

表 2. 回答大学における教育目標の設置とコア・カリキュラムFの増減

	N (%)*			
	全体 N=40	国立 N=18	公立 N=7	私立 N=15
教育目標の明記 (あり)	<u>28 (72)</u>	12 (67)	5 (71)	11 (79)
「環境」の明記 (あり) **	<u>10 (36)</u>	2 (17)	2 (50)	6 (50)
「社会」の明記 (あり) **	16 (57)	5 (42)	<u>4 (100)</u>	7 (58)
「予防」の明記 (あり) **	<u>9 (32)</u>	2 (17)	2 (50)	5 (42)
コア・カリキュラムFの5年前と比較しての増減				
社会・環境と健康				
増	2 (6)	2 (13)	0 (0)	0 (0)
不変	20 (59)	6 (40)	5 (72)	9 (75)
減	<u>12 (35)</u>	7 (47)	2 (29)	3 (25)
疫学と予防疫学				
増	3 (9)	1 (7)	1 (14)	1 (8)
不変	20 (59)	7 (47)	4 (57)	9 (75)
減	<u>11 (32)</u>	7 (47)	2 (29)	2 (17)
生活習慣と疾病				
増	4 (12)	1 (7)	3 (43)	0 (0)
不変	21 (62)	8 (53)	3 (43)	10 (83)
減	9 (26)	6 (40)	1 (14)	2 (17)
保健医療福祉介護				
増	<u>8 (24)</u>	4 (27)	1 (17)	3 (25)
不変	17 (52)	7 (47)	3 (50)	7 (58)
減	8 (24)	4 (27)	2 (33)	2 (17)
診療情報				
増	4 (13)	2 (14)	1 (17)	1 (9)
不変	19 (61)	7 (50)	4 (67)	8 (73)
減	8 (26)	5 (36)	1 (17)	2 (18)
臨床研究と医療				
増	5 (16)	1 (7)	2 (33)	2 (17)
不変	19 (59)	8 (57)	3 (50)	8 (67)
減	8 (25)	5 (36)	1 (17)	2 (17)

\*欠損値のため100%が必ずしも表頭の合計数にならない。

\*\*教育目標が明記されている大学に占める割合

表 3. 回答大学における総合講義とチュートリアルの実施

	N (%)			
	全体 N=40	国立 N=18	公立 N=7	私立 N=15
チュートリアルの導入状況				
大学・社会医学で導入	<u>25 (63)</u>	<u>13 (72)</u>	4 (57)	8 (53)
大学での導入検討中	<u>4 (10)</u>	2 (11)	1 (14)	1 (7)
大学で導入・社会医学では導入困難	<u>6 (15)</u>	2 (11)	1 (14)	3 (20)
その他	5 (13)	1 (6)	1 (14)	3 (20)
社会医学で導入困難理由 (複数回答) *				
教材なし	1 (17)	-	-	-
教官不足	3 (50)	-	-	-
場所なし	2 (33)	-	-	-
時間なし	2 (33)	-	-	-
効果不明	1 (17)	-	-	-
その他	1 (17)	-	-	-
導入学年**				
1	3 (17)	<u>2 (25)</u>	0 (0)	1 (17)
2	1 (6)	<u>1 (13)</u>	0 (0)	0 (0)
3	<u>6 (33)</u>	<u>3 (38)</u>	<u>1 (25)</u>	<u>2 (33)</u>
4	<u>6 (33)</u>	2 (25)	<u>2 (50)</u>	<u>2 (33)</u>
5	2 (11)	0 (0)	<u>1 (25)</u>	<u>1 (17)</u>

\*分母は社会医学で導入困難とした 6 大学。全体の集計のみを示した。

\*\*分母は回答した 18 大学

## II. 社会医学実習について

### 1. 回答数

社会医学実習に関する調査項目に回答した医学部・医科大学(以下、医学部)は38校であった。内訳は、国立14校、公立9校、私立15校であり、旧制26校、新制12校であった。

### 2. 結果

#### 1) 実習形態について

##### (1) 実習内容と実習単位(表II-1)

実習内容と実習単位の組み合わせでは、保健所以外の現場見学を少人数グループで実施している医学部が21校と過半数を占めた。ついで保健所見学を少人数グループで実施している医学部が14校と多かった。課題研究を少人数グループで実施している医学部も(課題の与え方を合計すれば)27校(71%)と高頻度であった。

ケースメソッドは事例の与え方や実習単位の別を全て合計しても、8校(21%)であった。しかし以前に比べると増加していると考えられる。実施されているケースメソッドの中では、事例を教員から割り当てて学年全員で実施する方法が多かった。

計算機や統計解析による演習も合計すると24校(63%)で社会医学実習の中で実施されていた。機器を使う測定などの実習は20校(53%)と半数の医学部で実施されていた。

##### (2) 実習のグループ別人数(表II-2)

少人数グループでの実習のグループ数や1グループあたりの人数には医学部間で大きな差があった。おおむね私立大学ほど、グループ数が少なく、1グループあたりの人数が多い傾向にあった。

##### (3) 実施学年(表II-2)

社会医学実習の実施学年は4～5年生が多かった。

#### 2) シラバスに記載の社会医学実習の教育目標について

シラバスに記載の社会医学実習の教育目標が記載されている医学部は2/3であった(表II-4)。目標の記載されている医学部のうちGB0とSB0を分けて記載しているのは3/4であった(表II-5)。

G10、SB0に含まれる目標領域では、態度、行動の記載頻度がより少ない傾向にあった(表II-6)。SB0については私立大学でいずれの目標領域についても記載頻度が高い傾向にあった。

