

国立公衆衛生院の医師の卒後教育 —— 過去、現在と将来 ——

上 畑 鉄之丞

1. はじめに

国立公衆衛生院は、厚生省の教育研究機関として、長年保健所など最前線の公衆衛生現場に従事する医師、保健婦、栄養士、環境監視職員らの卒後教育研修に中心にかかわり、公衆衛生行政の直面する課題の技術研修だけでなく、長期的視野での公衆衛生行政のリーダー養成をおこない、わが国公衆衛生の発展に大きな役割を果たしてきた。

一方、近年のわが国は急速な高齢化社会に直面し、他方で国際化や情報化が急進展するなかで、様々な保健福祉サービスの整備が要求されるようになり、保健福祉サービス従事者の教育研修や養成も新たな視点での展開が求められている。その対応のひとつとして、公衆衛生院は国立試験研究機関再編の一貫として保健医療福祉政策研究所（仮称）に改編され、公衆衛生従事者の教育研修はそこに設置される教育研修センターでおこなうことになり、これまでの教育システムやカリキュラムも抜本的な改善をとまうだけでなく、保健所法にかわる地域保健法の質的發展を保障するうえでも重要な役割を期待される状況にある。

本論では、国立公衆衛生院のこれまでの教育研修のうち、とくに公衆衛生活動に従事する医師の戦後50年の卒後教育研修の経緯に触れ、将来について意見を述べる。

2. これまでの医師の卒後教育研修

公衆衛生院は、昭和13年(1938)に結核の撲滅や伝染病予防を目的に、公衆衛生の専門家や技術者を本格的に養成する厚生省の附属機関として発足した。開設にあたっては建設、設備、運営にわたってロックフェラー

財団から多額の寄金が寄せられたことはよく知られており、東京市京橋に都市保健館、埼玉県所沢町に農村地区保健館の2つの臨地訓練の実習施設を有する意欲的な教育研究機関として、開設の翌年から医学、薬学、獣医学の3専門分野の学生を受け入れている。ただ、まもなく第2次世界大戦に突入、日米両国は互いに敵国となり、十分な成果をあげないまま戦後を迎え、アメリカ占領軍指導のもとに保健所組織とその活動が再編されるなかで新しい出発を余儀なくされた。

戦後の約50年間の公衆衛生院の医師教育研修は、表1に示すようにおよそ3つの時期に分けられる。すなわち、戦後の混乱期からわが国経済が回復する昭和30代後半までの第1期、昭和40年代の高度経済成長から2度のオイルショックを経るまでの第2期、そして安定成長からバブル経済とその崩壊にいたる今日までの第3期である。

第1期では、昭和22年(1947)に3カ月コースの医学科が開始され、次いで昭和24年(1949)に中止されていた正規医学科（研修期間1年）が再開された。このうち正規医学科には、その後の10数年にわたって毎年10名前後（最大25名、最小5名）の医師が入学し、公衆衛生全般の講義、実習に加えて、各自の希望によってそれぞれの専門分野の実習訓練や論文作成を教育された。この時期の修了者には、その後の厚生行政の推進に大きな役割を果たしたり、大学教授としてわが国の公衆衛生学の発展に寄与した著名な人々を多くみかける。3カ月コースの医学科では、新しい保健所の役割を短期間で保健所医師に理解させることを目的に、昭和30年(1955)までの9年間に27回にわたり886名の修了者を出している。少なくとも1保健所に最低1人の医師の研修を想定していたと考えられる。このコースはその後特別課程医学科と名称変更して昭和36年(1961)まで継続し、昭和33年からは別に再履修コース

表1 国立公衆衛生院での医師の卒後教育・研修の変遷と修了者数(昭和22年～平成7年まで)

(1年以上～3カ月以上の教育・研修)

