

保健医療福祉委員会報告

「新しい地域保健体制について」

平成11年 3月10日

はじめに

平成6年に成立した地域保健法をもとに、全国各地で新しい地域保健体制の構築を目指した取り組みが進んでいる。これらの取り組みについては、基本的に「こうあるべき」、あるいは「こうでなければならない」という、一定の方向や方法が存在していないというのが、今日の状況のひとつの特徴となっている。全国各地でそれぞれの固有の状況に即して、いわば試行錯誤の実践が進められているというのが現状であろう。

戦後50年のわが国の公衆衛生の歩みを振り返った場合、一部には地域に固有の取り組みが進められた例もみられるが、大方の地域では法律に依拠した、上意下達型の事業の展開が中心であったといえる。その意味で今日の地域保健をめぐる状況は、むしろ歓迎されるべきものとも考えられる。しかしこの場合、今日いわれているような evidence based の地域保健の実践が進められ、21世紀をにや地域保健が構築されるためには、何よりもそれぞれの実践がお互いの次の実践のための evidence になるように情報や知見が紹介され、活発な議論が行われなければならない。

優れた実践は優れた議論から生まれる。このような考えのもとに、保健医療福祉委員会では、全国の地域で進められている取り組みや実践の例から学び、議論するための場をつくり、その内容を学会機関誌を通じて全国の学会員に紹介することを目的として、平成9年度において4回のワークショップを開催した。それぞれのワークショップにおける議論の詳細な内容は、日本公衆衛生雑誌第44巻第9号、12号、第45巻第7号、9号に掲載されている。

本報告は、ワークショップの中で報告された地域における取り組みの状況、あるいはワークシ

ョップにおける議論の内容をもとに、主な論点をできるだけありのまま紹介し、記録としても残していくということを趣旨として、まとめたものである。

1. 私の考える保健所像（第1回ワークショップ：平成9年5月30日）

1) 保健所における企画調整力の確保

地域保健法第4条にもとづく厚生大臣の定めた地域保健推進の基本指針の中で、今後の保健所にとくに強化が求められる機能として、専門的・技術的業務、情報収集、調査研究、市町村援助、企画調整機能の5つがあげられている。保健所は、生活環境の全般を含めた保健、医療、福祉について、広域的に問題を処理できる位置にあり、また多様な専門職がはたしているというのが、その特徴である。保健所はこれらの特徴を生かし、総合性と専門性を発揮して、様々な課題に対応できる機関として活躍するというのが期待される姿である。

これからの保健所にとって、これまで以上に市町村の関係職員や関係機関、団体との協力や連携が必要になってくると思われる。これらの関係の人たちとの地域保健活動のネットワークの形成に当たり、保健所は行政的にも、技術的にも、より総合的で専門的な力を持っているということを背景に、調査研究を行い、企画調整の機能を積極的に果たして、地域における各種の保健サービスを重層的に重ねていく努力をすることが必要である。

この場合、市町村に対する支援、市町村間の連絡調整機能は、まず市町村と保健所の相互理解がないと、何を求めたらいいのか、何を求められて

いるのか、判らない。市町村も都道府県もともに独立した自治体である。お互いにそれぞれ持っている良さを出し合いながら、常に連絡を取り合える体制が必要である。

2) 保健所予算の確保

保健所の予算は本庁から令達予算として支給される。このため各現場で最優先で行いたいことがあっても、そこに重点的に予算を配分することが困難であることが多い。保健所ではたらく者が必要と思うこと、優先順位が高いと思うことを実際に実施することができるようにするためには、予算の流れ、仕組みなどの体制についても、工夫がなされなければならない。

予算の確保は企画調整能力と関係があり、また保健所のアイデンティティや方針に基づくものである。また予算については、保健所に配置されている多くの専門職種のメンバーそのものが事業費でもあるという点を認識する必要がある。また、県に予算を要求するだけではなく、市町村における事業の予算化をすすめるということも考えるべきである。

3) 保健と福祉の関連（保健所と福祉事務所）

保健と福祉の連携が不可欠であることは明らかであるが、連携と統合は別のものである。この点、全国的に進んでいる、保健所と福祉事務所の統合について、実態として事業面においてどれだけの連携の強化、あるいは効率化がすすんでいるのか、明らかにしていく必要がある。

市町村が策定している老人保健福祉計画、介護保険事業計画へのかかわりということも大きな仕事になってくることが予想される。また、保健所に求められている在宅ケア、在宅医療推進のコーディネーター役としての機能を果たしていく上で、企画調整機能のもつ意味合いは大きい。

