

Ⅲ. 国立保健医療科学院10年記念シンポジウム

国立保健医療科学院10年記念事業

日時： 平成23年12月2日（金） 15：40～17：40

会場： 国立保健医療科学院

次第

I. 挨拶

林謙治 国立保健医療科学院院長
小林秀資 国立保健医療科学院初代院長

II. 趣旨説明

辻村信正 国立保健医療科学院次長

III. 講演「これからの国立保健医療科学院に期待すること」

矢島鉄也 厚生労働省技術総括審議官
大井田隆 日本公衆衛生学会理事長
櫻山豊夫 東京都福祉保健局技監
鈴木元 国際医療福祉大学教授

IV. 質疑

I. 挨拶

林 院長 きょうは10年記念シンポジウムということで、国立保健医療科学院の初代の院長である小林秀資先生をお迎えして、当時のことを振り返ってお話をお伺いしたいということで企画いたしました。恐らく新しい職員は小林先生のことを御存じない方もいらっしゃるかと思いますけれども、先生は公衆衛生院の最後の院長であると同時に、保健医療科学院の初代の院長です。同時に、科学院がスタートする以前は病院管理研究所の所長も兼務されたということがございました。

そのときに私が科学院の次長を務め、先生が御在勤中、補佐をさせていただきましたので、その間の内情は私もいろいろ知っているのですが、先生の御苦勞もまたひとしおではなかったかと思っております。若干その辺にも触れていただけるのかと思っておりますが、よろしく願いいたします。

小林 初代院長 ただいま御紹介いただきました小林でございます。ここへ来て皆様方は10年になりますか。つい先だって院長先生から呼ばれて、少ししゃべりなさいということでこちらへまいりましたが、皆様方が公衆衛生院を本当にきちんとお守り育てていらっしゃる、大変うれしく思っております。

ここの前に漢字が書いてありますけれども、花押というものの話を少ししたいと思います。今、日本でこの花押を何とか立派に読んで一種の学問にしたいと頑張っている先生がいます。それは書道の大家であります清水研石先生です。

科学院の階段のところ、書がありますね。皆さん方は見えていますね。その書を書いた清水研石先生が、実はこの11月の中旬か中旬か、私のところにお見えになりました。

先生は書道の大家であると同時に、実はこの花押の第一人者です。ここにありますが（小林氏持参）花押というものを自分で書いてつくりたいといったときに、読みくだす日本人が少ないのです。ということは、もうほぼ倒れる直前のところにまで花押の専門家の団体としてはなっています。

清水先生が言うには、私がここの院長だったことを知っていらっちゃって、私がここの院長をしているときに

Ⅲ. 国立保健医療科学院10年記念シンポジウム

筆で書いたのが先生で、それを実は寄附してもらったのです。この院の中には同じようなもので少し小さいものを合わせると4点ぐらいありますね。彼は全部寄附していただきました。

それが10年たった今、私のところに「小林さん、助けてください」とお見えになった。「この花押の将来のことを、どうしましょうか、何とか助ける方法はないですか」と言ってお見えになったのです。

この「花押読み解き小事典」(清水研石著)中には実は日本の政治家のサインもありますが、ほとんど主流はもっと昔から、武家からスタートしたと思います。日本人が花押というものをよく書き始めたのは、平安時代からですが、実際には奈良時代ぐらいから書いているのです。ただ、学問的には清水研石先生が最後の学者ということのようです。清水研石先生を、だれか跡を継いで花押が書けないかと。

私が何を心配しているかという、実は清水研石先生は江戸時代などの花押を、だれがサインをしたのか、いつサインしたのかということはわかるのです。しかし、その人たちが途絶えてしまうと、かつて日本で使われた文字でありながら、もう日本ではだれも読み書きすることができない、ようになりそうです。私のところに来れば、小林さんなら何とか花押の専門家の組織をつくるだろうというつもりでお見えになったと思います。

私も現在、国会議員、衆議院議員をやっている人のところへ訪ねていきました。そのことは人にはだれも言っていないんですが、「どうでしょうか、先生、いい知恵はありませんか」と聞くと、ないと言うのです。ただ、プライベート的に国会議員の先生方から頼まれては個人流として花押をつくっている人が若干いるらしい、ただ、その人たちももう途絶えるのではないかということです。

そこで私は「社会保険旬報」の今度の1月号に花押のことを文章に書いて載せます。多分、それを読んだ全国の中のどなたかからは、おい、それはおかしいのではないとか、助けるから何とかしようかという人も出てくるかもしれないという意味で、この「社会保険旬報」1月号に、きょう原稿を出しました。そしてこちらに出てきたということです。

これで、もしだれかが出てきて、いや、それは違う、まだほかにやっているのがある、と言うと思いますが、清水研石先生に言わせると、家系としてきちっと残っていたのは、武田信玄のときにそういうのをきちんと組織をつくってやった、江戸時代まではまあ一生懸命やっていたということですが、家系を残すことは日本はもうそろそろ終わりだと。そうすると私は日本の文学者たちは江戸時代、そして明治、大正ぐらいまではこの花押が書ける人が何とかがないでいけるのではないかという気もしないではないですね。

