

〈座談会〉

「21世紀を展望した地域保健」

討論者 青山英康 岡山大学医学部衛生学教授
 伊藤雅治 厚生省健康政策局計画課長
 中原俊隆 国立公衆衛生院公衆衛生行政学部長
 西 正美 石川県環境保健センター所長
 司 会 林 謙治 国立公衆衛生院保健統計人口学部長
 「公衆衛生研究」編集委員長
 母里啓子 国立公衆衛生院附属図書館長

林 本日も忙しいところ、御出席いただきましてありがとうございます。「21世紀を展望した地域保健」ということでお話し頂きたいと思っております。地域保健法のこともございますのでそれも含めてお願い致します。



編集委員の立場として、本日司会の役を務めさせていただくわけですが、お集まりいただいた先生方は、皆さん論客でございますので、私が最初一言だけ言えば、後はそのまま行ってしまうかと思っております。ビッグ・タイトルですから、歴史的な流れを多少つけ加えたほうがいいのかという気がします。

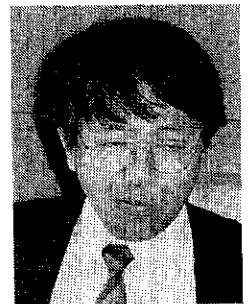
マクロレベルで見ますと、厚生行政の流れの1つの変曲点が、多分第2次オイルショック以降で産業界等もリストラクチャリングが求められ、その中で臨調路線が出てきた。そして中央官庁の内部でもリストラクチャリングが積極的に行われてきた。厚生省関係で言えば、数年前に総務庁による保健所の行政監査があって、機能の見直しということで、それを受けてニュー保健所構想があったと思います。今回はさらに延長線上に、あるいはそれ以上の質的な転換と思いますが、地域保健法の構想が出て、厚生省でこの問題を担当している伊藤課長をはじめ多くの方が努力しておられる

わけで、戦後の一番大きな転換であろうということで、地域のほうからもいろいろな意見が出てきている。

まず伊藤課長から、今の背景説明につけ加えることがあったら、お願いしたいと思います。

公衆衛生サービスのリストラクチャリング

伊藤 林先生のおしゃったリストラクチャリングはあらゆる分野で起きている。公衆衛生サービス、地域保健の分野でどうしていくか、背景が変わっているから、当然のことだと思います。私どもの理解としては、臨調、行革路線とか、総務庁の監査を受けてということだけでなく、これからの高齢化に対応して公衆衛生のサービスをどういう仕組みにしたらいいか、根本的に考えるべきということなんです。今までのやり方を振り返ってみますと、保健所問題というとならえ方なんです。医療の問題に例えれば、医療制度をどうするかというとき、国立病院をどうするか議論と同じと思うんです。



戦後の医療供給体制を考えると、確かに国立病院のシェアが2割を越していたわけですが、今5%です。それと同じことが起きている。母子保健も保健所が地域保健サービスの中で果たしている役割は、3%か5%か、半分以上か、それから言うと、保健所だけを

論じてもうにもならないということです。ですから、今一度今までのいきさつにあまりとらわれなくて、地域保健サービスとは何か、必要なサービスを国なり県なり市町村、民間の役割も含めて、どういう役割分担にするか。

今もう1つ必要な保健サービスを福祉と一体的に提供していく体制をつくる。それに必要な要員の確保なり資質の向上をどうするか、保健所長会、衛生部長会、婦長会いろいろな団体から出ているのは、自分たちの立場でいろいろと言っておられる、それならまた同じことを繰り返しているのではないかと、厚生省は何でも保健所を半分減らすとか、2次医療圏を1か所とか決めたわけではないのです。だけど、新聞の社説に出て、みんなけしからんと言っているのは、全部供給サイドに関係ある人たちなんですね、国民から1通も電話だって葉書だって厚生省に来ないという事実をどう受け止めるのか。それほどまで、現実には深刻な状況になってきているということです。それが出発点ではないかと。

林 つまり、国民的なニーズをコンプリヘンシブな立場でとらえて、どうやって対応していくかということですね。青山先生は衛生学公衆衛生学教育協議会の座長格として、大学の先生の考え方をよく把握されているかと思いますが、今、伊藤課長のおっしゃったことを受けて、先生のお考えを、

青山 保健所問題というよりは地域保健の中で保健所はどのような役割を果たすべきかという形で、教育協議会の中に委員会を組織して討議しています。「改正癖のついた法律」と「改正癖のない法律」という分類があるとすれば、昭和22年当時と今日で保健・医療を巡る状況が大きく変化している以上は、改正癖をつける必要があります。医療の分野については、医療法が二回にわたって改正され、やっと改正癖がついたようですので、今度はプライマリー・ケアの確立とかいう期待も出てきています。一方、保健の分野は塩づけみたく全く改正されず、実態に合わなくなっているのは事実だと思うのです。反対、賛成の立場はあっ



ても、地域保健について昭和22年当時とは大きく変わったという事実は、誰でも認めることと思うのです。次に、地域保健の中の唯一の公的専門家集団の技術センターである保健所が、22年当時と全く違った社会的要求に直面させられてきていることもだれも否定できないと思う。

今度厚生省から地域保健全体を、21世紀に向けて根本的に見直さなければならないという提起がなされたわけですが、教育協議会としては以前から重要課題として取り組んできた問題であるだけに、厚生省の提起を真正面に受け止めて検討しましょうという状況になっています。それだけに、行革路線上の「保健所問題」といった形ではとらえたくないし、地域保健基本問題研究会でも必ずしもそういう形で検討しているとは思えない。かつて、石垣純二さんが「保健所黄昏論」を唱えたとき、僕は「保健所夜明け前論」を唱えて大いに反発しました。

「保健所が黄昏た」という以上は、一度は日が当たっていなければならない。戦後の日の当たり方は、アメリカ占領軍が保健所を持ってきて、何か燃えたとやうが、あれが保健所の本来の姿かと考えると、そうは思えない。それだけに僕はまだ1回も日は当たっていないと今でも思っているのです。だからこれから日が当たるのだらうと、しかし、日が当たる方向に走っておれば早く日が当たるし、逆に走っていたら、いつまでも夜明けは来ない。この点、我々はどちらの方向へ走らなければならないかを検討してこなかった、と思うのです。行政は施策に対する科学的な評価を全く怠ってきたと思う。この点、教育協議会は古くから科学的評価の必要性を指摘してきた。

医者には死んだ生きたという臨床の世界では評価がつくが、公衆衛生では事件が起こらなければいいわけで、何か起きたら失敗したはずですが、檜舞台には立つことができる。これを日が当たったと勘違いするのは困ります。このような状況の中で保健活動の評価は難しいと「言い逃れ」をしてきたのですが、難しいということはできないということではありません。そういう歴史の積み重ねの中で、一度地域保健を科学的に評価して、将来の方向を見極める必要がある。その意味で、僕は今の取り組みを歓迎している。とかく将来展望を検討する時には「ばら色の将来像」を描くことが多い

が、逆にそういう「ばら色の将来計画」がなぜ今まで実現できなかったかという反省がなければ、真の改革とは言えない。そのような検討こそが「研究会」に課せられていると思っています。だから、地域保健の中での保健所という視点で検討するときに、医療の中の国立病院を検討するのは違った視点が必要であることを強調しておきたい。

保健所の機能と役割

林 長い間保健所問題でリーダーシップをとり、現場の体験を踏まえた西先生の立場として、ただいまの伊藤課長、青山先生のご発言を踏まえていかがでしょうか。伊藤課長はニーズに対応するコンプリヘンシブ・プログラムの再構築ということをおっしゃったわけですが、青山先生は、そう言っても、保健所が1つのフォーカスである。そして、評価が今まで非常に弱かった。今後それも加味して考えていくという趣旨と思えますが、

西 総論として、お二人の発言にあえて反論する余地がありません。昭和22年に保健所法ができた当時と今とは全く社会背景が違う。当時の保健所の考え方をそのまま押し出してきても通らない、おっしゃる通りです。伊藤課長の話に、保健所の数を半分にしようかという新聞論調があるたびに、厚生省はそう思っているわけでないとのことでしたが、ところが、現場の人たちの中では、そうした噂が吹き荒れている。私は数の議論はするないつも言っております。数というのは、保健所なり、地域保健でそれぞれの役割分担が決まればおのずから決まってくる。それから、現場の認識のテンポが非常に遅いのは確かです。一緒に働きながらもいららすることがあります。地域全体を眺めると、市町村がどのぐらい力を持っているか、将来どこまで市町村がやり得るか、また、保健所の機能はどのぐらいレベルアップをしなければいけないのかという議論が乏しいのです。それが非常に悲しい。

