

## 創設時理事よりのご挨拶

### 社会医学系専門医の創設に関わって

さかもと のぼる  
坂元 昇

川崎市健康福祉局医務監



日本の専門医制度の始まりは 1962 年の日本麻酔指導医制度に端を発し、1981 年に内科、外科、小児科などの基本的な診療領域の 22 学会が共同で運営する「学会認定医制協議会」という現在の専門医機構の源流的な存在に遡ることができると思います。その後厚生労働省は 2002 年に広告可能な専門医資格「専門医告示」を定め、2007 年には専門医資格広告を認定する団体の基準を定めました。現在の医師専門医資格数は 56 (団体数 58) となっております。この専門医告示に合わせるように、2008 年から医療機関の標榜診療科名の見直しが行われ、約 100 の診療科名が例示されております。

これら一連の専門医制度の動きは臨床医に限られたものであります。医療法第 1 条には医療について「その内容は単に治療のみならず、疾病の予防のための措置」と記され、さらに医師法 1 条にも医師の責務の中に「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」と明記されています。この公衆衛生の重要性は日本国憲法にも掲げられております。医療の中の特に医師の行為つまり「医業」については、2005 年の厚生労働省告示で「医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことである」と定義されています。しかしこの「医行為」を臨床業務のみと考えるのは早計かと思いません。米国においてサリドマイドの深刻な被害を防いだ医薬品審査部門の医師の活動をはじめ、産業衛生現場における労働災害防止や発癌物質の規制、病院現場における医療の安全性の確保、感染症の拡大防止のための予防対策、災害関連死の防止、これらの活動を計画・組織化・法制化する行政医師、さらにこれらの医師の育成や研究能力向上を支える教育研究機関の医師、つまりこれら「社会医学系専門医」の一連の活動は集団をケアするという観点から「人体に害を及ぼす行為を防ぐ重要な役割」を担っていることは明らかであり、まさに「医行為」そのものです。もちろんこれらの行為は多職種とのチームワークであることは臨床も社会医学系領域もまったく同じです。

制度発足以前から「社会医学系専門医」取得に何のメリ

ットがあるのかとの質問を受けることが度々あります。過去に米国の企業で働いた経験から、もし収入が目的ならば医師はあまり効率が良い職業とは言えないと思います。つまりこの制度が目指すものには、地域における社会学系領域で働く今まで交流が乏しかった医師たちが連携しながら社会から信頼される「集団をケアできる後進の育成」という目的を通して、日本の公衆衛生レベル向上に寄与して行くことにあると思っております。

2015 年 4 月に京都で開催された日本医学会総会での特別企画として「専門医制度と時代にマッチした生涯教育」と題したシンポジウムが開催されました。演者としては当時の専門医機構の池田理事長はじめ専門医機構の主要な役員や厚生労働省医政局長がシンポジストとして登壇しました。私も「専門医制度における社会医学の将来像—行政医師の今後」と題するテーマで参加させていただきました。本来は臨床専門医制度がテーマのシンポジウムでありましたが、同じくシンポジストであった日本医師会常任理事の小森貴先生のご推薦と社会学系領域で働く医師の重要性を理解を示していただいた日本医師会のご厚意により特別に参加させていただきました。社会学系専門医の必要性については他のシンポジストや会場、そしてマスコミからも予想外の好意的な反響がありました。現在社会学系専門医協会で活躍されている先生方の、会場フロアからの熱意ある応援の賜物であると思っております。この後、厚生労働省から公衆衛生医師確保と資質向上等のための研究費をいただき、この制度構築に向けて検討を重ねて今日に至った次第であります。ご支援いただいた厚生労働省には深く感謝申し上げます。

来年の 3 月には行政医師としては 65 歳定年を迎え、この度協会の理事を退任いたしますが、その行政人生の最後に社会学系専門医制度立ち上げに参画させていただき、多くの優秀で熱意溢れる先生方と一緒に仕事をさせていただいたこと、また実際に地域の専攻医のプログラム委員会に一委員として参画し、今まで交流のなかった社会学系領域の多くの先生方の知己を得たこと、そして最後に協会から生まれて初めて指導医・専門医を頂いたことは身に余る光栄と思っております。

