

# 東京大学医学教育 国際協力研究センター



東京大学医学教育  
国際協力研究センター

〒113-0033  
東京都文京区本郷7-3-1  
医学総合中央館212  
TEL 03-5841-3583  
FAX 03-5802-1845  
E-mail:ircme@m.u-tokyo.ac.jp

No. 1

## International Research Center for Medical Education

表題：海野濤山書



センター前の  
ヒポクラテスの樹 (スズカケ)

### CONTENTS

- 東大医学教育国際協力研究センター設立 .....2
- 式辞..... センター長 加我 君孝... 3  
..... 文部省学術国際局長 遠藤 昭雄... 3
- 記念講演 Reform in Medical Education at the Dawn of  
the 21st Century ..... 文部省特別招聘教授 Thomas S. Inui... 4
- センター日誌..... 8
- 編集後記..... 8

## 東京大学医学教育国際協力研究センター 設立

2000年4月1日に、東京大学においてもっとも新しい学内共同教育研究施設として医学教育国際協力研究センターが発足した。当センターは、医学教育の研究と、医学教育を通じた国際協力の研究を中心とした活動をするを目的としている。医学教育国際協力研究部門、医学教育国際協力事業調整・情報部門、客員教授部門の3部門の体制を整え、国内外の研究者と連携をしながら活動を続ける予定である。初代センター長には加我君孝医学系研究科耳鼻咽喉科学講座教授が任命された。また、同時にセンター主任および医学教育国際協力研究部門長として福原俊一教授が、また医学教育国際協力研究部門助手に松村真司先生が着任し、医学系研究科と連携をとりながらカリキュラムや医学教育方法などに関する研究を開始した。2000年7月1日よりHarvard医科大学Thomas S. Inui教授が東京大学文部省特別招聘教授として医学部に3ヶ月滞在することになり、連携を取りながら研究態勢の確立を進めることになった。

### 上掲式ならびに 設立記念式典挙行

2000年7月19日(水)16時45分より、医学教育国際協力研究センターの上掲式が医学総合中央館正面玄関にて行われた。上掲式では多くの関係者の見守る中、蓮見重彦総長、桐野高明医学研究科長、加我君孝センター長によって図書館の附属病院側の壁面にセンターの看板が掲げられた。



左より 蓮見重彦総長、加我君孝センター長、桐野高明医学研究科長

引き続き17時より医学総合中央館333教室において、設立記念式典が多くのお客様が列席する中行われた。福原俊一センター主任の開会の辞の後、加我君孝センター長の式辞により式典が始まった。加我セ

ンター長はまずセンターの設立に尽力された方々への謝辞を述べた後、センターの概要について説明を行った。最後に、複雑化した現代医学とグローバル化した現代社会においては、医学教育における国際協力の重要性はますます高まっていると述べ、このような時期にセンターが設立されたことは「歴史的な観点からみても大きな意義のあることである」とセンター設立に強い決意を表明し、関係方面へのさらなる支援と協力を要請した。

センター長の式辞に引き続き、蓮見重彦東京大学総長から式辞を述べられた。蓮見総長は「研究は誰でもできるが教育は誰でもできるわけではない。教育に関して日本の大学は幾分その価値を低く見ているところがあるが、教育には絶えず新しい出会いがあり、知のみならず知性を必要とする活動である。東京大学が、研究面で高い評価を得ることはいうまでもないが、教育面でも高い評価を得ることが必要であり、このようなセンターができたことを大変うれしく思う。」と述べられた。



蓮見重彦総長

次に、文部省よりの来賓である学術国際局教育文化交流室小山内優室長により遠藤昭雄学術国際局長の祝辞が代読された。祝辞では、「今日、開発途上国からの協力要請、特に人材育成に関する案件が増大しており、そのため教育協力をより効果的・効率的に実施し、かつ大学等間の連携・協力を促進するための拠点づくりを進めている。今後本センターが諸外国からの期待にこたえ、医学分野の国際教育協力の全国的拠点としておおいに成果をあげられることを希望している」と本センターの設立目標の一分野である医学教育での国際協力の情報・調整部門における活動に大きな期待を寄せた。

