

論 説

グループ討論による授業： 新入生ゼミナール「生と死を語る」

小林 信や* 天野 純

信州大学医学部第2外科学教室

Group Discussion by New Medical Students “Life and Death”

Shinya KOBAYASHI and Jun AMANO

Department of Surgery, Shinshu University School of Medicine

I はじめに

医学部の1年生の新入生ゼミナールを本来の医学概論と捉えて、「生と死を語る」というテーマで、教官と学生が作るグループ討論形式の授業を行った。授業の概要、テーマ、教材および授業内容として基調講義、討論（その一部）、まとめの言葉を記録した。また、考察で医学概論とは何を教えあるいは学ぶべきか、小集団教育の一つであるグループ討論はどう行うべきか、問題点および改善点を含めて検討した。なお、討論の「論点」と「意見」は必ずしも対応するものではなく、まとめの言葉としての専門家のコメントは後から追加したものである。

II 授業のねらい

新しい医療技術の進歩、社会の発展などにより、人と医療の関わり方に変化が生じている。医学教育もその変化に対応してゆかなければならない。この授業の目的は医学を学び始める人たちに、現在における「生と死」に目を向けさせることにより、「医学とは何か」について自分の考えをまとめ、他人の意見を聞き、討論する機会を作ることにあった。

III 授業の概要

授業は「新入生ゼミナール」と称し、医学部1年生10名・理学部1年生1名の計11名に、教官1名（特別講師の場合もあり）で1998年度前期に13回行った。毎回、学生には予め渡しておいた講義資料について自分

の意見をレポートとして提出してもらい、当日はテーブルを囲んで教官が基調講義を行った後、学生の中から司会者を立ててその内容について討論し、終了後に授業の感想をレポートとして提出させた（表1）。授業の初回にガイダンスでゼミナールの目的、授業の日程、進め方を説明し、各テーマの司会者を決めた（表2）。

試験は最終回に行い、評価は出席、レポート、司会を含めた授業への参加態度および試験から判定した。講義終了後、講義内容に、特別講師と専門家からのコメント・メッセージ、学生・教官が調べてきた附属資料を加えて、記録集を作成した。

表1 授業の進め方

1	資料配布（1週間前）
2	前レポート（意見）
3	基調講義（教官）
4	学生の司会による討論
5	まとめの言葉（教官）
6	後レポート（感想）

表2 ガイダンス（グループ討論）

ゼミナールのタイトルとその説明、目的
教官の氏名と専攻分野
学生のリスト
授業日程
授業の進め方（教官の役割、学生の役割、討論方式）
評価方法
教材（テキスト、参考書）

* 別刷請求先：小林 信や 〒390-8621
松本市旭3-1-1 信州大学医学部第2外科

IV テーマ

- A 死の準備教育（デス・エデュケーション）
- B 臓器移植・脳死
- C がん告知
- D 葬式
- E 尊厳死・安楽死
- F 死の受容
- G 生殖操作（出産前診断，減胎手術）
- H 宗教と医療
- I インフォームド・コンセント
- J 介護
- K 死刑

V 教材

<教科書>

棚橋 実：いのちの哲学. 1版 北樹出版，東京 1997

<参考書>

アルフォンス・デーケン（編）：死の準備教育・第1巻「死を教える」. 1版 メヂカルフレンド社，東京，1986

柳田邦男：「死の医学」への序章. 1版 新潮社，東京，1986

日本医師会生命倫理懇談会（編）：「説明と同意」についての報告，1990

加賀乙彦：脳死・尊厳死・人権. 1版 潮出版社，東京，1991

星野一正：医の倫理. 1版 岩波書店，東京，1991
NHK脳死プロジェクト（編）：脳死移植. 1版 NHK出版，東京，1992

矢島 嶺：武石村往診日記. 1版 KKベストセラーズ，東京，1995

柏木哲夫：死を学ぶ一最期の日々をかがやいて. 1版 有斐閣，東京，1995

キューブラー・ロス：死ぬ瞬間. 鈴木 晶（訳）1版 読売新聞社，東京，1998

武田修志：人生の価値を考える一極限状況における人間. 1版 講談社，東京，1998

根津八紘：不妊手術の副産物一減胎手術の実際. 1版 近代文芸社，長野，1998

山口研一郎（編）：操られる生と死. 1版 小学館，東京，1998

VI 授業内容

A 死の準備教育（デス・エデュケーション）

基調講義：人はこの世に生を受けた瞬間から常に死に向けて歩み続けている。したがって私たちは人生において、いつかは身近な人々の死と自分自身の死に直面せざるを得ない。いつ、どこで、どのように死ぬのかわからないが、誰もが日頃から死に備えての心構えを修得しておくことはできる。[資料：谷 荘吉：医学教育. アルフォンス・デーケン（編），死の準備教育・第1巻「死を教える」，1版，pp 158-170，メヂカルフレンド社，東京，1986]

