

英国における公衆衛生教育の現況

正 林 督 章

The education of public health in UK

Tokuaki SHOBAYASHI

はじめに

国立試験研究機関の統合・再編成の一貫として、現在目黒にある国立公衆衛生院の所在地を埼玉県和光市に移し、同時に全く新しい公衆衛生学校をスタートさせる方向で準備が進められている。私は平成7年7月から国立公衆衛生院において国際協力室長として勤務し、その再編成の準備の一貫として世界の公衆衛生学校の教育の現況を調査した。その調査結果の一部は本公衆衛生研究のVol.45 No.3平成8年9月号に「諸外国のSchool of Public Health教育の現状」として掲載した。また、その詳細については平成7年度厚生科学特別研究事業「公衆衛生分野における研修のあり方に関する研究」として報告した。その直後の平成8年9月より平成9年9月までの約1年間、私はWHOのフェローでロンドン衛生熱帯医学学校(London School of Hygiene & Tropical Medicine, 以下ロンドンスクール)に留学する機会を得た。私のこの留学経験に基づき、ロンドンスクールにおける公衆衛生教育の現況についてここに報告する。

ロンドンスクールの概要

ロンドンスクールは1899年に設立され、1929年にロックフェラー財団の援助で現在の建物を建設した。場所は大英博物館の裏にあり、ロンドン市のほぼ中心に位置する。建築から70年近く経ち、部分的には老朽化したり、手狭なところもあるが、頻回にペンキを塗り替えるため、全体としては新築の建物のように感じる。2階に図書館があり、18世紀前半の頃から最近のものまで公衆衛生関係の蔵書が蓄積され、特にジャーナルは充実している。地下には食堂があり、その横にパブやビリヤードなどの娯楽施設がある。学校の組織は何度も再編を繰り返し、現在は公衆衛生政策学部、疫学人口科学学部、医療寄生虫学部、臨床科学学部の4学部から成り立つ。

職員数は大学から直接給与を支給されている研究職がパートも含め113名、その他大学以外から給与を支給されている職員が173名おり、その出身国も31カ国と多彩である。

後者の職員は日本の大学の助手や講師クラスに相当すると思われるが、自分で人件費込みの研究費を国、国際機関や財団から取得して、ロンドンスクールに籍を置きながら研究を行い、成果がでないとは解雇される身分である。学生数はドクターコースも含めると計564名、男女比率は3:4でやや女性が多く、その出身国はヨーロッパ、北米、南米、アフリカ、アジアの81カ国にわたるが、半数は英国人である。平均年齢は30台前半と言われており、その中には様々な経歴の持ち主が多く、現に私のクラスメートは、ルワンダ保健省の健康教育課長、国境なき医師団の一員としてアフリカの各国を10年以上回っているベルギーの医師、無医村で母子保健プロジェクトをリーダーとして運営してきたバングラディッシュの医師など様々である。なお、医療関係者の占める割合は全体の3分の1程度である。

入学者の選別

マスターコースについては、健康政策計画財政コース、ウイルスコース、衛生統計コース、疫学コースなど21コースあり、各コースごとに15名から35名の学生が在籍し、一つのクラスを形成する。入学希望者は願書を提出する段階でコースを決定し、そのコースに申し込むことになっており、これら希望者の中から学生として選定する権限は全てそのコースのオーガナイザーにある。選定の過程として入学試験はなく、書類審査で決定されるが、評価の指標はその人の経歴や将来性、そして英語能力(最低要求水準はTOEFL580点あるいはIELTS6.5点)である。後述するが、授業が討議を中心に進み、学生同士の情報や考え方の交換を重視しているため、公衆衛生分野で働いた経験を持つものが優先され、大学の新卒者は敬遠されがちである。倍率はコースによって様々だが、私の所属したPublic Health in Developing Countriesコースへの申し込み希望者は150名で、クラスの総人数が32人だったので倍率は約5倍と云ったところである。

ドクターコースの入学資格はマスターを持っていることが最低条件だが、審査はその学生のやりたい研究テーマと内容に基づくようである。

カリキュラム

カリキュラムは、コースや学生の選択方法によって様々である。3学期制をとっており、1学期が9月から12月、2学期が1月から3月、3学期が4月から6月、最後の7月から9月までが卒業論文シーズンとなっている。1学期は必修科目（コア）と選択科目（オプション）が7対3ぐらいの割合になっており、2学期、3学期は全て選択科目になる。この間に選択できる科目は100近くに登る。

(1学期)