そういうことがあって、きょうは時間を若干オーバーするけれども、このことは言わせてほしいということです。

今度は花押とは離れますが、私が10年前にここの学院賞をもらった時代から、少しここの院長もやらせていただきましたが、私は学者でもなく、ただ皆様方がよく勉強していただけるような雰囲気をつくるのが一番大事だと思って頑張りました。それで科学院がこういう形になってきましたけれども、私が一番苦労したのは実験棟の問題でした。私の前任者である古市先生が私にバトンタッチされるときに、何としても講堂を守りたい、図書館を守りたい、実験棟も守りたいと。古市先生はそう思っていたらっしゃいました。「特に講堂が」とおっしゃいました。

皆さん方はどうしてできたか御存じですか。あれは私がまだ院長になったばかりのころに政府の補正予算でできました。政府というのは時々金が余るときがありますので、たまたま私が焚きつけて、政府の補正予算を厚生省の私どものところに回していただいて、それで作り始めたのです。

ところが金がないものですから、外の壁の塗り方が中途半端で終わりそうだったのです。そうなる私のようなやくざ的行政官になると、大蔵省に乗り込んで、何だ、そういう変なことをやるな、みみっちいことをやらずにきちっと、頑張って大蔵省に乗り込んで立派な講堂ができたということが、私にとっては一番うれしかったです。

Ⅱ. 趣旨説明

座長 辻村信正 国立保健医療科学院次長

科学院の設立から10年目の今年、組織再編によって新たなスタートを切った年でもあります。保健医療科学研究会の開催に合わせて、科学院に関係の深い立場の諸先生をお招きして、記念シンポジウムを開催し、科学院が今後どのような役割を担うべきかを考える機会としたいと思います。

お招きしたのは、まず、科学院を所管する厚生労働省から矢島審議官、また最も関係の深い学会として日本公衆衛生学会の大井田理事長、そして、科学院の重要な役割である研修の派遣元を代表して東京都の櫻山技監、さ

らに、もう一つの主要な役割である研究について、科学院のOBである鈴木国際医療福祉大学教授、の先生方です。

それぞれの立場から、科学院のこれからの期待することについて忌憚のない発言をいただき、会場の科学院のOB、現役の職員を含めて意見交換をしたいと思います。

Ⅲ. 講演

○矢島鉄也 氏 厚労省技術総括審議官

ここ数年、公衆衛生の動きが変わってきています。東日本大震災、東電福島原発事故の対応を見ていると、公衆衛生に対する世間の期待が大きくなってきたと感じています。具体的には、避難所、仮設住宅における保健師・管理栄養士の働きが脚光を浴びました。他の保健医療福祉従事者の活躍も注目され、頼りになったと評価されています。

原発事故に関しては、早い時期から、水道や食品などの放射性物質の影響について対応をしていただきました。先日、国際機関の専門家から話を伺う機会がありましたが、チェルノブイリの事故は福島の場合とは違うといわれていました。福島では原発事故の数日後から食品の出荷制限が始まっていました。日本では放射性物質に汚染された牛乳を飲んだ子供たちが見あたらぬということでした。まだ予断は許しませんが、将来、大変な状況になるとは今のところ言えないということでした。しかし油断することなく、県に設置した福島県民健康管理基金で30年間の健康管理を確実にやっていく必要があります。

健康危機管理については、平成22年に新型インフルエンザの発生がありました。諸外国に比べて、我が国の死亡率が低い水準にとどまったのは公衆衛生全般の対応が良かったからと国際的に評価されています。また、保健所の役割も大きく評価されました。

政府全体としては、地方分権の動きがあります。地域主権戦略大綱が平成22年6月に閣議決定され、国が地方に優越するという上下関係から、対等の立場で対話のできる新たなパートナーシップの関係へと根本的に転換することとなりました。地域の主体的な判断を尊重し国と地方が協働していくというものです。地方の権限が強くなり、震災関係や健康危機管理などのかなりの部分を地方自治体に任せられるようになってきていますが、人材の確保育成など自治体にはかなりの負担となっています。自治体は震災や感染症等課題が多くある中で、人材の確保に悩まれている状況です。そのような中で科学院の役割である保健医療や公衆衛生技術者の養成は重要です。

介護保険・医療保険も含めて予防が大事になります。特定健診や歯科口腔保健では、データも集まりつつあり精度が高まっています。噛めなくなることで、低栄養になっていく問題等をどう予防していくのか、介護保険、医療保険を考えていく必要性があります。ソーシャルキャピタルをどのように作っていくのか、格差是正をどのようにしていくのか。生活保護の問題も重要です。人工透析などの慢性腎不全の予防で生活保護にならないようにすることも大切ではないでしょうか。

