

社会保障制度は、従来から次の三つの柱で成り立っている：

- 社会保険（健康保険、疾病・退職または年金保険、労働災害保険、失業保険）
  - 公的補償と社会の平等化（出産手当、児童手当、住宅手当、暴行障害の被害にあった場合の補償や損害を被った場合の賠償）
  - 社会福祉（必要となった場合の介護や個人の権利や機会均等を保障する社会助成）
- たとえば、若者向け福祉事業、公共医療サービスやとりわけ社会扶助など

最初の柱は、そもそも社会貢献的な意味合いが強いものである。社会貢献制度は、企業の社会保険機関によって管理されている。二つ目の柱は、社会貢献的なもの以外を保障するもので、地方政府（州）や地方自治体（ゲマインデン）によって管理されている。三つ目の柱についても、州とゲマインデンの税金によって助成されており、地方自治体の管理下に置かれている。

他のヨーロッパ諸国（たとえば、スウェーデン、デンマークやオランダ）と同様、人口の増加と経済発展が社会福祉の支出を膨らませ、結果的に社会保障の内容が希薄になっただけでなく税金や社会保険料までがその影響を受けることになってしまった。ドイツの現在の国内政策における最大の問題は、労働市場の改革と税金や社会保障制度の改善である。社会保障制度の中でも、とりわけ健康保険と年金制度の問題が大きい。

### 3. 保健医療サービス

公的に提供される公衆衛生サービスと診療所で医師により提供される一次・二次の外来ケアと伝統的に入院患者に限定された病院ケアの3つのサービスが組織的に明確に区別されている。特に、外来ケアと入院ケアの区別は他の国々よりも厳格であり、近年医療改革法が病院での日帰り入院手術と限定された術前・術後の入院患者ケアを認めるようになっただけである。

#### 公衆衛生サービス

したがって、以下に述べる公衆衛生サービスは、上述の3区分に分けられる。公衆衛生サービスの特定の活動と実施されるレベルは州ごとに異なるが、一般には、主権に関わる活動と個々のグループによるケアの両者に結び付いている。

- 保健医療施設従事者の管理監督
- 感染症の予防とモニタリング
- 食品・医薬品に関わる商業活動の管理監督
- 環境衛生の特定分野
- 保健医療福祉面のカウンセリング
- 地域（社会）精神保健サービスの提供
- 健康教育、健康増進
- 学童や他の特定グループの身体検査

これら公衆衛生サービスは全国およそ 360 公衆衛生事務所により提供されるが、その規模や、構成、仕事内容は大きく異なる。

歴史的にみると、当初、州は連邦政府の関与に対し自らの公衆衛生サービスに関する責務を擁護してきた。しかし、1980 年代には、その抵抗を弱め、社会法で規定されるいくつかの公衆衛生活動を診療所で働く医師に委譲した。

従来、予防接種、結核や他の集団検診、健康教育やカウンセリングは公衆衛生サービスが担当していた。しかし、1970 年代以降、社会法の規定がこれらサービスの多くを含むようになった。1970 年以前は、産前健診だけが疾病保険の対象に含まれていたが、1971 年以降、20 歳以上の女性と 40 歳以上の男性のがん検診が含まれるようになった。同時に 4 歳未満の子供の定期健診が導入され、その後 1989 年には 6 歳未満、1997 年には成人へとその対象が拡大された。また、1989 年には、幼稚園・小学校の 12 歳未満の子供の集団予防歯科ケアと 12・20 歳までの個別予防歯科ケアが疾病保険に含まれるようになった。1993 年には、個別予防歯科ケアが 6・20 歳までに拡大された。

心血管・腎臓疾患、糖尿病のスクリーニングを目的とした定期健康診査については、1989 年に 35 歳以上を対象に疾病保険に導入された。また、健康増進を疾病保険の法的な義務とした（1996 年に廃止）。法的には、予防接種や自助グループへの支援は健康増進活動と考えられる（1996 年まで、1997 年からは該当項目は「疾病予防」と標される）。

このように健康増進や予防が公衆衛生サービスから消えることによって、公衆衛生サービスは人々にとってより見えにくく規模の小さなものになってしまった。公衆衛生サービスにおいて働く医師は、1970 年の 4900 名から 1996 年には 3300 名へと減少し、一方、公衆衛生サービスで働く歯科医師は、2500 名から 800 名へと激減し、ソーシャル・ワーカーも 4000 名から 2500 名へと激減した（数値は西ドイツのみ）。

健康増進や疾病予防の方策や活動が疾病保険の給付対象となった後、外来診療を行う医師が予防活動の大きな部分を占めるようになった。外来診療を行う医師がこれらスクリーニングや健診などのサービスを提供する義務があるという法的権限を持つにいたった。一方、予防接種のような他のサービスについては医師が疾病保険と料金について交渉してもよいことになった。

したがって予防サービスは、現在、治療サービスと同じ規則の下で提供されているので、その正確な定義は、疾病保険基金と医師会との交渉の対象である。予防接種の責任の移動は、国際的に見てもかなり低い予防接種率の結果となって現れている（麻疹 75%、1996 年）。

#### 4. 組織構成とマネジメント

保健医療における政策決定は連邦政府と州に分担されている。ドイツ憲法は、各州での平等な生活条件を保証しているが、健康の保証、健康増進などはその目標に含まれていない。したがって、保健医療は、連邦政府の法規制の枠内だけに独占的に制限されていない。

公共の安全に影響を与える疾病に関する対策、放射線防護、医師や保健医療従事者の免許、薬事、環境政策の一部などは連邦政府の法規制の対象である。その他の保健医療、公

衆衛生は州の責任である。

公衆衛生事務所は、法律または行政規定に医系技官の管轄権の根拠が記載されているか、医系技官の証明書があれば、その管轄権を有する。特に上級公衆衛生業務試験に合格すること、あるいは連邦厚生社会保障省から同等の能力があると認められた資格認定を得ることが、公衆衛生事務所の専門的指導の前提となっている。