コースによって必修科目や選択科目が全く異なるが、例えば私の場合、コース名は「Public Health in Developing Countries」であるが、必修科目としては、健康政策、疫学、統計、社会科学、学生セミナー、コンピューターなどがあり、選択科目として応用疫学、人口動態、保健と疾患の生物学、医療経済、健康増進、公衆衛生トピックとなっている。一方「疫学」コースであれば、必修科目として応用疫学、統計、人口動態、臨床疫学、学生セミナー、疫学論文、研究デザイン、Provability などがあり、選択科目として健康促進、保健と疾患の生物学、公衆衛生トピックとなっている。

(2学期, 3学期)

月曜から金曜までの1週間が水曜日の正午で2つに分かれ、また、2学期は前半と後半に分かれ、下表のような6つのブロックで構成されている。

	週の前半 (月曜～水曜午前)	週の後半 (水曜午後～金曜)
2学期前半	C 1 ブロック	C 2 ブロック
2学期後半	D 1 ブロック	D 2 ブロック
3学期	E 1 ブロック	E 2 ブロック

各ブロックごとに15科目程度の選択科目が用意され、その中から1科目だけ選択するので、毎週2日半は同一科目を連続して受講することになる。コースによって取れる科目及び特に推薦される科目が数科目ずつ決まっており、コースによって、また、同じコースでも学生の趣向によって選択科目も変わってくる。

学習目標の設定

どの科目でも教官が科目のねらいや目標を明確に学生に示す。例えば、私の取った保健サービス評価という科目では「期間終了後学生は、保健サービスの効果、効率性、Humanity, Equity を評価する方法を認識し、かつそれを記述することができる」とコースガイドにうたっている。最初の授業でもそれは強調され、学生の持つ期待とこの学習目標が異なれば科目を変更してもよいと教官が宣言する。これは我々学生にとっては有益で、常に自分が何のために学習しているのか認識できるし、期間終了後自分でその目標達成度を評価できる。

授業形式

授業は午前3時間(9:30から12:30)、午後3時間(2:00から5:00)に分かれており、さらにその3時間が1時間の講義、30分の休憩、1時間半の討議に分かれている。学期の最初に講義用テキスト、討議用の問題が配布され、さらに教科書を近くの本屋で購入することになっている。講義用テキストや討議用の問題は全て教官による手作りであり、毎年更新されている。

講義の形態として、教官からの一方的な解説は皆無である。1時間講義を受けていれば最低10回は学生から質問がでる。多くの学生が、自分の考えや知識と異なることを教官が一言言おうものなら「今あなたがおっしゃったことは私の考えと違う。私はこう考えるがあなたはどう思うか。」といった調子で講義中に鋭い質問を教官に浴びせる。また、教官もこういった質問を歓迎しているように見受けられ、しばらく他の学生にも聞こえるようにその学生と議論をし、全員が理解を深められるよう配慮している。さらに教官は学生から多くの意見が出るように気を配り、例えば、「……について皆はどう思うか。」「このスライドを見て思い付くことを全部あげてみてください。」といった調子で授業を進める。

最も重要なのは1時間半の討議であり、科目によって異なるが、例えば疫学であれば、事例と問題が与えられ、その問題の回答を各自事前に作成して討議にのぞみ、互いの意見を交換し、最後に教官に解説をしてもらおうといった形式で進む。講義用テキストや教科書を読まなければ問題が解けないため、1回分を予習するのに5時間はかかる。もちろん予習するしないは本人の自由であるが、予習しないと討議についていけないため、皆必死で予習する。一方、健康政策のような科目の場合、あらかじめ3名から4名のグループを作成し、そこに課題が与えられ、毎週グループごとに30分間発表し、1時間討議をする。発表者は、その準備のために100ページぐらいの論文を読んでまとめる。もちろん発表にあたっていない人達も様々な文献を読んでくるので討議は大変活発になる。このように全ての授業が学生同士の意見交換を中心に進んでいく。講義よりも討議を重視するのは、一つの正解を暗記するよりも、討議を通じてより多くの考え方を吸収し、自分の考え方を向上させていくことをねらいとしているためである。こういった授業形態は知らず知らずのうちに学生の考える能力及び実践力を養うと思われる。

学生の評価方法

評価は科目によって様々だが、各科目ごとに2000語から2500語のレポート提出あるいは試験がある。レポートも試験も2人の教官によるダブルチェックで厳格に審査され、点数がつく。80点以上はExcellent, 70点から79点がvery good, 60点から69点がgood, 50点から59点が satisfied, 40点から49点が unsatisfied, 39点以下が very bad となっており、50点以下を取るとマスターをもらえなくなる可能性