昭22	中止		医学科()	3ヵ月	3回	125					
23	中止		"	"	4回	161					
24	正規医学科	1年	8	"	4回	146					
25	"	"	8	"	4回	151					
26	"	"	25	"	3回	82					
27	"	"	11	"	3回	77					
28	"	"	9	"	2回	42					
29	"	"	9	"	2回	63					
30	"	"	5	"	2回	39					
31	正規課程医学科(25)	1年	10	特別課程医学科(50)	3ヵ月	2回	30				
32	(4月開講に移行)		*	"	2回	24					
33	"	"	10	"	"	16					
34	"	"	10	"	"	16					
35	"	"	7	"	"	19					
36	"	"	10	"	"	19					
37	"	"	9	医学科一般(3月)	26						
38	"	"	10	"	18						
39	専攻課程医学科(25)	1年	9	基礎課程医学科(3月)	12	"	14				
40	"	"	10	"(25)	11	"	33				
41	"	"	11	"	10	"	27				
42	"	"	5	"	9	"	22				
43	"	"	9	"	5	"	21				
44	"	"	6	"	6	"	32				
45	"	"	1	"	9	"	35				
46	"	"	7	基礎課程医学科(30)	10	"	31				
47	"	"	13	"	5	"	32				
48	"	"	1	"	13	"	37				
49	"	"	7	"	7	"	25				
50	"	"	4	"	16	"	15				
51	"	"	4	"	8	"	16				
52	"	"	4	"	13	特別課程(各1月)	35				
53	"	"	8	"	10	"	33				
54	"	"	13	"	12	"	47				
55	研究課程(5)	3年	*	専門課程(10)	1年	8(8)	公衆衛生特論	16	保健計画	10	
56	"	"	*	"	"	4(1)	"(1月)	14	特 青年期保健、循環器予防	31	
57	"	"	0	"	"	10(8)	特	21	別 老人保健	15	
58	"	"	1(1)	"	"	11(7)	別 (中階)		課 保健計画、青年期保健、老人保健、循環器予防	47	
59	"	"	1(1)	"	"	8(6)	課	37	程 青年期保健、老人保健	27	
60	"	"	1(1)	"	"	23(12)	程 "(1.5月)	36	・ 保健計画、循環器予防	24	
61	"	"	3(1)	"	"	10(6)	・	36	そ 青年期保健、老人保健、循環器予防	49	
62	"	"	8(5)	"	"	14(7)	特	42	の がん対策	16	
63	"	"	4(2)	"	"	9(5)	論	39	他 保健計画・感染症対策、循環器予防、老人保健	37	
平1	"	"	5(2)	"	"	14(4)	コ	43	の 保健計画・感染症対策、精神保健、がん対策	36	
2	"	"	3(0)	"	"	18(6)		46	医 疫学統計、感染症対策、老人保健	43	
3	"	"	2(2)	"	"	14(5)	ス	65	師 成人病対策	21	
4	"	"	2(0)	"	"	13(4)	"	2回	86	コ 疫学統計	9
5	"	"	5(0)	"	"	18(10)	"	2回	70	成人病対策、保健医療計画	24
6	"	"	6(3)	"	"	16(5)	"	2回	75	ス 疫学統計、保健医療計画	15
7	"	"	5(1)	"	"	13(2)	"	2回	60	成人病対策、保健医療計画	20

国立公衆衛生院は昭和13年開設、14年から医、薬、獣医の3学科の学生を受け入れた。医学科は1年修業で昭和18年まで105名が修了したが、19-21年の戦中、戦後の混乱期は募集を中止、昭和22年度から3ヵ月修了の医学科、昭和24年度から1年修了の正規医学科の募集を再開した。

(1-1.5ヵ月以内の短期研修)

保健所管理(2週)	47			
"	36			
"	2回 53			
"	2回 42			
保健所管理(1月)、基礎課程(1月)	58			
"	53			
"	14			
"	33			
成人病(1月)	27			
"	22			
疫学(1月)	21			
地域保健計画、疫学(各1月)	32			
医学科特別課程(各1月)	疫学、地域保健計画	35		
"	青年期保健、疫学・伝染病予防、地域保健計画	31		
"	青年期保健、疫学・伝染病予防、地域保健計画	32		
"	青年期保健、疫学方法論、環境保健	37		
"	地域保健計画、疫学方法論、環境保健	25		
"	青年期保健、疫学方法論	15		
"	青年期保健、地域保健計画	16		
特別課程(各1月)	青年期保健、疫学方法論、衛生統計	35		
"	青年期保健、地域保健計画、衛生統計	33		
"	青年期保健、地域保健計画、循環器疾患予防	47		
公衆衛生特論	16	保健計画	10	
"(1月)	14	特 青年期保健、循環器予防	31	
特	21	別 老人保健	15	
別 (中階)		課 保健計画、青年期保健、老人保健、循環器予防	47	
課	37	程 青年期保健、老人保健	27	
程 "(1.5月)	36	・ 保健計画、循環器予防	24	
・	36	そ 青年期保健、老人保健、循環器予防	49	
特	42	の がん対策	16	
論	39	他 保健計画・感染症対策、循環器予防、老人保健	37	
コ	43	の 保健計画・感染症対策、精神保健、がん対策	36	
	46	医 疫学統計、感染症対策、老人保健	43	
ス	65	師 成人病対策	21	
"	2回	86	コ 疫学統計	9
"	2回	70	成人病対策、保健医療計画	24
"	2回	75	ス 疫学統計、保健医療計画	15
"	2回	60	成人病対策、保健医療計画	20

注、1)科目名のカッコ内数字は定員、2)他の数字はその年度の各科目や課程の修了者数、但し、昭和55年度以降の研究課程、専門課程には他職種や外国人も含まれるため医師の修了者数はカッコ内に示す。

3)昭和55年度以降の専門課程の修業期間は4大卒は2年。特別課程の特論以外は1ヵ月。4)*印は募集せず。

として2週間の保健所管理コース（昭和37年からは1カ月）が開始され、そこにも延べ336名が受講している。すなわち、第1期は、保健所を中心に新しい公衆衛生行政を根付かせる土台づくりとして意欲的な研修をおこなっていた時期ともいえる。

