

第一次予防, 健康増進  
医師としての倫理, モラル,  
患者とのコミュニケーション, 心のケア  
早期発見, 早期治療, 予防医学  
医療ミスの防止  
基本的な医療技能  
EBM  
救急医療

## 2. 臨床研修について

保健医療福祉の研修を通して医師に必要な問題解決力の育成を図る。

### (1) 研修のねらい

G I O :

- \* 将来, 地域におけるプライマリ・フィジッシャンとして必要な知識と技能の習得と体験をさせる。

S B O s :

- \* 医師として最低限必要な倫理, 法律について理解できる
- \* 地域におけるプライマリ・フィジッシャンとして果たすべき役割と責任について説明できる
- \* 医師として医師以外の専門職種(例 保健婦, 看護婦等)と協同作業や関係が出来る
- \* 医師として地域の保健医療, 福祉等の社会資源を患者に対して適切に紹介できる—患者とのコミュニケーションスキル
- \* 産業保健, 学校保健, 地域保健活動を理解し参加出来る
- \* 地域医療における予防, 福祉の重要性について理解し積極的に参加出来る

### (2) 研修方式について

- ① 研修方法: 必修とし内容は選択方式とする
- ② 期間: 1ヶ月
- ③ 指導のための費用: 病院からの支援のみ, 指導医へは謝礼
- ④ 研修の場: 医科大学の衛生学, 公衆衛生学教室をキーステーションとし研修にふさわしい保健所 医師会 事業所 福祉施設等を選択する。  
臨床研修病院の場合には病院に設けられた臨床研修委員会に臨床研修指導医(公衆衛生)を1名以上必ず置くものとし研修にふさわしい保健所 医師会 事業所 福祉施設, 介護老人施設, 地方衛生研究所等を選択する。  
\* 臨床研修指導医(公衆衛生)の確保と養成(認定)については全国医科大学衛生学・公衆衛生学教育協議会内に設けられた委員会が協力する

### (3) 研修カリキュラムの例

- ①臨床疫学の立場から生活習慣病の疫学調査の企画・立案, 実施, 解析, 対策の樹立

研修目的:

G I O :

\*生活習慣病等の疫学調査の実施から対策の樹立までのプロセスを実践させ臨床疫学  
の考え方,技法を身につけさせる.

SBOs :

- \*臨床疫学の技法と考え方を理解できる
- \*生活習慣病等の原因, リスクファクターについて説明できる
- \*生活習慣病等の予防のための戦略を立てることが出来る
- \*医師として適切な生活習慣病等の予防,指導ができる

\*EBM

臨床研修内容 :

臨床疫学の基礎, 疫学調査の企画,実施,結果の解析,対策の実施,予防のための指導

研修方法 :

医科大学の衛生公衆衛生学教室がキーステーションとなって地域の保健所や事業所  
等との連携のもとに生活習慣病の疫学調査を実施し結果の評価を行う。

カリキュラム :

日程	場所	内容
1日ないし2日	衛生学・公衆衛生学教室	オリエンテーション 臨床疫学等の講義** **医師法, 医療法, 療養担当規則 倫理, 医療事故, 臨床疫学等臨床 研修を行う上で最低限必要な 基礎知識を身につける
1週ないし3週間	医師会, 地域病院	在宅ケア, 健診, 休日夜間・救急医療 老人ホーム, 産業医, 学校医などの 医師として実践を行う。
1日ないし2日	衛生学, 公衆衛生学教室	報告書の作成と発表会

②健康危機管理 (伝染病, 食中毒の発生, 災害について想定モデルの元に疫学対策の  
樹立)

研修目的 :

SG1 : 将来, 地域医療に従事する医師として行政をはじめ地域の医療関係者が感染症  
や食中毒あるいは災害等の健康危機管理についてどの様に対応しているか, また対応  
すべきか (企画・立案・対策の樹立・実施・評価) について実践を通じて研修する。

SBO :

- \*感染症の疫学の技法と考え方を理解できる
- \*健康危機管理について行政および地域医療機関の役割について説明できる
- \*健康危機管理プログラムを書くことが出来る
- \*衛生行政における医師の役割を説明できる

臨床研修内容 :

疫学の基礎, 疫学調査の企画,実施,結果の解析,対策の実施,予防のための指導

健康危機管理の理解と実践, 危機管理プログラムの作成と評価

研修方法 :

医科大学の衛生公衆衛生学教室がキーステーションとなって地域の保健所において  
過去の食中毒や伝染病の危機管理事例について疫学調査を実施し結果の評価を行う  
(但し症例については都道府県レベルで紹介してもらう)。

カリキュラム :

日程	場所	内容
1日ないし2日	衛生学・公衆衛生学教室	オリエンテーション 疫学等の講義
1週ないし3週間	都道府県または保健所	地域保健法、危機管理マニュアル等 等実地研修を行う上で最低限必要な基礎知識を身につける 想定モデルや過去の事例を元に検討（インターネットの利用） 健康危機管理の実践とマニュアルならびに手順書の作成と評価を行う。
1日ないし2日	衛生学、公衆衛生学教室	報告書の作成と発表会

### ③健康教育の企画、立案、実施、解析、評価

研修目的：

SG1：健康教育のPlan-Do-Seeを実践を通じて体験し、将来、臨床医として患者の保健指導や地域住民の健康教育などに役立てるようになる。

SBO：

\*健康教育の技法と考え方を理解できる

対象の選定、健康評価（個人・集団）

患者・対象者とのコミュニケーションスキル

行動科学 - - 個別健康相談

\*健康教育プログラムを書くことができる

個人または集団の健康管理プログラム

\*健康教育を行うことができる。

個または集団への健康教育の実践

\*健康教育の評価ができる

臨床研修内容：

健康教育論の基礎、行動科学や心理学の基礎、健康教育プログラムの企画、実施、結果の解析、評価、対策の実施、ならびに生活習慣病等の予防や健康増進のための指導

研修方法：

医科大学の衛生公衆衛生学教室がキーステーションとなって地域の保健所や市町村保健センターにおいて健康教育を実施し結果の評価を行う。

カリキュラム：

日程	場所	内容
1日ないし2日	衛生学・公衆衛生学教室	オリエンテーション 健康教育論や行動科学等の講義
1週ないし3週間	保健所、市町村保健センター	地域において健康教育を行う上で最低限必要な基礎知識を身につける 個別または集団を対象に健康教育の実践と評価を行う。
1日ないし2日	衛生学、公衆衛生学教室	保健婦との共同作業 報告書の作成と発表会

