

厚生労働科学研究費補助金
健康安全・危機管理対策総合研究事業

公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と
女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究

平成 28 年度～30 年度 総合研究報告書

研究者代表者 吉田 穂波

平成 31(2019)年 3 月

(別添 3)

(別添3)

目 次

I.	総合研究報告書		
	公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と 女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究		
	吉田 穂波	…	3
II.	分担研究報告書		
1.	医師・歯科医師・薬剤師調査票を用いた公衆衛生行政医師の動 向に関する研究		
	佐藤 大介	…	43
2.	公衆衛生行政医師の人材確保と育成にむけた現状と課題に関 する研究		
	渡邊 亮	…	53
3.	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		
	吉村 健佑	…	69
III.	研究成果の刊行に関する一覧表	…	153

(別添 3)

(別添3)

1. 総合研究報告書

(別添3)

厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)
総合研究報告書

公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と

女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究

研究代表者	吉田 穂波	神奈川県立保健福祉大学
研究分担者	渡邊 亮	神奈川県立保健福祉大学
研究分担者	佐藤 大介	国立保健医療科学院
研究分担者	吉村 健佑	千葉大学医学部附属病院
研究協力者	廣瀬 浩美	全国保健所長会／愛媛県宇和島保健所
研究協力者	宇田 英典	全国保健所長会／鹿児島県伊集院保健所
研究協力者	清古 愛弓	全国保健所長会／葛飾区保健所
研究協力者	宮園 将哉	全国保健所長会／大阪府寝屋川保健所
研究協力者	宗 陽子	全国保健所長会／長崎県県南保健所
研究協力者	村松 司	全国保健所長会／北海道網走保健所

研究要旨：【目的】公衆衛生医師の確保・育成を目的として、公衆衛生医師確保・育成のためのガイドライン策定の支援や、女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築を目的として、アンケート調査、インタビュー調査、医師・医学生を対象とした教育プログラムの試行等を実施し、新たに得られたエビデンスをもとに、公衆衛生医師の確保・育成に向けた効果的・効率的な具体策・アクションプランを提示する。具体的には、自治体の公衆衛生医師の確保を促進するために、1)女性医師、若手医師、ベテラン医師が公衆衛生医師の具体的な活躍のイメージを関係組織と共有すること、2)社会医学系専門医認定プログラムや自治体の公衆衛生医師養成プログラムを基に、行政機関の公衆衛生医師におけるコンピテンシーとその育成プログラムポリシーを策定すること、3)公衆衛生医師に求められる資質や育成に関するガイドラインを整備することが目的である。

【方法】女性医師や若手医師、50～60代の比較的高齢の医師が保健所をはじめとする公衆衛生分野で活躍するための認識や課題、障壁などを抽出するため、新たな調査を行うとともに、離職率が高いとされる公衆衛生医師の確保・育成についての知見を取りまとめ、これらをもとに具体的な手法についての検討を行った。

本研究では公衆衛生医師の現状分析における新たな調査手法として臨床医に対するアンケート調査を実施した。調査項目は、行政機関勤務の公衆衛生医師に対する認知度、イメージおよびコンピテンシー習熟度やキャリア意識とした。調査対象は民間インターネッ

(別添 3)

ト調査会社が保有するパネルのうちランダムに抽出した日本全国における 25 歳～70 歳の医師 412 名を対象に、「個人属性に関する質問」、「一般臨床医師を対象にした公衆衛生医師のイメージに関する質問」、「コンピテンシーに関する質問」の三つの側面から調査し、基礎的集計を行った。

新たな現状分析調査として、上記に加え、全国保健所長会事業や関連組織と連携し、現場で働く公衆衛生医師からのヒアリングを行うことで、より具体的で実情に即した事例の収集、モデルケースの抽出、検討を行った。ヒアリング調査では全国保健所長会及び各自治体に対して協力を仰ぎ、協力が得られた①全国の保健所長または保健所勤務医師②都道府県の保健福祉部門に勤務する医師(行政医師)を対象とした半構造化質問票を用いたりサーチ・インタビューを実施した。調査対象は調査に同意した 5 名であり、調査の合計時間はおよそ 8 時間(1 人あたり平均 96 分(最小値約 40 分～最大値 120 分))であった。加えて、本研究では公衆衛生医師の現状における新たなデータ収集として広告専門医の取得情報が調査項目に加えられた平成 22 年から平成 26 年までの「医師・歯科医師・薬剤師調査(以下、三師調査)」の個票を解析する。初年度にあたる今年度は、まず統計法第 32 条に基づく分析データの取得がおこなわれ、この作業に平成 30 年 4 月下旬まで要した。さらに、研究手法の重複や無駄を省き知見を統合するため既存研究の時系列レビューを行い、これまでの主な厚生労働省の公衆衛生医師確保対策の網羅的に探索し、論点整理と課題抽出を行った。これらをもとに都道府県の公衆衛生医師確保対策や職場環境の整備、人材育成制度等の基礎資料としてまとめた。

【結果】公衆衛生医師の現状分析に関する新たなデータ収集として臨床医に対するアンケート調査を行った結果、医師資格取得年数は平均 25.0 年であり、年間収入は概算平均 1,543 万円で、男性・50 代・専門医資格を有する層の年収が相対的に高い傾向があった。公衆衛生医師領域の認知率はベテラン医師で比較的高い一方、関心がある割合は女性や若手医師で比較的高い傾向がみられた。コンピテンシーについては 60 代以上で一般的に高い自己評価となり、30 代以下では『分析評価能力』の「法令に基づく統計調査を正しく理解し、データを的確に使うことができる」が低い結果となった。

行政医師に対するインタビュー調査については、医師確保の課題として公衆衛生行政医師業務の魅力効果を効果的に発信できていないことが示唆された。一方、公衆衛生行政業務のやりがいやワークライフバランスを踏まえると、潜在的な「なり手」は存在すること、組織や地域を越えた人材交流の枠組みを構築することによって医師確保を促進しうることが示唆された。育成上の課題としては「育成プログラム」や「研修機会」の欠如が挙げられ、キャリアラダーなどを用いてコンピテンシーを踏まえたキャリアパスを明示することに加え、オンライン研修の充実や自治体内研修受講の義務化が重要であると考えられた。全国的には公衆衛生医師の絶対数不足とさらなる減少傾向、地域偏在が深刻な状況である。そこで、都道府県の実態を統合することで公衆衛生医師の人材確保に係る課題を整理することができた。

(別添 3)

厚生労働省の公衆衛生医師確保政策における論点整理と課題抽出においては、これまで開発されたガイドラインやチェックリストなどのツールや好事例集の類似点、相違点が明らかになった。人口減少や専門医制度、地域医療構想等、時代の変容に合わせた利活用方法について概観し考察を加えた。

【結論】これらの成果について、関連事業である地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業、以下「全国保健所長会事業」）と共有しながら、各都道府県が公衆衛生医師の確保・育成のために活用出来る基礎資料を提供した。現場の意見を反映させながら客観的な計量分析を行うことで、公衆衛生医師の増加に資する政策がリアリティを持つものとなり、人材確保ならびに人材育成プログラムの整備が進むと考えられる。本研究は、自治体の公衆衛生医師の確保を促進するために、女性医師、若手医師、ベテラン医師、都道府県の修学資金制度を利用した医師など、細分化したターゲット別のアプローチを関係組織と共有し、社会医学系専門医認定プログラムや自治体の公衆衛生医師養成プログラムと連動した研修手法を検討するという包括的なアプローチを用いている。この2年間における研究事業において、これまでの全国保健所長会事業の取り組みを踏まえながら、新たな定量的調査及び分析を行い、人材育成プログラムの開発と行政機関における現場の実態把握とを一体的に検討し、具体的な公衆衛生医師確保のためのガイドラインおよび指針に繋げていく素地が出来た。今後は、これらのエビデンスに基づいて抽出された公衆衛生医師確保のポイントを自治体担当者向けに簡便かつ魅力的に見せ、自治体規模や地域特性に応じて公衆衛生医師確保の手段として役立てられるようなツールを構築していく必要があると考えられる。本研究を通じて全国保健所長会事業と本研究班や教育・研究期間、臨床で働く医師のネットワークが交流する機会を持ち、連携し、公衆衛生領域の意義を広め、活性化を促すことも副産物の一つである。今後、より具体的で精緻な人材確保および育成手法の確立が求められる。

A. 研究目的

近年の目覚ましい医療技術の進歩や急速に進む少子高齢化、経済・地域格差の増大、医療制度や医療経済の改訂に伴う社会環境の変化により公衆衛生領域が担う役割は重要性を増している。その中で、公衆衛生医師は医学に係る科学的エビデンスを社会に適用し、行政システム、地域住民や社会構造など俯瞰的な視野から幅広い事業に取り組み、国民の健康増進に大きな役割を果たしている。

これからますます重要性を増していく公衆衛生医師の人材育成にあたっては、公衆衛生医師の具体的なイメージを共有するための事例の収集や、コンピテンシーに基づく人材育成プログラムが必要であることは論を待たない。一方、公衆衛生医師の不足が指摘される現状において、とりわけワークライフバランスを必要とする女性医師や地域保健、社会医学領域に関心を持つ若手医師、体力的な制約のあるベテラン医師も活躍できる環境整備が求められている。それに対して本研究では、公衆衛生医師確保に対する今後の適切な施策を考える際に不可欠な医師のキャリア志向とその実態を把握するための調査票の作成、調査手法の開発を行う。

医師のキャリア形成は、多面的様相をもつ。例えば、女性医師、若手医師、ベテラン医師、公衆衛生修士取得者、自治体の地域枠医師等、ターゲット層のそれぞれの特性によって求められる勤務環境や育成プログラムポリシーが異なるため、地域性や特性に応じた公衆衛生医師の確保および人材育成の対応策を取りまとめることが喫緊の課題となる。

本研究の最終的な目標は、公衆衛生医師の姿や職場環境やキャリア意識に基づいた課題を整理することで、全国の都道府県が各地域の実情に即して公衆衛生医師を確保するための基礎資料を提供することである。本研究の成果が女性医師、若手医師、ベテラン医師、公衆衛生修士取得者、自治体の地域枠医師等、それぞれの層で浸透していくことで、公衆衛生医師の具体的な活躍のイメージと知名度が高まるとともに多くの潜在医師のキャリア形成と社会貢献意識をはぐくみ、数年後には、どの都道府県においても継続的に公衆衛生医師の人材確保および育成を可能とするような仕組みの基盤となることを目指している。

この2年間で構築した研究成果は下記のとおりである。

1. 公衆衛生医師の現状に関する分析
 - 1-1) 「医師・歯科医師・薬剤師調査」の個票を用いた、公衆衛生医師動態分析
 - 1-2) インターネット調査を用いた、臨床医に対する公衆衛生医師についての意向調査
 - 1-3) 全国保健所長会のメーリングリストを活用した、現職公衆衛生医師における意識調査
 - 1-4) 臨床に従事する女性医師における公衆衛生医師に関するインターネット調査
2. 女性医師、20-30代の若手医師、臨床などのキャリアを重ねた50代以降のベテラン医師における、公衆衛生医師の具体的な活躍のイメージ共有ならびに保健所長会との連携による公衆衛生医師の新規確保方策・有効事例の収集、今

後の方策の検討

3. 公衆衛生の現場に根付いた公衆衛生医師のコンピテンシーとその育成プログラムポリシー策定：ガイドラインの策定や育成プログラム策定に向けた保健所長等に対するインタビュー調査

4. 公衆衛生医師に求められる資質や育成に関するガイドライン・指針整備

4-1) 資質の策定や育成プログラム策定に向けた既存資料の整理

4-2) ガイドライン(案)および指針(案)に関する探索的研究

5. 社会との対話

5-1) ウェブサイト等のメディア媒体を用いた研究進捗・研究結果発信

5-2) 調査結果の統合と現場への還元

以下、この二年間で行われた新たなデータ収集と分析調査の詳細について述べる。

1 公衆衛生医師の現状に関する分析

1) 臨床医に対するアンケート調査

本研究は、全国保健所長会のこれまでの研究成果を参考にしつつ、公衆衛生医師の人材確保およびコンピテンシーに基づく人材育成に向け、行政機関に従事する公衆衛生医師に関する現状を明らかにするために、一般医師を対象としたコンピテンシーの習熟度や女性医師、ベテラン医師それぞれにおける一般医師のキャリア志向に関するアンケート調査を実施した。

インター根と調査会社が保有するパネルのうち、日本全国における医師資格を有する25歳～70歳の男女412名を対象とし

た。調査項目は「個人属性に関する質問」、「一般臨床医師を対象にした公衆衛生医師のイメージに関する質問」、「コンピテンシーに関する質問」の構成とし、性・年齢別等によるクロス集計から現状分析を行った。

公衆衛生医師の不足が指摘される現状においては女性医師や経験の乏しい若手医師、体力的な制約のあるベテラン医師も活躍できる環境整備が同時に求められる。本研究は一般医師が持つ公衆衛生医師のイメージ、職場環境、キャリア意識に基づいた課題をアンケート調査によって明らかにすることで、人材確保および人材育成に関する具体的かつ実情に即した検討を行う基礎資料とする。これにより、より具体的な公衆衛生キャリアの提案、各地域の実情に即したロールモデルの見せ方に関する検討を行うことを目的とした。

2) 行政医師に対するインターネット調査

現場の公衆衛生医師が持つ仕事に対する価値観を明らかにすると共に、公衆衛生医師確保に向けた具体的なリクルート対象の細分化や、細分化された対象別の医師確保戦略の検討を主たる目的として、全国の保健所長及び保健所等に勤務する公衆衛生行政医師を対象に無記名のウェブアンケート調査を行った。

研究デザインは無記名のウェブ質問票を用いた横断研究であり、全国の保健所長及び保健所等に勤務する公衆衛生行政医師を対象とし、全国保健所長会を通じて全国全ての保健所に研究協力を依頼した。全国保健所長会が運用するメーリングリストを通じて、全国保健所長宛てに本調査への協力

依頼文を發出し、協力依頼に応じた方は、研究班のウェブサイト上に掲載されたウェブアンケートフォームから回答を行った。回答結果は、本研究の研究代表者及び分担研究者のみがアクセスできるデータベースに格納され、アンケートの回答をもって同意と看做した。平成30年10月5日から10月31日までの期間に調査を行い、合計273名からの回答を得た。解析結果は公衆衛生学会(平成30年10月)や全国保健所長会の研究事業班の報告書において報告を行った。

3) 臨床現場で勤務する女性医師に対するインターネット調査

本調査は、上記2)で現職の公衆衛生医師に調査をした際と同じ項目を、臨床医として勤務する45歳未満の女性医師110名を対象として実施し、比較検討した。1)の調査とは異なるインターネット調査会社に調査を依頼し、公衆衛生医師と臨床医師との意識やキャリア志向の比較を行った。

4) 行政医師に対するインタビュー調査

自治体の公衆衛生行政医師の確保と育成を促進するため、公衆衛生行政医師の具体的な業務やキャリア、その業務に求められる特徴的なコンピテンシーの特定に加えて、公衆衛生行政医師の育成に求められる要素や課題について明らかにすると共に、具体的な公衆衛生医師人材の確保及び育成を推進するための基礎資料を得ることを目的とした。インタビューでは公衆衛生医師の確保・育成を促進・阻害する具体的かつ実際的な要因を抽出し、それらを踏まえた実効性のあるガイドラインを策定することを目

的とする。

5) 三師調査の個票分析

全国的には公衆衛生医師の絶対数不足とさらなる減少傾向、地域偏在が深刻な状況である。そこで、都道府県の実態を統合することで公衆衛生医師の人材確保に係る課題を整理することができる。

本研究では「医師・歯科医師・薬剤師調査」から公衆衛生医師数の「地域別」「性別」「年齢別」の時系列変化を解析し、この分析から導き出された結果によって、他組織から行政医師に転向する医師や、行政機関勤務医師からほかの勤務形態に転向する医師の属性を把握し、離職率が高いとされる公衆衛生医師の実態を分析する。

B. 研究方法

1. 公衆衛生医師の現状に関する分析

1-1) 「医師・歯科医師・薬剤師調査」の個票を用いた、公衆衛生医師動態分析

本研究は、統計法(平成19年法律第53号)第32条の規定に基づき、「医師・歯科医師・薬剤師調査」に係る調査票情報の提供を申出を行い承認を得たデータセットを用いて、平成22年度、平成24年度、平成26年度、平成28年度の12月31日時点で対象年次の調査票の「業務の種別」が行政機関の従事者：符合11(H22調査)および符号13(H24-H28調査)に該当する医籍番号を抽出し、全年次の調査票の該当医籍番号に対するすべての項目を対象とした調査票データを用いた縦断研究である。

対象とする調査票項目は、各調査年次における住所地県都市番号、性別、年齢階級

(5歳刻み)、業務の種別、従事先市区町村、従事先県都市番号、従事先市群番号、従事する診療科、資格数、資格名内訳とし、平成28年度調査票から新たに調査項目に加わった、就業形態、主たる業務内容、休業の取得を対象とした。

(倫理面への配慮)

本研究は、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に沿って実施し、神奈川県立保健福祉大学の研究倫理審査の承認を受けて実施した(承認番号 保大第29-63)。また、国立保健医療科学院研究倫理審査専門委員会の承認も得た(#NIPH-12190)。

1-2) インターネット調査を用いた、臨床医に対する公衆衛生医師についての意向調査

インターネット調査の項目については、インターネット調査会社との委託契約締結終了後速やかに調査を実施した。

調査対象は民間インターネット調査会社(株式会社マクロミル)が保有するパネルのうち、職業が医師であるものからランダムに抽出した日本全国における医師資格を有する25歳~70歳の男女412名を対象とした。調査項目は「個人属性に関する質問」、「一般臨床医師を対象にした公衆衛生医師のイメージに関する質問」、「コンピテンシーに関する質問」の構成とし、性・年齢別等によるクロス集計から現状分析を行った。

また、行政機関の公衆衛生医師におけるコンピテンシーについても調査を行った。コンピテンシーとは、公衆衛生医師として求められる主要な能力であり、技術や知識のみならず専門家として様々な課題に対応す

るために具備すべき力のことである。本研究では、社会医学系専門医協議会が定める「社会医学系専門医が備えるべき8つのコンピテンシー」として、従来の「保健衛生」を超えた社会医学系専門医のサブスペシヤリティである「保健・医療・福祉制度の網羅的専門知識」、「健康危機管理等に対応できる技術・経験」、「目指す方向を示し実現する力を持つリーダーシップ」、「他職種を巻き込んだ人材育成」について主観的評価を行った。

1-3) 全国保健所長会のメーリングリストを活用した、現職公衆衛生医師における意識調査

現場の公衆衛生医師が持つ仕事に対する価値観を明らかにすると共に、公衆衛生医師確保に向けた具体的なリクルート対象の細分化や、細分化された対象別の医師確保戦略の検討を主たる目的として、全国の保健所長及び保健所等に勤務する公衆衛生行政医師を対象に無記名のウェブアンケート調査を行った。

研究デザインは無記名のウェブ質問票を用いた横断研究であり、全国の保健所長及び保健所等に勤務する公衆衛生行政医師を対象とし、全国保健所長会を通じて全国全ての保健所に研究協力を依頼した。全国保健所長会が運用するメーリングリストを通じて、全国保健所長宛てに本調査への協力依頼文を発出し、協力依頼に応じた方は、研究班のウェブサイト上に掲載されたウェブアンケートフォームから回答を行った。回答結果は、本研究の研究代表者及び分担研究者のみがアクセスできるデータベースに格納され、アンケートの回答をもって同意

と看做した。平成30年10月5日から10月31日までの期間に調査を行い、合計273名からの回答を得た。

1-4) 臨床に従事する女性医師における公衆衛生医師に関するインターネット調査

本研究は、調査会社が提供する医師調査パネルを用いて、臨床医として勤務する45歳未満の女性医師を対象としたウェブ質問票を用いた横断研究である。

調査対象者のリクルートは、調査会社の提供するウェブサイトを用いて、調査会社の保有する医師パネルのうち、臨床医として勤務する45歳未満の女性医師110名をリクルートした。

調査依頼は、平成31年2月にメールによって対象者に送付した。依頼状には、調査会社が作成した本調査のアンケート回答フォームのアドレスを記載し、ウェブ上のフォームから回答をするよう依頼を行った。

調査項目としては、人口統計学的項目として年齢(連続変数)、居住地(都道府県)、配偶者の有無(配偶者あり&共働き・配偶者あり&共働きでない・配偶者なし)、子供の有無(あり・なし、ありの場合は人数)を尋ねた。また、勤務に関する項目として、卒後年数(連続変数)、主たる勤務先種別(診療所・病院・大学・介護老人保健施設・行政機関・上記以外の施設・休職休業・離職・その他)、勤務先の住所地(都道府県)、居住地から勤務先までの通勤時間(時間・分)、現勤務先の勤務期間(年・ヶ月)、業務における臨床の割合(パーセント)、臨床医としての通算期間(年・ヶ月)について尋ねた。また主たる診療科(択一

式)、専門医資格の取得状況(複数選択可)について尋ねた。続いて、医師経験に関する質問として、現在の勤務先に勤務する前の主な職(臨床医・臨床研修医・大学院生・大学等の教員・医学部学生・その他・休職休業・離職)について尋ねた。さらに現在の仕事を志望した動機として、大阪商業大学JGSS研究センターが実施した日本版General Social Surveys JGSS-2002における職業観に関する項目を参考に、以下の10項目について「よくあてはまる」「あてはまる」「どちらともいえない」「あてはまらない」「まったくあてはまらない」の5件法で尋ねた。

- ・ 雇用が安定しているから
 - ・ 高収入だから
 - ・ 昇進の機会が多い
 - ・ 興味のある仕事だから
 - ・ 干渉されず、独立した仕事だから
 - ・ 他の人のためになる仕事だから
 - ・ 社会にとって有益な仕事だから
 - ・ 働く時間などを自分で決定できるから
 - ・ 仕事と家庭生活を両立できるから
 - ・ 教育・訓練の機会が提供されるから
- また現在の仕事について、志望動機に関する質問に準じた10項目及び、公衆衛生医師のキャリアについて以下の4項目を追加した14項目について、「よくあてはまる」「あてはまる」「どちらともいえない」「あてはまらない」「まったくあてはまらない」の5件法で尋ねた。
- ・ 学位取得、留学、研究の機会がある
 - ・ 女性医師が勤務しやすい環境である
 - ・ 給与は仕事に見合っている
 - ・ これからも現在のキャリアを重ねていきたい

基本統計量等は、連続変数については平均値及び標準偏差を算出し、名義変数については度数及び割合を算出した。また、「現在の仕事を志望した動機」及び現在の仕事についてのあてはまりを5段階のリッカート尺度で尋ねた設問については、度数を算出した。さらに、5段階のリッカート尺度について「よくあてはまる」を5、「あてはまる」を4、「どちらともいえない」を3、「あてはまらない」を2、「まったくあてはまらない」を1として間隔尺度と見なし、各設問の度数・平均・標準誤差・95%信頼区間を主たる勤務先種別に算出した。「これからも、現在のキャリアを重ねていきたい」の回答を目的変数、「性」「年齢」「配偶者の有無」「勤務先種別」「仕事について、以下の項目はどの程度当てはまりますか」「医師資格取得年数」などを説明変数として、順序ロジスティック回帰分析解析を行った。

統計解析には STATA IC 13(StataCorp, College Station, TX, USA)を用いた。

2. 女性医師、20-30代の若手医師、臨床などのキャリアを重ねた50代以降のベテラン医師における、公衆衛生医師の具体的な活躍のイメージ共有

保健所長会との連携による公衆衛生医師の新規確保方策・有効事例の収集、今後の方策の検討を行った。具体的には、平成29年度より、全国保健所長会研究班会議ならびに全国保健所長会の開催するPHSSへのオブザーバ参加を行い、現在進められている公衆衛生医師確保事業や取り組みについての方向性を共有した。

3. 公衆衛生の現場に根付いた公衆衛生医師のコンピテンシーとその育成プログラムポリシー策定：ガイドラインの策定や育成プログラム策定に向けた保健所長等に対するインタビュー調査

ガイドラインの策定や育成プログラム策定に向けた保健所長等に対するインタビュー調査に関しては、平成29年度より、保健所長に対するヒアリングを開始し、全国保健所長会研究班会議においても、複数の保健所長に対するヒアリングを行った。本調査については全国保健所長会及び各自治体に対して協力を仰ぎ、最終的に調査への同意と協力が得られた下記の5名を対象として半構造化質問票を用いたリサーチ・インタビューを実施した。対象は、

- ① 全国の保健所長または保健所医師
- ② 都道府県の保健福祉部門に勤務する医師(行政医師)

であり、各対象者の勤務地または会議室を用いて実施した。調査の合計時間はおよそ8時間であり、1人あたりのインタビュー時間は約40分から120分程度であった。

なお対象者には、調査に先だって「公衆衛生行政医師のキャリア構築と育成に関するインタビュー調査のお願い」と題した調査企図と調査内容を示した文書及び、「インタビュー調査における倫理的配慮について」と題した書面を提出し、予め対象者から同意を得た。先進的取組を実施している自治体等の取り組みや、全国保健所長会による公衆衛生医師の新規確保方策および有効事例、課題と解決策を収集した。インタビュー後に逐語録を作成し、これまでのキャリアや現在の勤務環境に関する項目における質的分析を行い、論点を整理した。

4. 公衆衛生医師に求められる資質や育成に関するガイドライン・指針整備

4-1) 資質の策定や育成プログラム策定に向けた既存資料の整理

厚生労働省公衆衛生医師確保政策における論点整理と課題抽出のため、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、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、既存資料の収集を行い、網羅的分析を実施した。さらに、社会医学系専門医制度や全国保健所長会の指針（ガイドライン）、実施要項、マニュアルなどを参照し、主な成果物について整理した。

4-2) 今後のガイドライン(案)および指針(案)に関する探索的研究

研修形式での教育介入のパイロットスタディとして、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。研究デザインは、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、前後比較試験とした。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。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。被験者登録は、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。被験者背景としては医療系学部生（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）であった。

研修は、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、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、各回の内容に変化を与えた。

被験者には、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。

解析方法：

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。

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。

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。

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。

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として、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について、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。

5. 社会との対話

5-1) ウェブサイト等のメディア媒体を用いた研究進捗・研究結果発信

平成 30 年度よりウェブサイト立ち上げ、継続的にコンテンツの追加を行っており、研究成果の掲載や、②で実施したヒアリング・インタビューの結果を踏まえ、公衆衛生医師確保および人材育成に資するような記事を掲載した。

また、ウェブサイト以外のメディア媒体を用いた研究結果発信としては、医師向けキャリア情報提供サイトであるエムスリーより依頼を受けて「著名医師インタビュー企画 Epistle 医師インタビュー企画 Vol.20」に公衆衛生医師のキャリアパスに関するインタビュー記事を掲載し、商業誌である日本経済新聞より依頼を受けて日経マガジン平成 30 年 12 月 2 日号のインタビュー記事にて公衆衛生医師の魅力について情報発信を行った。

5-2) 調査結果の統合と現場への還元

調査結果の統合と報告書を公表し、全国の自治体で活用できる事例や新たなエビデンスを発信する。また、各自治体からの相談に対し適切なエビデンスを提供する。

C. 研究結果

1. 公衆衛生医師の現状に関する分析

1-1) 「医師・歯科医師・薬剤師調査」の個票を用いた、公衆衛生医師動態分析

1. 公衆衛生行政医師の基本属性

公衆衛生行政医師の性別割合は、平成 22 年度調査では男性 72.52%に対し 27.48%であったが、女性医師の割合は平成 22 年度調査 27.48%、平成 24 年度調査 30.23%、平成 26 年度調査 31.14%、平成 28 年度調査 31.58%