公衆衛生院の第2期は昭和39年（1964）の正規課程医学科が専攻課程医学科に名称変更したことに始まる。この時期は、それまでの長期課程（研修期間1年）3学科（医学科、衛生技術学科、保健指導学科）が再編され、医学科、衛生技術学科、看護学科、衛生教育学科、栄養学科の5学科になったことにともなうものである。1年コースの医学科修了者は、基本的に第1期と同様、その後公衆衛生分野の行政や学会で中心的役割を果たした人が多い。また3カ月の短期研修コースは、昭和37年（1962）から43年（1968）まで医学科一般のみ受け入れていたが、昭和39年からは新たに保健所医師の新任研修コースとして基礎課程医学科を新設、その後の数年は一般研修と重複して受け入れ、昭和44年（1969）以降は基礎課程のみとなり昭和54年（1979）まで実施している。また、公衆衛生行政が多様化するなかで、昭和41年（1966）以降は成人病、疫学（含伝染病予防）、地域保健計画、青年期保健、環境保健コースなどの課題ごとの1カ月研修も開始されている。この時期の専攻課程医学科修了者は、毎年数名（最大13名、最小1名）と第1期よりやや減少し、基礎課程医学科も10名前後（最大16名、最小5名）と第1期の3カ月コース受講者よりも減少傾向にある。大学での医学教育が臨床に偏重するなかで、公衆衛生分野に進む医師が少なくなり、保健所「たそがれ」論が始まった時期にも対応している。

第3期は、現在の教育体系が開始された昭和55年（1980）から今日までである。いわゆる大学院大学を想定した制度改革とされ、医学科を含む長期課程5学科は廃止、研究課程（公衆衛生博士、3年）と専門課程（公衆衛生修士、2年制、但し医師などは1年）、専攻課程（1年）が新設されている。専攻課程には、看護、保健、環境の3コースがあり、保健婦や4年制大学卒業者を入学対象としたが、自治体からの派遣医師は専門課程に入学、修了後に希望する場合は研究課程にも進学することが可能になった。専門課程や研究課程の入学資格は、専攻課程修了者や他大学の修士課程修了

者など他職種と共通である。また一方で、医師の3カ月コースの基礎課程医学科は廃止され、短期研修は、1カ月コースの特別課程が中心になった。この1カ月コースには、医師のための公衆衛生特論が新設されたが、後に1.5カ月に延長され、保健所長になるための研修コースとされて今日にいたっている。また、公衆衛生特論修了者の再履修コースでは、第2期に開始された疫学、地域保健計画、青年期保健、環境保健、衛生統計などの各コースに加えて、老人保健、循環器疾患予防・がん対策（後に統合して成人病対策）、保健医療計画、疫学統計などが加えられている（現在は成人病対策、保健医療計画、疫学統計の3コースのみ）。

3. 長期課程での医師教育のカリキュラム

長期課程の1年コースでは、どんなカリキュラムで医師に教育研修がおこなわれていたかをみるため、平成8年度（1996）の現行カリキュラムと第1-3期ごとにそれぞれ昭和35年（1960）、43年（1968）、56年度（1981）を選び表2に示した。

第1期と第2期のカリキュラムが「必修」を原則に組まれているのに対して、第3期以降のカリキュラムは「必修プラス選択科目」の組み合わせで構成されている。公衆衛生院の教育研修の特色である合同臨地訓練も、特別臨地訓練、保健所臨地訓練など、その時々名称変更しているが、第3期以降は選択科目になっている。第1期の総授業時間が901時間もあるのは、当時は休日が少なく、1学期だけでも現在の4月中旬から7月中旬でなく8月13日まで講義が予定されるなど社会条件の違いによるものであり、第2期以降は半減してほぼ年間470時間程度になっている。

第2期の講義科目では、第1期にあった優生学がなくなり、社会保障、地域環境衛生などの新科目も登場しているが基本的な枠組みは殆ど変わらない。表には示さなかったが、昭和51年（1976）からは、必修科目、準必修科目、選択科目など選択制のカリキュラム編成の試みが開始されている。

第3期の必修科目は5科目であるが、それ以外に準必修で13科目が指定され、職種や専門分野ごとに必修科目を指定、さらに専門課程学生では、専門課程特論科目から最低10単位、その他の選択科目から残りの必要単位を選ぶシステムが完成している。昭和56年度の

