



Title	インタビュー：大阪の公衆衛生について：大阪府健康医療部 上家子部長に聞く（南波正宗・高鳥毛敏雄）
Author(s)	上家，和子
Citation	大阪公衆衛生. 2016, 87, p. 2-7
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/78635
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

インタビュー：大阪の公衆衛生について

大阪府健康医療部 上家 和子 部長に聞く

(南波正宗・高鳥毛敏雄)

上家 和子

大阪府健康医療部長

(1) 大阪の公衆衛生の印象について

—ご就任後2年目を迎え、大阪の公衆衛生の印象についてお聞かせください。

上家／前職（厚生労働省）にいた時から、大阪は公衆衛生が強いことは知っていました。以前、関西空港検疫所に勤務していた時、近畿地方の感染症主管課や感染症指定医療機関に呼びかけて、エボラ出血熱が疑われる患者の発生を想定した訓練を、航空会社からジャンボ旅客機を借りて実施したことがあります。感染症指定医療機関や感染症担当部局の人たちに乗客役で乗り込んでもらい、劇団の人を雇って、患者、同行者、パニックになっている人など演じてもらいました。スタッフにはマニュアルだけを渡してそれぞれ判断して行動させ、個別に評価者が黒子のようについて評価していく、ビデオ撮影も行って、という訓練でした。検証ビデオも制作しました。あの訓練では関係者の皆さんに積極的に参加していただきまして、理解ある職員・医療者がこれほど多くいるのかと関西の保健医療マンパワーの大きさが印象に残りました。

今回、ご縁があって、健康医療分野全体を担当させていただくことになり、あらためて、層の厚さを実感しています。医療分野においては、医科大学の多さ、高校生が医師を目指す割合から始まって、医師数、医療機関数、とくに民間医療機関が果たしてきた役割をみると西高東低は明らかですが、特に大阪の人材・機関の集積が実感されます。大阪府立母子保健総合医療センターも全国に先駆けて設置され、全国の総合周産期医療センターのモデルとなりましたし、がんと循環器に着目した大阪府立成人病センターも『生活習慣病』という言葉ができるよりはるか以前に心疾患群を対象とした先端的なセンターが設置されました。公衆衛生に関して言いますと、たとえば、大阪府立公衆衛生研究所は、産業保健から精神保健まで



すべてをカバーしてきたという歴史を有しています。大阪は、日本で保健所が最初にできた地であり、公衆衛生活動も先進的に対応していると思いました。

—歴史的には頑張ってきているのに、健康寿命だとか、がん死亡率だとか、特に結核り患率など、そういった健康指標が全国と比べて非常に悪いですね。どこに問題があって、どう取り組みれば良いのでしょうか。

上家／大阪の健康指標は確かに低迷しているものが多いですが、注意して判断しないとイケないと思っています。結核の問題にしても、大阪府民全体が病んでいるわけではない。環境や保健衛生に対する問題のある地域があって、さらに全国から人が集まってきているという可能性もあります。生活保護対象になりそうな人に「大阪へ行け」と片道切符を渡す、といった笑い話も聞こえてきますが、流入人口の多さもあり、健康指標自体も個人の感覚を反映するようなものもあり、社会的要因まで広くとらえる必要があると思います。

—流入ということですね。難しい問題です。

上家／一概に流入による、というわけではありませんが、社会的要因を含め総合的にみなければい

けない、ということは言えると思います。同じような視点で、健康寿命というの、重要な指標ではありますが、注意が必要な指標でもあります。たとえば、WHOと日本では、健康寿命の定義が違います。日本では、高齢者の健康観は介護保険のデータからとり、若年層については国民生活基礎調査の健康観からとっていますが、わざわざ健康感を聞かれると「支障がある」と答える人の割合が大阪では多いのかもしれませんが。健康観と健康寿命とは違うのではないかと、ですから、本当に大阪がものすごく悪いのか、客観的に総合的にみていかないと、鵜呑みにはできないと思います。だからといって放っておいて良いわけではありません。現在、知事重点施策のひとつに「健康寿命延伸プロジェクト」を掲げています。健診/検診受診率の低さが問題ですが、なかでも中小企業で働く方に未受診者が多いのは深刻です。産業保健ではメンタルヘルス対策が注目されていますが、中小企業の健康対策の遅れについては保健分野と産業保健分野の垣根や市町村国保と協会けんぽの市町村からの距離感の大きな隔たりから、ほとんどアプローチできていませんでした。「それは企業の責任だから」「健保組合の仕事だから」「自治体の健康医療行政とは関係ない」といった隔絶感があって、『地域職域連携』とお題目だけの会議はあっても実効のある事業はありませんでした。何かすべきことがあるのではないかとということで、今年から中小企業の健康対策にも関与することとしました。協会けんぽ大阪支部や大阪商工会議所等と連携し、技術的な助言、データの解析、健康セミナーの開催、望ましい取り組みを行っている事業者等の表彰などを始めています。