表II-1 実習内容と実習単位の別からみた社会医学実習の実施状況

実習内容	実習単位		
	個人毎実施 件数 (%)	少人数グループ実施 件数 (%)	学年全員 件数 (%)
現場見学			
保健所	1校 (3%)	14校 (37%)	2校 (5%)
保健所以外	2校 (5%)	21校 (55%)	7校 (18%)
体験学習(見学ではなく、介護体験、教育実習等)	2校 (5%)	6校 (16%)	2校 (5%)
課題研究:			
課題は教員から割り当て	1校 (3%)	10校 (26%)	3校 (9%)
課題は教員例示、学生選択	1校 (3%)	10校 (26%)	9校 (24%)
課題は学生考案	1校 (3%)	7校 (18%)	2校 (5%)
ケースメソッド:			
事例は教員が割り当て	-	1校 (3%)	4校 (11%)
事例は学生選択	-	1校 (3%)	2校 (5%)
計算機や統計解析による演習	5校 (13%)	6校 (16%)	13校 (34%)
機器を使う測定などの実習	2校 (5%)	10校 (26%)	8校 (21%)

表Ⅱ—2 設立者別にみた社会医学実習の実施状況

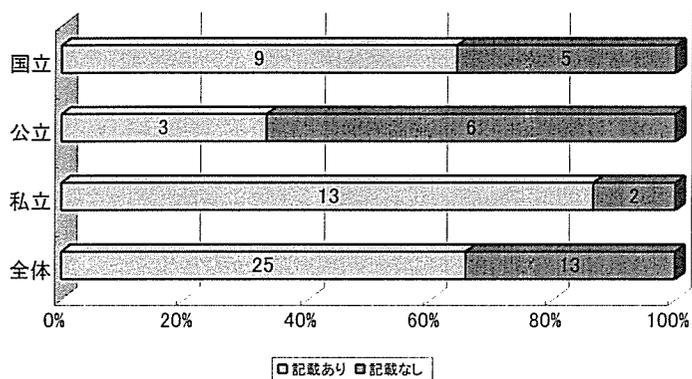
	個人毎	少人数グループ(グループ数[G]、1グループ人数[人])	学年全員	実施学年
①現場見学：保健所				
国立	1校	5校(1-10G, 1-2人)	-	6年：1校、4年：3校
公立	-	5校(5-18G, 3-7人)	2校	5年：1校、4年：4校、4年夏休み
私立	-	4校(4-10G, 10人弱)	-	5年：2校、4年：1校、3年：1校
②現場見学：保健所以外				
国立	2校	8校(2-13G)	2校	6年：1校、5年：1校、4年：4校
公立	-	4校(3-18G, 3-7人)	2校	5年：1校、4年：4校、4年夏休み
私立	-	9校(1-14G, 10-30人)	3校	5年：1校、4年：3校、3年：7校
③体験学習(見学ではなく、介護体験、教育実習等)				
国立	1校	1校(3G)	-	5年：1校
公立	-	2校(8-5G)	1校	5年：1校、4年：1校
私立	1校	3校(14-2G)	1校	5年：2校、3年：1校、1年：1校、2.4.5年：1校
④課題研究：課題は教員から割り当て				
国立	1校	2校(2-6G)	-	4年：1校
公立	-	2校(8-10G)	1校	4年：2校
私立	-	6校(4-25G, 25-30人)	2校	4年：2校、3年：4校、2年：1校
⑤課題研究：課題は教員例示、学生選択				
国立	-	4校(10-15G)	3校	4年：2校、3年：1校、4-6年：1校
公立	-	2校(8G, 5人前後)	3校	4年：3校
私立	1校	4校	3校	5年：1校、4年：2校、3年：1校、2年：1校
⑥課題研究：課題は学生考案				
国立	1校	2校(2-3G)	2校	4年：3校、4-6年：1校
公立	-	4校(15G, 3-5人)	-	4年：3校、3年：1校
私立	-	1校(24G)	-	3年
⑦ケースメソッド：事例は教員が割り当て				
国立	0	0	1校	
公立	0	1校(5人前後)	2校	5年：2校
私立	0	0	1校	3年(年度によって異なる)
⑧ケースメソッド：事例は学生選択				
国立	0	0	0	
公立	0	0	1校	3年
私立	0	1校	1校	5年
⑨計算機や統計解析による演習				
国立	1校	3校(1-3G)	3校	4年：3校、3年：1校
公立	1校	1校(18G, 3-5人)	3校	4年：2校、3年：2校
私立	3校	2校(5G)	7校	3年：4校、2年：4校、1.2.3年：1校
⑩機器を使う測定などの実習				
国立	1校	4校(10-2G)	3校	4年：3校、3年：1校
公立	1校	2校(18-5G, 3-5人)	1校	4年：3校
私立	0	4校(4G, 4-5.25-30人)	4校	4年：2校、3年：4校

表Ⅱ-3 その他の実習形態に関する記述

国立	自主研究(教室配属)	希望者	3年
	自主研究(基礎医学ゼミ)	希望者	3年
	高齢者の介護	5-6人	4年前期
公立	基礎配属	学年全員	3年
	上水道、下水道、焼却施設	2人ずつ10-12G	4年2学期
私立	疫学演習(3.4年次)		3年：基礎疫学
			4年：臨床疫学

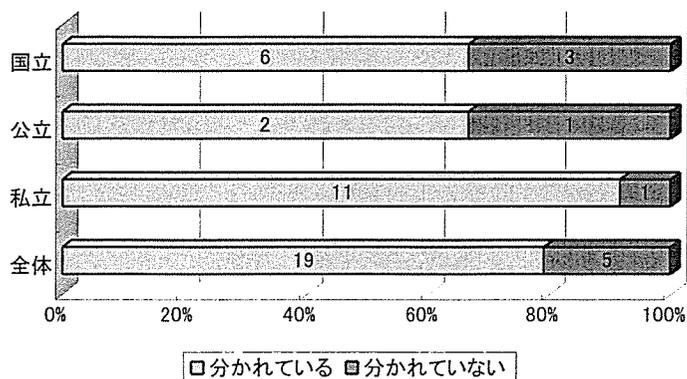
表Ⅱ-4 シラバスに記載の社会医学実習の教育目標：一般教育目標(GIO)、具体的行動目標(SBO)が記載されているかどうか

	国立 (n=14)	公立(n=9)	私立 (n=15)	全体 (n=38)
記載あり	9 (64%)	3 (33%)	13 (87%)	25 (66%)
記載なし	5 (36%)	6 (67%)	2 (13%)	13 (34%)



