

〈特集：医師の卒後公衆衛生教育〉

大学での卒後公衆衛生教育 —— 公衆衛生連合大学院構想の経過 ——

青 山 英 康

1. はじめに

「医師の卒後公衆衛生教育」を論ずる場合、我が国の医学教育制度の中で公衆衛生学を教育することの二重・三重の「悲劇的な状況」の存在を指摘せざるを得ない。

医学教育に限らず専門職の養成に当たっては、卒前教育に始まって卒後教育と生涯研修の体制が一貫性を持った体制が確立されていなければならないが、医師に対しては卒前教育は文部省、卒後教育は厚生省、そして生涯研修は日本医師会と学術団体としての各専門分野の諸学会と各医科系大学の講座というように、責任の主体が不明確であり、「縦割り行政」の弊害を持つ官僚国家においては、その被害をもちに受けることになる。さらに、教育行政の主管省庁である文部省は、批判を受けながらも我が国の近代化において「初等中等教育—義務教育」の分野では国際的な比較において高い評価を得る体制整備を行ったが、高等教育の分野では国際的な評価は決して高くない。とくに医学教育の場では教育と研究と診療（あるいは社会的活動）という三つの役割を、極めて少数の人数で講座単位に受け持つ体制では、教育スタッフや教育施設が国際的な比較においても極めて貧弱なものとならざるを得ない。

講座担当者の教授の人選では研究業績だけが重視されて、教育スタッフの教育意欲や能力の涵養に大きな障碍となっている。これに加えて、さらに悲劇的なことは卒前教育において、各講座別の教育が各々「専門医志向」を促す教育として提供されるため、「全人的なケア」を基礎として、生活環境との関連で健康問題を捉え、人間の健康へのリスク・コントロールを目的と

する衛生・公衆衛生学の立場からの医学教育が極めて異質な存在となる。しかも、衛生・公衆衛生学講座は法医学とともに社会医学系に分類され、基礎医学系と臨床医学系との対比で数的に圧倒的な少数派に立たされ、大学運営上も極めて不利な立場に立たされる。このような中で、衛生・公衆衛生学の教育が“public health minded”な医師の養成に徹して、衛生・公衆衛生学の専門分野における固有の論理や技術を医学生に学習させることができなければ、魅力のない専門職の分野と誤解されることになる。

このような悲劇的な状況で卒前教育を終了し、厚生省が国民に対する責任を果たすために医師免許を与える担保として、最低限の知識の量を医師国家試験として課すことになる。それだけに、卒前教育の担当者には医師の適性を見定めて卒業させる責任があるにも拘わらず、医学生のみならず教育担当者までもが卒前教育を医師国家試験の予備校化してしまえば、6年間の月日を殆ど無駄なものにしてしまうことになる。

卒前教育には卒後教育の問題を考える以前に検討しなければならない数多くの問題があるとはいえ、全国の医科系大学の衛生・公衆衛生学関連講座の担当教授で組織されている衛生学・公衆衛生学教育協議会（代表世話人：青山英康）では、毎年2回の総会を開催し、医科系大学における衛生学・公衆衛生学関連分野の教育と研究に関する討議を幅広く行い、行政との交流も深めている。また活発な委員会活動（卒前、卒後、用語、保健所問題、国際交流、将来問題など）の成果についてはworkshopを開催して、若いスタッフもまじえて討議を深めている。最近では全国の医学生を対象にして、2泊3日の合宿形式で、全国的規模での他大学の教育スタッフと医学生との間の交流の輪を広げて、衛生・公衆衛生学の教育・研究のみならず、保健所医師や衛生行政、国際医療協力などにかかわる問題についても討議している。

（岡山大学医学部衛生学教室）

卒前教育委員会では医科系大学における医学教育の中での衛生・公衆衛生学の「コア・カリキュラム」の策定とか、教育実態の定期的な調査を行って、授業シラバスや教育効果の評価法等の策定、保健所実習をはじめ在宅ケア実習とか産業保健や学校保健などの幅広い学外実習についても検討してきた。

