

要するに、公衆衛生は先ほどコアカリキュラムのところでお聞きして「ああ、そうなんだ」と思いましたが、コアカリキュラムは患者さんが見られるようにするということの土台をつくるんだということ。それは、そもそも患者さんが社会から切り離されていないわけですから、患者さんの背景を知るという意味での公衆衛生かもしれないし、あるいは患者さんが帰って行く場所として社会を知るという意味での公衆衛生という部分もあるでしょうし、もう1つは、患者さんという個人を守るための背景としての公衆衛生の部分と、個人ではなくて、マスというか、集団をどう救うのかとかいうか守るのか。そういう視点と両方あるのかな。そこで見えてくる、ここは個人を見る医者として知らなければいけない部分の衛生、公衆衛生の部分と、集団をどうやって守るのか。あるいは、集団の健康をどうやって増進するという部分の公衆衛生と、もしかすると2段階とかいうか、本当は一緒なんだろうが、そういった捉え方ができるのかと思ってお聞きしていましたが。非常に示唆に富むお話で、ありがとうございます。すごく役に立ちました。

【松葉】コアカリキュラムは、先生が先ほど言われましたように、共用試験とかなりセットになって出てきたという部分がたしか歴史的にありまして、いわゆる臨床実習を始める資格とか、そういうものですね。まあ、個人情報保護法とか、そういうものとセットになっているという部分もあって。

ということで、やはりアンダーグラデートの学生に対してどういうマインド、まあマインドとは言わないまでも、そういう患者さんを診るために必要な知識としての公衆衛生というのをコアカリキュラムの中では1つ出しているのかなという気がしました。最初は、国際保健というのが項目の中に入っていました。国際保健と言うの、私から言わせていただくと、そんなアンダーは必要ないという意見も先ほどありましたが、実は患者さんにも結構外国人の方が多いし、ある意味、患者さんのバックグラウンドを見る意味で国際保健というのが結構役に立つのではないかとということ。

もう1つ、私も毎年数名の学生を中国の僻地に連れて行っていますが、意外と公衆衛生マインドを持たせるエントリーポイントとして国際保健は役立っているのではないかと印象もあります。こういうところに出てきづらいというのは、いかにもディシプリンで国際保健をやっている人間が少ないということもありますので、コアカリの中からはちょっと消されているのではないかなという気もします。

【実成】私が非常に大事にしている資料が、稲葉先生のお名前になっている「社会学コアカリキュラム案」というので、遡ると2000年にメールが来ました。どういうメールだったかということ、この社会医学コアカリキュラムという群大の鈴木庄亮先生が教授でいらしたときに、稲葉先生と一緒にたたき台を作られたもので、これに関して手を挙げてください。それで、衛生公衆衛教育協議会として自分たちでコアカリキュラムを社会学系としてつくる。この中には18に国際保健というのが項目してちゃんとあります。私が思うのは、本来、衛生、公衆衛生の分野の人間が、どういうのが本来医師に必要な衛生、公衆衛生の知識、考え方、態度なのか、それを私たちが打って出て行く。

一方、国家試験の出題基準というのには改訂委員に衛生、公衆衛生の分野からも、先ほどの相沢先生、たしか稲葉先生も生活環境のほうで入っていらっしやいましたし、やはり国家試験自体も、本来こうあるべきだということに学会としても教育協議会としてもアプローチをして、本来こうあるべきだという方向にする。そして、私たちが自ら社会学系のコアカリキュラムをつくっていかないと。そして、実際に進め方としていかにモデルコアカリキュラムの中に社会学系の、先生がおっしゃられたパブリックヘルスマインドをどういうふうに入れていくかという方法論はいろいろあると思いますが、やはり国家試験という縛りは非常に大きいですから、そこに対してやはりきちんとアプローチしていく。それもただアプローチではなくて、教育協議会としては、こういうふうなコアカリキュラムを考えている。こういう学問体系もあり、これが実践的に臨床医の先生たちを育成する上で必要な分野なのだということを出していかないと、提言としてというよりも、やはり体系として、こちらで提示していく必要があるのではないかと思います。これは、2000年にありましたが、たしか潰れたんですよ。

【矢野】ちょっと確認したいのですが、コアと言うのは大事な部分ということで言うと、国際保健はすごく大事な部分ですが、私は常々衛生、公衆衛生のうちの、いわゆる衛生部分というのは下の学年でもいいけれども、本当は公衆衛生は臨床が全部終わって、できれば、臨床実習も終わって、6年生で教えたいなど。いろいろなカリキュラムが、帝京大学の場合は4年と6年で少しずつ講義をしておりますが、そういう意味で、もしコアカリキュラムというのが4年までという意味であったら、それは医学部を卒業するまでに全部教えるところの縮小相似形ではないはずだろうなと思っています。そこら辺、ちょっと。私は、いままでの理解で、それこそ共用試験とも密接にある患者の前に出して大丈夫な学生かどうかということの、その患者に出る前にこれだけはというのはコアであって、公衆衛生、医学生教養課程の公衆衛生の全体、あるいはその縮小版ではないのではないかと考えていますが……。

【司会】そのとおりですね。

【安村】そうすると、現実にはいろいろな対応が必要ですが、中期的には4年生ぐらいまで、患者を診るまでに衛生、公衆衛生として何を教えたいか。それから、その後の臨床実習や、他の分野の公衆衛生の臨床実習と、他の分野の臨床実習も併せた中で何を最後に付け加えて医者にしていくかという、そういう体系が本当は必要だな。それがなくて、何となくできるだけコアカリの中にも公衆衛生をいっぱい残しておこうというようなことだけでやっていったのではまずいのではないかと気がします。

【司会】もう1つコアというのは、核心という部分と周辺が残るわけですね。

【安村】例えば、周辺ということではないのではないかと。

【司会】ではないと思いますが、4年生まで中でも中心で周辺がある。だから、各大学でコアの部分というのは大体6割から7割、残りの3割から4割は自由に広げていただきたいということで作ったモデルなので、そういう意味で体系として協議会としてはこう

いうのを提案するというのがあっていいと思います。それは作戦として。この部分は、それぞれの大学で特徴を出してくださいというのは、実習なんかでは多分そういうのが大きいと思うので、あまり実習についてはモデルコアカリキュラムは言っていませんが。そういう内容だということを理解しながら、提案していく必要があると思っています。

