

我が国では行政サイドでのかかわりが強く医師も医師法での免許制となっているが、人材としては幅広く医師だけでなく、他の分野領域からもアプローチしてくる人材を育てることが重要となっている。同時に、公衆衛生医師が活躍できる業態、サービスのあり方を創出していくことで人材の裾野を広げることとなるのである。

“The Specialist Public Health Workforce in the UK—A Report for the Board of the Faculty of Public Health March 2003”によれば、医療コンサルタントと専門家の労働市場では、Primary Care Trusts (PCTs) における専任コンサルタントの任命における遅延が影響し、2002年度には減少しているが、公衆衛生のコンサルタントの欠員数は1999年以降はゼロとなっている。巷では相当の欠員が生じているとの見方もあるが、保健省は定期的に医療分野とは異なる背景を持つ公衆衛生の専門家の数を押さえていないのが現状である。こうした専門家育成の傾向であるが、医療とは異なった分野からの公衆衛生の養成対象者数は、急速に増加しており、他の分野の合計のおよそ15%を占めている。しかも専門職登録者 (Specialist Registrar) 数がコンスタントに変わらないため、専門職養成者 (Specialist Trainee) がその増加の要因であるといえよう。専門職養成者の数と公衆衛生コンサルタントとの相関関係は0.7となっており、この高さは専門職養成のキャパシティが大きい地域では養成者の数はより多くなることの必然性を占めている。しかし、医療とは異なる分野からの養成者の占める割合は、地域によって0~39%と幅が大きい。一方、大学等でポストを得る学術的な公衆衛生の専門家は労働市場の約20%であり、低い割合にあることが示されている。

こうした諸点を踏まえ、東京医科歯科大学の医療管理政策学 (MMA: Master of Medical Administration) のコース概要において、次のように述べられている。

「近年、医療を取り巻く環境は大きく変化しつつあり、医療サービスの管理運営や医療政策の実務において、高度な学術的知識と技術を備えた人材が必要となっている。米国における医療サービスの管理運営では、MBA (Master of Business Administration) の学位を持つ者が携わることがあるが、医療制度の異なる我が国においては、医師が医療機関の運営に携わることが従来からの慣行であった。しかし、医療の高度化と複雑化に対応するためには、医療機関の運営や医療政策の実務に役立つ専門知識が必須である。即ち、効率的でかつ患者中心の医療を国際的な水準で提供し、国際化に伴う健康危機に円滑に対応するには、医学知識とともに医療組織を管理するマネジメント能力が必要となってきた。」「少子高齢化を背景とする国民医療費・社会保障費の高騰、良質で安全な医療サービスの提供の必要性、競争原理の一層の導入、国際化・グローバル化する医療経営環境、患者の主体性の重視等、医療を取り巻く社会環境が急速に変化している。このような状況にあって、今後の医療機関運営では、医学だけでなく医療サービス管理と政策の高度な知識と技術が必要である。本コースは、医療管理並びに医療政策の分野において指導的立場で活躍する人材の養成を図り、医療サービスに関わる社会的ニーズに応えようとするものである。急速な制度改革、グローバル化が進む医療の分野にあって、患者

中心のより良い医療を効率的に提供できる社会システムの構築に寄与する人材を輩出しようとするものである。」

これに対する社会的ニーズとしては、「現在、我が国の医療を取り巻く環境は、少子高齢化の進行、疾病構造の変化、医療技術等の進歩による国民医療費の増大などで急遠に変化しつつある。また、医療に対する国民のニーズは多様化し、医療の質の確保や医療事故の防止が目下の急務となっている。これらの医療環境の変化に対応するには、医療機関の経営方法が大きな問題となってきた。また、医療施設の機能分化も進み、民間の品質管理の手法も導入され、医療機能評価機構による医療施設の第三者評価を受ける施設も増加してきている。こうしたなか、各医療機関の管理者は、安全対策の強化、EBM (Evidence-Based Medicine)の遂行、インフォームド・コンセントやカルテ開示等による医師と患者の関係、電子カルテによるIT技術の導入とその運営方法など、社会的にも経営的にも大きな変革を求められてきている。医療環境や各種報告されている医療の方向性等を正確に認識し、良質の医療を提供するためには、医療関連分野を網羅した包括的な研究・教育が必要である。そのためには、幅広い周辺諸科学の知識を持つ、医療機関の管理運営責任者、及び科学的根拠に基づいた政策の立案・実施・評価を行う専門家の養成が急務となっている。」

このような新しいコースに学ぶ学生は、これまでの医学部生が医師を目指すという単線的なキャリアパスではなく、病院長、病院の事務長等医療機関の管理経営者、診療所・その他医療福祉関連施設の経営者、医療機関の管理運営のコンサルタント、医薬品等医療関係産業の管理的業務に従事する者、大学、医育機関、研究機関等で教育及び研究に従事し、医療管理学の修得を希望する者、国の機関において医療行政を担当し医療政策立案に管理的立場で携わる者、地方自治体において医療保健行政に管理的立場で携わる者、医療関連ビジネスの起業を希望する者、保健医療政策にかかわるコンサルタント、医療関連団体の管理的業務に従事する者などが想定されている。

- ①医療政策の理解と制度の活用
- ②経営戦略と組織管理
- ③施設設備と衛生管理
- ④医療の質の確保と危機管理
- ⑤医療のグローバル化と国際的枠組み
- ⑥医療情報の整備とセキュリティ管理
- ⑦医療関連法規の理解と医の倫理
- ⑧人的資源管理と人材開発
- ⑨情報発信と社会貢献
- ⑩臨床疫学

したがって履修内容は、これまでの医療管理における組織管理や安全管理を含む医療関連分野を網羅した包括的なものであり、法学・経済学・工学、社会学、倫理学をも含んだ幅広い専門教育の展開が企図されている。

