

4. Part I 試験

(1) 背景

この試験は 2006 年から導入されたが、以前は、研修プログラムの参加要件として公衆衛生大学院での公衆衛生修士(MPH)の取得が課せられていた。しかしそれが除外されたため、研修プログラムを遂行できるだけの公衆衛生の基本的な知識や技術を獲得できていることを保証するために、この試験が実施されることとなった。

(2) 概要

Part I 試験は、公衆衛生に関する科学的な知識と理解、および基本的な公衆衛生の技術を適用する能力を試験することを目的としている。試験は毎年 10 月に 1 回実施される。2 日間の筆記試験で、知識 (knowledge) に関する「Paper I」と、技術 (skill) に関する「Paper II」で構成される。

Paper I は 4 時間の試験で、「調査研究方法 (Research method)」、「疾患の因果関係、予防、及びヘルスプロモーション (Disease causation, prevention, and health promotion)」、「保健情報 (Health information)」、「医療社会学・社会政策・保健経済学 (Medical sociology, social policy and health economics)」、「ヘルスケアの組織と管理 (Organisation and management of health care)」の 5 つの領域から、各領域 2 設問、計 10 設問が設定されている。各設問とも複数の小問題が設定され、選択肢や短い記述による回答が求められる。

Paper I のシラバスを次ページより示す。

Paper II は 4 時間の試験で、学術雑誌等に掲載された論文を読んでその批判と解釈を行う設問 (2.5 時間) と、提示された統計資料に関して計算と結果の解釈を行う設問 (計算機持ち込み不可) (1.5 時間) で構成され、各設問につき複数の小問題が設定されている。

Paper II のシラバスとして、以下の 3 領域が設定されている。

- ・ 調査研究のデザインと解釈 (Design and interpretation of studies) …調査研究の計画立案の技術；統計的技法の使用とそこから導かれる推論の妥当性を含めて、公表された論文を批判的に吟味する能力；量的および定性的な研究から適切な結論を導き出す能力
- ・ データの操作と解釈 (Data manipulation and interpretation) …データを分類・操作し、量的および定性的なデータから適切な結論を引き出す能力。
- ・ コミュニケーション…文書表現の技術；投稿論文の作成；専門家、非専門家、メディアを含む様々な聴衆のための資料の作成；情報の取り扱い；保健サービス、疾病予防（感染症の集団発生や環境有害物の発生を含む）およびヘルスプロモーションに関して公衆に説明する際の情報の取り扱いとメディアの利用

Part I 試験における「知識 (knowledge)」に関するシラバス

1. 疫学、統計学的手法、その他、質的研究方法などの調査研究方法を含む、公衆衛生実務に適した調査研究方法 (Research methods appropriate to public health practice, including epidemiology, statistical methods, and other methods of enquiry including qualitative research methods)
 - a. 疫学…人口動態と保健統計を用いて疾病の分布を時間、場所、属性別に記述; リスク集団の分子と分母と人口; リスクの時間; 直接的・間接的標準化と余命損失年数を含むデータを要約する方法; 公衆衛生に適した比較グループの特定を含む人口寄与リスクと疾病負荷の測定 (事象ベースと時間ベース); ばらつきの原因、疫学的測定における誤差、及び分子と分母データの誤差の回避; リスクの概念と測定; オッズ比; 関連と因果関係; バイアス; 交絡; 記述的研究 (小規模地域を含む) の研究デザイン、応用、長所と短所、及び小規模地域における統計の分析手法; 分析的調査と介入調査 (無作為化比較臨床試験を含む) の研究デザイン、応用、長所と短所; intention to treat の分析; クラスタ化されたデータ、その標本数への影響と分析のアプローチ; Numbers Needed to Treat (NNTs)、その計算、解釈、長所と短所; 時系列分析; 疫学手法の新しい応用; 母集団からの標本抽出法; 介入研究における割付方法; 調査データを記録するための文書化デザイン; 妥当な質問票の作成; 観察的技法の妥当性検証の方法; 疾病予後の調査; 生命表分析を含む、疫学調査の分析と解釈における統計的方法の適切な使用; systematic review; 電子的文献データベースとその限界; グレー文献; 根拠に基づく医療と政策; 研究のエビデンスの階層—よくデザインされたメタアナリシスから事例分析まで; コクラン共同計画; 疫学研究の倫理とエチケット
 - b. 統計学的手法…初歩的な確率理論; 事象の独立性; 標準的な統計分布 (例えば、正規、ポアソン、二項) とそれらの使用; 標本分布; 標本から母集団を推測する原理; データの位置と散らばりの尺度とそれらの適切な使用; 統計学におけるグラフ化法; 仮説検定; type I、type II の error; 多重比較の問題; 2つ以上の集団を比較するためのパラメトリック検定とノンパラメトリック検定; 推定と信頼区間; 標本サイズと検定力; 回帰; 相関; 多重線型回帰; 多重ロジスティック回帰; Cox 回帰; 生存率の比較; 複数の研究からのデータの結合方法; 公表バイアス; heterogeneity; funnel plot; ベイズ理論

(続き)

- c. ヘルスケアのニーズ、利用状況、結果のアセスメントとヘルスケアの評価のアプローチ…保健医療サービスのニーズの同定や政策開発への、疫学やその他の方法の利用；参与的なニーズアセスメント；サービス利用とパフォーマンスの尺度の作成と解釈；需要と供給の測定；ヘルスケアの構造、プロセス、アウトカムの測定を含む、サービスの効果、効率、受容性を評価するための研究デザイン；健康状態、QOL、ヘルスケアの測定；人口ベースの健康結果指標；損失の測定；質の評価と質の保証を含む評価の原理；ヘルスケアの公平性；臨床における監査；機密調査のプロセス；フォーカス・グループ、半構造化面接、in-depth interviewの技法を含む、データ種集の質的方法；デルファイ法；経済的評価；サービスの適切性と十分性および消費者と提供者への受容性；予防戦略の疫学的基礎；健康と環境に関する影響評価

