

Journal of Medical English Education

Vol. 6 No. 1, December 2006

Editor's Perspective: How much does the learning environment matter? 8

特集：日本医学英語教育学会 第8回総会

- 【特別講演】医学英語教育の国際化：「日本流」から世界の潮流へ 齋藤中哉 13
Internationalization Strategy of Medical English Education: Japanese Style in the Global Trends
- 【Symposium】医学英語検定試験を考える 24
1. 卒業試験を英語で試行して 西澤 茂 25
 2. 新しい医師研修システムにおける医学英語検定の役割 綿谷崇史 28
 3. 医学英語検定試験制度に実現に向けて 英語検定試験の現状と医学英語検定試験モデル 大瀧祥子 30
 4. Concrete Steps towards the Establishment of an Examination for Competency in English for Medical Purposes (ECEMP) J. Patrick Barron 34

新刊案内 43

Original Articles

- Problem-Based Learning in the English-for-Medical-Purposes Class** Flaminia Miyamasu 45
- Course Designed for Medical Students on How to Read Journal Articles on Medical Communication** Sayoko Yamashita 52
- 薬学6年制新カリキュラムに対応したESP教育** 末弘美樹 60
臨床上の問題解決能力養成のためのコンピューターリテラシーとリーディング能力養成
Training in Computer Literacy and Reading Comprehension Skills for Patient-Oriented
Pharmaceutical Research: ESP for the New 6-Year Curriculum in Pharmaceutical Science
- Meeting the Cross-Cultural Needs of Nursing Students Aiming to Work Abroad** John Tremarco 67
- 医学英語教育教材開発の試み：ドラマERの使用を通して** 鈴木光代 73
Exploring a Way for Nursing Students to Learn Medical English through Use of the Drama ER

Short Communications

- Learning English** Nidal Khasawneh and Shizuo Oi 82
- Global Ear Health Care** Jun-ichi Suzuki and Hendarmin Hendarto 87
- Continuing Professional Education: Problem-Based Learning** 90

会告 (Announcements) 93

Journal of Medical English Education

Vol. 6, No. 1, December 2006

Journal of Medical English Education, the official publication of The Japan Society for Medical English Education, was founded in 2000 for the purpose of international exchange of knowledge in the field of English education for medical purposes. For citation purposes, the registered name of the Journal replaced the dual name that had appeared on the cover before Vol. 6 No. 1. The *Journal of Medical English Education* is a continuation of Medical English, Journal of Medical English Education and is the registered name of the Journal.

Copyright © 2006 by The Japan Society for Medical English Education
All rights reserved.

The Japan Society for Medical English Education

c/o Medical View Co., Ltd.

2-30 Ichigaya-hommuracho, Shinjuku-ku, Tokyo 162-0845, Japan

TEL 03-5228-2057 (outside Japan: +81-3-5228-2057)

FAX 03-5228-2062 (outside Japan: +81-3-5228-2062)

E-MAIL jasmee@medicalview.co.jp

WEBSITE <http://www.medicalview.co.jp/>

Published by Medical View Co., Ltd.

2-30 Ichigaya-hommuracho, Shinjuku-ku, Tokyo 162-0845, Japan

Journal of Medical English Education

The official journal of the Japan Society for Medical English Education

jasmee@medicalview.co.jp

Executive Chair, JASMEE publications

大井静雄

Shizuo Oi, Tokyo

Editor-in-Chief

Nell L. Kennedy, Hokkaido

Associate Editor

Haruko Hishida, Shizuoka

Editorial Executive Board

J. Patrick Barron, Tokyo

Sachiko Ohtaki, Ishikawa

Hiroshi Ohtake, Kyoto

Shigeru Nishizawa, Fukuoka

Toshio Oki, Shizuoka

Yasuko Iida, Tokyo

Minoru Oishi, Tokyo

Tsutomu Saji, Tokyo

Yoko Nakasu, Shizuoka

Akira Takahashi, Miyagi

Masako Shimizu, Okayama

Yasuko Onjoji, Tokyo

Editorial Advisory Board

Jeremy Williams, Chiba

Mitsuko Hirano, Shizuoka

Christopher Holmes, Tokyo

Hisashi Naito, Hokkaido

Kazuko Hamanishi, Toyama

Nakaya Saito, Hawaii USA

Former Editor-in-Chief

大井静雄

Shizuo Oi, M.D., 2000–2004

Executive Advisor Emeritus

植村研一

Kenichi Uemura, M.D.

1. Article categories and *Journal* aims

Journal of Medical English Education, the official publication of the Japan Society for Medical English Education (JASMEE), is interested in articles on English education for medical purposes, including *clinical* medicine, *nursing*, *rehabilitation*, *dentistry*, *laboratory technician work*, research, and *international* medical activities such as reading and writing medical papers, making oral presentations, participating in forums, seminars, symposiums, workshops, international conferences, and continuing professional education. Categories are the *Special Article*, *Original Article*, *Short Communication*, and *Letter*. The Special Article is by invitation from the editor or is the address by a guest speaker or symposium participant at the annual JASMEE conference.

2. Preparing the manuscript

- 2.1. Articles may be submitted in English or Japanese.
- 2.2. The manuscript should be prepared on either Macintosh or Windows/DOS.
- 2.3. Use Page Layout *25-to-26 lines per A4 page, 12-point typeface* of a common font such as Times New Roman, Arial, Times, or Century. **Margins:**
Left 30 mm; **Right** 25 mm;
Top 30 mm; **Bottom** 25 mm.
Maximum length: about 20–24 pages, including the Title Page, text, figures, tables, and References.
- 2.4. *Number all pages consecutively*, beginning with the Title Page as p. 1 and including each page that has a Table or Figure.
- 2.5. Submit the manuscript in normal Page Layout *without the tracking protection tool*.
- 2.6. Do not use footnotes, op cit, or Ibid.

3. Title Page

Order of information on the Title Page:

- 3.1. A concise, informative title, centered near the top of the page. The 1st line of the title ought to be slightly longer than the 2nd line. Avoid abbreviations and formulae where possible. For example, *instead of SLA, write Second-language Acquisition*. A subtitle is seldom necessary, as the key information can usually be included in the base title.
- 3.2. Author names and affiliations. In the order agreed

upon by the authors, write the full names without academic degrees. Use asterisks to designate authors from more than one institution, as in 3.3 below; the asterisk goes AFTER the author's name and AFTER the comma. Example: Jun SUZUKI,* Arnold PALMER** and Helen KELLER*

- 3.3. Full names of the *institutions* and *departments* where the research was done, and City, and Prefecture (State and Nation if outside Japan). If authors are from different institutions, put one or more asterisks BEFORE the institution name. Example:
* ABC Medical University, English Department, Nanai, Hokkaido
** XYZ Medical University, School of Nursing, Gunma
- 3.4. *Keywords*. A maximum of six keywords or short phrases that would help in indexing the article.
- 3.5. *Corresponding author*. Name of the author (with job title, e.g., Professor, M.D.) who will handle correspondence throughout the editorial process; name the university and department affiliation, full address, telephone and fax numbers, and e-mail address.
- 3.6. *For all authors*, give the e-mail address, telephone and fax number.
- 3.7. If part of the paper was presented orally or as a poster at a meeting, then at the bottom of the Title Page put *the title of the meeting, sponsoring organization, exact date(s), and the city where the meeting was held*.

4. Abstract

- 4.1. A maximum of 250 words (about one A4-size page). May be in 11-point typeface if necessary, to contain the Abstract on a single page.
- 4.2. State the **background** in one or two sentences (see 6.3 below), **objective** of the investigation in one sentence, then describe the **Methods** (study design, study population, protocol) in the past tense; **Results** (main finding or major contribution) in the past tense; and finally the **Conclusion** (or recommendations) in the present tense. Be concrete and avoid saying merely, "... was investigated" or "This paper describes"

5. Text

- 5.1. Use either American or British English, but do not mix the two in the same article.
- 5.2. *Indent* the first line of each new paragraph.
- 5.3. *Abbreviations* should be kept to a minimum and spelled out at first mention, giving the full term first, followed by the abbreviation in parentheses. Example: *English as a foreign language (EFL)*. In both humanities and natural science, *e.g. (for example)* and *i.e. (that is, namely)* are preceded and followed by a comma. Standard metric units (*mm, cm, μL, L, mg*) can be used without definition but must be accompanied by a numeral; symbols and metric units do NOT take a period. Common units such as *sec, min, h* (units of time do not use the plural form) are used only in combination with a numeral. Example: *The test was 80 min long. But NOT "The test took several min."* NOT *"For most students, an h was enough time."* Abbreviations requiring a period are those that could be confused with an existing word, such as **in.** for *inch*, were it not for the period.
- 5.4. **Reference citation.** Cite each reference as a superscript number matching the number in the References section of your paper. The superscript citations usually appear, without parentheses, at the **end** of the sentence, the **end** of the paragraph, or the **end** of a quotation. If more than one is used, the superscripts are separated by a comma but no space. The superscript goes **AFTER** the comma or period.
- 5.5. Author-and-date citation in parenthesis, i.e., the Harvard system, known also as the American Psychological Association (APA) system, is **NOT** used in this *Journal* now.

6. Arrangement of the article

- 6.1. Divide your article into clearly defined and/or numbered sections. Subsections may be numbered 1.1 (then 1.1.1, 1.1.2) etc.
- 6.2. Each subsection should be given a short heading. Subsections are helpful for cross-referencing within the paper. Instead of just saying, "... as mentioned above," we try to guide the reader by saying "... as shown in 1.1.3 above" or "as aforementioned (1.1.3)," or "as explained under *Evaluation* above."

- 6.3. **Introduction.** First, give the general topic, or territory, of the research in one or two sentences. Example: *How to help students hone their English listening skills is a standing concern of teachers, and especially for those teaching medical students.* After that, explain your rationale and lead up to the problem the paper is addressing, then state *the objective of your research or of your classroom approach.* References are necessary in the Introduction, but subheads are not (if you think subheads are needed, your Introduction is probably too long).
- 6.4. **Methods.** In the past tense, briefly describe your study design or classroom trial succinctly. Tell explicitly what was done, how many students were involved, what academic year they were in, what materials were used, how much time the study took (from when to when, if appropriate). Subheads are helpful in lengthy Methods.
- 6.5. **Results. (Results and Discussion** may be a single division of the paper, depending on author's preference.) Although each result is stated in the past tense, the discussion and generalization of the results are in the present or present progressive tense.
- 6.6. **Conclusion.** The Conclusion is usually the last subdivision or final paragraph of the **Discussion**, but a separate Conclusion is permissible. The conclusion is NOT a repetition of the Results but a (present-tense) generalization derived from the results.
- 6.7. **Acknowledgments.** If you express appreciation to someone for help with the data collection, analysis, manuscript, or for a grant, a brief Acknowledgments section is appropriate between the main text of the paper and the References.
- 6.8. *Figure legends, tables, figures*—in that order—may be collated at the end of the article, provided the text is marked to indicate the approximate location where each figure and table is intended. At the TOP of each **table**, number the tables consecutively according to their order of mention in the text and make a short title for each. Place table footnotes immediately below the table. Vertical lines are not necessary inside the table except in special cases. For figures embedded in the text, put the figure number and legend BENEATH each **figure**.

7. References

7.1. Switch off any automated Reference Manager, such as EndNote, ProCite, or other software you may have used, thus allowing editors to make stylistic conformation of the References if necessary.

7.2. a. **Preferred order:** *Citation order (the Vancouver method, modified slightly)*. List the references according to *the order cited in your text*, putting the **family name** of the authors first, followed simply by the initial or initials of the person's name without punctuation (Examples 7.9 below).

b. **Alternative order:** *Alphabet and number*. The references may be listed *alphabetically*, provided the entries are also numbered consecutively. Although the citation order is preferred, *Journal of Medical English Education* currently allows either style as a way to meet the needs of the unique JASMEE blend of social science and natural science scholars.

7.3. **Journal article** (Example 1 below). **Author(s)**. **Year**. **Article title**. *Journal Name* **Volume (Issue number, optional)** **page numbers**. The article title is written in *lowercase* except for the first word and proper nouns. In the *Journal Title*, the first letter of each word is in *uppercase*, and the *Journal Title* is italicized. The full *Journal Title* is preferred. The word "Vol." does not appear but the volume number is in **boldface**, followed by a non-bold colon, then the page numbers. Caution: 5(1): 64–65 but NOT 64–5. Note: p. or pp. is NOT used in *Journal* entries.

7.4. **Book** (Example 2). **The Book Author(s) or Editor(s)**. **Year**. **Book Title**. **City: Publisher Name**, **p. number** (optional if several scattered portions were used).

7.5. **Book chapter** (Example 3). **The Chapter Author(s)**. **Chapter title**. **In: Editor Names (Eds.)** **Year**. **Book Title**. **City: Publisher Name**, **pp. numbers**. The chapter title is written in lowercase except for the first word and proper nouns, and is followed by **In: Book Title**. In the **Book Title**, uppercase is given to the first letter of each word except prepositions and articles, and *the Book title is italicized*. Page numbers for the full chapter are designated by **p.** or **pp.**

followed by the numbers. Caution: pp. 128–136 but NOT pp. 128–36.

7.6. Journal *articles* or book *chapters* having 7 or more authors may list the first 4 authors followed by et al.

7.7. Japanese references. **Preferred:** If your article is written in English, then in your References put the Japanese author names in Roman characters and paraphrase the title of the Article referred to. At the end, say *In Japanese* (Example 5). **Alternative:** Currently, the References may use either Japanese or Roman characters; even if you write the reference in Japanese characters (Example 6), enter it into the single list of References either by citation order or by alphabet and number.

7.8. Numbered references to personal communications, unpublished work, or manuscripts "in preparation" or "submitted" are unacceptable.

7.9. Examples:

1. Gledhill C. 2000. The discourse function of collocation in research article introductions. *English for Specific Purposes* 19: 115–136.
2. Sinclair JM. 1991. *Corpus, Concordance, Collocation*. Oxford: Oxford University Press. p. 78.
3. Nylenna M and Hagve TA. Small journals and non-English language journals. **In:** F. Godlee, T Jefferson (eds). 1999. *Peer Review in Health Sciences*. London: BMJ Books. pp. 112–121.
4. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, and Richardson WS. 1999. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. <http://www.cebm.net/ebm_is_isnt.asp> (Accessed December, 2004).
5. Hishida H and Hirano M. 2003. Teaching material using Web site information on nursing. *Medical English* 4(2): 41–44. In Japanese.
6. 井上真紀, 佐藤利哉, 神田和幸. 2004. コミュニケーションから見た看護事情の改善の必要性. *Medical English* 5(1): 51–58.
7. SAS Use's Guide. 1989. 4th edn. Vol. 1, Version 6. Gary, NC: SAS Institute.

8. Submission of the paper

8.1. A manuscript will be considered for publication with the understanding that it is being submitted solely to the *Journal of Medical English Education*

and that all pertinent sources of support and information have been acknowledged. Submission of an article implies that the work has not been published elsewhere (except perhaps as an Abstract in a conference Program or Proceedings) and that the work does, in fact, belong to the author(s) named on the Title Page.

8.2. Submit the manuscript by e-mail attachment to <jasmee@medicalview.co.jp>.

8.3. If the manuscript cannot be sent by e-mail attachment, then send the file on CD or floppy disk accompanied by three sets of the printed manuscript, to:

Editorial Section, *J Med Eng Educ*,

Medical View Co., Ltd.

2-30 Ichigaya-honmuracho, Shinjuku-ku

Tokyo 162-0845, JAPAN

Phone +81-3-5228-2057 Fax +81-3-5228-2062

E-mail jasmee@medicalview.co.jp

These materials will not be returned unless a return envelope and sufficient postage are provided by the author(s).

8.4. The "Transfer of Copyright" must be signed by all authors and sent to the JASMEE office (8.3 above) by regular post. The *Consent of Submission* form appears near the end of this *Journal*.

8.5. The authors are responsible for obtaining written permission to reproduce materials that have been published or that involve the property or privacy of anyone other than the authors. Infringement or violation of rights includes the use of copyrighted materials such as figures or tables, the use of photographs that may identify an individual, and quotation of unpublished results or private communications.

9. Japanese Articles

When writing an article in Japanese, follow the English Guidelines in addition to providing English in 4 places: (1) Just beneath the Japanese title of the article, provide an **English Title**, (2) put the **Author Name(s)** in Roman characters under the Japanese Name(s), (3) name the **Institution and Department** in Roman characters just below the same author affiliations in Japanese, (4) provide

the **Abstract** in English only.

10. Student submissions

10.1. Articles prepared by students will be considered on a limited basis. All manuscripts are subject to the Guidelines for Authors, and the Title Page must include the name of a teacher, possibly a co-author, who will serve as the contact person throughout the editorial process. Provide e-mail addresses and telephone and fax numbers where the Editors might reach someone for consultation even after the student author has graduated.

10.2. WJEMA articles, speeches, presentations, debates, and short communications must include a Title Page listing a teacher and/or other contact person with e-mail addresses and telephone and fax numbers where the Editors might reach someone for consultation even though the student author may have graduated.

11. Review of Manuscripts

All manuscripts except Special Articles will be evaluated by 1 or 2 reviewers assigned by the Editors.

12. Proofreading

Galley proofs of accepted manuscripts will be sent to the authors shortly before publication of the *Journal*. Typographical errors and errors in the data will be corrected upon return of the proofs, preferably by e-mail attachment or fax, to the JASMEE Office.

13. Reprints

Reprints are available free of charge for 20 copies or fewer when ordered with the returning of the proofs. The cost of copies exceeding the first 20 will be charged to the author(s).

* *Guidelines for Authors* in both English and Japanese can be downloaded from the following webpage (本ガイドラインならびに日本語投稿用のガイドラインは、下記のホームページでもご覧いただけます):
<<http://www.medicalview.co.jp/jasmee/journal.shtml>>

Abbreviations and Acronyms Occurring in Studies on English Education

This list is a quick reference for readers whose academic field may not be the study of English education but whose work puts them in contact with such terms. Caution: The list is not a free license for authors to bypass the writer's etiquette and responsibility to spell out the full meaning when the term is first used in the main body of a paper.

Abbreviation	Full Expression
1. CALL	Computer-Assisted Language Learning
2. CARS	Create a Research Space
3. COBUILD	COLLINS Birmingham University International Language Database
4. DDL	Data-Driven Learning
5. EAP	English for Academic Purposes
6. EEP	English for Educational Purposes [now almost obsolete, replaced by EAP]
7. EFL	English as a Foreign Language
8. EGAP	English for General Academic Purposes [e.g. listening and note-taking, academic writing, reference skills, seminars, discussions]
9. EGP	English for General Purposes
10. ELP	English for Legal Purposes
11. ELT	English Language Teaching
12. EMP	English for Medical Purposes
13. EOP	English for Occupational Purposes [e.g. doctors, hotel staff, airline pilots]
14. EPP	English for Professional Purposes English for Pharmaceutical Purposes [of recent origin]
15. ESAP	English for Specific Academic Purposes [e.g. medicine, law, engineering, economics]
16. ESL	English as a Second Language
17. ESP	English for Specific Purposes
18. EST	English for Science and Technology
19. EVP	English for Vocational Purposes
20. IELTS	International English Language Testing System (UK)
21. ITA	International Teaching Assistant
22. L1	First language/mother tongue
23. L2	Second language/medium of communication
24. NS	Native Speaker (of English)
25. NSS	Non-native Speaker (of English)
26. PBL	Problem-Based Learning
27. PERC	Professional English Research Consortium [based in Japan]
28. RELC	Regional Language Centre (Singapore)
29. TEFL	Teaching English as a Foreign Language
30. TENOR	Teaching of English for No Obvious Reason [e.g. for children unaware of any particular need for English, sometimes equated with EGP]
31. TOEFL	Test of English as a Foreign Language
32. TOEIC	Test of International Communication
33. TSA	Target-Situation Analysis

Boldface indicates terms sometimes found in *Journal of Medical English Education*.

This list was compiled by the editors.

Editor's Perspective

How Much Does the Learning Environment Matter?

In this issue of the *Journal*, two underlying questions go almost unnoticed, except for one thing—they are questions that cannot be ignored:

1. How much does the learning environment matter?
2. If the English teacher uses content-based texts in class, how much collaboration, if any, is necessary between the English teacher and the medical-subject specialist?

Although “*the learning environment*” is nowhere mentioned per se, these articles show the teachers taking the bull by the horn and creating a learning environment intended to (a) broaden the students’ options, (b) activate the students in their own learning, and (c) expose them to meaning-packed decision-making situations. At first these goals may seem to be above and beyond the linguistics of English and yet, in a natural vein, these classes are infusing English into the lifework of every student. The learning environment is seen in these articles as a crucial nonverbal factor that contributes immensely to the students’ progress.

Threads that run through several articles are (a) the students making oral presentations based on their own findings; (b) the students being evaluators of their own work as well as that of their peers and of the course as a whole; and (c) the students looking for links between the English being used and the behavior of the user.

The first article describes an English class involved in Problem-Based Learning (PBL), where the students work in groups to get a clear in-depth picture of one of five medical problems, solve the problem and, finally, persuade their peers that their solution is a reasonable answer to that problem, at least for now. Added to all this, each student is involved in active listening in order to give feedback and write a peer assessment of the presentations made by the groups working on the other four problems. The students get into discussions face-to-face at tables, library work, making presentations in front of the class, and other vis-à-vis that would otherwise be hindered if their learning environment happened to be rigidly confined. Without saying a word about *the learning environment*, this author simply goes about explaining how the elements of the course are orchestrated so as to stimulate the students to become ultimately responsible for their own learning.

The second article heads in another direction completely—how to read a medical paper. It broaches, however, on a question that also figures into the PBL approach or any other class in English for Specific Purposes: *how much collaboration should be expected between the English teacher and the subject*

specialists? Though resting assured that the IMRD structure can be taught adequately by the English teacher, this author strongly advocates that if English teachers are expected to teach undergraduates how to read medical papers, then “collaboration is definitely needed” between the English teacher and the medical teaching staff. On that point, her view takes a 180° turn from that of the PBL author of the first article.

This course particularly involves the students in analyzing the sociolinguistic patterns used by doctors in their communication with patients, thus expanding the scope of the students’ learning materials into the realm of psychological and behavioral concerns. Given that the materials are “contextualized” within the doctor-patient framework and within the clinical environment of whatever medical paper a student happens to be reading, these students, too, are experiencing an enriched environment that can reach, albeit vicariously, beyond the confines of the classroom and into the clinician’s office, where attitudes interact with dialogue.

The next article, for the first time in the life of the *J Med Eng Educ*, introduces a course designed for students in a new 6-year Department of Pharmaceutical Science. The aim is a tall order for any department to fill: to equip the students for their professional duties immediately upon graduation. Dealing with Evidence-Based Medicine (EBM) for pharmaceutical studies, this course necessarily guides the students in examining the structure of abstracts accompanying IMRD-designed medical papers. Engaging the students in the use of computer literacy skills to search for clinical evidence in on-line journals, the course is keenly student-centered.

Like the courses described in the first two articles, this course was geared to high-level students. Both the PBL class and this one were made up of the students who scored high on placement tests, and the other class was open to students who scored 500 or higher on TOEFL. It would be of interest to find out whether the programs would work for students who scored lower. Perhaps one of the JAS-MEE conferences might do a symposium someday on this question as well as the questions of whether the ESP teacher ought to seek collaboration with the medical-subject specialist and whether the medical-specialist would wish to collaborate, and if so, just how such collaboration might come about.

The fourth article in the *Journal* argues that classes of English for nursing students ought to include cross-cultural studies in addition to English. The author maintains that the nursing students need to learn about British culture in particular, because some of them aspire to work in hospitals in the UK and not knowing the culture could lead to serious mishaps in the workplace. Although the article stops short of disclosing actual incidents in which a Japanese nurse might have had repercussions

over the misfortune of not being culture savvy, it opens up a world of exciting questions to be explored.

The author proposes that, for one thing, nursing classes could pay visits to English-speaking medical institutions in Japan. To find out just how the perceived needs are met realistically, we hope this article opens up new dialogue and results in workable solutions.

The next exciting article makes use of the popular television drama *ER*, as if transporting a class of nursing students to the Chicago County Hospital emergency room itself to learn medical English—and all that goes with it. If this is not a dynamic *learning environment*, what is! The teacher had the foresight to realize that it would not be enough just to show the film clips but that a lot of “behind-the-scenes” preparation would be necessary. So she constructed worksheets and armed herself with a variety of questions, while carefully selecting the episodes that would bring into play the particular concepts, cultural backgrounds, and English expressions to be targeted in each class session. This work was presented at the 9th Annual JASMEE Conference, Kanazawa, in July 2006, and now the *Journal* showcases the classroom methodology and results for the readers who could not attend the conference as well as for the conference participants who would like to have a closer look.

One of the trademarks of this course is the “politeness theory,” which the teacher finds to be behind good communication strategies in several episodes of *ER*. We hope the readers of the article can have as much fun as the students did whenever they could discover the politeness theory at work in the dialogues.

Short Communication

Finally, in the Short Communication department, one letter and communication have come in from a young doctor from Jordan, upon his doing advanced studies with Dr. Shizuo Oi in Tokyo, and another item from a doctor in Japan who submitted it jointly with a doctor in Indonesia.

From Jordan, a neurosurgeon expresses appreciation for the kind hospitality the Japanese medical students and others extended to him during his research visit in this country. Wanting to “give back something in return,” he compiled a list of practical points on how he believes medical students in Japan can improve their English power. The list is based on ways similar to the things he did when he had to acquire, first, French and then English, over and above his mother tongue. In addition to 18 study-points, he gives 14 WEB sites he has found helpful in learning English, and several of these sites, he notes, are especially helpful to medical students.

A short but informative article brings us up to date on the important matter of global ear health care and, particularly, on the active role that Japan has been playing in the management of hearing impairment and deafness in Southeast Asia and around the world. Although the corresponding author is a specialist in otorhinolaryngology in Japan and the co-author a specialist in otolaryngology in Indonesia, English is the lingua franca of Hearing International and other academic organizations working toward global health care. In spite of the brevity of the article—if not because of its brevity—this communication achieves its primary objectives, namely, to help raise public awareness and concern for the hearing impaired and the deaf and to help the hearing world appreciate the privilege of hearing and become aware of steps that might be taken toward the prevention of hearing impairment.

Nell Kennedy, Editor-in-Chief

Haruko Hishida, Associate Editor

e-mail: jasmee@medicalview.co.jp

kennedy@rakuno.ac.jp

hhishida@hama-med.ac.jp

医学英語教育の国際化

「日本流」から世界の潮流へ

Internationalization Strategy of Medical English Education: Japanese Style in the Global Trends

演者

齋藤中哉

ハワイ大学医学部医学教育部客員教諭
自治医科大学卒後臨床研修センター客員教授

Nakaya Saito, MD, MS

Adviser & Consultant in Medical Education, Office of Medical Education, John A. Burns School of Medicine, University of Hawaii
Visiting Professor, Jichi Medical School

「国際化」の歴史と現状

皆さんこんにちは。座長の菱田治子先生から、非常に詳細なご紹介をいただき、たいへん恐縮しております。最初に、私自身の「罪の告白」というか「不勉強の告白」をさせていただきます。私は大阪大学医学部の学生だったときにほとんど講義というものに出た記憶がありません。それから、medical Englishの教育を受けた記憶もありません。そして学生時代、まさか将来自分が外国で仕事をするとはいっていませんでした。ですから“I was not good at English”というのは本当の事です。

「国際化」ということでお話をさせていただきたいのですが、国際化の歴史というのは非常に長いように思われていますが、実はそんなに長くないのではないかと思います。日本の市民が自由に海外に渡航できるようになったのはいつからか覚えていますでしょうか。ご存じの方はおられますか。1964年4月1日です。いま2005年ですから、たかだか41年です。実は私はいま41歳です。1964年生まれで41歳。ですから、海外渡航が1964年に自由化されたということを聞いたときに、「そうか、自分が生まれた時から

本当の意味での globalization への挑戦が始まったのだな」と思っています。

では1964年当時、いったいどれだけの人が自由に海外に飛び出ることができたのか。わずか12万7000人でした。40年後の2004年には、1,680万人が海外に出ています。もちろんこの1,680万人の大部分は、研究や勉強のための留学ではなくて、観光でしょう。それでも、100倍以上の人たちが、自由にこの島国から外に出ていけるようになりました。

次に、単なる海外渡航者の数ではなく、海外に在留している日本人の数について見てみます。いわゆる永住権保持者であるとか、長期滞在者であるとか、ここでは3ヶ月以上ということになりますけれども、2004年現在、それらを合わせた海外の在留邦人はほぼ100万人に達しています。そして、2005年に入ってちょうど100万人を突破したところ です。

在留先を国別で見えていきますと、非常に簡略化して説明していきませんが、3人に1人が米国に滞在しています。私もその1人です。10人に1人が中国です。そして、ブラジル云々と続くのですが、きょうの話題の中心ではありません



演者紹介：齋藤中哉氏（さいとう・なかや）

京都大学大学院工学研究科分子工学専攻修士課程修了。大阪大学医学部卒業。東京医科大学八王子医療センター腎臓内科助手を経て現職。全米で唯一ハワイ大学医学部だけが持つ Faculty Development Program「医学教育フェロー」を修了した最初の日本人として、同大学のカリキュラム開発(次世代 Triple Jump & Clinical Reasoning)に従事。日米両国で医学教育顧問として招聘を受け活躍中。

ので省略します。100万人の日本人が海外にいる。私はちょうど100万分の1です。本日、私が述べさせていただく見解というのは、まさに micro opinion であることをお断りしておきます(笑)。

3人に1人が米国在住ということから、医学教育、そして臨床医学や医学研究について話す場合、海外というところから米国のことになってしまいがちです。おそらく最初からイギリスやドイツなど、米国以外の国を挙げる方については、探し出すのも難しくなっています。

以上のような前置きをしたところで、本日は、これから、「医学英語教育の国際化」についてお話をさせていただきます。副題を「『日本流』から世界の潮流へ」と付けましたが、そのニュアンスは、これまで培った「日本流」を討ち滅ぼして、世界の流れ(global standard)に合わせるにいかないといけないという意味ではなくて、日本人として日本のやり方をしっかり見極め、それを武器にして世界に飛び出していこうではないかという趣旨の話にしたいと思っています。

全体を大きく3つのパートに分けて、お話ししたいと思います。最初に「内なる環境の整備」、これは、日本国内についての話です。それから「外なる日々の実践」、これは海外に出ての話です。最後に「国際交流のあり方」、すなわち、内と外をつなぐ bridging の方法についてお話ししたいと思います。人数が多いですから、途中で質問というのも難しいかもしれませんが、大きく3つのテーマに分かれていますので、途中でもし質問があれば、手を挙げていただければと思います。そのほうが雰囲気も和らぐでしょうし、私もいま非常に緊張していますので、質問していただけたほうがリラックスして話ができるように思います。

Part 1 . 内なる環境：日本国内の現状

まずは日本国内の話からはじめたいと思います。私は3週間ほど前から日本に一時帰国しておりまして、今週は、佐賀大学医学部国際医療コミュニケーション学科の池田豊子先生から医療英語の集中講義の依頼を受けて、90分×3コマの授業を行ってきました。医学部の2年生が対象だったのですが、受講者数が一学年95人中82人に及び聞いて、非常にびっくりしました。90%近くの学生さんが2年生という低学年のうちから、medical Englishの授業を取っているのだということを知りました。講義内容を見てみますと、例えば、感染症の専門家がSARSについて話すとか、内科の医師が高血圧の概念について話すとか、海外留学経験のある先生が自分の留学体験について話すとかなさっていますので、私はハワイで行われている教育について、ビデオを交えて、紹介する講義を行いました。

実際に学生さんとコミュニケーションをしてみると、まだ2年生、20歳前後の人たちなのですが、海外に出てみたい、海外で働きたい、早いうちからmedical Englishを勉強したい、そして5年生、6年生でやる内容にいまからでも触

れたいということ、とにかく熱心なのです。これは先ほど冒頭でご紹介した私自身の経験、十数年前に医学生だったときの経験からは、ちょっと考えられないことだと思いました(笑)。ここにおられる先生方も、各々の大学における学生さんの熱意を十分お感じになっていることと思います。

次に、こういった学生さんの熱意を挫くようなエピソードを、再度、私自身の体験からご紹介したいと思います。それは、医学部を卒業して、実際の医療現場に出ていくと、英語を勉強しようという気を阻害するファクターが非常に多いということです。例えば、院内のconferenceがあつて、頑張って英語で抄録を書き上げたのだけれども、部長から呼び出されて、「お前、これを日本語にしろ。英語じゃ読めない」。それから、学会の地方会などでも、プレゼンテーションのスライドを頑張って英語で書いて指導医の先生のところを持っていっても、「お前、地方会だぞ。英語で書いてどうする。日本人しかいない」と水をさされます。

このように、医学部の教育においていくら国際化、国際交流ということ強調しても、いったんアカデミックな環境からちょっと外に出てしまうと、それをスポイルするような、悪意に満ちているとしか思えない人々がうごめく環境が待ち構えていると覚悟しなければなりません。私もそういう環境で10年間耐えました(笑)。

では、私たち医学英語教育者の役割は何かということになると思うのですが、warm environment、英語を積極的に使用していこうという態度を迫害する人たちから、志のある学生さん、研修医、そして、若手医師たちを守ってあげることが大切だと思います。守ってあげるだけでなく、何らかのsuggestionをあげる。こうしたみたらいいよという励ましを与えていくことであると思います。

医学部在学中や臨床研修中に何かと親切に面倒を見てくれた先生というのは、学生さんや研修医は非常によく覚えているもので、特に、英語を熱心に指導してくれた先生に対しては、5年後、10年後に、「先生、あのときはお世話になりました」というメールや手紙が海外から来たりすることもあるかと思うので、それはまさに教師冥利に尽きる経験といえるでしょう。

在米の立場から日本の医学教育を眺めてみた場合、医学教育界全体がglobalizationについて切迫した必要性を感じていないという印象があります。ですから、私たち1人1人がgrass root(草の根)でできることは、志のある人たちを守ってあげること、そして、少しでも力になってあげて、育ててあげることだと思います。ちょっと青臭いメッセージかもしれませんが、大切な出発点になると思いますので、挙げさせてもらいました。

検定試験で英語力は測れるのか？

次に、「内なる環境」に関して、TOEICとTOEFL、USMLE(United States Medical Licensing Examination)に関して

Slide 1. Lesson from TOEIC

- The Number of Examinees (1997-1998)
 1. Japan 860,000
 2. South Korea 400,000
 3. France 45,000
 4. Thailand 27,000
 5. Taiwan 11,000
 6. Mexico 7,500
 7. China 3,500
 8. Switzerland 3,400
- Not "Global Standard" but "East Asian Standard"

少しだけデータを出してみたいと思います。これらのデータは多くの先生方がご存じだと思いますが、今後、医学英語検定について話を進めていくにあたって、重要なデータになるのではないかと思いますので、いちおうレビューしておきたいと思います。

最初に、TOEICです(Slide 1)。これは少し古いデータとなります。1997～1998年ですから、もう7、8年も前のデータが何でいまごろ出てくるのかと思われるかもしれませんが。医療従事者にはあまりなじみのないTOEICですが、日本と韓国から各々86万人、40万人と、非常に多くの受験生が受験しています。ビジネスマンに話を聞いてみると、TOEICを一種のmandatoryとしている企業が多いそうです。promotionのためのrequirementとしても使われているような状況であると聞きました。

日本からこんなにたくさんの方が受験しているTOEICですが、1997年の段階で、日本と韓国に次ぐ上位8カ国の受験者数を見ていきますと、日本と韓国は十万人単位なのですが、それに続く国々は、フランス45,000人、タイ27,000人、台湾11,000人。しかし、これらに続くメキシコ、中国、スイスからの受験者はもう1,000人台となってしまう。2004年版、2005年版のデータを探してみたのですが、公表することを中止してしまったのか、見つかりませんでした。このデータを見て、私は思いました。日本と韓国だけで90%以上の受験者を占めているテストが、はたしてGlobal Standardと言うことができるのであろうかと。それは単なるEast Asian Standardではないかと。

次に、TOEFLです(Slide 2)。2000年の段階のデータをお示しします。現在ではcomputer-basedに移行してきていますが、ここにお示ししているのはpaper-basedのスコアです。2000年の段階で、日本はaverage scoreが501点で、アジアの21カ国中18位となっています。このことに触れた新聞記事を読みますと、それがあたかもすごく恥ずかしいことであるかのような解説に行き当たるのですが、この統計に関しては、実は、盲点があります。日本からは30万人規模の人が受験しているのですが、例えば平均点が584点のフィリピンの受験者数をご存知の方はおられますか。

Slide 2. Lesson from TOEFL (Average Score in 2000)

Country	Score	Country	Score
Germany	617	Vietnam	530
Norway	607	Hong Kong	524
Philippines	584	Bangladesh	515
India	583	Myanmar	515
Sri Lanka	571	Thailand	510
China	562	Taiwan	510
Nepal	530	North Korea	510
Indonesia	545	Macao	506
Pakistan	542	Japan	501
Malaysia	536	Afghanistan	493
South Korea	535	Cambodia	488

実はフィリピンは、この時の受験者数は100人未満です。80数人しか受けていない。ですから、おそらくエリート中のエリートが受験して、584点の平均点をたたき出している可能性があります。かたや私たち日本人は、とにかく「資格好き」です。留学したいと思っていなくても、力試しで受ける人が非常に多い風土です。こう考えていくと、まず非常に単純に考えて、国別の平均だけを見ることには統計学的な意味がない。なぜかといいますと、そもそも母集団が把握されないままの平均値だからです。試験を受ける目的が単なる「腕試し」で受けている人が多い国と、国費を使って国を挙げて留学させようとしている人だけが受けているような国の平均点を比較しても、その国民の英語力を判断したことにはならないでしょう。

職種別の、すなわち、医療従事者だけの平均点という項目も探してみたのですが、私の見たかぎりでは見つからなくて、どこかにあるのかもしれませんが、職業ごと、それから学歴ごとの点数が公表されていませんから、すべて「寄せ集め」の平均点です。そういう結果を使って、日本人の英語力が低いと言われてしまうと、おそらく皆さん、胸の内が穏やかではないと思われます(笑)。

ここでちょっと気分転換に、TOEFLに関する面白い一節を紹介してみます。世界的にもよく出回っている参考書だと思えるのですが、Princeton Reviewから*Cracking the TOEFL*というテキストが出版されています。読むとなかなか味のあることが書いてあります。TOEFLというのは、確かに英語力に関して本物の実力がある人ほどよい点数を取れるけれども、本物の実力があってもスコアが伸び悩むということがあります。また、反対に、本物の実力がなくても、TOEFLに特化した対策を行えば、よい点数を取ることができることを指摘しています。そのことを踏まえて、ではいったいTOEFLは何を測っているのかという問いに対して、この書物はなんと次のような言い方をしています。“The TOEFL measures your performance on the TOEFL.”(会場笑)

TOEFLでよい点数を取ったということが何を意味しているかという点、「TOEFLがよくできるということを証明し

ている」だけだというわけです。もちろん、TOEFLができることが悪いことではないと思います。素晴らしいことだと思ってくれるだけでも、TOEFL攻略本の中で“ The TOEFL measures your performance on the TOEFL ”と言っているということは、「TOEFLでよい点数を取っているだけでは、実世界では不十分なのだ」という言外のニュアンスについて考えさせられざるをえません。

閑話休題として、医学英語教育の本題に立ち戻らせていただきます。米国のUSMLE (United States Medical Licensing Examination)では、以前、外国人のみを対象にEnglish testが課されていたのですけれども、そのEnglish testがいったんTOEFLのスコアで代用されるようになりました。もちろん、このTOEFLを米国医科大学の学生および卒業生は受験する必要がありませんでした。そして現在、米国は、外国人に対してのみ課してきたTOEFLそのものを廃止するに至っています。

なぜTOEFLが廃止されたのかという理由が、実はあまり知られていないように思います。米国のresidency programの中で、TOEFLのスコアと実際にresidencyやfellowに入ってからclinical competency(臨床能力)との相関を調べてみると、TOEFLの点数がよいからといって必ずしも臨床能力が高いとはいえないという調査結果が存在します。実は、それだけが理由で外国人が米国で臨床研修を行う際の資格認定試験の一環からTOEFLが廃止されたのではないのですけれども、いずれにせよ、TOEFLのスコアは臨床の現場ではあまり重視されておらず、それに代わる方法がすでに導入されています。この点については、後ほど、USMLEにおけるclinical skills assessment (USMLE step 2: Clinical Skills)についてお話をするとともに、再度、立ち戻りたいと思います。

