

## 医学教育における「隠れたカリキュラム」

松浦 明宏\*

### 導入

医学教育における「隠れたカリキュラム」(hidden curriculum)の問題は、現行の医学教育制度の中で倫理教育が依然として十分な機能を果たし得ていないことの根幹に位置づけられる。この「隠れたカリキュラム」がまず医療従事者間の望ましいあり方を損ない、それが医療者—患者関係の望ましいあり方を損なうことにつながり、医療の質を低下させる主な要因の一つになっている。従って、もしわれわれが、医療の質の改善を目指すならば、この「隠れたカリキュラム」の問題を検討する必要がある。そのためには、医学教育における隠れたカリキュラムがいかなるものかを把握することが前提となる。そこで、本稿では、まず、医学教育以外の一般の教育現場で論じられている隠れたカリキュラムとの異同を確認することからはじめることにする(第1節)。そして、医学教育における隠れたカリキュラムについて、ハフェルティエ(1998)とスターン(2000)の考えを紹介し(第2節)、最後に、私見を述べることにする(第3節)。

### 第1節 医学教育における隠れたカリキュラムと他の教育におけるそれとの異同

まず、医学教育における隠れたカリキュラムと他の教育におけるそれとの共通点を見ておこう。学校教育の中で正式の授業科目として教えられるカリキュラムは「顕在的カリキュラム」と言われ、正式科目として教えられないカリキュラムは(広義の)「隠れたカリキュラム」と言われる。この顕在的カリキュラムと隠れたカリキュラムとの主な違いの一つは、顕在的カリキュラムの方は、それを教える側がそのカリキュラムの内容を自覚・意図しているのに対して、隠れたカリキュラムの方は、教える側はその内容を自覚・意図していないという点にある。この違いによって「顕在的カリキュラム」と「隠れたカリキュラム」とをさしあたり区別することができ、この区別は医学教育の場面でも他の教育の場面でもほぼ共通していると見てよいだろう。

他方、一般の教育の場面では、隠れたカリキュラムはジェンダー問題との関連で論じられることが多い

\* 東北大学大学院文学研究科哲学研究室助手

<sup>1</sup> 隠れたカリキュラムがジェンダー問題として取り上げられている例を幾つか挙げておく。「講義と討議 隠れたカリキュラムを考える」、村松泰子(東京学芸大学教授、国立女性教育会館客員研究員)(<http://www.h4.dion.ne.jp/~moonclld/gender4.htm>)、「柏市男女共同参画推進計画——未来をひらくパートナーシップ——基本課題II 教育・学習」(<http://danjo.city.kashiwa.chiba.jp/joho/keikaku/3sho2.htm>)、「伊丹市女性のための行動計画<中間見直し>——男女共同参画型社会をめざす行政実施計画——基本目標1 男女の人権を尊重する教育・啓発」(<http://www2.city.itami.hyogo.jp/Itami/common/ItamiSite.nsf/0/fa811b211098de3649256d38003649af?OpenDocument>)(以上のURLへのアクセスは、すべて2004/02/28に行ったものである。)

のに対して<sup>1</sup>、医学教育の場合にはジェンダー問題との関連で論じられることは少ないという点で、両者は異なっている<sup>2</sup>。すなわち、一般の教育現場では、たとえば、名前の点呼や運動会の徒競走などは男子が先で女子は後、といった形で、いわゆる男女差別の問題を論じる場面で隠れたカリキュラムが取り上げられることが多い<sup>3</sup>。つまり、教師の側が特に男女差別をしようと意識して男子の名を先に呼んだり走らせたりしているわけではないにもかかわらず、そうすることによって無意識のうちに生徒に男女差別を刷り込み、それがジェンダー問題につながる、という種類の議論である。だが、医学教育の場面では、こうしたジェンダー問題として隠れたカリキュラムの問題が取り上げられることはあまりない。むしろ別稿<sup>4</sup>で取り上げたように、次のような形で論じられることが多い。

ハフェルティとフランクス(1994)<sup>5</sup>は、医学教育について次の状況を報告している。すなわち、学部や研修期間中のさまざまな苦しい訓練や学習において、人によっては「罵倒」されるような仕方で教えられたり、教室内で教師や仲間の学生が口にする「冗談」や「個人的逸話」など、要するに、医学教育の学科内容ではなくて、それが教えられる反倫理的環境・文化によって、学生の性格が変わる。つまり、

正式科目の中で知識や技術を教えることよりはむしろ「医療文化のレプリカ」を作ることに関わる非公式のカリキュラムが医学教育の中に潜んでいて、この「隠れたカリキュラム」が医学生の性格形成に大きく影響しているということである。

ハフェルティ等のこの指摘は、「女子学生は罵倒される仕方で教えられるけれども男子学生はそうでない」等の仕方で取り上げられているわけではないので、医学教育における隠れたカリキュラムが、必ずしもジェンダー問題との関連で論じられているわけではないことがわかる。

さて以上で、医学教育における隠れたカリキュラムとそれ以外の教育場面でのそれとの異同を確認したところで、次に医学教育における隠れたカリキュラムについてより詳細にみていくことにする。そのために、本稿では、ハフェルティ(1998)とスターン(2000)を採り上げて検討することにする。

## 第2節 医学教育における隠れたカリキュラム

### 第1項 ハフェルティ(1998)<sup>6</sup>

前節で瞥見した指摘をハフェルティとフランクス(1994)が行った時には、非公式のカリキュラムと

<sup>2</sup> もちろん、医学関係の文献の中にも隠れたカリキュラムをジェンダーや人種差別等の視点から考察したものはある(Sandra Turbes, MD, Erin Krebs, MD, and Sara Axtell, PhD, 'The Hidden Curriculum in Multicultural Medical Education: The Role of Case Examples,' *Academic Medicine*, 2002, March, vol. 77, No. 3, 209-216)。ただ、その傾向が主流を占めているかと言えば、必ずしもそうとは言えないので、一般の教育の場面とやや傾向が異なることは確かである。

