

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」の記事一覧

「社会医学」と称される領域には、非常に幅広い学問、職種、業務が含まれます。それ故に全体像をつかみづらい、と思う人もいるかもしれませんが、しかし全体に通底するのは、小さな地域社会から地球全体まで、さまざまなサイズの「社会」で暮らす人々の疾病を予防し、健康の維持・増進に貢献する、という姿勢です。それは医師法1条に記される「国民の健康な生活を確保する」という医師の機能を、臨床医学とは違う側面から支えるものとも言えます。

集団や社会システムへのアプローチを中心に据える点が、病める個人を主に対象とする臨床医学と社会医学の最大の違いですが、人文・社会系を含む他領域の学問との連携が深く、かつ多いのも社会医学の大きな特徴でしょう。そこに学びの面白さと、職業としてのやりがいも共存します。

この領域で活躍する医師の専門性を維持、向上すべく、2017年「社会医学系専門医制度」が発足しました。この連載では、各領域で活躍する医師の姿を通じて、社会医学のいまと未来を展望します。

記事一覧



【第5回】医系技官として国の健康課題に向き合う
2021年3月22日



【第4回】未曾有のパンデミックに、数理モデルで立ち向かう
2021年1月12日



【第3回】「地域を診る医師」として保健所で住民の健康をサポート
2020年11月18日



【第2回】マネジメント視点で取り組む「健康な街づくりと健全な病院づくり」
2020年10月19日



【第1回】「生命や健康のインフラ」たる 社会医学のプロフェッショナルを育む
2020年3月29日



【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」
2020年3月29日

カテゴリ一覧

キーワードから記事を探す

インタビュー

学生レポート

【第1回】「生命や健康のインフラ」たる 社会医学のプロフェッショナルを育む

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」

2021年1月19日

ツイート



カテゴリー一覧

キーワードから記事を探す

インタビュー

学生レポート



01

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」

一般社団法人 社会医学系専門医協会
 理事長 宇田 英典先生

一般社団法人 社会医学系専門医協会
 理事長 宇田 英典先生

時代のニーズに即した専門性を育むため、2017年に始動した社会医学系専門医制度。臨床医学以外の領域で専門医資格が取得できる点でも注目を集め、初年度から100人を超える専攻医応募があり、話題を呼びました。ここでは、社会医学系専門医協会でも理事を務める宇田英典先生に、自身のキャリアを振り返りながら、本制度に込められた思いについて語っていただきました。

公衆衛生の重要性を離島医療の現実から学んだ

まずは宇田先生が医学の道を志したきっかけを教えてください。

わが家は医師の家系ではありませんでしたが、理系科目が得意だったことから、高校時代の進路選択で医学部を視野に入れていました。ちょうど自治医科大学が設立されたタイミングで、縁あって1期生として入学しました。

面映いですが、入学試験の一環として各都道府県で行われる一次面接で、「アルベルト・シュヴァイツァーのような医師になりたい」と答えたことを覚えています。

自治医科大学は「医療に恵まれない地域における医療を確保する」という趣旨の下に設立された教育機関です。私も卒業後はその精神に則り、出身地である鹿児島県のへき地で臨床医として働き始めました。

義務年限である卒業後9年間、主に奄美大島、甌島（こしきしま）列島などでの離島医療に従事した後、国立公衆衛生院（現・国立保健医療科学院）での1年間の研修を経て、保健所や県庁に勤めました。以来、公衆衛生分野の医師として様々な取り組みをしながら現在に至ります。

当初は臨床で活躍していた宇田先生が、公衆衛生に興味を持った理由は何ですか。





きっかけの一つとなったのは、離島医療の経験でした。たとえば奄美大島の診療所に勤めていた時は、その南にある加計呂麻島、与路島、請島なども船で巡回するんです。患者さんの中には精神障害や認知症を抱えていたり、がんが進行していたりと、困難な状況にある人も少なくありませんでした。

そうした人を見ていると、医療を宅配するように往診するだけでなく、疾病が発症・重症化する前の予防や、地域の医療サービスのマネジメントが欠かせないんじゃないか、と考えるようになったのです。また、臨床医と行政サイドのコミュニケーションがスムーズにいかない場面も経験し、橋渡しとなれる医師がもっと必要だと実感しました。

進路を決める上では、そのとき厚生省（当時）の医系技官として鹿児島県に出向されていた郡司篤晃先生からも大きな影響を受けました。社会医学、特に公衆衛生学が担う役割の重要性を先生から詳しく教えていただいたからです。

今でも印象に残っているのが、「君のミッションは何だい？」と問われたこと。この言葉をきっかけに、「医師として、誰のために、どんな使命を果たしたいのか」「そのために、どういう道を選ぶのか」といったことにあらためて思いを致したことが大きかったと思います。

社会医学のあり方を明確化できるシステムをめざして

宇田先生が理事長を務める社会医学系専門医協会が創設された背景には、どのような思いがあったのでしょうか。

平時から地域や集団のニーズを把握し、必要な場にバランス良く医療資源を投入する。そして、パンデミックや災害などの有事の際は、危機管理の視点を持ってより良い道を模索する……。こうして考えると、社会医学が果たしている役割はまさに「生命や健康のインフラ」であり、高い公益性を有することが分かります。新型コロナウイルスの問題でも、危機的な状況を何とか乗り越えようと全国各地の保健所が懸命の努力を重ねているからこそ、クラスターの把握などが可能になり、被害の拡大を抑制することにつながっているのです。

ますます少子高齢化が進んでいく日本では、より高度化・多様化した健康問題に対応していかなければなりません。グローバリゼーションの進行や多発する災害という世界情勢に照らしても、社会医学の重要性は増しています。しかし、臨床医学に比較すると、領域横断的な社会医学の専門性はなかなか把握しづらい側面がありました。この分野で40年近くにわたり活動してきた私でさえ、「自分のスペシャリティをどうとらえればいいのか？」と悩むことがあったほどです。

社会医学の専門性や学びの体系が明確になれば、国民から適正な評価を得られるというだけでなく、誇りを持って自分たちの知見を示すことができるはずです。人材確保の観点からも、ここをはっきりさせることが不可欠だと感じました。こうした思いを背景に、2015年9月に母体を設立し、2016年12月に一般社団法人となったのが社会医学系専門医協会です。

指導医や専門医、専攻医の募集を始め、それに対する反応をどう受け止めましたか。

社会医学系専門医制度がスタートしたのは2017年春ですが、それに先んじて前年から指導医および専門医の認定を進めていました。当該分野での経験年数などを基準として、2019年6月時点で3161人が認定されています。また、専攻医についても初年度から100人を超える応募があり、2019年度には350人が本制度の研修プログラムに参加しています。これらの数字は個人的な予想を上回っていて、いい意味で裏切られたという感触です。まだ産声をあげたばかりの制度ですし、課題もありますが、本協会に寄せられている期待の大きさを実感しますね。

各分野の英知を生かし、最適解を見出す存在に

宇田先生が考える「社会医学系専門医に必要な能力」とはどんなものなのでしょうか。

社会全体の健康水準を向上させたり、健康を脅かす危機に対応したりする社会医学系専門医にとって、「個」に対する視点を忘れないまま「集団」を俯瞰できる能力は必須だといえます。また、行動科学的な視点を持ちながら、どのように対象へアプローチすることが適切なのか考え抜く能力も大切です。相手に行動変容を促すことは容易ではありませんが、それが集団となればなおさらですから。

本協会は8つの学会（日本衛生学会、日本医療情報学会、日本産業衛生学会、日本疫学会、日本公衆衛生学会、日本災害医学会、日本医療・病院管理学会、日本職業・災害医学会）と6つの団体（全国衛生部長会、全国保健所長会、地方衛生研究所全国協議会、全国機関衛生学公衆衛生学教育協議会、日本医師会、日本医学会連合）から構成されていますが、それぞれで立場も専門性も大きく異なります。しかし、こうした多様性こそが、社会医学の特徴を体現しているともいえます。複数の分野からもたらされる知見を最大限に活用できる仕組みを作り、適切なアプローチを実現することも、社会医学に携わる医師として望まれる素質の一つですから。