論点

死の準備教育はなぜ必要か？

患者を診るとき、医師の死生観がどれほど重要なのだろうか？

意見

- 昔のように死が身近でなくなったので、死を学ぶ機会を持つ必要がある。
- 「死」について考えることで「生」の意味を再発見する。
- 死の準備教育は死を受容させる役割をもつ。
- 死の準備教育は医療者のみならず、誰にでも必要なものと思う。
- 死への恐怖感を和らげることが生への執着心まで奪ってしまっはいけない。
- 本来死に良いも悪いもない、死の準備教育が死とはこうあるべきものだとして押しつけになってはいけない。

まとめの言葉：医師は自分の死のみならず、患者の死に立ち向かわなくてはならない。それゆえ、死への準備教育を自己の生涯教育の課題として認識することが大切と思われる。この教育は人生のそれぞれの段階で機会が与えられるべきであり、医学教育の中にも取り入れられるべきと考える（小林信）。

B 臓器移植・脳死

基調講義：腎臓や角膜のように心臓死での臓器提供は家族の同意で可能である。しかし、肝臓や心臓は脳死での提供でなければならず、本人の意思表示カードへの記入と家族の同意が必要である。脳死が問題になった理由は、①医療技術の発達に伴って、脳の機能が失われたが心臓は動いているというような、脳死になる人が出現したこと ②臓器移植が発達し、医療の対象となる患者が大幅に増えたが、心臓や肝臓の臓器

提供は脳死の段階で行わなければならないこと、の2点による。慢性腎不全で透析する患者さんが増えている。年間医療費が透析では600万円、移植では100万円。
[資料：朝日新聞 1998.4.15：時々刻々、脳死移植、法施行から半年]

論点

私たちは意思表示カードを持つべきか？

提供臓器の分配は公平・公正に行われているか、何をもって優先順位としているのか？

意見

- 人類の歴史上初めて「人の死は何か」と問われる時代にいる。
- 臓器も医療資源の配分問題の一つである。
- 死体が一つの経済的資源と見なされてはこまる。
- 移植もすばらしいが、与えられた命で生きたい。
- 脳死からの臓器提供が一般化すると、脳死になっても生きたい人を差別する心配がある。
- 今回意思表示カードを持つようになって、家族と意見を交換し合うきっかけとなった。

まよめの言葉：家族の誰かが脳死になった場合、関心があるのかかわらず、本人の意思が問われ、家族は選択せざるをえなくなる時代がくる。そのためにも家族で話し合い、自分の意思を家族に伝えておく必要がある（小林信）。「臓器の移植に関する法律」は、私たちに脳死を含めた自己決定権のあり方に関して問題を提起している。（桐澤）

C がん告知

基調講義：告知とは真実を最後まで言い続けることである。真実が知らされていないと、自分の人生に対する決定ができなくなってしまう。告知はできるだけ状態のいい、やりたいことができる時期にされるのがよい。どんな人も癌の告知から精神的に立ち直る潜在能力を持っている。[資料：雑誌アエラ 1998.2.23 pp 31-36：あなたは告知に耐えられるか]

論点

誰に告知をし、誰にすべきでないか？

医師、家族は告知後患者さんにどうしてあげるべきか？

意見

- 告知後、医師は患者と共によりよい人生を追求しつつ、旅路の終わりまで「患者と共に歩む」ことが大切である。
- 告知されない権利もあるはず。
- 告知を受けたためのショックから立ち直らせるの

も医師の仕事である。

- 告知を受けたときはしばらくそばに誰かいてほしい。
- 生きがいをもっている人は告知されたとき、強いのではないか。
- 立ち直ると、立ち直る能力をもっているのとは違う。
- 患者の認知能力についても議論の余地がある。
- 余命が極端に短い場合は告知しない方がよい。

