

北海道公衆衛生協会
第11号課題研究報告

北海道における 公衆衛生大学院の役割と 設置への協力体制

2015年9月
第11号課題研究班

目 次

I.	第 11 号調査研究課題について	1
II.	研究組織	2
II.	平成 24 年度研究集会要旨報告 (第 1 回フォーラム)	3
III.	平成 25 年度研究集会要旨報告 (第 2 回フォーラム—現場から見た公衆衛生学への期待)	41
IV.	平成 26 年度研究集会要旨報告 (第 3 回フォーラム—エビデンスに基づいた公衆衛生活動に 向けて—地域と大学・研究機関との協働の現状と課題—)	69

第 11 号調査研究課題について

提案者 所属 北海道大学環境健康科学研究教育センター

氏名 特任教授 岸 玲子

所属 北海道大学大学院保健科学研究院

氏名 教授 佐伯 和子

《課 題 名》(平成 24~26 年)

北海道における「公衆衛生専門大学院」の役割と設置への協力体制などについて

《提案(課題選定)の理由》

今日、我が国は社会の大きな変化の真只中にある。急速に進む少子高齢化や、貧困や格差の拡大は、人々の健康や安全、well-being の向上を目指す公衆衛生の役割が益々大きいことを示している。中でも公衆衛生専門学会にとっては公衆衛生教育や研究、活動を前に進めるための各分野の人材の養成が最も大きな課題である。その理由は変動期こそ、社会から要請される諸課題を、広い視点で俯瞰的に認識し、根拠に基づく新たな健康政策(Evidence based health policy)や、新しい社会システム構築をも考慮しながら、日々、現場で地道な活動を進めるための力量、それを教育できる体制が要請されるからである。

平成23年9月に出された日本学術会議「わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大学院の活用と機能強化」の提言では、「国(文部科学省、厚生労働省など)は、公衆衛生大学院が全国のいわゆる8地方ブロックに少なくとも1か所以上整備されるよう大学等に支援を行うとともに、自治体と協同して、それぞれの地域において公衆衛生人材養成に向けて協力体制を構築することが望まれる。」としている。既に京都大学、九州大学、東京大学などには公衆衛生専門大学院が設置され、毎年20-30名の修了者を輩出している。

一方、従来から保健所医師、保健師、獣医師、事務職などの教育研修に果たしてきた国立保健医療科学院の役割は大きい。現在、自治体の財政問題や人的資源が足りない問題から半年から1年間に渡っては、職員を長期で東京に派遣できる自治体はほとんどない。特に北海道は遠隔地で地域的にも独立していることから、道内で各大学が協力して体制を作り、公衆衛生大学院教育を充実し、複雑かつ多様な健康・医療問題を総合的に捉え、わが国の地域保健、職域保健、環境保健などの分野で、質の向上に貢献できる人材を養成することが社会的にも求められている。なお北海道大学では既に公共政策大学院を擁しているが、公共政策は、主として行政分野での人材養成を主目的にしており、公衆衛生(人々の健康や安全、安寧に資する専門分野)の広い分野での人材育成とは目的や方法、その対象等も異なることが多い。従って公衆衛生分野における高度の専門人材育成のためには、どのような教育体制が必要か、道内大学間の連携を模索しながら考え、専門的な大学院を早く設置する努力がのぞまれる。そこで、提案者は、本道における公衆衛生が当面する課題として、今後、本研究課題の担当者を増やしつつ、各大学の医学系、看護系、歯科、獣医、薬学、衛生工学、食品衛生などの関連分野と、行政(北海道、札幌市など)、および民間諸機関がどのように連携協力して専門的な大学院教育を進めていくかを、フォーラムなどを重ねながら検討を進めていくと共に、人材養成について北海道内の関係機関にニーズ調査を行う予定である。

北海道公衆衛生協会第11号課題調査
「北海道における公衆衛生専門大学院の役割と設置への協力体制などについて」
研究組織

■研究（共同）代表者

岸 玲子（北海道大学 環境健康科学研究教育センター）
佐伯 和子（北海道大学保健科学研究院 創成看護学分野）

■研究分担者

大滝 純司（北海道大学医学研究科社会医療管理学講座）
寺沢 浩一（北海道大学医学研究科社会医療管理学講座）
玉城 英彦（北海道大学医学研究科予防医学講座）
藤田 博美（北海道大学医学研究科予防医学講座）
玉腰 暁子（北海道大学医学研究科予防医学講座）
伊藤 陽一（北海道大学医学研究科社会医療管理学講座）
齋藤 健（北海道大学保健科学研究院健康科学分野）
小笠原克彦（北海道大学保健科学研究院健康科学分野）
山内 太郎（北海道大学保健科学研究院健康科学分野）
池野多美子（北海道大学環境健康科学研究教育センター）
荒木 敦子（北海道大学環境健康科学研究教育センター）
細川 敏幸（北海道大学高等教育推進機構高等教育開発研究部門）
三上 直之（北海道大学高等教育推進機構生涯学習計画研究部門）
河口 明人（北海道大学教育学研究院健康教育論講座）
松井 佳彦（北海道大学工学研究院環境創生工学専攻水代謝システム講座）
小林 宣道（札幌医科大学衛生学講座）
吉田 貴彦（旭川医科大学健康科学講座）
西條 泰明（旭川医科大学健康科学講座）
河原田まり子（札幌市立大学看護学部）
荒田 吉彦（北海道保健福祉部）
後藤 良一（北海道立衛生研究所）
矢野 公一（札幌市保健所）
佐々木泰子（札幌市立衛生研究所）
廣田 洋子（北海道立心身障害者総合相談所）
山本 長史（室蘭保健所）

北海道公衆衛生協会
平成24年度研究集会

北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制
(平成24年3月11日開催)

平成 24 年度研究集会

当協会主催の平成 24 年度研究集会は、平成 25 年 3 月 11 日（月）、北海道大学医学部学友会館フラテ特別会議室において開催されました。本稿は、研究集会の要旨を取りまとめたものです。

「北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制」

総合司会：大 滝 純 司 氏（北海道大学医学研究科 教授 環境健康科学研究教育センター連携教育推進部門・部門長）

小笠原 克 彦 氏（北海道大学保健科学研究院 教授 環境健康科学研究教育センター連携教育推進部門・副部門長）

開会の挨拶・趣旨説明

岸 玲 子 氏（北海道大学環境健康科学研究教育センター 特任教授）

基調講演

「医学教育をめぐる諸課題と専門職大学院制度の概要」

演 者 渡 辺 真 俊 氏（文部科学省高等教育局医学教育課 企画官）

座 長：大 滝 純 司

第一部 北海道の現状とニーズ

「北海道大学での公衆衛生専門教育（「社会と健康」）の 10 年」

講演 1 演 者 小笠原 克 彦 氏

「公衆衛生行政に従事する専門職の現任教育～現状と課題」

講演 2 演 者 廣 田 洋 子 氏（北海道立心身障害者総合相談所 所長）

座 長：齋 藤 健 氏（北海道大学保健科学研究院教授 環境健康科学研究教育センター長）

第二部 先行事例の紹介

「東京大学公衆衛生大学院の 6 年の歩みと認証評価について」

講演 1 演 者 小 林 廉 毅 氏（東京大学大学院医学研究科 教授）

「大阪大学医学系研究科の医科学修士公衆衛生学コース」

講演 2 演 者 磯 博 康 氏（大阪大学医学系研究科 教授）

座 長：玉 腰 暁 子 氏（北海道大学医学研究科 教授）

総合討論



大 滝： それでは定刻になりましたので、フォーラム「北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制」をこれから開始いたします。総合司会は、私、北海道大学医学研究科の大滝と。

小笠原： 保健科学研究所の小笠原でございます。

大 滝： 2人で進めてまいります。まず資料をご確認ください。受付で資料の束をお渡ししています。この後、少し資料の追加もお手元にお配りする予定です。もし何か不足がありましたら、お声を掛けてください。それでは早速プログラムを進めてまいります。

小笠原： それではただ今、開催のあいさつ、趣旨説明を行いたいと思います。ご紹介いたしますのは環境健康科学研究教育センター、特任教授の岸先生です。最初に岸先生の簡単なご略歴を紹介させていただきます。1971年、北海道大学医学部を卒業され、医学博士を取得されていらっしゃいます。1989年、ハーバード大学で MPH を取得され、1997年より北海道大学医学研究科、予防医学講座、公衆衛生学分野教授、2010年4月より北海道大学、環境健康科学研究教育センター長、現在は特任教授をなさっていらっしゃいます。

日本産業衛生学会で理事、労働衛生関連政策法制度委員会の委員長をされており、日本学術会議会員として「労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を働く人の健康で安寧な生活を確保するために」などの提案をまとめられていらっしゃいます。平成14年度に日本産業衛生学会、学会賞、こちらは「産業職場における潜在的な神経障害の発見とリスク評価手法の確立」により、学会賞を取得されていらっしゃいます。

ご紹介するまでもなく、さまざまな本を書かれていらっしゃいまして、こちらでは省略させていただきます。先生、どうぞよろしく申し上げます。

開会の挨拶・趣旨説明

岸 玲 子 氏

大変ご丁寧なご紹介、ありがとうございます。恐縮です。今、ご紹介いただきました北海道大学、環境健康科学研

究教育センターというところで、副センター長、特任教授をしております岸と申します。

今日のフォーラムの趣旨を説明させていただきます。今日の会合が北海道公衆衛生協会主催となっておりますので、そこるところからご説明申し上げますと、この今日の資料集にも書かせていただきましたが、北海道公衆衛生協会では毎年、北海道のさまざまな課題につきまして調査研究するための費用を予算としています。現在その北海道公衆衛生協会の私、副会長をしております、会長は元札幌医科大学教授の三宅浩次先生なのですが、その下で仕事をしております、もともとは医学畑なのですが、私と、それから公衆衛生看護の佐伯和子先生と2人で、この調査研究課題というのに応募をいたしました。

そうしましたところ当ていただきまして、今年と来年で調査研究をなさいたいということでございます。当ていただいた課題は「北海道における公衆衛生専門大学院の役割と設置への協力体制などにつきまして」という、北海道公衆衛生協会としての調査研究になります。

この後は少し趣旨説明をいたしますが、皆さんのお手元にA4版1枚で書かせていただいております。ここに今日おいでの皆様、ほとんどの方がご承知と思いますが、公衆衛生大学院、いわゆるスクール・オブ・パブリック・ヘルスは、イギリスですとかアメリカではすでに100年近い歴史がございます。日本では京都大学に平成12年に、それから九州大学に平成13年に、東京大学に平成19年にそれぞれ先進的に設置されておりますが、専門職大学院の歴史が日本全体で浅いものですから、まだその内容や在り方についてはいろいろな工夫、模索がされているところだと思います。

私が今、所属しております、また今日、会場になっております北海道大学は、医学部のほかに保健科学研究所、獣医学、歯学、薬学など、保健医療系の非常にたくさんの多様な大学院がございます。その特色を生かしまして過去10年ぐらい、「社会と健康」シリーズを公衆衛生の大学院の共通講義として提供してまいりました。

特に平成19年にはいわゆる総長裁量経費というのをいただきまして、「北海道大学の特色を生かし現代社会のニーズに応えるマスター・オブ・パブリック・ヘルスのプログラム設立のための学内共同研究体制確立と高度融合化連携教育の基盤形成」という、ちょっと長つたらしいのですが、それで総長さんがお持ちの研究費を付けていただきまして。そのときには衛生工学ですとか、地球環境ですとか、北大の中のいろいろな理工系の研究科、そ

れから人文社会科学系の研究科の皆様とも相談いたしました。いろいろな調査をいたしました。

そのときに北大のような広い多様なバックグラウンドの研究科があるところでは、協力しながら公衆衛生の大学院をつくることによって、医学研究科であれ、どんな形でつくっていくにしましても、たくさんのニーズがあるのじゃないかということをもとめさせていただきました。その後、今日のこのフォーラムの資料集にも書いてございますが、2011年（平成23年）には日本学術会議から「わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大学院の活用と機能強化」という提言が出されました。

これは今日、お見えになってくださっている東京大学の小林先生が中心になって、パブリックヘルス科学分科会というところから出されたものですが、その中でも教員配置の問題ですとか、公的支援、霞が関の省庁ですとか、それぞれの地域自治体との関係、それから人材養成の今後の方向性ですとか、保健所長要件にこの大学院がどういう役割を果たすのかというようなことが書かれております。

今回は最初に申し上げましたように、北海道公衆衛生協会が主催で、それから私のセンターが共催です。かつて国立公衆衛生院に3カ月コースとか6カ月コースとか、あるいは1年のコースで、保健所長、あるいは保健所の大切な人材を養成するということができているのですが、それがどこの自治体も財政の問題ですとか人手不足とかがありまして、できない状況になっております。

そういうところを文科省のいわゆる専門職大学院という新しい枠組みでつくるとしたら、北海道の中でどのような協力体制が可能なのか、あるいはどういう点を私たちが、協力し、大事にしていくのがいいのか？というようなことで、今日は文科省、それから先に進んでおられる2大学、北海道の公衆衛生を引っ張ってこられた実務家の方々にもお話をさせていただき形で、議論を進めていただければありがたいと思っております。

公衆衛生協会に研究課題を出させていただいた2人のうちの1人で、佐伯先生はちょっと今、海外に行っちゃるものですから、私が代表してその趣旨を説明させていただきました。今日のいろいろな議論が次のステップになりますように、皆様方のご協力をお願いしたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

大 滝： 岸先生、ありがとうございました。あらかじめお断りしておきますが、本日、東日本大震災から丸2年ということで、14時46分に黙祷をささげる予定にしておりますので、その折にはまたお声をお掛けしますので、よろしくお願いいたします。それでは続きまして基調講演をお願いいたします。

基調講演は「医学教育をめぐる諸課題と専門職大学院制度の概要」というテーマで、文部科学省、高等教育局、医学教育課の渡辺企画官からご講演をいただきます。渡辺先生について簡単にご紹介申し上げます。先生は慶應義塾大学の医学部を卒業されました後、平成4年に厚生労働省に入省されて、その後、同省の障害保健福祉部、精神保健福祉課課長補佐、国立病院課、高度・専門医療指導官、下関市市役所保健部長、兼、下関保健所長、医政局総務課、医療安全推進室長などを歴任されて、平成23年7月からは文部科学省、高等教育局の企画官として、いわゆる文科省と厚労省の交流人事で、ご活躍です。それではよろしくお願いいたします。



基調講演

「医学教育をめぐる諸課題と専門職大学院制度の概要」

渡辺 真俊 氏

ただ今、ご紹介いただきました文部科学省、高等教育局、医学教育課で企画官をしております渡辺と申します。本日のフォーラムの開催、誠にありがとうございます。また、フォーラム開催に当たりましてご尽力されました関係の皆様方のご努力に、心より敬意を表する次第でございます。今、大滝先生からお話しいただきましたように、私、1年半ほど前から厚労省との交流人事というように、文部科学省で医学教育のことを主に担当してやっているという次第です。

私の方からは「医学教育をめぐる諸課題と専門職大学院制度の概要」ということで、後段の方は大変申し訳ないのですが、所管の課が専門教育課というところでございます。そここのところからスライドを拝借してきましたので、若干のお話を申し上げさせていただきますとともに、前段の方は今日のメインのテーマとはちょっとずれてしまうかもしれないのですが、医学の方の学部教育の現状がこんなふうになっていますよということにつきまして、オリエンテーション的にご紹介をさせていただければと思っている次第です。30分程度になるかと思っておりますけれども、お付き合いいただければと思っています。

初めに医学教育の現在の学部教育の方ですが、学部教育の方のトピック的な話をいくつかお話を申し上げます。医学教育の改善、充実の方

向性ということで言いますと、こんなようなことがトピックとして挙げられていますということを、ざっとご紹介させていただければと思っていますが、第1点目には基本的な診療能力をしっかりと習得していくということ。そして関連いたしますが診療参加型の臨床実習を充実させていくということ。

1つ飛ばしまして地域で求められます医療人材の養成ということも十分意識しての医学教育。そして研究医を養成するための教育プロジェクトの充実ということも、しっかりやってみようということ。そして真ん中に戻りますけれども、現在、医学教育におきましても国際的な質保証の要請ということがあるところで、そんなようなことにも対応をし始めているという状況にあります。こういったことが現在の医学教育のトピック的なことになるということ。

ちょっといきなり細かいスライドになって恐縮なのですが、こういったところを具体的な内容としますと、ざっとこんなようなことです。この真ん中の段を見ていただきたいと思いますが、文科省におきます具体的な取り組みということで言いますと、こんなようなことでやっているということで、いくつかなぞらせていただきますが、上から2つ目の「医学教育のモデル・コア・カリキュラムなどを通じて、教育の充実を図っていく」とか、次の段の「診療参加型臨床実習の充実に向けての提言を文科省の事業により取りまとめる」とか、2つ下がりまして、「がんプロフェッショナル養成推進基盤プラン」というような事業も進めております。

そして10番のところ、ちょっと細かくて申し訳ございませんが、10番のところはまたこれも後からご紹介いたしますが、今後の来るべき超高齢化社会なんかも踏まえまして、そういった時代に見合った人材養成はいかにあるべきかというようなことをテーマに、業務を進めているところです。そして13番、14番、下の方になりますけれども、医師不足というふうにいわれております。昨今、医学部入学定員を増やしてもおりますし、その定員増に伴います教育環境の充実をしていくべく、支援もさせていただいているというようなことを取り組みとしてやっているということです。前段ではこのようなお話をいくつかさせていただくということで、ちょっとご存じの方におかれましては繰り返しのご案内、またそうではない方におかれましてはあまりなじみのないような話になるかもしれませんが、お付き合いいただければと思っています。

モデル・コア・カリキュラムというのは医学の方で平成13年から進めているものです。左が入学段階、右が卒業段階、そして医師国家試験ということになっていくわけですが、おおよそのカリキュラムで到達すべき目標と

いうのをこういうようなところでセットして、全部の6年間の医学教育のおおよそ3分の1程度はこれに基づいて進めていただければという、大まかなお話として、残りの3分の1につきましては、それぞれの学校の特色に合わせてカリキュラム等々を作っていただければということで、進めていっているところで

す。その改定、ちょうど2年前になりますけれども、平成22年度、医学教育モデルカリキュラム改定ということで、このようなことがポイントとして挙げられる中で改定されてきたところです。先ほど申し上げた医学教育の今後の方向性という内容とおおよそ重なりますので、ここでは若干、駆け足でいかせていただきたいと思います。こういった5つのポイントが改定のポイントということで言いますと挙げられるという状況になっています。

医師として求められる基本的な資質というの、専門の先生方にご協議をいただきまして整理をしているところです。医師としての職責から始まって、患者中心の視点を持つべし、コミュニケーション能力もしっかり充実させていくべし、チーム医療、総合的診療能力、地域医療、医学研究への志向、そして自己研鑽を生涯にわたってやっていくべしというようなことで、非常にうまく整理されている内容かと思えます。いま一度これにつきましてはモデル・コア・カリキュラムの冒頭に掲げられているものでございますので、本日のご議論の参考になればという意味合いも含めましてご紹介をさせていただくところでございます。

この医学教育の充実ということの若干先の展開もにらみながらといいますか、そういったことも踏まえながら議論を進めていっているわけですが、先ほど話になっていますように臨床実習と臨床研修の方の会議にも、文科省の方から参加をしてお話をしているところですが、ちょうど1年前に厚労省でやっております臨床研修のプログラムの改善という会議で、文科省から提出した資料がこれということです。

臨床実習と臨床研修をスムーズに移行させていく、あるいは国家試験をどういうふうにしていただくのが一番効率的な話かということも踏まえながら、こちらからお話を申し上げているところですが、1つの整理として医学教育は診療参加型臨床実習の充実を進めていく方向ということで、それが充実されていきますと、医師の国家試験においてもそのような臨床実習の成果を図っていただくような方向での改善が、いっそう推進されることを期待するということです。

2点目が臨床研修をより充実していくためにも、臨床研修と臨床実習との連続性ということを重視していくことが重要でやっているということです。臨床研修終了後の

医師のキャリア形成というようなことをしっかりやっていくためにも、地域の臨床研修病院、地域の医療関係者、行政、大学等々、関係機関との積極的な連携が必要でしょうというようなことを、このテーマに当たっての取り急ぎの我が方のスタンスということでお示しをしているところです。

学部段階では臨床実習の開始前に現在では教養試験と OSCE というのを進めているところですが、その教養試験について各大学でどんな活用をされているか、その OSCE については、卒業前、アドバンスド OSCE とも言っていますが、卒業前にもそういった手法を使って医学教育をしているというようなことになっています。

私は先ほどご紹介いただきましたように平成 4 年の卒業なのですが、それから比べますとだいぶ医学教育が発展、進化してきたというような感触は持ちつつ、対応しているところでございます。参考資料の続きになりますが、平成 24 年度、診療参加型臨床実習の充実の状況ということで言いますと、かなりの大学が診療参加型臨床実習をしております、その改善を図ってきている状況にあるというものです。

この改善の状況のところで見ていただければと思いますが、例えば実習時間数を増加させるとか、学内の FD を充実させる、そして臨床実習プログラム担当者をしっかり配置する、臨床実習後の OSCE を導入していくというようなこと等々を通じまして、充実を本当に図っていただいているようなところが分かるところです。

もうちょっと具体的な話になりますけれども、これは昨年度の事業なのですが「診療参加型臨床実習の充実に向けての取り組み」ということで、文部科学省の方で予算を確保いたしまして、東京大学の北村先生にヘッドになっていただきまして提言をまとめ、「診療参加型臨床実習等における経験と評価の記録」というものを例示をさせていただき、また「DVD 映像で見る診療参加型臨床実習はどんなか」ということに関しまして、東京医科歯科大学をモデルとしまして、撮影現場といたしまして DVD を作ったところです。

今日、座長をしていただいています大滝先生もこの DVD でナレーションを務めていただきまして、非常に効果的、有効なナレーションになっていらっしゃると思いますので、まだ見てない方がいらっしゃいましたらご参考までにご確認いただければと思います。

先ほどちょっと 1 点、特出的にお話ししたのですが、医学教育におきましても国際的な質保証への対応が求められているところで、それについての議論状況を若干ご説明をさせていただきたいと思っております。2023 年より米国の医師国家試験についてはアメリカの医科大学協会、または世界医学教育連盟の基準により認証を受けた医学

部卒業生以外の受験を、認めないという通知があったということです。

これに対しましてどういうふうに対応していこうかということで、文科省を含め、また医学部の関係の先生方等々も含めながら議論をいろいろしているところですが、現実といたしましてグローバルスタンダードで認証された日本の医学部はなく、かつ日本では医学部の分野別の評価もまだ導入されていないということです。こういった状況に対応していくべく、現時点では全国の医学部病院長会議が、医学部医科大学の教育強化にかかわる検討会を設置して、検討、議論を進めていっているところです。

文科省の方でもそれに対応するような事業予算を確保いたしまして進めているところで、今年度以降、医学では東京医科歯科大学、歯学でも東京医科歯科大学が中心となって、ここにありますような連携大学との連携を通じて、国際的な認証制度といいますか、国際基準に日本の医学部としてはどういうふうに対応していくかについての取り組みを進めているところです。具体的には日本医学教育学会さんが医学教育分野別評価基準の日本版を作成するとか。

2 点目のものは私もちょっと半分ぐらい同席していたのですがけれども、昨年の 10 月、11 月に、東京の東京医科大学がグローバルスタンダードにより国際外部評価を受けたところに立ち合い、その内容とかその紹介をこういった会議、あるいは先月行われたのですが公開シンポジウム等々を通じまして、全国の医学部の関係者の先生方に、グローバルスタンダードに基づく医学教育の評価というのはこんな感じになっていますよということで、ご紹介、ご伝達等々をしているところです。

ここに書いてなくて、ちょっと言葉で言い切れるかどうかあれなのですが、すごく質の高い、レベルの高い医学教育を求められているというよりは、僕なりの認識なのですがけれども、例えば臨床推論ですとか、臨床実習とか、そういうようなことをもうちょっと充実をしていきましょうというのが、1 つの方向感のようにも見えますし、また FD の充実といいますか、教える先生方が何を目標にどういうふうに教えていくかということに関しましても、医学部の学内で十分な共通認識をみんなが持ちながら進めていくようにしようということが、国際的なスタンダードだったりもするということです。こういったようなことに向けて関係者でいろいろと協議をし始めているところですので、またその後の状況等々をご注視いただければと思います。

もう 1 つの柱、研究医養成に関する現状ということもございまして、この内容は一つ一つは申し述べませんけれども、研究医の養成も非常に重要でございます。文科

省では基礎研究医の養成というような事業も 1 本立てて、業務を進めているところ。また、これも冒頭申し上げました、総合的な診療能力を有するお医者さん方がしっかりと育っていただくということも、外部といえますか、地方公共団体等からの要望でもあったりするところ、こういった方向感もしっかり確認しながら進めていく必要があるということをやっているところ。

2 点目といたしまして、「地域の医師確保対策 2012」というのを昨年、厚生労働省とも協力しながら、ある程度進めていったところでございます。このあたりの話に少し移らせていただきたいと思えます。もう少しマクロで言いますと、医学部の入学定員増を進めているということ、そして地域における医療提供体制の充実のためには、定員増だけでなくお医者さんの地域偏在対策なんかもしっかりとやっていく必要があるという観点から、取り組みを整理してやっているところ、ということ、聞いておいていただければと思います。

これまで医師不足に関しましては、平成 9 年ぐらいまでは閣議決定により入学定員は抑制モードが続いていたということですが、近年の医師不足に対応するため平成 20 年度より医学部の入学定員を増員して、平成 24 年度までにこれだけ増員していったということ。平成 25 年度は 9,000 人を超えるような入学定員者数ということになっています。ちょっと細かくなりますが、経緯的な話で言いますと、このあたりの図で日本国として医学部の定員をこう増やしてきて、こういう抑制モードになってきて、さらに平成 19 年度、平成 20 年度ぐらいからは定員増に対応方針が変わってきているということ、ご認識いただければと思っています。

平成 25 年度についても、先ほど申し上げましたように平成 25 年度の定員総数 9,041 人ということになっています。総計 17 大学で 50 人の定員を増ということになっています。そのうちの大きなものは、地域枠といわれています地域に定着していくようなことでやっつけられる学生ということで、12 大学、39 人、地域枠の増員があるという状況になっています。

地域医療の充実に関しましては数だけの話ではなくて、このあたりをご紹介したいと思います。地域間の偏在の解消策も必要だし、診療科間の偏在の解消策も必要であると。そして次のファクターとしてはお医者さんが活躍し続けられる環境整備も必要であると。さらには高齢化社会ということであれば、高齢化社会に対応したような人材育成というの必要であろうということ。

医療提供体制の充実にはこういったいろいろなことが絡まり合っていていくという基本認識に立って、厚生労働省と文部科学省と既存のある事業、業務を整理して、こういう形で地域の医師確保対策をやっつけ

ますよということで、打ち出しているものです。

医学部の話はいったんここで一段落とさせていただきます。医学教育課では医学教育のみならず歯学教育、看護教育、薬学教育に関しましても進めておるところでございます。それぞれのスライドをいくつか持ってきました。これも細かく説明は割愛させていただきますが、歯学教育におきましてもこのようなことで取り組みを進めていっているところ。

歯学教育の場合は平たく言ってしまうと、この右の上にあります歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議というところが母体となって、今後の進め方を議論していただいています。

看護教育につきましても、平成 4 年から見ましても看護大学、あるいは看護系の大学院が非常に増えてきているという現状になっています。看護系の大学の審査を担当している者は、本当に個々の審査で忙しい毎日を送っているところでございます。課題としますと、ここにありますように看護の大学の方では学士過程で学生が身に付けるべく学習課程の明確化を、どういうふうにしたらいいかというのが課題の 1 つとして挙げられていますし、大学院の方では養成する人材像や習得すべき能力の明確化が不十分とか、こういったことが課題の 1 つとして挙げられています。

最後、薬学系の話になりますが、薬学系の人材養成に関します検討についてもやっつけられているところ。薬学系は 4 年制から 6 年制になった卒業生がこのたび出てきたということで、そういったところにおきましての薬学教育はいかにあるべきかというような議論もしてまして、薬学教育のモデル・コア・カリキュラムの改定作業というの、今、関係の先生方にご尽力いただいているところ。

さらに話は次に進ませたいと思えますが、平成 25 年度で先ほど述べました「地域における医師確保 2012」で、今後の高齢化社会等々にも対応した人材育成は、いかにあるべきかという文脈に位置付けられるのかとは思いますが、平成 25 年度の文科省の予算で、今、こんなようなことを要求して今後国会審議になっていく予定ということ。名称がちょっと行ったり来たりしてややこしいのですが、大きな名称が「先進的医療イノベーション人材養成事業」というところで、その中に先ほど申し上げた「がんプロフェッショナル養成推進基盤プラン」というものと、「未来医療研究人材養成拠点形成事業」というのがございまして、これが来年度、本当の新規になっていくもので、現在、省の方でも要綱等々を検討中ということになっています。

内容的には、メディカルイノベーション人材の養成という事項が 1 本、そしてリサーチマインドを持った総合

診療医の養成というものが1本、こういうようなことに積極的に取り組んでいかれる、また今後、積極的に取り組んでいかれる大学さんに、補助をさせていただこうということで業務を進めていっているところでは。

若干中身を紹介させていただくのは、このあたりを見ていただくのがいいのかなと思うのですが、メディカルイノベーション人材の養成では、「地域発のイノベーションの創出を担う地域基盤型イノベーション人材を養成」するとか、「境界領域の革新的な研究を担う分野融合型イノベーション人材の養成」をするようなことに、補助をいたしましょうとか。

リサーチマインドを持った総合診療医の養成につきましては、このあたりが見やすいですが、「地域の医療機関等と連携し、高齢社会の医療を担う優れた医療人養成システムや、医療機関間・多職種間の情報共有システムを構築」するというようなことをやっていただくことに関しまして、ご支援をさせていただこうというところでは。

事業につきましてはまた要綱とか、あとその前に年度中にこんなようなことで考えているけれどもいかがでしょうかというご紹介を、担当係の方から各大学にさせていただくことになっていきますので、引き続きのご指導、お知恵等々いただければと思っています。

ちょっと残り時間が少なくなってきて申し訳ございません。後段といいますか最後に専門職大学院制度の概要につきまして、お話をさせていただければと思います。冒頭申し上げましたように担当課の方は高等教育局、専門教育課というところで所管をしています。ここの専門教育課さんの方から資料をもらってきましたので、ご紹介をさせていただきたいと思います。

本当に繰り返しの事項になろうかと思うのですが、「時代が求める新しいタイプの大学院」ということで、こんなようなことをイメージしてやっているということは、ここの5行に書いてあるところでは。本当に繰り返しのお話になるかもしれないと恐縮なのですが、このあたりのことを強調していました。「研究者ではなく、高度で専門的な職業能力を有する人材を養成」する。そして「研究中心ではなく、理論と実務をしっかりと持った高度で実践的な教育」をやっていく。「研究者教員だけではなく、実務家教員を一定程度配置する」というようなことで、お示しをしているところでは。

もうちょっとかみ砕いた形でお話を申し上げさせていただきますと、柔軟で実践的な教育ということで言いますと、フィールドワークですとかワークショップ、シミュレーションなんかをしっかりと取り入れてやっていただくと、またロールプレイングみたいな授業もしっかりと取り入れて、やっていただければというような枠組

みとしているところでございます。また社会人学生への配慮ということに関しましても、このようなことでやっていただければということでご案内をしているところでは。

今回のテーマは公衆衛生のお話かと思えますけれども、専門職大学院ということ、そもそも言いますといくつか分野があるうちの、公衆衛生の部門はその1つというようになっています。ビジネスの関係、会計の関係、公共政策の関係、知的財産の関係、臨床心理の関係、法曹養成の関係、教職員養成の関係というようなことになっている1つとして、公衆衛生の大学院がございまして。今日、東京大学、大阪大学の先生もおみえでございまして、公衆衛生の専門職大学院ということでは、現在日本には4つ、平成15年度に開設されたものが2つ、平成19年度に開設されたものが1つ、平成23年度に開設されたものが1つということになっています。また全体ではこの右下を見ていただければと思いますが、130の大学で185の養成課程があるというようなことになっています。

こんなところで今日の私からのお話はだいたい終了させていただければと思っています。本当に申し訳ないのですが、今日の議論のご趣旨と私のお話とちょっとどこまで合うのか、沿っているのかというのが、分かり切らず申し訳ないのですが、今日の皆様方のご議論の参考になればと思っています。以上でございます。ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

(渡辺真敏様のご発表の文責は主催者側にあります)



第一部 北海道の現状とニーズ 講演1

「北海道大学での公衆衛生専門教育 「社会と健康」の10年」

小笠原 克彦 氏

齋藤先生、ご紹介、ありがとうございます。保健科学研究所の小笠原です。私に与えられたテーマは、こちらにあります「北大での公衆衛生専門教育の10年」でして、簡単に紹介させていただきたいと思います。私の話は過去から未来にスペクトルの中で、過去が中心でして、過去から現在に向かってどのように取り組んできたか、ご紹介させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず最初に、こちらにあります社会と健康の 12 年間の
変遷について、どのように科目が変わってきたかを説明
させていただきます。先ほど岸先生から話がありましたが、
この変遷途中に文部科学省からのアドバイスを頂く目的
で、お手元の資料にあります「平成 19 年度 先端的融合
学問領域創造支援」の一環として文部科学省に訪問いた
しました。そのときのアドバイスを踏まえてカリキュラ
ムが変わっております。それが次の現在の「社会と健康」
に繋がっております。

さらに、現在の「社会と健康」の受講者の背景ですが、
これは北大で公衆衛生大学院を考える上で非常に重要な
視点かと思ひまして、受講者の所属大学院を調査いたし
ました。最後、スライド 1 枚ほどではありますが、この
「社会と健康」の課題として、私も社会と健康を担当し
ている教員の 1 人として、またこちらのセンターの教員
として、どのような問題があるかについて触れたいと思
っております。

「社会と健康」の変遷ですが、こちらにありますのは、
「社会と健康」の総科目数です。「社会と健康」は、北海
道大学大学院共通科目の中に位置付けられておりまして、
こちらがスタートしたのはこの前の平成 12 年度でした。
私は、平成 13 年度に北大の博士を出ておりますので、こ
のときはまだ教える側ではなかったのですが、私の在学
中からスタートしておりました。現在までに 13 年間がこ
の「社会と健康」の歴史になるかと思ひます。

岸先生が中心になられまして平成 13 年度に「社会と健
康」が立ち上げられましたが、その後、ずっと平成 20 年
度まで変更はありませんでした。このとき(平成 21 年度)
に大きく変化していますが、このときに文部科学省から
有益なアドバイスを頂き、何かアクションを起こさなけ
ればならないとの意識で動いております。その後、今現
在、「社会と健康」は大学院共通科目全体で 101 科目の中、
「社会と健康」では 18 科目から 20 科目で推移をしてい
るのが現状です。

総単位数に関しましても先ほどの傾向とは変わりませ
んが、同じように平成 20 年度を境にして増えています。
公衆衛生大学院をつくる際には、先ほどの資料にありま
したように 30 単位ほど必要になってきます。実はまだ 30
単位というところに届いておりませんので、これだけで
はまだ公衆衛生大学院の代わりにはならないと言えら
るかと思ひます。

このスライドは延べ教員になります。私の抄録には、
延べ教員は平成 23 年度におきましては八十数名と書いて
いるのですが、全部足してみますと実は 100 名を超えて
おりました。作ったとき 10 名からスタートして、その後
30 数名の先生で担当して、さらに現在では 100 名近い先
生方が、この「社会と健康」に北大全体でかかわってい

ると考えられます。

まず、どのような科目から「社会と健康」がスタート
したかについてご紹介いたしますが、少し昔のシラバス
を探していただきまして、こちらを抜き出しております。
「社会と健康 I」、「健康の阻害要因」、「増進要因」につ
いては、この科目は一貫して現在まで続けております。到
達目標としましては、こちらにありますように「現代社
会の人々の健康にかかわるさまざまな課題に関して、問
題の所在、解決方法を具体的に議論できる。同時に自ら
の役割、特にそれぞれの専門分野がどのように人々のた
めに役立つことができるかを考察する」ということで、
パブリックヘルスの根幹といひますか、社会と健康の中
心になる科目かと思ひます。

担当教員ですが、こちらの中にも寺沢先生、本日、玉
城先生がいらっしゃっていますが、当時の社会医学系の
先生が中心に 10 名の先生でこの科目を担当されてらっ
しゃいました。特に特筆すべき点としましては、獣医学の
高島先生、喜田先生、また歯学の森田先生、教育の福地
先生、文学研究科の増地といった医学研究科に限らない
獣医、歯学、教育といった先生方が、この「社会と健康」
のスタートのときから関与されていたということです。

このとき社会的にブリックヘルスの世界では何が起き
ていたかですが、先ほどの紹介にありましたが平成 12 年
度に京都大学、平成 13 年度に九州大学でスクール・オ
ブ・パブリック・ヘルスがつくられています。すでに本
州ではスタートしているときに、やっと北海道では「社
会と健康」がスタートしたと言うのが現状です。この後、
平成 14 年度から平成 20 年度、先ほどの 1 科目 2 単位だ
ったものが、次の年からこのように 5 科目になります。

先ほど紹介しました「社会と健康 I」(健康の阻害要因、
増進要因)のほかにも、「社会と健康 III」として「統計解
析の基礎」、同じく「統計解析の応用」、こちら両方は、
同じ先生方が重なっておりますので、こちらにまとめさ
せて頂きましたが、文学部の大津先生、情報基盤センタ
ーの水田先生、昔の医療短大になります村松先生、あ
と高等教育機能センターの細川先生といった北大の先生
方の他、道医療大学の三宅先生が参加されて、こちらの 2
つの科目を構成されていらっしゃいました。

さらに「社会と健康 IIIC」、(疫学研究の進め方)とい
う科目になりまして、岸先生、森田先生、佐田先生、玉
置先生などに来ていただき、ご講義頂きました。私、大
学院を出た次の年ではありますが、私の名前がここにあ
ります。私のボスであります櫻井恒太郎教授と一緒に、
「医療情報とマネジメント」に関する講義を担当させて
頂いたことを覚えております。6 年間ほどこの体制が続
きまして、この間には平成 19 年度に東京大学の大学院公
共健康医学専攻が設置されています。

文部科学省からアドバイスを頂いたことをいくつかかいつまんでご紹介したいと思います。こちらのスライドですが、平成 20 年 3 月 10 日に北大から 3 名が文部科学省に行きまして、文部科学省の三浦課長をはじめ 3 名とお会いしました。これはオフィシャルのものではなく、意見を伺うということで行った記憶がございます。私にとりましては初めての文部科学省訪問でしたので、ちょっと緊張しておりました。

頂いたコメントですが、詳しいことは資料に記載しておりますが、かいつまんで説明いたしますと、学位を授与するためには大学院組織が必須であるということを強く言われたのを覚えています。例えば北大には脳科学専攻といったようなバーチャル組織がありますが、脳科学専攻のようなバーチャルではやはり組織、予算にかかわる問題が発生するだろうと。このときに言われたのは「軒がないと軒下を貸せないのではないかと」。また、「大学院としてのビジョンを明確に持ってほしい」とも強く言われております。こちらの資料にもありますが、寄せ集めだけでは難しいのではないかと、言い換えますと、「例えば各それぞれの科目がどんなにおいしくても、それをまとめるような「だし」がないと料理としては成立しないのではないかと」といったことを、アドバイスいただきました。

また、さすが三浦先生はスクール・オブ・パブリック・ヘルスを出られていることもあって、「集まってきている先生はパブリックヘルスを理解しているの？」といったことも言われた記憶がございます。また「医学の中にパブリックヘルスがあるのではなく、パブリックヘルスの中に医学があるのではないのか」といったご指摘をいただきながら、最後、「北海道地域の複数大学による連合大学院の可能性はないのだろうか」やはり「e ラーニングとか、パートタイムの大学院は必須であろう」とアドバイスを受けています。

その他、海外の大学院の連携や、またこれは制度的な問題ですが、1 人の学生が 2 つの大学に所属するのは現在のところできないことをご教示いただいております。この後、さらに調査を進めるために、平成 19 年度の総長裁量経費を頂く機会を得て、さらにこの社会と健康をパワーアップすることになります。

これが平成 21 年度から現在までになりますが、これは「新」と付けるのがいいのかどうか分かりませんが、このときに 5 領域に分けて、それぞれ社会と健康の領域を明確にした上で方針付けをしようとした試みが、岸先生中心になされています。簡単に説明しますと、「社会と健康 I、概論・倫理科目」、「社会と健康 II、研究方法科目」、「社会と健康 III、環境保健科目」、「社会と健康 IV、健康増進科目」、「社会と健康 V、ヘルスリサーチ科目」

としております。

それぞれについてご紹介いたしますと、「社会と健康 I、概論・倫理科目」ですが、一番・科目数が多かった平成 23 年度を例に取って説明させていただきますが、5 科目 10 単位ほど開講しております。こちらがその具体的な科目名とその責任教員と単位数になります。敬称略にて記載させていただきますことをご了承ください。

「パブリックヘルスとその関連科目、現在の課題」ですが、これはパブリックヘルスの根本的なものでして、スタートしたときからあります。「基礎医学 1」、「臨床基礎医学」、「AIDS ワクチンの研究開発 1」、「高齢化社会と持続可能な開発 1」といった科目になります。「社会と健康 II、研究方法科目」ですが、こちらは非常に充実しております。6 科目 9 単位でして、「調査研究法 1、疫学研究のデザインと実際」、「統計解析の基礎」、「統計解析の応用」、「疫学 1」、「疫学 2」といった科目が開講されております。

こちらの「統計解析の基礎」、「統計解析の応用」、「疫学研究のデザインと実際」に関しましては、これは平成 14 年度から開講しているものが現在まで引き続き開講されていることになります。一般に海外のスクール・オブ・パブリック・ヘルスにおきましても、この統計ですとか疫学に関しては非常に力を入れているところであり、北大でもこの点では、現在もそれに近いことを行っていると言ってもいいかもしれません。

これが当時のといっても昨年ですが、昨年の後期で開催された際の「社会と健康」のポスターです。「社会と健康」のポスターの PDF が医学研究科の中にありましたので、ちょっと張り付けてみました。こちらが「社会と健康 III の環境保健科目」です。この中には環境科目、「環境疫学 1、および 2」の他、「国際保健医学」と「人類生態学」ということで岸先生、玉城先生、山内先生が中心になって開講されていらっしゃいます。

「社会と健康 IV」になりますと、「健康増進科目」になります。こちらに記載されているお名前の先生方は医学研究科ではなく、井関先生は薬学、河口先生は教育学、井上先生は歯学でして、まさにコアの外側にある関連科目を、北大全体の先生方が協力して成立していることができるかと思えます。さらに「ヘルスリサーチ科目」としまして、私の専門は医療マネジメントや医療情報ですので、医療マネジメント特論を、その他、看護学専攻にいらっしゃいます佐伯先生が、「ヘルスリサーチ科目」を担当していらっしゃいます。

このように俯瞰して見ますとやはり「社会と健康 III」、「社会と健康 IV」、「社会と健康 V」といった科目の若干パワーがないのかな、と感じます。1 と 2 に関してはコアがしっかりしているのですが、周辺科目を今後どのよう

に構築していくかといったことが、今後、重要かと感じています。

残り時間も少なくなりましたので、簡単に受講者の背景についてご紹介したいと思います。大学院共通科目は、全学の大学院担当でまとめているのですが、実は受講者のデータはもうないとのことでした。こちらはセンターにお願いして、実際の例に過ぎませんが、探していただきました。例えばこれは公衆衛生の本質であります「パブリックヘルスと関連科学」の2012年の受講者数15名の内訳ですが、教育学院の大学院生が5名、公共政策の大学院生が5名、文学が2名、保健科学研究院が1名、医学研究科が2名となっており、実は保健科学や医学といった医学系よりも、教育、公共政策の学生の方が積極的に受講していただいています。

こちらが「社会と健康の2の統計解析の基礎」の背景になりますが、受講者数12名のうち保健科学、医学研究科の博士課程がそれぞれ5名でした。医学研究科の内訳ですが、臨床医学コースが2名、基盤医学コースが2名、社会学コースが1名で、臨床の方は臨床医学、基盤の方は分子生物学等の基礎医学の方へ、社会医学は公衆衛生学等になるかと思いますが、ご覧のような内訳になっています。このように見てみますと、やはり統計解析等に関しましては保健科学、医学の学生が多く受講しているように感じます。同様に、統計解析の応用では、保健科学の修士が5名、医学研究科の博士が4名、それぞれそのほか、生命科学、教育、獣医学の学生が受講しています。

次は「社会と健康 II の疫学研究デザインの実際」ですが、受講者は7名でした。この科目はほとんど医学研究科の博士、修士、および保健科学の院生でした。「環境と子供の健康発達」では、保健科学が6名、教育が4名というように、それぞれの院生が研究している背景によって学生の選択が変わり、バラエティーに富んでいることがこのデータからも読み取れるかと思います。

最後になりますが、「社会と健康」の10年に紹介させて頂きましたが、簡単に感じた点や問題点を紹介させていただこうと思います。やはり体系的な公衆衛生教育として行われているわけではありませんことから、2つ、問題点があります。1つ目は抄録にも書かせていただきましたが、さまざまな背景を持っている院生に受講していただきますので、教育としての位置付けが分かりづらいつ感じています。また院生が所属する大学院の規定に従って単位を取っていきますので、振替の問題や、指導教員の指導の中で3単位までしか認めないなど、教育する方も系統立てた公衆衛生教育がなかなか難しいということが挙げられると思います。

2点目ですが、「社会と健康」は教員からしますと各教

員の持ち寄りによる開講となります。保健科学研究院でも大学院保健科学院で開講している科目を、「社会と健康」として開講しているといったものがあります。そうなりますとやはり何かポリシーがあって開講しているというよりは、可能な中で、可能な形で動かしているということもあり、本来のスクール・オブ・パブリック・ヘルスで必要な領域であるとか、科目などが不足しているものと考えられます。

これらの問題点を抱えている中で、「社会と健康」が北大においての公衆衛生大学院の代わりとなり得るかと考えますと、なかなか難しいと感じます。やはり今のままですと全体像がぼんやりしたまま、何となく単位を取るためのシステムになり得ないかとの危惧があります。また北大ではディプロマが、脳科学専攻とかサステナビリティの教育の中にあるのですが、それでいいのかどうかといった議論も、ぜひ、今日の議論の中でお願いしたいと思っております。

最後になりますが、私の娘、今回、中学校2年生になるのですが、こちらは小学校5年生の時、社会科の中で学習した「暮らしを支える情報」という単元テストです。これは私の専門、情報の話で恐縮ですが、各自宅で保健師さん等がインターネット、テレビ電話を使って、データベースを使うなどの医療情報に関する医療のネットワークの基礎的なものを、すでに小学校の中でやるのですね。私の娘は残念ながら、この問題は解けなかったのですが。

時代とともに、スクール・オブ・パブリック・ヘルスで求められるものもいろいろ変わっていくと思います。そのような中で、公衆衛生大学院についてどう取り組んでいけばいいのか、この後、いろいろと議論できればと思っています。

ご清聴、ありがとうございました。(拍手)



講演 2

「公衆衛生行政に従事する専門職の現任教育～現状と課題」

廣田 洋子 氏

今ご紹介いただきましたように北海道庁に1991年に入りまして、その後北海道で公衆衛生行政に従事してまいりました。今日私に与えられたテーマといたしましては、

現場のニーズということで少しお話ししていきたいと思
います。私の経歴の中であったように、前任地の東京都
から派遣で、当時の国立公衆衛生院の「1年コース」(専
門課程)にまいりました。

東京都では、医師の研修についてはシステムが整って
おりまして、当時は、まだ国家試験が年に2回あったた
め、都に入ってから国家試験を受け、合格後臨床研修を
約2年間都立病院で受けるというような方式でした。

こういう形で東京都でいろいろな研修を受けまして、国
立公衆衛生院の1年コースに行き、修士を取得するこ
とができました。1991年に北海道に移住しまして、この
ようにいくつかの保健所を動いております。ちょうど私が
北海道に来た年に「公衆衛生セミナー」というのを岸先
生が中心になって始められていまして、それに参加する
ことで大学の先生方ともいろいろな形でかかわることが
できたということが、本当に幸運だったと思っております。

現在、道庁の出先も含めた機関の中には、このように
いろいろな職種の方が勤務しております。これが研修の
体系図ですけれども、研修委員会というのを設けており
まして、そこで年間の研修計画を定めております。一番
左にありますOJTというのは、職場の中での研修、これ
について後でお話しますが、保健師については定めが
あるのですが、それ以外の職種については職場にかなり
任されているというような状況です。職場外の研修の
中でいくつか分かれておりますが、地域保健に関する全
般の研修と、事業別に例えばエイズ対策ですとか、感染
症対策のようなそれぞれの研修、それから職種別に保健
師の研修とか、栄養士の研修がございますが、共通のも
のとして、右側のところに書きました地域保健関係の職
員の研修がいくつかございます。その1つとして委託の
研修があるというような位置付けになっております。

保健師については、このように現任教育がシステム化
されておりました。2006年3月に保健師活動指針、現任
教育マニュアルというものを作成しました。これは1年
間ぐらいかけて検討したものですけれども、その背景と
しましてちょうど2004年に内部の機構改革で保健師が分
散配置になりました。分散配置というのはいろいろな係
に分かれて置かれるという形です。その前は、保健師は
人数が多いのでまとまって配置されておりました。その
係長は保健師でした。上司が保健師でない事務職になっ
ていくということで、しっかり教育の体系を決めておく
必要があると言うのが1つです。それから先ほども出て
まいりましたけれども、大学の卒業生が増えてきて、大
学ですと必ずしも保健師になる人ばかりではないので、
あまり実務に結び付くような実習がされていないこと
があつて、新任の保健師を採用した場合に、入ってか

らいろいろな教育をしていく必要があるという2つほどの
大きな背景がありました。

保健所ごとに現任教育推進会議というのを設置しまし
て、一応保健所長がトップということになりますけれど
も、新任期の保健師の教育を中心に計画的に研修を進め
ております。保健師の体系としてはこのように定められ
ておりました。派遣研修の中身としましては、厚労省の
主催の係長級の研修、あるいは全国保健師長会でやって
いる研修会などに派遣するのと、もう1つ国立保健医療
科学院でやっている研修に保健師を出しております。

公衆衛生看護管理コースというのは、だいたい10日間
ぐらいのコースで、3つ目の地域保健福祉専攻科という
のが少し長い3カ月半ぐらいの研修になりまして、これも
毎年はなかなか行く予算がなくて、隔年ぐらいで研修に
出しているようです。これ以外にも例えば北海道では国
保連合会が主催しまして、市町村の保健師も含めて一緒
に研修会に参加するなどの形を取っております。

保健師だけではなく全体の専門職の研修体制について
全国保健師長会で調べた県レベルの調査では、各職種の
研修計画を作っているというところは非常に少ないとい
うことで、全体で13県に研修計画があったものの、保健
師のみのところが多くて、全職種について計画を作っ
ているのは2県のみだったという実情にあります。

