

- ・研修生と、少なくとも年に4回、各回最低1時間の「評価ミーティング」を行い、学習計画の進捗状況の評価するとともに、より詳細な指導や助言を行うこと
- ・研修期間の各年末に、研修生の成績を正式に評価し、「監督者レポート (supervisor report)」を作成すること

④指導者 (mentor)

指導者は、研修生の評価する役割をもたないが、研修プログラムの全体的な計画について研修生に助言する役割をもつ。

指導者は、研修生の経歴や職務の詳細を理解して、それらを考慮して学習計画について助言できる AFPHM の会員であることが推奨されている。

指導者は、研修生が研修プログラムや評価に関する問題に直面した際の最初の相談相手であり、必要があれば、研修生と地方学生監あるいは監督者との間を仲介することも期待されている。

また指導者は、監督者と同様に、オーストラリア王立医学会、AFPHM などが実施する監督者研修、AFPHM が実施する専門家継続教育に参加することが推奨されている。

⑤AFPHM の地方委員会 (Regional Committee)

地方委員会は、各州・準州に設置され、AFPHM の州レベルの活動を管理する役割をもつ。研修プログラムに関しては、以下の役割をもつ。

- ・志願者の研修開始申込書、研修生の研修継続申込書（毎年提出される）、及び監督者レポートを受理・承認すること
- ・各研修生の学習計画に対して助言し、改定を支援すること
- ・監督者 (supervisor) と指導者 (mentor) の選択について、研修生を支援すること
- ・学術会議などの、地域における研修や学習の機会を設定し、研修生への参加を促すこと
- ・最終試験 (Final Program Assessment (FPA)) の受験予定者に対して、口頭試問 (Oral Examination) の模擬試験を実施すること

(2) OJT の具体的な流れ

①学習計画の策定

研修生は、研修年度の初めに、学習計画を自主的に策定する責任をもつ。策定の際には、監督者および指導者の助言や支援を受け、両者の承認を得る必要がある。

学習計画では、1年間に従事する研修活動（各種研修コースの受講、従事するプロジェクトや業務の内容 (OJT) など）、学習目標、研修活動によって達成される competency (Competency Area in Public Health Medicine に準ずる) などを詳細に記述する必要がある。

②研修開始申込書（1年目）、研修継続申込書の提出（2年目以降）

研修開始申込書は、1年目の学習計画、及びその他の必要事項（学歴、現在の職位、監督者および指導者の氏名など）を記入して、AFPHM本部に提出する。AFPHM本部のチェックを受けた後、地方委員会に送付され、地方委員会の承認後、研修が開始される。

研修継続申込書は、これまでの学習成果、2年目以降の学習計画、その他の必要事項を記入して、監督者レポートとともに、AFPHM本部に提出する。AFPHM本部のチェックを受けた後、地方委員会に送付され、地方委員会の承認後、新年度が開始される。

③評価ミーティング

研修生と監督者は、少なくとも年に4回、各回最低1時間の「評価ミーティング」を行う。監督者は、学習計画の進捗状況の評価するとともに、より詳細な指導や助言を行う。また研修生はそのミーティングの日付と内容を記録しておくことが義務づけられている。

④監督者レポート（supervisor report）

監督者レポートは、研修生の1年間の研修活動の評価表である。監督者は、その年の研修開始申込書または研修継続申込書に記載された学習計画に照らして、その進捗状況などについて評価し、監督者レポートを作成する。研修生は、その監督者レポートを、研修継続申込書とともに、AFPHM本部に提出する。AFPHM本部のチェックを受けた後、地方委員会に送付され、地方委員会で承認される。

監督者レポートの内容は、以下のとおりである。

- ・基本情報（研修生、監督者の氏名、連絡先、研修期間（プログラムの何年目か）、評価ミーティングの実施日、研修生の職位（感染症課の医務官など）、職責、職務など）
- ・実施した研修活動
- ・学習目標…学習計画で設定した学習目標、目標達成の経緯、達成された目標、達成された competency 項目とその達成度（習得しなかった、ある程度習得した、よく習得した、幅広く取得した、の4段階評価）、全体的な評価
- ・研修の総括…学習計画の全体的な達成度、監督者とのコンタクトの内容、知識、能力、同僚・スタッフとの関係、所属部門の活動への貢献、口頭・筆記によるプレゼンテーション能力、概評、研修生の全体的成績に対する満足度（優秀、期待以上、よい、まあまあ、不十分、の5段階）、研修活動に影響する要因、条件、改善策
- ・その他（認定月数・単位数、研修生と監督者の署名、地方委員会のコメントと署名）