さらに来賓代表として開原成允国立大蔵病院名誉院長からの祝辞が述べられた。開原氏は、15年前の医学部国際交流室設立から始まり本センターの設立にいたる経緯が示され、開原氏自身も精力を



文部省学術国際局教育文化交流室 小山内優室長

注いできた東京大学の医学分野における国際協力の歴史を述べられた。最後に開原氏は「医学では研究のみではなく、世界的な視野での人づくりという面で貢献していくことが必要であり、このセンターがその模範となっていくことを期待している。」と述べられた。

来賓祝辞に引き続いて、Thomas S. Inui Harvard医科大学・東京大学医学部文部省特別招聘教授による基調講演「Reform in Medical Education at the Dawn of the 21st Century」が行われ、21世紀の医師にとって必要な医学教育とは何かについての講演が行われた。

設立記念終了後、山上会館談話ホールにて、設立祝賀会が行われた。祝賀会には桐野高明医学部長、矢崎義雄国立国際医療センター総長、文部省医学教育課長布村行彦課長などのご挨拶があり、本センターへの期待を述べられた。医学教育、国際協力分野にかかわる関係者約60名が集い、和やかに新センターの門出を祝う会が終了した。



開原成允 国立大蔵病院名誉院長



桐野高明 医学研究科長



## 式 辞



センター長 加我 君孝教授

本日は東京大学の（全学の）最も新しいセンターである「医学教育国際協力研究センター」設立記念式典にご出席頂きまして、心より感謝申し上げます。

医学教育国際協力研究センター（International Research Center for Medical Education）は、平成12年4月1日に学内共同教育研究施設として設置されました。本センターの設置が検討され始めてから足かけ3年にわたる文部省、東京大学本部および医学部を始めとする関係者の多大なご尽力により、わが国における医学教育国際協力研究の推進拠点として発足することができました。センター設立にあたりご支援を頂いた皆様方には心より厚く御礼申し上げます。

本センターは、3つの部門から構成されます。すなわち、医学教育国際協力研究部門、医学教育国際協力事業企画調整・情報部門および客員教授部門であります。これらの体制で医学教育における各国の問題を実践的に解決すべく協力研究を行い、国際社会において健康問題の解決に従事する医療関係者の教育・研究に役立ちたいと願っております。

同時に、人材派遣や研修生の受け入れに関する内外の情報の収集を活発に行いデータベースの構築を通じ、わが国の医学教育分野での国際交流のための重要な役割を果たしたいと願っております。

ところで、このセンターは、この医学図書館の2階に置かれておりますが、セ

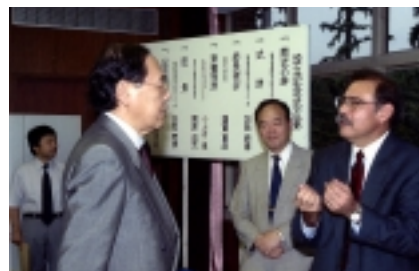


ンターの窓からすぐ前に建物の高さを越える大きな鈴懸の木を見ることが出来ます。この鈴懸の木は、今から2500年前にギリシャのコス島の医師ヒポクラテスにちなみヒポクラテスの木と呼ばれております。エーゲ海の強い日射を避けてヒポクラテスは、鈴懸の巨木の下で、医学を教えておりました。その鈴懸の木の種子より育てた若木を1972年、アテネの医師から当時の緒方富雄教授に寄贈され、自らの手で育てられたものが現在のよう大きな鈴懸の木に成長したものです。ヒポクラテスは、当時のギリシアでは病気の治療というのは何と哲学者の担当であったものを医学として分離させたことで知られております。多数の言葉を残していますが、私が特に気に入っているものに「生命は短く、アートは永い、好機は過ぎ去りやすく、経験は過ちが多く、決断の難しいことばかりである。医師だけが自らの責務を果たさなくてはならないのではなく、病者も看護者も外から来る者も、守るべきことを守らなければならない。」この言葉はまるで今日の医療問題も暗示しているかのようであります。

東大医学部の初期の歴史のお話させて頂きたい存じます。鈴懸の木を育てた緒方富雄教授は幕末に生きた蘭学者緒方洪庵の家系の方です。緒方洪庵は御承知のように大阪の適塾を経営し、そこから、福沢諭吉、大村益次郎、長与専斉を始めとする明治時代の指導者と医師が多数生まれました。

