

平成 29 年度 第 3 回医療系フォーラム実験小委員会 議事録

- I. 日 時： 平成 29 年 10 月 27 日（金） 11：00～13：00
II. 場 所： 公益社団法人 私立大学情報教育協会 事務局会議室
II. 出席者： 片岡座長、神原委員、高松委員、三浦委員、山元委員、小原委員
中山委員（スカイプ）、井端事務局長、森下主幹、中村職員

III. 資料

- 資料① 医療系分野フォーラム型実験授業の詳細設計（片岡座長）
資料② 第 2 回委員会までのまとめ（事務局メモ）
資料③ プロジェクトの進め方についての提案（三浦委員）
資料④ 第 3 回委員会事前提出課題（原島委員）
資料⑤ 検討資料（高松委員）
資料⑥ 検討資料（神原委員）
資料⑦ 追加資料 学修成果の質保証に向けた到達度の外部評価モデル（事務局）
資料⑧ 第 2 回委員会議事概要

IV. 議事内容

1. 第 2 回委員会の議事概要について

事務局作成の議事概要（資料⑧）で第 3 回委員会の議事概要を確認した。

2. 医療系分野フォーラム型実験授業の詳細設計について

(1) 目的と概要及び学術的背景について

片岡座長から、前回までの検討を踏まえて整理した医療系分野フォーラム型実験授業の詳細設計について、前回の資料では事業の目的、学生が何を身につけるのかという部分について、方略に走ってしまった感があるので、目的とその概要を見直し修正したので再度コンセンサスをいただきましたと報告され、①の資料をもとに以下の説明が行われた。

- ・ 目的と概要は、中央教育審議会提言しているように、将来を予測することが困難な時代において、生涯学び続けて、主体的に考える力を育成することがこの事業の目的と考える。
- ・ 答えの無い問題に取り組ませることによって、その中から自ら問題を発見して、解決策を見出して、実践できる力を養成し、予測できない将来に対応できる人材を育成することがこの実験授業目的であると考え。
- ・ 今の日本は医療者のみでは健康長寿社会を実現できないほど複雑な社会になっており、健康長寿社会を実現するためには多分野連携が不可欠であり、専門分野の内容を専門以外の人たちに説明し、他分野の人の説明を理解することができる広い視野を持つ人材の育成が求められる。
- ・ このため、保健、医療、福祉、介護に加えて、栄養学、体育、臨床、心理、それからさらに自然科学、人文科学、社会科学、工学系、こういう学生が共に学ぶ機会を作って、プロジェクトを通じて共通言語を獲得させるということが急務であり、そのための実験と考える。

(2) 学術的背景について

- ・ 教育学的な観点では、社会の課題を解決するために、答えの無い具体的な問題を多面的にとらえて解決を目指すグループ学修が非常に重要であり、図 1 のように現在行われている学問分野基盤型教育では、知識は身につけても関連付けが上手く出来ていない。社会ニーズに対応するための教育を考えると、分野横断、多分野連携型の教育になっていく、この教育の進化形を目指したい。また、問題は何か、問題を発見して、多面的にとらえ、整理して、問題解決して行くという、クリティカルシンキングが重要であるが、複数の学生が集まっているいろいろな意見を交換し、さらに多分野での視点や角度で考えることで良い機会になるのではないかと。
- ・ 欧米では非常に重要視されているコンピテンシーであるにもかかわらず、日本の教育では国家試験中心で取組みが難しいクリティカルシンキングの力（図 2）を付けさせることで、予測できない将来に自ら主体的に物ごとを発見して解決できる人を育てたいという思いがある。

- ・ 多職種連携教育だとIPW、現場での多職種連携の望ましいやり方があって、それに向けて多職種連携教育をやるべきだという考えもあるので、IPWの準備ではなく、学問分野基盤型教育を分野横断型教育に進化させるという考えでまとめた。
- ・ この授業の方略を考える時の学修サイクルでは、エンゲストロームが提唱している学修サイクルの6つのステップ、この学修サイクルの基本に忠実に、教育学の基本に忠実にやったほうがいいのではないかと、いろいろな分野が連携してやるので学修サイクルの基本を揺るがないものとしていくのが今回の提案の柱。
- ・ 評価と学生が身に付けることでは、参加する学生に何が身に付くのかを明示し、学生がこれならやってみたい、こういう能力が身に付くのならやってみたいと思うようなもの考えた。評価は、口頭試問で、**deep learning** (深い学び) の成果を評価する。同時に自己主導型の学修成果、グループディスカッションの貢献度、グループのプロダクトをポートフォリオ、ルーブリックを用いて確認する。