青山先生が若いころに国立公衆衛生院で随分勇名を馳せたようで(笑い声)、あのようなファイトを持った人が、850の保健所長のうち半分いれば、今のような形



で問題提起はされなかったのではないかと、最近公衆衛生院で、受講生から保健所のここが悪いから問題が起こったというなら、悪いところを全部教えてくれと言われましたが、あえて私は、システム構造的に言えば、欠陥はないという話をしました。ただ時代に対応したような動かし方をするかどうかです。もう1つ、青山先生の話にもありましたが、昭和22年に今のような保健所ができ、その後35年に型別再編成をやっているわけですが、あの時、農村型、都市型、あるいは中間型の保健所は何をするか、国から指導指針が出ています。ところが、実際それをやっていた。しかも、やるためにどれだけのマンパワーが必要かということも、国も一応例示を出しています。にもかかわらず、それを満たしたことは一度もない。国が書いた青写真を、一度も実行もしないでこれは悪いという話ができないと思います。

青山先生は評価ができてないといいますが、私はもう1つ前の公衆衛生診断ができてないと思うのです。保健所が抱えている課題は何か、それに対してどういうアプローチをするかという診断技術を十分に発揮していない。国から出されるナショナル・ミニマムあるいは県の段階で出される施策をアップアップしながらやっている。自分のところは本当は何をしなければいけないかを考えないままに動いてしまっている。結果として、保健所は何をしているのかという話になる。そういう機能を持つはずだという理想像、青写真は描いたが、それを実行できる体制がなかった。だからシステムではなくて、動かし方の問題という気がするのです。時代の流れに応じてリストラクチャリングが行われなければならない、青山先生がおっしゃったように、黄昏ではなしに夜明け前だと、どっち向いて走るのが問題だと思います。

林 中原先生のご意見もお伺いしたいんですが、先生鹿児島県の保健環境部長をやっておられた当時、保健所はものすごくおもしろい、以前そういうことをおっしゃっておられたが、先生がとらえているおもしろさと現場の部署を担当しておられる方が、先生と同じような感覚を持っておられたかどうか、もし乖離があるとすれば、一体どういうところに乖離があったか、つまり、西先生が今おっしゃった、システムとしてはいいけれど、動かし方に何か問題があったのではない

か。ソフト面ですね。

中原 直接質問にお答えする形ではないのですが、私が厚生省で最初にかかわった仕事の一つは1歳6カ月児健診を創設するというものでした。そのとき実施主体を保健所にするかそれとも市町村にさせようか母子衛生課の中で大きな議論があって、結局、



保健サービスを身近な自治体である市町村でやっていくという、1つの先駆けとして位置づけようという結論になった。その後山梨県に保健予防課長として赴任しましたが、県では保健所問題が非常に大きなウエイトを占めていて、財政課や人事担当のほうから今の保健所の状態は組織論としておかしいし、人事政策上もおかしい、すっきりさせろと何度も言われる。そのたびごとに検討するわけですが、法律上の問題や、市町村の力量、もろもろの事情を勘案して現在の体制をすぐ財政課の言うように、財政面で一刀両断にすっきりさせる、あるいは人事の担当者が言うように、保健婦の分野を明確に調整するのは非常に困難なことです。しかし、それを調整するものとして当時「全国に先駆けて」という言葉を使っておりましたが、保健所、市町村ごとの保健計画をつくっていかうということで、一生懸命取り組んだ記憶があります。

その後、厚生省の老人保健課へ戻り、市町村に老人保健事業をいかに定着させるかという仕事をしました。そこでも大きな問題として保健所をどう位置づけるか。当時、保健所は老人保健事業に何も関与していないという意見が市町村側からもありました。私はそれはあり得ないと思ひまして、地域保健課の人たちが若干反対を唱える中で、老人保健課として全国の保健所にアンケート調査をやりました。その結果、市町村の仕事に対して、保健所は名前を出してあるいは自分の事業という形で老人保健事業に関与しているのではなく、支援という、まさに老人保健法に書いてある支援・援助という形で関与しておいて、そしてむしろ保健所の関与がないと市町村の老人保健事業がうまく流れないほどクリティカルな役割を担っていることがわかりました。

しかし、実際の事業としては予算書に保健所の仕事として出てこない。したがって、表立った議論をするとき、保健所は何をしているのかという質問に対して、やはり、言葉どおりの支援、援助ということしか言えない。それでは保健所の役割が不十分である、もっと明確に仕事をさせるべきでないかという議論なんですね。山梨県や老人保健課での経験を通して、現在の地域保健は、市町村と保健所とが渾然一体となって、よく協調しあって仕事を進めているという、非常に日本的なやり方でうまくいっていると思うんです。

その後、鹿児島県へ行ってつくづく思ったのは、ほかの県に比べて過疎であり、病院、診療所、それから医者、保健婦、看護婦などマンパワーすべて含めて医療資源が乏しい。そこでは、保健所が非常に大きな役割を果たしております。地域保健の中での市町村の役割は印象では相対的にほかの県に比べて低い。鹿児島県へ行ってびっくりしたことは、山梨県で経験したいわゆる保健所問題が全くないんですね。保健所をむしろ離島でもっと増設すべきではないかという意見がまだまだ強かった。しかし、医者不足で医者を確保できないからちょっと待とうというたぐいの議論が優勢であった。

そうした経験から、疑問を持ったのは、現在の保健所法体系が人口10万に1つの保健所をつくるというのが基本ですが、それを担保するような形で政令市という特別な制度がつくられているという認識がどうもあるように思うのですが、むしろそれは逆ではないかと。基本的に人口10万に1つであるということは、人口が10万に達した市町村はその時点で主体的にやるのが立法時の基本的な考え方ではなかったか。ところが、日本の行政の場合は、一旦行政組織ができると、ダイナミックな人口の動きに即応して組織を変えていくのは非常に困難なんですね。したがって、保健所法に言う、都道府県が保健所を設置する、そして特別に大きなところは政令でもって保健所を設置できる市を決めるということが固定してしまった。したがって、本来都道府県の保健所は、市町村が力をつけていけば、権限なり機能なり、市町村へ移していくべきものという考え方が根本にないとおかしいのではないかと。

その考え方は、都道府県で当然財政課、人事課といろいろ折衝をしていく中で、自治省、大蔵省出身の人

たちというより、法学部出の行政学、行政法を勉強してきた人たちの物の考え方が、我々地域保健を実際にやる者の考え方とどうも違う。国立公衆衛生院で衛生行政学を担当して、行政学の外来講師のお話を聞くと、まさに市町村は基礎的自治体であり、都道府県は中間団体であるという。中間団体に個別の事業をやらせる発想がない。ヨーロッパでは都道府県のようなものがないところもあるわけですね。

基本的には市町村が力をつけ地域保健サービスをやっていく。都道府県は国と市町村を媒介し、援助していくのが本来の姿なんではないか。保健所法ができた時点では、市町村にあまりにも力がなかったから、その支援・援助のはずが主体として取り組むことになってしまった、それが固定化されて、現在の保健所問題というとらえ方ができてしまった。したがって、地域保健法の動きは、本来歓迎すべきものと思います。しかし、長い歴史の中で確立されてきた保健所のあり方は、その歴史を否定していきなり市町村が代ってやるということは、これはまた不可能な話ですので、当然ソフト・ランディングをさせていくように細かくもっていかなければならない。

市町村のサービスレベル

林 これまでひととおり先生方の話を承ったわけですが、今、中原先生の議論の内容についていろいろまた意見がおりかもしれないようにも感じますが。

伊藤 今のお話はその通りで、保健所法ができたときGHQと厚生省のやりとりで、GHQは公衆衛生は最も基礎的な自治体の仕事だという考え方があったんですよ。日本の市町村は、当時1万ぐらいあり、市町村は弱体だから人口15万ぐらいの市になったらやっもらおうという妥協の産物が、いわゆる保健所政令市という制度なんです。

