

東京大学医学教育 国際協力研究センター

No.2

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. 2

International Research Center
for Medical Education

表題：海野濤山書



ベルツとスクリバの像

CONTENTS

- トーマス・S・イヌイ ハーバード医科大学教授 来日2
- Inui 先生のこと センター主任(医学教育国際協力部門長) 福原 俊一 ...3
- センターの“利根川進研究室” 医学教育国際協力研究センター長 加我 君孝 ...4
- 研究報告 医学教育国際協力研究センター助手(医学教育国際協力研究部門) 松村 真司 ...4
- 講師就任のごあいさつ センター講師(医学教育国際協力事業企画調整・情報部門) 水嶋 春朔 ...5
- 客員研究員リポート 佐賀医科大学総合診療部・イリノイ大学シカゴ校医学教育部 大西 弘高 ...6
- 客員研究員リポート 国立国際医療センター・国際医療協力局消化器科 村岡 亮 ...7
- センター日誌／編集後記8

トーマス・S・イヌイ ハーバード医科大学教授 来日

昨年7月1日より9月30日までの三ヶ月間、文部省特別招聘教授としてトーマス・S・イヌイ教授が本学に滞在した。この間イヌイ教授は当センターにオフィスを構え、医学教育に関する様々な活動を学内外で行った。ニューズレター第一号でもお伝えした本センターの設立記念式典での基調講演を始めとする数々の教育講演、教育デモンストレーション、Faculty Development 活動（富士教育研修所）、研究活動など、多くの教育活動を本学滞在中に行った。

教育デモンストレーション： 問題解決型学習

ハーバード医科大学の医学教育では、New Pathway という問題解決型教育（臨床の問題を中心に学生が小グループで自主的に学習する）を1991年よりすべてのコースに渡り採用している。イヌイ教授は東大―ハーバード交流プログラムにおいて昨年も、この小グループ教育を試験的に東京大学医学部学生を対象に一回行ったが、本年はより3週間という長い期間にわたりこの小グループ教育のデモンストレーションを行った。夏休みにもかかわらず有志の医学生8人が参加し、Evidence-based medicine という新しいトピックについてハーバード医科大学で現在実際に使用されている教材を用いて行われた。小グループの討論はすべて英語で行われ、言葉のハンディキャップと、このような自主的な学習スタイルについて教官・学生ともに不慣れなことから最初はぎこちないスタートとなったが、コースの最後には自分で学習計画を立て協調しながら学習をするスタイルに学生が主体的にかかわるようになり、このような教育スタイルの可能性を教官・学生ともに体験することができた。

教育デモンストレーション： 臨床入門

近年、OSCE（Objectified Structured Clinical Examination）がわが国でも導入されるようになったが、このような臨床技能教育をどのように企画・構築・運営するかについてのデモンストレーションが8月に計4回行われた。OSCEの概説に始まり、運営方法、適切なフィードバックのかけ方、そして評価の仕方についての説明がなされ、最後には東大教官が試験的に作成した質問・評価項目を用いたセッションが合同で行われた。本年よ

り本学でもOSCEが導入されるなか、その実際についての説明は大変有用であった。

Faculty Development 活動

イヌイ教授を特別講師に迎え、8月19日―20日に静岡県裾野市の富士教育研修所において東大医学部では初めての合宿形式のFaculty Developmentが行われた。医学部各講座からの参加者をはじめ合計30余名により、一泊二日で医学教育についてのワークショップが行われた。このワークショップにおいて、イヌイ教授はハーバード医科大学の医学教育についてのレクチャーをすると同時に、小グループ討議のコンサルタントとして各グループの指導とフィードバックを行った。



富士ワークショップにて



教育デモンストレーションにて

研究活動：教官教育評価票の開発

イヌイ教授は滞在中に、当センターの松村真司助手と共同で医学教育に関する教官教育評価票の開発研究に従事した。内外の文献検索から得られた知見と、医学部教官との数多くの討論をもとに教官評価項目候補を選定し、これらを実際の教育活動への参加観察・学生および教官からのフィードバックから得られた結果を用いて吟味して改善し、パイロットテストにより最終版を完成させた。



基調講演

イヌイ教授の最終講演

平成12年9月29日（水）、東京医学会においてイヌイ教授の最終講演、「古池や、蛙とびこむ・・・A Commentary to medical education in Today」が行われた。

この講演は、イヌイ教授と東大医学部教官の共同作業を通じて作成された東大医学教育カリキュラムへの提言の内容をもとに行われた。この中でイヌイ教授は、この3ヶ月のイヌイ教授の東大における様々な教育・研究活動を振り返ったのちに、将来の東大医学部の教育理念、教育組織体制、カリキュラム体制について具体的提言を行った。引き続き、医学教育の改革に関する9つのパラドックスとして、

