



社会医学系専門医協会とは

社会医学系専門医協会とは、社会医学領域の専門医制度を維持・向上するために、関係学会・団体が協働して設立した一般社団法人です。

社会医学系専門医の使命

本専門医は、医師としての使命感、倫理性、人権尊重の意識、公共への責任感を持ち、医学を基盤として保健・医療・福祉サービス、環境リスク管理および社会システムに関する広範囲の専門的知識・技術・能力を駆使し、人々の命と健康を守ることを使命とする。

社会医学系専門医制度の理念

本専門医制度は、個人へのアプローチにとどまらず、多様な集団、環境、社会システムにアプローチし、人々の健康の保持・増進、傷病の予防、リスク管理や社会制度運用に関してリーダーシップを発揮することにより社会に貢献する専門医を養成する。もって、多世代・生涯にわたる健康面での安全、安心の確保と向上に寄与する。

この領域で活躍する医師の姿から、そのキャリアとコンピテンシーを紹介します。

	氏名	取材時所属
1	宇田 英典先生	社会医学系専門医協会理事長／地域医療振興協会執行役員
2	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
3	高橋 千香先生	東京都大田区保健所感染症対策課長
4	西浦 博先生	京都大学大学院医学研究科教授
5	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
6	玉腰 暁子先生	北海道大学大学院医学研究院・医学院 社会医学分野公衆衛生学教室教授
7	杉山 雄大先生	国立国際医療研究センター研究所・糖尿病情報センター・医療政策研究室長 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野准教授
8	加藤 杏奈先生	花王株式会社 全社産業医
9	近藤 祐史先生	厚生労働省健康局健康課地域保健室・地域健康危機管理対策専門官
10	西 晃弘先生	カリフォルニア大学ロサンゼルス校 フィールディング公衆衛生大学院疫学科 Assistant Professor
11	山本 尚子先生	WHO 事務局長補
12	平木 秀輔先生	北野病院 医療情報部部长・病院長補佐
13	高橋 礼子先生	愛知医科大学 災害医療研究センター講師
14	橋爪 真弘先生	東京大学大学院医学系研究科 国際保健学専攻国際保健政策学教授
15	磯 博康先生	国立国際医療研究センター グローバルヘルス政策研究センターセンター長

【第13回】社会を俯瞰し、災害という非常事態に備え、対応する

愛知医科大学 災害医療研究センター講師 高橋 礼子先生



日本は災害大国と言われます。地震、火山の噴火、水害……毎年のように全国どこかで大きな被害が生じています。自然の猛威によるものだけではなく、交通事故などの人為的災害もあとを絶ちません。被災地で人命を救うこと、被害の拡大を一刻も早く止めること、そして平時から災害のリスクを下げる仕組みを社会に根付かせること——。それが災害医療の基本的な役割です。麻酔科医から災害医療のプロフェッショナルにキャリアの枠を広げていった愛知医科大学

災害医療研究センター講師の高橋礼子先生。そのご経験から災害医療のやりがいと、二つのキャリアを歩む醍醐味、そして難しさを伺いました。出産、子育てという女性のライフイベントへの向き合い方への重要な示唆も含まれたお話です。

祖父と同じ外科医を目指し医療の世界へ

医師をめざしたのはいつ頃、どんなきっかけからですか。

私は両親がともに歯科医師で、その背中を見て育ったので、小さい頃から自然と同じ道を歩むつもりになっていました。ところが小学校の高学年くらいに、父から「君は意識が外に向かうタイプだから、医師のほうがマッチすると思うよ」と言われたのです。進路として医師を意識するようになったのは、その時からです。

私の祖父は父方、母方ともに医師で、愛知県にあった両親の歯科医院は外科医だった母方の祖父が経営する救急病院の隣に建っていました。家の隣にある“おじいちゃんの病院”には子どもの頃からしょっちゅう出入りしていて、「お医者さん」も身近な職業でした。祖父は、昼夜問わず出入りする救急車に全身全霊で対応して、患者さんからの信頼も厚い人でしたので、その姿を見るうちに、「救急対応を含めてなんでもできるおじいちゃんみたいなジェネラルな外科医になりたいな」という思いが形になってきました。

高校時代には医師志望が明確になり、藤田保健衛生大学（現・藤田医科大学、愛知県豊明市）へ進学しました。大学では勉強も自分なりにしっかりやりましたが、バドミントン部に所属して、部活動にもかなり打ち込みました。歴史があり、先輩、後輩含めて仲のいい部で、OBの方も含めて部活由来のご縁は今も続いています。当時の私には災害医療や公衆衛生学に関する知識はあまりなく、将来の自分が災害医療の道を選ぶことも、社会医学系専門医になることも、思いもよりませんでした。

初期研修は豊橋市民病院（愛知県豊橋市）で受けました。いずれ大学の外科の医局に戻るつもりだった

ので、愛知県内で研修を受けたいという気持ちがあったのと、周囲の人の話を聞いても、実際に見学をさせてもらっても、初期研修医に積極的に現場を経験させようという方針を感じられたことが、選択の決め手でした。実際に1年目からER業務に本格的に携わらせてもらいましたし、志望していた外科だけでなくさまざまな領域にこのタイミングで触れられたことは大きな価値があったと思います。

「救急対応もできる外科医」から麻酔科医へキャリアを転換されました。

自身がやりたいことと将来のビジョンについて見つめ直した結果、初期研修を終えた時に麻酔科に進むことを決めました。もともと外科志向だったのは、手術を通して患者さんを直接治療し、医師としての貢献度を目に見えるかたちで実感できる、と感じたからです。それに術後ケアのような全身管理にも強く興味を抱いていました。実は、これらは麻酔科領域と類似した部分があります。加えて、麻酔科はオンとオフの区別がはっきりしている、と初期研修で実感できたことも大きかったですね。