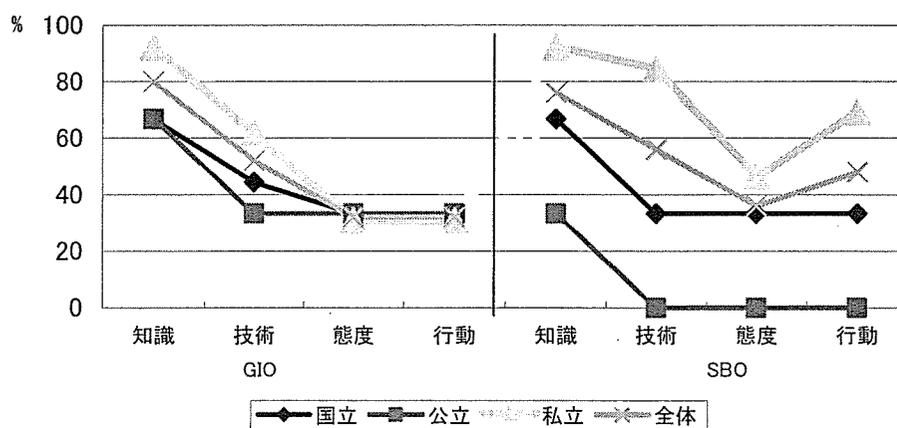
表Ⅱ-5 シラバスに記載の社会医学実習の教育目標：GIO、SBOに区別しての記載

	国立(n=9)	公立(n=3)	私立 (n=13)	全体 (n=25)
分かっている	6 (67%)	2 (67%)	11 (85%)	19 (76%)
分かれない	3 (33%)	1 (33%)	1 (15%)	5 (20%)



表Ⅱ-6 シラバスに記載の社会医学実習の教育目標：GIO、SBOに含まれる目標領域

教育目標	目標領域	国立 (n=9)	公立 (n=3)	私立 (n=13)	全体 (n=25)
一般教育目標 (GIO)	知識	6 (67%)	2 (67%)	12 (92%)	20 (80%)
	技術	4 (44%)	1 (33%)	8 (62%)	13 (52%)
	態度	3 (33%)	1 (33%)	4 (31%)	8 (32%)
	行動	3 (33%)	1 (33%)	4 (31%)	8 (32%)
具体的行動目標 (SBO)	知識	6 (67%)	1 (33%)	12 (92%)	19 (76%)
	技術	3 (33%)	-	11 (85%)	14 (56%)
	態度	3 (33%)	-	6 (46%)	9 (36%)
	行動	3 (33%)	-	9 (69%)	12 (48%)



## モデル・コア・カリキュラムの改定に関する提言（抄）

コア・カリキュラム検討ワーキンググループ  
座長 福島 統 殿

衛生公衆衛生学教育協議会（代表世話人 高野 健人）  
卒前教育カリキュラム検討委員会（委員長：稲葉 裕）

### モデル・コア・カリキュラムの改定に関する提言（抄）

本年初めに、日本衛生学会理事長相澤 好治教授より調査の知道了。モデル・コア・カリキュラム発表当時、衛生学公衆衛生学教育協議会（当時世話人代表田中平三、現在高野健人）では、衛生学公衆衛生学コアカリキュラムの改定を意図しており、この分野の担当者であった鈴木庄亮教授（当時群馬大学医学部衛生学）と協力して、意見を反映させていただいた記憶があります。

小生は現在もこの教育協議会の「卒前カリキュラム検討委員会」の委員長として、モデル・コア・カリキュラムの見直しについて、全国の教授を対象にアンケートを実施し、そのとりまとめを行っているところです。1月27日（金）必着の意見をまとめつつあるのですが、少し時間が不足してきました。そこで、簡単なものを下記にまとめ、とりあえずお送りいたします。近日中にもう少し詳細なものをお送りする予定であります。

#### 記

1. モデル・コア・カリキュラムの「F.医学・医療と社会」は臨床実習開始までの医学生へのミニマムレクワイアメントとして一応の評価は出来る。
2. 医師国家試験出題基準との整合性が問題として残る。多くの医学生が、臨床実習開始後に、この部分を学ぶ機会が少なくなっていることを考慮すると、医学教育終了までに学ぶべき内容がここに示されていることが望ましい。
3. 到達目標の記述が、具体的なものと極めて漠然としたものが混在しており、授業の準備に支障を来している。到達目標の記述をできるだけ同じレベルに統一していただきたい。
4. 他の分野との連携を勧めるような書き方を考慮してもよいのではないか？感染症、物理化学的病因、生活習慣病などの「社会医学的」接近を学生が理解できるような授業ができるとよいと考える。
5. 具体的なカリキュラムの提言にはもう少し時間をいただきたい。 以上

連絡先：〒113-8421 文京区本郷2-1-1  
順天堂大学医学部衛生学 稲葉 裕  
TEL: 03-5802-1046  
FAX: 03-3812-1026  
E-mail: yinaba@med.juntendo.ac.jp

## 公衆衛生分野の人材育成における課題と展望

# 公衆衛生分野の人材育成における課題と展望

## 1. 公衆衛生医師の置かれた現況

ここでは、厚生労働省の「公衆衛生医師の育成・確保のための環境整備に関する検討会報告書」（平成17年1月）を基に、そもそも公衆衛生分野の基本的人材である公衆衛生医師がどのような状況に置かれているのかを概観することとする。<sup>1</sup>

まず、第一に、配置状況及び年齢構成である。

医師の配置が1人のみである保健所が321か所、医師の配置が2名である保健所は146か所、3名以上である保健所は71か所、保健所長が兼務で対応し、他に医師を配置していない保健所が22か所、不明が11か所であった。（平成16年4月1日現在）地方公共団体において、公衆衛生医師は主に保健所、本庁、地方衛生研究所等に勤務しており、その分布としては、保健所に924人、本庁に240人、地方衛生研究所に3人となっていた。地方公共団体別の保健所の平均医師数は、都道府県保健所に1.32人、指定都市型保健所に2.20人、中核市型保健所に2.20人、その他保健所政令市型保健所に2.11人、特別区型保健所に4.65人の配置であった。

