

## 現代の共生ニーズに対応した医学教育の研究開発 公衆衛生学教育の10年間の見直しに基づく見通し

張 兵, 丸地信弘, 仲間秀典, 山本美由紀

信州大学医学部公衆衛生学教室

### 抄録

現代は共生・共存が多く分野で共通課題であるが、現実には専門指向の分析科学的発想のため、社会現場と学問現場の関心が共有できていないことが多い。

この問題意識を解決するため、本稿は従来の公衆衛生の基礎知識を踏まえながら、価値観の転換を教育的にどう計るか10年間の試行錯誤の経過と成果を報告する。共生の願いを生かすには、文化と科学技術を融合する文化規範を取り入れ、WHOの新しい健康の定義の試案を理論仮説とすると、住民参加の時代の保健政策の理念を形成できる。次に、それに見合った新しい経済観を作業仮説とすると、新しい保健経済の理論と事例研究の方法論を提案できることを討論する。この人間中心の現代ニーズを受け入れるには、講師と学生が前向きな対話による問題解決指向的教育形態が必要になり、その基本精神が社会現場での学際・職際・国際的な共同作業を可能にするので、これは二十一世紀的な価値転換の共通課題となるだろう。  
キーワード：価値転換, 新しい健康観, 文化規範, 新しい経済観, 共生

### 『背景と目的』

医学教育の中で、多くの科目が事例と集団の客観事実注目するのに対し、最近の公衆衛生の課題は組織の主体事実を基盤とする多様化の中の一体化を目指すので、特異な存在になっている。しかし現実には、伝統的な予防医学や医学疫学の知識もないまま、多数の医学生が地域医療や国際保健に関する姿勢も科学中心であり、人間中心の発想はそこではほとんど見られない。

公衆衛生学は地域社会で人間中心の観点で医療、保健、福祉に対する問題点と解決の理論と方法を学生に伝えることが最大の教育課題であろう。実際には、地域ニーズの変化を認識する、多様な考え方と問題解決の能力を養成する、従来の公衆衛生学の教育の過程と結果を見直し見通す、そして、今後の公衆衛生学の教育の方法と方向性を検討することが必要であろう。

そのため、従来の通俗的な価値観から、時代要請に見合った価値転換でどう問題解決するか、新しい公衆衛生の理論と実際の開発がわれわれの教育活動の目的である。本稿はそうした思いで過去十数年にわたり展開された本学の公衆衛生学の教育活動の見直しを通し、上記の願望を成就させる一里塚としたい。

### 『方法』

#### 1. 基本原理, 原則, 理念

学問は事例及び物事を理解するだけでなく、客体の認識から、自分自身が新しい見方を発見し、実際にマクロとミクロの多様な情報を統合し、適時に正しい方向へ行動する能力を高めることが重要である。これは総合接近の基本原則である Two-in-One（物事の陰陽関係）の本質であり [1, 2]，例えば主体性と客体性の統合，マクロとミクロの関係，質と量の一体性など自然に存在している。

従来の医学教育は医科学の知識と医療技術を中心とした展開なので、医学生が専門的学習に注目しすぎ、医療サービスの人と人の関係性を無視してしまう。そのため、教育活動は実際に地域社会のニーズとずれている。この問題に対し、医学教育に人間性と科学性のバランスを計る必要がある。

人間中心と科学中心の統合となる「文化規範」は [3, 4]，課題ニーズに指向する多様化の一体化となる温故知新，二人三脚，三位一体，四本の柱の4つの原則で成り立ち，その象徴として後記の自己調節モデル（図2，8，13）がある。これは文化基盤の保健福祉の増進と科学技術中心の保健医療サービスを融合する総合接近を目指している [5-7]。実際には主体的対応と組織的アプローチが必要なため，主体化の四原則（自律，学習，対話，共感）と組織化の四原則（ニーズ指向性，住民参加，資源の有効活用，協調と統合）が主体の研修，実践，研究の方針と地域での組織的行動の有益，有効，効果の評価指針となる [8-11]。（表1）

表1 文化と科学技術の融合のための総合接近

	増進	予防	治療
認識	文化	科学	技術
対応	研修	実践	研究
評価	有益	有効	効果

## 2. 「福祉と保健医療の連携」に象徴される住民参加の自律活動を学習

「福祉と保健・医療の連携」は文化と科学・技術の融合を意味する。それゆえ，福祉は文化規範に従い，新しい保健科学の精神で医療技術を駆使すれば，自ずから自律調節できるだろう。

そうしたことから，上記の考えは図1のよう再編して表わすことができる。すなわち，人間中心（方針，指針，指標，評価）と科学中心（時間，空間，価値，評価）を文化規範のもとで生かすと，新しい保健政策と保健経済を生み出せる [12]。

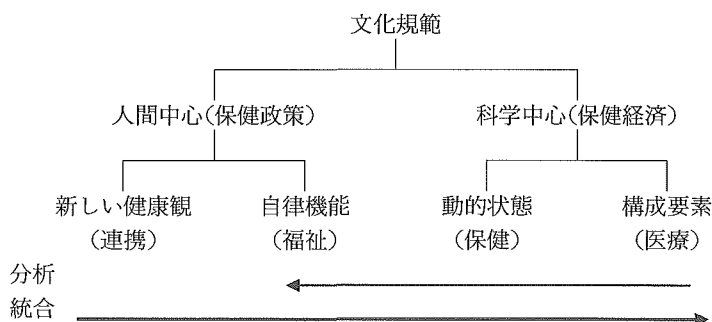


図1 文化規範と新しい健康の定義に基づく実践認識の枠組

従来、科学技術が中心思想で教育体系も組み立てられ、それは文化規範と切り離されやすく、医療と保健と福祉の連携など空文化しやすかった。それに対し、近年は市民社会の成長により、学生参加の医学教育、医師と患者の人間関係を重視した医療指向の教育改革が叫ばれ、統合の思想が芽生え始めている。

### 3. 本学の公衆衛生学教育改革の構造と機能

医学教育の改革に向けた動きは以前からあったが、本学では1990年度の入試制度の抜本改定があり、その時期から医師国家試験についても医療指向の出題指針が公表されている。そのため、社会医学系三教室（衛生・公衆衛生・法医学）は1988年度から三年間に約100回におよぶ教育改革に向けた話し合いが続けられ [13-15]、時代の要請に見合った今日の分担体制に改革された。公衆衛生に関して言えば、従来の五年次の教育から三年次に引き下げ、社会医学実習を四年次に衛生学と分担し全学生が双方の実習を体験するよう改めたことが特徴である。なお、上記の改革で衛生学は四年次に講義と実習を分担することになった。