### ④僻地・離島住民の健康管理

研修目的：

SG I：へき地住民の健康管理を実践を通じて体験し、将来、臨床医として患者の保健指導や地域住民の健康管理のあり方などに役立てるようにする。

SBO：

- \*個人および地域の健康管理の技法と考え方を理解できる
- \*個人および地域の健康管理プログラムを書くことができる
- \*個人および地域の健康管理を行うことができる
- \*健康管理の評価ができる

臨床研修内容：

健康管理論の基礎、へき地住民を対象とした個人および集団の健康管理プログラムの企画、実施、結果の解析、評価、対策の実施、ならびに生活習慣病の予防のための指導

研修方法：

医科大学の衛生公衆衛生学教室がキーステーションとなってへき地中核病院やへき地診療所等において個人および集団を対象に健康管理を実施し結果の評価を行う。

カリキュラム：

日程	場所	内容
1日ないし2日	衛生学・公衆衛生学教室	オリエンテーション 健康管理論や予防医学等の講義 地域において健康管理を行う 上で最低限必要な基礎知識を 身につける
1週ないし3週間	へき地中核病院 へき地診療所	個別または地域を対象に健康 管理の実践と評価を行う。
1日ないし2日	衛生学、公衆衛生学教室	報告書の作成と発表会

#### ⑤在宅寝たきり老人の保健、介護・医療プログラムの作成と評価

研修目的：

SG I：在宅寝たきり老人の健康管理を実践を通じて体験し、将来、臨床医として在宅患者の保健指導や地域の保健医療・福祉機関との関係の中での健康管理のあり方を考える。

SBO：

- \*在宅寝たきり老人の健康管理の技法と考え方を理解できる
- \*在宅寝たきり老人の健康管理プログラム（保健医療・福祉資源との係わり）を書くことができる
- \*地域における在宅寝たきり老人の健康管理を行うことができる。
- \*健康管理プログラムの評価ができる

臨床研修内容：

老人の健康管理論の基礎、在宅寝たきり老人の健康管理プログラムの企画、実施、評価、保健医療・福祉対策ならびに生活習慣病の予防のための指導

研修方法：

医科大学の衛生公衆衛生学教室がキーステーションとなって地域の病院や診療所（医師会）等の協力を得て在宅寝たきり老人の健康管理を実施し結果の評価を行う。

カリキュラム：

日程	場所	内容
1日ないし2日	衛生学・公衆衛生学教室	オリエンテーション 老人の医療・健康管理論や予防

		医学等の講義 地域において在宅寝たきり老人の健康管理を行うために必要な法律, 医学的知識など最低限必要な基礎知識を身につける 個別または地域を対象に健康管理の実践と評価を行う。
1 週ないし 3 週間	地域医療支援型病院 診療所 (医師会)	
1 日ないし 2 日	衛生学, 公衆衛生学教室	報告書の作成と発表会

#### ⑥在宅難病患者の管理プログラムの作成

研修目的:

SG I: 在宅難病患者の健康管理を実践を通じて体験し, 将来, 臨床医として難病患者の保健指導や地域の保健所・福祉機関との連係の中での健康管理のあり方を考える。

SBO:

\*在宅難病患者の健康管理の技法と考え方を理解できる

\*在宅難病患者の健康管理プログラム (保健医療・福祉資源との係わり) を書くことができる

\*地域における在宅難病患者の健康管理を行うことができる。

\*健康管理プログラムの評価ができる

臨床研修内容:

難病患者の健康管理論の基礎, 在宅難病患者の健康管理プログラムの企画, 実施, 評価, 保健医療・福祉対策ならびに合併症の予防のための指導

研修方法:

医科大学の衛生公衆衛生学教室がキーステーションとなって保健所, 地域の病院や診療所 (医師会) 等の協力を得て在宅難病患者の健康管理を実施し結果の評価を行う。

カリキュラム:

日程	場所	内容
1 日ないし 2 日	衛生学・公衆衛生学教室  保健所	オリエンテーション 難病の医療・健康管理論や 医学等の講義 地域において在宅難病患者の健康管理を行うために必要な法律, 医学的知識など最低限必要な基礎知識を身につける
1 週ないし 3 週間	地域医療支援型病院 診療所 (医師会) 保健所	個別または地域を対象に健康管理の実践と評価を行う。
1 日ないし 2 日	衛生学, 公衆衛生学教室	報告書の作成と発表会

#### ⑦各職場における保健予防, 管理 (3管理) プログラム

研修目的:

SG I: 職場の健康管理を実践を通じて体験し, 将来, 産業医として労働者の保健指導や健康管理, 作業管理, 作業環境管理について理解し労働者の健康管理のあり方を考える。

SBO:

\*職場の健康管理の技法と考え方を理解できる

産業医の役割

\*職場の労働者の健康管理プログラム（医療・安全衛生法との係わり）を書くことができる

\*職場における労働者の健康管理を行うことができる。

\*職場の健康管理プログラムの評価ができる

臨床研修内容：

職場の健康管理論の基礎，職場の健康管理プログラムの企画,実施,評価，職業性疾患の予防のための健康教育

研修方法：

医科大学の衛生公衆衛生学教室がキーステーションとなって地域の産業医（医師会）事業所の健康管理室等の協力を得て労働者の健康管理を実施し結果の評価を行う。

カリキュラム：

日程	場所	内容
1日ないし2日	衛生学・公衆衛生学教室	オリエンテーション 職業病の医療・健康管理論や予防医学等の講義 職場において労働者の健康管理を行うために必要なスタッフとの関係と法律,医学的知識など最低限必要な基礎知識を身につける
1週ないし3週間	事業所の健康管理室 産業医（医師会）	大企業または中小企業の労働者の健康管理の実践と評価を行う。 職場巡視，作業管理，作業環境管理
1日ないし2日	衛生学，公衆衛生学教室	報告書の作成と発表会