6. 最終試験 (Final Program Assessment : FPA)

(1) 概要

研修生は、最終年度（一般的には3年目）に「最終試験 (Final Program Assessment : FPA)」を受験しなければならない。この試験は、研修生の公衆衛生専門医としての能力・資質を総合的に評価し、その資格を満たしているかどうかを査定することを目的とする。

FPAは年1回、毎年6月から受付が開始される。研修生は、取得単位が29単位を超えた時点でFPAの受験資格を得ることができる。なお、研修期間（3年間）を終了し、全ての単位を取得した後は、2年以内にFPAを受験しなければならない。

FPAは、Bound Volume (BV) と口頭試問 (Oral Examination) で構成される。BVは研修生のこれまでの研修プログラムの成果（論文など）の全てを記録した報告書である。10月までにAFPHMの本部と地方学生監に提出しなければならない。

口頭試問は11～12月に実施され、提出されたBVに関する試問と、一般的な公衆衛生医学に関する試問が行われる。

研修プログラムの修了要件は、①36単位を取得すること、②全て（3年間）の監督者レポートを提出すること、③BVを提出し、合格すること、④口頭試問を受験し、合格することで、これらを満たしてはじめてAFPHMの会員 (Fellow) となる。

(2) Bound Volume (BV)

BVは、研修活動要約 (training summary) と専門報告書 (technical report) で構成される。これらを全て製本し、10部提出する。

研修活動要約は、研修生が従事した職務・業務・プロジェクト（日付、期間、具体的な内容など）、業務の成果（例えば、調査研究等の事業資金の取得、新規に取り組んだ活動、調査研究や発表論文のリストなど）、研修活動で達成された competencyなどを、A4用紙約10枚で要約したものである。また研修期間中に作成した論文、報告書、学位論文、その他の資料は、付録として添付することができる。

専門報告書は、研修生が主要な役割を果たしたプロジェクトに関するより詳細な報告書である。3つの異なる種類のプロジェクトやトピックに関して作成し、全部で3冊の報告書を提出しなければならない。同じプロジェクトやトピックで2冊の報告書を提出することはできない。各報告書は、A4用紙5～10枚で作成しなければならない。学位論文や発表論文をもとに作成してもよいが、写しは不可で、専門報告書として新たに編集する必要がある。

BVの評価は、3名の試験官によって行われる。研修活動要約は25点満点、専門報告書は1冊につき25点満点、合計100点満点（25（研修活動要約）+25×3（専門報告書））で評価される。合格点は45点以上である。

BVが合格点に満たない場合、口頭試問が合格点を満たしていれば、BVの再提出が求められ、再審査が行われる。

BVの評価基準は、以下のとおりである。

- ・取り組んだ課題や業務の定義や背景について、現場での実状と科学的見地から明確に記述されているか？
- ・報告された活動の具体的な目標と目的が明確に記述されているか？
- ・情報の収集、分析、発表に用いられた方法は厳密に適用されているか？
- ・情報は明確に提示されているか？
- ・他の関連する活動の成果との比較がなされているか？
- ・得られた知見の公衆衛生と公衆衛生医学の実務における意義が明確に記述されているか？
- ・得られた示唆の実施及び評価に関する計画が記述されているか？
- ・プロジェクトにおける自身の役割、責任、貢献度について明確かつ詳細に記述されているか（他の人々の役割と比較した場合のリーダーシップ、意思決定、プロジェクトに対する責任、データ収集分析、得られた知見の公表などの点で）？
- ・報告書全体として、妥当性、一貫性、及び全体的な質が確保されているか？
- ・抄録（200語以内）

（3）口頭試問

口頭試問（Oral Examination）は、BVに関する試問と、一般的な公衆衛生医学に関する試問で構成される。質問は competency（Competency Area in Public Health Medicine）を網羅するように構成される。試験時間は1時間で、約12の質問（3分の1がBVに関する質問、3分の2が一般的な公衆衛生医学に関する質問）が行われる。

