

行するための能力としては何だろうか、こういうふうにならざるを得ないわけですね。

そこをシビアにやっていく中で、事務局としてそういうものを整理しながらたたき台を出していくわけですが、今までの議論を総括しますと、能力というのが大体4つぐらいに分類できるかな。これは皆さん異論があろうかと思いますが、一応そんなことで、とりあえずカテゴライズがされつつあるんですが、これは今までも聞いたことかもしれません。

1つは、健康危機管理に対応できる必要がある。そこは主に医学的知識を中心に、感染症を含めて、いろいろそういう医学的な知識を持った人じゃないと、健康危機管理の現場の瞬時に対応しなければならないいろんな問題を分析し、判断し、ディシジョンをする、トップとして。これは、そういう知識というものがなければ困るんじゃないか。逆にいえば、そういう知識があるという能力です。

それから2つ目は、地域を預かりますから、地域の状況を分析して、何が問題であって、どういう取り組みをすべきかということをきちんと分析をして企画ができる。その地域としての対応ですね。それは個別市町村の指導ということ、あるいは協力ということもあるかもしれません。そのところに公衆衛生の能力というのが求められるというような観点です。その場合の公衆衛生能力というのは特に定義はしておりませんが、そういうものがやはり求められるのではないかと。それは公衆衛生の経験でもよろしいし、また公衆衛生の教育の相当なものを受ける。受けたということで担保はできないだろうかというような考え方です。

3つ目が、保健所ということですから、当然に専門職種が大勢います。多様な職種がおられます。これを内部的に統括をして、組織の内的管理を的確にやっていくためにはどういう能力が要るか、こういうことですね。

それから、4つ目は、外部的な調整といいたいまいしょうか、医師会を初め、関係の地域の団体、関係者、関係機関と日常的に交流をし、いろいろな協力体制というのをとっておく。そういう外部的平時の調整というものがある。そしてまた、調整という意味では、緊急時の、先ほどの危機管理能力という頭のところを医学的知識というふうに申し上げましたが、それプラス、当然、管理能力というものを問われるわけです。そういう意味で、今の内部的管理、外部的管理、そして緊急時の管理というのをあわせると、3つまとめて管理能力という話になるかもしれません。所長には恐らくこれぐらいがまず求められるのではないかと。

そして、あともう1つの論点の柱になっていくのは、医師でなければできないかどうかという議論の考え方なのか。最も望ましい最高水準の日本の保健所というものをファンクションさせるために必要とされるレベルというものは何なのか、こういう考え方のどちらをとるかという視点が、もう

1つ出てくるわけです。この辺もやはり問われてくることになるというふうに考えております。

今まで5回検討会をやりまして、大体そういうことの見解が出尽くしまして、次回、11月10日に検討会がありますけれども、そこには今申し上げたようなことも含めて、どういう視点でその保健所長の資格問題というのを検討すべきなのかという国民的立場に立った視点というのが当然提示されなければいけない。つまり、国民の利益の観点から見たときに最も望ましい姿は何か、国民の健康水準の保持、増進と安全の確保という命題を最も国民の利益に沿った形で達成するための最高水準の資格は何なのか、こういう視点で物を考えるべきじゃないでしょうかということ、まず私もとしては提示をしたいと今考えているわけです。

それから、もう1つ重要なのは、今までの保健所がいろいろな問題もはらみながらここまで来た。そういう保健所のあり方というのをトータルにどう評価するか。つまり、よくやってきたじゃないかと、それなりに高く評価されているじゃないかと見るのか。それとも、いや、だめなんだよ。つまり、そういう所長資格の問題から根底的に考え直さなければまずいような事態となっているのかどうかという評価を踏まえるべきなんです。

私の個人的考えですが、恐らく多くの方は、今まで医師がやってきたということによる質的担保というものがやはりあるというふうに考える。あるいは医師が所長であるということに対する信頼というのもある程度あるのだろう、こういうことが一方である。しかし、それ以外にいろんな問題点もあって、こういう話になるわけです。

そうしたときに、今の現行制度を変える実益があるのか、必要があるのか。変えることによるリスクというものも当然あるわけです。こういうものをどう考えるかという視点が当然に出てくるわけでありまして。あとは、ディシジョンメイキングの長と、判断ができるというのですか、そういう知識がある人が分かれていて、効率的かどうかとか、もちろん多岐にわたる論点はあるわけですがけれども、そういうことを次回以降検討しながら、最終的に医師資格要件を廃止するのか、廃止するとすればどういう要件を立てるのか、廃止しないとすればどういう理由で今のままでいこうというふうに考えるかということになっていきます。

もう1点は、やはりきょうの話については、私自身も以前公衆衛生院で公衆衛生行政学部長をしているときに、保健所のあり方を学生さんとも随分一緒に考えた経験があるのですが、やはりそのときの結論は、責任者に立つとなかなか難しいのですが、結論は、保健所法、地域保健法のできが悪いわけです。

何をいつているかということ、保健所というのを定義していないんです。保健所はこういうことをやるとは書いてあるけれども、本質的にどういう機関だというのは定義していないんです。これは

不思議なことなんです。そのことが、先ほど皆さんがいろいろ議論しながら、行政機関かどうかとか、その地域がどうなのかということに苦勞せざるを得ない本質なんです。

私なりにちょっといわせていただくと、これは余り参事官の立場からはいえないんですけども、当時の行政学部長の立場から申し上げますと、結局、その本質は、保健医療の公的サービスを提供するシステムをどう考えるかという話に逢着するんです。公的保健サービス。それは本来3つぐらいに類型化されるわけです。