と、調査年次ごとに増加警告にあることが明らかとなった。

公衆衛生行政医師の年齢階級別割合は、25 歳～29 歳は該当せず、30 歳～34 歳から従事する医師が増加していた。その後年齢階級が上がるごとに公衆衛生行政医師数も増加し、60 歳～64 歳でピークに達した。特に男性医師は 50 歳～64 歳で急激に増加した。しかしながら女性医師は 40 歳～44 歳で急激に増加したが、その後は年齢階級が上がっても医師数の変化は小さかった。

男性医師、女性医師ともに 65 歳以上は年齢階級が上がるごとに公衆衛生行政医師数は減少し、70 歳を超えると男性医師はピーク時の年齢階級の 30%に減少、女性は 15%に減少した。

2. 平成 28 年度調査票に基づく新たな属性

平成 28 年度調査票で新たに追加された項目に着目すると、公衆衛生行政医師の就業形態（常勤/非常勤）の割合は、常勤医師は男性 69.43%、女性 30.57%に対し、非常勤医師は男性 55.29%、女性 44.71%と、非常勤医師の女性割合は常勤医師よりも高かった。

就業形態	男性	女性	合計
常勤	1,965	865	2,830
	69.4%	30.6%	100%
非常勤	115	93	208
	55.3%	44.7%	100%

(表 2 公衆衛生行政医師の就業形態)

公衆衛生行政医師が従事する市群は指定都市 52.89%と最も高く、次いで市部が 30.79%であった。中核市は 13.75%、郡部は 2.57%であった。

平成 28 年度調査	従事先市群番号	した割合は男性 31.59%に対し、女性 26.56%とやや男性の方が移動する傾向がみられた。
------------	---------	---

指定都市	中核市	市部	郡部	Total
52.89%	13.75%	30.79%	2.57%	100%

3. 公衆衛生行政医師の時系列変化

(表 3 公衆衛生行政医師の就業形態)

休業の有無について、公衆衛生行政医師の産前・産後休業は男性が 0 名、女性医師も公衆衛生行政医師全体に対する 0.4%と低く、育児休業は男性が 0.1%、女性が 2.4%であった。これは本研究の母集団全体(公衆衛生行政医師を一度でも経験したすべて医師)の傾向と同じであった。それに対して介護休業については、男性が 0.2%であったが、女性は 0 名であった。

H28年度調査休業の有無			
	男性	女性	合計
産前・産後休業	0	2	2
	0.0%	0.4%	0.1%
育児休業	1	13	14
	0.1%	2.4%	0.8%
介護休業	2	0	2
	0.2%	0.0%	0.1%
休業を取得していないもの	1,191	531	1,722
	99.7%	97.3%	99.0%
合計	1,194	546	1,740

(表 4 公衆衛生行政医師の休業有無)

平成 28 年度調査票において公衆衛生行政医師を選択した医師が平成 26 年度調査時点から県都市を移動したかどうかを追跡した結果、年齢階級が低い医師群の約半数が移動しているのに対し(30~34 歳(63.64%)、35~39 歳(58.97%)、40~44 歳(49.33%))、年齢階級が高い 50 歳以上の医師群は 50 歳~54 歳(28.07%)、55 歳~59 歳(27.1%)、60 歳~64 歳(21.58%)と移動割合は 30%未満となった。男性医師、女性医師ともに移動

過去に公衆衛生行政医師を経験したことがある医師の男女別割合は、年齢階級が高い 50 歳以上の医師群においては男性割合が高かったが、年齢階級が低い 49 歳以下の医師群では、男女割合の差はほとんど見られなかった。(図 1)

平成 28 年度調査票において公衆衛生行政医師を選択した医師が平成 22 年度調査時点から専門医資格数がどのように変化しているかを追跡した結果、全体として医師の 78%は資格数について変わらない結果となった。年齢階級別に内訳をみると 40 歳未満の若手医師が増加傾向であるのに対し、40 歳~69 歳の医師は専門医資格数が減少する医師が 10%未満であり、70 歳以上になるとその割合は 10%を超えることが明らかとなった。また、資格数が増加した医師ほど、公衆衛生医師を継続する割合が低い傾向が見られた。

1-2) インターネット調査を用いた、臨床医に対する公衆衛生医師についての意向調査

回収数は 412 名、男性医師 90.3%、女性医師 9.7%と男性に偏りが見られた。年代は 50 代が最多の 39.3%、40 代が 23.1%、60 代以上が 22.1%、既婚者が 80.6%、常勤職が 90.8%、自治体勤務医は 0.5%であった。医師資格を取得してからの年数は平均 25.0 年であり、「30 年~35 年未満」が 25%で最も多かった。医師としての勤務経験年数は平均 24.4 年であり、「内科」が 111 人で最

も多く、以下「外科」40人、「整形外科」37人、「精神科」30人、「小児科」29人、「循環器内科」28人、「消化器内科（胃腸内科）」27人、「麻酔科」25人の順であった。

年間収入概算平均は1,543万円で、公衆衛生医師の年間収入が自身の年間収入よりも「高いと思う」人は10%、「同程度と思う」人は33%、「安いと思う」人は57%であった。

概ね自身の年間収入より「安いと思う」人が多く、全体では概算平均で126万円安いと感じているという結果となった。希望するキャリアは「市中（民間）病院」が48%、以下「開業」16%、「医師以外の職業」10%の順であった。

コンピテンシーについては『基礎的な臨床能力』の3項目と『分析評価能力』の「法令に基づく統計調査を正しく理解し、データを的確に使うことができる」では「基本レベル：教育・研修や業務を通じた知識や経験があるが、誰かに教えた経験はない」、それ以外の項目では「未経験：教育・研修や業務を通じた知識や経験がない。わからない。」の割合が最も高くなっている。年代別にみると、30代以下では『分析評価能力』の「法令に基づく統計調査を正しく理解し、データを的確に使うことができる」が全体より顕著に低い結果となった。勤務年数別にみると、中堅医師で全体的に各項目のスコアがやや高い傾向にあり、「自立レベル：教育・研修や業務を通じた知識や経験があり、誰かに教えた経験がある。」が最も多い項目はコミュニケーション能力と倫理的行動能力であった。

専門医資格を持っている人の割合は

74%と全体の3/4を占めていた。年間収入は概算平均1,543万円で、男性、50代、中堅医師、専門医資格を有する層において、年収が相対的に高い傾向があった。

希望するキャリアは「市中（民間）病院」が48%と高く、以下「開業」16%、「医師以外の職業」10%の順であった。所有している専門医資格名は、「外科専門医」が43人で最も多く、「総合内科専門医」38人、「整形外科専門医」31人、「消化器病専門医」26人、「小児科専門医」24人、「循環器専門医」「消化器内視鏡専門医」各23人、「麻酔科専門医」22人の順であった。

また、公衆衛生医師領域の認知率は62%、関心がある人は24%、希望している人は5%であった。認知率は60代以上やベテラン医師で比較的高い一方、関心がある割合は女性や若手医師で比較的高い傾向がみられた。

1-3) 全国保健所長会のメーリングリストを活用した現職公衆衛生医師における意識調査

合計273名が回答し、平均年齢は52.1歳であった（うち男性170名、平均年齢53.4歳、女性103名、平均年齢49.9歳）。回答者の年齢層で最も多かったのは50代（男性43.5%、女性31.1%）、次に40代（男性19.4%、女性32.0%）であった。

医師資格取得年数は、男性（n=169）で平均27.7年、女性（n=104）で平均24.9年であった。公衆衛生医師としての勤務年数は、男性（n=169）平均16.4年、女性（n=104）平均13.3年であった。

社会医学系専門医の取得状況としては、専

攻医 16 名 (5.8%)、専門医 11 名 (4.0%)、指導医 181 名 (65.6%) であった。指導医 (男性 67.4%、女性 62.5%) が最も多く、専門医、指導医のどちらも取得していない (男性 26.7%、女性 21.2%) が次に多かった。

勤務先の上位 2 位は男女とも同じく男性の 62%、女性の 60%が保健所勤務、男性の 18%、女性の 18%が本庁勤務であった。男性で次に多い勤務先は精神保健福祉センター (4.7%)、女性のうち次に多い勤務先は保健所支所 (4.9%) であった。

勤務先自治体は都道府県 (男性 73.8%、女性 58.3%) が最も多く、次に指定都市 (男性 16.7%、女性 19.4%) が続いた。

回答者の居住地は指定都市 (男性 35.6%、女性 36.4%)、次いでその他の市 (男性 29.5%、女性 23.2%)、中核市 (男性 23.5%、女性 18.2%) が多かった。

現勤務先の住所地分類について、回答者の勤務先はその他の市 (男性 48.6%、女性 37.5%) が多く、次いで指定都市 (男性 26.1%、女性 30.2%) の順であり、都心部の住居から町村に通勤している回答者も一定数いることが明らかになった。

配偶者の有無について、男性の 90%、女性の 68%が既婚者であった。また、男性の 35%、女性の 94%が共働きであった。男性の 81%、女性の 66%が子どもを持っていた。

前職は臨床医 (病院・診療所) が最も多く (男性 55.8%、女性 68.0%)、大学等の教員・研究者 (男性 19.0%、女性 8.7%)、大学院生 (男性 8.0%、女性 11.7%) が続いた。

公衆衛生医師を志望した動機 (複数回答)

は、「社会にとって有益な仕事だから」が最も多く (男性 87.7%、女性 81.3%)、「興味のある仕事だ」が次に続いた (男性 76.8%、女性 82.5%)。

志望動機も高く現在の仕事への評価も高かったのは「社会にとって有益な仕事だから」であった。

就職後に順位が上がったのは「雇用が安定しているから」であり、下がったのは「他の人のためになる仕事だから」「興味のある仕事だから」「仕事と家庭生活を両立できるから」であった。「これからもキャリアを重ねたい」という要因と有意に関連のある要因は、男性は「給与が見合っている」であり、「年齢」が上がると有意に勤務継続意欲が低下した。女性は「子ども有り」「興味のある仕事だから」に回答した人が有意に勤務継続意欲を見せた。

現在の仕事における不満・改善点について、現在の仕事で改善の余地があるという回答が多かったのは学位取得、留学、研究の機会がある、次に広報が充実 (自分の仕事の価値が PR され、公的に認知されている) であった。

「これからもキャリアを重ねたい」と有意に関連のある要因 (重回帰分析) について、男性は「給与が見合っている」と有意な関連があり、「年齢」上昇とともに有意な低下がみられた。女性は「子どもがいること」、「興味のある仕事だから」と有意な関連が見られた。

1-4) 臨床に従事する女性医師における公衆衛生医師に関するインターネット調査

平成 31 年 2 月 15 日から 6 日間にかけて、調査を行った結果、115 件の回答を得

た。本調査の対象が45歳未満の女性医師であるため、回答者の平均年齢は35.4歳と比較的低かった。卒後年数は平均10.5年で、そのうち臨床医としての通算期間は9.7年だった。また、現在の勤務先の勤続年数は3.5年だった。

卒後年数を尋ねたところ、6～10年目が最も多く、全体の約35%を占めた。なお本研究では、45歳未満までを対象とした調査のため、最も長かったのは20年だった。

主たる勤務先としては、「病院」が全体の5割強を占め、続いて「大学・大学病院」が27.0%、診療所が12.2%だった。また勤務先の住所は関東地方が最も多く42.6%、続いて近畿22.6%、続いて中部14.8%だった。自宅から勤務先までの通勤時間は、6割強が60分以内だったが、3割強は60分以上かかっていた。なお、居住地については主たる勤務先住所とほぼ同様の結果であった。

対象者の家族の状況について、まず配偶者の有無を尋ねたところ、全体の約7割で配偶者がおり、その大半が共働きだった。配偶者が共働きの者のうち約6割で、配偶者も医師だった。また子供の有無について尋ねたところ、全体の5割強で子供がおり、そのうち半数程度が1人、3割強が2人いると回答した。

臨床医としての期間は6～10年が最も多く、続いて11～15年が多かった。主たる診療科としては「小児科」が最も多く、「内科」「麻酔科」が続き、さらに「眼科」「皮膚科」「産婦人科」と続いた。外科系診療科は少なかった。また保有する専門医資格を尋ねたところ、専門医資格を保有していない

者が全体の約2割と最も多かったが、続いて「総合内科専門医」を保有する者が約10%、さらに「小児科専門医」が続いた。また、全体の6%に当たる9名が「日医認定産業医」資格を有していた。現在の仕事の前の職としては、「臨床医」が約7割を占めた。

「現在の仕事の志望動機」としての当てはまりを5件法で尋ねたところ、「雇用が安定しているから」「興味のある仕事だから」「他の人のためになる仕事だから」「社会にとって有益な仕事だから」といった項目で特に当てはまりが強い傾向があった。一方で、「昇進の機会が多いから」「働く時間などを自分で決定できるから」という項目では、当てはまりが弱い傾向が見られた。なお、5件法の回答を間隔尺度と見なして平均値等を算出した上で、勤務先として回答が多かった「診療所」「病院」「大学病院」別に平均値を算出し、その平均値の差について一元配置分散分析を行った(表2)。その結果、「高収入だから」「働く時間などを自分で決定できるから」「仕事と家庭生活を両立できるから」「教育・訓練の機会が提供されるから」で3群間に有意な差が認められた。「高収入だから」は診療所勤務者であてはまりの傾向が高かった反面、大学・大学病院勤務者では低い傾向が強かった。また「自分で働く時間などを決定できるから」についても、診療所勤務者では平均4.1を超えている一方で、病院では2.6、大学でも2.7と大きな乖離が見られた。「仕事と家庭生活を両立できるから」についても、診療所では当てはまりが高い傾向が強く、病院では弱かった。一方「教育・訓練の機会が提供されるから」については、大

学であてはまりが高く(3.6)、診療所(3.1)と病院(3.0)では低かった。

現在の仕事について、「現在の仕事の志望動機」に関する質問に準じた項目について尋ねたところ、「雇用が安定している」「興味のある仕事だ」「他の人のためになる仕事だ」「社会にとって有益な仕事だ」のあてはまりが高い傾向が見られた。相対的に「昇進の機会が多い」「働く時間などを自分で決定できる」「学位取得、留学、研究の機会がある」はあてはまりが弱い傾向があった。志望動機に関する質問同様、5件法の回答を間隔尺度と見なして平均値等を算出した上で、勤務先として回答が多かった「診療所」「病院」「大学病院」別に平均値を算出し、その平均値の差について一元配置分散分析を行った(表2)。その結果、「雇用が安定している」「高収入である」「干渉されず、独立した仕事だ」「働く時間などを自分で決定できる」「仕事と家庭生活を両立できる」「学位取得、留学、研究の機会がある」「給与は仕事内容に見合っている」について、3群間で有意な差が認められた。「雇用が安定している」については、病院勤務者で最も高く(3.8)、診療所では相対的にあてはまりが低かった(3.1)。「高収入である」については、診療所で高く(3.5)、大学では非常に低かった(2.4)。さらに「干渉されず、独立した仕事だ」では、診療所では高く(3.7)、病院(3.0)・大学(2.9)では低かった。「働く時間などを自分で決定できる」も、同様に診療所で高く(3.8)、病院(2.8)・大学(2.7)で低い傾向が見られた。「仕事と家庭生活を両立できる」も同様で、診療所で高く(3.9)、病院(3.2)・大学(3.1)では低かった。「学位取得、留学、研究の機会があ

る」では、診療所(2.4)と病院(2.5)では低く、大学では高かった(3.7)。さらに、「給与は仕事内容に見合っている」について、診療所(3.5)・病院(3.4)では比較的あてはまりが高い一方で、大学・大学病院ではかなり低かった(2.6)。

公衆衛生医師のキャリアについて、「今までに公衆衛生医師のキャリアを考えたことがある」と答えたのは3割弱だった。また、「今までに公衆衛生医師のキャリアを経験したことがある」について「あてはまる」「よくあてはまる」と答えたのは5%弱に過ぎなかった。さらに「将来、公衆衛生医師としてのキャリアを考えている」について「あてはまる」「よくあてはまる」と回答したのは全体の約15%だった。

2. 女性医師、20-30代の若手医師、臨床などのキャリアを重ねた50代以降のベテラン医師における、公衆衛生医師の具体的な活躍のイメージ共有

平成30年8月に開催された全国保健所長会の若手医師・医学生向けサマーセミナー(以下、PHSS)にオブザーバー参加し、現職の女性公衆衛生医師や若手公衆衛生医師、50代以降のベテラン医師がどのように公衆衛生医師の具体的な活躍イメージを共有しているのか、それをどのように参加者に伝えているのかを観察・参加する機会を得た。本PHSSは、公衆衛生分野に関心がある若手医師、医学生を対象として開催され、7年を迎える。開催案内は各大学や自治体等への通知およびチラシの配布、雑誌や全国保健所長会ホームページ等において周知を行った。プログラム内容は運営スタッフで企画し、公衆衛生医師として勤務す

る魅力や詳細が伝わるような内容の講義、ケーススタディ、グループワークが中心となっていた。参加者は医学生、初期研修医、臨床医、公衆衛生医師、その他（大学教員、大学院生、産業医、既卒者）であった。参加者に対して受講前アンケート調査を行い、その結果を十分に検討したため、セミナー内で受講前の質問や要望に回答したり、ファシリテーターから参加者へ個別回答したりされていた。受講後アンケート調査では各プログラム内容とも8割以上の満足度という結果を得た。公衆衛生医師以外からは、「具体的な業務やキャリアパスを知ることができた」、「公衆衛生医師といっても様々な仕事や道があることが分かった」等の回答を得た。また、PHSS会場では実際の採用に向けての相談をする姿もみられ、本セミナーのような公衆衛生分野の人材確保と育成の双方に視点をあてたセミナーの意義は大きく、今後も継続して開催する必要があると感じた。

3. 公衆衛生の現場に根付いた公衆衛生医師のコンピテンシーとその育成プログラムポリシー策定：ガイドラインの策定や育成プログラム策定に向けた保健所長等に対するインタビュー調査

【確保に関する現状と課題】

●現状

どの県においても、公衆衛生医師の確保は十分とはいえず、県と政令指定都市、都市部と地方の間でも医師職員数の格差が大きい。県によっては、県の地域医療支援センターがキャリア支援制度を設けており、医学生や若手医師に対して様々な支援をしている。

●業務分担

県職員として医師に何を期待しどのような業務を担って貰ったら良いか、あるいはどのような部署に配置するべきかと言うことが定まっていない。今後の医師の役割明確化が極めて重要である。

●広報

公衆衛生医師のやり甲斐を、いかに臨床医に伝え、理解してもらうか、全国保健所長会などでも、様々な取り組みをしているが、医師の確保に向けたターゲットが限られているのが現状である。例えば、保健所医師募集のポスターを作成しても、その張り先が限られ、大学の公衆衛生学教室以外に広報先を確保することが困難である。その他の機会としては、レジナビで自治体毎にチラシやパンフレットを配布したり、若手医師や医学生を対象としたサマーセミナーを開催したり、ソーシャルメディア（facebook や twitter など）を使った方法も試行したりしているが、公務員ゆえに情報発信のしづらさがある。

公衆衛生行政医師のキャリアを広めるためのメディア戦略という意味では、ドラマで公衆衛生医師が取り上げられ、一般の認知度が高まるとよい。

医師の確保に向けたインターンシップの受入などの受入は、現在の人員や業務量では、受入態勢や受入プログラムを構築することが困難な自治体が多く、医師を惹きつけるだけの魅力を十分に発信できていない。

●臨床との兼業制度

臨床を続けて頂きつつ、公衆衛生領域にも関与して頂けるようなキャリアパスを作るなど、臨床医に対して参入ハードルを低く

するような制度を構築したい。

●自治医科大学卒業生に対するアプローチ
自治医科大学の派遣規定には「知事の指定する医療機関または保健所」とあり、保健所勤務についても義務年限における業務対象となる。

●地域医療医師修学資金
知事が指定する県内医療機関や医師不足地域で9年間医師業務に従事することを条件として、貸与された資金の返還が免除されている。ある県では臨床医自体が少ないことから、今まで行政医師・保健所医師として派遣された例はほぼ皆無だった。

●業務内容と魅力の可視化
一般の医師にとって、医療行政職の業務は不透明で分かりづらい。その点では、ドラマや漫画などを通じて公衆衛生行政医師の業務やフィールドを端的に示すことが、公衆衛生行政医師を希望する者の拡大に効果的ではないか。

●他組織との人事交流制度
厚生労働省の医系技官では、一般の医療機関や大学、国際機関との人事交流制度がある。臨床と行政の人事交流のような制度が県レベルでもあれば、もう少し公衆衛生行政職に対するハードルが低くなるのではないかと考えられる。

都道府県レベルで医師の地域偏在を緩和するために協議会を開催することになったが、公衆衛生行政医師もそのような枠組みが求められる。その中で、大学や一般臨床との人事交流も高知県や京都府などでは、既に実施されているようだ。

専門医制度でも同様だが、大学との連携は一つの課題となっている。各大学の強みや研究領域などがよく見えず、どの様な連

携をしていったら良いかが分からない。そのあたりの見える化が必要だろう。

女性医師などで、結婚や出産を機に退職してしまった潜在医師は結構多いと思う。そのような医師も、ひょっとすると公衆衛生行政医師のなり手として可能性があるのではないだろうか。

●ワークライフバランス
臨床医師に比べて、公衆衛生行政医師のほうが週末にしっかり休みを取ることができ、比較的ワークライフバランスが取りやすい点などから、妊娠・出産の時期に該当する女性医師の働き方としては、価値が高いと考えられる。

地方では地域内での異動が女性医師にとってネックになるのに対して、都市部であれば職住が近いことが影響して公衆衛生医師が多い傾向が見られる。

一方で、中核市に就職してしまうと、全く異動がなくなってしまう、交流も限られてしまう。その意味では、より柔軟な人事交流が必要だと思う。

若手医師の多くは、QOLよりもむしろ、やり甲斐や、自己の成長、仕事で成し遂げられることに関心が強い印象がある。その意味で、やり甲斐をしっかりと発信することが大切だと思う。

●保健所勤務と本庁勤務のバランス
本庁勤務でなければできない案件も色々ある。県下全体を対象とする大きな仕事が多いので、ダイナミックでやりがいのある仕事ができる。ただし、人が足りないのは保健所の方であると言う点が難しい。

【養成に関する現状と課題】

保健所長を志す場合、原則として国立保

健医療科学院(埼玉県和光市)が開講する「【専門課程Ⅰ】保健福祉行政管理分野－分割前期(基礎)」を受講する必要がある。受講期間は約4ヶ月であるが、同院まで通学することは不可能である。地域の実情や、子育てなど医師の家庭環境に配慮した、例えばオンライン研修などが充実することで、このような課題を乗り越えられるのではないかと。

特に求められる能力として疫学や調査研究能力など公衆衛生に直結する能力も重要だが、もう一つ重要な点がコミュニケーション能力ではないか。社会医学をやる上では、様々なステイクホルダーを納得させる必要がある。その先には、議会对応をはじめ行政マンとしての能力が絶対に必要になる。

比較的長い期間臨床医として活躍したのち行政職に移る医師の場合、それまでの経歴を踏まえて最初から課長補佐級などの職位で奉職するケースでは、いわゆる行政マンとしての能力を滋養する機会が限られてしまう。本来は一般行政職と一緒に研修を受講する必要があるが、医師自身が、または職場側が多忙を理由にして受講を回避することがあり、大きな課題だと考えている。指導医の側も、若手医師にどのような経験をさせたいかわからないこともあるので、言わばキャリアラダーのようなものを作成する必要があると思う。

他にも、公衆衛生行政医師の育成の在り方を考える上では、行政医師を辞めてしまった方に対しても聞き取りができればいいと思う。本当は行政医師としてやりたかったのにやれなかったことなどが恐らくあるはず。そのあたりを明らかにすることが望ま

しい。

4. 公衆衛生医師に求められる資質や育成に関するガイドライン・指針整備

4-1) 資質の策定や育成プログラム策定に向けた既存資料の整理

厚生労働省における公衆衛生医師の確保対策の概要に関して、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)、公衆衛生医師に対する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普及啓発

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 PR
 - 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。

4-2) 今後のガイドライン(案)および指針(案)に関する探索的研究

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。

5. 社会との対話

5-1) ウェブサイト等のメディア媒体を用いた研究進捗・研究結果発信

平成29年度からウェブサイトを立ち上げ、継続的にコンテンツの追加を行っており、研究成果の掲載や、実施したヒアリング調査やインタビュー調査の結果を踏まえ、公衆衛生医師確保および人材育成に資

するような記事を掲載した。

5-2) 調査結果の統合と現場への還元

上記4-2) 今後のガイドライン(案)および指針(案)に関する検討に基づき、平成30年11月に若手医師、医学生、その他医療専門職を対象に、公衆衛生分野の動機づけを目的とした教育プログラムを試行的に実施した。参加者に対してプログラム前後に効果測定のための調査を実施した。

また、ウェブサイト以外のメディア媒体を用いた研究結果発信としては、医師向けキャリア情報提供サイトであるエムスリーより依頼を受けて「著名医師インタビュー企画 Epistle 医師インタビュー企画 Vol.20」に公衆衛生医師のキャリアパスに関するインタビュー記事を掲載し、商業誌である日本経済新聞より依頼を受けて日経マガジン平成30年12月2日号のインタビュー記事にて公衆衛生医師の魅力について情報発信を行った。

D. 考察

1. 公衆衛生医師の現状に関する分析

1-1) 「医師・歯科医師・薬剤師調査」の個票を用いた、公衆衛生医師動態分析

本研究では、公衆衛生医師の経験を有する医師が性別・年齢階級別の動向、公衆衛生行政医師の特徴を明らかにした。分析の結果、公衆衛生行政医師の基本属性については、女性医師の割合は調査年次ごとに増加傾向にあったが、女性医師は常勤医師よりも非常勤医師の割合が高かった。また、育児休業は男性が0.1%、女性が2.4%であった。これは全国的な傾向でもあるが、男性医師が育児に寄与する割合が低く、女性医師に対

する育児の負担が公衆衛生行政医師のキャリアにも影響している可能性が示唆された。年齢階級別の公衆衛生行政医師数を見ると、若手医師や中堅医師が相対的に少ないことが示唆された。公衆衛生行政医師の役割が十分な臨床経験や公衆衛生に関する知識を有する特性であるが、男性医師が50歳～54歳から急激に増加し、その後65歳まで増加傾向が続くのに対し、女性医師は40歳～44歳から増加するが、その後の医師数は増減した。50歳以上の男性医師が増加するのに対し、女性医師は増減がみられることから、50歳以上の女性医師が公衆衛生行政医師から離れてしまうことが要因として考えられる。これを裏付ける結果として、過去に公衆衛生行政医師を経験したことがある医師の男女別割合は、49歳以下では男女割合の差はほとんど見られなかったのに対し、50歳以上では男性割合が高かった。

その後、65歳以上の公衆衛生行政医師は男女ともに減少し、男性医師の70歳以上はピーク時の30%まで、女性医師は15%まで急激に減少した。医師自身の身体的影響が考えられるが、女性の平均余命が男性よりも高いにもかかわらず、女性医師の70歳以上における公衆衛生行政医師数の減少幅が男性医師よりも顕著であることについては、ベテラン女性医師にとって公衆衛生行政医師のキャリアに関する影響が示唆された。そのほか介護休業については、男性が0.2%であったが、女性は0名であった。介護に係る年齢階級は40歳以上であることから、女性医師がすでに公衆衛生行政から離れているためである可能性がある。

公衆衛生行政医師の動向と関連する可能性が考えられる医師の移動については、若手

医師・中堅医師は都市を移動しているが、50歳医師は移動しない傾向が見られた。公衆衛生行政医師の経験を蓄積するために転勤等による移動が伴う可能性があり、若手医師・中堅医師、女性医師にとって負担となっている可能性が示唆された。しかしながら専門医資格数は78%の医師で資格数が変わらない結果となった。しかしながら専門医などの資格数が増加するほど、公衆衛生医師を継続する医師割合は減少する傾向があることから、公衆衛生行政医師の確保となる課題の一つとして専門医資格に関するサポートを行うことが効果的である可能性が示唆された。

