

世界の医学教育と国際交流*1

西園昌久*2

1. 医学教育改革の潮流

次世紀へ継承すべき今世紀の人類のなすとげたことは、人権擁護と科学技術のもたらした幸福の2つといわれる。医療や保健はまさにこの2つの原則を原動力とし、ニーズがたかまっている。しかし、医療もまたその国の文化、伝統、政治・経済体制、ことに医療保険の有無、その内容に大きく規定される。WHOが「2000年までにすべての人に健康を」と宣言してプライマリ・ヘルスケアの最重要性を訴えたのも、医療や保健の面での人権尊重を重視しようとしたことにほかならない。経済的に豊かな国では、これまでその経済力を背景に科学技術の爆発的発達を取り入れた医療の専門化、超専門化が追求された。その結果、医療経済の困難性、ことに医療保険の経済面での破綻が現実味をもって心配されるにいたった。こうした状況のなかで、人権にねざした医療・保健ニーズ、医科学技術の進歩、そして経済性、あるいは経済効率などの諸要因の調和をはかって自然発生的ではなく、計画的に供給される医療・保健がデザインされ、それに適切な医学教育が創造されることが求められるようになった。

求められる改革の方向は同じでも、先にも述べたように、その国の医療や医学教育はその歴史、伝統、制度、文化の事情がいろいろなので、世界の医学教育の改革の現状はさまざまである。共通するのは現状をいかに変えるかという要請に直面していることである。そのなかにあって、世界の

医学教育の改革に大きな影響を与えているいくつかの潮流をあげるとしたら、1) WHOとその外郭団体 NGOとしての WFME (World Federation for Medical Education)、世界医学教育連盟、そしてその構成組織である世界6地域の医学教育連合、2) 英国の GMC (General Medical Council)、英国医学協議会、3) 米国の AAMC (Association of American Medical Colleges) などであろう。そうした医学教育改革についての発信をわが国がどのように受信しているか、著者がかかわったことを中心に報告したい。

2. WHOとWFME、そしてその関連団体の医学教育改革への取り組み

1) WHO

WHO(1995)はその第48回世界保健総会で「すべての人びとのための医学教育と医療の再調整」という決議を採択している。その中で、医学校は現在の医療・保健供給の現場のニーズの変化に対応するとともに、プライマリ・ケア指向のサービスのできる一般医の精神と役割に医学教育の基本をおくような改革をなすべきで、そのために学科の別を超えた教育 multidisciplinary education が採用されることが求められるとしている。WHO自体としては、医学校と他の教育機関がその方向に向けての能力の強化を可能にするガイドラインとモデルを開発することを支援するとしている。

2) WFME (World Federation for Medical Education)

いったん、消滅していた WFME を再生させた Dr. Henry Walton は、「エディンバラ宣言」(1988)、その追跡調査をもとにした「医学教育世界サミット・コミュニケ」(1993)を採択するのに