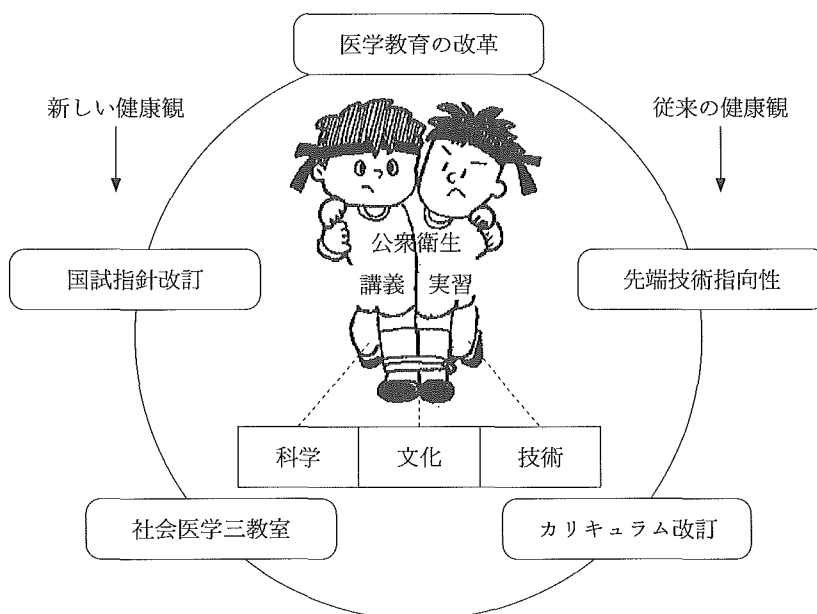


図2 本学の公衆衛生学教育改革の構造と機能

医療指向は医師と患者の人間関係の重視であり、その精神を公衆衛生学で修得するには文化と科学技術の融合を目指し、図2の内容を満足することを意味している。しかし、現実には他の多くの教科目が従来の健康観で自然科学指向の先端科学技術を指向しているのも、公衆衛生が指向する新しい健康観とあたかも対立するような錯覚を生みやすい宿命をもっている。本稿の分析と検討は上記の歴史と現状のもとで、今後の方向を見つけるため、下記の分析が行われる。

### 4. 資料収集

本研究の素材は1988年以降の信州大学医学部公衆衛生学の教育実践の資料（教室年報、学

生配付の講義資料、学生アンケート、教室記録）である [13-19]。教室年報は本教室の教育活動、研修活動、研究活動及び関連の行事などを記録したもので、1988年度から1992年度まで編集されている。

講義資料は毎回の講義に対する学生に配布した資料、事前の講師とプラカン(practicant)との打合わせ記録、講義後の講師からのフィードバック資料である。

学生レポートは公衆衛生学講義の一つの特徴であり、講義を終わった後、講師と学生達にフィードバックをする重要な指標となる。用紙が講義中に配布され、講義を終わる時に回収される。この用紙の項目は講義をうけた学生の自己評価、学習目標、自分の感想、イメージとしてイラストなどである。なお、学生レポートのもう一つの役割は講義に出席した学生の確認となる。

教室記録は毎週の定例行事の話し合いの要約であり、教室員の教育を中心とした諸活動の質の保証を計っており、これは1988年度から続けられている。その他、1988年度以降の出席記録と試験記録も本研究の基礎資料にしている。

実習に関する2種類の報告も基本的には印刷物になって保管されている [20-26]。

## 5. 検討の時期区分

教育の効率と効果は学生の客体的分析だけではなく、教育者の主体的反省、改善を求めるので、量的評価より質的評価が重要である。教育内容を時代の変化と地域のニーズに合っているか検討したので、主客一体、質量一体、時空一体の総合分析をわれわれは目指している。

本研究の分析を有意義にするため、1988年から12年間の教育活動を以下の3つの時期に分けて表すことにしたい。

第1期：1988年度から1990年度まで 5年生対象の教育

第2期：1991年度から1995年度まで 3年生対象の教育

第3期：1996年度から1999年度まで 3年生対象の教育

## 『成績』

### 1. 二つの講義パターン分類

本学の公衆衛生学の教育活動の時間配分の三分の二は講義形態であり、しかもこれは通年活動なので、本稿ではその検討からはじめたい。1988年以降の本学の公衆衛生学講義の主なパターンは以下の2区分にしているが、何れの場合も講義の前日迄に講師が用意した基礎資料を学生に配付するのが特徴である。

#### (1) 知識伝達型

このパターンは講師による講義中心の展開であり、学生との質疑応答はそれほど配慮されない従来の講義形態である。しかし、本学の公衆衛生講義ではごく一部の外来講師の場合に限られている。なお、従来の地域医療接近の基礎知識である「予防医学」と「医学疫学」は知識伝達型の講義でも問題はない [19]。

#### (2) 学生参加型（問題解決型）

このパターンが1988年度以降の本学の公衆衛生講義の基本形態である [13-19]。担当講師

は分担テーマに即した講義資料を作成し、プラカン（practicant の略称）に事前配付し、原則的に講義前日の夕方に講師とプラカン 4-5 名が内容的な討論を行い、双方が軌道修正を計る。近年では講師と学生の事前交流が始まる場合もあり、外来講師の場合は電子メールで意見交換を行う場合も稀でなくなった。

講義は講師中心と学生中心の場合があるが、それは双方の事前打ち合わせで決まっている。その間、一般学生への質疑応答も取り入れられ、その動態は参加者の動態により様々な展開をとっている。講義直後に所定の学生レポートの提出が求められ、これが出席証明にも使われている。

講義後、講師（外来講師の場合は教室教官が世話役をするので、その場合は教官）が学生レポートを点検し、次週の講義の冒頭に印刷物にした講義見直しを学生の前で行うことになっている。

1988年にプラカン制度を公衆衛生学講義に導入し、主として学生参加型の教育実践を行っている。1988年から3年間と後の9年間には学生の年次が違い、初めの3年は5年生、後の9年間は新しい入試制度による3年生である。

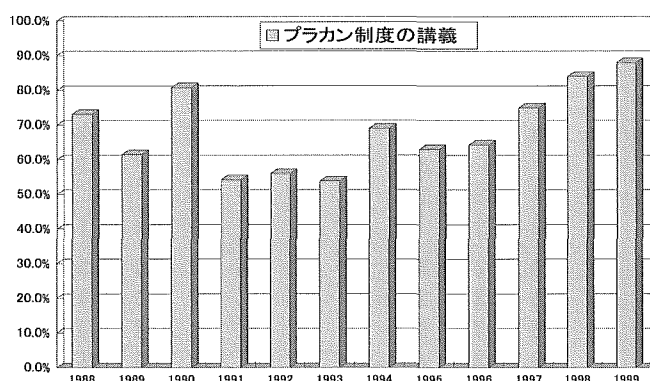


図3 毎年度公衆衛生学講義の中に学生参加型の講義の割合

## 2. 公衆衛生講義シリーズの内容と講師の種類

### (1) 講師の種類

講義の講師には二種類がある。外来講師の場合も教室の常勤教官が準備の段階から世話役として参加するので、他人まかせと言うことにはない。当初の時期は別とし、1991年度の新カリキュラム以降は半数弱が外来講師の協力をえており、前記の総論は常勤教官、後記の各論は外来講師が多くなっている。なお、国際化の時代を意識し、外国人講師の講義も取り入れる配慮をしているが、その実績はまだ限られている。

### (2) 講義のテーマ区分

医師国家試験ガイドラインに対応し、社会医学分野で取り扱う既存ならびに新たに強調すべきテーマを策定し、公衆衛生学は表3の主題で講義を展開してきた [19]。年間の限られた時間枠を有効に生かすため、休講措置は実質的に皆無とする努力をしてきた。なお、この主題にすると従来の疫学評価が見当たらないが、実際には予防医学に合わせ相応の配分をして講義している。