卒後教育委員会は日本学術会議の予防医学研究連絡委員会（委員長：岡田晃）による第14期と第15期の2つの対外報告を受けて、その具体化への取り組みを行っている。

2. 日本学術会議の対外報告

第14期の「予防医学関連領域における卒後教育に関して」（1991.6.25）と題する対外報告とは、日本衛生学会や日本公衆衛生学会、日本産業衛生学会、日本民族衛生学会、日本学校保健学会などが学術団体として登録されている日本学術会議第7部（医学）—予防医学研究連絡委員会（研連）が、委員会での審議内容を対外的に広く公表したものである。

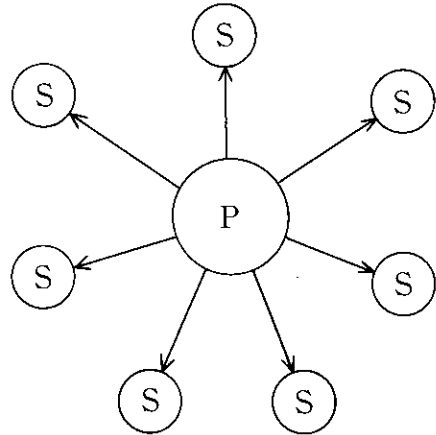
その内容は「健康の保持・増進が医学において重要な位置を占め、急速に進展する高齢化社会、ハイ・テクノロジー、そして医療の国際協力強化の必要性の増大などを背景として、予防医学の一層の展開に大きな期待が寄せられている」との現状認識に立って、「予防医学関連領域に従事する教育者や研究者などの人材育成の改革は post-graduate course の充実を求めるべきであって、大学院構想—School of public health を抜きにしては考えられない」としながらも「すでに昭和30年代後半から、米国における School of public health を範とする試みがなされてきたが成功しておらない」との判断を示している。

そこで、我が国での公衆衛生大学院構想への取り組みの経緯と現状及び海外の実情を検討し、取り組むべき公衆衛生大学院大学は「その広域性と総合性の故に既存の大学院とは異なり」、「多学部にまたがる—“Inter-faculty”ないし多大学協調—“Inter-college”でなければならない」として、「開放型ないし Union 型」と呼ぶべき2つのタイプの構想を提起している。

第15期の「公衆衛生大学院大学（仮称）構想について」（1993.12.14）では、1991年5月17日に大学審議会から「大学院の整備充実について」が答申されたのを

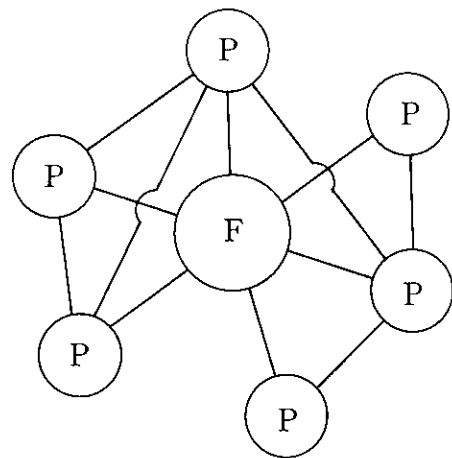
受けて、「大学院重点化構想」が表面化したことを踏まえて、第14期の対外報告で提案された公衆衛生大学院大学構想の具体化を図っている。

I 型



P：惑星施設
S：衛星施設

II 型



F：恒星施設
P：惑星施設

図1 公衆衛生大学院大学

表1 型別の長短

	I 型	II 型
長所	予算が小規模でスタートできる。とくに、大規模な大学院大学を設置しようとする、地方や過疎地であれば土地（キャンパス）を確保できないが、この型を採用すればその障害を避けることができる。	予算も新設大学院大学を考えるほどには高額にはならない。各惑星相当の大学院大学（惑星大学院大学）の主体性が大幅に認められる。その結果、研究でも主体性が強まる。
短所	各施設間、研究者間のコミュニケーションに弱点があり、研究・教育および予算配分などに障害が生じ意志決定の整合性が阻害される。しかし、これらを克服するシステムを作ることは可能である。	主体性のあるもの同士が協調することの難しさが生ずる。その協調性維持はI型より困難であることは予測できる。

我が国の場合、すでに国際的に幅広く設置されている School of public health に対応する施設はないが、衛生学・公衆衛生学教育協議会に組織されている公衆衛生学の卒後教育を担当している豊富な人材があり、この点では国際的な比較においても非常に有利な条件を有しているといえる。残された課題は人材の質の問題と必要な社会的資源を社会的な要求に対応して、どのように組織化できるかである。