<sup>3</sup> 「男子は先で女子は後」という順序の問題を直ちにジェンダー問題に結びつける議論は、私の見るところでは、既にジェンダーバイアスを受けている人のする議論である。この種の議論は「先=優、後=劣」という価値観を前提しているが、「前座と真打」、「アンカーマン」、「前菜とメインディッシュ」といった言葉が使われる場合には「先=劣、後=優」である。これはつまり、「先」や「後」というそのこと自体に優劣があるわけではないということである。となると、「男子が先で女子が後」という事柄を女子劣性と見るその思考は、「先」や「後」という順序から男性優位・女子劣性を導き出したのではなくて、もともとその人の頭の中に「男子は優れていて、女子は劣っている」という固定観念があって、その固定観念から同語反復的に女子劣性を主張しているにすぎないことになる。これはつまり、行動の順序をジェンダー問題と見る当人が既にジェンダーバイアスを受けていて、自分の受けたそのジェンダーバイアスによって行動の順序が男女を差別するもののように見えているということである。ただし、誤解を避けるために付け加えておくと、私は男女共同参画社会等に反対しているわけではない。ジェンダー問題に関する議論の中には、男女差別と密接に関わると思われるものと同時に、男女差別とは関係のないものまで含まれていて、一種の混沌状態に陥っている。だから何が本当に男女差別を生み出すものなのかをよく見極めるべきである、と言っているのである。

<sup>4</sup> 「ピーター・シンガーの医療過誤論と隠れたカリキュラム——原理に基づく倫理学と性格倫理学——」、『臨床倫理学』No. 2、臨床倫理検討システム開発プロジェクト、2002(平成14)年8月、70頁~78頁。

<sup>5</sup> Hafferty, F. W. and Franks, R., 'The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of Medical Education,' *Academic Medicine*, Vol. 69, No. 11/November, 1994, 861-871.

<sup>6</sup> Hafferty, F. W., 'Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum,' *Academic Medicine*, Vol. 73, No. 4/April, 1998, 403-407.

隠れたカリキュラムとは特に明確には区別されてはいなかった<sup>7</sup>。これに対して、ハフェルティ(1998)は、以下の仕方、非公式のカリキュラムと隠れたカリキュラムとを明確に区別するようになる(参考までに「公式のカリキュラム」についても紹介しておく)

- (1) 公式のカリキュラム (formal curriculum)  
「述べられ、意図され、公式に与えられ是認された、カリキュラム」
- (2) 非公式のカリキュラム (informal curriculum)  
「教職員と学生との間に起こる、書かれていない、大部分はその場限りの、特に個人間の、教

育・学習形態」

- (3) 隠れたカリキュラム (hidden curriculum)  
「組織的な構造や文化のレベルで機能する一連の影響」<sup>8</sup>

ここでハフェルティが言う非公式のカリキュラムと隠れたカリキュラムとの区別のポイントは、前者が個人同士の間 (interpersonal) といったいわば個別の場面で生じるものであるのに対して、後者は組織や構造といったいわば全体の場面で生じるものであるという点にある<sup>9</sup>。個別の場面で生じる「非公式のカリキュラム」とは、たとえば、廊下で教師と学生や学生同士の間で取り交わされる会話などにおいて

<sup>7</sup> Hafferty & Franks, op. cit. (1994), 866. "In short, many of the "messages" transmitted via the hidden curriculum may be in direct conflict with what is being touted in formal courses on medical ethics or with what are formally heralded by the institution as desirable standards of ethical conduct." ただし、このハフェルティ & フランク論文の中でも、後にハフェルティ (Hafferty (1998)) が hidden curriculum として分類することになる内容に相当するものは含まれている (Hafferty & Franks, op. cit., 868)。1994年の時点では、それを、1998年に informal curriculum と分類することになるものから明確には区別していなかったということである。

