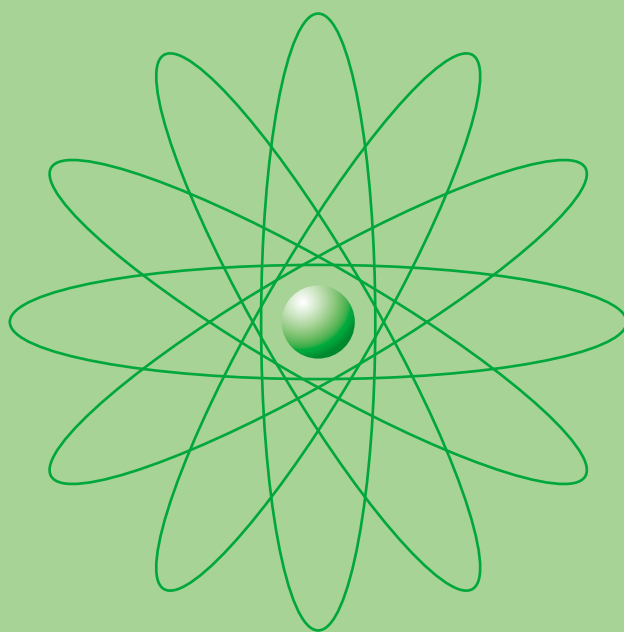


平成28年度 地域保健総合推進事業
全国保健所長会協力事業

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



平成29年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 城所 敏英(東京都島しょ保健所)

はじめに

保健所は、地域保健に関する広域的、専門的かつ技術的拠点として、次のような役割を求められています。地域において保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と重層的な連携体制を構築し、健康なまちづくりを推進すること。精神保健、難病対策、エイズ対策等の保健サービスの実施に当たって市町村の福祉部局等との十分な連携及び協力を図ること及び食品安全、生活衛生、医事、薬事等における監視及び指導、検査業務等において専門的かつ技術的拠点として機能すること。保健・医療・福祉に関する情報の収集、整理及び活用を推進すること。地域が抱える課題に即し、地域住民の生活に密着した調査及び研究を積極的に推進すること。健康危機の発生に備え、保健所は地域の保健医療の管理機関として、健康危機の発生の防止に努め、健康危機発生時及び健康危機発生後においては、広域災害・救急医療情報システム等の活用や、保健医療福祉に係る関係機関等と調整の上、健康危機管理を適切に行うこと。とりわけ、昨年4月に発生した熊本地震など毎年のように発生している大規模な自然災害をはじめとする健康危機への備えと対応が強く求められています。

本事業班は、上記のような使命を持つ保健所の所長を担う公衆衛生医師の確保・人材育成を目的に平成23年度から取り組んできています。例年、自治体や公衆衛生医師への調査事業と、保健所長会としての実践事業を2本の柱として取り組んできました。今年度は、新たに創設される社会医学系専門医制度をテーマの軸に取り組みました。調査事業では、昨年度に引き続き保健所を設置する自治体と自治体に所属する公衆衛生医師への調査を実施することで、社会医学系専門医制度の周知を図るとともに本制度への意見を把握することができました。全国保健所長会から社会医学系専門医協会の委員会に参加している班員を通じて、制度設計に意見を反映させることもできました。本制度では、専門医研修プログラムにおいて行政と大学医学部等との連携が必須になっており、実践事業で取組んだ「大学医学部との連携」のような事例が、今後拡大していくことが期待されます。

若手医師・医学生向けサマーセミナー（PHSS2016）も5回目を数え、若手医師・医学生に実際の保健所活動に触れる貴重な機会を提供できています。広報用媒体等についての検討では、昨年度作成したパンフレットを活用して、その効果を検討しました。パンフレットは、医療機関等による研修医への説明会に厚生労働省・自治体が参加した時にも活用されました。日本公衆衛生学会総会での自由集会の開催も4回を数え、公衆衛生医師が集まる貴重な機会となっています。社会医学系専門医制度が進む中で、今後こうした機会が増えていくことが期待されます。

本事業の成果は、全国保健所長会をはじめ、厚生労働省、各自治体、国立保健医療科学院、医育機関と連携しながら、公衆衛生医師の確保・人材育成に生かしていく所存です。

最後に本事業の実施に当たり、アンケート調査及び事例の提供等にご協力いただきました、全国保健所長会、都道府県・市区関係部署の皆様方及び諸先生方に厚く御礼申し上げます。

平成29年3月

平成28年度地域保健総合推進事業

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

分担事業者 城所 敏英（東京都島しょ保健所）

【目次】

I 事業の概要

1 分担事業名	3
2 事業の目的	3
3 事業の内容	3
4 事業の実施経過	3
5 事業の総括報告	4

II 事業報告

1 調査事業

1) 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	7
--------------------------------	---

2 実践事業

1) 若手医師・医学生向けサマーセミナー(PHSS2016)の開催	7 2
2) 公衆衛生医師募集の広報用媒体等についての検討	8 1
3) 社会医学系専門医制度に対する検討	8 7
4) 日本公衆衛生学会総会自由集会の開催	8 9
5) 大学医学部と連携した取り組み	9 1

III 参考資料

資料1 専門医制度に関する公衆衛生医師へのアンケートに関する資料	9 3
----------------------------------	-----

資料2 若手医師・医学生向けサマーセミナー(PHSS2016)の開催に関する資料

資料2-1 自治体向けPHSS2016開催案内	1 1 0
資料2-2 PHSS2016開催通知チラシ	1 1 1
資料2-3 保健所医師からのメッセージ	1 1 2
資料2-4 ケースメソッド：結核事例検討	1 1 7
資料2-5 講義：がんの疫学研究と地域保健のかかわり	1 2 3
資料2-6 講話：公衆衛生分野の人材育成について	1 3 3
資料2-7 講義：国の医療政策と保健所との関わり	1 3 4
資料2-8 ケースメソッド：災害時公衆衛生活動に関して	1 4 2

資料3 公衆衛生医師募集の広報用媒体等についての検討に関する資料

資料3-1 公衆衛生医師広報活動についてのアンケート	1 5 3
----------------------------	-------

分担事業者・事業協力者・助言者・事務局 一覧	1 5 5
------------------------	-------

I 事業の概要

1 分担事業名

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

2 事業の目的

全国的に保健所長・公衆衛生医師の不足が続いており、公衆衛生医師の確保と育成は、保健所にとってその基盤を確保するための重要な課題である。本事業班では、平成 23 年度から自治体や行政に勤務する公衆衛生医師への調査事業と、保健所長会としての実践事業に取り組んできている。

本年度は、平成 27 年度に続いて専門医制度に関する自治体及び公衆衛生医師への調査事業と、サマーセミナーをはじめ 5 つの実践事業を行った。

3 事業の内容

(1) 班会議：3 回開催

(2) 調査事業

1) 社会医学系専門医制度に関するアンケート調査

(3) 実践事業

1) 若手医師・医学生向けサマーセミナー(PHSS2016)の開催

2) 公衆衛生医師募集の広報用媒体についての検討

3) 社会医学系専門医制度に対する検討

4) 日本公衆衛生学会自由集会等の開催

5) 大学医学部との連携の取り組み

(4) 報告書の作成

4 事業の実施経過

(1) 事業の実施期間

平成 28 年 4 月 1 日から平成 29 年 3 月 31 日

(2) 班会議

1) 第 1 回班会議 平成 28 年 6 月 11 日(土) 場所：東京八重洲ホール 612 会議室

(1) 事業の概要と方針

① 昨年度事業への評価委員会の評価とコメント

② 事業計画および支出予算等

(2) 事業内容の検討

① 調査事業

② 実践事業

(3) その他

① 事業班編成と役割分担の確認

② 第 2 回班会議開催時期の確認

③ 事務連絡

- 2) 第2回班会議 平成28年10月26日(土) 場所：大阪 ハービス PLAZA 6F 3号室
- (1) 各グループ・関与メンバーからの報告
 - ① 調査事業
 - ② 実践事業
 - (2) その他
 - ① レジナビフェアへの参加
 - ② 第3回班会議開催時期の確認
 - ③ 事務連絡
- 3) 第3回班会議 平成29年1月31日(火) 場所：東京 タワーホール船堀 402 会議室
- (1) 報告書作成に向け、各グループ・関与メンバーからの報告
 - ① 調査事業
 - ② 実践事業
 - (2) 3月6日地域保健総合推事業発表会について
 - (3) 報告書の作成について
 - (4) その他
 - ① レジナビフェアへの参加
 - ② 次年度へ向けた取り組み

5 事業の総括報告

(1) 調査事業

1) 社会医学系専門医制度に関するアンケート調査

【目的】平成29年4月から社会医学系専門医制度の開始が予定されており、平成28年度には、指導医、研修プログラム、研修施設などについての要件が整備される。これに対する各自治体や保健所の準備状況などを把握するとともに、各自治体に情報を還元し準備を促す。また、自治体に所属する公衆衛生医師の社会医学系専門医制度に関する意向を調査し、制度に反映させる。

【方法】平成28年10月7日～11月14日に保健所設置自治体及び自治体経由で所属公衆衛生医師に対しアンケート調査を行った。内容は、社会医学系専門医制度に関する認知と自治体としての対応。医師に対しては、社会医学系専門医協議会(当時)からの情報把握や公衆衛生医として必要と考える専門性などを調査した。

【結果・考察】自治体に対しては、142自治体に送付し99自治体から回収(96.7%)。公衆衛生医師に対しては、784人に送付し409人から回収した(52.2%)。平成27年調査と比較して今回は、課長補佐級までの回答が少なかった。現職への満足度と仕事を続けたいという医師の割合は変わりなかった。転職を希望する医師の割合は40%で前回調査48%より少ない傾向が認められた。公衆衛生医師として前向きな方が多く回答したと思われる。社会医学系専門医制度についての認知は、前回の72.2%から91.1%に増加していた。情報の取得は、協議会のWebページ(58.4%)、全国保健所長会のWebページ(54.0%)が多く利用されていた。基本プログラムの7分野のうち日常業務のために学びたいと思うものを聞いたところ、健康危機管理(87.3%)、保健医療政策(84.6%)、疫学・医学統計学(80.9%)の割合が高かった。行動科学は58.7%と唯一60%を割っていた。しかし、前

回調査で行った公衆衛生医師が考える必要な能力として、コミュニケーション能力、パートナーシップの構築能力、マネージメント・管理能力についてその必要性が評価されていた。これらの能力は、行動科学の分野である。日本の医学教育の中で十分取り入れられていないため、学問分野としてのイメージが持てなかったため評価が低かったと思われる。今回の調査結果を社会医学系専門医育成に生かしていきたい。

(2) 実践事業

1) 若手医師・医学生向けサマーセミナー (PHSS2016) の開催

【目的】 公衆衛生分野に関心を持つ医学生や医師に対して、保健所で働く医師等から公衆衛生活動の実際を伝え、今後の人材確保に資する。保健所等に入職して間もない医師に対しては、ケースメソッドや意見交換を行う場を提供し、公衆衛生医師分野の人材育成事業の一環とする。

【方法】 公衆衛生分野に関心を持つ医学生・初期研修医・臨床医等および公衆衛生分野に入職して5年以内の医師を対象に、平成28年9月3日(土)午後1時～6時、4日(日)午前9時～午後1時、東京都港区で実施。参加者の募集は、チラシ配布(保健所、大学医学部、医学生・研修医向け就職フェア)、全国保健所長会 URL 掲載、雑誌掲載(公衆衛生情報)、各種メーリングリストを活用。申し込みは、担当へのメールにて行った。プログラムは、ケースメソッド2例、保健所医師からのメッセージ、がん疫学専門家の講義、公衆衛生分野の人材育成に関する講義、医系技官による厚生労働省と保健所の関わりについての講義を企画した。1日目終了後に意見交換会を実施した。

【結果・考察】 参加者は2日間の実人員で33名。属性は、医学生6、初期研修医8、臨床2、大学院3、行政11、その他3。受講後アンケートによる全体の満足度は、「非常に高い」と「高い」をあわせて92%であった。ケースメソッドで平成28年4月に熊本で発生した震災後の公衆衛生活動をとりあげて、現地でかかわった保健所医師のリアルな報告に参加者の関心がとても高かった。

2) 公衆衛生医師募集の広報用媒体等についての検討

【目的】 ポスターと平成27年度に作成した公衆衛生医師募集パンフレット「1億2,000万人の生を衛る医師」の活用と評価をおこなう。

【方法】 PHSS2016参加者への調査、研修会や保健所長が大学などで講義をする機会に配布し、合わせて調査に協力していただく。

【結果・考察】 パンフレットが公衆衛生医師の仕事を理解する上で役に立ったかという問いには、PHSS2016参加者では、ある程度役立った45%、役立った41%、非常に役立った7%であった。保健所実習での調査でも、ある程度役立った20%、役立った80%だった。効果的な広報活動を聞いたところ「レジナビ等への参加」が最も多く、そうした機会の活用が有効だと考える。

3) 社会医学系専門医制度に対する検討

【目的】 社会医学系専門医協議会(平成28年12月から協会)が発足し、専門医制度について準備が始まっており、各保健所や保健所長の専門医制度に対する対応を検討する。

【方法】 全国保健所長会の委員会と共同して、社会医学系専門医協会の動向を把握し、保健所長会会員への情報提供をおこなう。

【結果・考察】 社会医学系専門医協会の委員になっている班員により協会へ保健所長の意見を反映した。アンケート調査の結果などの情報提供により社会学系専門医制度の確立に寄与すると同時に、

最新情報を保健所長に提供した。社会医学系専門医制度の活用を通じて、行政分野で働く若手公衆衛生医師の確保と育成を図るとともに、現職の公衆衛生医師の資質の向上、さらに公衆衛生医師の認知度と信頼性の向上につながることを期待される。

4) 日本公衆衛生学会総会自由集会の開催

【目的】公衆衛生医師を続けていくためのモチベーションの維持についての意見交換。公衆衛生医師の人材確保・育成に関する最新の情報の共有。公衆衛生医師の交流及び意気の向上。

【方法】全国保健所長会のメーリングリスト、若手医師・医学生向けサマーセミナー2016 (PHSS2016) 参加者にメール、公衆衛生ネット (k-net)、平成27年度までの自由集会参加者にメール、国立保健医療科学院や結核研究所等の研修時に交流した公衆衛生医師にメール、学会会場の入口周辺にチラシを50部置くなどにより周知した。テーマは、公衆衛生医師を続けるモチベーションの維持について3名の演者が発表し、議論をおこなった。

【結果・考察】参加者数は、自由集会42名 意見交換会38名 (どちらか一方のみの参加者もあり)。公衆衛生医師の集う場のニーズに加えて、当自由集会が認知されるようになってきた。

5) 大学医学部と連携した取り組み

【目的】公衆衛生医師の確保と育成に関し大学医学部と連携した取り組みを検討する

【方法】厚生科学研究「公衆衛生医師確保のための連携の在り方に関する研究」(三沢あき子乙訓保健所所長)と連携・協力して、同研究班の実施した先進事例や自治体への調査を共有する。

【結果・考察】京都府立医大は、医療センターシステムにより、京都府の医療機関・保健所などに継続的に医師を派遣している。こうした事例を通して、大学と保健所の連携あり方の参考にする。現状では活発とは言えない保健所(自治体)と大学との連携は、新たに創設された社会医学系専門医の研修プログラムにおいて、大学医学部と連携した公衆衛生医師の育成及び確保が期待されているなか、公衆衛生医師確保対策を担う都道府県においては「今後行う予定」「検討中」との回答が7割近くあり、今後の取り組みが期待される。

(3) 考察

社会医学系専門医制度が始まると保健所と公衆衛生に携わるいろいろな分野との接点が増える。そこで保健所での公衆衛生医師の存在・活動を、アピールしていくためのコンテンツを準備し、活用する活動の重要性がより増している。また、社会医学系専門医制度により、公衆衛生医師の専門性を確認していくことを通して、人材育成・資質向上につながることを期待される。

(4) 結論

社会医学系専門医養成が開始されることを好機として、保健所の存在をよりアピールしていく。

(5) 発表

第76回日本公衆衛生学会(大阪)：シンポジウム13 NIPHにおける人材育成の成果と展望 (国立保健医療科学院企画シンポジウムにて調査結果発表)

第77回日本公衆衛生学会(鹿児島)にて発表予定。

II 事業報告

1 調査事業

1) 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

人見 嘉哲（北海道倶知安保健所 兼 北海道岩内保健所）
城所 敏英（東京都島しょ保健所）

社会医学系専門医制度の制度設計が進められ、次々と情報が公開されている。そこで、全国の自治体に勤務する公衆衛生医師を対象に、社会医学系専門医制度の周知と情報へのアクセス状況、基本プログラムや指導医要件等に対する意見を集約するために質問紙調査を実施した。

自治体の報告医師数に対する公衆衛生医師の回答率は、53.0%（412/784人）。社会医学系専門医協会の創設は、91.0%（370人）が知っており、63.8%（249人）が協会ホームページを閲覧していた。ホームページの閲覧とPDFファイルのダウンロードは、50歳代以上で、行政歴が長く、前職が臨床医以外、都道府県に勤める公衆衛生医師に比較的多いことから、自治体で社会医学系専門医の研修プログラム策定に参画している公衆衛生医師による情報アクセスが多いことが推察された。

「今後、利用したい情報提供の方法」では、「協会のホームページ」が63.2%、「全国保健所長会のホームページ」が58.5%と突出して高かった。2つのホームページは、利用したい公衆衛生医師の背景が異なっており、保健所長の71.3%が「全国保健所長会のホームページ」を希望したのに対して、保健所長以外で比較的若手の公衆衛生医師の68.9%は「協会のホームページ」を利用したいと回答していた。今後、専攻医の対象となる若手医師に対しては、全国保健所長会の情報発信力を利用しながら「協会のホームページ」への誘導や「所属自治体からの連絡」を通じた情報提供を促すことが有効と考えられた。

社会医学系専門医の7つの基本プログラムでは、「健康危機管理」、「保健医療政策」、「疫学・医療統計学」の順に日常業務のために学びたいとする希望が多かった。特に「健康危機管理」は、約90%が学びたいと回答しており、DHEAT研修などを通じて災害時の公衆衛生活動の重要性が広く認識されたと考えられる。他の6分野では、60~85%と幅があるものの、比較的若手の公衆衛生医師に学びたいとする希望が多かった。

本調査の自由記載項目には、社会医学系専門医制度に対して公衆衛生医師の専門性や社会的な評価を高める制度としての期待が表明される一方で、取得するメリットや創設の意義への疑問が多数寄せられていた。近年、医学生や若手医師の専門医指向は非常に高い。公衆衛生医師の間口を広げながら、社会的評価に耐える社会医学系専門医制度とする努力を続ける必要があると考えられた。

(1) 目的

臨床系専門医制度の導入が先延ばしとなる一方で、公衆衛生医師の人材の確保・育成に向けて社会医学系専門医制度の創設準備が急ピッチで進められている。

全国保健所長会では、社会医学系専門医制度に対する公衆衛生医師の意見を集約し、公衆衛生医師の確保・人材育成の観点から社会医学系専門協会に具体的な提案をするために「公衆衛生医師と新たな専門医制度に関する調査（第2弾）」を実施した。

(2) 方法

調査期間：平成 28 年 10 月 7 日 ～ 11 月 14 日。

調査方法：保健所を設置する自治体に「自治体向け」及び「公衆衛生医師向け」依頼文書を送付し、自治体を通じて各自治体に所属する公衆衛生医師に文書の配布を依頼した。質問紙の回収は、または、MS-Word 形式のファイルにて行った。

「公衆衛生医師向けアンケート」の設問数は 37 で、個人属性について 14 問、公衆衛生医師がお持ちの臨床系専門医資格と更新希望に関する設問が 6 問、社会医学系専門医制度について 11 問、国立保健医療科学院での研修について 5 問で構成した。回答者のご意見を伺う自由記載は 8 項目とした。個人属性に関する設問については、平成 26 年度「公衆衛生医師の採用・育成等実態調査」、平成 27 年度「公衆衛生医師と新たな専門医制度に関する調査」と共通の質問項目を採用した。

データ作成等には、Windows10、MS-Office 2013 を、集計解析には Ubuntu16.04LTS 上で汎用言語に Python 3.5、統計に Python 3.5 と R 3.2.2 の関連パッケージを用いた。自然言語解析結果の図表作成には、KH coder（樋口耕一、<http://khc.sourceforge.net/>）を用いた。

(3) 結果と考察

1) アンケートの回答率

自治体向けアンケートの回答数は 99 で回答率は 70%だった（依頼文書を送付した自治体数 142）。自治体アンケートに報告された公衆衛生医師数は 784、公衆衛生医師の回答数は、412 だった（回答率 53% (412/784)）。

2) 回答した公衆衛生医師の背景

本調査(2016 年度調査)に回答した公衆衛生医師の背景を 2014~2015 年度調査と比較すると、年齢構成、地域、保健所長かどうか、勤務先、医師免許取得後の年数、行政経験年数に有意な差を認めなかった（表 1）。しかし、職階が比較的高く（ $P < 0.01$ ）、複数人の公衆衛生医師が配置されている職場に勤め（ $P < 0.05$ ）、現職での満足度が比較的高い公衆衛生医師からの回答が相対的に多かったと言える（表 1）。特に、2015 年度調査で回答数の 18%を占めていた課長補佐級までの若手公衆衛生医師から回答を得ることができなかった（ $P < 0.01$ ）。また、過去 2 回の調査に比較して、都道府県に勤める公衆衛生医師の比率が有意に低くなっていた（58% vs 65%, $P < 0.05$ ）。つまり、回答率が 53%と低調であったことから、本調査の調査に比較的協力的な公衆衛生医師からの回答比率が高くなったと考えられる。

これらの背景は、2015 年度調査で社会医学系専門医制度に肯定的であった公衆衛生医師の背景に重なる。従って、本調査結果を解釈する場合には、一定のバイアス（社会医学系専門医制度に対して肯定的であること）を考慮する必要があると考えられた。

表1 回答された公衆衛生医師の背景：2014～2016年調査の比較

		調査年			All 人数	chi2	P
		2014	2015	2016			
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)			
回答数		456	571	409	1436		
性別	女性	139 30.3	195 34.2	147 35.9	481	3.2	0.197
年齢構成	～30歳代	61 13.3	68 11.9	55 13.4	181	10.1	0.122
	40歳代	103 22.5	149 26.1	99 24.2	345	0.89	0.826
	50歳代	211 46.1	219 38.4	161 39.4	581	(2015 vs 2016)	
	60歳以上	83 18.1	135 23.6	94 23	313		
年齢構成	～40歳代	164 35.8	217 38	154 37.7	526	0.6	0.751
	50歳代～	294 64.2	354 62	255 62.3	894		
地域	北海道	35 7.6	30 5.3	28 6.9	94	16.1	0.307
	東北	32 7	42 7.4	27 6.7	100		
	関東甲信越静	75 16.4	108 18.9	82 20.2	261		
	東京	67 14.6	68 11.9	56 13.8	189		
	東海北陸	50 10.9	61 10.7	31 7.7	145		
	近畿	79 17.2	109 19.1	56 13.8	243		
	中国四国	55 12	71 12.4	50 12.3	173		
	九州	65 14.2	82 14.4	75 18.5	211		
自治体	都道府県型	299 65.3	372 65.1	239 58.4	908	10.4	0.035 *
	特別区	109 23.8	155 27.1	131 32	382		
	それ以外	50 10.9	44 7.7	39 9.5	130		
保健所長		225 49.1	290 50.8	205 50.1	718	0.3	0.869
職階	部・局・次長級	174 38	235 41.2	180 44.4	583	178	0.000 **
	課長級	284 62	235 41.2	225 55.6	732		
	課長補佐～	0 0	101 17.7	0 0	101		
勤務先	本庁	86 18.8	96 16.8	59 14.4	237	10.8	0.550
	保健所・支所	302 65.9	390 68.3	289 70.7	970		
	それ以外	70 15.3	85 14.9	61 14.9	213		
職場の医師数	1人	210 45.9	285 49.9	187 45.7	680	16.0	0.042 *
前職	臨床医	232 51.1	327 58.2	226 55.3	769	8.6	0.071
	臨床研修医	49 10.8	66 11.7	38 9.3	154		
	その他	173 38.1	169 30.1	145 35.5	484		
行政経験年数	<10年	172 37.6	232 40.8	159 39.3	555	2.2	0.708
	10-20年	122 26.6	156 27.4	114 28.1	383		
	>20年	164 35.8	181 31.8	132 32.6	477		
医師免許年数	<20	122 26.6	156 27.3	104 25.6	374	3.7	0.453
	20-30	186 40.6	206 36.1	148 36.5	537		
	>30	150 32.8	209 36.6	154 37.9	508		
転職希望	今ある	81 19.9	47 8.3	22 5.4	150	5.47	0.140
	ときどき	0 0	223 39.6	144 35.4	361	(2015 vs 2016)	
	以前あった	121 29.7	92 16.3	75 18.4	281		
	ない	205 50.4	201 35.7	166 40.8	567		
仕事を続けるか	続ける	342 79.2	457 81.2	342 84	1126	4.3	0.369
	辞めたい	59 13.7	69 12.3	47 11.5	174		
	判断できない	31 7.2	37 6.6	18 4.4	84		
満足度	満足～やや満足	270 61.4	409 72.9	296 72.7	967	18.7	0.000 **

3) 2015～2016 年にかけて臨床系専門医資格の更新希望は変化したか

2015年度と2016年度調査を比較すると、有効回答に占める臨床系専門医資格保有者の割合に差がなかった ($P = 0.989$)。臨床系専門医資格を持つ公衆衛生医師で全ての資格更新を希望している公衆衛生医師の割合は、2016年度調査は 80.0% (152/190 人) であり、2015年度調査の 77.1% (199/258 人) と差が認められなかった。

臨床系専門医資格の更新希望

		更新予定の専門医資格				All
		0	1	2	>=3	
専門医数	1	21	85	1	0	107
	2	4	5	39	1	49
	>=3	1	2	5	26	34
All		26	92	45	27	190

公衆衛生医師の持つ臨床系専門医資格の資格更新希望について変化がなかったと考えられることから ($P = 0.724$)、臨床系専門医制度の開始が先延ばしされ、社会医学系専門医制度の導入準備が進められる中で、様子見の状態が続いていることが示唆された。

4) 社会医学系専門医協議会創設の認知

社会医学系専門医制度への関心の広がりを知るために、本調査では「社会医学系専門医協議会の創設」について知っているかどうかを尋ねた。その結果、同協議会の創設を知っていると回答した公衆衛生医師は、有効回答数 406 の 91% (370 人) に達していた。

2015年度調査では、「社会医学系専門医（仮称）創設の動きを知っている」と答えた公衆衛生医師は、72.2% (412/571 人)、課長級以上に限った場合は、76.1% (354/465 人) だった。つまり、過去1年間で社会医学系専門医に関心を持っている公衆衛生医師が最大で15パーセントポイント増加したと考えられることから ($P < 0.01$)、制度創設に向けたPRが広く浸透したと言えるだろう。

また、社会医学系専門医に対する認知を保健所長と保健所長以外に分けて比較すると、2015年度では、保健所長で 80.7%、それ以外で 64.7%、2016年度では、それぞれ 97.0%、85.2% であることから、保健所長の別を問わず20パーセントポイントほど認知が進んだと考えられた。

残念なことに、本調査では、課長補佐級までの公衆衛生医師から回答が得られていない。2015年度調査によると、課長補佐級までで社会医学系専門医（仮称）の創設を知っていた公衆衛生医師は、54.5% (48/88 人) に留まっていた。これら行政歴が比較的短く若手の公衆衛生医師は、社会医学系専門医の専攻医対象者であると考えられる。仮に 54.5%に20パーセン

トポイントを加えたとしても、残る約 25%の公衆衛生医師の理解が進んでいない可能性が残る。次年度は、若手公衆衛生医師に対する制度の PR に力を入れる必要があるかもしれない。

5) 社会学系専門医協議会ホームページの閲覧状況

全国保健所長会を始めとする関係団体、学会では、様々な機会を通じて社会医学系専門医に関する情報を発信している。最新の情報は、社会医学系専門医協議会のホームページに公開されていることから、公衆衛生医師の利用状況を調査した。

社会医学系専門医協議会ホームページを閲覧した公衆衛生医師(有効回答 390 人)は、63.8% (249 人) だった。閲覧されたページでは、「1. お知らせ」が 56.9%と最多であり、「2. 概要」53.8%、「6. 基準・プログラム等」46.7%が続いていた(表 3, 22)。

クラスター分析を用いて回答者の閲覧パターンを検討すると「1. お知らせ」「2. 概要」と「3. 人材像」「4. 規定・資料集」「5. 説明会・講習会」は異なるクラスターに分類された(data not shown)。つまり、公衆衛生医師の背景によって閲覧パターンが異なることが示唆される。表 4 に示す通り、閲覧ページと公衆衛生医師の背景を検討すると、「3. 人材像」「4. 規定・資料集」を閲覧することには、年代(60 歳以上, $P < 0.05$) や職階(部・局・次長, $P < 0.1$) が関連していた。

表 4 から、ホームページの閲覧者は比較的年長者(50 歳代以上)、行政歴が長く、前職が臨床医以外、都道府県に勤め、保健所長の割合が高いことが分かる。当然、指導医の要件を満たし、指導医取得を予定する公衆衛生医師の閲覧割合は高かった。

興味深いことに、指導医の取得を検討中と回答した公衆衛生医師では、必ずしも「3. 人材像」「4. 規定・資料集」「5. 説明会・講習会」が閲覧されていなかった(表 4)。むしろ指導医の取得をしないと回答した医師よりも閲覧割合が低いことから、「検討中」は必ずしも自ら情報を吟味することを意味していないことが分かる。これらの情報を分かり易く伝えることで指導医取得を促すことが可能かもしれない。

必ずしも統計的に有意でないものの、臨床系専門医資格を 3 以上保持する公衆衛生医師や、産業医資格を保有し、職場で産業医資格維持への配慮がある公衆衛生医師の閲覧割合が高かった。元々資格取得に積極的であることに加えて、職場で資格取得に配慮があることが社会医学系専門医の取得・維持に重要である可能性が示唆される。今後、公衆衛生医師だけでなく、自治体、職域に広く有用性が認められる社会医学系専門医制度に育てていく必要があるだろう。

表3 社会医学系専門医協議会ホームページの利用と利用したい情報提供方法について

22. 社会医学系専門医協議会ホームページの閲覧 (有効回答数= 390)

項目	N	回答割合
1 お知らせ	222	56.9
2 概要	210	53.8
3 人材像	130	33.3
4 規定・資料集	151	38.7
5 説明会・講習会	137	35.1
6 基準・プログラム等	182	46.7
7 見たことがない	141	36.2

23. 社会医学系専門医協議会ホームページ： 規定資料のダウンロード (有効回答数= 377)

1 共同提言	83	22.0
2 協議会要綱	72	19.1
3 制度の概要図	106	28.1
4 概要説明	103	27.3
5 ダウンロードない	243	64.5

24. 社会医学系専門医協議会ホームページ： 基準プログラムのダウンロード (有効回答数= 373)

1 指導医の経過措置	117	31.4
2 専門医の経過措置	97	26.0
3 概要説明	90	24.1
4 制度に関するQ&A	84	22.5
5 パブリックコメント	40	10.7
6 研修プログラム整備基準	67	18.0
7 指導医マニュアル	68	18.2
8 専攻医研修マニュアル	59	15.8
9 モデルプログラム	70	18.8
10 基本プログラム	61	16.4
11 ダウンロードない	234	62.7

25. 今後、利用したい情報提供の方法 (有効回答数= 378)

1 協議会のWebページ	239	63.2
2 全国保健所長会のWebページ	221	58.5
3 保健医療科学院のWebページ	94	24.9
4 全国保健所長会からの全所長への連絡	139	36.8
5 全国保健所長会のメーリングリスト	122	32.3
6 都道府県保健所長会等からの連絡	116	30.7
7 所属自治体からの連絡	153	40.5
8 週刊保健衛生ニュース	134	35.4
9 その他:	19	5.0

表4 公衆衛生医師の背景とホームページを閲覧した人の割合(%)

		お知らせ	概要	人材像	規定・資料集	説明会・講習会	基準・プログラム等	
	全体	390	57.0	53.9	33.2	38.6	35.0	46.6
年齢構成	～30歳代	50	52.0	48.0	28.0 *	36.0 *	32.0	36.0
	40歳代	97	50.5	50.5	32.0	33.0	32.0	47.4
	50歳代	153	61.4	54.9	28.8	35.9	35.3	43.8
	60歳以上	90	58.9	58.9	45.6	51.1	40.0	56.7
行政歴	15年未満	208	51.9 *	50.0	32.2	36.5	33.7	43.3
	15年以上	178	62.9	58.4	34.3	41.0	36.5	50.6
前職	臨床	252	53.6	49.2 *	31.3	35.7	32.9	42.5 *
	それ以外	138	63.0	62.3	37.0	44.2	39.1	54.3
自治体	都道府県	233	60.5	56.2	36.1	40.8	35.2	51.1 *
	それ以外	157	51.6	50.3	29.3	35.7	35.0	40.1
職階	部・局・次長	173	60.7	60.1 *	38.2	45.7 *	41.0 *	54.3 *
	課長級	213	53.5	48.4	29.6	33.3	30.0	40.8
保健所長	所長	200	61.5	58.5	34.0	41.5	34.0	51.0
	所長以外	190	52.1	48.9	32.6	35.8	36.3	42.1
指導医の取得	思っている	199	69.8 **	64.8 **	39.7 *	48.7 **	47.7 **	58.3 **
	検討中	71	45.1	40.8	21.1	26.8	22.5	35.2
	思っていない	20	35.0	40.0	30.0	35.0	20.0	30.0
指導医の要件	あり	290	61.4 **	57.2 **	34.5	42.4 **	39.7 **	50.7 **
	なし	91	39.6	39.6	27.5	23.1	16.5	30.8
専門医数	1	101	54.5	54.5	33.7	39.6	28.7 *	46.5
	2	46	60.9	47.8	32.6	39.1	43.5	45.7
	>=3	31	61.3	64.5	54.8	51.6	54.8	58.1
	ない	212	56.6	53.3	30.2	36.3	33.5	45.3
産業医	あり	270	63.0 **	57.8 *	35.2	43.0 *	38.5 *	50.0
	なし	119	42.9	44.5	28.6	28.6	26.9	38.7
産業医資格維持への配慮	十分ある	31	74.2 **	77.4 *	45.2	58.1	41.9	64.5
維持への配慮	ある	102	63.7	55.9	29.4	37.3	37.3	47.1
	不十分	52	61.5	57.7	38.5	40.4	34.6	44.2
	ない	124	57.3	51.6	34.7	40.3	38.7	47.6
	わからない	79	39.2	43.0	29.1	30.4	25.3	40.5

6) 社会医学系専門医協議会ホームページからのダウンロード

社会医学系専門医協議会ホームページに掲載された PDF ファイルのダウンロードの有無については、規定資料と基準プログラム等の区別なく約 60%を超える公衆衛生医師が「ダウンロードしたことはない」と回答した(表 3, 23 と 24)。ダウンロードの割合が 30%程度と比較的高い PDF ファイルは、規定資料の「3. 社会医学系専門医制度の概要図」「4. 社会医学系専門医制度に向けてー概要説明」、基準プログラム等の「1. 指導医の経過措置」だった。全体で一番ダウンロードされた情報は、「1. 指導医の経過措置」の 31.4%であったことから、今後、

専攻医の募集情報などを公開する場合は、PDF ファイルよりも閲覧ページとすべきかもしれない。

各 PDF ファイルのダウンロードと関連する公衆衛生医師の背景は、上述のホームページ閲覧者と同様で、その傾向がより顕著だった（表5、表6）。公衆衛生医師の背景によってダウンロードした割合に有意な差異があったファイルは、実務的な内容であることから、各自治体で社会医学系専門医の研修プログラム策定に参画している公衆衛生医師によるダウンロードが比較的多いのかかもしれない。

表5 公衆衛生医師の背景と規定資料をダウンロードした人の割合(%)

		共同 提言	協議 会 要 綱	制度 の 概 要 図	概要 説明	
	全体	377	22.0	19	28	27
年齢構成	～30歳代	49	14.3 *	10.2 **	20.4 **	14.3 **
	40歳代	93	15.1	12.9	21.5	20.4
	50歳代	147	23.1	19.0	24.5	26.5
	60歳以上	88	31.8	30.7	45.5	43.2
医師免許年数	< 20	96	17.7 *	12.5 **	22.9 **	18.8 **
	20-30	137	16.8	14.6	21.9	21.9
	>30	141	29.8	27.7	37.6	38.3
行政歴	15年未満	199	18.6	16.1	23.6	21.6 *
	15年以上	174	25.3	21.8	32.8	33.3
行政経験年数	< 10年	140	18.6	15.7	21.4	21.4 *
	10 - 20年	107	22.4	20.6	30.8	24.3
	> 20年	126	24.6	20.6	32.5	35.7
職階	部・局・次長級	168	27.4 *	23.8	35.1 *	33.9 *
	課長級	205	17.6	15.6	22.9	22.0
指導医の 取得	思っている	194	29.4 **	25.8 **	38.1 **	37.1 **
	検討中	69	13.0	7.2	14.5	17.4
	思っていない	20	5.0	10.0	20.0	15.0
指導医の 要件	あり	283	23.7 *	20.1	31.1 **	30.7 **
	なし	85	12.9	11.8	14.1	11.8

表6 公衆衛生医師の背景と表6 公衆衛生医師の背景と基準プログラムをダウンロードした人の割合(%)

		指導 医の 経過 措置	専門 医の 経過 措置	概要 説明	制度 に関 する Q&A	パブ リッ ク コ メ ン	研修 プロ グラ ム 整	指導 医マ ニュ アル	専攻 医研 修マ ニュ	モデ ル プロ グラ ム	基本 プロ グラ ム
	全体	31.4	26.0	24.1	22.5	10.7	18.0	18.2	15.8	18.8	16.4
年齢構成	～30歳代	50	18.0 **	22.0	10.0 *	12.0	10.0	14.0 *	16.0 **	16.0	16.0
	40歳代	92	27.2	22.8	22.8	21.7	7.6	12.0	10.9	12.0	13.0
	50歳代	143	30.1	24.5	25.2	21.0	9.1	16.1	16.1	12.6	17.5
	60歳以上	88	45.5	34.1	31.8	31.8	17.0	29.5	30.7	25.0	28.4
医師免許年数	<20	95	24.2	24.2	21.1	20.0	9.5	11.6 *	13.7	13.7	12.6
	20-30	134	29.1	23.1	20.9	20.9	8.2	14.9	14.9	14.2	18.7
	>30	141	38.3	29.8	29.1	25.5	13.5	24.8	24.1	18.4	22.7
職階	部・局・次長級	163	40.5 **	30.1	30.1 *	25.2	12.3	22.7	23.3 *	19.6	23.9 *
	課長級	207	24.2	23.2	19.8	20.3	9.7	14.5	14.5	13.0	15.0
指導医の 取得	思っている	191	44.0 **	35.1 **	30.9 *	30.9 **	13.6	26.2 **	27.7 **	22.5 **	26.2 *
	検討中	67	16.4	11.9	16.4	9.0	3.0	7.5	6.0	4.5	9.0
	思っていない	20	25.0	15.0	15.0	15.0	10.0	10.0	15.0	15.0	20.0
指導医の 要件	あり	278	36.0 **	28.1 *	26.3 *	24.5 *	10.8	20.5 *	21.6 **	17.6	21.6 *
	なし	86	14.0	16.3	12.8	12.8	8.1	8.1	7.0	9.3	10.5
自治体の 産業医をして 保有する 専門医数	いる	155	36.1	30.3	27.7	27.7	14.8 *	20.6	22.6	20.6 *	23.9 *
	いない	218	28.0	22.9	21.6	18.8	7.8	16.1	15.1	12.4	15.1
保有する 専門医数	1	95	30.5	27.4 *	28.4	22.1	7.4 *	14.7	13.7	11.6	18.9
	2	44	40.9	36.4	18.2	18.2	11.4	27.3	22.7	15.9	20.5
	>= 3	29	41.4	41.4	41.4	31.0	27.6	24.1	27.6	27.6	24.1
	ない	205	28.3	21.0	21.0	22.4	9.8	16.6	18.0	16.1	17.6

7) 利用したい情報提供の方法

各自治体で社会医学系専門医の研修プログラム策定が進められる中で、今後は専攻医を希望する医師や医学生に向けたPRが重要になっていく。表3, 25に「今後、利用したい情報提供の方法」、表7に各情報提供方法と関連する公衆衛生医師の背景をまとめた。

情報提供方法別では、「協議会のホームページ」を利用したとした公衆衛生医師が63.2%、「全国保健所長会のホームページ」で58.5%と他と比べて20パーセントポイントほどと非常に高かった。この2つのホームページでは、利用したい公衆衛生医師の背景が異なっていた(表7)。当然のように71.3%の保健所長は、「全国保健所長会のホームページ」を利用したいと回答したのに対して(P<0.01)、所長以外の公衆衛生医師では、68.9%が「協議会のホームページ」を希望していた(P<0.05)。この結果は、年齢構成や医師免許年数、行政歴の長さや利用希望割合の関係と整合していた。年齢構成を例にすると、「全国保健所長会のホームページ」は、30歳代までが44.2%、60歳以上が63.2%と高い年齢層で利用希望が多い(P<0.05)。一方、「協議会のホームページ」では、30歳代までが75.2%、60歳以上が58.6%と若い公衆衛生医師で利用希望が多かった。加えて、40歳代以下の公衆衛生医師では、「所属自治体からの連絡」を希望する割合が比較的高い傾向が認められた。

年齢別の「利用したい情報提供の方法」を見ると、若手の公衆衛生医師では、「協議会のホ

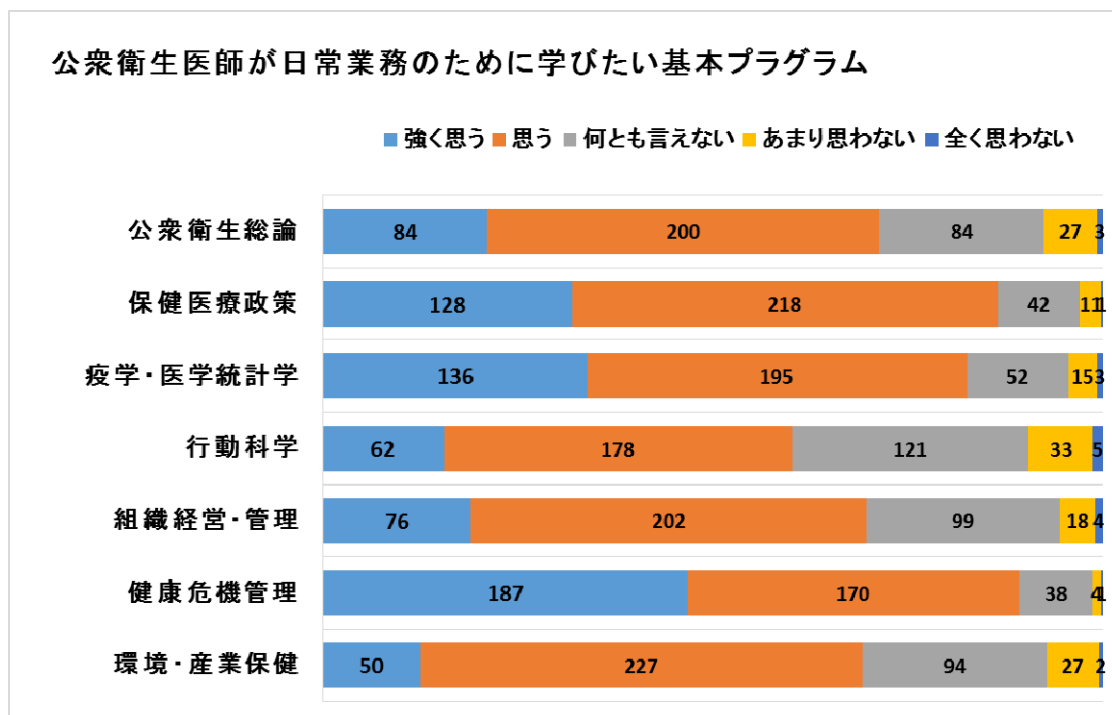
ホームページ」が30歳代までで75.0%、40歳代で62.6%と高く（表7）、調査時まで協議会ホームページを閲覧した者の割合（それぞれ、52.0%、50.0%、表4）を大きく上回っていることが分かる。これは、今回の一連の質問紙調査が若手の公衆衛生医師に対する社会医学系専門医制度と社会医学系専門医協議会の周知につながっていたことを示唆する。今後、社会医学系専門医の専攻医を希望する若手の公衆衛生医師に対しては、全国保健所長会の情報発信力を利用しながら「協議会のホームページ」への誘導や「所属自治体からの連絡」を通じた情報提供を促すことが有効と考えられた。

さらに、医学生に社会医学系専門医制度を周知するためには、医学生向けのリクルート情報媒体や社会医学系専門医の研修プログラムに参加する医育教育機関を通じて露出を多くしていくことが必要かもしれない。

表7 公衆衛生医師の背景と選んだ「利用したい情報提供の方法」の割合(%)

		N	協議会のホームページ	全国保健所長会のホームページ	医学部保健医のホームページ	全国保健所長会からの全所長への連絡	全国保健所長会のメーリングリスト	都道府県保健所長会等からの連絡	所属自治体からの連絡	週刊保健衛生ニュース	その他:
全体			63.2	58.5	24.9	36.8	32.3	30.7	40.5	35.4	5.0
年齢構成	～30歳代	52	75.0	44.2 *	25.0	15.4 **	13.5 **	15.4 *	50.0	34.6	5.8
	40歳代	91	62.6	51.6	20.9	26.4	26.4	29.7	47.3	37.4	4.4
	50歳代	148	62.2	64.9	29.1	37.2	37.2	32.4	32.4	31.1	3.4
	60歳以上	87	58.6	63.2	21.8	59.8	41.4	37.9	41.4	41.4	8.0
医師免許年数	<20	97	69.1	48.5 *	26.8	17.5 **	15.5 **	18.6 **	50.5	40.2	4.1
	20-30	135	63.7	57.8	23.7	34.1	35.6	30.4	37.8	28.9	3.0
	>30	143	59.4	66.4	24.5	51.7	39.2	39.2	36.4	37.8	7.7
行政歴	15年未満	202	66.3	55.0	31.2 **	30.2 **	27.7 *	30.2	45.0	37.1	4.5
	15年以上	172	59.9	63.4	17.4	44.2	37.8	31.4	35.5	33.1	5.2
行政経験年数	<10年	143	65.7	51.0	32.9 **	28.0 *	24.5 *	31.5	47.6	36.4	2.8
	10-20年	107	65.4	63.6	27.1	41.1	38.3	28.0	39.3	35.5	6.5
	>20年	124	58.9	63.7	13.7	42.7	36.3	32.3	33.9	33.9	5.6
職階	部・局・次長級	168	60.7	61.9	21.4	47.6 **	41.7 **	35.7	37.5	36.9	7.1
	課長級	207	64.7	55.6	27.5	28.0	24.6	26.6	42.0	33.8	3.4
保健所長	所長	195	57.9 *	71.3 **	22.1	58.5 **	52.3 **	38.5 **	34.9 *	32.3	4.6
	それ以外	183	68.9	44.8	27.9	13.7	10.9	22.4	46.4	38.8	5.5
指導医の取得	思っている	209	69.9 **	64.6 **	23.4	43.1 **	33.0	32.5	39.7	35.4	6.7
	検討中	88	55.7	62.5	23.9	36.4	36.4	29.5	34.1	31.8	2.3
	思っていない	58	43.1	32.8	31.0	20.7	29.3	24.1	43.1	39.7	3.4
指導医の要件	あり	280	63.9	62.5 **	21.8 *	41.8 **	34.3	31.1	37.1	35.4	6.1
	なし	89	59.6	42.7	33.7	20.2	24.7	24.7	48.3	34.8	1.1
産業医	あり	259	63.3	61.4	23.9	40.9 *	34.7	34.4 *	38.2	34.4	7.3 **
	なし	118	62.7	52.5	27.1	28.0	27.1	22.9	45.8	38.1	0.0

8) 基本プログラム 7 分野について



社会医学系専門医協議会では、社会医学系専門医に必要な 7 つの基本プログラムを発表した。そこで、本調査では「日常業務のために学びたい」「自身のために深めたい」という 2 つの観点から自治体で働く公衆衛生医師による 7 つの分野の評価を取りまとめた。上図に各基本プログラムを「日常業務のために学びたい」かに対する回答を示す。「強く思う」「思う」と回答した公衆衛生医師の割合が最も高い基本プログラムは、「健康危機管理」だった ($P < 0.01$)。次に「保健医療政策」と「疫学・医療統計学」が比較的高く、「行動科学」の評価が低かった ($P < 0.01$)。

「健康危機管理」の高評価は、公衆衛生医師に必要な能力として 9 項目の重要性を調査した 2015 年度調査で「健康危機管理能力」が最重要項目であったことに矛盾しない。一方、「行動科学」は、日本の医学部教育では馴染みの少ない分野であり、評価が低くなった可能性があるかもしれない。2015 年度調査では、「コミュニケーション能力」「パートナーシップの構築能力」が比較的重要とされていた。「行動科学」は、これらの 2 項目の学問的な基礎となることから、社会医学系専門医教育が広がる中で、今後評価が変わることが考えられる。

次に、各基本プログラムを「日常業務のために学びたい」と「強く思う」と答えた公衆衛生医師の背景を検討した (表 8)。まず「健康危機管理」が公衆衛生医師の属性に関連なく最重要視されていることが目立つ。実際の災害対応情報に加え、全国保健所長会の DHEAT 研修などを通じて、緊急時の公衆衛生活動の重要性が広く認識されたと考えられる。

「健康危機管理」を除く 6 分野では、女性、40 歳代以下、保健所長以外で「学びたい

表8 公衆衛生医師の属性と基本プログラム7分野を「日常業務のために学びたい」と強く思った人の割合(%)

	公衆衛生総論			保健医療政策			疫学・医学統計学			行動科学			組織経営・管理			健康危機管理			環境・産業保健		
	%	N	P	%	N	P	%	N	P	%	N	P	%	N	P	%	N	P	%	N	P
性別	全体	21	(83)	32	(126)	34	(134)	18	(62)	19	(75)	47	(185)	12	(48)						
	男性	20	(51)	28	(72)	30	(76)	14	(36)	19	(50)	44	(112)	12	(31)						
	女性	23	(33)	39	(56)	42	(60)	18	(26)	18	(26)	52	(75)	13	(19)						
年齢構成	~40歳代	27	(40)	36	(55)	41	(63)	19	(29)	24	(36)	46	(70)	17	(26)						
	50歳代~	18	(44)	29	(73)	29	(73)	13	(33)	16	(40)	47	(117)	9.6	(24)						
行政経験	<10年	25	(38)	35	(54)	40	(62)	17	(26)	21	(32)	47	(73)	15	(24)						
	10-20年	19	(21)	29	(32)	38	(42)	15	(17)	18	(20)	50	(56)	14	(15)						
	>20年	19	(24)	31	(40)	22	(29)	15	(19)	18	(23)	44	(57)	8.5	(11)						
医師免許	<20	29	(30)	35	(36)	48	(49)	19	(20)	23	(23)	50	(52)	18	(19)						
	20-30	17	(25)	29	(42)	33	(48)	14	(20)	19	(28)	44	(64)	12	(17)						
	>30	19	(28)	32	(48)	26	(39)	15	(22)	17	(25)	47	(70)	8.7	(13)						
自治体	都道府県型	20	(47)	32	(76)	29	(69)	12	(28)	18	(43)	46	(108)	10	(24)						
	それ以外	23	(37)	31	(52)	40	(67)	20	(34)	20	(33)	48	(79)	16	(26)						
保健所長	所長	19	(39)	32	(65)	25	(51)	12	(24)	18	(37)	50	(101)	9.4	(19)						
	それ以外	23	(45)	32	(63)	43	(85)	19	(38)	20	(39)	44	(86)	16	(31)						
職階	部・局・次長級	17	(30)	32	(55)	31	(54)	16	(27)	17	(30)	47	(82)	8.6	(15)						
	課長級	24	(52)	32	(71)	36	(80)	14	(32)	20	(44)	46	(101)	15	(33)						
前職	臨床	21	(54)	32	(83)	35	(90)	15	(38)	16	(42)	46	(119)	14	(35)						
	その他	21	(30)	32	(45)	32	(46)	17	(24)	24	(34)	48	(68)	11	(15)						
産業医	あり	18	(48)	31	(85)	31	(84)	13	(36)	17	(46)	48	(131)	11	(31)						
	なし	27	(35)	33	(42)	40	(51)	20	(25)	23	(29)	43	(55)	14	(18)						
指導医の要件	あり	20	(60)	32	(94)	32	(96)	14	(42)	18	(54)	49	(144)	10	(31)						
	なし	23	(22)	32	(31)	37	(36)	20	(19)	22	(21)	42	(40)	20	(19)						
指導医の取得	思っている	22	(47)	37	(80)	38	(81)	18	(38)	19	(41)	54	(116)	12	(25)						
	検討中	16	(16)	21	(20)	20	(20)	8	(8)	19	(18)	37	(36)	14	(14)						
	思っていない	22	(14)	29	(19)	37	(24)	14	(9)	16	(10)	39	(25)	11	(7)						

と強く思う」と答えた公衆衛生医師の割合が押し並べて高い。中でも「疫学・医療統計学」では、性別、年齢、行政歴、保健所長の別、所属自治体と有意な関連が認められた ($P < 0.05$)。また、絶対的な人数は少ないものの「環境・産業保健」を「学びたいと強く思う」と回答した公衆衛生医師の背景に同様の傾向が見られた。

基本プログラム7分野の評価スコアの比較

	N	1. 日常業務のために		2. 自身が深めたい		1と2の差 (1 - 2)
		mean ± SD	mean ± SD	mean ± SD	mean ± SD	
1 公衆衛生総論	398	3.84 ± 0.859	3.57 ± 0.936	0.268		
2 保健医療政策	400	4.15 ± 0.732	3.97 ± 0.883	0.178		
3 疫学・医学統計学	401	4.11 ± 0.822	3.96 ± 0.936	0.150		
4 行動科学	399	3.65 ± 0.884	3.59 ± 0.915	0.059		
5 組織経営・管理	399	3.82 ± 0.824	3.73 ± 0.915	0.095		
6 健康危機管理	400	4.35 ± 0.712	4.17 ± 0.818	0.175		
7 環境・産業保健	400	3.74 ± 0.780	3.59 ± 0.836	0.145		

公衆衛生医師が基本プログラムに与えた評価を「強く思う」を5、「何とも言えない」を3、「全く思わない」を1とスコア化し、「日常業務のために学びたい」、「自身のために深めたい」の2つの設問間でその平均値を比較した。2つの平均値を比較すると、「日常業務のために」が「自身が深めたい」より高いことが分かる。個別の回答を比較すると20~30%の公衆衛生医師は、「自身が深めたい」の評価が低くなっていた。一方、評価が逆転している医師は10%以下であることから、両者の差異は、業務上の必要性和個人の興味の差を表している可能性があるかもしれない。この仮定が正しいとすると、公衆衛生医師は、「公衆衛生総論」、「保健医療政策」、「健康危機管理」、「疫学・医療統計学」の順に「日常業務のために」に学ぶ必要性を感じていることが示唆される（了解可能ではあるが仮定と解釈の妥当性の検証は今後譲る）。

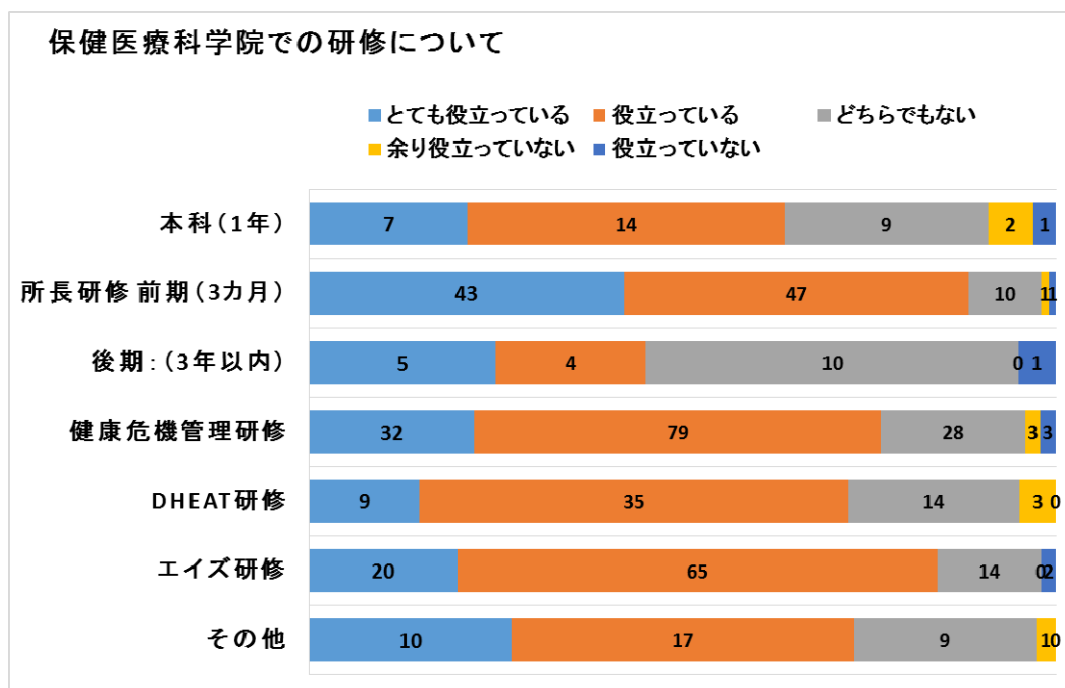
9) 指導医要件と指導医認定の取得意思

社会医学系専門医制度、指導医の取得意向

		指導医の取得			
		思っている	検討中	思っていない	All
指導医の要件	あり	204 (68.2)	73 (24.4)	22 (7.4)	299
	なし	12 (14.3)	26 (31)	46 (54.8)	84
All		216 (56.4)	99 (25.8)	68 (17.8)	383

