

## 6. 社会医学教育\*1

本橋 豊\*2・相澤 好治\*3

### 1. はじめに

2001年に公表されたモデル・コア・カリキュラムは<sup>1)</sup>、その後の社会医学教育に少なからぬ影響を与えた。各学会の意見を意識的に途絶する形で、内容が決まり、最終段階で意見聴取が行われた時には、臨床実習前に学ぶ範囲と医師国家試験出題基準の相違について議論が沸騰した。特に保健所などへの学外実習や自主的実習、学内実習に時間を振り分けている大学では、コアといえども、これに引き続くと予想される共用試験を意識せざるをえず、カリキュラムの変更も必要と考えられた。医師国家試験では社会医学系の出題が多いことから、知識の集積が重点的に行われざるをえないが、低学年では公衆衛生マインドと言われる個より集団を評価する思考法、疾患の病態より社会や環境への関心を深めるための教育が、さまざまな工夫で行われてきた。

モデル・コア・カリキュラムの「F 医学・医療と社会」では、一部臨床医学総論に該当するところもあるが、文字通りコアのみが示され、各大学の社会医学教育の自由度は担保されていると思われる。実習については、ケースメソッドなど新しい形の手法が提案されており、実態把握のための調査が行われたので、その中間集計を後述する。

国立大学の独立法人化や私立大学での経営強化の動きにより、基礎医学系の教室の再編が進んでいる。衛生学と公衆衛生学のカバーする範囲は極

めて広い2つの学問の違いは、前者が基礎的社会医学、後者が応用的社会医学であるが重複する領域もあり、両者が統合される大学が見られている。統合により教育面での疎通性は増すが、広範囲の領域を1講座でカバーすることは困難であり、多領域の専門家を教授ポストなしで確保する難しさもある。したがって大学の場合は他学部の社会医学系教員との交流や、医科大学の場合は2講座を維持するなどの措置が必要と思われる。

また、ほかの専門分野から社会医学系の教授が選考された場合には、医学教育で大きな位置をしめ、重要視されている公衆衛生学分野の教育を適切に行う上で、厳しい環境になる可能性がある。

### 2. 衛生学・公衆衛生学教育の現状

#### 1) 教員・学生数

衛生学・公衆衛生学の卒前教育は、全国80の医学部・医科学大学にある衛生学、公衆衛生学、衛生学公衆衛生学、環境保健学、病院管理学などの講座や付置研究所などにおいて行われている。多くの大学は、2つ以上の関連講座・分野を持っているが、1講座制の大学が14大学（うち2名の教授がいる事実上2講座の大学を除くと11大学）ある。公衆衛生大学院化を将来計画している、または現時点で行っている大学では、3つ以上の関連講座・分野をもつものもある<sup>2)</sup>。大学改革の中で、社会医学自体あるいはほかの分野との連携の必要性が認識され、社会医学の扱う領域が拡大し、多様化していることが、最近の傾向である。

2005年8月現在の専任教員数および大学院学生数は、教授142人、助教授116人、講師125人、助手261人（欠員含まず）、大学院生660人であり<sup>2)</sup>、2001年に比較すると大学院生は増えているが、教員数はすべて減少している。

\*1 Social Medicine Education in Medical School

\*2 Yutaka MOTOHASHI 秋田大学医学部公衆衛生学講座

\*3 Yoshiharu AIZAWA 北里大学医学部衛生学公衆衛生学

表1 実習内容と実習単位の別からみた社会医学実習の実施状況

実習単位	実習内容		
	個人ごと実施 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) 授業時間・方法

社会医学実習については、衛生学公衆衛生学教育協議会の卒前カリキュラム委員会（委員長 稲葉裕教授）と社会医学実習検討委員会（委員長 矢野栄二教授）が共同で、2005年10月に全国医学部社会医学系教室に対して行った、卒前カリキュラムと社会医学実習に関する調査の未発表中間報告を高野健人協議会世話人代表と両委員長のご好意により転載させていただく。

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校であった。

### (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。ついで保健所見学を少人数グループで実施している医学部が14校と多かった。課題研究を少人数グループで実施している医学部も27校（71%）と多かった。

ケースメソッドは事例の与え方や実習単位の別をすべて合計しても8校（21%）であり、以前に比べると増加していると考えられる。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%）で社会医学実習の中で実施されていた。機器を使う測定などの実習は20校（53%）と半数の医学部で実施されていた。

### (2) 実習のグループ別人数

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が見られた。

### (3) 実施学年

社会医学実習の実施学年は4～5年生が多かった。

### (4) シラバスに記載の社会医学実習の教育目標について

シラバスに記載の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であった。目標の記載されている医学部のうちGIOとSBOを分けて記載しているのは3/4であった。