表2 1988年～1998年の公衆衛生学講義の講師の分類

	教室の教官担当	非常勤講師担当	英語の講義	合計
1988	20	6		26
1989	17	8	1	26
1990	14	10	2	26
1991	14	10		24
1992	15	10		25
1993	17	9		26
1994	18	10	1	29
1995	13	11	3	27
1996	16	11	1	28
1997	15	8	1	24
1998	13	11	1	25
1999	13	12		25

表3 1988年～1998年度の公衆衛生学講義の主題分類

講義の 主題	時 期											
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
歴史概観						1	1	1	1	1	1	1
予防医学	5	1		2	1	3	2	1			1	1
保健行政	1	3	2	1	3	2	2	2	2	2	2	1
健康管理				3	5		1		2	1	2	2
難病対策	1	2	2	1	1							
その他	2	2	2		1	1	2	2	2	1		2
総合接近	6	3	2	3	2	5	5	3	4	5	5	3
地域医療	3	5	3	2	2	4	2	7	3	1	1	1
健康増進	3	2	2	3		4	4	3	4	4	5	5
環境保全		3	3	4	3	1	2	2	2	1	1	1
国際保健	1	2	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1
保健福祉	2	1	4	3	3	2	5	3	4	5	4	6
精神保健	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
医の倫理	1				1	1	1	1	1	1	1	
合計	26	26	26	24	25	26	29	27	28	24	25	25

### 3. 講義に対する学生の反応

#### (1) 質的検討

講義をうけた学生がどういう反応を示したか、3期にわけて示してみよう。この原資料はすべて学生の認識や反省であるが、この三つの期間の彼等の反応の概要を冒頭に集約すると、著者の印象では表4に表した意見分布である。

表4 三つの時期における学生の反応の概要

	プラス意見	中間意見	マイナス意見
第1期	3割	4割	3割
第2期	3割	5割	2割
第3期	6割	3割	1割

## ①第1期（既存カリキュラムの5年生対象）

既に臨床医学に専念しはじめていた5年生に対し、新任の丸地が総合接近による人間性回復の地域医療の理論と方法を相当に講義したので、それには賛否両論が交叉した数年間であった。

## a. プラス意見

人間性の回復には総合的に考えることが必要で、その意味でGN（総合連携）接近は価値がある。現在の医学教育には多くの欠落があり、その是正に総合接近は有効だと思う。医学教育を医科学からではなく、地域医療の観点から捉えるべき。客観性に捕われるのではなく、主体的なところからスタートすべきだ。

## b. 中間意見

従来の自然科学の方法の限界を踏まえて新しい接近を試みているのはわかるが、抽象的で全体のイメージが湧かない。

公衆衛生＝疫学という考えは誰でも無意識にあるが、そこには自ずから限界がある。それは疫学で判明したことをどう解決するか方法論の問題である。

人間は過去の分析とともに、未来の姿の創造もできる。未来の創造が現実になるためには、個々の知恵の集合体としての未来の姿への共鳴・共感が重要であり、その姿はかつての姿、過去の評価の延長には浮び上がってこないと思う。

公衆衛生という比較的身近な学問から授業形態を変えていくことが必要で、現在のプラカンによる授業方式は良いが、もっと学生にまかせるべきだと思う。

## c. マイナス意見

見通しを良くするための「道具」であるモデルの使用法がまだ解らない。「図形は人の視覚に訴え理解しやすいが、図形の乱用は理解を困難にする」。

もともともっと興味ある講義をすれば自然に学生は前の方に座ると思うが、私は一年間前の方に座ろうと思ったことは一度もなかった。公衆衛生の講義は抽象的な話が多く、具体的にでないことが多いので、本質を理解しにくい。

## ②第2期（入試制度とカリキュラム改訂直後の3年生対象）

## a. プラス意見

ユニークな講義が多く、特に他から招いた講師の時がおもしろかった。臨床ばかりの学習のなかで、他の観点からものが見られる授業は貴重であった。

公衆衛生の講義を1年うけて、他の教科と違って、社会と絡びつき、知識のみのロボットのような医者にはなりたくないと思った。講義をすべて理解できたわけではないが、このような講義をうけることができてよかった。

私たちは日頃より、各論的、ミクロ的な思考訓練を強いられているせいか、常に微細な差異を問題にしようとする。しかし、最近の科学の進歩に伴い部分的な思考方法だけではもはや評価のしようがなくなってしまった。そこで「共生の科学」が重要になってくる。まさに「全体の中に部分があり、部分の中に全体の本質がある」は、言い得て妙といったところで感心した。

## b. 中間意見

公衆衛生ではいろいろと発想の転換をせまられたが、自分が変わったかどうかは何とも言えない（変わることが重要と思わないが）、ただ少し広い視野で物事が見えるようになったのではないか。そういう意味では良い講義だった。

おもしろかった。もう少し国試に関係した話をしてほしかった。非常に勉強になった面があるが、プラカン制度の使い方を少し考えて欲しい。

#### c. マイナス意見

講義は興味深いときとそうでもないときあったが、教室がこのようなタイプなので、学生が意見をいったりする授業のときはすこしイヤである。

感覚的な理解が多く、まだ実際の感覚がわからないが、4年、5年になって実習が始まる時もう一度配布資料を見直して「実感」として理解したい。

### ③第3期（その後のカリキュラム改訂後の3年生対象）

この時期から、医学部のカリキュラムにも単位制が取り入れられている。

#### a. プラス意見

1年間の授業を通して、いかに医学の間わる範囲が広いかということを痛感した。1年間の授業の中で何度が行われた討論を通して、1人1人の価値観がいかに多様化しているか実感できた。医師となったら、様々な立場の人と関わっていくから、医学の枠にとらわれず、いろいろなことに関心をもち、常に問題意識を持って日々過ごせたらと思う。医学というのは人と人とのかわりが原点だから、「人」の理解ということを常に忘れないでいたい。

公衆衛生の一年間の講義の中で数多くの分野の先生方の実際にされていることや、体験を聞くことができ、自分が今までもっていなかった見識をもつことができた。現在の医療に必要な要素や過去の医療を学んで、共生や二人三脚を理解できるようになった。僕は常に患者さんの願う医療を考えたいと思うので、この公衆衛生で得た知識も利用し、深めたいと思う。

#### b. 中間意見

社会福祉と言われても、自分自身がその恩恵を受けていないため、その存在を実感することは難しい。テレビ番組や今日のような講義で知識だけはあるが、現実感が薄い部分もあるのが、正直なところである。今回講義を受けて驚いたのは生活保護の60%を医療扶助が占めていることである。確かに、病気にかかれば、“生活”のあらゆる部分が影響を受け、負担となる。

これまで「公衆衛生学」の講義に出てきて感じたことは、全体的に保健医療論的な学問であるように思った。というのも、最初の講義からいきなり「二人三脚」や「三位一体」といった物事のとらえ方、考え方を聞き、具体的な事例はあとから出てきたため、少し混乱が生じたからである。それよりも、まず公衆衛生の具体的な事例を示し、それを通して様々な捉え方を検討した。結果として、「二人三脚」などの考え方を示してもよかったのではないかなと思う。

#### c. マイナス意見

抽象的に進んでいったのでわかりにくい、あくまで当然のことを難しくいっているようにしか思えない。

今日の学習目標については具体的な話ではなかったので、あまり身を入れて考える事が出来なかったというのが正直なところである。



## (2) 量的検討

図4は1988年～1999年講義の出席率である。第1年目は丸地が着任したばかりで教室側が何の要請も学生に出さないため、出席率は60%以下である。その後、教室側の対応も出て、出席率60%以上を学期末試験の該当者とし、出席学生の成績の一部としてアンケートの回収が必要となり、出席率は相当に改善された。ただし、1999年度については10月末現在で計算している。

