

臨床研修指導医のための医学教育学

野村 英樹

Key words：医学教育学，臨床研修指導医，研修プログラム

〔日内会誌 97：1382～1386，2008〕

はじめに

新しい医師臨床研修制度では，指導医には7年以上の臨床経験（現在は過渡的に5年以上に緩和されている）が必要とされているが，その他に，厚生労働省の開催指針¹⁾に則って開催された指導医養成講習会（ワークショップ：WS）を修了していることが期待されている．現在，各地でこのWSが多数開催され，これまでに非常に多くの修了者が輩出されており，平成21年度からは厚生労働省医政局長の公認印が押されたこの修了証が指導医の要件となることが決定している．

指導医養成講習会は厚生労働省医政局長通知「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針」¹⁾によると，実質講習時間16時間以上の原則二泊三日以上（ただし一泊二日でも認められる）の宿泊研修と規定されている．講習会ではあるが，講義ではなく小グループ討議と全体発表によるワークショップ形式である．取り上げるテーマとして示された12の中から複数を含んでいることとされているが，講習会企画責任者（チーフタスクフォース）および講習会世話人（タスクフォース）は，厚生労働省・文部科学省主催の「医学教育者のためのワークショップ」（俗称「富士研」），臨床研修協議会主催の「臨床研修指

導医養成講習会」（いわゆるP-MET WS），もしくは指針にのっとって実施された指導医講習会等において，講習会企画責任者又は講習会世話人としての経験がある者が務めることとされていることから，富士研やP-MET WS同様に「研修プログラム立案」を中心に据えたWSとなっている．

「研修プログラム立案」とは，研修目標，研修方略（Learning Strategy：LS），および研修評価（Evaluation：EV）の実実施計画の作成作業である．研修目標は一般目標（General Instructional Objective：GIO）および行動目標（Specific Behavioral Objectives：SBOs）の両者を含んでおり，GIOは必ず「（研修医が将来）～するために，～を修得する」という構文で表される．SBOは，命令形に直すことで試験問題とすることができるような，具体的な行動（知識，態度・習慣，ないし技能に分類される）で表現される．「研修方略」とは，研修医が研修目標を達成するために，いつ，誰の指導や協力によって，どのような方法で，どのような資源を用いて研修を行うかを明記することである．「研修評価」とは，どのような目的で，誰が，いつ，どこで，どのような方法で研修医を評価するかを具体的に示したものである．「研修方略」も「研修評価」も，SBOの分類によって適した方法が異なってくることを理解することが重要である．

誤解を恐れずに言えば，このWSの短い（16時間以上の原則2泊3日の宿泊研修と規定）期

のむら ひでき：金沢大学附属病院総合診療部・総合診療内科

間のうちに、指導医として求められる医学教育学の素養の全てを身につけることはやさしいことではない。しかしながら、医学教育の根底に流れる考え方や原則を知る絶好の、そして多くの場合唯一の機会であることは事実である。従って本稿は、WSを既に修了された方にはそこで学ばれた原則を「想起（想い起こ）」し、より深いレベルの知識（「解釈」レベル、「問題解決」レベル）へと整理し直す契機として、あるいはWSに未だ参加しておられない方にはWSに向けてのイントロダクションとして補助的に読みいただくことを目的として執筆したい。指導医が医学教育を理解する上での一助となればと願っている。

何を教えるか、何を学ぶか：*know-what*

教育の4要素とは、「学習者」「教育者」「学習内容（何を教えるか、何を学ぶか）」および「学習の場（どこで学ぶか）」である（図1）。理想を言えば、「学習の場」は「学習内容」に照らして最もふさわしい「場」が選ばれるべきである。しかしながら、医師臨床研修では現実的な制約もあり、その努力を最大限に行ったとしても、研修現場が「学習内容」にマッチしていない場合も起こり得る。そのような場合でも、教育者や学習者がその不一致に気づいていれば、指導医の「お膳立てする」役割や「教える」役割によって、ある程度はカバーすることができるだろう。

ところが、指導医にとっては日常の風景となっている臨床現場で研修が行われる時、指導医はそこで日々行われていること、日々扱っている問題についてを教えればよいものと無意識のうちに思い込みやすい。研修医の側からみた場合も同様で、素直な研修医であればあるほど、その場で扱われていること、その場で行われていることをそのまま吸収して行くだらう。すると、研修医が本来学ぶべきことが学ばれないままとなってしまう、2年間の研修の目的が達成されな