江戸時代の終わりも近い1858年（安政5年）に適塾や長崎で学んでいた蘭学者82名が江戸に集まり、幕府に種痘所の設立の許可を願い出しました。自己資金でまかなうというもので、しぶっていた幕府も、すでに全国に波及していた種痘が大きな効果があることがわかっていたため許可を出しました。この神田お玉ヶ池に出来た種痘所の開設の日が東京大学医学部の創設の日であります。以来、142年が過ぎました。種痘所はわずか1年で火事で焼けるのですが、幕府の援助で医学所という名に変え、再建されます。その頭取として、緒方洪庵が1862年（文久2年）に大阪より呼び寄せられ着任します。江戸の医学所を大阪の適塾のような機能も持たせようとしたのですが、上京してわずか1年で亡くなり、そのお墓は東大からさほど遠くない駒込の高林寺にあり、森鴎外の緒方洪庵をたたえる大きな碑があります。東大医学部の第2代目の医学部長として緒方洪庵の名は残っております。その弟子の長与専斉は10代目の医学部長にあたります。

東大医学部はこのように歴史的に劇的な背景で始まりました。この度、創設以来142年にして、この医学教育国際協力研究センターが設立されたことは、歴史



左より 蓮見重彦総長、開原成允国立大蔵病院名誉院長、Thomas S. Inui Harvard 医科大学・東京大学医学部文部省特別招聘教授

的な観点より考えますと、大きな意義のあることと思われまます。現在の医学は、生命科学、医療、経済の中で、より複雑化した混迷の時代にあり、医学教育は何を目指すか再検討が迫られています。また、医学は、他の専門領域と同様にグローバル化した領域であり、国際交流による拡大もその歴史的な運命であります。このような時代に様々な課題に取り組むことに、センターの我々スタッフは意欲的ではありますが、まだ始まったばかりということもあり、ささやかな規模でのスタートではありますが、当センターを医学教育における国際協力研究の拠点として、学内外を問わず多くの方々にご活用頂けるよう、研究を行うと同時に、業務内容の充実と計画の遂行を図るつもりであります。

今後とも引き続き皆様方のご支援・御協力を賜りたく、こころよりお願い申し上げます。

以上で式辞とさせていただきます。

ありがとうございました。

文部省学術国際局長 遠藤 昭雄

東京大学医学教育国際協力研究センターの創設をお慶び申し上げます。また、本センターの設立に当たり、これまでの関係各位のご努力に対し、深く敬意を表します。

今日、開発途上国からの協力要請が増え続けており、特に人材育成に関する案件が増大しております。開発途上国からの要請に応えるためには、支援を行う我が国の側において、優れた人材を確保し、活用することが重要であり、この分野で豊かな実績と経験を持つ大学への期待は益々高まっております。

文部省では、従来から、開発途上国の人づくりに対する支援のため、各大学の協力のもと、外国人留学生の受入れのほか、JICAを通じた大学教官等の専門家の派遣や外国人研修員の受入れ等、積極的な対応に努めております。また、教育協力をより効果的、効率的に実施するとともに、大学等間の連携・協力を促進する

ための拠点として、平成9年度に、広島大学に教育開発国際協力センターが、また、平成11年度には、名古屋大学に農学国際教育協力研究センターが設置されたところでもあります。

本年度においては、我が国の呼びかけにより、この四月に初めて開催されたG8教育大臣会合において、開発途上国援助における人材養成等の一層の強化を図ることについて合意したことなどを受

け、文部省としても、先月から「国際教育協力懇談会」を開催し、開発途上国への教育協力の推進方策について有識者の方々に検討を進めていただいております。一昨日には、「IT革命に対応した教育協力について」の提言が他の事項に先駆けて文部大臣に提出されたところです。

本センターはこのような時期に第一歩を踏み出されることとなりますが、今後諸外国からの期待に応え、医学分野の国

際教育協力の全国的拠点として大いに成果を上げられることを希望しております。

終わりになりますが、本日もご列席の皆様におかれましても、本センターの今後の活動に対し、一層のご理解とご支援を賜りますようお願い申し上げますとともに、本センター並びに東京大学のますますのご発展を祈念いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。