1つは、いわゆる統計をとるとか、人口動態も含めて、そういう話とか、あるいは先ほどあったように市町村を指導するとか、国との関係も含め、公益的なものも含め、住民からは全く見えないところで行政機関的な役割としてある程度果たしていくような部分の仕事というのが1つ。ある程度公共的な仕事といってもいいですが、ある。

2つ目は、危機管理のようなものです。住民からすると、直接日常的に、目には見えにくいんですが、食中毒があった場合、感染症が勃発した場合、SARSがあった場合、日常的な薬事監視、医事監視、それから食品衛生監視、こういうものを通じて安全を守っているという、絶対にこれは必要なこと、公的な必要なこと、対物のことをよくわれますが、そういう部分です。

3つ目は、住民の側からよく見える。従来でいう対人保健サービスあるいは福祉もそうかもしれません。そういう領域と分かれていくわけです。

そこで、恐らく絶対なくちゃいけないということがわかりやすいのは、今の前の2つなんです。3つ目というのは、時代によって違い、都道府県型でいけば、県がやってきたものが、市町村が力をつけてくれば当然そこに行くから、都道府県型からはなくなっていく。そういう側面があるわけですし、民間が出てくれば、住民はサービスさせてもらえばいいわけですから、金さえ出してもらって安くできてもらえばいいわけです。というような性格のサービスです。この3つがあります。

結局、都市型というのは、それを3つ抱えているわけです。しかしながら、岩永先生がいわれたように、企画部分がどうなのか。1つ目で申し上げた、都道府県が市町村を指導するというような計画の部分はどれだけあるかという問題はありますけれども、そういうようなことが都市型の場合にはわかる。都道府県型の場合、3つ目のところが完全に変質してきているわけですから、これは都市型と県型のルール型が同じというふうにおっしゃられているけれども、実態的には当然違ってくるわけです。保健所のエンティティーとして何をやるかということです。問題は、その3つの機能のうちの何を保健所と呼ぶのかということが定義されていないために混乱が起きるわけなんです。将来的には地域保健法を改正するとすれば、地域保健のサービス体系というのを整理をした上で、何を保健所と呼び、場合によっては保健所という名前を変えてもいいのかもしれない。ということ

を含めた整理が必要になってくると思うんですが、今はそんなことをやっている余裕がとてもなく、現在の保健所をどうしていくか、こういう問題になっていこうかなというふうに考えています。

最後になりますが、研修の問題をいろいろご意見いただきましたが、これは大変大事でありまして、今の検討会での議論でも、むしろ公衆衛生のことをよく知らない医者が保健所長になっていることが問題じゃないかということも当然いわれているわけです。これは、本当は科学院で3カ月のコースで、一応公衆衛生資格という扱いをしておるわけですがけれども、本当はやはり短いだろうと思うんです。もっと長くやってもらわなくちゃいけない。

しかし、それは自治体側が長過ぎると送れないというので、しょうがなく短くしている面もあるので、医師の確保が十分でないといっている自治体に、そこのところは猛省を促さなくちゃいけないだろうというふうに思っはいますけれども、そういう現状の中で、やはり問題は、医師資格どうのということだけを議論するのではなくて、本質的にどういう機能が求められているか。先ほどのように、能力をきちんと果たすような、持っているような所長さんをつくっていくということが大事なわけですので、そのために今の研修のあり方、それから生涯教育のあり方等々を含めて、やはりそちらの方の、より何を強化しなければいけないかというところの課題が大きいのではないかなというふうな気がいたしております。

林次長 藤崎先生、ありがとうございます。それから上木先生、シンポジストをやっていただいた4人の先生方、本日は大変長時間にわたって問題提起していただきまして、本当にありがとうございました。厚く御礼申し上げます。

午後5時48分 閉会

表 1. Primary Care Trust の公衆衛生課長の資格要件

(王立医科大学公衆衛生医学部が推奨し、Primary Care Trust がこれを参考に採用条件を設定)

