

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てくることとなる。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。

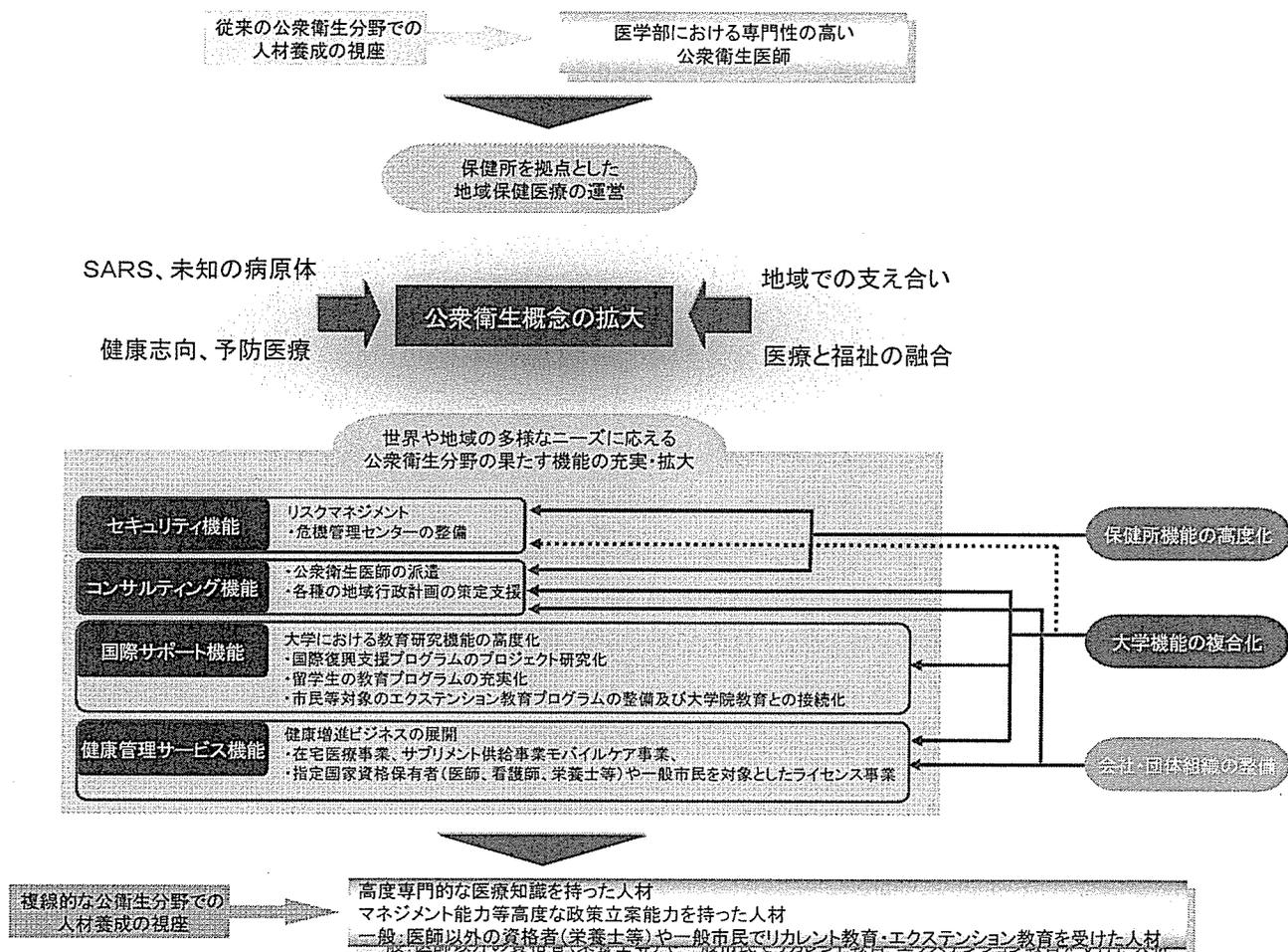
具体的には、例えばアフガニスタンなど支援対象国や地域に対する公衆衛生プランニング・プロジェクトチームを立ち上げ、WHO等の支援を得つつ、現地の医科大学等との連携を図りビジネス基盤の構築を図ると同時に実証実験の実施を行う。同時に国内における海外公衆衛生協力のコンサルタントの育成プログラムとも連動させ、その「実習」の場としての活用も展望しうる。

