

●グローバル化時代の医療・検査事情 22

世界の医学部を巡って(1)
I ヨーロッパ編 ドイツ

な ら のぶ お
奈 良 信 雄
Nobuo NARA

ICT技術の急速な発展を受け、あらゆる分野でグローバル化が進んでいる。対岸の火事などと高をくくっていようものなら、一瞬にして此岸に及ぶ。2019年に武漢で発生した新型コロナウイルス感染が瞬く間にパンデミックになったのはホンの一例だ。ドラえもんの「どこでもドア」はいまや夢物語ではない。

とりわけ医学・医療のグローバル化は目覚ましい。日本の医師養成過程を巡り、アメリカ人医師から「ガラパゴスの医学教育」と揶揄された。決してレベルが低いとか、是非を問うのではなく、欧米の主流とは異なる独特な医学教育が行われているとの指摘だった。

しからは、どこがどう違うのか？欧米の流儀を調査研究し、良い点は導入し、逆に日本の優れた点は発展させ、欧米に堂々と胸を張って誇示すべきだ。敵(?)を知らずしては勝てまい。グローバル化という大波の中で、「医」の中の蛙で良からうはずがない。

こんな考えから、海外20か国以上の医学部を訪問し、医学教育の状況を調査研究することとなった¹⁾。この経験で得た収穫は予想以上に大きく、単なる研究成果報告書に留めるだけでなく、もっと広める必要があると思った。吉田兼好法師の徒然草「モノ言わぬは腹膨れる」の心地にて、モダンメディア編集委員、編集室のご協力により、本シリーズで披露することにした。

世界の医学教育や医療の状況をご紹介するとともに、多少なりとも観光やら失敗談をお楽しみいただきたい。もっとも、アメリカやドイツのように最近

まで幾度も訪ねてきた国は問題ないが、オランダやスペインなどは10年ほど前に訪問したきりで、情報としてはすでに古くなっているかも知れないが、ご海容賜ればと思う。

I. 海外医学部の視察を
行うことになった経緯

僕が専門を臨床検査医学から「医学教育」に鞍替えしたのは、2000年11月のこと。

倉敷市で開催された日本臨床血液学会総会に参加し、東海道新幹線で帰路に着いていた20時頃のことだった。名古屋を過ぎた辺りで携帯電話が鳴った。あわててデッキに移動して電話を取ると、勤務先の東京医科歯科大学医学部長から「すぐに医学部長室に来てくれますか？」とのこと。しかし、新幹線車中であり、急いでも22時は過ぎると伝えたと、「いくら遅くても良いから必ず来てほしい」との返事。学会発表で疲れは残っていたものの、他ならぬ医学部長からの火急な要請であり、やむを得ず東京駅から医学部長室へ向かった。

医学部長室には、数校の医学部長が参集していた。白髪揃いの医学部長が居並ぶ中、40歳前後らしき人が中央で会議を仕切っていた。怪訝に思っていると、横にいた医学部長が、「文科省の医学教育課長補佐だよ」と囁いた。彼は、「21世紀に入り、医学教育は大きく変革しなくてはならない。そのために、『医学教育モデル・コア・カリキュラム』を作成し、全国医学部の教育レベルアップを図るべし」と力説し、僕にもモデル・コア・カリキュラムの作成に一

役買ってほしいとの依頼だった。

かくして「医学教育」の道に足を踏み入れることとなった。それまでは臨床検査医学講座を主宰し、臨床検査医学の講義と実習を担当し、かつ白血病幹細胞が研究テーマだった。が、電話一本で、ライフワークがガラリと方向転換した。

今になって振り返れば、モデル・コア・カリキュラム策定を皮切りに、共用試験 CBT システム開発、海外医学教育調査、臨床実習改革、医師国家試験改革、臨床研修制度改革、そして現在の「国際基準に基づく医学部教育評価」と、卒前から卒後にかけて医師養成の重大な節目節目に切れ目なく関わってきた。専門分野が主客転倒したとはいえ、ある意味では幸せな研究生活となった。

さて、2007 年以降は、海外諸国の医学教育制度、医師国家試験制度、医学教育評価制度を調査研究する事業が相次いだ。これまで訪れた国は 20 カ国以上で、年によっては 1～3 か月に一度の割で海外に逃亡、いや出張した。自宅の書斎はいつでも飛び立てるようにと、スーツケースがタンクと化し、航空会社マイルージは貯まり放題。ダイヤモンド会員の優遇をも受ける事態に…。