①公衆衛生医学の医師を採用する場合の資格要件	
一般医学協議会に、家庭医ではなく専門医として登録されている	必要
公衆衛生専門医として登録されている	望ましい
公衆衛生専門医として登録されていない場合、公衆衛生医学に関する同等の教育を受けている、または公衆衛生医学の実践経験のある程度有する	必要
試験、免除、審査等を通じて、公衆衛生医学部の会員資格を取得する	望ましい
専門医としてまだ登録されていないが、公衆衛生医学の医局員である場合は、採用予定日の3ヶ月前までに、公衆衛生医学部の資格試験に合格し、専門医として登録される予定である	必要
②医師でない者を公衆衛生の専門家として採用する場合の資格要件	
公衆衛生に関連する高い学位（例えば、MPH のような公衆衛生に関連する修士の学位など）、またはそれと同等の学位・資格を有する	必要
公衆衛生専門医の取得のための教育研修を受けたのと同等の学識と経験を有する	必要
公衆衛生を含む健康関連の職務（NHS でなくてもよい）の実務経験が豊富である	必要
公衆衛生医学部の名誉会員の資格、またはこれと同等の資格を取得する	望ましい
試験、免除、審査等を通じて、公衆衛生医学部の会員資格を取得する	望ましい
（登録制度が確立されたら）公衆衛生専門家として登録されている	望ましい
③両者に共通する資格要件	
（資質）	
公衆衛生に対する強い信念をもって業務を遂行できる	必要
戦略的な思考ができる	必要
業務の優先順位を決定でき、変化や不確実性にうまく対応できる	必要
様々な状況に適応でき、様々な資質や意見をもつあらゆる人々を指揮できる	必要
チームワークがとれ、他人の技能を尊重・配慮できる	必要
やる気があり、能動的で、刷新的である	必要
（経験）	
臨床現場における業務改善を推進した経験がある	必要
プロジェクト管理の経験がある	必要
上級職（senior level）で3年以上の公衆衛生業務の経験がある	必要
人事管理の経験がある	望ましい
学術雑誌への投稿、学会やセミナーでの研究発表の経験がある	望ましい
（技術）	
口述、記述による優れたコミュニケーション技術をもっている	必要
対人関係を効果的に構築する技術をもっている	必要
優れたプレゼンテーション技術をもっている	必要
現実的に何を達成できるかを想定した上で、分別のある交渉をできる技術をもっている	必要
高度に発達した分析技術をもっている	必要
十分な数学の技術をもっている	必要
コンピューターを使用できる技術をもっている	必要
予算管理の技術をもっている	望ましい
（知識）	
NHS に関する詳細な知識をもっている	必要
疫学、統計学、公衆衛生活動、ヘルスプロモーション、保健経済学、ヘルスケアの評価に関して理解している	必要
質の保証・改善、evidence-based の実践活動の方法に関する知識をもっている	必要
社会・政治情勢に関して理解している	必要
市町村行政や社会サービス（福祉サービス）に関して理解している	必要

資料 2 米国 Public Health Leadership Institute 訪問調査

(2004 年 2 月 19～20 日)

1. National Public Health Leadership Institute (PHLI)

1-1. 設置主体・協力機関

国レベルのリーダーシップトレーニングセンターである。運営費は創立主体である疾病管理センター(CDC)が 100%負担するため、受講生が負担する Tuition はない。

協力関係にある Center for Creative Leadership(CCL)は、非営利団体(NPO)であり、リーダーシップに関するテキストやツール(後述の 360 度フィードバックや FIRO-B など)の開発や、講師の派遣をおこなっている。PHLI はノースカロライナ大学(UNC)の School of Public Health のサービス提供部門である North Carolina Institute of Public Health(NCIPH)が提供するプログラムの一つである。

1-2. 対象

シニアレベルの public health officials(最低 5 年間の senior level experience を有すること)を対象としている。後述する地域レベルのリーダーシップトレーニングセンターである SEPHLI との違いの一つがシニアレベルを対象としている点である。職場でリーダーシップを発揮できるような責任ある立場にある者の受講が望まれる。1991 年以来、修了生は 700 名を超える。

1-3. 受講生(scholar とよばれる)の選考

PHLI プログラムはチーム学習であるため、2～4 名のチームで応募する。国、州、LHD、病院、HMO、Medicaid/Medicare administration、CDC、大学、legislatures、メディア、健康関連ビジネス、地域団体などの複数の組織から多様な人材が集まったチーム(boundary-spanning teams)が望まれる。メンバーのうち、少なくとも 1 名は、governmental public health leader でなければならない。外国人の参加も認められている。毎年 1 チームは国際チームを受け入れている。

アメリカ人チームの場合、PHLI がターゲットとしている以下の者が入っていると優先的に受け入れられる。

- State Health Officers (or equivalent)
- State Health Deputies
- Health Directors and their chief deputies from local jurisdictions serving large populations

上記の者は職位が高いのでチームワークに時間を合わせることが困難なため、個人でも応募可能である。個人で参加する場合、チームリーダーシッププロジェクトはおこなわない。1 人でレポートを仕上げると。2003 年度は 9 名が個人参加した。

チームは選考委員会が年齢、地理、専門性のバランスを考慮して 14-17 チームを選ぶ。

10 期生と 11 期生の属性を表 1~2 に示す。表 2 の準学士は看護学であり、修士で最も多いのが公衆衛生学修士(MPH)であった。博士で最も多かったのは 10 期生では PhD、11 期生では医学博士であった。全体として公衆衛生分野で修士号や博士号を取得している場合が多いが、経営学修士(MBA)や法学博士(DJ)も複数みられた。

表 1. PHLI 受講生の所属

組織の種類	10 期生		11 期生	
	N	%	N	%
政府の公衆衛生従事者				
連邦政府	7	22	3	11
州政府	6	19	6	22
郡政府	5	16	4	15
市政府	7	22	4	15
その他の政府組織	1	3	2	7
大学	3	9	2	7
私立組織	3	9	6	22
合計	32	100	27	100

表 2. PHLI 受講生の最高学歴

最高学歴	10 期生		11 期生	
	N	%	N	%
準学士	1	3	0	0
学士	3	9	3	11
修士	20	63	17	63
博士	8	25	7	26
合計	32	100	27	100