東証が大企業・一部上場企業を対象に『健康経営銘柄』を選んでいますが、大阪府ではその中小企業版といった感じの取り組みです。

一方で、平成30年には国保の運営主体が市町村から都道府県に移管します。しかし、高齢者・専業主婦・自営業・無職の方―つまり国保の対象者は地域の住民であり、市町村にはもっと頑張っていたかなくてはなりません。健康寿命延伸プロジェクトでは中小企業とともに、市町村を対象とした事業も実施しています。

ただ、合理的な大阪人気質からか、自覚症状もないのにわざわざ健診/検診に行くのか、結果で何か指摘されたからといっても何ともないのに受診するか、といった風潮が感じられて、アプローチは難しく、工夫が必要です。誰が働きかけるのが有効か、中小企業なら、事業者側・雇用主・健保組合の保険者―お金を出す側の人ではないか、

地域、国保では、市町村からお便りを出してもなかなか聞いてもらえないなら時間はかかっても学校での健康教育なども組み合わせるべきではないか、などと考えています。遠い道のりですが、学校の生徒・PTAへの出前授業を後押ししたり、保健所が斡旋して糖尿病・高血圧・脳卒中の専門医に来ていただいたりということも始めています。

ホームページに詳細に情報を出したり、『府民だより』にも関心を呼びそうな工夫をして掲載したりしていますが、府の行政の直接発信力には限界があります。誰の話なら聞くか、どういうところから情報があれば動くか、そういうことを考えていかなければと思います。

一かつての大阪では、結核対策のために、保健所から中小零細企業に出前でレントゲン健診に行っていました。それが昭和50年代から、住民サービスの主体が都道府県から市町村・保険者・事業主に代わって、大阪府の組織や職員からすると、靴下の上から足を搔いているような感じがあります。市町村にしても、そこまで人材がいるわけではないですしね。

公衆衛生というのは、主体が何であれ目的は共通なので、上家先生が言われたように、大阪府が直接的・間接的に割って入っていくことが大事だと思います。いろいろな団体と話をすると「一緒に協力しましょう」という雰囲気大阪にはあるので頼もしく思っていました。

逆に大阪では、全国的な規範に則った施策を進めれば対策が後退する部分もあるのではないかと感じています。昭和50年代に、南河内のある保健所では生活に困窮しているとか独居の高齢者支援活動を、府の保健所・社会福祉協議会・社会福祉法人、市等と一緒に進めていたのですが、昭和58年に老人保健法が施行され市町村事業となったことにより、府の保健師が事業をできなくなりました。せっかく先駆的に関係機関で一緒にやっていたのに、全国平均並みになってしまったように思えます。

公衆衛生の施策を新しく開発していくのが大阪の役割や使命ではないかと思っているのですけどね。

上家／国が施策を考えるときは、大阪のようなところを想定してはいません。想定しているのは県の人口が150～200万人、二次医療圏が人口10～30万人で、二次医療圏ごとに生活圏が完結しているような地域です。大阪はそういった『標準』にはまったくあてはまらない。だから、大阪が全国

のモデルになろうと思っても、他の県が追随できない面もあるんですね。それならば、独自にやればいいと思うのです。

昭和50年代からの寝たきり老人ゼロ作戦も、現在の地域包括ケアも旧・御調郡御調町（現在は合併により尾道市）が発信地ですが、御調町はみんな顔見知りっていう小さい町です。そういう規模の町だから、町役場と国保病院が一体になって包括ケアが始まりました。今は、柏モデルが注目されていますが、これはもう少し大きい町が対象ですけれど、それでも大阪のような人口集積地にはないまとまり・コミュニティがあります。基礎自治体と広域自治体の関係も、千葉と大阪では異なります。

大阪は府も市町村も、他の地域を倣うよりも独自のやり方を自ら考えてやっていく方がいいと感じています。

—今まで結核対策の視察で、海外のいろんな都市に行ったのです。例えばニューヨーク市に行くと、市の衛生局の職員は、ニューヨーク州の職員はニューヨーク市のことはわからないので、ニューヨーク市のことは自分たちで考えないといけないとして対応していました。

