

# 第12回日本疫学会学術総会

(東京;国立公衆衛生院)

## 第7回疫学の未来を語る若手の集い

抄録集

### テーマ

「Role of Epidemiology and Epidemiologists in  
Evidence-based Health Policy」

(EBHP における疫学と疫学研究者の役割)

日 時:2002年1月25日(金) 18:00~19:45

場 所:東京大学医科学研究所 白金ホール(生協食堂)

## ごあいさつ

この度、第12回日本疫学会学術総会が、上畑鉄之丞(国立公衆衛生院次長)会長のもと、国立公衆衛生院にて、2002年1月24日(木)、25日(金)にわたって開催されるにあたりまして、学会会長はじめ日本疫学会理事長、理事会の先生方の暖かいご協力によって、「第7回疫学の未来を語る若手の集い」を25日(金)に開催させていただくこととなりました。

学術総会のテーマが「**保健政策と疫学**」であり、特別講演者にRobert A. Spasoff教授(カナダ、オタワ大学)を招聘され、“Enhancing the Role of Epidemiology in Health Policy”の講演を企画されたことは、疫学研究(者)の健康政策への貢献を推進していくことが重視されている今日、誠に時機を得たものと考えられます。

今回の「第7回疫学の未来を語る若手の集い」では、Spasoff 教授が説かれる健康政策サイクル(policy cycle)の各ステップに疫学研究、疫学研究者はどのように貢献することができるのか、健康日本21地方計画を中心に、具体的な取り組みについて検討し、疫学研究(者)の役割、政策担当者との連携のありかたについて、厚生労働省若手技官、若手疫学研究者、そしてSpasoff先生を発表者にお迎えして、熱のこもった建設的な議論を深めたいと思います。

### **Policy Cycle:**

1. Assessment of Population Health
2. Assessment of Potential Interventions
3. Policy Choices
4. Policy Implementation
5. Policy Evaluation

Epidemiology can contribute to each step of the policy cycle

(RA Spasoff: Epidemiologic Methods for Health Policy, Oxford University Press, 1999. p88  
「II The Policy Cycle」より)

尚、終了後、同じ会場(東京大学医科学研究所白金ホール(生協食堂))にて、引き続いて懇親会を開催いたしますので、こちらにもあわせて、多くの方に奮ってご参加いただきたくお願い申し上げます。

2002年1月15日

第7回疫学の未来を語る若手の集い

世話人 水嶋春朔、尾島俊之、神田秀幸、小橋 元、タナカ千恵子、  
谷畑健生、土井由利子、中山健夫、寶珠山務、望月友美子

# 「第7回疫学の未来を語る若手の集い」プログラム

- ・ 開催日:平成14年1月25日(金)
- ・ 時間:18:00~19:45
- ・ 場所:東京大学医科学研究所 白金ホール(生協食堂)
- ・ 参加資格:自分は若手だと思っている疫学会会員(実年齢は問いません)
- ・ テーマ:「Role of Epidemiology and Epidemiologists in Evidence-based Health Policy」  
(EBHPにおける疫学と疫学研究者の役割)

- ・ 司 会:

水嶋 春朔(東京大学医学教育国際協力研究センター講師)

中山 健夫(京都大学大学院医学研究科社会健康医学専攻系  
医療システム情報学分野助教授)

- ・ 発表者:

1. 渡辺 真俊(厚生労働省健康局総務課地域保健室室長補佐)(15m)

「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」

2. 門脇 崇(滋賀医大福祉保健医学教室助手)(15m)

「健康日本 21 に基づく介入とその効果」

3. 関根 道和(富山医科薬科大学保健医学教室助手)(15m)

「富山出生コホート研究から見た小児肥満の予防における健康日本21地方計画」

4. Robert A Spasoff(Professor, Department of Epidemiology and Community Medicine,  
University of Ottawa)(25m)

「Epidemiology and Health Goals」

- ・ 討 論:

「Role of Epidemiology and Epidemiologists in Evidence-based Health Policy」(30m)

(EBHPにおける疫学と疫学研究者の役割)