1-4. スケジュール

修業年限 1 年間のスケジュールを以下に示す(図 1 参照)。

<p>9 月: 受講生の選考結果発表</p> <p>11 月: PHLI Launch sessions (2 日間)に参加。アメリカ公衆衛生学会 (APHA) 総会時に開催。</p> <p>~4 月: 毎月の遠隔教育では週 3-5 時間の学習が必要(下調べを含む)。内容は、読書、電話会議 (conference call)、コンピュータによるディスカッション・フォーラム、インターネットの audio/video streaming への参加など。</p> <p>2 月: 「チームリーダーシッププロジェクト」を立ち上げ、発足後レポートを 11 月末までに、中間レポートを 2 月までに提出する。</p> <p>5 月: ノースカロライナ・チャペルヒル (The Rizzo Center) における合宿研修に参加(日曜の午後から金曜の午後まで。宿泊費・食費無料)。後日、研修後レポートを提出。</p> <p>6 月~10 月: 遠隔教育を継続するほか、自分で作成した Individual Leadership Development Plan を用いて個人のリーダーシップを開発する。また、チームリーダーシッププロジェクトの最終レポートと発表の準備をおこなう。</p> <p>11 月: PHLI Launch sessions で各チームがリーダーシッププロジェクトワークのプロセス、結果、学びを発表しあう。発表会の後、修業式。</p>

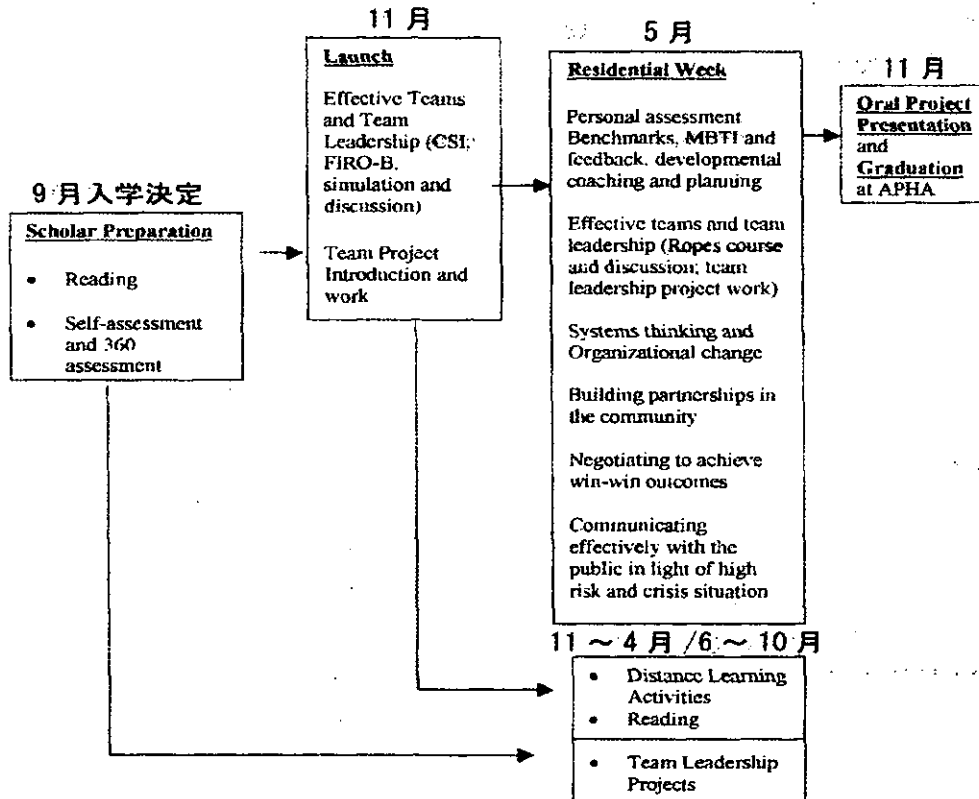


図 1. PHLI のロジックモデル

1-5. プログラムの内容

1-5-1. 電話会議(conference call)

日本では耳慣れない言葉であるが、遠隔教育の発達しているアメリカでは大変ポピュラーな方法である。あらかじめ周知されているスケジュールにしたがって、特定の日時に決められた番号にかけると複数の人と会話ができるシステム。7-12 名の人があるトピックについて専門家をまじえて話しあったり、あらかじめケースを読んで事例検討をやることもある。第 13 期の電話会議のトピックを例として表 3 に示す。

表 3. 電話会議のトピック(第 13 期)

トピック	講師
①The Leadership Implications of the 2002 IOM Report, The Future of the Public's Health in the 21st Century	Hugh Tilson
②Positively Developing the Challenging Employee	Janet Porter
③Using the Law to Lead	JG Hogde Jr., L Gable, L Stone
④Connecting Communities... with Power	Jody Hershey

表 3 の①を例にとって説明すると、この電話会議が開催されるのは 12 月 1 日の 2:00-3:15 と 3:30-4:45、12 月 3 日の 1:00-2:15(いずれも東部時間)の 3 回であり、続きものではなく、内容は毎回同じである。1 回のセッションは 1 時間 15 分間であり、最初の 5 分間がチェックインタイム、次の 20 分間で講師がプレゼンテーションをおこない、次の 30 分間で受講生が質問や議論をおこない、最後の 20 分間で各受講生は次にあげる A) から D) の中から 1 つか 2 つ選び、30 秒間で回答する。

A) The Future of the Public's Health の提言の中で、あなたが実行するキーアクションを一つあげなさい。あなたが選んだアクションのファシリテーターと障害物は何ですか。

B) あなたと"Significant Six System Actors"との関係を強固にするにはどうしたらよいでしょうか。その際のファシリテーターと障害物は何ですか。

C) 公衆衛生システムのパフォーマンス評価についての対話を推進するためにリーダーとしてのあなたがとる手段は何ですか。

D) カクテルパーティーで出会った知り合いや飛行機で隣り合わせた乗客に IOM のレポートをどのように説明しますか。(6 階から 1 階まで降りる 2 分間で話す)「エレベータースピーチ」をするとしたら、不可欠な 3 つの点は何ですか。

