

### (3) 教育課程の実施状況

年間の受講者数は、2005年で8,400名、2006年で9,700名（うち保健分野公務員2,800名、福祉分野公務員4,500名、民間社会福祉従事者2,400名）と、非常に多く、また年々増加している。

教育方法として、理論講義、グループワーク、ディスカッション、現場見学、実験・実習、事例研究・発表などを実施している。受講生間の情報交換やディスカッションを中心として、課題解決のための実務的能力・技術を向上させることを目指している。

教育課程の講師は、大学教授や現場の実務者などの外来講師が約70%を占めている。KHRDIの教授は、講義も行うが、主に教育課程の開発・企画・運営を担当している。

KHRDIでは、現在のところ、保健所職員の competency の構築やそれに基づく教育課程の開発は行われていないが、今後は「DACUM (Developing a Curriculum)」を用いた職務分析と教育課程の開発を実施する予定である。

### (4) DACUM (Developing a Curriculum) について

DACUMは、職業・職務分析 (Occupational/Job Analysis) とそれに基づく教育研修プログラムの開発手法の一つで、1980年代、カナダのRobert Nortonによって開発され、ビジネス、産業界で幅広く使用されている。DACUMの定義は、「熟練労働者 (expert worker) によって遂行される職務 (内容、必要な能力・技術など) の分析」、「教育研修プログラムの計画、カリキュラム・教材の開発、教育研修のニーズアセスメント、職務内容 (job description) と職務基準の作成と改正、リクルート、ISO9000/14000の基準への適合、キャリア開発、コンピテンシーの開発などに使用される職務プロファイル (job profile)」である。

DACUMは「熟練労働者は他の誰よりも正確に自身の業務を記述し、定義することができる」、「業務を定義するための効果的な方法は熟練労働者によって遂行される業務を正確に記述することである」、「全ての業務が正確に遂行されるためには、特定の知識、技能、ツール、行動を必要とする」を基本原理として、熟練労働者 (expert worker) や業績の高い労働者 (high performer) が実際に遂行している業務を分析し、その職業・職務に必要な能力や業務内容を明らかにすることを目的としている。

DACUMにおける調査方法として、2日間のフォーカスグループインタビューが実施される。グループは、6~12人の当該職業・職務に現在従事している熟練労働者 (expert worker) や業績の高い労働者 (high performer) で構成され、ファシリテーターのもとで、コンセンサスに到達するまで議論を行う。ファシリテーターは、当該職業・職務に関する知識の少ない方がよい結果を導くことが報告されている。

フォーカスグループインタビューは、当該職業・職務の「duty」と「task」を明確にし、それらで構成される職務プロファイル (job profile、DACUM Chartとも呼ばれる) を作成することを目的とする。具体的には、以下のプロセスで実施される。

### ①職務の名称 (job title) 、職務の内容 (job description) レビューと定義

#### ②duty と task の同定

duty は「成功している労働者が継続的に示すべき、または遂行すべき能力の一般領域」、または「職責の一般的な機能領域」と定義される。

task は「始まりと終わりの明確な範囲がある、観察可能である、2 つ以上の明確な段階で構成される、生産物、サービス、または意思決定を導く、職業・職務活動」と定義される。task は動詞、目的語、1 つ以上の形容詞・修飾語で表現されなければならない。

職務プロファイルは複数の duty で構成される。また 1 つの duty は 2 つ以上の task で構成される。一般的な職務プロファイルは、5~10 の duty と、50~200 の task で構成される

#### ③duty と task の優先順位の設定

優先順位は「criticality」、「frequency」、「difficulty to learn」を基準として設定される。

criticality は「職務の構成要素として本質的であるかどうか、重要であるかどうか」を表す基準であり、「ほとんどインパクトがない」、「少しインパクトがある」、「中程度にインパクトがある」、「顕著にインパクトがある」、「深刻な影響がある」、「破滅的な死、破壊をもたらす」の 6 段階で評価される。

frequency は、「長時間のコミットが必要かどうか」、「職務において頻回に発生するかどうか」を表す基準であり、「年に 1 回」、「月に 1 回」、「週に 1~2 回」、「1 日に 1 回」、「1 交替に 1 回」、「1 交替に 2 回以上」の 6 段階で評価される。

difficulty to learn は「学習するのが困難かどうか」を表す基準であり、「全くない」、「簡単である」、「基本的である」、「中程度に困難である」、「困難である」、「非常に困難である」の 6 段階で評価される。

#### ④職務に必要なその他の要件の同定

duty と task 以外に職務に必要とされる要件として、一般的な知識 (knowledge) や技術 (skill) 、特性 (trait) や態度や行動、task を支援するためのツール・設備・道具・器具・必需品・材料など、環境要因 (職業・職務の将来的な動向や課題、新しいテクノロジー、組織図 (職務が組織構造にどのように適合しているかを表すために用いられる)) などが挙げられる。

#### ⑤職務プロファイル (job profile) の作成

②~④を包括した職務プロファイル (job profile) を完成させる。

#### ⑥職務プロファイルの妥当性の検証及び改定 (validation)

validation は、熟練労働者や業績の高い労働者によるワークショップや、一般の労働者、指導者、監督者を対象とした調査 (意見収集) によって実施されるのが一般的である。調査の場合は、通常 2~6 週間必要とする。

DACUM の職務分析のソフトとして DIS (DACUM Information System)が開発されている。職務プロファイルの完成後は、task ベースでの教育研修のカリキュラムが開発される。