表2 公衆衛生院の医師教育研修の長期課程カリキュラムの推移

年度	昭和35年(1960)	昭和43年(1968)	昭和56年(1981)	平成8年(1996)
課程	正規課程医学科	専攻課程医学科	専門課程	専門課程
職員	219人	220人	183人	141人
科目	公衆衛生概論 12 衛生行政概論 127 衛生教育概論 18 衛生統計 69 疫学 15 疫学 43 栄養学 24 精神衛生 21 公衆衛生看護 9 伝染病予防 60 成人病予防 27 母子衛生 ⁹⁾ 45 労働衛生 45 食品・薬事衛生 27 建築衛生 21 放射線衛生 21 衛生行政各論 48 生理衛生 21 微生物学 24 衛生工学 32	公衆衛生概論 10 衛生行政 20 衛生教育 12 衛生統計 48 社会保障 12 疫学 28 栄養学 8 精神衛生 8 公衆衛生看護 4 伝染病予防 48 成人病予防 22 母子保健 ⁴⁾ 16 労働衛生 ⁵⁾ 20 食品衛生 20 薬事衛生 6 歯科衛生 4 環境衛生 30 地域環境衛生 28	(必修科目) (専門特論, 27科目) ⁷⁾ 公衆衛生現代史 15 衛生行政学 15 保健経済学 15 保健計画学 15 疫学 I 15 疫学、疫学演習 15 環境保健学 15 (準必修科目) ⁶⁾ 母子保健学 15 成人保健学 15 精神保健学 15 公衆栄養学ほか 15 (選択, 56科目) ⁸⁾ 国際衛生 30 衛生人口学 15 社会保障論 15 保健福祉学 15 健康教育学 15 社会調査論 15 地域活動論 15 労働衛生学 15 食品衛生学ほか 15	(必修科目) (選択, 48科目) 公衆衛生現代史 15 国際保健 15 公衆衛生行政学 I 15 保健社会学 15 公衆衛生行政学 II 15 保健経済学 15 疫学概論 15 保健計画学 15 厚生統計概論 15 統計方法論 I 15 対人保健 15 ケースワーク 15 環境保健 15 ケンブリッジ・イニシアティブ (専門特論, 22科目) 衛生行政学 15 社会調査法 15 生物統計学 15 健康教育学 15 疫学各論 15 統計方法論 II 15 情報処理演習 15 保健統計人口学 15 母子保健学 15 精神保健学 15 健康増進・成人保健 15 栄養学 15 歯科保健 15 公衆栄養学 15 行動科学 15 食品衛生生物学 15 熱帯医学 15 毒性学ほか 15 産業保健ほか 15
特別臨床訓練	3週 特別講義、セミナー 75 特別研究	合同臨床訓練 4週 特別研究	合同臨床訓練 4週 (選択) 特別研究	合同臨床訓練 4週 (選択) ゼミナール (選択) 特別研究
時間	901	476	30単位 (1単位は講義15、実習30時間)	30単位 (1単位は講義15、実習30時間)

注1)数字は時間数、2)昭和35年と昭和43年はすべて必修。3)学校衛生、歯科衛生、家族計画含む、4)学校保健、母性衛生、小児衛生を含む。5)生理衛生学含む、6)準必修は個別指導による必修。7)昭和56年、平成8年の専門特論は専門課程のみの選択科目。8)昭和56年、平成8年の選択科目は、専門・専攻の両課程の学生対象。9)平成8年度の公衆衛生行政学 II は特別講義。

必修、準必修、専門課程特論と選択科目を合わせた総科目数は101科目もあるが、さすがにこの科目数はその後の職員数の減少もあって維持できず、平成8年度は78科目(必修8科目、準必修は廃止)まで減少している。第3期以降には公衆衛生院以外の外部講師招へいによる講義が急増しているのも特徴のひとつである。職員数の減少だけでなく、科目数が増加し、職員の専門分野でカバーできる領域が少なくなったことも影響していると考えられる。また、第1,2期と第3期以降のカリキュラムの大きな違いには短期研修との関係もある。すなわち、第1,2期は、長期課程(正規医学科又は専攻課程医学科)と3カ月研修(特別課程医学科又は基礎課程医学科)の学生が4月に同時入学して3カ月間(7月中下旬まで)は同じ教室で講義を受け、夏休み以降に長期課程学生単独のカリキュラムが始まっていた。これに対して、第3期以降は、長期の1年コースと短期の1カ月コースのカリキュラムは別々に編成され、講義される時期も異なっているし、同じ名称の科目でも科目責任者も別人の場合が多い。長期課程が大

学院大学を意図した修士課程に相当するところから、短期研修とは別とする観点からと考えられるがあまり能率的ではない。ちなみに、第1,2期の夏休み以降のカリキュラムは、他職種との共同作業である合同臨床訓練やその他の実習が中心に計画され、講義のみの科目の割合は少なく、年度によって様々な工夫がおこなわれている。合同臨床訓練は秋期に行われる点は1,2,3期ともかわらないが、第3期ではその前後に講義中心の科目が混在し、講義の割合が1,2期に比較して高くなっている。また第1,2期の実習、演習には、年度によって異なるものの、結核研究所、愛育会など他施設での研修や、厚生省各課の技官を混えてのセミナーなども度々計画されている。そうした試みは第3期以降は少なくなる傾向にある。