まよめの言葉：日本人は自分のことは自分で決めるという習慣を身につけていかなければならない。誰もがどんな病気で、いつ死ぬかを定めることはできないが、どのような死に方をしたいかを定めることはできる（小林信）。

D 葬式

基調講義：少しずつ葬儀も形式や世間体を気にせず、残された人が故人の遺志を尊重するようになってきた。葬式に限らず、日本人は常に他人を気にして周りとの調和を重んずるため、従来の習慣と異なることをすることには勇気が要る。習慣や伝統のみにとらわれない意識の改革も必要である。

[資料：朝日新聞 1998.4.15,16：どうするあなたなら「お葬式」]

論点

葬式は何のために必要か？

自分の葬式のため何をすべきか？

意見

- 今日の葬式が形式的になり、故人のかけがえのない人となり十分に反映することがなくなってしまった。
- 葬儀とは亡き人を偲ぶことなら、故人と面識のない人が行くのはおかしい。
- 残された家族にとっては世間体も近所・親戚づきあいも大切である。
- 「遺志」は生きていうちに家族に話し、書き止め、行動しておくこと。
- 残された者は、一人の人間を失ったという深い悲しみの中で、死者が残っていた苦難などを肩代わりしなければならない義務がある。
- 死者を本当に大切に思っていた人にとっては「葬式」をしないのは大きな問題ではない。

まよめの言葉：葬儀の必要性は以下の2点、①遺された家族の悲嘆の癒しの場、心の安らぎをみつけたす機会の場、宗教との出会いの場、②参加する人たち

にとっては、「死」をみつめる大切な機会、である（滋野）。

E 尊厳死・安楽死

基調講義：尊厳死とは、不治の病にかかり回復の見込みがなくなった場合、不自然な延命処置をしてもらわず、自然の生を全うすることをいい、その旨の意志を生前明らかにしておくことをリビングウィル（生前発行の遺言）という。安楽死に関する議論は困難な問題を含んでいるばかりか「安楽死」という言葉自体が極めて曖昧かつ多義的に用いられているため、安楽死とは何かと一口でいうことは難しい。[資料：加賀乙彦：脳死・尊厳死・人権；尊厳死について、1版 pp 49-52, 潮出版社, 東京, 1991]

論点

今、尊厳死がどうして話題になるのか？

尊厳死・安楽死で戒めなくてはいけないことは何か？

意見

- 安楽死は最後の教訓を学ぶ機会を奪い去る
- 尊厳死はリビングウィル（生前発行の遺言）がきちんとした上で初めて可能になる
- 尊厳死の基本にあるものは、「患者の自己決定権」の尊重である
- 先端医療で、例えば人間を植物状態でいくらでも生かしておくことはできるが、患者さんの人間としての尊厳を限りなく傷つけているかもしれない。
- 安楽死には賛成できない。苦しみから逃れるために死ぬのは自殺ではないか。
- 積極的安楽死が合法化された場合、病人、老人、障害者といった弱者に自分が家族や社会の重荷になっていると思ひこませ「自由に」死を選ぶようにし向けるといった意識操作の危険性が常に潜在する。
- オランダで安楽死は合法化されていない²⁾。

まとめの言葉：東海大学附属病院のような安楽死問題は、末期患者の医療体制が組まれておらず、末期患者にどんな態度で医師、看護婦、病院の責任者が対応するかという基本的な準備を怠っている病院においては、いまだ解決されておらず、再び起こりうる。緩和ケアの適切な実施により、QOLの向上が実現したとき安楽死を考える患者も医療者も少なくなるだろう（小林信）。

F 死の受容 小林 正信

基調講義：死にゆく患者は受容と悲哀の心理過程（否認 怒り 抑うつ 取り引き 受容）をたどる。

カウンセリングの道具は、来談者のために設定された静かな場所と落ちついた時間とそして自分自身である。共感をもって話を聞こうとするだけで、すでにカウンセリングである。[資料：文芸春秋 1998.5 pp 262-279：死ぬ瞬間と死後の世界—河合隼雄と柳田邦男の対談 文芸春秋社]