BVに関する試問では、記述されているプロジェクトや調査研究に関して、技術的な面や内容的な面でより高度な質問が行われる（例えば、調査研究で使用した研究方法の原理を十分に理解しているか、プロジェクトに関連する公衆衛生上の課題を幅広く理解しているか、など）

一般的な公衆衛生医学に関する試問では、「直接的な質問」と「シナリオを用いた質問」が行われる。「直接的な質問」では、オーストラリアの保健医療制度や調査研究方法（例えば、交絡、経済的評価、信頼区間など）などに関して、専門家以外の一般市民でも理解できるように回答することが求められる。「シナリオを用いた質問」では、提示されたシナリオに関して、実務的な観点からその状況にどのように対応するか、などについて回答することが求められる。

口頭試問の評価は、4名の試験官によって行われるが、1名はオブザーバーとして参加し、採点には関与しない。

評価基準は、以下のとおりである。

- ・質問の本質を理解しているか？
- ・明確にしっかりと論点を把握していることを示しているか？
- ・回答が一貫した公衆衛生の枠組みに基づいているか？
- ・関連した実践的な例で概念的な問題を示しているか？
- ・論点をバラバラに列挙するのではなく、体系的に回答しているか？

また各質問の採点基準は、以下のとおりである。平均点は1.5点を超えることが望ましく、2.5点が理想である。

- ・0 点…質問に全く答えられなかった
- ・0.5 点…最低限の回答を行った
- ・1 点…論点をいくつか網羅したが、最低限のレベルに到達しなかった
- ・1.5 点…論点を最低限のレベルで網羅した
- ・2 点…ほとんどの論点を網羅し、しっかりした回答を行った
- ・2.5 点 全ての論点を、明確かつ体系的に網羅した、非常によい回答を行った。
- ・3 点…卓越した回答を行った。の場合

口頭試問が合格点に満たない場合でも、BVが合格点を満たしていれば、BVの再提出しなくても、翌年の口頭試問を受験することができる。

7. 公衆衛生専門医の研修プログラム修了後の状況

(1) 公衆衛生関連業務への従事

上述したように、保健医療関連機関において公衆衛生医師としての職位に就いていることが公衆衛生専門医の研修プログラムの参加要件であるため、研修修了後は引き続きその職位で公衆衛生関連業務に従事することになる。

オーストラリアでは、保健医療関連機関の資格要件や採用条件が、国レベルの法律や自主規制などで定められていないため、公衆衛生専門医に関しても、州、地方自治体、あるいは組織によって採用条件は異なる。しかし近年、この研修プログラムを採用条件とする州や組織が増加しており、研修受講のインセンティブも大きくなりつつある。

AFPHMの研修プログラムの修了者は、連邦政府、州政府の保健医療関連の部門、大学、研究所、病院などにおいて、感染症管理、公衆衛生、疫学、調査研究などの上級職として従事している。

(2) 専門家継続教育 (Continuing Professional Development : CPD)

AFPHMでは、会員 (Fellow)、つまり公衆衛生専門医の資格を取得した者を対象として、専門家継続教育プログラム (Continuing Professional Development : CPD) を実施している。現在のところ、義務づけられているわけではないが、オーストラリアでは、近い将来、医師免許の更新を毎年実施する予定であることから、専門医の資格更新もそれに準じて実施される方向にある。

CPDプログラムの修業年限は3年間で、単位方式 (Credit)、つまり特定の単位数が定められた教育研修を受講・実習して、必要単位数を満たすという方式で進められる。必要単位数は3年間で300単位、毎年最低60単位を取得する必要がある。プログラム修了後には、修了証書 (Certificate of Completion) が交付される。

このプログラムは受講生の主体的な取り組みを重視しており、毎年の学習計画（単位取得の内容や方法など）を策定し、それにしたがって自主的にプログラムを進める。そして毎年、単位取得報告書（CPD Credit Distribution Form）を提出する。また「ポートフォリオ」を作成し、発表論文、学会での発表、調査報告書、監査報告書、受講した研修の資料、学習計画など、CPD活動の全ての記録や資料を保存することが推奨されている。