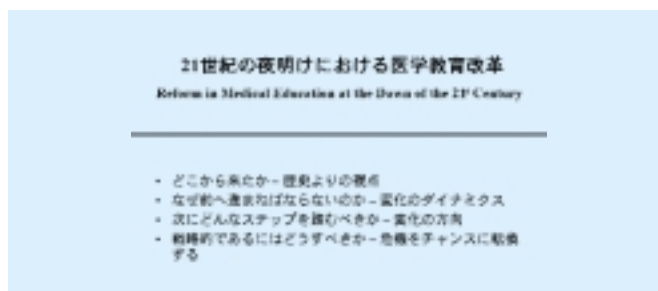
## 記念講演

### Reform in Medical Education at the Dawn of the 21st Century



Harvard 医科大学・東京大学  
医学部 文部省特別招聘教授  
Thomas S. Inui

Reform of the medical curriculum is a continuing journey rather than a destination, and my comments and suggestions today are offered in that spirit. In order to know what we should do now, at the dawning of the 21st century, we need to emphasize (Figure 1):



(Figure 1)

- where we have been, in order to place our current choices in historical perspective;
- why we must keep moving now in light of the dynamic forces for change in our era;
- which steps we should take in particular directions; and
- how to be strategic in the decisions we make.

Since some would describe our current situation in medical education as a crisis, we need to know how to identify the opportunity within the crisis.

I should begin by noting that you and I share a legacy in medical

education. As Dr. Kaga noted in his kind introduction for me, my medical education was at the Johns Hopkins University School of Medicine in Baltimore, Maryland. At about the same time at which the University of Tokyo School of Medicine was established, Johns Hopkins was being founded in the United States. Both in Baltimore and in Tokyo, the educational mission of these new medical schools was modeled on the German method of medical education. German medical schools were the first to emphasize the scientific basis of the practice of medicine and recognized the need to bring basic science laboratories into clinical institutions in order to educate physicians adequately. At Hopkins and at Todai, laboratories for the basic sciences of that era - pathology and microbiology, for example - were located close to the clinical wards of the academic teaching hospital. Students and their professors were expected to benefit from the activities in both settings, bench and bedside.

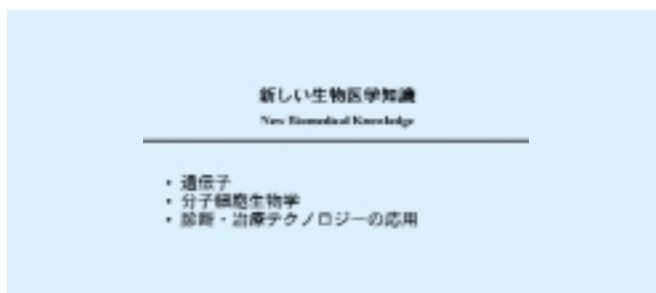
Much has changed in medicine and medical education, of course, over the intervening century. At Johns Hopkins, Dr. William Osler, an outstanding physician and pathologist, was the first professor of medicine. Because the construction of the Hopkins hospital was delayed for insufficiency of funds, Osler was able to write his own, complete textbook of medicine, given a modest library of books and one year's flexible time. No one today would be likely to take on a similar task unassisted!

How medical education should be changed has been subject of 13 national commissions in North America during the past 100 years. Four of these commissions have been active in the last 20 years of the century, suggesting that the pace of discussion about the form in medical education has accelerated. Why might this be the case? There are many sources of change in medical science and medical care that are, in turn, driving reform in medical education. These dynamics for change include at least the following six factors:

- Alternative systems of care. In United States, group practice has risen in prominence and integrated delivery systems are increasingly been seen as optimal sources of care, replacing solo practice.
- Altered use of hospitals. Our length of stay in hospitals has been dramatically reduced in the past decade. Hospitals are no longer facilities in which patients with complex illnesses are diagnosed, treated, and rehabilitated. Instead, hospitals are

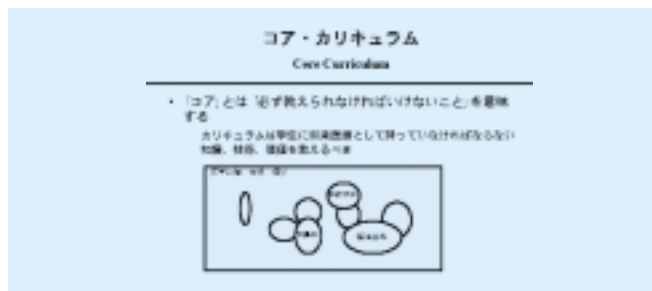
increasingly used only for that restricted spectrum of services that are uniquely available in hospitals, while diagnostic and rehabilitation work proceeds in other settings, including the patient's home.