調査時点で移行措置の指導医要件を満たしている公衆衛生医師の約 70% (204/299 人) が指導医の取得の意向を持っていた。その後、平成 29 年 1 月時点で 1000 人を超える指導医認定申請が社会医学系専門医協会に提出されていることから、各自治体の研修プログラムの認定申請と合わせて指導医の確保が進んでいると考えられた。

10) 保健医療科学院での研修の評価



(4) 自由記載項目について

自由記載項目の設問を以下に示す。

1. 問 20. 職場で認定資格更新に配慮・支援することについて
2. 問 25. 情報提供の方法について
3. 問 26. 社会医学系専門医について、知りたい情報
4. 問 29. 今後、公衆衛生医師の資質の向上を図るために必要と思われること
5. 問 31. 保健医療科学院の研修に「加えて欲しい内容」や「研修を実施して欲しい分野」
6. 問 33. 前問で 2. 受講しないとお答えになった方は、できれば理由をお書きください。
7. 問 36. 前問で指導医（専門医）認定を受けようと思う、または、思わないとされた理由
8. 問 37. 社会医学系専門医制度について、不明な点や知りたい点

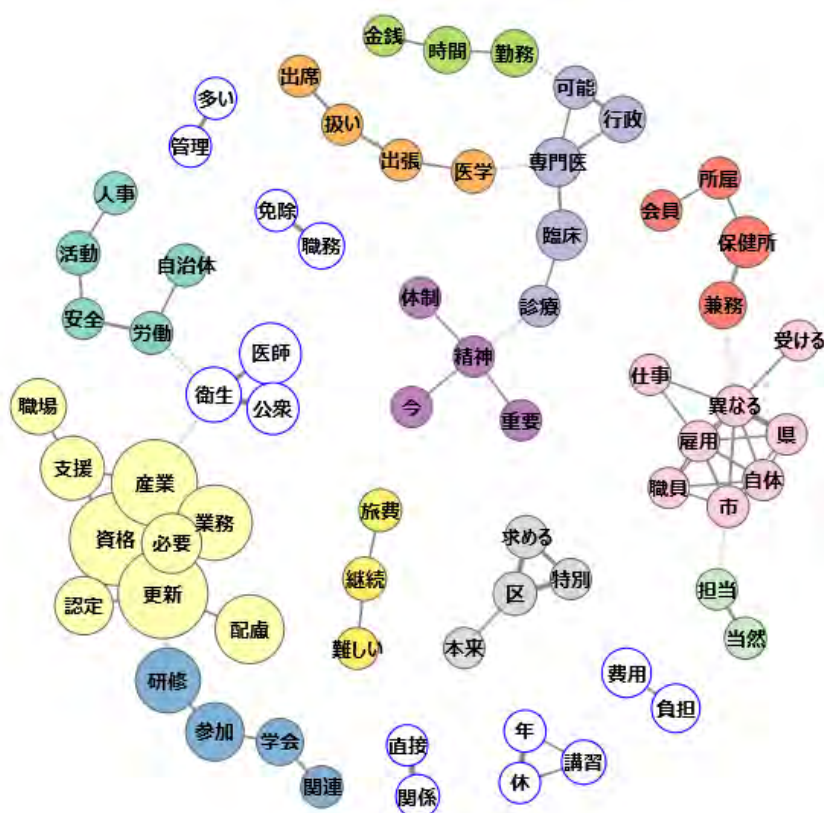
自由記載項目への回答

	回答数 (%)	記載文字数	
		平均 ± std	(最小-最大)
問20 職場で認定資格更新に配慮・支援	105 (25.5)	56.8 ± 49.8	(7-407)
問25 制度の情報提供の方法について	16 (3.9)	13.8 ± 12.2	(6-55)
問26 社会医学系専門医の知りたい情報	76 (18.4)	36.4 ± 27.5	(4-119)
問29 公衆衛生医師の資質の向上に必要なこと	147 (35.7)	75.6 ± 103.8	(2-751)
問31 保健医療科学院の研修への希望内容	52 (12.6)	27.7 ± 24.3	(4-149)
問33 保健医療科学院で受講しない理由	63 (15.3)	23.5 ± 20.5	(2-93)
問36 指導医(専門医)認定への意思	216 (52.4)	32.1 ± 23.8	(5-93)
1 認定を受ける	147 (35.7)	32.4 ± 21.8	(6-93)
2 検討中	14 (3.4)	34.8 ± 27.7	(13-93)
3 認定を受けない	55 (13.3)	30.6 ± 27.9	(5-93)
問37 社会医学系専門医制度の不明な点	95 (23.1)	64.8 ± 53.4	(3-93)

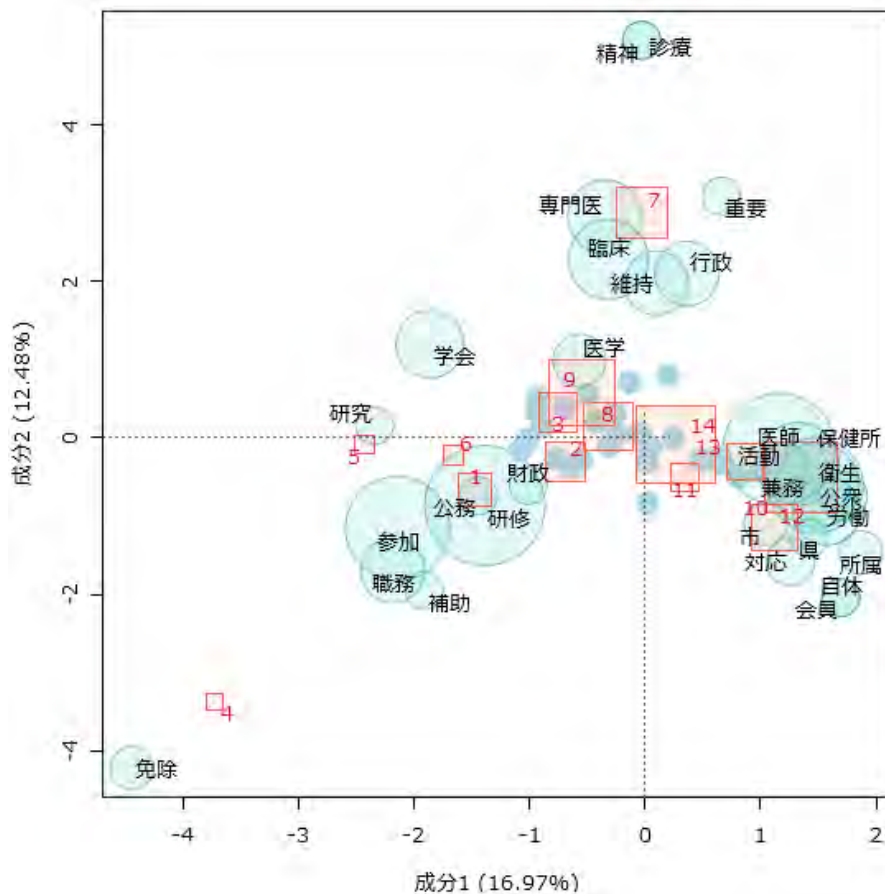
問 25 を除き, 以下に自由記載項目への記載について概要を示すために記載言語の共起ネットワークを示す。

各項目に記載文章のクラスター分類を行い (K-mean 法), クラスタ番号 (c1) を割り当て一覧とした。

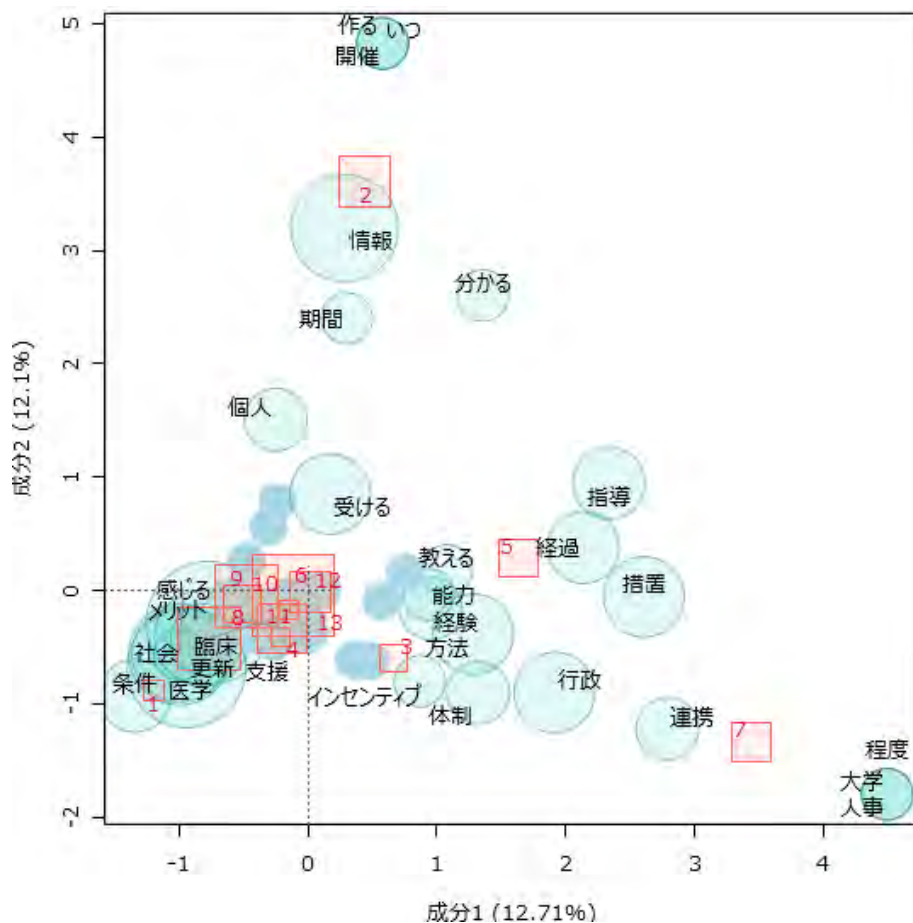
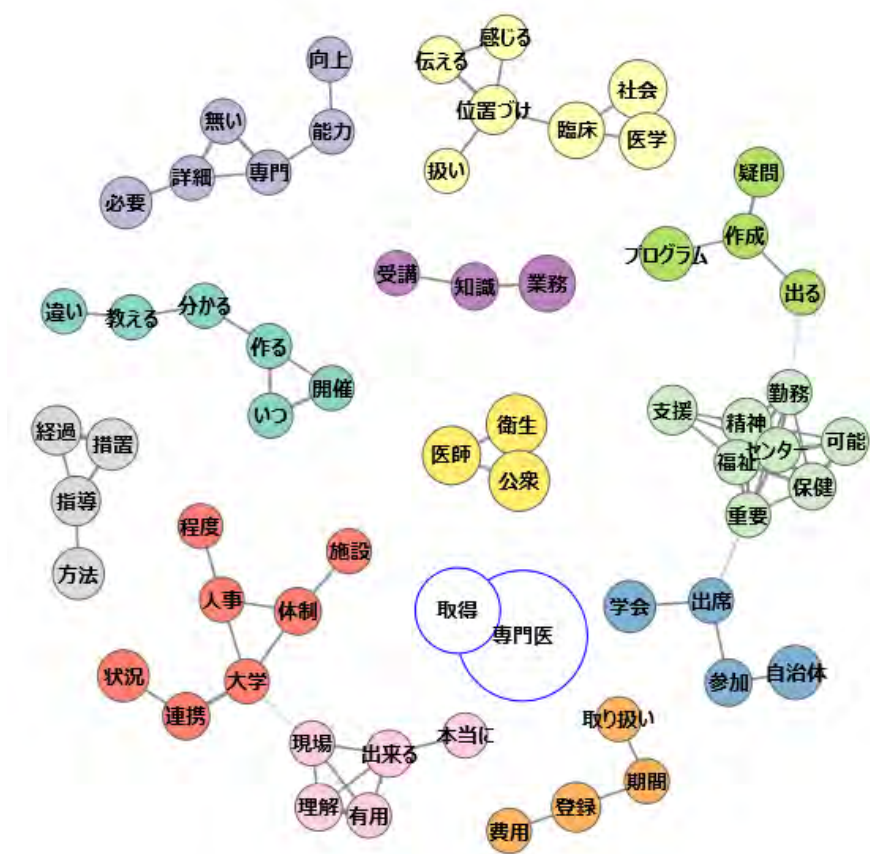
1) 20. 職場で認定資格更新に配慮・支援することについて



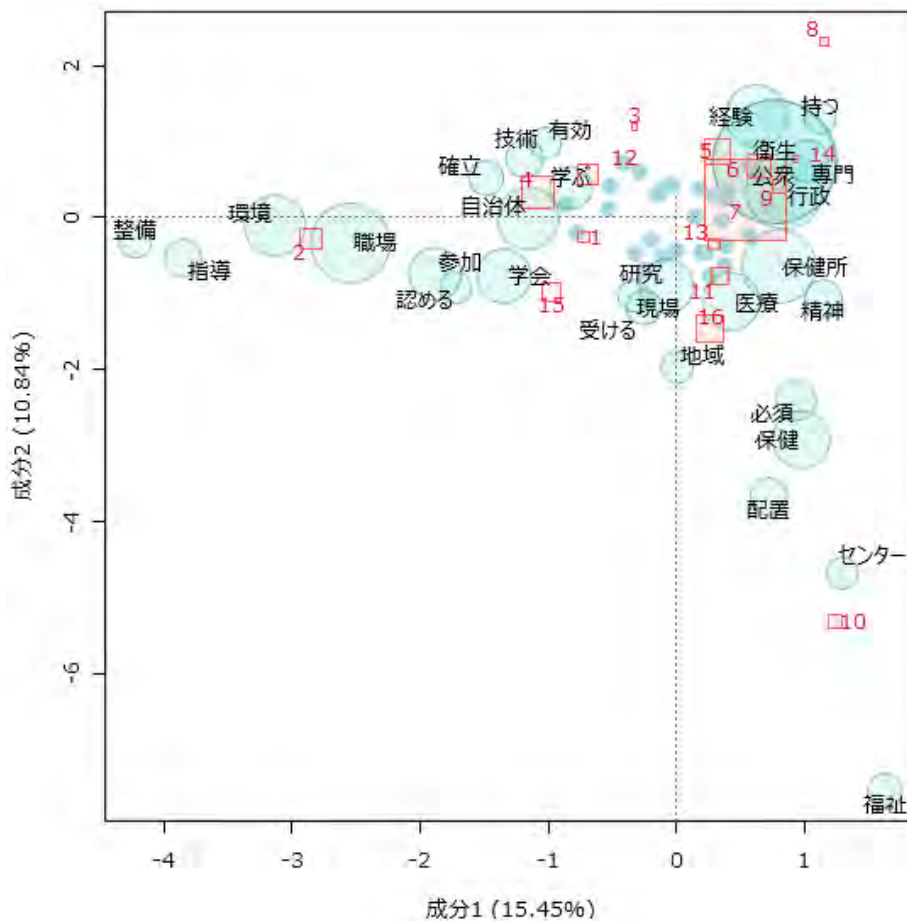
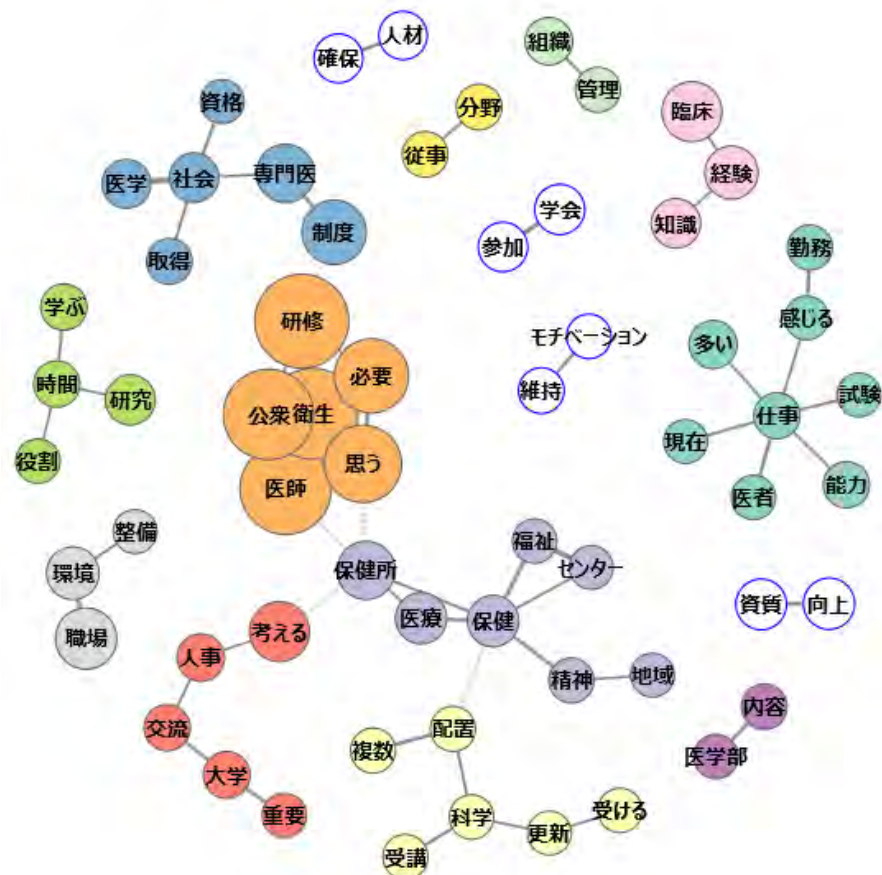
クラスター番号と記載言語の対応は、



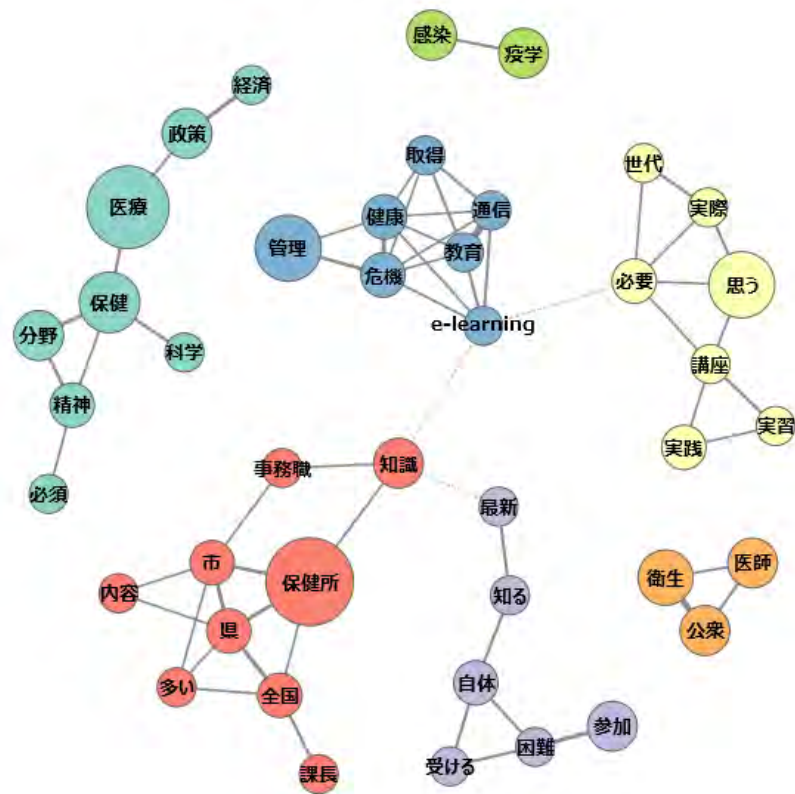
2) 26. 社会医学系専門医について, 知りたい情報をお書きください



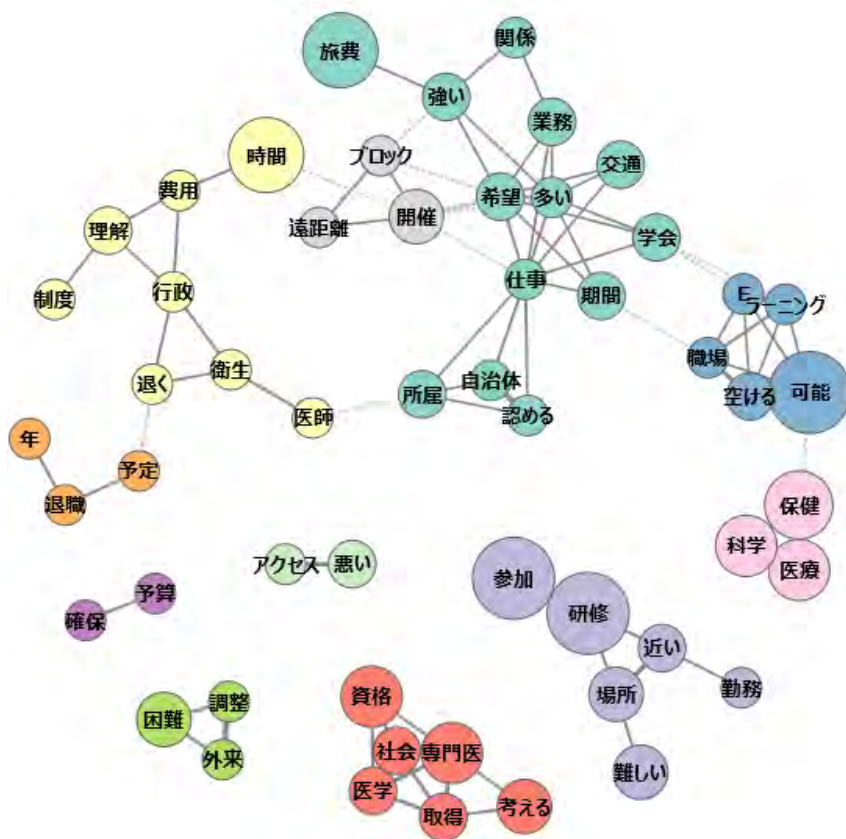
3) 29. 今後、公衆衛生医師の資質の向上を図るために必要と思われること



4) 31. 保健医療科学院の研修に「加えて欲しい内容」や「研修を実施して欲しい分野」

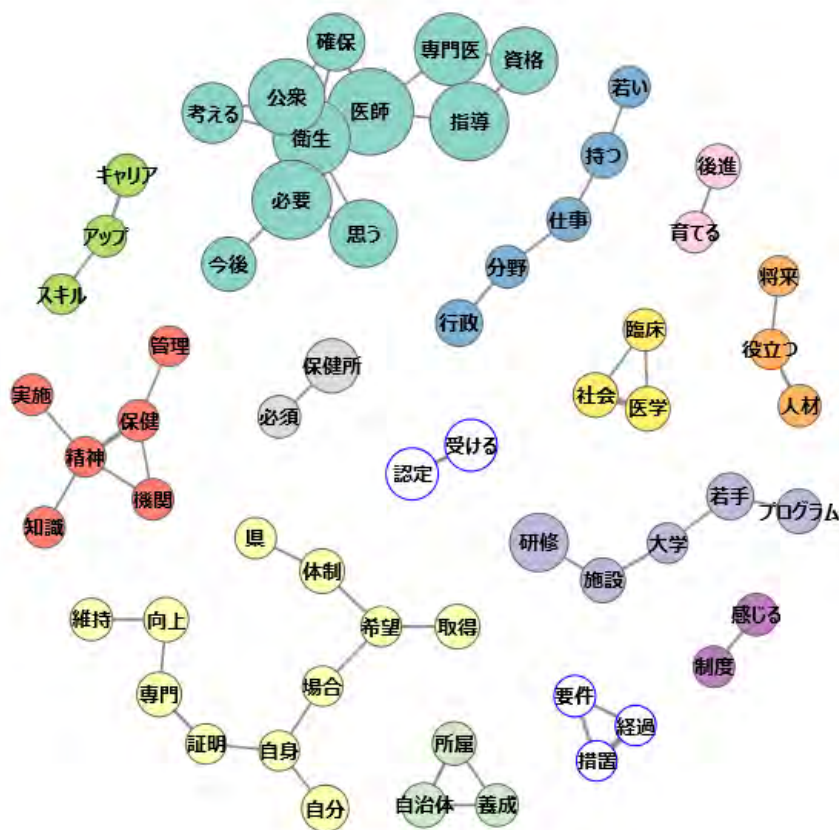


5) 33. 社会医学系専門医の研修が保健医療科学院で開催された場合に受講を希望しない理由



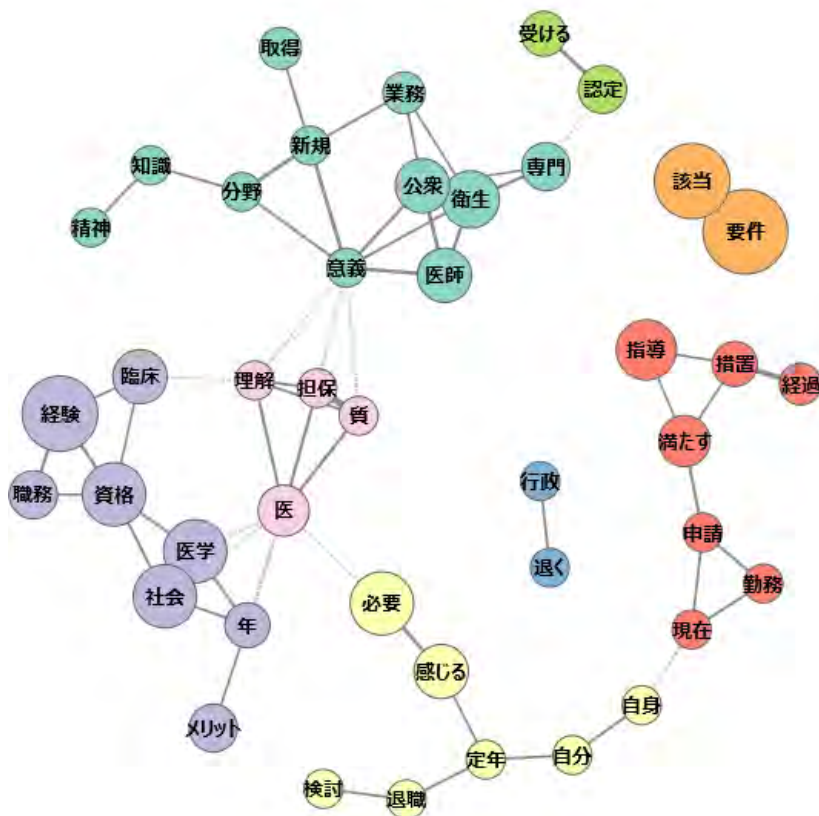
6) 指導医（専門医）認定を受けようと思う,または,思わない理由

指導医認定を受けようと思う理由の共起ネットワーク



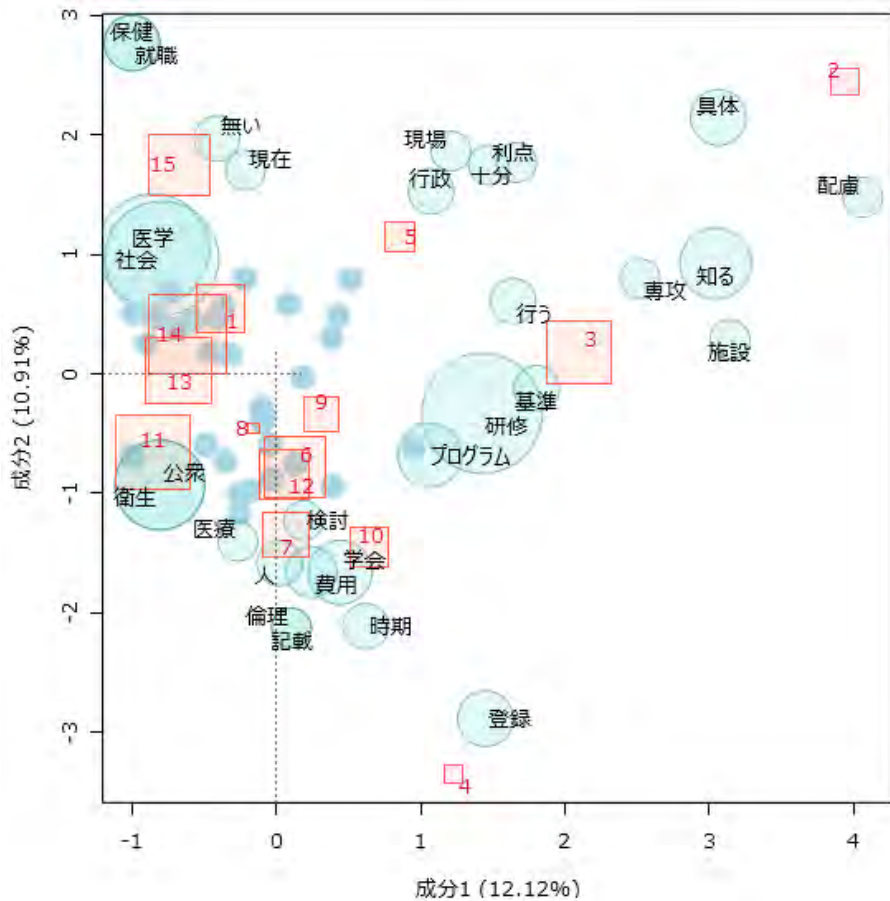
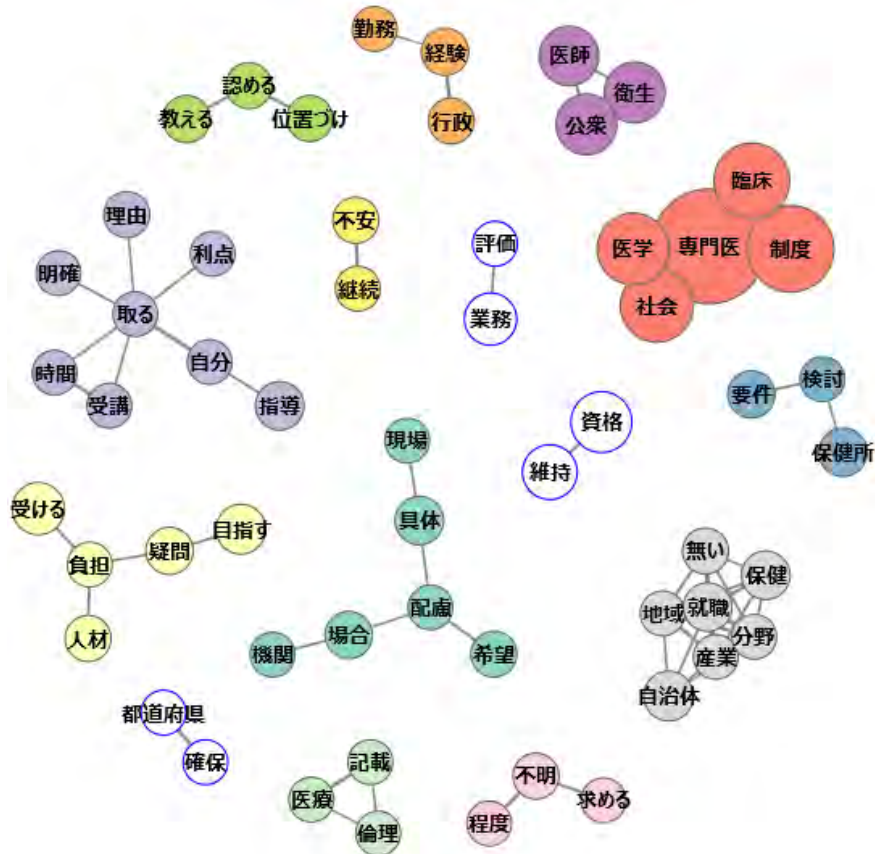
共起ネットワークの構造から主に13ないし14程度のトピックが記述されていたと考えられる。主な理由は、「公衆衛生医師の確保や専門医を指導する必要から資格を取得する」であることが分かる。

指導医認定を受けないとした理由の共起ネットワーク



指導医認定を受けない理由は、「移行措置の指導医認定要件に該当しない」と「指導医と認定されることのメリットや意義が不明」が比較的多かった。

7) 37. 社会医学系専門医制度について, 不明な点や知りたい点



自由記載項目リスト

自由記載項目ごとにクラスター分類を行い(K-mean法),クラスター番号(c1)を割り当てた。

20. 職場で認定資格更新に配慮・支援することについて ご意見があればお書きください。

cl	no	自由記載
1	1	維持のための研修出席に対する配慮
1	2	更新研修の費用は自費で構わないので,業務中に研修に参加出来るように,配慮して欲しい。
1	3	産業医研修参加への配慮,更新費用の負担等への支援など。
1	4	資格更新のための研修参加ができるために休暇制度等を考慮してほしい。
1	5	公費で年1回自治体向けの研修に参加できるように配慮願いたい。
1	6	資格更新のための研修会参加を公務としてもらいたい
1	7	研修参加旅費等
1	8	現在配慮してもらっているの,このままでお願いしたい。(更新のための研修への参加等)
2	1	本県では,日本医師会認定産業医更新にかかわる研修受講等は公務となっている産業医学を学ぶことは,社会医学系専門医としての幅が広がる。
2	2	業務に必要な資格更新のための研修費用を負担してくれないものか?
2	3	更新に係る研修の費用・時間の捻出。
2	4	認定更新に係る研修に出席する場合,職場の上司等が理解しやすいような,体制を作してほしい。
2	5	更新,研修受講等への財政的配慮。職場の業務としての位置づけ等
2	6	更新研修費用負担制度があるとありがたい。
2	7	産業医は,個人的に必要な資格であり,自ら研修等を受け費用を負担し更新している。
2	8	現在の職場のように更新研修を公務として位置付け,旅費・受講費・更新費用を負担していただいていることはありがたく,今後も継続して欲しい。
3	1	配慮があった方が良いのではないだろうか
3	2	現在の仕事に不可欠でなくてもある程度の配慮があってもよいと思う。
3	3	時間的,金銭的配慮があれば,有り難い。
3	4	当然配慮・支援があってしかるべき
3	5	職務に関係のある資格については,費用や時間を含めた配慮・支援が必要だと思いますが,直接の関係はないものについては,分けて考えるべきだと思います。 業務の位置づけが,事務分掌などで決まっており,資格更新に係る経費などが給与などに含まれているということ以外であれば,資格更新のための費用や勤務時間の取り扱いについては配慮して頂くことが必要だと思います。
3	7	資格更新のための金銭的配慮および平日おこなわれる研修を勤務時間として見なして欲しい。
4	1	研修参加に職務専念義務免除をください
4	2	職務免除の該当を希望致します。

- 4 3 研修会参加へ、参加費の補助や職務義務免除などの配慮
- 5 1 プログラム参加について勤務形態等に配慮してほしい。
- 5 2 学会や研修会への参加を促すような配慮が欲しい。
- 5 3 学会や研究会に参加できるように配慮して欲しい
- 5 4 学会への参加配慮
- 6 1 支援して活用すべき
- 6 2 ・関連学会・研究会参加への財政的支援が必要
- 6 3 学会や研修会への参加はすべて自費、有給休暇で行っているの、支援をしてほしい
今の職場は精神保健福祉センターであり、精神科専門医の資格の更新が最も重要とな
- 7 1 る。ため、これを最優先することが、大学医局の人事からも要請される。このため、診療や
訪問など臨床経験を積める体制を維持してゆく。
- 7 2 臨床系資格であれば、週1回程度でも診療支援に入るなどあれば、現場も助かるし資格も
維持でき win-win と思います。
- 7 3 臨床の専門医更新について、診療実績等が必要になるため行政医は不利と思う。
- 7 4 臨床に戻りたい医師にとっては、社会医学系専門医の資格よりも、本来の専門医資格の
継続のほうが重要なので、継続～復活できるような仕組みを考えて欲しい。
- 以前、学会の専門医資格を持っていたが、行政からは資格を維持のための配慮をしても
7 5 らえず、学会側からも行政職への配慮が乏しかったため、結局、更新をあきらめざるを得な
かった。個人にとっては、「多様なキャリア形成が可能」であればありがたい。その一方で、
資格維持に行政がどこまで配慮すべきかについては、議論・調整が必要と思う。
- 7 6 臨床系専門医を続けられるなら保健所に勤めてみたいという若手医師を数名知ってい
ます。精神科医、小児科医の女性医師が自治体病院と保健所を1～3年ぐらい往来する
システムがあっても良いと思います。
- 8 1 業務に直接関係のあるような認定資格の更新については、金銭面あるいはその研修の
ための時間の面で支援をして欲しい。
- 8 2 資格更新に関する制度や支援がないため、自主的に更新している
- 8 3 専門職にとって資格更新は必須であるので、人材確保には絶対に必要
- 8 4 産業医に選任されているのだから、資格更新手数料は官費で支出願いたい。
- 8 5 忙し過ぎて認定資格更新のための講習を受けに行く時間を確保するのは困難である。
- 8 6 認定更新の旅費・宿泊費支給
特に取得したいと考えている認定資格が現在思い当たらないので意見がないのですが、
8 7 資格更新に協力していただけると安心して働けると思われます。講座受講時に研修受
講として対応していただけるなどの制度があればありがたいです。
- 8 8 更新料の補助が欲しい。
- 8 9 産業医資格取得及び更新に困難を感じたことは無い。
- 8 10 現在、保持している臨床系の認定資格の更新については斟酌・支援しないと明言されて
いる。
- 8 11 取得時には集中講座の受講料や旅費など支援がある。更新については支援がないが、
今の支援を継続してもらえれば良いと考える。
- 8 12 現職では、認定産業医更新に配慮していただき、助かっている

- 認定資格更新し必要な症例数を稼ぐための業務配慮が必要。(診察業務が出来る体制を整えてほしい。)専門医の継続が難しいようであれば、これが公衆衛生医師を辞める理由にもなりうる。
- 9 1 臨床系の認定資格については自己研鑽という形で扱われているため、もう少し医師にとっての臨床系資格の大事さを認めて欲しい。
- 9 2 今は年休を取って自腹出費となっているが、資格更新のための講習や学会の交通費及び宿泊費用を、例えば年間2回までとか出してもらえたら嬉しい。
- 9 3 臨床系医学関連の認定資格更新のための学会出張費や参加費を考慮してほしい。
- 9 4 日中の産業医資格認定講習に参加する際は勤務と認めてほしい。
- 9 5 臨床系医学会認定の専門医のみならず認定以外の専門医等を含め、公衆衛生医師(行政医)としての勤務期間中においても資格取得・更新が可能なくみが必要
- 9 6 産業医資格更新研修会への出席は職務免除扱いとして勤務時間中に行くことは可能だが、職務上必要な資格であるため、交通費支給等職務として認めて欲しいという声がある。
- 9 7 認定資格を申告したが不要といわれたので、職種による手当は無いと認識した
- 9 8 資格が多いと、更新のために研修や学会参加のために、職場をあけることも頻度多く求められる。一年を通じて、たびたび年休を取得し、参加している現状にあり、それに関連した配慮がえられるとよい。
- 9 9 臨床系の資格継続に外来勤務が必要だった。大学での外来だったため休日に無給で行っていたが、一般公務員には無給での勤務が理解できなかったため職員課に告げ口されるような格好になり、結局更新をあきらめた。また、特別区では研究日の制度があったらしいが、現在は無く、これも認定資格の更新が難しい理由である。
- 9 10 産業医資格については、勤務時間外の講習受講などで更新が可能だが、今後臨床系の
- 9 11 専門医については臨床事例数の報告などが課せられた場合、現在の業務(行政職)では更新は難しい。
- 9 12 特別区間で人事異動があり、区によっては産業医としての活動が求められる場合もあるため、すべての区で認定資格更新への配慮が必要と考える。
- 10 1 所属する職場(特別区)により、公衆衛生医師業務にプラスして産業医業務を本来業務として従事するよう求められる区とそうでない区の開きがある。(現在の区では求められないが、以前いた区では求められていた。そのため、資格の保持=維持は必要と考えている。)
- 10 2 公衆衛生行政医師は、基本的に公務員ですので、教育委員会及び現業職を除いて労働安全衛生法に基づく産業医設置はありません。各自治体の人事院が定める規定により労働者の健康管理が行われ、一般的には「健康管理医」という名称を使用する事が多いです。上記は不適切な設問の可能性あります。
- 10 3 産業医も公衆衛生医師として重要な資格と考えるので、研修などは出張扱いとするべきである

産業医業務は、その根拠、対象、権限など、所謂公衆衛生医師の業務とは全く異なる。両者は切り離して考えるべきものとする。私の所属する県は、既にそのように整理を行った。公衆衛生医師として働いている保健所職場で産業医認定に係わる配慮や支援を受けられるということは、産業医業務は保健所医師の業務であることを認める事になるので、そのような配慮・支援は受けなくてよい。自分自身の専属産業医の経験から言えば、

10 4 業務の質と量を考えると産業医と保健所医師の兼務などできるものではない。公衆衛生医師であった者が産業医業務を行うことはあるが、それは兼務ではなく、専任(専属)の形態となるべきものである。兼務しているとすれば、明らかに手抜きの仕事になっているはずである。全国保健所長会がこの問題にどのような見解を持っているか分からないが、全国保健所長会としては、産業医と公衆衛生医は異なるものであることを強く主張していく必要があると考える。

臨床にいた時に取得したので、配慮支援はいらない。また、ストレスチェックが始まり、人事

10 5 権を持つ場合には産業医活動はできないと認識しているので、管理職が多いと思われる公衆衛生医師が産業医を兼務することはないのでは？

公衆衛生医が産業医活動をすることで職場の労働安全衛生が向上するならば、公衆衛生

10 6 医師の産業医資格認定にかかる費用や手間に対して支援はしなければいけないと思う

10 7 公衆衛生医師に職場の産業医を兼務させるべきではないと考える。

労働には対価を伴うのが雇用の大原則であるため、公衆衛生医師以外の仕事をさせる

10 8 ののであれば、資格更新以外に産業医としての業務に費用を拠出すべき。もしくは専任産業医を雇用すべき。

職務にも関係する部分が有り、人材確保ならびに育成のためにも望ましいことであると思

11 1 いますが、県の財政が窮乏を極めている中で、高望みはできません。

11 2 外科系の場合、県立病院等で手術件数等を担保できるとありがたい

11 3 職場で使わないので、どうでもよい。

11 4 職場で医師が複数いなければなかなか難しいのかなと思います。

11 5 公衆衛生医確保のために是非必要

そもそも市型保健所長が産業医の兼務自体が負担であり、産業医は別に雇用すべきで

12 1 ある。市型保健所で医師が一人であれば、千人以上の職員の対応をすること自体、無理である。県型とは異なる。

前歴が多様であることから、個人がどのような資格を持ちどうしていきたいのかを、上司が

12 2 きちんと把握したうえで対応してもらいたい。

12 3 メンタルヘルスの対応が大変そうです

産業医更新のための講習会への参加支援が必要と考える。現状では、個人の年休で対

12 4 応していて、更新するための講習会参加が非常に負担である。

12 5 所属長でもある保健所長が産業医を務めることが自体が問題であると考えている。

保健所勤務医が職場の産業医を兼務することは望ましいことではない。資格はあくまで

12 6 個人のものであり、職場の支援は不要と考える。

- 12 7 医師会に所属していないので医師会員限定の研修に申し込むことができない。行政医師の医師会(B 会員)加入を公費で負担してもらえるとありがたいです。(保健所長は会員です)
- 13 1 産業医分の業務量は算定されないまま、既存業務にオンされている。十分な産業医活動もできず、中途半端な活動になっている。単位取得については、配慮してもらっている。
- 13 2 更新のための受講を業務として認めてほしい。
- 13 3 安全衛生委員会開催のための形式上の産業医の指定はかえってストレスとなる。やらせるなら意義を感じられる活動ができるだけの時間や業務量を見込んで欲しい。
- 13 4 業務の一環として、正当な評価をお願いしたい。人事部局の本音は便利屋程度にしか思っていないのではという気がする。
- 13 5 業務が多忙で受講できない
- 13 6 産業医業務は、行政業務との兼務では、十分に取組めない
- 14 1 メリット及びインセンティブがない。産業医業務については本来業務ですらないのにやらされている。つまり産業医資格維持に対する補助などはない。
- 14 2 所長が業務を担当させるなどの配慮していなかったため、産業医資格を更新し忘れ、資格を失った医師が同僚にいるぐらい。前所長はせっかく取得したんだからと、業務を割り振っていた。当然、公衆衛生医師として各々が失効しないようにしていた。市としても取得していない医師に対して研修の機会を積極的に与えていた。更新の際の負担も市が負担するぐらいである。
- 14 3 業務において産業医資格が必要であれば、資格取得だけでなく、更新のための研修会等への出席についても出張扱いにするなど、妥当な支援があるべき。
- 14 4 産業医業務を担当している場合は、産業医資格の取得や更新に必要な費用や職免等の配慮は当然と考えます。
- 14 5 職場で産業医取得について支援があれば取得したいが、現職場では無いようだ。自治体により、支援があると聞いている。
- 14 6 保健所長をしながら産業医を行うことは、業務量的に困難。別の職業なので、兼務をさせる自治体は労働衛生怠慢と思える。業務に必要なければ産業医の資格更新は自分に利するものなので、自己責任でなんとかするべきではないか？当県では、業務に位置付けておきながら、何らの支援もなく個人の持ち出しで行わせるというブラック団体です。
- 14 7 地域版の産業医研修会ではなく、中央の方である産業医学振興財団の講習等でより最新の知見を学べる配慮(出張旅費等)があれば良いと思います。また、若手の場合はそもそも認定資格がないため、取得も業務の一つとの位置づけが必要だと思います。
- 14 8 産業医業務を荷わせている以上、更新に配慮するのは当然である。しかし産業医業務が増加し、権限も大きくなり、保健所職員の管理的業務と利益相反があるため兼務するのは不適當と思われる
- 14 9 職場で認定資格更新に配慮・支援が必要と思う
- 14 10 ①認定資格更新または業務遂行・知識研鑽に必要な研修等への参加に対する支援(職免取得、参加費・交通費等の負担)②認定資格取得及び更新に対する支援(申請料等の負担)③産業医業務に対する十分な手当(できれば給与の加算で)

- 専門医の資格更新が、保健所業務に密接に関連していないため、人事課を始めとして理解することは困難と思われる。ただ、産業医資格の資格更新に対しては予算措置を行っている。
- 14 12 職場での産業医資格更新に配慮・支援はぜひあってほしい
- 14 13 職場において産業医を担当するなら、資格更新の配慮や支援は必要。
職場で産業医業務をしていないので、資格維持への支援が無くてもしかたがないと思っています。
- 14 15 産業医は、医師個人希望で取得、維持しているものとの職場の認識であるため、認定資格更新に対する配慮・支援は一切ない。また職場で産業医の職務を行うことも一切ない。
- 14 16 業務に直接関係ない資格更新は個人責任で行えばいいと思います。一方、産業医資格については業務に関係するので、一定の支援が必要かと思います。

25. 情報提供の方法について、利用したいもの

- | no | 自由記載 |
|----|--|
| 1 | 所属学会からの情報 |
| 2 | 所属学会からの案内 |
| 3 | 社会医学系4学会の ICT |
| 4 | 公衆衛生学会や日本疫学会からの連絡・Web ページ |
| 5 | 日経メディカル, CB ニュース, 医学会新聞などのメディアや日本公衆衛生学会, 日本公衆衛生協会, 厚生労働省 HP など |
| 6 | 保健衛生ニュースのトピックス等 |
| 7 | 公衆衛生情報 |
| 8 | 地全協 Web ページ |
| 9 | 日本医事新報 |
| 10 | メディファクス |
| 11 | 専門医協議会の内部 ML |
| 12 | 事務局からのメーリングリスト |
| 13 | 精神保健福祉センター長会のメーリングリスト |
| 14 | 個人メール配信 |
| 15 | 個人メール配信 |
| 16 | facebook |

26. 社会医学系専門医について、知りたい情報をお書きください。

- | cl | no | 自由記載 |
|----|----|-----------------|
| 1 | 1 | 更新の条件 |
| 1 | 2 | 認定費, 更新費 |
| 1 | 3 | 更新をどうしていくのか。 |
| 1 | 4 | 専門医習得の条件, 更新の条件 |
| 2 | 1 | 維持のための研修会の開催情報 |

- 2 2 まずはホームページを見て知らない情報を収集してみます。
- 2 3 項目毎の単位数の設定。研修期間中の身分。個人情報保護の取り扱い等
- 2 4 計画は進んでいるようだが、一刻も早く作ってほしい。それらが確実に分かる情報が欲しい
- 2 5 ないと思います。随時検討され、情報を提供してくださるので、それに該当するのかわからないのかとの判断をするのみです。
- 2 6 制度自体が走りながら作られている印象を受けています。EPOCのようなシステムがいつできるのか、指導医研修がいつ開催されるのか等の情報発信が不十分に思います。
- 3 1 資格取得のインセンティブ
- 3 2 取得することでどのようなインセンティブがあるでしょうか。
- 3 3 医歴がある程度あれば取得できるのか、行政経験がある一定の年数ないと取得できないのか
- 4 1 資格内容
- 4 2 資格の是非と内容
- 4 3 資格更新に必要な要件の詳細
- 4 4 資格維持に求められる要件等について
- 5 1 経過措置認定者への能力向上策
- 5 2 経過措置の間に指導医講習会を受けないといけないが機会が少なく、あっても不便。十分に業務経験がある者が、どうしたら何もせずに専門医になれるのか、その経過措置について。
- 5 3
- 5 4 経過措置に伴う、指導医・専門医申請の方法、取得できる資格基準を分かりやすく教えて欲しい。
- 6 1 認定制度について
- 6 2 プログラムの認定状況
- 6 3 プログラム認定を受けていない地域での活動の評価など
- 7 1 専攻医希望がどこにどの程度いるのか
- 7 2 移行措置終了後の行政現場の指導医の要件、大学との連携方法など。
- 7 3 これが、行政の人事にとって、どの程度配慮が戴ける資格なのかどうかということ。他都道府県の状況。体制整備に関して、本庁(人事課や保健所所管部局)の関わりや大学等との連携をどうしているかなど。
- 7 4
- 8 1 今のところ特に考えが及びません。
- 8 2 研修体制や研修施設との協力体制について
- 8 3 各自治体の研修プログラムへの参加医師人数
- 8 4 自治体として(事務サイドのこと)の取り組み状況。
- 8 5 費用面(新規登録料,更新料)。更新ポイント内容(学会,研修等)。
- 8 6 プログラム作成に際し細かな疑問点が生じた際、気軽に相談できる方法を知りたい
- 8 6 現時点では特にはないが、今後研修プログラムを作成するに際して疑問点が出てきた際に問い合わせたい
- 8 6 コアとなる専門能力は、何であると定義しているのか。また、達成目標水準をどのレベル

に置いているのか。

- 9 1 メリット
- 9 2 認定を受けるメリット
- 9 3 その専門医資格をもつメリット
- 9 4 専門医を取得することによるメリット。
- 9 5 専門医個人におけるメリットが解らない。
- 9 6 専門医取得後のメリット,資格維持・更新の条件
- 9 6 専門医を有することのメリット,維持の要件,費用など
- 9 6 個人が取得するメリットが見当たらないためモチベーションが生まれませんが,みなさんこんな資格を本当に欲しておられるのでしょうか?
- 10 1 公衆衛生医師の資質の向上に資する研修であるとする根拠
- 10 2 現在の専門医制度への位置づけと,公衆衛生に興味を持つ学生や初期研修医に伝えられる内容。
- 10 3 公衆衛生医師に必要な知識を得られる書籍や研修の案内全国の公衆衛生医師が所属する部署や業務内容の紹介
- 10 4 公衆衛生医師については,最新動向や全国自治体の進捗状況(相互連携)等の情報が共有できる定期便(HP 連載やメルマガ)があればよいと思う。
- 10 5 臨床研修直後に公衆衛生医師になった自分は,この専門医制度が機能し始めたとき,どのような位置づけになるのかよくわからない。(専門医取得過程の扱いなのか,専門医としての扱いか)
- 10 6 専門医制度開始前の公衆衛生医の専門性をどのように担保していくつもりなのか知りたいそれが無いと,公衆衛生医の「お手盛り」とのそしりを免れないのでは無いか。資格更新の詳細を早めに提示しておく必要があるのではないか。
- 11 1 社会医学系専門医資格の厚労省や自治体での取り扱い方針について
- 11 2 社会医学系専門医を所得するメリット,特に若手医師のキャリア形成に関する影響
- 11 3 質問 20.と重複するが,社会医学系専門医の制度が社会的に認知されるよう努めること臨床系専門医の資格更新も支援が十分とは言えない状況
- 11 4 専門医資格取得・更新のための支援(制度的・経済的)に関する各自治体の取組社会医学系専門医制度における研修プログラムへの参加に対する各自治体への支援
- 11 5 臨床研修を受けていなくても取得可能か。(持病のために臨床医・臨床研修を断念した者なのですが,社会医学系がそのような者の受け皿になることを期待しています。)
- 11 6 社会医学系専門医としての位置づけ,意義,メリットがわからない。臨床の専門医であれば,転職時のメリットを感じるが,社会医学系専門医であることを伝えても,それが役立つものか疑問である。保健所長の要件としての位置づけであれば,メリットを感じる。
- 12 1 専門医取得の方法,継続の方法
- 12 2 専門医の職務上の違いを教えてください。
- 12 3 公衆衛生学会の専門医との違いはあるのでしょうか?
- 12 4 日本専門医機構が,この領域について,どのような意向を内々に示しているか
- 12 5 将来性やキャリアデザインとしての方向性,協議会の運営母体,専門医の必要諸経費

- 12 6 専門医の仮登録ができていません。本登録の登録期間がわかるように周知してほしい。
- 13 1 専門医取得のための研修施設の認定等に関する情報。
- 13 2 臨床の専門医を持ったまま取得できるものか知りたい。
- 13 3 専門医制度の資格と本当に併せて持つことができるのか？
- 13 4 専門医を取得しないと保健所勤務ができないと勘違いする医師が出ると困る。業務に有用な人の認識,行動,習慣についての知識と理解情報を正確に伝えるための技術
- 13 5 専門医取得にて初めて可能と成る保健医療関係の業務内容を(在れば)知りたいと思います。
- 13 6 この資格を是が非にでも取得しておくことの必要性が,今一つ理解出来ない。⇒専門医を取得することの有用性,有効性が現場で理解出来ない。
- 13 7 専門医が保健所長の資格要件になるのか？その際,専門医取得時点ですでに3年以上の実務経験となるはずだが,科学院研修の立ち位置はどうなるのか？
- 13 8 どのような専門医制度になるのか。専門医試験受験に際してテキストなどはあるのか。
- 13 9 研修があり受講できるようであれば受講したい。日頃業務を行う中で知識面での疑問点について確認できるような Web サイトはあるのかどうか。
- 13 10 行政においては,特に専門医が重要視されていないため,学会出席も年休を取得し,学会参加費も自費,助成もない。学会も行政での業務が優先されるため出席しにくく,発表も二の足を踏むが,両立させるためのアイデアを知りたい。
- 13 11 精神保健福祉センターの場合,精神科専門医との掛け持ちが可能かどうか問題となる。精神保健福祉センターは,精神科医が勤務する職場であり,かつ困難事例への支援が必須の業務となるため,この資格維持ができることが重要となる。
- 1 イメージがない
- 2 年齢制限はありますか
- 3 まだよくわかっていない

29. 今後,公衆衛生医師の資質の向上を図るために必要と思われることをお書きください

cl	no	自由記載
1	1	研修
1	2	研修
1	3	研修耐性の充実
1	4	繰り返しの研修
1	5	実地研修の充実
1	6	定期的な研修会や学会等
1	7	研修や学会発表の機会の充実
1	8	全国保健所長会における研修の充実。
1	9	統計ソフト購入の助成,統計学研修。
1	10	所長になれば研究の機会が減るため,所長を対象とした研修がある方がよい

- 2 1 研修と職場環境
- 2 2 研修,職場環境
- 2 3 職場のマンパワー
- 2 4 職場環境だと思います。
- 2 5 職場での指導・教育体制の確立。
- 2 6 学会への参加を積極的に促すなど職場環境
- 2 7 資質向上が図れるような,職場環境等の整備
- 2 8 学んだり研究等もできる職場環境。時間的余裕。
- 2 9 研修(業務多忙で,義務化されると負担だが),職場環境
- 2 10 研修の充実,および研修に参加できるような職場環境の整備
- 2 11 制度整備への自治体の理解。職場環境。旧来の地域団体との関係の整理。
- 2 12 現場での同一職場での他職種との連携,他機関・他団体との連携の進め方を実践的に学ぶ
- 2 13 学会参加,研修参加など,所属自治体からの費用的・サービス制度上の支援。ウェブ会議の環境整備
- 2 14 まず,ある程度の業務経験が必要だと思うので,長く働き続けるためのモチベーションを維持できる職場環境。
・人材育成プログラム(意識・技術・コミュニケーション力など)の確立・それに基づく指導
- 2 15 を若い頃(公衆衛生医師になりたての頃)から受けること・そうした指導に当たるのに相応しい指導者や先輩医師などと,指導に適した職場環境
- 3 1 制度
- 3 2 制度
- 3 3 専門医制度
- 3 4 専門医制度はとても有効だと思うし,そうなることを期待している。
- 4 1 医療制度の研修
- 4 2 職場での研修参加支援などの制度
- 4 3 職場の理解が必要。(研修への参加等)
- 4 4 倫理の観点からの教育が必要と考えています。
- 4 5 年に1週間の研修期間を認める制度が望ましい。
- 4 6 研修を職務として位置付ける必要があると思う。
- 4 7 段階を追った研修制度,OJT ができる職場作り,
- 4 8 職場の制度としてみとめられた研修受講等の知識向上の方法
- 4 9 職場,職種によって必要な知識や技術の習得方法について例示があると学習しやすい。
- 4 10 制度や研修体制も当然必要だが, 職場における研修をうける必要性についての理解が不可欠と考える。
- 4 11 行政の制度等に関する基本的(初歩的)な研修。感染症等,健康危機管理に関するグレードアップ研修。
- 4 12 臨床系研修制度との連動が必要。というか臨床 19 分野との一元化は必要であり,社会医学系が別枠であるのはむしろ有害である。