4) 保健所スタッフの教育研修

新しい地域保健体制の構築がすすむ中で、保健所のスタッフの力量が厳しく問われている。保健所の医師や職員は、どれだけのことが自分たちの力でできるのか、できないのか。それを真剣に考えなければならない。そしてスタッフの技術水準の向上に対し、具体的な研修体制のあり方につい

て検討をすすめることが、教育研修の基本の課題である。

研修の内容として、公衆衛生知識の修得のみではなく、予算の仕組みや、保健所事務の流れなど事務的な業務についても含まれることが望まれる。

基本的に教育研修活動の推進に対しては、学会が積極的なはたらきかけをしていく必要がある。また、医師のみならず、すべての保健医療従事者を対象とした研修の場を、学会として考えていくことが大切である。

2. これからの市町村保健センター（第2回ワークショップ：平成9年7月11日）

1) 小規模町村への支援

全国の保健センターの施設数は1400か所、類似施設までいれると1900か所である（平成10年度末において、保健センター、あるいは類似施設を設置している市町村数は、全国においてそれぞれ1789か所、804か所）と報告されている。保健センターを設置することは、人口規模の小さい町村では難しい。このような町村は高齢化指数が非常に高いところも多く、保健センターもなく、必要なメンバーも確保が困難で、地域格差が大きくなっていくのではないかと危惧される。

小規模な町村は、医療圏や福祉圏などの広域的な圏域で保健センターの建設を計画していくということも考えられる。この場合、国や都道府県はどういう援助ができるのか。町村の広域的な取り組みに対する、具体的な支援策を示す必要がある。

2) 市町村保健センターの役割

市町村保健センターは、一層充実した機能や能力を確保し、市町村レベルの保健・医療・福祉サービスの地域における拠点に脱皮していく時期にきている。

市町村保健センターの役割は、第一に、総合相談窓口を設置し、住民のニーズは何なのかを的確にとらえることである。

第二には、地域のコーディネイト機能を担い、包括的で効果的なサービスの提供をすすめることである。センターを拠点とした、事業のネットワ

ーク化やシステム化が求められている。

第三は、情報センター機能、公衆衛生学的な分析機能の充実をはかり、住民の健康の状態を的確に把握することである。

福祉との関連については、これまでの福祉は措置行政であり、保健行政は措置ではなく、誰でもサービスを利用できるという制度であった。そういう中で保健サイドと福祉サイドが連携という名目で仕事をすすめていても、現状では基本的な制度の違いが職員の対応の違いに出てしまうということもあるのではないかと、という指摘もあった。しかし具体的に双方の職員が住民主体という基本理念でみんな同じように仕事をしているという中で、理解が深まったという報告もあるので、保健と福祉の連携という大きな流れを積極的に受けとめていくことが重要である。

3) 母子保健事業の推進

新しい地域保健体制の重要課題のひとつは、市町村における母子保健管理体制の構築である。この課題に対し、保健センターはその中核施設であり、大きな役割を担うことが期待されている。

ある県からの報告によると、「母子の明るい健康づくり対策の展開の中で、母子保健カードを50市町村で一元化していくという方向性がだされ、地域の医師会の協力を得て、何回も修正を加えて『乳幼児保健指導指針』が作成された」、また「県立の小児保健医療センターが中心となり、地域の小児科医などの研修や乳幼児健診時の診察のチェックポイント、歯科健診や聴覚健診などを含めて、マニュアルづくりが行われた」、また「乳幼児健診については、小児科医ばかりではなく、心理判定員、栄養士、保健婦などのマンパワーの確保が必要であることが強く認識された」、そして「このような新しい体制の構築に向けた活動が生まれたのは、母子の健康管理体制の充実強化を県が早くから推進した結果である」とされている。市町村の母子保健事業の推進に対し、都道府県の役割の重要性を改めて確認する必要がある。

4) 保健所との関係

保健所は、保健センターに対して専門的・技術的支援を強化しなければならない。

小規模な町村の事情を勘案すれば、保健所はた

だだめに応じるという意識ではなく、科学的な知見などをふまえて積極的にアドバイス、あるいはリードしていくという姿勢を示さなければ、小規模な町村の多様な課題に対応することは困難である。保健所の役割は、計画の作成や実務まで積極的に支援することである。

