

## 5. 現場での医学生・研修教育

*“Education” is an unconditional ‘GIVING’ without asking for anything in return : it is just given to the next generation.*

— Junji Machi (1952年～)

教育とは、見返りを求めないものであり、次世代へのギフトである。

冒頭の文章は、私の尊敬するハワイ大学の町淳二先生の言葉です。アメリカに臨床留学や、見学に来た人のほとんどが、その優れている点として、

### ティーチングの素晴らしさ

を挙げています。「わざわざ時間を割いて教える」というよりも、「患者診察の合間に自然とティーチングが行われる」という感じです。そして、特定の医師だけでなく、すべての医師が「教えるスキル」を有し、ティーチングが当たり前のように行われています。このティーチング習慣は一体、どこで得ているのでしょうか…？ 本章では、アメリカの卒前・卒後研修の様子から、その秘密を探りたいと思います。

### 本音トーク1 メディカルスクールは「医師になる」目的を明確にもつ人のための医師育成所

医師になるまでの道のりは長く、資本もかかるため（メディカルスクールの授業料は高い！）、合格するにはそれなりの心構えが必要となります。明確な意志を持っていないと、ハードなメディカルスクールの授業やその後のレジデンシーをととても続けることはできません。メディカルスクールに入学する学生のほとんどは、4年制カレッジを一度卒業していて、すでに大学生生活を謳歌し終えている

ことがほとんどなので、日本の医学生がまだ高校を卒業したばかりの「学生」という印象を与えるのに対して、アメリカの医学生は精神的にも落ち着いて成長した「大人」が多い印象を受けます。日米の医学教育が異なるのには、学習・教育システムの違いに加え、学習者の成熟度（教育者が学習者を子どもと捉えるか、大人と捉えるか）も大きくかかわってきます。

メディカルスクールは、学生を自立した大人の学習者（adult learner）とみなした、成人教育（adult education）を基本とし、1日目から医師となる教育が開始されます。学生は、医学的知識からコミュニケーションスキル、責任感、倫理観、社会とのつながりまで、医師に必要なスキルを身につけていきます。カリキュラムは、「どうしたら学生が『患者を診られる医師』になれるか」を追求し、早期より実際の患者診療に関わる時間を設けています（6章）。

### 本音トーク2 メディカルスクールは「teachingの場」ではなく「learningの場」

学習には、授業や練習問題などを中心とし、受け身の状態で学ぶ「受動的学習」と、学習者の主体性に任せて、討論やグループワークなどを通して学ぶ「能動的学習（アクティブラーニング）」があります。認知科学や学習理論において、能動的学習の方が、学習内容の深い理解を生み出し、優れていることが証明されており<sup>1)</sup>、アメリカでは年齢の低い時期より、積極的に能動的学習が取り入れられています（本音トーク3）。

学習者中心で行われる能動的学習を効果的に行うには、学生と教師の両方の要素が不可欠です。

医学教育においても、従来の「教師」と「教師が教えること」に重点を置いた教師中心のアプローチ（teacher-centered education）から、「学習者」と「学習者が学ぶこと」に重点を置いた生徒中心のアプローチ（learner-centered education）へと変化し、教師の役割も、教授する立場から学習のファシリテーターへと根本的な変化が必要になりました<sup>2)</sup>。