毎年の教育活動の数量評価はしにくいですが、学生の年間出席状況と通年の試験成績の平均値の間の相関性を3つの時期に関して検討した。なお、出題は講義内容に対応しており、年間試験回数は2～4回行われている。この成績は実際には一次試験の合否判定ラインの設定に使われており、出席が60%に充たないとき、出席はよくても成績が悪いと相対的に不合格と判定する資料に使われた。

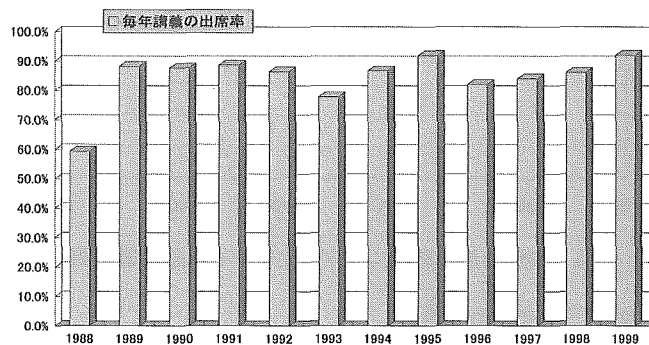


図4 1988年～1999年度の学生の講義出席率

## ①第1期（1990年度の五年次生の場合）

旧カリキュラムの最後のクラスであり、その後の年度に較べ極めて悪い試験成績を示す割合が多い。なお、このクラスまで学科試験だけで選抜されて入学しており、いわゆる理科系が大多数を占めている。この時期は環境保全を素材に共生の時代の総合接近の必要性が強調

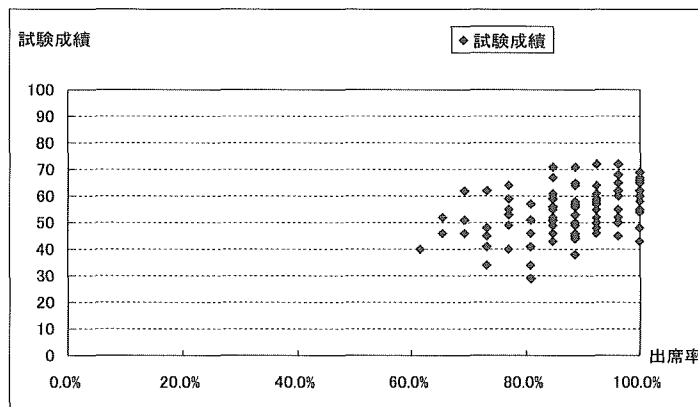


図5 1990年度の講義に学生の出席率と試験成績の関係

されている。

## ②第2期（1994年度の三年次生の場合）

この時期から新しい入試制度で面接試験も併用して選別されており、従来より文科系の学生の割合が多くなっている。また、この時期から医療指向の新しい教育カリキュラムで公衆衛生学も教育活動が展開されており、国際保健を意識したエイズ予防対策を講義している。平均成績60点を目安にすると、この学年では数年前の図5の5年次に較べて平均点は相応に上昇している。

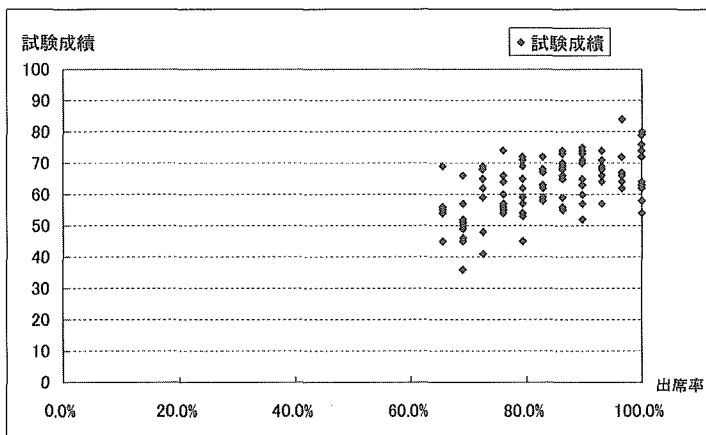


図6 1994年度の講義に学生の出席率と試験成績の関係

## ③第3期（1997年度の三年次生の場合）

この時期から医学部にも単位制が導入され、教育シラバスも全学的に統一して使われ始めている。なお、この時期から共生の時代の共通テーマは世相を反映して「福祉と保健医療の連携」に象徴される地域福祉が相対的に多く取りあげられている。この学年は、図6の学年に較べ成績が分散しているが、平均点はさらに上昇している。ただし、この比較は一つの目安としたにすぎない。

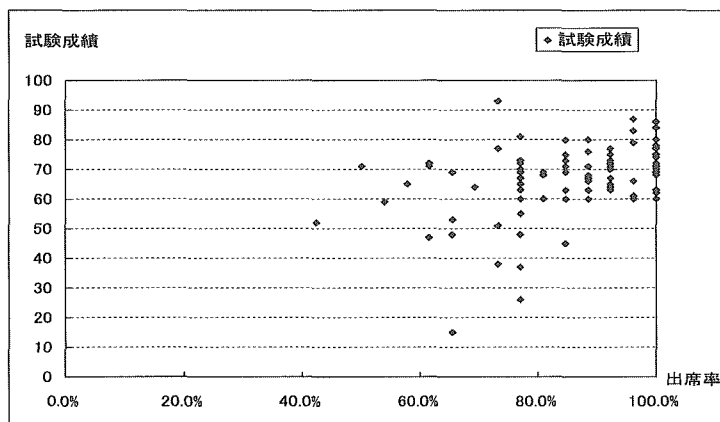


図7 1997年度の講義に学生の出席率と試験成績の関係

#### 4. 地域現場の学習体験

公衆衛生の実習には、原則として個人単位の自主研究、グループ単位の社会医学実習がある。

##### (1) 三年次の自主研究

公衆衛生学教育の重要な一環として学生の自習（早期体験）がある。休みの時期に2～3日をとって、地域医療、保健及び福祉の活動を体験し、地域社会の立場から医学や医療などを考える機会とする。

実習場所は様々であり、保健所、精神保健センター、地域病院、診療所、がん検診救急センター、消防署、血液センター、老人センター、福祉施設等々。

第1期（1988年～1990年度）、第2期（1991年～1995年度）、第3期（1996年～1999年度）で名称が変わっているが、基本的には各年度の報告書は印刷され、学生や関係機関に配付されている。

##### (2) 四年次の社会医学実習

学生は衛生と公衆衛生の両方の実習を各七回行うことになっている[20-26]。表5は上記の仕組が取り入れられた1992年度以降の公衆衛生受け持ち分の実績を提示する。これは一つのグループが10名程度のため、学生らが共同作業で学習課題に接近し、報告会で成果を討論しているが、各年度のテーマ選定は学生らの社会問題への敏感な反応と見なせるだろう。

#### 5. 教室側の質の保証を目指す見直しと見通しの仕組

教室（講師）側は図8の教育体制を日常化し、自己評価は循環する教育活動へのフィードバックにある。これは教育目標、教育計画、教育展開、学生評価の四つの観点から行っている。

