

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

医学哲学医学倫理 (1999.10) 17号:171～178.

デス・エデュケーション充実への模索
—医学部教養教育担当者の立場から—

近藤 均

デス・エデュケーション充実への模索 — 医学部教養教育担当者の立場から —

近藤 均

一、はじめに

学校現場でのデス・エデュケーション (death education) の重要性が叫ばれ出して久しい。この教育の意義は、人生の有限性・一回性の自覚、自他の生命の尊さの認識、悔いなき人生を送ろうという意志・意欲の醸成、などに求められよう。医学生の場合、この教育はとりわけ意義深いものである。そもそも死を厳粛に受け止め得ない者が医療に携わることには、誰しも危惧の念を禁じ得ないであろう。しかしながら、この教育の教材を何に、あるいはどこに求めるのが良いかとなると、答えは必ずしも明白ではない。本稿では、筆者が関与している、医学部のいわゆる教養課程に限定して、当該教育の充実について模索する。

二、活字媒体偏重のデス・エデュケーションの危険性

今日の長命社会では、「二人称の死」を在学中に体験する学生は少数である。まして、「一人称の死」「三人称の死」ともなると、それぞれ別の意味で、「二人称の死」よりも遙かに現実感に乏しい。多くの教育現場で、死の思索を培う補完的手段として、映像メディアが活用されているが、それは主として、こうした現実感の乏しさに対する、いわばショック療法を意図してのことなのである。確かに、黒沢明の『生きる』など、映像メディアの世界にも良質の作品は多い。しかしながら、なにぶん映像は、総じてインパクトが強すぎて、学生を陶醉に陥らせ、かえって冷静な思索を阻害する危険性がある。いっそう冷静な思索は、やはり活字媒体を通してこそ可能となろう。

ノンフィクションの名著として、岸本英夫の『死を見つ

める心』、キューブラー・ロスの『死ぬ瞬間』、山崎章郎の『病院で死ぬということ』、カール・ベッカーの『死の体験―臨死現象の探究―』などのロングセラーが挙げられよう。しかし、近年、出版界の過当競争に浅薄な死生学ブームが重なって、この種の本は粗製乱造される傾向にあり、いわば玉石混交の状態である。

浅薄ではない、死生学の本格的な研究書として、平山正実著『死生学とはなにか』（一九九一年刊）があるが、教養課程の学生には少々難しいであろう。この分野の啓発書としては、竹田純郎・森秀樹編『〈死生学〉入門』（一九九七年刊）がほとんど唯一のものではなからうか。

では、死をモチーフにした純文学ならどうか。その好例として、中勘助『母の死』、横光利一『花園の思想』、三島由紀夫『貴顕』などが挙げられよう。しかし、シラケ世代ともいわれる現代の大学生には、文学は所詮、虚構の世界の絵空事としか受け取られない。確かに、純文学は一般に、死をいたずらに美化し過ぎる傾向がある。

ともあれ、いずれのジャンルの本にせよ、読み過ぎると疑似体験ばかりが増え、かえって、死に対して不感症になりかねない。もっとも、それは杞憂で、近年の学生は、むしろ活字離れの方が深刻であろう。しかし、だからといって学生に対し強制的に課題図書を指定すると、義務的にそ

れは読んでも他の本は読まないから、結局、彼らの思考パターンを統制してしまうことにもなりかねない。

したがって、いきおい、書物を捨てて医療現場に出よう、という傾向にもなりがちである。確かに、これはこれで意味のあることである。

三、補助的手段としてのアーリー・エクスポージャー

近年の医学教育では、書物や講義を通して理屈をおぼえさせることよりも、むしろ、初期の段階から医療現場で実践教育を施すことの重要性が力説されてきている。その一環として、低学年にアーリー・エクスポージャー (early exposure 初期体験実習) が導入され、患者の車椅子を押したり患者と対話したりするなどが多くの医学部で行われている。筆者の勤務する旭川医大でも、遅ればせながら平成一一年度から導入された。このアーリー・エクスポージャーは、とりわけ、現代の学生に不足していると指摘されているコミュニケーション・スキルの向上に、資するところが多大であるように思われる。