電話会議に参加するには、決められた予習を済ませていること、顔が見えないので発言する際にはその度、名前とチーム名を述べること、一人でしゃべりすぎないように注意する必要がある。電話代は加入者である PHLI が負担するため、通話料無料である。

1-5-2. 360 度フィードバック(360 assessment; 図 1 参照)

リーダーシップ・スタイル、conflict management style、パーソナリティ・スタイルの self-awareness を高めるためのものであり、その人の言動が周りからどのように認識されているか、多方面の視点からの情報を得る。多方面の視点とは、一般的に上司、同僚、部下などであり、彼らに受講生に関する質問票に回答してもらおう。例えば、「この人は、自分の間違いを認め、そこから学び、状況を改善するために前進する人ですか」という問いに「1=まったくそうではない」から「5=とてもそうである」の 5 段階で回答する。回答結果により、21 項目(「機知に富む」、「決断力がある」等)についてスコアが算出される。また、回答者別にも集計され、「上司からはこうみられているが、同僚の見方はこう」といったことがわかるようにまとめられ、受講生に返される。結果をみながら、講師が個別に 30 分程度のカウンセリングをおこなう(personalized coaching)。

第 10 期生と 11 期生を対象に、修了 6 ヶ月後に PHLI の Evaluation Survey を実施し、どの instructional strategy が自身のリーダーシップ能力の改善に役立ったかについて、その度合いを「1=No improvement」から「4=Substantial improvement」の 4 段階で評価してもらったところ、いずれの年も 360 度フィードバックと個人カウンセリングの得点が最も高かった(第 10 期=3.8、第 11 期=3.5)。

1-5-3. CSI(Change Style Indicator)

22 項目の質問に回答し、算出されたスコアによって、自分が保守主義者、実用主義者、創作者のいずれに位置するかがわかる(図 2)。ガイドブックにはこれら三つのスタイルについて、それぞれの性質、コラボレーションの仕方や創造性の違い、ほかの 2 つのスタイルの人からどう見られているか、フレキシビリティを増し、失敗を避けるためのアドバイスなどがまとめられており、自分のスタイルを理解し、強みを活かすことにより、成功につなげようというものである。

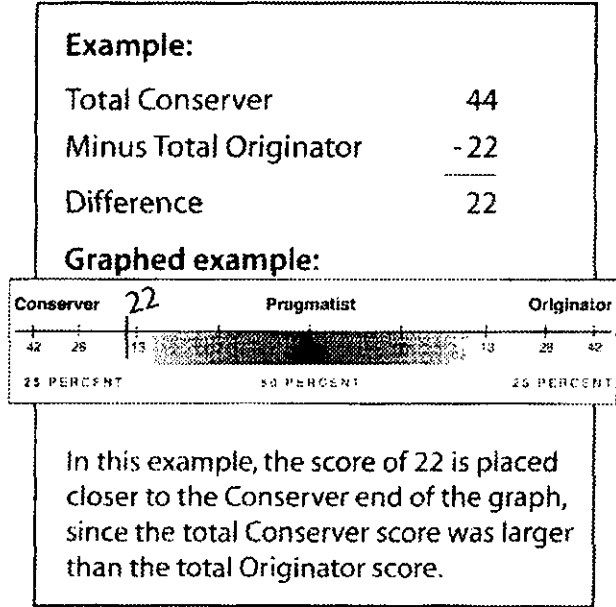


図 2. Change Style Indicator のスコアシート

1-5-4. FIRO-B(Fundamental Interpersonal Relations Orientation-Behavior)

グループ内における人との関わり方に関する自己分析のための自記式調査票である。どうすればグループが発展し、どんな行動がグループの機能を効果的に高めることにつながるかがわかるようになる。

FIRO-B モデルは、Inclusion、Control、Affection の三つの個人間ニーズに基づいている。これら三つの側面に関する行動には、他人に対してどうしたいか(Expressed)と他人に自分に対してどうしてほしいか(Wanted)という二つの要素がある。回答結果から表 4 のマトリックス中の ei、eC、eA、wi、wC、wA の 6 つのスコアが算出される。各スコアの読み取り方を表 5 に示す。

また、メンバーのスコアからグループの雰囲気わかる。Inclusion のスコア(表 4 ①)が高いグループは、メンバー間のコミュニケーションがよく、相互作用によって問題を解決するが、低いグループはめったにミーティングをおこなわず、個人で問題を解決する傾向にある。Control(表 4 ②)の高いグループは、階層構造ができており、最も力の強い人が争いを解決するが、低いグループではみんなが同等の力を持ち、相互の交渉によって争いを解決する。Affection(表 4 ③)の高いグループは、自分の感情に対して率直であり、他人の気持ちも考慮するが、低いグループは個人の問題を持ち出すことは敬遠され、メンバーはビジネスライクな傾向がみられる。

表 4. 各個人間ニーズのレベル

	Inclusion	Control	Affection
Expressed	ei	eC	eA
Wanted	wI	wC	wA
合計	①	②	③

表 5. スコアの解釈

スコア(0-9)		低	高
Inclusion	Expressed (ei)	物静か とても控えめ	社交的 魅力的
	Wanted (wI)	プライベート 人気に関心が少ない	受け入れて欲しがる 仲間はずれを嫌う
Control	Expressed (eC)	フレキシブル 権力に関心が少ない	厳しい 支配的
	Wanted (wC)	独立している 反抗的	依存的 決断するのが苦手
Affection	Expressed (eA)	ビジネスライク 理性的	あたたかい 安心を与える
	Wanted (wA)	注意深い 閉鎖的	思いやりがある 傷つきやすい

