

①公衆衛生医師の確保に関する政策評価の試みと確保対策の検討

②公衆衛生学・医療政策学分野における研修会形式の教育的介入効果の検証

研究分担者 吉村 健佑 千葉大学医学部附属病院 病院経営管理学研究センター

研究協力者 櫻庭 唱子 一般社団法人 日本老年学的評価研究機構

沓澤 夏菜 千葉大学子どもこのころの発達教育研究センター

研究要旨

①公衆衛生医師の人材確保・育成に向け、これまで多くの取り組みがされてきたが、現時点では十分に効果的と言える方策の開発には至っていない。そこで本研究は本分野における政策評価の方法を提案することを最終的な目的とし、まずはその準備段階として現行の厚生労働省の公衆衛生医師の確保対策の経緯をとりあげて、対策の要素と課題を抽出した。結果としてガイドラインやチェックツール、好事例集の開発がされていることが分かった。一方で確保対策の課題も見られ、その点について考察を加えた。

②公衆衛生・医療政策分野で勤務する医師、看護師などの医療専門職は保健医療制度の運用上必要である一方、それをキャリアとして選択する医療専門職は必ずしも多くない。本研究では全2回の研修形式での教育介入を通じて、公衆衛生・医療政策分野で勤務する動機付けにつながる教育効果が得られるかを検討した。研修の効果を測定するため、事前・事後のアンケートを実施して結果を比較した。

A. 研究目的

①公衆衛生医師の確保に関する政策評価の試みと確保対策の検討

1)背景・概況

これまで公衆衛生医師の確保を目的として厚生労働省、各自治体レベルにおいて、多くの検討・取り組みがなされてきたが、現時点においても十分に奏功してきたとは言い難い。読売新聞平成 29 年 12 月 25 日夕刊においても、同誌の調査により得た結果より「保健所長足りない」と題した記事を掲載している。記事によると「公衆衛生活動の先頭に立つ保健所の所長のなり手が不足し、全体（481 か所）の約 1 割に当たる 21 道県計 49 保健所で、所長が兼務状態になっている」と指摘し、大きく取り上げている。これは公衆衛生医師の不足が一般の関心事項になるほど拡大していることを示すと考えられ、政策的な確保対策の必要性がより一層求められる状況となり、今後もその傾向は継続すると考えられる。

この様な社会情勢の中、現行の取り組みを見直し、効果的な方法に絞った整理及び新たな方策の模索を同時に進める必要がある。そのためには、各自治体が政策評価の観点で取り組みを評価・見直し、継続に取り組める方法論の共有と各自治体の体制作りが求められる。

2)目的

本研究は、政策評価の観点から現時点での政策的方策を可能な範囲で参照し、効果的な確保対策の方法を明らかにすると同時に現行の対策の課題の抽出と今後の対応策の案について整理を行うことを目的とする。

3)意義と期待できる成果

研究事業初年度の成果として、まずは現在実行されている公衆衛生医師の確保対策の政策評価を行う準備を行う。具体的には厚生労働省の取り組みの経緯をレビューして論点整理を行い、今後より精緻な政策評価に繋げてゆく。ここでいう政策評価とは「セオリー評価」「プロセス評価」「インパクト評価」「コスト・パフォーマンス評価」を指す(1)(2)

②公衆衛生学・医療政策学分野における研修会形式の教育的介入効果の検証

1. 背景

全ての医療専門職者が Public Health（公衆衛生、公衆衛生）に関係しており、公衆衛生の向上は医療専門職者の共通目的となっている¹⁾。医療専門職にとって公衆衛生学は必須科目であるが、学部教育では授業時間数が限られており、昨今の複雑な健康・医療問題に対応するには不十分である²⁾。公衆衛生・医療政策分野で勤務する医師、看護師などの医療専門職は保健医療制度の運用上必要である一方、それをキャリアとして選択する医療専門職は必ずしも多くない。我々は実践的な Public Health について学習する場を提供するため、平成 29 年 7 月から 11 月にかけて全 4 回の自主研修講座を開講した。受講者は医・薬・看護学部の学生、大学教員および附属病院職員で、延べ 100 人を超えた。これらの経験を踏まえ、研修形式での教育が公衆衛生・医療政策分野に動機付けとなり、教育効果を有するかを検証した。

2. 研究概況

本研究では全 2 回の研修形式での教育介

入を通じて、公衆衛生・医療政策分野にて勤務する動機付けになり、教育効果が得られるかを検討した。研修の効果を測定するため、事前・事後のアンケートを実施して結果を比較した。

3. 目的

全 2 回の研修形式での教育介入を通じて、公衆衛生・医療政策分野にて勤務する動機付けになり、教育効果が得られるかを検討することを目的とした。

4. 意義と期待成果

公衆衛生・医療政策分野における効果的な教育介入の方法と効果についての知見が得られると期待した。

B. 研究方法

①公衆衛生医師の確保に関する政策評価の試みと確保対策の検討

研究班に関連の深い行政主体として厚生労働省の取り組みを取り上げ、既存資料の収集・分析を実施した。具体的には、ホームページ、審議等の過程で配布された検討資料、議事録等を検討した。さらに、指針（ガイドライン）、実施要項、マニュアルなどを参考にした。その中で主な成果物について整理した。

②公衆衛生学・医療政策学分野における研修会形式の教育的介入効果の検証

B. 研究方法

・試験の種類、デザイン

研修会参加者を対象とする多岐選択式及び自己記入式のアンケート調査による非盲検、前後比較試験である。

・試験のアウトライン

研修会開始前および終了後にアンケート

を実施し、結果を集計分析した。

・対象の試験参加予定期間

実質的な試験参加期間は、研究参加の同意取得時、研修会当日に限られた。

・被験者登録

研修申し込み時に受講者背景を確認した。研修前に研究対象者に研究内容の説明書・同意書を配布し、同意書が返却され、同意欄に自署があることをもって、対象の同意と見なし、同意の得られた者を被験者として登録した。

・被検者背景

医療系学部生（医学・看護学・薬学部など）、医療系大学院生（医学・看護学・薬学など）および医療専門職（医師・看護師・保健師・薬剤師など）。

・研修内容

公衆衛生学・医療政策学に精通し、同時に実務を担った経験を持つ複数の講師による講義形式での研修を実施した。平成 30 年 11 月 6 日、29 日の各回 120 分間とし、講師 3 名ずつ（医師 5 名、保健師 1 名）が登壇した。研修内容は、第 1 回は「Public Health の現在-国際、国内、地域の視座で解決策を実行する」をテーマとし（添付資料 1-3 参照）、第 2 回は「Public Health の展望-職種と世代を超えて未来を拓く」をテーマとし（添付資料 4-6 参照）、各回の内容に変化を与えた。

被検者には、各回の両方ないしどちらか片方の参加を認め、それぞれの研修前後にアンケート調査により動機付け・学習態度・関心の変化を測定した。主たる解析として両日の研修に参加した場合の学習効果について実施し、追加的な解析として各回の研修に参加した場合の学習効果について実施した。

・解析の概要

主要評価項目、副次的評価項目の定義

1) 主要評価項目 (Primary endpoint)

ACADEMIC MOTIVATION SCALE COLLEGE VERSION (AMS-C28) (Vallerand, Pelletier, Blais, & Brière, 1992, 1993)³⁾の日本語版を用いる。(添付資料7参照)

そのうえで、本尺度が提供する7つの測定項目のうち、以下3つの「Intrinsic motivation (内的動機付け)」の合計点について、前後のスコアを測定する。大きくなるほど内的動機づけが高まることを意味する。統計学的解析は「対応のあるt検定」を用いて行った。有意水準0.05%の両側検定で、帰無仮説は「研修の前後で合計スコアの変化は0である」とした。また、cohen's dの効果量とその信頼区間も報告することとした。統計解析ソフトはR 3.5.1を使用した。

質問番号

2, 9, 16, 23 Intrinsic motivation - to know

6, 13, 20, 27 Intrinsic motivation - toward accomplishment

4, 11, 18, 25 Intrinsic motivation - to experience stimulation

第1回の研修開始前の回答を研修前データとし、第2回の研修終了後の回答を研修後データとした。

2) 副次的評価項目 (Secondary endpoint)

ACADEMIC MOTIVATION SCALE COLLEGE VERSION (AMS-C28) (Vallerand, Pelletier, Blais, & Brière, 1992, 1993)の日本語版を用いる。(添付資料参照)

そのうえで、本尺度が提供する7つの測定項目のうち、以下の4つの前後のスコアを測定する。Extrinsic motivation はスコアが大

きくなるほど外的動機づけが高まったと判断でき、Amotivation はスコアが大きくなるほど動機がなくなることを意味する。統計学的解析は「対応のあるt検定」を用いて行った。有意水準0.05%の両側検定で、帰無仮説は「研修の前後で合計スコアの変化は0である」とした。また、cohen's dの効果量とその信頼区間も報告することとした。統計解析ソフトはR 3.5.1を使用した。

質問番号

3, 10, 17, 24 Extrinsic motivation - identified

7, 14, 21, 28 Extrinsic motivation - introjected

1, 8, 15, 22 Extrinsic motivation - external regulation

5, 12, 19, 26 Amotivation

また、そのほかに自由記載による関心度の変化を記載してもらい、前後の変化について内容を質的に考察した。

・インフォームドコンセントを受ける手続き

当日の研修前に千葉大学医学部の倫理審査委員会で承認の得られた説明書・同意書を被験者に配布し、文書および口頭による十分な説明を行い、被験者の自由意思による同意を文書で得た。同意書が返却され、同意欄に自署があることを持って、対象の同意とみなした。また、アンケート中のデータ提供への同意欄にチェックがあることを持ってアンケートデータの利用に対して同意が得られたものとした。

被験者の同意に影響を及ぼすと考えられる有効性や安全性等の情報が得られたときや、被験者の同意に影響を及ぼすような実施計画等の変更が行われるときは、速やかに被

験者に情報提供し、研究等に参加するか否かについて被験者の意思を予め確認するとともに、事前に倫理審査委員会の承認を得て同意説明文書等の改訂を行い、被験者の再同意を得ることとしたが、そのような事態はなかった。

学部学生でありかつ未成年である場合も判断能力を有する者は研究対象とした。研究実施内容に拒否の意向を示した場合は、その意向を尊重することとしたが、拒否の意向を示した者はなかった。

・個人情報等の保護方法

アンケートは記名式で行い、回収したアンケートは研究代表者が厳重に管理している。かつアンケートの回答者の個人情報は公表しない。また対象がアンケートで回答した個別項目を回答者が特定される形で公表することはない。さらに研究終了後は速やかに破棄するものとする。

なお、本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：平成30年10月31日、承認番号：3240）を得ている。

（倫理面への配慮）

特に該当なし。

C. 研究結果

①厚生労働省における公衆衛生医師の確保対策の概要

主に厚生労働省のホームページ（3）により情報収集して得られた中から、重要なものをいくつか紹介する。平成17年1月にまとめられた「公衆衛生医師の育成・確保のための環境整備に関する検討会報告書」

（4）は多くの重要な指摘が含まれている。同報告書は平成16年8月と10月に行

われた、地方公共団体、医育機関（公衆衛生学教授等）、公衆衛生医師に対してのアンケートを基に作成され、23ページからなる。中でも有用性が高いのは、別紙としてつけられた自治体向けのアクション・チェックリストである「公衆衛生医師の育成・確保のための環境整備に関するチェックシート」である。以下に項目を示す。

(1) 公衆衛生医師の育成

- ① 研修計画の策定
- ② 人事異動及び人事交流を通じての人材育成（ジョブ・ローテーション）の充実
- ③ 研究事業への参加
- ④ 保健所への医師の複数配置
- ⑤ 各機関の連携
- ⑥ 海外の公衆衛生及び留学に関する情報提供
- ⑦ 専門能力の向上・学位の授与
- ⑧ 処遇の工夫

(2) 公衆衛生医師の採用確保

- ① 採用計画の策定による定期的な採用
- ② 募集方法の工夫
- ③ 地方公共団体等での人事交流
- ④ 公衆衛生医師確保推進登録事業の活用

(3) 公衆衛生医師の職務に関する普及啓発

- ① 教育プログラムの工夫
- ② 医育機関における進路説明会の活用
- ③ 卒後臨床研修（地域保健・医療）の充実
- ④ 生涯教育により臨床医への公衆衛生知識の普及
- ⑤ ホームページ等の媒体を活用した

このように整理されたツールがすでに開発されていたが、自治体において十分な活用がされているかは確認できていない。

続いて取り上げるのは、平成 25 年度地域保健総合推進事業の成果として平成 26 年 3 月 31 日に公開された「地方自治体における公衆衛生医師の確保と育成に関するガイドライン」(5)である。本ガイドラインは資料を含めて 39 ページあり、以下の 4 点を基本的な考え方として構成され、地方自治体の人事担当者向けに作成されたとされている。

- (1) 公衆衛生医師の職務に関する普及・啓発について
- (2) 公衆衛生医師の確保について
- (3) 公衆衛生医師の育成について
- (4) 公衆衛生医師の確保・育成のための推進体制の整備と評価について

とされる。さらに 2 ページに渡り「公衆衛生医師の確保と育成に関するチェックリスト」も提示されている。また、本文中に繰り返し【事例紹介】として取り組みが紹介されているのが特徴である。例えば、研修計画の策定・運用の項目では「・毎月 1 回程度、主に保健所医師を対象とした業務研修会（講義・事例検討等）を開催。」などより具体的に記載されている。

