

健康文化

## 今年の夏は〈教育〉の夏

中木 高夫

### ●はじめての「医学教育ワークショップ」

〈教育〉はこれまでのわたしのキャリアの中でもとりわけ大きな存在でした。幼稚園から大学まで教育の受け手であったわけですが、教員として教育を考えるようになったのは滋賀医大に赴任して、附属病院創設の準備がほぼ整った昭和53年（1978年）9月のことでした。

当時新設された多くの国立の医科大学がそうであるように、滋賀医科大学も教員のための医学教育ワークショップを毎年行なっていました。当然のことながら、第1回と第2回は教授や助教授に就任予定者だけが参加してのものだったのですが、第3回は病院創設作業に忙殺されていたので1年スキップして開催されました。このときには教授と助教授はほぼ全員が経験していたので若手の教員、つまり助手にも開放され、教授の勧めもあって渋々参加しました。

というのも、その当時の教員の風潮としては、「教育は雑用」という気分があったからです。教員としての一番の仕事は研究であり、診療は患者さんに対する義務であり、教育はできたらやりたくない仕事でした。そういう風潮にわたしも染まっていたのです。

第1回と第2回の医学教育ワークショップは比叡平にある大塚製薬が保有する大塚山荘であったのですが、関連業者の軒先を借りることに問題があるので第3回は学内の新築された本部棟で行なわれました。助手に開放したことで参加者が増え、おそらく予算の都合もあったのでしょう。

この研修は「ワークショップ」と銘打っているように参加型の研修で、小グループに分かれて課題をワークし、そのプロダクトを全体会で報告し合うというものでした。課題は教育を考えるうえでの基本となる「カリキュラムプランニング」です。講師をタスクホース（機動部隊）と呼ぶならわしですが、たしかに講義する先生ではなく必要なときに必要な援軍を繰り出してくれる存在でした。このときのタスクホースは浜松医科大学の植村研一さんと川崎市立川崎病院の林茂さんでした（当時）。「さん」づけで呼ぶのは日本医学教育学会のな

らわしで、権威主義の教授でありたくないという気持ちから出ているのでしょう。

この医学教育ワークショップや植村さんと林さんに出会えたこと、そしてこうした先輩を通じて日本医学教育学会の会員とのネットワークが得られたことは、その後のわたしにはかりしれない影響を与えました。

日本医学教育学会のカリキュラムプランニングを軸とするワークショップは、オーストラリアにある WHO のティーチャーズ・トレーニング・センターに中堅の会員が参加して持ち帰ったプログラムが基礎になっています。カリキュラムプランニングの基本思想はブルームの完全到達主義の教育学から来ています。ブルームは到達可能な小さな教育目標に達成することを繰り返していけば、大きな目標に到達することができると思いました。

そこで、まず教育機関（大学）の教育目標として、その大学を卒業する時点で卒業生が到達すべき姿を記述します。そして、その目標をいくつかのコースに分解し、コースの教育目標を記述します。さらに、コースの教育目標に到達するためにコースをいくつかの科目に分解し、それぞれについて一般教育目標（general instructive objects, GIO）を設定し、さらにそれを現実的で（real）、理解可能で（understandable）、測定可能で（measurable）、行動的で（behavioral）、達成可能な（achievable）個別行動目標（supecific behavioral objects, SBO）に分解します（この SBO が持っているべき条件の頭文字をとると RUMBA となり、ダンスのルンバと同じスペルであることから「ルンバの法則」と呼びます）。

こういう方法で構築されたカリキュラムは、いままでのような個別の科目がそれぞれ勝手に〈オロジー〉を主張する寄せ集めカリキュラムではなく、ひとつの意図で構造化された大伽藍で、個々の科目はその中で位置づけられ、その役割がはっきりとします。どちらかという〈主知的〉でありたいと願っているわたしとしては、このように全体が見渡せるカリキュラムプランニングはまさに「目からウロコ」でした。

もうひとつ、この方法で気に入ったことがあります。それは科目の GIO と SBO を考えるときのもうひとつの原則です。それは学生が修得すべきものには3つの領域があるということです。知識すなわち認知領域（cognitive domain）、技能すなわち精神運動領域（psychomotor domain）、態度すなわち情意領域（affective domain）の3つです。従来の医学教育は認知領域に偏っていたので、目標設定の段階から精神運動領域や、とくに情意領域を含めておくことに新鮮な感動をおぼえました。

そして、前述の抽象的ではなく、具体的な目標を設定することは、実際の臨床で患者指導にあたる時にも応用でき、POS (problem oriented system, 問題志向システム) を教えるうえでも役に立ちました。