ところが大阪は財政的に国に依存しないといけなくなってきたせいか、全国に合わせないといけないと考えるようになってきているのではないかと思います。大阪はオンリーワンの都市であり、自分たちで大阪にあった施策を先駆的に考えていかなければならないのに。大阪が独自性を出さないと日本の公衆衛生の発展にプラスにならないのではないかと思います。

そういう意味で、今日、大阪府の保健行政のトップの上家部長が「大阪は独自に考えないといけない」と明言していただいたことは素晴らしいと思いました。

—いま、何か事業をしようと上司に相談すると、「これだけをしていたらいい」みたいに枠をはめられたりして、良い意味でも悪い意味でもはみ出しにくくなってきていないでしょうか。

—昔は、大阪府下の公衆衛生活動は「大阪府」が担っていました。それが保健事業の多くが市町村に移行し、保健所も中核市の管轄になり、保健活動が行政事業の色合いが強くなってきていないでしょうか。市町村事業になればなるほど、公衆衛生の専門職が現実の状況を分析して仕事をするということが後退して、国の方針に従ってすればよ

いみたいになってきている感じがします。

先ほどの旧・御調町モデルをもとにした国の方針がある程度あてはまる地域もあるかもしれませんが、大阪独自の取り組みが弱くなってきているというか。

特に保健師をみていると、毎日訪問して、住民とか地域の実態を直接見ている人間であるのに、その情報が十分に活かされず、上から降りてくる業務をこなし、本庁でつくる計画と予算に基づきしなさいと言われたことをこなす。上から降りてくる事業と住民の実態のニーズに合わせた活動をしなさいといけないとの2つの葛藤の中にあるようになっていないでしょうか。

上家／そこは、ちょっと違うと思います。身近なサービスは基礎自治体が行うことになっていますが、広域自治体にでもすべきことはいっぱいあります。管轄や制度として整備されていなかったこれまでと違い、今は直接サービスができないからと言って自縛しているのではないのでしょうか。

例えば、泉南地域では保健所が中心になって、管内の市町村保健師を集めて、脳卒中協会ともタイアップして、市町村の特定健診の中で不整脈を診てもらおうという大きな事業を開始し、本当にうまくやっています。また、寝屋川保健所ではアルコール対策を地元のアルコール障害に詳しい医師と一緒に、熱心に取り組んでいます。『アルねや通信』を出して、家族会を引っ張って、セルフチェックシートを普及させています。こういった活動は「先進的な取り組み」として高く評価して広めていかなければなりません。

これまで健康医療の技術職はあまり広い行政分野を経験する機会がありませんでした。そのために本来ある自由度を活かせなくなっているように見えます。それではもったいないので、もっといろいろな経験をして、広いネットワークをもち、縦横無尽に連携できるような人材を育成していくことが必要です。

小さな1歩ですが、今年度から、環境衛生監視員1名を、危機管理部門に出しています。1名でも技術職が危機管理室にすることで、防災対策と健康危機管理の橋渡しができてくる、災害対策・危機管理全体の中で、いまの健康医療部の仕事、健康危機管理機関であるという保健所の仕事がどういう位置にあるのか見えるようになります。国や市町村との人事交流もわずかながら行っていますが、ネットワークと連携の糧となっていくと期待しています。

技術職も臆することなく広い分野を経験すべき

です。

来年度はもっとそれぞれの専門職の経験をひろげられるよう、組織や配置も工夫していきたいと考えています。

—昭和50年代に感染症が過去の問題と認識されるようになってから対人保健サービスだけの公衆衛生になってしまった気がしています。公衆衛生の分野の人が考えている視野が徐々に狭くなり、公衆衛生関係者は公衆衛生の危機だと言っていますが、自分たちで公衆衛生の範囲を狭めて危機を作っているのではないかと感じていました。本当は公衆衛生というのは、部長がおっしゃるように環境であろうと、食品であろうと、感染症であろうと、人の健康を保護するということが全般に関わっているものなのですね。

部長が広い観点から公衆衛生を捉えて、考えておられることに感心しながら拝聴しました。部長にとって公衆衛生とはどういうイメージのものなのでしょうか。

上家／『公衆衛生』は『人』と『物』の両方からのアプローチが必要なとても広い分野だと思います。たとえば、医師や保健師は『人』にばかり注目しがちです。狭い意味での公衆衛生・保健というのは健診／検診や保健指導、疾病予防や感染症対策かも知れませんが、その背景にある環境的なところ、例えば安全な水の供給・安全な排水処理、食品安全の担保、医薬品の安全の担保等があるわけで、『物』への関心も必要です。医療安全についても、医薬品や医療機器の審査がどうなっているか知ることが大事です。一方、薬事監視を担当している薬剤師は医薬品という『物』については専門性を極めていても、それがどのように人に使われるのか、人の生活とどうかかわっているのか、といった『人』への関心が重要です。