<sup>8</sup> Hafferty, op. cit., 404. "(1) the stated, intended, and formally offered and endorsed curriculum.; (2) an unscripted, predominantly ad hoc, and highly interpersonal form of teaching and learning that takes place among and between faculty and students (informal curriculum); (3) a set of influences that function at the level of organizational structure and culture (hidden curriculum)." この分類は、Hafferty & Franks (op. cit., 1994) で扱われた hidden curriculum という概念が、公式の授業の間に (その機関で) 支配的になっている文化が密かに伝わることを含むかなり広い概念であるとの指摘を受け、(それと明言されているわけではないが) ハフェルティがその指摘をも考慮して提出したものと見られる (Hundert, E. M., Hafferty, F. W., Christakis, D., 'Characteristics of the Informal Curriculum and Trainees' Ethical Choices,' *Academic Medicine*, Vol. 71, No. 6/June, 1996, 625, "Hafferty's hidden curriculum is the broader concept because it includes the hidden transmission of the dominant culture during formal classes, whereas the informal curriculum is that subset of the hidden curriculum that happens outside classes, hospital rounds, and the like.")。ちなみに、特に青少年の発達と発達神経生物学に関心を持つ精神科医 Hundert は、エスノメソロジーに熟練した社会学者 Darlene Douglas-Steele と長期にわたる共同研究を行い、医学生や外科研究員の話テーブルコーダに録音したものを分析して、非公式のカリキュラム (informal curriculum) を考察している。ただし、Hundert の言う非公式のカリキュラムは、ハフェルティ (1994) の言う隠れたカリキュラムの部分集合 (subset) であり、必ずしもそれと同じものではない (Hundert, et al., op. cit., 625)。この共同研究において最も重要であると Hundert が述べているのは、次のことである。すなわち、非公式のカリキュラムが「非公式」であるのは、規則が書き下ろされておらず、その教えが教室や回診の中で行われず、ただこの種の社会学的分析を通してのみ解釈することのできるかたく閉ざされた仕方規則に支配されているという意味においてのみである、ということである (Hundert, E. M., et al., op. cit., 625, "The most important thing we learned ...is that the informal curriculum is "informal" only in the sense that the rules are not written down and that the teaching does not happen in classrooms or on ward rounds, but that it is rule-governed in tightly bound ways that may be decipherable through just this kind of sociologic analysis.")。この論文に掲載されている外科研究員の話をもとめると次のようになる。すなわち、自分は teaching program に参加したにもかかわらず、そのプログラム中に血管手術について周囲の指導者から何の教えも受けなかった。しかも自分の知らないうちに、上層部が半年ごとに行う会議の場でその手術についての報告が行われ、悪い評価が下された。こうした扱いを受けたことにより、その研究員は外科医になることをやめて病理学者になり、誰も本気では信じなくなった (Hundert, et al., op. cit., 626-627, 'I don't really trust anybody.' (627))。Hundert によれば、この録音から得られる重要な教訓の一つは、批判は部局長のいる半年ごとの評価会議のような公式の場で行われるべきでなく、より公式度の少ない会話の中で行われるべきである、ということである。批判が公式の会議の場で行われなければならなかったという事実が、その組織の誠実さが破綻していること意味したわけである (Hundert, et al., op. cit. 627, "One of the important lessons from this tape recording is that the criticism should have been dealt with in less-formal conversations than the biannual feedback meeting with the department chair. The fact that it had to go to a formal session with the chair meant that the integrity of the system broke down.")。ここでそれと明言されていないが、「研究員についての批判は研究員の前で行うのではなくて公式会議の場で行わなければならない」という不文律が、Hundert の言う「非公式のカリキュラム」なのであろう (cf. Hundert E. M., Douglas-Steele D., Bickel J., 'Context in medical education: the informal ethics curriculum,' *Medical Education*, 1996; 30: 353-64)。

<sup>9</sup> Hafferty, op. cit., 404, 'The informal curriculum targets learning at the level of interpersonal interactions... The hidden curriculum highlights the importance and impact of structural factors on the learning process.'

学生が学ぶ、正規の授業とは異なる学習であり、他方、全体の場面で生じる「隠れたカリキュラム」とは、たとえば、何を必修科目と定め何を選択科目と定めるかによって<sup>10</sup>、その区分を定めた組織がどんな科目を重視しどんな科目を重視していないかが暗黙裡に語られるということである。

たとえば、これはハフェルティが述べていることではないが、ある医科大学が生理学を必修科目と定め、倫理学を選択科目と定めた場合、その組織は

倫理学より生理学を「重視」していることを暗黙裡に語っていることになる。そして、仮にその大学が「全人的医療」を教育目標に掲げていたとすれば、その組織は教育目標としては倫理学と生理学とを「同等」に扱うことを宣言しているけれども、実際の教育内容を定める際にはそれらを同等に扱っていないという「言行不一致」を起こしていることになる<sup>11</sup>。

ハフェルティによれば、こうした傾向はその医学教育機関内で当然視されることが多く<sup>12</sup>、それをあえ

<sup>10</sup> Hafferty, op. cit., ibid., 'Which courses are identified as required and which are "left over" as electives? One of the great challenges facing medical educators today lies in being willing and able to step back and assess just what messages are being created by and within the very structures they have developed and are responsible for.'

<sup>11</sup> ハフェルティによれば、これと類似のことが、(1)方針開発(policy development)、(2)評価(evaluation)、(3)資源配分(resource allocation)、(4)機関としての“俗語”ないしは術語(institutional "slang" or nomenclature)の各領域にわたって見られるだけでなく、機関外部から与えられる「認可」(accreditation)にも見られる(Hafferty, op. cit., 404-406.)。たとえば、「証拠に基づく医学」(evidence-based medicine)という手法や「費用効果性」(cost-effectiveness)がある機関において「評価」されるということは、その機関が医療活動の持つ人間性の側面よりはむしろ科学性や経済性の側面を重視しているということであり、「適切に合理化する」(right-seized)、「総合的品質管理」(total-quality-improved)、「株主利益率」(return on equity)などのビジネス用語が機関の長の間で流布している場合には、その機関では医療を一つのビジネスと考えるよう促されることになる(Hafferty, F. W., op. cit., ibid.)。また、「認可」(accreditation)については次の例が挙げられている。Liaison Committee on Medical Education (LCME)の『医学部の諸機能と構成』(*Functions and Structure of a Medical School*)とその手引書『医学教育データベース』(*Medical Education Database*) (いずれも1998年当時のcurrent version)との間には、本文中で紹介した必修・選択科目の例とはやや異なる仕方ではあるが、やはり言行不一致が見られる。すなわち、『医学部の諸機能と構成』においては、「患者の医療上の要求全体」に応え、「患者、仲間、共同体の信頼と尊重」を得る医師を作ることを目標に掲げる一方で、『医学教育データベース』においては、機関の長などの職員が、「コンピュータ、情報テクノロジー、遠距離通信」などの学習課題に重点をおいて教育されるべきである、という趣旨のことが書かれているだけであり、信頼等の言葉は一言も出てこない、という例である。