- ・ 言 語:日本語および英語



# The 7<sup>th</sup> Japanese Young Epidemiologists Meeting

- Date: January 25 (Fri), 2002
- Time: 18:00~19:45
- Venue: Sirogane-hall, The Institute of Medical Science, The University of Tokyo  
4-6-1 Shirokanedai, Minato-ku, Tokyo 108-8639
  
- Theme: "Role of Epidemiology and Epidemiologists in Evidence-based Health Policy"
  
- Chairpersons:  
Shunsaku Mizushima (International Research Center for Medical Education, The University of Tokyo)  
Takeo Nakayama (Department of Medical System Informatics, School of Public Health, Kyoto University)
  
- Speakers:
  1. Masatoshi Watanabe (General Affairs Division, Health Service Bureau, Ministry of Health, Labor, and Welfare)(15m)  
"Health Japan 21 – National Health Promotion in the 21<sup>st</sup> Century –"
  
  2. Takashi Kadowaki (Department of Health Science, Shiga University of Medical Science)(15m)  
"Effectiveness of Intervention based on *Health Japan 21* "
  
  3. Michikazu Sekine (Department of Welfare Promotion & Epidemiology, Toyoma Medical and Pharmaceutical University)(15m)  
"Prevention of Child Obesity on the Basis of the Toyama Birth Cohort Study: From Epidemiology to Health Policy "
  
  4. Robert A Spasoff (Professor, Department of Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa)(25m)  
"Epidemiology and Health Goals"
  
- Discussion:  
"Role of Epidemiology and Epidemiologists in Evidence-based Health Policy" (30m)
  
- Language: Japanese and English
  
- Party 20:00~20:45 (same place)

# 1. 21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)

渡辺 真俊

厚生労働省健康局総務課地域保健室 室長補佐

厚生労働省では、平成12年度より、昭和53年に開始された第一次国民健康づくり対策および昭和63年に開始された第二次国民健康づくり対策に引き続く中長期的な第3次の国民健康づくり対策として、21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)を推進している。

従来の健康づくり対策においては、早期発見・早期治療といった「2次予防」が中心であったと同時に、市町村における基盤整備や健康運動指導者など人材の育成等々に成果を上げて来たが、健康づくり対策の具体的な評価が必ずしも明確でないことや、生活習慣改善のための働きかけの経路および対象者が限定される傾向が指摘されていた。

一方、健康日本21では、「1次予防」に重点を移す、健康づくりの具体的な数値目標を設定することにより、健康づくり対策の評価を可能とする、保険者、企業、医療機関、マスメディア、非営利団体など広範な健康関連団体等に参加協力を求めそれぞれの機能を活かして、効果的に個人の健康づくりを支援できる社会環境を積極的に構築する。健康日本21の地方計画においてはそれぞれの地域における健康上の重要課題を踏まえた目標の設定を行うといった新たな試みを加えている。健康日本21は、長期的な方向を指し示すための理念や目的に重点を置いた全国レベルでの戦略的な基本計画である。この計画の策定にあたっては、様々な分野の専門家によって構成された健康日本21企画検討会、健康日本21計画策定検討会等により、資料収集、及び国全体の状況の把握が行われ、パブリックコメントを参照しつつ具体的な目標の設定が行われた。健康日本21に関する厚生労働省事務次官通知(平成12年3月31日発出)において「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養・こころの健康づくり」「たばこ」「アルコール」「歯の健康」「糖尿病」「循環器病」「がん」の、計9分野にわたる到達すべき保健医療の水準の国民全体での到達目標が示され、その達成に向けた取組を進めている。

健康日本21の地方計画は、現在、策定されつつあるところであり、このうち、都道府県計画の性格としては、「健康日本21」の推進に向け、より具体的な都道府県独自の戦略的な基本計画と行動計画の両方の性質を併せ持った計画を策定することが必要である。本年度中にはすべての都道府県での計画策定が終了予定であり、着実に計画が進められてきている。一方、市町村においては、住民生活に最も密着した地方公共団体として、地域の実情に応じて効果的、効率的であり、かつ住民の意見を反映した市町村計画を策定し、それを実行していくことが求められている。これにあたっては、住民の意見をとりいれながらも、客観的な地域の健康課題の把握が不可欠であり、疫学者等との連携により、根拠に基づいた計画の策定が期待される。

