

取り調査をおこない、研修内容や評価方法について調べた。

（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. シンポジウム（資料1）

行政からみる保健所の将来機能としては「公衆衛生の第一線機関」「公衆衛生の専門機関」「行政機関」「最低限の診療機能」の四つがあげられた。一方、住民サイドから期待する保健所の役割としては、「いつでも」「すぐに」「もれなく」「総合的に」対応してくれる場があげられた。

これらの保健所に求められる機能をふまえた保健所長のリーダーシップとして、シンポジウムでだされた意見をあげていくと、まず、住民の視点、住民の立場で、公衆衛生に対する強い信念をもって業務を遂行できる Public Health Mind が必要である。

公衆衛生の専門機関の長としては、広範な公衆衛生の知識・技術といった専門性が求められる。このなかには、職員に地域の実態をとらえさせ、そこから地域の実態を把握し、幅広く地域の問題を感知する「地域をみる」力も含まれる。また、結核や0-157などの診断や、健康危機管理時の医学的判断のための臨床の知識も必要である。

行政機関の長としては、組織管理能力（マネジメント）と行政担当能力が求められる。マネジメントとは組織を管理するうえでの統率力、健康危機管理時の決断力、バランス感覚が含まれる。ここでいうバランス感覚とは、業務の優先順位を的確に決定できることや、変化や不確実性にうまく対応できること、さまざまな資質や意見をもつ人をうまく指揮できることなどがあげられる。また、公衆衛生

の課題に応じて、縦割り組織の壁を越えて柔軟に多職種によるプロジェクトを形成し、そのプロジェクトを総合的にマネジメントするのも保健所長に求められるリーダーシップである。

行政担当能力としては、衛生関連法規の知識のほかに、医師会や医療機関などの関係機関との連絡調整を担える力が重要である。保健所組織内のマネジメントはもちろんのこと、市町村や関係団体など外部組織のマネジメントも保健所長の重要な役割であると考えられる。このために必要な技術としては、「口述、記述による優れたコミュニケーション技術」や「対人関係を効果的に構築する技術」、「分別のある交渉ができる技術」等があり、イギリスでは Primary Care Trust の公衆衛生課長の資格要件として、これらの技術を求めている。

これらのリーダーシップ能力を高めるには、「個別的、縦割りの知識」ではなく、「総合的な考え方」や「応用能力」をつけるような研修が必要であり、「事例活用法」や「実践的臨地学習」、「ディベート」のような演習や実習がメインとなる研修でないといけないと考えられる。

2. 米国リーダーシップ研修機関の訪問調査（資料2）

州や郡の保健衛生部局長などシニアレベルの公衆衛生行政官を対象としたリーダーシップ研修である National PHLI は、チームによる演習・実習がメインとなっている。しかし、現任教育であるため、受講生が職場を離れる合宿研修は1年間の修業年限のうち、1週間程度であり、残りは遠隔教育による研修である。事例研究やチームリーダーシッププロジェクトのような演習・実習もインターネットや電話会議による遠隔教育でおこなっている。

教科内容は、公衆衛生の専門知識に関するものよりもコミュニケーションやパートナー

シップ、システムシンキングなどの技術にウエイトがおかれており、個人のリーダーシップ開発のための自己評価ツールである360度フィードバックやFIRO-Bなども導入されていた。

D. 考察

保健所長に求められるリーダーシップをどのように身につけていくかについては、仕事の中で経験によって身につけていくところが大きいと考えられるが、基礎的なところは研修する必要がある。PHLIの研修内容をみると、地域におけるパートナーシップの構築や交渉術、コミュニケーション法などマネジメントに関わる技術に関するものが多かった。

国立保健医療科学院の専門課程保健福祉行政管理分野分割前期（基礎）は3ヶ月間の研修プログラムであり、これを修了した医師は保健所長になる要件を満たす、いわゆる保健所長コースである。3ヶ月の研修期間は短く考えられるが、長いと派遣できないという自治体側の要望もある。PHLIでは、1年間の研修期間のうち、合宿研修で職場を離れるのはトータルで1週間程度である。それ以外の期間は、仕事をしながら遠隔教育で研修を受ける。アメリカでは、現任教育の場合、このような遠隔教育を主とした研修形態が一般的であり、遠隔教育の技術も普及していた。財源不足や人材不足が自治体からの研修への派遣の障害となっていることを考えると、遠隔教育の導入推進も一考に値するが、岩永らによる教育研修のあり方に関する研究¹⁾によると、受講したい研修形態としてインターネットを使った遠隔教育をあげた者の割合は10%前後であり、日本ではまだニーズが低いのが現状である。日本における遠隔教育の実情をみると、インターネットや郵送により配布された教材について科目担当者と質疑応答をおこなったり、課題を提出したりするマンツーマンによる宿題提出型が主流であると思われ

る。これは空いている時間を活用し、知識を増やすという目的には有効であると考えられるが、従来の出張研修に代わるものとしては不十分であろう。しかし、今回、PHLIの教育内容を調査した結果、遠隔教育でも事例研究や討議のような複数の受講生による参加型の演習が可能であり、受講生の満足度も高いことがわかった。今後、このような新しい遠隔教育の技術や内容が普及していけば、遠隔教育へ認識も変化し、出張研修に代わるものとして、研修期間の大部分を遠隔教育に委ねることも可能になり、長期間職場を空けられないという自治体からの研修への派遣の障害を緩和する一助になると考えられる。

研修内容については、事例研究や臨地学習のような、受講生が能動的に考え、応用力を身につけるようなものが有効であろう。PHLIでもチームリーダーシッププロジェクトという臨地実習が大きなウエイトを占めていた。このような演習や実習は、受講生が顔を合わせる合宿研修時のみでなく、各自が現場に戻ってからも、インターネットを用いたケースメソッドであるGround roundや電話会議などによって継続されていた。

わが国における地域保健行政従事者のリーダーシップ研修の場としての本院の役割は、受講生が能動的に考え、応用力を身につけるような演習・実習を現行の研修に積極的に取り入れていくとともに、事例の蓄積による事例集の作成やテキストの開発、PHLIで使用されているようなリーダーシップ開発のための新しいツールの導入などが求められると考えられた。

