

地域医学研究連絡委員会報告

保健所をめぐる規制廃止について

平成9年5月19日

日本学術会議第7部
地域医学研究連絡委員会

この報告は、第16期日本学術会議地域医学研究連絡委員会の審議結果をとりまとめて発表するものである。

委員長	青	山	英	康	(第7部会員、岡山大学医学部教授)
幹事	久	住	治	男	(第7部会員、金沢大学名誉教授)
	久	道		茂	(東北大学医学部長)
委員	茨	木	邦	夫	(琉球大学医学部長)
	内	田	昭	夫	(愛知みずほ大学人間科学部教授、千葉大学名誉教授)
	金	政	泰	弘	(岡山県立大学保健福祉学部長、岡山大学名誉教授)
	小	林	建	一	(慈恵看護専門学校長、東京慈恵会医科大学名誉教授)
	小	林	之	誠	(日本プライマリ・ケア学会会長、小林医院院長)
	綿	貫		勤	(秋田大学名誉教授)

目 次

はじめに	1
1. 保健所の歴史	2
2. 公衆衛生従事者の養成	3
3. 地域保健法の施行に伴う生活者重視の衛生行政サービス	4
4. 今日の我が国の国民の健康をめぐる背景と規制廃止	6
5. 保健所及び保健所長の業務と規制廃止	8
6. これからの保健所の役割 ——地域における保健と医療と福祉の連携——	9
7. 保健所医師と保健所長に求められる役割 ——その資格と能力——	11
資 料	
医学生に対する衛生公衆衛生学コア・カリキュラム（衛生学・公衆衛生学教育協議会）	13

は じ め に

昭和60（1985）年の第1次医療法改正に始まって、二度にわたる医療法の改正と福祉関連八法の改正、そして平成6年には地域保健の基本法ともいべき保健所法が改正されて地域保健法が制定されて、本年4月からは地域における保健と医療と福祉の総合的なサービス供給システムが全国的な規模でのネットワークとして確立されることになった。

一方、一昨年7月3日に発足した地方分権推進委員会は、昨年3月29日に中間報告「分権型社会の創造」を公表したが、その中で保健所の問題について「保健所の必置規制」及び「保健所長の医師資格規制」の廃止に向けて、引き続き検討することを明らかにした。しかし、昨年12月20日の「第1次勧告」においては「保健所の必置規制」には全く触れておらず、「保健所長の医師資格規制」についても「必置規制の見直しの一環として、その要否を引き続き検討する」との表現に変更されている。（43頁9～11行）

「地方の時代」を迎え、「行政改革の必要性」が強く求められる社会的な動向の中で、国が地方自治体に対して「不必要な規制」を行うことは地方分権推進にとって障碍になるという立場から、幅広く規制廃止が検討されることの意義は大きい。しかし、廃止すべきは「不必要な規制」であり、もしも慎重にして幅広い審議を欠くようなことがあれば「必要な規制」までもが廃止される危険性もあることを指摘しておかなければならないであろう。

日本学術会議第7部（医学）地域医学研究連絡委員会（以下 地域医学研連と略す）では、第13期に新しく研究連絡委員会として設置されて以後、地域に基盤を置いて、医学・医療の分野における日進月歩の技術革新の中で専門分化—specialization—による保健医療水準の著しい向上を踏まえて、より総合的な医学・医療の提供による地域住民の保健医療水準の向上を通じての国民の健康に責任を持つ保健医療体制の確立を目指して、幅広い討議を積み重ね、討議結果を公表してきた（※1）。

地域医学研連としては、地方分権推進委員会が第一次勧告によって、その内容について今後も幅広く意見を求めている「保健所長の医師資格規制」については、我が国の地域における保健・医療及び福祉の総合的な発展に重大なかかわりを持つと考え、廃止すべき対象かどうかを討議し、もしも廃止するようなことになれば廃止した場合の影響と廃止するに当たって求められる条件などについて討議した。

（※1）地域医学研究連絡委員会報告「医師卒後臨床研修の改善について」（第15期：平成6年2月25日）

1. 保健所の歴史

我が国の保健所の歴史は古く、保健所法の制定以前に、すでに大正3（1914）年に日本赤十字社による乳幼児健康相談事業所が創立されており、この種の母子保健を中心とした小児保健所は昭和3（1928）年までに458カ所も設置されている。一方、大正12（1923）年の関東大震災の被災者に対する訪問事業や急激な都市化に伴うスラム化に対する朝日新聞社の社会事業として発足した公衆衛生看護婦の活動などの地域からの保健活動の展開が図られたが、いずれも全国的な規模での活動とはならなかった。

官制の保険事業として大正11（1922）年に簡易保険健康相談所が設置され、昭和19（1944）年までに全国321カ所まで設置数を増やしている。民間損保企業である第一生命の財団法人「保全会」も医療保険事業として保健活動に取り組んでいる。これら「損害保険事業」として取り組まれた保健活動としては、昭和2（1927）年の健康保険法の施行に伴う健康相談所の設置もあり、昭和17（1942）年までに66カ所が設置された。

これら各種の官民の健康相談所が発足していく中で、昭和6（1931）年に「ヘルス・センター構想」が出され、長い準備期間を経て最初に制定された保健所法（以下 旧保健所法と略す）の制定が昭和12（1937）年であり、翌年に厚生省が発足していることから明らかなように、地域における保健所活動は衛生行政以前に、地域における保健サービス機関として全国的な活動を開始している。そして、厚生省の発足に伴って、それ迄に設置されていた健康相談所を統合して、全国に770カ所の保健所網がようやく完成された。