が高くなる。採点の際は、教官が学生を識別できないように答案用紙には氏名を書かず、学生番号のみを記入し、採点時の教官のバイアスを防止する徹底ぶりである。また、3学期終了後にこの1年間に学んだこと全てを試験範囲とした卒業試験があり、卒業試験終了後7月から9月にかけてサマープロジェクトという修士論文がある。この修士論文は約10000語であり、大変な負担で、多くの学生は前年の10月から準備を開始する。

最終判定は、①2学期、3学期の成績 ②卒業試験 ③卒業論の3つの総合成績に基づき行われ、それぞれ40%、30%、30%の配分がある。私のコース場合、30名強の学生のうち、2人から3人はマスターの称号がもらえないというわきがある。

教官の評価方法

この1年間、学生が教官を評価するチャンスを我々は無数に受けた。科目終了時に提出する評価アンケートはもちろんのこと、それ以外に学期期間中に授業に関するアンケート調査も何回もあり、クラス会議で学生の意見をとりまとめてクラス担当教官を通じて科目担当者にクレームを付けるチャンスも頻回にあった。素晴らしいのはクレームのついた教官がすぐに反応し、学生から詳細を聞いたり、改善策を提示してきたことである。これは一つには高い授業料が影響していると思われる。我々学生は180万円の年間授業料を収めており、気に入らない授業に対してクレームを付ける権利意識が非常に強い。また、教官も学生の期待に応えるために必死で授業の向上に努めている。高い授業料徴収は双方にプラスに働いていることは間違いない。

具体的学習内容

次に私が学習した各学期の内容について紹介する。

(1学期)

私の場合、学生セミナー、衛生統計、健康政策、社会科学、コンピューターがコアであり、オプションとして応用疫学、医療経済をとった。これだけとると金曜の午後以外は全て埋まる。

(学生セミナー)

疫学コースであれば、疫学について、発展途上国の公衆衛生コースであれば、発展途上国について各学生が自分の経験を20分間にまとめて発表し、質疑応答を通じてそれぞれの国の事情や各人の経歴を理解するセミナーである。私のクラスは32名であるが、25カ国から学生が集まっており、この時間を通じて各国の公衆衛生事情や各人のバックグラウンド、キャラクターを理解することができた。

(健康政策)

1つの政策が実施されるための過程をContent(内容)、Context(背景)、Actor、Processの4つに分けて分析する方法を学習した。講義で一般論を聞き、討議で事例分析を行いながら理解を深めていく。例えば、「1980年代後半の人口政策の転換について」という事例について、Contentは、それまで人口政策として、中国の1人っ子政策を典型とし

た夫婦の人権を無視した政策から、女性を中心として、夫婦の生殖の権利を尊重するリプロダクティブヘルスへと変換していく。そのContextとしては世界的な経済不況の始まりや、中絶反対のレーガン政権の誕生などがあり、Actorとして、国際機関、女性団体、カトリック教会、レーガン大統領、マスコミなどがあげられ、これらがどのような考えのもとにどんな活動を展開し、最終的に政策転換が図られるまでのProcessを一つ一つ15名程のグループメンバーが討議をしながら分析した。担当した小グループの発表の後、各学生が自分の調べた文献に基づき発言し、皆の理解が深まる。このような国際的な政策から一つの国、あるいは県のレベルの政策など毎週テーマを変えるため、私のような政府関係者のみならず、NGOのメンバーも興味を持って討議に参加していた。

(疫学)

有病率と発生率といった基本的なところから始まり、感染症疫学、調査方法といった分野をおさえ、最後はConfounder, Bias, Misclassificationといったことを学習する。最初の週は討議の材料として、公衆衛生の先駆者ジョン=スノーが、細菌などという概念がなかった1800年代に初めて疫学調査を行い、水道ポンプを廃止することでコレラの患者数を激減させた事例が使われた。データが少しずつ段階的に与えられ、自分達がジョン=スノーになったつもりで討議を通じて疫学調査を考案していく。疫学のテクニックのみならず、公衆衛生の理念を学ぶことができ、公衆衛生発祥の地ロンドンらしい素晴らしい実習であった。終始この調子で講義や実習が進められ、学期末には「VDUの曝露と自然流産」というテーマでグループごとに研究計画を立案して発表した。コホートスタディか、ケースコントロールスタディか、Confounderをコントロールするにはどうしたらいいか、Biasを減少させるためにはどんな手段を用いるかなどを自分達で考え、発表討議を通じてさらに理解が深まった。

(統計)