E. 結論

保健所長のリーダーシップとしては、とくにマネジメント能力が重視されており、PHLIの研修内容をみても、地域におけるパートナーシップの構築や交渉術、コミュニケーションなど、組織の内外における連絡調整能力を

養成するものが多かった。リーダーシップの開発には、事例研究や臨地実習など受講生が能動的に考え、応用力を身につけるようなものが有効であり、本院の役割としては、現行の研修にこれらを積極的に取り入れていくとともに、事例の蓄積による事例集の作成やテキストの開発、PHLIで使用されているようなリーダーシップ開発のための新しいツールの導入などが求められると考えられた。

(文献)

1) 岩永俊博他 保健福祉従事者に対する国及び地方自治体での教育研修のあり方に関する研究 平成14年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

林謙治, 武村真治, 兵井伸行, 須藤紀子. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その1)―総論―. 第62回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 416

須藤紀子, 兵井伸行, 武村真治, 林謙治. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その2)―アメリカの実態―. 第62回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 416

武村真治, 須藤紀子, 兵井伸行, 林謙治. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その3)―イギリスの実態―. 第62

回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 417

兵井伸行, 武村真治, 須藤紀子, 林謙治. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その4)―韓国の実態―. 第62回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 417

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

資料1

シンポジウム

「新しい時代に求められる保健所の役割と保健所長のリーダーシップ」

日時・平成15年10月31日(金曜日)

シンポジスト

- 桜山 豊夫 (東京都健康局医療政策部参事)
石川 左門 (NPO 法人愛隣舎理事長)
小窪 和博 (岐阜県東濃地域保健所長)
岩永 俊博 (国立保健医療科学院研修企画部長)
平野かよ子 (国立保健医療科学院公衆衛生看護学部長)
林 謙治 (国立保健医療科学院次長)

座長

- 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長)
上木 隆人 (東京都八王子保健所長)

講演1: 行政からみる保健所の将来機能と保健所長に必要とされる技量

桜山 豊夫 (東京都健康局医療政策部参事)

私は今、東京都健康局の新宿の都庁の中におりますけれども、都庁の中の医療政策部というところは健康危機管理などを総合的に所管しております。感染症には感染症対策課、食品には食品保健課というのがそれぞれあるわけですが、大規模な災害ですとか、時々話題に上りますABCテロ、最近ではNBCといっていますね、NBCテロの対応などを考えているんですけども、そういうときにほかの局の災害担当者ですとか、あるいはほかの局から健康局へ来ている事務系といえますか法令系の担当者などと話をしますときに、やはり最初のうちは保健所に理解がないわけです。確かに、事件が起きなければ保健所という名前が余り出ませんから、ふだん何をしているのかわからない。ただ、よく説明をしてみますと、やっぱりそういう健康危機管理のときに活躍してもらわなければならないという感じになってまいります。そんな観点からまとめた資料でございます。

保健所の機能というのを、私なりに簡単に4つにまとめてみました。これはよく使われる言葉が

「公衆衛生の第一線機関」「公衆衛生の専門機関」、それとともに行政機関的な側面、さらには保健所というのは、一応医師がいて、いろんな医療的な行為もいたしますので、ある意味診療所としての機能も持っております。

このうちの第一線機関としての役割でございますけれども、政令市型の保健所と都道府県型の保健所で役割が変わってきております。かつては、よく「揺りかごから墓場まで」、食べ物でも何でも健康の問題が起こったら、すぐ保健所へいえばいいだろうという感じがあったわけですが、直接的サービスといわれるようなものがだんだん市町村の方に業務移管をいたしまして、今でも政令市型の、東京都でいいますと 23 区、それぞれ保健所を持っております。そういうところは、多少組織の問題で保健相談所ですとか保健サービスセンターですとか支所はありますが、トータルでいえば「揺りかごから墓場まで」といってもいいと思うんですが、都道府県型の場合は墓場の方の許可は持っておりますが、揺りかごの方は余りやっていないということで、第一線機関としての役割も若干変貌してきているのかなという気がいたします。

それから、先ほどいいました専門機関、これは今いいました、なかなか役割を分けるわけにもいかないんですが、直接的な業務、第一線として活躍しているものについては引き続き食品衛生、環境衛生、結核、感染症、精神保健、難病、医療監視、薬事監視、その他あるわけです。母子保健とか老人保健とかそういうものに関しては、むしろ市町村の支援に回っているというのが都道府県保健所の実際でございます。

この直接的業務に関係してくるんですが、健康危機といっても小さいのから大きいのまでいろいろあると思います。小さい方からいえば、例えば子供を予防接種に病院へ連れていったんだけど、どうも前の人の使った針で注射されたみたいだ、これはその個人にとってはすごい健康危機だと思います。大きい方でいえば、阪神・淡路大震災みたいな災害、あるいは先ほどいいましたような天然痘ですとか感染症の集団発生のような大規模な健康危機管理のときの拠点としての役割も期待されていると思います。

さらに専門機関として、ちょっと繰り返しになると思いますが、保健所に求められる機能としては、1つは、いいとか悪いではなくて、現実として、今かなり医療不信というものがございます。医療不信に対して、行政として、むしろ医療機関と医療を受ける側、患者さんとの間のかけ橋になるような取り組み、これが保健師、医師などがいる専門機関としての保健所に期待できるのではないかなと思っております。

それから、幼児虐待の事例あるいはドメスティック・バイオレンスの事例などがございます。私も保健所におりましたときに、児童相談所と協調しながらいろんなことをやりました。実は、幸運

もあつたんでしょうが、私が保健所におりましたときにはお子さんが亡くなるという事例はなかったわけですね。なかったということは新聞に出ないんです。ですから目立たないんですが、きょうは岐阜県の小窪所長もいらっしゃいますけれども、あえて誤解を恐れずにいえば、保健所が絡んでいると結構死なせずに済む。これはやっぱり、保健師とか医師が、生命に対する重みとといいますか、とにかく危ない場合には何とかしちやおうよというところがあるのかなという気もいたします。

それから、行政機関としての役割がございまして。これは管轄市町村間、政令市型の保健所では余りないかと思いますが、都道府県型ですと複数の自治体を管轄していれば、その間の連絡調整、いろんな届け出、申請の受け付け、経理事務、県の出先とといいますか、そういう役割もあるでしょうし、保健医療計画など、行政計画を二次医療圏ごとに策定する。もちろん、行政機関としての危機管理の役割、行政機関としての細々とした役割も引き続き担っていかなければならないと思います。