折角の海外視察であり、研究成果の報告書はすでに公開しているが、本稿ではこれまでの見聞を基にして、海外の医学教育事情を中心に、エピソードや失敗体験も交えて紹介したい。コーヒーブレイクのお供になれば幸いだ。まずはわが国が医学教育のお手本にしたドイツから始めよう。

II. ドイツ医学部訪問

最初にドイツを訪れたのは 30 年以上も前。時は東西冷戦の真っ只中で、チュービンゲン大学から講演を頼まれた。当時はパワーポイントもなけりゃ、パソコン自体がない。講演といえば、スライド原稿を自分でせっせと作り、プロジェクタで投影するのが常套だった。準備に時間はかかるし、おいそれとは修正もできない。講演直前まで、場合によっては講演中にさえ修正可能な今は大違いだ。

講演に備えてスライドと原稿を準備して、フランクフルトに降り立った。ところが、こともあろうに駅構内で置き引きに遭い、大事なスライドと原稿が入ったカバンを盗まれた。泥棒氏には何の役にも立

たないだろうに、コチトラは顔面蒼白。チュービンゲン大学に赴いて、講義の直前に記憶をたどっては OHP 用のプラスチックフィルムに図表を描いた。そして、OHP で説明しつつ、空で講演した。この経験がものを言い、以降はどんな講演を頼まれようが、臆することはなくなった。

主催者は自国での不祥事に平謝りしてくれたが、海外では努々油断ならない。ついでながら、講演には教授が最前列に座っていたが、彼はその場では一言も質問せず、勿体ぶったか、後で自室に招いて質問してきた。夜はもちろんビール責め。レモネードで割ったピアカクテルの Radler が実に美味しく、渴いたノドと盗難にあった悪印象を癒やしてくれた。

1869 年、時の明治政府はグローバル化の一環として、それまでのオランダ医学からドイツ医学へと大きく舵を切った。東京医学校（後に大学東校、東京大学医学部の前身）を開設し、レオポルト・ミュレルやエルヴィン・フォン・ベルツなどのドイツ医師を招聘して医学教育を開始した。因みに、明治 9 年に来日したベルツは、草津温泉をこよなく愛し、ドイツ語で草津節を唄った。群馬大学の宴席ではしばしば唄われると聞く。

Kusatsu, Guter Platz, einmal kommen Sie,
Dokkoisho ♪

In heisser Quelle Kohria, Blüten Blumen
Choina Choina ♪

ドイツは中央集権の日本と違い、16 州（旧西独 10 州、旧東独 5 州）から構成される連邦制を敷いている。大学は州立大学が大学数・学生数ともに大半を占め、医学部定員数、医学生数は、州財政状況等に応じて中央学生配分機関（Stiftung für Hochshuzulassung: SfH）が定め、医師養成制度、カリキュラムも州が責任をもつ。卒後研修も州の管轄になるが、州医師会に業務委託している。

2019 年現在、ドイツの人口は約 8,315 万人で、2017 年現在の総医師数は約 35 万 1,195 人とされる（OECD 資料）²⁾。人口 10 万人当たりの医師数は約 425 人で、わが国よりも多い。男性医師が 187,385 人（54.5%）、女性医師が 163,810 人（45.5%）で、他のヨーロッパ諸国と同様に、ドイツでも女性医師の比率が増加している。また、2017 年現在、55 歳以上の医師が全医師の約 44.7% を占め、医師の高齢化現象も問題になりつつあるようだ。

医師不足はベルリン、ミュンヘン、フランクフルトなど都市部ではさほど問題となっていないが、旧東ドイツ地域を始めとした農村部で不足が目立つようだ。とくに総合的に診療のできる家庭医が不足している。

国民の約90%は公的医療保険(GKV)に加入しているが、経済的余裕のある残り約10%は民間医療保険(PKV)に加入して医療を受けている。

ドイツには37医学部がある。私立は2校のみで、他はすべて州立である。医学部学生は全国で約8万人(約1万人/年入学)おり、毎年9,000~9,500人が医師になっている。うち女子学生は約70%を占め、今後は女性医師のさらなる増加が見込まれる。なお、6年間の医学部教育を完遂できるのは約95%で、5%は途中で脱落している。