## **連邦レベル**

連邦厚生社会保障省と国会が中心的役割を果たしており、厚生社会保障省は次の5部門と2副部門からなる。

- －行政、国際関係
- －薬事、医薬品と長期ケア
- －ヘルスケア、法的健康保険
- －健康擁護、疾病対策
- －消費者保護（主に食品関連）、獣医学

副部門－長期ケア、介護保険

また、厚生社会保障省は次の専門機関と連携している。

- －連邦薬事・医療機器機関（医薬品の許認可、医薬品の安全性の監督）
- －ドイツ医療情報・資料機関（生命科学全般に係わる公的・専門的情報の提供）
- －連邦感染・非感染症機関[Robert-Koch-Institution](疾病サーベイランス、発見、予防、コントロール)
- －連邦血清・ワクチン機関[Paul-Ehrlich-Institute]（血清・ワクチンの許認可）
- －連邦健康教育センター（人々の健康維持・増進）
- －連邦消費者健康擁護・獣医学機関（食品・化学物質・化粧品・獣由来疾病・農作物・害虫などにおける消費者保護の推進）
- －連邦保険事務所
- －連邦監督事務所

## **州レベル**

1999年時点で16州政府の中で「保健」という名称の省をもつのは13州である。しかし、どこも独占的な保健局をもっておらず、労働・社会サービスと一体化しており、1州のみが環境関連と一体化している。環境関連との一体化は、70年代、80年代には一般的であった。公衆衛生サービスについて、およそ半分の州が独自に実施しており、他の半数は、その責任を市町村へ委譲している。

州労働省の組織は典型的に4、5つの部からなり、その1つが「保健」部であり、さらに以下のような課に分かれる。

- －公衆衛生サービス・環境衛生
- －健康増進・予防・エイズケア
- －州立病院
- －病院計画
- －保健医療従事者および保健医療専門機関の監督管理
- －精神保健、非合法薬物
- －薬事、医薬品及び関連機関の監督管理

公衆衛生サービスの内容には、

- －保健医療機関で働く保健医療従事者の監督管理
- －感染症の予防・モニタリング
- －食品・医薬品に関する民間活動の監督管理
- －環境衛生
- －カウンセリングを含む地域精神保健サービス
- －健康教育、健康増進
- －学童対象の臨床検査

がある。

公衆衛生事務所は、日本の保健所が担当する健康危機管理、食品衛生、精神保健、保健医療サービスの質の保証、健康増進などに責任を持っている。しかし、地域保健医療計画策定・評価に関しては法的に明記されておらず、各公衆衛生事務所がどの程度の責任を負っているかは不明である。

すでに述べたように、1970年以降ほとんどの予防対策、たとえば成人・子供の健康診断は疾病金庫の給付対象に包括されるようになったため、外来診療で扱われるようになった。州は、医学・歯学・薬学の大学教育に責任をもっており、地域の医師会、医師委員会および疾病保険運営についても管理監督を行う。

州は、公衆衛生サービスについて連邦レベルで上級委員会、厚生社会保障大臣会議と連携しており、ベルリン、ブレーメン、ハンブルグなどの州はデュッセルに公衆衛生医師を養成する「公衆衛生サービスアカデミー」を維持している。また、同様の「アカデミー」がバーバリア、サクソニなどによって運営されている。すべての州の合同組織として医療・歯科医師・薬事試験諮問委員は大学教育の筆記試験の準備および評価と行っている。

交通、都市計画、教育など他の健康へ影響を与える分野は他の省庁が担当している。

### **疾病金庫レベル**

法的健康保険制度では、疾病金庫と契約している医師、歯科医師の法的組織に代表される。州には複数の医師会が存在することもあるので各州の医師会は連邦制に従っている。また、連邦レベルには、健康保険制度に加盟している医師の連邦組織がある。疾病金庫の

被保険者の病気を外来でみる医師は、これら医師会に属さなければならない。医師会は、通常のメンバー、すなわち病院勤務医や私的開業医などと外来診療医を区別している。法的健康保険制度に加入している歯科医師も医師と同様に各州の歯科医師会を通じて組織化されている。

病院は、どの法的疾病金庫にも代表されておらず、私法できており、法的責任は増加している。病院は、州、連邦レベルでの組織を備えている。

一方、疾病金庫に加入し保険料を支払う側についてみると、1999年時点で州、連邦レベルで453の金庫があり、7200万人の被保険者（うち5070万人は扶養家族）を数える。また、52の民間保険会社があり、710万人の被保険者が加入している。

疾病金庫は次の7グループに区分される。

- 17 一般地域金庫 (Allgemeine Ortskrankenkassen: AOK)
- 13 代替金庫 (Ersatzkassen)
- 359 会社基盤の金庫 (Betriebskrankenkassen: BKK)
- 42 ギルド金庫 (Innungskrankenkassen: IKK)
- 20 農民金庫 (Landwirtschaftliche Krankenkassen: LKK)
- 1 鉱山労働者金庫 (Bundesknappschaft)
- 1 船員金庫 (See-Krankenkassen)

これら金庫は非営利で、理事会が運営しており。歴史的にはこの金庫の数は減少傾向にある。金庫の他に、医師、歯科医師、薬剤師、獣医師の専門部会が存在し、州の法規により規制されており、卒後教育、生涯教育や資格認定、専門家基準、倫理基準などに責任を持っている。連邦レベルでこれらを調整するため州部会は連邦委員会を持ち、私法に基づいた提言を行っている。

看護師、理学療法士などのグループは法的には保健医療従事者とされるが、部会は組織化されていない。

また、52の主要民間保険会社は民間健康保険組合を組織し、強力なロビー活動を行っている。しかし、被保険者や患者は彼らの利益を反映させる強力な組織をもっていないが、非常に多くの自助グループである患者会が存在している。

## 参考文献

- 1) 片木淳、今はじめて分かる多極分散型国家地方分権の国ドイツ、ぎょうせい、山下茂ほか著比較地方自治－諸外国の地方自治制、第一法規
- 2) 古瀬徹、ドイツ社会保障研究文献、大原社会問題研究所雑誌 No.518、2002.1
- 3) The Healthcare Reform: A healthy choice for everyone! Federal Ministry for Health and Social Security, January 2003
- 4) ドイツ連邦厚生社会保障省 <http://www.bmgs.bund.de/eng/gra/index.cfm>