それから診療所としての機能、これは診療所といっても、実際に治療を行うということは、今後想定されないと思います。しかし、先ほど来いっております第一線機関、専門機関としての役割を果たす上で、検査ですとか診断などで最低限のいわゆる診療機能とといいますか医療行為を行う機能は、これも引き続き保持する必要があるのではないかと思います。

それで、保健所長に期待される役割と技量ということになるわけですねけれども、その4つでございまして。まさに第一線機関としての保健所を率いる、専門機関としての保健所を率いる、行政機関としての保健所の長の役割、これはこの3つに比べれば付随的なものではありますけれども、診療所の管理者としての役割も当然あるわけですね。第一線機関、専門機関の長としての専門性、行政機関の長としての行政能力、これも関連してまいりますけれども、医療機関の管理者としての知識、能力。

専門性については、やはり公衆衛生学全般にわたる知識というのは、やはり要るんだろうなと思います。もちろん、臨床医学の最低限の知識、疫学、食品衛生、環境衛生などの知識も必要ですし、感染症、結核、難病、精神保健など、患者支援に必要な知識、特に感染症、結核については、逆に地域の第一線の臨床科の方が大分知識が希薄になっておりますので、逆に保健所がしっかりしないといけない、保健所長が専門性を発揮しなければいけないんだろうと思います。

それから、医療機関の管理者としての能力、これはご承知だと思います、医療法で医療機関の管理者は医師でなければならないということになっております。保健所みずからが医療不信に入るような医療ミスや診療過誤を起こすことのないような知識は、本当の最低限だと思いますが、残念なことに、時に保健所あるいは保健所の出先が行います予防接種などにおいて事故が起こってしまうことがございます。

行政機関の長としての行政担当能力としては、もちろん各種の衛生関連法規だけではないと思いますが、行政は法規にのっとってやるということで、その辺の知識が要るでしょうし、市町村、医師会、医療機関など、関係機関との連絡調整を担える能力、これは書くとさらっとしてしまうんですが、ここは結構難しいです。こまめにこういうところに顔を出すというこまめさといってもいいんでしょうか、そういう能力、それから地域の関係団体との折衝能力、逆にいえば、本庁組織との調整能力。それから、意外に余り物には書かれておりませんが、職員管理についての能力。いろんな職員がおります。そういう職員に、格好よくいいますと100%能力を発揮してもらい、あるいは120%能力を発揮してもらいような進め方ができる能力ということになりますし、実際に起こっていることでいえば、ちょっとおかしな職員をどうするかとか、どう本庁と折り合いをつけてやっていくかとか、そういう能力でもあると思います。

これらの能力というのは、私は一応分けてお話をしましたけれども、保健所長に期待される能力は、一貫的なものだと思います。専門性はすごいけれども行政能力は全然だめだなんというのは余りなくて、極めていけばどんどん両方獲得できるのではないかと思います。健康危機管理事例対応、医療過誤についての相談例の増加、さらには幼児虐待、ドメスティック・バイオレンスなどの対応の増加も今後予想される中で、ますます保健所長の役割というのは重要になってくると思います。目立たないのがなかなか悲しいことですが、目立たない方が本当はしっかりやっているということになるとは思います。

保健師、食品衛生監視員など、さまざまな専門職があります。さらには、ある意味これも専門職といっていると思いますが、法令系の事務系職員などの、そういう職員を率いるためのみずからの技術性、リーダーシップ、そして関係機関との連絡調整を担える技量ということになって、そういうのを育成していくためには、単に医師であるだけではなくて、今回臨床研修が必修化されますけれども、そういうのが終わった後に、やはり行政の中で育成計画を立てて育成していかなければならないと思います。

その意味では、旧国立公衆衛生院の伝統を受け継いでいらっしゃる国立保健医療科学院への期待は我々としても大きなものがございまして、逆に国立保健医療科学院がしっかりしていただかないと、保健所もどんどん力量が落ちてしまうのかなと思っております。

雑駁な話でございます。一応冒頭の行政機関としての期待ということでお話しいたしました。

曾根座長 桜山先生、どうもありがとうございました。ただいまの桜山先生のご発表自体に関しまして、ご質問とかご意見ございますか。

会場A 質問は大きく分けて2つあります。1つが、先生がいわれた診療所としての機能、検査、診断など最低限のものを残すということですが、これは具体的にはどういうことかということ。

2番目が、臨床医学というのは、最近の進歩は物すごいものがありまして、実際の臨床の場でもなかなかそれをキャッチアップするのは難しいわけです。それで、一線の間を退いて公衆衛生としてやっていく場合に、最近の知識は極端に言えば表裏がひっくり返ることもあるわけです。医療相談とか、そういうことも考えて、どういうふうにして先生はそれをキャッチアップされていたかというのを聞きたいと思います。

桜山参事 1問目の最低限の医療機関としての診療機能ということに関しては、もちろん時代とともに変わっていくと思いますし、そうはいつても実際の一般の臨床機関とは違うわけですから、すごく幅広くということは、私は必要ないと思います。

ただ、現時点でいえば、例えば、特に結核の場合には接触者検診、家族検診等の充実が今いわれておりますので、それを担えるだけの設備を保健所に残すか、あるいは代替的な手法はあると思います。例えば、私も感染症の課長をしておりましたときに非常に苦慮いたしましたのは、委託可能な結核検診をどんどん委託してまいりますと、家族検診の部分を守ろうとして、そうするとレントゲンのフィルムがどうしても必要になりますけれども、そのレントゲンの枚数を計算してみますと、多摩地域全体で、当時保健所が17ありましたが12に減らしたときに、12で割っても1日当たり1枚いかないんです。1所1日当たり1枚も撮っていない。そのためにレントゲン設備を全部残して放射線技師も全部配置するのかというときに、非常に厳しい選択を迫られます。

もしそれが効率的でないというのであれば、ではレントゲン設備をなくすかわりにX線をどうやって撮るのか。ほかのところに委託できるならいいんですが、先ほどちょっと述べましたように、専門病院は別として、第一線の医療機関の結核に関する診断能力はむしろ低下しておりますので、必ずしも受診者の利便を考えた場合、なかなか委託もできない。