それから保健所に対する調査では、今保健所の数が減
ってきておりますので、なかなか手が回らない分野がご
ざいます。その中で一番問題があるとされていたのが、
人材確保、資質の向上ということでした。それからもう1
つ、市町村に対する調査では現任教育がシステム化され
ていると答えていたのが、全国レベルでは4%しかありま
せんでした。北海道の場合はだいたい13%で現任教育を
計画していたという、別の調査結果があります。

医師については保健所に入ったときにすぐに所長にな
るわけではないので、所長になる前のOJTが当然なけれ
ばいけないのですが、現実にはあまりきちっとしたものが
ないのが実情です。業務別の研修ですとか、健康危機管
理の研修は毎年行われておりますが、それ以外には全国
の所長会、あるいは北海道の所長会で研修を行って
おります。それから派遣研修ですけれども、結核につ
いてはほぼ必須ということで、ほかの県で受けている
人以外は必ず行っております。

それから先ほどの保健医療科学院の研修ですが、今は
保健福祉行政管理分野というのが前期と後期に分かれて
おりました。北海道は予算の都合で前期のみが必須にな
っております。ほかの派遣研修については、その年の対
象者の数と予算で調整をするような形になっております。
自分で大学院に行ったりとか、学会に出席したり、医師
会主催の研修会に出席するなど基本的に自己負担で、勤

務については義務免除という形で、休暇ではないけれども旅費がないという形になるか、あるいは休暇扱いということになっております。

以前は北海道に勤務するようになってから半分は大学に行き、それで学位を取ったという先生もいらしたそうですが、今はまずそういうことは不可能です。大学に行っている人は勤務時間外に行くか、休暇を取って行くというふうな形になっているのが実情です。課題ですが、全庁レベルで言いますと、保健師外のキャリアパスが明らかにされていないこと、あるいは研修についての責任の所在もあいまいな部分があるということ。それから大学院を卒業したからといって、優先的に採用するか、早く昇格するということも、明らかになっていないので、みんなのモチベーションが上がらないということ。それから組織としての人材育成に対する合意が必ずしもされていないということで、ほかの部から来た管理職などが、研修に出るということについてあまり後押しをしてくれないということがございます。保健師以外の人材育成計画が必要です。

それから保健所とか地域レベルでみると、これも非常に不均衡があります。管理職が熱心かどうかで変わってしまうところが残念なところですね。保健所長以外に医師がいないところがほとんどですので、医師の人材育成というのなかなか難しいところがございます。市町村についていうと、もっと厳しい状況にありまして、人材育成計画がなく専門職が育ちにくいということがございます。大学との交流については、個人レベルを超えた公的なものが少ないと、私は思っております。

今後の方向性としましては、国レベルの指針の作成、それから都道府県レベルでの研修の体制をつくること、圏域のレベルでも保健所が核になって人材育成を行っていく必要があると思っております。やはり個人が公衆衛生専門教育を受けるあるいは勉強することについて、行政もそうですし大学もバックアップしていただけるといいのではないかと思います。公衆衛生大学院につきましては、東京まで行かないで北海道で研修が受けられれば大変うれしいですが、1年になるとなかなか出るのが難しいので、短期のコースですとか、働きながら学べるようなコースがあるといいのではないかと思います。

最後に、厚生労働省の地域保健対策検討会のときに、島根県からの発表があったので少しご紹介いたします。島根県では保健師、栄養士について、中堅の立場の人が大学と協力しながら勉強していけるような体制をつくっているということです。このように公的な研修体制を実施しておりまして、これにいくつかの大学も支援してくださっているということで、こういうものが位置付けられれば非常に勉強もしやすいし、レベルアップしていけ

るのではないかなと思っております。以上でございます。



第二部 先行事例の紹介

講演 1

「東京大学公衆衛生大学院の6年の歩みと認証評価について」

小林 廉毅 氏

玉腰先生、ご紹介をありがとうございました。こんにちは、東京大学の小林と申します。それから岸先生をはじめ、北海道大学の先生方には、お招きいただきまして御礼申し上げます。本日は時間をいただきまして、東京大学の公衆衛生大学院の紹介をしたいと思います。実は数年前にも一度ご紹介をしているのですが、その後数年を経まして、いくつか成果と言えるようなものもありましたので、それも含めてご紹介をしたいと思います。

まず最初に、これはガイダンスのときにも使っているスライドを少し使っていますので、入学希望者向けに、東京大学のどの場所にあるのかという紹介のスライドがまずあります。それから、実際に先ほどの地図に映っていた講義室のある建物はこれです。医学系はいくつか建物があるのですが、一番新しいのがこの建物で、この建物の上の方の階がセミナー室、講義室になっておりまして、そこを1室専用の講義室としていただいております。これが講義室です。学生定員が30人ですので、50席ぐらいこの部屋でありますので、あと授業の方ですが、後でご紹介しますが、同じ時間帯に行われる授業はほとんどありませんので、1つの講義室で何とかあります。

ただ、スモールグループに分かれて実習等がありますので、その場合は同じフロアに小さなセミナー室がいくつかありますので、そこを使うようにしています。それから、学生が常時いられるような控室をつくるようにということで、この半分ぐらいの広さの学生の控室がこの隣にあります。そこに学生のロッカーとか私物を少し置けるような、あるいは弁当が食べられるような部屋があります。

本専攻の目的はホームページにも書いてありますが、国民や地域住民、患者も含めた広範な人々の健康の維持、増進、回復および生活の質の改善に寄与する最先端の研究を推進するとともに、公衆衛生領域で指導的および実

実践的役割を果たす高度専門職人を養成することです。本課程の修了者には公衆衛生学修士（専門職）が授与されるということになります。一般の修士課程は修士（公衆衛生学）とか修士（保健学）となりますが、専門職大学院の場合は先に専門の分野名が出てくるという形になっています。

東京大学の歴史ですが、公衆衛生大学院という形では平成19年（2007年）に始まりましたが、それ以前に公衆衛生、あるいは保健学領域の学部大学院教育の歴史があります。1947年に医学部で最初の公衆衛生講座が設置されました。それから1965年には日本で最初の保健学の大学院が開設されています。1990年代に大学院重点化が東京大学で行われまして、医学系、医学科の方の大学院として社会医学専攻というものが整備されました。それから保健学系の大学院として健康科学看護学専攻というのが整備されて、公衆衛生大学院はこの2つの専攻の教員を中心に再編成したものであるということになります。海外には公衆衛生、非常に歴史のある大学院があります。これもガイダンスのときのもので、一応海外ではこういうところに相当するという話をしております。

本公衆衛生大学院の特徴ですが、コースワークとフィールドワークを重視しています。従来の大学院、修士課程、博士課程を含めて、研究室での研究活動、調査活動が中心ですが、公衆衛生大学院では講義あるいは実習、演習、そういうコースワークを重視しています。公衆衛生のいわゆる伝統的な分野以外に、既存の研究室等を活用して、さまざまな関連領域の科目も用意しています。

それからあともう1つ特徴と言えますのが、1年コースがあるということです。全体の定員は30人ですが、このうち10人、30人のうち10人を1年コースの定員に振り分けて、試験も2年コースとは、試験科目はほぼ同じですが、合否に当たっては別枠で、別の基準で判定をして1年コースで10人、2年コースは20人という採用をしています。1年コースの受験には条件が必要で、一応実務経験者、年数としては6年制の学部卒業生については2年、4年制の大学卒業生については3年以上という、実務経験を課しています。

それからこの実務経験も、保健医療系の実務経験ということで限らせてもらっています。なかなか今保健医療は広がりがありますので、微妙なケースに関しては職歴を出してもらって別途判定をしています。ここでいう実務経験に相当するかという判定は、入試委員会でしています。それから課題研究は2年コースの学生に課しています。これは専門職大学院の場合は修士論文は課さないということになっていますが、やはり新卒の学生については現場の経験やあるいは1つのテーマに取り組んで物事をまとめていくという経験がないので、そういう

ことを1人の教員の下に付いて行うというようなことをしています。それを課題研究と呼んでいます。後で、どんなテーマが扱われているかというのはいくつかご紹介したいと思います。

まず必修科目ですが、疫学と統計、それから行動科学あるいは社会科学に関連するもの、それから医療政策、医療管理に関連するもの、環境保健、この5つを必修科目に指定しています。これはアメリカの公衆衛生大学院がこの5つを必修科目にしているということから、それにならって同じようにしています。ただ、行動社会科学に関しましては、かなり授業科目が多いので2科目を指定しています。上記6科目、計11単位を必修科目としています。これに関しては一部の学生は、例えば自分は生物統計とか疫学を中心にやりたいということで、環境保健はなかなか関心が持てないという学生も若干いますが、これに関しては専門職大学院で、なおかつ公衆衛生の知識があるということ修了して名乗ることになりますので、必修としています。こちら辺は、専門職大学院にするか、もう少し緩やかな一般の修士課程にするかというところで、その大学の方針が出るころだとは思っています。

選択科目に関しましては、臨床疫学、保健医療経済学、医療コミュニケーション学、健康増進科学、医療安全管理学、健康危機管理学など、先ほどの必修科目と併せて現在34科目を用意しています。それからこの中には講義科目と演習科目と実習科目があります。講義科目は90分15こまで2単位ですが、演習、実習に関してはその2倍から3倍程度の時間数を確保しないとイケないので、同じ1単位といっても実習、演習科目ではかなり学生の負担あるいは教員の負担は変わってくるということになります。

修了に必要な単位は30単位ということになります。これも先ほど申しましたように演習科目あるいは実習科目を取る関係で、それほど簡単なことではない、時間的に余裕のある話ではないということになります。科目の配置はこのようになっています。配布した資料と、もしかしたら少し科目の移動があるかと思っています。これは最新の来年度の予定表から取ってきたものです。東京大学では前期を夏学期、後期と冬学期と呼んでいますが、夏学期と冬学期で移動した科目がいくつかあります。それから8月、9月が夏季休業期間ですが、この間でも集中講義あるいは集中実習という形で、5科目程度科目があります。

ちなみにこれは私が責任教員の実習ですが、保健行政・健康危機管理学実習、これに関しては保健所で、東京都とそれから埼玉県保健所をお願いをして、2週間行ってもらおうということで、2単位の实習になっています。それからあともう1つ、同じくインターンシップということで、例えば医療系の公益法人とか、あるいはシンク

タンク等にはやり毎週1回、前期、1学期間通うとか、あるいは集中して2週間通うということで、インターシッップという単位を与えています。これに関してはなかなか、行ってほしいような組織がなかなか受け入れが難しいという状況があります。

なぜかといいますと、医療系はやっぱり患者情報、プライバシーにかかわることがありまして、学生が来てもらってそういうものを実習するためには見ないといけないわけですが、そのところで情報が万が一ということを心配されて、なかなか外部者を受け入れるのが難しい組織もかなりあって、確保には結構教員が苦勞しているところです。それからあともう1つ、東京大学のいいところといいますか、公共政策の専門職大学院がありまして、そこをいくつか合併授業というのをしています。

合併授業というのは、向こう側の組織の授業をこちらの学生が取ると単位として認める、逆にこちらの公衆衛生大学院の方からも2~3科目提供して、そこに公共政策の学生が来ると、向こうの正式な単位として認められるという形になっています。基本的には関連するような科目ですね、例えば社会保障政策とか医療政策とか、こちらから提供するのは医療倫理学とかあるいは医療コミュニケーション学とか、そういうような文科系、社会科学系の学生でも関心を持つようなテーマを合併授業として提供しています。

教員組織ですが定員は22名です。現在欠員がありまして19名ということになっています。そのうち6人が実務家教員、これも専門職大学院の特徴ですけれども、実務家教員が6名います。具体的に言いますと、医療情報、病院の医療情報を実務として扱っている教授、あるいは法医学ですね、法医学・医事法の教授が実務家教員として加わってもらったりしています。医療、医学系はわりと実務と研究といいますか、非常に近い分野ですので、その点はこの実務家教員を確保するのに関係してはほとんど苦勞はありませんでした。

それから大きく3講座で構成しています。まず疫学保健学系ですね、主に数量系の分析をする。それから行動社会医学系。それから医療制度とか医療情報とか医療科学系と、大きく3つの大講座で教員組織を構成しています。それからあと、協力講座として医学系研究科の中の健康環境医工学、それから病院の寄付講座で医療安全管理学に協力をしていただいて、講義科目、我々だけではできないところを補ってもらっています。今の教員の構成を図に示したものです。大きく3講座がありまして、その中に4つから5つの分野、研究室があるという形になっています。

個々の分野を紹介したいと思います。まず数量系ですね、疫学保健学系は4分野で構成されています。生物統

計学、これはもともと健康科学・看護学専攻にありました生物統計学や疫学教室が公共健康医学専攻の分野として講義を持っています。それから2つ、この中には新設の分野がありまして、社会予防疫学、臨床疫学・経済学、それから東大病院のUMINの教員が医療コミュニケーション学を担当しています。この公衆衛生大学院の設置を申請したところで、純増教員が2名付きました。それから社会医学専攻でちょうどたまたま空席になっていた研究室がありまして、そのポストを使いまして、あともう1個出てきますが、3つの分野をこの大学院設置にあたっては新設しています。

それから行動社会医学系の分野は、主に健康科学・看護学専攻の教室が公衆衛生大学院を担当してもらっていますが、このような構成になっています。それから医療科学系は主に医学系の博士課程、医学系の大学院の研究室が公衆衛生大学院を担当するというような形で、このようになっています。ちなみに私は公衆衛生学を担当していて、公衆衛生大学院では健康医療政策学という分野を担当する、兼任するという形になっています。

博士課程の組織はそのまま残っておりますので、公衆衛生大学院の修了者でさらに研究を続けたいという学生がいれば、それぞれ自分の関心の持ったところ、ほとんどは課題研究をした研究室になりますが、そういうところの大学院を、博士課程を受け直してそちらの方に進学するという形になります。修了者の進路としては、スライドに示したものを当初想定しておりました。これももし専門職大学院を文科省に希望するときには、つまりどういう人材を養成したいかというのはかなり求められると思います。

それから課題研究ですが、2年コースの学生に必修として課しております。具体的には修士論文に近いような原著の形式の論文もありますが、公衆衛生活動報告あるいはシステム開発とか、あるいは文献レビューとか、かなりさまざまです。これは学生が自分で指導教員と相談をして、どういう形でやるかというのを決めますし、なかなか2年間で、しかも最初の1年目はコースワークが中心で時間が取れませんので、原著には時間的に難しく、文献レビューとかそういう形でまとめる学生も少なくありません。それから原著の場合でも、自分自ら1人で研究計画を立てて調査をしてまとめるというよりは、むしろ研究室のすでに走っている研究に加わって一部を分担するとか、そういう形になる場合が多いです。

評価基準もこのようにさまざまな形の課題研究がありますので、少し多様にはしています。テーマの新規性、独創性だけではなくて実用性とか有用性も評価します。それからそういうものだけじゃなくて、論理的な思考能力、あるいはプレゼンテーション能力とか、あるいは本人が

どこまでそういうものに、例えば原著であれば研究活動にかかわっているとか、あるいは文章、図表がきちんとずいぶん推敲されているとか、さまざまな観点から評価をします。1つの基準では評価しないということです。

ただこれも、じゃあ、どこを重視するかとか、そういうことまでは細かく決めていません。評価する個々の教員が判断する。それから評価は全員の教員でします。約20人の教員で、全員の評価でします。総合して合否を決めます。すでに本年度の課題研究発表は1月に終わりましたが、約20人の発表がありましたけど、その中の一部抜粋です。例えば生物統計系だと、長期毒性を考慮した抗悪性腫瘍薬の用量設定試験デザインとか、そういうものが出てまいりますし、それから例えば医療コミュニケーションだと医学教育における医師、患者コミュニケーションスキル、文献レビューからの考察とか、あるいは福島原発の汚染問題に関する新聞報道の内容分析とか、あと面白いのは医療情報が公衆衛生大学院に入っていますので、システム開発があったりします。

修了者の進路です。これまでに2007年度に開講しましたので、1年コースはもう2007年度に数名の修了者がいますが、1年コースは5回、2年コースは4回修了者が出ていて、全員で127名。一応修了時に進路の調査をしているのですが、やっぱり修了時点で決まっていなかった学生も若干名いるのと、返信のない学生もおりまして、だいたい85%程度把握できていますが、このような状況になっています。1年コースの学生はほとんどが医師ですので、臨床の現場に戻る修了者が多いです。それから行政、独法、国連機関ですね、厚生労働省にも数名行っております。医師だけでなく保健師等、看護系の資格で厚生労働省に入った者もいます。それから独法は日本版のFDAですね、PMDAでしたっけ、などに行っております。

それから国際機関に行った者も若干、非常に少ないですが1~2名います。それからNGO、シンクタンク、企業等が12%。それからすでに実は博士号を持っている学生もおりまして、あるいは産業医資格を持っている学生もおりまして、そういう者が大学の教員研究者として11%採用されています。それから結果的に38%の者が博士課程に進学をしています。これは医師、医師以外、両方含まれています。医師でも、医師の場合博士課程に直接受験できますが、1年間SPH、公衆衛生大学院で基本的なことを勉強してから博士課程に進みたいという人もいて、6年制の修了者でも公衆衛生大学院を経て博士課程に進学するという者もいます。

それからちょっとここからは国際交流の話ですが、設置翌年、2008年からソウル大学の公衆衛生大学院と交流協定を結びまして、そこに北京大学も加わりまして、PESETOという、これは北京、ソウル、東京の3文字頭文

字を取って、PESETOの公衆衛生大学院会議シンポジウムというのを1年から2年の間隔で開いています。2008年から昨年までで計3回ですね。最初にソウル、次に北京、それから東京という形で、3回それぞれの教員が自分のテーマを発表して意見交換をするというような形で続いています。それぞれの公衆衛生大学院からだいたい4人ぐらいの教員研究者が参加して、あとはその開催地の公衆衛生大学院の学生が参加するというような形です。北京大学の写真が見つからなかったのですが、これが2011年に行った東京大学で、一応参加した教員の方の写真を、先ほどのソウルと同じように撮っております。

それからあと社会活動といたしまして、先ほど黙祷をいたしましたけど、2011年の東日本大震災の後を受けて、公衆衛生は何ができるかということでフォーラムを2度ほど開催しました。これは4月に開催したもののスケジュールで、小さくてちょっと見えないかと思いますが、公衆衛生大学院の教員4人がまず報告をしました。まず最初に私が避難所を中心に被災地の状況の報告、それから2番目に大橋教授、生物統計の教授ですが、福島出身ということで福島の薬剤関係の支援の報告ですね、NGOを立ち上げて非常に現在も精力的に活動されていますが、その報告。

それから3番目が佐々木先生、疫学の教授ですが、専門が栄養ですので被災地の栄養士等の後方支援の報告を。それから最後に精神保健の島津准教授が、これから起こってくるであろうメンタルヘルスの問題の報告をされました。これはかなり公衆衛生大学院の学生以外にも、医学系あるいは東大のほかの院生が70~80人参加しまして、非常に反響が大きかったというような記憶があります。ネットにも動画で掲載をしてあります。この後もかなりの学生が、東京大学としても被災地支援に力を入れていますので、かなりの学生が現地に行ってボランティア活動をしたりしています。

それから評価の話に移りたいと思いますが、専門職大学院だと認証評価ということが必要になりますが、実は専門職大学院でなくても大学自体も認証評価が必要です。学校教育法で大学は7年に一度です。専門職大学院が5年に一度。たまたま2008年に大学の認証評価がありまして、専門職大学院は独立性が高いということで、医学系研究科の教育とは独立に別途専門職大学院、医学系の公衆衛生大学院だけで1つの評価対象になりました。そのとき高い評価をいただきました。どうして高い評価をいただいたかということ、アメリカの公衆衛生大学院の基準にのっとった必修科目を用意しているということで評価をいただきました。

京都の公衆衛生大学院の先生にも聞きましたけど、京都もちゃんとそれはしていると。ただ明確にうたってな

かったと。東大は設置間もないこともあって、そこを非常に明確に、自己評価の中にも入れて明確にうたったので、そこが評価されたということだと思います。

それから専門職大学院としての認証評価は 2011 年度に受けました。2007 年度設置ですので、ちょうど 5 年目の 2011 年度です。認証評価に関しては、その前にきちんと自己点検評価を行うことが必要で、これが結構大変です。前年度の後半ぐらいから準備を始めて、自己評価委員会をつくりまして、自己点検評価をして、その報告書、数十ページのものですが、作って、それをホームページ等に公表して、それを認証評価機関である大学基準協会に提出をして、今度はそれを受けて大学基準協会の外部評価が始まりました。

最初は書面評価があって、それから実地調査。これは教員やあるいは学生にヒアリングを行ったり、あるいは実際に講義室等を見たり、あるいは各授業科目の試験結果なんかも見られたりします。成績評価は厳格に行われているかどうかということで、実際の各科目の成績評価の資料となる試験等の実地検分もあったりします。1 日で終了しますが、評価者は他の公衆衛生大学院の教員だったり、あるいは医学部の公衆衛生の教授だったりという、数名で構成されています。実地調査後もさらに書面によるやりとりがあって、年度末、2012 年の 3 月に評価結果の公表ということになりました。

これが評価結果の最初の数行です。この後長く続くわけですけれども、基準に適合していると、最初に結論がありまして。ただ、認定の期間は 2017 年の 3 月末までであると。つまり 5 年間であると。それからあと総評が書かれています。実は 1 つ条件が付きまして、2 年以内にこの点だけはきちんと対応しなさいということが言われまして、何を言われたかということ、成績評価を厳格にしなさいと。ほとんどの科目は厳格にしているのですが、いくつかの科目に関しては出席だけで成績評価をしていると、そういう仕方ではだめだと。もう少しきちんとレポートなり、必ずしも試験でなくてもいいのですが、レポート等学生の理解度をきちんと測るような評価をしなさいということが条件として付きまして、これに関しては 2 年以内に対応するよう、専攻の中で検討しているところです。

それから最後に具体的にどんなスケジュール感で運営されているかということですが、オリエンテーションを 4 月に入学向けにやりまして、授業がすぐ始まりまして、それから 6 月ごろに入学希望者向けのガイダンス、それから 8 月が例年入試です。後期が 10 月に始まりまして、課題研究が 12 月の末ごろに提出締め切りになって、それから本年度初めてキャリアデザイン懇談会と、もう少し平たく言うと医師以外の、資格者以外の人の就職支援で

すね。修了者に来てもらって、すでに社会に出ている人に来てもらって、仕事の内容とかあるいは面接の極意とか、そういうものをちょっと話してもらいました。

それから課題研究発表会があって、教員向けの FD を毎年開催しています。たまたまいつも年度末になってしまうのですが、今年は明日開催です。3 月の末ごろには大学院化したこともあって、東大は大学院の修了者に対してもかなり盛大な修了式を行いますが、それが 3 月の下旬に予定されています。かなり多くの学生が大学院の修了式にも出席している、参加している状況です。以上です。

玉 腰：どうもありがとうございました。(拍手)



講演 2

「大阪大学医学系研究科の医科学修士 公衆衛生学コース」

磯 博 康 氏

大阪大学公衆衛生の磯です。先ほど小林先生からは東京大学のコースの話がありましたが、大阪大学の話を引き続き行いたいと思います。まず一番違うのは、東京大学では公衆衛生の専門職大学院という形ですが、我々のところは約 30 年前から始まった医科学修士の修士課程でコースを立ち上げて、その中で公衆衛生の教育をしてきました。

私が大阪大学に着任した際の最初のミッションは、修士課程での公衆衛生の大学院の立ち上げでした。2 年がかりで文科省の大学院教育支援プログラムに採択されました。今から 6 年前のことです。「健康医療問題解決能力の涵養」教育プログラムという形で始めました。

教育プログラムのミッションですが大阪大学の教養、デザイン、国際性という 3 つの教育方針に沿って、倫理性、社会性、国際性を有する研究者、専門家を育てるということとしました。その場合、特に修士課程修了後のキャリアパスを意識して、社会人も学べるような体制を構築することを心掛けました。

まず、修士課程の中に社会医学関連講義を開講しました。基本的には現在の公衆衛生専門職大学院にある科目群を開講していったわけです。基本科目として疫学、倫理学、コミュニケーション学、応用科目として、健康に関するもの、医療に関係するもの、あとは人文科学であ

る法学や経済学の科目を入れていきました。2 番目の特徴としては、実習、インターンシップ、フィールドワークをできるだけ拡充しました。3 番目は社会人の受け入れで、フルタイムの学生と一緒に勉強していく環境を提供し、互いの学び合いから社会性を涵養させようと狙いました。

これは平成 25 年度の医科学修士課程の募集のポスターです。キャッチフレーズは働きながらも学べるとしました。社会人学生、一般学生の募集と健康医療問題解決能力の涵養を打ち出しています。そしてこの約 5 年間でプログラムの改良を重ねていきました。まずいわゆる教育支援プログラムから始めて、2008 年には社会医学系コースを修士課程の中に創設しました。さらにコースの充実を図るため、教育の国際化をめざし、外的資金を投入していきました。その 1 つは組織的な若手研究者海外派遣プログラムです。これはロンドンカレッジ大学やハーバード大学、カロリンスカ研究所と学生の交流を行い、3 年間で 35 名の医学部生、大学院生、ポスドク研究員を派遣しました。

また、私が以前からミネソタ大学と研究、人材交流を行っていますので、それも継続してゆき、さらに北京大学、ソウル大学校グローバル 30 の一環として、2 年前から短期留学による人材交流を始めています。具体的には、毎年北京大学から 3 名、ソウル大学から 2 名、日本の留学生が 5 名、両大学に 2 週間ずつ交流の交換留学を行っています。

あと、大阪大学ではグローバルコラボレーションセンター (GLOCOL) というユニークな組織が、大阪外語大学と統合化した後に設置されました。大阪大学のスローガンである「地域に根差して世界に伸びる」に沿って、部局横断型に様々なプロジェクトを組んで、国際的な人材を育成するセンターです。このセンターの海外インターンシップ事業を活用して神戸 WHO センターに、毎年 1~2 名、今年も修士課程の 1 年生が 3 カ月、インターンシップを行っています。そのインターンシップ枠を利用して交流を行っています。

先ほど申し上げた GLOCOL という組織は、医学だけではなく人間科学とか、薬学、国際公共政策学、保健学など、部局横断型の組織として、海外体験型サポート科目群といった、リスク管理の授業、フィールドワークの方法論の授業、国際機関のキャリアパス支援の授業、例えば英語で 1 時間ぐらいのインタビューにどうやって応じるかとか、英語の CV の書き方といったことの講義を提供しています。

また、体験型の教育科目群として、インターンシップや短期間のフィールドワーク、3 週間ほどですが、さまざまなフィールドワーク科目を開講して、医学系研究科だけではなく他の研究科の大学院生も受講できる形をとっ

ています。その中で、私の教室出身のポスドクが GLOCOL の特任准教授としてグローバル健康環境という科目群を開設しています。高度副プログラムとして、大阪大学の研究科で提供している科目群を原則 8 単位以上受講した場合に、大学総長が修了証を出すという方式を取っています。我々の社会医学コースの中の講義ですが、疫学、健康政策学、感染症学、精神身体健康医学、行動学法医学、クオリティマネジメント学、医療安全学、医療倫理学、医療法・法学、医療経済、そして先ほどのグローバル健康環境といった科目群を用意して、これらの赤で示した科目は他の研究科の修士および博士の大学院生が取れるとする。そしてそれを 8 単位とすると、社会医学コースの高度副プログラムを履修したことになり、総長から履修した証明書が出ます。

30 年の歴史がある修士課程でしたが、その中でどうやって社会医学コース (現在の公衆衛生学コース) を入れ込むか、いろいろな先生方と議論しました。その議論に 2 年ぐらい費やしましたが、基本的には現在のカリキュラムである、最初の 1 年次の 1 学期の医学分野の基礎的な講義、これは週日の月曜日から金曜日までありますが、秋からは各教室に行って、課題研究を 2 年次の秋までを行い、1 月に研究論文を発表して審査を受け、学位に至るといった形としています。その中にピンクで示したような 5 時限以降や、土曜日の講義を 1 年次から取れるようになっていきます。あとはインターンシップやフィールドワークを選択できる形としました。

社会医学コース入学者の推移です。修士全体では 20 名が定員ですが、実際に修士課程入学者は過去 6 年間 25 名前後で推移をしておりますが、我々の社会医学コースは 5 名を目標としてきました。社会医学コースの実際の入学者は 8 名、5 名と、年度によって異なりますが、平均すると 8 名強の学生が入学しています。その中で社会人学生は 4 割ぐらいを占めています。

入学者のバックグラウンドを見ますと多様です。医師も 4 分の 1 程度来ており、次いで、薬剤師、保健師、管理栄養士、OT、PT、放射線技師、その他の社会人文科学系の学生も入学しています。フィールドワークは、私に関係する生活習慣病予防対策に関するフィールドワーク以外に、学生の海外研修事業として、これはグローバル 30 の一環ですが、学生が数名チームを組んで申請し、海外のフィールドワークを実施しています。

あとは先ほど述べた海外派遣事業によるハーバード大学への訪問、JICA のインターンシップ実習生などもあります。

また、GLOCOL の教育プログラムでパラオに行ったり、先ほどの北京大学、ソウル大学校などに行っている学生がいます。最近では WHO 神戸センターのインターンをし

ている学生もいます。

大阪府は平成 22 年度から行政医師の受験（毎年 1 名）を推奨しています。あとは八尾市などの我々の生活習慣病予防対策のフィールド、大阪がん循環器病予防センター、大阪府立成人病センター、国立循環器病研究センターといった研究施設も実習先として加わっています。海外フィールドとしては、多くの大学が協力拠点として入っただけでなく、JICA もあります。これは地域における減塩キャンペーンのスライドですが、キャンペーンを行う地域の組織活動や学校教育を体験したり、生活習慣病予防のための健診に参加したりするなどの実習を行っています。GLOCOL のプログラムとして西太平洋諸島のパラオでの実習があります。パラオでは肥満、糖尿病、心臓病などの生活習慣病が顕在化し、国民の健康への脅威が急速に増えています。そのため、大統領は生活習慣に関する非常事態宣言を出しています。パラオでも生活習慣病対策が必要だということで、現在、厚生労働科学研究で名古屋大学の青山先生と共に、パラオでの調査研究を始めたところです。

このパラオでの実習は学生が主体となって、スーパーマーケット、運動施設などを視察したり、家庭訪問をして住民にこれまでの生活様式の変遷などをインタビューしたり、大使や大統領を孝敬訪問をしたりと、様々な活動を行っています。

これは夏休みに疫学各論として行っているセミナーですが、健康の社会決定要因をテーマとして、ロンドンカレッジ大学の教授をお呼びして、日本からは東京大学の川上先生にも来ていただいたことがあります。社会疫学の専門家として 4~5 名外部講師を依頼し、豊富な講師陣による 3 日間のセミナーを行っています。本セミナーは、1 時間から 2 時間の講義やシンポジウムを組み合わせながら進めています。大学院生はもちろん無料ですが、これを公開講座にして、学外の方も無料で聴講ができるような形にしています。幸い、多くの参加者を得ており、2 年前は 75 名、去年は 146 名と大幅に増加しました。

大阪大学の社会医学（公衆衛生）コースの特徴をまとめますと、社会人の受け入れ、行政との連携、高度副プログラム化による大阪大学の他の研究科の大学院生への授業開講、一般の公開授業が挙げられます。さらには、学外からの科目等履修生（8 単位以上取った場合に学長の修了証が得られる）募集も特徴として挙げられます。科目等履修生は毎年 5 名から十数名おられます。去年は 11 名でしたが、入学金と授業料で、大体 150~200 万円が大学に入ってきます。その 100%を医学系研究科に還元してもらい、本コースの運営に使えるという形を 3 年前より導入しました。それによりコースの実質化と継続性を達成しました。

これまで大阪大学医学系研究科の修士課程は、一律にマスター・オブ・メディカルサイエンス（MS）、日本語では修士（医科学）という形の学位でしたが、来年度入学の学生からは公衆衛生学コースの履修者は、マスター・オブ・パブリックヘルス（MPH）、日本語表記では、修士（公衆衛生学）の学位が修得できるようになりました。本コースは、医学概論講義の後に 9 月からコース分けを行い、公衆衛生分野の科目を 12 単位以上、社会医学概論の講義を 2 単位、修士論文の作成と発表を行って 30 単位以上を取ることが修了要件となります。Epidemiology, Biostatistics, Social Science, Behavioral science, Health policy, Health management、Environmental health に関する科目を 20 近く開講して、現在進めています。以上です。



（総合討論）

小笠原：それでは先生方、前の方へよろしく願いいたします。それではただ今より総合討論を開始したいと思います。本日、プログラムを見ていただくと分かりますように、基調講演また北海道の現状とニーズ、またすでに走っていらっしゃる先行大学での紹介といったところで、非常に今我々がどう取り組むべきかといったところが何となく見えてきたのではないかと思います。

最初に全体を通じてフロアの皆様方で何かご質問等はございませんか。せっかくの機会ですし、また北大以外からも道内の大学からいろいろ見えていらっしゃると思うのですが。玉城さん、お願いします。

玉 城：確認までなのですが、先生のところは医学部の中でこういう公衆衛生学というのをつくって、（公衆衛生学）で修士を出すということなのですか。それはほかにもいくつか、5つか6つがあるということの1つとして出されていると。

磯：修士（公衆衛生学）と修士（医科学）、その2つが出せるようになりました。

玉 城：ダブルで出せると。

磯：ダブルデGREEではなく、どちらかを選択するという形です。

玉 城：医科学かまたは公衆衛生学。

磯：例えば私の教室のところで修士（公衆衛生学）ではなく、修士（医科学）を取りたいという学生がいたら、従来の医科学のコースワークを取って、課題研究をして修士論文が通れば、修士（医科学）の学位となります。

玉 腰：小林先生に教えていただきたい。先生のところは逆に医科学では取れなくて、専門職大学院になっているので、先生のところにいらっしゃる修士の課程で、医科学を取れる方はないと考えてよろしいのですか。

小 林：東大には医科学の修士課程もありますが、医科学の修士課程の学生は、我々の大学院の授業は取ることはできますが、学位は取ることはできません。

玉 腰：先生方の逆に、学生側からもそうです、先生方のご身分としては、医学系の修士を出せるのではなくて、専門職大学院の修士を出せるということなのですか。私はまだよくその部分がよく分からなくて、何が出せて何が出せなくて、先生方がどこに所属していらして、学部教育、修士の教育、博士の教育、どういうふうにそれぞれが重なっていらっしゃるのかというのが、すみません、基本的なところだと思いますので、もう少し教えていただいてよろしいでしょうか。

小 林：組織の話はなかなか、事務方に聞かないと詳しいところは分かりませんが、平成 25 年度からはっきりしたのは、1 人の教員は学部と修士に相当する専門職のどちらかと、それから博士の、それぞれ 1 つずつしか専任にはなれない。学部は別ですね、すみません、修士か専門職のどちらかと博士、それぞれ 1 個ずつしか専任としては持てない。専任としては持てないというのは、文科省に申請するときに学生定員をカウントするための教員数に教えてはいけないということです。

ただし、いったんできた後は、博士課程を兼任している教員もたぶん北大の中にもいると思うのですが、どちらかが本分でどちらかは請われて行っているという形で、そういう形は可能です。ですので専門職大学院の教員の中にも医科学の担当者はいます。授業をしている者もいます。ただ負担が非常に大変ではあります。

小笠原：そのほか、全体を通じてご質問とかはございませんか。せっかくですので、議論を始める前に確認をしておいた方がいいところがあればお願いしたいのですが。

先生、お願いします。

岸：学生の側から見てのことで少し、東京大学も大阪大学も医師で 2 年のコースとか、それから東大の場合の社会人経験があると 1 年になるかもしれないけど、2 年のコースもあるということなのですが、それはマスター・オブ・パブリック・ヘルスとそれから医学研究科ですと 4 年の博士課程のコースというのとの、どちらかを、4 年博士課程のコースの中に入って一部保健、パブリックヘルスのマスターを取るとかいうことはどんなふうに可能なのでしょうか。大阪大学の場合はマスターに先に入らないと絶対いけないのでしょうか、きっと。その辺のところを教えてください。

磯：大阪大学の場合は、修士課程と博士課程は独立して運用しています。大阪大学の場合、医師で修士課程に来る学生は、臨床で医院・病院に勤務しているとか、開業しているとか、生命保険会社に勤めているとか、行政機関に働いている方々です。ちょっと変わり種は大阪大学医学系研究科の博士課程を修了したが、疫学の勉強をしたいとって我々の修士課程に来て、修士号も取った学生もおります。しかしながら、博士課程にいながら修士号を取ったりとか、修士課程の 1 年を博士課程の一部にカウントすることは、現状では行っていません。

小 林：いろいろな学生がいるのでなかなか難しいのですが、最初からもう公衆衛生の研究者になりたいという学生の場合は、ほとんどは医学博士課程を最初から受けてきます。ただ、やはり公衆衛生の広い知識を得たいということで、4 年でも 5 年でもあまり差はないということで、公衆衛生大学院を 1 年経て博士課程に進学する者もいます。それからあとは、まれにですけど両方受験して、博士課程が受かったら博士課程に来るという学生もいます。そういう学生にはなるべく 1 年目で公衆衛生大学院の重要な、特に、私のところでは疫学と統計学はなるべく取るようにという形で、授業に参加するように。それは単位としてもなりますので、D1 のときに受講させるようにはしています。ただ、公衆衛生修士の学位は取れません。単位になるだけということです。

岸：ありがとうございました。関連の質問で、医師などで現在職を持っている方は、東京大学は大学院をつくるときに、特別夜間の講義とか休日の講義はあまりなされない予定で設置審に諮られていたと思うのです。1 年ぐらいは集中してほしいということで。それは現在も続けいらっしゃるのでしょうか。特別な措置はしないで一定期間休職して、東大の大学院に集中してほしいという

やり方を、今も続けていらっしゃるでしょうか。

小林： 東大の公衆衛生大学院の授業は基本的に平日の昼間行われます。昼夜開講はしていません、土日開講もしていません。東京大学の全体のルールは、有職者は別に拒んでいません。有職者でも公衆衛生大学院も博士課程も入学はできます。ただし、入学時にその組織の所属長から、学業が主であるという了解の文書を出してもらおう。そこでまずそれが無理な学生はいます。今までも若干名ですがそれが理由で辞退者はいました。それが出た時点で、公衆衛生大学院は授業は基本的に、先ほど出席だけで評価はしないという話をしましたけれども、出席は基本ですので、仕事が非常に忙しくて出席できない学生は留年したりしています。

ですので、そこはもう学生の自己責任ということで、きちんと仕事と学業の方の兼ね合いを付けて授業に参加してもらおうということで、こちら側から特別な配慮はしていません。

岸： ありがとうございます。大阪大学磯先生、お尋ねしたいのですが、大阪大学の場合は大阪の市と協定を結ばれて 1 人ずつ派遣といえますか、ということになりますとやはり 5 講目以降とか、それから土曜日とか、それから先ほど確か海外とも連携で金土日というようなスケジュールもあったと思うのですが、そういうことをして社会人の方が取りやすくなるようなことをされているということなのでしょうか。

磯： 大阪大学は社会人でも学べるということを前面に出して、そのためのカリキュラムの工夫をしています。大阪府との申し合わせについてですが、大阪府の本庁に勤めている医師は非常に忙しいので、例えば保健所（大阪府では医師が 2 人体制）に異動した際に、大学院に来る形を取っています。一番大変なのは最初の 1 学期の週日授業ですが、2 年間分けて取れるようにしてあります。大阪府にも協力していただいて、平日授業の間は休職ではなく研修という形で対応していただくことで、履修者の不利益にならないように配慮しています。授業に関しては多くは土曜日の授業ですので、社会人でも参加できます。夏休みの 3 日間の集中授業は、土日を含めるように開催し、社会人でも参加しやすい形を取っています。

小笠原： どうやってまとめようか非常に悩んでいるのですが、本日のフォーラムのテーマが「北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制」ということでして、先ほども言いましたように、道内のさまざまな大学の方がいらっしゃっています。最初、何人かの

先生にご発言いただきまして、例えばやはり公衆衛生大学院としますと人材ということになってこようかと思えますので、社会的なニーズであるとか、また出た学生のキャリアパスなど、まず北海道内の北大以外の先生方にもお話しいただき、その後に本日講師の先生方にまたそれに対して、重複するところもあろうかと思うのですがお話しいただこうかなと思うのですが、まずご発言いただける先生はいらっしゃいますか。それでは指名させていただいて申し訳ないのですが、札幌市立大学の河原田先生いかがでしょうか。保健師の立場でお願いできればと思うのですが。

河原田： 1 月 1 日で札幌市立大学に移ったばかりなので、一応看護の立場からということでお話しさせていただきたいと思うのですが、保健師教育をしておりますので、大学院で幅広く公衆衛生について学べる場があるというのはとても素晴らしいことだと思うのですが、大学で地域看護の修士課程というのも立ち上げている立場からすると、やっぱり自分の大学にも保健師の修士として入ってもらいたいというそういった気持ちもある一方で、看護の中で補いきれないいろいろな部分も幅広く学習する機会も持ってもらいたいというのが、今の私の大学にいる立場でもあります。

そうなったときに、そういった専門的なところを、先ほど大阪大学の副プログラムではないのですが、大学間連携のような形で幅広い教育を受けられる機会のような形で広がったりだとか、そういったことが本当にできるといいなという気持ちはあります。そういった大学間連携の形というのが、今実際日本の中でどんなふうになっているのかなというの、今後知っていききたいなと感じました。

小笠原： ありがとうございます。それでは栄養士の立場から、天使大学の佐藤先生、コメントをいただけませんか。

佐藤： 天使大学の佐藤でございます。よろしく願います。私の立場ですと、ただ今管理栄養士が病院における栄養指導ですとか、介護施設における栄養ケアマネジメントなどでは実際活躍できているのに対して、地域において在宅療養、訪問栄養指導などは非常に医療保険の点数が高いにもかかわらず、実施率が非常に低いということを憂いているところでございまして。それに私ごとですが、本学では施設の方では OSCE を実施して、管理栄養士の教育に OSCE を学内で導入しているのですが、今後のこととしましては、在宅の支援に対する OSCE というのを今開発中で、そういったようなことをこの専門

職大学院制度の中で、本学も看護、栄養学研究科、栄養管理栄養専攻で博士号まで出しているというコースがございますので、将来何かのヒントになることがあるかなと思って、本日参加したところです。

そこで、今日は医学教育をめぐる諸課題と専門職大学院制度の概要というのが一番興味深く拝聴しました。質問としましては、アカデミックというか、研究面での指導教員とそれから実施面ということで、現任の管理栄養士ですとかそういう専門職に教育をするところの臨床指導のようなものとの比率というのが、何対何程度で構成されているのかなというところが一番お聞きしたかったという印象です。短いんですけど以上です。

小笠原：先生、後でまとめてお答えいただくということでもよろしいですか。

佐藤：はい。

小笠原：それではあともう一方、お願いしたいなと思います。北海道医療大学の志渡先生、コメント等がございますでしょうか？

志渡：私は北大の公衆衛生に一時勤めてから、医療大学の看護福祉学部というところで、看護師それから保健師、社会福祉士、介護士、精神保健福祉士、国家資格でいえばそのような学生の育成に努めているのですが、介護の分野でも、要するにチーム医療の中に組み込まれていて、在宅だとかいろいろ考えていくときに、医療との連携というのは非常に大切になってきます。その意味で私どもの学生を公衆衛生大学院で受け入れていただくとか、そういった門戸を開いていただきたいということを考えて、今回参加させていただきました。

非常に必要性という意味では、保健医療に加えて福祉、広く健康科学もそうですけれども、そういう学生に門戸を開いてくれる。公衆衛生というのは共通言語だと私は思っておりますので、そういう意味で非常に期待をして来た次第です。

小笠原：ありがとうございます。それでは今度は、フロアの方から今3名の方がいろいろ研究面と臨床面ですとか、背景が違う学生の受け入れなどについて今お話をいただいたのですが、それでは本日講演していただいた先生方の方から、そういうところについて何かコメントとかアドバイス等はございませんでしょうか。

小林：まず現場の実習ということに関していえば、少し形式的な話になりますが、私どもの大学院が全部で34

科目あって、そのうち演習、実習科目は10科目ですので、2対1ぐらいというふうに。ただ時間は、先ほどの講演の方で話をしましたが、演習、実習は講義科目の2倍から3倍程度の時間が必要ですので、時間としてはかなり演習、実習を取る学生は費やすことになります。ただ、それぞれ進路がさまざまですので、演習、実習のほとんどは選択科目ですので、学生がこれが必要だという場合にそれを取ってという形なので、実際的には2対1にはならず、実習、演習はもう少し、個々人の学生の中では比重は少なくなるかと思えます。

それから実際に演習、実習に携わる者ですが、例えば統計学演習とか医療技術評価演習というのは、TAとかあるいは助教の先生が手分けをして担当します。それから実際に病院の現場とかそういうものであれば病院の職員が対応します。例えば非常に大きな病院、大学病院ですけれども、の医療情報ということであれば、その医療情報部の中に入ってSEと一緒に実習をしたり。ただ、なかなか難しいのは個人情報がありますので、実際に働いている人とまったく同じ経験ができるかということ、それは無理だと思います。

それからあと北海道の話としては、これはまったくの、実現可能性は分かりませんが、やはり広いですので、遠隔授業とかそういうものも考えた方がいいかなと思います。実際専門職大学院の設置基準の中には、遠隔教育のことがきちんと項目立てて触れられています。

小笠原：磯先生、ございませんでしょうか。

磯：大阪大学の場合は、専門職大学院でないで、東京大学のような実務家教員はおりません。実習に関しては、疫学調査フィールド実習と健康環境フィールド実習を開設しています。

確かに修士課程の限られた期間の間での実習は学生にとっても大変ですが、先ほどスライドに示しましたように、我々の生活習慣病の予防対策を行っているフィールドを訪問して色々な体験をしてもらうことは、学生にとって貴重な経験となります。私のところは先ほどの健康科学センター（現：大阪がん循環器病予防センター）と共同で長年疫学調査を行っていますので、その中に参加してもらうという形で進めています。もちろん個人情報保護のため、個人情報の扱いは十分に気を付けるように指導しています。北海道での展開に関して、小林先生がおっしゃったように遠隔授業は重要な方策の一つだと思います。遠隔授業の展開の際には、公衆衛生の大学院の連合体のような組織をつくって、北海道大学や他の主要大学での大学院が協力して、遠隔授業の展開するのがよいのではと思います。

ありがとうございます。貴重なアドバイス、非常に参考になります。それでは行政の立場から、渡辺先生、廣田先生、公衆衛生大学院の設置への協力体制といいますか、各大学と行政、またキャリアパスとニーズという点からコメントをいただけませんか。

渡 辺：さっきちょっとご質問的なことがあったかと思うのですが、実務家教員の割合というような話があったと。違ったらどなたか先生、訂正等々をしていただければと思うのですが。私が出しました資料の41 ページになるのですが、専門職大学院制度の概要というところで、一応実務家教員の割合はこれぐらいということで、専門職大学院ほか大学院、教職大学院、それぞれに3割、2割、4割ということはお出しておりますので、ご覧いただければと思います。

それとあと、今司会の先生からいただいた話とはちょっとずれるかもしれないのですが、医学教育課において一番思いますのは、一番話が来ますのは、医学、医療ということになってしまうかもしれないのですが、地域医療の充実ということはやっぱり叫ばれる話で、数の話だけではないのですよって話を、この地域における医師確保、地域の医師確保対策 2012 というところでどんなことができるかということで、いろいろかみ砕いていくような整理をしてきたところなのですが。

大学院の話におきましても、何がしかの形で地域医療に寄与していくというような展開があるのかなのか。それは大学院の教育を通じて、あるいは卒業生を通じて、あるいはドクターでなくてもドクター以外の職種の方々のパフォーマンスということを通じてということでもいいと思うのですが、何がしかの形でそういうような展開になるという話があるのかなのかということですが、今までお話を聞いて一番思った次第でございます。

小笠原：ありがとうございます。今のことに一応絡むかもしれませんが、廣田先生、お願いします。

廣 田：保健所とかそういう実際の行政の立場から言うと、阪大の例のように仕事をしながら学んで、しかもやっていることにアドバイスいただけるというか、もちろん本人が勉強しなきゃいけないのですが、そういう体制が一番やりやすいんじゃないかなと思っております。先ほど申し上げたのですが、全般的に行政改革で保健所の数が減っていることとか、それから保健所医師の数も減っていること、あるいは保健所の職員の事務職の職員が、ずっと保健所にいた人ではなくてほかの部から入ってきて、医学にあんまり関係のないところから入

ってきているので、そういう人たちにも納得してもらえそうな仕事をしなきゃいけないということがございます。

なので、こうやって大学と一緒に養成をしていけば、北海道にとってプラスになるのだということ、また今問題になっている地域医療についても、貢献できるのだということが示せていけば、いろいろな形で協力体制が取れるんじゃないかなと思っております。

小笠原：ありがとうございました。磯先生、ご発言をどうぞ。

磯：大阪府からの行政医師が修士課程で勉強する目的には、行政医師の政策の評価等に役立つ知識・技術を習得することが挙げられます。

大阪府の場合はへき地がないものですから、卒業後の医師は、初期臨床研修をしてから大阪府に勤めるというキャリアパスを使っていますが、その後に修士課程に来てもらうといった仕組みを作りました。

今後は、卒後後期臨床研修を終えた4~5年たったところで博士課程において基礎実験をして学位を取り、臨床に戻るというパスだけではなく、修士課程で公衆衛生を勉強して臨床に戻るというパスも充実させてゆく必要があります。働きながらも土曜日や夕方以降の授業で、学部時代では十分に修得できなかった疫学、医学統計・生物統計の知識・技術を学べるようになります。臨床医の多くは、検定とかカイ二乗検定の話をする覚えで知っている状況で、臨床データをまとめて、解析しようとした際に、具体的なやり方が分からないということが往々にしてあります。そういうときに働きながら知識・技術を復習、修得して生かせるという仕組みは絶対に必要だと思います。

卒後臨床を終えたぐらいで、公衆衛生のコースの疫学、医学統計を学びながら、それぞれの分野での医学研究、すなわち、横断研究であったり、ケース・コントロール研究であったり、コホート研究であったり、自分で計画、実施、解析、評価、公表ができるような知識・技術を学べる機会が必要です。

北海道のように非常に広い地理条件の中では、小林先生が言われたように遠隔授業を行ったり、遠隔授業で不十分なところは、例えば、夏休みや冬休みを利用して数日から1週間程度のスクーリングをして、補習授業や学生が抱えているいろいろな質問に答えるといった授業を開設する等の方法も考えられます。臨床医が地域医療を実践しながら、どうやってデータをまとめて、診療や予防等に関するエビデンスを公表してゆかかを学ぶ、1つのよい機会になるかと思えます。臨床医の間で、その需要

