

ときに、1 コマは社会医学でやってくださいと言われてたら、そういう現状の中ではしょうがないですね。生活習慣は臨床系で対応すると言われてたら。ですから、Fの中に臨床の人も入って来るといふ形では、お互いに協力できるのでは。

【 】それをうまくやれば、すごくいいのではないか。

【安村】それをこちらがマネージできるかどうかというのが、重要ななとは思いますが。

【 】Fは、産業医学についての記述が弱い。これで、果たしていいのかどうか。

【安村】誰もいいとは思ってないと思います。アスベストの例など、いまもいろいろな問題が当然あるし、大きな公害や労働災害的なものがどんどん減ってきたのは先人の活躍のお陰です。減ってきたから重要性がなくなったのではなくて、重要性は変わらない。

ただ、私たちがそれを主張する主張の仕方が生活に密着した形、または患者さんの生活背景というような形で伝わるような形での位置づけになっていないので、地球環境というようなことになったり、そういう生態系を理解することが、果たして産業保健かというような形で、臨床医を目指す学部学生、卒前教育に適した中身になっていない。そこはもっと疾病の背景としての生活の環境としての位置づけを明確に具体的に出せば、臨床の先生方にも理解していただけるのではないか。

【中原】何か難しい話だけど、私は単純に産業医学の重要性をもっと主張したほうがいいんじゃないかと思います。産業医は、内科の先生が資格を取っている。何をやっているかという、生活習慣病の予防をやっています。それは、産業医学の一部ですね。しかし、産業医学は全然違う分野もあるということです。

【安村】私も、そう思っていました。私たちのグループが共有したのは、産業医学を中心にやっている先生方のメインは産業医だと思います。その方々が、産業医学の分野は卒後教育で、卒前ではないという位置づけが圧倒的に多いという話です。資格で言うと認定産業医は日医ですが、卒前でやるべき産業医学の内容はどこまでかが、十分に整理されていないと思います。卒前と卒後両方でやるべきではないか。

【 】国家試験には、産業医学というのはかなりあります。

【安村】ありますね。ですから、卒前で浸透していなければいけないはずですが、圧倒的に多い産業医の先生は、卒後でやるべきという認識で、オロジーで出すのが難しい。

【稲葉】国家試験の出題委員会は、圧倒的に多いです。産業衛生の問題は卒後ではないですかと。学部の学生にここまで要求しますかという。それで、引っ込める人が多いので、やはり学部の範囲と卒後の範囲が分けられるのであれば、分けて定義したほうがいい。

ここに「概説できる」とありますが、これでは弱いので、もう少し加えたほうがいいのかと思います。改善するためには提案を出してほしいということです。

〔実習について〕

【中原】実習グループですが、最初は矢野先生のパワーポイントで京大と埼玉医大と日大

の事例が紹介されました。

京大は保健所実習、工場見学、そのほかにもいろいろと2週間ぐらいです。矢野先生がテイクノートされたのは、私は国立公衆衛生院から京大へ移りましたが、国立公衆衛生院でやっていたケースメソッドという名前です。保健所長レベルで解決困難な問題を集積したものをつくっていて、それを皆でディスカッションするというものを、4年生にやらせました。最初はどうかと思いましたが、学生は食いついてきて、自分が将来独立したときに、公衆衛生の専門家になるわけではないけれども、保健所長とか、開業医とか、あるいは医事法制とかを知ってなければいけないというので体得していく。それともう1つは、いまの学生はインターネットで法律の内容とか実情とかを全部調べることができます。成果としては皆さんに全部お配りしたので、見ていただければと思います。

埼玉医大は、矢野先生がテイクノートされたのですが、これは素晴らしいと思われたこととはちょっと違うというご説明がありました。一言で言うと、患者管理を学ぶという感じで、夏休みに開業医のところへ3日間ほど学生を預けてしまう。開業医の考え方で、患者管理を実習する。具体的な中身として何を学ばせるかは、矢野先生からSBOの中で明示すべきだという話がありましたが、大体のことでスタートし、教育過程で学ばせていく形です。きちんとした形は設定されておらず、学んだ結果をその後発表するそうです。

日大は環境医学と環境をベースに従来の測定などの実習をやっております。もう1つは、これも矢野先生がテイクノートされた課題研究で、応用的なシチュエーションを選定して、学生が自主的に、京大と同じような枠組みで行う。実際の事例状況を設定し、その中で、「おまえ、どうするのか」という設定の仕方をされると、学生は非常にやる気になって、それなりに勉強していくということです。

その他の参加者では、順天堂の丸井先生は、医療システムを学ばせるということで在宅医療の生活の現場を学ばせる。在宅医療という観点の重要性をおっしゃいました。愛知医大は衛生、公衆衛生、法医学の3教室が実習を担当し、学生が選択する。法医学を選択してしまうと、衛生、公衆衛生は勉強できないし、逆に、法医学からすれば、他を選択されたら自分の分野の学びができないという問題がある。まだ過渡期の状態になっている。京都府立医大は、伝統的な実習で、衛生学的な施設を見学するとか、京都府の保健所を見学させるとか、室内の実習ということで、測定など昔からのやり方をする。東京医大は、ポリクリの中に組み込んでいて、1日目は工場の産業医につき、2日目中央労働災害防止協会（中災防）の施設を見学する。スポーツ医科学センターというところに行く、あるいはEBMの学び、スポーツ医学概論をそれぞれ1日やるということで、1週間ポリクリの一部としてやる。もう1つ、2年生のときに興味のある専門家にインタビューしてレポートを書かせることもやっています。時間がなくなってしまいましたが、自治医大が一番素晴らしいくて、環境の測定の実習は衛生学で、公衆衛生では保健所の実習、その他、地域医療学のほうの実習では、解剖関係のこともやっている。

最初の設定で、矢野先生がおっしゃったケースメソッド、状況の中での事例の研究は実

習として非常に有効ではないか、からスタートして、その議論が非常に弾みました。

【稲葉】各大学でいろいろ実習をやっていると思いますが、矢野先生の意図は、ケースメソッドを研究して、これから充実させていきたいということです。事例として対応できるところがあれば、ぜひ提示していただいて、教科書を作れるといいかなと考えています。協議会としても、意義のあることではないかと思います。

【矢野】テキストの発刊はいま第2刊までで、うちの教室でやったケースでしたが、3刊以後は、他のケースをまとめて、例えば、中原先生のところでは省エネですごく高度な実習ができる可能性があるわけです。実際に使われるもので作っていきたくて願っています。

