

| |
|---|
| <p>学問への魅力を伝えるのが難しい。</p> |
| <p>毎年、2コマくらいで増減はあるが、おおまかには、変わっていないように思われる。</p> |
| <p>一時間数が、コアカリキュラム、PBL制度が導入される以前と比べて半減したので、全ての内容に触れて講義することができず、自学自習にまかせているが、不安である。</p> |
| <p>問題がむずかしいです。</p> |
| <p>平成17年度よりは「時事医学」を導入した。5年前のコアカリ導入時に、各科目の授業時間数は平均して3分の2になった。そこで創出した3分の1の時間数を活用する方法についての全学的な検討において、積極的に関与し「総合保健福祉医療学」を創設して、1年から6年まで6科目をとり、6年一貫体制とした。全体としては担当科目数及び時間数が増えた。教員の増員があるわけではないので負担になっている部分もあるが、社会医学の質を保つためには必要な戦略であると自負している。大学の特色を生かした教育として今後もより一層内容の充実に力を入れていきたい。同時に他の教育項目においてもできるだけ社会医学の視点を取り入れてくれるよう広範囲に働きかけていきたい。</p> |

2007年2月15日

報告者：稲葉 裕

(順天堂大学医学部衛生学)

藤田委由

(島根大学医学部公衆衛生学)

I-3. 講座単位への質問についての集計結果

1. 回答率

80大学の社会医学関連164講座中73講座(国立33、公立12、私立28)から回答が得られたが、回答率が45%と低いため、大学全体の解析よりさらに解釈には注意を要する。

2. 衛生学・公衆衛生学カリキュラムについて(表)

1)カリキュラム作成上モデルコアカリと国家試験出題基準(以下出題基準)との関係をどのように取り扱っていますか。

全体としては「もっぱらモデルコアカリを意識している。」が30.1%であるが、国公立大学が約半数であるのに対し、私立では2講座のみである。モデルコアカリと出題基準の両方を意識している講座を含めても32.1%とあまり多くなく、私立では出題基準を意識する講座が多いという結果であった。

2)モデルコアカリキュラムのFを参考にされ、何らかの形でそのままあるいは一部分を貴カリキュラムにとり入れましたか。

参考にした講座は国公立に多く、私立では半数にとどまった。私立大学への普及が遅いことが伺われる。

3)コアカリのFに示された内容以外に、現在どのような分野が必要だと思いますか。

表には○と△をつけた数とその合計のみを示した。全体としては最も多かった分野は「医の倫理」(45講座、61.6%)で、最も少なかったのは、その他を除くと「医療社会学」・「行動医学」(30講座、41.1%)であり、あまり大きな差は認められない。国公立別にみると、国立では「医療経済」(22講座、66.7%)、公立では「チーム医療」(8講座、66.7%)が多いことが注目される。しかも公立の「チーム医療」はすべて卒後研修で学ぶことが適当であるとされている。私立では「医の倫理」の他に、「国際保健」、「医療安全」が多い(17講座、60.7%)。卒後研修よりは学部で学ぶ必要があるとする回答の多かった分野は、「情報処理」「生物統計」「健康政策」「国際保健」「医の倫理」であった。その他の分野としては、調査論・栄養・物理的環境因子による疾患などが挙げられていた。

表：講座別衛生学・公衆衛生学カリキュラムについての回答集計

| | N(%) | | | |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 全体 N=73 | 国立 N=33 | 公立 N=12 | 私立 N=28 |
| 1. カリキュラム作成上意識するのは | | | | |
| a. モデルコアカリ | 22(30.1) | 14(42.4) | 6(50.0) | 2(7.1) |
| b. 出題基準 | 16(21.9) | 5(15.2) | 0 | 11(39.3) |
| c. 臨床実習開始前 | 4(5.5) | 1(3.0) | 0 | 3(10.7) |
| d. 意識なし | 13(17.8) | 6(18.2) | 2(16.7) | 5(17.9) |
| e. その他* | 18(24.6) | 7(21.3) | 4(33.4) | 7(25.0) |
| *モデルコアカリと出題基準の両方意識している。 | | | | |
| 2. コアカリキュラムFの取り入れ | | | | |
| 1)はい | 42(59.2) | 20(60.6) | 9(75.0) | 13(50.0) |
| 2)いいえ | 29(40.8) | 13(39.4) | 3(25.0) | 13(50.0) |
| 3. コアカリF以外の必要性 | | | | |
| 情報処理 | | | | |
| ○必要 | 28(38.4) | 13(39.4) | 5(41.7) | 10(35.7) |
| △卒後研修 | 5(6.8) | 2(6.1) | 0 | 3(10.7) |
| 合計 | 33(45.2) | 15(45.5) | 5(41.7) | 13(46.4) |
| 生物統計 | | | | |
| ○必要 | 30(41.1) | 13(39.4) | 5(41.7) | 12(42.9) |
| △卒後研修 | 4(5.5) | 2(6.1) | 0 | 2(7.1) |
| 合計 | 34(46.6) | 15(45.5) | 5(41.7) | 14(50.0) |
| 医療管理 | | | | |
| ○必要 | 17(23.3) | 8(24.2) | 3(25.0) | 6(21.4) |
| △卒後研修 | 20(27.4) | 8(24.2) | 4(33.3) | 8(28.6) |
| 合計 | 37(50.7) | 16(48.5) | 7(58.3) | 14(50.0) |
| 健康政策 | | | | |
| ○必要 | 25(34.2) | 9(27.3) | 5(41.7) | 11(39.3) |
| △卒後研修 | 7(9.6) | 5(15.2) | 0 | 2(7.1) |
| 合計 | 32(43.8) | 14(42.4) | 5(41.7) | 13(46.4) |