## (資料2) 韓国の保健所に関する現地訪問調査報告

### 1. 目的

韓国の保健所及び保健支所の実態、特に所長の医師資格要件の現状と課題に関して、韓国を訪問し、現地の関係者を対象とした聞き取り調査や資料収集を実施する。

### 2. 調査実施者

曾根 智史（国立保健医療科学院公衆衛生政策部地域保健システム室 室長）  
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）

### 3. 日程及び訪問機関（訪問者）

- 11月12日（水） 午前 保健福祉部 健康増進局 公共保健課  
（白 銀子 保健事務官）  
午後 京畿道庁 保健衛生政策課（金 東輝 地域保健係長）
- 11月13日（木） 午前 京畿道 安養市 東安区保健所（金 燦皓 所長）  
午後 京畿道 安山市保健所（韓 重錫 所長）
- 11月14日（金） 午前 京畿道 龍仁市 スジ保健支所  
（龍仁市保健所 保健衛生課長 金 道年 氏）  
午後 南 銀祐 氏（高神大学保健科学部 教授）
- 11月15日（土） 午前 方 叔 氏（亜州大学医科大学 外来教授）

#### 4. 調査結果

##### (1) 韓国の概況

2001年の韓国の人口は約4,734万人、高齢化率は7.6%である。

韓国の地方自治体には、広域自治体、中間自治体、基礎自治体がある。広域自治体は、日本の県レベルに相当する市・道（1特別市、6広域市、9道）である。特別市のソウルは人口約1,200万人、広域市の釜山、大邱、仁川、光州、大田、蔚山は人口約300万人である。

道の下の中間自治体として市と郡がある。市の中でも、人口規模によって、区を設置する市（日本の政令指定都市に相当する）と設置しない市（日本の一般の市に相当する）がある。市・郡・区の人口は10～20万人である。

市・郡・区の下の基礎自治体として、邑・面・洞がある。

地方自治体間の関係は、道、市、郡、区がそれぞれ対等の立場にあり、地方分権の形態をとっている。また市・郡・区の首長は選挙によって選出される。

##### (2) 衛生行政システムの概要

国において衛生行政を担当する部門は保健福祉部である。保健所を所管するのは健康増進局の公共保健課である。また保健福祉部の附属機関として、保健社会研究院、国立保健院、保健産業振興院、食品医薬品安全庁が設置されている。

地方自治体において衛生行政を担当する部門は、市・道で保健福祉女性局、市・郡・区で保健（または環境）衛生課、邑・面・洞で衛生係である。

各自自治体の衛生行政担当部門はそれぞれ衛生行政を執行する施設を設置している。市・道は保健環境研究院、市・郡・区は保健所を設置している。なお、区を設置する市それ自体は保健所を設置していない。また保健所は、必要に応じて、複数の保健支所を邑・面・洞レベル（人口約5,000人）に設置し、それを運営管理している。

1988年から、管内に病院が設立されていない郡では、入院機能をもつ保健所（保健医療院）が設置されている。現在15の郡の保健所が保健医療院に転換されている。

保健所や保健支所が設置されていないへき地（人口約300人）には、農漁村等保健医療のための特別措置法に基づいて、保健診療所が設置されている。スタッフ（保健診療員）は看護職1人で、種々の予防サービスや風邪薬の処方などの簡単な治療行為を行っている。

2003年3月現在、保健所、保健支所、保健診療所の数は、それぞれ240、1,269、1,912である。

##### (3) 保健所とその関連法規の歴史

1946年、ソウルに最初の保健所が設置された。以後保健所を設置する地方自治体が増加し、1956年、保健所の設立根拠となる法律である保健所法が制定された。主な内容は、保健所の設置主体は市・道であること、保健所長は医師であること、などである。

1962年、保健所法が全面的に改正された。改正の主な内容は、保健所の設置主体を市・郡・区とし、それぞれ保健所を1箇所設置すること、保健所の業務（後述）を明記したこと、保健所長は原則として医師であるが、医師の任用が困難な場合に保健職の公務員を任

用する例外措置を規定したこと（後述）、などが挙げられる。以後、1973年、1975年にも改正が行われた。

1991年の改正では、設立根拠が法律上明記されていなかった保健支所が保健所の支所として明確に規定された。そこでは、地方自治団体の長は、保健所の業務遂行のために必要と認められる場合に、保健所の支所として保健支所を設置することができることとされている。

1995年、保健所法は廃止され、新たに地域保健法が制定された。主な内容は、地域保健医療計画の策定・施行・評価に関する事項、保健所の設置・業務・組織・人員配置に関する事項などである。

保健所に関連する条項としては、第7条の保健所（保健所の設置は、大統領令の定める基準により、当該地方自治団体の条例により定める）、第8条の保健医療院（保健所の中で、医療法第3条第4項の規定による病院の要件を満たした保健所は、保健医療院の名称を用いることができる）、第9条の保健所の業務（後述）、第10条の保健支所の設置（地方自治団体の長は、保健所の業務遂行のために必要と認められる場合は、大統領令の規定に従い、当該地方自治団体の条例により、保健所の支所（以下、保健支所と称する）を設置することができる）、第11条の保健所の組織（後述）、第12条の保健医療専門職の適正配置（後述）などが定められている。

保健所に関連する重要な法律として農漁村等保健医療のための特別措置法がある。これは、農漁村の診療サービスの不足を補完することを目的として1980年に制定された。これにより、保健支所に公衆保健医師（後述）が、へき地に保健診療所が設置されるようになった。