この部分がぶれていては今後のディスカッションがうまく進まないのを確認とご意見をいただきたい。

ここでの主な意見

- ・ 目的の自らの問題を発見し、解決策を見出し、実践できる力を養成ことは、予測できない将来に対応できる人材育成に向けて非常に重要だが、目標をもう少し明確にしていくことが重要ではないかなと思う。前回、学生が身につけるコンピテンシー（議事内容2の(2)1、2、3番)を検討したがそれとこの目的をどう整合性させるか、この部分の整合性がとれているかどうかを明確にする必要があるのではないかと。
- ・ 学生が身に付けるコンピテンシーについては、コンピテンシーは業務を行う時の、統合された遂行能力、パフォーマンスの側面を統合した能力、それぞれの整合性のパフォーマンスと考えられるが、もう一つ、もっと適応できる能力、ケーパビリティとがある。目指すのはコンピテンシーなのか、ケーパビリティなのか言葉を整理しておいたほうが良い気がする。
- ・ 目的はいいけれども目標もう少し明確だと良いので、関連付けて考えていかないといけない。
- ・ コンピテンシーは測定可能な具体的なパフォーマンスでないといけないので、言葉の使い方がちょっと曖昧である点は見直したい。
- ・ 具体的にできる事がコンピテンシー目標になるようにしたい。
- ・ 予測できない社会の状況において、医療自体が結局どの方向に行くのかということ考えた時に、自助、公助、共助、の中で医療関係者として、どこにどれくらいタッチできるか、多職種連携でそれぞれの分野の守備範囲をお互いに理解するということがやはり大事だと思う。

(3) 2段階で実施するICTを活用した分野横断型教育について

片岡座長から、①の資料をもとに以下の説明が行われた。

- ・ 前回の検討で、国家試験やCBTの負担がない、少し余裕のある1・2年生を対象にして実施する方向になったが、この段階ではまだ、専門性があまりないので、ICTを活用したPBLで、健康に関するいろいろな分野の学生たちの意見をどうやって集約して、グループとしてのプロダクトを作成する新しい授業を経験させるのが第1段階。ただし、この段階ではちょっと大きく謳うようなことまで行かないので、第2段階として、1・2年生で体験した学生が、3・4年、4・5年などの高学年で臨床的な分野横断型な学修を行い、「医療人として、それぞれ身につけてきた専門性をもとにして、地域における住民の健康を考える」というような2段階性を考えないといけないと思う。

(4) 学修サイクルの6つのステップについて

学修サイクルは、エンゲストロームの6つのステップでアクティブ・ラーニング、あるいはディープ・ラーニングを通じて学びを進化、定着化させることを目指したい。

- ・ 6つのステップにそって、動機づけ、方向付け、内化、内化では必要な知識を身に付け、その後で修得した知識を実際に適応してみようとする外化を行わせるが、今の日本の教育ではここが不十分ではないかと思う。
- ・ 次に批評で知識の限界が見つかり、教科書で学んだ知識では現場の問題に対応できないということが理解され、もう一度学んだことを再構築して並べ直さないと現場では対応できないという認知のコンフリクトが行われる。
- ・ 批評では、グループプロダクトを作成する際に、いろいろとぶつかり合って、ああでもないこうでもないというプロセスで、自分の知識を他の人の意見を踏まえて再構築しながら整理し、コントロールで、今までやってきたプロセスを振り返って、そして次の学修プロセスに向かう、この6つのステップにそって授業を行っていくのが一番良いのではないかと思う。
- ・ 詳しくは、以下のように考えている
 - ① 最初の動機づけでは、今の健康問題に関して、いろいろな分野の有識者によるディスカッションをきかせて、なるほどそういうこともあるのだ、普段教科書ベースでやっていることと違う、いろいろな問題があるということをもとに、聴かせることによってしっかり動機づけを持たせる必要がある。
 - ② 方向付けでは、オリエンテーションと同時に、グループに与える課題を提示して、この学修の学びの方向付けを行う。その際に参加学生が、ある程度共通の知識を持っている必要があると思うので、共通部分を作っておかないとディスカッションが分担みたいになってしまうので、共通、必要な知識をまず習得する部分をeラーニング等で学べるような準備をしておく必要がある。自己主導型学修は、自分の分野でもっと学びたい部分について自分で学ぶことを決めて、自分で学んでいく部分である。
 - ③ 3番の内化では、共通の知識と、自己主導型学修で学んだ部分の内化で得られた知識をもとに実際の現場の課題について解決を試みる。1・2年生なのであまり難しいことはできないが、自己主導型学修成果を共有し、みんなで知恵を絞って考える部分が外化である。
 - ④ その後グループでディスカッションし、最終的な解決策を考え、グループプロダクトを作る段階で、自分の知識、グループ全体の知識、調べて来たがそのまま解決に結びつかないという部分の限界、あるいはギャップを知り、もう一度自分たちの頭の中で知識を再構成させて、プロダクトを作る。
 - ⑤ グループプロダクトを作らせてから、一連の流れをeポートフォリオで振り返りを行う。