3. 政令市の保健・医療・福祉対策（第3回ワークショップ：平成10年2月5日）

1) 保健所の再編—指定都市における1か所体制の進行（千葉、北九州、広島、札幌、神戸、大阪）

12の指定都市については、保健所を一つにまとめたところと、各区に配置しているところがある。また福祉部門と合体したところとしていないところがある。区役所組織に編入したところと編入していないところがある。保健センターを持っている指定都市と持っていない市とがある。それらを見ると、それぞれの自治体が独自性を発揮して組織機構を考えた、ともいえるが、根本的なところで「保健所というのはこういうものである」という共通の認識がなく、それぞれに独自に考えてしまったのではないかと、という傾向がみられる。

保健所の数でみると、指定都市において激減するというような状況があるが、現在、全国の706保健所のうちの181が政令市型の保健所ということで約4分の1であり、管轄人口では全国の約30%を占めており、その割合は非常に大きい。学会は、大都市にかかわる問題について緊急に検討を行い、大都市における保健所のあり方について提言をしていく必要がある。

指定都市の保健所は、都道府県と市町村の機能を合わせ持った総合的なものであるべきであるという考えもある。しかしたとえば12の指定都市のうち4市が1保健所体制であり、他に2市においても1保健所体制の方向で進んでいる。そういう状況が大都市部で進んでいくと、いわゆる管理的なことと規制的な業務を行うところが保健所ということになってしまうことになるのではないかと。また環境保全、環境衛生の仕事が保健所の業務から切り離され、最も公的な関与が望まれる環境関連業務が、保健部門と連携のない組織で行われる

ということになる。保健所との関連のもとに、大切な環境問題がどのような形で取り込まれるべきか、その方向を明らかにしていく必要がある。

2) 機能の強化と組織体制

指定都市では、保健所全部を機能強化はできない、そこで1か所、強力なものをつくって、全体として柔軟で機能的な形にしたいということを強調しているところもある。しかし保健所長には、住民の健康を最優先とするという理念に立った、判断力が不可欠である。大きな人口を対象としてそのような機能を担うとすれば、そのような医師が一定数いなければその機能を担うことができない。こうした医師の存在が自治体にとって必要であるということについては今後とも首長の理解が得られるようはたらきかけていく必要がある。また合わせて、保健事業について事務職の人たちの理解を得ることも重要である。事務職は事務職、技術職は技術職と分離してしまうと、総合的で柔軟な事業の展開が困難になるとと思われる。

保健所長は歴史的に見ても、日本の保健医療システムの中で極めて重要な責務を担っている。保健所長の位置づけが今日の状況の中で、いろいろな形に変化しているが、保健所長の役割はこういうものである、ということを明確にしておく必要がある。

毎年、全国保健所長会は、衛生行政にかかわり現場をあずかっている者を代表して厚生省に対して予算要望を行っている。自らの日ごろの実践活動をもとに、保健所長の役割について具体的な提案をしていただきたい。

保健所長の医師規定について非常に厳しい論議があったわけであるが、保健衛生関連の部長は医学的な関係者、あるいは保健行政の関係者がその職についていくようにしないと、保健福祉の連携、あるいは保健行政の将来を考えた時に、非常に大きな障害になるとと思われる。

3) 特色のある活動—住民の多様な健康状態への対応

住民の多様な健康状態に対しては、自治体の関係部局の機能を総動員した総合的で、柔軟な対応が求められている。この点まず、保健と福祉の統合について、長所と留意すべき点について、ある

市からの報告では次のように整理されている。

長所は、第1に相談やサービス提供体制の一元化・総合化である。第2は、保健サービスの対象が広がったことである。第3は、職員の意識改革である。同じフロアで机を並べて仕事をすることで、協働作業が日常的に行われ、一番必要ともいえる職員の意識改革がすすんできた。第4は、地域との連携強化である。福祉は民生委員や社会福祉協議会など地域活動が盛んであり、それが保健所の活動の基盤になってきた。第5は、ポストや人員の削減があるので、財政的なメリットもあげられる。

留意すべき点としては、第1は、保健婦の仕事が分散したことである。第2は、連携の難しさに対しては、時間が必要であるということである。どこまでが必要で適切な関わりなのかは、協働作業の事例を重ねるにつれて解決されていくと思われる。しかし基本的に保健も福祉も地域という場における自立支援の活動であり、ケースワークの手法も公衆衛生活動と共通点が多い。

保健と福祉の統合については課題が多いという強い意見もあり、今後、慎重に経緯を見守っていく必要がある。

関係部局間の連携について、例えば東京都の23の特別区のような場合、都衛生局、保健所の生活衛生部の環境監視員、あるいは都の環境保全局、あるいは下水道局という具合に、都と区、区と区、あるいは都の3局が合同してことに当たるといことが強く求められているという報告もあり、どのような自治体においても一層の推進が必要である。