- 4 13 社会医学系専門医取得のインセンティブ,維持のための研修制度の充実,専門医取得及び維持に対する職場の理解が必要と考えます。
- 4 14 初期臨床研修終了後,専攻医として自治体に採用された場合,研修中の身分保障および職務内容について,各自治体の人事部門との大幅な調整が必要になってくる。
- 4 15 高度な技術の必要性,それを得る研修及び修了証明,自治体の中で技術を活かせること。以上が可視化され,制度化されること。自治体の能力のブラッシュ・アップ。
- 4 16 社会的に認められるような制度の確立。職場においても,専門医の資格取得のためのプログラムの作成,実施や,資格を取得すれば,職位について配慮があるなど,理解のある職場環境も必要だと思います。
- 4 17 臨床医が各学会専門医を取得する際にみられるように,経験分野に著しい偏りが生じることのないよう,到達目標を具体的に定め,目標達成のために複数の機関での研修が行えるような職場環境整備が必要であると思われます。また,介護・出産・育児等の休暇を要する状況にも対応できる制度を継続する必要があると思われます。
- 4 18 業務範囲が移動先次第で多岐にわたるため,座学や研修も有効であるが,OJTが必要になると考えられる。仕事を行いつつ疑問点について対応の仕方を相談できるような上司や職場環境は必要であると感じます。また,感染対策なども含めて基本的な知識を習得するためには,繰り返しの学習なども有効であると考えられるため,専門医試験なども有効であると感じます。
- 5 1 公衆衛生医師の横の連携と研修が必要
- 5 2 公衆衛生医師同士の研鑽の場が必要と思う。
- 5 3 幅広い公衆衛生領域の知識や経験が行われるような研修制度。
- 5 4 本県は小さく公衆衛生医も少ないため,外部(県外)研修に出ることが必要
- 5 5 学生時代から医学部や関係学部へ'公衆衛生医'の価値や役割を訴求していく事も重要と思われる。。
- 5 6 その時々重要な公衆衛生問題を考える研修会の開催。一方的な講演会だけでなく自由に討論できる研修会も必要かと思えます。
- 5 7 公衆衛生医師としての経験や,それまでの職歴のバックグラウンドに関わらず,一定の知識や技術の担保となるような研修を企画していただきたいです。
- 5 8 キャリアパスの明確化(研修含む)医師の複数配置(あるいはグループ制,本庁からの支援)などで公衆衛生上の意思決定に支援がうけられることが必要ではないか?
- 5 9 研修を充実し,若手医師のやる気を支援することが必要。県に入ったとき,県庁内での研修や大学公衆衛生学教室などへの出張による研修の制度を作っていた先輩に感謝しています。
- 5 10 サイエンスとしての公衆衛生が非常に弱いので,そのスキルを効果的・効率的に習得し維持するための方法の確立。特に conceptskill の習得のため濃密な OJT が必要だと思ふ。
- 5 11 臨床から公衆衛生に来られる先生が多いと思うので,そのような方々すべてが公衆衛生の知識,技術,ノウハウを学べる専門的な研修体制を整えることが必要だと思います。今は個人の努力と経験に任されている気がします。
- 6 1 職場の公衆衛生医師への理解

- 6 2 公衆衛生医師同士の情報の交換の場所(ネットなどで)
- 6 3 全国統一の公衆衛生行政医師のキャリアラダーの作成等。
- 6 4 他の組織の公衆衛生医師との情報交換や親睦などの相互交流
- 6 5 公衆衛生医師の資質向上には、ある程度の臨床経験は必須である。
- 6 6 研修に頼らない公衆衛生医師の質の向上のための方法公衆衛生医師のキャリアモデルの確立
- 6 7 公衆衛生活動の面白さがわかるような研修,環境づくり。モデルとなるような公衆衛生医師の存在
- 6 8 ・公衆衛生医師としてのモチベーションの向上を図ることが肝要(以前に比べて,管理業務や庶務等の雑務が急増)
- 6 9 正確な情報を収集できるためのサポートシステム(新任公衆衛生医師がメールなどで問い合わせできるようなシステム)
- 6 10 公衆衛生医師の資質がいくら向上しても,これまでの医師たちの「悪い評判」が邪魔をして,事務職からの信頼を得ることが難しい。
- 6 11 公衆衛生医師は,いわば雑学屋であったほうがいい。いろんな情報収集をするための自己研鑽・研修の機会を得やすい配慮が欲しい。
- 6 12 公衆衛生医師の資質向上のため,研修は大切だが,財政的・時間的両面で職場の理解が得られにくい。必須と言ってくれれば出やすい。
- 7 1 ・専門医制度にとらわれすぎず,行政としての医師確保,養成の基本的なプログラムも必要と思う。
- 7 2 危機管理能力向上のため,公衆衛生以外の他部門との迅速な情報共有化と協働が日常に行われる組織体制が必要である。
- 7 3 資格取得インセンティブと資質確保(質の維持)の方策公衆衛生医の社会的(医学界的)ステータスに関するマーケティング
- 7 4 しっかりとした基礎をもって保健所長になる必要があると思います。公衆衛生医師の育成を自治体をもっと考えていく必要があると思います。
- 7 5 外観,内容ともに大切であるが,臨床の専門医との対抗上,また,臨床から行政に移る医師に対しても,まず,一刻も早く制度自体を作ることが,大切,内容は,徐々に整えていっても構わない。
- 7 6 保健所に求められる役割(健康危機管理,医療・介護連携調整等に重点がシフト)が変わって来ている中で,各自の意識改革が必要だと思います。従前の保健所長のイメージのままでおられる方が多いように思います。
- 7 7 大学医学部における公衆衛生学教室の活性化による,公衆衛生の重要性への理解促進。公衆衛生学会の内容強化,発表内容の高度化。臨床,基礎研究,行政全ての視点を持つ医師を育成し,さらに育成した医師が公衆衛生医師として活躍できる場を作る。
- 7 8 新しく入ってこられる先生方もいらっしゃいますし,公衆衛生医師,行政医師としての均填化は必要と思われますが,一人職種でマンパワー不足もあり各組織で十分な研修を積むことは困難かと思しますので,基本的な研修の充実(できれば実践的な)を望みます。

- 7 9 公衆衛生は社会科学,心理学とも密接に関わる分野なので,数年に一回は集中して再教育を受ける必要があると思われる。それが資格更新の試験になるのか,実践を通じたアウトプットによる評価となるのか(社会医学系専門医としては後者の方が望ましいと思うが)議論が必要だと思う。
- 7 10 コンピテンシーとして,「基礎的な臨床能力」が挙げられており,プライマリヘルスケア医および小児科医が臨床の専門領域として最も公衆衛生医師として役立つと考える。上記二つの専門医を公衆衛生医師専門医として認定し,人事交流できるような体制が望ましいのではないかと考える
- 7 11 公衆衛生医師といっても,政令市や中核市と都道府県では業務内容が相当に異なっており,交流もないのが実情ではないか。都道府県保健所は市町村との協力が重要であるので,人事交流等が図れればよいと考える。大学の公衆衛生学教室とのつながりもきわめて希薄であり,改善の余地がある。
- 7 12 公衆衛生医師がカバーする範囲は非常に広いので,大変だと思われるが,少なくともデータの収集,解析,統計手法についての知識と実践経験は必要。また保健所は感染症,難病とならび精神保健の業務割合が大きいので,精神保健についての知識と基本的な面接方法についての精神医学的知識も必要であると思われる。
- 7 13 公衆衛生医師は中途入職が多く,行政経験年数と医歴が比例しないことが多いので,行政経験や公衆衛生学的知識レベルが職位や給与等に反映されるシステムがあるとよい。また今回の専門医制度で必要とされる能力や技能を定期的にブラッシュアップできるよう,専門医部会等の方から各自治体等に要請いただければと思います。
- 7 14 精神保健福祉センター所長にも,保健所長となる医師には所定の研修などの要件を定めることが必要と存じます。自主的に学ぶのは,意外に時間も確保できず困難です。しかし,それ以前の問題として,人材確保が困難で,その対策として,医学教育の中に公衆衛生医師(もしくは行政医師)の役割モデルも含めることが必要と思います。
- 7 15 公衆衛生でも研究機関と行政では必要な資質が異なります。これから続く若い世代にはそこら辺が理解できるようにしてあげたいと思います。一般的な研修より,現場で実際困っていることを先輩と一緒に考えたりアドバイスできる仕組みづくりが有効ではないかと思えます。特に臨床や研究機関から行政に来た医師には必要ではないかと思えます。
- 7 16 臨床の専門医プログラムでは,基幹施設となるのが大学病院やある程度規模の大きい病院のため,図書室等で文献検索ができたり,学会参加の費用が助成されるなど,専門医取得のための支援が充実している所が多い。行政の公衆衛生医師は,学術論文を読むにも個人的に大学を利用したり自費で検索サービスを利用するしかない場合が多いが,臨床ではなく社会医学の専門医を選んでもらうためには,もう少し学術面でのサポートが必要と思われる。
- 7 17 現在の職場は非常に専門性の高いことを求められており,臨床系の知識が必須です。保健所にいると医療との連携が事業・業務のスムーズな運営に不可欠であり,公衆衛生医師であっても,臨床の研修があった方が望ましいと思えます。臨床研修医は(救急以外の)外来業務経験が乏しいなど公衆衛生との関わりが少ないため,研修医以降でも臨床経験があった方がよいと思えます。また私の様に臨床医が公衆衛生医師になった場

合に研修をどうしたら良いか困っています。

- 7 18 保健所を統廃合により、1保健所(勤務地)に医師が2名以上在籍し、優秀なベテラン所長が若手医師の教育を行うことが最も重要考える。医師の人材供給源である大学医局・研究室と人事交流を行うなどして、臨床医・公衆衛生研究者のキャリアの中に保健所長(保健所医師)を経験する期間を設けることが、人材確保につながるのではないかと考える。医師以外の保健所長を増やすことも、保健所長を行う医師が自身の資質を向上させる動機づけにつながるものとする。
- 7 19 保健所長の人格であったり、業務に対するスタンスであったりだと思います。公平であり、公正であり、公務員としての資質のみならず、リーダーとしての資質、また、中核市であるため市に属する医師としての資質も問われます。自分に厳しい面も必要だと思います。それ以前に市民に対しての予防医学の意識だと思います。今、市に所属する医師は4人ですが、同じ立場の医師が2人のみの業務上の交流はありますが、それ以外にはありません。また、持ちたいとも思いません。
- 7 20 組織管理者としてのトータルマネジメント能力と専門技術職としての業務遂行能力の両方を研鑽できる仕組み。上記の具体例として、確かに制度、研修、職場環境は挙がると考えるが、組織・人事構造も大事。例えば、課長級が硝子の天井では、組織の中で公衆衛生医師は伸びないし、また、政令指定都市を中心に行われている保健所長職の剥奪(センター長への巻き替え)は、将来的な影響を考えても、由々しき事態と考える。「肩書」が「人」を育てる側面が確かにあると考える。
- 7 21 これまで保健医療科学院の研修を受講することなく、保健所の勤務を継続してしまったこと、また、兼務の期間が勤務期間の7割を占めていることから、標準的な研修受講が困難であると認識していること制度上は、公衆衛生医師の資質の確保は新専門医制度を含め、充実されたい(期待)こと今後、保健所長が医師であることは必須とは思われないが、公衆衛生行政には医師の配置(行政医)は必要であり、また行政以外の公衆衛生に明るい多くの臨床医・研究者など、幅広い人的ネットワークがより必要となっていること
- 7 22 基本的に自治体職員であるので、その自治体に有益になる貢献を見える化するような制度や研修があると、自らのモチベーションも上がるし、医療職以外の人事担当者にも公衆衛生医師が有意義な仕事をしていると理解できるのではないかと。職場環境にしても事務職の理解がないと事態は好転しない。公衆衛生医として何も資格がないと「人の役に立ちたい」と思う気持ちや行動が、「お医者さんらしくない」など、役所の中では空回りしていることが多い。社会医学系専門医がモチベーションの維持と業務の明確化に繋がることを祈る。
- 7 23 行政内部では事務職とあまり変わらない点が多いので、役割の明確化が必要。内部的にも外部的にも何のためにいるのか理解されていないことが多い。これは本来あるべき姿が確立されておらず、そのために身に着けるべきスキルが明らかになっていないことも大きな原因と考える。まじめに働く公衆衛生医師は大変忙しく土日もないくらいであるのに、臨床医よりも低く見られがちである。加えて行政内部でも軽視されるとなるとモチベーションの維持が困難である。この点についても真剣に考えないと資質の向上どころか確保についても難しい状況が続くと思われる。

- 7 24 専門医制度には当然期待している。他に、保健所等行政医師の資質向上としては、厚生労働省が直接実施主体となり、ブロックごとに毎年研修会を開催するべき。研修会の内容としては、DMAT技能維持研修の組み立てを参考に、二日間で、概論、机上訓練、意見交換、外部第一人者によるトピック講演がよい。完全な公務として所属自治体費用で受講し、医師会産業医手帳のように概要と記録を残す。日本公衆衛生協会の関わりはない方がよい。また、大学医学部の公衆衛生学教室というより地域医療学講座等と連携し、都道府県地域医療政策の向上に向けて研修会等相互交流や相互派遣等するとよいのではないか。
- 7 25 行政に入っただけから学会に参加する等で小児科専門医を更新してきたが、新制度への移行が決定し、「新制度の更新では診療実績（健診・予防接種業務も診療実績とみなされる）の提出が必須となりますので、更新に必要な数の診療実績の提出ができるように、経験した患者 ID（病名）あるいは健診や予防接種業務（日時、場所）などを記録しておいてください。」となった。行政にいと診療に携わることはない。例えば予防接種の実施主体として予算の獲得、議会の説明が主体となる。母子保健行政においても専門性を生かせると考えてきたが、臨床医学と社会医学との分断が決定的となり、公衆衛生医として行政で働くことをやめざる負えないかと考えている。公衆衛生医師として、どちらの専門医も継続するためには、兼業願を出し土日に医療機関でパートをすることになるのだろうか。
- 7 26 ・医学部のカリキュラムで公衆衛生の実務に関しても、臨床研修と同様に学べる機会を設け、医学部卒業後のキャリアの選択肢の1つとして考えてもらえるような位置づけにしていけることを目指す。・公衆衛生に従事している医師は、日本国内では、厚生労働省、地方自治体本庁、保健所、検疫所など、多岐に渡っており、国際医療の分野でも、組織に所属して国際協力に従事する医師、国連機関等で業務に従事する医師など、複数のカテゴリーに分かれています。非常に幅が広く、まとめるのは難しいと思いますが、できる限りで、公衆衛生医師として業務に従事している医師をまとめるフォーラムのようなものがあればと思います。ゆるいまとまりでも良いので、公衆衛生に従事している人の中での連携が少しずつ深まれば、国内外での公衆衛生活動の強化につながるのではと思います。
- 7 27 東京都特別区の保健所の医師は、公衆衛生医というよりは、区役所の中で医療・保健の分野を担当している事務職である。議員対応や予算・決算、健診、住民の苦情への対応が多く、実際に地域の公衆衛生をどうするのかというような、本来の公衆衛生の仕事に振り当てる時間が少ない。医師自身も兼務が増えて余裕がないが、特別区の中の区も職員を減らしているが、仕事態様が減るわけでもなく、住民の権利意識の強まりや精神状態が悪い住民も増えているため、保健師をはじめとする職員自身の健康を守るのも難しくなっている。保健所自体が（役所自体が）ブラックだとも増えてきている。毎日の仕事を片付けるのに精一杯で、余裕を持って考えたり計画するのが非常に難しくなっている。日本全体の傾向で難しいが、各自の能力と時間を100%仕事に振り分けていては、発展しないと思う。考えたり計画するための余裕が足りない。

急ごしらえの専門医制度を作ることよりも、現在公衆衛生医師として仕事をしている先生たちの間で、(各々の経験年数や勤務地にもよるでしょうが、)何ができていて何が弱いのかを明らかにすることも必要ではないかと感じます。公衆衛生分野の専門医制度という将来を考えるならば、同じ分野の仲間内から見てどうか、という視点と、外部組織から見てどうかという点での評価が必要ではないかと。これまでの制度で仕事をしてきた現在の従事者のうち、今回掲げたようなコンピテンシーを満たしていると自他から評価されているのはどのくらいの割合なのか知りたいです。(専門従事 15 年以上の経験であっても、

- 7 28 実際の危機管理能力が不十分だったりすることもあるので、それにはどんな理由や背景があるのかを分析する必要もあると思います。)地方では従事者が足りないため、科学院の3ヵ月研修を受ければすぐに保健所長に据えて当たり前の環境の中で、果たして本当に数年後に専門医として恥ずかしくない公衆衛生医師になっているのかどうか、個人の努力次第とはいえ疑問や不安があります。また、専門医制度には自浄作用が必要であり、単に学会や研修に参加するとポイントがもらえるような更新制度が一般的に多いですが、それであれば専門医としての資質向上にはあまり意味がないのではないかと考えます。

一般的な印象として公衆衛生は統計学という概念にとらわれ過ぎていると思います。もっと学生のころから行政や政治・法律について学ぶ時間を与え、それらに医者でも携われる、あるいは医者がそれらに関与することの意義を伝えていくべきだと思います。それは、私が現在の勤めの中で日々とてもそれらに疎いために困っているからです。事務系の方との学んでいる土壌があまりに違い過ぎて、知っていればこなせることも「能力がない・できない」というレッテルを張られ、医師免許を持っているだけで収入が良くなる、と毛嫌いをされたりします。考え方の方向性も、軸となる政治・行政学があれば、より多方面から討論ができると思います。医師間の相談ではそれらに道は見えず、結局わからないまま、立場・肩書きのみ医歴によって上がっていき、事務系の方の仕事の承認もしなければならぬ、これは結果的に自分が追い込まれます。医学部の中で、これらを学ぶことは難しいと思いますが、国家試験の後に、医者のかたちとして行政・政治・法律を学べる2年くらいのコースがあってもいいと思います。学ぶのみでなく士気の高い人材が集まり、仲間ができることで全国的なネットワークも構築されます。(公衆衛生は色々な意味で孤独です。)

- 7 29 公衆衛生の博士課程もありますが、研究論文を書いて博士号をとることが目的なのではと思います。しかし、あくまで勉強する目的としてのコースをつくり、公務員試験の内容も踏まえたような試験を負荷することで、医者の行政者として実力のある人材が育成しやすくなると思います(現在東大にあるコースがもしかしたらそのようなものなのでしょうか?)。もっと医者が社会学に強くならなければ、エビデンスがなくても影響力の強いマスコミ等の力に負けてしまいます。本来の役割を見直すべきです。

- 8 1 ラインの部課長ポストの経験
8 2 臨床経験(死亡診断書記載経験を含む)
8 3 ある程度の以上の Intensive な臨床経験を持ちつつ、その発想だけへの固着からの離脱
9 1 定期的な臨床との接点
9 2 精神保健の公衆衛生の専門性を向上できる制度も導入してほしい

- 9 3 若手公衆衛生医に対する,臨床現場も含めた定期的な専門研修,一定期間の専門派遣研修
- 9 4 多様な職業生活が送れるような選択肢のある制度。臨床医と差別化できる数少ないことが,身分の安定。私が割愛で異動できたように,衛生部長会で協力して自由度を。
- 10 1 地域精神保健福祉を知っていることが必要
- 10 2 職場での理解を高めるためには,国の医療・保健・福祉政策に医師が関与していることをアピールすべき。
- 10 3 関係法規上,保健所だけでなく保健・福祉センターなどの施設には医師の配置が必須であることを明文化する。
- 10 4 関係法規上,保健所だけでなく保健・福祉センターなどの施設には(専門医にかぎらず)医師の配置が必須であることを明文化する。
- 11 1 基本的な研修については,中途採用の医師も必ず受講できる体制が必要
- 11 2 研修制度の充実,安定した人材確保(基本的に各年代に医師がいる体制)
- 11 3 国立保健医療科学院研修が医師の複数配置等で容易に受講できるようにしていただきたい。
- 11 4 離島や山間部の保健所医師等が研修を受けやすくするため,これらの地に出張して講習を行う等の配慮を希望する。
- 11 5 公衆衛生医師を対象とする研修はあまり多くないため,全国的に実施された研修を集めてe-learningなどで受講できる仕組みができるかよいのではないのでしょうか。(もし保健医療科学院などですでに行われているのであれば知識不足ですみません)
- 12 1 若手の医師を育てるため,他の自治体への交換留学などがあればよい。
- 12 2 業務に関わる法体系について体系的に学ぶ。地方自治体の仕組みについて学ぶ。
- 12 3 議会对応など,非コア的業務からの解放が必要。「どうせできない」という考えなら将来はない。
- 12 4 業務が明確であることと,前任者がきちんと引継ぎをすること,所長をはじめ先輩医師が複数で指導にあたること
- 12 5 東京・大阪などの中央での研修会等に積極的に出て,新たな情報を吸収する事(業務の一つとしてこれば位置づけられること)。
- 12 6 報酬が低いことが最大のネックです。これが満足で,例えば勤務医の平均年収よりも高いということであれば,良質な医師がこぞってなだれ込んでくるだけのことだと思います。2~3年に一度,自治体間を異動するが,自治体により担当業務は元より,庶務事務も異なるため,一から出直して負担である。せめて,自治体が変わっても,担当業務が共通になると働きやすい。
- 13 1 人数の確保
- 13 2 優秀な人材の確保,研修
- 13 3 少なくとも,雇用先の自治体の人事当局の理解。人材確保との関連をどう評価するかでしょう。
- 13 4 他の分野との人材交流が柔軟にできるような仕組みとすることで,人材確保だけでなく質の向上にもつながると思います。

- 14 1 行政からのサポート。
- 14 2 行政職としてのトレーニング(いきなり1年とかで所長ではなく)
- 15 1 学会に参加するなど知識の向上
- 15 2 (各自治体の対応ですが)学会参加等の費用についての助成,研究時間の確保
研修の充実。年数回の学会参加費を自治体が支給する。医療機関との兼務を認める。
- 15 3 講演,原稿執筆に対する謝礼を常識の範囲内で認める。
公衆衛生医師としての基盤,基礎知識部分の平準化,均てん化を図ったほうがよい。勤務
- 15 4 する自治体によって,学会や研究活動にとれる時間や,職場の配慮が様々なように感じる。基礎研修は,学会として必須要件としてほしい
保健所等における複数配置の義務化(そうしないと指導医・研修医とも成長しない臨床
- 15 5 医のような流動的・弾力的な人事を自治体が認めること(同上)職場に遠慮なく,国立保健医療科学院等の研修や日本公衆衛生学会等へ参加できること
- 16 1 PhD を取得すること
- 16 2 資質の定義がわからない。
- 16 3 組織マネジメントのスキルアップ。
- 16 4 明確なキャリアデザインが描けること社会医学に進みたい人への的確なガイダンス
- 16 5 種々の研修への参加。所属する組織の中で,育成しようという意識・文化の醸成。
大学や臨床現場などとの人事交流。研修等が受けやすいよう,複数配置や不在時の応援体制など。
- 16 6
- 16 7 定期的に情報を収集に行ったり,研修を受けたり,大学などの研究機関と共同研究できる機会があれば,資質やモチベーションの向上に寄与できると思う。
各種研修,OJT が重要であるが,人事管理,組織運営,議会对応,住民対応等については,
- 16 8 本人の適性とやる気によるところが大きいと思う。また,調査研究に関する大学や研究機関の支援体制が必要と考える。
保健所(保健福祉センター)で勤務していると医学的側面とは無関係の事務作業,人事的な手続きなどに時間を取られます。一般行政の枠組みとは少し離れることができるとよいのではないかと感じます。一方で,保健行政の現場で行われていることは必ずしもエビデンスが明確ではないことがあると考えます。(たとえば特定健診・がん検診の医療費抑制効果はいかほどか?今のやり方は本当に妥当であるといえるのか?など)。現行の政策に対する適切な検証方法の立案,実行などができるような人材育成が望まれると思います。また,超高齢化社会という,これまで誰も経験したことのない社会において,医療の果たす役割や,本質的な意義が変わりつつあると思います。50年後,100年後あるいはその先を予測し,どのような社会が市民の幸福につながるのか,広い視点で考えることができるようにならなければならないのではないのでしょうか。
- 16 9
- 1 処遇改善
- 2 給与の改善
- 3 あまり判りません。
- 4 職歴が浅く,考えが及びません。
- 5 予算や議会について(概論的なことでいいとおもいますが,..)

31. 保健医療科学院の研修に「加えて欲しい内容」や「研修を実施して欲しい分野」をご自由にお書きください。

cl	no	自由記載
1	1	組織経営・管理
1	2	組織管理,マネージメント。
1	3	健康危機管理の分野社会医学系専門医取得に係る研修
1	4	日常業務にすぐに役立つ実践的な危機管理研修(シミュレーション訓練)
1	5	自治体の事務職向けの新任管理者研修。できるだけ e-learning で。
1	6	e-learning,通信教育等による健康危機管理研修,疫学,感染症研修等。
1	7	短期研修+通信教育で MPH 及び DPH,FETP が取得できるカリキュラムを設けて欲しい。
2	1	真の臨床実習研修
2	2	DHEAT 研修初期編
2	3	疫学・統計処理に関する研修
2	4	研修内容にはとくに追加はありません。
2	5	こう言った研修がある事自体知らなかった。
2	6	不必要に長期に渡る研修が多い気がします。
2	7	医療政策,地域包括ケア体制の構築等に関する研修
2	8	研修に参加したことがありませんので,解りません。
2	9	組織マネジメント研修(医師以外の企業とかメディア)
2	10	本職場としての保健医療科学院の研修の受講可否が不明
2	11	医療統計学用の研修時間を増数して欲しいと思います。
2	12	まだ研修を受けたことがないためわかりません,すみません
2	13	日本版ネウボラ,子育て世代生活支援センターをつくるための研修会。
2	14	保健医療科学院の既存の研修でも,業務多忙,予算不足で行かせてもらえていない。
2	15	研修を受ける意義自体が行政組織内で認知されていないため,参加自体が困難である。
2	16	業務の関係でなかなか研修に出られないので,web 配信していただけるとよいと思います。
2	17	保健所医師向けの政策立案研修で2日程度のもの。1週間以上の研修は管理職は参加困難なため。
2	18	上記に参加したことがないのでわかりませんが,研修より実際が大事だと思います。実際の業務をサポートするしくみが若い世代には必要だと思います。
3	1	公衆衛生倫理
3	2	公衆衛生実務について
3	3	公衆衛生医師としてのキャリア形成について
3	4	ある程度ご年配で公衆衛生を志す医師のために,コンピュータ操作や表計算の基礎講座などが必要と思いました。
4	1	感染症疫学について

- 4 2 感染症の数理モデル。
- 4 3 院内感染対策実地指導など
- 5 1 受講したことがないのでわからない。
- 5 2 e-ラーニングなど遠隔地での受講制度
- 5 3 ダイジェスト版を、地方別に年数回開催し、必須受講とする。
- 6 1 実践的な疫学のコース
- 6 2 「リーダーシップ論」を座学でない方法で
- 6 3 ヘルスプロモーション、健康なまちづくり
- 6 4 保健所長に必須な精神疾患患者への法的入院への対処法
- 6 5 PCM のような、実践で使える問題解決に向けての考え方の講座や実習があればいいな
と思います。
- 6 6 保健所長の知識だけでなく、中核市を対象とした衛生部局長（保健所長や事務職の方）
としての研修も加えていただきたい。
- 6 7 保健所長としての最小限必要される知識を e-learning で得られるようにしていただきたい。
自由にアクセスでき最新の知識、抜けている知識を補充したい。
- 6 8 市型と県型保健所の違いとお互いの業務内容の相互理解。全国保健所長会での研究
や発言などは、県型保健所の立ち位置でのものであり、市型保健所にあてはまらないも
のも多い。県型保健所の独善的な全国保健所長会を、よりよいものとすることは重要で
あろう。ただ、座学で習得出来るのであれば、これほど簡単なものはない。
- 7 1 医療制度
- 7 2 精神保健の分野
- 7 3 精神保健福祉分野
- 7 4 財務からみた医療経営学など
- 7 5 ・保健医療政策部分の強化・医療経済学
- 7 6 医療経済・政策について深く学ぶ機会があればと思いました。
- 7 7 保健医療分野の国の最新情報を知りたい。全国の課長級の会議が年度末にあるが、そ
ちらには担当課長が出席する、膨大な資料を見てもポイントがわからない。
判りません
プレス発表トレーニング

33. 前問で2. 受講しないとお答えになった方は、できれば理由をお書きください。

- | no | 自由記載 |
|----|-------|
| 1 | 遠隔 |
| 2 | 交通が不便 |
| 3 | 遠方のため |
| 4 | 遠方なので |
| 5 | 遠方のため |
| 6 | 時間がない |
| 7 | 遠方だから |
| 8 | 遠方のため |

- 9 旅費,期間
- 10 旅費がかかる
- 11 アクセスが悪い
- 12 アクセスが悪い
- 13 外来調整が困難
- 14 外来調整が困難
- 15 遠方であるため。
- 16 交通の便が悪い。
- 17 勤務地より遠いので
- 18 出張する余裕がない
- 19 衛生行政から退くため
- 20 遠方のため参加しづらい
- 21 学会に属していないため
- 22 時間と費用が課題となる
- 23 専門医制度に興味がない
- 24 今は必要性を感じたため。
- 25 旅費が予算化されていない
- 26 時間と,予算の確保が困難
- 27 連携推進会議で受講するため
- 28 専門医取得を考えていないため
- 29 あと1年半で定年退職するため。
- 30 遠方であり,宿泊が必要なため。
- 31 遠距離(ブロック別に実施すべき)
- 32 そろそろ,現役を退く予定だから。
- 33 保健所を留守にするのが困難である。
- 34 九州からの旅費が確保できないため。
- 35 自治体で研修が認められれば参加したい
- 36 業務の関係上,3日以上不在にできない。
- 37 おそらく所属自治体が仕事と認めないから。
- 38 社会医学系専門医資格をとるつもりはない。
- 39 短期間(1週間程度)のものならば,可能か?
- 40 保健所職員として約1年余りで退職予定のため
- 41 研修内容による(講義のみであれば必要ない)
- 42 社会医学系専門医資格取得を考えていないから。
- 43 旅費や時間がかかるため,ブロック単位での開催を強く希望する
- 44 育児介護中,所属医師数が少ないため,遠方での研修参加が難しい
- 45 職場を空けることが難しい。Eラーニング等であれば受講可能である。
- 46 保健医療科学院より,勤務地に近い場所での研修があればそちらに参加する。
- 47 自己研鑽として年休などを消費して参加しなければならない可能性があるため。
- 48 遠方のため,西日本で研修可能であれば,保健医療科学院では受講できません。

- 49 時間設定によりますが,遠方なので休んでいくことができるかどうかわからない
- 50 遠方であり,家庭の事情から難しい。近い場所での研修を選択しようと思うため。
- 51 現時点では行政内部の理解が十分でなく時間,費用面から受講できないと考えられる。
- 52 日常業務が多忙であり,参加できる見込みがない。また,本庁・所属の理解が得られない
- 53 保健医療科学院でしか開催されないのであれば考えるが,遠距離のため,時間的にも辛い。
- 54 まだ,家を空けることはできないので,近い場所での研修であったり,日帰りであれば可能。
- 55 1~2日程度の研修なら参加可能だが,それ以上の期間は職場を空けることが出来ないため。
- 56 後輩の指導のための資格としか思えない。何のために資格制度があるのか,理解できていない。
- 57 精神保健福祉センター長の多くがそうであるように,社会医学系専門医を取得できる可能性自体が低いため。
- 58 危機発生時の保健所長としての責任から(公衆衛生医師は所に1人しかおらず県内公式バックアップ体制もない)
- 59 Eラーニングにしてほしい。保健医療科学院にて座学のみであれば,実習は受けに行きますが,可能な限り,学会の時などにしてほしい。
- 60 受講しないではなく,旅費の関係で受講できないのが実態。自費で参加というのであれば,この資格の維持に強いインセンティブが必要となる。
- 61 ①遠いから②あまり保健所を離れられない③旅費がかかる従って,DistantLearning のプログラムコースがあれば,受講させて頂けやすいかと存じます。
- 62 この年齢になっても保健医療科学院で学びたいとの気持ちは強く持ち続けています。横浜からも以前に比べるとずいぶん便利にはなりましたが,日程が合わないことが多く,諦めています。
- 63 場所が辺鄙であり,業務との兼ね合いで難しい。学会の期間と限定せず,またできれば,公共の交通機関の駅の近くでの開催を希望する。議会等で仕事を休めないことも多いため,夜間での開催を希望する。

36. 前問で指導医(専門医)認定を受けようと思う,または,思わないとされた理由をお教えてください。

cl	no	自由記載
1	1	1 公衆衛生医師採用のため
1	1	2 公衆衛生医師確保のため
1	1	3 公衆衛生医師を育てるため
1	1	4 公衆衛生医師の育成に協力したい。
1	1	5 公衆衛生医師確保に必要と思うから
1	1	6 現在の職場に公衆衛生医師が入職した場合のため

- 1 1 7 公衆衛生医師を目指す人が、不利益にならないように。
- 1 1 8 自治体における公衆衛生医師の必要性を発信していくため。
- 1 1 9 これからの時代の公衆衛生医師確保のために必要だと思うから。
- 1 1 10 公衆衛生を志す医師の増員、確保に少しでも貢献できるのではないかと思うので。
- 1 1 11 専門医であることによって、新たな公衆衛生医師の確保に資する可能性があるから。
- 1 1 12 勤務自治体の公衆衛生医師の確保と質の担保・育成のために必要ではないかと思うため
- 行政分野に医師の存在が不可欠であるにもかかわらず、所属する自治体ではここ10年間不足状態が続いている。また、地方衛生研究所では医師が減少しており、特に感染症危機管理において懸念される状況にある。この状況を改善するためにはまず、公衆衛生医の仕事の内容を知ってもらう必要があり、その一助になればと思う。
- 1 1 13
- 1 2 1 公衆衛生を専門としている証明となるから。
- 1 2 2 今後共公衆衛生分野での仕事を考えているため。
- 1 2 3 将来の公衆衛生専門医の育成に役立つと思うから。
- 1 2 4 後輩育成、衛生行政医を確保するために有効だと思うため
- 1 2 5 若手公衆衛生医師育成の機会が近い将来考えられるため。
- 1 2 6 これまで公衆衛生分野の事業と研究に関与してきた証として
- 1 2 7 指導医になることにより、公衆衛生医師を養成し増やしたいと思うから。
- 1 2 8 保健所が指導医機関とならなければ、公衆衛生医の確保が困難となるため。
- 1 2 9 自分にとってと言うより、今後の公衆衛生医の育成のために必要と思うから。
- 1 2 10 私は可能な限り公衆衛生領域で保健・医療の管理や教育も継続したいと考えるから、です。
- 1 2 11 公衆衛生医の確保の点から、各保健所で専門医養成のための指導医が必要になると考えるため
- 1 2 12 今後、専門医資格を取得希望の公衆衛生医師の指導のため、指導医資格の取得・維持は必要と考えます。
- 1 2 13 自分自身が公衆衛生医師を継続するつもりであることと、公衆衛生医師を増やすためには指導医が必要と考えるため。
- 1 2 14 臨床と同様にキャリアアップを考えているが、公衆衛生にはキャリアアップの機会としてどのようなものがあるのかわからないため
- 1 2 15 経過措置なので、なんとなく。しかし、明確なメリットを感じていない。公衆衛生専門家と同じような位置づけになることを懸念している。
- 1 2 16 臨床医としての専門医、指導医資格を取得していないから。また、公衆衛生行政医師としてスキルのある医師である証として認定を受けたい。
- 1 2 17 専門医認定のための研修や試験を通じて、公衆衛生医師に必要な知識習得ができ、また他の公衆衛生医師とのつながりもでき、今後非常に有益になると考えるため。
- 1 2 18 これから公衆衛生を目指す若い医師に選ばれる自治体となるには、指導医(専門医)の肩書きを持つ医師が当該自治体にいるかどうか条件になってくると思われるから。

- 精神保健福祉センターも行政機関の一つであり、今後公衆衛生医師が精神保健について知識とノウハウをしっかりと持っていただくためには必要な教育機関になると考えられるため。
- 1 2 19
- 医師は、専門分野において常に生涯学習をして資質の向上を図っていくものだと考えている。他の公衆衛生行政にいる医療職(専門職)のリーダーとして研鑽しないと責務を果たせない。
- 1 2 20
- 公衆衛生医師育成の観点から、都内の保健所勤務医等で専門医取得希望者が出た場合、施設としての受入体制が必要と思われるため、指導医認定だけは受けておいた方がいいかと考えている。
- 1 2 21
- 客観的にみても中核市として指導医の資格を持ったものがいたほうがよい、積極的に公衆衛生医師に研修の機会を与えるべきである。確かに通常業務も大変なところはあるが、所長も是非指導にあたるべきである。
- 1 2 22
- 1 3 1 保健所に指導医が必須のため
- 1 3 2 専門医資格の重要性とスキルアップに繋がる。
- 1 3 3 保健所長を行う上で、資格は重要と考えるから。
- 1 3 4 組織的な医師の指導体制構築に協力する立場から。
- 1 3 5 専門医としての資格を確保した上、知識を向上させたいから
- 1 3 6 保健所医師を続けて行く上で指導医資格がないと困る心配があるため。
- 1 3 7 当県では保健所長は専門医の認定が必須の方針のため、選択の余地がない。
- 1 3 8 保健所の医師確保のため(専門医の資格確保ができる職場環境を整えるため)
- 1 3 9 指導医であれば、社会医学資格希望の医師が保健所に就職できやすい体制であるため後進の育成のためには、保健所長が指導医認定を受けることは必須の義務であると考えられるため。
- 1 3 10
- 保健所長であったために、手術経験を必須とする外科専門医資格を失った。何らかの専門医資格が欲しい。
- 1 3 11
- 1 4 1 今後、専攻医を直接指導する可能性があるため。
- 1 4 2 連携施設における研修指導医となる可能性があるため
- 1 4 3 今後、専攻医の方がいらっした時に対応できるよう。
- 1 4 4 今後指導医として実際に研修に関わる可能性があるかも知れない。
- 1 4 5 組織として指導医資格を持った者が今後必要となる可能性があるため
- 1 4 6 持っていないことで、今後、市の若い医師を指導する際、その時間・仕事が専門医プログラムの一環と認められなくなる可能性があると考えられるため。
- 1 4 7 行政にコンスタントに人材をリクルートするため。(指導医資格があると、社会医学系を志す人材が、短期間であっても研修に来てくださる可能性があるのではないか。)
- 1 5 1 職場でも指導的立場であるため
- 1 5 2 指導医としての役割をはたしたい。
- 1 5 3 後継の指導に役に立つと考えるから。
- 1 5 4 職場で必指導医資格を必要とされているので
- 1 5 5 個人の資質の向上。若手職員への指導力の向上。fu

- 1 5 6 オーソライズされた制度の指導医・専門医に魅力を感じる
- 1 5 7 指導医として地域の社会医学系専門医の育成に貢献したい。
- 1 5 8 とりあえず職場での若手の指導など業務上必要なのではないかと思ったので。
- 1 5 9 指導医(専門医)資格がある以上,資格の有無が採用条件・評価等の対象となるため
- 1 5 10 他に専門医資格を有しないため,しかしながら指導の負担が増えることも多少危惧している。
- 1 5 11 現状の組織で専攻医を育成しようとするれば誰かが指導医(専門医)にならざるを得ない。その役割を期待されているため。
- 1 6 1 必要だから。
- 1 6 2 今後,必要だと思うため
- 1 6 3 必要性があるだろうから。
- 1 6 4 職務上,必要であると思うから
- 1 6 5 今後必要になるかもしれないから
- 1 6 6 今後必要になる資格だと思うから
- 1 6 7 本県のプログラム作成に必要だから
- 1 6 8 業務で必要になる可能性があるため
- 1 6 9 要件を満たしており,今後必要と考えられるため。
- 1 6 10 プログラムを作成したため(指導医になる必要があるため)
- 1 7 1 認定制度ができるから。
- 1 7 2 周囲が受けるようなので。
- 1 7 3 今しか認定を受けられないだろうから。
- 1 7 4 研修を受ける機会が整備されていると思うから
- 1 7 5 認定を受けることが,組織として必要と思うから
- 1 7 6 今後スキルを維持・向上するために認定を受けたいと思います。
- 1 7 7 制度が開始されるなら,認定を受けておいてマイナスはないと考えるから。
- 1 7 8 受けようと思っているが,方法が分からない。教えていただければ直ぐに登録するのですが…。
- 1 7 9 認定を受けること自体が,モチベーションの維持に有用であるような気がする認定を受けなければ,なんとなくデメリットがあるような気がする
- 1 8 1 後輩の先生方のため
- 1 8 2 後輩を育成するため
- 1 8 3 後輩育成のために必要
- 1 8 4 後輩たちのお役に立ちたいから。
- 1 8 5 後輩のキャリアパス形成の体制構築のため
- 1 8 6 後輩が自分の部下に来た時に,不都合が生じないため。
- 1 9 1 後進を育てたい
- 1 9 2 後進のためです。
- 1 9 3 後進の指導のため。
- 1 9 4 後進育成のために必要と考えたため
- 1 9 5 後進を育てる役割を担うべき年齢と思うので。

- 1 9 6 定年までの任期が長く、後進のリクルートと人材育成の必要性を感じるから。
- 1 10 1 とりあえず取得をめざします。
- 1 10 2 人材確保に少しでも役立てばと思う
- 1 10 3 県の人材不足解消に役立ちたいから。
- 1 10 4 仕事に誇りを持っており、客観的基準が欲しい。
- 1 10 5 自身の専門性を証明する重要な認定だと思われるため。
- 1 10 6 経験を後輩に伝えていくことが、これからの重要な仕事だと思うから。
- 1 10 7 仕事を続けていく上で、資格を持っていた方がよいのではないかとと思われるため
- 1 10 8 あとでハードルが上がるのがわかっているので、とりあえず取得しようと思っている。
- 1 10 9 感染症対応や健康危機管理を実施するにあたって、対外的に通用する資格になると思う。
- 1 10 10 市民に様々なことを普及啓発を行うにあたり、専門医の名称があると説得力があると思われるから
- 1 10 11 他の専門医資格を取って思ったが、資格をもっているとより継続して学ぼうという意欲が継続しやすいから。
- 1 11 1 研修施設の要件に必要
- 1 11 2 専門医研修施設の認定に必要
- 1 11 3 経過措置の要件に該当するので
- 1 11 4 産業医科大学の協力施設であるため
- 1 11 5 県内で研修プログラムを立ち上げるため
- 1 11 6 保健所が研修を実施する機関に指定されている
- 1 11 7 資格そのものよりも、それに伴う研修等に興味がある
- 1 11 8 精神保健福祉センターで専門医の研修が実施されることが予想されるため。
- 1 11 9 県の公衆衛生医師確保の観点から専門医研修を実施できる体制を整えておく必要があるため
- 1 11 10 経過措置の要件に該当し、少なくとも県全体として研修体制を確保しておく必要があると考えるため
- 1 11 11 当保健所は、現在のところ某大学の研修プログラムの連携研修施設になる予定である。保健所長として、後続の若手を育成するためには必要と判断したから。現在の業務が、専門医資格が必要な高度なものであることを勤務先に認識いただけるように感じるため。また資格更新によって標準化された研修が受けられるメリットがあるため。
- 1 11 12
- 1 12 1 社会医学系医師の養成に必要だから
- 1 12 2 世の中に社会医学のこと、面白さをもっと知ってほしい
- 1 12 3 臨床の専門医が維持できないのであれば、社会医学系を取らざる負えない。社会医学系の重要性を臨床側にも改めて周知すべきという思いのもと制度設計して下
- 1 12 4 さっているように感じられましたので、その趣旨に感銘し、受けさせて頂こうという思いに至りました。
- 1 13 1 行政分野で勤務しているから
- 1 13 2 医師としての専門を明らかにするため

- 1 13 3 今後の行政医師として働く若い医師を育てるため。
- 1 13 4 若い医師が所属に配置になった時に必要とおもうから
- 1 13 5 現在の職務の専門性を自覚し向上させる契機になるため
- 1 13 6 若手医師の専門医取得に対し、支援することが先輩としての責務
- 1 13 7 県職員に若手医師がいる。大学病院から研修受け入れの申し出がある。
- 1 13 8 自分の技術の維持・向上のため、および若手の医師の勧誘・研修のため
- 1 13 9 若手医師の確保に向けてプログラム整備、指導体制の確保が必要であるため。
- 1 13 10 若手の行政医師を確保していく上で、専門医プログラムに参加することは必須であると考えている。
- 1 13 11 専門医を持たないと臨床医の集まりである医師会などとの交渉ができない。また、継続して自己研鑽を積むことも難しいため。
- 1 14 1 せっかくの機会だから
- 1 14 2 所属がそれを勧めるため。
- 1 14 3 経験、知識、能力から判断して適任だと考えています。
- 1 14 4 いままでの自分のキャリアを証明するものになるから。
- 1 14 5 専門医を受け入れる場合に備えて、また、自分自身の自覚のため。
- 1 14 6 自分の所属する保健所でも専攻医を受け入れる可能性があるから。
- 1 14 7 現在までの経歴を対外的に説明する際に活用できると考えるから。
- 1 14 8 自分の所属する自治体が専門医養成に着手しているため、指導医資格が必要だから。
- 1 14 9 将来的に、どこで、何の役に立つかみえないため、とりあえず、とれるものはとっておきたい
- 1 14 10 所属自治体・大学で計画されている専門医養成コースの研修施設として、保健所が位置づけられる可能性が高いため
- 1 14 11 指導医になっていれば、自分のキャリアアップにつながると思う。また、職場に指導医がいることで、医師確保等、職場に有利になる可能性がある。
- 1 14 12 何の役に立つのかが具体的には、未だ良く分からないが、取り敢えず取れる資格は、取っておくべき、というのが後任のためにも必要、という東京都全体の姿勢のため。

cl no 自由記載

- 2 1 33に記載
- 2 2 33に同じ。
- 2 3 不必要なので
- 2 4 とりあえずとっておく
- 2 5 上席医から紹介されたから。
- 2 6 メリットはあるのでしょうか？
- 2 7 どんなメリットがあるか分からない。
- 2 8 年齢的に専門医を取っても活かせるか疑問
- 2 9 専門医の認定を持って業務にあたりたいから
- 2 10 ほかにも専門医を更新しており、費用面で負担感がある
- 2 11 かかる費用と労力、取得することによる利益がわからない。

- 2 12 定年まで数年しかないため、認定を受けるか否かはまだ迷っている。
- 2 13 まだ専門医制度の行き先が不透明で、今後どうなるかわからないから。
- 2 14 行政組織内における専門医の位置づけやインセンティブが明確でない。
- 2 15 必要または不要かわからない、なくても仕事はする、できるでしょうから
- 2 16 取れる資格があれば、取得したいと考えるが、利点が不明なので、検討中です。
- 2 17 あと5年で定年退職なので、初期費用を投資する価値があるかどうかわからない。
- 2 18 行政の中で専門医が評価される、あるいは任用の条件になるなどがあれば認定は必須になりますが、勲章的なものであれば必ずしも必要ではないと考えます。
保健所長という立場から取得を期待されているが、デメリット(取得・維持に要する金・時間)が大きすぎなければ受けようと思う。協議会等の組織が金集めの為の組織にならないか心配。専門医の質の担保のためではなく学会の金集めのための資格なら不用。

cl no 自由記載

- 3 1 1 必要性を感じない
- 3 1 2 必要性を感じないため。
- 3 1 3 制度開始1年で、自分の定年を迎えるので、必要性を感じない
- 3 1 4 時間的、金銭的負担に対して、専門医である必要性が感じられないため。
- 3 2 5 社会医学系専門医をとるつもりがないため。
- 3 2 6 現在のところ指導医申請の資格を満たしていないため(社会医学系勤務経験が2年)
- 3 2 1 社会医学系の職務経験が乏しいので、研修プログラムに基づきしっかり経験を積んでから資格取得をしたいため。
- 3 2 2 そもそも精神保健福祉センター長が、保健所の医師達と同等に「社会医学系の医師」と自称して良いものか、疑問に思いますので。
- 3 2 3 臨床系の指導医の経験から、社会医学系では資格は役に立ちそうにないから。資格を設けてハードルを高める事によって、一層、社会医学系志望者が減少する。
- 3 2 4 社会医学以外の基礎研究者であったため医歴10年には絶対達することはなく、要件に該当することはないだろうと考えるため(「医歴」について誤解しているかもしれないが)社会医学系専門医でありながら、社会医学系歴は5年なのに医歴(臨床医歴?)が10年以上必要という逆転要件が理解できない。結局臨床歴が必要と自己否定しているのも同然。
- 3 2 5 必要性及びメリットが感じられない。また、医歴10年社会医学歴5年といった単純な経験
- 3 2 6 年数規定と短期研修受講だけで付与される資格では、資格者の質の担保が皆無だと思う。
- 3 3 1 早期退職を検討中
- 3 3 2 学会に属していないため
- 3 3 3 専門医制度に興味がない
- 3 3 4 専門医制度なぞは、所詮、学会の集金システムだと思っております。
- 3 3 5 これまで検討したことが無かったので、思っていない、と回答しました。
- 3 4 1 メリットが不明確なので。
- 3 4 2 指導医になることの、個人的メリットが見当たらない。

- 3 4 3 臨床研修医2年しか医療の経験がないため認定を受けられない。
- 3 4 4 あと2年で定年退職なので認定を受けるメリットを感じないため。
- 3 4 5 現職場に勤務しながら、認定を受けるために条件をクリアすることは、とてもできない。
- 3 4 6 専門医であることのメリットがない(専門医である場合に待遇がよくなる等は存在しない。また、公務員であるため自分自身で仕事を選ぶことができない。)
- 3 5 1 職務経験が少ないから
- 3 5 2 職務経験が要件に満たないため。
- 3 5 3 医歴は13年ですが行政経験が1年のため
- 3 5 4 臨床経験を含まなければ、職務経験の資格要件(5年以上)を満たさないため
- 3 5 5 ・指導者に相応しい能力(広くこの分野全般をカバーできる知識や経験など)が不足・年齢的なこと/心身の衰えにより、きちんとそれに当たる自信がない・責任の重さ
- 3 6 1 公職を退くから。
- 3 6 2 衛生行政から退くため専門性の高さと認定の有無とは関連しないため
- 3 6 3 公衆衛生医の業務経験が浅く、まだ具体的な将来のビジョンが立っていません。
- 3 6 4 精神科を専門としており、公衆衛生についての幅広い知識に欠けているので...
- 3 6 5 所属自治体では、臨床がある程度できる医師が必要。典型的な公衆衛生医師は不要。
- 3 6 6 自身の現在の業務や専門性を考慮すると、必ずしも必要ではないのではないかと考えるため
- 3 6 7 専門医取得の意義(業務の改善、新規の公衆衛生医師の確保等への寄与)を感じないため公衆衛生分野に就業する新規の医師に必須とされる資格ではないため
- 3 6 8 公衆衛生専門医の必要性が未だ理解できない。そもそも公衆衛生の専門とは何なのか、それを医師に限定した資格にどのような意義があるのか、臨床に比べるとあまりに曖昧である。経過措置とは言え、指導医(認定医)要件としての医歴10年以上で職務経験5年以上というのでは、専門性の「質」をどう担保しているのか不明である。
- 3 7 1 該当しない
- 3 7 2 該当しない。
- 3 7 3 該当しないので
- 3 7 4 該当しないため
- 3 7 5 該当しないため。
- 3 7 6 まだ該当していないから
- 3 8 1 要件に該当していない
- 3 8 2 要件に該当しないから。
- 3 8 3 資格要件をみたしてないから
- 3 8 4 指導医要件に該当しないため
- 3 8 5 経過措置の要件に該当していないため
- 3 8 6 経過措置の指導医要件を満たしていないから。
- 3 8 7 まだ専門医の要件にしか該当していないため。
- 3 8 8 要件に該当しないため(要件を満たせば申請する予定)
- 3 8 9 まだ指導医要件に該当しないため、取得を考えていない。

3 8 10 指導医要件を満たさないため。要件を満たすまで移行措置が続けば受けたい。

37. 社会医学系専門医制度について、不明な点や知りたい点についてお書きください。

cl	no	自由記載
1	1	資格取得に対する国・自治体の考え方や支援
1	2	どのようにすれば専門医資格を取得できるのか。
1	3	取得する意味がわかりませんので興味もありません。
1	4	専門医が取得できるのかが不安で、維持できるかも不安。
1	5	簡単に維持できるような資格ではなく、質を担保する資格にしてほしい
1	6	資格維持に必要な研修単位数や受講機会、必要な時間等の情報が欲しい。
1	7	取得することの利点について、わかりやすく説明いただけるとありがたいです。
1	8	とにかく、指導医・専門医取得の申請方法を教えて欲しい。また、更新方法も教えて欲しい。
1	9	専門医の資格を得て以降のスキルアップについて、自治体からも認められる仕組みについて、教えていただきたい。 定年退職後にどんなメリットがあるのか。このアンケートの返信方法が煩雑→「送信用ファイル」の作成と送受信について維持費が不透明。「申請料1万円」と「認定料1万5千円」とはどう違うのか。なぜ審査に1万円もかかるのか。
2	1	ほとんど何も知りません。
2	2	どのような利点があるのか簡単に知りたいところです。
2	3	後輩や新人を育成する役割を担うと考えられるので、その具体的を知りたい、もしくは具体策を決めていく上で、現場の意見が十分に反映されるよう配慮して欲しい。
3	1	研修医を受け入れること以外、業務上、何の役に立つのですか。
3	2	指導医がいない施設は、研修施設群になれるのか、なれないのか。
3	3	前述したように、認定の受け方が分からない。研修は8月5日に受講済みです。
3	4	専攻医区分で仮登録中ですが、今後、具体的にどのような手順で研修を行うか知りたい。
3	5	取得することによる個人的メリットが知りたい。(研修施設の認定に必要ななどは考えられるが、)
3	6	中核市レベルでは自前でプログラムを作成し、研修をすべて行うことは難しく、今後の立ち位置をどうすべきか苦慮している。
3	7	島根県のプログラムでは専攻医を県職員として採用とあるが、研修中の業務や給与保障、研修後の義務年限等の有無について参考までに知りたい。
3	8	今後、研修プログラムを実施する機関が増えるのか。また、遠隔地から研修を希望する場合に、どのような配慮が得られるのかをお伺いしたいと思います。
3	9	専門医認定に必要な研修・試験の具体的な内容や更新制度、また受験資格(論文作成や行政経験年数等)について知りたいです。また専門医認定を希望する場合、研修参加時の業務免除など配慮がされるのか、教えてほしいです。

- 指導医認定の経過措置の基準として「初期臨床研修(または同等の経験)後」とありますが、初期臨床研修が必修化される前に大学を卒業し、そのまま行政機関に勤務した場合には、この基準をクリアしていないことになるでしょうか？(上記の 34 は、一応、クリアしているとして回答しています)
- 3 10
- 4 1 本登録の時期。登録方法。
- 4 2 どれくらいのニーズがあるのでしょうか？(しぶしぶ登録している人を除く)
- 5 1 無し。
- 5 2 経過措置終了後の体制。
- 5 3 専攻医の身分と個人情報保護の問題
- 5 4 (私から、現在は特には在りません。)
- 5 5 今後どのような社会的認知を受けるのでしょうか。
- 5 6 この間、かなり情報収集を行いましたので、特にありません
- 5 7 今後、その専門性を生かすことのできる具体的な方向性を示してほしい。
- 6 1 この制度を広めるための方策(保健所長の要件にするなど)は検討されているか。
- 6 2 やはり、更新がどうなるかが気になる。どうしても業務優先とならざるを得ない以上、現実的な制度になれば良いと思う。
- 6 3 要件該当の可能性があれば申請を検討すると思われるので、要件が今後どのようなようになっていくか、見通しや見通しに基づいた研修、呼びかけがあり得るか知りたい。
- 6 4 保健所業務をしながらの研修は、どのような内容が必要か？臨床と違い技術の習得が不要な一方、多数の人々のコミュニケーション能力やリーダーシップ・能力が重要であり、その力量を測定する何らかのスケール、評価方法が重要になると考えるので、本制度はかなり検討を加えてゆかなければならないと考え中。
- 6 5 臨床系の学会は、会員がほぼ同じ方向を向いているが、本制度が今後学会活動するのであれば、寄せ集め団体が、お互いの向いている方向がばらばらであると思われる。その点、どこが主導権を握るのか、内部での確執なども危ぶまれる。また、本制度が発足した経緯や意義も漠然としていて、厚生労働省の医系技官のポスト確保という見方もありえる。本制度のメリットがわからない以上、制度の取得や更新に伴う金集めととらえられても仕方ない部分もある。いずれにしても、私費を投じてまで取得するかどうかは、今後の本制度のメリット如何であろう。保健所長の要件としての位置づけであれば別である。
- 7 1 33 に記載
- 7 2 すみません。今ひとつイメージがわからないもので、適切に回答できていないと思います。
- 7 3 認定を受けるための費用をできるだけ安価にしてほしい(費用が高いと認定を受けようと思う人が減ると思われるため)。
- 7 4 生命倫理学・医療倫理学のプロパーなのですが、社会医学系にはそれらの倫理学の考え方も必須なのではないかと思いますが、どのような扱いとなっていますか？もう一点の質問は、設問 26 での記載をご参照ください。
- 7 5 平成 16 年度以前卒業で臨床研修終了証を持っていない。医療法規上は、臨床研修制度設置前医師については、実際の研修内容や期間によらず臨床研修を終了したもののみならずとの記載があると思うが、社会医学系専門医制度ではこのみなし規定の有無が不