もう 1 点取り上げるのは、平成 27 年度地域保健総合推進事業の成果物として 28 年 3 月に公開された「公衆衛生医師確保に向けた取り組み事例集」(6)である。この事例集は 18 ページからなり、作成の

目的として「全国で取り組まれている公衆衛生医師確保のための方策を地域に紹介し、取組内容や工夫などを参考に、自地域での医師確保策の工夫につなげていただくことを目的に作成しています（「1.はじめに 1. 事例集作成の目的」より）」とあり、公衆衛生医師確保のポイントとして、図表を用いて 5 つの観点で簡潔にまとめているのが特徴である。つまり、

- ①公衆衛生医師の P R
- ②キャリアパスの提示
- ③大学との連携
- ④その他関係機関との連携
- ⑤医師ネットワークの構築とされている。

好事例として、青森県、群馬県、東京都、京都府、大阪府、福岡県、長崎県の 7 つの都府県が取り上げられ、取組の概要、取組の経緯、具体的な取り組み内容、課題と展望として整理されている。

② 公衆衛生学・医療政策学分野における研修会形式の教育的介入効果の検証

第 1 回の参加者は 48 名、同意取得者 47 名だった。第 2 回の参加者は 39 名、同意取得者は 36 名だった。第 1 回と第 2 回の両日に参加した者（両日参加者）は 24 名だった。また、第 1 回のみ参加した者（第 1 回のみ参加者）は 23 名、第 2 回のみ参加した者（第 2 回のみ参加者）は 12 名だった。参加者の背景を表 1 に示す。

(1) 主要評価項目

両日参加者の Intrinsic motivation スコアの変化と効果量を表 2 に示す。全ての項目においてスコアは増加し、項目別では toward accomplishment と experience

stimulation について統計学有意であった。効果量はいずれの項目も小程度の効果だった。

(2) 副次評価項目

両日参加者の Extrinsic motivation と Amotivation スコアの変化と効果量を表3に示す。Extrinsic motivation については全ての項目においてスコアが増加し、Amotivation スコアについてはスコアが減少した。Extrinsic motivation の external regulation については統計学的有意であり、中程度の効果量が得られた。

(3) 追加的な解析

第1回のみ参加者と第2回のみ参加者の Intrinsic motivation について解析を行なった。また、両日参加者について医師・医学部生と非医師・非医学部生に分けて Intrinsic motivation について解析を行なった。

(3) - 1

第1回のみ参加者と第2回のみ参加者の Intrinsic motivation スコアの変化と効果量を表4に示す。全ての項目においてスコアが増加した。第1回のみ参加者では、項目のみの比較を行うと、toward accomplishment について統計学的有意であり、中程度の効果が得られた。第2回のみ参加者では to know について統計学的有意であり、大きな効果が得られた。また、第2回のみ参加者では to experience stimulation について統計学的有意ではなかったが、中程度の効果が得られた。さらに、両日参加者で external regulation について中程度の効果が得られたため、第1回のみ参加者と第2回のみ参加者の external regulation の効果量を追加的に解析した。第1回のみ参加者では $d=-0.02$ で無視できる効果量であり、第2回のみ参

加者では $d=0.43$ で小さな効果量が得られた。

(3) - 2

両日参加者について医師・医学部生と非医師・非医学部生に分けて解析を行なった結果を表5に示す。また、医師・医学部生と非医師・非医学部生の Intrinsic motivation のそれぞれの項目について図1に示す。全ての項目について有意差は見られなかったが、医師・医学部生の toward accomplishment と to experience stimulation について中程度の効果量が得られた。また、医師・医学部生の方が非医師・非医学部生よりも全ての項目について大きな効果量が得られた。

D. 考察

①公衆衛生医師の確保に関する政策評価の試みと確保対策の検討

取り上げた取り組みから考えられる課題と対策案を採用する自治体側、医師側の問題に整理しそれぞれに考察を加える。

1. 採用する自治体側の課題と対策案

まず、保健所長の不在や兼務となっている現状に対して、自治体側の採用意欲や切迫感がばらつき、濃淡がある。例えば「公衆衛生医師確保に向けた取り組み事例集」に取り上げられた7つの都府県の様に活発に取り組んでいる自治体もある一方で、そこまで到達しない自治体も多くあるのが現状である。対策案として、厚生労働省側として、通知等による働きかけや、厚生労働省健康局健康課公衆衛生医師確保推進室の行っている「公衆衛生医師確保推進登録事業」(マッチング事業) (3) の拡充と周知

が対策案として考えられる。自治体の取り組みとしては、地域枠の医師の義務年限の枠に公衆衛生医師としての勤務期間を追加することも考えられる。現在、ほぼ全ての都道府県において医師確保の為に修学資金制度を整備しており、卒業後概ね9年間を義務年限とし、都道府県内での勤務を行うことで返還義務を免除している場合が多くみられる。公衆衛生医師としての勤務をもって、義務年限の消化に充てるのである。これは自治体の取り組みとして可能であり、有効な対策と考えられる。

もう1つとしては、人口減少、交通アクセスの改善、住民の通信手段の充実を考えると、対策案として現在整備されている保健所の必要性を定量的に検討することによって、場合によっては集約化につながることも考えられる。人口分布や交通状況、さらにはテレビ電話等、通信技術（ICT）の活用により保健所数を見直し、集約して機能を向上図るのは現実的と思われる。例えば医療法が規定する「2次医療圏」は340余りである。この2次医療圏と各保健所の管区について整合をとり、連携しやすくしてはどうだろうか。これにより、保健所が約140か所減ることになり集約される。利点としてはまさに「医療」と「保健」の連携がなされることとなり、地域包括ケアの推進にもつながるのではないかと考えられる。地域医療構想においても、地域医療調整会議の事務局は都道府県であり、保健医療分野での都道府県のリーダーシップが求められているのが現状である。これを好機として、保健所の再編を行うのは合理的と考えられる。

2. 採用される医師側の課題と対策案

まず、臨床医に比して公衆衛生医師の場合のキャリアパスが不明瞭となりやすい。この点においては平成28年度より「社会医学系専門医」資格が立ち上がり、千葉県(7)や島根県(8)での教育プログラムが立ち上がっている状況であり、改善しつつある。しかし一方で社会医学系専門医を取得して後にどのような利点がありうるかは現時点では不透明である。また、公衆衛生医師は自治体職員として勤務しており、公衆衛生学修士号(M.P.H.)や医学博士号

(Ph.D.)の取得するタイミングも得にくいと考えられる。この点の対策として、自治体と大学が連携して、社会人大学院を整備して、M.P.H.やPh.D.を取得可能な働き方を提示することが考えられる。また、希望する公衆衛生医には自治体が留学等のキャリアパスの設定やモデルケースの提示を行う事も有効であろう。例えば、国立感染症研究所が平成11年から整備し、研修生を募集・採用する「実地疫学専門家養成コース：FETP-J」(9)に参加することで、WHO本部などの国外研修を受ける事が出来る。これと並行して、自治体も学位の取得や学術的な発表などのアカデミックな活動や、専門研修の修了に対して、積極的に人事評価の対象としてゆく必要がある。

今後の研究計画として、より幅広い確保対策について事例を収集した上で、上記の考察をふまえ、引き続きより精緻な政策評価の手法の開発を行ってゆく予定である。

②公衆衛生学・医療政策学分野における研修会形式の教育的介入効果の検証

両日参加者のIntrinsic motivationは、研修の前後で項目別では toward

accomplishment と experience stimulation について統計学的有意差が見られたが、多重比較の観点からはどの項目も統計学的有意ではなかった。しかしながら、全ての項目について研修後にスコアが増加しており、小程度の効果が認められていることから、研修が多少なりとも参加者の内的動機づけを高める要因となったことを示唆する。

Extrinsic motivation の external regulation については多重比較の観点からみても統計学的有意であった。これは外的動機付けの中のより豊かな生活やより良い地位や収入の獲得といった現実的なモチベーションに関する評価項目である。研修が収入や社会的地位についての動機づけとなったことを示している。また、第2回のみ参加者の方が第1回のみ参加者よりも external regulation について大きな効果量が得られていることから、第2回の研修内容が受講者の external regulation により影響を与えた可能性がある。

第1回のみ参加者については、「自分を高めることや目標達成に関する評価」である toward accomplish について中程度の効果がみられた。第1回では、「Public Health の現在-国際、国内、地域の視座で解決策を実行する」をテーマに開催し、千葉大学医学部附属病院特任講師/産業医、および千葉県医療整備課キャリアコーディネータを務める医師、神奈川県立保健福祉大学ヘルスイノベーションスクール (HIS) 設置準備担当教授/産婦人科医、および習志野保健所長（兼健康危機対策監）の3名を講師に迎えた。各講師ともに、公衆衛生分野における現場経験を話す前に、自身のキャリアや、これまで直面した障壁をどのように乗り越えてき

たのかなどについて詳しく紹介された。Toward accomplish について中程度の効果がみられた理由としては、研修の参加者自身が普段感じている課題や目標に対する自信、勇気、自分自身への可能性を前向きに感じ取ったことが考えられる。

第2回のみ参加者については、「学ぶこと、新しい知見を得ることに関する評価項目」である to know について大きな効果がみられ、「自分の考えを伝えたり、他者の著作を読んだりして刺激を得ることに関する項目」である to experience stimulation について中程度の効果がみられた。第2回は「Public Health の展望-職種と世代を超えて未来を拓く」をテーマに研修を開催し、第1回に引き続き、千葉大学医学部附属病院特任講師/産業医、および千葉県医療整備課キャリアコーディネータを務める医師、千葉県病院事業管理者（病院局長）を務める医師、厚生労働省看護系技官の3名を講師に迎えた。第1回に比べ、より実践的な内容を具体的に紹介された。To know について大きな効果がみられ、to experience stimulation について中程度の効果がみられた理由として、公衆衛生分野における医師や保健師の役割、自分たちが将来なり得る役職、地位についてイメージしやすかったからだと考えられる。

医師・医学部生において、toward accomplishment と to experience stimulation について中程度の効果量がみられた。また、医師・医学部生の方が非医師・非医学部生よりも大きな効果量が得られた。この医師・医学部生と非医師・非医学部生の効果の差については、研修の講師6人のうち5人が医師であったことから、非医師・非医学部生に

比べて医師・医学部生にとって自分自身のキャリア形成の参考にできる部分が多かったからだと考えられる。

今回の解析は2回の研修の前後比較を行ったにすぎず、因果関係には言及できない。介入の効果研究のエビデンスを示すためにはランダム化比較試験の蓄積が必要である。本研究は研修形式であり、ランダム化比較試験の実施は困難であると考えられるが、今後の試験ではマッチング等の手法を用いるなど、バイアスの補正についても検討する。

本研究の参加者は、初めから公衆衛生に対してモチベーションの高い者が多かったと予測される。公衆衛生の講義について、インターネットを利用した教材の方がライブ講義よりも時間と場所の融通が効くことから、医学部生に好まれた⁴⁾という報告もある。今後は公衆衛生に対して興味の薄い者を含む、より幅広い層に対しても公衆衛生の考え方や活動について興味を持ってもらうことを目指し、研修の内容に磨きをかけるとともに、ビデオ講義の配信やe-learningなどのインターネットを利用した講義の開催についても検討する。

E. 結論

①公衆衛生医師の確保に関する政策評価の試みと確保対策の検討

公衆衛生医師の人材確保・育成に向け、これまで多くの取り組みがされてきたが、現時点では十分に効果的と言える方策の開発には至っていない。そこで本研究は本分野における政策評価の方法を提案することを最終的な目的とし、まずはその準備段階として現行の厚生労働省の公衆衛生医師の確

保対策の経緯をとりあげて、対策の要素と課題を抽出した。結果としてガイドラインやチェックツール、好事例集の開発がされていることが分かった。一方で確保対策の課題も見られ、「公衆衛生医師確保推進登録事業」の拡充と周知、公衆衛生行政医師に対し自治体と大学が連携して学位を取得可能な働き方を提示することが対策案として検討された。

②公衆衛生学・医療政策学分野における研修会形式の教育的介入効果の検証

本探索的研究(研修研究)を通じて、自治体と大学が連携して公衆衛生医師確保と育成を行うパイロットスタディを行い、一定の手ごたえを得ることが出来た。この成果を踏まえ、全国の自治体で地域の特性やターゲット別に開催できる研修パッケージを作成予定である。

【参考文献】

①公衆衛生医師の確保に関する政策評価の試みと確保対策の検討

- (1) 龍慶明・佐々木亮著：増補改訂版「政策評価」の理論と技法.多賀出版.2000.
- (2) 山谷清志著：BASIC 公共政策学 9.政策評価:ミネルヴァ書房.2012.
- (3) 厚生労働省ホームページ「公衆衛生医師(保健所等医師)の確保」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/koushuku-eisei-ishi/index.html
- (4) 厚生労働省「公衆衛生医師の育成・確保のための環境整備に関する検討会報告書」平成17年1月18日(公開).
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01>

/s0118-4.html

- (5) 厚生労働省「地方自治体における公衆衛生医師の確保と育成に関するガイドライン」平成26年3月31日(公開).
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koushoo-eisei-ishi/ikguideline.html>
- (6) 厚生労働省「公衆衛生医師確保に向けた取り組み事例集」平成28年3月(公開).平成27年度地域保健総合推進事業.
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000119115.pdf>
- (7) 社会医学系専門医研修「千葉県公衆衛生医師プログラム」平成29年度募集
http://shakai-senmon-i.umin.jp/doc/15_chibaken.pdf
- (8) 社会医学系専門医研修「ごえんの国しまね プログラム」平成28年度募集
http://shakai-senmon-i.umin.jp/doc/2_shimane.pdf
- (9) 国立感染症研究所「実地疫学専門家養成コース(FETP-J)」
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/fetp.html>