⑧老人ホーム，老人保健施設，福祉施設における健康管理プログラム

研修目的：

SGⅠ：施設に入所または通所老人の健康管理を実践を通じて体験し，将来,臨床医として在宅または施設入所老人の保健指導や地域の保健医療・福祉機関との関係の中での健康管理のあり方を考える。

SBO：

\*在宅または施設入所老人の健康管理の技法と考え方を理解できる

\*在宅または施設入所老人の健康管理プログラム（保健医療・福祉資源との係わり）を書くことができる

\*地域における施設入所または通所老人の健康管理を行うことができる。

\*健康管理プログラムの評価ができる

臨床研修内容：

老人の健康管理論の基礎，施設入所または通所老人の健康管理プログラムの企画,実施,評価，保健医療・福祉対策ならびに生活習慣病の予防のための指導

研修方法：

医科大学の衛生公衆衛生学教室がキーステーションとなって地域の病院や診療所（医師会）等の協力を得て在宅寝たきり老人の健康管理を実施し結果の評価を行う。

カリキュラム：

日程	場所	内容
----	----	----

1日ないし2日	衛生学・公衆衛生学教室	オリエンテーション 老人の医療・健康管理論や予防医学等の講義 地域の施設入所または通所老人の健康管理を行うために必要な法律,医学的知識など最低限必要な基礎知識を身につける
1週ないし3週間	特別養護老人ホーム  老人保健施設	施設入所または通所老人を対象に健康管理の実践と評価を行う。 関連社会資源との連携 関連職種との共同作業
1日ないし2日	衛生学、公衆衛生学教室	報告書の作成と発表会

⑨ 地域保健・医療（医師会、地域医療機関との協同でプライマリ・ケア実習）

研修目的：

SGI：

- \* 将来地域におけるプライマリ・ケア・フィジッシャンとして最低限必要な知識の習得と体験をさせる。

SBO：

- \* 医師として最低限必要な倫理、法律について理解できる
- \* 地域におけるプライマリ・フィジッシャンとして果たすべき役割と責任について説明できる
- \* 医師として医師以外の専門職種（例 保健婦、看護婦等）と協同作業や連携が出来る
- \* 医師として地域の保健医療、福祉等の社会資源を患者に対して適切に紹介できる
- \* 医師会活動としての産業保健、学校保健、地域保健活動を理解し参加出来る

臨床研修内容：

行動医学、対人保健、産業保健の考え方修得、プライマリケア・一次予防・在宅医療・保健指導の実践

研修方法：

医科大学の衛生学・公衆衛生学教室または臨床研修病院の研修委員会が主体となって地域の医師会・保健所等との協力の下で訪問診療、学校保健、地域医療・保健、企業内の健康管理等の実践に参加する。

カリキュラム：

日程	場所	内容
1日ないし2日	衛生学・公衆衛生学教室	オリエンテーション 関係法規等の講義** **医師法、医療法、療養担当規則 倫理、医療事故、臨床疫学等臨床研修を行う上で最低限必要な基礎知識を身につける
1週ないし3週間	医師会、地域病院	在宅ケア、健診、夜間救急医療、老人ホーム、産業医、学校医などの医師として実践を行う。
1日ないし2日	衛生学、公衆衛生学教室	報告書の作成と発表会

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

公衆衛生専門家に対する生涯教育に関する研究

分担研究者 上畑 鉄之丞（国立公衆衛生院次長）

研究要旨 昨年、公衆衛生専門家に対する生涯教育一環としての国立公衆衛生院専門課程分割履修コースおよび、保健婦・栄養士養成のための大学院大学構想について報告をした。本年は、地方自治体において公衆衛生行政に従事する医師の専門分野での学術的及び行政経験でのバックグラウンドとともに、これら医師の公衆衛生行政能力を向上させるための研修ニーズを把握することを目的に調査を実施した。その結果、796名からの回答が得られた。その中で、社会医学系での研究や教育歴が「ある」としたものは160名（20.1%）であった。国立公衆衛生院での研修受講経験者は410名（52%）で、うち1年以上の専門課程受講者は62名（7.8%）、過去の保健所長資格コース受講者は258名（32%）であった。地方自治体で公衆衛生行政に従事する医師が生涯教育を受けられる環境を一層整備する必要性が示唆された。

A. 研究目的

地域保健法の施行以降、保健所の統廃合は急速にすすみ、二次医療圏に1カ所とした当初目標を超え、北九州、札幌、神戸の人口100万人以上の大都市では保健所が1カ所になり、大阪市も2000年4月から1カ所になるなどの状況がみられている。また、新しい保健所機能の展開では、とくに保健所長の行政能力の向上が課題とされ、臨床から行政に転換した医師の再教育が重要とされているものの、国立公衆衛生院など研修機関で公衆衛生行政の基礎研修を受けた保健所長は4割程度（1997年）にとどまっている。しかし、近年のO-157による学校給食での集団食中毒発生や毒物カレーライス事件のように、地域住民に深刻な健康危機をひきおこす事件の続発は、保健行政の専門家としての保健所長の健康危機対策への適切な手腕を一層期待される結果になっており、そのなかでも行政能力の向上が望まれている。このよ

うな状況のなかで、1998年7月、厚生省は、保健所医師の行政能力強化を目的に保健所長資格認定のうえで、最低3カ月の行政研修を義務づける新たな通達を出した。この通達では、それまで保健所長医師研修としておこなっていた国立公衆衛生院の公衆衛生特論コース（1.5月）を廃止、同院に新設された専門課程（MPH, Course of Master of Public Health）に連動する専門課程分割前期（基礎）の受講修了を、保健所長任用で必要としたものである。本調査は、こうした状況下で全国の地方自治体において公衆衛生行政に従事する医師の専門分野での学術的及び行政経験でのバックグラウンドとともに、これら医師の公衆衛生行政能力を向上させるための研修ニーズを把握することを目的に実施した。