#### （4）法律等で規定された保健所の業務

保健所の業務は、地域保健法第7条の規定により、以下のように定められている。

- ・国民健康増進、保健教育、口腔保健、及び栄養改善事業
- ・感染症の予防及び診療
- ・母子保健及び家族計画事業
- ・老人保健事業
- ・公衆衛生及び食品衛生
- ・医療従事者及び医療機関の指導に関する事項
- ・医療技師、医務記録士、眼鏡士の指導に関する事項
- ・救急医療に関する事項
- ・農漁村等保健医療のための特別措置法に基づく公衆保健医師、保健診療員、及び保健診療所の指導に関する事項
- ・薬事に関する事項、及び麻薬・向精神薬の取扱に関する事項
- ・精神保健に関する事項
- ・家族・社会福祉施設に対する訪問及び保健医療事業
- ・地域住民に対する診療、健康診断、慢性退行性疾患の疾病管理に関する事項
- ・保健に関する試験及び検査に関する事項
- ・障害者のリハビリテーション、保健福祉部令に基づく社会福祉事業
- ・地域住民の保健医療・健康増進に関する研究



また法律上明記されていないが、保健福祉部は保健所に対して各種の重点事業を実施するように指導している。重点事業は、1990年には、家族計画事業、母子保健事業、妊産婦管理、急性感染症管理（予防接種など）、AIDS管理、性病管理、らい管理、結核管理、一般診療事業、医事業管理、臨床病理検査、各種証明書（健康診断書、運転免許証など）の発給、行政業務の13種であったが、1995年には、訪問保健事業（主に高齢者、低所得者などの福祉対象者への訪問指導）、痴呆保健事業、老人保健事業（高齢者への無料の診療・健診など）、健康診断事業、高血圧・糖尿病管理事業、リハビリテーション事業、精神保健事業、韓方診療事業、歯科診療事業、物理療法事業の10種が追加され、また2000年には、児童早期視力検診事業、健康増進事業、低所得者へのがん検診事業、口腔検診、栄養管理事業、移動入浴事業、未熟児及び難病対策、B型肝炎対策、救急医療、情報システムの整備の10種が追加され、現在33種に及んでいる。

ただし、これらの法令に規定されている業務及び保健福祉部が掲げる重点業務については、人員、予算がないために、保健所で実施されていない業務も多いという意見が得られた。

保健支所の業務は、法律上明記されていないが、基本的には保健所の業務の中で、地域に密着した診療及び対人保健サービスを提供する。

#### （5）保健所の具体的な業務

##### ①主要な業務

保健所の主要な業務は、診療、母子保健、予防接種、感染症予防・管理、各種証明書の発給などである。

保健所では、地域住民に対して、低料金で一次医療を提供している。診療機能は保健所の主要な業務であったが、都市部では、医療機関の増加によって、その割合は若干小さくなっている。しかし、郡部では医療機関が不足しているため、依然として診療の割合は大きい。

保健所によって異なるが、法律上明記された業務以外に、地域保健医療計画の策定、学校保健、外国人勤労者の健康支援事業、社会的弱者（低所得者、一人暮らし高齢者、社会福祉施設入所者など）に対する無料診療・健康診査・予防接種、へき地での移動診療・健康診査・予防接種、女性に対する健康教育やがん検診、難病患者の医療費支援などが実施されている。

地域保健法によって、市・郡・区は1次地域保健医療計画の策定・進行管理・評価が義務づけられており、保健所が中心となって作業を行うことが多い。地域保健医療計画審議会での検討、住民への公告を経て、市・郡・区の議会を通過して確定する。

保健支所の主な業務は、診療、予防接種、訪問保健（高齢者、低所得者などの福祉対象者への訪問指導）である。医療機関が不足している地域に設置されることが多いため、特に診療が業務に占める割合は大きい。

## ②医事・薬事

医療機関、薬局、麻薬・毒物等の取り扱いの許認可、指導監視などの医事・薬事は、法律上保健所の業務に位置づけられている。しかし、医療監視に関しては、施設基準等の外形的要件に関する監査が中心であり、院内感染に関する指導等の診療内容に関する指導は実施されていない。

薬事に関しては、食品医薬品庁が直接対応しており、保健所の業務として実施されていない。

## ③食品衛生・環境衛生

食品衛生は、食品衛生法と地域保健法に基づいて、国レベルでは食品医薬品安全庁が所管しており、業務内容は衛生管理指導や飲食業者の許認可が中心である。

地方レベルで食品衛生を担当するのは、地方自治体によって、市・区の本庁の場合と保健所の場合とがある。

環境衛生（住宅、下水道、廃棄物の処理、清掃等）は法律上保健所の所掌事務ではないが、通常の飲料水質検査に関しては、保健所の検査部門が担当する。

## ④精神保健

精神保健は精神保健法によって規定され、保健所の所掌事務は、精神疾患患者の社会復帰を目的としたリハビリテーション及び予防事業である。

自傷他害の恐れのある精神疾患患者の保護・入院措置に関しては、保健所には権限はなく、知事、市長、区長、郡長に権限がある。精神科医2名の診断によって措置が決定される。

## ⑤健康危機管理

国レベルの健康危機管理は、その内容によって所管する部局が異なる。感染症・食中毒の集団発生は保健福祉部、原子力・化学物質などによる事故は環境部と国立保健環境研究院の所管となっている。また保健福祉部の中でも、国立保健院が感染症の集団発生への対応を、食品医薬品安全庁が食品由来の健康危機（食中毒など）への対応を所管する。国立保健院は、感染症サーベイランス、ワクチンの開発、教育研修などの、感染症に関する調査研究を実施する組織である。

なお、健康危機管理への軍の関与はほとんどなく、健康危機発生時の動員もない。SARSの時にも軍は全く関与しなかった。ただし、一般的な危機（大規模な自然災害など）の場合は軍が関与することになる。

地方レベルの健康危機管理は、市・道レベルでは保健環境研究院、市・郡・区レベルでは保健所が所管する。ただし、保健所が所管するのは、感染症・食中毒の集団発生で、原子力・化学物質の事故等による健康危機管理に関しては、保健所は関与せず、市・道の保健環境研究院が直接対応する。

健康危機発生時の役割分担は、医師が保健所長の場合とそうでない場合とで保健所において対応できる規模に差があるが、保健所として対応が必要な規模等については明確な規定はないという意見が得られた。