本研究の限界として、「医師・歯科医師・薬剤師調査」に係る調査票情報であることから、公衆衛生行政医師を選択した理由等の定性的なデータは含まれていない。本研究から示唆された結果を裏付けるためには公衆衛生行政医師を経験したことがある医師を対象にしたアンケート調査等との摺合せが必要である。しかしながらこれまでの調査では公衆衛生行政医師に調査時点で従事している医師を対象にしたサンプル調査がほとんどであり、全国規模の公衆衛生行政医師を経験したことがある医師を対象にした定量的分析はほとんどなかったことから、本研究から得られた示唆は十分な検討に資する情報となりえる可能性がある。

以上より、「医師・歯科医師・薬剤師調査」に係る調査票情報を用いて、公衆衛生行政医師を経験したことがある医師を全国規模で解析した結果、女性医師に対する育児の負担や、ベテラン女性医師のキャリア環境が公衆衛生行政医師のキャリアにも影響している可能性が考えられた。女性医師やベ

テラン医師の人材確保にあたっては、これらの要因について検討する必要がある。

また、公衆衛生行政医師の確保となる課題の一つとして専門医資格に関するサポートを行うことが効果的である可能性が示唆された。

1-2) インターネット調査を用いた、臨床医に対する公衆衛生医師についての意向調査

アンケートの対象は、男性の高年齢層（50代がピーク）の中堅医師、専門医資格を持つ層が多く、相対的に年間収入が高い傾向がみられたためか公衆衛生医師の年間収入が概ね自身の年間収入より「安いと思う」人が多いという結果となった。また希望するキャリアは「市中（民間）病院」が約半数を占め、公衆衛生分野の希望者は5%と圧倒的に少ない。これまでは公衆衛生医師領域の認知率が比較的高い60代以上のベテラン医師が行政職に転じる傾向が見られたが、今後は、ベテラン医師層だけでなく、比較的公衆衛生キャリアへの関心が高い女性や若手医師へのアプローチを補強する必要性が示唆された。

社会医学系専門医協議会が定める「社会医学系専門医が備えるべき8つのコンピテンシー」についての主観的評価では、ベテラン医師において自己評価が高い傾向がみられた。これまで臨床経験の中で蓄積されたこれらの能力を公衆衛生行政の現場でも活かすことが出来るということ、臨床とはまったく異なる技術や知識を学び直すわけではないということを示しつつ、第二の活躍の場として打ち出していくと効果的ではないかと考えられた。30代以下で「統計調査を

正しく理解し、データを的確に使うこと」における自己評価が全体より顕著に低い結果となったことは、統計疫学的学問とデータサイエンス分野に対するハードルの高さが一因となっている可能性があり、プロモーションの一環として公衆衛生学の基礎的分析能力を高めるための教育機会を作ること、公衆衛生行政全体への敷居を低くし間口を広げる効果が期待できる。

1-3) 全国保健所長会のメーリングリストを活用した、現職公衆衛生医師における意識調査

今回の結果から、男女の比較として、共働きや、特別区に居住し勤務先がある公衆衛生医師が女性の方に多いことが明らかになった。

公衆衛生医師を志望した動機としては「社会にとって有益な仕事だから」が最も多く（男性87.7%、女性81.3%）、「興味のある仕事だから」が次に続いた（男性76.8%、女性82.5%）。志望動機も高く現在の仕事への評価も高かったのは「社会にとって有益な仕事だから」であった。公衆衛生医師のキャリアを開始した後に就職後に順位が上がったのは「雇用が安定しているから」であり、下がったのは「他の人のためになる仕事だから」「興味のある仕事だから」「仕事と家庭生活を両立できるから」であり、現職が予想外に多忙であるという感覚が推察される。

現在の仕事において改善の余地があるという回答が多かったのは学位取得、留学、研究の機会がある、次に広報が充実

（自分の仕事の価値がPRされ、公的に認知されている）であった。

今後は、今回の結果を医師データ全体と比較し、公衆衛生医師特有の勤務環境や住居環境、家族背景の特徴がみられるかどうか、また、キャリア継続にプラスとなる要因をより推進するようなアプローチと、公衆衛生医師の現在の勤務環境の障害になっている要因を減らすような試みが出来ないのか、全国保健所長会の先生方のネットワークにおいて現場の公衆衛生の意見や感覚に寄り添うような対策を検討して行くことが望まれる。

また、これらのエビデンスに基づいて抽出された公衆衛生医師確保のポイントを自治体担当者向けにも、簡便かつ魅力的に見せ、自治体規模や地域特性に応じて公衆衛生医師確保の手段として役立てられるようなツールを構築していく必要があると考えられる。今回の成果について地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業、以下「全国保健所長会事業」）と共有しながら、各都道府県が公衆衛生医師の確保・育成のために活用出来る基礎資料を作成する必要があると考えられた。

1-4) 臨床に従事する女性医師における公衆衛生医師に関するインターネット調査

本研究では、公衆衛生医師の確保や育成に資することを目的として、公衆衛生医師の業務を取り巻く環境や、仕事に対する価値観などについて調査を行った。キャリアの進路発達には、様々な要因で男女差が生じることが知られており、調査の結果について原則として男女別に集計を行った。

1. 配偶者のある医師における共働きの状況

回答者のうち、配偶者のいる者に対して共働きの有無を尋ねたところ、男性では35%、女性では94%が共働きだった。つまり、女性の大半は共働きであるが、男性の回答者の世帯の多くでは配偶者(妻)が主婦であると考えられ、その傾向は子供がいる者に限定しても同様であった。それぞれの回答者が家事・子育てに割く時間やエネルギーについて調査をしていないために不明であるが、現代の日本社会では一般的に女性が家事・子育てに対して多くの時間を割いている傾向が高いことから、女性医師の多くが業務と家事とを両立していることが窺えた。

2. 公衆衛生医師を志した動機

公衆衛生医師のキャリアを志した動機について、男女ともに「興味のある仕事だから」「他の人のためになる仕事だから」「社会にとって有益な仕事だから」という項目で高いあてはまりが示された反面、「高収入だから」「昇進の機会が多い」といった項目ではあてはまりが低い傾向があった。公衆衛生医師としてのキャリア選択に際して、医師が経済的安定性よりも他者・社会への貢献や仕事のやりがいといった、社会的役割や自己実現を重視していることが示唆された。医師の職業の中でも、公衆衛生医師の給与は臨床医に比較して相対的に低額であり、その傾向が臨床医に比べて顕著である可能性もある。

一方、「仕事と家庭生活を両立できるから」という項目については、男女で結果に差異が見られた。5件法の結果を間隔尺度と

して平均値を求めたところ、男性では3.13だったのに対して女性では3.73と、あてはまりが女性で特に顕著だった。上でも指摘したとおり、現在の社会において、女性が家事・子育てを主に担当していることが影響している可能性がある。本項目について、子供の有無別に追加的に平均値を求めたところ、男性では子供あり3.03 子供なし3.16、女性では子供あり3.97 子供なし3.23と、特に子供のいる女性では、仕事と家庭生活を両立できる点を重視していた。

3. 現在の仕事の状況

キャリアを志した動機に関する設問で男女ともにあてはまりが高かった項目と連動する「興味のある仕事だ」「他の人のためになる仕事だ」「社会にとって有益な仕事だ」という項目では高いあてはまりが示された。つまり、これらの項目では動機と実際の状況とで整合していた。一方、男女ともに「高収入である」「昇進の機会が多い」については男女ともに平均値が3を下回っており、経済的安定性やキャリア構築が高い状況ではない。

一方、「仕事と家庭生活を両立できる」については男女ともにあてはまりが高く、特に女性ではその傾向が強かった。公衆衛生医師の業務は、臨床医と比べると相対的に経済的待遇は良くないと考えられているが、ワークライフバランスが比較的とりやすいことは一つの特長として捉えられる。

しかし、「学位取得、留学、研究の機会がある」については男女ともあてはまりが低かった。「教育・訓練の機会が提供されている」のあてはまりは比較的高いことから、業務に直結する教育・訓練の機会は比較的提

供されている反面、より広範・高度な知識の習得など業務に直結しない学習の機会を得ることが困難であることが窺える。

なお、職業選択に当たって、公衆衛生医師は経済的安定性を重視しておらず、現在の収入に対する評価も必ずしも高くなかったが、「給与は仕事内容に見合っている」という設問に対しては、男女ともにあてはまりが比較的高い傾向があり、業務バランスを踏まえると、給与が極めて低いわけではない可能性がある。

4. 仕事の継続意思と現在の状況

「これからも公衆衛生医師としてのキャリアを重ねていきたい」に対する回答を被説明変数とした順序ロジスティック回帰分析の結果によれば、男性では「興味のある仕事だ」「社会にとって有益な仕事だ」「学位取得、留学、研究の機会がある」のあてはまりが高いほど公衆衛生医師としてのキャリア継続に対して有意に正の影響がみられた。女性では「興味のある仕事だ」については男性と同様の傾向が見られたが、他に「雇用が安定している」「コミュニケーションがとりやすい職場環境」であることに加え、子供がいる場合にキャリアの継続意思と正の関係があり、「社会にとって有益な仕事だ」「学位取得、留学、研究の機会がある」については有意な傾向が見られなかった。

男女ともに、業務自体に対する関心は重要であるが、男性では特に業務の社会的貢献や学位取得などが業務へのモチベーションに関連している一方で、女性では雇用の安定性や仕事のコミュニケーションなど「働きやすさ」が重視される傾向があり、子供のいる女性医師で継続意欲が高いことは、

公衆衛生医師の業務を取り巻く環境が、比較的「働きやすい」可能性を示唆している。

5. 確保・育成に向けた施策への示唆

以上の傾向を踏まえると、公衆衛生医師のモチベーションや業務意欲を高める要因は男女間で異なっている可能性がある。

男性医師では、学位取得等の機会が確保されることや、公衆衛生医師の社会的価値を認識したり社会から認められるような施策が仕事の継続医師と関連しており、確保・育成の上でも有効であることが示唆された。

現在の業務上、学位取得等の機会が限られていることは本調査や同様の先行研究でも指摘されているが、様々な形で自己研鑽の機会を提供することが極めて重要であることが明らかになった。しかし今回の調査では、現在の事業場に所属する公衆衛生医師の人数は、保健所に勤務する回答者の8割が2名以下と答えており、事業場を離れて研修を受けることが極めて困難だと考えられる。本研究班では、前年度実施したヒアリング調査を踏まえた考察でも、自己研鑽の機会を増やすために「オンライン講習」の充実や、人事交流制度の導入などについて提案している。このような方法は、自治体の法令や制度などに依存するため一朝一夕に改善することは困難だと思われるが、自治体間が連携して解決に向けた方策を検討する必要がある。

また女性医師では、働きやすさ、とりわけライフワークバランスが比較的とりやすい環境であることが示唆されており、実際に子供を持つ女性医師の業務継続意思が高いことが明らかになった。一般に、病院等の医療機関に勤務する臨床医でライフワークバラ

ンスをとることは容易ではない可能性がある。そこで、特に女性医師に対するリクルーティングにおいて、働きやすさに関する魅力を発信することは有効な方策かもしれない。また、働きやすさを向上させることは、女性医師の業務継続意思を維持する上でも重要な方策であろう。

6. 研究の限界

本研究で実施したアンケート調査は、保健所長会を通じて公衆衛生医師をリクルートしたため、保健所に勤務する医師からの回答が多い傾向がある。ただし、研究方法で示したとおり、平成 26 年「公衆衛生医師定員及び現員数調査」によると、自治体の本庁・保健所等に勤務する公衆衛生医師のうち保健所勤務医師は全体の 63.7%を占めるが、本調査における回答者のうち 65.0%が保健所勤務者であり、実際の公衆衛生医師勤務先と同様の傾向を示していたことから、本調査は一定の代表性を持っていると考えられる。

また、勤務場所によって現在の勤務環境には差があると考えられるが、保健所・本庁以外に勤務する医師の回答数が限られていることから、勤務場所を層別化した上で検討を行うことは困難であったため、解析では特に勤務場所を考慮していない。

仕事の継続医師と現在の状況との関係について順序ロジスティック回帰分析によって検討したが、本研究におけるアンケート調査はあくまでも横断的調査であり、その関係に関して因果関係を明らかにすることはできない。しかし、自己研鑽の機会の不足感は過去の先行研究でも報告・指摘されており、ワークライフバランスのとりやすさとその

価値についても、本研究班が昨年度実施したインタビュー調査でも明らかになっていることから、どちらも改善・充実させるべき点であると考えられる。

なお、本調査では公衆衛生医師を対象としたアンケート調査を実施したが、臨床医のキャリア志望動機や仕事の状況については調査を行っておらず、臨床医との相対的な差異について定量的に検討することはできていない。今後、臨床医に対して同様の質問項目による調査を行う必要がある。

以上より、公衆衛生医師が持つ仕事に対する価値観や、現在の業務環境、および公衆衛生医師としての業務に対する積極性などに関する実態を明らかにするため、全国の保健所長及び保健所等に勤務する公衆衛生医師を対象とした無記名のウェブアンケート調査を実施した。公衆衛生医師を志望した動機は、男女とも経済的安定性よりも社会的意義や自己実現などを重視しており、女性ではワークライフバランスについても重視していた。現在の仕事の状況については、男女ともに業務の社会や他人に対する有益性を認めつつ、男女ともに学位の取得など業務に直結しない自己研鑽の機会を取得する困難さが明らかになった。自己研鑽の充実には、男性の仕事継続意思と関連があるため、早急に環境を整備することが期待される。他方、ワークライフバランスが比較的高いことが示唆され、子供を持つ女性医師でキャリア継続意思が高いことから、女性医師の確保に向けた取り組みにおいてこのような点を魅力として発信することの有効性が示唆された。

3. 公衆衛生の現場に根付いた公衆衛生医師

のコンピテンシーとその育成プログラムポリシー策定：ガイドラインの策定や育成プログラム策定に向けた保健所長等に対するインタビュー調査

本インタビューからは多様な意見を聴取できた。公衆衛生行政医師の魅力を広く伝えるためには、本研究でも多様性の包括を掲げて女性医師、若手医師、ベテラン医師、公衆衛生修士取得者、自治体の地域枠医師等の属性を明確にしている通り、各セグメントに適したプロモーションを行うなど、マーケティング手法を活用したブランディング戦略を検討する必要がある。

公衆衛生行政医師の育成に関しては、一貫して将来的なキャリア設計に基づいた「育成プログラム」や「研修機会」の欠如について指摘があった。育成プログラムの欠如要因としては、そもそも公衆衛生行政医師の役割明確化が進んでいないことや長期的なキャリア設計が曖昧なことが挙げられる。具体的なキャリアパスを明示する上では、例えば平成28年に厚生労働省の「保健師に係る研修のあり方等に関する検討会」が定めた「自治体保健師の標準的なキャリアラダー」などを参考に、公衆衛生行政医師においてキャリアラダーを策定することもひとつの方法である。

なお、指導医の不足も課題となっていることから、公衆衛生行政医師を育成する機関を一定の地域単位で集約化・拠点化したり、人事交流制度を構築した上で指導医たる医師が在籍する機関に、地域を越えて若手医師を派遣したりするシステムを検討することも考えられる。

また、研修機会の欠如については、全国保健所長会のコンピテンシーや育成プログラ

ムと連動して、継続的な研修機会の必要性を明確にすることが求められる。その上で、オンサイトの研修機会に限らず、オンライン講習機会の提供も有効であることが示唆された。社会医学系専門医協会が提供する社会医学系専門医研修プログラムにオンライン研修制度を設けたり、国内外の公衆衛生大学院等と連携して、オンラインプログラムを開設したりすることなどを検討する価値があるものと考えられる。

今回の結果から、男女の比較として、共働きや、特別区に居住し勤務先がある公衆衛生医師が女性の方に多いことが明らかになった。

公衆衛生医師を志望した動機としては「社会にとって有益な仕事だから」が最も多く（男性87.7%、女性81.3%）、「興味のある仕事だから」が次に続いた（男性76.8%、女性82.5%）。志望動機も高く現在の仕事への評価も高かったのは「社会にとって有益な仕事だから」であった。公衆衛生医師のキャリアを開始した後に就職後に順位が上がったのは「雇用が安定しているから」であり、下がったのは「他の人のためになる仕事だから」「興味のある仕事だから」「仕事と家庭生活を両立できるから」であり、現職が予想外に多忙であるという感覚が推察される。

現在の仕事において改善の余地があるという回答が多かったのは学位取得、留学、研究の機会がある、次に広報が充実（自分の仕事の価値がPRされ、公的に認知されている）であった。

今後は、今回の結果を医師データ全体と比較し、公衆衛生医師特有の勤務環境や

住居環境、家族背景の特徴がみられるかどうか、また、キャリア継続にプラスとなる要因をより推進するようなアプローチと、公衆衛生医師の現在の勤務環境の障害になっている要因を減らすような試みが出来ないのか、全国保健所長会の先生方のネットワークにおいて現場の公衆衛生の意見や感覚に寄り添うような対策を検討して行くことが望まれる。

今後は、これらのエビデンスに基づいて抽出された公衆衛生医師確保のポイントを自治体担当者向けにも、簡便かつ魅力的に見せ、自治体規模や地域特性に応じて公衆衛生医師確保の手段として役立てられるようなツールを構築していく必要があると考えられる。また、今回の成果について地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業、以下「全国保健所長会事業」）と共有しながら、各都道府県が公衆衛生医師の確保・育成のために活用出来る基礎資料を作成していく必要があると考えられる。

4. 公衆衛生医師に求められる資質や育成に関するガイドライン・指針整備

4-1) 資質の策定や育成プログラム策定に向けた既存資料の整理：厚生労働省公衆衛生医師確保政策における論点整理と課題抽出

本研究により既存の体制整備における成果を概観することが出来た。わが国では本研究テーマの先行研究として「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」のように整理されたツールがすでに開発されており、このツールの自治体における活用状況と効果については引

き続き検証する意味があると考えられた。また、厚生労働省側対策案として、保健所長不在または兼務となっている自治体に対し、厚生労働省側からの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）の拡充と周知も大きな役割を果たすと考えられる。

さらに、採用する自治体側の課題と対策案に視点を移すと、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、保健所の必要数を定量的に検討する必要性が浮かび上がる。ほかに効果が期待される取り組みとしては、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、卒後9年間の義務年限を公衆衛生医師勤務に充てることも有効な対策と考えられる。

公衆衛生医師に向けた課題と対策案としては、社会医学系専門医を取得後にどのような利点がありうるかを明確にする必要がある。自治体と大学が連携して、社会人大学院を整備し、公衆衛生学修士号（M.P.H.）や医学博士号（Ph.D.）を取得可能としたり、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ったりする事も有効であろう。上記の卒後研修に加え国立感染症研究所の「実地疫学専門家養成コース：FETP-J」等国内研修への参加についても積極的に人事評価の対象としてゆく必要がある。

以下、本研究班で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。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く考えられる。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。

4-2) 今後のガイドライン(案)および指針(案)に関する探索的研究

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

本研究では、公衆衛生医師の人材確保・育成に向け、本分野における政策評価の方法を提案するため既存の厚生労働省の公衆衛生医師確保対策を俯瞰し、対策の要素と課題を抽出した。

また、公衆衛生医師の現状に関する分析における新たなデータ収集と分析として、臨床医に対するアンケート調査および行政医師に対するインタビュー調査を行い、女性医師、若手医師や50~60代のベテラン医師が保健所をはじめとする公衆衛生分野で活躍するための職場環境の整備等について、課題の整理とモデルケースの抽出を行った。これらのエビデンスに基づき、各都道府県が公衆衛生医師の確保・育成を行う際に参考となる基礎資料をアップデートすることが可能となった。

既存の資料整理から得た知見としては、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。

今後も引き続き全国保健師長会と連携し、公衆衛生医師に対して求められる資質に関する新たな調査分析を行うとともに、三師調査の解析から離職率が高いとされる公衆衛生医師の現状について分析し、公衆衛生医師確保に資する資料を整備するとともに、公衆衛生医師の育成に関する具体的な指針を整備し、都道府県に向けて効果的な情報を還元して行くことが望まれる。

引用文献リスト

- (1) 厚生労働省：保健師に係る研修のあり方等に関する検討会(2016)「最終とりまとめ～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～」 Retrieved April 20, 2018 from <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120158.pdf>
- (2) 社会医学系専門医協議会(2016)「専門研修プログラム整備基準」
- (3) 日本公衆衛生協会(2016)「公衆衛生医師の確保・人材育成に関する調査及び実践事業報告書」
- (4) 龍慶明・佐々木亮(2000)増補改訂版「政策評価」の理論と技法.多賀出版.
- (5) 山谷清志 (2012) BASIC 公共政策学 9. 政策評価: ミネルヴァ書房.
- (6) 地域保健総合推進事業班 (2014)「公衆

衛生に係る人材の確保・育成に関する調査及び実践活動」「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/koushuu-eisei-ishi/index.html

- (7) 厚生労働省 (2005) 「公衆衛生医師の育成・確保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>

- (8) 厚生労働省 (2014) 「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/koushuu-eisei-ishi/ikguideline.html>

- (9) 厚生労働省 (2016) 「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>

- (10) 千葉県・千葉市 (2017) 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

- (11) 島根県 (2016) 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

- (12) 国立感染症研究所 (2016)「実地疫学専

門家養成コース(FETP-J)』

- (13) 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
- (14) 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
- (15) 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>
- (16) 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. 健康危機情報

該当無し。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 松本浩樹、松島一彰、吉田穂波. PHR 利活用システムの構築. 日本遠隔医療学

会 雑 誌 Japanese journal of telemedicine and telecare. 2017; 13(1), 8-11

- 2) 崎坂 香屋子、吉田穂波、高橋謙造、染野享子、竹田響、宮城孝. 発災 5 年目の東日本大震災被災者の生活環境の変化とこころの健康に関する研究-岩手県陸前高田市仮設住宅住民を対象として: 熊本地震に活かせる知見とは何か-. 明治安田生命こころの健康財団 2016 年度助成金最終論文集、2017 年 7 月. 52 号: 27-36
- 3) Kayako Sakisaka, Honami Yoshida, Takashi Miyashiro, Toshiya Yamamoto, Hidemi Kamiya, Masato Fujiga, Norihiro Nihei, Kenzo Takahashi, Kyoko Someno, Reiji Fujimuro, Kazuaki Matsumoto, and Nobuko Nishina. Living environment, health status, and perceived lack of social support among people living in temporary housing in Rikuzentakata City, Iwate, Japan, after the Great East Japan Earthquake and tsunami: A cross-sectional study. *International Journal of Disaster Risk Reduction* 2017; (21) 266-273
- 4) 吉田穂波、横山徹爾. 今後の DOHaD について-一母子コホートとは何か. 産婦人科の実際. 2017; 8: 1027-33
- 5) 吉田穂波: 3.11 を教訓とした災害時の対策と妊産婦支援 [連載第 7 回 (最終回)], 臨床助産ケア: スキルの強化. 2017; 8(6): 114-119.
- 6) 吉田穂波、瀧本秀美. 母子保健 In: 健康・栄養科学シリーズ 社会・環境と健康. 南江堂、第 6 版、2017

- 7) 吉田穂波. 備え：地域における組織横断的な研修・人財育成. 母子保健情報誌. 2017; 2: 15-20.
- 8) 吉田穂波. 備え：地域・多職種連携のための実践的ツール. 母子保健情報誌. 2017; 2: 21-28.
- 9) 吉田穂波. 避難所：母子への視点、母子への支援. 母子保健情報誌. 2017; 2: 29-36.
- 10) Ai Tashiro, Kayako Sakisaka, Etsuji Okamoto, Honami Yoshida, Differences in infant and child mortality before and after the Great East Japan Earthquake and Tsunami: a large population-based ecological study. BMJ Open 8(11):e022737_ 2018;8:e022737. doi:10.1136/bmjopen-2018-022737, 2018
- 11) 吉田穂波、横山徹爾. 我が国の出生体重の推移—ナショナルデータベースの軌跡から—In: 胎児発育不全. 中外医学社、東京、2018
- 12) 大澤 絵里，藤井 仁，吉田穂波，松本 珠実，三浦 宏子，成木 弘子.全国保健所のHIV/エイズ施策における個別施策層への対策と職員の研修受講の関連. 日本エイズ学会誌. 20(2)138-145, 2018
- 13) 吉田穂波. 妊産婦や乳幼児を連れた家族が本当に必要としている災害時の支援とは？近代消防. 2019;699:48-49.
- 14) 吉田穂波. 支援者のための支援～受援力スキルの強化. 臨床助産ケア. 2019;11(2) :108-115
- 15) 吉田穂波. 母子保健疫学の最新トピックス. 第43回栃木県母性衛生学会抄録集. 45 : 5-7 2018
- 16) 吉田 穂波. 災害時の母子保健. 月刊母子保健. 2019;719:1-4

2. 学会発表

- 1) 吉田穂波、市川学、横山徹爾. 広域自治体における福祉避難所とパーソナル・ヘルス・レコード (PHR) 利活用の可能性. 第76回日本公衆衛生学会, 鹿児島.日本公衆衛生雑誌. 2017;63(10): 490
- 2) 新井隆成、岩崎三佳、山下公子、前川和彦、山口孝治、二宮宣文、浅井梯、上野力、吉田穂波. 熊本地震亜急性期の妊産婦を対象に地域保健活動支援としておこなった能動的 TTT. 第22回日本集団災害医学会学術集会;2017.2.13-15;名古屋. J.J.Disast.Med. 2017;21(3):521.
- 3) 岩崎三佳、新井隆成、前川和彦、山口孝治、二宮宣文、浅井梯、上野力、山下公子、吉田穂波. 熊本地震における妊産婦トリアージリストの要点とデータベース構築. 第22回日本集団災害医学会学術集会 ;2017.2.13-15; 名古屋 . J.J.Disast.Med. 2017;21(3):522.
- 4) Ai Tashiro, Honami Yoshida, and Kayako Sakisaka. Drastic Change of Infant and Child Mortality pre-post Japan Earthquake & Tsunami of 2011.第28回日本疫学会学術総会 講演集. 2018;92.
- 5) Honami Yoshida. Disaster preparedness in maternal and child health - The Lessons learned from Mega Disasters in

- Japan. The 48th APACPH Symposium. 2018.09.16-19; Kobe, Japan. Final Abstract. p.21.
- 6) Hideyuki Sakamoto, Honami Yoshida. Kanagawaoshidaoto,obe, Japan. Final Abstract. p.21.- The Lessons learned from Mega Disasters in J. The 48th APACPH Symposium. 2018.09.16-19; Kobe, Japan. Final Abstract. p.21.
- 7) Ryo Watanabe, Kensuke Yoshimura, Honami Yoshida. Exploring key challenges to improve the shortage of public health physicians. 第77回日本公衆衛生学会学術集会, 郡山, 2018
- 8) 吉田穂波、渡邊亮、吉村健佑：公衆衛生医師の確保・育成のための多様性包括型キャリアパス構築に関する研究. 第77回日本公衆衛生学会学術集会, 郡山, 2018
- 9) 落合佑三子、中村佳子、北林紅葉、望月真里子、吉田穂波. 神奈川県平塚保健福祉事務所における 妊娠期からの児童虐待予防事業の評価について. 第61回神奈川県公衆衛生学会抄録集 8:5-7、2018
- 10) 吉田穂波. 母子保健疫学の最新トピックス. 第43回栃木県母性衛生学会抄録集. 45:5-7、2018

H. 知的財産権の出願・登録状況

本年度該当無し。

I. 謝辞

本研究を通じて全国保健所長会事業と本研究班や教育・研究期間、臨床で働く医師の

ネットワークが交流する機会を持ち、連携し、公衆衛生領域の意義を広め、活性化を促すことが出来たのは、本研究班にとって何よりの副産物でした。今後、より具体的に精緻な人材確保および育成手法を確立するため、引き続き全国保健所長会事業と協力していく所存です。