ちょうど初期研修1年目の時に今の夫に出会い、将来について互いに思いを巡らせる機会が増えたということも影響しました。彼も外科志望だったので、結婚して夫婦そろって外科医になると、家族としてのワークライフバランスが保ちにくいかもしれない——。そうした思いもあって、やりたい仕事と私生活をバランス良く両立できそうな麻酔科を私は選ぶことにしたのです。



麻酔科医として立ち会った手術室の一言から災害医療へ

その後、DMAT（災害派遣医療チーム）の隊員養成研修を受け、災害医療の世界にさらに転身し、DMAT事務局を新たな職場として選ばれました。

麻酔科医としてある手術に立ち会っていた時、執刀医の先生に「災害って興味ある？」と突然言われたんですよ。「あります！」と言ったら、DMATの隊員養成研修に誘ってくださいました。医師になって3年目です。おそらく若くて、どこかに異動する予定もなく、麻酔科で全身管理も一応できる、ということで軽い気持ちで声をかけてくださったんだと思います。でもその時のノリで答えたわけじゃなくて、学生時代から外傷診療や、その延長としてのトリアージ（重傷度や治療緊急度に応じた傷病者の振り分け）に関心は持っていました。ただ詳細が分からないまま「やってみたいです！」と言ったのも事実ですね。東日本大震災の前、2009年のことです。

そうしてDMAT研修は受けたんですが、その後は特にそれを生かす機会もなく、しばらくは麻酔科医としての日々を過ごしていました。そんな時に東日本大震災が起きました。当時も豊橋市民病院にいましたが、「とにかく現地の人の力になりたい」「ここで被災地に行かなければ、なんのためのDMATだ！」って奮い立って。行くなつて言われるなら辞めてやる！くらいの気持ちでした。自分がどこまで役に立つかも分かりませんし、市民病院としての通常業務はしっかりあるのですから、今ならもっと慎重に考えたはずです。若さゆえの勢いもあったと思います。震災発生3日後の3月14日にDMAT隊員として宮城県に入りました。被災は想像をはるかに超えてすさまじかったですが、その経験が災害医療を自分の仕事にする、という思いを確固たるものにしてくれたのは間違いありません。その結果、日常の職場に戻ると、被

災地に対して直接の行動が起こせないことにモヤモヤするようになってしまいました。

転機は医師 6 年目の 2013 年です。夫の異動に伴って関東に転居することが決まり、次の職場を探しつつ、DMAT の技能維持研修を受講しました。そこで DMAT 事務局次長の先生にお会いした際、「もっと災害医療の勉強をしたいんです」と相談したら、事務局の見学を手配してくださり、そのご縁からそのまま入職することになりました。

事務局に入って気づかされたのは、それまでの私が考えていた災害医療は、外傷診療やトリアージの手法など臨床医学に共通するごく一部の領域に限定されていたということです。事務局での仕事は、社会における災害医療の体制構築という面が大きなウェイトを占めます。日本の災害医療を最適化し続ける仕事、と言ってもいいと思います。

具体的には、全国での災害時の対応は当然として、災害医療を学びたい医療従事者への研修の企画と実施、行政との各種の調整、災害の政策研究などの仕事が膨大にあります。災害医療の現場から寄せられるさまざまな経験に、行政、政策面での知見、研究成果を織り交ぜながら新たな施策に反映させたり、自衛隊、消防、警察といった他職種と連携したり——。臨床とはまったく異なる仕事、味わえない経験を通して「社会に対して医療を施す」ことの必要性を実感しました。同じ医師としての仕事でありながら、臨床の現場で目の前の患者さんと一対一で向き合ってきた時とは、意識も視点も 180 度変わったのを痛感しました。業務のスケールが大きいので、一筋縄ではいかないことばかりでしたが、自ら発案したアイデアが自治体の災害対策計画に盛り込まれる、などの形で実を結んだ時は、大きなやりがいを感じました。

その後、厚生労働省の医系技官に。有意義ながら大変な経験だったとか。

DMAT 事務局に入って 4 年目、「今の立場にいる限り、どうにもならないことがある。指示命令が飛んでくる『向こう側』の景色を知りたい」と感じるようになりました。そこで、「向こう側」である厚生労働省と、DMAT 事務局の人事交流に手を挙げ、1 年間限定の医系技官になりました。配属されたのは大臣官房厚生科学課健康危機管理・災害対策室という部署で、役職は国際健康危機管理調整官。健康危機事案が生じた時の国際的な窓口となる仕事です。実際に担当したのは、北朝鮮からミサイルが飛来した時の対応、東京開催を控えていたオリンピック・パラリンピックの医療体制構築やテロ対策、海外の健康危機事案、主に感染症の情報収集・発信などです。特に国際案件については、英語での対応も多くありました。

思い切って飛び込んだ環境でしたが、この仕事は私にはかなりきつく、思うようには進められませんでした。一時は体調不調に陥ったほどでしたが、職場から手厚いフォローもいただいて、本当に濃密な学びの機会として生かすことができました。

以後は再び DMAT 事務局に戻り、災害医療の魅力を感じながら仕事をしています。コロナ禍が始まった 2020 年初頭は妊娠中でしたが、神奈川県庁のサポートとしてダイヤモンド・プリンセス号事案の対応に当たりました。厚生労働省での経験や人脈を生かし、より深く、より幅広く業務に携われるようになったと思います。

