

## 「ラーニング・フォーラム 2006」の報告

去る 12 月 11 (月) に青山ダイヤモンドホールにてラーニング・フォーラムを開催しました。

フォーラムは、当社の経営理念「人や組織の問題解決を通して自ら学びつつ成長することを援助する」に基づき、お客さまとともに学習し成長することを目指して毎年実施しております。お陰様で、今回 18 回目を迎えることができました。



今年は『**教えない教育とは？**』をテーマに、3 名の講師をお招きして行いました。

『教えない教育』のテーマに多くのお客さまが関心を寄せていただき、実に 200 名のお客さまにご参加いただきました。



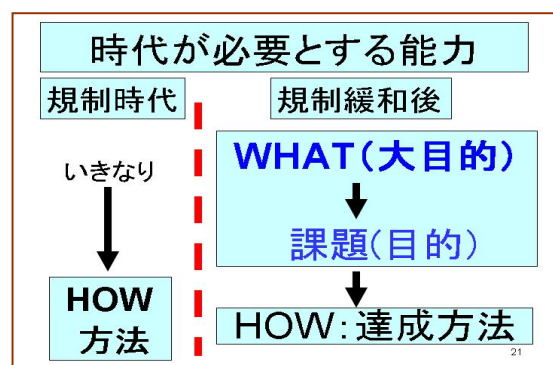
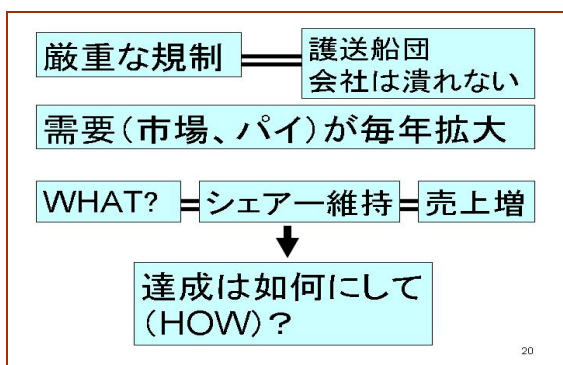
まず、

リーダーシップ開発研究所  
代表 伊東 芳久 氏 より

「**業務環境変化と研修企画側の課題**」(「**いかに考えさせるか**」) と題して課題提起をしていただきました。

様々な業務環境の変化により「考える」をさせない環境になっている現在、社員に求められる能力は HOW (いかにやるか) から WHAT (何をやる必要があるか) へ変わりつつあるとの指摘がなされました。

WHAT を生み出す、つまり「考えさせる」ためには、管理者のスキルアップはもちろん、個から組織への職場ぐるみ研修が必要であり、トップのリーダーシップのあり方(プレッシャーかけまくり型からサポート型へ)も変えなくてはならないとの方向性が示されました。





続いて、

協和発酵工業株式会社 医薬営業本部  
 医薬マーケティング部 教育研修グループ  
 マネジャー 加藤 隆 氏 より

「導入教育における教えない教育の実践」「自発的に学習する社員育成のため」について、つまり考えさせるために、導入教育をどのように変えたかについて生の事例を発表いただきました。