【稲葉】 時間が過ぎました。長い間ありがとうございました。

#### 4) 12月17日衛生学公衆衛生学教育協議会ワークショップ参加者

1 赤松康弘	愛知医科大学医学部衛生学
2 縣 俊彦	東京慈恵会医科大学環境保健医学
3 石原陽子	久留米大学医学部公衆衛生学
4 井上 茂	東京医科大学衛生学公衆衛生学
5 岩崎賢一	日本大学医学部社会医学講座衛生学部門
6 岡部とし子	横浜市立大学医学部環境分子医科学
7 香山不二雄	自治医科大学環境医学
8 小笹晃太郎	京都府立医科大学保健予防医学教室公衆保健科学分野
9 坂田清美	岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学
10 櫻井 裕	防衛医科大学衛生学
11 佐藤康仁	東京女子医科大学衛生学公衆衛生学Ⅱ
12 島 正之	兵庫医科大学公衆衛生学
13 鈴江 毅	香川大学医学部衛生・公衆衛生学
14 中原俊隆	京都大学大学院医学研究科健康政策・国際保健学分野
15 那須民江	名古屋大学大学院医学研究科環境労働衛生学
16 平部正樹	東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野
17 丸井英二	順天堂大学医学部公衆衛生学
18 宮崎 孝	埼玉医科大学衛生学
19 安村誠司	福島県立医科大学医学部公衆衛生学
20 矢野栄二	帝京大学医学部衛生学
21 吉田勝美	聖マリアンナ医科大学予防医学
22 稲葉 裕	順天堂大学医学部衛生学
23 松葉 剛	順天堂大学医学部衛生学

## Ⅱ-2. 2006年度ワークショップ記録

日時：2006（平成18）年8月26日（土）午後2時～5時

場所：順天堂大学医学部10号館5階（503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（最終報告）（大学全体について）（安村誠司教授）（I章参照）
2. 医学教育モデル・コア・カリキュラム（F領域）と国試ガイドラインとの比較（安村誠司教授）（資料4参照）
3. 社会医学実習について  
臨床実習の中に社会医学実習を組み込むことについての検討（相澤好治教授）
4. 全体討議

### 1) 全体討議 報告（要約）

出席人数が少なかつたため、モデルコアカリキュラムF（医学・医療と社会）についての検討を中心に出席者全員で話し合った。

まずこれまでの経過が稲葉より述べ、日本公衆衛生学会から提出された改定案（資料3）を実成先生が説明され、いくつか質疑応答は交わされ、以下の点を共通に確認した。

1. Fの(1)は、社会環境と健康というのが盛りだくさん過ぎるので、健康の阻害要因及び促進要因としての社会環境について学ぶ。つまり、健康に社会や環境がものすごく関係しているのだということを十分に勉強させる。到達目標を系統的に整理するとともに、一部を他の一般目標のほうに移す。(5)として「地域における保健医療活動」を新設して、いくつかの項目を整理して入れる。
2. 全体としての位置づけを再考して、A基本事項の次にBとして医学・医療と社会を設定する。国家試験出題基準との整合性や、憲法や医師法に出てくる「公衆衛生」の重要性を意識してもらうために提案したい。
3. 疫学方法論が現状では△がついているため、CBTの出題基準からはずれてしまう。これを(2)の中に位置づけることにする。
4. 産業保健に具体的な内容を加える。
5. 国際保健・国民栄養をどこかに明示する。
6. 他の分野と共通する部分を指摘しておく。（生活習慣・感染症・生活環境因子と疾病の関連など）

以上の点を考慮した改定案を作成することとして、討論を終了した。

最後に矢野先生から実習に関する検討から、ケースメソッドを全国の大学で使えるように、教材としての本を10月に篠原出版から刊行する予定であることが報告された。

（文責 稲葉 裕）

2) 医学・医療と社会 (改定案) (太字・下線が変更部分) (2007年3月)  
(衛生学公衆衛生学教育協議会 卒前カリキュラム検討委員会 委員長稲葉 裕)

FをBに移動する。

(1) 社会・環境と健康

一般目標：

健康の阻害要因及び促進要因としての社会・環境と健康・疾病との関係について理解し、  
個体および集団をとりまく環境諸要因の変化による個人の健康と社会生活への影響について学ぶ。

到達目標：

- 1) 健康、障害と疾病の概念を説明できる。
  - 2) 社会構造(家族、コミュニティ、地域社会、国際化)と健康・疾病との関係を概説できる。
  - 3) 環境と健康・疾病との関係(環境と適応、主体環境系、原因と保健行動、環境基準と環境影響評価、公害と環境保全)を概説できる。(「全身に及ぶ生理的変化、病態、診断、治療と共通項目を含む」)
  - 4) 生態系の変化が健康と生活に与える影響(有害物質、環境発癌物質、内分泌攪乱物質)を概説できる。(「全身に及ぶ生理的変化、病態、診断、治療と共通項目を含む」)
  - △5) 地球環境の変化、生態循環、生物濃縮と健康との関係を説明できる。
  - △6) 各ライフステージの健康問題について説明できる。
  - △7) 国民栄養の変遷と疾病構造の変化を概説できる。
  - △8) シックハウス症候群を概説できる。
- (これまでの4項目を(5)に移動)

(2) 疫学と予防医学

一般目標：

保健統計の意義と現状、疫学とその応用、疾病の予防について学ぶ。

到達目標：

- 1) 人口静態統計と人口動態統計を説明できる。
- 2) 疾病の定義、分類と国際疾病分類(ICD)を説明できる。
- 3) 疾病・有病・障害統計、年齢調整率と標準化死亡比SMRを説明できる。
- 4) 疫学の概念と疫学の諸指標について説明できる。
- 5) 疫学方法論(観察研究、ケースコントロール研究、コホート研究、介入研究)を説明できる。
- 6) 予防医学(一、二、三次予防)を概説できる。
- △7) 生命関数表(平均余命と平均寿命)を説明できる。

### (3) 生活習慣と疾病（「医学一般」との共通項目を含む）

一般目標：生活習慣に関連した疾病の種類、病態と予防治療について学ぶ。

到達目標：

- 1) 生活習慣に関連した疾病を列挙できる。
- 2) 生活習慣と肥満・高脂血症・動脈硬化の関係を説明できる。
- 3) 生活習慣と糖尿病の関係を説明できる。
- 4) 生活習慣と高血圧の関係を説明できる。
- 5) 生活習慣とがんの関係を説明できる。
- 6) 喫煙と疾病の関係と禁煙指導を説明できる。

### (4) 保健、医療、福祉と介護の制度

一般目標：

保健、医療、福祉と介護の制度の内容を学ぶ。

到達目標：

- 1) 日本における社会保障制度を説明できる。
- 2) 医療保険と公費医療や介護保険を説明できる。
- 3) 高齢者福祉と高齢者医療の特徴を説明できる。
- 4) 地域保健（母子保健、老人保健、精神保健、学校保健）を概説でき、保健所及び市町村衛生行政について説明できる。
- 5) 産業保健（現状、産業医の資格と任務、職業性疾患）を概説できる。
- 6) 医療の質の評価（質の定義、クリティカル・パス）を説明できる。
- 7) 国民医療費の収支と将来予測を概説できる。
- 8) 医師法と医療法を概説できる。
- 9) 医療関連法規に定められた医師の義務を列挙できるとともに、行政に携わる医師、学校医、産業医について説明できる。
- △10) 医療資源と医療サービスの価格形成を説明できる。
- △11) 医療従事者の資格免許、現状と役割、連携とチーム医療を説明できる。
- △12) 感染症予防医療法・食品衛生法の概要と届け出義務を説明できる。
- △13) 予防接種の意義と現状を説明できる。
- △14) 医師法と医療法以外の医療関係法規を概説できる。