GIO、SBOに含まれる目標領域では、態度、行動の記載頻度がより少ない傾向にあった（表2）。

表2 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	国立 (n = 9)	公立 (n = 3)	私立 (n = 13)	全体 (n = 25)
一般教育目標 (GIO)	知識	6 (67%)	2 (67%)	12 (92%)	20 (80%)
	技術	4 (44%)	1 (33%)	8 (62%)	13 (52%)
	態度	3 (33%)	1 (33%)	4 (31%)	8 (32%)
	行動	3 (33%)	1 (33%)	4 (31%)	8 (32%)
具体的行動目標 (SBO)	知識	6 (67%)	1 (33%)	12 (92%)	19 (76%)
	技術	3 (33%)	—	11 (85%)	14 (56%)
	態度	3 (33%)	—	6 (46%)	9 (36%)
	行動	3 (33%)	—	9 (69%)	12 (48%)

SBOについては私立大学でいずれの目標領域についても記載頻度が高い傾向にあった。

### 3) 衛生学公衆衛生学教育協議会活動

医育機関における衛生学公衆衛生学等の教育に関して協議することを目的として1958年に発足した衛生学公衆衛生学教育協議会は、各大学から主に教授が参加して、本分野の教育のあり方を検討している。全国医育機関の衛生学公衆衛生学教育担当者名簿を毎年発行するほか、毎年2回日本衛生学会または日本公衆衛生学会開催時に参集すると共に、在学生を対象とした社会医学セミナーを毎年1回開催している。2006年8月に秋田県秋田市（本橋豊教授）、2007年8月に奈良市（車谷典男教授）、2008年8月に山梨県富士吉田市（山縣然太郎教授）、2009年8月に福島県猪苗代（安村誠司教授）で開催された。また、11の専門委員会活動を行い、立案、情報交換を行っている。2008年11月には、「フォーラム：ケースメソッドによる社会医学実習」が開催され、また2008年11月には「地域医療教育の充実に「衛生学・公衆衛生学はどのようにかわるべきか」と題するフォーラムが開かれた。

### 3. 医療管理学・病院管理学教育の現状

2005年度における医療管理学・病院管理学系の講座数は11であり、在籍教員数は、教授7人、助教授2人、講師3人、助手6人、大学院生22人である。衛生学公衆衛生学教育協議会に参加している医療管理学・病院管理学系の講座を持つ大学は10校であり、その内訳は私立大学5（6.3%）、

国立大学4（5.9%）、公立大学1（1.3%）である。関連講座名は、医療管理学、病院管理学、医療科学、地域医療学などである。

日本病院管理学会では、1995年にコア・カリキュラム案、1997年にコア・カリキュラム案のGIO、SBOを発表している。医学教育への寄与の現状と役割は、衛生学・公衆衛生学のように伝統的に必須の教科目でなかったことから、大学によってかなり異なる。1999年に日本病院管理学会が行った調査によると、1997年のコア・カリキュラム案の内容の中で、医療情報、医療関連法規、医療保障制度などの講義時間が多く、医療・経営統計と意志決定、医療システムのマネジメント、包括医療サービスの需要などの講義時間は少なかった。

医療環境や社会経済状況の変化に伴って、医療経済、医療政策、医療評価、医療情報の領域はますます重要になると思われ、地域包括医療のリーダーシップを持つ医師への要請が高まるなかで、これらの関連領域の卒前教育の重要性は増している。

### 4. 法医学教育の現状

2005年現在、法医学の講座数は77、在籍教員数は教授78人、助教授38人、講師45人である。

日本における異状死体取り扱い件数は増加傾向を示している。高齢化社会の到来と、在宅医療や介護保険制度の導入による独居高齢者の増加は、異状死増加の要因と考えられる。医師として死体検案をする機会も増える可能性があるため、法医

学教育では、死亡診断書（死体検案書）などの診断書の適正な書き方を指導している。

日本法医学会としては、「死体検案マニュアル 2001 年」をまとめた後、判例などを適宜取り込んで改定した「死体検案マニュアル 2003 年」および「死体検案マニュアル 2005 年」を発行して、適切な検案や書類の書き方の普及と教育に努めている。