- 1) Curriculum change is driven by concerns for learning, not teaching. Less is more.
- 3) Intellectual discipline is imposed by students, not faculty.
- 4) Integration depends on ignorance, not comprehensive knowledge. Senior faculty are the greatest resource, but also the biggest problem.
- 6) The best teachers are guides, not sages.
- 7) We teach by what we do, not from what we say.
- 8) In education, the limiting factor is real, not artificial intelligence. The critical function of evaluation is for improvement, not grading. をあげた。

最後に、カリキュラムの変革は知的、政治的、経済的、文化的なすべての面から大いなる挑戦であると述べ、組織としての活力は常に新しい環境への適応ができるかに依存しており、今こそ東京大学医学部が教育面においても前へ進むべき時であるとといた。

Inui 先生のこと—「Inui 語録」から

センター主任
(医学教育国際研究部門長)
教授 福原 俊一

Thomas S. Inui 教授は、2000年 7 月から 3 か月間、Harvard 医科大より文部省特別招聘教授として東大医学部に滞在されました。神経内科の金澤教授より誰か良い外国人教授を招聘したいので探してほしいとのご指示を受けた時に、相談相手として真っ先に頭に浮かんだのが Inui 教授でしたが、当のご本人がご興味を示されたのはうれしい驚きでした。

3 か月のご滞在を振り返り、東大にとって Inui 教授がこられたことの意義はわかりしれないものがあつたと個人的に感じておりますが、他の教官の先生方や学生さんはどう感じられておられるのでしょうか？ Inui 教授とは総合内科、臨床疫学、医学教育などを通じてかれこれ10年来の知己でしたが、今回これほどの期間集中してご一緒したのは初めてで、私自身も多くのことを学ばせていたのは望外の幸運でした。以下に、Inui 先生の思い出を、「Inui 語録」を交えながら書かせていただきます。

「これまで人生の岐路(二つの選択肢)に直面したとき、常に困難なほうの道を選んできた」

Inui 先生の口から発せられるとこの言葉は決して大げさではなく真実味を持って聞こえてきました。Inui 先生は Harvard 医科大学に合格しましたが、友人が納得のいかない理由で同大に不合格となったことに抗議し Johns Hopkins 大学医学部を選択したとのこと。また Johns Hopkins 大で内科の研修医をしていた期間中にアメリカインディアンの病院で働いたり、インドで 3 か月寄生虫の研究に従事しています。さらに驚くことに、研修医の期間中に同僚の Fletcher 夫妻とともに、School of Public Health から修士号を得ています。研修医終了後名門 Johns Hopkins 大で教官として残るよう言われたときは、内科と School of Public Health が密な関係にありプライマリケア重視の伝統があるシアトルの Washington 大学医学部を選んだこと、後に Washington 大学から 7 つの病院のプライマリケア部門の統括を要請されたときは、診療のみでなく研究部門を作らなければならないと主張し、初年度はこれを断ったこと(そして翌年度研究部門を併設したプライマリケア部門を立ち上げてこれを見事に成功させたこと)、Harvard 医科大学で Endowed Professorship (これは本人が望めば何歳

までも給料が保証された上で教授でいられることを意味する)でありながら、本年度よりミンガンの Fetzer 財団というあまり名前が知られていない財団の理事長として Harvard 大を去ることを決定したこと(これには Harvard 大の医学部長などは、給料を上げさせるための取引と誤解したとのこと)、などなど、彼が歩んできた道はまさにこの言葉で表現されているといつてよいでしょう。このような逸話をうかがうたびに、ともすれば楽なほう、自分に得なほうの道を取りがちな自分を恥ずかしく思いました。

「ニーズを作るのではない。ニーズを見つけ出すのだ」

現在流行のように喧しい EBM は、Inui 先生にとっては彼の 30 余年の診療と研究、教育の経緯からすれば実に自然な流れでした。EBM は規格医療、押し付け医療と誤解されがちですが、Inui 先生によれば、個々の医師には専門などにより内容こそ違え自己学習へのニーズはすでにあり、これを見つけることこそ重要である、EBM はこれを満たすように進化せねばならない、また EBM はより良い診療上の決定を患者と共同で行うための道具であるという位置付けを行っています。(EBM ジャーナル vol. 2001)

「僕はいつも礼儀正しくしてきたが、必ずしも人気者ではなかった。なぜならば自分が信じてきたことを曲げなかったからだ」

常に柔らかな表情と口調を崩さない Inui 先生ですが、先生が正しいと信じたことは、なかなか曲げることはしなかったそうです。東大 Inui ワーキンググループは、医学教育改革委員会の委員の中から選ばれた 6 人の教授で構成され、毎週 8 時に一時間、東大の医学教育改善に関する提言作りを行うために計 7 回開催されました。ここでの Inui 先生のリーダーシップは見事と言うか不思議なものでした。Inui 先生は一度も出席者に自分の意見を押し付けたことはありませんでした。まず、出席者に自分の意見を自由に発言させることから始まりました。しかし、いつの間にか、毎回の会合で何らかのコンセンサス(反対意見も残した上で)と方向性がつくられていき、最後には報告書という成果が作られ、医学教育改革委員会に報告されました。これは東大の委員による検討・改訂がなされ、最終的に Inui レポートとして結実したのです。(これを報告した講演記録は前回の NEWS LETTER に、また、完全な報告書