### (5) 地域における保健医療活動（新設）

一般目標：

地域における人々の健康管理のための保健医療活動の考え方と方法論について学ぶ。

到達目標：

- 1) 保健指導・健康教育・健康相談・カウンセリング等の心理・行動科学的アプローチに

ついて説明できる。

2) 健康管理、健康診断とその事後指導を説明できる。

3) 地域医療の機能と体制（地域保健医療計画、救急医療、災害医療、へき地医療、在宅ターミナル）を説明できる。

△4) 地域保健と医師の役割を説明できる。

△5) 病診連携と病病連携を説明できる。

△6) 災害救急医療におけるトリアージを説明できる。

△7) 地域の健康管理マネジメントシステム（モニタリング、アセスメント、plan-do-see）について説明できる。

△8) 地域における保健、医療、福祉、介護の連携・システム化について説明できる。

△9) 地域における保健医療福祉に関する専門組織・団体、NPO、ボランティア、地区組織等について説明できる。

△10) 国際保健と地域の保健医療活動の関連を説明できる。

(6) 診療情報

(略)

(7) 臨床研究と医療

一般目標：

医療の発展における臨床研究の重要性について学ぶ。

到達目標：

1) 副作用報告と有害事象報告の意義を説明できる。

△2) 臨床研究、臨床試験、治験と市販後臨床試験の違いを概説できる。

△3) 研究目的での診療行為に要求される倫理性を説明できる。

△4) 研究デザイン（二重盲検法、ランダム化比較試験、非ランダム化比較試験、メタ分析）を概説できる。（一部を（2）-5）に移動）

△5) 診療ガイドラインの種類と使用上の注意を列挙できる。

△6) 薬物に関する法令と医薬品の適正使用に関する事項を列挙できる。

### 3) ワークショップ 2006年8月26日 (全体討論)

【司会】コアカリキュラムの改訂に関して、資料3で、実成先生が幾つか具体的な提案がされています。「医学医療と社会に関しては地域における実践と展開方法に関する目標が不十分で、系統的に示されていない。」以下のことを提言されたということで、資料4で安村先生が作成された比較表のFの項目を見ながら付け合せていきたいと思います。

(1) の社会環境と健康の中で、阻害要因と促進要因を整理するということですね。そして、到達目標を系統的に整理するとともに、一部を他の一般目標に移すと言われていますが、具体的には5番目に1つ入れるということです。(4)の次に1つ項目を立てて、「地域における保健医療活動」というのを1つ入れて、あと診療情報と臨床研究はそれぞれ(6)、(7)にしていこうということ。それで、よろしいですね。

【相澤】地域医療とFの内容がほとんど同じですね。ですから、私もFの中に入れてしまったほうが良いと主張しましたが、国会で議員から質問が出て、地域医療のところはどうしても必要なのではないかと。医師の偏在がありまして、その辺の学生教育をしなければいけないと言われたらしくて、どうしてもそれをアピールするためには独立させなければいけないということで、いろいろ意見が沸騰したので委員長預かりになって、その後どうなったのかまだ結果をいただいてないのでわかりません。それと、がんが必要だということで、入りました。あとは、先ほどの問題がありましたが、国家試験との整合性ということで、言葉の違いとか、そういったことで、今回は他の内容についてはマイナーなところだけを直すということで終わってしまったというのが現状です。

【司会】その辺について、何かご意見は。

【実成】ありがとうございました。私も、意外と早く進むんだなと思ってびっくりしました。実はお手元の資料3ですが、稲葉先生からご紹介いただいたように「モデルコアカリキュラムの改訂に関する意見」ということで、1月31日付になっております。1月末日が提出期限で、稲葉先生が1月26日に教育協議会名で出されて、そのころに教育協議会の世話人会が開かれ、私も出席して意見交換をしておりましたので、それを踏まえて学会なりのものを最終的には私は仕上げまして、1月31日に提出したものです。

ワーキンググループからは学会宛に問い合わせがまいましたので、学会の理事会で紹介して、私や担当理事に申し出ていただくようお願いしております。しかも世話人会のご意見も聞いて、仕上げたものでございまして、最初の挨拶文のところに社会医学や公衆衛生学が、軽視されているということを書いております。

柔らかく、3行目に、医学教育において社会医学、特に公衆衛生学の位置づけが不明確で、十分な共通認識が得られていないように感じています。これは、人体にベースを置き、そこから臓器別あるいは機能別に、そして組織・細胞に到る医学の教育体系、いわばミクロの世界に向かう教育体系ですが、人間を含めた社会、環境にベースを置いた公衆衛生学の体系、展開方式を理解されにくいところが大きな理由と考えます。しかしながら、医師



法第1条の医師は、医療及び保健指導を司ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものと、医師の任務が規定されているごとく、医師にとっての公衆衛生が極めて重要で、その理解と教育は国民の健康を守る立場からは欠かせないものです。特に変化の激しい21世紀の社会環境において、望ましい医学医療の方向性、やり方を考える上で、公衆衛生学教育の重要性はますます増していくものと考えます。

ということで、以下の意見を申し上げますと、きの1は、F医学医療と社会は医学医療の社会的側面を体系的にイメージすることは、医学教育上極めて意義が高い。憲法及び医師法から来るところの医学教育上の社会的説明責任を果たしているものと考え。今後とも、堅持していただきたいということをおっしゃいます。

2番目は、先ほどございました4年生までのコアカリと、それから卒業時点とのズレ、そして多くの大学では5、6年で衛生、公衆衛生をやっていないということを踏まえて整合性を図っていただきたいという、先ほど稲葉先生の出されているところと同じことを申し上げておきます。

3番目に、現行のFでは医学医療の社会的対応、特に地域における実践と展開方法に関する目標が不十分で、地域における実践と展開方法に関する目標が不十分で、また系統的にも示されていない。この点を整理し、以下に提言したい。1)は、社会環境と健康というのが盛りだくさん過ぎるので、健康の阻害要因及び促進要因としての社会環境について学ぶ。つまり、健康に社会や環境がものすごく関係しているのだということ十分に勉強させるというふうにしたほうがよかろう。到達目標を系統的に整理するとともに、一部を他の一般目標のほうに移す。それが後で出てまいります。

