

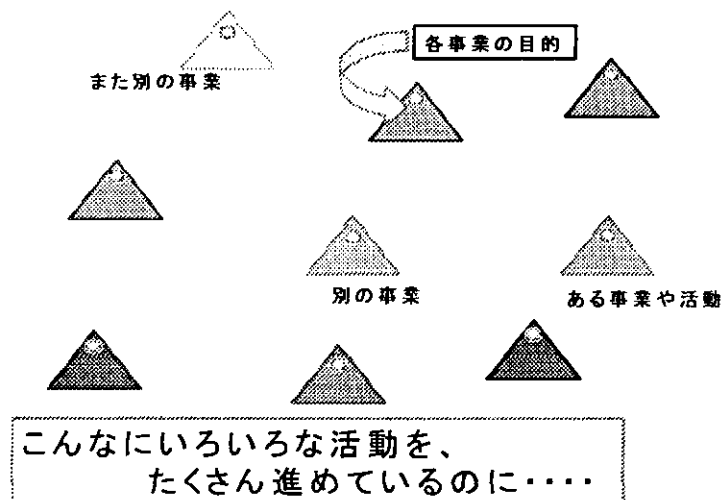
## 講演 4:新しい時代に対応する保健所長の育成

岩永 俊博 (国立保健医療科学院研修企画部長)

「新しい時代での保健所長に必要な能力」ということですが、まず、新しい時代とは何かということの特徴づけると、不確実の時代といわれて相当なりますけれども、やっぱり不確実性だとか多様性といえると思います。価値観だとか生活の多様化。それからスピード化ということもいえるでしょう。すごいスピードで時代は移っていますし、我々の移動に関してもかなりスピードアップされています。そういう意味では、健康課題ということ自体もすごい複雑化しているということが一番大きい特徴だろうと思います。

そういうものに対して、マネジメント能力という視点から、私は問題提起をしたいと思います。マネジメント能力といったときに、地域活動のマネジメントと組織のマネジメントというのを考えることができるだろうと思います。

まず地域活動のマネジメントということを考えてみます。今、市町村やあるいは保健所、現場では行政が行ういろんな事業だとか、住民自身がいろんな活動を展開しているわけです。ある事業や活動がありますと、また別の事業があつて、例えば、糖尿病対策というのにしても、健診だとか教室だとか、いろんな事業がバラバラに行われている。



それぞれに目的があるわけですが、こんなにいろいろな活動を進めているのにお年寄りの問題は解決してきているのか。子育ての問題、先ほど石川先生の方から話のあったような難病の問題だとか精神の問題だとか、解決しているといえるのか。多分ほとんど解決しているとはいえない状況だと思うんです。1つ1つの小さい問題はいろいろ解決したり、プチンプチンとつぶさ

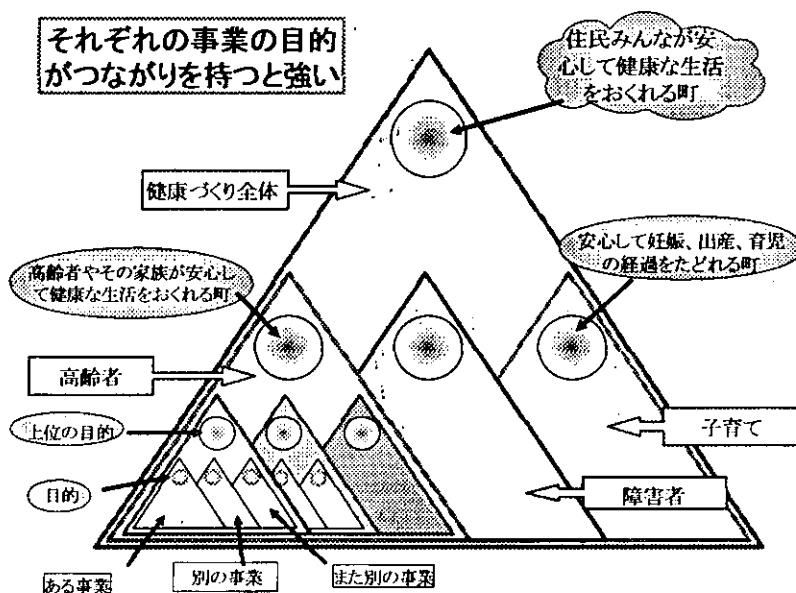
れていくようなことはあると思うんですけども、全体枠として見て、本当に解決しているのか。

それじゃ、2つのことを考えてみましょうということで……。まず1つは、統合的なアプローチということと、それから、もう1つは、解決のためのツールの使い方といいますか、戦略づくりといいますか、そういう視点からちょっと考えて見ます。まず統合的なアプローチということですけども……。

そもそもお年寄りの問題の解決とはどういうことなんだろう。どうなったら解決したといえるのかということ。多分皆さん1人1人が、その答えをお持ちだと思うんですけども、それをどこかで表明して一緒に仕事する人と確認し合って、「なるほど、そうだよな。おれたちの目指すところってそこだよ」みたいなことで確認できているでしょうか。

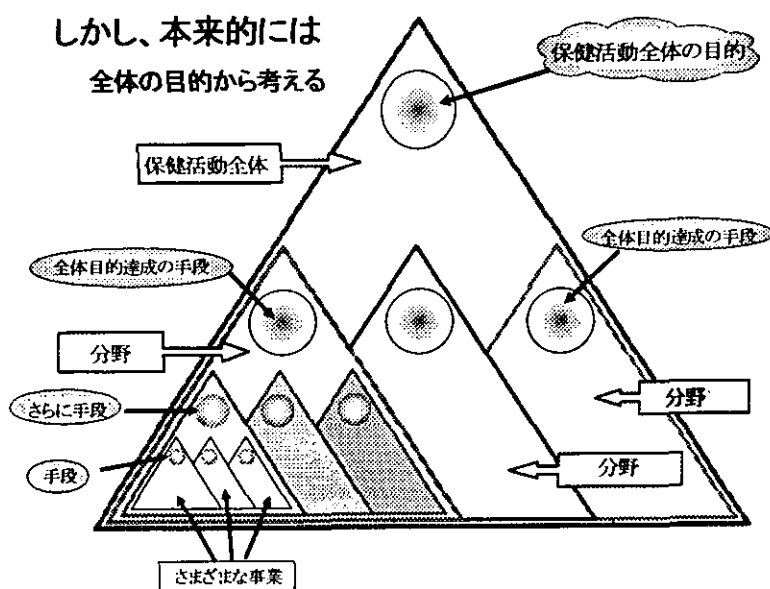
あるいは、そもそも子育ての不安をなくすことが可能なのか。何でも「そもそも」なんですけれども、私たちはこの「そもそも」というのを、どうもどこかに置き忘れていないかということをついいたいです。