### ●医学教育と看護教育 — それぞれが大切にしてきたもの —

若いときに医学教育ワークショップの洗礼を受けて以来、〈教育〉はわたしの大きなテーマのひとつでした。日本医学教育学会をはじめ、いままでにかかわった医学系や看護系のいくつかの学会で〈教育〉にかかわってきました。今年（平成11年）の夏は、なぜかそうした〈教育〉に関するかかわりが多かった夏でした。

平成11年7月29日（木）と30日（金）。東京で第31回日本医学教育学会大会が開催されました。その1日目の冒頭に「医学教育と看護教育 — それぞれが大切にしてきたもの」というシンポジウムが持たれました。このシンポジウムは実行委員長であった日本赤十字武蔵野短期大学の畑尾正彦さんから依頼を受けて組織したもので、医学教育側からは聖マリアンナ医科大学の村山正博さん、明石市立市民病院の福間誠之さん、北海道大学医学部の大滝純司さん、看護教育側からは聖路加看護大学の小山真理子さん、健和会臨床看護研究所の川島みどりさんをシンポジストに、東海大学健康科学部の藤村龍子さんとわたしが司会者になりました。

こうしたシンポジウムを企画したのは、日頃から医学教育と看護教育を比較して感じていることがあったからです。それは、伝統的な医学教育も案外捨てたものじゃないということです（もちろん、医学教育学会で改善の必要性が叫ばれているところはその通りですが）。

たとえば、「問診→診察→検査→診断→治療→フォローアップ」という問題解決過程による診療プロセスは、医学教育の中にとくにそのための単元が設けられていないにもかかわらず、学生たちはしっかりと身につけています。それに対して、看護教育では問題解決過程を「看護過程 The Nursing Process」という名称までつけて教育しているのですが、現場では即時的な（つまり、アドリブ的な）対応に終始して、系統的に患者情報を収集することから始まる計画的な看護ケアの提供は、これが導入されて30年ほど経っているのにいまだにギクシャクしています。

逆に、看護では学生に患者を配当し、その患者の看護プロブレムを解決するプロセスを、技術的なことを含めて実施させるという、まさにクリニカルクラ

ークシップを長年にわたって行ってきました。それに対して、医学教育では「一人一人の患者の問題を解決する」という〈臨床〉という概念本来の意味の実習は、最近のクリニカルクラークシップでやっと端緒についたといえます。

そこで、このように医学教育も看護教育もそれぞれ独自に進んできた教育資産が存在しているので、医学教育と看護教育がそれぞれ大切にしてきたものを明らかにすれば、それぞれに欠けているところも明らかになるだろうと考えて、このパネルを企画したのです。

各パネリストは教育を受けた時期や実践領域、そして現在の立場が異なっています。従って、自分の世代での教育の実態やそれに対する評価、そして現在の立場からそれぞれの考えを発表していただきました。このパネルに参加した医学教育者も看護教育者も、ともにこれまで知らなかったところを教えられた思いであったと思います。

とくに医学教育者からは（医学教育のための学会なので、看護教育者の参加が少なく、声がわたしまで届かなかったせいかもしれませんが）双方が協力して提供していく患者ケアをよりよいものにするためにも、こうした交流の場が継続して持たれることを希望する声がシンポジウム終了後にも多数寄せられました。

#### ●名古屋大学医学部保健学科の教育ワークショップ in 中津川

大学をめぐる状況が大きく変化してきているということは、どの大学人もヒシヒシと感じているところだと思います。いまいちばんの話題は独立法人化でしょう。しかしながら、これは行政改革の一環としてとらえたほうがよく、それよりも大学にとって根元的なのは〈教育〉改革です。昨年10月の大学審議会の答申はその大きな指標となるものだと思います。

名古屋大学医学部保健学科は昨年の4月から学生を迎え入れることができたわけですが、それを機にファカルティ・ディベロップメントのためのパイロット研修を昨年8月に開催しました。本年からはそれをさらに充実したかたちで実施することになりました。そのお知らせのための猪田邦雄学科長の文章を以下に引用することにします。

——平成10年10月26日に発表された大学審議会の答申『21世紀の大学像と今後の改革方策について —競争的環境の中で個性が輝く大学—』では、第2章の「大学の個性化を目指す改革方策」のなかで、教員の教育内容・授業方法の改善に関して次のように述べています。