(5) ICTを活用した学びの仕組みについて

この6つのステップに沿っていろいろな大学のいろいろな学科の学生が対面プラスネットでグループ学修を行うイメージが図4である。

この授業ではWeb multimedia LMS (Glexa) を活用して、学生、教員がノート型PCのみで授業に参加でき、学修の記録ができる分野横断型学修システムを構築して実施することを考えており、教材の提示、eラーニング、ビデオ上での有識者のディスカッションの試聴、参加学生間のグループディスカッション、eポートフォリオなどをICTを活用して行う。

ノートパソコンがあれば、家でも大学でも参加でき、学生同士のディスカッションも含めて学修のログが全て記録されるので後で評価したり自分で振り返ったりすることにも使えるので、このステップにしたがって行うことを提案する。

(6) 評価について

ご意見を踏まえて、表現を再度見直し言葉をきっちりさせるが、評価と学生が身につけることに関しては以下のように考えたい。

- ① 一つは、主体的で対話的で深い学びで、ただ丸暗記した、いちおう知っているではなく自分でしっかり理解して、定着しているようにすること。主体的な学びは自分の将来像を考え、参加する学生が皆主役であるということを目指したい。皆が主役で栄養学なら栄養学、薬学なら薬学、歯学なら歯学、医学なら医学とその将来像と関連づけながら問題

に取り組んで、学修活動を振り返って次に繋げることに自分の将来像がある。今の学びが何に役立つのかを常に考えながら主体的に学んでいく。ただ、単位をとりたいとか、成績をとりたいという学びではないということ。

- ② 二つは、対話的な学びということで、他分野の学生間の協働、それから他分野の教職員、地域の人との対話を通じて、自分の考えを広げたり深めたりしていくということで、一人で本読んで考えて覚えるということではなく、対話的な学びを行わせる。
- ③ 三つは、深い学び（ディープ・ラーニング）で他分野に亘る知識をまず関連づけないと、最終的なプロダクトが出来ないということをしっかり分からせる。自分の知識、分野だけでは完結出来ない、関連付けを行って、しかも深く理解する。それから信頼できる情報をしっかり集める。情報精査して考えを形成して問題を見出して、解決策を考える。これは正にクリティカルシンキングなのでこれを行う。

(7) 学生が身につける力について

学生が身に付ける力は、健康の知識を学ばせて最後に試験をやろうとかいうことではなく、エンゲストロームの6つのステップに対応したコンピテンシーになるように考えたい。

- ① 自分の意見を分かりやすく、他の学部、学科の学生に伝え、他の学部、学科の学生の意見も傾聴して、積極的な効果的な講義ができる。
 - ② エビデンスの高い情報を活用できる。
 - ③ プロジェクトグループで作成したプログラムマップ、および患者家族への解決策について分かりやすく発表して、第三者に対して分かりやすく発表して質疑に答えられる。
 - ④ 自ら学修を振り返ってできたこととできなかったことを明らかにして、将来像を描きながら次のステップに繋げることができる。
- これが、このエンゲストロームの6つのステップに対応したコンピテンシーになるのではないか。

(8) 評価について

評価に関しては、深い学びができたか、知識の関連付けができたかというところを評価したい。これができると、その学生はその後もうこういう学びが出来る可能性が非常に高いと思う。分野横断型学修も成果を評価するには口頭試問が一番適切ではないかと思う。

ただし、口頭試問は実験授業で対象人数が少ない場合はできるが、このような授業を必修で行うような場合にも考えて、口頭試問で評価したことと、他の部分がどう関連付いているかということはこの実験授業で調査する必要がある。

また、学びのプロセスをそれぞれ評価して、どの部分で深まっているのか。深まってない学生はどの部分でつまづいているのかが見えるようにする必要があるので、自己主導型学修の成果のルーブリック評価、グループディスカッション貢献度のルーブリック評価、プロダクトについてのルーブリック評価、ポートフォリオもルーブリックとして評価を行う仕組みを考えている。大事なのは動機づけであり、方向付けのところが一番重要だと思うので、テーマは重要である。学生が食いついてくるようなテーマ、参加する学部学科の学生皆が主役だということを実感できるようなテーマでないといけないので、テーマの設定が非常に重要になるだろうというふうに思う。