宇田英典先生（鹿児島県伊集院保健所長）、宮園将哉先生（大阪府寝屋川保健所長）、清古愛弓先生（葛飾区保健所長）、廣瀬浩美先生（愛媛県宇和島保健所長）、宗陽子先生（長崎県南保健所長）、村松司先生（北海道網走保健所長）はじめ地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）の諸先生方ならびに曾根智史先生（国立保健医療科学院次長）、調査にご回答いただいた先生方には、本研究遂行にあたり、多大なるご助力とご助言を頂きました。ここに深謝いたします。

II. 分担研究報告書

医師・歯科医師・薬剤師調査票を用いた公衆衛生行政医師の動向に関する研究

研究分担者 佐藤 大介 (国立保健医療科学院)

研究分担者 渡邊 亮 (神奈川県立保健福祉大学)

研究要旨

本研究では、公衆衛生医師の充実を図るため、統計法 32 条に基づき申請し提供を受けた「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いて、公衆衛生医師数の「地域別」「性別」「年齢別」の動向に関する時系列解析を行った。調査票は平成 22 年度、平成 24 年度、平成 26 年度、平成 28 年度の 12 月 31 日時点における「医師・歯科医師・薬剤師統計調査」の回答医師のうち、対象年次の調査票の「業務の種別」が行政機関の従事者：符合 11 (H22 調査) および符号 13 (H24-H28 調査) に該当する医籍番号を抽出し、全年次の調査票の該当医籍番号を有する全国の医師を対象とした時系列データを解析に用いた。

平成 30 年度研究では「医師・歯科医師・薬剤師調査票」の申請手続きを進めるいっぽうで、公表データを用いて基礎的集計を行った。その結果、行政機関の公衆衛生医師は性別や年齢に偏りがあること、人口 10 万人対医師数の充足割合は都道府県で最大 10 倍以上の乖離があることから、地域別、性別、年齢別の追加解析の必要性を明らかとした。平成 31 年度研究では、「医師・歯科医師・薬剤師調査票」の提供を 5 月に受け、本解析を実施した結果、公衆衛生医師経験のある医師の人材確保にあたっては、女性医師に対する育児の負担や、ベテラン女性医師のキャリア環境が公衆衛生行政医師のキャリアにも影響している可能性が考えられた。女性医師やベテラン医師の人材確保にあたっては、これらの要因について検討する必要があることが示唆された。また、専門医などの資格数が増加するほど、公衆衛生医師を継続する医師割合は減少する傾向があることから、公衆衛生行政医師の確保となる課題の一つとして専門医資格に関するサポートを行うことが効果的である可能性が示唆された。

A. 研究目的

保健所や地方自治体等に勤務する公衆衛生行政医師(以下「公衆衛生医師」とする)の動向

については、公衆衛生医師の確保や育成における課題解決に向けた検討が行われているものの、調査時点で公衆衛生医師である医師に対する様々な調査が行われてきた。このように調査

時点の横断的状況は把握しているものの、たとえば公衆衛生医師を退職し異なる業務に従事した医師を対象にした調査は少ない。全国の医師を時系列で追跡する縦断調査研究は課題解決の検討に資する重要な情報となりえる。

そこで本研究では、公衆衛生医師の確保と育成に資する基礎資料を作成するために、「医師・歯科医師・薬剤師調査」から公衆衛生医師数の「地域別」「性別」「年齢別」の動向に関する時系列解析を目的として、平成 22 年度、平成 24 年度、平成 26 年度、平成 28 年度の 12 月 31 日時点における「医師・歯科医師・薬剤師統計調査」の回答医師のうち、対象年次の調査票の「業務の種別」が行政機関の従事者：符合 11 (H22 調査) および符号 13 (H24-H28 調査) に該当する医籍番号を抽出し、全年次の調査票の該当医籍番号を有する全国の医師を対象とした時系列データを解析した。

本研究を通じて、公衆衛生医師の経験を有する医師が性別・年齢階級別にどのような動向を示すのか。また、公衆衛生医師に継続して従事する医師と公衆衛生医師から別の業務へ変更して従事する医師を比較することで、それぞれの特徴を明らかにし、公衆衛生行政医師の確保となる要因について検討する。

B. 研究方法

本研究は、統計法（平成 19 年法律第 53 号）第 32 条の規定に基づき、「医師・歯科医師・薬剤師調査」に係る調査票情報の提供を申出を行い承認を得たデータセットを用いて、平成 22 年度、平成 24 年度、平成 26 年度、平成 28 年度の 12 月 31 日時点で対象年次の調査票の「業務の種別」が行政機関の従事者：符合 11 (H22 調査) および符号 13 (H24-H28 調査) に該当する医籍番号を抽出し、全年次の調査票の該当

医籍番号に対するすべての項目を対象とした調査票データを用いた縦断研究である。

対象とする調査票項目は、各調査年次における住所地県都市番号、性別、年齢階級（5 歳刻み）、業務の種別、従事先市区町村、従事先県都市番号、従事先市群番号、従事する診療科、資格数、資格名内訳とし、平成 28 年度調査票から新たに調査項目に加わった、就業形態、主たる業務内容、休業の取得を対象とした。

なお、本研究は平成 30 年度研究では公表データを用いて予備的解析を進め、国立保健医療科学院研究倫理審査専門委員会の承認後以降については「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いて解析を実施した（#NIPH-12190）。

C. 研究結果

1. 公衆衛生行政医師の基本属性

公衆衛生行政医師の性別割合は、平成 22 年度調査では男性 72.52%に対し 27.48%であったが、女性医師の割合は平成 22 年度調査 27.48%、平成 24 年度調査 30.23%、平成 26 年度調査 31.14%、平成 28 年度調査 31.58%と、調査年次ごとに増加警告にあることが明らかとなった。（表 1 調査年度別の性別割合）

公衆衛生行政医師の年齢階級別割合は、25 歳～29 歳は該当せず、30 歳～34 歳から従事する医師が増加していた。その後年齢階級が上がるごとに公衆衛生行政医師数も増加し、60 歳～64 歳でピークに達した。特に男性医師は 50 歳～64 歳で急激に増加した。しかしながら女性医師は 40 歳～44 歳で急激に増加したが、その後は年齢階級が上がっても医師数の変化は小さかった。

男性医師、女性医師ともに 65 歳以上は年齢階級が上がるごとに公衆衛生行政医師数は減少

し、70 歳を超えると男性医師はピーク時の年齢階級の 30%に減少、女性は 15%に減少した。

(表 2 公衆衛生行政医師の年齢階級別割合)

2. 平成 28 年度調査票に基づく新たな属性

平成 28 年度調査票で新たに追加された項目に着目すると、公衆衛生行政医師の就業形態(常勤/非常勤)の割合は、常勤医師は男性 69.43%、女性 30.57%に対し、非常勤医師は男性 55.29%、女性 44.71%と、非常勤医師の女性割合は常勤医師よりも高かった。

就業形態	男性	女性	合計
常勤	1,965	865	2,830
	69.4%	30.6%	100%
非常勤	115	93	208
	55.3%	44.7%	100%

(表 3 公衆衛生行政医師の就業形態)

公衆衛生行政医師が従事する市群は指定都市 52.89%と最も高く、次いで市部が 30.79%であった。中核市は 13.75%、郡部は 2.57%であった。

平成 28 年度調査 従事先市群番号				
指定都市	中核市	市部	郡部	Total
	13.75	30.79	2.57	100
52.89%				
	%	%	%	%

(表 4 公衆衛生行政医師の就業形態)

休業の有無について、公衆衛生行政医師の産前・産後休業は男性が 0 名、女性医師も公衆衛生行政医師全体に対する 0.4%と低く、育児休業は男性が 0.1%、女性が 2.4%であった。これは本研究の母集団全体(公衆衛生行政医師を一

度でも経験したすべて医師)の傾向と同じであった。それに対して介護休業については、男性が 0.2%であったが、女性は 0 名であった。

H28年度調査休業の有無			
	男性	女性	合計
産前・産後休業	0	2	2
	0.0%	0.4%	0.1%
育児休業	1	13	14
	0.1%	2.4%	0.8%
介護休業	2	0	2
	0.2%	0.0%	0.1%
休業を取得していないもの	1,191	531	1,722
	99.7%	97.3%	99.0%
合計	1,194	546	1,740

(表 5 公衆衛生行政医師の休業有無)

平成 28 年度調査票において公衆衛生行政医師を選択した医師が平成 26 年度調査時点から県都市を移動したかどうかを追跡した結果、年齢階級が低い医師群の約半数が移動しているのに対し(30~34 歳(63.64%)、35~39 歳(58.97%)、40~44 歳(49.33%))、年齢階級が高い 50 歳以上の医師群は 50 歳~54 歳(28.07%)、55 歳~59 歳(27.1%)、60 歳~64 歳(21.58%)と移動割合は 30%未満となった。男性医師、女性医師ともに移動した割合は男性 31.59%に対し、女性 26.56%とやや男性の方が移動する傾向がみられた。(表 6 公衆衛生行政医師の移動有無)

3. 公衆衛生行政医師の時系列変化

過去に公衆衛生行政医師を経験したことがある医師の男女別割合は、年齢階級が高い 50 歳以上の医師群においては男性割合が高かったが、年齢階級が低い 49 歳以下の医師群では、男女割合の差はほとんど見られなかった。(図 1)

平成 28 年度調査票において公衆衛生行政医師を選択した医師が平成 22 年度調査時点から専門医資格数がどのように変化しているかを追跡した結果、全体として医師の 78%は資格

数について変わらない結果となった。年齢階級別に内訳をみると40歳未満の若手医師が増加傾向であるのに対し、40歳～69歳の医師は専門医資格数が減少する医師が10%未満であり、70歳以上になるとその割合は10%を超えることが明らかとなった。また、資格数が増加した医師ほど、公衆衛生医師を継続する割合が低い傾向が見られた。(表7 公衆衛生行政医師の資格数の推移)

D. 考察

本研究では、公衆衛生医師の経験を有する医師が性別・年齢階級別の動向、公衆衛生行政医師の特徴を明らかにした。分析の結果、公衆衛生行政医師の基本属性については、女性医師の割合は調査年次ごとに増加傾向にあったが、女性医師は常勤医師よりも非常勤医師の割合が高かった。また、育児休業は男性が0.1%、女性が2.4%であった。これは全国的な傾向でもあるが、男性医師が育児に寄与する割合が低く、女性医師に対する育児の負担が公衆衛生行政医師のキャリアにも影響している可能性が示唆された。

年齢階級別の公衆衛生行政医師数を見ると、若手医師や中堅医師が相対的に少ないことが示唆された。公衆衛生行政医師の役割が十分な臨床経験や公衆衛生に関する知識を有する特性であるが、男性医師が50歳～54歳から急激に増加し、その後65歳まで増加傾向が続くのに対し、女性医師は40歳～44歳から増加するが、その後の医師数は増減した。50歳以上の男性医師が増加するのに対し、女性医師は増減がみられることから、50歳以上の女性医師が公衆衛生行政医師から離れてしまうことが要因として考えられる。これを裏付ける結果として、過去に公衆衛生行政医師を経験したことが

ある医師の男女別割合は、49歳以下では男女割合の差はほとんど見られなかったのに対し、50歳以上では男性割合が高かった。

その後、65歳以上の公衆衛生行政医師は男女ともに減少し、男性医師の70歳以上はピーク時の30%まで、女性医師は15%まで急激に減少した。医師自身の身体的影響が考えられるが、女性の平均余命が男性よりも高いにもかかわらず、女性医師の70歳以上における公衆衛生行政医師数の減少幅が男性医師よりも顕著であることについては、ベテラン女性医師にとって公衆衛生行政医師のキャリアに関する影響が示唆された。

そのほか介護休業については、男性が0.2%であったが、女性は0名であった。介護に係る年齢階級は40歳以上であることから、女性医師がすでに公衆衛生行政から離れているためである可能性がある。

公衆衛生行政医師の動向と関連する可能性が考えられる医師の移動については、若手医師・中堅医師は都市を移動しているが、50歳医師は移動しない傾向が見られた。公衆衛生行政医師の経験を蓄積するために転勤等による移動が伴う可能性があり、若手医師・中堅医師、女性医師にとって負担となっている可能性が示唆された。しかしながら専門医資格数は78%の医師で資格数が変わらない結果となった。しかしながら専門医などの資格数が増加するほど、公衆衛生医師を継続する医師割合は減少する傾向があることから、公衆衛生行政医師の確保となる課題の一つとして専門医資格に関するサポートを行うことが効果的である可能性が示唆された。

本研究の限界として、「医師・歯科医師・薬剤師調査」に係る調査票情報であることから、公衆衛生行政医師を選択した理由等の定性的なデータは含まれていない。本研究から示唆さ

れた結果を裏付けるためには公衆衛生行政医師を経験したことがある医師を対象にしたアンケート調査等との摺合せが必要である。しかしながらこれまでの調査では公衆衛生行政医師に調査時点で従事している医師を対象にしたサンプル調査がほとんどであり、全国規模の公衆衛生行政医師を経験したことがある医師を対象にした定量的分析はほとんどなかったことから、本研究から得られた示唆は十分な検討に資する情報となりえる可能性がある。

E. 結論

「医師・歯科医師・薬剤師調査」に係る調査票情報を用いて、公衆衛生行政医師を経験したことがある医師を全国規模で解析した結果、女性医師に対する育児の負担や、ベテラン女性医師のキャリア環境が公衆衛生行政医師のキャリアにも影響している可能性が考えられた。女性医師やベテラン医師の人材確保にあたっては、これらの要因について検討する必要がある。

また、公衆衛生行政医師の確保となる課題の一つとして専門医資格に関するサポートを行うことが効果的である可能性が示唆された。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省 (2005) 「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」『「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」報告書について』。
(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/dl/s0118-4b.pdf>, 2019年3月8日参照)。
- 2) 佐藤大介・ほか (2018) 「一般医師を対象とした公衆衛生医師としてのコンピテンシーおよびキャリアの興味関心に関する研究」『公衆衛生医師の確保・

育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究 平成29年度分担研究報告書』

- 3) 渡邊亮・ほか (2019) 「ウェブアンケートを用いた公衆衛生医師意識調査を通じた公衆衛生行政医師の人材確保と育成のための研究」『公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究 平成30年度分担研究報告書』
- 4) 渡邊亮・ほか (2018) 「公衆衛生行政医師の人材確保と育成のためのインタビュー調査」『公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究 平成29年度分担研究報告書』
- 5) 厚生労働省(2018) 「女性医師キャリア支援モデル普及推進事業の成果と今後の取組について」『平成29年度女性医師キャリア支援モデル普及推進事業に関する評価会議 資料3』

F. 研究発表

1. 論文発表

該当無し

2. 学会発表

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

該当無し

2. 実用新案登録

該当無し

3. その他

該当無し

階級コード	(単位 %)							
	平成28年度調査		平成26年度調査		平成24年度調査		平成22年度調査	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
30～34歳	72.7	27.3	59.5	40.5	53.1	46.9	62.0	38.0
35～39歳	68.0	32.1	59.4	40.7	58.8	41.2	53.7	46.3
40～44歳	57.4	42.6	59.4	40.6	57.0	43.0	53.0	47.0
45～49歳	54.3	45.8	52.0	48.0	59.1	40.9	59.6	40.4
50～54歳	62.4	37.6	66.5	33.5	67.6	32.4	68.5	31.5
55～59歳	73.5	26.5	72.3	27.7	67.9	32.1	70.1	29.9
60～64歳	71.1	28.9	69.1	30.9	72.3	27.7	75.8	24.2
65～69歳	73.7	26.3	77.9	22.1	80.6	19.4	82.4	17.6
70～74歳	84.4	15.6	86.7	13.3	86.7	13.3	85.5	14.5
75～79歳	79.0	21.0	85.5	14.6	78.4	21.6	89.4	10.6
80～84歳	81.8	18.2	82.4	17.7	85.0	15.0	93.6	6.4
85歳以上	89.5	10.5	100.0	0.0	84.2	15.8	93.1	6.9
不詳	81.8	18.2	50.0	50.0	100.0	0.0	80.0	20.0
Total	68.42	31.58	68.44	31.56	68.62	31.38	72.46	27.54

表1 調査年度別の性別割合

(単位 %)

	平成28年度		平成26年度		平成24年度		平成22年度	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
25～29歳	0	0	0	0	0	0	0	0
30～34歳	24	9	25	17	26	23	31	19
35～39歳	106	59	92	63	117	82	72	62
40～44歳	171	127	177	121	175	132	115	102
45～49歳	185	156	170	157	225	156	161	109
50～54歳	249	150	268	135	305	146	209	96
55～59歳	350	126	421	161	404	191	291	124
60～64歳	415	169	367	164	434	166	300	96
65～69歳	359	128	327	93	337	81	244	52
70～74歳	119	22	117	18	111	17	118	20
75～79歳	49	13	47	8	40	11	110	13
80～84歳	27	6	14	3	17	3	117	8
85歳以上	17	2	16	0	16	3	81	6
不詳	9	2	2	2	4	0	32	8

表2 公衆衛生行政医師の年齢階級別割合

(単位 %)

前年度調査から従事先県都市番号の移動						
	平成26年度から平成28年度		平成24年度から平成26年度		平成22年度から平成24年度	
	移動なし	移動あり	移動なし	移動あり	移動なし	移動あり
30～34歳	36.36	63.64	11.9	88.1	69.39	30.61
35～39歳	41.03	58.97	52.26	47.74	77.89	22.11
40～44歳	50.67	49.33	56.71	43.29	80.13	19.87
45～49歳	60.12	39.88	62.69	37.31	85.83	14.17
50～54歳	71.93	28.07	74.44	25.56	88.47	11.53
55～59歳	72.9	27.1	72.51	27.49	90.08	9.92
60～64歳	78.42	21.58	81.92	18.08	92.17	7.83
65～69歳	81.72	18.28	87.38	12.62	94.5	5.5
70～74歳	78.01	21.99	86.67	13.33	90.63	9.38
75～79歳	66.13	33.87	90.91	9.09	94.12	5.88
80～84歳	81.82	18.18	82.35	17.65	95	5
85歳以上	94.74	5.26	68.75	31.25	94.74	5.26
不詳	90.91	9.09	100	0	100	0
合計	70	30	73.03	26.97	88.45	11.55

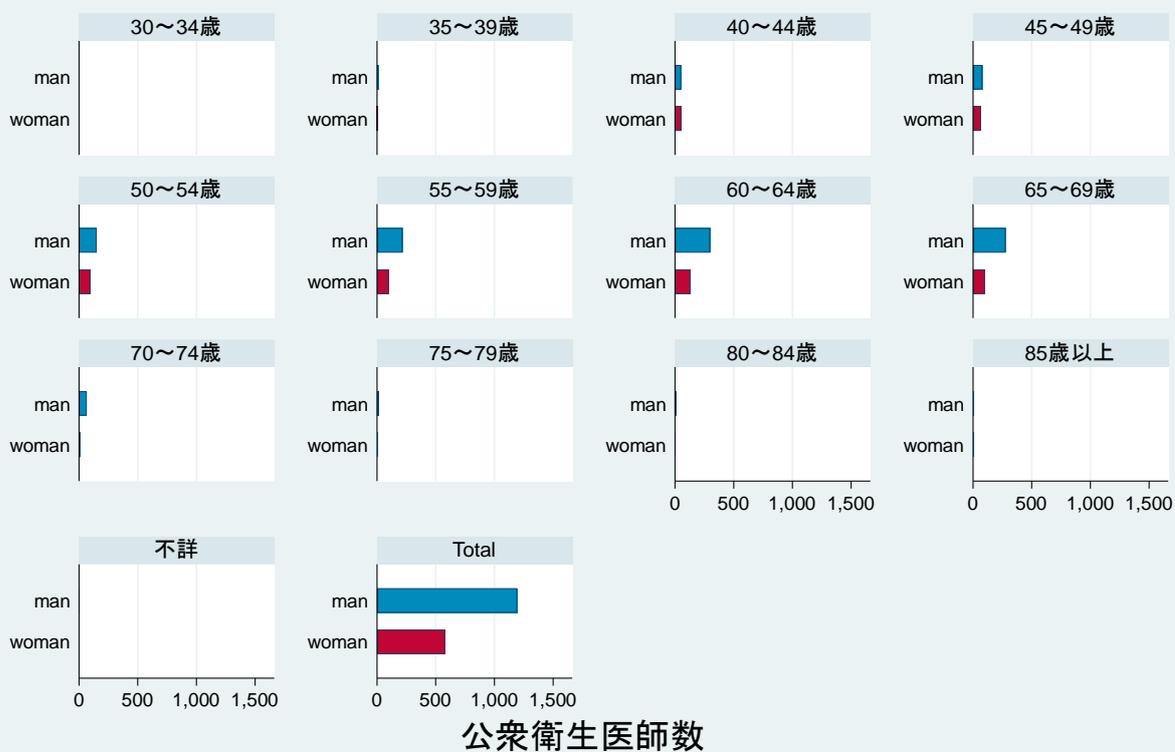
表6 公衆衛生行政医師の移動有無

(単位 %)

	資格数_推移									
	-5	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
30～34歳	0	0	0	0	100.0	0	0	0	0	0
35～39歳	0	0	0	0	68.2	27.0	4.7	0	0	0
40～44歳	0	0	0	2.1	61.0	28.1	7.2	0	1.0	0
45～49歳	0	0	0	3.6	72.7	21.2	2.1	0	0	0
50～54歳	0	0	1.5	5.1	79.2	12.3	1.3	0.5	0	0
55～59歳	0	0	1.1	3.2	84.0	10.5	0.9	0	0	0
60～64歳	0	0	0.9	3.5	81.4	12.5	1.2	0	0	0
65～69歳	0	0	2.1	3.3	85.2	8.7	0	0	0	0
70～74歳	0	1.5	0.7	8.7	83.3	5.8	0	0	0	0
75～79歳	0	1.7	5.0	13.3	65.0	11.7	3.3	0	0	0
80～84歳	0	0	3.6	10.7	75.0	10.7	0	0	0	0
85歳以上	0	0	0	15.8	57.9	15.8	10.5	0	0	0
不詳	0	0	0	10.0	70.0	0	20.0	0	0	0
Total	0	0	1.1	3.9	78.1	14.4	2.0	0	0	0

表7 公衆衛生行政医師の資格数の推移

過去に公衆衛生医師を経験している公衆衛生医師数



年齢階級別・性別

図1 公衆衛生行政医師を経験したことがある医師の男女別割合

公衆衛生行政医師の人材確保と育成にむけた現状と課題に関する研究

研究分担者	渡邊 亮	(神奈川県立保健福祉大学)
研究分担者	佐藤 大介	(国立保健医療科学院)
研究代表者	吉田 穂波	(神奈川県立保健福祉大学)
研究分担者	吉村 健佑	(千葉大学)

研究要旨

保健所や自治体などに勤務する公衆衛生行政医師は、全国的に不足しており、大きな課題となっている。そこで、公衆衛生行政医師の人材確保と育成における課題の抽出と対策の検討を目的としたインタビュー調査(公衆衛生医師対象)、公衆衛生行政医師の業務に関する実態を明らかにすることを目的としたウェブアンケート調査(公衆衛生医師対象)、さらに女性医師を対象とした公衆衛生医師キャリアの価値創造や広報戦略の検討を目的としたウェブアンケート調査(医療機関等に勤務する女性臨床医対象)を実施した。その結果、公衆衛生行政医師の業務は、やりがいの観点から、一定のセグメントにおいては公衆衛生行政医師としての潜在的なやり手がいることが示唆された。一方、公衆衛生行政医師では、学位の取得など業務に直結しない自己研鑽の機会を取得する困難さが明らかになった。その対策として、組織や地域を越えた人材交流の枠組みを構築することによって、医師確保を促進しうることが示唆されたほか、オンライン研修制度を設ける必要性が示された。また、ワークライフバランスが比較的高いことが示唆されており、子供を持つ女性医師でキャリア継続意思が高かった。病院勤務医では待遇面やワークライフバランスがあまりとりやすくない傾向が示されており、公衆衛生医師の充実を目指して、ワークライフバランスが比較的とりやすくやり甲斐のある業務を行うことができるキャリアとしての価値明確化を図った上で、若手女性医師を積極的な募集対象の一つとして広報を積極的に行うことが期待される。

A. 研究目的

保健所や地方自治体等に勤務する公衆衛生行政医師(以下「公衆衛生医師」とする)の不足が課題となる中、その確保や育成における障壁や課題の解決に向けた検討及び実践が行われている。例えば厚生労働省の「公衆衛生医師の育成・確保のための環境整備に関する検討会」がまとめた報告書によれば、採用・確保に向けた方策として、「採用計画の策定による定期的な採用」「募集方法の工夫」「地方公共団体間等での人事交流」「奨学金制度」「公衆衛生医師確保推進登録事業の活用」の5点を提案している。

また、全国の保健所長で構成される全国保健所長会は、地域保健総合推進事業の一環として平成23年度より「公衆衛生医師の確保と人材育成に関する調査および実践事業」を行っており、例えば平成28年度には「若手医師・医学生向けサマーセミナー」の開催や「公衆衛生医師募集の広報用媒体等についての検討」、「日本公衆衛生学会総会自由総会の開催」「大学医学部と連携した取り組み」などの事業を通じて、公衆衛生医師の充実に向けた実践的な取り組みを行っているが、依然として公衆衛生医師の不足は解消されていない。

先行する調査では、主に保健所長に対する定量的調査が行われてきた。一方、公衆衛生行政医師の確保・育成における自治体・保健所の具体的な課題を描出し、その課題への対応策を検討するためには、継続的かつ詳細な調査が求められる。

そこで本研究では、大きく3つの個別調査を実施した。

はじめに、公衆衛生行政医師の具体的な業務やキャリアや、その業務に求められる特徴の描出に加えて、公衆衛生行政医師の育成に求められる要

素や課題について明らかにすると共に、具体的な公衆衛生医師人材の確保及び育成を推進するための基礎資料を得ることを目的として、地方自治体及び保健所に勤務する公衆衛生行政医師を対象としてインタビュー調査を行う。

また、公衆衛生医師が持つ仕事に対する価値観や、現在の業務環境、および公衆衛生医師としての業務に対する積極性などに関する実態を明らかにするため、全国の保健所長及び保健所等に勤務する公衆衛生医師を対象とした無記名のウェブアンケート調査を実施した。

加えて、公衆衛生医師の充実と育成に向けた対象として、比較的若い女性医師を対象とした公衆衛生医師のキャリアに関する価値明確化や・広報戦略を検討することを目的として、一般の医療機関等に勤務する45歳未満の女性臨床医を対象としたウェブアンケートを実施し、仕事に対する価値観や、現在の業務環境、および公衆衛生医師としての業務に対する考え方などについて実態を明らかにすることとした。

B. 研究方法

■公衆衛生行政医師を対象としたインタビュー調査

本研究は、半構造化質問票を用いたリサーチ・インタビューとして実施した。対象は、全国保健所長会及び各自治体に対して協力を仰ぎ、協力が得られた下記を対象とした。

- ① 全国の保健所長または保健所医師
- ② 都道府県の保健福祉部門に勤務する医師(行政医師)

調査に同意した5名が最終的に調査対象となった。インタビューは、各対象者の勤務地または会議室を用いて実施した。調査の合計時間はおよそ8時間であり、1人あたりのインタビュー時間は約40分から120分程度であった。

インタビューは本研究班の研究者自身が担当した。また同意に基づいて、インタビューは全てICレコーダを用いて録音し、インタビュー後に逐語録を作成した。

(倫理面への配慮)

本研究は、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に沿って実施し、神奈川県立保健福祉大学の研究倫理審査の承認を受けて実施した(番号 保大第29-63)。

■公衆衛生医師を対象としたウェブアンケート調査

本研究は、全国の保健所長及び保健所等に勤務する医師、および都道府県などの自治体に勤務する医師を対象として、無記名のウェブ質問票を用いた横断研究である。

本研究は、全国保健所長会が実施する「公衆衛生医師の確保と育成に関する調査および実践活動」と協働して実施し、調査対象者のリクルートは、全国保健所長会を通じて全国全ての保健所長および自治体宛てに本調査への協力依頼を行った。

