

I -1. 2005 年全国アンケート実施経過

2005年6月7日(火) 教育協議会世話人会にてアンケート実施を決定

7月11日(月) 第1回打ち合わせ会議(順天堂大学医学部会議室にて)

(出席者:藤田委由、安村誠司、矢野栄二、稲葉 裕)

<目的> 以下の目的を確認した。

1. 卒前教育の現状把握:7年前のアンケート結果をもとに、その後のモデル・コア・カリキュラム導入後の実態を調査する。
2. 衛生学・公衆衛生学教育の将来について協議会会員の意見を調査する。
3. モデル・コア・カリキュラムF.「医学・医療と社会」の見直しについての意見を求める。
4. 社会医学実習の現状を把握し、目標を確認する。(追加調査の予備調査)

<方法> 以下の方法を提案し、世話人会の承認を得る。

1. 現状把握では、大学毎に講座を指定して、回答を求める。
2. 意見を聞く内容に関しては、会員全員に回答を求める。
3. 実習に関しては、ケースメソッドを行っている講座に別途追加の調査を実施する。
4. 調査票に関して、矢野委員作成の原案について細目を討議し、修正案を作成していただき、メールにて意見交換を実施する。
5. 今後のスケジュール:9月13日(火)の教育協議会で最終提案して、次の週に郵送。10月中旬に回収。11月中旬に集計して12月にワークショップ開催。
(ワークショップ開催は、目的を十分に吟味し、意味がなければ開催しないことも考える。)

<この間メールにより質問票の内容を検討>

2005年 9月13日(火) 札幌の教育協議会総会にて提案、承認を受ける。

10月20日(木) 郵送にて質問票を発送(事務局より)。11月15日締め切りとする。

11月21日(月) 催促状を発送。

12月17日(土) ワークショップ(順天堂大学本郷キャンパスにて)

2006年 1月26日(木) 文科省医学教育モデル・コア・カリキュラム検討ワーキンググループ(座長福島統)に提言を送付。

3月25日(土) 宇部市での教育協議会総会に経過報告

5月20日(土) CBTの問題作成のための研修会(於東京医科歯科大学)に協力

7月30日(日) 日本医学教育学会にて調査結果の一部を口演発表

8月26日(土) 第2回ワークショップ(順天堂大学本郷キャンパスにて)

10月20日付けにてケースメソッドによる公衆衛生教育第3巻(篠原出版)発行

10月24日(火) 富山市での教育協議会総会に経過報告

2007年3月 報告書作成

アンケート回収状況

		発送数	回収数	回収率(%)
大 学	国立	43	20	47
	公立	8	7	88
	私立	29	18	62
	合計	80	45	56
講 座	国立	91	33	36
	公立	17	12	71
	私立	56	28	50
	合計	164	73	45

I-2. 大学全体についての集計結果

1. 回答率

80大学中45大学(国立20、公立7、私立18)から回答が得られたが、回答率が56%と低いため、解釈には注意を要する。「回答に時間を要し、質問4と5が難解」とのコメントがあり、実際にそれら2つの質問については不適切・無回答が多く、分析項目から除外した。

2. 回答大学の講座、教員、講義の数(表1)

私立大学は臨床系講座が多く、教員数も特に臨床系講座で多かった。社会医学系については、その講座数が全講座に占める割合は公立大学で高く、専任教員数が全専任教員数に占める割合は私立大学で低かった。社会医学系講義の時間数、実習時間数はともに公立大学で多く、実習については国立大学で少なかった。総合講義は私立大学で多く取り入れられていたが、導入されている大学の内では、そのコマ数が総講義に占める割合は公立大学で高かった。

3. 回答大学における教育目標の設置とコア・カリキュラムFの増減(表2)

教育目標が明記されている大学は73%にとどまり、「環境」と「予防」については特に国立大学で明記されている割合が低かった。「社会」は教育目標がある公立大学全てで明記されていた。

コア・カリキュラムFの各項目の増減については、「保健医療福祉介護」が増加している大学の割合が高く、一方、「社会・環境と健康」は低かった。Evidence Based Medicine/Public Healthの基礎となるべき疫学が含まれる「疫学・予防疫学」が、「社会・環境と健康」に次いで減少していた。