また事務局に戻った1年後には、社会人になってから大学院に進学した愛知医科大学とご縁があり、災害医療研究センターの講師に就きました。現在は、大規模災害時における保健医療福祉対応などをテーマとして研究もしつつ、災害医療関連の研修企画や運営に携わったり、愛知県の災害医療体制の充実化に力を注いだりしています。コロナ禍以降は、愛知県庁などで患者さんの搬送調整やクラスター発生病院・施設への支援といった業務も行っています。

実は今もアルバイトで麻酔科の仕事は続けています。麻酔科医には、患者さんの安全を守りながらいかに苦痛を緩和するかを追求するやりがいがあります。災害医療とは一味違った醍醐味があり、どちらも私にとって欠かせない仕事です。

臨床以外の世界を知ることで、医師としての「解像度」を上げる

予期できない災害を相手にする仕事。プライベートな生活との両立は難しいのでは？

私には2歳になる子どもがいます。現在は、研究や研修の企画運営、コロナ対応など含め、子どもを保育園に預けられる時間帯であれば安定して仕事できていますし、学会や研修等の数日間の出張も、夫や実家の両親の力を借りながら行くこともできています。妊娠する前のように遠方の被災地に何週間も出張するような働き方は難しいですが、各地の災害医療体制の評価、更新など平時にやらねばならない仕事はたくさんありますし、今の私だからこそできることも数多くあると思っています。



女性はキャリアを考える時、誰しも妊娠や出産のタイミングに悩むと思います。でも自分の経験でも、周りを見ていても、なかなか思い通りにならないのが現実ではないでしょうか。私自身、医師4～5年目くらいで子どもを産むことをイメージしていましたが、実際には想定より後の子育てスタートになりました。今になって思えば、若くして全力で仕事に打ち込める期間がある程度長かったからこそ、災害医療や厚生労働省の現場をしっかりと経験でき、出産を経て復帰した時にも奥行きや広がりのある仕事ができるようになったと思えます。逆にもっと若い時に妊娠・出産を経験することで見えてくる世界もあるはず。ベストのタイミングを思い悩むより、今できることに全力で取り組むほうが有意義なのかもしれません。後輩の女性医師や学生の皆さんには、妊娠や出産がいつになっても「自分にとってのベスト」にできるよう、何ごとにも柔軟な姿勢を持ち、周囲とのコミュニケーションを大切に、一人ですべてを抱え込まないことを心がけてほしいですね。

社会医学系専門医制度に対してどのような期待がありますか。

特に後進の育成という観点で、重要な出来事だと思います。実際に若手の医師や医学生から「将来的に災害医療に従事してみたい」という問い合わせをもらうことも増えました。その時は、キャリアパスの一つとして紹介しています。またこの制度は、臨床と社会医学系分野の橋渡しをする「ツール」にもなると感じています。私たちはコロナ禍を経験したことで、臨床と公衆衛生の連携がいかに重要かを痛感しました。社会医学の構成要素である災害医療や公衆衛生などの領域と、臨床医学を適切につなぐことが、社会全体を救うことになることを期待しています。

社会医学系に興味を持つ医学生や医師に向けてメッセージを。

社会全体を俯瞰して、そこに貢献したいという思いが少しでもあれば、ぜひ社会医学の世界に飛び込んでほしいと思います。世の中がどう動き、その背景に何があるのかを肌で感じられるようになると、医師としての見識の「解像度」が一気に上がります。これは臨床にいるだけでは味わいづらい感覚です。未知の領域に挑戦する不安が大きいようなら、専門医資格を取得してからでも遅くはありません。自身の専門性を確立してから、新たな道に挑戦するのも一案です。

学生の皆さんには、早くから自身の可能性を狭めないでほしいですね。講義や実習で慌ただしい毎日だとは思いますが、若いからこそソフトウェア軽く動いて知見を広げることで、選択の幅がグッと広がります。少しでも興味を引かれることがあれば、それを学べるチャンスをつかみにいてください。勉強系のサークルや国際支援の団体など、探せば探すほど新しい世界へのドアが開いていますし、そこには飛び込んだ人にしか見ることのできない風景が広がっていますから。

高橋礼子（たかはし・あやこ）

2007年、藤田保健衛生大学卒。豊橋市民病院で研修後、国立病院機構災害医療センター・DMAT事務局、厚生労働省などを経て愛知医科大学災害医療研究センター講師。この間、東日本大震災、御嶽山噴火、茨城県常総市水害、熊本地震、大阪北部地震、2019年台風15号、19号など全国各地の災害において、現場、地元自治体のDMAT本部、DMAT事務局などでさまざまな医療活動に参加してきた。2020年初頭からは各地のCOVID-19対策にも従事している。博士（医学）、社会医学系指導医、麻酔科専門医、日本DMAT隊員、統括DMAT、DMATインストラクター。



マイナビ RESIDENT 連載「社会学系専門医の『いま・未来』」
<https://resident.mynavi.jp/magazines/special/detail/8104>
より引用、再構成して制作しております。





社会医学系専門医協会とは

社会医学系専門医協会とは、社会医学領域の専門医制度を維持・向上するために、関係学会・団体が協働して設立した一般社団法人です。

社会医学系専門医の使命

本専門医は、医師としての使命感、倫理性、人権尊重の意識、公共への責任感を持ち、医学を基盤として保健・医療・福祉サービス、環境リスク管理および社会システムに関する広範囲の専門的知識・技術・能力を駆使し、人々の命と健康を守ることを使命とする。

社会医学系専門医制度の理念

本専門医制度は、個人へのアプローチにとどまらず、多様な集団、環境、社会システムにアプローチし、人々の健康の保持・増進、傷病の予防、リスク管理や社会制度運用に関してリーダーシップを発揮することにより社会に貢献する専門医を養成する。もって、多世代・生涯にわたる健康面での安全、安心の確保と向上に寄与する。