また、今回使用するラーニングマネジメントシステム（Glexa）では、全てのログが残っているので、口頭試問を、システム上で行うこともできるし、録画し行うことも、学生の解答を録画しておくこともできるかと思う。

このような進め方で良いかご意見をいただき検討するとともにテーマの部分についてもディスカッションを進めていきたいと思いますが如何でしょうか。

評価について事務局から資料⑦の説明

評価について、資料を配布したので参照して欲しい。これは、私情協が平成24年にまとめた、ICTを使った世界でも初めての評価システムのイメージで、アクティブ・ラーニングの対話集に提案して取組を進めて行こうとしているものであり概要を紹介する。

- ① イギリスでは外部試験官制度を行っており、担当教員が評価せず、外部の大学から外部試験官数名が来て学生に口頭試問を行い、担当の教員がそばで聞いている。
- ② 口頭試問では、学生が十分に答えられないのを、そばで教員が背中に汗を垂らしながら聞いている。自分の教えたことが通じるような成果が出ているかどうか、教員自身がFDを受けているわけである。
- ③ こういう外部試験官の仕組みを入れないと、今の学生の学び方の問題として、試験方法から勉強の仕方を自分で工夫してしまう。試験方法から学びを作るのではなくて、外部者が評価するという、本当に真剣に学ばないと通用しない、試験対策の学びではない学びを身につけさせる必要がある。
- ④ そこから考えたのがこの提案であり、共用試験のコンソーシアムを作って、大学の教員と社会の有識者も入れた大学間連携、大学と社会の連携で試験問題の編集会議を行い、到達基準を申し合せ、共用試験クラウドで学生にビデオで口頭試問を行い、記述で答えをクラウドに返し、評価者が採点するが最終的には授業の担当者が評価をする仕組みである。
- ⑤ 知識の量を測定する従来の筆記試験に加えて、このような評価システムを通じて多面的な評価として論理的な展開力、多面的で複眼的な思考力、知識を統合する力、関連付けをする力があるかを見極める試験にしたいと考えてまとめた。
- ⑥ 思考力・判断力・表現力、そういうものを入れた口頭試問を考えて行かないと、丸暗記型の知識の量だけの試験をいくらやっても社会は信用しない。大学自身が新しい評価制度を作ってスタートしなければいけない。一人の先生が何か評価するのではなくて、チームで、分野の先生方、または有識者も入れて、チームで評価を考えるというふうにするこの提案であり、現在いろいろな分野に提案して意見を聞いている。
- ⑦ この実験授業で、ここまで行くかどうかは別にして、口頭試問は対面でやらなくてもこのようなICTを活用したクラウドで実施できる。このような評価システムを取り入れることも一つ視野に入れていただきたい。

今までの説明に対する主な意見

- ・ 片岡先生に説明いただいた資料は素晴らしく良いものにまとめていただいたと思う。また、低学年を対象にするのも適切な判断と思う。
- ・ 昔は2年間の教養課程で人間を育てる時期があったが、今は無くなり、知識中心で国家試験第一の縦割教育となっている中で、このような教育は大きな意義があると思う。
- ・ 地域の中で本当に困っている人たちのところにフィールドワークに行き、目の前で体験する機会は少ないがICTを用いて体感する勉強もあるのではないかと思う。
- ・ 多様な価値、多様な技法などの新しい経験を医療、福祉、その他関連分野の学生に経験させるのは非常に意義があることと思う。
- ・ 就職の問題、経済の問題、産業界の問題、社会参加の問題など人々が抱える多様な課題は医学や医療の世界だけでは解決できないことをマルチディシプリナリーな学生自身が一緒に参加して考えることは意義があると思う。
- ・ 1・2年生に医学や医療の事を徹底的に教えてやるぞということではなく、もっと気楽なものでも良いのではないかとも思うが、枠組みとしてはまったく異論はない。
- ・ 第1段階が教養教育として非常に意義の深い内容だという意見については、第1段階で知恵を上げる枠組みの意義が大きいことも含めて再度検討したい。