明である。

- 8 1 メリット
- 8 2 本当にメリットはあるのでしょうか？
- 9 1 専門医認定を受けるメリット。毎年度負担金が必要なのか。
- 9 2 更新の時期や必要な単位等専門医を持っていることがメリットである点を明確にしてほしい
- 9 3 (意見)他の臨床系専門医と比較して、認定基準が優しすぎて専門医の権威が非常に低いのではないかと危惧します。
- 9 4 認定に際しては試験があるのかどうか、更新に際しては基準があるのか、専門医があるかないのかで昇進に影響するのか
- 10 1 更新の要件
- 10 2 更新の研修を受ける際の本業の取扱いがどうなるのか。
- 10 3 出来れば、より廉価な登録料と更新料を希望致します。医師会費や他学会費用など嵩んでおります。
- 10 4 認定や更新等の費用設定はどのような根拠でなされたのか知りたい。これまでの学会の認定等と同じで不透明さを感じる
- 10 5 アカデミアの領域で、学会総体はともかく、大学単位でみると熱意があまり感じられない。補助金など何らかのインセンティブ必要だったのではないかと反省しています。実現できなければ、最終的に困るのは我々だけなのかもしれません。
- 11 1 公衆衛生医師の人材確保の目的も大きいので、都道府県単位での研修プログラムを作成することが望ましいと思う。
- 11 2 社会医学系専門医は、公衆衛生に限らず多様な職歴の医師が含まれているので、今後社会的にどの程度認知され、重要視されていくのか不明だと思っている。
- 11 3 臨床に戻った場合でもこの資格を維持できるのでしょうか？もしくは臨床の現場にいるけれど公衆衛生に深く関わる医師もこの資格を持つことは可能でしょうか。
- 11 4 不明な点などではありませんが、制度がスタートし、更新していく中で、社会から求められ公衆衛生医師の専門性が明確になり、医師の専門性の一つとして確立することを望みます。
- 11 5 公衆衛生医、産業医、基礎系などの別の分野とも思える医師が、ひとつの専門医としてなりたっていくのか疑問に思います。名前だけの専門医になってしまうのではないかと危惧します。
- 11 6 指導医(専門医)個人におけるメリットが解らない。これが、本当に公衆衛生医師確保に繋がるのか解らない。都道府県間の明らかな温度差を感じる。所属する県からはまだ何ら発信はない。
- 11 7 臨床の専門医を更新できなくなることを理由に公衆衛生を辞める医師がいたり、人材不足がいわれる中で、他の臨床系専門医制度との連携(更新時の単位の共有化など)の予定はあるのでしょうか。

- 11 8 所属している部長(次長),所長が育てようという医師がないと難しいと思います。所属したところで専門医がとれるかどうか地域差が生まれるのではないのでしょうか?臨床系専門医と同じで都会に集まり,医師の偏在には繋がらないのでしょうか,,という懸念があります。
- この制度があることで,公衆衛生医の担い手が増えるのかはあまり期待できないと思う。業務に対する評価制度が事実上なく,まじめにやってもやらなくても待遇は変わらない現状である。また,従事者数の減少から,勤務条件が悪化していることは臨床の場と同様だと考える。ここに,専門医制度が加わるからという理由で,公衆衛生医師の担い手が増えることを意図するのは,“焼け石に水”,否定的な感じを持っている。
- 12 1 公衆衛生学会認定専門家および MPH との関係
- 12 2 公衆衛生医の生涯学習と資質向上のための今後のプログラムなど
- 12 3 質の良い公衆衛生医を育てることが重要であることはまったくその通りです。その方法となると容易ではなさそうですね。
- 12 4 日本公衆衛生学会の専門家認定制度と社会医学系専門医制度との関連,互いの位置づけは?制度開始時期に全国の自治体の研修プログラム認定がすべて終了するのか?所属する自治体によって研修プログラム開始時期が異なるようでは(制度は開始されたが自治体の研修プログラムが未整備等)不公平なのは?
- 12 5 保健所長ではないので,保健所長会にも入っておらず,公衆衛生についても詳しくありません。どこから情報を得たいのか,学会に入るべきなのかを誰に何を聞いたらいいのかもわかりません。専門医としてのメリットがよくわかりません。HP も見たのですが,十分に理解できませんでした。今度あらためて,詳しく読み込んでみます。
- 13 1 今後の臨床系専門医制度との関係性について。
- 13 2 制度運営にどれくらい協力を求められるのか。
- 13 3 専門医制度はなくてもいいと考えているが,どうして制度ができたのかわからない。
- 13 4 はたして成り立つものか疑問です。米国の MPH 制度などのように中身と実績を伴ったものを目指すべきです
- 13 5 専門医制度の確立を心待ちにしております。きちんと指導を受けて自分自身が行っている仕事内容に問題がないと感じられると安心して仕事ができます。
- 13 6 問い26に示した。臨床系の専門医制度と互していける制度を目指すための戦略・戦術が知りたい。個人的には,臨床系の専門医制度と一線を画し,身分の安定を図ることで差別化して,バタバタを高みの見物すべきだと思うのだが。
- 13 7 一番気になるのは,専門医機構との関係です。社会医学系専門医制度はもちろん必要ですが,それがきちんとした位置づけを与えられるのか,それがまた都道府県の本庁から認められるのか,また医療機関からもきちんとした専門医として認められるのか,その点が心配です。
- 13 8 臨床医学の専門医制度の中で 20 番目の基本診療領域として認められることを目指すのか,それとは別枠の専門医制度を構築するのか,サブスペシャリティ領域としての位置づけを目指すのか,といった点も,日本専門医機構の新しい方針に沿っての現状を教えてくださいと嬉しいです。

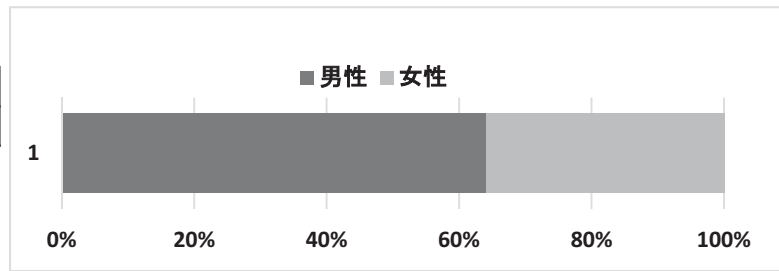
- 13 9 本制度を開始・維持するためのコスト(経済的コスト以外も含め)と制度が目指す効果がつりあうかどうかの検証はなされるのでしょうか?臨床系ですでにいろいろな「専門医」がありますが、それらと同等かそれ以上の意味をもつ専門医たりうるのでしょうか?(臨床専門医そのものもどれほど価値があるか微妙ですが…)
- 14 1 現在,小児科専門医ですが,社会医学系専門医の認定を受けた場合,小児科専門医も同時に継続できるのかどうか,不安があります。
- 14 2 ・専門医(臨床系)との重複取得(継続)の制度上の可否・社会医学系専門医資格取得・維持のメリット(資格維持には一定の費用が要る)
- 14 3 臨床系専門医を取得せず,社会医学系専門医のみで将来を不安なしでキャリアを継続できるのか。若い人は社会医学系専門医に魅力を感じているのか。
- 14 4 専門医制度がほとんどの医学会であると思う,複数所属していると全部認定を受けようと意欲ある人はいるだろう,しかし登録料金ほか維持には大変な負担です。専門が複数あるというのは専門家なの?という疑問がでる。専門医資格は厳しく審査される方向になるようなので人材を増やせないということになるのではないか。
- 14 5 実際,実務にどの程度のメリットがあるかが問題。臨床の専門医は,開業の際に,一定のメリットもあるだろうが,我々は,在職中しか意味のない資格であり,それも,どの程度評価の対象となるのか,よくわからない。さらに更新の際,研究活動を求められると,それは本来業務の枠外となるので,どこまで,資格維持ができるのか不明である。
- 14 6 臨床系専門医制度と異なり,社会医学系の専門家をリクルートするにあたり,要件取得・維持の負担感がかえって志望者の減少につながる懸念。一定の臨床経験を経たうえで社会医学の道に進むためにさらに研修を受けたいと希望する人材が果たしてどれだけいるのかどうか疑問。最初から社会医学(公衆衛生)を生業にするのは資質論的に見て不足であるのは明白なので,ハードルは低めにするか時間をかけて育成する OJT を目指すべき。
- 14 7 社会医学系専門医を取得することによる,明確な自分のための利点。(ただ名刺に書くことが出来る,というだけの資格ではまるで意味が無い)東京都では,この資格を取っておかないと,今後,配属される後任(後輩の公衆衛生医)の指導者となれないためとにかく取っておけ,という理由=後ろ向きの理由しか現時点では,知らされておらず,定年まで10年を切り平常業務が忙しい中,敢えて新たな研修や講義を受講してまで取ることのメリットが良く分からない。それより,健康危機管理等,目の前の業務にすぐ役に立つことに,自分の時間を使うことが住民の利益となる,と考えている。
- 15 1 社会医学系専門医の更新方法。
- 15 2 社会医学系専門医の付加価値をどのようにつけとされているのか。
- 15 3 保健センターの非常勤の経歴も社会医学系の勤務経験としてよいのか
- 15 4 保健所,行政を目指す医師が果たして社会医学系専門医を必要と考えるかが疑問
- 15 5 精神保健は精神科専門医とリンクさせないと社会医学系専門医を持っていても役に立たないと考える。その点は議論になっている?
- 15 6 社会医学系専門医の地位向上に向けた今後の取り組み。(一般住民や臨床医にその能力や差別化について十分に理解してもらえるのか?)

- 15 7 すでに 29 で述べた。臨床研修医にとって社会医学系専門医が魅力的に映らないと、むしろ敷居を高くしてしまいかねない。臨床系のとの一元化は絶対に必要である。
- 15 8 現在の自身のように、行政医師になって数年以内の身で、現場での経験を積みながら社会医学専門医を取得するためには具体的にどのようなスケジュールを考えればよいか。
- 15 9 専門医でなければ企業(産業保健)や自治体(地域保健)など社会医学分野の職に(これまででは就職できていた、就職しやすかったのに)今後は就職できなくなるというようなことの無いようにしていただきたい。
- 15 10 専門医でなければ企業(産業保健)や自治体(地域保健)など社会医学分野の職に(これまででは就職できていた、就職しやすかったのに)今後は就職できなくなるというようなことの無いようにしていただきたい。
- 1 いつから名乗れるのか？
 - 2 本年 4 月より転職したばかりなので、まだよくわかっていない。

「専門医制度に関する公衆衛生医師向けアンケート」基礎集計結果

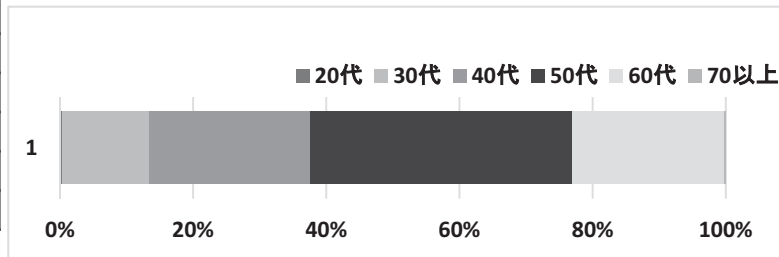
1. 性別をお答えください。

男性	262
女性	147



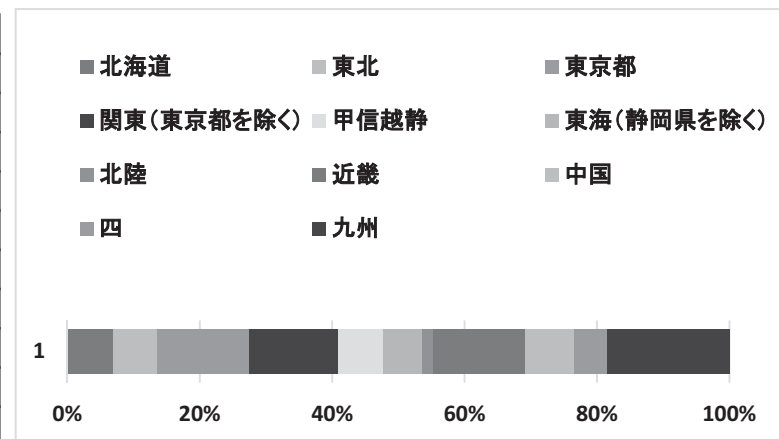
2. 年代をお答えください(調査回答時)

20代	1
30代	54
40代	99
50代	161
60代	93
70以上	1



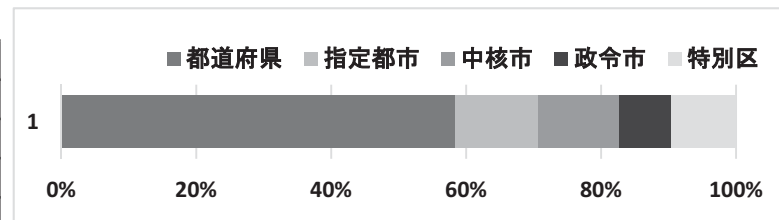
3. 勤務している自治体の地域をお答えください。

北海道	28
東北	27
東京都	56
関東(東京都を除く)	55
甲信越静	27
東海(静岡県を除く)	24
北陸	7
近畿	56
中国	30
四	20
九州	75



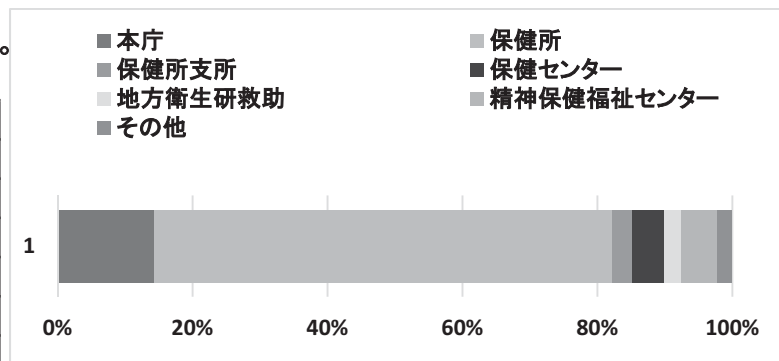
4. 勤務している自治体の種類をお答えください。

都道府県	239
指定都市	50
中核市	49
政令市	32
特別区	39



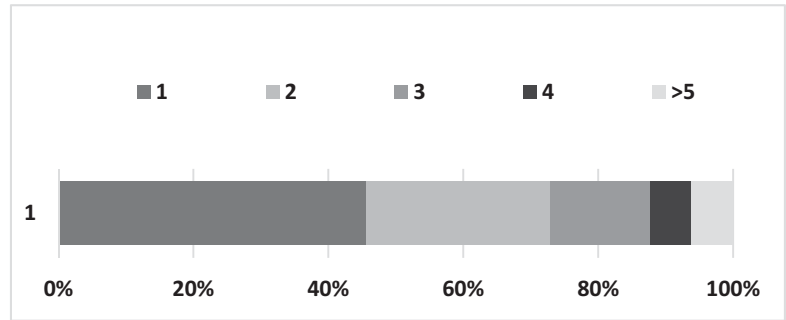
5. 主たる勤務先を1つだけお選びください。

本庁	59
保健所	277
保健所支所	12
保健センター	20
地方衛生研救助	10
精神保健福祉センター	22
その他	9



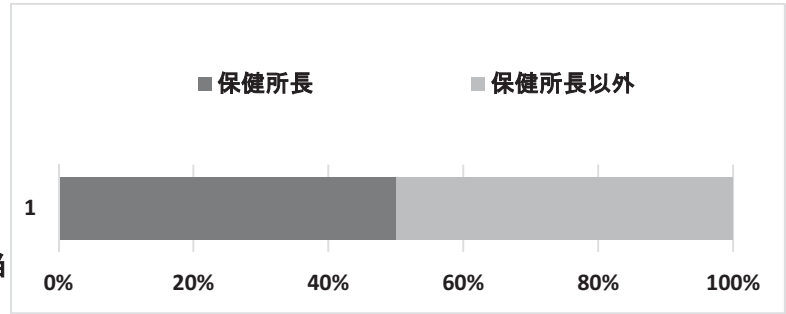
6. 主たる勤務先に自分を含めて公衆衛生医師は、何人いますか。(兼務を除く)

1	187
2	111
3	61
4	25
>5	25



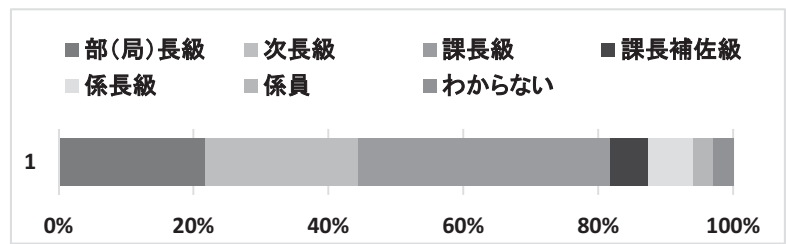
7. 保健所長ですか。

保健所長	205
保健所長以外	204



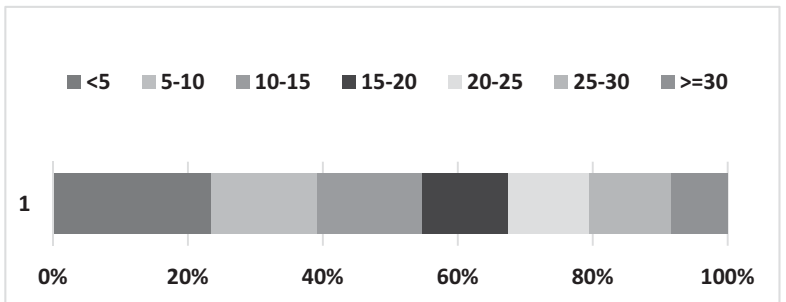
8. 現在の職位は、本庁のどの職位に相当

部(局)長級	88
次長級	92
課長級	151
課長補佐級	23
係長級	27
係員	12
わからない	12



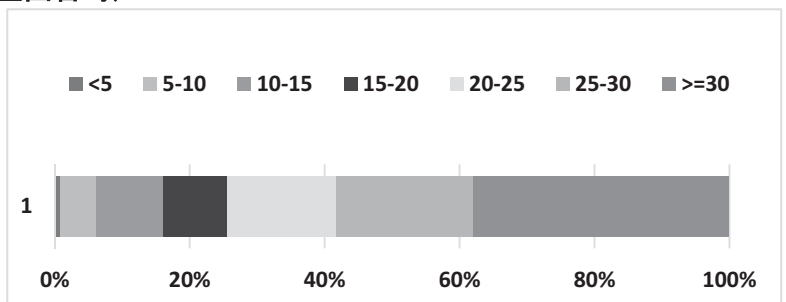
9. 行政経験年数は何年目ですか(調査回答時)。

<5	95
5-10	64
10-15	63
15-20	51
20-25	49
25-30	49
>=30	34



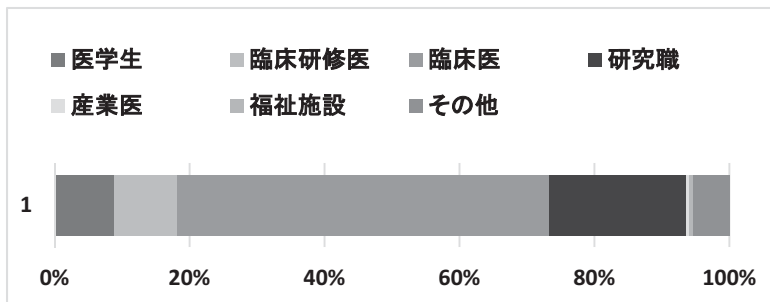
10. 医師免許取得後、何年目ですか。(調査回答時)

<5	3
5-10	22
10-15	40
15-20	39
20-25	65
25-30	83
>=30	154



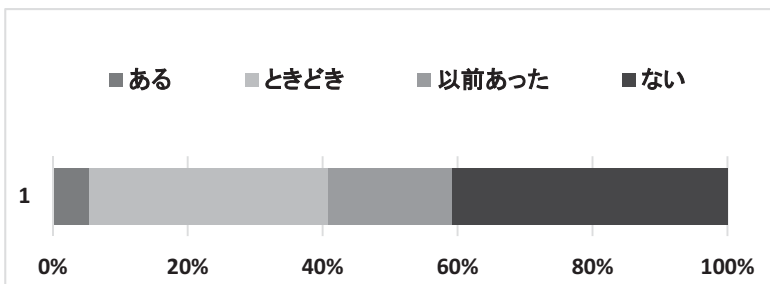
11. 公衆衛生医師になる前の職歴について、直前の1つを選んでください。

医学生	36
臨床研修医	38
臨床医	226
研究職	83
産業医	2
福祉施設	2
その他	22



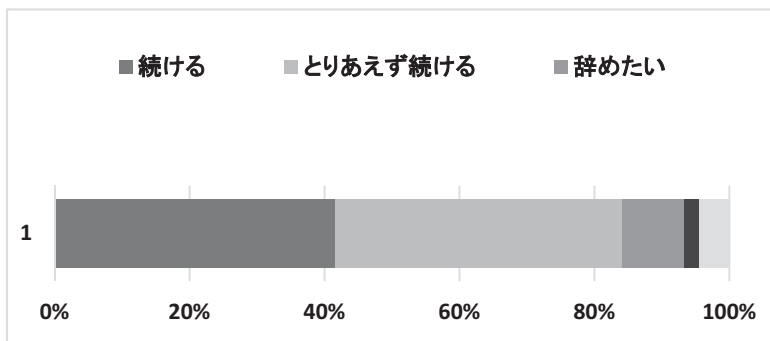
12. 公衆衛生医師になってから転職したいと思ったことはありますか。

ある	22
ときどき	144
以前あった	75
ない	166



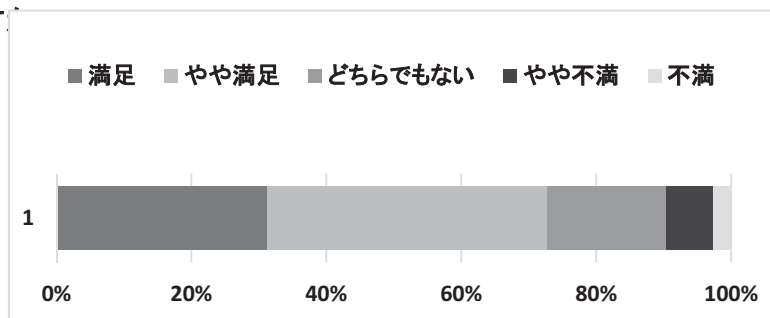
13. 公衆衛生医師を続けたいとお考えですか。

続ける	169
とりあえず続ける	173
辞めたい	38
すぐ辞めたい	9
判断できない	18



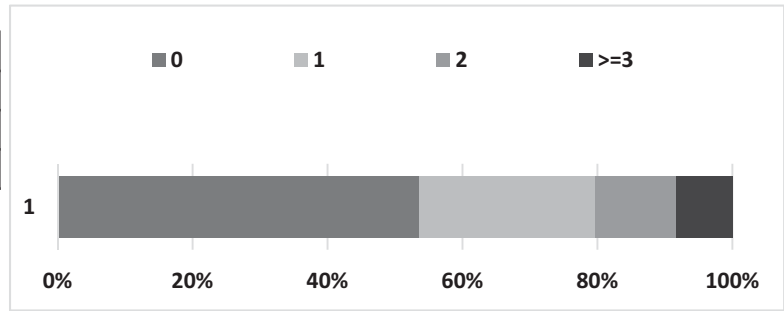
14. 総合的に考えて現職に満足していますか。

満足	127
やや満足	169
どちらでもない	72
やや不満	28
不満	11



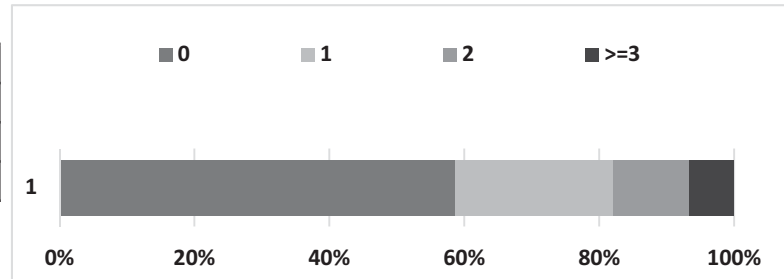
15. 現在、専門医(指導医)、認定医資格をいくつお持ちですか。

0	219
1	107
2	49
>=3	34



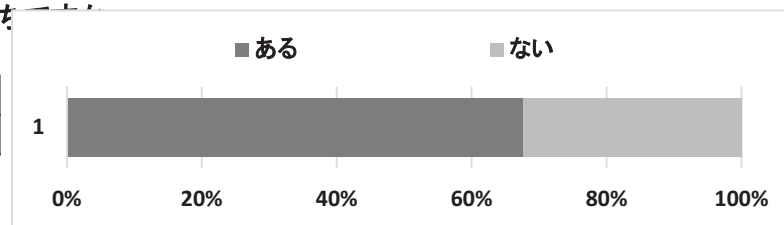
16. 今後、更新予定の資格はいくつありますか。

0	239
1	95
2	46
>=3	27



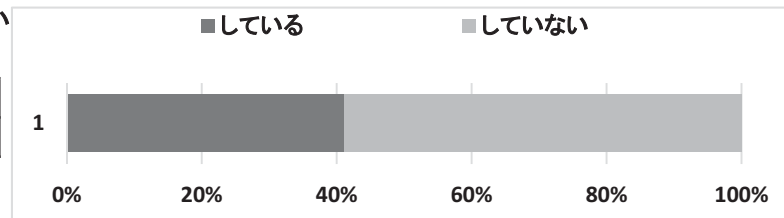
17. 産業医資格(日本医師会認定)をお持ちですか。

ある	276
ない	132



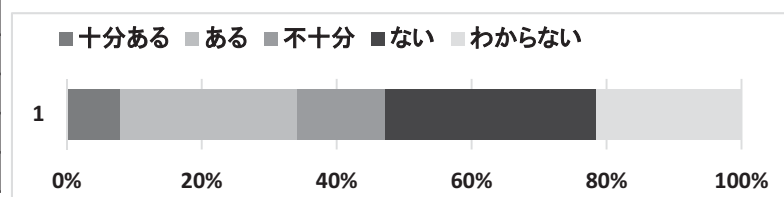
18. 職場で産業医業務を担当していますか。

している	167
していない	240



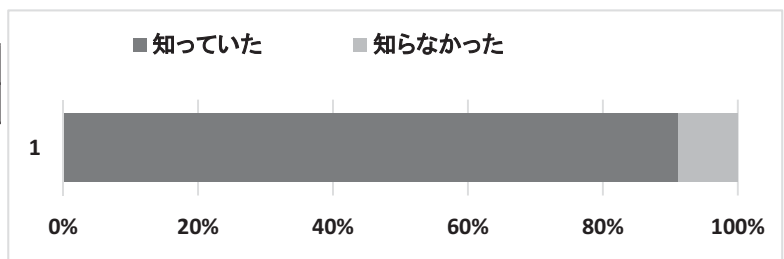
19. 職場で産業医資格維持への支援や配慮はありますか。

十分ある	32
ある	107
不十分	53
ない	127
わからない	88



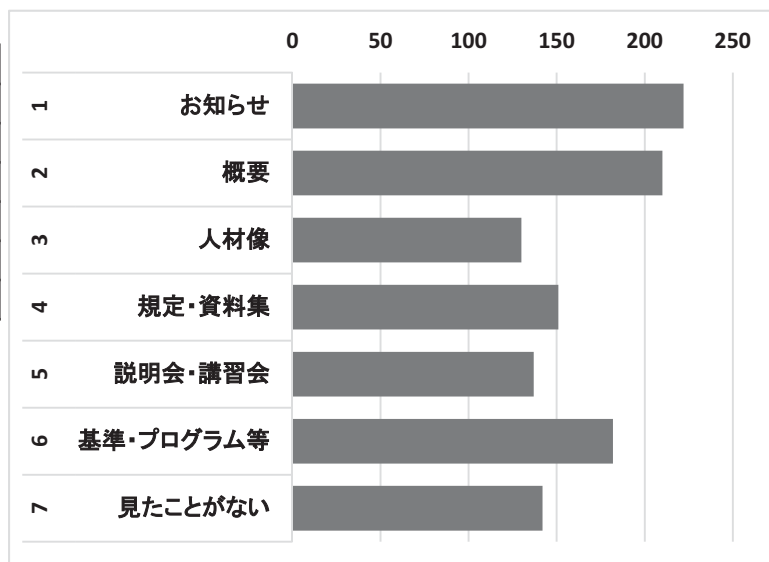
21. 社会学系専門医協議会が創設されたことをご存じでしたか。

知っていた	370
知らなかった	36



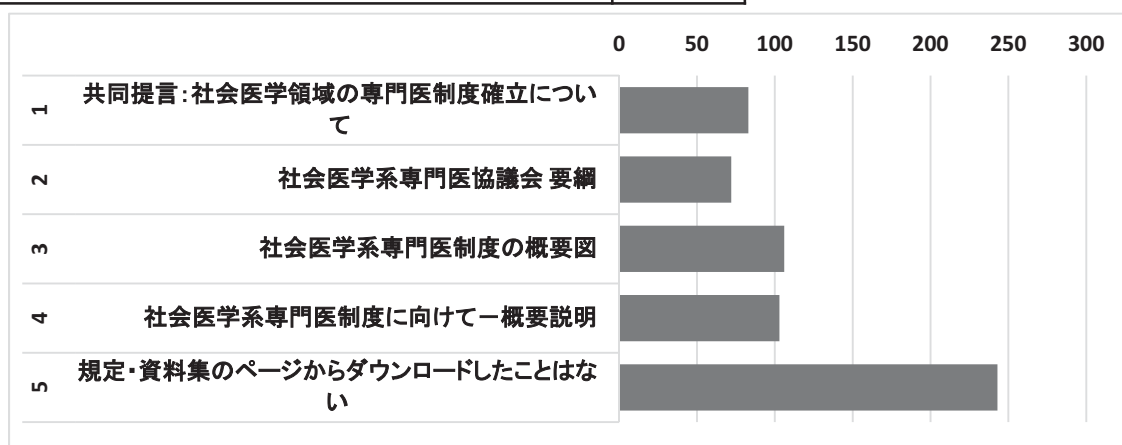
22. 社会学系専門医協議会HP_閲覧した

1	お知らせ	222
2	概要	210
3	人材像	130
4	規定・資料集	151
5	説明会・講習会	137
6	基準・プログラム等	182
7	見たことがない	142



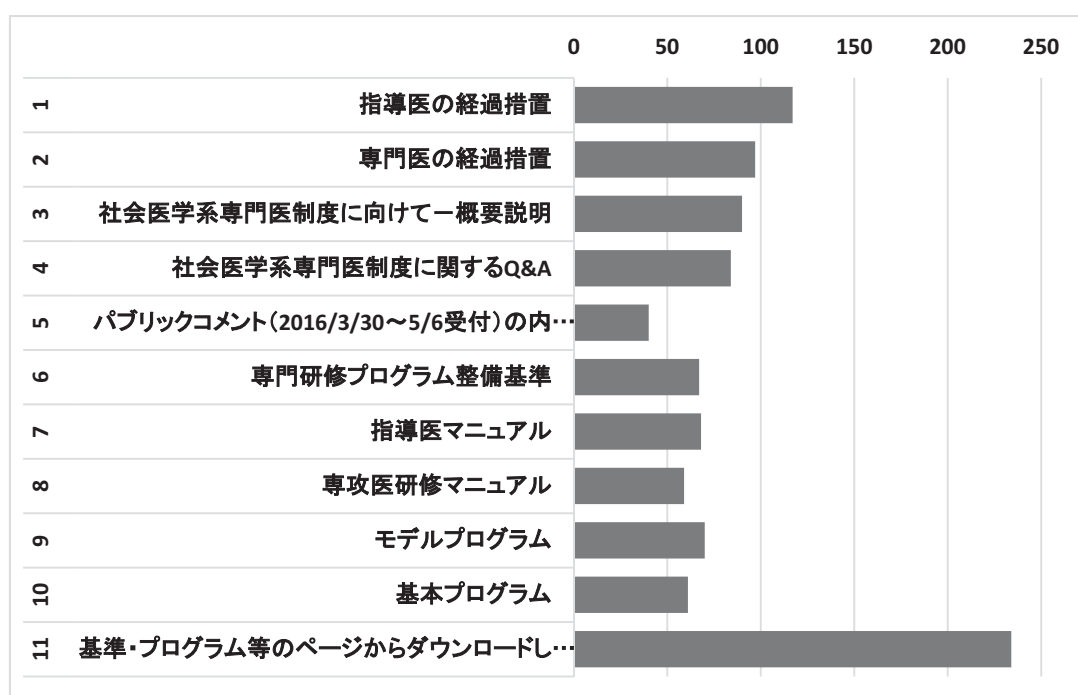
23. 社会学系専門医協議会HP_規定資料DLした

1	共同提言:社会医学領域の専門医制度確立について	83
2	社会医学系専門医協議会 要綱	72
3	社会医学系専門医制度の概要図	106
4	社会医学系専門医制度に向けて一概要説明	103
5	規定・資料集のページからダウンロードしたことはない	243



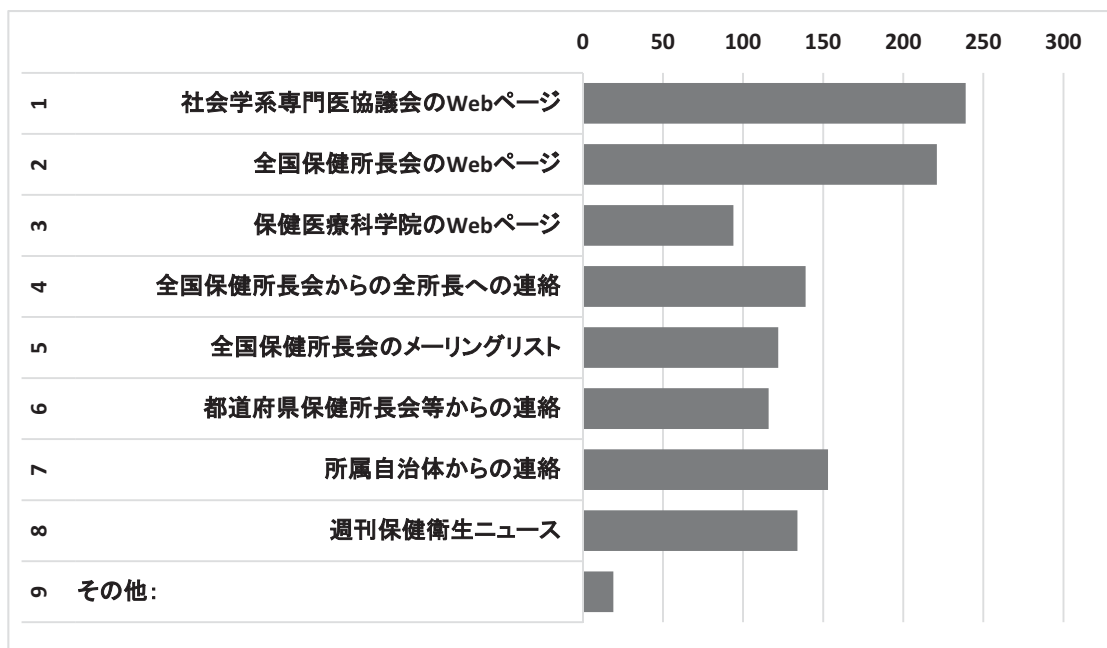
24. 社会学系専門医協議会HP_基準プログラムDLした

1	指導医の経過措置	117
2	専門医の経過措置	97
3	社会学系専門医制度に向けて一概要説明	90
4	社会学系専門医制度に関するQ&A	84
5	パブリックコメント(2016/3/30～5/6受付)の内容と回答	40
6	専門研修プログラム整備基準	67
7	指導医マニュアル	68
8	専攻医研修マニュアル	59
9	モデルプログラム	70
10	基本プログラム	61
11	基準・プログラム等のページからダウンロードしたことはな	234



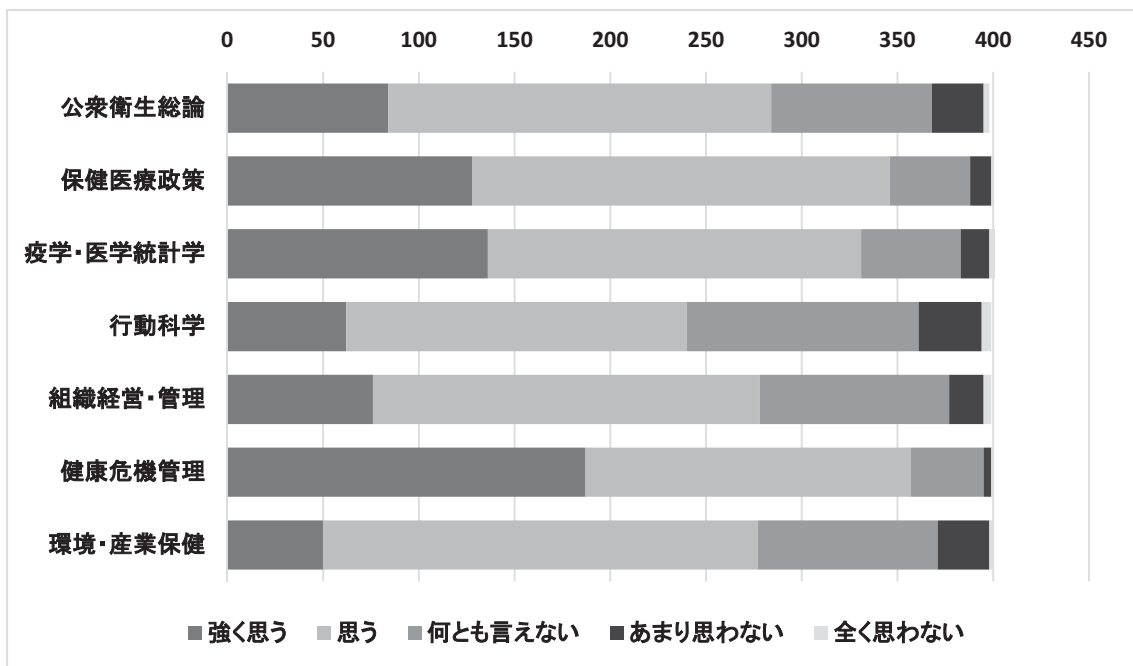
25. 情報提供の方法について、利用したいもの

1	社会学系専門医協議会のWebページ	239
2	全国保健所長会のWebページ	221
3	保健医療科学院のWebページ	94
4	全国保健所長会からの全所長への連絡	139
5	全国保健所長会のメーリングリスト	122
6	都道府県保健所長会等からの連絡	116
7	所属自治体からの連絡	153
8	週刊保健衛生ニュース	134
9	その他:	19



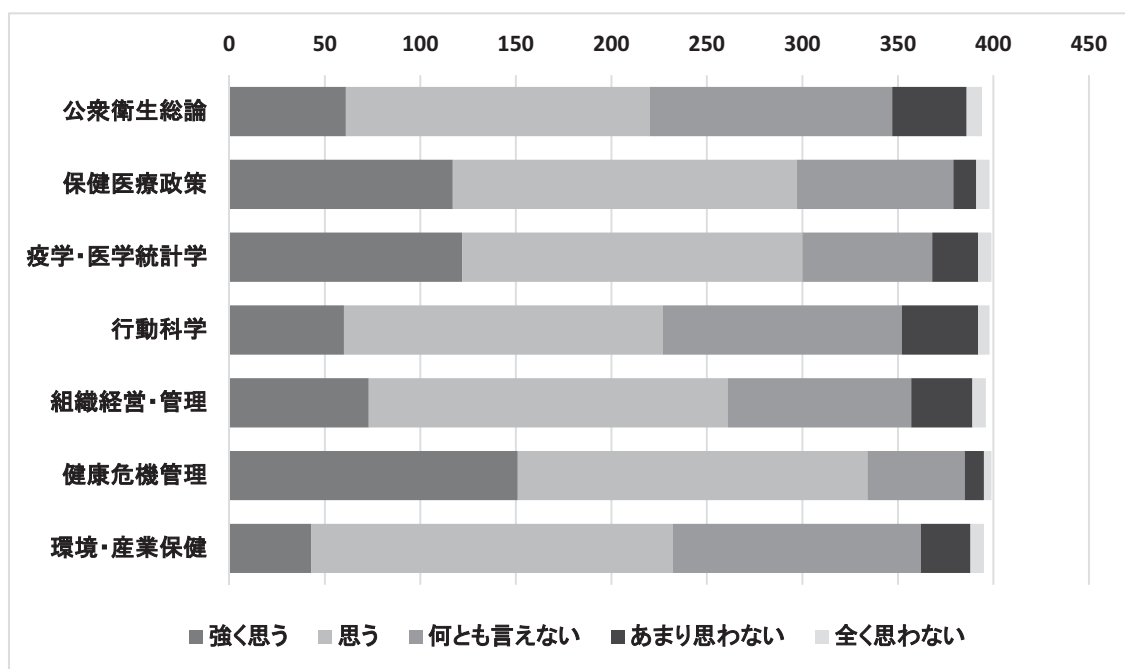
27. 基本プログラム7分野_日常業務のため学びたい(1-5)

		強く思う	思う	何とも言えない	あまり思わない	全く思わない
1	公衆衛生総論	84	200	84	27	3
2	保健医療政策	128	218	42	11	1
3	疫学・医学統計学	136	195	52	15	3
4	行動科学	62	178	121	33	5
5	組織経営・管理	76	202	99	18	4
6	健康危機管理	187	170	38	4	1
7	環境・産業保健	50	227	94	27	2



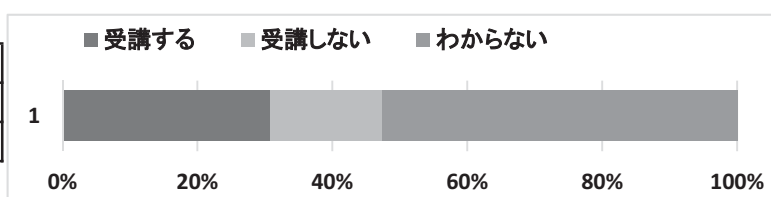
28. 基本プログラム7分野_深めたいと思う(1-5)

		強く思う	思う	何とも言え	あまり思わ	全く思わない
1	公衆衛生総論	61	159	127	39	8
2	保健医療政策	117	180	82	12	7
3	疫学・医学統計学	122	178	68	24	7
4	行動科学	60	167	125	40	6
5	組織経営・管理	73	188	96	32	7
6	健康危機管理	151	183	51	10	4
7	環境・産業保健	43	189	130	26	7



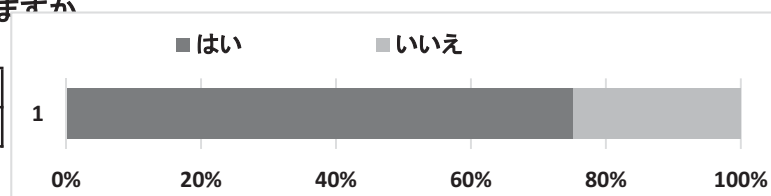
32. 社会医学系専門医資格維持のため基本プログラムの受講が必要になる可能性があります。その場合、各学会の開催期間中に併催、大学での開催やブロック連携推進会議での開催などが考えられていますが、保健医療科学院で開催されれば受講しますか。

受講する	122
受講しない	65
わからない	208



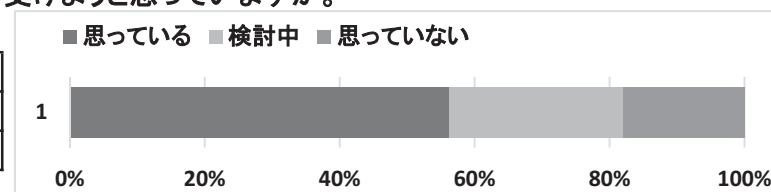
34. 経過措置の指導医要件に該当していますか

はい	299
いいえ	99



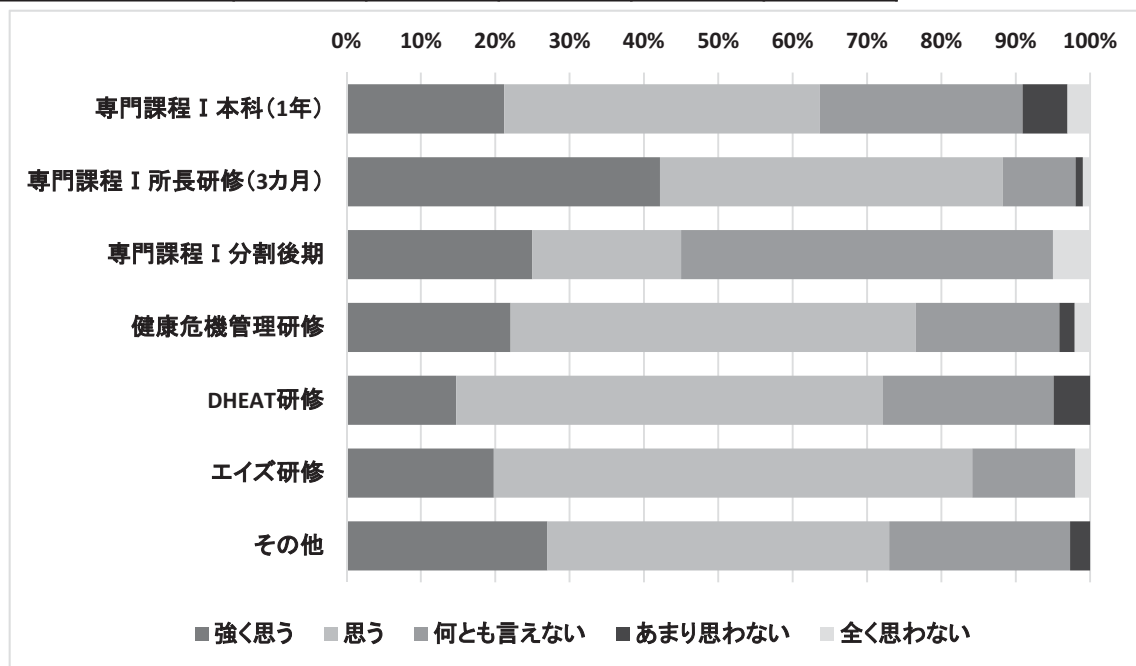
35. 経過措置の指導医(専門医)の認定を受けようと思っていますか。

思っている	216
検討中	99
思っていない	69



30. NIPH研修の参加と役立ち度(1-5)

		とても役	役立って	どちらで	余り役	役立って
1	専門課程 I 本科(1年)	7	14	9	2	1
2	課程 I 所長研修(3カ月)	43	47	10	1	1
3	専門課程 I 分割後期	5	4	10	0	1
4	健康危機管理研修	32	79	28	3	3
5	DHEAT研修	9	35	14	3	0
6	エイズ研修	20	65	14	0	2
7	その他	10	17	9	1	0



2 実践事業

1) 若手医師・医学生向けサマーセミナー（PHSS2016）の開催

高橋千香（東京都北区保健所）	木原久文（愛媛県八幡浜保健所）
照井有紀（宮城県気仙沼保健所）	武智浩之（群馬県安中保健所 兼 吾妻保健所）
西垣明子（長野県木曾保健所）	宮園将哉（大阪府四條畷保健所）
上原里程（宇都宮市保健所）	人見嘉哲（北海道倶知安保健所 兼 岩内保健所）
城所敏英（東京都島しょ保健所）	宇田英典（鹿児島県伊集院保健所）

公衆衛生分野に興味を持つ若手医師・医学生を対象として、セミナーを開催した。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 URL 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、保健所医師からの情報提供やグループワークを含めた講義、がん疫学や公衆衛生学の専門家による講義とした。参加者は 33 名であり、医学生 6、初期研修医 8、臨床医 2、大学院 3、行政医 11、その他 3 となっていた。受講後調査では各プログラムとも 8 割近い満足度が得られ、行政医師以外にはキャリア選択に役立つ、行政医にとっては実務に役立ち、ネットワークづくり等に役立つとの回答を得た。本セミナーのような人材確保と育成の双方に視点をあてたセミナーは他になく、今後も継続開催する意義があると考えられる。

(1) 目的

- 1) 公衆衛生分野に関心を持つ医学生や医師に対して、保健所で働く医師等から公衆衛生活動の実際を伝え、今後の人材確保に資する。
- 2) 保健所等に入職して間もない医師に対して、ケースメソッドや意見交換を行う場を提供し、公衆衛生医師の人材育成に寄与する。

(2) 方法

1) 対象

公衆衛生分野に関心を持つ医学生・初期研修医・臨床医等および公衆衛生分野に入職して 5 年以内の医師

2) 日時・場所

平成 28 年 9 月 3 日（土）午後 1 時～6 時、4 日（日）午前 9 時～午後 1 時
AP 品川（東京都港区）

3) 参加者の募集および申し込み方法

開催通知郵送（保健所、大学医学部）、チラシ配布（医学生・研修医向け就職フェア）、全国保健所長会 URL 掲載、雑誌掲載（公衆衛生情報）、各種メーリングリスト

4) プログラム

これまでに実施された参加者アンケートや運営スタッフによる検討の上、ケースメソッド 2 例、保健所医師からのメッセージ、がん疫学専門家の講義、公衆衛生分野の人材育成に関する講義、厚生労働省と保健所の関わりについて医系技官による講義を企画した。また 1 日目終了後に意見交換会を実施した。

(3) 結果

1) プログラム

<1日目>

・来賓挨拶 日本公衆衛生協会 篠崎英夫会長，全国保健所長会 宇田英典会長

①保健所医師からのメッセージ 青森県むつ保健所 矢野 亮佑

公衆衛生に興味を持ったきっかけや，学生時代からの様々な経験を含めながら，公衆衛生とは，保健所とは，また現在の勤務地における健康課題など具体的な事例を挙げて，若手公衆衛生医師の視点での講義だった。幅広いテーマであるが，医学生や初期研修医などの若い参加者が熱心に話を聞いている様子がうかがえた。

②結核事例検討 枚方市保健所 永井 仁美

結核の一般的な疫学と個別の事例をもとにした接触者健診の考え方，BCG 接種後のコッホ現象に関して等，網羅的な内容であった。講義中にグループごとにディスカッションする時間があり，各グループには接触者健診について初めて聞いた学生や臨床医も入っていたが，積極的に意見を出していた。保健所における感染症対策の一環として結核対策は重要な要素であり，保健所医師の業務の一部を理解できる内容だったと考える。

③がんの疫学研究と地域保健のかかわり 国立がん研究センター 岩崎 基

がんの疫学研究について，最近のトピックスを交えて，学生から現場の保健所医師にもわかりやすい内容だった。疫学的な視点を日常から意識しているつもりでも，忘れがちな時もあり，保健所医師には得難い講義ではなかったかと考える。また研究で得られたデータをいかに一般の方にわかりやすく伝えるかという点は，医師としての基本のスキルでもあり，学生や若手医師にも今後のキャリアにおいて有用であったと考える。

④公衆衛生分野の人材育成について 国立保健医療科学院 曾根 智史

曾根先生ご自身の経験をふまえて，学生へはこれからのキャリア形成の考え方，すでに経験のある医師にとっては，この分野でのキャリアアップの方法を具体的事例もふまえて講話され，とても充実した内容であった。

終了後に，意見交換会を行った。一部の講師が参加もされたので，学生や若手医師が積極的に話を聞いている様子であった。また，同じ興味を持つ者同士，交流を深めていた。

<2日目>

例年，多くの参加者と話せるようにグループを1日目と2日目で別にしていたが，今年は同じグループとした。前夜の意見交換会もあり，より打ち解けて会話を交わす様子が見られた。

⑤国の医療政策と保健所との関わり 厚生労働省健康局総務課 長谷川 学

医系技官である講師より国の政策についての概要を示された。以前に保健所長をされた経験も踏まえて臨床医にも若手公衆衛生医師にもわかりやすい内容であった。講義終了後には個別に質問したり名刺交換する姿も見られた。

⑥災害時公衆衛生活動に関して 大阪府四條畷保健所 宮園 将哉

はじめに，平成28年4月に熊本で発生した震災後の公衆衛生活動に関して，講師が実際に派遣された時の写真を提示し概要についての講義があった。建物倒壊の様子や避難所の様子はテレビ等で報道されたが，公衆衛生活動の実態をうかがうことができ，東日本大震災以降，災害時の医療体制や公衆衛生活動への関心が高まっており，参加者も熱心に話を

聞いていた。後半は、グループごとに自分の勤務先保健所地域が被災したら、という設定でグループワークを交えた講義とした。学生や研修医からも様々な意見があり、災害医療だけでなく、災害時公衆衛生活動の重要性が伝わったと考える。

<セミナー開催中の様子>



2) 受講前アンケート結果（参加者 33, 回収数 27, 回収率 82%）

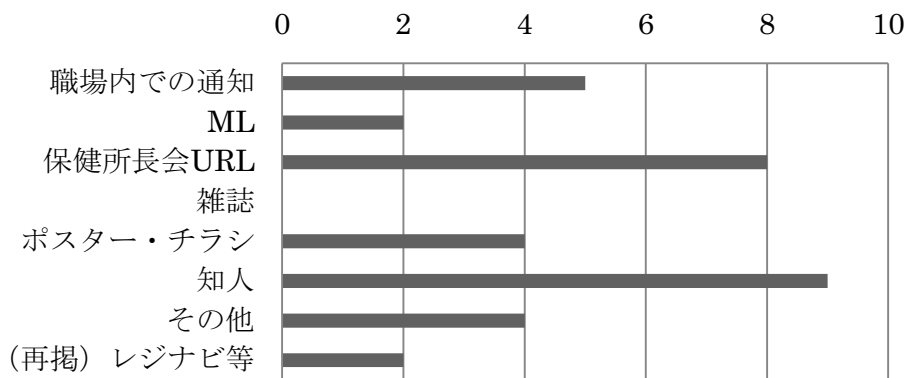
①属性

参加者の属性は医学生 6, 初期研修医 8, 臨床医 2, 大学院 3, 行政医 11, その他 3 となっていた。性別は男性が 59%, 女性 41%, 年齢層は 20 歳代が 50%, 30 歳代が 38%, 40 歳代が 12%であった。公衆衛生医師は全員入職後 5 年以内であり参加者の 5 割は入職後 1 年目であった。

②セミナーを知ったきっかけ（複数回答）

「知人から」、「保健所長会 URL から」が多く、次に「職場内の通知」、「ポスター・チラシ」、「メーリングリスト」の順であった。また昨年度から学生・研修医向けの就職フェア（レジナビ等）でチラシ配布を行っており、ポスター・チラシ（レジナビでチラシを受け取った）1 例、その他（レジナビで話を聞いた）1 例があった。

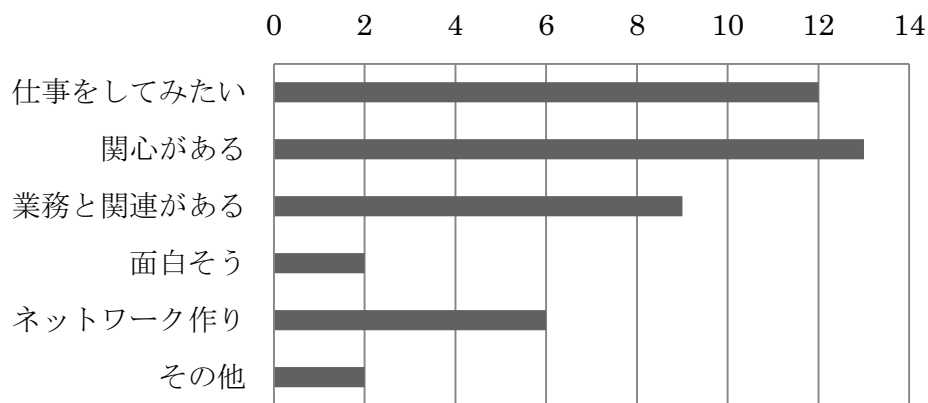
セミナーを知ったきっかけ（複数回答）



③セミナー参加理由（複数回答）

「関心がある」に次いで、「仕事をしてみたい」が挙げられていた。その他としては「現場の話を知りたい」、「詳しい仕事内容を知りたい」などがあつた。

セミナー参加理由（複数回答）



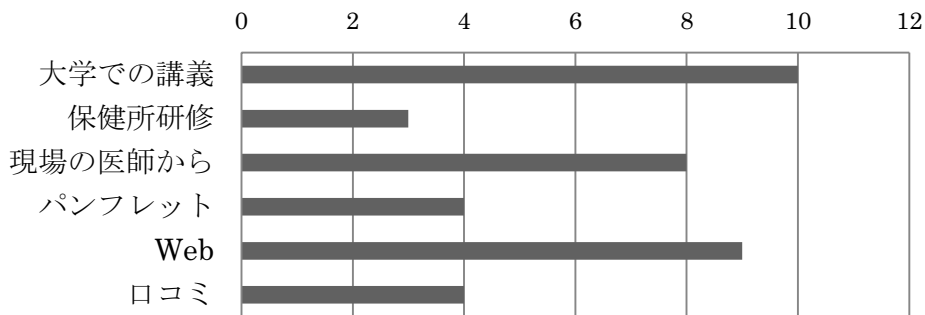
④現時点での公衆衛生への興味

5段階で聞いたところ、「非常に興味がある」と「興味がある」92%であつた。残りは「普通」であつた。

⑤公衆衛生分野のキャリアに関する情報入手方法

「大学での講義」、「Webでの情報収集」、「現場の医師」が上位であつた。

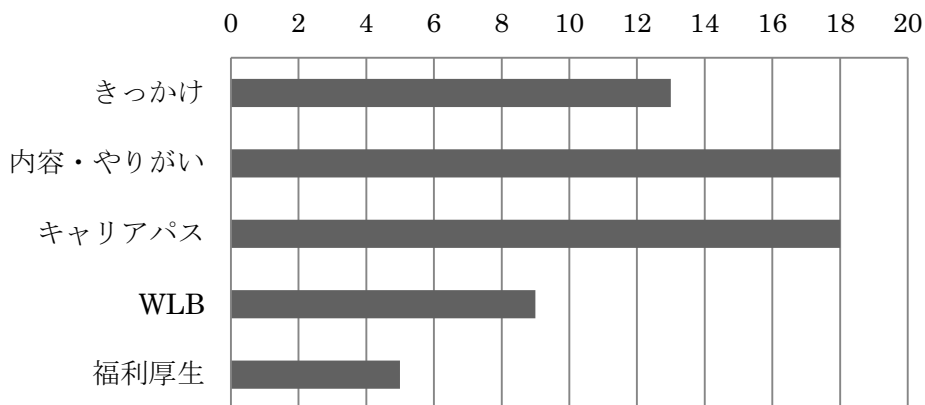
キャリアに関する情報をどのように得ていますか
(複数回答)