2)の保健医療福祉、介護の制度等々、保健所及び市町村の衛生行政について説明できるというものが抜けていたと思いますので、それが要るだろう。それから、行政に携わる医師、保健所医師等ですが、それと学校医と産業医について説明できるようにする。これは、医学部卒業レベルでも当然学校医や産業医について説明できる必要があろう。

3)は、(4)の現在の制度の後に(5)地域における保健医療活動を設け、以下の目標を掲げる。一般目標として、地域における人々の健康管理のための保健医療活動の考え方、方法について学ぶ。ここが、地域保健や地域医療の実際のところだと思います。ですから、到達目標①に、保健指導、健康教育、健康相談、カウンセリング等の心理、行動科学的アプローチを説明する。つまり、技術論ですが、健康管理するための技術として保健所では健康教育がわかるようになるということです。②に、現在は「疫学と予防医学」にありますが、健康管理、健康診断、事後指導をこの①と併せて技術的な必須項目として提案。③は、「社会環境と健康」の中から取り出すものとして「地域医療の機能と体制」「地域保健と医師の役割」「病診連携と病病連携」「災害救急医療におけるトリアージ」、これらは全部「地域保健・地域医療の仕組みと実際」に入れるという提案。④地域の健康管理のマネジメントシステムは、モニタリングやアセスメントやあるいはプラン・ドゥ・シーという計

画立案のマネジメントシステムについて説明できるようにしておく必要があるという提案。⑤は健康危機感の考え方も必要。⑥は地域の保健医療、福祉看護の連携システム化について説明できる。⑦は地域における保健医療福祉に関する専門組織団体の企業、ボランティアを推進できる。いずれもいわゆる地域でシステムを組んでいく上で必要な要素であろうということで、このようにして(5)の地域における保健医療活動を整理したらどうか。考え方と技術、それから組織的あるいは計画的な推進ということ、学部レベルでも医師としてある程度は基本を身につけて卒業させるという提案をしております。

今後地域医療をどういうふうに取り上げるかですが、公衆衛生から言えば、非常に重要なことは保健や福祉や介護との連動。それから、地域で皆がネットワークを組んでどういうふう健康マネジメントをしていくかということの最低限の理解は必要という線で押しただけだと思えます。以上です。

【司会】地域医療、地域保健。新しい項目をFの中で1つ立てるという意見。公衆衛生学会の意見ということで、それを我々の教育協議会の意見として、そのまま採用しても構わないという気もします。一緒にやっていけば、いろいろなところで協力できるというか、同じ意見だということを繰り返して言うのはいいことかもしれないので。実際に、モデルコアカリキュラムの改訂には間に合わないかもしれませんが、教育協議会の報告書としてワークショップの結果として出していくということでは次のステップにつながる可能性があります。当然5年後ぐらいに見直しが入ると思えますから、そういう意味では残しておく必要があると思えます。

これは1つの提案として、地域における保健医療活動という具体的なテーマが挙げられる。内容としては、(4)と(5)が逆でもいいような気がして、制度は後からでもいいような感じもしました。(3)の次ぐらいに「地域における保健医療活動」を入れて、あとは制度についてを(5)に持ってくる。そんな感じでもいいかなという気がします。

前回のワークショップで出てきたのは、この制度のところの産業保健を概説できるというのは非常に曖昧でよくわからない。衛生、公衆衛生の中では産業保健というのはかなり大きな位置を占めるので、国家試験との整合性を考えるときにも産業保健、ここでは安村先生の資料4の表2の産業保健(約8%)に入っているわけですが、これ以外に職業に基づく健康障害、別な項目がありますので、各論の生活と職業性因子、ここにシックハウスなども出てきまして産業中毒がここに入っています。そういうところと併せて、もう少し産業保健のところを充実させたらどうかという意見が出ていました。

医学教育学会で発表したところでは物理化学的病因、これも少し弱いということ。これは、モデルコアカリキュラムでは別のところにありました。熱中症とか、Fではなくて別の項目にあったと思えました。食中毒とか、アルコール依存症、この辺りも別なところに入っていたような気がしました。それを、少しまとめたらどうか。Fのところでも、そういうことが必要だということと並べておいたほうがいいかなと思えました。

地球環境の変化というところに入ってしまうんですかねえ……、生活習慣と疾病のどこ

ろでは糖尿病とか高血圧とか、がんというのが出てきて、それはそれぞれの病気のところでF以外の項目の中に出てきたと思うので、それとも関わりがあるということを少し明示しておけばいいのかなという気がします。というようなやり方で、感染症とか物理化学的要因というものも整理できたらいいかなと。私も提案するようなまとめをしていないので、実成先生のような形の具体的な文章に残せばいいなと思います。感染症、物理化学的要因、生活習慣病、資料 1-1 の 4 番目に社会学的な設計を学生が理解できるような形で提示する、これはなかなか難しいですが、そんなことを考えていました。

他に、モデルコアカリキュラムの改訂について、何かご意見ありますか。教育協議会としては、この辺りをもう少し検討したいと思います。

【吉松】物理化学的要因を充実させるということですが、産業保健分野、例えば有機溶剤の各論や、騒音振動、高熱放射線等の各論的などところをもう少し充実させるということでしょうか。

【司会】全体を見るとわかると思いますが、あまり細かい各論は出しにくいんですね、Fの文章から言うと。だから、細かく、シックハウスだけは例外的に出ていますが、それ以外の物理化学的要因とか、産業中毒の内容というのは、あまり細かく出すわけにはいかないと思います。

【吉松】実際に国家試験を見ても、そこまで詳しいところは出ていないように思ったものですから。

【司会】国家試験では、結構鉛中毒の指標とか、そういうところが出てはいませんが、ガイドラインのほうにそういうのはあまり書いてありません。コアカリキュラムで、どこまで教えるかというのがいつも問題になりますが、3年生、4年生の段階で有機溶剤とか、金属中毒とか、放射線障害とか、皆さん、カリキュラムの中でどの程度教えていますかね。

【吉松】私もその辺はあまり経験がないので、他の大学の皆さんの状況をできれば聞きたいと思って来ましたが。

【司会】順天堂のカリキュラムの中では「中毒」というコースが1つありまして、そこに幾つか薬物中毒であり、ガス中毒なり、そういうものが少し入ってきていますが。それは臨床と一緒に総合講義みたいな感じで8コマぐらい中毒の講義があつて、その中で各論的に幾つか入っています。3年生で教えています。授業の中に職業因子、生活環境因子など、何年生でどれぐらいのレベルの内容が教えられているか。安村先生、何かありますか。

【安村】私のほうが公衆衛生ユニット、福島先生のほうは衛生学・予防医学ユニットとして、コマ数で言うと13コマ、時間数で言うと26時間で、福島先生の担当が産業保健、環境保健、食品、あと疫学をやってもらっています。

産業環境の部分は全体の半分ぐらい占めている感じですから、コマ数で言うと10コマ近くを産業環境に割いていると思いますのでかなり……。逆に言うと、国家試験の出題数やコアカリから言うと、福島先生はどう思われるかわかりませんが、バランスで言うとかなり産業環境が厚い、かなり詳しい部分まで突っ込んでやっているというのがうちの大学