論点

死に逝く人にどうすべきか？

人はどのように死を受容できるか？

意見

- 人それぞれ違うので、キューブラー・ロスのいう5段階の心理過程に必ずしも当てはまらない。
- 死の受容に関しては、人間存在としての個の確立、すなわち、アイデンティティの確立が最も重要な関わりを持っている。
- 死に直面した人に対しては、医師は単に生かすだけでなく、最期の成熟のために手助けする。
- 「悟り」ではなく、心の揺れ動きの中で「弱さ」や「わがまま」を素直に出すこと。

まとめの言葉：極限状況（有限な命の宣告、苦痛の極みなど）における人間へどのようにアプローチするか。それには客観的に冷静な視点と相手の心的状況に入り込んでいく共感の両側面を鍛えていく必要がある。医学教育では相手の心的状況に入り込んでいく後者を育むチャンスは全くない。その意味で、末期医療—とくに死のテーマは最もすぐれていると考える（小林正）。

G 生殖操作

基調講義：生殖操作の進歩により、どこから命とするか、親とは何かさえ曖昧となっている。出生前からダウン症は診断でき、ある病気は遺伝子診断により判ってしまう。親は検査するか、陽性の場合はどうするか判断を迫られる。一方、不妊治療により多胎妊娠となった場合、命を選択しなくてはならない。不妊症は根治的治療ではなく、救済的治療であり、妊娠中絶は便宜的医療行為である。[資料：①朝日新聞(1998.4.3,4)：どうするあなたなら「出生前診断」②朝日新聞(1998.5.5)：減数手術の在り方を問う]

論点

不妊症はどこまで治療すべきか？

人工中絶、減胎は認めるべきか？

意見

- こどもが授からなければ、それも運命とするのも一つの生き方である。
- 受精した命を奪う権利は誰もない、中絶は許すべ

きでない。

- 大切なのは子供の権利を尊重することである。
- これらは学会が決めるのではなく、広く社会一般が論ずるべき問題である。
- 出生前に異常と診断されても母親は産むと思ったので、ほとんど中絶と聞いて驚いた。
- 医師の障害観により、告知の影響が全く違う。
- 全部中絶するよりは、一人でも二人でも助けた方がよい。
- 多胎とならない排卵誘発剤を発見してから、誘発剤を許可すべきだ。

まとめの言葉：患者さんのニーズを中心に、医者として、一人の人間として医療をして行くのが医師の務めである。一人の人間としての部分をどれだけたくさん持ち合わせているかが大切なことである（根津）。

H 宗教と医療

大島 征二

基調講義：宗教は死に対してどう対処するか、人生をどう統括すべきか示唆を与えてくれる。死に直面したときは、科学は席を譲るべきである。死に対しては科学は万能でないことを早くから知っておくべきである。
[資料：雑誌マルコポーロ1994.3 pp 140-143：逸見さん、あなたにはホスピスがあった 文芸春秋社]

論点

宗教は死に逝く人に何をすべきか？

医療者に何が求められているか？

意見

- 医療者も全人的な関わり方を必要とされ、人間として豊かさが問われる。そのためには芸術、文学に親しんで、人間性を培う必要がある。
- 死後の世界で愛する人に再会できると期待するのは広い意味での宗教があるからである。
- 広い意味での宗教は誰にも存在し、それなしには生きられないような気がする。問題は今まで宗教を軽視してきた医療の現場にどのように持ち込むかである。
- 患者が求めているのは、「病気を治してもらいたいだけでない」ことを医師は認識しなくてはならない。
- 実際の現場で宗教が患者にどのようにアプローチするかである。

まとめの言葉：「何事でも人々からしてほしいと望むことは、人々にもその通りにせよ」（マタイ福音書7章12節）というイエスの言葉は、医療者に対しても根本的なメッセージを語っているのではないか（大島）。

I インフォームド・コンセント

基調講義：ドイツの医師は初診の時に「私はあなたと協力して病氣と闘ってゆく」と患者にいう。インフォームド・コンセントとは患者が自分の受けたい治療法とそれを受ける場所を選ぶ権利。患者と医師との間に良好な関係をもたらすもの。手術、薬、検査や容態の変化に伴う対処に対してもインフォームド・コンセントは必要であり、癌の告知もその中の一つである。
[資料：雑誌マルコポーロ1994.1 pp 118-139：すべてのガンは告知せよ—逸見政孝さんの場合— 文芸春秋社]