1-6. プログラム評価

応募状況、修了状況、教育プロセスに対する満足度、プログラムの成果、普及・宣伝活動の5つのカテゴリについて目標値を定め、比較評価をおこなっている(表6)。

表 6. PHLI の成果指標

	目標	10 期	11 期
①応募状況			
1. 応募者総数	125	152	151
2. 州保健衛生部局長の入ったチームの入学割合*	35%	23%	35%
3. 上位 150 の Metropolitan Statistical Area の長が入ったチームの入学割合*	33%	62%	41%
4. 少数民族の入学割合	15%	13%	20%
5. これまで来ていなかった州や領土からの入学者数	3	15	10
②修了状況			
1. 合宿研修前の電話会議への参加割合	75%	37%	42%
2. Launch sessions への参加割合(家庭の事情などで中退した者を除く)	100%	100%	100%
3. チームリーダーシッププロジェクトの最終レポートを提出したチームの割合	95%	12/15 80%	10/14 71%
③教育プロセスに対する満足度			
1. PHLI は期待にそうものであったと(強く)思う者の割合	95%	97%	85%
2. PHLI を同僚にも勧めたいと(強く)思う者の割合	95%	100%	92%
3. PHLI は自身のリーダーシップ能力を改善したと(強く)思う者の割合	95%	97%	96%
4. 電話会議で学んだことを仕事に応用したいと(強く)思う者の割合	95%	88%	88%
④プログラムの成果			
1. リーダーシップ行動のリスト**の中から改善されたと修了生が自己申告した行動の割合	100%	100%	92%
2. 修了生の職場の人が修了生について改善されたと評価するリーダーシップ行動の割合	100%	ND	ND
3. PHLI への参加によって仕事上のリーダーシップが改善されたと(強く)思う修了生の割合	95%	97%	100%
4. 卒業後 1 年間に実施されたチームプロジェクトの割合	60%	ND	ND
⑤普及・宣伝活動			
1. UNC のスタッフや修了生によって PHLI の効果について学会や学術雑誌に発表された論文の総数	2	0	0

*個人参加の場合も 1 チームとして計算

**以下の行動が含まれる: チーム形成; リーダーから成るチームへの効果的な貢献; スタッフから成るチームを効果的に導くこと; ほかのリーダーとの効果的な交渉; リーダーシップスキルの強化のために本やテープなどを活用すること; 共通の目標を達成するために地域との関係を作り上げる; 健康問題について住民と効果的にコミュニケーションをとる; 効果的な組織改革をおこなう; 仕事と家庭のバランスをとる; 政策決定者、立法者、政治家と効果

的にコミュニケーションをとる;リーダーシップチャレンジについてほかの人と議論し、アイデアを得る;仕事に必要なときは正式もしくは非正式なリーダーの役割を担う;リーダーシップ戦略について他人の経験をフィードバックしてもらおう。

ND: データ未収集

2. National Public Health Leadership Development Network

(NPHLDN)

メンバーは、州、地域、国、国際レベルの Public Health Leadership Institute である(図 3)。

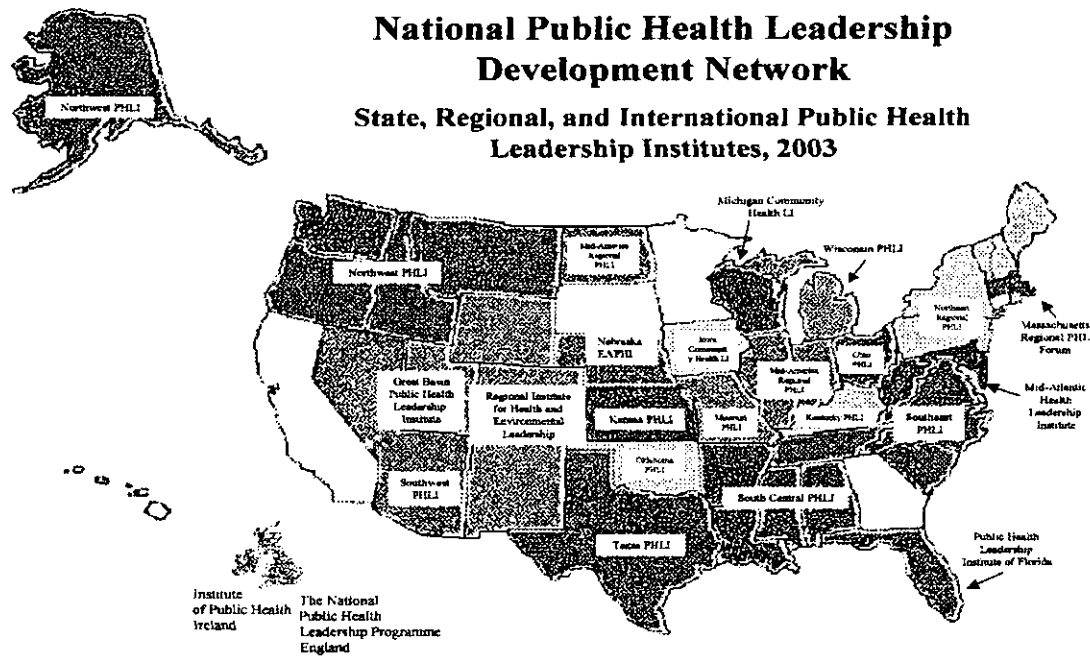


図 3. National Public Health Leadership Development Network

1994年にCDCによって、セントルイス大学公衆衛生学校内に設立された。毎年会議が開かれ、プログラムの普及・宣伝、プログラムのデザインや評価のための概念モデルの展開、Public Health Leadership Competency Frameworkの開発、プログラムマーケティングや資源開発のための戦略開発をおこなっている。ネットワークの目的は、他の組織や機関との協力体制をつくり、効果的なプログラムの立案、実施、評価、マーケティング、資金供給のための戦略をシェアするこ