この領域で活躍する医師の姿から、そのキャリアとコンピテンシーを紹介します。

	氏名	取材時所属
1	宇田 英典先生	社会医学系専門医協会理事長／地域医療振興協会執行役員
2	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
3	高橋 千香先生	東京都大田区保健所感染症対策課長
4	西浦 博先生	京都大学大学院医学研究科教授
5	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
6	玉腰 暁子先生	北海道大学大学院医学研究院・医学院 社会医学分野公衆衛生学教室教授
7	杉山 雄大先生	国立国際医療研究センター研究所・糖尿病情報センター・医療政策研究室長 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野准教授
8	加藤 杏奈先生	花王株式会社 全社産業医
9	近藤 祐史先生	厚生労働省健康局健康課地域保健室・地域健康危機管理対策専門官
10	西 晃弘先生	カリフォルニア大学ロサンゼルス校 フィールディング公衆衛生大学院疫学科 Assistant Professor
11	山本 尚子先生	WHO 事務局長補
12	平木 秀輔先生	北野病院 医療情報部部长・病院長補佐
13	高橋 礼子先生	愛知医科大学 災害医療研究センター講師
14	橋爪 真弘先生	東京大学大学院医学系研究科 国際保健学専攻国際保健政策学教授
15	磯 博康先生	国立国際医療研究センター グローバルヘルス政策研究センターセンター長

【第14回】地球を俯瞰する視点で「環境と人の健康」を守る

東京大学大学院医学系研究科 国際保健学専攻国際保健政策学教授 橋爪 真弘先生



世界の平均気温はじわじわと、かつ確実に上昇し、2022年には東京都心で35℃を超える猛暑日が過去最多となり、欧州も生命を脅かすほどの暑さに見舞われました。温暖化に限らず、人の営みを原因とする幾多の巨大な変化が地球を覆う中、生じた環境の変化と私たちの健康はどのように影響し合い、そこに医師はどう関わっていけるのでしょうか。国の枠を超えて健康問題を考える「グローバルヘルス」という領域を長く牽引してきた東京大学の橋爪真弘先生に、地球

規模での環境と健康を追究する新しい学問「プラネタリーヘルス」の最前線を語っていただきました。

国際保健に目覚め、環境疫学の道へ

医師をめざし、国際保健の道に興味を持ったきっかけを教えてください。

初めから医学の道を志していたわけではありません。同級生の多くが系列の大学に内部進学をするエスカレーター式の高校に通っていたこともあり、何も進路を決めないまま高校3年になっていました。1学期が終わり夏休み前、さすがに決めなくちゃいけない……と頭に浮かんだのが医師でした。「人の役に立つ仕事がしたい」と思ったんですが、それまで医学部どころか受験の準備をまったくしておらず……。模擬試験の受け方すら知らなくて、自分の好きな文系科目ばかり受けて、医学部の合否判定ができない、なんてこともありました。結局、1年間の浪人を経て日本医科大学に進みました。

大学ではそれなりに勉強しつつ、硬式テニス部での活動も満喫、という生活でした。最初は卒業後についてそれほど明確なビジョンはなかったと思います。振り返って、その後の人生に影響したな、と思うきっかけは、3年生と5年生のとき、友人の誘いで2つの研究会に入ったことです。3年の時が農村医学研究会、5年生では東南アジア医学研究会。農村医学研究会では、埼玉県神泉村（現・神川町）の無医集落で住民の検診活動をしました。東南アジア医学研究会ではラオスとベトナムに行き、現地の医学部生と交流しました。その中で、必ずしも医療が充実していない地域、特に発展途上国の医療にかかわる仕事がしたい、という以前から漠然と抱いていた気持ちが、現実的なものとして感じられるようになりました。それが国際保健、グローバルヘルスへの関心につながる契機だったように思います。

大学を卒業し、小児科領域で臨床を3年間経験した後、東京大学大学院に進学。さらにはロンドン大学にも留学されています。

大学病院の小児科で研修医を2年間務めた後、葛飾赤十字産院（現・東京かつしか赤十字母子医療センター）の新生児集中治療センターで1年間働きました。小児科を選んだのは、臨床実習をした際に診療科の雰囲気が性に合ったことに加え、ひょっとすると「途上国医療といえば、まずは大変な状況にある子ど

もを救わなければ」というイメージを当時の私が持っていたのかもしれませんが。その後、国際保健を学ぼうと、東京大学大学院に進学しました。ただ最初はいくつもある小児科のサブスペシャリティの中から「国際保健」を選んだつもりだったんです。

ですから 2 年間の修士課程を終えた時点では、臨床すなわち小児科に戻るのか、国際保健に進路を変えるのか、決断できていませんでした。それにひとくちに国際保健と言っても、「国境なき医師団」のように臨床医として主に海外で活動する、JICA（国際協力機構）のプロジェクトなどに参加し、ODA（政府開発援助）などの枠組みのもと、途上国で公衆衛生を担う、などさまざまな道があります。でも最終的に「研究の道で自分のコアになるものを見極めたい」という思いから環境疫学を勉強しよう、と決めました。体系的な学びを優先しなかったため、この分野で歴史が深いロンドン大学衛生熱帯医学大学院（The London School of Hygiene and Tropical Medicine）を選び、修士課程で 1 年、博士課程で 3 年、環境疫学に没頭しました。