データベースが整いつつあります。特定健診、医療保険データ、介護保険データ、病院管理のデータ等様々なデータが結びついて地域の保健医療福祉をどう構築していくのか。将来的には、がん対策やたばこ対策についてもしっかりした制度にしていく必要があります。

公衆衛生の本来の業務である「予防」というものが新しい局面となって、いろいろな所に関わってきます。施策の軸足として、「予防」が必要です。災害予防も健康危機管理も予防対策の一環として考えて頂きたい。厚生労働科学研究費も重要であり、難病の研究などはゲノムデータを活用し、発症予防・重症化予防に使えないかと考えています。日本発の新薬・医療機器の開発も大切だが、どのようなことが発症予防・重症化予防になるか、予防の視点でみて頂きたい。自殺予防、虐待予防、PTSDの問題なども、「予防」という軸足を持つ人材育成が大切です。幅広く、人材を育成して頂きたい。地方分権の中で、地域で頑張っている人材の能力を発揮するための、科学的根拠を科学院で整えて頂ければありがたいと思っています。

○大井田隆 氏 日本公衆衛生学会理事長

日本公衆衛生学会理事長として感じたことについてお話しします。日本公衆衛生学会の評議員に今の関心事について180人くらい方に電話でお聞きしたところ、1番目はメタボ健診のことで、学術的なこと（国際誌にすることやインパクト・ファクターを考える）は誰も言いませんでした。いかに政策に興味を持っているかというこ

とを感じました。メタボ健診はファシズムだという批判もありましたが、今は評価が6割だと思っています。私もメタボ健診について今はそれなりに評価しています。私は以前全国からサンプリングした2,000人に面接調査をして、メタボ健診があることを知っているか聞いたところ、85%が知っていると回答しました。また、その3分の1の人は運動する、食生活を見直すといった対策を自ら取っており、厚生労働省は素晴らしい国民運動をしていると感じました。新しい一つの国民運動の流れを作ったのではないかと評価しています。

今までの公衆衛生的な国民運動を考えると住民組織が重要な役割を果たしていました。例えば、母子愛育会、結核予防婦人の会など住民組織を活用して厚生労働省は国民運動を展開してきました。私は昭和54年に国立公衆衛生院の専攻課程で習ったことは、住民組織こそは戦後の民主日本のシンボルであり公衆衛生の原点であるということでした。しかし、よく調べてみると、住民組織の起源は明治44年当時の陸軍軍務課長田中儀一（昭和の初め総理大臣になっている）ではないかと思っています。彼は在郷軍人会を作って政府の方針を村の隅々まで伝えました。一番は軍事に関することで少しは衛生思想も伝えましたが、昭和6年の満州事変に対しては当時の国民のほとんどが賛成しており、これは田中儀一の功績であると思います。

私も公衆衛生政策を考える上で、住民組織を重点的に考える従来路線の変更はした方がいいと思っています。しかし、メタボ健診はこれとは違った斬新な方法ではないでしょうか。かつて厚労省に須川豊さんという医師の方がいまして、後に日本公衆衛生学会理事長を4期務めた方ですが、兵庫県の衛生部長の時、1966年に「不幸な子供を産まない」運動をしました。さらに須川先生は神奈川県衛生部長でもこの問題について疫学研究を実施して大変アクティブな方でした。今のメタボ健診と同じような国民運動をしましたが、生前に本人から伺いましたが成功はしなかったと言われました。その点、メタボ健診はマスコミも受け入れ、大成功だと思います。

メタボ健診、メタボリック・シンドロームという流行語を使って国民運動を起こしたことは、素晴らしいと思いますが、多くの公衆衛生学会の会員からの批判があるのも事実です。例えば、肥満を健診項目にすることは意味があるか、高血圧で痩せている人はどうなのか、6か月の保健指導の範囲内ではどうなのかと言ったような多くの問題点もあることを聞きます。これをどう解決するかの問題も残っていますが、しかし、日本公衆衛生学会評議員がいかに公衆衛生政策に興味を持っているということ強く感じました。

そこで、国立保健医療科学院に何をお願いするかというと、やはり政策を支えていただきたいということです。

思い出話ですが、厚生省の業務局に勤務したとき、厚労省の方からスモン病の認定について、1人を除いて全部認定したのが科学的でないとして国立公衆衛生院の重松逸造先生の政策を批判されたことがありました。重松逸造先生にその話をしたところ、「何を言っているのか、もしそうじゃなかったら大変なことになっていた」とおっしゃられたのが非常に印象的でした。また、当時の鈴木院長も環境行政を背負っていくという自負と責任感を環境省勤務時に見せていただいて、当時の公衆衛生院が環境政策を支えていたと感じています。

昨年（平成22年）、東京の日本公衆衛生学会で会長講演をさせていただいた時に申し上げたのは、公衆衛生学とは半分疫学で半分政策であるということです。公衆衛生の政策は、厚労省だけでやっていけるものではありません。