この歴史的経緯は保健サービスの全国的なネットワークづくりには法令による中央集権的な裏付けの必要性を示唆しているといえる。旧保健所法における保健所では「住民主体の保健指導を行う機関」として位置づけられ、その役割は「指導機関にして官庁に非ざるを以て、権力的な行為とならないこと」を求めているが、同時に「一般公衆に影響を与える衛生状態の改善には発動的指導」も求めている。

第二次世界大戦を敗戦で迎え、戦時体制下の保健・医療制度の抜本的な改革が推進されることになり、昭和23（1948）年に杉並保健所をモデルとして、新しく地域保健の専門的技術センターとしての保健所の全国的なネットワークづくりが、新しい保健所法（以下 新保健所法と略す）の制定によって行われた。これを契機に戦前・戦時における「富国強兵策」としての「取り締まり行政」からの脱皮による「指導行政」への転換が図られた。しかし、戦後の混乱期の国民の健康への脅威となっていたのは「亡国病」とも呼ばれていた結核や急性伝染病と食中毒の集団発生であり、取り締まり行政からの完全な脱皮ができなかった。これは我が国が自由開業医制度を医療供給体制の基盤としているために、民間の医療機関に対しては疾病予防や救急医療などの「不採算医療」を強制的に求めることができず、国の責任として社会不安を防止するためには「不採算医療」を公的なサービスとして提供せざるを得なかったためと考えられる。

地域医師会による医療サービスの供給体制と保健所による保健サービスの供給体制との巧みな協力関係によって、我が国が国際的にも特異な保健医療の供給体制を確立し、対GDP比や1人当たりの金額などで明らかなように、最低の医療費で高い受診率や最も長い平均入院日数などで示されるように最も接近性の高い医療サービスを提供し、男女とも世界第1位の平均寿命や国際的に他に例を見ない急速な少子・高齢社会など高い保健水準に達していることは国際的な注目を受けているところである。

このような歴史的な経過からも明らかなように、我が国の保健医療体制は地域における保健所の存在と密接に結びついて発展してきたといえる。しかし、昭和36（1961）年の国民皆保険制度の発足によって、医療施設の急速な整備拡充に伴って、臨床医への需要が増大し、保健所医師の不足をもたらすことになった。

保健所長は旧保健所法による保健所の設置以来、今日に至るまで医師であることが法的に求められてきた。これは保健所の原型となった大正年代の「健康相談所」や保健所法制定の基盤となった昭和6（1931）年の「ヘルスセンター構想」においても、保健所において「健康診断」と「外来診療」及び「健康相談」などの「医療行為」が行われる必要があったためである。

我が国では保健活動も含めて、医療行為における医師の専門的な「自由裁量権」が絶対的な優位性を法的に認めており、他の保健医療従事者に対して「指示・監督」する立場に立たされてきた。このことは保健指導を業務とする保健婦の身分や業務を法的に規定している保健婦・助産婦・看護婦法（以下 保助看護法と略す）の条文をみても明らかなように、医師の指示・監督の下での業務の遂行となっており、保健医療行為における法的な自立性が医師以外の保健医療従事者には認められていない（※2）。さらに、医療サービスをも含む保健サービスの供給を求める地域住民にとっても、保健所が医療機関であることを強く求めてきたためである。医療法によって医療施設の管理者は医師であることが規定されており、保健サービスと不可分の診療行為を提供する医療機関でもある保健所の管理者である保健所長は医師でなければならないといえよう。戦後間もなく制定された新保健所法の下では、結核や性病、そして歯科などの治療が実施されてきたし、今日の成人病時代においても「Cure から Care へ」と云われる状況の下で「療養上の指導」や「機能回復」などの医療行為を保健所に求める地域住民の要求は強く、保健所長や保健所医師は医師法で規定されている医師の任務である「医療」とともに「保健指導」において、専門職としての役割を果たすことが大きくなっている（※2）。

2. 公衆衛生従事者の養成

我が国の近代医学は戦後のアメリカ医学の導入まではドイツ医学の影響を強く受けており、公衆衛生学の医学教育への導入は戦後アメリカの School of Public Health への留学経験者が帰国後に医学教育へ参加するようになるまで待たなければならなかった。

（※2）《医師の任務（医師法第1条）》

医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。

《保健婦助産婦看護法》

（定義）

第2条 この法律において「保健婦」とは、厚生大臣の免許を受けて、保健婦の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする女子をいう。

（保健婦に対する主治医の指示）

第35条 保健婦は傷病者の療養上の指導を行うに当たって主治の医師又は歯科医師があるときは、その指示を受けなければならない。

（保健婦に対する保健所長の指示）

第36条 保健婦は、その業務に関して就業地を管轄する保健所の長の指示を受けたときは、これに従わなければならない。

（医療行為の禁止）

第37条 保健婦、助産婦、看護婦又は准看護婦は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合の外、診療機器を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をなし、その他医師若しくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる虞のある行為をしてはならない。