*1 Medical Education in the World and their International Exchanges

キーワード：世界保健機関、世界医学教育連盟、英国医学教育協議会、マネージド・ケア

*2 Masahisa NISHIZONO 福岡大学医学部精神医学教室

成功した。同時に、WFMEはWHOのNGOとしての機能を十分に発揮するために、WHOの世界の中の6つの地域事務局ごとに地域組織をつくった。WFMEの会長をDr. H. Waltonから引きついでDr. Hans Karle(デンマーク)は事務所をコペンハーゲン大学に移し、新しい時代に入った。1997年9月に開催されたヨーロッパ地域医学教育連合(AMEE; Association for Medical Education in Europe)の年次大会の折にWFMEのワークショップと委員会とを行った。その際の議事録から世界の医学会の現状についての報告と今後のWFMEの方針について要約する。なお、この会議には筆者も出席した。①アフリカ地域(Van Niekerk教授); 56か国, 66医学校で地域連合は構成されている。1995年に地域大会が開催されたがWHOの経済的支援によるものであった。アフリカには英語圏, フランス語圏, ポルトガル語圏の医学校があり言葉が通じない。さらにまた、電子装置器械の破局的欠乏で情報技術の立ち遅れが基本的問題となっている。②アメリカ地域(Dr. Pulido); 12か国, 359医学校で地域連合は構成されているがすべての医学校が加盟しているわけではない。米合衆国のような医学校開設許可制度はない。しかし、多くの医学校はコミュニティ指向の保健プログラムを取り入れている。③東地中海地域(Saad Hijazi教授); 言語の問題に加えて政治問題があって地域連合の活動は困難。さらに、金銭目あてのあたらしい医学校があらわれて医学教育の質を損なっていることと以前のソビエトからの難民医師がながれこんできているのが大きな問題になっている。④欧州地域(Dr. Nystrup); ヨーロッパ地域連合は医学教育ガイドラインを出版した。他地域の報告とちがって、保健政策よりも医学教育の科学に活動の比重をおいている。したがって、WHOヨーロッパ地域事務局との関係は現在では弱い。⑤東南アジア(Dr. Abeykoon); この地域連合は7つの国の学会から組織されているがそのコミュニケーションは困難。⑥西太平洋地域(Dr. Yong Il Kim, Dr. 西園); この地域には28か国があり、2年ごとに地域会議を行ってきた。問題の点は経済的困難、言葉の障壁、それに西洋医学と伝統的医学の関係である。Dr. Karleは医学校水準で医学教育の再調整をするために

WFME国際協力プログラムを作成することを提案した。そしてそれが医学校の設置基準にとり入れられるべきことを強調した。

3. 英国の状況

英国の医学教育はGMCを中心に立案・評価されていることは先述の通りである。GMCの活動で特記すべきことは、英国の卒前医学教育のさらなる改革を謳った“Tomorrow's Doctors”(1993)である。わが国の医学教育振興財団の主催で医学教育指導者フォーラムに例年招待されてくる英国からの講師は、人はかわっても話の内容はこの“明日の医師”で勧告されたものいかにそってそれぞれの大学で改善がはかれたか、ということでは異口同音である。そのように、現在の英国の医学教育の改革の方向に影響を与えている“明日の医師”では、まず卒前医学教育のgoalsとobjectivesが定められている。前者には知識・理解、技能、態度が明記されている。後者では、knowledge objectivesとして、a) 医学の基礎となる科学(知識の発見、研究方法の理解、証拠を評価する能力)、b) 医師が直面させられる問題とその解決法についての認知、研究、治療予防、c) 精神的、身体的いづれもの過程としての疾患、d) すべての年齢の患者への疾患のあらわれ方、患者の反応、社会的文化的集団にちがってあらわれる疾病行動、e) 環境・社会的要因、f) 疾患予防と保健、g) 治療の原則(急性病の管理、薬、慢性疾患や生活障害のケア、社会復帰、入院、地域ケア、疼痛管理、臨死ケア)、h) 生殖、i) 人間関係、個人、地域、j) コミュニケーションの重要性(患者とその家族、他の職種)、k) 医療にかかわる倫理と法律問題、l) 保健に関する団体など、skills objectivesとしては、a) 基本的臨床技能; i) 総合的病歴聴取と記録、ii) 理学的検査の実施と精神所見評定、iii) 上記からの所見の判断、iv) 仮の診断にいたりさらに探究や治療を立案する方式をつくりだす、b) 基本的臨床処置などが、attitudinal objectivesとしては、a) 患者や同僚への尊敬、b) 患者の権利の尊重、インフォームド・コンセント、c) 積極的学習、d) 不確かさに耐える能力、e) 道徳、倫理の自覚、f) 患者のケアの質への自覚、g) 自己点検、ピュアレビ