DACUM の長所として、時間、費用、スタッフの訓練などが比較的少なくすむこと、分析の方法や結果が単純でわかりやすいことなどが挙げられる。一方、短所としては、職務を task などの要素に細分化することによって職務が遂行される状況、環境、コンテキストなどが分析から除外されてしまうこと、職務を遂行する際の責任の範囲や自由裁量の範囲が限定されてしまうことなどが挙げられる。したがって DACUM は、定型的な職務の分析には適しているが、専門職などの裁量の大きい職務の分析には適していない可能性がある。

#### (5) 教育課程の運営及び手続き

##### ①教育計画の策定

KHRDI では、教育課程の種類、日程、回数、定員、内容などの「教育計画」を毎年度策定する。前年度の 7 月ごろに実施される、政府、地方自治体、公的・民間関連機関、個別の受講生などを対象とした教育意見調査、それを受けて 10 月ごろに実施される、政府、地方自治体、公的・民間関連機関を対象とした教育需要調査の結果に基づいて、教育計画を策定する。

##### ②教育課程の運営の手順

各教育課程の受講生の募集は、以下のような手順で実施される。

- ・依頼書の発送（教育開始日の 1 ヶ月前まで）  
…KHRDI は市・道（公務員の場合）、該当機関（民間の場合）に、受講生の選抜依頼書を発送し、市・道は市・郡・区にそれを伝達する。
  
- ・教育申請（教育開始日の 7 日前まで）  
…公務員の場合、受講希望者は福祉部、市・道、市・郡・区の教育担当部署に申請し、市・郡・区は市・道に、市・道は KHRDI に受講者名簿を送付する。民間の場合、受講希望者は所属機関に申請し、機関は KHRDI に受講者名簿を送付する。
  
- ・受講料の入金・受講者名簿の確定（教育開始日の前週の金曜日まで）  
…公務員の場合、所属の地方自治体または機関が受講料を入金する。民間の場合は、一部の課程は有料であるが、ほとんどの課程は受講料が無料である。

※民間教育の受講料が無料であることに関しては、KHRDI の設立当初の保健福祉部との契約では特に問題にはならなかったが、今後民間教育の課程が増加することになれば、有料化に関して議論される可能性がある。

## (6) 教育訓練の評定基準

### ①公務員の評定（人事評価）システムの概要

公務員の評定（人事評価）に関しては、国家公務員では公務員評定規定、公務員評定指針などによって、地方公務員では各地方自治体が規定する地方公務員評定規則などによって定められている。地方公務員評定規則は、公務員評定規定や公務員評定指針に準じて作成されているため、国家公務員と地方公務員で評定システムに大きな違いはない。

国家公務員の評定内容は「勤務成績評定」、「経歴評定」、「訓練成績評定」の3つに区分され、勤務成績評定は50点、経歴評定は30点、訓練成績評定は20点、合計100点満点で評価される。

「勤務成績評定」では所管業務の成果目標の推進実績とその達成度が評価される。また5級以下の公務員の場合、それに加えて職務遂行能力、職務遂行態度などが評価される。

「経歴評定」では職務に従事した月数が評価される。また特殊な職務（専門官など）を遂行した場合、特殊な地域（へき地など）で勤務した場合、博士号や各種国家資格（ワープロ、コンピューター、情報技術、公認会計士、など）を取得した場合などで点数が加算される。

「訓練成績評定」では専門教育訓練の受講実績と専門研究活動（担当業務に関連した研究集会、セミナー、フォーラム等への参加や発表）などの実績が評価される。なお基本教育訓練は評定対象から除外される。

専門教育訓練に関しては、公務員教育訓練機関だけでなく、定められた国内外の機関（公的機関、民間教育機関など）での受講実績も評定対象となる。ただし、専門教育訓練の受講で取得可能な点数は1年間で10点までに制限されている。また評定対象となる教育訓練課程は当該階級を対象としたものに限定されている。例えば、現在5級の者は、5級を対象とした専門教育訓練を受講すれば点数を獲得できるが、6～9級を対象とした教育訓練を受講しても評定されない。

なお現在の訓練成績評定の点数は専門教育訓練課程の履修時間を基準にしているが、2007年度からは、職場でのOJTや自主学習の時間も考慮して点数を設定する予定である。

地方公務員の評定内容は国家公務員と同様であるが、評点が異なる場合がある。例えば大田市では、5級では勤務成績評定50点、経歴評定35点、訓練成績評定15点、6級以下では勤務成績評定40点、経歴評定45点、訓練成績評定15点、に設定されている。

### ②KHRDIの教育課程の評定点数

KHRDIでは、上述のガイドラインにしたがって、教育課程の履修時間によって評定点数を以下のように設定している。

- ・1日（7時間以上） …1点
- ・2日（14時間以上） …2点
- ・3～4日（21時間以上） …4点
- ・5日以上（35時間以上） …5点
- ・10日以上（70時間以上） …8点

#### (7) 保健所職員が受講すべき教育課程

基本的には、保健所の専門職種（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）として受講しなければならない「必修」の教育課程は定められていない。上述した保健分野教育の課程の中で、自分の職種、職位、職務に関連する教育課程を「選択」して受講し、前述した評定点数を得ることによって、昇級が可能になる。

保健所長に関しても同様に、任用の要件となる必修の教育課程は定められていない。

公衆保健医師に対する教育課程として、KHRDI では前述した「韓方健康増進事業担当公衆保健漢方医課程」が実施されている。また、漢林大学を中心として「健康増進事業専門家教育課程（Field Management Training Program：FMTP）」が実施されている。