【明石】先ほど国際保健のお話が出ましたので、ちょっと乱暴な言い方かもしれませんが、私たちが教室で日ごろ雑談しているのは、国際保健も結局は地域保健だよというお話をしています。日本にける地域、そこに保健活動を展開する。場所が変わって、それは言葉も違うし、地形も違う。基本的には、そこにおける地域保健だ。そのコアとは何だという。私の意見は、そこはやはり、先ほどいみじくもおっしゃったように、例えば、臨床医がポット行っても物にならないというのは、社会やら、制度やら、システム、あるいはマネジメントということを知らないから。あるいは、ひょっとして能力がないかもしれませんが、その訓練がされていないと思います。日本の先進的な医療現場に行った人がポンと違った、多くは開発途上とか、戦争をしている場所、そこに行ったときに、それはできないでしょう。医師の環境自体が変わるわけですから。そこでやるべきことは、社会の中でいかに保健や医療を動かしていくかということだから、まさにマネジメントの問題です。だから、こここそ最大のポイントです。専門職になったら、これは前面に出てきます。マネジメントができることと言うのは。私たちが専門職を検討しているのは、かなり大きな項目です。ただ、そこが医学部学生は医師養成のコアカリだから、そこまではあまり強調していない。私は遠慮深く、ここに(5)の地域における保健医療活動というのを設けて、その中に地域の健康管理、マネジメントシステムについて説明できるぐらいは、入れてもいいのではないかと考えて入れています。そこら辺は、公衆衛生のコアだと思う場合は入れているというのが現実です。だから、そこをきちんと身につけて、そういう方が臨床にいたとしても国際保健の場に行ったときに生きてくることはあると思います。基本的な、社会は環境をきちんと理解しないと、日本の先進のものを持って行っても適用できないわけです。その社会環境ですね。その訓練は必要かなと、私は理解しています。

【松葉】国際保健のことで、公衆衛生、パブリックヘルスマインドという言葉をよく聞きますが、国際保健をやっている人間の中だと、よく国際保健マインドという言葉が出てきて、やはりいまどきの医師には国際保健マインドがほしいなということはよく言います。やはり、いま公衆衛生に国境はない、地域保健と言うのは本当にタイに行ったらやれば、その地域保健なわけで、国際保健でも何でもありません。ですが、そういう分野だけではなくて、いま日本の地域の中にも外国人の住民の方も多し、例えば、産業保健分野でも、私は会社の巡回健診などに行くと、スペイン語が話せないと診察ができないような状況です。ですから、特に何か特別将来、国際保健の仕事に就くから国際保健の知識が必要ということではなくて、普通にいま国内でドメスティックに臨床の現場で国際保健マインドというのがある程度要望されているのではないかと。そういう現実があるとは思っています。それを、コアカリキュラムなり、何なりの中で取り上げていただいたほうがいいのだなとい

うふうに思いますが、いかがでしょうか。

【司会】最初のモデルコアカリキュラムの思案ができたときに、教育協議会としてはいろいろ意見を言おうということで、試案について質問状をつくって書いたことがあります。田中平三先生が世話人代表だったころですが。案が公表されたときに、国際保健、産業保健、精神保健が除外されていました。それを、こちら側から質問したということで、入れてくれたのが精神保健は、地域保健の中に(4)の4)に精神保健を入れました。そして、5)に産業保健を概説できるというところを入れました。それで、国際保健は入っていませんが、これは(1)・2)の社会構造の国際化で妥協させられたということです。

臨床の先生たちは、いま言った3つに関しては、解剖の先生が委員長でしたが、医学の中で、4年生までには要らないだろうという理解だったようです。一応入れてはもらいましたが、内容としては不満足であるというのは皆思っているようですが、提案として何か入れますか。4年生までの中で、国際保健、地域の国際化ということではなくて、国際保健を概説できるというようなことを、どこかに入れるというのはなかなか収まりが難しいかもしれません。

【松葉】それから、地域だけでなく、例えば職域とか、学校とか、そういうところでも国際化というのが大前提で、地域に限定しない形で、ここに国際化というようなのを持ってきたらどうでしょうか。

例えば、帰国子女の問題なども国際化であるし、そういうものにメンタルにも対応できるようなスキルが必要だなということも言われていると思いますし、本当に産業保健なども外国人の労働者が多いですから、非常に地域だけではなくて、そういった部分での国際化というふうにとまとめられるのではないかと思います。

【司会】地域ではなくて、社会構造の中の国際化と健康疾病との関係を概説できるという形になっています。地域保健の中には、母子保健、老人保健、精神保健、学校保健、そして国際保健は入っていません。いまは、そういう現状です。

【矢野】先ほど安村先生が提示された5年前の国際保健の項目や骨子はどうなっているのでしょうか。世界の人種、民族、国々と、その人口、環境、教育水準、GNPというのが項目になっていますね。途上国の保健医療問題、それから国際保健医療における交流と協力の方式、国際的現状、保健医療関係の国際機関の役割と活動。

そうすると、そこでの展開方式とか、そういうことでもなくて、国際的な感覚を持つというふうな……。

【司会】そういうことですね、視野を持つということだけだと思います。

【明石】よくわかりました。

【司会】ということで、実際に具体的にこの中に収めるのはなかなか難しいかなという感じはしました。議論が検討課題ということで止まりましたが、実際には4年生までの現在のモデルコアカリキュラムにどうしても入れるということの強い文章というか、内容がまとまればいいのですが、それはまとまりそうもないという感じはします。

もう1つ、いまの議論の中から別な話で、国試との整合性ということで幾つかの項目を安村先生が出してくださいましたが、さっきからFではなくてAかBにしろという意見の中で考えると、国試との整合性でも確かに医学総論の中の最初に保健医療論と、予防医学というのが、予防と健康管理、健康増進というのが入っているの、そういう意味では整合性を保つということであれば、FではなくてAかBの中にこういう考え方を入れたらどうかという意見を1つ入れてもいいのかなと思いましたが、どうでしょうか。そうすると、Fが少し強くなる。必修の基本的事項というのとはちょっと違うような気もしますが、保健医療論や予防医学の内容には近いような気がするの。コアカリキュラムの流れの中から最後に置くのではなくて、もう少し前に置いたらどうでしょうかという提案はできるかもしれないと思いました。