タバコ対策に関して、以前に看護師さんのタバコ対策をやりましたが、担当が変わるごとに言うことが違ってきてしまい非常に苦労しました。そのことを振り返り、学会長講演では、1944年に日本で亡くなった南京政府の汪兆銘の話をしました。毛沢東はソ連、蒋介石は英米と連携して中国を変えようとしたのですが、この汪兆銘は日本と連携してアジアの平和を築こうと考えました。しかし、汪兆銘は日本の政治に翻弄され、目的を達成することは出来ませんでした。失意の中で最後に彼が言ったことは「日本には言いたいことはたくさんある。しかし、究極的には3つのことである。日本は上がいいと言っても下がダメと言う、隣がいいと言ってもその隣はダメと言う、前任者がうんと言ったことを後任者が否定する」ということで、3つの不連続という言葉掲げました。厚労省の人は異動していきます。そう言う意味でも保健医療科学院には一貫した態度で政策を支えていただければと思います。

汪兆銘の批判には確かに当たっている面もありますが、日本の組織には良い面もあります。阪神淡路大震災の時、それぞれの役所がそれぞれ勝手に仕事をして復興できました。それぞれ勝手に仕事をするのは悪いこともありますが、自らの力でそれぞれが支えていこうということの良い点もあります。実は、今回の震災では勝手にやって復興させると言うことがありません。古い話では日中戦争に対して、昭和天皇も総理大臣も反対しましたが、中国に進出した陸軍の各司令官が勝手に仕事をしましてあのような不幸の結果に終わってしまいました。

いかに日本公衆衛生学会が公衆衛生の政策に興味を持っているかをご紹介して、かつそれに対する国立保健医療科学院への期待について述べまして、終わりたいと思います。

○桜山豊夫 氏 東京都福祉保健局技監

国立保健医療科学院と私との関わりは、卒業生として前身の「国立公衆衛生院」専門課程で学ばせて頂いたことと、研修生の派遣元として国立公衆衛生院あるいは国立保健医療科学院で研修を受けた公衆衛生医師（約170名）が東京都で働いていることです。

東京都内で働く保健所の医師の勤務先は、東京都の保健所として多摩地域の5保健所、島しょの1保健所、特別区の保健所（1区1保健所）として23区に23保健所、政令市保健所として八王子市保健所および町田市保健所に2保健所があります。公衆衛生医師は、標準的な保健所には、保健所長、予防課長および係長級の医師3名、保健相談所および島しょ保健所出張所には、相談所長あるいは副出張所長などの医師1名のほかに、都庁（福祉保健局）などに配置されています。公衆衛生医師の育成は非常に重要でして、係長級の場合は都庁と保健所に2～3年のサイクルで勤務するわけですが、国立保健医療科学院、結核研究所、国立感染症研究所などで、新任研修や派遣研修を行っています。課長級以上になりますと、さらに、保健所長や部長としての能力を涵養する必要があります。

公衆衛生医師のほかに、公衆衛生従事者には、保健師と監視員（衛生監視員、医療監視員、薬事監視員）がいますが、東京都では保健師を国立保健医療科学院専門課程研修に年間1、2名派遣しています。

国立保健医療科学院へは、特に、次のような期待をしています。（1）公衆衛生行政を遂行していく上での基礎的な能力、（2）保健所長や課長としてのリーダーシップ、（3）公衆衛生分野で仕事を継続していこうという意欲と動機付けを国立保健医療科学院での研修を通じて開発・啓発・強化することです。

重要なのは教育・研修のプロセスですが、やはり世の中は資格ばやりですので、専門医指向の強い若い世代には何らかの称号があった方が良いでしょう。都におります若い公衆衛生医の人たちの間でも、公衆衛生院の時代よりも派遣希望が減っているような感じです。かつてのMaster of Public HealthやDoctor of Public Healthが廃止となってしまいました。例えば、Meister か Maestro, Diploma of Public Health, 公衆衛生認定資格、専門医など、「称号」があった方が若い方々には魅力的なのではないでしょうか。

最後になりますが、組織の名称のことについて述べますと、旧「公衆衛生院」と旧「病院管理研究所」が統合されたという経緯もあって現「保健医療科学院」となったのかと推察致しますが、公衆衛生行政の分野には当然医療行政も含まれますし、英語表記もThe Institute of Public Healthですので、「公衆衛生院」でもいいのではないかと思う次第です。

○鈴木元 氏 国際医療福祉大学教授

国立保健医療科学院が持つ重要な役割の1つは、シンクタンク機能で、この機能を今後さらに充実させていくべきだと考えています。疫学やデータ解析などに詳しい研究者が数多くいることは科学院の大きな特徴で、それを活かして、単なるデータ収集だけでなく、データを解析して1つの方向性を示すことまで行うべきだと思います。その際には高いレベルの研究活動がベースとなります。また、科学院は人材育成を通じて強力な人的ネットワークを持っており、この人的ネットワークはこれまでも大きな力を発揮してきました。実際に今回の大震災のような健康危機が発生した後は科学院の研究者が即戦力となって行政的にも貢献することができました。また、今後は調査などにおいて科学院が主導的な役割を果たすことが期待されています。