の特徴かと思えます。

【司会】歴史的には、さっきの公害辺りのところから、衛生学の環境のほうで授業の中で公害とか職業性の病気というのは重要な位置を占めていたけれども、ここ 10 年ぐらいの間にだいぶそれがなくなってきた、それもう古いんだという感じになりつつあります。鉛中毒なんか昔は非常にあったけれども、実際にはほとんどなくなってしまったので、授業からもウェイトが非常に低くなっていくという印象を受けています。

【安村】私の大学の場合、私の前任も同じ福島教授ですが、田中正人先生が衛生学で、当時というか、私たちがなる 5、6 年前までは、衛生学の講義の単位が 1 で、公衆衛生は 2 単位でした。公衆衛生の単位数が全然多かったのですが、大学のコアカリに伴うカリキュラム編成の中で、衛生のコマ数がすくな過ぎて、公衆衛生が多いという評価で、両方とも 1 単位ずつに下さいということで、公衆衛生の講義のコマ数が衛生に移ったときがあります。その分、いままでは逆に言うと産業環境の部分が十分できなかったのですが、衛生のコマ数がずっと増えたので、それまで公衆衛生が担当していた疫学も、そちらにやっていただくことにしました。基本的に地域保健対人関係のサービスは全部公衆衛生で持つということでコマ数は減ったのですが、分野で言うところの方が非常に多くて、カバーする範囲が産業環境、食品衛生、あと疫学という、疫学もどの程度やるかにもよりますが、コマ数で言うると衛生のほう少し増えたので、その分かなりきめ細かく産業環境のほうもやれるようになったのかなということかと思えます。

【 】状況でいいわけですね。うちは、先ほどちょっと申し上げたように衛生学、公衆衛生学の時間数は減っている。そのかわり、プールした時間数がだいぶできているんですね。それを奪い合うわけですが、奪い合った結果、1 年生に「21 世紀の社会環境と保健医療福祉」という授業科目を作って、それは合計 60 コマです。その中で、環境については講義が 10 コマぐらい、実習も 10 コマぐらい、合計 20 コマぐらいをまず 1 年生でやっています。そこはどっちかという社会や環境が健康にもものすごく影響を与えているんだという、むしろ原因的な阻害要因、もちろん促進要因もありますが、結構阻害要因というのをまず 1 年生でどどんいっている。だから、健康を考える上では社会環境は不可欠だということを目標にして実証で現実にも計ってみる。そういうのをまず 20 コマやって、それからやがて進んで 4 年制にいき、4 年生で衛生学を教える政策をうちがやっているものですから、環境は環境保健衛生でたしか 6 コマだと思いますが、それは原因論をしっかりとやっています。つまり、個々の物質と物理的要因などと健康の関係は 1 年でやっているので、そこは簡単におさらいにして、あとは実際に世の中どういうふうにしてそこをケアしていくか。つまり、法律や制度がある。そこに食品衛生法なり、いろいろな法律を専門として教える。まあ、社会システムを併せて教える。それを 4 年生の衛生、公衆衛生で環境保健衛生でやり、それから産業保健衛生は合計 10 コマほどやります。その環境の原点のところは 1 年生がやっているので、これも産業保健のシステムという職業病的なところはここに入りますが、あとはシステムやら、いろいろなものを合わせて 10 コマぐらいという

ことです。ですから、トータルすると結構多いのですが、衛生、公衆衛生の時間は制限されているので、どこでうまく確保するかということで、うちでは1年と4年で実証づきという形です。

【司会】では、せっかくですから、個別に意見をお聞きします。明石先生、名古屋はまだよくわかりませんか。

【明石】全然わかりません（笑）。私は教職に移ったばかりなので……。名古屋は本当のところ、公衆衛生と一般的な衛生、それから予防医学とがどういうふうに根分けしているのかわからないのですが。いまのお話をお聞きしていて予防医学というのが結構出てきますが、プリミティブな質問で申し訳ありませんが、予防医学と衛生とか公衆衛生とか、皆様の大学ではどのように区別していらっしゃるのか、その辺もお聞きしたいというのが1点。

もう1つは、コアカリキュラムでかなり項目は出ていますが、そこで何を教えるかというのは本当のところあまり問われてないというか、標準化されていないのではないかと。私は国際保健のほうも見ようと思いましたが、実際にはコアカリキュラムで国際保健という項目がほとんどなくて、国際疾病分類で「国際」が出てくる程度だったと思います。

逆に、標準化について公衆衛生、衛生の分野でどういうふうになさろうとしている、あるいはなさっていらっしゃるのかなという。どちらかという、大学によって「この先生が専門だからこの分野は教えましょう」とか、そういう話になりがちな印象を受けるので、逆に大学間のばらつきをなくすためにどのようにしていらっしゃるのかなという2点が知りたかったのですが。いままでの議論と離れて申し訳ありませんが。

【司会】名古屋は、国際保健のほかに、いま言った衛生、公衆衛生、予防医学の3つある。まあ4つあるわけですが……

【安村】環境衛生があります。

【司会】そうですね。それぞれどういうことを教えてするかというのは聞いてみないとわかりませんが、国際化に関しては資料4では社会構造の中に1つ国際化というが入っていて、国際疾病分類も入っています。それから疫学と予防医学の5番目に予防の解説ができる。それぐらいのことしか出てないわけですが、予防医学についてはそれぞれ大学で教え方は違うと思うし、標準化というのはあまりされていないと思います。各大学それぞれ違う感じで予防医学なり、衛生学なり、公衆衛生学なり、環境衛生だったり、保健学だったり、名前がいろいろしていると思いますが、どこで何を教えているかというのはそれほど標準化されてなくて、せいぜい国家試験のガイドラインと、コアカリキュラムが少し標準化に向かっているという感じではないでしょうか。矢野先生、何かありますか。

【矢野】根本的な話になりますが、コアカリキュラムというのは大部分が5年生でやる臨床実習で、患者さんの前に出る能力があるかどうかという趣旨だったと思います。ですから、極論すれば国際保健の必要性はゼロとは言いませんが、あまり要らないのではないかと。ほかがたくさんあるすぎるから。ただ、国際保健を知らないで医学を卒業して医者になってもらうのはちょっと困るので、そっちは厚労省のほうの国試出題基準にはしっかり入れ