3.3 育成システムとリンクしたビジネススキームの可能性

以上の諸課題について、多様なニーズに応える人材育成を図って行くためには、単に

教育プログラムを整備するだけでなく、具体的なビジネススキームを構築し、教育実践の場を確保すると同時に、事業の適正な利潤により、持続的な運営を可能とする仕組みを構築していくことが重要となる。

これまでの検討してきた世界や地域の多様なニーズに応える公衆衛生分野の果たす機能の充実・拡大は、次のとおり整理できる。

まず、第一に地域のリスクマネジメントを担うセキュリティ機能の整備である。保健所機能を中心に SARS など未知の病原菌などに対するリスクマネジメントに特化した健康危機管理センターの整備等が必須となる。

第二に、地域に対するコンサルティング機能の強化である。公衆衛生分野の大学教員は、これまでも自治体のアドバイザーとして機能してきたが、これをより明確にコンサルタント的業務ができるようにシステムアップする必要がある。また、中山間地域で医師、保健婦、栄養士等を配備することなどは全面的には叶わず、市町村合併により介護保険制度が窮屈な運用となるため、民間 NPO でも採算ベースに乗らない部分を大学が人材派遣等を行うことも考えられる。こうしたコンサル機能を大学のビジネスとして残し、自治体の関連委員会の委員として教員が参加し都市計画や環境アセスメント等自治体の施策立案に関与することが展望できる。

第三に、昨今の健康志向のブーム等に呼応し健康増進事業を中心としたソフトサービス機能の展開がある。具体的には基幹となるモバイルケアシステムにサプリメント供給事業等を付加し、また、指定国家資格保有者（医師、看護師、栄養士等）や一般市民を対象としたライセンスを加価値化したスキームが考えられる。モバイルケアは IT の進歩と相まって、栄養管理士の再養成や健康アドバイザーの育成等のコミュニケーションツールとしても活用できる。

第四に、国際サポート機能の充実である。大学のあり方として、採算の悪いコースがあっても「留学生の育成」「アジア健康都市ネットワーク構築」に対応できるコースを持つことは大学にとってイメージアップにもつながり、大学としての多様性の中の一つとして整理することができよう。

そこで、セキュリティ機能については国や自治体等行政の政策レベルでの対応、すなわち保健所機能の高度化が第一義となる。そこに大学のアドバイスを受けて自治体等がリスクマネジメントを検討することとなる。

また、国際サポート機能は採算ベースとは異なる大学のレーゾンデートルにて果たすべき機能であり、事業スキームとは別ステージでの検討が求められてくる。

それ以外の機能については、一定のニーズが存在する市場の可能性を考慮すれば、従来の専門課程プログラムに加えリカレントやエクステンション機能を付加した大学の教育研究機能の複合化と、民間セクターの機動性や柔軟性を活用した会社組織によるビジネススキームの適用が効果的といえる。

今後の方向性としては、危機管理を主体としたセキュリティ機能と健康管理を主体と

したソフトサービス機能に分かれることとなる。

前者は、健康都市についてコンサルを行い、健康管理を自治体に促すことにつながっていく。一方、後者は、個人の「一病息災」の健康管理サービスにつながり、モバイルコミュニケーションツールが活用できることとなる。

そこで大学だからこそできるトップアップトレーニングにより、栄養管理士や栄養士の再教育、プラスアルファの研修プログラムの整備・提供が可能となる。こちらについては、MBA や MPA のような professional degree と PH のような academic degree があるが、この峻別をきちんとしておけば、大学として出せる称号もありビジネスに生かすことも可能となる。

そこでビジネスの方針としては、次の4つのプロフィットセンターの可能性が考えられる。

- ・ 大学本体としてのコンサルティング事業（派遣も含む）
- ・ 健康増進サービスの中核としてのモバイルケア事業
- ・ モバイルケアに付随するサプリメント供給事業
- ・ 健康増進サービスに関連した教育事業～社会人に開放する continued education あるいは extension program や関連した専門コース、栄養管理士などのリカレント、トップアップトレーニング等

したがって、いずれのスキームを展開するにしても、一定のマンパワーとしての専門家の整備が急務となる。その際、共通して取り組むべき課題は次のとおりである。

3.4 標準的人材育成（教育）メソッドの開発

各国の医療レベルあるいは医療体制により、公衆衛生に期待される範囲というものが非常に異なっている。指導や実践力、あるいは、研究や教育、人材育成まで期待するのか。地域マネジメント、政策開発、行財政の問題なのか。さらに地域の医療施設等の病院の経営管理まで及ぶのか。いずれにせよ終局的には、公衆衛生に従事する人材の資質の明確化、すなわち知識と技術のバランス、取組の姿勢、さらには価値観・理念が求められてくることとなるのである。

同時に、我が国とは異なる国や地域での公衆衛生システムを構築していくためには、まずは、地域アセスメントを行い、さらに情報収集やサーベイランスによって、当該地域の実情を客観的に把握することが必須となろう。

そうした人材の基本的な質の確保と当該地域情勢の客観的把握を図った上で、具体的な対人支援としての健康教育相談を含め、プレゼンテーションができる、あるいはネゴシエーションができるようなコミュニケーション力を持った人材像が浮き彫りとなっ

てくるのである。同時に、プログラム開発、あるいは調査研究の方法が体得できていることも重要となろう。それらをトータルとして政策管理ができる能力が求められてくるのである。

こうした人材を育成するための具体的手法を開発し、例えばCOEなどのプログラムとして、実際の復興支援プロジェクトでの試行を通じて、わが国政府に対する標準モデルとして提起することが考えられる。