研修活動として、以下のものが設定されている。

○医学継続教育（Continuing Medical Education）…3年間で最低 60 単位

- ・ Category A meeting…AFPHM（本部、地方）、オーストラリア公衆衛生協会、その他の公衆衛生に関連する国際・国内学会の学術会議への参加
- ・ Category B meeting…学術会議以外の公衆衛生関連の会議への出席
- ・ Journal CME 活動…論文講読会（ジャーナルクラブ）への参加
- ・ コース・ワークショップ…博士課程、公衆衛生に関するワークショップ、遠隔教育コースなど
- ・ 自己学習活動

○公衆衛生の情報提供（Informing Public Health）…3年間で最低 60 単位

- ・ 発表…カンファレンス、セミナー、ワークショップ、学術会議などでの発表
- ・ 教育活動…公衆衛生関連の学部生・大学院生を対象とした講義、健康教育活動、教育活動のための資料作成、公衆衛生専門医の研修生や大学院生（修士・博士課程）の監督・指導（supervisor、mentor）
- ・ 論文等の発表…書籍、学術雑誌などでの論文等の発表
- ・ 調査研究活動…論文等の発表以外の、研修指導や研究費の申請など
- ・ 委員会への参加…AFPHMの各種委員会、政府機関の諮問委員会など
- ・ レビュー活動…ピアレビュー、修士・博士論文の査読、学生・研修生の審査（特に公衆衛生専門医の研修生の審査（BVの審査、研修生の指導）は重要）など

○質の改善活動（Quality Improvement）…3年間で最低 30 単位。

- ・ 積極的な質改善活動（Active Quality Improvement）…自分自身の公衆衛生実践の質と効果の評価（活動のフィードバックやデータの収集、文献レビュー、監査、ピアレビューグループによる相互改善など）
- ・ 消極的な質改善活動（Passive Quality Improvement）…他者の公衆衛生実践の質の評価（専門家委員会、質改善委員会、ピアレビュー委員会への参加など）

8. オーストラリアの公衆衛生専門医の養成システムのわが国への適用可能性

(1) オーストラリアの衛生行政システムの特徴

オーストラリアの自治体の階層は、連邦政府—州政府（6州と2準州）—地方自治体（900の市（city）、町（town）、村（shire）、島（island）など）である。州政府は連邦政府の憲法に矛盾しない範囲で州独自の憲法を制定でき、ある程度の自治権が認められているが、アメリカと比較すると国の権限は強い。

衛生行政組織として、連邦政府にはわが国の厚生労働省に相当する Department of Health and Ageing が設置されている。州政府には保健医療部局が設置され、公衆衛生（感染症、健康危機管理など）を含む保健医療サービスの提供の責任機関として位置づけられているが、その名称や機能は州によって異なる。また州政府は公衆衛生の第一線機関としてコミュニティ・ヘルスセンターを設置している。地方自治体の衛生行政の組織や機能は州によって異なるが、Medical Officer of Health（常勤または非常勤の医師）、Environmental Health Officer（食品衛生、環境衛生を所管する専門家）が設置されることが多い。

健康危機管理の責任機関は州政府であり、名称や組織構造は異なるが、危機管理（Emergency Management）の担当部門、危機管理の最高権限を有する委員会、危機管理担当者としての Emergency Management Liaison Officer（EML0）、そして健康危機管理計画担当者（Medical Disaster Planning Officer）がそれぞれ設置され、健康危機管理計画の策定や危機発生時の対応の調整などを実施する。

連邦政府は州の健康危機管理を支援する役割（サーベイランス、技術的支援、研修など）をもち、ADHAC の Disaster Medicine Unit、The Australia Disaster Medicine Group（部局横断的なチーム）、EMA（Emergency Management Australia）などの部局や組織が設置されている。

EMA は、健康危機を含む、自然災害や事故などのあらゆる危機への対応と管理を国レベルで実践する連邦政府の外郭団体で、州政府に対して、危機発生時の物資や専門家の派遣、平常時の健康危機管理研修などの支援を実施している。