今回の原子力発電所事故では、社会はいろいろな「専門家」の意見に振り回された印象があります。1つの反省点として、問題が出てきたときに研究者が適切な批判や評価をしなかったということが挙げられます。たとえば、事故後に放射線影響に関するいくつかの疫学研究が情報として広まったが、それらの中には国民の不安を無用に煽るものもありました。その際、もし疫学研究としての質や結果の解釈に問題があったとすれば、研究者はそれらの問題に関して的確に発言するべきでした。この点について、科学院がシンクタンク機能としてどこまで力を発揮することができたのか、研究者一人一人が見直す必要があるでしょう。シンクタンク機能としては、最終的には健康リスクや健康対策の俯瞰を示すことが重要です。その際、IAEAやICRPのような国際機関の公的な見解だけに頼るのではなく、むしろグリーンパーティなど反原子力派の見解に関しても、その科学的根拠に戻って説明する必要があります。最終的には、利害関係者間で議論が起こったときに論拠となるデータや解釈を提供できることが重要です。

今回の原発事故では、科学院の人的ネットワークが有効に働いたといえます。実際に、上水汚染の問題に関しては科学院の研究者から多くの助言をいただきました。人的ネットワークがあることによって、緊急時における

情報の流れのスピードアップにつながったと思います。また、食品の放射能測定に関しても、平常時から人的ネットワークを築いていたことによって、緊急時における分析精度の管理や自治体の分析体制の構築などにおいて科学院研究者がイニシアティブを発揮することができました。

今回の震災では、科学院がシンクタンク機能を持っているからこそ、政府対策本部・厚労省対策本部での活動や現地対策本部での活動で即戦力部隊となることができました。厚生労働省の研究所として今後期待される研究分野は、担当者への教育も含めて、低線量被曝による精神神経発達障害や母子保健の問題、ストレス環境下での心因性の健康影響などです。さらに、被ばく線量の高い作業者集団の疫学調査についても、疫学研究のノウハウを持った研究者が取り組むべきであり、科学院の主導が期待される研究テーマです。

「想像力の欠如するところに、責任は生じない」というイエーツの言葉があります。すなわち、将来どのような危機が起こるかを想像する力がなければ健康危機に対して責任ある対策をとることはできません。また、「書を読みとことごとくそれを信ずれば、書なきにしかず」という孟子の言葉もあります。すなわち、単にデータを集めるだけでなく価値判断や方向性を示す力を持つことが重要です。そのような能力を持った研究者が科学院の中に多くいて、さらに情報を批判的に見ることができるといえる人材を地方に育てる基盤として科学院が発展していけばいいと思います。科学院研究者の「作る力（創造力）」と「思う力（想像力）」に期待しています。

Ⅳ. 質疑

辻村 それでは4人の方に登壇していただいて、少し議論を深めたいと思います。

その前に、前院長の篠崎先生にいらっしやっただきましたので、科学院をあくまで立場からコメントをいただければと思います。

篠崎 私は小林さんの跡を継いで2代目、6年間ここでお世話になりました。きょうは10周年、まことにおめでとうございます。

10周年ですけれども、その前にさかのぼること6年前、ちょうど厚生労働省の厚生科学課長で、その当時の厚生労働省の国立の研究所を再構築しようという行政改革、橋本行革かと思いますが、ありました。そのときに現在の科学院の原案をつくりまして、ただその原案では水道、建築衛生のような理科系は入っていませんでした。

その後、小林さんの時代にうまく実験ができないということがあって、理科系も入れた今の原案になったということでございます。昨年、この保健医療科学院の見直しももう1回あり、林院長が大変御苦労されたと思いますが、この10年余を見ても何回かこの科学院が時代に即応した形で変わってきたことは、それなりに大事なことなのではないかと思っております。

これからの科学院に期待することと言えば、今、こういう御時世ですから、あくまでも住民、市民の立場に立った、そういう目線で研究なり、あるいは検証を進めるべきだという時代だと思います。また、学問もだんだんと広がってきておりますので、1つのジャンルというか領域にとらわれないいろいろな研究や検証の取り組みも、今後期待されるのではないかと考えております。

また、ファンディングエージェンシーは私どもの時代から始まりましたけれども、将来の主な役割としては大変意味のある方向性があるのではないかと考えております。

私は、つい先日から日本公衆衛生協会の理事長を仰せつかっておりますが、国立公衆衛生院と日本公衆衛生学会、日本公衆衛生協会の3つは三位一体で進むというのが、戦後の我が国の公衆衛生の方針でした。今でも公衆衛生協会と公衆衛生学会はかなり密接な関係ですが、保健医療科学院とは若干距離があったように思います。今後、そのきずなをますます深くしていきたいと思っております。

三位一体は、WHOが言っていることですが、コーポレーション、コーディネーション、コンビネーション、3つのCと言っています。協力、連携、統合一体というようなことをして、新しい形のPublic Healthを目指していただきたいと思っております。