調査依頼は、平成30年10月にメールによって対象者に送付した。依頼状には、本研究班のウェブサイト(<https://govt-doctor.com/>)上に掲載したウェブアンケートフォームのアドレスを記載し、ウェブ上のフォームから回答をするよう依頼を行った。

調査項目としては、人口統計学的項目として年齢、性別、居住地及び居住地の都市種別、配偶者の有無、子供の有無を尋ねた。また、勤務に関する項目として、医師資格取得年数、勤務先自治体種別、主たる勤務先種別、現勤務先の住所地及び勤務先の都市種別、居住地から勤務先までの通勤時間、現勤務先の勤務期間、公衆衛生医師としての通算勤務期間、社会医学系専

門医の取得状況、保有するその他の専門医資格について尋ねた。続いて、公衆衛生医師経験に関する質問として、公衆衛生医師として勤務する前の主な職について尋ねた。さらに公衆衛生医師を志望した動機として、大阪商業大学JGSS 研究センターが実施した日本版 General Social Surveys JGSS-2002 における職業観に関する項目を参考に、以下の10項目について「よくあてはまる」「あてはまる」「どちらともいえない」「あてはまらない」「まったくあてはまらない」の5件法で尋ねた。

- ・ 雇用が安定しているから
- ・ 高収入だから
- ・ 昇進の機会が多い
- ・ 興味のある仕事だから
- ・ 干渉されず、独立した仕事だから
- ・ 他の人のためになる仕事だから
- ・ 社会にとって有益な仕事だから
- ・ 働く時間などを自分で決定できるから
- ・ 仕事と家庭生活を両立できるから
- ・ 教育・訓練の機会が提供されるから

さらに、公衆衛生医師の募集についてどのように知ったかについて複数回答を可として尋ねた。

加えて、現在の勤務先事業場に所属する公衆衛生医師の人数について尋ねた。さらに、現在の仕事について、志望動機に関する質問に準じた10項目に追加して、公衆衛生医師の業務に関連する8項目を追加した、以下の18項目について、「よくあてはまる」「あてはまる」「どちらともいえない」「あてはまらない」「まったくあてはまらない」の5件法で尋ねた。

- ・ 雇用が安定している
- ・ 高収入である
- ・ 昇進の機会が多い
- ・ 興味のある仕事だ
- ・ 干渉されず、独立した仕事だ

- ・ 他の人のためになる仕事だ
- ・ 社会にとって有益な仕事だ
- ・ 働く時間などを自分で決定できる
- ・ 仕事と家庭生活を両立できる
- ・ 教育・訓練の機会が提供されている
- ・ 研修の内容に満足している
- ・ 学位取得、留学、研究の機会がある
- ・ 人事異動や人事交流を通じた研鑽の機会が充実している
- ・ 公衆衛生医師の業務内容に関する広報は充実している
- ・ 医師以外の専門職や行政職員とコミュニケーションがとりやすい職場環境だ
- ・ 給与は仕事に見合っている
- ・ これからも公衆衛生医師としてのキャリアを重ねていきたい

基本統計量等は、連続変数については平均値及び標準偏差を算出し、名義変数については度数及び割合を算出した。また、「公衆衛生医師を志望した動機」及び現在の仕事についてのあてはまりを5段階のリッカート尺度で尋ねた設問については、性別に度数を算出した。さらに、5段階のリッカート尺度について「よくあてはまる」を5、「あてはまる」を4、「どちらともいえない」を3、「あてはまらない」を2、「まったくあてはまらない」を1として間隔尺度と見なし、各設問の度数・平均・標準誤差・95%信頼区間を男女別に算出し、男性と女性との平均値の差について対応のないt検定を実施した。「これからも、公衆衛生医師としてのキャリアを重ねていきたい」の回答を目的変数、「性」「年齢」「配偶者の有無」「勤務先種別」「仕事について、以下の項目はどの程度当てはまりますか」「医師資格取得年数」などを説明変数として、順序ロジスティック回帰分析解析を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(保大第 71-30)。

■医療機関等に勤務する女性臨床医を対象としたウェブアンケート

本研究では、調査会社が提供する医師調査パネルを用いて、臨床医として勤務する45歳未満の女性医師を対象としたウェブ質問票を用いた横断研究を実施した。

調査対象者のリクルートは、調査会社の提供するウェブサイトを用いて、調査会社の保有する医師パネルのうち、臨床医として勤務する45歳未満の女性医師110名をリクルートした。

調査依頼は、平成31年2月にメールによって対象者に送付した。依頼状には、調査会社が作成した本調査のアンケート回答フォームのアドレスを記載し、ウェブ上のフォームから回答をするよう依頼を行った。

調査項目としては、人口統計学的項目として年齢、居住地、配偶者の有無、子供の有無を尋ねた。また、勤務に関する項目として、卒後年数、主たる勤務先種別、勤務先の住所地、居住地から勤務先までの通勤時間、現勤務先の勤務期間、業務における臨床の割合、臨床医としての通算期間について尋ねた。また主たる診療科、専門医資格の取得状況について尋ねた。続いて、医師経験に関する質問として、現在の勤務先に勤務する前の主な職について尋ねた。さらに、公衆衛生医師を対象としたウェブアンケート調査と同様に、日本版 General Social Surveys JGSS-2002 における職業観に関する項目を参考に、以下の10項目について「よくあてはまる」「あてはまる」「どちらともいえない」「あてはまらない」「まったくあてはまらない」の5件法で尋ねた。

- ・ 雇用が安定しているから
- ・ 高収入だから
- ・ 昇進の機会が多い
- ・ 興味のある仕事だから
- ・ 干渉されず、独立した仕事だから
- ・ 他の人のためになる仕事だから
- ・ 社会にとって有益な仕事だから
- ・ 働く時間などを自分で決定できるから
- ・ 仕事と家庭生活を両立できるから
- ・ 教育・訓練の機会が提供されるから

また現在の仕事について、志望動機に関する質問に準じた10項目及び、公衆衛生医師のキャリアについて4項目を追加した以下の14項目について、「よくあてはまる」「あてはまる」「どちらともいえない」「あてはまらない」「まったくあてはまらない」の5件法で尋ねた。

- ・ 雇用が安定している
- ・ 高収入である
- ・ 昇進の機会が多い
- ・ 興味のある仕事だ
- ・ 干渉されず、独立した仕事だ
- ・ 他の人のためになる仕事だ
- ・ 社会にとって有益な仕事だ
- ・ 働く時間などを自分で決定できる
- ・ 仕事と家庭生活を両立できる
- ・ 教育・訓練の機会が提供されている
- ・ 学位取得、留学、研究の機会がある
- ・ 女性医師が勤務しやすい環境である
- ・ 給与は仕事に見合っている
- ・ これからも現在のキャリアを重ねていきたい

基本統計量等は、連続変数については平均値及び標準偏差を算出し、名義変数については度数及び割合を算出した。また、「現在の仕事を志望した動機」及び現在の仕事についてのあてはまりを5段階のリッカート尺度で尋ねた設

問については、度数を算出した。さらに、5段階のリッカート尺度について「よくあてはまる」を5、「あてはまる」を4、「どちらともいえない」を3、「あてはまらない」を2、「まったくあてはまらない」を1として間隔尺度と見なし、各設問の度数・平均・標準誤差・95%信頼区間を主たる勤務先種別に算出した。「これからも、現在のキャリアを重ねていきたい」の回答を目的変数、「性」「年齢」「配偶者の有無」「勤務先種別」「仕事について、以下の項目はどの程度当てはまりますか」「医師資格取得年数」などを説明変数として、順序ロジスティック回帰分析解析を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(保大第 71-63)。

C. 研究結果

■公衆衛生行政医師を対象としたインタビュー調査

本調査では、最終的に5名の医師を対象としてインタビューを実施した。A氏(女性)は、医師としてW県に勤務しており、同県の保健福祉部局において部長職を勤めている。B氏(女性)は、医師としてX県に勤務しており、同県の保健福祉部局において部長職を勤めている。同県赴任前は、厚生労働省に医系技官として勤務していた。C氏(女性)は乳児を含めて3人の子ども育てつつ、X県の病院に時短勤務をしている医師である。自治医科大学出身であり、あと3年弱の義務年限がある。前出のB保健福祉部長や同県人事担当者とも調整の上、平成30年4月より、臨床と保健所勤務を両立させることになった(共に時短勤務)。D氏(男性)はY県のT保健

所に勤務する保健所長である。また、全国保健所長会において、公衆衛生行政医師、特に保健所医師の確保に向けた取り組みを行っている。さらにE氏(女性)は、Z県の中核市が運営する保健所の所長として勤務している。

確保に関する現状と課題として指摘された点として、多くの自治体・事業所で医師の確保は進んでおらず、医師職員が限られていることがわかった。また本庁では、医師に何を期待しどのような業務を担って貰ったら良いか、あるいはどのような部署に配置するべきかと言うことが定まっていないことがあり、医師の役割明確化が極めて重要であるとの指摘が見られた。

医師のなり手自体が不足している自治体もあり、公衆衛生行政医師の確保は喫緊の課題であるものの、医師の確保は困難である。そこで、臨床を続けて頂きつつ公衆衛生領域にも関与して頂けるようなキャリアパスや、行政と臨床との人事交流のような仕組みがあってもいいのではないかと。

を作るなど、臨床医に対して参入ハードルを低くしないと改善は困難ではないかというコメントが複数見られた。

業務内容として、公衆衛生医師の業務は、一般臨床とは違う意味での面白さや、住民のために尽くすことが出来るという実感が得られるとの意見が上がった。また、業務形態の強みとして、ワークライフバランスを取りやすいといった点が挙げられ、産休・育休の取得や子育てをしている職員も多いという。

公衆衛生行政医師の育成という点では、イ

ンターンシップの受入などは、現在の人員や業務量では、受入態勢や受入プログラムを構築することが困難であるとの指摘や、本来行政職として身につけているべき知識を持つ機会を失っている場合があること、また育成を促す人事異動も出来ていない。厚生労働省や国立保健医療科学院への研修・出向などの機会があれば業務の幅や知識も広がり、医師職員のモチベーションにも繋がると思うが、現状の人員体制では、学位を取るために休職することも含めて、研修のために時間を割くことは困難である。なお、このような課題に対して、例えばオンライン研修などが充実することで、このような課題を乗り越えられる可能性も指摘された。加えて、社会医学系専門医の制度ができたことは、公衆衛生行政医師の確保と育成の上で良いことだが、今後、行政の中で働きながら専門医を取得することが出来るような育成システムを構築することが必要となる。

公衆衛生行政医師の確保に向けた広報という点では、広報ターゲットが現状では限られている。例えば、保健所医師募集のポスターを作成しても、大学の公衆衛生学教室など、ターゲットが限られてしまい、その他に広報ができる場を確保することが困難である。レジナビなどのようなイベントに出展することも考えられるが、業務内容が自治体毎に差があることや予算的な課題もある。なお、保健所長会では若手医師や医学生を対象としたサマーセミナーを開催しており、近年では参加者が増加している。ソーシャルメディア(facebook や twitter など)を

	男性	共働き					
		あり		なし		合計	
子供の有無	あり	46	36.5%	80	63.5%	126	100.0%
	なし	4	23.5%	13	76.5%	17	100.0%
	計	50	35.0%	93	65.0%	143	100.0%
	女性	共働き					
		あり		なし		合計	
子供の有無	あり	53	93.0%	4	7.0%	57	100.0%
	なし	12	100.0%	0	0.0%	12	100.0%
	計	65	94.2%	4	5.8%	69	100.0%

表 2 子供の有無と共働きの有無(男女別)

使った方法も試行されているが、公務員ゆえに情報発信のしづらさがある。

臨床では、都道府県レベルで医師の地域偏在を緩和するために協議会を開催することになったが、公衆衛生行政医師もそのような枠組みが求められる。

■公衆衛生行政医師を対象としたアンケート調査

回答を得た 277 名の特性や勤務先の環境に関する基本統計量を表 1 に示す。回答者の約 6 割が男性、約 4 割が女性であった。医師資格取得年数の平均は 26.6 年で、公衆衛生医師としての勤務年数は 15.2 年であった。また、現勤務先の勤務年数は 3.0 年だが、中央値は 1.5 年だった。勤務先事業場に所属する公衆衛生医師(常勤)の人数は 2.4 人だった。

家族構成について尋ねたところ、男性では 9 割近くが、女性では 7 割弱で配偶者が存在した。配偶者のある者に共働きの有無を尋ねたところ、男性では配偶者が共働きであると答えたのは 4 割に満たなかった反面、女性では 9 割を超える者が共働きであると回答した。表 2 は、配偶者が存在する者のうち、子供の有無と共働きの有無について男女別にまとめた表である。男性医師では子供がいる家庭のうち 6 割超で

共働きではないのに対して、女性医師では、子供がいる家庭でも 9 割超で共働きであった。

医師資格取得後の年数は、25 年以下～35 年以下が多く、平均で男性 27.7 年、女性 24.9 年だった。勤務先の種別としては、保健所が男女ともに約 65% と最も多く、次いで本庁が 20% 強だった。保健センターや精神保健福祉センター、地方衛生研究所に勤務する者の回答は限定的だった。勤務先の住所地の区分としては一般市に勤務する者が男女ともに多く、次いで指定都市に勤務する者が多かった。勤務先までの通勤時間は、60 分以内が約 8 割を占めたものの、90 分を超えて通勤する者も 5% 程度存在した。また、現在の勤務先における勤務期間は約 7 割の者で 3 年以下だった一方、5 年を超えて勤務している者も 15% 程度いた。一方公衆衛生医師として勤務する通算期間は男女ともに非常に大きなばらつきがあり、明確な傾向はなかった。また、公衆衛生医師として勤務する前の主な職については、男女ともに臨床医が約 6 割と最も多く、臨床研修医や大学院生、大学等の教員・研究者はそれぞれ 10% 程度だった。

社会医学系専門医の取得状況については、2 割強の者が取得をしていなかったが、6 割以上の者が指導医の資格を取得していた。また、その他の専門医資格の保有状況について尋ねたところ、最も多かったのは精神保健指定医であ

項目	男性				女性				合計			
	N	平均	標準偏差	中央値	N	平均	標準偏差	中央値	N	平均	標準偏差	中央値
年齢	170	53.4	9.2	55.5	103	49.9	9.8	51	273	52.1	9.6	54
医師資格取得年数	169	27.7	9.6	30	104	24.9	10.1	25	273	26.6	9.9	29
公衆衛生医師としての勤務年数	169	16.4	11.6	14.75	104	13.3	11.2	11	273	15.2	11.5	13.5
現勤務先の勤務年数	166	3.1	3.8	1.5	100	2.8	4.1	1.5	266	3.0	3.9	1.5

表 1 基本統計量

り(19.2%)、小児科専門医(16.7%)、神経専門医(14.1%)が続いて多かった。

公衆衛生医師の募集を知った経緯について複数回答可で尋ねたところ、全体の約4割が「現役の公衆衛生医師からの紹介」であり、最も多かった。続いて多かったのは「その他」で、知人からの紹介や行政や所属医局等からの紹介・要請によるものが多かった。他には、医師自身がウェブを検索するなど知ったケースや、公衆衛生医師の募集に関する広告等を閲覧した者や、辞令によって派遣された者が見られた。

「公衆衛生医師を志望した動機」について当てはまりを5件法で尋ねたところ、男女ともに

「社会にとって有益な仕事だから」「他の人のためになる仕事だから」「興味のある仕事だから」といった項目で特に当てはまりが強い傾向があった。加えて、「仕事と家庭生活を両立できるから」という項目は女性において当てはまりが高かった。他方、「昇進の機会が多い」「高収入だから」「干渉されず、独立した仕事だから」という項目では、男女ともに当てはまりが弱い傾向が見られた。また、5件法の回答を間隔尺度と見なし、男性と女性との平均値の差について対応のないt検定を実施したところ、「仕事と家庭生活を両立できるから」について有意差が見られた($p < 0.000$) (表3)。

現在の仕事について、「公衆衛生医師を志望

	男性				女性				p-value
	n	mean	sd	95% CI	n	mean	sd	95% CI	
(動機)雇用が安定しているから	171	3.37	0.09	3.19 - 3.54	103	3.47	0.11	3.24 - 3.69	0.498
(動機)高収入だから	170	2.18	0.07	2.05 - 2.32	102	2.23	0.09	2.04 - 2.41	0.706
(動機)昇進の機会が多い	171	2.15	0.07	2.01 - 2.29	102	2.14	0.08	1.97 - 2.31	0.937
(動機)興味のある仕事だから	171	3.89	0.07	3.75 - 4.03	104	3.80	0.08	3.64 - 3.96	0.414
(動機)干渉されず、独立した仕事だから	171	2.36	0.08	2.21 - 2.52	101	2.26	0.09	2.09 - 2.43	0.384
(動機)他の人のためになる仕事だから	170	3.85	0.06	3.74 - 3.97	102	3.87	0.08	3.71 - 4.03	0.842
(動機)社会にとって有益な仕事だから	169	4.00	0.06	3.88 - 4.12	103	4.00	0.08	3.84 - 4.16	1.000
(動機)働く時間などを自分で決定できるから	170	2.66	0.08	2.50 - 2.81	103	2.88	0.11	2.66 - 3.10	0.092
(動機)仕事と家庭生活を両立できるから	170	3.13	0.08	2.96 - 3.29	103	3.73	0.10	3.52 - 3.93	0.000
(動機)教育・訓練の機会が提供されるから	169	2.85	0.07	2.71 - 2.98	102	2.93	0.10	2.74 - 3.13	0.469
(現在)雇用が安定している	171	4.18	0.06	4.07 - 4.30	104	4.25	0.07	4.12 - 4.38	0.449
(現在)高収入である	172	2.72	0.08	2.56 - 2.87	104	2.92	0.11	2.71 - 3.14	0.109
(現在)昇進の機会が多い	171	2.65	0.07	2.51 - 2.79	103	2.83	0.09	2.65 - 3.02	0.115
(現在)興味のある仕事だ	172	3.93	0.06	3.81 - 4.05	103	4.06	0.07	3.92 - 4.19	0.187
(現在)干渉されず、独立した仕事だ	171	2.64	0.08	2.48 - 2.80	104	2.62	0.09	2.44 - 2.80	0.862
(現在)他の人のためになる仕事だ	171	3.94	0.05	3.84 - 4.04	104	4.05	0.07	3.91 - 4.19	0.219
(現在)社会にとって有益な仕事だ	172	4.12	0.05	4.01 - 4.22	103	4.26	0.06	4.15 - 4.38	0.076
(現在)働く時間などを自分で決定できる	171	2.90	0.08	2.74 - 3.06	104	2.90	0.10	2.72 - 3.09	0.979
(現在)仕事と家庭生活を両立できる	168	3.49	0.08	3.34 - 3.64	103	3.78	0.10	3.59 - 3.97	0.020
(現在)教育・訓練の機会が提供されている	170	3.20	0.08	3.04 - 3.36	104	3.51	0.09	3.33 - 3.69	0.013
(現在)研修の内容に満足している	170	3.00	0.08	2.85 - 3.15	102	3.36	0.10	3.16 - 3.57	0.005
(現在)学位取得、留学、研究の機会がある	169	2.35	0.07	2.21 - 2.49	103	2.39	0.09	2.20 - 2.57	0.736
(現在)行政的技能の研修を受ける機会がある	171	3.27	0.07	3.13 - 3.42	103	3.39	0.09	3.20 - 3.58	0.348
(現在)研鑽の機会が充実	171	2.78	0.07	2.64 - 2.92	101	2.95	0.10	2.75 - 3.15	0.171
(現在)広報は充実している	169	2.47	0.07	2.34 - 2.60	103	2.75	0.09	2.57 - 2.92	0.013
(現在)コミュニケーション取りやすい職場環境	172	3.98	0.05	3.87 - 4.08	103	4.02	0.08	3.87 - 4.17	0.644
(現在)給与は見合っている	171	3.31	0.07	3.17 - 3.45	104	3.52	0.09	3.33 - 3.71	0.074
(現在)これからもキャリア重ねたい	171	3.75	0.07	3.62 - 3.89	104	3.79	0.08	3.62 - 3.95	0.751

表3 男女別公衆衛生医師を志望した動機及び現在の仕事に関する当てはまり(男女別)

した動機」に関する質問に準じた項目について尋ねたところ、「雇用が安定している」「社会にとって有益な仕事だ」「興味のある仕事だ」「他の人のためになる仕事だ」という項目で男女ともに当てはまりが強かった。また、女性では「仕事と家庭生活を両立できる」「教育・訓練の機会が提供されている」という項目でも当てはまりが高かった。志望動機についての設問であてはまりが弱かった「昇進の機会が多い」「高収入だから」「干渉されず、独立した仕事だから」に対応する項目「昇進の機会が多い」「高収入である」「干渉されず、独立した仕事だ」についても、あてはまりが弱い傾向が必ずしも顕著ではなかった。「公衆衛生医師を志望した動機」と同様に男性と女性との平均値の差について対応のないt検定を実施したところ、「仕事と家庭生活を両立できるから」(p=0.020)「教育・訓練

の機会が提供されている」(p=0.013)について有意な差があった。

さらに公衆衛生医師の業務に関連する8項目について尋ねたところ、「コミュニケーションがとりやすい職場環境」「これからもキャリアを重ねたい」の項目では、男女ともにあてはまりが強い傾向が見られ、約65%の回答者が公衆衛生医師としてのキャリアを重ねたいと回答していた。また、「広報は充実している」について特に男性であてはまりが弱い傾向が強かった。加えて、「研修の内容に満足している」(p=0.005)及び「広報は充実している」(p=0.013)については、男女間で平均値に有意な差があった。

「これからも公衆衛生医師としてのキャリアを重ねていきたい」に対する回答を被説明変数、公衆衛生医師を志望した動機に関する質問

男性						
変数	係数	S.D.	z	p	95% C.I.	
年齢	-0.028	0.021	-1.35	0.176	-0.069	- 0.013
配偶者の有無(ref.配偶者なし)						
配偶者なし						
配偶者あり	1.483	0.962	1.54	0.123	-0.403	- 3.369
子供の有無(ref.子供なし)						
子供なし						
子供あり	0.974	0.690	1.41	0.158	-0.378	- 2.326
通勤時間	0.135	0.417	0.32	0.747	-0.683	- 0.953
雇用が安定している	0.509	0.275	1.85	0.065	-0.031	- 1.048
高収入である	0.384	0.237	1.62	0.106	-0.081	- 0.848
昇進の機会が多い	-0.359	0.259	-1.39	0.166	-0.867	- 0.149
興味のある仕事だ	0.835	0.369	2.26	0.024	0.111	- 1.559
干渉されず、独立した仕事だ	-0.106	0.214	-0.49	0.621	-0.524	- 0.313
他の人のためになる仕事だ	-0.853	0.509	-1.67	0.094	-1.851	- 0.146
社会にとって有益な仕事だ	1.000	0.438	2.28	0.022	0.141	- 1.858
働く時間などを自分で決定できる	0.103	0.233	0.44	0.659	-0.354	- 0.560
仕事と家庭生活を両立できる	0.356	0.230	1.55	0.122	-0.095	- 0.807
教育・訓練の機会が提供されている	0.023	0.220	0.1	0.918	-0.409	- 0.454
学位取得、留学、研究の機会がある	0.518	0.239	2.17	0.030	0.050	- 0.986
コミュニケ取りやすい職場環境	0.547	0.330	1.66	0.097	-0.099	- 1.193
給与は見合っている	0.330	0.222	1.49	0.137	-0.105	- 0.765

表 4-1 順序ロジスティック回帰分析結果(男性)

に準じた現在の業務に関する状況 10 項目に加えて「学位取得、留学、研究の機会がある」「コミュニケーション取りやすい職場環境」「給与は見合っている」「通勤時間」及び「年齢」「配偶者の有無」「子供の有無」を説明変数とした順序ロジスティック回帰分析を男性・女性別に実施した結果を表 4 に示す。男性では、「興味のある仕事だ」「社会にとって有益な仕事だ」「学位取得、留学、研究の機会がある」の設問であてはまりが high と、「これからも公衆衛生医師としてのキャリアを重ねていきたい」傾向が有意に高かった。一方女性では、「興味のある仕事だ」のほかに「子供あり」「雇用が安定している」「コミュニケーションがとりやすい職場だ」のあてはまりが high と、有意に「これからも公衆衛生医師としてのキャリアを重ねていきたい」傾向が高かった。

■医療機関等に勤務する女性臨床医を対象としたウェブアンケート

平成 31 年 2 月 15 日から 6 日間にかけて、調査を行った結果、115 件の回答を得た回答者の年齢等に関する基本統計量を表 5 に示す。本調査の対象が 45 歳未満の女性医師であるため、回答者の平均年齢は 35.4 歳と比較的低かった。卒後年数は平均 10.5 年で、そのうち臨床医としての通算期間は 9.7 年だった。また、現在の勤務先の勤続年数は 3.5 年だった。

回答結果の詳細については別表に示す。卒後年数を尋ねたところ、6~10 年目が最も多く、全体の約 35% を占めた。なお本研究では、45 歳未満までを対象とした調査のため、最も長かったのは 20 年だった。

主たる勤務先としては、「病院」が全体の 5 割強を占め、続いて「大学・大学病院」が 27.0%、診療所が 12.2% だった。また勤務先の住所は関

女性						
変数	係数	S.D.	z	p	95% C.I.	
年齢	-0.020	0.031	-0.64	0.521	-0.081 - 0.041	
配偶者の有無(ref.配偶者なし)						
配偶者なし						
配偶者あり	-0.504	0.660	-0.76	0.445	-1.799 - 0.790	
子供の有無(ref.子供なし)						
子供なし						
子供あり	1.494	0.751	1.99	0.047	0.022 - 2.966	
通勤時間	-0.176	0.559	-0.31	0.753	-1.272 - 0.920	
雇用が安定している	0.821	0.403	2.04	0.042	0.031 - 1.610	
高収入である	0.258	0.336	0.77	0.442	-0.400 - 0.916	
昇進の機会が多い	-0.349	0.412	-0.85	0.397	-1.157 - 0.459	
興味のある仕事だ	2.524	0.627	4.02	0.000	1.295 - 3.754	
干渉されず、独立した仕事だ	0.033	0.304	0.11	0.915	-0.564 - 0.629	
他の人のためになる仕事だ	-0.483	0.549	-0.88	0.378	-1.558 - 0.592	
社会にとって有益な仕事だ	0.276	0.765	0.36	0.718	-1.224 - 1.776	
働く時間などを自分で決定できる	-0.485	0.386	-1.25	0.210	-1.242 - 0.273	
仕事と家庭生活を両立できる	0.265	0.348	0.76	0.446	-0.417 - 0.948	
教育・訓練の機会が提供されている	0.568	0.398	1.43	0.153	-0.212 - 1.347	
学位取得、留学、研究の機会がある	-0.099	0.358	-0.28	0.783	-0.801 - 0.603	
コミュニケーション取りやすい職場環境	1.076	0.517	2.08	0.037	0.064 - 2.089	
給与は見合っている	-0.094	0.363	-0.26	0.795	-0.805 - 0.617	

表 4-2 順序ロジスティック回帰分析結果(女性)

東地方が最も多く 42.6%、続いて近畿 22.6%、続いて中部 14.8%だった。自宅から勤務先までの通勤時間は、6 割強が 60 分以内だったが、3 割強は 60 分以上かかっていた。なお、居住地については主たる勤務先住所とほぼ同様の結果であった。

強い傾向があった。一方で、「昇進の機会が多いから」「働く時間などを自分で決定できるから」という項目では、あてはまりが弱い傾向が見られた。なお、5 件法の回答を間隔尺度と見なして平均値等を算出した上で、勤務先として回答が多かった「診療所」「病院」「大学病院」別