1 が倫理で、基本的なことでしたか。コアカリのモデルのAというもの。個体の構成と機能から始まりますね。細胞から。

【安村】生理、解剖というような感じで、。

【司会】生理、解剖よりも、細胞から始まるんじゃないですか。個体の構成と機能。細胞の基本構造から始まっているので。Aの次、医学一般の前に持ってきてもいいですかね。考え方から行くと、小さいときからだんだん人間に行ってFになるという感じだけど。

【安村】原因論としてはそこにあってもいいけれども、対処法とは合いにくいでしょう。

【司会】基本事項の次ぐらいのほうがいいのかもかもしれませんね。

【実成】いかにも付け足しのようになっていますね。

【矢野】聞いています。こっちに入れようとしたけれども、DやEに入れようとしたけれども、入らないからと。

【司会】Aの次ぐらい、基本事項の次、Bの前。Aの第5項に置くには少し長すぎるんですね。Fを全部入れると。

順天堂もそんな感じで、2年生で保健医療論というのが公衆衛生と衛生、その他、法医学と医史学というのがありますが、医学史ですね。それら病院管理学、そういうのが一緒になって保健医療論をつくって、2年生に来て細胞レベルの話が終わった直後ぐらいに入れています。

【安村】病気を詳しく知らない段階でというのもおかしくないですね。

【矢野】ええ。特殊なテーマだから

【安村】実習の位置づけは、後半でもいいわけですね。

【矢野】ええ。ただ、私はできることなら系統講義もできるだけ課題スタートにしようとしているところです。体系を教えて、それからというふうなのが実は学生の理解があまりよろしくないと思うので。

【司会】先に具体的なテーマがあつて、それから系統に移るとい。まあ、保健医療という体系になるので、2年生は食いつきが悪いですけどね。

【安村】どのくらいのこるのか。抽象的な話として、教養過程の間だけで通常終わってし

まわらないのかなという。

【矢野】それは、あります。だから、体系的に日本の制度がどうなっているとか、そういう話があっても、ほとんど食いついてこなくて、むしろ、地域医療で実際にこういう医療をやっているんだと情熱的に語る先生の話は残っているようです。保健医療の中でも、そういう地域医療の講義はありますが。

【矢野】いまのことですが、これはカリキュラムなので、経験から言うと、どの時期にするかというのは実に大きなことです。やはり、後でするほうがわかりがいいというのが現実だと思います。私のところでは戦略的に6年一貫で考えていて、1年、2年では教養と専門というところを合わさった教育をしよう。そこに、教育学やら、心理学が登場してくる。そうしていますが、4年、5年になると専門性を高くしていきます。最後、6年生は時事学というものを設けて、6年間をある種振り返るということにして、1年から6年まで通して、社会医学をどういうふうに学生に伝えていくかというふうに考えています。

だから、1年、2年だけで早期にやるの、やはりそれなりのハンディもありますから、そこだけで終わると、ちょっと苦しいですね。それをずっと連続性を持ってとらえて、学生の成長に合わせて専門性を高めていくという、そういう戦略をやっています。

【司会】社会医学と言うのはそういう特徴があるので、最初から教えたいし、最後も教えたい（笑）。毎年教えていたい。

では、Fを前に置く提案も含めてまとめてみたいと思います。1つは、大きなところとしてFをBぐらいに持っていきたいということ。その中で実成先生の言われた、地域における保健医療活動を1つ項目に入れるということと、産業保健、物理的因子、あるいは生活習慣病を何らかの形で臨床と直結したような、他の項目と、国家試験は両方ダブっているところが幾つかありますが、そういうものをつくっていきたいという方向を考えたいと思います。その3つぐらいでいいでしょうか。

国際保健はいま蚊帳の外になってしまいましたが、一応、新しく国際保健を設けるとするのはちょっときついような気がします。

国家試験との整合性で問題になるところは何かありますか。コアカリで国家試験がないところはありますが、国家試験のほうでコアカリにないところが幾つかあるということでしたが。

【矢野】途中ですみませんが、国際保健の件ですが、毎年社会医学セミナーなんかが開かれて、あそこに来る学生の中のある部分は国際保健趣向の人が来ています。そういう意味では、公衆衛生に興味を持つ人の窓口には十分なり得ているという気がします。どこかにその言葉が挟めたらどうかという気はします。

【司会】国際化ではなくて、国際保健という形で入れたいということですね。

【矢野】現実、確かにそうです。例えば、先ほどの(5)に地域における保健医療活動という、これは新しいというよりは、ある部分再整理ですが、上からいろいろ持って来て、それから新たなものを付け加えてという、再構築の部分なので、ひょっとしたら認められるかも

しれない。わかりやすくなったという意味では、その地域における保健医療活動というような中に、どこかうまく「国際保健」というような言葉を入れられないでしょうか。

【司会】うまく入りますかね。8 番目ぐらいに入れておきますか。ここに組んであるのは、世界のどの地域に行っても必要な技術論だとは思いますが。

【矢野】まあ、少しだけ申し上げたということで……。

【司会】ちょっと考えましょう。8 番目に、国際的視野に立った何かについて説明できるとか、概説できるとか、入れておきますか。何か、いい言葉があったら教えてください。

それから確認ですが、疫学のところで、研究デザインが△になっていて、CBTの問題がつかれないということを言いましたが、臨床研究と医療の中の研究デザインは全部△で、4年生の試験には出せなくて、5年、6年でやればよいということになっていますが、この中の基本的なところはむしろ、前の「疫学の諸指標について説明できる」のところ。疫学と予防医学の3)の次に、研究デザインの観察研究、ケースコントロール、コホートぐらいは入れておかないとまずいですね。ただ、臨床研究のケースコントロール、コホートだという理解で、整理が少し必要かなという感じがしています。

あと、細かいところで「国民栄養」というのが抜けています。資料4.6 ページ「国民栄養食品の安全性」、食品衛生法については一部入っていますが、「国民栄養の現状と対策」がまるっきり抜けていますが、生活習慣の中に入っていると考えていいのでしょうか。

【矢野】全部入れるのが正しいのですか。

【実成】いえいえ、全部入れる必要はないと思います。整合性ということで考えればよいということなので、ここの解釈をこういうふうにしておく、というふうにしてあげばいいと思います。