②公衆衛生学・医療政策学分野における研修会形式の教育的介入効果の検証

1)わが国の公衆衛生学教育の歴史的な外観と課題. 實成 文彦, 医学教育, 43(3), 156-170, 2012

2) わが国の公衆衛生学教育の現状と課題. 小林廉毅, 医学教育, 43(3), 151-155, 2012

3) The Academic Motivation Scale: A Measure of Intrinsic, Extrinsic, and Amotivation in Education. Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Blais, M. R., Briere, N. M., Senecal, C., & Vallieres, E. F., *Educational and Psychological Measurement*, 52(4), 1003-1017, 1992

<https://doi.org/10.1177/0013164492052004025>

4) Increasing medical students' engagement in public health: case studies illustrating the potential role of online learning. Sheringham, J., Lyon, A., Jones, A., Strobl, J., & Barratt, H. *Journal of public health (Oxford, England)*, 38(3), e316-e324, 2016

F. 研究発表

該当なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

該当なし。

「Public Health.実践講座」第 1 講 イントロダクション

Public Health.の現在国際・国内・地域の視座で
解決策を実行する研修概要（平成 30 年 11 月 6 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6日 18:00-18:40
Public Health.実践講座 第1講

イントロダクション
Public Health.の現在
 国際・国内・地域の視座で解決策を**実行**する

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

冒頭、私からイントロダクションにあたる話をしたいと思います。今日のセッションには、2つの目的があります。1つは、皆さんにPublic Health.の面白さを知ってほしいということ、もう1つはこれからの皆さんの人生のどこかで、Public Health.に関わるような仕事に就きたと思って欲しいということです。

私は、千葉大学医学部卒業後、千葉県内で2年の臨床研修を経て精神科に進み、さらに産業医資格を取得しました。産業医としては、会社全体の健康管理をどう支えたら良いのかということを始めました。精神科医と産業医の仕事は、とても親和性があり、両方の技術が非常に生きてきます。その後、医師5年目に東京大学の公衆衛生大学院(SPH)課程に進学しました。当時、SPHの認知度が低く、「公衆衛生学修士なんか知らない」、「医学部を出たら修士に相当なんだろう。わざわざ修士課程に行く必要ない」と周囲から言われたりしました。実は、このMPHはアメリカなどでは非常にメジャーな学位で、医師のほか、看護師、保健師含め多くの方が取りに来ており、実際にそこで学んだことは非常に有用でした。公衆衛生大学院修了後は、精神科医に戻り、臨床医としての技術を磨きつつ、産業医の上級資格

である労働衛生コンサルタントを取得しました。さらに、厚生労働省の医系技官として2年間、国立保健医療科学院の研究官、および医系技官の併任を1年間経験しました。現在は、3年間の知見を活かすため千葉県庁の職員、および千葉大学医学部附属病院の教員を兼任しています。今まで、県庁と大学病院を兼任した方はおられないようで、私が初めてです。

Public Health.は、1つのセクション、1つの団体が継続してカバーできる問題ではありません。様々なステークホルダーが連携・協力して初めて達成できる事業です。なので、私自身もいろいろ兼任しながら進めていきたいと思っています。そして、Public Health.は、学問のための学問ではありません。あくまで人々と社会の問題を解決するためのアクティビティ、解決手法の集合だと考えています。本講座の名前が「学問的講座」ではなく「実践」講座になっている理由です。知識が増えるだけでは世の中は変わりません。明日から皆さんそれぞれの現場実践や行動変容によって、初めて世の中が良くなります。私は、皆さんの行動を少しでも変えたいと思っています。

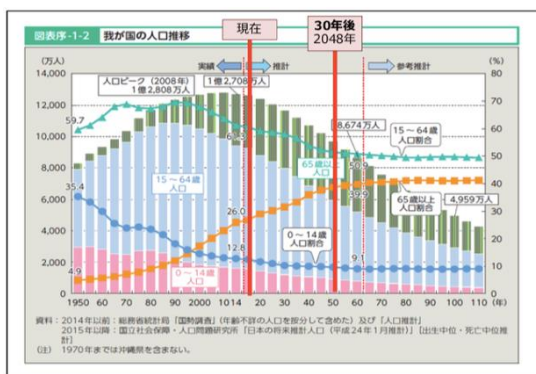
本日の内容

- 1 : 国内情勢の現在
- 2 : 医療政策の現状と今後
- 3 : 「Public Health.」という選択肢

2

イントロダクションの内容は、こちらの

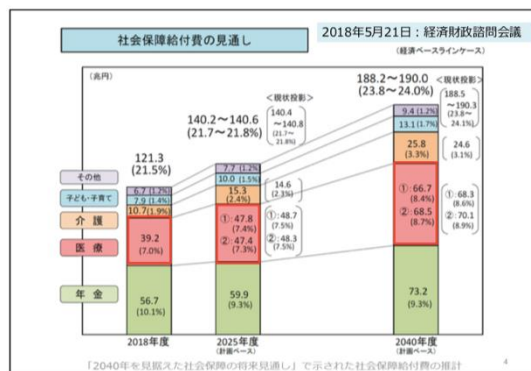
3点です。では、「国内情勢の現在」から開始しましょう。日本の総人口は平成22年(1億2,806万人)をピークに下がり続けています。日本は、人口増加と経済成長の一途をたどってきたため、人口増加と経済成長を前提にした制度設計、社会構築をしてきました。人口減少、経済活動の停滞に対応できる制度設計につくり変えなくてはいけない、というのがこれから先の社会・公衆衛生の大問題です。いかに、今までの制度や構築してきたものをダウンサイズしていくかということに知恵を絞らなければなりません。



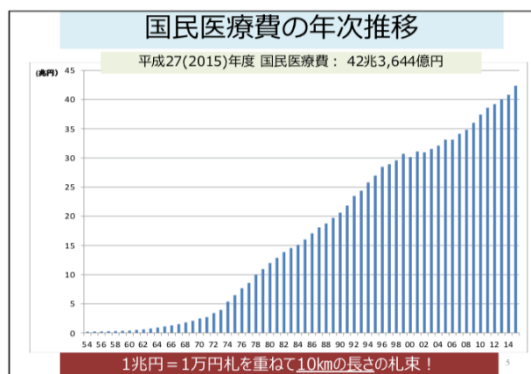
今後、私達の生きている間に必ず人口が1億人割り込みましたというニュースがあるでしょう。最新の総務省によるデータでは、平成29年7月から平成30年7月の1年間で41万4千人減少したと報告されています。1年間で40万人というのは、自治体でいうと人口42万人の千葉県柏市に相当します。来年は45-46万人とだんだん減る数が増えていき、60万人、70万人になってきます。年間70万人減る世界というのは、1年間で鳥取県や島根県に相当する人口が減るということです。

日本のGDPは、平成21(2009)年がピークでしたが、その後中国に抜かれていま

す。中国に抜かれて早8年、現在では約2.5倍の圧倒的な差を付けられています。アメリカ・中国が伸びる中、日本はドイツなどのヨーロッパ1国分と同じぐらいの経済規模に留まっています。そして今後、自然体では上昇することは考えにくいです。



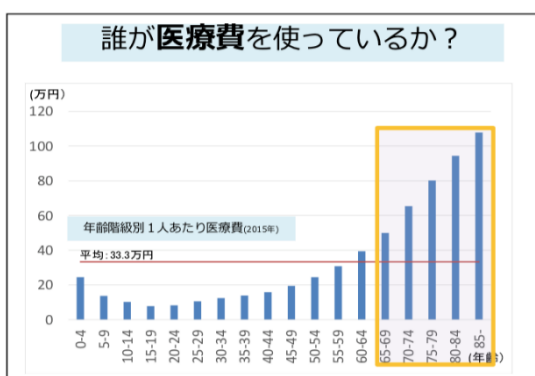
一方で、少ない経済資源の中で社会保障給付費は激烈に伸びています。社会保障給付費というのは、年金というのが大きな予算を占め、次いで医療、介護、子供・子育てが入っています。22年後には、現在120兆円かかっている社会保障費が190兆まで増えるといわれています。



その中で医療費は、年間1兆円ずつ増え現在42兆円です。一方で国の収入は、病院の窓口収入4.7兆円、保険料収入19.5兆円で

42兆円に到底足りません。不足分は、国債、地方債として補填され、将来、子供達が支払うことになります。そして、この医療費42兆円の46%は人件費ですから、医療費を抑えるとなると医師や看護師の人件費も抑制していかなければなりません。

では、医療費はいつ誰にとうにゆうされているのでしょうか。私たちの人生で最も医療費がかかる時期は亡くなる3年前ぐらいからといわれており、その期間に濃厚な医療が提供され、費用がかかっていることがレセプトデータの分析研究などから分かっています。



医療費の抑制には高齢者含め国民が慎重な態度をとりますし、人件費の削減には医療専門職が反対します。医療費削減で恩恵を受けるのは次世代を担う子供達ですが、残念ながら彼らには参政権・選挙権がありません。

日本の毎年の一般会計の歳入出はそれぞれ100兆円ぐらいです。歳入のうち36兆円は国債を発行し補填、歳出のうち23兆円は過去に借りた国債を返すお金に充てています。日本は、GDP比率で239%の赤字国債を抱えており、これは2位のギリシャを大幅に超えて世界最悪の水準になっています。

国際社会から、当該の国に財政再生能力がないと判断された場合、国際通貨基金(IMF)が介入し、公衆衛生予算を含む公共サービス費用が大幅に削減されます。

ギリシャ：財政破綻が大量の人命を奪う

2007年からIMF（国際通貨基金）による財政緊縮

- ・増税、公衆衛生予算の大幅削減 = 医師含む公務員大量解雇
- ・蚊の殺虫剤の散布縮小 → マラリア、ウエストナイル熱患者の増加
- ・抗菌薬、インスリンなどの基幹医薬品の不足
- ・2007年から3年間で男性の自殺者数は24%増加
- ・2008年から3年間で乳幼児死亡率40%増加
- ・2010年だけで、ヘロイン使用量20%の増加

→ 一方で「注射針交換プログラム」の縮小、HIV患者の増加

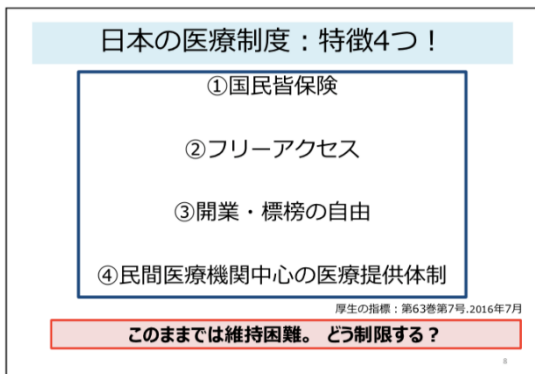
デヴィッド・スタックラー「経済政策で人は死ぬか？」2014、西内啓「統計学が日本を救う」2017。

我々は同じ道をたどってはならない

私たちは、ギリシャの財政破綻から、公衆衛生予算の切り下げが大量の人命を奪うということを学んでいます。私は、日本が同じ道を辿ってはならないという危機意識を持っています。

現代の「つけ」を次世代に先送りしてしまっている状況を指して、「財政的幼児虐待」という言葉があります。まだ参政権のない、支払い能力のない次世代に支払い義務を押し付けて、今この日乗り越えているという状況です。では我々はどうしたらいいのでしょうか？この講座を通じ、考えて感じてもらいたいと思います。

さて、日本の医療制度には4つの特徴があります。まず、国民全員が国民皆保険制度を利用でき、医療費3割、あるいは1割の窓口負担で保険医療を受けることができます。そして、原則医療機関のフリーアクセスが認められています。さらに、医師には開業・標榜の自由が与えられおり、民間医療機関が中心の医療体制をとっていることです。



まず、国民皆保険制度とフリーアクセスについてです。皆さんが医療機関に受診するときに使うカードを被保険者証（保険証）といいます。国民の全員が保険証を持っている国という国はそう多くありません。しかも、全員がそのサービスを受けられる。また、原則フリーアクセスですから、いつでも、どこの病院にもかかることができます。

3つ目の開業・標榜の自由についてです。医師には、医師法で開業および標榜の自由が認められています。つまり、どこで診療してもよく、しかも何科を名乗ってもよいということです。この権利により、医師の地域偏在および診療科偏在が起こるわけです。例えば、私が千葉で診療をやめて明日から東京で診療することが許されています。そして、私は精神科医ですが、明日から脳外科医を名乗っても原則医師法違反にはなりません。そうするとどうなるかというと、医師の地域偏在や診療科毎の医師数をコントロールすることはできません。

最後に、民間医療機関中心の医療提供体制についてです。民間中心の医療提供は、それ自体、特段悪いことではありません。民間医療機関中心だと、それぞれ様々な工夫や競争をするので、県立病院よりも赤字が少ない事実もあります。しかし、不採算部門を

閉鎖、あるいは採算が採れる部門の診療ばかり拡張するなど、全体としていびつな診療提供体制になる場合もあります。これらをどのように制御するかを考えなければなりません。