4) 内部における人材の育成

今日、基本的に予算や人員削減の方向があり、これからは事業の取捨選択や民間活力の導入が迫られている。

このような状況の中で、保健所は調査研究、指導研修、企画調整、高度・広域性を重視した保健活動を推進すると位置づけられており、保健センターはそこで解明された実態に基づいた保健活動の実施の場として機能することが期待されている。これらの機能の推進、充実に対しては、人口の多い指定都市では内部における人材の育成が不可欠の課題である。この点、どのような体制が望

まれるか、学会としても一定の案を示していく必要がある。

4. 保健医療福祉対策における大学・学会の役割 (第4回ワークショップ:平成10年2月29日)

1) 大学の現状

平成6年度の全国の保健所長を対象にしたアンケート調査の中で、大学のスタッフが保健所や地域保健のことをほとんど知らないのではないか、関心がないのではないかという指摘がみられた。また、少なくとも保健所のレベルでは、現実に大学との関係そのものが話題にならないところも少なからず存在しているのではないか、という意見もみられた。

「教育研修の協力」についても、「調査研究の支援」や「企画調整への参画」についても、公衆衛生の専門性を基盤としたかわりは、当然どの大学でも可能であるが、実践的な問題への関与などは、大学のスタッフの経験や関心によって、差が存在しているのではないかと。各県に1大学が存在するなかで、大学に対し地域の公衆衛生活動に向けたもっと日常的な支援を期待するとすれば、教育の場合と同じように、これこれの機能を確保して欲しいという希望が出てくることも考えられる。大学の教官選考などは、大学によっても違ふと思われるが、この地域社会への貢献の視点が軽視されている例が多いのではないかと。学会という立場でどのように考えるか、検討する必要がある。

大学に期待されているものは、優秀な人材を養成してこの分野におくり出して欲しいということである。毎年、各大学で100名前後の医師が卒業する中で、なぜ若い医師をもっと公衆衛生の分野に得られないのか。これが最も基本的な問題である。

この他に大学に期待されているものは、公衆衛生関係者への研究指導・研修実施、研究・論文指導・学位取得の支援、各種研究・調査の実施、科学的データの提供・理論の提示、情報公開、地域の各種委員会への参加・専門的助言指導、社会的な要請に沿った研究会・協議会の設置、国・地方自治体への政策提言などが考えられる。

この点、大学の公衆衛生は、これまで公衆衛生を担う人材としての医師の養成、また地域における公衆衛生活動を支援するための多様な機能を担い、わが国の公衆衛生の推進に大きな役割を果たしてきたと思われる。しかし近年、文部省などで公衆衛生大学院の創設について、具体的な検討が始まっているということがいわれている。このことは大学の公衆衛生が、もっと社会の前線にあって地域の公衆衛生の向上のために直接活躍すべきであるということが期待されていることを示唆しているように思える。

大学の公衆衛生は人材の養成や地域の支援にとどまらず、いわば医学部の附属病院が社会の第一線で果たしているような役割を担うべきであるということについて、今後、公衆衛生大学院設立の問題をふくめ、具体的な検討を始める必要がある。

2) 大学院の体制

日本学術会議予防医学研究連絡委員会では、種々の新しい大学院構想を発表している。その内容として、連合型1は、文部省用語では「連携大学院」である。この前提として、総合大学の各講座が、所属学部から離脱して独立研究科、すなわち新しい部局を設置するということが必須となる。

連合型2というのは、文部省のいう「連合大学院」である。この連合型2は、衛生学公衆衛生学教室が医学部を離れて、あるいは医学研究科を離れて、連合するというタイプである。典型例は、岐阜大学農学部と静岡大学農学部が、一緒になって、「農学連合研究科」といった大学院を持ったというものである。

連合型3は、文部省用語の「独立大学院」、すなわち学部を持たないで大学院のみの大学を新たに設置するというタイプである。連合型3の場合には、国立公衆衛生院を核とする構想が考えられる。実例としては、北陸と奈良の先端技術大学院大学、文部省付置研究所が集まってできた大学院大学がある。

連合型1, 2, 3以外のものとして、「独立専攻系」も考えられる。現在の社会医学系の拡充策といえるものである。医学研究科の中で、衛生学公衆衛生学関連の基幹講座を増やし、協力講座も他