しかし、この方法は、デス・エデュケーションの手段として考えるとき、なるほど書物や講義では得られない教育

効果も期待できようが、弊害も大きい。たとえば、ターミナル・ケアの現場にまで踏み込んで見知らぬ家族の「二人称の死」に立ち会うのは、たとえ家族の了解が得られたうえでのことによせよ、無遠慮に過ぎよう。立ち会う学生にとっては、その死はあくまでも「三人称の死」である。低学年のうちから死を見慣れ、死に対して不感症になってしまふとしたら、弊害のほうが大きい。

要は、アーリー・エクスポージャーによる死の実習体験と、書物や教室授業を通じての死に対する冷静な思索とが、相互補完的に機能し合えばよいわけであるが、両者のバランスが難しいように思われる。冷静な思索を培うのは、むしろ日々の教室授業や書物であつて、臨床実習の現場は、あくまでも補助的手段であらう。

医学部の日々の教室授業のなかでデス・エデュケーションはどう扱われてきたのであろうか。その状況を、筆者が勤務する旭川医大（以下、本学と略記）を例にとつてみておこう。

四、医学部におけるデス・エデュケーションの現状

おそらく他大学の医学部においても同様であらうが、本

学でも、開学以来、ささやかながらデス・エデュケーションが連綿として実践されてきた。しかし、その教育は、講義を偏重し、しかも成績評価は個人レポートを偏重するというもので、ここ数年、反省が迫られてきた。

昨年度まで、通常の講義（一コマ一〇〇分）は原則として、いわゆる教養課程では「哲学」「社会学」「心理学」などの学科目別、専門課程（基礎医学および臨床医学）では「生理学」「公衆衛生学」「内科学」「外科学」などの講座別に行われてきた。それらのなかにデス・エデュケーション関連講義も組み込まれてきたが、時間的に十分とは到底いえなかった。しかも、各講義の日程が離れ過ぎていて、死について集中的に学習できないという弊害もあった。

とはいえ、いわゆる教養課程では、「生と死」という共通テーマによる総合講義も実施されてきた。この総合講義は、学内外の講師一五名によるオムニバス形式で、毎年、一年生を対象に半期一五コマ（一コマ一〇〇分を週一回ずつ）にわたって行われてきた。講師は、毎年、哲学・社会学・文学・歴史学・宗教学・生物学・臨床看護学・法医学・精神医学・外科学など幅広い分野から選ばれ、昨年度は筆者も参加した。しかし、この総合講義では、各講師は思いのままの内容を講義し、各回の内容を総合（インテグレート）できるかどうかは学生の力量に任されてきた。そのため、

脈絡のない趣味の講義を毎回聞かされるだけで得るものが少ない、という不満を指摘する学生も少なくなかった。

しかも、この総合講義では、デス・エデュケーション関係の成績評価は、主として個人レポートを通してなされてきた。しかし、死のようにデリケートな問題では、講義をきっかけにして各人が深い思索を展開することが不可欠であろう。そしてその思索は、自分の意見を他の学生の意見と突き合わせて切磋琢磨することによってこそ可能となる。切磋琢磨して自分の意見を練りあげ鍛えあげていくところが大切である。こういう過程を経ずに、いきなり個人レポートの提出では、確固とした死生観の確立に資することはないであろう。いわば、お座なりなレポートを書いて書きっぱなしで終わってしまう。しかも、個人レポートなら、最近インターネットの普及で、適当にどこかのホームページを切り取ってパッチワークをすれば、深い思索なしでも簡単にレポートが書けてしまう。こうした弊害を打破するためには、個人学習だけでなく、なんらかのグループ学習の導入が必要であろう。

五、チュートリアル教育への期待

グループ学習といえば、近年、多くの医学部で導入され

てきたのがチュートリアル教育である。講義による知識の詰め込みへの反省から、改善策としてこの教育方法が導入され、問題解決型のグループ学習が盛んになり始めたのである。本学でも本年度から導入され、まず一年生が対象となっている。じつは、この方法こそ、かねてより筆者がデス・エデュケーションに最も適していると考えてきた方法である。