ここまでのところで、何かご質問はないでしょうか。

【菱田一三(東海大学開発工学部)】質問というより多少反論なのですが、TOEFLは確かに日本人が一番たくさん受けていることは確かなのです。ただ人口比当たりで言うと、韓国が一番多いのです。だいたい日本の2倍以上受けていると思います。それから次に台湾です。日本が3位です。人口比で言うと1,500人につき1人ぐらい。中国ですと10,000人につき1人ですから、中国と日本を比較すると公平ではないかもしれませんが、日本と韓国だと明らかに韓国のほうがTOEFLスコアは上ですから、日本と韓国の比較では、韓国人は日本よりかなり上になったと。昔はともかくとして、いまは韓国が頑張っているということは言えると思います。

【齋藤】ありがとうございます。私も、先生のコメントに同意します。私はいまハワイでたくさんのKoreanのスタッフと一緒に働いていますけれども、韓国における受験地獄ぶりというのは、おそらく日本が高度経済成長期にあったときの受験戦争と同じぐらい熾烈で、韓国人の英語

力に関しては、いま先生からご指摘があったとおりではないかと思えます。

Part 2 . 外なる日々の実践

それでは、Part 2に移らせていただきます。さきほどのPart 1では日本国内のことについてお話をしましたけれども、ここからは日本人として私が「外」に出てきた経験を通して、少し「海外」のことについてお話をしたいと思います。経験的なものであって、たくさんの反論がありえるかと思えますので、ご意見をよろしく願います。

ある米国人医師から、私が外国人であることを意識した上で、「米国社会の中で生きていくためには1に英語、2に英語、3、4がなくて5に英語」と言われたことがあります。私も、研修医の頃は、とにかくEnglish, English, Englishということで、自分なりに頑張って英語を勉強していたのですけれども、実際に米国で生活を始めてみると、そんなに英語ばかり強調しなくてもよいと感じるようになりました。もちろん英語はすごく大切だと思います。でも、それを自明の前提としたうえで、現在、ハワイや日本において、医学生、研修医、若手医師の方々とお会いするときには、「英語はすごく大切、でも、最初に明確な動機や目的がなかったら、英語を勉強する気持ちも起きないでしょう」と言うようにしています。

TOEFLの問題を上手に素早く解くことができても、別にそれで英語圏で仕事を任せてもらい、一人前のプロジェクトができるようになるわけではありませんし、NIH(National Institutes of Health)からファンドが取れるというわけでもありません。「何がやりたいのか」、そのやりたいことが見つかって、全力で打ち込むエネルギーさえ得られれば、英語の勉強も必然的についてくると思うのです。Negotiationもできないし、conferenceに出席しても石みたいに黙っている。そういう状況を通して、「やっぱり、英語が必要だな」と痛感すれば、英語の勉強自体は、自動的に開始することができます。若手に何かアドバイスするときには、「英語、英語って言っているけど、英語以前にやりたいことは何ですか? 英語の教師になるなら別ですけど、それ以前に留学の目的が明確でないと、非常に苦勞することになります」と伝えるようにしています。

さて、明確な目標をもつことも重要なのですが、もう一つ、軽視してはいけなことがあります。それは、医師としてのphysicalなskill、身体的な技術です。なぜかといいますと、手術が上手であること、それから、点滴を取ったり、Aライン(動脈圧ライン)を取ったり、超音波検査を施行することが上手であることは、言葉を超えるからです。極端な話ですが、どんなに英会話が上手でも、手術が下手では、外科医としては生きていくことはできません(笑)

ですから、ありふれた助言となりますけれども、英語学習の動機づけ、motivationを得るためには、何がしたいのか

Slide 3. Different Horizon

- First name basis
- Stand on an equal footing
- Mutual teaching and learning
- Think aloud

を明確にすること、それから日本国内であらかじめ医師としての力(あるいは、研究者としての力)を磨いておいたほうがよいのではないか、この二点が大切です。この見解を支持するような、そして、励ますようなエピソードがありますので、スライドの文章を読み上げつつ、ご紹介します。

「英語が満身に話せませんから、講演する前はかなり緊張しました。ただ、発表する内容はたくさんあります。私はダントツのデータを持っていたのです。」

これはどなたのお話か、ご存じの方がおられるかもしれませんが。このまま続けて、読み上げていきます。

「最初は英文で原稿を書き、それを読み上げていました。しかし、途中で面倒になって、原稿を見ずにカタコトの単語を並べて講演しました。」

「そして、いよいよ青色LED(Light-Emitting Diode, 発光ダイオード)についての講演です。息を呑むような聴衆の雰囲気伝わってきました。プレゼンテーションが終わったあと全員が立ち上がって拍手をしてくれたのです。」

これは、UCSB(University of California, Santa Barbara)工学部教授の中村修二氏が、その著書の中で披露されているエピソードです。中村修二氏がもし英語力を上達することにもものすごいエネルギーを使っていたら、おそらく青色LEDという偉大な発明にはたどり着けなかったかもしれません。逆に、そのコンテンツがあったゆえに、たどたどしい英語であっても、一所懸命に行ったプレゼンテーションを米国人は認めてくれた。

ここでしかし、中村修二氏は、英語を勉強しなくてよいと言っているのではないのです。ここは誤解しないようにしてほしいのですが、彼は渡米するにあたって非常に熱心に英語の勉強をして、実際に教壇に立つにあたって、1回の講義を行うのに、数時間の準備を行って講義に出るというようなことも語っています。ですから、英語圏で生きていくために英語に関してのものすごい努力をされているわけです。

アジアと欧米の違い

アジアと欧米という大雑把な対比は正確さを欠いた比較であるのご批判があるかと存じますが、実際に欧米の土地に降り立ったアジア人が共通に感じる精神風土の相違というものがやはり存在します。私は、この精神風土の相違を different horizon(Slide 3)という言葉で表現したいと思

Slide 4. Mindset: Working in the US

- Be proactive
- Be critical
- Be assertive
- Be aggressive

ます。第一に、first name basis。日本では考えられないことだと思います。すなわち、自分よりも年齢も職位も上の人に対して、姓や肩書きによってではなく、名によって呼びかけを行うことは、日本ではスムーズには行われません。

このfirst name basisに象徴されるように、欧米ではアジアに比較して、対等な人間関係の構図で物事が進んでいきます(stand on an equal footing)。教育においても、教師(teacher)と学習者(learner)は固定された役割ではなくて、教授であれディレクターであれ、「そのことについて自分によく知らない。だから教えてくれないか。明日までに調べて教えてくれたら、あなたにとってだけでなく私にとっても勉強になる」という謙虚さ、ここではmutual teaching and learningと表現していますけれども、「教師」と「学習者」は単なる役割関係であって、何歳になっても、どんな職位に就いていても、謙虚な態度が維持される傾向にあることが欧米のacademiaの特徴です。

最後に、think aloudと書きましたけれども、日本では思っていることを腹の底にためてずっと言わないまま、以心伝心のコミュニケーションを取ろうとしますけれども、個人が別の個人を理解するためには、何でも声に出して試してみる。声に出して言わないと、相手に何を考えているか理解してもらえない。コミュニケーションにおいて沈黙というのは時間の無駄であるという気質が欧米には存在するように感じられます。

こういった精神風土の違いは、どちらかに軍配を揚げるような優劣比較を行うのではなく、現実に存在する違いとしてそれなりに認識しておかないといけないと思います。ある米国人ディレクターが、「アジアの社会と欧米の社会は極めて違うから」と前置きして、日々の仕事における心構えを、4つの言葉を通して注意深く教えてくれたことがあります。その4つとは、proactive, critical, assertive, aggressiveです(Slide 4)。

1番目のproactiveは、いちいちあしなさいこうしなさいと言われなくても、積極的に物事に取り組んでいく姿勢です。2番目のcriticalは、日本では難しい態度だと思えますけれども、人の意見を鵜呑みにしないことというのがおそらくいちばん適切な言い方だと思います。何でも批判する、ひっくり返してみるというような単純なことではありません。人の意見は人の意見として認定した上で、自分の意見についてはそれとは別途に形成する態度といってもよいと思います。

3番目のassertive、4番目のaggressiveというのは、さら

に難しいかもしれません。日本語で「あいつ、アグレッシブな奴だな」といった場合、あまりポジティブな評価になっていなくて、その人の性格のネガティブな部分を、たとえば、「攻撃的」「挑発的」であるとか「自分勝手」といったニュアンスで強調するために使用されていることが多いですね。しかし、英語の aggressive には、臨機応変に建設的に自己主張していくといった、よいニュアンスがあります。Assertiveな態度も、必ずしも、グループの和を乱すということではなく、思い切りよく良質の意見を出していく、力強くリーダーシップをとっていくというニュアンスです。

こういう違いは、日本に住んでいるかぎり、ふだんは意識することがなかなかできないと思います。日本人は、島 = 日本列島に住んでいて、island country であるという地理的な制約があります。海を渡っていかねばなりませんので、「隣国に行く」という構えではなく、「外国に渡る」という構えになってしまうのです。そして、実際、渡航には大きなエネルギーが必要です。

このことに関連しますが、different horizon を生んだ要因の一つとして、日本人が、遊牧民族ではなく、定住民族(稲作民族)であったということも影響していると思います。もちろん、これがハンディキャップであるかという意味で言っているのではなく、自分たちの歴史、文化、伝統をよく理解し意識しておけば、逆に得意技として駆使していくことができるという点が大切だと思います。

自分の文化を否定しても全く始まらないわけです。島国、こんなに小さい土地で、田畑を耕して何百年も生きてきた民族だから、というように自己卑下する必要は全くない。それが私たちの出自ですから、そこからしか私たちは勝負を始めていくことができない。この認識はすごく大切なことだと思います。

USMLE の現状

医学英語教育に関して、海外の現状について考えていく場合、やはり、米国の USMLE (United States Medical Licensing Examination) に触れないわけには参りません。そこで、先ほどの Part 1 においても USMLE について少しだけ触れましたが、その話にもう 1 回戻ります。外国人受験者に対してのみ課せられていた TOEFL が廃止され、USMLE の CSA (Clinical Skills Assessment) の部分が、どのように修正されたかについてです。さきほども申し上げましたが、English test TOEFL CSA のように発展してきた経緯があります。USMLE の Step 1, 2, 3 において、それ以外の骨組みは、ここ最近、ほとんど変わっていません。

CSA は、現在では USMLE において Step 2 の中の Clinical Skills (CS) という範疇で実施されるに至っています。この試験では、患者さんの診察、すなわち history taking and physical examination を模擬患者さんに対して行い、そのあと、診察結果の要約を書いて、鑑別診断を考えて、最初に行うべき検査を依頼する、という非常に統合的な課題が課され

Slide 5. USMLE Step 2 Clinical Skills

Subcomponents

1. Integrated Clinical Encounter

- Data collection (H&P)
- Documentation (Write-up, diagnostic impression, initial work-up)

2. Communication and Interpersonal Skills

- Questioning skills
- Information sharing skills
- Professional manner and rapport

3. Spoken English Proficiency

- Pronunciation
- Word choice
- Minimizing the need to repeat questions or statements

Assessed by the standardized patients.

ます。

評価基準は3つの Subcomponents に分けられています。第一に、Integrated Clinical Encounter です。これは、診察後、患者サマリー(病歴と診察所見)、鑑別診断、行うべき初期検査を、答案用紙に決められた時間内で書くことにより、医学的知識そのものを総合的に評価していく項目です。

第二に、Communication and Interpersonal Skills。単に患者さんを医学的に診ることができるだけではなくて、患者さんとの関係の持ち方、単に問診が上手なだけではなくて、医療従事者として患者さんである相手をケアする力、例えば HIV に感染したということがわかったというようなケースで、「ああ、そうですか」と淡々と聞いているだけでは、患者さんを心理的に受け止めたことにはなりません。単に質問し、医学的な情報を正確に収集していくだけではなくて、どのような態度とマナーで患者さんに接近していくか、そして、問診と診察のおおのの段階で、医療従事者に必要とされる適切な説明能力、気配りに関する能力も問われるようになりました。試験問題には、外科手術前の患者さんに informed consent を実施しなさい、ある検査結果に基づき患者本人に病状説明を行いなさい、自殺企図の患者さんにカウンセリングを行いなさい、などのような問題もあります。医師としての professionalism を客観的に評価しようとするのは非常に難しいと思うのですが、医師としての態度、ラポールの取り方などを可能な限り、定量的に評価していこうという試みがなされています。これらの評価項目は、単に英語を流暢に話すことができるだけでは乗り越えることができない範疇です。

三番目の項目が、Spoken English Proficiency です。これは、個々の単語の発音の正しさにはじまり、語法の正しさや単語選択の正しさ、そして、会話全体の聞き取りやすさなどを評価します。何を言っているか聞き取りづらくて、何回も何回も患者さんから質問されたり、というのは、spoken English の proficiency としては poor ということになります。

この3つが評価基準の柱となっているのですが、評価は、模擬患者による採点と、答案用紙の採点によって行われます。これは全米規模で行われている共通試験です。医師になろうとする医学生全員が受験するわけですから、ものすごいことです。TOEFL廃止後は、外国の医学部を卒業した外国人および米国人に対しても、この共通の USMLE フレームで、評価が行われるようになりました。Double standard が廃止されたことは喜ばしいことです。

医学教育の新しい流れ：

学から sign-and-symptom-based へ

さて、Part 2 最後の話題になりますが、米国 USMLE の大胆な改革などを参考にしつつ、日本国内で何か新しいプログラムを考えていくことはできないかということについて、少し考えてみたいと思います。

一つは、anatomy であるとか、physiology であるとか、pharmacology であるとか、いわゆる“-logy”「学」をやめていこうではないかという流れです。Organ-based、それからもっと進んで sign-and-symptom-based のアプローチに移行していったほうがよいのではないかというのが、1つのアイデアです。

具体的には、基礎医学のカリキュラムにあった学を廃して、少なくともまず臓器システム based に移行します。臓器システム別による教育カリキュラムに対しては、もちろん、批判があります。なぜかという、例えば cardiology をやっているときに、「息が苦しい」という患者さんの症例を提示しても、学生はもう皆、心臓病のことしか考えない。例えば肺炎であるとか、肺動脈血栓症だとか、誰も考えてくれない。「cardiology の授業なんだから、どうせ心臓の病気でしょう」と言ってしまうと、鑑別診断が広がっていきません。そこで、ハワイ大学では、organ-based または organ system-based のカリキュラムから、先ほど言った sign-and-symptom-based にもう一段 revision を加えていこうという動きがあります。

日本の場合、私が育った大学などでは、本当に典型的に“-logy”-based でしたので、学生時代のうちに「お医者さんになる」ということをもう少し真剣に学生に教えてあげようという方向にカリキュラムを改変していくことが大切です。それは医学英語教育についても同じだと思います。英語と医学を combine して、先ほどちょうど東京医科大学において、単なる English lecture ではなくて、MD プログラムと combine しているというプレゼンテーションがありましたけれども、そういう発想がとても魅力的で大切だと思います。

このような考えをさらに推し進めていくと、医学部の教育を、もう少し、臨床医や研究者の将来のキャリアに直結するようなプログラムに改革していったらどうかという提言も可能になります。と言ってもちょっとわかりづらいと思いますので、例を挙げたいと思います。例えば、最近、

Slide 6. “Project A to Z”

1. Project Visioning
2. Needs Assessment
 - Information Research
3. Planning Report (Blueprint)
 - Goal, Objectives, Method, Outcome
4. Preparation
 - Networking, Resources
5. Action!
6. Evaluation & Feedback

日本医学教育学会でも portfolio ということが言われるようになりました。医師としての portfolio を、在学中からバイングに準備していこうという考え方です。自分の将来のキャリアを日本でつくり上げていくにせよ、英語圏でつくり上げていくにせよ、portfolio は昇進、就職、その他の academic な活動において必須です。昇進しようと思ったら、真っ先に必要になるのは update された完全な CV ですし、若いときには就職応募に personal statement も必要とされます。実は、この personal statement であるとか mission statement という考え方自体、日本には十分定着していない概念だと思います。

最初にゴールを設定して、それに必要とされる過程をすべて書きだして、次に、その一つ一つに取り組んでいく、というようなアプローチの仕方というのは、従来の教育の中では、あまり行われてきませんでした。しかし、ビジネスの世界のみならず、医療の世界においても、徐々に浸透してきている考え方です。医師としてのキャリアに必要な道具を、例えば名刺ですが、名刺というと皆さんバカにするかもしれませんが、ビジネスマンの常識からすれば、名刺を持っていないということは顔がないことに等しいというのも真実なので、例えば名刺をつくらせる実習を試みる。それから電子メールの署名欄です。返信するときに auto reply で、Nakaya Saito, MD MS とか University of Hawaii という署名が自動で入って、国際電話の番号と電子メールまできちっと入っている署名をデザインしていくような教育です。皆さん、そんな簡単なことを...と思っておられると思いますが、そういう簡単なことを学生さんにはできていないし、研修医もできていないので、常識のはずだと思われるのですけれども、キャリアを develop していくためのツールとして積極的に教えてあげたらどうか。それは皆さんも毎日やっていることだと思いますので、特に何かを読まなくても自分たちの経験をまず教えてあげることができると思います。

もう一例、挙げてみましょう。スライドでは “Project A to Z” という書き方をしていますけれども (Slide 6)、その意味するところは、実践で英語を学ばせるという考え方です。具体的には、自分のやりたいことを最初に同定させる。そのあとに needs assessment をインターネット情報検索などにより行う。そして、その調査に基づき、ブループリント

(プロジェクトの設計図)を書かせます。もちろん、人に見せてもちゃんと納得できる、「これなら資金援助をしてもよい」と言ってもらえるようなレベルの project report を書かせます。

そして、実際に時間を与えて、例えば夏休みであるとか、冬休みであるとかを使って、人に会いに行ったり、インターネット上でさらに情報を検索して、どういう人たちと接触・交渉していくことが必要なのかを、座学ではなく実践でやっていきます。そして、プロジェクトを本当に最後まで動かしていく。最後に、学生が各自のプロジェクトの結果をプレゼンテーションし、supervisor がそれに対してフィードバックと評価を与えていく。

このようなプロジェクト形式の授業はおそらく集中講義ではできないはずで、1年がかりということで、英語の先生方はおそらく卒論、修論、博士論文と、ずっと論文を書いてきた経験があると思うのですけれども、医学部というのはいわゆる卒論がないまま、いきなり博士論文に飛んでしまうので、はっきり言うと、医学部の博士論文というのは、他の学部の卒論のようなレベルです。ですから、医学英語講義で、与えられた1年間という期間の中で、他の学部の卒論に相当するようなプロジェクトを実際に全部英語でやらせてみる。

私がいま日本の医学生だとします。どうしてもハワイに行ってみたい。ハワイ大学医学部の関連教育施設である Kuakini Medical Center にどうしても行ってみたい、それが私のビジョンであるとします。何をしにいくのだと言われたときに、一所懸命、人を説得しうる説明を考えないといけません(笑)。まず、だれに相談すればよいのか。そこで、何ができるのか。本当に、行ってみる価値があるのか。お金はどれだけかかるのか。それらを全部調べさせて、英語で書かせたらよいと思います。プロジェクトはハワイのことですから、実際の交渉は英語でやらないといけません。そこで、先ほど申し上げた、電子メールを送ったり、名刺を送ったり、それから自分を紹介したりという技術が、待たなして、本当に、必要になってくるわけです。そうすると、将来の実践に関して、最初のガイド付き実践を通して、非常にたくさんの方を教えることができます。

皆さんは、いまこういう話を聞いて、すぐにはできないだろうとお感じになられていると思います。そのとおりだと思います。なぜかという、どういうスタイルでそういうプロジェクト、そういう教程を実現できるかといったら、おそらく1人の教授が100人の集まる大講義室で行う通常の授業のスタイルでは、個人個人のプロジェクトはおそらく指導しようがない。そうすると、おそらく、small group によるプロジェクトであるとか、「卒論」の際のように指導教官が1対1で付き合うというスタイルのものになってしまっていて、現在の日本の医学部における医学教育カリキュラムとの整合性を取っていくのは、現実問題とするとなかなか難しいかもしれません。

それと同時に、答え、あるいは、完成形が見えているわけではないですから、最初は何か基礎的な文献、例えばレジメの書き方とか、医学論文の書き方、手紙の書き方といった図書を紹介していくことができるかと思えますけれども、実際に個人の興味に焦点が当てられたプロジェクトに乗り出していくとなると、教官の労力も増えてしまいます。Labor-intensive な指導になってしまうということで、導入にあたっては調整が必要だと思いますけれども、私自身がこのような提案をしている理由の背景には、実際に海外に出てみて役に立つスキルというのは、先ほど申し上げましたように、考えていることを形にして、紙にして伝えるか、声に出して伝えるかして、そして相手がそれに納得してくれるか、お金をしてくれるか、そういったことが最低限の基本、すなわち常識になるからです。それができれば、自分の思っていることに形を付けていくことができ、だんだんに業績が上がっていく。ですから、その基本的な方法さえ教えてあげれば、彼らはそのやり方をどんどん自分流に modify してこれから先を生きていくことができるのではないかと。魚をあげるのではなくて、魚の釣り方を教えるという、言われつくした格言を持ち出して恐縮ですが、まさにそれを重視したコンセプトです。

ここまでで、Part 2 を終わりたいと思いますが、もしここまでのところでご質問がありましたら...

【Reuben Gerling (日本大学医学部)】日本でも5年前ぐらい前からやっと clinical skills を始めて、非常によかったと思います。Language skills (Slide 5) の2番と3番は本当に同じものですか。

【齋藤】そうです。ただ採点のための評価を行わなければなりませんので、評価項目はやはり別々に2本立てになっています。

【Gerling】語学がうまくできる人は、母国語であれば、2番(Communication and Interpersonal Skills)はできるのですか。

【齋藤】そうです。ただし、うまくやり遂げるためには、医師としての診療のトレーニングが必要になります...

【Gerling】医師として専門知識以外の medical skill としての必要性は2つあって、そのうちの1つは語学です。母国語にしても、英語にしても。

私は日本で20年ぐらい英語を教えていますけれども、日本の1つの問題は、英語教育のなかで、英語を skill であると認めていないのです。「知識」として教えているのです。そこは大きな問題だと思います。

【齋藤】ありがとうございます。今のコメントは非常に貴重だと思います。Knowledge としては教えられているけれども、それが生きた skill になっていないということですね。

【植村研一(弘慈会加藤病院)】いまのコメントにまたコメントしますが、2番と3番が同じだとおっしゃいましたが、

実は全然違うのです。これは語学力ではないのです。3番目は英語ができるかできないかという問題です。2番目の communication skill, 特に question skill というのは日本で教えられていないのですけれども、日本のお医者さんというのは closed question が圧倒的に多いのです。そうすると本当の意味で患者さんに入れられないのです。米国がやっているのは open-ended question でしょう。それが全く評価されない。英語であろうが日本語であろうが closed の質問をしてはだめなのです。

米国の OSCE (Objective Structured Clinical Examination, 客観的臨床能力試験, オスキー) でチェックするのはこの communication skill で、本当に open question をかけて、患者さんの心理的背景に入る技術を持っているかどうか。これは語学とは全然違う interpersonal skill なのです。ですから、これは別に採点する必要があります。これは日本でも OSCE でいま強調しているところです。

【齋藤】そうですね。2番と3番の違いを明確にするためのわかりやすい具体的な問題例を挙げます。米国の clinical skill assessment においては、communication skill を試すために、医学生に対してちょっとした修羅場、ストレス状況が含まれるような問題が出されます。例えば、自殺未遂で運ばれてきた患者さん、憂うつな顔をして口も利きたくないという風情のその患者さんにカウンセリングをしてくださいとか、HIV-positive の患者さんで治療に必要な抗 HIV 薬を購入するだけの生活費のない失業中の患者さんに今後の治療方針を説明してくださいとか、です。これは、単純に、英語力を試すだけではなくて、正確な医学と医療の知識に基づき、患者さんとの間に信頼関係を築いていくコミュニケーション能力、もっと手短かにいえば、「ケアする力」あるいは「カウンセリングする力」が求められているということです。

ただ、Gerling 先生がご指摘されたことの意味もよくわかります。実際に standardized patient が医学生を評価するために使う evaluation sheet を見てみますと、2番目 (Communication Skill) に関する項目なのか、3番目 (English Proficiency) に関する項目なのか、なかなか判然とは区別しがたい evaluation 項目が、一部並んでしまっていることも否めません。ですから、Gerling 先生のおっしゃろうとしたことも、植村先生のご指摘も、どちらも正しいと思います。

【柳田洋一郎 (東京マナティクリニック)】大変けっこうな話をありがとうございました。私は先ほど先生がおっしゃった 1964 年よりもっと前に、お金がなかったのでフルブライトの留学生で Johns Hopkins に行った者ですが、先生が一番最初のところで、地方部会のようなところで英語やってもわからないとおっしゃいました。例えば東京の産婦人科の会などですと、やはり英語のスライドを出すのは、禁止というほどではないですけれども、それに近いものがあります。

ここにおいてになるのは大学の教育に関係していらっしゃる方が多いようですけれども、実は日本の医学教育で一番問題なのは、卒業したあとの教育です。そういつては何ですが、教授なども自分の論文を書いたりするのは熱心なのですが、医局員に医学の勉強をさせようとか、そういう気持ちは教授自身にもあまりない。

もう1つ非常に重要な問題は、日本の学会というのが脳外科とか麻酔科とか非常に特殊な科は別にしても、多くが学者のための学会ではなくなってしまっている。特に Board examination, 認定医とか専門医といった資格が学問と関係なくて、practice するための医師の資格のように最近になってから、学問と関係のない人が学会の相当部分を占めるようになり、そういう人たちが英語のプレゼンテーションは困るとか...学問をやっている人たちの場合ですと英語のプレゼンテーションでもよいのですけれども、学問と関係のない、しかしそういう医者のほうが非常に多くて、それが「英語じゃ困る」とかいうことを言うと、結局は先生が一番最初におっしゃったように「英語で発表したってだめだ」とかということになってしまいます。それで医局の人は英語に対する意欲が少なくなる。教授自身も英語をあまり一所懸命やる必要を、ごく一部の方を除くとあまり感じていない。

ですから、学校を出たあとに英語の勉強を動機づけするためにはどう教育すればよいのか。米国の医者というのは死ぬまでけっこう一所懸命勉強していますけれども、日本の医者というのは基本的に英語でなくても、はっきり言って、勉強する気があまりないですね。

私は 77 歳なのですがけれども、実はいま Johns Hopkins の adjunct faculty で Johns Hopkins の持っているあらゆるデータベースにアクセスする権利をもらっているのですが、どうも米国と日本の最大の違いは、日本の医者というのは勉強する気があまりない人が多い。教授も含めてですけれども。向こうは若くても非常に勉強の意欲が富んでいる。それがまず英語に対する基本問題ではないか。余計なことを言ってしまう。

【齋藤】ありがとうございます。でも、会場から共感の笑いが出ていることを思うと、やはり皆さん同じことを思われているのでしょうか。

いまの先生のコメントをお聞きして、私のほうからここにおられる病院のお医者様にご質問なのですが、ちょっと前に「診療情報管理士」という資格が日本でも誕生して、そういう方々がいわゆる medical records をしっかり管理するようになったと。その中で診療録は家族にオープンし得るものでなければいけないので、英語で書いてはいけないのか、そういう規約があるのかどうか、できたのかどうかを私は知りたいのですが。

一時私がハワイにいて聞いたのは、「英語で書いてはいけない」という、「カルテ開示の際に困るので診療録を英語で書くな」という話があったと聞いているのですが、こ

れはいま日本でどうなっているのでしょうか。

【植村】 Medical records に関しては、昔はドクターがドイツ語で自分の勝手に書いていた時代もありましたけれども、いまは情報開示, informed consent というのもありまして、厚労省の方針は将来はカルテは開示すると。いまは日本でもカルテはすべて枕元に置くというふうになっています。患者さんと共有するという事です。それから看護師さん, リハビリの担当者, 皆が患者さんを診て、同じカルテを使ってそこに情報交換をするということになってきたものですから、昔と違ってその国の言語でなくてはいけません。米国だったら英語で書かなくてはいけません。ドイツ語ではいけません。

【清水雅子(川崎医療福祉大学)】 使用用語は日本語であろうかと思えますけれども、実は診療情報管理士に医学用語, すなわち医学英語の試験が課されていて、私はその学生を(医療情報のほうなので)教えています。

【齋藤】 その診療情報管理士さんも基本的に medical jargon をしっかり知っているはずですね。

【清水】 医師が使う基本的な英語はある程度知っておくべきだという考え方の下に試験が課され、その試験のスコアを上げるために私は今年から commit しているということをお知らせしておきます。

Part 3 . 国際交流のあり方

それでは、最後に、Part 3として、内と外をつなぐことに関するお話をさせていただきます。私は日本人として海外に在留するところから、日本の大学の先生方から非常に多くのe-mailを受け取るようになりました。なおかつ日本人のMDの方々は、ハワイ大学のさまざまな部門にいろいろ英語でメールを送っておられるのですけれども、ハワイにいる日本出身の日本人ということで、「ナカヤ、これはどう思う」と、日本の先生方のメールが私のところに転送されてくることがあります(会場笑)。こういう言い方をすると、だれもハワイ大学にメールを送らなくなってしまうかもしれませんけれども…。私がいちばんショックを受けたというか、こういうところはやはり日本の医学教育で頑張っている改善していかないといけないなと思うところを1点、最後に紹介させていただきます。

Slide 7. A piece of E-mail from Japanese Faculty

“Our medical school is one of the oldest one in our country providing more than 5,000 graduate medical students for over 120 years.”

“But most of our medical staffs are not knowing how to teach the students properly.”

このスライドの最後のパラグラフだけでよいのですけれど

ども、これは某国立大学、過去5,000人の卒業生を出して120年の歴史を持つという大学なのですけれども、別に英語の間違いを指摘するのがこの目的ではなくて、その大学のある教授が “ Our medical staff do not know how to teach the students. ” ということをしかり書いてきてくれるわけなのです。もちろん、この文面を受け取った人は、字面どおり受け止めるしかありませんから、そうしますと、「この大学では120年間もいったい何をやってきたのだ」と思われてしまうわけです。teaching が使命である大学で、“ do not know ” とは何ごとかと、私がハワイ大学の directors たちから怒られるわけです。「日本は本当にそんな国なのか」と真顔で聞かれるので、私も「いや、違う」と頑張るのですけれども、国立大学の教授というような指導的な立場にある人がそのように実際に書いてしまうと、なかなか打ち消し難いわけです(笑)。

書いた人を非難するつもりは毛頭なくて、この考え方というのはきわめて日本的な発想だという点を指摘したいのです。何か人をお願いをするときに、最初に、自分には力がない、自分は若輩者で物事がよくわかっていなくて未熟で、という謙遜が日本人のコミュニケーションには通底しています。しかし、その気持ちをそのまま英語に直訳しても、文化的背景のことなる英語圏では、誤解を生み出してしまっただけです。

実際にこのような交信の場面で行わなければならないことは、「日本では、医学教育が未曾有の転換期に来ている。この120年間、私たちは5,000人の学生を出してきたが、そのやり方を再検討し、改良を加えていく時期に達している」、そういう書き方をしないと、だめだと思うのです。こういった文化的な橋渡しの方法を適切に教えることこそが、日本の医学生、研修医が世界で活躍していくための基本になるのではないかと思います。

これでこの特別講演の話が終わりますけれども、私自身が最後にもう1つ提案させていただきたいことは、国際交流を促進するにあたって、海外経験のあるお医者さんと英語の先生方が力を合わせて、国際交流プログラムをつくる時、何かプロジェクトをしかける時、翻訳の話海外の大学に持っていくようなとき、失敗せずにしかり業績を上げていくための基本マニュアルのようなものをつくって、教えていけるような時代になれば、日本人がもっと海外で力を出せるようになるのではないかと考えています。

私自身、いま東京にいますけれども、またすぐにハワイに戻る、その往復運動を繰り返しているなかで、自分の中に沈殿してくる経験の核については、将来、書物を著したいと考えています。もしも一緒にやっていただけるような方がおられるのであれば、ぜひ一緒にお仕事をさせていただきたいと思っています。

少し時間を超過してしまいましたが、以上で私の発表を終わりたいと思います。(拍手)

質疑応答

【菱田治子（座長、浜松医科大学）】齋藤先生，どうもありがとうございました。スピーカーと司会進行と全部やっていただけてすみませんでした。ありがとうございました。

ほとんど質疑応答の時間もなくなりましたけれども，1，2，質問をお受けしたいと思います。

【大井静雄（東京慈恵会医科大学）】大変ありがたい講義をありがとうございました。先生が最後に一言言われたことで，私もコメントをさせていただきたいと思います。

この学会は，先生におっしゃっていただいたように，医学英語を教えるということを専門とされる先生方と，それから臨床医の中で医学英語を非常に得意としている先生方，こういった人の集まりなのです。2つに分けるとこういう集団になると思うのですが，そこで，この学会がどういうことに取り組んでいるかということ，1つは医学部の学生全体を教育するにあたって最低限必要である医学英語の教育，これは絶対的に必要なわけです。ただこの日本のいまのご質疑の中にたくさん出てきましたが，日本の状況から言うと，医学英語を勉強しなくても立派な医者になって，私がいま所属している大学が先生のおっしゃっている120年の歴史があって……。

【齋藤】いや，スライドに出た大学は先生の大学とは違う大学です。（会場笑）

【大井】……ただ素晴らしい実践医学にほとんどの人が従事してまして，一言で言えば，立派な開業医です。一般医家を育てる学校ではあるわけです。

それで先生のおっしゃっていることに非常に共鳴したのは，医学英語を卒論にすればおそらくもっと皆が医学英語に慣れてくるだろう。私はそれは非常によいアイデアであって，要するにいまの学生さんというのは，ごく一部を除くと，もう受け身の教育などというのはもう嫌なわけです。高校から予備校，そういったところで受け身の教育ばかりやって，そういった人たちが医学部の講義に出ないのは当たり前であって，やはり前向き，積極性を優先する教育をしないと，おそらくこれは成り立たないと思います。

ただ卒論はけっこうなのですが，おそらく開業医を養成する，最低限の医師を養成するという必須条件の中にこれを入れると，うまくいく場合とうまくいかない場合があると思います。世界を日本がリードしていくにあたって，ごく一部の医師にはこれが絶対的に必要だと思います。ですから，これは2つに分けて考えていけないといけない。

これをルーチン化した教育法とすると，両方に問題が出てくるでしょうし，かたやしかし，受動的なことに辟

易している学生さんがほとんどですから，こういうやり方で，もう少しレベルを考えた方法も必要ではないかと思うのです。

医学英語教育に従事している先生方が各大学の医学英語講座の中で，ごく一部でも世界をリードしていく将来のリーダーを育てる意味でこういった卒論を課して，この学会がそれを審査して，リーダーたる資格があると認定する。こういったことは学生時代に始めるべきだと思いますし，そういう方向になればと考えています。

卒論の英文化というのは実際に先生，レスポンスとしていかなるものでしょう。米国の場合でもおそらく同じ問題があるのではないかと思います。

【齋藤】大井先生のいまのご質問に直接答えるのは難しいかもしれませんが，もしないのでも，米国の場合，MDは必ずしもPhDを取りませんので，卒業したあとの研究専念経験がないのです。Bachelorを取る段階で卒論を書いていますけれども，MDのあとで研究に行くとなると，おそらくMaster of Public Healthであるとか，そういう手短なコースに人気集中してしまって，なかなかPhDまでは行かないのですが，ハワイ大学でいまやっている1つの試みとしては，若手の教官を集めて1年間のfellowshipをします。そのfellowshipの内容は，ハワイ大学もやはり医学教育をreformしていかないといけないという状況にありますので，医学教育に関するfellowshipにおいて1年間プロジェクトを回して，その成果を1年後発表するのです。いわゆる一人前のお医者さんがもう1回，学生のような気分に戻って，プロジェクトの発表をするということを実行にやっています。そして，その成果は，実際の教育課程にそのまま採用されたり，医学教育(medical education)関連の学術誌に投稿されたりということになります。これは，学生の場合ではなく，医師の場合なので，むしろ，生涯教育にどう取り組ませるかという問いに対する答えになってしまっているかもしれません。

日本でもこういうことをやることに興味を示す人がいれば，組織があれば，機関があれば，ぜひやってみたらよいと思いますし，実は私も，本日，座長を務めていただきました菱田治子先生から冒頭で「日本人として初めてのハワイ大学 医学教育フェロー」ということをご紹介いただきましたが，まさにそのプログラムを終了した一人で，本日の発表の後半の発想の源泉はそのあたりにあります。大井先生のご質問に直接答えたことにならないかもしれませんが……。

【菱田】ありがとうございました。

日本医学英語教育学会第8回総会(2005年7月9日，こまばエミナス)にて収録

医学英語検定試験を考える

Concepts on Certification of One's Medical English Proficiency

座長

大井静雄* J.Patrick Barron** 西澤 茂***

*東京慈恵会医科大学脳神経外科, **東京医科大学国際医学情報センター, ***浜松医科大学脳神経外科

1. 卒業試験を英語で試行して 医学部学生からみた医学英語教育の Needs

西澤 茂 (浜松医科大学脳神経外科)

2. 新しい医師研修システムにおける医学英語検定の役割

綿谷崇史 (理化学研究所発生再生科学総合研究センター,
京都大学大学院医学研究科脳統御医科学専攻脳神経外科)

3. 医学英語検定試験制度の実現に向けて

英語検定試験の現状と医学英語検定試験モデル

大瀧祥子 (金沢医科大学外国語)

4. Concrete Steps towards the Establishment of an Examination for Competency in English for Medical Purposes (ECEMP)

J. Patrick Barron (International Medical Communications Centre, Tokyo Medical University)

【大井(東京慈恵会医科大学脳神経外科)】今回、最後に西澤会長が取り上げられた内容が、この「医学英語検定試験を考える」というセッションです。このタイトルに関して、「医学英語検定」というのは初めてお聞きになる方もいらっしゃると思うのですが、日本全国共通の英語の能力の評価法として英語検定試験というのがあります。これに準じたものではありませんけれども、今回の総会で討論されてきた内容によって、いま現在日本の医療現場、あるいは医療の研究の中でどれだけ医学英語が重要視されているかということが認識されてきたわけでありまして、例えば資格として、昨日発表されましたような通訳の問題もありました。それから留学ということを考えると、non-nativeの国である日本でどのように英語力を評価するべきか。そういう話が、昨日の齋藤中哉先生(ハワイ大学医学部 医学教育室)の特別講演「医学英語教育の国際化：『日本流』から世界の潮流へ」の中にも出てきました。そういったところから日本での共通の判断基準、あるいは、できればこの学会が認定するクレジットのある等級というものを考えてはいかかかというところまで、実は昨年最後のセッションでしたけれども、それもきわめて厚く討論されたところは記憶に新しいところです。

そういった背景がありまして、きょう西澤会長の置かれた唯一のシンポジウム「医学英語検定試験を考える」というのが開催されるに至ったわけでありまして。

実はこの医学英語検定試験を具体化して実施していこうということに、副理事長であられるBarron教授が大変なご尽力で一応の組み立てを終えられたところでありまして、こういったものをたたき台にして、会員の皆様がそれぞれご意見を述べられて、会員のご意向が反映されるシステムに作り上げていきたいというのが、このシンポジウムの1つの狙いではないかと思えます。

そういったところから、現在、こういったものが必要とされていること、これが各演者からデータとして出てきますし、それでは検定試験を実施するに当たってどうということがクリアされないといけないのか、さらには、それが普遍化していくためにどういう努力が学会として必要なかということも、今後の課題ですので、きょう2時間もかけてゆっくり討論して、学会の一応のご意見が反映されたとすれば、このたたき台というのは、いよいよ動き出す時期に来ているのではないかと思えます。そういったことで、これからの2時間、十分に討論していきたいと考えています。

まず最初の演題は、浜松医大脳神経外科助教授であり、この第8回総会の会長である西澤 茂 先生から「卒業試験を英語で試行して 医学部学生から見た医学英語教育の needs」です。それでは西澤先生、よろしく願います。