上記のさまざまな問題について推薦できることとして、ハフェルティは三つ提示している。(1)「自分たちがその一部である、より大きな構図について、個々人が熟考することのできる構造を作る」こと。(2)LCMEの『医学部の諸機能と構成』と『医学教育データベース』とをより一貫性のあるものにすること。(3)Association of American Medical Colleges (AAMC)が1997年9月に発表したMedical School Objectives Project (MSOP)の報告草稿(<http://www.aamc.org/meded/msop/msop1.pdf> (1998 January))。この中で、ハフェルティ論文で概観されたテーマのいくつかが触れられている。ただし、この報告草稿の中の第一段階「医学生が医学部を卒業する時に持っているべき諸特性」の同定と「それら諸特性に基づく教育目的」の確立から、第二段階「第一段階で生み出されたさまざまな材料を、カリキュラムの見直しと改革のために用いること」への移行について、若干の懸念をハフェルティは表明している。単にカリキュラムだけを変更するのではなく、むしろ、学ぶ環境を変えることの方が、隠れたカリキュラムの問題を考える際にはより重要であるためである(Hafferty, F. W., op. cit., ibid.)。

尚、上記LCMEについて説明を加えておく。オレゴン大学医学部ゴードン＝ノエル教授によれば、「アメリカの医学教育システムは、医学部や研修施設の教育プログラムを評価する機関と、医学生、研修医、医師の質を評価する機関が完全に分離・独立しているところが最大の特徴」である。LCMEはアメリカ医師会(AMA=American Medical Association)とアメリカ医科大学協会(AAMC=Association of American Medical Colleges)が1942年に共同で設立した組織で、「各医学部の教育の質が標準的なレベルにあるかどうかを審査」する。他方、学生の質は「USMLE(United States Medical Licensing Examination)というコンピュータを利用した試験」がこれを評価する(<http://www.usmle.org/>)。つまり「教育は医学部が行うが、学生を評価するのは別の機関、というように2つが独立していることで質が保証されている」ということである(JMA Press Network「特集【対談】オレゴン大学医学部ノエル教授×青柳日医副会長(2003-07-02 20:17:31)」に基づく(<http://www.jmapress.net/news.php?no=359> (accessed 2004/02/29)))。ちなみに、LCMEの*Functions and Structure of a Medical School*の現行バージョン(<http://www.lcme.org/functions2003july.pdf> (accessed 2004/02/29))には、ハフェルティが引用しているバージョンとは違って、compassionate, dedication, trust, respectという言葉はない。医療倫理に関わる記述は、II. EDUCATIONAL PROGRAM FOR THE M. D. B. Structure 2. Contentに見られ、「コミュニケーションスキル」の教育、「自分自身と他人の中にあるジェンダーバイアスや文化的バイアスを認め、それを適切に処理できるようになる」こと、「医学部は医療倫理と人間の諸価値を教えなければならない、患者をケアする際に厳正な倫理原理を示す」必要があること等が挙げられている。

<sup>12</sup> Hafferty, F. W., op. cit., '... the commonly held "understandings," customs, rituals, and taken-for-granted aspects of what goes on in the life-space we call medical education.'

て指摘する人は即座に拒絶される。このことがこの領域内で働くことの中心的な課題 (core challenges) の一つとなる<sup>13 14</sup>。

## 第2節 第2項 スターン (2000)<sup>15</sup>

スターンは、医学教育における隠れたカリキュラムを検討するにあたって、教師の隠れた意図がどうして医学生に伝わるのかを考察している<sup>16</sup>。そして、相反する価値の間での「交渉」(negotiation)によってそれが伝わるのだと言う<sup>17</sup>。

スターンの考えをパラフレーズして言えばこうなる。たとえば、ある教師が医学生に、「何であれ君に正しいと思えることをしなさい。ただし、この世界で生き残りたければ、私と同じようにしたほうがいい。」という選択肢を暗黙裡に示したとしよう。その場合、その医学生の脳裏には、正しいことをするのがよいという考えと、自分は医師の世界で生き残り

たいという考えがよぎるだろう。そして、そうした二つの考えから、たとえば、「私は医者になるためにここにきたのだから、いくら私に正しいと思えることであっても、それをすれば医者になれないのであれば、それをしないほうがいい。」と考え、自分に正しいと思えることより医師の世界で生き残ることの方を暗黙裡に選ぶであろう<sup>18</sup>。こうしたある種の逡巡と選択のプロセスによって、医師の世界で生きることを学んでいくというのが、スターンの言う「交渉」であり、隠れたカリキュラムなのである。

従ってまた、どうして教師の隠れた意図が医学生に伝わるのかと言えば、次のようになる。すなわち、教師の価値観と学生の価値観とが、その世界で生き残るという点で一致しており、しかもその価値観が教師にも学生にも強く根づいているために、その一致と強さとによって、教師の意図が学生に伝わり、かつ、学生は教師と同じ振る舞いをするようになる、

<sup>13</sup> Hafferty, F. W., op. cit., 'What is revealed by such an analysis may appear decidedly strange, shocking, or outlandish to insiders. Findings and conclusions will run counter to the group's prevailing wisdom and therefore will stand a good chance of being rejected out of hand. This is one of the core challenges (and frustrations) of working within this domain.'