ほとんどの場合、個々の事業の工夫に頭を痛めています。どうしたらもっと人が来るだろうか。どうすればお金を使わずに済むだろうかとか。



それぞれの事業の目的がつながりを持つと強いというのは、似たような目的を持っているものが集まると、上位の目的を実現する。それがさらに上位の目的を実現する。例えば、高齢者だと、「高齢者やその家族が安心して健康な生活をおくれる町」。障害者だって何かあるでしょうし、そ

れから子育て、「安心して妊娠、出産、育児の経過をたどれる町」。全体が集まってきて、健康づくり全体として「住民みんなが安心して健康な生活をおくれる町」みたいな構造化されると、きつともうちよつとすっきりするだろうなと思うんです。しかし本来的かというと、上から考えなくちゃいけない、これがシステム論なんです。



全体の目的が何なのか。それを実現するには、どういう条件が必要なのかという手段が来て、そのためにさらに下に手段が来るというふうに考えていくと、一番下のところにいろんな活動だとか事業だとかが並んでくるという考え方です。

システム論というのをこういう形で全体枠から考えないとわからないというのは、本当はちょっと考えるとわかることなんですけれども、例えば、家の設計図を考えるときに、部品からは絶対いけないはずで。例えば、30人ぐらいいて、2～3人ずつぐらい、「あなたたちは玄関のことを設計してください」「あなたたちはお座敷を設計してください」「あなたたちは台所を設計してください」と集めれば、ちゃんとした家の設計図になるかといったら、それは無理ことでしょう。全体が見えないことには、部分はどう設計していいかわからないはずで。これは新しい自動車のデザインなんかにしても、部品からは考えられないはずで、全体枠からしか考えられないはずなんです。

ところが、行政なんかで、さっきの三角形をバラバラの図みたいにして、事業を1つ1つやっても、何となく事業を一生懸命やっているという感じで許されてしまうというか、そういう意味で、我々の本当の行き先は何なのかって見えないまま、何か活動をいっぱいやっているから、ごちゃごちゃやって、本当にこれでいいんだろうか、今こういうふうに行っているかとい

うのが見えない。目指すところに向かっているかどうか確かめるすべがないというような感じになっていると考えられます。

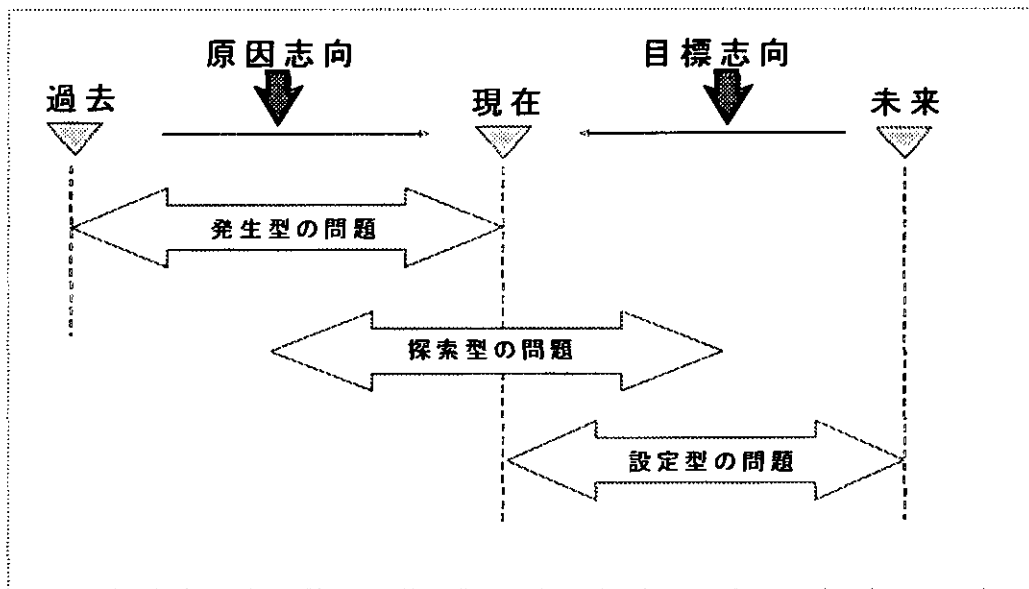
これはなぜかという、多くの行政がやっている事業というのは大抵、国とか県からこういうことをやりなさいといってきたのを、現場レベルではそういう形でやっていたり、どこかよそでよさそうなのをやっている、うちでもやってみようやってみたり、突然「こんなのどう？」と思いついてやってみたりという、こういう全体枠組みがあんまりちゃんとしないままやっているというところがあるんじゃないかと思うんです。

<b>発生型の問題</b>	=>見える問題
逸脱問題	起こってしまった問題
未達問題	
<b>探索型の問題</b>	=>探す問題
改善問題	もっとよくしたいという問題
強化問題	
<b>設定型の問題</b>	=>創る問題
開発問題	これからどうしようという問題
回避問題	

佐藤 允一：問題解決入門（ダイヤモンド社、1987）

私、今統合的な見方について話しましたが、では分析的にものを見るというのは何なのか、現状を分析して、そこから問題点を見つけてというのは何なのかと思われる方もあるかもしれません。佐藤さんという人が書いた「問題解決入門」という中に、問題というのを3つに分けて考えているんです。「発生型の問題」、これは起こってしまった問題。それから、「探索型の問題」、もっとよくしたいという問題、それから「設定型の問題」、これからどうしようという問題。これをごっちゃにして問題解決と話すと、ちょっととんでもないことになるわけです。発生型の問題というのは、見てもおわかりのように、食中毒が起こったとか何かが起こった、それはなぜ起こったのかと原因を探していくんだけど、それには解決というのが、せいぜい現状復帰か二度と起こさないということしかない、もとはには戻らない。

例えば原発の事故があって、バケツで入れたからだというのがわかったからといっても、死んだ人はもとには戻らないですね。だから、二度とそういうことをしないようにしよう決めるしかない。飛行機の墜落事故なんかでも、原因を徹底的に究明するのは、二度と起こさないためにやるわけで、原因が分かってももとはには戻らないわけです。