辻村 ありがとうございます。大変温かいお言葉をいただいたと思います。

それでは4人の演者の方とともに少し議論を深めてまいりたいと思います。4人のお話をお聞きしまして、いろいろなキーワードがあるかと思いますが、まず人材育成についてです。矢島審議官から、現在の動向は地方自治体の責任が大きくなっているというお話がございました。東京都の櫻山先生からは、東京都の非常に充実した人材育成システムについて発言がありました。東京都から見まして、国全体の人材育成について何か御指摘というか、欠けているところ、あるいはこうすべきだということをもう少し踏み込んで、お願いしたいと思います。

櫻山 もちろん国立保健医療科学院は今、篠崎先生のお話にもありましたけれども研究機関としての役割が重要

だと思いますが、私どもとしては教育機関としての役割も期待する1つの大きな柱だと思っております。

国全体の人材育成の観点でも、地方の公衆衛生行政を担う人材をどう育てていくか、が重要です。東京都はまだ地方の県に比べれば恵まれたところがあると思いますが、その東京都にしても今は公衆衛生医師不足の中で、確保、定着ということを非常に重要なことと考えています。

医師だけでなく保健師、公衆衛生に従事する獣医師、薬剤師も将来的に不足が見込まれるような動向も出ております。

これはひとえに国の責任というよりは、現場で頑張っている我々の努力が足りないのかとも思っておりますけれども、そういう意味では国にも大いに関心を持っていただいて、協力して人材の確保、育成に努めたいとは思っております。

辻村 東京都は大変恵まれた人材を抱えていると思っておりますけれども、全国を見ますと、いろいろなレベルのところがあるということで、矢島審議官、国の公衆衛生人材をどのように育てていくかということに対して、少し御発言いただければと思います。

矢島 先ほど地方分権、地域主権の話をさせていただきました。まさに皆さん感じていると思っておりますけれども、いろいろな権限がどんどん地方自治体においてきて、地方が自ら主体的に自主的に考えなければいけないようになってきています。

特に医療、介護、福祉、生活保護が地方自治体の財政をかなり圧迫しつつあります。例えば、介護保険は計画が3年ですから3年先までは見えていますが、更に、10年先、20年先の数字を地方自治体の方にみていただくと、皆さん唖然とします。自分の地域にどれだけ高齢者がいて、どれだけサービスが必要かということは予測できるわけです。

医療もそうです。実は特定健診・保健指導のデータベースは標準化されていて、各地域で健診データ等を見ることができるとい仕組みです。健診データ、レセプトデータから、どういう疾病が多いのか、今後どのような疾病が増加することになるのかということを見ていただいて、自分の地域でその地域の将来を予測していただく必要がありますが、それをきちんと分析して評価できる人たちが、これからの地域に求められていくと思います。

そういう意味で保健医療科学院の役割は非常に重大です。都道府県のレベルでは医療計画、医療体制をどう整えたらいいか、市町村レベルでは、介護予防のための健診、どういうふうに発症予防、重症化を予防するのも含めて、都道府県や市町村レベルで分析してそれを予防に結びつける。5年先、10年先、地域はどういうふうに変わっていくのか、どうしたらそれを予防できるのかということ予測できるものが整いつつあると思います。

これからそういう地域のデータがどんどん出てくるわけですから、このデータをきちんと分析して将来を予測し、対策を考えていく、予防をどうしたらいいのだろうかということが求められてくるはずですよ。

ぜひそういう人材を育てていただくことが戦略的に大事だと思います。

国がこれからどういうふうに関与しようとしているのか、市町村、自治体はどう動こうとしているのかということの中で、即戦力として対応できる人材を育てていただけるようなものをこの保健医療科学院の中にカリキュラムとして構築していただきたいと思います。

辻村 社会の動向を正確に見据えて、その方向に沿う人材を育成していくことが科学院の役割ですよというお話だと思います。

公衆衛生学会の活動にも同様に人材育成という観点があると思いますが、科学院とどのように協力するのか、科学院はどのようにすべきである、などのお考えが公衆衛生学会からありましたらお願いします。

大井田 人材育成の面からということですが、80医科大学で衛生学と公衆衛生が統廃合しているところが40ぐらいあるでしょうか。大体、約120人が衛生学も含めて公衆衛生をやっている先生方ですが、公衆衛生院を出ている人はだんだん減ってきています。

大学からも公衆衛生院に派遣していただきたいと思っておりますが、初めは私どもの教室でも入ったらすぐに、特に疫学コースに1カ月、公衆衛生院に派遣しまして、帰ってから論文を書かせるようにしていました。彼らはやはり、「よかった」と言うわけです。ところが最近、お願いしようと思うと、そういう人は入れない、だめだと言われましたが、何とか大学から入れるシステムをつくっていただければいいなと思っておりました。