ドイツで医師養成にかかる費用は1人当たり約18万ユーロとされるが、州立の医学部では他学部と同様に学費は無償である。もっとも、昨今は州によっては経済状況に応じ、半期に500ユーロの学費を求めるようになった。それでも諸外国に比べれば

学費は相当に低いと言えよう。

シャリテ大学(写真1)、ハイデルベルク大学(写真2)、ヴィルツブルク大学(写真3)、ミュンヘン工科大学(写真4)を訪問し、それぞれの医学部における教育制度を聞き取り調査した^{3,4)}。

かつてドイツ医学は世界一を誇った。ウィルヒョウ(写真5)、コッホ(写真6)、バセドウ、レントゲン、フォン・グラーフェ(写真7)など、錚々たる名前が並ぶ。その名に恥じず、20世紀末まで、「偉大な教授」たちが威風堂々と講義をしていた。が、そんな伝統だけをいつまでも守り続けて良いものか。若手医師を中心に、アメリカ医学を導入しなければ世界から立ち後れるとの焦燥にかられた。第二次世界大戦後に幅をきかせていた大教授たちが一斉に退官する21世紀の幕開けを見計らい、果敢な改革が断行された⁵⁾。「理論重視」の伝統は残すものの、アメリカ式の実践医学を取り入れたのだ。大講堂における一方的な講義から少人数のチュートリアル教育へ、臨床実習は見学型から診療参加型へ、国家試験では知識を問うペーパー試験に加え臨床技能試験



写真1 シャリテ大学



写真3 ヴィルツブルク大学



写真2 ハイデルベルク大学



写真4 ミュンヘン工科大学

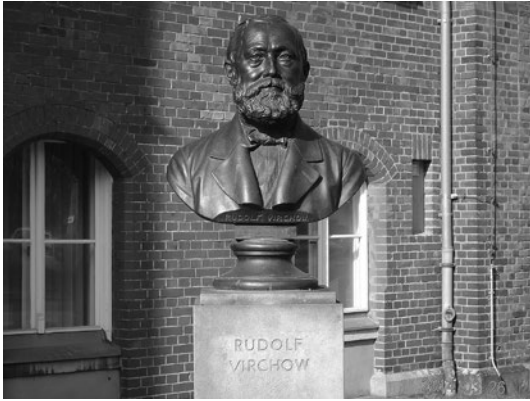


写真5 ウイルヒョウ像



写真7 フォン・グラーフエの記念の壁



写真6 コッホ像

像の後ろはシャリテ大学病院。大学と異なり近代的な建物の

導入へと、相次いで改革が進められた。

古い革袋に新しい酒をつぎ、ドイツ医学は復活した。こうした動きは、わが国の医学教育改革にも大いに参考になる。

Ⅲ. 医学部入学制度

医学部への入学は、基本的には高卒者を対象とする。平均入学倍率が約4～5倍で、入学時の平均年齢は21.4歳と、わが国に比べてやや高い。これは9か月の兵役（徴兵制は2011年に廃止された）や入学のための待機期間があるためだ。

ドイツで大学に進学する者は、6～10歳で4年間の基礎学校で初等教育を受け、8年制のギムナジウム（Gymnasium 中高一貫校）で学ぶ⁶⁾。ギムナジウム最後の2年間の成績と、ギムナジウム卒業時のアビトゥーア試験（Abiturprüfung）成績が一定のレベルに達している者にも「大学入学資格（アビトゥーア Abitur）」が付与される。アビトゥーア試験

は筆記試験部分（ドイツ語、数学、外国語、選択科目の4教科）と口頭試験（選択1教科）があり、総合成績は900点満点で、300点が合格最低点とされる。資格を取得した者に対して中央学生配分機関がドイツ全体を一括して入学する大学を決定する。基本的には資格さえとれば大学に入学できるが、医学部への入学を希望する者は許容入学定員を超えるため、選抜が行われる。入学者選抜には、次のように3つの方式がある。

①アビトゥーア成績

入学者の約20%がアビトゥーアの成績で選抜される。医学部入学の競争倍率は約4.2倍で、アビトゥーア試験で高得点を得た学生が入学できる。医学部志願者は順位を付して中央学生配分機関に最大6校まで申請でき、成績に応じて入学が許可される。