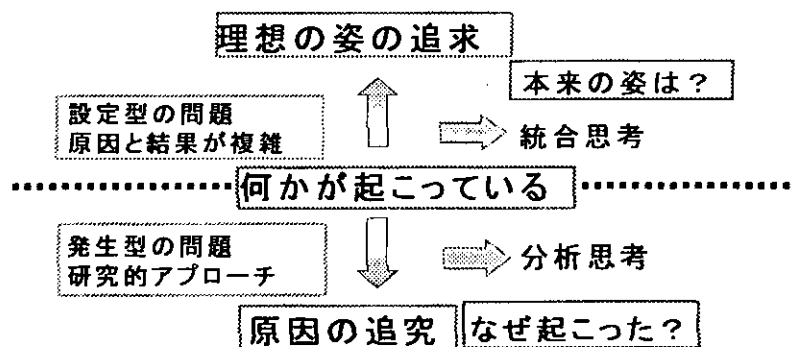


佐藤允一：問題解決入門(ダイヤモンド社,1987)

これも佐藤さんの図なんですけれども、発生型というのは過去の問題、探索型というのは過去も影響しているけれども、これからどうしようかという問題、設定型というのは未来型なんです。

だから、発生型は原因志向なんだけれども、設定型は目標志向なんだと書いています。つまり、保健計画、「計画」という、これからどうしようかというものは未来志向なんです。将来的にどうあるべきで、今こうだから、今から将来に向かってどう持っていくかというのが書いてあるのが、本来は計画といえます。

問題解決のためには分けて考えることが必要です



だから、分けなくちゃいけないんです。発生型の問題だったり、研究的アプローチは、原因を追

求、それは分析思考で、なぜ起こったという話になりますし、設定型の問題あるいは原因と結果が非常に複雑に絡んでいる問題というのは、理想の姿を追求して、統合思考で、「本来の姿は？」という思考というふうに、思考パターンを分けないとごちゃごちゃになってしまうでしょう。

## 計画も分けて考える

### 1. 設計図型の計画

設計図から具体的な作業計画へ  
基本計画 → 事業計画

### 2. 改修型の計画

問題の発見から原因の究明、原因の除去へ

### 3. 事件の察知と対応のための計画

だから、計画も分けて考えましょう。設計図型の計画ということと改修型の計画。改修型の計画というのは、何か問題が起こっているから、それをどうしようかという話ですし、設計図型というのは、まさに新しい家を建てるときにはどんな家を建てたいのか、それから出発する考え方。それと、3番目に「事件の察知と対応のための計画」というふうに、分けて考えた方がいいんだろうと思います。

ですからトップマネジメントとして非常に大事なことは、どういうことを統合的にとらえて、判断し、決定するかということですね。当然判断して決定したら、そこに責任もかかってくるわけですから、保健所長としては、そのくらいの覚悟が必要になってくるのだろうと思うんです。

何を統合的にとらえるかということ、まず1つ、「日常的に集まる情報から統合的に健康課題を決定する」。我々は分析的にずっと、何が問題、何が問題といきますから、細かい方にはいくんだけど、そもそも何なんだという、いわゆる統合的な見方です。

あるいは、「地域の健康課題を個別的にだけではなく統合的に捉え、対応策を統合化した視点から決定する」。例えば、がんがこれだけで、高血圧がこれだけで、脳卒中がこれだけでとバラバラにやるのではなくて、生活習慣としてとらえるとすれば、どれでも全体枠みたいにして考えたりすることが必要なんでしょうし、それから、「地域で行われているさまざまな事業や多分野の活動を総合的に捉え、その方向性を専門的視点から決定する」。先ほどの三角形バラバラの図を全体の三角構造としてどうやっていくか。先ほど、桜山先生とか小窪先生が「リーダーシップ」とか「リーダー」という言葉で表現されましたけれども、あれもやっぱりそういう意味でとらえることができると思います。

それから、「健康危機状況下で集まってくる情報を統合的に判断する」という役割。大事なのは、統合的な対応と分析的な対応を分けなくちゃいけないだろうと思うんです。

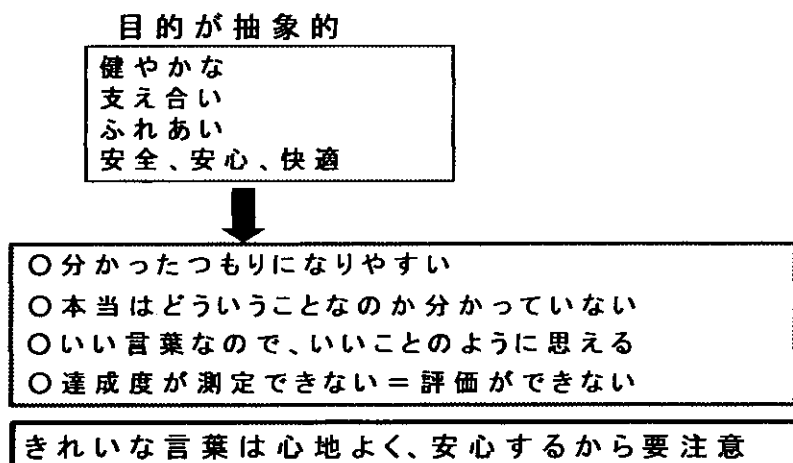
「私たちは、『そもそも』を確認したり共有するというプロセスを軽視していなかったか？」

何をいいたいかというと、「そもそも」というものを表現しているはずの目的というものの例を幾つか見てみましょう。

例えば、これはある町の実際の糖尿病対策の目的を書いてもらったのをちょっと拾い出したんですけども、読んで意味がわかりますか。これは実際の町ですから、自分のところだといわれる方は済みません。ちょっと謝りますけれども。「糖尿病治療者の増加、働き盛りの合併症者の増加の伸び率を押さえ、糖尿病にならないような生活習慣を住民とともに考える機会を増やすとともに、住民ひとり一人が行動変容しやすい環境づくりを行うこととする。」と書いてあるんです。言葉自体は、わからない言葉はないんだけど、全体で何をいいたいのか。

「基本健診の結果からセルフケア能力を身につけ、高められるようになることを目的とする。」  
こんなのは簡単な文章ですけども、これすら何かよくわからないと思いませんか。言葉としてわからぬことはないんだけど、何をいいたいのという感じ。