「経済財政運営と改革の基本方針2018」（骨太方針）
平成30年6月15日閣議決定（抄）

社会保障（抄）
＜基本的考え方＞
行動変容等を通じた医療・介護の無駄の排除と効率化の徹底、高齢化・人口減少を見据えた地域のサービス体制の整備等の取組を加速・拡大する

＜医療・介護提供体制の効率化＞
一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行う（略）

高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく**地域独自の診療報酬**について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。

「国は（中略）都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる」

今後、どのように膨大にかかるコストをコントロールしていくかが、医療政策の大きな関心事です。

例えば、国民皆保険制度については、今のままでは維持が相当に難しい状況になっています。平成30年6月15日の「経済財政運営と改革の基本方針2018」（骨太の方針）にある、「社会保障」の項には「地域独自の診療報酬」とあります。つまり、東京と大阪、あるいは沖縄など、都道府県によって診療報酬額を変えることが真面目に議論され始めています。どういうことかということ、千葉県で受ける医療と東京で受ける医療、同じ医療が提供されても、病院が受け取る報酬額、患者さんの窓口負担額も変わるということです。このことは、閣議決定、内閣総理大臣の下および全大臣の合議として話されたことです。これまでは明らかな論点としては議論されていませんでした。

国民の責務！！

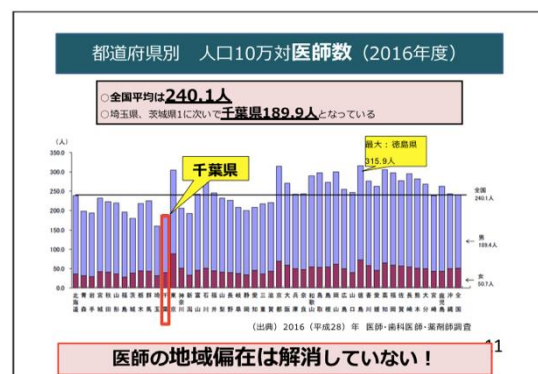
参考
○医療法 第6条の2第3項
(国民の責務)
国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、**医療を適切に受けるよう努めなければならない。**

医師の開業・標榜の自由と同様に、国民に与えられた自由は、医療機関のフリーアクセスです。今まで、たとえ軽症でも、基幹病院、専門病院の受診を認めてきました。しかし、このフリーアクセスには、非常に膨大なコストがかかります。例えば、軽症患者が大学病院を受診するとします。そうすると、大学病院が雇用している高度な医療人材や高価な医療機器が稼働できません。医療機関が投資した分の施設設備が使われない状況が続くと、病院の経営は不安定になります。結果的に、採算が取れない診療科が閉鎖に追い込まれ、いざ必要になったとき、適切な診療科が病院になかったり、縮小してしまったなどの状況が発生する可能性があります。それぞれの病状や重症度に応じ、適切な医療機関を患者さんに受診して欲しくても、フリーアクセスを認めているため、それができません。このような状況を踏まえて、第六次医療法改正(平成26年6月成立・10月施行)では国民の責務として「医療を適切に受けるよう努めなければならない」と明記されました。国は、国民に対し医療のかかり方について国民自身も勉強し、受診行動における行動変容を求めています。

さらに時は流れ、平成30年10月5日、第1回「上手な医療のかかり方を広めるた

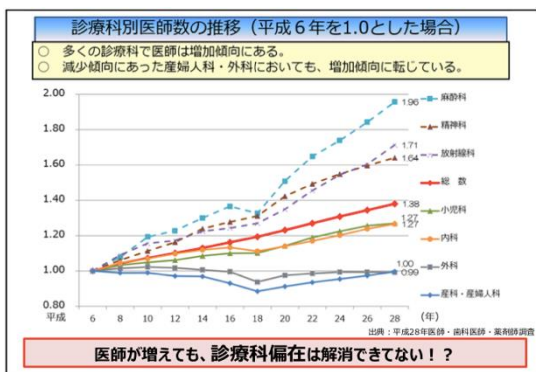
めの懇談会」が開催され、医療法の国民の責務を国民に実践してもらうためには、どのように知識や情報を提供、共有すると、適切な医療のかかり方につながるのか、医師・看護師の働き方改革の観点も踏まえて、真面目に議論し始めました。要は、国民側・患者さん側の行動が変わらない限り、この国の医療専門職の働き方は変わらず、医療提供は維持できないということをはっきり示しています。

先ほど少しお話した、医師偏在、診療科偏在についてももう少しお話しします。現在、医師の数というのは順調に増えています。日本は、あと数年で OECD 加盟国の人口1,000人当たりの臨床医数の平均290人のラインを超えるといわれています。7年後には平均を超え、国際的にも医師数は遜色なくなると予想されています。しかし、医師法で医師に開業の自由を認めていることから、医師数は国際平均に届くにも関わらず、医師偏在が大きい状態です。



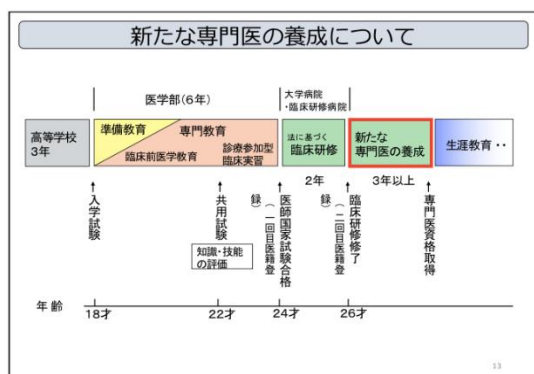
実際、医師の地域格差は西高東低と言われ、西日本に多く、東日本に少ない状況です。国内の都道府県別人口10万人あたりの医師数の平均は240人程度ですが、埼玉、茨城に次いで千葉県は189.9人です。全国平均

の 8 割ほどの医師で県民の健康を守っています。地域格差、都道府県内格差も大きいのです。



かつ、標榜の自由を認めていることから、診療科偏在も実際大きいです。平成6年の医師数を1.0として、平成28年まで医師の総数は1.38に増え、22年間で1.38倍に増加しました。ただ、診療科別に見ていくと、麻酔科、精神科、放射線科は増加、小児科、内科はあまり増加せず、外科や産婦人科に至っては横ばいという状況で、実質的に減少と言えます。標榜の自由を認めているので、現状では診療科偏在が広がるばかりです。

医師の地域偏在、診療科の偏在は広がる一方ですが、病院は激務です。現在、無給医などと話題になっていますが、仕事が大変、辛い、当直も多いということで、勤務医から開業医に転じる医師が増えています。さらに医師偏在、診療科偏在の問題は大きくなります。この問題は、医師同士で対策を議論するだけでは前に進まなかったのが事実です。



医師偏在の是正策として、まずあげられるのは平成16年4月に開始された2年間の臨床研修制度です。これは一般には、卒業教育改革と位置付けられますが、内容を考えると開業・標榜の自由を2年間認めない制度と言えます。臨床研修を修了しなければ開業は認められず、さらには臨床研修医の都道府県別定員を設けており、医師の計画配置政策と読むのが適切と考えます。

同様に、平成30年4月から新専門医制度が導入されました。これはやや複雑な制度ではありますが、内容を見ると臨床研修期間後、専攻医として3年ないし5年間の計画配置を行う、と読むことができます。さらに標榜については、19領域からなる基本領域および約30領域からなるサブスペシャリティ領域（専門医機構で選定を議論中）の専門医資格を取得する二段階制とし、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする広告制度を見直しました。かつ、都道府県で、年度ごとに専攻医の定数を定めて、診療科別・都道府県別の定員を設けることで、医師の計画配置ができるような準備をしています。厚生労働省で行われている医師需給分科会では都道府県別・診療科別の必要医師数が提示される予定で、今後の定員につながる議論がどんどん進んでいます。

専門医の領域、認定・更新 専門医の在り方に関する検討会報告書(平成22年4月22日)より

- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャルティ領域の専門医を取得する「**二段階制を基本**とする。
- 専門医の認定は、経歴や研修等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、**各領域の活動実績を要件**とする。
- 広告制限(医師の専門性に關する資格名等の広告)を自由とし、基本的に、第三者機関が認定する**専門医を広告可能**とする。

新たな専門医制度の基本設計
サブスペシャルティ領域 (29 領域)

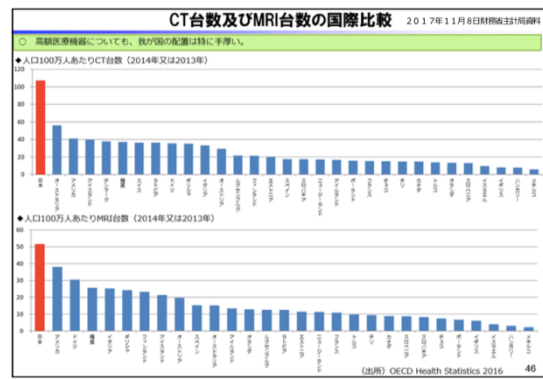
消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、骨髄移植外科、集中治療

基本領域 (19 領域)

内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	産婦人科	眼科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリテーション科	総合診療科
----	-----	-----	-----	----	------	----	------	-------	------	-----	------	-----	------	------------	-------

これに加えて、平成 30 年 7 月の医師法、医療法の改正(いわゆる「医師確保法」)により、都道府県が医師の計画配置に関与できるようになりました。例えば、医学部の入学枠数、臨床研修病院の指定および定員、都道府県内の専門医数の設定について、今後は都道府県が関与するのです。病院や医療従事者は、今まで以上に、地域医療への参加。貢献を求められることとなります。

民間医療機関中心の医療体制についても、もう少しお話しします。民間医療機関中心の医療体制では、それぞれの医療機関での設備投資や診療科の増強・閉鎖が原則自由となります。その結果、例えばこの国には世界一CT、MRI 台数を保有する国となりました。こ財務省が作成した資料によると、「手厚すぎる」設備投資がされている可能性について指摘されています。



千葉県医師修学資金受給者のキャリアアップ支援体制

○キャリアコーディネータ(医師)を県医療整備課内に配置し、イベント等を通じて、個々の修学資金受給者(学生・医師)と顔の見える関係を構築しながら、キャリア形成の相談、医局や地域病院との調整を進めています。

高校生 → 大学生 → 臨床研修医 → 専攻医 → 医師不足地域病院

地域医療支援センター

キャリア形成プログラムに各市内研修医局

2019年度より複数の受給者へ個別に地域医療の活動を奨励予定

キャリアアップ支援体制

キャリアコーディネータ(医師)の役割

キャリア形成の相談、医局や地域病院との調整

キャリアアップ支援体制

キャリアコーディネータ(医師)の役割

キャリアアップ支援体制

キャリアコーディネータ(医師)の役割

現在、私は千葉県医療整備課で「千葉県医師修学資金受給者のキャリアアップ支援」を担当しています。千葉県の修学資金受給者は 326 人に上ります。県内医療提供体制の安定化のため、特に医師不足地域での勤務を進めるために、キャリアコーディネータとして修学資金を受給した医師、各々の意向や意欲をそがない形での勤務計画を一緒に考えています。

今までお話した状況をどう解決するかというと、医師一人一人の臨床医としての努力だけでは解決できないと考えました。一人の臨床医、看護師、保健師の力だけではうまくいきません。医療は厳格な規制産業であり、国家資格制度により新規参入が容易ではない一方で、効率的な提供は重視されてきませんでした。いわゆる計画経済に近い考え方です。医療政策については、今のところ厚生労働省が司令塔となっており、情報と権限が集中しているのが事実です。お話したとおり、今後は都道府県に権限が委譲されてはゆきますが、元となる制度設計は厚生労働省が担っています。

私は 8 年間の精神科臨床経験を経て、厚生労働省に行くことにしました。今後、ギリシャのように国民の健康が大きく損なわれることなく、命が失われることなく、何とか

持続可能、生存可能な環境を作り、30年後も50年後もこの国の医療が質高く存在して欲しいと思っています。私は千葉大学精神医学教室の理念「For The Patient」が非常に好きです。患者さんのためにベストを尽くそうということです。それはもちろんそうなんです、私の考えは30年後もベストな診療が続けられる提供体制を作る医療専門職になりたいと思っています。

公衆衛生大学院とは
(S P H: School of Public Health)

- ・公衆衛生学分野を中心に展開する大学院であり、**公衆衛生修士号 (Master of Public Health : MPH)** が取得できる。
- ・疫学、生物統計学、環境衛生学、**行動科学**、医療管理学を含む
- ・米国においては**45大学**に設置され、約**11,000人**の入学定員を擁する
- ・医療専門職に限らず、**政策担当者・法律家・企業経営者**も広く学ぶ

私が医師5年目の時に進学した公衆衛生大学院について少し触れます。本日の講座参加者からの事前質問の中で「公衆衛生学をどうやって勉強したらいいんですか」という質問がありました。その1つの答えは、公衆衛生大学院への進学だと思います。公衆衛生学修士号というのが、日本では私が行ったときは日本ではまだ東大、京大、帝京大が始めた程度、という時期でした。その後、国内でもこういった勉強ができる大学院がちょっとずつ出てはきました。本日の講師、吉田穂波先生が在籍する神奈川県立保健福祉大学大学院にも先日できました。公衆衛生大学院は疫学、生物統計学、環境衛生学、行動科学および医療管理学、医療管理学、病院経営も含む医療管理学からなる、5つの柱を学ぶ大学院です。全米では45大学