##### (1) 教育目標

これは毎年度の教育活動に際し文書に基づいて学生に口頭で説明しており、近年では全学統一の教育シラバスに明記されている。

##### (2) 教育計画

これは毎回のテーマで担当講師が作成し、それをプラカンと事前に相談し、必要があれば修正してから、講義当日の冒頭に学生に説明している。

表5 公衆衛生担当の社会医学実習の内容

時期	テ　　マ
1992	がん検診、臓器移植ネットワーク、社会福祉施設、AIDS問題、環境行政、血液製剤使用、保健所、国際医療協力
1993	要介護老人のケア理念と実情、有効な禁煙運動、わが国の骨髄バンクの活動の現状、
1994	合成洗剤の安全性、国の癌登録、医療の質、食習慣、医学生の飲酒問題
1995	骨髄バンク、障害者医療の問題点、障害者の車椅子について
1996	松本市社会福祉ひろば、悪性新生物の予防、母子保健、間接喫煙に対する意識、感染症の意識
1997	保健・医療・福祉の連携について町会活動と老人保健福祉施設、福祉ひろば活動、外国人医療、乳児院と老人ホーム、障害児教育
1998	予防接種への取り組み、緩和ケアの実際、保健医療の法と現場、医療福祉領域における職種、福祉の体制と活動、福祉ビジョン、在宅ケアの現場、在宅介護の現実と展望

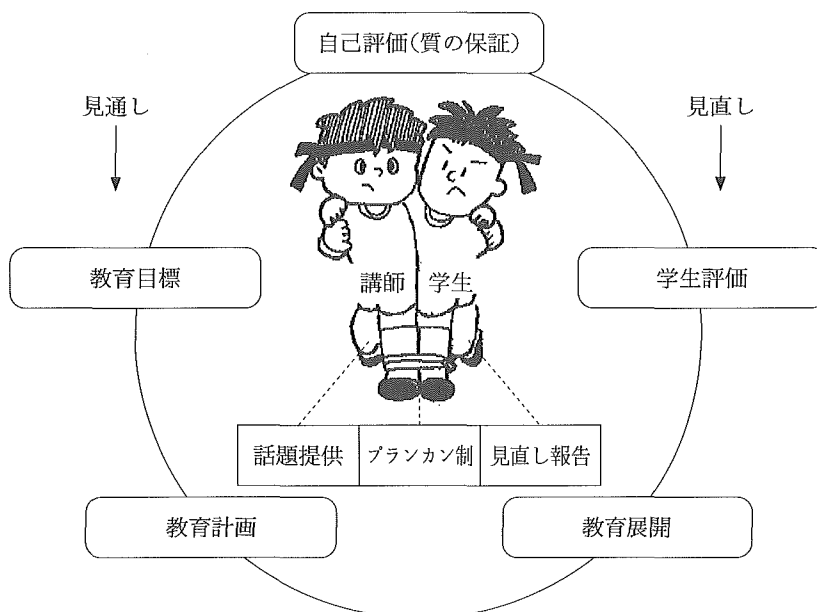


図8 教育に向けた教室側の自律調節

### (3) 教育展開

これは、前記の成績で記載しているが、プラス面もマイナス面も素直に受け入れており、学生らの反応には直後と数年後の二種類ある。

### (4) 学生評価

これは、出席状況を踏まえた試験(実習)成績で評価し、合否判定されている。一次試験の合格率は60%~80%程度であり、最終的には大多数が進級している。

これらの教育活動の全体概要は教室年報に記されているが、1992年度以降は諸般の事情(留学生の受け入れ、学会開催など)により印刷されていない。ただし、この年報に記載する教育関係の基礎記事はその後も年中行事としてインプットされ、必要に応じて点検に用いられている。

## 『討論』

### 1. 新しい健康観と公衆衛生学教育の新たな挑戦

従来の健康観に従う臨床医学や地域医療では生活の質(QOL)と日常動作能力(ADL)をよく語るが、質の保証(QA)に言及することはない。その点、新しい健康観では「福祉と保健医療の連携」を目指した質の保証が重要になる。

従来の WHO の健康の定義 (1948) : 自然科学的色彩の強い捉え方

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

新しい WHO の健康の定義 (1998) : 共生の時代に相応しい捉え方

“Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

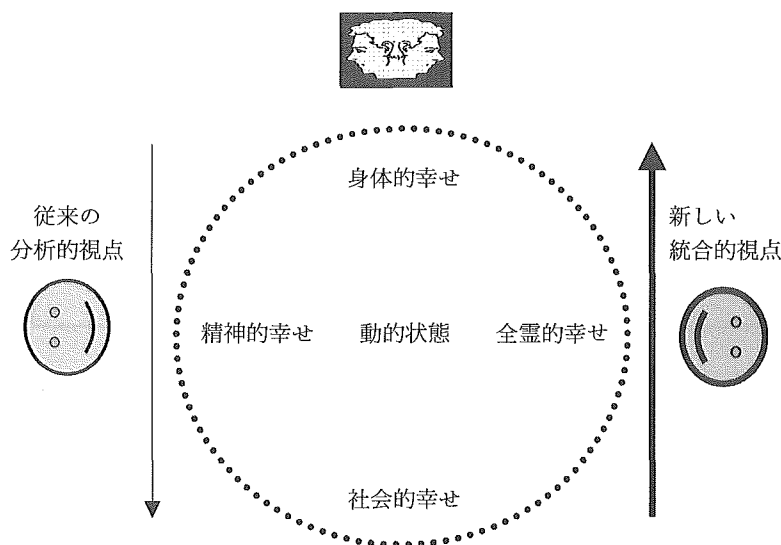


図9 社会的・全霊的・精神的・身体的幸せの鳥瞰的把握  
大空から鳥瞰する第三の視点(心眼)

新しい健康の定義の四つの幸せは従来の健康観から新しい健康観への転換過程を指している。共生の時代の地域保健接近には質の保証から日常動作能力と生活の質を取り込む姿勢が必要であり、それには図9の鳥瞰的捉えが必要となり、中央の動的状態（自律調節）は例えば福祉と保健医療の連携となる。この際、四つの幸せは「人間中心」と関係付けた主客一体の体制となる [12]。

従来の健康観は図9の左側の発想であり、この観点で多くの学生や医学教育教官が無意識のうちに研究指向になりやすい。そのため、本学の公衆衛生学教育ではこの観点を出発点にして図9右側の主体的視点で地域医療活動を捉え、さらに図9上部から左右の視点を鳥瞰（内包）できる共生の時代の保健政策を意識できるよう、学生参加の教育活動を展開している。ただし、この価値観の転換は当たり前と思われる割に実現し難いのが現実である。

## 2. 大学教育の基本形態

公衆衛生の教育活動については、教官による講義中心の形式といろいろなレベルの学生参加程度があるから、それは図10左上のようなパターン化して表せ、これはどこかの教育機関でも見られる。実習は図10右下部に位置付けできる学生主体の教育活動であるが、本学の社会医学実習ではチューター制度を取り入れており、指導教官との交流が行われている [20-26]。なお、前記の図8の動態を講義と実習の関係で構造化したのが図10と看做すこともできる。

本学の教育形態はわれわれと交換教授のある弘前大学、山形大学、富山医科薬科大学、島根医科大学、福岡大学の医学教育で同様に実施されており、この学生参加の教育体制は他の医育機関でも展開可能なことを確認している。