といってもらおうという位置関係だと思えます。

確かに系統講義は大体4年生まででやるので、4年生の卒業資格試験という意味では国際保健が入るのはいいですが、建前から言うとモデルコアカリキュラムは4年生の卒業試験ではなくて実習ができるかどうか。患者の前に出していいかどうかという意味です。そうすると、4年生まで教えた内容を卒業時点でちゃんと学んでいるかどうかは各大学の問題で、コアカリキュラムが出来た経過や、いろいろなことの中で、現実コアカリキュラムの中にできるだけ衛生、公衆衛生が教える範囲を入れたいという気持ちは私もありますが、当面の衛生、公衆衛生教育協議会や、公衆衛生学会としての対応という部分とはちょっと離れて、将来的にはコアカリキュラムと国試ガイドライン、あるいは、それ以降ということの全体を見た中で医学教育の中で衛生、公衆衛生は何をやるかということとはちゃんと考えなくてはいけないのではないかと思います。

例えば、私は専門の産業保健に軸足を置いているつもりですが、実は産業保健はいま認定産業医制度ができて50単位の講義を受けなくてはいけないということを考えると、アンダーグラジュートの医学生にあそこまで教える必要があるのかなという気がすごくします。それより、もっと基本的な公衆衛生マインドにつながるようなところにもっと時間を割くなり、我々のエネルギーを注ぐべきで、例えば塩化ビルモノマーで肝血管肉腫はいままで日本で数人しか出ていないですが、よく冗談で、「これで国家試験に落ちた医学生が何十人いる」という、そういうことはそろそろ卒業しなければいけないのではないかという気はしています。

【司会】北村先生、カリキュラムのことで何かありますか。

【北村】私自身、大学に来たのがこの4月です。それで、大学のほうもいまカリキュラムが切り替わっている段階でなかなか掴みづらいというのが現状です。正直言って、カリキュラム、あるいは教員の中でいま感じているのが公衆衛生、あるいは衛生学と言われるものが非常に広い範囲で、非常に学際的であるというのを折々感じていて、その中で限られたスタッフで専門性も非常に限られた中で教えていく。それが、どうカリキュラムを必要な中で抑えていくか。あるいは、どう外部の先生方の力を借りてやっていくかというところが非常にいま悩ましくて。また、学生はコアカリキュラムがあったり、また学生の関心としては国家試験というのがあると思いますが、その項目を最後の中でどう触れ、学生に紹介していくかというところでいま頭を悩ませています。

昨年度からですが、三重大学では6年生の講義のときに社会医学という集中講座がありまして、その中でその部分をもう一度社会医学、公衆衛生中心ですが、まとめて、それで系統立ってもう一度見直してくださいというような形で抜けてきたようなことを振り返るということで工夫しています。非常に広すぎて十分やっていけないことをどう工夫されているのかも悩ましいところで、先生方にもお聞きしたいというのが現状です。

【司会】皆、悩んでいるところだと思いますが、幅は広いんですね。いま矢野先生が言われたように、結局、焦点と言うか、よく言われていることはパブリックヘルスマインドと

いうところになってくるのかな。学生が自分の頭で考えて、細胞レベルとは違う人間の生活レベルでどういうふうに病気に対応するのか、予防に対応するのか、そういうところを実際に身近に起こっているケースの中から学んでもらうのが矢野先生のスタイルだと思います。

【北村】もちろん、1つは公衆衛生の実習というのがありますが、例えば、内科を回って患者の診察をしたときに、その患者がどういう社会から来たかとか、患者が退院した後にどういうところに行くかみたいなことにスッと目が行くような教育を我々がどのくらいできるかというのが一番大切なところではないかと思います。

そういう内容を、我々が整理してモデルコアカリキュラムのFがいいのか、そのほかのところ全部にも手を突っ込んでいくかはあると思いますが、そういう努力を長期的な視点で教育協議会でしなければいけないのではないかと思います。

【司会】個々の項目とプラスして、そういうのが常に頭がないとモデルコアカリキュラムというのは意味がないと思います。

【実成】私も大学を卒業したのがほぼ40年前になります。そのころ公衆衛生を始めたときは、ものすごくたくさんあって本当にわかりませんでした。だんだん年を重ねていくとかなり整理されてきて、いま稲葉先生、矢野先生もおっしゃられているように、結局、私たちの健康と、それを取り巻く社会環境の間のことだ。社会環境が実際にはものすごく影響を与えています。ところが、臨床だと、そこを離れて病室に来てみている。そういうことになります。ところが、日常はほとんど社会・環境に住んでいていろいろなファクターを持っている。それを想像してもらわなければいけないわけです。臨床の目の前にいる人は見えるけれども、社会・環境のほうは見えないわけです。物としては見えない。特に、社会は物としてはないわけです。社会というものは言葉としてはあるけれども、物としては見えないんですよね。つまり、システムだとか、そういうものは物として見えないわけです。環境はまだ見えます、山があり、川があり、空気や水があるという形で見えるけれども、社会は人間が作り上げると思うので物として見えない。しかし、そこ人間の健康はものすごく作用している。だから、その社会をいかに見せるかという訓練が非常に大切だと思います。

僕は、学生にはいつも「新聞を読め」と。これは、社会というものが活字で見えるようにしています。それから、テレビのニュースを見よ。これは映像で見えるようにしています。どんなニュースでもいいんです、社会に起こることを見ていれば。そこへ社会を、見えなから本来的には自分の頭で考えるしかありませんが、ある種見えるようにしているのが新聞とかテレビ。それを日常暴露しておく、社会に対してちょっとは見えるようになる。そこに我々の公衆衛生学という学問を持って行って、それを現実には社会に当てはめるわけです。だから、その社会のところがわかるようにしておかないと、幾ら専門的なことを言っても実感として結びつかないわけです。

私も長年教育をやってきましたが、最終的には、そこをとにかく染み込ませる。社会環

境と健康というところ、そこが基本だと思います。そこをきちんと染み込ませたら、これはそこから保健にしても、学問人間の体を細分化しているばかりではないと思ってくれるのではないかと。そういう観点になると、意外と流れなんですね。我々は、個人よりもっとたくさん集団あるいは社会を形成している。そこにおいて健康を考えるから切り口が違うんですね。だから、同じ感覚で並べる必要はないと思います。全然切り口が違うと思います。だから、到達したらその因果関係というか、原因と対策というところを基本に考えたらいいのではないかとということで整理しています。

なかなかわかりにくいところですが、長年苦勞してきた結果はそんなところに到達して、今回はモデルカリキュラムの意見もそこを書いています。いわゆる統合講義と言いながら、結局は臓器別であり、機能別であるという、人体を切り分けた並びとはちょっと違うのだ。それを持った個人がたくさん集まって社会になっている。あるいは、環境がある。そことの関係性をベースにしている。そして、医学の中ではわかられにくいということを書いている、恐らく、矢野先生、稲葉先生がおっしゃっているのも同じような感覚で言われていると思います。

【司会】そのとおりですが、1つのモデルコアカリキュラムで危惧していることは、医学一般から言うとFというのはどうも要らないのではないかと、バツクグラウンドにあればいいのだという意見です。それは我々が皆共通して持っていて、確かに切り口が全く違うので、ほかと一緒に並べられると変な感じがします。一般の臨床の先生から見ても、やはりFというのは得体が知れない。社会医学というのはなくとも、他の臓器のところに入っていけば、それでいいのではないかと。それに対して、このFを何とか守ろうという教育協議会のフィロソフィーもまたある。