3.5 地域における市民を巻き込んだ公衆衛生ネットワークの創出

1990年代は、旧ソ連の崩壊とそれに伴う東西対立の構図が崩壊し、地球規模のグローバルな課題が噴出した時代であった。1990年の「子どものための世界サミット」以来、「国際人口開発会議（カイロ）」、「世界女性会議（ペキン）」など政府やNGOを巻き込んだ国際会議が立て続けに開催された。これらの会議での重要な争点、すなわち、環境、人権、リプロダクティブ・ヘルス・ライツ、HIV/AIDS、開発などは、いずれも地球規模での健康問題と深く関連していたといえよう。

この点についてはわが国も例外ではなく、HIV/AIDSや再興感染症、内分泌攪乱物質に代表される環境問題、国際的な人的交流の増加などにより、地球規模での健康問題と日本国内の公衆衛生の課題は直結するようになっている。加えて米国西海岸で猛威を振るった西ナイルウィルスやSARSなど未知の病原体の侵入から、テロリストによる炭素菌の噴布など人為的作用も加わった新しい脅威が潜在的に指摘されている。このようにもはや公衆衛生分野は、国内問題と国際問題、先進諸国と開発途上国という二元論的な枠組みで考えるのではなく、ボーダレスな公衆衛生の発想をもち、地域での取り組みをベースにグローバルかつローカルに考え行動する時代になったといえるのである。

また、最近では治療よりも予防の観点、さらには健康増進の観点からサプリメントをはじめ、様々な取り組みが個人のレベルから活発化しており、単なる経済的な豊かさよりも、心身ともに健全で安全かつ安心な生活を希求する段階に達しているともいえるのである。

これらを整理した新しい事業プランには、次のアプローチが考えられる。

<地域からの公衆衛生学のアプローチ>

市民生活のリスクマネジメントの視座を基本とし、SARS、鳥インフルエンザなど予期しないウィルス、病原体への対応ノウハウや衛生管理に関する一定水準以上の知識、技術を公証する資格審査・認定事業を確立する。例えば「市民衛生リーダー」の育成を企図し、一般市民、国際ボランティア向けなど多様なプログラムを整備すると同時に、行政のネットワークを生かした地域全体での「衛生確保」を目指す。

<個人からの予防医学のアプローチ>

サプリメントを活用した実践的な予防医学との連携、検診結果に対するアドバイス、

改善のための食生活、生活習慣に関するアドバイス及び有効性の高いサプリメントの供給などを行う資格審査・認定事業を確立する。例えば「健康増進アドバイザー」の育成を企図し、アドバイザーと専門医との有機的連携による、個のレベルからの「健康増進」を目指す。

3.6 モバイルケアシステムによるコミュニケーションネットワークの創造

地域において今最も求められているのは、コミュニケーションネットワークを持った「共同体」の再生であり、医療のみならず福祉、環境問題も新しい「共同体」の持つ問題解決能力によって対応することが期待されている。

その中で最も重要となるのがコミュニケーション手段であり、いわゆる IT の活用である。しかもそのデバイスは安価でかつ操作が簡便といった汎用性が求められることとなる。そこで②との関係において、大容量の通信を可能とする第三世代の携帯電話など動画端末を活用したモバイルケアシステムを構築する。そのポイントとしては動画によりリアルタイムにコミュニケーションを図りながら、医師の指導のもと「健康増進アドバイザー」や「健康推進士」あるいは「健康診断士」が、血液検査など様々な健康診断の結果を基に検診のフォローや健康維持のためのアフターケアサービスを行うといったことが考えられる。

モバイルケアの狙いは年代別にもよるが、「一病息災」プログラムが望ましい。一度病気をした人に健康であれ、というよりもいかに悪化させず健康を維持するかをわかりやすくやさしく伝達する仕組みが重要である。（「ポケットの中に栄養管理士」）さらに検査等ではアテンダントのサービスなどがあってもよい。

自治体とは当面実験実証では重いので、健康都市に入っている自治体でモバイルケアの運用を考える方が現実的である。自治体はあくまで運用での協力のレベルである。

3.7 国際復興支援に資する公衆衛生プランニングプロジェクト

今、わが国の保健医療の現場で直面している課題や様々な試行錯誤は、世界的にみれば決してわが国だけの問題ではない。基礎的自治体への移管を軸とした地域保健法の改正は、世界各国で取り組まれている地方分権化の潮流の一環であり、また、住民参加による健康づくりはプライマリヘルスケアの思想そのものである。すでにボーダレスな地域保健の展開が始まっているのである。

都市化と高齢化という戦後のわが国がたどってきた経緯と同様の問題がアジアではすでに現実の課題となっている。アジア諸国の専門家は老人保健やホスピスケアを欧米諸国で学んだ後、実践面ではアジアの先進国としての日本における保健医療政策に大きな関心を寄せている。高齢者、障害者、児童虐待、ターミナルケアなど家族関係が重要

な要素である分野においては、いまやアジア的視点（Asian perspective）がキーワードともなっているのである。

このようなことからわが国の公衆衛生分野で培ったノウハウや経験、知識体系、技術等を整備し、ニーズアセスメント、復興支援手法等の包括的手法を一定のパッケージとして諸外国の復興支援プロジェクトのソフト面における支援事業を構築することを展望する。