新しい教育体制に必要なものとして、3点を強調されていました。

### 1. インストラクターの資質を上げる

従来の教える教育から教えない手法へインストラクターの意識改革の実施とインストラクションスキルのトレーニング

### 2. 受講者の気づき、やる気を引き出す手法の開発

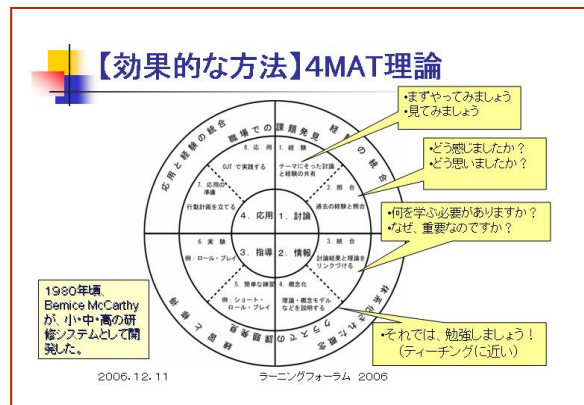
インストラクショナルデザイン

### 3. 適切な目的・目標の設定

少数のインストラクター、限られた時間を考えると思い切った絞り込みが必要

2番目のインストラクショナルデザインに関しては、弊社のLSS — ラーニング・スタイル研修の中でとりあげている4MAT理論をベースに作成しています。

4MAT理論とグループ学習の組み合わせにより、受講者の反応は大変よく、次のような感想が寄せられているとのことでした。



### ■受講者の感想

「自分が調べたことを他の人に説明することや他の人が調べたことを聞いて理解することを通して専門知識について理解を深めることができた。ただ講義を受けるだけとは違う知識の身に付け方に初めて接したが、とてもよく機能していた」





最後に、

筑波大学附属病院  
病院教授 前野 哲博 先生 より

「医学教育における教えない教育」（「信頼される医師を養成するために」）について、現在筑波大学でどのような取り組みを行っているかをご紹介します。

## 1. 医学教育について

### 大学における医学教育の特性

- 医学教育イコール医師養成教育
  - 医師になるには医学部卒業が絶対条件
  - 医学部卒業生の95%以上が臨床医になる
- 全国的な「品質保証」が求められる
  - 教育内容を標準化する仕組みがある(国家試験、共用試験、コアカリキュラム)
- どんどん新しい知識が増える
- 大学が一生涯のキャリアに関わる
  - 卒前・卒後・生涯教育すべてに大学が関与する
  - 指導者も現役臨床医(教育・研究・臨床・卒後研修すべて担当する)
- 「命がけ」OJT (On the Job Training)
  - 研修医のスキルの修得と医療安全との両立が求められる

Center for Medical Education and Training, Tsukuba University Hospital



特長的事は、医学部は医師養成機関であり、医学部教育は学問を学ぶ場であるとともに職業訓練機関を兼ねていることである。

また、患者の命を預かっている関係上、医師を育てるために命がけのOJTが求められる。

## 2. 医学教育改革の流れ

### 医学教育の現状と問題点

- 知識偏重
  - 態度教育、技能教育の軽視
- 高度先進医療重視
  - 肝移植は教わるが、風邪は教わらない
- 理論重視、実学軽視
  - 学問としての「建築学」は学ぶが「クギの打ち方」は習わない
- 貧弱な教育部門
  - 大学は学問体系別の専門家の集合体
  - 医学教育を本務とする教員は少ない
- 偏ったフィールド
  - 臨床教育の大部分は大学病院

Center for Medical Education and Training, Tsukuba University Hospital



従来の教育は知識偏重であり、実学が軽視されていた。

また、医学の進歩は日進月歩であり学んだ知識もともすれば卒業時には役に立たなくなることもあり得る状況になっている。



### その結果・・・

- **現場で使えない**
  - 珍しい病気は知っていても風邪がわからない、点滴の針が刺せない
- **応用が利かない**
  - 教科書通りではない患者の訴えには頭がフリーズしてしまう
- **専門化・細分化**
  - 高度専門医療を志向する→狭い領域を「専らにする」
  - 不得意分野は(基本的なものでも)診ない、診られない
- **当たりはずれがある**
  - 技能:「踏み台」になる患者が出てくる
  - 態度: 人格として持っている<sup>べき</sup>→個人の責任
- **患者中心の医療ができない**
  - 供給側の都合で提供される医療サービス
  - 学問体系のカテゴリーに合わない患者は「すき間」に落ちてしまう