### 8. 健康増進事業専門家教育課程（Field Management Training Program：FMTP）

#### (1) 概要（<http://fntp.hp.go.kr>）

この教育課程は、市・道や保健所に勤務する健康増進事業の担当者や専門家を養成することを目的として、2005年より、江原道春川市に所在する漢林大学社会医学研究所／保健大学院を中心として、圏域別に担当する大学等の協力のもとで実施されている。

教育課程の基本目標は以下のとおりである。

- ・健康増進事業を現場で担当する保健所の健康増進事業専門家の事業遂行能力を向上させ、地域の健康増進事業の効率と効果を高め、住民の健康水準の向上に寄与する。
- ・国、市・道の健康増進事業支援団体に勤務する公衆保健医師を対象に、健康増進事業の原理、事業内容、地域保健体系の理解を深め、中央及び市・道の健康増進政策の企画・実施・評価を支援する。

この教育課程の特徴として「圏域別教育」が挙げられる。圏域別教育では、全国を18の圏域（ソウル北部、ソウル南部、仁川、京畿北部、京畿南部、大田／忠南 B、忠南 A、光州／全南 B、全南 A、大邱／慶北 B、慶北 A、蔚山／慶南東部、慶南西部、忠北、全北、江原、釜山、済州）に分割し、各圏域を担当する大学等において、地域の特性に応じた教育内容や現場での指導が実施される。

その他に、健康増進事業の優秀事例の発掘・表彰、事例集の作成なども実施している。

## (2) 教育課程

### ①健康増進 FMTP 課程

対象は、市・道、保健所に勤務する健康増進事業の担当者で、各組織から 2 名ずつ派遣される。

教育課程の目的は「保健所の健康増進事業担当者の健康増進に対する知識と意識を高め、関連業務の遂行能力を向上させることにより、地域の健康増進事業を効果的に遂行する」である。

この課程では上述の「圏域別教育」が実施され、地域の現状・健康問題を把握する能力の向上、地域の健康増進事業の企画・遂行・評価の能力の向上、健康増進事業や保健事業の戦略の理解と地域への適用、健康増進事業に関して習得した知識の他の地域への普及、を目標とした講義や演習が実施されている。

教育時間は 152 時間で、その内訳は、中央での集合教育（12 時間）、圏域別の講義（36 時間）、圏域別のディスカッション（36 時間）、圏域別の地域課題（48 時間）、圏域別の現場指導（8 時間）、総合評価（12 時間）で、事例中心の教育とディスカッションが実施されている。

### ②健康増進事業担当公衆保健医師課程

対象は、国、市・道の健康増進技術支援団体に勤務する公衆保健医師で、定員は 20 名である。

課程の目標は、健康増進事業担当の公衆保健医師の役割の理解、保健行政体系や保健事業の理解、健康増進事業の基本的な知識と技術の習得、健康増進政策の企画能力と健康増進事業の企画・評価能力の向上、保健事業担当の公衆保健医師の業務指針の開発、である。

教育課程は、保健事業・健康増進事業の基本的な知識と技術の習得を目的とする「基本教育課程」と、業務遂行能力の向上と地域社会の健康問題の改善を目的とする「継続教育課程」で構成される。「基本教育課程」の期間は 4 週間（140 時間）で、健康増進理論、地域社会健康増進推進戦略、健康増進事業担当の公衆保健医師の役割、健康増進事業の企画・戦略、現場実習等の科目が実施される。

「継続教育課程」では、2 泊 3 日の短期研修が年 3 回実施され、地域での活動の報告と点検、事業内容の発表と指導、事業評価と今後の計画の発表と指導、健康増進・保健事業担当の公衆保健医師の活動に関するディスカッションなどが実施される。

### ③保健事業担当公衆保健医師課程

対象は、市・道、保健所に勤務する保健事業担当の公衆保健医師である。

課程の目標は、保健事業担当の公衆保健医師の役割と業務指針の理解、保健行政体系や保健事業の理解、保健事業の企画・評価能力の向上、である。

教育期間は、3 泊 4 日（35 時間）で、保健事業担当の公衆保健医師制度の概要、保健事業の特性、個別の保健事業（感染症管理、慢性疾患管理、健康増進、老人保健）、保健事業の企画・評価、保健情報体系などの内容で、講義とディスカッションが実施される。

## 9. 韓国の衛生行政制度と公衆衛生専門家養成システムのわが国への適用可能性

### (1) わが国の衛生行政システムに関する考察—韓国との比較において

韓国の地方自治体は、わが国の政令指定都市・都道府県に相当する市・道、市町村に相当する市・郡で構成され、人口規模の大きい市では区が設置されている。道、市、郡、区はそれぞれ対等の立場として位置づけられ、地方分権の形態をとっている。

地方自治体の衛生行政機関として、市・道が保健環境研究院を、市・郡・区が保健所を設置している。保健所は、必要に応じて複数の保健支所を設置している。また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。

保健所の関連法規として、1956年の保健所法と、その改正法である1995年の地域保健法が制定されている。これらは、わが国の保健所法や地域保健法を参考に制定されたため内容は類似しているが、大きく異なる点として、わが国では医療法で定められている地域保健医療計画に関する条項が含まれていることが挙げられる。韓国では、保健所が診療機能（保健所では外来、保健医療院では外来と入院）を有するなど、地域医療に深く関与しているため、保健所が中心となって保健と医療を包括的に管理する地域保健医療計画を策定するのは現実的であり、実効性も高いと考えられる。それに対してわが国では、保健所と医療を規定する法律（地域保健法と医療法）が別々に制定されているため、保健所を中心とした地域保健医療計画を推進するのは困難な状況にある。したがってわが国においても、効果的な地域保健医療計画を推進するためには、法律のレベルで保健と医療を一体的に規定する必要がある。例えば、医療法を、医療機関を規定する条項と医療システムを規定する条項に分割し、後者と地域保健法を統合して、保健医療システムに関する法律を制定する、といった方法が考えられる。