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

公衆衛生専門家の生涯教育に関する研究

主任研究者 高野 健人（東京医科歯科大学教授）  
分担研究者 二塚 信（熊本大学教授）

研究要旨 医学教育の変革期にあたり、地域保健を担う公衆衛生の専門家の養成システムの再構築および質の高いマンパワーの継続的確保が必要である。そのためには、公衆衛生のアイデンティティ（独自固有性）を明確にするために、公衆衛生専門職に必要とされる資質を明らかにすることが必要である。厚生労働省に新任時期における地域保健従事者の現任教育に関する検討会に参加し、公衆衛生専門家、ことに地域保健従事者の新任時期における教育目標、教育内容・方法等について検討した。併せて、全国の衛生学・公衆衛生学関連の大学教員によるワークショップを開催し、公衆衛生専門教育のあり方を検討した。公衆衛生人材養成システム的前提となる公衆衛生専門職とは何であるか、その要件について、分担研究者が中心となって日本公衆衛生学会人材委員会で検討した理念について提言を行った。

A. 研究目的

医学教育の変革期にあたり、公衆衛生専門家の養成システムを再構築し、質の高いマンパワーを継続的に確保するための方策を提示することを目的とした。国際的な新興・再興感染症の流行ならびに災害やテロの発生に伴う危機管理の観点から、公衆衛生課題への対応は国際的な視野が不可欠となっている。また効果的効率的な健康政策の立案と政策評価は公衆衛生事業運営の必須の要素である。このような多様な課題に対応する地域保健を担う公衆衛生専門家に、高い水準の知識と技能が求められることから、その養成システムの構築、質の高いマンパワーを継続的に確保するための方策に関する研究が必要である。また、医学教育においては全国共用試験が実施され、16年度より医師の卒後臨床研修制度が開始された。一連の医

学教育改革の中で国ならびに地域の公衆衛生を担う優秀な能力を備えた人材を養成し、国民の公衆衛生の向上に寄与するためには、幅広い領域にわたる公衆衛生の高い専門性を獲得できる人材を発掘し、公衆衛生の知識・技能・態度を養成するプログラムを提供し、優れた資質を有する公衆衛生専門家を育成し、さらにこれらの人材の生涯教育システムを構築する必要がある。そのためには、公衆衛生のアイデンティティ（独自固有性）を明確にするために、公衆衛生専門職に必要とされる資質を明らかにすることが必要である。

本研究では、公衆衛生専門家の生涯教育、なかでも初期の教育のあり方を現任教育及び大学院教育の両面から提示する。また、公衆衛生人材養成システム的前提となる公衆衛生専門職とは何であるか、その要件について、分担研

研究者が中心となって日本公衆衛生学会人材委員会で検討した理念について提言を行う。

## B. 研究方法

本研究では、公衆衛生専門家とくに地域保健従事者の新任時期における現任教育の全国的な事例を検討分析する。併せて既存の公衆衛生系大学院における教育システムを分析し、そのあり方を検討する。

また、日本公衆衛生学会は、公衆衛生分野において実践的で高度専門職業人としての望ましい資質及びそれを養成する仕組みについて検討するために2年間の期限で公衆衛生人材委員会(委員長二塚信)を設置し、精力的な検討を行ない、中間報告を提出した。現在、当学会では、この報告を広く会員に周知するとともに、意見を求めており、成案は未だ得られていない。本研究では、この中間報告のなかで、公衆衛生人材養成の前提となる公衆衛生専門職に必要とされる資質に関する部分に検討を加え、ここに提示することを試みた。

(倫理面への配慮)

地域保健従事者の現任教育に関する検討会の参加、全国の衛生学・公衆衛生学関連の大学教員によるワークショップの開催にあたり、研究目的と得られた情報の取扱について事前に説明し、調査結果については参加した施設および個人が同定される情報についての公表は行わなかった。

