

序論：医学教育の改善について

片 山 喬

富山医科薬科大学泌尿器科学教室

はじめに

今回、本学医学部において「医学教育の改善」をテーマにしたワークショップが組まれたことは、日頃こうした問題に興味を寄せ、ささやかな試行を繰り返してきた私にとって大変嬉しく、この企画を立てられた方々にまずお礼を申し上げたい。またこの機会に序論を述べさせて頂くことは大変光栄に思っていたが、当日たまたま体調をくずし出席できなくなり要点のみをお読み頂くことになり、また論議にも加われず申し訳なく思っている。そこで講義の改善とクリニカルクラークシップについて日頃考えていることを記述して、参考に供したい。

講義の改善

まずあげたいのは、「教授錯覚」といわれる事実を教官がよく認識することである。これは教官が教えたことを学生がすべてよく理解し得たと思うことであり、事実私もテストを行ってみてこんなに学生は理解していなかったのかと感じさせられることが多い。つまり教官が一生懸命教えたから、学習者はその意図に沿ってすべて変化したと考えるのは誤りであり、学習者が「学び」そして「得た」ことが重要なのである。つまり Learner-centered Education でなければならないということである。

優れた学者のうんちくをかたむけた講義には誰もが感動するのではないか、これは必ずしも学習者中心ではないのではないかともいわれるが、このような講義の場合は学習者はそれを聴きに集まって来ており、学習者のニーズに答える講義が行われていることが多いので大きな感動を学習者に与えるとも考えられる。

教育のための計画、カリキュラムを作るにはまず教授目標を設定する必要がある。教授目標は一般目

標 (General instructual objective, GIO) と行動目標 (Specific behavioral objective, SBO) にわけられ、一般目標はより抽象的な達成目標であり、行動目標はより具体的な行動がその目標となる。この点詳しくは「医学教育マニュアル」を参考にされたい。私が嘗て医学教育ワークショップで教えられたことの中で、今でもカリキュラム立案の基本としているのは、こうした教育目標を立てること、つまり一定の教育コースが終わったあと、学生はこのようになってほしいという目標を定めることと、この目標が

- 1) 現実的 (Real) でなくてはならない。
- 2) 理解可能 (Understandable) でなくてはならない。
- 3) 測定可能 (Measurable) でなくてはならない。
- 4) 行動的 (Behavioral) でなくてはならない。
- 5) 達成可能 (Achievable) でなくてはならない。

ということである。理想的目標を掲げることはむしろ容易であるが、学習者が出来る範囲を考えて、一人残らず達成できるものを目標としてきた心算である。しかし、残念ながら目標を立てても私の考え方が誤っているのか、それとも学生に問題があるのか、多くの場合すべての学生が目標をクリアしていない現実は大変残念である。

また、Dr. ハーストの医学教育論の中の「講義を改善する原則」を表 1 に掲げるが、ここから多くの有益な示唆を得ることが出来る。この中にはすでに述べた事項も多いが、「スライドは極力切り詰めて使用すべきである」など、あまりにも多くの情報を学生に与えようとして日頃スライドに頼り過ぎている自身の講義を反省している。学習者側から見ればスライドの内容を咀嚼するどころか十分読むことも出来ないような講義には感銘を受ける筈がない。スライド映写で室内を暗くすれば眠気もよもよす。むしろ明るい室内で学習者と常に対面して示すこと

表1 講義を改善する原則
(Dr. ハーストの医学教育論より)