改めて、臨床医から社会医学に転じられた宇田先生が感じるこの領域の魅力はどんな点でしょうか。

「社会医学」とくくると、臨床に近い産業衛生や救急医学、基礎系の研究者も多い衛生学、保健所など行政で働く医師が多い公衆衛生学など、その内容は非常に多彩で働き方も魅力もそれぞれに異なると思います。私の専門である公衆衛生学で言えば、現在のコロナ禍のような非常時は、精神的にも肉体的にも相当なプレッシャーがかかるきつい仕事なのは間違いありません。特に平成の時代は保健所の統廃合が進み、組織、人員、予算のすべてが縮小されてきましたから。

しかし、絶対に誰かがやらねばならない仕事なんです。新型コロナの感染爆発を抑え込んでいるのは、全国の保健所職員による網羅的で献身的な追跡調査のおかげでもあります。そういう使命感は間違いなく持っています。また、当然ですが年中非常時なわけではありません。平時は地域医療構想の立案など、医療、介護、福祉のシステムづくりに丁寧に取り組むことができます。その際に医師以外の他職種の方と日常的に仕事ができるのも臨床医にない面白さですね。付き合える人の幅広さは、社会医学系の全領域に共通する魅力と言えるかもしれません。

最後に、社会医学に興味を持つ医学生や医師たちへメッセージをお願いします。

卒後の進路として社会医学の道を選ぶ医師は、全体の1%にも満たないというのが現状です。ただ、これを「希少価値がある」とプラスに受け取れば、「じっくりと丁寧に育成してもらえる」というメリットを感じられるのではないのでしょうか。

本制度の研修プログラム（3年間）は、「行政・地域」「産業・環境」「医療」の3分野から主分野（1つ）と副分野（2つ）を選択し、早期から複数の現場で実践を重ねていけることが特徴。基本的な知識を7単位の基本プログラムで固めつつ、それぞれの現場で求められる専門性を積み上げていくような内容となっています。初期臨床研修修了後から参加可能ですから、若手のうちから社会医学に興味を持ち、志望する分野に精通した医師が増えていくことを期待しています。

もちろん、すでに臨床で経験を積んでいる医師が社会医学的な視点を身に付けるために学ぶ、といったケースも歓迎しています。今後、ますます存在感を増していこう社会医学分野を魅力的なキャリアパスの一つとして、多くの医学生や医師にとらえていただけることを願っています。

PROFILE

宇田 英典（うだ・ひでのり）

1978年、自治医科大学医学部卒業。鹿児島大学病院などで臨床研修後、離島医療に従事。国立公衆衛生院（現・国立保健医療科学院）での研修を経て、保健所や県庁などに勤務。2014年、全国保健所長会会長就任。現在、社会医学系専門医協会で理事長、公益社団法人地域医療振興協会で執行役員、地域医療研究所ヘルスプロモーション研究センターでシニアアドバイザーを務めている。

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」の記事一覧

【第5回】 医系技官として国の健康課題に向き合う >

【第4回】 未曾有のパンデミックに、数理モデルで立ち向かう >

【第3回】 「地域を診る医師」として保健所で住民の健康をサポート >

【第2回】 マネジメント視点で取り組む「健康な街づくりと健全な病院づくり」 >

【連載】社会医学系専門医の
「いま・未来」の記事一覧

お役立ち情報へ戻る

トップに戻る 

[ご利用ガイド](#) > [お知らせ](#) > [よくある質問](#) > [お問い合わせ](#) > [サイトマップ](#) > [利用規約・個人情報保護方針](#) > [個人情報の取扱について](#) >

【第2回】マネジメント視点で取り組む「健康な街づくりと健全な病院づくり」

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」

2021年1月19日

ツイート



カテゴリー一覧

キーワードから記事を探す

インタビュー

学生レポート



02

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」

千葉大学医学部附属病院病院長企画室総合調整員
 千葉大学予防医学センター特任助教
亀田 義人 先生

千葉大学医学部附属病院病院長企画室総合調整員 千葉大学予防医学センター特任助教 亀田 義人先生

「社会医学専門医」というと、まずは新型コロナウイルス対策に奔走するような公衆衛生領域に従事する医師をイメージする人が多いのではないのでしょうか。しかし、社会医学専門医制度が包括する領域はより広範で、衛生学など基礎医学にかなり近い領域から、災害医学など臨床と広くクロスオーバーする領域まで、大きくカバーしています。

その中でも少し異色と言えそうなのが、医療制度やシステムの策定、組織管理、医療機関経営といったマネジメントにかかわる医療・病院管理学領域です。医学を学ぶ人にとっては、門外漢とも言えそうなこのフィールドの重要性と将来性に着目し、独自の視点で病院と地域にかかわる亀田義人先生が今回の主人公です。現在のキャリアに至る経緯と、仕事にける思いを伺いました。

「システムづくり」を学ぶために厚生労働省へ

もともとは循環器内科医として働いていた亀田先生が、社会医学系の分野に興味を引かれるまでの経緯を教えてください。



私は千葉県木更津市の出身ですが、「まったく自分の中にイメージを抱けない土地で大学生活を送ってみたい」と思って、縁もゆかりもない地の佐賀大学医学部へ進学しました。結果は最高で、毎日が新鮮で、友人や先輩にも恵まれた学生時代を過ごせました。初期研修時は地元に戻って「たすきがけプログラム」を選択し、1年目は千葉大学医学部附属病院、2年目は君津中央病院で修業しました。

当時、研修先を選ぶ時に考えたのは、患者さんの問題解決には何が必要か、ということです。私自身の力量を高めるのは当然ですが、頼れる人が多い方がいいのではないかと。患者さんは誰に

治してもらってもいいわけで、知り合いの医師など頼れるリソースが多い方が患者さんのためになるし、そのネットワーク含めて医師の能力だろう、と考えたんです。

そういう視点で能力を高めるには、大学院での研修がいいと思いました。市中病院で多数の症例を経験することも、一人前になるために必要だと思いましたが、まず1年目は大学で基礎的なことをしっかり学んでからにしよう、と。なので、1年目大学、2年目市中病院のたすきがけプログラムは最適な選択でした。

ローテーション研修をする中で、最も魅かれたのは循環器内科でした。循環器内科領域の疾患は、非常によく効く薬が多く、診療のダイナミックさを強く感じられたんです。また心臓カテーテル治療など、診断から手術まで単一の診療科の中である程度、医学的な解決が見込めるということも、魅力的に思えました。

また「目の前で倒れた人を助けられる」医者になりたい、という気持ちもありました。例えば心室細動の患者さんは発症後1分ごとに約10%ずつ社会復帰率が下がります。そういう緊急事態に対処できる能力を身に付けたくて進む道を選びました。

そうして後期研修先を選んだのは千葉県救急医療センター。全国的にも珍しい救急単独型の病院で、普通の外来がなく、救急車が到着すると即座に医師が駆け付けて対応する体制になっていました。

こうした現場で働いているうちに、「環境が整っているからこそ高度な治療ができる」ことをしみじみと感じたものです。医師1人が院外や設備のない場所で患者さんに会っても、できることは限られるわけなので。

このことが、後に病院という環境やシステムの重要性に注目するきっかけにもなりました。臨床研修を終えた後は千葉大学で学位を取得してから、33歳の年に人事交流制度を使って厚生労働省に医系技官として出向する道を選択しました。千葉大循環器内科の医局は多様性を認めてくれるところで、非常に幸運でした。今も感謝しています。

新たな世界へ飛び込むことに、しかもそれが厚生労働省という組織であることに、戸惑いや不安はありませんでしたか。

実は、大学院生時代に産学連携講座を受講し、中小企業診断士の先生から経営の基礎を教わっていました。そのときに知ったのは、「異業界にこそ問題解決のヒントが転がっている」ということ。むしろ、官僚がどのように政策を立案・調整しているのか、大きな好奇心を抱いての転身でした。