この対外報告の中で提案されている構想としては、

〔1〕 修士課程および博士課程の併置

公衆衛生従事者の教育的背景は多種多彩であるが、「学士」あるいは「これに準ずるもの」を入学資格として、修士課程ならびに博士課程を併置するものとする。

(2) 専門領域の選択制

公衆衛生分野は幅広く、専門領域も「地域保健」、「環境保健」、「精神保健」、「公衆栄養」、「福祉」など多種多様である。それぞれの専門領域に固有のカリキュラムを用意するとともに、選択した専門領域にかかわりなく各領域に共通するコア・カリキュラムを設定する。このことにより、国際的にみて公衆衛生の基本的認識を同じくする公衆衛生の教育者や研究者ならびに従事者の育成が我が国でもはじめて可能となる。

(3) コア・カリキュラム

公衆衛生大学院大学の各領域に共通するコア・カリキュラムとしては以下の8項目があげられる。

- ①公衆衛生学総論 (Public health/general)
- ②疫学総論 (Principles and methods of epidemiology)

gy)

- ③生物統計学 (Biostatistics)
 - ④プライマリ・ヘルスケア (Primary health care)
 - ⑤健康教育学 (Health education)
 - ⑥行動科学 (Behavioral science)
 - ⑦環境保健学 (Environmental health)
 - ⑧健康政策学 (Health services administration)]
- と記しており、そのうえで

〔1〕 連合型1

1つの大学または大学院を中心にして、複数の関連学科/教室/教授を傘下に入れることによって拡充し、水準向上を図るのが連合型である。

この連合型1の長所は：①既存の大学院の弱点を補完できる。②新規にキャンパスや建造物等を必要としない。③カリキュラム上の機能的中心が存在する。

(2) 連合型2

各大学の公衆衛生学の研究室またはその教授を構成要素にして大学院を設立する構想である。

この型の連合大学院の長所は：①1つの大学院では集められないすぐれた指導教授が得られる。②新規のキャンパスや建造物を必要としない。ただし、以下のような短所がある。①新たに事務局 (Head Quater) を設置しなければならない。その分だけ連合型1よりも経費がかかり、かつその機能調整に苦しむことが予想される。②学生の本籍 (学籍) の所属先が問題となる。論文審査委員会の設置など前例の少ない調整が必要となる。

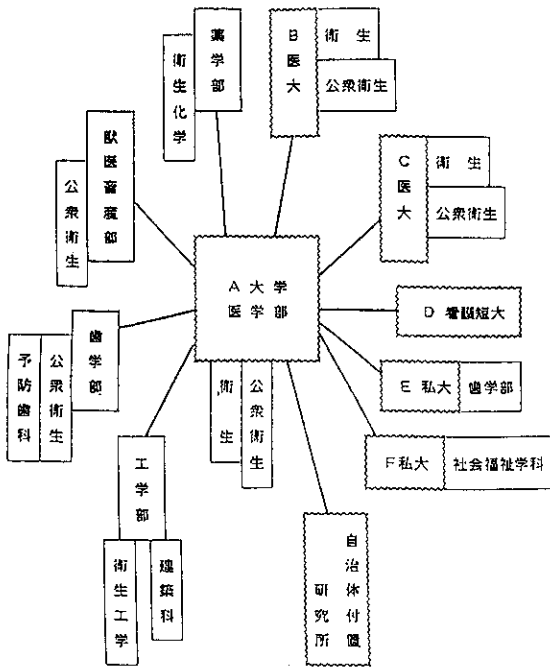


図2 連合型1

(3) 連合型3

この方式は厚生省附属機関を中心とするものであり、既に機能しているが、公衆衛生学連合大学院として、国立公衆衛生院外の試験研究機関および各国公立私立大学の関連学科/教室/教授との連携を持つことによってカリキュラムの改善・強化が図られる。なお、厚生省附属機関であり文部省令の大学に該当しないが、「学位授与機構」を活用できるので博士・修士の学位取得は上げられた。長所は：①既に実績がある。②連合型1、または2の重型とみなすことができるが、中心的機関が既に機能している。しかし、短所として大学（文部省管轄）との連携の調整が不可欠である。