B. 調査方法及び調査内容

地方自治体の保健所などの行政機関に勤務



する医師全員を対象にした。これらの対象者は、全国保健所長会が実施した都道府県、政令市、中核市ごとの医師調査の資料をもとに把握したが、未報告の自治体は電話などの問い合わせをおこなった。調査票は、勤務場所の医師を管轄する機関長や保健所長に郵送、回答用紙は個人ごとに記入して返送を求める方法でおこなった。調査時点での対象とする行政機関に勤務する医師表1に示すように1,387名と推定された質問内容は性、年齢、行政経験年数、勤務場所、職位、臨床研究経験、公衆衛生での研究教育経験、公衆衛生行政の研修経験、公衆衛生関連の学会所属状況などの属性をきくとともに、国立公衆衛生院が、保健所長資格認定のために実施する専門課程分割（基礎）コースのカリキュラムの内容への意見を求めた。

## C. 調査結果

### I. 回収状況

推定対象数 1,387 名に対して、返送数は 796 名であり、回収率は約 57.4%と推定された。

### II. 回答者の属性

#### 1. 性別、年齢階級構成

男性 73%、女性 23%。年齢別は 40 歳未満 24%、40-49 歳 34%、50-59 歳 25%、60 歳以上 17% である。

#### 2. 保健衛生行政機関での経験年数

公衆衛生行政での経験年数は、4 年未満 19%、4-7 年 27%、8-11 年 22%、12 年以上 31% である。また、性別でみた経験年数は、男性は 4-8 年が最も多く、4 年未満が最も少ないのに対して、女性は、12 年以上が最も多く、次いで 4 年未満になり、4-8 年は最も少ない。さらに、年齢階級別の経験年数をみると、35 歳未満は 4 年未満、35-39 歳は 8-12 年が多いのに対して、40-59 歳は 12 年以上の経験者が最も多い。また、60 歳以上は 4-8 年の者が最も多いのが特徴である。

#### 3. 現在の勤務場所と職位

回答者の現在の勤務場所は、都道府県型保健所

が 407 名 (51.1%) と最も多く、次いで政令市・中核市の本庁又は保健所勤務が 205 名 (25.8%)、都道府県本庁勤務が 97 名 (12.2%) の順であり、その他は都道府県の保健所支所、政令市等の保健センター勤務などの勤務であった。また、回答者のうち、保健所長や本庁の部課長以上の職位の者は、50 歳以上で 8 割以上、40 代後半で約 3 分の 2、40 代前半で約半数、30 代後半で約 5 分の 1 となっていた。

## III. 公衆衛生の専門家としての経験

### 1. 社会医学系での研究・教育歴

保健衛生行政すすめるうえでの本来的な学問分野である衛生学、公衆衛生学を含む社会医学系分野での研究歴や教職歴について回答を求めた。796 人のうち、社会医学系での研究や教育歴が「ある」としたものは 160 名 (20.1%) であった。年齢階級別の「ある」とした者の割合は、35 歳未満 18.4%、35-39 歳 22.9%、40-44 歳 26.4%、45-49 歳 21.8%、50-54 歳 13.5%、55-59 歳 21.9%、60 歳以上は 15.1% であり、「ある」とする者の割合は、40 歳代前半が最も高かった。また、性別では、男性 22.3%、女性 14.5% であり、男性がやや多かった。なお、経験者の衛生学公衆衛生学分野などでの教育職の職位は、教授 1 名、助教授 13 名、講師 4 名、助手 42 名のほか、非常勤講師が 63 名であった。

### 2. 臨床医としての経験

保健衛生行政機関に就職する以前の臨床医師としての経験の有無及びその機関や専門分野などについて回答を求めた。研修医としての経験の有無では、回答者の約 8 割強が「ある」と回答した。また、臨床医としての経験は、「ない」とした者は 176 人 (22.1%) であった。また、「ある」とした者での臨床医の経験年数は、8 年以上の経験者は、35 歳未満はなく、35-39 歳 21.0%、40-44 歳 61.5%、45-49 歳 59.7%、50-54 歳 72.9%、55-59 歳 83.3%、60 歳以上は 95.7% であり、高齢者、とくに 50 歳代以降から臨床からの入職者が急増する傾向を示して

いると考えられた。また、臨床医としての専門分野は、内科系 28%、小児科 26%、外科系 15%、産婦人科 9%、精神科 7%、泌尿器科 3%、放射線科 2%の順になったが、男性では、内科、外科、小児科、産婦人科の順であったに対して、女性は、小児科、内科、産婦人科の順に多いのが特徴であった。

### 3. 基礎医学系分野の研究歴

回答者のなかで、基礎医学系の研究歴を有するものは 145 名 (18.2%) であった。また、その研究歴は、4 年未満 60 名 (41.3%)、4・8 年未満 52 名 (35.9%)、8・12 年未満 12 名 (18.3%)、12 年以上 21 名 (14.5%) であった。

## IV. 保健衛生行政の研修経験と公衆衛生学関連分野での研究経験

国立公衆衛生院での研修受講経験者は 410 名 (52%) で、うち 1 年以上の専門課程受講者は 62 名 (7.8%)、過去の保健所長資格コース受講者は 258 名 (32%) であった。国立公衆衛生院以外の研修では、結核研究所 (44%)、精神保健研究所 (13%)、母子愛育会 (8%) など、医系大学の衛生・公衆衛生教室の在籍者は 231 名 (29%) であった。回答者の公衆衛生関連学会へは、公衆衛生学会には 67% が加入しており、小児保健学会 (19%)、衛生学会 (7.5%)、産業衛生学会 (7.4%)、疫学会 (6.8%)、健康福祉政策学会 (2.7%)、農村医学会 (1.9%)、社会医学研究会 (1.8%) の順であった。なお、542 名の保健所長資格の必要者のうち、参加希望者は 311 名 (57.4%) であったが、うち 193 名 (62.1%) は「周囲の状況で参加できない」と回答した

## D. 考察

今回の回答者は所長経験者と比較的若い世代が多いと考えられ、行政能力の向上が一層期待されている中堅医師の研修ニーズの掘り起こしの検討が更に必要と考えられた。また、こうした地方自治体で公衆衛生行政に従事する医師が、大学の衛生学公衆衛生学教室等の社会