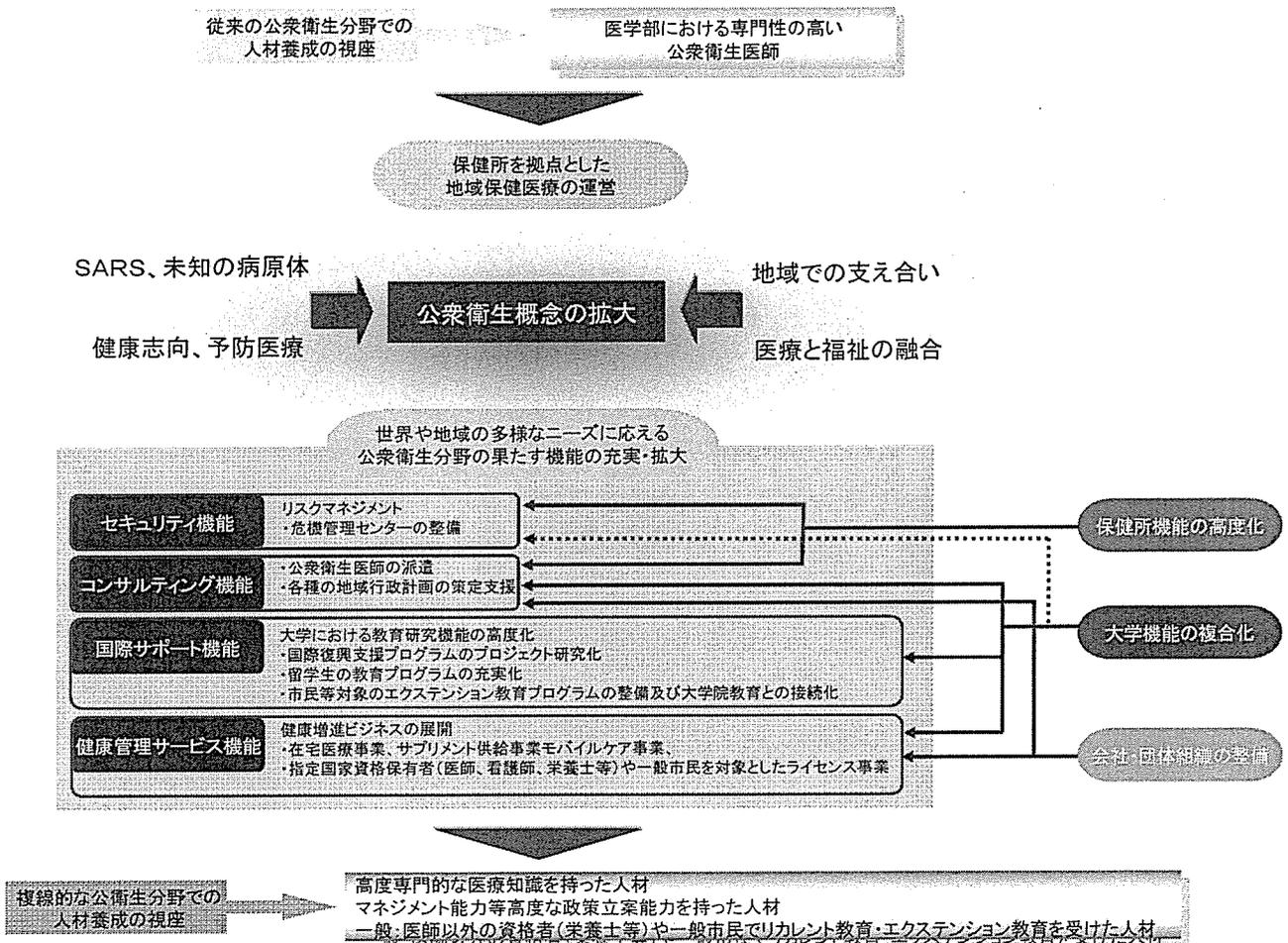
具体的には、例えばアフガニスタンなど支援対象国や地域に対する公衆衛生プランニング・プロジェクトチームを立ち上げ、WHO等の支援を得つつ、現地の医科大学等との連携を図りビジネス基盤の構築を図ると同時に実証実験の実施を行う。同時に国内における海外公衆衛生協力のコンサルタントの育成プログラムとも連動させ、その「実習」の場としての活用も展望しうる。

さらに留学生の卒業後の支援システム、研修生の受け入れやアフターケアもセットとなった研修システムの構築も、①と関連で事業化が想定できる。

また、途上国、とりわけ紛争が続いている中東やアフリカ大陸等では、公衆衛生に限らずいわゆる身の安全を確保するリスクマネジメントのノウハウが必須となってくる。具体的には、紛争後の復興開発時における注意すべきポイントとして、治安の維持・安全の確認する方法、避難ルートの確認、コミュニケーション手段、ローカル・キャパシティとの協力、文化的な情報とコミュニケーション、地域の組織構造の理解、国連、NGOなどとのネットワーク、休暇のとり方とストレス管理そして現地に駐留する軍隊との協力等がある。これらもパッケージとして組み込む可能性も検討することが必要となる。

以上、これまでの議論をまとめると、次のとおりとなる。

図：今後の公衆衛生へのニーズと人材育成スキーム



Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

医師卒後臨床研修における公衆衛生技能の養成に関する研究

分担研究者 大井田 隆（日本大学教授）

研究要旨 医師卒後臨床研修が本格的に実施され、これまでに本研究において、臨床研修2年次における必修科目である地域保健・医療にかかわる研修カリキュラムについて具体的に作業グループを設けて検討した。さらに地域保健・医療研修をすすめるための地域での体制づくりについても検討しモデル組織規定を作成した。これからの医療の動向を踏まえ、少なくともプライマリヘルスケアを理解し参加できるプライマリフィジシャンを養成するため最小限習得すべき内容についてあわせて検討した。次に、全国の医科大学の衛生学・公衆衛生学教室を通じてこれからの臨床研修の各医科大学のカリキュラムづくりや体制づくりにどの程度参加したかの実態調査を行ない、今後もさらに深くかかわっていくための条件等についても調査を行なった。地域保健・医療研修評価のためのワークショップを開き、地域保健・医療研修のモデル評価票、および契約等に関わる様式案を作成した。本年度は、地域保健・医療研修のモデル評価票を用い、産業保健に係わる臨床研修についての予備評価を指導医と研修医の立場から行い、今後の地域保健・医療研修の本格的評価のための基礎資料とした。