1916年にロックフェラー財団は、アメリカのジョンズ・ホプキンス大学に世界で最初の School of Public Health の創設を行った。その後もロンドン大学やハーバード大学に School of Public Health の設立を行い、公衆衛生活動の科学化と公衆衛生学の学問的体系化、そして研究と教育の基盤を確立した。ロックフェラー財団は我が国に対しても、昭和12（1937）年に国立公衆衛生院と都市保健館及び農村保健館を寄贈し、国立公衆衛生院の設立に施設を始めとする多大の援助を行った。しかし、寄贈先が厚生省であったため、いまだに我が国には諸外国に認められるような School of Public Health の創立が認められず、欧米先進諸国との比較で医学における公衆衛生学の教育・研究において、今日なお残念ながら後進性を示している。しかし、現在では全国に80の医科系大学に衛生学・公衆衛生学の関連講座が1大学当たり2～3講座あり、医学教育及び研究の分野で衛生学・公衆衛生学関連講座を担当する教授が、国立公衆衛生院の部長も含めて約200名も存在することは、諸外国にはない公衆衛生学の教育と研究に有利な条件となっており、近時ようやく公衆衛生分野に活躍を目指す若い医師が増加しつつある状況にある。

このような歴史的経過を見れば明らかなように、昭和36（1961）年に国民皆保険制度の発足に伴う医療施設数の急速な拡大に伴う「医療」への人材の需要拡大によって、公衆衛生学の教育と研修が不十分であった医師が保健分野から医療の分野へと大移動し、保健所医師の決定的不足を来すことになった。その結果、行政上の定員確保のために医師でありさえすれば公衆衛生学の研修が不十分なままに保健所長に就任することもあり、保健所機能の低下を一時的にもたらすこととなった。しかし、その後の公衆衛生学の教育・研究の急速な発展と保健所職員の現任教育の体制整備によって、今日では公衆衛生学の専攻者が、とくに若い世代では保健所医師及び行政官としての資格と能力を持つ医師が、保健所に勤務するようになった。

医師以外の公衆衛生従事者に対しても、国立公衆衛生院における現任教育に加えて、第14期及び第15期の予防医学研連の対外報告（※3）を受けて、我が国特有の School of Public Health —公衆衛生学連合大学院構想を創立し、医師とともに幅広い保健・医療分野の各専門職種を対象とした公衆衛生学の卒後及び生涯研修体制の確立が図られつつある。

このことは、全国の医科系大学の衛生学・公衆衛生学の講座担当者を組織する衛生学・公衆衛生学教育協議会が医学教育における衛生学・公衆衛生学の教育と研究にかかわる幅広い討議を重ね、年に2回の総会、年に1回の公開ワークショップ、医学生サマーセミナーなどを通じて、その成果を公表しており、平成8（1996）年には、医学生に対する衛生・公衆衛生学の「コア・カリキュラム」を確定し、公表している（資料参照）。また、日本学術会議の予防医学研連の対外報告を受けて、医師を含む幅広い公衆衛生従事者の各専門職種における卒後研修及び生涯学習の体制の確立に向けて取り組み、ようやく実施段階を迎えつつある状況にある。

3. 地域保健法の施行に伴う生活者重視の衛生行政サービス

平成6（1994）年6月に保健所法が改正され、地域保健の基本法ともいうべき地域保健法が施行され、

（※3） 予防医学研究連絡委員会報告「予防医学関連領域における卒後教育に関して」（第14期：平成3年6月25日）
予防医学研究連絡委員会報告「公衆衛生大学院大学（仮称）構想について」（第15期：平成5年12月14日）

平成9（1997）年度からの地域保健における新しい体制の確立が図られることになった。新しい体制とは、地域住民に最も身近な市町村保健センター等にあらゆる健康問題を受け止めることのできる総合的な窓口を設置し、受け止められた問題の解決に必要な専門的・技術的なサービスを提供できる保健所機能を強化することである。このような国の基本指針の決定に際して「保健所の医師資格規制」の必要性についても討議され、保健と医療と福祉の各専門分野の専門職種を組織する行政サービス機関としての「保健所の所長は医師とする」規制が現状においても必要であるとの結論を得ている。しかし、これは「医師免許証を持っている者であれば誰でもよい」ということではなく、「医師の資格規制」を廃止することによって「誰でもよい」ことになる危険性を恐れたためである。すなわち現在直ちに規制を廃止すれば非専門職によって占められるようになり、定年前の事務職の定位置となる危険性が大きいと考えられたからである。もし「医師の資格規制」を廃止しようとするれば、保健所にいる保健と医療と福祉の各専門職種の業務と資格に関する法規定を、各専門職種の自立性の尊重による医師の「指示・監督」からの脱皮に向けて整備する必要がある、さらに保健所長の業務と資格及び能力に関する新しい規定も必要である。このような条件整備のないままに「保健所長の医師資格規制」が廃止されると、地域保健法の制定によって今年4月から保健と医療、そして福祉の連携強化を目指している新しい体制の確立も困難になることは明らかである。これに加えて、もしも「保健所の必置規制」が廃止されれば、地域によっては保健所自体が存在しなくなる都道府県が出現することになり、我が国の保健・医療体制のみならず、福祉の分野にも重大な禍根を残すことになると思われる。