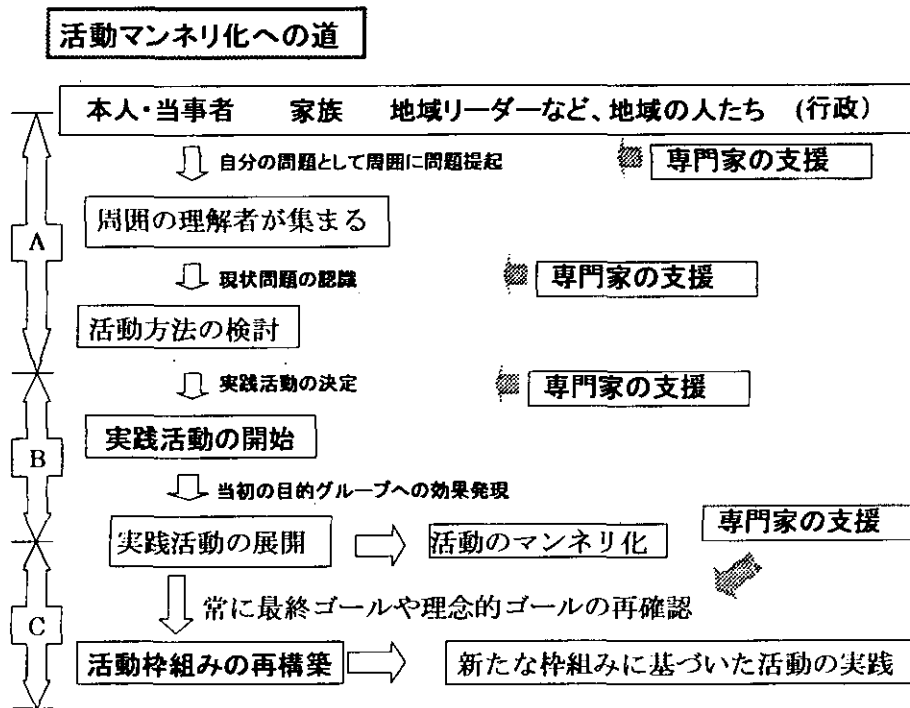
もう一つ。「糖尿病予防を糸口に住民の積極的参加と継続的な健康づくりを促す住民参加型活動を推進し、住民の健康水準の向上を図ると共に、主体的な行動変容を支える活動方法を構築する。」  
という目的で、やっていることは糖尿病教室です。



目的が抽象的で、そんな抽象的な目的というのは、「分かったつもりになりやすい」から非常に危ない。本当はどういうことなのか分かっていない。「いい言葉なのでいいことのように思える」「達成度が測定できない＝評価ができない」というようなことが起こっている。ですから、目的が具体的でなければ、達成されたかどうか確かめることもできないし、活動の複合三角構造って、先

ほどの三角形ですけれども、ああいうことを確認することもできない。

もう1つ、「問題解決や活動発展のためのツールの使い分け」ということですからけれども。

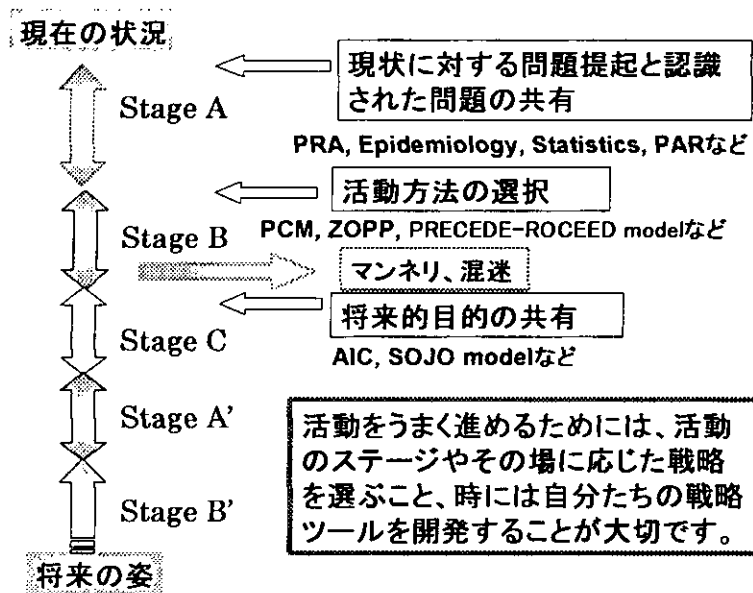


これは私がタイで、エイズの地域活動、住民活動の発展を調査したときに、どういうふうに進んでいくかということをやつぐらゐのグループのものをちょっと抽象化してまとめたものなんです。まず、本人や当事者、こういう人たちが周りに対して問題提起するんです。エイズはそのままじゃよくないよって。周囲の人たちに問題提起すると、周囲の理解者が集まって、問題を認識します。活動方法を検討して、何か始まるんですけども、しばらくやっていると、何となく効果が発現してくるんです。「差別はよくない」「差別をなくそう」とプラカードを持って歩いたりすると、だんだん差別は改善されてくる。

すると、それが2年、3年続いてくると、またあれだよ、またパレードだよとみんな言い出すわけです。ことしはどうしようか、まだするのみたいな話になってくる。いわゆる活動のマンネリ化というのが起こってくる。

活動のマンネリ化を起こさないためには、常に我々は本当は何しようとしていたのか。先ほどの「そもそも」なんですけれども、我々の検討で、そもそも何のためにこんなことをやっていたのかということを確認していくというのが非常に大事だということがわかりました。そのときに、要所所で専門家の支援があると、これがうまく進んでいく。





開始時期、実施時期、転換時期と考えますと、それが現在の状況から Stage A、Stage B に行つて、Stage C になってというふうにしていくと、マンネリ化せずに Stage A'、B' と動いていく。地域での活動をうまく進めていくために、ステージごとにどういう戦略を立てて対応していったらいいかということ判断して、決定していくということが非常に重要なんだろうと思います。

ですから、マネジメントという視点からいうと、「統合的な考え方」、そもそも何のために我々はあるのか。ステージに応じて戦略ツールを使い分ける、これは多分地域マネジメントでも組織マネジメントでも、同じように考えることができると思います。

自分たちの活動の本来の目的は何か。 そういうことを判断していく。ただ、こういう問いに対しては一般解はあり得ない。 一般解というどこにでも共通する答えはない。ということは何かといったら、全国一律的な対応策では問題解決は困難。 ということは、何が重要かといったら、固有解をどう見つけていくか。 そこに専門性が出てくるだろうと思うんです。

だから、「固有解の探求を自分でできたり、スタッフにさせることができるための研修方法として」。ここでやっと研修というのが出てくるんですが、「聞いて分かる」じゃなくて「考えて分かる」ような研修をしたい。何か一方的に聞かせるんじゃなくて、考えさせるような研修をしたい。それから、「個別的、縦割りの知識」でなくて、「応用能力」をつけるようなことをやるべきなんじゃないかと思っています。それが例えば、「事例活用法」だったり、「事例研究法」だったり、「実践的臨地学習」みたいなことがメインになってこないかと多分できないだろうと私は思っています。ただし、こういうことをやっていくためには「いずれも健康に影響する要因などについての基