<sup>14</sup> ハフェルティとフランク (1994) においては、次の四点が隠れたカリキュラム解消のために推薦されている。ただし、ここで「隠れたカリキュラム」は、ハフェルティ (1998) における「非公式のカリキュラム」をも含めた広義の隠れたカリキュラムと見るのが適切である。(1) 教職員、スタッフ、他の専門職、上級生を含めて、学生を教える者は、実地研修や病院実習などの訓練の最も早い段階での新入生たちがどう感じているかについて、もっとよく知ること。新入生たちは、医療文化の中では素人に近いので、その訓練が当然のこととみなしている「現実」に対して、素人に近い反応を示す。これはつまり、新入生たちの反応を見るだけで、隠れたカリキュラムの存在と内容の重要なバロメータになるということである。(2) 隠れたカリキュラムの内容とその起こりそうな影響は、教職員、学生、(社会学者のように) 専門的な外部の観察者の共同体の中で同定され扱われるのが最善である。(3) 学生と接触するすべての教職員は、自分たちが会おうさまざまな倫理的問題をそれと知ることができなければならない、また、喜んで知らなければならない。そして、そのように知っている倫理の諸原理を、日常業務の中で、ただ単に言葉によって示すだけでなく、振る舞いによっても示さなければならない。(4) 学生たちは、倫理と医学との関わりを組織レベルで認識するための「実際の」(real-life) 機会を与えられる必要がある。組織化された医療が時として公共政策や生命倫理学に関する事柄について明確な立場を取っても、それが、個々の医師が自分自身の道徳上の信念に逆らって振舞うはずはないという、医学において長く続いてきた立場によって弱められてしまうためである (Hafferty & Franks, op. cit., 868.)。尚、以上の推薦策については、Goldie も取り上げて要約している。参考までに付け加えておけば、たとえば、(3) については、「積極的ロールモデルが促進されるべきである」、(4) については、「倫理教育は、・・・より広い社会的文脈から切り離しては適切には概念化されえないので、マクロ倫理的な諸問題 (macro-ethical issues) へと一そう注意を向けていくべきである」等の仕方と言及されている (John Goldie, 'Review of ethics curricula in undergraduate medical education,' *Medical Education*, 2000; 34, 108-119 (esp. 116), cf. Louise Arnold, 'Assessing Professional Behavior: Yesterday, Today, and Tomorrow,' *Academic Medicine*, Vol. 77, No. 6/June, 2002, 502-515 (esp. 509-510). これら二つの論文には充実した文献表が与えられている)。

<sup>15</sup> Stern, D. T., 'The Development of Professional Character in Medical Students,' Special Supplement, *Hastings Center Report* 30, No. 4 (2000), S26-S29.

<sup>16</sup> Stern, op. cit., S27 '...how the intention and demonstration of the teacher translate into understanding and assimilation by the student.'

<sup>17</sup> Stern, D. T., op. cit., S28 'It is in the negotiation of these conflicts that a student's professional character is developed.'

<sup>18</sup> Stern, D. T., op. cit., S.27 'Even where the explicit message is "Do as I say, not as I do," the implicit message is "Do whatever you think is right, but if you want to survive in this world you'd better be like me."' (但し、これは、Stern が M. Konner, *Becoming a Doctor: A Journey of Initiation in Medical School*, New York: Viking, 1987, p. 362 から引用している部分である。本文中では、この Konner の発言を Stern の考えに即して敷衍している。)

ということである。こうした暗黙の共通理解がもともと教師と学生との間にあるために、たとえば、“教科書には正直が最善の策だと書いてあるが、自分の失敗を含めて本当に何もかも正直に言ってしまったら医師としての信用を失う。だから、馬鹿正直にすべてを言う必要はなく、黙っていた方がよい”<sup>19</sup>と考えるようになる。

要するに、スターンの言う隠れたカリキュラムとは、医師の世界で「うまくやっていくつもりなら学ばなければならない事柄」を教えるものなのである<sup>20</sup>。こうした隠れたカリキュラムを身につけるにしたがって、「或る価値は増強され、或る価値は無視され、或る価値は公然と禁止される」ようになる<sup>21</sup>。もっとも、そのようにして増強された価値が必ずしも悪いものだというわけではない。たとえば、患者への「責任感」は医師の世界になじむにつれて強くなっていく<sup>22</sup>。

## 第2節 第3項 ハフェルティールとスターンの論についてのコメント

以上のハフェルティール（1998）とスターン（2000）の考えについてコメントを加えておく。まず、ハフェルティールについて述べると、彼の指摘の中で重要と思えるのは、個人レベルでの「非公式のカリキュラム」のほかに、組織レベルでの「隠れたカリキュラム」もあることを指摘している点、そして、医学教育機関が医学の科学性等を重視するのは「当然である」と考える、「当然視」（taken-for-granted）の問題

を「中心的課題」ととらえている点である<sup>23</sup>。

他方、ハフェルティールの提出している隠れたカリキュラムに関わる諸定義には問題がある。ハフェルティールは、「非公式のカリキュラム」と「隠れたカリキュラム」との区別を、各々、個別性と組織性との区別に対応させている。しかし、「非公式」と「個別性」、「隠れた」と「組織性」という、各々の対応関係は、明らかに恣意的であり、たとえば「隠れた」という概念と「組織性」という概念の間には何の関連性もない。その証拠に、「非公式」という言葉と「隠れた」という言葉を取り替えてもハフェルティールの議論は成り立つであろう。言い換えれば、ハフェルティールには「隠れたカリキュラム」において要となるはずの「隠蔽性」（hiddenness）という概念について吟味しようとする姿勢がほとんどなく、もともと自分の念頭にあった「個別性」と「組織性」という区別に各々「非公式」と「隠れた」という言葉を割り振っているだけなのである（この点については、本稿末の補論を参照）。

次に、スターンについてであるが、彼が医学教育における隠れたカリキュラムを、医師の世界でうまくやっていくために学ばなければならない事柄を教えてくれるものと捉えている点については、一理ある。それですべてが説明し尽されるというものではないであろうが、少なくとも、スターンのように見ることは可能であろう。

だが、その一方で、スターンは、いわば「教科書に書かれているのとは違って、現実はこうである」とい

<sup>19</sup> Stern, D. T., op. cit., S27 'I once naively expected values to be taught through simple and single expressions of values: "Honesty is the best policy;" ... But in studying the teaching of professional values, I have found that values are more frequently taught as conflicts, as complex dilemmas between two or more sometimes equally worthy values.' この発言からすると、選択の材料となる諸価値と、その中からどれを選ぶことをよとするかという、その選択の善し悪しという場面での価値という、大別して二種類の価値があることになる。隠れたカリキュラムが教えるのは、この後者の場面での価値なのである。だから、ただ単純に教科書的に「材料」としての価値だけが与えられても、それはその運用の場面での価値付けとは異なる以上、不十分なのだろう。公式のカリキュラム等において倫理的諸価値が与えられるだけでは十分ではないことの理由は、おそらくこのあたりにあるように思われる。

<sup>20</sup> Stern, D. T., op. cit., S27 'They constitute the lessons of medical school's "hidden curriculum," that curriculum of { "rules, regulations, and routines, of things teachers and students must learn if they are to make their way within minimum pain in the social institution called the school. " }'. ( {} は松浦によるもの。この {} 内は P. W. Jackson, 'The Student's World,' *Elementary School Journal*, 66, No. 7 (1966): 345-57 から Stern が引用したものである )

<sup>21</sup> Stern, D. T., op. cit., S27 'Some values are enhanced, some are ignored, and some are overtly inhibited through demonstration or explanation, through parables, and through the negotiation of values conflicts.'