- Evolving demography and epidemiology. The United States population, like that of Japan, is “aging” rapidly. The fastest growing demographic sub-segment of the United States population is composed of persons above 80 years of age. The epidemiology of prevalent conditions in the United States is changing with the aging of the population, bringing conditions such as Alzheimer's disease into greater prominence.
- Emerging technologies. The biomedical “revolution”, genomics, and cellular and molecular biology, have all produced not only new knowledge but also new technological approaches to diagnosis and treatment and are greatly expanding the availability of new, useful treatments.
- Mismatch of resources and need. In the United States, populations with the poorest health status are often also the populations with the least access to medical care resources. People living in poverty, for example, and those in rural settings tend to be the subpopulations in the United States with the greatest burden of illness and the least access to medical care.
- Shifting social values. The U.S. public continues to expect superb medical care, but increasingly is also inclined to demand this care within the economic resources they see as affordable. The demand for “cost-effective” medical care is increasingly made explicit.



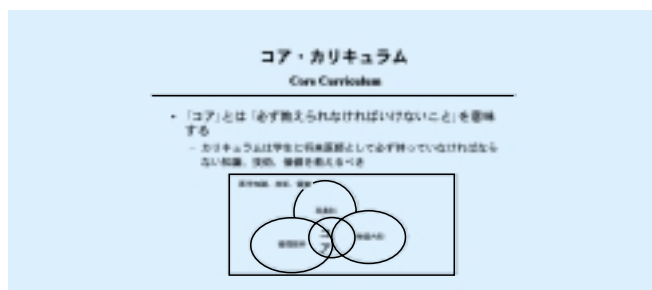
(Figure 2)

If I had to choose just one of these factors as the pre-eminent force for change that would mandate reform in our medical curriculum today, I would point to the virtual explosion in new biomedical knowledge (Figure 2). From genomics, molecular and cellular biology, and in the application of this new biology to diagnostic and therapeutic technology, we have developed an extraordinary new capacity to understand the pathophysiology and clinical presentation of disease, disease natural history, as well as an ever-enlarging repertoire of new therapies. While it is the case that this new biology has created an exquisite understanding of the phenomenology of disease, it is also a fact that it has expanded, beyond any single person's ability to memorize and comprehend, the domain of knowledge, which underlies our task as allopaths. There simply is too much new knowledge to fit into the curriculum. Under these circumstances, choices will have to be made about what limited portion of the total universe of medical knowledge we should teach.



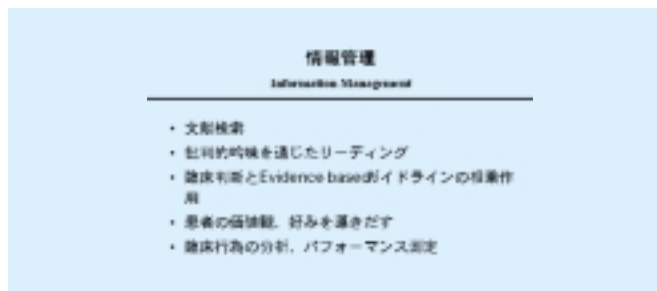
(Figure 3)

My first recommendation for reform in medical education is that we should focus our educational objectives and efforts on a core curriculum (Figure 3). By core, I mean “that which must be taught”. This is the content that will serve as a foundation of knowledge, skills, and values for all students' future activities as physicians, whatever career path they elect. Please notice that this core content is only a portion of the total universe of knowledge, skills, and values that might be seen as relevant to medical practice. Nevertheless, we do not do an excellent job today of covering the content of the core curriculum in our current curricula. Instead, we teach subject areas such as cardiology, neurology, or ENT, as though we were providing students with an introduction to the fascinating field practitioners within each of these disciplines pursue rather than acquainting them with the very basic information from these disciplines that all future doctors should know, even though they are not practitioners in these disciplines. Similar statements could be made about our approach to teaching basic sciences. Students are introduced to these areas as research domains, rather than as areas from which certain general principles should be known by all future holders of the MD degree.