として冊子として印刷されています)。7 回の会合だけのこのような方法でどうして一定の結論を導き出せたのかは私にとって今も不思議なことの一つです。7 年前、Inui 先生は、Harvard 医科大学に新しいプライマリケアの部門を作るために招聘されましたが、大学から最初に与えられた seed money である 7 千万円の研究予算を 4 年間で 4 倍にすることが期待されていました。彼はそれをたった半年で達成しただけでなく、4 年後にはそれを 15 倍にしたという驚異的な実績を有しています。このように、Inui 先生は柔和でヒューマニスティックな人であるだけでなく、会議や組織を manage したり、一つの目標に向かってプロジェクトを立ち上げ、着実な成果をあげると言う卓越した才能と技術を持ち合わせた人である、と強く感じました。

以上は、Inui 語録のほんの一部ですが、これで Inui 先生の魅力の一端が少しでも伝わればと思います。

Inui 先生は、東大や日本の医学教育の現状を少しでも理解しようと精力的に東大の教官や学生と会って話を聞かれました。また、日本の文化や歴史にも深い関心をもたれ、時間を見つけては名所・旧跡や祭りなどを積極的に見学されました。松尾芭蕉の奥の細道を英訳で読んで、ご自身も英文の俳句を作られたり、古美術の本を楽しまれたりと、平均的な日本人よりも日本に詳しいと言えるかもしれません。このように日本の現状を良く観察・理解した Inui 先生が、東大の教官とともに努力してつくりあげた Inui レポートを、東大ひいては日本の医学教育の改善に向けてどのように生かしていくのかは、Inui 先生が我々に残した宿題とも言えます。Inui 先生には、今後も定期的に東大に来ていただき「宿題の進捗状況」をフォローアップをしていただくお約束をすでにいただいております。

最後に、Inui 先生のご家族と、京都郊外の福知山のお寺を訪ね、無縁仏となっていた Inui 先生のご先祖のお墓を探し当て感激した思い出をつけ加えます。



左より筆者、法鷲寺住職、老僧、ご子息(Tazo)、Inui 先生、ご夫人(Nancy)

センターの“利根川進研究室”

センター長 加我 君孝

利根川進先生が東京大学総長の蓮實重彦先生の依頼により東京大学諮問委員会に参加することになり、その間オフィスで医学教育国際協力センター内に、用意して欲しいという依頼があった。1999年にボストンで UT フォーラムがあり、東京大学を代表する先生方が研究発表を行った。その時の相手側のメンバーに利根川進先生がおられたことが今回の契機となったとのことである。蓮實先生から利根川先生へのお手紙には、東京大学に滞在してお話しして頂ければ学生や教官を大いに刺激することになるでしょうという趣旨のことが書かれ、利根川先生の御返事も、1 週間なら可能という好意的なものであったとのことである。

平成12年12月4日～8日まで、センターに利根川進研究室がおかれた。センター主任の研究室が用意された。来られる前の週までに、医学図書館の地下 1 階から 3 階までのトイレがすべて改装されたのはありがたいことであった。利根川先生は、午後 1 時から 2 時半まで、毎日のように滞在し、その日の講演のスライドの準備をされた。第 1 日目と 5 日目がとりわけ印象深かった。第 1 日目は安田講堂での講演で、講演の 1 時間前に会場を見たいと言われ、同行した。映写されたスライドの画面のサイズが小さいので、ズームアップ出来ないか、2 階が暑すぎる、演壇がステージの真中にあり、向かって左に移動して欲しい、マイクの響きはどうかなど、30 分ほど念入りにチェックされた。センターに一時引き上げる時に、安田講堂の前と三四郎池で写真を撮らせてもらった (図 1)。翌日、昨日の講演はどうであったろうかと本部の事務担当にきき「安田講堂は超満員で大変な評判でした」との返事に対して「そういうこと



図 1

でなく、内容が学生にとって良かったであらうか」という内容に関する質問であった。利根川先生の注意深い性格の例でもあった。

私がマスコミを通じてこれまで抱いていたのは“難しい人柄の学者のイメージ”であったが、実は礼儀正しい、率直でサービス精神の旺盛な科学者であった。東京大学新聞がインタビューに来るなど連日のタイトスケジュールで、慌しかったが丁寧に應對された。最後の 5 日目には、総合博物館へ向かうべくセンターを出た時に秘書の 1 人が、色紙をお願いしたところ、「創造」と書いてくれた (図 2)。