保健所の業務や機能に関してもわが国と類似しているが、異なる点として、韓国では、①診療機能を担っていること、②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、③健康危機管理については、感染症（食中毒を含む場合もある）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、実際に対応の指揮をとることは少ないこと、④母子保健・老人保健、及び健康増進など、わが国の市町村の事業・サービスを実施していること、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、業務や機能の性質上、異なる機関として捉える必要がある。

保健所のマンパワーに関してもわが国と類似しているが、異なる点として、衛生行政を専門に従事する事務官である「保健職」が設置されていることが挙げられる。保健職は、保健医療に関連する資格や学位を必要としないため、医師や看護師などと比較すると医学や公衆衛生に関する知識や技術は少ないが、衛生行政を専門に勤務経験を積み重ねることによってある程度の知識や技術を習得することができると考えられる。それに対してわが国の保健所の事務官は2～3年のローテーションで異動するため、公衆衛生の知識や技術をほとんど習得できない。保健職のような新たな職種をわが国に導入することは困難であるが、少なくとも衛生部門の事務官を対象とした地域保健や公衆衛生に関する教育研修は不可欠である。事務官は健康政策や保健計画の策定に深く関与しているが、彼らが備えている「行政」能力に、地域保健や公衆衛生の知識や技術が付加されることによって、さらに高い「衛生行政」能力を発揮できるようになると考えられる。

保健所長の資格要件に関しては、両国とも「原則医師であること」が規定されているが、韓国では、公衆衛生医師の不足を背景に、保健職（事務官）を所長に任命できることが特例として認められ、また実態としても保健所長の半数は医師でない者が任命されている。韓国との比較において、わが国の保健所長の医師資格要件を検討する際には、以下の点に留意すべきである。

- ①保健所の業務や機能がわが国とは異なる。特に韓国では、感染症以外の健康危機管理を所管しておらず、また医師でない所長の場合、感染症でも対応の指揮をとることは少ない。
- ②医師資格をもたない保健職の所長でも、衛生行政を専門として20年以上の勤務経験をもっており、衛生行政能力を十分に備えている。
- ③韓国の保健所長の資格要件の特例は、保健所に勤務する医師の不足という状況においてやむを得ず規定されている。

わが国でも、医師でない「技術職」が保健所長に就任できることが特例として認められたが、上記の留意点から考察すると、①に関しては、わが国の健康危機管理の拠点である保健所では、所長が医学的な判断に基づいて対応の指揮をとらなければならない、事務官がそれを遂行することは困難である。②に関しては、わが国の事務官は衛生行政に長期間従事しないため、行政能力は優れているかもしれないが、衛生行政能力は必ずしも高くない。したがってわが国では、保健所長の資格要件の特例に事務官を含めなかったのは妥当であると考えられる。

また③に関しては、韓国ほどではないが、わが国でも保健所に勤務する医師は十分ではなく、現在実施されている「公衆衛生医師確保推進事業」を継続していく必要がある。わが国の特例もあくまで特例であり、公衆衛生医師の需給状況を考慮しながら適用していく必要がある。

## （2）韓国の公衆衛生専門家の養成システム

韓国の保健所や保健支所に勤務する医務職（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、行政職などの公衆衛生専門家の教育研修は「公務員制度」の枠組みで実施されているため、公衆衛生専門家の独自の養成システムは存在しない。

韓国の公務員（国家、地方）の教育訓練は「基本教育訓練」と「専門教育訓練」に大別される。前者は新規の採用者や新規に昇級した者に対する初任者研修で、中央公務員教育院（Central Officials Training Institute：COTI）、自治人材開発院、市・道地方公務員教育院などで実施される。また後者に関しては、職種や階級ごとに定められた職務分野別の専門教育訓練を受講することが昇級の評価に反映されることが明確に規定されている。具体的には、教育課程の期間に応じて評定点数が定められ、獲得した点数の合計によって評価される。

保健所職員に対する教育訓練は法律上明確に位置づけられている。具体的には、地域保健法令において、①国（保健福祉部）と地方自治体（市・道）は教育訓練を実施する義務があり、職員に対して3週間以上の基本教育訓練、職務分野別の1週間以上の専門教育訓練を実施すること、②教育訓練を他の機関（公的、民間など）に委託できること、などが規定されている。そして②の規程により、韓国保健福祉人材開発院（Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare：KHRDI）が保健所職員の専門教育訓練のほとんどを受託して実施している。

KHRDIは2004年に設立された財団法人である。それ以前は、1960年代から、国（保健福祉部）の附属機関である国立保健院訓練部が保健に関する研修を、国立社会福祉研修院が社会福祉に関する研修をそれぞれ実施していたが、両者が組織統合され、かつ政府から独立した組織となった。

KHRDIの教育課程は、保健分野教育、福祉分野教育、専担公務員教育、保健福祉部教育（保健福祉部の国家公務員を対象とした課程）、民間教育（社会福祉関連の施設・団体の職員を対象とした課程）に大別される。「保健分野教育」は、市・道（衛生主管部局、保健環境研究院など）、市・郡・区（衛生主管部局、保健所、保健支所など）の公衆衛生従事者を対象とした課程である。また福祉分野教育は地方自治体の社会福祉行政担当者を対象とした課程で、専担公務員教育は地方自治体の窓口福祉サービス（生活保護、児童・障害者・母子家庭などへの対応）を担当する社会福祉専担公務員を対象とした課程である。