1. Trial of English Questions on the Graduation Examination: Student Viewpoints on Their Need for Medical English

Shigeru Nishizawa, M.D. (Hamamatsu University School of Medicine, Department of Neurosurgery*)

「医学英語検定試験を考える」というシンポジウムを会長として組ませていただいたのですが、前座を務めさせていただきます。あとのディスカッションの何かのご参考になればと思います。

浜松医科大学では卒業試験を毎年行っています。私は脳神経外科医ですが、前教授の植村先生がいらした頃から、国家試験はいっさい英語で出ないということで、卒業試験も英語で出題するなという厳しいオーダーがありまして、私たちは日本語ですべて作ってきました。

ところが、5年生が臨床実習で病棟にきて病棟実習を行うと、毎日朝8時から病棟回診をするのですが、実際に私たちが日常的に使っている term を使っても、コミュニケーションが全然できないのです。そういうところで、2005年3月に卒業する卒業生に、今年から英語で卒業試験を出すと、2週間ぐらいの前の臨床講義のときに宣言しまして、それで英語で卒業試験を出しました。その時にアンケートをとりましたので、医学部学生から見た医学英語教育の needs という1つの側面が見えたかと思しますので、そのアンケートの結果について報告させていただきたいと思します。

卒業試験の問題は、私たち浜松医大脳神経外科では毎年新作問題を助手以上で分担して作成しています。全問が150問で試験時間は3時間。2004年までは全問、問題文・解答選択肢を日本語で出題していました。2005年からは、基本的に英語の読解力がなくて問題が解けないという問題は出さないとっておきましたので、選択肢および問題文に医学英語を使用した形で出題方式を変更しました。

1例をちょっと出させていただきますけれども、「転移性脳腫瘍の原発巣として頻度の高いものはどれか、2つ選べ。例えば「2つ」とかあるいは negative answer になるもの、「

でないものはどれか」という場合には必ずアンダーラインを引くというようなルールを作っています。選択肢は「breast cancer, uterus cancer, lung cancer, pancreas cancer, prostate cancer」ということで、以前だったら「乳癌、子宮癌、肺癌、...」と作っていました。これはただ単に diagnosis の term だけを並べたものであります。

それ以外では「51歳女性、裁縫が趣味で夜間になると右手が痛む。最近母指筋も痩せてきた。診断に最も役立つ検査は次のどれか」ということで、「CT scan, MRI, massive biopsy, myelography, nerve conduction velocity」ということで、検査法について聞いています。これは問題文の中にいっさい英語は含まれていませんで、解答だけ英語で出しているという問題です。

もう少し complicated な問題としては「hyponatremia(低ナトリウム血症)を来して、conscious disturbance(意識障害)になっている患者でNaCl, 生理食塩水を用いた急激なナトリウム補正を行ったとき、最も障害が起きやすい部位は次のどれか」という問題で「hypothalamus, pituitary, low mid-brain, pons, middle of long axis」ということで、解剖学の用語を聞いたものであります。

その次の問題は「67歳女性、subarachnoid hemorrhage(くも膜下出血)で発症、急性期にclippingを受けた。術後、awake and alertであったが、4日目頃から徐々にconsciousness disturbance, hemiparesisが出現してきた。病態を把握するのに有効でない検査は次のどれか」ということで、「cerebral angiography(脳血管撮影), transcranial Doppler sonography, MRI division image, electroencephalography(EEG), single photo emission tomography(SPECT)」, こういう格好で問題を出しました。

あとで学生からだいぶ批評を受け、私たちも考えないといけないと思った問題として、「general convulsionを呈している患者の管理において急性飽和をして治療したとき、EKGに異常を来す可能性が強いものはどれか」ということで、治療の薬品名を聞いているのです。「phenobarbital, sodium barbiturate, zonisamide, phenytoin, carbamazepine」ということで、治療の薬品名を聞いているということで、どちらかというかなり突っ込んだ、やはりちょっと advanced になってしまうかなというような問題でした。

これが終わったあとで、アンケートを出してもらいました。「時間に余裕のあるときにけっこうですので、アンケートに協力してください」ということと、「卒業試験は英語を用いて行いましたが、忌憚のない意見を聴かせてください」ということで出しました。

1. 6年間の医学教育において医学英語教育は必要だと思いますか。

必要ない / ある程度必要 / 必要 / 関心がない / 必要がない。

必要がないと答えた方はその理由を聞かせてください / ある程度必要、必要と答えた方はその理由を聞かせてください。

2. どの程度の医学英語教育が必要だと思いますか。

単語がわかる程度 / 英語論文、教科書が読める程度 / 会話ができる / 国際学会で英語ができる / その他。

3. 医学英語教育が必要だと思う方は、どのぐらいの学年から必要だと思いますか。

入学時から / 臨床実習が始まってから / その他。

*currently University of Occupational and Environmental Health, Japan, Department of Neurosurgery (産業医科大学脳神経外科)

4. 医学英語教育のための特別な教育カリキュラムは必要だと思いますか。

必要ない / 少しは必要 / ぜひ必要 / その他。

5. 今回の卒業試験程度の英語ということは許容範囲ですか。

許容できない / 許容範囲 / もっと使われてよい / その他。

6. 今回の卒業試験で使用された英語を難易度で教えてください。

難しすぎる / 比較的容易 / 容易 / その他。

難しすぎると答えた方はどういうことが難しすぎましたか

7. 医師国家試験において英語での出題は意味があると思いますか。

意味がなく使用しないほうがよい / 単語が入る程度なら意味がある / 問題文・解答も全部英語でもよい / その他。

8. 感じる事があれば何でも書いてください。

まず最初に卒業試験の結果ですが、合格は97名受験して94名合格しました(96.9%)。これは従来の合格率と変わらなくて、3名が不合格で、3名は追試を日本語によって行いまして、全員合格しました。

アンケートの結果、幸い全員が書いてくれました。これは非常に感謝しています。非常に短い時間、3時間150問というのは大変なのですけれども、その中で全員が書いてくれて、これは非常に感謝しています。

まず「1. 6年間の医学教育において医学英語教育は必要だと思いますか」と聞きましたところ、これは本当に予想に反してなのですが、ほぼ全員が「ある程度必要。必要」と答えてくれました。答えは半分半分ですけれども、全員が必要であるということで答えてくれました。

なぜ必要か。必要でないと答えた方はいなかったものですから、「必要である、ある程度必要と答えた方、その理由を聞かせてください」ということで、圧倒的に多かったのは「論文、教科書を読むために必要である」ということが答えとして出てきました。それ以外には「臨床の現場で必要だから」とあるいは「将来留学したい」という方が数名いて、「これからやっていく evidence-based medicine には英語が必要だから」と答えた方も数名程度いらっしゃいましたが、ほとんどが「論文とか教科書を読んでいくのにこれからはぜひ必要になっていくから」ということで答えてくれました。

どちらかというと negative ないしは必要でないと答えたほうがよいのと思うような感じの意見として、「日本語ですら難しいのに英語だと負担が増え、学生生活にゆとりがなくなる」「際限がない」「学習の妨げになる」「外国に出たい人だけやればよい」「どうせあとになってNOVAに通っている先生が多いから」、こういう意見がいくつかありました。

「2. どの程度の医学英語教育は必要だと思いますか」とい

うことで、約70%の人が、先ほど述べた結果と同じですけれども、「論文・教科書」これがやはり非常に多かったです。とにかくこれから論文を読みこなしていくのに英語が必要だと感じているようです。

「3. どのぐらいの学年から必要だと思いますか」と聞いたときに、やはり多くの方、70%近い方が、「入学時から」とにかく入ったときからやってほしいという意見が多かったです。

「4. 医学英語教育のための特別な教育カリキュラムは必要だと思いますか」というので、「少しは必要、ぜひ必要」と答えてくれた学生が90%を超えました。やはりカリキュラムの整備ということについては、必要性を非常に認識しているのだと思いました。

「5. 今回の卒業試験程度の英語ということは許容範囲ですか」というのは、ちょうど相半ばするとか、「許容できない」というのと「許容範囲」というのが50:50で、相半ばしました。1人だけ、この人はちょっと変わっているのかもしれないですけども「もっと使ったほうがよい」という方がいらっしゃいました。

「6. 今回の卒業試験で使用された英語の難易度について教えてください」ということで、さすがに「容易」と答えた人はいませんでした。先ほどの「もっと出してください」と書いてくれた人のものをもう1回見てみたのですけれども、「容易」とは確かに書いてはなかったです。「比較的容易」あるいは「適度」という答えと「難しい」というのが、相半ばだとは言いませんが、先ほどの答と割と相関性を持っているのかなと感じています。

「難しすぎると答えた方はどういう項目が難しすぎましたか」と聞いたときに、疾患名すなわち病名とか症状名、こういうもの以外まで英語で出題されている。例えば、治療法とか病態、薬品名、先ほど言いましたように「general convulsion が起こったときに、EKGに異常を来すのはどれか」というので、phenobarbital, sodium barbiturate, carbamazepine とか、薬品名を聞いたりしていますけれども、そこは学生にはあまりにもきついかなという感じはしました。

専門分野は確かにそうだと思います。脳神経外科という科自体が、いわゆる general surgery, あるいは内科という科に比べてみれば、学生にとってみればもっともっと、よく言えば specialized, 悪く言えば非常に minor というか、狭いというか、そういう分野でしか用いられないような用語、例えば先ほど挙げた言葉で言うと、hemiparalysis とか、convulsion というのはどうかよくわからないですが、あるいは aphasia とか、hemianopsia, 「半盲」という言葉がありますけれども、そういうことは脳外科、あるいは神経内科で使う専門分野でしか用いられない言葉かなということだと思います。それから「国試レベルを超えている。あまりにもひどい」、「国試に出ないのに、この卒試だけ覚えるのは無意味である」。「準備期間が少なすぎる」、これはちょっと私たちの反省点で2週間という notice があまりにも短かつ

たかなとは思っています。

それから「段階的にすべきだ」というのは、もっとカリキュラムを整備しろということなのですが、授業が日本語中心「脳神経科だけで行うのは無意味、やるなら1年生から一貫してやってほしい」ということがありました。

それから「医師国家試験において英語での出題は意味があると思いますか」と聞いたのですが、これもちょっと予想に反したのですが、抄録とちょっと違うかもしれませんが「単語程度なら意味がある」という答えのほうが「意味がなく全く使用しないほうがよい」という回答よりも多かったです。「その他」と答えた方はどういう意見があるかという、「意味があるが使用しないでほしい」これがまさしく本音だろうと思うのですが、要するに「英語で出題するのは意味がある。だけどできるものなら使ってほしくない」というのがありました。それから先ほども出ましたが「日本語でもきついに英語でもっときつい」「英語と日本語と二本立てでやればよい」「だれでもわかる程度のものであったらよい」という意見がありました。特筆すべきかなと思いましたが、あえて書かせていただきました。

「忌憚のない意見を聞かせてください。何でも書いてください」と書いたのですが、私自身読ませていただいて、大きく3つのパートに分かれると思います。実に40%近い学生が、多くの文章で書いてくれました。これも本当に感謝しています。

1つはやはり医学系英語教育のカリキュラムに関する意見で、「教育に一貫性がない。すなわち授業は日本語が多いのに、試験だけ英語というのはおかしい」とか「日本語中心の授業で試験に英語を導入するならば、教育内容や教科書をもっと改訂すべきである」とか「あるいは授業のプリントやスライドにもっと英語を取り入れるべきである」とか、「入学時から英語教育のカリキュラムを組まないと、試験だけ英語というのは準備不足になり、教育効果があるとは思えない」とか「2年から4年、もっと早い時からやるべきなのに、そういう準備がないのに臨床実習だけに入って英語ができないのはおかしい」と答えてくれる人がいました。これは主にカリキュラムに関することだと思います。

それから demand に関する意見というのがあります、これは要するに too much demand だということなのですが、「日本語で医学学習だけでも大変なのに、英語ではなお辛い」というものと「医学英語教育は必要だが、すべての科の term を覚えるのは困難だ」、脳神経科という科だけでやったものですから、そういう言葉もあったのかもしれません。

それからこれがけっこう多かったのですが「どこまで覚えればよいのか目安がない。目安が示されるべきだ」、要するに全部やるのか、あるいは term だけやるのかという意味で、「勉強が増えるし困難だし、やるならここまでのレベルと決めてもらわないと際限性がない」というような意見がけっこうありました。

そのほかとしては、「無理にやる必要はない。やるなら個々に任せるべきだ」というのと「もっと英語のレクチャーを受けたかった」「Dr. 西澤の英語のレクチャーを受けたかった」と書いてあったのであえて書かせていただきましたけれども、そんな感じでした。

このアンケートの結果を自分なりに分析してみると、英語教育の必要性ということについては、特に論文や教科書を読解する、あるいは卒業には絶対に必要になるのだということで、必要性は十分認識していると思っています。ただそれにはまだまだカリキュラムが十分整備されていない、追いついていない、カリキュラムの不備があるということと、もう1つは、これがまさしく学生の本音だと思うのですが、勉強の増加に対する不安感、不平・不満、そういうものがあって、やらなくてすむものならやりたくない、必要だとは思っただけでもやらなくてすむものならやりたくない、ということが一応学生の医学英語教育に関する needs と demand というか、そういうものかなと思いました。

浜松医科大学という一大学の、特に内科でもない外科でもない脳神経外科という非常に限られた分野の中での医学英語教育の試験の結果でしたので、これがどれだけのものを反映しているのかというのはちょっとわからないと思いますが、あとのディスカッションのご参考になればと思って発表させていただきました。ありがとうございました。

【大井】西澤先生、大変参考になる資料を提示していただいて、見事におまとめいただいたと思います。このシンポジウムにはなくてはならない最新の知見かと思われま。ありがとうございました。

続いての演題ですが、研修制度というのが2年前にスタートしています。そこには matching があって、その選考基準の中に「医学英語をどれくらい習得した学生であるか」、要するに卒業生として研修生になりますけれども、そのときに施設によっては医学英語というものをかなり重視した病院もあるわけなのです。そういうことも踏まえて、新しい医師の研修システムといったものから医学英語検定の役割というのを検討したいということで、京都大学大学院研究科、脳神経外科ですが、綿谷先生にお越しいただいています。

綿谷先生は、もしかして皆さんご記憶にあるかもしれませんが、この学会ができて2、3年して、学生さん、要するに教育を受ける側の学生さんの医学英語の力量がどれくらいあるかということを示していただくために、西日本医科歯科薬科学学生 ESS 連盟 (West Japan ESS Medical-students Association, WJEMA) をお呼びした最初にお越しいただいた Mr. President of WJEMA です。ああいう学生の活動から今日、綿谷先生は医学英語を武器として活躍されている WJEMA の OB の1人です。

それでは綿谷先生、よろしくお願ひいたします。

2 . The Role of Medical English Testing in the New Doctor Training System

Takafumi Wataya, M.D. (RIKEN Center for Developmental Biology (RIKEN CDB),
Kyoto University Graduate School of Medicine, Department of Neurosurgery)

大井先生，どうもありがとうございます。本日は，まだ卒業してからそんなに年数がたっていない医師として，その中でこれからできてくる医学英語検定試験というのがどういう場所でも有効になっていくのか，またはどういうところを見据えてつくるべきなのかということの問題点を，いくつか提案させていただくという形で発表させていただきます。

私はまだ卒業して日の浅い医者として，2000年に医師免許を取得しました。そのあと大学病院や，現在は研修病院の代表的な一つとなっている病院で4年ほど働いていました，その後，今度は小さな というとその病院に失礼なのですが，研修をあまり希望する学生がいないような病院にも短期間いたことがありまして，新しい研修システムの中で，それがどのように行われていたのかということを紹介させてもらおうと思っています。現在，私は大学院生という形で理化学研究所というところで働いています。

大井先生から紹介していただいたように，私はWJEMAという団体の president として1998年，1999年と仕事をさせていただいていて，そのときに第2回のJASMEE 学術集會に呼んでいただき，お話をさせていただいたというのが始まりで，それから現在に至るのでJASMEEに参加させていただいています。

本日はお話しするトピックですが，まずは新しい研修システムというのが近年導入されたので，そのシステムというのを簡単に紹介させていただいて，その中で医学英語検定というのがどういう役割を占めるのかということと，もう一つの話題としては，タイトルからは外れますけれども，若いドクターが現場でどのように英語を必要とされているのかということをお話しさせてもらおうと思います。

まずは新しい研修システムですけれども，簡単に言うと，研修が2年間義務づけられたということが，まず第一にあります。それに伴って，大学病院だけでは研修をすべてできないということと，また研修医1人当たりに対する患者の数などが非常に厳密に決められていて，いろいろな病院で研修を引き受けていけないといけないという状況になりました。

その中でできたのが，米国の resident system と同じような matching program というものです。病院を受験をしたり見学をしたりというステップがあるのですけれども，9月末までにまず学生というレジデントをしたい人たちが，行きたい病院のランクを付けていく。これは確か99番目まで書けたか，999番目まで書けたか，とにかく非常にたくさん書けるというような順番になっています。

今度は研修病院が独自に，それまでに多くの場合は面接なり試験なりを行ってしまっていて，欲しいレジデントの順番

というのを Matching Program のオフィスに送るという形になっています。それで病院のランク付けされたなかから，本当にその病院を1位に選んでくれた人を順番に採っていくという順番で，この Resident Matching Program というアルゴリズムがあるのですけれども，そういうシステムの中で公正に決められるという形になりました。

システムとしてはそういうことですが，このなかで一つ新しく変わったことというのは，中小病院ということですね。町中の市民病院とかそういう病院は，いままでは大学で半年研修した研修医と大学で1年経った研修医とかが自動的に赴任させてもらえるというようになったのですけれども，大学での研修医の数がだいぶ減らされたので，すべてがそういうわけにはいなくなったということで，独自でレジデントを確保しなければいけないという状況になりました。もちろん大きな有名な研修指定病院では，何もなくても研修を希望する学生が apply してくるのですけれども，そうではない病院は，自分たちの病院をかなり売り込まないといけない。そのなかで公正な判断をしていますよということも，非常に大切になってくるのではないかと思います。病院側も評価されてくるという時代になったということです。

その研修病院がどのようなセレクションを行っているかということも，私の知るかぎりでもまとめさせていただきました。まずはもともと有名な，研修医を独自に募集してやっていたようなメジャーな病院，highly competitive training hospital という大きなところでは，多くの場合は独自でつくった医学の試験がまず課されています。多くは日本の国家試験とは少し異なった形で，case-oriented な question がされているようです。それに伴って，ほとんどの病院で非常に大きなウェイトを置いているのが英語です。実際に私がいた研修病院でも，内情を明かすと英語が1番，英語ができない人はいないということを言っていました。

しかし，この英語に関しては，本当にこれで英語が評価できるのかと，作成委員の先生方も言っていましたけれども，大学病院ではないから臨床がメインでやっている忙しい病院で，そのなかで先生たちがつくる試験ですので，別に問題の形式が悪いとは思いませんけれども，medical journal の article が1つ出て，review のようなものが出て，それを summarize する試験とか，そういうものが非常に多く見られています。もう1つはインタビューです。medical interview ではないし English interview でもないのですけれども，それで自修に来た学生とかを見て決めるというのが多いようです。

一方，市民病院とか，あまり大きくない都市の病院とかは，だいたい2人か3人は研修医を採らないと厳しいよ

うなのですけれども、そういう病院ではどういうことをしているかという、もちろん大病院のように毎年研修のセレクションの問題をつくるというのが非常に難しいタスクになってくるということで、適当に面接をして、それでも英語の試験を課している病院もあります。

けれども、やはり一番大きいのは、どのようにセレクションしたらよいか非常に難しいという声がありました。残念ながらそんなに多くの応募はたぶんこういう病院にはないのだと思いますけれども、やはり公正な評価をしたいというのは、皆が思っていることのようにでした。

しかしながら、私が知るかぎりでは、いまのところそのようなメジャーな病院の中でも、TOEICとかTOEFLとか、もちろん英検とかのスコアというものを要求しているような研修病院はみられていませんでした。

ここでECEMP(Examination for Competency in English for Medical Purposes, 医学英語検定試験)というものができたときに、resident matching programのなかでどのような役割を果たすことができるだろうか、もしくはどのようにこのresident matching programという非常のたくさんの病院で採られているシステムの中に、この検定試験がうまくのって、日本中に知れわたることになるのかということを考えてみたところ、まず一つとしては英語試験をstandardizationするということが非常に意味があるのではないかと思います。そして客観的な評価で、非常に正確な英語能力、特に医学英語能力の評価をすることが必要になってくるのではないかと思います。

もう一つは、非常に簡単な知識から非常に高度な英語力まで、もしこれで問うことができるのなら、学生のレベルが一応及第点を取れているのか、それともこの人はどんどん英語を武器にしてやっていけるのかというのを評価できる、よい試験になるのではないかと思います。

ただこういうことを考えてみたところ、TOEFLとかTOEICとかもしくは英検とかで、Slide 1の とか の項目に関しては十分評価できるのではないかと思います。もし研修指定病院とか研修病院が英語力を必要として、英語を評価する正確な方法がほしかったのだとすると、いまの段階でTOEFLとかTOEICをすでに学生に要求しているはずだと私は思うのです。ですから、もしこれが本当に研修病院にスコアとして提出を義務づけられるとか、推奨されるとかということになるのだとすると、それは病院側がmedical Englishのスキルというのを正確に見ている、評価してくれたときのみではないかと考えています。そういう流れでもこの医学英語検定が広まるべきだと考えるならば、そこに非常に大きなウェイトを置く必要があるのではないかと思います。

研修プログラムのセレクションとして英語試験が用いられるときに、病院側からこういうところがよくない、これは使わないほうがよいのではないかと考えられるnegative opinionとしては、非常にこれはpracticalな面がまず大

Slide 1. How can 'ECEMP' fulfill the role for the resident matching system?

Standardization of English exam made by each hospital.

More objective and correct evaluation.

Evaluation from basic to advanced skills of medical English.

: TOEFL or TOEIC are also available for these purposes, but not accepted by hospitals.

can only be a reason to be accepted by hospitals.

きく挙がるのではないかと思います。

まずapplyまでにその試験を受けておいてもらわないといけない。学生が病院を決めるのは、だいたい夏の実習で決めることが実際には多い。6年生の夏です。ですから、マッチングの申し込みが9月にデッドラインがありますので、それまでに「ここに行きたい、でもこの病院はこの試験を要求されている」と思ったときに、もう受けられないような状態になっているというようなスケジュールでは、なかなか厳しいのではないかと思います。

あと何回ぐらい受けて、何回ぐらいスコアアップを試せるのかということも、もちろん大切になってくると思います。というのは、医学英語ですので、医学の知識がアップしてこないことには、5年生で習うような日本語での医学英語を、若いうちに勉強するのはなかなか厳しいのではないかと思います。ですから、4年が終わって5年になる頃に同時に英語の勉強を始めたとして、はたして何回受験できるのだろうか。1回でもよいのかもかもしれません。あと日本中に広く行われているmatching programというものの中で、どこで試験を、何回ぐらい行うのかというpracticalなところも、非常に大きな問題点となってくるのではないかと思います。提案させていただきました。

またスケジュールとか実施回数、会場、あとは試験のコンテンツ、そういうものも非常に大切になってくるのではないかと思います。特にその中で、研修病院でどのような英語能力が要求されているのかということを考える必要もあるのではないかと思います。

あともう少しだけお話ししますのは、卒業後5年、6年ぐらいのヤング・ドクターと言われる立場の人たちが、どのような英語に触れることがあり、どれぐらいの英語力が必要なのかということを考えてみました。

私が最低限だと思ったのは、英語文献を検索して、自分の患者についての知見を得て、もしくはテキストを読んだりとか、自分の専門のjournalを読んでいく、これは最低限だと思います。ただその中で頑張る人は症例報告を書いたりとか、大学院に入ったらinternational conferenceに出たりとか、外国のラボに行って研究するというのもあると思います。実は私のいる理研CDB(Center for Developmental

Biology)という施設では、もちろん日本人がほとんどで、外国人は何人かいてもそんなに多くはないのですけれども、一応 official language が英語と定められています。ですから、放送も英語でかかりますし、掲示物も全部英語で書いてありますし、もちろん日本語の放送も入るのですけれども、そういう体制を取ってしまっていて、それはそれでよい環境なのではないかと思いました。

私やその周りでどのような英語に触れているかということでは、大学にいたとき、私の周りでは基礎医学の教科書は30%ぐらいの学生が英語の教科書を、(店頭では売り切れていましたので)少なくとも購入はしていました。Basic medicineの主要科目である分子生物学、解剖学、あとは薬理学、生理学のほとんどのhandout、授業の資料というものはほとんど英語で書かれていました。私はそういう環境の中で英語を学んできて、私どもの大学には医学英語という講義はなかったのですけれども、単語とかに関しては自然と身についたような気がします。基礎医学が終わったあとの臨床の英語に関しては、たいていの人がドロップアウトしたりするので、handoutはほとんど英語で書かれて、ドクターには日本語より英語の医学用語のほうが書きやすいというのがあるのだと思いますけれども、そのような環境でした。

卒業後ですけれども、卒業後すぐにやってくるのはcase reportを書くチャンスが、チャンスにもよりますけれども、だんだんできてくるということと、英語さえできればinternational conferenceで発表する機会もできてくる。私のように大学院に行くと、いろいろなディスカッションをするこ

ともできてくる。特に私の周りで頑張っている卒業生とかは、米国でいまトレーニングを受けていまして、特にUSMLEのStep 1, Step 2というのはmedicalな知識を問う側面のほうが大きいと私は思うのですが、そこにClinical Skills Assessmentという実際のmedical interviewの試験がありまして、それを超えるにはやはりちょっと独学では厳しいという話をその人に言われました。実際の合格率は高いようなのですけれども。

それで、この検定試験がどのような人を対象にしてつくるのか、どういうレベルを対象にするのかというのは、やはり議論されなければいけない議題だと思いました。

以上が私の話になります。どうもありがとうございました。

【大井】綿谷先生、大変見事におまとめいただいて、実際、研修制度が始まって、医学英語へ病院の評価がなされているという現状がはっきりと浮き彫りになったのではないかと思います。大変ありがとうございました。

それでは次に、次期会長の大瀧教授のお話をお伺いします。日本には英語検定試験というのがずいぶん長年わたってありまして、これは日本人の共通の言葉のように英検1級、英検3級、いろいろと会話の中でも出てきます。こういった英語検定試験の現状をまず大瀧教授に分析していただいて、そこから医学英語検定試験がどのようにスタートできるかというモデルをお考えください。「医学英語検定試験制度の実現に向けて」、大瀧先生、よろしく願いいたします。

3 . Establishing a Model for the Test of English for Medical Purposes (TEMP)

Sachiko Ohtaki (Kanazawa Medical University, Foreign Language Department)

2人のお医者様がそれぞれご専門の立場からいろいろneedsを言っていただきましたので、私は、学生さんと一緒に勉強してきました、それと私も医学関係の同僚もいますので、こういうneedsがあるかなということを語学科の立場から言った上で、検定モデルをご提示し、Barron先生の具体的なtrackにつなげたいと思います。

医学英語検定試験の名称をBarron先生はECEMPとされましたけれども、私はTEMP(Test of English for Medical Purposes)と名付けてしまいました。これはtentativeですからどちらでもよいのですけれども、まずそのneedsを言いまして、2番目にはいまおっしゃいましたようないろいろな検定試験というものを総括し、それから私の個人的なモデルをお示しし、実際そうなったら会員の皆さんがどのように作成に加わっていただけるかというようなことにもふれ、さらに教師として、医学英語教育に対して検定がどのような効果をもたらすかというようなことも、皆さんと一緒に考えたいと思います。

まず、いま先生方がおっしゃった医学側の立場から言うと(Slide 1), National Matching Programという2年前からの、よい学生を集めたい、そしてよい病院に行きたいという双方のマッチングにこれが使われるのではないかと。それから2番目は、大学院ではやはり英語が必要だということ、大学院の入学試験。それから海外留学、私どもの学校でもこの頃たくさん外に行きたいという学生さんがいらっしゃいますので、そういう場合のassessment。最後にこれは効果ということでもお話ししたいのですけれども、standardization, 医学英語教育の標準化というようなものもあつたらよいのではないかと、そういう4つの必要性を考えてみました。

前のお二方がおっしゃいましたように、カルテが書けて、論文を読んで、書いて、そしてプレゼンテーションができて、患者さんとコミュニケーションするというようなことがレジデント、研修医にも求められるかもしれません。大学院となるとアカデミックになります。臨床的なことより、研

Slide 1. Needs for TEMP

1. Matching system for recruiting residents
2. Entrance examination for graduates
3. Self-assessment for international medical activities
4. Standardization of EMP acquisition

Slide 2. Students' Goals to Study English

(Analysis of Questionnaire Results: 2005 KMU Freshmen)

Acquisition of medical terms	96%
To read articles	95%
To understand presentation	90%
To make presentation	88%
To write articles	86%
Overseas medical activities	81%
To communicate with patients	75%
To get credit (English)	73%
To read books and newspapers	65%
To enjoy TV and movies	58%
To communicate by (e-)mail	56%
To enter graduate course	33%

Slide 3. English Qualifications (1): General English Proficiency Test

	Number	Contents	Fee
Test of English for International Communication (TOEIC)	score 1,400,000	Listening, Reading	¥6,615
Test of English as a Foreign Language (TOEFL)	score	Listening, Structure, Reading, Writing	\$140
The Step Test (EIKEN)	level 2,500,000	Level 1 ~ 3: Vocabulary, Reading, Listening, Interview Level 4, 5: Vocabulary, Reading, Listening	Level 1: ¥7,500 ~ Level 5: ¥1,400
The United Nations Associations Test of English (UNATE, 国連英検)			

究発表関連が多いのではないかと。特に日本国内にいる大学院生となると、自身が発表することより購読して自分達の研究に還元するというようなことが大きいのではないかと思います。

第3に国際的医療活動のための評価。私どもの大学でもWHOで働く方もおられますが、ハワイ大学の医学部と姉妹校になりまして、毎年学生が研修に行きますが、そういうとき応募者にTOEFLを模した試験をします。齋藤中哉先生の昨日の特別講演「医学英語教育の国際化：『日本流』から世界の潮流へ」にもありましたけれども、信頼性はどうかということもありますが、とにかく現地で医療行為をするためのアセスメントが大事なことかと思えます。

ちなみに、私はこの5、6年、必ず新入生が来ると英語学習に関するアンケートをしますが、学生さんに「なぜ英語を勉強するか」と聞くと、medical terminologyを習得するとか、あるいは論文を読むとかというような、私どもが思っているものを学生さんがやはり考えている(Slide 2)。新入生で非常に希望に燃えてくるせいかもしれませんが、ほとんどの人が、海外医療活動を含めて、将来役立たせるために英語をしたいのだと思っているわけです。最後の大学院に受かるためや、英語の単位を取るとかというような現実的なものもあります。7割の人がそう思っているというの

も悲しいことかもしれませんが、少なくとも彼らのそういう意識というのもあるわけです。

ちなみに「いま英語を勉強するのが必要か」というと、6割ぐらいの人が「非常に必要だ」、そのあとの3割ぐらいの人が「必要だ」と答えます。「非常に必要だ」「必要だ」というのが圧倒的で、「必要でない」という人は1人もいません。実は20年前ぐらいはそうではなかったのです。今年の学生さんなどは特に、非常に英語に対して意識が強いと思っています。それにどう応えるかということには、私も忸怩たるものがあるのですが。

先ほど申しましたように、皆さんもご存じのTOEIC、TOEFL、英検、国連英検、これが有名なもので(Slide 3)、昨日、齋藤中哉先生がおっしゃったように、TOEICは日本・韓国が主かもしれませんが、100万人単位です。英検のほうはもっと多いです。文部科学省の認定でして、中学卒業、高校卒業は何級とか、学校全体のシステムに入っている強みもありまして、倍の人が受けているわけです。

TOEICのほうは、6割以上はビジネス関連の人が受けていると聞いています。structure, listeningとreadingはご存じのようにMCQ(Multiple-choice Question)です。英検のほうはMCQにinterviewも加えています。

ちょっと取らぬ狸のなんとかですが、検定でどのぐらい

Slide 4. English Qualifications (2): English for Specific Purposes (ESP)

	Number	Contents	Fee
Tourism English Proficiency Test	level	8,000	Level 1: Listening, Reading, Interview Level 2, 3: Listening, Reading
English Technical Writing Test (工業英検)	level	10,000	Level 1, 2: Translation, Rhetoric, Listening Level 3, 4: Vocabulary, Translation
Test of Professional English Communication (engineering/IT)	score		Listening, Structure & Vocabulary, Reading, Writing
			¥7,800

Slide 5. TEMP Model 1

Level 1	Reading, Listening, Writing, Speaking
Level 2	Vocabulary & Structure, Reading, Listening
Level 3	Vocabulary & Structure, Reading, Listening
Level 4	Vocabulary & Structure, Reading

TEMP Model 1'

Level 1	Reading, Writing, Listening, Speaking
Level 2	Vocabulary & Structure, Reading, Listening
Level 3	Vocabulary & Structure, Reading

Slide 6. TEMP Model 2

Reading, Structure & Vocabulary Listening

Level: Score (cf. TOEIC)
 ex. Level A: over 850 (860)
 Level B: over 700 (730)
 Level C: over 450 (470)
 Level D: over 200 (220)
 Level E: under 200

TEMP Model 2'

(In addition to A, B, C, D, E)
 Level A plus: interview and writing
 qualified applicants: level A score
 special fee and evaluation system

JASMEEに入るのかなというご関心もあるかと思ひまして、料金も出してみました。料金はこのようにスコア制は一定です。英検は、上級には interview も入れますから高くなりますけれども、最初のものは安い。たくさん受験してもらって安くというのが英検の特長かなと思ひます。受けやすいということです。先生方もたぶん生徒に受けるように薦めるのだと思ひます。

私どもは medical English ですから、特定目的、ESP の一つです。そこで ESP 関連に焦点を当てると (Slide 4), 最初のものは観光です。2 番目の English Technical Writing Test, 工業英検と言われているのが、日本実用英語学会のリーダーが関わっています。次のものもですが、ミシガンと早稲田大学が提携してしまひて、非常にミシガン大学の協力を得て行っているようです。

私が我々のライバルではないかと思ひるのは、TOPEC (Test of Professional English Communication) というものがありまして、これが現在は engineer を対象にしています。ご存知のようにアメリカの Educational Testing System というところが TOEIC, TOEFL をやっていますが、この TOPEC では、そこでのノウハウに近いものを持っているようなコアがおられるようで、listening, structure, reading, writing というスコア制を採っていて、今年 medical を発足させる、また legal も発足させてということで、engineering / medical / legal という標準化したものができていくのではないかと思ひまして、これはちょっと注意しなければならないテ

ストかなと私個人は思っています。

次に参加人数を比較してみますと、このようにぐっと少なくなります。せいぜい 1 万人。2 番目が工業英検なのですけれども、工業英検のほうは高専の学生さんの単位取得にも利用されているようです。あるいは大学工学部というのは膨大な学生さんを抱えていますけれども、そういう単位にも利用されてはいますが、それでも 1 万人です。工業英検というのは和訳/英訳という、わりと従来のやり方を踏襲してしまひて、レベル 1 が 15,000 人で、一次試験にパスした人だけ listening をします。伝統的な文部科学省が好むタイプかなと思ひたりしますが、認定しているわけです。

そういうことで皆さんの叩き台として我々学会のためのモデルをつくってみました。本当にシンプルなものです。これは級合否をしたもので、1 級から 4 級までありまして、4 級のほうは listening を入れなくて、できるだけたくさんの方が受けることができるように。1 級になると speaking とか writing とか結構 evaluation が大変なものも入れるというようなものを考えてしまひて、レベルを 3 つにしてもよいかなと思ひたりもします。

しかし、私がいまのところよいのではないかと思ひているのは、どちらかという TOEIC, TOEFL 的なもの (Slide 6) で、structure, writing, listening, reading の MCQ を 50:50, 比率は後に考えるとして、150 ぐらいのアイテムをつくって、それを 2 時間の試験で、スコアが 85% 以上だと医学英語では非常に強いと。あるいは 70%, 55%, この配

Slide 7. Construction Track

Gathering test items written by teachers, medical professionals, and native speakers

Examination and revision of items by specialists (committee members)

Proofreading or checking by native speakers

Slide 8. Required Refinements of Test:

Analysis of Examinations

- 1) level of difficulty
- 2) discriminatory power of test items
- 3) appropriateness of measurement of abilities
- 4) appropriateness of the answer choices for test items

率はできてからの話ですが、内容を明文化しておいて、例えば matching で、moderate でもよいというような研修機関と、そうではないという先ほどの京都大学とか東大とか、そういう病院はレベルA以上でなくてはいけないというような、そういう暗黙の standardization もあってよいかなと思います。

実はそれだけではなくて、これがよいのではないかと私自身が思っているのは、レベルA+、あるいはスーパーAというレベルを置いて、これは interview、あるいは writing なども含めて(これはかなりのスタッフが evaluation に要りますが)、そしてレベルAのスコアを85%取らないと受けられないという資格を設定します。そして別料金で、場所も限って、それから evaluation の system も違うものというような、こういうレベルA+をつくります。これをクリアしたら留学してもOK、あるいは海外医療をしてもOKというお墨付きというような、そんなことが将来できれば、非常に皆さんに喜んでもらえるのではないかと考えてはみたのです。

セクションの中身ですけれども、これはご専門の先生方のほうがおわかりになると思いますけれども、先に述べたレベルがMCQで、あとはA+というわけです。listeningあたりはdaily communicationもやはり必要なわけですが、TOEFLのような医学関連内容のlectureとかpresentationも中身に入れたり、標準的なdoctor-patient communicationのlisteningを入れたりしたらどうでしょうか。readingのほうはいろいろ考えられます。interviewでは、SP(simulated patients)さんにdoctor-patient communicationをやってもらったり、あるいはinterviewerとmedical topicについてdiscussionができるなど。Writingのほうは、評価は非常に難しいと思っています。AMWA(American Medical Writers Association)というアメリカの団体に所属して3回ばかり研修に行きましたけれども、このwritingの正当なevaluationというのは、nativeの、それもprofessionalでないと難しいのではないのでしょうか。

Slide 9. Main Duties of Task Force

Language teachers:	Making examinations Checking linguistic factors
Medical professionals:	Making examinations Checking contents
Native speakers of English:	Making examinations Checking English usage

Slide 10. TEMP Effects on EMP Education

Standardization of EMP acquisition (ex. medical students)

1st, 2nd:	structure & vocabulary (ex. language textbook of human body)
3rd, 4th:	listening, reading, vocabulary (ex. basic & clinical medicine textbook, case report)
5th, 6th:	listening & speaking or (ex. doctor-patient communication)
graduate	reading & writing (ex. research article, chart)

こういう interview とか writing をクリアしたスーパーAあるいは1級の人はずばらしいというような、JASMEEの1級だから大丈夫、というような標準化したものができれば上々だと思っています。

どなたでもお考えになるかと思いますがけれども、検定試験を実施するというようになると、皆さんが試験問題をいろいろつくってくださった上で、大事なものは editing です(Slide 8)。問題を refinement、洗練化するというコア・グループが大切かと思っています。Nativeの先生は貴重です。もちろん medicalの先生も加えてですけれども、英語、内容の proofreading、チェックをしていただく、そういうことが重要なのです。この revision of itemsの編集者には、難易度など差異化、分別能力とか、測定力が要求されます。選択肢の作成など、入試でさんざん苦勞していますけれども、量的にも入試どころではありません。こういう妥当な refinementをするコアの人材が recruit できなければ、検定試験の実施はとても難しいのではないかと、私自身は思っています。

会員の皆様のご協力については(Slide 9)、Language teacherは、私も含めて、例えば vocabularyのところにはお手伝いできる、reading部分もお手伝いできるでしょう。medicalの先生方も、reading部分などいろいろおできになるはずで。また、nativeの先生は、listening部分などでの貢献が大きいです。そしてチェックする観点からは、私どもは linguisticな要素、medical professionalはもちろん content、nativeは実践的な English usage というような、それぞれの役割というものもあるかと思っています。

このようなテストができれば、ある種のシラバス、あるいはカリキュラムというようなことの標準化のお手伝いもできるかなと思ったりしました(Slide 10)。1,2年にはこういう、3,4年にはこう、5,6年は忙しいけれども臨床の現場にいるのですから、患者さんがもし外国の人だったらど

うなのという感じで、doctor-patient communication 教育の一環として実践することもできるかなと。そういうわけで、学生さんにはこの学年にこの試験を受けるとこのレベル、次はもっと上にしようよというような、そんな感じで motivation を高める効果は勿論あると思います。

というわけで、15分間お聞きくださりありがとうございました。

【大井】英検から、そして、もし医学英語検定試験ができたらかような効果まであるだろうというところの speculation は非常にクリアカットでして、これからの作業に非常に参考になるのではないかと思います。

いずれにしても西澤会長、そして綿谷先生の話から、検定試験が必要であるということは、私たち医療の現場、あるいは医学の研究の現場でも共通の答えです。どの程

度、そして、どこまで必要かというところが、いろいろな考えがあるということです。そういったものも段階的に汲み上げていく、そして全員がトップのスコアを目指すというのも必ずしも必要ではないかもしれない。というのが、いま大瀧先生のお話の中から一つ出てきたようなことではないかと思います。

それでは実際に試験制度を制定するに当たって、どういう作業が必要かということから、Concrete Steps towards the Establishment of an Examination for Competency in English for Medical Purposes として、ECEMP と一応仮の言葉をお作りになっているのですが、Barron 教授にぜひともこの Concrete Steps をお話ししていただきたいと思います。Barron 先生、よろしく願いいたします。

4 . Concrete Steps towards the Establishment of an Examination for Competency in English for Medical Purposes (ECEMP)

J. Patrick Barron (International Medical Communications Centre, Tokyo Medical University)

Thank you very much. First of all, I would like to thank Dr. Oi and Dr. Nishizawa for giving me this opportunity to address you. And I would like to thank you all for staying so late for this presentation. I would also like to thank my fellow symposists, Dr. Nishizawa, Dr. Wataya, and Prof. Ohtaki, for their excellent presentations.