だけど保健所法が23年に施行されて、表と裏がひっくり返ったわけですね。その後ずーっと保健所の歴史があるわけですが、その後市町村合併もあって市町村の数が1万から3,300に減り、町村の実力は相当レベルアップした。福祉のほうは福祉8法の改正で、基本的な福祉サービスは非常に基礎的なコミュニティの仕事として、住民の最も意思の反映されやすい自治体の仕事としてやっていくんだという。現在でも、老人医療は市町村の所管にあるし、福祉も市町村、国保だって

やっているわけでしょう。そういうときに、何で母子保健が一貫して市町村の仕事ということにならないのか。それから基本的な地域保健サービスは市町村の仕事ですという考え方を打ち出して、その方向に体制整備を図っていく時期に来ているんじゃないかというのが基本の考え方なんです。ですから、保健所を今すぐどうこうするという議論に入る前に、その大方針を確立すべきではないかと思うんです。

林 医療行政の範囲はどうお考えですか。

伊藤 本来、地方自治とか市町村行政とは何かをもう少し議論すべきだと思うんですね。それは1、2年のスパンで考えるのではなく、5年10年という長さで考えていけばいいと思いますね。現実には市町村老人保健福祉計画をコンサルタント会社につくらせている市町村があったとしても、市町村重視は方向としては僕は正しいんではないかと思うんですね。

西 基本的には地方自治は大事だと思います。ただ、行政というのは、単にばら色の絵をかくのみではなしに、実行可能なことでないと困る。今、伊藤課長がしみじみも言ったが、1年、2年先にできるかどうかではなしに、5年、10年先でも、10年先でもやっぱりできるという見通しを持たないといけない。保健所で地域の保健計画をつくらせてみたも、単なる作文になってしまう危険性がある。今全国に3,300の市町村があっても、人口何百万という1つの市もあれば、数百人しかいない村もある。それを一律に、同じような基礎的な地方公共団体だからということで、全部のことをやれと言うのは無理だと思う。

伊藤 そうです。全国の市町村といったときに、一律にそれを考えることはできないということは大前提です。でも、基本的な福祉、保健サービスが市町村の仕事ということにすることによって、今まで小さな町村が自分のところだけでものを考えていたが、どうやって隣の町村と連合体をつくってやっていくかという、そういうモメントになっていくんです。だから、人口5,000とか3,000の町村に何も全部自前でやれということを行っているんじゃないんです。

西 趣旨はわかります。地方自治法の中に、特別地方公共団体はつくれることになっていますから、そういう方式だつてとれるわけです。だけどそのとき、どこまで地域背景に共通性を持てるか。地域という限り

地域特性としてある共通性がないと1つの地域という概念は出てこないと思います。そのときに、どのぐらいの範囲でそれを考えられるかという問題がある。

もう1つは、公衆衛生の専門性をどう考えるか。福祉と公衆衛生は若干違うと思うのです。福祉の場合ナショナル・ミニマムとしてある程度のことを決めれば、各市町村が動けないわけではない。公衆衛生は伝染病対策をやっていた時代ならば、ナショナル・ミニマムで全国でば一つと一斉にやるということも可能ですが、今のような地域特性と絡んでくる健康問題というのが非常に大きくなってきたときに、難しいと思います。そうすると、公衆衛生の専門性を考えた場合、ただ対人保健サービスをやればよいというだけの話ではない。

先ほど出たように、母子保健をなぜ市町村がやれないのか、1歳半児健診を市町村がやったわけですね。考え方としてはおかしくないと思う。けれども、全体の母子保健の整合性がとれてない。たまたま1歳半をみて、市町村がやればよい。本来対人保健サービスは市町村がするべきという哲学に従ってね。しかし、母子保健法を全然いじらずに、3歳児健診は保健所がやりなさいと言っておいたままでは、結果として住民の側が混乱してしまう。

それから、老人保健を市町村がやるのも基本的には正しいと思うのです。そのときに、保健所が何をするか非常に不明確なままで動いてしまった。実態を調べると、市町村に対していろんな支援をしていることがおわかりになったという話ですが、その支援も問題だと思うのです。何を支援しているか。単に、「猫の手」を貸してやるのではなく、本来保健所が持っているノウハウを提供しなければ支援にならないと思っております。

ついでにもう1つ、政令市問題ですね。先ほどの話でも、本来保健所をつくったときの発想と裏返しになったのではないかと。これは裏返しになったのではなく、動かしているうちに弱小市町村を支援することが、あたかも本来の仕事であるような錯覚を持ったことであって、システムとして裏返しになったのではないと思います。政令市の方と話をしていると、本来保健所のあるべき姿というか、そういう哲学が時には欠落してしまっている。政令市でありながら、一般の市

町村と同じ、国が決めた対人サービスだけすればいいという思いが非常に強い。これは問題だと思います。政令市の考え方は、それなりに意味のあることだと思いますが、本来保健所が持つであろうノウハウと、基礎的な地方公共団体である市町村が行うべきものと、ごっちゃに持っている、そこが政令市の特色だと思うのです。ところがそれがうまく作動していない。できるのなら全部市町村でやればよいが、現実の問題として、一部事務組合をつくったとしても、本当にうまく稼働できるかどうか、非常に疑問ですね。1市町村、あるいは数市町村でやっても十分できないことについて、都道府県は広域的な地方公共団体としてそれをカバーする責務を持っているわけですから、あながち都道府県はいらぬという暴論はちょっと避けておきたい。やっぱり小さな単位と、それを統合した中の整合性をとりながらやっていくという、地域というものをある段階で積み上げていくことも必要だとは思う。

中原 先生のお話はよくわかります。現在の保健所という枠組みの中で、一生懸命やり、成功された方々に共通する強い意見ですね。市町村に力がついてきたというが、それは一部ついてきたところは当然認めますが、人口3,000とか、ひどいのは200というのもあるということもおっしゃる、これもまたそのとおりです。鹿児島県の例のように、まだまだ医療過疎、保健施設、マンパワー、すべてが過疎の地域というのはあります。そういうところで市町村にやれと叫びだして、非常に困難であるというのはまさにそのとおりです。

しかし、行政サービスをどこがどういう形で提供するかが原則であるかという議論と、現実にはできない議論とをごっちゃにするのは、ちょっと問題ではないか。しかし、ほとんどのところでできないようなことを考えてもしょうがない。昭和22年の保健所法の中には、ほとんどのところでできないから都道府県にやらせよう。それにはやはり基本的単位として人口10万が最低だと。市町村は当時は1,000、2,000の単位が普通だった。そして県に匹敵する力を持っていると思われる市を政令市に特定して、そこには逆に特権的な形で市の仕事としてやらせるということだったと思うんですね。それが、戦後一貫した努力の結果、保健所の市町村に対する支援もあり、市町村も力をつけてきた。生活レベルの向上、マンパワーや施設の充足、

市町村でも対応できるところがかなりふえてきている。それがどれぐらいになったかという認識であろうと思う。確かに、例外的に今すぐやれと言われても絶対できないというところはありますが、7割8割の市町村でできるようになってきているという気がします。

こうしたサービスを基礎的自治体である市町村が提供すべきだということに、疑問をはさむ余地はないと思いますが、市町村にどういう力をつけさせるか、そして、中間団体としての県が保健所という出先を使ってやるべき仕事はなにか、この疑問は当然あると思います。市町村が提供すべき保健サービスとはまた別のレベルで7割8割の市町村で現在それを越えてやったりまだ無理だということも、かなりあるはずで、保健所問題を議論するときに、その議論が消し飛んでいる気がするのです。例えば3歳児健診は、市町村におろしてもやっていけるとは思いますが、それを保健所から市町村におろすという議論を始めると、「母子保健を全部私たちから奪い去るのか」という形で保健所が反論するから、母子保健を保健所に置いておくべきか否かという議論にすり変わって、保健所が本来果たすべき母子保健のサービスというのは何かという議論が消し飛んでいると思うのです。そこをもっと冷静に考えて、3歳児健診は西先生がおっしゃるように、住民健診の連続性を考えれば、当然市町村におろすべきだと思うんです。では母子保健の中の少し高度なことも、母子保健だからということで、全部市町村におろしてしまうという、また極端な議論になってしまう感じがします。

