

「Public Health. 実践講座」第 2 講
イントロダクション

Public Health. の展望職種と世代を超え未来
を拓く研修概要（平成 30 年 11 月 29 日）

吉村健佑
精神科医・医学博士・公衆衛生学修士
千葉大学医学部附属病院 特任講師/産業医
千葉県医療整備課 キャリアコーディネータ

2018年11月29日 18:00-18:40
Public Health.実践講座 第2講

イントロダクション
Public Health.の展望
職種と世代を超えて**未来を拓く**

吉村 健佑
精神科医・医学博士・公衆衛生学修士
千葉大学病院 特任講師/産業医
千葉県医療整備課 キャリアコーディネータ

第2講である今回は、全体のテーマを「Public Health.の展望」とし、「職種と世代を超えて未来を拓く」というテーマにしました。今日の登壇者は、私に続き、現役の厚生労働省看護系技官を務める中島千里さんと、厚生労働省医系技官の先輩でもあり、現在千葉県病院局長の要職を務める矢島鉄也先生の3名です。世代と職種を様々に進めていきたいと思えます。よろしくお願ひします。

Public Health.実践講座とは？

第1講：11月6日(火) 18:00-20:00
「Public Health.の現在—国際・国内・地域の視座で解決策を実行する」
講師：
・吉村健佑
(千葉大学病院特任講師、千葉県医療整備課・2007年千葉大学医学部卒)
・吉田穂波 先生 (産婦人科医、神奈川県立保健福祉大学教授)
・久保秀一 先生 (習志野保健所長(兼)健康危機対策監)

第2講：11月29日(木)18:00-20:00
「Public health.の展望—職種と世代を超えて未来を拓く」
講師：
・吉村健佑
・中島千里 先生(厚生労働省子ども家庭局母子保健課・2010年千葉大学看護学部卒)
・矢島鉄也 先生(千葉県病院事業管理者(病院局長)・1982年千葉大学医学部卒)

公衆衛生の実務・研究に通じた講師陣！

この講座は、昨年が続いて2回目です。今年、第1講、第2講と組みまして、前回の第1講では、神奈川県立保健福祉大学の教授 吉田穂波先生、習志野保健所長(兼)健康危機対策監 久保秀一先生、本日の第2講では、中島千里先生、矢島鉄也先生、そして吉村という、この5名の講師で順番に

話をします。理屈や理論ではなく、主に実務、実践として公衆衛生をどのように捉え、どのように問題解決をしているか、に焦点を当てています。日々、問題解決にあたっての方たちの話を聞いてもらいたいと思い、講師を組んでいます。

本日の内容

- 1：なぜ「働き方改革」なのか？
- 2：我々はどうしたらいいのか？
- 3：病院の「かかり方改革」

では私のイントロダクションに入ります。本日のテーマは、次の3つです。1つ目は、なぜ「働き方改革」なのか。2つ目は我々や医療現場は、この「働き方改革」にどう対応したらいいのか。さらに、3つ目は病院の「かかり方改革」、これは国民側、医療のユーザー側に目を移して、どのような変化、行動変容があれば状況を乗り越えられるのかという3点です。

まず、1つ目からお話します。前回の私の講義でも触れましたが、現在、日本の財政状況は非常に厳しいです。その中、社会保障として年金、医療、介護、福祉などをカバーしなければなりません。この状況を、どのようにしたら解決できるかという話をしました。いわゆる15歳から64歳を「生産年齢人口」というふうに呼んでいます。現在、自民党厚生労働部会長の小泉進次郎議員は、この「生産年齢人口」の定義は古いと指摘しています。今後、生産年齢

人口」の定義は18歳から75歳などに変わるかもしれません。今後、生産年齢人口が激的に減っていく、かつ高齢者の増加の中で、これまでどおりの働き方をしていたら労働生産性が維持されない、産業が回らないという懸念があります。この事態に対し、平成29年3月に安倍総理大臣を筆頭にした「働き方改革実現会議」では、全ての分野において「働き方改革」が必要であると決議されています。「働き方改革実現会議」を経て、働き方改革法が平成30年6月29日に成立、同年7月8日に発布されました。8つの法律が同時に改正され、労働基準法、労働契約法など、働き方に関連する法案が一気に改正されました。このように国を挙げて「働き方改革」をしていこうという環境が整いつつあります。

改正する法律	主な改正項目	施行
労働基準法	時間外労働の上限新設	2019年4月
	「高度プロフェッショナル制度」の新設	
	雇量労働制の対業業務拡大	
	年次有給休暇の確実な取得	
労働契約法ほか	時間外労働(月60時間超)の割増賃金率引上げ(中小企業)	2022年4月
	「同一労働同一賃金制度」の導入	2019年4月*
労働時間等設定改善法	勤務間インターバルの努力義務化	2019年4月
労働安全衛生法	研究開発業に対する長時間労働面談の義務化	
雇用対策法	産業医・産業保健機能の強化	公布日
	国による働き方改革推進の基本方針の策定を明記	

※中小企業は2020年4月施行 (法案要綱を基に作成)

「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律案」
2018年6月29日成立、7月6日交付 (8法律から成る)

では、実際、医療現場ではどのようなことが起こっているのでしょうか。ニュースでも取り上げられましたのでご存知の方も多いと思いますので、1つの事例として紹介します。新潟市民病院で勤務されていた後期研修医の木元文さんの過労死に関するニュースです。木元文さんは、過重労働が原因で自殺されてしまいました。その背景・経緯は、非常に胸を打つものがありま

したので、ご紹介します。

平成28年1月、新潟市民病院の後期研修医だった木元文さん(37歳)が自殺されました報道によると、過労が原因とされています。高校卒業後、病院で看護助手をしながら勉強し28歳で新潟大学医学部から合格通知が届きます。6年間で卒業し、2年間の臨床研修を終えます。それで36歳です。一般に臨床研修2年間は上に指導医がいるので、ある程度自分を守ってくれます。3年目、この年が医師にとって厳しい時期になります。後期研修医と名は付いていますが、実際は一人前とみなされます。診断、治療、患者さんへの説明、場合によってはクレーム対応まで責任を持ってやらなくてははいけません。加えて、医師というのは年功序列の傾向が強いので、先輩の言うことは断りにくい。仕事は上から下に降りてがちです。これも全て勉強・研修だと位置づけられ、いろんな仕事を任されることになります。

具体的には、救急車が来たら対応する仕事をされていたようです。平成27年4月に着任した木元文さんは次第に過重労働になって、メンタルを病んでしまったのでしょう。翌平成28年1月24日の夜、旦那さん行き先を伝えず、睡眠薬を持ち出ていきます。そこでお酒と睡眠薬を飲んで、亡くなってるところを翌日発見されるというのが彼女の人生の幕引きです。非常に悲しい結末ですよね。一連の状況から、新潟県警は自殺と判断しています。彼女がどのくらい時間外勤務をしたかという、残業時間が最大で月251時間だったそうです。残業時間が251時間ということは、1日8時間勤務し、プラス1日10時間の残業をするわ

けです。つまり9時から17時までの通常勤務を行い、その後17時から翌朝3時まで残業し帰宅します。帰宅後、食事、入浴、就寝し、6時間後の9時から通常勤務です。それを1カ月続けます。残業時間は、平均187時間ということなので、ほとんど病院に住んでる状態です。一時的にこのような研修を積む時期も実際にはありますが、この状況を「普通だ」という感覚が医師側にもあると思います。このような状況に耐えられる人もいれば、もちろんそうでない人もいます。どのようにすれば、このような悲しいことが起こらないで済むのか。私は千葉大学医学部附属病院で産業医をしています。日本では、医師の過労死が年間数件はあります。こういったケースが、国内で2ヶ月に1回ぐらいは起こってるというのが現実です。

き方改革」というのがあります。冒頭でお話した「働き方改革実現会議」では、全ての分野において「働き方改革」が必要であると決議されています。当然、医療現場に対しても同様の働き方改革を実施しなければいけないということで立ち上がったのが、この「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」です。

新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師の働き方ビジョン検討会 報告書 平成29年4月6日		
	今まで	これから
1. 働き方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 組織・職種ごとのスキルと役割の明確化 ・ 個人の自己犠牲 ・ 男性中心の文化 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者を中心としたフラットな協働 ・ 組織・職種を超えた協働・機軸の統合によるパフォーマンスの向上 ・ 「単純工」的業務・業務に加えて「多能工」的業務・業務の推進 ・ 自己犠牲を伴う伝統的な労働慣行の是正 ・ 性別・年齢に依らないキャリア形成・働き方を支援
2. 医療の在り方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療は単に疾病の治療・回復を目指す存在 ・ 患者を単一のエンタープライズとして捉える傾向 ・ 評価軸が乏しく個人・事業部・地域レベルでサービスの質にバラつき 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療は、健康・介護・福祉とつながり連携し、予防・治療から看護・療養まで、患者・住民のニーズを継続的に満たす ・ 患者・地域と地域社会の個別性・多様性・複雑性に対応した創造的なサービスのデザイン ・ アウトカムの指標・評価方法の確立とそれに基づく効果的なサービス提供
3. 円滑な働き方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国一律のトップダウンによるリソース配分の決定とコントロール 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の実情に合わせた、経済活動・持続的発展を支える基盤 ・ 人口構成、疾病構造、技術進歩、医療・介護従事者のマインド、住民・患者の意識の変化等を踏まえ、長期・中期・短期の展望、中長期目標に明確に反映
4. 医師等の役割・責任の在り方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 限られた情報や認定された認定を前提とした業務予見と業務体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に、医師等の専門知識は、臨床現場だけでなく、国民保健、疫、感染症、薬・医療機器等の行政関連分野や、製薬、医療機器、医療情報システム等の医療関連産業等、今後世界に比肩するレベルの発展

医療費 = 「単価」×「数量」：厚労省各部署の役割

NDB・DPCなどのデータの活用が必須！

① 診療・薬剤単価のコントロール
→ 診療報酬改定：保険局 医療課
→ 地域別の診療報酬

② 提供数量のコントロール
(1) 入院病床の機能分化と総数
→ 地域医療構想（医療法）：医政局 地域医療計画課
(2) 主に外来・特定健診等
→ 医療費適正化計画（高確法）：保険局 医療費適正化対策推進室
(3) 提供主体（医師・看護師）の在り方
→ 新専門医制度・働き方改革：医政局 医事課

「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」では、今までの働き方は個々人の自己犠牲によって医療が成り立っており、また男性中心の文化であったと指摘しています。これを見直し、これからは患者さんを中心としたフラットな協働や、自己犠牲を伴う伝統的な労働慣行を是正しなければならないと提言されました。そして、患者さん、家族や地域社会の個性・複雑性に対応した創造的なサービスのデザインや、地域と住民が実現すべきニーズ・費用対効果を判断しながら主体的に設計など、病院側も変わらなければならないとしています。ただ、患者さん側も医療の使い方、ユーザーとしても賢い、効率良い使い方をしなければ医療は維持できないということも話されました。さ

前回もお話ししたとおり、現在日本は、医療費を抑制しなければならない、しかし同時にサービスの質を下げることはいけませんという状況です。医療費は、「単価」×「数量」によって計算されます。厚生労働省の各部署がそれぞれに対してさまざまな規制を掛け、制御しようとしています。その中で、提供する医師・看護師のあり方として「働

らに、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の開催後、「医師の働き方改革に関する検討会」が作られました。とりわけ医師の働き方改革は病院の中で一番遅れています。看護師、薬剤師などの専門職は医師に比べ近代的な働き方していますが、医師だけ手付かずでなかなか労務管理ができませんでした。

外国と異なる点です。前回詳しくお話した通り、医療機関のフリーアクセス、国民皆保険制度についても特徴的です。保険証を持参すれば、どこの病院でも受診することができます。平成30年4月から、大病院受診時のみ選定療養として定額負担費1万円の自己負担がかかります。まだフリーアクセスのままということになります。

「医師の働き方改革に関する検討会」について

◆ 働き方改革実行計画（平成29年3月28日働き方改革実行計画決定）においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制をはじめとして法律で導入する方向性が示されています。

◆ この中で、医師については、医師法（医師の法定業務範囲）に基づき従事業務の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用するとし、具体的には、医療界の急務の下で規制の適用を許し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催することである。

本検討会の検討事項

- 1) 新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方
- 2) 医師の勤務環境改善策
- 3) その他

検討のスケジュール

- 第1回（平成30年8月2日） 医師の働き方改革について
- 第2回（平成30年9月27日） 労働時間規制について
- 第3回（平成30年10月10日） 医師の勤務環境について

※ 今後も定期的に検討会を開催し、平成30年の年明けを目途に中間整理を行う予定。

参考：働き方改革実行計画（抜粋）

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づき従事業務の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の急務の下で規制の適用を許し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

(参考) 医療分野についての国際比較(2015年)

	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ	日本
人口千人当たり	2.8 ¹⁾	2.6	8.1	6.1	2.4
急性期病床数	2.5 ²⁾	2.3 ³⁾	6.1	4.1	2.3
人口千人当たりの病床数	2.6 ⁴⁾	2.8	4.1	3.3 ⁵⁾	2.4 ⁶⁾
病床百床当たりの臨床看護師数	90.9 ⁷⁾	106.9	50.9	50.9	165.2 ⁸⁾
人口千人当たり	11.3 ⁹⁾	7.9	13.3	9.9 ¹⁰⁾	11.1 ¹¹⁾
臨床看護職員数	394.5 ¹²⁾	302.7	164.1	161.6 ¹³⁾	438.9 ¹⁴⁾
平均医師数(床)4	6.1 ¹⁵⁾	7.0	9.0	10.1 ¹⁶⁾	5.9
平均医師数(床)4	5.4 ¹⁷⁾	6.6	10.2	5.9	4.3
人口千人当たり	4.0 ¹⁸⁾	5.0 ¹⁹⁾	10.0	6.3 ²⁰⁾	2.9
女性医師割合(%)	34.6 ²¹⁾	45.9	45.7	44.3	47.6 ²²⁾
一人当たり診療費(MP)	9,507	4,125	5,353	4,530	5,266
総医療費のGDP対比(%)	16.9	9.9	11.2	11.1	11.0
OECD加盟国平均の値	1	13	3	4	5
平均病床(床)1(床)	76.3	79.2	78.3	79.2	80.4
平均病床(床)1(床)	81.2	82.8	83.1	85.5	84.1