4. 回答大学におけるチュートリアルの実施(表3)

チュートリアルは62%の大学で導入されており、導入割合は国立大学で高かった。その他11%の大学が導入を検討していた。一方、計6大学が教員・場所・時間の不足を理由に、導入困難と回答していた。導入学年は主に1-4年次で、7大学が複数年次に導入していた。

表 1. 回答大学の講座、教員、講義の数

	中央値 (最小、最大) または <i>N</i> (%)			
	全体 N=45	国立 N=20	公立 N=7	私立 N=18
講座数				
全講座数	39 (21, 116)	38 (21, 116)	37 (32, 69)	40 (28, 67)
臨床講座数	21 (11, 58)	20 (11, 58)	20 (17, 42)	<u>26 (17, 52)</u>
非臨床講座数	15.5 (5, 58)	18.5 (5, 58)	20 (13, 27)	14 (8, 22)
社会医学関連講座数	2 (1, 9)	2 (1, 9)	3 (2, 4)	2 (1, 4)
社会医学関連講座数が 全講座数に占める割合	5.7 (1.6, 14.3)	5.7 (3.0, 14.3)	<u>6.7 (2.9, 12.5)</u>	5.4 (1.6, 10)
教員数				
全専任教員数	303 (127, 901)	151.5 (127, 400)	300.5 (148, 392)	579 (239, 901)
臨床教員数	199 (57, 830)	82 (57, 260)	193.5 (100, 240)	<u>445 (177, 830)</u>
非臨床教員数	70 (48, 150)	63 (48, 150)	81 (48, 120)	70.5 (57, 124)
社会医学専任教員定員数	8.5 (6, 23)	8 (6, 17)	12 (8, 15)	10 (7, 23)
社会医学専任教員実人数	8 (2, 19)	7.5 (2, 16)	12 (6, 13)	9 (6, 19)
社会医学専任教員実人数 が全専任教員数に占める 割合	3.8 (1.0, 8.8)	4.1 (1.3, 7.1)	4.0 (1.9, 8.8)	<u>1.7 (1.0, 4.6)</u>
講義数				
社会医学講義コマ数	74 (24, 143)	58 (24, 143)	<u>96 (50, 103)</u>	77 (24, 114)
社会医学講義時間数 (h)	90.5 (24, 214.5)	87 (30, 214.5)	<u>103 (75, 150)</u>	89.3 (24, 171)
社会医学実習コマ数	40 (1, 150)	<u>36 (1, 150)</u>	40 (14, 75)	40 (14, 120)
社会医学実習時間数 (h)	52.5 (1, 225)	<u>48 (1, 225)</u>	60 (21, 87)	58.5 (19.8, 180)
総合講義 (あり)	<u>26 (58)</u>	<u>9 (45)</u>	<u>4 (57)</u>	<u>13 (72)</u>
コマ数が総講義数に 占める割合	2 (0, 100)	2 (0, 20)	<u>5.5 (5, 6)</u>	1 (0.5, 100)
総合講義に関わる社会 医学教員数が全社会 医学教員数に占める割合	18.5 (1, 100)	20 (2, 50)	20 (10, 50)	17 (1, 100)