続いて私がスケジュールにはなかったが医学部標本室に御案内した。利根川先生のノーベル医学生理学賞の研究は“抗体の多様性”に関する免疫学の業績であるが、この 7～8 年は、テーマも対象も変えてマウスを相手に記憶の分子生物学と神経行動科学に取り組み、MIT の「記憶と学習」研究センターの所長をされている。農学部での講演では「免疫学者と呼ばれるより認知神経科学者と呼ばれる方が嬉しい」と言われた。早速、



図 2

“傑出人の脳”のコーナーで夏目漱石、斉藤茂吉、牧野富太郎などの脳を見学してもらった。標本室の責任者に、「どうか違いがあるの」ときかれ、「このグラフを御覧下さい。傑出人は脳の重量がやや重いのが特徴です」と述べたところ「本当？」と言われた。しばし食い入るように見つめたのは「原子爆弾によって亡くなった人々の臓器」のコーナーであった。標本室の中を交連骨格や Creutzfeld Jacob 病の脳など見ながら、「北里柴三郎の何かはないの。東大出身だろう。」と言われたのが印象的であった。小生は、この 100 年の東大医学部が生んだ偉大な人間の一人が北里柴三郎と考えているからでもある。医科学研究所の新しく出来るミュージアムには、関連の展示が計画されているという。

利根川先生が帰られて、1 週間の緊張状態から解き放たれた。先生の色紙と紅葉を背景にした美しい写真が残った。センターにとっても忘れがたい偉大な訪問者の一人であった。

研究報告

センター助手
(医学教育国際協力研究部門)
松村 真司

医学教育教育効果評価票の試み

わが国ではこれまで、医学教育に従事する教官の評価は主として研究あるいは臨床活動に対する評価が主であり、教育活動の評価は活発には行われてこなかった。しかし、教官の教育機能の維持・向

上のためには、これらの教育活動の能力に対してもできるだけ客観的な評価が行われなければならないと考える。欧米ではすでに医学教育において様々な教育能力の評価尺度が開発され、日常的に評価・点検が行われている。今回私たちは、医学教育における教官の教育効果を評価することを目的に、わが国の医学教育活動において使用することを念頭において教育効果評価票の開発を試みた。

教育効果の評価には様々な方法があるが、今回は講義・実習のどちらにも使用でき、教育を受ける当事者である学生によって短時間で記入できる自己記入式質

問票を開発することを目標とした。欧米の医学教育においてすでに用いられている項目を参考に、医学教育に携わっている教官と議論を重ね、医学教育における教育内容や教育機能の評価に必要な項目をリストアップした。これらの項目を候補に、実際の医学教育活動に参加し教官の活動を観察することによって、教育活動にとって重要であると思われる項目を絞り込んだ。また、この過程の中で学生および教官からの数回にわたるフィードバックを得て、項目を選択・改善した。

これらの項目を用いてパイロットテストを行い、表面妥当性の検討と改善、計

表1 医学教育効果評価票の項目

熱意
 学生に対する理解と尊重
 学生の指導とフィードバック
 学生の授業・実習への積極的参加
 知識・論理力
 新しい手技や技術の教育
 質問のしやすさ
 教材の効果的使用
 内容のわかりやすさ
 学生にとっての難易度
 知的好奇心の刺激
 知識の増加

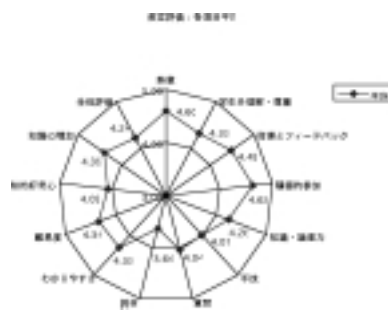


図1 教官へのフィードバックのためのチャート例

この評価票の使用にあたっては、学生から得られた各項目の平均スコアを用いてフィードバックすることにより、教官個人の教育能力の向上に用いることをはじめ、これらの12項目は全体の総合評価と強い相関を持ち、強い内的整合性を保っているため、サマリースコアを計算することで、このスコアを Faculty Development Program などの介入による教育効果改善の判定のアウトカムとして用いることも可能である。