4. 昭和55年以降の新教育制度とその経過

現在の国立公衆衛生院の長期課程カリキュラムは、昭和55年(1980)の厚生省訓令7号による国立公衆衛生院教育訓練規定で基本的な枠組みがつくられた。当時

のカリキュラムは、昭和53年(1978)に教育計画委員会(橋本正巳委員長)で原案が作成され、その後厚生省内に組織された公衆衛生教育制度改善検討委員会(松尾正雄委員長)で確定された。内容は、修士相当課程(2年制)のカリキュラムは、①ディシプリンⅠ(行政学・疫学・生物統計学など)、②ディシプリンⅡ(対人保健科学)、③ディシプリンⅢ(環境保健科学)の履修基準に77の教育科目を設定、30単位を履修のうえ論文を提出する。また、とくに学生の教育的背景と将来志向を十分に考慮したフィールド・アサインメント(field assignment—実地研修・訓練)と特別研究を重視している。履修する30単位には、公衆衛生学共通の基礎として公衆衛生原論、衛生行政、衛生統計学、疫学概論、環境保健学の5単位を必修科目に指定、他の25単位には特別研究、フィールド・アサインメントを含み、各課程ごとの教育科目群の選択で履修すると規定している。こうした教育計画には、それまで公衆衛生院が独自に創りあげてきた教育訓練の経験が生かされており、その積み上げの上に新しい教育体系を作り上げようとする意欲が十分うかがえる。

例えば、昭和54年(1979)7月に院内で配布された「公衆衛生学研究科教育計画(案)」(院内資料)では、Winslowの公衆衛生学の定義を紹介するとともに「公衆衛生学の考え方」とする以下の概念を示している。

(1) 公衆衛生は、自然、社会、人文の諸科学を包括する総合科学であり、国立公衆衛生院は、学際的性格を持つものとして設立されている。

(2) 研究の分野では、学理の研究を基本とし、その応用、技術発展に関する研究まで含まれる。即ち、公衆衛生学としての体系的理論の構案とともに、現実的な問題の解決のための方法論的研究が要求される。

(3) 教育の目的は、高度の研究能力と豊かな学識をもつ研究者の育成にあたりとともに、疾病の予防並びに健康増進の可能性を追求し、保健に関する直接的並びに間接的諸計画の樹立とその実践にあたる高度の能力をもつ専門家の教育にある。

次いで公衆衛生学博士課程(研究課程)は「公衆衛生分野において研究者とし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う」、また公衆衛生学修士課程(専門課程)は「広い視野に立って公衆衛生分野に関する精深な学識、技

能を授け、公衆衛生分野における研究能力又は公衆衛生の専門職等に必要の高度の能力を養うこと」とそれぞれの新設課程の目的を示している。またフィールド・アサインメントは「公衆衛生に関する専門職業人として必要な技能を修得させるための臨地研修」とし、医師及び歯科医師の場合は、表3のような12週間の臨地研修計画を示している。

5年後の昭和60年(1985)、院内設置の教育訓練検討委員会(浦田群平委員長)は新制度以後のまとめをおこなっている。このうち専門課程については、「公衆衛生修士課程としての目的と性格は、これまでの5年間における実施を通じてほぼ定着したと言ってよい。特別研究についても、多くの制約下にあるにもかかわらず、当初にくらべ質・量ともに充実化の段階を迎えている。」としているが、「本課程のうち、在学1年で卒業を可能としている医師・歯科医師および大学院修士課程修了者のための教育計画を如何にして改善・充実したらよいか」に問題があるとしている。そして、医師・歯科医師などの教育は、専攻課程での「公衆衛生 generalist」養成と、専門課程での「公衆衛生 specialist」養成の2年間の全経過を1年間に圧縮したものであり、最終的にこのままの形で鋭意充実と進展を図っていくのが最善の解決方途である、と総括している。また学生が履修科目を決定する際には教官側からある程度の方向性を与える「指導選択制」を導入し、それまでであった「準必修科目」を廃止する。国立公衆衛生院の独自科目である合同臨地訓練(合臨)は、複数種の専門分野の学生が一つの現場に集まってチームアプローチの訓練をおこなうもので、将来的には必修化をはかるが、専攻課程を「公衆衛生 generalist」養成コースとすることを踏まえて、全学生必修に1週間程度の現地訓練を体験させる「合臨Ⅰ」を新設、現行のものは「合臨Ⅱ」として、一部に存在する specialist 志向の学生を考慮して選択制にする、など部分的な解決策を提案している。

5. 公衆衛生院の教育システムへの批判とその要因

こうした院内での新制度への肯定的評価にもかかわらず、平成6年(1994)6月に厚生省内に組織された「国立公衆衛生院における教育研修に関する検討会(石丸隆治座長)は、国立公衆衛生院の教育研修内容につい

表3 公衆衛生院の公衆衛生学研究科教育計画(案)に例示された臨地実習計画案(1979)