## 2. 健康日本 21 に基づく介入とその効果

門脇 崇

滋賀医科大学福祉保健医学講座助手

健康日本 21 は国民的な健康づくり運動であり、健康寿命の延伸を目的として、生活習慣病の予防のための具体的な数値目標が掲げられている。また、平成 12 年度から施行されている老人保健事業第 4 次計画では、健康日本 21 を推進すること、死亡や生活の質の低下をもたらすがん、脳卒中、心臓病、糖尿病をはじめとする生活習慣病を重点的に予防すること、そのために、個別健康教育を新たに導入することが提唱されている。個別健康教育が事業として開始されてから 2 年が過ぎようとしており、地域のみならず産業保健の現場にも浸透しつつある。

Spasoff 教授の健康政策サイクル (The Policy Cycle) の第二段階は Assessment of Potential Intervention であり、健康政策の中で介入を行うのに先立って、適切な evidence に基づいて介入の効果の予測を行うことを説いている。現在、わが国で健康政策として行われている個別健康教育も、事業として施行されるまでに Assessment の過程を経ている。そのひとつは平成 7 年度から行われた「循環器疾患ハイリスク集団への生活習慣改善によるリスク低下のための介入研究班 (班長: 上島弘嗣)」であり、厚生省が「成人病」にかわる「生活習慣病」という概念を導入するのに先駆けて、約 1,500 名の軽症高血圧・軽症高コレステロール血症・喫煙といったハイリスクグループに対する生活習慣改善による介入を行い、その効果は無作為割付によって検証した。また、平成 12 年度に個別健康教育が事業化される前年度には「生活習慣病の重点援助対象者に対する高密度支援手法に関する試行的事業 個別健康教育試行的事業 (主任研究者: 岡山明)」によって、実際に事業として行うのと同じ内容の介入を行った場合の効果を検証する effectiveness study が行われている。

本シンポジウムでは、現在、健康政策のひとつとしてわが国で行われている個別健康教育のうち、高血圧・高コレステロール・耐糖能異常について、上述の研究グループで行われた assessment の過程を紹介する。また、喫煙については、健康日本 21 の他の項目に掲げられているような具体的な数値目標が示されていないのだが、もし積極的に集団全体に個別健康教育に準じた禁煙の働きかけをした場合に見込まれる効果についての我々の介入研究の知見を紹介する。

## 2. Effectiveness of Intervention based on *Health Japan 21*

**Takashi Kadowaki, MD, MPH, PhD**

**Department of Health Science, Shiga University of Medical Science, Ohtsu,  
Shiga, Japan**

The Individual Health Education is a program implemented under the 4<sup>th</sup> Elderly Health Care Scheme in 2000-2004 supervised by the Ministry of Health and Welfare. It is an intervention program for those with mild risk factors found in regular health check-ups to modify them and prevent lifestyle-related diseases. *National Health Promotion in the 21st Century (Health Japan 21)* stipulates specific targets and goals for preventive measures, and the Individual Health Education is one of the measures to achieve them. It has been two years since the program was introduced, and it now spreads through not only local administrations but also industrial health fields.

The second step of Dr. Spasoff's Policy Cycle is 'Assessment of Potential Intervention.' In this symposium, I would like to show you how the Individual Health Education has undergone the evidence-based assessment procedure. The story goes back to 1995, when the Ministry of Health and Welfare had not yet introduced the concept of 'lifestyle-related diseases,' and they were just called 'adult diseases.' The research project called 'The Intervention Study to Reduce Cardiovascular Risk Factors through Lifestyle Modification' led by Prof. H Ueshima (Shiga University of Medical Science) was launched with randomized controlled design of approximately 1,500 subjects. The success of this study appealed to the government, which drove the project toward one of the national health policies. In 1999, one year prior to the implementation of the Individual Health Education, Prof. A Okayama (Iwate Medical University) examined the effectiveness of this program in a real-world situation. This procedure ascertained the effectiveness of the Individual Health Education in mild hypertension, mild hypercholesterolemia, and mild hyperglycemia. As for smoking, there is no specific numerical target in *Health Japan 21*. I would like to show you one of our intervention findings regarding how effective intensive individual health education on smoking-cessation is.