1年目は雇用均等・児童家庭局母子保健課（当時）に配属され、今につながる働き方改革や、児童虐待防止、妊産婦の健康などを取り扱う部局でした。母子保健は公衆衛生の基本と言う人もいるくらいで、そういう部局で学べたのは大きな収穫でした。2年目は医薬食品局血液対策課に異動し、主にHIVや肝炎関連など血液安全というデリケートな領域を担当しました。

厚生労働省での勤務は、救急医療の現場に引けを取らないくらい大変でしたが、同僚も非常に優秀だし、相手にする人も学会長クラスの人ばかりなので、学ばせていただけることがとても大きかったと思います。ある程度仕事に慣れてくると、医療も政策立案も本質は同じだと気が付き始めました。

診療の現場では、ベースとなる知識を持ったうえで、問診や検査で患者さんの状態を把握して、薬物療法や手術といったアプローチで介入し、その効果を評価、確認しますよね。これは一種のPDCAサイクルです。政策立案も、統計データや現場の声から状況をつかみ、それを改善するための政策を立て、事業を実行して、どう変化したかを評価します。

経営の場合は、経営指標を元に経営戦略を立てます。これら、本質はすべて同じで、個人とその疾患を対象にしているのか、病院や企業、地域を対象にしているのか、の違いだけです。研究においてもやるべきことは同じです。それが見えてくると、一方で使った手法をほかに転用することができるようになりました。

一方で、患者さんやご家族から直接的に感謝の言葉を頂ける臨床医と違い、厚生労働省だと働きぶりは外部から極めて見えにくいですし、感謝の声も届きづらい存在です。でも特に公衆衛生の分野では、自分の利益や評価を上げるよりも、全体がうまく回ることを価値と考えることができ

る人が多かったように思います。

いわゆる「サーバントリーダーシップ」ですね。トップダウン型ではなく、全体を見て全体を回らせるために発揮するリーダーシップ。霞が関には、目立たないけど、日本をうまく進ませるリーダーがいると思います。

病院経営と街づくりはつながっている

その後、千葉大学医学部附属病院に戻ってからは、病院経営に関わるようになったそうですね。

厚生労働省時代、中央省庁と地域をつなぐ役割が欠かせないことを痛感し、私が一助になりたいという思いが芽生えました。中央にこんなに優秀な人がそろっているのに、どうして地方はうまくいっていないのか、という疑問がベースにありました。

そうした時、千葉大学医学部附属病院の山本修一病院長（当時）から、新設の病院長企画室で働いてみないかと誘っていただいたのです。この部署は病院長直轄の組織で、病院の経営戦略やマネジメントを継続的に担うために生まれました。

病院経営において重要なのは、職員や設備、予算といったリソースを最適配分すること。大学は人事異動が多く、継続性がないため、ノウハウが蓄積しにくいですし、経営というマインドセットを持つ人も少ない。そこにテコ入れをする、という目的もありました。そして、「すべては患者さんのため」という病院の使命を達成すべく、具体的な戦略に落とし込むことを求められていました。

しかし、こうした役割を担える人材はまだ不足しています。そこで、病院経営に関わるマネジメントスキルを養成する場として、2018年に「ちば医経塾——病院経営スペシャリスト養成プログラム」（履修証明プログラム）を開講しました。

本塾の受講生は、病院長を含む医師、事務スタッフ、コメディカル、地方自治体の議員も職員もおられます。病院の経営アドバイザーとして広く活躍してきた塾長、病院長企画室長の井上貴裕先生をはじめ、経験豊富な講師陣が「医療経営学」「医療制度論・医療政策学」「医療安全概論」など、全部で120時間以上の実践的な授業を展開しています。

地域医療に関しても、さまざまなことに取り組んでいますね。

私自身もキャリア形成に大きな影響を受けた近藤克則先生のもと、千葉大学予防医学センターで地域マネジメントに携わっています。健康面でもサステイナブルな街づくりをめざして、社会予防医学の視点から研究や事業のお手伝いをしているところです。また、同じく近藤先生が代表を務めるJAGES（Japan Gerontological Evaluation Study：日本老年学的評価研究）にも参加しています。

これは、人間の健康に影響する要素を分析するため、各種データの収集や活用などを行うプロジェクトで、関連して千葉県船橋市の健康増進の総合的な推進を図る「ふなばし健やかプラン21」で推進評価委員会会長を務めるなどしています。

私のモットーを一言で表現するなら、「健康な街づくりと健全な病院づくり」。現在は、病院経営や「ちば医経塾」に関することが仕事の8割を占めていますが、こうした活動もいずれは地域医療につながっていくと考えています。業務フローを改善した「健全な病院」が地域連携部門などを強化することの延長線上に、「健康な街」も存在するはずですから。

病院の経営改善において、亀田先生が最も大切にしていることは何ですか。

何よりも「皆がハッピーになれる仕組みづくり」に知恵を絞っています。大学時代の恩師の一人、戸田修二先生の口癖だった「人間はハッピーでないといかん」の影響を受けているのですが、この言葉は物事の本質を突いていると思いませんか。病院は、患者さんに良質な医療を提供する場であると同時に、医療従事者がやりがいを持って健康的に働ける場でもあるべきです。

もちろん、新しい仕組みを導入しようとするれば、組織内に軋轢が生まれることもあるでしょう。その大きな原因の一つは「余裕のなさ」ですから、まずは組織内の人々の負担を減らすことが大切です。現場を見渡すと、ろくな効果を生み出さない雑務が必ずと言っていいほど存在し、リソースの最適配分を阻んでいます。

そこに介入することで「楽になった」と実感してもらえれば、新しい仕組みも受け入れてもらいやすくなります。かのスティーブ・ジョブズも「経営において重要なのは、やらないことを探すことだ」と言っていますが、無駄を省くことで生まれた余裕を、より付加価値の高い行動のために割くというイメージです。

もう一つ、さまざまな学問の中で、経営学って歴史がかなり浅いです。100年ほどでしょうか。さらに医療経営学となるとまだ十分に整理されておらず、発展途上というレベル。これから僕らの世代、次世代の人材がさらに整理していかねばならない分野だと思っています。それは海外でもさほど変わっていませんね。New England Journal of Medicineも最近、NEJM Catalystという経営系の雑誌を出しましたが、まだ手探りのように感じます。

最後に、社会医学系に興味を持つ医学生や医師たちへメッセージをお願いします。

当院においても、病院経営に関する後進の育成にはまだまだ課題が残っています。そもそも医学教育のカリキュラムにはマネジメントの要素があまり含まれていないので、多くの医師にとって縁遠く感じられるかもしれませんが、医師がマネジメントを学ぶことには大きな意義があります。

高い専門性と倫理観、そして職業的使命感を備えた人材がマネジメントに関与することは、病院のより健全な経営につながるからです。有為な人材を獲得するためには、当該分野の枠組みが明確になり、認知度が高まる必要があるため、そうした意味でも社会医学系専門医制度の確立は意義深いといえるでしょう。

少し現実的な話をしますと、医師の資格を「武器」と称する人がいますが、私は「何かあっても自分を守ってくれる盾」だと思っています。だから、リスクを取って戦う、挑戦するための「剣」としては、別の何かを持っていたいんです。会社経営をしている知人は、何の後ろ盾もない状態で自らリスクを取って奮闘しています。

医師は幸いなことに、失業することはまれで、ある程度の生活は保証されています。そんな恵まれた環境にいて、挑戦しない方がもったいない、という思いが、私の根底にあります。

近年は、臨床で感じた課題を解決したいと、キャリアを重ねてから社会医学の道に進んでくる医師も少なくありません。現状に問題意識を持ち、それを解決したいと思うこと自体が、実はとても「社会医学的」なことなのです。日ごろの診療で「モヤモヤ」を感じたとき、それは社会医学の門をたたくべきタイミングなのかもしれません。そして、挑戦はいつでもできるという思いを共有したいですね。

PROFILE

亀田 義人 (かめだ・よしひと)