管内人口10万人あたりの保健所に勤務している公衆衛生医師数は、全国平均で0.73人であり、都道府県（政令市、特別区の人口を除く）では0.71人、指定都市では0.77人、中核市で0.50人、その他保健所政令市で0.71人、特別区で1.32人であった。

これに本庁に勤務している公衆衛生医師を加えると、管内人口10万人あたりの公衆衛生医師数は、全国平均で0.92人であり、都道府県（政令市、特別区の人口を除く）では0.94人、指定都市では0.91人、中核市で0.56人、その他保健所政令市で0.71人、特別区で1.46人であった。（平成16年10月1日現在）衛生担当部局（本庁、保健所、地方衛生研究所等）に勤務している公衆衛生医師の年齢は、20歳代が3.4%、30歳代が22.1%、40歳代が35.7%、50歳代が28.9%、60歳代が9.8%であり、20、30歳代が少なく、40歳代以降が多いという傾向がある。（平成15年2月1日現在）

第二に、採用計画、採用状況及び育成状況である。

現在勤務している公衆衛生医師の年齢構成等を考慮し、若手の育成と、適切な公衆衛生医師の養成に配慮した採用計画を策定している地方公共団体は27団体（21.3%）であった。更に計画を実施していない地方公共団体のうち、将来的に実施できると回答した地方公共団体は12団体（9.4%）であった。

また、公衆衛生医師の育成に関しては、採用年次に配慮した研修計画を策定し、研修を実施している地方公共団体は16団体（12.6%）であった。また、研修を実施していない地方公共団体のうち、将来的に実施できると回答した地方公共団体は43団体（33.9%）

---

<sup>1</sup>、厚生労働省、「公衆衛生医師の育成・確保のための環境整備に関する検討会報告書」（平成17年1月），pp.2-4.

であった。特に国立保健医療科学院における専門課程Ⅰ（いわゆる保健所長コース）への派遣については、現在、37.0%の地方公共団体で実施している。また、公衆衛生に関する大学院博士課程や医科学修士課程への修学支援については、51.1%の医育機関が実施している。

第三に、公募等に関する工夫である。

現在、公募に関して進路説明会等を開催している地方公共団体は4.7%であり、医育機関では38.8%が実施している。実施が難しいという主な理由は、地方公共団体では「採用の予定がない」、「公募する予定がない」等であり、医育機関では「説明会に教室が参加していない」、「外部講師を招くことが難しい」等であった。公衆衛生医師の業務に関する普及啓発を実施しているのは、地方公共団体で11.0%、医育機関では20.9%であった。実施が難しいという主な理由は、地方公共団体では「採用の予定がない」、「公募する予定がない」、「採用時以外には、予算化する理由が認められない」等であり、医育機関では「スタッフが不足」、「保健所・地方公共団体が自ら実施する方が望ましい」であった。また、公衆衛生医師のロールモデルを紹介している地方公共団体は9.4%であった。公衆衛生医師に関する情報を伝えるためのリーフレットについては、地方公共団体の4.7%が作成している。

公衆衛生医師の業務説明会をブロック単位で行い参加している地方公共団体は78.0%、医育機関では69.1%であった。地域保健に関する臨床研修については、地方公共団体で96.1%、医育機関で42.4%が実施予定である。臨床医師に対する公衆衛生に関する社会人教育については医育機関の38.8%が実施している。実施が難しいという主な理由は、「教員の不足」である。

第四に、複数配置の実態である。

公衆衛生医師の複数配置については、現在、68.5%の保健所で複数配置を実施している。実施が難しいという主な理由としては、「保健所の医師の定員が決まっている」、「確保が困難」、「財政上困難」、「人事担当部局と未調整」等が挙げられている。

第五に、自己研鑽等に対する職務専念義務の免除等の服務上の規定である。

公衆衛生医師の処遇として、学位取得、留学、研究、研修等に関して、職務専念義務の免除等の服務上の規定を整備している地方公共団体は45団体（35.4%）であった。また、こうした規定を定めていない地方公共団体のうち、将来的に実施できると回答した地方公共団体は24 団体（18.9%）であった。

第六に医育機関との連携交流である。

現在、地方公共団体で7.9%、医育機関で22.3%が人事交流を実施している。実施が難しいという主な理由は、地方公共団体では「医師の採用を予定していない」、「必要性がない」等であり、医育機関では「時間的に困難」、「人材不足」等であった。

## 2. 公衆衛生分野の構造的課題

これまで述べた公衆衛生医師の置かれている状況は、いわば従来の公衆衛生医師育成の視座からすると、医学部における専門性の高い医師を輩出することが主たる目的であったとえいよう。すなわち地域における保健所を中心とした公衆衛生医師の役割が中心に据えられてきたのである。公衆衛生分野では、この公衆衛生医師の育成が主流であったといっても過言ではない。

公衆衛生分野では、産業医をのぞくと、大学の衛生学、公衆衛生学教室や、行政（中央官庁、地方自治体）が医師の現場となる。この中で、最も働く医師が多いのは地方自治体の行政機関である保健所である。現在は、保健所長は医師でなければならないとされており、また所長以外の医師がいて、2人以上勤務している場合も少なくない。ただし、2人目の医師の仕事は、きちんとしたものが確立していない自治体が多いのが現状である。GHQが公衆衛生対策を進めていた戦後間もない時期は、保健所に勤務する医師は多かったが、結核や腸管感染症の流行がおおむね片づいた昭和30年代から希望者が激減している。国民皆保険で医療機関の数が増大したことや、急性感染症対策という「目立つ」業務が激減したことが原因ともいわれている。このような経緯から、自治体としては、医師の免許を持つ保健所長をおかなければならないが、なり手が無いという時代が長く続いたのである。そこで、病院の医師で全く公衆衛生経験がなく、しかも公衆衛生に通暁していない人材をもって保健所長に据えるケースは決して僅少ではなかったのである。医師を保健所長にするときには資格要件があるが、これまでは一定の卒業後の年数があれば、臨床から転向しても直ちに所長に就けたのが実態であった。