出典：OECD Health Data 2017, OECD Best Practices
 注1) 人口1000人当たり、注2) 急性期病床、注3) 急性期病床、注4) 急性期病床、注5) 急性期病床、注6) 急性期病床、注7) 人口1000人当たり、注8) 急性期病床、注9) 急性期病床、注10) 急性期病床、注11) 急性期病床、注12) 急性期病床、注13) 急性期病床、注14) 急性期病床、注15) 急性期病床、注16) 急性期病床、注17) 急性期病床、注18) 急性期病床、注19) 急性期病床、注20) 急性期病床、注21) 急性期病床、注22) 急性期病床

この検討会の議論を追っていけば、おのずと他の専門職、病院全体の話が見えてきます。この検討会の構成員に千葉大学医学部附属病院病院長の山本修一先生も含まれています。

そして、人口千人当たりの病床数は、アメリカ2.8床、イギリス2.6床に対し日本は13.2床、急性期病床についてもアメリカ2.5床、イギリス2.3床に対し日本は7.9床と、諸外国に比べ潤沢に有しています。一方、病床百床当たりの看護師職員数が、アメリカ394.5人、イギリス302.7人に対し日本は83.0人と少ない状況です。日本は、諸外国に比べ、潤沢な病床数を有するも、病床百床当たりの臨床看護師数が少ないということがわかっています。また、国民1人あたりの年間外来受診の回数においては、アメリカ4.0回、イギリス5.0回に対し日本は12.7回も外来に行くことがわかっています。日本人は、平均月1回外来受診します。諸外国に比べるととても多いことがわかります。医療を求める人が多いにもか

諸外国の状況について(まとめ) 一部、留意が継続しているため、赤丸標記

	米国	英独仏	日本
勤務医の比率	勤務医の比率は約3割。	勤務医の比率はドイツで約6割、英国で約8割、フランスで約4割。	勤務医の比率は約8割(76%)。
フリーアクセス	専門医がプライマリケアとセカンダリケアの両方をカバーしており、診療を兼業した専門医が患者を病院に連れてきて診療を行うオープンシステムが主流。	英国は、一般医による診療所ベースのプライマリケアと専門医による病院ベースのセカンダリケアの両方で行われており、医療アクセスの点では日本とは大きく異なる。ドイツ・フランスについては米国に類似。	フリーアクセスが特徴。人口千人当たり病床数や人口一当たり外来診療回数等諸外国よりも多い。専門医がプライマリケアとセカンダリケアの両方をカバーする点では米国と共通。
労働時間規制	米国には実労働時間規制はないが(罰増資金規制のみ)、医師については罰増資金規制から労働時間規制により適用除外されている。	実労働時間の上限規制がある。「調整期間(労働時間を平均することが認められている対象期間)」が設けられており、一定の弾力性がある。 一般的な特例として懲罰的オプトアウトが認められており、医師については、ドイツではかなり活用されている。	実労働時間の上限規制を導入することとなっている(実労働時間規制によれば、一定期間の労働時間の平均も可能)。 労働法制上、医師の特例はない。
研修医等	インターン・レジデントについては医師の後臨床研修プログラムにおいて労働時間規制が導入されている。	英国では上層時間規制導入時に、研修医等若手医師について適用除外・段階的施行とした。	労働法制上、研修医等の特例はない。

(注1) 出典：The Fair Labor Standards Act of 1938, As Amended
 (注2) 懲罰的オプトアウトは、労働時間規制において認められている特例であり、懲罰的オプトアウトによって労働時間規制を適用除外している。これが各国の医師法に規定されている。その規定は必ずしも「平均期間」に限定されているものではない。
 (注3) 労働時間規制の対象となる期間については「調整期間」として定められている。
 (注4) 出典：The Working Time Regulations 1998, The Working Time (Amendment) Regulations 2007

日本は、諸外国に比べて医療提供体制や医師の労働時間規制において特徴があります。8割の医師が勤務医であることは、諸

かわらず、その医療を支える人が少ないというのが日本の特徴です。

働き方改革への影響は、全ての国民、医療の特徴とリンクしています。前回もお示した日本の医療の特徴は、国民皆保険、フリーアクセス、開業・標榜の自由、民間医療中心の医療提供体制の4つです。

日本の医療制度の特徴と働き方への影響

① **国民皆保険**
⇒ユーザーは**わずかな自己負担**

② **フリーアクセス**
⇒加えて「**応招義務**」もあり

③ **開業・標榜の自由**
⇒医師の**偏在**の是正不可⇒**負担**も偏在

④ **民間医療機関中心の医療提供体制**
⇒ハイリスク / 不採算部門の**縮小・閉鎖**

これを見直さない限り「働き方改革」はすすまない！

厚生労働省 第63巻第7号、2016年7月（吉村加藤）

日本は、国民皆保険で全員保険証持っていますので、国民はわずかな自己負担で医療というサービスを受けることができます。昭和45(1970)年代のいわゆる老人医療の無料化政策により医療というのは無料だという認識が根付いてしまい、結果的に、なかなか自己負担の割合を上げることができなくなりました。さらにフリーアクセスに加え、医師法19条(応招義務)「正当な事由がなければ患者さんからの診療の求めを拒んではいけない」と明記されており、医師は原則として求められれば診療しなくてはなりません。どこまでが医師の責任の範囲なのか、今後は応招義務を医師個人に課すのではなく、チームや病院に課すように解釈を変えていく必要があります。

そして、医師は医師法により開業・標榜の自由が保証されています。これはかなり強い医師側の権利です。どこで開業しても、

何科を標榜しても原則として自由です。一方で、医師の地域偏在、診療科偏在を引き起こす要因になっています。かつ、民間医療機関中心の医療提供体制により、ハイリスクだから、不採算の部門だからという理由により、病院の診療科が閉鎖されてしまいます。そうすると、地域の医療計画ができない、進められない状況となってしまいます。これらを見直さない限り「働き方改革」は進みませんし、進めるためには医療の全ての特徴を根本から見直さなければなりません。

「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組み」

平成30年2月27日
医師の働き方改革に関する検討会

1. 医師の**労働時間管理**の適正化に向けた取り組み
2. **36協定**等の自己点検
3. 既存の**産業保健**の仕組みの活用
4. **タスク・シフティング**の推進
5. **女性医師**等に対する支援
6. 医師の**労働時間短縮**に向けた取り組み

波がくる！激烈に周辺領域に跳ねまくる！！

では、次に我々はどうしたら良いのでしょうか。「医師の働き方改革に関する検討会」では、医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みとして6個項目を挙げています。医師の労働時間の管理、36協定(正しくは「時間外・休日労働に関する協定届」)等の自己点検、既存の産業保健の仕組みの活用、タスク・シフティングの推進、女性医師等に対する支援、医師の労働時間短縮に向けた取り組みの6つです。ただ、この取り組みは1つ目からして大変困難です。

まず、医師の労働時間管理についてです。例えば、これは医師の「労働」と「自己研鑽」を識別しなくてはなりません。看護師

もそうですが、診療などの通常業務に加え、論文を調べたり、ガイドラインを調べたり、場合によっては、今度英語で発表があるからと、英語の練習をしたりしています。通常の職種とは裁量権も違います。どこまでが自己研鑽で、どこまでが業務内で、どこからが業務外なのかということ、一定のラインを引く仕事をこの会議で行なっています。

参考: 第9回検討会資料4
医療現場で医師の「自己研鑽」と考えられているものの洗い出し

□ 「病院勤務医の勤務実態調査」(平成29年度厚生労働省行政推進調査事業「病院勤務医の勤務実態に関する研究」)における勤務実態において「自己研鑽」として記録された行為を参考に、医療現場で医師の「自己研鑽」と考えられていると思われるものを本事務局において整理した。

行為(例)
診療ガイドラインについての勉強
新しい治療法や新薬についての勉強
自らが術者である手術や処置等についての学習や振り返り
自主参加の学会や外部の勉強会への参加、発表準備等
自主的な院内勉強会への参加、発表準備等
自主的な論文執筆、投稿
大学院の受験勉強
専門医の取得・更新(勤務先の雇用条件とない場合)
参加が必須ではない上司・先輩が術者である手術や処置等の見学 ※見学の履修上で手回しを行うケースがある
診療経験や見学の機会を確保するための自費シフト外での研修
臨床研究

大学院の受験準備は業務の範囲なのか、臨床研究は業務の範囲なのかなど、一個一個確認しています。今のところ考え方のポイントとしては、上司の指示があれば業務内、上司の指示がなければ業務外というのが一つの整理の方法になっています。今年度中に、全ての医師の業務を洗い出し、業務内と業務外、色分けする作業をやることになっています。かなり大変な作業だと思えます。

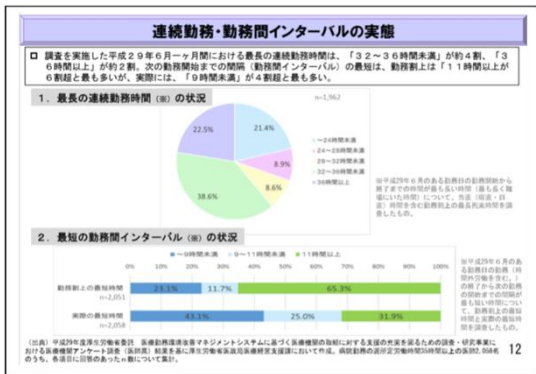
平成31年4月から働き方改革関連法が施行され、全ての医療機関に時間外労働の上限規制が導入、年次有給休暇の着実な取得が進められます。しかし、医師は、医師法による応招義務があり齟齬（そご）が生じてしまうことから、令和6(2024)年まで5年間の猶予を取りました。徐々に現場も変

わっていきこうということです。とはいえ、医師以外の職種は法の適用を受けますので、平成31年4月以降、医療現場が変わることになります。

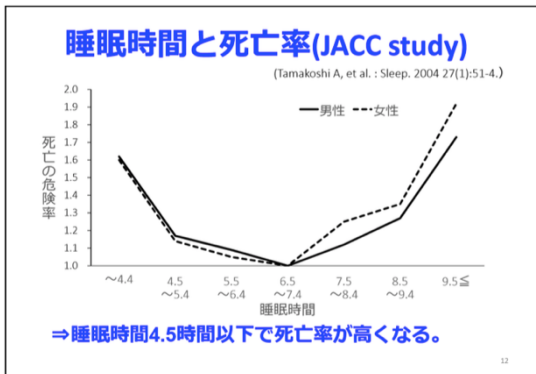
そして、36協定というものがあります。これは、労働基準法第36条に基づく労使協定ですが、医師の世界ではこういった知識が浸透していませんでした。

医療職の「働き方改革」には、既存の産業医の活用が必要です。全国に約9-10万人の産業医の資格保有者がいますが、医療機関においては、必ずしも労務管理を行なえていませんでした。その理由は、労務管理してしまうと、長時間におよぶ残業時間が数字で見えてしまい、同時に対策を迫られます。そもそも産業医が十分に機能している病院が少なく、診療の医師が兼任しており、十分な活動時間がとれないなど、実際のところは産業保健活動がされていなかったという病院が多くあるようです。

議論されてるのが連続勤務や、勤務間のインターバルについて、諸外国のルールでは、多くは勤務が明けたら最低11時間は空けなければなりません。平成29年度に厚生労働省が調査した「最短の勤務間インターバルの状況」(勤務割上の最短時間)では、9時間未満が23.1%いて、9時間~11時間が11.7%、11時間以上が65.3%でした。



一方、実際の最短時間を調査すると、11時間以上と申告している人の半分以上は、実際は9時間未満で働いていることがわかりました。つまり連続労働・過重労働になってわけです。実際の医師の業務量を把握しなければなりません。



人間は、睡眠時間が短いと死亡率が高くなると言われて、この資料では睡眠時間 6.5時間から 7.4時間が死亡の危険率が一番低くなっています。面白いのは、個々人の健康状態はわかりませんが、長すぎる睡眠も良くないと出ていることです。

時間管理の他にもまだやることはたくさんあります。各医療機関は医師の業務負担軽減、他職種へタスクシフティング、業務の移管を推進が求められています。

看護職・非医療職へのタスクシフティングの推進

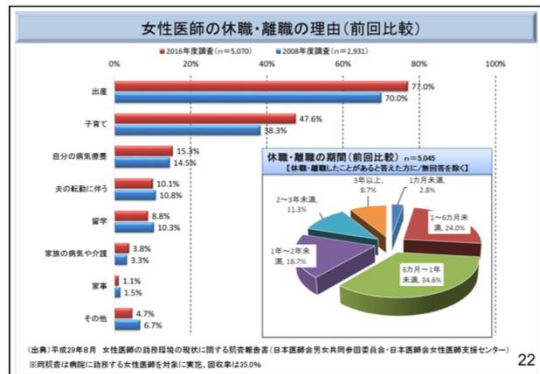
各医療機関においては、医師の業務負担軽減のため、他職種へのタスク・シフティング（業務の移管）を推進する。

- 初療時の予診
- 検査手順の説明や入院の説明
- 薬の説明や服薬の指導
- 静脈採血
- 静脈注射
- 静脈ラインの確保
- 尿道カテーテルの留置（患者の性別を問わない）
- 診断書等の代行人力
- 患者の移動

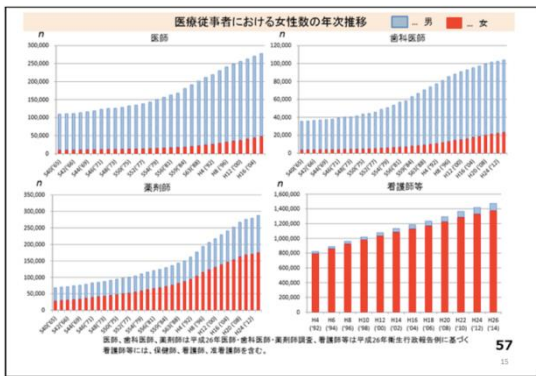
看護師の特定行為の範囲をどうするか？

13

特に看護師については、看護師の特定行為の範囲を厚生労働省が定めていますが、その範囲を拡大して看護師の業務範囲を広げる必要があります。医師業務のタスク・シフティングには、看護師含め他職種の業務範囲の拡大が必要です。



こちらも注目されていますが、女性医師に対する支援についてです。女性医師の休職・離職の理由では、出産・子育てが多く理由を占めることがわかっています。実際、出産、子育てによって女性が休職・離職しなければならない職場環境になってしまっています。女性医師が働きやすい環境づくりについて、支援方法も含め真剣に議論され始めています。



看護師は女性が多いですので、看護師については女性の働き方についてかなり前から取り組んでいます。女性の働き方に対する専門的な知見を持った専門家もいます。医師についてはそのような専門家はほとんどいない状況です。