と;国の教育とコミュニケーションのインフラストラクチャーとしての visibility と effectiveness を発展させること;国、州、地域の公衆衛生のアジェンダや公衆衛生政策に影響を及ぼすこと;コミュニケーション・テクノロジーを活用し、地方や州間の重要な公衆衛生上の問題について議論するフォーラムの場を提供することである。

また、National Public Health Leadership Development Network の修了者からなる同窓会団体である Public Health Leadership Society (PHLS) が継続学習や peer consultation の場を提供している。PHLS は会費で運営されている。

3. Southeast Public Health Leadership Institute (SEPHLI)

3-1. 設置主体・協力機関

地域レベルのリーダーシップトレーニングセンターである。運営費は、ノースカロライナ州、サウスカロライナ州、テネシー州、バージニア州、ウェストバージニア州の 5 州が負担している。国レベルの PHLI と同様、ノースカロライナ大学 (UNC) の School of Public Health のサービス提供部門である North Carolina Institute of Public Health (NCIPH) が提供するプログラムの一つである。

3-2. 対象

ミドル～シニアレベルの public health officials であり、公衆衛生分野における 5 年間の実務経験を有し、直近 1 年間、ノースカロライナ州、サウスカロライナ州、テネシー州、バージニア州、ウェストバージニア州の保健衛生部局または Local Health Department (LHD; 州の下郡や District の保健衛生部局) に勤務している者である。PHLI の対象者よりも職位(レベル)が低いため、受講生の年齢も PHLI は 50 歳代が多く、SEPHLI は 40 歳代が多い。SEPHLI は受講料を州が負担するため、州政府職員が対象であるが、PHLI は政府職員以外の応募も可能である。

3-3. 受講生 (scholar) の選考

PHLI はチームで応募するが、SEPHLI への応募は個人ベースである。各州政府が派遣する職員を選考する。費用は州が負担するので、州によって送り出す人数は異なる。2003 年度ノースカロライナ州からの派遣は 5 名であった。州政府は財政難で派遣人数は減少傾向にあるが、その年のテーマによっては人数が増える(バイオテロリズムなどは予算がある)。

各州政府が選考した応募者について、SEPHLI の選考委員会が人種、local community の規模などを考慮して最終選考をおこなう。みな学士号はもっているが、バックグラウンドはさまざまである。毎年 36-40 名を受入れる。

3-4. プログラムの内容

3-4-1. 構成

修業年限は1年間である。3回の合宿研修と遠隔教育からなる。

1. 合宿研修3回(1回目4日間、2回目3日間、3回目1日半):プログラムの中で一番お金がかかる部分(受講生の宿泊費・食費、講師への謝金など)。場所は不公平がないように各州もちまわり。

2. 遠隔教育:

2-1. 電話会議4回

2-2. オンライン・ディスカッション・フォーラム4回:パソコン能力の個人差や、電話会議と異なり、いつでも参加可能なので、つい後回しになるため、参加率が低い。)

2-3. Ground round:ケースを読むのではなく、パソコンでビデオをみる。NCIPHには収録スタジオもある。

3-4-2. 習得技術・能力

SEPHLIでは毎年テーマを設定している。2002-2003年度のテーマはEmergency Response Competencies(バイオテロや災害の予防及び対応におけるリーダーシップ)であり、以下にあげる8つのcore competency areasからなる。

- ・ Self-Awareness and Personal Development(360度フィードバック)
- ・ Visioning and Futuring
- ・ Risk Communication(メディアへの対応。ストレス下でのCommunication)
- ・ Partnerships and Collaborative Efforts
- ・ Political and Social Change Strategies
- ・ Systems Thinking(事例検討など)
- ・ Information Management
- ・ Ethics

3-4-3. Key learning activities

- ・ 360度フィードバック
- ・ Individual Development Plan

1年間の個人目標を設定する。目標は「360度フィードバック」を通じて明らかになった点を考慮して設定する。また、8つのcore competency areasから身に付けたい2~3つのスキルを目標に入れる。

- ・ Individual Leadership Project

各自で行なう。自分がリーダーとなって実施するcommunity public health projectを計画・実施。スキルを身につけるのに役立つ経験に焦点をあてて、最終レポートをまとめる。

- ・ Leaning Teams

無作為にチームが作られ(性比は考慮。2002-2003 年は 7 チームできた)、メンバーはお互いに Individual Leadership Project を行なうにあたり、支援し合う。

- ・ Mentors

各受講生は、自分の身に付けたい分野から指導教官を自分で見つけてくる(必須)。Mentor はすべて外部の人間。議員、ジャーナリストなど公衆衛生分野以外の人もある。まったくのボランティアで引き受けてくれる。受講生との個人の関係なので、プログラムに参加するなどの責任はない。

4. Management Academy for Public Health (MAPH)

NCIPH が提供するプログラムの一つであり、公衆衛生システムの Health manager を対象とした 10 ヶ月間の研修プログラムである。リーダーシップトレーニングプログラムは全米にたくさんあるが、MAPH のようなビジネスプラン作成のためのコースはユニークである。