論点

インフォームド・コンセントは必要か？

患者側はインフォームド・コンセントにどう対処すべきか？

意見

- 医師と患者の関係という特別な状況として考え直す必要はなく、人間関係として捉えれば自然で当然なことであり、何も特別なことではない。
- どうしても上下関係があり、医師の価値観の押しつけになることもある。
- 患者さんの望む生き方、望む死に方まで知ることは大切である。
- 患者側の質問が少なく、自己決定しようとしめない。
- 医療側にも問題点はいくつかあるが、患者側ももっと積極的に自分の考えを主張し、治療に介入してゆく必要があるのではないか。そのためには患者さんがいつでも、どんなときでも質問できる医師と患者の良好な関係をつくっておくことである。
- 高齢者や小児へのインフォームド・コンセントはどうするのか？

まとめの言葉：医師は一方的に説明するのではなく、患者や家族から病氣や治療法について話してもらい、どのように理解しているか常に確認する。医師は「自分の考え」をどれだけ患者に示せばよいか、薬の副作用や手術の合併症はどこまで話すか迷うことが多い。そのような時、自分の家族だったらどうするかという視点で考えるとよい。「自己決定」を要求するのではなく、「多様性」を認めることが大切である³⁾（小林信）。

J 介護

清水 妙子

基調講義：人は誰もいずれ老いがやってくる。しかし、当面介護にあたっている者は老年期を経験していないので、老年期の様々な変化を認識できていない。そこ

で介護にあたる場合、対象である老人の思いや考え要求を一つ一つ確かめながら行っていくことが大切である。老年期は個人差が大きいので個性への配慮が求められると同時に自己決定権を尊重して行くことが必要である。現代社会において介護が難しくなっている原因としては、若い人の扶養意識の低下、介護者自身の高齢化、疾病の重度化、女性の有職化、狭く段差のある住宅事情などがある（清水）。[資料：介護事例から]

論点

あなたは家族の介護をしますか？

介護とは何をすることで、何が足りないのか？

意見

- 介護力（知識、技術、気持ち、時間、経済、体力）が不足している。
- 介護は精神的、肉体的負担が大きいので、一人に押しつけるべきではない。
- 介護は押しつけるものではない。自分がよかれと思ってやったことが逆に相手にとっては迷惑や苦痛となったりする。
- まったく赤の他人なら自分の両親のように介護できるかどうかかわからない、また自分の親でも実際介護するかどうかかわからない。
- 自ら扶養意志のない医師が、介護に係わる仕事を選ぼうとするのはどういうことだろうか？
- 介護者に対しての精神的ケアも必要。介護者同士の組織活動なども大切。
- 老人は自己決定できる人であり、赤ちゃんを扱うように接するべきでない。

まとめの言葉：介護には社会的なバックアップが必要とされ、介護保険が導入されてきた。介護保険では、40歳から平均月3,000円、市町村によっては8,000円であり、要介護認定にはまだまだ問題が残されている。生活の質を保ったまま終末期を迎えるために、医学的管理および周囲の協力が重要となる（小林信）。白衣を脱いだ時でも患者と人間として信頼しあえるような医師になってほしい。（清水）

K 死刑

基調講義：死刑における二つの問題、①死刑囚は「生と死」を考えると、モデルみたいなものを提供してくれる。「人間はすべて死刑囚である。いつかは神の前に呼び出されて死刑を執行される。そこで人間というのは、いつ神に呼び出されるかということを選びくしながら待っている。これが人間の赤裸々な有

様だ」（パスカルの「パンセ」より）②死刑廃止論について [資料：①加賀乙彦：脳死・尊厳死・人権；「死刑囚」の「濃密な時間」が教えるもの 潮出版社 ②各社新聞記事（1997.8.3）永山則夫死刑囚の刑執行]

論点

死刑と無期懲役との違いは何か？

医学は死刑制度をどう捉えるべきか？

意見

- 社会の秩序を保つために死刑は必要である。
- 人の命の重さを考えれば、死をもって償うべきである。
- たとえ人を殺した人間でも、その人間を国家が殺すというのは、殺人はいけないという国家が持っているモラルに真っ向から反する。
- 人権を尊重すべき医の倫理と国家による殺人すなわち死刑の存在とが矛盾する。
- 医療がとらえる「命」とは何かを検討する中で、死刑制度に対しても一つの方向性が示されるべきである。
- 痛み（罪の呵責）を持った人がこの世に生きることの意味がある。
- 法は社会を存続するために作られたと考えると、刑法が被害者の復讐心の肩代わりをするという発想は的を得ていない。
- 被害者の家族は恨みを晴らす一方、死刑執行により苦しみ、加害者ともなる。
- 被害者が救われぬ限り、死刑は存続する。