| | | | | | |
|-------|-------|----------|----------|---------|----------|
| 医療経済 | ○必要 | 29(39.7) | 13(39.4) | 5(41.7) | 11(39.3) |
| | △卒後研修 | 14(19.2) | 9(27.3) | 2(16.7) | 3(10.7) |
| | 合計 | 43(58.9) | 22(66.7) | 7(58.3) | 14(50.0) |
| 医療社会学 | ○必要 | 21(28.8) | 12(36.4) | 2(16.7) | 7(25.0) |
| | △卒後研修 | 9(12.3) | 3(9.1) | 2(16.7) | 4(14.3) |
| | 合計 | 30(41.1) | 15(45.5) | 4(33.3) | 11(39.3) |
| 国際保健 | ○必要 | 36(49.3) | 14(42.4) | 6(50.0) | 16(57.1) |
| | △卒後研修 | 4(5.5) | 3(9.1) | 0 | 1(3.6) |
| | 合計 | 40(54.8) | 17(51.5) | 6(50.0) | 17(60.7) |
| 行動科学 | ○必要 | 25(34.2) | 12(36.4) | 3(25.0) | 10(35.8) |
| | △卒後研修 | 5(6.8) | 2(6.0) | 2(16.7) | 1(3.6) |
| | 合計 | 30(41.1) | 14(42.4) | 5(41.7) | 11(39.3) |
| チーム医療 | ○必要 | 14(19.2) | 6(18.2) | 0 | 8(28.6) |
| | △卒後研修 | 18(24.7) | 6(18.2) | 8(66.7) | 4(14.3) |
| | 合計 | 32(43.8) | 12(36.4) | 8(66.7) | 12(42.9) |
| 医療安全 | ○必要 | 27(37.0) | 9(27.3) | 3(25.0) | 15(53.6) |
| | △卒後研修 | 9(12.3) | 4(12.1) | 3(25.0) | 2(7.1) |
| | 合計 | 36(49.3) | 13(39.4) | 6(50.0) | 17(60.7) |
| 危機管理 | ○必要 | 25(34.2) | 13(39.4) | 2(16.7) | 10(35.8) |
| | △卒後研修 | 13(17.8) | 4(12.1) | 4(33.3) | 5(17.9) |
| | 合計 | 38(52.1) | 17(51.5) | 6(50.0) | 15(53.6) |
| 医の倫理 | ○必要 | 43(58.9) | 20(60.6) | 7(58.3) | 16(57.1) |
| | △卒後研修 | 2(2.7) | 1(3.0) | 0 | 1(3.6) |
| | 合計 | 45(61.6) | 21(63.6) | 7(58.3) | 17(60.7) |
| その他 | ○必要 | 6(8.2) | 2(6.0) | 1(8.3) | 3(10.7) |
| | △卒後研修 | 1(1.4) | 0 | 0 | 1(3.6) |
| | 合計 | 7(9.6) | 2(6.0) | 1(8.3) | 4(14.3) |

- 01-11-2 F項目を充実拡充。衛生学、公衆衛生学は、まず基本となる考え方を、しっかり学ぶことが重要と考える。
- 02-21-1 コアカリFは、従来の環境保健と地域保健の内容をいくつかの大きなテーマ(1)-(6))に振り分けているものと考えられる。私どもの大学ではそれらのうち(1)-(4)の各々を一科目として授業を組んでいるが、各科目ごとに複数講座の教員が担当し、また内容的にも広がりすぎていて、授業の組み立てが煩雑でまともな印象を受けている。もしコアカリFを見直すとしたら、まず第一に、従来の内容の整理と簡素化をすべきであると考え。例えば、(1)と(4)、(2)と(3)と(6)を統合、整理するという形が考えられる。第二に、到達目標の記述についてである。現在のコアカリFでは、到達目標の記述が具体的に記述しているものと、きわめて漠然となっているもの(例:(4)・5 産業保健を概説できる)があり、非常にアンバランスな感じを受け、また授業の準備に際しても困る場合がある。従って、到達目標の記述(具体性のレベル)を統一することが望まれる。産業保健に関する項目がF(4)・5のみとなっているが、項目を細かく分けて増やすことが必要であると思う
- 02-21-2 これからは臨床の視点をもっと取り入れるべきと存じます
- 05-31-1 F項目を拡充させるのが良いと思います。その際に、従来の社会医学にとられず臨床系からのニーズのあるものを取り入れていく方向性が、社会医学の発展につながるように思われます。
- 07-12-2 国家試験出題基準にあるように、体系あったコアカリFを提案すべきではないかと思えます。他の分野と比べ「F」は、あまりに薄気があります。
- 09-21-1 Fを充実拡充して、公衆衛生が体系的に学べるようにすべきで、臨床医学の中に入れることは結果的に埋もれることによる危険性があると考えます。
- 09-21-2 (予防医学全般にわたる知識に加え)先ず、F項目の充実が重要と考えています。今後これに加え、実際の医療に有用な知識を教授したいと考えているが、学内的にはコマ数を増やすのが難しいという問題もかかえております。
- 14-32-1 14-32-2 難題です。短文の箇条書きで表現された「コアカリ」に基づいてカリキュラム編成をするといった態度。方法は教育全体を阻害する。「マインド」を核とした全般的教育をすればコアカリにあげられるような個別課題は当然達成されるという教育、カリキュラムにしたい。
- 15-12-2 F項目に関しては、現在のものでも充分と思う。我々の大学では4年生でこれらの項目を講義しているが、学生達には現実性がないので、その意義は判らなく聞いていてるだけであるが、将来、卒後研修の段階でその必要性が判るはずである。それらの必要性を感じた段階で、個別のこと(チーム医療、危機管理、医療経済学など)を突っ込んで勉強すれば良いと思う。コアカリの改訂に際しては、臨床でとくに必要な項目、他の分野では系統的な講義とならない項目に絞るべきである。
- 16-11-1 1 衛生学公衆衛生学のアイデンティティを確立することが最も重要と考えます。従って F 項目を充実することが基本であり、それを他分野に波及させていく事が良いと考えます。
2 産業保健は独立的項目として拡充・充実する。
- 16-11-2 コアカリは最低限、教育する内容がある。枠は守りながら他の講義との相互のりいれたい
- 17-31-1 1 出題基準では他の分野と重複して記されている項目もあり、コアカリでも他の項目とFの部分に重複して重要なものを入れて、Fの拡充と他の分野での波及をすすめても良いのではないかと思います。
- 18-32-1 衛生公衆衛生学が理想と思いますが、現実それだけの体制や資質を衛生公衆衛生の教員がもっているか疑問。
現状は、抽象的な「社会医学の重要性」と国家試験の必須科目であるということに支えられて存在し、実際的に臨床医が備えるべき能力・技法としての公衆衛生の体系が存在していないのではないかと思います。
- 21-32-2 文部科学省によるコアカリと厚生労働省によるガイドラインの間の落差は埋まりつつあるということであるが、個人的には2000年度版の「社会医学コア・カリキュラム」を好みます。社会医学の機能はやはり臨床医学とは異なる場所があり、その違いを学生が理解するために方策がとられることが望ましいと思います。どちらかというとF項目の拡充、改訂を望むというところでしょうか。
- 24-31-2 F項目の充実が望ましいが、まだ新カリキュラムが動き始めたばかりであり、しばらくは改訂しない方がよい。改訂に次ぐ改訂では現場に混乱を生じさせるばかりである。
- 27-31-1 衛生学公衆衛生学の発展のためにという目的で考えれば、そこに独自の学問体系のたつちうものが想定されます。この場合「他の項目の中に広く入る」ということは実際に困難なのではないかと思われまます。すべてに入り込めるといことは、その独自性を失うことになるかもしれません
- 28-31-1 1 学部(事前)教育では、疫学方法論とマスで事象をみるマインドのように基本的なことが重要である。
2 卒後教育として、社会に医師として出てから、社会と医療の接点の解ってから必要なことを教えられるシステムが望ましい。
- 29-32-3 本領域の独自性と重要性を主張する意味で、現行のF項目を堅持することを希望します。(またはさらなる充実化)(現時点で、拙速に臨床と連携しようとする、本文野が軽視されて矮小化、吸収されてしまう可能性あり)