—確かに、そういう対物衛生的な仕事は自分には関係ないと考えている医師もいるかもしれませんね。それに人事上も、そういう仕事は獣医師や薬剤師のものだと捉えているかも知れません。

上家／まずは現場を見ることから始まると思います。私も、着任後、府内保健所、大阪府立病院機構の5病院、大阪府立こころの健康総合センター、大阪市消防局のコールセンターなど保健医療系の機関とともに、浄水施設や富田林の合併浄化槽を設置しているお宅などにも行って直接一緒にお話を伺ったりしています。やはり、百聞は一見に

如かずで、資料の上では得られない情報がたくさんありました。保健所長も、可能な限り機会をつくって『物』の現場へも行って見るべきだと思います。

—少なくとも若い人は積極的にやるように、プログラムを作ってそういう教育を受けられるようにしてもいいですね。

臨床分野ですと、キャリアパス的なものが整えられてきていますが、公衆衛生分野では育てる環境が整っているとは言い難いですよね。現状でよいものか、どうでしょうか。

上家／ただ、あまりマニュアルにあれこれ書きすぎると、書いてあることだけ勉強して、書いてないことはやらなくなるんじゃないでしょうか。もっと自由に考えるのが専門家だろうと思います。研修だのマニュアルだの教育プログラムだの専門分野の詳細を獲得しようとするのだけではなく、OJTと自分で勉強することが何より大切です。

保健所長であれば、管内の病院を全部見るのは当然です。医療監視で行くまで待つのでなく、着任したらまず行ってみる、それで土地勘を得るべきだと思います。

専門職種のネットワークだけでなく、異業種、異職種とのネットワークは極めて重要です。

それも、「勤務時間内に」「出張で」みたいな職務として参加するのではなくて、「自ら行く」ということが大事だと思います。

—極めて公衆衛生的な理念を持たれて仕事をされておられると感じさせられました。

公衆衛生は、「訪問する」というのが原点です。日本の場合、訪問するのは保健師と監視員だけの仕事という現状ですね。

上家／繰り返しますが、着任すれば行く、が基本でしょう。さらにいえば、機会の有効活用も考えるべきでしょう。たとえば、病院に訪問するときは、昼時に合わせて行って、病院食をいただくのです。病院食をいただければ、病院のマインド—院長の認識だとか、患者さんへのマインド—なんかわかります。

—「現場に神宿る」ということです。そこが公衆衛生の原点ですね。

上家／病院にしても、実際に行って、人の流れや

廊下の掲示まで、見て、聞いて、病院食もいただいて、というのはその病院を理解するためにとても大きな情報になります。医療監視で医療法上の基準のチェックだけをしていたのではもったいない。本当の意味でこの病院がどういう機能を果たしているのか、地元に行かないとわからないことがいっぱいあります。そういう情報を集めてきてビジョンを策定してくださいと保健所長さんたちをお願いしているわけです。

一部長のように、大阪以外から来られた先生なので、大阪の良い点・悪い点を客観的に、みることができるのかなと思います。

上家／大阪の、というよりも専門職についてみると、もっと他の部局の人と交流して、いろいろなネットワークに入ることが大事ですね。府庁でも事務職の方は他部署を経験しているわけで、そういう経験をもっと活用すれば良い。

一事務職員も技術職員も目標は共通なので、価値観を合わせるのではなく、各々が持っている価値観を失わずに議論していくことが必要だと思いますね。

今の若い人たちは、ルールを気にし過ぎているということはないのでしょうか。

上家／若い人たちの方が自由な発想を持っていると思いますよ。それを型にはめようとしているのは、上の世代ではないかと思います。若い人たちにもっと自由にやるべきだと褒めてあげればよいと思います。

大阪にはそもそも自由な気風があるはずだと思います。

(2) 公衆衛生医師の確保について

一中核市が増えていく中で、医師の確保についてはどう考えられているのでしょうか。また、どういう医師を育てていくのかというところ、また大阪公衆衛生協会に対するご意見があればいただきたいのですが。

上家／それぞれの技術分野に限定せず、分野横断的なことをした方が良いのではないかと思います。例えば、医師や保健師で水の安全を知っている人って、あんまりいないでしょう。「水の安全を守る会」みたいなものにも、医師や保健師が入っていける場、つまりクロスオーバーするような場