は非常に高いものがあると思います。

小笠原：ありがとうございます。

大 滝：それでは時間がもうだいぶ残り少なくなってきたのですけれども、ちょっと今まで話題になってないことで、今日のプレゼンの中にも何度かそういったことが出てきたのですが、このスクール・オブ・パブリック・ヘルスともう 1 つの課題というか、位置付けというか、国際化、国際交流、地域医療ともう 1 つ先ほどの文科省の予算にもグローバルなイノベーションというのがあったように、そういう国際的な視点をどう取り込むかということも、この北大のスクール・オブ・パブリック・ヘルス的な組織の特徴を出す中にそういったことをどう考慮していくかということも、今後の検討課題になってくるかと思いますが、そういった関係で言いますと、山内先生、いかがでしょう。

山 内：私は国際保健などを専門としていますが、もともと東大におりまして、人類生態の出身ですけれども。先ほど説明にありましたように東大は、こう言っているの分かりませんが、残念ながらといいますか、国際保健がパブリックヘルスの公共医学の方に入らなかったという経緯があることもあるかもしれませんが、ちょっとその辺、先ほどの小林廉毅先生の説明だと学生が半分以上留学生だからということで、確かにそれはその通りだと思うのですけれども、日本人の学生もやはり海外で活躍するという人材も必要かなと思っていて。先ほど玉城先生のご質問もありましたけれども。

その点大阪大学はかなり努力をされていて、GLOCOL ということで、非常に努力をされているかと思ったのですけれども、逆に海外でフィールドワークをされる場合に、しかも短い中で修士課程も出さなきゃいけないという、大阪大学の場合は、コースだけではなくて、修士論文ですね、修士論文を書くということで、どのくらいのことのできるのかということがやはりあるかと思っていて、その辺を特に磯先生にお聞きしたいと思います。

磯：国際化に関して、我々が現在行っているのは、パラオのフィールド実習（2～3 週間）で、北京大学とソウル大学校（それぞれ 2 週間）です。パラオの保健省と協定を結んで、生活習慣病に関する調査研究データの一部を大阪大学と名古屋大で共有することとなったので、そのデータ解析も経験させることができます。データには、小中学生の学校保健のデータや WHO による生活習慣病の実態調査（STEP サーベイ）があります。パラオのデータに限らず、修士課程の学生が様々な保健医療福祉

に関するデータを解析して、修士論文を書くという形を取っています。フィールドワークと修士論文とのテーマをできるだけ関連付けて 2 年間で修士論文が作成できるように指導しています。15 年間北京大学の公衆衛生大学院の院長であった Hu 教授は、私の古くからの親友ですが、彼が 5 年前から始めているファンシャン市での生活習慣病のコホート研究を共同で進めてゆくこととなっていますので、学生がその市のフィールド活動に参加してゆくことも計画しています。

山 内：進路といいますか、フィールドワークをされた修士の学生の進路はどんな感じだったのでしょうか。

磯：パラオ派遣の 1 名は医師で、現在医療機関に勤めて、社会人として現在我々のところの博士課程に進学しています。もう 1 人は薬学出身の学生で、これまで実験室での研究をしていましたが、社会医学の研究をやりたいというので、その学生も博士課程に進学しています。

大 滝：玉城先生、どうぞ。

玉 城：僕は教育の国際化が非常に難しいと思うのですよね。そういうことで、磯先生なんか、例えば今の連携大等での単位互換性だとか、そういうことを考えていらっしゃるのでしょうか。それが 1 点と、もう 1 つは渡辺先生にお聞きしたいのは、アメリカなんかでスクール・オブ・パブリック・ヘルスでしたら、だいたいマスターでも 2 種類ぐらいありますね。マスター・オブ・パブリック・ヘルスとマスター・オブ・サイエンス。それから博士課程に行っても Ph.D. もありますし、ドクター・オブ・パブリック・ヘルスもありますし、それからドクター・オブ・サイエンスもあると。それぞれの、同じ組織の中でも学生というか、ニーズにテーラーメイドして学位を出すというようなシステムがあるのですけれども、日本のシステムではそれが可能じゃないのでしょうか、可能なのでしょうかという質問、2 点ほどお願いします。

磯：大阪大学の場合は、GLOCOL という組織は研究科ではなく、部局横断型のバーチャルな組織なので学位を出すことはできません。学内の様々な研究科の教員が兼任教員になって、もちろん特任准教授が 2 人、特任助教が 3 人ほどいますが、研究科から授業を提供してもらい、それらを組織化して学内部局のすべての大学院の博士もしくは修士の学生が授業を取れるようにしています。先ほどの我々の社会医学（公衆衛生学）コースも GLOCOL に科目を提供し、グローバル健康環境といった科目群の形成に貢献しています。その中から 8 単位以上を取れば、

我々の修士課程に来ている学生も、高度副プログラム履修生として、学長の修了証が出るわけです。

ただし、グローバル健康環境の科目群の中には、別の研究科からの授業科目がありますが、その科目の単位を医学系研究科の科目の単位と単位交換できるかという、まだそこまでは至っていません。あくまで高度副プログラムとして、修了証は出すという形ですが、単位互換については文科省の先生に聞いた方が分かるのではないのでしょうか。わたしとしては、現状では難しいという印象を持っています。

渡 辺：今のご質問はちょっとすみませんけれども、医学教育のお話とも専門職大学院の話ともちょっと超えるようなご質問だと思いますので、省庁の方に持ち帰って確認してお答えさせていただきたいと思います。

小 林：よろしいですか。単位の方は我々も考えています。ソウル大学が一番たぶん実現可能性が高いと考えています。先ほどの PESETO の交流が来年度から次の 5 年に入るので、その中で単位の互換が実際にできないかどうか。東京大学全体のルールとしては、お互いに合意すればと。それからあと学生の行き来がイーブンになるような大学、つまり輸入超過でも輸出超過でもいけない。そういう意味ではソウル大学は適当な相手だと考えています。授業料も実は近いみたいなのです。授業料不徴収にしないといけないので、基本的には、学生が向こうでまた授業料を払うと大変です。そういう意味でも 2 人行ったら 2 人来て、授業料はお互いに取らないという形であれば、実際にほかの研究科はやっています、医学系以外は。

ですので、全学で認められないとできないものから、そういう形でできないかどうかというのを、この 5 年ぐらいで考える。それから授業に関しては、英語でやらなきゃいけないだろうと考えています。

玉 城：それに関連して、北大は例えばソウル大学との大学間連携を結んでいますから、向こうに例えば 5 人までは行けるのですかね。5 人まで行っても授業料は出さなないということになっています、だからおそらくそれも東大もなるのじゃないかなとは思いますがけれども。

小 林：その合意をお互いに得られるかどうかを次の 5 年で検討しよう。それは我々だけでなく医学系研究科でも認められないといけないし、大学全体でも認められないといけないので、少しまず単位なしで交流をしてみないと分からないところがあると思います。

大 滝：まだまだいろいろ議論やご質問などがあるかと思いますが、予定の時間を少し過ぎましたので、これでお開きといたします。最後に、岸先生、一言まとめの言葉をお願いいたします。

岸：今日は遠方から、それから地元からも含めまして、4 人の先生方から大変貴重なお話をお聞きすることができました。北海道あるいは北海道大学がどのような役割をこの道内で果たしていくかということに関しましても、かなりのヒントをいただけたのじゃないかと思えます。何しろ北海道は九州プラス四国プラス青森県プラス秋田県だったと思います、非常に広大でして、東京大学や大阪大学のいいところをどんなふうにごここで応用していけるのかなと考えておりますが、アンビシャスはいろいろユニークなアンビシャスを持っていると思えますので、できるだけ何とか北海道のためになるようなことを、またそれを通じて東大、大阪大学とも交流ができるようにしてまいりたいと思っております。

文科省の渡辺さん、本当にありがとうございました。私は久しぶりに医学教育のいろいろな重要性が先生の PowerPoint からよく分かりまして、そういう意味では医学系の方はどなたもそういう印象を持ったのじゃないかと思えます。廣田先生、普段からお友達なのですが、あらためてまとめていろいろなお話を伺えてよかったですと思っています。会場の皆様もありがとうございました。今日の論点を整理いたしまして、この秋に今年はそこいらっしゃる志渡先生が北海道公衆衛生学会の会長をされるのですね、ちょうどそのときにまたフォーラムかシンポジウムを持たせていただいて、この議論を発展させたいと思っております。どうかよろしく願いいたします。ありがとうございました。(拍手)

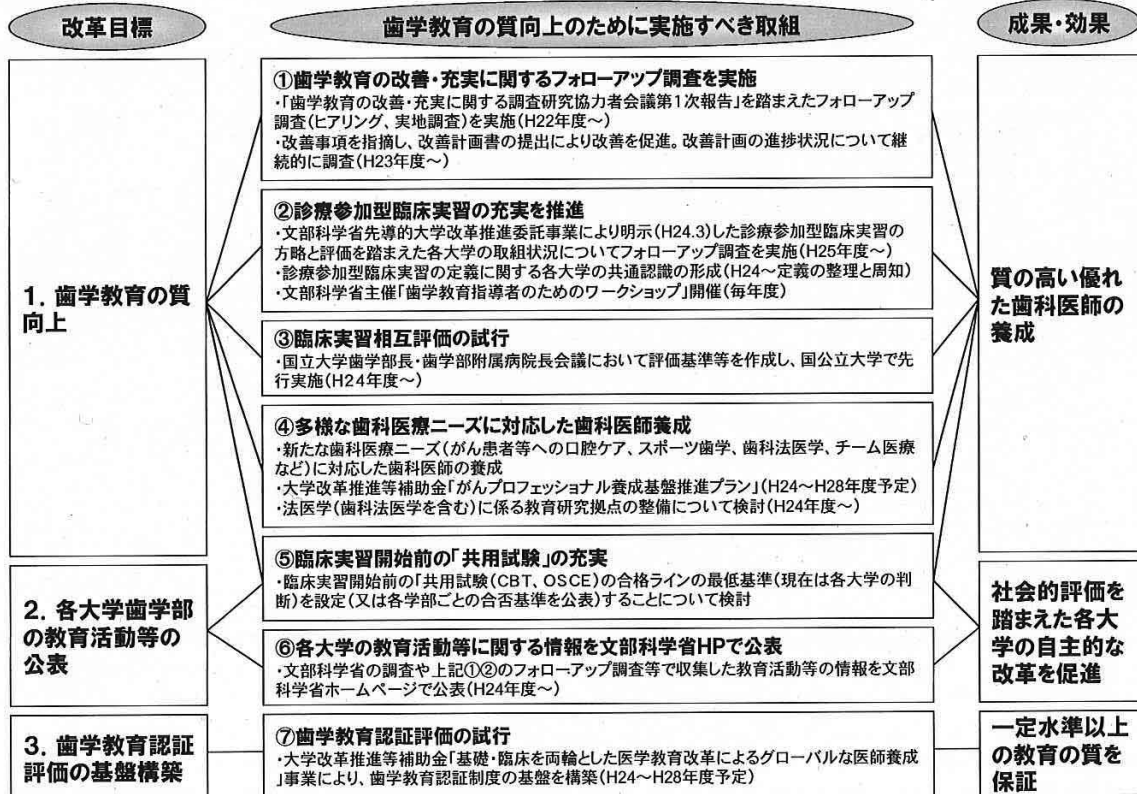
大 滝：それではこれでお開きとさせていただきます。ご参加、ありがとうございました。

医師養成の改善・充実の方向性

課題	文部科学省等における取組	基調講演 資料
(H23.12全国医学部長病院長会議グランドデザインより)		効果・達成目標
卒業前の課題 1. 入学者選抜 ・各大学のミッションの再設定、アドミッションポリシー等の公表 ・地域枠の効果の検証 等 2. 臨床実習前教育 ・人間教育、リサーチマインド形成等のための教育充実 ・共用試験合格者を「資格」として認定 等 3. 臨床実習 ・診療参加型臨床実習の充実、Advanced OSCEの導入 ・地域基盤型教育の導入による多様な疾患等の学習等 4. 医師国家試験の改革 ・知識偏重試験のため、6年次後半が予備校化 等	①国立大学医学部のミッションの再定義(H24年度) ②地域枠出身医師等の進路調査(全国地域医療教育協議会にて検討中)への協力 ③医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂(H23.3) ④全国医学部長病院長会議における「スチューデントドクター制」の検討(H25.4導入予定) ⑤「診療参加型臨床実習の充実に向けての提言」をとりまとめ(H24.3 先導的大学改革推進委託事業) ⑥「グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実」事業(H24年度～)	・優れた入学者の確保 ・社会の期待に応える優れた医師の養成 ・真の診療参加型臨床実習の実施(時間数、内容とも) ・大学自らの能力評価を通じた医師国家試験の合理化
卒業後の課題 5. 初期臨床研修 ・卒前教育と卒後研修の到達目標の精査 ・医学研究者(特に基礎)を養成する視点の欠如 等 6. 高度専門医療人の養成 ・大学をローテートするプログラムの構築 等 7. 医学研究の振興と大学院の充実 ・MD研究者養成プログラムの構築、指導体制の確立等	⑦「大学病院間の相互連携による優れた専門医の養成」事業(H20～24年度) ⑧「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」事業(H24年度～) ⑨「医学・医療の高度化の基盤を担う基礎研究医の養成」事業(H24年度～)	・卒前実習の充実による基本診療能力向上に基づく初期臨床研修の合理化 ・高度医療を担う専門医療人の養成 ・イノベーション創出を担う基礎研究医、臨床研究医の養成
卒業前・後にまたがる課題 8. 生涯教育 ・学部教育、卒後を一貫した医師養成プログラムの提供 9. 総合診療及び救急医療の教育充実 ・総合診療部門の充実 ・救急医療、産科、小児科等の活力向上 等 10. 医学教育の分野別認証 ・卒前医学教育に特化した評価システムの構築 等 11. キャリア・ディベロップメント等 ・キャリア教育の構築、医師全体の過重労働の軽減 等 12. 教育環境の整備 ・定員増に見合う教員と設備の充実 等 13. 医師の地域偏在と診療科偏在の解消 ・増員した定員の維持 ・地域単位で医師の養成を図る仕組みの構築 等	⑩「超高齢社会及びメディカル・イノベーションに対応した医療人養成事業」(H25年度概算要求事項) ⑪「周産期医療に関わる専門的スタッフの養成」事業(H21年度～) ⑫「医学・歯学教育の認証制度の実施」事業(H24年度～) ⑬「医学部入学定員の増員」(H20年度～) ⑭「定員増に伴う教育環境の整備に対する支援」(H20～) ⑮「大学病院における医療支援人材確保事業」(医師事務作業補助者、地域・へき地医療支援人材の雇用等)(H21年度～) ⑯「チーム医療推進のための大学病院職員の人材養成システムの構築」事業(H23年度～)	・大学と地域医療機関等の連携による優れた総合診療医等の養成 ・世界基準の医学教育評価システムの構築 ・地域の医療ニーズに対応した人材養成による、医師の地域偏在、診療科偏在の解消への貢献 チーム医療・役割分担の推進や女性医師の活躍支援等による医師全体の過重労働の軽減

歯学教育の質向上のための施策の方向性

平成24年12月11日
歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議まとめ



看護教育の改善・充実について②

看護教育の課題と対応

◆看護系大学の急増、医療の高度化、医療・看護ニーズの変化・拡大

大学における看護教育の課題

- 学士課程で学生が身につけるべき学習成果の明確化が求められている。
- 社会環境の変化により、実習内容が制限されている。



今後の看護系大学の人材養成の在り方を明確にし、教育の質を保証する必要性

大学院における看護教育の課題

- 養成する人材像や習得すべき能力の明確化が不十分
- 社会人受け入れ体制の整備等による教員の負担増や大学院に在学中の教員が多いなど、教員の質的、量的充実が課題



教育研究者養成の充実、高度専門職業人養成の質保証を推進する必要性

平成21年3月に4年制大学における看護学教育の充実強化を図ることを目的に文部科学省に「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」を設置。平成23年3月に検討会最終報告をとりまとめ。

【主な内容】

- ①実習施設の確保が困難となっている現状を踏まえ、従来より大学では看護師養成と併せて行うこととしてきた保健師養成を、各大学が自身の教育理念・目標や社会のニーズに基づき、選択可能とする
- ②学士課程修了時に看護専門職者として修得すべきコアとなる能力とそのために必要な教育内容を示した「学士

3

薬学教育モデル・コアカリキュラム改訂に向けた考え —基本的な資質に基づいたコアカリキュラムの改訂—

薬剤師として求められる基本的な資質(案)

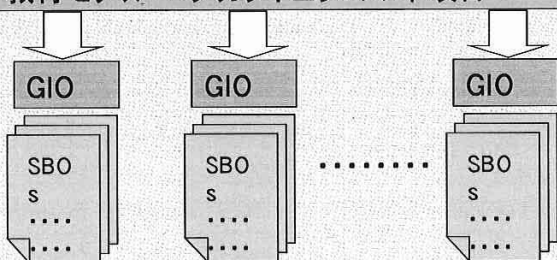
- ①薬剤師としての心構え
- ②患者・生活者本位の視点
- ③コミュニケーション能力
- ④チーム医療への参画
- ⑤基礎的な科学力
- ⑥薬物療法における実践的能力
- ⑦地域の保健・医療における実践的能力
- ⑧研究能力
- ⑨自己研鑽
- ⑩教育能力

薬学教育と実務実習モデル・コアカリキュラムの一本化

薬学教育モデル・コアカリキュラムの大項目

- A 基本事項
- B 導入教育
- C 薬学基礎教育
- D 衛生薬学・社会薬学教育
- E 医療薬学教育
- F 薬学臨床教育
- G 薬学研究

薬学教育モデル・コアカリキュラムの中項目



4

専門職大学院制度の概要
—Professional Graduate School—

時代が求める新しいタイプの大学院

専門職大学院は、科学技術の進展や社会・経済のグローバル化に伴う、社会的・国際的に活躍できる高度専門職業人養成へのニーズの高まりに対応するため、高度専門職業人の養成に目的を特化した課程として、平成15年度に創設されました。

制度創設時から法曹（法科大学院）、会計、ビジネス・MOT（技術経営）、公共政策、公衆衛生等の様々な分野で開設が進み、平成20年度には、実践的指導能力を備えた教員を養成する教職大学院が開設し、専門職大学院は、高度で専門的な知識・能力を備えた高度専門職業人を養成することが期待されています。

専門職大学院の特徴

- 研究者ではなく、高度で専門的な職業能力を有する人材を養成
- 研究中心ではなく、理論と実務を架橋した高度で実践的な教育
- 研究者教員だけでなく、高度な実務能力を有する実務家教員を一定割合配置

修士課程との違い

	修士課程	専門職学位課程		
		専門職大学院 (平成15年度～)	法科大学院 (平成16年度～)	教職大学院 (平成20年度～)
修業年限	2年	2年	3年	2年
修了要件	30単位以上 修士論文の作成 (研究指導)	30単位以上	93単位以上	45単位以上 (うち10単位以上は学校等での実習)
専任教員	—	修士課程を担当する研究指導教員数の1.5倍の数 + 研究指導補助教員数		
実務家教員	—	3割以上	2割以上	4割以上
授業方法	—	①事例研究、現地調査、双方向・多方向に行われる討論・質疑応答	①同左 ②少人数教育を基本(法律基本科目は50人が標準)	①同左 ②学校実習及び共通科目を必修
学位	修士(〇〇)	〇〇修士(専門職)	法務博士(専門職)	教職修士(専門職)
認証評価	—	教育課程や教員組織等の教育研究活動の状況について、文部科学大臣より認証を受けた認証評価団体の評価を5年毎に受審することを義務付け、教育の質保証を図る仕組みを担保		

5

柔軟で実践的な教育

専門職大学院では、特定の職業分野に応じた柔軟で実践的な教育が行われます。そのため授業方法も、実習、事例研究、フィールドワーク、ワークショップ、シミュレーション、ロールプレイング等を中心としています。

また、実際に産業界・実業界で活躍する実務家教員が、産業界等の最前線の実務の専門的識見・経験をもとに、知見を理論化した授業を行うなど、理論と実務を架橋した教育が受けられるのが専門職大学院の魅力です。

①フィールドワーク

設定したテーマに関わる代表的な実践事例について、実地調査を行う。

②ワークショップ

設定したテーマに即した事例を学生がそれぞれに持ち寄る。教員は、それら事例の発表を土台として、それらの背景等についての分析・考察を導く。

③シミュレーション

授業テーマ等に関わる条件を設定し、その条件下において想定できるモデルプランを示し、その企画立案・効果等についての検証を行う。

④ロールプレイング

ある条件を設定し、その条件下で学生に役割（例えば批判する側と推進する側等）を割り当てて事例の検討を行う。

6

多様な分野の専門職大学院

国際的あるいは社会的に活躍できるリーダーの養成が期待される分野で、多くの専門職大学院が開設されています。

分野	概要	修了後の進路の例
ビジネス・MOT	経営戦略、組織行動、ファイナンス、マーケティング、技術・生産管理、情報システム等の科目により、経営分野のリーダーを養成。なお、MOT（技術経営）は、経営に技術的内容を融合した分野。	経営企画・CEO候補者、独立・社内ベンチャー起業家、先端技術戦略・政策立案者、幹部技術者 等
会計	企業や行政機関等の会計並びに監査の担い手として、様々な専門知識や能力、ITへの対応力、論理的かつ倫理的な判断力などを備えた会計のプロフェッショナルを養成。修了者は、公認会計士試験の一部科目が免除される。	公認会計士、企業や行政機関等における会計専門家、コンサルタント等
公共政策	公共政策に関する総合的な能力（課題発見、分析・評価、立案等）を有する人材を育成。各種公務員試験の免除等はない。	国際機関、行政機関等における政策・立案従事者
公衆衛生	健康の保持・増進、疾病の予防等に関して 指導的役割を果たす人材を養成。	公衆衛生行政担当者、企業等の健康管理専門家、病院の医療安全管理者、シンクタンク・NGO等のアナリスト等
知的財産	知的財産の創造、保護、活用を支える人材を養成。修了者は、弁理士試験の科目が一部科目が免除される。	弁理士、企業、行政機関等における知財担当 等
臨床心理	人間の心の問題への専門的援助ができる人材を養成。修了者は、臨床心理士資格試験の一部科目が免除される。	企業や教育機関におけるカウンセラー、医療・保健、福祉関係業務従事者 等
法曹養成 (法科大学院)	専ら法曹養成(弁護士、裁判官、検事)のための教育を行うことを目的とした専門職大学院。	弁護士、裁判官、検事、企業・行政機関の法務担当者等
教員養成 (教職大学院)	教員養成に特化した専門職大学院。実践的な指導力・展開力を備えた新任教員と、スクールリーダー(中核的・指導的な役割を担う教員)の養成。	専ら幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校の教員

※この他にも、情報、原子力等、多様な分野がある。

分野別専攻数一覧

分野	開設年度										分野別合計
	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	
ビジネス・MOT	6	7	7	7	2	3		1		1	33(31)
会計	1		9	5	2		1				16(16)
公共政策	1	3	2	1	1						8(8)
公衆衛生	2				1				1		4(4)
知的財産			2					1			3(3)
臨床心理			1		3		1		1		6(6)
法科大学院		68	6								74(74)
教職大学院						19	5	1			25(25)
その他		5	2	5	1	3	1				16(14)
合計	10	83	29	18	10	25	8	3	2	1	185(130)

※()は大学数。1の大学で複数の専攻を設置している場合があるため、合計欄は各大学の和とはならない。
 ※分野別合計欄は現況(平成24年9月)と合致させているため、専攻の廃止があった分野は合計が一致しない。

公衆衛生分野の大学院について

H17.6.13 新時代の大学院教育－国際的に魅力ある大学院教育の構築に向け
中間報告 別添医療系ワーキング・グループ報告書 抜粋

2. 課程制大学院の趣旨に沿った教育課程や研究指導の確立について

(1) 教育・研究指導の在り方について

② 各分野毎における教育・研究指導の在り方

(V) 公衆衛生分野の大学院について

○ 医療疫学、医療経済、予防医療、国際保健、病院管理等の幅広い分野を含む公衆衛生分野の大学院については、高齢化等の進展に対応して、また、医学、歯学、薬学等のヒトを対象とした臨床研究・疫学研究の推進を図るためにも、公衆衛生分野における高度専門職業人の育成が課題となっている。

○ このため、欧米の状況も踏まえ、2年制の専門職大学院として、大学院の整備を進めていくことが必要であり、また、それに必要な教員の養成やカリキュラムの開発、修了者の社会での活躍の場の拡大など、関連する施策を進めていくことが求められる。また、その場合の教育内容については、各専門領域に共通するコア科目の修得と、各専門領域における専門科目の修得とを組み合わせるような工夫が必要である。

○ 博士課程(後期)においては、当該分野における研究者養成とこの分野の教育者の育成を主たる目的とし、その目的に相応しい教育内容とすることが適当である。

専門職大学院の認証評価

① 専門職大学院は、教育課程や教員組織等の教育研究活動の状況について、文部科学大臣から認証を受けた認証評価機関の評価(5年以内ごと)を受けなければならない。

(学校教育法第109条第3項、学校教育法施行令第40条)

② ただし、当該分野の認証評価機関が存在しない場合その他特別な事由がある場合は、次のいずれかの措置を講じなければならない。

(当該措置は平成25年3月まで)

・ 文部科学大臣が指定した海外の評価団体において評価を受け、その結果を公表し文部科学大臣に報告。

・ 自己点検評価を行い当該大学以外の者による外部評価を受け、その結果を公表し文部科学大臣に報告。

(学校教育法第109条第3項、学校教育法施行規則第167条)

**新しいSchool of public healthとは？
文部科学省からの情報収集メモ**

参加者
文部科学省 医学教育課長 三浦氏、他2名
北海道大学 岸(医学)、河口(教育)、小笠原(保健)

日時・場所
平成20年3月10日 10:00～11:30
文部科学省・医学教育課

情報収集内容

- 日本におけるMPHの役割について
- 最近の公衆衛生大学院の動向
- 新しいSchool of public healthとは？
- 大学院を設置するにあたって
- School of Public Healthの組織
- MPH-PhDプログラムの可能性

日本におけるMPHの役割について

- Public healthの概念
 - 医学の中にPublic healthがあるわけではなく、Public healthの概念の中に医学がある
 - School of public healthを医師だけで作ると特徴がない
 - 保健師の意味は何か？保健活動とは何か？
 - MPHは欧米の概念？
 - Public healthを型にはめることができるのか？

最近の公衆衛生大学院の動向

- MPHはMBAのPublic health版？
 - Health Policy、Health Managementにシフトしている
 - 公共政策系MPH
 - 生物系MPH
 - Public healthを型にはめることができるのか？
- School of public healthの教育基準
 - 日本で取得したMPHは世界で通用するのか？
 - 米国だけではなく、WHOの基準を満たせるのか？

新しいSchool of public healthとは？

- 集まる先生方がPublic Healthを理解しているのか
 - 分野の専門家を寄せ集めた科目を担当者の集団ではschool of public healthではない
 - 具が豪華でも、ダシが無ければ料理は美味しくない
- 日本の先発校(東大・京大)は成功しているのか
- 海外大学院との連携は？
- 北海道地域での連合大学院の可能性は？
- E-learningとpart-time大学院は必須

大学院を設置するにあたって

- 「何がしたい」のか明確になっているか？
 - どんな大学院にしたいのか？
- 単なる予算獲得の手段になっていないのか
 - コースを作るだけではダメ

大学院の構造改革をするつもりで
プランして欲しい

専門職の研修体制の実態は？(平成21年)

- × 県レベルでは、全国的にも各職種の研修計画があるところは少なく13県(28%)
- × ほとんどが保健師のみで、全職種の計画があるのは2県のみであった
- × 7割の保健所が保健所数の減少・組織改編などにより「人材確保・資質向上に問題がある」としていた。
- × 更に市町村では「現任教育をシステム化して実施している」のは4%しかなかった
(46%はシステムはないが現任教育実施)
- 道の調査では175市町村中13%に現任教育計画あり

医師の研修体制

- × 保健所長になるために必須の研修と、医師として求められる技術及び公衆衛生やの専門性を高めるための研修がある
- × 北海道の例 OJT (特に所長でない医師)
業務別研修 健康危機管理研修(毎年)
派遣研修 所長会主催の研修
↓
- × 結核対策アドバンスコース～ほぼ必須
- × 保健医療科学院 保健福祉行政管理分野(分割前期)必須
(ただし後期は対象外)
- × 他の派遣研修はその年の対象者と予算で調整
- × 自己啓発として大学院に行ったり、学会、医師会主催の研修会に出席する場合、費用は自己負担、勤務上は義務免除か休暇となる。(公衆衛生学会を除く)

参考：地域保健法施行令

- × (所長)第4条 保健所の所長は、医師であって、次の各号のいずれかに該当する法第5条第1項に規定する地方公共団体の長の補助機関である職員でなければならない。
 - 一 3年以上公衆衛生の実務に従事した経験がある者
 - 二 厚生労働省組織令(昭和12年政令第252号)第135条に規定する国立保健医療科学院の行う養成訓練の課程(以下「養成訓練過程」という。)を経た者
 - 三 厚生労働大臣が、前二号に掲げる者と同等以上の技術又は経験を有すると認めた者

今後の方向性

- × 国・国立保健医療科学院での人材育成指針(地域保健法基本指針に明示されたことの具体化)育成指導者研修の実施
- × 都道府県レベルでの人材育成計画の策定と各大学の公衆衛生分野などと連携した人材育成体制の構築
- × 圏域レベルで保健所が核になり、初任者研修、地域保健関係者(市町村職員やソーシャルキャピタルを含む)の人材育成を行う
- × 個人の公衆衛生専門教育を行政・大学が支援していける風土を！！

東京大学の公衆衛生大学院 6年の歩みと認証評価

東京大学大学院医学系研究科
公共健康医学専攻
専攻長・教授 小林廉毅

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

1

公共健康医学専攻の目的

本専攻は、国民や地域住民、患者も含めた広範な人々の健康の維持、増進、回復及び生活の質(quality of life)の改善に寄与する最先端の研究を推進するとともに、公衆衛生領域で指導的及び実践的役割を果たす高度専門職業人を養成する。本課程の修了者には、公衆衛生学修士(専門職)が授与される。

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

5

公共健康医学専攻の特徴(歴史)

- ◆ 当該分野における東京大学の「強み」
- ◆ 日本最初の公衆衛生学講座
1947(昭和22)年設置
- ◆ 日本最初の保健学の大学院
1965(昭和40)年開設
- ◆ 大学院重点化
1995(平成7)年 社会医学専攻
1996(平成8)年 健康科学・看護学専攻
- ◆ 公衆衛生の専門職大学院(公衆衛生大学院)
2007(平成19)年 設置

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

6

海外の公衆衛生大学院

- ◆ Johns Hopkins University
School of Public Health (1916)
- ◆ Harvard University
School of Public Health (1922)
- ◆ University of London
School of Hygiene & Tropical Medicine (1924)
- ◆ Seoul National University
Graduate School of Public Health (1959)

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

7

公共健康医学専攻の特徴(カリキュラム)

- ◆ コースワーク・フィールドワークの重視
講義・演習・実習の組合せ
- ◆ 多様な科目
必修科目と選択科目の組合せ
- ◆ 2年コースと1年コース(定員計30人)
実務経験者向けの1年コース
- ◆ 課題研究(2年コース)
教員による実務・研究指導

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

8

公共健康医学専攻の特徴(授業科目)

- ◆ 必修科目
疫学 「疫学研究と実践」or「医学研究のデザイン」
統計 「医学データの統計解析」
行動・社会科学 5教科から2科目選択
医療管理 2教科から選択
環境保健 「環境健康医学」
上記6科目(計11単位)を指定

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

9

公共健康医学専攻の特徴(授業科目)

◆ 選択科目

- 臨床疫学
- 保健医療経済学
- 医療コミュニケーション学
- 健康増進科学
- 医療安全管理学
- 健康危機管理学
- など、必修科目とあわせて計34科目を用意

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

10

公共健康医学専攻・授業予定表

科目群	夏学期	夏学期休暇期間	冬学期
疫学保健学系科目	疫学研究と実践 医学データの統計解析 保健医療経済学 医学統計学演習 臨床疫学 医療コミュニケーション学 医療コミュニケーション学実習	予防保健の実践と評価 医療技術評価学演習	医学研究のデザイン 臨床疫学・経済学演習 医療経済学演習
行動社会医学系科目	精神保健学Ⅰ 健康増進科学 医療倫理学Ⅰ 医療倫理学Ⅱ		精神保健学Ⅱ 健康教育学 社会と健康Ⅰ 社会と健康Ⅱ
医療科学系科目	医療情報システム学 公共健康情報学 法医学・医事法学 医療安全管理学 健康危機管理学	医療安全管理学実習 保健行政・健康危機管理 学実習	健康医療政策学 法医学・医事法学演習 医療情報システム学実習 公共健康情報学実習 環境健康医学
共通科目	公共健康医学特論 課題研究	インターンシップ	課題研究
必修授業 (公共政策)	社会保健政策		社会保健政策 医療政策

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

11

教員組織の特徴

- ◆ 専任教員(現員)19人(実務家教員6人を含む)
- ◆ 疫学保健学系
数量的分析、コミュニケーション手法
- ◆ 行動社会医学系
行動科学、社会科学的方法論
- ◆ 医療科学系
制度、システム、情報の応用
- ◆ 協力講座
健康・環境医工学(疾患生命工学センター)
医療安全管理学(寄付講座)

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

12

公共健康医学専攻 (School of Public Health)

公共健康医学専攻
(専門職学位課程)

疫学保健学講座 (Epidemiology and Health Sciences)
生物統計学 (Biostatistics)
社会予防疫学 (Social and Preventive Epidemiology)
臨床疫学・経済学 (Health Economics and Epidemiology Research)
医療コミュニケーション学 (Health Communication)

行動社会医学講座 (Behavioral Health Sciences)
精神保健学 (Mental Health)
健康教育・社会学 (Health Sociology and Health Education)
保健社会行動学 (Health and Social Behavior)
健康増進科学 (Health Promotion Science)
医療倫理学 (Biomedical Ethics)

医療科学講座 (Health Services Sciences)
健康医療政策学 (Health Policy)
医療情報システム学 (Healthcare Informatics)
臨床情報工学 (Clinical Information Engineering)
法医学・医事法学 (Forensic Medicine and Medical Law)

(協力講座) 疾患生命工学センター・健康環境医工学
(協力講座) 東大病院寄付講座・医療安全管理学

13

疫学保健学系の分野

- ◆ 生物統計学 (生物統計学/疫学)
- ◆ 社会予防疫学 (新設)
- ◆ 臨床疫学・経済学 (新設)
- ◆ 医療コミュニケーション学 (東大病院UMIN)

(青字は従来の組織・博士課程分野名)

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

14

行動社会医学系の分野

- ◆ 精神保健学 (精神保健学)
- ◆ 健康教育・社会学 (健康社会学)
- ◆ 保健社会行動学 (健康学習・教育学)
- ◆ 健康増進科学 (健康増進科学)
- ◆ 医療倫理学 (医療倫理学)

(青字は従来の組織・博士課程分野名)

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

15

医療科学系の分野

- ◆ 健康医療政策学 (公衆衛生学)
- ◆ 医療情報システム学 (医療情報経済学)
- ◆ 臨床情報工学 (新設)
- ◆ 法医学・医事法学 (法医学)

(青字は従来の組織・博士課程分野名)

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

16

修了者の進路 (高度専門職業人)

- ◆ 公衆衛生行政、企業等の健康管理専門家
- ◆ 臨床研究・EBM、臨床試験の専門家
- ◆ シンクタンク、保険組織、NGO等の専門家
- ◆ 病院の医療経営・情報システムの専門家
- ◆ その他(博士課程、研究機関、国際機関など)

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

17

課題研究(2年コース必修)の評価

- ◆ 研究内容による分類(学生の自己申告)
- ◆ 区分: 原著、公衆衛生活動報告、システム開発、文献レビュー、その他
- ◆ 評価基準(以下の基準を総合して評価)
 1. テーマの新規性・独創性・実用性・有用性
 2. 論理的(科学的)な思考能力
 3. 方法(アプローチ)の妥当性
 4. 結論のimplication・テーマの発展性
 5. プレゼンテーション・質疑応答能力
 6. 本人の貢献度
 7. 文章・図表の完成度

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

18

修了者の進路 (過去5年間の実績)

2年コース78名、1年コース49名(計127名)修了

- ◆ 医療機関(ほとんど医師) 26%
- ◆ 行政・独法・国連機関 12%
- ◆ NGO・シンクタンク・企業 12%
- ◆ 大学・研究所(教員・研究者) 11%
- ◆ 進学(博士課程) 38%

(ただし、進路不明・修了時未定者を除く)

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

19

専門職大学院認証評価 (東京大学公共健康医学専攻 2011年度)

- ◆ 2010年度 自己評価委員会設置、自己点検開始
大学基準協会と事前打合せ
- ◆ 2011年7月 自己点検・評価報告書公表
- ◆ 7月 大学基準協会に正式に依頼
- ◆ 7~11月 書面審査
- ◆ 11月 実地調査(1日)
- ◆ 11月~2月 書面による質疑応答
- ◆ 2012年3月 評価結果公表

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

20

2012(平成24)年度スケジュール

- ◆ 4月 入学オリエンテーション、夏学期授業開始
- ◆ 6月 入学希望者向けガイダンス
- ◆ 8月 入学試験(2013年度入学者)
- ◆ 8~9月 夏季休業期間(集中授業等)
- ◆ 10月 冬学期授業開始
- ◆ 12月 課題研究論文提出締切
- ◆ 12月 キャリアデザイン懇談会
- ◆ 1月 課題研究発表会 1/11(金)
- ◆ 2月 冬学期授業終了
- ◆ 3月 学位授与式

2013年3月11日(月)

北海道における公衆衛生大学院

22

**「健康医療問題解決能力の涵養」
教育プログラム**

医科学の知識、技能の習得において、
○教養-倫理性
○デザイナー応用性
○国際性-社会性 の必要性が増大

目的:

- 1) 高度な倫理観の涵養
- 2) プロジェクト企画・マネジメント能力の涵養
- 3) 健康医療の諸問題の解決能力の涵養
- 4) 修士課程終了後のキャリアパスの幅の拡大

大学院教育実質化の3大方針

- 1) 新しい社会医学関連講義の開講 (倫理性、応用性)
基礎: 疫学、倫理学、コミュニケーション学
応用: 健康マネジメント、医療マネジメント、
人文社会科学の科目
- 2) 実習、インターンシップ、フィールドワークの拡充
(倫理性、応用性)
- 3) 学生のバックグラウンド拡大のための社会人の受け入れ
と内部学生との交流 (社会性)

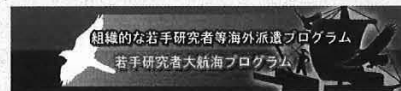
教育組織、プログラムの経緯

1) 国内での教育体制の組織化

- ・ 大学院修士課程の社会医学コース創設 (2008年)

2) 教育の国際化

- ・ 組織的な若手研究者の海外派遣 (2010-2012年)
3年間で27名の派遣: UCL, Harvard, カロリンスカ
- ・ ミネソタ大学との研究、人材交流
睡眠共同研究、留学
- ・ 北京大学、ソウル大学校との短期留学人材交流
短期訪問5名/年、留学生数名受け入れ
- ・ グローバルコラボレーションの海外インターンシップ事業
WHO神戸1~2名/年間



学術振興会

社会疫学の研究者・教育者の育成

高度でバランスのとれた研究・教育能力を涵養
社会疫学の研究・教育分野の世界トップ3大学

ロンドン・カレッジ大学



ハーバード大学

カロリンスカ大学



医学生、若手研究者を組織的に派遣



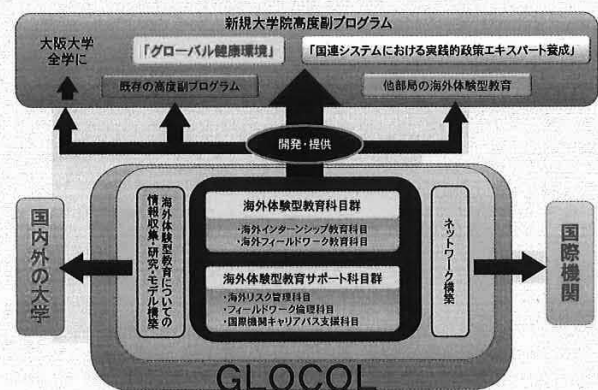
公衆衛生諸問題を解決する
東洋の知の形成
和、包括性、循環性

公衆衛生分野でアジア・世界のリーダーとなる
文理融合型・問題解決型人材の組織的な育成
大阪大学 北京大学 ソウル大学校



2011年より、医学生、大学院生の交流開始
大阪大学SSSVプログラム: 日本5名、中韓5名
セミナー、授業、フィールド演習、学生プロジェクト
帝京・ハーバードプログラムとの提携

海外体験型教育企画オフィスとの連携



社会医学講義(高度副プログラム)

健康マネジメント

- 疫学総論(2単位)
- 疫学各論(2単位)
- 健康政策学総論(2単位)
- 国際健康政策学(2単位)
- 国際感染症学(2単位)
- 環境健康リスク論(2単位)
- 精神・身体健康増進医学各論(2単位)
- 行動医学・健康教育学(2単位)(平成25年度予定)

医療マネジメント

- 法医学概論(2単位)
- 法臨床医学(2単位)
- 医療安全クオリティマネジメント学総論(2単位)
- 医療倫理学(2単位)

人文社会科目

- 医療・法・裁判 I・II(4単位)
- 経済学・経営学の基礎理論(1単位)
- 医療経済・経営入門(1単位)
- グローバル健康環境(2単位)

カリキュラム

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年次	医学分野概論講義				課題研究							
2年次	課題研究										研究論文 (発表・提出)	

社会学コースのカリキュラム

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年次	医学分野概論講義				課題研究(インターンシップ・フィールドワークの活用) ① 1~4時限 社会医学講義(一般学生)							
	5時限 社会医学講義(①一般学生・②社会人) ② 土曜日 社会医学講義(社会人)											
2年次	課題研究 (インターンシップ・フィールドワークの活用)										研究論文 (発表・提出)	
	②1~4時限 社会医学講義(一般学生)				③ 土曜日 社会医学講義(社会人)				5時限 社会医学講義(②一般学生・③社会人)			
	③ 土曜日 社会医学講義(社会人)											

社会医学コース履修者

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
目標人数 (修士入学総数)	5 (33)	5 (27)	5 (31)	5 (25)	5 (25)	5 (25)
入学者 ()内 社会人	8 (6)	5 (1)	12 (8)	7 (4)	7 (4)	11 (5)
医師	4		1	3	4	
薬剤師		1	3	2		2
保健師	2		3		1	4
栄養士		2	1			
OT・PT			1			2
放射線 検査技師		1	1	1		
その他	2	1	2	1	2	3

実習、インターン、フィールドワーク

行政司法機関:

大阪府(平成22年度より毎年行政医師1名の受験)

自治体:

大阪府八尾市、秋田県井川町、茨城県筑西市

保健医療機関:

WHO神戸、大阪府立康科学センター、
大阪府立成人病センター、国立循環器病センター、

海外フィールド:

ハーバード大学、ロンドン・カレッジ大学、
カロリンスカ大学、パラオ、大阪大学タイ感染症研究拠点
フィピン、ベトナム、韓国、中国

その他:

大阪JICA (JICA関西)

国内インターンシップ (合計人数)	職種	インターンシップ先
H20年度生(1名)	保健師	国立循環器病センター
H21年度生(2名)	臨床検査技師	大阪府立健康科学センター
	栄養士	大阪府立健康科学センター
H22年度生(7名)	医師	大阪府立健康科学センター
	薬剤師	大阪大学微生物研究所
	理学療法士	大阪府立健康科学センター
	薬剤師	大阪府
	栄養士	大阪府立健康科学センター
	放射線技師	大阪府立健康科学センター
	保健師	大阪府立健康科学センター
H23年度生(4名)	栄養士	大阪府立健康科学センター
	保健師	大阪府立健康科学センター
	理学療法士	大阪府立健康科学センター
	放射線技師	大阪府立健康科学センター

海外実習:GLOCOLのプログラムとの連携

- 7-1 コロール市街 スーパーマーケット見学(西山)
- 7-2 陸上競技場での調査(陣内)
- 7-3 ベリリュウ島 高齢者宅訪問(日下部)
- 7-4 ベリリュウ島 戦跡(仁木)
- 7-5 ベリリュウ島 日本人居住者への聞き取り調査(仁木)
- 7-6 ロックアイランズ見学(陣内)
- 7-7 外国人労働者へのインタビュー(西山)
- 7-8 コロール一般家庭訪問1(西山)
- 7-9 コロール一般家庭訪問2(日下部)
- 7-10 大統領表敬訪問(西山)
- 7-11 保健省・国立病院見学(仁木)
- 7-12 ベラウ国立博物館見学(仁木)
- 7-13 日本国大使表敬訪問(陣内)
- 7-14 パラオ伝統料理・伝統農業体験(西山)
- 7-15 保健施設の見学(仁木)
- 7-16 アイライ州伝統首長集会所見学(陣内)
- 7-17 ワークショップ(日下部)

疫学各論:社会疫学夏集中セミナー

健康の社会決定要因概論

収入・失業・職業

地域環境

社会階層

ライフコース

グローバルゼーション

健康格差指標

健康影響評価

経済行動学

地域・社会的サポート力

研究の展望と方向性:日本、英国、米国からの視点

2012年 公衆衛生セミナー 日本における健康の社会決定要因

date	時間	タイトル	講師
7月28日(土)	9:00-9:20	開会	磯 博康 (大阪大学)
	9:20-9:40	開会	磯 博康 (大阪大学) Eric Brunner (UCL) 本庄がおり (大阪大)
	9:40-11:00	講演 1 健康の社会的決定要因	Eric Brunner (UCL)
	11:00-11:10	休憩	
	11:10-12:10	講演 2 収入格差、失業、職の不安定と健康	細田浩司 (山口大学)
	12:10-13:40	昼休憩	
	13:40-15:10	シンポジウム 職業的生涯とレジリエーション	ケーン・ルネサ (UCL) 西
	15:10-15:20	休憩	
	15:20-16:20	講演 3 地域環境と健康	中野有樹 (自治体)
	16:30-18:30	夜	
7月29日(日)	9:30-10:30	講演 4 社会階層と健康	本庄がおり (大阪大学)
	10:30-10:40	休憩	
	10:40-11:40	ライフコースアプローチ	ケーン・ルネサ (UCL)
	11:40-12:20	昼休憩	
	13:20-15:30	シンポジウム1 グローバリゼーションとその健康影響	田本夫 (大阪大学) 三田 真 (大阪大学) 西村こころ (現職)
	15:30-16:00	休憩	
	16:00-17:00	講演 5 健康影響評価 (ヘルス・インパクト・アセスメント)	藤村 久 (東京医科大学)
7月30日(月)	9:30-10:30	講演 6 経済行動学	Kawachi Ichiro (ハーバード大学)
	10:30-12:30	シンポジウム2 日本における地域・社会的サポートの力	Kawachi Ichiro (ハーバード大学) 斎藤 隆 (日本福祉大学) 高田 典 (国立がんセンター)
	12:30-13:30	昼休憩	
	13:30-14:30	研究会(ヘルス・インパクト・アセスメント)	
	14:30-15:30	講演 7 日本における健康と健康	磯 博康 (大阪大学)
	15:30-16:20	講演 8 日本における社会階層と健康	白土 謙 (UCL) 本庄がおり (大阪大学)
	16:20-16:30	休憩	
	16:30-17:30	健康と社会決定要因の相互作用とその研究	Kawachi (ハーバード大学) 磯 博康 (大阪大学) Eric Brunner (UCL) 西村 真 (日本福祉大学)
	17:30-17:50	閉会	磯 博康 (大阪大学) Eric Brunner (UCL) 本庄がおり (大阪大学)

公衆衛生学コースの特色

- 1) 社会人の受け入れ、大阪府との連携
(2カ月半平日授業を2年間で履修)
- 2) 社会医学講義の高度副プログラム化
(阪大内の他の研究科大学院生への開放)
- 3) 社会医学講義の公開、履修生制度
(学外からの科目等履修生)
- 4) 国内外インターンシップ、留学の組織化
(大阪府、研究機関、海外の大学、GLOCOLやグローバル30プログラム等)

大学院教育プログラムの特色

- 1) 社会人の受け入れ、大阪府との連携
(2カ月半平日授業を2年間で履修)
- 2) 社会医学講義の高度副プログラム化
(阪大内の他の研究科大学院生への開放)
- 3) 社会医学講義の公開、履修生制度
(学外からの科目等履修生による運営費獲得と教育体制の実質化の達成)
- 4) 国内外インターンシップの組織化
(大阪府、健康科学センター、海外派遣プログラム、GLOCOL)

医科学修士:平成25年度新カリキュラム

【1年次】

	医科学コース	公衆衛生学コース
4月~6月	医学概論講義 16単位	
7月、8月		
9月	配属届提出	

【2年次】

	医科学コース	公衆衛生学コース
10月~3月	特論Ⅰ、Ⅱ 10単位 系列セミナー 4単位	公衆衛生学コース科目 12単位
4月~1月	特論Ⅰ、Ⅱ 系列セミナー	公衆衛生学コース科目 集団社会医学特論Ⅰ、Ⅱ 2単位
2月	修士論文発表会	

種別	学期	単位数	科目名	担当者
Epidemiology(疫学)科目(6単位)	前期	2	疫学総論	磯 博康
	前期	2	疫学各論	磯 博康
	通年	2	疫学調査フィールド実習	磯 博康
Biostatistics(生物統計学)科目(2単位)	前期	2	医学統計	濱崎 俊光
Social & Behavioral Sciences(社会学・行動科学)科目(12単位)	前期	2	行動医学・健康科学	大平 哲也
	前期	2	グローバル健康環境	本庄 かおり
	前期	2	医療・法・裁判Ⅰ	阿部 隆徳
	後期	2	医療・法・裁判Ⅱ	阿部 隆徳
	前期	2	法医学概論	松本 博志
	後期	2	法臨床医学	松本 博志
Health Policy & Management(保健医療政策学・医療管理科学)科目(10単位)	後期	2	国際健康政策学	高島毛 敏雄
	前期	1	経済学・経営学の基礎理論	伊佐田 文彦
	後期	1	医療経済・経営入門	伊佐田 文彦
	前期	2	医療安全・クリティカルマネジメント学総論	朝野 和典
	後期	2	精神・身体健康増進医学各論	守山 敏樹
	集中	2	ライフサイエンスの倫理と公共政策学	加藤 和人
Environmental Health Sciences(環境保健学)科目(6単位)	前期	2	国際感染症学	杉本 央
	通年	2	環境健康リスク論	祖父江 友孝
	通年	1	環境健康フィールド実習	祖父江 友孝

北海道公衆衛生協会
平成25年度研究集会

北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制
～現場から見た公衆衛生学への期待～
(平成25年11月14日開催)

平成25年度研究集会

当協会主催の平成25年度研究集会は、平成25年11月14日（木）、札幌市生涯学習センター（ちえりあ）1階ホールにおいて開催されました。本稿は、研究集会の要旨を取りまとめたものです。

テーマ 「北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制 ～現場から見た公衆衛生学への期待～」

総合司会 廣田洋子氏
(北海道心身障害者総合相談所長)

講演1 「北海道大学大学院共通講義『社会と健康』の10年を振り返って」

演者 小笠原克彦氏
(北海道大学大学院保健科学研究院教授)