## 3. 共生を共通テーマとする教育・実践・研究の時期的推移

公衆衛生学教育は社会ニーズに指向したテーマを常に意識する必要がある。その際、基本

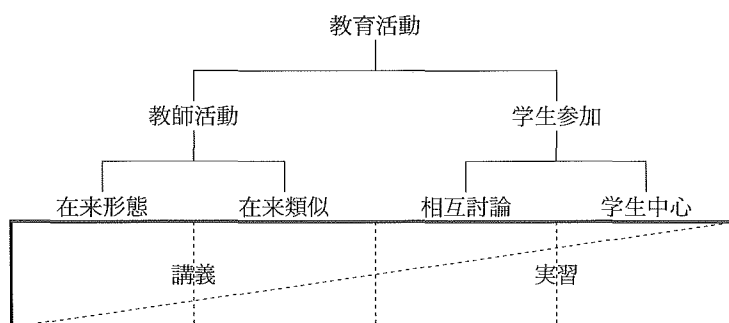


図10 大学教育の講義と実習の構成割合

は第三の視点の「共生」の精神であり、そのテーマは1988年以降は図11の環境保全（諏訪湖ユスリカ対策、ゴルフ場の大量の農薬散布問題）、エイズ予防対策、地域福祉問題（福祉と保険医療の連携）の三点に集約されよう。

前期の環境保全は地域保健と環境保健の関係、中期のエイズ予防は国際保健と新たな感染症対策、後期の地域福祉は従来の保健医療への発想の転換を人々に迫る社会問題である。学生らは環境保全に共生の姿勢が必要なことを意識しても、実際は分析的に問題検討をしやすかった。エイズ予防は日本で報告されたころから、われわれはタイでその教育研修セミナーを開催していたので [27-32]、本学での導入は1992年にはじめたが、当初は学生らの多くが疾病対策の発想から抜け出さなかった。しかし、幸い米国からエイズ臨床の専門家が本学でしばらくの期間に教育活動に参加されていたので、彼との協力でロールプレイや学生参加の予防教育の展開をおこない、その経験は現在まで生かされている。

その点、最近数年の地域福祉は松本地域での活動 [33-38]、大宮の福祉研修センターとの経年的な教育研修の継続があり [39-43]、本学での教育活動も他の医育機関より多彩に展開されているし、学生らは社会医学実習でも相当数が地域福祉の諸問題を取り上げている。殊に、2000年度からはじまる介護保険制度の導入に向け、学生らの意識変化が急速に進んでいることは事実である。

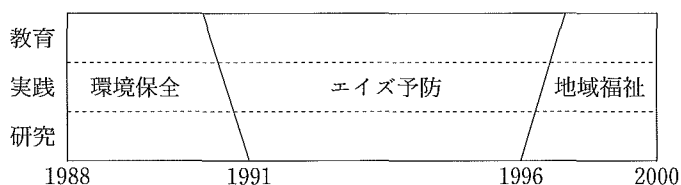


図11 本学の共生を共通テーマとする関心事の時期的推移

#### 4. 地域医療的な事例評価から保健経済的な質の保証への意識の転換

新しい健康観を意識的に取り入れたのは1999年度からであるが、本学では新しいカリキュラムの編成と実施にその精神は年々具体化して導入されており、それが共生の時代の人間中心の「保健政策」として生かされている。ただし、従来の保健政策は概してトップダウンの発想で発せられる事柄が多かった。

質の保証という地域保健の目的、保健疫学というその学問的手段は早くから本学の教育で述べられてきたが、科学中心の「保健経済」として体系化されたのは最近である [12]。すなわち、図12上部の従来の予防医学と医学疫学による医学的な事例評価の発想から、図12下部の共生の時代の保健経済の構造と機能を定式化したのは本学での教育活動に基づいて極めて最近のことである。この保健経済は「新しい経済観」すなわち図9の新しい健康観の中央部を事例（身体的）、問題（精神的）、集団（社会的）、組織（全霊的）、そして質の保証（動的状态）に置き換えた構成、それを保健活動に合理的に組み込んだ仕組である。

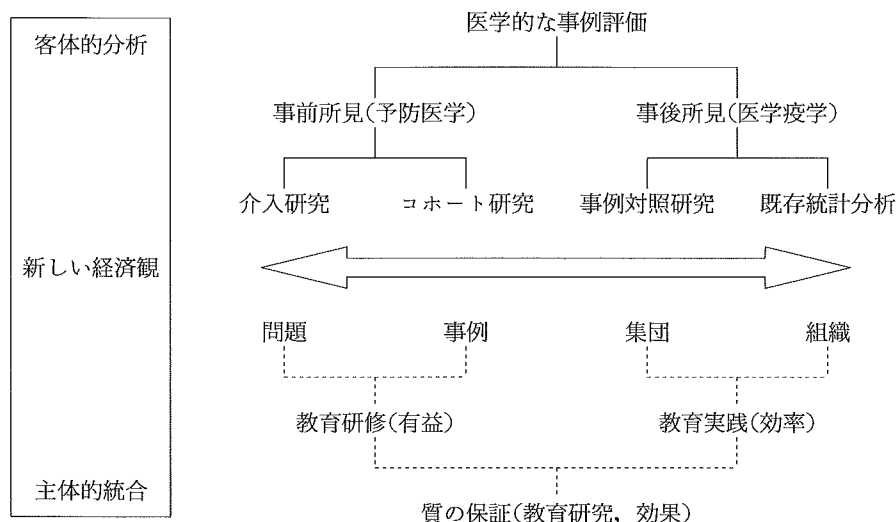


図12 科学中心的な保健経済に向けた価値転換の方法

それでは、「従来の経済観」はどんなものか。新しい経済観を本稿で提示したので、新旧の健康観の場合のように、その対応で述べてみよう。従来、経済と言えば貨幣に換算して表わすことが多く、これは図12の問題・事例・集団に限定した客体重視の発想で、医学的には図12の上半分を指している。その点、新しい経済観は図12の下半分を指して、主体重視の問題解決指向である。

## 5. 公衆衛生学教育の本質は「質の保証」にある

共生の時代の公衆衛生の本質は質の保証に向けて、新しい健康観と新しい経済観の両面から自律調節することが要請されている。

われわれは過去10年間、価値観の急激な変動に対応できる新しい公衆衛生学の教育・実践・研究に通用する学問的体系化の努力を払ってきた。その結果、図13の学問的体系を提案できるようになった。本稿では入り口の素材として本学の公衆衛生学の教育展開を検討したが、実際はそれに平行して変動の時期に対応した国内の地域保健の諸問題、国際的なエイズ予防の保健教育をタイ、中国、パングラディッシュ、韓国そしてスウェーデン等で行い、国際的な普遍化に向けた学問的展開を継続し、学内・国内・国際的に自己矛盾の少ない方向を模索し続けている [1-3, 5, 27-32]。