- ・ 低学年で取組むのは良いと思う。専門性に立っての発言にはならないと思うが、逆にチーム医療や健康について早い段階から考え始めるということに意味がある。
- ・ 知識は身に付けても使う、活かすことが実習できていないことを実感しているので説明された評価法ややり方は良いと思う。
- ・ 毎回の実習でカンファレンス行っているが、思うように言えないことや内容が浅かったりするので多分野で交流し、内化していくのは学生にとって意味があると思う。
- ・ この方向に行くべきと思うが目標のどこにウエイトを置くのかの議論も必要と思う。一言でいうとかなり高度なことを目指していないか。
- ・ 最初は多少稚拙でも3ページの学生が身に付けるコンピテンシーをについて、4つの成果があれば、参加した学生の達成感や行動変容が見られるのではないかなと思う。
- ・ 目標としているクリティカルシンキングに積極的に参加させることはすごく良いが、ICTを介して他学部の学生間で議論が進むだろうか。学生の行動変容を期待するプログラムを少し議論しないと難しいのではないか。ICTの中でどのくらい、議論できるのかがイメージできない。
- ・ 今、スカイプを使って3大学の歯学部が連携した授業を行っているが、スカイプで3大学、3画面を写し、その中で発言している学生を大きく写すことでICTでも議論ができています。Glexaでは7・8人のグループなら皆の顔が出てディスカッションできるので最初にはちょっと違和感があるかもしれないが始めればスムーズにリアルタイムで議論が進むと思う。
- ・ 不真面目でふざけたり、相手をつぶすような発言する学生もでるのではないか。
- ・ 通り一遍ではないが、良いところを褒めたり、悪いところは少し注意するようなことで30分、1時間たつと、最初是不自然だがどんどん学生が入り込んでいることが分かる。3大学の歯学部が連携した授業では、各大学の複数名が1台のPCを使うが、今回の実験のように一人ひとりがPCで参加する形式だともっとスムーズにしゃべれてやりやすいと思う。
- ・ グループ学修を行う場合は、参加者のエチケット、ルールを決めておく必要がある。前回一度は集合して、対面でオリエンテーションする話があったが、ワールドカフェみたいな方が良いのではと思う。多職種連携をする時の基本的な姿勢に通ずるところがあるので、そういったところも少し整理する必要がある。
- ・ ICTに限界があることの理解も必要で、ICTの外では、「電話」とか、「ちょっと会わない」とか、「ちょっとカフェで会おうぜ」、のようなことがふつふつと出てくることを期待し、ネット上で全て完結などと考えないで、学生に任せ、我々はそのに入らない。そうしないと形だけの学びに終わってしまう可能性がある。
- ・ 4つのコンピテンシーには、医療からのモノの見方のみでなく、患者や相手のことをどう理解するか、患者主体の考え方の視点を加えて欲しい。このままでは医療サイドが中心で患者主体の視点がない。
- ・ 患者さん、ボランティアに入ってもらえればコンピテンシーになるが現状では難しいので、前回検討したディベックスなどの「患者の語り」を入れ、「患者の語りから理解する」ことを含めたい。ただ、質問したり、話したりできる仕掛けが作れるかどうか。少なくとも教材には「患者の語り」を入れたいと思う。
- ・ 有識者がディスカッションしている姿を見せてもちょっと違うのではないか。この人が言いました、この人が言っていると言うのでは、病院の診察室の情報と同じになってしまう。
- ・ お金もないし、一人暮らしで高齢で認知症があって、障害があり困っている人が、どんな家に住んでいて、どんな部屋のおいをしていて、どんなものを食べているか、そういう部分をその人が地で生活している現場でその姿を見て、こんな人たちがいるのだ、これは大変なことが起きているということを感じることが大切。
- ・ 社会の底辺で、困っている人たちの姿を直に見る機会はなかなか無いと思うのでそこに2・3人のチームで協力を得て取材し、皆で教材を作る、本人たちが自ら学ぶというのが大切ではない