So there is some overlap. Deliberately there was no communication among any of the symposists, so that you would get whatever everybody really felt about their own views on the subject.

The examination objectives and timing

Assessment of the objective—that's been covered already—it's especially for 6th-year students or participants in research abroad. This would allow residency programs to evaluate the candidate's EMP ability, depending on how the residency program sees its need for English among its applicants. Different residency programs will have different needs.

This will be a voluntary examination, and the examination questions would be immediately made public. So, the residency matching institutes can decide if this is the kind of examination that allows sufficiently accurate evaluation of people they want for the program.

The third reason here is that if students at undergraduate level realize that their achievement on the examination in their 6th year is going to have some effect on their being accepted into the residency program of their choice, this will provide a significantly strong motivating factor during the

undergraduate period.

And the other reason, which Dr. Wataya and Prof. Ohtaki mentioned, is standardization. I think this is a very important point, and we are moving toward standardization, not only within Japan but maybe also even internationally.

As Prof. Ohtaki said, 2007 may be unrealistic, and I agree. I think we should move as quickly as we can, but I also think it's important not to have a failure the first time. If this is a reflection of our Society (JASMEE), we've got to be very careful and take necessary steps and spend the necessary time. In 2004, I thought three years hence would be enough. But if 2008 or even 2009 is considered necessary, we should wait for that.

We're going to need very careful planning for execution, and it will be also necessary to involve a lot of people, a lot of effort.

The testing centers

Considering the cost of air travel from Hokkaido to Okinawa, if somebody is paying, let's say 7,500 yen for an examination and they have to pay the total of 50,000 yen for a return flight, that's quite a burden. I'm aware of that. But I think that one possibility, in order to ensure success at first, is not to have the test in too many centers all at once but to start off with just a couple of centers and then spread out to other cities.

Committees

Now, as covered by Prof. Ohtaki and Dr. Wataya, I suggest a *Central Exam Committee*, which will consist of the chairpersons of the various sub-committees, plus the chairman of our organization, Dr. Oi, and one other person who would be a vice-chair under Dr. Oi. About the areas of different sub-committees, this is going to be open for discussion and it is very important that we hear from all of you today about your opinions, if this is going to be a sort of public manifestation of what JASMEE does. This can be added to, subtracted from, or completely ignored and something else put in its place.

- (1) We have to have the content of the examination, the *Construction of Examination Questions* committee.
- (2) If we are going to be using materials from outside, published medical journals, *Copyright*.

Other committees are (3) *Site-acquisition*, (4) *Publicity*, (5) *Public Relations*, (6) *Grading and Record Keeping*, (6) *Scheduling*, (7) *Finance*, and others. We will go through the details:

Construction of Examination Questions. The examination questions have been treated in greater detail by Prof. Ohtaki. But at the very simple level, we have to consider, for example, multiple choice on vocabulary from technical terms to lay terms and from lay terms to technical terms. For comprehension or multiple choice, we could perhaps use Introductions from original articles of the *New England Journal of Medicine* (NEJM). I say that because the Introduction section usually gives a general background and it's not as specific or detailed or difficult as the Discussion. The NEJM is being very kind in giving us permission to use those materials for the education materials we are developing for the 3rd and 4th-year students. And I think it would be responsive to this, too.

As Prof. Ohtaki said, it's very difficult to have a really honest and consistent evaluation system for writing. But I think it's necessary to compile a huge databank of questions which we can select from.

Validation of the examination is one area that is very important. We can validate the examination with revisions over some time. If we are thinking of international standardization and international adoption of an examination like this, then should we not be using Japanese at all and should it all be English-English? Regardless of what we do, we are going to have to recruit many people to submit questions and also to review questions both from the medicine side and from the language side.

Copyright Acquisition. If we are going to use materials from the NEJM or the Lancet, we need to obtain permission, also permission to use audio materials, and of course we have to

keep meticulous records of all permission.

Site Accrual. The committee for Site Accrual would be responsible for preparing the site and also preparing invigilators. I think initially if we start with Tokyo and Osaka, we should have one medical school or one Center. And, for the first time, if the site that we have in Osaka can hold 300 people, we accept the first 300 people who apply and the rest would be on a waiting list. And then the committee will have to think of ways of confirming the identity of the participants in examination, and also recruiting invigilators.

Publicity. Publicity may seem rather simple, but it's actually quite complicated because it's not only making students aware of the system but also making residency matching systems aware of our examination and what it can evaluate. Also, this committee will have to act as a general information interface for anybody who has questions about when it's been set up, when it's going to be held, when the results are going to be made available etc.

Grading and Record Keeping. There needs to be a committee for *Grading and Record Keeping* so that all the applicants' records are kept meticulously, and to create waiting lists. We have to store and back up all records, and we also have to issue grades. In earlier discussion, Prof. Oi said he prefers the word "level" like Ikkyu, Jun-Ikkyu (1級, 準1級), but it can be *level* or *points*. Regardless, this committee has to issue the results in whichever form we decide we give them.

Scheduling and Planning. This committee has to make the date and time of examination. Dr. Wataya brought up one point I had not thought of. I had thought basically of one examination a year, let's say in July to allow evaluation for the matching system. But we realized what if somebody has an interview on that day or is ill, maybe we have to give at least two or three alternative dates per year. And this *Scheduling and Planning* committee also has to make the deadlines in the schedule for all the committees so that no committee is running behind time. Also, this committee has to plan future development in general, such as increase in the sites, or increasing the number of times a year.

Finance. As we could see in the figures shown by Prof. Ohtaki, this can involve a lot of money. We have to know our cost and we have to set fees. If this examination would cost ¥7,500 and 3,000 people are taking the examination annually, it's ¥20,000,000 or could be more money. So the bank accounts have to be established, and income and expenditure have to be handled very carefully. I think we have to have a transparent financial system, so we have to have external auditors and make it all crystal clear.

An Operations Manual. I think we also need an Operations Manual for all committee members and sub-committee mem-

bers, so that everybody knows what each committee is doing. The *Operations Manual* committee will have to interface with all their committees so as to create an easily-understood manual. They have to prepare instructions, both printed and also for access by applicants on homepage both in English and Japanese.

General Logistics Support. And the last group is *General Logistics Support*, which helps other committees achieve their goals or overcome difficulties, providing practical help such as arranging for printings of the examination, delivery of examination to the test sites, picking up the answer sheets, delivery to the grading sites etc.

Finally, as overall comments, this project is possible only if many people are willing to commit to it and help work together for its success. There may be the necessity for a pilot trial and revision, and again this may take time. But I think it is worthwhile spending the time to get it right the first time, because if we don't get it right the first time, I don't think there will be a second.

And we will probably need help from a professional medical publishing organization. That means 'Medical View.' Hopefully it would be a wholly viable project financially and it will not be a fiscal burden for such an organization. In other words, I hope they can recoup a little of the money that they have paid

into JASMEE over the years.

【大井】Barron 教授, ありがとうございます。見事に一つの大きな叩き台ができたのではないかと思います。9つの subcommittees が必要だということ, そしてこれは会員の皆様, 全員参加の形で, できれば討議をして, そして, この学会の一つのコンセプトとしてつくり上げたいというところでは。

何しろ大きな問題でして, 去年から今年までいろいろと討論はしてきましたけれども, 実際に1年間で, 大瀧先生がおっしゃるように, これぐらいの進歩しかないというのが現状であります, 一度このたたき台ができるとおそらくスピードアップして, かなり具体化した問題がどんどんと解決されていくのではないかと思います。ちなみに出題をお作りになる, 要するに問題をお作りになる出題に関わる人々は, 当然この学会の会員の先生方でありまして, そういったところから, この会員の力, 総力を挙げてやる以外に, このシステムは完成し得ないのだと思います。

いずれにしても, 最初のご発表からいろいろとディスカッションをしていきたいのですが, わずか30分しか残っていません。そういったことで, ご協力をお願いしたいのですが, どうぞ, シンポジストの皆さん, そこにお座りください。

Discussion

【大井】まず西澤先生の卒業試験を試行してということと, 学生さんが求めている現状と, そして研修システム, 今度は病院が求めている若い医師に対する要求と言いますか, そういったところからディスカッションを始めたいと思います。

こういう現状だという結果をお示しになったお二人のご講演に, ご意見, ご質問はありますか。

どうぞ, まず齋藤先生から。

【齋藤中哉 (ハワイ大学医学部 医学教育室)】最初に西澤先生のご発表に質問です。試験問題を作成していくに当たって重要になると思うのですが, 浜松医科大学の脳神経外科としては, 今回の試験問題では選択肢だけが英語で出されていましたが, 来年度以降, question のほうも英語化するという方向性は考えておられますでしょうか。といいますのも, 私たち clinician, MD から見れば, 英単語程度であれば, 数年すればどんなお医者さんでも理解できるようになるのではないかと思います。英語で質問文を読むからこそ, 読んでそれに response するからこそ, English thinking が養われるのではないかと, 私な

どは考えてしまうのですが, いかがでしょうか。学生さんにはちょっと難しいでしょうか。

【西澤】時間数, あるいは問題数にもよるかと思うのですが, 大きく3つのタイプの問題を私たちは出しています, 1つは単純に知識だけを問う問題, 要するに先ほど出しましたように転移性腫瘍で最も原発巣として多いものはどれかと。要するに知っているか知らないかです。昔でいう国家試験のC問題になるのでしょうか, 要するに一ひねり, 二ひねりして, こういうヒストリーがあって, では考えられる治療法で最も正しいものはどれかというようにもう一ひねり, 半ひねりして答えさせるような問題というような問題も作っています。

それを1型, 2型, 3型と私たちは呼んでいるのですが, 要するに知識だけを単純に問う問題, 治療法を問う問題, それから治療法からもう一歩進んで, さらに検査法, 治療を導きだすのにどんな検査がよいのかという問題があるのです。そこまでいくと, 問題文がやはり少し長くなってしまふものですから, やはり読解とかそういうところまで問うて, そのぐらいの読解力がないような医学部の学生で本当によいのかなという感じはするのですけれ

ども、ただそこで問題文を履き違えて違う答えを出してしまうというようなことがあっては、先ほどの話ではないですけれども、“It’s unfair”ということになってしまうからという感じがするので、やはり問題文はterminologyはいくつかちたばらせるけれども、問題文としては基本的に日本語と考えています。

【齋藤】ありがとうございます。先生が作られたタイプの問題に関しては、例えば、米国のUSMLEの問題がよいサンプルになりますよね。私たちの英語検定を考えていく上でも、何か臨床問題を出すのであれば、もちろんUSMLEの問題をそのままは使えないですけれども、しっかりした英語の質問文があってそれに解答するというのがよいのではないのでしょうか。USMLEにおいても、肯定型で質問するか、否定型で質問するかによって、米国の医学生はけっこう間違えているのです。ですから、先生がいま“ It’s not fair ”ということをおっしゃいましたが、むしろそういう注意を試すというのも、試験のうちなのではないかと思うところがあります。議論の本題からはずれてしまったかもしれませんが…。ありがとうございます。

【菱田治子（浜松医科大学）】浜松医科大学の医学英語教育の内情の話になるのですが、実は私が医学英語教育をやり始めたのが5年前で、西澤先生がアンケートをとられた次の学年から私が教え始めまして、いまそこに今回アルバイトで来てくださっている学生さんたちは、1年生のときから医学英語教育を一応やっています、単語だけではなくて、センテンスも全部英語でやっています、授業もプレゼンテーションを英語でやっていますので、次の学年からは単語だけではなくて、もう少し抵抗なく英語ができるのではないかと考えています。これは少しずつ慣れていくということで、ちょっとコメントをさせていただきました。

【Nakamura Reiko (Tokyo Women’s Medical University, English)】
What are the qualifications for being able to take this test?
Is it a test only for medical students? Or can non-medical concentrators take the test, pass the test, and then be accredited for something?

【大井】そのご質問は最終的なことにかかってきますので、今は医学部とそれから学生さん、研修医のレベルでのneedsからちょっと話を進めています。

【松井秀親（東邦大学医学部）】私は先ほども発言させていただいたのですが、お医者様ではないのですけれども、ずっと4人の先生方の話を聞いていますと、マッチングというのがあって、これは私は事情はよく知らないのですけれども、そのマッチングでtraining hospitalsが英語の試験を要求していると。どういうレベルの英語の試験を要求しているのかということがまず問題になってきます。

それと同時に、先ほど金沢医科大学の先生が素晴らしいpresentationをしてくださったのですけれども、TEMPの体系というのを考えてみると、やはりtraining hospitalが英語の試験を要求している、その要求しているレベルの英語の試験を超えたようなテストになっているような気がします。

一つは大学院でリサーチをする場合に論文を読むとか、論文を書くとか、そういうことも要求しているし、それからやはり基本的な英会話の試験も含めなければいけないということもおっしゃっています。それは当然だと思います。基本的な英会話の素養がなければ、国際学会で発言することもできないし、プレゼンテーションをすることもできないし、それからまた患者さんと会話することもできないと思います。そうするとTEMPというか、われわれのつくろうとしている試験を、training hospitalsの要求に合致するようにつくるのか、それともそうではなくて、いま言ったような全体的な医学英語のcompetenceを測るのか。全体的な医学英語のcompetenceを測っていくということだとすると、training hospitalsに使ってもらえないのではないかという気もするのです。そういうところはどうでしょうか。

【大井】非常に大事なご質問で、私はこの2つの発表で、そこを討論していただきたかったです。かたや医学部で研究をどんどん進めていって、世界のトップの発表をする。それも一つの大きなabilityで、それにおいては、いわば一番最先端の医学をマスターした英語なのです。そういったところに使われる英語が「1級」で、かたや現場の医療で英語でcommunicationをすることにおいて非常に劣っている場合だってあり得るわけです。

したがって、私は医療の現場と医学研究の発表の中における英語、これはおそらく分けて考えないといけない。このstepを作るにしても、そこが非常に大事なキーポイントではないかと思うのです。したがって、学生レベルでのスタートラインは1つであったとしても、おそらく最終的にはstep 1というレベルは、2つ、3つあり得るかもしれないというのがいまの感じなのですが、この点、会員の皆様はいかがでしょうか。

【大瀧】私なりの考えを言ってもよいでしょうか。私もこの発表を準備していたときに、いつもその考えがあったのです。ご出席の中にも、看護、あるいは他の医療関係教育機関の会員もたくさんいらっしゃいますが、私自身はそういう方々も利用できるようなテストを想定したつもりです。50問、50問、50問というものをスコアにしたときに、いろいろな難易度で、テキストの種類も簡単なものから非常にvariationを広げて用意して。いまの病院ではlisteningはそんなにいらないとおっしゃるスタッフもいらっしゃるかもしれませんが、ある種のstandardizationの中にlisteningもゴールの一つとして入れると、それも必要かというような認識になるということも

含めてlisteningも採り入れたい。writingは特化したものであるから、最後のスーパーというところに入れていたのです。この検定試験は、看護師さんなどでも語彙とlistening, readingはできるからC級,あるいはB級ぐらいだったらよいのではないかと、いろいろの職種にもある種のassessmentに使えるのがよいのではないかと、実は思ったのです。

【大井】要するにこの医学英語をどの内容で要求されているかということで、ゴールが違ってくるわけです。最低のレベルというのは、先生がおっしゃるようにクリアしなければいけない共通の英語力というのはあるわけです。ただその上によって、医学英語の各領域、そしてどのように英語が必要とされているかという最終ゴール、これをいくつか用意しておかないと、例えば同じ1級であるとか、あるいはポイントで600点をマークしたとか言ったところで、では本当に先ほどのTOEICとかああいうものが出てきて、これでは役に立たないというのと同じで、やはり目的あるいはゴール別に何らかの基準を設けないといけないというのが、いまの感じなのですが。

というのは、医学者ばかりが集まっている会ではありませんし、医学者ばかりが医学用語を使っているわけではないわけですね。

【松井】そうです。私は単なる英語の教師なので、マッチングのことを先ほど申し上げましたが、よくわからないのです。ただわかることは、マッチングでtraining hospitalsが要求する英語というのと、英語というのはかなり実践的なのではないかと想像するわけです。そうすると、やはり医学英語の試験も臨床の医学英語の試験と、それから学問的なものとやはり理念をきちんとしておかないと、混ぜて体系化して一つのものにすると、やはりtraining hospitalsのほうは使いにくくなるだろうという気がします。それをちょっと感じています。

【Barron】松井先生のおっしゃっていることは非常に大事なのですけれども、別にレジデンシープログラムとか、training hospitalsのために作っている試験ではないと思うのです。ですから、EMP全体としてどのぐらいできるかということなのです。

先ほどの東京女子医大の中村先生のご質問についてですが、私は6年生、あるいはすでに卒業した方のための試験と考えていたのですけれども、先ほど大瀧先生のご意見で、例えば医学翻訳をやりたい人はこれで1級を取ったと。医薬翻訳の仕事にapplyするときに、それを1つの資格として使えるとか、そういうことはこれから考えなければならぬと思うし、また看護と歯科領域のことも考えなければならぬと思います。

【植村研一（弘慈会加藤病院）】大変素晴らしい議論を展開していると思うのですけれども、どういう試験にしる、試験を作ってしまうと必ず医学部における英語教育に影響し

ます。ですから、大変なのは医学英語教育というのは非常に熱心な大学と、何もやっていないところがあるのです。ですから、問題はそこに熱心な先生がいても、方向がわからないから、自分が趣味で一生懸命教えていて、それでよいと思っているかもしれない。それは実際に役に立たないかもしれない。

この試験をどう利用するかというのが一つありますが、日本全体の医学英語教育は少なくともこのレベルまではしてほしいというような、そういうものも入っていないといけない。大瀧先生がおっしゃったように、この試験を作ったときに、やはりレベル分けがあって、外国に行ってもどんどん研究発表するのは非常に高いレベルです。それはA級とか付けてもよいのですけれども、それと一応卒業後研修がきちんとできる程度のレベルとか、そういうものを分けて、そうすると先生方も少なくともそれにマッチングしたような教育をしないと学生は付いてきません。

われわれが医師国家試験を変えたのも、変えることによって、全国の医学部の教育がある程度standardizeしてくる。そうすると医学英語は何をすべきかというのは、やはり英語の先生が考えている教育したいことと、われわれ医学部の先生が、皆さん方に教えてほしいというものは必ずしも一致しない。ですから、これは非常にディスカッションをして、そして、将来これが伸びるためには、皆が使わなければこれは死んでいきます。ですから、研修病院も「よし。B級を取っていないうちの病院は採らない。Cでもいい」となってくると、どんどん学生も燃えてきます。

それから先ほど西澤先生が卒業試験に入れたときに、それをどの程度入れるかという議論があったのですが、これが非常に大事なことは、私は医師国家試験で厚生省と議論をしたのですが、医師国家試験というのは医師であり得るかないかをチェックするわけで、英語は入ってはいけないのです。つまり、落としたときに英語で落ちたら、裁判になったら負けですから。医師国家試験というのは、あくまでも日本で医療を行う能力があるかどうかをテストするのですから、その目的に英語は関係はないのです。ですから、厚生省は決して英語を入れない。例えば卒業試験に英語を入れて落ちたときに、英語で落ちて、脳外で落ちていかなかったら、裁判になったら負けですから。何をやっているのかということになる。

英語は英語できちんと、医者に必要な英語はこのレベル、それはマスターしなさいという試験は作らないといけない。それがこの試験だと思うのです。ですから、ごちゃ混ぜにしたときには非常に難しいこととなりますから、教育評価というのは非常に大事なのです。何のために何を評価するのか。ですから、脳外を評価するのであったら、脳外を試験しないといけないし、医師に対する能力は医師国家試験でやらないといけない。英語は関係

ないです。

けれども、国際的に日本が活躍するためには、ある程度の英語は必要です。だったら英語の試験をすればよい。それがこの認定試験です。そうすると、これは日本に相当影響力を持ちますから、どういうレベルでいったらよいかというのは、十分英語の先生と。それから不可能なことを言ってもしょうがないです。英語の先生がそんなことは2年間でできませんよと言ったら、それはいかに試験してもだめですから、ですから、やはり十分なディスカッション、その意味でこのシンポジウムは非常に素晴らしいのだと思っています。

【大井】ありがとうございます。そういったところで、等級で表現するなら、英検の4級、これぐらいは国民全員がマスターするというようなレベルからスタートして、そこからいろいろと等級を考えていくべきだと私は思っています。ただ点数だけでは何を測っているのかわかりませんので、例えば1級を制定する場合、いろいろなアイテムの1級が必要ではないかというのが、いま植村先生がおっしゃっていただいたことに、上を向くならばそういう方向しかないだろうというのが感じます。どうぞ。

【菱田一三（東海大学開発工学部）】実はこの問題は医学に限らずESPの、非常に広く考えると、specific purposesの問題になるのです。ESPというのはある特定の分野の英語教育をやると。例えばホテルの従業員のための英語教育、あるいはコンピュータのengineerのための英語教育、大変役に立つと思われるけれども、実は外れたらとたんに役に立たなくなるという非常矛盾した面を持っているのです。

医学英語教育も、実は私自身は英語教育が専門で、医学のところは実は本当のところはよくわからないのですが、あまりに特定のことをやってしまうと、今度は外れてしまう。私自身、生物学とか医学とかそういうものを材料にして教えていて、ESPは実はmotivationに非常に関わりがあるということはわかっているのです。非常に面白いのです。

あまりに特定を考えてはいけないというのが一つなのですが、もう一つ、昨日のTOEFLの議論でそうなのですが、TOEFLは役に立たないと言い切られてしまったので、実は私は反論したのですが、TOEFLはある意味では役に立ちます。TOEICも役に立ちます。英検も役に立ちます。国連英検もよいし、皆よいのです。皆、欠点を持っています。ですから、それぞれの欠点、例えばTOEICはlisteningがやさしすぎる。listeningのほうが日本人の平均は46点だいたい高い。79年にできたときは30点の差でした。それは日本が運営主体でETSに頼んだときの頼み方が悪かった。日本人はlisteningができないからlisteningの問題を30点やさしくしてくれといったら、30点実

際に点数が上がってしまったということは、日本人はlisteningもreadingも実はそんなに変わらなかった。いまTOEFLで見てもそうです。

ですから、TOEICは欠点がありますが、ただTOEFLに比べれば8倍の人数が受けています。そのレベルで言えば英検の準1級、1級のレベルでいうと、やはりTOEFLが圧倒的に日本で受けているので、TOEFLがマッチングの試験のときで、もし各病院が採用するとすると、TOEFLは非常に大きな影響を与えます。

そして英検は英検で欠点があります。準1級、1級は昔に比べると、2級もそうですけれども、どんどん難しくなっていて、いまの英検1級の試験官が、私がこの試験を受けたら受からないと言っている人が多いのです。ところが、TOEFL、TOEICは変化していない。

それぞれによいところがありますので、これは医学で言う計測装置です。計測装置というのは具体的に何を測っているか、ある種の推定が入っているわけですので、体温でも36.5と出ても、それが本当の深部体温ではない。37だと思ふのです。同じように、CTとPETとどちらが正しいかといくら議論をしてもしょうがない。CTとPETを組み合わせてよい結果が出てくる。そういうように捉えなければいけないのではないかと。1つの試験ですべてをやろうとすると、結果的には何もできなくなってしまうということになりますかというのが、私の質問というか意見です。

【大井】ありがとうございます。大変貴重なご意見だと思います。どうぞ、齋藤先生。

【齋藤】医学英語検定は、medical English educationには絶対必要な装置であって、またBarron先生が示されたstructureは絶対に役立つと思います。

ただ、TOEFLなどの英語力試験を、臨床医学における人物選考などの際に重視しようとする傾向に対して、少し反論します。医療の世界において、その評価システムが役に立つかということ、なかなか難しい場面が多いです。なぜかということ、よいお医者さんであるということは、先ほど植村研一先生もおっしゃいましたが、英語ができるかできないかということと無関係ではないものの、必ずしも1対1対応はしていないという実情があります。綿谷先生が、マッチングプログラムが始まったから選定基準として英語の能力が重要とおっしゃられました。その通りだと思うのですが、その一方で、1000に及ぶ日本の臨床研修指定病院の中には、研修医に高い英語能力を望むdirectorばかりかということ、「英語力より前に、基本的な臨床医学の知識」、「英語力よりも、人柄や人間性」という基準で人物選考をしているdirectorも多いのではないかと思います。

ただ、これはくれぐれも勘違いしないでほしいのですけれども、医学英語検定試験を否定する発言ではないのです。そうではなくて、医学部の学生や医師だけでなく、

私は、看護師でも薬剤師でも放射線技師でも、医療に関わる人すべてが受けられる試験にすべきだと思います。4年制教育であろうが、3年制教育であろうが、6年制教育であろうが、可能な限り大勢の人々に受けていただいて、医療従事者が医療従事者になる以前の段階で、1級、2級、3級、4級、5級とgradingしてあげたら、「医学英語に関する自分の位置づけはこうなのだ」とすごくcomfortableな状況認識が生まれてくるし、Barron先生が目指されているいわゆるnational standard in Japan, then global standardという形にもって行け得るのではなんでしょうか。

ちょっと話が行きつ戻りつしてしまいますが、現在の臨床研修病院が英語の点数をもとに研修医を採用するかという、今後、きわめて厳しい状況になっていくと思います。なぜかという、昨日も申し上げたように、米国ではUSMLEのStep 2がdrasticに変わってきています。どう変わっているかという、clinical knowledge plus clinical skillsで、米国人にとっても座学の知識を試すだけではなくて、医師としての行動と態度を試すようになってきているのです。このような行動と態度の部分は、日本人が筆記試験で解答することによって示すことができる英語能力では測ることができない部分だと思えます。日本の臨床研修病院のプログラム・ディレクターにも、米国におけるこの変化を知っている人が増えてきました。

翻って、日本における医学英語教育のあり方に立ち戻れば、医学部であれば、6年間の教育期間中、例えば、綿谷先生の母校である京都大学や、私の母校である大阪大学では、この会場にも確か大阪大学の学生さんが来られていたと思いますけれども、実は、本格的な医学英語教育は行われていない。そういう大学の医学生や卒業生が、浜松医科大学や東京医科大学において実践されているカリキュラムについて聞き及んだとき、私も含めて、彼らは、それらのプログラムをものすごくうらやましいと思うことでしょう。学生時代から東京医科大学に行って、Barron先生のカリキュラムで勉強したかった。浜松医科大学で、西澤先生や菱田先生の1年生、2年生向けの授業を聞いていたら、もっと英語力が付いただろう、と思うわけです。

幸いなことに現在では、医学部の4年生から5年生に進級するときに、臨床医学の知識を試すCBT(Computer-Based Testing)とOSCEが導入されています。いわゆる、共用試験のことです。そこで、上述のような大学ごとに医学英語教育に温度差がある状況を改善するためには、この共用試験の手法をそっくりそのまま医学英語教育にも導入してしまうというのが、第1段階ではないかと思えます。JASMEEには日本全国の医科大学から医学英語の中核を担っておられる先生方が来られています。全員が各自の大学に戻って、各自の大学のカリキュラムと考えられるlocal standardを見直してみることにします。つ

まり、さきほど、prototypeとしてBarron先生が提出してくださった医学英語教育のカリキュラムの改訂作業を、学会会員がめいめいの医科大学でまず実践してみて、その後、それらの成果を持ち寄り、編集と統合の作業を行えば、national standardができるのではないかと。そう思っているのですけれども、いかがでしょうか。

【大井】ありがとうございます。先生は2つ、3つのことを同時に言われましたので、一つずつ解決したいと思うのです。

この医学英語検定試験をやろうとって、最初に標準を合わせ始めたのは、実はこのマッチングなのです。それでマッチングは先生が思っらっしゃる昔の日本の医療の現場とは、いま違うわけで、なかには英語力をきわめて重視しているところがあるのは事実なのです。それは綿谷先生が示したとおりでありまして、確かにそういうものがある。

その検定試験をこのマッチングに合わせて作ろうとは考えたのですが、それだけではいまだくさんの人がおっしゃったように、目的は1つではありません。先生がおっしゃるstandardizeされた日本のレベルを測る基準でもあってほしいし、しかも、医学英語教育というのは各大学で行われているものを統一化する、あるいは平均化してくることに重要であろうとも考えられているわけです。

【齋藤】すみません。大井先生がおっしゃったとおり、確かに日本の医科大学、それから有名研修病院のなかには、実際に訪問してみるとTOEFLを義務化していたり、米国のUSMLEを受験し合格することを要求しているような病院もあります。けれども、それらが日本の臨床研修病院の平均像を代表していると認定することができるでしょうか？

この点に関して、日本全国のマッチングに参加している臨床研修病院が1000あるとしたら、その1000の病院のProgram Directorにアンケート用紙を送って、英語検定試験が導入されたら研修医選考のための基礎資料にするかどうかを質問してみることが必要ではないでしょうか。そして、それに対して何%の病院が医学英語検定試験をぜひ使用したいと申し出てくれるか、そのtotalなneeds assessmentがありませんと、英語学習に積極的な超優秀な医学生、研修医、医師が集まっている病院に関するanecdotalな報告があるだけでは、説得力に欠けるように思います。

私自身、在米ですから、英語の試験は大好きですし、そういうものがあつたほうがよいと思うのですけれども、試験というのは、やはり一定の受験者数が毎年、確保されなければ、どんなに立派なものであっても、例えば1回目の試験は8,000人が受けた、ところが2年目以降600人になって、3年目以降は40人になってでは、学会会員の全員が貴重な時間を投資する意味がないわけで、needs

assessmentをぜひお願いしたいところです。全国の臨床研修指定病院のすべてにアンケート調査を依頼して、まず回答を集めるべきではないでしょうか。医学英語教育学会の会員である私たちには、「医学英語は重要だ」、「医学英語検定試験は必要だ」というアカデミックなバイアスが掛かっていると思うのです。大井先生、いかがでしょうか。

【大井】ちょっと寂しくなるようなお話をありがとうございました。勇気づけられるために、日本大学のProfessor Gerlingが特別発言を用意しているそうです。

【Gerling】I was asked to give some concluding remarks, however, I must say, there was so much said here. But I'll try to be brief. First of all, I would like to thank Prof. Saito for his comment on the Hamamatsu Medical University test that Prof. Nishizawa has presented, because I was thinking the same thing, that basically the test was about vocabulary, and not English. But I was shivering; nobody in this particular organization would dare criticize the brain surgery department of Hamamatsu Medical University—that is the godfather of this organization. So, thank you very much, Prof. Saito, for saving my skin. I think the test itself should concentrate on context rather than vocabulary. This goes back to kokoro that Prof. Uemura introduced.

Dr. Wataya mentioned the fact that when students are preparing for the state qualifications, they would also have to sit this English exam because of the matching program. I actually would prefer the situation where they would sit this English examination earlier, at the end of the 4th or 5th year, rather than wait for the 6th year.

I also would like to stress that the test should somehow measure the ability to comprehend English in some form or manner, rather than just be an English test per se.

Prof. Uemura and other people mentioned the fact that this could lead to introduction of better English programs. I hope and pray this will be the case. I'm a bit worried because, from personal experience, I know of certain medical Faculties in Japan that if you produce another test, they will produce another JUKEN program —“All right, now, sit down and DO it”—this sort of thing, in which people don't gain anything, and they don't learn anything. They just study for the test in order to pass the test. And this worries me. This is one worry of the test.

Prof. Ohtaki introduced an awfully lot of different ESP tests, an amazing number of English tests! I think that if all of these materialized, Japanese doctors would need larger rooms so that they can paper the walls with all the certificates they will receive. What worries me a bit is this particular test will introduce new examination heat, and I would like to avoid that. I would very much like this test to be something that will *prove* that the candidate actually knows some English—for medical purposes—rather than that someone has passed another test. The point is for the candidates actually to know some English that will help them. And how to compile a test that will actually do this is difficult.

The good news is the standardization. I have, unfortunately, witnessed a number of the tests in English that some of the hospitals do for those matching things. And I think this should be outlawed! It's a real crime! So, if the new test we are talking about can set some good standards, then this is something to look forward to.

日本医学英語教育学会第8回総会(2005年7月10日,こまばエミナース)にて収録

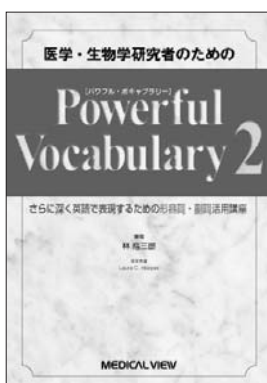


医学・自然科学研究者のための
学術論文・電子投稿マニュアル ネット投稿の準備・実際の投稿プロセス・改稿まで
Guidebook for Electronic Submission of Scientific Papers

Federic DiRocco, 大井静雄 (著)

B5判, 80頁, 定価2,100円(5%税込), 2006年10月刊行, メジカルビュー社

インターネットを介して行う「電子投稿」は、元来の郵送による投稿よりも査読・改稿の手間が大幅に削減されるため投稿方法のグローバルスタンダードになりつつある。そのため海外の科学ジャーナルに論文を投稿しようとする医学・生物学研究者はこれを避けて通ることはできない。本書では電子投稿の基本的なプロセスである(1)アカウント作成, (2)論文のアップロード, (3)改稿を、実際のパソコンの画面を使用して解説している。電子投稿のすべてがわかる究極の1冊。



医学・生物学研究者のための

Powerful Vocabulary 2 さらに深く英語で表現するための形容詞・副詞活用講座

林 皓三郎 (著), Laura C. Hoopes (英文共著)

A5判, 432頁, 定価3,675円(5%税込), 2006年10月刊行, メジカルビュー社

“Powerful Vocabulary (動詞編)”の続編である本書では、形容詞と副詞を扱っている。文章に彩りを与える“形容詞・副詞”は、正しく使えば英語論文を読みやすく魅力的なものとする。また、的確な形容詞・副詞は論文の骨子を強固なものとし、意味を限定して誤解を招きにくくする。豊富な例文と語源を掲載した“形容詞・副詞”の決定版である。巻末には「接頭辞・接尾辞」を網羅した付録つき。



英語を学ぶ看護学生のための **Stories for Nurses**

田中芳文 (編), 田中芳文, 鈴木繁雄, 脇本聡美 (著)

A5判, 106頁, 定価2,320円(5%税込), 2007年1月刊行, エルゼビア・ジャパン

米国テキサス大学タイラー校看護保健科学部のL. Lynn Wieck教授が米国の有力紙Houston Chronicleに連載したコラムを集めて出版したStories for Nursing: Acts of Caring (Mosby)を題材に作成した、看護学生のための英語学習用テキスト。



Advanced English Exercise 現役医学部生が書いた実戦英語演習

吉田 剛 (著)

B5判, 228頁, 定価2,100円(5%税込), 2006年8月刊行, 杉山書店

1985年生まれの著者による難関大学・医学部受験生向けの英語教材。受験対策・入試問題研究が中心で必ずしも医学だけを扱っているわけではないが、「ちょっと休憩」と題したコラムで「顔面神経の麻痺」「カテコールアミンの生理学」「新生児黄疸」等が扱われている。

Problem-Based Learning in the English-for-Medical-Purposes Class

Flaminia Miyamasu

University of Tsukuba, Institute of Basic Medical Sciences,
Graduate School of Comprehensive Human Sciences

Problem-based learning (PBL) is an educational approach that is being increasingly implemented into the curricula of medical schools and other institutions of learning worldwide. Among its goals are collaborative learning of relevant content and presentation of that learning through active student interaction. These goals reflect those of the English-for-Academic-Purposes (EAP) approach: learning that is student-centered, content-based, and skills-based. Such similarities in approach suggest that the blending of PBL and EAP concepts offers myriad possibilities to EAP instructors in designing their courses. This paper describes such a course designed for an English-for-General-Medical-Purposes class and reports the evaluations made of the course by instructor and students alike.

J Med Eng Educ (2006) 6(1): 45–51

Key Words: Problem-Based Learning, English for Specific Purposes, English for Medical Purposes, English for Academic Purposes, English for General Medical Purposes, course design

Introduction

The world of the English-for-Medical Purposes (EMP) teacher can be a lonely one: the luckier teacher may work in a team of two or three, but more likely than not, he or she works as a team of one in a bustling medical department where contact with colleagues—the medical professors, themselves busy with clinical, teaching, research, and administrative duties—is limited. On top of that, support for EMP teachers in terms of teaching materials is meager, with a dearth of adequately stimulating or challenging textbooks in the field compelling teachers to design their own course syllabi and produce their own teaching materials.¹ Inevitably, EMP teachers turn to content-based (medical interest) readings (from newsprint, the Internet, and other media) or audio (*ER*, news video-recordings, and such) from which to develop vocabulary, discussion, debate, and report-writing activities.² In this way, the structure of such EMP courses

tends to be a combination of content-based, learner-centered, and skills-based approaches.³

These approaches mirror those of problem-based learning (PBL), a pedagogical approach that is fast becoming popular throughout the world not only in medical education but also in other educational fields. Indeed, PBL is a prominent component of the revised curriculum instated in April 2004 at the medical school of the university where I work, the University of Tsukuba. It was the features of PBL as well as a paper describing the implementation of PBL in an English-for-Academic-Purposes (EAP) class⁴ that led to the development of an English-for-General-Medical-Purposes (EGMP) course blending elements of PBL and EAP approaches which I will describe here. First, however, let us briefly consider PBL—its background, characteristics, and aims.

1. What is problem-based learning?

Problem solving is, of course, at the heart of all learning. As the McMaster University (Hamilton, Ontario, Canada) PBL Web site quaintly asserts, “Problem-based learning, learning because you need to solve a problem, has been around for centuries. Indeed, in the Stone Age, people learned skills and approaches to problems to survive. They just didn’t say to each other, ‘Hey, you are using PBL.’”⁵ What differs about PBL as an approach, however, is that, unlike in traditional teaching methodol-

Corresponding author:

Flaminia Miyamasu
Institute of Basic Medical Sciences
Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of
Tsukuba
1–1–1 Tennodai, Tsukuba, Ibaraki 305–8575, Japan
Phone 029–853–3130
E-mail flaminia@md.tsukuba.ac.jp

ogy where problems serve as the means to exercise or test information previously studied by a passive learner, in PBL the process is reversed so that “the problem drives the learning”⁵ and the student is an active participant in the learning process. A problem, presented in a form such as print, video clip, or Web site, triggers learning as students work in small groups to identify what the key issues of the problem are and what they already know or do not know about the problem.

