

それで、お説のとおり、どこの組織もさまざまな職種を抱えながら、特に重大な決断を要する場合は、やはり慎重に、しかもスピーディーに内部検討をしまして、外に向かって意思決定をしなければいけませんので、それはそういう意思決定のことを、きちっと強い意思決定、しっかりした意思決定ができる体制があるならば、私は十分対応できるというように考えていますので。

ただし、そのことを全面的に中間報告で打ち出したわけではございませんで、私どもの主たる関心は、やはり組織編成権と人事の管理権ということについて、これを阻害しているので、緩和してもらえないだろうか、という着眼点がございました。もともとお医者さんでなくてもいいという発想は、今ご指摘の点に、私どもは関係していると考えます。

(石井座長) それでは、よろしいでしょうか。どうもありがとうございました。

(大森教授) どうもご無礼いたしました。よろしく、廃止の方向で検討賜りたいと思います。

(石井座長) 続きまして、学識経験者というお立場から、高知女子大学学長の青山先生にお願いいたします。

(青山学長) 高知女子大学の学長の青山でございます。きょうは時間がございませんので、資料をお配りして。これは第16期の学術会議会員のときに対外報告としてまとめたものでございます。現在19期が発足した時期ですから、6年前ですが、書かれている内容は今日でも通用すると思いましたので、資料として添付させていただきました。

時間がありませんので、この資料は後ほど読んでいただくことにしまして、4点に集約して申し上げたいと思います。

きょう討議をしている保健所長について論ずる前に、保健所とは何ぞやというお話を前提条件としてはっきりさせておかなければならないと思います。保健所法が地域保健法に改正されて、保健所と市町村保健センターとのネットワークですべての地域保健活動が展開されることになりました。生活者に最も身近な問題は、市町村保健センターで計画策定する。それに対して保健所は、保健医療福祉のすべての専門職を抱えるセンターとして、専門的・技術的なサポートをするという位置づけになったと思います。

先ほど、多田羅先生もご指摘になっていましたが、地域の保健活動、その学問的な基盤となる公衆衛生活動の最も基本的な基盤は、集中と分散、いわゆるセントラリゼーションとデセントラリゼーションであり、生活者に身近な問題は分散・各市町村、そして日進月歩の専門的・技術的な進歩に合わせた最高機能の発揮は、集中的に保健所が提供していく。それが公衆衛生の基本的な課題と考えられます。そういう形で保健医療福祉のあらゆる専門職種を集めたセンターとしての保健所の所長は、コーディネーターであり、オーガナイザーだということになります。こういうコーディネーター・オーガナイザーにはどういう人が望ましいのかということになってきます。

第1点。まず、医師でなければならないという規制によって起こってくる問題があります。医師であればだれでもいい、という形で、今いろいろな保健所長の問題が出ています。特

に公立病院でリストラになった先生を突然保健所に回す。公衆衛生に関して、医師ですから全く素人とはいいませんが、そぐわない医師がいるのも現実です。眼科を閉鎖して、眼科医を翌日から耳鼻科に配置転換しても、うまくいかないのと同じことだろうと思います。したがって、医師であればだれでもいい、ということにはならない。

今度はこの規制を外すと、「では、だれでもいいのか」ということになります。ここに問題はだれでもいいというわけにはならないということです。保健・医療・福祉のあらゆる専門職種を束ねてコーディネートする、またオーガナイズしていく専門職種の新しい資格が検討されていなければならない。これが第2点の問題です。

そうすると、現在の規制よりもっと厳しい規制をしなければ、適正な保健所長が得られないことになります。特にわが国の場合、医師は医師法第一条で医師の業務は、診療だけではなく、「保健指導及び医療をつかさどる」となっておりますので、医師は保健指導の専門職種となっております。したがって、例えば保健師、看護師、その他は医師の指示に基づくこととなっております。そうすると、コーディネーター・オーガナイザーとしての医師を長に仰がないで、ほかの職種の人が長になろうとすれば、その点の身分法の整理もまた必要になってくると思います。その点を整理しなければ、今度は医師の規制を外せば、医師以外の最も保健所長にふさわしい、公衆衛生の専門的な研修を受けている、新しい資格をもった人を保健所長にするという、新しい、厳しい規制をつくらなければならないわけです。