2018年5月17日 未来投資会議資料

医療介護分野における生産性向上に向けた当面の取組

生産年齢人口の急速な減少により労働力制約が強まる一方で、引き続き需要が増加する医療介護分野において、AI・ロボット・ICTといったテクノロジーの活用や多職種連携の推進等を行い、効果的・効率的な医療・介護サービスの提供による生産性の向上を目指す。

医療分野	介護分野
<ul style="list-style-type: none"> 多職種が連携する遠隔医療の推進 <ul style="list-style-type: none"> 【オンライン診療】平成30年3月に策定したガイドラインについて、検証を行い随時見直しを行う。 平成30年度診療報酬改定において新設したオンライン診療料等について、改定後の医療現場における普及状況を踏まえつつ、次期改定に向けて議論を行う。 【遠隔医療報酬】国家戦略特区の検証等を踏まえつつ、医薬品医療機器等の次期改定に盛り込むことを視野に検討する。 【ICTを利活用した死生相談】平成29年9月に策定したガイドラインについて検証、見直しを行うことなど、ロボットによる死生相談の検証を進める。 医療従事者の効率的な配置の推進 <ul style="list-style-type: none"> 業務内容に応じたタスク・シフティングを推進し、医療従事者の効率を向上させる。 電子処方箋の普及促進等 <ul style="list-style-type: none"> 電子処方箋について、本格運用に向けた検証を通じ、より円滑な運用を可能とする取組みを検討する。 電子処方箋の普及促進を図る。 医療機器等の開発支援 <ul style="list-style-type: none"> 医療従事者の業務改善にも資する医療機器等の開発を支援する。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護ロボットの活用 <ul style="list-style-type: none"> 介護現場のニーズを介護ロボットの開発内容に反映させるほか、開発された機器を用いた効率的な介護業務を構築するなど、開発、実用化、導入、活用各段階に必要な支援を実施している。 特に高齢者の要介護等の支援を行う分野を拡充し（平成29年10月）、新たな開発等を推進する。 特守の職種の導入により効率的に介護が提供できる場合、夜間職員配置加算において評価することとした。（平成30年度介護報酬改定）その上で、介護ロボットの幅広い活用に向けた、実証検証を進める。 介護記録のICT化等 <ul style="list-style-type: none"> 介護現場におけるICT化を促進するため、介護事業所間の情報連携に関して、今後求められる情報の内容やセキュリティ等を含めの方針を検討するなど、ICTの標準仕様の形成に向けた取組を実施する。 国・自治体及び介護事業所に対して求める標準等の見直しを進め、実用化の促進を図る。 生産性向上ガイドラインの作成・普及 <ul style="list-style-type: none"> 介護事業者が自ら実施する生産性向上に関する取組みを支援するため、介護サービスにおける生産性向上のガイドラインの作成・普及に取り組む。 事業者協会の分野別向け、ICT化に向けた取組等に向けて取り組む。

平成30年5月の未来都市会議の資料によると、「医療介護分野における生産性向上に向けた当面の取組」について、働き方改革に資するような機器の開発などについて提案されました。このような方針を立てるのはこれまでになかった文脈です。イノベーションは働き方改革につなげるべきという考え方です。

最後に病院の「かかり方改革」をお話してまとめます。

先ほどお示した通り、日本人の年間外

来受診率は一人当たり 12.7 回/年と、諸外国に比べて非常に多い。医療法第 6 条の 2 第 3 項では「医療を適切に受けるよう努めなければならない」と国民の責務として明記されています。つまりこれは、フリーアクセスに対する抑制を示唆しています。

国民の責務！！

○医療法 第 6 条の 2 第 3 項 (国民の責務)

国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、**医療を適切に受けるよう努めなければならない。**

では、国民が適切に病院にかかるようにするためにどうすれば良いのか。いくつかご紹介いたします。

医療のかかり方に関する国民の理解の必要性

医療のかかり方を改善する必要性

- 医師の長時間労働是正は、医師の健康確保や勤務環境改善のみならず、医療の質・安全確保上も重要な課題。医療機関の取組や政策的支援に加え、医療関係者だけでなく、**医療の上手なかかり方をみんなで作る**。広める必要がある。
- 医療機関に上手にかかるといえることは、患者側にとっても、**安心し必要な医療機関を選択できる**機会を作るとともに、**朝間・土日の受診、大病院への患者集中による混雑などによるデメリット緩和**することにつながる。
- こうした取組は、**治療と仕事の両立**にも資するものであり、また**患者が必要としない受診の減少**にもつながることから、企業や保険者にとっても好ましく、また地域医療提供体制構築のためにも重要なことから、企業、保険者、地方公共団体を巻き、広の医療者の共感理解や協力を得ながら、取組を進めていく必要がある。

不適切なかかり方により生ずる事項

- 大病院や土日祝日に外来患者が集中することによる、診察の待ち時間の増加
 - 19年度に比べ患者 419,043件 (+45.9%)増加 (医療行動調査)
- 受け入れる医師の員数の低下
 - 次期改定や土日祝日に外来患者が集中することにより、丁寧な説明を怠りやすい
 - (診療時間3分未満の患者 13,800,000件 (+36.3%)増加 (医療行動調査))
- 医師の精神的および身体的健康への影響の懸念
 - 医療費・自己負担の増加
 - 重症患者の発生
 - 待機期間内の受診・症状説明を行うことの増加
 - 重症患者の発生
 - 待機期間内の受診・症状説明を行うことの増加
- 待機期間に関する誤った認識の発生
 - 重症患者の発生
 - 待機期間内の受診・症状説明を行うことの増加

かかり方改善に向けた取組の方向性

- いきなり大病院にいかないような取組の推進
 - かかりつけ医の推進
 - 地域の医師・歯科診療所の開業・普及
 - 医師の働き方・休日診療所の開業・普及
 - 平日でも診察できるような取組
 - 全般的な診療時間短縮を促すような取組の推進
 - 不要不急の待機期間の短縮
 - 医師の働き方・健康確保
 - 診療時間内の受診・症状説明を行うことの増加
 - 受診の目安や緊急時の対応についての情報提供
 - 上記取組に関する認知・普及・啓発

上記取組は、あくまでも患者・国民本位のものがあがる、こうした取組を進めることにより、結果として**医師の働き方改善**につながるもの。さらに、中長期的には、医師の人材確保や地域医療提供体制構築にも資することから、**関係者にとっても安心して医療にかかるとされる社会をみんなで作って**いく取組。

病院のかかり方について正しい知識を普及させなくてはならない一方で、そのやり方についてもやせ我慢をして具合悪くなってしまうても良くないということで、どのようなタイミングで病院にかかればいいのか、賢い病院のかかり方についてみんなに普及させようという趣旨のもと、厚生労働

省は「上手な医療のかかり方懇談会」立ち上げました。この懇談会は、かなりエッジの効いたメンバーが集められています。このように厚生労働省も最近面白いメンバーを入れて、患者さんの普及啓発に努めています。医療のかかり方については、国民の理解が必要です。病院側がいくら体制を変えても、国民の意識や行動が変わらなければいつまで経っても過重労働は是正されません。



医療のかかり方について、医療費を抑制しよう、賢く病院にかかりましょうと、昔から訴えている方々がいます。それは、保険者といわれ、医療のお金を払ってる人たちです。財源は限られてるのに、フリーアクセスで病院を受診されては、保険料もあがるしかありません。支払いが増えて仕方がないので、保険者は余分な医療を減らしましょう、医療費減らしましょうと、以前から取り組んでいます。これらのキャンペーンをもう少しわかりやすいように見直して、国民全体に普及して、医療を安全にかつ効率良く使う取り組みが始まりました。

都道府県などの自治体では、医療を守るために夜間のコンビニ受診をやめましょう、地域医療を守り育てるための「かきくけこ」

活動など、地域医療の上手なかかり方を啓蒙しています。

子ども医療電話相談事業（＃8000）はご存知でしょうか。子供の体調が悪くなったら、救急車呼ぶ前、病院駆け込む前に、小児科専門医に問い合わせをすることができます。一般的に病院に行く必要がある状態なのか、そうでないかを一般論として説明してくれます。個別の状況の診断や治療は行いませんが、健康相談という枠組みの中で情報提供すると、安心して病院にかからず、そのまま親御への負担も減らすこともできます。

子ども医療電話相談事業（＃8000）

事業概要 平成16年に13都道府県から開始 → 平成22年には47都道府県へ

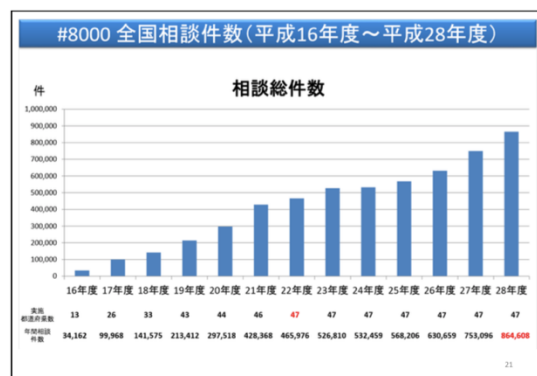
- ▶ 地域の小児科医師等による小児患者の保護者等向けの電話相談
- ▶ 地域の小児医療体制の補強と医療機関の機能分化の推進
- ▶ 全国どこでも患者の症状に応じた適切なアドバイスが受けられる
 - ・ 小児患者の症状に応じた迅速な対応
 - ・ 緊急性の有無を伝えることによる保護者の不安解消
- ▶ 地域医療介護総合確保基金により支援（平成26年度～）

実施状況

- 47都道府県で実施（平成30年4月1日現在）
- 実施日は地域の実状に応じた対応
- 実施時間帯は概ね夜帯（19:00～23:00）をカバー
- 携帯電話からも短縮番号「＃8000」への接続が可能

#8000の実施状況

#8000 を設置し、相談件数は増えています。国は国民に対し、自助努力を行って冷静に合理的に病院にかかるよう呼びかけています。



アメリカの内科専門医認定協議会では、Choosing Wisely というキャンペーンをやっています。日本でも医師の徳田安春先生達を中心に実施されています。例えば、頭打ったときにすぐCT検査、急性腰痛（つまり、ぎっくり腰）で腰椎のX線検査などは、実は診断に寄与しないことがわかっており、根拠に基づいた検査を実施しましょうと活動しています。

不要な検査は受けない：アメリカ内科専門医認定協会
賢く選ぼう(Choosing Wisely)キャンペーン

不要な検査のリスト

- 1) 軽度の頭部外傷でCT検査はしない
- 2) 腹痛でむやみにCT検査はしない
- 3) 小児虫垂炎の診断にCT検査はしない
- 4) 急性腰痛で腰椎のX線検査は不要
- 5) 大腸がんの内視鏡検査は10年に1度で十分
- 6) アレルギーの評価に過剰なIgE検査は避けるべき
- 7) 眼の症状がないのに安易に眼の画像検査をしない
- 8) 成人の頸動脈狭窄は症状がなければ検査は必要ない

22

本日の話：まとめ

- ①病院経営にとっての働き方改革の重要性
⇒法令順守（職員・労基）・生産性↑
⇒長期的に残業代↓・離職率↓
- ②病院経営にとっての働き方改革の懸念点
⇒人件費の高騰？
⇒患者数・収益の減少？
- ③医療専門職も国民も行動変容！


24

最後に今日のまとめです。病院経営という観点、ないしは医療機関の持続という観点で「働き方改革」を見てきました。「働き方改革」を重視する根拠は、もちろん法令順守ですが、それだけではありません。労働生産性を上げることも同時に進めつつ効率化を図ることで、長期的には残業時間が

が減り、離職率も下がる、ないしはその病院の評判が上がる、いい人材も集まるなどの利点があります。ただし、単純に一人一人の働く時間が短くなり過ぎると、病院経営側の懸念として今までよりも多くの人を雇用しなきゃいけないのではないかと、人件費が増えるのではないかと、病院の収益が減るのではないかとという事も考えられます。

前日も触れましたが、この講座の目的は、一人一人が行動を変えよう、物事を解決していこう、というのが私からの今日のメッセージです。その点から、今日の講師陣の講座を聴きたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

※本稿では実践講座の研修内容を文章化していますが、その一部は定義の説明が不十分であったり、講師自身の解釈や意見が盛り込まれている部分があります。内容はあくまで個人的な見解であり、各講師の所属する組織・団体の見解を示すものではありません。



資料 5

「Public Health. 実践講座」 第 2 回

公衆衛生行政の経験から感じた醍醐味～保健師の立
場から～研修概要(平成 30 年 11 月 29 日)

中島千里
厚生労働省子ども家庭局母子保健課

公衆衛生行政の経験から感じた醍醐味
～保健師の立場から～

2018年11月29日 18:40-19:20
「Public Health, 実践講座2018」
厚生労働省子ども家庭局母子保健課
中島 千里
(2009年度千葉大学看護学部卒業)
Nakashima-chisato@mhlw.go.jp



妊産婦にやさしい
環境づくりの推進



健やか親子21
シンボルマーク
「すこりん」

初めましての方が多いかもかもしれません。
現在私は、厚生労働省 子ども家庭局母子保健課で勤務しております中島と申します。
ここでいきなりPRですが「すこりん」をご存知でしょうか。皆さん「マタニティマーク」は知っていますよね。マタニティマークは結構有名ですが、この他、様々な事業に関連する情報を発信し、啓発などを行なっています。

本日のお話

- 自己紹介
- 横浜市の経験から
- 厚生労働省の経験から

自己紹介

- ◆ 平成21年度千葉大学看護学部卒業
・看護師、保健師免許
- ◆ 平成22年度横浜市入庁
・母子保健 3年間
(横浜市南区こども家庭支援課)
・精神保健医療 4年間
(横浜市精神保健福祉センター)
- ◆ 平成29年度～ 厚生労働省母子保健課
(人事交流)

私は、看護学部を卒業後、平成22年度に横浜市に入庁し子ども家庭支援課、その後精神保健福祉センター救急医療係に配属されました。横浜市内での母子保健、精神保健分野を経て、人事交流にて現職に至っています。