礎的な知識を持っていることが前提」なんです。これは、先ほど小窪先生も最後におっしゃいましたし、桜山先生もおっしゃったことだと思います。専門性というか、いわゆる健康に対してのトップマネジメントであれば、それに対しての知識があるというのは当然のことのわけです。

「研修のあり方としての今後の検討課題」としては、そういう事例活用法とか、事例研究法とか実践的臨地学習に用いる事例の蓄積が必要で、テキストづくりというのが我々に課せられたものだろうと思います。それから、教官が現場での仕事の進み方に実践的に触れる機会がなければ、机上の教育になってくる、あるべき論になってしまって、実践でやっている人に「現場じゃ違うよ」といわれてしまったら、効果は半減だろうと私は思っています。それから、「健康への影響要因などに対する公衆衛生的視点からの基礎教育を担当する大学との連携が必要」になってくるだろうというふうに思います。幾つか問題提起させていただきましたけれども、私の発言を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。（拍手）

## 追加発言 1: 保健師が期待する保健所活動のリーダーシップ

平野かよ子（国立保健医療科学院公衆衛生看護学部長）

最近の保健所は、非常に元気がないとか、保健師も元気がないとよくいわれております。最近の動向としましては、福祉との統合であったり、あるいは県型ですと、県の出先の行政機関の地方振興局であるとか、いわゆる行政機関の中に、吸収される形になってきているのが一つの傾向ではないかと思えます。

### 保健師が期待する保健所活動 のリーダーシップ

#### 保健所

行政の論理ではなく「健康を護る論理」が主導する  
機関

#### 「健康を護る論理」

- 時間の効率を最優先させない、経済効率も最優先させない
- OUTCOME以上にPROCESSを重視する
- 一人は全体の一部でもあり、個と全体は不可分と認識する

そういう意味では、公衆衛生の第一線機関であり、専門機関であり、行政機関でありましたが、行政機関としての機能の強化はかなり図られて、専門機関としての機能がその中で発揮しづらくなってきているのが、元気のなさではないかと思えます。しかし、保健所がリーダーシップを発揮していけるためには、行政の論理ではなく、「健康を護る論理」が主導する機関を維持できなければ

機能を発揮できないのではないかと思います。

市町村保健活動は行政機関の中で展開しているのを見るにつけ、やはり市町村の保健活動と違う保健所としての公衆衛生活動を展開するための条件は何だろうと思います。行政の論理は時間の効率を優先させるとか、経済効率、そして事務事業評価として結果・成果が求められます。ですけれども、健康を護る論理とは、地域の問題が何か、実体を本質的にとらえ、住民の人たち、関係者と一緒に、解決策を探るというものだと思います。これはそれ相当の時間がかかることです。ですから、その時間をかけないで、何かしろというのは非常に厳しさがあります。公衆衛生の活動はそのプロセスで次の活動を展開するパワーが生まれるため、非常にプロセスを重要視するものですが、このことがなかなか理解され尊重されない時代にあります。

それから、一個人の問題であっても、それが全体の中の1つのものであり、全体に連動していく、あるいは個と全体というものは不可分だという考え方が公衆衛生の考えの中にあると思いますが、このような考え方もなかなか説明しづらく、伝えづらく、これらの価値を大切にしたい仕事ができなくなっているために元気がないのだと思います。

## 保健所活動のリーダーシップ性

- ☆ 地域のあるべき姿を描き、地域社会が向かうべき“方向性を提唱”する
- ☆ 健康を考慮する意識を呼び覚まし、“警鐘”を鳴らす
- ☆ 健康危機の管理：“事故発生防止のための投資”
- ☆ 地域の“実態”を捉え、合意が形成される“場”を設定し、地域特性に応じた“知恵を創造”させる  
(科学的根拠の単なる適用ではない)

保健所活動としてのリーダーシップ性というときには、地域にさまざまな複雑な問題がある中では専門職だけがいてどうなるものでもない。身近にいる、近隣の人々の力が大切になります。これからの社会が向かうべき方向性を提唱し、アドボケートの機能を発揮しているときに「リーダーシップ性が発揮できているな」と思います。

それから、健康を考慮する意識。健康であると、自分に体があつたことも忘れて活動することに気が取られます。単純で素朴なことですが、手を洗い、うがいをしましょうのような、本当に基本的に、人が健康を守るために意識化しなければいけないことをその都度、警鐘を鳴らす。これが地味な仕事だと思うんですけども、このことをし続けていく。他は目立ったことや、あるいはニュース性のあることにしか飛びつかない時に、そこを地道にし続けるということだと思います。

それから、健康の危機管理ですが、これは先ほど、事故発生ということもありましたけれども、やっぱり公衆衛生は事故発生しないために投資する活動ではないかと思います。

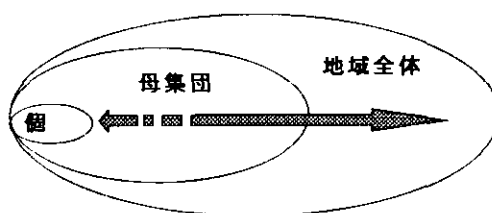
そして、これらの機能を発揮するには、地域の実態を捉えなければなりません。実態を捉えるというのは、何も公衆衛生専門職だけが行うことではなく、住民は住民なりに自分の生活の中でとらえているわけですから、そういったとらえているものを集積し問題解決に向け合意が形成される場をつくって行くことです。そうすることでいろいろな知恵が集まり、その地域に応じた、先ほど岩永先生もおっしゃったように、固有な解決としての知恵を、その都度、創り出していけると思うのです。

それは、公衆衛生専門職が科学的根拠を適用した活動をおこなうのではなく、それぞれの地域で役割を担う人たちが、自分が持っている知恵を集積し、自分たちでやれる、あるいは一緒に楽しくやれるような活動をつくる、そのことに保健所のリーダーシップ性は求められると思っています。

もう1つの公衆衛生の特色は、いわゆる医療であるとか福祉との比較で申し上げますと、医療にしても、受診を申し込んだ人、福祉のサービスも、福祉サービス行政は申請主義ですので、目の前にあらわれた人のことをすればいいわけです。ですけれども、公衆衛生の場合というのは、目の前にあらわれた問題を持つ人から、例えば母集団を想定して、その人たちが持つ問題が解決される方向を考え始めます。