そんなところで、うまくほかの、例えばコンピューテッドラディオグラフィーを利用した検診車を利用するとか、いろんな方法を考えたわけですが、そういう絶対に残せというものはないと思うんですけれども、機能的に担保しなければならないものはあると思います。

それから次の、最低限の臨床的知識、これは大変難しいと思います。専門が変わればもちろん違うわけで、それはそんなのを全部というのは無理と思いますが、よく東京都に入ってこられる若い先生方に私がお願いしておりますのは、「医事新報」に書かれているぐらいのことは勉強しておいた方がいいんじゃないという程度にしております。

講演 2: 住民サイドから期待する保健所の役割

石川 左門 (NPO法人愛隣舎理事長)

与えられたテーマが、保健所に何を期待するかということでございますけれども、これは私にとっては大変戸惑う演題でございまして、私自身が一住民であり、一市民でありながら、まず住民の顔が見えないという点がございます。

例えば、私は自治会の役員もやっておりますけれども、昔でしたら、町内会とか隣組という言葉で、今度伝染病がはやり出したから、水たまりのところにひとつ薬をまいて歩こうじゃないかという、わあっと来たものです。そういう住民の顔がイメージできた。ところが、最近ではそうじゃございませんで、例えば役員をやっているながら、消防署から救命救急の訓練があるからひとつ出てくださいといっても、だれも出ない。しょうがないから、役員の私たちが出ていくという格好になっちゃう。

第一、最近では自治会自体の組織能力が極めて低下しまして、まずアパートとか団地のメンバーはほとんど漏れちゃう。やっとな管理者のおじさん、おばさんが時たま顔を出すという程度で、どうも住民とか市民の顔が見えてこないということがあります。

私は、平成5年から6年にかけて、地元で保健福祉計画の策定に参加したことがございますけれども、そのときに、行政の出した原案がほとんど100%に近く通ってしまいまして、市長答申へ行っちゃいました。なぜかと思ったら、これは何のことはない、本来ならば行政の原案と市民の自己プランがあって、両方つき合わせて徹底的にディスカッションして初めて市民参加だと考えたはずなんですけれども、どうもそうはっていない。その原因は、市民自身が自分自身のこうあるべきだ、あってほしいという地域ケアの自己プランを持っていない。自己プランを持っていない市民が市民づらをして市民参加とは一体なんだろうかという疑問に私自身がとらわれたりしたわけでありまして。

第一、行政が指名した市民代表が市民代表であり得るか。私は、メンバーの中でたった1人素人だったわけでございますけれども、そういった点で、ある別な市民の方が、俺は石川を市民代表と認めないよといわれたときに、私は引込まなきゃならない。すると、逆に今度は行政の方から、それじゃ、あなた方は自由に自分の市民代表を選択しなさいといわれても、選択能力があるか、選択するシステムがあるかということになると、市民の側にもない。

こういうことを考えたときに、市民の顔が見えない、住民の顔が見えない、市民自身の自己プランがないままで、これからの地域ケアの問題はいいのかどうかということは、実は私自身疑問に思

っております。

したがって、きょうの私のお話は、むしろ一住民として、一市民としての立場から、多少自分なりに地域ケア活動の活動を担ってきた、その体験を踏まえてお話をさせていただいて、その上で、保健所にはこんなことが期待できるのかできないのか、していいのかどうかということも若干触れさせていただきたいと思うわけでありませう。

私の仕事と申しますのは、実は私の長男は筋ジストロフィーで亡くなりました。そして、彼の遺言と申しますか末期の希望は、僕は病院や施設で終わらたくなくて、地域の中で当たり前の一市民として、家族の一員として終わりたい、だからお父さん、僕のような難病の患者でも、とにかく安心して地域で住めるような、だれでもが安心して住めるまちづくりの運動にこれから力を注いでいって欲しいということがありまして、私は地域のいろんなサービスの提供者の方々と多少お付き合いがございましたので、いろいろ協力をいただいた経験がございます。

その中で一番問題になったのは、夜中の寝返りが十数回、排痰の介助が十数回、計20回から30回母親を訴えて起こすということで、母親は、たちまちのうちに過重な介護負担で命を削るような思いまで来ました。あとどれぐらいたったら母親自身が倒れる、そうしたら残された子供はどうするんだろうというぎりぎりの状況に来ましたときに、私はなりふり構わず地元のボランティアセンターに顔を出して、昼間1時間か2時間でも家内に仮眠をとらせて、夜頑張らせない、どうかひとつ、昼間1時間でも2時間でもの間、家庭介護の肩がわりをしてくれる、そういうお手伝いをしてくれないかとボランティアセンターに頼んだところ、幸いにも主婦のボランティアの方が来てくれました。

ところが、うちの子供の部屋に顔を出してびっくりしました。骨と皮ばかりにやせていまして、目がこんなに大きく、痛々しくやせて、自力で痰が出せませんから、気管切開をしてカニューレがこう出ている。そして、吸引機で痰を取る。そういう場面をボランティアが見たときに、あのお母さんのやっている仕事は、これは看護師さんの仕事じゃないか。私どもはお母さんの家事の援助だとかおふろのお手伝いとか、夕方の買い物とか、そういったことの家事援助的なお仕事はできても、お母さんの介護そのものの肩がわりはできないんじゃないかということから、自分たちが行ったことに対して疑問を持ったんです。

しかし、だからといって手を出さなかったらお母さんが夜休まらない。夜休まらなければ、もう一家は家庭崩壊だということから、事もあるうにボランティアの方々は医師会に乗り込んでいきまして、医師会の会長さんに向かって、石川さんのお宅を訪ねたらこんな状態でした。私たちがお母さんの肩がわりをするために手を出したら、先生方は医師法違反とおっしゃるでしょう。しかし、

手を出さなかったら、このご家庭は家庭崩壊です。医師会としてどういう見解なのかお聞きしたいというとんでもない質問をめくら蛇におじずといたしますか、したんです。

そして、医師会の先生は、たまたまそのとき、日野市でございますが、医師会の会長先生が、当時の日本医師会の副会長だったということで、恐らくその返答が日本医師会の答弁になるんだろうということになったわけでございます。先生はうなつたんですけれども、わかりましたと。法律というのは、人間の生きる権利とか生活を守るためにあるんだ。法律を守って、肝心の生活権、生存権が守れないとするならば、これは本末転倒な話である、やりなさいと。ただし条件がある。これから医師会が信頼する看護職の方、保健婦さんなりに徹底して訓練を受けなさい。消毒、滅菌、殊に煮沸消毒の仕方、カテーテルの操作の仕方、全部覚えなさい、そして医師会が認めたメンバーだけ認めましょう。お母さんの家族の介護の肩がわりを認めましょうというところから、何かそれ以後、医師会の医療に対する考え方が変わったような気がします。事によったら、うちのケースが歴史の1ページを開いたかなという感じを持ったわけでありませう。