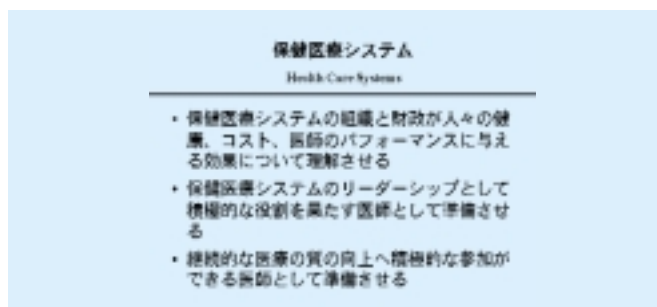
(Figure 4)

What we must begin to do in order to produce an adequate core curriculum is to recognize the shared foundation in knowledge, skills, and values that our disciplines have “in common” (Figure 4). It is in these areas that we the faculty will identify the durable knowledge that all our students will need to have for their future careers, whether they are going to be basic scientists, surgeons, cardiologists, or psychiatrists. It is this shared content which should dominate our curricular objectives - not only because it is the basic foundation for careers in medicine, but also because it is less fleeting in importance. As a faculty, we will need to enter into a substantive discourse in order to identify such content areas together, not in isolation. This means that cardiologists, neurologists, and ENT surgeons, for example, need to discuss together what portions of total cardiologic knowledge, neurological knowledge, and ENT knowledge belongs in the core curriculum.



(Figure 5)

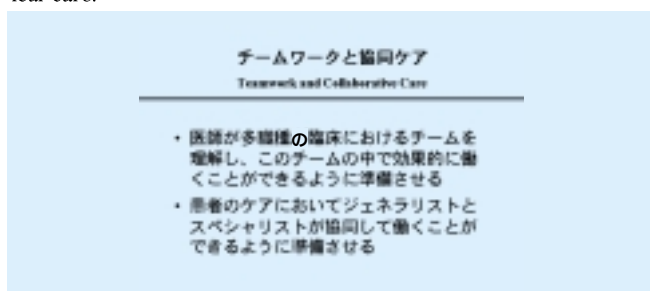
My second recommendation for curriculum reform is that certain individuals, in spite of their scarcity on today's medical school campuses, need to be included in the academic faculty discourse about core curriculum because they are working in areas of special relevance to the future practice of medicine. For example, I would contend that the core curriculum should include some explicit content in information management (Figure 5). The argument for this position may be unfamiliar to some of you, so I will state it briefly here. Because much of today's medical knowledge is subject to early obsolescence, and because we are only going to be able to establish a minimum foundation of knowledge during the undergraduate medical education experience for our students' future careers, they will need to be prepared for lifetimes of continuous learning. In order to pursue this professional habit, they will need to be able to search literature in an effective manner, read critically to separate good information from bad, and systematically synthesize clinical judgment with new evidence from research. These skills I have identified in figure 5 as the first three objectives for the curriculum in the information management domain. In their careers after medical school, our students will notice that they also need systematic and sound approaches to soliciting and considering patient preferences for shared decision-making, and will want to have a capacity for analyzing the quality of care they and others are producing in order to be in a position to locate and understand the need for quality improvement. These two skills are additional forms information management. I would propose that the medical school core curriculum management needs to include literature searching, the rules of evidence used in critical appraisal of medical literature, and a basic introduction to synthesizing clinical judgment and evidence-based guidelines, in order to serve as a sound foundation for the continuous learning our graduates will pursue. This information management core content would serve all clinical disciplines as well as the basic sciences.