アラル海の信じがたい変貌に衝撃を受けた

国際保健の中でも、特に環境疫学に興味を持った理由は何でしょうか。

東大の大学院にいたとき、カザフスタンでフィールドワークをしました。カザフスタンには、かつて世界第 4 位の大きさを誇った湖「アラル海」がありました。面積で琵琶湖の約 100 倍で、東北地方がすっぽり収まるほどの巨大な湖です。実はアラル海は 20 世紀最大の環境破壊、と言われています。1960 年代からソ連による大規模な綿花栽培が一带で始まり、農業用水としてアラル海に注ぐ川の水を大量、かつ急速に消費した結果、湖の面積はわずか 30 年ほどで約 10 分の 1 以下にまで縮小してしまいました。その影響で周辺地域の気候が変わり生態系が破壊され、漁業などで生計を立てていた住民は生活の糧を失い移住を余儀なくされました。私が現地を訪れたのは 2000 年で、



石田紀郎先生（当時、京都大学大学院アジア・アフリカ地域研究研究科）の調査チームに加えていただき、ヘリコプターで湖の上空を飛ぶ機会があったのですが、眼下に広がっていたのは広大な砂漠でした。その干上がった土地がわずか 20、30 年前は湖底であったことを知り、人間がこれほどまでに地球の環境を変えてしまうのかと強い衝撃を受けました。

当時、一带ではアラル海の縮小に起因するとされる謎の奇病がうわさされていました。上流の河川の流域で使われた殺虫剤や化学肥料が原因ではないか、などと言われる中、私は現地で子どもたちの栄養状態を調査しました。重金属が専門の千葉百子先生（当時、順天堂大学医学部衛生学教室）が、子どもたちの毛髪を調べてくださいました。原因らしき物質は見つからなかったものの、子どもたちの 6 割に貧血があることが判明しました。結論としてその原因は鉄欠乏性貧血でした。簡単に言うと栄養不足による貧血です。カザフスタンがソ連から独立したのが 92 年。当時は経済が非常に混乱し、電気や上水道の供給もままならず、飲用水は井戸水か川の水でした。当然医療資源も乏しかった。そういう中で鉄欠乏性貧血が非常に増えていた。アラル海の環境破壊という大きな問題が目を引き、化学物質だ、重金属だ、という仮説が出ていましたが、実際はそうではなかった。それを突き止めた時に環境疫学、グローバルヘルスという領域の面白さにはまったように思います。

改めて、グローバルヘルスとは具体的にどのような概念なのでしょう。

冷戦以降、ヒト・モノ・情報が猛烈な速さで国境を越えるようになり、健康問題も一気に増加・拡大するようになりました。社会のグローバル化に伴い、健康対策も国の枠組みを超えたグローバルな視点で議論せざるを得なくなっています。また、気候変動や海洋汚染のように、一国では解決しにくく、国際社会、言い換えると地球全体で対処しなければならない課題が増えています。グローバルヘルスはこうした背景から生まれた概念ですが、いわゆる「国際的な問題」を扱う活動だけを指すものではないと解釈しています。例えば、糖尿病や高血圧といった身近な健康課題であっても、そこから見出した知見が他の国や地域で広く役立つものであれば、それはグローバルヘルス活動と呼ぶに値するのではないのでしょうか。

現在では「プラネタリーヘルス」という考え方が、取り組みも生じてきました。

プラネタリーヘルスは「プラネタリー・バウンダリーズ」※という概念から生まれたもので、「地球の健康がなければ人間の健康は成り立たない」という考え方に基づいています。日本ではまだ広く知られた言葉、概念とは言えない状況で、統一された和訳も定められていません。しかしSDGsの次に広がっていくキーワードになると予想しています。

グローバルヘルスと大きく違う点は、課題設定の範囲です。例えば、「健康格差の是正」という問題を扱うとき、グローバルヘルスの視点では、医療資源が豊富で健康寿命が長い国、地域と、そうではない国、地域の格差をどう解消するかを考えます。そしてその課題が解決した時点で目標達成となります。一方、プラネタリーヘルスは、未来のことを視野に入れるのが特徴です。いわば「世代間の健康格差」を是正しようとする試みです。地球環境が後戻りのできない臨界点を超えて破壊されると、次世代の人間の健康に悪影響をもたらします。ゆえに環境保全に重点を置いて、医療や健康にフォーカスすることになります。



※プラネタリー・バウンダリーズ (planetary boundaries) : 産業革命以来の人間活動が地球環境に負荷をかけた結果、地球システムが急激かつ不可逆的な変化を起こすとされる臨界点 (限界点) のこと。9つの領域で構成されている。

医師だからこそできる、環境問題へのアプローチ

地球環境の課題に、医師の立場から関わるのは少し意外な気がします。

確かに、環境学者や海洋学者、気象学者といった専門家に比べて、この領域に携わる医師はまだ少数ですが、医師だからこそ活躍できる場面は多々あります。環境課題の解決に向けては「緩和策」と「適応策」を両輪で進めることが重要になるのですが、この両方で医師としての知見が必要とされます。

これ以上温暖化を進めないように温室効果ガス排出を減らすことが緩和策で、変わってしまった、あるいは変わりつつある環境に合わせて社会のシステムや人々の行動の変容について考えることが適応策です。このまま何もしなければ、今世紀中頃には国内の熱中症救急搬送数が2倍になると予測されています。コロナ対応が続いている現在のような救急医療体制では、確実に混乱を招くでしょう。こうした観点