2. 疾患の因果関係、予防及びヘルスプロモーション (Disease causation, prevention and health promotion)

a. 疫学的パラダイム

- ・プログラミング、ライフコース、成人におけるリスクファクターのアプローチ（疫学的推移、予防におけるハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ、social gradient)
- ・特定の疾患の疫学…現在、地域住民の健康に重大なインパクトを与える疾患（特に予防可能なもの、保健医療サービスを計画的に提供する必要のあるもの、その他の公衆衛生上の重要な問題となるもの）に関する臨床的特徴、分布、原因、行動特性および決定要因に関する知識

- b. スクリーニング…疾患の早期発見、予防、治療、コントロールのためのスクリーニングの原理、方法、応用；感度、特異度、陽性・陰性的中率を生データから計算し、検定するための知識と能力を含む、スクリーニングテストの統計学的側面；スクリーニングテスト、診断のための検査の違い；尤度比；検査前後の確率；スクリーニングの倫理的、経済学的側面；スクリーニングプログラムの計画・実施・評価；乳がん検診や子宮頸がん検診、出生前・新生児スクリーニングテストなどのスクリーニングプログラムの幅広い実施に必要な根拠

(続き)

- c. 遺伝学…初歩的な人類遺伝学；集団の遺伝性病因；血縁内の疾患の病因、分布、コントロール；疾患の発生における遺伝要因と環境の相互作用；遺伝疫学に関連する初歩的な分子生物学；遺伝子検査の倫理的、経済的意義

- d. 保健行動・社会的行動…栄養の原理および疾患の原因となる栄養不足の影響；栄養と食物；食事の選択の決定要因；食事に関する現在の目標と勧告；食事、身体活動、アルコール、合法・非合法ドラッグ、喫煙、性行動、太陽への曝露の違いによる健康影響；行動変容理論；害の減少

- e. 環境…疾患の決定要因；リスクとハザード；地球温暖化と気候変動の影響；持続可能性の原理；劣悪な居住と住宅環境、不適切な水の供給と衛生管理に関連する健康問題；環境有害因子（食物と水の安全、大気汚染、その他の毒性有害物、騒音、電離・電磁的な放射線などを含む）のモニタリングとコントロールの方法；環境管理に関する法規の利用；職場における健康と安全に対する影響要因の評価（健康への有害物質の管理を含む）；職業と健康；交通問題

- f. 感染症…サーベイランスとコントロールの方法；予防接種プログラムの計画と管理；感染症の集団発生の原因調査における疫学手法の適用；地域において一般的で重要な感染症の自然史、臨床的特徴、診断法、コントロールに関する知識；感染症管理に関連する保健医療組織；微生物学に関連する分子生物学；感染症管理の国際的側面

- g. ヘルスプロモーションの原理と実践、健康に対する集団と個人の責任…健康の決定要因としての社会的、政治的、経済的、身体的および個人的要因の間の相互作用（オタワ憲章）；ヘルスプロモーションへの様々なアプローチの根底にあるイデオロギー的なジレンマと政策上の仮定；予防のパラドックス；健康に影響する個人のライフスタイルに効果を及ぼす健康教育やその他の方法；健康関連行動を説明・予測するモデルの価値；健康へのリスク行動、及び専門職、患者、一般市民の健康関連行動に影響を及ぼす介入の効果；健康教育に関連するコミュニケーションの理論と実践；ヘルスプロモーションにおける立法、財政、その他の社会政策の役割；ヘルスプロモーションプログラムの開発と実践の方法；地域開発の手法；パートナーシップ；ヘルスプロモーション、公衆衛生または公共政策の介入の評価；ヘルスプロモーションにおける国際的な協働とイニシアティブ

(続き)

3. 保健情報 (Health information)

- a. 人口…国勢調査の実施とデータの収集・公表の方法；人口動態；人口集団の年齢、性別、職業、社会階級、民族、その他の特性に関する、重要な地域的・国際的な差異；人口推計・人口予測の方法；生命表の原理とその人口動態への応用；人口予測；出生、死亡率、移民の人口構成への影響；人口規模と人口構成の歴史的変化とその根底にある要因；人口の変化が人口集団の健康や彼らの保健医療サービスやその他の関連サービスのニーズに及ぼす重大な影響；人口増加に取り組む政策；国と世界の人口政策；原住民（アボリジニ）の健康データ管理の課題—同定、所有；オーストラリアにおける NESB/CALD 規則

- b. 疾患と健康…プライマリケアにおけるデータを含む、死亡率と罹病率に関する定常的なデータソースと国、州、地方自治体レベルにおけるデータの収集・発表方法；ICD とその他の疾患と医療の分類方法；地域、職業、社会階級を含む健康状態の測定に用いられる率や比；出生、死亡、特定疾患（癌やその他の疾病登録など）の定常的な発生報告・登録システム；データのリンケージ；オーストラリアの機関（ABS、AIHW、国家公衆衛生データベース）

- c. 応用…保健医療サービスの計画と評価のための情報の利用；情報システムの仕様と利用；保健医療サービスの提供と利用の一般的な測定方法；保健医療サービスの計画策定における数学的モデリング技法の使用；サービスのニーズと結果の指標；定常的な保健情報の強み、利用、解釈および限界；保健医療サービス情報の管理とヘルスケアの提供への支援におけるコンピュータの利用

(続き)

4. 医療社会学・社会政策・保健経済学 (Medical sociology, Social policy and Health economics)