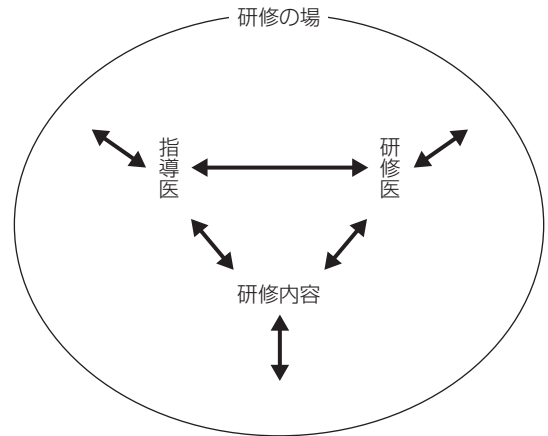


図1. 臨床研修の4要素

いことになってしまう。

また、「学習内容」と「学習の場」とのミスマッチのある・なしにかかわらず、研修医自身が学びたいと考えていることがそこにはないと感じてしまった場合には、研修医はその場での研修に意欲が持たなくなってしまう。逆に、学びたいことがそこで学べると思って意欲を持って研修に臨んでいたのに、その場での研修が終わってからようやく、そこでは学びたかったことが学べなかったことに気づく、という場合もある。

そのような事態を避けるためには、その「学習の場」では何を学んで欲しいのか、あるいは何を学ぶことができるのか、すなわち「研修目標」を明確に言語化して、指導医と研修医が共有しておくことがとても大切である（*know-what*）。その「目標」は、これから学ぶ研修医にとってイメージしやすい表現であることが重要であり、医師としてどのような行動をとることができればよいのか、あるいはどのような行動を実際にとるようになればよいのかをできるだけ詳しく具体的に表現しておく必要がある。

このように研修目標を示した上で、実際に研修医が学ぶべき能力を必要とされる場面を指導医がお膳立て（オーガナイズ）することにより、研修医は学習の準備状態に入ることになる。

どのように教えるのか、どのように学ぶのか：*know-how*

研修医が学習の準備状態に入りさえすれば、後は自動的に学習が進むわけではない。研修医は、実際に能力が身につくような効果的な学び方で学ぶ必要がある。指導医は、効果的な教え方で教える必要がある(*know-how*)。教え方・学び方(*know-how*)は、大きく計画*know-how*と、現場*know-how*の2種類があると考えるとよさそうだ。

計画*know-how*は、2年間の研修期間や各研修分野、あるいは分野の研修期間をさらに複数の小期間に分けている場合はそれぞれの小期間ごとに、どのような指導方法(学習方法)をどのような順番で組み合わせ、どのような資源を準備するか、さらには、どのタイミングでフィードバックや履修認定のための評価を、どのような測定方法で行うのかを計画する部分に当たる。効果的な教え方・学び方は、学習内容、すなわち研修目標によって異なるが、一般に、成人学習者によるOn the Job Trainingである臨床研修では、知識供給型(講義など)よりも、研修医が能動的に学習できる問題解決型の研修方法がより効果的である。すなわち、研修医自身が発見した課題を解決するために学習(文献を調べる、シミュレータで練習する、など)し、学習した内容を過去の経験と有機的に結びつけることで理解を深め、得られた新たな知識や技術を直ぐに実際の問題の解決に活用することが望ましい。そして、記憶が薄れないうちに自分の考えを述べ、適切なフィードバックを受ける機会を必ずもつ必要がある。実際の患者の診療においてはもちろんであるが、安全管理や地域医療連携、保険診療、NST(nutritional support team)、臨床研究、学会発表などについても、それぞれの院内活動に研修医が参加する中で学んで行けるようなお膳立てが必要である。

一方の現場*know-how*は、実際に研修医を指導する場面でどのように質問し、研修医の能力向上の程度を研修目標に照らしてどのように評価し、どのようにフィードバックするかといったスキル(俗にいうハウ・ツー)のことである。指導医はつい多くのことを教えたくなるものであるが、一度に学ぶことができる能力は限られており、また指導医自身も多忙で時間は限られているので、効果的・効率的な現場*know-how*を知る意義は小さくない。