【矢野】では、全部がどこかに含まれていればいいですか。

【司会】含まれていても、臨床実習に行く前にそれが必要かどうかという観点ですね。

【矢野】だから、単純に国家試験の判断の資料には使えますが……。

【司会】全部入れる必要はないと思いますが、ただ、付け合せてみると、これもいれたほうがいいかなということに気づくというか。そういうことで理解して、整合性というのはそういう意味で考え手います。

【松葉】研究デザインのところで、これが△になっているので問題が使えないということがありました。臨床研究というのが(6)に入っていますが、観察研究、ケースコントロール研究、コホート研究、これは臨床研究というより、普通に疫学研究というふうにされるようなものであって、本当に誤分類になっているような気もしますが。

【司会】むしろ、ここを取ってしまえば問題が作れるということで、解釈というような感じで、ここを削って疫学の概念の中にこういうものが入っているという。

【安村】概念、方法論などは言えないのですか。

【司会】ええ。概念と方法論としてデザイン。臨床研究のデザインから、これを取ればよいんですね。そうしないと、作成問題を評価する責任者が、この言葉が入っていると、「こ

れは△だ」という理解をするらしいです。

【矢野】いまのところはむしろ、患者の前に出る場合に何が必要かという観点で言うと、臨床疫学ですね。医学判断学とか、そういうことだろうと思います。確かに臨床研究というのは、卒業してしばらくして学位を取ろうかというときの話で、その言葉だけでやると、まだ早いだろうという話になるかと思いますが、患者の情報を集めて、それをどう判断するかみたいなところとしてだったら、絶対に必要なところになると思います。そのときにケースコントロールやコホートの概念も結構重要で、情報の取捨選択とか、4つのステップとか、そういう文脈と併せて入れるのがいいのではないかと思います。

【司会】臨床判断学みたいな、臨床研究と医療の中に、臨床判断学という項目をつくりませんか。なかなか難しいところですね。

【矢野】2は疫学と予防医学なんですね。変わらない限りは、これでいくわけでね。そして予防医学でエビデンスを提供するのは疫学だと思います。そうすると、予防医学の観点からすると、その方法論はあるべきではないかという気がします。

【司会】概念の中に多分方法論が入っていると思いますが、では、「方法論」と入れたほうがいいような感じですね。これは細かくなりますが、一応提案として問題が作れるようにしておきたいということを出したいと思います。

【松葉】1つよろしいでしょうか。介入研究としてRCTとか二重盲検は△が付いていますが、フィールドトライアルみたいなものはどこに入るかというところ、こっちの疫学の方法論のほうに入って来ると思うので、そうなると、それは出題できるという変な形になっていますね。

【司会】枠にはめておけば、応用適用と言う、そういうところかなという気もします。でも、二重盲検法や、RCTも知っておいてもいいわけですね。どこまで知るかは、難しいですね。判断学に皆入ってきますから。

時間がきてしまいました。あと細かいところは、私が少しまとめてみたいと思いますが、矢野先生、安村先生にも協力していただいて、少し提案事項という感じで、最後にまとめて報告書をつくりたいと思いますので、秋の富山での公衆衛生学会のときの教育協議会に何とか。報告書をまとめるのはちょっときついかもかもしれませんが、発表はしなければならないので、簡単な報告はしたいと思います。

それで、卒前教育の委員会の役割は、それで今年で終わりにしようかなという気はしています。実習に関しては、矢野先生のほうでケースメソッドをつくられるということです。

【矢野】その報告を少しさせていただきたいと思います。

この2つのうちのアンケートの後半の実習のほうですが、それは昨年12月にここでやったときに大体のまとめをしまして、その後に入ったデータはご容赦いただいて、そのまとめたものを文書にしました。それは小さな部分ですが、より大きなことは、ケースメソッドを全国の大学で使っていただけるように、そういう教材として作るということで、いまかなり最終段階に入っていますが、具体的には岡山から東大に移られた川上先生と京都



の中原先生と、埼玉の永井先生、愛知の菊地先生、名古屋の伊丹先生、それから、私どもの教室、直接には私と教室の荻田、その他の者で十幾つのケースと、そのディスカッションということで集めて公衆衛生学会の売店に並ぶようにという格好で篠原出版新社で出版予定です。その第1章で、今回の調査の結果、社会医学実習部分についての調査の結果を、出させていただきます。その調査の主要な部分というのは、社会医学実習がちゃんとした目標、目的意思をもってやられていない。何とかしなくてはということですが、一応そういうことです。それに対しての答という格好での教材の提出をさせていただきます。

【司会】 それでは、時間ですから終わります。どうも、長時間ありがとうございました。

#### 4) 8月26日衛生学公衆衛生学教育協議会出席者

- 1 安村誠司 福島県立医科大学医学部公衆衛生学
- 2 相澤好治 北里大学医学部衛生学公衆衛生学
- 3 明石秀親 名古屋大学大学院医学研究科国際保健医療学
- 4 北村文彦 三重大学大学院医学研究科公衆衛生・産業医学分野
- 5 吉益光一 和歌山県立医科大学医学部衛生学
- 6 實成文彦 香川大学医学部衛生・公衆衛生学
- 7 鈴江 毅 香川大学医学部衛生・公衆衛生学
- 8 矢野栄二 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学
- 9 稲葉 裕 順天堂大学医学部衛生学
- 10 松葉 剛 順天堂大学医学部衛生学

## 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 (北里大学医学部衛生学・公衆衛生学)

北里大学医学部の臨床実習について発表する機会を与えて頂きありがとうございました。本学部では第4学年に予防医学の講義と実習が34コマ(1コマ=80分)、第5学年と6年の臨床実習の中に「公衆衛生」実習が入っておりまして、それを紹介するよというお話でした。以前と比べると時間数は減少し、内容も変更されていますが、紹介させていただきます。

### 1. 北里大学医学部の沿革

北里大学は相模原市にありまして、周りが相模原ゴルフカントリーという有名なゴルフ場に取り囲まれているところです。医学部と大学病院のほかには医療衛生学部、看護学部、理学部、一般教育センター等があります。