公衆衛生医師の育成・確保について、先の報告書によれば、以下の事項が問題点として挙げられている。<sup>2</sup>

- ・ 公衆衛生医師の確保は長期的視野に立った採用・育成計画が作られず、保健所等に医師が単独で配置されていること
- ・ 保健所長の欠員に対して年齢のみに着目し、公衆衛生従事経験を有しない臨床系の医師が補充されることが多いこと
- ・ 公衆衛生医師の業務が臨床能力のみならず、高度かつ幅広い専門的な知見が必要な魅力ある分野であることが広く知られていないこと
- ・ 公衆衛生に関心を持っている学生又は医師に対して、公衆衛生医師となるための方法が十分に広報されていないことが多いこと
- ・ 配属先が限定されていることが多く、この場合、人材の偏在や経験の偏りがあること
- ・ 公衆衛生医師の業務において必要な研修及び研究に参加できるように処遇や制度が

---

<sup>2</sup> 前掲書, pp.4.

整備されていないこと

- ・ 公衆衛生医師の育成・確保について、医育機関等関係団体との協力体制が整備されておらず、また、共通の認識も有していないこと

これらを整理すると、①教育インフラの不足、②公衆衛生分野に対する認知度の低さ、③関連機関の間での組織的ネットワークの未整備といった点がポイントとなる。

しかしながら、ここにきて公衆衛生の概念が拡大している様子が伺われる。

地域保健法が施行後、その流れの中で保健所のあり方が模索されてきたが、地域保健法の中では、保健所には企画・調整・連携・教育機能等を発揮することが求められている。このうち保健所が調整機能を果たすための一つの場として会議の開催がある。その中で保健所保健福祉サービス調整推進会議は、保健所活動強化対策の一つとして、高齢者等の在宅療養者サービスを担う保健・医療・福祉関係者の連携を図ることを目的として、昭和62年から国庫補助事業として設置されて実施されてきている。そして平成12年度からは広く普及がみられたことで一般財源化され自治体事業となり、各々の自治体のやり方で推進されることになっている。このことから地域と公衆衛生との関連性はより有機的となってきているのである。

こうした状況に平仄を合わせるかのように、公衆衛生の概念に影響を及ぼしているのは、まず、第一にリスクマネジメントの必要性が高じていることがある。<sup>3</sup>

昨今、BSE、SARSや高病原性鳥インフルエンザ等の海外から持ち込まれる感染症への対策、新興・再興感染症、あるいはNBCテロ等の健康危機を前にして、拡大しつつある国民の不安を解消し、鎮静化することは、国家レベルでのリスクマネジメントであり同時に地域におけるリスクマネジメントでもある。したがって、それは現在の公衆衛生行政における健康危機管理業務の最も重要な課題であるといえよう。

その課題に正面から取り組むためには、熱意のある公衆衛生医師の育成・確保が極めて重要な問題である。訓練された公衆衛生医師を配置することにより、健康被害の発生を未然に防止し、拡大を早期に抑え込むことができる。

しかし、一部の地方公共団体においてはその確保の困難な状況が見受けられ、これまで国、地方公共団体、医育機関等関係団体による公衆衛生医師育成・確保のための努力が必ずしも充分でなかったことが指摘されている。この基本的枠組みは、国、地方公共団体、医育機関等関係団体が、公衆衛生医師の育成・確保に関する具体的な方策及び継続的な取組を行う際の枠組みを示すものであり、関係者が基本的枠組みにより示された方策に積極的に取り組むよう努めることが必要となるのである。

第二に、一般市民における健康志向が高まりである。

「トクホ」やサプリメントの市場が急速に拡大し、同時に予防医学が身近なものとなりつつある今日、自らの健康と置かれた環境との関連で捉えて、地域から見た健康な生活のあり方と追求する視点が生まれている。公衆衛生医師は治療のみでなく、その前に予防と健

康増進の観点から、必要な知識の伝授と助言を行うことのできる存在として見直されることとなる。また、医師なくとも公衆衛生分野で学んだ人々にも、地域で活躍できる場が今後、増加してくることが予想されるのである。

第三に、医療と福祉の融合の可能性である。

従来は医師を頂点に病気や障害の高齢者を治療するといった医療に完結したピラミッド型の構造が主体であったが、医療分野でも患者中心のメディカル概念が浸透していると同時に、病院にかかる前に家族や地域で高齢者を介助する地域福祉の考え方が高まり、医師もその支援のスタッフとして機能するといういわば医療と福祉分野の融合が叫ばれている。そこでも保健という分野を通じて地域社会との接点を多く持つ公衆衛生医師や公衆衛生分野で学んだ人々こそがそのキーファクターとして作用することが帰されているのである。

こうした事態に対応するのは、これまでの単線的なキャリアパスを形成する人材育成では限界があるため、複線的なルートで医師も含めた多様な人材を育成するシステムを構築していくことが喫緊の課題となっているのである。

### 3. 標準的人材育成メソッドとビジネススキーム

#### 3.1 教育インフラの整備に向けた対応策

ここでは、公衆衛生医師養成のための教育インフラの問題を検討する。

##### (1) 公衆衛生医師そのものに関する人材育成

公衆衛生を志す医師に対しては、その教育プログラムの基本を見直し公衆衛生医として一人前になれるようにきちんと養成することが肝要となる。欧米では、公衆衛生大学院があって、公衆衛生を志す医師は公衆衛生大学院に進学し、公衆衛生専門職の志望者は、医師以外も進学することが可能である。我が国では、公衆衛生医師の系統的な養成システムは、実はほとんど機能していない。臨床では、「ギルド」などと揶揄されながらも、大学の各科臨床教授を頂点とする「医局制度」が存在し、一般敵には、臨床を志す医師は、卒業後どこかの「医局」に入局して卒後の診療と研究両面でのトレーニングを受けることとなり、一定レベル以上の診療及び研究能力を持った医師を作り出すシステムが確保されている。しかし、公衆衛生分野では、公衆衛生医師の養成機関である国立公衆衛生院で学べる機会が得られる医師はごく一部であり、大学の衛生学、公衆衛生学の教室も、「医局制度」のようなシステムを持っているわけではないので、研究者の養成はできても、トータルとしての「公衆衛生医師」の養成ができるかキャパシティが

---

<sup>3</sup> 前掲書, p.1.