第3点。前回に配られている資料の9。韓国の実情が資料として出されておりますが、昨年まで韓国に何度も行って、韓国の公衆衛生の実情を調べております。韓国の若い医師が、保健所に来なくなった、韓国がご存じのように医師規制を排除したと同時に、保健所に来る医師が決定的に不足し、少しでも公衆衛生に情熱をもった者が保健所に行くようにということで、長年、向こうに講演に行くたびに謝金をカンパしていたのですが、たまたま定年を迎えて借金なしに退職金をもらいましたので、わずかながらファンドを置いてきまして、韓国医師会からも感謝状をもらっております。

韓国の実情は、保健所長が医師でなくなったと同時に、地域の医師会、地域の医科大学との連携がなくなるという形で、極めて役所的な行政は進みますが、いざというときの対応はできなくなったという嘆きを聞いております。そういった意味で、ではなぜ公衆衛生に進む医者がおらないのかと。これは日本と韓国、それから私はもう一つ、マレーシアも入れているのですが、臨床医と公衆衛生医とではあきらかに収入の格差がありますので、私の母校のジョーンズ・ホプキンスに昨年、日本と韓国とマレーシアの医師が公衆衛生を学びに来たら、スカラシップを出してくれるファンドも寄付をしてきました。もうこれで大体、退職金はかたがつかしました。

4番目は、O-157事件を始め、新興・再興感染症がこれからも続発するだろうと思いますし、新型肺炎についても同様に、そういった患者が国際化の中で入ってくるのは防ぎようがない。入ってきてどうするかというと、二次感染、三次感染を抑える以外にない

だろうと思います。そういうことを考えれば、ますます市町村保健センターの地方分権と同時に中央集権的な形で、保健所とのネットワークが極めて重要になってきます。かの阪神大震災のときに、30万人からの避難民を出しながら、時期が冬だったということもありますが、1名の伝染病患者も食中毒による死亡者も出さなかった。これは我が国ではあまり評価されておりませんが、インターナショナルにはアンビリーバブル、信じられない奇跡と評価されています。

これらの実態を当時の学会会議で「阪神大震災のシンポジウム」を開いた際に報告書を出しておりますが、だれも触れておりませんが、震災後2日目には保健所が機能を発揮し、地域医師会との連携で、防疫活動にあたった成果です。30万の避難民が出て、伝染病による死亡者が出ないなどというのは、これはインターナショナルには、最初はまた日本がデータを隠しているのだろうと。たまたま私の教え子が当時、神戸市の衛生局長をやっていたので、「隠してくれといえれば隠してやるから、おれには正直に言え」といって報告させました。また公的な統計資料でも、伝染病による死亡者は出しておりません。これはまさにアンビリーバブルなことです。

こういった公衆衛生の活動、保健活動というのは、平生、何も無いときには評価されません。何かエラーをするとたたかれる。そういう中で、同じ医師の免許証をもって、同じ生涯を送るとすれば、やはり臨床に行ったほうが、治しても治せなくても言ったら臨床の先生に怒られますが、感謝される。「エラーをしたらたたかれる。いいことをしていればほめられない」という公衆衛生に進む者が少なくなるのは、当然です。