保健所長が医師でない保健所では、小規模（1～2人）の感染症・食中毒の場合は保健所が対応し、それ以上の規模の事例については、市・道の保健環境研究院が直接対応の指揮を行い、保健所はそれを補佐する。保健所内に健康危機管理チーム（医師、医療技師、行政職などで構成）により対応が行われるいるが、実際の業務は発生報告の受理、伝染病院への移送・隔離、消毒、市・道、国への報告等の対応であり、疫学調査等が必要な事例については、市・道の保健環境研究院の指示にしたがって対応する。なお、患者の治療は伝染病院で行われ、保健所で実施されることは少ない。

保健所長が医師の場合には、中規模までは保健所のみで対応し、疫学調査についても対応できるという意見が得られた。

一方、大規模で深刻な場合には、国立保健院が直接対応することもある。いずれにせよ、保健環境研究院や国立保健院の直接対応が求められる基準は明確ではなく、ケースバイケースである。

市・道の保健環境研究院には防疫官や疫学調査官が1～2人設置され、保健所と協力して健康危機への対応を行う。防疫官は疫学を修得した医師であるが、公衆保健医師や勤務年数の短い医務職など、経験の少ない医師である場合が多い。今回訪問した京畿道には2人の防疫官が配置されていた。京畿道の1,000万人を所管することになるが、交通の便がよいため、対応が遅れるということは少ないという意見が得られた。

#### ⑥わが国の保健所との比較

韓国とわが国の保健所の異なる点として、診療所としての役割を担っていること、飲料水の水質検査を除く環境衛生を実施していないこと、わが国では保健所が中心になって対応を行う健康危機管理については、感染症（食中毒を含むことがある）についてのみ対応を行うが、保健所長が医師でない場合には、その対応の指揮を実態として行っていないこと、わが国では市町村が実施主体である母子保健・老人保健、及び健康増進などの事業を所管していること、などが挙げられる。

以上の点を考慮すると、韓国の保健所は、わが国の市町村保健センター、診療所、衛生検査部門を統合した組織と捉えることができ、わが国の保健所とは業務の性質上、異なる機関であると考えられる。

#### （6）保健所の組織

地域保健法第11条（保健所の組織）において、「保健所の組織は大統領令と地方自治法第102条の規定に従う」と規定されているが、組織体系の具体的な規定は明記されておらず、組織人員については行政自治部との協議が必要である。

保健所の具体的な組織体系は様々であるが、一般的には、所長を筆頭に、保健行政部門（会計、人事、総務、各種証明書の発行、保健支所の運営管理、地域保健医療計画の策定など）、予防医薬部門（感染症対策、医療監視、薬事など）、検査部門（放射線、臨床検査、健康診断、水質検査など）、診療部門、家族保健部門（家族計画・母子保健、乳幼児管理・予防接種など）、訪問保健部門（訪問保健、老人保健、リハビリテーション、精神保健、健康増進など）で構成される。また保健支所、保健診療所は保健所の課レベルに設置される。

## (7) 保健所の職員

### ①公務員

地域保健法第12条（保健医療専門職の適正配置）において、保健所及び保健支所に勤務する職員の職種は、医務職（医師、歯科医師、韓方医師）、薬務職（薬剤師）、医療技師（放射線技師、臨床検査技師）、看護職（看護師）、保健職、行政職などの公務員、と規定されている。いずれも地方公務員任用令にしたがって試験を実施し、合格者を採用する。

保健職は事務官であり、保健医療に関連する資格や学歴（大卒、短大卒など）を必要としない。特に保健職は韓国に特有の職種で、保健行政に専門的に従事する職種である。採用試験には簡単な環境衛生や公衆衛生の専門科目があるが、医師ほどの専門知識を必要とするわけではない。ただ、現実には、保健関連の大学で衛生・環境などを専攻した者や職に就きながら学位を取得するものもいるという意見が得られた。

医務職、薬務職、医療技師、看護職は技官として、専門技術を必要とする業務を担当する。地域保健法の中では従事すべき業務の具体的な内容は明示されていないが、医務職は診療業務を主に担当することが期待されている。また地域保健法の中で、技官の配置は保健福祉部長官の定める基準によると規定され、医師に関しては、保健所に少なくとも1名を配置することが義務づけられている。

### ②公衆保健医師

保健所・保健支所には、上述の公務員の他に、農漁村等保健医療のための特別措置法に基づいて公衆保健医師が配置されている。この制度は、保健所や保健支所に勤務する医師数の不足を解消するために、1980年に制定された。当時の保健所法で義務づけられていた（現在の地域保健法でもそうだが）、保健支所長への医師の任用がほとんど充足できなかったことを背景として制定された。

韓国では、兵役法により、全ての男性国民には3年間の兵役が義務づけられている。この制度によって、医科大学を卒業し、医師資格を取得した者は、兵役を免除される代わりに、医療機関が不足している地域の保健所や保健支所に3年間勤務し、公衆保健医師（医師、歯科医師、韓方医師）として診療に従事しなければならない。そして保健支所長のポストに公衆保健医師が配置されるようになった。

公衆保健医師は、兵役を免除されてはいるが、軍に所属し、軍医としての身分で保健所や保健支所に派遣される。したがって彼らは保健所の正規職員ではなく、契約公務員である。保健福祉部が公衆保健医師の派遣の権限をもつため、保健所を設置する市・郡・区の長は解任や採用の権限をもたない。

ほとんどの公衆保健医師は、兵役の年齢制限があるため、医科大学卒業後すぐに派遣される。派遣前に、国立保健院訓練部や地方公務員研修院で実施される研修を受講するが、多くの公衆保健医師は臨床経験が短いという問題がある。

公衆保健医師の派遣先は、彼らの希望と学業成績に応じて、保健福祉部によって決定される。派遣先の決定の際、公衆保健医師の職能団体である公衆保健医師全国協議会が非公式に関与している。この組織は、市・道や国に対して、公衆保健医師の派遣先の希望や待遇の改善を要求する役割をもっている。また公衆保健医師は1年ごとに派遣先を移動する