In this way, students produce a host of possible explanations for the problem as well as outstanding questions by which they set up the next stage in the PBL process—their learning agenda, namely, what needs to be investigated, and by whom, before the next meeting. Then, at their next meeting, group members discuss what they have each found as a result of their investigations and then determine what further information, and therefore research, is needed. This cycle of *discussion knowledge evaluation outside-of-class research* is repeated until the group is satisfied that it has fully explored the problem and reached a conclusion—the ‘solution’ to the problem.

The group is now ready to enter the next phase of the activity: the presentation of its analysis of the problem to its classmates and teacher. Group members collaborate on framing the optimal format for the presentation of their work. After the presentations have been given, the final step of the activity is self- and peer-review to develop students’ awareness of their own learning processes. All the while, as students direct their own learning, the teacher’s role is to monitor the progress and direction of the group discussions, to answer student questions, to prod them with questions that will lead them to investigate as yet unexplored but significant areas, to steer them back when the discussion meanders off course, and to help with group dynamics.

Thus, PBL is essentially a three-step process: problem-posing (brainstorming, hypothesizing, identifying the gaps in knowledge), problem-solving (research, discussion), and peer persuasion (presentation of the problem, review).⁶ Learning is student-centered and collaborative: students take responsibility for setting the agenda for their own learning in and out of class, they decide the

focus of their discussions, they work together on preparing the final presentation, they provide review feedback to each other, and they learn teamwork. Since learning is student-directed, the role of the teacher becomes that of facilitator.

2. Why turn to problem-based learning?

The PBL approach started at the medical school of McMaster University over 25 years ago.⁵ In medical PBL, students meet in small ‘tutorial’ groups. The prob-

lem consists of a part of a case based on a real patient or a clinical situation, on which students work collaboratively following much the same process as that described above (§1). While PBL has not received an across-the-board welcome from the medical world,⁷ its proponents tout it as a motivating and effective learning method since it provides students with a contextual frame for learning. Because the cases presented to students in PBL are similar to those they will encounter in their future careers, not only are they stimulating to stu-

dents but they also serve in equipping the students with skills they will need as medical practitioners (critical thinking, scientific analysis, decision-making, communication skills, collaboration with other medics, self-directed lifelong learning).^{8–10} In addition, by emphasizing the acquisition of cognitive skills, the PBL approach helps students to retain information more effectively than does the traditional rote-memorization style.

The necessity of providing students with such skills is among the reasons cited for instating a new PBL-oriented curriculum at the University of Tsukuba Medical School from the 2004 academic year.¹¹ Indeed, medical schools throughout Japan are adopting PBL into their curricula.¹² Elsewhere, the popularity of PBL is spreading beyond medical schools to other undergraduate and graduate programs, even to elementary and secondary school programs.^{6,7} As PBL’s popularity increases, so too does the availability of resources to teachers interested in adopting PBL methods into their classes.

The Internet is a particularly rich source for PBL cases and lesson plans (see Appendix 1). In the field of EAP/EMP, however, no literature about the use of PBL in EAP/EMP classes existed until Wood and Head pub-

Unlike the traditional teaching methodology where problems serve as the means to exercise or test information previously studied by a passive learner, in Problem-Based Learning the process is reversed so that “the problem drives the learning” and the student is an active participant in the learning process.

lished an article describing a PBL/EAP course of their own devising.⁴ Given the commonalities between the PBL approach and the content-based, skills-centered, student-centered approaches of EAP, and given the increasing availability of resources for devising PBL teaching materials, ample opportunities to develop PBL/EMP courses no doubt present themselves to teachers in the EAP/EMP field. I will here describe such a course that I developed for an English-for-General-Medical-Purposes class.

The Course

1. Background of the class

The course is a required general English course that medical students at the University of Tsukuba take in their freshman year. According to the results of a placement test given at the start of the academic year, students are streamed into A-, B-, or C-level classes. This was the A class and thus a highly motivated, self-directed group of students. The focus of the course was on building communicative competence through a learner-centered (small-group work), integrated-skills (various readings, listening, discussion, presentation, and writing activities) approach. The objective of activities in the first two semesters was for students to present oral and written reports based on group discussions of general interest (i.e., non-medical) materials (written or audio) provided by the teacher. From the third semester, the direction switched to English for General Medical Purposes with medical topics providing the content for an activity in which the goal was for students to make an extended group presentation on a topic of their choice. This being the 2004 freshman class of the newly instated PBL curriculum, however, I decided that year to frame the activity in PBL terms. Wood and Head's description of their own PBL/EAP activity provided much of the inspiration for the decision.⁴ However, the design of their course and that of my own would be fundamentally different: whereas Wood and Head's activity consisted in having the students themselves generate the medical problems for their classmates to investigate and identify,⁴ in my class the students would be given the problems to investigate and present more closely in accordance with traditional PBL methods.

PBL is essentially a three-step process: problem-posing, problem-solving, and peer persuasion.

2. Structure of the course

2.1. Students select the problem

In the first class of the semester, after explaining the course to students, I briefly introduced each of the problems. Other than those written by myself, problems were obtained from various Web sites. Problem topics included seasonal affective disorder (SAD), HIV and AIDS, osteoporosis, beneficial effects of chocolate (see Appendix 2), and medical uses of marijuana. The problems were then arranged on tables at the front of the class for the students to survey for themselves and select. Back at their desks, group members took turns reading their problem aloud and conferred on checking comprehension of the text and consulting a dictionary for any unfamiliar vocabulary. Once assured that they had understood the English aspect of the problem, group members set about brainstorming—sharing what they already knew or did not know about the problem. In the last ten minutes of class, they planned their study agenda for the period until the next class: what needed to be researched and by whom in the group.

2.2. Group members share information

At the next class, group members took turns reporting what information their research had yielded, and this led to further discussion of the problem. Where gaps in knowledge remained, students arranged to conduct the necessary further research. This step was repeated until group members were satisfied that they had fully explored the problem. Necessarily, the number of times the step was repeated depended on the group, but in most cases, two or three class sessions were needed to complete this step. For the groups requiring more time, all class members agreed that those groups would give their presentations towards the end of the presentation period and thus obtain more time for preparation.

2.3. Group members prepare their presentation

2.3.1. The written text

As the next step, students first worked as a class to discuss what the elements of an effective presentation structure are, and then in groups to decide the content and structure of their respective presentations. They assigned responsibility for writing the various sections of the presentation text among group members. Once the first drafts of the sections were written, group members

took turns reading aloud their sections and discussed improvements to be made in content, organization, grammar, spelling, and other textual details. They then wrote the final drafts.

2.3.2. The visuals

Following a class discussion of a handout I had prepared on effective visuals for presentations, students worked together in their respective groups to make their visuals.

2.4. Groups rehearse their presentations

With their presentation scripts and their visuals completed, the students were ready to rehearse their presentations. This began after a class discussion about effective delivery techniques for presentations (posture, gestures, eye-contact, intonation, rhythm, use of notes, and so on). The rehearsal period included class time for groups to make a 'mock' presentation in front of another group who, in turn, provided feedback on the presentation's strong and weak points. Outside of class, students added the finishing touches to their presentations and conducted final rehearsals.

2.5. Groups make their presentations

Groups took turns giving their presentations in class. After each presentation (lasting 15 to 20 minutes), the group engaged in a question-and-answer session with their classmates. As follow-up, students in the audience completed a peer assessment sheet for the presentation group, listing what they liked about the presentation and offering three pieces of advice.

2.6. Individuals write a self-assessment report

As the final assignment of the course, each student wrote a report assessing his or her work from the start of the semester through the final presentation as well as assessing the nature of the activity itself.

Reflections on the Course

1. Teacher reflections

The objective of this course was to blend aspects of the medical PBL approach (medical case or situation, collaborative group work, problem-solving and peer persuasion) with those of the EAP class (content-based, learner-centered, and skills-based). In many ways, this is a natural blend—the medical case or situation of medical PBL blending well with the content-based approach of EAP,

the collaborative group work blending well with the learner-centered approach, and of course the problem-solving and peer persuasion blending well with the skills-based approach (research/reading, discussion and presentation/speaking and listening, presentation materials and final report/writing). Of these, the content aspect may be the most delicate for the teacher who is considering applying this type of activity since it concerns medical knowledge, specialist knowledge that is obviously outside the realm of the English teacher. Indeed, it is the perennial issue for any English for Specific Purposes (ESP) teacher—to what degree should ESP teachers be familiar with the specialty of their students?¹³

Personally, I support the notion that ESP teachers need to have a layperson's knowledge of the field in which they are teaching. In this course, because the cases were mainly taken from Web sites targeting high-school or community-college level students, and because my students were required to make simple, not overly technical presentations of their research (that is, a simple description of the disease, its causes, and its treatment as can be found in any family encyclopedia of health), I was confident that the degree of emphasis given to content was within appropriate bounds. The focus was on general knowledge of the topic/problem and on exploiting English skills (reading, discussion, presentation, listening to presentations, writing up a review) to explore and represent that knowledge. In that sense, the activity worked remarkably well.

All groups worked together enthusiastically both in the discussion and preparation of the presentation and at the presentation itself. They seemed to have taken to heart the class discussions on effective presentation structure, visuals, and delivery techniques. Since this was the last in a series of presentations that they had worked on throughout the school year, the students had had plenty of practice at making presentations. As a result, the presentations were well organized and clearly and confidently delivered. The visuals, in particular, were excellent, with all groups using PowerPoint even though this was not a requirement (Figure).

On the negative side, the details given on the problem sheets sometimes proved insufficient, thus causing students confusion as they conducted their research. Because these were first-year students, at the foot of most problem descriptions was included a list of keywords or even some instructions as to exactly what to investigate (see Appendix 2). Such keywords or instructions proved extremely important in guiding students in

their research activities. In spite of this, sometimes groups tended to veer off track. In particular, the group dealing with SAD veered off to an investigation solely about circadian rhythms, completely ignoring SAD. To return the students to the track of the topic during their discussion, I needed to step in with some specific Web sites for them to investigate. As a result, the group came back on track, eventually producing one of the best presentations. From this, it would seem that more keywords and even specific Web site information need to be listed on the problem sheets since some students are unfamiliar with browsing English-language Web sites. The importance of the teacher's role as guide is also clear.

2. Student reflections

2.1. Content

Student comments made in their final assessment

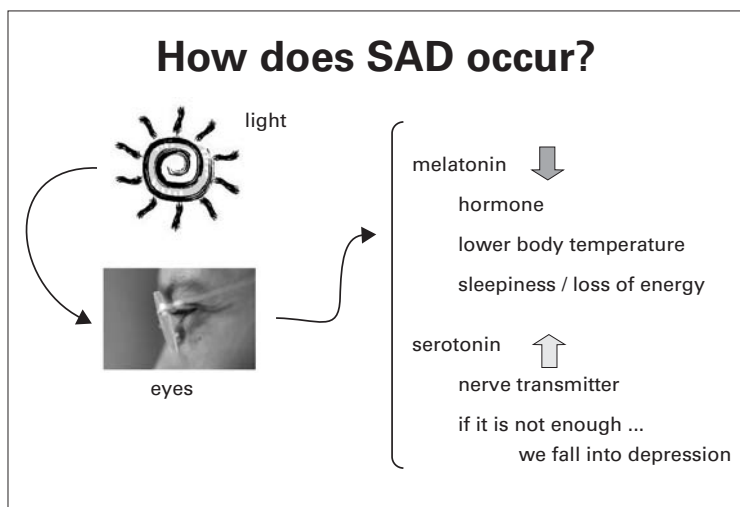
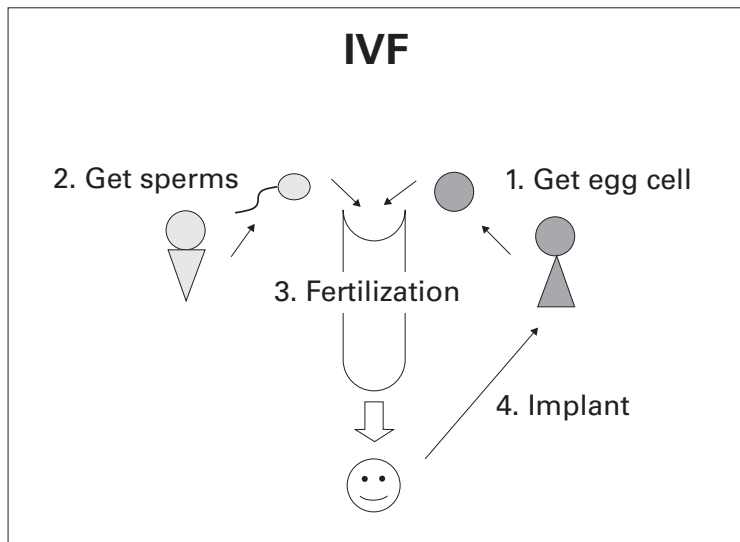


Figure. Representative examples of the color slides the students prepared on PowerPoint. IVF: in vitro fertilization; SAD: seasonal affective disorder

reports reveal a high level of satisfaction with the activity.

2.1.1. Positive comments

Concerning content, many students commented that the medicine-related topics were motivating:

- “It was very interesting. All of the subjects were related to medicine, so I learned many things from the presentations.”
- “My motivation for presentation depended on the topic. When I felt, ‘This topic is worth to spend time for search,’ I could work on it.”
- “... because the themes are familiar with us, we are motivated to search for the information and the knowledge we get will be useful for the future.”
- “We will not forget what we looked into, because what we looked into was what we were interested in. So, this is a very nice project.”
- “Because the thema is concrete, it becomes easier for us to make a plan for the presentation.”

2.1.2. Negative comment

Only one student commented negatively about the topics:

- “If the thema didn't concern medicine, the project was more interesting to us, because we did self-learning about medicine in medical classes.”

Frankly, this being a general studies English class, I thought this comment understandable and had expected more of this type of comment than the overwhelming number of positive comments about subject matter.

2.2. Developing English skills

On the positive side with regard to this student's criticism, he did recognize the value of this activity for its English-skills aspects:

- “Students had to manage many vocabulary and surely it must have been a good brain stimulation to everybody. The project was all insightful and inspiring.”

Other students made similar comments:

- “Presentation itself is a good way to develop the linguistic skill because it includes reading, writing, expressing, speaking, and listening, I think.”
- “I can learn many point concerning pronunciation, timing, and intonation.”

2.3. Collaborating as a group

Concerning their peers, only one student wrote that it would have been preferable to work alone. Positive comments about group cooperation included these two:

- “It was good to speak among my friends and it was nice because I can listen to other friends’ opinions.”
- “At first, we divided the work. But after it, we investigated and made our slides together. Cooperating with our group members was better for preparation of our presentation.”

2.4. Peer assessment

Perhaps the most surprising comments were those concerning the peer assessment sheets. Because students were required to exchange those with each other without later submitting them to me, I was not quite sure as to their effectiveness. I had noticed the students eagerly writing in the sheets after each presentation but was unprepared for the overwhelmingly positive remarks concerning the peer assessment:

- “Assessment sheet was so good that I could reflect on my presentation. I needed more time to write more comments.”
- “The concept was good. Receiving peer assessment soon after my presentation was a good way to know frank and concrete opinion of my work.”
- “I could get to know my weak points which I had not noticed before.”

2.5. The problem-based-learning approach

Concerning the PBL approach to this activity, comments were such as these:

- “The final case-based project was successful, I think. We did some presentation in this year, but only the last one gave me the accomplishment.”
- “We can learn not passively but actively by searching information by ourselves.”
- “I think it is a rare style of studying in Japan, so it was very good for us to have this experience.”
- “It was very effective because we search for, study and discuss the theme. It will make our thinking ability more strong.”

Conclusion

Student performance and comments regarding this PBL/EMP activity attest to its effectiveness in both motivating and stimulating students by its content (the medical problems) and in developing students’ English (all four skills). Moreover, positive student comments regarding content, English-learning, group work, peer feedback, and cognitive learning highlight the compatibility of EAP and PBL approaches as well as the effectiveness of blending aspects of each in an EAP/EMP course.

As the popularity of PBL in medicine and other fields increases, so too does the availability of resources for teacher support in developing PBL-style EAP classes. In EMP courses of medical schools where PBL has already been adopted into the curriculum, implementation of such EMP/PBL courses should be relatively smooth with students already familiar with the approach. Such was the case for the class described here. That said, there is no reason why PBL could not also be exploited in other ESP or content-based EFL/ESL courses. For the team-of-one English-for-Medical-Purposes teacher struggling to find and create good teaching materials, life has been made somewhat easier with the creative possibilities inherent in problem-based learning.

References

1. Hutchinson T and Waters A. 1987. *English for Specific Purposes*. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 106–107.
2. Yoshida M, Yamazaki A, and Hashimoto M. 医学部の ESP. In: Fukayama A, Noguchi J, Terauchi H, Sasajima S, Kozaki Y (eds). 2000. *ESP の理論と実践 : これで日本の英語教育が変わる* [English for Specific Purposes]. Tokyo: Sanshusha. pp. 138–143.
3. Jordan RR. 1997. *English for Academic Purposes: A Guide and Resource Book for Teachers*. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 60–64.
4. Wood A and Head M. 2004. ‘Just what the doctor ordered’: the application of problem-based learning to EAP. *English for Specific Purposes* 23: 3–17.
5. Wood D. Problem-based learning, especially in the context of larger classes. <<http://www.chemeng.mcmaster.ca/pbl/pbl.htm>> (Accessed July 20, 2005).
6. Waterman MA and Stanley ED. Investigative Case-Based Learning <<http://www.bioquest.org/case99.html>> (Accessed March 30, 2004).
7. Albanese M. 2000. Problem-based learning: why curricula are likely to show little effect on knowledge and clinical skills. *Medical Education* 34: 729–738.
8. Walton HJ and Matthews MB. Essentials of problem-based learning. 1989. *Medical Education* 23: 542–558.
9. Rothman A and Page G. Problem-based learning. In: Norman GR, Van der Vleuten CPM, Newble DI (eds). 2002. *International*

- al Handbook of Research in Medical Education*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. pp. 613–641.
10. Norman GR and Schmidt HG. 2000. Effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts. *Medical Education* **34**: 721–728.
 11. Otsuka F. 2005. 筑波大学医学専門学群医学類における教育 [Education at the University of Tsukuba Institute for Medical Sciences]. *Tsukuba Forum* **70**: 93–96.
 12. O'Dowd GVG. 2005. Problem-based learning: new road to learning at Hamamatsu University, School of Medicine. *Reports of Liberal Arts Hamamatsu University, School of Medicine* **19**: 67–74.
 13. Robinson P. 1991. *ESP Today: A Practitioner's Guide*. Hemel Hempstead, UK: Prentice Hall International. pp. 84–88.

APPENDIX 1. Useful Web sites for PBL resources

1. *Problem-Based Learning at the University of Delaware*
Web site:
<http://www.udel.edu/pbl/problems/>
2. *Investigative Case-Based Learning* Web site:
<http://www.bioquest.org/case99.html>
3. *National Center for Case Study Teaching in Science*
Web site:
<http://ublib.buffalo.edu/libraries/projects/cases/case.html>
4. *Problem-Based Learning in Biology* Web site:
<http://www.saltspring.com/capewest/pbl.htm>

APPENDIX 2. Examples of problems used in this course

Osteoporosis (from the *National Center for Case Study Teaching in Science* Web site)

“I’ve always been told that calcium is important for strong, healthy bones. My mom says that as long as I drink milk, I won’t develop osteoporosis. Is this correct? Is there anything else I can do to protect myself?”

Investigate: Osteoporosis, its causes and treatment

Keywords: bone physiology, calcium, parathyroid hormone

AIDS (from the *National Center for Case Study Teaching in Science* Web site)

“It’s not going to happen to me. And I’m here saying that it can happen to anybody, even me, Magic Johnson.” These words were spoken by hall-of-famer Earvin “Magic” Johnson at a press conference on November 7,

1991, to the shock of the entire nation. Johnson represents one of the first sports celebrities to publicly announce his HIV-seropositive status. A star basketball player who is HIV positive? How could this have happened?

Johnson exercises regularly and eats a healthy diet. He currently does not experience any of the symptoms associated with HIV infection or AIDS.

Investigate: What is the difference between HIV and AIDS?

List and explain the major routes of HIV transmission.

What does ‘seropositive’ mean, and how is a person tested for HIV?

What are some symptoms associated with acute phase HIV infection? What are the symptoms of AIDS?

Seasonal Affective Disorder (from the *National Center for Case Study Teaching in Science* Web site)

Melanie Johnson is a 32-year-old accountant who moved to Green Bay, Wisconsin, two years ago from her hometown of Sarasota, Florida. Beginning this past November, for the first time in her life, Melanie began experiencing periods of depression, lethargy, and excessive sleeping. In addition, she noticed that she was eating more than she had previously and, as a result, had gained 10 pounds.

Melanie made an appointment with her physician, who after ruling out all potential medical causes of the symptoms she displayed, and after she was examined by a psychiatrist to rule out other causes of her depression, diagnosed her as having seasonal affective disorder (SAD).

Investigate: SAD, its causes and treatment.

Keywords: pineal gland, melatonin, circadian rhythm

Chocolate

“Hey, check this out. Chocolate—mood-maker, cure-all, digestion-aid, love potion—I’m just reading this article about how chocolate is actually good for you.”

“Man, let’s go out and get ourselves a few bars right now!”

Investigate: Is chocolate good for you?

Keywords: chocolate, cocoa, flavonoids, antioxidants

Course Designed for Medical Students on How to Read Journal Articles on Medical Communication

Sayoko Yamashita

Tokyo Medical and Dental University, International Student Center, Tokyo

Background and Objective. At the Tokyo Medical and Dental University College of Liberal Arts and Sciences, until recently the English courses were aimed toward teaching students the liberal arts subjects. To meet the needs of the medical and dental students, the curriculum needed to be changed. The objective of the present paper is to describe the development of a reading course in English for specific purposes (ESP) targeting medical and dental students.

Methods. With reference to the framework of ESP and medical communication studies, data-based academic papers regarding medical communication between physician and patient were selected to help the students become familiar with the topics and to read the articles critically. The course has been offered as an elective since 2002.

Results. From 2002 to 2005, a total of 76 students took the course. By doing a few unique tasks, the students learned how to read scientific papers critically and they became able to design a proposal regarding a medical communication study.

Conclusion. The results of this study show that the new course design works for motivated students, but it also implies that there are needs for further study on how to teach similar content to less proficient students, as well as how English teachers can collaborate with the medical professionals.

J Med Eng Educ (2006) 6(1): 52–59

Key Words: Course design, Medical and dental students, Medical communication, English for specific purposes (ESP), IMRD, Student self-evaluation

Introduction

English courses offered as liberal arts subjects at Japanese universities have traditionally put emphasis on a foreign language as a source for stimulating student knowledge of liberal arts. Students learn about life, philosophy, and people's beliefs about what it means "to live" through reading foreign novels and materials as a guide for their future. Recently, however, English language education for medical students addressing English for specific purposes (ESP) is also considered important and more emphasis is put on content which is directly related to medical matters.^{11–13} In order to evaluate the effectiveness of teaching ESP to medical students as a

part of their specialty from their early years, a reading course emphasizing articles taken from medical journals was designed. The author selected specific papers on doctor-patient communication, so that the students would become aware of the importance of studies regarding medical communication, as well as being introduced to the conventional structure of a data-based scientific paper. This paper describes the development and implementation of a reading course designed for medical and dental students between 2002 and 2005, at the College of Liberal Arts and Sciences at Tokyo Medical and Dental University. First, the paper addresses the English needs of medical students within the large framework of ESP, then describes the classroom activities and outcomes of the course begun at this university.

Corresponding author:

Sayoko Yamashita

Professor, Applied Linguistics

International Student Center

Tokyo Medical and Dental University

2–3–21 Kanda–Surugadai, Chiyoda–ku, Tokyo 101–0062

Phone/Fax 03–5283–5861

E-mail: yama@tmd.ac.jp

English for Specific Purposes

ESP courses can include any subject areas, such as engineering, agriculture, arts, science, and naturally, medical specialties such as medicine, dentistry, and nursing. Dudley–Evans indicated two categories of needs for

ESP for medical students—educational needs and professional needs.⁹ Educational needs include reading medical texts and materials regarding medicine and clinical practice in English, listening to lectures delivered in English by medical specialists, and discussing medical matters in English with international researchers. Professional needs include conducting clinical practice for overseas patients in English, conducting one's own research and writing a professional paper in English for international journals or making an oral presentation in English at an international conference.

The ESP curriculum for such learners is different depending on the purposes of the various learners. If a course is designed to help the learners write a scientific paper, the teacher would need to teach them the structure of a scientific paper as well as scientific expressions and terms. When a course is designed to help the learners present a paper at a conference, the teacher needs to teach how to start, develop, and close the presentation, with phrases and their usage, along with a demonstration of a typical oral presentation. Pronunciation checks might also be necessary for some students. The important aspect here is that we deal with teaching mechanistic and skill-based aspects of English, not the content of the paper.⁹ ESP professionals and ESP teachers have five roles, as outlined by Dudley–Evans et al.¹⁰ First, ESP professionals are able to teach the four language skills (speaking, listening, writing, and reading) separately depending on the purposes of the course. For example, when teaching speaking, the teacher needs to teach how to speak appropriately in terms of pronunciation, vocabulary, and expressions, as well as acquainting the students with the importance of the existence of an audience when they speak. Second, ESP professionals can design a course which meets the goals of students, and they can select appropriate teaching materials. Third, ESP professionals can handle classroom management with the collaboration of medical professionals. This is particularly important, as language teachers are rarely medical specialists. Fourth, ESP teachers ought to be researchers. Being researchers themselves, they can understand the importance of scientific studies and research methods and give their students insightful ideas. Finally, ESP teachers ought to be evaluators. They need to be able to understand the parts of the language

Assigned the reading of medical communication studies that follow the IMRD model, students in an ESP course can learn interesting content along with the typical structure of a professional journal article.

and evaluate the course as well as the teaching materials. The success of ESP education depends on whether or not the teacher knows the learner needs, is able to formulate goals and objectives, and can teach and evaluate appropriately in order to accomplish the goals.

Studies on doctor–patient communication

Studies on medical communication between physicians and patients have been conducted extensively by medical professionals, psychologists, and linguists from the early 1970s.³ Linguists Coulthard and Ashby studied medical interviews sociolinguistically and presented the types of information gathering and its control.⁵ They analyzed how a physician and a patient started a conversation, responded, gave follow-ups, and stopped the conversation. They showed specific examples of a physician's control of the conversation for information gathering, indicating that there is a power relationship between physician and patient. Using the conversation analysis method, which is used in applied linguistics and communication studies, West also found that frequency of questions and responses between physician and patient were unequal.²¹ Mishler, a psychologist at Harvard Medical School, using a conversation analysis technique to analyze videotapes and audiotapes recorded during medical interviews, tried to explain the differences between the voice of medicine (physicians') and the voice of the ordinary world (patients').¹⁵ He examined the lengths of speech and silence, overlap of the dialogue, turn-taking and interruption, and he elucidated patients' views on the medical discourse.¹⁵ Redford and Gift studied the dentist-and-patient relationship qualitatively and found that the relationship was greatly affected by the treatment decisions.¹⁷

The power relationship between physician and patient associated with a gender difference was also studied in the 1990's. West studied how doctors formulated directives to patients and how the patients responded to the doctors.²⁰ She found that the ways female physicians and male physicians formed directives were surprisingly different.²⁰ Tannen and Wallat, Tannen being a sociolinguist, studied clinical relationships among doctor, child patient, and the child's care-taker or mother in a pediatric setting.¹⁹ Robinson, also a sociolinguist, studied nonver-

bal behavior patterns in clinical settings including a dialogue between a doctor and a patient, as well as a dialogue involving a doctor, child patient, and his or her mother.¹⁸ Qualitative studies based on the theory of phenomenology include the use of questionnaires and interviews to study the elderly patient.¹⁴

Many studies, regardless of whether they are qualitative or quantitative, follow the scientific report design known as IMRD (Introduction, Methods, Results, and Discussion).⁷ When designing a reading course for medical students, particularly the reading of journal articles, it is useful to present the students with studies on clinical communication. The topic is essential for medical students, yet they usually do not have a chance to read such studies, as they are busy studying special areas of medicine at school. Assigning readings of medical communication studies following the IMRD model in an ESP course, the students can learn both interesting content and the typical structure of a professional journal article.

Goals and objectives

The “Readings in English Medical Papers” course started as an elective seminar course (1 credit per term) at the College of Liberal Arts and Sciences (LAS) of Tokyo Medical and Dental University in the fall term in 2002. The course was for first- and second-year medical and dental students, and the first-year nursing students enrolled in the LAS courses. The goal of this course was to teach methods and content of studies in medical communication, and to acquaint the students with the structure of a scientific paper. The students were told they would be able to achieve five objectives:

- (1) learn medical terminology used in a paper,
- (2) differentiate between qualitative and quantitative methods,
- (3) acquire a working knowledge of the typical structure of an academic scientific paper,
- (4) find problems in medical communications by using applied linguistics knowledge,
- (5) read each paper critically in regard to medical communication.

Seven two-period classes (one period was 90 minutes) were offered in the fall 2002 term, and 15 one-period classes were offered in the fall terms between 2003 and 2005 as a 1-credit course. The prerequisite for the course was that the student must have achieved a TOEFL (institutional) score of 500 or above.

Reading materials

There was no collection of teaching materials for medical communication. The author did a library search at several universities in North America in 2000–2001, and collected more than 50 articles regarding medical communication. Five of these articles were selected on the basis of appropriateness of topic, structure of the paper, balance of qualitative and quantitative designs, and variation of data gathering and data analysis methods. All articles were published in mainline medical or dental journals between 1984 and 1999, and were written for medical professionals (Table 1).

Table 1. Reading materials for the course.

- | |
|--|
| 1. Devera–Sales A, Paden C, and Vinson DC. 1999. What do family medicine patients think about medical students' participation in their health care? <i>Academic Medicine</i> 74 (5): 550–552. |
| 2. Beckman HB and Frankel RM. 1984. The effect of physician behavior on the collection of data. <i>Annals of Internal Medicine</i> 101 : 692–695. |
| 3. Redford M and Gift HC. 1997. Dentist-patient interactions in treatment decision-making: A qualitative study. <i>Journal of Dental Education</i> 61 (1): 16–21. |
| 4. Hellström O, Lindqvist P, and Mattsson B. 1998. A phenomenological analysis of doctor-patient interaction: A case study. <i>Patient Education and Counseling</i> 33 : 83–89. |
| 5. Robinson JD. 1998. Getting down to business: Talk, gaze, and body orientation during openings of doctor-patient consultations. <i>Human Communication Research</i> 25 (1): 97–123. |

Analysis of the learning needs of medical and dental students

A simple needs analysis was conducted at the beginning of the course each year. Questions were (1) Why did you take this course and (2) What do you want from the instructor? Many students said they wanted to take this course to become familiar with English. Some students believed that it would help them in their future career, and some were interested in medical English and medical papers. Other students wanted to learn how to read professional English articles, and some thought that medical communication studies sounded interesting. Some of the students' answers were vague in terms of the goal and objectives even though these were clearly stated in the course syllabus on the LAS guidebook. It seems that it is important for these young learners that the instructor explain the course goal and objectives explicitly in the class even after presenting the written

syllabus.

What the students asked of the instructor were to (1) teach them the material in an easy, step-by-step way; (2) make the classes fun; and (3) give them lots of assignments. They said they wanted to know other people's thoughts about clinical practice.

Classroom activities

In the first two periods, the instructor gave a lecture on the structure of the typical academic scientific paper. The lecture was based on information given in Chapter 1, "Content and organization of a manuscript" of APA's *Publication Manual* (5th edition).¹

From the third class on, the students formed groups and each group had responsibility for one article. They analyzed the structure of the article without getting too involved in a detailed translation. It was advised from the beginning that the students were not expected to translate English into Japanese sentence by sentence, but that they needed to see the structure of the article and be able to understand the main theme of the study. This experience was a different approach to studying English from what they had experienced while they were preparing for entrance examinations before entering university. The new approach was needed to teach them how to read a paper quickly and adequately. Each group then gave a presentation on the article to inform the other students about the structure of the paper, the main points, and the content. As for the typical structure of a scientific paper, the notion of Introduction, Methods, Results, and Discussion (IMRD) helped the students to grasp the organization of the paper.

Also, the knowledge of applied linguistics helped in the kind of papers where medical communication between a medical professional, or physician, and a patient was the issue. Conversation analysis, pragmatic interactions such as turn-taking, pause, and questions and answers were all typical methods of sociolinguistics or psycholinguistics. Data collection and analysis procedures such as video or audiotape recording, transcription conventions, and analyzing a transcription of the clinical discourse were introduced to the students, so that the students could read the paper critically. At each presentation, the students discussed with their classmates how each of their particular papers was unique.

Tasks

Besides group presentation on an assigned paper, the students were asked to complete three tasks in a term: (1) writing a 5-to-6-page report comparing the five papers; (2) filling out an evaluation sheet for each paper using the 5-point Likert scale (see Appendix); and (3) writing an original proposal for a study regarding clinical communication, using the IMRD structure, but without the Results and Discussion sections. The assignments could be written either in English or Japanese.

The written report was evaluated according to whether the student understood the structure of the paper, stated the uniqueness of the paper, and most of all, read the paper critically.

The evaluation sheet contained 13 Likert-scale questions and 5 open-ended questions. The first question asked whether the topic was appropriate for the journal. The student needed to study each journal. The five articles were taken from major medical journals, i.e., *Annals of Internal Medicine*, *Academic Medicine*, *Patient Education and Counseling*, *Journal of Dental Education*, and *Human Communication Research*. Among the five articles, the last one was from a non-medical journal. The students studied those journals at the university library or through the Internet. Questions No. 2 to No. 11 all asked about the IMRD structure. The final two questions asked for an overall evaluation. The open-ended questions

were: (1) who wrote the article, when and where was it published, and where were the authors based; (2) what is the main idea of the article; (3) what is the most important thing you learned from the article; (4) how does the article apply to your specialty; and (5) how would you evaluate the quality of the article. Each evaluation sheet could be used when the students wrote their reports.

Designing an original study regarding the clinical setting and making a proposal for the study was a unique assignment given to the students. Each student was asked to write why the study was necessary (background and reason), what the purpose of the study was, and what the research question was. These were equivalent to the Introduction of a full paper that they studied in the class. Then the Methods should be stated—that is, the participants or subjects, materials for data collection, and the methods of data analysis should all be clearly described. Since this was a proposal for a study, the Results and Dis-

What the students asked of the instructor were to (1) teach them the material in an easy, step-by-step way; (2) make the classes fun; and (3) give them lots of assignments.

cussion would not be applicable and, therefore, not included; but the student knew that such sections would follow when they actually conducted the study. At the end of the course, the students presented their proposals in front of the class, received feedback from their peers, and discussed the meaning of database studies.

Results

Enrollment

Average student body for Medicine, Nursing, and Dentistry is about 80 for each department. Since this course was offered as an elective seminar course where individual participation with discussions and debates were expected with extensive reading assignments, a small class was ideal. Only students whose TOEFL score was 500 or higher were officially allowed to take the course. However, a few students with a TOEFL score of less than 500 were enrolled in the course. The small enrollment for the year 2005 was due to the curriculum change in which the class was offered at a time where only the second-year students were able to enroll, and most sophomore students who were interested in the course had already taken it in the previous year (Table 2).

Table 2. Enrollment.

Year	Level	Medicine	Dentistry	Nursing	Subtotal
2002	First year	14	2	0	16
2003	First year	35(3) ^a	2(1) ^a	1	38 ^b
2004	First year	15	3(1) ^a	0	18
2005	Second year	4	0	0	4 ^c
Total		68	7	1	76

^a (Overseas students included)

^b Why so many medical students signed up for the course in 2003 is not clear. It might have been because the time table scheduling was suitable to them.

^c The enrollment decrease in 2005 may have been due to the time change for the course.

Reading the papers critically

It was noted in the class that reading "critically" does not necessarily mean finding negative points only but also evaluating positive points of the paper. It is particularly important for university level students to read professional papers critically. The students thought at first that each paper was perfectly written and there were no points that they, as students, could criticize, as the

papers were all taken from professional journals that used competitive review processes. Through doing classroom discussions, the students eventually realized that there were still points for them to criticize. Tables 3 and 4 summarize the positive and negative points that the students raised.

Table 3. Positive points.

- Data collection method was interesting (i.e., Group interview).
- There was no such study regarding the behavior of physicians.
- The sense or meaning of the study findings was clearly stated.
- It was good that the finding "A physician's behavior interrupted the patient's story" raised another question, "Why did the physician interrupt the patient?"
- Judging standards for analysis was clearly coded so that the transcription was analyzed easily.
- Not only interpreting the results, but the behaviors and psychological states of the physicians and patients were also analyzed.
- Typical clinical openings were observed and analyzed in detail, which gave implications for future studies.
- Research questions were clearly stated.
- Limitations of the study were listed.
- The findings could be interpreted and applied to the Japanese clinical settings as well.
- Informed consent was obtained from the participants of the study.
- Theory from philosophy (i.e., phenomenology) was suggested to apply in order to interpret a clinical case.

Table 4. Negative points.

- Even though there was a rich source of information from the data, only a limited analysis was done.
- The analysis relied on the data too much in detail; the main theme became vague.
- The researcher's comments were too subjective to generalize the study findings.
- There were 86 cases for analysis, although only one case was used in the paper.
- The procedures were not clearly stated (i.e., no mention for the Likert scale scores).
- Explanation for the data was not enough.
- What physician and medical students were thinking should also be analyzed besides the patients.
- It was not clear in the paper how physicians could understand the personalities of the patients—it should be the main theme of the paper.

Student proposals for a medical communication study

Even though only five articles were read regarding medical communication, the students raised various topics about the issue. It was surprising that no two proposals were identical, even though most of them involved issues between physician and patient. One student proposed a study of physicians' power, and another student tried to find the differences in the use of language and behavior between doctors and patients. Another interesting topic was one regarding an experiment to determine the comfortable space between a physician and patient—for example, the position of a table and chairs, and the location of a window and a door would be studied. Still another was to study whether or not small-talk is meaningful between the healthcare provider (clinician or nurse) and the patient. These topics show that the students became aware of the importance of medical communication through reading papers as ESP. After a student made an oral presentation, the other students each gave a peer evaluation on the proposal with marks regarding purpose, structure, content and presentation, as well as a short overall comment.

Student self-evaluation

A student self-evaluation on five categories in relation to the course objectives (aforementioned under 'Goals and objectives') was conducted at the end of the course in the first year. Responses could range from 1 (not accomplished) to 4 (excellently accomplished). Many students scored themselves high on "learning medical terminology used in a paper," "differentiating between quantitative and qualitative methods," "acquiring a working knowledge of the typical structure of an academic scientific paper," and "finding problems in medical communications by using applied linguistics knowledge." On the other hand, the students scored themselves only average (between 2 and 3) on "reading each paper critically in regard to medical communication."

Some students stated:

- My English ability was not enough to read a paper extensively.
- Too many reading assignments to prepare.
- Too difficult to read.

Comments about how to improve the course were:

- It was good for the students to exchange opinions with

each other on each paper.

- More explanation on English by the instructor, or translation was needed.
- The instructor should have put more preparation assignments to students.
- I was busy trying to understand the contents and was not able to participate in class discussion fully.

Some activities were added that are expected to improve the course in succeeding years. The last question was "Will you recommend this course to other students? Why?"

Every student from the first-year class said, "Yes," and their reasons were:

- We don't just simply read articles, but we do many activities.
- I thought that what I learned in the class helps when I become a doctor in future.
- It's all up to you what you learn.
- It helped to improve myself.
- It was interesting.
- It is interesting for people who are interested in medical communication.
- We can learn English through medical related topics.
- Future doctors should be able to read English papers without difficulty.
- Reading papers critically will be important for us in future.
- I learned that communication between physician and patient is an important area of study in medicine.
- It is obvious that there will be more needs for doctors to read English medical papers accurately and quickly, and so it is a good start to know the structure of a paper, and learn how to read it and discuss about it with the peers.