### 3. 富山出生コホート研究から見た小児肥満の予防における 健康日本 21 地方計画

関根 道和  
富山医科薬科大学保健医学講座助手

#### 【小児肥満予防の重要性】

世界的な規模で小児肥満が増加傾向にある。日本においても 1970 年代は小児肥満の有病率は 3%程度であったが 1990 年代では 10%程度とこの 20 年間に 3 倍に増加した。肥満小児の 50%上は成人期においても肥満であること、成人期の肥満は治療が難しいことから、小児期からの肥満予防が望ましい。

#### 【疫学研究の結果】

我々は、平成元年度生まれの富山県在住の児童約 1 万人を対象とした出生コホート研究を、3 年毎に実施してきた。この研究では社会家庭環境や生活習慣と心身の健康との関連性を、横断的・縦断的に評価している。

過去の我々の研究結果から小児肥満に関連する生活習慣としては、朝食の欠食、不規則な間食摂取、低い身体活動量、長時間のテレビの視聴、長時間のテレビゲーム、遅い就寝時刻、短い睡眠時間、インスタント麺類・ファーストフードの高い摂取頻度が挙げられる。また、前述の肥満に関連する生活習慣は、児の社会家庭環境とも密接な関連性を認めている。例えば、村の児童は身体活動量が高い。また祖母と同居している児は間食の頻度が高く、テレビの視聴時間が長く、睡眠時間が短い。一人っ子はテレビの視聴時間が長く睡眠時間が短い。母が常勤職の児は間食頻度が高く、テレビの視聴時間が長く、睡眠時間が短い。父の肥満は児の肥満に関連する生活習慣との関連性が認められなかったのに対して、母の肥満は長時間のテレビゲーム以外のすべての肥満関連生活要因と関連していた。

#### 【地域計画への寄与】

富山県は 35 市町村(9 市、18 町、8 村)からなっている。当然であるが、各市町村において児の社会家庭環境は、人口密度、3 世代家族の割合、母の就業状態などの点において大きく異なる。上記の疫学研究結果は、小児肥満の予防においては児の社会家庭環境に応じた対応が重要である事を示唆している。したがって、児童全体の身体活動量が年々低下しているという現状を踏まえて、体育の授業や遊びの時間を増加させる事などによるポピュレーションストラテジーに加えて、3 世代家族、母の就業など児の肥満関連生活要因が増加する可能性のある地域やグループの同定に基づくハイリスクストラテジーが小児肥満の予防に有効であろう。

#### 【文献】

1. Kagamimori S, et al. Child Care Health Dev 1999; 25:235-247.
2. Takahashi E, et al. Prev Med 1999; 28:293-296.
3. 関根道和ら. 厚生の指標 2001; 48:14-21.

### **3. Prevention of Child Obesity on the Basis of the Toyama Birth Cohort Study: From Epidemiology to Health Policy**

**Michikazu Sekine, MD, PhD**  
**Department of Welfare Promotion & Epidemiology,**  
**Toyama Medical and Pharmaceutical University, Toyama, Japan**

#### **Growing Importance of Obesity Prevention:**

The increase in the prevalence of child obesity is of worldwide concern. In Japan, the prevalence of child obesity increased from 3% in 1970's to 10 % in 1990's. More than 50% of obese children continued to be obese in adult. Adult obesity is difficult to treat. Therefore, prevention of obesity from childhood is desirable.

#### **Evidence from Epidemiological Studies:**

We are currently conducting a birth cohort study comprising of approximately 10000 children living in Toyama prefecture, who were all born in 1989. The study enables us to evaluate the relationship between social background, parental factors, lifestyle factors, and child obesity in cross-sectional and longitudinal design.