辻村 ありがとうございます。

今、人材育成についていろいろ御指摘いただきましたが、鈴木先生、先の話の中で想像力を持つことが必要だということとお話と人的ネットワークを構築することが、公衆衛生を担う人材に必要な資質かと思うと発言がありました。そういう観点から、そういう人材をどういうふうに関与して育てていけばよろしいか、もう少し御意見をいただければと思います。

鈴木 私が疫学を最初に学んだのは、広島に行って重松先生、そして重松先生のお弟子さんたちに教わって、実地訓練を受けたという形です。やはりいい指導者について、最初に学んでいくことが重要だと思います。

そういう意味で今の科学院の指導者になる人がよりブラッシュアップし、地方から、地域から研修に来たときにいい指導ができることが重要だと思います。教育者として優秀ということと、研究者として優秀ということは別な側面を持っていますが、こと疫学に関しては、教育者は実践的に疫学者として優秀でないと、うまく指導ができないのではないかと思います。

科学院のコースは、より実践的に教えていくようなところでもし面倒を見てあげることができれば、現場を持っている人たちが来るわけですので、実際の題材は持ってくるので、非常にいい訓練ができるはずだと私は思います。

科学院の研究者が通り一遍の教師ではなく、実践的な問題に関する解決能力、その人自身が実際に疫学調査ができる能力を持って教えていくということが必要ではないかと思います。私は単に教育機関というよりは、科学院の研究者はみずからが研究者としての実践を行いながら教育ができる体制でないと、魅力のある教育はできないのではないかと考えています。

辻村 ありがとうございます。

話は尽きないのですが、ほかの話題に移りたいと思います。鈴木先生の発言は、いい指導者がいればうまくいく、科学院にいい指導者はいるのかどうか常に自問してほしい、ということと受け取りたいと思います。

4人の方の今日のお話の中に、公衆衛生を見る世間、信頼感が増しているのではないかとという話とともに、公衆衛生の中身が、変わっていくのではないかとというお話がありました。矢島審議官からは、いろいろなデータに基づいた予防対策というお話がありました。

櫻山先生からはもう少し具体的に、従来の公衆衛生に比べて医療に踏み込むことが多くなってきた、というお話でした。櫻山先生からももう少し医療との接点について御発言をいただければと思います。

櫻山 医学教育の中で、あるいは看護教育も似ているかと思いますが、公衆衛生学、衛生学は他の臨床科目とは別に講義をされています。したがってともすると臨床医学に比べて公衆衛生、衛生学は基礎医学系とくくられてしまうことが多いかと思っています。

しかし、広く公衆衛生というものを考えた場合には、もちろん臨床そのもののアプローチとは違いますが、地域の医療をどうしていくかということ、救急医療、周産期医療など医療行政の分野も、公衆衛生行政にとっては非常に重要な問題です。

そしてもう少し個のレベルに行きますと、先ほど少し申しましたのは、患者さんの権利意識が高まる中で、それぞれの病院、診療所の行う医療に対してもっと行政が責任を持つべきではないかというような住民の思いがあって、そういう要望あるいは苦情のようなものが保健所、あるいは自治体に多く寄せられるようになってきました。

医学の進歩のためには診療の自由という概念は守らなければならないと思いますが、一方で医療に対するニーズが多様化する中では、ある程度交通整理が必要ではないのか。

予防はもちろん公衆衛生の基本だと思います。それに付加して医療行政、病院管理的な部分についても、公衆衛生のいろいろな定義から考えて食品衛生、環境衛生など監視行政も含め、住民の健康を守るために行っている意味では従来からの母子保健や成人保健などのサービス行政に分類されるものと本質は変わらないのではないかと私は思っています。

辻村 大井田先生、公衆衛生学会の会員はいろいろな職種があると思いますが、例えば臨床医の方、臨床現場の看護師さんも入っておられて、そういう方の公衆衛生のスペシャリティーはどのように確立していくのですか。

大井田 8,600人のうちの半分ぐらいが医者、3割が保健師さんや看護系、あと残りの方がいらっしゃいますけれども、実は4年前から公衆衛生学会として夏に論文の書き方研修会をつくりました。定数50人のほとんどが女性です。看護師さん、栄養士さんなど女性の方が働きながら学位を取りますが、取った途端、大学の講師などの職が来るのです。急に指導教官になって驚いて、それで駆けつけてくるということです。これは3回ぐらいやったら終わりだと思いましたが、毎年、50人を超える応募があり、いつも断る人たちもいます。

論文の書き方と言っても、いわゆる統計処理からレフリーコメントの書き方、研究デザインを3日間でやります。3日間では少ないですけども、いかにこういった需要が多いかということを感じています。公衆衛生学会誌のファーストオーサーは今や6割～7割が実は女性です。公衆衛生学会の会員は減っているのではなく逆にふえている、そのふえているのは女性の方です。女性に支えられているのでしょうかね。こういう人たちの要望を受けとめていますが、これだけでは足りないの、やはり科学院と一緒に何かやったらいいのかと思うときもあ