(2) オーストラリアの公衆衛生専門医の養成システム

オーストラリアでは、オーストラリア王立医学会（Royal Australasian College of Physicians）の認可を受けた Australasian Faculty of Public Health Medicine（AFPHM）によって、公衆衛生専門医の教育研修のシステムが運営されている。これは、イギリスにおける公衆衛生専門家（Consultant/Specialist in Public Health）の養成システムと非常に類似しているが、オーストラリアの実状に応じて改定された形で運営されている。

公衆衛生専門医の研修プログラムへの参加要件として「3年間の臨床経験を有する医師であること」、「保健医療関連機関において公衆衛生医師としての職位に就いていること」が設定されている。イギリスと異なる点として、前者に関しては、イギリスでは医師資格の有無に関わらず参加できるが、オーストラリアでは医師に限定していることが挙げられる。また後者に関しては、イギリスでは、研修生（trainee）の職位で公衆衛生業務に従事しながらプログラムを実施できるが、オーストラリアでは、その職位が認められていないため、公衆衛生医師の職位を確保した上で実施しなければならないことが挙げられる。したがってオーストラリアの研修プログラムは、公衆衛生に従事する「医師」が公衆衛生の

「専門医」として認定されるための「advanced」のプログラムとして位置づけられる。

研修プログラムの修業年限はフルタイムで3年間である。教育課程では、①1年目の終了時に、AFPHMが実施する「Part I 試験」を受験・合格する、②1～3年目、公衆衛生関連の業務やプロジェクトに従事する形で「OJT」を実施する。③3年目の終了時に、「最終試験（Final Program Assessment：FPA）」を受験・合格し、AFPHMの会員（Fellow）となる、という流れが一般的である。

AFPHMは、公衆衛生専門医に必要な competency（能力・技術）の体系（Competency Area in Public Health Medicine）として、以下の13の領域、competency項目及びそのパフォーマンス規準（performance criteria）を設定し、これらを達成することを目指して研修プログラムや試験の内容が構成される。

- ・ 専門家としての実践—自身の専門家としての実践を推進し、モニタリングする。…10項目、22規準
- ・ マネージメント—公衆衛生の目標の達成のためにマネージメント技能を適用する。…4項目、17規準
- ・ 情報管理—健康情報を管理する。…4項目、7規準
- ・ コミュニケーション—公衆衛生の目標を達成するためにコミュニケーション技能を適用する。…4項目、19規準
- ・ 疫学・生物統計学—公衆衛生の実践のために疫学と生物統計学の技能を適用する。…6項目、23規準
- ・ リスクアセスメント・リスクマネージメント—公衆衛生におけるリスクを評価・管理する。…4項目、19規準
- ・ 感染症—感染症の予防、サーベイランス、コントロールを管理する。…5項目、17規準
- ・ ヘルスプロモーション—人口集団の健康を増進する。…6項目、24規準
- ・ 保健経済学—経済的評価の公衆衛生の介入に対する貢献を理解する。…5項目、14規準
- ・ ヘルスケアの評価—公衆衛生の介入を評価する。…5項目、18規準
- ・ 政策—健康政策を分析し、開発する。…6項目、24規準
- ・ 非感染性疾患（non communicable disease）と傷害の管理—非感染性疾患および傷害の予防、サーベイランス、コントロールを管理する。…5項目、16規準
- ・ 臨床実践—公衆衛生の実践のために、医学的知識と臨床の技能を適用する。…4項目、5規準

プログラムの特徴として、公衆衛生実務の中で研修を行うOJTが中心となっていることが挙げられる。そして各州・準州に設置されている地方学生監（Regional Censor）の推薦による監督者（supervisor）と指導者（mentor）が任命され、個々の研修生の監督、指導、評価を行う体制で研修が実施される。OJTを中心とした研修とその指導体制はイギリスと非常に類似しているが、わが国においても、公衆衛生専門家の実践的な技術・能力を向上させるためにこのようなシステムは不可欠である。また保健所や大学との連携のもとで、監督者や指導者の育成にも取り組む必要がある。

OJTでは、監督者や指導者の助言のもとで、研修生自身が毎年の学習計画（従事する研

修活動（各種研修コースの受講、従事するプロジェクトや業務の内容など）、学習目標、研修活動によって達成される competency）などを策定する、という特徴がある。これもイギリスと類似した考え方であるが、わが国においても、研修生が「受け身」の姿勢で臨むのではなく自ら積極的に取り組むことが重要であることを認識し、それを推進するための指導体制を整備することが必要である。