## 5. 寄生虫学・医動物学教育の現状

2005 年に 80 の大学のうち、教授、助教授、講師を置く寄生虫学、医動物学関連の講座・分野は 44 大学である。近年大学機構の改編により、関連講座が微生物学講座と統合する大学が多く、教育内容の変更が見られる大学もある。日本寄生虫学会教育委員会の調査によると、寄生虫学・医動物学教育の単位数は、1.6~3.0 単位で、主に医学部 3 年生で実施し、総コマ数の 33~50% を実習に当てている。テュートリアル制を導入している大学もある。医学教育モデル・コア・カリキュラムへの対応や共用試験の実施に向け、当該教育におけるミニマム・リクワイアメントなどについて、日本寄生虫学会で継続的に議論されている。

国際化、地球規模での温暖化、高齢化などを背景とした新興再興感染症、輸入感染症、日和見感染症の増加などの課題に対応できる卒前教育の充実が求められている。

## 6. 国際保健学教育の現状

保健医療分野での国際協力の増加、海外における災害医療の発生、新興再興感染症の問題など、国際保健分野でのニーズが高まる中、国際保健学関連の講座が新しく設置されている。国際的な視野と経験を持ち、国際保健医療に関心を持つ医学生が増えており、この分野での充実した教育体制の確立が望まれている。

## 7. 課題と展望

少子高齢化時代における医療経済情勢を展望すれば、病院中心の医療から在宅、診療所、福祉施設を中心とし、予防とリハビリを含めた包括的医療に向かうと思われる。したがって高度に専門化

した医学知識や医療技術の習得だけでは、医師として十分でない時代になる可能性が大きい。患者だけでなく家族と人間関係を築くことができ、社会の保健医療福祉資源を熟知し、健康・療養指導などの予防活動にも参加できる医師が求められる。

また、地域の医師不足問題が深刻化する中で、医師不足解消をめざして医学部定員増が行われるようになった。2006 年には新医師確保対策が公表され、医学部定員増が認められるようになり、2010 年には医学部入学定員は 8,846 人（2007 年は 7,625 人）となった。地域枠として入学定員の増員を図る医学部もあり（2009 年度で全国で 714 人）、地域医療学の教育カリキュラムの強化が求められている。

教育の 3 つの柱は、知育、徳育、体育であるが、医学教育には、技育が加わる。医学教育の中で、徳育の方法は比較的遅れていると思われる。今後医療の方向が病院から家族、社会に向かうと倫理性に加え、健康人をも引きつける豊かな人間性も、さらに必要になる。卒前教育にあっても、学外クラブ活動だけでなく、ボランティア活動や種々の文化活動への参加の奨励など、力をいれる必要があると思われる。また、福祉施設、保健福祉事務所などにおける社会医学実習の中で、徳育を行うことも可能である。

医療経済が厳しくなる中で、医療の質を落とさずに医療費の節約を図ることも求められると思われる。そのためには、医療管理学的な知識と能力を卒前教育でも十分育まねばならない。したがって、医療・病院管理学講座の教育における重要性は増す。公衆衛生学と重複するところもあるので、十分な連携が必要と思われる。

高齢化と核家族化の社会で、突然死や病因不明な高齢者の孤独な死亡に医師が臨む機会も増えているので、法医学的な知識が必要である。また、地球の温暖化や国際化により、熱帯地方の感染症が日本に上陸する可能性が大きくなり、労働者が熱帯地方で仕事をする機会は増えると予測されるので、寄生虫学に関する十分な知識を卒前教育で得ておく必要がある。また、広く国際保健に関する知識と興味を充足する講義も必要である。

低・中学年では、上述した医療情勢に対応できる医師を育成するために、学生が問題を発見し、思考し、解決できる能力開発を行うべきである。そのためには、単に社会医学の知識を暗記するのではなく、社会に眼を向け、自分の意見を持てる学生を育てる必要がある。レポート作成、社会医学実習、チュートリアル教育などがその能力育成に有効であると考えられる。学校経営の合理化により、教員数の減少がみられる状態で、効率的かつ適正に医学生能力を上げるための教育体制づくりと教育技法の開発に取り組まねばならない。

医学教育改革の動向としては、「学生が修得すべき教育内容の精選」、「臨床実習に進む学生の適切な評価システムの構築」、「診療参加型臨床実習への転換」の3つが挙げられているが、社会医学

の観点からは、これらの医学教育改革の要請を踏まえて、社会の中で活躍する医師に必要なモデル・コア・カリキュラムの改訂の必要性を積極的に訴えていくことが求められる。

## ■文献

- 1) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議. 21世紀における医学・歯学教育の改善方策について：学部教育の再構築のために【別冊】. 2001.
- 2) 衛生学公衆衛生学教育協議会編. 平成17年度 全国医育機関 衛生学公衆衛生学教育担当者名簿, 2005. 医育機関名簿 2005-06. 羊土社, 東京, 2005.