## 保健所活動のリーダーシップ性

目前の個別的な現象に終始せずに、目前にない母集団、地域全体を視野に入れた“活動展開モデル”を示す（申請しない者、見えないものの尊重：臨床医療との違い）



### 現場主義

現地に出向き、その場に身を置いた事態の理解と把握が原則

そして、やはりこれは現場主義が貫かれなければならないと思います。まず現地に出向いて、その場にこちらも身を置いて、それが住民の視点といわれるものと思いますが、その場に身を置き、理解し、把握する。そういった問題のとらえ方が、活動としては非常に重要ではないかと思います。ですから、統計的に出てきた数字から何を見るかということもありますけれども、その実態が何か

という意味では、現場に出向いていく。

## 臨床医療と公衆衛生の比較

項目	臨床診療	公衆衛生
対象	患者	生活者
単位	個人、家族	個人、集団、コミュニティ
手段	診断、治療	(一次～三次)予防、体制整備
目標	治癒、軽快	社会的生活・自己実現
アプローチ	生物学的アプローチ	社会的アプローチ
専門家の関わり	主導的(リーダー)	支援的(パートナー)
活動の場	施設中心	地域・学校・職域など
学問的基盤	医学、看護学など	左記に加えて、疫学、社会科学
診断ツール	医療面接、臨床検査	保健統計、調査、訪問
実践組織	病院・診療所	行政(国・自治体)、住民組織、NPO等
結果の視認性	見えやすい	見えにくい

狭い意味での臨床医療と公衆衛生の比較ですが、臨床の場合、対象は患者ですけれども、公衆衛生の場合は生活者で、単位としては、臨床の場合は個人、せめて家族ぐらいの範囲ですが、公衆衛生の場合は、個人、集団、コミュニティの全体です。

それから、手段として、あるいは解決方法としてでしょうか、活動、それは診断治療が中心になるところ、公衆衛生の場合は1次から3次の予防と、それからさまざまなサービスが提供される体制の整備までが入るといったことになります。

目標としては、臨床の場合は、治癒、軽快するまでかもしれませんが、公衆衛生の場合は、地域での社会的な生活が維持、発展、ある意味ではQOLの向上が図れるということをおねらっている。

アプローチとしては、臨床の場合は、医学的、生物学的アプローチ、個体を対象にしていれば、そういうものでいいかもしれませんが、公衆衛生の場合は、その社会的なアプローチが非常に求められ、専門家として求められるものは、主導としてはリーダー的な機能かもしれませんが、公衆衛生のリーダーシップといいながらも、そこには基本はパートナーシップであるというようなこと、それから活動の場、学問的基盤、その他は見えていただければいいかと思いますが、このように違いがあるんだということをまず一般の方もなかなか理解がされていない。このことも課題であるかと思えます。これを知っていただくような活動も非常に重要ではないか。

### 保健師が期待する保健所長

- ① 公衆衛生の“HERALD”  
(先ぶれ・布告する者：危機の迅速な判断)
- ② 行政集団の長ではなく専門職集団の“長”
- ③ 人々をエンパワーメントさせる者  
(職員・住民)

保健師として保健所長に期待するということをあえて3つにまとめるならば、1つは私はこの「HERALD」です。ある大きな問題が起きたよということを先触れする、あるいは布告する、あるいは何かの使者といいたいでしょうか、これからこういうことをしないと問題になるんだよというようなことを、先頭を切って、旗を振って示すことです。そしてその問題をみんなで解決する。所長には、健康の問題は今これだよということの宣告者になってもらいたいということです。2つ目は、やはり保健所というのは専門職集団で、その長であるんだということです。それは、統率をとるというようなこともあるかもしれませんが、基本的にはいろんな専門性を持つ人々の集まりです。それから住民も含め、人々がやはりエンパワーメントさせてくれることを強調したいと思います。

## 保健所長のリーダーシップ性

### 【固定した組織では機能しない公衆衛生】

- ★ 所内縦割り組織の壁を超える“動的な体制”づくり
- ★ 課題に応じ柔軟に多職種によるプロジェクト形成
- ★ プロジェクトの総合的なマネジメント
- ★ 企画調整部門をバックアップ
- ★ 職員に地域実態を捉えさせ、関係者から地域実態を掴み、幅広く地域の課題を感知
- ★ 所内全体が情報を共有する
- ★ ジェネラリストである職員（保健師）の適宜適正配置
- ★ 所長は行政職をエンパワーすればよく、行政力が求められるのではない（素養としては求める）

公衆衛生の特徴は、縦構造の組織に縛られずに柔軟に対応することです。必要な人たちでチームを組んで問題を解決していくということが基本なのではないかと思います。ですので、保健所には縦割りの組織構造がありますが、基本的には固定した組織では機能できないのが公衆衛生だと思います。

ですので、所内の縦割り組織はそれなりに必要なのですが、必要に応じ、動的な体制を組みかえていける、課題に応じ柔軟に多職種によるプロジェクトを形成して、そのプロジェクトを総合的にマネジメントする所長を望みます。

具体的にはどういうことかという、最近、保健所に設置されてきている、いわゆる企画調整部門をバックアップして、所内を横串を刺した活動として柔軟な活動が展開できるようということ。それから、職員がまず地域実態をそれぞれの専門職がとらえて、関係者からも地域実態というものをつかんで、広く地域の課題を感知、察知してほしいと思います。

また、そうした地域の課題、情報が所内全体で共有できるような場づくりといいたいでしょうか、そのマネジメントも期待したいです。それから保健師は、いろいろな職種の中でもジェネラリストなんですけれども、今、保健師は従来、1カ所に集まっていた集団から各業務別に、比較的行政事務

別の業務分担の中に埋没する方向があるんですけども、それは必ずしも保健師の機能が発揮できるいい構造でもないと思います。ですから、それぞれのところに当面置いていても、適宜、問題に応じて、その保健婦もさまざまなプロジェクトに配置させていただくようなことを期待したいと思っています。

結論として、今いろいろ保健所長に行政力をつけることが言われますが、それは行政機関としての知識理解を最低持っていただければよいのであって、その保健所の中には行政職もいるわけですから、その方たちのパワーを活用し行政的な機能を発揮できるようにし、やっぱり保健所は専門職集団であることが特色ですので、私はその行政力を保健所長に求めたいとは思っていません。ということで、私としての期待を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。（拍手）

**曾根座長** 平野先生、どうもありがとうございました。

ちょっと時間もあれですので、コメント、質問等はまた後ほどにさせていただきます、最後に「諸外国におけるヘルスセクターのリーダーシップ養成」ということで、本院の次長の林謙治先生にお願いいたします。