- a. 健康と疾患の概念と病因学…人間の行動に関連する科学の理論的な観点と探究の方法; 社会役割としての疾患; 一次的・二次的逸脱の概念; ステイグマ、障害、ハンディキャップ; 社会的・構造的医原性; 社会における医学の役割; 疾患の様々な社会的パターンと経験の説明 (性別、民族、雇用状態、年齢、社会階層の差異を含む); 疾病と疾患の原因における社会的、文化的、心理的要因の役割; 健康の土着の概念
- b. ヘルスケア…ヘルスケアの様々なアプローチ (セルフケア、家族によるケア、コミュニティケア、自助グループを含む); 出来高払い (Fee for Service) と人頭払い (capitation); 社会組織としての病院; 専門家、専門化、専門家としての葛藤; ヘルスケアの提供における臨床の自律性の役割; 疾患と治療に対する反応としての行動; 保健行動における意思決定の心理学; オーストラリアの行政システムがヘルスケアの財政と提供に及ぼす影響; オーストラリアにおいて異なる責任をもつ3つのレベルの政府 (連邦政府、州政府、地方自治体)、プライマリヘルスケアの定義
- c. 平等、公平、政策…ニーズと社会正義 (social justice) の概念; 優先順位と割当 (rationing); 公平と効率のバランス; 消費者主権と地域参加; 一般市民の情報へのアクセス; 政策実施の問題; 政策形成の主要なアプローチ; 権力、利害、イデオロギーの概念の理解; 社会階級、性別、文化、民族に関係する不平等を含む、健康とヘルスケアへの分布の不平等と、それらの原因; オーストラリアにおける私的・公的な保健医療サービスの提供
- d. 保健経済学…保健経済学の原理 (希少性の概念、ニーズと需要の違い、機会費用、限界、効率と公平を含む); 財政的な資源配分; ヘルスケアとソーシャルケアのシステム、望ましい結果を達成するためのインセンティブの役割; 経済的評価の手法 (費用効果分析、費用効用分析、オプション評価、費用便益分析を含む); 限界分析; 意思決定分析; 割当 (rationing); 意思決定における臨床家の役割; オーストラリアにおける先住民へのヘルスケアへの資金提供

(続き)

5. ヘルスケアの組織と管理 (Organisation and management of health care)

- a. 組織の理解…組織論；組織分析の方法（役割分析、組織内の個人と集団の行動を含む）；組織の構造的・状況的次元；機能、生産物、マトリックスの構造とそれぞれの強みと弱み；グループ理論（例えば、Belbin roles、グループの発達段階 (stages of group life) など）とその保健医療システム及び公衆衛生実践との関連；組織のデザインと診断の原理；健康とヘルスケアにおける国際組織の役割；オーストラリアの保健医療システムの構造

- b. 管理と変革…基本的な管理のモデルと理論（例えば、Taylor、Weber、Fayol、Mayo、Mintzberg、Peters と Waterman など）、基本的なモチベーションの理論（例えば、McGregor、Maslow、Mayo、Herzberg など）；戦略開発への組織内・組織外の影響要因、変革への戦略的開発のアプローチの枠組み（例えば、Porter、BCG matrix、McKinsey 7S framework、SWOT analysis など）；変革に抵抗する要因、変革を促進する要因；force field analysis；創造性と革新性、創造と革新への障害；創造性を刺激するための枠組み（例えば、ブレインストーミングなど）；個人管理の技能（例えば、時間、ストレス、利害衝突などの管理）；代表任命 (delegation) の原理；交渉の原理；効果的なコミュニケーション（文書、口頭）の原理、理論、方法、及びその保健医療システム及び公衆衛生実践との関連；保健医療サービスの管理の発展と変革；管理者、医師、その他の職種との間の相互作用；部局横断的な業務とパートナーシップ；権力と権限の基礎；リーダーシップとそのスタイル；専門職の行動変容；管理に関連するコミュニケーションの理論と実践；人々の動機づけと利害衝突の管理の原理；個人と集団による効果的な意思決定；目的や目標に向けたパフォーマンスのアセスメント

- c. 保健医療サービスの開発と計画…計画策定の理論（合理主義的アプローチ、増分主義的アプローチ、混合スキミングアプローチ）；保健医療サービスの組織化と資金調達の方法とそれらの相対的な利点；リスクマネジメント；ガイドラインの開発；統合ケアの pathway；保健医療サービスの計画策定への一般市民との協議と一般市民の関与；特に国際比較に焦点を当てた対人保健サービスと公衆衛生の歴史的発展

5. 研修プログラム（OJT）の推進と評価

（1）研修プログラムの推進・評価体制

①概要

AFPHM は、研修生の指導や評価など、研修プログラムの推進を支援する役割をもつ者として、「地方学生監（Regional Censor）」、「監督者（supervisor）」、「指導者（mentor）」を設置している。また州レベルでの研修の推進・評価を実践する組織として、AFPHM の「地方委員会（Regional Committee）」が設置されている。

②地方学生監（Regional Censor）

AFPHM の上級会員で、各州・準州に 1 名が任命されている。主な役割は、以下のとおりである。

- ・ 研修生と研修志願者に対して、各州での研修プログラムの機会や内容について助言すること
- ・ 研修志願者に対して、監督者（supervisor）と指導者（mentor）を推薦し、研修生と協議すること
- ・ 事情によって監督者や指導者を変更する必要がある場合、新しい監督者や指導者の選定に関して研修生と協議すること
- ・ 研修参加申込書や監督者レポートを検閲し、地域委員会に提出すること

③監督者（supervisor）

監督者は、研修生の就業場所における研修活動（OJT）を監督・評価する役割をもつ。通常は、研修生 1 名に対して 1 人の監督者が任命されるが、複数の監督者が研修プログラムの特定の部分をそれぞれ監督する場合もある。

監督者は、AFPHM の会員（公衆衛生専門医として認定されている者）であることが推奨されている。ただしそれが困難な場合は、医師でない公衆衛生専門家、他分野の専門医、公衆衛生分野（保健経済学、生物統計学、保健医療サービスの評価など）の研究者・科学者も認められているが、その場合は AFPHM の会員が共同監督者となることが推奨されている。

また監督者は、オーストラリア王立医学会、AFPHM などが実施する監督者研修、AFPHM が実施する専門家継続教育（Continuing Professional Development：CPD）に参加することが推奨されている。

AFPHM は監督者向けの詳細な指導マニュアルを作成しており、監督者はそれにしたがって研修生の指導及び監督を行う。

監督者の主な役割は、以下のとおりである。

- ・ 研修生自らが作成する「学習計画（スケジュール、学習目標、具体的な内容など）」に関して、支援や助言（例えば、学習計画に適合した業務（プロジェクトなど）や担当など）を提供すること
- ・ 研修生と定期的なミーティング（少なくとも 2 週間に 1 回）を行い、支援や助言を行うこと

- ・研修生と、少なくとも年に4回、各回最低1時間の「評価ミーティング」を行い、学習計画の進捗状況を評価するとともに、より詳細な指導や助言を行うこと
- ・研修期間の各年末に、研修生の成績を正式に評価し、「監督者レポート (supervisor report)」を作成すること