対象職種と内容		実施場所
(公衆衛生学 12週)		
医師	保健所管理	保健所
	成人病管理	心臓血管研究所、国立がんセンター等
	母子保健管理	国立小児病院、母子愛育会等
	結核予防	結核研究所
	精神衛生	国立精神衛生研究所等
歯科医師	予防歯科	東医歯大歯学部予防歯科、国立予研歯科衛生部等
	小児歯科	東医歯大歯学部小児歯科、
	保健所歯科衛生	保健所
(保健科学 8週)		
栄養士	地域栄養指導	保健所
	母子栄養指導	母子愛育会
	成人栄養指導	女子栄養大学
	栄養調査	国立栄養研究所
保健婦	地域保健看護計画	保健所
	母子保健指導	国立小児病院
	老人保健指導	都立養育院
福祉職	心身障害者保健指導	都立リハビリテーションセンター
	地域医療福祉	保健所
	老人福祉	浴風会
衛生教育職	精神障害者福祉	都立精神衛生センター
	身体障害者福祉	国立身体障害者センター
	地域衛生教育活動	保健所
衛生教育技術	衛生教育技術	神奈川県衛生教育センター
	視聴覚教育	放送文化センター
(環境保健学 8週)		
環境計測及び環境モニタリング実習	環境計測及び環境モニタリング実習	東京都公害研、監視センター等
	薬物療法と薬物血中濃度測定実習	国立病院医療センター臨床薬理室薬剤部等
	食品資料のサンプリングと化学分析	都立衛生研究所、国立衛生試験所等
	建築環境工学実験	建設省建築研究所、東京都衛生局ビル検査班、監視機動班等
住環境学と畜検査	住環境学	大学建築学科(横浜国大、東大等)
	畜検査	と畜場(食肉衛生検査所)、食品製造工場等

注、昭和54年7月18日付の院内資料。機関、施設等は当時の名称。

て以下のような見直しを提案している。

まず、教育内容について、

- ①多様化するニーズに対応する疫学、統計、情報処理等の充実
- ②指導的立場にある者の基礎的素質に必要な法学、行政学、生命倫理科目の充実
- ③社会保障、福祉関係分野の充実
- ④ケア・コーディネート、コミュニティ・オーガニゼーション、カウンセリング等の対人保健・福祉サービス技術の充実
- ⑤他の機関で実施困難な検査測定技術の実技や処理システムの評価科目等の充実、など

また、教育研修の形態では、

- ①講義形式中心からケース・スタディなどを中心に
- ②検査実習は他の試験研究諸機関との連携を
- ③職種別でない総合研修を積極的に

④長期課程は原則1年間

⑤外部の専門家による研修内容評価を
などの改革を提案した。

こうした意見や提案は、昭和55年以降に公衆衛生院がすすめてきた大学院大学志向への批判として一般に受けとめられている。とくに、近年の公衆衛生院の教育が、第一線の公衆衛生従事者に要求される professional 養成に背を向け academism 偏重になっているとの批判が強い。また個々の指摘には、現在の公衆衛生院の教育研修がかかえる問題を鋭く指摘していることも多い。

ただ、著者は、こうした問題の原因は、大学院大学を志向した昭和55年以降の新しい試みにあるのではなく、発足当初の1、2年はともかくとして、その後こうした試みを形骸化させていったプロセスにあると考えている。

例えば、公衆衛生に関する専門職業人として必要な技能を修得させるために重視されたフィールド・アサインメントとしての臨地研修は計画的に実施された形跡はほとんどない。昭和60年に計画された「合臨Ⅰ」も結局実施されてはいない。また、その後3年ごとにおこなうとしたカリキュラム見直しも、科目の部分変更のみで将来必修化するとした合同臨地訓練も依然として選択科目の位置づけしか与えられていない。さらに、第一線の公衆衛生医師への短期研修も、長期教育研修との相互関係や連携もあいまいなまま、計画的に医師全体の職能を向上させる研修企画もないまま、かつ保健所長研修と初任者研修の区別もなく、やみくもに体制のみが維持されている感がある。当初の大学院大学の目標は、医師の卒後教育という観点でみれば、結局、年を経るにつれて外部講師への依存度を強めた選択科目と公衆衛生院の個々の職員の academic な研究テーマに左右されがちな特別研究に支えられるという片肺飛行のまま、対外的には大学院大学としての school of public health の面目を維持してきたといえる。そして、結果的に academism 志向（注、professional でないという意）とする批判につながったと考えられる。

国立公衆衛生院の専門課程（公衆衛生学修士）の目的が「広い視野に立って公衆衛生分野に関する精深な学識、技能を授け、公衆衛生分野における研究能力又は公衆衛生の専門職等に必要の高度の能力を養うこと」にあることは既にのべたが、こうした当初の設立時の合意が、その後も系統的に、かつ継続的に教育システムやカリキュラム編成などで意識的に追求されていたかにそもそもの批判の原点があるのではないかと著者は考えている。例えば、新しい試みに見合う人員や予算は準備されていたのか、個々に優秀なスタッフが何人かいたとしても、スタッフ全体が公衆衛生院の果たすべき役割を理解して教育をおこなっていたのか、また、そうした教育実績を正しく評価する体制はつくられていたのか、さらに、公衆衛生院のトップが新制度の本来の意義を厚生省の担当部署と共有していたのか、厚生省そのものは公衆衛生院の発展方向について正確な認識をもっていたのか、こうしたことが検討されねばならないと考える。著者は、昭和62年(1987)に公衆衛生院に入職したが、当時の院内での新制度の理