先ほどの岡田晃さんが「保健所長になれば公衆衛生へ進まない」というのはとんでもない話だと、そんなばかなことをわが先輩が言ったというのは、ちょっと信じられません。そうではなく、医師不足を理由に医師であることの規制を外せば、さらに医師不足をもたらすという指摘であり、公衆衛生に進む医者がいなくなってくる実態を韓国の実態として明らかにしてくれています。私は資料9の内容とは全く違った実感を。去年まで韓国に何度も行って、若い公衆衛生の従事者をふやそうと努力してきた者として実感しています。この委員会のためにする報告書ではないかと思えます。「必要条件であるが十分条件でない」などというのはとんでもない話で、医師でなくても、では新しい資格認定を今度はつくらなければならない。新しい、厳しい規制をつくらなければならないようになってくるとは思いませんか。また、身分法の整理が必要になってくるといっても考えなければ、この規制を外すことはできないだろうと思います。以上です。

(石井座長) どうもありがとうございました。では、ご質問をお願いします。どうぞ。

(小幡委員) 伺っていて、このいろいろ議論なるときに、保健所長を医師資格でなくすと、より厳しい規制をしなければいけないというお話でございますが、そのときに、保健所というのは地域において大変大事な役割を果たしている。それは地域住民にとって非常に、まさに首長さんにとっても大変な関心事で、きちんと機能する人を組織として長に据えるということとはとても大事なことだと思いますが、そういう都道府県における組織

・人事権ではどうしても信用できないと、そういうふうなことから、こういうより厳しい規制が必要なのではないかと、そういう議論になっていったわけでしょうか。

(青山学長) いいえ、決して首長を信頼するかどうかといったレベルの問題ではなく、首長という場合に、都道府県の首長と市町村の首長がありますね。市町村の場合は市町村保健センターですね。保健所というのは、特別市などもありますが、都道府県になってきますね。保健所の役割というのが、市町村に対する専門的、均一的な支援、サポーターということになってきますから、非常に専門的な、レベルの高いものでないといけないと思うのです。

(小幡委員) ええ。ですから、いずれにしても、要するに保健所にだれか医師はいると。おそらくそういうふうなことには、とりあえずはなると思いますが、それ以上に何か縛らなければいけないというのは、やはり地域に任せるとなかなか信用できないという？

(青山学長) いいえ。そうではなくて、保健、医療、福祉のあらゆる専門職種を集めたのが保健所ですね。そこのコーディネーターでなければならないし、オーガナイザーとしての所長の機能という。資格と機能、能力、それを明確にしていかなければならないだろうと。今は医師という形で最低限の資格、機能を求めているわけですが、それを排除するとすればですね。

私はその点では、いろんな職種の方が保健所長になるのは、行政職がなくてもいいと思いますが、保健・医療・福祉のあらゆる専門職種が集まっているセンターのコーディネーターであり、オーガナイザーとしての機能をもつ所長ということになると、最低限の医師よりはもっと厳しい資格要件を求めなければ。これは、だれでもいいというわけにはいかないのではないのでしょうか。いわゆる首長さん自身が判断できないだろうと、こういうことになります。

(小幡委員) ですから、やはりそこは、首長さんの判断には任せられないというような前提がおありですか。

(青山学長) 任せるとか任せない、信用するとかしないとかの問題ではなく、極めて専門的、技術的な分野だから、先ほどから何度も聞いていますが、医師はおらなければならぬだろうと、こう言っているわけですね。

もう一つ、私が強調しておきたいのは、地域の中において、地域の医師会とか、地域の医科大学だとか、また地域のそういう公衆衛生を教育、研究している機関だとか、そういうところともコーディネートしていく、オーガナイズしていくという役割が、韓国の場合には大きく欠落して、今、問題を起こしているということを申し上げているのです。

(小幡委員) もう1点だけ、すみません。先ほどの大森委員のお話の中でもあったのですが、国際的なあれは、日本で全国的レベルで取り組まなければいけないいろいろな新しい病気等々が起きたときに、対処するために保健所のネットワークが大変必要であるというお話がございましたが、それと保健所長が医者でなければいけないということの関係は、どういうふうになりますでしょうか。