項目	N	平均	標準偏差	中央値
年齢	115	35.41	5.1	36
卒後年数	115	10.52	5.22	10
臨床医通算期間(年)	115	9.68	4.85	10
現勤務先の合計勤続期間(年)	115	3.47	3.13	2.17

表 5 基本統計量

対象者の家族の状況について、まず配偶者の有無を尋ねたところ、全体の約 7 割で配偶者がおり、その大半が共働きだった。配偶者が共働きの者のうち約 6 割で、配偶者も医師だった。また子供の有無について尋ねたところ、全体の 5 割強で子供がおり、そのうち半数程度が 1 人、3 割強が 2 人いると回答した。

臨床医としての期間は 6～10 年が最も多く、続いて 11～15 年が多かった。主たる診療科としては「小児科」が最も多く、「内科」「麻酔科」が続き、さらに「眼科」「皮膚科」「産婦人科」と続いた。外科系診療科は少なかった。また保有する専門医資格を尋ねたところ、専門医資格を保有していない者が全体の約 2 割と最も多かったが、続いて「総合内科専門医」を保有する者が約 10%、さらに「小児科専門医」が続いた。また、全体の 6%に当たる 9 名が「日医認定産業医」資格を有していた。現在の仕事の前の職としては、「臨床医」が約 7 割を占めた。

「現在の仕事の志望動機」としての当てはまりを 5 件法で尋ねたところ、「雇用が安定しているから」「興味のある仕事だから」「他の人のためになる仕事だから」「社会にとって有益な仕事だから」といった項目で特にあてはまりが

に平均値を算出し、その平均値の差について一元配置分散分析を行った(表 6)。その結果、「高収入だから」「働く時間などを自分で決定できるから」「仕事と家庭生活を両立できるから」「教育・訓練の機会が提供されるから」で 3 群間に有意な差が認められた。「高収入だから」は診療所勤務者であてはまりの傾向が高かった反面、大学・大学病院勤務者では低い傾向が強かった。また「自分で働く時間などを決定できるから」についても、診療所勤務者では平均 4.1 を超えている一方で、病院では 2.6、大学でも 2.7 と大きな乖離が見られた。「仕事と家庭生活を両立できるから」についても、診療所ではあてはまりが高い傾向が強く、病院では弱かった。一方「教育・訓練の機会が提供されるから」については、大学であてはまりが高く(3.6)、診療所(3.1)と病院(3.0)では低かった。

現在の仕事について、「現在の仕事の志望動機」に関する質問に準じた項目について尋ねたところ、「雇用が安定している」「興味のある仕事だ」「他の人のためになる仕事だ」「社会にとって有益な仕事だ」のあてはまりが高い傾向が見られた。相対的に「昇進の機会が多い」「働く

	全体			診療所			病院			大学・大学病院			p value
	n	mean	sd	n	mean	sd	n	mean	sd	n	mean	sd	
(動機)雇用が安定しているから	115	3.59	0.09	14	3.64	0.25	64	3.67	0.12	31	3.52	0.18	0.761
(動機)高収入だから	115	3.17	0.10	14	3.79	0.26	64	3.30	0.12	31	2.68	0.22	0.003
(動機)昇進の機会が多い	115	2.33	0.09	14	2.64	0.27	64	2.30	0.11	31	2.29	0.16	0.417
(動機)興味のある仕事だから	115	3.91	0.08	14	3.93	0.22	64	3.86	0.12	31	4.10	0.13	0.467
(動機)干渉されず、独立した仕事だから	115	3.01	0.10	14	3.57	0.20	64	2.95	0.14	31	2.94	0.21	0.145
(動機)他の人のためになる仕事だから	115	3.82	0.08	14	4.07	0.22	64	3.78	0.11	31	3.84	0.17	0.545
(動機)社会にとって有益な仕事だから	115	3.75	0.09	14	3.93	0.20	64	3.73	0.11	31	3.77	0.18	0.777
(動機)働く時間を自分で決定できるから	115	2.89	0.12	14	4.14	0.23	64	2.63	0.14	31	2.71	0.24	0.000
(動機)仕事と家庭生活を両立できるから	115	3.10	0.12	14	3.79	0.33	64	2.88	0.15	31	3.10	0.23	0.042
(動機)教育・訓練の機会が提供されるから	115	3.16	0.09	14	3.14	0.18	64	2.95	0.12	31	3.58	0.20	0.018
(現在)雇用が安定している	115	3.61	0.09	14	3.07	0.22	64	3.81	0.11	31	3.39	0.20	0.014
(現在)高収入である	115	3.11	0.10	14	3.50	0.20	64	3.36	0.12	31	2.35	0.22	0.000
(現在)昇進の機会が多い	115	2.43	0.08	14	2.64	0.20	64	2.33	0.11	31	2.58	0.17	0.276
(現在)興味のある仕事だ	115	3.91	0.08	14	4.00	0.21	64	3.86	0.10	31	4.06	0.11	0.458
(現在)干渉されず、独立した仕事だ	115	3.04	0.11	14	3.71	0.19	64	2.95	0.15	31	2.87	0.21	0.048
(現在)他の人のためになる仕事だ	115	3.84	0.09	14	3.93	0.22	64	3.89	0.11	31	3.81	0.18	0.884
(現在)社会にとって有益な仕事だ	115	3.88	0.08	14	4.00	0.18	64	3.94	0.10	31	3.81	0.18	0.723
(現在)働く時間を自分で決定できる	115	2.94	0.11	14	3.79	0.26	64	2.83	0.14	31	2.68	0.25	0.013
(現在)仕事と家庭生活を両立できる	115	3.31	0.11	14	3.93	0.25	64	3.19	0.13	31	3.10	0.23	0.050
(現在)教育・訓練の機会が提供されている	115	3.30	0.10	14	3.07	0.20	64	3.20	0.12	31	3.68	0.20	0.059
(現在)学位取得、留学、研究の機会がある	115	2.82	0.11	14	2.36	0.27	64	2.52	0.13	31	3.74	0.17	0.000
(現在)女性医師が勤務しやすい環境である	115	3.38	0.11	14	3.93	0.25	64	3.20	0.14	31	3.48	0.21	0.078
(現在)給与は仕事内容に見合っている	115	3.22	0.11	14	3.50	0.17	64	3.38	0.13	31	2.58	0.24	0.002
(現在)これからも、現在のキャリアを重ねていきたい	115	3.50	0.09	14	3.64	0.17	64	3.47	0.13	31	3.58	0.18	0.768
今までに公衆衛生医師のキャリアを考えたことがある	115	2.42	0.12	14	2.50	0.31	64	2.45	0.15	31	2.23	0.23	0.662
今までに公衆衛生医師のキャリアを経験したことがある	115	1.56	0.08	14	1.64	0.32	64	1.58	0.11	31	1.55	0.15	0.950
将来、公衆衛生医師としてのキャリアを考えている	115	2.29	0.10	14	2.29	0.29	64	2.28	0.13	31	2.26	0.21	0.995

表 6 勤務先種別 仕事選択の動機と現在の仕事の状況に関する比較

時間などを自分で決定できる」「学位取得、留学、研究の機会がある」はあてはまりが弱い傾向があった。志望動機に関する質問同様、5件法の回答を間隔尺度と見なして平均値等を算出した上で、勤務先として回答が多かった「診療所」「病院」「大学病院」別に平均値を算出し、その平均値の差について一元配置分散分析を行った(表6)。その結果、「雇用が安定している」「高収入である」「干渉されず、独立した仕事だ」「働く時間などを自分で決定できる」「仕事と家庭生活を両立できる」「学位取得、留学、研究の機会がある」「給与は仕事内容に見合っている」について、3群間で有意な差が認められた。「雇用が安定している」については、病院勤務者で最も高く(3.8)、診療所では相対的にあてはまりが低かった(3.1)。「高収入である」については、診療所で高く(3.5)、大学では非常に低かった(2.4)。さらに「干渉されず、独立した仕事だ」では、診療所では高く(3.7)、病院(3.0)・大学(2.9)では低かった。「働く時間などを自分で決定できる」も、同様に診療所で高く(3.8)、病院(2.8)・大学(2.7)で低い傾向が見られた。

「仕事と家庭生活を両立できる」も同様で、診療所で高く(3.9)、病院(3.2)・大学(3.1)では低かった。「学位取得、留学、研究の機会がある」では、診療所(2.4)と病院(2.5)では低く、大学では高かった(3.7)。さらに、「給与は仕事内容に見合っている」について、診療所(3.5)・病院(3.4)では比較的あてはまりが高い一方で、大学・大学病院ではかなり低かった(2.6)。

公衆衛生医師のキャリアについて、「今までに公衆衛生医師のキャリアを考えたことがある」と答えたのは3割弱だった。また、「今までに公衆衛生医師のキャリアを経験したことがある」について「あてはまる」「よくあてはまる」と答えたのは5%弱に過ぎなかった。さらに「将来、公衆衛生医師としてのキャリアを考え

ている」について「あてはまる」「よくあてはまる」と回答したのは全体の約15%だった。

D. 考察

インタビュー調査、及び2つのアンケート調査を通じて、公衆衛生行政医師の確保と育成において、いくつかの現状と課題が明確になった。

臨床医や医学生において公衆衛生や行政医師職に対する認知度や関心は現時点で低いものの、関心を持つ者は増加しつつある可能性がある。しかしインタビューの結果、医師を確保する上で、公衆衛生行政医師業務の魅力を経験した医師・医学生に対して十分に伝えることが出来ていないという課題が明確になった。それぞれの調査結果からは、行政における業務が臨床とは違った面白さがあり、やりがいに加えてワークライフバランスを取りやすいことなど、待遇面においても公衆衛生行政医師のキャリアには十分に魅力があることが示された反面、その魅力を伝える方策に苦慮している状況が窺われた。その対策として、ソーシャルメディアの活用や、ドラマや映画、漫画などを使って公衆衛生行政医師業務のやりがいを幅広く訴求する方法が提案された。しかし、ソーシャルメディアについては行政機関内の権限や職掌の観点などから、現状では効果的な活用が困難である。従って、魅力を広く伝えるためには、ターゲットセグメンテーションを明確に行い、各セグメントに適したプロモーションを行うなど、マーケティング手法を活用した公衆衛生医師業務のブランディング戦略を検討する必要がある。

■女性医師に対する働きかけの可能性

公衆衛生行政医師を対象としたアンケート調査では、上述の通り働きやすさ、とりわけライフワークバランスが比較的とりやすい環境

であることが示唆されており、45歳未満の女性臨床医に対するアンケート調査を併せて踏まえると、公衆衛生医師の業務は、臨床医の業務と同等かそれ以上に社会的価値を実感できる、やり甲斐やりがいのある仕事であり、雇用条件についても、給与の状況は臨床医ほどではなくとも、ワークライフバランスを維持した上で仕事内容と見合った給与は確保できていた。実際に子供を持つ女性医師の業務継続意思が高いことが明らかになった。近年、臨床医の超過勤務が大きな社会課題となる中、臨床医の中でもワークライフバランスを持って仕事をしたいと考える医師は一定程度いることが想定される。特に、現代の日本社会では、未だ家事や育児に対して女性が中心とならざるを得ない場合が多く、共働きの世帯における女性医師の負荷は大きいことが推察される。特に病院臨床医として勤務をしつつ出産・育児を行うことはかなり困難である。女性医師では、医学部卒業後に就業率が漸減し、30代中盤(卒後11年頃)で75%程度まで低下した後に再度上昇することが知られており、このような就業率の傾向は「Mカーブ」と呼ばれている。卒後の就業率低下は、出産や子育てが大きな要因としてあげられており、国としても様々な対策を検討している(厚生労働省, 2018)。出産・育児などのライフイベントに直面する女性医師の持つニーズと、公衆衛生医師の業務環境や条件とは、適合性が高いと考えられる。このような女性医師を公衆衛生医師としてリクルートすることによって、公衆衛生医師の充足と若手女性医師の就業維持が期待される。

しかし、今まで公衆衛生医師のキャリアを考えたとき今後のキャリアとして考えている医師は依然少ない。そこで、公衆衛生医師の業務のやり甲斐と共に、積極的にワークライフバランスのとりやすさなどの雇用条件についても、早

期から女性医師に対してアピールすることが有効ではないか。

■研修機会の向上と人事交流の拡大

公衆衛生行政医師の育成に関しては、一貫して将来的なキャリア設計に基づいた「育成プログラム」や「研修機会」の欠如について指摘があった。しかし、公衆衛生医師に対するアンケート調査結果によると、「学位取得、留学、研究の機会がある」については男女ともあてはまりが低かった。業務に直結する教育・訓練の機会は比較的提供されている反面、より広範・高度な知識の習得など業務に直結しない学習の機会を得ることが困難であることが覗える。

その要因としては、そもそも公衆衛生行政医師の役割明確化が進んでいないことや長期的なキャリア設計が曖昧なことが、そして人的・予算的制約や職務上の制約から、まとまった時間を割いて外部研修に参加することが困難であることが挙げられる。実際、今回の調査では、現在の事業場に所属する公衆衛生医師の人数は、保健所に勤務する回答者の8割が2名以下と答えており、事業場を離れて研修を受けることが極めて困難だと考えられる。

このような状況の改善に当たって、公衆衛生行政医師のコンピテンシーや育成プログラムと連動して、継続的な研修機会の必要性を明確にすることが求められる。その上で、オンサイトの研修機会に限らず、オンライン講習機会の提供も有効であることが示唆された。例えば、国立保健医療科学院が開設する講座や、社会医学系専門医協会が提供する社会医学系専門医研修プログラムにオンライン研修制度を設けたり、国内外の公衆衛生大学院等と連携して、オンラインプログラムを開設するなどが検討できる。

また、公衆衛生行政医師のなり手を増やす

ことや、公衆衛生行政医師が継続的に臨床能力を維持させることなどを目的として、臨床現場での業務を続けつつ、公衆衛生領域にも関与できるような人事交流制度・キャリアパスを作るなど、臨床医師に対して参入ハードルを低くすることは不可欠であると考えられる。さらに、臨床医師・公衆衛生行政医師間の交流のみならず、自治体内における事業所間での人事交流や集約化、あるいは自治体を越えた人事交流などについても取り組みを進めることで、研修機会を確保することが期待される。

E. 結論

医師確保の課題として、公衆衛生行政医師業務の魅力を実効的に発信できていないことが示唆された反面、やりがいやワークライフバランスの観点から一定のセグメントにおいては公衆衛生行政医師としての潜在的なやり手がいることが示唆された。また、育成上の課題として、「育成プログラム」や「研修機会」の欠如が挙げられたが、その対策として、組織や地域を越えた人材交流の枠組みを構築することによって、医師確保を促進しうることが分かったほか、オンライン研修制度を設ける必要性が示唆された。

公衆衛生医師は、男女とも経済的安定性よりも社会的意義や自己実現などを重視して志望しており、女性ではワークライフバランスについても重視していた。現在の仕事の状況については、男女ともに業務の社会や他人に対する有益性を認めつつ、男女ともに学位の取得など業務に直結しない自己研鑽の機会を取得する困難さが明らかになった。自己研鑽の充実は、男性の仕事継続意思と関連があるため、早急に環境を整備することが期待される。他方、ワークライフバランスが比較的高いことが示唆され、

子供を持つ女性医師でキャリア継続意思が高いことから、女性医師の確保に向けた取り組みにおいてこのような点を魅力として発信することの有効性が示唆された。病院勤務医では待遇面やワークライフバランスがあまりとりやすすくない傾向が示されており、公衆衛生医師の充実を目指して、ワークライフバランスが比較的とりやすくやり甲斐のある業務を行うことができるキャリアとしての価値明確化を図った上で、若手女性医師を積極的な募集対象の一つとして広報を積極的に行うことが期待される。

【参考文献】

- 6) 厚生労働省 (2005) 「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」『「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」報告書について』。
(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/dl/s0118-4b.pdf>, 2019年1月15日参照).
- 7) 日本公衆衛生協会 (2017) 「社会医学系専門医制度に関する公衆衛生医師へのアンケート」『平成28年度公衆衛生医師の確保・人材育成に関する調査及び実践事業報告書』
(http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikiho ken/pdf/2016_H28_tmp02.pdf, 2019年1月18日参照).
- 8) 厚生労働省 (2017) 「統計表1 医師・歯科医師・薬剤師数、構成割合及び平均年齢、性・年齢階級、施設・業務の種類」『平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況 (全体版)』
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/16/dl/gaikyo.pdf>, 2019年1月18

- 日参照).
- 9) 厚生労働省 (2014) 『公衆衛生医師定員及び現員数調査』
(http://www.phcd.jp/02/j_isshi/pdf/haichi_tmp01.pdf, 2019年1月18日参照).
 - 10) 厚生労働省 (2018) 『保健所における公衆衛生医師配置状況調査』
(http://www.phcd.jp/02/j_isshi/pdf/haichi_tmp02.pdf, 2019年1月22日参照).
 - 11) 大阪商業大学・ほか (2004) 『日本版 General Social Surveys JGSS-2002 基礎集計表・コードブック』
(http://jgss.daishodai.ac.jp/research/codebook/JGSS-2002_Codebook_Published.pdf, 2018年5月12日参照).
 - 12) 渡邊亮・ほか (2018) 「公衆衛生行政医師の人材確保と育成のためのインタビュー調査」『公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究 平成29年度総括報告書』
 - 13) 佐藤大介・ほか (2018) 「一般医師を対象とした公衆衛生医師としてのコンピテンシーおよびキャリアの興味関心に関する研究」『公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究 平成29年度分担研究報告書』
 - 14) 渡邊亮・ほか (2019) 「ウェブアンケートを用いた公衆衛生医師意識調査を通じた公衆衛生行政医師の人材確保と育成のための研究」『公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリア

パス構築に関する研究 平成30年度分担研究報告書』

- 15) 渡邊亮・ほか (2018) 「公衆衛生行政医師の人材確保と育成のためのインタビュー調査」『公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究 平成29年度分担研究報告書』
- 16) 厚生労働省(2018)「女性医師キャリア支援モデル普及推進事業の成果と今後の取組について」『平成29年度女性医師キャリア支援モデル普及推進事業に関する評価会議 資料3』

F. 研究発表

1. 論文発表

該当無し

2. 学会発表

- ・ Watanabe, R., Yoshimura, K., Yoshida, H (2018) "Exploring key challenges to improve the shortage of public health physicians," *Japanese Journal of Public Health*, 65 (suppl): 200.

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

該当無し

2. 実用新案登録

該当無し

3. その他

該当無し

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-eiseishi/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。

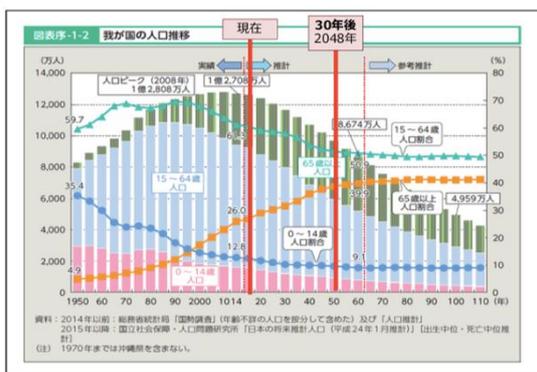
本日の内容

- 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

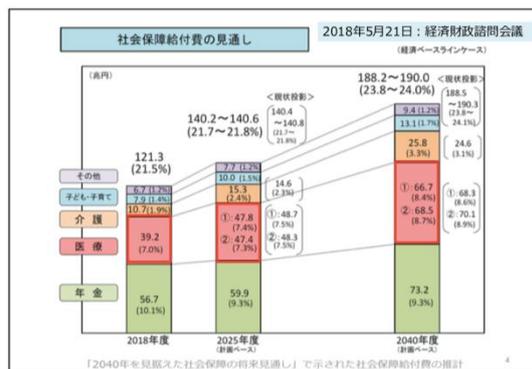
3点です。では、「国内情勢の現在」から開始しましょう。日本の総人口は平成22年(1億2,806万人)をピークに下がり続けています。日本は、人口増加と経済成長の一途をたどってきたため、人口増加と経済成長を前提にした制度設計、社会構築をしてきました。人口減少、経済活動の停滞に対応できる制度設計につくり変えなくてはいけない、というのがこれから先の社会・公衆衛生の大問題です。いかに、今までの制度や構築してきたものをダウンサイズしていくかということに知恵を絞らなければなりません。



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。



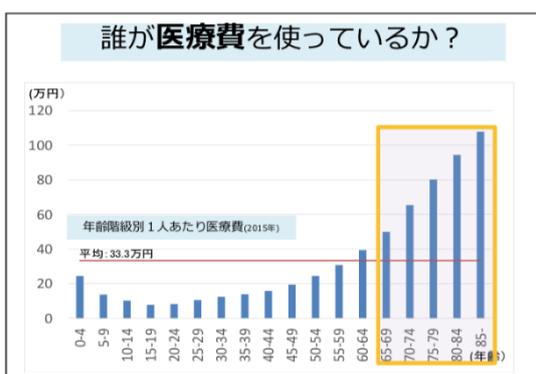
一方で、少ない経済資源の中で社会保障給付費は激烈に伸びています。社会保障給付費というのは、年金というのが大きな予算を占め、次いで医療、介護、子供・子育てが入っています。22年後には、現在120兆円かかっている社会保障費が190兆まで増えるといわれています。



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

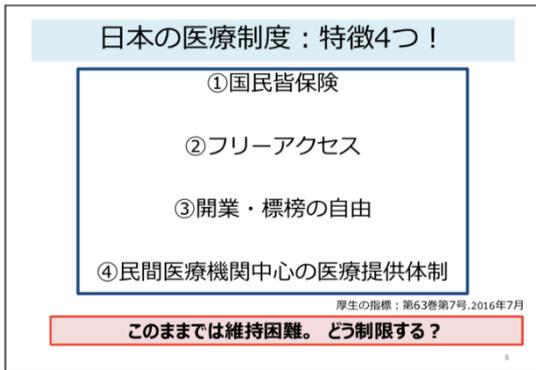
デヴィッド・スタックラー「経済政策で人は死ぬか?」2014、西内啓「統計学が日本を救う」2017。

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！！

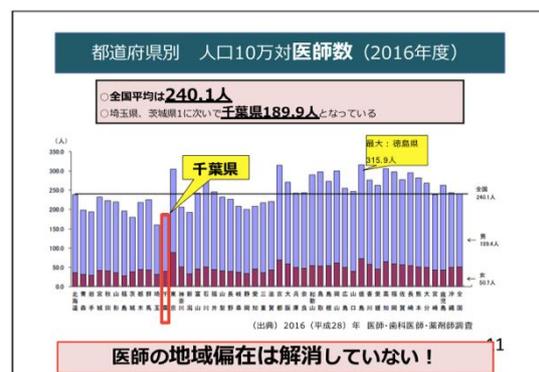
参考
○医療法 第6条の2第3項
(国民の責務)
国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、**医療を適切に受けるよう努めなければならない。**

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

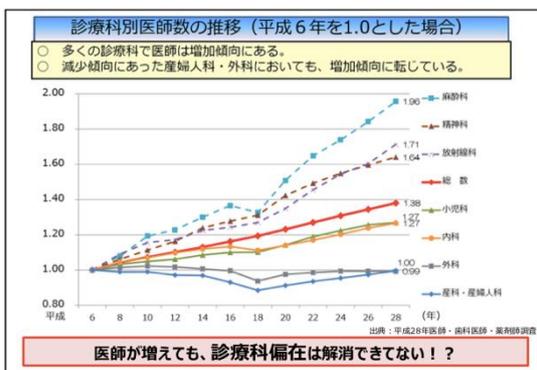
めの懇談会」が開催され、医療法の国民の責務を国民に実践してもらうためには、どのように知識や情報を提供、共有すると、適切な医療のかかり方につながるのか、医師・看護師の働き方改革の観点も踏まえて、真面目に議論し始めました。要は、国民側・患者さん側の行動が変わらない限り、この国の医療専門職の働き方は変わらず、医療提供は維持できないということをはっきり示しています。

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。



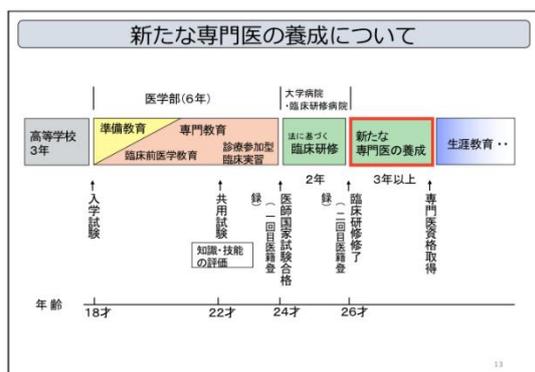
実際、医師の地域格差は西高東低と言われ、西日本に多く、東日本に少ない状況です。国内の都道府県別人口 10 万人あたりの医師数の平均は 240 人程度ですが、埼玉、茨城に次いで千葉県は 189.9 人です。全国平均

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、仕事がかんどい、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「**2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）

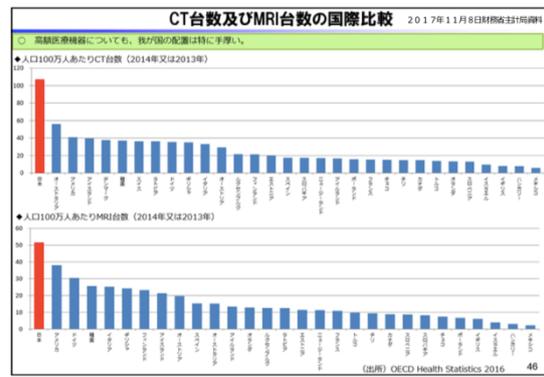
消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、骨椎脊髄外科、集中治療

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	リウマチ科	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動向を随時予定

キャリアアップ支援体制

キャリアコーディネータ

キャリア形成プログラム

キャリアアップ支援体制

キャリアアップ支援体制

キャリアアップ支援体制

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

17

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。

私に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

18

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。

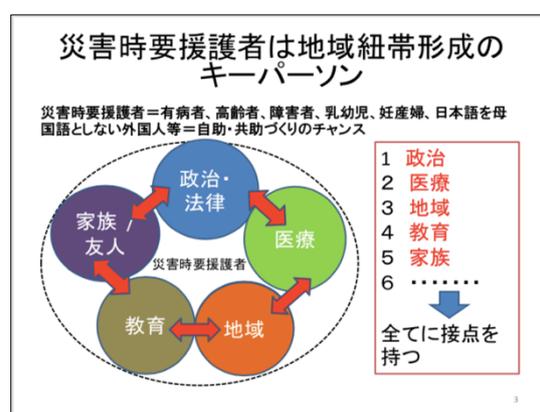
留学中は、アメリカで 4 人目を妊娠・出産し、子育てもしていました。アメリカは、医療レベルが高いと思っていましたが、それは加入している医療保険の種類にもよるようです。私は無給というよりも学生ですから、全く無収入の状態でもディケイトという生活保護のような福祉サービスを受けて過ごしていました。医師は、私のディケイトの保険証を一目見るなり、さげすんだような目をして、隣の患者さんに出していた薬を私には出せないとか、娘が熱で死にそうな状態で救急にかかっているけど、この保険証ではどの治療もカバーできないなどと言いました。私はアメリカに行って、日本の国民皆保険のありがたみも感じましたし、これはおかしいなとい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