Lifestyle factors associated with child obesity included skipping breakfast, irregular snacking, physical inactivity, long periods of TV watching and videogames, late bedtime, short sleeping hours, and frequent intake of instant noodles and fastfood. Some social and familial factors were associated with these lifestyle factors. For example, children living in villages were negatively associated with physical inactivity. Children living with grandmothers were related to frequent snacking, long periods of TV watching, and short sleeping hours. Only child was linked to long periods of videogame and short sleeping hours. Maternal full-time employment was associated with frequent snacking, long periods of TV watching, and short sleeping hours. While paternal obesity was not associated with possible lifestyle risk factors for child obesity, maternal obesity had consistent links with these obesity-related lifestyle factors.

#### **Policy Perspectives:**

Toyama prefecture has 35 municipalities (9 cities, 18 towns, and 8 villages). Naturally, different municipalities have different social characteristics including population density, the rate of expanded families, the rate of maternal employment, and etc. In addition to population strategy (e.g. raising the average physical activity level of children in school education), high-risk strategy on the basis of indenting high-risk regions and groups in terms of social and familial characteristics, leading to child obesity, would be helpful to reduce the prevalence of child obesity in Toyama prefecture.

#### **References:**

1. Kagamimori S, et al. Child Care Health Dev 1999; 25:235-247.
2. Takahashi E, et al. Prev Med 1999; 28:293-296.
3. Sekine M, et al. Journal of Welfare Statistics 2001; 48:14-21(in Japanese).

## 4. EPIDEMIOLOGY AND HEALTH GOALS

Robert A Spasoff, MD, MSc

Professor

Department of Epidemiology and Community Medicine,

University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada

I am delighted to participate in this symposium, since health goals are one of my favourite topics. I shall comment [slide 2] on the need for a framework for thinking about health goals, on the relevance of the policy cycle to health goals, on the need for extensive consultation, and on the relationship between national and local health goals.

I chaired a task force to advise the Ontario government on health goals in the late 1980s<sup>1</sup>. Under the influence of the WHO Health for All by the Year 2000 initiative, we used a framework that we found helpful in clarifying our thinking and in producing a comprehensive and coherent product [slide 3]:

Focus of Health Goals	Level of Health Goals			
	Broad Goals	Subgoals	Objectives	Targets
Equity	1	3		
Outcomes	2	12		
Determinants	3	15		
Strategies	1	11		

One dimension incorporated several levels of goals (I am sure that you have discovered that everyone who talks about health goals uses different terminology), while the other dimension (the “focus” of the goals) was based on values (equity and health outcomes), on the health determinants defined in *A New Perspective on the Health of Canadians* (the Lalonde Report, a

---

<sup>1</sup> Panel on Health Goals for Ontario (Spasoff RA, chair). *Health for All Ontario*. Toronto: Ontario Ministry of Health, 1987.

1974 report that contributed importantly to the health promotion movement), and on strategies needed to achieve the goals. You will note that there were seven very broad goals, and that these were elaborated into 30 more specific subgoals and 11 strategies. Objectives (specific statements in measurable form) and targets (specifying how much progress was to be made by what date) were to be developed in the future.

As a quantitative discipline, epidemiology has a special contribution to make to any health goals process. The policy cycle I used in my textbook<sup>2</sup> has five steps [slide 4]: assessment of population health, assessment of potential interventions, policy choices, policy implementation, and policy evaluation. In the book, I placed health goals in step 4, Policy Implementation (partly because I did not want to lose them by spreading them across all five steps, and partly because step 4 needed filling out!), but here the entire emphasis is on health goals, so I shall spread the relevant activities across the whole cycle.

1. **Assessment of population health [slide 5].** Epidemiology can help to identify priority topics for health goal development, provide baseline measures, and make projections of future health status in the absence of interventions.

2. **Assessment of potential interventions [slide 6]** is relevant to the important step of developing strategies to achieve the goals: if we simply specify goals without developing a plan for their achievement, it is unlikely that anything will happen.