地域の保健・福祉とその役割分担

青山 そのような討議は不毛だと思います。なぜかという、座談会の一番最初にまず確認してもらったのは、22年当時と今日は大きく違っているという確認を出発点にしたはずだからです。例えば疾病構造が違ふ。急激な都市化と工業開発。今や地域の中で、保健と医療と福祉は切り離せなくなっている。これも確認できたはずで、そこから出発しないとこれからどうするという問題は出てこない。

もう1つ大事なことは、国や都道府県と異なって、市町村は本来、保健と医療と福祉を統合した行政サービスの責任を持たされているという点も確認できた

と思う。例えば、伊藤課長は2、3年のスタンスよりは、5年10年後には市町村がやるようになるというし、反論を唱える人は、そんなことは絶対あり得ないということになる。「絶対できませんよ。だから必要なのは中二階だ」とか、「ファジー」とかね。これでは議論にならない。議論はきちっと論理的に展開していかなければ意味がないと思う。5年10年後になったらやれない市町村が1つもなくなるのか、そんなことだれも予想できないし、わからない。そのファジー要素を持って科学的論議をしようとしたって、無理だと思うのです。

もう1回確認しましょう。今、地域と地域の保健医療福祉をめぐる状況は変わった。それからサービスは、基本的に市町村がなすべきである。これも決まった。次に、今度はやれるかやれないかの問題が出てくる。そのときに、市町村に任せるべきサービスと市町村を越えた広域の行政区でサービスを提供した場合とで、行政効率はどこらがよいかで整理しておく必要があり、圏域の設定が必要です。公衆衛生の基本課題は「研究会」でも言い続けていますが、セントラリゼーションとデセントラリゼーションの問題です。地域のニーズにこたえる活動と、全国的、国際的な課題としての二つの取り組みがあります。例えば、我が国に常在しない伝染病に対する戦略。今日のエイズ問題などは、国とか都道府県の責任で取り組まなければならない部分が大いし、伝染病時代から成人病時代に移ったと、みんなが安心していたらMRSAが出てきており、この場合も抗生物質の使い方とか医療機関や老人施設での清潔や消毒の費用負担など、国が責任を明確にする問題が重要です。

母里 青山先生、そこまで言われると私は本当に厚生省にやってほしい、霞が関でなければできないことの1つ、伝染病予防法を何とかしてほしい。あれのある限り起こってくる問題、法律はもう死んでいるからいいだろうと言われていたことがあるんですが、コレラで川を消毒させられ、あるいは今のMRSAの問題が起こって、エイズ予防法はあの上にはのせられなかったといういきさつ、明治30年のあの法律を何とか



してほしいというのが私の悲願なのですが、保健所があれで動かされているんです。

林 その話は、感染症そのものの議論であるから、今話している方向とちょっとターゲットが違いますね。

母里 でも保健所はそれで動かされているんです。

中原 青山先生が、不毛の議論とおっしゃったことですが、本来、行政がどういう仕組み、組織、やり方で、どういう形でやるべきかということを決めるべきものと思います。どこか一定の線と言うか、割り切りで行政組織論的に決めてしまえば、それに合う予算、人員なりを整備するという行政の、本来固有の働きで解決していけばいいではないか。そのたぐいの問題だからこそ、市町村でやるべきか、保健所でやるべきかという、現場で本当に一生懸命やっている人たちが、「いやあ、これは私たちがやったほうがうまくいくよ」という形で議論するから不毛ではないか。我々現場の公衆衛生技術者が議論し、それにのめり込でしまうと確かにおっしゃるとおり不毛だと思います。

伊藤 今青山先生のお話聞いて、研究会ではそういう議論になりがちですね。地域保健法という法律を具体的に考えたときにどうなるのか。今作業始めていますが、まさに地方自治法との関連について、どう書けるかが課題です。保健所の議論で常に出てくるのは、公衆衛生の専門的な機能です。これをどうやって法律の中へ書くか、この間の「研究会」でも保健所長に、あなたが今やっている仕事の何が公衆衛生の専門的な仕事、市町村に移せないものは何か、そこをはっきりしてくれと言ったら、返事できない。そこをある程度きちんと出して、法律の中へどうやって書いて、そのために必要な人材、予算の仕組みとか、どのようにするかという議論がないと話の前に進まない。

青山 保健所の保健婦と市町村の保健婦の区別なしに、保健婦は「なんでも屋」と主張していたら、保健婦は市町村に配置しておけばよいということになる。コミュニティナースとパブリックヘルスナースの区別もついていない発言が保健婦の代表から出てくるのが現実です。両先生がおっしゃるように公衆衛生だけは別だとか、保健は特別などという論理は通用しない。高齢化対策としては、保健というと多くは福祉がらみですし、総合化しています。22年の保健所法の制定の

ときに、今までの取締り行政から指導行政へと、いわゆる科学行政への転換が図られたことを出発点にする必要がある。だからこそ、保健と医療、今度は福祉も含めて専門職の技術センターという保健所が地域保健の中で必要だし、どのような役割を果たすべきかを科学的にすべきなのです。そういう論理展開でないと、都道府県の保健所か、市町村か、役割はどうかと議論してもしょうがない。本来なら専門職種は、未だ経験せざるものを取り上げて将来を予想する。経験して初めて立ち上がるのは専門職種ではないんです。ところが、西先生が一番最初におっしゃったのは今までの保健所は時代の変化に遅れて対応してきた。それでは保健所の果たした役割はゼロということになります。保健所が専門職種の技術センターなら、時代を先取りする役割を持っているべきなのです。地域の人たちより先取りして将来展望を示せる技術センターになぜならなかったのかという点検をしないといけなくなっているのです。

すなわち、都道府県か市町村かでなくて、地域保健を展開をする上で技術センターは必要か必要でないかという論議をまずした上で、必要というのなら、なぜこれだけの変化に的確に対応できなかったのか、技術センターとしての役割を果たせなかったのはなぜかという論議を持っていかなければならないと思う。

市町村に責任を持たせれば持たせるほど総合調整能力が必要となるし、保健所が各専門職種の技術センターであると同時に、もう1つの役割として、国及び都道府県という行政責任の遂行という公的役割がある。この二つに役割が地域の中での保健と医療と福祉の統合的な展開の上で必要なかどうかというところに話を詰めていかなければいけないと思う。

専門技術センターとしての保健所への期待

今、日本の医療を考えたとき、最低の医療費でこれだけの実績を上げた国はない。これは国際的にはまさにマジックなのです。しかし、僕はマジックの謎解きとして、日本には保健所活動があると紹介してきました。

伊藤課長に聞きたいのは、市町村は責任を持ってやるべきだ。そのときに、そういう総合調整をする保健と医療と福祉の専門職種の技術センターが必要なかどうか、そしてもう1つ、国と都道府県の行政責任を

遂行する公的機関が、これからの地域の中での保健と医療と福祉の統合的な展開の上で必要と考えているのかどうかをまず明らかにしてほしいのですが。

伊藤 私は、直接サービスの供給責任を市町村の役割にすればするほど、今先生がおっしゃった、専門的な技術集団としての仕事は重要になってくると判断しています。だけど、ここから先は850はいらないではないかということなんです。

林 専門性の仕事といった場合に、法律の文言に盛り込むのは大変難しいですか。

伊藤 それもありますよ。だけど、具体的にこういう仕事だということを提示しなければいけません。

林 私はそれよりも、多分に青山先生がおっしゃったことともオーバーラップしているのですが、その地域のリアリティの把握から出発点があると思うんです。例えば、私途上国でも先進国でもよく歩き回ったりしますが、どこの地域でも保健所を持っている。ヘルスポストとかヘルスセンターとか称して、それが、果たして診療所なのか保健所なのか、実際見分けがつかないのが実態なんですね。そこでは今のような議論をする必要は何もない。とにかくぐあいが悪くなったときに他にみてもらえるところがないし、予防接種をしてくれるところがない。医療資源が全くないから、そのヘルスポストはすべての役割を果たす。日本だって昔はそういう要素があって、沖縄で保健所は明確な診療機能を持っていたわけですが、それはリアリティから出発しているからそういう話になるのであって、もしそういうリアリティが解消されれば、施設は自然に役割が減っていく。これは全く当然な傾向だと思います。日本でも過去からずっと今までに診療所、病院がどんどんできたわけです。ですから、健診をしてもらうときに、健診ということだけに限れば、保健所でやってもらう必要があるのか。つまり、たくさん施設があるわけですから、病院に行って健診してもらったっていいわけで、北京の病院を見ておきますと、保健所が健診をやっているのではなく、病院の中に公衆衛生課がありまして、そこから健診車を出して、がんが見つかったとすれば全部病院に引っ張ってきて手術してしまう、そういう形態だってあり得るわけです。今日公衆衛生サービスという技術的な観点から見ると例えば体重を測るとか、視力を測るとか、そういう具