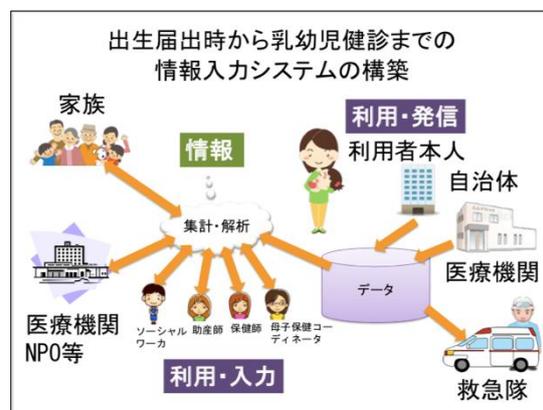
静岡県避難所運営ゲームHUG
使用許諾番号 016号

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。

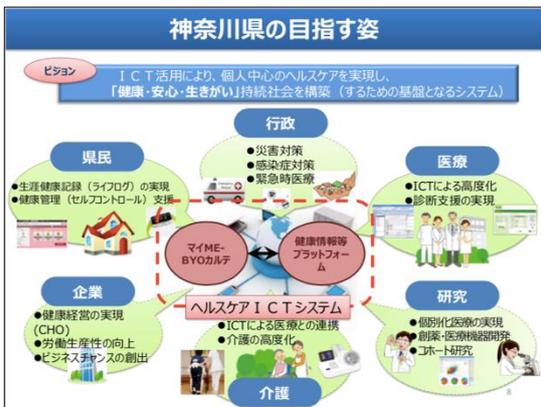
この「災害」、「子育て、子ども」というキーワードで、地域の人たちの優しさや思いやりを引き出せることが分かってきました。「災害」、「子育て、子ども」、誰にでも同じような接点を持つユニバーサルなキーワードですが、今まではそれがバラバラでした。地域の中で、「災害」、「子育て、子ども」を守るというキーワードで働くことで、私は病院の中で見付けられなかった地域の人たちとの接点、そして地域の活性化に対するヒントを見付けて、今の仕事をしています。



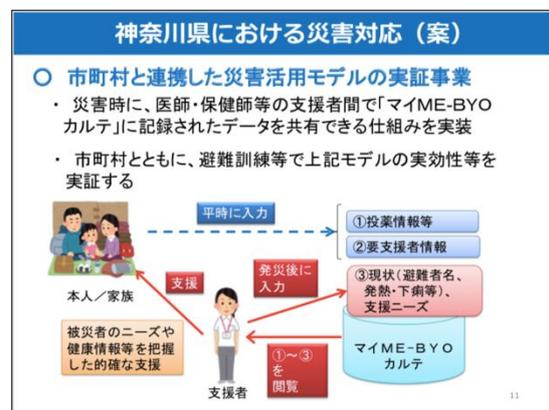


ヘルスケア ICT システムという名の下に、母子健康手帳を電子化して、学童手帳や「マイ ME-BYO カルテ」という健康記録用スマホアプリとつなげて、全妊婦さんが平時からご自分のデータ、健康診断のデータとか、乳幼児健診、ワクチンのデータをバックアップできるような、そういうツールを作っています。

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。



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。



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ら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らう、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。



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

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

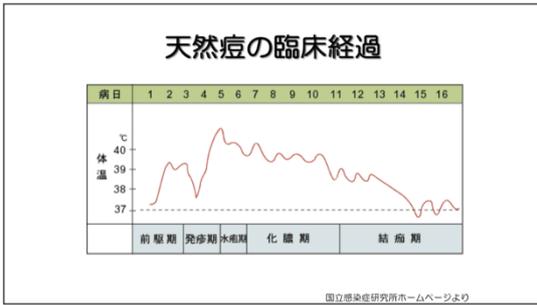
【前駆期】 急激な発熱（39℃前後）、頭痛、四肢痛、腰痛などで始まり、発熱は2～3日で40℃以上に達する。小児では吐気・嘔吐、意識障害なども見られることがある。麻疹あるいは猩紅熱様の前駆疹を認めることもある。第3～4病日頃には一時解熱傾向となる。

【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。

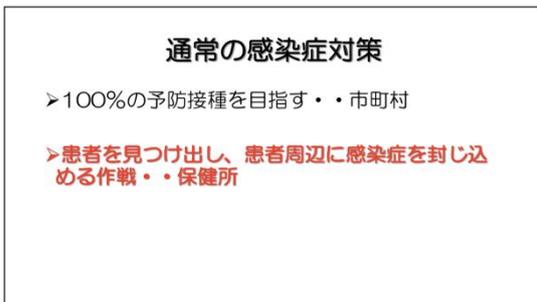
(国立感染症ホームページより)



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。

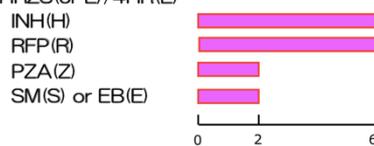
いろいろな対策はあるが、優先順位をつけてわかりやすく。

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現実できません。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方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連絡も含む） 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>

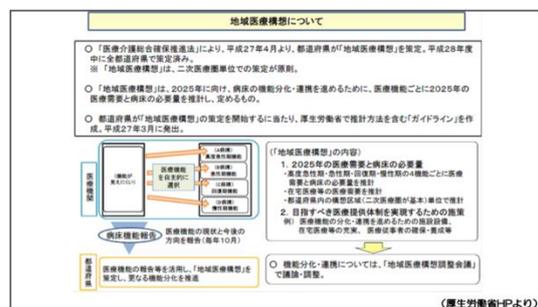
私も色々やりましたが、なかなか上手くいきません。

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ましょうという連携です。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

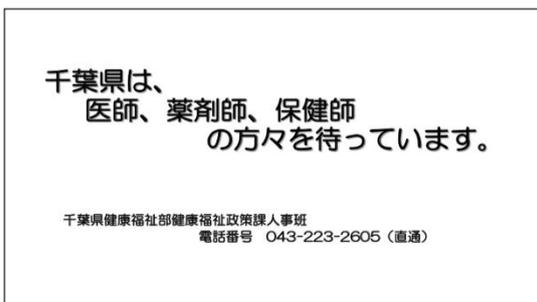
だくかを考えなければいけません。



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と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ろで、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。

「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
未来を拓く研修概要 (2019 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。世代と職種を様々な進めていきたいと思っております。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。今年も、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」

1

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 歳などにも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」をしている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	
	雇員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削減の義務化	2019年4月
	産業医・産業保健機能の強化	
雇用対策法	国による働き方改革推進の基本方針の策定を明記	公布日

※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なりません。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いる状態です。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。

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

前回もお話したとおり、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ないという状況です。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 ・ 個々の自己犠牲 ・ 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・職種の枠を超えた協働・機軸の統合によるパフォーマンスの向上 ・ 「男性中心」の文化に加えて「多様な」性別・年齢・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・年齢に依らずキャリア形成・働き方を支援
2. 医療の在り方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療は専ら病院の患者・利用者に対する ・ 患者を第一の中心に据えたサービス ・ 評価軸が広く個人・事業所・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、保健・介護・福祉と連携しながら、予防・治療から暮らしに至るまで、患者・住民の心とを軸的に向上 ・ 患者・住民の個性・多様性・複雑性に対応した創造的なサービスのデザイン
3. 労パランスの在り方	<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"> ・ アウトプットの指標・評価方法の確立とそれに基く効果的なサービス提供 ・ 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
4. 医師等の役割・現在の在り方	<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備と供給体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の発展がならばつづり、経済活動、持続的発展を支える基盤 ・ 人口減少、疾病構造、医療需要、医療・介護サービスのニーズ、住民・患者の生活様式の変化等を軸に「量と質」の中・長期的發展と供給体制に的確に対応 ・ 特に、医師等の専門知識は、臨床現場だけでなく、医療保健、薬、経営医療、審査支払機関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に、今後世界に比肩するレベルの発展

「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。

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ることになりましたが、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日働き方改革実行会議決定)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法律で導入する方向性が示されている。

◆ この中で、医師については、医師法(昭和25年法律第91号)に基づき従来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こととし、具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、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、本検討会を立ち上げるのである。

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29年8月2日) 医師の働き方改革について
- ◆ 第2回(平成29年9月27日) 労働時間規制について
- ◆ 第3回(平成29年10月17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、医師法に基づく従来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、医療界の参加の下で検討の場を設け、具体的な在り方、労働時間の短縮策等の検討を行い、2年後を目途に結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を立ち上げるのである。

◎ 産長 38

(参考)医療分野についての国際比較(2015年)

	アメリカ	フランス	ドイツ	イギリス	日本
人口千人当たり	2.9 ⁹⁾	2.6	8.1	6.1	2.4
人口千人当たり	2.9 ⁹⁾	2.3 ⁹⁾	6.1	4.1	2.3
人口千人当たりの病床数	2.6 ⁹⁾	2.8	4.1	3.3 ⁹⁾	2.4 ⁹⁾
病床百床当たりの医師数	90.9 ⁹⁾	106.9	50.9	50.9	165.2 ⁹⁾
人口千人当たり	11.3 ⁹⁾	7.9	13.3	9.9 ⁹⁾	11.1 ⁹⁾
病床百床当たり	394.5 ⁹⁾	302.7	164.1	161.6 ⁹⁾	438.9 ⁹⁾
平均年齢(性別別)	6.1 ⁹⁾	7.0	9.0	10.1 ⁹⁾	5.9
平均年齢(性別別)※4	5.4 ⁹⁾	6.8	10.2	5.9	4.3
人口千人当たり	4.0 ⁹⁾	5.0 ⁹⁾	10.0	6.3 ⁹⁾	2.9
女性医師割合(%)	34.6 ⁹⁾	45.9	45.7	44.3	47.6 ⁹⁾
一人当たり医療費(MPF)	9,507	4,125	5,353	4,530	5,266
総医療費のGDP(%)	16.9	9.9	11.2	11.1	11.0
(OECD加盟国間の順位)	1	13	3	4	5
平均寿命(男)(歳)	76.3	79.2	78.3	79.2	80.4
平均寿命(女)(歳)	81.2	82.8	83.1	85.5	84.1

3

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きます。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。

諸外国の状況について(まとめ) ※一部、調査が継続しているもの、参考文献

	米国	英独仏	日本
勤務医の比率は約3割。	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%)。
専門医がプライマリケアとセカンダリアケアの両方をカバーしている。診療を依頼した専門医が患者を病院に連れてきて診療を行うスーパーシステムが生乳。	米国は、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ア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・フランスについても英国に類似。	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ア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・フランスについても英国に類似。	フリーアクセスが特徴。人口千人当たり病床数や人口千人当たり外来受診回数等が諸外国よりも多い。専門医がプライマリケアとセカンダリアケアの両方をカバーする点では米国と類似。
米国には実労働時間規制はないが(新増資規制のみ)、医師については新増資規制から専門医エグゼクティブにより適用除外されている(註1)。	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、一定の弾力的な規制である。	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、一定期間での労働時間の平均も可能)。	労働法制上、医師の特例はない。
インターン・レジデントについては医師事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(註2)。	一般的の特例として個別の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(註3)。	労働法制上、研修医等の特例はない。	

(註1) 出典 The Fair Labor Standards Act of 1938, As Amended
(註2) 出典 The Working Time Regulations 1998, The Working Time (Amendment) Regulations 2002
(註3) 出典 The Working Time Regulations 1998, The Working Time (Amendment) Regulations 2002

2

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

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

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**
⇒医師の偏在は**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**等の対する支援
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」)における統計表(別添)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想定されるものを本表において挙げてみた。

行為(例)
診療がイライラについての勉強
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
自主的院内勉強会への参加、発表準備等
自主的な英文執筆、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っていない場合)
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 ※見学の場長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。

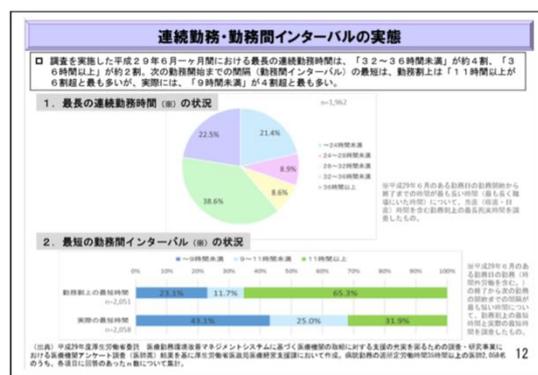
平成 31 年 4 月から働き方改革関連法が施行され、全ての医療機関に時間外労働の上限規制が導入、年次有給休暇の着実な取得が進められます。しかし、医師は、医師法による応招義務があり齟齬(そご)が生じてしまうことから、令和 6(2024) 年までの 5 年間の猶予を取りました。徐々に現場も変わっていきこうということです。とはいえ、医師以外の職種は法の適用を受けますので、平成 31 年 4 月以降、医療現場が変わることになります。

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。

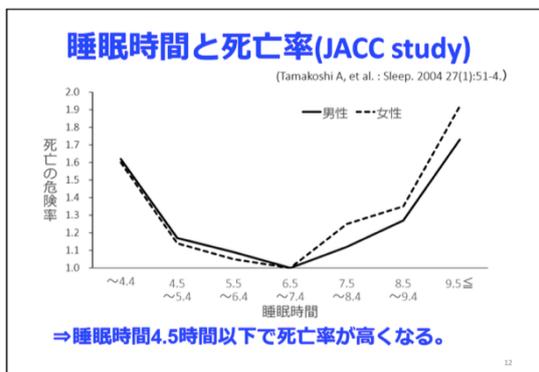
医療職の「働き方改革」には、既存の産業医の活用が必要です。全国に約 9 - 10 万人の産業医の資格保有者がいますが、医療機関においては、必ずしも労務管理を行なえていませんでした。その理由は、労務管理してしまうと、長時間におよぶ残業時間が数字で見えてしまい、同時に対策を迫られます。そもそも産業医が十分に機能している病院が少なく、診療の医師が兼任しており、十分な活動時間がとれないなど、実際のところは産業保健活動がされていなかったという病院が多くあるようです。

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

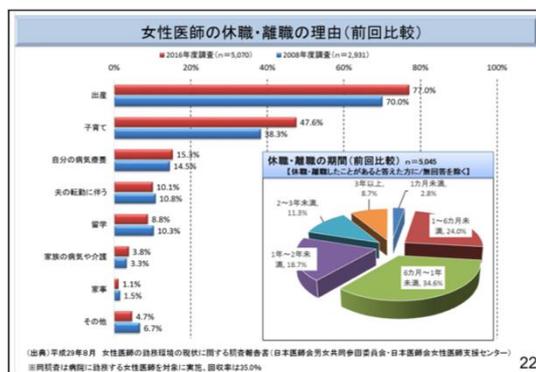
各医療機関においては、医師の業務負担軽減のため、他職種へのタスク・シフティング（業務の移管）を推進する。

- 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）
- 診断書等の代行入力
- 患者の移動

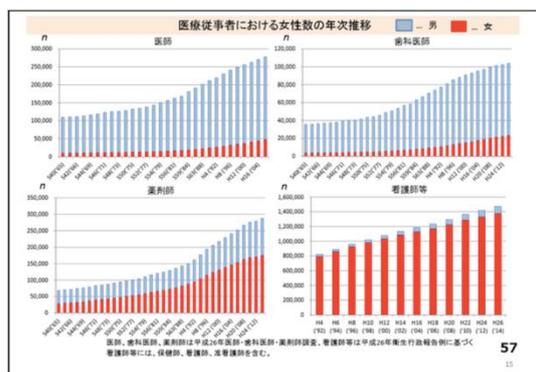
看護師の特定行為の範囲をどうするか？

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・子育てが多くの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

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激化する一方で、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、効率的・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
<p>●多職種が連携する遠隔医療の推進</p> <p>【オンライン診療】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成29年3月に策定したガイドラインについて、検証を行い種別見直しを行う。 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、改定後の医療機関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。 <p>【遠隔医療機器】</p> <ul style="list-style-type: none"> 国家戦略特区の実証等を踏まえつつ、医薬品医療機器等法の次期改正に盛り込むことも視野に検討する。 【ICVを積極的に活用する】 平成29年9月に策定したガイドラインについて検証、見直しを行うとともに、サポートする取組等の推進を進める。 <p>●医療従事者の効率的な配置の推進</p> <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、医療従事者の効率的な配置を進める。 <p>●電子処方箋の普及促進等</p> <ul style="list-style-type: none"> 電子処方箋について、本格運用に向けた実証を通じ、より円滑な運用を可能とする取組を検討する。 電子処方箋の普及促進を図る。 <p>●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。</p>	<p>●介護ロボットの活用</p> <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こと、開発された機器を用いた効率的な介護業務の構築等を行うこと、開発、実用化、導入、活用等の各段階に必要な支援を実施している。 積極的に開発等の支援を行う分野を拡充し（平成29年10月）、新たな開発等を実施する。 保守の確保の観点から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て、実証実証等を進める。 <p>●介護設備のICT化等</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護事業所においてICT化を普及促進するため、介護事業所間の情報連携に資して、今後求められる情報の内容やセキュリティ等を含めた方針を掲げると、ICTの標準仕様の作成に向けた取組を実施する。 国・自治体が介護事業所に対して求める標準等の見直しを進め、文書集の作成に取り組む。 <p>●生産性向上ガイドラインの作成・普及</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護事業所において生産性向上に関する取組を推進するためのガイドラインの作成・普及に取り組む。 事業者向けに生産性向上、ロボット活用等に関する取組を、事業者向けに提供し、ロボット活用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。医療機関の組織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考え、広める必要がある。**
- 医療機関に上手にかかるとは、患者側にとっても、**安心し必要な医療機関を受診できる環境を作るとともに、時間外・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も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、広く関係者の共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	かかり方改善に向けた取組の方向性
<ul style="list-style-type: none"> ●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 ●100名を超えた患者（420/30分）への対応（業務行動調査） ●受け入れる医師の員の低下 ●大規模な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 ●診療科別診療の集中（13,800/30分）や10,000/30分（受診行動調査） ●医療費・自己負担の増加 ●重症診療の発生 ●時間外診療に関する誤認被害の発生 	<ul style="list-style-type: none"> ●いきなり大病院にかかれ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 ●RHOなどの取組の推進 ●平日でも受診できるような取組 ●急病の対応に体制をよりよくする取組の推進 ●不要不急時の時間外診療の抑制 ●RHOなどの取組の推進 ●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・国民主体のものであるが、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、**関係にわたって安心して医療にかか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っ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も経っても過重労働は是正されません。

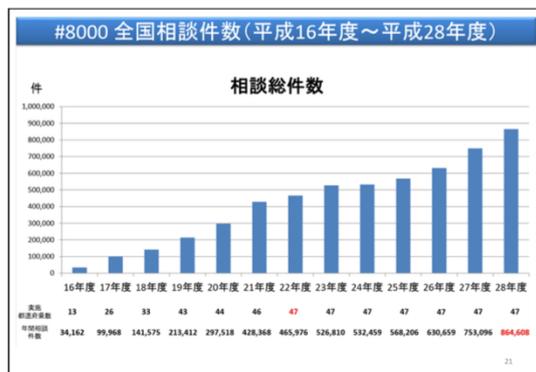
医療のかかり方について、医療費を抑制しよう、賢く病院にかかりましょうと、昔から訴えている方々があります。それは、保険者といわれ、医療のお金を払ってる人たちです。財源は限られてるのに、フリーアクセスで病院を受診されては、保険料もあげるしかありません。支払いが増えて仕方ないので、保険者は余分な医療を減らしましょう、医療費減らしましょうと、以前から取り組んでいます。これらのキャンペーンをもう少しわかりやすいように見直して、国民全体に普及して、医療を安全にかつ効率良く使う取り組みが始まりました。

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。

#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ようとして活動しています。

不要な検査は受けない：アメリカ内科専門医認定協会
賢く選ぶ(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、人件費が増えるのではないか、病院の収益が減るのではないかという事も考えられます。

前回は触れましたが、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。

「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 2 1 年度千葉大学看護学部卒業
 - ・看護師、保健師免許
- ◆ 平成 2 2 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 2 9 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

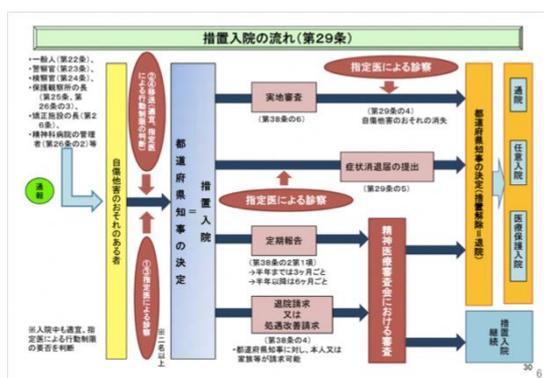
- **自己紹介**
- **横浜市の経験から**
- **厚生労働省の経験から**

横浜市での実践

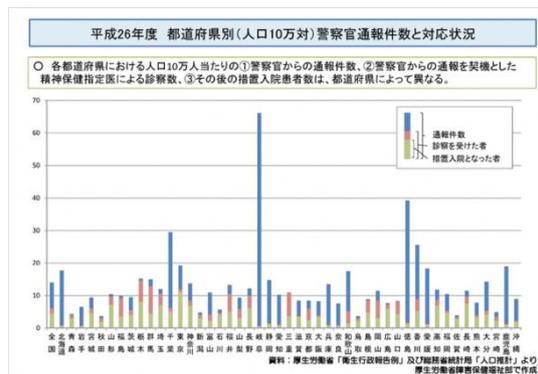
- ◆ 南区こども家庭支援課
 - ・ポピュレーションアプローチ
(乳幼児健診、新生児訪問等)
 - ・ハイリスクアプローチ
(児童虐待ハイリスク群支援等)
 - ・ケース支援での医療、福祉との連携
- ◆ 横浜市精神保健福祉センター救急医療係
 - ・精神科救急対応 (措置入院等)
 - ・精神科救急医療体制整備
(医療システムの整備)

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

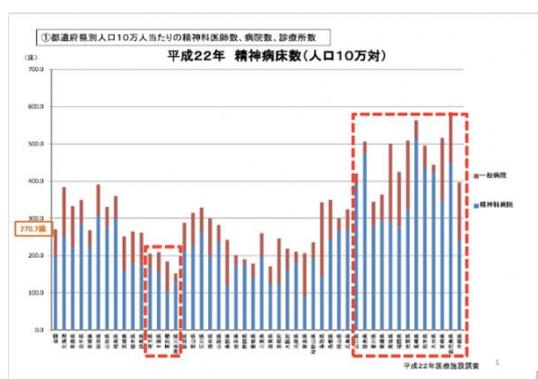
年6月の目黒の女の子が虐待で亡くなりニュースで取り上げられていましたが、類似するケースを実際に自分が目の前で関わることです。一人ひとりのケースを通して、医療機関、児童相談所などの関係機関と連携する経験をしてきました。その後、精神保健福祉センター救急医療係へ異動します。一般的な救急対応だと119番を押すと救急車が到着し、適切な医療機関に搬送してもらえ、制度がありますが、精神科医療の場合は今までの歴史背景もあり、少し異なります。精神科医療における救急対応の区分などについては決められていますが、具体的にどのように医療システムを整理するか、そのシステムを使いやすくするかは、行政の役割になっています。精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。

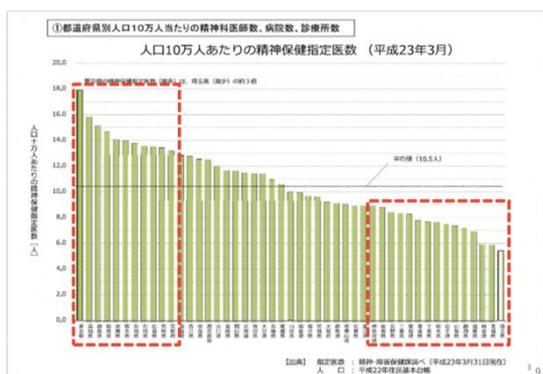


この資料は少し古いですが、現在の傾向とあまり変わっていないと思います。措置入院に至るには、一般的にはまず警察官からの通報、次に警察官による通報を契機とした精神保健指定医の診察、精神保健指定医の判断により措置入院となります。警察官からの通報件数(人口10万人対)だけを見てもその数は全国でバラバラです。私は、岐阜県出身ですが、岐阜県は他の市町村に比べて警察官からの通報が多く、措置入院に至った方がわずかです。地域によって全く状況が異なることがわかります。



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

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

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ったのか、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

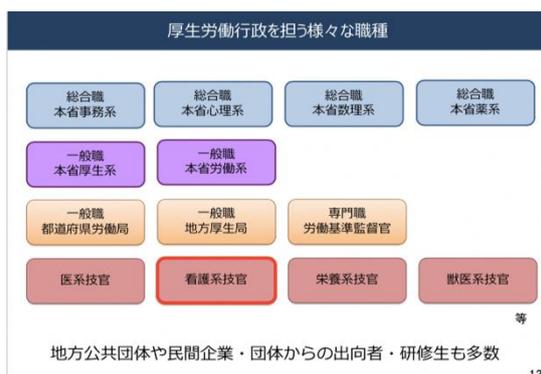
ませんでした。個別のケースでの振り返りや、地域単位でどのように動いているのか、また関連する統計データなどからも情報を収集し実情を把握していくことは必要です。

本日の話

- 自己紹介
- 横浜市の経験から
- 厚生労働省の経験から



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の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いま

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 国民体方法の制定、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

16

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き計画と一体的に推進するための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国に
○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

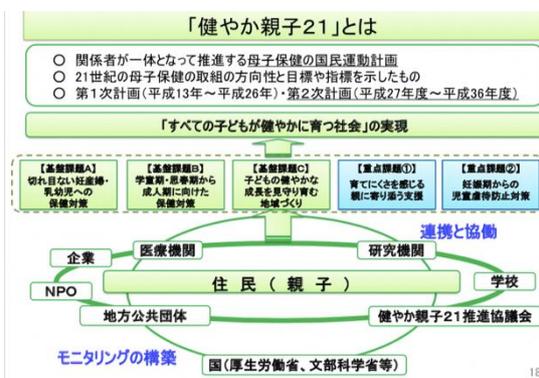
- 2015年 「**健やか親子21(第2次)**」(2015～2024年度)の策定
子ども・子育て支援法の施行

(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

17

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。



18

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日本全国どこで生まれても、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。

子どもの健やかな育つためには、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。

19

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

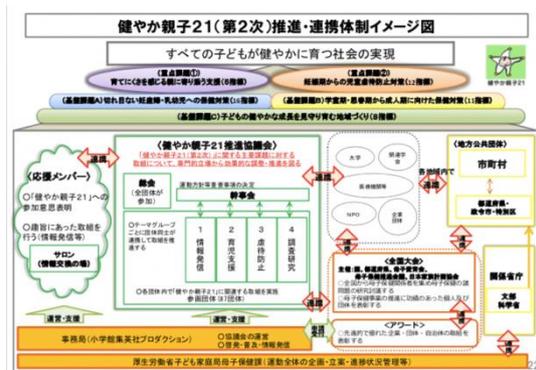
全体の目標達成状況等の評価 ～74項目のうち、約8割が改善～

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	20項目(27.0%) ○新生児死亡率 ○十代の喫煙率 等
	B 目標に達していないが改善した	40項目(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%)	○思春期外來 ○児童虐待による死亡率 ○産婦人科医師数 ○休日・夜間の子供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 ○ゆったりとした気分子どもと過ごす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 ○十代の自殺率
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

20

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ける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。

マタニティマークをととした「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つけ、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付してポスターなどとして提示し、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組み

- 健やか親子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
 - マークを妊産婦に設立していただく
 - 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
 - 関係機関等と連携して、交通機関、職場、飲食店等に取り組みへの協力を依頼
 - 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ワードの作成（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「コノリ」とタイアップ）を実施

思いやりのある行動をお願いします

妊産婦の皆さんが安心して外出できるように、周囲の皆さんが協力をお願いします。

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代は約7割）
 - 平成29年度子育て支援に関する調査で、52.3%の母親が妊産婦にマークを使用していない
 - 平成29年度厚生労働科学研究調べ

【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

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よ。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。