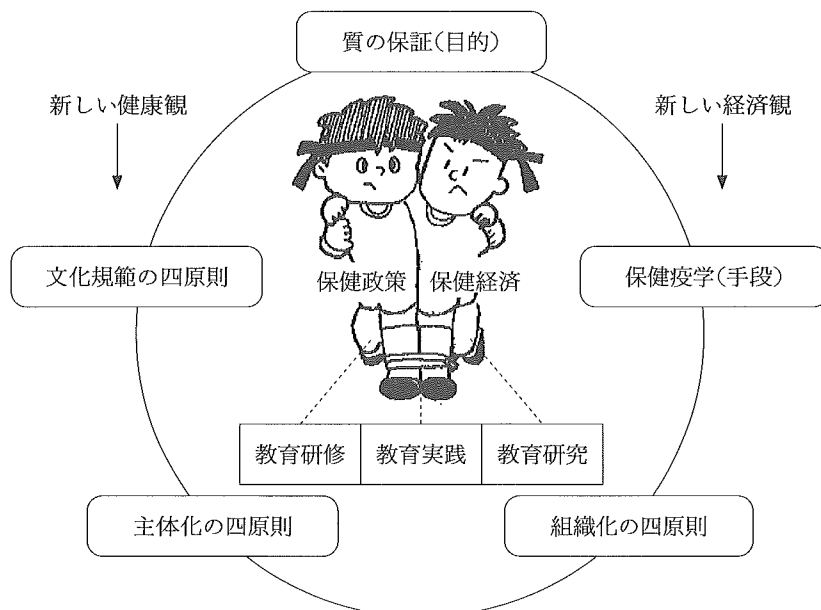


図13 公衆衛生学教育の見通し

最近, Evidence-based Medicine/Health Management が国際的関心事だが [44], 共生の地域医療は Evidence-based Community Medicine と呼べるだろう。

本稿では方法 (図2), 成績 (図8), 討論 (図13) で自己調節モデルが使われている。この三者は硬貨に例えると最初が表側, 次が接合部分, 最後が裏側の関係となる。本稿の意義はどれから点検しはじめてもよいが, 三位一体の理解が大切であり, その中で接合部分は外から見えないので当事者が相応の努力をして表明する必要がある。本稿もその意味合いから既述された論文といえよう。

## 結論

われわれが約十年間の本学の公衆衛生学教育の見直しを通して開発した共生の時代の総合問題解決の保健政策と保健経済の考えは, 人間中心の学際接近に共通する方針と指針であり, この発想は人間性回復の他の総合科学教育にも応用できるだろう。

- ① 医学における公衆衛生の既存概念は「地域医療」に集約され, これは予防医学と医学疫学で構成されるので, その原理を科学中心の観点から最初に理解することが必須である。
- ② 共生の時代の地域医療の教育研修は「文化規範」にあり, これで住民参加の問題解決の原則を意識するが, その際に文化規範を象徴する自己調節モデルの活用が得策である。
- ③ 共生の時代の地域医療の科学的理念は新しい健康観に求め, それには WHO が国際的同意を求めている「新しい健康の定義」を指針とすると, 新しい保健政策が実践的に有意義であろう。
- ④ 共生の時代の地域医療の技術的理論は新しい経済観に求め, その合理的活用は新しい保健経済を生み出すが, この目的は対策活動の質の保証を目指し, 評価はその手段に止どめるべきである。



⑤ 共生の時代の地域医療の「事例研究」は、仮説形成に基づく事例検証の観点から問題解決に向けた質の保証を効果判定する姿勢が必要である。そのためには、人間性回復の価値観の転換方法を修得することが要請される。

## 文献

1. Maruchi N. General Networking in Health and Disease. The textbook on Chula Workshop on Medical Education, Bangkok, Thailand Oct.16-20, 1989 ; pp1-70.
2. Maruchi N. Holistic Approach for Total Problem Solving in the Era of Living Together ~Human Centered Studies by means of TAUCO Theory and GN Practice~, A textbook on Shinshu-Mahidol Joint Seminar for Holistic Approach, Mar.13-17<sup>th</sup>, 1995, The Fourth Edition, Matsumoto, 1995 ; pp1-35.
3. Maruchi N, Atichat S. Holistic Approach on Science & Technology in the Era of Health Culture ~Human Centered Medical Education based on Cultural Norm~, A textbook on The 10th Anniversary on Seminar / Workshop on Holistic Approach for Medical / Health Education in Thailand, Kanchanaburi, Thailand, Mar.16-19<sup>th</sup>, 1997, The Eighth Edition, Matsumoto, 1997 ; pp1-89.
4. Wei N, Zhang B, Li T, Fattah A, Yamamoto M, Maruchi N. Holistic approach to health education on AIDS. Chin Med J (Chinese Medical Journal) 1999 ; 112 : 169-175.
5. Maruchi N. Holistic Approach for Medical Sciences in the Era of Living Together ~Human Centered Studies based on Five Major Principles of Holistic Approach~, A textbook on Three Seminars in China for Holistic Approach, Union School of Public Health, Chinese Academy of Preventive Medicine, Beijing, Sep.10, 1996 ; Shanghai Medical University, Shanghai Health Education Institute, Shanghai, Sep.12-13, 1996 ; Hebei Medical University, Hebei, Sep.17-19, 1996, The Sixth Edition, Matsumoto, 1996 ; pp1-111.
6. Li T, Zhang B, Wei N, Yamamoto M, Fattah A. Theoretical study on the new vision of integrated medicine from the viewpoint of holistic approach : integration of Oriental and Western medicine in the era of unity in diversity. CJIM (Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine) 1997 ; 3 : 301-305.
7. Wei N, Zhang B, Li T, Fattah A, Yamamoto M. Holistic approach for problem improvement in health education : A human centred basis, A case study on AIDS prevention and control at a Chinese Medical School. AI & Soc (AI & Society) 1998 ; 12 : 263-286.
8. Maruchi N, Matsuda M. Provision and financing of health care service in Japan. In : Holland WW, Detels R, Knox G, eds Oxford Textbook of Public Health. Oxford : Oxford University Press, 1991 ; pp333-346.
9. 丸地信弘, 張兵, 山本美由紀, 仲間秀典. 共生の時代の新しい健康パラダイムの研究開発 : 第1報 新しい健康の定義の学問意義の検討. 第58回日本公衆衛生学会発表資料. 大分. Oct.20-22, 1999.
10. 張兵, 丸地信弘, 仲間秀典, 山本美由紀. 共生の時代の新しい健康パラダイムの研究開発 : 第2報 保健政策と保健経済に関する理論研究. 第58回日本公衆衛生学会発表資料. 大分. Oct. 20-22, 1999.
11. 山本美由紀, 張兵, 丸地信弘, 仲間秀典. 共生の時代の新しい健康パラダイムの研究開発 第3報 地域福祉の事例研究への適用の意義. 第58回日本公衆衛生学会発表資料. 大分. Oct.20-