まとめの言葉：死刑廃止論が理想主義であることは否定しないが、今日も世界のどこかで冤罪のため死刑が執行されている。たとえ罪を犯しても「人生に遅すぎることはない」という言葉は通用しないのだろうか（小林信）。私は凶悪な殺人等一定の行為には矢張り死刑が必要であり、死刑制度は存置されるべきものとする。そしてそれが生命の尊厳を全うするゆえんといわざるを得ない。その根拠は正義の実現ともいえるし、いわば社会の掟として説明することができるかと思う（永田）。助けなければならない「生命」、奪ってよい「生命」。人間の生命を考える時、両者に違いを付けられるのだろうか。国家は、他人のいのちを暴力で奪ったものに対して「法の名の下に」生命を奪う制度を持つことはできるのだろうか（石川）。

表3 小集団教育とは何か

積極的参加
対面接触
目的を持つ
文献 ⁶⁾ より引用

Ⅶ 考 察

A 医学概論について

新入生ゼミナールを医学概論と捉えて、グループ討論を行った。澤瀉久敬によると医学概論とは“医学とは何か”，“いのちとは何か”を学びあるいは教える学問である⁴⁾。大事なのは医学の立場から論ずるものではなく、人生一般の立場から医学を論ずることである⁴⁾。そのことは学生も感想の中で、「ゼミのテーマは、医療に携わる人間だけでなく誰もが考えてゆくべきことである」と述べている。一方、片山哲二は、医学概論とは個人の医学に対する理念であり、自分独自で作り上げなくてはならず、習慣や伝統から解放された自由な立場から世の中を見て、意識を改革することが必要であると述べている⁵⁾。

B 小集団教育

今回行った小集団教育は、医学教育で通常用いられている教育法の中で、重要な位置を占めるようになった（表3）。小集団教育での積極的参加による効果は「討論形式にすることで、一方的に講義を聴くことよりも参加意欲が増し、授業をやり終えたあともその内容が頭に残っていた」という学生の感想からも、十分あったと思う。小集団教育の中には、グループ討論以外に、1対1討議、バズ・グループ（がやがやグループ）、ロールプレイなどの方法がある⁶⁾。

1 計画

今回は教官側が全部プランニング、資料準備を行い、司会のみを学生に任せた。自発的参加をうながすためには、むしろ、学生に何をしたいか聞き、何を期待しているかを示した方がよかった。すなわち、テーマの選択、資料の用意、討議の仕方、まとめ方などの事柄について、ある程度学生に責任を持たせるべきであった。シラバス作成の関係で、ある程度前もって教官が決めておくことはしかたがないが、学生の自主性を引き出すために、授業を2～3回行ったところで学生の意見を取り入れて修正すべきであった。

2 テーマ・資料

今回行ったいずれのテーマも教官が自ら教えらる

ものとして取り上げたわけではなく、自分が医師である前に社会人として考えなければいけないと思っていたことを学生と一緒に学んだ。はじめにテーマを決め、講義資料はなるべく新鮮なトピックを選んだ。

3 司会

学生の司会者には、前もって各テーマの参考書を渡しておき、より多くの予備知識を持ちあわせるようにしたが、討論が少なく知識の示し合いになってしまったときもあった。あらかじめ、司会と教師と打ち合わせ、いくつかの質問を設定し、討論の流れを考えておく必要があった。また、司会の方法として意見を明確化、総合化、要約することを前もって教えておくべきであった⁵⁾。

4 教官の役割

グループリーダー、記録者、リソースマン（resource man：情報源となりうる人）の3役を務めねばならない⁷⁾。教官のテーマに対する準備が不十分でリソースマンとなれない時は、自己満足の自分の趣味で終わってしまった。討論の司会を学生に任せても、①基本的な問題や質問を強調する、②十分に受け入れることのできない意見には挑戦する、③重要な事柄は、明確にしないまま先に進まない、④少数派の主張や、見解を公平に扱う、⑤グループを本流に引き戻す、⑥学習のしめくくりをする、などに気を配る必要がある⁸⁾。