## **追加発言 2: 諸外国におけるヘルスセクターのリーダーシップ養成**

**林 謙治（国立保健医療科学院次長）**

今までの話とちょっと角度が違うわけでございますけれども、私ども、ことしの1月に、各県に保健所に関しての調査を行いました、1つわかったことは、皆さんも大体の様子はおわかりだと思いますけれども、今の保健所組織は極めてバラエティーに富んでいるということです。県によっては、児童相談所までも保健所の中の一部にしたり、障害者施設までも一部にしたり、そういう県もあります。あるいは、ところによっては、保健所というのは本庁の一部の位置づけになっているというようなこともございます。その中で、保健所長さんたちが今まで一体どういうトレーニングを受けてきたかということも調べてみました。

皆さん、ご存じのように資格要件が3つあります。1番目が、3、4年の公衆衛生の実務経験を経た者、2番目が国立保健医療科学院の保健所長資格コースを受講した者。3番目が、県知事の推薦によって厚生大臣が特に認めた者。3つありますけれども、実は、保健医療科学院、公衆衛生院のときのことも含めてですけれども、現在の所長さんたちが一体どのぐらい、ここで研修している

かということですが、県と政令市では大分違っていて、県では6割です。政令市では3割5分ぐらい、平均して40%ぐらいですけれども、ということで、約半数以上は、システムティックな研修を受けなくて保健所長になっているということがわかったわけでございます。

最近よく、保健所長の医師資格を外すとか外さないとか、どうすればいいかという議論が盛んに行われているわけでございますけれども、その中で、私としてちょっと気になりますのは、医師であるかあるいは医師でないかという話には議論が集中しており、一体どういう能力を持っていることが望ましいかというところが、本格的な議論が始まっていないというふうに思いました。

そこで、私どもの研究班で、厚生労働省の方から委託を受けまして、諸外国は一体どうなっているかを調べたところ、いろんな国を調べたんですが、きょうはちょっと時間もございませんので、アメリカとイギリスのケースについてお話ししたいと思います。

アメリカでございますが、アメリカの州レベル、日本でいえば衛生部長クラス相当は、原則としてはすべて医師です。若干そうでないところもありますが、医師です。それから、日本の保健所レベルでいいますと、ローカル・ヘルス・デパートメントと基本的にはいいんですが、医師でなければならぬということはいわゆるたってはいないんですが、少なくともマスター・オブ・パブリックヘルス、これを取得していることが条件。それは医師でない場合でも、獣医師あるいは薬剤師、看護師に対してもマスター・オブ・パブリックヘルスを要求している。これが基本です。

イギリスの場合でございますが、サッチャー政権の時代に、いわゆる地域にわたる保健医療組織を大改編しまして、Primary Care Trust というのが一番ローカルのレベルの組織でございまして、303 団体を全国につくりまして、医療費の削減はサッチャー時代の1つのフォーカスだったものから、これを大いに進行させまして、長はもともと医師であったわけでございますけれども、何しろ財政問題が中心なものですから、だんだんと医師でなくなってきました、むしろ会計に強い人をどんどん入れていったというようないきさつがあったわけでございます。

ただし、この中で、現在は公衆衛生課長だけは医師を置こうとしている動きがあるのでございますが、「イギリスPCT公衆衛生課長の資格要件」(表1参照)というのは、ロイヤルカレッジ・オブ・フィジシャンの中でパブリックヘルス部門のリコメンデーションの条件なんですけれども、これは医師である場合と医師でない場合と、あるいは両者に共通する資格要件という、主にこの3つです。

非常に細かく分けております。大変具体的なものが多いんですけれども、ここでも、医師でない場合は、やっぱりマスター・オブ・パブリックヘルスを要求しているというようなことになっております。



これはこれでよろしいんですけども、実は、ご存じのように、イギリスで狂牛病のBSEが発生して、何万頭の牛も殺さなきゃならない羽目になりまして、また人間にうつったりするかもしれないということで大騒ぎしたわけですが、そこでハッと見ましたら、サッチャー政権が小さい政府を目指した結果、つくった Primary Care Trust の中には、感染症についてすっぱり抜けた、そういう穴ができてしまっていて、これは大変だということで、実はことしの3月か4月なんですけれども、この最後のページですが、慌てて Health Protection Agency、これは中央から末端までにつながる感染症対策部門の1つの行政組織をつくったわけです。ここの組織の長はすべて医者。感染症を専門とする医者を配置することになったわけです。ヘッドもちろん医者です。

ということで、何か今日本の議論が、あたかも 1980 年代、サッチャー時代の議論ですといっているような感じがしまして、この感染症のことはしょっちゅう起きるわけでもないのに、つい頭から離れてしまうんでしょうが、一たん狂牛病みたいになってくると大騒ぎして、結局は小さい政府を目指しながら、かえって大きい政府をつくってしまっている。

それならば、日本のように、保健所の中にヘルスプロモーション等、日ごろはいろんな仕事をやりながら、感染症にも対応できるようなシステムにしてあるということは、私はかえって効率的ではないかと思うんです。そうでないと、保健所がそういう機能を失って、事務職でもいいとか、あるいは専門職はそんなに要らないというような発想でいきますと、検疫所も含めて、また改編しなきゃならないんじゃないかというような印象さえ受けるわけです。というような英米における事情をちょっと紹介させていただきました。(拍手)

## シンポジウム

**上木座長** きょうは、新しい保健所像と保健所長のリーダーシップということでこのシンポジウムが開催されておるわけで、厚生労働省の方も、資格要件のことは検討会でいろいろ議論されているところですが、きょうの話は、どちらかというところからの保健所と求められるリーダーシップという方向に議論をしていただいています。そういうことで、これからの形をイメージしながら、フロアの皆さんにもディスカッションに参加していただきたいと思います。

皆さんの方からは、求められる能力ということでいろいろお話がありましたが、少し補足もしていただきたいと思うんですが、皆さんの話の中で、保健所長といっても、県型の保健所と政令市型の保健所とありまして、話のイメージはどちらかというところ県型の保健所のイメージだったと思います。その問題を少し乗り越えてとか置いておいて議論をするということもありますが、県型と

政令市型の差がだんだん大きくなってきている流れですので、そのことについてはちょっと補足を、各演者からしていただければと思います。

**石川理事長** 私の理解といいますか受けとめ方というのは、政令市型保健所であるとか都道府県型保健所であるとかの差はないんです。保健所は保健所、保健師さんは保健師さんという考え方で、日常的にはそういう区別は全然意識もしていないし、区別もしていないというのが実際だと思っております。

**上木座長** 住民の立場としては、保健所は1つだと。

**石川理事長** はい、そういうことです。

**上木座長** では、桜山先生。

**桜山参事** 私は、たまたま政令市型の保健所も特別区で経験しておりますし、県型の保健所は東京都の保健所で経験しておりますので、ある意味では石川先生がおっしゃったように、基本的には業務の内容に若干差があるだけで、保健所ということでは同じだろうと私も思っております。