【実成】よくわかりますので、私が書いたのはまず医師法を持ち出しています。医師法に保健指導というのが書いてある。公衆衛生と書いている、そこをどう責任を果たすのか。医学教育も説明責任がありますよ。もう一つは憲法を書きました。だから、憲法と医師法で公衆衛生が謡われている。医学教育が何をやっているのかというときに、説明責任をちゃんと果たさなければいけないということを実は書きました。他の威を借りるわけはありませんが、憲法で公衆衛生があるわけですから。医療はなくても、公衆衛生はあるわけですから。それがあつて、医師の目的も「公衆衛生の向上に尽くす」と書いてある。それで、コアカリキュラムですから、いわゆる医学教育を行う側は社会にちゃんと説明できるようにしておかなければいけません。説明責任と書いたのは、そこなんですね。

【安村】実成先生のフィロソフィーというか、お話を聞いていろいろなことを思いましたが、先ほどの相沢先生のスライドで、43年の大学紛争のころは、多分、医学医療の社会的な側面ということでのアプローチというか考え方が大事なんだというのが一方ではあつたかもしれませんが、いま相沢先生がおっしゃられたように教授が若い人たちにだんだん代わってきて、そういう世代がだんだん定年になっているわけです。

そうやってきて私が思うのは、ほとんど95%以上が臨床医になる中で、臨床医になる人



たちにどういう形で公衆衛生が関わるかということだと思えます。それで、先生のおっしゃられたようなことは僕も共有できます。ただ、このコアカリがいま見ている、先生がおっしゃられるよう危惧がどうして出てくるか。やはり、Fにあるからだめだと思いました。Aの次にあるか、Aになければだめなんですね。医の原則イコール医療・医学というのが社会の中で果たす役割というのがまずあって、先生がおっしゃられる部分、組織、病気の話にならなければいけないのに、医の原則があって固体の話になり、臓器の話になり、診察の話になった後で社会の話が出て、今度は実習です。このフィロソフィー、難しいことはよくわかりませんが、考え方として公衆衛生、社会医学というふうにニアリイコールではないかもしれませんが、医療、医学というのは、先生がおっしゃるように大上段にふりかぶっていけば憲法から入るといふ、私も同じような講義をさせていただいていますが、医師法も同じように話しています。

僕らはそこから入るといふ、僕らは公衆衛生だからそう入るのではなくて、医師というのが基本的に日本ではそういう位置づけなんだ。そこがまず大原則であれば、コアカリの並びが悪いです。医の原則があって、社会の中における医療、医学の位置づけがむしろすんなり続いて、その上で人というのをどう見ていかなければいけないのか。それは、細分化していった病気でいいと思いますが、ここのEとGの間にFがあるからだめなんだと思いました。

要は、基本的なところのコアカリの考え方の大原則の医師をどういうふうにつくっていくかの基本的な理念の位置づけがおかしい。そうすると、さっきの国際法規にも関わりますが、憲法では日本の話だけど、日本というのはいはり国際貢献という意味では、日本の医師の役割という位置づけをもっと明確に出てくるのかな。

【実成】誤解を恐れずに言えば、私はFがあるというのは悪い面があると思えます。そのことは我々としては外に対してどう言うかは考えたほうがいいと思えますが、Fというふうに切り出すと、何となく公衆衛生の実施を保健所に行って、保健所で働く人たちがどうするかという話にいった、実は九十何%からなる臨床医にとって公衆衛生は何が必要かという。特に公衆衛生マインドみたいなところが、ちょっと別な話にされている気がします。

いま安村先生が言われたAの辺りの最初のほうを見ると、医の原則とか、コミュニケーションとか、安全とか、これは絶対に公衆衛生だと思います。その並びの中で、だから、安村先生の言われることは大賛成ですが、地域医療のこととか、社会の中とか、環境とか全部入れるべきだと思います。

それで、大変申し訳ありませんが、医師法や憲法の公衆衛生というのはちょっと違和感がありまして、例えば、解剖学という言葉は憲法にも医師法にも書いてないけれども、解剖学を無視して医療は誰もしませんね。当然のことなんです。本当は社会のことを無視して医療できないはずですが、それを憲法だ、医師法だ、あるいはもっとありていに言えば「国家試験に百題出るから公衆衛生は大事だ」という言い方をしなければならないのは、実は我々の怠慢だと思います。そういう努力、逆にFを切り出さないで、他のすべての項

目の中に公衆衛生を突っ込むぐらいのことが本当は必要だった。小さく固まって一種鎧の中でブルブル震えている状況になっているのが実態だし、現在の時点ではFを消すというのはテクニックとしてはまずいだろうなとは思いますが、そこでおしまいにならないで、その先を本当はもっと考えていかななくてはいけないという気がします。

【矢野】あえて別なというか、僕はいつも先生の話聞いて、どうやってうまく臨床医になる教育の中で自分たちの教育を位置づけていくかというのは僕にとっても大きな課題なので、先生のお考えもとても共感します。

ただ、憲法と医師法の話での公衆衛生というとらえ方と、正確に申し上げないといけないと思うのは、憲法や医師法には「公衆衛生」と書いてあって「公衆衛生学」とは書いてないです。それはやはりパブリックヘルスであって、僕なんか所属しているのは学問体系としての1つの公衆衛生学だと思うので、それを混在して話しているわけではなくて、パブリックヘルスの重要性というのは、私たちが志向している国民の健康とか、そこニアリイコールであって、医師の役割というのは公衆衛生の向上を目指すということであって目標系であって、それを実際に実態として学問体系としてやっていくというのが公衆衛生学だと思っていますので、そこは厳密に言うとは違うかなと思います。

【実成】いま出ている議論は、本当に私たちが医学部の中で苦勞してきている絶対的少数派としていつも苦勞しているところです。ちょっと別な話をしますと、実は日本で公衆衛生というものが資格として認められている、国家資格としてきちんと認められているものは保健師です。保健師は昔からの歴史で資格であり国家試験である。昔は公衆衛生看護と言っていました。その歴史があって、看護学を多くは3年やってプラス1年、進学して保健師教育をびっしりやる。合計4年で保健師という公衆衛生の専門職が誕生する。そして、国が認めて免許を与える。