## C. 研究結果ならびに、D. 考察

### 1) 公衆衛生専門家とくに地域保健従事者の新任時期における現任教育のあり方について

特に、求められる能力、教育目標・教育方法及び内容について、表1及び表2のようなモデル案の提示を行った。このモデルの前提として、地域保健従事者としての基本的能力(組織目標認知、課題解決、役割認識、問題把握等の能力)、行政能力(使命認知、法務、財政等)があるが、これについてはあらゆる職能に共通の基盤であり、本文では省略する。

### 2) 公衆衛生系大学院のあり方について

20世紀の医学は、その世紀の最初には誰も予想できなかったほどの大きな発展をした。その前半は公衆衛生面での発展が主で、後半は分子生物学の発展が著しかったと言える。とくに、最後の十数年間は医学研究における分子生物学アプローチが普及し、遺伝子レベルでの研究が目覚ましい成果を挙げる中で、医学の社会的応用としての医療にも細分化と分析的な考え方が浸透してきた。そのことは、医療に携わる個人個人の価値観、さらには医療のシステム構築にまで大きな影響を与えてきた。同時に、疾病および人口構造の変化、人権意識の高まり、Information Technologyの発展、グローバリゼーションなど、医療を取り巻く社会の様相も大きく変わってきた。このような状況下で、医療と社会との接点はより密接に、かつ幅広いものとなりつつある。医療システムに直接関わる政策や経済、倫理の問題、ヒトノゲム解析後の医学研究と感染症をめぐる国際的な問題、ヒトの行動を規定する社会的要因や心理、環境衛生や生態の変化など、今後の医療と国の行く末にまで大きな影響を与えるテーマが山積している。また、限りある資源をいかに有効に用いるべきかという視点から、病院や医院で行われている診療そのものの効果・効率性を評価する必要性も従来に増して高まりそのような評価に不可欠な方法論である疫学や統計学の重要性も再認識されつつある。さらには、社会的存在であるヒトの健康や疾病を扱う医学と医療には、「健康の意義」、「個と集団」、「個人と社会」、「細分化と統合」などの倫理・哲学的命題も内包されている。

このようなさまざまな課題について、専門家として実務を担当する人材を養成し、教育・研究を行うことが必要である。

現在、京都大学は社会健康医学系専攻として6講座16分野からなる医学研究科を発足させている。また、九州大学は医療運営・管理学に特化した専攻を発足させた。

本来、各大学において既存の大学院を強化・

充実することが基本であるが、国立大学法人化等の教育変革のなかでは、全国の資源を集中させた公衆衛生系大学院の構築化も必要だと考える。

### 3) 公衆衛生専門職に必要とされる資質に関する検討

公衆衛生とは、人々の健康をまもり、増進し、また回復させるために社会により組織された活動の総体である。集団的なあるいは社会的な活動を通して総ての人々の健康を保持・改善することを目指す科学、技術および信条の統合されたものである。そのための計画、サービス、制度は集団全体としての疾病予防とヘルスニードを強調したものである。公衆衛生の目的は、全ての人々があらゆる生活の場で健康を享受することのできる公正な社会の創造にある。そのため人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるプロセスであるヘルスプロモーションを推進する必要がある。公衆衛生活動は科学技術や社会的な価値観の変化とともに変わるものであるが、その最終目標、すなわち、集団の疾病や早世、疾病罹患によってもたらされる QOL の低下と障害の量を軽減するという目標は変わるものではない。このように、公衆衛生は、一つの社会的な制度であり、一つの学問的分野であり、また一つの実践活動である。

少子高齢化という人口転換と健康転換といわれる疾病構造の変貌は、経済成長の鈍化のなかで医療費の増大をもたらしている。他方、科学的な根拠に基づく保健医療福祉の重要性が求められ、また、疫学の発展のなかで病因解明への期待とともに予防に対する重要性が尊重されている。あわせて保健医療福祉のパラダイムが拡大するとともに、その実践活動を担う主体が医師を中心としたパターンリズムから、チーム医療さらに住民の主体性が尊重される方向に転換しつつある。