から環境の変化による健康影響を分析・予測し、適応策を編み出すことが医師にも求められているのです。

環境問題と健康問題の co-benefit という観点も重要だそうですね。

co-benefit は co (共同・相互) と benefit (利益) を合わせた造語で、例えば温暖化を抑制するための方法が健康増進にもつながるように対策を構成し、その相乗効果を狙っていくという意味合いです。車ではなく自転車に乗ると、温室効果ガスと大気汚染物質を減らせるとともに、よい運動になるので健康にもいいですね。あるいは、肉食を減らして野菜中心の食事にする事で、肉牛の飼料生産や輸送の際に排出される大量の二酸化炭素や、牛のげっぷ・し尿に含まれるメタンガスを低減させると同時に、より健康的な食生活に変えることができます。IPCC (気候変動に関する政府間パネル) の最新の報告書でも取り上げられるなど、co-benefit の大切さが世界で認知されています。

グローバルヘルス、プラネタリーヘルスは社会医学に含まれる領域の幅広さを示しているように思えます。他領域も含め、社会医学に興味を持つ医学生や若い医師へメッセージをお願いします。

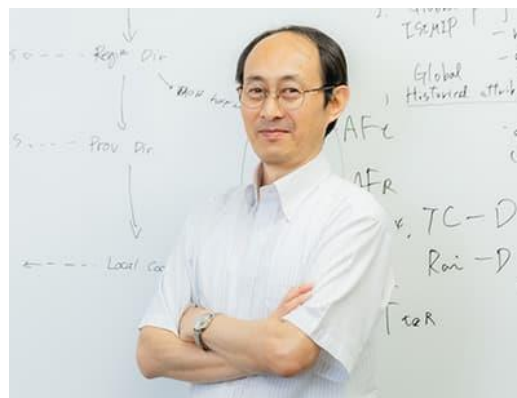
個人の特性でいえば、データ解析や社会情勢、ニュースに興味がある人は活躍しやすい分野かもしれません。留学は必須ではないですが、体系的なプログラムを勉強したいのであれば、英米などこの分野の歴史が深いところで学ぶことも選択肢の一つです。海外に出て勉強することは、異文化を知る有意義な機会にもなります。勉学後の進路としては、国立国際医療研究センターや WHO、国内外の NGO などがイメージされやすいですが、そうした組織に所属しなければ本領域に携われないというわけではありません。「グローバルヘルスとは」「プラネタリーヘルスとは」を熟考して、自分なりの関わり方を追求してほしいと思います。

臨床医学の場合は、目の前にいる患者さんを治療することで一人ひとりから感謝され、医師としてのやりがいを実感できるでしょう。社会医学の場合はマスを対象にしているので、そうした機会は減ってしまうかもしれません。しかし、自分の研究成果を大規模な政策につなげることのやりがいは、ほかでは得がたいものです。もちろん、汎用性の高い内容であることが前提ですが、非常にプラクティカルで醍醐味を味わえる仕事だと実感しています。グローバルヘルス、プラネタリーヘルスに興味がある若い世代の皆さんには、ぜひ世界に裨益する一流の研究をめざしていただきたいと思います。



橋爪真弘（はしづめ・まさひろ）

1996年、日本医科大学医学部医学科卒業。小児科で臨床研修後、1999年に東京大学大学院医学系研究科国際保健学修士課程に進学。2002年からはロンドン大学衛生熱帯医学大学院で修士・博士課程を修める（環境疫学）。2006年以降、長崎大学熱帯医学研究所国際保健学助教、小児感染症学教授、副所長などを歴任。2019年から現職。下痢症やマラリアなどの感染症を始めとする健康と気候変動との関連を研究。気候変動に関する政府間パネル(IPCC)第6次評価報告書主執筆者、世界保健機関(WHO)技術諮問委員、環境省中央環境審議会専門委員などを歴任。



マイナビ RESIDENT 連載「社会学系専門医の『いま・未来』」

<https://resident.mynavi.jp/magazines/special/detail/8661>

より引用、再構成して制作しております。





社会医学系専門医協会とは

社会医学系専門医協会とは、社会医学領域の専門医制度を維持・向上するために、関係学会・団体が協働して設立した一般社団法人です。

社会医学系専門医の使命

本専門医は、医師としての使命感、倫理性、人権尊重の意識、公共への責任感を持ち、医学を基盤として保健・医療・福祉サービス、環境リスク管理および社会システムに関する広範囲の専門的知識・技術・能力を駆使し、人々の命と健康を守ることを使命とする。

社会医学系専門医制度の理念

本専門医制度は、個人へのアプローチにとどまらず、多様な集団、環境、社会システムにアプローチし、人々の健康の保持・増進、傷病の予防、リスク管理や社会制度運用に関してリーダーシップを発揮することにより社会に貢献する専門医を養成する。もって、多世代・生涯にわたる健康面での安全、安心の確保と向上に寄与する。

この領域で活躍する医師の姿から、そのキャリアとコンピテンシーを紹介します。

	氏名	取材時所属
1	宇田 英典先生	社会医学系専門医協会理事長／地域医療振興協会執行役員
2	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
3	高橋 千香先生	東京都大田区保健所感染症対策課長
4	西浦 博先生	京都大学大学院医学研究科教授
5	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
6	玉腰 暁子先生	北海道大学大学院医学研究院・医学院 社会医学分野公衆衛生学教室教授
7	杉山 雄大先生	国立国際医療研究センター研究所・糖尿病情報センター・医療政策研究室長 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野准教授
8	加藤 杏奈先生	花王株式会社 全社産業医
9	近藤 祐史先生	厚生労働省健康局健康課地域保健室・地域健康危機管理対策専門官
10	西 晃弘先生	カリフォルニア大学ロサンゼルス校 フィールディング公衆衛生大学院疫学科 Assistant Professor
11	山本 尚子先生	WHO 事務局長補
12	平木 秀輔先生	北野病院 医療情報部部长・病院長補佐
13	高橋 礼子先生	愛知医科大学 災害医療研究センター講師
14	橋爪 真弘先生	東京大学大学院医学系研究科 国際保健学専攻国際保健政策学教授
15	磯 博康先生	国立国際医療研究センター グローバルヘルス政策研究センターセンター長