現場*know-how*の最たるものは、有名な「One-Minute Preceptor Model: 1分間指導医モデル」であろう。これは、1992年に「Five-step “microskills” model of clinical teaching」として発表された²⁾が、その後「One-Minute Preceptor Model」と呼ばれるようになり拡がっている。また、オリジナルにmicroskillを一つ加えて「Six-microskills for clinical teaching」と呼ぶバージョンもある。

1. 主体的な意見を尋ねる：何が起きていると思う？
2. 考えの根拠を探る：どうしてそう考えたのかな？
3. 広く応用可能な原則を教える：～を見た時はね、必ず～を念頭において…
4. 正しくできたことを強化する：特に、～の点は感心したよ
5. 間違いを修正する：次回～が起こった時は、～するようにしよう
- (6. 次の学習段階を明らかにする：次は何を勉強する必要があるかな?)

「1分間指導医モデル」と言われるが、実際には全体で5分程度かかると考えてよい。全体の時間の50%は研修医による症例提示の時間であり、ここで患者の診断に必要な情報を得る。続く25%の時間は、研修医を診断する時間であり、この間に1および2のマイクロスキルを用いる。最後の25%の時間が「教える」時間であり、ここで3~5(および6)のマイクロスキルを用い

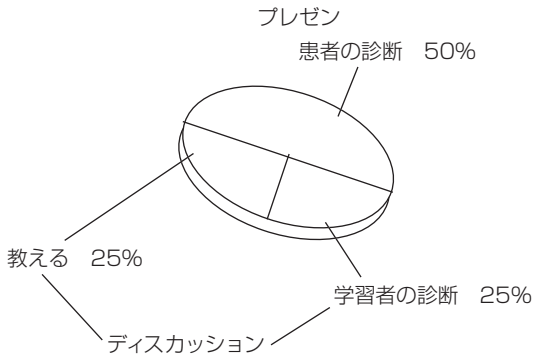


図2. 「1分間指導医」の時間配分 (実際には全体で通常5分程度)

ることになる³⁾(図2)。短時間で行える指導法なので、外来での指導に適していると言えるだろう。カンファレンスでもう少し指導の時間が取れる際には、本シリーズの第6回で取り上げる臨床推論指導の現場*know-how*を用いたり、コーチングなどの現場*know-how*を応用すると良いだろう。

なぜ教えるのか、なぜ学ぶのか：know-why
教える理由、学ぶ理由は正しいか：care-why

「何を教えるか、何を学ぶか(*know-what*)」は、「なぜ教えるのか、なぜ学ぶのか(*know-why*)」によって当然、異なってくる。また、「効果的な教え方・学び方(*know-how*)」は、「何を教えるか、何を学ぶか(*know-what*)」の特性(知識か、態度・習慣か、技能か)やその深さに依存して異なるが、基本的に同じような特性や深さを持つ内容(*know-what*)ならば、学ぶ理由に関わらず同じように「効果的」である。極端な場合、例え間違った内容(*know-what*)でも、効果的に教えたり学んだりすることが可能である。従って、指導医は、間違った内容を教えてしまうことがないように、「なぜ教えるのか、なぜ学ぶのか(*know-*

why)」を正しく理解していることが非常に大切である。指導医養成WSでは「研修目標」を概念的・包括的な「一般目標 (General Instructional Objectives : GIO)」と、具体的・個別行動的な「行動目標 (Specific Behavioral Objectives : SBOs)」の2層構造で立案することを学ぶが、「一般目標」には「何を教えるか、何を学ぶか(*know-what*)」のみならず、必ず「なぜ教えるのか、なぜ学ぶのか(*know-why*)」を明記することが求められている理由がそこにある。