ことが多く、同じ地域に継続的に勤務することは少ない。実際には、公衆保健医師が都市部での勤務を希望するため、1年目は郡部の保健所、2、3年目に都市部の保健所に移動する、という配置が慣例になっているという意見が得られた。

公衆保健医師の報酬は保健福祉部から支払われるが、それ以外に派遣先の自治体から診療手当（月額50万Wが上限）が支払われている。報酬と手当をあわせると一般的には月額約150万W程度である。

公衆保健医師は兵役を免除されるため、希望する医科大学卒業者は増加している。しかし公衆保健医師としての任務終了後、民間の医療機関に勤務することが多く、医務職の公務員として引き続き保健所や保健支所に勤務することは少ない。

### ③職員の配置・養成の現状

保健所の職員数は様々であるが、今回訪問した安養市東安区保健所では、約35万の人口に対して職員数30人（それ以外に公衆保健医師が3人）、安山市保健所では約66万の人口に対して職員数54人、龍仁市保健所では約57万の人口に対して職員数89人（それ以外に公衆保健医師が27人）であった。また保健支所に関しては、龍仁市スジ保健支所では約20万の人口に対して職員数10人（それ以外に公衆保健医師3人）であった。

多くの保健所は予算よりも人員の不足に悩まされている。保健支所や保健診療所を含めた保健所の職員の増員・減員は国の行政自治部の認可が必要であるため、地方自治体の長の権限で決定できないという問題がある。ちなみに保健支所や保健診療所の数は市長の権限によって増減が可能である。

保健所に勤務する職員の教育研修は国立保健院訓練部で実施されている。研修対象は、保健所長、看護職、保健職、公衆保健医師などである。しかし医務職の教育研修はほとんど実施されておらず、特に保健所長に任用されるために必要な行政能力が十分養成されていないのが現状である。また教育研修に関しても行政自治部の権限が大きく、保健福祉部だけで改正することは困難な状況にある。

## （8）保健所長の資格要件

### ①保健所長の資格要件の現状

保健所長の資格要件は、地域保健法施行令第11条（保健所長）において、「①保健所は所長1人を配置する。保健所長は医師の資格をもつ者の中から任命する。ただし、医師の資格をもつ者を保健所長に充員することが困難な場合は、地方公務員任用令による保健職の公務員を任命することができる。②保健職の公務員を保健所長として任命する場合、5年以上の実務経験を有する者を任命する。③保健所長は当該地方自治体の長の指揮、監督を受け、保健所の業務を管掌し、所属する公務員を指揮、監督し、保健支所と保健診療所の職員及び業務に関して指導、監督する」と規定されている。また保健所長の任命権者は市・郡・区の長である。

現在、保健所長のうち、医師資格を有する者が50%で、他は医師の資格をもたない者である。今回訪問した京畿道では、39の保健所長のうち、医師が19人、保健職が18人、薬務職、看護職が各1人であった。

医師資格の有無で、保健所長に任用されるまでのキャリアは異なる。保健所長の職級は、行政自治部の規定により、人口10万人以上で4級、10万人以下で5級である。医師の場合、採用時に5級から始まり、5年以上の勤務で4級に昇格する。したがって医師は採用時から保健所長に任用されることができると、医療機関の勤務医を特別任用という形で保健所長に任命するケースもまれにあるが、通常は5年程度の保健所勤務を経た後に保健所長に任用される。

一方、保健職の場合、採用時に9級から始まり、5級に昇格するまでには20年以上の勤務を必要とする。したがって保健職の所長は、医師の資格をもっていないが、保健行政事務の経験は十分にもっていることができる。

保健支所長の資格要件は、地域保健法施行令第12条（保健支所長）において、「保健支所は支所長1人を配置する。保健支所長は公衆保健医師の中から任命する」と規定されている。しかし今回訪問したスジ保健支所長は医務職の公務員であり、公衆保健医師でなくても医師であれば任命できるようである。

## ②保健所長の資格要件の経緯

1956年に制定された保健所法では、保健所長は医師であることが明確に義務づけられていた。しかし当時は、医師の絶対数が少なく、また保健所勤務を希望する医師もほとんどいなかったため、この資格要件を遵守することが実質上不可能な状態であった。

この状況を鑑みて、1962年の保健所法の改正において、医師を任用できない場合に保健職の公務員を保健所長に任用することができるという例外措置を規定した。医師不足の状況の中、やむを得ない規定であった。また1976年まで、管轄地域の医療機関の医師を非常勤の保健所長として任用できる規定を設け、医師資格をもつ保健所長を確保するための対策を講じた。

しかし依然として医師資格をもつ保健所長の数は増加せず、地方自治体では保健所長が保健職のポストとして、暗黙のうちに位置づけられるようになった。

一方、医科大学の増加（1960年代の8大学から2000年代の33大学）、および医師数の増加（1960年代の3,000人から2000年代の33,000人）によって、例外措置を削除することも可能な状況になった。

1992年、保健福祉部は「保健所長は原則として医師であるべき」との通知を発布したが、ほとんど効力がなかった。その原因として、一つには、医師数は増加したが、保健所勤務を希望する医師数が増加しなかったこと、もう一つには、保健職がすでに獲得した保健所長のポストを医師に譲ろうとしなかったこと、が挙げられる。特に郡部では保健職の所長が多く、彼らはポストを確保するために、医師を保健所長に任用しないように官僚や議員に働きかけているといわれている。

このような状況の中、1995年に制定された地域保健法では例外規定は削除されておらず、法律上は「保健所長は原則医師である」という規定に関わらず、実態は「医師又は保健医療職」として運用されているようである。そのため地方においてはその解釈についてなし崩し的な対応を行っており、その極端な例として慶尚南道咸安郡保健所長人事発令事件がある。

・慶尚南道 咸安郡保健所長人事発令事件（2003年1月）

咸安郡は、保健医療院の機能調整推進計画で、保健所に入院治療の機能を加えて保健医療院化し、保健医療院長に地方医務書記官を、保健所長に地方保健書記官または看護事務官を任命するために、咸安郡行政機構設置条例を設定し、その設置条例の施行規則第16条第1項に、「咸安郡保健所長は地方保健書記官または地方看護事務官にて補する」と規定し、保健医療院長・姜医師を保健所長に任命せず自治行政課勤務を任命した。