上述の3連合型は、地域ブロック別に編成することも、全国レベルで編成することもできる。また、国公立別に編成することも可能であり、かつ大学・研究所などの壁を乗り越えるほどの弾力的な構想であることが望ましい。』

との提案を行っている。

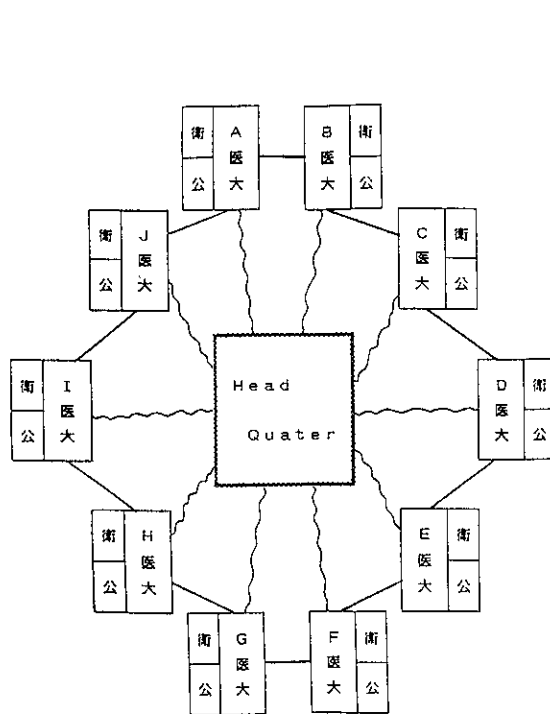
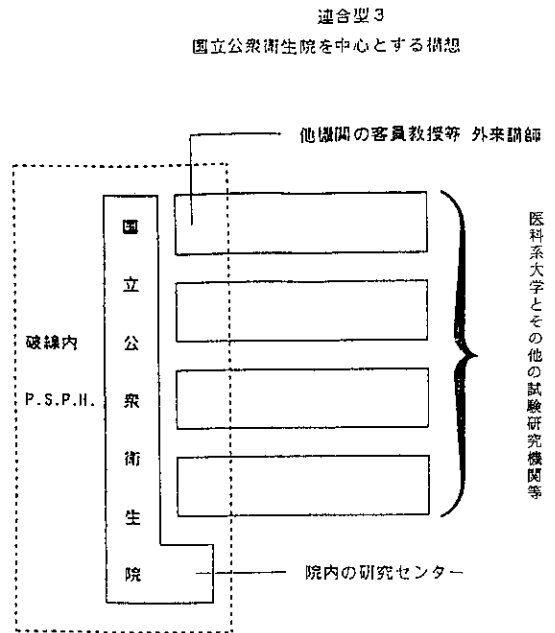


図3 連合型2



* P.S.P.H.: Postgraduate School of Public Health

図4 連合型3
国立公衆衛生院を中心とする構想

3. 教育協議会の取り組み

衛生学・公衆衛生学教育協議会としては、これら二つの対外報告の策定に当たって、会員が研連委員として積極的に参加・協力し、さらに協議会内に卒後教育委員会を拡大して「大学院構想検討委員会」を組織し、対外報告で提案された構想に基づいて、実現化に取り組むこととなった。その経過の中で数多くの問題に直面することとなった。

(1) 文部省の「連合大学院」は修士課程を持つ複数の大学院が連合して博士課程を組織する方策であり、医科系大学においては、すでに博士課程の大学院が設置されているので、医科系大学が連合して修士課程を設けることはできない。

(2) 学部から離れた「独立大学院」として、「公衆衛生学講座」を組織し、これを核として他大学の人材を流動研究員として交流を図ることについては、この独立大学院を概算要求として文部省に請求する国立大学がなければならない。かなりの数の大学を打診したが、いずれも各大学の事情があり、このような内容の独立大学院の概算要求を提出する国立大学を見出せなかった。

これは各大学とも「独立大学院」として設置したい講座が多く、公衆衛生学の関連を上位に位置づける大学が少なく、しかも講座名の選定で教授会の多数の同意を得ることができる大学がなかったことを示している。教授会としては修士課程の引き受けについても抵抗が強かった。