A. 研究目的

これからの医療のあり方を考えるにあたってプライマリケアの充実是最も重要な要素である。臨床研修における地域保健・医療研修（プライマリケア研修）の充実を図るためのカリキュラムを作成し、将来地域において予防医学を含めたプライマリケアを実践できる医師を養成することを目的とした。

B. 研究方法

今年度は昭和大学において、産業保健に係わる臨床研修についての予備評価を指導医と研修医の立場から行った。

昨年度作成した地域保健・医療研修のモデル評価票をもとに、本予備調査用の評価表を作成し（表1）、研修施設A施設（関東地域を中心

に全国約50万人の事業所における健康診断を行なっている財団法人）およびB施設（病院に附属している総合健診センターならびに予防医学を行なっている財団法人ならびに医療法人）において、評価基準を秀（とりわけ優れている）優（標準的レベルを上回っている）良（標準的レベルに達している）ならびに不可（不十分なレベルに留まっている）の4段階とし、各評価項目に指導医と研修医が別々に記入した。

（倫理面への配慮）

本予備評価は、参加者に本評価の趣旨をあらかじめ説明し同意を得て行った。評価結果は集計値として公表した。

C, D. 研究結果と考察

後述の資料欄（表、図）参照。

産業保健に係わる臨床研修についての予備評価として、昭和大学病院の臨床研修を行った産業保健関係施設における臨床研修の結果評価を指導医の立場と研修医の立場から行なった。その結果、健康診断については見学・聴講型の場合、指導医は約半数が優秀または優れていると判定したが研修医は約80%が良と回答し、不可が10%であった。しかし実習・参加型の場合には指導医は84%が優秀または優と回答し研修医も40%が優秀または優と回答していた。次に健康教育については見学・聴講型の場合、指導医は約60%が優と回答しているのに対して研修医は93%が良と回答していた。しかし実習・参加型の場合、指導医は63%が優秀または優と回答しているに対して研修医は37%が優秀もしくは優と回答していた。これを研修内容別に見ると、健康診断関係では指導医は研修医が復職判定や労災認定のような専門的なものについてはあまり関心を持たず、精神健康や疾病管理の強い関心を持ったと判断している。研修医は疾病管理や判定に強く関心を持っているものと判断していた。また、健康教育関係では指導医は研修医が医療倫理や計画参加に関心を強く持ったと判断しており、研修医は医療倫理や健康危機管理に強い関心を持ったものと推察される。以上の結果から、臨床研修にあたって指導医と研修医の判定にはかなりのずれがあり、研修医は実習・参加型の研修を希望しており、精神健康や疾病管理だけでなく医療倫理や健康危機管理にも関心を持っていることが推察された。

E. 結論

産業保健に係わる臨床研修についての予備評価を指導医と研修医の立場から行った。臨床研修にあたって指導医と研修医の判定にはかなりのずれが生じることが明らかとなった。本予備評価の結果を参考に、今後、地域保健・医療研修の評価研究を実施する予定である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

本研究の経過および成果を衛生学公衆衛生学教育協議会総会（札幌：平成17年9月、宇部：平成18年3月）で発表した。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

該当なし。

(資 料)

産業保健に係わる臨床研修についての予備評価表および結果概要

表 1. 地域保健・医療・評価票 一産業保健一 (指導医用)

【 健診機関 】

	内容*	指導医評価**
各職場における保健予防、管理 (3 管理) プログラム		
一般目標 (GIO)		
1. 労働者の健康を守り、増進するために、その健康状態や健康影響因子について理解し、職業に関連する種々の条件を考慮しつつ各種保健活動を実施する基本的な態度と能力を身に付ける。		
2. 職域を場として働く人に各種の保健活動を行うことの必要性を理解し、医療情報を総合的に判断し、働く人の心情や職場の状況なども勘案した指導を行う能力を身に付ける。		
到達目標 (SBOs)		
1. 職域の健康管理について		
① 健康管理システムのあり方を理解し説明できる。	見・実	
② 健康診断計画に参画する。	見・実	
③ 個人の健康診断結果の判定・評価を行う。	見・実	
④ 検査項目の精度管理を説明できる。	見・実	
⑤ 集団の健康レベルの評価の方法を挙げることが出来る。	見・実	
⑥ 事業場内外の健康管理組織、健康診断機関の活動を説明できる。	見・実	
⑦ 疾病管理について説明できる。	見・実	
2. 健康教育、健康増進について		
① 個人の疾病予防、健康保持・増進のための健康教育に参画できる。	見・実	
② 職域での保健活動に必要な医療倫理を理解し、実践できる。	見・実	
③ 職域にある健康リスクを列挙できる。	見・実	
④ 産業医学に関する情報収集の方法を実践できる。	見・実	
⑤ 健康増進活動を理解し、実践できる。	見・実	

*B施設は精神健康と労災ならびに復職判定の評価を行っていない

※見学・聴講型なら「見」に参加・実施型なら「実」に○をつける

** 研修医の場合は指導医の評価欄が研修医の自己評価になる

表 2 健康診断等の指導医による見学・聴講型と実習・参加型の評価 (A施設)

指導医	見学					実習				
	件数	不可	良	優	優秀	件数	不可	良	優	優秀
システム	1	1	0	0	0	6	0	3	3	0
健康診断	5	0	1	4	0	2	0	0	2	0
精度管理	1	0	0	1	0	7	1	0	4	2
事後措置	3	0	0	3	0	3	0	0	3	0
評価	3	0	2	1	0	3	0	0	3	0
組織	6	0	2	4	0	2	0	0	2	0
精神健康	0	0	0	0	0	8	1	0	7	0
疾病管理	0	0	0	0	0	8	1	0	6	1
労災	4	1	2	1	0	3	0	0	2	1
復職判定	4	0	4	0	0	1	0	0	1	0
計	27	2	11	14	0	43	3	3	33	4