保健所職員等を対象とする「保健分野教育」として、政策行政（保健医療自己革新高位課程、保健医療自己革新高級課程、保健事業企画実務課程、保健医療自己革新課程）、健康増進（感染症情報管理課程、健康増進事業入門課程、健康増進事業計画書作成課程、口腔保健事業実務課程、母性及び乳幼児健康管理課程、健康教育入門課程、健康教育教材製作課程、ストレス管理課程、保健広報戦略企画課程、コミュニケーション・健康相談技術課程、女性健康管理課程、老人健康管理課程）、疾病管理（結核管理課程、公衆衛生実務課程、マラリア検査課程、訪問保健事業課程、病原性細菌疾患検査課程、水因性細菌疾患検査課程、緩衝性及び寄生虫性疾患検査課程、感染症媒介動物管理課程、保健所ウイルス疾患検査課程、消化器系ウイルス疾患検査課程、発熱性疾患検査課程、ホスピス管理課程、エイズ及びウイルス性性病診断管理課程、日本脳炎流行予測事業実務課程、呼吸器系ウイルス疾患検査課程、生物テロ対策実務課程、精神保健管理課程、性病及びエイズ管理課程、防疫及び疫学調査課程、検疫官及び検査要員教育課程）、食品・医薬品（医事・薬事指導課程、放射線技術実務課程、放射線安全管理課程、食品管理課程、食品関連工程課程、健康機能食品行政課程、食品特別司法警察管理職務遂行課程、遺伝子組み換え食品分析課程、食品汚染物質分析課程、食品中の不正有害物質及び残留動物用医薬品分析課程、食品中の残留農薬分析課程、食品微生物検査課程）、生命工学（実験室生物安全課程、分子生物学技法課程、最新分子医科学課程）、病院実務（看護実務課程、院内感染管理課程）、共通（保健統計解釈及び調査分析課程）の54課程が開講され、1年間で合計73回の課程が実施されている。

「保健分野教育」の教育課程の期間は主に 5 日で、3 日あるいは 10 日の課程もあるが、いずれも教育目標や教育内容を絞った上で、短期間で実施される。また教育方法として、理論講義、グループワーク、ディスカッション、現場見学、実験・実習、事例研究・発表などを実施しており、受講生間の情報交換やディスカッションを中心に、課題解決のための実践的能力・技術を向上させることを目指している。

「保健分野教育」の教育課程の定員は 20～40 人で、グループワークやディスカッションが実施可能な範囲で設定されている。また年間の受講者数は 2006 年で約 2,800 名と多く、また年々増加傾向にある。

「保健分野教育」の教育課程の対象は、保健所等における実務担当者である 6～9 級公務員がほとんどで、特定の業務や実務のための知識・技術の習得を目的とした課程が多い。しかしその反面、管理職である 5 級以上の公務員を対象とした、組織管理、リーダーシップ、関係機関との調整などの知識・技術の習得を目的とした課程は少なく、特に保健所長を対象とした研修はほとんど実施されていないのが現状である。

KHRDI では、現在のところ、保健所職員の competency の構築やそれに基づく教育課程の開発は行われていないが、今後は DACUM (Developing a Curriculum の略語で、熟練労働者 (expert worker) や業績の高い労働者 (high performer) が実際に遂行している業務を分析し、その職業・職務に必要な能力や業務内容を記述する方法) を用いた職務分析と教育課程の開発を実施する予定である。

### (3) わが国の公衆衛生専門家の養成システムに関する考察—韓国との比較において

韓国の公衆衛生専門家の養成システムの特徴として、教育研修が「公務員制度」の枠組みで実施されている点が挙げられる。韓国では、国家公務員や地方公務員に対する教育訓練が国レベルの関係法規によって義務づけられている。この背景には歴史的・文化的要因 (科挙制度など) が影響していると考えられるが、公務員の人材育成を重視し、ある程度中央集権的に教育訓練を実施する韓国の公務員制度はわが国にも大いに参考になる。またこのシステムによって、地方公務員である公衆衛生専門家の能力や資質が確保され、地方分権的に構築されている衛生行政システムが効果的に稼働していると考えられる。

これに関連する特徴として、韓国の地方自治体では、職種や階級ごとに指定された教育課程を受講することが昇級の評価に反映される点が挙げられる。そのため、教育訓練の受講が義務づけられているわけではないが、受講するインセンティブは非常に大きい。わが国でも、法令等によって研修受講に関する評価基準を明確に設定し、研修受講が昇級に反映される人事評価システムを導入する必要がある。

保健所等に勤務する公衆衛生専門家に関しても、一般の公務員と同様に、関係法規 (地域保健法令等) の中で教育訓練が明確に位置づけられている。わが国では、地域保健法施行令の中で、保健所長に対して国立保健医療科学院での養成訓練が求められているが、それは必要条件ではなく、さらに保健師などの他の技官や事務官に関しては全く規定されていないのが現状である。したがって地域保健法の中で、保健所長だけでなく、全ての職種に対する教育研修の規定 (地方自治体の研修の実施または委託、職員の研修受講など) を明確にする必要がある。