平均値や標準偏差に始まり、T検定や χ^2 検定を押さえた後、メンテルヘンゼルテスト、マックネマーテストといったやや複雑なことまで学習する。学期の途中からコンピューターを使った実習になり、学期終了時にはこれを用いて、Binary, Categorical, Continuousといった変数の相関関係を求め、Confounderの処理までできるようになる。

(社会科学)

日本人にはなじみが薄く、私もよく理解できていないが、医療人類学、民俗学、歴史学、社会学などが複合したものといったイメージである。例えば、人口政策を立てる上で、住民の性に対する意識をアンケートやインタビューによって調査をしたり、あるいは住民を集めてグループディスカッションを行うなどして基礎資料を集め、分析することも社会科学の一つである。我々学生はその方法論を学習し、実習では実際にロンドン市民にインタビュー調査をした。

(コンピューター)

WordによるワープロやExcelを使った表計算、グラフ

の作成といった我々日本人には基本的すぎる内容だが、途上国から来た人の中にはキーボードに初めて触る人がおり、彼らにとっては大変有効な時間だったようである。知っている人が知らない人に教えることも期待されているため、全員必修となる。この学校の特徴として学生、職員全員がパスワードと e-mail の address をもらい、試験の時間や場所、特別講義のお知らせなど伝達事項は全て e-mail で伝えられる。したがって、コンピューターの最初の講義は、インターネットの使い方から始まる。その日以降、全学生の日課として朝または夕方必ず、e-mail のチェックを行う。コンピュータールームには100台近いコンピューターが装備され、学生は24時間自由に使うことが可能である。レポート提出の日が近づくときと深夜の2時3時といった時間に数多くの学生がコンピュータールームで仕事をする。

(医療経済)

一般的な経済原則、需要と供給とコストとの関係を理解した後、それを保健医療にあてはめ、コストの計算の仕方、DALY や QALY、費用対効果、費用便益といったことまで学習する。

(公衆衛生トピック)

毎週水曜日の5時から1時間かけて、学内の教官の最新の研究成果を講義してもらう時間である。内容は毎週多岐に渡り、講師も教授から講師クラスまで様々である。必修でも選択でもなく、単なる特別講義の位置づけで成績とも全く関係がないにもかかわらず、最新の情報を入手する絶好の機会なので時には立ち見が出るほど人気がある。

(2学期)

2学期は1月から3月までであり、それが前半1月13日から今日2月14日までと後半2月24日から3月28日に分かれる。間に1週間休みが入るが、これはリーディングウィークと呼ばれ、この間に卒論の準備や今までの復習、2学期後半の予習を行う。普段は日々の子習に追われ、他のことが何も出来ないのが現状なのでこの1週間は貴重である。

この1月13日から2月14日の5週間のうち、週の前半をC1、後半をC2と呼んでいる。C1は以下の11科目、C2は13科目からそれぞれ1科目ずつ各人が選択する。

C1

(1) 応用免疫学1 (2) 細菌ウイルス疾患感染症の病因論 (3) ベクターと病原体の生態学 (4) 環境衛生政策 (5) 保健サービス評価 (6) 母子栄養 (7) 分子生物学とレコンビナント DNA 技術 (8) マイコロジー (9) 研究のデザイン及び分析 (10) 医学的リサーチにおける統計手段 (11) 研究申請書の作成方法

C2

(1) 応用診断寄生虫学 (2) マネジメントと計画のための応用医療経済 (3) 応用免疫学2 (4) 寄生虫の病因論 (5) 基礎寄生虫学 (6) 疫学研究のデザイン及び分析 (7) 政策立案のための疫学 (8) 家族計画プログラム (9) ベクターと病原体の遺伝学 (10) 発展途上国における医療経済 (11) 分子ウイルス学 (12) 栄養学的評価と栄養不足 (13) 疫学における統計手段

コースによって選択できる科目が限定されている。例えば私の「Public Health in Developing Countries」コースでは、C1は(3)、(4)、(5)、(6)、(9)、(11)、C2は(2)、(5)、(6)、(7)、(8)、(10)、(12)、(13)の中から選択しなければならない。このうち私はC1で(5)を、C2で(10)を選択した。以下に私が選択した2科目について説明したいと思う。

(保健サービス評価)

学生数は100名ぐらいで、授業は毎週月曜と火曜の午前中9:30から10:30が講義、11:00から12:30がセミナーとなっている。最初にこのカリキュラムを聞いた時は月曜と火曜の午後は何もないので若干物足りなさを感じたが、実際に授業が始まってみると読まなければならない論文がとてつもなく多く、結局この5週間土曜、日曜もなく、月曜も火曜も深夜2時まで勉強し、それでも教官が学生に求める最低限のことをするにとどまり、もっと時間がほしいと思ったものである。