保健師の歴史は、社会的に成立した専門職として4年間で与えられるという歴史でした。ですが、この数十年、4年生の看護学部、あるいは看護大学ができていって、いま144校あります。医学部よりもはるかに多い144校で、年間8,000人ぐらいですか、もっと多いですね。それで4年間で看護師教育と保健師教育をカリキュラム上、混ぜてやるようにした。これは、いわゆる統合教育という呼び方ですが混ぜてやり出しました。それで10年ぐらいやってみたら、保健指導がどんどんなくなっていく。実際に看護師教育に携わっている人はわかりますが、授業をしていても以前と違います。1年間の保健師教育のときは学生は動機づけされていますから食いついてきます。だけど、4年間で看護師になる人もいれば保健師を目指す人もいるという、そういう中だと授業の反応が全然違う。しかも、学生に看護師像は見えても保健師像は見えてこないんですね。だから、保健師というアイデンティティのところはどんどんなくなっていくというのはいまです。ですから、いまの看護学会ではそこが大問題で、看護協会も危機感を持って、看護師は4年教育にして、プラス1年か2年、保健師教育をしなければいけないのではないかとこの今年看護協会が出しています。しかし、全国の144校の大学は、大学管理運営から言うと多くの

免許が取れるほうが良いというようなどころもありますから、そのせめぎ合いが今年もものすごく、その世界がやっているところです。

私は、4年生の看護教育になったときに地域看護の先生方に「やがて、あなた方も私たちのような目に遭う」と。私たちが医学部の中で公衆衛生学としてやってきて、ものすごい辛酸を味わっていると理解されないのを何とかしようとか、しかし、多数の圧力でほとんど負けてきています。そういう中で、保健師を教育する方々も4年生でごちゃ混ぜになったときに多分苦勞すると思ったのでそう言っていました。それは担当教科の苦勞だけではなくて、社会的にも保健指導というものがなくなっているというのが現実です。そこは、さすがにその世界は気がつき始めていま議論しているというところがあります。

だから、いまの医学教育は医師を育てるという大前提ですから、当然、医療であり、基礎的なところが多いというのはわかります。そこに公衆衛生学がある。公衆衛生学をどこに位置づけるか、安村先生がおっしゃったのは比較的前のほうに位置づけたらいいのではないか。それから、矢野先生は他に潜り込ませたらどうか。潜り込ませたときに看護学で言う4年生の統合教育になるわけです。そうしたら、現実には保健指導が見えなくなっていっているという問題があります。だから、私が危惧するのは、Fがなくなって、それがD・Eでしたか、あそこへ細切れで入ったときに、多分公衆衛生というものはほとんど見えなくなるだろうと思います。端的には、臨床の責任でやってもいいのです。予防からリハビリまで、これは医療の持つべき使命ですから、臨床できちんとやれば、それでも達成されることです。あと、公衆衛生マインドというのはどこで担保するのかという問題がある。だから、私はD・Eでやってくだされればいいと思います。もし、大学で力がないなら、公衆衛生が力を貸せばいいと思います。それはもういいと思いますが、公衆衛生マインドやら、その辺りを医師としてきちんと持つということをどこで確保するか。いまだと、現行はFだからFのところを充実ということを行っているわけですが。それは、前に行って抵抗がないなら、それでもいいと思います。そういうことではないかと思います。

そこから先は何に奉仕するかというか、それぞれの医学、看護学、栄養学、薬学といって、全部公衆衛生があるんですね。それぞれの分野にあって、そこを公衆衛生学というものの折り合いの付け方という。医学に限らず、いろいろな学問分野で公衆衛生があります。だから、それぞれの専門分野で折り合いの付け方がかなり難しい部分がありまして、いまそれぞれで悩んでいるし、闘っているというような表現になると思います。

【司会】ありがとうございました。矢野先生のそういう意味で、Fをなくすというのはいま作戦的に悪いということは言っておられるので、いまの段階だとなくしにくいですね。公衆衛生の教官が1%という状況の中ですから。

【実成】矢野先生は学部教育に限らず、卒後教育も考えて戦略を立てなければいけないだろうと言われてます。それは私もよくわかりますし、いまやっているのは学部教育ですから、やはり医師養成です。公衆衛生専門職ではない。だから、公衆衛生専門職とは何だろうかという議論が要ります。そこになると、医学だけの問題ではなくて看護学も薬学も

何もかもという、先生がおっしゃったように非常に多分野の、先生が「学際的」とおっしゃったところを私は「集学的」と思いました。「際」ではなくて、集めて1つのパブリックヘルスという概念であり、そういう世界を打ちたてないとなかなか専門職というのは出てこないだろう。

私がいるのは公衆衛生学会ですが、公衆衛生学会は専門職制度というのを検討してみようという、去年から委員会を発足しました。先ほどの相沢先生が委員長ですが、そこでは医学だけではなくて、いろいろな分野の人たちが委員をやっていますので、「公衆衛生の専門職とは何ぞや」という議論をいまやっています。その行き着いた先にややこしい問題が出てくるのは、各職種がある。医師、保健師、薬剤師とある。そこにおける公衆衛生専門医、それから保健師とか、それぞれの学問分野における公衆衛生という専門職種という位置づけ。だけど、全部あわせて公衆衛生が構成されるので、共通した公衆衛生という職です。その部分の折り合いがうまくつくかどうか。産業衛生学会だと、産業医という、医師の中の専門職としています。だけど、現実には産業医だけで産業保健がやれるわけではない。いろいろな職種が関わっています。そこで、産業保健という分野が成り立っている中で、そこに専門職というのが共通の部分と、それからそれぞれの学問領域における専門職と、ある種2つをどう折り合いをつけるかというのが、多分、数年先の大きな課題になろうかと思っています。

【司会】協議会でもいま検討中のところですね。

【明石】いろいろ議論をお聞きしていて大変おもしろくて、私はここに寄せていただいたのは、実は国際保健で個人的に私は一体何を教えたらいいのだろうかというので実は悩んでいまして、先ほど議論にありましたが、国試で出るから教えるのか。それだったら、国試で出る国際保健であれば、国際機関はどんなもので、何とか理念みたいな、それだけで終わってしまう。そして、それは2問か3問のための授業を何単位かをもってやる話なのかという話ですね。いまお聞きしていて、衛生、公衆衛生ももしかするとそうなのかなと思ったのは、要するに、国試に何々が出るから教えるのではなくて、公衆衛生、あるいは衛生、あるいは国際保健として何々を伝えなければいけないから、それを教えるというのが基本なのではないか。それが、国試に出るかどうかは二の次というか。それさお押さえておけば、逆に国試なんて簡単よという話ではないか。

それで、公衆衛生、衛生、実は僕ももともと外科をやっていて国際保健のほうに移って、その前にマスター・オブ・パブリックヘルスも取りに行きましたが、そのパブリックヘルス、実は国際的にも例えば、アフガニスタンは医療行政をやろうと思っても、いわゆる臨床しか知らない人たちです。その人たちが実際に、公衆衛生行政、広く言えば保健行政ができるかと言えばできないというか、要するに、臨床マインドあるいは患者さんを診るということしか、あるいは、言い方は変ですが、病気を診るということしか知らないかもしれない人たちに、そういう考え方がもともとないから、アフガニスタンで、例えば公衆衛生の教育をどうするのかとか、そういう話もやっていますが、いまのをお聞きしていると、