医学系研究室や国立公衆衛生院などで生涯教育を継続的に受けられる環境を一層整備する必要性が示唆された。

## 厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

### 分担研究報告書

#### 衛生学公衆衛生学の卒前教育に関する研究

分担研究者 鈴木 庄亮（群馬大学教授）

研究要旨 衛生学公衆衛生学教育協議会では昨年度大項目 24、小項目計 119 からなる社会医学コア・カリキュラム案を作成した。また、平成 13 年 3 月には文部科学省より「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が提示された。本年度は衛生学公衆衛生学教育協議会におけるワークショップをとおり、社会医学コア・カリキュラムを「医学教育モデル・コア・カリキュラム」のなかでどのように位置付けるかを中心に検討し、社会医学の必要性・重要性、我が国の医学教育の問題点、医学教育カリキュラム上の問題点、社会医学コア・カリキュラムの課題についてまとめた。

#### A. 研究目的

衛生学公衆衛生学教育協議会では昨年度大項目 24、小項目計 119 からなる社会医学コア・カリキュラム案を作成した。また、平成 13 年 3 月には文部科学省より「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が提示された。本年度は衛生学公衆衛生学教育協議会におけるワークショップをとおり、社会医学コア・カリキュラムを「医学教育モデル・コア・カリキュラム」のなかでどのように位置付けるかを中心に検討し、社会医学の必要性・重要性、我が国の医学教育の問題点、医学教育カリキュラム上の問題点、社会医学コア・カリキュラムの課題についてまとめることを目的とした。

#### B. 方法

衛生学公衆衛生学教育協議会において卒前教育カリキュラムに関するワークショップを開催し、社会医学コア・カリキュラムを「医学教育モデル・コア・カリキュラム」のなかでどのように位置付けるかを中心に検討した。また、同協議会、卒前教育カリキュラム委員会において卒前教育についての検討を深めた。

#### C. 社会医学の必要性・重要性

##### 1. 全人性の回復

人間には、Bio-、Psycho-、および Socio-、の 3 つの側面があり、3 つそろって初めて全人的把握とアプローチが可能になる。医学では従来ともすると、遺伝子、シグナルから臓器・系にいたるバイオ一色で済まず傾向が強かった。医療では、バイオに基づく疾病の説明と治療が中心で、医師は、患者のこころや退院後のケアの仕組、日常生活の送り方などには関心を示さず、これらについては初歩的通俗的な知識しか持たなかった。

##### 2. キュアよりケアの時代

専門医養成という点からはこれでも良いが、時代は、医学情報の普及、人権意識のたかまり、患者の医療への参加による協力、慢性疾患と加齢によるディスアビリティ、そしてキュアよりケアと言われる時代になった。感染症や急性疾患を治す時代から、予防とリハビリおよび生活支援が重要な時代になった。

##### 3. チーム医療の時代

これらの変化によって、従来の医師万能の時代は、医師とコメディカルとがチームを組んで

協力する時代になった。医師はパターナリズムにもとづくオールマイティな存在ではなく、チームケアの一員にならざるを得なくなった。チームの中では医師は修理専門家である。高度の修理専門家は必要である。しかし、修理のできない対象が増えているのだけ、医師の重要性が薄い時代になったといえる。

#### 4. プライマリケアと予防対策へ

医師に対する今の時代の要請は、一部の専門医療者を除けば、プライマリケア、リハビリ、および健康管理である。人々の意識が高まるほど、これらの全ての医療過程で予防対策を実践することが期待されるようになる。疾病の悪化防止であり、合併症の予防であり、機能回復であり、そのための患者への教育・指導である。

#### 5. 地域医療の一員

医師は、これらを上手に行い、医師が出来ない部分は、地域のどこにどんな保健医療の資源があるかを知っており、紹介できなければならない。チーム医療の仲間をよく理解し、連携をとれることが必須である。地域医療構成員とその役割と仕組みをよく知り、リーダーシップをとれなければならない。

#### 6. 健康管理と法律制度の理解

医師は、予防医学の基礎と健康管理・疫学の方法をよく知っているのみならず、保健医療福祉の法規と制度、環境保健、地域保健、母子保健、学校保健、産業保健、老人保健医療、国際保健医療などをよく勉強して、実践できなければならない。

#### 7. 社会関連の医療問題への対応

専門医療は必要であるが、それだけでは現代の医療はやっていけない。車の運転に最低限、現行の交通法規の知識が必要であるのと同列である。児童虐待、登校拒否、社会的入院、麻薬使用者、喫煙・飲酒問題、医療過誤等々、いずれをとっても Psycho、および Socio の側面を欠かせないことは明らかであろう。

#### 8. 文部科学省のコアカリ

平成 13 年 3 月に、3 年間かけて検討された医学教育モデル・コア・カリキュラムは、明治

以来〇〇学と名前のついた学体系型で授業が組み立てられ、教師は教え授け、学生は憶える型の教科目制度を改め、学習単位 A, B, C, D, E, F, G の 7 つをつくり問題解決の統合型のカリキュラムとした。このうち、F と A が社会医学関連の内容となっている。

#### 9. 文部省のコアカリの根拠

これは、文部省の諮問委員会である平成 11 年 2 月の 21 世紀医学・医療懇談会第 4 次報告「21 世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制について」にもとづいている。ここで医学教育について、豊かな人間性の涵養、少人数教育やチュートリアル教育の推進、および教育内容の精選と多様化が勧告されている。

すなわち、精選された基本的内容を重点的に履修させるコアカリを確立し、社会の多様な要求にこたえるべく選択科目を拡充することが必要である、と述べられている。さらに予防医学の教育の充実、地域や職場における公衆衛生の確保に寄与する人材の育成に努めること、医療経済、医療管理等に関する教育を充実することが勧告されている。

#### 10. 地域医療の再編

4 次に亘る「医療法」の改正で大学病院は地域で高度先進医療機関として三次医療を担うことになった。稀な疾患、難治疾患、臓器移植などの医療に片寄ることになる。本来重要な一、二次医療機関で実習することができなくなる。地域のこれら一、二次医療機関と連携して学生の実習場所を確保しなければならない。これを見ても地域保健医療がいかに重要であるかが理解されよう。

D. これまでの我が国の医学教育の問題点について

1. よい教育をしても教員の活動の評価にならず、個別の学部での改革はあっても、日本全体の教育システムの評価とそれにもとづく改善の仕組みがなかったため、全体の改革が進められなかった。

