令市においても保健所業務の担当部門の長が医師ではないことが多かった。
- ・このような保健所の組織構造の多様化と位置づけの不明確化という現状において、各自治体が保健所機能のパフォーマンスを最大限に発揮できるように、現状を是認する方向と地域保健法を改正する方向の両面からの対策を検討する必要がある。

A. 研究目的

本研究は「諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究」の分担研究として、わが国の保健衛生組織の第一線機関である保健所の組織構造を把握することを目的とした。

B. 研究方法

全国の保健所を設置する 123 自治体（47 都道府県、地方自治法第 252 条の 19 第 1 項の指定都市（札幌市、仙台市、横浜市、川崎市、千葉市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市、広島市、北九州市、福岡市の 12 市）、地方自治法第 252 条の 22 第 1 項の中核市（旭川市、秋田市、郡山市、いわき市、宇都宮市、横須賀市、新潟市、富山市、金沢市、長野市、岐阜市、静岡市、浜松市、豊橋市、豊田市、堺市、姫路市、奈良市、和歌山市、岡山市、倉敷市、福山市、高松市、松山市、高知市、長崎市、熊本市、大分市、宮崎市、鹿児島市の

30 市）、その他の政令で定める市（小樽市、函館市、さいたま市、相模原市、東大阪市、尼崎市、西宮市、呉市、下関市、大牟田市、佐世保市の 11 市）、及び 23 特別区）を対象に、平成 15 年 2 月、衛生主管部（局）宛に、自記式調査票を配布した。

調査項目は、保健所の名称、保健所数、保健所の統合の形態（福祉事務所などの他の組織との統合状況など）、統合組織の長の職種、支所の数及び支所長の職種、市町村保健センター等の組織（以下、市町村保健センターとする）の名称・施設数・センター長の職種、現在の保健所長がはじめて所長に就任した時の該当資格要件（地域保健法施行令第 4 条の 1 号、2 号、3 号のいずれか）、地域保健法施行令以外に自治体独自で設定している保健所長の資格要件の有無と内容などを設問した。

また自記式調査票とともに、衛生主管部局と保健所または保健所を統合する組織の組織

図を送付してもらい、統合の状況に関する詳細なデータを収集した。

調査票の回収数は119自治体で、4県の回答が得られなかったが、各県のホームページから、調査項目の一部と組織図を入手した。

集計・分析は、都道府県とそれ以外の市・区（指定都市、中核市、その他の政令で定める市、特別区：以下、政令市とする）で別々に実施した。これは、両者の所掌事務が大きく異なるため、保健所の構造や機能も異なると考えられたためである。

（倫理面への配慮）公的機関又は組織等団体を対象としているため、情報公開の視点からも倫理的な問題は少ないと考えられた。

C. 研究結果

1. 都道府県の保健所の状況

表1に、都道府県の保健所数の分布を示した。平均値9.53、標準偏差4.96で、保健所数の合計は448であった。1保健所当り人口は平均値26.7万人、標準偏差16.3万人、1保健所当り面積は平均値862km²、標準偏差602km²であった。

表2に、都道府県の保健所支所数の分布を示した。40%の都道府県は支所をもっていなかったが、愛知県は9ヵ所、北海道と大阪府は14ヵ所と多かった。

表3-1、表3-2に、支所をもつ都道府県について、保健所支所長の職種別にみた都道府県数と割合を示した。一部または全部の支所長が医師である都道府県は36%、事務職である都道府県は40%、獣医師である都道府県は32%であった。その他、保健師、薬剤師、環境衛生監視員、栄養士、臨床検査技師が支所長である都道府県もみられた。逆に、支所長が医師でない都道府県は64%であった。

表4に、保健所が何らかの組織と統合している都道府県数と割合を示した。36%の都道

府県は全ての保健所が独立した組織であったが、53%の都道府県は全ての保健所が他の組織と統合されていた。

表5に、保健所との統合組織がある都道府県について、統合組織の長の職種別にみた都道府県数と割合を示した。半数の都道府県では統合組織の長が医師または事務職であり、医師のみ、事務職のみの都道府県はそれぞれ約4分の1であった。