⑥公衆衛生医師について知りたいこと (複数回答)

「業務内容・やりがい」、「医師としてのキャリアパス」が最多であった。

公衆衛生医師についてどのようなことを知りたいか
(複数回答)



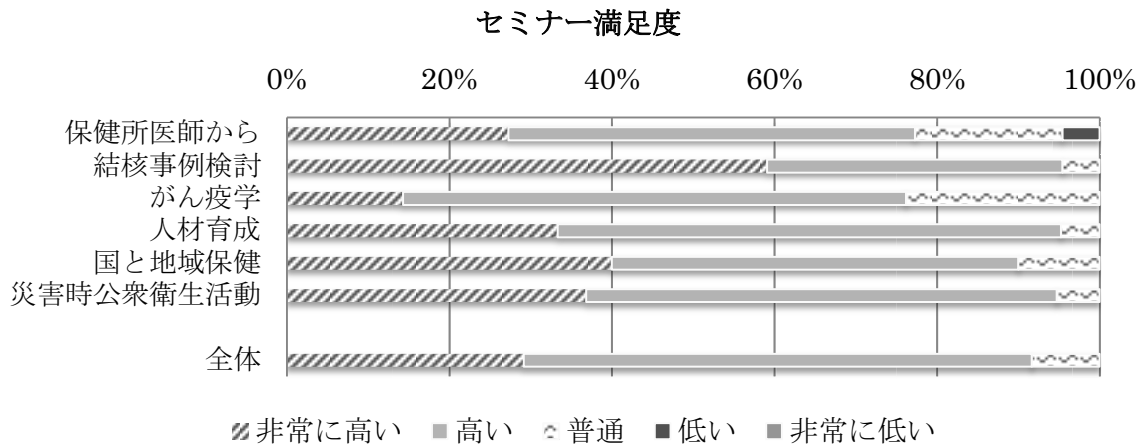
⑦公衆衛生に興味を持ったきっかけ (自由記載)

学生からは「以前より公衆衛生に興味があった」というコメントがあった。臨床医からは「臨床で受け持った患者をきっかけに公衆衛生分野、地域保健分野に興味を持った」、「疫学・統計に興味がある」といったコメントがあった。

3) 受講後アンケート (参加者 33, 回収数 24, 回収率 73%)

①各プログラムおよび全体の満足度について

各プログラムとも、「非常に高い」、「高い」をあわせて8~9割近い満足度が得られた。

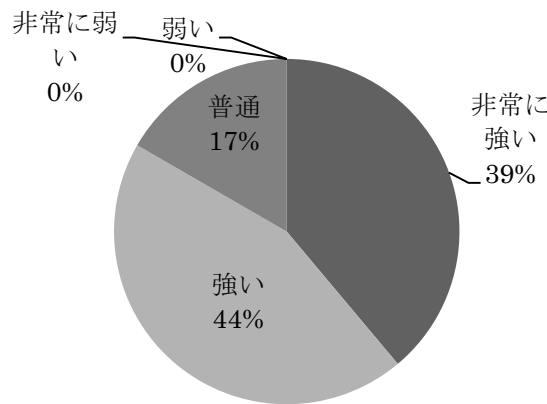


② サマーセミナーの開催時期・セミナーの長さ・参加型セッションの量について

セミナー開催時期は「ちょうどよい」92%、「早い方がよい」が8%であった。セミナーの長さが「ちょうどよい」87%、「短い方がよい」が13%であった。参加型セッションの量については、「このままでよい」71%、「増やした方がよい」25%、「減らした方がよい」が4%であった。

③ (行政医師以外への設問) セミナー受講後に持った公衆衛生医師の仕事への興味

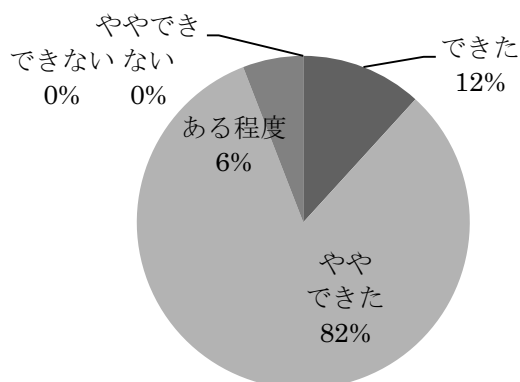
「非常に強い」と「強い」をあわせて83%で、「弱い」は0%であった。



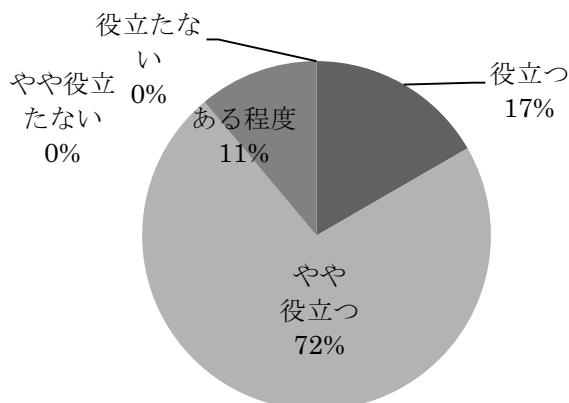
④ (行政医師以外への設問) 受講前後で公衆衛生医師の仕事への興味が変わったか

「強くなった」61%、「変わらない」39%、「弱くなった」は0%だった。強くなった主な理由として「実際の保健所医師と話したことで具体的なイメージができた」、「具体的な事例を学べた」があげられていた。

- ⑤ (行政医師以外への設問) 受講後、公衆衛生医師の仕事がイメージすることができたか
「できた」と「ややできた」をあわせて94%であった。「できない」は0%だった。

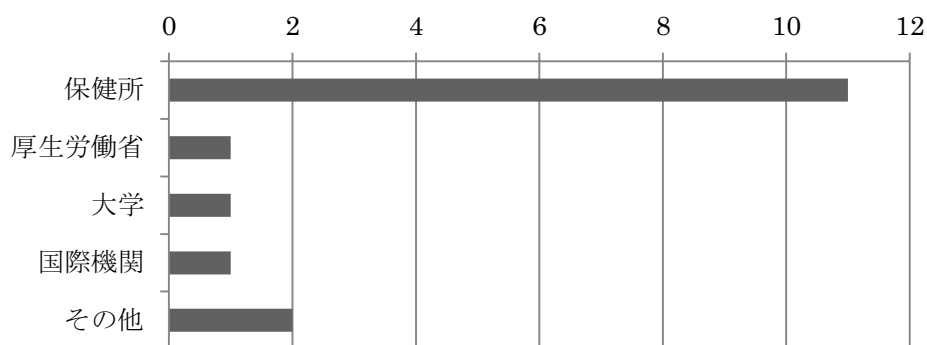


- ⑥ (行政医師以外への設問) セミナーは将来のキャリア選択に役立ったか
「役立つ」と「やや役立つ」をあわせて89%であり、「ある程度」が11%であった。「役立たない」との回答は0%であった。



- ⑦ (行政医師以外への設問) 公衆衛生医師として仕事をしてみたいか
「思う」が80%、「どちらでもない」が20%、「思わない」0%であった。

- ⑧ (行政医師以外への設問) 働いてみたい職場はどこか



保健所が11と多かった。その他2は「県庁」、「臨床」との回答であった。

⑨ (行政医師への設問) 内容は実務に役立つものであったか

「非常に役立つ」50%、「役立つ」50%であった。

⑩ (行政医師への設問) 継続するうえで悩みや孤独感の解消に役立ったか

「非常に役立つ」25%、「役立つ」50%、「ある程度」25%であった。

⑪ (行政医師への設問) ネットワーク作りに役立ったか

「非常に役立つ」25%、「役立つ」50%、「ある程度」25%であった。

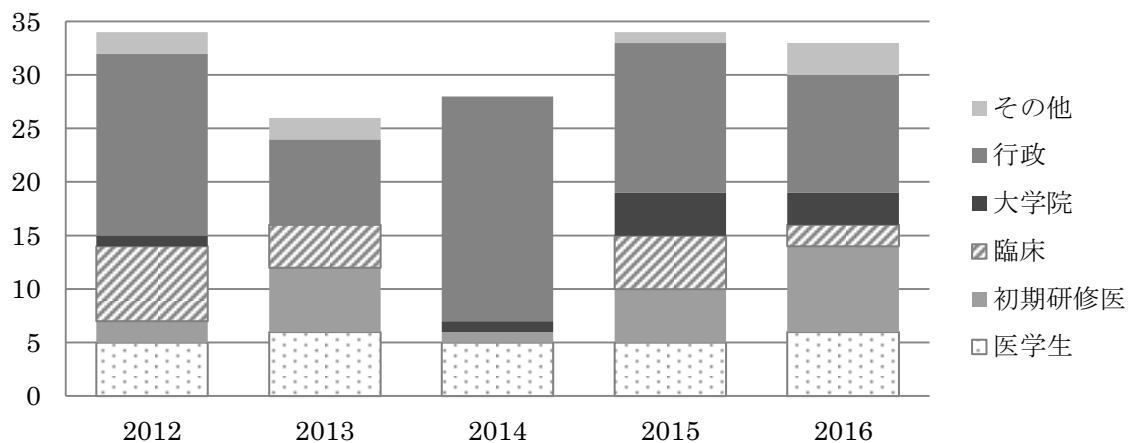
⑫ セミナーの改善点など自由意見およびコメント (自由記載)

「行政医師と少人数で話す時間があるとよい」、「とてもよい内容だったので、資料集などだしてほしい」、「幅広い分野なのはわかるが、広すぎてわかりにくいところもあった。もうすこしトピックを絞った方がよいのでは」といった意見があった。

4) 過去五年間の比較

① 参加者属性

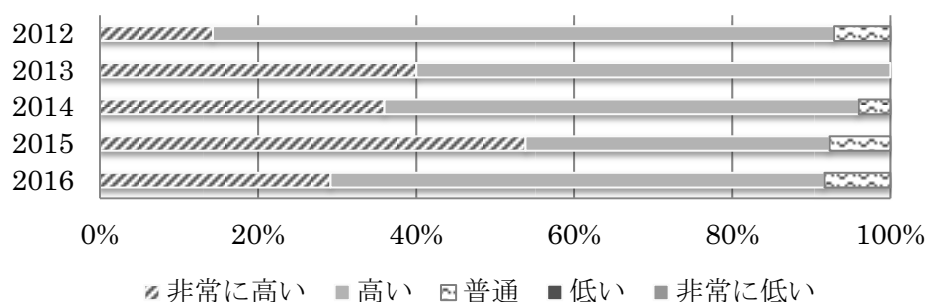
年により差があるが、30名程度の参加があった。医学生は2割程度の参加があった。行政医(保健所医師と本庁勤務医師等)は3～7割を占めていた。また複数年受講が13名、研究班で把握し得たセミナー受講後に行政へ入職した例が4名あった。(複数年受講で2回目が行行政職:2, 運営委員会から送付したメールへ返信があった例:1, その他:1)



② セミナー満足度

毎年プログラム内容は異なるが、受講後調査における満足度を比較すると、「非常に高い」と「高い」をあわせて平均95%であった。

全体の満足度



(4) 考察

今回、PHSSは5回目となり、企画・運営するスタッフ側にメンバーの入れ替わりはあったが、円滑に開催することができた。例年、全体的な満足度や各プログラムの評価は高く、有意義なセミナーが提供できていると考える。今回は、各プログラムの内容はよかったが、一日目の導入から、二日目につなげ展開していくセミナーの流れが十分考慮できておらず、参加者も戸惑ってしまったかもしれない。今後プログラムを検討するにあたって、内容だけでなく流れも考慮することが必要だと考えられた。特に、セミナーの開催目的である「人材確保」と「人材育成」の視点を忘れずに、公衆衛生分野に興味のある学生・臨床医を惹きつけつつ、入職後数か月目で悩みもでてきた若手行政医の心にも響く内容を検討する必要があると、来年以降の運営に活かしたい。

また、今回は9月の第一週の週末であったが、大型台風の接近と重なってしまったため、九州地方の参加者は一日目のみの参加となった方もあり、開催時期については8月下旬の早い時期が妥当であろう。

セミナー対象を入職前の学生や臨床医に絞るべきではとの意見が例年でしており、各自治体で、入職後の若手行政医師向けの研修やネットワーク作りの場があることが望まれるが、所属先によっては難しいことも多い。このような地域保健全般を学べ、かつ全国的なネットワーク作りにも役立つ研修はほとんどないため、人材確保と育成の視点をもって、学生、臨床医から若手行政医を対象として継続していく意義はあると考えられた。

(5) まとめ

今回5回目の開催となったPHSSであるが、参加者数は30名程度であるものの、受講後の満足度も高く、セミナーも契機のひとつとされた入職事例も認められた。今後も公衆衛生医師の人材確保および育成を目的として本セミナーを継続開催する意義があると考えられた。

2) 公衆衛生医師募集の広報用媒体等の検討と作成

照井有紀（宮城県気仙沼保健所）

武智浩之（群馬県安中保健所 兼 吾妻保健所）

木原 久文（愛媛県八幡浜保健所健康増進課）

公衆衛生医師確保のためのイメージ戦略として、本事業班ではこれまで「1億2,000万人の生を衛る医師」として平成25年度にポスターを、平成27年度にはパンフレットを作成した。これらポスターやパンフレットの効果的な活用方法及びより効果的な広報活動のため、医学生・研修医等へのアンケート調査を実施した。その結果、レジナビや大学の講義でのポスター・パンフレットの活用やSNSや医学雑誌での情報発信が有効であると考えられた。

公衆衛生を志す医学生・研修医等はどのような情報が知りたいのか、どのように情報収集を行うのかを知ることで今後の広報活動が展開されると考えられた。

(1) 目的

平成24年度本事業班が全国の医学生1,600余名を対象として行った調査結果では、公衆衛生医師のイメージについて「よくわからない（無回答を含む）」が最多であり、医学生の多くが公衆衛生医師についての具体的なイメージを持っていないことが明らかとなった。公衆衛生医師確保のためには公衆衛生医師が担う役割やその重要性についての広報活動が重要であると考え、平成25年度はポスター「1億2,000万人の生を衛る医師」を、平成27年度はパンフレット「1億2,000万人の生を衛る医師」を本事業班で作成した。

ポスターやパンフレットの活用方法及び今後の広報活動の検討のため、今年度はアンケート調査を実施した。

(2) 方法

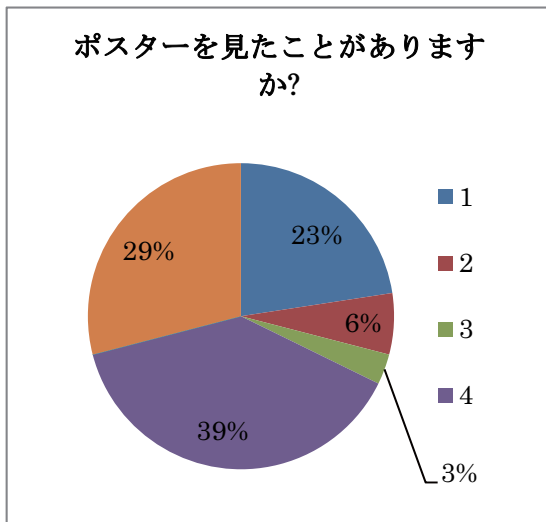
- 1) PHSS2016参加者を対象として、調査を行った。
- 2) 事業協力者の自治体における保健所実習中の医学生10名を対象として、調査を行った。

(3) 結果

- 1) PHSS2016参加者のうち回答のあった27名

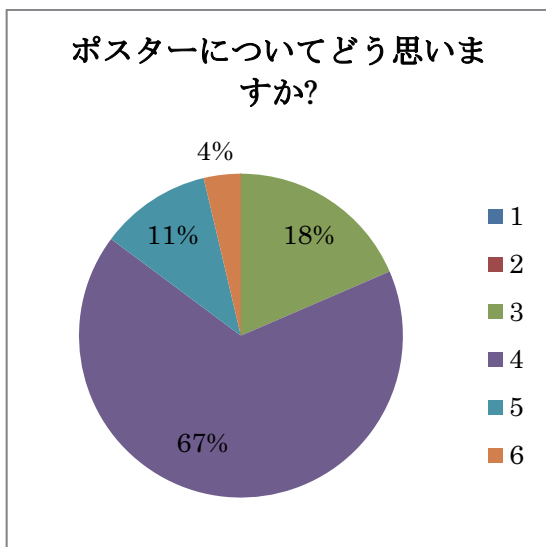
【ポスターについて】

Q1 今回のセミナーより前に『1億2000万人の生を衛る医師』ポスターを見たことがありますか。
見たことがある方は、どこで見たかについても教えてください。（複数回答可）



1. 勤務先	23%
2. 大学	6%
3. 保健所	3%
4. 所長会 HP	39%
5. その他	0%
6. 見たことはない	29%

Q2 このポスターについて、どう思いますか。



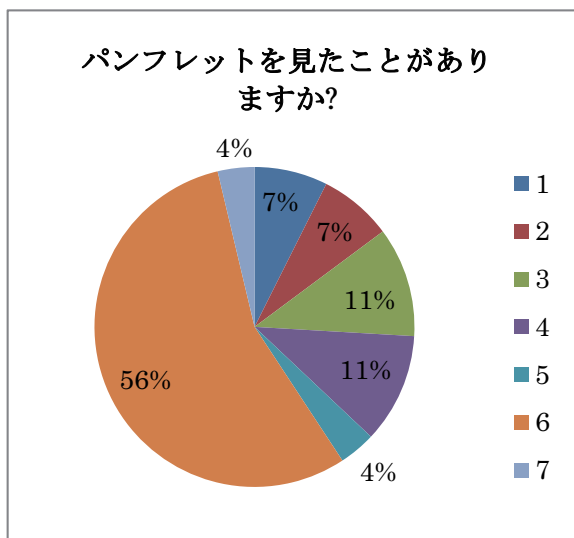
1. 非常に悪い	0%
2. 悪い	0%
3. 普通	18%
4. よい	67%
5. 非常に良い	11%
6. 無回答	4%

Q3 このポスターについて具体的なご意見（キャッチコピー・貼付場所等）があれば教えてください。

- ・上と下の写真はどこでしょう？（見たことがある・所長会 HP・非常によい・）
- ・環境（衛生）の要素が強いように感じられます。ヒトの印象が弱い。
（見たことがある・勤務先／保健所・ふつう）
- ・よいと思うが、空の背景に白文字は近くに寄らないと見えない。（見たことはない・よい）
- ・レジナビフェアなど。（見たことはない・よい）

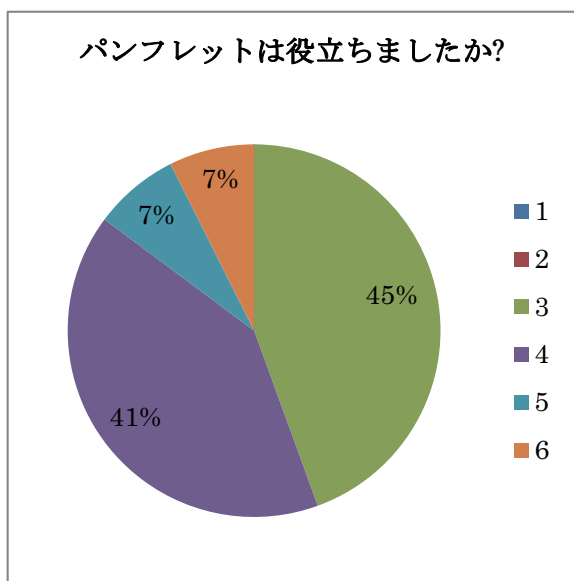
【パンフレットについて】

Q4 今回のセミナーより前に『公衆衛生医師募集』パンフレットを見たことがありますか。
見たことがある方は、どこで見たかについても教えてください。(複数回答可)



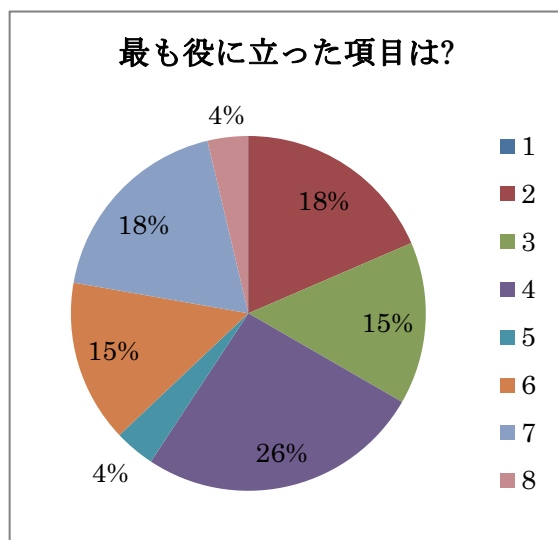
1. 勤務先	7%
2. 大学	7%
3. 保健所	11%
4. 所長会 HP	11%
5. その他 (レジナビ)	4%
6. 見たことはない	56%
7. 無回答	4%

Q5 このパンフレット、公衆衛生医師の仕事を理解する上で役立ちましたか



1. 全く役立たない	0%
2. 役立たない	0%
3. ある程度役立った	45%
4. 役立った	41%
5. 非常に役立った	7%
6. 無回答	7%

Q6 このパンフレットの中で、最も役に立った項目はどれですか。1つ選んでください。



1. はじめに	0%
2. 公衆衛生医師とは?	18%
3. キャリアパスの1例	15%
4. 保健所医師の日常	26%
5. 保健所医師の非日常	4%
6. 先輩医師からのメッセージ	15%
7. 無回答	18%
8. 無効	4%

Q7 パンフレットの効果的な活用場（送付先やイベント等）について、ご意見があればお願いします。（自由記載）

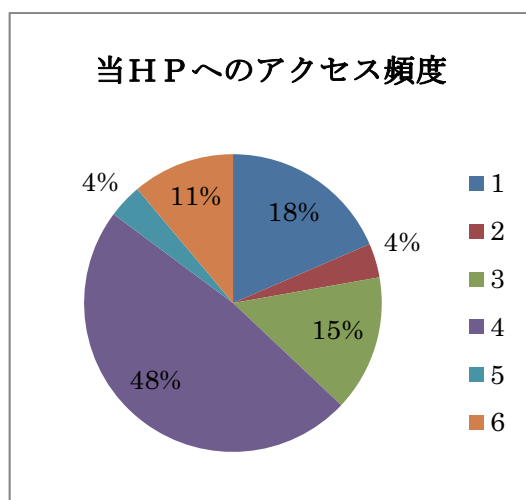
- ・レジナビフェアなど（見たことがある・レジナビフェア・役立った）
- ・大学の講義での配布（見たことがある・所長会 HP・ある程度役立った）

Q8 次回パンフレットを作成する際、改善したほうがよい項目、継続してほしい項、充実させてほしい項目など、できるだけ具体的にお書きください。

- ・フォントが全体的に小さすぎる印象。もう少し内容をシンプルにして読みやすくした方が良いと思います。（見たことがある・大学・ある程度役立った）

【全国保健所長会 HP について】

Q9 当 HP へのアクセス頻度についてお伺いします。



1. アクセスしたことがない	18%
2. 週1回程度・それ以上	4%
3. 月1回程度	15%
4. 年に数回程度	48%
5. その他	4%
6. 無回答	11%

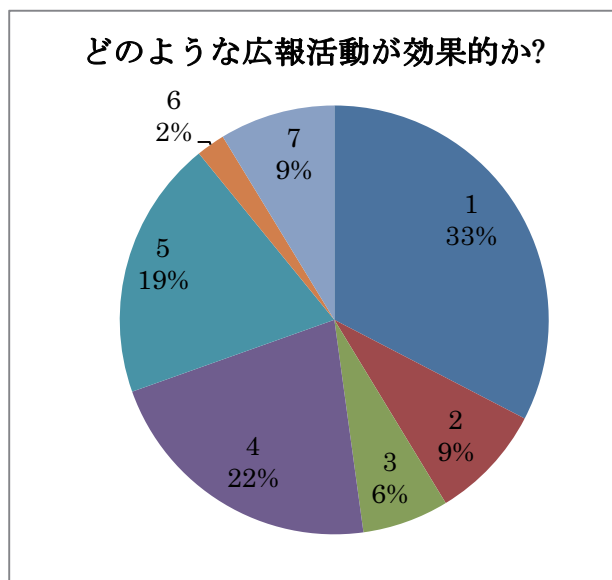
※その他1名 このPHSSで初めて（アクセスした）

Q10 当 HP についての印象や今後掲載を希望する情報等, ご意見があればお願いします。

- ・サマーセミナーのページを見つけるのが少し大変でした。(この PHSS で初めて)

【広報活動全般について】

Q11 公衆衛生に従事する医師を確保すべく広報を行う際, どのような活動が効果的だと思いますか? (複数回答可)



1. レジナビ等への参加	33%
2. パンフレットの充実	9%
3. PR 動画	6%
4. 医学誌への広告掲載	22%
5. HP の充実	19%
6. その他	2%
7. 無回答	9%

※その他 1 名 初期臨床研修医の受け入れ

2) 保健所実習中の医学生 10 名 (男性 7 名 女性 3 名)

【公衆衛生医師募集パンフレットをみたことがありますか】

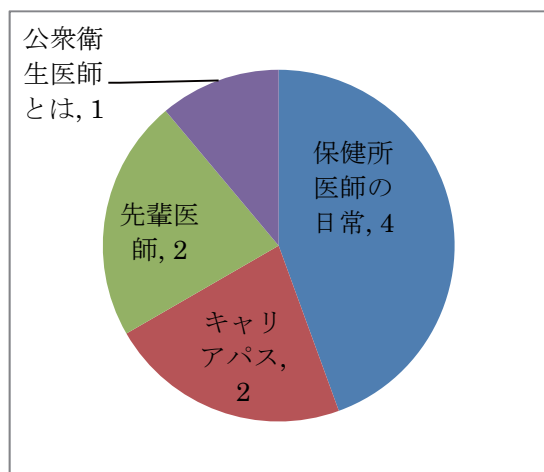
- ・ ない 8 名 / ある 2 名 (大学・その他)

【このパンフレットは公衆衛生医師の仕事を理解する上で役立ちましたか】

- ・ 役立った 8 名 / ある程度 2 名

【パンフレットの中で良いと思う項目はどれですか】

(1つ選んでください)



【どのような活動が効果的だと思いますか】（複数回答可）

- ・ SNS での情報発信 5
- ・ 大学の講義 4
- ・ レジナビ等への参加 2
- ・ 大学へのパンフレット送付 2
- ・ 医学雑誌への広告掲載 2 （雑誌名 ドクターゼ ）
- ・ ホームページの充実 2
- ・ 病院へのパンフレット送付 1

【自由記載】

- ・ 文字が多い。ぱっと手に取ってパラパラ読む分量じゃない（内容はいいと思いますが）。裏表紙は素敵だけど表表紙がシンプル過ぎて、おかたい役所のイメージと公衆衛生医がつながってしまって心惹かれない。女性医師の子育てしやすい環境をもっと押し出してもよいのではないかな。キャリアパスのコーナーはいまいちよくわからなかった。
- ・ 保健所医師の仕事が日常と非日常に分けられて紹介されていることで、より詳しい職務内容やその責任感を理解できた。非日常について、地震や食中毒発生などのバージョンも見てみたい。そのほうが公衆衛生医師へのイメージがわかりやすいと思う。
- ・ 公衆衛生の魅力についてもっと目に入りやすいようにしてほしいです。
- ・ 公衆衛生に携わる国、県、保健所、大学のそれぞれのキャリアパスを示していただきたいです。

（4） 考察

前年度の PHSS2015 参加者へ実施した事前アンケート調査で「保健所に勤務する公衆衛生医師にきいてみたいこと」として多かったのは、「入ったきっかけ」「キャリアパス」「やりがい」であった。そこで、パンフレットのコンテンツとしても、「先輩からのメッセージ」「キャリアパス」を盛り込んだ。キャリアパスについては「わかりにくい」という意見があったが、自治体によって内容も異なるため、広報に工夫が必要であると感じた。また「公衆衛生医師の日常」が好評であり、業務内容がわかりにくい保健所医師の日常について伝えていくことの重要性を改めて感じた。

パンフレット「1 億 2,000 万人の生を衛る医師」については、厚生労働省から各都道府県に 150 部ずつ送付されている。厚生労働省が実施するパンフレット活用状況についての調査結果もふまえ、次年度パンフレットの活用について改めて検討が必要である。「効果的な広報活動」について今回「医学雑誌」及び「SNS」との回答があった。SNS は医学生や研修医世代の重要なコミュニケーションツールであることから広報活動として SNS の活用は今後ますます必須となることが予想されるため、公衆衛生医師確保及び育成の観点からも SNS 活用の実現について検討しなければならない。医学生や研修医が進路について考えるときに必要な情報や、情報収集をどのように行うのか、についてより詳細に把握する必要があると考えられた。これらの検討を通して広報活動を継続したい。

3) 専門医制度に対する検討

城所 敏英（東京都島しょ保健所）
人見 嘉哲（北海道倶知安保健所 兼 北海道岩内保健所）
宮園 将哉（大阪府四條畷保健所）
宇田 英典（鹿児島県伊集院保健所）
曾根 智史（国立保健医療科学院）

平成 26 年に日本専門医機構が設立され、新たな専門医養成の仕組みづくりが始まった。臨床系を中心とした新制度の創設の動きに対し、公衆衛生分野においても平成 27 年に全国保健所長会も参加して社会医学系専門医協議会が発足し、専門医制度について準備が開始された。こうした専門医制度の創設は、公衆衛生医師の確保・育成にとって大きな影響があることから、当事業班では平成 27 年度から、専門医制度の動向の把握と対応を検討してきた。今年度は、社会医学系専門医協議会の動向を把握し、全国保健所長会会員へ最新情報を提供した。調査事業の結果など保健所長の意見を協議会の委員になっている班員を通じて反映させ、社会医学系専門医制度の創設に寄与した。

(1) 目的

公衆衛生医師の確保・育成にとって、臨床系を中心とした新たな専門医制度の創設の影響をふまえ、社会医学系専門医制度の創設に寄与し、各保健所や保健所長に社会医学系専門医制度に関する情報を提供する。

(2) 方法

全国保健所長会の理事会・委員会等をバックアップして、社会医学系専門医制度に関する動向を保健所長会会員へ情報提供をおこなう。社会医学系専門医協議会（協会）の委員になっている班員を通じて協議会（協会）へ保健所長の意見を反映する。

(3) 結果

1) 本事業班の調査事業を通じて、自治体に勤務する公衆衛生医師への社会医学系専門医制度への情報を提供した。社会医学系専門医制度についての認知は、前回の 72.2%から 91.1%に増加していた（詳細は、調査事業報告参照）。

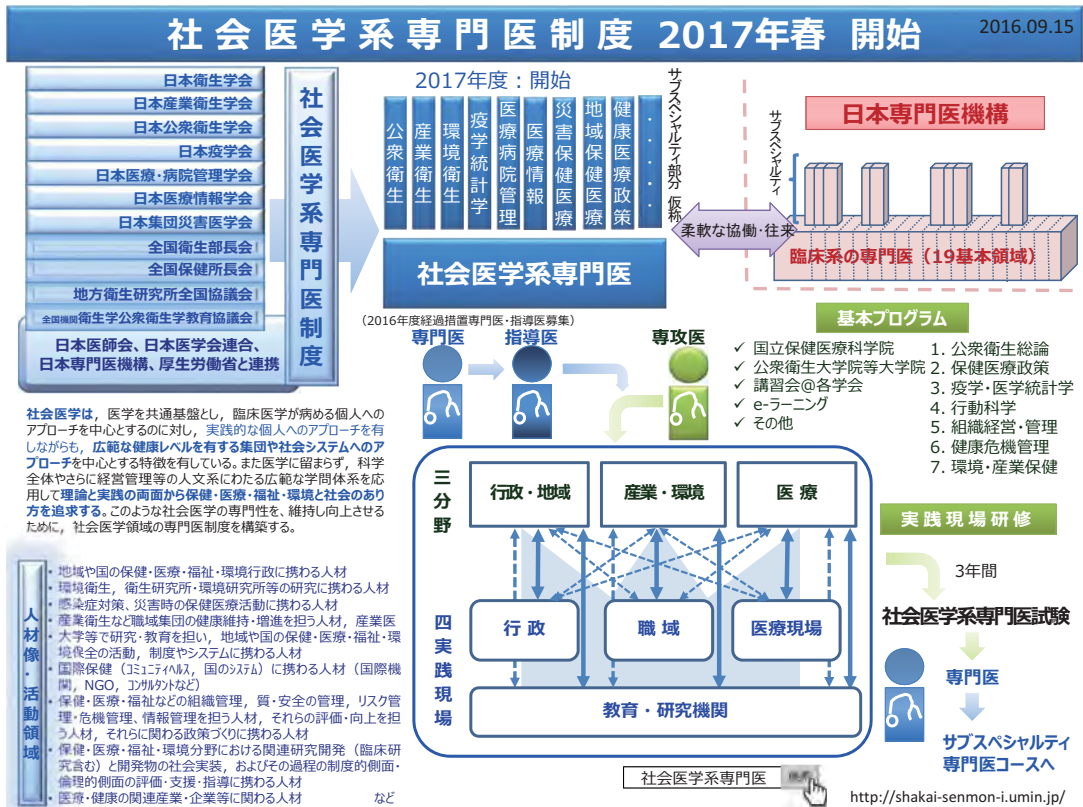
2) 全国保健所長会として参加している社会医学系専門医協議会に関与した。

協議会のワーキング・グループに参加している班員を通じて、専門研修プログラムのモデルプログラムの作成、研修施設基準の決定、専門医・指導医の資格基準等の決定に寄与した。

専門研修プログラムの作成については、全国保健所長会理事会をバックアップして、都道府県の取り組みを促し、平成 29 年 4 月からの専攻医受け入れに向けた準備をすすめた。平成 28 年度内に多くの都道府県が行政・地域を主分野とする研修プログラムを作成している。

平成 28 年 12 月には社会医学系専門医協議会の法人化がなされた。

経過措置の指導医・専門医の認定に関しては、認定基準の策定に関与した班員を通じ情報を把握し、全国保健所長会の会員に認定申請を促した。



社会医学系専門医協会ホームページより

3) 本事業班の活動を通じて、平成 28 年 10 月全国保健所長会に「公衆衛生医師の確保と育成に関する委員会」が設置された。全国保健所長会としては、社会医学系専門医制度の運営を通じて、衛生行政分野で働く若手公衆衛生医師の確保と育成を図るとともに、現職の公衆衛生医師の資質の向上、さらに公衆衛生医師の認知度と信頼性の向上を目指すこととしている。

(4) 考察

昨年度指摘したように、「日本専門医機構」のもとでの新たな専門医制度は、原則として 19 の基本的な専門領域から 1 つの専門医資格を取得するとともに、一度取得した専門医資格は一定期間に更新が必要となっている。更新の要件として、当該専門診療科の診療に従事していることが求められており、19 の専門領域は全て臨床系診療科であるため、資格の取得や更新のために診療経験が重視されるようになる。一方、公衆衛生分野で取得できる専門医資格が存在しないことから、今後公衆衛生分野を目指す若手医師が激減することが懸念された。

こうした背景から、社会医学系専門医協議会が発足し、平成 28 年 12 月に一般社団法人社会医学系専門医協会が設立された。研修プログラムの整備も進み、平成 29 年度より社会医学系専門医の専攻医による研修が開始される運びになっている。

社会医学系専門医制度の活用を通じて、行政分野で働く若手公衆衛生医師の確保と育成を図るとともに、現職の公衆衛生医師の資質の向上、さらに公衆衛生医師の認知度と信頼性の向上につながることを期待される。公衆衛生分野は、多くの職種によって担われている。そうした中で、医師という職種の役割を確認していくことも重要である。

4) 自由集会「公衆衛生医師の集い」

武智浩之（群馬県安中保健所長 兼 吾妻保健所）
宗 陽子（長崎県上五島保健所）
宮園将哉（大阪府四條畷保健所）
城所敏英（東京都島しょ保健所）

公衆衛生医師を確保および育成するためには、なによりも現在公衆衛生医師として勤務している者の意気が高いことが重要である。その意気を高める一助として公衆衛生医師同士の交流が有効であることは当研究班で報告を重ねてきた。しかし現状は公衆衛生医師が集える場自体が少ないうえに、他の自治体の公衆衛生医師との集いともなるとかなり限定される。そこで、平成25年度から引き続いて4回目の自由集会「公衆衛生医師の集い」を主催した。

今回は最多の公衆衛生医師が参加した。公衆衛生医師の集う場のニーズがあることに加えて当自由集会在が認知されるようになってきたといえよう。自由集会のテーマは、原点とも言える公衆衛生医師を続けるモチベーションの維持について議論をおこなった。

(1) 目的

1. 公衆衛生医師を続けていくためのモチベーションの維持についての意見交換。
2. 公衆衛生医師の人材確保・育成に関する最新の情報の共有。
3. 公衆衛生医師の交流

及び意気の向上。

(2) 参加者数（世話人含む）

自由集会：42名 意見交換会：38名
（どちらか一方のみの参加者もいた）

(3) 周知の方法

1. 全国保健所長会のメーリングリスト
2. 若手医師・医学生向けサマーセミナー2016（PHSS2016）参加者にメール
3. 公衆衛生ネット（k-net）
4. 平成27年度までの自由集会参加者にメール
5. 国立保健医療科学院や結核研究所等の研修時に交流した公衆衛生医師にメール
6. 学会会場の入口周辺にチラシを50部置いた。

以上の周知から送付された個人だけではなく、同じ自治体内の公衆衛生医師にさらに周知してもらうことができた。

第75回 日本公衆衛生学会総会自由集会 「公衆衛生医師の集い」ご案内

日時：平成28年10月26日（水）18時00分～19時25分
場所：新梅田研修センター 本館5層 501号室



この自由集会も4年目となりました。どんどんと参加者も増え議論も熱気を帯びています！
私たちの持つあらゆる公衆衛生医師確保・育成に関する情報とあわせて、語り合いたいと思います。
多くの方々の積極的なご参加・ご発言を心よりお待ちしております。

プログラム

◆あいさつ	研究事業班	分担事業者	城所敏英（東京都島しょ保健所）
◆内容	「公衆衛生医師を続けていくためのモチベーションの維持」		
◆発表者			
①大阪府保健所	医師	植田英也	
②長崎県中央保健所・五島保健所	所長	藤田利枝	
③北海道保健福祉部	技監	山本長史	
◆全体討議	司会	武智浩之（群馬県安中保健所）	
◆まとめ	全国保健所長会	会長	宇田英典（鹿児島県伊集院保健所）

自由集会終了後、情報交換会をします。
情報交換会のみのご参加も大歓迎です！

情報交換会にご参加いただけます方は、takachi-hiroyuki@pref.gunma.lg.jpにご連絡いただけますようお願いいたします。今回は予約制で楽しみたいと思っております。10月24日の13時までにご予約ください！

主催：地域保健総合推進事業（全国保健所長会推薦事業）
「公衆衛生に係る人材の確保・育成に関する調査および実践活動」
研究事業班
代表世話人：武智浩之（群馬県安中保健所）
世話人：宗 陽子（長崎県医療政策課・上五島保健所）
宮園将哉（大阪府四條畷保健所）
城所敏英（東京都島しょ保健所）

(4) 内容

1. 今年度より公衆衛生医師になった植田先生より「公衆衛生医師のやりがい～保健所で半年間過ごして～」と題して、公衆衛生医師に転向した理由や転向して変わった点・戸惑った点などをお話し頂いた。
2. 経験豊かな保健所長として藤田先生より「私流 仕事への向き合い方について～外科医⇒公衆衛生（行政）医師～」と題して、公衆衛生医師を続けたいと思えた理由、本庁と保健所の立場の違いの経験をご教示頂いた。
3. 本庁の技監として山本先生より「公衆衛生好き人間になって良かったこと」と題して、いままでに取り組んだ数多くの業務を通じて得たやりがいを教えていただいた。



(参加者との意見交換)

- ・ 若手の公衆衛生医師がやっておくべきことはあるか。
→地道ではあるが地域に顔をみせて、話し合っで連携できる関係性を築くことだろう。これは昔も今も同じではないだろうか。
→行政に入った最初の頃は、ICD（infection control doctor）の資格の取得、国立感染症研究所の1か月の感染症対策（FETP初期導入コース）を学んだ。
- ・ 本庁に医師の定数ポストがない。
→事務職との信頼関係をいかに築くかにかかっているともしえる。本庁にいる医師の普段からの意識が良好な関係性の構築に奏功した例が紹介された。
→ある県の公衆衛生医師は、県庁勤務になると、給与表が医療職から事務職に代わるが、モチベーションが下がる可能性があるのではないかと問題提起がされた。
- ・ 現在は県庁で勤務しているが、政令市は公衆衛生医師として非常にやりにくさを感じた。
→管理職になり、事務職と対等に渡り合うにはマネジメントの知識が必要だと感じ、神戸大学でMBAを取得したことの紹介があった。
- ・ 公衆衛生の分野ではもともと重要であったことだが最近になって特に強調されているのが多職種連携の重要性である。多職種連携の要として期待される公衆衛生医師はもっと積極的に意欲をもって多くのことを学んでいく必要がある。

(5) 主催した感想

当自由集会にはじめて参加した経験豊富な医師より「熱気ある意見交換が真剣に行われていることが伝わってきた。この会の存在を心強く感じ、今後も継続されることを期待する。」とありがたいお言葉も頂けた。また、モチベーションの維持に関する内容には参加した公衆衛生医師の発言が相次ぎ、関心の高さがうかがえた。

今後の課題としては、今まで参加したことのない参加者が集いやすいように、内容および周知方法の検討が必要と感じた。

5) 大学医学部と連携した取り組み

三沢あき子（京都府乙訓保健所）

人見嘉哲（北海道俱知安保健所 兼 北海道岩内保健所）

城所敏英（東京都島しょ保健所）

宇田英典（鹿児島県伊集院保健所）

曾根智史（国立保健医療科学院）

渡邊能行（京都府立医科大学地域保健医療疫学）

公衆衛生医師の確保・育成に取り組むうえで、大学医学部との連携の必要性は論を待たない。しかし、実際の保健所と大学との連携は活発とは言えない。そうした中で、行政と大学医学部とが連携している事例として、京都府立医大と京都府の事例について把握し検討した。

また、社会医学系専門医制度の創設により、専門医の研修プログラムにおいて、保健所・自治体と大学医学部との連携が求められている。そうした動向について、自治体に対する調査を行った。大学との協働による公衆衛生医師の育成・教育の機会の提供を行っている自治体は都道府県で9.8%、政令市等で18.4%のみであったが、公衆衛生医師確保対策を担う都道府県においては「今後、行う予定」「検討中」との回答が68.3%あった。

これらの取り組みは、厚生科学研究「公衆衛生医師確保のための連携の在り方に関する研究」（三沢あき子乙訓保健所所長）と連携しておこなった。

(1) 目的

公衆衛生医師の確保と育成に関し大学医学部と連携した取り組みを検討する。

(2) 方法

厚生科学研究「公衆衛生医師確保のための連携の在り方に関する研究」（三沢あき子乙訓保健所所長。以下三沢班と略す）と連携して、同研究班の実施した先進事例や自治体への調査を共有する。

(3) 結果

1) 大学医学部との連携事例

京都府立医大は、医療センターシステムにより、京都府の医療機関・保健所などに継続的に医師を派遣している。派遣された医師は大学教員としての立場を併せ持って従事している。行政・公衆衛生への従事は、医局や医療センターの人事、本人の希望などによって行われている。

平成23年度以降に保健所等の保健所等の京都府行政機関において公衆衛生業務に従事した医師26名へ調査（三沢班実施）から以下知見を得た。

- ・行政・公衆衛生へ従事している（または、従事した）年数は「5年未満」（57.7%）が最も多く、5年以上は、5年刻みで各11.5%と先行研究と同様の傾向にあった。
- ・行政・公衆衛生業務のやりがいについては、25名（96.2%）が、「とても感じる」「感じる」と答えた。また、「臨床経験は、行政・公衆衛生業務に役立つと思うか？」という問いに対しては、25人（96.2%）が「とても思う」「思う」と回答した。

一方、「行政・公衆衛生業務は、臨床や研究に役立つと思うか？」という問いに対しては、

23人(88.5%)が「とても思う」「思う」と回答した。

このことから、医療センターのような公衆衛生・地域保健従事が可逆的選択肢となるシステムが存在し、公衆衛生と臨床分野での双方向性で柔軟なキャリアパスが普及・拡大することにより、公衆衛生医師の確保・育成につながる可能性が示唆された。

また、実際に従事した医師のこえを集めたロールモデル集が作成された(三沢班)。

2) 大学連携に関する自治体調査

新たに創設された社会医学系専門医の研修プログラムにおいて、大学医学部と連携した公衆衛生医師の育成及び確保が期待されている。保健所設置自治体を対象として大学医学部との連携に関する現状を把握することを目的として調査を行った(三沢班)。

- ・現在、大学連携による公衆衛生医師派遣や医師の人事交流を実施している都道府県は7(17.0%)のみで、複数実施している都道府県は京都府のみであった。一方、13都道府県(31.7%)が「今後、行う予定」「検討中」と回答した。
- ・現在、大学との協働による公衆衛生医師の育成・教育の機会の提供を行っている自治体は都道府県で4(9.8%)、政令市等で16(18.4%)のみであったが、公衆衛生医師確保対策を担う都道府県においては「今後、行う予定」「検討中」との回答が28(68.3%)あった。
- ・大学連携に関する自由記載では以下のような意見が見られた。
 - 公衆衛生医師の確保・育成において、地元の大学医学部との連携が必要であると考えており、今後は強化を図っていききたいと考えている。[都道府県]
 - 管内に医科大学があるが、今回の社会医学系専門医制度の連携施設となったことから、行政医師への理解が深まることや、行政医師の確保に期待している。[政令指定都市]
 - 公衆衛生医師の確保・育成には、自治体と教育機関である大学の双方の協力連携が不可欠で(保健福祉行政研修などは非常に有益)、今後も、大学との協力体制をとっていききたい。[中核市]

(4) 考察

1) 大学医学部との連携事例

京都府立医大の医療センターのような、公衆衛生・地域保健従事が可逆的選択肢となるシステムが存在し、公衆衛生と臨床分野での双方向性で柔軟なキャリアパスが普及・拡大することにより、公衆衛生医師の確保・育成につながる可能性が示唆された。

実際に従事した医師のこえを集めたロールモデル集は、大学と保健所の連携している姿を若手医師等に示す手段として有用と思われる。

2) 大学連携に関する自治体調査

保健所(自治体)と大学との連携は、現状では活発とは言えないことが確認された。一方、新たに創設された社会医学系専門医の研修プログラムにおいて、大学医学部と連携した公衆衛生医師の育成及び確保が期待されているなか、公衆衛生医師確保対策を担う都道府県においては「今後、行う予定」「検討中」との回答が68.3%あり、今後の取り組みが期待される。

Ⅲ 参考資料

資料1 専門医制度に関する公衆衛生医師へのアンケート

資料1-1 H28(自治体向け) 専門医制度調査依頼

平成28年10月7日

都道府県・指定都市・中核市・政令市・特別区
公衆衛生医師確保・育成に関する関係部局(課)長 様

全国保健所長会 会長 宇田 英典

平成28年度地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業)

「公衆衛生医師の確保・人材育成に関する調査および実践事業」

分担事業者 城所 敏英

「公衆衛生医師と新たな専門医制度に関する調査(第2弾)」について(依頼)

時下 ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

また、全国保健所長会の活動や公衆衛生医師の確保・人材育成につきましては、日頃から、ご理解・ご支援を賜り誠にありがとうございます。

平成26年4月に日本専門医機構が発足し、新しい専門医制度への取り組みが始まりましたが、大学病院中心の構造など地域医療崩壊に対する懸念の声が上がり、今年になって理事の体制が刷新され、新制度による専門医養成は平成30年度に延期されています。

一方、山積する医療・介護・福祉行政の諸問題に対応する公衆衛生医師の専門性の向上や確保については、国会でも議論になるなど、改めて社会的に重要な課題であることが指摘されるなか、平成27年9月に全国保健所長会、全国衛生部長会、社会医学系学会を中心にして社会医学系専門医協議会が発足しました。

社会医学系専門医協議会は、一般社団法人 社会医学系専門医協会発足へ向け取り組んでおり(平成28年9月現在)、平成29年度から社会医学系専門医制度をスタートさせるべく準備を進めています。

全国保健所長会では、公衆衛生医師の確保・人材育成の観点から社会医学系専門医協議会に参画し、具体的な提案をするよう努めています。そこで昨年に引き続き、公衆衛生医師のご意見を取りまとめるために、保健所設置自治体とそこで勤務する公衆衛生医師の皆様へ「公衆衛生医師と新たな専門医制度に関する調査(第2弾)」へのご協力をお願いしたいと考えております。

つきましては、1) 各自治体で勤務する公衆衛生医師数等を把握するための自治体向けアンケートへのご回答と、2) 保健所設置自治体で勤務する全ての公衆衛生医師向けアンケートの周知をお願いします。

業務御多忙のところ誠に申し訳ありませんが、本調査の趣旨を御理解いただき、ご協力賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

【調査内容 問合せ先】

北海道倶知安保健所 所長 人見 嘉哲

TEL 0136-23-1307 FAX: 0136-22-587

E-mail hitomi.yoshiaki@pref.hokkaido.lg.jp

ご依頼の詳細は、次ページをご覧ください。

「公衆衛生医師と新たな専門医制度に関する調査（第2弾）」の概要

<概要>

「公衆衛生医師と新たな専門医制度に関する調査（第2弾）」は、2つのアンケートで構成されます。

1. 各自治体で勤務する公衆衛生医師数等を把握するための「自治体向けアンケート」
2. 保健所設置自治体で勤務する全ての公衆衛生医師向けの「公衆衛生医師向けアンケート」

1. 「自治体向けアンケート」について

添付の、「H28（自治体向け）公衆衛生医師と新たな専門医制度に関する調査.doc」 に必要事項をご回答いただき、平成28年10月31日（月）までに

北海道倶知安保健所 人見 嘉哲

E-mail hitomi.yoshiaki@pref.hokkaido.lg.jp

あてに回答ファイルを添付してメールで返信していただきますようお願い申し上げます。

2. 「公衆衛生医師向けアンケート」について

貴自治体で勤務する公衆衛生医師(全員)に、

別添の「H28 専門医制度調査アンケート：公衆衛生医師向.doc」ファイルに

「H28（公衆衛生医師向け）公衆衛生医師と新たな専門医制度に関する調査__（依頼）」ファイルを添えてアンケート依頼メールの配信をお願いいたします。

本調査についてご不明の点につきましては、

北海道倶知安保健所 所長 人見 嘉哲

TEL 0136-23-1307 FAX: 0136-22-5875

E-mail hitomi.yoshiaki@pref.hokkaido.lg.jp

までお問い合わせください。

平成28年度地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）「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」

「公衆衛生医師と新たな専門医制度に関する調査（第2弾）」：自治体向けアンケート

お忙しいところ恐れ入りますが、下記設問へのご回答にご協力をお願いいたします。

アンケートは個人・自治体が特定されないことがないように集計し、専門医制度に対する提案の基礎的資料として活用すると共に、研究班の報告書として公表いたします。

お手数ですが、回答は 答（ ）欄に選択肢番号を記入してください。

アンダーラインで示した自由記載欄に文字数の制限はありません。

1. 自治体名をお答えください。

答1（ _____ ）

貴自治体の公衆衛生医師についておたずねします。該当者のいない場合は0を入力してください。

2～3. 年代をお答えください（調査回答時）

	2. 男性（人）	3. 女性（人）
20歳代		
30歳代		
40歳代		
50歳代		
60～65歳		
66～69歳		
70歳以上		

4. 所属別人数をお答えください。

	（人）
本庁	
保健所	
保健所支所	
保健センター等	
地方衛生研究所	
精神保健福祉センター	
その他	

5. 過去5年間（平成23年度～現在）での公衆衛生医師の新規採用者数と退職者数お答えください。

	男性（人）	女性（人）
新規採用者		
退職者		

平成26年4月から日本専門医機構が統括する新しい専門医制度がスタートしました。新しい専門医制度についてうかがいます。

6. 新専門医制度をご存知でしたか。

1. 内容を詳しく知っている。
2. 内容を多少知っている
3. 名称を知っていた
4. 初めて聞いた

答6 ()

7. 今後、貴自治体で公衆衛生医師の採用に影響すると思いますか。

1. 非常に難しくなる
2. 難しくなる
3. 変わらない
4. 容易になる
5. 非常に容易になる
6. その他（具体的に）

答7 ()

8. 臨床から公衆衛生医師へ転職してくる医師にとってハードルになるとは思いますか。

1. 強く思う
2. 思う
3. 変わらない
4. 思わない
5. 全く思わない
6. わからない

答8 ()

日本専門医機構が発足し動き出した新専門医制度ですが、地域医療崩壊に対する懸念の声上がり、新理事体制において新制度による専門医養成は平成30年度に延期されました。一方、平成27年9月に全国保健所長会、全国衛生部長会、社会医学系学会を中心にして、社会医学系専門医協議会が創設され、一般社団法人 社会医学系専門医協会発足へ向け取り組んでいます（平成28年9月現在）。認定要件や研修プログラムを定め、平成29年度から社会医学系専門医制度をスタートさせるべく準備が進んでいます（詳細は、社会医学系専門医協議会のHPをご覧ください）。

9. 昨年平成27年9月に社会医学系専門医協議会が創設されたのをご存知でしたか。

1. 知っていた
2. 知らなかった

答9 ()

10. 社会医学系専門医研修体制の有無が、公衆衛生医師の採用に影響すると思いますか。

1. 強く思う
2. 思う
3. 変わらない
4. 思わない
5. 全く思わない
6. わからない

答10 ()

11. 貴自治体は、社会学系専門医制度に関与していますか。

1. かかわっている 2. 検討中 3. かかわっていない
4. その他（具体的に）

答 11 ()

12. 社会医学系専門医制度について、ご期待やご意見がありましたらお書きください。

アンケートへのご協力ありがとうございました。

【問い合わせ】

北海道倶知安保健所 所長 人見 嘉哲

TEL 0136-23-1307 FAX: 0136-22-5875

E-mail hitomi.yoshiaki@pref.hokkaido.lg.jp

平成28年10月7日

公衆衛生医師 各位 様

全国保健所長会 会長 宇田 英典

平成28年度地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）

「公衆衛生医師の確保・人材育成に関する調査および実践事業」

分担事業者 城所 敏英

「公衆衛生医師と新たな専門医制度に関する調査（第2弾）」について（依頼）

時下 ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

また、全国保健所長会の活動について、日頃からご理解・ご支援を賜り誠にありがとうございます。

平成26年4月に日本専門医機構が発足し、新しい専門医制度への取り組みが始まりましたが、大学病院中心の構造など地域医療崩壊に対する懸念の声が上がり、今年になって理事の体制が刷新され、新制度による専門医養成は平成30年度に延期されています。

一方、社会医学領域で働く公衆衛生医師の専門性や確保については、国会でも議論になるなど、改めて社会的に重要な課題であることが指摘されるなかで、平成27年9月に全国保健所長会、全国衛生部長会、社会医学系学会を中心にして社会医学系専門医協議会が発足しました。

社会医学系専門医協議会は、一般社団法人 社会医学系専門医協会発足へ向け取り組んでおり（平成28年9月現在）、平成29年度から社会医学系専門医制度をスタートさせるべく準備を進めています。

全国保健所長会では、公衆衛生医師の確保・人材育成の観点から社会医学系専門医協議会に参画し、具体的な提案をするよう努めています。そこで昨年引き続き、皆様に「公衆衛生医師と新たな専門医制度に関する調査（第2弾）」へのご協力をお願いし、ご意見を反映させていきたいと考えております。

つきましては、別紙調査票にご記入の上、平成28年10月31日（月）までにご回答をしていただきますようお願いいたします。

業務御多忙のところ誠に申し訳ありませんが、本調査の趣旨を御理解いただき、ご協力賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

【調査内容 問合せ先】

北海道俱知安保健所 人見 嘉哲

TEL 0136-23-1307 FAX: 0136-22-5875

E-mail hitomi.yoshiaki@pref.hokkaido.lg.jp

次ページの「返信に関するお願い」もご一読ください。

返信に関するお願い

「公衆衛生医師向けアンケート」調査へのご協力ありがとうございます。

アンケート情報保護のため公衆衛生医師の皆様には、「送信用ファイル」での返信をお願い申し上げます。

アンケート記入後、情報保護のために下記の方法で「送信用ファイル」を作成し、メールに添付して

hitomi.yoshiaki@pref.hokkaido.lg.jp までお送りください。

1. 送信メールの件名を「2016アンケート送信」として、メール本文は空欄でけっこうです。
2. メール受信後、「送信用ファイル」を取り出し、メールを速やかに破棄いたします。
3. 「送信用ファイル」は、パスワード保護されます。誤送信の場合でも第三者が閲覧できません。