佐賀大学医学部を卒業後、千葉大学医学部附属病院循環器内科に入局。同大学大学院医学薬学府環境健康科学専攻循環器内科学博士課程修了後、厚生労働省へ出向（雇用均等・児童家庭局母子保健課 課長補佐、医薬食品局血液対策課 課長補佐）。現在、千葉大学医学部附属病院病院長企画室総合調整員、病院経営管理学研究センター特任講師、千葉大学予防医学センター特任助教。社会医学系専門医・指導医。

インタビュー

ツイート  

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」の記事一覧

【第5回】医系技官として国の健康課題に向き合う >

【第4回】未曾有のパンデミックに、数理モデルで立ち向かう >

【第3回】「地域を診る医師」として保健所で住民の健康をサポート >

【第2回】マネジメント視点で取り組む「健康な街づくりと健全な病院づくり」

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」の記事一覧

お役立ち情報へ戻る

トップに戻る 

ご利用ガイド > お知らせ > よくある質問 > お問い合わせ > サイトマップ > 利用規約・個人情報保護方針 > 個人情報の取扱について >

【第3回】「地域を診る医師」として保健所で住民の健康をサポート

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」 2021年1月19日

ツイート 



カテゴリ一覧

キーワードから記事を探す

インタビュー

学生レポート

東京都大田区保健所感染症対策課長 高橋 千香先生

公衆衛生領域で働く医師にとって、代表的な職場の一つである保健所。2020年は特に新型コロナウイルス感染症のパンデミックによって、保健所の医師の働き方、その使命や悩みが過去になく、クローズアップされました。

しかし、それでもなお、保健所という行政組織の中で働く医師が平時にどんな役割を担っているか、毎日どんな覚悟を持って働いているかは、意外に知られていないのではないでしょうか。今回は、日本のコロナ対策の最前線に立つ、東京都大田区保健所感染症対策課長の高橋千香先生に登場いただきます。インタビューは2020年の盛夏、区の新型コロナ対策会議の合間を縫って行われました。

挫折から拓けた公衆衛生の道

学生時代から地域保健に関する活動に参加していたそうですが、どんな取り組みだったのですか。

私が進学した東京女子医科大学には数十年の歴史を持つ「地域保健研究会」という学生団体があり、そこに1年生のときから所属していました。私の入部当時で20年近くの歴史がある研究会で、学生が医療過疎地に赴いてフィールドワークを行う伝統があったのですが、私の時は新潟県の豪雪地帯の村に伺いました。

その地域では、雪深い冬の食料として食品を長期保存する文化が根付いていることもあってか、住民の塩分摂取量が非常に多く、胃がんの発症率が高かったのです。そこで、1週間かけて公民館に泊まり込み、各地区を回りながらその住民の方に向けて「健康教育」を行いました。

最後には大学の公衆衛生学教室の教授にも来てもらって、講義をしてもらい、翌年はがん検診の受診率が改善したそうで、地域の保健師さんにも喜んでもらえました。1年生から参加していましたが、その頃はまだ大学でも医学の授業を受ける前ですし、血圧を測るとか簡単なことしかしていません。でも病気のことを分かりやすく、かつ押し付けがましくならないように説明する大切さに気付いたのは、この時だと思います。

でも当時の私は「大学を卒業したら病院で臨床医として働く」という将来像を描いていました。人体をオールラウンドで診られる内科医になって地域のために働きたいと思い、初期臨床研修はさまざまな診療科をローテーションできる東京医療センターでお世話になることにしました。

卒後3年目からは、内科の中でも感染症もあればがんもあり、アレルギー疾患もあるなど、幅広い領域の疾患を扱い、画像診断や病理診断にも携われる点に魅力を感じて、東京女子医科大学病院の呼吸器内科で働き始めました。

病院臨床をめざして歩んでいた高橋先生が、公衆衛生の道を本格的に考え出したきっかけは何ですか。



正直に言うと、当時の大学病院の勤務環境は、私にとってはかなりハードでした。当然、研修医時代と違って誰かのサポートを期待するわけにはいかず、3年目でも当直時には現場の責任者として1年目、2年目の後輩やスタッフをリードする必要もありました。

その頃の呼吸器内科は人が少なかったんだと思います。他科との交渉も、相手がずっと上の先生だとまったくかなわず……。厳しい思い出です。また、想像よりはるかにハードな毎日を過ごす中で、「この働き方のままでは結婚や出産は難しいかもしれない」とも考えました。そこで臨床以外で働くことを考えたとき、頭に浮かんだのが学生時代からなじみのあった公衆衛生分野だったのです。

当時の大学の月給は当直代を含めて10万円ほどでしたから、アルバイトに行かないと生活できません。そのアルバイト先で外来診療をたくさん経験したことも、転身を後押ししてくれたように思います。

それまでは入院している患者さん、つまり病気がすでに悪化した方を担当することがほとんどでした。特に東京女子医大はCOPDの権威の先生がおられたこともあり、かなり重症の患者さんが多かったのもあります。一方、外来では「生活しながら病氣と向き合う」患者さんとの出会いが多くなります。重症化する前の段階で予防的に介入することの大切さをあらためて実感し、そこに医師としての興味も移っていきました。

そこで4年目途中で呼吸器内科の教授に相談したうえで、5年目から母校の大学院の公衆衛生学教室に進みました。公衆衛生学の先生方には、地域保健研究会で指導もいただいていたので、その影響もあったと思います。4年間かけて博士課程まで修了した時は、大学に残って研究を続けようかとも思ったのですが、現場に出て患者さんやいろんな方と話をしながら仕事をするのも面白いかな、と2010年に東京都へ入職しました。

「積極的な提案」ができることの楽しさ

これまで都内3か所の保健所で勤務経験があるそうですが、具体的にどんな業務を担当してきたのでしょうか。また仕事の面白さはどんな点でしょうか。

まずは多摩小平保健所（感染症対策担当係長）と北区保健所（結核感染症係長）で主に結核対策に関する業務に携わり、感染が起こった背景の調査、専門家委員会の開催、対策の立案・実行という一連の流れを経験しました。

その後、北区保健所で保健予防課長になりました。それまでは地域の皆さんや患者さんと直接お会いする機会が多かったのですが、課長となってからは病院管理者や医師会の理事などのやり取りが増え、関係機関との連携体制を整えることが主な業務となりました。

現在は、大田区保健所の感染症対策課長として働いています。課員は20人ほど、半分が保健師、残りが事務職、私のほかに係長職で医師が1人います。感染症に関する対策の検討・政策の立案に携わるほか、組織内のマネジメント、予算確保といった部分も担っています。

もともと私はこうした裏方でサポートするような役割が好きなたちで、学部生時代の地域保健研究会では活動内容を企業にPRし、協賛金や試供品の提供をお願いすることもありました。その

経験も、実は今の仕事につながっているかもしれませんね。

臨床の現場で病院に来る患者さんを待つのではなく、私たちの方から元気な人にはそのまま健康を維持してもらい、病気や障害がある人には地域で生活しやすいサポートをこちらから提供できる立場に、私たちはいます。方法もたくさんあります。それを考えていく仕事はとても楽しいですね。

私たち行政の人間は法律を作る立場にはありませんが、現行の法律でできる範囲を見極めながら、地域の課題を解決しうる事業を実現することができます。病院では患者さんを「待つ」ことが基本姿勢ですが、ここでは地域の皆さんに「働きかける」ことが可能で、より積極的に健康な生活をサポートできることに魅力を感じています。

臨床から行政に移ったことで、どんな点に大きなギャップを感じましたか。

臨床では、自分が担当した患者さんの治療効果を、診療科にもよりますが数日から数週間の単位で知ることができます。しかし、行政では事業の効果が現れるのは数年後というケースが多く、異動によってそれを見届けられないこともしばしばあります。どちらもやりがいのある仕事ですが、達成感を得られるまでの時間的スケールが大きく異なることは確かです。

また、企業も同様かもしれませんが、組織としての意思決定までに多くの段階を踏む必要があったり、管轄の関係でいわゆる「縦割り」の弊害が出てしまうことも、行政ならではの特徴の一つかもしれません。特に東京都は地方自治法に基づく「特別区」があるので独特なんです。特別区はそれぞれに首長がいて、独立した予算を持ち、私たち職員は都に所属するのではなく、区の上位は国になります。