表6に、保健所と統合している組織別にみた都道府県数と割合を示した。全ての保健所が福祉事務所と統合している都道府県は40%、総合出先機関と統合している都道府県は23%であった。その他、児童相談所や身体・知的障害者更正相談所と統合している都道府県もみられた。なお総合出先機関は、地域振興局、地方振興局、県民局、総合支庁、地域事務所、総合事務所などと呼ばれ、都道府県内で分割されたブロックレベルで県政を実施する機関である。総合出先機関は、県税、産業振興、農林水産、土木（土木事務所）、環境、保健（保健所）、福祉（福祉事務所）などの部門で構成される。

「一部の保健所が統合されている」という状況は、基本的には統合前の保健所数が統合される組織の数よりも多い場合に発生していた。一部の保健所が福祉事務所、児童相談所、身体・知的障害者更正相談所と統合されている全ての都道府県では、原則としては統合組織であるが、保健所数が他の組織数より多かったために一部の保健所が単独の組織のままとなっていた。また一部の保健所が総合出先機関と統合されている全ての都道府県では、都道府県内の一部地域（例えば、新潟県における佐渡、滋賀県における県庁所在地を除く地域など）に総合出先機関が設置されていたため、その地域を管轄する保健所のみが統合され、他の地域の保健所は単独の組織のままとなっていた。なお山梨県、三重県、兵庫県では、保健所数が総合出先機関の数よりも多

かったが、1つの総合出先機関に複数の保健所を設置するという組織構造になっていた。

表7に、総合出先機関との統合状況別にみた福祉事務所との統合状況を示した。総合出先機関との統合が進んでいる都道府県の方が福祉事務所との統合も進んでいた。総合出先機関と統合されている16都道府県のうち、京都府を除く全ての都道府県では、保健部門と福祉部門が独立して設置されているのではなく、保健福祉部門として統合されていた。

表8に、福祉事務所との統合の程度別にみた都道府県数と割合を示した。保健所との統合組織の組織図から、福祉部門との統合の程度を判定した。総務部門のみを共通として、保健所業務を担当する部門と福祉事務所業務を担当する部門が明確に分離している都道府県は34%であった。一方、例えば母子、高齢者といった部門を設置し、その中で保健業務と福祉業務が実務レベルで統合されている都道府県は28%であった。

2. 政令市の保健所の状況

表9に、政令市の保健所数の分布を示した。92%の政令市は保健所が1カ所であった。保健所を2カ所以上設置している政令市は、仙台市、川崎市、横浜市、名古屋市、京都市、福岡市の指定都市で、いずれも各区に1カ所の保健所を設置していた。保健所数の平均値は1.76、標準偏差は2.96で、政令市の保健所数の合計は134であった。1保健所当り人口は平均値46.7万人、標準偏差38.1万人、1保健所当り面積は平均値227km²、標準偏差264km²であった。

表10に、政令市の市町村保健センター数の分布を示した。21%の政令市は市町村保健センターをもっていなかった。市町村保健センター数は0~24の範囲で、平均値3.29、標準偏差3.62であった。

表11に、市町村保健センターをもつ政令市について、センター長の職種別にみた政令市

数と割合を示した。一部または全部のセンター長が医師である政令市は55%、事務職である政令市は35%であった。また保健師などの他の技術職がセンター長である政令市もみられた。逆に、センター長が医師でない政令市は45%であった。

表12に、政令市の組織構造における保健所の位置づけ別にみた政令市数と割合を示した。一般的な政令市の組織は、市長を筆頭に、局（設置されていないこともある）・区（指定都市では区は局レベルとなる）→部→課で構成される。この組織構造において、保健所がどのように位置づけられているかを分類した。保健所が部として明確に位置づけられている政令市は43%であり、57%は保健福祉関連部内のいくつかの課を保健所とみなしていた。