量心理学的な検討の末、最終評価票を完成させた。完成した医学教育教官評価票は、12項目の担当教官および教育内容についての評価、および1項目の総合評価

の13項目および自由記述の評価から構成されている(表1)。

講師就任のごあいさつ



センター講師
 (医学教育国際協力事業企画調整・情報部門)
 水嶋 春朔

この度、11月1日付けで、医学教育国際協力事業企画調整・情報部門(講師)に着任いたしました水嶋春朔です。どうぞよろしくお願い申し上げます。

主な研究関心領域は、循環器疾患を中心とした生活習慣病の疫学、予防医学、根拠に基づく健康政策(EBHP)の推進です。

国際協力に関連する経験としては、2年間の内科臨床研修後、6年間(平成1~7年)にわたって循環器疾患の一次予防に関するWHO国際共同研究センター(家森幸男センター長;平成5年3月まで島根医科大学、平成5年4月以後京都大学)において栄養と循環器疾患に関するWHO国際共同研究(平成5年にベルツ賞受賞)にたずさわって、世界25ヶ国60集団における24時間尿などによる栄養評価と血圧や対象集団の循環器疾患死亡率などとの関係について疫学横断研究を実施してまいりました。対象者数は1万人を超え、現在も共同研究として続けております。

実際に自分でもブラジルに3回、ハワイに2回、ネパールに1回など海外現地で疫

学調査を実施いたしました。またロンドン大学留学を経て、母校の横浜市立大学医学部公衆衛生学教室に在任した4年間には、カンボジアにおけるHIV流行に関する行動疫学調査、HIVの医療費に関する日英国際共同研究なども経験しました。

JICAなどの短期・長期プログラムの専門家として派遣されたことはなく、医療分野の国際協力の経験はありません。しかし地域集団の健康状態を客観的な指標で評価し、地域のニーズを把握(地域診断)する疫学調査研究の経験を生かして、相手国のニーズにあった有効な医学教育領域における国際協力のプログラムを検討し、効果的な専門家のチーム編成をすることなどに微力ながら貢献していきたいと思っております。

さて医学教育国際協力事業企画調整・情報部門の業務は、医学教育分野における国際協力に関する情報収集および人材などのデータベース構築が主なものとなりますが、具体的には、次のような計画を進めていきたいと考えております。

- (1) 途上国の医学教育関連の国際協力ニーズアセスメント
- (2) 国内外の国際協力機関による既存の国際協力プログラムのデータベース構築、ネットワーク形成
- (3) 国際協力の主要な対象国における医学教育機関に関する情報収集
- (4) わが国の医学教育機関に在籍し、国際協力の経験や興味がある人材、さらに今後対応可能な人材に関するデータベースの構築

特に(4)の人材データベース構築は、最新情報の更新を逐次可能とするために当センターのホームページを整備して、Web上で情報登録や登録データの更新が可能なシステムを開発し、また同時に医学教育分野における国際協力に関する様々な情報を入手できるような双方向性

のダイナミックな場を形成していきたいと考えております。

関係の先生方の御指導、御教示をいただきながら、医学教育国際協力事業企画調整・情報部門を発展させていきたいと願っております。暖かい御支援、御鞭撻の程、よろしくお願い申し上げます。

略歴

水嶋 春朔(みずしま しゅんさく)

1960年5月26日生

1987年3月 横浜市立大学医学部医学科卒業

1987年6月 横浜市立大学医学部病院第2内科研修医

1993年3月 島根医科大学大学院医学研究科博士課程修了(循環器疾患の一次予防に関するWHO国際共同研究センター)

1994年10月 京都大学大学院人間・環境学研究科国際予防栄養医学講座助手

1995年4月 ロンドン大学衛生学熱帯医学大学院客員研究員

1996年4月 横浜市立大学医学部公衆衛生学講座助手

主要著書

・G Rose 著、曾田研二・田中平三監訳、水嶋春朔、中山健夫、土田賢一、伊藤和江訳：予防医学のストラテジー 生活習慣病対策と健康増進。医学書院、1998。

・水嶋春朔著：地域診断のすすめ方 根拠に基づく健康政策の基盤。医学書院、2000。

客員研究員レポート

佐賀医科大学総合診療部
イリノイ大学シカゴ校医学教育部
大西 弘高

イリノイ大学シカゴ校大学院医療者教育学コースについての紹介

佐賀医科大学総合診療部の大西弘高と申します。医学教育について学んでおりましたが、機会あって2000年7月末よりイリノイ大学シカゴ校大学院医療者教育学修士課程(Master of Health Professions Education: MHPE)に派遣いただけることとなりました。このプログラムとこれを統括する医学教育部について簡単に紹介したいと思います。

まず医学教育部(Department of Medical Education: DME)についてですが、1959年に発足した非常に歴史の長い部署です。そして、医学教育に関し、シカゴ地域、アメリカ全土、そして国際的な活動の全てに尽力し、WHOの協力センターに認定されています。Faculty memberは常勤が15名です。このうちMDを持つのは2名のみで、他は教育学、理学、哲学、心理学の博士号を有しています。