ですが、分野によっては都が統括するという特殊な建て付けになっています。業務分担についても他の自治体にはない事例があって、たとえば診療所は区の保健所の管轄ですが、20床以上の病院は都の医療政策部が所管しています。

医療法に基づく病院の立入検査は都が行いますが、院内感染など感染症法にも基づく対応は都と区で連携して行っています。新型コロナウイルスのようなケースでは区の範囲内だけで物事を進めることは不可能ですから、複雑に絡み合う関係機関と信頼関係を築きながら、粘り強く調整を重ねる能力が求められます。

地域を守り切る「覚悟」を忘れずに

高橋先生は出産・育児を経験していますが、子育てと仕事の両立についてはどう考えていますか。

私は大学院時代に結婚し、夫や実家とも協力し合いながら、現在小学1年生の子どもを育てつつ働いています。保健所は9～17時勤務が基本ということもあり、比較的ワークライフバランスを保ちやすい職場だといえるでしょう。もともと公務員には女性が多く、出産・育児と仕事を両立するための制度が整っているため、東京都の医系技官は女性の方が多く、保健所長など女性管理職も珍しくありません。

ただし、「楽そうな仕事だから」という理由で行政職を選択するのは、後悔することになりかねないため注意が必要です。昨今のコロナ禍は極端な例ですが、有事の際にはかなり厳しい働き方も覚悟しなくてはなりません。頻繁ではありませんが、課長職ともなると24時間対応を求められ、深夜に連絡が来るようなこともあります。「地域住民の健康を守る」という大きな使命感を持ち、自らの職務を全うできる方に適している仕事だと思います。

最後に、社会医学系に興味を持つ医学生や医師たちへメッセージをお願いします。

病院にいると忘れてしまいがちですが、人間は社会全体の中で生きているものです。疾患の治療だけでなく、患者さんを取り巻く生活環境のことにまで興味の幅を広げられる医師には、社会医学はぴったりの分野だと思います。2017年に社会医学系専門医制度がスタートし、この分野で「専門医」という看板を掲げられるようになったこともこの領域で働きたい人には追い風になりますよね。

社会医学系に興味がある医学生の皆さんには、ぜひ今のうちから多様な経験を積んでほしいと思います。私がやっていたようなフィールドワークもいいですが、それ以外にも自分の視野を広げる方法はたくさんあります。私の場合は、家庭教師、ファストフード店での接客、野球場での売り子など、学生時代に複数のアルバイトも経験してきました。医学部という環境に閉じこもるのではなく、より広い視野で社会のあちこちを見て、たくさんの人と出会うことが、その後の自分の成長につながると思います。

PROFILE

高橋 千香（たかはし・ちか）

東京女子医科大学医学部を卒業後、国立病院機構東京医療センターにて臨床研修。東京女子医科大学呼吸器内科に入局後、同大学大学院（公衆衛生分野）へ進学。博士課程修了後、東京都へ入職し、多摩小平保健所、北区保健所を経て、現在は感染症対策課長として大田区保健所に勤務している。プライベートでは、2013年に出産して一児の母に。医学博士。社会医学系専門医、指導医。

インタビュー

ツイート 

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」の記事一覧

【第5回】医系技官として国の健康課題に向き合う >

【第4回】未曾有のパンデミックに、数理モデルで立ち向かう >

【第3回】「地域を診る医師」として保健所で住民の健康をサポート

【第2回】マネジメント視点で取り組む「健康な街づくりと健全な病院づくり」 >

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」の記事一覧

お役立ち情報へ戻る

トップに戻る 

【第4回】未曾有のパンデミックに、数理モデルで立ち向かう

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」 2021年3月22日

ツイート 



04
 【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」
 京都大学大学院医学系研究科
西浦博先生

カテゴリー一覧

キーワードから記事を探す

インタビュー

学生レポート

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻教授
 西浦 博先生

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックが起こった2020年は、社会医学系の知見が大きく社会に貢献した1年でもあります。この新興感染症に対して、あらゆる現象を数式で表す「数理モデル」を武器に立ち向かい、日本政府の政策決定を縁の下で支えているのが、西浦博先生です。感染拡大対策で、人との接触を8割減らすよう提言し、「8割おじさん」として名を馳せたことも印象的です。社会医学系の中でも、決してメジャーな分野とはいえ理論疫学。その道を追求する研究者としての半生を伺いました。

大学4年、中国で理論疫学と出会う

工業高等専門学校に通っていた西浦先生が医学の道へ進み、中でも理論疫学に興味を持ったきっかけを教えてください。

1995年の阪神・淡路大震災のとき、工業高等専門学校に通う電気工学科の2年生でした。神戸の街で罹災した私を襲ったのは、「自分には何もできない」という強烈な無力感です。そんなときに目にしたのが、人道支援に粉骨砕身するNGOの医師たちの姿。医師だからこそできる社会貢献の力を、まざまざと感じました。その鮮烈な体験に突き動かされ、高専に通いながら1年間受験勉強をして宮崎医科大学に合格し、高専を中退して進学しました。そして、災害時にも活躍できる救急医療のプロフェッショナルを目指して学び始めたのです。

社会医学に魅かれたきっかけは、医学生のとときに参加したNGO活動を含む国際保健医療協力活動にあります。世界保健機関（WHO）の天然痘根絶計画のリーダーを務めた、蟻田功先生が理事長を務めていた国際保健関係機関のプロジェクトです。蟻田先生の元を訪ね、学部4年生のときにNGO活動にインターン生として参加させてもらいました。中国西部でポリオ流行の制御プロジェクトに取り組んだ際、集落ごとの予防接種率をモニタリングしていました。そこで目にしたのは、過去に起きた流行の様子を正確に表した数式。衝撃を受けました。これが理論疫学との出会いでした。

学部卒業後、荏原（えばら）病院での1年間の研修を経てタイに留学したそうですが、かなり思い切った決断ですね。



社会医学と、私が最初にめざしていた救急医療は、ある意味で対極にある分野だと思います。例えば大規模な交通事故が起きた場合、救急医は次々と運び込まれる患者さんの命を救う、いわば戦士のような存在です。一方で社会医学系の医師は、事故が起こった道路のデータを分析し、原因箇所を改善することで事故の発生そのものを減らすようにアプローチします。「これはすごいな」と感動を覚えました。それまでは、ドラマで描かれるような「緊迫した現場で命を救う」「大変だけどやりがいがある」救急医に憧れていましたが、社会医学への興味がどんどんと頭の中を占めていきました。ところが、当時の日本において、社会医学はマイノリティー中のマイノリティー。体系的で質の高い教育を受け、「手に職」と呼べるような知識や技術を身に付けるためには、海外で学ぶ必要があると考えました。

当時は初期臨床研修が義務付けられていなかったこともあり、学部卒業後の研修は都立荏原病院での1年間にとどめ、留学することにしました。留学先に選んだタイのマヒドン大学熱帯医学学校は、熱帯感染症の疫学研究の分野ではメッカのような場所です。まずはそこで集中的に学びたいと考え、思い切って飛び込むことにしました。出発前に、お世話になった先生方へあいさつ回りに伺ったときは、落ちぶれていく人間を憐れむような表情で、「頑張れよ……」と声を掛けられました（笑）。当時はそれだけ「あり得ないキャリア」だったということでしょう。目にかけてくれた先輩は「困ったら戻ってこいよ」と言ってくれ、ありがたかった記憶があります。

世界各地で培ったスキルで未知のウイルスに挑む

その後も、イギリス、ドイツ、オランダ、香港とさまざまな土地で研究に従事したということですが、特に大きなターニングポイントになったのはどんな経験でしたか。

移り気に場所を転々としているように見えるかもしれませんが、それぞれ数年前から明確な目標を定め、意図を持ってデザインしたキャリアです。イギリスを選んだ目的は、感染症の数理モデルにおける名著で、私が大きく影響を受けた“*Infectious Diseases of Humans*”の執筆者であるAnderson教授への弟子入り、理論疫学の総本山であるインペリアル・カレッジ・ロンドンで研究手法を学ぶこと、研究者としてのネットワークの構築でした。ドイツには統計学的推論の技術を身に付けるために行きました。オランダには数理モデルの定式化や解析的なモデルビルディングを勉強しに向かいました。香港は、自分のチームを持って、プロジェクトを主導する経験を積むために教職員として勤務しました。