宣伝で申し訳ありませんが、1962年に学園ができました。学園と言っているのは、新潟県に保健衛生と栄養の専門学校があるからです。母体の北里研究所より学園のほうが、現在は規模が大きくなっています。1970年に医学部ができて、その前に薬学部(東京港区白金)と獣医・畜産学部ができています。来年4月からは獣医学部となりますが、青森の十和田にあります。一番先にできたのが衛生学部ですが、現在臨床検査技師だけでなく、リハビリや医用工学などを含めて医療衛生学部ということになっております。水産学部が三陸にあり、看護学部(相模原)です。それから理学部(相模原)を合わせて7学部があります。いわゆる生命科学系の総合大学というふうになっております。

昭和43年ごろからインターン制度廃止を機に、全国的に医学部の紛争がありまして、講座制廃止の闘争が起きました。昭和45年~46年となるとその運動が終わり、逆に医学部の反動勢力が起きて改革派は粛清され、43年ごろに頑張っていた先生方が新天地を求めて北里大学に來られました。そして北里大学で、新しい良いものをつくりたいということで、講座制打破の掛け声のもと教室制をとっていません。教育単位はあるけれど研究は、自由にどこでもできるようにしよう。教育は教育単位でまとめてやって、研究は自由にどの単位に行ってもいい。例えば、公衆衛生学単位で教育をしても、病理のほうの研究単位に入ってもいいとか、そういうものをつくりました。

それから授業の方でも、系別総合と言いまして、内科学という系統講義はしない。呼吸器系や消化器系というように、いまのコアカリ対応教育のように、講座制を廃止してやり始めたわけです。ところが、だんだん時代が進んで平成6年ごろになって、2代目教授に世代交代し、国立大学から多くの教授が赴任され、ある程度、自分たちの研究室や医局機能をもたなければやっていけないということになりました。系別総合教育システムも再検討されましたが、結局教育についてはほとんど変わりませんでした。かつては改革派が守旧派となって頑張ったところにコアカリが出てきましたので、「それ見たことか」ということでやっております。

開設当時の医学部の理念は、公害とか職業病、無医地区などが社会問題でしたので次の

通りでした。

- 1). 医学教育の刷新
- 2). 医即仁の医道に基づく診療
- 3). 拡大する公害、職業病等を含む公衆衛生、予防医学、産業衛生の推進
- 4). 地域社会医療への協力
- 5). 無医地区解消への協力
- 6). 開発途上国に対する国際協力
- 7). 研究推進の重点方策

どうもこれは時代錯誤的だと、評価委員に言われたので、数年前にこの 4 つに絞りました。

- 1). 人間性豊かで優れた医師の養成
- 2). 学際領域を含む医学研究の推進
- 3). 国際貢献と地域医療の協力
- 4). 予防医学の推進

「平成 12 年の変」というのがありまして、その当時の学部長が非常にドラスチックに破壊することに生きがいを持っている方でした。ご本人も基礎医学者なのですが、基礎系の単位を縮小したいということで、同じ科目、例えば病理、解剖、生理など 2 つあるものは全部 1 つにしようと宣言しました。もちろん現役の教授がいるときはとてもすぐにはできませんので、定年退職をしたときに 1 つにしようということになりました。最初に微生物学と、寄生虫学で合体して、微生物・寄生虫学ということになりまして中単位というのは教授が一人で、基本単位（4 人）より定員は少し多い 7 人の構成員で中単位ということになっています。

衛生学、公衆衛生学も、同じ名前だということで中単位になりました。それから、病理学も 2 つありましたが、1 つになりました。それから生化学も 3 つありましたが、1 つになりました。臨床病理学は臨床検査学という名前に変えて、教授を置かないということになって縮小して、いままで続けております。

その学部長も交代して、今は拡大基調になりまして、教育研究部門ができ、内科学は 3 つあったのが 8 単位になり、総合診療医学というのができまして、胸部外科学が呼吸器外科学と心臓血管外科学に分かれています。臨床のほうはかなり分けて拡大していますが、基礎のほうは小さくなっているという傾向であります。

## 2. 衛生学・公衆衛生学の教育

衛生学、公衆衛生学の人員は、以前 5 人の教員が各 2 単位にいて、10 人体制でやっていました。それから 5 人の技術員がいましたが、平成 13 年に教授が退任になりましたので、中単位になりまして主任教授は私一人で、合計 7 人ということになりました。助教授を 2 人、講師 2 人、助手 2 人ということでやっています。あと、技術員もだいぶ減って 2 人になりました。大学院生が 10 人で、アルバイトの技術職を雇っているというところ です。

衛生学・公衆衛生学全体の教育ですが、第4学年で臓器系別総合の中で、環境医学系という名前で行っていました。コアカリができた時に環境医学だけでは困るので、予防医学系にして、34コマ（実習6コマを含む）となっています。この実習は、空気測定、気候要素測定、騒音測定、健康診断、疫学・統計学実習からなります。コアカリというのは先ほどもお話がありましたように6、7割はコアで、あとの4割から3割ぐらいは自分のところの大学でやりたいことはやるということでありましたので、レポート作成と発表を行っています。というのは、CBTのような〇×式だと学生の思考力は落ちてくるのではないかと懸念しておりましたので、3つぐらいからテーマを選んで、例えば地球温暖化などのテーマで、一ヵ月ぐらいの間にレポートを書いて発表してもらっています。いい発表には、医学部新聞に写真との共に掲載するというようなことをしております。

### 3. 臨床実習

本日のテーマは臨床実習ですが、これは第5学年で行っています。4月から2月の上旬まで各グループ5、6人の学生が18グループやってきます。ですから、隔週ごとに5、6人の学生が来て我々は同じことを教える。繰り返して18回やるわけです。大変な作業ではありますが、スタッフには同じことを繰り返さず、少しでも改善する意欲をもって欲しいと言っています。第6学年の1学期は選択実習で、われわれは、2、3人を各1週間老人保健施設、東洋医学研究所、小児科医を手配して、これを3グループ行っています。また9月から11月までは国家試験対策で、集中講義11コマを担当しております。とにかく信じられない位の教育量ですので、他の大学から赴任された教員は悲鳴を上げています。