④指導者 (mentor)

指導者は、研修生の評価する役割をもたないが、研修プログラムの全体的な計画について研修生に助言する役割をもつ。

指導者は、研修生の経歴や職務の詳細を理解して、それらを考慮して学習計画について助言できる AFPHM の会員であることが推奨されている。

指導者は、研修生が研修プログラムや評価に関する問題に直面した際の最初の相談相手であり、必要があれば、研修生と地方学生監あるいは監督者との間を仲介することも期待されている。

また指導者は、監督者と同様に、オーストラリア王立医学会、AFPHM などが実施する監督者研修、AFPHM が実施する専門家継続教育に参加することが推奨されている。

⑤AFPHM の地方委員会 (Regional Committee)

地方委員会は、各州・準州に設置され、AFPHM の州レベルの活動を管理する役割をもつ。研修プログラムに関しては、以下の役割をもつ。

- ・志願者の研修開始申込書、研修生の研修継続申込書 (毎年提出される)、及び監督者レポートを受理・承認すること
- ・各研修生の学習計画に対して助言し、改定を支援すること
- ・監督者 (supervisor) と指導者 (mentor) の選択について、研修生を支援すること
- ・学術会議などの、地域における研修や学習の機会を設定し、研修生への参加を促すこと
- ・最終試験 (Final Program Assessment (FPA)) の受験予定者に対して、口頭試問 (Oral Examination) の模擬試験を実施すること

(2) OJT の具体的な流れ

①学習計画の策定

研修生は、研修年度の初めに、学習計画を自主的に策定する責任をもつ。策定の際には、監督者および指導者の助言や支援を受け、両者の承認を得る必要がある。

学習計画では、1年間に従事する研修活動 (各種研修コースの受講、従事するプロジェクトや業務の内容 (OJT) など)、学習目標、研修活動によって達成される competency (Competency Area in Public Health Medicine に準ずる) などを詳細に記述する必要がある。

②研修開始申込書（1年目）、研修継続申込書の提出（2年目以降）

研修開始申込書は、1年目の学習計画、及びその他の必要事項（学歴、現在の職位、監督者および指導者の氏名など）を記入して、AFPHM本部に提出する。AFPHM本部のチェックを受けた後、地方委員会に送付され、地方委員会の承認後、研修が開始される。

研修継続申込書は、これまでの学習成果、2年目以降の学習計画、その他の必要事項を記入して、監督者レポートとともに、AFPHM本部に提出する。AFPHM本部のチェックを受けた後、地方委員会に送付され、地方委員会の承認後、新年度が開始される。

③評価ミーティング

研修生と監督者は、少なくとも年に4回、各回最低1時間の「評価ミーティング」を行う。監督者は、学習計画の進捗状況を評価するとともに、より詳細な指導や助言を行う。また研修生はそのミーティングの日付と内容を記録しておくことが義務づけられている。

④監督者レポート（supervisor report）

監督者レポートは、研修生の1年間の研修活動の評価表である。監督者は、その年の研修開始申込書または研修継続申込書に記載された学習計画に照らして、その進捗状況などについて評価し、監督者レポートを作成する。研修生は、その監督者レポートを、研修継続申込書とともに、AFPHM本部に提出する。AFPHM本部のチェックを受けた後、地方委員会に送付され、地方委員会で承認される。

監督者レポートの内容は、以下のとおりである。

- ・基本情報（研修生、監督者の氏名、連絡先、研修期間（プログラムの何年目か）、評価ミーティングの実施日、研修生の職位（感染症課の医務官など）、職責、職務など）
- ・実施した研修活動
- ・学習目標…学習計画で設定した学習目標、目標達成の経緯、達成された目標、達成された competency 項目とその達成度（習得しなかった、ある程度習得した、よく習得した、幅広く取得した、の4段階評価）、全体的な評価
- ・研修の総括…学習計画の全体的な達成度、監督者とのコンタクトの内容、知識、能力、同僚・スタッフとの関係、所属部門の活動への貢献、口頭・筆記によるプレゼンテーション能力、概評、研修生の全体的成績に対する満足度（優秀、期待以上、よい、まあまあ、不十分、の5段階）、研修活動に影響する要因、条件、改善策
- ・その他（認定月数・単位数、研修生と監督者の署名、地方委員会のコメントと署名）

6. 最終試験 (Final Program Assessment : FPA)

(1) 概要

研修生は、最終年度（一般的には3年目）に「最終試験 (Final Program Assessment : FPA)」を受験しなければならない。この試験は、研修生の公衆衛生専門医としての能力・資質を総合的に評価し、その資格を満たしているかどうかを査定することを目的とする。

FPAは年1回、毎年6月から受付が開始される。研修生は、取得単位が29単位を超えた時点でFPAの受験資格を得ることができる。なお、研修期間（3年間）を終了し、全ての単位を取得した後は、2年以内にFPAを受験しなければならない。

FPAは、Bound Volume (BV) と口頭試問 (Oral Examination) で構成される。BVは研修生のこれまでの研修プログラムの成果（論文など）の全てを記録した報告書である。10月までにAPPHMの本部と地方学生監に提出しなければならない。

口頭試問は11～12月に実施され、提出されたBVに関する試問と、一般的な公衆衛生医学に関する試問が行われる。

研修プログラムの修了要件は、①36単位を取得すること、②全て（3年間）の監督者レポートを提出すること、③BVを提出し、合格すること、④口頭試問を受験し、合格することで、これらを満たしてはじめてAPPHMの会員 (Fellow) となる。

(2) Bound Volume (BV)

BVは、研修活動要約 (training summary) と専門報告書 (technical report) で構成される。これらを全て製本し、10部提出する。

研修活動要約は、研修生が従事した職務・業務・プロジェクト（日付、期間、具体的な内容など）、業務の成果（例えば、調査研究等の事業資金の取得、新規に取り組んだ活動、調査研究や発表論文のリストなど）、研修活動で達成された competencyなどを、A4用紙約10枚で要約したものである。また研修期間中に作成した論文、報告書、学位論文、その他の資料は、付録として添付することができる。