体的な作業は公衆衛生の専門技術であるかどうかということになりますと、今の状況では非常に難しいと思うんですね。専門技術というよりはサービスそのものですね。

西 話の途中ですが、若干誤解があったかもしれませんが、先ほど伊藤課長の話の中で、市町村ではできないではないかという話の部分が、どうも誤解があるように思う。例えば、直接的なサービスをする、健康相談をやるとか健診をやるとかは、市町村がやれないと思わない。ただ、健診をやる必要があるかどうか。その地域でこの健診はやるだけの価値があるか、どういう目的を持ってやるかは一体だれが考えるのか。例えば、老人保健法でがんの検診やりなさい、あるいは基本健診をやりなさいというからやっている。ではそれをやることによって、地域にとってどれだけの健康上のメリットが出てくるかをその市町村がどこまでお考えになっているのか、いつも疑問が残る。国が、県があるいは保健所がやれというからやりますというだけの話になってしまう。

がん検診をやっても受診率は10%からせいぜい15%、日本全国たいして違わない。実際問題として、これを50%、100%にすることはできないと思う。全部やろうとしても、供給側の能力がない。けれども、10%でも20%でもいいですが、やればやっただけの効果があるというなら、効果があるようなことをやらなければならない。今、市町村でやっている部分を見ますと、例えば胃がんの検診を受けている住民の性別は女のほうが圧倒的に多い。年齢構成では、胃がんの好発年齢だとか死亡年齢と検診を受診している年齢層と合っていない。それでは検診はどれだけの意味を持っているのか。それをだれが考えるのか。理想から言えば、市町村自身で考えて、行動をとるのは一番いいですね。今の市町村の実態からすれば、どんなに小さな市町村であっても検診はできます。検診機関、あるいは医療機関に委託すればできる。けども、その検診を地域保健全体の中での効果をあらしめるための判断、あるいは最初に青山先生が言った評価をだれがやるのかということです。

伊藤 そのところなんですね。保健所長をやった経験者から言うと、そういう市町村長はレベルが低くてどうしようもないというふうにお考えだと思うんで

すね。

西 いえいえ、決してそんなことは思っていません。それは違います。

伊藤 結論は同じですが、要するに市町村とは何なんだ。例えば老人保健法でヘルス事業は市町村の実施義務になっていますね。そこでそれぞれ市町村長が判断して、どういう健診をやるか本気になる市町村長もいるし、ただ、健診の機会をつくれればいいというものもいる。だけど、それは老人保健のヘルス利用だけでなく、ほかのヘルスとか福祉とか、全部市町村の判断によってなされるわけで、隣の町や村と違いが出てくることによって、そして選挙を通じ住民が今の市町村の取り組みに対するフィードバックが働くことによって、長い目で見たら、市町村長は本気になって保健や福祉と取り組んでいる。そういうメカニズムが働くような形で持っていかなければならないのが基本にあるんですね。

西 それはおっしゃるとおり。

伊藤 そこで、市町村長が、しかし、自分の町で胃がん健診をやるとしても、どうやればいいのかとか、さっきの好発年齢と受診者が合っていないとか、一生懸命やろうと思ったときに、だれに相談に行くのか。そのときに、まさにそういう仕事をやってやるのが、保健所でないか。市町村がもうやりたくないと言っているところへ、どかどか乗り込んで、おれの言うことを聞かんのはけしからんという形は本来市町村行政の趣旨からいくとおかしいと思う。だから、あまりにも今の公衆衛生のサイド、保健所が、おれたちの言うことを聞かんのはけしからんというから、それはやっぱり教育しながら、じわじわと市町村がそれに真剣に取り組み始めたときに、本当に技術行政の観点から助けてやる、相談に乗ってやるという関係をつくっていく必要があると思う。

西 基本的には多分同じことを違う角度から言っているだけで、本質的にはあんまりすれ違いはないと思う。市町村長は、地域の中で選ばれた人たちですから一生懸命やっていますよ。私が先ほど言ったのは、市町村長が程度が悪いという意味ではなくて、公衆衛生のプロの立場で見たら、そういうノウハウを持っているわけではない。そうするとその公衆衛生のノウハウをどこに求めるかという話になるわけですね。

伊藤 それが今公衆衛生だけでないんですね。福祉でも福祉事務所は頼りにならない。だから、市町村長がヘルスとか福祉をどうやってやるかというときに、福祉も保健も含めてやっぱり相談に乗っていかないといけない。福祉行政と公衆衛生の専門的な技術とは違うと言うけれど、そう言っているのかなあ。

西 青山先生も先ほどそう言いましたけどね。どうもそこは誤解があるみたいです。

伊藤 そういう基本的な町づくり村づくりにやっぱり最も重要な要素じゃないかなと思うんですね。老人福祉だって身障者福祉だってみんな医学的なことがベースになっているわけでしょう。

西 皆さん福祉という言葉を使いながら、持っている概念が少しずつ違うようですね。私が先ほど誤解があるかもしれないと言ったのはそういうことで、福祉に対する概念が違っていると、それで議論をしても、まさにすれ違いになってしまう。市町村長が非常に熱心であっても、ピントが合わないということは随分あるわけですよ。例えば、老人保健事業で肺がん検診をやる場所はやってもよいという国からのお達しがある。そういったときに、結核検診のフィルムの再読影や、喀痰検査もやります。喀痰検査をやるときに、喫煙指数600以上の人を対象にしましょうという話になる。600以上でなくても、少々お金があるから500、いや300でもいいではないかということ市町村長は平気でおっしゃる。お金があるからでなく、それをやるのが公衆衛生上、あるいは医学の診断上どういう意味があるかをわからないままでおっしゃる。それに対し、保健所長がプロの立場で、科学的な根拠を示しながら指導ができなければいけないと思う。それができないなら、保健所制度が悪いのではなく、先ほども言いましたが、保健所のころがし方が悪いと思うのです。制度として保健所がノウハウを持っていないのではなく、持っているはずのノウハウをうまく使えないとか、もう1つ極端なことを言えば、ちゃんどできる公衆衛生のプロを保健所長にしないほうが悪いという話になります。

林 その話になりますと、公衆衛生院にも随分責任があるということになってくるわけなんです。

西 そういう意味では、国の責任が半分と、あと半分は保健所長の責任だと、前もそう話したんですけど

ね。

中原 私も公衆衛生を一生懸命やっている者の1人と自負しているので、先生がいらだちを覚えられる状況はよくわかります。しかし行政組織に乗せて保健サービスをやるときに、末端で業務をやる人たちに、どこら辺までやっている事業に理解を求め、どこまで深みを持った理解をしてもらう必要があるかも考えなければいけないと思う。1億何千万の人間を対象にして末端の公務員がこの仕事だけをやればいけないではないんですね。末端へ行けば行くほど本当に超人的な仕事をさせられるわけですから、その人たちにどこまで保健サービスの、3歳児健診の細かいこととか、肺がん検診まで理解して仕事をしてもらわなきゃいけないのかということも考えなければいけない。末端の市町村のいろんな仕事を1人でこなしている人たちが、やはりマニュアル的に国なり都道府県なりで示された形で仕事をこなしていけば、ある程度はできるという形にするのが、行政の働きだと思います。その上で、おかしなこと、あるいは疑問は当然出てくるから、それに対して公衆衛生の技術者、専門家がアドバイスをするような体制ができればいい。日本の場合保健所機能がもう40年50年の歴史で確立しているから、それを使っていけばいいのではないかと思う。ですから、レベルとして統一でき、技術支援ができるような行政の仕組みとして保健所を有効に考えていけばいいのではないか。

青山 西先生の話をお聞きして、逆に市町村のほうが、こんな健診何の意味があるのかなと思っているのではないかと思うのですよ。だけれど、やれと言われていたからやっている。技術センターであるはずの保健所のほうが、効果があるかどうかもわからないものをやれやれと言ってきたのでないでしょうか。金の計算なら保健所長よりも首長さんの方が上だと思う。いまだに健診さえやれば早期発見、早期治療ができると保健所が市町村を指導しているようではどうにもならない。今日では早期発見、長期治療ですよ。早期発見して直せなければ長期治療だけですからね。その結果は医療費が増えるだけです。そんなものを首長さんがしたがるはずはない。このことは検診活動の意義を否定しているのではなく、検診が保健所活動として地域住民の保健水準を上げることができたから成果を挙げた