以下、この方式の概要と、旭川医大での適用例、そして、これをデス・エデュケーションに応用するにあたっての筆者の私案を示したい。

チュートリアル (tutorial) とは、「チューター (tutor) によって訓練される」というほどの意味の英語で、チュートリアル教育とは、小人数の学生がチューターの指導によって個別に学ぶ方式のことである。この方式は、そもそも教育の本質は教師が学生に教授することにあるのではなく学生自らが学習することにある、という理念に基づいている。チュートリアルを強いて日本語に訳せば、「小人数問題準拠自己学習」とでもいうことになる。これは、一九六九年にカナダのマクマスター大学医学部が創設と同時に開始した教育方法で、その後、アメリカのマサチューセッツ大学やハーバード大学、オーストラリアのニューカッスル大学などの医学部で採用され、日本ではまず東京女子医科大学が

平成二年度から導入した。続いて岐阜大学・三重大学などをはじめ全国各地の医学部で開始され、現在、実施校は二〇余を数えるにいたっている。

六、旭川医大におけるチュートリアル教育

前述のように、本学でも平成一一年度新入生からチュートリアル教育が適用された。本学のチュートリアル教育は、第一学年前期に九週間行われる「チュートリアルⅠ」(五週間と四週間で一ユニットずつ、計二単位)と、第三学年後期から第四学年前期にかけて三〇週間行われる「チュートリアルⅡ」(六ユニットを各五週間で計六単位)からなる。Ⅰは、Ⅱのための準備教育として位置づけられ、自学自習の態度・技術の習得、グループ内での討論・発表の能力・技術の習得が主たる教育目標である。また、Ⅰにおいて自学自習のために与えられる課題は、Ⅱよりもかなり基礎的なもの(ユニット一の五週間で生物医学的課題、ユニット二の四週間で社会医学的課題)となっている。Ⅱでは、学生が将来において実際に経験するであろう主として臨床的な課題が学生に提示されることになっている。その課題の詳細はまだ未定であるが、学生は、このときまでに学んだ基礎医学の知識を十分活かして臨床的な課題に取

り組む。この過程を通して、基礎医学知識の応用展開能力が培われ、臨床医学の学習への強い動機づけがなされる。

ⅠとⅡとを問わず、学生は、その課題における多くの問題点あるいは疑問点を、小人数の集団(六名あるいは七名の編成)によるディスカッションの中で抽出する。そして、その疑問点を解決するためにはどのような自己学習をすればよいのかを話し合う。そしてその後、その抽出した問題点を解決するのに必要な複数の関連科目(基礎教育科目・基礎医学科目・臨床医学科目)の知識を、教科書・図書館・標本・マルチメディア教材(インターネットを含む)などを使って自学自習する。また、課題に関連した若干の講義や実習を受講する。自習時間は、月・木曜日各二コマ(計一二〇分)のチュートリアル授業に引き続いて四コマ分与えられている。次のチュートリアルの時間には、学生は、自学自習してきたことから小グループ授業のなかで出し合い、疑問点を解決していく。チューターは、通常の授業のように学生に答えを教えることをせず、ディスカッションを誘導するにとどめ、学生が自学自習する方法をアドバイスする。

七、従来の集合教育の欠点とチュートリアル教育の利点

従来の、講義中心のいわゆる集合教育には、次のような欠点があった。

- ① 一方的な知識の伝達になりがちで、学生は記憶におわれて考える機会に乏しく、学生の自主的な学習意欲を喚起しにくい。
- ② 講義で教師が話したことの大半は短時間のうちに学生の記憶から失われ、ほとんど身につけていない。
- ③ ある医学事象に対して解剖学なら解剖学のみ、内科学なら内科学のみを教え、重要関連科目をすべて含む統合教育の達成が困難である。
- ④ 朝から夕方まで講義を聴くのは生理的な精神集中可能時間を超えている。
- ⑤ 最近では優秀な教材や教科書が完備され、教官が講義で学生に教えることの大半は教科書を読めばわかることである。また、特にマルチメディア教材が医学教育に入ってきたつあり、講義が必ずしも最善の教育手段とはいえなくなっている。