- 31-21-1 衛生学公衆衛生学の従来の講義内容は、生化学、解剖学、病理学等の基礎医学の知識を十分に学んだ後のものであり、コアカリフも大部分は従来の講義内容を踏襲していると思われるので、このままの講義枠に不足を補いながら社会医学関連講義を充実させた方がいいと思います。「他の分野に内容を波及」という場合の他の分野が何を想定しているのかよく判りませんが前記の基礎医学の分野では、波及するのがむしろかまいません。
- 31-21-2 私達の大学では、衛生学公衆衛生学教育は主にコアカリフを中心にカリキュラムを組んでいます。これはあくまでミニマムと考えています。当然のことながら、網羅できてないと考えられる項目があり、それは特別講座、実習、アドバンスコースで独自性を出すように工夫しています。コアカリフの改訂については、まだ1年目の実績しかなく、まだコメントできません。
- 32-32-1 ○生活習慣病と疾病を除いてF項目は総論は内容であり、他の項目にとり入れられることは不可能と思われる。F項目を充実かわかりやすくすることで他分野の理解を得ることが必要であろう。○現在のF項目の到達目標は非常に広い内容をカバーするものが多く、内容の深さが不明瞭なものが多い。この点が「そこまで必要なのか？」という疑問を生むことの一因となっていると思う。○従って項目が多くなっても、もう少し具体的な内容を到達目標として挙げるよう深さと統一したものにすべきである。
- 35-12-1 学生の評価では、「生活習慣と疾病」が内科の授業とオーバーラップしている意見があります。社会医学的な切り口から、講義するようになっていますが学生はどうしても臨床な話に興味を持つため、「生活習慣と疾病」のユニットは、学生の社会医学離れを増長しているのではないかと危惧しています。
- 35-12-2 Fの事項を深める授業の展開を実習やチュートリアルを含めて実施する。
- 39-12-1 既存のカリキュラム内容に新しい医学分野(例えば病院管理学など)を入れて社会医学系講義を up date するのも良いと考えている。
- 40-11-1 現状のままです。特に問題は無いと考えます。
- 41-11-1 個人的な意見としてはFを拡充しつつ、他の分野にも波及させていこうという意見には賛成です。
- 本題とは関係ありませんが、衛生公衆衛生学教室が一つ(東海地区では岐阜大学)ないし二つともつぶれる状況があり、極めてシリアスな状況にあります。(浜松医大は教授不在で両教室で助手一人です。)
- 43-11-1 F 医学医療と社会 この項目には、産業保健(労働衛生)が全くはいっていません。少なくとも労働と健康という概念を入れる必要があります。過日大学内で意見を求める案内がありましたので、私の教室からは環境衛生と労働衛生という項目をFの中に新たにたてる提案をしました。例えば(1)社会と健康 (2)環境衛生と労働衛生 (この中では生物濃縮とが量一反応関係、栄養、食品衛生について説明できること。などをあげています。)(3)疫学と予防医学
- 43-11-2 臨床分野はますます専門分化が進んでおり、人間あるいは社会組織としての視点からの病気になるのはシステム上の病気になるのと、偏った医師を作るおそれがあります。分化が進めば進む程、統合的視野の疾病理解が必要になると考えます。統合的視野の中に社会医学は不可欠だと思います。
- 44-21-1 1) コアカリフでは領域は示されているが、深度については言及されていない。3段階くらいで、重要度を示すなど工夫できないか。 2) 教育という点では、ある問題について多面的、総合的な考え得る能力を養う事が重要と考えられる。現在のコアカリフによる教育では(意図は別にあるとしても)個別事項についての記憶中心の学習におちいってしまふ恐れが大きい。協議会として、そうした教育の重要性を示して欲しい。
- 45-32-1 多くの意見の集約が重要と思われまます。
- 45-32-2 コアカリフは大き過ぎる参考になりにくい。個々の内容詳述を希望。
- △マークが多いが、コアに転じた方が良い項目も少なくない。
- F 項目を充実拡充し、他項目にも二重記載すべきである。
- 46-32-2 我が国で今後医師の資格がある者が担当すべき分野と、臨床医として不可欠の知識という面から検討すべきだと考えます。
- 47-12-2 F項目を他の項目の中に広く入れると、衛生学、公衆衛生学のないようが実際には取り扱われなくなる可能性が高いものと考えている。Fを拡充する必要はないと思うが、独立させておく必要はあると思う。
- 48-12-1 基本的には二者択一ではなく、Fを拡充しつつ、他の分野に内容は波及させていこうという意見であるが、産業保健(労働衛生学)の重要性からみると現バージョンは、余りにも内容がなさすぎる。
- 49-11-1 学生も臨床の方に興味があり、公衆衛生学には興味が低い傾向があります。他の講義枠に入れると、そのうちに消滅する可能性大と考えます。
- 50-21-2 コアは基本的に最低限のもので、むやみに増やすことはあまり賛成しない。コアに該当しないことで、重要と判断するものについては、各大学の自由裁量の中でやれば良いと考えている。むしろ、他分野との共同の中で public health mind を拡げていくことを考える方が良いと思っている。