そんなことで、医師会が動き出すと、保健師さんも、地元のボランティアでございましたけれども、看護師さんも動き出したんです。つまり、お医者さんがいらっしゃれば、お医者さんのオーダーを受けることができれば看護職が動けるということから、我が家はそれからボランティアの医師会に対する問題提起が動機になりまして、後ろ側には保健医療福祉の関係者のチームケアができたわけです。その体験から、私は、ああうちのようない子供でも地域の中で生きる条件を考えるとすれば、このようなチームケアが1つ1つの必要なケースに編成されたならば、事によったら将来見通しが明るくないかということから、私は本格的に地域ケアの活動に市民の立場からかわりを持ったというわけでありませう。

そういうことで現在まで至っているんですけれども、その体験から申しますと、いろいろなことが見えてきました。1つには、公的サービスには限界がある。市民の方々はそれを知らずに、何でもかんでも陳情、要求、おねだり運動をすれば、それが市民運動であるかのごとく錯覚を持っている。だけれども、それは違うんだ。公的サービスには限界があつて、限界を超えた部分こそ市民自身が市民の活動として担うべき担当分野だ。そして、公的サービスの担当分野と市民が担うべき担当分野とがうまく車の両輪としてかみ合ったときに、初めてともに進めるまちづくりの地域ケアの体制づくりができるんじゃないかということがだんだん見えてきました。

それから、生活者としていろんな問題を訴える、その訴える本音を聞いてみますと、大体4つのことがいえると思います。

1つには、助けてくれという声を立てたら即座に対応してくれ、9時から5時までなんて限定し

ないでほしい。体の調子が悪くなるのは時間的な制約を考えるわけにはいかない。飛び込んだらすぐ受けてもらいたい。即応性といえますか。

それから、飛び込んだら、おたく手続はどうですかとか、住民登録は済んでいますかとか、手続云々をいわずに、まず受けとめて、やれることをやってくれ。いつでもすぐに。

その次は漏れなく。ここは窓口が違うんですから別の窓口へ行ってくださいといわれても、びっくりしてパニック状態になっている人が、自分の持っている問題はどこの窓口にいったら解決されるかなんということ、そんなことはとてもできません。飛び込んだその場でもって、とにかく除外をしないでまず受けとめてくれということが本音といえます。

もう1つは総合的な対応。保健か医療か福祉かじゃなくて、保健も医療も一体化して、同時に受けてくれ。

そういうような、「いつでも」「すぐに」「漏れなく」「総合的に」対応してもらいたいという本音があります。

これは実は、全部公的サービスは苦手な部分です。なぜかといいますと、公的サービスというのは、目的、対象、内容の枠が限定されています。ですから、一たん枠が決まると目的外に使っちゃいけない、条件をつけられた対象以外に流用して使ってはならない、そんなことが出てきます。それから、サービスはこれこれのサービスの内容に限定しますから、限定したらこれ以外に使っちゃいけない。そこから落ち漏れ谷間が出てくる。その落ち漏れ谷間が住民にとっては大変な問題で、だれでもがともに安心して住めるまちづくりとはいいがたいということになるわけであります。

こういう視点から、ではこれから私どもはそういった落ち漏れ谷間の部分を引き上げるための活動を市民が担うべき活動分野としてやっていこうということで、私のNPO法人愛隣舎の活動が展開されてきました。

そんなことの経験から考えますと、時間が迫ってきましたのではしよりますけれども、保健所なのか保健師さんになるのか、注文が混同しているかもしれませんけれども、1つには住民生活の場に対する至近距離にアプローチしてもらいたいということです。どうも、地域保健法の改正以後、都道府県保健所は統合されまして、私の日野市の場合ですけれども、地元にあった保健所が永山というところの南多摩保健所に統合されていっちゃいました。難病であればあるほど日常的な保健婦さんとの接触が必要なのに逆に距離が出ちゃった、これはどういうことか。

地域保健法の改正のときに説明会がありまして、説明した行政官の人が、こうなってもサービスは落とさないように努力をしますから、そういう弁明なんです。これこれこうしたらこんなにサービスが向上しますからという説明じゃなかった気がします。ああ随分苦しい答弁をなさっているん

だな、行政の方も随分ご苦労さんだなという思いがありました。

もう1つは、私どもはその当時は、難病の場合にはほとんど在宅の政策はありませんでしたから、私ども自身は年齢、疾病、障害で対象を考えてもらいたくない、そうじゃなくて、介護の援助を必要とする状態をとらえて、同じような状態になったらバリアフリーに対象を考えてもらいたいという気持ちがあります。その辺のところを今保健所に期待していくということは非常に無理かもしれませんが、私としては、住民の立場から、本当にそうあってほしいなという感じを持っています。

もう1つは、個別窓口のためにいかに我々市民たちが振り回されていることか。保健医療福祉にかかわる横断的なテーマは、せめて保健所でやってもらいたいという思いがあります。殊に、私ども自身が市民活動としていろんな横断的な活動にならざるを得ない状況にあるだけに、そういった専門レベルでの指導、助言がぜひ欲しいなということでもあります。

もう1つは、私も南多摩保健所の地域保健医療推進計画、その委員に小さな論文を書きましたら認められて、参加させていただいたんですけども、その中で、保健所の皆さんが、住民の声を聞こう、住民の声を聞こうということを実によくいうんですけども、保健所の側からも住民の顔をどうとらえているかはわかりませんが、とにかくこれは地域機関にとって非常にユニークなパイオニア的な仕事を住民の立場からやっているんじゃないか、そういった活動のグループがあったら、共同研究的な考え方で、そのグループはぜひ一緒に活動に参加していただきたい。それを育てることでもって、これからの新しい医療の体制づくりが見えてくるんじゃないか。