(Figure 6)

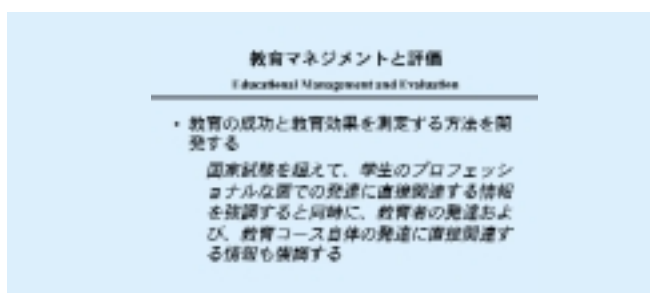
A second new area for core content in the curriculum I have referred to as "health care systems" information (Figure 6). By including this content, I mean to suggest that physicians and stu-

dents of medicine need to understand the effects of organization and financing on what they are able to accomplish as physicians. They will apply this knowledge to their preparation for active roles as leaders within our health care systems. They will find it useful as they participate actively in attempts to improve the quality of care they render. The public, noting that it has been possible to use continuous quality improvement to good avail in the manufacture of automobiles at Toyota, will soon require us to use similar processes in the production of high-quality and cost-effective medical care.



(Figure 7)

The 4th suggestion I make for the reform of the medical curriculum at the dawning of the 21st century is that we begin to prepare our students to work in teams and for more effective collaboration with one another (Figure 7). From my perspective, it has always been the case that physicians are dependent upon effective teamwork. Even the solo physician working alone in his/her medical office usually has a nurse to assist. If that physician is a pediatrician, the nurse may answer as many questions from concerned parents as the physician does. In the United States, the nurse in a pediatrician's office often answers more questions and provides more advice on child rearing issues than the physician. Physicians need to understand how to work effectively in an interdisciplinary teams in order to be successful in these primary care settings, as well as in more complicated, high-risk settings such as coronary care units, HIV-AIDS programs, rehabilitation medicine programs, etc. We also need to prepare physicians to collaborate more explicitly and intensely with one another. An emerging body of evidence in the United States suggests that the highest quality medical care is likely to be available when generalist and specialist physicians actively collaborate with one another in the care of patients with myocardial infarction, rheumatoid arthritis, and in many other conditions.

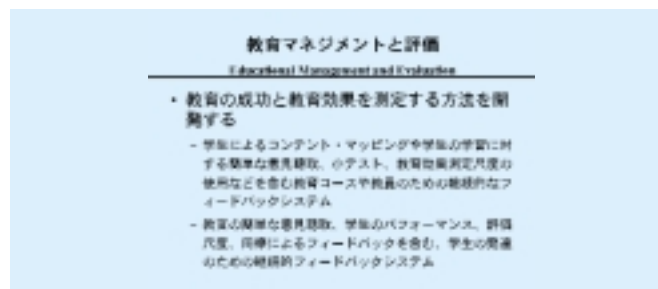


(Figure 8)

My 5th suggestion for the reform of medical education is that we begin to examine our own performance within educational systems in order to be accountable for continuous improvement in academe (Figure 8). Certain measures for performance, of



course, are already available, such as national examinations in the United States and in Japan for graduates of our schools of medicine. If we are to improve our educational processes and be accountable for the outcomes of our medical school curriculum, however, we clearly need information beyond the national examinations of direct relevance to the professional preparation of our students, on one hand, and about the effectiveness of our courses and faculty, on the other.

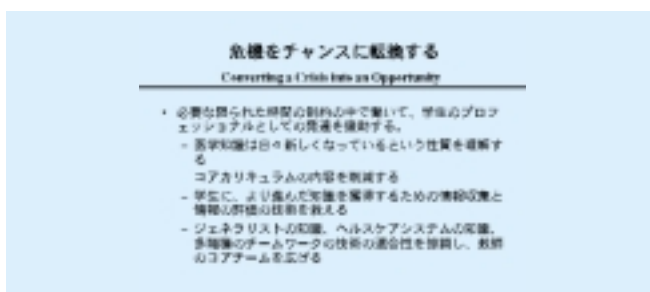


(Figure 9)

Using the same generic processes of quality improvement referred to earlier, it is possible to build continuous data gathering and feedback systems for educational systems (Figure 9). Continuous feedback systems for courses and faculty, for example, include use of student input to map content expressed and learned in lectures, qualitative measures of course quality that students experience as opportunities for brief commentary provided to course directors on the quality of lectures as a course proceeds, brief quizzes to measure directly whether the points we are most intent on assisting students to learn are being understood, and the systematic use of questionnaires for checking effectiveness measures across courses and members of the faculty. Continuous feedback systems for student professional development may include periodic one-on-one meetings for faculty feedback to students, systematic observation of student performance in key knowledge and skill areas, and even feedback to students from their peers as a part of small-group teaching.