中間報告の中に記されている地方分権型社会とは「国と地方公共団体の間に対等・協力の新しい関係」（2頁8行）を創造することと記されているが、今回、保健所法を全面的に改訂して制定された地域保健法で規定された保健所と市町村との関係は、まさにそのような関係の確立を意図しているものである。また、個性豊かな地域社会の形成に当たっても「行政分野でのナショナル・ミニマムの目標水準を達成し、これを維持することは、今後とも国の担うべき重要な役割である」（6頁11～12行）と記されており、腸管出血性大腸菌O-157やAIDS、そして頻発する薬害問題に例を取るまでもなく、今日の国際化社会の中で有害な輸入食品や新興感染症—Emerging infectious diseasesの危険性にさらされている状況の中で、我が国の国民の健康を守るために国が担うべき衛生行政サービスのナショナル・ミニマムとして、保健所と市町村保健センター等との連携による全国的なネットワークによるサーベイランスシステム及び大規模な新興及び再興感染症の集団発生時における防疫体制の確立は、国民の生命と健康を守るためには必須といえる。

全国の生活者に対して、等しく国民の健康を守る責任を持つ国が全国的な規模と視点で提供しなければならない行政サービスとして保健所の果たすべき役割は幅広く重大であり、このことは国際的な場での国の役割としてWHO憲章においても「国民の健康を守る政府の責務」として規定されている。

今回制定された地域保健法においては、国及び都道府県と市町村との間の役割分担を明確にすることが意図されており、とくに保健所については、地域保健法の制定によって管内の市町村あるいは地区の保健水準についての正確な評価と評価結果に基づく助言と支援能力の強化によって、身近な保健サービスの実施主体となった市町村に最も適切な保健と医療と福祉にかかわる総合的な実施計画が策定されるように専門的・技術的な助言と支援を行うことになった。そのために調査・研究活動が専門的・技術的センターとしての保健所の各専門職種の日常業務として地域保健対策の推進に関する基本的な指針にも明記され、各専門職種の専門的機能の発揮を期待している（※4）。

健康問題の解決には常に「Centralization—中央集権」と「Decentralization—地方分権」との二つの対応

が同時になされなければならないことは、公衆衛生学の最も基本的な定理である（※５）。今回の地域保健法の制定による保健所と市町村保健センター等による全国的なネットワークの確立は、機能集中によって生活者たる地域住民にメリットがあるサービス機能（例えば調査・研究や企画の総合調整、検査機能など）を保健所を集約化することによって機能強化し、生活者に身近な日常性を基盤として分散した方がメリットのあるサービス機能（例えば問題の受け止めの窓口や健康診査、健康相談など）は市町村保健センター等に求めている。

４．今日の我が国の国民の健康をめぐる背景と規制廃止

第二次世界大戦を敗戦で迎え、焦土の中で制定された保健と医療と福祉の各分野にかかわる諸法令が、平均寿命で男女ともに世界第１位を占め、国際的に他に例を見ない急速な少子・高齢社会を迎えていることでも明らかなように、今日の我が国の国民の健康をめぐる背景が急速に、そして大幅に変化している状況に直面して、次々に改正されている。二度にわたる医療法の改正に続いて、福祉関連八法の改正、そして地域保健法の制定がなされたのは、このような状況の反映である。

明治維新以来、全ての近代化を「欧米先進諸国に追いつけ、追い越せ」を国是として取り組んできた我が国としては、今日の、そして今後の健康問題については、国際的にもいまだかつて誰も経験したことのない全く新しい事態への対応として、全ての国民の創意と工夫が強く求められている所であり、とくに専門職のリーダーシップへの期待が大きい。このことは、国際的にも大きな関心と注目が我が国の保健・医療の動向に寄せられていることから明らかである。

我が国の保健医療の歴史的な経過と第二次世界大戦後の急速にして著しい復興、そして今日の対 GDP 比で国際的には最低の医療費で最高の保健水準を挙げた実績、阪神・淡路大震災において30万名もの避難民が1000カ所もの避難所に分散させられながら、1件の食中毒や伝染病の集団発生例も認められなかった事実、腸管出血性大腸菌O-157による感染が全国的な拡大を示しながら、僅かな日数で沈静化を図り得たことなど、国際的に高い評価を得ている所であり、これらは保健所と地域における地域医師会との日常的な連携と緊急時の即応体制による成果といえる。

（※４）保健所法と地域保健法

《保健所法》

1. 人口10万人に1カ所
2. 35万以上で政令市
3. 保健所のネットワーク

《地域保健法》

1. 医療圏
2. 人口30万人以上で政令市
3. 保健所と市町村保健センター等とのネットワーク

（※５）集中（Centralization）と分散（Decentralization）

《集中—保健所》

1. 調査・研究
文献・情報収集
2. 計画策定と評価
3. 総合調整 引上げと底上げ
4. 統計処理と解析
5. 専門的保健サービス
行政検査・機能訓練・監視・指導

《分散—市町村保健センター等》

1. 総合窓口
健康問題の受け止め
2. 保健サービス
健康診査・保健指導・健康相談

今日の地球レベルの保健と医療の近代化への取り組みの基盤となった「WHO 憲章」は、基本的人権として「健康権」を国際的に確認するとともに、国民の健康に対する国の責任を明らかにした点で大きな意義を持っている（※6）。

