

コラム第 22 回

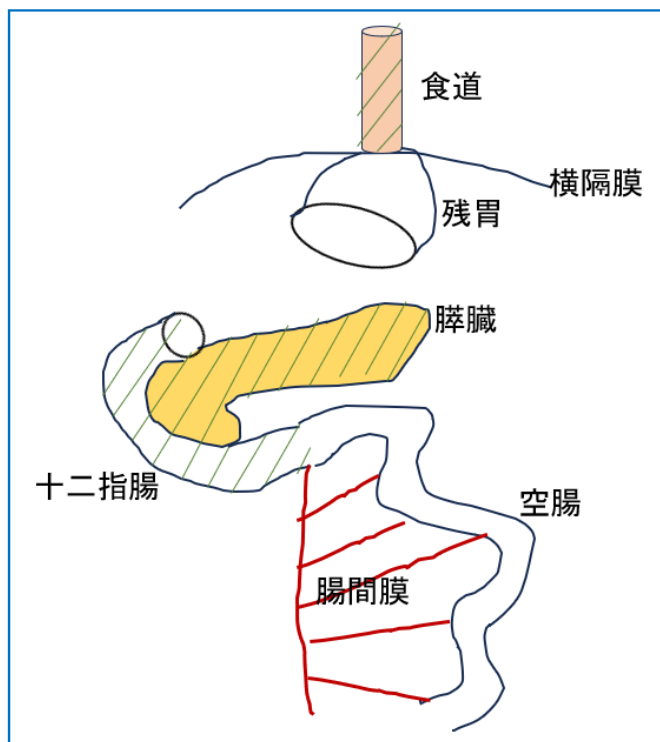
医学教育の技法

もう 5 年近く前だが、私が東京医大の准教授から東京女子医大の教授選に応募し、プレゼンをした際、選考委員長の長嶋教授（本学病理診断学）から「先生は東京医大で 3 回もベスティーチャー賞に選ばれていますが、教育に関してどのように意識されているか、教えてくださいませんか？」と質問された。想定質問ではなかったがその場で、「そうですね、私は学生目線に下りて講義をすることを心がけています。普段の自分（教員）目線で話される先生も居ますが、それだと学生がついてこれない場合もあるので」と答えた。

この心がけはずっと持っている。普段の自分目線で、英語の略語をいきなり使ったり、菲薄化、可塑性、レトロに考えれば、スペキュレーションですが、等の学会発表のようなしゃべりはしないようにしている。それから、用語の定義や解剖学的位置関係のような暗記すべきことと、理解や応用などのロジックで考えることとを、明確に分けて話すようにしている。教科書でも意外にこれら 2 者の区別ができていないことも多い。

その一例を。今から 28 年も前だが、東大病院病理部で助教になった 1 年目に、東大病院付属看護学校での病理学の講義を半年、任された。90 分講義を週に 2 コマで、全臓器にわたり行った。学生は 1 年生後期、確か 50 人ほどで全員が女子だったと思う。「皆さんはナースになるんだから、病理画像を読むことは目標にしないでよいので、病気のメカニズムや臨床医学との関りを学びましょう」と述べて、かなり臨床医学の話もした。

ある日、消化器の講義で、右記の板書をして、「幽門側胃切除後の再建法は 4 つあります。斜線の臓器は動かさせません。食道は縦郭内に固定され、十二指腸と脾臓は後腹膜に固定されているから。空腸は腸間膜でウチワのようにブラブラしてます、残胃もブラブラ。ではこの列の人、一人ずつ前に出てきて、あててください。」と話した。



一人目。

「うーん、コレ（残胃）を引っ張る。」

「えっ？、コレを引っ張って十二指腸断端につなげるの？（みのもんたがファイナルアンサー？と聞いた後のようにタメを作って）・・・正解！それはビルロートⅠ法っていいです。」

二人目。

「コレ（空腸）を持ち上げて、残胃につなげる。」

「えっ？、コレをココにつなげるの？ で、十二指腸断端はどうするの？」

「縫って塞ぐ」

「・・・正解！それはビルロートⅡ法っていいです。」

二人ほどパスして、次の人。

「空腸を 20cm おきくらいで 2 か所切って、その間の空腸を引っ張り上げて、残胃と十二指腸断端につなげる。切られた空腸は上下をつなげる。」

「・・・正解！それは空腸間置法といいます。」

また二人ほどパスして、次の人。

「空腸の上の方を切る。で、切った下の方の空腸を持ち上げて、残胃につなげる。切った上の方の空腸は、今もちあげた空腸の途中につなげる。十二指腸断端は縫って塞ぐ。」

「・・・正解！それはルー・ワイ法といって、胃全摘の時には一番用いられています。」

この時、教室中にオォーって歓声が響いた。

この話を聞いて、そりゃ、東大医学部看護学科だからインテリジェンス高いからだろうと思う人もいらっしゃるかも知れないが、そうではない。東大入試を突破した理科Ⅱ類出身の人たちが行くそちらではなく、東大病院附属看護学校は 3 年制のごく普通の看護専門学校だ（2002 年に閉校したようだ）。そういう彼女たちでもこれくらいの考える力はある、学生を信頼して能力を引き出すような講義をしようと言いたい。私が教えた彼女たちとは長年、誰とも連絡は取り合っていないが、全員が今は 40 代後半以上で、看護師長などの役職についている人も多いだろうと思う。今の自分に比べるとまだまだ稚拙な講義もあったと思うが、半年間よくついてきてくれたと感謝したい。