の部局から求めなければならないものである。

これらの大学院構想を念頭におきながら、学会においても将来の大学院のあり方、前述の公衆衛生大学院の展望などについて、検討をすすめる必要がある。

3) 公衆衛生医の資格要件

衛生・公衆衛生教育協議会が学会認定医制度、公衆衛生・予防医学専門医制度についてのアンケートを会員（教授）を対象にして実施している。その中で「学会認定医制度あるいは公衆衛生・予防医学専門医制度の設立について、ご意見をお聞かせ下さい」という質問に対して、「設けるべきである」と回答した者が37%、「設けるべきでない」と回答した者が32%であったと報告されており、国立大学の教授の44%が「設けるべきでない」と回答している。

大学院（医学研究科）の教育が普遍的となる中で、一方、高度専門職業人あるいは全人的指導者としての育成が必要な時代を迎えており、21世紀を担う公衆衛生医あるいは公衆衛生専門職のあり方については、学会としても、独自の検討を始める必要があると思われる。

4) 保健所長の資格要件

保健所長の資格は厚生省の課長通達により、「少なくとも国立公衆衛生院における1.5か月の特別コースは受けて下さい」ということになっている。それを3か月に延ばそうという形で現在検討がすすんでいる、という報告があった。その3か月は1年コースの一部を構成するものであり、その他の期間は各大学なり、衛研、衛生部で、テーマを持って指導教官のところで研修を続けて単位を取得する累積単位制で、一定の年数（例えば5年）の間に必要な単位を履修するという制度にしようということで検討されている。この方法では、保健所長資格は通年1年間の累積単位制で得られるということになる。（その後、平成10年7月6日、保健所長資格認定に関する保健医療局長通達が出され、公衆衛生において実施されていた特論コースが廃止され、これにかわる保健所長資格認定のための研修コースとして、専門課程のなかに新たに3か月履修の基礎課程がもうけられ、平成11年4月から実施されることになった。）

学会の専門医制度については、問題点も多いが、こういう制度ができていれば保健所長の資格要件のベースになるのではないかという考えもある。

産業医学の分野では、専門医、指導医というのは学会独自のものであるが、あくまで労働省が認定しないと、資格的に産業医として企業との契約が結べないという問題が存在している。公衆衛生の場合も、学会としての場合と厚生省が認可する場合とでは違ってくるのではないかと思われる。

5) 公衆衛生実習のあり方

公衆衛生実習について、大学と保健所が個々の関係で行う調整方法は、限度にきていると思われる。そこで衛生部と大学の話し合いで各保健所に割り当て、その代わりに各保健所にとってもプラスになるように学生に作業を分担させるというようなシステムをつくる必要がある、という意見があった。

保健所側からすると、普段着のままの保健所を見てもらうということが必要であり、そうした実習が行われているといえる。しかし、大学の実習が増えてきたのは非常に嬉しいが、各種学校を含めると非常に多いのは事実で、都道府県の衛生部による調整が必要になっているというのが現状である。

医学生の保健所実習については、臨床医になる医学生に地域のシステムやその活動を知っておいて欲しいということと、保健所医師への関心をもたせようというのはかなり違う面があるのではないか。

また、卒前教育における公衆衛生の教育は、卒前教育全体の中で位置づけられるわけであるが、時代の動向に即した「医学教育のあり方」に関する学会の提言のようなものをまとめるということも考えてみる必要があるのではないか。

5. 今後の学会の役割

4回のワークショップにおける議論をふまえ、岩田弘敏、近藤健文両小委員長のまとめをもとに、「今後の学会の役割」をテーマとして会議（平成10年5月29日）をもち、以下の内容を、今後の学会の担うべき役割として確認した。

1) 保健行政への提言について

- (1) 地域保健法施行における意見, 要請
- (2) 保健所長の資格要件, 役割についての検討
- (3) 公衆衛生医, 公衆衛生専門職のあり方についての検討
- (4) 地域格差への対応

2) 生涯研修のあり方について

- (1) 学会員に対する研修体制についての検討
- (2) 学会認定医制度についての検討
- (3) 各職種の人材育成, 資格認定のための単位提供, 受講評価についての検討
- (4) 公衆衛生大学院についての検討