Reforming the course

Since the course was not designed as a lecture where only the instructor supplied information, the basic style of the course should be kept the same. However, some adjustments were made. First, a collection of abstracts was introduced at the beginning using two class hours. Since a "good" abstract is constructed with an overview of a full paper based on the IMRD order, students were able to become familiar with the structure easily by reading the short abstract before reading the long paper. Second, groups were formed and a paper was assigned to each group on the first meeting day, even though the stu-

dents were expected to read all five papers. Members of groups shared information regarding the paper, and each student took responsibility for part of the paper. One student studied the journal in which the article appeared, another student studied keywords in the paper in detail. The group work encouraged each student to learn more and get more information about the topic. Third, a few sessions were arranged apart from what was directly related to the papers in order for students to learn the typical phrases and expressions of a scientific paper, such as hedge expressions, knowledge of collocation, findings from corpus study, et cetera.¹⁶

Finally, a final examination was started in 2004 as a replacement of the long written report. The students were given 90 minutes for analyzing a full paper in class. The examination question was:

“Your junior (younger) friend gives you a copy of a paper and asks you whether it is worth reading. He/she is interested in a clinical communication, but has never read such a paper and has no knowledge of how to read it. You will (1) show him/her the standards of a good paper by using examples from the paper, (2) briefly tell him/her the characteristics of a paper, and (3) tell him/her whether or not it is worth reading after all. Note: Since you are very busy at the end of the term, you will not go into detail, but spend only an hour or so. You will be permitted to use a regular dictionary or an electronic dictionary.”

Paper to be read on Exam 2004:

Ishikawa H, Takayama T, Yamazaki Y, Seki Y, and Katsumata N. 2002. Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultation. *Social Science & Medicine* 55:301–311.

Paper to be read on Exam 2005:

Fleissig A, Glasser B, and Lloyd M. 1999. Encouraging out-patients to make the most of their first hospital appointment: to what extent can a written prompt help patients get the information they want? *Patient Education and Counseling* 38: 69–79.

The examination evaluation standard included a list of the items on Reviewer’s Evaluation (Appendix A) and a few items regarding the abstract, IMRD, originality, comments about limitation and implication on further

research, and the figures and tables. Most of the students in both years achieved a score of 85% or higher. This shows that most students who took this course seem to have accomplished the goal, that is, the five objectives.

In conclusion, reading a scientific paper regarding medical communication stimulates learning in young medical and dental students, enhancing their interest in their field as well as improving their English reading skills. Encouraging the reading of an article critically also changes students’ passive attitude toward learning English, which they had in their high school days. There are naturally some limitations. First, the course was offered for students with a TOEFL score of 500 or above. There are many students who are interested in taking this course but who have lower scores. We are not sure if the course could also work well for other students with lower English proficiency. Second, the papers were all taken from studies of medical

If a medical or dental university wants to pursue ESP education, collaboration with medical or dental professionals is definitely necessary.

communication between a physician and a patient. Although the papers followed the common scientific paper structure, no professional medical or dental papers were included, as the instructor was not a medical or dental professional. It was not the aim of the course to read and study purely medical and/or dental issues. However, if a medical or dental university wants to pursue ESP education, collaboration with medical or dental professionals is definitely necessary.

Acknowledgements

I would like to thank Dr. Nell Kennedy for her insightful comments on the earlier versions of this paper. I also thank my students for their willingness in participating in this study. The students who have participated in the course all agreed in a written form to my using their comments and activities reported in this paper

References

1. American Psychological Association. 2002. *Publication Manual, 5th edition*. Washington D.C.: American Psychological Association.
2. Ainsworth–Vaughn N. 1992. Topic transitions in physician–patient interviews: Power, gender, and discourse change. *Language in Society* 21: 409–426.
3. Ainsworth–Vaughn N. The discourse of medical encounters. In: D. Schiffrin, D. Tannen, H. Hamilton (eds). 2001. *The Hand-*

- book of Discourse Analysis*. Malden, MA: Blackwell, pp. 453–469.
4. Beckman HB and Frankel RM. 1984. The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* **101**: 692–695.
 5. Coulthard M and Ashby M. 1975. Talking with the doctor. *Journal of Communication* **25** (3): 140–148.
 6. Davis K. Nice doctors and invisible patients: The problem of power in feminist common sense. 1993. In: AD Todd and S Fisher (eds). *Social Organization of Doctor–Patient Communication*. Norwood, NJ: Ablex, pp. 243–265.
 7. Day R. 1998. *How to Write & Publish a Scientific Paper*. Cambridge: Cambridge University Press.
 8. Devera–Sales A, Paden C, and Vinson DC. 1999. What do family medicine patients think about medical students’ participation in their health care? *Academic Medicine* **74**(5): 550–552.
 9. Dudley–Evans T. An overview of ESP in the 1990s. In: T. Orr (ed). 1997. *The Japan Conference on English for Specific Purposes*. Aizu–Wakamatsu (Fukushima, Japan): University of Aizu, pp. 5–11.
 10. Dudley–Evans T and St. John MJ. 1998. *Developments in ESP: A Multi-disciplinary Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
 11. Eggly S. 1998. English for medical purposes: International medical graduates. *The Language Teacher* **22**(11): 27–31.
 12. Eggly S, Musial J, and Smulowitz J. 1999. Research and discussion note: The relationship between English language proficiency and success as a medical resident. *English for Specific Purposes* **18**(2): 201–208.
 13. Frank RA. 2000. Medical communication: non-native English speaking patients and native English speaking professionals. *English for Specific Purposes* **19**: 31–62.
 14. Hellström O, Lindqvist P, and Mattsson B. 1998. A phenomenological analysis of doctor-patient interaction: A case study. *Patient Education and Counseling* **33**: 83–89.
 15. Mishler E. 1984. *The Discourse of Medicine*. Norwood, NJ: Ablex.
 16. 西村月満. 2001. 「医学論文における「垣根ことば」の機能と英語教育への応用」. *J Med Eng Educ* **2**(1): 61–64.
 17. Redford M and Gift HC. 1997. Dentist–patient interactions in treatment decision-making: A qualitative study. *Journal of Dental Education* **61** (1): 16–21.
 18. Robinson JD. 1998. Getting down to business: Talk, gaze, and body orientation during openings of doctor-patient consultations. *Human Communication Research* **25**(1): 97–123.
 19. Tannen D and Wallat C. Doctor/mother/child communication: Linguistic analysis of a pediatric interaction. 1993. In: AD Todd and S Fisher (eds). *The Social Organization of Doctor–Patient Communication*. Norwood, NJ: Ablex, pp. 31–48.
 20. West C. 1990. Not just “doctor’s orders”: directive-response sequences in patients’ visits to women and men physicians. *Discourse & Society* **1** (1): 85–112.
 21. West C. “Ask me no questions ...” An analysis of queries and replies in physician-patient dialogues. 1993. In: AD Todd and S Fisher (eds). *The Social Organization of Doctor–Patient Communication*. Norwood, NJ: Ablex, pp. 127–147.

Appendix. Reviewer’s Evaluation

NA: Not applicable, 1: Poor 2: Barely acceptable 3: Average 4: Good 5: Excellent

1. Is the topic appropriate for the Journal?	NA	1	2	3	4	5
2. Is the Introduction clear and complete?	NA	1	2	3	4	5
3. Are the techniques of data analysis clear?	NA	1	2	3	4	5
4. Is the statement of purpose adequate and logical?	NA	1	2	3	4	5
5. Is the literature review adequate?	NA	1	2	3	4	5
6. Is the research question clearly identified?	NA	1	2	3	4	5
7. Are the Methods clearly and adequately described?	NA	1	2	3	4	5
8. Is the analysis clear?	NA	1	2	3	4	5
9. Are the Results unambiguous and valid?	NA	1	2	3	4	5
10. Is the Discussion thorough?	NA	1	2	3	4	5
11. Is the conclusion unambiguous and meaningful?	NA	1	2	3	4	5
12. Is the paper concise ?	NA	1	2	3	4	5
13. Overall evaluation	NA	1	2	3	4	5

Adapted from *APA Manual*, 5th ed. (2002)

薬学 6 年制新カリキュラムに対応した ESP 教育 臨床上の問題解決能力養成のためのコンピューターリテラシーと リーディング能力養成

Training in Computer Literacy and Reading Comprehension Skills for Patient-Oriented Pharmaceutical Research: ESP for the New 6-Year Curriculum in Pharmaceutical Science¹

末弘 美樹

Miki Suehiro

石川県立看護大学看護学部人間科学領域

Ishikawa Prefectural Nursing University, Faculty of Nursing, Department of Human Sciences

Background and Objective. From 2006, some universities started a new 6-year curriculum in the Department of Pharmaceutical Science. The aim was to equip the students for their professional duties immediately upon graduation, especially regarding (1) transmission of current information about drugs and (2) prevention of harmful side-effects of medication. In keeping with the goals of the new curriculum, English educators need to revise the content and methodology of their English programs accordingly. The purpose of this paper is to explore how English language teachers can give more practical English instruction to students in pharmaceutical science to meet their future needs in their own discourse communities.

Methods. The procedures explained in this paper are those used in one class I conducted. The content of the course was described in a syllabus specifically for English in the pharmaceutical sciences, based on educational objectives and attainment targets revised from the viewpoint of English for Specific Purposes.

Results. The students made progress and responded favorably to English for pharmaceutical purposes. The course took into account four aspects: (1) the concept of Evidence-Based Medicine, (2) the level of computer literacy necessary to get the best external clinical evidence from systematic research currently available in online journals, (3) key structural components of abstracts in mainline medical journals, and (4) accentuation of the differences between general English and medical English.

Conclusion. The concrete principles used for developing English for pharmaceutical purposes at this university may also be effective for students in other departments such as medicine and nursing.

J Med Eng Educ (2006) 6(1): 60–66

Key Words: English for specific purposes (ESP), computer literacy, reading comprehension skills, Evidence-Based Medicine (EBM), PubMed

連絡先:

末弘 美樹

〒 929 1212 石川県がほく市中沼ツ 7 番 1

石川県立看護大学 人間科学領域(国際・情報科学系群 1 英語)

TEL : 076 281 8341

E-MAIL : m-sue@ishikawa-nu.ac.jp

¹ 本稿は、日本英語教育学会(JACET)第 44 回全国大会(2005 年 9 月 9 日, 玉川大学)において実践報告として口頭発表した内容を元に文章化したものである。

背景

2006 年度より薬学部で 6 年制カリキュラムを導入し始める大学が出てくる。6 年制への改善の意図は、薬剤師が医療・保健衛生の担い手として免許取得後直ちに実践の場でその任務を果たすことができるように教育することにある。具体的には薬剤師の任務に「情報伝達」と「薬害防止」という 2 大業務が明確化され、そのため専門教育課程では、いっそう「医療薬学」と「実務実習」に力を注ぐ形となった。

従って専門教育の今回の改善の意図に対応するように、薬学英語においてもその目的や到達目標値などを実践の場

に必要な英語運用能力の養成へと修正する必要があると考える。言い換えれば、医学や看護学に続き、薬学においても English for Specific Purposes (ESP) による英語教育の授業展開が求められ始めたかと考える。

しかしながら背景を理解しても英語教育担当者はどのような授業展開が ESP 授業であるか掴み難いのではないかと考える。そこで本論では、薬学部で薬学専門教員の協力を得ながら行なった薬学 ESP の具体的な授業を紹介したい。薬学部における ESP 教育の一例ではあるが、医学や看護学等の医療関係学部における ESP 授業展開への一助にもなると信じている。

6 年制カリキュラムにおける英語教育に対するニーズ

末弘他は、薬学専門教育 6 年制導入へ向け、薬学部の英語教育の見直しを図る試みの一つとして薬学専門教員 40 名を対象に英語教育に対するニーズ分析を行っている。¹ その結果は英語 4 技能のうち「スピーキング能力」が 35% (40 名中 28 名) で一番要求度が高く、次いで「リーディング能力」33% (40 名中 26 名) に対する要求度が高いというものであった。さらに各能力の到達目標値を 5 段階の具体的な表示で尋ねた結果は「スピーキング能力」では「外国人の患者や客に薬の説明と服用の説明ができる」が 35% (40 名中 14 名)、「リーディング能力」では「科学雑誌が読める」と「専門分野の学術論文が読める」が共に 38% (40 名中 15 名) というものであった。小規模なパイロット調査の結果ではあるが、この結果は「情報伝達」と「薬害防止」という薬剤師の 2 大業務の遂行を考えた場合、非常に具体的且つ一致した目標値であると考えられ、資料として非常に参考となる。

そこで、このパイロット調査の結果を参考に薬学専門教育 6 年制カリキュラムの今回の改善の意図に沿う形で、薬学英語教育の目的とその到達目標値を明確化し直し、次に具体的な授業シラバスを作成した。今回は 2 番目にニーズの高かった「リーディング能力」養成のための具体的な授業の到達目標値、目的、授業内容、指導内容を紹介する。

授業の概要

授業の概要は次の通りである。

(a) 授業科目名: 「メディア英語 I」; (b) 教室形態: CALL (各生徒にパソコン 1 台); (c) 対象学部: 薬学部薬学科(医療系学部の履修可); (d) 座席形態: 固定式(グループ内移動可); (e) 使用機器・教具: プロジェクターもしくはサブモニターとしてのパソコン(2 人に 1 台); (f) 対象学年: 学部 1 年; (g) 開講学期: 1 学期間(前期); (h) 授業回数: 15 回(週 1); (i) 授業形態: 演習型(グループワーク); (j) 単位: 1 単位; (k) 授業時間: 90 分; (l) 指導教員: 英語教員; (m) 履修者人数: 約 92 名(46 名 × 2 クラス); (n) 評価: 個人点

(出席 20%], 演習態度 [20%], 小テスト [10%]), グループ点(課題提出 [20%], 学期末レポート [30%])

まず、薬学専門教育 6 年制カリキュラムに合わせて授業の位置づけを次の 2 点に定めた。

- (1) 医療の担い手として免許取得後直ちに実践の場で、職業上の目的達成、特に「情報伝達」「薬害防止」の 2 大業務を遂行する上で必要な英語を養成する。
- (2) 専門教科に対してより強い興味を湧くような英語教育を行う。

次に、授業の目的を次の 5 点に定め、授業初日に履修者にそれらを明確に提示した。

- (1) 医療に関わる全ての者に必須の概念「根拠に基づく医療」を理解する。
- (2) 臨床上の疑問に対する問題解決能力を養う。
- (3) 薬剤師に必要な医薬文献データベースの利用法を学ぶ。
- (4) 一般英語と医薬英語の用語の違いを学ぶ。
- (5) 医薬学術論文の特徴を理解し、特にアブストラクトを読む力を養う。

履修者の特色は次の通りである。

- (1) 入試では英語を選択しなかった履修者が含まれる。
- (2) 基本的に英語が苦手であると感じている履修者が多い。
- (3) 男女比はおおよそ 5 : 5 である。
- (4) プレイスメントテスト 300 点満点中リーディング 100 点分の結果を基準に 4 クラスに分け、その内の上位クラス (100 点 ~ 66 点) に割り当てられた 92 人。

使用した教材は全てウェブ上のものである。これには履修者の教科書購入を待つ必要がないことや履修者の教科書忘れを回避することができるという利点がある。

- (1) http://www.cebm.net/ebm_is_isnt.aspx (EBM について)
- (2) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/> (論文無料検索データベース)
- (3) <http://lsd.pharm.kyoto-u.ac.jp/ja/index.htm> (ライフサイエンス辞書プロジェクト)
- (4) <http://news.bbc.co.uk/> (ニュース記事)

最後に、上記の授業の位置づけと目的から次のような授業シラバスを作成した(表 1)。

具体的な授業内容と指導

1 日目: ガイダンス

まず授業の目的、授業の内容、授業の進め方等の説明を行う。次に薬剤師の立場から薬害を防止するためにはどのように努めればよいのかについて履修者みんなで考えさせる場を提供する。例えば「薬害エイズの加害者は誰であるのか。病院側として医師らが謝罪したが、薬剤師は TV 画面上には出ていなかった。彼らに責任はないのか」などである。

表 1. 6 年制カリキュラムにおける薬学英语：メディア英語 I.

臨床上の問題解決能力養成のためのコンピューターリテラシーとリーディング能力養成

回数	授業の構成	具体的内容・要点
1	ガイダンス	薬剤師に英語力が必要な理由について 薬害問題・薬害防止業務の責任について
2 3	薬剤師に必要な EBM (1) & (2)	医療に関わる全ての者に必須の概念である EBM について説明された英文を読み、その概念を理解する。
4	シナリオと PECO	薬剤師として直面すると考えられる問題に対し、どのように解決すればよいのか、シミュレーションを通して体験する。 実際に日常における疑問をもとに提出されたシナリオ(1)に対し、特に次の3点を学習する。 (1) PECO の作成 (2) 論文検索に必要なキーワードの作成 (3) WEB 上の「ライフサイエンス辞書プロジェクト」の利用方法
5 6	PubMed の紹介・利用 方法と論文検索体験	薬剤師に必要な医療情報を得るために必要な良質のウェブサイトの紹介。特に National Library of Medicine が提供している世界最大の医薬文献データベースの使い方(PubMed の利用法)を学ぶ。 シナリオ(1)に対して適切な論文を検索・選択する能力を養う。
7	医薬学術論文の特徴と 医薬英単語の造語法	新聞記事、コラム、教科書、雑誌、などの英文と比較しながら、医薬学術論文、特にアブストラクトの構成についてその特徴を学習する。シナリオ(1)に対して選んだ医薬学術論文 1 編を一緒に読む。医薬用語と一般用語の意味の違いを学ぶ。
8 14	新たなシナリオと臨床 上の問題解決のための 一連の作業(繰り返し)	できるだけ多くの臨床上の問題を体験し、シミュレーションを通して問題解決能力を養う。できるだけ多くの学術論文を読み、リーディング能力を養う。毎回必要に応じて単語の試験を行う。
15	学期末試験(課題の提示 とグループ作業)	提示されたシナリオに対し、グループでレポートを提出する。 (締め切りは 1 週間後) レポートの内容: (1) PECO (2) 検索後リスト (3) Limits の内容 (4) 1 編の論文のコピー (5) 論文の出典 (6) 選択の理由 (7) アブストラクトの内容(日本語) (8) シナリオに対する薬剤師としての回答

EBM: Evidence-Based Medicine; PECO: patient, exposure, comparison, outcome.

薬剤師の職務について具体的に考えるような質問を投げかけ、話し合わせる。その後、薬剤師の「薬害防止」と「情報伝達」の2大業務を果たすためには英語力が必要であることを説明する。

最後にグループ分けを行う。今後の授業で一緒に作業を行うグループである。各グループの人数は5～6名である。実践の場ではチームを組んで医療に携わるため、チーム力を高める意図がある。代表者・副代表者を各グループで決め、次の3点以外は基本的に全て各グループに任せる。

- (1) 代表者もしくは副代表者が責任を持って課題等を e-mail で提出すること。
- (2) メンバーが欠席もしくは遅刻の場合は、その理由を代表者もしくは副代表者が責任を持って報告すること。

- (3) メンバー全員で代表者・副代表者を支えること。

2 日目・3 日目：根拠に基づいた医療 Evidence-Based Medicine

前回のおさらいとして「情報伝達」と「薬害防止」の業務の責任を全うするためには英語力が必要であることを確認した上で、Evidence-Based Medicine(EBM)についての概念も理解する必要があることを説明する。この概念は薬剤師に限らず、医療に関わる全ての者が理解すべき概念である。そのため本授業の履修可能な他学部を医療系学部としている。最近ではこの概念は Evidence-Based Nursing(EBN, 根拠に基づく看護)や Evidence-Based Pharmacotherapy(EBP, 根拠に基づく薬物療法)へと発展してきている。EBM につ

いての概念を学ぶためにテキストとしてインターネット上の論文「http://www.cebm.net/ebm_is_isnt.asp (根拠に基づく医療 それは何か、そして何がそれでないのか)」にアクセスさせる。その内容を 2 回に分けて読む。履修者の理解度を確認するため、2 週間後にグループごとに EBM の概念をまとめさせ、レポートとして提出させる。

EMB とは、日本で「根拠に基づく医療」と訳されている。Sackett らは EBM の定義を次のように述べている。

Evidence-based Medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.³

彼らの定義を訳すと次のようになる。

「根拠に基づく医療」とは、一人ひとりの患者の医療上の判断を下すにあたって、現時点での最良の根拠を良心的で、明確に、思慮深く利用することである。この EBM を実践するという意味は、これまでの臨床経験を通して個々の医療専門家が身に付けた専門技能と体系的な研究によって現在外部から得られる臨床的根拠とを統合して臨床に携わることである。

EBM の概念を最初に理解させることは、その後始まる専門教育への理解と専門家としての姿勢を養う上で非常に役立つ。臨床経験を通して身に付けた専門技能だけで医療行為を行ってもそれは時代遅れの治療になり兼ねず、患者に不利益をもたらすことにも繋がる場合が出てくること、また、最新の医療情報ばかり優先すると患者の顔が見えなくなる危険性があることを教えることで、21 世紀の新しい患者中心の医療がどのようなものであるかを理解させることができる。これは教育基本法の教育目的である「人格形成」を果たすことのみならず、薬学教育改善の目的である「医療人としての倫理観」の育成にも繋がる。

4 日目：シナリオと PECO

実際の EBM の実践シミュレーションに入る。例文として下記のシナリオ(1)を履修者に提示する。

シナリオ(1)

あなたは、ある病院に勤務する薬剤師です。先日、病棟カンファレンスで入院患者の高橋さんが娘さんに自分の服用している鉄剤を飲ませたいと言っていることを知りました。なんでも、最近テレビか雑誌で鉄剤を補充すると元気になるという情報を目にしたそうです。自分が入院し、苦勞をかけているせいで最近娘さんの元気がな

くなっていると感じているらしい。大学受験にも影響が出るのではないかと心配しています。最近、高橋さんの他にもサプリメントを持ち込む患者さんが増えています。本当に鉄剤補充で元気になるのでしょうか。薬の専門家としてこの件について調べ、適切な回答をしましょう。⁴

シナリオ(1)にみる临床上の疑問に対する問題解決能力を養うため、まずシナリオから PECO を作成させる。PECO とは、P (Patient): どのような患者か、E (Exposure): どのような治療をするのか、C (Comparison): 何と比べるのか、O (Outcome): 結果どうなるのか、である。上記のシナリオ(1)に対する PECO は次のようになる。

P: 元気がない、受験を控えた娘

E: 鉄剤サプリメントを服用する

C: 鉄剤をサプリメントで補充する場合としない場合

O: 鉄剤を補充すると元気が出るのか?

このように PECO を知っていれば、临床上の疑問に対して何をどのように調べればよいのかを頭の中で整理することができる。

次に「体系的な研究によって現在外部から得られる利用可能な臨床的根拠」を検索するためにはキーワード(検索語)が必要であることを教える。グループごとに先のシナリオ(1)から考えられるキーワードをできるだけたくさんリストアップさせる。例えば「鉄剤」「サプリメント」などである。

その後、その日本語のキーワードを英語に変換するように指示する。履修者が持っている辞書は一般的な辞書が大半で、それには医薬学術論文で使用される特有の意味が載っている可能性が少ない。また大学 1 年生の多くは医学英和辞典を持っていない。購入させるにも高価なものであり、授業を進める上で履修者全員が購入するまで待つ時間もない。そのため履修者にはインターネット上の無料の辞書の利用を薦める。その辞書は京都大学が提供している「ライフサイエンス辞書プロジェクト(<http://lsd.pharm.kyoto-u.ac.jp/ja/index.html>)」である。この辞書の便利な使い方をこの時点で教える。

適切なキーワードを作成しているグループの画面を全員の画面に映し出し、キーワード(iron や supplementation など)を確認する。この時必要であれば医薬用語と一般用語の意味の違いや接頭辞・接尾辞・連携母音・連結系などを取り上げ、医薬用語の造語法などを説明する。また「oral (supplementation)」を履修者のほとんどが「口のサプリメント」と訳すのに対し、「口から服用する」という内容を確認し、「経口の」と訳されることが多いことなどを教える。これ以後、履修者が初めて目にした専門用語を次回の単語テストの内容とする。

5 日目・6 日目：PubMed とその利用法

授業 4 日目に作成したシナリオ(1)に対する PECO の内容とキーワードを確認した後、実際にインターネット上の無料のデータベースを利用して最新かつ適切な臨床結果の出ている論文を検索させる。この時に利用する検索サイトが PubMed である。

PubMed とは、縣の説明によれば、米国国立医学図書館 National Library of Medicine(NLM)が 1997 年 6 月から無料で提供している検索サイトのことである。その中にはキーワードなどから検索することができる外国語の雑誌論文を取り扱ったデータベースの 1 つである MEDLINE が入っている。MEDLINE は、NLM が誇る文献データベースで、取り扱う分野は医学、歯学、薬学、看護、生物学など広範囲で、70 カ国で出版された 4,000 誌を超える最新の生物学・医学系雑誌からの引用文や要約である。フルテキストや雑誌にもリンクすることができる。しかしそのほとんどは英語で書かれている。⁵

つまり患者を中心に置いた「根拠に基づく医療」を行うためには、PubMed を利用して最新で最良の臨床的根拠を入手する必要があり、そのためには英語力が欠かせないことを認識させる。

各履修者は自分の Personal Computer(PC)から PubMed にアクセスし、シナリオ(1)で提示された臨床上の疑問を解決するために最新の情報を入手する練習をする。最初はプロジェクターもしくはサブモニターに映し出された教員の PC 画面を見ながら同時に各自の PC で基本的な検索方法を学習する。

次にキーワードを使って各グループで論文検索を始めさせる。そうすると何万もの論文がヒットする。そこで「Limits」を利用して制限をかけ、多くの論文から自分の求めている論文を絞り込む方法を教える。この「Limits」には「年齢(Age)」や「性別(Gender)」や「臨床試験(Clinical Trial)の論文」などの選択肢がある。「Limits」の中に「言語(Language)」の選択肢があるが、「Japanese」を選択しても日本人によって書かれた論文であり、その論文も英語で書かれていることや論文数が少ないことを知ることになる。英語ができなければ最新の情報を得ることができないことをここでも履修者に再確認させる。再度「Limits」をかけて検索させる。そうすると一桁の数の論文に絞り込まれる。最終的に 1～2 編を選ぶように指示する。

教員は作業が滞りなく進んでいるかを確認するため、作業中の各グループのテーブルを歩き周り、アドバイスをしたり、質問に応じたりしながら作業を見守る。途中各チームの状況を報告し、チーム間の競争心をあおるなどして、それぞれの結束力を高める工夫をする。適切に思われる論文を選び取ったグループを確認し、検索時の「Limits」の内容とその論文を選んだ理由を聞く。最後に履修者が選んだ論文もしくは先に教員が検索して選び取った論文を提示する。そして全員で同じ論文を今後読んでいくことを履修者に知らせる。

7 日目：医薬学術論文 アブストラクトの特徴

教員は事前に用意したハンドアウトを配る。ハンドアウトは 2 種類用意されている。1 つは前回検索・選択したシナリオ(1)に関連した論文のアブストラクトである。もう 1 つは新聞記事、コラム、教科書、雑誌などから取ってきた英文である。それらを履修者に比較させ、医薬学術論文、特にアブストラクトの構成と特徴について学習させる。

具体的には、まず新聞記事の文章構成を説明する。例えば、新聞記事は「見出し(heading)」、「書き出し(lead)」、「本文(body)」という構成からなっていることを教える。新聞記事の文章構成と比較して医薬学術論文のアブストラクトがどのような構成要素から文章が成り立っているか考えさせる。教員は特徴がどのようなものであるかを示すため、最初に例として「タイトル」があり、その次に「著者」と「その所属」から構成が始まっていることを伝える。次に履修者を当てて解答させ、確認する。この時利用した医薬学術論文のアブストラクトは「目的(Objective)」、「試験の種類(Design)」、「試験が行なわれた場所(Setting)」、「対象者(Participants)」、「主要な測定方法(Main Outcome Measures)」、「結果(Results)」、「結論(Conclusion)」の構成要素から成り立っていた。⁶

グループごとに他の医薬学術論文のアブストラクトの中にもこれらの構成要素が入っているか否かを確認させる。明確に「Objective」などの言葉で明記されていない場合や「背景(Background)」のような他の要素が入っている場合があっても、必ずアブストラクトの中には「目的」、「対象者」、「方法」、「結果」、「結論」が、この順序で入っていることなどを確認させる。そして論文を絞り込む時には、特にこれらの大意をいち早く把握することが重要であることを伝える。

次にライフサイエンス辞書プロジェクトの「翻訳」機能を利用してこれらの内容を把握させる。この時も翻訳機能が万全でないことを体験させ英語力を身に付ける必要性を教える。前回同様に一般英語と医薬用語の英単語の意味の違いや造語法を拾い上げ、説明する。例えば「concentration」は一般的には「集中」と訳されるが、医薬学術論文ではおおよそ「濃度」と訳される(この意味では可算名詞)ことが多いなどである。

また「placebo」や「double blind」のような頻繁に出てくる用語については決まった日本語の「プラセボ(偽薬)」、「二重盲検」があることを教える。そして簡単な意味の説明も行い、専門分野の学習の橋渡しとなるように配慮する。そしてハンドアウトとして医薬学術論文でよく使用される英語に対する日本語とその内容を簡単に説明した EBM 用語集を配り、今後の内容把握の際の参考にさせる(単に専門英単語を教えたり専門の内容を扱ったりすることが ESP ではないということを留意しておく)。

最後にシナリオ(1)の答えをまとめさせ、患者にどのように回答したらよいかを皆で考えさせる。機械的に情報を伝

達するのではなく、対人間であることを念頭に置いて、説明する必要があるなどその心得を話し合う。

8日目以降：一連の作業の繰り返し

新たなシナリオを提示し、グループで医療上の問題を解決するために行ってきた一連の作業を繰り返させる。グループごとに絞り込む論文が異なる場合がでてくるため、各論文のアブストラクトを一覧にして、一緒に内容を確認しながら、どの論文がシナリオに対する最良の情報であるかを一緒に評価する。⁷

15日目：学期末試験

新しいシナリオを提示し、グループでレポートを提出させる。レポートの内容は(1)PECO,(2)検索後リスト,(3)Limitsの内容,(4)1編の論文のコピー,(5)論文の出典,(6)選択理由,(7)アブストラクトの内容(日本語),(8)シナリオに対する薬剤師としての回答である。

授業の効果および今後の課題

主観的観察ではあるが、履修者の反応・態度・意欲については以下のことが感じられた。

まず一般英語ではなく将来実践の場で必要となるコンピューターリテラシーと専門英語を学習するため、履修者は非常に興味を持ち、より意欲的に授業に取り組むことができていた。このことから、薬学英语においては中・高の英語から脱却し、目的・目標値を履修者に明確に提示してからESP授業を行なうと非常に効果があると思われる。次にグループ作業が中心であるため、教員に質問しやすく、グループの結束力が強まると共に、各履修者の自主性と責任感も身に付いていた。医療はチームで行なうためグループワークをさせる価値があると考えられる。さらに、必修科目とはいえ履修者全員が90%以上の出席率であったことが挙げられる。たとえば必修科目であっても受講生の中には専門科目を優先順位に置き、一般教養科目の履修に重きを置かない履修者が少数でも存在する。しかし、本授業はグループ作業が中心であり、グループのリーダーがメンバーの欠席理由を報告しなければならないという報告義務がルールに定められているため、正当な理由のない欠席を回避する効果があったと考える。

反省点として、あくまでも医療の概念を理解させるためにEBMの論文を扱っているため、より易しくリライトしたものを、もしくは最初概念理解に必要な重要な部分だけを切り取った修正版を使用すべきであったことが挙げられる。その理由は、まず履修者は単語の意味を引くことにエネルギーを取られ、必要な概念を理解するという目的を全うできない危険性があるからである。また、授業回数の制限から、論説の言語特徴と医薬論文のそれを比較するのにも利用しても、医薬論文の読解力の養成という本授業の目

的により重点を置くためにも必要以上に時間を消費しないためである。2点目として、紙の節約とPCに慣れさせる意図からワードを使用してノートを作成するよう奨励したが、PCに慣れていない者は時間がかかったことが挙げられる。反面、グループが責任を持って教え合うなど肯定的に転じた部分でもあった。

問題点として、指導教員は専門の内容についてある程度理解する必要があるため、薬学専門教員の協力が必要であることが挙げられる。しかし今回提示したシナリオ(1)のような専門知識をそれほど必要としない一般的な医療上の疑問を取扱うと指導教員のみならず履修者にも取り組み易い。また同じ薬品や治療法に関する異なるシナリオを扱うと同じ英単語の頻度が高くなるため、自然に英語を学ぶ。さらに読解力も上がり、履修者も自信をつける。2点目の問題として、教室形態の問題が挙げられる。大学によってはCALL教室での実施が不可能で、今回の授業の内容の実施は懸念されると考えられる。実際に履修者が検索の作業ができていたかを確認するためにもCALL教室での実施が理想的である。しかし履修者には自宅で論文検索をさせ、選んだ論文をプリントアウトし、一緒に講読するなどの工夫をすれば普通教室での実施も応用可能であると考えられる。

今後の課題は、本授業を中位もしくは下位クラスについて実施可能であるかを別の機会を通して確認する必要があることである。しかし、中位および下位クラスについて実施する場合であっても、グループで助け合いながら取り組むことや履修者の理解度によって授業の進度を調整するなど、教員の裁量により本授業の展開は可能であると考えられる。履修者のレベルがたとえ低くても薬剤師として将来その責務を果たすために必要不可欠な英語力を養成するために、履修者に具体的にどのような英語力が必要であるかについて、授業を通して体験させることが重要であり、意味があると考えられる。また、この授業展開は、履修者が専門知識を多少持ち合わせた時点で行った方がより効果が期待できると推測される。しかし、現況の英語カリキュラムの制限の中で、専門教育の新目標に対応した英語教育を実践するには、その後の専門教育・自立したEBM実践者養成の導入として薬剤師業務遂行上英語が必須条件であることを認識させ、その方法論を事前に習得させるという点で、1年次に行う意義が十分あると考える。

謝辞

上記の授業展開に貴重な助言を頂いた広島国際大学薬学部薬学科の塚本豊久教授に心から感謝の意を表します。

引用文献

1. 末弘美樹・倉本充子 2005 . 薬学 ESP 教育の目的と到達目標値の設定へ向けて 薬学専門教員のニーズ分析 . 大学英語教育学会(JACET)関西春季大会.
2. Wiffen P. 2003. 『21世紀の薬剤師 エビデンスに基づく薬学(EBP)入門』松本佳代子・丁元鎮・平田智子・日野村靖・椎名宏吉・五十嵐俊:翻訳), じほう .
3. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, and Richardson WS. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. (Accessed May 1, 2005, at http://www.cebm.net/ebm_is_isnt.asp).
4. 第8回 EBM セミナー東京 2005 . ワークブック p. 19 より作成 .
5. 縣 俊彦 2003 . 『上手な情報検索のための PubMed 活用マニュアル』南江堂 .
6. Verdon F, Burnand B, Stubi C-LF, Bonard C, et al. 2003. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anemic women: double blind randomized placebo controlled trial. *British Medical Journal* **326**: 1124-1136. <<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/326/7399/1124>>
7. EBM 資料集 はじめてシート . <http://spell.umin.jp/EBM_materials_BTS.html>

Meeting the Cross-Cultural Needs of Nursing Students Aiming to Work Abroad¹

John Tremarco

Kagoshima University, Education Centre
Department for the Promotion of Foreign Language Education

Background and Objective. Among nursing students in Japan, some hope to work in a hospital abroad, particularly in the United Kingdom. Therefore, English teachers may be expected to address not only the linguistic needs but also the cultural competence of the students. The purpose of this study was to find out about the culture-related problems faced by nurses trained outside the UK but who are working in the UK medical working environment.

Methods. At the 2005 Nurse Education Tomorrow (NET) Conference at Durham University, UK, I examined a number of presentations and papers of the delegates. In addition, I interviewed some of the educators, nurse supervisors, nurses, and other delegates.

Results. The study had two major findings: (1) Among educators of nursing students in the UK, there was a general consensus that if nurses from one culture hope to interact successfully with a culture different from their own, they must develop a keen awareness of and a strong competence in the culture of the country where they wish to work. (2) Nurses without cultural competence often experienced difficulties adapting to their new environment and they faced professional consequences ranging from the trivial to the serious.

Conclusion. To reduce the risk of healthcare incompetence associated with cultural misunderstanding, the language programmes for nurses in Japan ought to include components to strengthen the students' cross-cultural awareness and competence. The culture-training component needs to range from simple class-cultural awareness activities to culturally orientated, task-based projects, preferably within an English-speaking medical environment.

J Med Eng Educ (2006) 6(1): 67–72

Key Words: cultural competence, foreign hospital, English-speaking healthcare, nursing abroad, foreign culture

Introduction

A growing number of nursing students in Japan say they hope to work in a hospital in the United Kingdom or other foreign country. English teachers, therefore, may need to help the students not only in meeting their lin-

guistic needs but also in becoming acquainted with the cultural differences between the host country and Japan. Cultural differences could present a crucial challenge to nurses who receive their training outside the country where they work.

Little research has been done to address the issue of how best to go about meeting the cultural competency needs of nursing students in Japan in terms of preparing them for working in an English-speaking environment. The rationale for conducting the present investigation came, in part, from the findings of previous research that I conducted with a colleague, which suggested the need to include a cultural comparison component in syllabuses designed for nursing students in this country.¹ The objective of the present study was to elucidate the culture-related problems faced by nurses trained outside the UK but who are working in UK medical settings. In addition, some of their linguistic needs are addressed, albeit

Corresponding author:

John Tremarco (ジョン・トレマール)

Associate Professor of English

Education Centre, Department for the Promotion of Foreign Language Education, Kagoshima University

1–21–30 Korimoto, Kagoshima 890–0065, Japan

Phone: 099–285–8880

Fax: 099–285–8880

E-mail: jtrem@ms.kagoshima-u.ac.jp

¹Portions of this study were presented at the 40th annual IATEFL conference, April 11, 2006, Harrogate, England, UK.

briefly. Results of the study could provide guidance for future syllabus design at nursing universities. Potentially, this would help the graduating nurses adapt to the foreign culture and working environments, thereby reducing the risks arising from a lack of knowledge of the foreign culture both in and out of the workplace.

Methods

To clarify the issues surrounding cultural competence of nursing students, this study focused mainly on three questions: First, how big a part does a lack of cultural competence play in the success or failure of nurses trained outside the country where they work in an English-speaking medical environment? Second, what is cultural competency? Third, just how are we to prepare the nursing students of Japan for working or studying in a foreign environment?

To help answer these questions, I attended the Nurse Education Tomorrow (NET) Conference held at Durham University, UK, in September 2005, and examined presentations and papers of the delegates. In addition, I interviewed some of the educators, nurse supervisors, nurses, and other delegates to find out about specific problems possibly resulting from cultural misunderstanding of nurses trained outside the country. This paper is based primarily on information gleaned from the conference, especially the observations and deliberations of educators and medical staff members attending the conference.

Results and Discussion

This study had two major findings: First, among educators of nursing students in the UK, there is a general consensus that if nurses from one culture hope to interact successfully with a culture different from their own, they must develop a keen awareness of and a strong competence in the culture of the country where they wish to work. Second, nurses without cultural competence often experience difficulties adapting to their new environment and they face professional consequences ranging from the trivial to the serious.

1. Consequences of cultural incompetence

The first question posed in this study was how big a part the lack of cultural competence plays in the success or failure of foreign-trained nurses wishing to work in an English-speaking medical environment. In answer to this

question, I found that, according to the delegates attending the 2005 NET conference and according to papers presented there, cultural incompetence can and does cause problems for the student-nurse, working nurse, their colleagues, their friends, their supervisors and, perhaps most important, the patients. Before we take a detailed look at the views of the conference authors and others, it might prove beneficial to explore briefly the concept of cultural competence and its importance in relation to nursing students.

Culture is by definition particularistic, as established by Wallerstein.² Similarly, culture is a shallow, shared way of life of a group of people, as shown by Berry et al.³ The implication of such views is that each group of human beings—be it a country, a local area, a business, a school, a family or other group—exhibits common values and behaviour shared in a way that is peculiar to that specific group. Given the particularistic nature of culture, it is not unreasonable to expect that a move from one group to another presents many problems in terms of adapting and dealing with the new culture. If we accept this phenomenon, we must then recognise that an understanding of different cultures is vitally important to our students, who may some day work or study abroad.

