

連載 新医学教育学入門 番外編

—マレーシア国際医学大学視察報告記 前編—

寺嶋吉保 (徳島大学医学部・医学教育統合支援センター主任, 消化器外科)



●国際医学大学

で紹介された国際協力で構築中のIVIMEDSよりも早い完成を目指している)7)有料貸し出し制の図書館。8)医学博物館(Medical Museum):解剖実習の代わりに模型を充実。9)教官組織もユニーク(教授などの「肩書き」と責任や権限が分離しており、教授会はなく、教官会議で進級判定も行なわれる。)

カリキュラムの紹介

Phase 1 臨床前教育(semester 1-5)2年半 半期ごとに150名前後が入学、約800名弱が本校に在籍している。Phase 2 臨床実習(semester 6-10)2年半 IMU Clinical Schoolと提携している海外24校で実施。海外に移った学生の卒業認定は海外提携校で行なう。IMU Clinical Schoolは、本校から高速道路で1時間の距離にある800床の国立病院と保健センター(外来診療やデイケア)と提携して、国内臨床実習を実施、学生の2-3割が国内で卒業する。

Phase 2 (臨床分校でのプログラムのsemester 6-10) や私が参加させていた本校のPBLやCSUのプログラム、図書館、医学博物館、VMU (Virtual Medical University) については次回にご報告します。

いないということも、比較的われわれにとって受容しやすい雰囲気を作っている一因かもしれません。また、マハティール首相が「ルックイースト政策」として、日本など東アジア諸国に学ぶ必要があると主張してきたため、日本企業の進出も多く、第二次世界大戦時に日本の統治下であったにもかかわらず、そんなに悪い感情を持っていない人は多いように見えます」

病院もクリニックもない医学校

事前に大西先生からIMUの特色を以下のように説明されました。「半年ごとに学生が入学するスケジュールで、毎期150名ほどの学生数があります。高校を出てすぐに入学した学生たちは2年半をメインキャンパスで過ごす、その後はさらに2-3年を1時間ほど車で行ったところにある臨床分校で学ぶか、あるいは英国、オーストラリア、カナダを中心とした海外提携校(24校)に移籍します。よって、このキャンパスには大学病院やクリニックはありません。臨床教育については、毎期50人前後の臨床分校で展開していることは可能です。臨床前教育はPBLが中心となり、学生中心のポリシーが前面に押し出されています。また、臓器系統別に進むカリキュラムのそれぞれに身体診察や医療面接のセッションが組み込まれており、学生たちはそれらに触れる機会が多くなっています」

非常におもしろいのですが、実際の様子を想像もできなかったため、視察をお願いした訳です。

マレーシアの医療制度

私が理解した範囲での紹介です。マレーシアは以前英国の植民地であったため英国

の制度に準じ、医師養成は高校卒業後5年制医大に入学し、卒業資格で医師となり、国家試験はありません。マレーシアでは僻地の医師不足のため、国内で医師として働くためには国が指定する病院診療所での卒業3年間の勤務が義務付けられています。国立病院や診療所では外来受診1回RM1.3、病室入院1日RM3と、基本的な医療は国家が安価に提供しています。(RM:リンギットと発音します。RM1=約30円、昼食1回分+アルバイトの時給=約RM5) 私立の開業医を受診した場合はかなり高くなるようですが、詳細は不明です。

IMUの歴史

1992年にマレーシア初の私立医大として創立され、当初、カリキュラム後半の臨床教育はすべて海外の提携医学校で実施されてきました。1999年、薬学部と看護学部を併設してUniversityとなると共に、高速道路で1時間のSeremban国立病院と提携して国内での臨床教育も開始しました。また、今年9月にBatu Pahatに新たな臨床分校が設立されたところ(Batu Pahat分校は、まだ本格的な臨床教育は行なわれていないようです)。

IMUの教育の特徴として

- 1) 郊外の小さめのショッピングモールを買い取り、改装して校舎としている。2) 教育のための空間と人(医師以外のスタッフ)が豊富。3) 本校/臨床分校ともスキルラボ(CSU: Clinical Skill Unit)が充実している。4) 有償模擬患者(身体診察+面接)の多用5) 1年目後半から臓器系統別に講義、PBL、医療面接を含む臨床技能教育、e-learningによる自己主導型学習を平行実施。6) 独自のVMU (Virtual Medical University)を来年完成を構築中(佐賀の医学教育学会

それができないようなら帰宅させてはいいのです。危ないと思ったら、夜間でも診療可能な精神科はあるはずですから、紹介することも必要でしょう。省略しますが、そのほかにいろいろな対処法があるはずですが、ともかく自殺企図患者をプライマリケア医が診療する時は、身体的治療以外に精神的な面できめ細かい配慮が必要だということは胆に銘じる必要があると思います。高橋 最初の話を繰り返すことになりましたが、自殺予防は決して精神科だけの問題ではありません。むしろ、精神科以外の医療スタッフが患者さんの自殺の危険に最初気づく、重要な役割を担っています。その意味で、幅広い医療関係者に自殺予防に関する正しい知識を備えておいていただきたいのです。さらに、自殺予防に全力を尽くすということは当然ですが、不幸にして自殺が起きてしまった時にも適切な対応をするというリスクマネジメントの一環になると考えています。—今回の座談会を通して、社会問題でもある自殺の予防に、医療職が主体的にかかわっていくヒントが得られたと思います。ありがとうございます。