3) 学会の発展について

- (1) 分科会の育成方策の検討
- (2) 保健婦, 栄養士など専門職の学会加入へのはたらきかけ
- (3) 保健, 医療, 福祉関連の学会との交流の促進

保健医療福祉委員会委員

委員長 多田羅浩三 大阪大学医学部公衆衛生学

保健センター小委員会

委員長 近藤 健文 慶応義塾大学医学部衛生学
公衆衛生学

委員 松田 朗 国立医療・病院管理研究所
能勢 隆之 鳥取大学医学部公衆衛生学
伊達ちぐさ 大阪市立大学医学部公衆衛生学

顧問 北川 定謙 (財)日本公衆衛生協会

野崎 貞彦 日本大学医学部公衆衛生学

保健所小委員会

委員長 岩田 弘敏 岐阜大学医学部衛生学

委員 小倉 敬一 千葉県船橋保健所

竹本泰一郎 長崎大学医学部公衆衛生学

三浦 宜彦 昭和大学医学部公衆衛生学

顧問 重松 峻夫 福岡大学医学部

古市 圭治 国立公衆衛生院

第113回日本医学会シンポジウム

中高年の生活の質改善のための医療

日 時：平成11年6月17日(木) 10:00~17:00

場 所：日本医師会館 大講堂

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

TEL 03-3946-2121

午前の部 (10:00~12:20)

10:00 開会の挨拶 森 亘 (日本医学会長) (5)

I. 生活の質(quality of life)

(座長) 田 中 平 三 (東京医歯大・難治疾患研)
 10:05 1. 高齢者における生活の質の意義 田 中 平 三 (東京医歯大・難治疾患研) (5)
 10:10 2. 生活の質の概念とその変遷 杉 山 みち子 (国立健康・栄養研究所/
 国立医療・病院管理研究所) (15)

II. 性ホルモンと生活の質

(座長) 武 谷 雄 二 (東京大・産婦人科)
 10:25 3. 概 説—性ホルモンの生活の質へのかかわり— 麻 生 武 志 (東京医歯大・産婦人科) (15)
 10:40 4. エストロゲンと脳機能 大 藏 健 義 (獨協医大・越谷病院・産婦人科) (20)
 11:00 5. エストロゲンと心血管 秋 下 雅 弘 (東京大・老年病科) (20)
 11:20 6. エストロゲンと骨粗鬆症 太 田 博 明 (慶應大・産婦人科) (20)
 11:40 7. 中高年男性とアンドロゲン 箕和田 滋 (東京大・泌尿器科) (20)
 12:00 討 論 (質疑応答) (20)
 12:20 休 憩 (70)

午後の部 (13:30~16:55)

III. 骨・関節と生活の質

(座長) 藤 井 克 之 (慈恵医大・整形外科)
 13:30 8. 骨粗鬆症による傷害とその予防・治療 串 田 一 博 (浜松医大・整形外科) (20)
 13:50 9. 膝痛の予防と治療 黒 澤 尚 (順天堂大・整形外科) (20)

- 14:10 10. スポーツによる傷害とその予防・治療 石井清一 (札幌医大・整形外科) (20)
- 14:30 討 論 (質疑応答) (20)

IV. 皮膚・感覚器と生活の質

- (座長) 溝口秀昭 (東京女子医大・血液内科)
- 14:50 11. 皮膚科領域における生活の質改善のための医療 渡辺晋一 (帝京大・皮膚科) (20)
- 15:10 12. 眼科領域における生活の質改善のための医療 所敬 (東京医歯大名誉教授) (20)
- 15:30 13. 耳鼻科領域における生活の質改善のための医療 長谷川誠 (杏林大・耳鼻科) (20)
—鼻閉、いびき、睡眠時無呼吸—
- 15:50 討 論 (質疑応答) (15)
- 16:10 総合討論 (司会) 武谷雄二 (東京大・産婦人科) (40)
藤井克之 (慈恵医大・整形外科)
溝口秀昭 (東京女子医大・血液内科)
- 16:50 閉会の挨拶 小泉明 (日本医学会副会長) (5)
- 16:55 終 了

第113回日本医学会シンポジウム組織委員

田中平三 武谷雄二 藤井克之 溝口秀昭

- 参加費不要
- 出席者は討論に参加できます。
- 参加ご希望の方はハガキに右記要領で日本医学会までお申し込み下さい。なお、ハガキの下から5cm幅に記入の住所・氏名は、入場券送付時に使用しますので、正確にお書き下さい。
- 日本医学会
〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
日本医師会館内
電話 03-3946-2121

第113回日本医学会シンポジウム
参加希望

(所属・勤務先)