医療者教育学コース

医療者教育学のコースは、(1) Current Issues in Health Professionals Education (HPE), (2) Instruction and Assessment, (3) Curriculum in Planning and Program Evaluation in HPE, (4) Organization and Management of HPE Programs という4つのコア・カリキュラムと選択科目、そしてプロジェクトまたは卒業論文という構成になっています。ここで言う医療者とは、医師、歯科医、薬剤師、看護師や助産士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、骨学医、臨床検査技師を含んでおり、クラスには医師以外の学生も少数ですがおられます。

授業形式は、On-Campus と On-Line に分かれています。共に、本来の職務を離れることなく参加することが可能な形式になっています。On-Campus 授業は1週間か2週間の短期集中的なものであり、多くの学生は国内外からシカゴの滞在用ホテルに泊まって参加します。On-Line 授業は期間中に大学に行く必要は全くなく、全世界からインターネットにアクセスして参加することが可能です。読まなくてはならない論文も全て PDF ファイルとしてダウンロード可能ですし、質問、ディスカッションなども全て Web 上の黒板に書かれる形になっています。ただし、毎年7月末に大学で行われる On-line Residency Conference には出席しなければなりません。

私は、すでに上のコア・カリキュラムのうち(2)と(1)をそれぞれ On-Campus と On-Line で修了しました(まとめの Paper はまだ書いていません)。その様子を少しお伝えしたいと思います。

医療者教育学コースの実際

まず、7月31日～8月11日の2週間で、Instruction and Assessment の授業を受けました。このコースは、教育技法についての知識を深めると共に実践する、教育評価について理解し慣れ親しむという行動目標で行われました。クラスは20名でカナダ、アメリカ、チリ、ルーマニア、ナイジェリア、エジプト、サウジアラビア、パキスタン、インド、タイ、日本の11ヶ国から学生が集まっていました。

教育技法については、授業の形態が毎回意識的に変化されており、講義以外に小グループディスカッション&プレゼンテーション、ディベート、ロールプレイ、小プロジェクトなど多くの形態を実感することができました。技法の選択については教育目標と関連する部分が多く、行動目標が具体的になれば適切な技法がある程度限定されるという関係も理解できました。例えば、目標として想起レベルの認知領域に重点が置かれているなら講義や読み物がコスト的に効率がよいのですが、解釈、問題解決のレベルに達するためにはディスカッションや小プロジェクトがよいというようなことです。

教育評価は、ここでは教員評価やカリキュラム評価を含まず、学習者評価を指しています。Multiple Choice Question の作り方やその理論、質問票と心理測定、標準模擬患者による教育や評価が論議されました。また、全体が絶対評価組と相対評価組に二分され、相対評価を受けたMHPEの学生が評価形式の改善を求めて教官を訴えるという形の「模擬裁判」が行われるという授業もありました。

最も大変だったのは、全体が4つの班に分かれて2時間の教育的プログラムを行うという小プロジェクトです。我々は問題基盤型学習と関連の深い自己志向型学習を選びましたが、基盤となる成人教育理論についての知識がなかったため全く右往左往してしまいました。私は、結局20分の持ち時間でプライマリ・ケアに関する継続教育をインターネットを用いてどのように構築するかというディスカッションを取りまとめようとしたのですが、非常に熱心な討議を収束させるのに必死となり結論に至ることはできませんでした。

全体を通じて非常に印象的だったのは、日本ではディスカッションを盛り上げるためにかなりいろんな工夫をする必要があるのに、このクラスではいつも時間が足りなくなるギリギリまでディスカッションに時間が費やされていくということです。また、すでに大学医学部で教

授職という人もおられ、そういった方の知識と経験に富んだ発言は私のような若輩者にとっていろいろな意味で参考になりました。

On-Line コースの実際

次に、8月21日～12月1日の15週間で Current Issues in Health Professionals Education を On-Line で受けました。ここで扱われた話題は、社会背景と医療者教育、教育者の評価と昇進、入学選抜法、異職種間協力(例えば医師と看護婦など)の教育、根拠に基づくヘルスケアの教育がメインの話題で、他に測定値の相関、信頼性と妥当性、教育介入研究、教育に関する総説やメタ・アナリシスが補助的な話題でした。参加者は16名でしたが、それぞれと顔を会わせることがないため、簡単な自己紹介のページかディスカッションを通じてしか相手を伺い知ることができないということになります。

On-Line のクラスは、一つの話題について1～2週間が費やされます。まずは金曜日に学習内容や宿題が発表になり、週末に論文をプリントアウトして読み、週明けに個々のまとめをします。それを基にして、メインの話題なら4つのグループに分かれて1週間、補助的な話題なら1対1のペアが決められており2日間のディスカッションが行われます。ディスカッションとは言っても、Web上の黒板に掲載された他の学生の意見に対し、フィードバックするという形になります。最後に、金曜日に教官がまとめのコメントを出し、学生がそれをチェックするという形で一つの話題が一段落します。