2. Cultural competency

The second question was that of determining just what is meant by cultural competency. It has long been accepted that cultural competence is a desirable trait in those wishing to study or work in a foreign country, or indeed for those who wish to interact with any group of people whose values and accepted behaviour is different from their own. From the point of view of the medical community, one answer to this question was found by studying the views of Resnicow et al.⁴ They maintain that cultural competency, or cultural sensitivity, as it is sometimes known, is one of the most widely encountered principles among health behaviour researchers and practitioners. Resnicow et al. describe cultural competence as the capacity of individuals to exercise interpersonal cultural sensitivity:

The extent to which ethnic or cultural characteristics, experiences, norms, values, behaviour patterns and beliefs of a target population, and relevant historical, environmental, and social forces are incorporated in the design, delivery, and evaluation of targeted health interventions, including behavioural change materials and programs.⁴

One might reasonably argue that given the intense personal and emotional nature of nursing, it is vital that we teach cultural competency to nursing students. Cultural awareness and competency is of such importance that many institutions around the world create and implement their own policies. One such example was found in the policies of the National Center for Cultural Competence (NCCC) of the Georgetown University Child Development Centre. The NCCC has produced definitions of cultural and linguistic competence on the basis of the work of Cross et al.⁵

According to the NCCC of the Georgetown University Child Development Centre, cultural competence requires that organizations follow three principles:

- a. Have a defined set of values and principles and demonstrate behaviours, attitudes, policies and structures that enable the organization to work effectively cross-culturally.
- b. Have the capacity to (1) value diversity, (2) conduct self-assessment, (3) manage the dynamics of difference, (4) acquire and institutionalize cultural knowledge, and (5) adapt to diversity and the cultural contexts of the communities served by the organization.
- c. Incorporate the foregoing principles in all aspects of policy making, administration, practice and service delivery, and systematically involve consumers, key stakeholders and communities.⁶

3. Linguistic competence

Linguistic competence, as opposed to cultural competence, is the capacity of an organization and its personnel to communicate effectively and to convey information in a manner that is easily understood by diverse audiences, including persons of limited English proficiency, those who have low literacy skills or are not literate, and individuals with disabilities. Linguistic competency requires organizational and provider capacity to respond effectively to the health literacy needs of the populations served. The organization must have policy, structures, practices, procedures and dedicated resources to support this capacity.⁷

The desire for cultural awareness and competency can be said to be universal. For example, in Japan, William Hayes of the Japanese Society for Civil Engineers argues that cross-cultural competency is not only desirable—it is crucial, if we are to prepare our students well and encourage foreign students and academics to come to Japan to study. He goes further by claiming:

A lack of foreign academics and foreign students

deprives Japan of the opportunity for fresh and different ideas, which has been the lifeblood of faculties in other countries.⁸

Another example of the importance attached to cultural awareness and competency can be found in the work of Douglas.⁹ In his work on assessing languages for specific purposes, he cites potential problems that foreign health professionals may come across when working in Australia. Douglas, referring specifically to the Australian Occupational English Test (OET), points to a cultural referent problem that test takers face. It is implicit, he says, that standard Australian English be the dialect understood by the test taker; this includes cultural references, idioms and figures of speech. In highlighting the difficulty some overseas-trained health professionals have exhibited, he refers to the lack of understanding of ordinary colloquial language to refer to, for example, a bowel movement.⁹

4. Problems in the workplace and classroom

Having briefly explored some of the views held on cultural competence and awareness, we now turn to the problems encountered by some nurses working within the UK medical profession but who were trained outside the UK. Sue Ford-Summer is a lecturer in Applied Psychosocial Sciences at City University London. From her investigations into the lived experiences of international pre-registration student nurses within one university school of nursing and midwifery, Ford-Summer noted that there was a recognition among the respondents of her survey that a degree of cultural adaptation on the part of the international students is essential to their survival within their new environment. To highlight the cultural and linguistic problems that some of her respondents experienced, she quoted the following examples:

Although I spoke English, I could not understand people and they could not understand me. This was very frustrating.

I noticed that there was a lot of individualism and people (are) not as friendly. Everyone minded their own business. Differences in culture, accents and the way of individual expression of language.

Ford-Summer alludes to other problems faced by the students, such as the difficulties the students had in writing research critique assignments. The task of writing reports and essays was made especially difficult for those who lacked good writing skills, skills that many of the

native tutors of English expected the students to have mastered before entering the foreign school. Some students reported that the lack of ability in being able to express themselves did lead to some native speakers labelling foreign-trained nurses as *'stupid and unwilling to learn.'*¹⁰ Ford–Summer concludes that we need to develop cultural competence education systems that teach awareness of cultural diversity. She supports this argument by quoting Burnard, who considers that students from other cultures may be at risk if their educators do not understand and have sensitivity towards their cultural differences. Burnard goes so far as to suppose that a lack of cultural understanding affects the self-esteem of students and may lead them to failure within their educational process.¹¹

MacGregor and Teasdale spoke of the differences in the training experiences and cultural norms of nursing education in South India. The problems they alluded to revolve around the issues of South Indian nurses transferring to the more rigorous academic requirements within a British University, insinuating that failure to bridge this academic gap can result in disengagement from lifelong learning. To avoid such disappointing outcomes, MacGregor and Teasdale proposed that the students be given early academic support prior to being enrolled in post-registration courses. They also recommended the involvement of experienced international tutors as preceptors and input from the professional and academic community as a way of encouraging foreign-trained nurses to remain within the UK medical community for the benefit of the health system and ultimately the benefit of the patients. Another observation MacGregor and Teasdale made was in the difference in the ward behaviour of British and Indian nurses on duty in children's wards. They noticed that the Indian nurses tended to stay on the edges of the room, intervening only when a noticeable need arose or when directed to by a senior.¹² The design, facilities, amenities, personnel, and family members in attendance of standard wards in India and Britain are different, of course; however, it is easy to see how a British person might interpret the Indian nurse's behaviour as being "reactive" as opposed to a culturally preferred 'proactive' response they might expect from a British-trained nurse.

Conversations I had with conference delegates, nursing supervisors and educators also revealed instances where cultural and linguistic incompetence produced problems, such as these:

- a. A lack of recognition of the role and obligations of

nurses working within the UK.

- b. An inability to communicate effectively with mentors, leading to disharmony within the workplace.
- c. An inability to communicate effectively, leading to a number of patients receiving inappropriate treatment.
- d. Students and nurses unable to perform to expected standards because of an unsuitable level of cultural and linguistic competence, both in the workplace and in the place of study.
- e. Feelings of isolation and loneliness arising from an inability to "fit in."

A preliminary analysis of 50 questionnaires given to nurses working within the UK who had received their training abroad revealed a concern that an inability to express themselves in the same way as a British trained nurse prompted ward supervisors into ignoring what they had to say. According to the nurses who highlighted this problem, such misunderstandings result in discrimination and slower promotion.

5. How are we to prepare our students?

How then are we to prepare our nursing students for work or study in a foreign environment? In answering this question, there are a number of options available. First of all, we can ensure that all students are given the opportunity to learn cultural competence and awareness by simply including a component of it in the syllabuses we design and implement. This can be done in several ways; the first and most obvious would be to use a ready-made cultural competency manual such as the one produced by Brislin.¹³ This publication contains guided activities with which an educator can help prepare students for intercultural contact.¹³ Better still, we could produce a cultural competence manual of our own, based on situations a nurse is likely to encounter working in English-speaking medical institutions. Another way in which we could introduce our students to intercultural contact would be to arrange for visits to English-speaking medical institutions in Japan. These visits could be enhanced by including cultural awareness and competence task-based activities.

As Cross et al. point out, attaining cultural competence is a developmental process that evolves over an extended period; it cannot be achieved overnight.⁵ What is needed is a prolonged cultural awareness programme that incorporates components that specifically address the issues covered by this study. By incorporating cultural aware-

ness and competence components in language programmes, we can raise the students' awareness of the cultural differences they are likely to encounter when moving from their own culture to a new one. These programmes can guide them on how best to adapt to the changes such a move is likely to bring. Bonder et al. lament the difficulties in defining cultural competence, arguing that there are many diverse descriptions, including that of cultural sensitivity. Their approach to cultural competence is to offer a practical guide to effective interaction in clinical and professional settings.¹⁴ They draw their inspiration from the ideas of *Learning How to Ask* by Briggs¹⁵ and *Asking and Listening* by Bohannon and Van der Eist.¹⁶

We need to imbue within our students the habit of 'asking and listening.' If we embed this idea into our teaching methods and syllabus design, we can greatly improve the nursing students' chances of adapting to a culture other than their own. With such guidance, we can help them to overcome the problems that one is likely to meet when interacting with people and with medical systems outside their own country. Employing such guidelines and activities, we can significantly reduce the risk of cultural incompetence and the many problems it can bring to nurses working in a culture different from that where they were trained.

Further research is needed to uncover more concretely the risks and problems related to nurses working or studying in an English-speaking medical environment in a country other than that where they received their training.

Conclusion

In conclusion, the present examination of cultural awareness and competence provides evidence that academic and medical institutions in various English-speaking countries recognise the need for cross-cultural training of nursing students aiming to study or work at a hospital outside their own country. Furthermore, the problems encountered by nurses trained outside the UK but working within the UK, as recounted to us by their observers and supervisors, indicate that a lack of cultural competency can result in a serious breakdown in communication. Breakdown in communication has manifested itself in unsatisfactory situations ranging from the very trivial to the very serious. All of this suggests a strong need to teach cultural awareness and competency to nursing students in Japan.

ACKNOWLEDGMENTS

I would like to thank Janet MacLean and Colette Ross of the Northern Branch of the Royal College of Nursing UK, the delegates of the 2005 Nurse Education Tomorrow conference and nursing supervisors at the conference for their kind help and cooperation in helping with the research element of this paper.

References

1. Tremarco J and Miyake M. 2005. ESP syllabus design for nursing students: based on a needs analysis utilizing questionnaires, interviews and textbook analysis. *Temple University Annual Applied Linguistics Colloquium* 7: 171-182.
2. Wallerstein I. The national and the universal: can there be such a thing as world culture? In: AD King (ed), 1997. *Culture, Globalisation and the World-System*. Minneapolis: University of Minnesota Press. p. 91.
3. Berry JW, Poortinga YH, Segall MH, and Dasen PR. 1992. *Cross-cultural psychology: research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 2.
4. Resnicow K, Braithewaite RL, Dilorio C, and Glanz K. Applying theory to culturally diverse and unique populations. 2002. In: K Glanz, BK Rimer, and ML Frances (eds). *Health behaviour and health education: Theory, research and practice*. 3rd edn. San Francisco: Jasssey Bass. p. 492.
5. Cross T, Barzon B, Dennis K, and Issacs M. Towards a culturally competent system of care. Volume I. Washington, D.C. Georgetown University Child Development Center. <http://gucchd.georgetown.edu/nccc/documents/Getting_Started_CSHN_2003.pdf> (Accessed October, 2005)
6. National Centre for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development: Definition and conceptual framework of cultural competence. <<http://gucchd.georgetown.edu/nccc/framework.html>> (Accessed October, 2005)
7. Goode T, Jones W, and Mason J. 2002. A guide to planning and implementing cultural competence organisation self-assessment. <<http://gucchd.georgetown.edu/nccc/documents/ncccorgselfassess.pdf>> (Accessed October, 2005)
8. Hayes W. 2001. Internationalization & Cross-Cultural Competence. JSCE Annual Meeting-Panel Discussion. <http://www.jsce-int.org/EventAnnouncements/Panel2000_WILL.htm> Accessed (October, 2005)
9. Douglas D. 2000. *Assessing Languages for Specific Purposes*. Cambridge: Cambridge University Press. p.135
10. Ford-Summer S. 2005. The lived experiences of international pre-registration student nurses within one university school of nursing and midwifery. *Nurse Education Tomorrow, Annual International Participative Conference, Education in Healthcare* 16: 51-57.
11. Burnard P. 2005. Issues in helping students from other cultures. *Nurse Education Today* 25: 176-180.
12. MacGreggor J and Teasdale D. 2005. The impact of the students' prior educational experience: supporting international nurses in the UK academic world. *Nurse Education Tomorrow, Annual International Participative Conference, Education in Healthcare* 16: 87-94.

13. Brislin B. 2000. *Understanding Culture's Influence on Behaviour*. Orlando: Harcourt Inc.
14. Bonder BR, Martin L and Miracle A. 2001. Achieving cultural competence: The Challenge for clients and healthcare workers in a multicultural society. *Generations* 25(1): 35–38.
15. Briggs CL. 1986. *Learning How to Ask*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
16. Bohannon P and Van der Eist D. 1998. *Asking and Listening: Ethnography, a Personal Adaptation*. Prospect Heights IL: Waveland Press.

医学英語教育教材開発の試み：ドラマ ER の使用を通して¹

Exploring a Way for Nursing Students to Learn Medical English through Use of the Drama ER¹

鈴木光代

Mitsuyo Suzuki

愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科

Ehime Prefectural University of Health Sciences

Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

Background and Objectives. To encourage nursing students to learn English and to give them something fruitful for their future careers, I decided to use audio-visual materials related to the medical field and chose the TV drama *ER*. I hope to have the students achieve four educational purposes: (i) become accustomed to technical/medical terms, (ii) acquire good communication strategies based on politeness theory, (iii) observe human relationships necessary for medical teams, and (iv) acquire social and cultural background knowledge related to medical fields in the U.S. As *ER* consists of well constructed stories that take place in the emergency room of Chicago County Hospital, the students can observe realistic scenes. Moreover, this hospital is a teaching hospital, so the students can learn medical terms as well as the work of medical staff. The present study shows how nursing students learn English through viewing *ER* and explores better ways of learning medical English than the conventional approaches often used.

Methods. I prepared educational materials related to *ER* and have used those materials for two and a half years. The learning results were analyzed by giving questionnaires to the students.

Results. The students indicated (i) that they were encouraged to learn English by viewing *ER* and using the work sheets I had prepared and (ii) that they became accustomed to choosing suitable communication strategies in natural settings.

Conclusion. The results of this study show important implications for enhancing the learning of English for nursing students in Japan.

J Med Eng Educ (2006) 6(1): 73–81

Key Words: medical terms, communication strategies, politeness theory, human relationships, social background knowledge

Introduction

看護師を目指す学生にとって英語学習に動機付けになるものと考え、赴任した3年前からアメリカの医療ドラマ *ER* (緊急救命室) を授業に少しずつ組み込んできたので、実践方法とこれまでの成果などについてまとめてみた。

Corresponding author:

鈴木光代 (Mitsuyo Suzuki)

愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科

Ehime Prefectural University of Health Sciences

Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

Phone 089-958-2111

Fax 089-958-2177

E-mail mitsuyos@epu.ac.jp

¹ 本稿は、日本医学英語教育学会 (JASMEE) 第9回総会 (2006年7月16日、ウェルシティ金沢) において口頭発表した内容を元に文章化したものである。

まず、*ER* を教材として使用した目的は次の4点である。

- (1) 第一に学生が医学用語に親しむことができるようになることである。高校を卒業してきたばかりの1年生は、まだ、日本語ですら医学用語を知らないもので、ただ覚えさせるより視聴覚教材を用いて、実際に話されているものを聞いて親しむことから始めるのが効果的なのではとの発想である。その点ドラマの *ER* は County Hospital の中にある緊急救命室で、医学生らの教育をも目的としているという設定であるため、学生たちが自分が医学教育を受けているような立場にもなれるという利点がある。
- (2) 第二に、英語の communication strategies の習得のために、場面を医療関係のものにしたほうが、将来医療従事者になる学生にとってはより実践的なものになる。ここでは、患者や患者の家族などとの、よりよいコミュニケーションのためには、どのような strategies を用いることが効果的かを、理論面 (politeness theory) と実践面の

両方から考察する。(本研究では、この目的に重点をおいている)

- (3) 第三に、チーム医療に携わることを想定すると、staff 同士のコミュニケーションがどのように行われているかを、ドラマの中で英語学習をしながら考察できる。
- (4) そして、最後に副産物的ではあるが、ER を視聴することで、アメリカの医療現場に実際に居るような臨場感を味わうことができるので、ドラマのストーリーや映像を通して、アメリカの医療現場をとりまく、社会的、文化的な背景的情報を知識として習得することができる。

実践報告

1. 方法

次に実践方法であるが、本学は4年制が新設されて3年目で、まだ文部科学省の指導下にあり、カリキュラム変更はできないため、1年生の場合、必修で80名全員が2クラスに分かれて週1回、2年生は選択で、週1回(前期のみ、後期のみ選択する場合もある)行われている英語の授業の中で、3週間に一度くらいを目安にERを用いた授業をしてきた。取り上げたER教材は次のとおりである。

	現1年生	現2年生	現3年生
H.16年度			ERⅠ(必修80名)
H.17年度		ERⅡ(必修80名)	ERⅡ(選択15名)
H.18年度	ERⅢ(必修81名)	ERⅢ(選択73名)	

平成16年度はERⅠから、平成17年度はERⅡから、そして今年度はERⅢからのstoryをいくつか選んで使用してきたということである。どのStoryを使用するかにあたっては、まず、できるだけ医療スタッフと患者、あるいはその親族の会話が多いもの(医療スタッフのbedside manner的なことが学べるもの)、また医療を取り巻く社会的背景を察知できるものが含まれているものを主として選んでみた。もちろん、各Storyは繋がっているもので、選ばなかったStoryも話の内容は学生に必ず話しておいた。幸いどのStoryも最初にKeyとなる過去の場面がflashbackされるので(“Previously on ER...”のナレーションのもとに)、その際に説明ができる。授業は、今のところ、3週間に一度の1時間(90分)、概ね次のような方法で行ってきている。

- (1) 学習するepisodeで使うWorksheet配布(内容把握の問題、この回でとりあげたmedical terms、覚えて使ってみたい表現、注意したい会話(資料参照)、今日のポイント説明(10分))
- (2) Video視聴(45分であるが、少し省くところもあって、だいたい30分から35分くらい)
- (3) 内容把握の問題の解答確認。語彙、表現の定着(15分)
- (4) 会話ストラテジーの観察のため、こちらで抽出した会話の SCRIPT(1,2場面を前もって英語キャプションを

参考に音声で確認して作ったもの)を見せ、確認した後その部分を再度視聴(英語字幕にしたり、場合によっては字幕無しで)、role playing(20分)

- (5) 学生にこの回に学んだこと、感想など書かせて提出(10分)

それでは次に、どのようにして、上記の目的に沿うよう授業展開をしてきているのかを記したい。

2. 実践内容

2.1 医療英語に親しむ

医療英語と一口に言っても、いろいろな分野での語句があるわけであるから、学生のニーズに従って、取捨選択していけばよいと思われる。本学では主としてNursing専攻の学生が学習者なので、なるべく医療従事者でなくても聞いたことがあるような身近な語句や、彼らの専攻に必要性があるだろうと思うものにターゲットを絞ってみた。また、ドラマで何度も繰り返される用語は、発音や強勢については自然と身につくので、それらも含めながら、各時間に覚えたい用語をワークシートに載せ、まず、ドラマのどこにどのように使われていたかを確認させ、視聴後に反復練習で定着させた。また、Useful Expressionsとして、日常会話でも用いられそうな表現も各ストーリーで少しずつピックアップして、注意を喚起し、視聴後にそれらの表現を使って文を作ってみよう試みた(Appendix 1, 資料1 No. 2, No. 3のTechnical Terms/Useful Expressionsの欄参照)。内容理解のためには、資料1 No. 1(Appendix 1)にあるように、いくつか内容に関する質問をしておき、視聴後に解答させる方法を取った。時には、覚えてもよいようなフレーズを挿入させる場合もあった。

2.2 効果的なCommunication Strategiesの習得

普通の授業と違って、映像を授業に取り込む最大の意義は、その場に最適なcommunication strategiesを自然な環境で習得できることだと思われるので、本研究では、この目的に重点をおいている。具体的に、授業ではMedical staffが医療現場に必要なspeech style、コミュニケーションストラテジーとはどんなものであるかを学ぶ上で、ベースとなる概念を前もって説明し、各場面場面で、その概念に沿った会話ストラテジーがどのように効果的に用いられているかを観察しながら視聴するように指導する。ベースとなる概念というのは、Brown and Levinsonで提唱されているPositive/Negative Politenessと、それと同じ路線をいくGiles et al.中にあるConvergence/Divergenceという概念である。^{1,2} Brown and Levinsonによると、人には「相手から認められたい、相手に近づきたい(他者から承認された、望ましい自己像の維持の要求)」という側面と、「相手に邪魔されたくない、自分の領域を維持し自由でいたい」という2つの側面があり、前者をpositive face、後者をnegative faceと

呼んでいる。³ そして、interaction の際それぞれの face を維持するために採られる strategies を、前者の場合 positive politeness strategies 後者の場合 negative politeness strategies としている。たとえば、前者を用いて会話をすることは、相手との(心理的な意味合いも含め)距離を縮めていくわけで、accommodation theory でいう convergence の speech style(相手にあわせようとするスピーチスタイル)をとることになる。² 後者を使う場合は、相手との距離を広げるという意味で、divergence の speech style(相手と自分の違いを強調するスピーチスタイル)になる。私の考えでは、medical staff が患者またはその親族に接する時、この両者の strategies を適切な状況で使い分ける必要があるのだが、特に、看護士の場合は前者が必要であると思われる。なぜなら、positive politeness のベースには、話し手(medical staff)が相手(患者またはその親族)の positive face を尊重して(聞き手への配慮)、相手と(心理的に)同じ立場で話す(having common ground)、あるいはともに病気と闘う仲間である(cooperators)という概念があるからである。ステップとしては、まず、convergence speech style で患者(あるいは患者の親族)と接し、相手の不安感を取り除いて、信頼関係を構築した後、医療のエキスパートとしての話をする。すなわち、第2段階として、divergence speech style によって、相手に納得のいくよう専門的なアドバイスをする。というように、段階的に speech style を変えてもよいのではないかと思われる。

では、実際に授業でどのようにこれらの概念を理解し、strategies を使いこなすかをみてみよう。まず最初に、効果的な strategies の使用が言語として表現されている画面を観察させる。たとえば次のような会話のシーンを取り上げてみる。

Excerpt A : 患者が子供の場合 [ER III, Story 20, 16:58]
Dr. Ross (Pediatrician), Child (Patient at the age of around 5),
Mother (the child's mother)

Ross: All right. Got some chocolate yogurt for the big guy with the sore clavicle.

Child: Thank you very much.

Ross: You're very welcomeYou wanna see why it hurts?

Child: [Nods]

Ross: Here. Hop down.

[18:30] [Showing the X-ray film to the boy] Do you see this line right here? Come here. Take a look. See that? You know what that is? That is your first broken bone. You're officially a man.

Mother: He said it didn't hurt.

Ross: He's such a tough guy.

Mother: He didn't wanna get in trouble. He isn't supposed to play outside after dark.

Ross: It's tough to stay in when it's this warm ...

Child: My mom says I'll get hurt.

Ross: She does? What does your dad say?

Child: I'm a klutz.

Ross: [*Laughing*] He does?

Mother: He gets a lot of bumps and scrapes. His father's quite an athlete, you know?

Ross: [*to Child*] Do you fall down a lot?

Mother: Yeah. I'm not supposed to let him run around without watching.

Ross: [*Trying to examine his eyes*] You and I—Let's—play a game. I'll cover my eye. You do the same thing.

Tell me if you can see my finger. Tell me when you see it.

See it? — Okay, let's try the other eye. OK?

Dr. Ross は子供の positive face を尊重して “You're officialy a man” と言ったり、彼の味方である、cooperator であるということを示すために、*She does? He does?* といった backchannelling も効果的に用いている。なお *Let's* というような inclusive *we* (話し手が、相手と同じ仲間であるという意識をもって用いる)の使用も positive politeness strategies の一つである。また、次の例では医学生(Tracy)と Dr. Ross の子供への質問の仕方、また、母親への言葉かけが、対照的である。

Excerpt B [ER I, Story 1, 19:59]

[*Contrast Tracy's lines and Ross's*] Tracy (Medical student), Billy (Child Patient at the age of around 7), Mother (Billy's mother), Dr. Ross (Pediatrician)

Tracy: Now, can you tell me what happened, Billy?

Billy: [*Looking down, keeping silent*] ...

Mother: The school sent him home. They said he vomited blood.

Tracy: [*Ignoring what she said*] Can you tell me how it happened, Billy?

Billy: ...

Mother: He's a very high-strung child. Always very tense, very nervous.

Tracy: Mrs. Robin, maybe you'd better wait outside while I examine your son. [*Sounds authoritative*]

Mother: Why?

Tracy: It's just procedure.

Mother: Well, I think I should be here! I'm worried about Billy. He needs me.

Tracy: Please wait outside! [*Sounds like an order*]

Mother: Oh, Doctor. I don't know who you think you are, but this is my son and I want to be here. He's very high-strung!

Ross: Mrs. Robin. You're absolutely right. You love your son. And you want him treated as soon as possible. So it's best ... if you have a seat outside here. And we'll be right with you. That's OK.
[to Billy] Hey, kiddo. All right. Did you vomit blood?
Billy: [Nods]
Ross: Do you have any pain?
Billy: [Nods]
Ross: Okay, can you point to the pain?
Billy: [Points to the pit of his stomach]
Ross: Right in here. Have you vomited blood before? Many times?
Billy: [Nods]
Ross: [Giving him a hug] Okay.

Excerpt B1 [ER III, Story 4, 28:19]

[After the operation, Benton (Surgeon) talks to the patient's (Laura's) mother, Mrs. Armitage.]

Benton: Mrs. Armitage. Hi, I'm Dr. Benton. We met earlier.
Armitage: Oh, yes. I'm sorry Laura was so rude to you.
Benton: Oh, that was nothing.
Armitage: I don't know what to do with her anymore.
Benton: She's gonna be on IV antibiotics for five days. And then she's gonna be discharged in seven.
Dr. Keaton:[to Benton] Mrs. Armitage knows the drill.
Armitage: [to Keaton (Pediatric Surgeon)] Hi, Abbey.
Keaton: [to Benton] Mrs. Armitage's concerns are more related to Laura's overall well-being.
Benton: Oh, yeah. Yeah ... [to Mrs. Armitage] Sometimes they have problems making adjustment. We have a psychiatrist on staff. Maybe they can help.
[Mrs. Armitage looks puzzled]
Keaton: [to Mrs. Armitage] Diane, you've got to stop babying her. She knows how to be a patient. She's done that for years. Now she's a teenager. She's gonna rebel. And you've got to be the bad guy. Set the limits.
Armitage: You're right. I know.
Keaton: God willing, this surgery will be her last.

これらの例を見せて学生たちに理解してほしい点は、特に患者が子供の場合、

- (i) Common ground にあって、いつでも相手の協力者であるというニュアンスで話すこと(convergence speech style)、そのための strategies としては showing interest, avoiding disagreement, using positive politeness devices such as backchannelling and the inclusive *we* などがある
- (ii) Yes, No のように答えやすい質問にすること(相手への配慮)

Excerpt B のように、医学生は what とか how を用いた質問をしているので、子供は答えにくいのだが、Ross のように Yes, No で答えられる質問に変えると、頷いただけでも子供は意思表示ができるので、効果的である。(Bedside manner では、open-ended questions がよいとされているが、こういった子供が患者の場合などもあるので、臨機応変にその場に最適な質問形式をとる必要があることを学生に喚起させる)

また、子供の保護者に対しても (i) のことはあてはまるわけで、Excerpt B の医学生のように、medical staff として上から命令調に話しては逆効果になることもあることを理解できるし、Excerpt B1 の Benton 医師のように、ただ医学的なアドバイスをしただけでは、本当に患者の母親を納得させることはできず、Keaton 医師のように、患者の母親の立場に立って助言をすることも必要であることがわかる。

以上のことを学生に観察・理解させた上で、新たなシーンを見せ(Excerpts C and D)、網掛け部分ではどのように言葉かけをするかペアになった学生に考えさせる。その上で、会話を視聴して、その網掛け部分の中の台詞に関してどのように効果があるかなど話し合わせたり、Role playing をさせて定着させる。

Excerpt C [ER I, Story 4, 19:48]

[Showing interest in H or H's things]

Carol (Head nurse), Child (at the age of around 5, being very depressed, separated from his mother, who is ill and being treated.)

Carol: [to Child who keeps his head down and never speaks to anyone] Hi! My name's Carol. **I like your sneakers.**
Child: They're not the good kind. My mom got them from the cheapo shop.
Carol: Uh huh.
Child: Where's she?
Carol: The doctors took her upstairs. She's very sick. They're gonna try to make her better.
Child: But that doctor said we can stay together.
Carol: Well, it looks like your mom may have to stay here for a while.
Child: Can I see her?
Carol: **I don't know if she can have visitors, but I'll check. You wanna hang out with me?**
Child: [Looks up and stares at Carol's face for the first time]
Carol: [Smiles]

Excerpt D [ER I, Story 6, 38:40]

[Proving oneself to be a cooperator]

Ross (pediatrician), Mr. Freeman (father of the patient)

Ross: Your oldest daughter, Shandora's drug test was

positive. You knew that, didn't you?

Freeman: Do you have kids, Doctor?

Ross: Yes, I have a son.

Freeman: The year before my wife died, she and Shandora were at each other's throats. Typical adolescent stuff. They just never had a chance to work it off. I don't know what to do ... how to reach her. Sometimes I think she's trying to kill herself.

Ross: **She needs help. I can help you get it for her.**

[*He is not authoritative but offers help to the patient's father, suggesting you are the one to help her and I will be ready to cooperate with you.*] (I get my students to assume what to say in this situation if they were in the place of Ross)

Excerpt C では、まず看護婦長の Carol が子供との距離を縮め、子供が話しやすいように言葉かけをしていること、そして、後半は cooperater であることを強調している点などに、注意すれば、positive politeness strategies を用いた話しかけができるはずである。また、Excerpt D では、I can help you get it for her. というところから、医者として自らが彼女を救ってあげるというのではなく、父親と同じ立場において父親が娘を助けるのを一緒に cooperater としてサポートするという台詞が効果をあげているところに気づかせる。

なお、negative politeness strategies だけ用いては、患者やその親族が距離を感じてしまうことは Excerpt B からわかるが、その他 Excerpt B1 でみられるように、医者が治療だけのことにしか念頭がないと、Benton 医師のように、患者の母親が本当はどういうことを知りたいのかを理解できず、言葉かけもうまくいかないことがわかる。

2.3 Medical Staff らの人間関係(チーム医療)を考える

このことに関しては、後期の writing の練習で取り入れてみた。まず Staff 同士の人間関係に焦点をあてた story を見せたあと(新しい chief resident となる Kelly と姪の世話と仕事に追われる Susan の人間関係に焦点をあてたもの)、学生に自分なりの意見や感想を英語で書かせたのであるが、形式としては Letter writing を取り入れてみた。自分の考えを英語で相手に伝えるという方法として、学生が取り組みやすいようにと考えたからである(Appendix 2, 資料 2 に学生の writing sample を掲載)。また、各ワークシートにも学生が自由に書ける欄(Your own remarks)を設けて、毎回何か気のついたことを書かせるようにした。今後は、授業中に時間を少し設けて、学生同士で writing したものを読みあうということも試みたい。

2.4 米の医療現場をとりまく社会的・文化的背景を知る

Chicago にある County Hospital ということで、患者にも

いろんな人間模様があり、安楽死の問題、医療ミスの問題もあるので、それらのことを日本と比較しながら考えさせた。特に日本にはない人種問題には、その都度、注意を喚起させた。たとえば、Excerpt E では、外科レジデントの Benton がインターンの Gant にだけ、なぜ厳しくあたるのかの理由がわかる表現がでてくる。Benton は、同じアフリカ系アメリカ人である Gant が、その枠(優遇措置による African American の定員枠)で Medical College に入ったと一般人は思いがちだから、実力を示すためには人一倍努力が必要なのだという。ここで、アメリカ社会における Affirmative Action の知識などを習得することができる。

Excerpt E [ER III, Story 5, 32:04]

Gant: Why are you riding me?

Benton: You're an intern.

Gant: I bust my ass, and you give me a mediocre evaluation.

Benton: Most interns do mediocre work.

Gant: I don't.

Benton: So you could do better.

Gant: So can Carter, so can everyone.

Benton: You have to do better.

Gant: I have to do better? Is that because I'm black? Is that your message?

Benton: Let me ask you something. When you applied to medical school, did you check the box "African American"?

Gant: I worked just as hard as everyone else.

Benton: People think that you checked the box to get preferential treatment.

They assume you're here—exist—to fill a quota. To prove them wrong, you have to work twice as hard to be twice as good.

3. 実践の成果と今後の課題

まだ、教材としては確立していないのであるが、今までのところで、学生にとったアンケート結果(Appendix 3)を分析してみた。アンケートの内容とその結果は資料 3 に掲げてある(Appendix 3)。まず言える事は、ER を英語学習の動機付けとして、授業に導入することは、問 1 に Yes と回答した人が 9 割以上(2 年生は回答者全員)であることから考えて、かなり有益だと思われる。ただし、全面的に教材としてとりあげるか、あるいは副教材とするかに関しては、問 3 の回答から、1 年生と 2 年生では、意見の相違がみられる。1 年生はまだ、半期しか見ていないので、単に目新しさに惹かれているような感もあり、問 2 から判断しても、1 年生は、今のところ英語そのものの習得より、Story の展開や人間模様、そしてアメリカ医療現場での出来事を臨場感もって味わえることに満足しているようである。2 年生になると、実際実習も場数を踏んできたので、専門用語も

医療関係の授業で使われているものに ER の中で遭遇して、聞き取れた喜び、習得の達成感を味わうことができるようである(Appendix 3, 資料 3 に付けた学生の感想を参照)。 (d), (e), (f) に関しては 1 年生も 2 年生も半数以上の学生が有益だったと回答しているの、このあたりを学生を主体にしている調べさせたら、より高い学習効果が期待できると思う。特に、看護系の学生たちは、将来のチーム医療を想定してかグループ学習をすることが多いようなので、グループ単位で各 story を担当させて日米の医療現場の比較をさせることも考えている。ストラテジーに関しては、半数ぐらいの学生が有益と考えているが、これは、もっと体系的に指導にあたる必要があると思っている。たとえば、さまざまな speech acts を柱にして学習し、あるグループには「励まし」の表現をピックアップさせてみるとか、また別のグループには命令調にならないような指示の出し方にはどのようなものがあるかを調べさせるとか、を考えている。以上のような考察から、今後の英語学習の指導として次のような方向性をまとめてみた。

- (1) ER を副教材として扱う。
- (2) 専門用語は、専門科目で使われているものと連動させて、今までどおり、Story の中からピックアップして学習する。
- (3) 会話表現、会話ストラテジーの習得は、グループ学習で談話分析を試み(どのような表現がどういったストラテジーに当てはまり、どのように効果があるかを考察)、その結果を発表させる。同時に、同じ Speech Acts でも、状況によってどのように使い分けられているかを調べる。
- (4) 医療現場での仕事、チーム医療、背景的知識などは、日本の場合と比較しながら、やはりグループ学習で調べ、発表させる。

調べたことのプレゼンテーションの進め方、ハンドアウトの作り方については、1 年生の英語の授業の最初で行うので、それを基に行うようにしたい。手始めに、今年度後期より 1 年生を対象に実施する予定である。2 年生は選考で、前期履修済みの学生は、後期履修する必要はないため、履修者は少ないと思われるが、その少数グループによる学習効果も狙えると考えている。

Conclusion

VTR を使用した医学教材の試みとして、ER のドラマを使用しての英語学習を実践してきたが、資料に添付したアンケート(Appendix 3)結果から判断して、まずは学生の英語学習への意欲をかきたてるという点においては、ER 使用はかなり有益であることが明らかになった。次に、単に医学関係の用語を覚えるという目的のためだけでなく、ドラマを見ながら英語の会話を分析することで、医療従事者と

患者や患者の親族とのコミュニケーション、そして、医療従事者同士のコミュニケーションの大切さを、適切なコミュニケーションストラテジーを臨機応変に用いることを総合的に学んでいく教材として有効であることも分かった。今後、学生たちが英語学習をしながら、将来の医療従事者として必要な知識や資質を獲得すべく獲得できるように、この学習方法をもう少し体系的に組み立てて実践し、成果を見ていくつもりである。

References

1. Brown P and Levinson SC. 1987. *Politeness: Some Universals in Language Usage (Studies in Interactional Sociolinguistics)*. Cambridge: Cambridge University Press.
2. Giles H (ed), Coupland J (ed), and Coupland N (ed). 1991. *Contexts of Accommodation: Developments in Applied Sociolinguistics (Studies in Emotion and Social Interaction)*. Cambridge: Cambridge University Press.
3. Chrichton M and Wells J. *ER I – ER III*. Warner Home Video. DVD in English.

Appendix 1

資料 1 - No. 1 [Worksheet](内容に関する質問)

ER III Story 1 Dr. Carter, I Presume

July 4th の日、独立記念日のイベントで急病者続発。

外科インターン初日のカーターはミスを連発し、前途多難。夜勤の看護婦たちにしごかれる始末。病院のソフトボール大会に Greene, Ross, Susan, Carol, Jerry らが ER のチームとして参加。相手は救命チームで、勝ち目はなかったが、打ちあがる花火に日々の忙しさを忘れる。Carol はそこで新しい彼女という Shep に会う。ジェニーは検査の結果、自分も HIV positive であったことを Benton に告げる。

Q1: Who says “Dr. Carter, I presume”?

Q2: How many surgical interns are supposed to work under Benton?

Who are they?

Q3: What mistakes does Carter make? Give one example.

Q4: 夜勤の看護婦たちの会話から

A: Carter’s getting a little uppity (= uppish)

B: Really

A: He may need a little potty training.

B: I’d be delighted.

(なぜこのような会話が? このあと Carter は何をされるでしょう?)

Q5: Benton の検査の結果は? 結果を知ったあと、Benton はどこへ行ったでしょう?

そこで出会った人は誰?

Q6: 最後の場面(Greene and Carter)で、Greene は Carter に何を持ってきてあげたでしょう? なぜ?

資料 1 - No. 2

III-Story 1	Title: Dr. Carter, I Presume
Technical Terms; Medical Vocabulary	GSW (Gunshot Wound): 銃創 IV (intravenous): 点滴 CBC (Complete Blood Count) Chem-7: 血液中の基本電解質の量を測定する検査 Dopamine: 心臓の脈動を強化する薬 Rectal: 直腸 Banana Bags: ビタミン, チアミン, デキストースを含有した点滴用の液体で, 慢性アルコール中毒者に投与する。黄色く見えるのはビタミンのため
Useful Expressions	励まし You'll make it. What's up? You're gonna make it. Take your time. Good luck! That's the way it is. Carter の診察 (1) 今日はどうしました? (2) 痛みはいつから? (3) 痛かったら言ってください。
Background Knowledge/ Information	
Your own remarks	

資料 1 - No. 3

III-Story 6 & 7	Title: Fear of Flying (神よ力を貸したまえ) / No Brain, No Gain (脳死と誠意と後悔と)
Technical Terms; Medical Vocabulary	He's a no-code. (延命拒否: 病院で緊急蘇生術を施すチームに対して, 蘇生体制をとる必要のないことを通知する指令) CPR: cardiopulmonary resuscitation (心肺機能回復(蘇生)法)
Useful Expressions	[Story 6] Susan は飛行機恐怖症を克服し, Greene とともにヘリで交通事故現場に駆けつけ, 重症を負った 4 人家族を救う。Benton は, その家族の新生児のオベで Keaton の指示を無視して重大なミスを犯す。そして彼は Keaton に激しく叱責され, 初めて自信を失う。 Keaton (to Benton): Are you willing to learn from your mistakes? You didn't know what you were doing. You should've called me! You have arrogantly and blindly thought you had all the answers. If that baby dies, it'll be my responsibility but it'll be your fault! (37:30 ..) [Story 7] Benton はオベの失敗で赤ん坊に何とかしてあげようと必死になるが, また Keaton に諭される。 Q1: ()内を埋めてみよう! Keaton: This isn't a punishment, but you have a tendency to act () thinking. If you want to grow as a (), you've got to learn more (). Q2: Susan と部長の仲が気になる Mark Greene, 実際はどうだったのだろうか? Susan の決意は?

Appendix 2

資料 2 学生の英作文： Letter Writing のスタイルで 学生が書いたまゝを掲載してあります。

February 27th, 2006

Prof. M Suzuki,
Department of English language,
ABC College

Dear Prof. Suzuki.

How are you? The days are now getting warmer and warmer. Spring is just around the corner. I am writing in response to your final assignment. For the past three weeks, I finish the term-final examinations. So, I feel anxiety and expectations for a practical training in the hospital now.