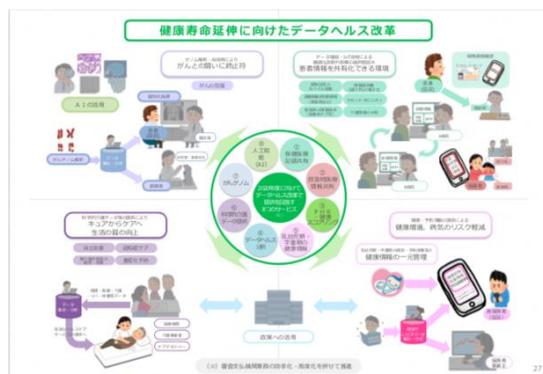


そして、これは「愛の鞭（むち）ゼロ作戦」といいますが、皆さんご存知でしょうか。「愛の鞭（むち）ゼロ作戦」は、体罰によらない育児を推進することを啓発するために作成されたものです。



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できますし、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。

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。

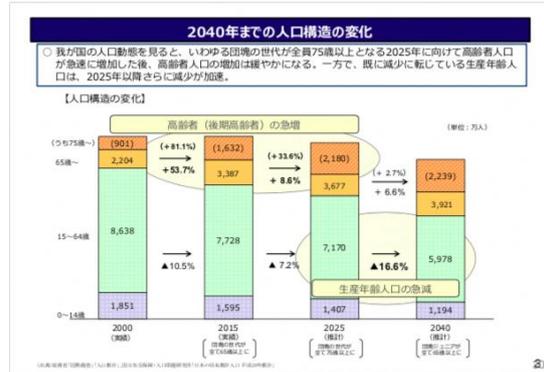
乳幼児健康診査(1歳6か月児健診・3歳児健診)について
※平成17年度に一般財源化(地方交付税措置)

○ 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。

○ 経費 (母子健診法)
第1条 市町村は、次に掲げる者に対し、厚生労働省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 調査の身体を調査するにしない幼児
2 調査3歳を超過し4歳に達しない幼児
第2条 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ことを勧奨しなければならない。

1歳6か月児健診	3歳児健診
<p>○ 健診内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 身体発育状況 2 栄養状態 3 骨格及び関節の疾患及び異常の有無 4 皮膚の疾患及び異常の有無 5 視力及び口腔の疾患及び異常の有無 6 口腔発達の状況 7 精神発達の状況 8 言語発達の状況 9 育児上問題となる事項 10 その他の疾患及び異常の有無 <p>○ 受診人数(受診率) 1,008,449人(95.7%)</p>	<p>○ 健診内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 身体発育状況 2 栄養状態 3 骨格及び関節の疾患及び異常の有無 4 皮膚の疾患及び異常の有無 5 視力及び口腔の疾患及び異常の有無 6 口腔発達の状況 7 精神発達の状況 8 言語発達の状況 9 育児上問題となる事項 10 その他の疾患及び異常の有無 <p>○ 受診人数(受診率) 1,017,584人(94.3%)</p>

健康診査(厚生労働省令(母子健康法第13条第1項)の所定)の所定項目
受診人数・受診率:厚生労働省「保健健康事業報告(平成27年度)」による。 28



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。

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。

データヘルズ時代の母子保健情報の活用に関する検討会 中間報告書 (概要)

【経緯】
○ 2023年1月に厚生労働省「データヘルズ改革推進本部」のもとに、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発足され、乳幼児期・学童期を通じた健康情報の活用促進について検討を進めることとなった。
○ これに基づき、当委員会(母子健康法第13条第1項)の所定項目の母子健康情報の活用に関する検討会(以下「検討会」)を設置し、乳幼児健診及び妊婦健診の健康情報の電子記録情報の連携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】

1. 電子的記録・活用する情報
○ 乳幼児健診(3~4か月、1歳半、3歳)及び妊婦健診の健康情報に於ける「標準的な電子記録様式」及び「標準的な電子化への活用」を検討。
○ 乳幼児健診・妊婦健診の健康情報の活用促進に資する検討会(以下「検討会」)を設置し、乳幼児健診及び妊婦健診の健康情報の電子記録情報の連携及び電子化に関する検討を行った。

2. 電子的記録の普及促進について
○ 「マイナンバー制度」による「特定の個人を識別する識別子はマイナンバー」
○ 標準的な電子記録様式(以下「標準的な電子記録様式」)の活用を促進する。
○ 標準的な電子記録様式(以下「標準的な電子記録様式」)の活用を促進する。
○ 標準的な電子記録様式(以下「標準的な電子記録様式」)の活用を促進する。

3. 今後の検討課題
○ 標準的な電子記録様式(以下「標準的な電子記録様式」)の活用を促進する。
○ 標準的な電子記録様式(以下「標準的な電子記録様式」)の活用を促進する。
○ 標準的な電子記録様式(以下「標準的な電子記録様式」)の活用を促進する。

29



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ズ事業では、平成32年度より、マイナーポータルを通じて

最近では、「成育」という概念も出てきます。

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つの分野を設定し、重点的に取組を推進する。 次世代の健やかな生活習慣形成等 、 疾病予防・重症化予防 、 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	・すべての子どもが健康的な生活習慣形成のための介入手段の普及、政策的な支援 ・「生活習慣病予防推進計画」等の中で定めた取組の進捗状況を把握し、必要に応じて支援策を講ずる	・健やか親子21（第2期）による健やかな生活習慣形成 ・子育て世代生活支援センター等を活用した健康増進事業 ・食育・運動習慣づくり推進、健康増進事業の推進 ・母子保健推進が推進事業の中心となる子育て支援事業の推進 ・健やかな生活習慣形成推進事業等での健康増進事業の推進
健やかな親子施策		
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 ・受けやすいがん検診の体制づくり ・がん検診の普及促進の推進（がん検診の普及促進・がん検診の普及促進） ・がん検診の普及促進（がん検診の普及促進） ・がん検診の普及促進（がん検診の普及促進）	・がん検診の普及促進センターやがん検診の普及促進センターの活用 ・がん検診に関する啓発活動の推進 ・がん検診の普及促進センターの活用 ・がん検診の普及促進センターの活用 ・がん検診の普及促進センターの活用
がん・生活習慣病対策等		
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病対策の連携推進 ・介護予防とフレイル対策の連携推進 ・介護予防とフレイル対策の連携推進 ・介護予防とフレイル対策の連携推進	・高齢者の健康増進と介護予防の推進 ・介護予防とフレイル対策の連携推進 ・介護予防とフレイル対策の連携推進 ・介護予防とフレイル対策の連携推進
介護予防と保健事業の一体的推進		

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	中堅にさしかかったところ	厚生労働省入省（人事交流）	現在 厚生労働省2年目
<ul style="list-style-type: none"> ・大学生生活の謳歌 ・卒業研究 ・就職先の選択 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・新しい分野での挑戦 ・仕組みの改革に携わる ・法令にらむ等 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後のキャリアプランを考える ・昇任試験への挑戦 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・担当業務の歴史を振り返る 	<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健分野のデータの検討 ・健やか親子21の今後の経路を考える

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、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、現場の方々に必要な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て感じています。

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は、今後とても大事になると思います。学生生活を楽しみつつ、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。

ご清聴ありがとうございました。

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。

「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、手ぐすね引いて待っていました。来
ないかと誘われ、私も若かったので、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

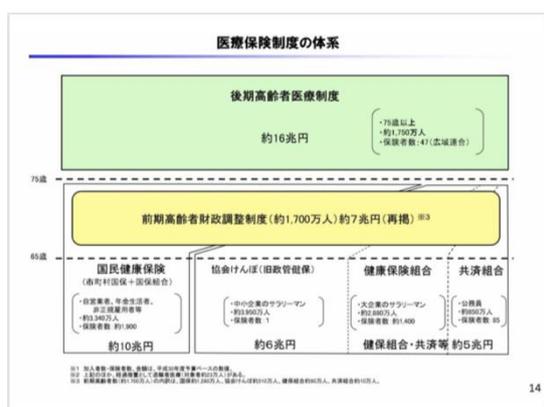
県でできたばかりの救命救急センター、
千葉県救急医療センターで初期臨床研修を
受けました。当時は、全国で5番目か6番
目ぐらいにできた新しい救命救急センタ
ーで、救命救急だけやる医療機関です。現場
は、日夜、戦場です。学生実習の時に、この
救命救急センターを見ていたので、ぜひ救
急医療の現場を経験してから、厚生省に行
きたいということで救急医療センターの野
口センター長（当時）にお願いしたらOKが
出ました。

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。

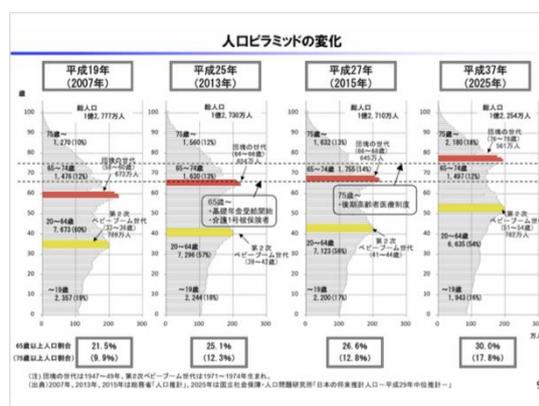
なぜ、タイトルに「2040年」としたか分
かる人いますか。今、厚生労働省は2つの
キーワードを出しています。令和4(2022)
年と令和22(2040)年です。これは試験に出
ないから大丈夫です。令和4(2022)年には団
塊世代の方々が75歳に入り始め、令和
22(2040)年には高齢者がピークを迎えます。

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、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。



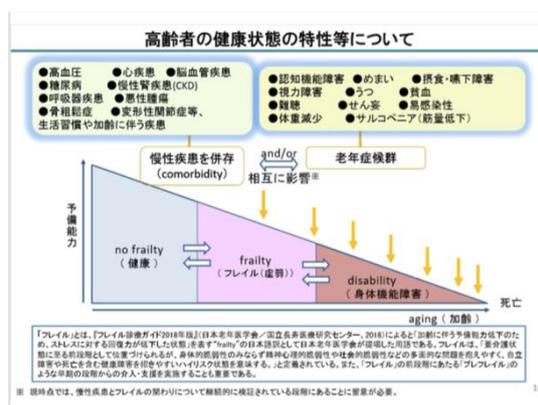
これは、よく出てくる人口ピラミッドです。令和4(2022)年にはベビーブーム期の方々が75歳になり、令和22(2040)年には団塊の世代の子供達が高齢者になります。皆さん方がこれから関わる人たちというのはどういう人たちなのかということを考える必要があります。まず、日本の人口は、今後さらに減っていきます。団塊の世代が全て高齢者になる。それから、団塊ジュニアが後期高齢者になり始めるのが令和22(2040)年ごろで高齢化のピークを迎えます。高齢者が増えるけど、支え手のほうは着々と減っていきます。医療、介護も、このような状況の中で国民の健康をどのように守っていけばよいのでしょうか。先ほどお話しされた中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

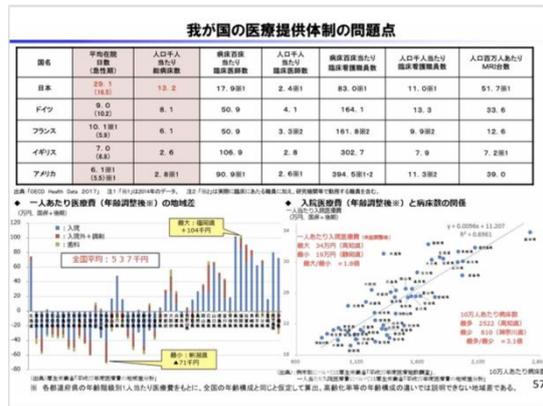
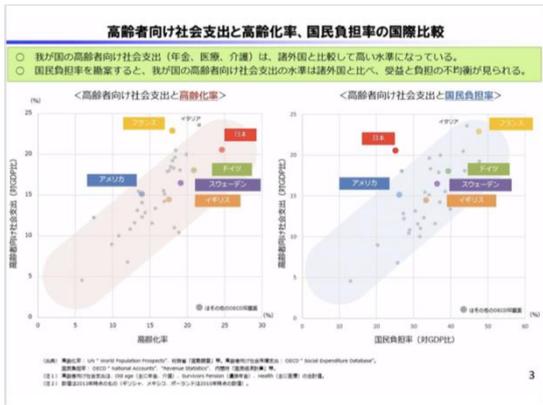
のデータを子孫、将来の人類のために貴重なデータを後世に残すことができたら、日本の役割として、とても素晴らしいことだと思います。実際、日本がこれからどのような高齢化社会を迎えていくのか、特にアジア諸国から注目されています。ちょうど10年ぐらい遅れで日本と同じような問題を抱えています。そのような中、日本のように自分たちの国も健康で長生きできるのか、どのように課題を解決していけば良いのか、日本の取り組み、政策の動向の一つ一つが注目されています。



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、心疾患、脳血管系とか、歳を取るだけで心臓が弱ってきます。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、肺気腫などもあります。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。

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。



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いい医療ができるし、医療・介護スタッフの給料も増やすことができますし、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。

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。

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人当たりの医者



ではなぜ、こんなに仕事が見ついののだろうか。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日ぐらいいなりました。そして、地域差についてです。これは病床数ですが、地域差が非常にあります。特に多い所は九州で、西日本は、ベ

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		
○「健康無関心層への対応」「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習慣形成、②高齢者の健康増進、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 健やかな親子施策	すべての子どもの健やかな生活習慣形成のための ①食生活改善、運動習慣形成 ②生活習慣病の予防に関する啓発活動 ③成長期における関係機関との連携体制構築	▶ 健やかな親子による健やかな生活習慣形成 ▶ 子育て世代の生活習慣病予防に関する啓発活動 ▶ 産前・産後ケア事業、産後ケア事業の推進 ▶ 子育て世代の生活習慣病予防に関する啓発活動 ▶ 健やかな生活習慣病形成の防止、予防の予防・治療の連携体制構築に関する取組
疾病予防・重症化予防 がん・生活習慣病対策	①がん・重症化されたがん・がん医療の医療・健康増進 ②がん・がん検診の普及 ③がん・がん検診の普及に関する先進・連携体制構築（インセンティブの活用）、継続的な啓蒙 ④健康無関心層の健康増進に関する取組（企業、自治体、民間団体等との連携・連携による健康増進） ⑤健康無関心層の健康増進に関する取組	▶ がん・がん検診に関する先進・連携体制構築 ▶ がん・がん検診の普及に関する先進・連携体制構築（インセンティブの活用）、継続的な啓蒙 ▶ 健康無関心層の健康増進に関する取組（企業、自治体、民間団体等との連携・連携による健康増進） ▶ 健康無関心層の健康増進に関する取組
介護予防・フレイル対策 介護予防・保健事業の一体的取組	①介護予防・フレイル対策・生活習慣病の予防・重症化予防 ②介護予防・フレイル対策・生活習慣病の予防・重症化予防に関する先進・連携体制構築 ③介護予防・フレイル対策・生活習慣病の予防・重症化予防に関する先進・連携体制構築 ④介護予防・フレイル対策・生活習慣病の予防・重症化予防に関する先進・連携体制構築	▶ 介護予防・フレイル対策・生活習慣病の予防・重症化予防に関する先進・連携体制構築 ▶ 介護予防・フレイル対策・生活習慣病の予防・重症化予防に関する先進・連携体制構築 ▶ 介護予防・フレイル対策・生活習慣病の予防・重症化予防に関する先進・連携体制構築 ▶ 介護予防・フレイル対策・生活習慣病の予防・重症化予防に関する先進・連携体制構築

「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。

平成31年度概算要求の主な事項（医療・福祉サービス改革）		
取組の方向性		
○「労働力制約が顕著化す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拡大確保」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つの分野を設定し、重点的に取組を推進する。 ①労働力の業務分担の推進、②テクノロジーの最大活用、③組織マネジメント改革の推進		
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
労働力の業務分担の推進	①業務の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進 ②「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組 ③「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組	【業務分担】 ▶ タスク・シフティング等による業務分担の推進 ▶ 業務分担の推進に関する取組 ▶ 業務分担の推進に関する取組 ▶ 業務分担の推進に関する取組 【介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保】 ▶ 介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保 ▶ 介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保 ▶ 介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保
テクノロジーの最大活用	①医療機関におけるA・I・I・C T等の活用推進 ②「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組 ③「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組	【医療機関におけるA・I・I・C T等の活用推進】 ▶ 医療機関におけるA・I・I・C T等の活用推進 ▶ 医療機関におけるA・I・I・C T等の活用推進 ▶ 医療機関におけるA・I・I・C T等の活用推進 【「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組】 ▶ 「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組 ▶ 「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組 ▶ 「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組
組織マネジメント改革の推進	①業務効率化と業務機能のマネジメント改革への支援 ②業務効率化と業務機能のマネジメント改革への支援 ③業務効率化と業務機能のマネジメント改革への支援	【業務効率化と業務機能のマネジメント改革への支援】 ▶ 業務効率化と業務機能のマネジメント改革への支援 ▶ 業務効率化と業務機能のマネジメント改革への支援 ▶ 業務効率化と業務機能のマネジメント改革への支援 【業務機能の拡大確保】 ▶ 業務機能の拡大確保に関する取組 ▶ 業務機能の拡大確保に関する取組 ▶ 業務機能の拡大確保に関する取組

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。

医療・介護・福祉サービスの生産性向上に向けて	
○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顕著化する中で、勤の付加価値産業への人材流出も考慮すれば、医療・介護・福祉の専門人材が機能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、A・I・I・C T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た取組に加えて、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> <p>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・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組） ①「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組 ②「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組</p> <p>介護ロボット活用による特許での効率的な配置の推進（モデル事業の実施と全国展開） ①「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組 ②「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組</p> <p>介護補助者など多様な人材活用による介護業務の効率化</p>	<p>テクノロジーの最大活用</p> <p>医療機関におけるA・I・I・C T等の活用推進、診療等の業務の向上や効率化に資する医療機器等の開発支援 ①「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組 ②「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組</p> <p>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 ①「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組 ②「介護・介護・福祉の専門人材による機能の拡大確保」に向けた取組</p> <p>保育所等におけるICT化の推進</p>
<p>● 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ガイドラインの作成・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・展開 ● マネジメント改革の支援</p>	

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^が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	6	7

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？

-
- 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
 - 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
 - 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
 - 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！

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
吉田 穂波	妊産婦や乳幼児を連れた家族が本当に必要としている災害時の支援とは？	近代消 防	699	48-51	2019
吉田 穂波	支援者のための支援～受援力スキルの強化.	臨床助 産ケア	11(2)	108-115	2019
吉田 穂波	災害時の母子保健.	月刊母 子保健	719	1-4	2019
吉村健佑	日本における遠隔医療・オンライン診療に関連した政策動向ー平成30年度診療報酬改定を踏まえてー	精神科 治療学	34(2)	145-152	2019
吉村健佑、岸本泰 士郎	精神科領域での遠隔医療とICTを活用した医療機関連携の政策動向.	臨床精 神医学	48(2)	235-243	2019
吉村健佑	遠隔医療の推進状況：厚生労働省の施策から読み解く	病院設 備	第 60 巻 2 号	12-15	2018
吉村健佑	厚生労働省におけるICT活用施策の現状.	保健医 療科学	vol 67,NO. 2	158-165	2018
吉村健佑	行政の立場から見た遠隔睡眠医療.	睡眠医 療	12 巻 2 号	199-207	2018
吉村健佑	遠隔診療をめぐる政策動向と普及に向けた課題ーガイドラン,診療報酬など	IT VISIO N	第 38 号	56-58	2018
吉村健佑	レセプト情報等データベース (NDB) を用いた精神医学研究への応用	分子精 神医学	18 (3)	110 - 116	2018
清水栄司、吉村健 佑	エビデンスに基づいた診療ガイドライン使用のための診療報酬化案とビッグデータ化	精神科	3 3 (1)	66-72	2018
吉村健佑、加藤浩 晃	NDBオープンデータを用いた眼科診療の実態研究	MB OC ULI	69	39-46	2018

吉村健佑、櫻庭唱子	診療報酬からみえる薬剤使用の適性化 ～NDBオープンデータを用いて可視化する～	外 来 小 児科	21 (4)	503-509	2018
吉田 穂波	人と未来防災センター特定研究プロジェクト個別性に配慮した福祉避難所の在り方に関する研究会報告書	DRI Tec hnical R eport Se ries	38	37-59	2018
Ai Tashiro, Kayako Sakisaka, Etsuji Okamoto, Honami Yoshida	Differences in infant and child mortality before and after the Great East Japan Earthquake and Tsunami: a large population-based ecological study. doi:10.1136/bmjopen-2018-022737	BMJ Open	8(11)	e022737	2018
大澤 絵里, 藤井 仁, 吉田 穂波, 松本 珠実, 三浦 宏子, 成木 弘子	全国保健所のHIV/エイズ施策における個別施策層への対策と職員の研修受講の関連.	日 本 エ イ ズ 学 会誌	20(2)	138-145	2018
松本浩樹、松島一彰、吉田穂波	PHR利活用システムの構築	日 本 遠 隔 医 療	13(1)	8-11	2017
崎坂香屋子、吉田穂波、高橋謙造、染野享子、竹田響、宮城孝	発災5年目の東日本大震災被災者の生活環境の変化とこころの健康に関する研究-岩手県陸前高田市仮設住宅住民を対象として：熊本地震に活かせる知見とは何か-	明 治 安 田 生 命 こ ころ の 健 康 財 団 2016 年 度 助 成 金 最 終 論 文 集	52	27-36	2017
Kayako Sakisaka, Honami Yoshida, Takashi Miyasaka, Toshiya Yamamoto, Hidemi Kamiya, Masato Fujiga, Norihiro Nihei, Kenzo Takahashi, Kyoko Someno, Reiji Fujimuro, Kazuaki Matsumoto, and Nobuko Nishina	Living environment, health status, and perceived lack of social support among people living in temporary housing in Rikuzentakata City, Iwate, Japan, after the Great East Japan Earthquake and tsunami: A cross-sectional study.	Internati onal Journal of Disaster Risk Reductio n	21	266-273	2017
吉田穂波	あかちゃんとママを守るために	子 育 て 研 究	38	28-34	2018

吉田穂波	地域で次世代を守るために、今、私たちが できること	個別性に配慮した福祉避難所の在り方に関する研究会報告書	8	37-59	2018
吉田穂波	少子化社会と妊娠・出産・子育てテーマで開くまなびの扉―（書評）	保健医療社会学論集	2	1-2	2018
吉田穂波、横山徹爾	今後の DOHaD について―母子コホートとは何か	産婦人科の実際	8	1027-33	2017
吉田穂波	3.11 を教訓とした災害時の対策と妊産婦支援 [連載第 7 回 (最終回)] 特集: スキルの強化	臨床助産ケア	8(6)	114-119	2017
吉田穂波	受援力ノススメ―気持ちよく助けてもらうコツ	KANAGAWA 看護だより	9	6-7	2017
荒井 耕, 阪口 博政, 渡邊 亮, 古井 健太郎	DPC疾患群別費用及び採算に関する病院の認識と実態についての調査	日本医療・病院管理学会誌	54(2)	87-94	2017
都河 明人, 清水 聡一郎, 佐藤 友彦, 廣瀬 大輔, 渡邊 亮, 羽生 春夫	特別養護老人ホーム入所者におけるサルコペニアと認知機能の関連	東京医科大学雑誌	75(3)	366	2017
吉村健佑	NDBを用いた眼科研究の可能性	あたらしい眼科	34(11)	1515-1522	2017
吉村健佑	遠隔医療の推進状況: 厚生労働省の施策から読み解く.	病院設備	60(1)	205-209	2018

Shinobu Nagata, Kensuke Yoshimura, et al.	Does cognitive behavioural therapy alter mental defeat and cognitive flexibility in patients with panic disorder?	BMC Res Notes	11(23)	-	2018
吉村健佑	経営層を動かす!エビデンスのあるキラートーク.	産業保健と看護	9(3)	254-255	2017

学会発表

発表者氏名	論文タイトル名	発表学会名	開催地	開催年月
吉田 穂波	母子保健疫学の最新トピックス	第43回栃木県母性衛生学会	宇都宮市	2018年6月
落合佑三子、中村佳子、北林紅葉、望月真里子、吉田穂波	神奈川県平塚保健福祉事務所における 妊娠期からの児童虐待予防事業の評価について	第61回神奈川県公衆衛生学会	横浜市	2018年11月
Ryo Watanabe, Kensuke Yoshimura, Honami Yoshida	Exploring key challenges to improve the shortage of public health physicians.	第77回日本公衆衛生学会学術集会	郡山市	2018年10月
吉田穂波、渡邊亮、吉村健佑	公衆衛生医師の確保・育成のための多様性包括型キャリアパス構築に関する研究.	第77回日本公衆衛生学会学術集会	郡山市	2018年10月
Honami Yoshida	Disaster preparedness in maternal and child health - The Lessons learned from Mega Disasters in Japan.	The 48th APACPH Symposium.	神戸市	2018年9月
Hideyuki Sakamoto, Honami Yoshida.	Kanagawa's Disaster Preparedness: Personal Health Record (PHR) System for saving life in	The 48th APACPH Symposium.	神戸市	2018年9月

	disaster.			
--	-----------	--	--	--

書籍

著者氏名	タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ペー ジ
吉田穂波、 瀧本秀美	母子保健	古野純典、辻一 郎、吉池信男	改訂第6版： 健康・栄養科 学シリーズ	南江堂	東京	2019	In pres s
吉村健佑	平成30年度 診療報酬改定 における遠隔	吉村健佑	成功する病院 経営 診療報 酬と実践対応	ロギカ出	東京	2018	
加藤浩晃、 吉村健佑	公開データ を元に議論す るのが当たり	加藤浩晃	医療4.0 第4 次産業革命時 代の医療	日経BP社	東京	2018	
吉村健佑	メンタルヘル ス不調を疑っ たら	吉村健佑	医療機関にお ける産業保健 活動ハンドブ	公益財団 法人 産業 医学振興	東京	2019	
吉田穂波、 横山徹爾	我が国の出 生体重の推 移—ナショ	池田智明／金 山尚裕／関沢 明彦	胎児発育不 全	中外医学 社	東京	2018	2-10
吉田穂波	『「つらいの に頼れない」 が消える本 ——受援力 を身につけ る』	吉田 穂波	『「つらいの に頼れない」 が消える本 ——受援力 を身につけ る』	株式会社 あさ出版	東京	2018	1-300

吉田穂波、 瀧本秀美	母子保健	古野純典、辻一 郎、吉池信男	改訂第5版： 健康・栄養科 学シリーズ 社会・環境 と健康	南江堂	東京	2017	233-24 4
ウェンディ・ スワンソン (著), 吉田 穂波 (監訳)	ママドクタ ーからの幸 せカルテ～ 子育ても仕 事も楽しむ ために	五十嵐 隆 (監 修)	ママドクタ ーからの幸 せカルテ～ 子育ても仕 事も楽しむ ために	西村書店	東京	2017	1-480

平成 31 年 3 月 12 日

国立保健医療科学院長 殿

機関名 神奈川県立保健福祉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中村 丁次



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業
2. 研究課題名 公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) ヘルスイノベーションスクール設置準備担当 教授
(氏名・フリガナ) 吉田 穂波 ヨシダ ホナミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	神奈川県立保健福祉大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 3 月 12 日

国立保健医療科学院長 殿

機関名 神奈川県立保健福祉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中村 丁次



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業
2. 研究課題名 公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) ヘルスイノベーションスクール設置準備担当 講師
(氏名・フリガナ) 渡邊 亮 ワタナベ リョウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	神奈川県立保健福祉大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 3月26日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
国立保健医療科学院長

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職名 学 長

氏名 徳久 剛史 印



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業
2. 研究課題名 公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部附属病院・特任講師
(氏名・フリガナ) 吉村 健佑・ヨシムラケンスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年3月26日

国立保健医療科学院 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 福島 靖正 印



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業
- 2. 研究課題名 公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリアパスの構築に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 保健医療経済評価研究センター・主任研究官
(氏名・フリガナ) 佐藤 大介・サトウ ダイスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

- (留意事項)
- ・該当する□にチェックを入れること。
 - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。