5 討論

討論を活発にするための方法として、「脳死」や「死刑」などディベート形式を取り入れた方がよいテーマもあった。もっと論点を絞って、例えば、「減胎手術に賛成か反対かよりも『減胎手術の基準はどう決めるべきか』というようにした方がよい」との意見も出た（Ⅵ 授業内容の論点は、便宜上後から付けたものである）。

よい討議をするためには閉鎖的であってはならないが、後述するように理学部の学生が一人入ったことでオープンな討論となった。また、よい討議は懐疑的、競争的な要素も排除されなくてはならないが、医学を学び始めたばかりなので、多少懐疑的なところはあったが、テーマの内容からして競争的なものではなかった。

6 レポート

1週間前に資料を渡し、当日に前レポートを提出させ各自の意見をまとめる機会とした。討論後にも後レポートとして感想を提出させた。討論が進んだときは

意見の変化や展開が見られたが、そうでないときは、前レポートと後レポートがほぼ同じという時もあった。

7 参加者（講師，学生）

3人の先生に特別講師をしてもらったが，授業に変化がもたらされ効果があつた。対象は医学生だが，一人理学部からの参加希望があつた。医学を志す学生とは立場が異なるため，医学生全員が当然と思っていることに対しても意見の衝突があり，思いもよらない質問は刺激となつて討論を新鮮にした。医学概論などは一般の方も交えてするか，むしろ一般の人の中に入ってするのが理想と考える。

8 試験・評価

試験をしなくても授業参加態度，レポートから評価は可能である。教官の学生による評価はしなかったが，これも必要と考える。

9 場所

教室はあまり狭いと息苦しく感じることもあり，リラックスして討論できるための快適な場所選びも大切であつた。

VIII おわりに

医学概論はすべての人の問題であるが，各自が自分独自の考えを持つべきものである。それを新入生に行

うことは，6年間の医学教育に対するモチベーションを持つためにも意義がある。そのための授業方法として，小集団によるグループ討論はその特徴を生かすことができるなら，最適と考える。

謝 辞

特別講師を引き受けて戴きました先生方，コメントをお寄せ戴きました皆様，講義資料と記録集の作成に協力して戴いた教室の皆様へ感謝申し上げます。

学生と教官

信州大学医学部：西野恭平，新田洋平，仁禮貴子，野首元成，野中信一郎，野本裕子，菱沼美和子，深沢宙丸，福原 恒，鉾崎佳子

信州大学理学部：片田直樹

特別講師：小林正信（信州大学保健管理センター・精神医学），大島征二（信州大学人文学部・宗教学），清水妙子（前信州大学医学部・看護学）

コメンテーター：滋野 真（仏教者），永田恒治（弁護士），石川 顕（アムネスティー・インターナショナル），桐澤 明（移植コーディネーター）

担当教官：小林信や（信州大学医学部・外科学）

*文中では敬称を略させて戴きました。

文 献

- 1) 片山哲二：医学生，看護学生および一般市民のための医学概論。p 755，今日和写植製本印刷，与野，1993
- 2) ジャネット・あかね・シャボット，星野一正：自ら死を選ぶ権利—オランダ安楽死のすべて。pp 231-233，徳間書店，東京，1995
- 3) 名取春彦：インフォームド・コンセントは患者を救わない。pp 113-115，洋泉社，東京，1998
- 4) 澤瀉久敬：医学の哲学。pp 3-30，誠心書房，東京，1967
- 5) 片山哲二：医学生，看護学生および一般市民のための医学概論。p 1，今日和写植製本印刷，与野，1993
- 6) Newble D, Cannon R：小集団教育。中川米造（監訳），医学，歯学，看護学を教える人のためのメディカルティーチャー・ハンドブック。pp 43-64，西村書店，新潟，1992
- 7) 山下文雄：小グループ学習。日本医学教育学会（編），医学教育マニュアル 3 教授—学習法，pp 79-86，篠原出版，東京，1982
- 8) GE Miller（編）：グループ討論。吉岡昭正（訳），医学における教授—学習，pp 84-93，篠原出版，東京，1977

(H 11. 1. 26 受稿；H 11. 2. 15 受理)