「公衆衛生」の「臨床実習」ですが、現在は1週間しかやっておりません。私が昭和55年に赴任した時は、第1期で、5年生の「公衆衛生」臨床実習が3週間ありました。これがベッドサイドの臨床実習の中に入っています。それで12グループで、人間ドックと産業健診を行う機関が病院の中にありましたので、そこで実習をすることができました。例えば、今はできないことですが、集団健診を学生にやってもらい、教員が監督する。また保健所実習を1週間やつていました。家庭訪問が一番学生にとってはよかったと言っていました。

第2期は平成8年から13年間で、学校の方針で6年に臨床実習が移って2週間になり、14グループありました。保健所実習が1週間、北研病院というのが港区白金にありますので、その中で人間ドック、スポーツクリニック、シックハウス症候群・化学物質過敏症の診療をする環境医学センター、東洋医学研究所という漢方をやっている外来の見学実習をお願いしています。

第3期は14年度からで、保健所実習をやめました。それは臨床研修の必修化がそろそろ実現しそうでしたので、保健所にも負担があつて困るという話もありましたし、実習が1週間になるので、とても保健所に出してはられないということでやめて、北研病院の人間ドックとかスポーツクリニックの1日が続いています。それから小講義ですが、なるべくケーススタディを試みています。

それぞれのプログラムの内容ですが、第1期のころ月曜日にオリエンテーションがあつ

て、1週目は、個人健診（人間ドック）と集団健診の2つのグループに分けて、水曜日は、逆転させます。それで、個人健診は人間ドック健診で、ヘルスサイエンスセンターで行ってもらい、集団健診は我々がやっていたが午前中講義をして、身体所見の取り方を話し、午後の集団健診は学生が行っているところの監督をして、1日中掛かりでした。木曜日に、私の場合は塵肺の写真の読影の実習がありました。それから、間接撮影読影をしましたので、1週間のうちに2日は完全にこの教育に関わりきりということをやっておりました。赴任したときは、大変なことになったなと思いましたが、やっているうちに慣れてきました。2週目は、保健所に行ってもらい、この間は学生がいないので安心していられます。3週目にまた帰ってきますので、また同じことをやるというようなことをやっておりました。レポートというのは、保健所のレポートの在宅訪問結果を書いてもらっていました。

第2期ですが、2週間になったときですが、これは保健所の実習だけが残っておりまして、ヘルスサイエンスセンター（健診と人間ドック）は少し縮小しました。その代わりに、北里研究所の東洋医学センター、予防医学センターに行ってもらっていました。保健所実習は、相模原、厚木、大和、藤沢の4保健所に頼みまして、年2回ぐらい意見交換会を開催していました。

表1. 臨床実習「公衆衛生」の変遷

<p><b>第1期：昭和46～平成7年度</b></p> <p>5年生臨床実習の3週間、12グループ、人間ドック、産業健診、保健所実習1週間（家庭訪問・小講義）、小講義、レポート作成・発表</p> <p><b>第2期：平成8～13年度</b></p> <p>6年生臨床実習の2週間、14グループ、保健所実習1週間、北里研究所病院見学北里研究所病院（人間ドック、スポーツクリニック、環境医学センター）・東洋医学研究所見学実習（平成12年度から）、</p> <p><b>第3期：平成14年度～現在（保健所実習中止）</b></p> <p>5年生：臨床実習の1週間、18グループ、北里研究所病院見学（人間ドック、スポーツクリニック、環境医学センター）、小講義、課題研究レポート作成・発表</p> <p>6年生：選択実習 3週間2人3グループ、北里研究所東洋医学研究所、診療所、老人福祉施設、レポート作成発表</p>
--

第3期が、現在行っている内容で、ほとんど小講義にしました。4年生のコアカリ対応を予防医学系で教育し、レポート作成による自主的学習と国家試験を意識して学力アップを図りました。1日だけ北里研究所病に行つて見学実習をした後は、小講義で埋めております。なるべく矢野先生のようにケーススタディをやってほしいとは言っておりますが、なかなかできないところもあります。オリエンテーション、保健医療論、毒性学、物理的因子と

学校保健、食品、感染症、疫学、それから母子保健、健康増進、医療福祉とか、国家試験対策を意識してということになっています。レポート作成では、教員一人ずつテーマを決めて、順番に担当しています。例えば医療過誤やシックハウス症候群のことに興味のある教員の場合はそのテーマを最初に与えて1週間勉強してもらい、レポート作成して発表させております。また塵肺の写真の読影実習もしております。

一般目標は、地域保健、労働衛生、予防医学に関する知識と見識を身につけるということで、行動目標は健康障害要因を発見し、改善方法を指摘できるということし、そのためには、じん肺のレントゲン写真はある程度は読める。それから、テーマに対して自分で資料を集めてレポートを書いて発表できるという、ほとんどこの辺を集中的にやっています。ですから、臨床実習の中では異質であり、今年の夏の学部FDで臨床医学でもっと患者さんを診るような、クリニカルクラークシップにしなければいけないというような話がありましたので、参加型の実習に変えなければいけないと思っております。

現在行っているものは、小講義による公衆衛生知識の取得を中心として、地域病院における予防医学の見学実習とレポート作成ということであります。評価法はレポート発表10点と週末金曜日に多肢選択試験の90点となっております。それから、北研病院での感想レポートを書いています、それは評価してはおりません。年間3、4人しか落第点を取る人はいません。

6年生の選択実習は、5年生の臨床実習を回って興味を持った科目をもう一度選択して3週間実習するものです。臨床各科だけでなく病理学、衛生公衆衛生学など基礎医学系の科目も候補に名乗り出ることができます。また学外研修で、地域の病院を自分で探してきて登録すればそこに行くことも可能です。

#### 4. これからの臨床実習

将来像について少し述べさせていただきます。国家試験対策でいろいろと成績の悪い人のお尻を一生懸命に叩くようなことを学校がやっているものですから、勉強ができる人たちからは、学校は勉強ができる学生には何もしてくれないと言う声も聞こえてきます。成績の悪い人の成績を上げるような形で、やっていましたが、どうもそれだけではいけないということで地域医療の現場つまり診療所での実習、老人保健施設での実習あるいは肢体不自由児施設等での実習も入れようかなと考えています。それから、矢野先生のケーススタディ、これはまず思考力を上げるためにも公衆衛生マインドを上げるためにもやりたいと老います。平成20年から開始される特定健診や保健指導にも対応できるようにならなければならない。そうすると、1週間ですからいわゆる知識の教育はほとんどできなくなるということになりますので、4年生で国家試験のレベルも一緒に教えてしまうということをしなくて、できなくなってくるというような悩みもあります。そうすれば、5年生の実習の自由度が増えますので、そういった現場の本来の実習の姿ができるというようなことでいま考えておまして、9月になったら少し教室の人とディスカッションをして来年から少し変えたいと思っております。以上で本学部での公衆衛生実習のお話を終わります。