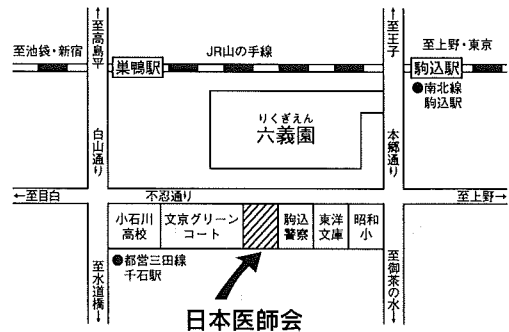
(氏名)

〒□□□-□□□□
(自宅または勤務先住所)

(氏名) 様

- 参加者には、日本医師会生涯教育制度(5単位)ならびに日本内科学会認定内科医・専門医更新(2単位)の取得参加証が発行されます。

日本医師会館案内図



- JR山の手線および営団地下鉄南北線「駒込駅」より徒歩約10分
- 都営地下鉄三田線「千石駅」より徒歩約5分

日本公衆衛生雑誌投稿規定

(平成10年4月1日から実施)

変更は下線部分

1. 本誌への投稿は共著者も含めて本学会会員であることを原則とする。
2. 他誌に発表された原稿(予定も含む)の投稿は認めない。
3. 本誌は原則として投稿原稿およびその他によって構成される。
 - 1) 投稿原稿の種類とその内容は表1のとおりとする。

表1 投稿原稿の種類

種類	内容	制限頁数
1. 論壇 Sounding Board	公衆衛生の活動、政策、動向などについての提案・提言	5頁
2. 総説 Review Article	研究・調査論文の総括および解説	12頁
3. 原著 Original Article	独創的な研究論文および科学的な観察	10頁
4. 短報 Short Communication	独創的な研究の短報または手法の改良・提起に関する論文	5頁
5. 公衆衛生活動報告 Public Health Report	公衆衛生活動に関する実践報告	10頁
6. 資料 Information	公衆衛生上有用な資料	10頁
7. 会員の声 Letter	掲載論文に対する意見、海外事情、関連学術集会の報告など	1頁

(刷り1頁は400字詰原稿用紙のほぼ4枚に相当する)

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。

- 2) 投稿原稿のうち、3~6の構成は原則として表2のとおりとする。
(表2の構成によらない場合は投稿の際その理由を付すこと)
4. 会員の投稿には連絡通信事務費(投稿料)および掲載料を必要とする(会員の声を除く)。投稿料はその実費が上回った場合は、追加請求することがある。投稿料および掲載料は理事会の議を経て変更することがある。
 - 1) 投稿の際は、連絡通信事務費(投稿料)を原稿送付と同時に振替口座00110-8-129419(日本公衆衛生学会)に納入のこと。

表2 投稿原稿の構成

項目	準ずる項目	内容
抄録	要旨, まとめ	目的・方法・成績・結論にわけて, 見出しをつけて記載すること。(1,000字以内)
キーワード		(6個以内)
I 緒言	はじめに, まえがき	研究の背景・目的
II 研究方法	方法と対象・材料等	研究・調査・実験・解析に関する手法の記述および資料・材料の集め方
III 研究結果	研究成績	研究等の結果・成績
IV 考察	考察	結果の考察・評価
V 結語	おわりに, あとがき	結論(省略可)
文献		文献の記載は6.10)に従う

- 2) 投稿原稿が掲載された場合, 当該原稿の制限頁数の頁作成に要する費用の30%を学会が負担する。その他, 図の作成に要する費用および別刷代は著者負担とする。
5. 編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに再投稿すること。返送の日より6か月以上経過して再投稿されたものは, 新投稿として扱うことがある。なお, 返送から6か月以上経過しても連絡がない場合は, 投稿とり下げとみなし原稿を処分することがある。
編集委員会で修正を求められ再投稿する場合は, 指摘された事項に対応する回答を別に付記するものとする。
6. 投稿原稿の執筆要領
 - 1) なるべくワープロ使用が望ましい。B5判又はA4判の用紙に, 横書きで25字×16行又は25字×32行(32字×25行でもよい)で印字する。数字及び英字は原則として半角とする。
手書きの場合は, B5判又はA4判400字詰横書き原稿用紙を使用する。数字及び英字は原則として1マスに2字とする。
 - 2) 新かなづかいを用い, できるだけ簡潔に記述する。誤字やあて字が多く, 日本文として理解が困難な場合は返却することがある。
 - 3) 投稿原稿は原則として日本文とする。外国語の原稿を投稿する場合は事務局に問い合わせること。ただし, 図, 表および写真の説明は英文で記載してもよい。
 - 4) 数字は算用数字を用い, 単位や符号は慣用のものを用いる。

