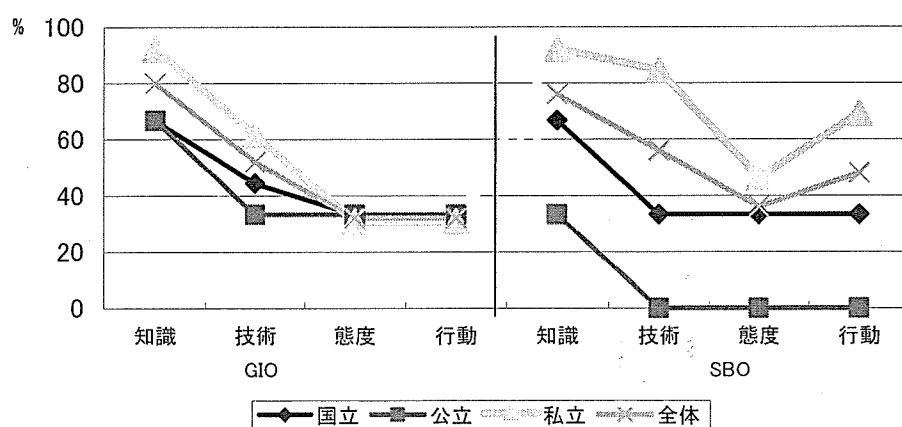


表Ⅱ-6 シラバスに記載の社会医学実習の教育目標：GIO、SBOに含まれる目標領域

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）

2006年1月26日

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ことを知りました。

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、なり手がいな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と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、医師以外に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。

### 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人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よう。

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りうる。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。

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速に変化しつつある。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こ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きている。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、