地域における保健所の役割は、生活者としての地域住民に対する行政サービスの実施主体となる市町村に対して、専門的・技術的な助言と支援を提供することによって、国及び都道府県の責任を果たすことにある。したがって、「保健所の必置規制」を廃止すれば、都道府県のみならず国の国民の健康に対する責任が果たせないことになり、「保健所長は医師」の資格規制を廃止すれば、国及び都道府県の保健所への医師配置の責任が果たせない危険性がある。腸管出血性大腸菌O-157の集団発生によっても明らかになったように、国としての責任と同時に自治体としての都道府県の責任ある対応が有効な対策の遂行には必須である。しかも、保健所においては、血性下痢症の患者の多発に対して、即座に「食中毒」なのか「伝染病」なのかの医学的診断とともに公衆衛生学的判断が行政対応の出発点として求められることになる。すなわち、食中毒に対しては食品衛生としての対応が必要であり、原因食の確定が重要な業務となるが、伝染病に対しては防疫として感染源の確定とともに、感染経路と感受性者の確定による二次感染の予防が主要な業務となる。もしも、この判断を誤った場合には対策の有効性は得られないし、医学に基礎を置いた公衆衛生学的判断を行った医師以外の誰も行政責任を取ることはできないであろう。

中間報告には保健所長の医師資格について「当該資格規制がなくても業務の遂行に支障がない」（33頁18～19行）という理由が挙げられているが、保健所の主要業務は行政業務とともに行政サービスの提供があり、保健所長の資格規制を廃止することは、「3. 見直しの視点」（31頁13行）として避けなければならないこととして中間報告に明記されている「社会的弱者に対するサービスの行政水準の低下」（32頁9～10行）をもたらすことは明らかである。さらに「保健所長については、本人自身に必ずしも高度な医学的知識が具備されていなければならないというものではなく、むしろ福祉などを含めた幅広い管理能力、判断力が求められるものである」（74頁20～21行）との中間報告の記述は、「医学的知識」に対する明らかな誤解によるものと推察される。医学が「臨床医学」と「基礎医学」、そして衛生行政及び衛生行政サービス、そして福祉などに最も関連の深い「社会医学」の三つの分野から構成されており、「保健所長は医師」という資格規制に求められている「医師」は、社会医学系の公衆衛生学関連分野に専門性の基盤を持つ医師であり、医学教育の卒後及び生涯研修としての公衆衛生学を専攻した中間報告にいう「福祉などを含めた幅広い管理能力、判断力」を持つ医師と考えられる（資料参照）。

中間報告の中にも留意点として「保健所への医師の必置は存続させる必要性」（75頁2～3行）のあることが明記されており、これを認めたくえでの規制廃止とすれば「医師以外にも適材を見出す」ための「保健所長の資格及び能力」についての「新しい規制」の検討がなされていなければならないことになる。

（※6）WHO 憲章（抜粋）

健康とは身体的にも精神的にも社会的にも完全に良好な状態であり、単に病気がないとか病弱でないということではない。

今日到達し得る最高水準の健康を享受することは、人種・宗教・政治的信条・社会的経済的条件などによる一切の差別なく、すべての人類に賦与された基本的人権の一つである。

《 略 》

すべての国の政府は国民の健康に対して責任を持っており、国民の保健水準は十分な保健・医療および社会的な諸政策の遂行によってのみ確保される。

30年前に、韓国において「保健所長は医師」の資格規制を「保健所医師不足」を理由に廃止したため、今日に至っても保健所長への医師の充足率は半数に達していない。高い充足率を示しているのは都会とその周辺部に過ぎず、地方都市や農山村では保健サービスのみならず衛生行政の執行においても重大な障害をもたらしている。そして、今日もなお大変な努力と犠牲が払われていながら、農村や辺地の保健所への医師の充足に成果を挙げ得ていないのが現実である。

5. 保健所及び保健所長の業務と規制廃止

保健所業務としては、医療監視、食品業者や環境衛生業者に対する許認可業務、統計処理などとともに、地域住民の保健ニーズに対応する行政サービスがある。行政サービスとしては市町村が実施主体となって提供すべきサービスの企画及び管内の市町村及び地区に対する専門的・技術的サービスとしての助言と支援があり、その基盤となるのは公衆衛生学的な判断であり、そのための情報収集と調査・研究である。

保健所長の業務についても、行政機関における人事及び予算についての管理業務とともに、各種の専門職によるチームワークにおけるコーディネーターとしての役割と専門性に基盤を置いた公衆衛生学的な判断に基づくリーダーシップの発揮が求められている。

「保健所の必置規制」を廃止することにより、保健所が存在しない、あるいは保健所が管轄しない地域が出現することになる。必置規制の廃止によって得られるメリットとしては、自治体が保健サービス以外の行政サービスを選択する自主性を尊重することになるが、このことによって国及び都道府県は保健医療及び福祉行政の責任を果たせないことになり、全国的なサーベイランス・システムにおいては情報が得られない地域が出現する危険性もある。保健所が無い地域では無医地区と同様に保健活動については、新興感染症の侵入や大規模な災害発生などの緊急時の対策においても、保健サービスを受けられない地域となる危険性がある。すでに数多くの感染性疾患を克服している先進諸国が、今日なお強力な検疫活動を続けなければならないのは、地球レベルでは今日もなお数多くの感染性疾患が死の恐怖をもたらしている地域が存在しているからである。とくに今日の国際化社会の中では、検疫業務は感染性疾患の多くを制圧している先進諸国においても重要な国家的事業であり、伝染病の撲滅に対して莫大な費用を投じての国際的な協力と援助を行っている。その結果として得られた成果は、いまだ「天然痘」に限られている。さらに、今回の腸管出血性大腸菌O-157の例に認められるように、現行伝染病予防法の適用については、人権尊重の立場から種々の配慮が必要であり、伝染病予防法の改正が検討されている中で、ますます保健所の果たすべき役割は重要となってくると考えられる。今日の国際化社会の中では新興及び再興感染症の集団発生による国民の健康への脅威は高まっている。