ただ、先ほど平野先生からもお話が出たんですが、確かに政令市型の保健所ですと、東京の場合には特別区の保健所になりまして、例えば区議会などへの対応がよく出てまいります。東京都の保健所ですと、直接的に都議会へ対応することはありません、都議会議員へ対応することはございますけれども。そのような差は若干ありますが、基本的には同じだろう。ただ、そこをもってすれば、先ほど私も「行政的な能力」という表現を使いましたし、平野先生も「行政」という言葉を使いましたけれども、政令市型の方がそういうのは若干多い。政令市型というか特別区と東京都の県型の保健所を比べればそういう差があったと思います。

平野先生の発言の中で私は若干承服しがたい点がありましたので、少し追加させていただきたいんです。「行政」という言葉の定義の問題になってしまうので、実際は恐らく平野先生の考えておられることと私の考えていることは余り差がないと思うんですが、行政的な能力とか行政的な考え方と公衆衛生的な考え方が、私は全く違うものではないと思うんです。恐らく、平野先生が使っている使い方は、従来のお役所的発想とかそういう考え方で使っているんだと思うんですが、私も行政機関に身を置く者として、最近では旧来のようなお役所的発想はなかなか少なくなってきたという点、それでもありますけれどもね。

**上木座長** では、小窪先生、お願いします。

**小窪所長** 私は都道府県型の保健所のことしかわかりませんが、基本的には、先ほど申し上げましたように危機管理の拠点という考え方を持っているわけですが、その点から名古屋市とか岐阜市とか見えていますけれども、全く差はありません。だから一緒だと思います。

**上木座長** では、続きまして、岩永先生。

**岩永部長** 私は、先ほど地域マネジメントだとか組織マネジメントというお話をしました。地域マネジメントという考え方、いわゆる計画、評価が中心になってくるものですが、政令市型の保健所にそういう部門をきっちり置いて、市町村的な機能で動く部門と、本来は県型的な機能、そういうマネジメントだったり計画、評価みたいなところで置く部門とをきっちり置くべきだと思っています。

ある市町村の人に、保健所がなくても市町村だけで仕事はできますからといわれたんです。私はそのとき、それは仕事はできるでしょう。でも、先ほどいったような統合的な見方での全体的な指針づくりだとか評価だとかというのをちゃんとやりながらやるんだったら問題ないんだろうけれども、ただ日々の業務ができていくことときっちり指針をつくったり評価したりすることを混同しない方がいいんじゃないですかというお話をしたんです。そういう意味では、機能として政令市型も県型も同じに語れると私は思っています。

**上木座長** 機能として同じということで、今皆さんの方からお話がありましたが、実際に管轄内に市町村を抱えているという形と、政令市型の場合は行政の中で保健所という機能と、今岩永先生がおっしゃったような評価の機能を、一方では企画サイドを持っているわけで、そのあたりは私は違うようにも思うんです。

保健所のありようについて、何かフロアの皆さんの方から、きょうこれから議論を進める上で踏まえて議論すべきだという点が、もしご指摘があればしていただきたいと思いますが、なければ、今お話があったように、一応共通点としては同じように考えられるということがいわれていますので、その上で進めていきたいと思えます。いかがですか、よろしいですか。

では、特にないようですので、今委員の皆さんからお話のあったように、基本的には共通する機能だという理解で進めたいと思えます。

では、その能力と保健所のありようを踏まえた保健所長のリーダーシップというもの、それはいろいろな能力が指摘されまして、行政能力、専門性を持った能力、専門性というのは主に公衆衛生という専門分野の知識、技術ということになるわけですが、その2つのことが特にいわれていたと思えます。また、専門性という中では、さらに地域を踏まえるという考え方とか、地域の実態把握、またそれらを科学的に整理するという視点、そういうところまで専門性というものを持って皆さんいっていたと思えます。それと、組織管理能力とか行政力という部分がいわれていたと思えます。そういう能力について、大体皆さん共通していたとは思いますが、行政力について、今ちょっと桜山先生からも指摘がありましたが、平野先生、何かそれに対してご意見はございますか。もしあ

れば、補足をしていただいて結構ですが。

**平野部長** 私も行政的な力量が要らないとはいっていないくて、ある一定水準の力量は必要だと思うんですけれども、基本的な考え方として、公衆衛生というのは非常に公共性なり公的責任性が高いと思うんです。

これまで公衆衛生は行政的、官の機能の上に展開してきましたが、公共性を高めることが目的であり、このことがきっちり担保されるならば、行政から独立しても活動できる側面があると思います。

しかし、指導、監視というのは官でなきゃできないのではないかという問題が残ります。そうではなくて、第三者機動的に評価し指導できる機能も担え、公的な機能を果たす機関として位置づけられれば、必ずしも官という行政の上に乗っていないでも十分機能できるのではないかと思います。

少し抽象的過ぎ、時代にそぐわないかもしれませんが、可能性としてはあると思います。歴史的には行政の中でやってきたし、かなり行政的機能とはオーバーラップしていると思いますが、逆にもうちょっと独立した公共性の高い機能を持つといったありようもあるのではないか、そのことを含めて専門性としては行政力とは言わないで、公共性を発揮する専門性といいますか、それは行勢力ではなく、専門的技術のマネジメントの範疇でいいんじゃないかという考え方でいかがなものだろうかと思い、1つ提起させていただきました。

**上木座長** そうすると、技術的なことも行政の中でいろいろ出てくるわけで、それを含んで行政力というふうにいった部分もあると。

**平野部長** いわゆるマネジメント力というのはすごく広い概念なので、何が行政的か、もう少し定義をきっちりしなきゃいけないことかもしれないんですけれども、おっしゃっていることはとてもわかります。

**上木座長** 行政力について、マネジメント能力ということが主に出されていましたが、本庁機能などでいいますと議会対応も出てきたりしまして、そういうものも行政力というのかと思いますが、行政力の中身について、今まで皆さんにお話しいただいたことにさらに加えて何かございましたら、ご発言お願いしたいと思いますが、いかがでしょう。

行政の中で一番動いてきたのは桜山先生でしょうか。本庁機能という意味の動きをされて……。

**桜山参事** 行政的能力というのは何かということが非常にあいまいだろうと思うんです。ですから、そこで論議を始めますと、私はちょっと議論が不毛になってしまうのかなと。

例えば、研修の中でのディベートなんかですと非常におもしろいテーマだと思いますし、私も二十何年前に本院で勉強させていただいたときに、松野かほる先生の講義の中で、「保健婦は行政職