このような歴史的趨勢のなかで、公衆衛生専門職に必要とされる資質は次のようにまとめられよう。

- (1) 保健医療福祉の分担と連携の意義を認識し、ことに健康増進から疾病予防並びにリハビリテーションの一貫した活動の重要性を理解し、そのための実践的技法を持つ。
- (2) 各ライフステージにおける生活習慣の健康に対する意味と生活の場における保健医療福祉活動を理解し、そのための技術を持つ。
- (3) 個人と集団に対する理解、ことに健康事象を集団として取り扱い、健康の実態とその規定要因を明らかにすることの意義を理解し、そのための疫学的認識と技術を持つ。
- (4) 職場、学校、家庭、地域などあらゆる生活の場における環境条件と健康事象の関連を理解し、その改善を通して人々の健康を実現していく技法を持つ。
- (5) 健康の成立条件、ことに遺伝と環境との重層的相互関係と環境作用、環境形成作用の意義と重要性を理解し、生態学的視点を持つ。
- (6) 公衆衛生活動の重点目標を明確にするためのマネジメントの意義を理解し、目標による管理の技法を持つ。
- (7) 個別のセクターを越えた学際的、包括的取り組みに適応し、そのなかで自らの役割を積極的に意識し、リーダーシップと調整能力を持つ。
- (8) 住民参加の意義を理解し、住民の自立的組織の育成と住民の健康に関する自己決定を尊重する態度を持つ。

### E. 結論

医学教育の変革期にあたり、地域保健を担う公衆衛生専門家の養成システムの再構築が必要であり、社会は質の高いマンパワーの継続的な供給を求めている。

特に医師の卒後臨床研修後の初期における現任教育及び大学院教育を通しての専門家の育成の体系化と組織化はきわめて重要である。

このことは公衆衛生行政分野の専門家としての保健所長に求められる資質要件の明確化とも密接な関係を持つ。

公衆衛生分野において実践的で高度専門職業人として望ましい資質について検討を行った。本提言は、公衆衛生専門家の生涯教育における到達目標として位置付けられるものである。