2. 社会の求める医療をになう医師を養成す

る目的で **needs oriented** な医学教育がなされるべきだが、伝統的学体系と講座中心の教育のため、対応がいつも遅れがちであった。

3. 具体的には、学体系型の詳細な講義中心の授業は、学生の一生つづく問題解決能力の育成のためにはならない。この種の講義は学術情報にあふれた現代には適切でなく、おおむね学生の出席率が低いものである。

4. 現代の社会が求める必要な医療には、専門医療の他に、医の倫理、救急医療、予防医学、健康増進医学、プライマリケア、老年学、リハビリテーション医学、福祉と介護、医療相談、メンタルヘルス、終末期医療、地域医療などがあり、方法的には患者とのコミュニケーション、全人医療、キュアよりもケアの面、地域社会との交流などが要請される。

#### E. これまでの医学教育カリキュラム上の問題点とその解決

1. 講義時間が多く、実習を含めて各学体系教科目が目一杯の時間をとっているのが、新しい学、術、試みを既存の時間割りに入れるのが困難で、改善され難い教育体制であった。コアカリをつくることによって、基礎と臨床の統合カリなど、柔軟な医学教育の体系をつくることができる。また、コアカリの領域によっては1～6年を通したたて糸にカリを組むこともできる。

2. 必要にしてかつ最小限の医学教育カリキュラムを特定して共通義務化し（コアカリ）、その余の時間は大学によって特徴あるアドバンスないし選択科目をつくり、学生と社会の多様なニーズに応えるのが良い。共通するコアカリによって、大学間および他学部間の相互交流の活発化が期待される。

3. 臨床医学では、学体系でなく系臓器別の専門的学習体系で、問題解決中心で、できるだけ基礎と臨床の統合をはかるとともに、社会医学と連係して地域保健医療機関施設を学習の場とするプライマリケア、リハビリ、保健指導、老人のケアなどの全人医療の教育を確立する

必要がある。

4. 予防医学教育、生活習慣病予防のためのライフスタイル改善指導、地域での保健、医療、福祉、介護の役割についての実習、救急医療の実習、医療管理など教育が手薄であった。

5. 医学部6年間に適切な進級システムをつくる必要がある。学生によっては、英国のように、理学士などの学位を得て途中で卒業できる制度を準備すべきであるが、現在はその仕組みがない。

6. コアカリについては、英国 GMC（医学研究協議会）の「明日の医師」（1993）でもその重要性が明確に打ち出され、地域保健医療の実習充実も含めて、多くの医学校が「明日の医師」にそった改革を行っている。米国でも、一般内科学 GIM, General Internal Medicine が重要視され、専門医でなく家庭医 FP, Family Physician に進路をとる者が増えている。これらの動きは、いずれも各社会の保健医療ニーズに添ったものであろう。

#### F. 社会医学コア・カリキュラムの課題

1. 医学教育モデル・コア・カリキュラムは社会医学を重要視している、A～FのうちFを占めている。

2. 従来の「衛生学」「公衆衛生学」、社会医学コア・カリキュラムと医学教育モデル・コア・カリキュラムの体系をどう調整していくかが問題。

3. 成果を挙げてきた従来の「社会医学学外実習」を今後も生かしていく必要がある。これをどう社会医学コア・カリキュラムの中で活かし、医学教育モデル・コア・カリキュラムの体系に入れていくか、総合診療などプライマリケアとどう調整すべきか、などの検討が重要。

4. 医学統計学、医学情報処理、疫学統計などをどう入れていくか、医学教育モデル・コア・カリキュラムには示されていないので注意が必要。

5. 地域医療、医療管理、医療経済、健康政策、医療関係の法制、社会福祉等いわゆる「医

療管理」についても学ぶ必要がある。

6. 医療管理学の医学教育における必要性について、医師は医療を構成する諸要素を正しく理解し、その相互関連を把握し、医療の社会的、経済的、文化的側面を充分理解する必要がある。地域医療、医療管理、医療経済、健康政策、医療関係の法制、社会福祉等についても学ぶ必要がある。これらをどうカリキュラムに入れていくか。また、少子高齢化により保健・医療・福祉の地域包括医療のリーダーシップを持つ医師への要請がたかまるので、地域医療とその実習は必要である。

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

疫学的研究と倫理に関する研究

分担研究者 中村 好一（自治医科大学教授）

研究要旨 衛生学公衆衛生学教育協議会では昨年度「個人情報保護に関連する法整備に関する要望書」を提出した。本年度は引き続き同協議会倫理問題等検討委員会を中心に疫学と倫理に関して検討を重ね、現状と課題についてまとめた。1. 疫学研究を倫理的に進めるポイントとして、真理追究、人権尊重、適切な方法、社会規範の遵守、研究の公開、の5項目があげられる。2. プライバシーの権利とは、自分の情報についての自己決定権である。3. データの守秘管理を徹底しなければならないが、これだけではプライバシーに配慮したことにはならない。4. 対象者の同意を可能な限り得ることは必要だが、得られない場合には第3者機関の客観的な評価が求められる。

A. 研究目的

最近個人情報保護やプライバシーに関する権利などが盛んに議論され、疫学研究もこのような社会現象に否応なく直面している。衛生学公衆衛生学教育協議会では昨年度「個人情報保護に関連する法整備に関する要望書」を提出した。本年度は引き続き、同協議会倫理問題等検討委員会を中心に疫学と倫理に関して検討を重ね議論を深めるとともに、現状と課題についてまとめた。

B. 倫理とは

倫理とはいったいなんだろうか。イメージとしては何となく存在するが、きちんと定義して議論されているわけではない（ように思える）。法律や道徳との違いを述べよ、と言われたら困る人も多いのではなかろうか。

筆者は次のように整理している。道徳は社会的動物としての人間として守らなければならないこと、法律は国家権力によって、時には罰則規定を設けてまでも遵守させなければ社会

が混乱に陥るようなこと、と考えている。従って両者は一致していることも多いが、しないこともある。

倫理、という言葉を考えてとき、通常は単独では用いられず、「政治家の倫理」、「研究者の倫理」といったように対象を限定しているようである。そこで考えられるのは、「特定の地位や立場にある者が守らなければならない事項」と考えることができる。政治家には一般人よりもより高い道徳規定が求められている。この「より高い」部分が倫理であろう。従って疫学研究における倫理問題も、「疫学研究を行うという特定の立場にある者が守らなければならない事項」ということができよう。

