

《総説》

# 北海道医療大学心理科学部言語聴覚療法学科 およびその大学院の発展へむけて

阿部 和厚

## To Develop the Department of Communication Disorders and the Graduate School in Health Sciences University of Hokkaido

Kazuhiro ABE

**Abstract :** The Health Sciences University of Hokkaido established School of Psychological Sciences consisting of Department of Communication Disorders and Department of Clinical Psychology at 2002. The Department of Communication Disorders was the 10th Japanese higher educational institution of a 4 year-course to speech therapists (ST), the medical profession by the national license, corresponding to the speech language pathologists and audiologists in United States. The higher education to ST has been underdeveloped compared with medical education to medical, dental, pharmaceutical, nursing and other health professions. During the first 4 years, our departments reformed the curriculum, including various problem-based small group learning classes, anatomy and physiology class including dissection of gross anatomy using animal organs and physiological experiments, objective structured clinical examination (OSCE), integrated classes for various skills for ST and clinical experiences using problem-based learning, based on the model core-curriculum for ST education which we proposed at first in Japan. In addition we started the graduate school for ST at 2006; this is the first school to aim to develop the higher professional capability of ST including clinical ability in Japan.

**Key words :** 言語聴覚士(speech therapists), 4年制大学教育 (4 year-course higher education), コアカリキュラム(core curriculum), OSCE(OSCE), 学生参加型授業(student-centered class learning)

### はじめに

北海道医療大学は、2002年4月に、薬学部、歯学部、看護福祉学部につづく4番目の学部として臨床心理学科と言語聴覚療法学科からなる心理科学部を設置した。私は、この学部の言語聴覚療法学科に設立時に就任し、4年制大学における言語聴覚士養成教育の改革に深く関わることになった。

心理科学部は、1992年4月に札幌医療福祉専門学校において設立された言語聴覚療法学科と1995年4月に看護福祉学部設立された臨床心

理専攻が統合されて誕生した学部である。心理科学部というわが国最初の学部名には、臨床心理学と言語聴覚学を、科学的証拠に基づいて追求していくという思いが込められている。

言語聴覚療法学科は、専門学校としてはすでに10年の教育実績があったが、私は就任時に直ちにカリキュラム設計上の問題点に気づき、これは全国10校ほどの言語聴覚士養成大学ででも同様であることを知った。言語聴覚士養成はそれまでの専門学校中心ですすめられ、大学化はその10年前に始まったばかりであり、しかも言語聴覚士が国家資格化してからまだ5年の経過措置中であつた。教育は、同じ医療技術系の大学である看護

師、理学療法士、作業療法士の養成大学よりは大きく立ち後れていた。

言語聴覚士は、人体の生理機能の障害が原因となって言葉を話せない障害者を支援する医療専門職であり、国家試験により国家資格となっている。対象には、聴覚障害、高次脳機能障害、発達障害、発声発語障害がある。これらの障害は広くはコミュニケーション障害にいれられるが、心理的障害に起因するコミュニケーション障害とは区別される。また、日本では、法規的には、摂食嚥下障害も対象となっている。これらの障害はすべて医学を基盤とした障害であり、大多数の言語聴覚士は医療施設のなかで保険診療のもとに仕事にあたっている。高齢者の高次脳機能障害・摂食嚥下障害などに対しては、介護施設も言語聴覚士の仕事の場となっているが、これらも医療の一環とみなされる。現実には、言語聴覚士の90%以上が病院等の医療機関で仕事をしている。発達障害児などに対する療育施設などで仕事をする言語聴覚士は多くはない。だが、このような療育の現場もまた、医療と密接に関連する。言語聴覚士養成には、医療系大学に求められる体系的カリキュラムでの教育が必須である。

しかし、言語聴覚士養成大学教育は、長い伝統ある他の4年制大学教育と比較して、まだ大学教育として確立していない。とくに、理系大学、医療系大学としてもまだ発展途上である。医療技術系専門学校が大学化していった初期に似ていて、研究力に支えられた大学化への明確な意識形成と動機付け、発展への意欲がまだ熟していないのかもしれない。だが、これらの立ち後れを嘆くよりは、大きく発展できる分野としてとらえたい。私は、まず、科目担当の責任のうえで可能なことから改善していくことにした。

新設の学部では、カリキュラムは完成年度まで変えることができないことになっている。このような制限のなかでは、担当の科目は、1年生前期に「解剖学」2単位、2年生前期に「医学総論」1単位であった。解剖学は、6年制医学・歯学教育の10から20分の1の授業時間量である。しか

