

## (資料2) 韓国の保健所に関する現地訪問調査

(2004年11月12～15日)

### (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、医事薬事管理、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 ¥ 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 ¥ 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ため、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と考えられることができる。

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Wであるのに対して、保健所長は300万～400万W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をできる実力が無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

## (資料3)米国 Public Health Leadership Institute の現地訪問調査

(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。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><b>9 月:</b> 受講生の選考結果発表</p> <p><b>11 月:</b> 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><b>~4 月:</b> 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><b>2 月:</b> 「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><b>5 月:</b> 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><b>6 月~10 月:</b> 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><b>11 月:</b> 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>
---

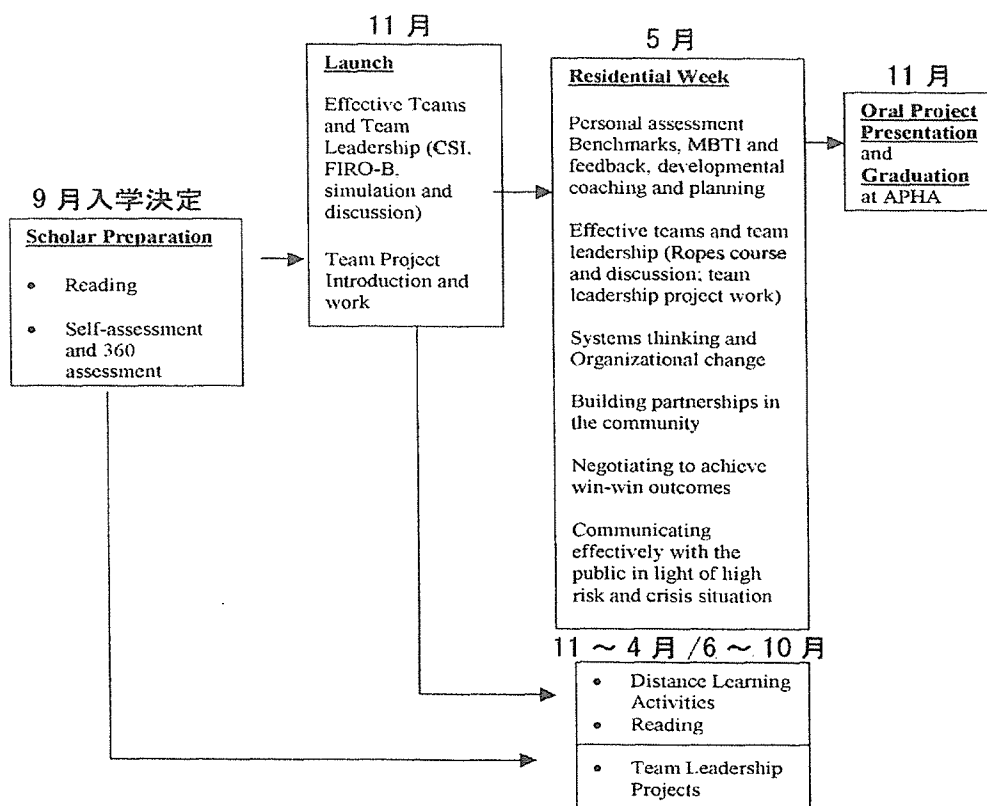


図 1. PHLI のロジックモデル

## 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。



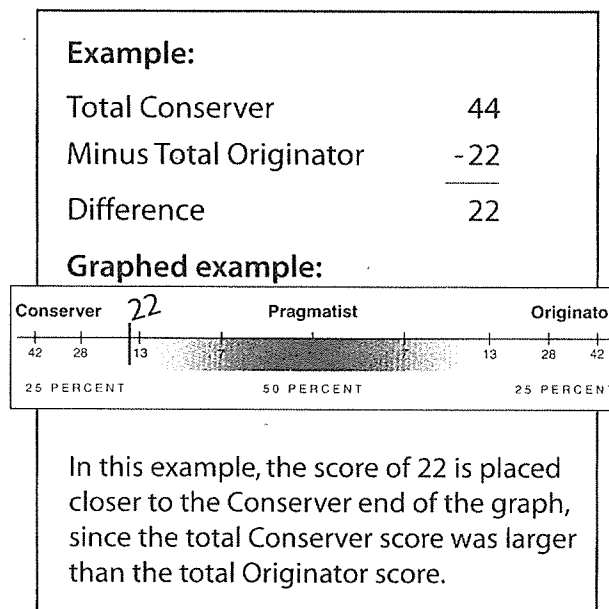


図 2. Change Style Indicator のスコアシート

#### 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 el、eC、eA、wl、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かわかる。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
<b>①応募状況</b>			
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
<b>②修了状況</b>			
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%
<b>③教育プロセスに対する満足度</b>			
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%
<b>④プログラムの成果</b>			
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
<b>⑤普及・宣伝活動</b>			
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)。

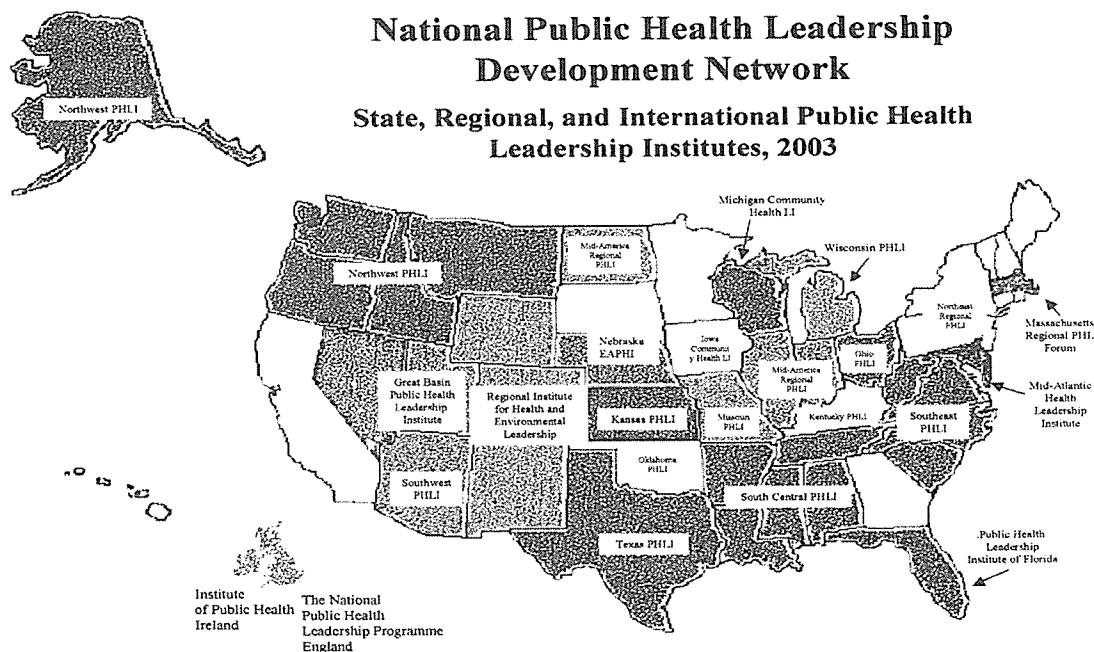


図 3. National Public Health Leadership Development Network

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