に設置され、約1万1,000人の入学定員を擁する非常にメジャーな専攻分野です。そして、医療専門職に限らず、政策担当者、法律の専門家、病院経営者、医療機器メーカー、製薬会社の方も参加して、今後の保健医療にまつわる問題をどうしたらよいかみんな議論する場です。

私は32歳の時に東京大学の公衆衛生大学院に入学し、この1年間で非常に勉強になりました。厚生労働省での仕事に役立ったのは、医師として現場経験と、公衆衛生大学院で身に付けた知識と技術と断言できます。

私が関わった具体的な政策は…

【保険局 保険データ企画室】

- ・ **レセプト・データベースの活用**の推進
- ・ **診療報酬改定**のための資料作り

【医政局 医療技術情報推進室】

- ・ 電子カルテの普及、地域医療ネットワークの構築
- ・ **遠隔医療の推進**、関連する研究班の進捗管理
- ・ ガイドラインに基づいた医療提供の推進

精神科医療から医療情報分野を担当

私が厚生労働省で医系技官として関わった具体的な施策について少し話します。保健局ではレセプトデータベース (NDB) の活用推進、診療報酬改定のための資料作りです。まさに医療費42兆円の使い方をどうするか、ということに関わる仕事です。どこにお金を付けて、どこにお金を付けないか、これは重要な仕事であり、厚労省の中でも最も多忙な部署の1つである保険局医療課のサポートもしてきました。医政局では遠隔医療、医療情報分野の仕事を行いました。厚生労働省内では、看護系技官でも医系技官でも、医療現場を経験してきた人の意見は

非常に重視されます。

具体的に何をするかというと、今日お配りしたような資料を数多く作り、色々な人に説明・納得してもらうための材料を集めます。厚労科研の研究班の先生方から情報をもらい、出来上がった資料を持っている人々に説明して回ります。そして検討会などの会議を開き、多くは公開の場で議論し、多くの方が同意できるような案、つまり落としどころを作る。これを繰り返し行うのです。

医療政策：合意形成と制約条件
①決定に タイムリミット がある →十分なデータ収集と全員納得まで議論する時間なし。
② 不確実性 のもとで決定しなくてはならない →推測、仮定に基づいて議論し、結論を出さねばならない。
③ 多様な意見 の持ち主が存在する →様々な立場・意見をどう反映するか。

森田朗：会議の政治学Ⅲ（慈学道書）

中医協で座長を務めた森田先生がおっしゃる通り、医療政策の現場ではタイムリミットがあるため、全員の意見を聴取したり、全員が納得するまで議論を尽くすほどの時間は残念ながらありません。自分一人一人が知恵を絞って、おのこの立場でベストを尽くして情報を共有して、ディスカッションし、妥当なある一つの結論を出さなくてはなりません。また手元にある情報の中から推計し、不確実性の下でも決断し前に進むしかありません。そして、様々な立場・意見がある中で、どのように意見を反映させていくのか考えなければなりません。

これから先、医療政策が重要な理由は3つです。

今こそ 医療政策 が重要な理由
① 人口減少 で 医療・社会保障 の在り方が変わる
②医療は強烈な 規制産業 ⇒ 公的機関 の権限は大きい
③医療現場の経験を生かして 制度設計 ⇒超重要な案件を 超少数 で担当している

重要性は増すばかり

人口減少で医療・社会保障の社会のあり方が変わることで、医療は規制産業であり、市場主義にのみ任せてしまったらうまくいかない、厚生労働省などの公的機関の役割は依然として大きいです。そして医療現場で患者さんと実際に直面、ないしは保健の現場で国民から直接声を聞いた方こそが制度設計に関わり、現場の専門職や患者さんを幸せにし、同時に持続可能となるような制度を作らねばなりません。医療政策の現場において、医療専門職の重要性は増すばかりだと思っています。

医師が 公衆衛生 を担うべき？
医師法第1条 医師は、 医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

持続可能な「**制度**」「**病院**」「**働き方**」を作る！

医師は臨床をすることが本分である、と時々言われます。医師が医療政策を含めた公衆衛生を担うべきか、ということの答えの1つは、実は医師法の第1条にあります。

「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする」と明されています。保健師助産師看護師法や、その他の専門職の職業にも同様のことが記載されています。医師、看護師、保健師にとってそして診療というのはあくまで手段に過ぎない。その先には人々の健康を担保するために、その活動はあるということが高らかに謳われています。

最近の話だと、千葉大学教授である近藤克則先生らは、笑う人と笑わない人の健康度の差を調べています。研究の結果、ほぼ毎日笑う人を 1.0 にすると、ほぼ笑わない人は 1.78 倍健康度が低いことを明らかにしています。日常に隠れた些細なコツみたいなものが、実は健康とつながっているというのが予防や保健活動のいいところで、日々の行動を変化させることで日々との幸せをつくることのできる非常にチャンスに満ちた分野だと思っています。

であり、上手に合意形成をして前に進みましょう。そして本講座のモットーは、行動・実践するです。

公衆衛生は実践技術の集まりです。役に立つことに意味があります。身に付けた技術、知識、知恵をどうやって世の中に余すことなく還元するかということが大事なのではないかと思っています。

以上をイントロダクションとしたいと思います。私もこれから登壇される先生方のお話を楽しみたいと思います。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。

Take Home Message.

①「解説」よりも「**解決**」を！

②患者・医師・病院・行政はもはや**一蓮托生**
皆の「**合意形成**」とスマートな「**撤退戦**」を

③自分の頭で**考える**、リスクをとり**行動する・実践する**

世の中の役に立つ**ことに**意味がある****

23

最後にまとめます。解説ばかりしていても世の中 1 ミリも良くなりません。行動して解決をしようということ。そして、対立して喧嘩しても良くなりません。我々は立場を超えて、一蓮托生（いちれんたくしょう）

「Public Health.実践講座」第 1 回

複眼的思考をつくる～産婦人科×母×留学×
パブリックセクター～研修概要（平成 30 年 11 月 6 日）

吉田穂波

神奈川県立保健福祉大学

ヘルスイノベーションスクール

設置準備担当教授

産婦人科医・医学博士

Public Health実践講座2018
日時:11月 6日(火) 18:00-20:00
場所:千葉大学亥鼻キャンパス 亥鼻図書館3F

複眼的思考をつくる
～産婦人科医×母×留学×パブリックセクター～

神奈川県立保健福祉大学
ヘルスイノベーションスクール
設置準備担当教授
産婦人科医・医学博士
吉田 穂波

それでは、代わりまして吉田穂波がお話しいたします。ほんとうに人の役に立ちたくて吉村先生は働いてるんだなと、皆さん感動を覚えたと思います。私も感動しました。吉村先生が理論、大局を語ってくださったので、私は自分の個人の事例、実践の内容として、皆さんに複眼的視野、産婦人科医と母と留学、パブリックセクター、その全てから見てやっぱりパブリックヘルスだねって思った経験をご紹介したいと思います。

本日のテーマ

- 現在、最も注力している仕事内容
- なぜ、公衆衛生キャリアを選択したのか、知られざるメリットは？
- MPHキャリアの可能性と、その重要性
- 吉田穂波が考える、ワークライフバランスのソリューションとは？

本日、私の今の仕事内容、それからなぜ公衆衛生のキャリアにこれだけ目覚めて燃えているのかということ、公衆衛生キャリアの可能性とその重要性、それから最後にワークライフバランスということも、ご紹介

したいと思います。

まず、ハーバードの公衆衛生大学院に留学したことについてお話しします。その当時、平成 20(2008)年、まだ日本にはそんなに公衆衛生大学院がありませんでした。医者として病院の中で座っているだけじゃなく、もっともっと役に立つ、もっともっと患者さんたちのそばに行くような仕事がしたい。そして、3人の子どもを育てながら、ずっと四六時中病院勤務はできないけど、それでも世の中の役に立つようなことがしたいと思ったとき、たくさんの人に「公衆衛生大学院がいいよ、MPH がいいよ」と勧められました。患者さんのそばに 24 時間 365 日張り詰めてぼろ雑巾のようにずっとずっと働くことはできないけれども、現場から離れていても患者さんの役に立つ人になる、それが私のハーバードの公衆衛生大学院留学の目標でした。

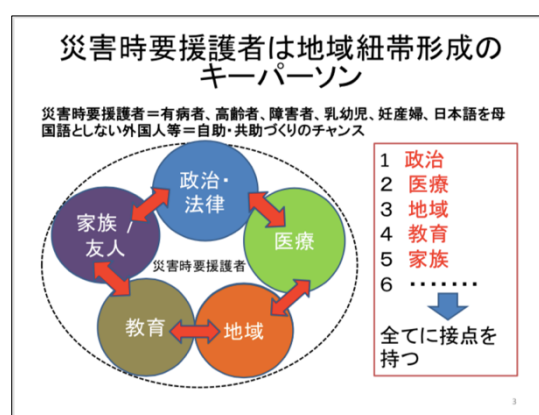
留学中は、アメリカで 4 人目を妊娠・出産し、子育てもしていました。アメリカは、医療レベルが高いと思っていましたが、それは加入している医療保険の種類にもよるようです。私は無給というよりも学生ですから、全く無収入の状態でもディケイトという生活保護のような福祉サービスを受けて過ごしていました。医師は、私のディケイトの保険証を一目見るなり、さげすんだような目をして、隣の患者さんに出していた薬を私には出せないとか、娘が熱で死にそうな状態で救急にかかっているけど、この保険証ではどの治療もカバーできないなどと言いました。私はアメリカに行って、日本の国民皆保険のありがたみも感じましたし、これはおかしいなということもたくさん経験して帰ってきました。私には、子供が 5 人

いますが、子供たちからたくさんのことを教えてもらっています。自分が弱者であるということ、たくさんの人助けがなければ働けないということ、あとは子どもを通じて 100 年後、200 年後の社会をもっと良くしたいという思いがあります。吉村先生が先ほど紹介してくださっていましたが、「財政的幼児虐待」なんて許せません。長い目で見て、もっともっといい社会にしたい、もっともっと生きやすい社会にしたいと思わせてくれるのも子どもたちのおかげです。

公衆衛生の面白い可能性というのをお示ししたくて、1 つ例を持ってきました。皆さんの記憶に新しいと思いますが、東日本大震災についてです。これで私の人生が変わりました。

震災後、私は宮城県石巻市に駆け付けて、産婦人科として何か手伝えることはないかと思って被災地を回りましたが、医者ができることは何一つありませんでした。そこにいる人たちは被災者というかわいそうな人ではなくて、普通の人間としての尊厳を持った、災害前から、そしてこれからも日常生活が続いていく、そういう普通の生活支援が必要な人たちに、医者として何もできることはありませんでした。ずっと無力感を抱きながら、色々な支援の調整などをしながら、病院や避難所を訪ねて回りました。このとき私がすごく公衆衛生の重要性を感じたのは、病院の中だけで待っていては助けられない地域にいる人々の困難を見たからです。私はもともと組織で働いてましたので、自分 1 人では何も役に立たないと思ってました。被災地の支援活動を通じて、病院で待っていてはいけない、もっともっとサービスを出前するような、アウトリーチ

の姿勢で地域と共にやっていかなければ、子どもや妊婦さん、赤ちゃんも助けられないなと思いました。私はこのとき被災直後に支援に行き、偉そうなことは何も言えませんけれども、それならば平時から、普通のときから、普段のときから地域と一緒に人々のために住んで生きて、もっともっと地をはうような形で住民の役に立てる、そんな医者になりたいなと思いました。



避難所には妊婦さんはいないよと言われていたにもかかわらず、私は現地ですぐに妊婦さんを見付けました。このような悲惨な状態、皆さんもご存じだと思います。平時から災害のときに妊婦さんがどこに逃げ込めばいいのか、災害のときに妊婦さんや赤ちゃんをどうやって把握して安否確認するのか、そういうシステムがないと気付いた私は、このとき日本独特の災害対応について極端なマイノリティである妊産婦さんや赤ちゃんたちを諸外国よりも助けにくい状況だということをこのときはじめて学んだのです。私はこの被災地支援活動以降、病院から飛び出して、妊婦さん、高齢者、障害を持つ方など地域で配慮が必要な人たちを地域の絆の核になる存在として位置づけ、


災害時だけでなく平時から守るポジティブキャンペーンを、自治体と一緒に実施してきました。

その後、「災害時に次世代を守るためのツール」として①あかちゃんとママを守る防災ノート、②受援力のススメ、③大災害と親子の心のケア-保健活動ロードマップなどのパンフレットを作り啓発活動を行っています。

災害時に次世代を守るためのツール

- ①「あかちゃんとママを守る防災ノート」
- ②「受援力のススメ」
- ③「大災害と親子の心のケア-保健活動ロードマップ」

<https://honami-yoshida.jimdo.com/>



**避難所運営ゲームHUG
災害時要配慮者バージョン**
2015. 12. 23作成

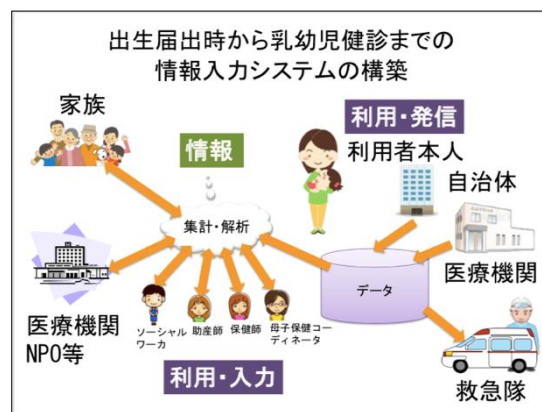
静岡県避難所運営ゲームHUG
使用許諾番号 016号

HUGのわ主宰 倉野康彦氏と共同開発
<https://www.hugnowa.com/>

また、「避難所運営ゲーム HUG 災害時要配慮者バージョン」を用いた研修を各地で行ってきました。この研修で、妊婦さんたちは、こんなに大変で、障害を持っている人ってこんなふうに被災後の避難所では困難にぶち当たるのだということを疑似体験する