ところが、市民は素人であります。それだからこそ、窓口はとにかく横断的に広い幅を持っているだけに、私どもはそれだけに高度な、専門的レベルでの助言が必要になってくる。そういった点では、本当にこれからあるべき姿の地域ケアというものを、市民自身が政策テーマをできるところまでに質を高めていただきたいという願望がある。そういったことの、保健所の方々の研究機能をぜひドッキングさせていただいたら、もうちょっと市民自身として、行政の案に対応するような市民のプランを示して堂々とディスカッションする時期がやがて来るんじゃないかということを考えていただきたいと思います。

それから、これはちょっと抽象的な保健所に対する要望ですけども、介護保険が始まったときにいろんな問題が見えてきました。第一、自由競争とかいうことの中で、本当に公正中立なケアプランが立てられるのかどうか。事業所に所属してケアプランを立てる、しかもなお、大体福祉出身の方というのは保健医療のことにどこまで熱心なのかとか、かかりつけ医、主治医の意見書をどこまで聞けるのかなということがあります。

私は素人ですけども、やっぱりあれは、行政が個別の自由競争の中に丸投げしちゃったのはちよつとまずかったかなと。せめて、個別のケースのいろんな活動の記録なんかをとって、それをちゃんとまとめて分析をして問題点を指摘する、そのぐらいのことは行政がやってもいいんじゃないか。恐らくそれができるのは、保健所が一番の適任じゃないかなという感じを持った。これは素人の考えで、わかりませんけれども。

そういったことでは、せめて保健婦さんあたりが要介護度4以下とか3~4ぐらいは、これは医師会の先生方の、かかりつけ医の意見書が必要ならば、看護職の意見書も出してもらったら、少しは利用者の方も安心するんじゃないかと、いろんな細かい問題がいっぱいあるんですけども、またお話のできる機会がありましたら、そのところに譲るとしまして、時間が参りましたので、これでお話を打ち切らせてもらいます。ありがとうございました。(拍手)

曾根座長 石川先生、どうもありがとうございました。ただいまの石川先生のお話に対しまして、ご質問、コメント等ございましたら、お願いいたします。

会場A 保健所に対するいろいろな要望を、素人と謙遜されましたけれども、いわれたことは非常に大事なことだと思います。そこで質問なんです。実際幾つかの要望を保健所にぶつけられたと思うんですけども、どういうものをぶつけられて、その対応はどうだったかということをお教えください。

石川理事長 まだこういう活動について、おもしろい仕事をやっているからひとつ乗っかりたいという声はありません。ただ、保健師さんが、保健所の窓口でいろいろ相談を受けたんだけど、間に合わなくなった。これはどうも既存のサービスでは間に合わないから愛隣舎の方をお願いしたいんですけども紹介を受けるケースはぽつぽつあります。

これは保健所ばかりではなくて、一般の居宅介護支援事業所といいますか介護保険のサービスの事業所では、やっぱり自分の窓口でも落ち漏れ谷間の部分が出るわけです。つまり、介護保険サービスの条件に合ったものだけが対象になるわけですから、条件から漏れる部分は各事業所でも窓口でも漏れる。その分は、今紹介がぽつぽつ出てきました。

したがって、私どもはそういったことに対しては、市民活動の立場から、そういった既存のサービスの窓口には中立性、等距離性、非競争性を厳守することでもって、窓口で落ち漏れ谷間になったケースを紹介してもらおう。また逆に、この訴えは何も愛隣舎ではなくてもいいじゃないですか、またこんな既存のサービスがあれば、そこでまず尋ねて、既存のサービスをフルに利用することが現在の制度の質を高めることになるんだから、それで間に合わなかったら私たちが引き受けましょ

う。間に合う限りは、まず既存のサービスをフルに活用しなさいという助言をしております。

その中の1つとして、保健所から、最近やっと少し保健師さんがぼつぼつと紹介してくださる、来てくださるケースが出てきたという状況です。

会場A ありがとうございます。

講演3:保健所長のリーダーシップを発揮するための条件を考える

小窪 和博（岐阜県東濃地域保健所長）

ただいま石川先生のお話を伺いまして、私も大変重く、ぐっとのしかかってきているんです。やはり保健所長のリーダーシップをいろいろ考えてきたんですけども、まさに先ほど石川先生のお話で、保健所に求めるもの、4点、5点お話しされたんですが、それらにどこまで近づけるか、応じられるか、私の結論は、実はそこなんです。もちろん、そのほかいろんな危機管理、感染症があります。先ほどのお話の求められるものも健康危機だと思うんですけども、危機管理の拠点として、そういうものに対して、どこまで保健所長が実際やれるかというあたりだと思うんです。

最初に桜山先生が、保健所のこれからの機能とか保健所長の職務からあり方ということで、しっかりお話をしてくださいました。私もお伺いして大変勉強させていただいたわけですが、まさにそのとおりだと思います。

私からは、全国所長会での常任理事という立場もありますし、現場で15年近くやってきた中で、では、現場で一線で活躍している保健所長、その人たちはどう考えているのか。つまり、現場の保健所長が現在実践している中で、テーゼとしている保健所長のリーダーシップ、それについて、実は先週、ちょっとおもしろい仕事をしましたので、それを中心にお話をしたいと思います。資料を4枚お配りさせていただきました（資料1～4）。

資料1です。1番目の「衛生」は、「・生命を衛る、・生活を衛る、・生きる権利を衛る、・生態系を衛る」です。2番目に「保健所の特性」。「1）総合性、2）専門性、3）第一線性、4）行政権限」。それから、3番目に「リーダーシップ」とあります。「・指導者としての資質、能力、力量、・統率力、・判断力（意思決定）」。4番目には、「リーダーとしての条件」として、「・公衆衛生に対する情熱、・公衆衛生学的力量、・人格、人望、・経験、人脈、・公務員としての自覚」などいろんなことが書いてあります。

この3、4のあたりを、現場の保健所長がどう考えているかということを私は調べたわけですが、30人ほど調査したんですけども、6割ぐらいの回答が、3番の枠の中にありました。残りの4割

ぐらいの回答が、4番の枠の中にありました。ですから、持っていく方はちょっと違うんですが、やはりそれなりの先生方がまとめられているものに大体準じていたということはいえました。