専門報告書は、研修生が主要な役割を果たしたプロジェクトに関するより詳細な報告書である。3つの異なる種類のプロジェクトやトピックに関して作成し、全部で3冊の報告書を提出しなければならない。同じプロジェクトやトピックで2冊の報告書を提出することはできない。各報告書は、A4用紙5～10枚で作成しなければならない。学位論文や発表論文をもとに作成してもよいが、写しは不可で、専門報告書として新たに編集する必要がある。

BVの評価は、3名の試験官によって行われる。研修活動要約は25点満点、専門報告書は1冊につき25点満点、合計100点満点（25（研修活動要約）+25×3（専門報告書））で評価される。合格点は45点以上である。

BVが合格点に満たない場合、口頭試問が合格点を満たしていれば、BVの再提出が求められ、再審査が行われる。

BVの評価基準は、以下のとおりである。

- ・取り組んだ課題や業務の定義や背景について、現場での実状と科学的見地から明確に記述されているか？
- ・報告された活動の具体的な目標と目的が明確に記述されているか？
- ・情報の収集、分析、発表に用いられた方法は厳密に適用されているか？
- ・情報は明確に提示されているか？
- ・他の関連する活動の成果との比較がなされているか？
- ・得られた知見の公衆衛生と公衆衛生医学の実務における意義が明確に記述されているか？
- ・得られた示唆の実施及び評価に関する計画が記述されているか？
- ・プロジェクトにおける自身の役割、責任、貢献度について明確かつ詳細に記述されているか（他の人々の役割と比較した場合のリーダーシップ、意思決定、プロジェクトに対する責任、データ収集分析、得られた知見の公表などの点で）？
- ・報告書全体として、妥当性、一貫性、及び全体的な質が確保されているか？
- ・抄録（200語以内）

（3）口頭試問

口頭試問（Oral Examination）は、BVに関する試問と、一般的な公衆衛生医学に関する試問で構成される。質問は competency（Competency Area in Public Health Medicine）を網羅するように構成される。試験時間は1時間で、約12の質問（3分の1がBVに関する質問、3分の2が一般的な公衆衛生医学に関する質問）が行われる。

BVに関する試問では、記述されているプロジェクトや調査研究に関して、技術的な面や内容的な面でより高度な質問が行われる（例えば、調査研究で使用した研究方法の原理を十分に理解しているか、プロジェクトに関連する公衆衛生上の課題を幅広く理解しているか、など）

一般的な公衆衛生医学に関する試問では、「直接的な質問」と「シナリオを用いた質問」が行われる。「直接的な質問」では、オーストラリアの保健医療制度や調査研究方法（例えば、交絡、経済的評価、信頼区間など）などに関して、専門家以外の一般市民でも理解できるように回答することが求められる。「シナリオを用いた質問」では、提示されたシナリオに関して、実務的な観点からその状況にどのように対応するか、などについて回答することが求められる。

口頭試問の評価は、4名の試験官によって行われるが、1名はオブザーバーとして参加し、採点には関与しない。

評価基準は、以下のとおりである。

- ・質問の本質を理解しているか？
- ・明確にしっかりと論点を把握していることを示しているか？
- ・回答が一貫した公衆衛生の枠組みに基づいているか？
- ・関連した実践的な例で概念的な問題を示しているか？
- ・論点をバラバラに列挙するのではなく、体系的に回答しているか？

また各質問の採点基準は、以下のとおりである。平均点は1.5点を超えることが望ましく、2.5点が理想である。

- ・0 点…質問に全く答えられなかった
- ・0.5 点…最低限の回答を行った
- ・1 点…論点をいくつか網羅したが、最低限のレベルに到達しなかった
- ・1.5 点…論点を最低限のレベルで網羅した
- ・2 点…ほとんどの論点を網羅し、しっかりした回答を行った
- ・2.5 点 全ての論点を、明確かつ体系的に網羅した、非常によい回答を行った。
- ・3 点…卓越した回答を行った。の場合

口頭試問が合格点に満たない場合でも、BVが合格点を満たしていれば、BVの再提出しなくても、翌年の口頭試問を受験することができる。

7. 公衆衛生専門医の研修プログラム修了後の状況

(1) 公衆衛生関連業務への従事

上述したように、保健医療関連機関において公衆衛生医師としての職位に就いていることが公衆衛生専門医の研修プログラムの参加要件であるため、研修修了後は引き続きその職位で公衆衛生関連業務に従事することになる。

オーストラリアでは、保健医療関連機関の資格要件や採用条件が、国レベルの法律や自主規制などで定められていないため、公衆衛生専門医に関しても、州、地方自治体、あるいは組織によって採用条件は異なる。しかし近年、この研修プログラムを採用条件とする州や組織が増加しており、研修受講のインセンティブも大きくなりつつある。

AFPHMの研修プログラムの修了者は、連邦政府、州政府の保健医療関連の部門、大学、研究所、病院などにおいて、感染症管理、公衆衛生、疫学、調査研究などの上級職として従事している。

(2) 専門家継続教育 (Continuing Professional Development : CPD)

AFPHMでは、会員 (Fellow)、つまり公衆衛生専門医の資格を取得した者を対象として、専門家継続教育プログラム (Continuing Professional Development : CPD) を実施している。現在のところ、義務づけられているわけではないが、オーストラリアでは、近い将来、医師免許の更新を毎年実施する予定であることから、専門医の資格更新もそれに準じて実施される方向にある。

CPDプログラムの修業年限は3年間で、単位方式 (Credit)、つまり特定の単位数が定められた教育研修を受講・実習して、必要単位数を満たすという方式で進められる。必要単位数は3年間で300単位、毎年最低60単位を取得する必要がある。プログラム修了後には、修了証書 (Certificate of Completion) が交付される。

このプログラムは受講生の主体的な取り組みを重視しており、毎年の学習計画（単位取得の内容や方法など）を策定し、それにしたがって自主的にプログラムを進める。そして毎年、単位取得報告書（CPD Credit Distribution Form）を提出する。また「ポートフォリオ」を作成し、発表論文、学会での発表、調査報告書、監査報告書、受講した研修の資料、学習計画など、CPD活動の全ての記録や資料を保存することが推奨されている。