韓国保健福祉人材開発院（Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare：KHRDI）は、韓国における公衆衛生専門家を対象とした専門教育訓練のほとんどを実施しており、組織の設立目的、研修の対象や内容などの点でわが国の国立保健医療科学院と類似している。KHRDI の教育訓練の特徴として、短期間（主に 5 日間）で実施されていること、各種事業・業務の担当者の実務能力の向上を目的としていること、などが挙げられる。長所として、特定の事業・業務に必要な実践的な知識や技術を短期集中的に習得できる点があるが、その反面、事業・業務に共通する、あるいはそれらを横断する、公衆衛生実践の総合的な能力を習得できないという問題もある。研修の期間短縮は、地方自治体にとっては職員の派遣による負担（他の職員への業務のしわよせなど）が小さいため、多くの職員が研修を受講することができる。しかし無計画に短期研修を受講するだけでは、断片化された知識や技術が堆積していくに過ぎない。したがって受講者の職務、経験、バックグラウンド、将来展望などを考慮した上で、受講すべき短期研修をどのように組み合わせるか、どの短期研修をいつ受講するか、などについて個別指導や助言を行い、受講生にとって最適な研修計画を長期的な視点から策定する必要がある。

（参考文献・資料）

南銀祐．韓国の保健衛生組織．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；74-82．

兵井伸行．諸外国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態調査．国民のニーズに適合した地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーのあり方に関する研究 平成 15 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がん予防等健康科学総合研究事業，2004；149-197．

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．

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
武村真治	イギリスにおける公衆衛生体制の再構築—わが国が学ぶべきこと	公衆衛生	70 巻 6 号	428-431	2006

### Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷

次ページより添付する。

# イギリスにおける公衆衛生体制の再構築 わが国が学ぶべきこと

武村 真治

イギリスは公衆衛生の発祥の地であり、世界で最初に公衆衛生体制が確立した国である。しかしその発展の経緯は紆余曲折であり、社会情勢などの変化に対応するために絶えず制度改革を繰り返してきた。そして現在もなお、公衆衛生体制の再構築が進行中である。

本稿では、イギリスの公衆衛生体制の現状を、その歴史的な経緯を踏まえた上で概観するとともに、わが国の公衆衛生体制の再構築を検討する上で、イギリスの経験から学ぶべきことについて考察する。

なおイギリス(連合王国)は、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの4つの国に分かれているが、以下では、人口の8割以上が居住するイングランドの状況を報告する。

## イギリスの公衆衛生体制の歴史と現状

### 1. 概要(図)

国レベルで衛生行政を司る省庁は保健省(Department of Health)である。公衆衛生を所管するのは首席医務官で、感染症対策、健康危機管理、たばこ・アルコール・薬物対策などを担当する。

政府はロンドンを含む9の州(Region)に州事務局を設置しているが、2002年にその一部門として「公衆衛生部門」が設置され、首席医務官の所掌事務の州レベルでの推進、他の行政分野(教

育、環境、住宅など)との連携などを実施している<sup>1)</sup>。

地域レベルの衛生行政体制は様々な機関が関与する複雑なものになっている。わが国の保健所の機能は、イギリスでは、① 地方自治体(Local Authority: LA)、② National Health Service (NHS)、③ 健康危機管理庁(Health Protection Agency: HPA)の3つの機関によって分担されている。

### 2. 地方自治体(Local Authority: LA)

#### 1) 現状

イングランドの地方自治体には、日本の県に相当するCounty、市町村に相当するLocal Authority(LA)がある。LAは第一線の自治体として、教育、福祉、環境、住宅、交通などを所管する。公衆衛生関連では、食品衛生と環境衛生を所管している。

#### 2) 歴史

地方自治体は古くから公衆衛生を所管してきた。1848年に公衆衛生法が制定され、1875年の改正により、衛生行政の地方単位として地区を設置すること、各地区に保健医官と衛生監視員を配置することが義務づけられ<sup>2)</sup>、感染症対策、環境衛生を地域で推進する体制が確立した。そして19世紀末には、地区が現在のLAの原型に改編された<sup>2)</sup>。また20世紀初頭からは、環境衛生に加えて、母子保健などの対人保健サービスが実施

たけむら しんじ：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  
連絡先：☎ 351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