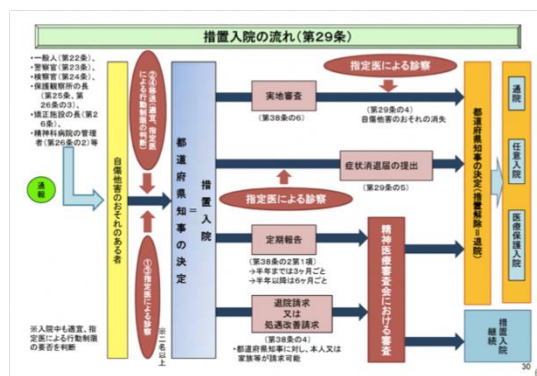
本日のお話

- 自己紹介
- 横浜市の経験から
- 厚生労働省の経験から

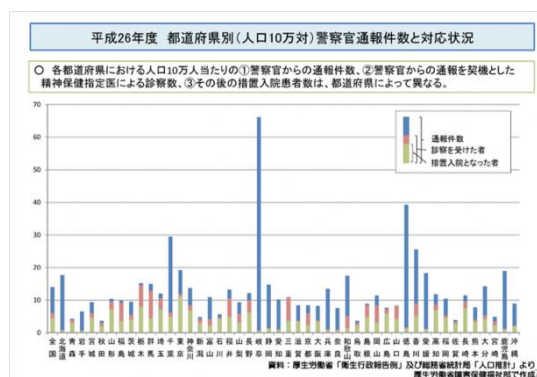
横浜市での実践

- ◆ 南区こども家庭支援課
・ポピュレーションアプローチ
(乳幼児健診、新生児訪問等)
・ハイリスクアプローチ
(児童虐待ハイリスク群支援等)
・ケース支援での医療、福祉との連携
- ◆ 横浜市精神保健福祉センター救急医療係
・精神科救急対応 (措置入院等)
・精神科救急医療体制整備
(医療システムの整備)

自治体の保健師がどのような仕事をしているのか具体的なイメージが湧かないかもしれません。医療機関で勤務する看護師は、急性期、慢性期など医療行為が必要な方を対象にしていることが多いと思いますが、自治体では、予防や啓発、地域の中で生活する上で心配な方に目を配り生活を継続してもらえるようサポートしたりしています。例えば、こども家庭支援課では児童虐待のリスクがあるような方とも関わります。今年6月の目黒の女の子が虐待で亡くなりニュースで取り上げられていましたが、類似するケースを実際に自分が目の前で関わるといことです。一人ひとりのケースを通して、医療機関、児童相談所などの関係機関と連携する経験をしてきました。その後、精神保健福祉センター救急医療係へ異動します。一般的な救急対応だと119番を押すと救急車が到着し、適切な医療機関に搬送してもらえ制度がありますが、精神科医療の場合は今までの歴史背景もあり、少し異なります。精神科医療における救急対応の区分などについては決められていますが、具体的にどのように医療システムを整理するか、そのシステムを使いやすくするかは、行政の役割になっています。精神科医療には措置入院という独特な入院があります。一般的な入院と同じで病院に入院するのですが、この措置入院は、行政の命令に基づいて入院していただく制度です。

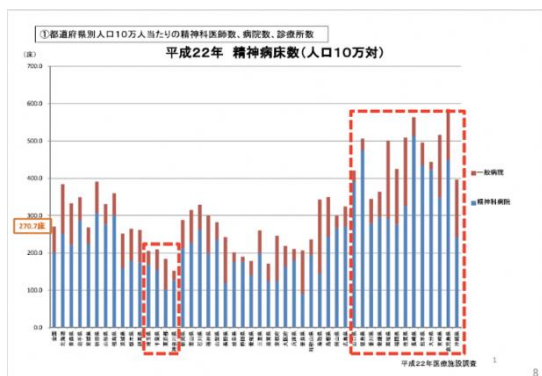


措置解除（退院）の決定を都道府県知事が行っていますが、自治体によってどのように異なるのかを知るため学会に参加したりしました。その結果、自治体によって精神科医療を取り巻く状況が大きく異なるということがわかりました。

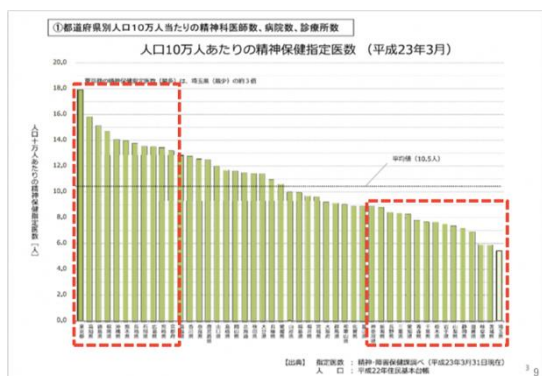


この資料は少し古いですが、現在の傾向とあまり変わっていないと思います。措置入院に至るには、一般的にはまず警察官からの通報、次に警察官による通報を契機とした精神保健指定医の診察、精神保健指定医の判断により措置入院となります。警察官からの通報件数（人口10万人対）だけを見てもその数は全国でバラバラです。私は、岐阜県出身ですが、岐阜県は他の市町村に比べて警察官からの通報が多く、措置入院に至った方がわずかです。地域によって全

く状況が異なることがわかります。



吉村先生の話の中にもありましたが、市町村によって精神病床数（人口10万人対）も異なります。精神科だけを見ても地域格差が生じています。よく西高東低と言われますが、病床にも同じように格差があります。精神医療は、独特な歴史があり、昔から都会ではなく田舎のほうに患者さんを入院させよう、そこに押し込めようというような背景が影響しているのではないかなと思います。



また、吉村先生も取得されている精神保健指定医の医師数も地域格差があります。

効果的な医療体制運営を目指して

- ◆ 資源（ひと・もの・かね）の地域格差
 - ・市民サービスの向上
 - ・担い手の確保・育成
 - ・個人の力量に頼らないシステムの構築
 - ・予算確保
- ◆ 質の担保
- ◆ 持続可能な仕組み作り

10

横浜市が抱える格差もいろいろあります。横浜市の場合、病床がとても少なく、医師数も多くないという限られた資源の中で、どのように医療機関に協力してもらいながら、患者さんを受け入れてもらえるのか。つまり、病院としては救急、夜間救急というのは採算が合わない部門であり、特に精神科医療については採算が合わない部門ということで、あまり引き受けたくないというのが本音です。そのような状況の中、市民のニーズを確保していくためには、医療機関のスタッフに理解いただき協力いただかなければ医療システムは回っていきません。ひと、もの、かねという資源の地域格差がある中、限られた資源をどのように組み合わせれば良いのかを考えています。例えば、医療費の単価は、診療報酬の制度の中で決まっていますが、精神科救急医療システムでは、委託料を1日10万円、あるいは1日5万円にするなどの具体的な内容については、行政と医療機関で話し合い折り合いをつけて決めています。このような医療制度を取り巻くシステムを考えながら、仕事をしていました。

予防的な対応につなげるために

- ◆ 対応したケースの振り返り <個別>
 - ・入院後の治療や生活状況 (救急対応・医療機関・地域の連携)
 - ・精神科救急医療につながったことで生活や病状はよくなったのか。
- ◆ 医療機関単位市域、県域の実情の把握 <地域>
 - ・再入院、リピート率 等
- ◆ 実情の把握から改善対応策が見いだせるか
- ◆ 現場には課題が溢れている

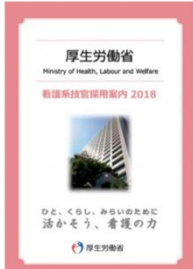
11

私は可能であれば、単にシステムを作り入院しやすい環境をつくるだけではなく、どのような経緯があって入院されることになったのか、入院後状態が良くなされたのか、最終的にその入院がご本人の生活にとってプラスになったのかどうかということを大事にしたいと考えていました。当時、リストカットを繰り返し毎回入院している方がいましたが、入院という対応がその方にとってプラスになっているのかという点は非常に重要だと思います。実際はなかなかできませんでしたが、個別のケースでの振り返りや、地域単位でどのように動いているのか、また関連する統計データなどからも情報を収集し実情を把握していくことは必要です。

本日のお話

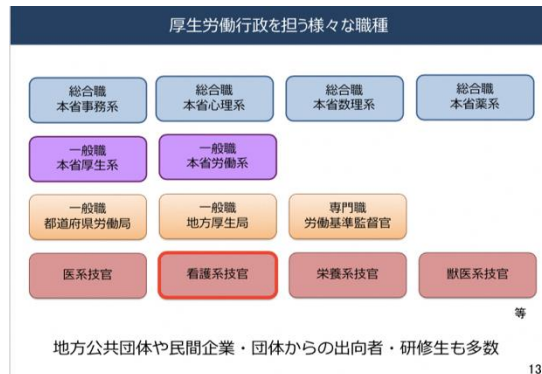
- 自己紹介
- 横浜市の経験から
- 厚生労働省の経験から

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare
看護系技官採用案内 2018



ひと、くらし、あらいののために
活かそう、看護の力
厚生労働省

12



私は現在、看護系技官という職種で働いていますが、ほとんどが総合職、一般職といわれる事務系の方々に、専門的な部署には医系技官、看護系技官含む、専門官が配置されます。また、自治体、民間企業、団体など、様々な機関からの人事交流もあります。看護でいうと、地方厚生局なども含め 80 人程の方が在籍され、そのうち本省には半分程度配属しています。私の入省時の研修では、自治体や病院から来ている保健師、助産師、看護師 20 名ほど参加し、そのほとんどが外部から来た方々でした。生労働省はそうして成り立っているような場所です。

厚生労働省で働くこと ～仕事の特徴、求められる能力

【厚生労働省の仕事の特徴】

- ・国民生活全般にわたり、幅広い。国民生活に身近で密接。
⇒ 国民生活に及ぼす影響が大きく、やりがいも大きい。
国民からの関心と期待が高く、責任は重い。
- ・我が国の社会・経済・財政における役割は大きい。
⇒ 将来を含む国のあり方、国の形づくりに大きく関わる。

↓

【求められる能力】

- ✓ 国民の命、生活、人生を守り支える厚生労働行政に対する熱意、気概
- ✓ 他者の立場を理解し、国民の目線で物事を考えることができる共感力、想像力
- ✓ 費用負担など困難な課題も乗り越える精神力、柔軟な思考力
- ✓ 様々な相手に対する説明力、コミュニケーション力

14

厚生労働省勤務は 2 年目ですが、厚生労働省での仕事の特徴は、影響が大きいことと感じています。横浜市は人口約 370 万人で国内では規模の大きい自治体ですが、厚生

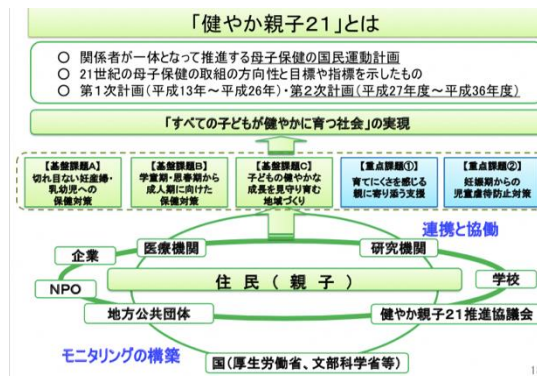
労働省となるとその規模はさらに大きくなります。厚生労働省の仕事は、将来的な国の施策の方向性等にも関わることができ、非常に面白い仕事です。入省後のオリエンテーションで配布された資料に、看護系技官に求められる能力として、熱意、気概、精神力などと明記されていましたが、当時の上司からは「寝る時間と食べる時間は自分で確保するように」ともアドバイスを受けました。多くの業務の中から優先順位をつけて何を解決したら良いか、周りとのコミュニケーション取りながら取り組んでいきます。非常に厳しい環境ではありますが、チャンスがあればぜひ公衆衛生行政にチャレンジしてほしいです。

ここからは、現在在籍する母子保健課で話をしたいと思います。母子保健分野で象徴的なのは母子健康手帳かと思います。昭和17(1942)年に妊産婦手帳制度がはじまりました。母子保健の変遷を辿ると、乳児死亡率・妊産婦死亡率の改善に力を入れ、安全に妊娠出産を迎えることに注力されてきました。その後、予防接種法や児童福祉法を含む様々な法律が施行され制度が充実してきました。

我が国の母子保健行政のあゆみ①	
(背景)	高い乳児死亡率・妊産婦死亡率、妊婦の流産、早産、死産
1937年	保健所法の制定
1937年	母子保護法、1938年 社会福祉事業法の制定
1938年	厚生省(現、厚生労働省)設置
1940年	国民体法法の制定、1941年 人口政策確立要綱を決定
1942年	妊産婦手帳制度(現、母子健康手帳)の開始
1947年	厚生省に児童局設置、母子衛生課の新設、児童福祉法の制定
1948年	児童福祉法の施行、母子保健対策要綱の策定、予防接種法の制定・施行
1965年	母子保健法制定(児童福祉法から独立)・施行(1966年)
～	児童福祉法、予防接種法、母子保健法のもとで、施策の整備・充実～
	○ 妊婦・乳幼児への健康診査の徹底
	○ 妊産婦・乳幼児への保健指導の充実
	○ 先天性代謝異常等検査事業の実施・充実
	○ 未熟児養育医療の給付、慢性疾患を抱える児童への医療費助成、結核児童の療育医療の給付等の公費負担医療の実施・充実
	○ 妊婦・乳幼児への予防接種の徹底

我が国の母子保健行政のあゆみ②	
(背景)	○ 乳児死亡率・妊産婦死亡率の改善
	○ 少子化・核家族化の進行・女性の社会進出による子どもを育てる環境の変化
1994年	「エンゼルプラン」の策定
1999年	「新エンゼルプラン」の策定
2000年	「健やか親子21」(2001～2010年)の策定
2004年	不妊治療への助成事業の創設
	「少子化社会対策大綱」、「子ども・子育て応援プラン」の策定
2009年	「健やか親子21」の計画期間を4年延長し、2014年までとする
	※次世代育成支援対策推進法に基づく計画と一体的に推進するため計画期間をそろえた
2012年	子ども・子育て支援法の制定
(背景)	○ 乳児死亡率・妊産婦死亡率などが世界有数の低率圏に
	○ 晩婚化・晩産化、育児の孤立化などによる妊産婦・乳幼児を取り巻く環境の変化
2015年	「健やか親子21(第2次)」(2015～2024年度)の策定
	子ども・子育て支援法の施行
(背景)	○ 児童虐待など子どもや家庭を巡る問題が多様化・複雑化する中、新たな子ども家庭福祉を構築することが喫緊の課題に
2016年	児童福祉法等の一部改正(平成29年4月1日施行)
	※児童虐待について発生予防から自立支援まで一連の対策の更なる強化
	※母子健康包括支援センターの全国展開

平成2(1990)年以降は、少子化対策、最近では、児童虐待も重要な社会問題の一つになっています。



冒頭にお話しさせていただきました「すこりん」は、健やか親子21(第2次)のシンボルマークですが、ぜひ皆さんにも知っておいて欲しいと思います。

10年後に目指す姿

「すべての子どもが健やかに育つ社会」

<2つの方向性>

- ①日本全国各地で生まれても、一定の質の母子保健サービスが受けられ生命が守られるという地域間での健康格差の解消が必要であるということ。
- ②疾病や障害、経済状態等の個人や家庭環境の違い、多様性を認識した母子保健サービスを展開することが重要であるということ。