ューの能力, h) 個人の能力の自覚, i) 予防や保健を通じて個人としての患者ばかりでなく地域に貢献する職業的能力を活用する意志, j) 変化に適應する能力, k) 生涯学習, l) 進歩する医学知識を普及する責任を受容する, などが含まれている。こうした goals と objectives に達するため, カリキュラム主題, 評価法などが明記されている。カリキュラム主題には, 臨床的方法・実践的技能・ケア, コミュニケーション技能, 人間生物学, 疾患, 社会の中の人間, 公衆衛生, ハンディキャップ, 生活障害とリハビリテーション, 発明; 研究と実験があげられている。これらの主題に学科の別を超えて協力して教育にあたり, また地域の中での教育もすすめられる。この“明日の医師”は現在, 英国の医学校に強いインパクトを与えている。

4. 米国の状況

毎年, 医学教育振興財団が主催している医学教育指導者フォーラムの講演会にはこのところ英米の医学教育界を代表する人を招聘して行われている。なかでも 1997 年のハーバード大学の M. Rosenblatt 教授とイギリス・レスター大学の F. Harris 教授の講演は, 現在の米英両国の医学教育の状況を浮彫にするのに十分であった。米国の Rosenblatt 教授の講演は, 会に出席していたわが国の医学教育指導者たちにつよい衝撃をあたえた。「臨床教育における挑戦と機会」と題する講演は, 最近の米国の医療経済の変化に対応して, ハーバード大学で 1996 年に採用された新カリキュラムについてであった。それは現在, 民間医療保険会社が医療, ことに入院の日数や治療内容に大きな影響力を及ぼすいわゆる managed care が採用されて, 医療の主体は入院から外来へ, そして医師の“生産性”がチェックされ, それらが教育の場所と時間とに圧力を及ぼす, という医学教育をめぐる環境の変化に挑戦しようとするものである。具体的には, 入院では, ①限られた重症の疾患に限られ②入院前に診断し③短期入院④その後の追跡はほかの場所でなされ⑤レジデントと医学生とちがった焦点を準備せねばならない, などの問題があり, 外来では, ①限られた時間の中での治療②広範囲の患者をあつかって専門医の活用が

減っている, などの問題がおきているという。そこで, 採用された新“中核”臨床カリキュラムでは, ①医学教育の 1/3 は外来に移す②プライマリ・ケア経験の用意③患者/学生中心の保証④上級教員が“役割モデル”を示す⑤患者の多様性とケア場面に遭遇させる⑥ I II 年と III IV 年を関連させる⑦コース目標, 内容, 評価の方法を明確にする⑧臨床教育改革⑨教員のトレーニングなどである。筆者には, ハーバード大学が医学教育の目標としての専門医指向から, プライマリ・ケア医師へと切り換えたのではないかとしか思えなかった。質問でたしかめたところによると, まさしくそうであるとの返答だった。今日のアメリカ医療経済のシステムの変更が医学教育へ与える影響は, はかり知れないと考えられる。

5. 国際交流

グローバリゼーションが自明のこととなった今日, 医学教育の分野でも個人のレベルから組織のレベルまでいろいろにすすんでいる。しかし, 筆者の印象では個人のレベルではともかく, 組織のレベルでは外国に教わることばかり多く, 医学教育改革の理念にしても, その実践の技法にしても, わが国が発信地になるものは今のところほとんどない。いまだ輸入文化であり翻訳文化である。そうした自己評価をした上で, 国際交流の実際について述べることにする。

1) 本学会の国際交流

本学会には国際交流委員会(現在の委員長; 紀伊國献三)が設けられているが, その委員会活動の 1 つは日韓医学教育協力事業であろう。1996 年 2 月には, 東京で韓国医学教育学会の会長 Yong Il Kim 教授はじめ代表 19 名の参加を得て会議がもたれた。1996 年 9 月には, ソウルで AMEWPR 西太平洋地域医学教育連合と韓国医学教育学会共催の会合にわが国から鈴木淳一(前本学会会長), 紀伊國献三, 西園昌久(当時, AMEWPR 会長)が参加した。1997 年 7 月の金沢市での本学会大会には, 韓国側から Kim 教授と現会長 Keun Lee 教授の出席があった。日韓両国の医学教育改善についての共同研究は, 今後発展するであろう。