②大学独自の選抜

最近では大学が独自に選抜する制度も増えており、約60%の学生を選抜する。この選抜法では、医学部進学志望動機などを書類で選考された後、面接によって選抜される。しかしこの制度は判定基準が難しく、客観性にも疑義があり、また教員への大きな負担、時間の浪費が課題になる。かつて1997年に廃止された全国規模での医学部入学者試験 Test für Medizinische Studiengänge (TMS) の意義が再認識され、TMSを再導入して、その成績優秀者を面接で選抜する医学部も出てきている⁷⁾。

③待機期間 waiting time

ドイツに特有な選抜法で、この制度で入学するのは約20%とされる。アビトゥーアの成績が十分とは言えない学生が医学部進学を強く希望する場合、看護学実習や市民活動などに参加し、医学部入学の

チャンスが訪れるのを待つ制度である。待機期間は通常は2～3年で、待機するにつれてアビトゥーアの点数が向上する。長く待機していること自体が医学部入学へのモチベーションが高いと評価され、看護学実習は医療の早期体験にもつながるとされる。

IV. 医学部教育カリキュラム

ドイツの医学部は日本と同じく6年制であるが、14～15週ずつのセメスター制(学期ごとに授業を完結させる制度)をとっている。前期、後期の2セメスターがほとんどであるが、ハンブルク大学やハノーバー大学は3セメスター制を採用している。カリキュラム構造は、基礎科学2年間、臨床医学3年間、臨床実習1年間となっている(図1)。多くの大学がこの構造に基づいて教育している(表1)。

かつては専門前教育として“教養教育”が2年間しっかり行われていた。しかし、たとえば、物理学は機械工学や宇宙工学、化学は無機化学、生物学はリンネの植物学、哲学は古典的なドイツ哲学など、医学に直結しないものまで蕩々と講義され、学生の学修意欲を削いでいた。そこで、物理学は医学部の生理学担当教員が、化学は生化学教員が教えるなど、医学に関連する教育を行うようにし、しかも6か月程度に短縮されるようになった。その一方で、倫理学や疫学など、医師に必要な教育は、むしろ高学年でセミナー等によって履修したり、他学部で学ぶ機会を設けている。

臨床医学では内科学、外科学、産婦人科学、小児科学、総合医学、皮膚科学など、21診療科と選択科、

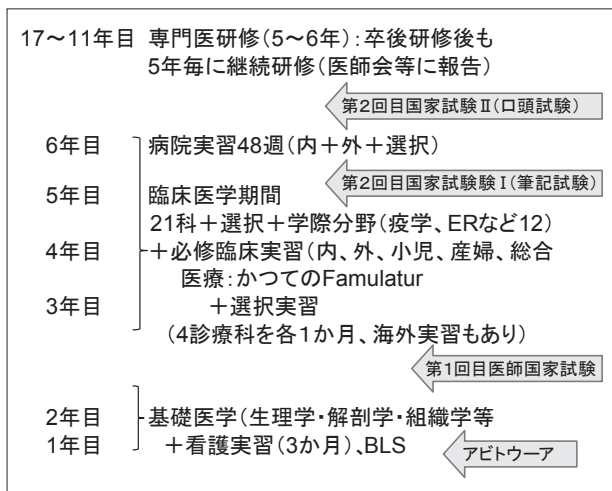


図1 ドイツの医学教育(概略)

表1 一般的な従来型ドイツ医学教育カリキュラム

学年	内容
1, 2	物理学、化学、生物学、解剖学、生理学、生化学、心理学
3	衛生学、微生物学、病理学、薬理学、臨床検査医学、放射線医学、疫学、予防医学、法医学、統計学、内科学
4	内科学、外科学、救急医学、眼科学、耳鼻科学、泌尿器科学、整形外科学、小児科学、皮膚科学、感染症学
5	神経学、精神医学、麻酔科学、産婦人科学、感染症学 内科、外科、小児科、産婦人科、総合医学のローテーション
6	実習:内科、外科、選択科を各4か月(大学病院、教育病院、海外の病院など)

学際領域教育が行われる。かつては各診療科が別々に教育していたが、学際領域教育が重視され、眼科、耳鼻咽喉科を統合した頭頸部モジュールなど、12のモジュールで教育されるようになっていく。