も、大学で学ぶことに慣れていない1年前期の学生には、この時間で必要な内容を身につけるには無理がある。授業時間の確保と授業法の工夫が必要になる。また、大学となっても、研究室研究の場は整備されていず、理系の大学に必須の基礎のレベルから実験ができる教室もなかった。講義による一方的知識伝授的授業、教員中心授業でなりたつ専門学校や文系的センスの大学づくりだったのかもしれない。とくに言語聴覚療学科では、研究の雰囲気も全くみえない。そこで、各教員相互の研究を紹介するセミナーを始めた。

こうしてはじめた改革は、学科の教員の理解と協力により、学科としての取り組みに発展させることができた。言語聴覚士養成大学教育では、全国ではじめての取り組みをいくつも現実のものとした。しかも、これらは種々の医療技術系大学教育のモデルともなっている。

以下に、言語療学科における2002年から今日までの取り組みを順に整理して述べる。

## 1. ファカルティ・デベロップメント

教育改革には、まず、教員の意識改革が必須である。各大学が教員の教育改善・改革の意識改革を組織的にすすめるファカルティ・デベロップメント (faculty development: FD) は、大学の存亡が教育にかかっているとみえる今日、各大学が取り組むべき義務となっている。私は、この大学に就任して、それまでの実績から、大学全体のFD委員会をリードする立場となった。そして、2002年11月には、この大学で初めての2日間の合宿型FDを実施し、各学部から参加した教員は、大学教育の基本をワークショップ (共同作業により、成果を形にする作業集会) 形式で学んだ。ここには数名の学科教員も参加した。

学科では、スタートして間もなく、様々なカリキュラムの問題点が指摘されるようになった。そこで、言語聴覚士養成教育のあり方の研究に取り組むとともに、FDを行い、教育改革について共通の意識、認識、合意を図ることになった。FD

は、改革の発想を現実にしていくために、つぎのように回を重ねた。

#### 1) FD1 (ワークショップ)

2日間の学科教員合宿ワークショップでカリキュラムの問題点と改善案を検討した(2003年11月)。この2日間で現カリキュラムについて、(1)学生のニーズ解析とカリキュラムの問題点の解析、(2)言語聴覚士養成教育の目標、各学年・学期の目標の明確化、科目配列の順次生・関連性・必要な量、(3)学外病院・施設における臨床実習前の学内教育の内容とOSCE、(4)大学院のあり方について検討した。これはコアカリキュラム設計とOSCE実施のための教員の意識改革、合意の基礎となった。

#### 2) FD2 (ワークショップ)

2日間のワークショップにおいてコアカリキュラムにもとづいたカリキュラム設計を検討した(2005年8月)。(1)現行のカリキュラムの科目内容・必要単位数と学期内配分、(2)新カリキュラム案を検討した。ここではコアカリキュラムの内容をふまえ、必要な科目を追加した。入学時から科学的センス、問題解決能力を育成するための科目内容・配置にも留意した。

#### 3) FD3 (ワークショップ)

2日間のワークショップで授業設計、とくにチームで対応する科目の授業設計を行った(2005年12月)。各科目の内容を検討した。とくに入学早期に教員チームで担当するさまざまな導入教育をいれた。また、人体を体験的に学ぶために、実習時間を確保した。専門臨床科目の実習は、基礎実習と総合実習、臨床関連実習はここで学ぶ。

#### 4) FD4

大学病院で実施することになった臨床実習(基礎実習)に関する1日間の勉強会で、事例についてPBL方式で学ぶ新しい形の臨床実習の方法を把握した(2006年3月)

#### 5) FD5

2006年4月に、言語聴覚学専攻の大学院を開始するにあたり、カリキュラム設計、各教員の役

割、授業担当について学んだ(2006年3月、4月2回 各1日)

以上において、ワークショップ型FDは、具体を提案する共同作業ですすめられ、学科の教育を形作るものとして有効、かつ生産的であった。これは、執行部や委員会で進めるものと違い、基本的には学科教員全員の参加で進められ、共通認識・合意形成および共同体意識形成に有効であった。

## 2. コア・カリキュラムとOSCE

医療技術系大学のカリキュラムは、国家試験受験のまゝに履修しておくべき科目が指定されている。ここには教養科目の履修も含まれている。これだけで相当の科目数となり、多くの大学では指定科目は2単位ずつの講義の羅列となる。ただし、高学年になると、臨床科目の実習や病院などでの臨床実習を入れている。これらの科目は、他の科目と関連性のないものもあるが、専門科目のほとんどは互いに関連し、学期・学年進行で積み上げていくので科目配列・順番にも考慮しなければならない。カリキュラムに科目間の関連性が求められることは、多くの科目が担当教員個人に依存している文系学部とは異なっている。