C. 倫理的な疫学研究とは

では、疫学研究を行うに当たって守らなければならない事項とは何だろうか。考え方はいろいろあるだろうが、これまでの経験から、筆者は1. 真理の追求を目的とした研究であること、2. 対象者の人権を最大限に尊重した研究であ

ること、3. 目的を達成するために最も適切な方法を用いた研究であること、4. 社会規範に反しない研究であること、5. 常に社会に開かれた研究であること、の5項目に集約できると考える。

第1項の「真理追究」は、疫学研究はヒトを対象とした研究ということに起因している。いやしくもヒトを対象とする以上、真理が追究できる研究でなければ実施する価値がないし、そうでなければ、いたずらに対象者を弄ぶだけの結果となる。したがって、研究計画がずさんなものも倫理的ではない疫学研究ということになる。また、疫学研究は人類の福利厚生の上に資するものを目指す必要がある。たとえ間接的であっても、対象者に対しての見返りがないと、結局は対象者となってももらえなくなるような気がする。

第2項の「人権尊重」は改めて言うまでもないことではあるが、疫学研究の対象は人であるため、個々の対象者の人権を可能な限り尊重した研究を行わなければならない、ということである。そのためには、(1) 可能な限り研究参加に関する対象者のインフォームド・コンセントを得ること、(2) 個人情報の保護(守秘管理)に万全を期すること、(3) 計画段階で倫理審査委員会など第三者の評価を受けること、などが重要となる。さらに、小児、障害者、高齢者などいわゆる社会的弱者とされる者を対象とする疫学研究では、通常の人以上の配慮が必要である。

第3項の「適切な方法」は、疫学研究で得られた結果が当初の目的(解くべき課題に解答を与える)を達成するために、方法と得られる結果の重要性を比較衡量して、最も合理的な方法を採用しなければならない、ということである。最も合理的な方法は研究実施時点の知見に照らし合わせて決定されるべきものであり、後追いな批判は意味がないであろう。

第4項の「社会規範の遵守」も当然のことである。最も重要な社会規範である法律や、ヘルシンキ宣言、International Guidelines for

## Ethical Review of Epidemiological Studies

(Council for International Organizations of Medical Sciences [CIOMS], 1991) など、医学研究や疫学研究を遂行するにあたっての規範を最大限に尊重する必要がある。

以上の点が実施されているかどうかの評価を社会から受けることが出来るようにしなければならない、というのが第5項の「研究の公開」である。研究の経過や結果の公表などを通じて、常に社会に対して責任を持って研究を公開するように最大限、努めなければならない。

## D. プライバシーの権利

プライバシー権は古典的には「そっとしておいてもらう権利(right to let be alone)」として、主として米国で成熟してきた考え方である。しかし近年はこの概念だけで収まりきれないことも起こっており、現代的なプライバシー権として「自分の情報に関する自己決定権」と理解されるようになった。すなわち、自分の情報をどのように使うかは自分で決定できる、ということである。

プライバシー保護の原則として良く引き合いに出されるのが、経済協力開発機構(OECD)が1980年に理事会勧告として示した8原則(収集制限の原則、データの質の原則、目的明確化の原則、利用制限の原則、安全保護の原則、公開の原則、個人参加の原則、責任の原則)である。また、現在国会で審議中の「個人情報の保護に関する法律」においては、利用目的による制限、適正な取得、正確性の確保、安全性の確保、透明性の確保、の5項目が個人情報取扱いの基本原則として示されている。両者で同様の内容が掲げられており、このような項目の遵守が疫学研究における対象者のプライバシー権の尊重につながる。

## E. データの守秘管理

今でも「プライバシーの保護=データの守秘管理の徹底」と誤解している人がいる。もちろん、守秘管理が徹底されていない場合には個人



のデータがどのように使われるかは、対象者だけではなく研究者本人にも判らず、プライバシー保護以前の問題である。しかし逆に、これまでのプライバシー権の紹介からも判るように、守秘管理が徹底しているだけではプライバシー権が充分保護されたことにはならないことには留意したい。守秘管理はプライバシー保護の必要条件だが、十分条件ではないのである。

では、守秘管理を徹底するにはどうしたらよいだろうか。いくつかの方策があるが、データを放置しない、すなわちデータを常にデータ管理者の監視のもとに置く、ということに尽きるのかもしれない。不必要なコピーは作らない、紙面上のデータは施錠できる場所に管理する、磁気媒体上のデータは誰でもアクセスできるコンピュータのハードディスクの上に置かずに、パスワード管理、あるいは取り出し可能な媒体（CD-ROM、光磁気ディスク〔MO〕など）に保存し、施錠できる場所に保管する、といった配慮が必要であろう。また、起こってはいけないことだが、万一データの漏出があった場合でも被害が最小限で済むように、本当に必要なデータしか保存しない、ということも検討する必要がある。例えば、必要のないデータは最初から収集しない、あるいは必要がなくなった時点で個人を同定する情報を削除する、といった配慮が考えられる。

#### F. 対象者の同意

プライバシー権の原則に鑑みると、どのようなデータの使用法であっても対象者の同意があればプライバシーの問題はクリアできる。問題は同意の取り方であるが、「同意＝同意書」ではない。口頭での同意や暗黙の同意も、有効な同意として取り扱われることもある。例えば検診会場で「結果を統計的に処理することによって疫学研究に使う」ということをポスターで示していれば、これを承知で受診した者からは暗黙の同意を得たと解釈できる場合もあるだろう。

特殊な形態の同意として、ナショナル・コン

センサスがある。すなわち、法律によって、個人個人の同意ではなく、国民全体の同意として取り扱う、というものである。一部の感染症について、診断した医師に届出義務を課しているが、これはナショナル・コンセンサスの一例である。

#### G. 同意した者だけを対象とすると問題が起る場合

がん登録など、参加に同意した者だけを観察対象とすると成立しない疫学研究がある。また、保管していた過去の検診データを紐解き、検診以降の罹患や死亡を確認することによって **retrospective cohort studies** が可能となるが、改めて同意がとれた者だけを対象とすると極めて大きな選択の偏りとなる。