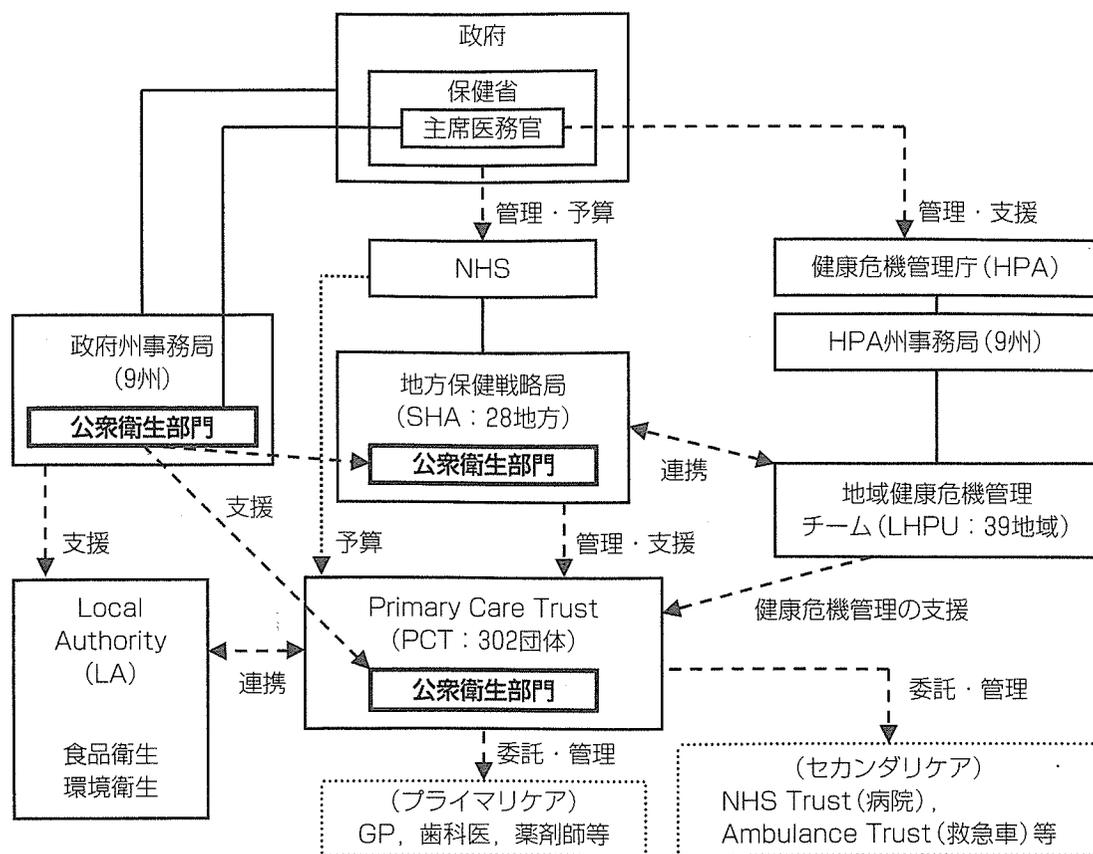


図 イギリス(イングランド)の公衆衛生体制

されるようになった<sup>2)</sup>。

1948年にNHSが施行され<sup>2,3)</sup>、保健医療サービスの供給体制が大きく変化したが、LAはこれまでどおり公衆衛生を所管することとなった。しかし1974年のNHS改革によって、すべての対人保健サービス(母子保健、予防接種など)はNHSの所管となった<sup>3)</sup>。

その後、感染症・食中毒の頻発を背景に、1984年の公衆衛生(疾病管理)法によって、LAは法定感染症の責任機関に定められ、感染症発生報告の受理や患者隔離などの権限をもつ「適格な医師」を設置することが義務づけられた<sup>4)</sup>。しかしLAには医師が所属していないため、「適格な医師」をNHSやHPAに所属する感染症管理専門医などに委任しなければならない。

### 3. National Health Service(NHS)

#### 1) 現状

NHSは、すべての国民に、予防からリハビリテーションまでを含む包括的な保健医療サービス

を提供する制度である。この特徴として、税を主な財源として国の責任でサービス提供すること、原則として無料でサービス提供すること、予算の範囲内で計画的にサービス提供すること、などが挙げられる。

NHSのサービス提供体制は、一般医(General Practitioner: GP)によるプライマリケア(診察・検査、薬剤処方、健康診査、慢性疾患管理など)と、病院(NHS Trustなど)によるセカンダリケア(入院治療、専門医療など)に明確に機能分化されている。国民はまずGPに登録し、医療を必要とした場合、最初にGPを受診する。そしてGPが入院や専門医療が必要と判断した場合、患者はGPの紹介で病院に受診する。

NHSは保健省の直轄で運営され、地方組織として、県レベルに地方保健戦略局(Strategic Health Authority: SHA)が28(人口150~200万人を管轄)、市町村レベルにPrimary Care Trust(PCT)が302(人口7~30万人を管轄)、設

置されている。

地方保健戦略局は、管轄地域の保健医療戦略の策定、PCTやNHS Trustなどのパフォーマンス管理、地域保健医療計画の策定の支援などを実施する。また局内には「公衆衛生部門」を設置することが義務づけられている<sup>1)</sup>。

PCTは、地域住民の健康改善、質の高いサービスの保証、保健医療福祉の統合に関する責任をもつNHSの第一線機関に位置づけられている<sup>1)</sup>。主な業務は、管轄地域の保健医療サービスの予算管理、地域保健医療計画の策定、保健医療サービスの質の管理、福祉サービスに関するLAとの連携などである。PCTは、プライマリケアとセカンダリケアの予算をNHSから直接配分され、GPやNHS Trustなどにサービス提供を委託している。

またPCTには「公衆衛生部門」を設置することが義務づけられ、健康増進、疾病予防、健康の不平等の改善を目的とした公衆衛生活動（ヘルスプロモーション、地域開発、健康危機管理など）を実施している<sup>1)</sup>。

## 2) 歴史

NHSは1948年に施行された<sup>2,3)</sup>。それ以前に、1911年から医療保険制度が施行されていたが、給付対象はGPのサービスに限定され、病院のサービスは含まれていなかった<sup>2,3)</sup>。NHSによって病院は国有化され、GPのプライマリケア、病院のセカンダリケア、そしてLAの公衆衛生サービスを包括する体制となったが、実際にはこの3者は独立して運営されていた。

1974年、この3分立機構を一元化するためにNHS改革が実施された<sup>2,3)</sup>。これによって、LAとは別に、NHSの地域保健局が、プライマリケア、セカンダリケア、そしてLAが実施する対人保健サービスを一体的に管理することとなり、NHSは完全に国の直轄となった。さらに1982年には地域保健局が廃止され、市町村レベルの地区保健局が設立された<sup>3)</sup>。

1991年、保守党サッチャー政権によるNHS改革が行われた<sup>3)</sup>。これは、セカンダリケアの

「購入者」と「提供者」を分離し、競争原理による医療費抑制を目指したものであった。これによって、提供者である病院のほとんどは独立採算によるNHS Trustとなった。また購入者は、これまで病院に配分されていた予算を、セカンダリケアを購入するための予算として配分され、住民の代理人として病院からサービスを購入することとなった。また購入者として、地区保健局の他に、新たに「予算管理GP」が設置された。