実学を学んでいないため、現場で使えない医師が生まれ、患者にとって迷惑になる存在の医師がいる。

### 3. 筑波大学における医学教育改革

#### 医学教育のパラダイムシフト

知識を身につける



自ら問題を同定し、情報収集し、問題を解決する力をつける



現場で使える医師を養成するために、筑波大学では講義中心から自己学習、グループ学習へとシフトしている。

#### 問題基盤型テュートリアル教育とは

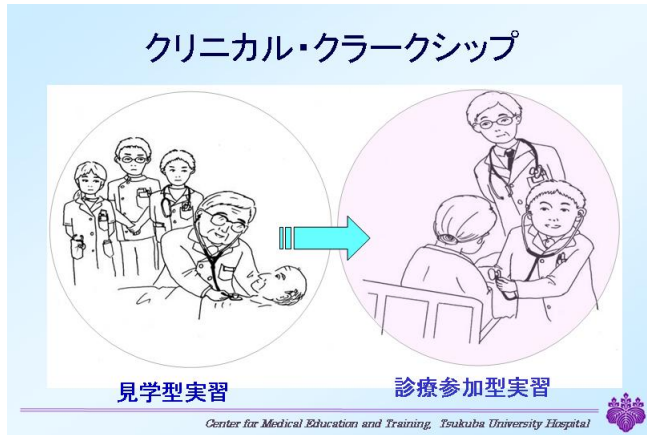
- 8人程度の小グループに分かれる
- シナリオに基づいて問題点の抽出→自己学習→グループ学習を繰り返す
- コアタイム(週2~3回)にはチューターが同席する
- チューターは原則として答えを教えず、議論を見守る(定められた学習目標を最低限クリアできるよう助言する)
- 講義は大幅に削減(週25コマ→約10コマ)  
(自己学習のヒント、自己学習では修得が難しい知識、関連領域などについて講義する)
- 自己学習の時間を十分に取る



フォーラム風景



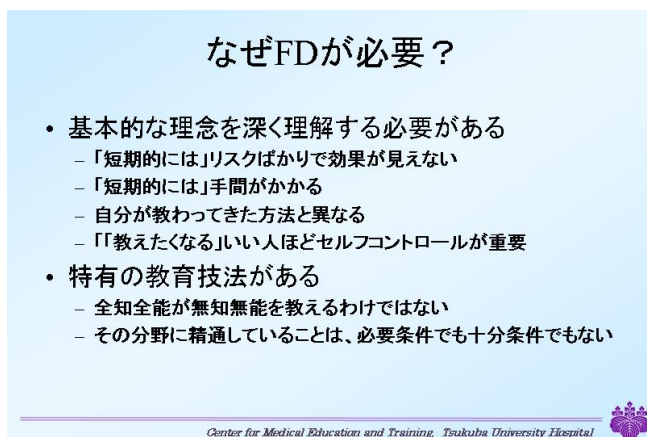
#### 4. 「教えない教育」実践のために



また、臨床実習においても多くの制約はあるものの、見学型実習から診療参加型実習へと変えつつある。



見学型と参加型を比較すると結果的には参加型の方が多くの果実を得られる。



自己学習やグループ学習を行うにあたって、小グループで討論するための教室の準備などハード面の問題と、教育する側の意識などのソフト面の問題など多くの障害がある。





## FDの内容

- 卒前教育
  - テューター
  - コースコーディネーター
  - 診察法演習
  - クリニカル・クラークシップ
- 卒後研修
  - 指導医養成講習会

Center for Medical Education and Training, Tsukuba University Hospital



Faculty Development（教育者の教育）が特に重要になる。

## 教えない教育実践のために

### 「信じる」

- Traineeの将来性・可能性を信じる
- 「教えない教育」の正しさを信じる

### 「耐える」

- Traineeの現時点での到達度、成長速度の低さに耐える
- OJTのリスクと効率の悪さに耐える

### 「支える」

- 成長できる環境を整える
- 体系的な人材養成システムを作る

Center for Medical Education and Training, Tsukuba University Hospital



教えない教育実践のために、最後に「信じる」「耐える」「支える」の3つが教える側に求められる。

要点は以上ですが、参加者からは医学の世界でも医者育てるためにこんなに努力をしているのか、といった驚嘆の声があがっていました。

自ら考え、自ら行動できる人を求めている点では企業も医学の世界も一緒です。

そのために、敢えて『教えない教育』を実践することが変化の激しい時代を乗り越えるために必要であることを改めて考えさせられた一日でした。

以上

2007年1月

ラーニング・フォーラム事務局