研修活動として、以下のものが設定されている。

○医学継続教育（Continuing Medical Education）…3年間で最低60単位

- ・ Category A meeting…AFPHM（本部、地方）、オーストラリア公衆衛生協会、その他の公衆衛生に関連する国際・国内学会の学術会議への参加
- ・ Category B meeting…学術会議以外の公衆衛生関連の会議への出席
- ・ Journal CME 活動…論文講読会（ジャーナルクラブ）への参加
- ・ コース・ワークショップ…博士課程、公衆衛生に関するワークショップ、遠隔教育コースなど
- ・ 自己学習活動

○公衆衛生の情報提供（Informing Public Health）…3年間で最低60単位

- ・ 発表…カンファレンス、セミナー、ワークショップ、学術会議などでの発表
- ・ 教育活動…公衆衛生関連の学部生・大学院生を対象とした講義、健康教育活動、教育活動のための資料作成、公衆衛生専門医の研修生や大学院生（修士・博士課程）の監督・指導（supervisor、mentor）
- ・ 論文等の発表…書籍、学術雑誌などでの論文等の発表
- ・ 調査研究活動…論文等の発表以外の、研修指導や研究費の申請など
- ・ 委員会への参加…AFPHMの各種委員会、政府機関の諮問委員会など
- ・ レビュー活動…ピアレビュー、修士・博士論文の査読、学生・研修生の審査（特に公衆衛生専門医の研修生の審査（BVの審査、研修生の指導）は重要）など

○質の改善活動（Quality Improvement）…3年間で最低30単位。

- ・ 積極的な質改善活動（Active Quality Improvement）…自分自身の公衆衛生実践の質と効果の評価（活動のフィードバックやデータの収集、文献レビュー、監査、ピアレビューグループによる相互改善など）
- ・ 消極的な質改善活動（Passive Quality Improvement）…他者の公衆衛生実践の質の評価（専門家委員会、質改善委員会、ピアレビュー委員会への参加など）

8. オーストラリアの公衆衛生専門医の養成システムのわが国への適用可能性

(1) オーストラリアの衛生行政システムの特徴

オーストラリアの自治体の階層は、連邦政府—州政府（6州と2準州）—地方自治体（900の市（city）、町（town）、村（shire）、島（island）など）である。州政府は連邦政府の憲法に矛盾しない範囲で州独自の憲法を制定でき、ある程度の自治権が認められているが、アメリカと比較すると国の権限は強い。

衛生行政組織として、連邦政府にはわが国の厚生労働省に相当する Department of Health and Ageing が設置されている。州政府には保健医療部局が設置され、公衆衛生（感染症、健康危機管理など）を含む保健医療サービスの提供の責任機関として位置づけられているが、その名称や機能は州によって異なる。また州政府は公衆衛生の第一線機関としてコミュニティ・ヘルスセンターを設置している。地方自治体の衛生行政の組織や機能は州によって異なるが、Medical Officer of Health（常勤または非常勤の医師）、Environmental Health Officer（食品衛生、環境衛生を所管する専門家）が設置されることが多い。

健康危機管理の責任機関は州政府であり、名称や組織構造は異なるが、危機管理（Emergency Management）の担当部門、危機管理の最高権限を有する委員会、危機管理担当者としての Emergency Management Liaison Officer（EMLO）、そして健康危機管理計画担当者（Medical Disaster Planning Officer）がそれぞれ設置され、健康危機管理計画の策定や危機発生時の対応の調整などを実施する。

連邦政府は州の健康危機管理を支援する役割（サーベイランス、技術的支援、研修など）をもち、ADHACの Disaster Medicine Unit、The Australia Disaster Medicine Group（部局横断的なチーム）、EMA（Emergency Management Australia）などの部局や組織が設置されている。

EMAは、健康危機を含む、自然災害や事故などのあらゆる危機への対応と管理を国レベルで実践する連邦政府の外郭団体で、州政府に対して、危機発生時の物資や専門家の派遣、平常時の健康危機管理研修などの支援を実施している。

(2) オーストラリアの公衆衛生専門医の養成システム

オーストラリアでは、オーストラリア王立医学会（Royal Australasian College of Physicians）の認可を受けた Australasian Faculty of Public Health Medicine（AFPHM）によって、公衆衛生専門医の教育研修のシステムが運営されている。これは、イギリスにおける公衆衛生専門家（Consultant/Specialist in Public Health）の養成システムと非常に類似しているが、オーストラリアの実状に応じて改定された形で運営されている。

公衆衛生専門医の研修プログラムへの参加要件として「3年間の臨床経験を有する医師であること」、「保健医療関連機関において公衆衛生医師としての職位に就いていること」が設定されている。イギリスと異なる点として、前者に関しては、イギリスでは医師資格の有無に関わらず参加できるが、オーストラリアでは医師に限定していることが挙げられる。また後者に関しては、イギリスでは、研修生（trainee）の職位で公衆衛生業務に従事しながらプログラムを実施できるが、オーストラリアでは、その職位が認められていないため、公衆衛生医師の職位を確保した上で実施しなければならないことが挙げられる。したがってオーストラリアの研修プログラムは、公衆衛生に従事する「医師」が公衆衛生の

「専門医」として認定されるための「advanced」のプログラムとして位置づけられる。

研修プログラムの修業年限はフルタイムで3年間である。教育課程では、①1年目の終了時に、AFPHMが実施する「Part I 試験」を受験・合格する、②1～3年目、公衆衛生関連の業務やプロジェクトに従事する形で「OJT」を実施する。③3年目の終了時に、「最終試験 (Final Program Assessment : FPA)」を受験・合格し、AFPHMの会員 (Fellow) となる、という流れが一般的である。

AFPHMは、公衆衛生専門医に必要な competency (能力・技術) の体系 (Competency Area in Public Health Medicine) として、以下の13の領域、competency 項目及びそのパフォーマンス規準 (performance criteria) を設定し、これらを達成することを目指して研修プログラムや試験の内容が構成される。