<質疑応答>

【司会】少し質問を受けたいと思いますが、どなたか。

【質問】6年生の選択実習というのは、どのくらいの学生が選択をしているのでしょうか。

【相澤】全員、何かを選択してとらなければいけないということになっています。ですから、外科とか内科とか全部提示するわけです。それから、外国に行く人もいます。ハワイ大学、ドイツのマールブルグ大学、カナダのカルガリー大学の3つと提携しているので、数人ずつそちらに行っています。その人は最長9週間ぐらい行っていると思います。

【質問】公衆衛生のほうにはどのくらい希望しますか。

【相澤】公衆衛生は2人ずつ3グループで6人です。それで打ち切っていますから、希望者はおもっているのかもしれませんが、学内では公衆衛生を実習しにくいので、学外の診療所、老人保健施設、東洋医学研究所の3ヶ所各1週間ずつお願いしている状態です。

【実成】どうもありがとうございました。紛争やら肅清やら、僕は43年の卒業なので、その当事者で身につまされる思いで(笑)。私は肅清されて、中国山地の山の中で5年過ごしました。山間部の健診活動や、健康教育を地区組織で走り回っていました。私の歴史ですが、懐かしいものを見せていただきまして感激いたしました。

それで端折りますと、私が結構凝っているのは医師法の第1条で、医師は保健指導と医療を司る。それで、公衆衛生の向上に寄与するということで、保健指導というのが医師法第一条にあるということ結構重視しておりまして、それを医学教育の中で何とか実現しなければいけないと思ひまして私なりにはやっていますが、今度のコアカリの提言にも、保健指導も入れるべく努力しようかと。保健指導、健康教育、カウンセリングが現代的ではないかと思ひて、そこら辺のことが、なぜだか全国の大学でも欠けていたというのが現実だと思ひます。

そういった意味では、北里は昭和40年来ああいう思想でやられていますので、その辺りはどうかと。いまの内容を拝見いたしますと、相澤先生ご専門の非常に実証的な環境だとか、社会的なアプローチというのは十分に伝わってまいりました。あと、健康教育的な保健指導的な能力やら、技術というようなところがどのくらい入っているだろうかと思ひましてお聞きする次第です。

【相澤】ご指摘、ありがとうございました。その点はあまり力を入れてなくて、予防医学センターで人間ドッグの結果説明を医師のそばで見学する程度です。そこで学生がどういうふうに保健指導するかということはある程度わかるかもしれないということですが、いまの1週間の実習ではそれぐらいしかないと思ひます。あと、スポーツクリニックの方でも運動療法を見学していますが、健康増進の運動処方ではないようです。むしろ先生は具体的にどういうふうにやっておられるか聞きたいところです。

【実成】私のところでは保健指導という授業を立てました。しかも、2年生、教養も含めてやろうと思ひましたので、心理学や行動科学の基礎を教える。それから、教育学も教える。その上で、実際の保健指導、健康教育を実習指導してやるという形で1科目立てました。

それはコアカリを利用して、時間数をひねり出して、担当は私どもがしていますが、衛生、公衆衛生の名前を変えてそっちへ行ってやってきているというのが私のところの実情です。

【相澤】全体の講義をしてから、実習はそうするとどういう形で……。

【実成】実際に、うちの教官と保健所の医師と保健師、それから学校の養護教諭、その人たちにも来ていただいて、教育に1時間の教育はどういうふうに組むかというのが教育学でありまして、それを養護教員の人からまず教えてもらって、それに基づいて学生のグループをつくって、課題を持って学生にその授業を組ませる。それを実際にやる。その指導に保健の医師や、保健師、養護教諭が当たる。そういうのをやっているわけです。

【矢野】ご参考までに、相澤先生に言っていたいただきましたが、ケースメソッドでは、私どもの大学の15～16のグループの中の1つが、食事指導のところ保健指導ということをやりました。もう1つ、先ほど国家試験と実習というのがありましたが、まさに国家試験の臨床問題で毎年5題から10題ぐらい出てくる健康診断でメタボリックシンドロームみたいな状態の人が発見されて何をするか。まさに、そういうようなケースをケースとして学生にぶつけて、最初は学生にもう少し詳しいデータを示して、これに保健指導しろと。そうすると、あなたはタバコが多い、酒が多い、カロリーが多くて太っているみたいなことを最初学生はそのまま言うわけですね。その後、幾つか認識や健康意識の段階論とか、そういうことを教えて、それから食事ただカロリーを減らせではなくて、食事の内容を分析して、それから油物を減らすというのも実際の食品でやっていくということをやって、そういう教育前・教育後の、実際の学生がロールプレーをやったビデオ2つを比べると全然違う。教育後のはだいぶよくなって、私は産業医講習会に引っ張り出されたときに、2回ぐらいそれを、先生方が産業医として健診の事後措置として食事のこととか保健指導されているでしょうけれども、これだけでは労働者が来てもちっとも保健行動は変わらない、ここまでやらなくちゃだめですよ。やらせると、学生は面白かって乗ってきて随分やっているように思います。ご参考までに。

【実成】いま矢野先生がおっしゃったのもよくわかります。結局、何年生でやるかというカリキュラムの組み方になると思います。いま矢野先生がおっしゃったのは課題解決型の学習方法だろうと思います。課題を出して、それでやらせる。私が最初に申し上げたのは2年生だったものですから、教養教育とのかね合わせでやろうと。どっちかという系統学習なので教育心理から始めて、教育原理や教育心理や行動科学から始めて、それから健康教育の講義をして実習という。まあ、学年によってのカリキュラムの組み方だと思いますが系統教育型を組んだ。もう少し学年が進むと、やはり課題解決型というのが多分いいのだと思っています。