- 50-21-3 コアカリF項目に関しては、衛生学公衆衛生学以がくの教科で扱った場合その教科の延長上のみ限局された部分のみしか扱われない、及び理解されない可能性があるのでF項目のような俯瞰的、巨視的な視野から取り上げるべき項目は、やはり社会学である衛生学、公衆衛生学の講義の範疇で取り扱うべきであろう。
- 51-31-2 チューリアルの導入により各教科で衛生学・公衆衛生教育が分散してなされるようになってきている。したがって、F項目を充実するよりも各科の講義の中で、衛生学・公衆衛生学の講義をする事が自然ではないか。また、その方が衛生学・公衆衛生学のひよつせいにより認識させることができるかと考える。
- 57-32-1 「結論」F項目の充実拡大を優先すべきだと思います。[理由]少なくとも3年生までは、体系的に学ぶ必要があり、臨床(実習)を行う4年生以降で、社会医学的な視点を入れたものも必要です。
- 57-32-2 講座枠を守ることに固執する必要はなく、広く他の分野と連携してよりよい医学教育を行うように努力すべきと考えます。しかし、社会医学として環境と健康、疫学と予防医学(F-(1),(2))は単独に教育する必要があります。F-(3),(4)は、臨床系各科と連携して教育を行った方が効果的と思われ、本学では、生活習慣病について内科を中心とした講義が行われています。
- 59-21-2 F項目をなくすというのは極端な意見と思われる。健康、疾病、医療をとりまく社会、地球環境などの状況について、幅広い観点をもった医師を育てることは、医学教育の重要な部分であると思う。一方で、臨床医学において、疫学、統計学、倫理などの従来もっぱら社会医学で教育されていた分野の知識と応用能力がますます重要性を増しているのも事実である。従って、二者択一ではなく、F項目も充実させ、医学教育各分野との連携も強めるといった意見に賛成します。
- 60-11-1 各大学内で衛生、公衆衛生系講座を守ることにコアカリキュラムが影響しているとは考えにくいので、Fを充実させることでよいのではないかと思います。独法化は結局合理的で、基礎系講座の定員削減(3人)に事務職員廃止、中講座化、教授選挙すえ置きなどが起こっています。教室生き残りと考え、多くの講義と実習をとりましたが、合理化の中で、評価されることもなく、スタッフの首をしめています。全国的に衛生、公衆衛生をきっちり残す働きかけが大切です。米国型カリキュラムを導入すると、卒後の School of Public Health で学ぶ衛生、公衆衛生が軽視されてしまいます。日本型医学教育を是非追求してほしいです。
- 63-32-1 当講座は「二者択一ではなく、Fを拡充しつつ、他の分野にも内容を波及させていこう」という方針です。最近、医学教育が細分化されていく中で、「右手がしていることを左手が知らない」といった現象が珍しくなく、あまつさえそのことを教員自身も当然視あるいは自慢するといった自己破滅的な言動が見受けられる。予防的に考えれば統合の視点を持つことで破滅への道は遠ざかると思われる。そのためにはまず衛生学・公衆衛生学の枠内でしっかりと教育することが必要である。そのことによって他の項目で広く必要とされる衛生学公衆衛生学の視点がより必要とされる。
- 65-11-2 シラバス作成に、他の講座を相入るものとなっています。互いに補い合うものと考えています。
- 66-11-1 個人的にはコアカリキュラムはよくできていると思います。関係ないことかもかもしれませんが、最近、薬学部6年制以降に伴って検討されている薬学部の中の衛生薬学の教育内容についての話を聞く機会がありました。医学部の中の社会学の教育とかなり近い事を知り、少し驚きました。
- 66-11-2 Fを拡充しながら、他の分野にも内容が波及されることを望ましいと考えます。社会学教育の使命の一つとして、社会医学的分野と連携することが望ましいと思います。ただ現在の社会医学系教員の定員等を考えると難しいかもしれませんが、やはり社会医学系教育の充実のためには定員を増加させることが必要だと思えます。研究と教育の両立にはどうしても人材が必要です。
- 67-12-1 当講座は「二者択一ではなく、Fを拡充しつつ、他の分野にも内容を波及させていこう」という方針です。最近、医学教育が細分化されていく中で、「右手がしていることを左手が知らない」といった現象が珍しくなく、あまつさえそのことを教員自身も当然視あるいは自慢するといった自己破滅的な言動が見受けられる。予防的に考えれば統合の視点を持つことで破滅への道は遠ざかると思われる。そのためにはまず衛生学・公衆衛生学の枠内でしっかりと教育することが必要である。そのことによって他の項目で広く必要とされる衛生学公衆衛生学の視点がより一層明確になってくる。また医学教育において他の項目すべてにおいて、広く衛生学公衆衛生学の視点が不可欠なのはいうまでもない。だからといって他の項目の職員がすべてそれらの視点を十分に持っているとは言いがたい。その対策としてはまず各教員への啓発あるいは教育活動が必要と考える。次に他の項目の学習の際にも必ず公衆衛生の視点を入れていくことが重要だと考える。最終的な提案としては、コアカリFは継続さらに拡充しつつ新しく「他の項目においても公衆衛生の視点を取り入れ、公衆衛生の視点あるいは心を持った医師を養成する」と明記すべきである。
- 68-12-2 他の項目の中に入れるには、他講座教員の教育が必要であり、実際そうだったことは不可能であると思われる。事実医学生の多くは、社会的経験が充分でなく、中には小中高一貫した教育の中で成長した、あるいは、勉強するためなら何でももらえる環境の中で成長した為も多くあり、彼らにはより実体験をおして学習してから社会に出てもらわなければならないため、臨床的に手技、科学的学習のみでは医業には不十分であると考えます。F項目の充実拡充は非常に重要であると思えます。

- 69-12-2 他項目の中でどのように位置づけられたかも重要であるが、それ以前に、F項目はB～Eの内容に比べて概要のスケッチといったものになっており、充実を図る必要がある。中項目別には、以下の課題があると思う。【1. 社会・環境と健康】到達目標にレベルの異なる内容が混在している。カリキュラムや教員組織編成について、学内での確保を他分野の理解を求めるところから、整理されたものとすることが望ましい。【2. 疫学と予防医学】「疫学」については、「【6】臨床研究と医療」の関連項目(4)などと整合性を図り、疫学の基本を明確に位置づける必要がある。「予防医学」は医学全般における重要な課題としてのFを超えた位置づけが必要であり、その中でFとして何を目標とするかを明示すべきではないか。【3. 生活習慣病と疾病】前項の「予防医学」と同様に、各疾患の学習上、生活習慣との関係がどのように理解されていく中で、疫学的知見に関する補強をFの中で行うといった、F以外との関連の中で位置づけを明確にする必要があるが(【4】)に包含されていないか。また、Fとしては、生活習慣病の社会的意義や、社会的対応の視点から、「現状と課題・今後の在り方」等に触れる必要があるが(【4】)に包含されていないか。【5. 診療情報】【6. 臨床研究と医療】内容的に【1】を整理して統合するか、A、Bでの位置説明を詳細にする必要はないか、どのような目的で制度がどのような内容の理解を図るか分らないか。【5. 診療情報】【6. 臨床研究と医療】内容的に【1】を整理して統合するか、A、Bでの位置づけを検討するか、が必要ではないか。各大学の教員組織の在り方と関連するかもしれないが、現状ではカリキュラム編成上谷間になる可能性があると思う。
- 70-32-1 病者が治癒・寛解した際の復職や種々の判定の際に医療機関以外への提出が求められる医師の意見書・判断がある。しかしながら内容に不備のあるものや、不十分なものが多くと考えられる。医療機関の間でやりとりされる診療情報提供書も医師の免許取得後すぐに作成する書類であるが、書き方等の指導は十分ではないと感じる。F(5)の医療情報で概論的なものはコアカリリに入っているもので、内容に関し他分野と連携してコアカリリや OSLE の拡充が必要ではないか。
- 74-12-1 しばらくは現行のまま様子を見る
- 78-12-2 現在の医学教育には、「病気になる個人をもとの状態にもどす」という基礎・臨床医学の科目構成となっており、現在健康な人の健康維持、さらには健康度アップに関する教育的視点が欠けています。これらの教育が可能なのは、社会医学講座のみです。また、集団に対する医療の方法論に関する教育も社会医学講座のみです。私は、コアカリリのより充実拡大が必要だと思います。
- 79-11-1 現在我々の領域は社会医学系として、他の基礎臨床科目とは独立している。感染症、生活習慣病等とは交わり合う方がよいように思う。コアカリリでは教育領域を極めて大まかに提示しているが(例えば産業保健)それで良いかどうか疑問に思う。系列の授業が行われているため、短期間集中授業になっている。その結果、見学実習等の日程調整が出来ずに止めてしまった。基礎配等による選択授業の中で実施していくことになると思う。