か。これはどうだった、あれはどうだった、などを皆でディスカッションして、その時何でこういうことを言わなかったのですかとかなどの議論があっても良い。

- ・ コンピテンスベースドモデルの多職種教育の3つの能力は、1つが共通の能力、2つめが専門職の能力、3つ目が協働する能力だが、今回この実験授業で共通の能力を付けたいのか、専門職能力を付けたいのか、協働する能力も付けたいのかによっても、ストーリーとかテーマ性が変わってくるのではないか。落としどころをどこに置くかでプログラム、テーマも変わってくる。
- ・ コンピテンスベースドモデルの多職種教育は、IPWの考えで、多職種連携教育にこのような共通性、こういう連携能力が必要、など逆算して答えがでているのでそれをやればいいという話になってしまう。初対面の学生同士が試行錯誤しながら協働して何かをつかむことが大事なので事細かくこうしなさいとか言う必要はない。主体的に手をあげた学生なので、失敗させ、1回落してそこからはい上がらせることが大切。
- ・ 目標値は出さないほうが良い。目標値を出せば学生はそれに向けた学び方を考えてしまう。すぐ答えを求めるような学生の気質があるので、一回落とし穴に落としておいて、そこから這い上がらせるような仕組みをこのプロジェクトではやるべきだと思う。
- ・ 共通知識を学ぶのが教養教育ではない。何が幸せに結びつくのか、幸せになるためにはいったい自分たちは何をしなければいけないのか。そのためにはどういう学びを選択していかなければいけないのか、そういう学びを学生自身が作っていかなければいけない。インターネットを使うとか、いろいろな人にあつて話を聞く、自分で調査をするとか、生涯に亘って自ら学びを作れるようにしていかなければいけない。これが基本であり、このコンセプトが分からないと、この実験は形だけのものに終わってしまう。
- ・ そのためにもモチベーションが下がらないように、最初の動機づけをしっかりさせ、維持しながら発展させて行くというところも考えていかないといけない。
- ・ 共通能力のところは固執しないほうが良いと思う。それぞれの知識や体験を組み合わせ、新しい問題解決に対峙できる人材育成が目的なので、それぞれが学びの中で自分で蓄えていけばいい、プログラムの上でこれが共通ですという必要はないと思う。
- ・ 求めているのは、共通とか専門ではなく、いろいろな人が言っている話を聞いて、こんな程度のレベルなのか、素朴な疑問に対して、多面的な視点で物事を捉えるというのが目標なので、それは共通とか何とかではないと思う。その目標のために第一段階、第二段階でいろいろな学びを繰り返していくということ。
- ・ 2ページのこの二段階のところをいうと、第一段階が共通と協働、第二段階で専門間の連携プラス協働を考えている。専門性を持った人たちが集まってディスカッションをするというのは第一段階目は出来ないで、第二段階目で専門間の連携を考えている。第一段階のはただの準備ではなく、教養教育としてまず枠組みを広げていくコミュニケーション力を広げていくことなどは第一段階に意味があるというふうに思った。

(9) テーマに関する検討

テーマについて用意いただいた資料で説明した。

高松委員 資料⑤

共通の課題としては高齢化社会に対して医療あるいは介護の世界がどういう展開をしていけるかということかと思うので、これを大きなテーマに掲げ、その下にいくつか考えられるものを記載してみた。高齢者が増え、労働人口が減っていく中で、医療介護の必要性はどんどん増していくわけですが、そのマンパワーをどう確保していくのか。あるいは、高度化する中で・高額化する医療費をどう確保していくのか、人工知能とロボットが医療の各領域の中にどう展開していくのか等それぞれの領域の人間では気づかない新たな発見があるかと思う。

学生には自らの職種の、50年後は見えないが、10年後くらいはイメージしながら学んでいかな

いといけないので、それを提案させてはどうか。いずれにしても機械化がどんどん進んでいく中で、機械化できる仕事と出来ない仕事の振り分けを、自分の職種の中でまず考えて、それをお互いに議論し合う中で、いやいやもつとできるものはあるのではないかとか、そういうディスカッションができていくのではないかとというふうに思ってとりあえず書いてみた。

三浦委員 資料③

コミュニケーション能力が重要で、まずは対面で、それぞれが自分の基礎的な能力を把握し、他者の意見を傾聴する能力を育てることが重要。そのためにはフィールドワークを通じて一人ひとりの出会いの大切さを理解させ、その上でICTを用いることの効果や課題を理解する。対面の相手は①同じ分野の学生、②異なる分野の学生、③世代の異なる人々、④困難な問題を抱える人々というふうに段階的に広げていってはどうか。ハードルを少しずつ上げていくということで、多様な価値観を理解する能力が重要という指摘に関する提案としては、病気や障害に直接光を当ててののではなくて、困難な問題を抱える人が病院や施設で見せるものと異なるいきいきとした表情や態度を持っていることを経験する事、すなわち、つまり生活面からアプローチして、それぞれの価値観を理解する能力、これを養ってみてはどうかということで、病気や障害疾患ではなくて、生活に目を向けるようなテーマを提案する。

原島委員 資料④

地域集団に焦点を当て、住民の健康づくりやQOLの行動のための方策を、それぞれの立場から考え、学修チーム内で議論を繰り返しながら、実現可能なアプローチを作り出していく。