「送信用ファイル」の作成と送受信について

1. 記入を終えたアンケートファイルを開いてください。
2. このファイルを開く際は、「コンテンツの有効化」をしてください。

お使いになるワードのバージョンで異なりますが、このファイルを開くと、< セキュリティの警告 マクロが無効にされました。 > と表示されます。その横に「コンテンツの有効化」または、「オプション」 ボタンがあります。前者の場合は、「コンテンツの有効化」 をクリック、後者の場合は、「オプション」の中にある「コンテンツの有効化」を選択してください。

3. 「表示」タブ 中にある「マクロ」ボタン をクリックしてください。
4. 「送信ファイル作成マクロ」を実行してください。（VBA コードは、閲覧できません。）

元ファイルと同一フォルダに送信用ファイル(パスワードが自動的に付与)が作成されます。（安全のためパスワードは少なくとも 10 桁以上の乱数を元に設定しております。）

5. 作成された「送信用ファイル」名は、「 2016xxxx_xxxx.doc (x は数字)」です。
6. 「送信用ファイル」がパスワード入力を要求することをご確認ください。
7. 件名を「2016アンケート送信」としたメールに添付して返信をお願いします。

マクロが実行できない場合

< セキュリティの警告 マクロが無効にされました。 > と表示され、OK をクリックしたらこのプロジェクトのマクロは無効に設定されています。マクロを有効にする方法についてはオンラインヘルプまたはホストアプリケーションのドキュメントを参照してください>と表示された場合は次ページをご覧ください。

マクロを有効にする方法

1. ワードファイルを開ける
2. 「ファイル」タブをクリックし「オプション」を選択。
3. 「Word のオプション」ウインドが開くので、「リボンのユーザー設定」を選択。
4. 右側に表示される、「リボンのユーザー設定」の下にある「開発」をチェックして選択。
5. ウインド下の OK をクリック。
6. ワードのリボンに表示された「開発」タブを選択。
7. 左側に表示される「マクロのセキュリティ」をダブルクリック
8. 「セキュリティ センター」ウインドが開く。
9. 「マクロの設定」を選択。
10. 「マクロの設定」に示される4つの選択肢でどれが選択されているか確認する。
11. 選択肢の上から4番目「すべてのマクロを有効にする(推奨しません。危険なコードが実行される可能性があります。)」を選択。
11. ウインド下の「OK」をクリックする。

これで、マクロが実行できるようになります。

以降は、「送信用ファイル」の作成と送受信についての手順に従い、マクロを実行して「送信用ファイル」を用意してください。

送信用ファイルができたなら、手順の7から始めて「マクロの設定」の選択肢を元に戻しておきましょう。

改めまして、本調査アンケートへのご協力をお願い申し上げます。

産業医資格（日本医師会認定）以外の、
臨床系医学会認定の専門医（指導医）、認定医資格についてうかがいます。

15. 現在、専門医（指導医）、認定医資格をいくつお持ちですか。

1. 1つ 2. 2つ 3. 3つ以上 4. ない

答15 ()

16. 今後、更新予定の資格はいくつありますか。

1. 1つ 2. 2つ 3. 3つ以上 4. ない

答16 ()

2015年調査では、67%の方が産業医資格をお持ちでした。調査から産業医の兼務が公衆衛生医師の本務への負担がうかがえました。

産業医資格（日本医師会認定）についてうかがいます。

17. 産業医資格（日本医師会認定）をお持ちですか。

1. もっている 2. もっていない

答17 ()

18. 職場で産業医業務を担当していますか。

1. している 2. していない

答18 ()

19. 職場で産業医資格維持への支援や配慮はありますか。

1. 十分ある 2. ある 3. 不十分 4. ない 5. わからない

答19 ()

20. 職場で認定資格更新に配慮・支援することについて ご意見があればお書きください。

平成26年4月に日本専門医機構が発足し、新たな専門医制度への取り組みが始まりました。

日本専門医機構が統括する新専門医制度ですが、地域医療崩壊に対する懸念の声が上がり、理事の体制が刷新され、新制度による専門医養成は平成30年度に延期されました。

一方、新専門医制度は臨床医学領域中心の制度であるため、社会医学領域の医師資格が位置づけられておりません。社会医学領域で働く公衆衛生医師の専門性や確保については、国会でも議論になるなど、改めて社会的に重要な課題であることが指摘されました。

そうしたなかで、平成27年9月に全国保健所長会、全国衛生部長会、社会医学系学会を中心にして社会医学系専門医協議会が発足し、新たな専門医制度に臨床系だけでない分野から声をあげました。

社会医学系専門医協議会は、一般社団法人 社会医学系専門医協会発足へ向け取り組んでいます（平成28年9月現在）。認定要件や研修プログラムを定め、平成29年度から社会医学系専門医制度をスタートさせるべく準備が進んでいます（詳細は、社会医学系専門医協議会のHPをご覧ください）。

社会医学系専門医制度についてうかがいます。

21. 社会学系専門医協議会が創設されたことをご存じでしたか。

1. 知っていた 2. 知らなかった

答 21 ()

22. 社会学系専門医協議会のホームページ (Web ページ) <http://shakai-senmon-i.umin.jp/> には、6つのページがあります。ご覧になったことのあるページをお答えください。

*例にならって選ぶ項目の選択欄に1と書き入れてください。

選 択		
1	例	全国保健所長会
	1	お知らせ
	2	概要
	3	人材像
	4	規定・資料集
	5	説明会・講習会
	6	基準・プログラム等
	7	見たことがない

23. 社会学系専門医協議会の Web ページからファイルをダウンロードできます。規定・資料集のページから、ダウンロードしたことがあるファイルをお答えください。

*例にならって選ぶ項目の選択欄に1と書き入れてください。

選 択		
1	例	全国保健所長会
	1	共同提言：社会医学領域の専門医制度確立について
	2	社会医学系専門医協議会 要綱
	3	社会医学系専門医制度の概要図
	4	社会医学系専門医制度に向けて－概要説明
	5	規定・資料集のページからダウンロードしたことはない

24. 社会学系専門医協会の Web ページからファイルをダウンロードできます。基準・プログラム等のページから、ダウンロードしたことがあるファイルをお答えください。

*例にならって選ぶ項目の選択欄に 1 と書き入れてください。

選 択		
1	例	全国保健所長会
	1	指導医の経過措置
	2	専門医の経過措置
	3	社会医学系専門医制度に向けて－概要説明
	4	社会医学系専門医制度に関する Q&A
	5	パブリックコメント（2016/3/30～5/6 受付）の内容と回答
	6	専門研修プログラム整備基準
	7	指導医マニュアル
	8	専攻医研修マニュアル
	9	モデルプログラム
	10	基本プログラム
	11	基準・プログラム等のページからダウンロードしたことはない

25. 情報提供の方法について、利用したいものを選択してください（いくつでも結構です）。

選 択		
1	例	全国保健所長会
	1	社会学系専門医協会の Web ページ
	2	全国保健所長会の Web ページ
	3	保健医療科学院の Web ページ
	4	全国保健所長会からの全所長への連絡
	5	全国保健所長会のメーリングリスト
	6	都道府県保健所長会等からの連絡
	7	所属自治体からの連絡
	8	週刊保健衛生ニュース
	9	その他：_____

26. 社会医学系専門医について、知りたい情報をお書きください。

社会医学系専門医に求められる基礎的能力（コンピテンシー）として次の8項目が提案されています。1 基礎的な臨床能力、2 分析評価能力、3 課題解決能力、4 コミュニケーション能力、5 パートナーシップの構築能力、6 教育・指導能力、7 研究推進と成果の還元能力、8 倫理的行動能力です。また、専門技能として、1 社会的疾病管理能力、2 健康危機管理能力、3 医療・保健資源調整能力の3つの獲得が求められています。

そして、社会医学系専門医の共通基盤となる基礎知識を得るため、専攻医に対し7つの分野にわたる基本プログラムが提供されます。

27. 公衆衛生医師のお立場から、基本プログラムの7つの分野について、ご自身の日常業務に役立てる観点から学びたいと思われるかどうかお答えください。

*例にならって、解答欄の該当するもの1つを選び1と書き入れてください。

		強く思う	思う	何とも言えない	あまり思わない	全く思わない
		1	2	3	4	5
例	交通ルール			1		
1	公衆衛生総論					
2	保健医療政策					
3	疫学・医学統計学					
4	行動科学					
5	組織経営・管理					
6	健康危機管理					
7	環境・産業保健					

28. 基本プログラムについて、ご自身が深めたいと思われるかどうかお答えください。

		強く思う	思う	何とも言えない	あまり思わない	全く思わない
		1	2	3	4	5
例	交通ルール			1		
1	公衆衛生総論					
2	保健医療政策					
3	疫学・医学統計学					
4	行動科学					
5	組織経営・管理					
6	健康危機管理					
7	環境・産業保健					

29. 今後、公衆衛生医師の資質の向上を図るために必要と思われることをお書きください (例えば、制度、研修、職場環境など)。

基本プログラムの作成にあたっては、協議会へオブザーバー参加している国立保健医療科学院も協力しています。今後の国立保健医療科学院の関与についてうかがいます。

30. 保健医療科学院での研修について、参加された研修をお答えください。また、参加された研修がどの程度役立ったかをお示してください。

*例にならって参加された研修に1を、右の該当するものを選び1と書き入れてください。

参加		とても役立っている	役立っている	どちらでもない	余り役立っていない	役立っていない
		1	2	3	4	5
1	例 管理職研修			1		
	1 専門課程 I 保健福祉行政管理分野 本科 (1年)					
	2 専門課程 I 保健福祉行政管理分野 分割前期:保健所長研修 (3カ月)					
	3 専門課程 I 保健福祉行政管理分野 分割後期:保健所長研修 (3年以内)					
	4 健康危機管理研修					
	5 DHEAT 研修					
	6 エイズ研修					
	7 その他: _____					

31. 保健医療科学院の研修に「加えて欲しい内容」や「研修を実施して欲しい分野」をご自由にお書きください。

32. 社会医学系専門医資格維持のため基本プログラムの受講が必要になる可能性があります。その場合、各学会の開催期間中に併催、大学での開催やブロック連携推進会議での開催などが考えられていますが、保健医療科学院で開催されれば受講しますか。

1. 受講する 2. 受講しない 3. わからない

答 32 ()

33. 前問で 2. 受講しないとのお答えになった方は、できれば理由をお書きください。

平成 29 年度より社会医学系専門医制度を開始するに当たり、専門医養成のため経過措置の指導医（専門医）を認定することになっています。

現在の先生方のキャリアでは、医歴 10 年以上、社会医学系の職務経験 5 年以上の方で、研修を受けた（予定を含む）方は、指導医資格の申請ができます。

34. 経過措置の指導医要件に該当していますか。

1. はい 2. いいえ

答 34 ()

35. 経過措置の指導医（専門医）の認定を受けようと思っっていますか。

1. 思っている 2. 検討中 3. 思っていない

答 35 ()

36. 前問で指導医（専門医）認定を受けようと思う、または、思わないとされた理由をお教えてください。

37. 社会医学系専門医制度について、不明な点や知りたい点についてお書きください。

アンケート調査へのご協力ありがとうございました。

【調査内容 問合せ先】

北海道倶知安保健所 所長 人見 嘉哲

TEL 0136-23-1307 FAX: 0136-22-5875

E-mail hitomi.yoshiaki@pref.hokkaido.lg.jp

資料2 若手医師・医学生向けサマーセミナー(PHSS2016)の開催に関する資料

資料2-1 自治体向けPHSS2016開催案内

事務連絡
平成28年6月1日

都道府県

公衆衛生医師確保・育成に係る関係部(課)長様
保健所長様

全国保健所長会
会長 宇田英典
平成28年度厚生労働省地域保健総合推進事業
「公衆衛生医師の確保・人材育成に関する調査及び実践活動」

事業班

分担事業者 城所 敏英

「公衆衛生 若手医師・医学生サマーセミナー2016 (PHSS2016)」について(ご案内)

全国保健所長会の事業につきまして平素より格別のご支援とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、この度全国保健所長会では、平成28年度厚生労働省地域保健総合推進事業として行っております「公衆衛生医師の確保・人材育成に関する調査及び実践活動」事業の一環として、標記セミナーを開催することになりました。

つきましては、関係者へセミナーの周知を図っていただきますようお願いいたします。

記

1 日時：平成28年9月3日(土) 13:00～18:00 (終了後、意見交換会を予定しています)

9月4日(日) 9:00～13:00
(詳細は別添チラシをご参照ください)

2 場所：AP品川

〒108-0074 東京都港区高輪3-25-23 京急第2ビル
TEL: 03-5798-3109 (代表)

3 対象：若手公衆衛生医師、地域での公衆衛生活動に興味を持つ医師・医学生

4 プログラム(予定)

- ・地域保健の魅力ー保健所ケースメソッド
- ・公衆衛生分野の人材育成
- ・保健所医師からのメッセージなど

5 申込方法

平成28年7月1日(金)から募集開始 (締め切り：平成28年8月19日(金)まで)
詳細は全国保健所長会ホームページ <http://www.phcd.jp/>

問い合わせ先

PHSS (Public Health Summer Seminar) 2016 運営委員会
運営委員長 高橋 千香 (東京都北区保健所保健予防課)

E-mail: takahashi-65a@city.kita.lg.jp

事務局 日本公衆衛生協会 井上・米山

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8

TEL 03-3352-4284 FAX 03-3352-4605

E-mail: phss.owner@gmail.com

地域の公衆衛生活動に興味のある**医学生・若手医師**のみなさんへ

公衆衛生 若手医師・医学生 サマーセミナー(PHSS) 2016 開催のご案内

現役公衆衛生医師によるケースメソッドやグループワークを通じて、
普段直接に耳にする機会の少ない行政や地域保健の現場の生の声、
公衆衛生活動の魅力をお届けします。
さらに、参加者同士の横のつながりができるのも好評です。



開催日

平成28年

9月3日 土

13:00~18:00 (終了後意見交換会)

9月4日 日

9:00~13:00

対象

地域の公衆衛生活動に興味をお持ちの医学生、研修医、臨床医 および若手公衆衛生医師
(年齢不問、行政経験5年以内の方を優先・部分参加も可能)

申込方法

平成28年7月1日(金)から募集開始
(締め切り:平成28年8月19日(金)まで)
詳細は全国保健所長会ホームページ
<http://www.phcd.jp/>にも随時掲載予定です。

先着
30名

プログラム(予定)

- 地域保健の魅力ー保健所ケースメソッド
- 公衆衛生分野の人材育成
- 保健所医師からのメッセージなど

参加料

無料

会場

AP品川

〒108-0074
東京都港区高輪3-25-23
京急第2ビル
TEL: 03-5798-3109 (代表)
URL: <http://www.ap.shinagawa.com/>

全国保健所長会 サマーセミナー 検索



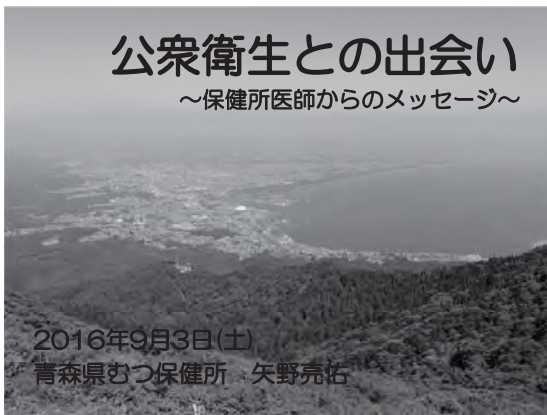
主催

全国保健所長会 / 日本公衆衛生協会

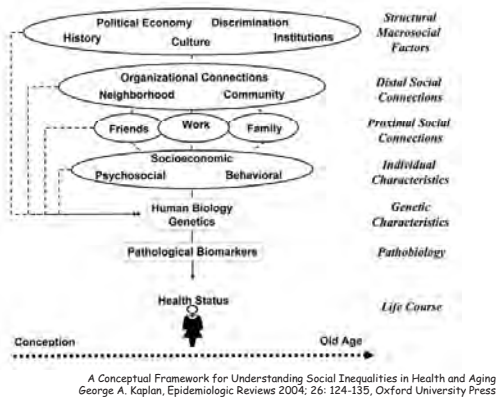
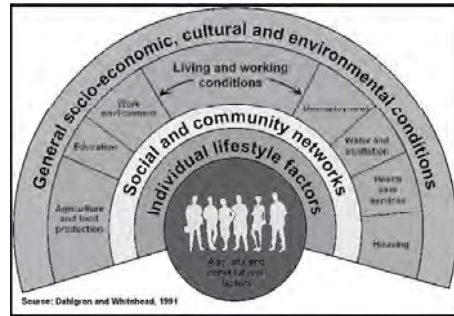
平成28年度 厚生労働省 地域保健総合推進事業
「公衆衛生医師の確保・人材育成に関する調査及び実践活動」事業班
(分担事業者 城所 敏英)

問合せ先

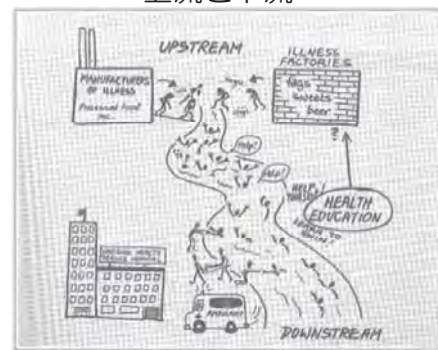
PHSS (Public Health Summer Seminar) 2016運営委員会
運営委員長 高橋 千香 (東京都北区保健所)
事務局 日本公衆衛生協会 井上・米山
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8
TEL: **03-3352-4284** FAX: 03-3352-4605
E-Mail: phss.owner@gmail.com



健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health)



上流と下流



A Conceptual Framework for Understanding Social Inequalities in Health and Aging
George A. Kaplan, Epidemiologic Reviews 2004; 26: 124-135, Oxford University Press

McKinlay, A Case for Refocusing Upstream, 1979



医者のいない
ところで

プライマリ
ヘルス
ケア



Primary Health Care (PHC)
Declaration of Alma-Ata, 1978



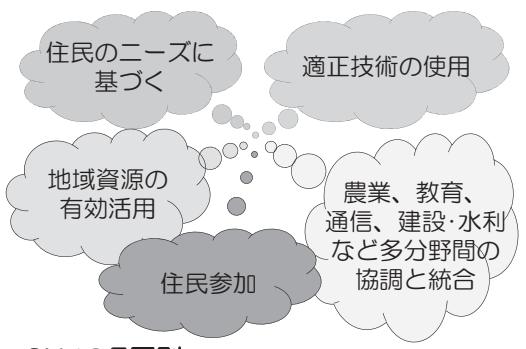
PHCとは、自助と自決の精神に則り、地域社会また国が、開発の程度に応じて負担可能な費用の範囲内で、地域社会の個人または家族の十分な参加によって、彼等が普遍的に利用できる実用的で、科学的に適正で、かつ社会に受け入れられる手順と技術に基づいた欠くことのできないヘルスケアのことである。

(斎藤勲 訳)

さらに...

PHCは国家の保健システムの中心的機能と主要な部分を構成するが、保健システムだけではなく、地域社会の全体的な社会経済開発の一部でもある。PHCは、国家保健システムと個人、家族、地域社会とが最初に接するレベルであって、人々が生活し労働する場所になるべく近接して保健サービスを提供する、継続的な保健活動の過程の第一段階を構成する。

(高木史江 訳)



PHCの5原則

オタワ憲章（1986年）から
バンコク憲章（2000年）へ

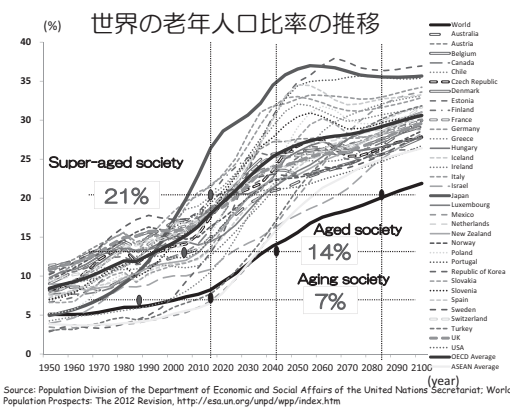
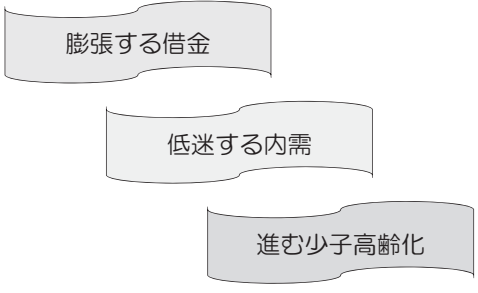
人々が自らの健康とその決定要因を
コントロールし改善することができる
ようになるプロセス



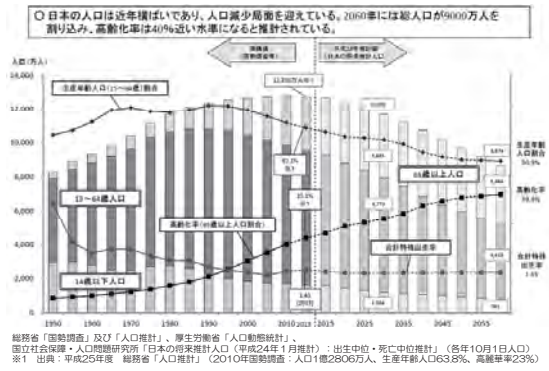
ヘルスのパラダイムシフト

- 専門家主導 → 市民主導
- 臨床モデル → 生活モデル
- 健康づくり → まちづくり
- 住民は受け手 → 住民はパートナー

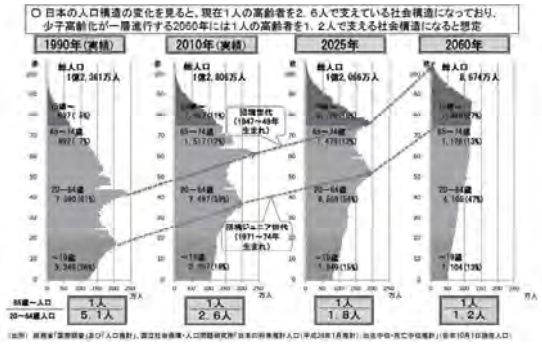
世界の共有課題



日本の人口の推移



人口ピラミッドの変化
(1990年～2060年)



国	2010年高齢化率	高齢化7%到達	高齢化14%到達	倍加年数
Japan	23.0	1970	1994	24
Germany	20.8	1932	1972	40
U.K.	16.6	1929	1975	46
Italy	20.3	1927	1988	61
U.S.A.	13.1	1942	2014	72
Sweden	18.2	1887	1972	85
France	16.8	1864	1978	114
Singapore	9.01	1999	2021	22
Thailand	8.87	2002	2022	20
Vietnam	6.54	2017	2033	16
Myanmar	5.09	2022	2046	24
Cambodia	5.03	2023	2048	25
Indonesia	5.01	2023	2045	22
Malaysia	4.84	2021	2045	24
Laos	3.73	2039	2057	18
Philippines	3.72	2035	2070	35
Brunei	3.66	2020	2032	12

国立社会保障・人口問題/UN Department of Economic and Social Affairs

What is a doctor?

医師法 第一条

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、
もって国民の健康な生活を
確保するものとする。

*Go to the people,
Live among them,
Learn from them,
Love them.
Start with what they know,
Build on what they have;

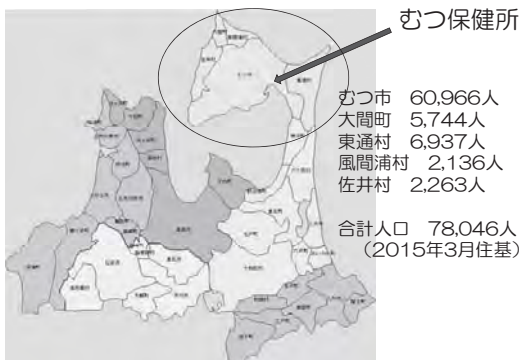
But of the best leaders,
When their task is accomplished,
Their work done,
The people all remark:
WE HAVE DONE IT OURSELVES.*

晏陽初 (Yen Yang Chu) 1893-1990

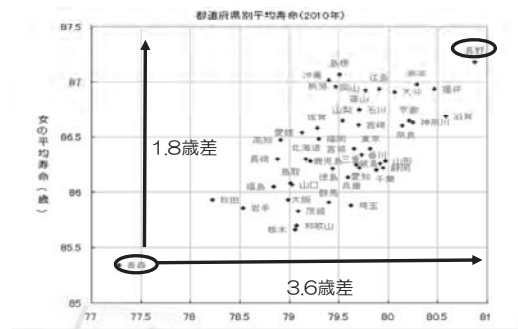
下北半島って
どこ？



R12



都道府県別平均寿命



(H22年・厚労省)

死因別死亡率の青森県の位置 (平成22年度)

	男		女	
	率	順位	率	順位
全死因	662.4	1	304.3	1
悪性新生物	215.9	1	105.6	1
肺の悪性新生物	51.5	1	12.6	6
胃の悪性新生物	34.4	3	11.3	12
大腸の悪性新生物	28.4	1	14.7	1
心疾患	98.8	1	44.9	8
急性心筋梗塞	32.0	4	11.4	6
脳血管疾患	67.1	2	34.0	3
脳梗塞	35.7	2	15.5	10
肺炎	58.6	1	20.2	15
不慮の事故	33.0	3	10.9	22
自殺	39.1	2	12.4	10
腎不全	12.8	1	5.8	8
慢性閉塞性肺疾患	7.8	43	0.9	44
肝疾患	12.6	7	4.3	11
糖尿病	9.0	1	4.0	10
大動脈瘤及び解離	8.0	7	3.3	18



世帯当インスタントラーメン消費量
(グラム、2014年家計調査)

順位	都道府県	消費量
1	東京都	8,775
2	東京都	7,878
3	山形県	7,799
4	富山県	7,581
5	群馬県	7,483
6	高知県	7,193
7	大分県	6,994
8	徳島県	6,795

世帯当の清涼飲料水消費量
(額、2009年家計調査)

順位	都道府県	消費額
1	東京都	4,948
2	山形県	3,772
3	徳島県	3,629
4	秋田県	3,603
5	福島県	3,564
6	北海道	3,471
7	熊本県	3,452
8	熊本県	3,409

カップ
麺
114
杯分

生活保護受給率
(2011年社会福祉行政業務報告)

順位	都道府県	受給率	
		総世帯数	受給者数
1	大分県	219,283世帯	8,479世帯
2	高知県	15,779世帯	4,389世帯
3	北海道	115,877世帯	4,219世帯
4	岩手県	95,796世帯	4,119世帯
5	香川県	22,472世帯	2,919世帯
6	沖縄県	21,612世帯	2,719世帯
7	東京都	48,529世帯	2,619世帯
8	長崎県	26,779世帯	2,519世帯

完全失業率
(2015年総務省労働力調査)

順位	都道府県	失業率
1	沖縄県	6.1
2	香川県	4.6
3	大分県	4.2
4	福岡県	4.2
5	秋田県	3.8
6	宮城県	3.8
7	兵庫県	3.7



ご清聴ありがとうございました

来さい！
青森・下北へ

公衆衛生 若手医師・医学生サマーセミナー(PHSS) 2016.9.3

結核対策について考えよう

大阪府枚方市保健所長
永井仁美

感染症とは

「病原体が人の体内に侵入し、
増殖することにより発症する病気」

感染の要素

病原体:細菌、ウイルス、原虫 など

宿主(人)の状態:種々の原因による免疫機能の低下
→ 日ごろの健康管理(食事、睡眠、ストレスなど)

感染経路:飛沫、接触、媒介動物 など

→ 感染経路を確実に遮断することにより、
感染拡大をくいとめることができる

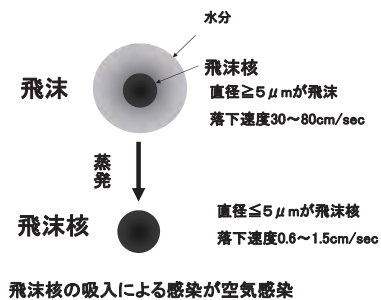
感染経路



ヒトのくしゃみ

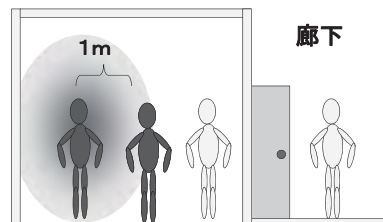


飛沫と飛沫核



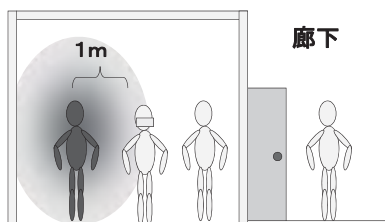
飛沫感染

- 飛沫感染する場合の接触者の範囲は？



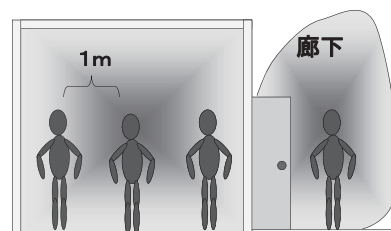
飛沫感染(インフルエンザ、風疹、流行性耳下腺炎、
マイコプラズマ、髄膜炎菌、肺炎球菌)

- 1m以内に近づく時はマスクを着用する。



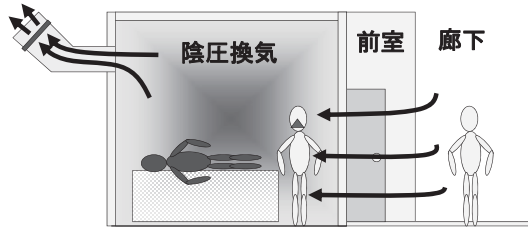
空気感染(結核、麻疹、水痘)

- 空気感染する場合の接触者の範囲は？



空気感染対策

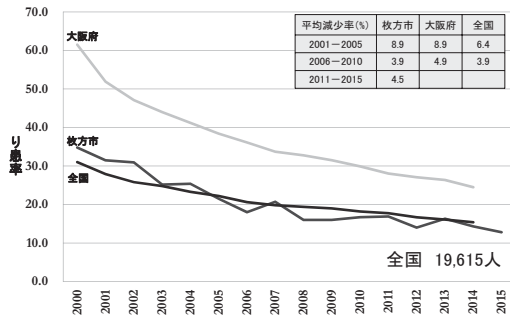
・N95マスク・陰圧室での対応



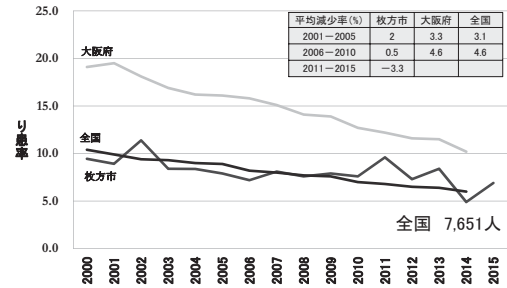
感染症予防

	主な疾患	入院	就業制限	消毒	疫学調査
1類	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱	○	○	○	○
2類	急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、SARS、MERS、鳥インフルエンザ(H5N1、H7N9)	○	○	○	○
3類	腸管出血性大腸菌感染症、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス		○*	○	○
4類	ウエストナイル熱、日本脳炎、オウム病、黄熱、レジオネラ症、ジカウイルス感染症、マラリア、デング熱など			○	○
5類	全数：AIDS、麻疹、風疹、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症など 定点：インフルエンザ・感染性胃腸炎など				○
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ 再興型インフルエンザ	○	○	○	○

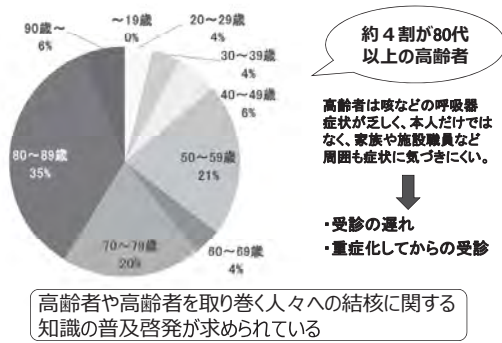
結核り患率の推移



結核喀痰塗抹陽性肺結核患者り患率の推移



平成27年 年齢別新登録患者割合(枚方市 n=51)



医療従事者の新登録結核患者数(2014年全国)

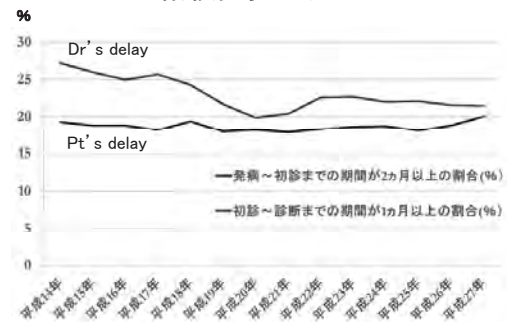
	総数	看護師・保健師	医師	その他の医療従事者
総数	19,615	249(1.3)	47(0.2)	255(1.3)
15～19歳	168	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
20～29歳	1,188	48(4.0)	3(0.3)	46(3.9)
30～39歳	1,235	84(6.8)	9(0.7)	55(4.5)
40～49歳	1,440	60(4.2)	10(0.7)	60(4.2)
50～59歳	1,514	44(2.9)	7(0.5)	56(3.7)
60～69歳	2,597	12(0.5)	6(0.2)	27(1.0)
70～79歳	4,028	1(0.0)	5(0.1)	9(0.2)
80歳以上	7,396	0(0.0)	7(0.1)	2(0.0)

()内は新登録に占める割合

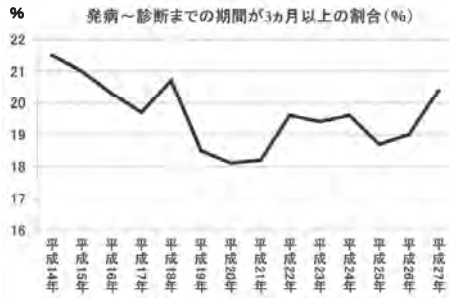
新聞・インターネット等による報道 ～医療従事者の結核感染～

- * 助産師が結核発症 助産師が接触した乳幼児352人健診へ 大阪・高槻市 (2009年)
- * 茨城の病院で結核集団感染=医師、看護師ら16人(2010年)
- * 大阪府泉佐野市のりんくう総合医療センター助産師が結核発症、乳児349人を検査へ (2011年)
- * 滋賀医大GCU(新生児回復期治療室)及び小児科外来で勤務していた看護師1名が、結核に罹患(2013年)
- * 医師が結核 患者400人健診へ(静岡)(2013年)
- * 30代女性看護師が結核感染 大阪・枚方市 (2015年)
- * 女性看護師が結核感染 滋賀・草津総合病院(2015年)
- * 渋谷署の結核集団感染、解剖医師ら7人も感染…保健所に届けず(2016年)
- * 滋賀県立成人病センター 医師が1人結核発症 患者や職員170人に感染の恐れ(2016年)

結核発見の遅れ



結核発見の遅れ②



肺結核症診断の遅れの原因

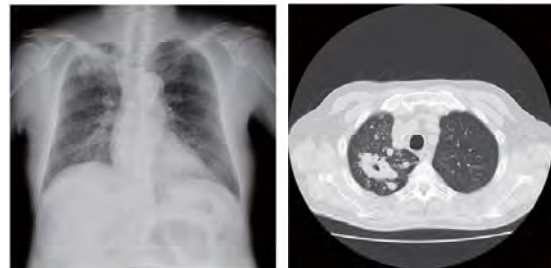
- 鑑別疾患に抗酸菌感染症が浮かばない
 - CXRを適切なタイミングで撮らない
 - 喀痰の抗酸菌検査をしない
 - CXR異常をみて肺炎、肺がんを考えてしまう
- 喀痰塗抹陰性(又は検査不可)のため経過観察、又は放置してしまう
- CXR異常を安易に陳旧性と判断してしまう
- 抗菌剤などで一時的に軽快し、放置してしまう

では、実際に対策を考えていきましょう

事例1 70代 男性(職業:現役開業歯科医師)

経過:DMとHTのため近医を月1回定期受診
 平成27年7月受診時よりCRPの上昇を指摘。
 精査を勧められるも定期受診のみ。
 平成28年3月受診時、持続するCRP上昇に対して、
 再度、精査を指示される。
 同年3月末、総合病院を受診し、胸部X-P、CT施行され、
 TB疑われ結核専門病院へ紹介となる。
 4月1日 結核専門病院で喀痰塗抹+(TB-PCR陽性)が
 判明し、保健所に「結核発生病」が主治医より提出された。

診断時 胸部X-Pおよび胸部CT



あなたは保健所の医師です
 所内検討会の用意を保健師と進めていきます

・所内検討会とは？

患者面談のため結核専門病院へ・・・

Q1 患者は直接面談ができる状態とのことです。
 どのようなことを聞き取りますか？

接触者健康診断について①

【目的】

- 1) 潜在性結核感染症の発見と進展防止
- 2) 新たな結核患者の早期発見
 接触者の中から、結核患者を(できるだけ非感染性の段階で)早期発見し、治療に導く。
- 3) 感染源及び感染経路の探求
 特に患者が小児および若年者の場合は、最近2年(とりわけ1年以内)の接触者から感染を受けて発病した可能性が高いので、積極的疫学調査と健診を組み合わせることで感染源および感染経路を探索する意義は大きい。また、疫学調査結果と健診所見の集積および分析によって集団内の新たな感染経路や感染の拡がり等が発見され、その状況に即した感染拡大防止措置を講じることも可能になる。

接触者健康診断について②

【根拠法令】

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律
 通称:感染症法

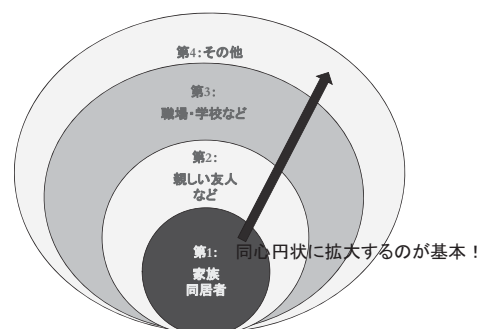
第17条 接触者健康診断

第15条 積極的疫学的調査

【概要】

- 結核患者と接触があり感染の恐れのある者に対して、接触の程度(排菌状況・咳の状況)に応じて健康診断を実施
- 実施対象や時期については、保健所内の対策会議で検討する。
- 健康診断実施期間は接触直後～2年間の間に数回実施する。

接触者健康診断の範囲の選定



<p>感染リスクを増大させる行為・環境</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 激しい咳、頻回の咳 ● 歌を歌うこと ● 社交性、社会的活動が高いこと ● 換気率が低く、狭隘な閉鎖空間 ● 適切な換気システムがない部屋での咳を誘発する医療行為、気管支内視鏡検査、喀痰吸引 <p>→ 従来と同様に、上記のような感染リスクに影響する菌所見以外の因子も考慮しながら評価することを求めている</p>	<p>結核患者が飛散させる「感染単位」数</p> <p>化学療法中の菌陽性患者 1.25単位/時間 事務所で集団感染を起こした感染源 . . . 13単位/時間 喉頭結核の患者 60単位/時間 気管支鏡実施中の患者 249単位/時間</p> <p>感染単位: 人に感染を起こす菌(塊) 麻疹患者は 5480感染単位/時間</p>																																				
<p>ハイリスク接触者</p> <p>感染した場合に発病リスクが高い、または重症型結核が発症しやすい接触者</p> <p>ア) 乳幼児(特にBCG接種歴のない場合) イ) 免疫不全(HIV感染など)、治療管理不良の糖尿病患者、免疫抑制剤や副腎皮質ホルモン等の結核発病のリスクを高める薬剤治療を受けている者、臓器移植例、人工透析患者など</p>	<p>結核発病の危険因子</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>リスク要因</th> <th>発病率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>感染後7年以上</td> <td>0.7 (対100人年)</td> </tr> <tr> <td>感染後1年以内</td> <td>10.4 (同上)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">発病時年齢</td> </tr> <tr> <td>1-6歳</td> <td>164.8 (対10万人年)</td> </tr> <tr> <td>7-12歳</td> <td>77.0 (同上)</td> </tr> <tr> <td>13-18歳</td> <td>94.6 (同上)</td> </tr> </tbody> </table>	リスク要因	発病率	感染後7年以上	0.7 (対100人年)	感染後1年以内	10.4 (同上)	発病時年齢		1-6歳	164.8 (対10万人年)	7-12歳	77.0 (同上)	13-18歳	94.6 (同上)																						
リスク要因	発病率																																				
感染後7年以上	0.7 (対100人年)																																				
感染後1年以内	10.4 (同上)																																				
発病時年齢																																					
1-6歳	164.8 (対10万人年)																																				
7-12歳	77.0 (同上)																																				
13-18歳	94.6 (同上)																																				
<p>結核発病の危険因子</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>リスク要因</th> <th>発病率</th> <th>相対リスク</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HIV感染</td> <td>79 (対100人年)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIDS</td> <td></td> <td>170.3</td> </tr> <tr> <td>繊維化病巣</td> <td>2.0~13.6 (同上)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>珪肺</td> <td></td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>頭頸部がん</td> <td></td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>免疫抑制剤</td> <td></td> <td>11.9</td> </tr> <tr> <td>血液透析</td> <td></td> <td>10~15</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td></td> <td>2.0~3.6</td> </tr> <tr> <td>多量喫煙</td> <td></td> <td>2.2</td> </tr> <tr> <td>胃切除</td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>空回腸バイパス手術</td> <td></td> <td>27~63</td> </tr> </tbody> </table>	リスク要因	発病率	相対リスク	HIV感染	79 (対100人年)		AIDS		170.3	繊維化病巣	2.0~13.6 (同上)		珪肺		30	頭頸部がん		16	免疫抑制剤		11.9	血液透析		10~15	糖尿病		2.0~3.6	多量喫煙		2.2	胃切除		5	空回腸バイパス手術		27~63	<p>母子結核発症事例について考えてみましょう</p> <p>症例: 生後28日児 主訴: 発熱、咳嗽 家族歴: 母親が出産前より咳嗽あり 既往歴: 36w5d 2202g 自然分娩 5dに退院 妊娠経過: 異常なし 現病歴: 生後21d 発熱(39.1℃)、咳嗽を主訴に救急受診し そのまま総室入院(血液、髄液、XP異常なし) A病院 生後25d 転院(個室) B病院 生後24d XP上、肺炎と診断され酸素テント収容 * 生後27d XP上、粟粒結核疑い 呼吸状態悪化、人工呼吸器管理 胃液塗抹(-) 培養(のちに+) 生後28d 吸引痰塗抹(G3) 培養(のちに+) 粟粒結核・肺結核と診断→結核病院へ転院 C病院</p>
リスク要因	発病率	相対リスク																																			
HIV感染	79 (対100人年)																																				
AIDS		170.3																																			
繊維化病巣	2.0~13.6 (同上)																																				
珪肺		30																																			
頭頸部がん		16																																			
免疫抑制剤		11.9																																			
血液透析		10~15																																			
糖尿病		2.0~3.6																																			
多量喫煙		2.2																																			
胃切除		5																																			
空回腸バイパス手術		27~63																																			
<p>母親の状況</p> <p>* 児(27d)が粟粒結核を疑われた日にB病院小児科医より母親が咳をしていることを指摘。 XP、CTにて粟粒結核と診断され内科病棟へ入院となる。 母親: 喀痰塗抹(+) 培養(のちに+) 保健所へ発生届の送付と電話による連絡 ↓ 翌日、結核専門病院へ転院</p>	<p>あなたは積極的疫学調査を開始します!</p> <p>Q2. 誰に何を聞きとりますか?</p>																																				

母親のこれまでの状況

- 30d 産休取得 この頃より咳出現
次第に咳・痰がひどくなり食欲も低下
- 1d 自宅で破水し、産婦人科入院 D医院
- 0d 本児出産
咳が続くため鎮咳剤5日分処方
- 1~3d 授乳室利用
- 4d 体調悪く、個室病室での授乳、
発熱のため退院延期
- 5d 産婦人科をベビーと同日退院
- 16d 咳が持続するため、近医(E医院)受診し鎮咳剤と
抗菌剤3日分処方される。XP撮影なし
- 20d 近医再診 鎮咳剤と抗菌剤4日分追加 XP撮影なし

コッホ現象について

第110回 医師国家試験問題

110D53

5か月の乳児。BCG接種部位が赤く腫れてきたため母親に連れられて来院した。BCG接種後2日目に接種部位が赤く腫れてきたことに気付き、日ごとに増悪したため接種後5日目に受診した。これまで成長や発達に異常を指摘されたことはない。来院時、左上腕部の接種部位に発赤と腫脹とを認め、一部膿疱様になっている。身体所見に異常を認めない。
まず行うのはどれか。

- a 経過観察 b CRP測定 c ツベルクリン反応
- d イソニアジド内服 e 膿汁の抗酸菌染色

接種4日め: Grade 3 (14)

**コッホ陽性(ツ反陽性)
事例1(非直後型)**

<ツベルクリン検査>
4×4/15×11 [硬結径/発赤径]
中等度陽性

接種6日め: Grade 3 (14)

接種25日め: Grade 5 (4)

接種7日め: Grade 4 (18)

**コッホ陽性(ツ反陽性)
事例2(非直後型)**

<ツベルクリン検査>
2×2/7×7 (15×12)
[硬結径/発赤短径(発赤長径)]
強陽性

接種13日め: Grade 4 (18)

接種60日め: Grade 4 (18)

接種5日め: Grade 5 (1)

**コッホ陽性(ツ反陽性)
事例3(直後型)**

<ツベルクリン検査>
3×3/9×16 [硬結径/発赤径]
中等度陽性

接種7日め: Grade 5 (6)

接種85日め: Grade 2

接種7日め: Grade 4 (18)

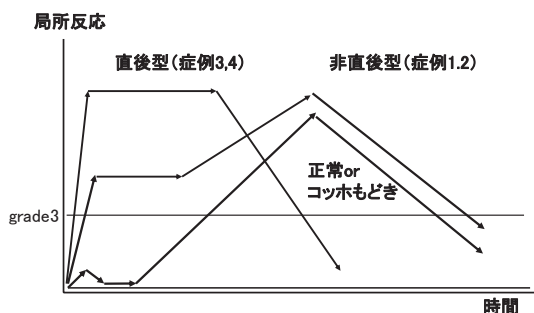
**コッホ陽性(ツ反陽性)
事例4(直後型)**

<ツベルクリン検査>
7×6/7×6 (27×20)
[硬結径/発赤短径(発赤長径)]
強陽性

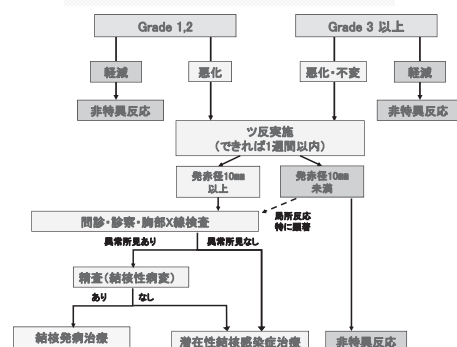
接種9日め: Grade 6

接種70日め: Grade 6

コッホ陽性例における直後型と非直後型



コッホ現象が疑われる場合



永井仁美 日本小児呼吸器疾患学会雑誌22:239 一部改変, 2011

発病児における経過

- 200X年4月 出生
- 10月2日 BCG接種
母「数時間後に接種部位全体が腫れた。おかしい。」
- 10月10日 受診
母が異常に思い、近医を受診し、ツ反36mm(+++)
Dr⇒「心配ない」……母「ほんと？」
- 10月14日 ○△市民病院受診
Dr⇒「心配ない」……母「おかしい。ほんと？」
- 10月16日 別の病院受診
Dr⇒「コッホ現象？」
母が咳をしていることに気づく⇒胸部XP⇒異常あり
- 母のTB診断【r II 2・差(3+)・PCR(+)]
- 本児も胸部異常陰影ありTB治療開始。QFT(+)

最後に……

本日は結核対策を通じて、公衆衛生のほんの一部をお伝えしました。決して、表に出る仕事ではありませんが、国民の安心・安全・健康を守るという使命で頑張っています！

- ◆ 健康問題のひずみが集中する弱者、失業者、貧困な高齢者、劣悪な労働環境で働く人、小児や女性、あるいは障害者や遺伝的な疾病感受性の高い人など弱者に対する温かい目
- ◆ 健康を障害する原因とその病因メカニズムを予防医学の立場で解明する鋭い目
- ◆ 病む人の背後にある社会的な環境要因を見る、国の政策や地球規模の環境問題・疾病対策など国際的な視野、大きな目

温かい目、鋭い目、大きな目
公衆衛生学では、3つの目がともに大事です。

岸 玲子先生(北海道大学)

公衆衛生 若手医師・医学生サマーセミナー2016
2016年9月3日15:40-16:45

がんの疫学研究と地域保健のかかわり

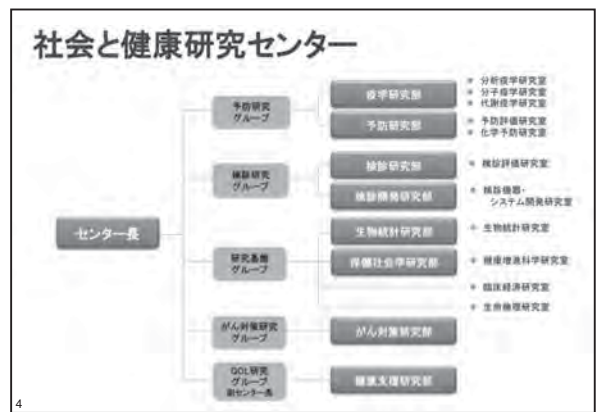
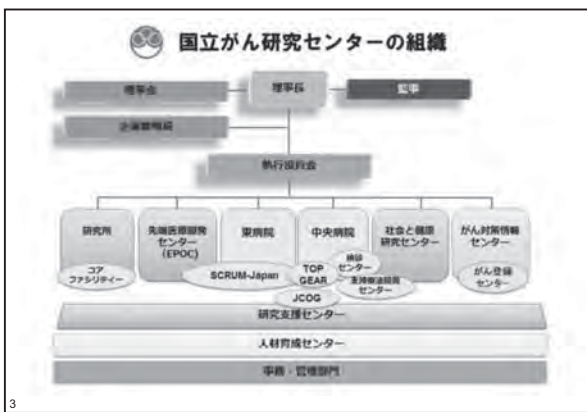
国立がん研究センター
社会と健康研究センター
疫学研究部
岩崎 基

1

本日の話

- 国立がん研究センターの紹介
- コホート研究の実際
- ヒトの発がん性・がん予防効果の評価
- がん予防
 - 日本人のためのがん予防法
 - 個人のリスクに応じた予防法の開発を目指して
 - 寄与割合による予防対策の優先順位づけ
- がん対策

2



5

コホート研究の実際

6

日本の主な大規模コホート研究

- 1950 寿命調査(放射線影響研究所) n=120,000 原爆被爆生存者と対照者
- 1965 計画調査(国立がんセンター) n=265,118, 年齢:40+
- 1983-1985 三府県コホート(環境省) n=108,772, 年齢:40+
- 1988-1990 大規模コホート研究(JACC Study) (文部科学省科学研究) n=110,792, 年齢:40-79
- 1990-1994 多目的コホート研究(JPHC Study) (国立がん研究センター) n=140,420, 年齢:40-69
- 1990 宮城コホート研究(東北大学) n=47,605, 年齢:40-64
- 1992 高山研究(岐阜大学) n=31,552, 年齢:35+
- 1994 大崎コホート研究(東北大学) n=52,029, 年齢:40-64
- 2005 日本多施設共同コホート研究(J-MICC study)、年齢:40-74、約10万人
- 2011 次世代多目的コホート研究(JPHC-NEXT study)、年齢:40-74、約4万人(10万人目標)
- 2013 東北・岩手メディカルメガバンク、15万人目標

7

多目的コホート研究

Japan Public Health Center-based prospective Study
JPHC Study

1990～2009年度：厚生労働省がん研究助成金指定研究
2010年度～：国立がん研究センターがん研究開発費

8

コホートとは、年齢や居住地など、ある一定の条件を満たす特定の集団を指します。
多目的コホート研究は、2つのコホートからなります。

PHC
多目的コホート研究 (PHC Study)
総計 140,420 名

コホート I
1990年 40歳以上49歳未満
2005年 55歳以上64歳未満

コホート II
1990年 40歳以上49歳未満
2005年 55歳以上64歳未満

http://epi.ncc.go.jp/phc

多目的コホート研究

JPHC Study

Japan Public Health Center-based prospective Study

対象：約14万人
11保健所地域住民 (40-69歳)

ベースライン調査 (1990-98)	5年後調査 (1995-98)	10年後調査 (2000, 2003)	15年後調査 (2005, 2008)
アンケート 血圧 検診結果	アンケート 血圧 検診結果	アンケート	アンケート (郵送届着)

主なアウトカム	
死亡	約23万
がん	約20万
脳卒中	約6千
心筋梗塞	約1千

Follow-up
1990 1995 2000 2005 2010 2015 2019

追跡調査：異動、生死、死因、疾病罹患 (がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病等)

15年後追跡アンケート調査: 46,206 (44%)

付随研究:
横手歯科研究
佐久眼科研究
佐久目と心の健康研究

アンケート調査
いずれか 130,000 (90%)
3回全て 80,000 (55%)

血液保存
いずれか 60,000 (43%)
2回共 20,000 (17%)

生体試料 (血液)

ベースライン調査

- 末梢血 10 ml (ヘパリンチューブ)
- 12時間以内に遠心分離

血漿 3本 (1mL)
Buffy coat 1本 (1mL)

JPHC研究における研究組織

PHC
総括委員会
運営委員会
事務局 (予防研究グループ)
個別研究グループ
がん (がんセンター)
眼科 (杏林・慶応)
循環器 (国循・阪大)
歯科 (医科歯科大)
糖尿病 (東大・国際)
妥当性 (事務局)

全国11箇所
保健所
市区町村
医師会、医療機関
検診機関

各地域における研究協力体制

- 統括
- 死亡・死因の把握
- 対象者・地域への還元

保健所 (保健所長(医師) 課長(事務、医師) 実務担当(保健師、栄養士、臨床検査技師、その他))

市区町村 (住民調査、健診データ、血液収集 異動(転出、再転入) 事務担当 実務担当(保健師、栄養士、その他))

医師会、医療機関 (疾病登録 協力医療機関数: 64 院長、各診療科医師 診療情報管理課 病歴室担当)

検診機関 (健診データ、血液収集 事務担当 検診部門担当)

http://epi.ncc.go.jp/jphc/index.html

ホームページで成果の公開

JPHCにおける主要要因によるがんの相対危険度

喫煙	1.6
飲酒	1.6
大腸がん	1.4
肥満	1.22
身体活動不足	1.29
食生活	1.15-1.19
喫煙・飲酒	1.06
肥満・身体活動不足	36
喫煙・飲酒・肥満・身体活動不足	10
喫煙・飲酒・肥満	3.2-4.5
喫煙・飲酒・身体活動不足	4.6
喫煙・飲酒・肥満・身体活動不足	2.5-3.5
喫煙・飲酒	1.7
喫煙・飲酒・肥満	1.5
喫煙・飲酒・身体活動不足	2.3
喫煙・飲酒・肥満・身体活動不足	1.3

あなたは大丈夫!?
がん予防に大切な
生活習慣

① 喫煙・飲酒
② 体形・活動
③ 食事
④ 感染など

次世代の分子疫学コホート研究
Japan Public Health Center-based prospective Study
for the Next Generation
JPHC-NEXT



- 次世代の研究者による、
- 次世代(戦後世代)を対象とした、
- 次世代の技術を利用した、
- 次世代(20年後)の研究を見据えた、次世代多目的コホートの構築

2010年度～: 国立がん研究センターがん研究開発費

17

次世代多目的コホート研究 (JPHC-NEXT)

対象者: 40-74歳の地域住民
調査内容: 調査票、血液・尿試料収集

追跡調査: 異動・生死・死因
疾病発症: がん罹患・循環器疾患(脳卒中・心筋梗塞等)・糖尿病・精神疾患(うつ病、認知症等) 他

進捗状況 (平成28年2月現在)

	調査票のみ	調査票+生体試料
対象地域	102,671名	49,356名
連携地域	36,945名	15,919名
合計	139,616名	65,275名



18

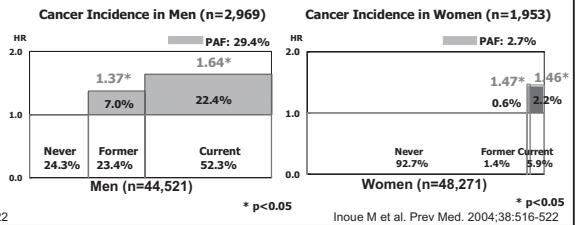
ヒトの発がん性・がん予防効果の評価

21

喫煙と全がん罹患

- 厚生労働省研究班による多目的コホート研究 -
40~69歳の男女各45,000名を9~12年間追跡

- ・非喫煙者に対して、現在喫煙者が何らかのがんになるリスクは男性で1.6倍、女性は1.5倍高い
- ・男性のがんの29%、女性のがんの3%は喫煙が原因でがんが発生
- ・この割合は年間約9万人(男性8万人、女性8千人)に相当すると推計



22

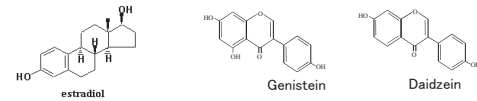
タバコなければ、がん9万人減

患者5人に1人、喫煙原因

23

大豆イソフラボン

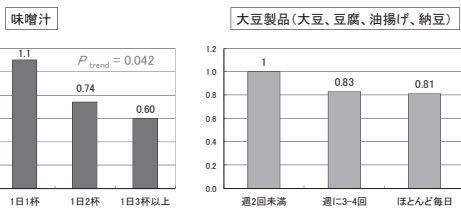
- ・主に大豆にのみ含まれている植物性エストロゲン
 - 豆腐、みそ、納豆で摂取量の80%以上をカバー
- ・動物実験で乳がんに対する予防効果
 - 抗エストロゲン作用、抗酸化作用など
- ・アジアでは非常に多く食べられているが、欧米ではほとんど食べられていない
- ・アジアで低く、欧米で高い乳がんを防ぐ効果があるのではないかと?