## 理事 ご挨拶

### 社会医学専門医制度と日本疫学会の役割

いそ ひろやす  
磯 博康

社会医学系専門医協会理事  
日本疫学会理事長

(大阪大学大学院医学系研究科社会医学講座公衆衛生学 教授)



日本疫学会は、疫学研究の進歩発展と会員相互の交流を目的に、1991年に発足した学会です。世界的な少子化・高齢化に伴い、複雑化する健康問題に対処するため、疾病や健康に関する事象の発生要因の解明、予防対策の計画、実行、評価、社会制度の改変、整備等、幅広い分野での活動に、疫学の知識、技能、技術の重要性が益々高まっています。そのために、本学会は、疫学を担う、あるいは活用する人材として、予防、臨床、看護、介護の分野のみならず、広く心理学、社会科学、政策学等の文化系の学問や実践の分野の人々が集う学問交流の場としております。学会員は、疫学の研究者はもとより、臨床医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、栄養士、理学士、作業療法士、心理士、社会科学等の研究者や健康関連分野の活動に携わる人々と多様です。発足当時243人の会員から2017年6月1日現在2,086人と、特にこの4年余りで500人以上の会員数の増加がありました。

社会医学系専門医協会では、社会医学の定義を「医学を共通基盤とし、臨床医学が病める個人へのアプローチを中心とするのに対し、実践的な個人へのアプローチを有しながらも、広範な健康レベルを有する集団や社会システムへのアプローチを中心とする特徴を有している。また医学に留まらず、科学全体やさらに経営管理等の人文系にわたる広範な学問体系を応用して理論と実践の両面から保健・医療・福祉・環境とそれらとの社会のあり方を追求する学問である。」として、その専門医を育成し、生涯学習の機会を提供することをミッションとしています。日本疫学会がこのミッションの一躍を担えることは、大きな喜びです。また、ミッションの趣旨からも、他の構成学会と同様、医師以外の会員が多くいることは、社会医学専門医の育成において有益な場を提供することとなります。日本疫学会は、社会医学系専門医の必修基本プログラム（公衆衛生学総論、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・産業保健の7科目）の内、疫学・医学統計学を主に担当することとなり、学会総会やセミナー等での研修

提供を進めています。

疫学・医学統計学の内容は、人口・保健・医療統計の概要、基礎医学統計学（Ⅰ,Ⅱ）、社会調査法、研究デザインと疫学指標、バイアスとそのコントロール、応用疫学・医学統計学等から成ります。日本疫学会の医師会員は、教育・研究機関に所属している医師が多いことから、教育・研究機関を研修基幹施設とし、研究連携施設として行政機関、医療機関、企業等が担当することになります。主分野において、経験・実践活動を通じて学習し、2つの副分野で経験を積み、分野間での連携を学習することになります。主分野、副分野を通じて、経験すべき課題として、7の必須総括的課題（組織マネジメント、プロジェクトマネジメント、プロセスマネジメント、医療・健康情報の管理、保健・医療・福祉サービスの評価、疫学・統計学的アプローチ）と、各論的課題（保健対策6課題、疾病・障がい者対策4課題、環境衛生管理3課題、健康危機管理5課題、医療・健康関連システム管理4課題の内、3課題以上を選択）がありますが、総括的課題の中にも、疫学・統計学的アプローチといった、日本疫学会が貢献できる項目が設定されています。

3年間の研修は総括的課題に沿った研修プログラムを計画、実施し、指導医による指導、評価、専攻医による自己評価、指導医による年次終了・研修要素修了時・研修終了時の評価を経て、プログラム管理委員会による修了判定に至ります。2年間の卒業臨床研修を終えた大学院生が専攻医となることが可能なことから、日本疫学会の多くの会員が所属している大学の講座にとっても、社会医学系専門医を育成するまたとない機会となるのが期待されていますし、そのようになる必要があります。

社会医学専門医制度の発展には今後多くの課題や困難が出てくることが予想されますが、制度の質の担保と向上には、構成学会・団体とそれらの構成員間のチームワークが必須です。この3年間で協会の立ち上げと運営が急速に進んだことは、社会医学のチームワークの賜物です。今後とも、会員の皆様のご理解、ご参画をよろしくお願い申し上げます。