【第15回】日本の未来を支える「社会医学的素養のある医師」をめざせ！

国立国際医療研究センター グローバルヘルス政策研究センターセンター長 磯 博康先生



2017年に始動し、「臨床医学以外の専門医資格」として大きな注目を集めた社会医学系専門医制度。これまで本連載では、社会医学系の領域で活躍する大勢の先生方を紹介し、その幅広さや奥深さ、魅力をお伝えしてきました。今回は連載の総括として、設立時より社会医学系専門医協会の理事を務め、社会医学系専門医制度の立ち上げや普及に尽力されてきた磯博康先生に、本領域に対する思いや自身のキャリアについて伺いました。

医師にも他職種にも広まりつつある社会医学

社会医学系専門医制度の立ち上げを振り返って、今の思いを教えてください。

「個人へのアプローチにとどまらず、多様な集団、環境、社会システムにアプローチし、人々の健康の保持・増進、傷病の予防、リスク管理や社会制度運用に関してリーダーシップを発揮することにより社会に貢献する専門医」の養成をめざして、社会医学系専門医制度はスタートしました。その必要性については制度開始の数年前から議論が進められ、その間に臨床系の新専門医制度が形になっていったことにも刺激を受けていました。結果として、社会医学専門医制度を運営する社会医学系専門医協会は社会医学的な要素の強い多くの組織の参画を得て、8学会・6団体の大所帯となりました。

制度開始当初は1000人程度の応募者を想定していましたが、現在ではそれを大幅に上回る2957人（2022年9月1日時点）の専門医・指導医を認定しており、専攻医も461人で、合わせて3400以上に上ります。社会医学系専門医協会が社会医学という領域を押し広げてきたことは間違いないでしょう。また、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の拡大は社会に大きなダメージをもたらしましたが、一方で社会医学が注目される契機になったという側面もありました。私がこの領域に進んだ頃は「公衆衛生を専門にしている」と言っても一般の人になかなか理解されませんでした。それを思うと、隔世の感があります。

国内において、社会医学領域を学べる場は広がりつつあるのでしょうか。

2000年の京都大学を皮切りに、2001年九州大学、2007年東京大学、そして2011年帝京大学と、公衆衛生専門職大学院が開校しました。2005年に私が赴任した当時の大阪大学でも専門職大学院の設置に向けての動きがあったのですが、文部科学省による専門職大学院の規制強化の影響など鑑みて、大学院医学系研究科の修士課程の中でプログラムを構成し、MPH（Master of Public Health：公衆衛生学修士）を取得できる仕組みを整えました。この先駆的な取り組みは、制度構築のし易さもあり、今では大阪大学を含め13の大学で展開されています。社会医学領域を学ぶ場として、専門職大学院とは異なる形のサステイ

ナブルなシステムの一つを作れたのではないかと考えています。

大阪大学の私たちの講座ではこれまでに73名の修士修了者（年平均6名）があり、その内博士課程に進学した者は19名に上ります。修了生の内訳は12名の医師の他に、保健師、看護師、歯科医師、理学療法士、管理栄養士、そして教育学や心理学など人文系の学生もいます。こうした多様性にこそ社会医学領域の特性が表れていると言えます。社会「医学」といっても医師だけのものではなく、多職種の知見と連携が欠かせません。近年では、研究活動を支える医学統計などの専門家の存在も重視されるようになり、その養成に力を入れる流れが加速しています。

次世代を見据えた「土壌づくり」に心血を注ぐ

先生は、大学院で後進を直接育成する以外にも、若い人材が活躍できる仕組みづくりに尽力してこられました。

そうですね。そのような取り組みの一つに、2016年度開始の「世界的健康問題の解決に向けた医学研究グローバルリーダー育成プログラム：キャンパス・アジアプログラム」があります。大阪大学大学院医学系研究科が中心となり、中国の北京大学、清華大学、上海交通大学、天津中医科大学、韓国の延世大学と協同してコンソーシアムを形成し、医学・公衆衛生学の研究者の育成に取り組んできました。2019年度からは、日中韓発の博士課程ダブルディグリープログラムをスタートさせ、大阪大学と韓国・中国のトップクラスの大学において2つの博士号取得を可能にしました。現在8名の院生がそのトラックにいます。学位の取得に加え若いころから志を同じくする海外の学生と交流する機会を持つことで、将来的に共同研究などの可能性が広がっていくことを期待しています。



また、日本疫学会で「若手の会」を組織して若き疫学者たちが自由に集う場を提供したり、日本医学会連合で社会部会若手リトリートの担当になり、臨床医も含めた闊達な議論の機会を設けたりしてきました。COVID-19の経験からも分かるように、日本は、様々な社会制度が確立されており、そのため抜本的な改革が困難なことが多く、ともすればパッチワークのような対応に終始しがちです。その結果、少子超高齢

化や社会保障など、様々な公衆衛生課題のしわ寄せが若い世代に集中してしまう。本当の意味で制度を変革するためには、若手や中堅がボトムアップで声を挙げていくことが欠かせません。彼らが気軽に意見交換したり、より視野を広げて仲間をつくったりするための「プラットフォーム」を整備することこそ、私に求められる役割の一つだととらえて活動してきました。