On-Line 授業でのディスカッションについて感じたのは、私が属している日本の医療系メーリングリストと比べて、やや盛り上がり欠けたということです。恐らく、世界各地の違った考えの学生が集まっているクラスであり、互い打ち解けた雰囲気ではないことが問題だったように思います。日本でも On-Line 教育が大学院教育に利用されつつあるようですが、アイスブレイキングのための対策は今後重要になるだろうという気がしました。

今後、他のコア・カリキュラム授業や選択授業、そして論文記載のための研究プロジェクトなどまだまだ盛りだくさんの内容が残っています。このMHPEプログラムに参加する日本人は初めてということであり、なるべく多くのことを学んで、日本の医学教育に活かしていきたいと考えています。更にMHPEプログラムやイリノイ大学シカゴ校医学教育部に興味をお持ちの方は、

<http://www.uic.edu/com/mcme/> をご覧いただくか、直接ご連絡(e-mail: oonishih@post.saga-med.ac.jp)いただければ幸いです。

客員研究員レポート

国立国際医療センター
国際医療協力局／消化器科
村岡 亮

私は厚生労働省管轄の医療機関で国際医療協力を専管とする国立国際医療センターの国際医療協力局で消化器内科の臨床・基礎研究と発展途上国を中心とした外国人医療関係者受け入れ研修のコーディネーションおよび途上国現地における医学教育システム構築に関わっています。

以下は、外国人医師受け入れ研修の問題点に関して検討した研究で、これは第13回国際保健医療学会総会シンポジウムに発表した。

我が国の医学国際協力のあり方

近年、ODAの重点が開発援助のハード面よりソフト面に移行しつつある中で、開発途上国人材養成を目的とした受け入れ研修の必要性はますます高まっている。【目的】過去11年間における当センターでの途上国医師受け入れ研修の問題点を明確にし、今後の研修プログラム改善の方向を探る。【方法】受け入れ研修における問題点を、研修生選抜、日本における研修内容、帰国後フォローアップの3つのステップに分けて解析し、問題点およびそれらに対する解決法について考察した。【結果】(甲)選抜：多くの場合研修受け入れ側施設が直接研修生を選抜する事は不可能で、途上国政府推薦者には基礎的医学知識、語学力、動機などの点で不適当な者が含まれていた。(乙)日本での研修：研修生側の高度医療技術志向と指導者側の途上国医療への理解不足が結びついて、現地医療ニーズと医療経済を無視した高度先進医療主体の研修を行うことが多くみられた。また、多忙な日常診療の中で指導医が途上国医師のために十分な時間を割くことができず、研修効率を高めることが困難な例が多くみられた。PHCや地域医療研修など途上国において重要度の高い研修を行うための研修環境が不十分である。(丙)フォローアップ：帰国後所在不明なものが半数以上いた。研修が途上国医療のレベルアップにどの程度貢献しているのかが不明であった。【結論】このような問題点を解決する具体的方法として、(甲)選抜：現地政府より研修定員の3倍以上の候補者を推薦させ、受け入れ施設が最終選考を行う。選考に関して、研修に対する目的意識の明確さ、語学力、基礎的医学知識の程度を確認できるよう、選抜に用いる提出書類の様式を工夫する。(乙)日本での研修：来日直後における研修生、指導医、研修コーディネーター3者出席のヒアリングで、研修生の個人ニーズ、出身国の医療事情と研修内容とのマッチングを注意深

く行い、研修の到達ゴールにする認識を共有する。研修指導者を組織ぐるみで支援するため、労力に応じたインセンティブの供与や受け入れ期間中の他業務軽減などを考慮する。(丙)帰国後フォローアップ：長期フォローアップを可能にする体制の確立と、日本で受けた研修が現地医療にどのようなインパクトを及ぼしたのかを評価するための客観的指標の開発が必要である。

「医師卒後臨床研修制度をどのように改善するのか？」

－米国の臨床レジデント選抜制度（NRMP：National Resident Matching Program）に学ぶこと－

一方、国際協力事業の傍ら、欧米医療先進国の医師卒後臨床研修システムについても調査研究を進めてきた。最近では米国の臨床レジデント選抜制度（NRMP：National Resident Matching Program）と医師卒後臨床研修プログラム認証制度について特に強い関心を持って調査・研究を進めている。このうち本文では、NRMPについての調査結果の一端を披露したい。