## 今月のお知らせ

### ※ 説明会・講習会のご案内

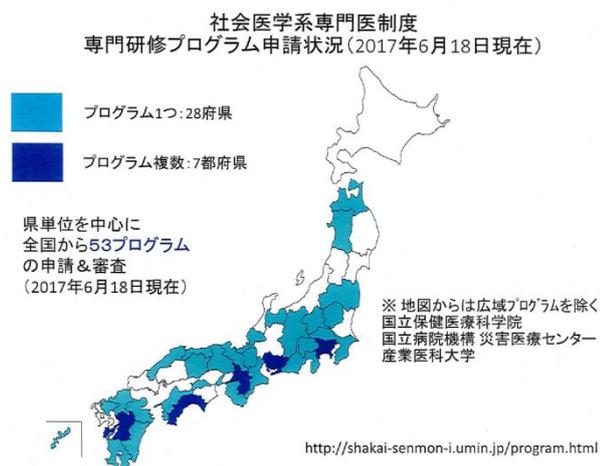
- 学会名 日本医療・病院管理学会  
タイトル 社会医学系専門医制度 基本プログラム「組織・経営管理」  
日時 2017年9月16日(土)(第55回日本医療・病院管理学会学術総会 前日)  
場所 東京:昭和大学 旗の台キャンパス  
URL <http://plaza.umin.ac.jp/jsha55/>
- 学会名 日本公衆衛生学会  
タイトル 社会医学系専門医制度 基本プログラム「保健医療政策」  
日時 2017年11月2日(木)(第76回日本公衆衛生学会総会 最終日)  
場所 鹿児島:鹿児島県医師会館  
URL <http://www.c-linkage.co.jp/jsph76/>

### ※ 経過措置専門医・指導医の追加申請について

2016年業務年度(6月末まで)における経過措置専門医・指導医の追加申請は、2017年6月30日消印までを有効とし、締め切らせていただきました。次回の申請時期は、2017年12月頃を予定しております。受付時期が決まりましたら、再度ホームページに掲載いたします。具体的な申請方法などは、専門医・指導医の申請をご覧ください。

### ※ 専門医研修プログラム認定について

2017年6月18日時点で、認定45プログラム、条件付き認定8プログラムとなっております。ホームページに掲載しております。全国マップは右図。



## 今月の TOPICS



会場近くの雨の高輪公園

2017年6月25日、臨時総会ならびに第3回理事会が東京都港区高輪のAP品川(7F 会議室 W)で開催されました。総会の議案としては定款第36条の明確に意味が通じにくい箇所の改正が認められました。さらに、新規入会社員を代表する理事の選任で、日本職業・災害医学会から有賀 徹先生、日本医学会連合から岸 玲子先生が新しく理事としてご参加頂けることになりました。また、特に行政関係の団体では、年度替わりによって現理事の退任が生じ、全国衛生部長会では坂元昇先生から山本 光昭先生へ、地方衛生研究所全国協議会では西本 公子先生から大久保 一郎先生への交代となりました。ご退任の理事の先生方には、準備段階の協議会の時期から、協会としての創設期の混沌の中でご尽力いただきましたこと、まことにありがとうございます。また新理事の皆様には、これからも何卒

よろしくお願い致します。

理事会では、いくつかの報告事項とともに審議事項が検討されました。例えば、本協会のロゴマーク、専門医・指導医の営業標記、基本プログラムのEラーニングのシステム等々です。また決算と予算についても紹介があり、これらについては、特に決算報告は、業務年度終了時点(6月末)から3ヶ月以内に開催する総会にて承認を得ることになっています。今後、種々委員会とともに理事会と総会の開催についても、ホームページと合わせて報告致します。

(大槻・記)