子どもの健やかな発育のためには、子どもへの支援に限らず、親がその役割を発揮できるような親への支援をはじめ、地域や学校、企業といった親子を取り巻く温かな環境の形成や、ソーシャル・キャピタルの醸成が求められる。

また、このような親子を取り巻く支援に限らず、当事者が主体となった取組(ピアサポート等)の形成も求められる。

10年後に目指す姿として「すべての子どもが健やかに育つ社会」を実現していくことです。この理念には、反対する人はいないと思います。素晴らしい理念ですが、この理念を社会で実現していくには、何が必要で、どのように実践するのかなど、より具体的に考えるのが私の仕事です。健やか親子21第1次では、74項目のうち、約8割が改善しています。新生児死亡率や、10代の喫煙などはだいぶ減ってきています。一方で、変化がない指標や、悪化している指標もあります。日本は、低出生体重児が非常に多いこと、10代の自殺が非常に多いという課題があります。

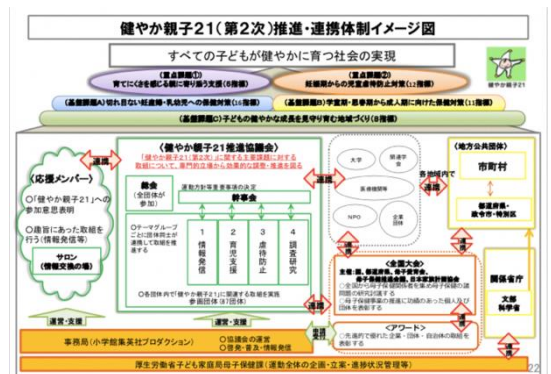
「健やか親子21(第1次)」(H13~26年)の最終評価について

全体の目標達成状況等の評価 ~74項目のうち、約8割が改善~		
評価区分	該当項目数 (割合)	該当項目
改善した	A 目標を達成した (27.0%)	○新生児死亡率 ○10代の喫煙率 等
	B 目標に達していないが改善した (54.1%)	○妊産婦死亡率 ○不慮の事故による死亡率 等
C 変わらない	8項目 (10.8%)	○思春期外未 ○児童虐待による死亡数 ○産婦人科医師数 ○休日・夜間の小児救急医療機関を知っている親の割合 ○子育てに自信が持てない母親の割合 ○ゆとりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合 ○育児について相談相手のいる母親の割合 ○子どもの心の専門的な診療ができる医師がいる児童相談所の割合
D 悪くなっている	2項目 (2.7%)	○低出生体重児 ○10代の自殺率
E 評価できない	4項目 (5.4%)	○朝食を欠食する子どもの割合 ○法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数 等

また、円滑に事業を進めていくための官庁間の連携はとても大切です。連携という視点では、自治体とか、企業などを巻き込みながら解決していく姿勢が大切です。

例えば、低出生体重児の問題では、様々な背景があります。現在でも、「小さく産んで大きく育てる」ということを聞くこともあり、妊娠中にあまり太りたくないという女性も多いのではないかと思います。正しい情報の発信、知識の啓発をどのように実施するかが重要です。また、将来的に予想される課題に向けて、先手先手で調査研究

を実施していく必要もあります。自治体間、医療機関間におけるサービスの標準化を行い全体レベルの底上げを図ることもあります。正しい情報の発信や周知はとても大事なことです。厚生労働省では、上手な医療のかかり方を広めるための懇談会後、構成員のデーモン閣下が、先程の子ども医療電話相談事業（＃8000）の広報をされましたが、発信力のある方が広報することでマスコミが取り上げてくれます。マスコミに取り上げてもらうことで、今まで子供の健康に関心が無かった方、そもそも子ども医療電話相談事業（＃8000）を知らなかった方に情報を届けることができたのではないかと思います。医療関係者や専門家にとっては、知っていて当然、実施していて当然と思うことも一般的には知られていないことがあるのも事実です。マスコミの力は大きいと思いますし、どのように発信、啓発していくか工夫が必要です。さらに、学会、各専門団体、関係機関、企業などをどう巻き込みながら流れを作っていくかを日々考えつつ仕事をしています。



こちらは健やか親子21（第2次）推進・連携体制イメージ図です。イメージ図では、行政関係者や専門団体、企業を含む推進協

議会など多くの方々と共に意識を共有し、理念を達成していこうと考えています。

マタニティマークとおした「妊産婦にやさしい環境づくり」の推進について

○ 目的

- 妊産婦が交通機関等を利用する際に身に付け、周囲が妊産婦への配慮を示しやすくするもの。
- 交通機関、職場、飲食店、その他の公共機関等が、その取組や呼びかけ文をポスターなどとして掲示し、妊産婦にやさしい環境づくりを推進するもの。

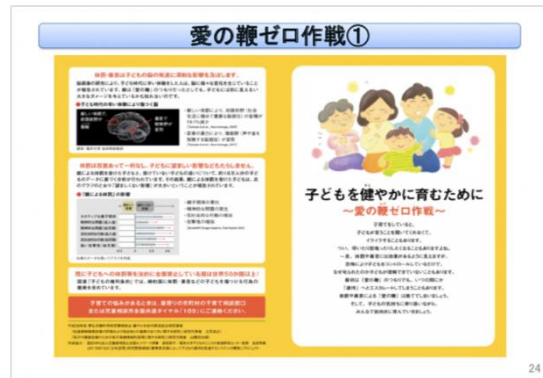
○ マークの普及に向けた取り組み

- 『産やわ親子21』推進検討会において、マタニティマークを募集
- 平成18年3月に発表
- マークを妊産婦に役立てていただく
- 妊産婦に対する気遣いなど、妊産婦にやさしい環境づくりに関して広く国民の関心を喚起
- 現在の取り組み
- 厚生労働省のホームページ、政府広報、ポスター等、様々な機会を通して広く周知
- 関係省庁において、交通機関、職場、飲食店等に取り組みへの協力依頼
- マタニティマークの正しい意味の周知啓発
- マタニティマークアップの作成(平成29年3月10日)
- メディアと連携した啓発(平成29年12月 ドラマ「フノリ」とタイアップ)を実施

○ 市町村における取組状況

- マタニティマーク入グッズ等を何らかの方法で妊産婦へ配布している市区町村数は、1,706か所(98.0%)
- 認知度・使用状況
- マークを知っている国民は45.6%(20代~30代で約7割)
- 平成29年度母子保健に関する意識調査
- 52.3%の母親が妊婦中にマークを使用していない。
- 平成25年度厚生労働科学研究費

【マタニティマークの利用方法について】
厚生労働省ホームページからダウンロードし、個人、自治体、民間団体等で自由に利用できます



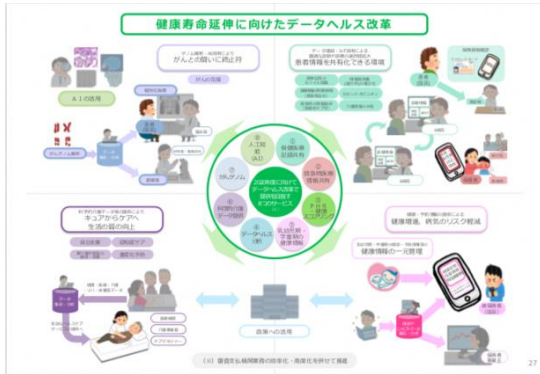
そして、これは「愛の鞭(むち)ゼロ作戦」といいますが、皆さんご存知でしょうか。「愛の鞭(むち)ゼロ作戦」は、体罰によらない育児を推進することを啓発するために作成されたものです。

冒頭でも話しましたが、マタニティマークについてみなさんご存知ですね。私は担当になるまで詳しく知らなかったのですが、政府の取り組みとしては成功事例だと思えます。マタニティマークの普及にはほとんどお金がかかっていないというのが現状です。あわせてこちらをご紹介します。これには、マタニティマークの右側に「思いやりのある行動をお願いします」と表記されています。マタニティマークは、どうしても席譲ってくださいマークと思われがちで、マークを付けているだけでマタハラ(マタニティーハラスメント)の対象になりやすい現状がありますが、正しい知識の啓発を通して妊婦さんが過ごしやすい生活環境を整えていくことが大事です。少なからず、マタニティマークが無かった10年前に比べると、妊婦さんに対し温かい社会環境が醸成されていると個人的には思っています。



政府による児童虐待の緊急対策に関する検討会で今後の方針とともに正しい情報を発信し、知識を啓発するキャンペーンを国が率先して行うことが大事だと改めて確認されました。この「愛の鞭(むち)ゼロ作戦」の使用を推奨し浸透し始めたところです。そして、情報の発信や知識の啓発における企業やメディアの力はとても大きいです。最近、厚生労働省もタイアップというのをしています。ドラマ、映画、キャラクターとタイアップして啓発をしています。「鷹の爪団」については、YouTubeで動画が流

れているので、健康に関心がないような人にも見ていただけたらと思っています。育児中孤独を感じることもあるお母さんへのメッセージ、また産後うつや、喫煙、受動喫煙についてなどに関する啓発を行っています。



さらに現在、厚生労働省では、「健康寿命延伸に向けたデータヘルス改革」の一部として乳幼児期・学童期の健康情報等の健康情報の一元管理の検討をしています。ただ、学童期における健康情報となると、文部科学省との連携が不可欠です。乳幼児期と学童期における健康情報をつなぐことで、将来的により質の高いサービス環境が整えられると考えています。例えば、自分の出生時体重や乳幼児期の成長・発育過程、予防接種の接種履歴を知ることができず、母子健康手帳が手元になく直ぐに確認できない時にも活用が可能です。今後は、データとして記録を残していくことも必要ではないかと考えられています。

乳幼児健康診査(1歳6か月児健診・3歳児健診)について
※平成17年度に一般財源化(地方交付税措置)

○ 市町村は、1歳6か月児及び3歳児に対して、健康診査を行う義務があるが、その他の乳幼児に対しても、必要に応じ、健康診査を実施し、また、健康診査を受けるよう勧奨しなければならない。

○ 健 診 (母子健康簿)
第1 2名 市町村は、次に掲げる者に対し、厚生労働省令の定めるところにより、健康診査を行わなければならない。
1 満1歳の誕生日を迎えていない幼児
2 満3歳を越え満4歳に達しない幼児
第3 3名 前条の健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けるよう勧奨しなければならない。

1歳6か月児健診	3歳児健診
○ 健診内容 ① 身体発育状況 ② 栄養状態 ③ 骨格及び胸部の病状及び異常の有無 ④ 皮膚病の有無 ⑤ 歯及び口腔の病状及び異常の有無 ⑥ 四肢運動障害の有無 ⑦ 精神発達状況 ⑧ 言語理解の有無 ⑨ 社会性の発達状況 ⑩ 育児上問題となる事項 ⑪ その他の病状及び異常の有無	○ 健診内容 ① 身体発育状況 ② 栄養状態 ③ 骨格及び胸部の病状及び異常の有無 ④ 皮膚病の有無 ⑤ 歯の病状及び異常の有無 ⑥ 耳、鼻及び咽喉の病状及び異常の有無 ⑦ 歯及び口腔の病状及び異常の有無 ⑧ 四肢運動障害の有無 ⑨ 精神発達状況 ⑩ 言語理解の有無 ⑪ 社会性の発達状況 ⑫ 育児上問題となる事項 ⑬ その他の病状及び異常の有無
○ 受診人数(受診率) 1,008,449人(95.7%)	○ 受診人数(受診率) 1,017,584人(94.3%)

健診内容は、厚生労働省令(母子健康法施行規則)で定める検査項目
受診人数・受診率:厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(平成27年度)による

法律で自治体による乳幼児健康診査の実施が定められていますが、細かい項目やデータの記録方法、管理方法は自治体ごとに様々です。乳幼児期・学童期の健康情報の一元管理を進めていくには、データ化する項目の選定、記録方法の統一化などを含め整備しなければならないことがたくさんあります。

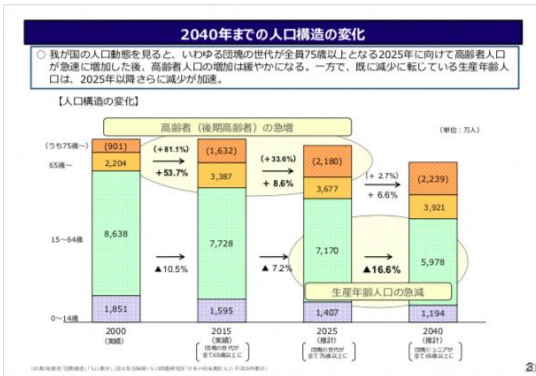
データヘルス時代の母子保健情報の利活用に関する検討会 中間報告書(概要)

【目的】平成17月に厚生労働省(「データヘルス改革推進本部」)のもと、新たに「乳幼児期・学童期の健康情報」プロジェクトチームが設置され、乳幼児期・学童期を通じた健康情報の利活用等について検討を進めることとなった。
○ これを受け、同年4月に子ども医療費助長法の下に、行方不明又は特定の母子保健情報の利活用に関する検討会を設け、乳幼児健康及び妊産婦の健康情報の電子記録等の標準化及び電子化に関する検討を行った。

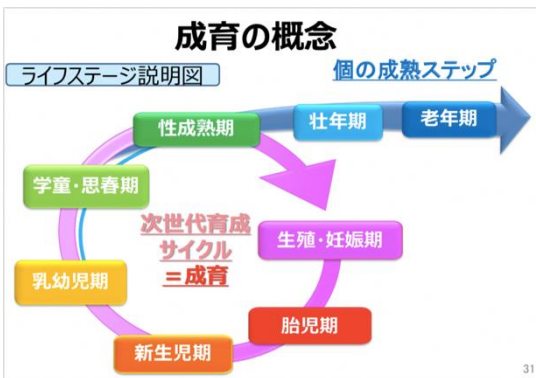
【中間報告書の主な内容】

検討項目	課題	取組
1. 電子的記録・管理する情報	乳幼児期(1歳6か月、1歳半、3歳)及び妊産婦期の健康情報にかかる「標準的な電子的記録様式」及び「標準電子化すべき情報」を検討。	
2. 電子的記録の利活用について	「マイナンバー制度」による「特定の個人を識別する番号(マイナンバー)」	本人又は関係者が自己の健康管理のために利用する情報で、市町村が電子化することが望ましい情報。 乳幼児健康情報に関する情報 妊産婦健康情報に関する情報
3. 今後の検討事項	乳幼児健康情報に関する標準的な電子記録様式を策定し、標準電子化すべき情報に関する取組を進めること。標準電子化すべき情報に関する取組を進めること。	標準的な電子記録様式を策定し、標準電子化すべき情報に関する取組を進めること。 標準電子化すべき情報に関する取組を進めること。