をつくってってもらいたいですね。

一いわゆる生活環境的な分野と、対人保健に関わる分野の職員が、一緒に勉強するような場ですね。

上家／いま、医療機能分化を推進する上で、在宅医療の充実が急務なんですけど、各医師会にコーディネータ機能を、という事業で研修会をしています。冒頭で短めの話提供があり、つづいてグループワーク、発表という流れです。グループには、コーディネータになっている看護師、医師会の事務局員のほか、地元医師会の理事ほか、いろいろな人が入ってわいわいやっています。そうすると、医師ばかりが集まった時と違う面白さが出てくるようです。医療現場の指揮命令系統と離れて、それぞれが現場を担っているという自信があって、意見も出てくる。

顔が見え名前呼び合う小さなグループにいろいろな職種が入ってディスカッションできるのが良いですね。大講堂の座学研修よりもはるかに得るものは大きい。

ネットワークを広げる、分野の境界を広げる・重なるようにする、そういう場や活動が活発になるといいです。

一同感です。ただ、日本の場合、現実はなかなかむずかしいのではなかなかなと。

上家／それは、自分たちで勝手に縛っているのではないのでしょうか。

一勝手に縛っているのかもしれませんが。私がイギリスに行った30年前、当時のサッチャー首相が精神病院を解体して、地域では精神科のコンサルタントの医師・ケースワーカー・看護職などがミーティングを開いていました。それが決して医師主導ではないんです。各専門職種が自分の専門職種としての立場から意見を言っていたことに驚きました。

上家／小グループで個別のケースに対応するというのであれば、各職種の強みがあるので十分なディスカッションができるはずです。そういう場を設定すればいいだけです。日本でも同じだと思います。

一イギリスの一般医（GP）は、看護職・PT・OTとか他職種の力を自分のエネルギーにしていますよ。

上家／日本でも実践している医師がいます。たとえば、新大阪の在宅医療を広く展開しているクリニックを見学したことがあるんですが、訪問看護ステーションの看護師だけでなく、歯科衛生士の対応状況、連携している薬局の薬剤師の詳細な記録まで医師がしっかり把握して統括していました。

田舎の場合は顔の見える関係は作りやすいでしょうが、職種がそろわない状況もあります。それぞれの環境でできる範囲で頑張っている人たちはすでにたくさんいます。

職種の壁など決して縛られているわけではなく、自分で縛っている人たちがいるだけで、そのような現場から出て行った人たちもいます。自由度や資源に着目して行動するかどうかだけの話です。

そういうことを実感してもらうためにも、小グループでの話し合いの場をたくさん作ってもらうことが必要だと思います。大阪公衆衛生協会に頑張っていたきたいですね。

今でしたらたとえば医療安全にとっても関心が集まっていますから、そういった関心を集めるトピックスを選んで小さなグループで多職種交流するというのも一法かと思います。

—よくわかりました。ぜひ試みたいと思います。ところで、公衆衛生協会は、毎年基金等を取り崩しながら様々な事業を行っていきまして、財政面でもう少し強化できたらなというところですよ。

大阪府の方でも、「医療・介護総合確保推進法」で基金を作っておられますが利用できるのでしょうか。

上家／この基金は医療機能分化を進めるためのものです。不足している機能への転換のための施設設備整備が優先するものの、回復期や在宅医療を強化するために、コーディネータ事業をはじめ、人材育成の研修会等にも活用しています。

基金事業からは離れますが、たとえば、医療保険の保険者には、データに基づいて保健事業等にきっちり取り組んで医療費を適正化することが法律で求められています。大企業の健保組合はそもそも医師も保健師も多く雇用し病院も持っていますが、保健指導のツールをもっているところ、データの検証までできているところは少ないと思われます。協会けんぽに所属する中小企業に至ってはとても対応できていない現状です。市町村もKDBデータをどのように活用すればいいのか、これからだと思われます。国保であれ、協会けんぽであれ、保健師はすでに活動しています。そういった保険者に所属する専門職を対象とした保健指導のツールを開発するとか、データ解析を指導するとか、そういった事業の可能性はあるんじゃないでしょうか。『保健』と『医療』の融合分野のスキル獲得ですね。

—今回のインタビューはこれで時間がきました。本日は上家部長から公衆衛生の基本といいますか、衛生行政の在り方について率直にお話を聞かせていただきました。大阪のことについて本当によくご理解されていることがわかり、感動し、安心しました。長時間にわたりありがとうございました。