#### F. 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（京都：平成15年10月、東京：平成16年3月、島根：平成16年10月、新潟：平成17年3月）で発表した。

#### G. 知的所有権の取得状況

該当なし。

表 1. 公衆衛生専門家（医師）に求められる能力及び初任期段階別の教育目標

| 求められる能力          | 3ヶ月目  | 6ヶ月目  | 12ヶ月目   | 3年目  | 5年目  |
|------------------|---|---|---|--|--|
| 保健事業の企画・立案能力     | 地域保健チームのリーダーの一員として包括的な知識と手法を理解する                        | 公衆衛生活動の世界的潮流を理解し保健活動の理念や目標を明確化できる<br>(OFF、自己)     | 地区診断とその他の技法を修得し、地域の健康課題をアセスメントできる<br>(OJT、自己)               | 総合的及び個別的な計画立案の手順・手法を修得し、保健事業計画を立案することができる<br>(OFF、OJT、自己)                              | 地域を基盤とする保健・医療・福祉（ヘルスケア）の体系・制度を理解し地域保健福祉計画等の立案に参画することができる<br>(OFF、OJT、自己) |
| 情報収集・調査研究能力      | 地域保健チームのリーダーの一員として疫学の理念と技法を理解する                         | 疫学の理念と技法を理解する<br>(OFF、自己)                         | 人口・保健統計及びIT能力を修得し、地域の健康問題を見つけ、解釈のための情報収集ができる<br>(OJT、自己)    | 健康リスクの測定・評価・管理・コミュニケーションの理念と技法を理解し、健康問題を解決するための調査、研究計画の立案、データ収集、解釈ができる<br>(OFF、OJT、自己) |  |
| 保健事業運営能力         | 地域保健チームのリーダーの一員として保健事業の管理能力を修得する                        | 母子保健、成人保健、高齢保健、歯科保健に関する知識と技法を示すことができる<br>(OFF、自己) | 地域保健プログラムの管理能力を修得し、保健事業の実践、進行管理ができる<br>(OJT、自己)             | 地域保健プログラムの評価能力を修得し、地域のニーズに合った事業の見直しができる<br>(OFF、OJT、自己)                                |  |
| 個人・家族・集団に対する支援能力 | 地域保健チームのリーダーの一員として、個別健康課題に対する保健・医療・福祉プログラムの作成と評価能力を修得する | 健康課題をアセスメントし、支援計画を立案する能力を身につける<br>(OJT、自己)        | 健康課題をアセスメントし、支援計画を立案する能力を身につける<br>(OJT、自己)                  | 行動科学や心理学の基礎的能力を修得し、住民や民間団体の主体的な健康づくり活動を支援することができる<br>(OFF、OJT、自己)                      | 個人、家族、集団の健康課題に対する保健・医療・福祉プログラムの作成と評価能力を持つ<br>(OFF、OJT、自己)                |
| 健康危機管理能力         | 地域保健チームのリーダーの一員として、健康教育の理念・技法を修得する                      | 多様な健康教育を実践する<br>(OJT、自己)                          | 健康教育プログラムの作成と実践能力を修得し、集団に対する健康教育を実施することができる<br>(OFF、OJT、自己) | 危機管理プログラムの理解し、疾患の集団発生に対応することができる<br>(OFF、OJT、自己)                                       | 組織的対応能力を修得し、健康危機管理の発生予防・拡大防止に対応することができる<br>(OFF、OJT、自己)                  |
| 連携・調査・社会資源開発能力   | 地域保健に関する理念・法規・制度の理解と意思としての総幹能力を開発・修得する                  |   | 関係機関の調整、他職種と協力・連携する<br>(OJT、自己)                             | 関係機関との連携を通してサービス提供体制を構築する<br>(OFF、OJT)   | 地域の社会資源を開発し、連携・統轄することができる<br>(OFF、OJT、自己)                                |
| 事業評価能力           | 地域保健チームのリーダーの一員として包括的な知識と手法を理解する                        |   | 地域保健活動の総括・評価を行うことができる<br>(OFF、OJT、自己)                       | 地域保健活動の総括・評価を行うことができる<br>(OFF、OJT、自己)  | 地域の保健事業や施策を適時・的確に評価することができる<br>(OFF、OJT、自己)                              |