これら緊急時の対策には日常的な保健活動が基盤となっており、感染症情報の収集と提供やサーベイランスなどの平常時の日常業務が求められる。一人の伝染病患者の潜在が感染源となって、健康者集団に数多くの患者の発生をもたらす危険性があり、日常的な感染症情報は保健サービスとして不可欠であるが、保健所が設置されていない地域では、今後これらの保健サービスが行われなくなるだけでなく、国レベルの評価や判断もできなくなることになる。保健所が消滅して、民間施設によるサービスによって代行される可能性もあれば、規制廃止によってサービスの質的向上が期待できるかもしれないが、「不採算医療」の典型である「予防対策」や「緊急医療」については、それを民間施設に期待することはできないし、期待するとすれば民間施設における技術水準や検査能力に対する厳しい精度管理という新しい規制が求めら

れることになる。

「保健所長の医師資格規制」が廃止されることになれば、管理者たる施設長が数多くの保健医療の専門職のチームワークを統括するに当たって、各専門職種の仕事や業務に関する法的な規定を整備していなければ、各専門職種間のチームによる業務遂行上の齟齬をきたす危険性がある。例えば、保健所の専門職種として最も人数の多い保健婦は、保健指導に従事することを業としているが、現行法では傷病者の療養上の指導については主治医、健康者集団に対しては医師である保健所長の指示がなければ業務が遂行できないことになっている（※2）。逆に、規制があるために医師の免許証を持っていさえすれば保健所長に採用されることになり、公衆衛生学の知識が乏しく、公衆衛生分野に興味も関心も持たない医師が保健所長になる危険性もある。しかし、これは現状においては外科医院に内科医を配置するようなものであり、保健所医師の採用に際して、今日では十分に数的に充実されている公衆衛生学の卒前教育の充実（資料参照）と卒後及び生涯研修の整備によって、これらの教育・研修を取得して保健所医師及び保健所長の資格と能力を持つ医師を採用することによって容易に避けることのできる問題である。とはいえ、医学教育においては、他学部の教育と異なり全科必修であり、医師資格を得るための国家試験に際しても公衆衛生学を含む各科から出題されており、現状では最低限度の公衆衛生学的判断に必要な医学的知識と技術を持っていることは担保されている。この点、医師資格の規制を廃止することによって、行政能力の高い者が保健所長になることが期待できても、行政サービスの質の低下は避けられないことになる。最も危惧されるのは日常業務として求められる保健サービスの出発点となる医学的判断における誤診である。腸管出血性大腸菌O-157においても、伝染病か食中毒かの判断の遅れが、その後の対策の成果に大きな影響を与えたことは、各地の事例を見れば明らかである。成人病時代における保健指導においても、保健指導の対象とすべき疾患とか合併症の有無などについて誤診があれば、誤った保健指導による危険性さえ生じることになり、措置行政としての福祉から地域福祉への転換が、地域においては保健活動と強く連携して実践されている現状においては、福祉水準の後退も危惧されることになる。さらに、保健所長の果たすべき重要な役割として、医学的診断に基づく公衆衛生学的な判断と実務の実践があり、その中でも地域医師会や地元の医科系大学との関係調整は重要である。

韓国における事例は、保健所と地域医師会、保健所と医科大学との間の調整において、保健所長が医師でない保健所では日常的な支障をもたらし、保健サービスの質的な低下のみならず、衛生行政の遂行にも重大な支障をもたらすことを示している。

6. これからの保健所の役割 ——地域における保健と医療と福祉の連携——

国際的に他に例を見ない急速な少子・高齢社会を迎えている我が国の国民の健康をめぐる背景は急速に、そして大幅に変化しており、このような事態への対応として、近時、保健と医療と福祉にかかわる諸法令が改正され、第二次世界大戦後の保健と医療と福祉の各分野における「行政改革」が戦後50年を経て、ようやく実行されようとしている。これまでの保健所法の改正が保健所の立場からの機構改革であったのとは異なり、今回の地域保健法の制定は地域における生活者の立場からの行政改革であり、市町村が主体となって、保健と医療と福祉の各分野における生活者の健康問題の解決に必要な専門的・技術的サービスとしての助言と支援を保健所一都道府県と保健所政令市に求め、これに応え得る機能の強化を図ることになり、保健所と市町村保健センター等による全国的なネットワーク体制の確立が1997年度からなされ