このような弊害をもつ講義偏重授業に対し、チュートリアル教育の特色は次の五点に集約できる。

- ① 個人学習ではなく、小集団によるグループダイナミクスを活用する学習である。
 - ② 学生が主体となる能動的な参加型授業である。
 - ③ 理屈・理論中心の学習ではなく問題準拠学習ないしは問題解決型学習である。
 - ④ 医学生にとっては卒業後もとりわけ大切な自学自習の精神を習得する授業である。
 - ⑤ 分散型ではなく集中学習であり、統合的・学際的な学習である。
- 前述のように、死のようなデリケートな問題では、学生各自が深い思索を展開することが不可欠である。そのためには、自分の意見を他の学生の意見と突き合わせて切磋琢磨することによって自分の意見を練りあげ鍛えあげていく必要がある。このチュートリアル教育こそ、まさにデス・エデュケーションにうってつけの方法であるといえよう。こう考え、本学では本年度はまだ実施されていない、チュートリアルによるデス・エデュケーションを実現させるべく、関係各位に積極的に働きかけていく所存である。

八、チュートリアル方式によるデス・エデュケー ションへの期待

とはいえ、チュートリアル方式によるデス・エデュケー
ションが成功するかどうかは、教育スタッフが良い研究課
題を作成して学生に提示できるか否かにかかっていると
いっても過言ではない。課題としてふさわしいと筆者が考
えるものの例を以下に提示しよう。

① 不治の末期患者には、自殺によってでも肉体的・精神
的苦痛から逃れたいと切望する者がある。そうした患
者に、簡単に自殺できる装置を勧めることは、何ら問
題ないのではないか？ 自殺幫助ではあるが、自殺教
唆でも囑託殺人でもないのだから。

② リビング・ウイル（生前発効遺言）は、自分が脳死状
態や植物状態に陥った場合に取ってほしい措置（尊厳
死など）を記すのではなく、そういう状態に陥ったと
きにすべての判断を委ねたい家族や友人の名前を記
す、という形式にしたほうが、第三者の理解が得やす
く、リビング・ウイルがいつそう普及するのではない
か？ こういう形式をとることに、何か問題があるの
だろうか？

③ 既に死刑が確定している囚人が不治の病にかかり、医

療事務所内でケアを受けている。肉体的苦痛がつづく
当人は、不治の病にかかっていることを薄々さと
医師に安楽死を要求した。こういう場合でも、医師は、
この死刑囚に、一般の人々の場合と全く同じ安楽死・
尊厳死の厳しい基準（判例）を適用しなければなら
ないだろうか？

④ 妊婦本人が、「自分は死んでもよいから子供の生命を
救ってほしい」と言い張った場合なら、医師が、その
妊婦の死亡と引き換えに子供を無事に出産させること
は、何ら問題がないのではないか？

⑤ 火葬され灰になってしまう遺体を有効利用するため
に、日本人は死んだら例外なく多臓器移植のドナーに
なるように、法律で定めてしまったらどうか？ これ
は人類愛の精神にもかなうのではないか？ こうする
ことに、何か問題があるだろうか？

⑥ ある患者は、宗教上の理由で輸血を拒否していたが、
生命が危ういと判断した医師の一存で輸血されたため
に、一命を取り留めた。しかしこの患者は、自己決定
権が侵害されたとして医師を訴え、裁判で勝訴し、慰
謝料を手にした。これはカナダでの実話である。医師
は善意で救命したのであり、患者が訴訟を起こせたの
も医師のおかげで一命を取り留められたからこそだと

いうのに、医師が慰謝料まで取られるなんて、全く理

いただいた。

不十分な判決ではないか？ もし現在の日本で同様の訴えが起こされたら、どういう判決が出ると考えられるだろうか？

これらの課題に即して少人数で討論することにより、自他の死生観を知り思索を深めることができよう。むしろ、たとえば①に出てくる「自殺幫助」「自殺教唆」「囑託殺人」といった法学上の専門用語などは、あらかじめ自学自習によって正確な意味を理解しておくことが、討論の前提条件となることはいうまでもない。

(旭川医科大学教授・医学医療史 こんどうひとし)

参考文献

『テュートリアル教育』吉岡守正・東間紘監修 東京女子医科大学テュートリアル委員会編集 篠原出版 一九九六年

『医学教育白書一九九八年版』日本医学教育学会編集 篠原出版 一九九八年

なお、「七、従来の集合教育の欠点とテュートリアル教育の利点」をまとめるにあたっては、ほかに、テュートリアル教育を既に導入し成功をおさめている三重大学医学部および岐阜大学医学部の、広報用パンフレットも参照させて