OJT の評価は監督者によって行われる。年 4 回の「評価ミーティング」で研修生と監督者の話し合いが行われ、1 年間の研修活動の評価表である「監督者レポート (supervisor report)」が作成される。そのレポートでは、学習計画の進捗状況（達成された目標や competency など）が評価され、次年度の学習計画に反映される。OJT を効果的に推進するためには、研修期間の節目で進捗状況を適切に評価する必要があり、わが国で OJT のシステムを導入する場合でもこのような評価システムが必要であると考えられる。

1 年目の終了時の「Part I 試験」に関しては、研修プログラムの参加要件として義務づけられていた公衆衛生修士 (MPH) の取得が除外されたため、公衆衛生に関する科学的な知識と理解、および基本的な公衆衛生の技術を適用する能力を試験するために、2006 年から実施されている。試験の形式は筆記試験で、試験範囲として知識 (knowledge) と技術 (skill) のシラバスが設定されている。知識に関しては、調査研究方法、疾患の因果関係と予防及びヘルスプロモーション、保健情報、医療社会学・社会政策・保健経済学、ヘルスケアの組織と管理の 5 領域、技術に関しては、調査研究のデザインと解釈、データの操作と解釈、コミュニケーションの 3 領域が設定され、いずれも公衆衛生の実践に必要な幅広い知識と技術が要求される。この試験は、イギリスの Part A 試験とほとんど同じであるが、わが国においても同様の試験を実施して、研修生の基本的な公衆衛生に関する知識と技術を評価する必要がある。

プログラムの年度に実施される FPA は、公衆衛生専門医としての能力・資質を総合的に評価し、その資格を満たしているかどうかを査定する「最終試験」である。内容は、Bound Volume (BV) の審査と口頭試問 (Oral Examination) である。BV は、研修活動要約（従事した職務・業務・プロジェクト、各種業績、達成された competency などを含む）と、研修生が中心となって実施した業務やプロジェクトに関するより詳細な「専門報告書

(technical report)」で構成される、研修活動の総合的な報告書である。また口頭試問では、BV に関する質問と、一般的な公衆衛生医学に関する質問が行われ、公衆衛生に関する高度な知識や技術、コミュニケーション能力などが試験される。この試験は、イギリスで 2005 年まで実施されていた Part II 試験に類似しているが、現在では OSPHE (Objective Structured Public Health Examination) が導入されている。したがってオーストラリアでも、イギリスの動向を鑑みて、最終試験の内容が変更される可能性がある。

AFPHM では、会員（公衆衛生専門医）の技術や能力を継続的に保証するための専門家継続教育 (Continuing Professional Development : CPD) が実施されている。CPD は 3 年間で、単位方式、つまり特定の単位数が定められた教育研修を受講・実習して、必要単位数（1 年間で最低 60 単位、3 年間で 300 単位）を満たすという方式で進められ、修了後に修了証書 (Certificate of Completion) が交付される。研修活動として、学術会議・ワークショップ・セミナーへの参加、自己学習、学会発表、論文・報告書、教育活動、レビュー活動、質の改善活動などがある。CPD は現在のところ義務化されていないが、将来的には

CPDと資格更新が実施される方向にある。

オーストラリアでは、保健医療関連機関の資格要件や採用条件が、国レベルの法律や専門家団体の自主規制などで定められていないため、公衆衛生専門医に関しても、州、地方自治体、あるいは組織によって採用条件は異なる。そのため AFPHM の研修プログラムの強制力は小さく、あくまで公衆衛生に従事する医師が自身の能力・資質を向上させるための主体的な取り組みとして実施されているに過ぎない。しかし近年、この研修プログラムを採用条件とする州や組織が増加しており、研修受講のインセンティブも大きくなりつつある。