1. 我が国における医学部新卒者の研修プログラム選択の現状：

我が国における医学部新卒者の研修プログラム選択においては多くの改善すべき点が指摘されている。第一に研修プログラム内容に関する情報公開が遅れているために応募者の自由選択が制限されていること、第二に研修プログラムの公平な認証システムが存在しないため、プログラムの優劣が客観的にわかりづらい事である。これらの結果として、応募者からみると各研修プログラムに関する客観的評価の情報が入手しにくく選択枝が自ずと限られてしまう結果、自分の出身大学での初期研修が圧倒的に多くなっている。選抜のプロセスと基準が不透明で「コネ」が大きく幅を利かせており、医局や病院の都合を優先した選抜が行われるためにプログラム選択の自由が阻害されている。さらに、採用時期がまちまちであるため複数の病院を掛け持ち受験する必要のあることなどの問題が生じている。いわば、医学部新卒者は十分な情報に基づいて自由に研修病院を選択しづらい状況にあり、研修病院選択におけるインフォームドコンセントが成立していない現状にある。また以上の結果として、研修プログラム間に競争原理が働かず、若手医師の全国的な人事交流がおこりにくいという問題点も指摘されている。

2. 米国におけるNRMP発足の経緯：

米国でも1950年代初頭まで現在の日本と同様に「レジデント志願者および研修プログラム側の双方において全ての選択枝が検討される以前に就職先を最終決定せざるを得ない混乱した状態」(NRMPパンフレットより抜粋)であったが、これを回避するために1952年以来、National Resident Matching Program

(NRMP)と言われる制度を用いて全国規模で医学部新卒者のレジデント選抜を行うようになった。私はこの制度を研究することが我が国における研修医選抜制度改善の方向性を模索するために有用ではないかと考え、調査を行った。

3. NRMPの組織、方法、利点、欠点：

NRMPはAssociation of American Medical Colleges (AAMC)により運営されており、米国全体の医学部、病院協会、専門医協会、医学生代表等が運営に参加している。レジデント志願者が各研修プログラムに対して直接応募を行った後、志願者側および研修プログラム側は各々相手に対し希望順位をつけてNRMPへ報告し登録を行う。例年3月中旬にコンピューターマッチングによる順位決定がなされ、全国一斉に応募者と研修病院へ通知されるシステムである。いったん登録したら応募者・研修病院とも就職に関してはNRMPの決定に従わなければならない。NRMPの利点は、□応募者—プログラム双方に対する自由選択の保証、□研修プログラム内容の標準化促進、□研修プログラム相互間に競争原理の導入、□全国規模の医学部卒業生拡散による学閥形成の抑制、等である。欠点は、□各研修プログラムの定員枠のため、希望するプログラムまたは地域で研修を受けることが時に不可能、”規定に反したNRMP枠外での交渉、等である。

4. NRMPと臨床研修プログラム認証制度：

本制度は応募者に対しては公平な選抜とプログラム選択の自由とを保証する制度であり、逆に研修プログラム実施側から見た場合には質的充実に見合った人材を確保できる制度であるといえる。したがって、正しく運用されればいずれの側にとってもメリットは大きい。本制度はACGME（米国卒後教育制度認定協議会）による研修プログラムの評価認証制度による質的保証に立脚した制度であり、本制度を我が国に導入するのであればこれに先だって、第三者機関による臨床研修プログラム認証制度を整備しておくことが必要であろう。

5. 我が国における医師卒後臨床研修改善のための展望：

従来より医師卒後研修制度の改革を提唱してきた人は多い。しかしながら、従来議論のみに終始して、予算、人事、ハードウェアを伴った持続性のある具体的なビジョンとアクションプランの提示は少なかった。改革の過程では現在の大学医局を中心とした人事制度に抜本的なメスを入れる必要も生ずるであろうから大変な作業であるが、日本の臨床医学のレベルを世界のトップに引き上げるためにはどうしても通過しなければならないステップであろう。医学教育関係者のなお一層の努力と厚生労働省および文部省の強力なイニシアティブを期待したい。



左より、平田、宮本、加我センター長、福原センター主任、水嶋講師、松村助手

センター日誌：2000年 8 月 12月

8 月

- 8 日 セミナー「医学教育と国際協力」開催
- 18日・19日 東京大学医学教育ワークショップ（富士教育研修所）
- 23日 第3回 Inui プロジェクト実行委員会

9 月

- 6 日 第2回センター運営委員会
- 20日 第4回 Inui プロジェクト実行委員会
- 27日 東京医学会 Inui 教授最終講演

10月

- 18日 第3回センター運営委員会

11月

- 1 日 水嶋春朔 講師着任（医学教育国際協力事業企画調整・情報部門）

12月

- 4日～8日 利根川進 MIT 教授 センター訪問

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

おかげさまで、ニュースレターの第2号を無事発行するに至りました。平成12年11月より水嶋春朔講師が新たにスタッフに加わり、当センターの活動もますます活気に満ちたものになってきました。本号の表紙は、センターのあります医学総合中央館の東側に位置する、本学創立間もない頃に活躍した医師、ベルツとスクリバの像です。100年以上前に、母国を離れ、遠く異国の地において医学教育に携わった二人の像を見ていると感慨は一層深くなります。医学教育における国際協力を遙か昔に実践した彼らの視線は今も本学医学部附属病院へと注がれています。（松）

発行 2001年2月28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