表2. 公衆衛生専門家（医師）の初任期の教育方法及び教育内容

| 能力               | 行動指標   | 教育方法   | 教育内容  |
|------------------|--|--------|---|
| 保健事業の企画・立案能力     | 地域保健チームのリーダーの一員として包括的な知識と手法を理解し、健康課題に対応した地域保健活動の計画・立案ができる                    | OFF-JT | 本庁研修担当者、前任医師、関連大学等との連携で公衆衛生活動の理念・技法及び管内の活動計画、課題等に関して研修する                    |
|                  |  | OJT    | 職場の担当地域において研修で得た技法を適用し、地域特性の把握、重点目標・活動方針の策定等について前任医師、関連大学等と連携して実践研修させる      |
|                  |  | 自己啓発   | 自学自習・自主勉強会、関連大学等との連携で関連資料や文献の読み取り等によって必要な知識・技法を習得する                         |
| 情報収集・調査能力        | 地域保健チームのリーダーの一員として保健情報の収集・整理・評価及び疫学の理念と技法を理解する                               | OFF-JT | 本庁研修担当者、前任医師、関連大学等との連携で疫学・人口統計及びIT能力や保健情報・個人情報管理等の研修を実施                     |
|                  |  | OJT    | 職場の担当地域において研修で得た技法を適用し、前任医師、関連大学等と連携して地域の健康課題を把握するため、情報収集・調査研究を行わせる         |
|                  |  | 自己啓発   | 自学自習・自主勉強会、関連大学等との連携で通常業務で得た地域の健康情報を整理・検討・評価するなど必要な知識・技法を習得する               |
| 保健事業運営能力         | 地域保健チームのリーダーの一員として保健事業の健康相談・健康教育・保健指導等の管理能力を修得する                             | OFF-JT | 本庁研修担当者、前任医師、関連大学等との連携で母子保健、成人保健、高齢保健、精神保健、障害者（児）問題、難病、歯科保健等に関する研修を実施       |
|                  |  | OJT    | 職場の担当地域において研修で得た技法を適用し、前任医師、関連大学等と連携して事業の概要、運営方法を学ばせ、地域課題に対応した保健事業を行わせる     |
|                  |  | 自己啓発   | 自学自習・自主勉強会、関連大学等との連携で業務マニュアル、文献等により最新情報を把握し、必要な知識・技法を習得する                   |
| 個人・家族・集団に対する支援能力 | 地域保健チームのリーダーの一員として、個別健康課題に対する保健・医療・福祉プログラムの作成と評価能力を修得する                      | OFF-JT | 本庁研修担当者、前任医師、関連大学等との連携で個人・家族・集団に関する健康課題評価と支援計画立案の研修を実施                      |
|                  |  | OJT    | 職場の担当地域において研修で得た技法を適用し、前任医師、関連大学等と連携して健康教育の場を多く経験し、保健・医療・福祉プログラム作成・実施・評価を行う |
|                  | 地域保健チームのリーダーの一員として、健康教育の理念・技法を修得する   | OFF-JT | 本庁研修担当者、前任医師、関連大学等との連携で個人・家族・集団に関する健康課題評価と支援計画立案の研修を実施                      |
|                  |  | OJT    | 職場の担当地域において研修で得た技法を適用し、前任医師、関連大学等と連携して個人・家族・集団レベルにおける健康教育の経験を積ませる           |
| 健康危機管理能力         | 地域保健チームのリーダーの一員として医薬品、食中毒、感染症、飲料水及び自然災害等により生じる健康被害の発生予防、拡大防止、治療に関する管理能力を修得する | OFF-JT | 本庁研修担当者、前任医師、関連大学等との連携で医薬品・食中毒・感染症・飲料水及び自然災害等への対応の研修を実施                     |
|                  |  | OJT    | 職場の担当地域において研修で得た技法を適用し、前任医師、関連大学等と連携して地域における健康危機管理の場を設定して対応を実践・評価させる        |
|                  |  | 自己啓発   | 自学自習・自主勉強会、関連大学等との連携で過去の健康危機管理事例の文献等を読み、必要な知識・技法を習得する                       |
| 連携・調査・社会資源開発能力   | 地域保健に関する理念・法規・制度の理解と医師としての総括能力を開発・修得する                                       | OFF-JT | 本庁研修担当者、前任医師、関連大学等との連携で地域の社会資源の活用に関する包括的研修を実施                               |
|                  |  | OJT    | 職場の担当地域において研修で得た技法を適用し、前任医師、関連大学等と連携して地域の健康課題に対応した社会資源等との連携を実践させる           |
|                  |  | 自己啓発   | 自学自習・自主勉強会、関連大学等との連携で実際の社会資源の活用事例の検討等により必要な知識・技法を習得する                       |
| 事業評価能力           | 地域保健チームのリーダーの一員として包括的な知識と手法を理解する   | OFF-JT | 本庁研修担当者、前任医師、関連大学等との連携で地域保健リーダーとしての研修を実施                                    |
|                  |  | OJT    | 職場の担当地域において研修で得た技法を適用し、前任医師、関連大学等と連携して、地域保健事業の評価を行うこと等を通じて、リーダーとしての実践を経験させる |
|                  |  | 自己啓発   | 自学自習・自主勉強会、関連大学等との連携で各種の地域保健事業の評価に関する文献等を通して必要な知識・技法を習得する                   |

保健医療科学院における研修を最大限活用すること

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

主任研究者 高野 健人（東京医科歯科大学教授）  
分担研究者 川口 毅（昭和大学教授）  
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ッショ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が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

初年度は、全国の医学部衛生学・公衆衛生学の教授からなる上記の目的を達成するための

ワークショップを開催し、臨床研修2年次における必修科目である地域医療・保健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。さらに地域医療・保健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ッションを養成するため、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。

2年次は、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。

3年次は、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)、昭和大学の臨床研修施設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)

衛生学・公衆衛生学教室のプライマリケア研修カリキュラム作成への係わりについての実態調査では、各教室の担当者に対して研究目的と提供された情報の取扱についてあらかじめ説明し、同意を得た上で実施し、調査結果は集計値または匿名情報として公表した。ワークショップおよびその報告書内では個人情報については取扱わなかった。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