テーマは一時予防に主眼を置き、それぞれの立場から考える、地域集団、住民の健康作りやQOL行動、閉じこもり予防という、寝たきりの原因としての閉じこもり症候群をもたらす要因には身体、心理的・社会的、環境的要因の3要因があげられており、相互に関連して発生してくると考えられている。また閉じこもりは認知症、運動機能の低下、低栄養、口腔機能の低下、物など、様々な要介護のハイリスク状態と相互に関連している。閉じこもり予防のアプローチは、医学、歯学、薬学、栄養、看護、社会福祉学分野の学生が、それぞれの専門性を発揮できる要素を含んでおり、状況を多面的にとらえ、分野横断的に問題を解決する能力に繋がると考えるということで、介護予防マニュアルの参考の表を付けている。事前に学修すべき共通の課題としては、健康・栄養問題の現状と課題を有識者間のフォーラムで提示し、閉じこもり、対象地域の概要、地域特性等を取り上げ、地域住民の生活のイメージについては、映像教材や実際に足を運ばせて理解させる。分野ごとの事前学習課題で栄養分野としては食べることの比重を考えさせたいということで、閉じこもりということを具体的なテーマとして考えた。

小原委員

テーマというよりも、ストーリーをどう考えたらいいかを考えた。認知症とか、CVAの脳卒中みたいな、専門職のところで、全部が網羅できるようなところでそれぞれの議論ができるテーマを考えていたが、もう少しマクロ的なところからかつ、それぞれの専門性の分野のミクロの側面からも考え付くというようなことが学生たちの考える幅が地域においたり、家族においたり、国の制度、政策においたりというように幅広く考えられるほうが良いのかと思った。

カチッとしたストーリーに自由度かつ、それぞれの分野の学生たちが入りこめるようなストーリーラインを作っていく。例えばゴミ屋敷問題などは、社会福祉の領域だと入りこまなければいけないわけです。だから学生たち「こんな世界ってあるのだ」とびっくりする。でもこの人たちの持つごみから片づけるためにはどうするか。地域住民と一緒に地域住民のボランティアを巻き込んで、ゴミ屋敷のお手伝いからするのです。その人が例えば食事が上手くとれていなかった、ふた開けてみたら高血圧で、CTとったら脳梗塞の跡がある。さらに栄養失調気味であることが発覚する。そういう事例はいくらでもあるので、そういうところにそれぞれの分野から入り込める何かストーリーを作るのか、もしくは大きなテーマにしておいて、「こういうのって、実はこう

「このようにあるよね」みたいな、ミクロの側面と、でも地域住民やマクロの側面はどういうふう
に国が考えていったらいいのかみたいなことまで幅広く捉えられるようなテーマが良いのでは
ないかなと思った。