解では、国立大学における大学院機構と同じだと考えているスタッフが圧倒的に多かったように思うし、著者自身も当初はそのような理解をしていた。おそらく、発足当初は、日本の公衆衛生の一層の向上に役立つ高度の専門行政職を養成するという目的意識は大きく、十分な意欲もあったものの、年を経るにつれてそうした意図は継承されなくなり、高度な academism 志向だけが残ったと考えられるのである。

6. 公衆衛生院の医師研修への現場の希望

平成7年(1995)、厚生省検討会の答申と地域保健法への対応を目的に、公衆衛生院の長期課程カリキュラム（専門・専攻課程）は、いくつかのカリキュラム改訂（表2参照）をおこなった。その主な内容は、①必修科目を拡大する。②卒前教育でおこなわれている科目の廃止、内容が重複する科目の統合など、選択科目の統廃合をすすめる。③地域福祉活動論、行動科学、熱帯医学など新しい選択科目の新設。④教育内容の硬直化、画一化を避けるため科目担当者の複数化、合議制をすすめる。⑤学生が授業内容を知ることが可能なよう、各科目の時間ごとの講義テーマの簡単な要旨を記載したテキストを事前配布する、などである。また、地方自治体や保健所に勤務する医師、保健婦、栄養士及び監視指導員（環監職員）を対象に、こうした新カリキュラムの構成や内容、国立公衆衛生院の医師の教育研修全般についてアンケート調査を実施した。このうち医師の卒後研修についての意見には以下のようなものがあつた。

(1) 保健所長の研修条件…保健所長には、①地域の健康問題、社会資源、対策等を的確に把握する能力、②それに基づいたすみやかな決断力と的確な判断力、③市町村、医師会その他関係機関への指導力（コーディネート力）④小回りが利き、いつでも評価、見直しができる柔軟な対応、⑤スタッフの能力を見極め（やる気のある）優秀な職員、特に事務能力の優れた人材を養成する能力、⑥災害時など危機管理が行える体制と心の準備、などの能力が問われるとする意見があつた。そのため、公衆衛生院等の教育研修修了等を保健所長の就任要件にしてはとの意見が多かつた。また、現在の「保健所長教育」のあり方を練り直し、公衆衛生修士（MPH, Master of Public health）の修得制

度も、①複数年かけて修得できる、②勤務地の演習やフィールドワークを重視する、③各大学の公衆衛生学教室等の修得単位との互換を制度化する、④公衆衛生専門医制度を導入する、などの意見があった。

(2) 公衆衛生医の資質向上…医師以外の職種、特に保健婦、栄養士の意見には、保健所医師や所長の公衆衛生医としての資質の向上を求めるものが多かった。すなわち、現在の保健所医師のなかには、公衆衛生医としての専門性を持たず、臨床医の感覚で所長を勤めている医師が目立つことへの強い不満が反映されていた。また、臨床から公衆衛生分野に移った医師には、①臨床と公衆衛生の違い、(集団と個人、スクリーニングと診断、予防(保健)と治療)②地域単位の考え方(地域ケア、地域保健)の理解、③保健婦活動の理解、など公衆衛生的な考え方や判断のできる基礎学習を必須条件として課すべきとの意見があった。

(3) 公衆衛生医の再教育…5年あるいは3年ごとにブラッシュアップするための再教育やリフレッシュコースを設定してはどうか、あるいは一定の単位取得を公衆衛生医に義務づける制度を設定してはどうか、などの提案があった。そのため、毎年2週間くらいでテーマごとにまとまった集中講義が受けられる機会、夏期ゼミや移動公衆衛生院などの試み、長期課程の特別講義を希望者が随時に受講できる試みなどがあってほしいとの提案もあった。

(4) 公衆衛生院に期待する役割…公衆衛生院は「公衆衛生とは何ぞや」という問いに答える機能、人間性豊かな視野の広い決断を下せる指導者を養成する機能をもつ機関であるべきとの意見があった。また、公衆衛生院での教育は、人とのつながりや協調性を学ぶことに意義があり、さらに地域保健法が保健所の機能強化としてあげている調査・研究のサポート窓口を公衆衛生院に設け、他地区との共同実施などをコーディネートする機能。また調査研究や独自活動の自覚と意欲のある医師の養成や研修の場として発展すべき、気軽に情報交換できるシステムの開発、地域保健研究・調査のためのデータベースづくり、保健所と結ぶ情報ネットワーク構築の具体化、文献の情報センター化、保健所の研究事業へのアドバイス機能をもってほしい、などの意見もあった。また、重要テーマを定め、公衆衛生院と保健所の共同調査研究を企画し、継年的