表13に、政令市の組織構造における保健所の部局レベル別にみた政令市数と割合を示した。これは、上述した局・区→部→課の構造において、保健所が上から数えて何番目の部門に相当するかを示したものである。なお保健所が保健福祉関連部内のいくつかの課とみなされている場合は、部より1ランク下に位置づけられるものとした。保健所が一番目のレベル、つまり財政部局、市民部局、都市開発部局、土木部局などと同列に設置されている政令市は21%、保健所が二番目のレベル、つまり保健所が保健福祉部局の一部門として設置されている政令市は72%であった。

表14に、福祉事務所（福祉部門）との統合の程度別にみた政令市数と割合を示した。これは、表8と同様に、政令市の組織図から、福祉部門との統合の程度を判定した。総務部門のみを共通として、保健所業務を担当する部・課と福祉事務所業務を担当する部・課が明確に分離している政令市は91%であった。

表15に、保健所と市町村保健センターとの関係別にみた政令市数と割合を示した。保健センターが保健所の一部門に属する政令市は63%、保健所と同一の部局内の異なる部門に属

する政令市が22%、保健所と異なる部局または区に属する政令市が15%であった。保健センターが保健所と同一の部局内の異なる部門に属する政令市のほとんどは、保健センターが福祉業務を実施する部門と統合された「保健福祉センター」として位置づけられ、保健所と福祉事務所（福祉部門）の所管となっているため、両者が属する保健福祉部局が直接管轄するという組織構造をとっていた。また保健センターが保健所と異なる部局または区に属する政令市として、保健所が市に属して保健センターが区に属する指定都市、保健センターが市内の総合出先機関に属する政令市などがみられた。

3. 保健所長の資格要件

表16に、現在の保健所長がはじめて所長に就任した時の該当資格要件別にみた自治体数と割合を示した。保健所長の資格要件は、地域保健法施行令第4条において、医師であって、かつ、①3年以上公衆衛生の実務に従事した経験がある者（第1号）、②国立保健医療科学院の行う養成訓練の課程を経た者（第2号）、③それらと同等以上の技術又は経験を有する者（第3号）、のいずれかに該当する技術吏員であることが定められている。全体では、54%の自治体では、全ての保健所長が第1号のみで所長に就任しており、政令市の方がその割合が大きかった。また第2号で所長に就任している自治体は、全体で29%、都道府県で44%、政令市で21%であった。

表17に、地域保健法施行令以外に自治体独自で設定している保健所長の資格要件の有無と内容を示した。独自の資格要件をもつ自治体は、都道府県で26%、政令市で11%であった。その内容（複数回答）としては、都道府県、政令市ともに、医師経験年数を満たす（卒後○年以上、医師免許取得後×年以上など）が最も多かった。その他に、年齢、行政経験年数（部長・課長等の経験年数など）、職位

（部長級、課長級など）などが多かった。また少数であるが、過去の職歴、実績、研修の受講歴、人物を評価する自治体もみられた。

D. 考察

1. 保健所、保健所支所、市町村保健センターの状況

平成15年2月現在の保健所数は、都道府県が設置する448保健所、政令市が設置する134保健所、合計582保健所であった。地域保健法施行後、保健所数は年々減少傾向にあるが、特に政令市では1市1保健所体制が進行していた。また1保健所当り人口は、都道府県では平均値26.7万人、標準偏差16.3万人、政令市では平均値46.7万人、標準偏差38.1万人、1保健所当り面積は、都道府県では平均値862km²、標準偏差602km²、政令市では平均値227km²、標準偏差264km²で、政令市の方が管轄人口が多く、管轄面積が小さく、また管轄人口・面積のばらつきも大きかった。保健所が果たすべき機能は管轄人口や面積によって異なると考えられるため、今後はこのような政令市間の格差を考慮した上で保健所機能のあり方を再検討する必要がある。また都道府県では管轄地域の拡大による弊害を改善するために、マンパワーの増加やサービス提供における工夫を行う必要がある。