それから、5番目「報告・連絡・相談」。いわゆる「報・連・相」というやつですが、これは保健所長のリーダーシップの資質とどう関係があるかということですが、これは保健所の業務に限らず基本的なことですが、現場で保健所長をさせていただいて、これがなかなかできない。そういう所長もしっかりやっているかといわれるとあれですが、大変大事なことです。

それから、6番目「保健所の基本指針とビジョン」。「・組織体として全体方針や、将来ビジョンが、明確にされているか。・それが文章化されているか。・基本指針作成の場が、設定されているか。」。ここに書いてあるとおりだと思います。最後に、「基本指針はヘルスプロモーションの立場が貫かれているか。」。これがこの資料1で一番大事だと思います。なぜならば、3番、4番の「リーダーシップ」とか「リーダーとしての条件」、これは公衆衛生という文言を教育にかえれば、校長や教育事務所の所長のリーダーシップになるし、土木関係にかえれば、土木事務所のリーダーシップになる。つまり、保健所長に特別これというのは何もないわけです。あえていうなら、最後のヘルスプロモーションというやつだと思います。

資料2を見てください。ここには、組織管理、人事管理、それから先ほど桜山先生からご講義がありました行政管理というのが書いてあります。これは見ておいていただきまして、資料3が私の本題であります。

「保健所長のリーダーシップ」ということで、ここに31個、文言が書いてあります。これは、実は何かといいますと、先週、日本公衆衛生学会の付随行事として全国所長会の総会が京都でありました。そこには全国476の保健所の中から代議員が100人ほど集まりました。その代議員の中から、全国所長会の常任理事、理事といった、いわゆる役員の人たち、常識的にはやり手の所長といわれている人たちだと僕は思うんですけれども、その人たち30人に、私が直接聞きました。

実は、こんなもの事前に往復はがきでアンケートをとれば、きれいに書いて、立派なのが集まるんですけれども、アンケートで書いてもらおうと優等生の回答で、ほとんど同じになっちゃうんです。それで、私はあえて一瞬で答えてもらって、今本音で何を思っているというのを引き出そうと試みました。たまたま7年も常任理事をやっていますので、皆さんよく知っているから、「これから小窪に1分だけ時間をくれ」と言いました。「もちろんいいよ」と。

「次に僕が聞くことを、先生、瞬時に答えてね」ということで聞きました。そしたら、3人か4人除いて、驚きました、瞬間に答えました。1秒以内ぐらいに。中には一瞬の間があった人もいますけれども、それは何だ、パッと。それだけでも、そういう人たちは決断力とかそういうのがはっ

きりしているんだと思うんですが、それがこれです。

「保健所長のリーダーシップで一番大切なこと、先生、何ですか」と聞きました。最初の人は、「危機管理能力だ。ただ、これは健康危機だけじゃないよ。すべてに関して危機管理能力、これの1点」といいました。この方は現在、全国所長会の副会長です。4人いますけれども。

2番目は、これも副会長ですけれども、「何だと思えますか」「統率力」。その統率力というのは、黙っておれについてこいという、大松バレーボールの監督や、今の野球でいったら星野監督みたいなタイプもあるけれども、中にはおとなしくて、全然パツとしないけれども、ちゃんと下を動かしている。どっちかという、野球でいったら、昔ヤクルトに関根監督っていましたけれども、どっちのタイプでもいい。とにかく統率する力だ。

それから「マネジメント能力」。これは、マネジメントといっても、ここにありますように公衆衛生の遂行がとにかく中心にある、公衆衛生をやるんだという目的に沿った上でのマネジメントだということは強調されていましたが、これはあるブロック長の常任理事の先生です。

それから、4番目の先生、これも副会長の1人ですけれども、「バランス感覚」といいました。そんな状況で、ずっとここに書いてあることがありまして、5番目には「組織のマネジメント」。

6番目は「Public Health Mind」だといいました。これは、健康関係の研究班の班長を長くやっているある所長ですけれども、Public Health Mind がなければだめなんだということを強調されてきました。リーダーシップは、やっぱりこれがあるかないかである。あれば、所長が多少外れたことをいっても、組織で何とかなる。だけど、このPublic Health Mind がないと、どんなにそつなくやっても結局はだめだということを強調されてきました。

そんなことで、31 あるのは、実は私が入っているので31になっているんですけれども、皆さん、名前を全部公表していいよということをおとんどの方がいってみえましたがけれども、名前は出しませんということでしたので、こういう感じでやりました。

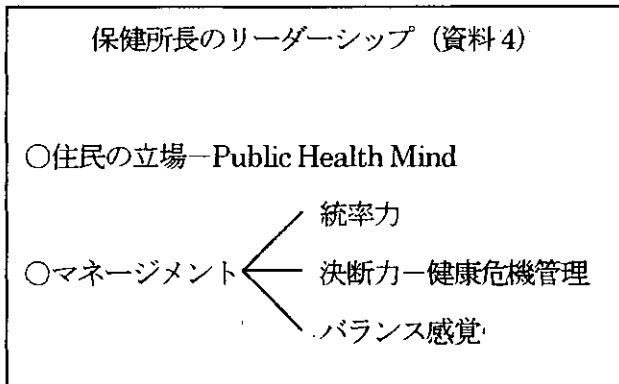
あえて、現在の全国所長会の会長である滋賀県の角野所長は許可も得ていますので、30番でありました。全国所長会の会長は、一言で「腹くくれるか」といった。これをちょっと打ってもらった事務方が、「『腹くくれるか』って、文言このままでいいんですか」といったんですけど、彼がそういったから、いったまま書こうということで、「腹くくれるか。それだけだ、保健所長は。あと何も要らぬ」といいました。これが全国所長会の会長です。

それから、私ですね。人のことをいったので、責任がある。私、最後です。僕は、どこまで限りなく地域住民の立場、視点に立てるか、それですと15年苦しんできましたし、これがリーダーシップだと僕は思っているの、こう書きました。

この30人の、どちらかいうと一言でいった思いというものを資料4にまとめてみました。例えば、住民の立場、住民の視点、住民の信頼、やっぱり立場に立つことだという趣旨でいわれた方は6人でした。それから、明確に「Public Health Mind」という単語が使われたのは2人ですけれども、やはりそういう趣旨でのビジョンとかそういうことをいわれた方が6人で、上の丸は、12人がまずこれを挙げました。