「組織的な教育体制の構築の一環として、個々の教員の教育内容・授業方法の不断の改善のため、全学的あるいは学部・学科全体で、それぞれの大学の理念・目標や教育内容・方法についての組織的な研究・研修（ファカルティ・ディベロップメント）を実施することが重要になっている」

医学教育においては、昭和40年代のなかばにWHOの主導でこのファカルティ・ディベロップメントのためのプログラムが開発され、わが国からも日本医学教育学会のメンバーがオーストラリアにある研修センターでこの方法を学び、昭和48年から大学の教員と研修指定病院の指導担当者を対象に「医学教育者のためのワークショップ」が文部省・厚生省の共催で毎年開催されるようになっていきます。

保健学科は平成10年に新1年生を迎え、これを機にファカルティ・ディベロップメントに力を入れるべく、そのパイロットスタディとして平成10年8月6日（木）7日（金）の2日間、学内において「教育ワークショップ」を開催しました。このワークショップは上記の「医学教育者のためのワークショップ」を保健学用にアレンジしたもののミニ版であり、スモールグループで課題について作業し、さらにそれを全体会で発表して共有することによって、参加型の学習をするものでした。

このワークショップの方法にご造詣の深い、日本医学教育学会理事畑尾正彦日本赤十字武蔵野短期大学教授をタスクホースにお迎えして、教育を深く考えるのにふさわしい「カリキュラム・プランニング」をテーマに、実際のカリキュラムをつくる作業を通して意義深い2日間を過ごすことができました。

本来なら学外の人里離れた清々しい環境で集中して行なうのが効果的ではありますが、経費の関係で学内の教室を利用して行ないました。このワークショップをさらに拡大して保健学科の教員全員がこれを経験できるようにと考え、下記要領で開催場所を学外にとり、期間も3日間と充実したものを企画しました。

大学の評価は自己点検に始まり外部評価の時代を迎えており、平成12年4月には国立の第3者評価機関が設置され、実際の評価が開始されます。大学の評価は主として教育、研究、管理・運営からなり、これに開かれた大学としての社会への貢献も評価されることとなります。当然、研究業績の一部は予算に反映されるでしょう。教育の評価はそのスパンも長く容易でないことは理解できますが、まずできることから始めることが大切です。学年進行とともに学生の授業評価、卒業生の授業評価も必要となるでしょう。公開授業も行う必要があるかも知れません。管理・運営面では委員会活動や教授会への出席などので

きるところからすでに評価が始まっています。大切なことは定削や任期制のための評価ではなく、自らを改革し高めていくための評価であることです。

学年進行中で大学院設置を控えている保健学科では、本年4月1日で教授、助教授は要求どおり充足されました。今こそ、教育を見直し自己を高めていく絶好の機会と考え、2年計画で全員が参加できるよう予算を要求してきました。予算が配分されるかは今のところ不明ですが、予算配分の有無に関わらずこの研修を実行するつもりですので、奮って参加して下さい。—————

このような趣旨のもと、名古屋大学医学部保健学科教育ワークショップは平成11年8月10日(火)から8月12日(木)にかけて、東海地区国立大学共同中津川研修センターで、日本赤十字武蔵野短期大学教授畑尾正彦さん、聖路加看護大学教授植村研一さん、名古屋大学医学部教授伴信太郎さんをタスクホースとして開催されました。ワークの課題は全専攻に共通して実施されている臨地実習のカリキュラム立案で、臨地実習では現在行っていることに引きずられ過ぎるので《クリニカルクラークシップ》としました。

まずは開会式、そしてアイス・ブレイキング(堅さをほぐすために行なう作業)として「記憶に残る学習風景」の絵を描いてもらいました。その後は正味2日間をかけて「学習目標」「学習方略」「教育評価」について、グループワークと全体会での発表を繰り返し、講義を受けるという受け身の学習ではなく、参加型の学習を身をもって体験することができました。クリニカルクラークシップをテーマとしたことで、現在の各専攻での実態に関して専攻を超えて理解することができたことも大きな収穫であったと思います。

もちろん、まじめな研修の場だけではなく、2日間同じ釜の飯を食べるということで、夜は懇親会やキャッシュレスバーも開店され(わたしがバーのマスターです)、多くのお客さん(もちろん参加の教員・事務官です)がお越しくださって、夜遅くまで教育についてのまじめな議論が行われました。本当のところ、「いままで話したこともなかった先生と話せた」なんていう感想があったのですから、大きな進歩です。