表3 健康教育等の指導医による見学・聴講型と実習・参加型の評価（A施設）

健康教育	見学					実習				
	件数	不可	良	優	優秀	件数	不可	良	優	優秀
計画参加	1		1			6	1	1	1	3
医療倫理						7	1	1	5	
職場巡視	1	1				3		1	2	
健康危機委員会	3		1	2		3		1	2	
情報収集	1		1			3		2	1	
健康増進						4		1	3	
計	6	1	3	2	0	32	3	9	14	6

表4 健康診断等の研修医による見学・聴講型と実習・参加型の評価（A施設）

研修医 自己評価	見学					実習				
	件数	不可	良	優	優秀	件数	不可	良	優	優秀
システム	3		2	1	0	2	0	2		0
計画参加	3	1	1	1	0	2	0	1	1	0
判定		0	0		0	6		2	4	
精度管理	2	1	1		0	4	0	2	2	0
評価	2	0	2		0	3	0	2	1	0
組織	4	0	4		0	2	0	1	1	0
疾病管理	3		3	0	0	3		1	2	0
計	17	2	13	2	0	22	0	11	11	0

表5 健康教育等の研修医による見学・聴講型と実習・参加型の評価（A施設）

健康教育	見学					実習				
	件数	不可	良	優	優秀	件数	不可	良	優	優秀
計画参加	2		2			1			1	
医療倫理	1	0	1	0	0	5		3	2	
健康危機	0		0		0	7	0	6	1	
情報収集	2	0	2	0	0	2	0	1	1	0
健康増進						6		4	2	
計	22	2	18	2	0	43	0	25	18	0

表6 健康診断等の指導医による見学・聴講型と実習・参加型の評価（B施設）

評価	見学					実習				
	件数	不可	良	優	優秀	件数	不可	良	優	優秀
システム	5		5	0	0	4	0		2	2
計画参加	9	0	5	4	0		0			0
判定	1	0	0	1	0	12		4	4	4
精度管理	4	0	0	4	0	1	0	0	1	
評価	6	0	2	4	0		0			0
組織	2	0	2		0	4	0	0	1	3
疾病管理	4	0	0	4	0	2		0		2
計	31	0	14	13	0	23	0	4	8	11

表7 健康教育等の指導医による見学・聴講型と実習・参加型の評価（B施設）

健康教育	見学					実習				
	件数	不可	良	優	優秀	件数	不可	良	優	優秀
計画参加	0	0	0	0	0	11		5	4	2
医療倫理	2	0	2		0	7	0	3	4	
健康危機	4	0		3	1	2	0	0	1	1
情報収集	7		2	4	1					
健康増進						9		3	2	4
計	13	0	4	7	2	29	0	11	11	7

表8 健康診断等の研修医による見学・聴講型と実習・参加型の評価（B施設）

研修医	自己評価					実習					
	見学	件数	不可	良	優	優秀	件数	不可	良	優	優秀
システム		2		2	0	0	2	0	2		
健康診断		3	1	2		0	1	0	1		0
健康危機			0	0		0	4		2	1	1
検査			0	0		0	3	0	1	1	1
評価		2	0	2		0	2	1	1		0
組織		2	0	2		0	2	1	1		
疾病管理			0	0	0	0	4		2		2
計		9	1	8	0	0	18	2	10	2	4

表9 健康教育等の研修医による見学・聴講型と実習・参加型の評価（B施設）

健康教育	見学					実習				
	件数	不可	良	優	優秀	件数	不可	良	優	優秀
計画参加	1	0	1	0	0	3		1		2
医療倫理	2	0	2		0	2	0	2		
健康危機		0				4	0	2	1	1
情報収集	3	1	2			1		1		
健康増進	1		1			3		1		2
計	7	1	6	0	0	13	0	7	1	5

表10 健康診断・健康教育の評価の指導医と研修医の比較（施設別・総括）

	見学					実習				
	件数	不可	良	優	優秀	件数	不可	良	優	優秀
指導医	27	2	11	14	0	43	3	3	33	4
研修医	22	2	18	2	0	43	0	25	18	0
健康教育										
指導医	6	1	3	2	0	32	3	9	14	6
研修医	8	0	8	0	0	22	0	15	7	0

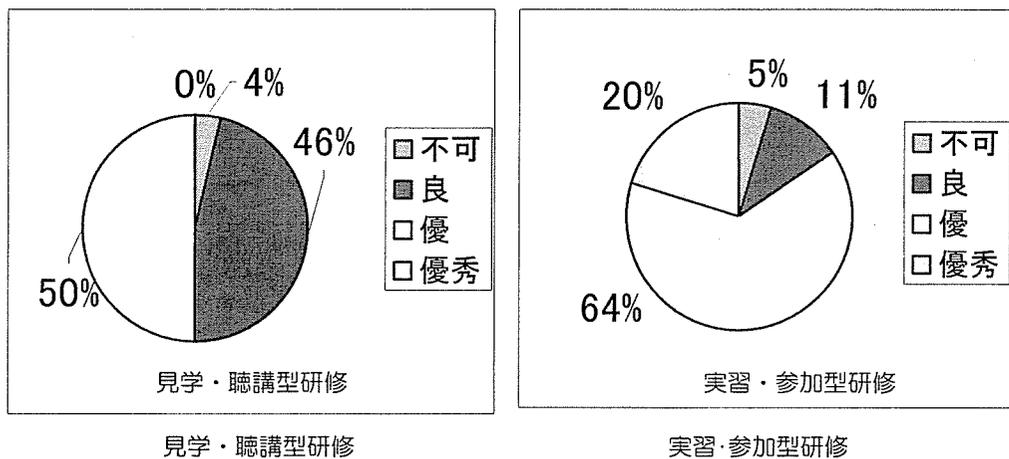
	見学					実習				
	件数	不可	良	優	優秀	件数	不可	良	優	優秀
指導医	27	0	14	13	0	21	0	4	8	9
研修医	9	1	8	0	0	18	2	10	2	4
健康教育										
指導医	17	0	4	11	2	31	0	11	11	9
研修医	7	1	6	0	0	13	0	7	1	5