1. はじめに

2005年11月、全国の大学医学部、医科大学の衛生学、公衆衛生学講座の教授の集まりである衛生学公衆衛生学教育協議会は、その専門委員会である卒前カリキュラム委員会（委員長 稲葉裕）と社会医学実習委員会（委員長 矢野栄二）の連名で会員教授を対象に調査を行った。この調査は「卒前カリキュラムと社会医学実習に関する調査のお願い」という表題の調査票で行われ、その後半は社会医学実習に関する調査であった。この後半部分の調査目的は、すでに2002年に社会医学実習委員会が行った調査結果を確認するという意味もあるが、単に現状を把握するだけでなく、実際に全国の医科大学の社会医学実習を少しでも充実させるためのステップのひとつとして考えられた。具体的にはケースメソッドによる実習が行われている大学を把握し、そこで用いられている事例と設問を集めた。そして集まった事例を使って、その他の大学でもケースメソッドによる実習が実施できるように共有しようと計画した。その結果生まれたのが本書であるが、ここではこの調査の結果と、同時に集められた各大学の社会医学実習報告書に見られた我が国の社会医学実習におけるケースメソッドの現状を報告し、全国の医学教育における社会医学実習がどうあるべきかについて考察する。

2. 調査内容

2005年11月の衛生学公衆衛生学教育協議会による、「卒前カリキュラムと社会医学実習に関する調査のお願い」と表題のついた調査は、前半は卒前のカリキュラムについての質問であったが、後半部分は実習についてであり、その内容は実習形態と実習における教育目標に関する質問であった。

1) 実習形態

調査では実習の形態を、現場見学、体験学習、課題研究、ケースメソッド、計算・統計演習、機器測定、その他の7種に大別し、さらに現場見学は保健所とそれ以外、課題研究は課題の発案者と選択により3タイプ、ケースメソッドは事例の選択/割付で2タイプに細分した。一方実習を行う学生の単位として、個人ごと、少人数グループ、学生全員の3タイプに分けた。

2) 教育目標

まず、各大学の教育要綱（シラバス）に社会医学実習の一般教育目標（GIO）、具体的行動目標（SBO）が記載されているかを問い、記載されている場合、シラバスのコピー送付を要請するとともにGIOとSBOが区分されているか、またGIO、SBOそれぞれの中に知識、技術、態度、行動領域を含むか否かを問うた。

調査票の最後では、回答内容により更に追加の質問や依頼を要請する旨を記載した。

3. 調査方法、対象

2005年10月に衛生学公衆衛生学教育協議会会員教授に対し調査票を郵送し、約3週間以内に回答・返送を求めた。同協議会の会員は1大学にふたり以上いる場合も多いが、実習調査では会員

教授ごとの回答を得た。調査に当たっては、各大学で発行している実習の手引き（要綱）や実習報告書を可能な限り送付するよう依頼した。

4. 集計結果

1) 回答数

社会医学実習に関する調査項目に回答した医学部・医科大学（以下、医学部）は38校であった。内訳は、国立14校、公立9校、私立15校であり、旧制26校、新制12校であった。

2) 実習形態

(1) 実習内容と実習単位（表1）

実習内容と実習単位の組み合わせでは、保健所以外の現場見学を少人数グループで実施している医学部が21校と過半数を占めた。保健所見学を少人数グループで実施している医学部は14校であり、医学生の公衆衛生実習での見学場所として、既に保健所は少数派となっていた。これに対して少人数グループで課題研究は27校（71%）と回答の中で最も多かった（重複回答を含む）。

ケースメソッドは事例の与え方や実習単位の別を全て合計しても、重複を除くと5校（13%）であった。以前に比べると増加しているが、決して多くはない。実施されているケースメソッドの中では、事例を教員から割り当てて学年全員で実施する方法が多かった。

計算機や統計解析による演習も合計すると24校（63%）で実施されていた。環境測定などの機器を用いる実習は20校（53%）と、約半数の医学部で実施されていた。

表1 実習内容と実習単位の別でみた社会医学実習の実施状況

| 実習内容 | 実習単位 | | |
|-------------------------|-----------------|---------------------|----------------|
| | 個人毎実施 件数 (%) | 少人数グループ実施 件数 (%) | 学年全員 件数 (%) |
| 現場見学 | | | |
| 保健所 | 1校 (3%) | 14校 (37%) | 2校 (5%) |
| 保健所以外 | 2校 (5%) | 21校 (55%) | 7校 (18%) |
| 体験学習(見学ではなく、介護体験、教育実習等) | 2校 (5%) | 6校 (16%) | 2校 (5%) |
| 課題研究： | | | |
| 課題は教員から割り当て | 1校 (3%) | 10校 (26%) | 3校 (9%) |
| 課題は教員例示、学生選択 | 1校 (3%) | 10校 (26%) | 9校 (24%) |
| 課題は学生考案 | 1校 (3%) | 7校 (18%) | 2校 (5%) |
| ケースメソッド： | | | |
| 事例は教員が割り当て | - | 1校 (3%) | 4校 (11%) |
| 事例は学生選択 | - | 1校 (3%) | 2校 (5%) |
| 計算機や統計解析による演習 | 5校 (13%) | 6校 (16%) | 13校 (34%) |
| 機器を使う測定などの実習 | 2校 (5%) | 10校 (26%) | 8校 (21%) |

(2) 実習のグループ別人数、実施学年

少人数グループでの実習のグループ数や、1グループあたりの人数には医学部間で大きな差があった。おおむね私立大学ほど、グループ数が少なく、1グループあたりの人数が多い傾向にあった。実習の実施学年は4～5年生が多かった。(結果の詳細は省略)

3) 教育目標

シラバスに社会医学実習の教育目標が記載されている医学部は2/3と前回の調査時¹⁾と同程度であった(表2)学校の設立者別では、公立校の記載が乏しかった。

次に目標の内容を概念的な内容の一般教育目標(GIO)と具体的な行動目標(SBO)に分けてみると、両者を別に記載しているのは3/4であった(表3)。

GIO、SBOに含まれる目標領域別では、知識に比べ技術、態度、行動の記載頻度が相対的に少なく、実習の目標も知識の習得が中心に位置づけられている傾向にあった(表4)。

表2 シラバス中の社会医学実習の教育目標：一般教育目標(GIO)、具体的行動目標(SBO)の記載有無

| | 全体 (n=38) | 国立 (n=14) | 公立 (n=9) | 私立 (n=15) |
|------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 記載あり | 25 (66%) | 9 (64%) | 3 (33%) | 13 (87%) |
| 記載なし | 13 (34%) | 5 (36%) | 6 (67%) | 2 (13%) |