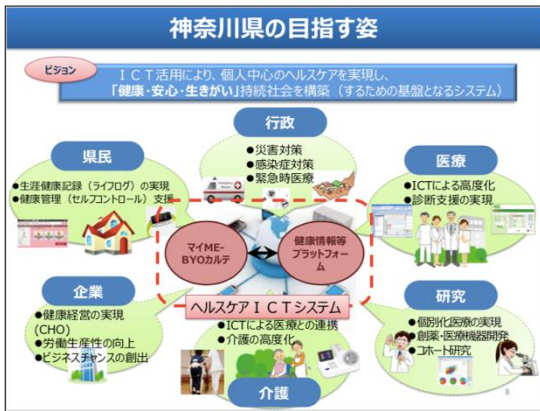
と、皆さん目からうろこが落ちたような、180度視点が変わるような、そういう体験をしていただきます。こうやって人々の啓発、そしてやる気を引き出し、学びの場をつくる、それも公衆衛生の大事な仕事だと思っています。

この「災害」、「子育て、子ども」というキーワードで、地域の人たちの優しさや思いやりを引き出せることが分かってきました。「災害」、「子育て、子ども」、誰にでも同じような接点を持つユニバーサルなキーワードですが、今まではそれがバラバラでした。地域の中で、「災害」、「子育て、子ども」を守るというキーワードで働くことで、私は病院の中で見付けられなかった地域の人たちとの接点、そして地域の活性化に対するヒントを見付けて、今の仕事をしています。



情報を集めるのではなく、
集まる仕組み
GPS情報を利用して地図で表示し、送信者の
詳細情報が確認できるITツール

幸い、神奈川県は私のこのような気持ち
をくんでくれ、災害が起こってから妊婦さん
を探し回るのではなく、平時から妊婦さん
自身でシステムに登録しておいていただき、
災害のときは自然に情報が集まるような
仕組みをつくっています。



電子母子健康手帳（平成28年9月～導入）

ヘルスケア ICT システムという名の下に、
母子健康手帳を電子化して、学童手帳や「マ
イ ME-BYO カルテ」という健康記録用スマ
ホアプリとつなげて、全妊婦さんが平時か
らご自分のデータ、健康診断のデータとか、
乳幼児健診、ワクチンのデータをバックア
ップできるような、そういうツールを作っ
ています。

災害に備えた健康記録バックアップ体制

これは、災害時、電子母子手帳アプリと紙
の母子健康手帳とを併用することによって、
保健師や支援者が妊婦さんや障害を持つ方
を含め、支援が必要な人の所にすぐ駆けつ
けられるシステムです。

神奈川県における災害対応（案）

○ 市町村と連携した災害活用モデルの実証事業

- 災害時に、医師・保健師等の支援者間で「マイME-BYOカルテ」に記録されたデータを共有できる仕組みを実装
- 市町村とともに、避難訓練等で上記モデルの実効性等を実証する

さらに、自治体職員だけでは限界があると


ということで、9月にはSNSと自治体システム「マイME-BYOカルテ」との連携を始め、災害のときLINEを使ってSOSが出せる仕組みを打ち立てています。私は、今、公衆衛生だからできる、公衆衛生にしかできない、こういう働き方ができてすごく楽しいと感じています。

しかし、そもそも公衆衛生領域を目指す前の私は、病院で普通に診療している診療医でした。人生はたくさんの課題があります。女性だけでなく、男性も多数のお手玉を同時に回すような毎日で、仕事と家庭と自分の時間と、いろいろと同時並行でこなす、そんな人生を皆さんも過ごしてらっしゃるかもしれません。そういう人にとっても、公衆衛生は、大変びったりのキャリアだと思っています。私は以前、子どもも好きで、仕事も楽しくて、なのにどうしてこんなに息苦しいんだろうという時期があり、強い憤りを感じていました。子育てもして、仕事もして、自分を幸せにするにはどうしたらいいんだろう、その気持ちが私の場合はロケットのジェット噴射の燃料のような形になって、ハーバード留学を実現させてくれたと思っています。

皆さんももしかしたら今の生き方の中で、ちょっと何かもやもやし、やりたいのにできないとか、どうして自分じゃなくてあいつが選ばれるんだとか、そういう悔しさを感じたこともあるかもしれません。人には見せたくないような、他人をうらやむ気持ちとか、妬みとか、そういう気持ちが、実は皆さんを向上させる燃料となるかもしれません。私の場合、悔しさを燃料として、見切り発車で留学準備を始めてから考え、走り出してから考えるというエネルギーでハーバード留学を実現させました。

忙しい時期のための タイム・マネジメント

- ・すべては同時並行でいこう
- ・「見切り発車」をよしとする
- ・「できる」しか見えないメガネをかける
- ・時間バリューを最大にするスケジューリング
- ・小さな気持ちのやりとりには時間を惜しまない



この辺りは恐らく皆さんも先ほどの本を読んでいただくと分かると思います。やりたいことをやるためにどうやって優先順位を付けるのか、ということについては多くの本が出ていて、私も読み漁りました。



Most things which are urgent are not important,
and most things which are important are not urgent.
DWIGHT EISENHOWER

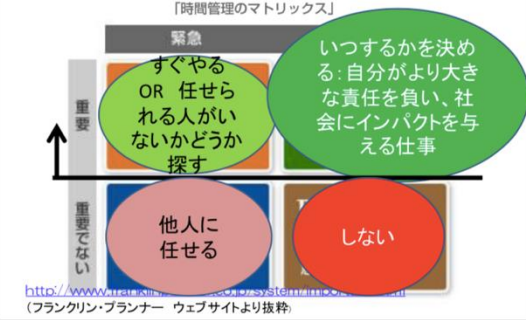


他者に助けを求め、
早くサポートを受け止める力

受援力

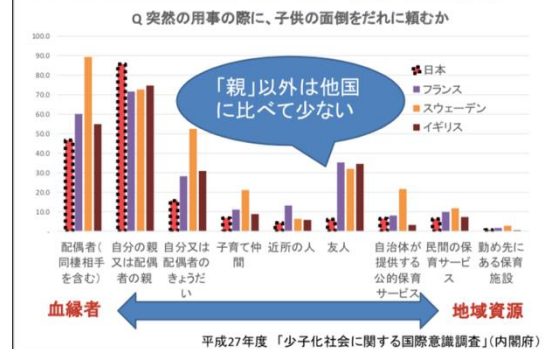
* 2010年、内閣府が「ボランティアを地域で受け入れるためのキーワード」としてパンフレットを作成し、東日本大震災後に少しずつ広まり始めた言葉

緊急なことで重要なことは減多にない。そして重要なことで緊急に対処しなければいけないことも、ほとんどない。
-アイゼンハワー(第34代アメリカ合衆国大統領)



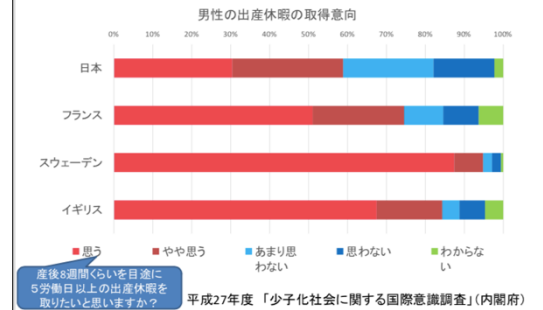
日本は身内というカテゴリーがとても狭くて、SOSを出すハードルがとても高いということが国際比較からも分かっています。

日本人は身内ではない人に頼むのが苦手？



残り5分で私がぜひお伝えしたいと思うのは、自分1人ではなく他の人も巻き込んで大きなことをする「受援力」という考え方は、皆さんは個人でも大きな能力を持っていらっしゃいますけれども、地域で、社会で、もっともっとインパクトをもたらす、影響力を持つ、もっともっとたくさんの人の役に立つ、そういう仕事をするためには、人のサポートも受ける、SOSを出す、人の助けを得ることを良しとする、そういうマインドセットが必要だと思います。

日本人は、休むことに対する抵抗がある？



また、休むことに対する抵抗感がとても強く、休むことは怠けているのではないか、

甘えているのではないか、みっともないんじゃないかと、拒否感を抱いてしまうということも分かっています。これからの日本は、先ほど吉村先生のお話にもありましたとおり、どんどん人口が減っていきます。どんどん縮小している国で、1人が倒れてもまだ次がいるから、代わりがいるから、そういう働き方では社会システムを維持できません。一人一人が自分の能力、人生、時間を大事にして、倒れないようにみんなで支え合っていこうとすることが大切です。

頼ることで、救える命がある

うつ: 年間500万人
自殺: 年間3万人
* 15-39歳における死因のNo.1が自殺

虐待死 年間約70名
子育てを苦に自殺する母親: 年間425名
(2013年、内閣府)

皆さんもご存じのとおり、15歳から35歳の若い方の死因のナンバーワンが自殺で、こんな国は他にはありません。諸外国では若者の死因の一位が事故、つまり不慮の事故、溺死、交通事故などです。きっと、自殺する人たちは、生きるよりもつらいから死を選んでしまうのでしょう。どこかで誰かに助けを求めることができているならば、それをどこかで誰かが受け止めることができているならば、年間2万人の救える命があるということに私は大きな課題感を感じています。この受援力というのは、恐らくうつ予防、虐待予防などとも根底では一緒なのではないかと思っています。頼ることは相手に対す

る最大の信頼の証、尊敬の証で、あなただから頼りたい、あなたのことをすごく頼りにしているから相談したいとポジティブな捉え方をすれば、SOSを出しやすくなります。そして、頼り合い、支え合ういい循環が回っていけば、恐らく一人一人を抱え込むよりはたくさんの人でもっと大きなことができるのではないかなと思っています。頼ることは、尊敬の証でもあり、コミュニケーションの一つにもなるのです。

頼ることは、繋がること

相手に対する信頼の証
お互いのことを知り合うきっかけ作り

相手の自己効力感がアップし、
相手の健康状態も向上する

このことを私に教えてくれたのは、ドイツで初めての妊娠・出産をしたときです。周りの同僚や助産師さんが、もじもじしてる私にいろいろ助け船を出してくれました。医師である私は、病気のことには分かるけど、妊娠中の日常生活、妊婦さんの健康については全く知らなかったからです。そこで私から周りにいろいろ相談することで、周囲の人たちとの距離が近くなりました。そして、頼ることはコミュニケーションの一つなんだよ、会話のきっかけなんだよと教えてくれたのは、ハーバードの友人たちでした。私は子ども3人を連れて、渡米当初は髪を振り乱してキリキリと「話し掛けないでオーラ」を振りまいてがり勉していたと思いま

す。最初は一人で頑張っていました。アジア、アフリカ、いろいろな所から来ている友達が、「このレポートの締切っていつだっけ?」、「この課題の文字数制限はいくつだっけ?」、「テストの過去問持ってる?」など、ほんとにちょっとしたことを相談してくれたおかげで、すごく肩の力が抜けました。それがきっかけで、一緒に学び、今も続くような友達ができました。

受援力=受縁力

頼ることは
新しいネットワーク作り

頼ることは
コミュニケーションの一つ

自分の責任であっても、
困った時は助けを求めていい

海外で学んだのは、とにかく、困ってる人は助けを求めていいという動かざる原則のようなものです。このことを私は海外の人にも話を聞いてくれるような所で発表しました。頼るのはちょっと躊躇するけれど、人間は昔からコミュニティーに貢献して生き延びてきたDNAを持っています。頼られ、人にありがとうと言われるのは嬉しいのです。

「受援力」を発揮する方法

助けられ上手になろう

ここまで、「ありがとう」と言いながら頼り合いましたという話をしてきました。今日、皆さんがここに来てくださっているその気持ち、熱意というものが削がれることなく、どんどんどんどん広がっていけばいいなと思っています。

受援力のための3ステップ

- 1. 頼むときは相手を尊重**
相手の名前を呼んで、「今、いいですか」と、相手の都合を聞きましょう
- 2. 相談する前に感謝**
「聞いてくれてありがとう」と感謝しましょう
- 3. 相談を終えたら再度、感謝**
可能な限りの感謝と喜びを示しましょう

これが、受援力の発揮のための3つのステップです。頼むときは、相手の名前を呼び、声をかけ、まず相手の都合を聞きます。相談前と相談後にも相手への感謝の気持ちを示し、気持ちを伝えます。私たちは小さい頃から人助けをすることはよいことだ、としつけられてきましたけれども、人に頼る練習は一回もしたことありません。

私は東日本大震災の後、使命感に駆られて被災地支援に行きましたが、そのとき何もできず無力感にさいなまれて、結局バーンアウトしてしまいました。私はそれまで自分のことを、ハーバードであんなに子育てしながら頑張ってきた、図々しいやつだと思っていましたが、そんな私でも頼れなかったのです。プロジェクトマネジメントが大きくなり過ぎて、私でもつぶれてしまったのだから、もっと真面目で責任感が強い方々は、一人ではうまくいかなかったときに、きっともっともっと自分を責めておられるんだろうなと思ったのです。そのような時こそ、この受援力が必要です。

ことは頼られる相手の健康にも良いということが分かっています。

前向き質問の効用

だめだな、うまくいかないな…
(どうやって言い換える?)