2) 医学教育振興財団

先にも述べたように, 医学教育振興財団は医学

教育指導者フォーラムを例年1回開催し、テーマにふさわしい著名な医学教育者を招いている。詳細については医学教育振興財団の項で報告されるので、省略する。この財団の主催する地区医学教育シンポジウムでも、1997年倉敷市(川崎医大)で開催された第3回中国四国地区シンポジウムには、「地域指向のプライマリ・ケア教育の充実」のテーマにふさわしい英国ニューキャッスル大学 B. R. McAvoy 教授が招かれて基調講演を行っている。

3) 日中医学協会

卒後レベルの研究者・研修生の受け入れは1987年から始まり、10年に1,000名計画で実施されてきたが、それが完了した後、あらたにこの事業は継続されることになった。また、以前来日し、研究や研修に従事した人でも、帰国後業績をあげた人には再度この奨学制度を活用できると聞いている。

4) その他

上記のほか、野口医学研究財団、日米医学医療交流財団、国立国際医療センター、そのほか、大学レベルの交流がある。また、文部省の外国からの留学生増加政策で医学部にも入学者があるが、その数は決して多いものではない。

国際交流は主に人の往来に関するものであるが、同時にどのような内容が影響しあっているかも考えねばならない。そのような視点から、2つのことをあげておく。その第1は、わが国における OSCE (objective structured clinical examination) への関心のたかまりである。OSCE は、英国ダンディー大学 R. M. Harden 教授によって開発されたものであり、本来、学生の能力の評価法であるが、同時に指導学習法にもなる。わが国では基本的臨床技能法と訳されているが、著者の理解するところでは、structured が重要であると思う。もう10数年も以前に Harden 教授は医学教育振興財団の講習会に招かれて来日し、この OSCE について講演した。多大の感銘を与えたが、講座中心主義のわが国では受け入れられなかった。しかし、現在、米国の医学雑誌にも登場する。わが国でようやく、しかも勢いをもって普及しはじめたのはよろこばしいことである。しかもその普及には、伝えきいた医学生がそれぞれの大学にその

ような機会を求めることが契機になっていることは注目してよいことである。第2の点は、人間性教育である。生活者としての患者についての理解があってはじめて、保健や医療はなりたつ。また、医の倫理は医学教育に不可欠な要素となっている。医学教育における人間性の問題がいつそう意識されねばならない。本学会でも人間性教育ワーキンググループ(委員長; 徳永力雄)が設けられている。医学校で一般教育とカリベラル・アーツを論じるのはわが国だけかと思っていたら、決してそうではない。韓国亞洲医大(学長; Ho Young Lee 教授)は1997年5月ソウルで「医学教育における人間性と倫理に関する東アジアシンポジウム」を開催し、筆者も招かれたが、韓国でも大きな新しいテーマになっていることを知った。WFME と関連して出版されている「Medical Education」誌の最近号には、グラスゴー、ダンディー、アバディーンなどの大学で、GMC の core curriculum に加えて、特別研究モジュール Special Study Module (SSM) Humanizing Medicine : a special study module という論が取り入れられたことが報告されている。その目的は医学生の人間性教育で、医学部の教授と文学部の教授とで、人類学、疾病、疾患、障害、医師、患者、死・臨死と死別、倫理などのモジュールがあって、主として教材として採用された古典が掲げられている。この点ではわが国が長年積み重ねた経験をもっているはずであるが。

文献

- 1) Dowrie RS, Hondry RA, Macnaughton RJ, et al : Humanizing medicine : a special study module. *Medical Education* 1997, **31** : 276-280
- 2) General Medical Council (U. K.) : Tomorrow's Doctors, Recommendations on Undergraduate Medical Education. December, 1993
- 3) Rosenblatt M : Challenges and Opportunities in Clinical Education. 医学教育指導者フォーラム講演会(講演稿集), 医学教育振興財団, 1997
- 4) WHO : Reorientating Medical Education and Medical Practice for Health for All. *Agenda item* 1995, **18** : 48, World Health Assembly