表3 シラバスに記載の社会医学実習の教育目標：GIO、SBOに区別しての記載の有無

| | 全体 (n=25) | 国立 (n=9) | 公立 (n=3) | 私立 (n=13) |
|---------|-----------|----------|----------|-----------|
| 分かれている | 19 (76%) | 6 (67%) | 2 (67%) | 11 (85%) |
| 分かれていない | 5 (20%) | 3 (33%) | 1 (33%) | 1 (15%) |

表4 シラバスに記載の社会医学実習の教育目標：GIO、SBOに含まれる目標領域

| 教育目標 | 目標領域 | 全体 (n=25) | 国立 (n=9) | 公立 (n=3) | 私立 (n=13) |
|-----------------|------|-----------|----------|----------|-----------|
| 一般教育目標 (GIO) | 知識 | 20 (80%) | 6 (67%) | 2 (67%) | 12 (92%) |
| | 技術 | 13 (52%) | 4 (44%) | 1 (33%) | 8 (62%) |
| | 態度 | 8 (32%) | 3 (33%) | 1 (33%) | 4 (31%) |
| | 行動 | 8 (32%) | 3 (33%) | 1 (33%) | 4 (31%) |

| | | | | | |
|------------------|----|----------|---------|---------|----------|
| 具体的行動目標 (SBO) | 知識 | 19 (76%) | 6 (67%) | 1 (33%) | 12 (92%) |
| | 技術 | 14 (56%) | 3 (33%) | - | 11 (85%) |
| | 態度 | 9 (36%) | 3 (33%) | - | 6 (46%) |
| | 行動 | 12 (48%) | 3 (33%) | - | 9 (69%) |

5. 実習報告書等から見たケースメソッドの状況

上述のように調査票への回答ではケースメソッドを採用しているのは5校であった。しかしこれ以外にも、ケースメソッドには分類していないが、実習の内容が問題解決型である場合もあった。それらを含め実習報告書等に見られたケースメソッドによる社会医学実習の現状を、表5にまとめた。

1) ケースの選択

ケースメソッドに用いられているケースの類型としては、実際の事件を取りあげ、その報告や資料を基に進めていくものと、実際の事件をそのまま使うのではなく、類型化あるいは抽象化している場合があった。また主題の領域としては、地方の衛生行政従事者の取り扱った問題など、狭い意味での公衆衛生と、より広く生活習慣病に対する予防医学をテーマとしたもの、ケースを臨床医の立場におき、臨床医の公衆衛生的視点を問うような領域のものもあった。

表5 ケースメソッドあるいは問題解決型の社会医学実習でのケースの類型による分類

(1) ケースとして衛生行政従事医師を想定

- 保健所課長：管内学校講師の結核
- 保健センター所長：健康教室のマンネリ化
- 保健所長：難病申請と手当の支給
- 保健福祉センター長：デイケアでの飲酒
- 県結核感染症課長：B型肝炎の院内感染
- 地域福祉課長：ホームレスの健康管理・自立支援

(2) 地域における実際の事件が題材（実際にあった事件の際の資料を提示）

- 産業廃棄物周辺住民の苦情
- 原因不明の集団下痢症
- 肝がん高発地域での対策
- 地域糖尿病対策

(3) 歴史的/一般的課題が題材（実習では実際の資料を提示）

- 結核
- 肺がんと喫煙
- 水俣病の疫学
- Snow on cholera

AIDS の疫学

受動喫煙と肺がん

2) 興味を引く課題の提示方法 (ケースメソッドと課題研究との中間型)

課題研究による実習では、テーマを教員側が決定する場合、学生に対して「・・・についてまとめよ。」という形で課題が与えられる。また学生がテーマを選択する場合も「・・・について調べる。」という形のレポートになる。しかし、同じように課題について実習を行うにしても、抽象的なテーマが先にあるそこから出発するのではなく、その課題に関連した問題が発生した実際状況から出発し、模擬的に学生をその問題にかかわる公衆衛生の専門家とし、その問題を解決するための資料収集や分析を学生に求めることにより、ケースメソッドのような臨場感を持って学生が学ぶことができると考えられる。われわれはケースメソッドによる公衆衛生実習を Simulation Exercise(SE)とも呼んでいるが、ケース提示後の細かい課題による誘導はないもの、まさに Simulation がここでは行われている。このようなケースの提示方法、すなわち課題研究とケースメソッドの融合型とも呼ぶべき形の実習を行っている大学がいくつか見られた。そのひとつの例を表6に示す。

表6 具体的状況を示すことにより、課題研究がケースメソッドに近づいている例 (日本大学)

(1) 糖尿病予防における健康診断の有用性について :

企業労組が日本糖尿病学会委員会に上記の問い合わせを行ったことへの回答

(2) 若年者の薬物乱用について :

上記のテーマで放送を企画している番組制作会社が、薬物乱用増加の原因についてシンクタンクに問い合わせを行った。それに対するシンクタンクの報告

(3) 看護婦のストレスについて :

看護婦のストレスが問題になっている A 病院で、院長が調査委員会を組織し、ストレスを減らすためにはどうすればよいかを諮問した。その結果の調査委員会から A 病院長への答申

(4) 雪印乳業食中毒事件 :

甚大な食中毒事件が発生したことを受け、消費者団体から雪印乳業へ事件発生の原因の分析と対策の勧告

6. 考察

2002年の調査では未回収校に対し繰り返し回答を催促したが、今回の調査ではそれは行われず、回収までの期間も短かった。そのため回収数も少なく、集計結果の信頼性については留保が必要である。また実習報告書から見た個々の大学の实習内容の解析は、定性的、記述的なものである。従って本報告は実証的な情報というより、各大学の状況と其中での興味ある工夫を紹介し、それに学ぶのが目的である。以下に今回の分析で考えられた点をまとめる。

1) 社会医学実習の転換

1994年に従来の保健所法を改正して地域保健法が成立し、保健所数が大幅に減少した結果、従来の保健所実習を中心にした医学生社会医学実習が大きく変化してきている。それでも見学実

習を続けている大学では、一部は実習先を保健センター、介護福祉施設、事業所など他の地域の公衆衛生関係機関に替えて行われているが、一方、学生が現場に出るのではなく、公衆衛生に関するテーマで学生がレポートを作成するという実習が多くなってきている。そもそも公衆衛生の課題が多様化していることも、この傾向に拍車をかけていると考えられる。学生が自主的に調査し、レポートをまとめることの教育的意義を否定するものではないが、インターネットが普及した今日、課題研究を教育の手段にすることには注意が必要である。すなわちインターネットの普及発達の結果、情報の検索・収集やそのコピーはそれ以前に比べて非常に容易になった。サーチエンジンと copy & paste の技術があれば、自分でもほとんど内容を読むことなく、大部の文書が容易に作れるのである。従って教育の評価に当たっては、レポート内容だけでなく、それを実際学生がどれだけ理解しているかを問わなければならない。そしてそれ以上に重要であるのが、教育する側が責任と指導性をもって教育目標を立て、その達成が可能な教育計画（カリキュラム）を作成することである。その意味で、2002年の調査の際と同様に今回の調査でも、実習教育で具体的な教育目標(SBO)が示されていないことが少なからずあったことは懸念される。むしろ課題研究のレポートの中には学生のレポートとは思えない非常に優れたものもあるのは事実であるが、学生全体に公衆衛生の知識、技術、さらに態度や行動を教育するという点で、単に学生の自主性に任せるのでは、教師として十分な責任を果たしているとは言えないのではないだろうか。