ある大学は僅少であることを看過できない。多くの保健所医師は、大学の衛生学、公衆衛生学教室に関わりを持たずに就職していることが少なくないので、大学の応援すら得られないことすら多いと想定できる。

そこで、まず従来からの公衆衛生医師については、先の報告書が人材育成に向け、次のとおりの対策を取りまとめている。<sup>4</sup>

#### (イ) 公衆衛生医師の育成について

保健所への複数の医師の配置、研究事業への参加等が行いやすい環境の整備を行うこと等により、採用後から長期的な視野に立って、公衆衛生医師の総合的な能力の向上を念頭に置いた研修体系を確立することが必要である。このためには、公衆衛生に直接または間接に関係する多様な分野において様々な業務を経験させる OJT も肝要であり、適切に研修計画に組み込むことが望ましい。

①研修計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>派遣・交流先について採用からの年次を概ね定めた研修計画を提示する。特に、国立保健医療科学院の専門課程Ⅰ、危機管理等の短期研修、結核研究所における長期・短期研修、各自治体の一般及び管理職研修等の必須となる研修、母子愛育会、国立精神・神経センター、国立感染症研究所等で行われる選択による専門的研修、追加が可能な研修（例：国内外の研究機関、大学など）について明記する。</li> </ul>
②人事異動及び人事交流を通じての人材育成（ジョブ・ローテーション）の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>異動先については、保健所以外に地方衛生研究所、本庁、国、検疫所等の各行政機関や、教育、福祉、医療、国際協力等の各分野を想定し、多様な経験を積めるようにし、職場の業務の遂行に必要な知識、技能について、職務を遂行しながら計画的に向上させる研修計画の観点から人材育成を充実させる。</li> <li>人事交流にあたっては、地方公共団体において必要な支援について国及び医育機関に要請し、協力を得る。</li> <li>研修目標としては、例えば、検疫所においては、検疫業務、予防接種業務、家族</li> <li>・ねずみ族サーベイランス、検体検査、輸入食品監視等の研修項目が挙げられる。</li> </ul>
③研究事業等への参加	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健所等の行政機関と医育機関が協力して調査研究事業を行い、若手を含む公衆衛生医師が積極的に参加することにより、公衆衛生医師の専門能力の向上を図り、かつ、地方公共団体と医育機関の連携を推進する。</li> <li>全国の公衆衛生医師が参加可能なメーリングリスト、メールマガジン、健康危機管理支援情報システム等を活用する。</li> </ul>
④保健所への医師の複数配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>各世代の公衆衛生医師を保健所に配置することにより、経験の豊かな公衆衛生医師が直接指導し、互いに研修等を受けやすい環境を整備する。</li> </ul>
⑤医育機関との連携人事	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域における関係者は、公衆衛生医師の育成・確保のための連絡と協議を行う会議を設置し、医育機関、保健所関係者及び本庁職員等と連携し、認識を共有したうえで、今後の方策等について協議する。</li> </ul>
⑥海外の公衆衛生及び留学に関する情報提供等	<ul style="list-style-type: none"> <li>留学に関する情報や諸外国における方策の分析等について、医育機関等から地方公共団体及び公衆衛生医師に対して情報提供する。</li> </ul>

<sup>4</sup> 以下の記述は、前掲書、pp15-19 による。

⑦国立保健医療科学院の専門課程Ⅰの受講について	<ul style="list-style-type: none"> <li>本コースは公衆衛生医師が保健所長になるために必要な知識を修得維持するものであり、地方公共団体は研修計画への位置づけを行う等、公衆衛生医師が受講できる環境を整備する。</li> </ul>
⑧専門能力の向上・学位の授与	<ul style="list-style-type: none"> <li>医育機関において公衆衛生に関する専門的なコースにより、学位（公衆衛生学修士等）の授与等を行う。</li> <li>国立感染症研究所の実地疫学専門家養成コース（FETP-J）を選択できるようにするとともに、地方公共団体等は、積極的に公衆衛生医師の研修を受講できる環境を整える。</li> </ul>
⑨専門能力の向上・学位の授与等自己研鑽に対する職務専念義務の免除等の服務上規定の工夫	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修、研究、留学、学位取得等に関する服務上の規定の整備（職務専念義務の免除等）を行う。</li> <li>職員が長期研修に参加できるように、融通性のある勤務体制を検討する。</li> </ul>

#### （ロ）公衆衛生医師の採用・確保について

公衆衛生医師の年齢構成を考慮した採用計画を策定し、定期的に公衆衛生医師を採用することが必要である。このため、ホームページの活用や公衆衛生医師確保推進登録事業の活用等の募集方法の工夫、人事交流等、効果的な採用方法を検討するべきである。

①採用計画の策定による定期的な採用	<ul style="list-style-type: none"> <li>欠員を補充するような採用ではなく、地方公共団体は、現在勤務している公衆衛生医師の年齢構成等を考慮し、若手を育成し、適切な公衆衛生医師を養成することを基本とする計画的な採用を実施する。</li> <li>公立病院等から臨床医を保健所等へ配置転換するにあたっては、公衆衛生医師としての適性を検討し、必要に応じ研修を行う等、その資質の向上に十分に配慮するようにする。</li> </ul>
②募集方法の工夫	<ul style="list-style-type: none"> <li>ホームページや雑誌、新聞、広報等による募集を定期的実施する。内容は募集人数、業務内容、給与、役職、研修実施状況、職員からのメッセージ等を掲載し、特にホームページでは募集期間が終了した後も掲載し、随時閲覧できるようにする。</li> </ul>
③地方公共団体等での人事交流	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県内、都道府県間及び国、検疫所等との人事交流を活用し、例えば1地方公共団体1保健所であっても保健所長が異動できるようにすることで、活性化を図り、偏在を緩和する。</li> </ul>
④公衆衛生医師確保推進登録事業の活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省が実施している公衆衛生医師確保推進登録事業を活用する。</li> </ul>