どの国での経験も貴重なものでしたが、最も大きな影響を受けたのはドイツ（チュービンゲン大学医系計量生物学研究所）です。私のボスだったのは、数学領域出身で統計学者のKlaus Dietz教授。とても厳格な先生で、研究発表の際に何かしら数理上の間違いがあると、資料をパタッと閉じてそれ以降は聞いてもらえなかったことを覚えています。これ以上ないだろうと思うほど厳しかった一方で、若手研究者にも真剣に向き合ってくれました。研究室は田舎町にあって、研究しかしていない生活。日曜の午後顔を出すとボスが出て、私が黒板にカチャカチャと書き込んで質問すると、にこにこ答えてくれました。間違ったことを言ったときは、「チツツ」と言って正しく教えてくれました。生物統計学を一から学び直し、グッと鍛えられた2年半。あの経験があったから、今の自分があると思える期間です。本当の意味で「研究者」になれた気がしません。

この研究室では、家屋を3軒ほど借り切って仕事場としていたこともユニークでしたね。冬場は

積雪でドアが埋まってしまったため、「巣こもり」できるように炊飯器や日本のレトルト食品を備えつつ、研究漬けの日々を送っていました（笑）。

帰国から7年後の2020年、COVID-19の対応に携わった経緯について聞かせてください。

ちょうど家庭を持った後に、東京大学で数理モデルのできる人を探していると聞きました。いろいろな人から誘われていたこともあり、2013年に東京大の准教授として日本へ戻りました。それ以降もたくさんの新興感染症が流行して研究テーマには事欠きませんでした。インパクトが一番大きいのは言うまでもなくCOVID-19です。

20年1月初頭から、かつての同僚である香港大学の研究者たちが尋常ではなく多忙な様子だったので、新型ウイルスの流行で間違いないのだろう、ヒト-ヒト感染もあるだろうと思っていました。当時、武漢の感染者は40人ほどといわれていました。でも、1月半ばにタイ、日本、韓国で感染者が出た時点でヒトからヒトへの感染が起きていることは明らかで、数理モデル上ではすでに数千人の感染者が出ている計算になりました。これはパンデミックになるなど認識しました。

1月から2月初めまでは、COVID-19が広がるメカニズムをとらえる基礎的な研究を行っていましたが、クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」での集団感染を契機に、分析することになりました。「船内に隔離している人々を開放しろ」という海外からの声が大きくなり、船から降ろさなければいけない段階に差し迫ったころのことです。乗船者の中にどれくらいの感染者が無症状で潜んでいるのか、そのうちどれくらいが検査をしても偽陰性になってしまうのかといった点を推定する役回りでした。そのとき得られる情報をもとに、できるだけ正確にリスクの範囲を提示しなければなりません。COVID-19のパンデミックでは、緊急事態宣言の発令など、社会・経済に極めて大きなインパクトを与える判断を迫られます。判断のベースとなる数理モデルには高い妥当性が要求されます。プレッシャーは相当なものでした。

その後、厚生労働省のクラスター対策班として協力することに。2月下旬に厚生労働省の緊急対策本部が立ち上がった際には、空きスペースに長机を並べて、電話線を引いて……とゼロからスタートしました。みんなでパソコンを持ち寄って、モバイルWi-Fiルーターを20機くらい用意して、あとはコピー機が置いてあるくらい。手元のパソコンでは膨大な計算の負荷に耐えられないので、計算は北海道のサーバーにつないでやっていたのですが、作業自体はすごく地味です。6月まではほぼ都内のビジネスホテル暮らし。ホテルに帰ったらシャワーを浴びて寝る、あるいはそのままベッドにパーンと倒れて気づいたら朝、というのが平日休日問わず続きました。

後進を育成し、いずれは新分野の開拓に着手したい

数理モデルを用いる理論疫学の魅力は、どんな部分にあると考えていますか。

すべての現象とそのメカニズムを、数式で理路整然と記述できることです。複雑怪奇に見える現実社会の物事を筋道立てて説明できることに、非常に魅力を感じます。中でも感染症に関しては、数式や数値を使って、「何が起きているのか」「何をしなければならないか」をクリアに提示できます。仮に自分が計算を間違えるとパンデミックがひどくなるかもしれないという大きな責任を背負っていますが、研究成果が政府の政策につながり、形になったときの喜びは計り知れないものがあります。他の専門性を持つ方には見えないうえに見方でも流行データに対峙できるのです。

こうした仕事は自分一人ではできません。クラスター対策班でも、それぞれの専門性を生かしながらチーム一丸となって課題に取り組みました。具体的には、まずは国立保健医療

科学院の健康危機管理研究部の齋藤智也部長や厚生労働省の医系技官が、計算可能なように課題を整理してくれました。そして、私のチームが、その課題を数理的に定義化します。例えば、東京都で夜間の外出や、営業の自粛要請があったときに、実効再生産数はどれくらい落ちるだろうかということ計算していくわけです。そのために必要なデータを東北大学の押谷仁教授とチームメンバーが集めてくれました。結果の分析は、国立感染症研究所の鈴木基センター長らと役割分担して検討し、ようやくリリース可能な情報に変わっていく。重要な問題であるほど、かける人数は多くなります。

最後に、西浦先生自身のこれからの目標と、社会医学系に興味を持つ医学生や医師たちへのメッセージをお願いします。

私個人としては、意外に思われるかもしれませんが、いつかは感染症分野を「卒業」することが目標です。感染症は引き続き重要な問題ではあるものの、開発途上国でも死因としては割合が低下しつつあります。そんな中で、ずっと野望として持っているのは、数理モデルを使った「がん」の予測です。加えて、「糖尿病」「アルツハイマー病」についても、分析に着手し、新たなフィールドとして開拓したいという思いがあります。

そして、もう一つの目標が後進の育成です。2020年8月に赴任した京都大学大学院では修士課程を担当しているので、理論疫学の明日を担える研究者の成長を助けていくことに力を注ぎたい。COVID-19の対応に関していうと、自分がかかなりマニアックな分野で研究しているため、同じように専門的な理論疫学の視点で意見したり、指示を出したりするのは簡単なことではないと思っています。今後を見据えて、同じような危機が起こったときのために、日本にこの分野を根付かせて研究を活発にし、対応力を高めていきたいと思っています。そのためには、かつて日本の大学院でよくみられた丁稚奉公式の教育ではなく、体系的なカリキュラムや相談の場の整備を含めて、より良い研究環境を作り上げるべきだと考えています。研究のメンタリングそのものを良くしたいのです。

社会医学分野に魅かれている方に対しては、自身の「肌」で感じることの大切さを伝えたい。たしかに、日本の大学の公衆衛生の大学院もとても良くなってきています。ただ、疫学や生物統計に関しては、ハーバード大学やロンドン大学などは100年くらいの歴史の差があります。キャリアを考えると、できるだけ早い段階で留学し、系統立った教育を修士課程だけでも身に付けておくといいと思います。興味があるフィールドへ積極的に挑戦する機会を、貪欲に求めてほしいと考えています。

プロフィール

西浦 博（にしうら・ひろし）

宮崎医科大学医学部卒業。都立荏原病院で1年間の臨床研修後、タイ・マヒドン大学熱帯医学校へ留学。客員研究員として英インペリアル・カレッジ・ロンドン医学部感染症疫学教室で学んだ後、広島大学大学院保健学研究科修了。独チュービンゲン大学、蘭ユトレヒト大学などで研究に従事。香港大学公共衛生大学院助理教授として経験を積み、2013年に帰国。東京大学大学院医学系研究科准教授、北海道大学大学院医学研究院教授を経て20年8月から京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻教授。

インタビュー

ツイート 

【第5回】 医系技官として国の健康課題に向き合う >

【第4回】 未曾有のパンデミックに、数理モデルで立ち向かう

【第3回】 「地域を診る医師」として保健所で住民の健康をサポート >

【第2回】 マネジメント視点で取り組む「健康な街づくりと健全な病院づくり」 >

【連載】 社会医学系専門医の
「いま・未来」の記事一覧

お役立ち情報へ戻る

トップに戻る 

[ご利用ガイド](#) > [お知らせ](#) > [よくある質問](#) > [お問い合わせ](#) > [サイトマップ](#) > [利用規約・個人情報保護方針](#) > [個人情報の取扱について](#) >

【第5回】医系技官として国の健康課題に向き合う

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」 2021年3月24日

いいね!