I would like to write what I thought and how I felt after viewing ER 2 Story 4. I would be appreciative if you could share my feelings.

The title of Story 4 is "What Life?" Kelly and Susan are good doctors. But they (don't) get along on well with each other. Kelly directs Susan to see slight patients. Susan has a baby "Susie". Kelly feels concern about Susan (who) takes care of her baby and is very busy. But Susan hopes to behave as before. She isn't given special treatment. She leaves her child at a daycare center in the hospital, while she is working. Kelly and Susan have quarrel with each other, so Mark Greene advises them. He says "Don't blame team member in front of patients. Don't put own to shame in front of patients." "You must settle yourselves about your problem." Kelly and Susan understand his advice.

Kelly tries to understand about Susan even if Kelly doesn't have a child. It depends on Susan whether work and child care go together. Kelly would hope that she holds out to work and child care. I think that Kelly recognizes her talent as a doctor.

On the other hand, Susan feels that she hurts her pride by Kelly's words and deeds. Susan looks for a babysitter. But she can't find a baby sitter. She is very tired, so she would take bad things. Do you think that she can go together them? If she depends on other staff including Kelly, she will get over difficulties. It will take them a few more time to understand each other. When they are good staff partner, Kelly will be her good boss and good adviser for her. Susan will be easy to work more. Do you think so?

I am a sophomore in this spring. I will attend your English class. I'm looking forward to watching ER 3 and enjoy English. I am glad that you remember me. I heartily hope that everything is going well with you.

Sincerely,
<Student's name>

Appendix 3

資料 3 - No. 1 アンケート調査

ER を授業の一環として取り上げてみましたが、それを振り返って次のアンケートに答えてみてください。
(二年生は昨年度からのものも考慮に入れてください)

1. 授業で ER を見て、何か得るところがありましたか？
(a) Yes (b) No
2. Yes と答えた方で、プラスとなったものを答えてみてください。(複数回答可)
(a) 医学英語や専門用語に少しでも親しむことができた
(b) 病院内における会話表現を学ぶことができた
(c) 自分が医療従事者となった時役立つだろうことを学んだ(会話のストラテジー、患者への接し方など)
(d) ER の Medical staff たちの仕事を知ることができた
(e) Medical staff らの人間関係(チーム医療)について考えることができた
(f) 米の医療現場についてやそれをとりまく社会的・文化的背景を知ることができた
(g) その他(具体的に書いてみてください)
3. 授業でとりあげることにどう思いますか？
(一年生と二年生で英語を履修する方は、後期の授業を考えて答えてください。
二年生で、もう英語を履修しない方は、今までを振り返って過去形で考えて答えてください)
(a) 授業とは別にやってほしい。
(b) 別に授業で見る必要はない。
(c) 授業で取り上げて欲しい。どのくらいの頻度で(月 回)
(d) 全面的に授業で取り上げてほしい。(教科書代わりに)
(e) その他：もし、ER を英語教材として使用することに関して、意見、希望などがありましたら、何でも書いてください。

資料 3 - No. 2 アンケート結果

	1 年生(70/80 名)	2 年生(62/67 名)
	回答率(87.5%)	回答率(92.5%)
1. Yes	97% (68 名)	100% (62 名)
No	3% (2 名)	0%
2. (a) 専門用語に親しむ	34% (24 名)	55% (34 名)
(b) 会話表現学習	26% (18 名)	47% (29 名)
(c) 会話のストラテジー、患者への接し方	44% (31 名)	42% (26 名)
(d) ER の Medical Staff の仕事を知る	51% (36 名)	74% (46 名)
(e) チーム医療について考える	51% (36 名)	60% (37 名)
(f) 背景的知識	64% (45 名)	73% (45 名)
(g) その他	3% (2 名)	2% (1 名)
3. (a) 授業とは別	0%	3% (2 名)
(b) 授業で見る必要はない	0%	0%
(c) 授業で取り上げてほしい	64% (45 名) 月 2(18 名) 月 1(6 名), 月 3(3 名)	73% (45 名) 月 2(18 名) 月 1(5 名)
(d) 全面的に授業	60% (41 名)	35% (22 名)
(e) その他に関して、学生からの意見など	大事な用語は使えるようになりたいです(1 年) 医療用語は別にプリントにまとめてほしい(1 年) 若い人たちの病気やトラブルを知ることができた(1 年) 医療人の悩みなどを知ることができた(1 年) 全面的に授業でとりあげると、授業意識のほうが高まってしまい、今までより学ぶことが少なくなりそうな気がする(1 年) 医療に関することだし、ドラマということで、おもしろさもあるので興味をもって英語に親しむことができる(2 年) 特有の会話があるので、全面的にはどうかと思う(2 年) ER はみんなが興味を持ちやすいので、本校での英語教材として適していると思う(2 年) 退屈しない内容で、集中して見るのができたので、自然と英語を聞き取ろうとしていた(2 年)	

<Letter and Short Communication>

Learning English

Nidal Khasawneh (M.D.)* and Shizuo Oi (M.D.)**

*King Hussein Medical Centre, Amman, Jordan

**The Jikei University School of Medicine, Division of Pediatric Neurosurgery, Tokyo

Dear Friends and Colleagues,

In May 2005, I travelled from Jordan to Japan, where I joined Professor Shizuo Oi, Head of the Division of Paediatric Neurosurgery at the Jikei University School of Medicine. This was part of the "Samii-Oi" scholarship.

During my stay I was introduced to a splendid culture and great friends, and I developed an everlasting respect and admiration for this country and its people.

One of the finest experiences I had was meeting a group of young medical students in an English Speaking Club. They were a splendid example of motivation, activity, and enthusiasm, and a fine example of the future doctors of Japan. They are definitely very bright and promising.

I feel obliged to pay them back by offering the following guides to help them in their efforts in pursuing knowledge and improving their English speaking skills. Thank you.

Nidal H. Khasawneh, M.D.
Neurosurgeon,
King Hussein Medical Centre
P.O. Box 9940, Amman, Jordan
e-mail: nkhasawneh@hotmail.com

J Med Eng Educ (2006) 6(1): 82–86

Key Words: practice by yourself, practice with others, 15 minutes a day, listening, reading, WEB sites

Introduction

Why learn English? Each of us has his or her own reasons and different motivations. Foreign languages, and especially ones with widespread use, are becoming more important to know day by day.

The world is becoming smaller, travelling is easier and more available, the Internet and media bring the world to a one-village level, and business is global. Medicine is no exception: doctors from all over the world meet to convey knowledge, share experiences, and present achievements.

Corresponding author:

Shizuo Oi, M.D.,
Head, Division of Pediatric Neurosurgery,
Professor, Department of Neurosurgery,
The Jikei University School of Medicine (JWCMC), Tokyo
E-mail: ShizAmbrOi@aol.com

Communication is one of the most important skills that doctors need in their professional life and, indeed, mastering other languages strengthens these skills.

The Number-one Drawback

During my review of the Internet looking for the specific problems that students have in learning and speaking English, I came to find a general agreement on one of the major causes of failure: Most foreign-language students believe they cannot understand anything expressed in a foreign language, either spoken or written, until they have translated it into their mother tongue. From personal experience, however, I have found that those who do best in learning the English language are those who embrace the language as a second separate language that they need to learn with all its characteristics and specialities, especially when their mother tongue is of different origin.

True confidence in speaking a foreign language comes from knowing that one has gained some mastery of the language. That mastery comes from learning the traditional things such as the vocabulary, the grammar and the sounds—and learning them in the right way.

Listen, Register, Memorize, and Practice

Think in English, avoid translation, and listen to English spoken by those who speak it as a mother tongue. After all, we all learn to speak our own language before going to school, and we learn it from listening to it spoken by our parents and other people around us.

Learning English as a foreign language is a process governed by many factors. It is an achievable goal but the rules for success are *motivation, persistence, and continuous practice*.

The following statements are assumed to be true in general, whether true or not, but they do give a good indication of learning speed when considered together. However, everyone is an individual with different abilities and learning speeds. So you can make your own adjustments.

1. The country you come from

Japan is a country with a unique culture and a unique language. This makes it difficult for Japanese people to learn English, but continued, deliberate exposure to all types of English is the key to overcoming such cultural differences. Read whatever falls into your hands in English, listen to spoken English anywhere and everywhere. Grasp any and every chance to speak in English.

2. Your mother tongue

Students from countries where the mother language is a non-Roman way of writing will find it more difficult to learn English. Exposure to the English language in all forms—written and spoken—is the key to overcoming this obstacle.

3. How old you are

The younger you are the easier and faster you can learn the language. You are at the best age to learn English as a foreign language.

4. Why do you want to learn English?

In any work, the goal is the key to success. Make your

goal a genuine one and follow it hard and seriously.

5. How fast do you want to learn?

Choose your own pace, but set a definite schedule for this. Never give up on daily practice, even for the shortest time. *Continuity* is essential in learning. *To learn a language, you need at least 15 minutes of daily practice.*

There are some difficulties in learning English, yet it is an achievable goal and can be made highly enjoyable and fun.

Advice to Guide You through Your English Study

1. Define your motivation

There are many opportunities for you to learn English on your own. Select the tasks and set the goals that correspond to your needs and interests. You will be more motivated if you choose tasks and themes that you enjoy. Find activities in English that are fun to do and you will look forward to the time you spend learning English. Studying and practicing need not be in a classroom set-up. A coffee shop or a walk in the park can do as well.

2. Organize your work

As medical students, you have a lot of work and so little time, yes, but where there is a will, there is a way. It is more effective if you work a little every day rather than a lot once a week. It is important to have daily contact with the language for at least 15 minutes every day. Decide on a specific time each day to work on your English. Make a note of that on your calendar.

Make a detailed work programme, and make it solid and limited. For example, read and enjoy a short story, write 10 sentences using "who" questions. Studying should be target-oriented with a special target to achieve through a series of tasks designed to achieve this.

Take a few minutes each night, just before going to sleep, to review what you have learned during the day.

If you started to fall off pace or lose track of your programme, find some new motivation through new experiences or through the help of your colleagues. It is always helpful to have someone to share the experience of learning English with.

Most foreign-language students believe they can't understand anything expressed in a foreign language until they have translated it into their mother tongue.

3. Learn English with a partner

Mastering the oral language is the objective of most English learners. It is an important and essential skill. Practice is the key to this skill; find someone to practice speaking with. Practice together, set a schedule and, most important of all, keep encouraging each other

4. Meet with English speakers

English speakers are of great help in our learning. Try to find some people who speak English. People working or studying in a foreign country are usually happy to have contact with local people and to teach English. Tourists also often welcome opportunities to meet and talk to local people. Check within your medical school, volunteer for tourist guidance, and check with your City Ward Office. Such activities are available, fun, and very helpful to you in mastering English.

5. Listen to English

This is a skill which is easy and cost-effective to practice on your own, even if you are attending English lessons with a teacher. It is easy and relatively cheap to listen to English on audiocassette, videocassette, CD, CD-ROM, DVD, radio, television, and the Internet. There are two types of listening exercise:

- a. Global listening
- b. Listening for detail (this applies to reading, too)

a. Global listening

This is like real-life listening and is usually fun to do. You watch a film, listen to a song or the news and you put your attention on the content, on the meaning, and not on the words! You are successful if you can follow the story, feel the meaning of the song, and understand in a general way what's happening in the world.

This kind of listening can be done while doing other things, especially the sort of things that occupy your hands but leave your mind free. While commuting, washing the dishes, doing the garden, etc., you can also be listening to a cassette, a CD or the radio.

You can also watch a film on TV, videocassette or DVD in this way. This is closest to a real-life situation because the images help you to understand. DVDs are useful because if your family members do not speak English, you can use subtitles in your native language so they can follow, too.

b. Listening for detail

This is more like studying. The objective is to improve your vocabulary, grammar, pronunciation and intonation. The Internet, CDs and other resources are available. Some WEB sites are recommended at the end of this Short Communication.

6. Read English

This is maybe the most common way of working on a language on your own. There are many sources of written English: magazines, newspapers, books and, of course, the Internet.

There are two types of exercise (the same as for listening):

- a. Global reading
- b. Reading for detail (as for listening)

a. Global reading

You pay attention to the meaning—the content—and not the words. If you can follow the story and understand the general ideas, you are doing fine. Looking up unknown words in a dictionary is seldom necessary. What is important is to read a lot and as fast as possible. You will build up the meanings of new words step by step by seeing them in different contexts.

Volume and variety in your reading will help you develop sensitivity for the language and its different registers. This will build up your reading speed and confidence. Start with texts that are easy, simple, and enjoyable.

b. Reading for detail

Notice the text structure. Pay attention to individual words and how they are linked together to form sentences, paragraphs and whole texts. Look up the meaning of new words, and check the spelling and grammar. In other words, study the structure as well as the content.

7. Enjoy grammar on the Internet

Modern grammar and grammar practice books present the structures in context and use graphs, pictures and a variety of different exercise types to help us understand. Even more fun to do is the interactive grammar exercises you will find on CD-ROMs and on the Internet.

8. Sing in English

If you like music, try to learn a song. This will help

**To learn a language, you
need to practice at least
15 minutes every day.**

your pronunciation and vocabulary. Also it is fun and cool!

English and Medicine

Medicine in itself is a demanding speciality, requiring time, commitment and long hours of study. The medical terms need to be memorized and used properly. Trying to learn this in a foreign language such as English is an extra effort that most medical students find very difficult.

Case presentations, reports, documenting the data in patients' files all need special skills and effort. The best way to overcome these difficulties is always to try to learn medical terms in both Japanese and English. This is demanding but yet very rewarding.

References written in English offer a good and fast way to get the information you need.

Practice presenting cases in English. Even if this is not done in your school, do it on your own time, in front of a mirror. This will improve both your language and, just as important, your presentation skills, which are skills very important for every doctor and part of the future daily practice.

Develop more study groups and training activities within the student-body where both of these skills are practiced.

Summary

In summary, here are 18 points I would like to leave with you on how to learn English:

- (1) Any chance to speak English is a good chance so do it.
- (2) Look for and create chances to speak English.
- (3) Find movies that are spoken in English and not translated. The more you watch them, the more the benefit. It will be difficult to understand everything the first time, but the more you watch, the more you will grasp the dialogue.
- (4) Programs for learning English are very beneficial. There are a few on local TV channels; don't miss them.
- (5) Keep your dictionary with you at all times, take notes of new words you learn and constantly revise your lists.
- (6) Try to use your new words in new sentences.
- (7) It is very helpful to carry a small notebook with all

new words, phrases, and expressions written in the notebook.

- (8) Do not hesitate to use your dictionary or notebook whenever needed.
- (9) After all, the more words you learn, the more you are able to form sentences and speak English.
- (10) When speaking, try to form short sentences. Speak direct to the point. Avoid the beginner's attempt to connect sentences resulting in very long, often wrong, sentences.
- (11) Remember that the structure of sentences differs from one language to another. Differences include the order in which the words appear in the sentence, form of words, and the way expressions are made.
- (12) Choose short stories with simple words, read and reread the text and search for the meaning of the words.
- (13) Remember that different texts have different ways of writing and different use of the language. Journalism texts are difficult to read, depending on the journalist's style and specialty; and English literature has a lot of unfamiliar words and structures.
- (14) Internet sites are good resources for finding materials to read, and their materials are written in simple language and are often on interesting subjects.
- (15) There are a lot of English-learning WEB sites, so you can benefit from them. Some of these sites offer self-assessment tests and even interactive practice.
- (16) The best friend who is always available to speak with is yourself; so talk to yourself in English. While memorizing a medical subject, try to recite it in English.
- (17) After all, you are learning a language to enjoy, feel happy about it and never stress yourself. With proper practice and motivation and with time, you will learn and speak English.
- (18) Never be shy or embarrassed to use your new language. Higher levels of knowledge come with time.

These 18 points are an attempt to collect some of my personal guides for learning a foreign language. I hope they will be of benefit to you all, just as they have benefited me in my study of languages. We all have our individual differences, and what you need is to develop your own style and speed of learning the foreign language.

Finally, my advice is to concentrate on one language at the time, be determined, never give up, and always

remember that new language skills are the accumulative result of everyday exposure to the language and everyday practice in using it. The more exposure, the more skills developed.

Fourteen helpful WEB sites

<http://www.edufind.com/english/grammar/toc.cfm>

<http://take.en101.com/web/Website/homesite01.aspx>

<http://eleaston.com/>

<http://www.bbc.co.uk/worldservice/learningenglish/index.shtml>

<http://dictionary.cambridge.org/> (*lots of fun on this site, not just a dictionary*)

<http://www.englishforums.com/>

<http://www.churchillhouse.com/english/downloads.html>

<http://www.englishpage.com/> (*very good site*)

<http://www.englishclub.com/> (*very good site*)

<http://www.rong-chang.com/> (*good site with a lot of resources*)

<http://www.1-language.com/englishcourse/index.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/tutorial.html>

<http://www.englishmed.com/> (*very good site for Medical English*)

<http://www.languages-on-the-web.com/links/link-english.htm> (*a big collection of WEB sites to review*)

<Short Communication>

Global Ear Health Care

Jun-Ichi Suzuki* and Hendarmin Hendarmin **

*Teikyo University, Department of Otorhinolaryngology

**University of Indonesia, Department of Otolaryngology

Background and Objective. People who are either hearing-impaired or deaf face many difficulties living in the hearing world. Management from the medical point of view is also limited in a number of countries. This short communication is aimed toward reviewing the evolvement of the work in otolaryngology and in otorhinolaryngology, and in exploring the involvement and role of Japan in furthering the cause.

Methods. From our experiences in helping to establish and in presiding over academic societies for the promotion of otorhinolaryngology, we reviewed the significant events of the recent past in the promotion of improved management of hearing impairment and deafness.

Results. From the early societies in 1985 to the present, a number of academic organizations have spread to other countries; a newsletter and books have been published; and a university for the deaf and the blind was established in Tsukuba, Japan, receiving the first students in the spring of 2006.

Conclusion. Otolaryngologists as well as the general public are becoming more informed of the needs of the hearing-impaired, but more support and understanding are still needed, including the use of Japanese technology for improving the hearing aid and making digitalized hearing aids more affordable to the patients who need them.

J Med Eng Educ (2006) 6(1): 87–89

Key Words: hearing impaired, low-cost hearing aid, Hearing International–Japan, JICA, education for the deaf, invisible disability

Introduction

Hearing impairment and deafness are of great importance from many angles. From the medical standpoint, however, management is limited in many parts of the world and the problems are complex and multidimensional.^{1–3} Special efforts are needed to overcome the management difficulties and raise awareness and understanding of the people in the hearing world.

This paper summarizes some key efforts that have

been made in behalf of the preservation of hearing and the management of hearing impairment and deafness over the past two decades.

Academic Organizations

The World Project for the Prevention and Management of Hearing Impairment and Deafness was started in 1985 by the International Federation of Otorhinolaryngo-

Corresponding author:

Jun-Ichi Suzuki, MD

Professor Emeritus, Teikyo University, Department of Otorhinolaryngology

Phone: 81–3–3723–9403

Fax: 81–3–3723–9448

E-mail: jis@med.teikyo-u.ac.jp

URL: <http://www.med.teikyo-u.ac.jp/~hi-japan/>

Past President, Hearing International Japan

Immediate Past President, Hearing International

Special Consultant for the International Federation of Otorhinolaryngological Societies

Hendarmin Hendarmin, MD

President of Hearing International Indonesia

Professor of Otolaryngology, University of Indonesia

Phone: 6221–722–1195

Fax: 6221–722–4050

E-mail: hendarmin_h@hotmail.com

Portions of this paper have been published in *Hearing International*, the Newsletter produced by Hearing International–Japan. <<http://www.med.teikyo-u.ac.jp/~hi-japan/>>

logical Societies (IFOS) in close cooperation with the International Society of Audiology (ISA). Jean Market of Belgium, Secretary General of IFOS, and Tore Lundborg of Sweden, who were Executive Board Members of IFOS and ISA, strongly supported and promoted the Project.

The first Otological Center was built in Bangkok in 1985, and now more than 25 Otological Centers exist around the world and are functioning fine.

Hearing International

The year 1992 was an important year for ear care throughout the world. The Otological Centers in Jakarta and in Dhaka were set up in February that year. Then in July, 1992, the Executive Board of the International Federation of Otorhinolaryngological Societies gathered in Sorrento, Italy, and drew up plans to establish an organization that would work exclusively for the hearing impaired in the world. That structure was to be called Hearing International (HI).

Hearing International was organized, then, in October in Morioka, Japan, during the International Congress of the International Society of Audiology (ISA). At the same time, Hearing International–Japan (HIJ) was started as a national group in this country.

Newsletter

Yash Pal Kapur of Michigan, USA, was elected President of Hearing International, J-I Suzuki (one of the authors of this paper) was elected Vice President and Editor of the Newsletter, and Suchitra Prasansuk of Bangkok was elected Secretary General and Treasurer. The first issue of the Newsletter *Hearing International* was published in December, 1992, and uninterrupted publication has continued since then with four issues a year. As of June, 2006, the latest issue number was #55.

Indonesia and Beyond

During the ASEAN Congress on Otorhinolaryngology held in Jakarta in July, 1992, Hearing International–Japan was instrumental in promoting a new project in the interest of hearing impairment in Indonesia. As a result, Hearing International–Indonesia came into being in 1995. The Project successfully continued through 2003. By 2003, HIJ, in cooperation with Hearing International–Indonesia, established many Ear Centers, starting in four cities of Indonesia, including Jakarta, Solo (now officially

Surakarta), Makassar and Denpasar.

The Project was extended for three more years up to 2006, under the support of the Japan International Cooperation Agency (JICA) in cooperation with Hearing International–Japan Grassroots Partnership. Currently, the Project is expanding throughout Indonesia as well as to the neighboring Asian Countries.

The Hearing Aid

In April, 2001, during the 9th ASEAN Congress of Otorhinolaryngology (ORL) in Singapore, the Hearing International Committee on Management and Rehabilitation resolved to develop a High-Quality Low-Cost Hearing Aid (HQLCHA). We believe hearing aids today are highly improved and advanced. Nevertheless, digitalized hearing aids remain far too expensive for the hearing impaired around the world.

Hearing aid manufacturers and dispensers need to be alerted on how to take special care in fitting the hearing aid to the individual patient, and also in conducting regular checks of the hearing aid and the user's hearing. Now, hearing aids shouldn't be sold by e-mail.

Japan is world-famous for sophisticated electronics. Why, then, is there no superb hearing aid in Japan? Big companies in Japan need to be made aware of this discrepancy.

In most countries, the supports from the Government and from Foundations are far from enough for care of the hearing impaired. The only exceptions are in a few countries in northern Europe. Big foundations usually support the blind, but, unfortunately, very rarely support the work for the hearing impaired and the deaf.

Generally, hearing people know very little about the difficulties that the hearing impaired face in their daily living in the hearing world. Difficulties of the hearing impaired are, however, very serious. One area that we especially need to recognize is that of education. Education for the deaf is mostly available only up to the lower high school level, while much higher education is more easily available to the blind.

University Education

A four-year university for the deaf and the blind was established in Japan in October, 2005, in the city of Tsukuba, 国立大学法人, 筑波技術大学. This is the only one in Japan and is said to be one of only three of its kind in the world. President Naoki Ohnuma in Tsukuba



Hearing International held a committee meeting in Singapore in 2001, with Suzuki (third from the right) as chairperson.

One of the important conclusions was then to build a "High Quality Low Cost Hearing Aid (HQLCHA)." Hearing Aids are very much improved and advanced now but extremely expensive, especially for the Hearing Impaired and the Deaf.

worked very hard to bring such a university into reality and is proud of this step forward in Japan. The University welcomed the first students in April, 2006.

Books

In 2001, I wrote a book together with co-author Takeo Kobayashi, entitled *Jikagaku: Nancho ni Idomu* 耳科学 : 難聴に挑む in Japanese, for the hearing people to understand the persons who are either deaf or have severe hearing impairment.⁴ This book was published by Chuko-Shinsho. We received so many letters from the hearing impaired. Very few, however, came in from the hearing people. Although we learned much about the difficulties of the hearing impaired, we were really disappointed to receive so few responses from hearing people. The objective of the book was for the hearing people to understand hearing impairment, but if the number of responses is any indication, then it seems that our purpose was not accomplished.

Subsequently, in 2004, we produced a more comprehensive book in English, under the title *Hearing Impairment—An Invisible Disability: How You Can Live with a Hearing Impairment* (editors: J-I Suzuki, Keijiro Koga, and Takeo Kobayashi), published by Springer-Verlag Tokyo.⁵ The book has 130 contributing authors, all of whom are our colleagues working on behalf of the deaf around the world. The book became bulky, 580 pages

instead of 300. Again, this book is intended for the hearing people, to enrich their understanding of the hearing impaired. We truly hope the book will be useful.

In conclusion, otolaryngologists, certainly, need to be alert to the problems of hearing impairment. One of the jobs of medical doctors in this specialty is to help raise public awareness and concern for the hearing impaired and the deaf, and also to help the hearing world appreciate the privilege of hearing and become aware of steps that might be taken toward the prevention of hearing impairment.

References

1. Suzuki J-I. 1988. *Middle Ear Implant: Implantable Hearing Aids, Advances in Audiology No 4*, München: Karger.
2. Suzuki J-I. 1988. Complications of ear surgery—immediate and delayed, In: Alberti Peter W and Ruben Robert J (eds). *Otologic Medicine and Surgery Vol 2*. New York: Churchill Livingstone, pp. 1365–1388.
3. Suzuki J-I, Kodera K, Iino Y, and Murakami Y. 1999. *Reconstructive Surgery of the Middle Ear*. Amsterdam: Elsevier, p. 184.
4. Suzuki J-I and Kobayashi T. 2001. 『耳科学 : 難聴に挑む』*Otology: Challenges Facing the Hearing Impaired*. Tokyo: Chuko Shinsho (in Japanese).
5. Suzuki J-I, Kobayashi T, and Koga K (eds). 2004. *Hearing Impairment—An Invisible Disability: How You Can Live with a Hearing Impairment*. Tokyo: Springer-Verlag.

I. In each question, choose the one answer as reflected by this article in the Journal,* and write A, B, C, or D in the blank.

1. The problem-based-learning course developed for this English course at the University of Tsukuba was _____ .
 - A. for graduate students
 - B. for upperclassmen in the 4th, 5th, and 6th years of undergraduate school
 - C. for second-year students
 - D. for first-year students

- 2–3. This teacher's approach differs from the first problem-based-learning class reported by Alistair Wood and Michael Head. The class described by Wood and Head _____ , whereas the class at the University of Tsukuba _____ .
 - A. used medical problems suggested by the clinical teachers, who are the subject specialists
 - B. used medical problems decided by the English teacher
 - C. had the students propose what medical problems they themselves wanted the class to work on
 - D. used general social problems, not medical problems

4. For the class in Tsukuba, _____ prepared the list of keywords for each topic.
 - A. the students
 - B. the clinical teachers
 - C. the English teacher
 - D. the authors of the Internet papers and journal papers

5. The main purpose of the keywords was _____ .
 - A. to help the students organize the reports they were writing about
 - B. to help the students make an index that would help the reader find the main points in the report
 - C. to challenge the students to think of the keywords themselves in their next project
 - D. to help the students search the Internet for articles and books related to the problems they were studying

* Miyamasu F. 2006. Problem-Based Learning in the English-for-Medical Purposes Class. *J Med Eng Educ* 6(1): 45–51.

- This *Continuing Professional Education* corner was prepared by the Editor-in-Chief of the *Journal* and is based on the original article by Flaminia Miyamasu, Tsukuba.
- *Continuing Professional Education*, a regular feature in the *J Med*

Eng Educ since Vol. 5 No. 1, is primarily for enjoyment. One objective is to highlight key points of at least one of the papers appearing in English in the *Journal*, thus illuminating a pathway for active readers to get more out of the *Journal*. In future issues, *Continuing Professional Education* may take a different approach, such as question-and-answer, English usage problems, or other matters of interest to the goals of JASMEE readers.

6. Fundamentally, the students in the PBL course worked in this order: _____ .
- A. clarifying the medical problem solving the medical problem
 convincing the other students on what is best evaluating the presentations of peer groups
- B. solving the medical problem convincing the other students on what is best
 clarifying the medical problem evaluating the presentations of peer groups
- C. convincing the other students on what is best clarifying the medical problem
 solving the medical problem evaluating the presentations of peer groups
- D. clarifying the medical problem convincing the other students on what is best
 solving the medical problem evaluating the presentations of peer groups
7. This teacher maintains that if the PBL approach is used in an English class for medical students, _____ .
- A. the English teacher ought to collaborate with the subject specialist
- B. the English teacher ought to acquire a basic knowledge of the subject the students will be working on
- C. the English teacher ought to get permission from the head of the Faculty of Medicine
- D. the course should be an elective, not a required course
8. Unlike some PBL teachers, this teacher advocates that, once the student groups have started their discussions and are doing their research, _____ .
- A. the teacher ought not intervene, even if the students ask for help or advice from the teacher
- B. the teacher should take the role of a spectator, refraining from intervention unless the students request help or advice from the teacher
- C. teacher intervention is necessary sometimes as a way of steering the groups back on course if they veer away from the central issue of the problem
- D. teacher intervention is a necessary means of pressuring the students to get on with the work they have to do

II. Match the verbs in the box, as used in this article, with the meaning on the left (each is to be used one time only).

- | | |
|----------------------------------|---|
| _____ 1. heed | _____ 9. to cause to happen |
| _____ 2. put into action, start | _____ 10. to pinpoint, single out |
| _____ 3. to imitate, match | _____ 11. delve into, scrutinize |
| _____ 4. force to act | _____ 12. to watch carefully, supervise |
| _____ 5. to create | _____ 13. to laud, herald |
| _____ 6. to mix | _____ 14. hold on to, remember |
| _____ 7. to answer | _____ 15. to make ready |
| _____ 8. to put forward, contend | _____ 16. to change direction |

- | | |
|--------------|------------------|
| A. assert | I. monitor |
| B. blend | J. retain |
| C. compel | K. reflect |
| D. design | L. solve |
| E. equip | M. take to heart |
| F. explore | N. tout |
| G. identify | O. trigger |
| H. implement | P. veer |

Answers may be seen at the bottom of page 96.

会告(Announcements)

第10回日本医学英語教育学会 総会

会期：2007年7月14・15日(土・日)
会場：メトロポリタンプラザ・オフィスタワー(12F
会議室)(東京都豊島区西池袋1-11-1, TEL 03-5954-
1111(代), URL: <http://metopoli.com/>)
会長：大石 実(日本大学医学部)

【口述演題募集のご案内】

下記の分野について口述演題を募集いたします。

1. 医学英語の教育法
2. 医学英語の教材(開発・使用経験等)
3. 医学英語原稿の編修・執筆
4. その他, 医学・医療英語教育に関連するテーマ(看護英語などを含む)

口述演題応募〆切日：2007年2月28日(水)

演題応募用ホームページ：

<<http://www.medicalview.co.jp/JASMEE/gakujutu.shtml>>

- * 演題受付は, 原則としてオンライン登録経由のみとなります。
- * 筆頭演者は本学会会員に限ります。非会員の方は演題提出前に必ず本学会に入会してください。
- * 「iPodを用いた医学英語教育」に関するシンポジウムを第10回総会で行う予定で, 口述演題の中から2~3演題を選ばせていただきます。

問合せ先：日本医学英語教育学会事務局

〒162-0845 東京都新宿区市谷本村町2-30
メジカルビュー社内
TEL 03-5228-2057(ダイヤルイン)
FAX 03-5228-2062
E-MAIL jasmee@medicalview.co.jp

Announcement of the tenth annual JASMEE conference

Date: July 14 & 15, 2007 (Saturday & Sunday)
Place: Metropolitan Plaza Office Tower 12F Conference
Room
Address: 1-11-1 Nishi-Ikebukuro, Toshima-ku, Tokyo
Phone: 03-5954-1111 (key number)
URL: <http://metopoli.com/>
Chair: Minoru Oishi, M.D. (School of Medicine, Nihon University)

【Call for Papers】

Oral presentations on the following subjects are invited.

1. The teaching of medical English
2. Developing and using texts of medical English
3. Editing and writing medical English
4. Other relevant issues in medical English

Deadline of submissions: Wednesday, February 28, 2007

Conference webpage:

<<http://www.medicalview.co.jp/JASMEE/gakujutu.shtml>>

- * All submissions should be made online.
- * Only submissions by members in good standing of JASMEE (Japan Society for Medical English Education) can be accepted.
- * A symposium concerning "medical English education using iPods" will be held and a few papers will be selected from the submissions.

Contact Address:

Secretariat, JASMEE
c/o Medical View Co., Ltd. 2-30 Ichigaya-hommuracho,
Shinjuku-ku, Tokyo 162-0845, Japan
Phone: +81-3-5228-2057
Fax: +81-3-5228-2062
E-mail: jasmee@medicalview.co.jp

【ワークショップのご案内】

第10回総会で行われるワークショップのオンライン申込を2007年4月1日から開始いたします。
申込順で, 定員になりましたら締め切りとなります。

1. Writing Workshop (英語での医学論文執筆)

30 Ways to Make YOUR Medical Paper Smart and Convincing

講師：Nell L. Kennedy (酪農学園大学獣医学部バイオメディカルイングリッシュ研究室教授, Editor-in-Chief: Journal of Medical English Education)

日時：2007年7月14日(土曜午後) 14:10 ~ 16:10

定員：60名

Target participants: (a) Medical professionals who wish to publish in international journals and (b) English teachers who might be called upon to help medical professionals write or edit a paper.

* 筆記用具を必ずご持参ください。一部の内容ではパソコンも使用可能ですが, その場合は充電した状態でお持ちください。

2. Oral Presentations (英語での口頭発表)

講師：J. Patrick Barron (東京医科大学国際医学情報センター教授)

日時：2007年7月15日(日曜午前) 10:10 ~ 11:40

定員：100名

3. Student-Centered Activities for EMP:

ゲームを用いた医学英語学習

講師：押味貴之(日本英語医療通訳協会),

Eric Hajime Jego(日本英語医療通訳協会)

日時：2007年7月15日(日曜午後) 13:30 ~ 15:00

定員：30名

日本医学英語教育学会

理事・評議員

(任期 2004 年 8 月 ~ 2007 年 7 月)

名誉理事長

植村 研一 横浜市立脳血管医療センター長

理事長

大井 静雄 東京慈恵会医科大学 脳神経外科 教授

副理事長

J. Patrick Barron 東京医科大学 国際医学情報センター 教授

理事

飯田 恭子	首都大学東京 健康福祉学部看護学科 / 大学院保健科学研究科 教授	Nell L. Kennedy	酪農学園大学獣医学部 バイオメディカルイングリッシュ研究室 教授
大石 実	日本大学医学部附属練馬光が丘病院 神経内科助教授	佐地 勉	東邦大学医療センター大森病院小児科 教授
大木 俊夫	浜松医科大学 名誉教授	清水 雅子	川崎医療福祉大学 医療福祉学科 / 大学院 医療福祉学研究科 教授
大瀧 祥子	金沢医科大学 教授	中洲 庸子	静岡県立静岡がんセンター 脳神経外科 部長
大野 典也	東京慈恵会医科大学 名誉教授	西澤 茂	産業医科大学 脳神経外科 教授
亀田 政則	福島県立医科大学看護学部 総合科学部門 (外国語) 教授	菱田 治子	浜松医科大学 英語学 助教授
		本郷 一博	信州大学医学部 脳神経外科 教授
		吉岡 俊正	東京女子医科大学 医学教育学 教授

評議員

相浦 玲子	滋賀医科大学 基礎学医療文化学講座 (英語) 教授	Ann C. Tang(鄭珠)	東京女子医科大学 医学教育学教室 国際コミュニケーション室
安藤 千春	獨協医科大学 国際学術教育センター 教授	野村 隆英	藤田保健衛生大学医学部 薬理学 教授
板倉 徹	和歌山県立医科大学 脳神経外科学 教授	林 皓三郎	Lab. of Immunology, National Eye Institute, National Institutes of Health, USA
園城寺康子	聖路加看護大学 教授	Raoul Breugelmans	東京医科大学 国際医学情報センター 助教授
木下 栄造	兵庫医科大学 教授	Paul Hollister	弘前大学医学部 Medical English Center
齊藤 卓弥	日本医科大学 精神医学教室 助教授	松井 秀樹	岡山大学医学部 生理学第一講座 教授
笹島 茂	埼玉医科大学進学課程 講師	元雄 良治	金沢医科大学 腫瘍治療学 教授・集学的がん治療センター長
玉田 吉行	宮崎大学医学部 英語科 教授	森岡 伸	札幌医科大学医学部 教授

事務局

〒162 0845 東京都新宿区市谷本村町 2 30 メジカルビュー社内

TEL 03-5228-2057 FAX 03-5228-2062

E-MAIL jasmee@medicalview.co.jp

投稿申請書

Submission Conent Form

受付番号 _____

(コピー可)

下記の論文を日本医学英語教育学会会誌 *Journal of Medical English Education* に投稿します。なお、他誌への類似論文の投稿はいたしません。また、採用された場合、本論文の著作権が日本医学英語教育学会に帰属することに同意いたします。

We are submitting our manuscript entitled as undermentioned for your consideration of its suitability for publication in the *Journal of Medical English Education*. The undersigned authors agree to transfer, assign, or otherwise convey all copyright ownership to the Japan Society for Medical English Education in the event that this work is published in the *Journal of Medical English Education*.

申請日 (Date of submission) _____

論文題名 (Title)

著者 (Authors)

氏名 (Name) ・ 所属 (Institute)

署名 (Signature)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

通信著者 (Corresponding Author)

氏名 (Name)

連絡先 / 校正紙送付先 (Contact Address)

TEL _____

FAX _____

E-MAIL _____

日本医学英語教育学会
Japan Society for Medical English Education
入会のご案内

入会手続き

1. 入会申込書に所定の事項をご記入のうえ、下記の提出先へお送りください。

ホームページでの入会申し込みも可能です(<http://www.medicalview.co.jp/JASMEE/index.shtml>)

2. 郵便振替口座に年会費を振り込んでください。

平成 18 年度年会費：一般 ¥7,000，学生 ¥1,000

入会申込書の受領ならびに年会費振込の確認をもって、入会手続きの完了とします。

学生会員の年会費には会誌の購読料が含まれませんのでご注意ください。

学生会員で会誌購入をご希望の場合は個別にお申し込みいただくこととなります(1 部 2,000 円)

入会申込書類 請求・提出先： 〒 162 0845 新宿区市谷本村町 2 30 メジカルビュー社内

日本医学英語教育学会 事務局 (担当：江口)

TEL 03 5228 2057 FAX 03 5228 2062

E-MAIL jasmee@medicalview.co.jp

URL <http://www.medicalview.co.jp/JASMEE/index.shtml>

郵便振替口座： 口座番号 00160 6 26362

口座名称 日本医学英語教育学会

Answers to Continuing Professional Education (Page 90-91)

9-O; 10-G; 11-F; 12-I; 13-N; 14-J; 15-E; 16-P.

II. 1-M; 2-H; 3-K; 4-C; 5-D; 6-B; 7-L; 8-A;

I. 1-D; 2-C; 3-B; 4-C; 5-D; 6-A; 7-B; 8-C

Journal of Medical English Education Vol. 6 No. 1

日本医学英語教育学会会誌

2006 年 12 月 1 日発行 第 6 巻 第 1 号 頒価 1 部 3,000 円

編集人 ネル・L・ケネディ / 企画 日本医学英語教育学会

発行所 メジカルビュー社

〒 162 0845 東京都新宿区市谷本村町 2 30

TEL 03-5228-2057 / FAX 03-5228-2062 / E-MAIL jasmee@medicalview.co.jp

(年会費には本誌の購読料を含む)

印刷 日経印刷株式会社

Journal of Medical English Education Vol. 6 No. 1

日本医学英語教育学会会誌

2006年12月1日発行 第6巻第1号 頒価1部3,000円

編集人 Nell L. Kennedy / 企画 日本医学英語教育学会

発行所 メジカルビュー社

〒162 0845 東京都新宿区市谷本村町2 30

TEL 03 5228 2057 / FAX 03 5228 2062 / E-MAIL jasmee@medicalview.co.jp

(年会費には本誌の購読料を含む)

印刷 日経印刷株式会社