3. **Policy choices [slide 7].** Projections and disease modelling can help the authorities to select among the potential goals, by quantifying the health impact that would result from achievement of each goal. Using priority-setting techniques, epidemiologists can also help decision-makers to achieve consensus in the actual choices.

4. **Policy implementation [slide 8].** Given our expertise in measuring population health, epidemiologists can suggest or develop appropriate indicators to monitor achievement of the goals, and can advise on appropriate targets. Naturally, the targets should not be unrealistically easy (or the process will lose credibility) or unrealistically difficult (or the whole project will look like a failure). The targets should be challenging, but mostly achievable. It is especially important that targets at all levels should be consistent, e.g., that the targets proposed for risk factors should, if achieved, lead to achievement of the targets for health outcomes. In fact, this was the purpose for which the disease model Prevent was originally developed in the Netherlands. The US Healthy People initiatives used Can-Trol for a similar purpose, in setting its objectives for cancer. Although quantification is important, and one of our main contributions, we should not over do it, ignoring important simply because we cannot measure them.

---

<sup>2</sup> Spasoff RA, *Epidemiologic Methods for Health Policy*, Oxford University Press, 1999.

5. **Policy evaluation [slide 9].** Given our expertise in surveillance, epidemiologists are well equipped to monitor progress toward achievement of the health goals. This can be seen especially in the USA *Healthy People* initiative, which has had a very strong epidemiologic basis from the beginning (too exclusively so, in its first cycle).

After all this technical material, two general comments on health goals. First **[slide 10]**, I think the most important step in a health goals process is very wide consultation: getting as many people talking about it and committed to it as possible. Our Ontario project ultimately failed, partly because there had not been wide enough political commitment to it. The implementation of the project had been assigned to an intersectoral Premier's Council on Health Strategy, which did excellent work but did not include members of the political opposition. When the government changed (twice!), the new governments regarded the project as belonging to their predecessors; they could not see why they should support their opponents' policies, and the project faded away. The US project is a far more successful example, having survived several changes of Administration. Perhaps this is because their objectives were always identified as goals for the *nation*, not the government. I think Australia has also got the balance between technical and consultative approaches right, although only on their second try.

Finally **[slide 11]**, a comment on the relationship of national to local goals. The US experience is rather top down, with national goals developed first (after much consultation), and states and local jurisdictions encouraged to pattern their own goals on the national ones. I believe that a high proportion have done so. The WHO European targets were different in that several countries had already developed their own goals; perhaps that is why the European targets are more general than the US objectives. Again, many countries in the region have followed up, although to varying degrees. In Canada the provinces are mainly responsible for health, and in this respect can be regarded as equivalent to countries. Most provinces have developed health goals and encouraged their regional health boards to develop their own goals, but a recent survey by researchers at the University of British Columbia<sup>3</sup> revealed that the process has not gone smoothly. There had not been enough consultation: over half of respondents reported having had no influence on development of the goals. Provincial government commitment was perceived to be highly variable, and implementation pretty low everywhere. Health system goals had been most acted upon, the high-minded health promotion stuff having been pushed aside by concerns for hospitals and health care costs. Population sub-group goals had been least acted upon, and there was also not much action on physical environment or health equity. Goals had been used regionally to varying extents.

---

<sup>3</sup> Frankish J, *Health Goals: National Study of Implementation in Canada*. UBC Institute for Health Promotion Research, 1999 ([www.ihpr.ubc.ca/frameset/frset\\_publicat.htm](http://www.ihpr.ubc.ca/frameset/frset_publicat.htm)).

Factors promoting action by regions were targeted resource allocation from the provinces (although this had very rarely happened) and compatibility with a region's own goals. Provincial mechanisms for monitoring achievement of the health goals were perceived to be largely absent.

So we have not done a very good job in Canada, but many other jurisdictions have. I am delighted to see Japan embarking upon a goals process, and am confident that you will benefit from the successes and failures of other jurisdictions. I am equally confident that epidemiology will contribute substantially to its success.