ることになった。

これは、生命維持装置や臓器移植に代表される医療技術の革新によって、これまでの延命医療に加えて、患者の“Quality of life”（QOL）が尊重されるようになり、それだけに“*Informed consent*”が求められるようになったことへの対応とも考えられる。また、急速にして大幅な疾病構造の変化に伴って、保健活動においても、従来の「集団検診至上主義」から「生活指導重点主義」への転換が図られることになり、それだけに個別の生活様式や生活習慣が地域性として重視されることになった。福祉の分野においても従来の施設収容のための措置行政から、在宅ケア重視の家庭機能強化のための地域福祉への転換がすで実践として地域では行われており、保健と医療と福祉の連携が強く期待されている。それだけに今日、保健と医療と福祉にかかわる総合行政サービスの体制整備が地域保健法の制定によって図られつつある状況にあると考えられる。

保健所の役割としては、市町村保健センター等で受け止められた保健と医療と福祉の各分野にかかわる健康問題の解決に必要な専門的・技術的サービスとしての助言と支援を行い得る機能を強化し、ナショナル・ミニマムを確保するために国からの財政的な支援を受けることにある。

保健・医療従事者の教育における保健所の役割についても、保健婦や看護婦、栄養士などの養成においては、保健所での実習を義務づけているし、医学教育についても、平成元（1989）年度からは国立の医科系大学における社会医学系の学外実習に対して、文部省は予算措置を行っている。また、文部省高等教育局医学教育課が昨年公表した「21世紀の生命と健康を守る医療人の養成を目指して」（21世紀医学・医療懇談会第一次報告）において、今後の医療人の養成における保健所の役割が重視されるようになった。

地域保健法に規定された「保健所の事業」（第6条）としては14項目が法定化されており、これらはいずれも全国的に均一化された行政サービスとして、一定の専門的・技術的水準の保持が求められている。

1. 地域保健に関する思想の普及及び向上
2. 人口動態統計その他地域保健にかかわる統計
3. 栄養の改善及び食品衛生
4. 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境衛生
5. 医事及び薬事
6. 保健婦及び保健士
7. 公共医療事業の向上及び増進
8. 母性及び乳幼児並びに老人の保健
9. 歯科保健
10. 精神保健
11. 治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健
12. エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防
13. 衛生上の試験及び検査
14. その他地域住民の健康の保持及び増進

等に関する事項を取り扱う保健所としては、保健と医療と福祉の各分野の各専門職種を擁して、管内の市町村に対して専門的・技術的サービスとしての助言と支援を行うことのできる機能を強化しなければならないことになる。これら専門職種の資質の向上と市町村が主体となって実施する事業の財源確保が国の役割となり、かくして国と都道府県と市町村との間の役割分担が確立されることになる。

7. 保健所医師と保健所長に求められる役割 ―その資格と能力―

地域における専門的・技術的な保健サービスの拠点としての保健所に求められる役割を遂行するためには、保健所医師及び保健所長は公衆衛生学に専門性の基盤を持つことが求められるし、これに加えて保健所長には職員及び関連諸機関に対するリーダーシップの基盤となる行政官としての能力が求められることになる。

保健所医師及び保健所長に求められる資格としては

- (1) 医学にかかわる専門的知識及び技術に関する能力を持ってリーダーシップを発揮するには、医学知識を有する専門技術職である。

とともに

- (2) 公衆衛生に関する専門職としては、現行の医学教育の卒前教育だけでは不十分であり、近年の地域保健の課題の変化に対応する専門的な知識と技術の取得が必要である。

公衆衛生学の専門的・技術的な指導と助言を提供できる専門的な技術能力の確保と維持に必要な卒後研修と生涯学習が求められる。

ことになる。さらに

- (3) 保健所長に要求される行政能力については、近年の地域保健を取り巻く背景の変化に伴って、関連諸機関との連携上のリーダーシップが求められるため、これに応え得る実務経験が求められる。

このような社会的要求に対応するために、日本学会協議の予防医学研連では第14期と第15期の2期にわたって対外報告を公表しており（※3）、これを受けて衛生学・公衆衛生学教育協議会は、卒後研修における「コア・カリキュラム」として、以下に記す10項目を確定し、すでに公表している（※7）。

- ① 公衆衛生学総論 (Public health administration)
- ② 疫学総論 (Principles and methods of epidemiology)
- ③ 生物統計学 (Biostatistics and population dynamics)
- ④ プライマリ・ヘルスケア (Primary health care)
- ⑤ 健康教育 (Health education and promotion)
- ⑥ 行動科学 (Behavioral science)
- ⑦ 環境保健学 (Environmental health)
- ⑧ 健康政策学 (Health policy)
- ⑨ 社会福祉 (Social welfare)
- ⑩ 国際保健 (International health)

行政改革との関連では「地方分権」との関係で地方事務官の廃止が検討されており、保健所の医療法上の医療監視に加えて、今日なお国の専任業務である社会保険上の医療監視業務を保健所へ委任することが期待できるなど、規制廃止の新しい視点を得るとも考えられる。

以上に記してきた理由により、保健所必置規制の廃止はもはや論外として、保健所長の医師資格規制についても今日の時点で直ちに廃止することは、我が国の保健・医療・福祉の各分野に重大な支障をもたら

（※7）古市圭治他：特集 医師の卒後公衆衛生教育、公衆衛生研究、45(3)、1996。

し、我が国の国民の保健水準の低下をもたらす危険性があると云わざるを得ない。保健所長の医師資格の規制を廃止するとすれば、廃止に向けて保健・医療・福祉の各分野における各専門職種の役割を法定化している現行の身分法の改正や、保健所長の資格と任務の法的な明確化などについての慎重にして、幅広い審議を相当長期間かけて行う必要がある。尚、我が国の保健所医師の現状の充足率については、地域保健法の制定によって、機能強化のための保健所数の減少を見込んで採用を手控える状況が認められ、都道府県間に充足状況の差が大きいものの、医師充足が困難な状況にあるための欠員とはいえないことは、保健所医師数の確実な増加が図られている都道府県が現実に認められていることから明らかである。