内容としては、様々な保健医療プロジェクトの効果、効率性、Humanity, Equity (公正さ) についてどのように評価するかを様々な事例を通じて学習していく。講義では一般的な評価手法を教わり、討議においてその知識を応用する。グループごとにテーマが与えられ、例えば、安全な水供給というテーマが与えられた場合、グループで具体的なプロジェクトを考え、仮に安全な水の供給により、地域の下痢性疾患の罹患率及び死亡率の減少を目的としたザンビアのある県における水道整備プロジェクトを仮定したとすると、まず、どのような方法でデータを集めるかから検討する。Randomized control study か コホートスタディか、あるいは Ecological study かなど調査方法が重要であり、プロジェクトと罹患率及び死亡率の減少との因果関係を証明するために Confounder のコントロールも重要となる。効率性も費用対効果分析か、費用便益分析か、あるいは QALY, DALY といった様々な手法が考えられる。また、Humanity や Equity を分析する際もどこに焦点をあて、どんな調査方法で評価するかなど考慮することが多々ある。以上のようなことをグループでディスカッションをし、その結果を他のグループに対し、プレゼンテーションをして、さらに教官からコメントをもらって理解を深めていく。最後は各自ある国の保健省からプロジェクトの評価を依頼されたという設定でプロジェクト評価計画書を2000語以内で作成し、期日までに提出し、それがマスター授受のための評価対象になる。

(発展途上国における医療経済)

学生数は30名ぐらいで授業は木曜と金曜の午後2:00から5:00まで日本でおなじみの講義形式で行われた。ただ日本と違うのは学生からの質問が10分に1回は出ること、学生同士のディスカッションの時間が毎回30分取られることなどである。また、これもC1同様事前に読んでいかなければならない論文が極めて多く、やはり水曜、木曜は深夜2時3時まで勉強したが、こちらは残念ながら教官が要求するノルマを満たすことができなかった。結局この5週

間であまり休めたのは最初の3週の金曜の夜だけであった。

授業内容は需要と供給、保健医療マーケットメカニズム、コスト計算の方法、財政特に税制と医療保険などについて基本的な経済知識を学びつつ、かつそれを発展途上国に焦点を当てながら考えていった。特に1980年代に世界銀行がとった施策（ユーザーチャージやフリーマーケット）が多く発展途上国では失敗に終わり、逆に状況を悪化させ、なぜ失敗したのかなどを分析するくだりはとても勉強になった。

最後は3時間にわたる記述式の試験だったが、最後の問題が梅毒のスクリーニングの経済学的評価方法について述べよといった問題で、この1問だけで100点満点のうち40点の配分があり、暗記さえしていれば大抵の試験はパスできる日本の形式に慣れている私にとっては、このようにその場で考える問題はかなりきつく感じた。多くの知識を詰め込む日本と考えるトレーニングをする欧米との違いであり、実社会では後者の方がはるかに役に立つと思われ、特に公衆衛生は実践的な学問であることを考えると、このような教育方法も今後の日本の公衆衛生教育の課題かと感じた。

2学期は前半と後半に分かれ、その後半（2月24日から3月27日まで）は以下の科目の中からD1ブロック1科目、D2ブロック1科目選択することになっている。

D1ブロック

①感染症応用分子生物学 ②医学研究の応用統計方法
③感染症の病因論（細菌とウイルス）④臨床と公衆衛生微生物学1 ⑤先進国の感染症対策 ⑥データ解析 ⑦保健と社会政策の人口動態 ⑧食事と疾患 ⑨疫学における緊急課題 ⑩感染症対策計画立案 ⑪分子細胞生物と感染症 ⑫組織マネジメント ⑬人口と発展 ⑭疾患の予防・疫学と政策 ⑮ベクター生物学と同定

D2ブロック

①感染症の病因学（寄生虫）②微生物性疾患の化学療法 ③臨床と公衆衛生微生物学2 ④臨床免疫学 ⑤臨床試験 ⑥環境疫学 ⑦感染症の疫学と対策 ⑧医療法 ⑨公衆衛生における医療人類学 ⑩医療決定のためのモデル立案 ⑪感染症の分子生物学・研究方法とフィールドへの応用 ⑫公衆衛生における栄養疫学 ⑬人口動態と計画 ⑭ベクターと病因の相互作用