2) ケースメソッドの意義

表6に紹介した課題研究との中間型に見られるように、同じ課題を与えるにしてもそれを具体的な解決すべき問題とし、ケースメソッドのような臨場感を持って提示するだけで、学生は問題意識を持ち、より高い学習意欲をもって実習を進めることができると思われる。公衆衛生の重要性については学生の時には理解できなくても、卒業し実際に診療に当たってから気付くと言われる。特に臨床医をある程度経験し、病院内で責任ある立場に就いたり、開業して直接社会に接するようになるとその必要性が強く感じられると言われる。しかしそういうことをいくら言葉で繰り返しても、学生がそう実感できるわけではない。学生が公衆衛生の必要性を感じることができ状況を作り出すことも教育技法の重要な要素であり、それがケースメソッドの持つ特長のひとつであろう。またケースメソッドでは教育目標を具体化して明示的に述べるのが必須であるが、教育目標に沿った質問を教師が問い、それに回答する中で学生がその目標を達成する学習が誘導される。

3). ケースメソッドの実施可能性

ケースメソッドは教育技法として利点は多いが、公衆衛生の広範な領域に対応するためには様々な分野の専門家が必要となる。しかし講義のような一方向の教育と異なり、双方向性のやりとりで進行する実習では、より高い教師の能力が要求される。それが可能で、専門領域に関する学生の様々な質問や発言に、即対応できるだけの能力と深い専門性を持っている人材は現実には多くない。また、少人数の学生を教育の単位とするとグループ数が増え、それだけ対応する教員の人数が必要となり、現状では不可能という声がある。しかしあらかじめよく吟味されたケースとそれに伴う課題のセットを学生に提示すれば、学生は自分で興味を持って、提示されるケースの展開に従って次々と自分達で学習を進めている例がある。むしろそういう意味では実習開始以

前の準備で、どれだけよく練られたケースが作られるかがより重要ではないかと考えられる。

4) ケースメソッドに用いる様々な分野のケースの利用

公衆衛生教育にケースメソッドを導入しようということを着想した背景のひとつに、米国のビジネススクールで広く行われているケースメソッドがあることはこれまでに何度も述べてきた²⁾。米国では経営学や経済学の本質に迫る、優れたケースを作成し発表することは、自然科学の論文と同様、業績として評価され、インパクトファクターも与えられているという³⁾。我が国の公衆衛生教育で用いられるケースが、近い将来にそういう評価を受けるようになるとは考えにくいだが、当面、ケースメソッドで実習教育を行っている大学のケースを公開し、広く検討の場に提示することは、提出者、利用者相互に学ぶところは大きいと思われる。そしてそうしたケースに触発され、更に新たなケースが作られ、医学生の教育に用いられるというような発展が期待される。

7. 結語

保健所実習の減少など、現在我が国の社会医学実習は大きな転換点を迎えている。その中で学生の主体性にまかせる課題研究が多くなっているが、ケースメソッドやケースメソッドの考え方を取り入れた課題研究を行うことにより、より高い教育効果が期待される。既にケースメソッドを行っている大学からケースを収集し発表することにより、社会医学教育の一層の充実をめざしたい。

文献

- 1) 矢野栄二、山内泰子、前田洋士、日下幸則、中堀豊、本橋豊、安村誠司 大学医学部・医科大学における社会医学実習の教授目標 日本公衆衛生雑誌、2006 : 53 : 285-292.
- 2) 矢野栄二、田宮菜奈子、長谷川友紀 模擬演習 (Simulation Exercise :SE) による公衆衛生教育. 日本公衆衛生雑誌, 1998; 3: 270-278.
- 3) Harvard Business Review :
http://harvardbusinessonline.hbsp.harvard.edu/b02/en/hbr/hbr_home.jhtml;jsessionid=RYW43G4JZMQRGAKRGWDR5VQBKE0YIISW?_requestid=21580

II ワークショップ記録

1. 2005 年度ワークショップ記録

- 1) 「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に関して
- 2) 社会医学実習に関して
- 3) 総合討論
- 4) 参加者リスト

2. 2006 年度ワークショップ記録

- 1) 全体討議 報告（要約）
- 2) F（医学・医療と社会）（改定案）
- 3) 全体討論
- 4) 参加者リスト
- 5) 北里大学医学部の臨床実習における公衆衛生（相澤好治）

II-1. 2005年度ワークショップ記録

日時：2005（平成17）年12月17日（土）午後2時～5時

場所：順天堂大学医学部10号館7階（703室）

内容：医学教育（卒前）における衛生学公衆衛生学カリキュラムについて

1. アンケート結果（中間報告）（省略）
2. ワーキンググループ（医学教育モデル・コア・カリキュラムに関して）
3. ワーキンググループ（社会医学実習について）
4. 総合討論

1) ワーキンググループ（医学教育モデル・コア・カリキュラムに関して）報告

タスクフォース：安村誠司（福島県立医科大学）

記録者：島 正之（兵庫医科大学）

報告内容：最初に、本ワークショップの主催者である稲葉 裕教授より、「コアカリキュラムに関して」と題したグループワークを企画した意図を説明頂いた。コアカリキュラム導入から数年が経過し、コアカリキュラムの見直しが必要な時期に来ている。臨床系からはコアカリキュラム「F 医学・医療と社会」は不要である、または、少なくとももっと少なくすべきであるといった意見が出てきている。臨床系ではコアカリキュラムにあまり取り上げられていない診療科における不満が大きいようである。一方、衛生学公衆衛生学担当者としては、現在のコアカリキュラムでは産業保健（労働衛生）、環境保健の分野が著しく少なく、不適切であるとの意見が当初から出ている。このような状況の中で、どのように衛生学公衆衛生学の重要性・意義を医学教育の中でしっかりと位置づけるかが大きな課題である。

以上の前提を踏まえ、氏名の五十音順に自己紹介を兼ねて、各大学の各講座・教室・部門における衛生学・公衆衛生学教育におけるコアカリキュラムの位置づけについて、国家試験出題基準との関係も含めて簡単な説明を頂いた。各大学によってさまざまであり、コアカリキュラム重視の大学の方が若干多かったが、これが全国的な傾向であるかどうかは疑問である。国立大学、公立大学、私立大学による違いとして、特に、私立大学では臨床系の講義実習時間の割合が大きく、衛生学公衆衛生学など社会医学系の時間数が少なく、コアカリキュラムF自体をカバーすることが極めて困難であることも示している。また、コアカリキュラムFの例えば「生活習慣と疾病」が臨床系教育の中に位置づけられ、その中で衛生学公衆衛生学の教員が関わるという大学もあり、よく言えば臨床系にとっても重要な領域と理解されていると解釈することもできる。しかし、悪く言えば、本来衛生学公衆衛生学が個別の疾病の理解を包括した視点で生活習慣について講義しなければならないものを臨床系に取られてしまっ