講演2 「北海道における『公衆衛生大学院』の設置に関する調査報告」

演者 佐伯和子氏
(北海道大学大学院保健科学研究院教授)

講演3 「公衆衛生大好き人間に持っていて欲しい力」

演者 山本長史氏
(北海道保健所長会副会長・北海道室蘭保健所長)

講演4 「公衆衛生大学院への期待・実現性と課題」

演者 岸玲子氏
(北海道大学環境健康科学研究教育センター特任教授)



矢野：本日は北海道公衆衛生協会の研究集会にご参加いただきましてありがとうございます。私、今回の公衆衛生協会主催の研究集会の研修専門部会の取りまとめをさせていただいております、札幌市保健所の矢野と申します。今回のテーマは昨年度から実施しております公衆衛生協会の調査研究課題のうちの公衆衛生大学院に関して、フォーラムを開催することと致しました。総合司会は北海道心身障害者総合相談所長の廣田洋子先生にお願いしております。第1部は4名の先生から、それぞれの立場で講演をいただきます。第2部は総合討論をしていただくことになっております。それでは廣田先生よろし

くお願いします。

廣田：司会を務めます心身障害者総合相談所の廣田と申します、よろしくお願いたします。

今、矢野先生からお話がありましたように、この公衆衛生協会の調査研究課題ということで、公衆衛生専門大学院の役割と設置への協力体制について、昨年度からいろいろと検討してまいりました。その途中ではございますが、公衆衛生学会という北海道で公衆衛生を実践に実践し、またこれから公衆衛生の向上を目指している皆様方に、この私達のやっていることを紹介して、また、ご

意見もいただきながら今後につなげていこうという趣旨でございます。今日の日本の社会は少子高齢化や貧困や格差の拡大など公衆衛生の課題ということでいろいろなものが目前にございます。その中で公衆衛生をやっていく 人材を育成するということが非常に重要な課題になっているのですけれども、この学会によってもわかりますように、なかなか現場の人間が集まりづらいところがございます。それから、道とか市町村の状況として 勉強するだけでも時間やお金がつぎ込めない、ということがございまして、非常に困難な状況にあるところですけども、その中で少しでも公衆衛生を充実させていくために、この専門大学院の設置に向けて検討していこうというのがこの研究の目的になっています。最初に4人の演者からそれぞれの立場での発表をしていただきたいと思っております。

まず、お一人目ですが、北海道大学の大学院共通講義「社会と健康」の10年を振り返ってという題で、北海道大学大学院保健科学研究院の教授でいらっしゃいます小笠原克彦先生からお話いただきたいと思っております。では先生よろしくお願いたします。



講演 1

「北海道大学大学院共通講義「社会と健康」の10年を振り返って」

小笠原 克彦 氏

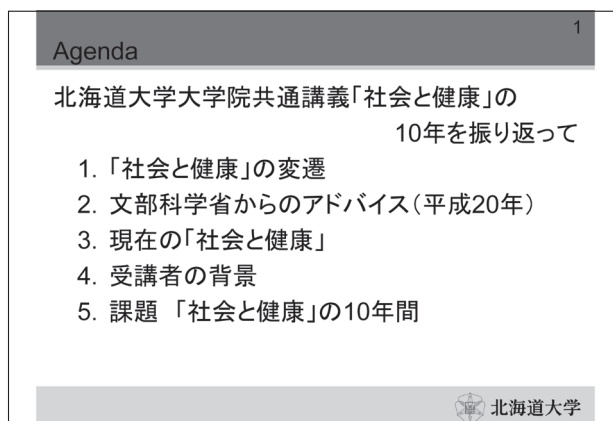
北大の小笠原でございます、どうぞよろしくお願いたします。



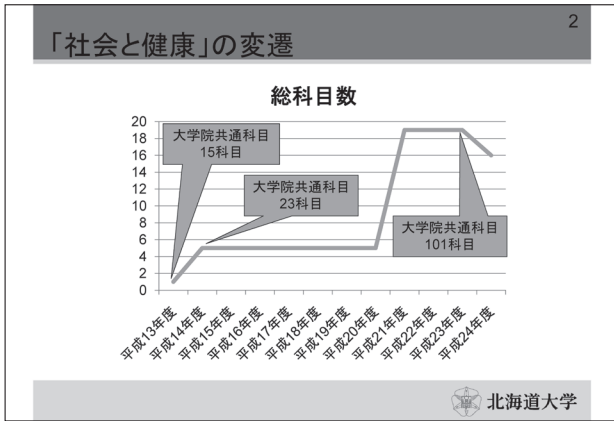
(スライド1：表紙) 私に与えられたテーマであります「北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制」について、大学の教員として、北海道大学で今まで何をしてきたか、を中心にご紹介したいと思います。

まず最初に北海道大学大学院共通講義について簡単に

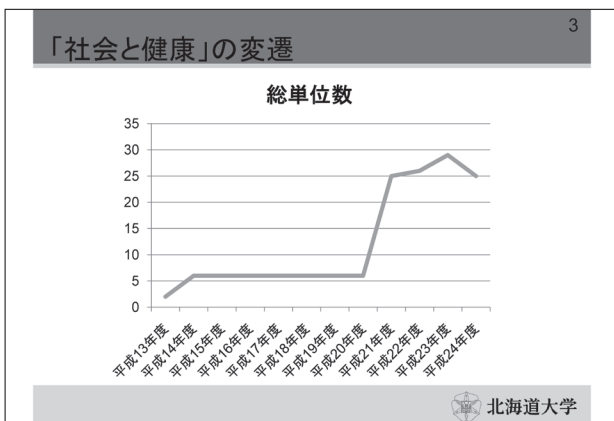
ご説明したいと思います。大学院共通科目ですが、北大は現在17の大学院がありますが、北大の大学院生であれば所属の大学院に関わらず受講しても良いという、いわば北海道大学の大学院の枠を超えた北大全体で構成しているといったものです。従来ですと、例えば医学研究科、保健科学研究院といろいろそれぞれの大学院にカリキュラムがありますが、医学研究科や保健科学研究院など医療系大学院生だけではなく公共政策大学院や文学研究科などの大学院生と一緒に受講するといったように、その壁を取り払ったものがこの大学院共通科目です。今年度すでに「社会と健康」以外に130科目程度が開講されており、自分の専門性を維持しながら横の広がり、言い換えると高い専門性ための学際領域の知見を深めるという部分では非常に重要な科目となっております。そのうちの一つがこちらにあります「社会と健康」で、この科目が開講されてからの12年間についてご紹介したいと思います。



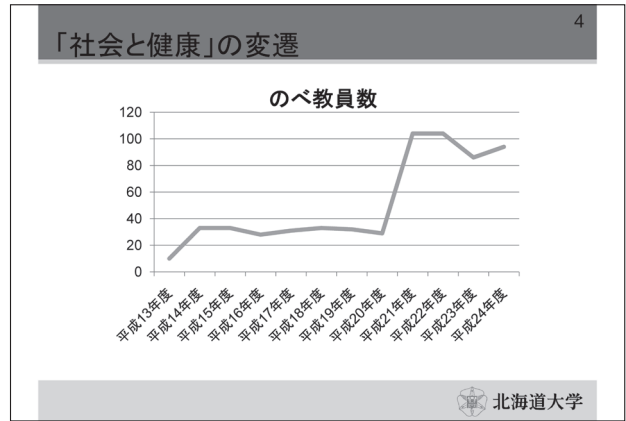
(2：Agenda) この「社会と健康」ですが現在、120単位以上、科目数にいたしまして20科目程度が開講されておりますが、最初から今の体制・科目数となったわけではありません。最初に10年間の変遷と受講者の背景をご紹介します、また途中で「社会と健康」をベースにした大学院の構想について、文部科学省を訪問した際のアドバイスについてご紹介させていただきたいと思います。最後に、この「社会と健康」を担当する際にどのような課題があるのかとについて少し議論したいと思っております。



(3：科目数の変遷) 最初に科目数の変遷がございませぬが、スタートしたのは平成13年度でして今から12年前です。この時には大学院共通科目が15科目しかありませんでした。その時に、「社会と健康」でスタートしたのは1科目だけでした。この「社会と健康」は12年間で、20科目以上に増えました。最初の1年間は1科目だけでしたが、この後、平成14年から20年まで最初の頃の安定期、基礎が固まった時代と言っても良い時期かと思いません。この安定期の後、平成20年に大きく科目数が増え「社会と健康」の第二ステージに入ったと言っても過言ではないかと思いません。



(4：単位数の変遷) その単位数ですが、現在、大学院を修了する際、修士課程では30単位取得しなければならないことが決まっております。医学研究科だけではなく、私の所属している保健科学院はそれぞれ必修科目の縛りがありますので、この「社会と健康」の単位で全てを埋めることはできないのですが、例えば保健科学院ですと30単位中6～8単位程度、科目数にして3～4科目は「社会と健康」で充足することができます。この6単位という数字は、修士課程の大学院生の研究も含めて30単位ですので、修士課程のコースワークとして結構なウェイトになります。このあとに実際にどのような科目が開設されているかご紹介したいと思います。



(5：教員数の変遷) この「社会と健康」に関わっている教員数ですが、最初は1科目で少なかったのですが、今はのべ数で100人の教員が関わっています。一度、教員数が減っておりますが、今後、科目数がさらに増加し第二ステージから第三ステージと進んだ場合、ますます多くの教員に関わっていただけるのではないかと考えております。

「社会と健康」の変遷 5

✓平成13年度

－社会と健康 I 健康の阻害要因・増進要因

[到達目標] 現在社会と人びとの健康に関わる 様々な課題に対して、問題の所在、解決の方向を具体的に議論できる。同時に自らの役割、特にそれぞれの専門分野がどのように人々のために役立ったことができるのを考察する。

担当教員

岸 玲子、前沢 政次、寺沢 浩一、櫻井 恒太郎、玉城 英彦、高島 郁夫(獣)、喜田 宏(獣)、森田 学(歯)、福地 保馬(教)、増地 あゆみ(文)

平成12年 京都大学大学院社会健康医学系専攻設置
平成13年 九州大学大学院医療経営・管理学専攻設置

北海道大学

(6：13年度科目) 平成13年度に1番始めに開講した科目「健康の阻害要因と増進要因」ですが、全部で4種類のカテゴリーの中の「社会と健康 I」として開講いたしました。「健康の阻害要因と増進要因」の到達目標を読ませていただきますが、「現在社会と人びとの健康に関わる様々な課題に対して、問題の所在、解決の方向を具体的に議論できる。同時に自らの役割、特にそれぞれの専門分野がどのように人びとのために役立つことができるのかを考察する」という目的で構成されております。携わっていた教員ですが、今日この後ご講演いただきます岸先生その他、前沢先生、寺沢先生、櫻井先生、玉城先生といった医学研究科の社会医学の先生を中心に、獣医学の高島先生、喜田先生、歯学の森田先生、教育の福地先生、文学部の増地先生、といったご覧のとおり、この時にはまだ保健科学が立ち上がっていないのですが、医学研究科だけではなく獣医、歯学、教育、文と関係する多くの大学院の先生が参加して頂き開講しております。この頃、平成12年には京都大学で School of Public Health

が設置されており、その次の年には九州大学で学位を MPH とした医療経営学専攻が立ち上がっています。平成12年はまさに School of Public Health がスタートし始めた年で、北大でも School of public health の礎となる「社会と健康」が産声を上げた年でした。

6

「社会と健康」の変遷

✓平成14年度～平成20年度

- 社会と健康Ⅰ 健康の阻害要因・増進要因
- 社会と健康Ⅲ A・統計解析の基礎
- 社会と健康Ⅲ B・統計解析の応用

岸 玲子、大津 起夫(文)、水田 正弘(情)、村松 幸(保)、細川 敏幸(高)、佐田 文宏、玉置 淳子、増地 あゆみ(文)、三宅浩次(道医療大)

- 社会と健康Ⅲ C・疫学研究のすすめかた
- 社会と健康Ⅲ D・医療情報とマネジメント

岸 玲子、森田 学(歯)、佐田 文宏、玉置 淳子、折笠 秀樹(富山医薬大)
櫻井恒太郎、小笠原克彦(保)、井上裕二(山口大)

平成19年 東京大学大学院公共健康医学専攻設置

北海道大学

(7：14～20年度)最初の安定期ですが、先ほどご紹介したとおり「健康の阻害要因と増進要因」のとして「社会と健康Ⅰ」が開講されておりました。ここにⅡがございませんが、Ⅲ、Ⅳと4つのカテゴリーがありまして、さらにⅢになりますと、これは統計解析の基礎、統計解析の応用として岸先生、現在は経済学部の大津先生、水田先生、村松先生、細川先生、佐田先生、玉置先生、三宅先生にご協力頂いておりました。こちらをご覧のとおり関わっている先生方は医学研究科だけではなく、情報学や高等教育機能研究開発センターといった様々な先生に専門性を活かしながらご担当頂きました。さらに、その「社会と健康Ⅲ」の中で「C・疫学研究の進め方」を行っております。Dでは、私の指導教授が櫻井先生でしたので私も協力していたのですが、「医療情報とマネジメント」を開講しておりました。まさに School of Public Health の根幹にありますⅠ、Ⅲ・A、B、C、Dがこの時に形成し、7年間動いてきたこととなります。

7

文部科学省からの情報収集

✓日時

- 平成20年3月10日 10:00～11:30

✓出席者

- 文部科学省 医学教育課長・三浦氏、他2名
- 北海道大学 岸(医学)、河口(教育)、小笠原(保健)

✓場所

- 文部科学省・医学教育課

北海道大学

(8：文部科学省へ) ちょうど科目数を増やすときに重なるのですが、平成20年に文部科学省に岸先生、教育学の河口先生と一緒に伺いまして、School of Public

Health を構想するにあたってどのようなことが重要かをヒアリングさせていただきました。

8

文部科学省からの情報収集

✓コメント

- 学位を授与するためには、大学院組織は必須
 - ・ Virtual組織では、組織・予算に関わる問題が発生する
 - ・ 軒がないと軒先をかせないのではないか
- 大学院のビジョン
 - ・ 科目の寄せ集めでは難しい
 - ・ 教員がPublic Healthを理解しているのか
 - ・ 医学の中にPublic Healthがあるのではなく、Public Healthの中に医学がある
- 北海道地域の複数大学による連合大学院の可能性
 - ・ e-learningとpart-time大学院は必須
 - ・ 海外大学院との連携
 - ・ 1人の学生が2つの大学院に所属できない・同時取得は難しい

北海道大学

(9：文科省からのコメント) そのとき、「学位 MPH を授与するためには大学院組織が必要である」と強く言われ、「社会と健康」についてはご覧のとおりバーチャル組織なのですが、バーチャル組織では組織・予算に関わる問題が発生した際に対応できないとのことでバーチャル組織では認められない、ということを言われております。さらに、これは同じことなのですが、「軒がないと軒先を貸せないのではないか」とも言われております。今は「社会と健康」に関係する様々な先生の協力の下、専門性を提供していただきながら運営していますが、やはり本幹である軒を作らないとならないのではないかと感じます。さらに、そのビジョンとして科目の寄せ集めでは難しいのではないかと、痛いことを言われております。このプログラムを文部科学省にお見せしたとき印象に残っているのは、鍋に例えられて「鍋に入っている具材が素晴らしい具材であっても、一緒にやっというダシがきいていないと、それは個々の味しかしないんじゃないのか」という話をされて、まさにそのダシにあたるのが School of Public Health の理念ではないのかと思います。このヒアリングをした三浦先生が医師でいらっしゃることもあって、いろいろ感じていることも教えていただいたのですが、「医学の中に Public Health がある」のではなく、「Public Health の中に医学がある」のではないかとのご意見をお持ちで、Public Health というのを大きく捉えた上での教育システムを考えて欲しい、とのことでした。繰り返しますが、必ずしも医学研究科の中に School of Public Health があるのが正しいわけではなく、もっと広い意味での Public Health を見て欲しい、といったアドバイスを頂いております。では、実際に北海道という地域性を考えますと、やはり面積が広いという地域性の問題だけではなく、社会人の希望者、特に現場で働いている方々をどう巻き込むかという点では複数大学による連合大学院などを考えなければならぬだろうと考えております。やはり e-learning は必須

でしょうし、パートタイム大学院、また海外大学院との提携などのアドバイスも文部科学省でいただいたのを覚えております。実現するためにはいくつかの問題もございまして、私も大学の教員ですが、大学の組織で難しいのは一人の教員は一つの学位しか出せないというルールがありますので、複数学位を出すことは難しいのが現状です。そのため教員構成などで移動が発生しますと、大学院の組織運営上大きな問題になります。例えば、私が school of Public Health の教員になりますと、現在持っている保健学の学位は出せなくなってしまいます。

9

現在の「社会と健康」

✓平成21年度～現在

新「社会と健康」の5領域

- 社会と健康Ⅰ 概論・倫理学科目
- 社会と健康Ⅱ 研究方法科目
- 社会と健康Ⅲ 環境保健科目
- 社会と健康Ⅳ 健康増進科目
- 社会と健康Ⅴ ヘルスリサーチ科目

北海道大学

(10：平成21年度～) 今ご説明頂いた文部科学省でのヒアリングをさせていただいた後、科目数を増やすことになったのですが、岸先生が中心になりまして、「社会と健康」を5領域に分けました。これは欧米での school of Public Health のカリキュラム構成をベースとしています。「社会と健康Ⅰ」が概論・倫理学科目、「社会と健康Ⅱ」が研究方法科目として、ここに統計学ですとか疫学が入ってきます。「社会と健康Ⅲ」が環境保健科目として school of Public Health の根幹の一つである環境がここに入ります。さらには「社会と健康Ⅳ」を健康増進科目とし、マネジメントなどを含む社会科目領域として「社会と健康Ⅴ」のヘルスリサーチ科目がここには入ります。これは現在でもこの分類に従って様々な科目を開講しております。

10

平成23年度 社会と健康

✓社会と健康Ⅰ(概論・倫理学科目) 5科目10単位

- パブリックヘルスとその関連科学-現在の課題 (岸玲子・2)
- 基礎医学Ⅰ(玉城英彦・2)
- 臨床基礎医学Ⅰ(玉城英彦・2)
- エイズワクチン研究開発Ⅰ(玉城英彦・2)
- 高齢化社会と持続可能な開発Ⅰ(玉城英彦・2)

北海道大学

(11：社会と健康Ⅰ) もう少し具体的に見ていきます

と、「社会と健康Ⅰ」の概論・倫理学科目では、現在5科目11単位が開講されておりまして、社会と健康の開設当初から現在に至るまで一貫して開講されております。「パブリックヘルスとその関連科学-現在の課題」、さらに基礎医学、臨床医学、また玉城先生が開講されております「高齢化社会と持続可能な開発Ⅰ」「エイズワクチンの研究開発」などがこちらに入っております。

11

現在の「社会と健康」

✓社会と健康Ⅱ(研究方法科目) 6科目9単位

- 研究調査法Ⅰ(玉城英彦・2)
- 疫学研究のデザインと実際(岸玲子・1)
- 統計解析の基礎(岸玲子・1)
- 統計解析の応用(岸玲子・1)
- 疫学Ⅰ(玉城英彦・2)
- 疫学Ⅱ(玉城英彦・2)

北海道大学

(12：社会と健康Ⅱ) さらに「社会と健康Ⅱ」研究方法科目になりますと、先ほどもお話したように研究調査法、疫学研究のデザインと実際、統計解析の基礎と応用、疫学Ⅰ、疫学Ⅱなどの科目が開講されています。

12

現在の「社会と健康」

✓社会と健康Ⅲ(環境保健科目) 3科目3単位

- 環境保健・環境疫学Ⅰ (岸玲子・1)
- 環境保健・環境疫学Ⅱ (岸玲子・1)
- 国際保健医学と人類生態学Ⅰ (玉城英彦・1)

北海道大学

(13：社会と健康Ⅲ) 「社会と健康Ⅲ」環境保健科目といたしましては、まさに環境保健、環境疫学、国際保健医学と人類生態学といった科目が、3単位ですが開講されております。

現在の「社会と健康」

13

- ✓ 社会と健康Ⅳ(健康増進科目) 3科目4単位
 - 栄養と薬物様効果:
 - サプリメント利用の科学的考察(井関健・1)
 - 社会健康科学論(河口明人・2)
 - 歯・口腔と健康(井上農夫男・1)
- ✓ 社会と健康Ⅴ(ヘルスリサーチ科目) 2科目2単位
 - 医療マネジメント概論(小笠原克彦・1)
 - 地域保健活動(佐伯和子・1)


 北海道大学

(14: 社会と健康Ⅳ)「社会と健康Ⅳ」ですが、健康増進科目といたしまして「栄養と薬物様効果」を開講しており、薬学研究院の先生にお願いをしております。また、社会健康科学論を教育学の河口先生に、歯学部の井上先生に「歯・口腔と健康」をお願いしております。これらは3科目4単位ですが、まさに周辺領域とっては失礼になりますが、様々な領域の専門家の先生にご講義いただいております。さらに「社会と健康Ⅴ」としまして、ヘルスリサーチ科目、私が担当してます「医療マネジメント概論」および今日このあとにお話される佐伯先生の「地域保健活動」の2科目2単位が開講されております。

受講者の背景(1)

14

- ✓ 社会と健康Ⅰ
 - パブリックヘルスとその関連科学(2012) 受講者数15名
 - 教育学院 修士課程 5
 - 公共政策大学院 修士課程 5
 - 公共経営コース 2
 - 国際政策コース 2
 - 技術政策コース 1
 - 文学研究科 修士課程 2
 - 保健科学院 修士課程 1
 - 医学研究科 博士課程 2

 北海道大学

(15: 受講者の背景1) 受講している学生の背景ですが、今年の情報についてはまだ開示されておられませんので昨年度の科目で恐縮ですが、「パブリックヘルスとその関連科学」では、昨年度の受講者は15名でした。こちらを見ていただくとご理解頂けると思いますが、保健科学院が修士課程1名、医学研究科が博士課程2名でして医学保健学系以外の学生のほうが実は多く、教育が5名、公共政策が5名、文学が2名でした。

受講者の背景(2)

15

- ✓ 社会と健康Ⅱ
 - 統計解析の基礎(2012) 受講者数12名
 - 保健科学院 修士課程 5
 - 医学研究科 博士課程 5
 - 臨床医学コース 2
 - 基盤医学コース 2
 - 社会医学コース 1
 - 生命科学院 修士課程 1
 - 理学院 修士課程 1

 北海道大学

(16: 受講者の背景2) こちらが統計科目でございますが、受講者が12名でしたが、こちらは保健科学、医学などまさに一番必要としている方々が多数受講されその他、生命科学、理学などどちらかという理系の学生さんが受講しているのが現状です。

受講者の背景(3)

16

- ✓ 社会と健康Ⅱ
 - 統計解析の応用(2012) 受講者数12名
 - 保健科学院 修士課程 5
 - 医学研究科 博士課程 4
 - 臨床医学コース 2
 - 基盤医学コース 1
 - 社会医学コース 1
 - 生命科学院 修士課程 1
 - 教育学院 修士課程 1
 - 獣医学研究科 博士課程 1

 北海道大学

(17: 受講者の背景3) 同様に統計の応用ですが、基礎に比べて応用の方が、教育と獣医の学生が受講するなど、バラエティに富んだ学生が集まって来ています。

受講者の背景(4)

17

- ✓ 社会と健康Ⅱ
 - 疫学研究のデザインと実際(2012) 受講者数7名
 - 医学研究科 博士課程 3
 - 医学研究科 修士課程 2
 - 保健科学院 修士課程 2
- ✓ 社会と健康Ⅲ
 - 環境と子どもの健康・発達(2012) 受講者数 11名
 - 保健科学院 修士課程 6
 - 教育学院 修士課程 4
 - 医学研究科 博士課程 1

 北海道大学

(18: 受講者の背景4)「社会と健康Ⅱ」の「疫学研究のデザインと実態」は受講者が残念ながら7名と少ないのですが、医学から5名と保健学から2名の学生が受講しています。「環境と子どもの健康」となりますと、少し様相が変わりまして、保健学が6名、教育が4名と、当然ではありますが教育に関係する学生の受講が目立ち

ます。

18

受講者の背景(5)

✓ **社会と健康IV**
医療マネージメント特講(2013) 受講者数37名

文学研究科	修士課程	2	
教育学研究院	修士課程	1	博士課程 1
法学研究科			博士課程 1
農学研究院	修士課程	3	
医学研究科	修士課程	3	博士課程 3
保健科学院	修士課程	5	博士課程 12
情報科学研究科	修士課程	1	博士課程 2

北海道大学

(19：受講者の背景5) 今年度の私が担当しました「医療マネージメント特論」ですが、保健科学院の博士は必修にしておりますことから、その数を引きますと25名くらいになります。この表を見ていただきますと、教育、法学、人数は少ないのですが文系の方にも興味を持っていただいております。特に法学の院生はまさに医療政策を研究したいということで、非常に熱心に受講されておりました。そのほか、農学や情報科学の方が受講されておりました。情報科学の院生に関しましては、私の専門が医療情報学ですので、その関係もあり3名の方が登録されておりました。

19

課題「社会と健康」の10年間

✓ **体系的な公衆衛生教育の限界**

✓ 様々な背景を有する大学院生が受講
単位数などは所属する各大学院の規定に準拠
教育の位置づけがわかりにくい

✓ 公衆衛生関連教員による科目の持ち寄り開講
領域・科目数の不足

「社会と健康」は公衆衛生大学院の
代わりとなり得るか？

北海道大学

20

Agenda

北海道大学での公衆衛生専門教育の10年

1. 「社会と健康」の変遷
2. 文部科学省からのアドバイス(平成20年)
3. 現在の「社会と健康」
4. 受講者の背景
5. 課題「社会と健康」の10年間

北海道大学

(20：課題) 最後に、この10年を振り返って、「社会と健康」を継続する中で感じた点について述べたいと

思います。私は全体をコーディネートする立場というよりは一科目を担当する者として、また、今環境健康科学研究教育センターの兼務教員として感じていることをご紹介しますが、二点をご紹介します。

まず一点目として、大きな問題点なのですがこの「社会と健康」では体系的な Public Health 教育が限界だろうと感じています。教えたことが明確になってカリキュラム体系を組むというよりは、今ある北大内のリソース、言い換えると色々な専門をお持ちの先生方をお願いをして、講義を提供して頂く形でご協力頂いているのが現状です。そのため、我々が大きなビジョンを持って school of Public Health の教育を進めていくというよりは、例えば、定年等で今までである科目をご担当されていた先生がいなくなってしまうと、その科目を開講できないといった問題が起きてしまいます。このような現状では全体を見ながら進めることができませんので、school of Public Health に不可欠な領域・科目数などが不足してしまうこととなります。また、様々な背景を有する大学院生が受講しておりますので、どうしても大学院生が所属する大学院の教育課程が中心になってしまい、Public Health を学んだ大学院生としての教育ができていないのが現状です。例えば、私が所属しております保健科学院ですと、教えている先生には様々な専門をお持ちでして、中には公衆衛生を教えている先生もいらっしゃいますが、「社会と健康」の教育カリキュラムの枠の前に保健科学の教育カリキュラムの枠があります。そのため、他に教えた科目があったとしても時間的な制約が大きく、なかなか「社会と健康」の受講を勧めることができません。まさに Public Health 教育の位置づけが、この「社会と健康」では対応していないと感じています。ここに書いてあるとおり、現状のままでは、「社会と健康」は school of Public Health に代わるものとはならないだろうと感じています。例えば、現状の「社会と健康」であれば Master の学位は難しいかもしれませんが、Diploma や Certificate の学位であれば対応できるかもしれないと感じていますが、そこは今悩みどころです。あと、ここには書いていないのですが、もう一点、教育と研究との関連をどのようにするかということがあります。これはあくまでも「社会と健康」は座学の授業科目だけですので、公衆衛生学に関わる研究そのものの推進というわけにはいきません。しかし、school of Public Health となりますと、現場で起きている臨床的な問題を大学院に持ち帰って、大学院のリソースを使ってその問題を解決するという研究が可能になります。今の「社会と健康」の枠組み中では特定の先生の研究の一部しか対応することができず、リサーチワーク、研究との関係がこの「社会と健康」だけでは弱いと感じています。

(参考)保健科学院MBA特別コース

✓保健科学とMBAの融合

専門職教育の充実

北海道大学大学院保健科学院と
小樽商科大学ビジネススクールとの連携による
医療マネジメント専門教育

✓両大学院の強みを生かした人材育成

Double Degree

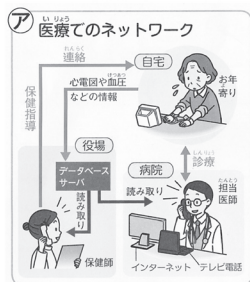
修士(保健科学/看護科学)
経営管理修士(専門職)



(22: MBA 特別コース) 最後になりますが、今私が所属しております保健科学院で、私が卒業しました小樽商科大学のビジネススクールと連携して医療マネジメントの専門教育を実現するために保健科学院とビジネススクールと融合した3年制の教育体制を構築しています。北大の保健科学院の2年次から小樽商科大学のビジネススクールにダブルスクールという形で単位履修し、3年間でMBA(経営管理修士)と保健科学または看護科学修士を取得できるコースを作りました。もう既に5年経つのですが、12名の学生がこのコースを修了し、臨床に出たり病院の経営に携わったりしております。これは一つの参考事例かもしれませんが、今後新しい枠組みで様々なことを考えていかなければならないように感じております。

小学校5年生 社会科くらしを支える情報

22



ご清聴ありがとうございました
oga@hs.hokudai.ac.jp



(23: 5年生社会科テスト) これは私の娘が中学1年生なのですが、2年前の小学5年生のときの社会科の単元テストで社会でのネットワーク、図にありますよう保健師さんが病院の医師との間でインターネット・テレビ電話を結んで自宅のお年寄りの血圧などを測るのが出ておりました。私はこれを専門としているのですが、双子の私の娘は二人ともできませんでした。新しいこのようなことが小学生の単元テストに出てくる時代になってきています。これで最後締めくくらせていただきたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

講演 2

「北海道における『公衆衛生大学院』の設置に関する調査報告」

佐伯和子氏

北海道大学の佐伯でございます。よろしくお願いいたします。

北海道における「公衆衛生大学院」の設置に関する調査報告

北海道大学大学院保健科学研究院
佐伯 和子

研究組織代表:
岸 玲子(北海道公衆衛生学会副会長、佐伯和子(北海道公衆衛生学会常任理事))
研究班:
荒木敦子、池野多美子、伊藤陽一、大滝純司、小笠原克彦、河口明人、河原田まり子、後藤良一、小林直道、西條泰明、斎藤健、玉腰暎子、玉城英彦、廣田洋子、藤田博美、細川敏幸、松井佳彦、三上直之、吉田貴彦、矢野公一、山内太郎、山本長史(五十音順)

(スライド1:表紙) 私はこれから、皆様に今年7月に調査をお願いしました結果を報告いたします。お忙しい中、調査にご協力いただき、本当にありがとうございます。この研究は、本研究組織24名で構成されています。今日はその代表として報告をいたします。

背景

急速に進む少子高齢化
貧困や格差の拡大

公衆衛生のアプローチ

人々の健康や安全、安寧well-beingの向上

教育や研究、活動の前進
公衆衛生および関連諸分野の人材の養成

公衆衛生大学院の役割が重要

(2:背景) 研究の背景として、日本は急速な高齢化、世界に例を見ないスピードで高齢化が進む一方、少子化も進行しています。そのような中で人口減少は日本の将来に大きな影響を与える問題です。また、災害はいつ降りかかってくるかわからない時代になり、台風による風害、水害等災害は特別なものではありません。さらに、小児や高齢者の虐待は年々増加しています。また、自殺等公衆衛生をめぐる問題は非常に複雑で困難な問題が増えています。このような暮らしにくい時代、住みにくい

時代にあって、人々が健康に安全に暮らせる安寧 well-being の向上をはかるには公衆衛生のアプローチが必要です。公衆衛生のアプローチをより効果的に行うためには教育や研究、活動などの基盤となる部分が重要で、その基盤となるのが人材であり、人材を育成するのが公衆衛生大学院の役割です。

研究目的

公衆衛生大学院(米国公衆衛生大学院協会)とは
Master of Public Health(MPHプログラム)コース

- ▶ 必須科目: 5科目(疫学、生物統計学、環境衛生学、行動科学・健康教育学、保健医療管理学)
- ▶ 認定基準あり
- ▶ 博士課程の設置
- ▶ 入学者: 医療職(医師、歯科医師、獣医師、薬剤師、看護師など)教育、法律、経営、メディア、心理、環境保健・衛生工学など多様

目的

北海道において公衆衛生に関連する分野の高度な専門人材を養成することをめざした大学院を設置するためのニーズを明らかにする

(3:目的) 公衆衛生大学院については、後ほど岸先生から詳しいお話があるかと思いますが、この調査に当たって、調査票に記載したのは米国公衆衛生大学院協会から出されている公衆衛生大学院、Master of Public Health のプログラムです。必須科目は、疫学、生物統計学、環境衛生学、行動科学・健康教育学、保健医療管理学の5科目で、認定基準があります。Public Health の博士課程も設置されています。入学者は医師、歯科医師、獣医師、薬剤師、看護師など医療職のみならず、教育、法律、経営、メディア、心理、環境保健・衛生工学などで、非常に多様な人材を教育しています。

日本においては、公衆衛生大学院は小笠原先生の説明の中にもありましたが、東大、阪大(阪大はちょっと形が違いますけれど)、京大、九大、帝京大学等、多様な形で開設されています。調査の目的は、北海道において公衆衛生に関連する分野の高度な専門人材を養成することをめざした大学院を設置するためのニーズを明らかにすることです。

方法

対象

北海道公衆衛生学会会員、日本産業衛生学会北海道地方会会員 計670名(実)に配布
回収:302名 有効回答:301名(44.9%)

データ収集

2013年7~8月 郵送法による無記名自記式質問紙
内容:個人属性、「公衆衛生大学院」の知識、期待と希望
倫理的配慮
北海道大学大学院保健科学研究院倫理審査委員会の承認を得た

(4:方法) 調査対象として、北海道公衆衛生学会、

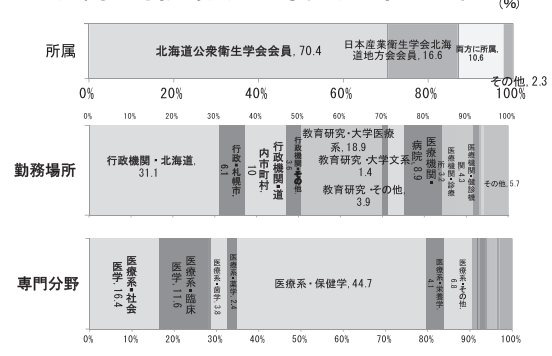
日本産業衛生学会北海道地方会の皆様に多大な協力をいただきました。2つの学会の会員670人に調査票を配布しました。回収は302、有効回答は301で、有効回答率は44.9%でした。調査は7月から8月に実施し、郵送法による無記名自記式質問紙で行いました。内容は、個人属性と「公衆衛生大学院」についての知識、期待と希望についてです。倫理的配慮は北海道大学大学院保健科学研究院の倫理委員会の承認を受けました。調査票が返送されたことをもって調査の同意が得られたと判断しました。

調査結果 回答者の概要

項目			人			%				
性別	男	124	41.2	女	177	58.8	年齢	20代	17	5.6
	30代	30	10.0	40代	78	25.9	50代	123	40.9	
	60歳以上	53	17.6	職業	実務者(専門職)	180	59.8	実務者(一般職)	23	7.6
	教育・研究者	76	25.2	学生	9	3.0	無職・その他	13	4.3	
勤務場所 (n=280)	行政機関	142	50.7	教育研究機関	69	24.6	医療機関	46	16.4	
	福祉機関	7	2.5	その他	16	5.7	専門分野 (n=298)	医療系(医歯薬)	102	34.8
	医療系(保健、その他)	163	55.7	理系	9	3.0	文系	11	3.6	
	その他	8	2.7							

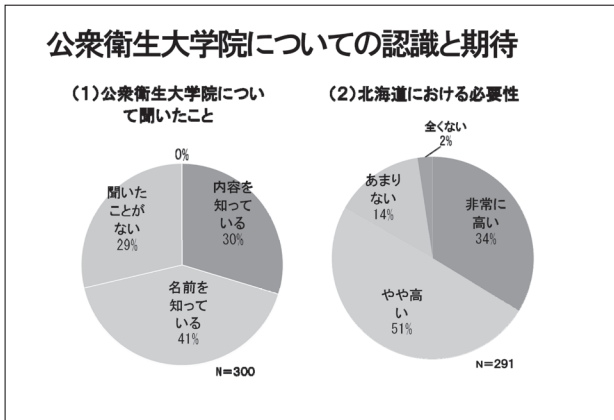
(5:回答者の概要) 回答者の概要では、301人のうち、性別は男性が41.2%、女性が58.8%。年齢は20代、30代は少なく、40代、50代が多く、50代が40.9%でした。職業は実務者(専門職)が59.8%、一般職が7.6%、教育・研究者が25.2%、学生3.0%、無職その他が4.3%と、実務者の専門職が約6割を占めました。勤務場所は行政機関が50.7%、教育研究機関が24.6%で、この二つが大きな比重を占めていました。これら対象の概要は結果にも大きく影響しています。専門分野では、医療系の医歯薬合わせて34.8%、医療系の保健系が55.7%でした。

所属・勤務場所・専門分野の内訳

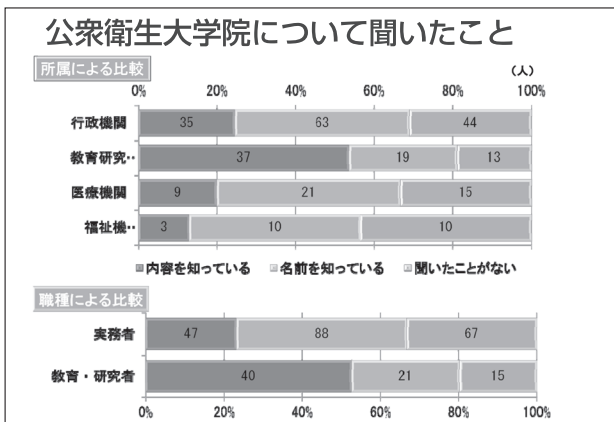


(6:内訳) もう少し詳しく見ますと、所属学会では、北海道公衆衛生学会の所属が70.4%、日本産業衛生学会北海道地方会の所属が16.6%、両方に所属という方が10.6%でした。勤務場所については、行政機関が多く、その中でも北海道に勤務されている方が31.1%、札幌市が6.1%、その他市町村が10.0%でした。教育研究機関

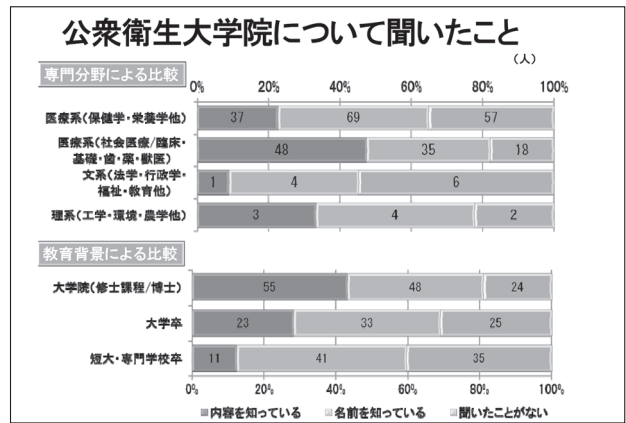
では大学の医療系が18.9%、文系が1.4%で、医療機関の病院が8.9%でした。専門分野は、医療系で社会医学系が16.4%、臨床医学系が11.6%、歯学・薬学6.2%で、保健学系が44.7%と最も多く、栄養4.1%でした。



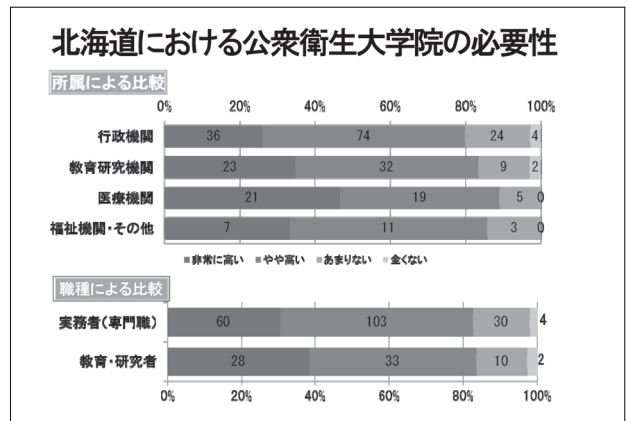
(7：認識と期待) 公衆衛生大学院についての認識と期待では、公衆衛生大学院について聞いたことがあるかという質問では、「内容を知っている」が30%、「名前を知っている」が41%、「聞いたことがない」が29%で、名前を知っているまでで約7割の人たちが知っていました。北海道における必要性については、「非常に高い」が34%、「やや高い」が51%で、約8割の人たちが必要性があるというように感じていました。



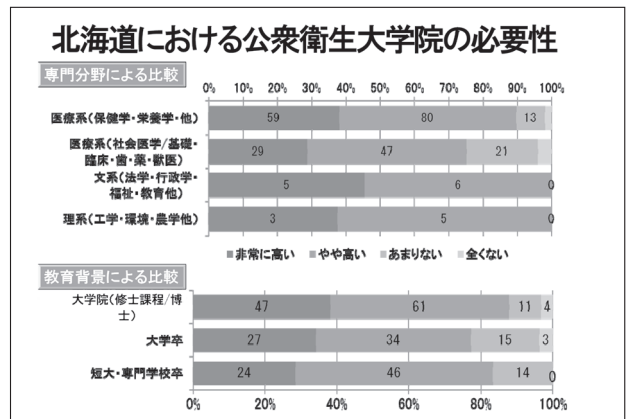
(8：認識の所属等による比較) これらをもう少し詳しく見ると、所属機関による違いでは、内容まで知っているのは教育研究機関が多いのですが、知っている全体ではそれほど大きな差はありませんでした。職種による比較では、教育研究機関の方が内容を知っている方たちが多くなっていました。



(9：専門分野による比較) 専門分野による比較では、文系・理系は数が少ないので一概に割合で見ることができませんが、社会医療系、医歯薬系のほうが知っている割合が高いという結果でした。教育背景による比較では、大学院修了者の方がよく知っている人が多い結果でした。



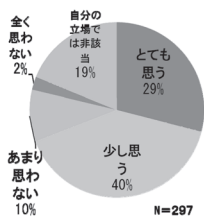
(10：必要性の所属による比較) 必要性の認識については、ほとんどの機関が約8割以上で高いものでした。



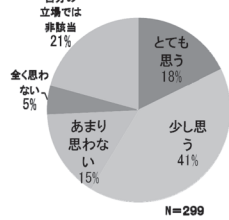
(11：専門分野による比較) 専門分野による比較では、大きな差はありませんでした。教育背景も同じです。

公衆衛生大学院についての認識と期待②

(3)あなたの学生や部下を学ばせたいと思うか

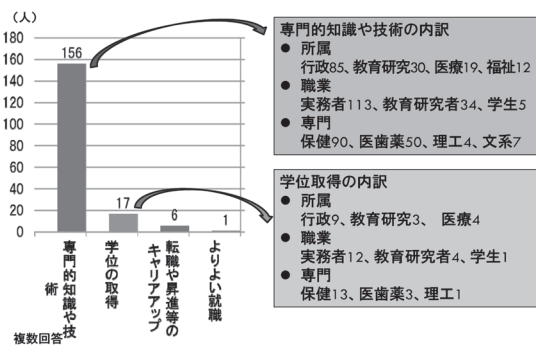


(4)あなたは自身は学びたいと思うか



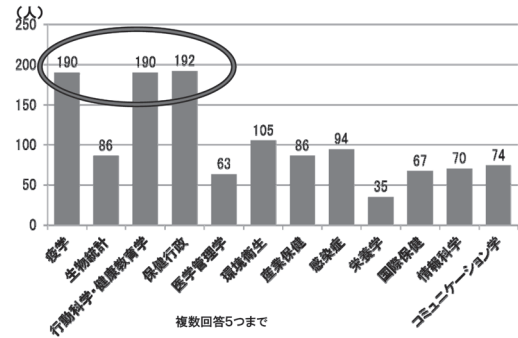
(12：：認識と期待②) 大学院についての認識と期待で、「あなたの学生や部下を学ばせたいと思うか」という質問では、「とても思う」が29%、「少し思う」が40%で7割の人たちが思うと回答しました。非該当という方も19%でした。「あなた自身は学びたいと思いますか」という質問では、「とても思う」が18%、「少し思う」が41%で約6割の人たちが自分自身も学びたいと回答していました。

学びたい動機



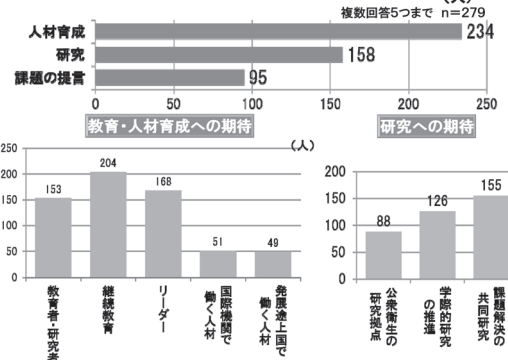
(13：学びたい動機)「学びたい動機は何ですか」の質問では、専門的知識や技術が156人でした。学位の取得は17人でした。学びたいと回答した人の背景を見ると、所属では行政、教育研究機関、職業では実務者が圧倒的に多く、専門では保健、医療系の医歯薬でした。ちなみに学位取得希望の内訳は、行政が9人、実務者も12人で、現場においても学位のニーズが窺えます。

期待する教育内容

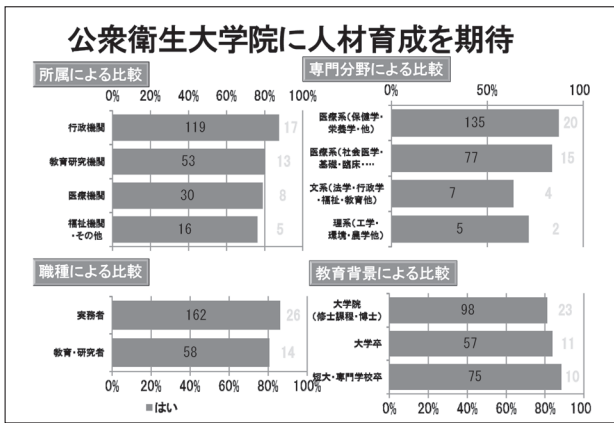


(14：期待する教育内容) 期待する教育内容については、5つまで複数回答です。190人以上が回答し、疫学、行動科学・健康教育学、保健行政、の3つに圧倒的に高いニーズがありました。

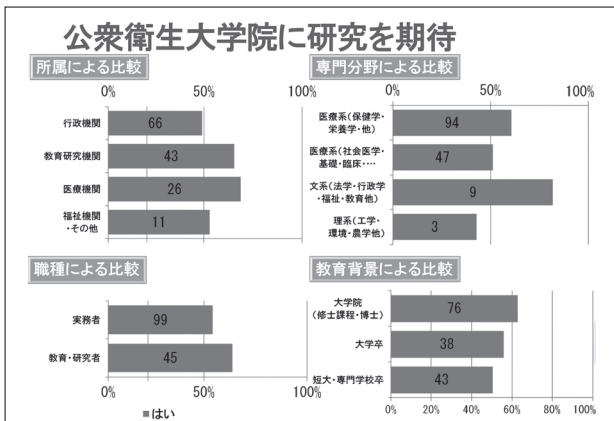
公衆衛生大学院への期待



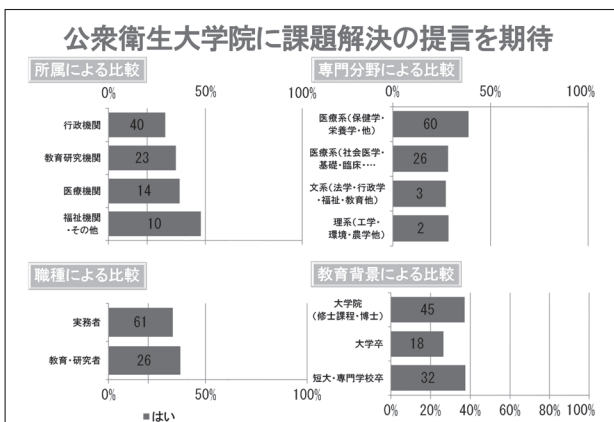
(15：大学院への期待) 大学院への期待としては、複数回答で回答していただきました。人材育成と研究と課題の提言、この3つの中では人材育成と回答された方が非常に多く234人でした。人材育成の期待の中身については、継続教育という回答が非常に多く、次いでリーダー育成、教育者・研究者育成でした。研究への期待については、最も高かったのは課題解決の共同研究、次に学際的研究の推進、公衆衛生の研究拠点というのはそれより少ないという状況でした。これらは、調査に協力いただいた方のバックグラウンドが大きく影響していると考えられます。



(16：人材育成を期待) 人材育成について、所属による比較、専門分野による比較、職種による比較、教育背景による比較をしましたが、それほど大きな差はありませんでした。

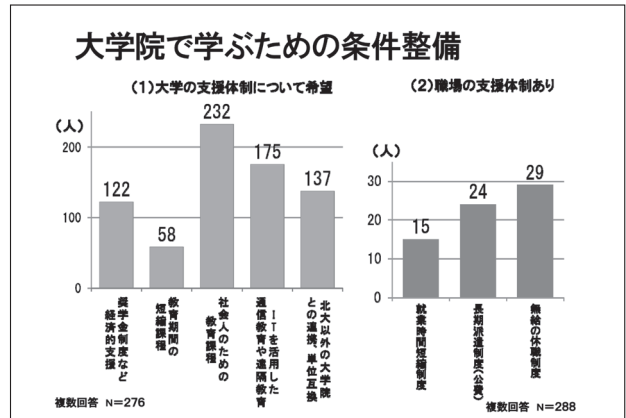


(17：研究を期待) 公衆衛生大学院に研究を期待すると回答された人は、教育研究機関、医療機関で少し割合が高く、専門分野では文系が少し高い割合でしたが、元の人数が少ないので統計的にあまり意味を持ちません。実務者と教育研究者では教育研究者の割合が少し高く、教育背景についても少し違いが見られました。



(18：課題解決の提言を期待) 公衆衛生大学院に課題解決の提言を期待するという事は、相対的に低い割合でしたが、福祉で少し高く行政では意外と低く、保健系で高い回答でした。行政で低かったのは、行政では何を

大学院に期待していか十分に伝わっていないということが背景にあるのではないかと思います。



(19：学ぶための条件整備) 大学院で学ぶための条件整備については、276人の回答があり、大学での支援体制としては「社会人のための教育課程」が232人で最も多く、次いで「ITを活用した通信教育や遠隔教育」で、社会人として学ぶための基盤整備の項目が非常に高い割合でした。それ以外にも「北大以外の大学院との連携や単位互換」137人でした。職場の支援体制の質問では、無給の休職制度がある29人で約10分の1でした。いかに支援体制が整っていないかがわかります。