臨床と基礎研究、そして社会医学領域をつなぐことにも、かねてから心を砕いてこられたと思います。

そもそも医学は専門分化（サイロ化）しやすく、一つの領域へ進むと、他の領域との交流がなくなってしまう傾向があります。特に近年は、大学病院の医師も経営的な業務に関与することが求められ、臨床と研究を両立することが時間的にも体力的にも厳しくなってきました。逆に、自分の研究を臨床に応用したいが、そうした知識や技術を学ぶ場が少ないという医師の声も目立ちます。こうした課題の解決の一助とすべく、大阪大学大学院医学系研究科では、新研究分野創生事業としてメディカルデータサイエンス研究拠点を概算要求事業として展開し、そこで新設した「応用臨床疫学」の科目で、臨床疫学データ解析の基

礎と応用について学ぶ機会を設けています。

そして、多くの学生が臨床と社会医学をかけ離れた存在だと思いがちだからこそ、この領域の門戸を広げることも重要だと認識しています。臨床の教授が退任に際して「社会医学系は重要です」と話されることがあるのですが、そのことにできるだけ早く気付けるようなシステムづくりが必要ではないでしょうか。また、臨床と社会医学との間をよりスムーズに行き来できることも大切で、双方の専門医資格を並行して取得できる「バイパス」を社会医学系専門医協会と日本臨床専門医機構との話し合いによって作っていきたいと考えています。社会医学に取り組みながら臨床もできる、あるいはどちらかに戻りたいと思ったら戻れるような仕組みの構築に、今後も力を注いでいくつもりです。

10年目以降のロールモデルを見つけるヒント

先生自身は、どのような思いで社会医学系の道を歩んできたのですか。

小学5年生のころ、図書館でアルベルト・シュヴァイツァーの伝記を読みました。遠くアフリカに赴いて医療を施し、人々のために尽くしたという人生にあこがれ、小学校の卒業作文では「シュヴァイツァーのようになる」と書いた記憶があります。そこから医師を志す気持ちに迷いはなく、筑波大学医学専門学群へ進学しました。当初は外科を志望しており、社会医学系は「法律や規則を学ぶ退屈なもの」と感じていたのが正直なところでした。ところが、医学部5年生のときに大阪府立成人病センター（当時）からいらした（故）小町喜男教授の講義を聞き、衝撃を受けました。生活習慣病の研究をはじめ幅広く健康に貢献する姿に魅了され、この領域を極めようと決心したのです。

その後、筑波大学大学院で博士課程を修了してから、フルブライト奨学金を得て米国留学しました。ミネソタ大学大学院での恩師が、心血管疾患の疫学で世界的に著名なヘンリー・ブラックバーン教授です。1992年、先生は“Circulation”誌に“The Three Beauties: Bench, Clinical, and Population Research”という文章を發表し、医学界の3人の女神（基礎、臨床、社会医学）が手を取り合うことの重要性を説きました。30年も前に恩師が指摘していたことが今にも通じる内容であつたことに、あらためて驚いています。米国でシステムティックな教育の重要性を体感したこともあり、先にお話しした通り、日本に戻ってからは研究とともに人材育成に力を入れてきました。こうして人を育てたことが私にとって最大の実績であり、財産だと感じています。



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。

学生時代や若手時代には、臨床を志す方が大半だと思います。確かに、患者と一対一で向き合える臨床には大きなやりがいがあります。ただ、もう少し俯瞰で考えてみたらどうなるでしょう。このまま人口減少が進めば、2050年には日本の人口は1億人を割り、平均寿命は、男性84歳、女性90歳と予想されています。医学が進歩して救える命が増える一方、病気や障害を抱えながら生きる人も多くなるでしょう。

すなわち、これまで考えられているような「医師の役割」だけでは、問題に対処しきれない時代が到来するはずです。他職種をリードしながら予防的に人々の健康を守る、そして健康状態が厳しくなっても生きがいを持って暮らせる社会を実現するという観点で、社会医学系の医師に求められることは多いでしょう。この領域を専門にする人はもちろん、臨床や基礎研究に足場を置く場合でも、社会医学的な素養は必須になると確信しています。

また、自分が信じる道を追求すると同時に、幅広くアンテナを張っておくことを忘れないでほしいと思います。年齢が近い身近な先輩から学ぶことは大切ですが、それだけでは視野が狭くなりやすいもの。現場のベテラン医師や強い思いで地域に貢献する医師、教授クラスの医師などの歩みも参考にしながら、「より先」を見通すことがキャリア形成のカギになるでしょう。医師として最初の10年間の目標は、10年以降のロールモデルを見つけること——そう表現することもできるほどです。

これまで本連載に登場した先生方にしても、そうした出会いが人生のターニングポイントになっていることがよく分かります。社会医学に関心がある方はもちろん、人生の岐路に立つ医学生や医師の皆さんが、本連載から一つでも多くのヒントを得ていただけたら幸いです。

磯 博康 (いそ・ひろやす)

1982年、筑波大学医学専門学群卒業。同大学大学院医学研究科博士課程環境生態系専攻を修了後、米国ミネソタ大学大学院へ留学(公衆衛生学修士)。大阪府立成人病センター集団検診I部技術吏員、筑波大学教授(社会医学系)などを経て、2005年より大阪大学大学院教授(医学系研究科公衆衛生学)。また、2013年から2015年にかけて大阪大学医学系研究科副研究科長。2019年より現職。日本医学会連合副会長、日本学術会議会員、日本公衆衛生学会理事長、日本疫学会前理事長、日本循環器病予防学会理事、日本衛生学会代議員、日本脳卒中学会幹事、日本高血圧学会評議員、日本動脈硬化学会評議員。一般社団法人社会医学系専門医協会では、設立時より理事を務める。



マイナビ RESIDENT 連載「社会学系専門医の『いま・未来』」
<https://resident.mynavi.jp/magazines/special/detail/8959>
より引用、再構成して制作しております。