のだと考えられます。技術センターの機能の中で、どのような業務がデセントラリゼーションしたほうが効率がいいか。それとも、どのような業務がセントラリゼーションしたほうが行政効率を上げることができるかを技術センター自身が判断して示すべきだったと思われるのです。

対人か対物かといった問題も、対物は広域を対象に集中すべきであって、町村ではできないというのではなく、対物の中でも食監と環監の業務の中には、市町村単位で行う方が効率的なものもある。

県か市町村かでなく、現状の科学技術水準では、どんな仕事がセントライズしたほうが行政効率が高いのか、その範囲の問題もあります。都道府県単位でなければならぬものもあり、市町村の単位を越えた方がよいものもある。そういう点で地域保健医療計画とか地域保健福祉計画の策定段階でこそ検討しておかなければならなかったと思うのですが、保健所が全く関与していない例が多い。地域保健医療計画をベッド規制のための二次医療圏の設定に終わらせて任意事項がおろそかになっていたり、地域保健福祉計画の策定を市町村単位の業者任せにしてしまった保健所の責任こそが問われていると思う。

伊藤 青山先生がおっしゃった、そのことを今研究会で検討しているところです。5つの検討項目ありますね。市町村の役割重視ということと、保健所の機能の強化、都道府県と市町村の役割分担の見直しとっているのは、まさにそのことなんです。要するにもう少しデセントラリゼーションしたものがいいものと、集中化したものがいいものを、個別に見てくる議論したらどうかと、そのことなんですよ。

西 なるべくきめ細かくサービスが提供できるようなシステムは、片方で必要だけれど、片方ではまたそれを全部統合し、整合性をとれるような調整機能を含めたものも必要になるわけですね。それぞれがどこで分担するかということはあるが、1つ1つの縦割の、例えば母子保健はどこでやるとか、食監はどこでやるとか、あるいは公害の問題はどこでやるとかという、縦割の問題だけでなしに、もちろんそれもきちんとしてもらわないと困るが、それを全部つないで1つの地域の総合体として見るものは必要だと思う。

伊藤 だから僕は何かそういうのを1つまとめたい

と、はっきりしたいと思っているんですね。技術センターとしての役割はそうだと思うんです。

西 そこは、中原先生が言うように、本来の組織論とたまたまそこに座っていた人間の問題とごっちゃにされると本当に困るのです。

2次医療圏と公衆衛生ハープス

伊藤 ですから、そういう市町村を超えた広域的に見ていく仕事をだれがやるのか。当然、私どもは保健所を頭に入れて議論しているわけです。もっとさめた目で見れば、今の県の保健所を前提にしなくても、例えば広域市町村の中でそういう権力機構をつくっていく、行政の権限を持った仕組みをつくるべきだという議論も出てくる。

西 さっき青山先生があえて保健所という言葉を使わずに、技術センターという言葉をおっしゃっているのはそういうことだと思いますね。

母里 まさに衛生研究所がその役割を果たしてきているわけですね、ある意味ではね。

西 いや、衛研はまたちょっと違うでしょう。今伊藤課長のところで衛研もどうやって取り組もうかということもお考えになっていると聞いているから、どんな答えが出るか知りませんが。

青山 2次医療圏に1つなんていうのは反対だというのであれば、なぜ2次医療圏について地域保健医療計画の策定の際に、保健所はもっとコミットしなかったのかと言いたい。伊藤課長が2次医療圏に1つと言ったのか言わないのかわからないけれど、僕は今真剣に市町村が基本、それから市町村を超えてどの程度が適切であり、どういう業務がどういう範囲が適当なのか、そういう形の検討をこの際きちっとしておかなければならないと思っています。

西 あえて誤解を恐れずに言えば、医療法に基づいての2次医療圏の圏域設定をしたときに、遠からず保健所もその枠に縛られるであろうということは、予想しなければいけないですね。本当にそれでいいかどうかは別にして。

青山 保健所がコミットできるようになっていたわけですからね。それから1歳半健診のときだってそうです。あのときに今日出てきている問題を予想してかなり論文が出ています。1歳半健診の市町村への移行は非常に大きな転換点だよと、ところが、ずっとここ

まで経過してきて、今になって厭いでも手遅れだと思う。

伊藤 それはちょっと青山さん、あまりにも現場の方に厳し過ぎる。

西 先ほど2次医療圏を設定したとき、当然そういうことも流れとして起こり得ると予測しなさいよと言ったけれど、あえて弁護させていただければ、医療を考えると、地域保健を考えたときのパラメーターが必ずしも一致しているとは限らない。かなりの部分はオーバーラップしているが、そうでない部分もある。そうすると、保健圏域を考えようとしたときに、医療圏と完全にオーバーラップはしないだろうという言い訳も一応はあると思う。そういう意味で福祉も、いろいろなものが重なるから、2次医療圏とどんぴしゃり同じになるというのは、ちょっとかわいそうな気がしますね。

青山 保健圏域というのはなぜつけれなかったのでしょうか。

伊藤 この問題の一番現実的な考え方は、歴史的な経緯から言うと、医療法ですね。都道府県の衛生部長は県の医療審議会で関係者の利害を調整しながら、血のにじむような努力をして線引きやっているわけですね。その後、地域保健医療計画に任意的記載事項のガイドライン出して、それはそれで大過なく終わっているが、その後老人保健福祉計画で2次医療圏に原則として合わせろという通知が出たんですね。さらに、今度、地域保健の見直しで確かに2次医療圏というのは僕は言っているんです。だけど1つの考え方として検討してみたらどうか。

一番最初に出てきたのは、都道府県の衛生部長会でですね。せっかく汗水たらして線引きしたのに、その経緯をわかってくれ。だけど、初めから2次医療圏ありきじゃなくて、今言ったような仕事をもっとデセントラリゼーション、セントラリゼーションするものを整理して、そしてヘルスのサイドから見たときにどういう考え方で、どういう圏域を設定していけばいいかという議論をして、どう考えても、やっぱりある程度完結的に保健と医療と福祉のサービスができれば重ねたいし、三者の連携ということがある。自然な考え方として3つ合わせられる。そういう努力はしてみるべきでないかと思うんですね。そして、ヘルスのほうから

いって、2次医療圏の設定の仕方のほうが、逆におかしければ、直してもいいではないか。それぐらい弾力的な考えでいかないと、あれだけ苦労してつくった2次医療圏を絶対神聖不可侵という前提に立って2次医療圏を議論するのはおかしい。それに合わない地域もあるという議論でないと思うんですね。その考え方をどう現場の人にわかっていただくかは大変だと思っているんです。

中原 2次医療圏は、西先生がおっしゃったようにやっぱり医療を中心につくったものであって、それを保健の圏域とイコールに結びつけて短絡的に考えるのはやはりよくないと思います。例えば大阪と東京。

青山 いや、それは保健の分野の見逃しなんですよ。空振りならまだ許せるけれど、見逃しはやっぱりいけないと思う。現場に厳しいと言うけれど、厳しいのではなくて、やっぱりやるべきことはやって、それでおかしいと言うのならいいけれど、見逃しておいて後から反対だけしているのはやっぱりいけないと思う。

中原 先生は見逃しとおっしゃるけれど、決して見逃しているわけじゃないんですよ。

青山 コミットできたのだから。

中原 多くの都道府県では、保健所圏域の議論は大きな要素だったんですね。しかし、医療という観点で2次医療を完結させるという本来の目的から、保健所あるいはもろもろの圏域との関係を都道府県は考えたんですね。その結果、保健所の圏域そのまま2次医療圏にしたような県から、東京とか大阪のように、特に大阪は4つに分けたので全く考え方が違うわけです。決して保健関係者は見逃してきたではないのですが、しかし、2次医療圏という本来の目的を考えればこうしたほうがいだろうという判断で各都道府県で千差万別になったというのが現状だと思います。