自由記載で大学院に期待することを聞いた中では、北海道の特性を活かし、かつグローバルな視点を発信できる人材を育成して欲しい、自分の分野だけではなく広い視野を持った人材を育成して欲しい、現場と研究機関が乖離しないようにしてほしい、社会人が学べるようなIT等の設備が欲しい、という意見がありました。中には、必要ない、現実的でない、需要があるのだろうかという疑問もありましたが、総じて高い期待が表現されました。

まとめ

北海道における公衆衛生大学院へのニーズが、2つの公衆衛生関連の会員調査で明らかになった

- ◆設置について高い必要性の認識と進学希望
- ◆専門的な知識・技術の習得(疫学・行動科学・保健行政・他)
- ◆大学院の機能として人材育成や共同研究への大きな期待
- ◆就学のための環境条件の整備が課題

↓

行政ならびに関係機関と連携して北海道に「公衆衛生大学院」を設置すること

謝辞
 ・北海道公衆衛生協会の平成24.25年度研究助成を受けて行った
 ・調査の実施、集計で環境健康科学研究センターの高橋美さんにお世話になった

(20：まとめ) 調査結果をまとめると、北海道における公衆衛生大学院へのニーズが二つの公衆衛生関連の会員調査から明らかになりました。1点目は、設置について高い必要性が示されました。8割の人たちが必要だと認識を示し、進学希望は6割から7割という高い割合で

した。2点目は、専門的な知識・技術の習得について非常に高い希望があり、特に疫学、行動科学、保健行政への期待が高く表現されました。さらに3点目として、大学院の機能として人材育成や共同研究への大きな期待が示されました。また、就学のための条件整備が課題として明らかになりました。これらのことから、行政ならびに関係機関と連携して北海道に「公衆衛生大学院」を設置すること、が現実的な社会のニーズとして明らかになったといえます。

本調査は北海道公衆衛生協会の平成24、25年度の研究助成を受けて行いました。また調査の課程では環境健康科学研究教育センターの高橋美美さん大変お世話になりました。



講演 3

「公衆衛生大好き人間に持っている欲しい力」

山本長史氏

ただいま紹介に預かりました、室蘭保健所の山本です。当初は、「公衆衛生従事者に求められる能力」というもっと堅いタイトルを考えていたのですが、河原田先生から、なるべく人が集まるようなやわらかいタイトルにしてくださいとリクエストがありまして、うちの職員とも相談し、このようなタイトルにしました。でも、タイトルが変わっても、話す内容は変わりません。また、内容につきましても、私が思っている内容でして、今日も来ておられます他の保健所長が同じようなことを思っているかどうかは保証できません。あと、通常パワーポイントでスライドを使って説明するのですが、どう考えてもスライドが作れなくて、そうこうしているうちに廣田先生の方から資料を送ってくれという話がありまして、皆様方にお渡ししたような資料しか出来ませんでした。まあ、十分なお話はできるかどうかわかりませんが、15分ほどお付き合い願いたいと思います。

1. 哲学について

最初は哲学が必要だ、と。

なんのことでと思われるかもしれませんが、私が室蘭保健所に来る前は、上川保健所の所長をしておりまして、上川の保健所長になりますと、もれなく旭川高等看護学院長という役職がついてきます。当初は若い女の子がいっぱいいて、とてもいいところだと夢を抱いていたのです

が、実際行きますと授業が結構あります。看護学科の2年生と3年生、助産学科、あと地域看護学科という保健師養成課程の講義もあります。

看護師の方はお分かりのように、4月から夏休み前までは座学が集中しますので、私も上川保健所に行って夏休み前までは、上川の保健所長なのか旭川高等看護学院の専属講師なのか分からないような業務内容でした。

その上、試験もありまして、最初の試験はそれほど難しくない問題だろうと思って出題したら、赤点がポロポロ出まして、これではいけないと思い、次回からは回答しやすい形式の問題を出しました。講師の先生からは、「もうちょっと難しい問題を出してください。」と言われたのですが、試験を作られた方はお分かりだと思いますが、ちょうど良い試験問題を作成するのはとても難しく、私の能力ではできませんでした。

そうこうしているうちに、高等学院長でするので授業だけではなくて、入試の判定ですとか、進級の判定や卒業の判定、要するに留年するかどうかという判定会議に出ることになっています。その中でよく講師の先生方からは、知識が不足している、もっと勉強させなきゃいけない、という話をされました。当初はそうかなと思って聞いていたのですが、私は4年間いたのですが、4年間同じことを聞かされると、ちょっと違うのではないかと、知識だけを教えてもだめではないかと、思うようになりました。

そもそも学生に知識を選択する能力があるのか、もっと言うと、知識を蓄える力があるのか。器が小さいところにいくら知識を入れ込んでも、オーバーフローするだけですし、違う言い方をすると、ざるに水を汲もうとしても全然汲めないのと同じで、最初に知識を蓄えるポウルを大きくするといいますか、器を大きくする必要があるのではないかと感じた次第です。

その時にふと思い出したのが学生時代にどの先生かは忘れたのですが、哲学が大切だという話をされていたことです。その時私は二十台前半でしたが、なんのことを話しているのかさっぱり分かりませんでした。しかし、私も五十を超えて四捨五入すると百歳になりましたので、だんだんその話の意味が分かるようになってきたのかもかもしれません。

じゃあ、具体的にどうしたらいいのかというのはなかなか分からないのですが、マイケルサンデルは教育について、「最高の教育というものは、自分自身で考えること。どうやって質問し、どうやって反論し、どうやって議論するか、その方法を学ぶのが最高の教育だ。」と語っています。また、「バカの壁」で有名な養老孟司先生が、2004年に苫小牧へ来て講演を聞いたのですが、講演の最後に養老先生はホワイトボードに、「教養とは、“人の心

が分かる心”心は互いに分かなければ意味のないもの”というふうに書かれました。また、NHK教育、Eテレと言うみたいですか、2011年4月から「100分で名著」という番組が始まったのですが、数回目に皆さんご存知だと思いますが、ドラッカーが取り上げられていまして、彼は「真摯さが大切である。」と語っています。また、昨年9月のNHKプロフェッショナルで、高倉 健さんが出演されていまして、そのインタビューで、「俳優にとり、何が大切ですか？」と聞かれたときに、健さんは「感じる心だ」と、「演技力じゃない感じる心が大切なのだ。」と語っていました。皆さんそれぞれ表現は違いますが、多分同じことをいろんな違う角度で言っているのかなという気がしています。

では、どのようにしたらそういう心を持てるようになるかという、高倉健さんは、「良い映画を観たり、良い本を読んだり、良い音楽を聴いたりするんだよ。」なんて語っていました。また、同じくEテレの月曜夜11時からのTEDという番組では、「人間の脳は、感動やおどろきやときめきを与えられた時に、ものの見方や記憶を変えるのです。」と語っています。

ですから、自分自身で努力するしかないのかもしれませんが、教育関係者も知識だけ教えれば良いというものではなく、そういう驚きを与えるというか、見方を教えるような教育をする必要があると思っております。

少し脱線しますが、今年一番私が見方を変えたのはトイレです。食監会という食品衛生を担当する人たちの研究グループがあり、昨年の全国大会で、長野県の保健所の方たちが下痢便の実験をした結果が報告されました。下痢便は結構飛びます。和式ですと当然靴とか靴下に飛び散りますし、洋式ですと水に跳ねるのでお尻全体が汚れます。それを見たときに、広くお尻を拭かなければならないなと思ったのが去年です。そして今年、ふと、下痢便はトイレットペーパー何枚くらい染み通るかと思ひまして、当保健所の試験検査課の主査に相談したら、早速実験してくれました。現在ウォシュレットが多いのでちょっと湿らせた細菌培地を作りまして、トイレットペーパーを10枚折とか15枚折とか20枚折にして、何枚くらいまで染み通るかという実験です。当然じっくり拭けばよく染み通りますし、さっと拭けばそんなに染みませんが、今回はさっと拭く想定で実験をしてみました。何枚くらい通ると思ひますか？なんと15枚は通ります。15枚になると表面上は全く見えませんが、培養すると細菌が生えてきます。それから私はトイレットペーパーを20枚になるように折っています。最近はシングルでなくダブルを使っているんで、半分の回数で良くなりました。このように行動が変わります。あと手洗いですね。「ためしてガッテン」でやっていたけど、30

秒は手を洗わないと手はきれいにならないです。よく「食中毒予防によく手を洗いましょう。」という漠然とした標語が使われますが、あれではダメではないかと思っています。「最低30秒以上手を洗おう。」と言わないといけないと考えています。このようにあつというようなことが情報として入ると、人の行動は変わるものではないかと思っております。

2. 人が好き

次に人が好き。

新しい発想力というのはどういふときに生まれるのでしょうかという話です。

ひとりでじっくり考えて生まれる人もいますが、多くの方は他人との交流で生まれます。アップル社の創業者であるスティーブジョブズはなんと語っているかという「電子メールやiChatでアイデアが生み出されると思われがちだ。そんなバカな話はない。創造性は何げない会話から、行きあたりばったりの議論から生まれる。」と語っています。実際、彼の自伝を読みますと、来訪者、つまり友人や知り合いと、彼の庭などをずっと歩いて会話をするという場面が多々あります。そういう中から自分の発想力を鍛えていたのかなと思っております。その後、アップル社が新しい社屋を建てるのですが、トイレを少なくしたといひます。苦情であとから増やしたみたいですが、なぜトイレを少なくしたかという、トイレは人が行きますよね。そこで人と出会い会話がおこり、そして新しい発想力が生まれるということでそうしたいみたいです。私はタバコを吸いませんけども、タバコを吸う人たちはよくタバコ部屋に行くといひらめく、ニコチンの力はすごいといひ回も聞いたことがあります。そうかもしれないけれどひょっとしたら、歩いていって、道庁なら下に喫煙室がありますから歩いていって、そこで知っている人や知らない人と出会い会話をすることで、発想が生まれるのではないかと私は思っています。私はタバコを吸わないのでそういう機会がないのはとても残念ですけども、そういう他人との会話が必要だといひ気がしています。

あと今日も学会ですが研修も必要です。研修は違うチャンネルの人と出会う場として、新しい発想をしたいときは、自分と違う考えの人と会話をすることが大切だと思ひますし、自分の考えを進めたいときには同じチャンネルの人と話すことをお勧めします。私はどちらかといひと、イケイケどんだんの方なので、自分自身で良くなるといひ思うこともあります。そのため新しいことをするときにはできるだけ自分と違う考え方をする人、慎重な見方をする人の話を聞いて、トータルで考えるようにしています。その人からダメだといひわれた時はあきらめます

し、その人もいいのではないかとさえ、そうだねやろうかというふうにしています

興味がないテーマでも聞いてみると、結構ダメなこともありますけれども、意外に面白いことがあります。私が思い出すのは網走保健所長時代に、北大の本間先生の漢方薬の講演会を聞いたことです。漢方薬はあまり興味がなかったのですが、網走はあまり講演会がないのでなんとなく行ってみました。すごく面白い講演会で、最初ノーベル物理学賞を受賞した「散逸構造化理論」から始まり、最後に西洋医学は対症療法だけど、漢方というのは人体のいろんな不足しているものを補充する根本治療である、今に漢方が医学を席卷するのだと言っていました。二十年くらいたって、まだ漢方はそこまで普及していませんが、あまり興味がなくても参加すると面白い講演もあります。

あと精神科医の齊藤学という人がいるのですけれど、「ことばは嘘つきで、行動に人の真実が表れます。」と言っています。ですから皆さん方も、人を好きになって人の行動を観察する力を身につける必要があると思います。人は好きなことはすぐやりますし、嫌なことは後回しにします。ですから、あるものを頼んでパッとやってくれたら、それはその人が好きなことだと思います。ですから、次回から同じようなことを頼んでも引き受けてくれると思いますし、なかなか取りかからないことは苦手なことなのだと思います。それなら次回からは時間をもって頼むとか、いろいろと工夫しなければならぬのかなと思っています。

3. 自分も変わり、人も変わる

3つめ、自分も変わり、人も変わる、です。

公衆衛生従事者は保健指導を通じて、他人の生活習慣を変えることが求められます。

これも、2004年の養老孟司先生の講演で聞いたのですが、現代人は、人は変わらないと思込んでいるしかし昔の人は、人が変わることを知っていた。鴨長明の「方丈記」も「行く川の流は絶えずして、元の水にあらず」という書き出しで始まっています。人は変わるという意味です。「君子豹変す」という格言もあります。これを利用したのがオウム真理教の麻原彰晃だというふうに言っていました。オウム真理教の信者で慶応出身の医師の林郁夫という人がいましたが、命を守ることが大切だと教えられていた医師の林郁夫が本当の林郁夫なのか、地下鉄でサリンをまいて人を殺したのが本当の林郁夫なのか、その後反省してあれは間違いだったと思ったのが林郁夫なのか、どれが本当の林郁夫なのでしょう、ということでした。つまり人は変わります。人の行動を変える方法としておすすめなのは、認知行動療法です。

私は以前北海道にいた木津先生に紹介され、廣田先生のお知り合いの福岡の足達先生や、北海道医療大学の坂田教授の講演を聞いただけでも、非常に有用な方法だと思っています。オペラント条件づけですとか、スモールステップの方法ですとか、過剰学習なども学ぶことができました。

また、ものを多面的に見るということも必要じゃないかと思っています。簡単な例で申しますと「コップに水が半分入っている。」それを、「コップに水が半分しか入っていない。」という見方もできますし、「コップに水が半分も入っている。」という見方ができます。我々は両方の見る力が必要だと思っています。今日のシンポジウムⅠの方で、洞爺湖町の方から乳幼児健診の話がありました。時間の都合で最後まで聞けませんでした。途中まで聞いている範囲では、障害を持っている子どもを見つける方法として有用だという話でしたが、逆の見方から申しますと、1歳半健診、3歳児健診で過剰なマーキングといいますが、要経過観察にすることを防ぐ方法ではないかと思いました。ひとつのことを一方向だけではなく、多面的から見る力が必要ではないかと思っています。

4. 書く力

4つめは書く力です。

文章もなんのために書くかで、文体を変えなくてはいけないと思っています。

保健師さん、栄養士さんもそうですけど、訪問記録を書くときと、去年もそうでしたけど医療計画とか健康づくり計画を書くときには文体を変えなくてはいけないと思っています。訪問記録は随筆ではないので、短く簡潔に的確に表現しなければなりませんし、計画は計画でそれにあつた文体がありますので書く力を身につけなければいけません。

私も研究論文を最近全然書いていませんけども、この後発表される岸先生に厳しく教えられまして学ぶことができました。このあたりは、公衆衛生大学院ができて、学ぶことができよのではないかと考えています。

5. 科学的思考

5番目、最後ですが科学的思考です。

一般的に申しますと、研究も仮説を考えることは必要ですけれども、結果についての解釈は中立でなければなりません。仮説は仮説で大切ですが、実験結果などから仮説については客観的に冷静に判断しなければいけないと考えています。

私が最近気になっているのは、肥満とやせです。栄養

士さんも保健師さんもみんな肥満対策が好きです。肥満対策は大切です。確かに医療費もかかりますし、糖尿病も日本人では多いので肥満対策は必要ですが、日本全体の健康を考えるとどちらが大切かという、多分やせの方が大切です。一昨日のクローズアップ現代で高齢者の栄養をテーマにやっておりましたが、人口規模で考えるとやせの方が多し、やせている方が早く死にます。太ってもなかなか死にませんが、やせたら死にます。しかしどちらが大切かは、その地域地域によります。だから一律に肥満対策をやらなければならない、やせは関係ないというわけではないので、その地域によってどちらが大切なのかを客観的に考えて対策していく必要がある。最初から決めるのではなく、その地域のデータを冷静に見つめる力が必要ではないかというふうに思っております。

「人間ならば誰にでも、すべてが見えるわけではない。多くの人は、自分が見たいと欲することしか見ていない」と言ったのはローマ帝国唯一の創造的天才といわれるカエサルですが、これは往々にしてあります。みなが同じものを見ても、後頭葉から前頭葉に行く間に自分の見たいものしか見えない、というのが事実です。そういうことを皆さん方も気にしていただければと思います。

最後に蛇足になりますけれども、複数の仕事をする時のことです。うちの職場でも、どの順番に仕事をしたら全体がスムーズに進むか考えて優先順位をつけて仕事をしなければならぬと職員に言っています。先ほどのドラッカーも「目標に優先順位をつけろ。間違った順位でも」と言っております。私自身もいろんな仕事が入ってきたときには、どういうふうに順番をつけるかという締め切り順につけています。好きな仕事とか嫌いな仕事ではなくて、締め切り順でとにかく一つ一つクリアしていくということにしています。

最後になりますが、公衆衛生大学院設置という話についてですが、公衆衛生の研究者を輩出することも大切だと思いますけれども、研究して学習してまた現場に戻ってきていただいて、実学として活躍する人が多く輩出されることを、現場を預かる保健所長として強く思っております。また、知識だけではなく、最初に言いましたように感じる心を育てるような学習内容、カリキュラムにいただければ幸いですと思っております。公衆衛生大学院ができれば、学んだことをぜひ現場で生かしていただきたいと願っています。

ご清聴ありがとうございました。



講演 4

「公衆衛生大学院への期待・実現性と課題」

岸 玲子 氏

ただいま紹介にあずかりました、北大の岸でございます。さっそく時間厳守でまいります。

私は「北海道における公衆衛生大学院への期待・実現性と課題」というタイトルで講演いたしますが、公衆衛生協会の真野さんから、そもそも公衆衛生大学院とは何なのか、その話を誰かがしてくださいと要請されたので、その部分を少し最初の方に含めさせていただきます。

公衆衛生大学院とは？

- 海外ではSchool of Public Health は独立した公衆衛生専門大学院。アメリカでは100年の長い歴史。全米に30以上。(そのほか医学校や教育・保健学などに付属するMPHプログラムも50校以上)
- イギリスも1930年代ロンドン大学に開設。ヨーロッパ大陸でも1990年代以降は相次いで設立される。
- アジアではシンガポール、台湾、タイに大規模で充実した内容の公衆衛生大学院がある
- 日本では、2000(平成12)年に法科大学院、ビジネス・スクールができるときに同じ枠組み(専門職大学院)で公衆衛生大学院設置が始まった。京都大、九州大、東大、帝京大学にできたが帝京のみ独立した公衆衛生大学院。大阪大や筑波大では医学研究科修士課程の中でMPHを出すのが規模・内容も本来のMPHと比べると貧弱。

(スライド2：公衆衛生大学院とは?) 公衆衛生大学院は、英語読みすると School of Public Health、独立した公衆衛生の専門大学院です。“独立した”、という意味は医学部 (School of Medicine) の中にあるか外かという意味です。グローバルなスタンダードでは医学部の外にあり大学院 (school) としては独立しています。アメリカで School of Public Health ができてほぼ100年になるそうです。ジョンズホプキンス大学にできたのが一番早く、確か1916年だったと思います。Harvard School of Public Health は1922年で6年くらい遅かったのですが、100年の歴史があって、全米に独立した大学院として45あります。そのほか、医学部 School of Medicine や School of Education (教育学)、School of Health (保健学) などの中にコースプログラムとして MPH プログラムが50以上ありますので大変な数がございます。

イギリスは London School of Hygiene and Tropical Medicine というのはロンドン大学に1930年代後半にできています。私がアメリカに留学していた頃は、ドイツとかフランスは自分の国に School of Public Health が

ないと言っているクラスメートが多かったのですが、90年代に入りましてから相次いで設立されております。アジアではシンガポール、台湾国立大学、タイのマヒドン大学、そこに本当にアメリカ、イギリス型の大規模な非常に充実した内容の公衆衛生大学院があります。そういう意味では日本では、現在 MPH を出しているプログラムは規模も非常に小さいですし独立した大学院は帝京大学だけですので、グローバルスタンダードから見るとちょっと異質な感じがいたします。

先ほど小笠原先生が年代を入れてくださっていましたが、2000年（平成12年）に法科大学院とビジネススクールが専門職大学院として文科省が始めました。その時に同じ枠組で専門職大学院として公衆衛生大学院の設置が始まりまして、一番初めにできたのは京都大学で、これは一橋大学にスクールオブビジネスができる時に同時にできました。その少しあとに九州大学、それから5年くらい遅れて東大にできました。それから最近、私立の帝京大学にもできておりますが、帝京のみ独立した公衆衛生大学院の形を取っておられます。それから阪大や筑波大学は医学研究科修士過程の中で MPH を出すようなことを（文科省がそれでも MPH を名乗ってもいいと言われたものですから）、しておられるのですが規模や内容は北海道大学の社会医学コースがそのまま MPH と言っているようなもので、東大・京大などと比べますと充実度も低いかなと思います。

なぜ(公衆衛生)専門職大学院が必要か？(1)

- 厳しい労働雇用環境・年金問題、子どもの虐待など社会経済環境の悪化が進む中、最先端医療や分子生物学のような“biomedical model”とは異なる“social model”(社会科学的な視点)からの健康と安全・安心問題へのアプローチ必要
- 「病気になったときの診断と治療」は大事だが「健康と安全・安心」に国民は関心がある＝予防を望む
- 医療の有効性や質の評価、保健医療・介護福祉システムにおける費用コストと資源の公平な配分への懸念などは、病気にならずとも万人の問題。
- 研究の視点でも、教育の視点でも、高度の専門的な学生・院生と専門職の育成・訓練が大きな課題になってきた

(3：なぜ必要か?) 先ほど来、それぞれの先生が日本の今の公衆衛生の現状が School of Public Health が必要ではないかということをおっしゃっています。私は少し別の観点でも申しますと、日本の相対貧困率は先進国の中でアメリカに次いで第2位ですが、厳しい労働雇用環境とか福祉や年金問題の行方に国民多くが関心を持ち、また、子どもの虐待がやはり貧困と非常に結びついていることが指摘されております。こういうような社会経済環境の悪化が日本で進んでいると思います。そうしますと、最先端医療や分子生物学のような biomedical model、それもちろん非常に重要なのですけれど、

それとは異なる social model、社会科学的な視点からの健康と安全や安心問題のアプローチとして公衆衛生大学院が必要になってきていると思います。それから、国民の側から見ましても病気になったときに高度の診断と最先端の治療は非常に重要なのですけれど、普段の日常の健康・安全・安心にも、国民は同じくらい関心があるのではないかと感じます。それから医療の有効性や質の評価、保健医療・介護福祉システム、費用コストと資源の公平な配分への懸念などは病気にならなくても国民皆の問題でございます。研究の視点でも教育の視点でも、高度の公衆衛生大学院として専門的な学生・院生を育てること、あるいは専門職の育成・訓練が大きな課題になってきていると思います。

もう一つの視点はグローバル化する社会 なぜ公衆衛生専門大学院が必要か？(2)

1人の患者への対応では済まず、一国内で片付く問題でもない、社会システム的なおよび地球規模での対策と国際協力が不可欠な課題が増えてきている。

- 地球規模の環境問題の悪化・進行、
- 新興・再興感染症の世界的な流行、
- 食の安全や環境汚染に対するリスク評価と対策
- バイオテロリズムなどの問題、、、
- 特に海外で専門家として働くときには公衆衛生修士(MPH)は必須のdegree

(4：グローバル化する社会) このスライドは専門職大学院が必要ではないかという一番の理由を示しています。それはグローバル化する社会であります。一人の患者への対応では済みませんし、一つの国の中で片付く問題でもない、つまり、一人の患者さんだけではないということは、社会システム的な感覚が必要だということです。また、地球規模での対策あるいは国際協力が必要不可欠な課題が増えてきている。これも皆さん実感されているんじゃないかと思います。そして、地球環境問題の悪化・進行、新興・再興感染症が世界的に流行がございます。それから食の安全や環境汚染に対する政策評価・対策、最近ですとバイオテロリズムなどの問題、これらを解決するには、また特に海外で Public Health の専門家として働くときには MPH が必須の degree でございます。

一方、医学教育も変化 (卒前・卒後教育)

- 卒後2年間の臨床研修が医師全員に必修化され、プライマリケア医の養成面では一定の成果。しかし医師の地域偏在や大学に医師が残らないなど新しい問題点も生まれてきた。
- コアカリキュラムあるいは国際認証基準などで学部教育講義数が減少、卒前教育のみでは、保健所や産業医など公衆衛生専門家としての教育訓練には全く足りない
- 衛生学・公衆衛生学講座が再生医学などに代わるなどで教員も減少。人々の健康と安全のための専門教育を行うのには、人材面から見ても時間数から見ても全く不十分な状況

(5: 医学教育も変化) 医学教育も変化しています。私自身医師ですから、医学教育のことも申しますが、その他の看護は看護で、栄養は栄養でいろいろな面でそれぞれが教育など環境変化があると思います。医師には卒後2年間の臨床研修が必修化されました。プライマリケア医の養成面では一定の成果がございますけれども、医師の地域偏在や大学に医師が残らないなど新しい問題も生まれてきております。コアカリキュラムというのは医学の領域では早くから実施されてきましたが、最近国際臨床基準で国際認証されてないと、つまり ECFMG を取るときに国際認証されていない大学の出身者は駄目だということがここ1, 2年で出てきたものですから臨床(ベッドサイド)教育が増えて、学部の系統的な教育の講義数は非常に減少しております。したがって、卒前教育のみでは保健所の医師、あるいは職場で産業医をするなど、いわゆる Public Health の専門家としての教育訓練は今全くその時間数が足りません。ちなみに私が教授になって初めてのときは55回の公衆衛生の講義を5年生にしておりましたが、今は4年生あるいは3年生でチュートリアルで自分たちが学ぶものを入れても28回くらいのコマ数ですから、講義の回数は半減していると言えます。あるいは社会医学として大きな問題はもう一つありまして、衛生学・公衆衛生学講座が再生医学などに代わるような大学も出てきております。ですからそういう意味で、公衆衛生が取り扱う健康安全、あるいは Well-being (安寧) も含めまして専門教育を行うには人材育成の時間数から見ても医学部在学中に行うのは不十分な状況がございます。

人材育成は医師ばかりでは ありません

- 保健師や獣医師、歯科医、薬学などでは Public health の人材育成は十分なのでしょうか？
- 衛生工学、都市計画、リスクコミュニケーション、環境デザイン、健康政策、医療経済など関連の分野では Public Health について理解が十分なのでしょうか？

(6: 医師だけでなく) おそらく人材育成のたぐいまり申し上げたような問題は保健師や獣医師、歯科医、薬学など Public health に近い、一翼を担っていらっしゃる分野での人材の育成でも同じ部分の問題があるのではないのでしょうか。もう一つは、衛生工学とか都市計画とか、あるいはリスクコミュニケーション、環境デザイン、Health policy、医療経済など、公衆衛生で重要な分野ですけれども、やはり Public health について理解は現状では北海道大学を見ましても十分でないと感じております。

国(行政)の動向との関係

- 2004年4月、厚生労働省は、地方分権改革推進会議による「保健所長の医師資格要件の廃止」要請に対応する形で、「歯科医師や薬剤師、獣医師あるいは保健師など専門知識があり5年以上の実務経験と1年間の訓練課程を修了する特例を満たせば医師以外の登用も「例外」と認める」と決定した。(訓練課程として国立保健医療科学院の1年課程、および海外の MPH 修了者が同等の扱いをされている)
- 2005年「中央教育審議会」がはじめて答申を出した: 「日本でも各大学が工夫して公衆衛生大学院設置をし、医療経済や疫学・医療統計の専門家を育てる必要がある」(公衆衛生・パブリックヘルスの観点ではないが、..)

(7: 国の動向) 国の行政で主として霞ヶ関ですが、どんなふうにご言っておられるかをまとめてみました。2004年の4月に厚生労働省は、地方分権改革推進会議によりまして保健所長の医師資格要件廃止要請に対応する形で、歯科の先生や薬剤師、獣医師あるいは保健師など専門知識があって5年以上の実務経験と1年間の訓練課程を修了する特例を満たせば医師以外の方が例外として認めると言うことが出てきましたが、ここでその認めると言っておられるのは国立保健医療科学院の1年課程、それから海外の MPH 修了者が同等の扱いをされていますけれども、実は国内の数大学で MPH を出しているにもかかわらず認められていないということがあります。それから文科省の方は2005年に中央教育審議会が初めて答申を出しました。その中で日本では各大学が工夫して公衆衛生大学院設置をし、医療経済や疫学・医療統計の専門家

を育てる必要がある。私から見ると、これは Public health としてでは必ずしもないのですが、とにかく中教審が初めて公衆衛生大学院という名前を挙げていたのは意味であると思います。

しかし、国立保健医療科学院(旧公衆衛生院)の長期研修コースに職員を派遣できない現状が

実際、都道府県・政令市等の専門職の皆さんはどうやって勉強をしているのでしょうか？

(8：しかし現状が) しながら国立の保健医療科学院、旧公衆衛生院の長期研修1年のコースにあるいは半年のコースですら、実際、都道府県や政令市等の専門職の皆さんを派遣ができていない状況と聞いております。私は国立保健医療科学院の外部評価委員を仰せつかっていまして、実際どのくらいやっつけらるかは存じていますけれど、やっぱり本当に厳しい状況でございます。

日本学術会議から提言 「わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大学院の活用と機能強化」

第2部の健康生活科学委員会および
基礎医学委員会合同
パブリックヘルス科学分科会
2011年9月

(9：日本学術会議から提言) こういう状況を受けまして、日本学術会議は2011年9月に提言を出しました。「わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大学院の活用と機能強化」パブリックヘルス科学分科会の名前で出したものでございます。

提言の背景

- わが国は新たな健康・医療問題に直面。急速に進行する少子高齢化、突発的な新興・再興感染症やバイオテロの発生、労働現場における過労死・自殺等の増加、医療事故や医療経営環境の悪化、新たな環境リスクの脅威など。このような様々な健康・医療問題への対応は、わが国の喫緊の課題
- そこで、保健医療に関わる社会制度のあり方や社会および自然環境が人々の健康や安全に及ぼす影響を体系的に理解し、人間集団の健康や安全を対象とした調査・測定を実施し、政策立案・マネジメント能力に優れたより高度な公衆衛生の専門家養成が求められている
- すでに実務についている医師、保健師、獣医師あるいは行政職員などを対象としたリフレッシュ教育を、現任のまま受けられるような仕組みも重要である
- しかし、このようなニーズに応えられる大学はほとんどない。

(10：提言の背景)

現状及び問題点を指摘

1. 平成12(2000)年以降、全国各地の大学において、公衆衛生の専門家養成に特化した大学院課程が徐々に創設されている。
2. 現時点で公衆衛生系の専門職大学院が4校、これに従来からある医学系の修士課程に公衆衛生の専門コースを設置している大学院を合わせても、全国で数校しかないという状況。
3. すでに公衆衛生実務についている医師、保健師、獣医師あるいは行政職員などを対象としたリフレッシュ教育を、現任のまま受けられるような仕組みも重要であるが、このようなニーズに応えられるのは上記の一部に過ぎない。

(11：現状および問題点) 現状の問題点を指摘しました。平成12年(2000年)以降、全国各地の大学におきまして、公衆衛生の専門家養成に特化した大学院課程が徐々にではありますが創設されてきております。現時点で公衆衛生系の専門職大学院が4校、これに従来からある医学部の修士課程に設置しているのを合わせても全国で6校くらいしかないという状況です。すでに公衆衛生実務についておられる医師、保健師、獣医師あるいは事務系の行政職員の方などを対象としたリフレッシュ教育を、現任のまま受けられるような仕組みが重要であると私個人的にも思っているのですが、このようなニーズに応えられるのは本当にこの中ではごく一部だと思います。

提言の内容

- (1) 教員配置について:グローバルスタンダードで
- (2) 公衆衛生大学院への公的支援について
少なくとも全国8-9ブロックの一つ
- (3) 公衆衛生人材養成における大学院の活用:
職員を公衆衛生大学院で教育訓練
- (4) 保健所長要件:わが国の公衆衛生大学院修了者については海外の公衆衛生大学院修了者と同等に所長になれるように取り扱うべき

(12：提言の内容) そうしまして、学術会議が提言として出しましたのは、学術会議は内閣府にありますので各省庁に対して、それから大学等、アカデミックそれから国民に向けてのメッセージであります。教員配置についてはグローバルスタンダード（疫学・統計・環境保健・医療政策マネジメント・社会科学・行動科学）にしたいということ。公衆衛生大学院への公的設置について、少なくとも全国8-9ブロックの一つは欲しい。それから公衆衛生人材養成における大学院の活用、職員皆さんが公衆衛生大学院でいろんな形で教育訓練を受けられるように。保健所長要件につきましても、海外の公衆衛生大学院修了者がOKなら日本国内の公衆衛生大学院を終了した方もOKにさせていただきたいということを書いた次第です。

スライド13～16の提言の内容は、時間のことを考えて飛ばしますが、資料としては載せております。具体的にどんな提言が書かれたのか、4個スライドがありますのでご覧ください。

提言の内容(1)

(1)教員配置について

- 大学は、公衆衛生大学院を設置する場合において、公衆衛生の大学院教育のグローバルスタンダードとして、生物統計学、疫学、環境保健学、社会科学・行動科学的方法論、医療管理学の5教科を必修とするために必要となる教員の配置に努めるべきである。

提言の内容(2)

(2) 公衆衛生大学院への公的支援について

- 国(文部科学省、厚生労働省など)は、公衆衛生大学院が全国のいわゆる8地方ブロックに少なくとも1か所以上整備されるよう、大学等に支援を行うとともに、自治体と協同して、それぞれの地域において公衆衛生人材養成に向けて協力体制を構築することが望まれる。

提言の内容(3)

(3)公衆衛生人材養成における大学院の活用について

国(厚生労働省、環境省など)や保健所・保健センター等を設置する自治体、専任産業保健スタッフ等を置く事業所は、公衆衛生行政、地域保健、職域保健あるいは環境保健に係わる専門職員の専門能力向上と、

リフレッシュ教育を目的として、当該職員に対して公衆衛生大学院における研修・修学等の機会を与えることが望まれる。

提言の内容(4)

(4) 保健所長要件について

- 国(厚生労働省)は、医師資格をもつ公衆衛生大学院修了者の保健所長要件について、わが国の公衆衛生大学院修了者を海外の公衆衛生大学院修了者と同等に扱うことにより公衆衛生医師の確保に努めるべきである。

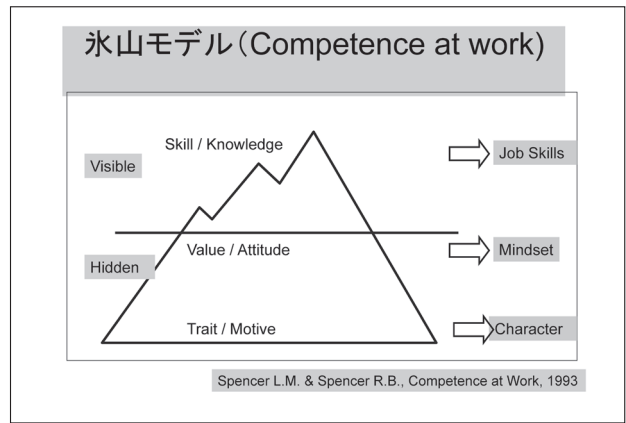
世界的に公衆衛生専門職のコンピテンシーが強調されている

- アメリカでは公衆衛生分野に携わるものは医師免許を取得したあと、数年の初期臨床訓練を行い、そのあと公衆衛生大学院でMPHをとる。
- “Healthy people 2010”にはpublic health infrastructureの中に公衆衛生に必須な10項目のサービスを行うためにコンピテンシーに基づく人材育成が強調された
- 各地区の公衆衛生大学院がセンターとなって州政府と協力しながら、多様化した公衆衛生活動を担う人材の資質向上をはかるシステム、(ワシントン大学、ノースカロライナ大学、カリフォルニア大学、...)など
- カナダ、イギリスなどではMPHの後、さらに2年程度の予防医学のresidency programをとる(予防医学の専門医制度がある。日本には未だない)。

(17：世界的にコンピテンシーが強調) 世界的に見て公衆衛生専門職のコンピテンシーが強調されております。山本先生が「公衆衛生大好き人間」のお話をされましたのを、私は非常に感じ入って聞いておりました。それとも少し関係があります。アメリカでは今、医療制度に非常に大きな問題があります。ですからアメリカがすばらしくいいとは思ってはいないのですけれども、少なくとも教育をシステムティックにやっていることは確かです。公衆衛生分野に携わる方は医師免許を取得したあと、初期の臨床実習(レジデンシー)を大体4年くらい、そのあと公衆衛生大学院でMPHを取ります。Healthy People 2010にはPublic health infrastructureという項目がありまして、その中に公衆衛生に必要な10項目のサービスを行うためのコンピテンシー、そのコンピテンシー

が備わるための人材育成を強調しております。2005年に（厚生労働科学研究）をいただきまして、公衆衛生大学院の現状を視察に行かせていただいたことがあります。その時に実は自分の出身大学（ハーバード）ばかりではなくて、ボストン大学やシアトルのワシントン大学、ノースカロライナ大学、カリフォルニア大学、南部のチューレン大学などいろいろ行ったのですけれども、州政府と協力しながら多様化した公衆衛生活動を担う人材の資質向上をはかるシステムをワシントン大学やノースカロライナ大学は州立大学ですから、非常に熱心にされていました。大学の中でそのような部門を作っておられました。

ただ一つ問題がありますのは、カナダ、イギリスなどは MPH の後、さらに2年程度に予防医学の residency program を行っております。今はイギリスの School of Hygiene & Tropical Medicine に馬場さんという、（保健所にいらした当時）廣田先生のところでお世話になったドクターが留学していますけど、彼は「海外に比べて日本は予防医学専門医制度がない、それが若い人が魅力を持ってない一つの理由ではないか」と言われています。ただ、アメリカにはこの制度が本当はあるのですが、アメリカはレーガン大統領になってから教育関係の予算が非常にカットされていますので、最近この residency program を調べますと昔に比べると学んでいる人の数のがた落ちしています、ただカナダとかイギリスは現在もごまいます。



（19：氷山モデル） スペンサー&スペンサーが Competence of work という表現で書いていますが、能力はコンピテンシーは氷山の上の部分（Visible）で見える部分と隠れた部分であります。興味深いのは、モチベーション、形としては個人のキャラクターだとか Value（価値）で、また態度（Attitude）です。心構えとなるのでしょうか、これが Hidden、隠れているコンピテンシーです。この上部分は Skill とか Knowledge でこれが仕事と直結している。先ほど山本先生が価値とか哲学とか言われて、私も非常にそれは本当に Public Health の芯（ベース）を構築していると思います。ただし、パブリックヘルスとして地域や職場で十分な成果を上げるためにはやはり芯のみならずコンピテンシーを育てていくことが大事なのではないかと思えます。

コンピテンシーの考え方

- 特定の職務や状況下において
- 期待される成果に結びつけることができる個人の行動様式や思考特性、取るべき態度に焦点をあて、
- 職務遂行上で成果に貢献する行動に直接影響を与える能力
- 学習により獲得できる、
- 行動として顕在化することから観察によって測定評価できる、
- 個人の成果や業績と直接的に関連すると考えられている

（18：コンピテンシーの考え方） コンピテンシーの考え方ですけども、特定の職務や状況下において、期待される仕事、業務の成果に結びつくことができるような個人の行動様式や思考特性、取るべき態度に焦点を当て、特に職務遂行上成果に、プロダクトといいますか、その与えられた職責の中での成果に貢献できる行動に直接影響を与えるような能力であります。学習により獲得できる、として考えられている、行動として顕在化しますので、観察によって測定評価ができる、個人の成果や業績と直接関連するのだと考えられているわけです。

公衆衛生コンピテンシー（位置づけ）

- 急激な社会の変化を受けて健康問題が多様化し、
- 国民のヘルスニーズも変化している。
- これに対応して公衆衛生専門職の資質向上が緊急の課題との認識がある
- 現場の専門職の職務遂行能力、
- 将来の人材育成や人員配置・構成の量的問題を解決するための準備に、
- 大学研究機関と行政機関の連携が強化される必要

（20：位置付け） 急激な社会の変化を受けて健康問題が多様化し、国民自身のヘルスニーズも多様化を受けて変化していると思います。これに対応して公衆衛生専門職の資質向上が緊急の課題という認識を持っていく必要があるのではないかと思います。現場の専門職の職務遂行能力、そして将来に向けての北海道における、札幌市における人材育成や人材配置、こういう問題を解決するための準備をしていく必要があります、一層、大学・研究機関と行政機関の連携が強化される必要があるのではないかと考えています。

「コンピテンシーに基づく教育」
(アメリカの例)

- 具体的には公衆衛生大学院で
- 「疫学、統計、環境科学、保健医療政策管理、社会行動科学の公衆衛生大学院の5つのコア科目」に加えて、公衆衛生生物学Public Health Biologyを加えた6つについてそれぞれで作業部会がひらかれ、各8-10項目のコンピテンシーを開発
- 加えて分野横断的な次の6つの領域のコンピテンシー項目の開発もなされている
 - ①コミュニケーション、②リーダーシップ、
 - ③多様性と 文化的背景への理解、
 - ④専門的な職業意識と倫理、
 - ⑤企画立案とアセスメント、⑥体系的思考

(21: アメリカの例) アメリカの場合、100年の歴史がございますので、具体的には公衆衛生大学院の中で疫学、統計、環境保健、保健医療政策管理、社会(行動)科学、これは(Textbook of Public Health)という専門家のための厚い教科書がありますけど、昔ではBehavioral Scienceでしたが、今はソーシャルサイエンスに直して、これは私もその通りだと思っていて、行動科学もやはり、社会科学の中に含まれることだと思います。これらの公衆衛生大学院の5つのコア科目に加えて、Public Health Biologyも重要だということが入っておりますが、それぞれで作業部会が開かれて、8~10項目のPublic Healthのコンピテンシーを開発しています。コミュニケーション、リーダーシップ、多様性と文化的背景への理解、専門的な職業意識と倫理、企画立案と評価、体系的思考、こういうものが系統的に単に知識を授けるということだけではない、(コンピテンシーとして能力をつけていくということが)よくわかるかと思えます。

公衆衛生大学院の数など
最近の動向(アメリカ)

- 独立した公衆衛生大学院は、1990年代はじめは23校であったが、最近40校に増えた。
- また独立した大学院ではないが
- Graduate Program in Community Education、Graduate Program in Community Health/Preventive MedicineあるいはHealth Sciences等で50以上の大学でMaster of Public Health programが提供されている

(22: 最近の動向) 非常に増えてきていて(独立したSchool of Public Healthが)、45校です。先ほどこれは申し上げた通りでございます。

アメリカ公衆衛生教育協議会による「MPH認定基準」(必須の5分野)

- 1 生物統計学
 - 保健データの収集、解析および解釈。保健関連調査および実験デザインと解析。統計データ解析の理論と実践。
- 2 疫学
 - 人間集団における疾患、障害、死亡の分布と決定因子。人間集団の特徴と力学。疾患の自然歴と保健の生物学的基盤。
- 3 環境保健
 - 集団の健康に影響を及ぼす生物学的、物理学的および化学的要因を含めた環境要因。
- 4 保健医療サービスの政策と経営
 - 保健医療プログラムの計画、組織、経営、管理、評価および政策分析。
- 5 社会科学および行動科学
 - 公衆衛生上の問題認知と解決に関連した社会科学および行動科学的な分析概念と手法。

(23: MPH認定基準) 公衆衛生の教育協議会というのがSchool of Public Healthの連合体でありまして、そこでMPHの認定基準を出しております。これは先ほどもありましたが、こういうものでございます。どれを取ってもPublic Healthの非常に重要な部分を成しているのがわかると思います。医学研究科の中にこれを作ることは私は実質的に不可能だと思っております。やはり独立した大学院でないとこれだけのことは難しいだろうと思います。独立したSchool of Public Healthではないところもかなり出てまいりましたが、いろんな工夫をしてこれらの科目と教える教員入るように努力し、これらが入らないとMPHとして認証されない、そこはアメリカの厳しいところでございます。

公衆衛生大学院は
研究でも重要な役割を果たす

- 日本公衆衛生学会・専門職認定制度委員会でコンピテンシーに基づく学会認定制度を作ったが、課題多い。
- しかし公衆衛生大学院は従来の公衆衛生専門家のためにあるだけではない。
- 医学では、臨床研究でも疫学や統計の専門家が非常に重要、また大型の疫学研究、たとえば「フラミンガム」研究、physician's study、nurse's health study、最近ではnational children's study。これらの大規模な疫学研究を支えているのは医師ではない疫学や統計学の専門家。
- 環境科学研究では
- イノベーション研究

(24: 研究でも重要) 研究面でも重要な役割を果たし、先ほど佐伯先生も研究の面の期待をおっしゃられていましたけれども、日本公衆衛生学会・専門職認定制度委員会につきましては、先生方の中で認定されている方もおられると思いますが、課題がまだまだ多いと思います。医学ではいわゆる臨床研究で疫学や統計の専門家が非常に重要で、この面から先ほどの中教審の答申があったものと思います。例えばフラミンガムスタディですとか、Physician's Study、Nurse's Health Study、National Children's Study、これらはすべて非常に大規模な数万人から十万人規模の研究です。これらを支えているのは医師ではありません。医師ももちろん

入っていますけれど、むしろ、疫学や統計の専門家である。それでこれからは、環境保健研究でもイノベーション研究でも、こういう専門家たちが研究面でも重要な役割を果たすことを、(具体的には時間がありませんので詳しくは申し上げられませんが) 申し上げます。

国際保健医療協力の重要性からみた 公衆衛生大学院

- ・アジアのタイ、シンガポール、台湾など、日本よりずっと小さい国で、すでに数十年前から公衆衛生大学院ができ日本から留学し活躍する人も
- ・タイのマヒドン大学国際保健分野には、オーストラリア、アメリカなど各国から相当数の留学生を受け入れている。
- ・見逃せないのは、アジア全体の公衆衛生、保健医療福祉の向上を視野に入れ活動している点。
- ・日本の大学や大学院はどうか？国際的に活躍をする人材をこくわずかし送り出していない。
- ・日本の21世紀における発展の方向を考えると現状のままでは立ち行かない

(25：国際保健医療協力) 国際保健医療協力の重要性から見て、さっきも申しましたとおり、タイのマヒドンやシンガポールナショナルユニバーシティ、台湾ナショナルユニバーシティなど日本よりずっと小さい国です。すでに数十年前から公衆衛生大学院ができ、実は日本からそこに留学して活躍しておられる方も。マヒドンなんか日本から大体5人くらいずつ、毎年留学しております。りっぱなものです。見逃せないのは、アジア全体の公衆衛生、保健医療福祉の向上を視野に入れてこういう大学は活動しているということです。自分の国のため、自分の地域のことだけ、それを考えているのではないということです。それを翻って考えますと、日本の大学や大学院はどうでしょうか？留学生など国際的に活躍する人材はこくわずかし送り出していないのではないのでしょうか。日本は21世紀、平和でかつ、日本人のいい面を活かしまして日本が世界の中で発展していくことの重要性を考えますと、現状のままでは立ち行かないのではないかと思います。

公衆衛生大学院の特徴

- ①基本的に理系と文系の文理融合型大学院
基盤科目も文系と理系両者を整備する
①疫学、②統計学、③環境科学は 理系、
④保健医療政策マネジメント、
⑤社会科学・行動科学は文系
- ②博士課程も必要：この点はビジネススクールやロースクールなどの文系専門職の高等教育と大きく異なる。
- ③アメリカCEPHでは上記の基本5基盤分野が含まれ、さらに基盤分野の一つ以上は博士課程を有することも認可条件。領域の広さとともに一定の深さも兼ね備えなければ正式コースとして教育できない

(26：特徴) 公衆衛生大学院をこれから作る時の特徴ですが、基本的に理系と文系の文理融合型の大学院

でございます。ここがロースクールとかビジネススクールと徹底的に違うところです。基盤科目、疫学・統計学・環境保健は理系の分野です。保健医療政策マネジメント・社会行動科学は文系です。これが一つの大きな特徴、文理融合型です。博士課程が必要、ここはビジネススクールやロースクールとの大きな違いです。このアメリカの(certificate) 認証を出すところですね、スクールとして公衆衛生大学院と名乗ってもいいという、MPHを出してもいいと言っているところはこの基本5分野が入っていて、かつ一つ以上の博士課程を有すること、幅広さとともに学問的な深さも必要であるということ必須条件にしております。

独立した公衆衛生大学院設置の 意義

- ・21世紀、健康と安全・wellbeing の諸課題を解決する人材は誰なのか？
- ・医学のみならず、獣医、薬学、歯学、看護、OT、PTその他の関連学科の出身者で環境や健康に関心を持つ者、心理・行動科学、労働衛生工学・衛生工学や都市計画、あるいは広く法律や経済、社会福祉など、異なったバックグラウンドを持ったものが活躍すべき
- ・公衆衛生大学院は専門職大学院の中でも、より一層multi-disciplinaryで、もともと文理融合型という認識を

(27：独立の意義) 独立した公衆衛生大学院設置の意義ですが、健康・安全、wellbeing (安寧) の諸課題を解決する人材は誰なのかということが一番大事なポイントだと思います。医学のみならず、保健医療の関連職種出身者、あるいは健康問題に関心を持つ環境系、あるいは工学系、都市計画とか広く法律、経済、社会福祉など異なったバックグラウンドを持った人たちも21世紀の日本の公衆衛生では非常に重要な人材で、その人たちがPublic Healthの理念と学理を学んで、さらにもっと国内外で活躍すべきなのではないか。公衆衛生大学院は専門職大学院の中でも、非常にmulti-disciplinaryであり、もともと文理融合型という認識をあらためてお持ちいただきたいと思います。

北海道大学での実現可能性

- ①北大では、これまで以上に研究院(教員組織)と学院(学生に教育し単位を出す場所)に分かれるので新しい学院(School)は作りやすくなる
- ②北海道大学では過去10数年「社会と健康」シリーズの大学院共通講義を実施。これの一つの基礎に(教員も院生も多くの研究院・研究科から、多様なバックグラウンドで)
近年は医学系の大学院生が減って保健学科、教育学、公共政策、生命科学系、農学、工学なども。

(28：北海道での実現性) 北海道大学、あるいは北海道での実現可能性ですが、北大は先ほど気がつかれた先生もおられるかもしれませんが、小笠原先生は保健科学「研究院」の所属です。これは教員組織が研究院と学院に分かれているのです。今現在も農学ですとか地球環境ですとか工学ですとか化学とかみんな大学院は学院と研究院に分かれています。学院と研究院が別れていないのが医学、歯学、獣医学、文学、法学などであります。ところが、北海道大学の新しい方向としてはやはり分かれようとしているところなんです。分かれる意味は、学院と研究院にしますと教員は研究院に属しますが、学生さんは学院スクールに属するというので、多様なスクールを、例えば医学研究科でも医学研究院になることでいくつかのスクールを、基礎医学、臨床医学を中心の学院と、今は「医工連携」の大学院を作りたいという先生方も多いですけども、たとえば放射線工学など医工連携中心の学院、それから公衆衛生のような文理融合で多様な multi-disciplinary な学院が必要なのではないかと、今日の話題ができやすくなる公衆衛生大学院の実現性が高くなるということです。過去十数年「社会と健康」シリーズの大学院共通講義を実施してきましたので、これは小笠原先生がご提示されましたとおり、教員も院生も多くの研究院から来ておられるわけです。そうしますと、今は2013年11月現在はまだできていませんけど、これからできる可能性は非常に大きいということがわかるかと思えます。