臨床医学教育は講義とセミナーが主体であったが、これだと臨床医学を十分には修得できないとの反省がなされ、現在では、内科、一般外科、小児科、産婦人科、総合診療科のクリニカルクラークシップが必須化され、臨床実習が重視されている。これら必須クラークシップに加え、1か月ずつで救急科を含む4選択科でのクラークシップが義務化されている。これはFamulaturと呼ばれ、徒弟を意味するラテン語のfamulusに由来する。この4か月のうちの少なくとも1か月は海外、とくに英語圏内の外国で実習を受ける学生が多い。

最終学年は約4か月毎の3つに分かれ、ローテーションでクリニカルクラークシップを受ける。内科、外科は必須で、残り一診療科は選択制である。従来は病棟実習が中心であったが、初期診療にも参加するようになっていく。

V. シャリテ大学医学部での医学教育改革

シャリテ大学は旧西ドイツのベルリン自由大学と旧東ドイツのフンボルト大学が統合して設立された大学で、ドイツでランキング第1位の大学である。Charitéという名称は、かつてヨーロッパにペストが大流行した際に慈善病院として設立されたことに基づく。実際にはペストはベルリンには流行せず、建物だけが残ってシンボリック的存在となっている(写真1)。

ドイツでは、新たな医学教育を開発すべく、37校中6校が試験的なカリキュラム開発に挑戦した。シャリテ大学はその先頭を切っており、参考になる

点が多々ある。

シャリテ大学の試験的カリキュラムは、1999年に開始された。まず入学者を従来型カリキュラムコース(定員540名/年)と新カリキュラムコース(63名/年)に振り分けた。従来型カリキュラムは、基礎医学をしっかり教育し、理論に基づいて臨床教育を行う伝統的なものである。教育技法は、講義とセミナーが主体である。一方、新カリキュラムでは、基礎医学と臨床医学を統合し、臨床技能教育に重点をおくもので、学生を1グループ7名の9グループに分けて入学時点から Problem-Based Learning (PBL) を主な教育方法としている(表2, 3)。入学者は抽選で2群に分けられ、両カリキュラムが医学部教育として効果が大きいかを比較研究された。

シャリテ大学医学部の新カリキュラムは、下記の点に重点を置いている。

- ①症例に基づいた教育：理論と技能の統合、分野の統合
- ②臨床技能の重視：スキルラボの活用、標準模擬患者(Standardized Patient: SP)を用いたコミュニケーションスキル教育の充実
- ③患者との早期接触
- ④地域に密着した教育：General Physician (GP)の下で内科・小児科の実習
- ⑤評価：各学期終了時に、多選択肢問題(Multiple Choice Question: MCQ)で知識を、客観的臨床能力試験(Objective Structured Clinical Examination: OSCE)で技能を評価

表2 Reformed コースのカリキュラム (Phase 1)

Curriculum Structure Phase 1																
Week:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Semester 1	Orientation		Locomotion				EM I		Cardio-vascular system				Assessment			
Semester 2	Respiratory system			Nursing		Alimentation, digestion, metabolism				Assessment						
Semester 3	Blood		Inflammation/immunology				Sexuality, genital organs, hormones				Assessment					
Semester 4	SSM I: Research			Nervous s./coordination			Kidney/electrolytes		Assessment							
Semester 5	Occ/eco			EM II		Sensory system		Psyche: experience & behaviour			Assessment					

Abbreviations: EM = Emergency Medicine; SSM = Special Study Module

Phase 1は器官ごとのブロック。

表3 Reformed コースのカリキュラム (Phase 2)

Curriculum Structure Phase 2																	
Week:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Semester 6	Clerkship gynaecology			Pregnancy/newborn			Baby/infant			Assessment							
Semester 7	Schoolchild		Adolescent		Clerkship pediatrics			Epi*	Adult I (thorax)			Assessment					
Semester 8	Adult II (head/neck)			Clerkship neurology			Clerkship psychiatry			Assessment							
Semester 9	Adult III (abdomen, extremities)				Clerkship Internal Med.			Clerkship geriatrics			Assessment						
Semester 10	Occ/eco		EM III		Clerkship surgery		Special Study Module II		Assessment								

Abbreviations: Epi = Epidemiology/statistics; EM = Emergency Medicine; OCC/Eco = occupational medicine/ health economics