表 11 健康診断等ならびに健康教育の指導医と研修医の総合評価の比較（総括）

総計

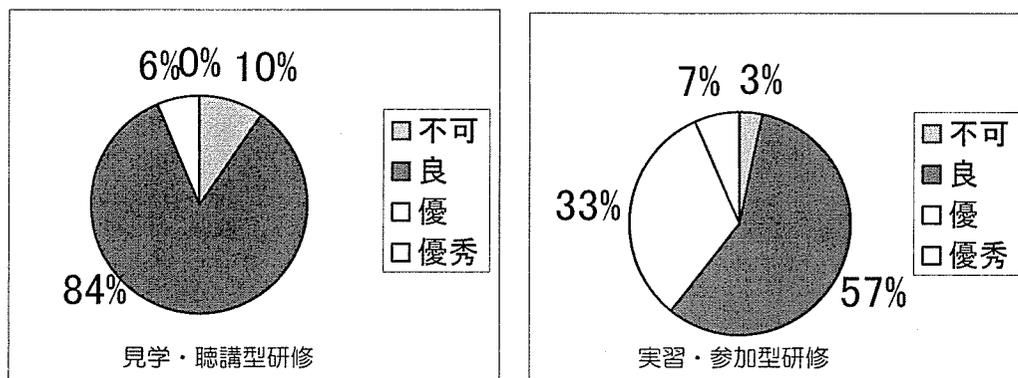
	見学					実習				
	件数	不可	良	優	優秀	件数	不可	良	優	優秀
指導医	54	2	25	27	0	64	3	7	41	13
研修医	31	3	26	2	0	61	2	35	20	4
健康教育										
指導医	23	1	7	13	0	63	3	20	25	15
研修医	15	1	14	0	0	35	0	22	8	5

図 1 健康診断等の指導医による見学・聴講型と実習参加型の評価



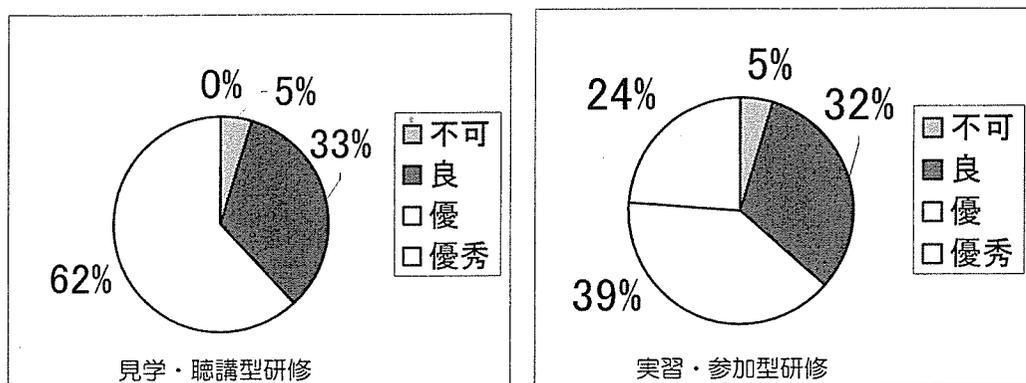
見学・聴講型では約半数が優秀または優と回答していたのに対して実習・参加型では 84%が優秀または優と回答していた。

図 2 健康診断等の研修医による見学・聴講型と実習参加型の評価



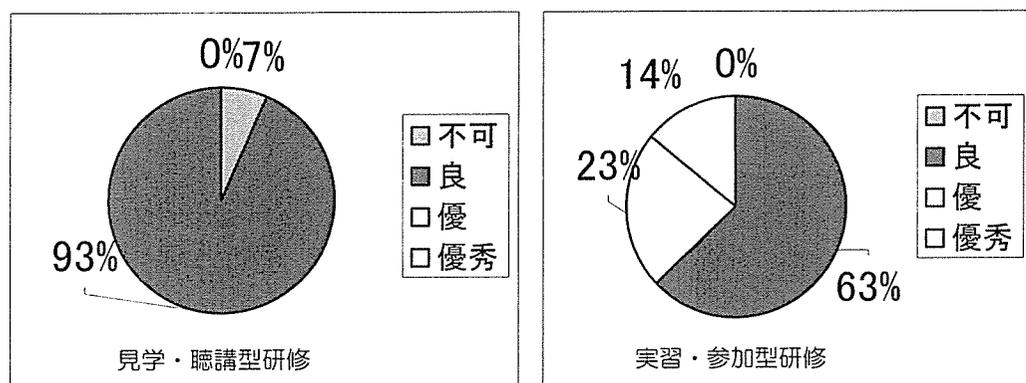
見学・聴講型では 6%が優と回答していたのに対して実習・参加型では 40%が優秀または優と回答していた。