最後に持たれた参加者の感想のセッションでは多くの先生方から肯定的な感想が述べられ、実行委員のひとりとしてホッと胸をなでおろした次第です。

教員のなかにはまだお子さんの小さな方もおられるので、3日間拘束することにはもっと配慮が必要であったかとは思いますが、いまのわたしたちで実行可能な有意義な研修であったと思います。

## ● 圧巻だった日本看護研究学会学術集会

少し前後しますが、7月30日（金）から8月1日（日）まで浜松市で日本看護研究学会の第25回学術集会がありました。

日本看護研究学会はその長い歴史の中で、いままで一度も東海地区で学術集会を開催したことがありませんでした。この学術集会は一般演題の応募が毎年300題程度、参加者が毎年1000～1500名程度あるマンモス学会で、1つの大学が世話を引き受けるには到底不可能な規模に肥大しています。そこで、まず東海地方会をつくり、その活動を基盤にして、この学会に長年にわたって貢献してこられた聖隷クリストファー看護大学の田島桂子先生を会長にかついで、地方会として学術集会をお引き受けしようということになりました。

日本看護研究学会東海地方会は3年前に設立され、その世話人はその名称のとおり、力を持ち寄って地方会活動のお世話をしてきました。今回の学術集会にあたって、世話人のみんなが協力するのは当然のことで、会場関係と特別講演や教育講演、シンポジウムなど、会長とかかわりの深い部分は聖隷クリストファー大学が事務局となり、一般演題の受付から、群分け、座長の決定は、名古屋大学を事務局とする東海地方会がとりしきることにしました（そのために1泊2日の合宿をしたくらいです）。さらには、参加申し込みは千葉の学会事務局に担当していただいたのですから、すごいチームワークです。

学会のテーマは、当然、田島先生がこれまでにしてこられたことを前面に押し出そうということになりました。看護教育と行政、国際協力です。

集会は、例年2日なのを半日増やし、3日間としました。胸がザワザワ、目がウルウルしたのは、その2日目のシンポジウムです。シンポジウムのテーマは「看護教育の改革 — 自国の特色を生かした教育課程の構築と国際交流」。米国と韓国からの演者に加えて、わが国からは名古屋市立大学看護学部長の小玉香津子先生がシンポジスト、いまはフリーの身となられた吉武香代子先生が特別発言者で、英語の講演が多いことからその逐次通訳の時間を見込んで、5時間以上にわたる大シンポジウムとなりました（さすがに途中で2回の休憩がありました）。

そんなに長いと途中でダレルんじゃないかと心配される向きもあるでしょうが、とんでもない。フロアとのディスカッションになるにしたがって、会場はそこで展開される対話にのめり込んでいって、知的満足感にひたった時間を過ごしました。

「途中で帰る予定にしていたんだけど、時間を忘れて、夢中で聞いてしまっ

た」という感想を述べる声を、何人もの人から聞くことができました。

胸がザワザワ、目がウルウルしたのは、フロアとのディスカッションで、「看護の学問が発展し、何をするのかナースは知っているのです。知っているだけではダメで、いまは知っていることをやるべきときです」という小玉香津子先生の発言に、前述の健和会臨床看護研究所の川島みどり先生が賞賛の意見を述べられたときです。

こう言っでは失礼かもしれませんが、小玉香津子先生に対するぼくのイメージは「ひたすら看護を思索する人」で、川島みどり先生は「ひたすら看護を行動する人」でした。そうしたアプローチの異なる傾向を持つ2人の看護の巨人ががっちり握手する（現実には手を握り合ったのではないですが）シーンに遭遇して、胸がザワザワ、目がウルウルだったのです。

#### ●後期の開講を前にして

名古屋大学医学部保健学科の1期生は4月に2年生になり、10月からは後期が始まります。わたしが担当する看護診断学、看護診断学実習A、バイオエシックス論、医療英語Iも開講されます。

看護診断学は短大時代から準備を進めてきたので、少し余裕を持って授業を構成することができますが、実習のほうは実際に自分が経験したこともない分野なのでいまから緊張しています。さいわいどちらも看護系の教員と協力して構築していく科目なので、意見を採り入れながらベストのものをつくりあげたいと思っています。

バイオエシックス論と医療英語Iは大人数での授業に如何に学生を参加させるかが課題です。80名の語学授業なんて想像できないでしょう。バイオエシックス論は課題ビデオを見せて、小グループで討論する形式をとりたと思っています。知識は教科書から十分に得られるからです。

今年の夏は〈教育〉の夏でしたが、その勢いが今後も続いてくれればよいのですが……。

(名古屋大学医学部教授保健学科看護学専攻)