北海道全体での課題

- ①北大以外の道内他大学とどう共同するか？その機運はあるのか？
- ②北海道公衆衛生協会の役割
- ③北大学内共同利用施設として設立された、環境健康科学研究教育センター)の役割
- ④保健所長のみならず、各地域に勤務する医師や保健師、獣医師、歯科医 あるいはOT・PT、産業医や看護職、健康教育専門家、福祉関係者、事務職など多くの方が公衆衛生をPublic healthを学ぶことができるように

(29：北海道全体での課題) 北海道全体での課題を申し上げたいと思います。私は個人的には北海道はやはり一つだろうと思っております。一つという意味は北大ばかりじゃなくて、医学系でしたら旭川医科大学や札幌医科大学と連携して作るのが本来的には素晴らしいのではないかと。北海道公衆衛生学会を支えている北海道公衆衛生協会というのが去年と今年と来年、今回のテーマで予算を付けてくださいます非常にありがたく思っております。そういう意味で北海道公衆衛生協会と北海道公衆衛生学会はどんな役割を果たしていくのか。それか

ら、私が今所属しているところは北海道大学の環境健康科学研究教育センターです。2011年にできまして、私は、そこに所属しております。これは医学研究科と保健科学研究院、教育学研究院、それから衛生工学などの先生方が兼務教員として入ってくださって作っている学内の共同利用施設で、このような共同利用施設の役割は研究科や研究院をつなぐ“のり（ペースト）”であります。このセンターが良い“のり”の役割をする必要があるのではないかと思っております。それから、保健所長さんだけでなく各地域に勤務する実務家の皆さん方、多くの方がたとえば、アメリカで見てきたボストン大学公衆衛生大学院などでは事務職の方や消防士さんとかいろんなそれぞれの職業の方が管理業務で大事なことを学んで単位を取得するというのをされているのを見てまいりました。やはり多くの方が公衆衛生を学ぶこと、すなわちバックトゥースクール (back to school)、学校に戻ることができるようにするのが北海道全体として、北海道のPublic Healthを担う方々の実力をつけていくのに重要ではないかと思っております。

“公衆衛生の理念”に基づき 大学院の設立と発展を

Public Health is the art and science of preventing disease, prolonging life and promoting physical and mental efficiency through the organized community efforts.
Winslow CE (1949)

組織的なコミュニティの努力を通じて、多くの人びとと協力し、疾病予防、生命の延長とQOLの向上、身体的・精神的機能の増進目標を達成するのが公衆衛生学の特徴でもあり理念でもある。

しかし、health 健康に加えて、最近では、safety, wellbeing 安全と安寧のために、公衆衛生の科学と技術・Arts の側面を今後、大学院レベルの高等教育としてどう充実し、発展させるか？

国際化、文理融合、多様なバックグラウンドの人材を育成(入口も出口も)、加えて北海道の強み(環境、食、...)を生かす

北海道で公衆衛生大学院を設置する期待は非常に大きい

(30：公衆衛生の理念) 公衆衛生の理念が最終的にはやはり大事だと思います。ご承知のように、これがウィンスローの定義ですが、「through the organized community efforts」組織的なコミュニティの努力を通じて、多くの人びとが協力して疾病予防や生命の延長、QOLの向上、フィジカル・メンタルな機能を増進することが特徴ですが、最近では健康ばかりでなくて、安全とか、wellbeing 安寧のために公衆衛生のサイエンスと Arts をどう発展させるのか、それを高等教育の中でどう対応するのかは非常に重要ですし、何度も申しますが国際化と文理融合、multi-disciplinary のバックグラウンドを持った人材を、「入口」というのは大学院に入る面でも、「出口」というのは就職の面でも担保するというのです。北海道の強み、環境ですとか食の問題などに強いという特徴を活かしていくこと、こういう意味で北海道で公衆衛生大学院設置への期待は非常に大きいものがあると思います。このような会を持たたことに感謝しますし、

皆さんのこれからの議論で設置する場合は、どんなふうにするのが望ましいかということを考える上で皆さんの声が非常に重要になってくると思います。

ご清聴どうもありがとうございました。



(総合討論)

廣 田：岸先生ありがとうございました。壇上に演者の方に上がっていただきまして、ディスカッションをしていきたいと思います。

それでは会場の皆さんから、まず今の講演に対する質問を受けたいと思います。ご意見のある方もいらっしゃると思うのですが、まず簡単な質問からお願いしたいので、質問のある方はどの演者に対する質問かということと所属とお名前をおっしゃってご発言いただきたいと思います。どなたかいらっしゃいますか。矢野先生どうぞ。

矢 野：札幌市保健所の矢野といます。今日は4人の先生方に非常に貴重な講演ありがとうございました。あえて大学院が必要なのかどうかという部分をちょっと質問させていただきたいんですけど、一点目は佐伯先生にお伺いしたいんですけど今回の調査結果をおまとめになりましたけど、結果をお聞きしまして実際に現場にいる我々が学べる場がほしい、ということだと思います。それが大学院なのか、あるいは例えば社会人枠の大学でも学ぶことはできるのではないかという点がお聞きしたいです。もう一点が岸先生にお聞きしたいんですけど、岸先生のお話の中で大学研究機関と行政機関の連携が強化が重要だとおっしゃいましたけども、これが大学院大学を作ることで解決、強化されるのでしょうかということをお聞きしたいんです。私は臨床医が長かったものですから、臨床だと例えば大学には大学病院があって、臨床の現場が大学の現場にあるということですので、大学と臨床現場が近いということになります。例えば市中病院にいた医者が大学に戻って研究をして、また市中病院に戻ったり相互に行き来することも多いですし、出張に行ったりすることも多いので大学と臨床医の関係はかなり近い印象を持っていました。私は行政に来て11年目なんですけども、なかなか公衆衛生の現場と公衆衛生の大学が必ずしも近くないというのはすごく感じています。岸先生もおっしゃっていましたが、例えば私もニューヨークの市役所に訪問する機会が2009年にありまして、その部門に大学の教員がニューヨーク市の市役所の公衆衛生部門の役職を兼務されていました。ということか

らすると、公衆衛生の大学と行政が相互乗り入れといただきますか、行き来がきつとあるのだらうなと思っていました。そういうことがなかなか日本だとあまり私の身近なところでは見かけないので、そこらへんのところが解決しないと大学院ができて岸先生がおっしゃっていた大学研究機関と行政機関の連携というのが本当に強化されるのでしょうか、というところをお聞きしたいです。

廣 田：ありがとうございます、では佐伯先生からお願いいたします。

佐 伯：現場の方のニーズとして、現場の方ということでもよろしいですか？調査回答者ということですか？

矢 野：現場の方が学びたいと意欲がすごくあるんだなと聞いて感じたので。

佐 伯：自由記載も含めて、現場の方のニーズは大学院の正規課程というよりも短期コースで学びたいという希望が多く、内容も知識技術を期待するということですから、必ずしも大学院で学ぶのではないと思います。現任教育、継続教育として学びたいというニーズが非常に高いと思います。ただし、広い視野を持って学びたいとか、リーダーを養成する必要があるというような回答からは、必ずしも現場ですぐ使える知識だけではなく、系統的に学びたいというニーズもあると思います。単に小手先で使える知識技術だけではなく、基本を大学院で学びたいというニーズもあると読み取りました。

廣 田：では岸先生お願いいたします。

岸：ありがとうございます、重要なポイントだと思います。先ほどあえて少し詳しくお話した州立のワシントン大学とかノースカロライナ大学、カリフォルニア大学等では、実際に、その役割を果たしていました。アメリカの厚生労働省的な（アメリカでは厚生省と労働省とは別ですけど）組織が全国のそういう公衆衛生大学院に具体的な課題として、（霞ヶ関がおそらく都道府県に下ろすような感じで）、大学に直接実務者にとって必要な訓練や何かをするように下ろしていました。そのようなことが今の日本の行政ではできないかもしれませんが、実際にやっているのを訪ねて見えました。

もう一つ、先生のおっしゃった臨床だったら病院と大学病院と臨床の場が近いのに、ということでおっしゃられた点については、私はすぐにでも可能ではないかと。要するに現場の方を教授として発令する形をシアトルの州立大学のワシントン大学でもされていました。ワシ

トン大学は（近隣にある）5つか6つの州の実務を担当する方たちの教育訓練をする建物そのものを持っていて、そこに実際に日本でいう保健所長の先生とかがプロフェッサーの資格で入っておられました。これは大いに日本もすぐにでも真似できるんじゃないかと思います。

ちなみに、ロースクールとビジネススクールには3分の1の教授は実務家でなければならないということも日本では大学設置審の法律上はなっています。ところが日本では、それをいろいろ拡大解釈しているものだから、産業医の資格を持っていれば実務家と称して良いという形になっているもので、そのようなことをしていますので実務家の経験の豊富な先生は実際には現在ある公衆衛生大学院には全然ないと思います。しかし、九大は、主たるコースは「医療マネジメント」ですからその長でいらした信友教授は厚労省にもおられたしJR（産業医）にもおられたということで、実務家がトップだったことになります。私も先生がおっしゃられたような兼務をやっていくのが良いと思います。そうしませんと、教員も学生も両方の思考ができませんよね。大学の先生ばかりが教えるのでしたら大学としてのニーズを教えることになってしまうんじゃないかなと、先生のおっしゃられるとおりでと思います。

廣 田：先日三重であった日本公衆衛生学会で「保健所の過去・現在・未来」というシンポジウムがあったのですが、その時に京都府の保健所長さんがお話されたのですが、京都府の場合は府立医大と保健所長は兼務ということで、保健所長が足りなくなると府立医大からドクターを回したり、学生さんに対する公衆衛生の教育もかなりうまくいっているという国内の実例もありました。北海道の場合どうかといういろいろな問題があると思うのですが、兼務というのも一つの方法なのではないかと思えます。

山本先生が自分だけが保健所長じゃないという話をされたのですが、保健所の所長だけではなくて職員から見て、大学に期待するものというのは、公衆衛生大学院だけではなくいろんなものがあると思いますが、いかがでしょう。

山 本：うちの保健所の保健師で現在大学院へ通っている人がいます。その中で研究の方が合っていると思って研究の道に進む人もいてもいいと思います。しかし、全員がそうではなくて、研究や大学院等で学んだ知識を現場でいかしたり、現場でまた課題を見つけて研究をするために大学へ戻るとか、あるいは、そのままずっと現場にいてくれるとか多様な進路があり、その結果一人一人の能力が上がっていけば、行政にとって人は財産ですの

で、行政としての保健所も能力が上がるのかなと思っています。

廣 田：またあとで会場の方にもお聞きしたいと思えます。

演者同士で何か追加のご発言とか他の方に聞いてみたいということはありませんか。

山 本：小笠原先生と岸先生にお聞きしたいのですが、北大の「社会と健康」では、少しまだ公衆衛生大学院には教員やスタッフが足りないという話をされていたと思うのですが、どのくらいギャップがあるのか、お聞かせ願いたいのと、佐伯先生にはアンケートの中で公衆衛生大学院への期待の中に「課題解決の共同研究」がありましたが、共同研究というと、例えば、疫学対策で困ったときに、一緒に対応してくれる FETP みたいなところと、考えてよいのかを教えてください。

小笠原：「社会と健康」と school of Public Health の違いに関してですが、まず教員組織という観点からいきますと、専任教員が足りないこともあり全体のバランスを取る先生がおりません。先行大学については失礼なのですが、例えば京都大学、東京大学等の教員構成を見ますと、専任教員の具体的な数字はわかりませんが複数の教員がおり、もちろんこの数字の中には兼任教員の方も多いとは思いますが、大学院全体をコントロールする先生が専任で数名いらっしゃるのではないかと思います。北大では専任の先生がおりません。そのため、先ほどの社会人の教育を含め片手間については失礼なのですが、自分達の本務があり、その一部を「社会と健康」に参加していることから、お手伝いしてる感覚が抜けなく、なかなか本来の School of Public Health の目指すものになっていないというのが正直なところではないかと思えます。

岸：私は厚労省から文科省の医学教育課長に一時的に出向なされていた三浦課長さんを訪問しお話をさせていただいて、それがそのものズバリお答えだと思うのですが、もう少し私個人的に「社会と健康」を10年以上続けて大学院教育としてやってきましたのでその観点で申しますと、やはり体系的に作る必要があるということですよ。何を必修で何が選択なのか、ということですから、school of Public Health を北海道でもしのでしたら、その前に「社会と健康」ももう少し体系的にする必要があるんじゃないかというふうにも思えます。5分野まとめているわけですけども、5分野5種類のカテゴリに分けているんですけど、それぞれの学生さん

の興味によっても学部によっても違いますので選択部分も必要ですし、必修部分も必要ですのでその整理が必要だと思います。

それから専任教員という意味では指導する教員が、小笠原先生がおっしゃったように一つの修士と一つの博士を指導できるというふうに文科省の基準ではなっています。全国の大学、私立も含めましてそうです。そうするためには公衆衛生の修士と、それから公衆衛生の博士になるのか医学博士になるのか保健学博士になるのかですけど、それぞれ教員は一つのマスターと一つのドクターが出せるという日本の法律なのですよね。ちょっとこれはグローバルスタンダードではないのです。

この間、私は文科省のリーディング大学院の委員会に出ています、そのときのプログラム委員会でも申し上げたのですが、海外では学生が科目を選ぶことによって学位の種類を本当は選べるのですよね。MPH 希望も MS 希望も可能ですし PhD も Doctor of Public Health も履修した単位によって可能になります日本はちょっと遅れているのですけれど、でも日本の法律に従わなければいけませんので、そうすると専任というのがどの人たちを専任にするのかをよく吟味する必要があるということになります。

例えば医学部とか歯学部とか保健学科などでは、国家試験がありますので国家試験の医師の養成をしたり看護師の養成をしたり、というところにどうしても置かなければいけない分もありますし、公衆衛生にも大学院として公衆衛生に特化したスクールにしないといけないということもありますので、これから設置するのにどういう構成にするかというときに非常にそこが悩ましいし、よく考えなければいけないところではないかと思っています。

そういう意味では学内共同施設である環境健康科学研究教育センターみたいなところに公衆衛生大学院の専任教員を少し置きまして、(東大、京大、九大が作っているような医学研究科の中の一部というふうに作らないのだとしますと)、そういう“のり”のところ全体に MPH プログラムをマネージするところなどもつくる必要ではないかと。これはハーバードの school of Public Health もたくさん(200人の)教員がいますが MPH のコース単位認定などマネージメントが大変なので、MPH を出すコースをマネージするところはやはりしっかり組織的に School of Public Health の中に作っています。設置が本当に具体的にきたらその辺の、どうやったら今日お話に出てきたようなニーズに応えられるかというのは考える必要があると思います。

小笠原: 学生の視点から一点だけ追加させて頂くと、私小樽商大のビジネススクールに通っていて思ったのは、

学生の視点から場がやはり必要であろうと思います。

「社会と健康」を履修している学生の多くは様々な問題意識を持っており、それを解決する糸口を持ちたくて履修している学生もおります。学生は授業の場でしか学生間の関係を持つことができないので、次に発展させることができないのが現状です。例えば学生間のディスカッションするフィールドとしての存在として school of Public Health の意義は大きいのではないかと思います。

佐 伯: 課題解決の共同研究の期待については、今回の調査では、現場で研究に期待するという方が158名いて、その内155名がこの共同研究に期待するという回答をされています。先ほど山本先生もおっしゃった何か事件が起きたときというだけではなくて、それ以上に日常的に地域の健康課題は何かという分析について助言が欲しい、また、新しい対策を組むときに客観的な視点から意見が欲しいなど、スーパーバイズ的に大学に関してほしいという現場の期待のあらわれではないかと思っています。それは大学と現場が乖離してのではないかというご意見もありましたが、もっと現場の活動の身近なところで大学が現場に関わるための手段、媒介として研究があり、現場としては大学と一緒にやっていきたいという回答ではないかと思っています。

廣 田: 今の佐伯先生のお話が現場の人の本音に近いかなと思うのですが、時間もなくなって申し訳ないですが、岸先生のお話の最後のところで北海道大学で今模索しているところなんだけれども、北大以外の大学との連携をどうなのかということ投げかけられたんですけど、お一人くらい他の大学の先生でこういうことをやっていければいいんじゃないかということがありましたらお願いしたいと思います。旭川医大の先生はいらっしゃいませんか？

吉 岡: 旭川医科大学の吉岡です。ちょっとあんまり話半分くらいしか聞いてなかったんですけど、他の大学からの視点でということでお話させていただきますけれど、旭川医科大学は私は北海道大学から旭川に移動しまして、ずいぶん大学としての性質がちょっと違うなど。旭川医科大学の中でも優先事項としても、地域医療といえますか、もっとはっきり言うと大学に残ってくれるような、北海道に残ってくれるような医者を作るということは優先課題となっていて、そういう意味ではなかなか北海道大学にいたときと雰囲気が違うなど思っています。ですけども、公衆衛生大学院といったようなものを作っていきますと、北海道の中で優れた衛生の高等教育の、専門性を高める教育施設があるということであれば、

逆に大学院とか北海道という地域に魅力が出てきて人材が残っていけるようなことにつながられることになるかもしれない、と聞きながら思っておりました。

廣 田：ありがとうございました。この研究自体は来年度まで続きますので、今日はとりあえず今の段階で皆様にアンケートにお答えいただいたことの紹介、公衆衛生大学院とは何かという総論的な話などを先生方にしてい

ただきましたけれども、できるだけこの学会で集まっている方々が公衆衛生大学院に興味を持ち、いないという人もいるかもしれませんが、いろいろな意味で声を上げていただきたいなと思います。時間になってしまったので少し尻切れトンボになりましたが、以上で今日の研究集会を終えたいと思います。どうもありがとうございました。

北海道公衆衛生協会
平成26年度研究集会

北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制
エビデンスに基づいた公衆衛生活動に向けて
—地域と大学・研究機関との協働の現状と課題—
(平成27年3月23日開催)

平成26年度研究集会

当協会主催の平成26年度研究集会は、平成27年3月23日（月）、北海道大学百年記念会館大会議室において開催されました。本稿は、研究集会の要旨を取りまとめたものです。

テーマ 「エビデンスに基づいた公衆衛生活動に向けて
—地域と大学・研究機関との協働の現状と課題—」

総合司会 廣田 洋子 氏
(北海道立心身障害者総合相談所 所長)
岸 玲子 氏
(北海道大学環境健康科学研究教育センター 特任教授)

基調講演 「公衆衛生従事者の教育と地域や大学・研究機関との連携：国立保健医療科学院の経験から」

演者 曾根 智史 氏
(国立保健医療科学院 企画調整主幹)

講演1 「感染症研究と大学院教育：北海道および海外との連携による経験」

演者 小林 宣道 氏
(札幌医科大学医学部 衛生学 教授)

講演2 「旭川地域での大学コンソーシアムを中心とした地域住民の健康保持増進と地域振興を目指す活動」

演者 吉田 貴彦 氏
(旭川医科大学医学部 教授)

講演3 「自治体と共同で行う高齢者の介護予防から考えること：当別町での経験」

演者 工藤 禎子 氏
(北海道医療大学 看護福祉学部 准教授)

講演4 「北海道における保健師教育の今後：公衆衛生人材の育成と大学との協働」

演者 佐伯 和子 氏
(北海道大学大学院 保健科学研究院 教授)

150323 北海道大学・ 北海道公衆衛生協会第3回フォーラム

(岸) それでは17時になりましたので、北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制、第3回目の

フォーラムを開始させていただきます。このフォーラムは北海道公衆衛生協会から、皆さんのお手元にありますタイトルで、過去3年研究費をいただきました。北海道全体を視野に入れ、これから北海道に公衆衛生大学院ができるとしたら、どういう役割を持っているのか、その設置に対しまして、北海道全体でどういう協力体制をつ

くっていくのが望ましいのかという、そういう課題研究でございます。

第1回は北海道大学の医学研究科のフラテホールで、文科省の渡辺真俊さんに来ていただきまして会を持ちました。それから2回目のご承知のように、北海道公衆衛生学会がございましたときに、研究集会としてフォーラムをさせていただきました。その後を受けまして、第3回目のフォーラムでございます。

特に今回は北海道大学の私どもが、場所ですとかプログラムを考えてはおりますけれども、特に北海道全体の視点で考えていきたいという意味でございます。ちょうど今日の前半には国立保健医療科学院と北海道大学の、包括連携の第1歩となりますフォーラムもございましたので、その後を受けまして国立保健医療科学院の、企画調整主幹の曾根先生に基調講演をいただくことになっております。その後北海道のいろいろな大学と分野の方に、地域でどういう活動をしておられるのか？ということをお話していただきます。司会は私岸と。

(廣田) 北海道立心身障害者総合相談所の廣田と申します。

(岸) 前半部分を廣田先生に、私は後半の方をさせていただきます。廣田先生、よろしくお願いいたします。

(廣田) それでは最初に基調講演ということで、「公衆衛生従事者の教育と地域や大学・研究機関との連携、国立保健医療科学院の経験から」について、曾根智史先生にお願いしたいと思います。曾根先生のご略歴ですが、産業医科大学を卒業された後、米国エモリー大学公衆衛生大学院で公衆衛生修士号を取得されております。また職歴ですが、1997年から国立保健医療科学院の前身の国立公衆衛生院の公衆衛生行政学部の方に移られまして、今現在保健医療科学院の企画調整主幹をされていらっしゃいます。曾根先生、よろしくお願いいたします。



基調講演


「公衆衛生従事者の教育と地域や大学・研究機関との連携：国立保健医療科学院の経験から」

曾根智史氏

基調講演 資料

北海道大学・北海道公衆衛生協会第3回フォーラム 平成27年3月23日

公衆衛生従事者の教育と地域や大学・研究機関との連携
— 国立保健医療科学院の経験から —



国立保健医療科学院
企画調整主幹
曾根智史

<http://www.niph.go.jp/>

(曾根) 皆さんこんにちは。国立保健医療科学院の曾根でございます。本日はこのような機会をいただきまして本当にありがとうございます。この前のセッションで説明したことと、若干重複するところもありますけれども、聴衆がある程度違うという前提でお話しいたします。まずは国立保健医療科学院というのはあまり知らない、あるいは公衆衛生院だったら知っているんだけど、みたいなことも時々聞きますが、その歴史的な経緯も含めて、それから本院が実施している研修、公衆衛生従事者教育について、先ほどよりも詳しく説明したいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

これが国立保健医療科学院で、12年ほど前に移った新しい建物です。埼玉県の和光市にあります。和光市は東京のすぐ隣でございます、池袋から15分ほどで和光市の駅に着き、そこからバスで10分ほどで本院に到着します。ここはもともと陸軍関係の施設があったところで、戦後米軍に接収されたのですが、後に日本に返還されて現在はほぼ国有地になっています。近くに自衛隊の朝霞駐屯地がございます。そのほかに司法研修所、税務大学校、理化学研究所、裁判所職員総合研修所などの研究所、研修所が集積しているところです。

国立公衆衛生院

- 1937(昭和12)年 公衆衛生技術者の訓練実施のために、都市保健館(東京京橋)、農村保健館(埼玉県所沢)を設置(現在の保健所の原型)
- 1938(昭和13)年 公衆衛生技術者養成機関として、国立公衆衛生院 を設立
これらはいずれも米国ロックフェラー財団の資金援助による
- 1938(昭和13)年 厚生省の設置

National Institute of Public Health, JAPAN

当院のもともとの前身は3つございまして、1つは国立公衆衛生院です。昭和12年、戦前のこととなりますが、わが国最初の保健所が2カ所、東京の京橋に都市保健館、埼玉県所沢に農村保健館として設置されました。古い文書を読みますと、実際の活動も今の保健所と結構似たようなことをやっていたようです。翌昭和13年に全国の公衆衛生技術者の養成機関として、アメリカのロックフェラー財団の資金援助によって、国立公衆衛生院が建てられました。

時を同じくして、厚生省が内務省から独立して設置されまして、ほぼ厚生省の歴史と重なっています。これが旧国立公衆衛生院の建物ですが、まだ白金台にございまして、現在は港区に譲渡され、2~3年後をめどに別の施設に生まれ変わるそうです。今現在東京の中央保健所の入り口の手すりの下に、都市型保健所発祥の地という銘板がございまして、それから、もう1つこれは所沢に、保健所発祥の地の碑が残っているとのことです。

国立医療・病院管理研究所

- 1949年 国立東京第一病院(現国立国際医療研究センター)の一室に病院管理研修所を開設(わが国の病院管理・経営の近代化を目指す)
- 1961年 病院管理研究所に改組
- 1990年 国立医療・病院管理研究所に改組



National Institute of Public Health, JAPAN

もう1つの前身は国立医療・病院管理研究所で、これは戦後間もなくGHQの命令によって、それまでの日本の病院、医療施設の近代化が遅れているということで、病院管理、経営の近代化を目指すという目的で設置されたものです。現在の東京都新宿区戸山の国立感染症研究所と同じ建物の中にありました。研修、研究を通じてわ

国立保健医療科学院

- 平成14(2002)年4月1日設置
- 国立公衆衛生院、国立医療・病院管理研究所、国立感染症研究所の口腔科学部が統合されたもの
- 平成23(2011)年4月内部組織再編
- 9統括研究官、7研究部・センター、総務部
- 現在職員数 常勤107人(研究職76人、行政職29人、指定職2人)

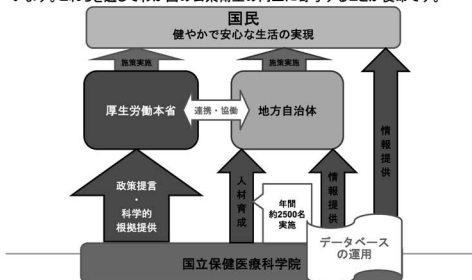
National Institute of Public Health, JAPAN

が国の病院の近代化に、大きな貢献をした組織でございます。もう1つ、国立感染症研究所の口腔科学部が統合されて、現在のところに移転したのが平成14年、2002年4月1日です。その後、2011年に内部組織を再編して、現在は9統括研究官、7研究部・センター、総務部となっています。常勤が約100名で、うちわけは、研究職が76名、行政職は約30名、指定職である院長、次長が2名です。常勤プラス非常勤の職員等を合わせますと、だいたい200人くらいで、研究所としてはそれほど大きな組織ではありません。

所掌事務は、これが組織令で決められておりまして、大まかにいいますと保健医療事業あるいは生活衛生、それから社会福祉事業に関係する養成訓練、およびそれに関連する学理の応用の調査研究ということです。このように私どものミッションは養成訓練、調査研究の2つですが、先に来るのは養成訓練です。これは模式化したも

国立保健医療科学院の使命

保健、医療、福祉及び生活環境に関する厚生労働行政施策の推進を図るため、地方自治体職員の人材育成を実施するとともに、これらに関する調査研究を行っています。これらを通じてわが国の公衆衛生の向上に寄与することが使命です。




のですけれども、保健医療科学院は厚生労働省の直轄であり、厚生労働本省が1つの大きなクライアントとなります。もう1つの大きなクライアントは、地方自治体です。厚生労働本省に関しましては、研究を進めて、政策提言や科学的な根拠を提供する。地方自治体に対しては人材育成を通じて貢献する、さらには情報提供を通じて

貢献するということが、最終的には国民の健やかで安心安全な生活の実現に寄与するということが、組織の目的としています。

国立保健医療科学院の養成訓練

- 長期のもの: 研究課程
 専門課程 (I ~ III)
- 短期のもの: 短期研修 (43研修)
- 国際協力研修: JICAから委託 (4研修)
 WHO西太平洋地域事務局と共催
 (2研修)
- 年間修了者数: 2500名程度

 National Institute of Public Health, JAPAN


ここからしばらくは養成訓練を中心にお話したいと思います。長期のものは研究課程と専門課程という名前が付いています。研究課程は、また後で詳しく説明いたしますが3年間のパートタイムの課程でございまして、現場で働きながら研究を深めていくというものです。専門課程は当院にフルタイムで来ていただいて、長いものでは1年間、短いもので3カ月あるいは2カ月にわたって研修を受けるものです。短期研修はまた後で説明しますが、短いものは3日、長いものは6週間でございます。テーマ別に現在四十数研修が実施されています。さらに国際協力研修としては、JICAから委託されたものが4研修とWHO西太平洋地域事務局(WPRO)と共催で実施しているものが2研修あります。これらすべて合わせますと年間で2,500名程度の研修生を受け入れています。

当院には寄宿舎もありまして、一泊2,100円で泊まれます。ただ、シーツは自分で敷かないといけないとか、掃除も自分でしなきゃいけないということで、本当に寮なんですけれども、ただ、それぞれの自治体から派遣されている方が、ある意味同じ釜の飯を食う中で研修を進めていくという環境が整っています。

国立保健医療科学院の養成訓練

研究課程

- 目的 公衆衛生の分野において、自立して研究活動を行うに必要な高度の研究能力及びその基礎となる豊かな学識を養い、公衆衛生の行政、教育、研究の指導者を育成する
- 修了年限 3年
- 研究方法 応募者が提案する研究課題もしくは本院が提示する共同研究プログラムへ参加して研究を行う。原則として、遠隔システムを利用して打合せ等を行い、随時の来院(打合せ、セミナー、発表会等)を挟みながら研究を実施。
- 修了の要件 原則3年以上在籍し、所定の単位を取得し、論文審査を経て修了
- 定員 5名

 National Institute of Public Health, JAPAN

研究課程の目的は、公衆衛生の分野において自立して研究活動を行うのに必要な、高度な研究能力およびその基礎となる豊かな学識を養って、公衆衛生の行政、教育、研究の指導者を育成するということです。自治体に勤務しながら、例えば地方衛生研究所であったり、あるいは保健所であったり、そういうところに勤めながら研究を深めたいという方々がいらっしゃいますので、そういう方のニーズをくんで、当院で研究・論文指導を行うということになります。

時々来ていただいて打ち合わせをしたり、学会のときに会ったりとかですね。あるいは、年に1回、中間発表会がありますので、そこに出ていただく。それ以外にはメールや電話等でやり取りをしながら研究を深めていき、原則3年間で修了するというものです。書いた論文が公衆衛生関係の雑誌にアクセプトされるというのが、修了の1つの条件となっています。

国立保健医療科学院の養成訓練

専門課程

専門課程 I


- 保健福祉行政管理分野 本科<1年間>
- 保健福祉行政管理分野 分割前期(基礎)<3か月>他

専門課程 II

- 地域保健福祉分野<1年間>他

専門課程 III

- 地域保健福祉専攻科<3か月>
- 生活衛生環境専攻科<3か月>
- 地域保健臨床研修専攻科<2か月>
- 健康危機管理専攻科<3か月>

 National Institute of Public Health, JAPAN

それから専門課程、これは数カ月から1年のものですが、専門課程 I というのは保健福祉行政管理分野と言いまして、いわゆる保健所長コースです。地域保健法施行令およびそれに基づく健康局長通知によりまして、例えば臨床から行政の分野に入って保健所長になるというときには、原則当院の3カ月の研修を受けること

になります。20名程の医師や歯科医師が毎年来られて、研修を受けています。専門課程Ⅱは、保健師あるいは管理栄養士のコースで、これも自治体派遣のコースです。

専門課程Ⅲ、この専攻科は1年は来られないよという方が、3カ月間集中的に勉強するコースです。少し毛色が変わっているのはこの2カ月のコースで、地域保健臨床研修専攻科といいます。これは初期臨床研修医の2年目の人たちが、公衆衛生を全般的に深く幅広く学ぶという目的で、以前は「地域保健・医療」という3カ月の必修科目として実施していたのですが、今は必修ではなくなっておりますので、2カ月として行っています。科学院で講義、研修を受けるのはもちろんですが、WHOジュネーブ本部やマニラの西太平洋地域事務局へ行って研修を受けたり、フィリピン大学で感染症対策の研修を受けたりします。それから、国立感染症研究所で1週間みっちり授業を受けたり、厚生労働省で1週間ですがインターンシップの形で、各課の若手の補佐に就いて実習をしたりと様々な研修を組み合わせて、2カ月のコースをやっています。これもおかげさまで大変好評で、毎年だいたい10人くらいの応募者があります。

国立保健医療科学院の養成訓練

短期研修(一例)

地域保健に関する分野

- 健康危機管理研修(実務編)<3日間 2回>
- 健康危機管理研修(高度技術編)<3日間>
- 生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修(研修計画編)<2日間>
- 同(事業評価編)<3日間>
- たばこ対策の施策推進における企画・調整のための研修<5日間>
- 児童虐待防止研修<5日間>
- 公衆衛生看護管理者研修(実務管理)<前・後期で10日間>
- 公衆衛生看護管理者研修(人材管理)<5日間>
- 健康日本21(第二次)推進のための栄養・食生活の施策の企画・調整に関する研修<遠隔教育+前・後期で8日間>
- 健康・栄養調査の企画・運営・評価に関する研修<4日間>
- 歯科口腔保健の推進のための企画・運営・評価研修<3日間+遠隔教育3日間>
- 特定疾患医療従事者研修(保健師等研修)<5日間+遠隔教育>
- 特定疾患医療従事者研修(難病相談・支援センター職員研修)<2日間>

短期研修は本当にたくさんありますということなのですが、分野ごとに4群に分けています。地域保健に関する分野では健康危機管理研修が2つ、それから生活習慣病対策、特定健診・特定保健指導に関する研修が2つあります。それからタバコ対策推進における企画、調査のための研修もありますし、児童虐待対策のコース、公衆衛生看護の管理者研修。栄養関係では健康日本21(第二次)推進のための研修、それから健康・栄養調査の企画、運営、評価に関する研修がございます。それから、歯科口腔保健の研修は先ほど安藤先生からも話がありましたが、これは遠隔教育を組み合わせています。それから、難病については特定疾患医療従事者研修の保健師編と難病相談・支援センター職員編があります。たいへん幅広い分野にわたって研修を実施しております。

さらに、それぞれ見ていただいておりますかと思いますが、これらの研修は基本的には国の施策とリンクしております。健康危機管理もそうですし、特定疾患もそうですし、タバコ対策もそうですし、児童虐待もそうですし、特定保健指導もそうです。基本的には国の政策を日本全国あまねく円滑に実施するために、地方自治体の職員のキャパシティビルディングを図っていく、あるいは自治体のリーダーを育てていくというのが、私たちの研修の基本的な理念です。また感染症についても研修を行っておりますが、2つのラボ的な研修につきましては、国立感染症研究所に依頼をして、そちらで実技研修を実施しています。そのほか、最近特に重要性の増している医療計画、地域医療ビジョンに関する研修等も実施しています。

さらに環境衛生に関しては、先ほどもお話がありましたが、水道クリプトスポリジウムの試験法に関する研修、水道工学研修、建築物衛生の研修、環境衛生監視員指導者研修、医療放射線研修など、これらはかなり技術研修に近いものですが、実施しております。これらもそれぞれ、国の施策と強くリンクしています。社会福祉研修に関しても、介護福祉事業や施設を指導監督する立場の方を研修するというものがあります。また、メディカルソーシャルワーカーのリーダーシップ研修も、これもずいぶん前からやっています。薬事管理や食品衛生に関しても比較的長期間の研修を実施しており、おかげさまでどの研修も定員を超える応募がございます。情報統計に関しても、情報処理の研修、それから地域医療情報コーディネーター研修、チーフ・インフォメーション・オフィサーですね、そういう者を養成する研修、それから疫学統計研修もやっています。このように大変幅広い研修を比較的少ない職員数で行っているところなんです。

国立保健医療科学院の養成訓練の特徴

- ほぼ全員が派遣元からの派遣
- 多くが地方公務員
- 仕事として研修に来ている
- リーダー養成が目的(特に長期の研修)
- 自分の技能を高めるだけではなく、戻ってからの波及効果が重要(伝達講習など)
- 受講料は無料(国の責務)
- 政策に直結した研修が多い(短期研修)

私どもの養成訓練の特徴をまとめますと、このようになります。研修生はほぼ全員が派遣です。多くが地方自治体からの派遣なので、研修生は基本的には地方公務員

です。彼らの特徴は仕事として研修に来ているということで、ですから、サボる人はいません。仕事として来ているので、逆にこちらへの期待や要求水準は大変高いです。あいまいな説明をすると、鋭く突っ込まれます。経験値が高い方が大変多いので、そういう意味ではいつも緊張感を持って、研修を行っています。特に長期の研修で言えることですが、リーダー養成が目的ですので、自分の技能を高めるだけではなくて、戻ってからの波及効果が重要であると考えています。自治体がせっかくお金と時間をかけて派遣して下さるので、その人の技術を高める、それはもちろん最低限達成しなければならないのですが、戻ってからその研修生が学んだことを周りの保健師、周りの技術職、周りの人たちに伝えて、その自治体全体のキャパシティーを高めるということが、私たちの研修の最終的な目的になると思います。これをきちんとやってくださいということを、いつも繰り返しお願いしているところです。自治体のキャパシティービルディングは国の責務ですので、受講料は無料です。それから、先ほど言いましたように短期研修につきましては、政策に直結した研修が大変多いです。予算の面でも当院の独自予算でやっている研修もありますし、厚生労働省の担当課の方で予算を取って、それを当院に移し替えをして実施している研修もあります。研修の中身につきましても、演習や実習等、グループワーク的なものを積極的に取り入れているのが大きな特徴です。グループワークについては、長期の研修ですとディベート演習をしたり政策開発演習をしたり、疫学調査の計画立案をしたり、あとは地域保健系の研修ですとPDCAサイクル、特に評価計画立案の演習をしたり、社会調査法の実習では実際に調査票を作って、お互いに調査し合ったり工夫しています。そういうことで、時々グループワークが多すぎるんじゃないかと、研修生から文句が出るくらいグループワークや演習をやっています。

私どもは例えば保健所長や保健師の3カ月のコースですと、4月の半ばから7月の半ばまでが研修期間になりますが、授業は毎日午前中3時間、午後3時間ずっとあります。時々木曜日の午後が自主研修の時間になりますが、基本的に間を開けないですべて講義、演習になっていますので、たぶん相当な時間数になるのではないかと思います。ゴールデンウィークもカレンダー通りに研修をしています。ということで、私たちは、相手は社会人であり、仕事として研修をしに来ているんだということを、常に念頭に置いてやっています。

短期においてもほぼすべての研修に、たとえ3日間の研修であってもグループワークを取り入れて、相互理解を深めてもらったり、あるいはせっかく研修に来たのだから何か自分たちで新しいものを生み出してもらおうと

専門課程カリキュラム(1)

専門課程Ⅱ 地域保健福祉分野・Ⅲ 地域保健福祉 専攻共通カリキュラム (4月～7月)			
全分野共通必修科目 (専門課程全分野合同)	最初の導入的・総論的な講義		
3分野合同必修科目 (専門課程Ⅰ, 専門課程Ⅱ・Ⅲ)	公衆衛生総論	社会保障論	社会調査法
	疫学概論	保健統計概論	環境保健概論
実地見学(浄水場、水再生センター、検疫所、食肉衛生検査センター等)			
地域保健福祉分野 必修科目	公衆衛生看護管理	地域保健活動論	地区組織・連携活動論
	人材育成方法論	対人保健活動論	研究方法
	感染症	地域診断演習	

National Institute of Public Health, JAPAN

いうことをいつも考えています。これは保健師、管理栄養士対象の、専門課程地域保健福祉分野のカリキュラムですが、最初の導入的な総論的な講義、これはシンポジウム形式で飽きさせないようにやっています。その後、公衆衛生総論、社会保障論、社会調査法、疫学統計概論を実施します。それから実地見学、これは浄水場や水再生センターを見たり、検疫所に行ったり、あるいは食肉衛生検査センターに行ったりということで、自治体におられる保健師さんは、結構こういうのはもう知っている方もいらっしゃるんですが、保健所長コースも一緒ですので、やはり百聞は一見にしかずということで、こういう実地見学も取り入れています。

専門課程カリキュラム(2)

専門課程Ⅱ 地域保健福祉分野のカリキュラム(7月～翌年2月)			
地域保健福祉分野 必修科目	疫学各論	行動科学	学校・思春期保健
	精神保健	産業保健	母子保健
選択科目	保健人口学		
	保健情報利用概論	高齢者保健・在宅ケア	毒性学
	適応生理学	住環境学	食品衛生
	放射線衛生	口腔保健	
合同臨地訓練	保健経済学(遠隔)	保健社会学(遠隔)	その他(遠隔)
	多職種でチームを組み、自治体に向いて、調査研究を実施。プロセスも含めて報告書にまとめ、現地、科学院でそれぞれ発表(7月～10月)		
特別研究	各自のテーマで、調査研究を実施し、報告書にまとめて、発表(7月～翌年2月)		

National Institute of Public Health, JAPAN

さらに、保健師対象の必修科目として公衆衛生看護管理、地域保健活動論、対人保健活動論、人材育成方法論等を入れて総論的・概念的なものからさらに細分化された高度に専門的な内容という形で、順番を追って内容を深める形で3カ月を過ごしています。さらに、1年間いらっしゃる研修生については、秋口からこれらの科目を必修科目として実施しています。さらに、もう少し秋も深まってまいりますと、選択科目としてこれらの科目の中から、いくつか選んでもらって、履修するというようになります。

さらに、今から詳しく説明しますが、7月から10月にかけて、合同臨地訓練というフィールド実習をしています。これは多職種でチームを組んで自治体に出向いて調査研究を実施して、そのプロセスも含めて報告書にまとめて、現地にお返しする、あるいは発表会を行うということで、自治体とタッグを組んで行うフィールド実習です。これは大変長い歴史を持っています。

また、大学の修士論文に相当する特別研究というものをやっております、これはだいたい7月から翌年の2月までの半年ほどの間に、各研修生が調査研究を立案、実施して報告書にまとめるという、結構忙しいスケジュールですけれども、そういう演習も1年コースのカリキュラムに入れてあります。

合同臨地訓練(フィールド実習)

- 合同臨地訓練(合臨:ごうりん)は、旧国立公衆衛生院からの独自の教育科目の一つであったが、国立保健医療科学院のカリキュラムにも引き継がれ実施されている。
- 合同臨地訓練は、専門分野の異なる研修生がひとつのチームを編成し(合同)、地域に出かけて(臨地)、公衆衛生上の実際問題に主体的にかかわり、目標達成に向けたアプローチの方法を修得しようとするものである。
- フィールド(現地)の意向を踏まえながら、目標設定や問題発見から解決にいたるプロセスのなかで、チームとしてどの部分に関わるかを位置づけ、具体的に何に取り組むかを研修生自身に決めさせている。
- 最終的な成果をフィールドへ還元するため、現地および院内での発表会と報告書の作成を義務づけている。

先ほどお話しした合同臨地訓練、合臨と私たちは呼んでいますけれども、これはルーツをたどりますと1961年に始まったんですね。昔の衛生行政学部長だった橋本正己先生の論文を見つかることができましたが、旧公衆衛生院が独自の科目の1つとして立ち上げたものが、現在の国立保健医療科学院に引き継がれています。専門分野に所属する異なる職種の研修生が1つのチームを編成し、これが合同、それから地域に出掛けて、これが臨地で、公衆衛生上の課題に主体的にかかわり、目標達成に向けたアプローチの方法を修得するものです。これは指導教官はもちろん付きますが、指導教官がテーマを与えるというよりも、だいたいこういうことだよねということと、自治体の担当者との折衝はやりますが、後は基本的にはそこにチームで行って、自治体担当者と話し合う中で、どんなことが問題になっていて、そこをどういうふうチームとして取り組んだらいいのかということ、自分たちで検討するところから始めるということです。

具体的に何に取り組むかは、研修生自身が自治体と話合って決めることが多いです。そうではない場合もありますけれども、主体的に研修生が決める場合も多いです。最終的な成果をフィールドに還元するために現地発

表会をしますし、同じく院内発表会も実施します。そのときも現地の担当の方をお呼びして、コメントをいただくことにしています。合同臨地訓練の過去のテーマの一例です。例えば発達障害児の早期発見、早期対応のための6カ月児健診受診票の開発、これは都内A区で行いました。それから、その前の年は地域高齢者の孤立の実態に関する考察ということで、これは埼玉県B市で調査を行いました。それから平成23年、ちょうど大震災の年ですけれども、福島第一原発の事故のために県外に集団避難を余儀なくされた住民の方々が、埼玉県のある市にしばらくおられましたけど、そのときに住民の方をケアする保健師の活動に関して聞き取り調査をしたものです。これはかなり苦労して実施したものです。

その前には生活保護を受けている独り暮らし高齢者の、社会とのかかわりの支援に関するものとか、ホームレスの生活支援に関する取り組みについて、NPOに対して調査をしたりとかということで、自治体や地域のNPOなどと密接に結びついて、フィールド実習をする、調査研究をするという、これは一貫しています。そして分かったことを相手に返すという実習を過去50年以上やっているということになります。

もう1つこれは個人研究、大学院でいうと修論に相当するものですが、過去のテーマの例です。例えば結核患者の治療中断に関するリスク要因の分析だったり、保健所に求められる難病患者支援体制の検討であったり。あるいは東京都の気管支ぜんそくの助成制度に関する影響要因を見たり、特定健診・保健指導の評価に関するものであったり。あるいは都内の医療機関における児童虐待対策の現状についての調査など個人研究においてもそれぞれの出身自治体の問題を深く掘り下げて自分たちなりに調査し、まとめていくというプロセスを含んだものを実施しています。このあと佐伯先生から、お話があるかもしれませんが、保健師に係る研修の在り方等に関する検討会が、現在開かれておまして、昨年の12月に中間取りまとめを発表しました。私たち保健医療科学院も埼玉県和光の地で短期研修、長期の研修をやっておりますが、短期はともかく長期にこちらに派遣される数が、どんどん減っています。私が十数年前に当時の公衆衛生院に来たときには、1年コースに入る保健師さんが30人以上いて、わいわいやりながら研修していたのですけれども、今は3カ月コースを合わせても10人弱というところで、長期の派遣がたいへん難しい状況になっています。

保健師に係る研修のあり方等に関する検討会
(中間とりまとめ、平成26年12月)

(3)関係機関等との連携について

- 自治体において保健師の研修を実施するにあたり、状況に応じて保健所や都道府県・政令指定都市の本庁と連携し、また看護系大学や関係団体等を活用することは有効な方法と考えられる。どのように連携・活用を進めると効果的なのか、その際の留意点は何かなどについて、まずその実態を把握することが課題である。

これは自治体の財政状況や人員の枠が厳しくなっていることとか、様々な要因があるのだらうと思いますが、なかなかリーダー養成がままならなくなってきたというのが、正直なところ。そこでやはり各地域の大学が果たす役割というのは、人材育成のキャパシティービルディングという点において、大変大きいのかなと思います。保健師に係る研修のあり方等に関する検討会の中間取りまとめにも、それぞれの地域の看護系大学や関係団体等を活用することは有効な方法と考えられる、と明記されています。やはりそれぞれの地域の大学と密接に結びついた研修、人材育成体制の構築というのが、自治体に求められる時代ではないかと考えています。

北海道の地域資源は？

北海道の地域資源。北海道は地域資源がたいへん豊富などころだと、常々思っております。道内の保健所は大変しっかりしていて、本当に活躍しておられますし、中にいる保健師さん、それから保健所長さんも大変やる気があって前向きな方が多いと思います。現在私も北海道の山本所長の研究班で、若手育成や公衆衛生医師の確保などについて、助言者としては入らせていただいておりますが、道内でも大変活発にいろいろやられていると伺っています。私も最近今の部署になってあまり直接教育、研修生の指導にはかかわらなくなったのですが、以前は

特別研究や合臨の指導教官を何回もやっていて、北海道から派遣されてくる保健師さんのレベルが大変高い、打てば響くとはこのことか、みたいな(笑)。そういう方が多くて、大変楽しい指導を、逆にこちらが楽しませてもらったといういい思い出がたくさんございます。

北海道は地域資源、特に人材という意味では大変恵まれているのではないかと思いますし、北海道大学を含めて医科系看護系の大学が、充実しているということも聞いております。さらに、道内のNPOや住民組織も活発な活動を行っているところも多いと伺っておりますので、この豊富な地域資源を生かしていくのは、大変重要な道ではないかなと考えています。地域資源を巻き込む教育ということで、これは私どもにも言えることですが、自治体とその地域資源と教育機会を提供する側が、ウィン・ウインの関係になるということがやはり重要であり、そうやって初めて地域保健医療の持続的発展が、良循環として回っていくのだらうと思います。

さらに、公衆衛生大学院の卒業生が地元で活躍することになれば、人材の供給源にもなりますし、キャパシティービルディングの強力なエンジンになっていくのだらうと思います。私は日々保健師や行政医師の方と接しておりますけれども、彼らは大変やる気があって問題意識をすごくたくさん持たれているのですが、それを研究とか調査に落とし込む技術や経験が少し足りない。そこをアカデミックな先生が適切にサポートしていただくと、大変いいものができるのかなと思います。

さらに、今大変ニーズが高いのはそれぞれの事業の評価の部分で、行政でもPDCAを回すというのはもう当然になっています。実施にどう評価していくのかという研究的な側面も、当然そこにはございます。そこをご指導いただくと、とても自治体としては助かるのかなと思います。あるいは、次に計画立案というPの方に回っていく、じゃあ、Pをどうするのかというところをまたご指導いただくと、自治体の事業のPDCAに関して、自治体とアカデミズムがタッグを組んで、回せていけるのかなと考えています。

「保健医療科学」の発行



- ・年6回発行
- ・行政施策に関連した特集
- ・研修報告
- ・原著等
- ・下記より、本文及びバックナンバー閲覧可能

<http://www.niph.go.jp/journal/index.html>

National Institute of Public Health, JAPAN

これは先ほどもお見せしましたが、当院で発行している「保健医療科学」です。初めて聞いたという方は、当院のウェブサイト「www.niph.go.jp」からいくと、すぐ保健医療科学のバナーがありますので、これをクリックしていただきますとすべての内容がご覧いただけます。年6回発行しておりまして、行政施策に関連した特集を毎号組んでいます。

これは最新号ですが、エビデンスに基づく医療政策へのDPCデータの活用ということで、特集を組んでいます。さらに、それだけではなくて原著等も院内で査読して載せていますし、さらに、先ほどの合臨や特別研究の抄録も載せていますので、そういう意味で当院の教育活動報告書にもなっています。ぜひ一度当院のホームページにおいていただきまして、参考にさせていただければと思います。

これも先ほど申しましたが、年度が明けまして4月16日に当院主催の公開シンポジウム2015を開催し、当院の研究官の調査を8本ほど発表したいと思います。入場は無料ですが、登録が必要なので、もし、このとき東京に行けるな、みたいな方がいらっしゃいましたら、ぜひ科学院に足をお運びいただければと思います。

これは当院の1階のロビーに掛かっております、国立保健医療科学院という書でございます。これは当院のロゴマークです。当院はそれほど都心から遠くございませんので、東京においでの際はぜひ一度お越しください。以上です。どうもありがとうございました。(拍手)