ります。

辻村 鈴木先生は公衆衛生と臨床医の経験もあると思いますが、今の公衆衛生活動で臨床医学とのかかわりを御発言いただければと思います。

鈴木 私も大学院の授業の中で研究計画のつくり方、倫理の問題、論文の書き方を教えています。そういうところは非常にニーズがあると思っています。現実に現場で働いている人たちの中で、ある程度何年かやっていると、確かに学位を取りたいということをおっしゃる人がいて、そういうある程度の問題意識を持っている人たちに1つの方向性を与える、公衆衛生の中で問題解決能力を与えていき、それによってバイプロダクトとして論文が出ていけばそれでいいのだらうと思っています。

そういう介助役をするニーズが科学院に求められているのではないかと、もちろん大学でもやっていますが、より社会人大学院というような制度の中で科学院が並列して果たすことのできる役割があるのではないかと思います。

辻村 ありがとうございます。

公衆衛生の中身が従来とは大分変わってきているというお話かと思いますが、矢島審議官から予防、特にどういふことを新しい仕事として期待するというような御発言があればと思います。

矢島 今、医療の話があったと思いますが、公衆衛生として医療にかかわる必然性は今まで以上に出てくると思います。昔、医療計画ということで、医療圏ごとのベッド数の検討などがあったと思います。先ほど申しましたけれどもデータも整いつつあります。

DPCのデータがかなり出てきて、地域の医療の実態というものが明らかになってきました。どういふ患者さんが何日間入院しているか、重症度などもある程度、医療の実態が見えてきて、予防などの対策が検討できるようになります。例えば先ほどの市町村で特定健診、保健指導をやっているところで、きちんと市町村レベルで分析してみると、心筋梗塞、脳梗塞、人工透析もありますが、重症で医療費がかかる人を調べてみると、実は健診を受けていないというようなことが、健診データとレセプトと突合することでわかるようになりました。そういう人たちに対してどのような対策を行うのがいいのか、予防していったらいいのかという課題は、これから医療計画、健康増進計画が突きつけられる課題で、データが集まりつつありますので、今後方向性が見えてくると思います。

どういふ患者さんが増えていて、実際に医療にかかっているのか、介護保険のお世話になっているのかということが見えてきて、それは一体何が原因でということが、やっと健診データとレセプトデータの分析によって、つながって見えるようになってきたのだと思います。

そういうときに、どういふことが必要か。今、実際に保健指導をやって、データの改善が見えてきているところも出つつあります。その次に、それで実際に発症を予防できれば、患者さんが減ったというデータが出始めてきています。

予防するということが、その地域で公衆衛生として何が必要なのか。この公衆衛生全体を考えることのできる人材が必要だし、そういう人は医療の分野にも求められているので、公衆衛生の発想で見ることのできる人材が地域に育っていただくことが大事であると思っています。

辻村 いろいろとお話をありがとうございます。大変示唆に富むお話かと思っています。

大きく人材育成という観点と、公衆衛生の中身について、それぞれ「科学院に期待する」という言葉で我々は受けとめたいと思います。それに十分こたえるだけの切磋琢磨が必要かと思っています。

今までのお話あるいは各自のお話から何か質問、御意見がフロアからありましたら、手を挙げていただきたいと思っています。

紀伊國 質問をいいですか。笹川記念保健協力財団理事長、紀伊國です。

辻村 どうぞ。紀伊國先生よろしく願いいたします。

紀伊國 おっしゃるとおりだと思いますが、私は病院管理研究所にいたものですから、その立場でも少しお話しさせていただきたいと思っています。

国立公衆衛生院と保健医療科学院とはやはり違うということも、もう少し明確にさせていただきたいと思っています。

2000年のWHOの報告書では日本の医療は世界一という達成度を言われましたけれども、同時に我々は多くの医療上の問題点を抱えているのではないのでしょうか。医療上の問題に立ち向かうことは、病院管理研究所の役割だったと思っています。今、病院管理学会は、医療病院管理学会と名前も変えました。衛生院と合併したときは医療病院管理研究所ではなかったのかと思っていますが、新しいパブリックヘルスの中に医療が入ると考えると、せっかく1961年からできた病院管理研究所がやってきたものについても、ぜひお考えいただきたいと、林院

Ⅲ. 国立保健医療科学院10年記念シンポジウム

長，矢島審議官にお願いしたいと思っています。

今の病院あるいは診療所，あるいは老人保健施設も，よいマネジメントが絶対に必要です。それをどのように包括していくのか，矢島さんがDPCについて発言されましたが，DPCの分析は医療病院管理学会でも大きなトピックになっておりますし，病院管理研究所の得意とするところでもあるし，新しい保健医療科学院でもやるべきことではないでしょうか。

本日聞いていまして，旧公衆衛生院のイメージが強過ぎたのではないかと，あえて申し上げる次第です。

辻村 貴重な御指摘をありがとうございました。

それではこれで終わらせていただきますが，シンポジストの皆さんにいま一度拍手をお願いします。