#### （ハ）公衆衛生医師の職務に関する普及啓発について

採用前の学生、研修医、臨床医等に対する公衆衛生に関する教育及び各種広報媒体による普及啓発を充実し、公衆衛生医師に対する理解を深め、認知度を向上させることが望ましい。

①教育プログラムの工夫	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国、地方公共団体等に勤務する公衆衛生医師が医育機関等において、学生に対して公衆衛生行政の実践的内容について、公衆衛生学、衛生学の講義などの機会を通じて講義を行う。</li> <li>・ 国、地方公共団体は医育機関等の求めに応じて積極的に講師の派遣に協力する。</li> <li>・ 入学後早期に医師の役割が医療に限らず、公衆衛生の向上にあるという認識を高める教育を開始する。</li> <li>・ 国、地方公共団体は、保健所等における学生の実習、長期に渡るインターンシップ等について、受け入れ、カリキュラムの設定及び講義を実施すること等に積極的に協力する。</li> <li>・ 保健所実習においては、公衆衛生医師が医育機関の教員とともに企画調整を行い、指導も直接実施する。</li> </ul>
②医育機関等における進路説明会の活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公衆衛生・衛生学教室における研究等の活動に関する説明を行うとともに、地方公共団体等における公衆衛生医師の活動に関して、公衆衛生医師より直接説明する。</li> <li>・ 地方公共団体は積極的に進路説明会への参加に協力し、保健所に勤務する医師又は本庁に勤務する医師が説明を行う。</li> </ul>
③卒後臨床研修（地域保健・医療）の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健所は積極的に臨床研修医を受け入れ、地域保健・医療研修のうち少なくとも保健所での研修を2週間以上実施する。実施可能な保健所においては、1か月単位の研修を実施することが望ましい。</li> <li>・ 標準的テキスト、カリキュラムを作成する。</li> </ul>
④生涯教育等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師会の生涯教育制度等により、臨床医を含めた医師全体の公衆衛生に関する知識や関心を高める。</li> </ul>
⑤ホームページ等の媒体を活用した普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公衆衛生医師の募集を行う際に、例えば公衆衛生医師の業務内容、役職、モデルとなる複数の公衆衛生医師からのメッセージ等を記載する。</li> <li>・ ホームページ、雑誌、新聞、広報誌、専門誌、学生向け雑誌、一般誌等に積極的に掲載する。</li> <li>・ 公衆衛生医師に関する情報を紹介するリーフレット等を作成し、配布する。</li> <li>・ 公衆衛生医師の業務に関する説明会や地方ブロック会議を開催する。</li> </ul>

## (二) 公衆衛生医師の育成・確保のための行動計画の策定及び評価について

地方自治体においては、公衆衛生医師の育成・確保に関する行動計画を策定し、その進捗状況について逐次評価を行うことにより、その具体的な取組を確実に推進することが必要である。

①地方公共団体	地方公共団体に必要な公衆衛生医師を適切に確保するため、公衆衛生医師の育成・確保に関する行動計画を策定し、その実施を確実にを行うとともに、その実施状況、人口10万人対公衆衛生医師数、及び1保健所あたりの公衆衛生医師の平均人数について毎年自ら評価を行うことを基本とする。
②医育機関及び関係団体（日本医師会、日本公衆衛生学会）	医育機関では卒前教育等について、日本医師会及び日本公衆衛生学会では卒後研修等について積極的な対応を行う。
③国、国立保健医療科学院	厚生労働省は、地方公共団体の計画策定について、要請に応じて協力するとともに、その実施状況等を調査し、地方公共団体及び関係団体が自らの進捗状況を客観的に評価できるよう公表する。また、国立保健医療科学院が実施する公

衆衛生医師の研修について、時宜にかなった内容の提供を行うとともに、地方公共団体及び医育機関等における取組の推進のための協力を行う。
---

## (2) 公衆衛生分野の拡大に伴う人材育成

次に公衆衛生分野に求められる機能拡大に伴い、どのような人材育成の仕組みが求められているのかを検討する。

法人化に合わせるがごとく、医師資格取得後、2年間の臨床研修が必修化となり、専門的な教育を受ける時期が2年遅くなる可能性が出てきている。

公衆衛生分野での人材育成は通常広く浅くなるが、それなりに公衆衛生の専門教育を早い時期に集中して行うこととなる。これは教育上、マイナスの要因でもあるが、逆手にとれば早期に行うこととすることで、より効果を高めることを企図した仕組みが整えることができるのである。

臨床にも公衆衛生分野の研修では1ヶ月の地域保健実習が求められ、これを充実させることが目下の課題であるともいえる。一方で内科外科の臨床研修はこれまでもあり今回はそれらを統一化したものが、公衆衛生分野には広く研修させるものがなく、より一層プログラムの整備が必要となっている。

教育とはやや異なるものの、シニアの人事交流のレベルとなると、大学と行政との人事交流には制約があり、国は出向の形を取るが法人化した後は退職扱いでの受入となり、交流ニーズはあるがその制度上の問題が齟齬を生じていることは否めない。

一般的に公衆衛生医師は、感染症や環境保健を担う人材として位置づけられており、都道府県の衛生研究所等では足りないという認識がある。そこで継続的な人材育成が求められているのである。しかしながら、1保健所に1医師ではOJTとしては機能せず、複数人材を配置すべきだが現在は実現していない。これは先の報告書の指摘どおりである。

保健医療科学院は、本来業務として保健所医師の育成を担っているが、十分な量の研修能力がなく、都道府県の公衆医師が少ないので物理的に研修できないのが実態である。

公衆衛生医師になることが決まった、あるいはその職に就いているものの専門教育が足りないという現実があり、臨床研修には臨床医師にも公衆衛生医師にも共通のプログラムであるため、ここがうまくつながらないと学部から専門への道が開けなくなる可能性が高くなる。