## 参考資料:

### 健康日本21関連、「大学・地域連携モデル21」の21箇所

北海道札幌市	－ 札幌医大公衆衛生 森満教授
岩手県胆沢町	－ 岩手医大衛生・公衆衛生 岡山明教授
福島県須賀川市	－ 福島県立医大公衆衛生 安村誠司教授
栃木県小山市	－ 昭和大公衆衛生 川口毅教授
茨城県協和町	－ 筑波大社会医学系 嶋本喬教授
千葉県鎌ヶ谷市	－ 千葉大公衆衛生 安達元明教授
神奈川県川崎市	－ 聖マリアンナ医大予防医学 吉田勝美教授
富山県城端町	－ 富山医科薬科大保健医学 鏡森定信教授
岐阜県多治見市	－ 岐阜大公衆衛生 清水弘之教授
滋賀県大津市	－ 滋賀医大福祉保健医学 上島弘嗣教授
京都府京都市	－ 京都大公衆衛生 中原俊隆教授
大阪府摂津市	－ 大阪大公衆衛生 多田羅浩三教授
大阪府堺市	－ 大阪大公衆衛生 多田羅浩三教授
兵庫県神戸市	－ 神戸大公衆衛生 住野公昭教授
島根県浜田市	－ 島根医大環境保健医学第1 藤田委由教授
香川県高松市	－ 香川医大人間環境医学 実成文彦教授
山口県菊川町等	－ 山口大衛生・公衆衛生 原田規章教授
大分県玖珠町	－ 大分医大公衆衛生 青野裕士助教授
長崎県崎戸町	－ 県立長崎シーボルト大地域看護学 植田悠紀子教授
長崎県佐世保市	－ 福岡大公衆衛生 守山正樹教授
熊本県熊本市	－ 熊本大公衆衛生 二塚信教授

# 「疫学の未来を語る若手の集い」のご案内

## 【目的】

1. 疫学の将来を担う若手が集うことにより、交流を深め、日本の疫学研究の活性化をはかる
2. 日頃の学会では発表されにくい、今後の疫学研究の方向・方法を探るうえで、重要な内容について勉強会を行う
3. 現在疫学の各分野で行われている萌芽的研究につき、相互理解と交流をはかる

## 【組織】

明確な会員制度をもたず、若干の世話人のボランティア活動により、日本疫学会学術総会時の「若手の集い」(開催にあたっての諸経費を学会より支援していただいている)の開催、メーリングリストにおける情報交換などを通して、「自分が若手だと思っている」(実年齢は問わない)疫学会会員が自由に交流している。

## 【活動の概要】

- ・ 平成7年秋、発足
- ・ 平成8年1月23日 第1回若手の集い (第6回日本疫学会、名古屋)
  - －疫学研究における informed consent
  - －精神障害および心理的問題の疫学調査法
- ・ 平成9年1月23日 第2回若手の集い (第7回日本疫学会、東京)
  - －疫学研究における「インフォームド・コンセント」
  - －「アンケート(質問票)疫学」への批判
- ・ 平成10年1月29日 第3回若手の集い (第8回日本疫学会、東京)
  - －疫学研究におけるインフォームド・コンセント:標準様式は可能か?
  - －次世代にむけての疫学:その可能性と課題
- ・ 平成10年3月 メーリングリスト開始
- ・ 平成11年1月22日 第4回若手の集い (第9回日本疫学会、名古屋)
  - －望ましいインフォームド・コンセントの在り方について
  - －Evidence-based Public Health のための疫学研究
- ・ 平成12年1月28日 第5回若手の集い (第10回日本疫学会、米子)
  - －疫学研究におけるインフォームド・コンセントガイドライン案
  - －若手により日本の21世紀の疫学を模索する
- ・ 平成13年1月26日 第6回若手の集い (第11回日本疫学会、つくば)
  - －政策形成へ寄与する疫学研究:タバコ問題を例として
  - －若手の集いの今後

## 【問い合わせ・連絡先(平成14年1月現在)】

メーリングリストの登録などについて 尾島俊之(自治医大公衆衛生) ojima@jichi.ac.jp

若手の集い全般について 水嶋春朔(東京大学医学教育国際協力研究センター)

shunsaku-ky@umin.ac.jp