下は、マネジメント。これは、統率力、決断力、バランス感覚、マネジメントとってしまえば全部入っていますね。Public Health Mind だつて入っちゃうかもしれない。ですけれども、あえてこういうふうに分けたんですが、「マネジメント」という文言を直接使った方は3人でした。

それから、「統率力」、そういう類の言い方をしたのが一番多くて7名でした。それから、「決断力」であるというような趣旨の内容は3名でした。どう違うのかといわれればあれですけれども、先ほど申し上げたように、純粋に文言だけで書きました。それから、「バランス感覚」というのが3人強調されていたので、このように挙げてみました。そして、あえて、その後に「健康危機管理」ということで、そういう文言を挙げた方は2人だけだったんですが、挙げさせていただきました。それで、これを危機管理とせずに、「健康」とわざと入れてちょっと狭めてしまったのには理由があります。やはり保健所長のリーダーシップとしてまとめたときに、保健所以外でもそのとおりにやらないかというふうにちょっといづらくするために、Public Health とか健康危機ということをやわざと入れて、こんな感じでまとめてみました。



最後ですけれども、これは私の大変尊敬している小倉敬一先生と実は電話で話をして、やっぱり Vision と Passion と Decision だなということ、2人が一致したのであります。たまたまみんな「on」で終わるので、頭文字をとって「VPD-3つのon」ということで勝手に書いたわけですが、Vision というのは、Foresight でもいいと思うんですけれども、将来に対する見通し、そして、それに対する周到な準備をするということでもあります。それから、Passion (情熱)、Public Health

Mind はまさに Passion だと思います。それから、Decision ということで、この3つは大事じゃないかというようなことでお話をしました。

現場で保健所長をされていて、自分も含めてですが、いろいろ活躍している所長もいるんですけども、私の印象として1つ思いがあるのは、地域住民の視点、それがどうしても足りないんじゃないかと思います。やはり地域住民の視点に立つということ、要するに、地域住民が一番求めているもの、そして、その健康を守るためにやらなくちゃいけないこと、地域住民の立場に完全に立って保健所行政を進めていけば、私は所長として何の不思議もない。

ただ、行政機関の人間であるという中で、やはり官僚機構の中で、十分できない部分もある。また、官僚機構だけでなく、外部のいろんな団体なんかとのしがらみでもできない部分がある。その中で、どこまで地域住民の視点に近づけるのか、地域住民の立場に近づけるのかというところが、私はやはりリーダーシップだと思うんです。

ただ、こうはいいまして、その大前提に立つのは、最初に桜山先生からお話があった第一線性、専門性、行政機関としての役割、さらに診療所としての役割、そういうものが、やはり当然しっかりできた上でのことであることはいうまでもありません。

曾根座長 小窪先生、どうもありがとうございました。ただいまのお話に関しまして、コメント、ご質問ありましたら、お願いいたします。

会場A 先生のお話は非常によくわかりました。2つのポイント、住民の立場とマネジメントということですね。

そこで質問ですが、危機管理ということがいわれましたけれども、いわゆるグループの長としての危機管理は最も大事なものであり、最も難しいものだと思うわけです。私もそういうことに関して、今まで勉強するという立場にありませんでしたし、例えば私がそういう立場に立っても、具体的に思いつくのは、過去の事例に学ぶとか、小倉先生みたいなベテランの先生に聞くぐらいのことしか思いつかないんですけれども、具体的にそういう危機管理能力を高めるためにはどうしたらいいというふうに、何かいいサジェスションがあったら教えてください。

小窪所長 余り偉そうなことはいえませんが、私は、基本的には都道府県型の保健所に関していえば、保健所は危機管理機関だと思っております。なぜならば福祉とか保健のサービスは原則的には、特殊なものを除いて市町村にしていますし、だからといってやらないわけじゃないですが、難病福祉だって市町村とともにやっています。一番危機管理機関だと実は私は思っているんですが、地域保健法の基本指針の中に、これは平成12年3月で大分古いんですけども、やはり

健康危機管理というのが初めて出てきて、保健所は警察とか消防とか医療機関とか市町村とかいろいろな機関を調整して束ねて、そのトップに立つのは、公衆衛生にたけている保健所長が中心に立つんだと。

さらには、これは国のつくったマニュアルの方ですけれども、保健所長が福祉との統合機関で、トップでないけれども、健康危機が起こったときには速やかに保健所長が指揮官になるような体制をつくっておけ、そこまで書いてあるんです。そういうふうに保健所長の健康危機に対する立場とかいうのは、特にいろいろな機関の調整とかそういうことであって、先ほどからお話がありましたように、健康危機というのは、ふだんどれだけやっていくかで決まるわけです。

ところが、現実には私が見聞きしている範囲では、全国の500近い保健所でどれだけの保健所が現在、消防とか警察とか市町村とかと、例えば災害時にどうするかということを保健所として本当にやっているかという、十分どころかやれていないところの方が圧倒的なような気がします。

さらに、例えば、SARSにしても、この春先、台湾人の医師のときには、保健所は確かに役割を果たしてしっかりできたんですけれども、たまたまあれは2次感染がなかったんですが、もしあの後それが続いたらどうだったかとか、この冬の体制はどうかと考えたときに、まだまだ不十分だと思うんです。

それで、どうしたらいいかということですが、実は、全国所長会でも、先週の総会では、21世紀の保健所像ということで、そういう問題を取り上げたんですけれども、やはりいろいろなところから啓発して、例えば、危機管理であるならば、1つ、基本指針にあるわけですから、いろいろな機関との調整をちゃんとやっているのか、やっていないところはやらないかということをや我々仲間でも声高に言っていく。さらに、関連する訓練なんかもどんどんやっていく。

例えば、SARSの患者の搬送訓練でもどうでしょうか。7月の終息宣言が出た段階で、私は東海・北陸ブロックの保健所長の会議なんかで話を聞いた範囲ですが、半分なんてやっていません。恐らく2割かそこらの保健所がやっているか、それ以下だと思うんです。現在の時点で、この冬に向かって搬送、出たときの対策ということで、本当の訓練をやっているところは、私の地域ではまだ半分ないと思います。

ですから、やはりそういう危機感で認識を高めていくようなことをいろんなところからしていくということ、それだけだと思います。余りいい回答になっていなくて済みません。