1998年、労働党ブレア政権によるNHS改革が行われた<sup>5)</sup>。これによって、予算管理GPは廃止され、新たに設置されたPCTがセカンダリケアの予算を管理することとなった。さらに2002年、地方保健戦略局が設置され、PCTがNHSの第一線機関に位置づけられ、それぞれに「公衆衛生部門」が設置された<sup>1)</sup>。

## 4. 健康危機管理庁(Health Protection Agency: HPA)

HPAは2003年に設立され<sup>4)</sup>、感染症・健康危機のサーベイランス、大規模な健康危機への対応、衛生検査など、健康危機管理に関する専門的サービスを提供している。地方組織として、9のHPA州事務局、39の地域健康危機管理チーム(Local Health Protection Unit: LHPU)が設置されている。

HPA州事務局は、人口600~1,200万人を管轄し、サーベイランス、LHPUやPCTへの支援(健康危機管理計画の策定支援、研修など)を実施する。

LHPUは、人口100~150万人を管轄し、感染症管理専門医を責任者として、感染症などの健康危機発生への対応、疫学調査、予防接種、PCTやLAなどへの支援を実施する。

健康危機管理の法律上の責任機関はPCTであるが、実際にはLHPUを中心として、PCT、LAの3者の連携と役割分担によって対応する。PCTは患者の発見・届出、診断・治療(病院への委託を含む)など、LAは食品サンプル・検体の採取、消毒など、そしてLHPUは発生報告の受理、技術支援、疫学調査などを、それぞれ担当す

るのが一般的である<sup>6)</sup>。

## 5. 公衆衛生専門家

イギリスの最初の公衆衛生専門家である「保健医官」は、1848年の公衆衛生法から設置され始め、1875年の改正によって全国各地に配置された。また1871年には保健医官の資格が制度化され<sup>2)</sup>、質の確保も同時に行われた。

それ以降、保健医官は地方自治体に所属していたが、1974年のNHS改革によって「地域保健医」としてNHSに移管された<sup>3)</sup>。これに先立つ1972年に、王立内科医学会の一部門として地域医療部会が設立され<sup>3)</sup>、地域保健医の資格認定が開始された。その後、地域医療部会は公衆衛生医学部会に改称され、地域保健医は「公衆衛生専門医」と呼ばれるようになった。

1999年、国レベルの保健計画「Our Healthier Nation」において、公衆衛生の機能強化と、医師でない公衆衛生専門家の養成の必要性が言及された<sup>7)</sup>。そして2002年には、PCTの公衆衛生部門の責任者として、医師資格の有無にかかわらず、十分に訓練された公衆衛生専門家を配置することが義務づけられた<sup>1)</sup>。これを受けて2003年に、公衆衛生医学部会は公衆衛生部会に改称され、「公衆衛生専門家(Consultant/Specialist in Public Health)」の教育研修・資格認定が開始された。

## わが国の公衆衛生体制の再構築

### —イギリスの経験から学ぶこと

イギリスでは、公衆衛生体制の改革が頻繁に行われ、構築と再構築が繰り返されてきたが、この背景には「新しい課題には新しい体制で対応する」という基本姿勢があるように思われる。つまり、新たな健康課題を解決するために必要な「機能(サービスではない!))」をまず検討し、その後で、その機能を遂行するのに適した「構造(制度、法律、組織など)」を(再)構築するのである。既存のシステムで新しい課題(公衆衛生の機能強化、健康危機など)に対応できなければ、新しい組織(公衆衛生部門、HPAなど)を設立してしまえば

よいのである。これはある意味当たり前の考え方であるが、「新しい課題にもできるだけ既存の体制で対応」してきたわが国とは対照的である。しかしわが国でも近い将来、現在のシステム(保健所を第一線機関とする体制など)では対応できない健康課題が必ず発生する(すでに発生している?)と考えられ、その時には「機能から構造を再構築する」というイギリスの考え方は役に立つであろう。

一方、イギリスの公衆衛生体制の変革の歴史の中で唯一変わらないものがある。それは「人材育成」である。上述したように、新しい制度や組織が設立されると同時に、それを担う専門家が育成されてきたのである。これまで、保健医官、地域保健医、公衆衛生専門医、そして公衆衛生専門家と、その時代の制度や組織に応じて名称や役割は変化してきたが、公衆衛生に対する強い信念や高い資質は、伝統として受け継がれてきたと考えられる。質の高い公衆衛生専門家が常に存在したからこそ、公衆衛生体制の大きな変化にも対応できたのであろう。

わが国においても、来るべき公衆衛生体制の再構築に備えて、イギリスのような公衆衛生専門家の人材育成システム(教育研修、資格認定など)の確立が求められる。

## 文 献

- 1) Department of Health: Shifting the balance of power. The next steps. London, 2002
- 2) 橋本正己: 公衆衛生現代史論. 光生館, 1981
- 3) 多田羅浩三: 公衆衛生の思想—歴史からの教訓. 医学書院, 1999
- 4) Department of Health: Getting ahead of the curve. A strategy for combating infectious diseases (including other aspects of health protection). London, 2002
- 5) Secretary of State for Health: The new NHS, Modern, Dependable. The Stationery Office, London, 1997
- 6) 武村真治: イギリスの健康危機管理体制の実態とわが国への適用可能性. 公衆衛生 70(3): 185-188, 2006
- 7) Secretary of State for Health: Saving lives; Our healthier nation. The Stationery Office, London, 1999