(3) わが国の公衆衛生専門医（専門家）の養成システムに関する考察—オーストラリアとの比較において

オーストラリアは、アメリカほどではないが、地方分権が進行しており、衛生行政組織やそこに従事する公衆衛生専門家の教育課程、資格認定、採用条件に関しては、州政府や地方自治体によって大きく異なる。そのような状況で実施可能な国レベルの政策として、アメリカでは公衆衛生専門家の competency を開発・普及するにとどまっているが、オーストラリアでは、歴史的に関係の深いイギリスのシステムを応用して、公衆衛生専門医の研修プログラムを開発・実施している。「地方」を主体として構築されている衛生行政システムにおいて「中央」で公衆衛生専門医（専門家）を養成する、というオーストラリアの複雑な状況は、地方自治体（都道府県、政令市及び特別区）が設置する保健所の職員の研修を国（国立保健医療科学院）が実施する、わが国の状況に酷似している。その意味で、オーストラリアの経験から学ぶことは非常に多いと考えられる。

オーストラリアの公衆衛生専門医の研修プログラムは、イギリスのシステム（competency に基づくプログラム、研修生自身による学習計画の策定と主体的な取り組み、OJT を中心とした研修活動、試験による客観的な評価、指導者による個別指導など）に類似しているが、イギリスとは異なり、資格認定と採用条件設定が連動していないため、公衆衛生専門医の資格が十分に活用されていないのが現状である。しかし AFPHM の地道な努力によって、この資格が州政府、地方自治体、あるいは関係団体に認知され、利用されるようになっている。これは、AFPHM が質の高い公衆衛生専門医を養成してきた成果であると考えられる。したがってわが国においても、国立保健医療科学院において質の高い研修プログラムを開発し、質の高い公衆衛生専門家を輩出していくことによって、公衆衛生専門家の重要性和必要性を地方自治体に認識してもらう必要がある。そしてそれは、地方自治体における公衆衛生専門家の採用や昇進などの雇用体制を構築していくことにつながると考えられる。

公衆衛生専門家の competency は、オーストラリアだけでなく、アメリカ、イギリスなどでも開発されている。どの国もそれぞれの保健医療システム、社会情勢、文化を反映した competency が設定されているが、「政策開発」、「コミュニケーション」、「リーダーシップ」、「組織管理」、「分析・評価」などについては共通する部分が多い。またオーストラリアの特徴として、「疫学・生物統計学」、「保健経済学」、「ヘルスプロモーション」、「感染症」、「非感染性疾患・傷害」といった特定の学問分野や健康問題に焦点を当てた competency が設定されていることが挙げられる。これらの項目は公衆衛生教育の学習目標に近く、公衆衛生の「実践」の観点から十分に整理されていない可能性がある。

しかし、competencyに基づいて教育研修プログラムを開発する場合にはこのような項目も有用であり、わが国の公衆衛生専門家の competency を構築する際に大いに参考になると考えられる。

(参考文献・資料)

鳩野洋子．オーストラリアの保健衛生組織．諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究 平成 14 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：林謙治）．厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業，2003；91-103．

加藤則子．オーストラリアの健康危機管理研修の実態．地域における健康危機管理研修に関する研究 平成 16 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：加藤則子）．厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業，2005；250-311．

武村真治．諸外国の健康危機管理研修の実態調査．地域における健康危機管理研修に関する研究 平成 17 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：加藤則子）．厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業，2006；204-291．

加藤則子．公衆衛生医師等に対する研修カリキュラムの開発．公衆衛生医師等の専門的能力の構築とその向上に資する教育研修プログラムの開発に関する研究 平成 17 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：曾根智史）．厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業，2006；21-121．

(資料3) 韓国の公衆衛生医師等の資質向上方策の実態

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 武村真治

第1章 韓国の衛生行政システム

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

(1) 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。

(2) 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。

（3）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ているが、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。具体例として、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。

（4）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、中央省庁の一つである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。

(5) 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）、及び地域保健法施行令第10条（専門人材等の配置基準）において、「保健所及び保健支所には、医務・歯務・薬務・保健・看護・医療技術・食品衛生・栄養・保健統計・電算等の保健医療に関する業務を専門担当する専門人材等を置く」と規定されている。具体的には、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、行政職などの職種がある。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。派遣前に研修を受講するが、多く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、例えば、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韓国保健福祉人材開発院（Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare）で実施されている（詳細は後述）。

（6）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。しかし例えば、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」との通知を發布したが、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。