60%の都道府県は保健所支所をもっており、また支所をもつ都道府県の64%は、支所長が医師ではなく、事務職や医師以外の技術職であった。都道府県では保健所数の減少を推進してきたが、地理的要因や文化的要因などによって保健所の廃止が困難な場合は、支所として存続させていると考えられる。その場合、支所が保健所機能の多くの部分を担っている可能性がある。一方、多くの都道府県では基幹保健所やセンター保健所に試験検査機能などを集約しており、同じ名称であっても異なる機能を有する保健所が存在する。このよう

に、保健所（基幹保健所、一般保健所）や保健所支所が担う保健所機能は都道府県によって異なり、保健所組織と保健所機能との関係があいまいになっていると考えられる。

79%の政令市は市町村保健センターをもち、またセンターをもつ政令市の45%は、センター長が医師ではなく、事務職や医師以外の技術職であった。市町村保健センターは、母子保健・老人保健などの市町村業務を担う機関であるが、地域保健法施行後に保健所数を減少した指定都市や特別区などでは、保健所を保健センターに変更したところが多く、保健センターが食品監視などの保健所機能の一部を担っているところもみられた。したがって、政令市における保健所と保健センターの区別に関しても、都道府県と同様の状況にあると考えられる。

2. 都道府県における保健所の他の組織との統合

全ての保健所が福祉事務所と統合している都道府県は40%、総合出先機関と統合している都道府県は23%、何らかの組織と統合している都道府県は53%であり、保健所と他の組織との統合が進行していることが示された。また統合組織の長は医師と事務職がそれぞれ半数であり、統合組織の長が医師ではない保健所が多く存在していることが示された。またいくつかの都道府県では、統合組織の長が医師でない場合、副所長や次長レベルに医師を配置し、彼らを法律上の「保健所長」とみなしていることが明記されており、地域保健法を遵守するための苦肉の策が伺える。

総合出先機関と統合している全ての都道府県は、機関内の保健部門を保健所と位置づけていた。ただし京都府を除く都道府県では、総合出先機関の県税、産業振興、農林水産、土木などと並列する部門として、保健所と福祉事務所が統合された「保健福祉部門」が設置されていた。これは、保健所が福祉事務所

と統合された上で、さらに総合出先機関に統合されていることを示している。

11%の都道府県は、一部の保健所が他の組織と統合され、他の保健所が単独の組織として設置されていた。この状況は全ての保健所が統合組織へと移行する途上であると捉えることができるが、保健所業務が福祉を含む他の県政と性質が異なることをも示唆している。つまり、保健所数を他の県政の出先機関数にまで減少させると、保健所の管轄地域がさらに拡大し、保健所業務の円滑な運営（例えば健康危機管理など）が困難になる可能性があるため、一部の保健所を単独組織として存続させる必要があったと考えられる。逆に言えば、このような状況にある都道府県は、全ての保健所を画一的に統合している都道府県よりも、地域の実情に応じた対応をしているとも考えられる。しかしその一方で、統合組織内の部門によって管轄地域が異なることになると、運営する立場にある都道府県にとっても、利用する立場にある地域住民にとっても不便である可能性がある。

保健所と福祉事務所が統合している都道府県の中で、約4割は、例えば母子部門、高齢者部門などを設置し、各部門で保健医療福祉を包括的に実施するというように、保健所業務と福祉事務所業務が実務レベルで統合されていた。しかし約6割は、保健所業務を担当する部門と福祉事務所業務を担当する部門が明確に分離しており、保健所と福祉事務所が「並列」した組織になっているに過ぎず、真の意味での「統合」は十分には進行していないと考えられる。

3. 政令市における保健所、市町村保健センターの位置づけ

政令市は、市長を筆頭に全ての市政が統合された組織と捉えることができるため、都道府県のように保健所と他の組織との統合に関する議論は困難である。そこで、政令市の組