青山 それは逆に言えば現場では保健の圏域、いわゆるヘルスユニットが無視されてきたということですね。

中原 いや、そうではないと思います。目的が違うのですから。

青山 医療法改正でベッド規制が根底にあったというのは知らないわけではないが、そのときに、保健所は保健と医療と福祉の技術センターとして、きちっとコミットすべきだったと言っているのです。

中原 だからコミットしているのです。

青山 ベッド規制が目的だからという形で保健所はコミットしたのだったら、それはやっぱり住民を裏切っているわけだから、住民に支持されなくなってしまうのがない。ベッド規制だけだったら。

中原 いや、例えば大阪府とか東京都の保健所の人たちが具体的にどうコミットしたか、そこまで知りませんが、私が勤務した山梨県は保健所圏域そのままだし、鹿児島県も保健所圏域とほぼイコールです。圏域として、その場合、地域性を考えれば、保健と医療を1つの旧来の圏域でくくるのは、あの地域では非常に素直なものです。しかし、東京とか大阪のような地域では、保健とか医療とかの圏域、ひとくくりをつくるという考え方は、いろんな多様な考え方があっていいはずなんです。実際東京と大阪でも完全に考え方は違ったと思わざるを得ない線引きの仕方になっているわけです。それぐらい違ってきているから、いちがいに保健関係者はコミットできたのに、見過ごしたというのは、あまりにも保健関係者に対して酷ですよ。

青山 今になって2次医療圏ではだめだと言うのなら、2次医療圏つくるときにどのようにコミットしたのかと言いたくなるのです。今、全国的に違うのは事実ですよ。それは、いろんな圏域のほうのせめぎあいだったと思うし、今日の議論にも出ているように、政令市保健所、都道府県保健所があるから、それでヘルスユニットのほうはずれたって、僕はいいと思うけれど、2次医療圏反対と言うのなら、その2次医療圏の設定のときにどのようにコミットしたのかと言いたくなるのです。大学に閉じこもっていて、ただ批判だけしていればいいと思っていないが、どのような場合でも当然なくてもいいから空振りぐらいはして欲しい。空振りなしに見逃して、そして後から反対を唱えたり、今になっても時期尚早などといっているのは、技術センターの職員とはいえない。

西 空振りした人もいます。

青山 僕もずっと空振りだけどね、振らないで見逃しはやっぱり。なぜかという、これからもどんどん情勢は変わっていく、変化にきちっと対応できて専門職ですよ。見逃したら専門職ではない。ましてや後から追いかけたらもうまるっきりだめです。21世紀に向けてどう変化していくか予想して、きちっと将来見通

しを立てたものを出せなかったら、専門職ではないと思う。日本には公衆衛生の専門職はいないと言われてもしょうがない。現在、地域保健の見直しが求められているときだけに、特にこの点を強調しておきたいです。

林 中央でも地域でもパッシブな気持ちであってはいけない。地域のほうからアクティブに自分たちで主体的に考えていくということを、今要求されている時代、いや昔から当然要求されている、ますますそれが要求されるということだと思わなければならない、一方では、地域保健のこれからの行方がどういう順序を踏んでそれが展開されていくかということが、その地域の人は不透明であれば不安感だけが増大してきて、というのは、一生懸命やろうという気持ちはあるけれど、市町村の首長さんなり何なりを説得するほど自分はパワーがないという段階で、そのステップが見えてこないということは極めて不安であるということも多分にあるんじゃないかという気がするんですがね、いかがですか。

西 保健所がものを言ったとしても、あるいは全国の保健所長会がものを言ったとしても、厚生省がそれを取り上げるという保証はどこにもないわけですね。非常にいい理屈を言ってくれば取り上げてくれると、何となくそういう雰囲気はあったとしても、実際はそうとは限らない。そうすると、大部分の保健所長は、自分でものを言うよりも、国がどういう方針を出すのか、それに極端な話、長いものには巻かれろという雰囲気が出ざるを得ないですね。国が何と言おうと、自分はここではこれをやったほうが良いと思うからやるという人がもし多数派になってくればまた事情が変わるかもしれないけれど、残念ながらやっぱり少数派です。そういう人達は、青山先生の言葉を借りれば空振りをしていることになるけれど、市町村長といろいろ話をしているときでも、国はどう思っていますかと市町村長から聞かれたって答えようがないですね、国がどう思っているかわかりませんと、とにかく表へ出ている情報ではこんなものがありますよ、裏の情報一切わかりませんということになるでしょう。

21世紀の地域保健と人材育成

林 今の西先生の話も、青山先生の話も、課長も、先ほどからおっしゃっていたことも、すべて、1つの

ところに集約できるところは、地域に公衆衛生としての有能な人材が、それぞれ21世紀に向けてたくさん育てていかなきゃならないし、輩出していかなきゃならないというところがどうも最終的に1つのベースとしてあると思うんですけど、その上に乗って、地域の人がものを言う、あるいは中央でも一生懸命考える。それで両者の意見を全部まとめて総合体としてこれからどういうステップを踏む、そういうことかと思うんですが、この座談会は公衆衛生院の座談会ということでもありますので、そこら辺に少し話を引っ張っていかうかと思うんですが。

西 折角ですから、我が田に水を引いていただいて、(笑い声)

林 ということであれば、当面の話はこの座談会でやってきたわけなんですけど、21世紀に向けたというときに、公衆衛生の専門家を育てるというのは、一体どういう資質が求められ、そしてどういう養成の仕方をしていくかということになるかと思うんですが、そのことはもちろん衛生学公衆衛生学教育協議会の座長の青山先生にもお考えいただくことでありますし、我々衛生院ももちろん考えますし、また地域の目から見た西先生という立場からも大いに我々にそれこそ厳しくても、もちろん差し支えないので、ぜひご助言をいただきたいということと同時に、そのことを厚生省サイドでも受け止めていただいて、私どもに知恵を貸していただきたい。

青山 この話題になると今までの西先生の立場と逆転してしまいます。我々教育協議会の方が深く反省しなければならぬ。教育協議会の中に保健所問題で委員会をつくることのできるようになった点は評価して欲しい。公衆衛生学の担当教授の集まりの中では、これまで、動物実験の委員会や研究会はつくれたけれど、保健所問題で、21世紀の地域保健を求めて委員会が組織され、この間にワークショップも持つことができ、これに50人近くの会員が集まったというのは数多くの空振りの成果と言うべきです。

なぜ公衆衛生に進む者が少ないか、先輩の医者がぱっと指さしてあんな医者になるなよという先を見たら保健所長がいて、後輩が続くはずがない。だけど、すごい活躍をしている保健所長や厚生省の技官を見れば、必ず後輩は入ってくる。だからもう少し公衆衛生

の現場の先輩が派手なPRをしてほしい。衛生・公衆衛生に来るのは頭が悪いか体が悪いかどっちかなんて言われたらどうしようもない。目標を見せてもらわないとどうにもならない。ただ、少なくとも僕のところは来ているわけですから、やればできるというのは見せているわけです。なぜ全国の大学の先生は衛生・公衆衛生にもっと医学生を集めないのか。学生自身は公衆衛生に対して非常に関心は強いし、来たがっていると思う。

保健所長の資格問題でも、所長は医師でなければならないという法律があるから、逆に言えば医師であればだれでもいいのかということになり、だからといって、それを外したら今度はだれでもいいのかということになる。したがって、これからは保健所は所長だけでなく職員も含めて、保健と医療と福祉の各専門職種が技術センターとして、各専門職種の専門的機能を社会的に保証することが必要となるし、これは国の責任で遂行すべきことであり、法律にも明確に規定すべきです。

もう1つ大事なことは、専門職種が地域のニーズをきちっと判断するためには、科学的な調査の実践が必要ですね。研究時間もないといけません。保健所が地域のニーズに対応できなかったのは、日常的に地域にニーズを正確に把握するための時間と予算が業務として保障されていなかったためとも言えます。国が都道府県や市町村に方針を示すために必要な調査と研究の時間と予算しかなかったら、セントラリゼーションだけが進むことになるのは当然であり、保健所の職員の意欲は低下しますし、質も低下します。

伊藤 今、国の地域保健基本問題研究会の4番目のテーマが、人材の確保、資質の向上も含めてですね。今議論してもらって、できれば地域保健法の中に人材の養成の責任をきちんと書き込みたいと思っているんです。その上で、2つ視点があると思うんです。今まで公衆衛生の人材の教育が非常に不十分だったですけど、保健所職員を対象にやってきたわけですね、基本的には、しかし、その中身もさることながら、中身が本当に今の解決すべき問題にマッチしているかどうかもあります。もう1つは、これから市町村にいろいろ仕事をやらせることから言うと、市町村職員の養成とか資質の向上をだれが責任を負うのか、僕は都道府