初年度ならびに2年次の研究結果と考察は研究成果の刊行物・別刷欄参照。

産業保健に係わる臨床研修についての予備評価として、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・参加型の場合は、指導医は63%が優秀または優と回答しているのに対して研修医は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[後述の資料欄(表、図)参照]。

#### E. 結論

医師卒後臨床研修の本格的実施を迎え、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、研修目標ならびにモデル組織規定を作成した。また、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。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. 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（京都：平成15年10月、東京：平成16年3月、島根：平成16年10月、新潟：平成17年3月、札幌：平成17年9月、宇部：平成18年3月）で発表した。

高野健人，川口毅，中館俊夫 臨床研修地域・医療研修実態調査結果ならびにプログラム検討結果報告 衛生学公衆衛生学教育協議会  
2004： pp. 36

地域保健・医療研修評価のためのワークショップ報告書 衛生学公衆衛生学教育協議会  
2005： pp. 42

#### G. 知的所有権の取得状況

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（G10）   |                                |         |
| 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事が出来る。       | 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 | 3  |    | 1 | 2 |    | 3  |    | 1 | 2  |    |
| 委員会  | 1  |    | 1 |   |    | 3  |    | 2 | 1  |    |
| 情報収集 |    |    |   |   |    | 4  |    | 1 | 3  |    |
| 健康増進 |    |    |   |   |    | 6  | 1  | 2 |    | 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<br>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 |   | 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 |   | 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  |

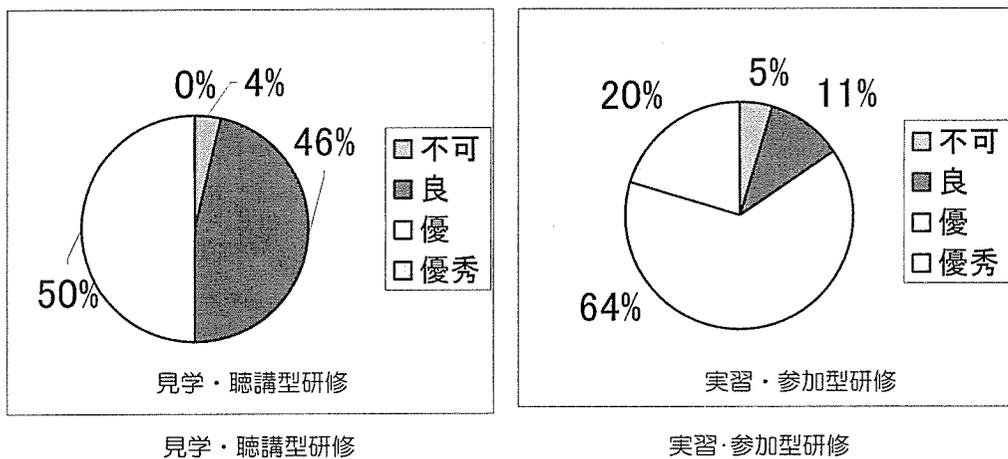
|      | 見学 |    |    |    |    | 実習 |    |    |    |    |
|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|      | 件数 | 不可 | 良  | 優  | 優秀 | 件数 | 不可 | 良  | 優  | 優秀 |
| 指導医  | 27 | 0  | 14 | 13 | 0  | 21 | 0  | 4  | 8  | 9  |
| 研修医  | 9  | 1  | 8  | 0  | 0  | 18 | 2  | 10 | 2  | 4  |
| 健康教育 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 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