Phase 2は成長(出産、新生児、小児、青年期、成人)のブロック。
Phase 3(6年次)は実習年。内科4か月、外科4か月、選択科4か月。

こうした改革の柱は、わが国の各医学部で進められている医学教育改革にも通じる。そして新カリキュラムの優れた点が評価され、2010年からは旧来のカリキュラムは学年進行で廃止されつつあり、全面的に新カリキュラムに移行している。なお、シャリテ大学では新カリキュラムになっても学生定員数は600名と変わらず、前期、後期にそれぞれ約300名の学生が教育を受けている。PBLによる教育が主体となることから、当然ながら必要教員数が多く要求される。実際シャリテ大学では約2,500名の教員が教育に参加している。

VI. 医師国家試験

医師資格を得るための国家試験は、医学部2年終了時の第1回目国家試験と、6年卒業時の第2回目国家試験がある(図1)。試験は多選択肢問題と、非構造化口頭試問とから構成される。医師国家試験は5年毎に見直され、改善されている⁴⁾。

①第1回目試験(かつてのPhysikum)

合格することが臨床医学課程に進むのに必須で、合格率は約80%である。受験は2回まで可能であるが、約5%の学生は2回受験しても合格できず、脱落して他分野に進まざるをえない。

②第2回目試験

臨床実習後の評価が主となり、臨床医学の全領域が出題の対象となる。筆記試験と口頭試験/実地試験がある。かつては6年終了時点で両者が実施されていたが、2012年からは筆記試験は5年終了時に、口頭試問は6年終了時に行うよう、分割された。この理由は、6年終了時に国家試験があると、学生が6年次の臨床実習に身が入らないとの懸念を回避することにある。

筆記試験は、600題が2日間かけて出題される。稀少症例問題は廃止し、学際領域の重視と、実際の臨床に即した問題を中心としている。そして、学生が試験に合格するために臨床実習を疎かにしないよう、臨床問題を重視するような配慮がされている。かつての不合格率は2%程度であったが、昨今は約9%となり、monster examination (Hammerexamen) と揶揄されている。

口頭試問は2日間にかけて行われる。1日目には実際の症例に対して医療面接、身体診察を行う。症

例は医師国家試験に相応しい症例が選ばれ、患者も協力している。2日目に、試験官がその症例と疾患に関する口頭試問を行う。OSCEではなく、真の症例で試験することが特徴と言える。

VII. シミュレーション教育

臨床技能を涵養することの重要性は世界共通の認識である。ドイツでも高機能のシミュレーターを利用して、臨床技能のトレーニングと、臨床技能の修得を評価する仕組みが導入されている。指導者がマジックミラー越しに医学生がシミュレーターに対して行う救命救急処置を評価し、役立てている(写真8)。

なお、ソーセージの国ならではのシミュレーション教育が、ブタの腸を使った外科縫合のトレーニングである。学生が腸を縫合し、その後に水を注いで、漏れなければ合格、漏れるようなら実習のやり直しとなる(写真9)。また、シミュレーション室の管理は、教員の勤務時間帯は教員なり職員が担当するが、



写真8 指導者がマジックミラー越しに医学生の技能を評価する



写真9 豚の腸で外科縫合のトレーニングを行う

勤務時間外は学生がアルバイトで対応しており、効率と実益を重視しているようであった。

Ⅷ. ドイツ旅行記

さて、医学部を視察した後は、ドイツの文化に触れることも意義深い。ドイツを訪れたのは、かれこれ10回は超す。ベルリン(写真10)、ミュンヘン(写真11)、フランクフルト、ハイデルベルク(写真12)、ヴィルツブルク、ローテンブルク、フッセン、アウグスブルク、テュービンゲン、デュッセルドルフ、ケルン、ボン、ブレーメン(写真13)、ドレスデン etc. いずれも古い町並み(第二次大戦後に再建はされているが)が忠実に守られ、中世にタイムスリップしたかのような感動を味わえる。お勧めはと聞かれると迷ってしまうが、観光客でざわついていないフッセンやドレスデンがお気に入りだ。

苦い経験のあるテュービンゲン大学訪問以来、ドイツを訪れたのはすべて東西融合の後。東西が分断

されていた暗いイメージは払拭され、自由主義の明るさを謳歌していた。会った人は、年齢、男女に拘わらず皆親切だった。町では子供を抱えた女性を見て、青年が乳母車を電車に乗せるのを手伝っていた。わが国で廃れかけている親切心が、ドイツにはまだまだ残っている。ミュンヘン工科大学医学部から私を頼って本学で臨床実習を2か月ほど受けたセバスチャン君は、卒業して医師になってからも義理堅く交流があり、ミュンヘンを訪れるたびにピアホールでご馳走してくれている(写真14)。