ツイート

印刷/ダウンロード

カテゴリー一覧

キーワードから記事を探す

インタビュー

学生レポート



【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」

内閣官房新型インフルエンザ等対策室・国際感染症対策調整室
 新型コロナウイルス感染症対策推進室企画官

野田 博之先生

内閣官房新型インフルエンザ等対策室・国際感染症対策調整室・新型コロナウイルス感染症対策推進室企画官

野田 博之先生

医師免許を持つ国家公務員として、官公庁や国際機関で働く医系技官は、全医師の0.1%しかいない超希少なキャリアです。社会医学の知見を生かし、保健医療の制度づくりを行うこの業務に、野田博之先生は約10年間携わってきました。現在は新型コロナウイルス感染症対策推進室企画官として、未曾有のパンデミック対策にも関わっています。医系技官を目指したきっかけから現職に至るまでの軌跡、仕事の魅力について話を聞きました。

高校時代に感じた、地域の健康管理を担う医師の必要性

野田先生は公衆衛生学を学ぼうと医学部に進学したそうですね。そのきっかけを教えてください。

私は高校時代、陸上競技部に所属し、長距離の選手として強豪校に追い付け追い越せと練習に明け暮れていました。その中で痛感したのが、医学的なケアの重要性です。そもそも強豪校の選手とは入学時点で実力差があります。それに加えて強豪校にはスポーツドクターなどもいて、けがに対するサポート体制が整っているところもあるという話を聞きました。けがをすると、それだけ練習ができず、さらに実力の差が開いていくことになります。「どこの高校の陸上競技部でも、けがを予防できるよう、医師に気軽に相談できるようになったらよいな」という思いが強くなりました。そして、「費用の心配なく、地域の健康管理に携わる医師に相談できるような仕組みができないだろうか」と考えるようになりました。つまり、医師が提供した医療サービスに関係なく登録された患者数に応じて報酬を受け取る「人头報酬」のような仕組みです。

世の中にないのであれば作ればよい。そのような仕組みを作りたいと思い、医学部に進学しました。高校生のころは「公衆衛生」という言葉すら知りませんでした。最初から、地域の健康に医師として関わりたい、つまり公衆衛生に取り組みたいと考えていたわけです。ただ、大学で勉強していく中で、既に少なくとも半世紀前には、英国ではNational Health Service (NHS)として、General Practitionerを人头報酬で配置する仕組みが作られていたこと、そして、その仕組みにも多くの問題が生じてきたことを知り、自分の考えの浅さに恥じ入るようになりました。

筑波大学に進学して医学生としてさまざまな分野を学び、いざ将来の進路を選択する際は、迷いました。この時の選択の一つの決め手は、「よく分からない」ということでした。スポーツドクターをはじめとする臨床医も魅力的でした。臨床医学の授業では、診断法と治療法という定型的な解決策が、授業や教科書でもそれなりに示されます。けれども、公衆衛生の授業では、結果

としての施策が示されることはあっても、その施策にどのような考えで至ったのかが示されるこ

とはほとんどありませんでした。将来、医師になって仕事をしていくとしても、公衆衛生に関しては、どのようにすれば、そこにある課題を発見して解決できるかについて見当もつきませんでした。「分からなければ学ぶしかない」ということで、公衆衛生の道に進みました。その後20年近く、課題の発見と解決策の実施の方法を「体系化したい」と思いながら、公衆衛生の道を歩んできました。

大学卒業後、大阪大学で指導する立場にもなりました。ここではどのような活動をしていたのでしょうか。

筑波大学の学部生のころから指導を受けていた磯博康先生（現・大阪大学教授）が、私が大学院生の時に大阪大学へ移られたことから、助手として遅れて赴任しました。大阪大学は、戦後最初に公衆衛生学教室が設置された3校のうちの1校で、この分野における長い伝統があり、深い知見が蓄積されています。筑波大学から大阪大学にかけて、公衆衛生の専門家として「下積み」ができたことは、私にとって大きな糧となりました。

「下積み」の時期は、さまざまな仕事を振ってもらえます。どんな仕事でも振られることを嫌に思う人もいるかもしれませんが、この時期は、最も勉強になり、実力を大きく伸ばせる絶好の機会です。この時期を過ぎてしまうと、振られる仕事は選ばれ、減っていきます。その時にはくだらないと思うような仕事の中にも、経験していると10年以上たってから生きてくるものがあります。医学生の方々は、いつどこで「下積み」を経験すれば将来に生きてくるかを、十分に考えた上でキャリアを選択してほしいと思います。

筑波大学や大阪大学にいる間には、茨城県協和町（現・筑西市）を中心に、大阪府八尾市、秋田県井川町など、複数の地域で公衆衛生活動に携わらせていただきました。この時に「現場から情報を収集し、分析した上で、対策を構築する」という公衆衛生上の基本プロセスを十分に経験できたことが、今の私につながっていると思います。現場で実際に見聞きしたことが、後に予想外の局面で役立つケースも少なくありませんでした。この時期には疫学者としても、論文などを通して国内外のいくつかの議論に参加をさせていただきました。

厚生労働省に入省後は、地域での活動で得た経験や疫学者としての分析を基に、自信を持って意見を述べるのができたことが幾度もありました。法律や教科書を読んだだけでは気が付きにくい落とし穴のような課題が時折あるのですが、現場で働く人々の動きを知っていると、解決策がおのずと見えてくるケースがあります。また、専門家といわれる人々がさまざまな分析結果を世の中に出している中でも、自らの手で分析をしていけば、その良し悪しを見極め、自信を持って対応することができます。リアリティーを持って政策に携われるわけです。

公衆衛生の醍醐味を存分に味わえる医系技官

厚生労働省に入省したのは、米国留学などを経た33歳の時です。これはどのような経緯だったのでしょうか。

当時、国の健康づくりの基本計画である「健康日本21」と「がん対策推進基本計画」の改定があり、その中で、それまでしばらく併任のポストになっていた「たばこ対策専門官」に専任で人を置くことになりました。その話を磯先生経由でいただき、大阪大学から人事交流として派遣されることになったのです。公衆衛生学や疫学の専門家として「地域での公衆衛生活動」「疫学調

査・分析」「政策分析・立案」という3つの能力を身に付けたいと考えていたので、国レベルでの政策分析・立案に携われるというはありがたい話でした。

このときに着任した「専門官」や「課長（室長）補佐」のポストは、医系技官として一番やりがいのあるポストだと思います。もちろん上役に相談しながらではありますが、自らの思いを源泉として、具体的な政策を企画・立案できるポストだからです。一方で、このポストは、かなりの激務であることも事実です。特に厚生労働省の健康局は「戦場」と呼ぶに値する忙しさで、政策的な課題が噴出しているようなポストでは、「終電で帰れるかどうか……」というのが当たり前にもなってしまいます。

なぜ、人事交流の期間が終わった後も医系技官を続けようと思ったのですか。

医系技官は、公衆衛生上の基本プロセスを、その裏側も含めて学ぶことができるからです。ある施策が世の中で実現したとしましょう。その情報は多くの場合には報道を通して知ることになります。しかし、報道上の紙面や枠の制約もあり、「どうしてこの施策が必要だったのか」について網羅的に説明されることは少なく、問題だらけに見えてしまうことすらあります。けれども、物事の全容を知り、理解できれば、その施策がどのような必要性から生み出され、世の中に対してどういう効果があるのかが見えてきます。こうした答え合わせを含めて学ぶことは、他の職場ではなかなか体験できません。