県にもう少し体系的な市町村の技術職員の資質の向上に責任を負わせるべきではないだろうかと考えているんです。

そこで、公衆衛生院のことはここではちょっと話づらいんですが、少なくとも保健所の職員だとか、市町村の職員については、ちょうど今臨床研修をどうすべきかという議論が、医務局の時代からずっとやってきていますが、公衆衛生の人材の養成を今まで厚生省が本気でやってきたかと言ったらやってないんですね。そういうことから言うと、私は大学の話はこの際置いておくと、大学の教育の話になったら泥沼になるから、卒業した後をどうするかに限定して議論してほしいと思っているんです。その上で、例えば保健所長の実態から言うと、とにかく何も知らないというのが来るわけなんです。衛生院の公衆衛生特論コースに入って保健所職員として3日目ぐらいの人だっているわけでしょう。それが実態ですから、体系的な教育と実地の訓練をどうやるか、責任をもって現場でも訓練できるような教育保健所みたいなものが、地域保健の見直しに合わせて、動き出さなきゃいかんと思うんですよ。その上で議論をして、今一方厚生省の附属機関の見直しで、厚生科学課を中心にこれから進むわけですから、まさにそういう動きと公衆衛生院をどうしていくかというのは表裏一体の問題なんです。僕は小野課長とどうするかいろいろ話をしているんですけど、そういうことから言うと、どういう方向に行くのかを踏まえて、地域保健の一応議論が終わった段階で、それに合わせて教育、人材の資質の向上をどうするのかということところが次のテーマだと思うんです。そして具体的に国なり県が何をやるのか、そういう順序じゃないかと思うんです。

青山 教育協議会では、現在は文部省が認めるスクール・オブ・パブリックヘルスがない。したがって、公衆衛生院をセンターとしてそれに協力する大学群をつくるとか、単位の互換性の問題が残されていますが、大学群で全国的な規模によるブロック別の連合大学院の組織化を図ることを検討しています。そうすれば、マスターの課程も設けて、医師以外の保健医療福祉の幅広い各専門職種にも門戸を開放し、外国人も含めて公衆衛生従事者を幅広く、教育できるようになります。産業衛生については産業医科大学の生涯研究

機関と結びつとか、教育協議会でも、いろいろと具体的な取り組みを日本学術会議の意見書を受けて検討を始めています。

西 古い話をして申し訳ないのですが、二十何年ぐらい前でしょうか、私が全国の保健所長会の席上で、本当に公衆衛生をやる医者が必要だと思うなら、公衆衛生大学なり、公衆衛生学部をつくったらどうですか。産業医大や防衛医大のようにという話をしたことがあります。一笑に付されました。それから何年かしてまた同じことを言ったとき、みなさんそうだそうだと乗ってきてくれましたが、言っただけで実際にはできなかったですね。その後、医学書院の『公衆衛生』に、教育保健所構想はいかがですかというのを書いて、当時の厚生省の技官がいろんなところで引用していただきました。今も流れとしてはそういうお考えを持っておいでになるというのは大変ありがたいし、うれしいと思いました。卒前教育と卒後の教育は両輪ですから、うまくあいまっていかなくてはいけないと思う。

それから、保健所長が青山先生の言うように、医者ならだれでもいいのかと言われると本当に困りますが、政令の中に、3つの項を立ててあっても、第3項が非常にあいまいなものですから、今まで第3項を恣意的に解釈して、実際は厚生大臣は別に認めていないのに、都道府県知事が認めたということだと思のです。2-3年前やっと公衆衛生特論コースを第3項にあてるという通知が来ましたが、本当に特論コース程度でいいのかと思いますけれどね。やっぱり国の責務としてマンパワーの養成をもっと強力にやっていただきたいですね。ただ、伊藤課長の言うように、保健所という言葉になるかどうかわかりませんが、そういう技術センターの職員だけではなく、市町村の職員、あるいはボランティアでもやれる公衆衛生活動をやっている人もいるわけですね。医師会の中にもそういう先生方がいるわけだから、そういう人たちに対する教育もやってほしいですね。そのとき都道府県にももちろん責任は持ってもらうなければいけません。教育にはいろんなレベルがある。私はここで講義している中に、保健所もその仕事をやらなければいけないよと、自分の管内の市町村の職員がちゃんとした仕事ができるようになるかならないかは、保健所長が教育せねばならないと、個人でなく機関としての話です。教育もいろ

んな次元で考えてほしいと思います。

公衆衛生院で現任訓練をやるというときに、少なくとも特論コースで保健所長候補を教育しようというときに、それを担当する公衆衛生院のほうで、少なくとも3分の1か半分ぐらいは現場の経験持っていた人が欲しいと思います。だけど、今つらつら見ると、保健所の現場経験があるのは数人しかおりませんので、非常に残念だとは思っています。

それから、奨学金制度は必ずしも効果的と思いませんね。やっぱり仕事自体がおもしろいというのにしてやらないと。青山先生の前にして大学の問題は言にくいですが、青山先生のところでは有能な人材をたくさん養成してあちこちで活躍しておりますが、全国の大学がこういう調子になってくれればいいですね。

林 そのような意味では、地域保健の体系を考えるに劣らないぐらいのエネルギーを、マンパワー養成に、これからのことなんでしょうけれど、マンパワー養成についても先生が今おっしゃったように、あらゆるレベル、あるいは横の意味での職種の問題、もちろん大学の問題もありますけれど、レベル、あるいは職種に合わせて、国が責任を持つ分野、県あるいは今の教育保健所の話もありますけれど、担当する責任を持つ分野、そしてそれの間の調整というような、それこそヘルスマンパワー養成計画。

青山 それは別個にやるべきではなくて、まさに地域保健構想を検討する中で、きちっとマンパワー養成を位置づけなければいけないと思う。

母里 保健所の医者がいないのと同じことが、今度あらゆる階層で起こって、

青山 僕は今の伊藤課長の言葉をすごく期待するし、逆に言えば、まさにマンパワーの質的な確保こそが国の責任だと思う。卒業研修や生涯研修に関しても都道府県単位で一つや二つの保健所が、いつでも研修の場を提供できるくらいの機能を持つべきです。各専門職種の技術センターが基礎となって、地域保健医療福祉計画が策定されるようになるためには、卒業研修や生涯研修の機能を保健所が持つようにならなければならないと思うし、教育協議会は全面的にバックアップしたいと考えています。

林 それをもし本当に実行していただければ、各教育機関の組織改編等は極めて説得力のある形をもって

展開できるんじゃないかという気がします。

伊藤 今青山先生がおっしゃたように、人の問題の深刻さは、仲間うちつまり公衆衛生の関係者だけで議論していると、深刻さが気がつかないということがあ
るんです。それは、外というか、例えば自治省だとか
大蔵省だとか、具体的なところでは、市町村長とか、
仲間うち以外の人たちとどうしたらいいかという議論
をしたときに、初めて問題の深刻さがここまで来てい
るか、そこら辺をぜひ関係者の皆さんにわかってもら
いたいと思いますね。今回の地域保健の問題で、全
国的な議論になって今少し現場に緊張感が出てきたと
いうのは、僕はいいことと思います。何もこれは一度
にできる話でなく、厚生省の行政、国の行政、何でも
そうだと思いますけれど、いろんなことを議論して、
できることを少しずつやっていく、そういう緊張関係

がなかったら、非常にたるんだ現場がようやく議論だ
けはしてくれているという、そんな状況じゃないかな
と思うんです。そこで冒頭に青山先生が改正癖のない
制度というのはやっぱり沈滞していくということなん
ですよ。だから、常に将来を見据えて、少しでも制度
改正しながら進む、そこが原点じゃないかなと思うん
です。まして50年間何もやってこなかったからね。何
もこの際一気にやるなんてことは、まとまったところ
しかできないんですよ。

林 全体、そんなところかという気がするんですけ
れど、最後はマンパワー計画も課長から触れていただ
いたことだしありがとうございます。

伊藤 僕はまじめに考えているんですよ。やっぱり
何とかしないといけないと思っています。

(於、国立公衆衛生院)