に調査、研究を実施する。そのために必要な研究費を確保するリーダーシップを発揮すべきなどの意見もあった。さらに、「〇〇研究所」でなく「公衆衛生院」の名称は将来も残して欲しいとの意見もあった。

(5) 公衆衛生院の教育研修内容…専門技術者としての医師教育だけでなく、管理者、リーダーとしての教育や行政官としての地方自治、財政、人事管理等の教育や情報教育の充実が必要との意見が多かった。専門職としての教育内容には、ハウ・ツーにかたよらないようにするべき、公衆衛生原論の基本理念に加えて、保健計画論や行政管理論、情報科学概論、行動科学などを必修化、行政職としての教育には、一般行政論、保健所実務としての人事、予算等に関する講義、法律事務に関する基礎的講座(例えば、法律解釈とか、よく使う事務用語の解説)があってもよいなどの意見もあった。なお、医師には生活衛生や環境保健に関する教育をもっと充実すべきとの意見もあった。とくに、環監職員からの意見には、医師が対人サービス中心で、対物サービスに関心を払わず、知識も少ないことが指摘されており、保健所長としての医師は、対人、対物の両サービスの責任者にもかかわらず知識や関心が偏っているとの批判的指摘があった。

(6) 合同臨地訓練について…医師、保健婦、栄養士の共通意見には、合同臨地訓練を必修にすべきとの意見がとくに多かった。その理由は、①多くの職種の問題意識が理解でき、それを調整してチームとしての機能をつくるための訓練として最も可能な取り組みである。②現場に入り、その問題を科学的に共感をもって取り上げ、関係機関や住民の共通認識をつくりあげる訓練としても最も可能な取り組みである。③チームでの医師の役割、多職種との共同活動など学べることが多い。④医師が多職種とチームを組むことは医師にとっても、保健婦や栄養士などにとってもよい勉強になる。現場では医師のコーディネーション技量の発揮が必要、などである。

(2) 教育研修のための講師…国や都道府県、地域行政に携わっている担当者を講師に活用し、現場の保健所や地域保健行政の動向に関する情報を提供してもらう機会を増やすべきとの意見が多かった。逆に、保健所のことを知らない講師、講義が下手な講師はよくない、教育内容や指導方法の満足度が低い科目は、

教員の新規採用や外部講師の依頼を積極的に行って改善すべき、社会福祉、PT、建築士等、医師と異なる分野の専門家の講義を増やすべきなどの意見もあった。

8. 公衆衛生院での医師の教育研修の将来

公衆衛生院は、平成13年(2001)には、埼玉県和光市に移転、新しい保健医療福祉政策研究所(仮称)の施設のもとで教育研修センターとして再発足し、21世紀をになう公衆衛生従事者を養成することになる。その理念や教育研修システムはいかにあるべきだろうか。

第一に、公衆衛生医の教育研修は、公衆衛生の現場で実践的に応用できる理念や技量を身につける能力を養う professional school を基本にすべきである。そのためには、実習や演習を多用した思い切った教授方法の改善が必要であろう。

第二に、こうした教育研修は、公衆衛生を志す医師が利用しやすく、かつキャリア形成においてもメリットをとまうものであるべきである。これには、現在の長期教育(1年コース)と短期研修(1-1.5カ月コース)との有機的リンク、初任者研修と保健所長研修の位置づけの明確化、専門医制度や学位制度の位置づけなど多くの課題がある。

第三に、こうした教育研修は、academism と無縁であってはならず、それぞれの専門領域にわたって必要かつ十分な教育スタッフや予算措置が確保されていなければならない。そのためには、他の国立研究機関や大学との相互の協力関係、諸外国の教育機関との連け

い、さらには教授資格、教授制度や研究体制などが検討されねばならない。

第四に、こうした教育研修は、計画的に実施されるべきであり、普段に正しい評価方法によって、公衆衛生活動の発展に役立つことが確認される必要がある。そのためには、国・自治体での公衆衛生医の教育研修計画の策定、評価方法の標準化と評価制度の確立、再教育などリフレッシュ制度の導入などが必要になる。

こうした諸条件の達成は、現在の公衆衛生院のシステムやカリキュラムの問題だけでなく、都道府県レベルでの教育研修の状況や大学の衛生・公衆衛生学教室での大学院教育も含めて総合的に検討することによって体系化されることはいうまでもない。地方分権化のなかで、保健所長の医師資格が問われている今日、公衆衛生医の教育研修への無策がこうした批判を助長させないためにも、急務になっているのではないだろうか。

注) 本論文執筆では、過去の公衆衛生院の教育資料については、「国立公衆衛生院創立五十周年記念誌」(昭和63年3月)及び国立公衆衛生院教務課所蔵の諸資料を参考にした。また、保健所等の職員へのアンケート調査は、平成7年度総合的地域健康教育検討事業「公衆衛生における卒後教育研修体系に関する研究」のひとつとして、国立公衆衛生院の西田茂樹、岩永俊博、石井敏弘、久松由東、佐藤加代子、福島富士子氏らと共同で実施したものである。