私はD1ブロックでデータ解析、D2ブロックで感染症の疫学と対策を選択したのでその説明をしたいと思う。

（データ解析）

全体の人数が20名弱で、講義はほとんどなく、毎週月曜日から水曜日の午前までひたすらコンピューターに向かい、テキストに従ってデータを解析する実習が続いた。同時進行で実際の調査を行い、データを自分達でコンピューターに入れ、解析することも学習した。

まず、6人ずつの3つの班に分かれ、テーマとして風邪のリスクファクターの探求が与えられた。各班ごとに調査票を作成し、その発表会を行い、お互いに点数を付け合っ

て、一番点数の高い班の調査票を採用し、学内の職員と学生を対象に調査を行った。また、採用された調査票を作成した班のメンバーは高い評価点数をもらえることになっていた。調査票を回収後、手分けをしてデータを入力し、EpiINFOという統計解析ソフトを用いてデータを解析し、かぜのリスクファクターやConfounderを求めた。1人で住んでいるか、家族と住んでいるかといったファクターがリスクファクターであるという結果であった。

以上の作業をレポートにまとめ、提出するのが最後の課題である。コースを通じた作業は簡単だったが、調査票を作成し、自分でデータを入れ、解析することは私にとっては初めての経験であったし、EpiINFOを使いこなせるようになったのは有益だった。

（感染症の疫学と対策）

毎週水曜日の午後から金曜日の午後まで講義と実習が並行して行われた。人数は100名弱で比較的規模の大きいクラスだったが、実習は8名一組の小グループに分かれて行われ、大変充実していた。圧巻だったのは、アフリカのある国のある村で一人の死者の葬式が行われ、その後、3人の村人が数日の内に次々と死んで行くという情報が入り、我々学生が8人の調査チームを組んで疫学調査及び対策の立案を行うという設定の実習であった。村に行くと45名の人がその葬儀に参加し、その内41名のの人に下痢症状があることがわかり、早速その45名に対し、聞き取り調査を行うことにした。聞き取り票を作成し、45名の職員と学生を皆で手分けしてインタビューをしていく。あらかじめこれらの人たちには調査隊を恐わす様々な情報が記載されたカードが配られており、我々はその中から必要な情報を入手して、コンピューターに入力し、解析をしていく。同時に葬儀で出された食物やその家族の便、村の井戸、現在下痢が続いている人の便をラボに送付し、細菌の同定検査を依頼する。結果としては最初の死者の家族の便からコレラ菌が検出され、葬儀で出された肉入りライスが統計学的に有意差が出たため、今回の事象をコレラの流行と判断し、衛生教育や衛生状態のチェックなど必要な対策を考案・実施した。死者が出ているという想定なので、急いで行わなければならない。以上の作業を2日半という短時間で全てこなし、レポートにまとめ提出した。臨場感があり、皆真剣そのもので取り組んでいた。

最終日に試験を受け、その後、教授を含めたスタッフと学生皆でロンドンのSOHO地区の水道ポンプ（ジョン＝スノーが1850年頃SOHOで流行したコレラの発生源が水道ポンプにあることを疫学調査によって明らかにし、水道ポンプの使用を禁止してコレラの流行をくい止めたことで有名）の記念碑の前にあるジョン＝スノーというバーで打ち上げを行った。

3年前は日本もO-157で大騒ぎだったが、今回の実習で感染症が流行した時の基本的なノウハウを概ね理解することができた。おそらく将来自分の仕事上で役にたつことがあると思う。

（3学期）

3学期は4月28日から5月30日までの5週間であり、E1ブロック、E2ブロックそれぞれ以下の科目から1科目ずつ選択することとなる。

(E1ブロック)

①AIDS ②Bayesian 統計スクリーニング ③人口動態推計：死亡率 ④非感染性疾患の疫学コントロール ⑤紛争時のヘルスケア ⑥保健サービスマネジメント ⑦歴史と保健 ⑧寄生虫の免疫：原理 ⑨ベクターのコントロール方法 ⑩分子遺伝疫学 ⑪栄養プログラム計画 ⑫先進国の公衆衛生問題 ⑬健康増進戦略 ⑭研究方法トレーニング ⑮熱帯環境保健

(E2ブロック)

①疫学における応用統計方法 ②加齢と健康 ③臨床ユニット ④臨床ウイルス ⑤性病コントロール ⑥女性と子どもの健康問題 ⑦人口動態推計：特殊出生率 ⑧研究のデザインとマネジメント ⑨財務管理 ⑩健康：心理学的社会的見方 ⑪寄生虫の免疫学実習 ⑫マラリア疫学とコントロール ⑬ベクターコントロールマネジメント ⑭医学公衆衛生学の倫理 ⑮緊急時の栄養 ⑯研究のための政策分析及び決定 ⑰食事と栄養の政策 ⑱プライマリヘルスケア計画とマネジメント ⑲STATAにおけるプログラミングと応用統計 ⑳研究方法トレーニング2