ミュンヘンと言えば、アイスバインなどの郷土料理とビール。金も力もない僕は、両手で1リットルグラスを抱えて、やっと飲める始末。が、日本人男性の大腿サイズの腕をした体格豊かなウェイトレスが、両手にそれぞれ5個ずつのグラスを持ち、ドンと音を立ててテーブルに運んでくるさまには恐れ入った。観光客目当てのレストラン、ピアホールを避け、地元の人ご愛用の店が現地を楽しむには格好だ。ミュンヘン工科大学の訪問時には、リング教授



写真10 ベルリンのシンボル・ブランデンベルク門



写真12 ハイデルベルクの街並み



写真11 ミュンヘン中心部のマリエン広場



写真13 ブレーメンの音楽隊の像

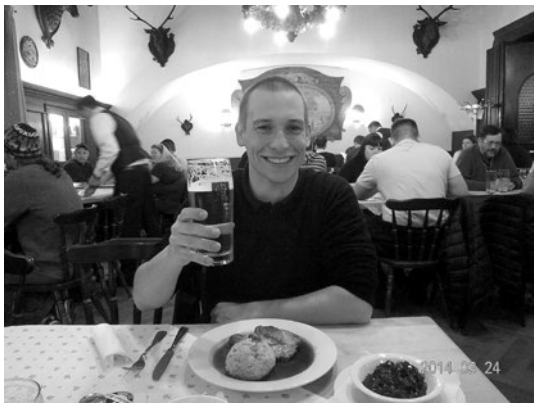


写真 14 卒後、医師になっても交流が続く
セバスチャン君



写真 16 ノイシュバンシュタイン城



写真 15 リング教授とビアホールにて



写真 17 ローテンブルクの街並み

がビアホールに招待してくれ、とびっきり美味しいビールを振る舞ってくれた(写真 15)。

ヨーロッパ旅行で楽しみなのが、城壁巡りだ。木造の日本家屋と違い、石造りの建物は歴史を重ねていまだに残っている。ノイシュバンシュタイン城(写真 16)など、古城も良いが、むしろ朽ち果てた城壁に佇むと、古を忍ぶことができる。島国の日本と違い、陸続きのヨーロッパの町はどこからでも攻め込まれる危険性がある。このため、城壁でグルッと囲み、住民は城壁の中で生活した。城壁内は斧を携えた夜警が不審者を見つけるべくパトロールした。ドイツにある城壁や城門の代表は、ロマンチック街道にあるローテンブルクだ(写真 17)。城壁はほぼ完璧な形で残っており、維持・補修のために募金を募っている。煉瓦一個ずつに募金者の名前が刻まれ、日本人らしい名前も散見される。

ところで、ドイツには天使を敬う風習がある。アウグスブルクでは、クリスマスにサンタクロースならぬ天使が舞い降りてくる。たまたまミュンヘンから夜に空路ケルンへと向かった。ミュンヘンを飛び

立ってしばらくし、ふと窓から下を見てビックリ。何と町の明かりが天使の形そのもの！夢か幻か？どうやって町全体の明かりを天使にしているのか？

その後ドイツに行くたびに目を皿にして天使を探すが、ついでに出会わない。夢だったかも知れず、ヨーロッパ便に乗るたびに CA に尋ねるが、誰一人として知らない。僕だけの小さな秘密かも。

文 献

- 1) 奈良信雄：特集／学士入学制度調査を中心とした海外諸国における医学教育事情視察調査(第一報)：医学教育 39: 365-366, 2008.
- 2) OECD Health Statistics 2019.
www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm(最終アクセス 2020.05.24)
- 3) 東田修二、鈴木利哉、奈良信雄：ドイツにおける医学教育の改革。医学教育 40: 317-321, 2009.
- 4) 奈良信雄、鈴木利哉：ドイツにおける医学教育と医師国家試験。医学教育 45: 193-200, 2014.
- 5) Jean-Francois Chenot: Undergraduate medical education in Germany. GMS German Medical Science 7: 1-11, 2009.
- 6) 木戸裕：ドイツの大学入学法制－ギムナジウム上級段

階の履修形態とアビトゥーア試験。外国の立法 238: 21-72, 2008.

7) Test für Medizinische Studiengänge (TMS)

<https://cip.dmed.uni-heidelberg.de/tms-info> (最終アクセス 2020.05.24)