吉村先生も触れられていましたが、未来投資戦略等の政府の大きな方針に記載されることで予算要求の根拠になります。母子保健分野におけるデータヘルス事業では、平成32年度より、マイナーポータルを通じて本人等へのデータの提供を目指しています。文部科学省と協力し、課題を整理し、どのように解決していくかについてコミュニケーションを図っています。



少し話が変わりますが、現在推測されている令和22(2040)年までの人口構造の変化では、令和7(2025)年にかけて高齢者人口は急激に増加するものの、令和7(2025)年以降は緩やかな増加へ切り替わり、生産年齢人口の減少がより加速するといわれています。



最近では、「成育」という概念も出てきています。

平成31年度概算要求の主な事項 (健康寿命の延伸)

取組の方向性

○「健康無関心層への対応」と「地域間の格差の解消」の2つのアプローチにより、健康格差を解消しつつ、健康寿命の延伸を図るため、次の3つの分野を特定し、重点的に取組を推進する。

①次世代の健やかな生活習慣形成等 ②疾病予防・重症化予防 ③介護予防・フレイル対策

重点取組分野	具体的な方向性	平成31年度概算要求の主な事項
次世代の健やかな生活習慣形成等	・子育て支援の充実による生活習慣形成のための介入支援の充実、社会的支援 ・人口学上の課題の解消に資する取組の推進 ・健康増進に資する取組の推進	・健やか親子21(第2次)による健やか生活習慣形成子育て世代向け支援センターの整備推進 ・健康増進センター事業、健康増進センター事業 ・母子健康簿の活用推進等のための取組の推進 ・健やか生活習慣形成推進員(保健師)の活用、指導方法の確立等の取組の推進
疾病予防・重症化予防	・個別・集団化されたがん検診、がん検診の普及・推進 ・がん予防の推進 ・がん検診の普及・推進 ・がん検診の普及・推進	・がん検診の普及・推進 ・がん検診の普及・推進 ・がん検診の普及・推進
介護予防・フレイル対策	・介護予防・フレイル対策と生活習慣形成の連携 ・介護予防・フレイル対策と生活習慣形成の連携 ・介護予防・フレイル対策と生活習慣形成の連携	・高齢者の健康増進に資する取組の推進 ・高齢者の健康増進に資する取組の推進 ・高齢者の健康増進に資する取組の推進

32

平成30年度概算要求の主な事項(健康寿命の延伸)には、重点取組分野の一つに「次世代の健やかな生活習慣形成等」が明記されています。「成育」という概念を軸にすると次世代の健やかな生活習慣を形成できる環境の整備に力を入れることも、これからの日本に重要であると考えられ始めたことがわかります。

これまでを振り返って

大学生	～3年目頃	3～6年目	7年目	8年目	9年目
大学生	横浜市入庁 新任期	新任期後半	中堅にさしかかるところ	厚生労働省入省(人事交流)	現在 厚生労働省2年目
・大学生生活の謳歌 ・卒業研究 ・就職先の選択	・同期との出会い ・他自治体の保健師との交流や学会参加 ・先輩保健師の姿	・新しい分野での挑戦 ・仕組みの改革に携わる ・予算要求、法令をこらむ等	・今後のキャリアプランを考える ・昇任試験への挑戦	・厚生労働省での仕事のテンポに慣れる ・関係者、自治体、他部署との関係性の歴史を振り返る	・母子保健分野のデータヘルズの検討 ・健やか親子21の今後の続投を考える

33

私自身、大学の授業の中で、厚生労働省で働く先輩の存在を知り、行政保健師として横浜市に就職しました。私は横浜市に就職しましたが、自分が就職した自治体や病院の中で過ごすことが多いこと、そしてその環境の中での「当たり前」が増えてくることを知りました。少し視線を外に向け、学会などの様々な交流の場で他の自治体の方や立場が違う方と話し、たくさんの刺激

をいただくことができました。横浜市では当然のことも、他の自治体では当たり前ではないことがとてもたくさんあります。精神科救急医療の部署にはもともと保健師の配置がなく、保健師としての役割が明確に確立されていない中での異動でした。精神保健福祉センターでは、世の中の動きと、法律、制度に始まり国の予算が常に連動していること、ルールを変えるにはルールを知っていることが大事だということなど、多くを勉強しました。横浜市では28歳から受けられる昇任試験があり、私は入庁7年目に受けました。挑戦してみたところ、係長に昇進することとなり、厚生労働省に人事交流で派遣されることになりました。厚生労働省では、大学の先輩方含め多くの方々との出会いがありました。皆さんに後押しされ、また仕事の方法を学び、自分は何ができるのか、何が面白いのか、何が自分に合うのかなどいろいろ考える機会をいただきました。

私は、保健師として自治体と国の立場を経験することができました。医療機関でも同じですが、それぞれの立場、それぞれのフェーズがあり、役割も違えば皆が同じことをできるわけではありません。多くの方を導くような方もいれば、地道に課題を解決していく方もいます。でも、自分が何をするとこの世の中が上手く回ることができるのかについて常に考えていかなければならないと思います。そして、政策や制度の方向性と、現場で必要なことが必ずしも一致しているわけではありません。政策や制度と現場の中間にいる私たちは、現場の方々がいかに必要だと思ってもらえるよう

に丁寧にその説明をしていく役割を担っています。

最後に

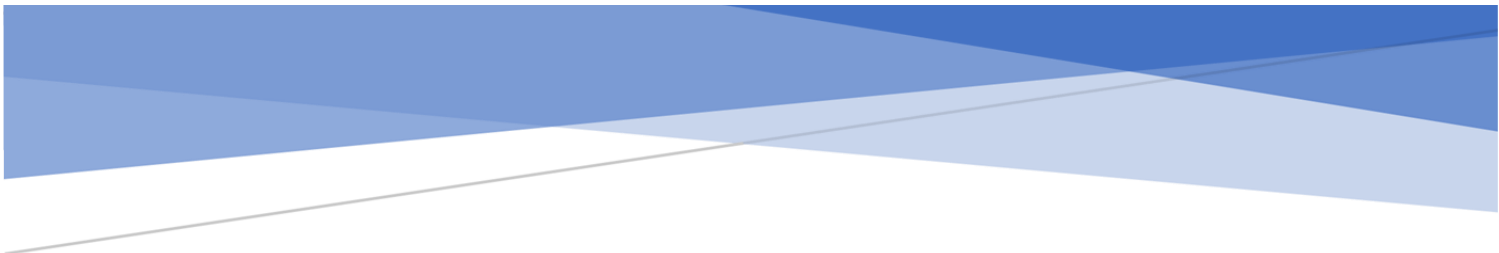
- ◆ 公衆衛生の最前線にいる職種の一つ 保健師
- ◆ 仕事は人で動いている
- ◆ 課題は現場に山積。どう整理していくか。

**限られた資源の中で
効率的効果的に
国民の健康をまもることができるか**

35

職種はさておき、仕事、社会というのは多くの人によって動いているということを日々実感しています。ここに皆さんが集まってくださっていることにも繋がりを感じますし、様々な方々と繋がることで今の仕事にとっても生きていると感じています。また、課題というのは現場に落ちており、その課題を収集しきれていないと常日頃思っています。今後さらに、山積する課題をいかにまとめて整理し、見える化できることが必要です。限られた資源の中で効率的に効果的に実践していけるかが公衆衛生の中で最も大事なことだと思います。

最後に、学生時代に経験したことや人との繋がり、今後とても大事になると思います。学生生活を楽しまつつ、ちょっとだけ将来のことも考えるとき、私の経験が少しでも皆さんの参考になれば嬉しいです。



学生時代に経験したことや人とのつながりは
今の仕事に生きています。
今日のお話が少しでも参考になれば幸いです。

36

※本稿では実践講座の研修内容を文章化していますが、その一部は定義の説明が不十分であったり、講師自身の解釈や意見が盛り込まれている部分があります。内容はあくまで個人的な見解であり、各講師の所属する組織・団体の見解を示すものではありません。

資料6

「Public Health. 実践講座」第2回

2040年を見据えた社会保障の課題研修概要

(平成30年11月29日)

矢島鉄也

医学博士

千葉県 病院事業管理者 (病院局長)

千葉大学客員教授

Public Health. の展望
職種と世代を超えて未来を拓く

2040年を見据えた 社会保障改革の課題

2018年11月29日

千葉県 病院事業管理者 (病院局長)
千葉大学客員教授 医学博士 矢島鉄也

厚生労働省の話をしてします。よろしくお願
いします。さっき、吉村先生が「働き方改
革」について話していましたよね。厚生労
働省は、うちの嫁さんに言わせると一番の
ブラック企業です。そのブラック企業に「働
き方改革」なんかできるわけないよねって
言われました。その私がなぜ厚生労働省に
入ったかという、学生の頃、地域医療、

国際保健、救急医療とかいろいろ興味があ
って、夏休みは先輩が務める色々な病院で
実習をしていました。自治医科大学附属病
院に先輩を訪ねた時、僻地医療を勉強した
いと話すと、「厚生省 (当時はまだ厚生省で
した。厚生労働省になるのは平成13年です)
に先輩がいるから行ってごらん」と、勧め
られました。厚生省へ行くと、千葉大学医
学部の先輩がいて、手ぐすね引いて待つて
いました。来ないかと誘われ、私も若かつ
たので、ちょっとならいいかなって思って、
辞めろと言われれば辞めればいいぐらいな
感じでした。2年間ぐらい臨床現場を経験
してからでもいいですかと聞いて、厚生省
の採用試験を受けたら合格でした。でも、
今はだめですよ。今そんなことやったら、
完全にだめです。「2年間したら行きます」
と言っちゃったしということで、初めの2

年間は、当時、千葉県でできたばかりの救命救急センター、千葉県救急医療センターで初期臨床研修を受けました。当時は、全国で5番目か6番目ぐらいにできた新しい救命救急センターで、救命救急だけやる医療機関です。現場は、日夜、戦場です。学生実習の時に、この救命救急センターを見ていたので、ぜひ救急医療の現場を経験してから、厚生省に行きたいということで救急医療センターの野口センター長(当時)にお願いしたらOKが出ました。

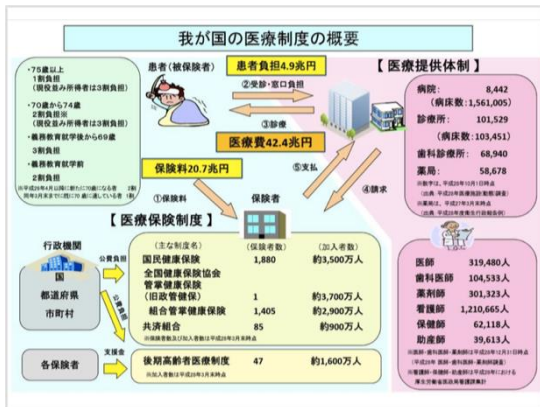
昔は、今と違って国家試験が卒業後の4月で、合格すると医籍登録通知が5月に届きます。医師免許が届くのは、さらに先でした。医籍登録が完了するまでは医者として医療行為ができませんので、2ヶ月間、千葉県の保健所で、保健師さんと地域の家庭訪問をしていました。病院とは違う世界を知ったことで、現場を見た方が良いと思い、医者になってからも週1日だけ毎週木曜日保健所に通っていました。救命救急センターで徹夜で麻酔の手伝いをして、朝になると保健所に行って保健師さんと家庭訪問にいきました。中心静脈カテーテルを入れ替えたり、褥瘡の処置をしたりして面白かったです。

今回は、未来の職種、世代を超えてということなので、どっちかという未来の話ですが、高齢化社会の話をしたと思います。

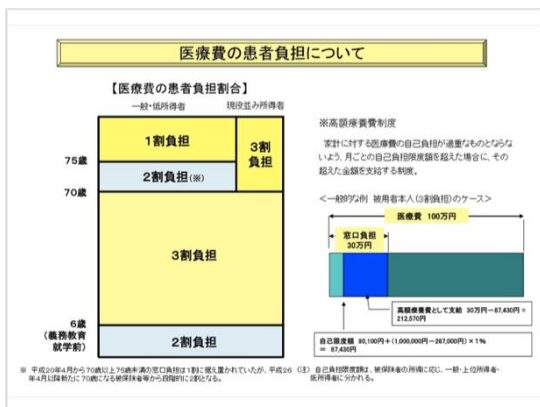
なぜ、タイトルに「2040年」としたか分かる人いますか。今、厚生労働省は2つのキーワードを出しています。令和4(2022)年と令和22(2040)年です。これは試験に出ないから大丈夫です。令和4(2022)年には団塊世代の方々が75歳に入り始め、令和

22(2040)年には高齢者がピークを迎えます。日本はこれから、大きく2回の高齢者人口が増加する時期を迎えます。現在、100歳以上の国民は6万9,000人いますが、令和22(2040)年のピークを迎えると50万人になるといわれています。

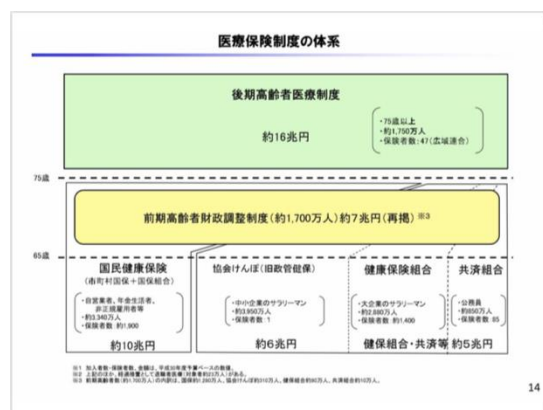
それから、先ほど中島先生が低出生体重児のお話をされましたが、低出生体重児で生まれると何に注意しなければならないのでしょうか。例えば、腎臓の機能が通常に比べて低くなります。腎臓は、左右100万個ずつ糸球体がありますが、低出生体重児だとこの糸球体が、場合によっては70万個に減ると言われています。若い時は問題なく普通に暮らしていても、歳をとると、出生時に糸球体100万個持っている人に比べて、糸球体70万個の人の方が腎臓の機能低下が早い段階で起きます。ちょっとした感染症で、腎臓へのダメージが大きいため、若い時から何に注意しなければならないのか教育することが必要になります。これから長寿社会になればなるほど、どの臓器の機能がいつ頃から低下していくのか考えていかなくてはなりません。低出生体重児と高齢化社会を結びつけて考える必要があると、中島先生の母子保健課の話を聞きながら思いました。