私はE1でAIDS、E2でプライマリヘルスケア計画とマネジメントを選択したので以下にその説明をする。

(AIDS)

学生数は66名と比較的多く、講義が中心であった。ELISAやウエスタンブロットといったHIV血液学的診断から始まり、AIDSの臨床、人権、疫学、サーベイランスシステム、輸血時感染、母子感染、麻薬注射針感染、性行為感染、STD、結核とAIDS、カウンセリング、健康教育、予防対策とAIDSに関する全ての事柄について英国国内の専門家を呼んで講義をしてもらった。最後は4つのテーマごとに4人の学生が、与えられたテーマで2人対2人に分かれ、皆の前でディベートを行い、学生達の多数決で勝ち負けを決め、一番良く議論できた4人組みにシャンペンをプレゼントするというイベントが行われた。双方が文献を調べて、自分の意見の長所と相手の意見の短所を指摘するので、ディベートを聞いている我々学生は双方の長所短所を理解することができ、知識の蓄積につながる。私も「STDコントロールはHIVコントロールより重要か」というテーマの賛成側のディベートメンバーに選ばれ、STDはAIDSよりもDALY(疾患によるダメージの理論値)が大きいこと、STDコントロールはHIVコントロールにもつながることを主張しながら反対側の人間と議論した。残念ながら私はディベートでは負けたが、幸運にも私のメンバーはシャンペンをもらうことができた。学期末にはにはある発展途上のデータが渡され、HIVの予防対策についてその国の厚生大臣に専門家としての意見具申をするという設定で論文を書いて提出し、それが評価の対象となった。この科目を取ったことによってAIDSの基本的な問題点がかなり見えてきたような気がする。

(プライマリヘルスケア計画とマネジメント)

学生数は30名弱で講義と演習形式で進んだ。プライマリヘルスケア(PHC)の基本原則、1978年以降の各PHC政策の評価から始まり、住民参加の意味、子どもや妊婦の健康、途上国の財務、ボランティアの役割、PHCプロジェクトの計画立案、実施、評価等について学内外のPHCプロジェクト経験者が学生とともに議論しながら学習した。この教科を通じて、PHCの現状と問題点、今後の方向性が理解できたような気がする。

最終日に試験があったが、例えば、「伝統的産婆のトレーニングは妊産婦死亡率の低下に貢献していないというデータがあるが、今後もPHCにおいてこの方法を続けるべきか、賛成反対のいずれかの立場に立ち、3つ以上の理由をあげて説明せよ。」といった難問が続いた。

(フィールドスタディ)

6月1日(日)から7日(土)までの1週間、ロンドンから北へバスで5時間程行った日本の岩手県か秋田県の山奥に相当するMalhamという地に滞在した。寄生虫コースの学生も合流したため全部で60名ぐらいの参加だった。その60名が約10名ずつの5つの班に分かれ、フィールドスタディを行う。各班のテーマは①寄生虫 ②かたつむり ③喘息クリニックに対する患者の満足度 ④喘息患者の服薬の実態 ⑤衛生知識と下痢との関係、といったものである。①②は山を散策し、ねずみを捕まえてその寄生虫を顕微鏡で探したり、かたつむりの種類を同定したりする作業をし、③④⑤は村人達にインタビューし、疫学データの分析や社会科学的アプローチを行う。私は③の患者の満足度調査を選んだのでその説明をしたいと思う。

初日の月曜日は調査の目的や方法について話し合い、調査票を作成した。翌日村の診療所を訪れ、喘息患者のリストとカルテを見せていただき、1件1件電話をかけてアポイントを取る作業からはじまる。アポが取れた患者から次々と皆で手分けをして自宅を訪れ、調査票に基づきインタビューをしていく。同時に喘息クリニックを担当している看護婦と医師にもインタビューをする。水曜までこの作業を続け、水曜の夜にコンピューターにデータを入力し、解析を行った。木曜日は休日をとって、金曜日の午前中にグループで解析結果を検討し、さらにOHPシートの作成など発表の準備をして、午後に診療所のスタッフ、及び他のグループに対して発表を行った。内容は単純だったが、インタビュー手法や調査票の作成方法、インタビュー結果の社会科学的分析方法などを学ぶことができ、有意義だったと思う。クラスの懇親の意味も兼ねており、木曜日の休日は皆で山登りをしたり、金曜の夜は打ち上げで朝まで踊りあかしたりと楽しい思い出ができた。ただ、時期が卒業試験の2週間前であり、最後の反省会の時にクレームがそこに集中していた。