24

大豆製品と乳がん罹患(女性)

- 40~59歳の女性約22,000名を10年間追跡 -



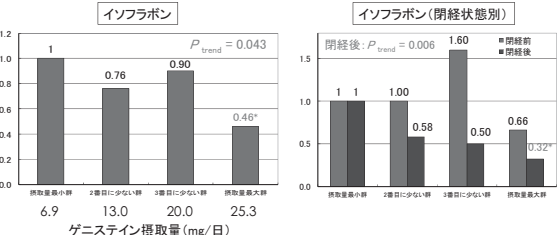
調整因子: 地域、年齢、初潮年齢、妊娠回数、閉経状態、初回妊娠年齢、喫煙、飲酒、身体活動、教育歴、エネルギー摂取、肉・魚・野菜・果物摂取

Yamamoto S, et al. J Natl Cancer Inst 2003;95:906-913.

25

イソフラボンと乳がん罹患(女性)

- 40~59歳の女性約22,000名を10年間追跡 -



調整因子: 地域、年齢、初潮年齢、妊娠回数、閉経状態、初回妊娠年齢、喫煙、飲酒、身体活動、教育歴、エネルギー摂取、肉・魚・野菜・果物摂取

Yamamoto S, et al. J Natl Cancer Inst 2003;95:906-913.

26

毎食大豆食べれば、乳がん発生半減

毎日新聞6月18日朝刊一面

大豆イソフラボン

とうふ みそ汁 油揚げ おぼろ豆腐
高野豆腐 納豆 豆乳

27

疫学研究の結果に影響する要因

- 「乳がん発生半減」はたまたまそういう結果になっただけかもしれない。
 - 偶然性の評価は統計学的手法を用いて検討。
- そもそも大豆を食べる頻度は正しく評価できているか？毎食大豆を食べる群とそうでない群で、追跡調査や乳がんの診断は同じように行われたか？
 - 大豆摂取と乳がんの関係性をゆがめる要因、バイアスの影響。
- そもそも毎食大豆を食べる人は、タバコを吸わず、お酒を飲まず、適切な体重で、運動をよくするなど乳がんになりにくい生活習慣を持った人たちだった可能性
 - 交絡の影響。ある程度、制御できるが完全に否定はできない。

28

研究デザインに基づくエビデンスの強さ

小さい	強い	ランダム化比較試験
偶然性 バイアス 交絡	↑	前向きコホート研究
		コホート内症例対照研究
		ケース・コントロール研究
↓	断面研究	
	大きい	弱い

29

発がん性・がん予防効果の確からしさ

- 数多くの(ヒトを対象とした)疫学研究で一致したデータが示されている
 - “ある要因をとっている人達のがんのリスクが低い(高い)”ということが示されている(コホート研究)。
 - “ある要因を与えた人達のがんのリスクが低下(増加)した”ということが示されている(介入研究)。
- 動物実験データも支持している
- どうしてそうなるか(メカニズム)が説明可能

30

IARCのヒトへの発がん性に関する総合評価: Group分類

- 発がん性あり (CARCINOGENIC to humans)
- おそらく発がん性あり (PROBABLY carcinogenic)
- 発がん性の可能性あり (POSSIBLY carcinogenic)
- 発がん性を分類出来ない (NOT CLASSIFIABLE)
- おそらく発がん性なし (PROBABLY NOT carcinogenic)

IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Preamble amended January 2006

31

IARCのヒトの発がん性の評価の流れ

発がん性の科学的証拠の程度		関連するデータ	総合評価 (Overall evaluation)
動物モデル Carcinogenicity in animals	ヒトのデータ Carcinogenicity in humans		
十分 Sufficient	十分 Sufficient	作用機序に関するデータ Mechanistic data, バイオマーカーを用いたデータ Biomarker data, など	1: 発がん性あり (CARCINOGENIC to humans) 2A: おそらく発がん性あり (PROBABLY carcinogenic) 2B: 発がん性の可能性あり (POSSIBLY carcinogenic) 3: 発がん性を分類出来ない (NOT CLASSIFIABLE) 4: おそらく発がん性なし (PROBABLY NOT carcinogenic)
限定的 Limited	限定的 Limited		
不十分 Inadequate	不十分 Inadequate		
発がん性なし Evidence suggesting lack of carcinogenicity	発がん性なし Evidence suggesting lack of carcinogenicity		

IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Preamble amended January 2006

32

ヒトの発がん性に関する科学的根拠のレベル

- 発がん性に関する十分なエビデンス (Sufficient)
 - 偶然、バイアス、交絡が相応の信頼性を持って排除される研究で、要因 (Agent) への曝露とがんの間に正の関連が観察される場合。
- 発がん性に関する限定的なエビデンス (Limited)
 - 要因 (Agent) への曝露とがんの間に正の関連が、偶然、バイアス、交絡が相応の信頼性を持って排除されない研究による場合。
- 発がん性に関する不十分なエビデンス (Inadequate)
 - 既存の研究の質、一致性、統計的検出力が不十分である。あるいは、ヒトに関するデータが存在しない。
- 発がん性の欠如を示唆するエビデンス
 - ヒトが遭遇することが知られている全範囲の曝露レベルをカバーする複数の研究において、どのレベルにおいても要因 (Agent) への曝露とがんの間に正の関連が見られない場合。

IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Preamble amended January 2006

33

発がん性に関する総合評価: Group分類

		動物のデータ		
		十分	限定的	不十分
人間のデータ	十分	Group 1		
	限定的	Group 2A →Group 1*	Group 2B (exceptionally 2A#)	
	不十分	Group 2B →Group 1*, 2A**, 3****	Group 3 →Group 2B***	

* Strong evidence in exposed humans that the agent acts through a relevant mechanism of carcinogenicity.
** Strong evidence that the carcinogenesis is mediated by a mechanism that also operates in humans.
*** Supporting evidence from mechanistic and other relevant data
**** Strong evidence that the mechanism of carcinogenicity in experimental animals does not operate in humans.
It clearly belongs to a class of agents for which one or more members have been classified in Group 1 or 2A.

IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Preamble amended January 2006

34

がん予防

日本人のためのがん予防法
(H25年度 第4次国民健康づくり対策 ～健康日本21(第2次)～策定の基礎資料として貢献)

35

「がん研究」から「がん予防」へ

疫学研究
エビデンス
基礎研究



予防
臨床
公衆衛生

- エビデンスに基づく因果関係評価(国際的な評価も考慮)
→ 関連の有無の評価・関連の大きさの推計
(不足するエビデンスの補足: 個別研究・統合解析)
- 量反応関係と日本人の曝露レベルを考慮したリスク評価
→ がん予防指針作成

36

予防研究グループ

がん予防法の提示
日本人のためのがん予防法

http://epi.ncc.go.jp/can_prev/index.html

37

JCC (Japan Cohort Consortium)

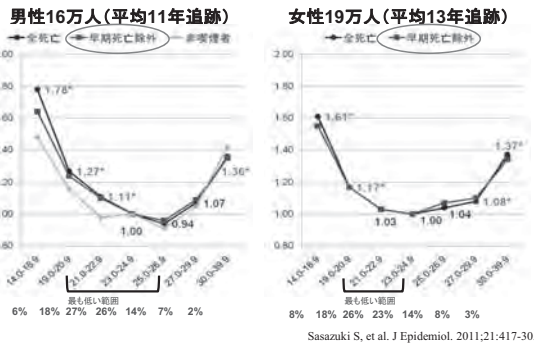
研究名	対象集団	人数	募集開始年	対象年齢
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	1988	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	1988-1989	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	1992	40-80
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	1994	34-80
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	1995	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	1996	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	1997	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	1998	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	1999	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2000	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2001	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2002	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2003	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2004	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2005	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2006	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2007	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2008	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2009	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2010	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2011	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2012	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2013	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2014	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2015	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2016	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2017	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2018	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2019	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2020	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2021	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2022	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2023	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2024	35-75
がん予防研究	がん予防研究の推進	40,724	2025	35-75

合計: 約52万人

http://epi.ncc.go.jp/can_prev/R2/3458.html

38

BMIと全死亡リスクとの関連 - 日本の7つのコホート研究のプール解析-



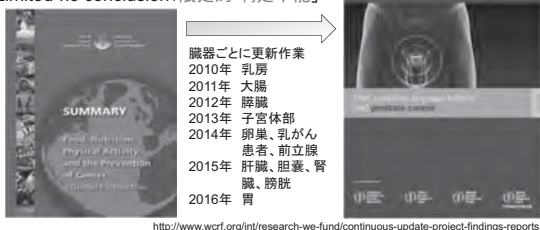
39

国際がん研究機関(IARC)の発がん性評価により、加工肉が“人に対して発がん性がある(Group1)” 赤肉は“人に対しておそらく発がん性がある(Group2A)”と判定した結果が、2015年10月26日にプレスリリースされた。



40

「食物・栄養・運動とがん予防」
世界がん研究基金・米国がん研究協会, 2007
これまでのエビデンスに基づき予防効果の確かさを評価
「Convincing: 確実」
「Probable: ほぼ確実」
「Limited-suggestive: 限定的-示唆的」
「Limited-no conclusion: 限定的-判定不能」

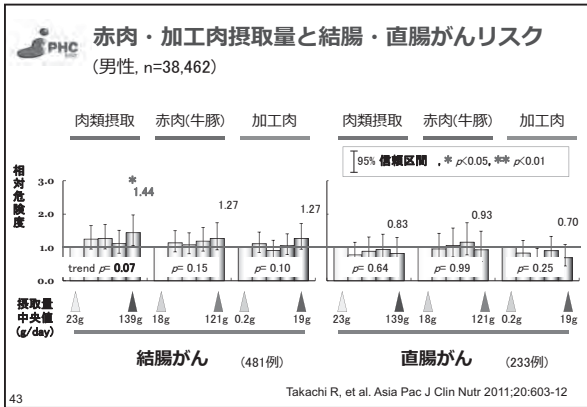


41

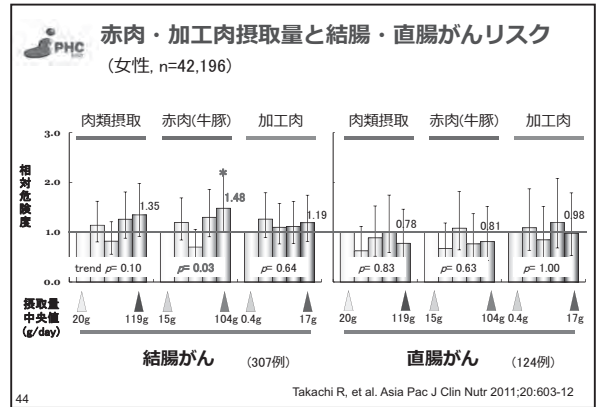
加工肉・赤肉

- 加工・保存肉(ハム・ソーセージ・ベーコンなど)や赤肉(牛・豚・羊肉など)は、大腸がんのリスクを上げる
 - 加工・調理の過程で生じるニトロソ化合物、ヘテロサイクリックアミン、多環芳香族炭化水素などの発がん物質の影響
 - 肉類や脂肪摂取による腸内細菌叢の変化に伴う胆汁酸などの関与
- WCRFの推奨
 - 加工肉は極力避ける
 - 赤肉は週500g(調理後重量)を超えない
- 日本人の摂取量(2013年国民健康・栄養調査)
 - 赤肉・加工肉は1日平均62.6g(うちハム・ソーセージ類が12.9g)

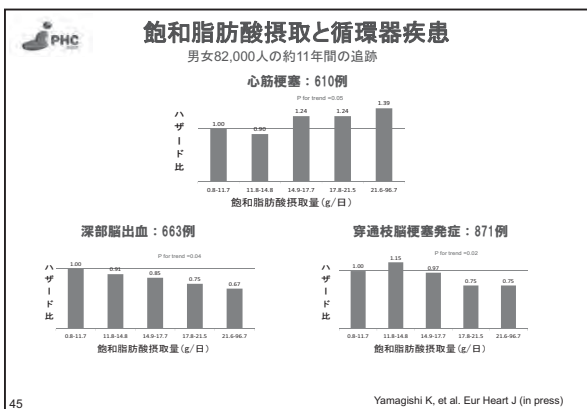
42



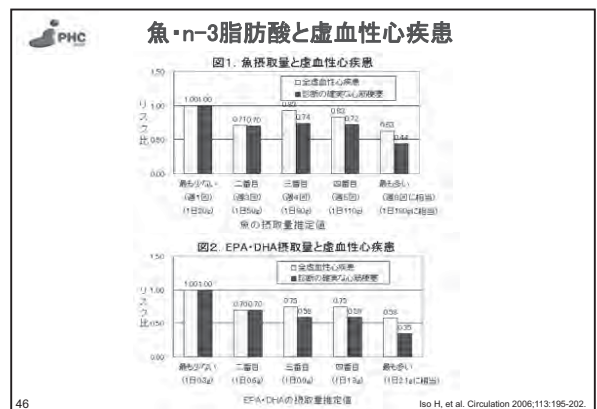
43



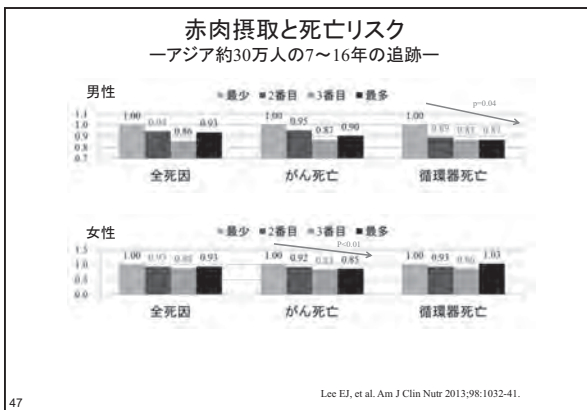
44



45



46



47

日本人のためのがん予防法

- 喫煙**
 - たばこは吸わない。他人のたばこの煙をできるだけ避ける。
- 飲酒**
 - 飲むなら、節度のある飲酒をする。
- 体型**
 - 体重は適正な範囲に(太り過ぎない、やせ過ぎない)。
- 身体活動**
 - 日常生活を活動的に。
- 食事**
 - 食事は偏らずバランスよくとる。
 - 塩蔵食品・食塩の摂取は最小限にする。
 - 野菜・果物不足にならない。
 - 飲食物を熱い状態にとらない。
- 感染**
 - 肝炎ウイルス感染検査と適切な措置を。
 - 機会があればピロリ菌感染検査を。

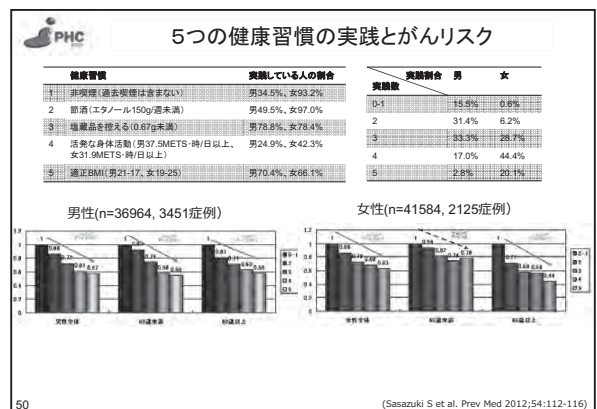
「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」
http://epi.ncc.go.jp/can_prev/preventive_measures.html

48

がん予防

個人のリスクに応じた予防法の開発を目指して

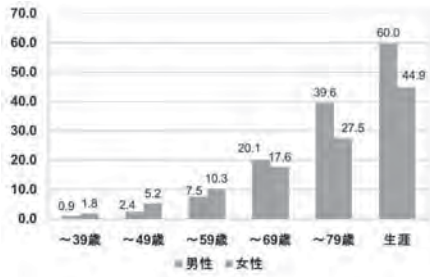
49



50

累積がん罹患リスク

生涯でがんに罹患する確率は、男性60% (2人に1人)、女性45% (2人に1人)
(2010年罹患データに基づき推計)



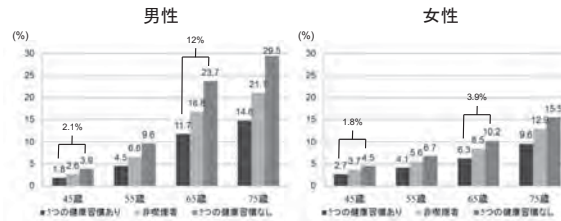
国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

51

52

53

10年間にがん罹患する確率



5つの健康習慣: 非喫煙、節酒、塩蔵品控えめ、身体活動、適正体重

Charvat H et al. Prev Med 2013; 57(5):685-9

54

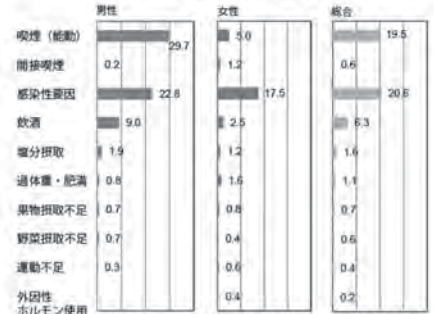
がん予防

寄与割合による予防対策の優先順位づけ
(H25年度 第4次国民健康づくり対策 ～健康日本21
(第2次)～策定の基礎資料として貢献)

55

日本人のがんの原因

喫煙と感染の寄与が4から5割



Inoue M, et al. Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9

56

米国人のがんの原因: 確立した要因のがん死亡への推定寄与割合 (%)

喫煙・食事・肥満・運動・飲酒という生活習慣の代表的な要因で68%を占める

要因	寄与割合
喫煙 (Tobacco)	30
成人期の食事・肥満 (Adult diet/obesity)	30
産業の生活様式 (Sedentary lifestyle)	5
職業要因 (Occupational factors)	5
がんの家族歴 (Family history of cancer)	5
ウイルス・他の生物因子 (Viruses/other biologic agents)	5
産前期要因・成長 (Perinatal factors/growth)	5
生殖要因 (Reproductive factors)	3
飲酒 (Alcohol)	3
社会経済的地位 (Socioeconomic status)	3
環境汚染 (Environmental pollution)	2
電離放射線・紫外線 (Ionizing/ultraviolet radiation)	2
医薬品・医療行為 (Prescription drug/medical procedures)	1
塩蔵品・他の食品添加物・汚染物 (Salt/other food additives/contaminants)	1

57 Harvard Report on Cancer Prevention, Vol. 1: Causes of human cancer. Cancer Causes and Control 1996;7:S55-S58

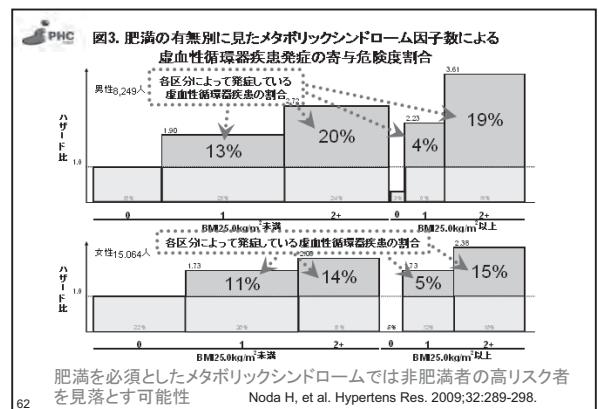
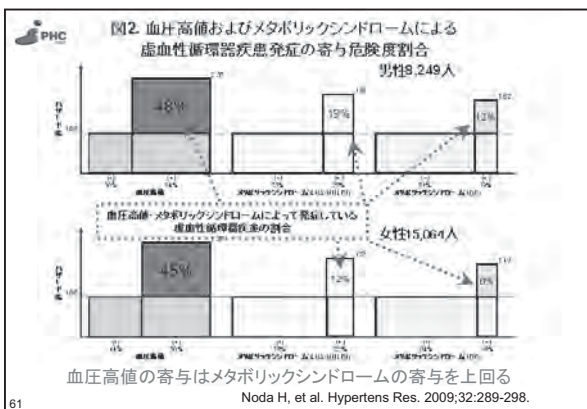
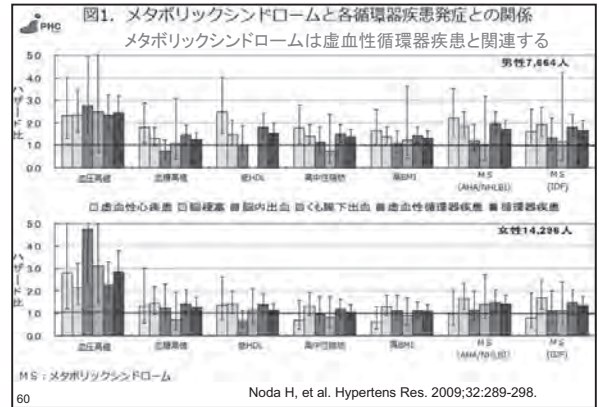
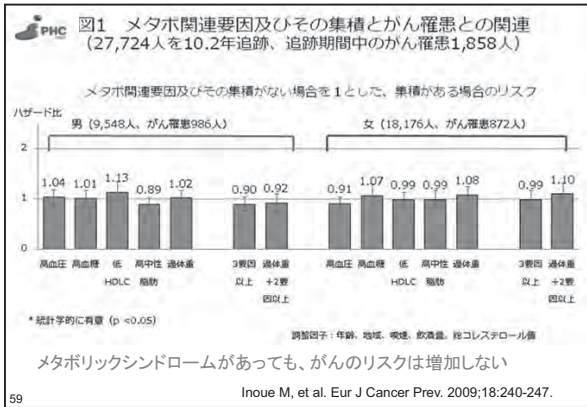
メタボリックシンドロームとがん・循環器疾患との関連

メタボリックシンドローム対策が、日本人の最大の死因であるがんに及ぼす影響を明らかにする。

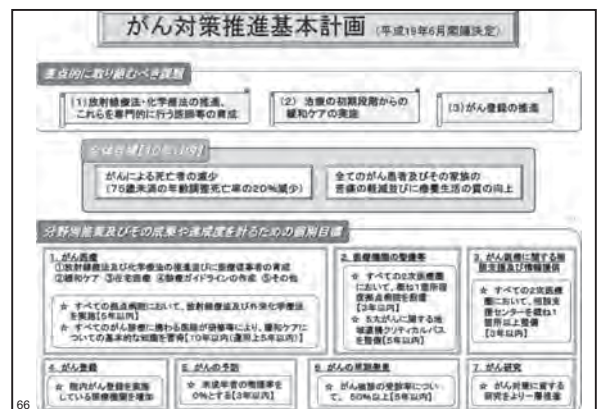
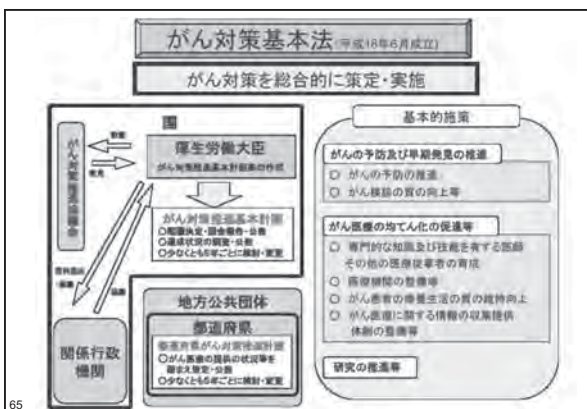
メタボリックシンドロームは日本人における循環器疾患にどれだけ寄与しているかを明らかにする

本研究におけるメタボリックシンドロームとその定義		
メタボリックシンドローム	血圧高値	収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上または降圧剤服用中
	高血糖	血糖 100mg/dL 以上 (空腹時) または 140mg/dL 以上 (空腹時以外)
	低 HDL コレステロール	HDL コレステロール 男性 40mg/dL 未満、女性 50mg/dL 未満
	高中性脂肪	中性脂肪 150mg/dL 以上
	肥満 (BMI 25 以上)	*BMI = 体重 (kg) / (身長 (m) ²)
	メタボリックシンドロームの定義	1) 上記のうち、3つ以上の項目のある人【米連 (AHA/NHLBI)】 2) 上記のうち、肥満の他に2つ以上の項目のある人【国際糖尿病連合 (IDF) の診断基準 (日本人も同様、ただし肥満1項目)】

58



がん対策



がん対策推進基本計画(平成24年6月閣議決定)

重点的に取り組むべき課題

- (1) 放射線療法、化学療法、手術療法などの最先端医療とナノ医療の発展
- (2) がんと診断された時から専門的に行う治療従事者の育成
- (3) がん登録の推進
- (4) 働く世代や小児へのがん対策の充実

全体目標【平成19年度からの10年目標】

- (1) がんによる死亡者の減少(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)
- (2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上
- (3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

- がん検診
 - ① がん検診普及、化学療法、手術療法などの最先端医療とナノ医療の発展
 - ② がん検診を受ける専門的治療従事者の育成
 - ③ がんと診断された時から専門的に行う治療従事者の育成
 - ④ がん検診の普及、化学療法、手術療法などの最先端医療とナノ医療の発展
- がん登録
 - ① がん登録の推進
 - ② がん登録の普及、化学療法、手術療法などの最先端医療とナノ医療の発展
 - ③ がん登録の普及、化学療法、手術療法などの最先端医療とナノ医療の発展
- がん予防
 - ① がん予防の推進
 - ② がん予防の普及、化学療法、手術療法などの最先端医療とナノ医療の発展
 - ③ がん予防の普及、化学療法、手術療法などの最先端医療とナノ医療の発展

全体目標: 年齢調整死亡率20%減の内訳

- がん対策推進基本計画策定時の20%減の内訳¹
 - 自然減: 10%
 - 喫煙率半減: 1.6%
 - がん検診受診率50%達成: 4.0%
 - がん医療の均てん化: 4.7%

合計20% (約10%はがん対策による)

策定時の算定根拠

喫煙率: 喫煙率を10年後半減した場合の男性肺がん死亡率減少(6.4%減)を他の部位に外挿

受診率: がん検診受診者の非受診者に対する死亡率減少の大きさ(胃59%減、大腸60%減、肺28%減、女性乳房19%減、子宮頸部78%減、肝臓36%減)を受診率50%に適用(5年のラグタイム)

均てん化: 大阪府の高い生存率の病院群の生存率を全患者に適用した場合の死亡率減少効果(5年のラグタイム)

成人喫煙率(JT全国喫煙者率調査)

2022年までに成人喫煙率を12%まで下げる(健康日本21、がん対策基本計画)

年齢	性別	喫煙率 (%)
20-29歳	男	29.4
30-39歳	男	36.6
40-49歳	男	38.5
50-59歳	男	36.6
60-69歳	男	21.1
70-79歳	男	30.3
80-89歳	男	10.0
90-99歳	男	13.0
20-29歳	女	14.8
30-39歳	女	13.0
40-49歳	女	13.1
50-59歳	女	5.6
60-69歳	女	9.8

成人喫煙率: 19.7%

厚生労働省のTABACCO or HEATHより
http://www.health-net.or.jp/tabacco/product/pd090000.html

がん検診受診率の推移

受診率50%

(注1) 乳がん検診および子宮頸がん検診は過去1年間の受診。
(注2) 2013年の調査は質問票の回答方式と調査員の採取方法に変更があった。
(注3) 40歳以上全乳がん検診率(乳がん検診率)の推移(50歳以上の受診率)より低い。
出典: 「がん情報サービス」http://ganjoho.jp/public/izakissai/pub/kandsh.html

生存率の年次推移

全部位の臨床進行度別5年相対生存率 年次推移(男女計)

年次	限局 (%)	領域 (%)	遠隔 (%)
1993-1996	84.6	43.2	10.3
1997-1999	85.2	43.7	10.1
2000-2002	86.4	46.4	10.7
2003-2005	88.9	49.4	11.8
2006-2008	90.4	55.1	13.6

出典: 「がん情報サービス」
全国がん検診センター(国) 2006-2008年生存率報告(国立がん研究センターがん対策情報センター、2016)
独立行政法人国立がん研究センターがん情報開発センター「地域がん登録集積向上と活用に関する研究」平成22年度報告書

結果: 全体目標は85%の達成度(死亡率17%減)

がん対策推進基本計画策定時の20%減の内訳:
自然減: 10%
喫煙率半減: 1.6%
がん検診受診率50%達成: 4.0%
がん医療の均てん化: 4.7%

がん対策加速化プラン (平成27年12月)

エビデンス-プラクティスギャップを埋める取り組み・研究

- エビデンス(疫学者)があるのにプラクティス(行政担当者・国民)が十分行われていないという状況。
✓いまだに高い喫煙率
✓低いがん検診受診率など
- がん対策推進基本計画の個別目標として数値目標を設定し、関係各所の努力を促している。
- いかに行動変容を引き起こすか?
✓ソーシャルマーケティングの手法を用いた予防介入方法の検討など

社会と健康研究センター Center for Public Health Sciences

がんの予防、早期発見(検診)とがん患者・サバイバー支援を目的とした医学・公衆衛生学的研究や社会・経済・倫理的な諸問題などに関する学際的研究を実施することにより、国民生活の質の向上と健康寿命の延伸に資する

がんを早く見つけるための研究

- がんなどの病気の原因究明のための疫学研究
- 有効な予防法の開発
- 学際的アプローチの策定

がんと共に、より良く生きるための研究

- がん検診のアクセス(ガイドライン)とマネジメント(受診率向上や精度管理)
- 新たな早期発見・検診法の開発

がんと共に、より良く生きるための研究

- 再発予防、支持療法、療養生活、社会復帰などに関するエビデンス構築と実践への展開

研究基盤としてのJPHCなどのコホート

JPHC Study 1990年~
全日本1地域住民(40-69歳): 約14万人
職業別: 307
2016年4月
がん: 130, 死亡: 24
癌別: 45, 癌別: 33
約11万人
がん: 21,000
癌別: 4,400
心臓病: 1,300
がん: 130,000 (92%)
癌別: 20,000 (15%)
心臓病: 48,200 (36%)

JPHC-NEXT 2011年~
全日本1地域住民(40-74歳): 約10万人以上
アンケート、血液、尿、電子化医療情報など

がん検診受診者コホート 2004年~
高検診受診率: 約1.5万人以上

がん患者・サバイバーコホート
乳がん患者: 約5千人以上 2007年~
大腸がん患者: 2015年より開始

その他の疫学研究プロジェクト

政策的な側面の研究
✓ 医療技術評価、経済評価、普及法の開発
✓ 対策のモニタリング、評価指標の開発

基礎的な側面の研究
✓ 生物統計、研究デザイン・方法論
✓ 研究倫理、生命倫理

まとめ

- ・ コホート研究は、疾病予防のためのエビデンスを構築するために必須の研究基盤である。
- ・ 疫学研究のデザインによりエビデンスとしての信頼性が異なり、因果関係は総合な視点により評価される。
- ・ がん予防の実践は、科学的なエビデンスの評価に基づいた予防法を取り入れる。
- ・ 個人のリスクに応じた予防法の開発が求められている。
- ・ 日本人のがんの発生には喫煙と感染の寄与が大きく、寄与割合を考慮した対策の優先付けが重要である。
- ・ がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画を軸として、総合的かつ計画的にがん対策が推進されている。

75



がん情報サービス ganjoho.jp

「がん情報サービス」は、がんについて信頼できる、最新の正しい情報をわかりやすく紹介しています。下欄に並んだ項目からご覧になりたいものを選んでお入りください。

がん情報サービスについて

それぞれのがんの解説
診断・治療
生活・療養
冊子・資料
がん登録・統計
予防・検診
がん相談支援センターを探す

おすすめページ

もしも、がんと言われたら
ご家族、あわいの方へ
がん情報サービス サポートセンター 0570-02-3410
がんの臨床試験を探す
地域のがん情報
音訳・点訳資料

<http://ganjoho.ncc.go.jp/>

76

終了

77

<div data-bbox="231 309 705 398" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>公衆衛生分野のキャリアについて — 自身の経験も踏まえて —</p> </div> <div data-bbox="486 472 683 528" style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <p>国立保健医療科学院 曽根智史</p> </div>	<div data-bbox="874 250 1369 295" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>キャリア形成のために</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ■ 本人の努力 ■ 本人の能力・適性 ■ 周りの状況(支援的・非支援的)・家族 ■ 適切な情報・伝手(ウィーク・タイを大切に) ■ 年齢と選択肢 ■ タイミング(自分で決められるもの、決められないもの) ■ 「偶然」、「たまたま」もOK <hr style="border: 0.5px solid black; margin-top: 10px;"/> <ul style="list-style-type: none"> ■ 学位と留学、専門医
<div data-bbox="231 716 705 761" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>卒業したらルールが変わる</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ■ 学生時代は、やはり何ととっても学業成績がものをいう ■ 卒後30年たって、同級生をみると...(病院、大学、開業、企業、行政、消息不明...) ■ 生き生きとした人、そうでもない人 ■ 学生時代の成績とは必ずしもパラレルではない ■ 出身大学もだんだん関係なくなる ■ 早く気づいて、早く切り替えること 	<div data-bbox="874 716 1369 761" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>進路を選択する前に</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ■ 組織に縛られたくないと言うけれど ■ キャリアにおいて、本当に「一匹狼」は可能か ■ 組織で働くからこそできること ■ 今はいいけど、20年後、30年後は? ■ 行政は組織人。研究者は? ■ 組織に所属していない研究者は存在するか ■ 「仕組み(システム)」の中で仕事ができる強み ■ 理不尽なことはどこにもある
<div data-bbox="231 1205 705 1249" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>公衆衛生のおもしろさ</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ■ 患者の数を減らせる(臨床は死者を減らす) ■ システム(法律・制度・リソース)を整えるという方法を用いて、社会を変えることができる ■ 根本原因がわからなくても、対処することができる(対処しなければならない) ■ より多くの人々に裨益することができる ■ 医学以外の方法論や価値観を導入することができる ■ 多角的・長期的な視点が身につく 	<div data-bbox="874 1205 1369 1249" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>私がHealth Officerになったときに言って欲しかった10の事柄</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ■ 良いデータを得て、広めなさい ■ 新任のうちに、より困難な業務に取り組みなさい ■ 少なくとも1つの「勝てる戦い」を見つけて、戦って、勝ちなさい ■ 優れたスタッフを支援し、雇用しなさい ■ 感染症と環境問題にきちんと対処しなさい ■ 臨床領域を無視してはいけない ■ 予算サイクルを学んで、対応しなさい ■ 情報の文脈(枠組み)を管理しなさい ■ 上司を驚かせてはいけない(メディアより先にあなたから情報を入れること) ■ コアとなる原則に従いなさい <hr style="border: 0.5px solid black; margin-top: 10px;"/> <p style="font-size: small;">Thomas R. Frieden (Director, CDC). Ten things I wish someone had told me when I became a health officer. Am J Public Health, 2016;106:1214-1218.</p>

<p>国の医療政策と保健所との関わり</p> <p>平成28年9月4日 厚生労働省健康局総務課 長谷川 学</p>	<p>保健所長会、衛生部長会等で情報提供している資料</p> <p>地域保健の最近の動向</p> <p>平成28年8月 厚生労働省健康局</p>
<p>目次</p> <p>1 災害対策について … P2</p> <p>2 たばこ対策について … P5</p> <p>3 難病対策について … P11</p> <p>4 がん・疾病対策について … P19</p> <p>5 感染症対策について … P35</p>	<p>災害対策について</p>

<p>災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)の養成について</p>	<p>熊本地震対応(健康局の主な対策)等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○避難所での被災者の健康管理 <ul style="list-style-type: none"> ・保健師等を中心として避難所を巡回し、感染症の予防の指導、健康状態の把握、こころのケア等を実施 ・全国の都道府県、政令市等との派遣調整により現在も現地において活動中。最大時は、69チーム、141名の保健師が活動 ○いわゆる「エコノミクス症候群」の予防対策 <ul style="list-style-type: none"> ・専門家チームによる弾性ストッキングの配布等の予防活動の実施。チラシ配布、ラジオ放送等を活用した周知の実施 ○管理栄養士等による避難所の食事状況の把握、離乳食・アレルギー食が必要な被災者の支援 <ul style="list-style-type: none"> ・全国の都道府県、政令市等との派遣調整により現地において活動 ○感染症対策 <ul style="list-style-type: none"> ・感染症の感染拡大防止対策、ノロウイルス、インフルエンザ等の予防対策等の周知 ○アレルギー疾患対策 <ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口の設置、保健師等避難所で医療に携わる方への対応の周知 ○熱中症対策 <ul style="list-style-type: none"> ・被災地における熱中症予防のチラシやラジオ等による周知
<p>たばこ対策について</p>	<p>日本の受動喫煙防止対策について</p> <p>平成15年5月 健康増進法施行</p> <p>第25条 学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙(室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。)を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。</p> <p>「受動喫煙防止対策について」健康局長通知(平成22年2月25日 健発0225第2号)概要</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 受動喫煙による健康への悪影響は明確であることから、公共の場においては原則として全面禁煙を目指す。 ② 全面禁煙が極めて困難である場合には、施設管理者に対して、当面の間、喫煙可能区域を設定する等の受動喫煙防止対策を求める。 ③ たばこの健康への悪影響や国民にとって有用な情報など、最新の情報を収集・発信する。 ④ 職場における受動喫煙防止対策と連動して対策を進める。 <p>受動喫煙の防止が規定されているものの、努力義務にとどまる。</p>

東京オリンピック・パラリンピックに向けた取組について

東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック
競技大会推進本部（平成27年11月27日）における内閣総理大臣発言

大会は健康増進に取り組む弾みとなるものであり、大会に向け、受動喫煙対策を強化してまいります。

2020年東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会の準備及び
運営に関する施策の推進を図るための基本方針（平成27年11月27日閣議決定）

受動喫煙防止については、健康増進の観点に加え、近年のオリンピック・パラリンピック競技大会開催地における受動喫煙法規制の整備状況を踏まえつつ、幅広い公共の場等における受動喫煙防止対策を強化するため、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会関係府省庁連絡会議の下に設置。

8

受動喫煙防止対策強化検討チームについて

設置趣旨

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会開催を契機として、健康増進の観点に加え、近年のオリンピック・パラリンピック競技大会開催地における受動喫煙法規制の整備状況を踏まえつつ、幅広い公共の場等における受動喫煙防止対策を強化するため、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会関係府省庁連絡会議の下に設置。

* 庶務は、内閣官房の協力を得て、厚生労働省において処理。

構成員

座長 内閣官房副長官（事務）
副座長 内閣官房東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会推進本部事務局長
内閣官房副長官補（内政担当）
厚生労働事務次官
構成員 内閣官房、財務省、スポーツ庁、厚生労働省、農林水産省、経済産業省、国土交通省の局長級
オブザーバー 東京都、東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会の局長級

* 厚生労働省健康局健康課長を座長、関係行政機関の課長級を構成員としたワーキンググループを設置。

開催状況

第1回 平成28年1月25日（月）

9

喫煙の健康影響に関する検討会について

（これまでの経緯）

・従来より、日本人におけるたばこの健康影響等についてまとめた、たばこ対策の報告書である「喫煙と健康」を数年毎にとりまとめてきた。
・前版の平成13年以降、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の発効や受動喫煙防止対策強化の必要性など、たばこを取り巻く社会環境は大きく変化しており、また、新たな科学的知見が集積されたことから、「喫煙と健康」の改訂を行うこととした。

（現在の対応）

・厚生労働省健康局長の下、有識者の参集を求め、平成27年11月30日に、第1回「喫煙の健康影響に関する検討会」を開催。
・平成28年夏までを目途に検討会報告書を取りまとめる予定である。

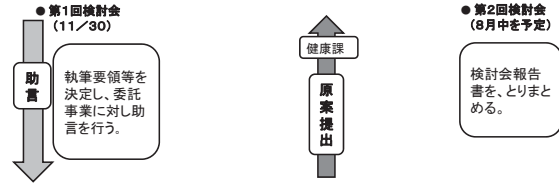
[過去の報告書；昭和62年10月、平成5年5月、平成13年12月]

10

「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」作成のスケジュール(案)

平成27年 11月 12月 平成28年 1月 2月 3月 4月 5月 6月

喫煙の健康影響に関する検討会



国立がん研究センター委託事業 (たばこ情報収集・分析事業)

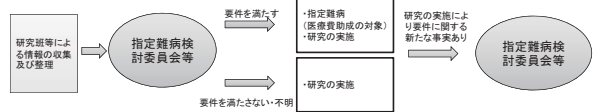
委託事業の協力者が、執筆及び編集査読作業を行い、「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」原案を、厚生労働省健康局健康課に提出する。

11

難病対策について

指定難病の検討の進め方

1. 指定難病の検討にあたって、難病に関する基礎的な情報を、厚生労働科学研究費補助金事業における研究班等で収集、整理する。
2. 指定難病検討委員会において、これまでに研究班等が整理した情報をもとに、医学的見地より、個々の疾病について、指定難病の各要件を満たすかどうかの検討を行う。
※ 指定難病とされるためには、「発病の機構が明らかでない」、「治療方法が確立していない」、「長期の療養を必要とする」、「患者数が人口の0.1%程度に達しない」、「客観的な診断基準等が確立している」の5要件を満たすことが必要。
3. 指定難病検討委員会の検討の結果を、厚生科学審議会疾病対策部会に報告する。
4. 疾病対策部会において、指定難病について審議を行い、具体的な病名などを決定する。
※1 参考人として患者の立場を代表する者が出席する。
※2 疾病対策部会の議決をもって厚生科学審議会の決定となる。
5. 厚生労働大臣が指定難病を指定する。
6. 厚生労働大臣による指定後も、研究を継続し、指定難病の各要件の評価に影響を及ぼすような新たな事実が明らかとなった場合には、指定難病検討委員会において見直しを行う。



12

13

難病の定義

難病

- 発病の機構が明らかでなく
- 治療方法が確立していない
- 希少な疾病であって
- 長期の療養を必要とするもの

患者数等による限定は行わず、他の施策体系が樹立されていない疾病を幅広く対象とし、調査研究・患者支援を推進
例：悪性腫瘍は、がん対策基本法において体系的な施策の対象となっている

指定難病

難病のうち、以下の要件の全てを満たすものを、患者の置かれている状況からみて、良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、厚生科学審議会の意見を聴いて厚生労働大臣が指定

- 患者数が本邦において一定の人数に達しないこと
- 客観的な診断基準（又はそれに準ずるもの）が確立していること

（注）人口のおおむね0.1%程度と厚生労働省令において規定。

医療費助成の対象

難病及び小児慢性特定疾病の医療費助成制度について

○ 医療費助成の対象疾病の拡大

- 対象疾病
 - ・ 難病：56疾病 → 110疾病（平成27年1月） → 306疾病（平成27年7月）
 - ・ 小慢：514疾病 → 704疾病（平成27年1月）

○ 医療費助成の予算額

年 度		平成25年度(実績)*	平成27年度	平成28年度
総事業費		1,598億円	2,546億円	2,622億円
難病	事業費(国費)	1,335億円(440億円)	2,221億円(1,111億円)	2,297億円(1,148億円)
	小慢	263億円(127億円)	325億円(162億円)	325億円(163億円)

* 平成25年度は、特定疾患治療研究事業及び小児慢性特定疾病研究事業の実績。

15

難病情報センターについて

<概要>

- 難病患者、家族及び医療関係者等に対する情報提供を目的に、難病情報センターにおいて、疾病の解説や難病性疾患克服研究事業等の成果等の情報を公開している。
- 難病情報センターの運営は、「公財」難病医学研究財団が行っている。

<主な掲載情報>

- 〇病気の解説**
厚生労働省研究班の協力により、一般利用者向け、医療従事者向けに各疾病の解説、診断基準、治療指針、症例情報、各疾病のFAQ、研究班名簿を掲載。
- 〇関の難病対策**
関の難病対策や関係通知、特定疾患治療研究事業の概要及び受給者証交付件数などに付随掲載。
- 〇各種制度・サービス概要**
 - 1) 都道府県の相談窓口情報
 - 2) 難病支援関連制度
 - 難病性疾患研究班情報
 - 災害時支援に関する情報
 - 福祉施設に関する情報
 - 難病医療連絡協議会・難病拠点病院
 - 都道府県難病相談センター

※H27年度の平均アクセス件数 約238万件/月

一般向け疾病解説 ▶

難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針 概要

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号、以下「法律」という。）第4条第1項に基づき、難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針を定める。

- 1 難病の患者に対する医療等の推進の基本的な方針**
難病は、一定の割合で発症することが知られ、その罹患率は低いものの、国民的にも発生する可能性があり、難病の患者及びその家族は社会が包容し、支援していただくことが必要である。国民の健康増進が医療政策の目的である。
- 2 難病の患者に対する医療等の推進の基本的な方針**
国民の健康増進が医療政策の目的である。国民の健康増進が医療政策の目的である。
- 3 難病の患者に対する医療等の推進の基本的な方針**
国民の健康増進が医療政策の目的である。国民の健康増進が医療政策の目的である。
- 4 難病の患者に対する医療等の推進の基本的な方針**
国民の健康増進が医療政策の目的である。国民の健康増進が医療政策の目的である。
- 5 難病の患者に対する医療等の推進の基本的な方針**
国民の健康増進が医療政策の目的である。国民の健康増進が医療政策の目的である。
- 6 難病の患者に対する医療等の推進の基本的な方針**
国民の健康増進が医療政策の目的である。国民の健康増進が医療政策の目的である。
- 7 難病の患者に対する医療等の推進の基本的な方針**
国民の健康増進が医療政策の目的である。国民の健康増進が医療政策の目的である。
- 8 難病の患者に対する医療等の推進の基本的な方針**
国民の健康増進が医療政策の目的である。国民の健康増進が医療政策の目的である。
- 9 難病の患者に対する医療等の推進の基本的な方針**
国民の健康増進が医療政策の目的である。国民の健康増進が医療政策の目的である。
- 10 難病の患者に対する医療等の推進の基本的な方針**
国民の健康増進が医療政策の目的である。国民の健康増進が医療政策の目的である。

基本方針における難病の医療提供体制に関する基本的な考え方と方向性

〇 難病の医療提供体制の在り方については、「難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針」(以下「基本方針」という。))において示されている。基本的な考え方及び今後の取組の方向性に基づいて検討を行う。

基本的な考え方	今後の取組の方向性 (※を実施するために必要となること)
難病は、発症してから確定診断までに時間を要する機会が多いことから、 できる限り早期に正しい診断ができる体制を構築するとともに、 診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制を確保する。	ア (前期)国は、(中期)府県の施策を要策させつつ、難病の診断及び治療の実施を担い、医療機関や診療科間及び他分野との連携の在り方について検討を行い、具体的なモデルケースを示す。 イ 都道府県は、(中期)地域の実情に応じた難病に関する医療を提供する体制の確保に向けて必要な事項を策定計画(中期)に盛り込むなどの措置を講じるとともに、それぞれの役割の実施、評価及び改善を通じて、必要な医療提供体制の構築に努める。 ウ 医療機関は、難病の患者に適切な医療を提供するよう努め、地方公共団体や他の医療機関と共に、地域における難病の診断及び治療に係る医療提供体制の構築に協力する。また、指定医その他の医療従事者は、関の都道府県の示す方針に照し、(中期)難病に関する医療機関や医療従事者との見える関係を構築し相互に協力を進め、連携の強化に努める。 エ 国立高度専門医療研究センター、難病の研究班、各分野の学会等が相互に連携して、全国の大学病院や地域で難病の医療の中心となる医療機関と、より専門的な機能を担った難病医療支援ネットワークの構築に努められるよう、国は、これらの体制の整備について支援を行う。 オ 国は、小児慢性特定疾病研究重中(中期)に対して小児期及び成人期をそれぞれ担当する医療従事者の連携を促進するものとする。また、産業を支援し、都道府県、指定都市及び中核市は、これらの連携の推進に努める。 カ 国は、難病についてできる限り早期に正しい診断が可能となるよう研究を推進するとともに、遺伝子診断等の特殊な検査について、倫理的な観点も踏まえつつ幅広く実施できる体制づくりに努める。

その際、
※難病の診断及び治療には、多くの医療機関や診療科等が関係することを踏まえ、それぞれの連携を強化するよう努める。

今後のスケジュール(案)

第43回難病対策委員会 〇 難病の医療提供体制の在り方について
(平成28年7月26日)

第44回難病対策委員会 〇 「難病の医療提供体制」(骨子案)についての検討
(平成28年8月下旬)

第45回難病対策委員会 〇 「難病の医療提供体制」(報告書案)についての検討
(平成28年秋頃)

平成28年度中
〇 取りまとめ、都道府県宛に通知

平成29年度
〇 都道府県において、上記通知を参考に、難病の医療提供体制の構築について検討

がん・疾病対策について

がん対策は、「がん対策推進基本計画」(平成24年6月)に沿って進めている。基本計画では、平成19年度から10年でがんの年齢調整死亡率を20%減少させることを目指しているが、このままでは目標達成が難しいと見込まれている。このため、平成27年6月1日に閣議決定された「がん対策加速化プラン」(平成27年6月)に沿って進めている。本計画には示されていない分野のうち、①遅れている分野、②短期集中的に実行すべき具体策を示した「がん対策加速化プラン」を策定することとした。プランの3つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。

予防(プランの柱①)	治療・研究(プランの柱②)	がんとの共生(プランの柱③)
① がん検診 精検診実施率の目標値設定 市町村、後援者の受診率及び取組事例等の公表 検診者に対する検診ガイドラインの策定 検診対象者へのインセンティブの導入 ② たばこ対策 FOTCや海外のたばこ対策の取組の引上げを模範として、たばこ税の税率の引き上げを検討して要請 ライフワーク、東京オリンピック・パラリンピックに向けた喫煙者減少対策の強化 ③ 肝臓対策 患者の自己負担の軽減を促した、重症化予防の促進 ④ 学校におけるがん教育 「がんの教育総合支援事業」の実施 等	① がんのゲノム医療 がんゲノム医療実用化に向けた実証調査 がんゲノム情報等の集約拠点の整備 家族性腫瘍の検査・治療等の検討 ② 個別化医療の推進・普及 高齢者や脆弱性を持つ患者への標準的治療の検証 ③ がん医療に関する情報提供 患者が医療機関に相談できる拠点病院 院外システム構築 ④ 小児・AYA世代のがん、若年がん 小児がん医療提供体制、長期フォローアップ体制等の検討 AYA世代のがん医療等の実証調査 ⑤ がん研究 がん研究推進計画 「がん研究推進計画」及び「がん研究10か年戦略」を踏まえた研究の推進 等	① 就労支援 拠点病院における仕事の継続を重視した相談支援の実施 ハローワークにおける就業支援の全国展開 雇用・事業主向けセミナー等の開催 産業保健総合支援センターの相談員による企業等に対する相談対応等の支援 企業向けガイドラインの策定及び普及啓発 ② 支援施設等の整備・普及 緩和ケアチームの実地研修の推進 ③ 緩和ケア 緩和ケアチームの実地研修の推進 患者の苦痛のスクリーニング方法の事例集の作成 地域連携のための訪問看護師の育成 等

遅けられるがんを防ぐ がん死亡者の減少 がんと共生できる

“がん”を克服し、活力ある健康長寿社会を確立

がん対策推進基本計画 (平成24年6月)

(※)は第2期から盛り込まれた項目

重点的に取り組むべき課題

- ① 放射線療法、化学療法、手術療法、手術療法の変容とチーム医療の推進
- ② がんが診断された時からの緩和ケアの推進
- ③ がん医療の推進
- ④ 働く世代や小児へのがん対策の充実(※)

全体目標【平成19年度からの10年目標】

- ① がんによる死亡者の減少 (75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)
- ② すべてのがん患者とその家族の苦痛の緩和と健康長寿の質の向上
- ③ がんになって安心して暮らせる社会の構築

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

- 1. がん医療**
①放射線療法、化学療法、手術療法の変容とチーム医療の推進
②がん診療に携わる専門的な医療従事者の育成
③がん診療に携わる専門的な医療従事者の育成
④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
⑤がん診療の早期開始・承認に向けた取組(※)
⑥その他(※がん、病理診断、リハビリテーション)
- 2. がんに関する相談支援と情報提供**
患者とその家族の悩みや不安を減らし、患者とその家族にとってより使いやすい相談支援体制を実現する。
- 3. がん医療**
全国的ながん診療の格差を縮減し、効果的な予後医療体制の構築や地域がん診療の実施によるがん診療の質の向上を図る。
- 4. がんの予防**
平成19年度までに、成人がん罹患率は12%、未成年がん罹患率は0%、喫煙喫煙については、行政指導及び啓発活動により、喫煙率は14%、喫煙率は平成27年度までに喫煙率の低い状態を実現する。
- 5. がんの早期発見**
がん検診の受診率は5年以内(50%)胃、膵、大腸は当国40%を達成する。
- 6. がん研究**
がん研究に関する研究をより一層推進する。2年以内に、関係者が連携して、がん研究の今後の方向性、各分野の具体的な研究事項等を示す新たながん研究戦略を策定する。
- 7. 小児がん(※)**
5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの全国的な格差の整備を開始する。
- 8. がんの教育・普及啓発(※)**
5年以内に、がんが予防できるあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。
- 9. がん患者の就労を促すための社会的な取組(※)**
就労に関する一時的な取組を明らかにし、がん患者に対する就労支援、相談支援体制の充実を通じて、がんになって安心して暮らせる社会の構築を目指す。

がん対策加速化プラン (平成27年12月)

がん対策は、「がん対策推進基本計画」(平成24年6月)に沿って進めている。基本計画では、平成19年度から10年でがんの年齢調整死亡率を20%減少させることを目指しているが、このままでは目標達成が難しいと見込まれている。このため、平成27年6月1日に閣議決定された「がん対策加速化プラン」(平成27年6月)に沿って進めている。本計画には示されていない分野のうち、①遅れている分野、②短期集中的に実行すべき具体策を示した「がん対策加速化プラン」を策定することとした。プランの3つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。

実施すべき具体策

予防(プランの柱①)	治療・研究(プランの柱②)	がんとの共生(プランの柱③)
① がん検診 精検診実施率の目標値設定 市町村、後援者の受診率及び取組事例等の公表 検診者に対する検診ガイドラインの策定 検診対象者へのインセンティブの導入 ② たばこ対策 FOTCや海外のたばこ対策の取組の引上げを模範として、たばこ税の税率の引き上げを検討して要請 ライフワーク、東京オリンピック・パラリンピックに向けた喫煙者減少対策の強化 ③ 肝臓対策 患者の自己負担の軽減を促した、重症化予防の促進 ④ 学校におけるがん教育 「がんの教育総合支援事業」の実施 等	① がんのゲノム医療 がんゲノム医療実用化に向けた実証調査 がんゲノム情報等の集約拠点の整備 家族性腫瘍の検査・治療等の検討 ② 個別化医療の推進・普及 高齢者や脆弱性を持つ患者への標準的治療の検証 ③ がん医療に関する情報提供 患者が医療機関に相談できる拠点病院 院外システム構築 ④ 小児・AYA世代のがん、若年がん 小児がん医療提供体制、長期フォローアップ体制等の検討 AYA世代のがん医療等の実証調査 ⑤ がん研究 がん研究推進計画 「がん研究推進計画」及び「がん研究10か年戦略」を踏まえた研究の推進 等	① 就労支援 拠点病院における仕事の継続を重視した相談支援の実施 ハローワークにおける就業支援の全国展開 雇用・事業主向けセミナー等の開催 産業保健総合支援センターの相談員による企業等に対する相談対応等の支援 企業向けガイドラインの策定及び普及啓発 ② 支援施設等の整備・普及 緩和ケアチームの実地研修の推進 ③ 緩和ケア 緩和ケアチームの実地研修の推進 患者の苦痛のスクリーニング方法の事例集の作成 地域連携のための訪問看護師の育成 等

遅けられるがんを防ぐ がん死亡者の減少 がんと共生できる

“がん”を克服し、活力ある健康長寿社会を確立

がん対策加速化プラン策定の背景

がん対策は、「がん対策推進基本計画」(平成24年6月)に沿って進めている。基本計画では、平成19年度から10年でがんの年齢調整死亡率を20%減少させることを目指しているが、このままでは目標達成が難しいと見込まれている。このため、平成27年6月1日に閣議決定された「がん対策加速化プラン」(平成27年6月)に沿って進めている。本計画には示されていない分野のうち、①遅れている分野、②短期集中的に実行すべき具体策を示した「がん対策加速化プラン」を策定することとした。プランの3つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。

「がんサミット」開催(平成27年6月1日)

内閣総理大臣の指示を受け、厚生労働省が中心となり、基本計画に示されている分野のうち、①遅れているため「加速すること」が必要な分野、②当該分野を「加速すること」により死亡率減少につながる分野に絞り、短期集中的に実行すべき具体策を示した「がん対策加速化プラン」を策定することとした。プランの3つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。

がんによる死亡者の減少 (75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少 92.4→73.9)

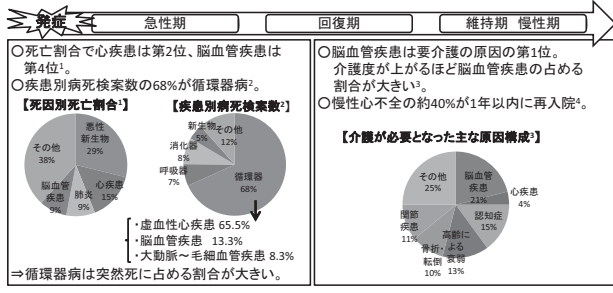
※年齢調整死亡率:死亡率を年齢別と比較するための、高齢化など年齢構成の変化の影響を取り除いた場合の、人口10万人あたりの死亡率

年齢調整死亡率:死亡率を年齢別と比較するための、高齢化など年齢構成の変化の影響を取り除いた場合の、人口10万人あたりの死亡率

実際の年齢調整死亡率: 92.4
 予測される年齢調整死亡率: 76.7
 目標とする年齢調整死亡率: 73.9

年齢調整死亡率は17%減にとどまる見込み。このままでは目標達成が難しいと予測されている。

発症後の循環器病をめぐる状況



出典 1. 厚生労働省 平成27年人口動態統計 2. 東京都監察医務院 平成27年版統計表
3. 厚生労働省 平成22年国民生活基礎調査 4. Circulation Journal 2006; 70(12): 1617-1623

脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会

趣旨
脳卒中、心臓病その他の循環器病は、我が国の主要な死亡原因であるとともに、介護が必要となる主な原因のひとつである。
本検討会は、循環器病に係る医療又は介護に要する負担の軽減を図ることが喫緊の課題となっていることに鑑み、国民の健康寿命の延伸等を図るため、脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について検討することを目的に開催するものである。

検討事項

- 循環器病に係る急性期診療提供体制の在り方について
- 循環器病に係る慢性期診療提供体制の在り方について
- その他循環器病診療提供体制に関する事項について

ワーキンググループの設置
循環器病の診療提供体制における課題等を踏まえ、特に心臓病疾患と脳卒中にそれぞれ専門性の異なる視点において検討が必要な項目があることから、心臓病疾患と脳卒中の2つのワーキンググループを立ち上げて議論する。

開催状況
平成28年6月30日(木)：第1回検討会
平成28年8月17日(水)：第1回第1回心臓病疾患に係るワーキンググループ
平成28年8月18日(木)：第1回脳卒中に係るワーキンググループ

厚生労働省におけるアレルギー疾患等に対する施策に関するこれまでの取組

昭和47年	小児ぜんそく治療研究事業を実施。 (昭和49年度より小児慢性特定疾患治療研究事業において医療費助成を開始。)
平成4年	・アレルギー疾患についての総合的な研究事業を開始し、病因及び病態の解明、治療法等の研究の推進。 ・免疫アレルギー疾患の診療に関するガイドライン等を随時作成及び改訂し、医療関係者に対する適切な診断・治療方法の普及啓発を実施。
平成17年	・今後のアレルギー対策を総合的・体系的に実施するため「アレルギー疾患対策の方向性等」を策定し、都道府県等関係団体に通知。「(医療提供等の確保)を柱の一つに掲げ、かかりつけ医を中心とした医療体制の確立を推進」
平成18年	・リウマチ・アレルギー特別対策事業を開始。 目標：喘息死の減少。リウマチ及びアレルギー系疾患の新規患者数の減少。 方法：都道府県を通じて、医療機関、保健所、市町村等の地域医療連携を推進。
平成23年	・厚生科学審議会疾病対策部会リウマチ・アレルギー対策委員会において報告書のとりまとめ。(平成23年9月)

「アレルギー疾患対策基本法」施行(平成27年12月25日付)

アレルギー疾患対策基本法(平成27年12月25日施行)

対象疾患：気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー、等

※上記2疾患以外は必要に応じて政令で定めるとされているが、現状、他の疾患は定められていない。

基本理念

- ① 総合的な施策の実施により生活環境の改善を図ること。
- ② 居住地域にかかわらず適切なアレルギー疾患医療を受けられるようにすること。
- ③ 適切な情報の入手ができる体制及び生活の質の維持向上のための支援体制の整備がなされること。
- ④ アレルギー疾患研究を推進し、その成果等を普及・活用・発展させること。

アレルギー疾患対策基本指針

○アレルギー疾患対策の総合的な推進を図るため、厚生労働大臣が基本指針を策定

- ・アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な事項
- ・アレルギー疾患に関する啓発及び知識の普及並びにアレルギー疾患の予防のための施策に関する事項
- ・アレルギー疾患医療を提供する体制の確保に関する事項
- ・アレルギー疾患に関する調査及び研究に関する事項
- ・その他アレルギー疾患対策の推進に関する重要事項

厚生労働省アレルギー疾患対策推進協議会

- ・「アレルギー疾患対策基本指針」の策定・変更に当たって意見を述べる
- ・委員は、厚生労働大臣が任命

(委員)
・患者及びその代表者
・アレルギー疾患患者に従事する者
・学識経験のある者

※協議会の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で規定

感染症対策について

薬剤耐性(AMR)について

背景

- 抗菌薬が効かなくなる薬剤耐性(AMR)感染症が世界的に拡大。
⇒ 公衆衛生に重大な影響を与えている。
- 一方で、新規の抗菌薬等の開発は近年停滞。
⇒ このままでは、AMRIに対する対抗手段が枯渇。

国際社会の動向

- 2015年、WHO総会でAMRIに対する世界行動計画を採択。
⇒ 加盟国には、2年以内に国家行動計画の策定・実行を要求。
- 2015年、G7エルマウサミットでは、AMRI対策を推進することで一致。
- 2016年、G7伊勢志摩サミットにおいても主要議題の一つとして議論された。

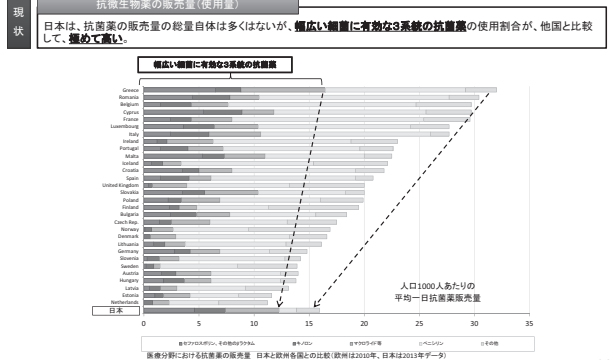
我が国の対応

- 医療、農畜水産、食品安全の各分野において、サーベイランス(耐性菌の監視)、抗菌薬の適正使用等の取組を実施。
- 2016年4月に国家行動計画を策定し、分野横断的に取組(ワンヘルズ・アプローチ)を推進。
- G7伊勢志摩サミット議長国として、AMRIについて国際協力を推進。

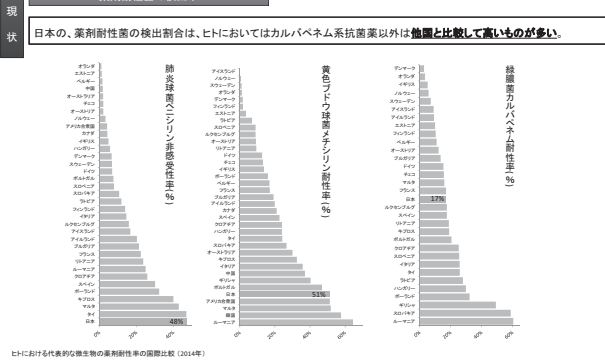
図表：米国における新規抗菌薬剤数と薬剤耐性菌の出現傾向の推移

出典：Schäberle TF, Hack IM. Trends Microbiol. 2014; 22: 165-7.