まず第一は聴衆の背景、およびその興味の対象をすることである。

講師たるものは、自分の独自の情報を持っていない演題に関しての講義はすべきではない。

講師たるものは、講義の目標とする点を確定し、それをはっきりと述べる必要がある。しかもこのことは、緒言に引き続き、できる限り早い機会に行なうべきである。

講義の目標点を確定し、それを聴衆に告げた後、講師は講義の目的、およびその限界についてもう一度考える必要がある。

約45分間の講義では、要点は5つ程度にすべきである。

スライドは極力切り詰めて使用すべきである。

講師は講義している間に聴衆の反応の手ごたえの感触をつかまなければならない。

優秀な講師は、実際に結論を論ずる前に聴衆を講義の結論に導くことができるのである。

質疑応答の時間は大変貴重である。

が出来るオーバーヘッドプロジェクターをもっと活用するべきであると考え。また質疑応答の時間が大変貴重であるといわれているが、実際には学習者の間からなかなか質問がでてこないことが多いのも事実である。従ってよい教官は講義の中で、疑問点を浮き彫りにするように話し、また質問が気軽に行われるような雰囲気作りにもたけているものである。実際に講義を行っているものとして、この点何時も恥ずかしい思いをしている。

私なりの講義形式の工夫としては、各論においては泌尿器科の代表的疾患の患者カルテを小グループに与え、それをよく検討し、講義の時間に発表してもらうようにしている。つまり学習者による学習者に対する講義で、教官は明らかに誤っている点を指摘したり、アドバイザーとして必ず知っておくべきことを話すようにして、出来る限り学生間の討論にまかせている。学生はプリントを作成するが、それを作るためのグループとしての作業が学習効果をあげるものと考えている。すべての講義についてい

ることかもしれないが、この方法も学生の積極性に負うところが大きく、学生のモチベーションを引き出すことが極めて大切である。

ただ、何の工夫もなく講義を行うだけでは如何に優れた教官でも、また優れた内容でもそれに見合った学習効果をあげることは難しい。「医学教育技法マニュアル」の中で植村研一教授は記憶に残る教授方法のコツを述べられており、また私も同書の中で総合講義形式の利点と問題点について述べているので参考にして頂きたい。

クリニカル・クラークシップについて

クリニカル・クラークシップとは bedside learning のやり方であって、「学生が受け持ち医とともに責任の一端を担いながら、医療チームの一員としての役割を果たす中で臨床実習を行う」ものとされている。医師法の改正により、医学生も簡単な医療行為には種々な条件の下で参加することが可能となっており、これまで単なる外来、病棟の見学に終ったり、担当医師の特別の配慮で医療行為にタッチさせてもらっていた臨床実習の幅と内容が充実される傾向にあることは大変喜ばしい。しかし教育スタッフの数と質、学生の積極性、患者の理解と同意など、実際の現場では多くの問題が山積みしている。

私の病棟での臨床実習は患者を受け持たせて、自ら患者さんから学ぶという学生の積極性に待つ方式をとっている。一見放任とも見られるが Patient-oriented であるべきであると考えている。臨床実習のまとめはブッチャースペーパーに書かせて発表させている。プリントにするという方法もあるが、現在の方がよりインパクトを与えるものと考えて続けている。

クリニカルクラークシップは医学、医療についての知識や技能のみならず、医師としての態度や習慣をも医療の現場から学びとるもので、本を読んでも体得することは出来ない。いろいろ問題はあろうが、卒前医学教育の中で学びとって行くべきものと考えられる。

む す び

序論：医学教育の改善について

講義方法の改善について述べると共に最近話題になっている bedside learning の 1 つのやり方である クリニカルクラークシップについて私の経験をふまえ簡単に述べた。他に試験や評価についても論ずべきであるが今回は省略した。

文 献

- 1) 日本医学教育学会教育開発委員会編：医学教育マニュアル 1. 医学教育の原理と進め方, 1978, 2. カリキュラムの作り方, 1979, 3. 教授—学習方法, 1982, 4. 評価と試験, 1982, 5. シュミレーションの応用, 1984. 篠原出版, 東京.
- 2) 日野原重明監訳：Dr. ハーストの医学教育論 The Bench and Me. 医学書院, 東京, 1993.
- 3) 日本医学教育学会教育技法委員会編：医学教育技法マニュアル, 篠原出版, 1993.
- 4) 植村研一：学部教育の改革, 泌尿器外科 6 : 593—597, 1993.
- 5) 三井利夫, 堀原一：クリニカル・クラークシップ. 泌尿器外科 6 : 601—604, 1993.