表 2. 回答大学における教育目標の設置とコア・カリキュラムFの増減

	N (%)*			
	全体 N=45	国立 N=20	公立 N=7	私立 N=18
教育目標の明記 (あり)	32 (73)	14 (70)	5 (71)	13 (77)
「環境」の明記 (あり) **	13 (41)	3 (21)	2 (50)	8 (57)
「社会」の明記 (あり) **	20 (63)	7 (50)	4 (100)	9 (64)
「予防」の明記 (あり) **	13 (41)	4 (29)	2 (50)	7 (50)
コア・カリキュラムFの5年前と比較しての増減				
社会・環境と健康				
増	3 (8)	3 (13)	0 (0)	0 (0)
不変	20 (59)	7 (41)	5 (72)	11 (73)
減	13 (33)	7 (41)	2 (29)	4 (27)
疫学と予防疫学				
増	5 (13)	3 (18)	1 (14)	1 (8)
不変	22 (56)	7 (41)	4 (57)	11 (73)
減	12 (31)	7 (41)	2 (29)	3 (20)
生活習慣と疾病				
増	7 (18)	3 (18)	3 (43)	1 (7)
不変	22 (56)	8 (47)	3 (43)	11 (73)
減	10 (26)	6 (35)	1 (14)	3 (20)
保健医療福祉介護				
増	9 (24)	5 (29)	1 (17)	3 (25)
不変	19 (50)	8 (47)	3 (50)	8 (53)
減	10 (26)	4 (27)	2 (33)	4 (27)
診療情報				
増	5 (14)	3 (19)	1 (17)	1 (9)
不変	21 (60)	8 (50)	4 (67)	9 (69)
減	9 (26)	5 (31)	1 (17)	3 (23)
臨床研究と医療				
増	7 (19)	2 (13)	2 (33)	3 (21)
不変	21 (58)	9 (56)	3 (50)	9 (64)
減	8 (25)	5 (31)	1 (17)	2 (14)

*欠損値のため100%が必ずしも表頭の合計数にならない。

**教育目標が明記されている大学に占める割合

表 3. 回答大学における総合講義とチュートリアルの実施

	N (%)			
	全体 N=45	国立 N=20	公立 N=7	私立 N=18
チュートリアルの導入状況				
大学・社会医学で導入	28 (62)	14 (70)	4 (57)	10 (56)
大学での導入検討中	5 (11)	2 (10)	1 (14)	2 (11)
大学で導入・社会医学では導入困難	6 (13)	2 (10)	1 (14)	3 (17)
その他	5 (11)	2 (10)	1 (14)	3 (17)
社会医学で導入困難理由 (複数回答) *				
教材なし	1 (17)	-	-	-
教員不足	3 (50)	-	-	-
場所なし	2 (33)	-	-	-
時間なし	2 (33)	-	-	-
効果不明	1 (17)	-	-	-
その他	1 (17)	-	-	-
導入学年**				
1~4年の複数年	7 (28)	3 (27)	0 (0)	4 (40)
1	3 (12)	2 (18)	0 (0)	1 (10)
2	1 (4)	1 (9)	0 (0)	0 (0)
3	6 (24)	3 (27)	1 (25)	2 (20)
4	6 (24)	2 (18)	2 (50)	2 (20)
5	2 (8)	0 (0)	1 (25)	1 (10)

*分母は社会医学で導入困難とした6大学。全体の集計のみを示した。

**分母は回答した18大学

添付資料.

PBLに関するコメント
重要だと考えており、今後も授業時間の一定の割合で実施される必要があると考えます。
社会医学分野はPBLになじみにくい面もある。シナリオの作成に一工夫が必要。しかしながら、PBLの卒格導入により、間の全体講義の出席率が大幅に向上した点は最大のメリットである。
今のトレンドですが、必死に導入する程でもないと思っています。
診断名を当てる事が目的になっている様な印象がある。
大学全体として進むものと理解している。社会医学講座だけでの実施は考えていない。
教員不足と効果に疑問ありとのこと。
まだ、評価が定まっていない。
現在名目のみのチュートリアルになっている。
社会医学系講座単独ではスタッフ不足。全体のカリキュラムの中で実施。
学生が積極的に参加できる点について評価できる。
社会医学を十分に理解し応用するためには、単に講義を受けるだけ、あるいはマークシート方式の試験を受けるだけでは十分な効果を挙げることは不可能である。その点PBL、チュートリアルは有効な教育方法であり、積極的に取り入れるべきであると考え。ただし安易に教育方法のみを変更すればよいのではなく、以下のような問題点も考慮に入れて、十二分な準備の下、教育に当たるべきであると考え。