皆さんは、これから医療の分野で専門職として医療制度の中に入ってきます。厚生労働省はグランドデザイン、制度を作るのが仕事です。患者さんが医療機関を受診すると、診療を受け、窓口でお金を支払います。例えば、医療費が100万円だとすると、普通の人には3割負担ですから30万円を窓口で支払うことになります。30万円、高いですね。でも、日本の医療保険は30万円払わなくていいんです。高額療養費制度という制度があり、月の自己負担額の上限が8万円ぐらいでおさまります。所得の高い人は所得に応じて高くなります。このように患者さんの自己負担が重くならないように工夫されているのです。

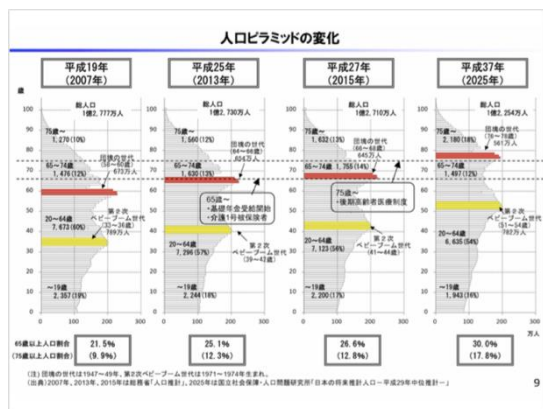


医療機関は、患者さんが窓口で払った8万円を引いた医療費92万円を保険者に請求します。保険者は請求に応じて、医療機関に92万円支払いますが、このお金はどこから出てくるのか。皆さん方、健康な人たちから集めている保険料で賄っています。このように、ぐるぐる循環しています。我が国の医療保険制度は、とても良く出来ています。吉村先生が先ほどお話の中で、日本の医療保険制度について特徴を4つ言いました。そのうちの1つに、国民皆保険制度がありました。この国民皆保険制度は、イギリスやフランスなどのヨーロッパ、北欧でも使われています。だいたい先進国は、国民皆保険制度を取り入れています。日本は諸外国と少し違います。日本では、診療報酬の中でサービスの値段を決めているため、同じ医療サービスであれば全国どこで受けても値段が同じです。かつ、薬においても薬価が決まっており、全国どこでも、同じ値段で処方してもらえる制度が国民皆保険制度です。



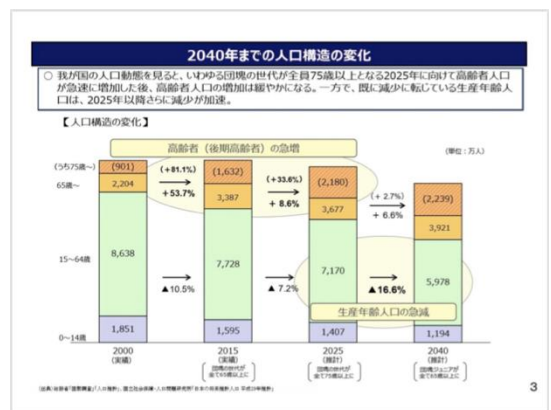
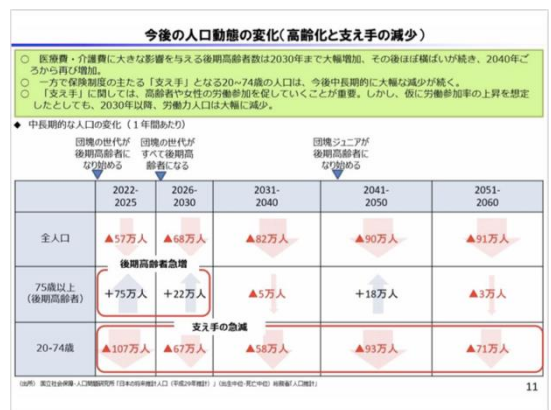
現在の日本の医療費は大体42兆円です。窓口負担で5兆円支払われ、残り37兆円。大体37兆円のうち、16兆円は75歳以上の

方への医療費、国民健康保険 10 兆円、協会けんぽ 6 兆円、健康組合・共済などで 5 兆円です。スライドを見てもわかるように、前期高齢者、後期高齢者で 23 兆円使っています。子どもも成人も大事ですが、これからの医療のニーズは高齢者が中心になり、今後さらに増加します。先ほどもお話ししましたが、令和 4(2022)年にはベビーブーム期の方々が 75 歳になり、保険料負担は医療費の 1 割になります。医療費の半分は税金で賄いますので、残りの 4 割は 74 歳以下の私たちが保険料で支えます。だから若い人たちの保険料が上がってしまいます。消費税 1%上がると 7 兆円程度の財源になりますので、今度の消費税増税により 10 数兆円の財源が確保できる予定です。これを、子ども・子育て、医療、介護、年金、社会保障に充てようとしています。



これは、よく出てくる人口ピラミッドです。令和 4(2022)年にはベビーブーム期の方々が 75 歳になり、令和 22(2040)年には団塊の世代の子供達が高齢者になります。皆さん方がこれから関わる人たちというのはどういう人たちなのかということを考える必要があります。まず、日本の人口は、

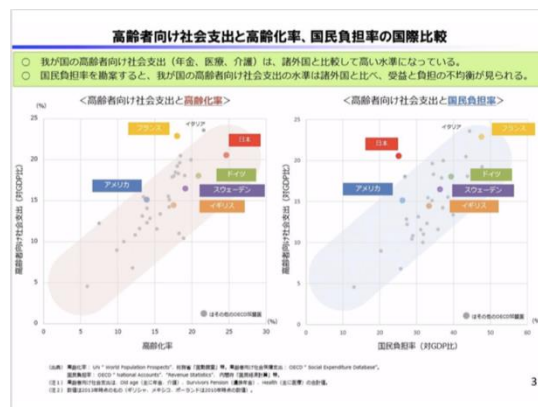
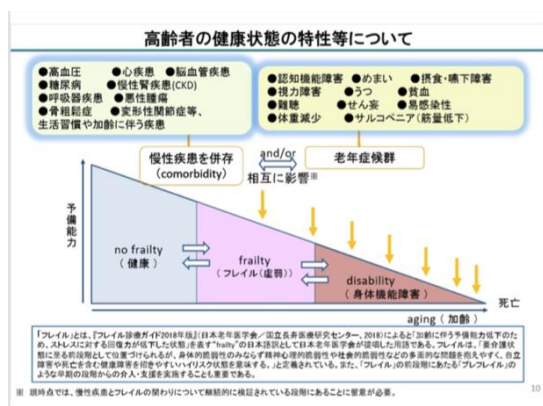
今後さらに減っていきます。団塊の世代が全て高齢者になる。それから、団塊ジュニアが後期高齢者になり始めるのが令和 22(2040)年ごろで高齢化のピークを迎えます。高齢者が増えるけど、支え手のほうは着々と減っていきます。医療、介護も、このような状況の中で国民の健康をどのように守っていけばよいのでしょうか。先ほどお話しされた中島さんの資料にもありましたが、人口減少、働き手の減少についてどのように対応していくかが、今後のポイントです。



令和 22(2040)年は、皆さんバリバリ社会で働いているでしょう。どのような社会になっているのか、自分の役割は何なのか、自

分の進むべき方向を見ることが大事です。100歳以上の高齢者が50万人以上も、街をピンピン歩いている社会とは、令和22(2040)年の日本の姿です。お年寄りが、「私は100歳以上です」って言いながら町を歩いている社会、50万人以上が100歳まで生きる国は、そう多くないと思います。いろいろな意味で、日本は100歳以上の人たちが健康でいられる国として世界的に注目されていますし、大学としては医学的な論文を書くチャンスです。多くのデータが集まりますし、そのデータを子孫、将来の人類のために貴重なデータを後世に残すことができれば、日本の役割として、とても素晴らしいことだと思います。実際、日本がこれからどのような高齢化社会を迎えていくのか、特にアジア諸国から注目されています。ちょうど10年ぐらい遅れで日本と同じような問題を抱えています。そのような中、日本のように自分たちの国も健康で長生きできるのか、どのように課題を解決していけば良いのか、日本の取り組み、政策の動向の一つ一つが注目されています。

心疾患、脳血管系とか、歳を取るだけで臓器が弱ってきます。最近では、サルコペニアも問題です。今までと経験したことがないような健康問題が出てきます。先ほどの慢性腎臓病、呼吸器疾患、肺気腫などありますが、もちろん悪性腫瘍だとか、骨粗しょう症の話も高齢化に伴ってどんどん増えてきます。このような分野の患者さんが増えますが、他の分野の患者さんは減ります。今、国がこれから力を入れようとしているのは認知症です。先ほどのサルコペニアについてもそうですが、正常に歳を取っていくと出てくる身体の変化にどのように対応していくか考えなければなりません。日本は世界に先駆けた高齢化社会を迎えますので、それをどういうふうに乗っかっていけばいいのかということが注目されています。

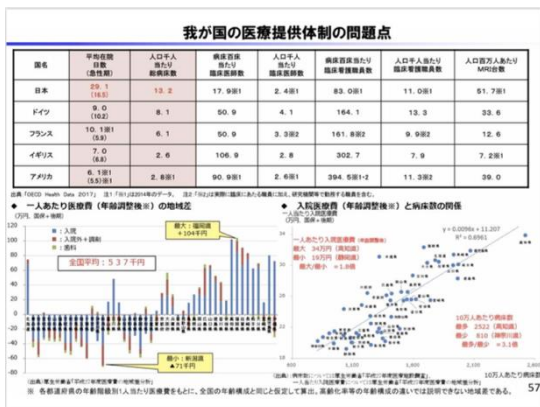


高齢者が増えてくると健康問題が増えてきます。まず慢性疾患、糖尿病、高血圧、

日本は、高齢化に見合う分だけお金は出しています。しかし、国民負担率、先ほどの消費税もそうですが、国民に高齢化に見合うだけというのであれば、もうちょっと負担していただいてもいいのではと、私は思っています。日本の場合、正直もっとお金をかければ良い医療ができるし、医療・介護スタッフの給料も増やすことができる

し、生活も良くなるのです、現実には、消費税 8%から 10%に上げるだけでも大変です。先進国の GDP 比で見ると、日本よりもお金をかけていることがわかります。それを考えたとき、日本はかけるお金が他の国よりも少ないけど、サービスはきちんと提供しています。住民の保険料負担が少なくなるように、医療従事者が文句も言わずに働いているということを知っていただきたい。

これは吉村先生の資料にもありましたが、各国比較です。人口 1,000 人当たりの医師の数は、日本は 2.4 人、ドイツ 4.1 人、フランス 3.3 人、イギリスが 2.8 人、アメリカ 2.6 人で、イギリスやドイツから比べると少ないです。



同じく看護師は、日本は 11 人、イギリス 7.9 人、フランス 9.9 人で、アメリカと同じぐらいです。医師に比べると、看護師の数は確保できているという印象です。

人口減少に対応した社会保障・働き方改革の進め方について

- 昨年10月の消費税率の引上げによって、2025年を念頭に進められてきた社会保障・税一体改革が完了。今後、団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見据えた検討を進めることが必要。
- 2040年を見据える。現役世代（若年層）の減少が最大課題。一方、高齢者の若返りが現れ、就業率も上昇。今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
 - ① 多様な就労・社会参加の環境整備
 - ② 健康寿命の延伸
 - ③ 医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
 - ④ 給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

2040年を見据え、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

～現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題～

多様な就労・社会参加	健康寿命の延伸	医療・福祉サービスの改革
<ul style="list-style-type: none"> ○ 異なる高齢者雇用機会拡大に向けた環境整備・中途採用の拡大 ○ 年金受給開始年齢の柔軟化、使用者負担の適正化 ○ 地域性・地域との交差合い等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 保険者等へのインセンティブの積極活用による疾病予防・介護予防 ○ 高齢者向けに生活習慣病予防・健康事業の一体的な実施 ○ 認知症等の生活習慣病の重症化予防に関する先進・優良事例の検証等 ○ 認知症の人の社会参加、環境づくりの推進 ○ 健康な食事・生活習慣の普及のための施策 ○ 次世代の健康な生活習慣の形成等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ロボット・AI・ICT等の実用化推進、デジタル化推進 ○ タスク・フライングの推進、シニア人材を活かす仕組み ○ 組織マネジメント改革、経営の大規模化・刷新等

～引続き取り組む政策課題～

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

ではなぜ、こんなに仕事がついのだろうか。理由は簡単で、ベッド数と平均在院日数です。千葉大学医学部附属病院は 14～15 日ぐらいになりました。そして、地域差についてです。これは病床数ですが、地域差が非常にある。特に多い所は九州で、西日本は、ベッド数多くて、入院日数が長く、医療費も高くなっている。今日、「働き方改革」の話をする予定はなかったのですが、つなごうとしました。これは日本の問題です。これを何とかしないと、日本の医療はうまくいかないと考えています。

外来診療に係る提供体制のあり方②

【目的】

- 構内では、機能分化の原則として、登録した医師による診療を原則として行われるが、フリーアクセスを維持し、また自己負担の差を設けることにより、診療の質を向上させる。
- かかりつけ医に対する診療報酬上のインセンティブの付与（追加）は、その対象を専断と併行して行うことを通じて、医師の確保・確保の確保・確保の確保となる。

【事業内容】

イギリス (NHS)	フランス	日本
<ul style="list-style-type: none"> ○ 予約制とした診療所の一環 ○ 診療報酬の確保 ○ 診療報酬の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ○ フリーアクセス ○ フリーアクセス 	<ul style="list-style-type: none"> ○ フリーアクセス ○ 大規模診療科のみ、専断と併行して行われる（専断診療科及び併行診療科400床以上の地域医療提供体制あり）