(廣田) 曾根先生、どうもありがとうございました。大変詳しく保健医療科学院の教育内容について、ご説明いただきました。皆さんご質問があるかと思いますが、時間の関係で最後にまとめてお伺いしたいと思います。それでは、続きまして北海道内の大学の先生方からご講演をいただきたいと思います。お1人目は、札幌医科大学の医学部衛生学講座の小林宣道先生です。小林先生は札幌医科大学をご卒業されてからずっと、衛生学部の教室にいらっしゃるということでよろしいですね。

(小林) そうです。

(廣田) その間にJICAの長期専門家のプロジェクトにも、参加されていらっしゃいます。では先生、よろしくお祈りいたします。



講演 1

「感染症研究と大学院教育：北海道および海外との連携による経験」

小林 宣道 氏

(小林) ありがとうございます。廣田先生、ご紹介どうもありがとうございます。ただいまご紹介いただきました札幌医大の衛生学講座の小林と申します。今日はこのような機会を与えていただきまして、岸先生、佐伯先生に心から感謝いたします。最初岸先生からお話をいただいたときに、北海道での連携について話をしてほしいということだったのですけれども、私どもの教室は北海道との連携に関してこのような場でご紹介できるような話題は、あまり多く持っておりませんで、その代わり海外の開発途上国との共同研究、研究支援を長年続けてきておりますので、そちらの方を主体に話をさせていただきたいということで、岸先生のご了承もいただきました。そのようなわけで海外の話を中心にさせていただきたいと思います。

ただいま曾根先生の方から国内の人材育成の話、研修の話をお聞きしたのですけれども、私の話は海外の学生さんの教育ということで、このフォーラムの趣旨とは外れた感じの話になるかなと思いますが、よろしくお祈りいたします。私どもの教室における研究活動ですけれども、一言でいいますと感染症、感染性微生物の分子疫学ということになります。研究対象としてはロタウイルス

北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制

第3回フォーラム

2015.3.23

講演1

感染症研究と大学院教育： 北海道および海外との連携による経験

札幌医科大学医学部衛生学講座

小林宣道

を中心とする下痢症ウイルス、それからMRSAとか肺炎球菌などの細菌感染症を対象にしております。特に細菌感染症に関しましては、薬剤耐性遺伝子の分子遺伝的解析ということも、フレームワークとしてやっておりますし、そのほか麻疹とかインフルエンザ、水痘などのような感染症の流行変動に関する、時系列解析ということもしております。こういった研究を海外、特に開発途上国との共同研究としても、かなりの部分でやっております、その共同研究を通して研究支援、技術協力を行っていくというような活動をしております。

感染症の分子疫学といった場合に、どういうことをやるかということですが、ある地域、ある時期にどのような感染性微生物が感染症の原因として、流行しているのかということ調べていきます。その中で遺伝子

札幌医科大学衛生学講座における研究および活動

◆感染症(感染性微生物)の分子疫学

1. 下痢症ウイルス (ロタウイルス、ノロウイルス等)
2. 院内感染・市中感染起因菌
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)、腸球菌、肺炎球菌、大腸菌 等
3. 薬剤耐性遺伝子の分子遺伝学的解析
4. 感染症の流行変動に関する時系列解析

◆海外(開発途上国)との共同研究

◆感染症に関する研究支援・技術協力(開発途上国)

型、それから病原因子といったものの多様性、頻度、その変化ということ調べていくわけですが、最終的には感染症対策、制御のための基礎資料を、整えることになると考えております。

北海道との連携ということでは、我々は札幌医大の講座ですので、札幌医大の附属病院の検査部と共同研究をしておりますし、また札幌臨床検査センター、これは民間の検査会社ですが、こういったところと協力して細菌感染症の研究をしております。海外とのかかわりですが、ロタウイルスのような下痢症の原因ウイルス、それからMRSAとか大腸菌、それからNTD(Neglected Tropical Diseases)と書きましたが、これは主に熱帯地方特有の感染症ですが、こういったものについて研究をしております。研究相手の国は、インド、バングラデシュ、ミャンマー、マレーシア、中国、キューバなどで、それらの国の研究所、あるいは大学と共同でこういった感染症の研究をしております。

◆感染症の分子疫学-何を研究するのか？

1. どのような感染性微生物が流行しているのか？
2. 遺伝子型(血清型)の多様性とその分布状況
3. 遺伝子型の変化とその要因
4. 遺伝子型と微生物の病原性との関連
5. 病原因子の遺伝学的多様性とその意義
6. 遺伝子学的多様性はどのように生み出されるのか？
7. 感染症の流行変動はどのような機序で起こるのか？

➡ 感染症対策・制御のための基礎資料

共同研究のプロセスということで、これは一般論で特に説明する必要はありませんが、やはり1番目の感染症に関する問題点の探索ということで、その国でどのような感染症を調査することが重要か、どういったことを研究テーマとすることが適切かということ、最初に吟味すると。そういうことが非常に重要だと思っております。

◆北海道

- ・MRSA、肺炎球菌、腸球菌

➡ 札幌医大附属病院、北海道臨床検査センター

◆海外(開発途上国)

- ・ロタウイルス、ノロウイルス、MRSA、大腸菌
- ・NTDs (Neglected Tropical Diseases)

インド	国立コレラ腸管感染症研究所
バングラデシュ	マイメンシン医科大学
ミャンマー	ヤンゴン第二医科大学
マレーシア	サバ大学医学部
中国	武漢市疾病対策制御センター(CDC)
キューバ	国立Pedro Kouri熱帯医学研究所

次に大学院とのかかわりの話になりますが、このような開発途上国での感染症の共同研究を、学位取得を目的とした大学院での研究教育にどのように結びつけているかということをお話しします。海外の共同研究先の学生さん、大学院生が学位を取得する場合に、大きく分けて2つの場合があります。1つは日本で、つまり私のところである札幌医科大学で学位を取得する場合です。もう1つは彼らがそれぞれ自分の国で学位を取得するという場合です。

海外との連携による共同研究のプロセス

1. 感染症に関する問題点の探索
2. 感染症・微生物学に関する情報提供
3. 研究の必要性、実現可能性の検討
4. 研究方法についての助言・指導
5. 検査・研究用の試薬等の供与
6. 研究・研修の機会を提供、学位指導
7. 論文作成、発表に関する指導、助言

札幌医大で学位を取得する場合には、当然ですが、大学院に入って課程博士になる場合と、論文提出による論文博士になる場合があります。それから自国での学位取得の場合には、私どもの札幌医大の衛生学講座に短期間来られて、実験してデータを出して、それで本国に戻ってから学位を取るという場合と、我々が海外に出掛けて行って現地で研究支援をして、その後学位を取るという場合があります。これからのいくつかのスライドでこういったいくつかの場合について、具体的な例をお示ししながらご説明したいと思います。海外の共同研究者が札幌医科大学で、我々の指導の下で学位を取ったケースというのは、私が教授を拝命いたしましたから3名お

開発途上国での
感染症共同研究



大学院での研究教育
学位研究

- ◆ 日本(札幌医科大学)での学位取得
 1. 課程博士(大学院医学研究科)
 2. 論文博士
- ◆ 海外(自国)での学位取得
 1. 日本(札幌医大衛生学講座)での実験研究、研究指導
 2. 海外(共同研究者所属機関)での実験研究、研究指導

ります。3人ともバングラデシュの方で、1人は文科省の国費留学生の方で、後の2人は日本学術振興会の論文博士支援事業というのがありまして、それに採択された方々です。

この3人目のサルマ・アメッドという方ですけども、この方は「2015年」と書いてありますが、つい3週間前に学位審査を無事終えて学位を取得した方です。この方はどういう研究をしたかということをご説明しますと、研究テーマは「バングラデシュにおける産褥感染症の原因となる好気性細菌の薬剤耐性と分子疫学」という

タイトルです。2年間にわたりまして、首都のダッカか

海外共同研究者の学位取得者(札幌医科大学) (2001~)

1. 課程博士(大学院医学研究科) (研究テーマ)
 - ① Md. Mahbub Alam (Bangladesh, 2003) 黄色ブドウ球菌
バングラデシュ農科大学 消毒剤耐性遺伝子
(文科省 国費外国人留学生)
2. 論文博士(日本学術振興会 論文博士支援事業)
 - ② Shyamal Kumar Paul (Bangladesh, 2009) ロタウイルス
マイメンシン医科大学 分子疫学
 - ③ Salma Ahmed (Bangladesh, 2015) 産褥感染症起因菌
マイメンシン医科大学

ら北に150キロにマイメンシンというところがあり、このマイメンシン医科大学の病院をベースにしまして、産褥感染症の患者さんからサンプルを採って、470株の菌を分離しました。産褥感染症として今回取り扱ったのは産褥熱、尿路感染症、帝王切開後の創感染、この3つです。産褥熱といいますとゼンメルワイスという、昔の19世紀の医者の名前を思い出す方も多いかと思います。先進国ではもうほとんど問題にならないものだと思いますが、南アジア地域やアフリカではまだある感染症です。こういったものを対象にして菌株を分離しました。まずその菌種の同定を行いまして、どういう種類の菌種がどのぐらいの頻度であるかというのを調べまして、主要な菌種に関して薬剤感受性を次に調べています。この表は

バングラデシュにおける産褥感染症の原因となる好気性細菌の薬剤耐性と分子疫学

MATERIALS AND METHODS

- ◆ Nov. 2010- Oct. 2012
- ◆ Mymensingh Medical College Hospital, Mymensingh, Bangladesh
- ◆ 676 specimens from puerperal infections (283 wound swab, 218 endocervical swab, 175 urine)
 - > endocervical swab : endometritis
puerperal sepsis (fever)
 - > urine : urinary tract infections
 - > wound swab : surgical site infection after caesarean section



薬剤耐性率を示しているんですけども、特にグラム陰性桿菌がセフェム系薬剤に対する耐性率が非常に高いということが分かりました。その耐性の原因になっている

Table 1 Frequency (no. of isolates) of each bacterial species from puerperal infections

Bacterial species	No. of isolates (% in GPC/GNR)	specimen (infection site)		
		wound (hospital)	Endocervical swab (community)	urine (community)
Gram-positive cocci (GPC)				
<i>S. aureus</i>	27 (12.9)	17*	6	4
<i>S. haemolyticus</i>	33 (15.8)	9	16	8
<i>S. sciuri</i>	11 (5.3)	3	5	3
<i>S. saprophyticus</i>	10 (4.8)	3	2	5
<i>S. sciuri</i>	8 (3.8)	3	5	0
<i>S. epidermidis</i>	6 (2.8)	3	1	2
<i>S. cohnii</i>	6 (2.8)	2	4	0
other coagulase-negative staphylococci	29 (13.8)	9	11	9
<i>E. faecalis</i>	54 (25.8)	27	19	8
<i>E. faecium</i>	8 (3.8)	2	4	2
other <i>Enterococcus</i> spp.	4 (1.9)	1	0	3
other Gram-positive cocci	13 (6.2)	7	6	0
Total	209 (100)	86	79	44
Gram-negative rods (GNR)				
<i>E. coli</i>	98 (35.5)	9*	47	42
<i>K. pneumoniae</i>	22 (8.4)	13	2*	7
<i>K. oxytoca</i>	11 (4.2)	4	4	3
<i>P. mirabilis</i>	22 (12.3)	16	13	3
<i>P. vulgaris</i>	5 (1.9)	4	1	0
<i>E. cloacae</i>	21 (8.0)	7	2	12*
other <i>Enterobacter</i> spp.	9 (3.4)	2	5	2
<i>Kitobacter</i> spp.	10 (3.8)	3	2	5
<i>P. aeruginosa</i>	7 (2.7)	5	1	1
<i>A. baumannii</i>	18 (6.9)	15*	2	1
<i>E. cloacae</i>	5 (1.9)	5*	0	0
other GNR	23 (8.8)	7	8	8
Total	281 (100)	90	87	84

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001: Significantly higher/lower rate among GPC or GNR isolates



遺伝子、β-ラクタマーゼの遺伝子がどのような種類のものが、どのぐらいの頻度で存在しているのかということなどを調べまして、特に一番頻度が高かった大腸菌に関しては遺伝子型、それから病原因子の種類ということまで調べまして、非常にたくさんの病原因子を持っている、パンデミッククローンと呼ばれている大腸菌も存在するということが分かったわけです。この写真の手前の方が、この産褥感染症の研究をしたサルマ・アメッドさんで、これはうちの教室の実験室で実験しているところです。

れからキューバ、ミャンマー、台湾から来た先生方です。それから、私どもが海外に直接出向いて行って、現地を指導して学位を取得した方々は非常にたくさんおりました、皆インドとバングラデシュの方々です。インドでは

海外共同研究者 自国での学位(博士)取得者 (2001~)

* 札幌医科大学での実験研究、指導(短期)を受けた者

(研究対象)

- ① Soma Das, インド国立コレラ腸管感染症研究所 (India, 2002) **ロタウイルス**
- ② Wang Yuanhong, 武漢市疾病対策制御センター (China, 2007) **ロタウイルス**
- ③ Balasubramanian Ganesh, インド国立コレラ腸管感染症研究所 (India, 2010) **ピコビルナウイルス**
- ④ Dianelys Quiñones, キューバIPK熱帯医学研究所 (Cuba, 2010) **腸球菌**
- ⑤ Hnin Zi, ヤンゴン第二医科大学 (Myanmar, 2013) **MRSA・術後感染症**
- ⑥ Thida San, ミャンマー国立保健研究所 (Myanmar, 2014) **MRSA・市中感染症**
- ⑦ Wan Min Tao, 国立台湾大学 (Taiwan, 2014) **MRSA・家畜感染**

Table 2 Resistance rates of major bacterial species from puerperal infections against antimicrobial agents

Antimicrobial agent ^a	No. of resistant isolates (%), Gram-positive cocci ^b				Antimicrobial agent ^a	No. of resistant isolates (%), Gram-negative rods ^b					
	<i>S. aureus</i> (n=27)	<i>S. haemolyticus</i> (n=33)	<i>E. faecalis</i> (n=54)	<i>E. faecium</i> (n=8)		<i>E. coli</i> (n=98)	<i>K. pneumoniae</i> (n=22)	<i>K. oxytoca</i> (n=11)	<i>E. cloacae</i> (n=21)	<i>P. mirabilis</i> (n=22)	<i>A. baumannii</i> (n=18)
GRA	7 (25.9)	31 (93.9)	54 (100)	8 (100)	PPP	90 (91.8)	21 (95.5)	10 (90.9)	19 (90.5)	3 (16.4)	18 (100)
OXM	7 (25.9)	35 (93.9)	54 (100)	8 (100)	CFE	82 (83.7)	21 (95.5)	19 (90.9)	21 (100)	23 (71.9)	18 (100)
AMP	30 (74.1)	32 (97.0)	4 (7.4)	6 (75.0)	CTX	80 (81.4)	21 (95.5)	10 (90.9)	19 (90.5)	25 (78.1)	16 (88.9)
CTX	7 (25.9)	31 (93.9)	54 (100)	8 (100)	CAZ	60 (61.2)	14 (63.6)	9 (81.8)	10 (90.9)	26 (75.0)	16 (88.9)
CHZ	7 (25.9)	31 (93.9)	54 (100)	8 (100)	FEF	55 (56.1)	18 (81.8)	8 (72.7)	17 (81.0)	22 (68.8)	12 (66.7)
PRX	7 (25.9)	31 (93.9)	54 (100)	8 (100)	CHP	81 (82.7)	21 (95.5)	10 (90.9)	20 (95.2)	25 (78.1)	18 (100)
IPM	7 (25.9)	35 (93.9)	54 (100)	8 (100)	CTM	79 (80.6)	21 (95.5)	10 (90.9)	19 (90.5)	23 (71.9)	18 (100)
GSN	0 (0)	22 (66.4)	54 (100)	8 (100)	PMR	30 (30.6)	3 (13.6)	8 (72.7)	12 (57.1)	5 (15.6)	17 (94.4)
AKB	0 (0)	0 (0)	54 (100)	8 (100)	ATM	76 (77.6)	20 (90.9)	10 (90.9)	19 (90.5)	16 (50.0)	17 (94.4)
MEM	0 (0)	0 (0)	26 (48.1)	4 (50.0)	IPM	5 (5.1)	0 (0)	1 (9.1)	1 (4.8)	1 (5.1)	8 (44.4)
ERY	11 (46.1)	32 (97.0)	30 (55.6)	7 (87.5)	MEM	9 (9.2)	0 (0)	2 (18.2)	1 (4.8)	3 (16.4)	9 (50.0)
CLL	1 (1.7)	0 (0)	54 (100)	8 (100)	GEN	41 (41.9)	19 (86.4)	9 (81.8)	10 (90.5)	24 (75.0)	17 (94.4)
VAN	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	AMK	21 (21.4)	3 (13.6)	6 (54.5)	4 (19.0)	11 (34.4)	8 (44.4)
TIC	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	MEM	26 (26.6)	0 (0)	1 (9.1)	4 (19.0)	26 (81.3)	0 (0)
LZD	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	FCP	0 (0)	0 (0)	1 (9.1)	0 (0)	0 (0)	3 (16.7)
FCP	2 (7.4)	6 (18.2)	0 (0)	0 (0)	LVX	81 (82.7)	14 (63.6)	9 (81.8)	12 (57.1)	28 (87.5)	12 (66.7)
LVX	15 (55.6)	27 (81.8)	21 (40.0)	8 (100)	SKT	71 (72.4)	21 (100)	10 (90.9)	19 (90.5)	19 (78.1)	14 (77.8)
SKT	4 (14.8)	11 (33.3)	54 (100)	8 (100)	SAM	39 (39.8)	18 (72.7)	9 (81.8)	17 (81.0)	4 (12.5)	6 (33.3)

^aAbbreviations: OXA, Oxacillin; FOX, Ceftiofur; AMP, Ampicillin; CFX, Ceftriaxone; CHZ, Ceftriaxone; PMR, Pivmecillinam; IPM, Imipenem; GEN, Gentamicin; AKB, Amikacin; MEM, Meropenem; ERY, Erythromycin; CLL, Clindamycin; VAN, Vancomycin; TIC, Ticarcillin; LZD, Linezolid; FCF, Fosfomicin; LVX, Levofloxacin; SKT, Sulbactam/Sulbactam-Inhibitor; FEF, Piperacillin; CTX, Cefotaxime; CAZ, Ceftazidime; FCF, Cefepime; CPO, Colistin; CTR, Colistin; ATM, Aztreonam; MEM, Meropenem; AMK, Amikacin; SAM, Ampicillin-Sulbactam.

^bResistance to individual antimicrobial agent was judged according to the guideline of CLSI¹¹. For antimicrobials of which the resistance is not defined by CLSI guidelines, EUCAST breakpoints¹² (*Staphylococcus* spp.: FCF, >16 µg/ml) and following definitions (PMR) were employed to determine resistance for each species: *S. aureus*, *S. haemolyticus*: AMK, >4 µg/ml; *E. coli*, *K. pneumoniae*, *K. oxytoca*, *E. cloacae*, *P. mirabilis*: CTR, PMR, >16 µg/ml; *A. baumannii*: CTR, >4 µg/ml; CTX, CTR, IPM, ATM, >16 µg/ml; FCF, >128 µg/ml; High-level resistance to aminoglycosides for *Enterococcus* spp. was not examined.

次に、うちの教室に海外から短期間来られて実験データを出して、本国に戻ってから学位を取ったという方々は、ここに挙げます7名の方がおります。インド、中国、そ

彼らはPhDを取られています。バングラデシュではここにMPhilと書いてありますが、これは日本でいえば医学修士に相当するようなディグリー(学位)で、それを取られています。バングラデシュでの研究指導に当たりますと、非常にたくさんのいろいろな感染症に関する研究指導を、行わせていただきました。

どういったものがあるかということについてですが、けれども、ロタウイルスとかMRSAは我々の教室の主要な研究テーマですが、そのほか結核とかリーシュマニアとか、爪の白癬とかヒトパピローマウイルスに至るまで、非常にたくさんのものを対象に研究をさせていただ

海外共同研究者 自国での学位取得者 (2001~)

* 現地での研究・技術指導

インド 国立コレラ腸管感染症研究所 (Ph.D.)

1.V. Varghese (2003), 2. Barman (2005)
3.S. Samajdar (2007), 4.S. Ghosh (2007)
5.A. Mukherjee (2008)

(研究対象)

ロタウイルス

バングラデシュ マイメンシン医科大学 (M.Phil.)

1.S.K.Paul (2003), 2.A.H.Khan, 3.N.A.Jahan, 4.S.A.Nasreen
5.E.R.Khan, 6.M.M.Hasan, 7.S.Sultana, 8.T.Yasmin
9.R.Kabir, 10.S.M.Haque, 11. U.Habiba, 12.S.Sarkar
13.F.Ferdouse, 14.R.Ahmed, 15.S.M.M.Rahman
16.H.Begum, 17.S.Monwar, 18.S.Nahar (2015)

ロタウイルス、
MRSA、NTDs
等多数

きました。後の方で、このリケッチア症に関する話をちょっとだけしたいと思います。ここで実際の現地での研究の様子をいろいろな写真を通してお見せしたいと思います。場所はダッカから北へ150キロほどいったマイメンシンという町です。これは町の目抜き通りですが、ここはマイメンシン・メディカル・カレッジで、ここは病院の建物で、これは病院の中庭です。この大学の微生物学講座と我々は共同研究をしています。

ここの講座の教員と学生ですが、常時6~7人の学生がおりまして、その半分以上の学生さんたちに対して、我々が研究指導をしているという感じになっています。これはラボの様子です。これはMRSAの検出をさせているところです。これはロタウイルスの検出のための電気泳動のプロセスの一部ですが、サンプルをゲルに載せているところです。これは実際に電気泳動をしているところです。ここから電気泳動後にゲルを取り出して、染色をするとこういったバンドが見えてきて、この11本のバンドが見えたらロタウイルス陽性ということになります。これはPCRの反応液を作っているところです。非常に小さい機械しかここには置いていないのですが、このようなサーマルサイクラーを使ってPCRを行います。PCR後にアガロースゲルにサンプルを落とし込みまして、電気泳動をするわけです。そして、結果をこのようにしてゲル撮影装置で見るとということになります。

これは、この手前の先生はこの血液のサンプルから、DNAの抽出を行っているところです。この先生がやっていた仕事は、バングラデシュの地元でリケッチアを検出するということでした。1年半にわたって、不明熱の患者さん150人からサンプルを採りまして、ネステッドPCRというやり方でリケッチアの遺伝子を検出したわけです。これはその結果の一部ですが、この調べたサンプルのだいたい半分ぐらいから、この目的の大きさのバンドが検出されていました。これを私たちの教室の方に郵送してもらいまして、うちの大学で

シーケンスをしました。これがその結果の一部ですが、すべてのサンプルが同じ配列を示しておりまして、これが既知の何と一致したかということ、リケッチア・フェリスというネコノミリケッチアの配列と、ほぼ一致するということが分かりました。

現地のバングラデシュで撮られた顕微鏡写真ですが、これはネコに寄生するノミです。このノミに付いているリケッチアから、おそらく人に感染したのではないかと考えられます。これはパブリッシュされた論文から取った図ですけれども、このリケッチア・フェリスの感染というのは世界中で見つかっておりまして、特にヨーロッパとかアフリカとかアメリカで、報告が多く出されています。アジアではわずかしき報告はなく、バングラデシュ、インドでも今まで報告はなかったのですが、今回初めてこのリケッチア・フェリスの感染が見つかったということになります。調べたサンプルの46%、ほぼ半分でこのリケッチア・フェリスの遺伝子が見つかったわけです。さらにいくつかの遺伝子を調べて、間違いのないことを確認いたしました。

マイメンシン医科大学の病院で開催される、このクリニカルミーティングというものがあるので、ここでこのPCRをやった学生さんが今回の研究成果を発表して、真ん中に病院長の方、それからこちらの方に微生物学の教授の先生がいて、コメントを話しているという様子です。こういった形で臨床医にこの研究成果を

バングラデシュ(マイメンシン医科大学)で共同研究・技術支援を行ったもの

- ・ロタウイルス (下痢症ウイルス)
- ・MRSA (市中・院内感染型)
- ・多剤耐性結核菌
- ・リーシュマニア症 (*Leishmania donovani*)
- ・病原大腸菌
- ・ESBL (基質拡張型βラクタマーゼ)
- ・カンピロバクター
- ・腸チフス (*Salmonella Typhi*)
- ・リケッチア症
- ・クラミジア感染症 (*Chlamydia trachomatis*)
- ・爪白癬症
- ・ヒトパピローマウイルス

還元するということが、現地ではされております。

こういった海外との交流、あるいは研究支援にはいろいろ経費が掛かるわけですが、どのような制度や研究費があるかということで、ここに示してあります。



Clinical meeting (2013.12.12)

現在私たちがいろいろお世話になっているのは、この日本学術振興会の論文博士支援事業と科研費（科学研究費補助金）で、これらが主要な財源になっております。

これは海外との連携におけるキーポイントということで、思いついたままに書いたんですけども、この中でやはり非常に重要なのは、3番目の相手国の研究者のモチベーションを引き出して高めること、つまりいかにやる気を出すかということだと思います。そのためにはい

海外との人的交流・支援・共同研究の基盤

1. 文科省 国費外国人留学生制度
2. 日本学術振興会 論文博士支援事業
3. JICA(国際協力機構)プロジェクト
インド新興下痢症対策プロジェクト(1998-2008)
4. 感染症研究国際ネットワーク推進プログラム (J-GRID)
(2005-2015)
5. 日本学術振興会 科学研究費補助金(海外学術調査)
6. 民間財団による研究助成
平和中島財団 アジア地域重点学術研究助成
交流協会 若手研究者交流事業(台湾)

ろいろな研究試葉を送ってあげるとか、懇切丁寧に指導するといった指導も必要ですし、学位ですとか研究成果の発表とか論文の公表といったものを、1つの目標として設定してやる気を出してもらうということが、非常に有効かと思っております。

最後に、北海道における公衆衛生大学院への期待ということで、お示しいたします。我々がやっているような

海外との連携 キーポイント

1. 現地で研究の必要性が高い研究テーマを選ぶ
2. 現地での実行可能性、支援可能性等を的確に判断する
3. 相手国研究者のモチベーションを引き出し高める
4. 必要な物的支援、学位取得へ向けての支援を行う
5. 研究成果の発表、論文公表を支援する
6. 支援に必要な枠組み(研究費、招聘プログラム)の用意
7. 日本において行なう支援活動も重要

北海道における公衆衛生大学院への期待

1. より多くの人々(専門、職種)への門戸
2. 社会人、外国人学生の受け入れ
3. 就学に係る制度、修了後の活動の場
4. 教育研究活動の特色 → 高い専門性? 地域性?
5. 国際保健・感染症についても教育・研究体制の充実
6. 英語による教育の機会の導入

活動は零細企業みたいなもので、ごくわずかな人数の方々にしかな指導ができないのですが、もし公衆衛生大学院ができれば非常にたくさんの方々に、学ぶ機会が提供されるということになると思います。そうした場合に社会人ですとか外国人の方も、当然入って来られるのではないかと思うわけですが、そのような方々が安心して学べるような制度、具体的にいえば奨学金や留学の制度があればいいと思います。

それから、4番目の教育研究活動の特色ということで、この大学院の研究の特色として、北海道という地域性を目玉として出すのか、あるいは何か別な高い専門性の分野を打ち出すのか、あるいは両方あればもっといいと思いますけれども、そういった特色があるとなおよいかと思えます。それから私どもの専門からの要望というか希望ですけれども、国際保健とか感染症についても、教育研究体制の充実が望まれると思えますし、また「英語による教育の機会の導入」と少し控えめに書いていますが、英語による教育の機会がたくさんあれば、非常にいいと考えております。

以上、雑駁な話でしたけれども、私どもの教室の活動のご紹介という形で、話をさせていただきました。どうもありがとうございます。(拍手)

(廣田) 小林先生、ありがとうございました。先生からは海外の研究者と共同での感染症研究、また、最後に北海道における公衆衛生大学院への期待をコメントしていただきました。ありがとうございました。それでは、次に旭川医科大学の健康科学講座の吉田貴彦先生からご講演いただきます。吉田先生は東海大学のご卒業で、大学院を卒業後東海大学医学部に在籍した後、アメリカの国立環境健康科学研究所に留学されておりまして、2000年の1月から旭川医科大学に就任されています。先生が長いプロフィールを書いてくださっていますが、時間がないので自己紹介をお願いします。よろしくお願いたします。




講演 2


「旭川地域での大学コンソーシアムを中心とした地域住民の健康保持増進と地域振興を目指す活動」

吉田 貴彦 氏

(吉田) 旭川医科大学の吉田貴彦でございます。今回岸先生の方から、今回の取り組みについてお話ししてくださいということだったんですけれども、ちょっと私も勘違いをしたといいますか、もう少し違うまとめ方をしておけばよかったかなと思います。そちらの方を最初に、忘れちゃいけないのでお話ししておきたいと思えます。私は旭川医科大学でJICAの研修を行っております。医大ではJICAの研修が2本あったんですけど、1本目の母子保健は終了してしまっていて、今私が担当しているのは、「アフリカの地域保健行政の担当官のための地域保健」というものです。そういった中で講義、それから演習、見学、実習等で6週間行っておるんですけれども、こういった地域保健に関連したノウハウを持っておりますので、お役に立てるのかなと思っています。どうして旭川でやっているのか、アフリカが対象ということで私はびっくりしたんですけれども、過疎地域であることがアフリカに似ているからだからと言われて納得しまして、冬にやるのもかわいそうだから夏にやっております。それから市役所の方からの相談で、住民センターが今旭川で整備されつつあるんですが、そのうちのいくつかを健康に特化したようなものにしたんだということで、看護学科の先生と一緒にどのようにかわっていくか考え、地域包括ケアの拠点として使おうとしております。そのような取り組みがあるということ、先にちょっとお話ししておきます。




旭川地域での大学コンソーシアムを中心とした地域住民の健康保持増進と地域振興を目指す活動



旭川医科大学 学長補佐・教授
旭川ウェルビーイング・コンソーシアム運営協議会議長
吉田 貴彦¹

私が今回まとめてきたのは旭川地域、医大だけではございませんけれども、大学のコンソーシアムである旭川ウェルビーイング・コンソーシアムというものの運営協議会の、私は責任者をやっておりますので、ご紹介したいと思います。また、最後の方に私の教室が中心となって行っている、地域資源を活用した健康づくりといったもののデータについてご紹介したいと思います。



大学コンソーシアムとは

- * 大学連携、大学コンソーシアム
 - * 地域に根ざす大学、地域社会、産業界との連携体
- * 意義付け
 - * 地域に根ざす大学の連携組織
 - * 地域の歴史、立地、特性を背景として設立された地域組織
 - * 高等教育機関と地域社会とが深く結びつくことで、大学の発展と地域の活性化を実現する取り組み
- * 実践内容
 - * 大学を超えた（地域ぐるみ）連携型教育・研究
 - …新しい高等教育像
- * 新しい高等教育に求められるレベル
 - * 世界的水準の質の保証（社会による評価が問われる）
 - * 社会の多様なニーズに応える、特色ある教育・研究の創造
- * 大学連携の使命
 - * 連携でこそ実現可能な「新しい学び」の提供
 - * 連携でこそ実現可能な「実社会に即した」知の社会還元

コミュニティ組織の一形態

世界的レベルの高等教育を達成するシステム

2

大学コンソーシアムについて書きましたけれども、あんまりこの辺をしゃべっていると時間がなくなります。大学と付いていますけれども、地域に根差した大学が中心となるものの、地域社会と産業界との連携体であるということです。意義付けとしましては、地域に根差した大学は、その地域の様々な資源を利用しながら地域の中の大学の発展と地域の活性化を実現する、両方を一緒に達成しようというのが、大学コンソーシアムの目的になります。この辺に書いてあるものは、大学の使命というものが書かれています。

AWBC 地域コミュニティづくり

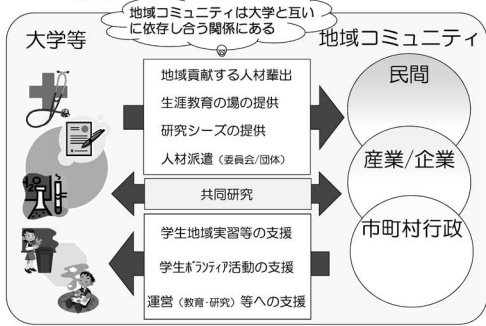
- * 住民の参加
 - * 多様な住民層（幅広い世代、職種など）
 - * 可能な限り多くの住民の自主的参加
- * 住民自らの課題抽出と解決の仕組み作り
 - * 住民自ら地域の課題を考える
 - * 解決に向けた合意形成を図る
- * 地域コミュニティを担う人づくり
 - * リーダー養成
 - * 多様な人材（立案・実行）の育成
- * 行政支援の在り方
 - * 住民の自主的取組みに対する行政の支援

「地域への帰属意識（モノ・ツブ）」醸成

3

どうしてこういうことをやらなきゃならないかという話なんですけれども、地域コミュニティ作りというのが最近盛んに言われるようになってきました。これは少子高齢化であったり核家族化ということで、コミュニティが崩壊していることから、始まった話なんですけれども、重要なのは住民の参加です。多様な住民が主体となって活動していくということが大事で、大学はそれを支援する形になります。では、どのように達成するか、住民が自分たちが住んでいる地域の課題を自分たちで見つけて、その解決方法を考えていくということになります。そのためには、地域コミュニティを担う人材づくりをしなきゃいけませんので、学生も卒業して地域に出ればリーダーになり得るわけですから、リーダー養成というようなことも行っている。自治体は何をするかといいますと、住民が行っている活動に対する支援というような、裏方に回るといったことになります。

AWBC 地域コミュニティ(地)と知の拠点としての大学



4

これは地域コミュニティ、こちらは民間、産業、それから市町村とありますが、こちらにさまざまな大学、学部がありますけれども、お互いに助け合っている関係にあるということお分かりいただけるかと思います。大学側は人材を輩出します。それから生涯教育の場を提供します。研究施設を提供します。それから講演の講師や委

員などの人材派遣をしている。これに対して市町村の方は、具体的に何をしてくれるのか。学生が地域で活動する際の支援をしてもらおうとか、学生ボランティア活動をする際の支援をもらおう。それから教育関係の支援を受けるといったこと。特に産業界との間では共同研究ということが行われているということです。

AWBC 旭川ウェルビーイング・コンソーシアム (AWBC) の設立

2008年5月26日



北海道新聞
市内5大学・短大、高専、市

地域振興へ共同研究 旭川ウェルビーイング・コンソーシアム

旭川ウェルビーイング・コンソーシアム(AWBC)

旭川圏域の4大学1短大1高専からなる高等教育機関を主体とする連携体であり、学生および地域住民の人材育成と、地域活性化につながる共同研究において、自治体、地域、地産産業とも連携した取組みを進める。

5

医大の学長が新しく就任した年の前年に市長が替わっていたものですから、大学が主導を取って、旭川で何かできないかということをお話したら、市長を呼んだのでお前も来いといって、このような大学コンソーシアムが出来る流れとなったということです。当初はこの地域振興の共同研究ということがメインで行われておりましたが、運営資金となる補助金を文科省からもらうために教育を中心に充実させてきました。こ

AWBC 旭川ウェルビーイング・コンソーシアムの理念・目的

旭川エリアが有する豊かな自然環境、森林、温泉、安心安全な農畜産物等の健康保養資源を基盤として、地域資源に根ざした居住・生活環境、農畜産・食品加工製造、健康保養・観光等の産業を中心とした産業界との協働と、圏域住民と行政の自主的・積極的な参加のもとに、医療機関が集積する旭川エリアの地域優位性を活用し、旭川医科大学をはじめとする高等教育機関・公設研究機関等を中心としたコンソーシアムを形成し、科学的エビデンスに基づいた諸取組みを継続的に実践することにより、圏域住民の身体的・精神的・社会的な健康（ウェルビーイング）を達成するとともに旭川エリアの教育・地域振興を図ることを目指す。

6

これは理念とか目的ですけれども、これは次にあるポンチ絵とリンクしております、ポンチ絵を見ていただけれ

の学生さんに、健康というものを考える1日をつくりたいとして始めたものです。次は、学生の合同成果発表会

AB 地域に対する合同学習成果発信

- * AWBC学生合同成果発表会
- * 研究・活動成果のパネル展示、製作物展示
- * 2009年度から継続実施

市民への学習成果の認知
教育への支援の期待

多様な成果物
表彰など

11

の話ですので、ちょっと飛ばします。もう1つの特徴で

AB AWBC学生自主組織「はしっくす」の活動

学生による自主的な企画・運営
多様な学生の交流、社会性の獲得

- * AWBC連合学生自主組織「はしっくす」の結成
 - * 学生、若者の視点からの地域貢献
 - * 地域に貢献できる人材の育成
 - * 「互いに影響しあう関係」の構築
 - * 地域の「かけはし」としての自覚
- * 「はしっくす」の活動
 - * 異分野学生のコミュニケーション
 - * 総合大学と同等の交流範囲
 - * 自主的な相互交流・地域活動の実践
 - * 学協会、自主企画行事、地域行事への協賛
 - * 年代の近い地域の子どもへのアプローチ
 - * 旭川の子ども達のお兄さん・お姉さんを目指して
 - * 学生企画による地域貢献の取組
 - * ボランティア活動など
 - * 行政による学生支援
 - * 旭川市の諸委員会への登用
 - * 行政による委託事業・事業協賛
 - * 旭川駅舎開業イベント等
 - * 行政の公費事業への公募の働きかけ
 - * 旭川市の「市民の企画提案による協働のまちづくり事業」

12

すけれども、学生の自主組織を作らせたことです。これは各大学の中にサークルとしてつくらせたものを、連携させたものです。「はしっくす」という、これは橋が旭川にたくさんあるということ、社会的な架け橋となるという意味と、旭川に6つの大学組織があるので、「はしっくす」という名前を学生が付けました。旭川には単科大学しかなかったんですけれども、異分野の学生がコミュニケーションが取れる場になって、学生も非常に喜んでおります。また地域のこの大学生が、子供たちへの働き掛けを積極的にしてくれるようになりまして、高校生への活動も活発になってきているというところなんです。これ

AB はしっくすの協働の街づくりへの参画

学生による企画・運営、地域社会との連携
地域社会との交流、社会人基礎力の向上

旭川市の補助事業「市民の企画提案による協働のまちづくり事業」の公募に応募し採択
* 2010、2011、2012年
* その後も、定期事業として定着

学生の活動に対する理解・評価

13

は1つの例です。旭川市も協力的で、市民と協働の街づくり事業というものに採択してもらいまして、学生の企画で冬場の楽しみをつくるイベントを行いました。この

AB あったかいね あさひかわ つなげよう灯のわ イベント

* 2012年12月21,22,23日 市民協働の街作り事業として

中高生が製作チームに加わる

ゆきだるままつり
It's a Snow World!
12/22sun・23mon
JR旭川駅

14

ような中で、高校生、中学生も呼び集めて相当な数集まって、一緒にこういう製作物を作ったりしているところです。これは高校生の団体で、「ゆーすねっと@旭川」と

AB ゆーすねっと@旭川

* 旭川市生徒会自主組織 ゆーすねっと@旭川です！
各校の生徒会活動充実と旭川を元気に！が目標です

中心メンバー

AWBCの枠内・外の手伝い

15

AWBC 子供のサイエンスマインドを育てるWG
 ＊ キッズわくわくサイエンス
 ＊ 2012年から

16

たいせつな学びノート

おやすみの学習シリーズ ※ 毎週の学びに

自然を学ぶプログラム (PA)

身近な生き物について知ろう！ (生命科学分野)

動物園

植物園

19

いう組織が出来ました。これは教育の部分です。子供のサイエンスマインドを育てようというワーキンググループが活動して、このような企画が始まって、それが現在続いておりますJSTの科学技術コミュニケーション推進事業といったものにつながって、活動しております。

ばらで行っている教育活動の情報を、子供にワンストップで提供できるようにして、組み合わせるメニューをつくって、これを全部履修するとどういった勉強ができるのかということ、発信していて、次年度が3年目になります。

AWBC 提案機関： 旭川医科大学
 運営機関： 旭川医科大学 将来的にはAWBCが担う

JST 2013～2015年度 科学技術コミュニケーション推進事業「ネットワーク形成地域型」

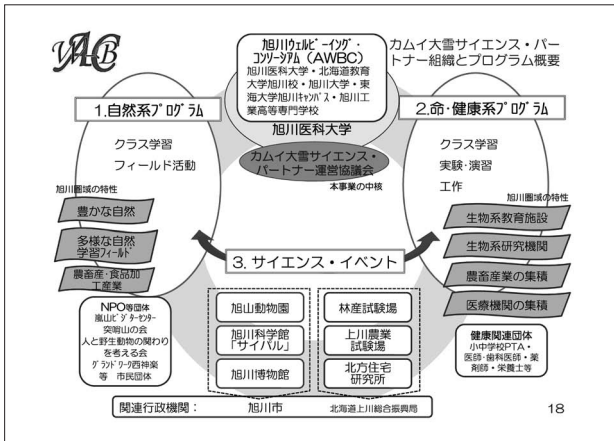
自然と健康のハーモニー“大雪”
 ～自然と子どもと健康～

運営体制名称：
 カマイ大雪サイエンス・パートナー

17

AWBC バリアフリー研究WG/バリアフリーツアーセンター企画による
 エバーグリーン化したあさひかわ雪あかり会場

誰にも優しい旭川
 作り隊の活動拡大



これは車いすの方々と一緒に作ったワーキンググループです。コンソーシアムには、ワーキンググループがいくつかありまして、その中の一つで、冬祭りでもこのようなところの上まで車いすで登れるようにしています。これは企業の方と一緒にやったことですが

これはその事業の概念図です。このような、地域でばら

AWBC NPOカマイ大雪バリアフリー研究所

＊ 障がい当事者活動団体の「車いす紅蓮隊」と旭川医科大学など地域の大学、病院、介護施設、福祉用具制作、旅行事業関係者等で構成

＊ カマイ大雪バリアフリーツアーセンターの運営

- ＊ ホテル、料飲食業、旭川障がい者文化スポーツ振興支援会、市民団体、観光協会等と連携
- ＊ 北海道・旭川の観光啓発施設を「バリアフリー」基準に基づき、地元の障がい者メンバーが中心になって調査指導し、全国の障がい者高齢者の皆さんに合った旅行を提案する

＊ 障がい者の自立就労支援サポート

- ＊ デイサービスセンターの運営

＊ 旭川独自の誰にもやさしいまちづくりを進める企画調査

- ＊ 障がい者の視線での現地調査（タウンウォッチング）
- ＊ 夏祭りや冬まつり等の地域独自のイベント企画提案
- ＊ アダプテッドスポーツ（障がい者・高れい者・子供たち誰でも参加できるスポーツ）
- ＊ AWBCのバリアフリー研究ワーキンググループにも参画

22

も、下半身不随になったため足でペダルが踏めないの、感情が付けられないためにピアノが弾けなくなった方に対する取り組みです。笛を細工しまして、吹き口が右と左にあって、ペダルが2つ動かせるようにしてあるんです。これによって、もともとプロだった方がもう一度プロに復帰できたといった活動も、一緒にやったりしています。そうした障がい者に対するサポートというの

ABA バリアフリー研究WG
ピアノペダル・アシストの開発支援




誰にも優しい旭川
作り隊の活動拡大

山崎 理恵
ピアノペダル・アシスト 公開試演会
日時 2008年7月1日(火)
午後6時30分～8時00分
場所 旭川市神楽公民館 木造館 21

が発展したものがこれで、バリアフリースポーツセンターという全国展開しているものの1つの拠点が旭川にあります。誰にも優しい町づくりをしようとするグループになってきておりまして、こういう活動が成果を結んだのが、今年の2月に行われた障がい者クロスカンリースキーワールドカップです。アジアで初めて行われた大会

ABA 2015IPCクロスカンリースキーワールドカップ旭川大会



旭川医科大学
* スポーツ医科学研究委員会を組織
* IPC大会組織委員会に主催者として参加
* 障害クラス分け・ドーピング検査に協力
* 医療班の派遣
* シンポジウム「スポーツと健康」の開催

誰にも優しい旭川
作り隊の活動拡大

23

を、旭川で誘致することができました。そうした中で旭川医大は、スポーツ医科学研究委員会というものを組織しまして、大会組織委員会に参加するだけでなくクラス分けですとかドーピングとか、医療班の派遣、シンポジウムを開催するというようなことを行ってまいりました。これは新しいスポーツですね、アイスレジャホッケー

ABA バリアフリー研究WG
ユニバーサルスポーツの創造
屋内フルシーズンタイプの
ローラーフロアスレッジを開発



アイスレジャホッケー

あまりに難しく
きついで……

アダプテッド・スポーツの視点を変えて、幼児から健常者も共に楽しめる新しいユニバーサルスポーツ

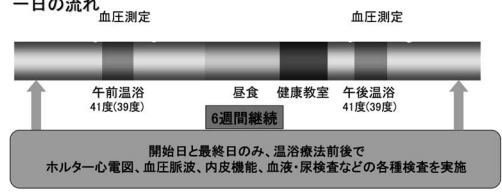
を普通の床でできるように改造したものを、作ったりということもやっています。

ここから事例をちょっとご紹介します。健康の3つの要素ですね。特に温泉を使って、降圧作用を見ようというものです。このようなものは代替療法ですから、肩唾物じゃないかとか、そんなもの誰でも知っていることだと。ところが、その根拠がなかなか出てこないものだから、その根拠を示そうとして始めたものです。こち

ABA 事例1 温浴による降圧作用の検証

北海道庁の補助事業・旭川市と共同実施
旭川近郊の単純泉の温泉施設
貸切りバスで送迎 参加者21名
午前・午後2回(各10分程度)温浴、週2日、6週間継続

一日の流れ



※内服薬は原則として6週間変更しない

らは市役所と一緒に始めたものなんですが、6週間にわたって全部で11日温泉にはいるんです。1回の入浴では、やっぱり前後で当たり前ですが下がるんです。1日2回入れればもっと下がるんですけど、次の日は元に戻ります。ところが6週間11回も繰り返すと、実際に血圧も下がってくることを示したものです。ここに書いたのはま

YAB 温熱療養の効果検証 まとめ

降圧効果

有意な降圧が得られた。

抗動脈硬化作用

血圧脈波伝播速度(PWV)の改善が認められた。

内皮機能の改善

超音波ドプラー計測による血流依存性血管拡張反応(%FMD)の改善がみられた。

自律神経機能の安定化

心拍変動HF成分の増加、血中ACTHの減少が認められた。

精神的安定性の向上

抑うつ軽減
緊張-不安軽減
生活満足度の上昇

とめでですので、後で抄録をご覧になってください。



これはそのときの新聞の報道です。

YAB 事例2 健康増進プログラムの効果検証

- * 経済産業省の補助事業・枝幸町と連携
 - * 枝幸町住民ボランティアを対象
 - * 健康運動指導、健康食を提供する温泉入浴施設を拠点として
 - * おおよそ3カ月にわたって、温浴・運動・食を中心とした“健康増進プログラム”を実施
- ↓
- * 健康増進効果について検討
 - * 健康診断結果に基づく
 - * 心理学的検査結果に基づく
 - * 運動機能検査結果に基づく
 - * 医療費請求額に基づく

事例の2です。今度は、温浴だけでなく、運動と健康食を加えて3カ月にわたって行ったものです。これは枝幸町で行ったのですが、実は私がかかわっているNPOが運動指導とか、温浴療法というものを指導しているグループがあり、そのグループと一緒にやったものです。これは3カ月間、何で11月から1月という時期かといいますと、補助金が出るのが遅い時期になります

ので、こういう悪い時期になっています。実はここに書いておりませんが、医療費の削減効果も見ようと思って、先ほどNDBの話が出ましたが、2年前のまだ自由に使えない時代に、使えるようにしてしまっただけですね。それで健康診断とかもリンクさせていきました。業者の方と組んだんですけども、その業者がもともとNDBをつくっていたのが後で分かって、お金を払って利用されたんだと思って、ちょっと悔しい思いをしておりますけど、うまく使えるようになりました。その結果わずか3カ月、これも年末年始を挟んだ最悪の時期に当たりますが、3カ月後は非常に下がっています。これは肥満指標が減ったと。これは動脈硬化の測定ですね、脈波伝達速度を見てみたら高参加群は伝達速度が落ちてきています。要するに、動脈が柔らかくなっているという改善効果が見られています。これは肝機能ですけど、肝機能全体の平均で見るとあんまり変わらない。よくよく見てみるとほとんど正常なんです。正常なんですけれども個別に前後比較で見ると、やっぱり程度に高かった人が良くなるということが分かります。

それから、これは糖代謝の指標HbA1cです。これも殆んど正常範囲に入っているのですが、やっぱり高い人が良くなるのが少し分かります。これは気分について調べたものですが、活気も当然ながら上がりますし、これは筋力ですね。運動指導もしておりますので、筋力も上がったという例です。こちらは座り立ち試験ですね、こちらも良くなっております。これらを

YAB 考察

- * プログラム実施の前後の検査データの比較
 - * 肥満指標、血液生化学、生理学、運動機能、精神・心理などの改善する者が多い傾向が認められた。
 - * 実施前から健康状態（検査値等）の良い者は、それ以上に良くなることは見込まれない事から、状態の良くなかった者に限定して解析すると、その改善率はより高い傾向
- * 健康増進効果がより期待される、高参加群において、高齢者の比率が高く、もともと運動習慣の多い者が多かった
 - * 改善効果が見出されにくい不利な状況
 - * 逆に言うと、若年・中年層の健康維持に無関心なグループがプログラムに参加すると、より効果が大きいと思われる
- * わずか3ヶ月、年末年始の時期、2回目の検査時期が厳寒期であったこと
 - * 逆に言うと、継続が長く、年間を通してのプログラム参加があり、同時期の検査比較がなされれば、相当の効果が期待される。



まとめますと介入することによって、わずか3カ月ですが、生化学的データも生理学的データも精神的なデータも、改善しているということが分かりました。運動機能も良くなっていることが、分かったわけですね。医療費については、さすがに3カ月では変わりません。本当は今年度もやりたかったんですけど、研究資金がなくてできなかったんで、来年以降はなんとか続けていきたいなと思っております。このような成果を見てみると、おそらくこれだけ状況が良くなっていますので、医療費が下がってくるだろうと私は思っていますけれども、そのためには参加者に、もうちょっと健康状態が良くない人が入ってくれば、もっときれいなデータになるのかなと思っています。このようなものが我々のところで演習とか実習とか、それから研究の手法を提供するというご役立てるのかなと思って、ご紹介いたしました。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(廣田) 吉田先生、ありがとうございました。先生は産業保健がご専門ということなんですけど……