<sup>22</sup> Stern, D. T., op. cit., S28.

<sup>23</sup> 注 13 参照。

う指摘と、そのような現実が生じている原因・理由(「交渉」(negotiation))までは考察しているが、その考察に基づいて、その現実をどう変えていったらよいのかを考えていない。われわれが考えなければならないのは、「どうすれば、医師が、これまでの医師の世界のしきたりにとらわれずに、医師としてやっていくことができるようになるか」、「これからの医師はどういうものでなければならないか」という、いわば「新しい医師像」であるはずだが、スターンが述べているのは、実質的には、「医師としてやっていけなくなるから、これまでのしきたりに従う。それが隠れたカリキュラムの実態である。」ということだけしかない。その意味では、スターンの論文は現状報告の域を出るものではないのである。

では、どうしたら隠れたカリキュラムを解消することにつながるのだろうか。この点について、以下、私見を述べることにする。

### 第3節 私見の提出——隠れたカリキュラムの解消へ向けて

隠れたカリキュラムの問題の解決策については、もちろん、これまでにさまざまな提案がなされている<sup>24</sup>。たとえば、単に公式カリキュラムの変更を繰り返しているだけでは効果が薄く、教える内容と同時にそれが教えられる「環境」を変えていかなければならない、新入生の感覚にもっと注意を払い、実習等で新入生がどのような反応をするかを見ることによって、隠れたカリキュラムの存在を把握すること等である。

だが、ハフェルティエの指摘する「当然視」の問題や、スターンの指摘する「医師として生き残るためにそれまでの慣習に従う」という問題を考えるとき、これまでに提出されている解決法だけで必ずしも十分であるとはいえないように思われる。新入生の反

応を「最初は皆そのように思うが、そのうち慣れる」等の仕方で見えてしまえば、元も子もないからである。

では、さしあたってわれわれはどう対処したらよいのだろうか。ハフェルティエが個人レベルと組織レベルとを区別していたこと、当然視、慣習に従う、といった点を考慮すると、やはり、医療者の外部の者の視点を組織レベルで導入するという形での対処法を考えるのが妥当ではないかと思われる。つまり、

医師や学生の「人格」に特定化した評価機構をつくり、それを医療機関から分離・独立させること。そして、その評価機構の判断を医師の資格認定の一部に反映させること。

というものである。

アメリカでは、教育の質は医学部が評価し、医師や学生の質は医学部以外の機関が評価するという形で、医療の質を保つとされている<sup>25</sup>。この方法を一部参考にして、ヒトゲノム研究やクローン技術等、医学研究に定位した生命倫理にかかわる問題は別として、医師や学生の人格等、対人関係に定位した倫理的問題については医療機関から独立的な機関で評価し、その評価結果を反映させる実権をその評価機関にもたせることにする。

これまでの医学倫理委員会は、医学以外の分野からも委員が選出されてはいるものの、基本的には医療者の「専門職倫理」の枠組みの中で設置されているように思える。医療社会学者エリオット・フライドソンの言葉を借りれば、「専門職」(profession)とは、「自分の仕事の質を判断する権威を自分自身に確保している職業集団」<sup>26</sup>のことであり、それゆえ、倫理問題をも含めて、医療という専門職の領域で生じる事柄に関する「質を判断する権威」は医療者自身が持つ。この専門職倫理の延長線上に設置されているのが、現在の医学倫理委員会ではなかろうか。

もちろん、ヒトゲノム研究等に関する倫理問題に

<sup>24</sup> たとえば、注11、注14に紹介したハフェルティエの解決策を参照。

<sup>25</sup> 注11後半に紹介した、オレゴン大学医学部ゴードン＝ノエル教授の話参照。

<sup>26</sup> Cf. Richard Smith, Howard Hiatt, Donald Berwick, 'Shared ethical principles for everybody in health care: a working draft from the Tavistock Group,' *British Medical Journal (BMJ)* 1999; 318: 248-51, 'The great medical sociologist Elliot Freidson defined a profession as "an occupational group that reserves to itself the authority to judge the quality of its own work."' (248)

については、そもそもその「研究の質」を判断するのに医学上の知見が必要になる。また、もともと生命倫理学（バイオエシックス）というものは、生殖医学の研究者の要請・発案によって成立したものである。その意味では、その種の研究のもつ倫理的問題を検討するのに、専門職倫理をベースにした形で倫理委員会が設置されるのは当然である。しかし、患者との接し方や学生への接し方など、特に対人関係に定位した、医師や学生の人格に関する評価については、とりたてて医学の専門知識が必要になるわけではないように思われる。その意味で、この種の倫理問題の評価機構を、専門職倫理の延長上で考える必要はない。

もっとも、このようにいうと、既に OSCE (Objective Structured Clinical Examination) があるのではないかと問われるかもしれない。しかし、OSCE で学生を評価する立場にある医師自身が、実際の臨床の場面ではそのように振舞っておらず、その医師をもし OSCE で評価すれば不合格になるであろう事例が見られることを考えると<sup>27</sup>、隠れたカリキュラムという問題群の中では、OSCE によって評価される要素とは別の要素が問題になっていることは明らかである。