【事業内容】

- 専断診療科（専断診療科）
- 併行診療科（併行診療科）
- フリーアクセス

【事業内容】

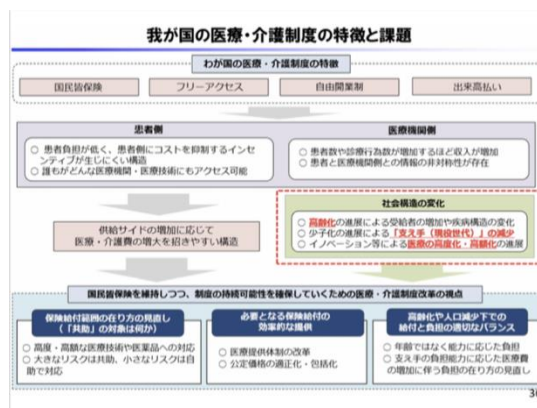
- 専断診療科（専断診療科）
- 併行診療科（併行診療科）
- フリーアクセス

【事業内容】

- 専断診療科（専断診療科）
- 併行診療科（併行診療科）
- フリーアクセス

外来診療、諸外国の外来診療や、フリーアクセスの話もしましたが、日本はフリーアクセスですが、大学病院は紹介状がない

場合、受診時に定額負担として1万円かかります。イギリスでは、あらかじめ登録した医療機関で家庭医の診察を受けた上で必要な場合に、専門医にかかることができます。普段は、地域に登録した診療所で医療を受けています。フランスは、一応フリーアクセスは確保されていますが、あらかじめ登録された、かかりつけ医以外を受診すると負担額が変わります。かかりつけ医以外だと、7割も負担しなければなりません。しかも、現物給付ではなく、一旦全額を支払う償還払い制となっています。フリーアクセスと償還払いを組み合わせています。日本は、フリーアクセスで、医療機関も自分で選べますが、現物給付なので1万円の医療を3,000円の負担で受けることができますし、高額療養費制度もありますのでかなり恵まれています。吉村先生は、日本人の外来受診率が諸外国に比べて多いと説明されていましたが、私はそれがかえって良いのではないかと思います。診察は短い時間であるけれど、定期的に受診してくれることで変化を見ることができます。急激な変化、症状が悪化する前に、その変化に気づくことができるからです。外来受診率が多い少ないに関する判断には迷いますが、今の国の新議会では諸外国に比べると頻回受診だということになっています。



わが国の医療保険制度は、国民皆保険制度、医療機関のフリーアクセス、医師の自由開業性、出来高払いなど、様々な背景によりコストが増えています。このコストをどのように抑えていくか、医療提供体制をどうしていくのかということ、令和22(2040)年に向けて考えていかなくてはなりません。国民皆保険制度を守りつつ、給付のあり方だとか、保険の効果的な提供のあり方、価格のあり方など、毎年のように見直しをしています。診療報酬改定は2年毎に行い、新しい技術はすぐ入れ、古い技術はやめ、効率の悪いものは見直すということを絶えずしています。どんどん制度を良くしていくための仕組みを日本は持っているということを感じておいてください。

平成31年度概算要求の主な事項（健康寿命の延伸）		
取組の方向性 ○「健康増進・働への対応」地域間の格差の解消」の2つのアプローチにより、健康格差を解消しつつ、健康寿命の延伸を図るため、次の3つの分野を設定し、重点的に取組を推進する。 ①次世代の健やかな生活環境の構築、②疾病予防、重症化予防、③介護予防、リハビリ対策		
重点的取組分野	具体的な方向性	平成31年度概算要求の主な事項
次世代の健やかな生活環境の構築 健やかな子育て支援	<ul style="list-style-type: none"> すべての子どもが健やかな生活環境形成のための心身の発達を促す取組の推進 いじめや虐待の早期発見・対応体制の強化 成長に際する関係機関の連携体制の構築 	<ul style="list-style-type: none"> 健やかな子育て（第2次）による健やかな生活環境形成の推進 子育て支援サービスの充実 健やかな子育て支援サービスの提供 子育て支援サービスの提供 子育て支援サービスの提供
疾病予防、重症化予防 がん・生活習慣病対策	<ul style="list-style-type: none"> 国民生活習慣病対策の推進 がん・生活習慣病対策の推進 がん・生活習慣病対策の推進 	<ul style="list-style-type: none"> がん・生活習慣病対策の推進 がん・生活習慣病対策の推進 がん・生活習慣病対策の推進
介護予防・フレイル対策 介護予防・介護事業の一体的推進	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防・フレイル対策と生活習慣病等の連携推進 介護予防・フレイル対策と生活習慣病等の連携推進 	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防・フレイル対策と生活習慣病等の連携推進 介護予防・フレイル対策と生活習慣病等の連携推進

「平成 31 年度概算要求の主な事項」に書かれている主な事項は、消費税増税後の使い道です。次世代は生活習慣病に力を入れましょう、高齢者は介護予防・フレイル対策をしましょう、がんやゲノム医療、健康無関心層へのアプローチなどについても明記されています。

医療・介護・福祉サービスの生産性向上に向けて	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 引き続き需要が増加する医療・介護等のサービスを安定的に提供するため、マンパワーの確保が課題。 ○ 一方、生産年齢人口の急速な減少により労働力制約が強まる中で、働きの高付加価値産業への人材流出も考慮すれば、医療・介護・福祉の専門人材が確保を最大限発揮することが不可欠。また、2040年までを展望すれば、AI・ロボット・ICTといったテクノロジーが急速に発展。 ○ このため、健康寿命の延伸に向け取組に加えて、医療・介護・福祉サービスの生産性改革を進める。 	
<p>従事者の業務分担の見直し・効率的な配置の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医師の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進（7エール事業の実施と全国展開） 【例】1日当り1人あたり10時間以上勤務する医師に1日の勤務時間を2時間短縮し、1日当たり4人が従事する体制にすることで、1人の勤務時間を2倍に活用する。 ● 介護ロボット活用による特種での効率的な配置の推進（7エール事業の実施と全国展開） 【例】夜間看護導入、高齢介護等への対応強化、認知症対応型老人共同生活施設（グループホーム）での介護業務の効率化。 ● 保育補助者など多様な人材活用による保育業務の効率化 	<p>テクノロジーの最大活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関におけるAI・ICT等の活用推進、診断等の質の向上や効率化に資する医療機器等の開発支援 【例】AIによる画像診断支援、自動検体検査（7エール）等の開発支援、手術ロボット等を用いた手術、診断支援ロボット等。（※医療機器の活用による効率化の推進。） ● 介護サービス事業所間の連携等に係るICT標準仕様の開発・普及 【例】ICT機器導入、業務作成（ケア記録等の作成や介護報酬請求）に要する時間短縮。 ● 保育所等におけるICT化の推進
<ul style="list-style-type: none"> ● 病院長研修など医療機関のマネジメント改革への支援推進 ● 介護分野、障害福祉分野における生産性向上プロジェクトの作成・普及 ● 保育業務に関するタイムスタディ調査の実施、好事例の収集・横展開 <p>マネジメント改革の支援</p>	

平成31年度概算要求の主な事項（医療・福祉サービス改革）		
<p>取組の方向性</p> <p>○ 「労働力制約が強まる中でマンパワーの確保と医療・介護・福祉の専門人材による機能の最大限発揮に向け、テクノロジーも活用しつつ、生産性向上を図るため、次の3つの分野を重点とし、重点的に取組を推進する。 効率的な業務分担の推進、テクノロジーの最大活用、組織マネジメント改革の推進。</p>		
<p>効率的な業務分担の推進</p>	<p>【取組内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医師の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進 ● 介護ロボット活用による特種での効率的な配置の推進 ● シニア人材を活かす仕組み 	<p>【取組内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医師の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進 ● 介護ロボット活用による特種での効率的な配置の推進 ● シニア人材を活かす仕組み
<p>テクノロジーの最大活用</p>	<p>【取組内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関におけるAI・ICT等の活用推進 ● 介護サービス事業所間の連携等に係るICT標準仕様の開発・普及 ● 保育所等におけるICT化の推進 	<p>【取組内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関におけるAI・ICT等の活用推進 ● 介護サービス事業所間の連携等に係るICT標準仕様の開発・普及 ● 保育所等におけるICT化の推進
<p>組織マネジメント改革の推進</p>	<p>【取組内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病院長研修など医療機関のマネジメント改革への支援推進 ● 介護分野、障害福祉分野における生産性向上プロジェクトの作成・普及 ● 保育業務に関するタイムスタディ調査の実施、好事例の収集・横展開 	<p>【取組内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病院長研修など医療機関のマネジメント改革への支援推進 ● 介護分野、障害福祉分野における生産性向上プロジェクトの作成・普及 ● 保育業務に関するタイムスタディ調査の実施、好事例の収集・横展開

厚生労働省は担当する分野の項目が多いですが、健康で長生きを目指して、来年度の予算要求をします。平成 30 年 12 月末には財務省から内示が出され、平成 31 年 1 月から国会で審議されます。よく見ると、効率的な業務の分担ということでロボット、テクノロジー、AI などの話が出てきます。医療や介護の現場でも、効率や生産性に資する技術を取り入れ、組織マネジメントしていこうという全体の流れがあります。

新しい技術を使って、皆さん方の仕事をどのようにしたら効率化できるかについては、まさにこれからです。良いアイデアをたくさん出し合って、効率的な業務分担、テクノロジーの活用、組織マネジメントの改革をしていくという大きな流れがあることを知っていただければ幸いです。

※本稿では実践講座の研修内容を文章化していますが、その一部は定義の説明が不十分であったり、講師自身の解釈や意見が盛り込まれている部分があります。内容はあくまで個人的な見解であり、各講師の所属する組織・団体の見解を示すものではありません。

ACADEMIC MOTIVATION SCALE (AMS-C 28)

COLLEGE (CEGEP) VERSION

日本語訳・千葉大学社会精神保健教育研究センター

一部改変・千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学

Robert J. Vallerand, Luc G. Pelletier, Marc R. Blais, Nathalie M. Brière,

Caroline B. Senécal, Évelyne F. Vallières, 1992-1993

Educational and Psychological Measurement, vols. 52 and 53

Scale Description

This scale assesses the same 7 constructs as the Motivation scale toward College (CEGEP) studies. It contains 28 items assessed on a 7-point scale.

References

Vallerand, R.J., Blais, M.R., Brière, N.M., & Pelletier, L.G. (1989). Construction et validation de l'Échelle de Motivation en Éducation (EME). Revue canadienne des sciences du comportement, 21, 323-349.

このアンケートは、今回のセミナーの効果を定量的に測定するために、記入をお願いするものです。

いただいた回答内容は上記の目的のみに利用されます。

回答内容の分析結果等は学術雑誌等に公表されることがあります。その場合でもあなたの個人情報に第三者に公開されることはありません。

下の署名欄に記名することにより、上記趣旨に同意したとみなされます。

氏名 _____.

年齢 ()歳

性別 男性 女性

職種 医療専門職 専門分野 () 経験年数 ()年

大学院生 分野 () 年次 (修士・博士)年生

学部生 分野 () 年次 ()年生

その他 職業 () 就業年数 ()年

下記のスケールを用いて、以下の各項目が、公衆衛生学・医療政策学の勉強をする理由のひとつとしてどのくらい当てはまるかを示してください。

まったく 当てはまらない	わずかに 当てはまる	そこそこ 当てはまる	よく 当てはまる	完全に 当てはまる
1	2	3	4	5

あなたはなぜ公衆衛生学・医療政策学の勉強をするのでしょうか？

1. 今後より高収入を得るには勉強が足りないため	1	2							
3	4	5	6	7					
2. 新しいことを学べば喜びや満足感を得られるため	1	2							
3	4	5	6	7					
3. 私が選んだキャリアパスの助けになると思えるため	1	2							
3	4	5	6	7					
4. 自分の考えを他者に伝えるときに刺激的な気持ちになれるため	1	2							
3	4	5	6	7					
5. 正直なところよくわからない。勉強するのは時間の無駄と感じる	1	2							
3	4	5	6	7					
6. 勉強によって自分を高めることに喜びを感じるため	1	2							
3	4	5	6	7					
7. 自分には学問を修める能力があることを証明するため	1	2							
3	4	5	6	7					
8. 今後より重要な役職を手に入れるため	1	2							
3	4	5	6	7					
9. 未知のものを解き明かす喜びを得るため	1	2							
3	4	5	6	7					
10.好きな分野での就職先を見つけられるかもしれないため	1	2							
3	4	5	6	7					
11.興味深い著書を読むのが楽しいため	1	2							
3	4	5	6	7					
12.当初は意義を感じていたが、今は勉強を続けるべきか迷っている	1	2							
3	4	5	6	7					
13.個人的な目標達成によって自分を高めることに喜びを感じるため	1	2							
3	4	5	6	7					

14. 成果が上がれば自尊心が高まるため	1	2
3 4 5 6 7		
15. 今後より良い生活ができるようにするため	1	2
3 4 5 6 7		
16. 興味を引く物事に関する知識を深めることに喜びを感じるため	1	2
3 4 5 6 7		
17. キャリアパスに関してより良い選択肢が広がるため	1	2
3 4 5 6 7		
18. 良い著作を読むことに没頭するのが楽しいため	1	2
3 4 5 6 7		
19. 何故学ぶのかよくわからず、正直あまり気にもしていない	1	2
3 4 5 6 7		
20. 困難な学術活動を達成する過程に喜びを感じるため	1	2
3 4 5 6 7		
21. 自分が知的な人間であると自分自身で確認するため	1	2
3 4 5 6 7		
22. 今後より高い給料をもらえるようにするため	1	2
3 4 5 6 7		
23. 勉強することにより面白い事柄を学び続けることができるため	1	2
3 4 5 6 7		
24. もう少し勉強すれば私の実務能力が向上すると思うため	1	2
3 4 5 6 7		
25. 様々な内容の教材を読むことで気分が高まるため	1	2
3 4 5 6 7		
26. よくわからない。私は何を勉強しているのかわからない	1	2
3 4 5 6 7		
27. 学問を探究することで個人的な満足感が得られるから	1	2
3 4 5 6 7		
28. 自分は学問で成果を上げられる人物だと証明するため	1	2
3 4 5 6 7		

以下についても可能な範囲でご回答ください。

○以下の各項目と、「公衆衛生学・医療政策学」との関連性(結びつき)について、5段階で評価してください。

	関連性がとても弱い	関連性が弱い	どちらとも言えない	関連性が強い	関連性がとても強い
	1		2	3	4 5
・医療経済学			1 2	3 4	5
・医療情報学			1 2	3 4	5
・厚生労働省			1 2	3 4	5
・都道府県の行政府			1 2	3 4	5
・市町村の行政府			1 2	3 4	5
・健康危機管理			1 2	3 4	5
・医師不足・偏在			1 2	3 4	5
・財政健全化			1 2	3 4	5
・費用対効果			1 2	3 4	5
・産業保健			1 2	3 4	5

○「公衆衛生学・医療政策学」という言葉のイメージについて、思うところを書いてください。

○医学生・医師が「公衆衛生学・医療政策学」に興味を持つためには、どのような方法が効果的だと思いますか。

○今後セミナーや研修会などで勉強してみたいテーマがありましたら書いてください。

○今回このセミナーの情報を何から得ましたか。

ご協力ありがとうございました！