- ⇒ どうしたらうまくいく?
- ⇒ 現時点でベストな選択は?
- ⇒ ここから何を学べるかな?

皆さんにも、頼りあって「うんうん」と聞いてもらうだけですっきりし、頼ってくれたことで「こんな私でもいいのかな。『教えてくれる?』なんて頼ってくれるなんて」なんて嬉しく思った経験があると思います。今日、皆さんが頼られることの嬉しさを感じてくださったのであれば、そのことで、次に誰かに頼ることのハードルも、少しは下がるのではないかなと思います。ポイントは、感謝をしながら、あなただから、あなたのことを尊重してるから、尊敬してるから頼りたいという姿勢を示すことです。

断られたらいやだな、
と思ったら…。

「これはアドバイスだ、フィードバックだ」、と受け止めてみては?

フィードバックの効用

Feedback
相手から受けた影響や主観的な事実を
情報として返すこと

軌道修正の材料とする

改善するために活用する

POINT !

批判や個人攻撃とは受け取らないこと

“Social Capital (人間関係資本)”

“ネットワークや社会構造の一員であるということ
とつながることができるリソース・資源”

Coleman JS. Foundations of Social Theory. Cambridge, MA: Harvard University Press (1990) – chapter 12.

人間関係こそが、自分の財産である
人間関係が健康にとって大きな影響を与える

コンフリクト・マネジメント

アサーティブ・コミュニケーション

ネゴシエーション

人に頼ることはすごく難しいけど、頼る

そして、受援力、これはリーダーシップにつながります。いろいろな人に聞いてみる、いろいろな人に尋ねてみることで、皆さんは組織をまたいで行ったり来たりできるリーダーになれると思います。

これからは1つの組織の縦のリーダーではなく、教育とか医療とか保健とか地域とか、いろいろな組織に接し、どこの人とも話ができる全体を俯瞰できるリーダーが求められています。

21世紀を生きる人に必要な教育

Communication Collaboration

The "21st Century Skills"
-全米の小学校で進められているプロジェクト

Critical Thinking Creativity

<http://www.p21.org>

バランス？

私たちは、静止している状態で観察し、判断しようとする
⇒でも、一点静止状態ではなく、

- ・揺れて戻る
- ・行ったり来たり

日々のバランスは常に動いているもの
途中経過の、その時その時はアンバランスの連続なり

自分は、人生全体の、複合的で複雑な問いにチャレンジしている
⇒全てのプロセスが必要で、必然なものを受け止めてみては？

The Leader In Me®

自分が
自分の人生の
リーダー

自分で選び、決定し、自分自身と自分の周囲を変えていくことができる存在

<https://www.theleaderinme.org/>

今後、皆さんがつぶれないように、皆さんが自分の能力を発揮していただけるように、ぜひこれからご活躍される皆さんにはこの受援力という力を活かしていただければなと思っています。

CONNECTIVITY ～つながること～

縦割りを飛び越えて

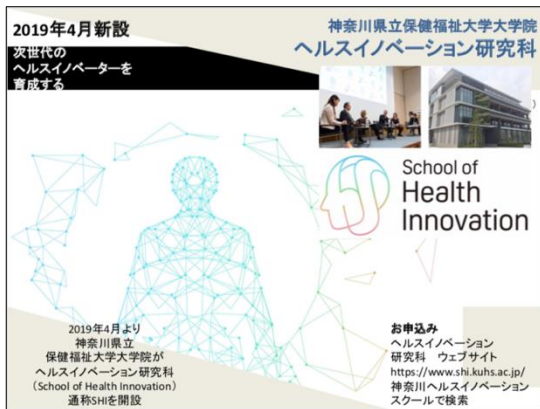
俯瞰できるリーダーシップ

組織の中心地点

共感力、尊重力、肯定力

Courtesy of: Leonard J. Marcus, Ph.D., Barry C. Dorn, M.D., M.H.C.M.
www.nyc.gov/html/oem/downloads/pdf/CCC/2009

Contact:
神奈川県立保健福祉大学
〒238-0013 横須賀市平成町1-10-1
電話：046-828-2500 (内線2909)
e-mail：yoshida-f7e@kuhs.ac.jp



※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。

「Public Health.実践講座」第 1 回

公衆衛生行政の実際—保健所の視点から研修概要

(平成 30 年 11 月 6 日)

久保秀一

習志野保健所長 (兼 健康危機対策監)



今日の私の目的は、ぜひぜひ皆さまに千葉県職員として就職してくださいということをお伝えするために参っております。

まず、私がどのような経緯で、今このような保健所勤務、公衆衛生の分野を仕事にしているかところから話していこうと思います。

保健所とは日本独特です。千葉県内の保健所は、全部で16箇所、内訳は県内の保健所が13箇所、市型保健所が3箇所です。保健所長野出身は、厚生労働省医系技官、東京都庁出身の医師が多いです。他には、もともと公衆衛生専門でない医師も途中から県の公衆衛生分野を担ってくださっている方もいます。

いろいろな経歴を公衆衛生では生かせます。

私は基本、公衆衛生をやろうとは思っていませんでした。大学卒業後、疫学分野の基礎研究をしていましたが、生まれ育った千葉県で社会学をやろうかなと考え千葉に戻

って40歳から再スタートしました。そう、私は転向組です。

自分の働いたことが自分が生まれて住んでいるところに還元される。

自分の生きてきた経験をどう生かすかが、地方自治体に行って公衆衛生を楽しめるかの分かれ目になると思います。私がいた研究の世界というのは、1のことを10に言う世界です。オーバーに表現しないと評価されない。そのオーバーに表現することの訓練を受けていたので、公衆衛生で多くの人の前で話す機会に役立ちました。基本的に私たちに求められるのは浅くて広い知識です。公衆衛生は様々な課題がありますが、必要になった時にどう勉強すれば良いのか分かればよくて、また、基礎研究で論文を読む訓練を受けていますので、この論文を読めばいいという形で後から勉強することはできます。基本的に後になって勉強することで、公衆衛生の分野は十分です。あとは、分からないことは人に聞くことです。だから、この分野については、誰に聞けばいいのかが分かっていると、非常に仕事で助かります。全部自分で知ってまず不可能です。この話は誰に聞きましょうかっていうことを知っとくのが大切になってきます。保健所長は、出身が様々です。それぞれの分野、深い分野も、浅い分野もある。自分の経験を生かすことが一番早いと思っています。基本

は、いろいろな経歴を公衆衛生で生かしてほしいというのが1つ目のメッセージになります。

保健所って何？

- ・健康危機管理と健康寿命の延伸を2大テーマに各種事業に取り組み
- ①健康危機管理
 - 感染症（結核、麻しんなど）
 - 食品衛生（食中毒）
 - 精神保健（自傷・他害の人の措置）
- ②健康寿命の延伸
 - 医療費の適正化
 - 健康づくり

保健所の仕事は大きく分けて、健康危機管理と健康寿命の延伸の2つです。まず健康危機管理については、主には感染症、食品衛生、精神保健です。特に精神保健は、自傷・他害の方の措置入院というのがあります。そして、健康寿命の延伸については、2つの意味があります。一人一人の健康寿命の延伸と医療費の適正化です。国家財政、県の財政も破綻してしまうので、この2つを一緒にやるのが個人のためにも国・県のためにもなります。

危機管理の大きな課題

- **災害医療**
巨大地震
- **新感染症**
新型インフルエンザ
- **バイオテロ**
天然痘

健康危機管理の大きな課題として、災害医療です。特に千葉市の場合、今後30年以内、震度6弱以上の地震の起こる確率がことし85%とされています。千葉県で働く方は、

病院で働く方、あるいは自治体で働く方含めて、県内で大きな地震が起こったときどうすればいいかというのが大きな課題になるかと思います。あと新感染症です。これは新型インフルエンザの話です。場合によっては天然痘で、バイオテロの対象になるという話になっています。

1. 災害医療

災害派遣医療チーム・DMAT

Disaster Medical Assistance Team
災害派遣医療チーム

大地震及び航空機・列車事故といった被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チーム



一つ目の災害医療についてです。DMATは、災害現場、人の患者さんの一人一人の命を救う第一線で働きます。

行政に求められる災害医療

- DMATの能力を最大限発揮できるようにする。
現場はDMAT、そのDMATが活動できるようにする
- 被災情報の収集
 - どこに行けばいいか
 - DMATが現場に行くための情報の収集
 - どの様に行くか（道路情報+ガソリンスタンド）
 - DMATの活動に必要なものの供給
 - 継続して活動するには（患者搬送手段も）

一方で、DMAT が現場でその能力を最大限発揮できるようにすることが行政の医者、あるいは保健師、薬剤師の役割です。災害現場では、どこに DMAT を出せば人の命を救えるか、それ自体が分からない状況になります。最適に DMAT を配置することが最優先です。第 2 に、DMAT はどのように現場にどうたどり着けばいいのか、道路情報や途中ガソリンを入れられる場所など、ロジスティック面の問題が出てきます。DMAT が患者搬送することもあります。ただ、100 人、200 人という段階になると、バス、あるいはヘリコプターなどを手配しなければなりません。継続して活動ができるようにするため、様々な情報があるいはモノを手配する必要があります。

では、自治体で行なっている災害訓練の例を一つご紹介します。行政、DMAT および災害拠点病院が協力して災害情報を集め、DMAT を最適に場所に配置する訓練が行われました。日本医科大学千葉北総病院と印旛保健所で行なった訓練では、ドクターヘリなども使って行われます。日本医科大学千葉北総病院には、ドクターヘリを 6 基停められる場所があり、千葉県が災害にあった場合は、全国からドクターヘリがここ集まってくることになります。訓練では、院内の大会議室で、病院の災害医療本部と保健所の本部を両方設置しました。災害があれば、印旛保健所の職員が日本医科大学千葉北総病院に出向きて、そこで本部を立ち上げます。広域災害救急医療情報システム (EMIS) は、災害発生時に情報を効率的に共有するため、厚生労働省が作ったクラウド上に災害時病院の被災状況が一覧できるシステムで、訓練でも使用します。災害時

は、電話の故障や電話線が壊れたケースでは、保健所の職員が現場に行って情報を聞く、あるいは市町村の職員が行って、現場に行って情報を聞くというような形で代行入力をしたりします。

2. 感染症

ちょっと話は変わって感染症です。看護学部で感染症の講義をするのに使っているのは天然痘です。現在、全世界で撲滅、根絶した唯一のウイルスが天然痘です。WHO は、昭和 55(1980)年 5 月に天然痘の世界根絶宣言を行なっています。

天然痘

- 潜伏期：12日間(7~16日間)
- 感染様式：
 - ・主に感染者の口咽頭からの飛沫による飛沫感染
 - ・空気感染、接触感染の可能性も希がある

天然痘の症状

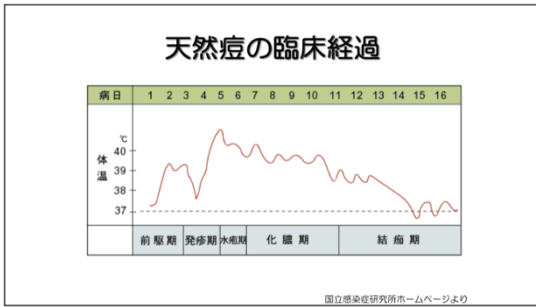
【前駆期】 急激な発熱(39℃前後)、頭痛、四肢痛、腰痛などで始まり、発熱は2~3日で40℃以上に達する。小児では吐気・嘔吐、意識障害なども見られることがある。麻疹あるいは猩紅熱様の前駆疹を認めることもある。第3~4病日頃には一時解熱傾向となる。

【発疹期】 発疹は、紅斑→丘疹→水疱→膿疱→結痂→落屑と規則正しく移行する。発疹は顔面、頭部に多いが、全身に見られる。水疱性の発疹は水痘の場合に類似しているが、水痘のように各時期の発疹が同時に見られるのではなく、その時期に見られる発疹はすべて同一であることが特徴である。

痂皮形成後は熱は下降するが、疼痛は続き、嚥下困難、呼吸障害なども見られる。治癒する場合は2~3週間の経過であり、色素沈着や瘢痕を残す。

痂皮が完全に脱落するまでは感染の可能性があり、隔離が必要である。

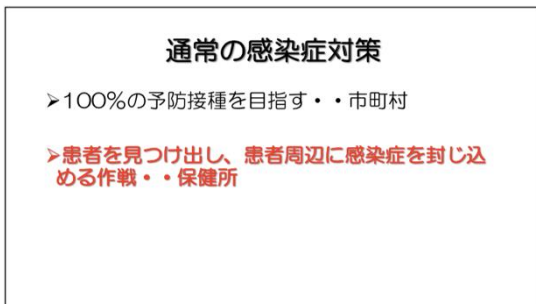
(国立感染症ホームページより)