【司会】相澤先生、お忙しいところをありがとうございます。テープ起こしをした後、先生に手を入れていただいて、報告書に載せたいと思いますので、よろしくお願いします。



### Ⅲ 資 料

1. 質問票（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）
2. モデル・コア・カリキュラムの改定に関する提言（抄）  
（衛生学公衆衛生学教育協議会）
3. モデル・コア・カリキュラムの改定に関する意見  
（日本公衆衛生学会 理事長 實成文彦）
4. 国家試験項目とコアカリキュラムの対応
5. 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂  
（医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 第一次報告）  
（平成 18 年 11 月 28 日）

資料 1

質問票(Ver.2.3)

衛生学公衆衛生学教育協議会会員各位

衛生学公衆衛生学教育協議会  
卒前カリキュラム委員会  
(委員長 稲葉裕)  
社会医学実習委員会  
(委員長 矢野栄二)

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

衛生学公衆衛生学教育協議会はこれまでの卒前カリキュラム委員会と社会医学実習委員会の活動を発展させ、今年度新たに社会医学の卒前カリキュラムの調査を行うことになりました。

調査の第一の目的はコアカリ導入後(参考資料)の卒前医学教育の中で社会医学関連講義の数・形態・内容及びそれをになう講座や教室の形がどう変わったかということです。コアカリにおいてはFの「医学・医療と社会」のカテゴリーの中に、旧来の衛生学公衆衛生学が取り上げてきた教育内容が集められています。コアカリ作成にあたっては医学教育のカリキュラム全体が厳しく絞り込まれましたが、当時の本協議会会員の大変な努力の結果Fの項が作られたと伺っております。しかし近年特に、臨床系の教員から、絞り込まれたコアカリの中でFの部分が多すぎる。臨床医学を行うために果たしてFの内容は必要なのか?といった声が出てきていると聞きます。そこでコアカリのFが、現在の卒前医学教育の中でどのように位置づけられ、役割を果たしているかを調査し、それをもってFの存続の必要性や、さらなる充実の可能性について明らかにしたいと思います。

最近(2000年以後)に教授に就任された方は、これまでのいきさつにとらわれることなく、忌憚のないご意見を記入して下さいようお願いします。

目的の第二は、他で応用可能な社会医学実習の事例教材の収集と普及のための予備調査です。以前の実習委員会は2002年に行われた本協議会の社会医学実習についての調査の結果から、実習における教育目標の明確化、それに沿った計画的な実習カリキュラム作成の必要性を指摘しました。また、そうした実習を可能にする方法のひとつとして「ケースメソッド」が提示されました。今回はそれも含め、他の大学で応用可能な実習の形式と事例を収集し、本協議会会員が相互に利用できるように普及させたいと考えています。そのための予備調査として主に実習形式について伺います。

ご多忙中恐縮ですが、上記意義をご理解いただき、調査への回答をお願いします。

2005年10月20日

担当委員(川上憲人、川口典男、藤田委由、安村誠司)

#### 回答の形式について

- ・「大学全体についての質問」は、大学毎に一人の先生のみに送付しています。単独でのご回答が難しい場合には、他の講座や大学事務にご相談の上ご回答をお願いします。
- ・「講座単位への質問」はお一人でお答え下さい。
- ・「担当講座名」は略称可です。
- ・「学年」は、[1年前期、1年後期]のようにご記入下さい。
- ・コマ数は数字で、時間数は[分]単位でご記入下さい。
- ・カリキュラム項目は、モデル・コア・カリキュラムFの領域名としましたが、細かい内容に関しては、自由記入でコメントを記入していただければ幸いです。
- ・ 回答は e-mail または FAX でお願いします。

#### 回答送付・問い合わせ先

回答先:〒113-8421 東京都文京区本郷 2-1-1

順天堂大学医学部衛生学教室 稲葉 裕

e-mail : [yinaba@med.juntendo.ac.jp](mailto:yinaba@med.juntendo.ac.jp)

FAX:03-3812-1026

## 大学全体についての質問

(大学でお一人の方だけにお送りしています。卒前の社会医学教育全体についてお答え下さい。単独でのご回答が難しい場合には、他の講座や大学事務にご相談の上ご回答をお願いします。)

I 卒前社会医学教育の現状についての質問貴大学の衛生学・公衆衛生学講座および関連講座（以下、社会医学系講座と略します）の名称および形態、およびそれぞれに所属する専任教員の定員数をお教え下さい。(医学生の講義を担当する場合、附属研究所の講座も含まれます。)

(書きやすい形式に修正していただいて結構です。)

_____講座	定員	_____人	実人数	_____人
_____講座	定員	_____人	実人数	_____人
_____講座	定員	_____人	実人数	_____人
_____講座	定員	_____人	実人数	_____人
_____講座	定員	_____人	実人数	_____人
_____講座	定員	_____人	実人数	_____人

計 定員 \_\_\_\_\_人 実人数 \_\_\_\_\_人

2. 貴大学における全講座、臨床系講座、非臨床講座の講座数、専任教員数についてお答え下さい(定員数[Y1])。

全講座数 _____講座	うち臨床講座数 _____講座	非臨床講座数 _____講座
全専任教員数 _____人	うち臨床教員数 _____人	非臨床教員数 _____人

3. 貴大学の社会医学系講座が担当する講義のコマ数と実習の時間数をお教え下さい。それぞれ 90-100分が1コマと考えますが、別の形をとっている場合は、1コマの時間を記載した上で、お答え下さい。

講義コマ数 _____コマ	1コマ=____分 (90-100分でない場合)
実習コマ数 _____コマ	1コマ=____分 (90-100分でない場合)

4. 貴大学における社会医学系講座の講義コマ数についてお答え下さい。カリキュラムの改定などで学年で異なっている場合は、社会医学系講座がおもに担当している学年に関してお答え下さい。

全講義 (6年間) _____コマ	うち臨床講義 _____コマ	非臨床講義 _____コマ
( _____ %)	( _____ %)	( _____ %)

5. それらの実習は全実習時間数の中でどのような比率 \_\_\_\_\_を[Y2]占めていますか？

全実習 (6年間) _____コマ	うち臨床実習 _____コマ	非臨床実習コマ数 _____コマ
( _____ %)	( _____ %)	( _____ %)

6. 貴大学医学部のシラバスには学部教育全体についての明文化された教育目標がありますか。

あり          なし