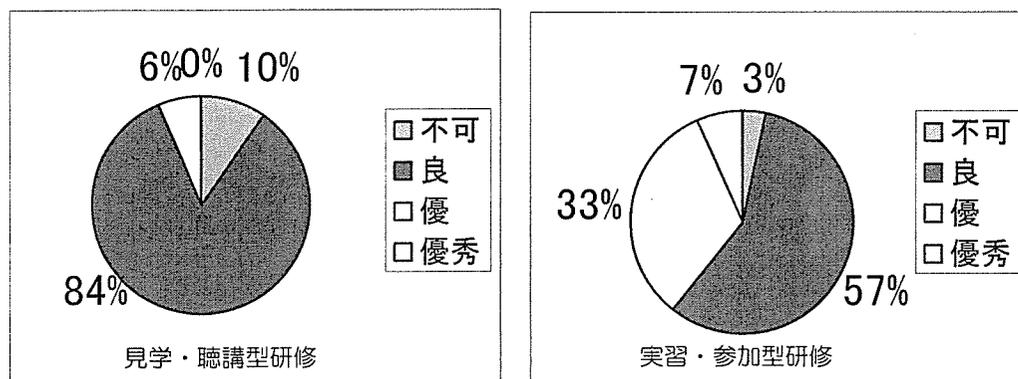
|      | 見学 |    |    |    |    | 実習 |    |    |    |    |
|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|      | 件数 | 不可 | 良  | 優  | 優秀 | 件数 | 不可 | 良  | 優  | 優秀 |
| 指導医  | 54 | 2  | 25 | 27 | 0  | 64 | 3  | 7  | 41 | 13 |
| 研修医  | 31 | 3  | 26 | 2  | 0  | 61 | 2  | 35 | 20 | 4  |
| 健康教育 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 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



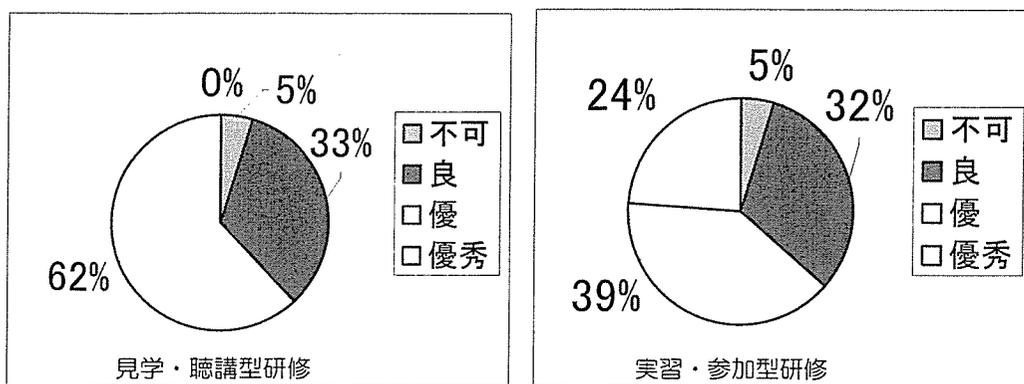
見学・聴講型では約半数が優秀または優と回答していたのに対して実習・参加型では 84%が優秀または優と回答していた。

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



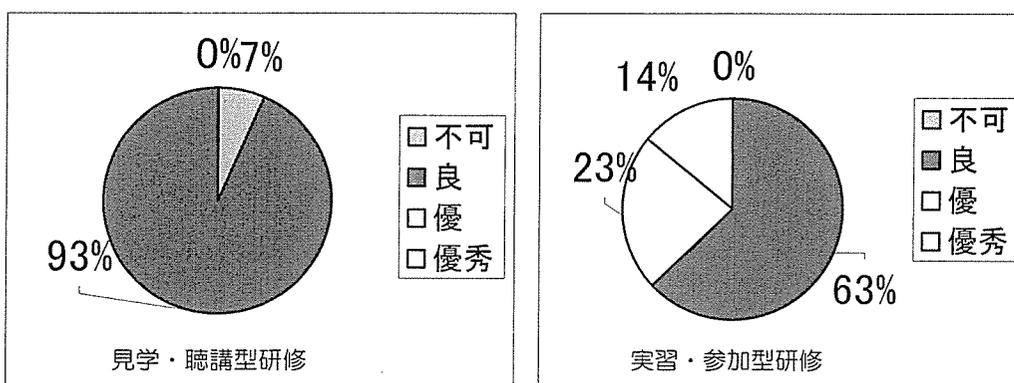
見学・聴講型では 6%が優と回答していたのに対して実習・参加型では 40%が優秀または優と回答していた。

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。