医学生に対する衛生公衆衛生学コア・カリキュラム

衛生学・公衆衛生学教育協議会

1. 衛生公衆衛生学総論

- A. 衛生公衆衛生学・予防医学の概念と歴史
- B. 衛生公衆衛生学・予防医学の方法論
- C. 自然的・社会的環境の変動と国民の健康
- D. 保健・医療・福祉の連携、プライマリケア
- E. 医学・医療の倫理

2. 健康増進・疾病予防

- A. 健康と疾病
- B. 予防の概念
- C. ライフスタイルと健康
- D. 健康教育、保健指導、健康相談
- E. 健康管理、健康診断・診査

3. 人口・保健統計

- A. 集団の健康指標
- B. 人口静態と人口動態
- C. 日本の人口
- D. 世界の人口
- E. 疾病の定義と分類
- F. 出生・死亡統計
- G. 生命表と平均余命
- H. 疾病・傷害統計

4. 疫学総論

- A. 概要（定義、歴史、原理、研究対象、効用、等）
- B. 病因論
- C. 方法論（記述疫学、分析疫学、介入研究）
- D. 疫学と生物統計（疾病の頻度、統計技法、等）
- E. 臨床医学への応用（治療効果の判定、スクリーニング、医療判断学、等）

5. 環境保全・環境保健

- A. 人間と環境（環境の把握、主体－環境系、適応と順化、等）
- B. 地球規模でみた環境問題

- C. 公害と環境保全
- D. 物理的環境と健康（温熱、騒音、電離放射線、等）
- E. 化学的環境と健康（有害物質の吸収・代謝・排泄、量影響関係と量反応関係、生体影響のカテゴリー、等）
- F. 生物学的環境と健康
- G. 空気の衛生（大気環境、大気汚染、異常気圧、等）
- H. 水の衛生（上水、下水、水の汚染、等）
- I. 住と衣の衛生
- J. し尿・廃棄物処理

6. 食と健康

- A. 栄養学総論（栄養と栄養素、食習慣、健康と食生活、等）
- B. 栄養所要量
- C. 栄養状態の判定
- D. 国民栄養の現状と問題点
- E. 食中毒
- F. 食品衛生管理

7. 保健・医療・福祉制度

- A. わが国の保健・医療・福祉制度の特徴
- B. 社会保障の概念
- C. わが国の行政組織と活動
- D. 保健・医療・福祉の需要と資源
- E. 保健・医療・福祉情報
- F. 保健・医療・福祉経済

8. 地域保健

- A. 地域の概念
- B. 地域保健の方法論
- C. 地域保健組織と活動
- D. 地域保健医療福祉計画
- E. 災害対策

9. 母子保健

- A. 意義
- B. 母子保健に関する指標
- C. 母性保健管理
- D. 小児保健管理
- E. 母子保健対策
- F. 人類遺伝

10. 学校保健

- A. 意義
- B. 学校保健管理
- C. 児童生徒の健康状態、体位・体力

11. 産業保健

- A. 総論（目的と意義、歴史、最近の労働者の健康、等）
- B. 職業と疾病（職業病の概念、業務上疾患、作業関連疾患、産業災害、労災補償制度、等）
- C. 物理的有害環境による健康障害（高温、低温、異常気圧、騒音、振動、電離放射線、非電離放射線、等）
- D. 化学的有害環境による健康障害（職業性中毒、酸素欠乏症）
- E. 職業性肺疾患（じん肺、アレルギー性肺疾患）
- F. 不適当な作業方法による健康障害（頸肩腕障害、腰背部障害、VDT 作業による障害）
- G. その他の職業性健康障害（癌、皮膚障害、疲労）
- H. 作業環境管理（環境の測定と評価、許容濃度と管理濃度、生物学的モニタリング、等）
- I. 作業管理
- J. 職業性疲労とストレス
- K. 産業健康管理（管理体制、産業医の職務、健康診断、健康づくり、メンタルヘルスケア、等）

12. 成人・老人保健

- A. 意義
- B. 加齢と老化
- C. 悪性新生物の疫学と予防対策
- D. 循環器疾患の疫学と予防対策
- E. 糖尿病、その他の成人病の疫学と予防対策
- F. 老人の保健と福祉

13. 精神保健

- A. 意義
- B. 発達段階による精神保健
- C. 精神障害の疫学
- D. アルコール・薬物依存
- E. 精神的健康の保持・増進
- F. 精神障害者の保健・医療・福祉

14. 感染症対策

- A. 感染症の疫学総論（発生要因、まん延の指標、等）
- B. 主要感染症の疫学像、サーベイランス
- C. 予防対策総論（予防接種、消毒、検疫、等）
- D. 主要感染症の予防対策（急性伝染病、結核、ウイルス肝炎、エイズ、等）

15. 国際保健

- A. 世界の保健医療問題（とくに感染症、栄養障害、プライマリヘルスケア、等）
- B. 国際保健医療協力
- C. 保健医療関係の国際機関