指導医にはさらに、「なぜ教えるのか、なぜ学ぶのか(*know-why*)」が正しいのかどうかを常に問い続ける態度 (*care-why*) を持ち、必要に応じて「何を教えるか、何を学ぶか(*know-what*)」を修正して行くことが求められている。特に、「昨日までは正しかった (正しいと信じていた) こと」を効果的に教えることに成功していた場合、この「何を教えるか、何を学ぶか(*know-what*)」を修正する時には葛藤が生じやすい。葛藤が一度生じてしまうと「何を教えるか、何を学ぶか(*know-what*)」を修正するには大きな困難が伴うので、できるだけ葛藤が生じないように予防する必要がある。そのための唯一確実な方法は、常に「振り返り (*reflection*)」を行い、必要に応じて「何を教えるか、何を学ぶか(*know-what*)」を修正し続けることを習慣化してしまうことであろう。このような習慣を持つことは、個人として必要であるだけでなく、組織としても大変重要である。

さて、*know-why*が正しいかどうかを判断するには、何らかの判断基準が必要である。一つの方法として、より上位の「一般目標」とも言える、新しい医師臨床研修制度の「基本理念(表)」に合致するかどうかを確認するとよいだろう。しかしながら、実はこのような「基本理念」も時代と共に変化するものであり、仮に現在はこれが必要十分だとしても、適切なアップデートが必ずしも行われないことも想定される。そして、「基本理念」が最上位の「一般目標」である

表. 【臨床研修の基本理念】

臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷また又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

(平成14年度厚生労働省令第158号：医師法第16条の2第1項に規定する医師臨床研修に関する省令)

とすれば、さらにその「根幹に位置する理由(*root-why*)」があるはずである。

その*root-why*とは、「患者および社会の医療に対するニーズ」である。私たちは、明日の医療者を育てているのであり、医療が患者や社会の健康に対するニーズに応えようとするものであるならば、そのニーズに応えるために必要な知識や態度・習慣、および技能が、学ぶべき対象である。もちろん、現代の医学では応えられないニーズもあるし、社会のニーズと相反するような個人の患者の過度の要求に医療が応える必要はないが、病める人として当然のニーズに応えるよう最大限の努力を払うのがプロの医師である。また、本来患者や社会が求めているわけではないが、生身の人間である研修医が大きな責任を伴う医師の仕事をこなせるようになるために必要となる能力、すなわち「研修医のニーズ」もある。「体力」を例にすると解りやすいが、患者や社会は本来医師に「体力」を求めているわけではないが、「体力」がないと医師の仕事をこなすのが大変なのであれば、「体力」は「研修医のニーズ」である。ただし、本来は医師も労働者であり、平均以下の体力であっても医師の仕事が務まるような労働環境を整備することが医療界に求められていると考えるのであれば、「体力」は「研修医のニーズ」ではないことになる。

指導医養成WSで研修プログラム立案の演習の

一番最初に行われる「基本的臨床能力とは」のセッションは、実はこれらの「ニーズ」を把握する作業を行っているのであり、把握したニーズに現実的制約を加味した上で、「研修目標」が立案されることになる。

おわりに

本稿で用いた「*know-what*」「*know-how*」「*know-why*」「*care-why*」の概念は、知識科学で言われる「知」のヒエラルキー⁴⁾を適用したものである。

なお、よくよく考えてみれば、指導医は自分と同じ職業に就く者を育てているのであるから、研修医の指導における「なぜ教えるのか、なぜ学ぶのか(*know-why*)」は、「自分自身が医師として仕事を理由」と一致しているはずである。指導医養成WSや研修プログラム責任者養成WSのディレクターをお務めの畑尾正彦先生は、「一般目標(GIO)を作成することは、自分を磨く第一歩」と表現しておられる⁵⁾が、この一言がまさに医学教育の奥深さと喜びを物語っていると言えるのではないだろうか。

文 献

- 1) 医政発第0318008号厚生労働省医政局長通知：医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針について。平成16年3月18日。
- 2) Neher JO, et al: A five-step "microskills" model of clinical teaching. JABFP 5: 419-424, 1992.
- 3) Irby D: Effective and efficient strategies for teaching in the ambulatory setting. Models that work: The nuts and bolts of faculty development for General Internal Medicine, Family Medicine and General Pediatrics. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources & Services Administration and the Ambulatory Pediatric Association, 1998, 103-107.
- 4) Quinn JB, et al: Managing professional intellect: making the most of the best. Harvard Bus Rev 74: 71-80, 1996.
- 5) 畑尾正彦：コラム『時代の眼』。埼玉医科大学医学教育センターニュース 12:7, 2008.