コア・カリキュラムに関するコメント
現行のカリキュラム策定時は社会医学系教官が集まり、各分野の講義すべき領域をおおよそ話し合ったが、策定後は各分野にまかせているため、どのような増減がおきたかは把握していない。
学部全体の講義時間削減のなか、衛生学が担当する分野が減となりました。医療倫理は、倫理学のなかで、診療情報に関しては医療情報部が担当しています。
2004年就任の為詳細はわかりませんが、チュートリアル教育の導入に伴い、減少していると思います。
現在医学部教育全体の見直し中。来年度1年生より順次変更する予定。
5年前との比較はわかりません。
5年前のカリキュラムは不明であり、確認できません。
現在改変中であり、改変の予定を含めて今後とも不変であると思っている。
コマ数としては変ってないが、科目名の分割・変更等で含まれる内容に若干増減がある。
大幅なカリキュラム改革で本年度よりかわりました。
現在のところ、シラバスはコアカリに準拠していない。
時間はふえたがコアカリキュラムの細目も余すことなくカバーしようと講義するあまり、各教官の研究、考え、想いを生き生きと伝えきれなくなってきた。自由度がへり、

学問への魅力を伝えるのが難しい。

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。

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。

問題がむずかしいです。

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。

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)の各々を一目名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があって、授業の組み立てが煩雑でまとまらないような印象を受けている。もしコアカリFを見直すとすれば、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られる。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。
- 02-21-2 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
- 05-31-1 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
- 07-12-2 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わ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。
- 09-21-1 国家試験出題基準にあるように、体系あったコアカリキュラム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、あまりに薄い気がします。
- 09-21-2 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ていくことは結果的に埋もれることになる危険性があると考えます。
- 14-32-1 (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られています。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っています。
- 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、その意義は判らず何となく聞いているだけであるが、将来、卒業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 臨床・基礎とはちがう「社会医学」としての重要性は、益々増加すると考えます。
- 16-11-2 コアカリは最低限、教育する内容がある。枠は守りながらも他の講義との相互のりいれてすすめるべき
- 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。
2 衛生学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。
- 18-32-1 1 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ところが有り、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。どちらかというところF項目の拡充、改訂を望むところでしょうか。
- 21-32-2 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。
- 24-31-2 衛生学公衆衛生学発展のためという目的で考えれば、そこに独自の学問体系のたちら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れます。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ません
- 27-31-1 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 卒業教育として、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。
- 28-31-1 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)
- 29-32-3

- 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分を補いながら社会医学関連講義を充実させたいと思います。「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、波及するのがむずかしいように思えます。
- 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が、まだ1年目の実績しかなく、ま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ることは不可能と思われる。F項目を充実かつ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も多く、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われる。○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、講義するようにし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 なものにしていくのが良いと考えている。
- 40-11-1 現状のままです。特に問題はないと考えます。
- 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ほしいという意見には賛成です。
- 本題とは関係ありませんが、衛生学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避けられない、偏った医師を作るおそれがあります。分化が進めば進歩、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いう恐れが大きい。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 コアカリフはだまか過ぎて参考になりにくい。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ほしい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 コアカリの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局限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 フェード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教科の講義の中で、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・公衆衛生学のひつよせいが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か。

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-1(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ふ意見に賛成します。

60-11-1 各大学内で衛生、公衆衛生系講座を守ることによりコアカリ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。独法化は結局合理化
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、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動きかけが大切です。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っています。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が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

65-11-2 シラバス作成に、他の講座を相入れ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。関係ないことかもしれませんが、最近、薬学部の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が望ましいと考えます。社会医学教育の使命の一つとして、社会医学的視点をもって臨床医学の実践が行える医師を
養成するための貢献ということがあると思います。カリキュラム上ももう少し臨床分野あるいは基礎医学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が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、実際さういったことは不可能であると思われる。事実医学学生の多くは、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、勉強するためのなら何でももらえら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、科学の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な位置づけられたのかも重要であるが、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も、整理されたものとするのが望ましい。【2. 疫学と予防医学】「疫学」に関する項目(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、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のではないか。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と考えられるが(【4】に包含されている?)その必要性も不明確である。【4. 保健、医療、福祉と介護の制度】諸制度の説明を詳細にする必要はないが、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かりにくい。到達目標に【予防接種】の項のみ「意義」が入っているが、他の事項についてはどうなのか。また、順序が何を示すか分からないが、体系的ではない。【5. 診療情報】【6. 臨床研究と医療】内容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。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、生活習慣病等ともっと交じ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ところ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の実習が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