本誌連載「新医学教育学入門」を執筆中の大西高氏が在籍するマレーシアのクアラルンプールにある国際医学大学では、きわめて先進的でユニークな医学教育が行なわれているという。同大学を視察した寺嶋吉保氏に、連載の「番外編」として2回にわたり、その概要をレポートしていただく。(「週刊医学界新聞」編集室)

大西先生を頼って、日本の常識では考えられないようなユニークな医学教育を行なっている国際医学大学(International Medical University; 以下IMU)を視察させていただいたので、2回に分けてご紹介いたします。

マレーシアという国

インドネシアの爆弾テロのイメージで尻込みしていた私も、以下の大西先生の話を読んで意を決した次第です。「マレーシアへは空路約7時間、時差マイナス1時間。ASEAN諸国の中では工業生産がしっかりしていて、経済的にもシンガポールに次いでGDPが高い比較的数量豊かな国です。98年にタイを皮切りにはじめたアジア経済危機の時はいろいろな問題が生じたようですが、今は景気も上向き、クアラルンプール近郊はかなり近代的な雰囲気の街が多いです。国内政治も安定しているので、治安も比較的良好です」「マレー系7割弱、中国系3割弱、インド系数パーセントという多文化の雰囲気は他のアジア諸国ではなかなか味わうことのできないものです。国教はイスラム教ですが、基本的にマレー系以外の国民がイスラムやマレー語といった特有の文化に属しないというところで差別を受けている理由は、中華系の人々が経済力を握っていることにあるでしょう」「言語として英語が通じない人があまり

(3面よりつづく)

きたのですが、それは大きな間違いです。放っておくと心の傷になってしまっ、せっかく時間をかけて教育してきた人が職を離れてしまうということにもなりかねません。森脇 自殺が起きた時にあたふたしないためには、ある程度のマニュアルを作っておいたほうがよいでしょう。高橋 病院の中でと、どうしても皆が当事者になっていきますから、よほど十分な経験を持つ人がスタッフの中に入れてほしいのですが……。森脇 それは精神科の医師でしょうか。高橋 そうです。適任者がいない場合なら、外部から呼んでもいいのかなと思います。

幅広い医療従事者に正しい知識を

福山 自殺予防や実際に起こった後のマニュアルは一定の水準を保つのに必要ですが、その解釈と活用には学習を要しますね。日常の対応を超える場合を除いては、精神科でなければできないという考え方はな

く、精神科を巻き込んだ柔軟なチーム医療の視点での危機介入とスタッフのサポート体制を含めたシステムづくりが課題になると思うのです。森脇 最後に、救急医療に携わるものとして、注意点をひと言だけ。自殺企図患者を診療するにあたり絶対にしてはいけないことがあるのです。自ら手首を切って、家族に救急外来に連れてこられた患者さんがいました。若手医師はその手首の創が意外に浅いことに安堵のため息をつき、「ためらい傷ですな、後遺症はまったくないでしょう」と丁寧に洗浄・デブリ・縫合をし、「抗生物質を処方しておきますので、きちんと飲んでください」とだけ注意して自宅に返してしまいました。ところがその数時間後、高層マンションからダイビングをして、今度は救急車で戻ってきたのです。心肺停止状態で、そのままお亡くなりになりました。思わずぞっとする話ですが、教訓としては、自殺企図あるいはそれが疑われる患者さんは、精神科医に診てもらわないで帰宅させることは大変危険だということです。精神科医の診療を受けるまでは、責任ある人の監視下に置かなければなりませんし、

■外科診療の標準化と質的向上を目指す EBM外科標準診療アルゴリズム&クリニカルパス 新刊! 編集 藤堂 省 北海道大学大学院教授 松下 透明 北海道大学医療技術短期大学部教授 著 北海道大学第一外科教室 医療情報の普及により患者が病院を選ぶ時代には、医療の質的向上が各施設の急務となる。このためのツールがアルゴリズムとクリニカルパスであり、医療水準の標準化と維持に不可欠となりつつある。藤堂教授のもたらしたアメリカ仕込みの効率的診療システムを、北海道大学第一外科教室が一丸となって日本流にアレンジ。外科診療の第一線に必携の書。

■これからEBMを学びたい医学生、医療関係者に好適の入門書 臨床のためのEBM入門 新刊! 決定版JAMAユーザーズガイド Users' Guides to the Medical Literature Essentials of Evidence-Based Medical Practice 編集 G. Guyatt 他 監訳 古川 博亮 名古屋国立大学大学院教授 精神・認知行動科学 山崎 力 東京府立医科大学 精神科 1993~2000年にかけてJAMAに連載されて大好評を博したUsers' Guides to the Medical Literatureシリーズを、シリーズ編者のGuyattが中心となって大幅加筆修正し、再構成したEBM入門書の翻訳。発展を続けているEBMの現在形をわかりやすく、コンパクトにまとめた。