- 5) 特殊な、あるいは特定分野のみで用いられている単位、符号、略号ならびに表現には必ず簡単な説明を加えること。
- 6) 外来語は片かなで書く。外国人名や適当な日本語訳のない術語などは原綴を用いる。手書きの場合ローマ字は活字体(なるべくタイプ)を用い、イタリック体で記述する場合はアンダーラインで示す。
- 7) 図、表および写真には図1、表1および写真1などの番号をつけ本文とは別にまとめておき、原稿の欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。

図は原則としてそのまま掲載できる明瞭なものとする。

- 8) 原稿には表紙を付し、上半分には表題、希望する原稿の種類、別刷必要部数、原稿枚数、図表および写真の枚数を書き、キーワードを記す。下半分には、著者名、所属機関名、編集委員会への連絡事項および連絡者の氏名および連絡先(所属機関、所在地、電話、ファクシミリ)などを付記する(2枚にわたってもよい)。

異なる機関に属する者の共著である場合は、各所属機関に番号をつけて氏名欄の下に一括して示し、その番号を対応する著者の氏名の右肩に記す。

別に英文表紙をつけ、表題、著者名、所属機関名、キーワードを記す。

- 9) 原稿には400語以内の英文抄録をつけること。ただし、論壇、公衆衛生活動報告、資料、会員の声については、これを省略することができる。英文抄録の構成は和文抄録(表2)に準じタイプ(ダブルスペース)し、専門家によるチェックを受けること。

10) 文献の記載様式

- (1) 文献は本文の引用箇所の肩に¹⁾、¹⁻⁵⁾、^{1,3-5)}などの番号で示し、本文の最後に一括して引用番号順に記載する。文献の著者が3人までは全員、4人以上の場合は3人目までを挙げ、4人目以降は省略して～、他とする。
- (2) 雑誌名は原則として省略しないこととする。その雑誌が使用している略名がある場合は使用してもよい。
- (3) 記載方法は下記の例に従う。

① 雑誌の場合

著者名、表題、雑誌名、発行年(西暦); 巻: 頁-頁、

- 1) 寺尾敦史, 小西正光, 馬場俊六, 他, 都市の一般住民におけるたばこ煙暴露状況喫煙の生

化学的指標を用いた分析. 日本公衛誌 1995; 45: 3-14.

2) Browson RC, Chang JC, Davis JR. Occupation, smoking, and alcohol in the epidemiology of bladder cancer. Am J Public Health 1987; 77: 1298-1300.

② 単行本の場合

著者名、表題、編者名、書名、発行所所在地: 発行所、発行年(西暦); 頁-頁。

3) 古野純典. 5つのがんの記述疫学的特徴. 廣畑富雄, 編. がんとライフスタイル. 東京: 日本公衆衛生協会, 1992; 21-43.

4) Rothman KJ. Modern Epidemiology. Boston: Brown and Co, 1986; 56-57.

③ 原則として、特殊な報告書、投稿中原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を差し控える。

- 7. 投稿原稿は本文、図、表、写真、抄録などもすべて正1部、副2部を送付する。副本は複写でもよい。できればフロッピーディスク(3.5インチフォーマット形式を明示)を同封すること。

- 8. 投稿原稿送付の際は封筒の表に「日本公衆衛生雑誌原稿」と朱書きし、下記に簡易書留で郵送する。

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-29-8

日本公衆衛生学会

日本公衆衛生雑誌編集委員会

- 9. 投稿原稿の採否は編集委員会で審議し決定する。掲載原稿の著作権は本学会に帰属する。
- 10. 初校は著者が原稿の控えを用いて行い。校正の際の加筆は認めない。
- 11. その他、本規定に関する問い合わせは事務局へ。

〈投稿料〉 5,000円
 〈掲載料〉・1頁 7,500円
 ・図の作成に要する費用 実費

別 冊 価 格 表

部数 頁	30	50	100	150	200	250	300	350	400
	1~4	2,800	3,020	4,450	5,410	6,350	7,280	8,200	9,370
5~8	3,720	4,000	5,980	7,020	8,100	9,160	10,200	11,570	12,900
9~12	4,600	5,000	7,470	8,710	9,900	11,100	12,260	14,050	15,800
13~16	5,580	6,040	9,320	10,320	11,630	12,950	14,250	16,210	18,160
17~20	6,500	7,020	10,800	12,350	13,890	15,400	16,900	19,150	21,400

500部以上は別途計算になりますので、事務局にお問合わせください。