保健所に勤務する公衆衛生医師に求められる技術は、実は診療能力ではない。「疫学・公衆衛生学の実践能力」「政策立案能力」「プライマリケアの能力」こそが必須の能力であるといえよう。まず、「疫学・公衆衛生学の実践能力」は、自治体から派遣してもらい国立公衆衛生院に留学するか、自費で医科大学の衛生・公衆衛生学の研究生として大学で学ぶという道があるが、「政策立案能力」は法律や行政学や経営学を独学した上で、実践は自治体内部でOJTをこなすしかない。「プライマリケア」もある程度

の臨床経験が必要となるので、臨床研修を終えてから就職するか、自治体に理解を得るしかないのが実情である。

保健所医師が学会や研修に行きたくとも、財政難で公務出張が難しくなりつつあるし、私費で学ぶとしても、なかなかそのための時間の取得が困難であるため、若い医師の学修の機会はますます少なくなっている。そこで今後、衛生学・公衆衛生学教室を持つ大学の受け皿を拡大し、医師以外の国家資格保有者や市民の受入を可能とする多様な教育プログラムの整備を図ることが求められているといえよう。

一方で大学の視点で見た場合、臨床研修が入ったため、大学で専門教育を受ける人間を確保しにくくなっていることも否めない。そこで、大学としては従来型の教育に加え、社会人教育など複数のメニューを持たざるを得なくなっているが、大学の中のマネジメント機能不足の問題が影響し、十分な広報等ができていないのが実態である。COE のプログラム等で大学から情報発信しているものの、それ以外のプログラムの場合は、独自性をアピールするための専門的なマネジメントスタッフが必要となっている。さらに、教育と研究との抱き合わせ、ベンチャーとの抱き合わせなどマネジメントする人材活用が必須となっている。すなわち、資源の最適化を図るためにマネジメントできる人材の確保が急務であるといえよう。

今後、MD と MBA という組み合わせを考えれば、病院のマネジメントは必ずしも医師でなくともよいとえ、そこで MOT 等のように、異なるディシプリンの組成による新しいプログラムを案出することが公衆衛生分野でも必要になっていると考えられる。

アメリカでは戦略的に教育手法を売り出しており、FD や評価の仕組みができていて質のコントロールが効いている。そうした先例に倣えば、日本の公衆衛生教育のモデルがいくつかできることで、後から出てくる教育機関がキャッチアップできることになるう。

### 3.2 公衆衛生分野に対するニーズへの対応策

第二に、こうした教育のインフラ面の問題に対し、そもそも公衆衛生分野に対するニーズがどのあたりにあるのかを考えなくてはならない。同時に公衆衛生分野に対する周知、認知を高めることが必須となる。

一般的に公衆衛生医師の人気は低く、これは PR 不足が大きいと考えられる。

17年度から6年間を終えても大学の診療科（研究室）には所属しないこととなるとはいえ、コース変更が一般的に可能であることから、途中で公衆衛生に魅力を感じるものが少なくのが実態である。そこで社会ではどんな人材が必要としているかを戦略的に分析する必要がある。

例えば結核予防以外は予防計画等の行政職を担う職種であるため、臨床医師とはかなり異なるライフスタイルとなるのが公衆衛生医師であり、そこには計画立案能力、公共

政策のセンス、マネジメント能力等が必須となる。これは、従来の医師に必要となる素養だけではなく、幅広い潜在性を持つ人材が対象となっていることを示している。

専門教育では、保健所、検疫所、食品Gメン等で1週間の実習あり、これで学生の印象も変わることが多い。そこで教育の仕方、方法によってモチベーションが変わってくる可能性が高い。

今後は医療政策分野への民間の参入の可能性があり、web等で臨床医師が一般大衆を相手とした健康相談にかかわるケースなど、医療相談の延長かセカンドオピニオンの延長など、広い医療情報の発信、コミュニケーションツールの開発等の可能性もあろう。これまでは、医師免許では医療機関で医療行為をすること以外には規制があり、なかなか領域外へ目が広がらなかったのが現実である。しかし、新しい分野での事業立ち上げの可能性を考えれば、そうした分野へ挑戦する人材も公衆衛生分野では必要となっているといえよう。

そこで、医学部では社会一般の法令、人事・財務管理等に代わり医療保険制度について学ぶことが必須となっているが、MBA等の複合的カリキュラムについても選択的に学べるようにすることがより重要なポイントとなろう。

その中で、国際保健は公衆衛生分野の中でも「華」があるため学生の関心も高い。しかし、国際協力と公衆衛生の分野は重なるもの、教育カリキュラムが依然として整備されておらず、興味を持って現場に入っても、その後人材が育たないことが重要な課題となっている。加えて、人事の問題があり、病院に所属して援助へ行く医師もいるが、そこまで職場で理解されていないことが多い。しかし、若い人を惹きつけるにはよいエントリーポイントであり、公衆衛生医師として成功する人材も潜在的に期待できよう。緊急援助、災害医療が華々しいが、それ以外に公衆衛生も重要で、感染症の治療に加えてその蔓延防止や心のケア、予防のための地域づくり、ソフト面でのインフラづくりが求められ、それに従事するには何よりも忍耐力が必要であるといえる。ここでも、患者を相手する臨床医とは明らかに異なる資質が求められるのである。

人材育成のシステム面から見ても、アメリカにおいては、医師になるにはメディカルスクールと公衆衛生大学院（医師もそうでない人も育てる）があるが、後者ではMBA、MPAが必須となる。このように資格と待遇が全く異なる米国の現状に対し、我が国ではすべて「医師」として統一されていて、職種によるバリエーションがなく柔軟性に欠落している。

そこで資格認定やその要件を明確化していくことを求める意見もあり、イギリスの職能団体であるFaculty of Public Healthが資格を付与している（国家資格でない）ケースが参考となる。これは、公衆衛生のコンサルタントと契約をするときに問われる、一種の会員資格であり、市長村単位で公衆衛生分野の計画を立てるが、そこでは独自にコンサルを受けている。これはアングロサクソンの市民社会が発達していることが基底にあるが、アカウントビリティを図るために専門職に依頼しているという事情もある。