それゆえ、現在の主だった医学倫理委員会とも OSCE とも異なる、医療関係者から基本的に独立的な評価機構をつくり、その評価機構による評定を医師の資格認定に反映させる必要があると思われるのである。具体的にどのような評価項目を設けるか、誰がどのような形でその評価を行うのかといった具体的な手順については、今後の検討にゆだねざるを得ないが、とにかく、まずは、医師や学生の「人格」にかかわる倫理問題に関しては、「医師の仕事の質を判断する権威」を医師が持たないようにすることである。そのようではじめて「患者中心の医療」という言葉が実質を持ち始めるのであり、何かこうした根本的な変更が組織レベルで行われないう限り、単に個人レベルで努力するだけでは、医学教育におけ

る隠れたカリキュラムを解消することは困難である、と私には思われる。

## 補論 隠れたカリキュラムに関する「顕在性」と「隠蔽性」の分類と検討

本論(第2節)に述べたように、ハフェルティーには「隠れたカリキュラム」において要となるはずの「隠蔽性」(hiddenness)という概念について吟味しようとする姿勢がほとんど見られない。そこで、この点についての不足を補う意味で、私は、以下の仕方、いわゆる「隠れたカリキュラム」にまつわる「顕在性」と「隠蔽性」の対を分類することを試みた。この試みによって、ただちに隠れたカリキュラムが解消するというわけではない。しかし、少なくとも、隠れたカリキュラムについての議論を整理する基礎を作るための一つの端緒にはなると思われる。

さて、私の見るところでは、隠れたカリキュラムにかかわる「顕在性」と「隠蔽性」の対としては次の三種類がある。

- (1)「表立って誰に向かってでも言えるか言えないか」「公にできるかできないか」という意味での顕在性と隠蔽性
- (2)「発話されるかされないか」「文字に書かれるか書かれないか」という意味での顕在性と隠蔽性
- (3)話したり、文字を書いたり、その他何らかの振る舞いをする人が、自らの振る舞いに含まれる意味を「自覚・意図しているか否か」という意味での顕在性と隠蔽性

「隠れたカリキュラム」の問題には、こうした顕在性・隠蔽性が複雑に絡み合っているように思われる。他にも顕在性と隠蔽性の対はおそらくあるであろうし、これらの区分が必ずしも適切なものとも限らないが、さしあたってここでは以上の三つに基づいて

<sup>27</sup> 補論に掲げた「例(C)」を参照。

いくつかの例を検討してみることにする。

(例 A)「ここだけの話だが、君、あの先生の授業に出て勉強する必要はないよ。」

ある教師がこのように学生に言ったとする。この場合、この教師は、「発話しており」、発話内容に含まれる意味(この場合にはそれを文字通りの意味と考えても差し支えない)を「意図している」という意味では、(2)と(3)の意味での「顕在性」をもったことを学生に教えている。しかし、その内容は、おそらくシラバスなどの形では「公にできない」性質のものであろうから、(1)の意味での隠蔽性を持ったことを学生に教えていることになる。そして、もしこの(A)の例が「隠れたカリキュラム」と呼ばれるとすれば、それは(1)の意味で「隠れたカリキュラム」と呼ばれていることになり、このことはその「カリキュラム」が発話されていたり、教師によって意図されていたりすることと両立する。

(例 B)ある学生が教室へ入ってきた時、近くにいた学生がその学生に向かって、無言のまま、「あご」だけ教室の外の方へ動かして、その学生にその授業を一緒にサボることを勧めた場合。

この場合には、自らの振る舞いの持つ意味を自覚・意図しているという(3)の意味での顕在性は持っているが、公言できる内容ではなく、発話もしていないので、(1)と(2)の意味で隠蔽的である。従って、この行為が「隠れたカリキュラム」と言われるとすれば、それは(1)と(2)の意味とが重複した形で言われていることになり、勿論それは、(3)の意味での顕在性と両立する。

次の例は、『週刊医学界新聞』<sup>28</sup>に取り上げられている例である。

(例 C)医学部5年生がはじめて外来実習に出る時、まず、実習直前に担当教授から小講義を受け、

「外来は病院の顔だから、特に共感的、かつ患者中心的に接しなければならない」等の教えを受ける。しかし、その小講義の後、その担当教授の実際の外来診療の場に立ち会ってみると、「共感的」等の講義内容とは程遠い仕方で行われていて、「こんなのOSCE だったら不合格だ」とその実習生は考える。担当教授のその他諸々の振る舞いにもその実習生が納得できない顔をしていると、その教授は「3時間待って3分診療って言うだろ。理想どおりにいかないのは医療行政の問題だね」と言って、次の予約患者を呼び入れる。

この例では、講義の中で教えている内容と実際の振る舞いとが違うという意味で、担当教授は言行不一致を犯しているわけだが、この場合の「隠れたカリキュラム」は、おそらく次の( )内のことであるように思われる。すなわち、「理想どおりに行かないのは医療行政の問題である。(だから、実際の診療の場で、医師が患者に共感的に接することができなくてもそれは医師の問題ではない。したがってまた、私の診療に問題はないし、君が医師になったときにも私と同じ診療の仕方をして問題ない。)」

もしこの解釈が正しいとすれば、この例の場合、( )内のことは、担当教授によって発話されても書かれてもいないという意味で、(2)の意味での隠蔽性をもっている。また、その( )内のことをたとえば講義やシラバスの中で言ったり書いたりすることはできないであろうから、(1)の意味での隠蔽性も持っている。しかし、おそらくその( )内のことを担当教授は「意図・自覚している」であろうから、この隠れたカリキュラムは(3)の意味での顕在性をもっていると見られる。