(卒業試験)

1日3時間ずつの試験が6月中旬に2日間にわたり行われ、試験範囲は前年の9月から学んだこと全てになる。全てといっても基本は1学期に習った疫学、統計、健康政策、

社会科学の4教科であり、その範囲から出題される。初日はこの4教科から1問ずつ出され、2日目はこの4教科を総合したような問題が2問出される。初日は1問25点、2日目は1問50点の配分で、2日合わせて200点満点になる。試験の内容について、例えば初日の社会科学であれば、「現代医学と伝統的医学が混在する地域で一人一人の住民がどちらを好むかを調査する場合、アンケート形式による場合とインタビュー形式による場合とそれぞれの長所短所について論じなさい」、健康政策であれば、「健康政策立案の過程で利害グループの役割を理解するために政策システムのタイプを理解することが重要です。このことについて事例を2例以上あげながら説明しなさい。」といった問題が出された。社会科学の方はアンケートの作成方法やインタビューの方法については授業で学習したが、それ以上のことは教わっていない。また、健康政策の方も利害グループ(例えば医師会などのロビー団体)とは何か、政策システムのタイプ(共産主義、自由民主主義等)は何かについては授業で学習したが、それ以上のことは教わっていない。すなわち、日本のように授業で教わったことを暗記してそのまま答案に書くというやり方は欧米形式の試験では全く通用しないということである。その究極の問題が、2日目の2問目の問題「あなたはある国の厚生省の母子保健課長です。世界銀行の融資により前年度より20%予算が増額されます。厚生大臣はあなたにこの20%増額分の有効な使い道について3つの方法を提示するよう指示しています。どんな提案書を作成しますか。当該国の現状と問題点、3つの方法の具体的内容及びその長所と短所、3つの中での優先順位とその理由について記述しながら提案書を作成しなさい。」である。この1問に50点の配分がある。欧米の学習方法は基本中の基本を授業で学び、後は自分で文献を読んで学習するか、友人との議論で理解を深めるというやり方になっている。知識を蓄積するという点からすれば非効率的だが、実戦力を養うという点ではこれほど優れた方法はない。この2日目の2問目は役人である私にとっては有利な問題だったが、9ヶ月間この学校で勉強していると役人などやったことのないような学生がこのような実践的な問題を難なく回答できるようになる。公衆衛生とは実践的学問

であるということを経験問題を通じて再確認した次第だった。試験の評価は大変厳しく、3人に1人の割合で再試験を受けていた。

(卒業論文)

私の卒論のテーマは「日本はどのようにして世界で一番健康な国になったか」というものであった。特に平均寿命の伸びが最も著しかった1945年から1952年、すなわちGHQが日本を占領していた時の厚生行政に焦点を当て、そのバックグラウンドも併せて、1学期に学んだ健康政策の分析方法に基づき、調べてまとめた。

1人の教官が2人の学生を受け持ち、論文の指導にあたるチューター制をとっており、私は論文の提出ぎりぎりまで毎週1回チューターに論文を読んでもらい、その論理構成から英語のチェックまで細かく指導してもらった。チューターは教授から助手クラスまでレベルは様々であり、各学生のテーマに沿ってその方面に詳しいスタッフがチューターになる。毎回数時間かけて読んでもらったので彼の負担は大変なものだったと想像するが、そんなことは臆面にも出さず、日本のことが勉強できて楽しいと言ってくれたので救われた。日本の保健政策を紹介する英語の文献は極めて限られているので、マスター論文に止まらず、最終的にははしかるべきジャーナルに連名で投稿しようと考えている。また、彼とは今後も良好な関係を維持していこうと思っている。

おわりに

ロンドンスクールは、その名称どおり、熱帯医学や発展途上国に焦点を当てているという特殊性はあるものの、他の英国の公衆衛生学校も概ね類似したカリキュラムや教育体制をとっているようである。英国のやることをそのまま模倣する必要は全くないが、良い点は良い点として、例えば、学習目標の明示、知識詰め込み型でなく、問題解決能力を養う討論を中心とした授業、それに関連した問題解決型試験、学生に対する厳しい評価システム及び学生による教官に対する評価システム、などについては積極的に我が国も導入していく必要がある。本稿が多くの公衆衛生教育の従事者のお役に立てれば幸いである。