図3 健康教育等の指導医による見学・聴講型と実習参加型の評価



見学・聴講型では62%が優と回答していたのに対して実習・参加型では63%が優秀または優と回答していた。

図4 健康教育等の研修医による見学・聴講型と実習参加型の評価



見学・聴講型では優秀または優と回答していたのは0%に対して実習・参加型では37%が優秀または優と回答していた。

厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

パブリックヘルスマインド養成に関する研究（社会医学サマーセミナー）

分担研究者 中村 桂子（東京医科歯科大学助教授）

研究要旨 医学部・医科大学の学生に、社会医学の研究と実践についての理解を深めさせ、パブリックヘルスマインドの養成をはかり、社会医学（衛生学公衆衛生学）を専攻する動機づけを試みるために、社会医学サマーセミナーを開催した。全国から18名の学生の参加があり、衛生学公衆衛生学教育協議会の教授陣および厚生労働省からの特別講師が講義・特別講演を行い、学生のプレゼンテーションおよび討議に参加した。社会医学サマーセミナーは、所属大学に関係なく、社会医学系の教員が協力して社会医学に関心のある学生の教育にあたることのできる有効な場であり、参加学生のパブリックヘルスマインド養成に効果をもたらすことが明らかになった。また、本セミナーは、将来の社会医学分野の医師確保に寄与することが期待される活動であることが示唆された。

A. 研究目的

医学部・医科大学学生を対象として社会医学サマーセミナーを実施し、公衆衛生志向臨床医と公衆衛生専門家専攻を選択するパブリックヘルスマインドの養成をはかり、チュートリアル教育の効果について総合評価を行うことを目的とした。

B, C. 方法と結果

第11回社会医学サマーセミナー

平成17年8月5日～7日に福岡県北九州市において、産業医科大学医学部松田晋哉教授ならびに川本俊弘教授を世話人として開催した。第11回のセミナーでは学生の社会医学に対する関心を高める目的で、事前に各参加希望学生に研修を受けたい内容について事前調査を行った上で、各自の興味にあった課題を与え、それをセミナーで各自が発表し、それについて講師陣と参加者全員で討議を行うという形式と

した。また、講師陣の講義も参加学生の関心領域に合わせる形で設定した。

サマーセミナーには計18名の参加学生数をえた。衛生学公衆衛生学教育協議会、大学教授、公衆衛生行政担当者等の14名が講師として参加した。さらに、厚生労働省から特別講師4名にご参加いただいた。セミナーの内容は、講義と討論、学生プレゼンテーションとディスカッション、で構成した。各学生の課題および学生プレゼンテーション時に使用したスライドの内容は第11回社会医学サマーセミナー報告書に掲載した（後述資料欄参照）。

（倫理面への配慮）

本研究は、衛生学公衆衛生学の卒前教育のあり方について検討し、パブリックヘルスマインドを養成する目的で「社会医学セミナー」のプログラムを実施した。セミナーの趣旨について、参加者にあらかじめ説明し、同意をした者が参加した。

D. 考察

少子高齢化の進行と地方分権化の流れの中で、地方自治体における社会学関連業務の種類と量が増大している。また、最近の政策評価への関心の高まりにより衛生・公衆衛生行政についても、その有効性の評価が求められるようになってきた。このような環境変化の中で、衛生・公衆衛生行政の専門職をどのようにして体系的に養成していくかが議論されている。そして、その結果、例えば医学関連学部における公衆衛生大学院課程の設置などが実現されてきている。これらの大学院では社会人入学の制度が導入され、現職の衛生・公衆衛生関連職種（医師や保健師など）が、日中の勤務に加えて、大学院修士課程・博士課程で学んでいる。このような形で衛生・公衆衛生行政の現場と大学とが協同することは、大学における衛生学・公衆衛生学教育及び研究にもよい影響をもたらすものと思われる。また、これらの専門大学院の場合、例えば九州大学のように、医学系のみならず社会学や経済学・経営学といった学際的な講師陣の構成となっていることも特徴的である。衛生・公衆衛生行政の現場では、単に医学の知識のみならず、経済や法律に関連する知識が必要であることを考えれば、このような学際的な衛生・公衆衛生教育が行われることは、非常に重要である。

しかしながら、このような教育課程が有効に機能するためには、卒前医学教育における衛生学・公衆衛生学教育の充実が不可欠である。臨床医学や基礎医学に比較して、社会医学の場合、学部での教育と実務（衛生・公衆衛生行政）の距離が離れている感は否めない。しかし、今回のセミナー参加者の課題に取り組む姿勢やセミナー参加時の討議の内容及び交流会での意見を聞く限りにおいて、医学生が社会医学に対する関心は決して低くはない。医学生は衛生公衆衛生行政から国際保健まで広い範囲にわたる関心を持っており、またそのような関心に基づいて国内外の関連施設あるいはイベントへ

の参加を積極的に行っている。したがって、問題はそのような高い関心を持つ医学生に応えていない教育側にあるといえる。

ただし、学生の多様な関心に各大学の限られた人材で応えることには限界がある。したがって、所属大学に関係なく、社会医学系の教員が、協力して社会医学に関心のある学生の教育にあたる必要がある。その意味において社会医学サマーセミナーは有効な場であると思われる。今回の参加学生は社会学サマーセミナーの意義を高く評価しており、終了後には参加者を対象としたメーリングリストも作られている。このような学生の取り組みを教員側としても支えていく必要があると考える。夏季は体育大会など他の学生行事に重なるために、参加希望者が必ずしも参加できない場合も少なくないという学生の指摘がある。したがって、サマーセミナーのみならず、今後、学生が社会医学の実際に触れるあるいは実務者と交流の時間を持つような多様な機会を設定することが望まれる。

E. 結論

社会医学サマーセミナーは、所属大学に関係なく、社会医学系の教員が協力して社会医学に関心のある学生の教育にあたることができる有効な場であり、参加学生のパブリックヘルスマインド養成に効果をもたらすことが明らかになった。また、本セミナーは、将来の社会医学分野の医師確保に寄与することが期待される活動であることが示唆された。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

本研究の経過および成果を衛生学公衆衛生学教育協議会総会（札幌：平成17年9月、宇部：平成18年3月）で発表した。

第11回社会医学サマーセミナー報告書 衛