このように概算要求を出す国立大学側と認可に当たる文部省側との双方に問題をかかえて、一致した対応となり得なかった。今日では独立大学院の構想自体に対する文部省の取り組み意欲が低下している。

(3) 私立大学が核になることについては、国立大学と私立大学との間での授業料の差が交流の障碍となる。

(4) 医学教育から独立した公衆衛生学の教育コースを設立した場合に、そのコースを選択する医学生が出てくるのかどうかに不安が残るし、Doctor of public healthと医学博士との選択において、医師は医学博士を優先すると考えられ、医師のDoctor of public healthの学位取得希望者は期待できない。このことは、アメ

リカにおける School of public health においてさえ、ジョンズ・ホプキンスとかハーバードなどを除いて、Master of public health のコース取得希望者が、外人を除けば医師が激減している現実が認められる。

このような問題点を考える時、文部省に公衆衛生連合大学院の構想を理解させて、具体化に持ち込むことは非常に困難なものと判断せざるを得ず、地方分権推進委員会による「保健所必置」及び「保健所長は医師」の規制廃止の動向とも関連して、「保健所長の資格」に焦点を絞って、公衆衛生院と教育協議会との協議による「連合型3」による具体化の検討を進めることが緊急の課題となった。

文部省から「21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して」と題する「21世紀医学・医療懇談会」の第一次報告が公表されたが、懇談会協力者及び教育部会協力者を含めて、社会医学系からの参加が認められないことでも明らかのように、社会医学の視点に欠けてはいるが「地域の中で育つ医療人」の項目が認められる。

4. む す び

これ迄の教育協議会の取り組みと公衆衛生院における研修プログラムの改革とを結びつけるならば、国際的には他に例を見ない質の高い School of public health の体制を確立することは決して困難な作業とは思えない。すでに各大学の衛生・公衆衛生学講座では公衆衛生学の卒後教育及び生涯研修の実績を豊富に持っており、医師のみならず幅広い専門職種が大学院課程の履修や論文提出によって「医学博士」の学位を取得しており、研修内容としては衛生・公衆衛生学の幅広い領域が選択されている。

我が国の場合は行政と研究・教育機関との間の交流は決して多くなく、行政の現実問題を課題として、研究や教育の場で取り上げられることも少ない。そのうえ、公衆衛生学の学問的な体系化以前に行政サービスとしての実績が歴史的に先行していたため、衛生行政の科学化に当たって、行政側の要求としてはむしろ公衆衛生学以外の分野からの貢献を期待することになり、行政と研究・教育機関との間の溝を埋めることは容易でない。

最近では医科系大学以外に、看護学科などをはじめ保

健・医療・福祉の幅広い分野での4年制の大学が設立されており、歯科学や獣医学、薬学、栄養学などの分野からの保健・医療・福祉の各分野での研究や実践が幅広く取り組まれることになったし、修士とか博士の課程も設立されるようになったので、医科系大学の衛生・公衆衛生学の講座に限定することなく、卒後公衆衛生教育の教育スタッフは我が国においては極めて豊富に存在することになる。したがって「医師の卒後公衆衛生教育」においても、これら教育スタッフの協力を求める必要があるし、公衆衛生従事者として各種の専門職種が合同で研究や実習に取り組み、一緒に教育を受ける意義も大きいと思われる。

以下に両者の協議によって解決すべき課題を列記する。

(1) 入学資格

多彩な学歴と職歴を持つ公衆衛生従事者について、各コースの取得資格の検定が必要となる。

(2) 一定のカリキュラム取得者に保健所長に就任でき

る資格を与える。

(3) 研修施設としては公衆衛生院とともに全国に散在する医科系大学はじめ数多くの教育・試験研究機関とする。

(4) 研修カリキュラム及び担当者については、評価委員会の査定によって一定の質的水準を担保できるシステムを確立しておく必要がある。

(5) 保健所長の資格は公衆衛生学の関連領域の修士及び博士の学位取得も同時に求める。

(6) 保健所長の資格取得には一定年数の実務経験を求める。

(7) コア・カリキュラムについては基礎コースと上級コースとに分けて、初級コースの取得後でなければ上級コースを取得できないようにする。

(8) 公衆衛生従事者としての各専門職種のチームによる実習を一定期間経験させる。

などについて、これらの必要性和実現可能性を検討していかなければならないであろう。