- ・ 専門家としての実践—自身の専門家としての実践を推進し、モニタリングする。…10 項目、22 規準
- ・ マネージメント—公衆衛生の目標の達成のためにマネージメント技能を適用する。…4 項目、17 規準
- ・ 情報管理—健康情報を管理する。…4 項目、7 規準
- ・ コミュニケーション—公衆衛生の目標を達成するためにコミュニケーション技能を適用する。…4 項目、19 規準
- ・ 疫学・生物統計学—公衆衛生の実践のために疫学と生物統計学の技能を適用する。…6 項目、23 規準
- ・ リスクアセスメント・リスクマネージメント—公衆衛生におけるリスクを評価・管理する。…4 項目、19 規準
- ・ 感染症—感染症の予防、サーベイランス、コントロールを管理する。…5 項目、17 規準
- ・ ヘルスプロモーション—人口集団の健康を増進する。…6 項目、24 規準
- ・ 保健経済学—経済的評価の公衆衛生の介入に対する貢献を理解する。…5 項目、14 規準
- ・ ヘルスケアの評価—公衆衛生の介入を評価する。…5 項目、18 規準
- ・ 政策—健康政策を分析し、開発する。…6 項目、24 規準
- ・ 非感染性疾患 (non communicable disease) と傷害の管理—非感染性疾患および傷害の予防、サーベイランス、コントロールを管理する。…5 項目、16 規準
- ・ 臨床実践—公衆衛生の実践のために、医学的知識と臨床の技能を適用する。…4 項目、5 規準

プログラムの特徴として、公衆衛生実務の中で研修を行う OJT が中心となっていることが挙げられる。そして各州・準州に設置されている地方学生監 (Regional Censor) の推薦による監督者 (supervisor) と指導者 (mentor) が任命され、個々の研修生の監督、指導、評価を行う体制で研修が実施される。OJT を中心とした研修とその指導体制はイギリスと非常に類似しているが、わが国においても、公衆衛生専門家の実践的な技術・能力を向上させるためにこのようなシステムは不可欠である。また保健所や大学との連携のもとで、監督者や指導者の育成にも取り組む必要がある。

OJT では、監督者や指導者の助言のもとで、研修生自身が毎年の学習計画 (従事する研

修活動（各種研修コースの受講、従事するプロジェクトや業務の内容など）、学習目標、研修活動によって達成される competency）などを策定する、という特徴がある。これもイギリスと類似した考え方であるが、わが国においても、研修生が「受け身」の姿勢で臨むのではなく自ら積極的に取り組むことが重要であることを認識し、それを推進するための指導体制を整備することが必要である。

OJT の評価は監督者によって行われる。年 4 回の「評価ミーティング」で研修生と監督者の話し合いが行われ、1 年間の研修活動の評価表である「監督者レポート (supervisor report)」が作成される。そのレポートでは、学習計画の進捗状況（達成された目標や competency など）が評価され、次年度の学習計画に反映される。OJT を効果的に推進するためには、研修期間の節目で進捗状況を適切に評価する必要がある、わが国で OJT のシステムを導入する場合でもこのような評価システムが必要であると考えられる。

1 年目の終了時の「Part I 試験」に関しては、研修プログラムの参加要件として義務づけられていた公衆衛生修士 (MPH) の取得が除外されたため、公衆衛生に関する科学的な知識と理解、および基本的な公衆衛生の技術を適用する能力を試験するために、2006 年から実施されている。試験の形式は筆記試験で、試験範囲として知識 (knowledge) と技術 (skill) のシラバスが設定されている。知識に関しては、調査研究方法、疾患の因果関係と予防及びヘルスプロモーション、保健情報、医療社会学・社会政策・保健経済学、ヘルスケアの組織と管理の 5 領域、技術に関しては、調査研究のデザインと解釈、データの操作と解釈、コミュニケーションの 3 領域が設定され、いずれも公衆衛生の実践に必要な幅広い知識と技術が要求される。この試験は、イギリスの Part A 試験とほとんど同じであるが、わが国においても同様の試験を実施して、研修生の基本的な公衆衛生に関する知識と技術を評価する必要がある。

プログラムの年度に実施される FPA は、公衆衛生専門医としての能力・資質を総合的に評価し、その資格を満たしているかどうかを査定する「最終試験」である。内容は、Bound Volume (BV) の審査と口頭試問 (Oral Examination) である。BV は、研修活動要約（従事した職務・業務・プロジェクト、各種業績、達成された competency などを含む）と、研修生が中心となって実施した業務やプロジェクトに関するより詳細な「専門報告書

(technical report)」で構成される、研修活動の総合的な報告書である。また口頭試問では、BV に関する質問と、一般的な公衆衛生医学に関する質問が行われ、公衆衛生に関する高度な知識や技術、コミュニケーション能力などが試験される。この試験は、イギリスで 2005 年まで実施されていた Part II 試験に類似しているが、現在では OSPHE (Objective Structured Public Health Examination) が導入されている。したがってオーストラリアでも、イギリスの動向を鑑みて、最終試験の内容が変更される可能性がある。

AFPHM では、会員（公衆衛生専門医）の技術や能力を継続的に保証するための専門家継続教育 (Continuing Professional Development: CPD) が実施されている。CPD は 3 年間で、単位方式、つまり特定の単位数が定められた教育研修を受講・実習して、必要単位数（1 年間で最低 60 単位、3 年間で 300 単位）を満たすという方式で進められ、修了後に修了証書 (Certificate of Completion) が交付される。研修活動として、学術会議・ワークショップ・セミナーへの参加、自己学習、学会発表、論文・報告書、教育活動、レビュー活動、質の改善活動などがある。CPD は現在のところ義務化されていないが、将来的には

CPDと資格更新が実施される方向にある。

オーストラリアでは、保健医療関連機関の資格要件や採用条件が、国レベルの法律や専門家団体の自主規制などで定められていないため、公衆衛生専門医に関しても、州、地方自治体、あるいは組織によって採用条件は異なる。そのため AFPHM の研修プログラムの強制力は小さく、あくまで公衆衛生に従事する医師が自身の能力・資質を向上させるための主体的な取り組みとして実施されているに過ぎない。しかし近年、この研修プログラムを採用条件とする州や組織が増加しており、研修受講のインセンティブも大きくなりつつある。