最後に、本稿第2節で取り上げたハフェルティエ(1998)に基づく例を挙げる。

(例 D)ある機関がカリキュラム編成の際に、たとえば、生理学は必修科目、倫理学は選択科目、とい

<sup>28</sup> 『週刊医学界新聞』第2538号、2003年6月9日、医学書院、大西弘高、国際医学大学(マレーシア)・医学教育研究室 上級講師、「新医学教育学入門 連載(7) カリキュラムって何だ(後編)——現実と理想の違い——」([http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2003dir/n2538dir/n2538\\_05.htm#00](http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2003dir/n2538dir/n2538_05.htm#00))

う仕方では各教科を区別することによって、「生理学を重視し、倫理学を重視しない」ということを暗黙裡に語っていることになる。

この場合には、「 」内が隠れたカリキュラムということになるであろうが、この隠れたカリキュラムの場合、その機関が、「全人的医療」を教育目標に掲げていたとすれば、すくなくともその目標内容と整合的である限り、「私たちは倫理学より生理学の方が重要だと思っている」とは公言できないという意味で、まず(1)の意味での隠蔽性を持った隠れたカリキュラムであることになる。また、その「 」内を明言していないという意味で(2)の意味での隠蔽性をもった隠れたカリキュラムであることになる。さらに、その機関は、医学部の学生にとって生理学は重要だが倫理学は生理学ほど重要ではない、とおそらく自覚して振り分けているという意味で、(3)の意味での顕在性をもった隠れたカリキュラムであることになる。実際、重要・重要でないという重みづけをまったく考えずに振り分けたとすれば、それはでたために振り分けたことになるであろう。

ただし、次のことには注意が必要である。一つは、全人的医療を目標に掲げつつ実際のカリキュラム編成では倫理学を軽視しているというギャップに、カリキュラム編成を行う人・機関が気づいているかどうかということである。このギャップに気づかずにカリキュラム編成を行っているとしたら、自分のしていることを十分には自覚していないという意味で、そのカリキュラムは(3)の隠蔽性を持った「隠れたカリキュラム」であることになるであろうし、ギャップに気づいた上でなおそうしたカリキュラム編成を行っているのであれば、(3)の顕在性を持った「隠れたカリキュラム」であることになるであろう。

もう一つ注意すべき点は、医学教育においてたとえば倫理学より生理学を重視することは「当然だ」という類の「当然視」(taken-for-granted)である。科学的価値観などの或る価値観を当然視する人は、それが正しいということを信じて疑わず、通常はその価値観を意識することさえない。そして、自分の信

じ込んでいる価値観と相容れない価値観を持った考えに出会うと、自分の持っている価値観が正しいかどうかを一旦は疑ってみるというプロセスなしに、直ちに相手の考えを否定する(reject out of hand)(それを口に出して言うかどうかは別問題である)。

もし必修と選択の振り分けを行っている人なり機関なりがこうした「当然視」に基づいてそれを行っているとしたら、「医学教育にとって生理学が倫理学より大切なのは当たり前だと考えて」振り分けているわけであるから、確かに、或る意味では自分の行っていることを「意図・自覚して」行っていることになるであろう。そしてその意味ではその振り分けは(3)の顕在性を持った「隠れたカリキュラム」であることになるであろう((1)と(2)の隠蔽性を持っているので「隠れたカリキュラム」と呼べる)。しかし、そのように当然視する人・機関は、自分がそのように当然視しているというそのあり方を自覚していない。あるいは、当然視している人は当然視しようと思図して当然視しているわけではないという言い方もできるであろう。つまり、「医学教育にとって生理学が倫理学より大切なのは当たり前だと考えようと思ってそう考えているわけではない」ということである。その意味で、その人はなぜ自分がそれを必修科目に選定することになったのかその理由を自覚していない。この意味では、それは(3)の意味での隠蔽性、すなわち、自分の振る舞いに含まれる意味を自覚していないという意味での隠蔽性を持った「隠れたカリキュラム」であると言うことができるであろう。おそらく、この意味での「隠れたカリキュラム」が最も根本的な「隠れたカリキュラム」なのだろうと、現在の私には思える。なぜなら、医療者・教育者が、そうするのは当然だと思って選択科目と必修科目との振り分けを行った場合には、その当然視された重み付けが学生に伝わり、学生もまた必修科目を重視し選択科目を軽視することになるであろうから。そして学生もまた、教師同様に、そのように必修科目を重視し選択科目を軽視することを当然のこととみなすようになり、こうして「医療文化」が教師から学生へと伝えられていくのであろうから。

以上、要約すると、「隠れたカリキュラム」ということで想定されていると見られる「隠蔽性」の多義性ゆえに、おそらく大半の事例は、或る意味では顕在的と言うことができ、或る意味では潜在的と言うことができる。従って、いわゆる「隠れたカリキュラム」について、顕在性と隠蔽性の意味内容を考慮せずに、各々の事例を一概に「隠れたカリキュラム」である、「顕在的カリキュラム」である、とすることはできない、ということになる。実際、本稿第2

節で紹介したハフェルティエの定義においては、公式のカリキュラム (formal curriculum) は、「述べられ、意図され (intended) 公式に与えられ承認された、カリキュラム」とされているが、ハフェルティエ流の非公式のカリキュラムや隠れたカリキュラムについても、それが「意図される」ということはあるはずである。その意味で、ハフェルティエの定義は、顕在性と隠蔽性の概念規定の点で、十分ではないと私には思える。

[付記] 本稿は、日本学術振興会人文・社会科学振興のためのプロジェクト研究事業主催のプロジェクト研究「医療システムと倫理」の一環として、2004(平成16)年1月24日(土)・25日(日)、ホテルサンルート仙台3F会議室藤において行われた研究集会《医療の質の向上を目指して》での発表原稿に、発表会場での質疑応答等を踏まえて増補・改訂を行ったものである。