(吉田) そうです。

(廣田) 行政だけではなくて、地域のいろいろな力を引き出すようなことをされていますね。

(吉田) そうですね。町おこしが専門だと思っている方も結構います(笑)。

(廣田) 旭川市保健所で健康男子の募集をやっていたけれども、それも先生が絡んでらっしゃるのですか？

(吉田) いや、違うと思います(笑)。

(廣田) 健康男子というのは、市長さんがまず第1号になられて、男性の30代40代の方というのはなかなか健康

に気を付けるという機会がないので、それを楽しくやりましょうということのようです。

(吉田) ありがとうございます。

(廣田) これからもよろしくお願いたします。ありがとうございました。(拍手) では、3番目の講演ですが、「自治体と協働で行う高齢者の介護予防から考える」ということで、北海道医療大学の看護福祉学部の方の工藤禎子先生にお願いしたいと思います。工藤先生のご略歴ですが、千葉大学の看護学部をご卒業されまして、北海道の方には1993年に現在の北海道医療大学の前身の、東日本学園大学の看護福祉学部の方に就任されています。では工藤先生、よろしくお願いたします。



講演3

「自治体と協働で行う高齢者の介護予防から考えること：当別町での経験」

工藤 禎子 氏

(工藤) ご紹介ありがとうございます。

本日は、このような報告の機会をいただきましてありがとうございます。

私は日頃、保健師教育に携わりながら、勤務先がある当別町の職員の方や住民の皆さんと、高齢者の介護予防の活動を展開してきました。本日は、自治体と大学の共同の実際について、お話しさせていただきます。

本日の報告は、まず当別町と大学の協働の全体、そして協働で行う介護予防活動の特徴ときっかけ、活動の経緯と実際、活動の効果と意義についてお話しします。

講演3 資料

北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制
第3回フォーラム

エビデンスに基づいた公衆衛生活動に向けて
—地域と大学・研究機関との協働の現状と課題

自治体と協働で行う高齢者の介護予防
から考えること：当別町での経験

工藤 禎子
北海道医療大学
看護福祉学部
平成27年3月23日
北海道大学百年記念会館にて

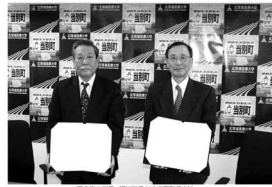
報告の概要

1. 当別町と北海道医療大学の協働
2. 協働で行う介護予防活動の特徴ときっかけ
3. 活動の経緯と実際
4. 協働の活動における意義と課題

1. 当別町と北海道医療大学の協働

1-1. 当別町と北海道医療大学の協働

昭和50年代 当別町に
薬学部、歯学部 開設
平成25年11月
当別町と
北海道医療大学との
「包括連携推進協定」
目的 地域振興
地域社会の発展
人材育成
学術振興に寄与
教育、研究、実践など
多面的な協力関係



1-2. 当別町と北海道医療大学の協働の主な内容
町と大学との協力関係は、多岐に渡ります。

1つは、今日、報告させて頂く介護予防活動、
2つめに、町の保健福祉出前講座、

3つめは「新しい公共支援事業」であり、これは、町、
社会福祉協議会、北海道医療大学卒業生等によるNPO
法人、社会福祉法人が行う、共生型コミュニティ農園（就
労支援）、地域福祉ターミナル、オープンサロンなどです。

4つめに保健福祉計画、地域包括支援センター運営委
員などへ大学教員が参加しています。

私たちが介護予防活動を開始した当時は、大学の一講
座と町との協働でしたが、このように町全体と大学との
連携が発展し、「包括連携推進協定」という形になって
います。

1-3. 当別町と北海道医療大学の協働

平成14年 当別町と北海道医療大学の協働による
「ボランティアセンター」の設置
障害児の家族支援サービス
障害者のためのオープンカレッジ

平成15年 文部科学省
「現代GP(Good practice) 特色ある大学教育支援
プログラム」
「地域・大学連携による医療系基本教育」

平成16年 現代GP 当別町健康増進計画
「みんなでつろう健康とうべつ」とリンク
「当別町2万人歯の健康プロジェクト」

1-1. 包括連携推進協定

北海道医療大学は、昭和50年代に、札幌から1時間ほ
どの当別町に開設され、当時から、歯学部、薬学部が地
域との協力関係を築いてきました。

平成25年11月に改めて、町と大学の「包括連携推進協
定」を締結しています。

目的は、地域振興、地域社会の発展、人材育成、学術
振興への寄与等であり、教育、研究、実践などで協力関
係にあります。

1-2. 当別町と北海道医療大学の協働

- 1 介護予防活動(平成11年)
- 2 町の保健福祉出前講座における連携
- 3 「新しい公共支援事業」
共生型コミュニティ農園
共生型地域福祉ターミナル、
地域共生型オープンサロン
大学内のカフェの運営
- 4 保健福祉計画策定、地域包括支援センター運営委員、
地域ケア会議等への大学教員の参加
- 5 学生実習

町、社会福祉協議会、
NPO法人、
社会福祉法人
(北海道医療大学
卒業生等)の協働

2-1. 協働で行う高齢者の介護予防活動 の特徴

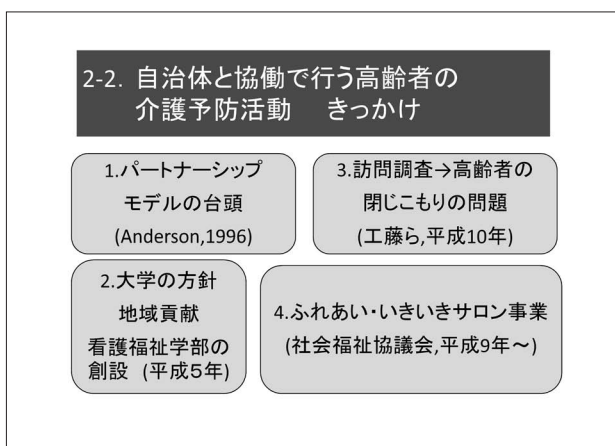
1. 介護保険法の施行前(平成11年)から実施
2. 高齢者の外出に関する研究
⇒ニーズの明確化からの計画
閉じこもりのリスクの回避
3. ヘルスプロモーション(WHO)の「住民主体」と
「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」を
基盤とする
4. 住民主体の運営方法が、町内の他事業、
近隣市町村へ波及

2-1. 協働で行う介護予防活動の特徴

ここからは、私達が携わってきた住民主体の介護予防活動についてです。

現在、住民主体の介護予防活動は多くの市町村で行われていますが、当別町の活動の特徴として、

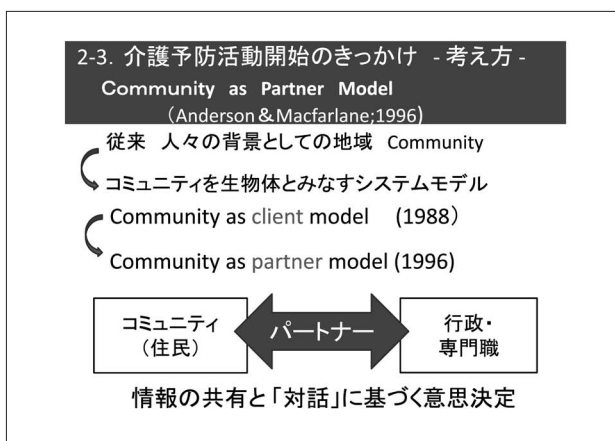
- 1) 介護保険法施行前からの早い時期から実施したこと
- 2) 私どもが行った研究から、地域のニーズを明確化し、閉じこもりのリスクの回避に焦点を当てて、プロジェクトを開始したこと
- 3) 私どもが町の保健師さん達と話し合い、ヘルスプロモーションの住民主体という理念と、コミュニティアズパートナーという基本理念を共有しながらこの活動を進めたことです。



2-2. 介護予防活動のきっかけ

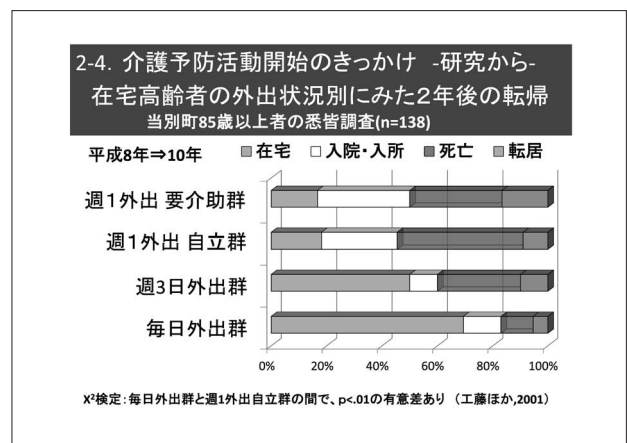
当別町での介護予防活動のきっかけとして、

第1に、公衆衛生学における地域とのパートナーシップという考え方の台頭がありました。そして、第2に大学の方針としての地域貢献の後押し、3つ目に私たちが科学研究費で行った当別町の高齢者の調査からの閉じこもりの問題の明確化、さらに社会福祉協議会による地域でのサロン事業の推進などの要因が重なっていました。



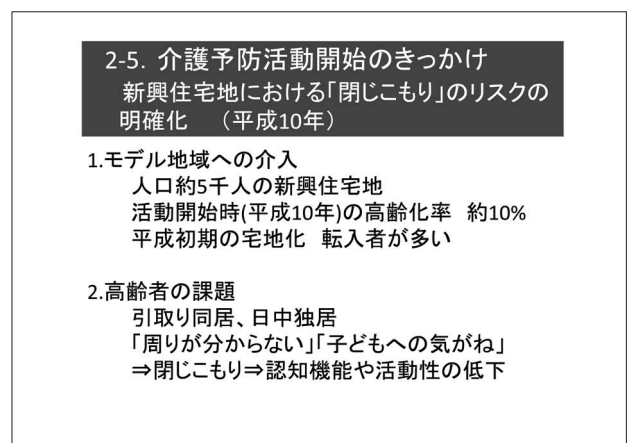
2-3. コミュニティアズパートナーモデル

地域とのパートナーシップという考え方は、従来の人々の背景としての地域ではなく、地域、コミュニティを、1つの生物のようなシステムととらえた援助対象であるという「コミュニティ・アズ・クライアントモデル」として公衆衛生看護学分野に取り入れられてきました。アメリカの地域看護学の研究者アンダーソンらは、1996年に、コミュニティと「行政や専門職」は、地域の課題に取り組むパートナーであるという考えを示しました。私どもは当時このことに関する学習を持ちました。現在の保健師教育では、コミュニティアズパートナーモデルは、広く受け入れられています。コミュニティと行政・専門職は情報の共有と「対話」に基づく意思決定をしていくという基本が大事ということです。



2-4. 介護予防活動のきっかけ 研究から

私どもは、当別町の協力のおかげで、科研費により、在宅高齢者の外出に関する全戸への調査を平成8年と平成10年に行いました。その中で、外出が少ない人は、2年後に有意に入院と死亡が多いことが明らかになりました。



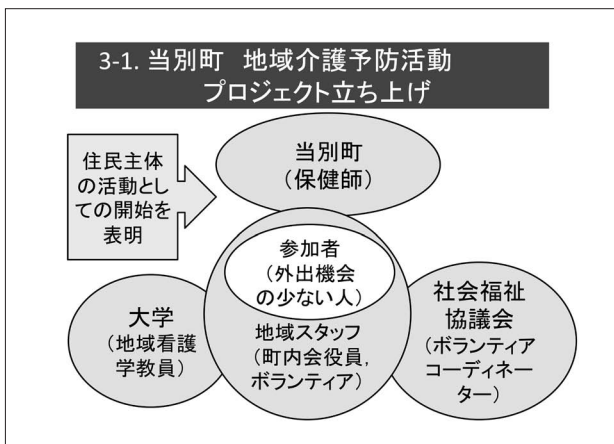
2-5. 介護予防活動開始のきっかけ

この結果を、町の保健師さんと共有し、高齢化の進行をふまえて住民の閉じこもりの予防の必要性について話し合ったのが、平成10年のことでした。

当別町の中でも、モデル地域を決めて介入をすることを考え、調査で、実際に閉じこもりの高齢者の存在が明らかだった人口約5千人の新興住宅地域を選定しました。

この地域は札幌に隣接しており、地方に住んでいた親の引き取り同居がみられました。また成人期世代の就業が多く、高齢者には慣れない環境での日中独居の状態がみられ、閉じこもりや認知機能や活動性の低下も見られていました。

3. 活動の経緯と実際



3-1. 介護予防活動 プロジェクトの立ち上げ

このような課題に対する介入として、外出機会の少ない高齢者を出かける場をつくるためのプロジェクトを立ち上げました。その時のメンバーは、町保健師、社会福祉協議会、私ども、そして、地域の町内会役員、すでに社会福祉協議会へのボランティア登録をしていた住民の方達でした。会議は、地域のコミュニティセンターで行い、最初に「住民主体の活動としたい」ことを表明しました。

3-2. 当別町 地域介護予防活動初のプロジェクト会議時

○地域スタッフ(住民)から

- *「『閉じこもり?』 その言葉, 差別のよう…」
- *「ボランティアではなく, 保健師さんも社協の人も, 大学の先生もみんな『スタッフ』」
- *「誰が代表になっても, 運営していけるように 準備会や反省会の進行は交代で」
- * 食事、お茶代はどうする? 会の名称は?

対話に基づく意思決定の徹底!

3-2. 初のプロジェクト会議時

閉じこもり予防のための集いを作りたいという投げかけに対して、住民からは、閉じこもりという言葉が差別のようという違和感、やるならば住民はボランティアではなく、みんなが「スタッフ」という同じ立場でやるべき、など私たちの想像を超えた言葉がたくさん聞かれました。

その後数回のプロジェクト会議で、会の内容、食事、費用などについて、話し合いで決めていきました。住民が主体となる活動を作るために、そこにいるすべてのメンバーで合意を形成することを大切に進めていきました。実際には、とても時間のかかることでしたが、対話に基づく意思決定の有効性を実感し、私たちにとって大きな学びとなりました。

3-3. 当別町 地域介護予防活動の経緯

看護福祉学部開設 平成5年4月～	高齢者の健康に関する調査 研究結果の共有
計画期 平成10年11月～	北海道高齢者問題研究の助成 町保健師との話し合い
準備期 平成11年4～6月	プロジェクト会議 (町, 社会福祉協議会, 住民, 大学)
開始期 平成11年7月～	スタッフ会議 機能訓練事業B型の扱い
拡大期 平成13年 平成14年 平成18年	厚生労働省 研究助成 旧市街地域での同活動の開始 規約作成, 町の負担金での運営へ 介護予防, 地域支援事業の扱い

3-3. 介護予防活動の経緯

活動の経緯は、表の通りで、大学教員が関わったことにより、北海道高齢者問題研究の助成が得られました。実際の集いの開始は平成11年からです。

平成13年には、厚生労働省の閉じこもりに関する研究費助成を得て、町内の75歳以上高齢者の全戸訪問を行い、外出回数のない人たちを対象に、町内の旧市街地においても、同様の活動を開始しました。

平成18年からは介護保険法の介護予防ならびに地域支援事業へと位置づけを変え、地域スタッフが組織化されました。現在も町からの負担金で運営しています。

3-4. 当別町 地域介護予防活動の実際

開催 町内の2地域で月1回（集いの前週に準備会）
 内容 体操、ゲーム、創作活動、など
 送迎 町の助成金でハイヤー送迎あり

	かすみ草の集い (新興住宅地)	友遊会 (旧市街～農村)
時間	10:30～14:00	10:00～12:00 (食事提供回は13:00)
参加者	約20人 登録29人	約30人 登録38人
地域スタッフ	10～20人 登録25人	10～20人 登録25人
費用	300円/回	100円～300円/回
周知方法	毎回はがき	地域スタッフによる配布

3-4. 地域介護予防活動に実際

実際の活動は、2つの集いとも月1回、年12回開催し、内容は集いの前の週の準備会で話し合っ決めて決めます。体操、ゲーム、創作活動などです。閉じこもり、外出機会が少ない人が外に出やすいようにということで、町の助成金でのハイヤー送迎を行っています。

参加者の登録は時期により変わりますが参加者20～30名、地域スタッフは20名程度です。

かすみ草の集い（新興住宅地）



写真1 「かすみ草の集い」(新興住宅地)

新興住宅地のほうの会は必ずお昼をはさみ、これを作っているのも地域スタッフで、好評です。宝引きという昔からの遊びや、運動などもしています。

大学教員は行ける時に行き、健康相談などにも関わります。私にとっては教員から一保健師に戻れる貴重な時間となっています。

友遊会（旧市街・農村）



写真2 友遊会（旧市街・農村）

旧市街と農村を含む地域のほうもこのように体操、ゲームをしています。こちらは午前中を中心に活動し、年の半分は昼食付の会となっています。会費300円で、地域スタッフの方々が見事な食事を作ってくれています。

3-5. 協働の現状 - 実際の役割 -

地域スタッフ（住民ボランティア）

実質的な運営、代表、会計、物品の管理など

町(保健師)

事業の管理
 予算・会場確保
 年間計画調整
 新規参加者の訪問

社会福祉協議会

(ボランティア・コーディネーター)
 毎回参加
 会議資料・名簿作成、
 ボランティア保険関連事務

大学(公衆衛生看護学教員)

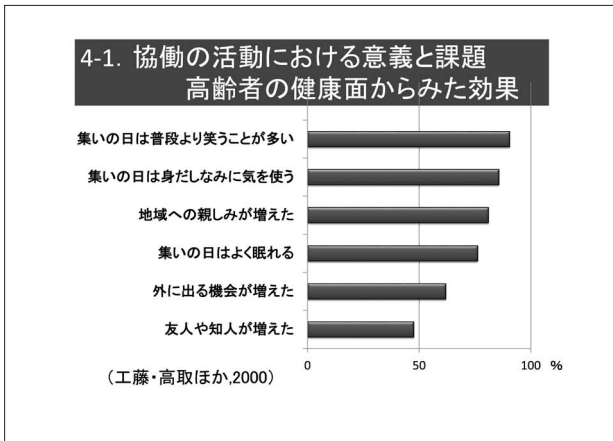
準備会・集いへの参加（年に数回）
 活動目的と活動の振り返り

3-5. 実際の役割

この活動での、現在の役割は、地域スタッフが実質的な運営を行っていて、町の保健師は、予算や会場確保などの事業の管理と、新参加者などへの訪問と支援を行っています。また、社会福祉協議会ボランティアコーディネーターが毎回参加し、会議資料や名簿、ボランティア保険関連の事務などを担当し、地域スタッフが活動しやすい環境を作ってくれています。

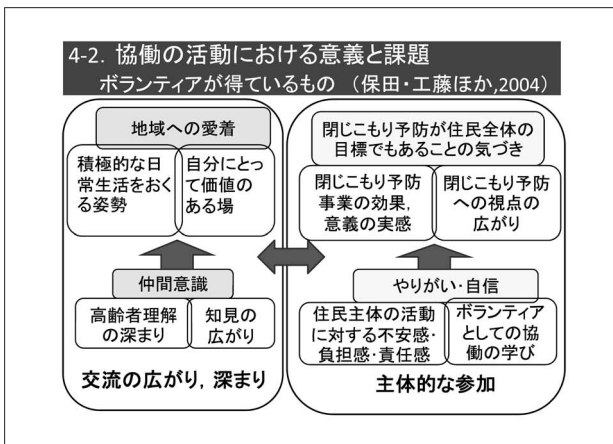
私たちは現在は、参加できる時だけの年数回の参加ですが、参加した時には一スタッフとして皆さんと同じように動いています。私たちは、当日の反省会など活動を振り返る時に気付いたことを伝えています。その際には会の当初の目的である、閉じこもり予防、住民主体ということをも強めるように意図的に発言しています。

4. 協働の活動における意義と課題



4-1. 高齢者の健康面からみた効果

開始間もないころに、地域スタッフの人たちと活動の効果を見る項目を作り、参加者に面接調査を行いました。このように、集いの日は笑うことが多い、身だしなみに気を使う、外出機会が増えたなどに、多数の肯定的回答がありました。

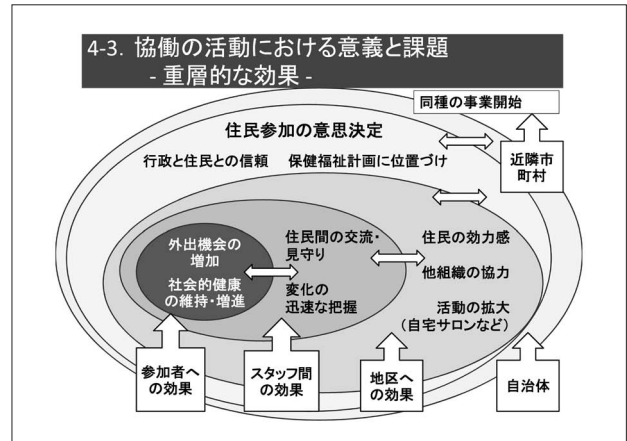


4-2. ボランティアが得ているもの

地域スタッフにおける効果に関しては、厚生労働省老人保健事業推進費による研究で、グループインタビューと分析を行いました。地域スタッフは、この活動に参加し、住民間での、交流の広がり、深まりから、仲間意識と地域への愛着を高めていました。

現在、公衆衛生学分野では、ソーシャル・キャピタルという言葉がブームの様になっていますが、そんな言葉が知られていない平成13年に、ソーシャル・キャピタルの重要な要素である、地域への愛着が、この活動のスタッフの中で、濃く語られていたわけです。また主体的な参加により、やりがいや自信を得て、閉じこもり予防が住民全体の目標であるという気づきや社会的な視点が明ら

かにされていました。



4-3. 重層的な効果

この活動全体の効果として、まず参加高齢者の外出と、交流を通じた社会的健康の維持・増進がみられます。また地域スタッフが生活の中での交流と日常的な見守りを行い、買い物や散歩の姿から変化を迅速にとらえるような地域ならではの支え合いへと発展しています。また、この活動には、地域の音楽サークルなどが協力し交流が図られている他、地域スタッフの複数のメンバーが、自宅でサロンを開くなどの、地域毎の活動への拡大がみられています。

また、町の保健福祉計画等の様々な策定において、常に住民が委員として、議論に参加しています。町の保健師さん達は、住民との話し合いで意思決定するという方法を、この介護予防事業の展開のプロセスを経て、理念としても方法としても掴んだと言っておりました。

さらに、この住民主体型の介護予防活動は、近隣市町村からの見学が多く、今では、近隣の全ての市町村で、それぞれの地域毎に住民主体の活動がみられます。

このように、1つの閉じこもり予防の活動から重層的な効果がみられています。時代の要請ということもありますが、当別町での活動が、1つのモデルを提示したと感じています。

4-4. 協働の活動における意義と課題 行政・大学が関与している意義

1. 住民主体の活動であると同時に、公的に見守られている安心感、成功体験の確認
2. 活動の安定と継続(予算、会場、年間計画などのサポート)
3. 行政・大学との協働の波及
→自分たちの活動＝社会的に有用
→エンパワメント(誇り・自信)→他の活動
* 行政・大学は見守り、認証 ⇒ 住民主体

4-4. 行政・大学が関与している意義

行政と大学が住民主体の介護予防活動に参加している意義については、住民の方からは見守られている安心感をもって活動を続けられるといわれています。

最も大切な集いの場面は住民スタッフが行き、行政が予算、会場、年間計画の可視化などのサポートに関わることで、活動がスムーズに継続できる助けとなっています。

さらに、協働の活動であることは、住民にとって、自分たちの活動が社会に役に立っているという自信をもたらし、このエンパワメントがさらに他の活動への参加の拡大へとつながっています。

行政と大学の見守り、認証という関わりが、住民主体を強化していると考えられます。

4-5. 私たち(公衆衛生看護学教員)の実感

1. 公衆衛生看護学としての実践現場を持つ強み
研究－教育－実践 三位一体
研究→ 地域のニーズの明確化
→エビデンスに基づく公衆衛生活動の実践
→成果(新たなエビデンス)の公表
→多くの人々の実践
2. 住民から学ぶ理論と現実の合致
 - ・ PDCA
 - ・ パートナースHIP・モデルに基づく意思決定
 - ・ ソーシャル・キャピタル (地域のちから)
 - ・ 地域包括ケアシステムの構築

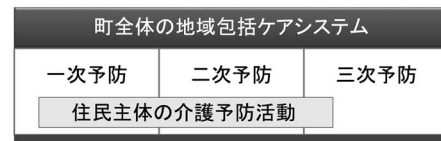
4-5. 公衆衛生看護学教員の実感

私たちの実感として、1つには実践現場をもつ強みが挙げられます。大学教員の仕事は、研究、教育、実践が三位一体となった時に、それぞれの質が向上します。私たちは、研究から明確化した地域のニーズに実践的に介入し、その成果をまた研究や教育として公表し、より多くの人々に働きかけるという貴重な体験をさせて頂いています。

また、住民から学ばせていただくことがたくさんあるということです。パートナーシップモデル、ソーシャル・キャピタル、地域包括ケアシステムの構築などの理論やモデルに関して、当別町での様子から、実感を伴った理解ができます。そしてその実感は、教育の中で、学生にも具体的なことを自信を持って伝えられる、(教育の質を担保できる)良い循環となっています。

4-6. 今後の課題

1. 長期的な活動ビジョンと評価
教育研究機関としての活動評価への関与
介護予防としてのアウトカムの可視化
2. 町全体の地域包括ケアシステムとしての発展
他の活動とのリンケージ



4-6. 今後の課題

今後の課題は、1つは私たちの課題として、長期的な活動ビジョンを明確にして、教育研究機関として活動の評価に関与することです。

2つ目に、この活動の課題として、町全体の地域包括ケアシステムの中にこれらの住民主体型の活動を位置付けて発展させていくことです。

一次予防から三次予防までの連続性、在宅と医療、介護の全体という視点からも、今後とも住民や関係機関の皆さまと協働していきたいと考えています。

終わりに

今回の報告の機会をいただいたことで、改めて、16年間にわたる自治体と大学の協働の活動を振り返ることができました。本当にありがとうございました。以上です。

文献

1. 工藤禎子, 高取真由美ほか(2000). 閉じこもり予防事業のための小地域ネットワーク型活動の試み, 高齢者問題研究, 16, 21-36.
2. 工藤禎子ほか(2001). 85歳以上在宅高齢者の外出状況別にみた健康の特徴と2年後の状態, 第21回日本看護科学学会学術集講演集, p186.
3. 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業, 地域在住高齢者の「閉じこもり」に関する総合的研究(代表新聞者二), 平成12~14年度報告書.
4. 高取真由美(2003). 当別町閉じこもり予防事業, 北海道公衆衛生学会誌, 16, 77-82.
5. 保田玲子, 工藤禎子ほか(2004). 住民主体型閉じこもり予防事業のボランティアが活動を通じて得ているもの, 保健師ジャーナル, 60(4), 376-383.
6. 工藤禎子(2006). 住民との介護予防活動から, 住民と行政の協働のまわりのへ, 高齢者問題研究, No.22, 20-22.

(廣田) 工藤先生、ありがとうございます。16年ですか。

(工藤) はい。

(廣田) 地域での共同研究を地道に進められた素晴らしいご経験をお話をいただきました。それでは最後の講演になりますが、北海道における保健師教育の今後について、北海道大学大学院保健科学研究院の佐伯和子先生からお願いしたいと思います。佐伯先生のご経歴は皆さんもご存じだと思います。保健学科は衛生学院を出てらっしゃいますので、道内の保健師はかなりのたくさんおられますが、大先輩になるのではないかと思います。札幌医科大学保健医療学部、金沢大医学部医学保健学科を経て、現在北海道大学大学院保健科学研究院の教授をされています。よろしくお願いします。



講演 4

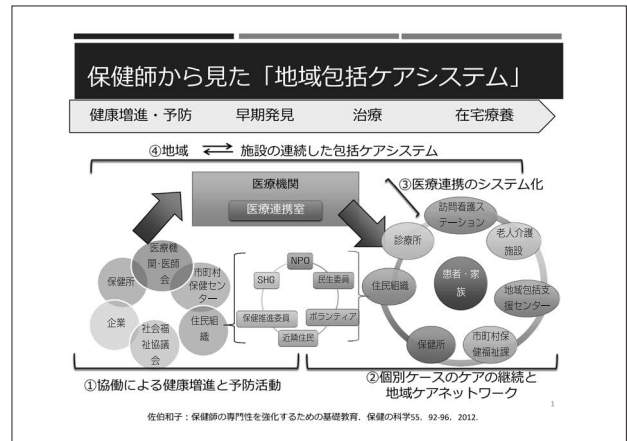
「北海道における保健師教育の今後：公衆衛生人材の育成と大学との協働」

佐伯和子氏

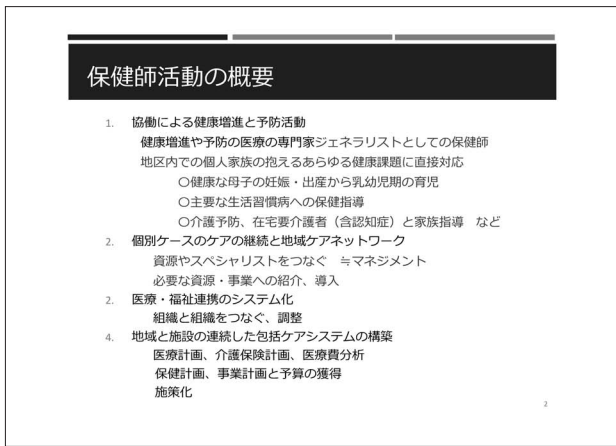
(佐伯) 廣田先生、ご紹介ありがとうございます。皆さんに資料ができていなくて、1枚もので申し訳ございません。北海道における公衆衛生大学院の役割と設置への協力体制ということで、岸先生と一緒にこの3年間活動させていただきました。というよりは岸先生の熱意に付いていったという感じがしております。大学院が必要というところは、岸先生に負けないぐらいの熱意があるんですが、行動力では岸先生に習うことばかりでした。本日考えたいことというのは、保健師というのは伝わりにくい職業であるということで、保健師とは何者かということと、なぜ保健師の基礎教育を変えていかなきゃいけ

ないのかということです。今年から北大では修士課程で保健師教育を始めましたので、その試みの一端をお伝えして、特に人材育成において現場との協働による教育と研究ということについて、考えていきたいと思えます。

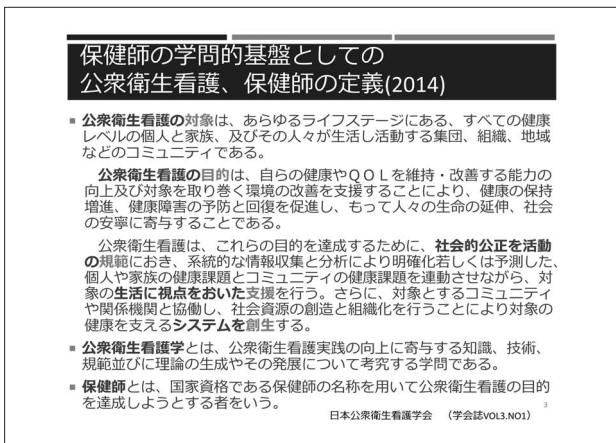
まず、最初に保健師の活動の実際とその基盤学問としての、公衆衛生看護ということ。地域包括ケアシステムということが言われるのですが、保健師の活動というのは、図にあるように総合的なものです。1つはこの



部分ですね、多様な職種や機関との協働による中で、健康増進と予防活動を専門にしています。ここでは個別の事例もありますし、事業を担うという役割もあります。いろいろなチームの中で、一専門職としてかかわるという部分です。次に、患者さん、家族を中心に個別ケースのマネジメントをしながらケアの継続を考え、個別事例を中心にネットワークをつくっていくという活動。さらに、それを地域の組織と組織、機関と機関を結びつけます。地域全体を見て健康増進、予防から在宅医療まで、すべての人たちがこの地域で健康に暮らしているだろうか、そのためにはどんなシステムをつくっていったらいいだろうかということまで、いわゆる保健計画立案、施策化までが仕事の領域です。非常に具体的に見るところから、抽象度の高いことまでがありますので、実際に活動している人たちはそれなりに理解できるんですが、外から見るとやっぱり分かりにくい仕事となると思えます。言葉で表現したのがこのスライドですね。

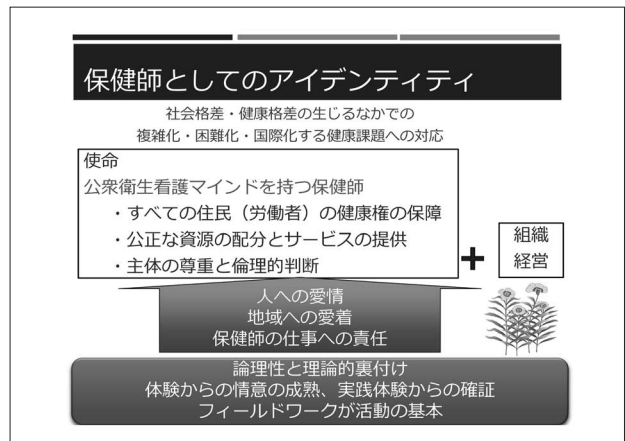


そんな中で学会が今回初めて、公衆衛生看護を定義しました。アメリカではいろいろな定義がされていたんですが、日本の活動を日本人の手で定義したものです。分かりやすく、現在の保健師の活動を定義したということになると思います。その中で公衆衛生看護の対象が何か、



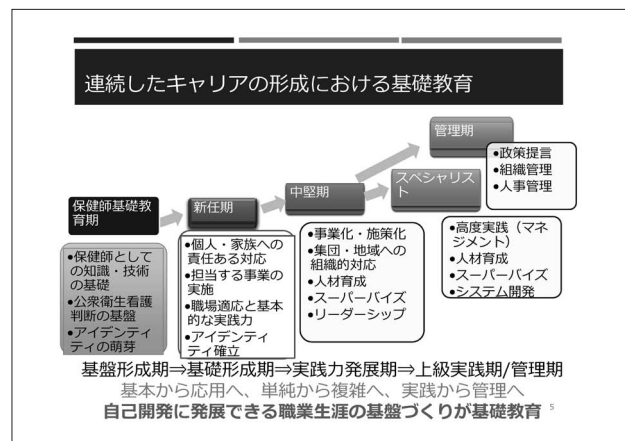
目的が何か、どんな方法を用いるか、その目的達成のために社会的公正を活動の規範に置くということが、大きな特徴だろうと思います。公衆衛生看護、その学問である公衆衛生看護学、それを基盤とする保健師を定義しています。その中で保健師にとって重要なことの1つは、アイデンティティーをどう持つかということだろうと思います。仕事が多岐にわたり複雑な分、目の前のことに左右されやすいので、根本となる自分は何かというところを、どれだけきちんと持っているかということが、職業人として非常に重要になると思います。格差が生じる中で健康課題に対応していくという社会をとらえる視点と、それから組織の使命、そして何よりも大切なのは人への愛情、地域への愛着、その自分の仕事への責任だろうと思います。それらが論理性と理論的裏付けがあり、かつ、その体験からの情熱、実践体験をすることでこれはやっぱり必要だという確証を持つこと、フィールドワークが基本になると考えています。さらに組織とか

経営というものも、求められる要素になってくると思います。



実際保健師のキャリア発達の調査をしますと、対人支援の能力は確かに経験とともに、自己評価が上がっていきませんが、相対的に見ると自己評価のレベルが非常に低いというのも、1つの特徴です。新任期だけをみると対人支援能力が10年前と比べると自己評価が下がっています。これは扱う事例が複雑な事例が多くなり難しくなっているということと、新任者そのものの力量が落ちているんだろうという、両方のことが考えられます。

職務満足についてですが、職務満足、職場満足は似たような傾向で、やはり経験者の方が高い値を示しています。これは何が関連するかと見ますと、対人支援能力、地域支援管理能力という実践能力が大きく関連をしていました。主観的な満足感を持って仕事を進めていくためにも、客観的な能力というのも非常に重要な関連因子だということが分かります。保健師の仕事は複雑ですけども、どう段階を追って能力を伸ばしていくかが大事です。基礎教育というのは自己開発して発展できる職業生涯の基盤づくりをしていく基礎の位置付けになると思います。



保健師教育の動向ですが、保健師の教育は昔は養成所で行っていました。それが養成所短大専攻科の時代から、学部での看護師保健師統合化カリに、それから保健師選択制ができ、大学院が出てきました。看護系大学での養成数はこんなふうが増えていっています。選択制が始まったので急に養成数が減ったように見えますが、実際減っているんですけども、必要な需要と供給のバランスを考えるとどれぐらいが必要かといいますと、新卒就業者の平成24年のデータでだいたい7.1%、約1,000人ぐらいが保健師として就業していますので、2倍の養成をしたとしても2,000人、3倍養成としても3,000人ですので、十分な養成数と言えます。

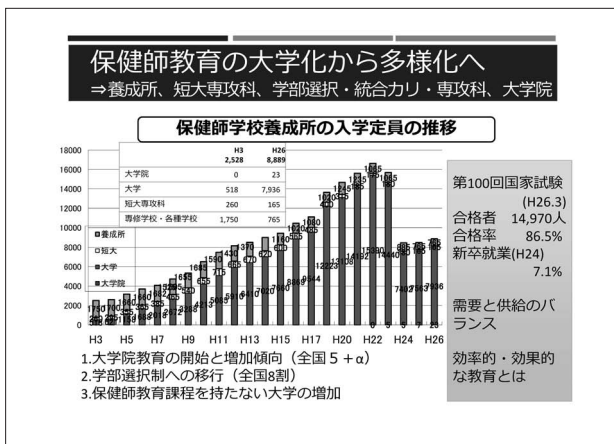
北海道における保健師教育の動向:養成校数と定員

	H4	H22	H28
大学院	0	0	2 (12)
学部選択制	0	0	8 (150?)
学部保看統合カリ	0	10 (775)	0
保看統合カリ校 (専修学校)	0	1 (40)	0
短大専攻科	1 (20)	0	0
専修学校	3 (150)	2 (70)	1 (30)
看護師課程のみの大学	0	0	5

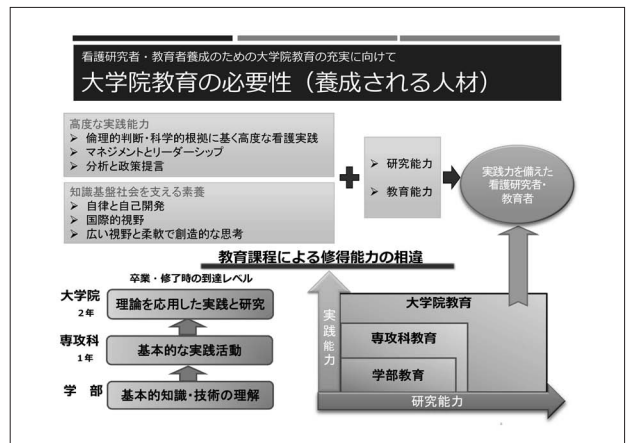
課題

- 養成数 選択制、大学院化に伴う養成数の減少
⇒ 連合大学院、学部専攻科など
- 卒業生の質 学士課程で到達可能なレベル
- 教育機関の所在 札幌に偏在
- 教員の確保 実務経験と教育、研究能力

そんな中で大学院教育の必要性というのは、研究能力と教育力、実践力を備えた人材が必要だということです。



これを北海道の中で見ますと、大学化が始まる前は北海道では専修学校、短大の専攻科での養成が中心でした。選択制が始まる前というのは、保看統合カリが中心でだいたい770人ぐらい、全体で850人ぐらいの保健師が養成されていました。選択制になって大学院ができて、平成28年の予想ですが、だいたい190人ぐらいの養成になります。そうしますと、養成数は北海道の需要と供給のバランスがこれでいいかというと、北海道としてはもう少し養成が必要かもしれないなというように思います。それから学生の質ですが、学士課程で選択制になって、いままでもよりアイデンティティは養えると思うんですが、どれぐらい実践に必要な基礎的能力が養えるかというと、本当に学部教育でいいのかどうかというあたりは、今後検証が必要になると思います。教育機関が札幌に偏在しているというのは、北海道にとっては大きな課題です。また、教員の確保で、人数的にも質も問われるようになってきています。



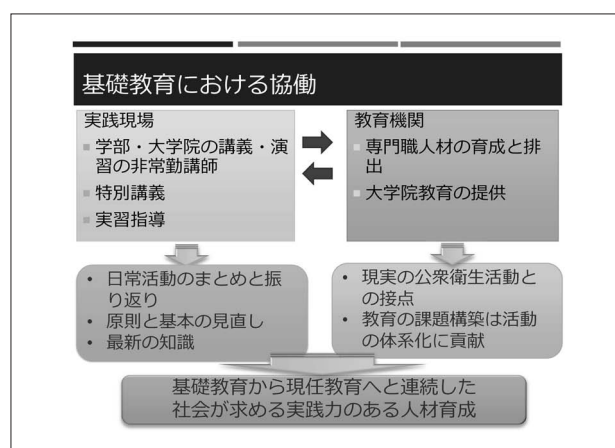
北大ではどんな人材を育てたいかというときに、まずは地域の人々の安寧な生活と、地域社会の発展に貢献できる人で、信頼関係がつけられるとかいくつかの要素を挙げて考えました。実際のカリキュラムですが、公衆衛生看



護科目群では、免許を持っている人たちの履修要件は36単位です。普通、大学院が2年間で30単位ですので、少し多いということになります。

ただし、保健師国家試験受験資格を取得する人たちは、さらに保健師助産師看護師学校等養成所指定規則による保健師教育課程の28単位を足して64単位の履修という、非常に厳しいカリキュラムになっています。これは文科省の指導もあって、30単位プラス28単位、最低でも58単位ということが言われていますので、2年間の中ではコースワークや研究を含めると、非常にタイトなカリキュラムにならざるを得ない状況です。カリキュラムの特徴としては、1点目が実習です。公衆衛生看護学実習Ⅰは、個人、家族への支援で、市町村で3日と2日、2回に分けて実習をしています。地域で生活する人の支援を、学生が自立してできるというところを目指しています。それから実習Ⅱでは集団支援、地域支援、事業計画、事業評価という、自治体を単位にしてある程度集団を支援できる能力の育成をしています。次に新しい試みとして、地区担当の実習を入れています。厚労省でも保健師の活動として地区担当の推進が言われていますが、実際にこの実習を始めようとするフィールドでは、うちの町は地区担当をしていないので、その実習はどうしましょう？というような事態も生じています。反対に、必要だけでも現場でできていないことを、どうしたら大学と現場と一緒にできるかということで、新しい活動をつくっていくといことを教育を通してやっていけないかと思っています。それから実習Ⅲは公衆衛生看護管理と産業保健で、保健所と企業の実習を1単位ずつ入れています。さらに公衆衛生看護学実践演習で研究テーマと関連したフィールドワークをしています。研究は実習とフィールドワークから、その体験に基づくもので、実践現場の課題となる現象に焦点を当て、何らかの提言ができるように、現実を見つめた特定課題研究になるようにしていく予定です。

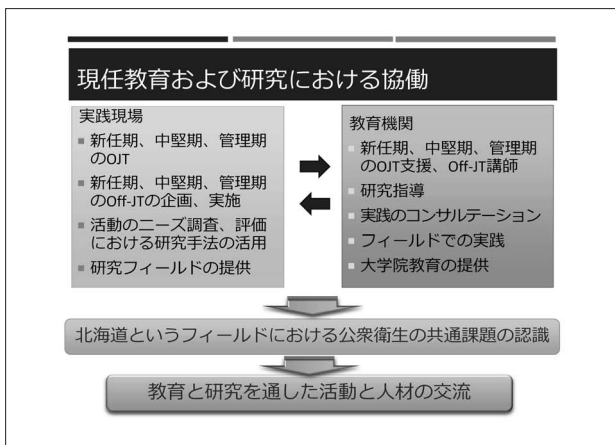
常勤講師としてかかわっていただくことで、その教育を理解していただくということと、実際に日常活動をまとめる機会になるとか、原点を見直す機会になると思います。また、大学と一緒にやることで最新の知識が得られるという、現場のメリットがあります。私たちも、先ほど言いましたように、教育に時間をかけて現場と一緒にやっていくと、現場の課題を教育の中に取り込みながら、新しい活動を創造できるのではないかと考えています。基礎教育から現任教育へと連続した一貫性のある人材育成を、どうしていくかというのが課題になっています。社会が求める実践力のある人材を育成していくためには、やはり大学院レベルでの教育が必要なのではないかと思っています。



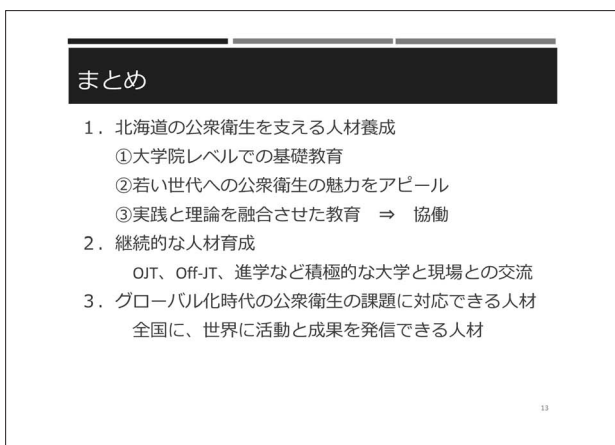
また、現任教育および研究における協働ということでは、現任教育は現場が主体ですが、大学がかかわることで新任期、中堅期、管理期のOJT、職場内での教育の支援、Off-JTで講師、またそれらの企画や評価について一緒に行えます。実践のコンサルテーション、研究指導、大学院教育の提供ができるということもあります。一方研究に関していえば、研究フィールドは現場が提供して下さるし、現場にとっては現場の課題を一緒に考えて、研究手法を大学から学びながら活動を評価していくということで、北海道というフィールドにおいて、公衆衛生の共通課題を認識しながら人材育成ができ、それが教育の質を上げ、研究を通じた交流につながっていくと考えています。

実践力育成を目指した実習と現実に根差した実践研究			
<保健師課程> 修士課程 1年			
	公衆衛生看護学実習Ⅰ	公衆衛生看護学実習Ⅱ	公衆衛生看護学実践演習
単位	1単位	2単位	フィールドワーク
開講時期	1年後期	1年後期	
実習内容	個人・家族への支援	集団支援・地域支援、事業計画・評価	
実習施設	A市町村(3日、2日の2回)	B市町村	特定課題研究 公衆衛生看護実践研究
			テーマ フィールドワーク、実習体験に基づくもので、実践現場の課題となる事象
<保健師課程> 修士課程 2年			
	公衆衛生看護学実践演習	公衆衛生看護学実習Ⅲ	
単位	8単位のうち2単位	2単位	研究成果 現場の課題解決に何らかの看護の立場からの提言ができる
開講時期	2年前期	2年前期	
実習内容	地区活動を通じた担当地区への支援	公衆衛生看護管理と健康危機管理、産業保健	
実習施設	B市町村	C保健所、D企業	

実際に基礎教育でどんな協働ができるかといいますと、基礎教育は教育機関の本来業務ですが、現場にとっても基礎教育にかかわる学部や大学院の講義・演習に非



公衆衛生大学院の機能は人材育成だけではなく、多様な内容を含んでいます。人材育成について考えてみますと、公衆衛生を支える人材育成というのは、大学院レベルの基礎教育が必要です。公衆衛生に若い世代へアピールできるものがあって、若い人たちが公衆衛生に入ってきてくれることが、大切ではないかと思っています。大学院教育の中では実践と理論を融合させた教育ができると思います。それと継続的な人材育成ができること、さらにはグローバル化時代の公衆衛生の課題に対応できる人材として、日本の公衆衛生の活動は非常に優れていますので、それを全国だけじゃなくて、世界にその成果を発信できるような人材育成というのも、大学院だからこそできるのではないかと思います。以上です。(拍手)



(岸) 佐伯先生、ありがとうございました。一口で人材育成といますが、その中身まで非常に丁寧に説明していただけたと思います。これで一応講演はすべて終わったんですけども、時間がなくなってしまっているんですけど、最後に曾根先生、北海道の現状のお話を聞かれて、何かコメントがあったら一言お願いしたいんですけど、よろしいでしょうか。



総合討論：まとめ

(曾根) 本日はお招きいただきまして、どうもありがとうございました。北海道の各先生方のお話を聞かせていただきまして、本当に地域ときちっとタッグを組んで、地域の問題や課題を吸い上げ、あるいは本当に地域の方々を陰でサポートするという活動を、長い時間をかけてつくり上げてきているということを学びました。私どもも国の機関として、そのOff-JTの一部は担わせていただいておりますけれども、やはりその地域地域の特徴に合わせた活動を、その地域のやり方でサポートするというのが、本来的な在り方だと思います。また、それぞれの市町や大学、教育機関が連携を取り合ってやることで、やはり1のものが2倍3倍4倍になっていくのかなと思いました。

また私ども保健医療科学院もそういう形の活動を、何らかの形でサポートさせていただければと思いますので、引き続きどうぞよろしく願いいたします。今日は本当にありがとうございました。

(岸) 曾根先生、ありがとうございました。本日は曾根先生の基調講演と、それから札幌医科大学の小林先生から地域、特にアジア地域での大学院生の、大学院生というより現場でおそらく皆さんが仕事をされていて、その方たちをどんなふうにご指導されているのわかりました。私は小林先生は感染症の専門家であるとよく存じ上げているんですけど、今日まとまった話を伺って改めて、自治体と共に旭川でもおそらく日本で公衆衛生大学院をつくるんだとすると、やはりその辺をかなり考えていけないんじゃないかということ、勉強させていただきました。吉田先生はさっき廣田先生が産業保健の専門家とおっしゃられましたように、日本産業衛生学会の地方会長をしていただいていますけど、こんなに旭川も大変厳しい努力をされているというのを、本当に今まで知っていた以上に、大変なものだと感心いたしました。あらためて感謝申し上げたいと思います。

それから工藤先生は16年という話を伺って、介護保険の法律ができる前からですね。ですから、おそらく当時の方たちは単に当別町に大学があるというだけではなくて、新しい関係が築かれているのではないかとということがよく理解できました。佐伯先生は私は一緒に3年やってまいりましたけれども、公衆衛生看護の学会の理事長をされていますので、今日のお話はおそらく全国的な視野で、お話しになったんじゃないかと思っています。そういう意味でも私も、あらためて勉強になりました。こ

れから北海道における公衆衛生大学院という、やっぱり大きな役割があるんだということが、あらためて認識できたんじゃないかと思います。そのためにどういう協力体制をつくっていくのかということが、我々にとってまだまだ残されている課題であると思います。

その中、国立保健医療科学院にぜひお力添えをいただきたいということを、あらためて感じました。また、北海道は大学がもっとたくさんございます。本当は今日もっと話していただければよかったんですけど、少なくとも北海道大学はもう2回もやったから、北大の先生でない先生ということで今日は3つの大学を選ばせていただきました。もっといろいろな看護系の大学がたくさんございますし、医科大学も3つございますので、これから

も協力し合って、一歩でも二歩でも前に進めていくというのが、一番の私たちが考えなくちゃいけないことかなと思います。先生方が熱心に話してくださいましたのが、この後この会場の後ろに少し軽食を用意してございます。保健医療科学院の先生方とお話をしたい先生も、きっとたくさんおられると思いますので、今ちょうど運ばれてまいりましたので、ちょっとのどを潤しながらまたつまみながら、交流を深めていただければと思います。

今日は遅くまで、予定時間を超過いたしましたがお協力いただきまして、本当にありがとうございます。これで取りあえずフォーマルなお話は閉じさせていただきますが、ぜひ後ろで皆様親交を深めていただければと思います。本日は本当にありがとうございました。(拍手)