(3) わが国の公衆衛生専門医（専門家）の養成システムに関する考察—オーストラリアとの比較において

オーストラリアは、アメリカほどではないが、地方分権が進行しており、衛生行政組織やそこに従事する公衆衛生専門家の教育課程、資格認定、採用条件に関しては、州政府や地方自治体によって大きく異なる。そのような状況で実施可能な国レベルの政策として、アメリカでは公衆衛生専門家の competency を開発・普及するにとどまっているが、オーストラリアでは、歴史的に関係の深いイギリスのシステムを応用して、公衆衛生専門医の研修プログラムを開発・実施している。「地方」を主体として構築されている衛生行政システムにおいて「中央」で公衆衛生専門医（専門家）を養成する、というオーストラリアの複雑な状況は、地方自治体（都道府県、政令市及び特別区）が設置する保健所の職員の研修を国（国立保健医療科学院）が実施する、わが国の状況に酷似している。その意味で、オーストラリアの経験から学ぶことは非常に多いと考えられる。

オーストラリアの公衆衛生専門医の研修プログラムは、イギリスのシステム（competency に基づくプログラム、研修生自身による学習計画の策定と主体的な取り組み、OJT を中心とした研修活動、試験による客観的な評価、指導者による個別指導など）に類似しているが、イギリスとは異なり、資格認定と採用条件設定が連動していないため、公衆衛生専門医の資格が十分に活用されていないのが現状である。しかし AFPHM の地道な努力によって、この資格が州政府、地方自治体、あるいは関係団体に認知され、利用されるようになってきている。これは、AFPHM が質の高い公衆衛生専門医を養成してきた成果であると考えられる。したがってわが国においても、国立保健医療科学院において質の高い研修プログラムを開発し、質の高い公衆衛生専門家を輩出していくことによって、公衆衛生専門家の重要性和必要性を地方自治体に認識してもらう必要がある。そしてそれは、地方自治体における公衆衛生専門家の採用や昇進などの雇用体制を構築していくことにつながると考えられる。

公衆衛生専門家の competency は、オーストラリアだけでなく、アメリカ、イギリスなどでも開発されている。どの国もそれぞれの保健医療システム、社会情勢、文化を反映した competency が設定されているが、「政策開発」、「コミュニケーション」、「リーダーシップ」、「組織管理」、「分析・評価」などについては共通する部分が多い。またオーストラリアの特徴として、「疫学・生物統計学」、「保健経済学」、「ヘルスプロモーション」、「感染症」、「非感染性疾患・傷害」といった特定の学問分野や健康問題に焦点を当てた competency が設定されていることが挙げられる。これらの項目は公衆衛生教育の学習目標に近く、公衆衛生の「実践」の観点から十分に整理されていない可能性がある。

しかし、competencyに基づいて教育研修プログラムを開発する場合にはこのような項目も有用であり、わが国の公衆衛生専門家の competency を構築する際に大いに参考になると考えられる。

(参考文献・資料)

鳩野洋子. オーストラリアの保健衛生組織. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究 平成 14 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 林謙治). 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業, 2003; 91-103.

加藤則子. オーストラリアの健康危機管理研修の実態. 地域における健康危機管理研修に関する研究 平成 16 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 加藤則子). 厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業, 2005; 250-311.

武村真治. 諸外国の健康危機管理研修の実態調査. 地域における健康危機管理研修に関する研究 平成 17 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 加藤則子). 厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業, 2006; 204-291.

加藤則子. 公衆衛生医師等に対する研修カリキュラムの開発. 公衆衛生医師等の専門的能力の構築とその向上に資する教育研修プログラムの開発に関する研究 平成 17 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 曾根智史). 厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業, 2006; 21-121.

(資料 7) 韓国の公衆衛生医師等の資質向上策の実態

国立保健医療科学院 公衆衛生政策部
地域保健システム室長 武村真治

第 1 章 韓国の衛生行政システム

1. 韓国の概況

2001 年の韓国の人口は約 4,734 万人、高齢化率は 7.6%である。

韓国の地方自治体には、広域自治体、中間自治体、基礎自治体がある。広域自治体は、日本の県レベルに相当する市・道（1 特別市、6 広域市、9 道）である。特別市のソウルは人口約 1,200 万人、広域市の釜山、大邱、仁川、光州、大田、蔚山は人口約 300 万人である。

道の下の中間自治体として市と郡がある。市の中でも、人口規模によって、区を設置する市（日本の政令指定都市に相当する）と設置しない市（日本の一般の市に相当する）がある。市・郡・区の人口は 10～20 万人である。

市・郡・区の下の基礎自治体として、邑・面・洞がある。

地方自治体間の関係は、道、市、郡、区がそれぞれ対等の立場にあり、地方分権の形態をとっている。また市・郡・区の首長は選挙によって選出される。

2. 衛生行政システムの概要

国において衛生行政を担当する部門は保健福祉部である。保健所を所管するのは健康増進局の公共保健課である。また保健福祉部の附属機関として、保健社会研究院、国立保健院、保健産業振興院、食品医薬品安全庁が設置されている。

地方自治体において衛生行政を担当する部門は、市・道で保健福祉女性局、市・郡・区で保健（または環境）衛生課、邑・面・洞で衛生係である。

各自治体の衛生行政担当部門はそれぞれ衛生行政を執行する施設を設置している。市・道は保健環境研究院、市・郡・区は保健所を設置している。なお、区を設置する市それぞれは保健所を設置していない。また保健所は、必要に応じて、複数の保健支所を邑・面・洞レベル（人口約 5,000 人）に設置し、それを運営管理している。

1988 年から、管内に病院が設立されていない郡では、入院機能をもつ保健所（保健医療院）が設置されている。現在 15 の郡の保健所が保健医療院に転換されている。

保健所や保健支所が設置されていないへき地（人口約 300 人）には、農漁村等保健医療のための特別措置法に基づいて、保健診療所が設置されている。スタッフ（保健診療員）は看護職 1 人で、種々の予防サービスや風邪薬の処方などの簡単な治療行為を行っている。

2003 年 3 月現在、保健所、保健支所、保健診療所の数は、それぞれ 240、1,269、1,912 である。