At the dawn of the 21st century, we should consider the directions for reform in medical education. Even if we were not at a millennial transition, we would be forced to this reexamination of our educational methods and objectives by the explosion in medical knowledge. Since we might all agree that there is simply too much to be taught and learned, and also agree that the amount of time available for teaching is not going to increase, I suggest that we restrict our curricular objectives to the teaching and learning of core content. In doing so, we are likely to recognize the transient nature of considerable medical knowledge that we transmit to students today. In the very process required to specify the core curriculum, we will need to be in a rather intensive dialogue with one another about what the foundational knowledge and skills are that underpin medical practice now and into the future. Having restricted our curricular content objectives to producing the core

curriculum, we will also need to challenge and support our students to develop effective information-seeking and evaluation skills which will permit them to acquire advanced knowledge, beyond core, in specific domains of special interest to them, both during medical school and in their long careers after their formal education concludes. Finally, because some areas of new core content lie outside the expertise of current full time faculty, and because teaching in ways that produce active learning (such as small group, problem-based learning) will increase the demand for faculty effort, we will need to expand the faculty itself to include additional participants. Some of these will be generalists in community practice with expertise in clinical practice as well as evidence-based medicine. Some of them will be health care systems leaders. Yet others will be clinicians from disciplines outside medicine, such as nurses. I believe that all of these individuals can make an important contribution to the curriculum of the future, so long as we build and use systems of continuous improvement to measure and provide feedback on teaching quality.



(Figure 10)

I acknowledge that the suggestions that I have made contain formidable challenges (Figure 10). I have suggested a new dialogue to identify core content as a way to focus and reduce the size of the former curriculum. I have challenged us to take new domains of competence into the core curriculum that seem especially necessary for the effective practice of medicine in the future. I have even suggested opening the walls of schools of medicine to bring individuals into the corps of teachers who are not now part of the “geographic full time” faculty. I do not apologize for the high degree of difficulty these suggestions pose, because I believe they are all necessary changes and because I know that the Todai faculty, like our students, are at their very best when faced by great challenges.



センタースタッフ、右より 松村、加我センター長、福原、宮本

## センター日誌：2000年4月—7月

- 4月
  - 1日 センター発足
- 5月
  - 8日 センター施設工事完了、機材搬入
  - 24日 第一回センター運営委員会
  - 31日 第一回 Inuiプロジェクト実行委員会
- 6月
  - 21日 第二回 Inuiプロジェクト実行委員会
  - 29日 Thomas S. Inui 教授来日
- 7月
  - 5日 第三回 Inui プロジェクト実行委員会
  - 11日・12日 医学教育指導者フォーラム（ホテルフロラシオン青山）（福原、松村、Inui）
  - 19日 センター設立記念式典、記念祝賀会
  - 21日 Thomas S. Inui 教授公開特別講義「プライマリケア」（医学部大講堂）
  - 26日・27日 第32回日本医学教育学会（仙台市戦災復興記念館）（福原、松村、Inui）

◆このニュースレターの発行にあたり野口医学研究所に多大の御援助を頂きましたことを感謝申し上げます。

## 編集後記

表紙の写真にあるセンター前のスズカケの樹は、ヒポクラテスが医術を授けたといわれるギリシア、コス島の原木から分枝されたものだそうです。2000年以上も昔に、ヒポクラテスは「人を愛するところに、医術への愛もある」とのことばを残しました。20世紀の最後の年に発足した当センターがこの言葉を体現していくような施設になり、またこのニュースレターが活発な交流の場になるよう心より願っております。(松)

発行 2000年10月10日  
 発行人 加我君孝  
 発行所 医学教育国際協力研究センター  
 〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1  
 TEL 03-5841-3583  
 FAX 03-5802-1845  
 印刷所 株式会社学術社