抗菌薬使用量の国際比較



ヒトの検体における薬剤耐性菌の検出率の国際比較



「薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(2016-2020)」(骨子)

1. 普及啓発・教育

- 1.1 国民に対する薬剤耐性の知識、理解に関する普及啓発・教育活動の推進
- 1.2 関連分野の専門職等に対する薬剤耐性に関する教育、研修の推進

2. サーパーバイランス・モニタリング

- 2.1 医療・介護分野における薬剤耐性に関する動向調査の強化
- 2.2 医療機関等における抗微生物薬使用量の動向の把握
- 2.3 畜水産、獣医療等における動向調査・監視の強化
- 2.4 医療機関、検査機関、行政機関等における薬剤耐性に対する検査手法の標準化と検査機能の強化
- 2.5 ヒト、動物、食品、環境等に関する薬剤耐性に関する統合的なワンヘルス動向調査の実施

3. 感染予防管理

- 3.1 医療・介護分野における感染予防・管理と地域連携の推進
- 3.2 畜水産、獣医療機関、食品加工・流通過程における感染予防・管理の推進
- 3.3 薬剤耐性感染症の集団発生への対応能力の強化

4. 抗微生物薬適正使用

- 4.1 医療機関における抗微生物薬適正使用の推進
- 4.2 畜水産、獣医療等分野における動物用抗微生物薬の適正使用の推進

5. 研究開発・創薬

- 5.1 薬剤耐性感染症の発生・伝播機序及び社会経済に与える影響を明らかにするための研究の推進
- 5.2 薬剤耐性に関する普及啓発・教育、感染予防・管理、抗微生物薬の適正使用に関する研究の推進
- 5.3 感染症に対する既存の予防法、診断法及び治療法の最適化に関する研究開発の推進
- 5.4 新たな予防法、診断法及び治療法等の開発に関する研究および産学連携の推進
- 5.5 薬剤耐性の研究及び薬剤耐性感染症に対する新たな予防法、診断法、治療法等の研究開発に関する国際共同研究の推進

6. 国際協力

- 6.1 薬剤耐性に関する国際的な政策に係る日本の主導力の発揮
- 6.2 薬剤耐性に関するグローバル・アクションプラン達成のための国際協力の展開

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の一部を改正する法律 (平成26年11月21日法律第116号)

背景・目的

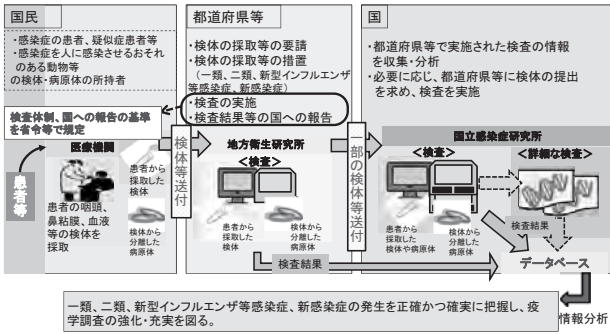
- 高インフルエンザ(H7N9)や中東呼吸器症候群(MERS)などの新たな感染症が海外で発生しており、これらの感染症に対し万全の対策を講じることが必要。
- デング熱など昨今の感染症の発生状況、国際交流の進展、保健医療を取り巻く環境の変化等を踏まえ、感染症に対応する体制を一層強化。

概要

1. 新たな感染症の二類感染症への追加【平成27年1月21日施行】
 - 政令により暫定的に二類感染症として扱われていた鳥インフルエンザ(H7N9)及び中東呼吸器症候群(MERS)について、二類感染症に位置付ける。
 2. 感染症に関する情報の収集体制の強化【平成28年4月1日施行】
 - 知事(緊急時は厚労大臣)は、全ての感染症の患者等に対し検体の採取に応じること、また、医療機関等に対し保有する検体を提出すること等を要請できる旨の規定を整備。
 - ※ 上記によっては対応できない場合、知事(緊急時は厚労大臣)は、一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び新感染症の患者等から検体の採取等の措置をとることができる旨の規定を整備。
 - ※ 検体検査の向上を図るため、知事が入手した検体について、知事による検査の実施、検査基準の策定、厚労大臣から知事に対する検体の要請を規定。
 - 一部の五類感染症について情報収集体制を強化。(季節性インフルエンザの検体の指定提出機関制度を創設)
 - ※ 伝播性経路が空気感染及び人への届出方法の変更(診断施設等に、発生・年齢・性別等を届出)【平成27年5月21日施行】
- (*) その他【平成27年5月21日施行】
- ・ 二種病原体等として管理規制(所持の届出等)が行われる結核菌の範囲を限定。
 - ・ 保健所による結核患者に対する直接服薬指導等について、医療機関等と連携して実施するための規定を整備。

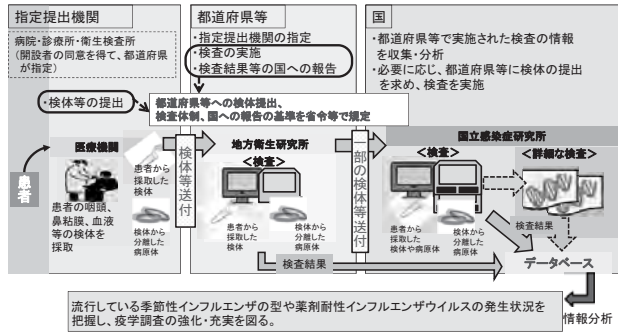
感染症に関する情報の収集体制の強化

(改正感染症法第15条、第16条の3、第26条の3、第26条の4、第44条の7関係)



季節性インフルエンザの検体等の指定提出機関制度の創設

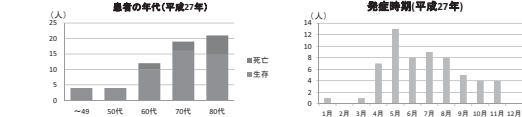
(改正感染症法第14条の2関係)



ダニ媒介感染症の発生状況

重症熱性血小板減少症候群(SFTS)

- 平成25年1月、新しい感染症「重症熱性血小板減少症候群(SFTS)」の症例を国内で初めて確認。西日本(20府県)で、209名の患者(うち50名死亡)が確認(平成17年~28年7月31日時点)されており、平成28年8月10日には、沖縄県で1例目の患者が発生した。
- 野外に生息するマダニに吸血された際、マダニが保有していたSFTSウイルスが体内に入り感染する。
- 特異的な抗ウイルス薬やワクチンは今のところ確認されていない。
- マダニの活動が活発な春から秋にかけて患者が多く発生している。



ダニ媒介脳炎

- 平成5年10月に北海道で初めて患者が発見され、平成28年8月に北海道において2例目の発生。
- ダニ媒介脳炎ウイルスは北海道の一部地域に分布していることが明らかにされている。
- 野外に生息するマダニに吸血された際、マダニが保有していたウイルスが体内に入り感染する。
- 特異的な治療法は今のところ確認されていない。
- ロシア春夏脳炎と中央ヨーロッパダニ媒介脳炎の2型に分けられ、流行地では、この疾病にかかる高リスクの方に対してワクチンの接種が行われることもある。

2016年8月12日作成

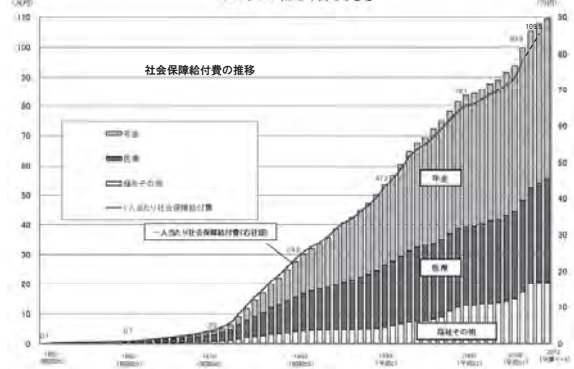


地域医療・地域保健の課題

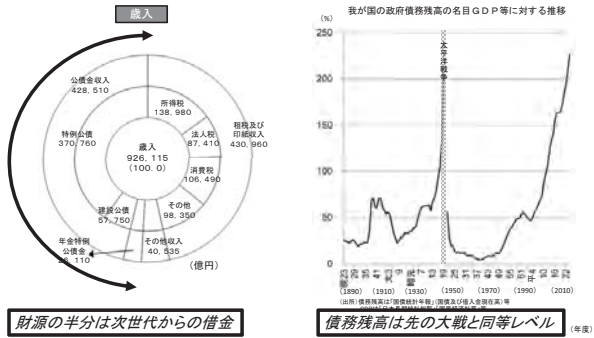
平成28年9月4日
厚生労働省健康局総務課
長谷川 学

資料について
個人的な見解を元に取りまとめたものですので、ご不明の点は講演者本人にお尋ねください。

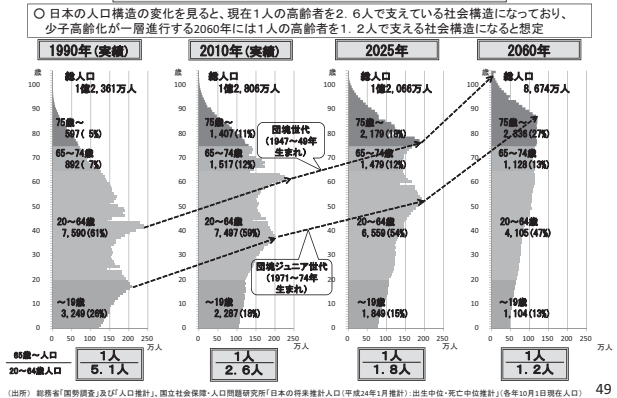
日本の社会保障費



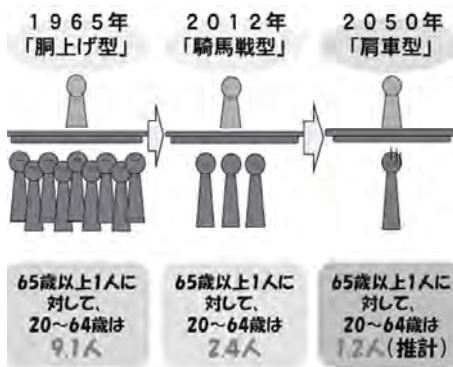
歳入及び政府債務残高の現状



人口ピラミッドの変化(1990~2060年)



肩車型社会へ



社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革推進法に基づき設置。平成24年11月~平成25年8月。20回にわたり議論。

15名の有識者によって議論
大学教官、医療関係者、福祉関係者、報道機関

報告書(概要)

○①自助、②共助、③公助 の順番

○現在の世代に必要な給付は、現在の世代で賄うことが必要

○すべての世代の夢や希望につながる子ども・子育て支援の充実

○地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て
住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしく暮らせるよう、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築
「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」に

○病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

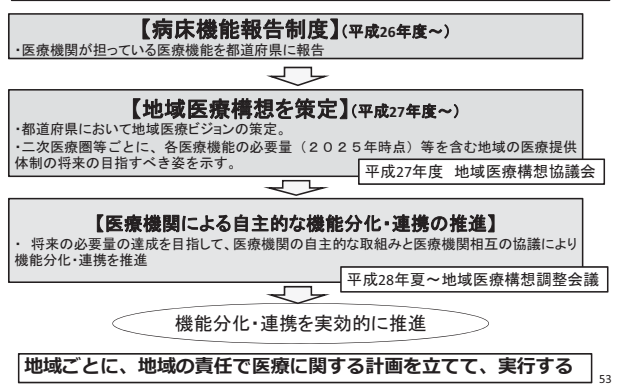
今後の地域医療について

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年6月) 医療法改正(平成26年6月)

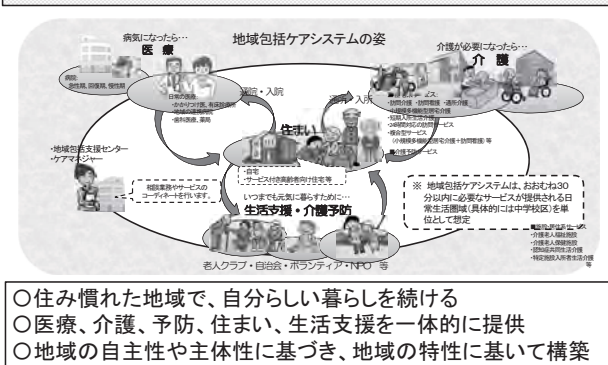
- 1 地域の医療は地域の責任で提供する
- 2 国は都道府県に権限と財源を用意する
- 3 地域ごとに医療関係者、行政、住民が話し合って計画を立てる

医療分野は、地方分権の時代へ

医療の計画づくり



地域包括ケアシステムの構築について



地域包括ケアの本質

私見

○理念は素晴らしい

・住み慣れた地域で「さいご」まで過ごす

・住民中心、患者中心

・まちづくり、地方分権

・地域の絆、家族の絆

地域包括ケアのむずかしさ

私見

- 「システム」と言いながら体系化、普遍化できていない
モデルはあり：広島県尾道、千葉県柏、世田谷、長岡、鳥取県南郷町、大分県竹田 等
- 地域包括ケア「システム」と言いながら、本質は問題解決可能な「ネットワーク」(人間関係)
- 社会資源が必要
マンパワー(家庭内介護力、訪問サービス)、ネットワーク、財源、施設
- 関係者、関係機関が多岐にわたるが連携は？
地域住民、行政(県、市、医療、介護、保健、福祉)、医療(病院、診療所、歯科診療所、看護ST、薬局、医師会)、介護(施設、ケアマネ)、福祉、消防(救急搬送)、法律、警察
- 住民の意識：自分事としてとらえて、活動に参画できるか？ 患者、要介護者と関わることが出来るか？
- 患者、要介護者の意識：地域住民のお世話になれるか？
(介護保険制度：「介護の外部化」
お金を払って対等な立場で、利用者としてプロからサービスを受ける)

56

憂慮すべき事項

私見

- 住民の負担能力、家庭内介護力に限界
増える低所得割合
増える独居世帯の割合
→金銭負担、家庭内介護力は？
- 町内会、自治会の能力低下(高齢化、なり手不足)
→地域の力は？
- 地方自治体の対応能力は限界
→税収は減少。職員数は？
- 医療、介護の提供能力の限界
→開業医の高齢化、訪問看護、訪問介護の拡充は？

地域包括ケアをどうやって進めるのか？

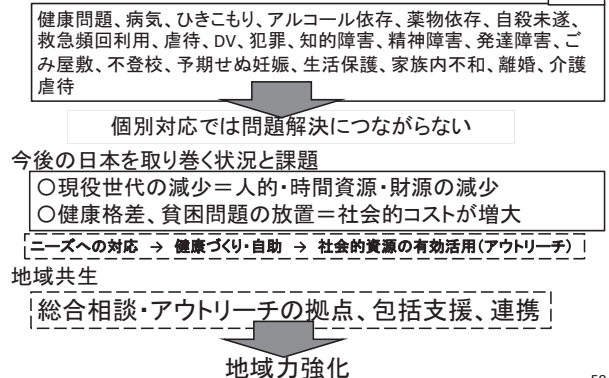
私見

- 近所付き合い、助け合い、町ぐるみ活動、まちづくり、町内会活動
 - 医療と介護のためのみの仕組みではないのでは？
→子育て、健康づくり、食育活動・・・
 - ケアが必要になる前から自主的に関わる(お世話、予防)
 - 集団、世帯、個人のそれぞれのレベルでの活動
 - 専門性、科学的エビデンスに基づく取組。一方で、取り組みはソフトに
 - 住民、行政機関、医療機関、介護施設、NGO等との連携
 - 地域の底力を強くする活動そのもの
- 地域における健康づくり活動そのもの！(地域保健活動)

58

複雑に絡み合った事象 放置は社会的コストの増大

私見



59

結語

私見

地域包括ケア時代の到来により、
地域における医療保健政策の重要性は
ますます、大きくなっていきます。

- <健康づくり活動と地域包括ケア>
○みんなで楽しく、できることを助け合いながら・・・
- コミュニティづくり
- バランスが重要
- 健康づくりは総合的なアプローチが可能
- 子育て世代への関与

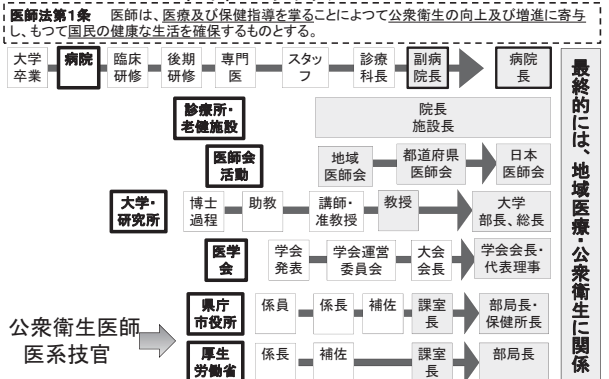


下関保健所マスコットころん

解決できない課題はない！

60

医師のキャリアパス



資料 2-8 ケースメソッド：災害時公衆衛生活動に関して

<p style="text-align: center;">平成28年9月4日 公衆衛生サマナー</p> <p style="text-align: center;">熊本地震における公衆衛生 支援チームの活動について</p> <p style="text-align: center;">大阪府四條畷保健所 宮園将哉</p>	<p style="text-align: center;">平成28年 熊本地震</p> <p>4月14日 21時26分 M6.5 震度7 4月16日 1時25分 M7.3 震度7</p> <p>主な被災地： 熊本市・益城町・嘉島町・御船町・ 西原村・南阿蘇村・大津町・阿蘇市など</p> <p>被害状況（8月15日現在） 死者 50名 負傷者 約1500名 避難者 最大約18万人 震災関連死 17名 推計被害額 3000億円以上</p> 																																																																						
<p style="text-align: center;">大阪府の公衆衛生支援チーム</p> <ul style="list-style-type: none"> 4月16日の国からの要請に基づいて保健師を中心とした公衆衛生チームの益城町への派遣を決定。 各班4泊5日の日程で4月20日から6月30日まで18チームを派遣。 チームは保健師と業務調整員を核に、公衆衛生医師や管理栄養士を加えた4～5名の編成。 のべ派遣人員は、保健師51名、調整員18名、管理栄養士15名、行政医師3名（中核市職員を含む）。 大阪府チームは益城町の避難所で、被災者の健康管理を中心に支援活動を実施することとなり、総合体育館に設置された避難所でそれぞれの職種が役割を分担して支援活動に当たった。 	<p style="text-align: center;">大阪府公衆衛生チームの支援活動</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1班</th> <th>2班</th> <th>3班</th> <th>4班</th> <th>5班</th> <th>...</th> <th>15班</th> <th>16班</th> <th>17班</th> <th>18班</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4/20-4/24</td> <td>4/24-4/28</td> <td>4/28-5/2</td> <td>5/2-5/6</td> <td>5/6-5/10</td> <td>...</td> <td>6/15-6/19</td> <td>6/19-6/23</td> <td>6/23-6/27</td> <td>6/27-6/30</td> </tr> <tr> <td>医師</td> <td>医師</td> <td>医師</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>...</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>保健師</td> <td>保健師</td> <td>保健師</td> <td>保健師</td> <td>保健師</td> <td>...</td> <td>保健師</td> <td>保健師</td> <td>保健師</td> <td>保健師</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>中核市保健師</td> <td>中核市保健師</td> <td>...</td> <td>中核市保健師</td> <td>中核市保健師</td> <td>中核市保健師</td> <td>中核市保健師</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>管理栄養士</td> <td>管理栄養士</td> <td>...</td> <td>管理栄養士</td> <td>管理栄養士</td> <td>管理栄養士</td> <td>管理栄養士</td> </tr> <tr> <td>業務調整員</td> <td>業務調整員</td> <td>業務調整員</td> <td>業務調整員</td> <td>業務調整員</td> <td>...</td> <td>業務調整員</td> <td>業務調整員</td> <td>業務調整員</td> <td>業務調整員</td> </tr> </tbody> </table>	1班	2班	3班	4班	5班	...	15班	16班	17班	18班	4/20-4/24	4/24-4/28	4/28-5/2	5/2-5/6	5/6-5/10	...	6/15-6/19	6/19-6/23	6/23-6/27	6/27-6/30	医師	医師	医師	-	-	...	-	-	-	-	保健師	保健師	保健師	保健師	保健師	...	保健師	保健師	保健師	保健師	-	-	-	中核市保健師	中核市保健師	...	中核市保健師	中核市保健師	中核市保健師	中核市保健師	-	-	-	管理栄養士	管理栄養士	...	管理栄養士	管理栄養士	管理栄養士	管理栄養士	業務調整員	業務調整員	業務調整員	業務調整員	業務調整員	...	業務調整員	業務調整員	業務調整員	業務調整員
1班	2班	3班	4班	5班	...	15班	16班	17班	18班																																																														
4/20-4/24	4/24-4/28	4/28-5/2	5/2-5/6	5/6-5/10	...	6/15-6/19	6/19-6/23	6/23-6/27	6/27-6/30																																																														
医師	医師	医師	-	-	...	-	-	-	-																																																														
保健師	保健師	保健師	保健師	保健師	...	保健師	保健師	保健師	保健師																																																														
-	-	-	中核市保健師	中核市保健師	...	中核市保健師	中核市保健師	中核市保健師	中核市保健師																																																														
-	-	-	管理栄養士	管理栄養士	...	管理栄養士	管理栄養士	管理栄養士	管理栄養士																																																														
業務調整員	業務調整員	業務調整員	業務調整員	業務調整員	...	業務調整員	業務調整員	業務調整員	業務調整員																																																														
<p style="text-align: center;">大阪府チーム第1班の活動</p> <p>○第1班（4月20日～24日）</p> <ul style="list-style-type: none"> 4月20日：移動日（大阪→熊本） 公用車（レンタカー）にて大阪から熊本へ。 4月21日：現地活動（益城町保健福祉C・総合体育館） 4月22日：現地活動（同上） 4月23日：現地活動（同上） 4月24日：現地活動（同上）・移動（熊本→大阪） 飛行機にて熊本から大阪へ（空港は益城町内）。 保健師は総合体育館を中心に活動することになったが、公衆衛生医師の活動については町や県から特に指示がなかったことから、独自の判断で保健福祉センターにて保健師チームの本部機能の支援を行うことにした。 	<p style="text-align: center;">熊本県</p> <p>人口：約180万人 面積：7400km² 保健所：県10か所 十熊本市（政令市）</p> <p>交通： 九州自動車道 九州新幹線 熊本空港（天草空港）</p> 																																																																						
<p style="text-align: center;">出発式（大阪府公館）</p> 	<p style="text-align: center;">出発式（大阪府公館）</p> 																																																																						

宿舎と公用車



熊本県益城町



九州自動車道の被害



グランメッセ熊本での車中泊



家屋等の被害



家屋等の被害



益城町保健福祉センター



益城町立広安小学校



益城町での保健活動支援

- 厚生労働省と熊本県からの派遣要請により、各都道府県が保健師を中心とした保健活動支援チームを派遣。
 - ・京都市（4月18日～）、岡山市（18日～）、鹿児島県（19日～）、兵庫県（20日～）、和歌山県（20日～）、大阪府（21日～）、徳島県（21日～）、相模原市（21日～）、浜松市（21日～）、静岡市（22日～）、富山県（24日～）等の保健活動支援チームが町内12か所の避難所において被災者の健康管理を担当。
 - ・避難所は、益城町保健福祉センター、益城町総合体育館、益城町情報交流センター、益城中央小学校、飯野小学校、広安小学校、広安西小学校、ひろやす愛児園、福田公民館いこいの里、益城町商工会、グランメッセ熊本、阿蘇熊本空港ホテルエミナス（※4月24日時点）

益城町総合体育館

- ・町からYMCAが指定管理者として運営を受託。
- ・隣接地に情報交流センターがあり（こちらは町直営）、避難所支援として他府県チームが入っている。
- ・同様に総合運動公園も隣接していて、そこにテント村が開設されてボランティア団体が支援に入っている。
- ・その他駐車場に停めた自家用車で車中泊する人も多数あり。
- ・体育館（アリーナ）は、施設損傷（天井落下）のために利用できず、避難者は通路やロビーも含めたそれ以外の部屋や場所に居場所を確保している。
- ・施設内では元の居住地区も支援の度合いも関係なく、避難者は各自バラバラに場所を確保している。

総合体育館・運動公園



益城町総合体育館



総合体育館避難所



避難所の様子



医療救護班



- ・各避難所のうち大規模避難所を中心に医療救護所を設置。
- ・支援活動の拠点本部となった保健福祉センターにも医療救護所を併設。
- ・総合体育館避難所には歯科の相談コーナーを設置。

医療チームミーティング



益城町災害対策本部



・町役場庁舎が地震被害で倒壊の恐れがあったため、保健福祉センター内の児童館に災害対策本部を設置。
 ・町以外に、国土交通省、陸上自衛隊、福岡県と関西広域連合の合同支援チームなどが常駐。

保健師活動

- 大阪府チームは静岡市チームとともに総合体育館を担当。
 「益城町の職員保健師の代理」という位置づけ。
- ・避難所内に健康相談コーナーを設置し、そこを現地の拠点として被災者支援のための保健活動を実施。
- ・施設内を巡回して保健師が得てきた情報と、施設管理者が作成した避難者名簿と施設図面と突き合わせて、避難所内の要支援者リストを作成。
- ・作成した要支援者リスト等の情報をもとに避難所内を毎日巡回して新たな問題が発生していないか確認。
- ・避難所の施設管理者とともに、隣接する情報交流センター、総合運動公園も含めて様々な支援チーム（各自治体、日本赤十字、三師会、NPOなど）をとりまとめ、毎日定期的にミーティングを開催して情報共有を行う。

保健師活動

- ・高齢者のねたきり等を予防するための活動
 →ダンボールベッド導入のためのスペース確保も重要
- ・深部静脈血栓症（=エコノミークラス症候群）予防活動
 →運動を促すチラシや弾性ストッキングの配布など
- ・トイレの衛生管理のための指導助言
 →感染症予防だけでなく脱水やねたきりも予防
- ・感染症の集団発生予防のための指導助言
 →水痘、インフルエンザ、感染性胃腸炎などへの対応
- ・食中毒予防のための指導助言
 →配給不足への不安から食料をため込む人がいる
- ・心のケアも含めた避難者への対応
 →各種ボランティアや支援チームからの働きかけそのものをストレスに感じている避難者もいる

保健師活動



保健師チームミーティング



段ボールベッド



避難所のトイレ



栄養士活動

- 総括・連携
- ・被災地や支援自治体の栄養士と毎日朝夕にミーティングで情報を共有する（別途全体ミーティングが1日1回）。
- 食糧支援
- ・避難所での食事提供内容の改善
 配食されているものは、
 過剰：エネルギー・タンパク質・脂質
 不足：ビタミン・ミネラル
 →食事提供内容の改善を提案したり、支援物資を用いて不足する栄養を改善する提案を行った。
- ・避難所での炊き出しの衛生管理
 →支援者に対する自主点検票での確認と注意喚起
 被災者に対する取り置きへの注意喚起

栄養士活動

○在庫管理

- ・支援食品（マルチビタミン、介護食、離乳食など）が混在していたので、**在庫を整理**するとともに、**賞味期限の管理等**に関する運用方法のルールづくりを行った。

○栄養改善

- ・個別指導記録（カルテ）から対象者リストを作成し、**避難所内を巡回して体調や食事への要望などの聞き取り**を実施。
 - ・健康相談コーナーで**被災者に対する個別指導**を実施し、その状況をミーティングの場を通じて他の避難所を担当している他府県からの**栄養士に情報共有**した。
- （例）栄養の偏り→牛乳や果物の提供による改善
口内炎の多発→マルチビタミンの配布による対応

町からの配食



ある日の配食例
朝食：おにぎり
昼食：パンとジュース
（果物ジュースと野菜ジュースが交替で提供）
夕食：塩唐揚げ弁当



朝食・昼食は未明3～4時に、夕食は夕方16時頃配送。避難所ごとに空調の利いた室内や屋外設置の大型冷蔵庫に保管。
（屋外保管時は、食中毒発生の危険を考慮してブルーシートを掛けないように指導）

炊き出し（民間事業者）



炊き出し（陸上自衛隊）



野外風呂（陸上自衛隊）



2班との引き継ぎ



被災地での避難所の課題

○トイレ対策・衛生対策

- ・炊き出しや食料品の衛生管理（→冷蔵庫の確保）
- ・ゴミ・廃棄物処理（→衛生害虫の発生予防）
- ・仮設トイレの設置・管理（→トイレの清掃・消毒）

○避難者の健康管理

- ・**深部静脈血栓症（エコノミークラス症候群）や生活不活発病の発生予防**
（→洋式トイレ・ラップ式トイレの導入）
（→ダンボールベッド、パーティションの導入）
- ・粉塵吸入、感染症、熱中症などの発生予防
- ・食料支援を通じた栄養ケア
- ・こころのケア（被災者／支援者）
- ・災害弱者へのケア（福祉避難所の活用）

被災地での避難所の課題

- 避難所の収容量の絶対的な不足
- 福祉避難所の市民に対する周知が不十分
- 避難所運営に関する初動体制が不十分
- 避難所の自主運営体制が不十分
- 長期避難を見据えた被災者への情報提供が不十分
- 避難所での被災者情報の管理が不十分
 - ・初期には要支援者の情報収集に手間取った
- 刻々と変化する課題に対応するため継続的な評価が必要
- 多様な避難者のニーズ把握が困難だった
 - ・昼間は仕事や自宅の片づけで不在な人が多い
 - ・夜間しかいない人や避難所を転々とする人も多い
 - ・車中泊避難者や自宅避難者も多い

保健医療分野の災害対策の課題

○医療分野

- ・DMATを中心とした急性期医療を中心とした体制ができつつある一方で、慢性期医療の体制整備はまだ進んでいない。
- ・今後は慢性期の災害医療体制整備も進めていく必要がある。

○保健分野

- ・保健師活動を中心とした被災者の健康管理の重要性が認識されるようになったが、医療活動や心のケア、栄養管理、リハビリ、介護・福祉分野まで、**多分野・多職種との連携についてはまだまだ課題も多い。**
 - ・災害発生によって急激に様々な業務の需要が増えることにより、**本部機能が滞り**そのため現場での業務も滞るという悪循環に陥っていた。
 - ・**指揮命令系統の整備も含めた医療保健介護福祉全般の体制整備が必要。**
 - ・指揮命令系統に対する支援を受けるための**受援体制**の整備が必要。
 - ・現場での保健活動だけではなく、本部での指揮命令機能を支援するための**支援体制**の整備が必要
- 災害時健康危機管理支援チーム「DHEAT*」構想
*Disaster Health Emergency Assistance Team

ご清聴ありがとうございました



災害時の公衆衛生活動と 受援体制の整備

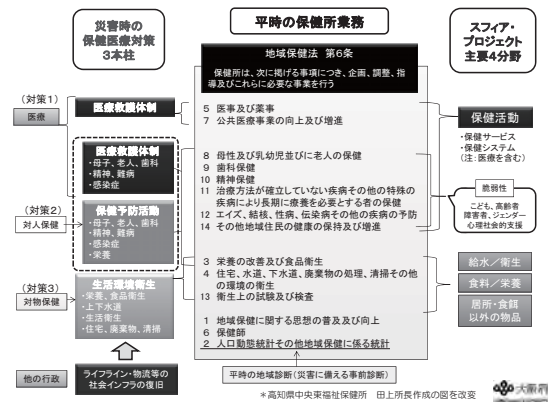
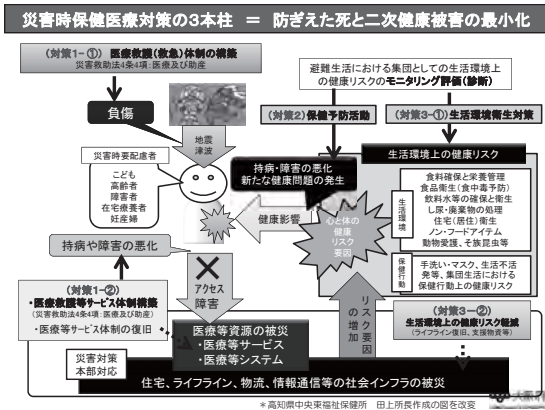
大阪府四條畷保健所 宮園将哉



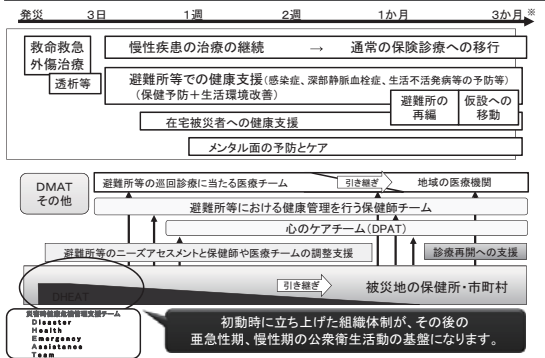
はじめに

このセッションの内容は、今年度から日本公衆衛生協会が全国8ブロックで開催している「災害時健康危機管理支援チーム (DHEAT) 養成研修 (基礎編)」の内容から一部を抜粋したものです。

なお、これからお見せするスライドについては、このセッション終了後に印刷したものを配布します。



災害時保健医療ニーズと活動の経時変化



Q1

あなたは〇〇県〇〇保健所に勤務する職員です。

9月4日10時に〇〇県を震源とする大地震が発生したため、勤務先の〇〇保健所に非常参集しました。

保健所に到着してから概ね1日以内に行うべきことを「順番に」「すべて」あげてください。

(グループ検討時間5分)



災害発生後初期の業務

- ・災害対策本部を立ち上げる (Command&Control)
リーダーと役割分担を決める
- ・本部活動ができる安全な場所を確保する (Safety)
安全を確認して場所を確保する
電気・水道・ガス等のライフラインを確認する
- ・県庁や市役所など関係機関と連絡を取る (Communication)
連絡手段 (電話・メール・防災無線) を確保する
カウンターパートを確認する
- ・被災状況を把握して評価する (Assessment)
災害の種類・発生場所・危険性・到達経路・負傷者数
医療機関の被災状況と対応状況
避難所の状況と被災者の状況 など



CSCA-TTT/4H

災害医療のCSCA-TTT

- Command&Control Triage (選別)
- Safety Treatment (処置)
- Communication Transportation (搬送)
- Assessment

災害時公衆衛生活動のCSCA-HHHH (4H)

- Command&Control Help (マネジメントの補佐)
- Safety Hub for cooperation &
- Communication coordination (連携協力のハブ)
- Assessment Health care system (保健医療)
Health & Hygiene (保健衛生)

*英国ALSGのMIMMSの内容を一部改変



災害対応業務によくある問題点

- ・自分たちの役割がわからない／誰が責任者かわからない
- ・情報が来ない／連絡が取れない／上からの指示が来ない
- ・市役所でも保健所でも同じ内容の会議を開いている
- ・市役所と保健所でマニュアルの内容が違う
(異なった方針が調整されていない)
- ・A病院は患者があふれているのにB病院は患者がいない
(資源活用のアンバランスが大きい)

災害時に起きる問題の大部分は、
「知識や技術の問題」ではなく
「管理体制の問題」です。



まずは責任者を決めましょう

○責任者（現場指揮者）

- ・現場の責任者の仕事は
 - ・現場の安全確保
 - ・関係者への情報提供
 - ・関係機関との連携体制の確立 など
 その上で目的、戦略、優先順位を決めましょう
- ・誰が責任者になるべきか
 - ・通常、現場に一番最初に到着した人が現場指揮者になる
 - ・その人が管理職か専門職かなどは全く関係ない
 - ・ただし、より責任者にふさわしい人が到着した時点で必要に応じて現場指揮者役を交代する
 - 「現場指揮者が空席になることはあり得ない」



次に部門を立ち上げましょう

現場指揮者（リーダー）

記録係：本部に集まる様々な情報を記録・可視化する

連絡係：リーダーに代わって連絡調整を行う

計画情報部門

リーダーが方針を決めるための支援を行う

総務財務部門

活動に必要な物資の調達など庶務を担当する

現地活動部門

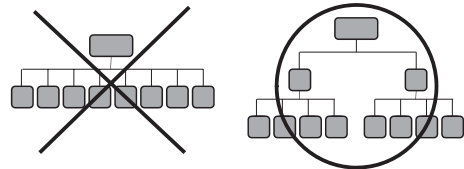
医療活動支援、保健栄養活動、介護リハ活動、
衛生活動などを支援チームの力を借りて立ち上げる

* ICS（Incident Command System）ともいいます



統制範囲

統制範囲とは1人の人間が効果的に監督できる部下の数は、
3～7人（チーム）、できれば5人（チーム）以下が
望ましいという原則のことです。



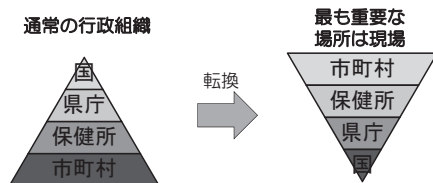
災害の規模と対応組織の展開

災害対策本部（例：県庁） → 戦略決定

現地対策本部（例：保健所） → 戦術決定

現場指揮所（例：避難所） → 現場活動

- ・現場対応は権限委譲でできるだけ現場に任せる
- ・国や県庁は後方支援と広域調整に徹することが原則



Q2

(1) ○○保健所の災害対策マニュアルには、
「保健所建物の損傷状況を把握する」
と書かれていますが、あなたならどうしますか？

(2) ○○保健所の災害対策マニュアルには、
「関係機関と連絡を取る」
と書かれていますが、あなたなら
・どんな手段で
・どのような機関と
・どんな内容の 連絡を取りますか？



保健所の損傷状況を確認

○安全を確保しながら保健所庁舎の外部と内部を目視で確認

- ・外壁／1階／2階の各部屋に分けて確認
- ・壁のひび割れ／窓ガラスの破損
- ・天井や床の破損／大きな棚などの転倒状況
- ・ライフライン（電気・水道・ガス等）の状況確認
- ・検査室は検査試薬や病原体等があり、容器が破損して危険な状態になっている可能性があるため入室しない

- ・マニュアルのアクションカード（様式）に沿って確認
- ・損傷箇所は写真を撮影（携帯・スマホ可）
- ・本部に戻れば班長（リーダー）に報告



関係機関との連絡

○連絡手段

- 電話・FAX・携帯電話・衛星携帯電話
- インターネット（メール・EMIS・H-CRISIS）
- 防災行政無線
- 伝令（車・バイク・自転車・徒歩）

○関係機関

- 県庁・市町村・三師会
- 災害拠点病院・管内全病院 など

○連絡内容

- 連絡手段と担当者を確認
- 各機関の被災状況を確認
- マニュアルのアクションカード（様式）に沿って確認
- 確認した情報を班長（リーダー）に報告



クロナロ（クロナロジー）

- クロナロとはクロナロジーの略語で経時活動記録のこと。
- ホワイトボードなどに、「日時」「(情報)発信元」「(情報)発信先」「情報内容」を経時的に記録していくもの。
- 情報の一元化と可視化によって、情報の共有化が図られるとともに、現場指揮者はこの記録を見ながら意思決定を行う。

日時	発信元	発信先	内容
9/3 10:00			地震発生。〇〇市震度7。
10:05			保健所災害対策本部立ち上げ。
10:10	本部	県庁〇〇課	保健所災害対策本部設置報告。
10:30	各担当	本部	保健所庁舎安全確認完了。



例題

A病院について報告します。建物の損傷は少なく倒壊の恐れはありませんが、電気と水道は使用できず、医療ガスの使用もできていません。現在の入院患者数は60人で、現時点では入院患者の対応に専念していて、傷病者の受け入れはしていないそうです。

日時	発信元	発信先	内容
X/X XX:XX	A病院	本部	電気・水道×。医療ガス不可。入院60人。患者受け入れ不可。



Q3

○クロナロを書いてみましょう。

日時	発信元	発信先	内容

（個人演習10分）



回答例

日時	発信元	発信先	内容
9/4 11:30	A病院	本部	電気×、水道×、医療ガス不可。入院60人。患者受け入れ不可。
11:40	B病院	本部	建物損傷少。水道〇、電気は自家発電で本日より、入院300人患者50名受入。
11:50	C病院	本部	職員少なく院内混乱。建物OK、電気×、水道×、医療ガス×、入院100人。
12:00	D病院	本部	院内混乱。電気×、入院80人。医師・看護師を派遣してほしい。
12:00	E病院	本部	電話で連絡取れず。



マニュアルとアクションカード

○防災計画・災害対策マニュアル

- まず各自自治体の**地域防災計画**や各局・所属の**災害対策マニュアル**を確認することから始めましょう
- 〇〇保健所災害対策マニュアル
- 〇〇県災害時保健活動マニュアル など
- 文章で書かれているものが多く、一目でわかる内容になっていない場合が多い。

* IAP (Incident Action Plan) ともいいます。

○アクションカード

- マニュアル等から各担当者の任務や行動を抜き出して1枚のカードにしたもの。初めて見た者でも行動できるように具体的に指示内容が書かれている。

* AC (Action Card) といいます。



Q4

(1) 大地震の発生を想定して、保健所管内の**病院の情報収集をするためのアクションカード**を作成してください。

(2) 大地震の発生を想定して、保健所管内の各市町村に設置される**避難所の情報収集をする**というアクションカードを作成してください。



(例) AC 病院の情報収集をする

- 電話で下記病院の事務局に問い合わせてください。（電話がつかない場合はその旨報告）
- 下記チェックリストの項目を聞き取ってください。
- 病院から依頼事項等があれば特記事項に記入してください。
- 受け入れ患者数とは被災による傷病者の受け入れ数です。

病院名	住所	電話	情報の受け取り	電気	水道	医療ガス	入院患者数	受け入れ患者数	特記事項
A病院									
B病院									
C病院									
D病院									
E病院									



(例) AC 避難所の情報収集をする

- 電話で下記病院の事務局に問い合わせてください。
(電話がつかない場合はその旨報告)
- 下記チェックリストの項目を聞き取ってください。
- 依頼事項等があれば特記事項に記入してください。

避難所	住所	電話	保健 人員	保健 杖等	保健 器具	飲料 水	食料	電気	家具	冷暖 設備	衛生 設備	トイレ	特記事項
A小学校													
B小学校													
C公民館													
D体育館													
Eセンター													



スフィアスタンダード

- 保健活動（保健サービス・保健システム）
- 給水・衛生
- 食料・栄養
- 住居・食料以外の物品



スフィアスタンダードと防災計画

避難所におけるトイレの確保・管理ガイドライン

(内閣府・平成28年4月)

- 災害発生当初は避難者約50人当たり1基。その後避難が長期化する場合には、約20人当たり1基として追加。
- 男性用：女性用＝1：3を一つの目安として、備蓄や災害時用トイレの確保計画を作成することが望ましい。

スフィアスタンダードでの居住空間の基準

- 1人当たりの居住空間として3.5m²以上が基準。



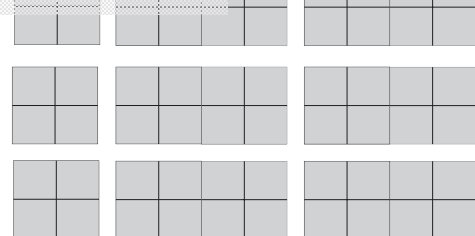
- 国や地方自治体の防災計画では1.6m²（1畳分）で計画されているところが多い。



避難所配置例

$$25m \times 18m = 450m^2$$

$$450 \times 0.7 \div 3.5 = 90人$$



Q5

避難所の居住スペースとトイレの数について、次のデータをもとに評価してみましょう。

(グループ検討時間10分)



避難所名	避難者数 (人)	面積 (m ²)	1人当たり 面積(m ²)	トイレ数	トイレ1基当 たりの人数
避難所A (公民館)	80	300		既設トイレ 使用不可 仮設トイレ 2基	
避難所B (学校体育館)	200	495		既設トイレ 使用不可 仮設トイレ4基	
避難所C (学校体育館)	600	805		既設トイレ 使用不可 仮設トイレ6基	
避難所D (公民館)	40	200		小便器1基 多機能1基	



避難所名	避難者数 (人)	面積 (m ²)	1人当たり 面積(m ²)	トイレ数	トイレ1基当 たりの人数	トイレ 必要数
避難所A (公民館)	80	300	2.6	既設トイレ 使用不可 仮設トイレ 2基	40	計2基 男1 女1
避難所B (学校体育館)	200	495	1.7	既設トイレ 使用不可 仮設トイレ4基	50	計6基 男2 女4
避難所C (学校体育館)	600	805	0.9	既設トイレ 使用不可 仮設トイレ6基	100	計12基 男3 女9
避難所D (公民館)	40	200	3.5	小便器1基 多機能1基	40	計1基



まとめ

- 災害時の公衆衛生対策の重要性を理解しましょう。
 - 災害時に起きる問題の大部分は管理体制の問題です
 - CSCA-TTT → CSCA-HHHH (4H)
- 災害対応組織と対応計画の重要性を理解しましょう。
 - 現場指揮者／統制範囲／ICS
 - 防災計画／各種マニュアル／アクションカード
- 経時活動記録(クロノロ)の重要性を理解しましょう。
 - 情報の一元化と可視化
- 災害時の公衆衛生対策は、急性期だけではなく慢性期の対策も重要であることを理解しましょう。
 - 海外の発展途上国での医療支援や紛争地域での難民支援と比較すると、災害時対策とは公衆衛生の基本スキルかも知れません。



お疲れさまでした！

- 現在、公衆衛生分野の災害対策の充実に向けた、様々な取り組みが始まっています。
- 医学生や臨床分野で勤務されているみなさまは、公衆衛生分野での取り組みをご理解いただき、災害発生時には連携して対応できるようご協力をお願いします。
- 行政分野で勤務されているみなさまは、DHEAT研修等の受講、地域での災害対策訓練への参加、自身が所属される組織での訓練や、市町村や医療機関等関係機関との合同訓練の実施等、災害対策の充実強化へのご協力をお願いします。



『公衆衛生医師』広報活動についてのアンケート (無記名式)

当研究班では、公衆衛生医師確保のためのイメージ戦略の一環として、「1億2000万人の生を衛る医師」のポスターを平成25年度に、パンフレットを平成27年度に作成しています。今後の広報活動に活かすためアンケートへのご協力をお願い致します。

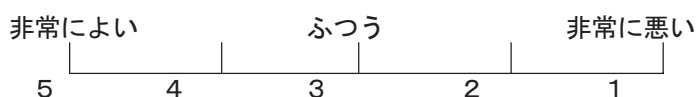
以下、自由記載欄を除き、数字かカタカナに○を付けて下さい。結果は事業報告書で報告させていただきます。

【ポスターについて】

Q1 今回のセミナーより前に『1億2000万人の生を衛る医師』ポスターを見たことがありますか。
見たことがある方は、どこで見たかについても教えてください。

1. 見たことはない。
2. 見たことがある。(複数回答可)
(ア) 勤務先 (イ) 大学
(ウ) 保健所 (エ) 全国保健所長会ホームページ
(オ) その他()

Q2 このポスターについて、どう思いますか。数字に○をつけてお答えください。



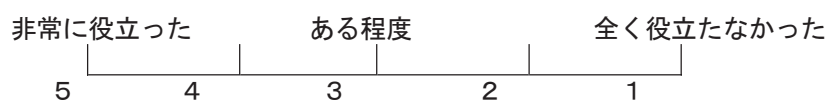
Q3 このポスターについて、具体的なご意見(キャッチコピー・貼付場所等)があれば教えてください。

【パンフレットについて】

Q4 今回のセミナーより前に『公衆衛生医師募集』パンフレットを見たことがありますか。
見たことがある方は、どこで見たかについても教えてください。

1. 見たことはない。
2. 見たことがある。(複数回答可)
(ア) 勤務先 (イ) 大学
(ウ) 保健所 (エ) 全国保健所長会ホームページ
(オ) その他()

Q5 このパンフレットは、公衆衛生医師の仕事を理解する上で役立ちましたか。
数字に○をつけてお答えください。



Q 6 このパンフレットの中で、最も役に立った項目はどれですか。1つ選んでください。

- | | | |
|-------------|--------------|-----------------|
| 1. はじめに | 2. 公衆衛生医師とは？ | 3. キャリアパスの一例 |
| 4. 保健所医師の日常 | 5. 保健所医師の非日常 | 6. 先輩医師からのメッセージ |

Q 7 パンフレットの効果的な活用場（送付先やイベント等）について、ご意見があればお願いします。（自由記載）

Q 8 次回パンフレットを作成する際、改善したほうがよい項目、継続してほしい項目、充実させてほしい項目など、できるだけ具体的にお書きください。

【全国保健所長会 HP について】

Q 9 当 HP へのアクセス頻度についてお伺いします。

- | | | |
|----------------|--------------------------------|-----------|
| 1. アクセスしたことがない | 2. 週に1度程度またはそれ以上 | 3. 月に1回程度 |
| 4. 年に数回程度 | 5. その他（ ） | |

Q 10 当 HP についての印象や今後掲載を希望する情報等、ご意見があればお願いします。

【広報活動全般について】

Q 11 公衆衛生に従事する医師を確保すべく広報を行う際、どのような活動が効果的だと思いますか。（複数回答可）

- | | | |
|--------------|--------------|--------------------------------|
| 1. レジナビ等への参加 | 2. パンフレットの充実 | 3. PR 動画 |
| 4. 医学誌への広告掲載 | 5. ホームページの充実 | 6. その他（ ） |

以上で受講後アンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

【分担事業者】

城所 敏英（東京都島しょ保健所）

【協力事業者】

人見 嘉哲（北海道倶知安保健所 兼 北海道岩内保健所所長）

照井 有紀（宮城県気仙沼保健所所長）

武智 浩之（群馬県安中保健所 兼 吾妻保健所所長）

上原 里程（宇都宮市保健所所長）

高橋 千香（東京都北区保健所予防課長）

三沢あき子（京都府乙訓保健所所長）

廣瀬 浩美（愛媛県宇和島保健所所長）

木原 久文（愛媛県八幡浜保健所医幹）

尾島 俊之（浜松医科大学健康社会医学教授）

宗 陽子（長崎県上五島保健所所長）

矢野 亮祐（青森県むつ保健所）

【助言者】

西垣 明子（長野県木曾保健所所長）

宮園 将哉（大阪府四條畷保健所所長）

宇田 英典（鹿児島県伊集院保健所所長）

曾根 智史（国立保健医療科学院次長）

渡邊 能行（京都府立医科大学地域保健医療疫学教授）

堀川 春男（健康局健康課地域保健室室長）

有賀 玲子（健康局健康課地域保健室地域保健推進専門官）

中田 勝巳（健康局健康課地域保健室室長補佐 H28 年 7 月まで）

長谷川 学（健康局健康課地域保健室室長補佐 H28 年 8 月から）

【事務局】

米山 克俊（日本公衆衛生協会総務課長）

井上 尚子（日本公衆衛生協会）

平成 28 年度 地域保健総合推進事業
全国保健所長会協力事業

「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」

平成 29 年 3 月発行

発行 日本公衆衛生協会 全国保健所長会
〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-29-8
電話 03-3352-4281