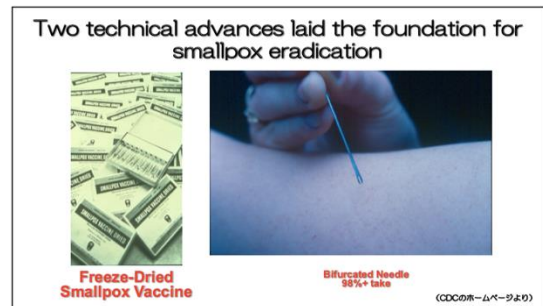
天然痘の根絶、どのように根絶させたのか。それは「天然痘の根絶作戦」です。



天然痘はワクチンが効きますが、感染が広がっている地域において 100%接種で対策しようと思っても、結局 100%のワクチン接種で根絶ができませんでした。そこで、患者さんを見付け出して、患者さんの周辺にワクチンを打っていくという作戦に変えました。このような方法を「サーベイランスと封じ込め作戦」といいます。



さて、今、グローバルな感染症の話をしていましたが、保健所の感染症対策ではどのようなことをやっているのかというと、基本全く同じことやっています。市町村で100%の予防接種を目指し、保健所で患者を見つけ出し、その周辺に感染症を封じ込めます。具体的には、患者さんを発見して、その周りの人の健康観察、あるいは予防接種、あるいは予防的に薬飲んで、発病を防ぎます。グローバルな感染症予防と地域での対策方法は、全く同じことを実施しているということを知っていただければいいのかなと思います。



誰でもどこでも使えるものが重要です。

天然痘の根絶作戦の中で、2つ非常に有意義な発明があったというふうにいわれています。1つは二又針です。誰にでも基本的に使えます。もう1つは、冷蔵庫がいらぬワクチンで、乾燥したまま世界中どこにでも持っていけました。現地で水を入れれば、

世界中どこでも使うことができました。つまり、フリーズドライのワクチンと、この二又針、この2つの発見が非常に大きく、効果的でした。公衆衛生では、基本は誰でもどこでも使える物が非常に重要になってきます。ワクチン接種では、道具を使う複雑な接種方法でしたので、なかなか世界中どこでもということできませんでした。

インフルエンザ対策で重要なこと

- ▶ 予防接種
- ▶ 発熱をしたら休む
- ▶ セキをしている時は、マスクをする

平成 21 (2009) 年に新型インフルエンザが発生しています。重要な予防対策は、予防接種、発熱をしたら休む、せきをしているときはマスクをすることです。しかし、新型インフルエンザにはワクチンがないので、発熱をしたら休むことと、せきをしたらマスクをするという単純なことが、感染を広げる速度を大幅に遅くすることにつながります。こういう単純な2つのことをどうやって県民の人、市民の人に伝えるかが公衆衛生の大きな課題になってきます。

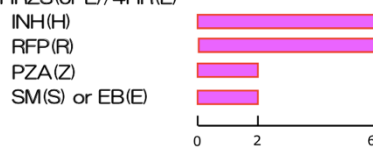
いろいろな対策はあるが、優先順位をつけてわかりやすく。

いろいろな対策があるならば、優先順位を付けて分かりやすく、分かりやすいメッセージをどのように伝えるかが地方自治体で働く場合、大切になります。

3. 結核対策

発病者にたいする治療

- 4種類の薬を6ヶ月間飲む。
- 2HRZS(or E)/4HR(E)



続いて、結核対策です。結核対策の問題は、6 カ月間にわたって毎日薬を飲み続けなくてはならないことです。実は、患者さん自身、薬を飲み続けることはとても大変です。吉村先生は、精神科医ですから分かると思います。精神科では、自傷・他害で措置入院される方がいますが再発の方が多いです。なぜ、再発するかというと、薬をみんな飲むのやめてしまうからです。薬をいかに飲み続けることが大切かということ、そしてその支援を保健所が担っています。

結核対策における服薬支援には、「DOTS = Directly Observed Treatment, Short-course = 直接監視下短期化学療法」というものがあります。



結核対策を考える時、平成6(1994)年WHOが打ち出した「効果的な結核対策のための枠組み」と、そのブランド名である「DOTS戦略」の理解が重要です。「DOTS戦略」とは、「結核対策への政府の取り組み」、「喀痰塗抹検査による患者の早期発見」、「確認された喀痰塗抹陽性結核患者への直接監視下療法」、「薬剤の安定供給システムの確立」、「患者記録と報告体制に基づいた対策の監督および評価」の5要素からなる包括的な結核対策戦略です。

DOTS事業とDOT（服薬支援）

- DOTSとは、WHOが提唱した最も効果的な結核対策パッケージ戦略
 - Directly Observed Therapy Short Course
 - DOTでの短期化学療法
- DOTとは、投薬時に患者の服薬を直接確認する方法
 - Directly Observed Therapy

結核の場合、昔は2年間ぐらい薬飲まなくてはなりませんでした。今は半年に短縮され、昔に比べたら短くなったということで「Short-course」です。とはいえ、日本国内、毎日全員の服薬管理できるかというと実際できません。だから、Aランク、Bランク、Cランク、要するにリスク分けをしています。本当に支援が必要な方だけ、毎日薬を飲む

のを確認しています。

DOTS

DOTS（直視監視下短期化学療法）とは、結核患者を見つけて治すために利用されている、プライマリー保健サービスの包括的計画の名称で、WHOが打ち出した結核対策戦略である。五つの主要要素は、1) 政府が結核を重要課題と認識し適切なリーダーシップをとること、2) 菌検査による診断、経過観察の推進、3) 結核患者が薬を飲み忘れないよう医療従事者の前で内服すること、4) 薬の安定供給、5) 菌検査結果の記録サービスである。米国や多くの途上国で大きな成果をあげている。

結核新用薬辞典より

患者さんは、薬を飲まないことがよく起こります。どう支えるかが課題です。

患者さんは薬を飲まないことがよく起こります。どう支えるかが課題になってきます。結核と精神科だけでなく、糖尿病の薬も高血圧の薬も同じです。小児の喘息の薬も発作を起こしてないと親御さんがなかなか毎日薬を出すというのが難しい。薬を飲んでいただくという単純な作業をどのように実施してもらうかが公衆衛生、臨床ではない、その周辺を支える私たちとしてはとても大切です。

日本の結核の課題

1. **高齢者結核**
65歳以上の結核が全体の約60%です
過去、結核に感染した人が多く、結核菌を体内に持っている人が多いので発症リスクが高くなっています。
2. **外国籍結核**
20歳代では約50%の人が外国籍患者です。とくに結核の発症率が高い国から来る人がハイリスク層になります。
3. **社会的弱者**
ホームレス、職場労働者など社会的弱者からの結核発生が多いです

ここでは、日本の結核の課題 3 つだけ覚えておいていただきたいです。結核は、感染症全部に通じますが、社会情勢と深く関わっています。日本の結核の課題は大きく 3 つで、高齢者結核と、外国籍の結核と、社会的弱者の結核です。

まず、高齢者結核についてです。結核の特徴として、いくら抗菌薬、抗生物質を飲んでも、結核菌、体の中からゼロになることはありません。若いときに結核に感染した方がお年を召して、免疫力が低下した場合、どうなるか。そこで結核を発病する。それが今、日本のほとんどです。なので、これからもし病院に勤めた場合、70 歳以上の方を見たら半分の人は結核菌が体の中にあるというふうに思ってください。一番悲惨な例は、産科医と助産師さんが結核を発病したケースです。何万人いる世界だと 1 年に 1 人や 2 人、産婦人科系で発病される方がいます。この場合、赤ちゃんが接触者の対象になるので、何千という規模で接触者検診の対象者が出る場合があります。

次に外国籍の結核についてです。今後、外国人労働者が増えることが予想されます。すでに、高まん延国から来る人たち、結核が多い国から来る人たちが日本に来て発病するケースが出てきています。20 代の方に限った場合は 50% 以上の方が外国人の方です。日本の場合、高齢者結核が問題だというふうに言いましたが、これ西ヨーロッパやアメリカ合衆国に行くと、移民の問題が結核の問題になります。だから結核は、社会情勢を非常に表しています。

3 つ目の社会的弱者の結核についてです。都市部で多いのは社会的弱者の結核です。ホームレスとか飯場労働者です。日本で一

番結核が多い都道府県は大阪の西成区です。

4. 地域医療連携・健康づくり

最後に、吉村先生が話していた「医療費適正化」につながる話をして終わりにしようと思います。これをどのように現場で実践するかという話です。

地域医療支援病院制度の概要	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る。病院として、平成9年の医療法改正において創設（都道府県知事が個別に承認）。 <small>※承認を受けている病院（平成26年10月30日現在）... 344</small>
役割	<ul style="list-style-type: none"> ○ 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む） ○ 医療機器の共同利用の実施 ○ 救急医療の提供 ○ 地域の医療従事者に対する研修の実施
承認要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 開設主体：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等 ○ 紹介患者中心の医療を提供していること ① 紹介率80%を上回っていること ② 紹介率が60%を超え、かつ、逆紹介率が40%を超えること ③ 紹介率が50%を超え、かつ、逆紹介率が70%を超えること ○ 救急医療を提供する能力を有すること ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること ○ 地域医療従事者に対する研修を行っていること ○ 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等。 <small>（厚生労働省HPより）</small>

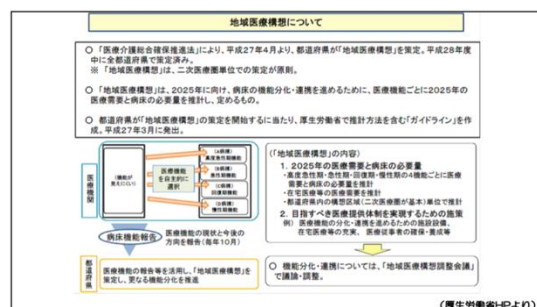
私も色々やりましたが、なかなか上手くいきません。

例えば、糖尿病患者への医療連携について取り組みました。住民中心の医療ということで、かかりつけ医と専門医を結び付け、かかりつけ医と専門医間の紹介、逆紹介しやすくしました。しかし、自分のところに患者さんを集めたいということで、専門医同士がライバル関係になり、失敗しました。また、うつ病患者への医療連携についても取り組みました。内科医が診察し、精神科へコンサルテーションが必要な場合は精神科クリニックに紹介しようという連携です。話自体は単純ですが、これも失敗でし

た。失敗の理由は、私も精神科のクリニックの実態知らなかったのですが、精神科クリニックと精神科の病院で付属してるクリニックとは全然患者さんが違ったからです。地域にある精神科クリニックは、比較的症状が軽い人が多く受診しています。内科医からすると、どのような症状の人が来るかわからないから紹介を受けたくないと思うようです。ということで、なかなか精神科医の協力が得られなかったです。最終的には、地域にある全部の精神科クリニックの医師に「やります」、「やりません」を聞きました。結果、「やります」と回答してくれた医師は全体の半分でした。その時点で私自身が異動になってしまい、途中で終わってしまいました。面白かったのは、精神科の病院のサテライトクリニックがあり、そこはいくらでも患者さんを受け入れてくれると伝えてくれました。ちょっと精神科領域の特性がやりながら分かったということで、失敗しながら学んでくというのが実際なのかなと思います。

地域連携を実施していく中で、教訓として、地域の状況をゆっくりと見て考える必要があるということを学びました。また、この地域だったらこの事業がふさわしいのか、この事業が地域の中でできるのか、その辺の見極めは一つ一つ行った地域で考えなければいけないのかなと思います。そして、その地域にいて誰と話せばいいかをまず考えて、その人を見つけてから行動をしようと思っています。私たちは、基本的に積極的でないとだめです。積極的に柔軟な対応をしてくださる方をどう見つけるかが、地域で成功するかしないかの分かれ道になってきます。どうやってみんなに付いてきていた

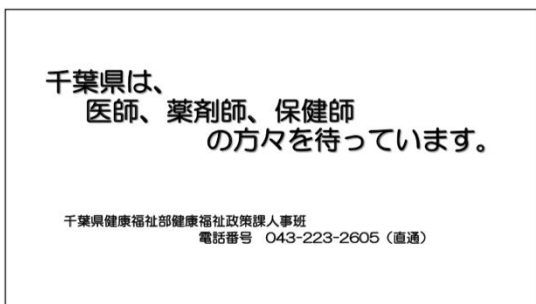
だくかを考えなければいけません。



色々実践している中で見つけた、地域医療支援病院制度という制度があります。地域医療支援病院制度とは、かかりつけ医と中核病院の関係を深めましょうという形で厚生労働省が考えた制度です。地域のかかりつけ医が病院のストレッチャーを自由に使ってもいいよとか、検査施設を自由に使ってもいいなどと、オープン病院の考え方に非常に近いです。習志野保健所は二次医療圏で東葛南部です。東葛南部は、船橋、市川、八千代、習志野、浦安、鎌ヶ谷の6市で、人口180万ぐらいになります。ここの国民保険を対象にした糖尿病の重症化予防をやりたいなと思っています。大学と地域医療支援病院、かかりつけ医、この3者をうまく結び付けられないか。さっき結核のときいった、服薬支援ですね。患者さんにどうやって薬を飲み続けてもらうのかなどを考えております。

高度急性期、急性期、回復期、慢性期っていう形で病床機能を分けて、地域で適正な形でこれを持ってきましょうというのが地域医療構想になります。各病院の能力を100%活動させて、しかも効率良くっていうことは結果として患者さんのためにもなる。そして、医療費も適正になるという2つの

ことを目標にしています。この事業はさっき言った6市の東葛南部という枠組みで今やっています。これやっとスタートしたとここで、これから頑張りましょうというところになっております。



最後に千葉県の宣伝です。もし行政来ていただかなくても、千葉県内の病院で働いていただくと助かりますので、医師、看護師、そして薬剤師、千葉県非常に少ないです。皆さまぜひ働いていただければと思います。



※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。