4-1. 受講生 (scholar) の選考

PHLI と同様、チームで応募する。しかし、複数の組織にまたがった boundary-spanning team である必要はない。

チームの例) The Wateree Health District's Environmental Health Director, Health Education Director, Nutrition Director, Social Work Director, Women & Children's Services Program Nurse Manager

このように、同じ LHD の Director や Manager レベルの人で構成される場合が多い。しかし、outside of the government の人を 1 人入れることが推奨されている。

受講生は 1 人あたり 4,500 ドルの tuition を払って参加する。したがって MAPH 側としては、定員に余裕があれば、選考により落とすことはしない。

4-2. プログラムの内容

コーチがビジネスプランの作り方を指導する。コーチのバックグラウンドはビジネスプランと公衆衛生の専門家である。1 人のコーチが複数のチームを担当する。コーチは全員パートタイムであり、MAPH のフルタイムスタッフは Director とアシスタントの 2 名で運営している。

4-3. MAPH の利点

同じ職場内のチームで、実際に問題になっていることをビジネスプランでとりあげるので、勤務時間内に作業ができる。PHLI や SEPHLI は受講生に grade をつけないが、MAPH は優秀なチームにブルーリボン賞を授与する。これが競争心をあおり、受講生の励みとなっている。修了後、完成したビジネスプランを送って、連邦政府や財団のファンドを獲得し、実際にプロジェクトをスタートさ

せるチームが多い。そういった team news は「MAPH Evaluation Update」というニュースレターに掲載され、よい刺激になっている。

4-4. スケジュール

入学決定



受講前の Advance readings (PDF ファイルでダウンロード可能。各自でそろえる必要はない。)



6 月: Kick-off session

内容:
Civic Entrepreneurship
Managing People
Social Marketing
Business Planning
Managing Money
Individual Development planning
Partnering



8 月: Individual Development Plan (IDP) と Feasibility Plan (4-6 頁) を提出



10 月: Follow-up session

内容:
Communications
Managing Data: Informatics
Financial Management
Negotiation
Teambuilding
Feasibility Plan の発表



1 月: ビジネスプランのドラフト提出

ドラフトに書く項目:
1. Executive Summary (1 page)
2. Definition of plan
3. Industry analysis
4. Target market
5. Competition/partners

6. Marketing strategy
7. Operations/organization
8. Risks and exit plan
9. Financial statements 3-5 years out
10. Appendix of supporting materials

↓

3月: draft presentation のビデオテープ(13-15分)を提出

↓

4-5月: Graduation session

ビジネスプランの仕上げと発表

IDP goal sheets 提出

参考

HP アドレス:

National PHLI www.phli.org

Southeast PHLI www.sph.unc.edu/sephli/

NPHLDN www.slu.edu/organizations/nln

Public Health Leadership Society www.phls.org

MAPH www.maph.unc.edu

国民にとって必要な地域保健サービスの量・質・内容の推計

分担研究者 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長）

研究要旨

ニーズやニーズアセスメントの概念を明確にすることを目的として、海外の文献を総括した。ヘルスプロモーション、コミュニティヘルス、ソーシャルマーケティングなどのキーワードで検索した文献の中から、ニーズあるいはニーズアセスメントに関する部分を抽出して、要約し、項目毎にまとめた。その結果、(1) healthに関連したニーズといった場合、そこには健康問題の定義が含まれるが、それは決して無色透明のものではなく、何らかの価値観を含んだものであるため、地域住民、保健医療従事者、政策決定者それぞれの価値観が反映されたニーズが存在すること、(2) ニーズアセスメントは、最終的に何らかの意思決定に関わるもの、つまり、意思決定をも含むプロセスであること、が明らかとなった。

A. 研究目的

保健・医療領域、特に地域保健領域におけるニーズについては、これまで様々な議論がされてきたが、その理論的背景については、必ずしも十分な検討が行われてこなかった。本研究では、ニーズやニーズアセスメントの概念を明確にすることを目的として、海外の文献を総括した。

B. 研究方法

ヘルスプロモーション、コミュニティヘルス、ソーシャルマーケティングなどのキーワードで検索した文献の中から、ニーズあるいはニーズアセスメントに関する部分を抽出して、要約し、項目毎にまとめた。最終的に6文献を用いた。

（倫理面への配慮）

文献調査であるため、倫理的な問題は少ないと考えられた。

C. 研究結果

1. 健康問題の定義について（文献1）

問題の定義は、その原因に関する当事者の考え方を反映したものであり、それは彼ら自身の価値観を示している。問題の定義は、一見単純に述べられている場合でも、それ自体解決策を内包している。問題の定義のされ方は、健康問題の数多くの枠組みの一つを示しているに過ぎない。そこには、枠組みを決める人間の価値観、優先順位、イデオロギーが反映される。例えば、われわれが、きれいな水の供給は必要あるいは重要だと考えているから、水の汚染は問題と見なされるのである。あるいは、同じ状況（例えば、スラムでのコレラ発生）を見ても、それを医学的な問題ととらえるか、経済学的な問題ととらえるかによって、解決策は異なってくる。

2. 住民の価値観（文献2）

公衆衛生従事者は、自分の仕事は、住民を自分に従うように変えることではない。むしろ、自分たちが住民に提供するものやその提示の仕方を住民のニーズや要求に合わせて変えるべきなのだということを認識すべきである。これは、形成的調査プロセスに基づいて、