このような場合に、結局は個々の同意なしに研究を進めなければならないが、そのためにはいくつかクリアしなければならないポイントがあるだろう。まず第1に、得られる結果の重要性（社会に与えるインパクト）と、対象者の権利侵害の程度の比較衡量である。他の研究でも同じような結果が比較的簡単に、しかも対象者の同意を得て得られるのであれば、あえて同意なしに当該研究を行う必然性は小さくなる。逆に重要な課題であり、当該データを用いなければ永久に答えが出ないようなことであれば、同意を得ずにデータを利用することも許されるのかもしれない。この場合には、倫理審査委員会など第3者機関の承認を得ておくなど、客観的に判断して重要な研究であることを示しておくことも重要であろう。

また別のアプローチとして、がん登録などは、一部の諸外国のように法制化を図り、ナショナル・コンセンサスを得る、ということも考えられる。

#### H. 本人の同意が得られない者を対象とする疫学研究

小児や精神障害者を対象とした疫学研究では、対象者本人の同意を得ることが出来な

いこともある。「本人から同意が得られない場合には、研究は一切まかりならぬ」と主張する人もいるが、異端である。一律に同意はとれない、と決めつけるのではなく、可能な限り同意を取る工夫や努力をし、それでも不可能な場合には代理人(保護者など)の同意を得る、また、このことについて事前に倫理審査委員会など第三者機関で承認を受ける、ということで解決するのがもっとも適切であろう。

## 厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

### 分担研究報告書

#### 社会医学サマーセミナーに関する研究

分担研究者 山本 正治（新潟大学教授）

研究要旨 「医学部・医科大学学生が、社会医学の分野を専攻する動機」にはいかなるものがあるのか。また、ともすれば眠ったままになってしまいがちのその「動機」を揺り醒ますにはどのような条件整備が必要なのか。医学部・医科大学学生が社会医学を理解するための「メッセージ伝達手法」を、日々新しく蓄積し、それを学生とともに共有することが大切であるという思いを込めて、本年度は新潟・佐渡で開催した。セミナー終了後の参加学生の感想・評価から、学生たちが社会医学の多岐に渡る講演を自分なりに消化し、講師及び他の学生との討論・交流を通じて、社会医学の意義や社会医学の将来について深く学んだと評価できた。

#### A. 研究目的

社会医学を医学部・医科大学学生により深く理解してもらい、将来医学生に衛生学公衆衛生学を専攻する動機づけを試みることを目的とする。

#### B. 第7回社会医学サマーセミナー

第7回社会医学サマーセミナーが、山本正治医学部長（地域予防医学講座・社会・環境医学分野教授）、鈴木宏教授（国際感染医学講座・公衆衛生学分野）を代表世話人として、平成13年8月17日～19日にファミリーオ佐渡相川にて開催された。今回は、「21世紀の社会医学への提言」をテーマに行われた。

学生50名、講師12名、事務局5名の総勢67名が参加した。学生は、大学、学年、経歴等の異なる個性豊かな集団となった。講師の先生方は、それぞれの専門分野から、「これからの医学・医療と医学生のキャリアチョイス」久道茂（東北大）、「疫学に魅せられて」稲葉裕（順天堂大）、「社会医学のめざすもの」森本兼囊（大

阪大）、「国際保健と小児科医」鈴木宏（新潟大）、「公衆衛生とヒューマンエコロジー」鈴木庄亮（群馬大）、「WHO健康都市プロジェクト」高野健人（東京医歯大）、「現場から学ぶ」吉村健清（産業医大）、「化学物質による健康障害の最近の話題」竹内康浩（放医研）、「環境化学物質の人への影響—予防医学的リスク評価をめざして—」岸玲子（北海道大）、「ライフスタイルとがん予防」古野純典（九州大）と題して講義された。特別講演では、厚生労働省の宇都宮啓課長補佐から「厚生労働省における衛生行政」について、有意義な講演をいただいた。

ついで、「21世紀の社会医学への提言」をすべく、学生はグループワークに取り組んだ。このテーマをより具体化するため、セミナーではKJ法（変法）を取り入れた学生自身によるグループ討論を計画した。はじめは戸惑い気味だった学生達も、講師の経験豊かでユーモアあふれる話や参加者同士の交流を通じ、セミナー最後には全員の前で21世紀の社会医学に対して、堂々と提言をした。学生の発表内容は、「社会

医学の現在抱える問題点」、「グループワーク  
「21世紀の社会医学への提言」の報告」、「みんながハッピー」プロジェクト」、「Health for all from Sado（総合健康教育研究センター）」、「『楽しさ』とアニマルセラピー」、「月曜3限「健康科」プロジェクト」であった。

参加学生全員、今回のサマーセミナーに参加して学んだことをレポートとして執筆し、講師の先生方の講演録と共に、報告書（記録集）として出版した。

また、参加学生にセミナーについて簡単な評価をさせた。その結果は以下のとおりである。

参加理由：なんとなく面白そうだったから 25%、社会医学に興味があった 23%、佐渡に興味があった 23%、話を聞いてみたい講師がいた 7%、勉強のため 7%、友達に誘われて 7%、その他 11%。

参加前のセミナーに対する期待：講師・学生との交流・議論 29%、佐渡の風土の体験 26%、社会医学についての知識の獲得 21%、夏休みの思い出 16%、講義への興味・期待 10%、衛生行政について知る 10%、その他 29%。

本セミナーで学んだこと：グループワークの意義 37%、人との出会いの大切さ 25%、社会医学の役割 23%、講師の公衆衛生を通じた生き方 19%、討論・発表の方法 19%、佐渡について 19%、自分の将来の選択肢 16%、その他 40%。

セミナーの内容についての満足度：(1)講師の話：大いに満足 8%、満足 31%、普通 6%。(2)セミナー全体：大いに満足 25%、満足 18%、普通 2%。(3)スケジュール：大いに満足 2%、満足 16%、普通 20%、やや不満 7%。

衛生公衆衛生教育協議会の会員の先生方、特に今回のセミナーに講師として参加された先生方の、「医学部・医科大学学生が、社会医学の分野を専攻する動機」を揺り醒ますにはどのような条件整備が必要なのかを問いかけ続ける熱意と情熱のお陰で、参加者全員が討論・交流を通じて、社会医学の意義や社会医学の将来について深く学んだと評価できた。