シリーズ : UHC Leadership Programme 参加報告  
各国の行政官と振り返った日本の地域包括ケアシステム

みしま ちあき  
三島 千明

医療法人社団プラタナス 青葉アーバンクリニック在宅医

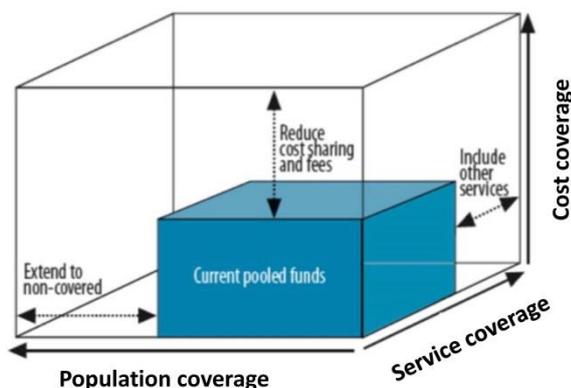


2017年3月27日(月)～31日(金)に、WHO及び神奈川県主催による、研修事業 “Developing Leadership for Supporting Ageing Populations towards Universal Health Coverage” (UHC

等といった現場の経験も共有させて頂き、双方の立場での医療システムの理解に役に立つのではと感じました。

このプログラムでは、現場の視察もプログラムに組み込まれていました。メンバーは複数のグループに分かれ、地域・都市部それぞれの医療施設の見学を行いました。一つは三浦半島にある三浦市立病院です。三浦市唯一の総合病院として開設され、それ以来急性期医療を担ってきましたが、現在は地域の医療ニーズに合わせ、急性期治療を堅持しつつ、在宅療養支援病院として機能転換を行い、急性期治療から回復期を経て、介護施設や在宅療養へ移行できるように取り組んでいます。病院見学では、院長、総合診療科の医師の方々の説明、病棟の見学を行いました。海外の参加者の方々は、ひとつひとつサービスがどのようなシステムで担われているのか、どのようなインセンティブがあるのか、という観点からの質問が数多く挙がりました。在宅診療を担当する医師が、病院内での電子カルテシステムと、在宅診療のための連携システム、それぞれ別のシステムを利用していることを見て、情報の継続性や連携の課題を感じている様子でした。また、この実地見学は「リーダーシップを探す」という点もテーマにしており、それぞれの現場の方に「なぜ、いま、そのような取り組みをしているのか。」「どう思うか今の仕事をしているか」など、現場の方々の「ストーリー」や「語り」に注目していました。システムを考える中で、そこに関わる現場の人々がどのような思い、モチベーションを持って取り組んでいるのか、何が彼らを動かすのか、という点も非常に重要と感じました。

What is Universal Health Coverage (UHC)?



Leadership Program) に参加させて頂きました。

私は、もともとプライマリケア医を志し、初期研修後は家庭医療の後期研修を行いました。郡部・都市部の様々な地域での診療を続けるうちに、患者さんや住民を取り巻く医療システムをもっと学びたいと思うようになりました。そのようなときに、社会医学系専門医メーリングリストで本プログラムを知り、応募し、参加の機会を頂きました。

1週間神奈川県湘南国際村に泊まり込み、各国の行政官の方々と学ばせて頂くことは大変貴重な経験でした。プログラムはレクチャーとグループワークのパートに分かれ、それぞれ UHC の概念(図参照)、Aging population における UHC のチャレンジ、などをレクチャーで学んだ後に、それぞれの国ごとに分かれて、現在の課題やその解決策をグループワークで話し合う内容でした。レクチャーはほぼすべて英語で行われましたが、グループワークでは日本の参加者同士は日本語でディスカッションしましたので、英語と日本語と相互に内容を確認しながら進めることができ、理解が深まりました。印象的だったのは、日本以外の国々は、人口構造が日本と異なり、若い世代の人口が多いこと、また医療課題として母子保健に注力されていること、といった違いです。まだ高齢化社会において必要とされる医療提供体制や Long-term care insurance の概念などはまだ国民の関心は高まっていないということです。日本側は地域包括ケアシステムにおける現状や、医療・介護現場の課題などをご紹介したところ、大変興味をもって質問等していただきました。日常業務で感じた連携の必要性、現場の人材不足、

様々な国の行政官の方々と日夜お互いの国の違いや、また自身のキャリアやこれまでの経験といった個人的なことを交流し合える場は大変貴重だと思います。お互いに連絡先を交換し合い、またつながりあって、学びあうようなネットワークができることは、長期的にお互いの国にとって有意義なことだと思います。今後も同様の機会がありましたら、多くの方にご参加頂きたいと思います。このような貴重な機会を下さり、厚く御礼申し上げます。



(次号に続く)