この報道に接した慶尚南道医師会は、保健所長の任命は任命権者である自治団体長の固有権限ではあるが、地方自治団体長であっても上位法である地域保健法施行令に規定に反して、下位法として保健所長任用に関する施行規則を医務職を除外して制定したことは不当であるとして、咸安郡守、慶尚南道知事、慶尚南道議会、慶尚南道訴請審査委員会等に陳情し、2003年2月に条例は「所長は地方医務書記官、地方保健事務官、または地方看護事務官とする」と修正され、姜医師は2003年3月に保健所長に復職した。

③保健所における医師不足の背景

保健所長の要件に医師資格を明記できない最も大きな要因は人員不足、つまり保健所勤務を希望する医師が少ないことである。保健所勤務を希望しない理由として、保健所長の報酬が非常に低いことが挙げられる。勤務医の報酬は、診療科目によって異なるが、月額800万～1,000万₩であるのに対して、保健所長は300万～400万₩程度と1/2程度である。

もう一つの理由として、韓国の人口の約4分の1がソウルに居住していることから明らかのように、韓国国民は一般的に都市部での居住を望むことが挙げられる。都市部の保健所では医師がある程度確保されているが、郡部の保健所の医師不足は深刻な問題になっている。

それ以外の理由としては、医師の間では保健所医師の地位が低いと認識されていること、予防医学や社会医学の教育が十分でないために公衆衛生に関心をもつ医学生が少ないこと、保健所では専門知識・技術を生かせないこと、などが挙げられる。

④保健所長の資格要件に対する関係者の反応

韓国医師会は、所長資格の例外措置に対して何の見解も示してこなかった。医師会員のほとんどはプライベートの開業医や勤務医であるため、公的機関である保健所の医師の問題にはあまり関心がないためと考えられる。

国民は、保健所長の資格要件に関して全く関心がなく所長が医師であろうが保健職であろうが、保健所は質の高い診療を実施すればよい、と認識しているようである。

保健所長の任命権者である市・郡・区の長の医師資格要件に関する態度はまちまちである。地域保健に関心の高い首長の中には医師を任命する者も多い。逆に首長の選挙に非協力的な医師を排除し、協力的な保健職を任命する者もいる。近年は、首長は選挙の集票のために、医師資格要件問題というよりはむしろ住民の関心の高い保健所の診療機能の強化に重点を置いている。

#### ⑤保健所長の医師資格要件に関する議論

医師の所長も保健職の所長も、保健所長に行政管理の能力が必要であるということは共通した認識であった。5年程度の勤務年数で所長に任用される医師と20年以上の勤務経験を経て所長に任用される保健職を比較すると、保健職の方が一般的な行政能力が高いと考えられていた。しかし医師の方が多種の専門職で構成される保健所組織を統括しやすいという意見もみられた。

地域の医療機関や医師会との連携については、医師の保健所長は同じ医師としての立場で交渉や調整がしやすいという意見がみられた。しかし逆に、上述したように、保健所医師は医師にとって人気がなく、実力が低いこともあるため、医師会と対等に交渉や調整ができる実力がないという意見もみられた。さらに保健職の保健所長は、長年の勤務の中で医療機関や医師会との交渉や調整の機会が多いため、連携がうまくいくという意見もみられた。また地域の医師会としては、医師の保健所長を望む場合が多いが、保健職の方が交渉しやすいという場合もある。

保健所長の医学的知識・技術の必要性については、特に健康危機発生時には、保健職の所長は市・道の指示を待つため対応が遅いが、医師の保健所長はその場で判断できるため対応が早いという意見がみられた。また保健所に勤務する医師が保健職の所長を補佐することができるが、必ずしもうまく機能していないという意見がみられた。

一方、保健職の所長は、保健所には必ず医師が配置されているし、地域の病院や大学病院との連携もあるので、所長はそれを活用すればよい、という認識であった。また健康危機発生時でも、保健所は発生報告等を実施すればよいので、所長が医師でなくても十分に対応できるという意見がみられた。

最後に、保健所長の責任に関しては明確でない場合が多い。例えば健康危機発生時には、保健所長としての責任はあるものの、対応を誤った場合の個人的な賠償責任が問われた事例は韓国ではないようである。保健職の保健所長の医学的判断は所内の医師の意見に基づき行うことになり、その場合の責任は保健所長にあるが、医学的な専門知識を必要とする判断については医師にも責任がありうる。

#### (9) 韓国の資格要件をわが国に適用するにあたっての留意点

わが国の保健所長の医師資格要件を検討する際に留意すべき点として、以下の3点がある。

1点目として、韓国における保健所の業務は、わが国の保健所とは異なるという点である。特に重要な点は、韓国の保健所は感染症（食中毒を含むことがある。）以外の健康危機管理が必要な事務をを所管しておらず、保健所長が医師でない場合には、感染症の場合であっても保健所長が対応の指揮をとることはほとんどないことである。

2点目として、韓国では、医師資格をもたない保健職の所長でも、保健行政を専門に20年以上勤務した経験をもっているという点である。このことは、保健職の所長は、保健行政事務に関する能力を備えていることを示している。

3点目としては、韓国の保健所長の資格要件は、保健所に勤務する医師の人員不足という状況においてやむを得ず規定された条項であることである。



(10) 主要年表

1946年	韓国最初の保健所の設置（ソウル）
1956年	保健所法（保健所の設立根拠）の制定（保健所長の医師資格要件）
1962年	保健所法の改正（保健所の設置主体（市・郡・区）、保健所の業務、保健所長の資格要件の例外措置）
1973年	保健所法の改正
1975年	保健所法の改正
1976年	非常勤保健所長の任用規定の廃止
1980年	農漁村保健医療特別措置法（公衆保健医師、保健診療所の設置）
1990年	保健所の重点事業13種の設定
1991年	保健所法の改正（保健支所の位置づけの明確化）
1992年	保健福祉部通知（保健所長は原則として医師であるべき）
1995年	地域保健法の制定
1995年	保健所の重点事業10種の追加
2000年	保健所の重点事業10種の追加