いるともいえる。

テュートリアル教育を充実させているという大学とあまり取り入れていない大学があり、重視している大学の中にはテュートリアル教育の中で患者の職業・職歴や生活背景や生活習慣なども疾病の診断・治療などに重要であるということを経験する機会になっている場合も見られた。

さらに、稲葉教授より産業保健に関しては卒前教育というよりも卒後教育で良いのではないかという考え方が日本産業衛生学会の会員でもあり、卒前教育を充実させようという意見は少数であるとの指摘もあった。しかし、医師として最低限のことは卒前できちんと教育する必要があるとの意見が大勢を占めた。

以上のような議論を踏まえ、ワーキンググループとしては、「コアカリキュラム F の充実を図るべきである」という結論に至った。そして、そのための具体的な作業として、

1. 本卒前カリキュラム委員会から、衛生学公衆衛生学教育協議会にその旨を報告し、
2. 協議会の中に「コアカリキュラム F 改訂委員会（仮称）」を設置し、具体的な提案を早急に行い、
3. 上記、委員会からの「コアカリキュラム F 改定案」を文部科学省へ提出する。（文責：安村誠司）

2) ワーキンググループ（社会医学実習に関して）報告

司 会：中原 俊隆

書 記：村山 博之 香山不二雄 レポート用紙 岩崎 賢一

ファシリテーター 矢野 栄二

各大学の実習の報告

中原先生（京大）ケースとして衛生行政従事医師を想定したもの

- ・ 4年生、講義終了後、2週間（他の授業科目なし）（見学含む）
- ・ 10名12グループ、6テーマ（2グループが同じ課題となる）
- ・ 公衆衛生院の事例（解決困難な例が多い）
- ・ チューターを指名するが、ほぼ学生が自主的に行う
- ・ 最後に10～15分のまとめの発表
- ・ 毎年テーマは全部変更
- ・ 成果は上がっている
- ・ 保健所実習＋工場見学（6カ所）

宮崎先生（埼玉医大）地域における実際の事件を題材

- ・ 4年生、2名1組、学内文献検索＋開業医見学（夏休み）
- ・ 午後3時間×3日間、学会発表形式10分以内のまとめ
- ・ 資料を初めに提示する

- ・ 開業医見学 (ALS、DM 患者管理を学ぶ)

岩崎先生 (日大)

- ・ 3年生: 衛生学-環境医学 (水質、疲労等基本的なもの)
- ・ 4年、5年生: 公衛-課題研究とミックス (応用的)
- ・ 実際の事例、状況を問われると学生はやる気になる

丸井先生 (順天)

- ・ 在宅医療の生活の現場を学ばせる
- ・ 外部講師の講義

赤松先生 (愛知) 1日、3年生

- ・ 午後5日間 (衛生、公衛、法医合同で) 今年から (PLB、フェー
トリアル別に有る)
- ・ どれか1つの実習を行うので、グループにより受けてない分
野がでる

小笹先生 (京都府立)

- ・ 4年生 { 室内実習 (疲労、水質、栄養調査等基本的なもの)
見学実習 (上水上など衛生施設)
保健所 14カ所京都府 (夏休み)

井上先生 (東京医大)

- ・ 5年生のポリクリの中、1グループ20人ぐらいで回ってくる、
1週間
- ・ 工場見学 (産業医の働きをみる、産業医の職場巡視の実習)
横浜スポーツ医学センター、中災防の見学、
EBM演習演習、スポーツ医学外来

香山先生 (自治医大)

- ・ 2年生 疫学実習、環境測定等 —— 環境医学
(28グループ×環境と医学というキーワードで夏休み)
- ・ 5年生 保健所実習 —— 公衛
- ・ 自治特有のもの —— 地域医療学

<まとめ>

- ・ ケースメソッドをもっと導入して学生がやる気がでる実習を行うことが重要である。
- ・ 各大学でケースメソッド実習に使うことができるケース集を作成する。

3) 総合討論

〔卒前カリキュラム：特にモデル・コア・カリキュラムをめぐって〕

【安村】我々のグループでは、各大学でどういう形の講義を実施されているかということをご各大学からお話ししていただいた上で、それぞれの苦勞している点や、特色等について話し合いをしました。

結論から言いますと、モデルコアカリキュラムのF分野の充実と、他の臨床分野での社会医学系の評価を高めようという両方の取り組み、どちらが重要かという発想ですが、いずれも重要であろう。幾つかの取り組みの中で、例えば、F分野の中で「生活習慣と疾病」に関しては、ある大学ではほとんど臨床のほうがやっていて、社会医学系がちょっと関わる形になっているというところと、一方、逆に「生活習慣と疾病」に関しては社会医学系が全体的にカバーしつつ、臨床の先生に、例えば禁煙のところに関しては呼吸器の講座に担当してもらうという形で、臨床を巻き込んだ形で講義を展開している。

このような例を考えますと、F分野の自立の考え方も、単にFを増やすとか、内容を多くするだけではなくて、臨床の先生方にも関わってもらって、Fの重要性を理解していただくという臨床と社会医学系との交流というか、社会医学系がマネージする中に臨床の人たちに協力いただくという方向もあるのではないかと。

また、他の臨床系の教育の中で社会医学系が重要だというような位置づけをきちんとしてもらえるように、チュートリアルを初め統合講義等での社会医学系講義の充実ということも一方で図るべきだろうということです。私たちのグループとしては、今回、教育協議会の卒前カリキュラム委員会として単に抽象的なことではなくて、具体的にこういう項目を入れるべきである。例えば、環境について、地球環境という大きなことも重要かも知れませんが、患者さんの疾病背景としての生活環境をきちんと把握するべきではないかということで、具体的な提案を項目として挙げていくことが重要で、それを教育協議会の案として厚生労働省、文部科学省等へ提言できたらいいのではないかとということです。

【 】今後の方向はどっちなのでしょう。

【安村】「どっち」という二者択一ではなく、Fの重要性、Fをもっと充実させていくべきだということは皆同じ意見です。極端にFを縮小させて臨床の中に入れるということをご述べられている人はいなかったと理解しています。FはFとしての部分をきちんと持っておく。オロジー論ではありませんが、臨床の中で社会医学系が重要であるという位置づけと、学問的な背景としての社会医学をきちんと理解しておくことは大事ではないかということです。

【 】多分、現実を考えると、そうならざるを得ないということでしょう。本当に我々に力があれば、Fに閉じこもってなくて、臨床の中で使用するほうがいいのではないかと私は思います。

【安村】実は先ほどちょっと申し上げましたが、例えば「生活習慣と疾病」ということに関して、ある大学では内科の教授が11人いる。「内科で生活習慣をやります」と言われた