- 22, 1999.
12. 丸地信弘, 張兵. 新しい WHO の健康の定義を健康福祉政策にどう役立てるか〜共生の時代に相応しい保健政策と保健経済の基礎理解〜. 第 3 回日本健康福祉政策学会発表資料. 東京. Nov.26-28, 1999.
13. 公衆衛生学教室. 1988〜1989年信州大学医学部公衆衛生学教室の教育と研究の活動記録〜地域医療指向の教育と研究の一体化を求める〜. 松本. 1989; pp1-52.
14. 公衆衛生学教室. 1989〜1990年信州大学医学部公衆衛生学教室の教育と研究の活動記録〜地域医療指向の教育と研究の一体化を求める〜. 松本. 1990; pp1-94.
15. 公衆衛生学教室. 1990〜1991年信州大学医学部公衆衛生学教室の教育と研究の活動記録〜地域医療指向の教育と研究の一体化を求める〜. 松本1991; pp1-88.
16. 公衆衛生学教室. 1991, 1992年度信州大学医学部公衆衛生学教室の教育と研究の活動記録〜地域医療指向の教育と研究の一体化を求める〜. 松本. 1993; pp1-121.
17. 諏訪湖ユスリカ対策研究班. 諏訪湖ユスリカ対策を素材とする環境保全サーベイランス・システムの開発〜諏訪湖ユスリカ対策の総合的検討による湖沼浄化への提言. 松本. 1990; pp1-49.
18. 四大湖ユスリカ対策研究班. 四大湖ユスリカ対策を素材とする環境保全サーベイランス・システムの開発?国内四大湖水の比較検討を通しての湖沼浄化への提言〜. 松本. 1991; pp1-71.
19. 信州大学医学部公衆衛生学教室. 1988年〜1999年公衆衛生学講義の記録.
20. 衛生学教室・公衆衛生学教室. 平成 4 年度社会医学実習報告書. 松本. 1993; pp1-145.
21. 衛生学教室・公衆衛生学教室. 平成 5 年度社会医学実習報告書. 松本. 1994; pp1-83.
22. 衛生学教室・公衆衛生学教室. 1994年度社会医学実習報告書. 松本. 1995; pp1-90.
23. 衛生学教室・公衆衛生学教室. 1995年度社会医学実習報告書. 松本. 1996; pp1-70.
24. 衛生学教室・公衆衛生学教室. 1996年度社会医学実習報告書. 松本. 1997; pp1-131.
25. 公衆衛生学教室. 1997年度社会医学実習報告書. 松本. 1998; pp1-60.
26. 公衆衛生学教室. 1998年度社会医学実習報告書. 松本. 1999; pp1-54.
27. Maruchi N. The textbook on New Horizon for Preventive Medicine with Special Emphasis on “Living with AIDS” ~an educational guideline for new health paradigm~, The First Edition, Matsumoto, 1992; pp1-66.
28. Maruchi N. An Introduction to New Health Paradigm with Particular to “Living with AIDS” ~an educational guideline for health professional~, A textbook on Shinshu-Bangkok Joint Seminar for AIDS Prevention and Control, The Second Edition, Matsumoto, 1993; pp1-75.
29. Maruchi N. An Introduction to New Health Paradigm with Particular to “Living with AIDS” ~an educational guideline for health professional~, A textbook on Special Lecture at Nordic School of Public Health, Goeteborg, Sweden, Jun.17<sup>th</sup>, 1993 and Shinshu-Bangkok Joint Seminar for AIDS Prevention and Control, Jul.9-13<sup>rd</sup>, 1993, The Third Edition, Matsumoto, 1993; pp1-70.
30. Maruchi N, Zhang B. Quality Studies in Medical Science with Special Emphasis on Culture, Science & Technology, A textbook on Ad-hoc Workshop on Holistic Approach for Medical & Personnel in Thailand and Bangladesh, Dhaka, Bangladesh, Mar.17-19<sup>th</sup>, 1998, The Ninth Edition, Medical Education Center, 1998; pp1-108.
31. Maruchi N, Sirivongs P, Zhang B, Werathummo A, Wei N. New Horizon on Promotive Medicine in the Era of Living Together ~Evidence-based Approach for Community HIV/TB Studies~, A textbook on Songkhla Seminar, Boromarajachonnani Collogee of Nursing,

- Songkhla, Thailand, Mar.1-3<sup>rd</sup>, 1999, The Tenth Edition, Matsumoto, 1999 ; pp1-118.
32. Maruchi N, Wongsangiem N, Zhang B. Holistic Approach in AIDS Prevention and Control in the Community, The Era of Living Together ~Evidence-based Approach for Community HIV Studies~, A textbook on Workshop Seminar, Faculty of Medicine Thammasat University, Rangsit Campus, Thailand, Mar.15-17<sup>th</sup>, 1999, The Eleventh Edition, Thammasat University, 1999 ; pp1-93.
33. 丸地信弘, 魏寧, 張兵, A.Fattah, 仲間秀典, 李桃. 共生の理念に基づく地域ケア活動の理論的再編と展開方法の構造化～住民参加の地域ケアを科学的に見る目・語る目・動かす目～, Human Interface 1995 ; 10 : 439-448.
34. 丸地信弘, 山本美由紀, 張兵, 李桃, Abdul .Fattah, 魏寧. 社会組織の総合接近に有効な「二人三脚」の理念と理論と方法の研究開発～社会問題接近に有効な総合接近の五原則>の提案～, Human Interface 第12回ヒューマン・インタフェース・シンポジウム論文集, 横浜, Oct. 22-25, 1996 ; pp451-460.
35. 信州大学医学部公衆衛生学教室. 第54回長野県農村医学会総会プログラム. 1997年7月6日. 松本. 1997 ; pp1-42.
36. 信州大学医学部公衆衛生学教室. 保健・医療・福祉の連携の現代意義を問う～研修が研究を生み, 研究が研修を生む日常次っ潜を求めて～. 第54回長野県農村医学会総会の自己点検. 松本. 1997 ; pp1-100.
37. 信州大学医学部公衆衛生学教室. 福祉と保健医療の連携を目指して：第2回日本健康福祉政策学会の発表・討論の記録. 松本. 1999 ; pp1-132.
38. 山本美由紀, 丸地信弘, 張兵. 福祉文化の普遍化に有効な新しい科学モデルの研究開発～松本市福祉ビジョンを素材とした健康福祉活動～, Human Interface ヒューマン・インタフェース・シンポジウム99論文集, 大阪, Oct.4-6, 1999 ; pp295-302.
39. 社団法人やどかりの里, 信州大学医学部公衆衛生学教室. 転換点にあるやどかりの里を素材にして研修を通して実践活動を見直し21世紀への展望を探る. 1997年8月23～25日第1回やどかりの里相互が学習会. 大宮. 1997 ; pp1-87.
40. 社団法人やどかりの里, 信州大学医学部公衆衛生学教室. 実践活動の見直しから見通しへ：転換点にあるやどかりの里を素材にして. 1997年8月23～25日やどかりの里相互が学習会の報告書. 大宮. 1998 ; pp1-256.
41. 社団法人やどかりの里, 信州大学医学部公衆衛生学教室. 活動の拡大と危機を質的転換で乗り切ろう：やどかりの里の実践活動を素材にして. 1998年8月8～10日第2回やどかりの里・人づくりセミナー. 大宮. 1998 ; pp1-91.
42. 社団法人やどかりの里, 信州大学医学部公衆衛生学教室. 第2回やどかりの里・人づくりセミナー報告書：活動の拡大と危機を質的転換で乗り切ろう, やどかりの里の実践活動を素材にして. 大宮. 1999 ; pp1-293.
43. 社団法人やどかりの里, 信州大学医学部公衆衛生学教室. やどかりの里30周年を活動の転機として：共生の街づくりを目指した地域づくり. 1999年7月24～26日第3回やどかりの里・人づくりセミナー. 大宮. 1999 ; pp1-81.
44. 矢野栄二. 医療と保健における評価-Toward Evidence Based Medicine-. 第3回帝京-ハーバードシンポジウム. Nankodo Co Ltd. 東京. 1999.