今までの説明に対する主な意見

- 先ほどからの話の流れで、何人かの先生から人対患者ではなくて患者対医療人として、人として問題点を関連したらどうかという意見が強かったという気がします。そういう社会的な問題を捉えて、なおかつ自分たちが問題意識をもたせる。そこからスタートするのが良いのではないか。
- 範囲を健康とか医療に、医療と福祉くらいのところまで留めておいて、とりあえずまず1回やってみる。あまり欲張っても計画倒れになってしまう。出来る範囲内で、協力してもらえそうな範囲内で考えるということはどうでしょうか。
- 医療の問題は自分一人ひとりの健康に対する意識を高めることになり、予防という2文字になってしまう。そういうことに学生自身が気づいていくと、医療コストの問題もかなり合理化できるのではないか。薬の問題も最近は随分出ているが、薬学として、コストの面から考えることも必要なのに形だけの服薬指導に終わって税金がどんどん流れて行ってしまっているの
でコストの問題などもテーマとして考えられる。
- 健康だけでは弱く、健康とコストの問題とかを考えるようにしないといけない。健康と地域では、学生が地域や地域特性が上手くイメージできるのかそのへんも考えて、学生がのって来られるようなテーマで考えたい。資料⑤にヒントがあるので、ミックスしてやらないといけないと思う、人工知能とロボットなどは若い人が入ってきそうな面白いテーマと思う。
- 入学したての1年生と2年生では全然違うので2年生を対象にすべきと思う。
- 1年は厳しいので対象を2年に絞ったほうが良い。
- ある程度ストーリー決めて、こういうキーワードがあって、ここはこの学科が出番だというものを作って、それを最後に少しぼやかしてもいいかもしれない。そうしないと失敗する。
- 最初がはっちり決めておいて、少しずつ外していくのが良いかと思う。何せ初めてなので。
- 健康と地域性だけではちょっと難しいかもしれない。もうちょっとティピカルな、若者たちが土俵に上がってきそうなものも入れておくといい。
- 具体的には、この間のディベックスみたいな、具体的な語りだとか出さないと、言葉だけで学生はディスカッションできないと思うので、その中に仕掛けとして経済を含ますとか、地域の特性を入れておくとかというふうなことを、資料でそういうふうなデータを見せるとかが考えられる。
- 事例を出すことが必要。最近やったのも高齢者がテーマで、今まで元気に活躍していた人が脳梗塞になってしまって、失語障害、で家に引きこもって、家族が認知症になるのではないかと心配して相談に来た。リハビリも必要なだけがやる気もないというような事例を、ミクロ支援では例えば地域からそういうような人たちをどう支援していくか、それから政策のところからどう考えていくかというのをミクロから例えばサービスを入れる。往診を入れるとか、いろいろ出てきます。それで、地域としてこういう人たちをどう、例えば考えた時に、例えば行き場というところで、地域で、例えばそういうような人たちがアクセスしやすいところを地域に作るとか、何か地域で考える。それから政策のところ、今そういうような人たちの政策って何があるのか、何がもう少しどう政策があったら、こういうような人たちにより良いサービス提供ができるかという政策論理、ミクロ、マクロというところで考えさせるのです。そうすると学生たちは何か、やはり社会福祉士だけではなくて、いろいろな多職種の人たちが必要だよとか。そうすると制度・政策というのもすごく大事なだとか気が付くのです。このようにミクロから私は、ケースから入って教えているのですけども、今回のこの実験授業は、どのレベルから入るかという、逆からもあり得ると思う。
- 今お話いただいたように、小原先生に最初のところを作ってください、そこでどういうふうに植え付けするかを皆で考えたいと思う。具体的にはディベックスみたいな具体的な語り

を出さないと、言葉だけで学生ディスカッションできないと思うので、その中に仕掛けとして経済を含ますとか、地域の特性を入れておくとかというふうな。何かベースに、そういう紙資料でそういうふうなデータを見せるとかも、今回のこの実験授業は、どのレベルから入るかという、逆からもあり得ると思うのです。普段使われているようなフレームを作っていたらばと思います。

- ・ 簡単な事例とディベックスなどのビデオの資料が付けられればと思いますけれども。
- ・ 私はその授業でどんな情報が必要かというのを考えさせるのです。要するにアセスメントの時に、多角的に考える時っていろいろな情報が必要ですね。そこから考えさせるので。
- ・ 2年生なので、こういう社会にしたいなというふうな事であれば、答えはないし、もう少し広がり、そのためにロボット作ろうとか、AIがいいのではないかとか、学生たちがと楽しくなる夢がある。そこから、将来に向けた健康寿命を考えたら良いとか。健康寿命というのはいいと思う。
- ・ いずれにしても、でも最初はマイクロから入っていったほうが、絶対学生は感情移入しやすくなって、漠然とした話だと皆違うことを考えていたりするので、それは絶対その事例があったほうが間違いなく良く事例だけでとどまらず未来に繋げるとかがいろいろあって良い。
- ・ さっきの議論でまずいっぱい与える。いろいろな材料を並べてみて、ここはいらないとか切っけていて学生に考えさせるとか、消去法だってありますよね。やはり考えて・・・
- ・ 聞きだすか、消していくか、だったら最初から出して置いて、消していく。
- ・ コミュニケーションを考えたら聞いてくるということは大事。こちらに問題解決のための情報を、エビデンスなど情報というところがだんだんと聞きだすというのが大事。
- ・ これは紙ではできないので、ICT活用で行う良い、ボランティアとか誰かがやってもいいかもしれない。ボランティアがいれば、それで答えるという形で。
- ・ 今日はだいたい方針が少し見えてきました。もう少し掘り下げて、いくつか考え方があっていいと思いますので、それを少し横並びに出して見て、煮詰めていくしかないと思います。
- ・ ちょっと具体的に出せそうなのは、閉じこもりと、あと先生おっしゃったところに、高松先生とか、あと三浦先生がおっしゃったコミュニケーションとか経済、要するに将来を考えているというふうな部分を最終的な落としどころにすれば良い。
 - ・ 将来を考えるのは良いと思う。あまり現実にこだわらなくて。ちょっと論壇風発的になってもそれはいいのではないですか。

3. 次回の委員会

11月24日(金)10:00~12:00を候補に欠席の委員のご都合を確認することにした。
その後、11月24日(金)10:00開催を決定