私は、急性弛緩性麻痺を感染症法における届出対象疾患（五類感染症）に指定（2018年5月より適用）する仕事を担当したことがあります。ウイルスなどの感染が原因で四肢に運動麻痺が起きてしまう疾患です。15年の夏、日本で急性弛緩性麻痺の小児患者が急増するということが起きました。その原因はエンテロウイルスD68ではないかと考えられたことから、その後の対策として、エンテロウイルスD68に着目して急性弛緩性麻痺を感染症法の届出対象疾患にすべきという声が出てきました。ただ、その時の科学的知見としてはエンテロウイルスD68と急性弛緩性麻痺との因果関係を証明するまでには至っておらず、エンテロウイルスD68に着目して急性弛緩性麻痺の届出を義務化することは困難と思われました。ただ、100%の科学的知見が得られるまで待っていたら、備えがないままに、再度の流行に直面することにもなります。

この時、ポリオが世界的に根絶の最終段階に差し掛かり、施策の強化が図られていました。二類感染症であるポリオでも急性弛緩性麻痺を生じます。日本でポリオの患者さんを診察した経験のある医師は少なくなっているため、仮にポリオが日本で発生したとしても、医師がポリオを疑わず、見逃してしまう可能性がありました。「それならば」ということで、ポリオとエンテロウイルスD68の双方の課題解決策として、ポリオに焦点を当てて、急性弛緩性麻痺を届出対象疾患に指定しようとしたわけです。「なぜ今になって、ポリオに焦点を当てて急性弛緩性麻痺を届け出の対象にしたのだろうか？」と思う人も少なからずいたかもしれませんが、こうした背景がありました。

■ 未経験の分野でも、「専門家」になるための猶予期間は3カ月

現在に至るまで、さまざまな分野での仕事を経験していますね。一定期間ごとに、新しいことを学ぶのは大変ではありませんか。

どのような分野を担当しても、「現場から情報を収集し、分析した上で、対策を構築する」という公衆衛生上の基本プロセスは変わりません。臨床医が「別の病院に移って同じ仕事をする」という感覚に近く、内科医が外科医に転身するほどの違いはないようにも思います。ただし、ポストが変わるたびに、その分野の最新の知識を身につけなければならないので努力は必要です。

「初めの3カ月は前任者の責任。それ以降は自身の責任」ともいわれます。不慣れな分野であっ

ても初めの3カ月に知識を身につけ、課題を整理し、国内外の第一線の専門家とも議論できるようになることが求められるのです。

私の基本的な勉強法としては、まずはPubMedなどで関連する分野の論文を系統的に読みこむ「システマティックレビュー」を粗く行うことから始めています。それによって学術的な課題や論点のアウトラインをつかむと同時に、前任者からの引き継ぎ書をしっかりと読み込み、不明点を潰していきます。さらに、その分野の専門家を訪ねて、最新情報を直接教えてもらうこともあります。

ただ、こうしてさまざまな分野を担当していると、過去の経験が役立つこともあります。2020年3月からは新型コロナウイルス感染症対策推進室の企画官として働いています。未知のウイルスへの対応にはこれまでにない難しさもありますが、過去に新型インフルエンザを含めた感染症対策に取り組んできた経験が生きているといえます。

その新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大が始まった2020年初頭以降、特にクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」の横浜入港前後からは、“戦場”以上の忙しさだったのではないのでしょうか。未曾有の事態での働き方はどのようなものでしたか。

正直、「桁違い」の忙しさでした。2020年の大晦日も年明け近くまで仕事をしていました。

クルーズ船には、ほぼ一つの村から町に匹敵する人数が暮らしています。今回の事例を例えるならば、新興感染症の大規模な集団感染が発生した自治体が、突然出現するというレベルの非常事態でした。この地理的に突然出現した“自治体”に対する医療提供体制などを助走なく用意する必要があったのです。前例がない状態で臨んだ、世界初の巨大オペレーションでした。

ダイヤモンド・プリンセス号が沖縄で検疫を終え、横浜港に向かって来るという時に、船内の感染状況の情報が入ってきました。横浜港に着岸した後はどうするのか。乗客などを全員下船させるという方法もあったかもしれませんが、最終的には、船そのものを隔離場所にするという方法が取られました。横浜港着岸後、感染対策が開始されたことで、感染はほぼ抑えられたことがその後の論文などでも示されています。

横浜港着岸後は外国人の乗客やクルーを帰国させるオペレーションも発生しました。各国は自国民を保護する義務を負っていることから、各国大使館からもさまざまなルートを通じて協力を求められることになりました。航空機の調整や陸上輸送、宿泊施設の確保や運営なども含め、各省が協力して行う必要があるさまざまな業務が発生しました。

この1年、この他にも、武漢の在留邦人の救出など史上初の取り組みがいくつもありました。全省庁が全力で対応せねばならない事態の連続でした。個人的に心掛けたことは、寝る時間を最大限確保することです。なかなか難しいことですが、仕事の質を落とさないためにも気をつけました。

社会医学に興味を持つ医学生・医師たちへメッセージをお願いします。

政策に携わりたいという思いがあるならば、ぜひ医系技官として活躍する道も考えてほしいと思います。実際に、臨床医を経て、30歳代で厚生労働省に入省するというケースも多くあります。社会医学系の医師は臨床医と比べると非常に少なく、ロールモデルを見つけづらいといっていますが、足を踏む人もいるかもしれません。けれども、社会医学系専門医制度ができたことで、だいぶ姿が見えやすくなったのではないのでしょうか。

私は長距離という競技を通して、「何事も自らの力だけで全てをコントロールすることはできない。」ということを学びました。長距離は「自分との闘い」が全てだと思われるかもしれませんが、レース自体は参加する全ての選手が織りなす流れや風などの自然環境によって95%以上が作り上げられていくものです。自らが関与できる部分はそのごく一部でしかありません。全体の流れを読み、自らが力を発揮すべきタイミングを見極めて、そのタイミングで力を発揮する。

長距離で培ったこの目方は公衆衛生の仕事にも通じると思います。これまで、公衆衛生の

以距離を短縮したことが、公衆衛生の分野に貢献していることの一つです。これにより、公衆衛生の道を歩んでこられたのは、自らの経験値を積み重ねられているという実感があったからというこ

ともありますが、ここまで引き上げてくださった方々に恩返しをしていきたいという思いもあります。引き続き、医系技官として国の健康課題の解決に全力を尽くしたいと思います。

プロフィール

野田 博之（のだ・ひろゆき）

2003年、筑波大学医学専門学群を卒業後、同大学大学院人間総合科学研究科博士課程へ進学。06年に大阪大学大学院医学系研究科助手。ハーバード大学公衆衛生大学院への留学（研究員）を経て、10年から大阪大学医学部附属病院特任講師、大阪大学大学院医学系研究科講師を務める。12年、厚生労働省のたばこ対策専門官に着任。環境省石綿健康被害対策室室長補佐、厚生省新型インフルエンザ対策推進室長、エイズ対策推進室長、国際感染症対策室長などを経て、18年から現職（20年3月より新型コロナウイルス感染症対策推進室企画官を併任）。日本公衆衛生学会現議員。日本疫学会代議員。日本公衆衛生学会認定専門家。社会医学系専門医協会社会医学系指導医。

ORCIDページ（英文）はこちら

インタビュー

いいね！ ツイート 

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」の記事一覧

【第5回】医系技官として国の健康課題に向き合う

【第4回】未曾有のパンデミックに、数理モデルで立ち向かう >

【第3回】「地域を診る医師」として保健所で住民の健康をサポート >

【第2回】マネジメント視点で取り組む「健康な街づくりと健全な病院づくり」 >

【連載】社会医学系専門医の「いま・未来」の記事一覧

お役立ち情報へ戻る

トップに戻る 

ご利用ガイド > お知らせ > よくある質問 > お問い合わせ > サイトマップ > 利用規約・個人情報保護方針 > 個人情報の取扱について >