(11) 韓国の地域保健法令

次ページより添付する。

# 地 域 保 健 法 令

地域保健法	地域保健法施行令	地域保健法施行規則
<p>地域保健法 1995.12.29 (法律第 5101 号 全文改正) 1999. 2. 8 (法律第 5852 号 改正)</p> <p>第 1 条(目的) この法は保健所等の地域保健医療機関の設置・運営、および地域保健医療事業の連係性の確保に必要な事項を規定することにより、保健行政を合理的に組織・運営し、保健施策を効率的に推進して、国民保健の向上に貢献する目的である。</p> <p>第 2 条(国家と地方自治団体の義務)</p> <p>① 国家は地域保健医療に関する調査・研究、情報の収集・整理および活用、人材の養成および資質向上に努力しなければならない。特別市・広域市・道(以下“市・道”とする)および市・郡・区(自治区に限る。以下同じ)の保健施策の樹立・施行に必要な技術的・財政的支援施策を講究しなければならない。</p> <p>② 市・道は、当該の市・道の保健施策推進のための調査・研究、人材確保、資質向上等に努力しなければならない。市・郡・区の保健施策の樹立・施行に必要な技術的・財政的支援をしなければならない。</p>	<p>施行令 1996.7.13 大統領令第 15119 号 全文改正 施行令 1999.8.9 大統領令第 16526 号 改正</p> <p>第 1 条(目的) この令は、地域保健法で委任された事項と、その施行に関して、必要な事項を規定することを目的とする。</p>	<p>施行規則 1997.2.14 保健福祉部令第 45 号 施行規則 1999.8.9 保健福祉部令第 125 号</p> <p>第 1 条(目的) この規則は、地域保健法および同法施行令で委任された事項と、その施行に関して必要な事項を規定することを目的とする。</p>

<p>ない。</p> <p>③市・郡・区は当該の市・郡・区の保健施策推進のため、保健所等の地域保健医療機関の設置・運営、人材確保、資質向上などに努力しなければならない。</p>	<p>第3条(地域保健医療計画の樹立等) ①市長・郡守・区庁長(自治区の区庁長に限る。以下同じ)は、地域住民、保健医療関連機関・団体および専門家の意見を聞き、当該の市・郡・区の地域保健医療計画を樹立した後、当該の市・郡・区議会の議決を経て、特別市長・広域市長・道知事(以下“市・道知事”とする)に提出しなければならない。</p> <p>②第1項の規定により、管轄の市・郡・区の地域保健医療計画を提出を受けた市・道知事は、管轄の市長・郡守・区庁長、地域住民、保健医療関連機関・団体および専門家の意見を聞き、市・道の地域保健医療計画を樹立した後、当該の市・道知事の決議を経て、保健福祉部長官に提出しなければならない。</p>	<p>第2条(地域保健医療審議委員会の設置等) ①地域保健法(以下“法”とする)第3条の規定による地域保健医療計画の樹立等、地域保健医療施策の推進に必要な事項に関して、特別市長・広域市長・道知事(以下“市・道知事”とする)、または市長・郡守・区庁長(自治区の区庁長に限る。以下同じ)の諮問に応じるため、特別市・広域市・道(以下“市・道”とする)および市・郡・区(自治区に限る。以下同じ)に、地域保健医療審議委員会(以下“委員会”とする)を置く。</p> <p>②委員会は次の各号の事項に関して、市・道知事または市長・郡守・区庁長の諮問に応じる。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地域内の保健医療の実態調査に関する事項</li> <li>2. 地域保健医療計画の樹立に関する事項</li> <li>3. 地域保健医療計画の施行および施行結果の評価に関する事項</li> <li>4. その他市・道知事または市長・郡守・区庁長が地域保健医療施策の推進のために必要であると見なした事項</li> </ol> <p>③委員会は委員長1名を含む20名以内の委員で</p>
--	--	--

<p>は、正当な理由がない限り、これに応じなければならぬ。</p> <p>④保健福祉部長官または市・道知事は、地域保健医療計画の内容に関し、必要であると見なした場合、市・道知事または市長・郡守・区庁長に保健福祉部令が定めるところにより、その調整を勧告することができる。</p>	<p>構成され、委員は次の各号のひとつに該当する者の中から、市・道知事または市長・郡守・区庁長が委嘱または任命する者とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地域住民</li> <li>2. 保健医療関連機関・団体の役職員</li> <li>3. 保健医療関連専門家</li> <li>4. 関係公務員</li> </ol> <p>④委員会に出席した委員には、予算の範囲内で手当と交通費を支給できる。但し、公務員の委員がその所管業務と直接関連し出席する場合は該当しない。</p> <p>⑤その他委員会の組織および運営に関して必要な事項は、当該の地方自治団体の条例で定める。</p>	<p>第2条(地域保健医療計画の調整勧告) ①地域保健法(以下“法”とする)第3条第4項の規定による地域保健医療計画の内容に関し、調整勧告が必要な場合は、次の各号のひとつに該当する場合とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地域保健医療計画の内容が関係法令に違反する場合</li> <li>2. 地域保健医療計画の内容が、国家または特別市・広域市・道の保健医療施策に符合しない場合</li> <li>3. 地方自治団体の生活圏域と行政区域が相違しているにも関わらず、当該の地方自治団体にこれを考慮しない場合</li> <li>4. 2個以上の地方自治団体に渡る広域保健医療行政に対し、当該の地方自治団体にこれを考慮しない場合</li> <li>5. 地方自治団体間の地域保健医療計画の内容に、著しい不均衡がある場合。</li> </ol> <p>②保健福祉部長官または特別市長・広域市長・道知事(以下“市・道知事”とする)は、法第3条第4項の規定による地域保健医療計画の調整勧告をするにあたり、必要な場合は、当該の地方自治団体の長に関連資料</p>
--	--	---