また、情報が年々進歩・膨大化するなかで、限られた年限の中で学ぶには、各科目に盛り込むべき必須の内容を整理する必要がある。医学・歯学・薬学教育ではこれをコアカリキュラムとして整理しているが、医療技術系ではまだ、全国基準の教育内容は決められていない。

### 1) 言語聴覚士養成モデル・コアカリキュラムの作成

言語聴覚士養成カリキュラムは、低学年では一方的知識伝授型授業のみで設計され、理系大学のカリキュラムのあるべき形にはほど遠かった。そこで、「4年制大学における言語聴覚士養成コアカリキュラムの研究」を科学研究費に申請して認められ、2003・2004年の2年間の研究によって、

「言語聴覚士養成モデル・コアカリキュラム」を作成し、冊子として全国に提示した（2005年）。モデル・コアカリキュラムは言語聴覚士養成教育では、はじめてのことであった。

医学教育・歯学教育では、近年、社会的責任のうえから全国の基準となるカリキュラムを全国的組織で検討し、これをモデルとして提示した。ここでは知識の獲得と実践的臨床能力の取得も目標となっている。各大学のカリキュラムはコアカリキュラムを70%以上とし、その大学に独自のカリキュラムを約30%で設計されてよいことになっている。現在、すべての医学・歯学教育は、コアカリキュラムを導入し、2005年度からはコンピューターを用いてのCBT（computer-based test コンピューターによる全国統一テスト）とOSCE（objective structured clinical examination 客観的臨床試験）を開始した。同様のことは薬学教育でも開始された。いずれもこれまでの長い大学教育の伝統の中から発展した。

一方、専門学校や短期大学による教育が先行した医療技術系では、看護学教育が、コアカリキュラムを検討してきたが、まだ、現実のカリキュラムには反映されていない。その他の領域では、発想はあるはずであるが、まだ、コアカリキュラムをつくるまでにはいたっていない。

言語聴覚士も医師、歯科医師、薬剤師、看護師などとともに同じ医療の現場でチーム医療を担うことになる。言語聴覚士養成においても医師・歯科医師養成と同様の考え方によるコアカリキュラムが必須であると考えた。私たちは、科学研究費の支援のもとに、欧米と日本の大学における言語聴覚士養成カリキュラムに関する1年間の調査研究と医学・歯学・薬学教育において提示された各モデル・コアカリキュラムを参考に言語聴覚士養成モデルコアカリキュラムを1年間で作り上げた。ここでは、学問分野による科目中心の教育目標設定を排し、患者中心の視点で統合された項目で、目的・目標を表現した。これらの項目は、医療に共通のものから言語聴覚士に固有に求められるものまであり、当然のことながら後者が大きな

比重を占める。コア・カリキュラムでは、4年間で学ぶ内容を意識した。これを根拠に作り上げる現実のカリキュラムは、単なる国家試験受験のための履修指定科目の羅列と根本的に異なることになる。目標達成には、必要な授業時間、さらに必要な授業法が採用され、問題解決能力の育成などもここに入れられることになる。

一方、医学・歯学・薬学教育コアカリキュラムには、近年の大学教育で重要性が指摘されている導入教育や教養教育の項目が欠けている。これは各大学により異なるという理由からである。しかし、医療系教育は、別格というわけにはいかない。導入教育や教養教育の重要性は一般の大学教育と同様である。わたしたちの作成した言語聴覚士養成モデルカリキュラムは、導入教育や教養教育についてもとりあげた。

カリキュラムでは、目標の達成度が評価、計測されなければならない。医学・歯学教育では、知識の領域（認知領域）の目標についてはCBT、態度・習慣、技能の領域についてはOSCEで対応している。しかも、これは臨床実習で患者と接する前に実施し、これに合格しないと実習には出ることができないことになっている。また、国家試験の方式も、CBTと同様になっている。試験は、5者1択形式であるが、単なる暗記したもので答える想起レベルのものよりは、説明・解釈レベルから問題解決レベルまでの深いレベルの問題が推奨されている。

言語聴覚士養成では、全国レベルでコアカリキュラムが決められていない現状では国家試験の各問題のレベル設定はあいまいであり、想起レベルが中心で、説明・解釈レベルから問題解決レベルの問題はほとんどない。ここでは、国家試験出題基準の整理、国家試験問題の模擬試験問題作成などで、CBTの準備に進むことができる。

## 2) コアカリキュラムに関するシンポジウム

言語聴覚士養成コアカリキュラムに関するシンポジウムで内容を検討した（2004年12月）。ここでは上記のコアカリキュラムをまとめた段階で、日本でこれまで先導的に言語聴覚士養成教育

を行ってきた4名を招聘し、他の養成校にも声をかけて、シンポジウムを開いた。この成果は、上記の「言語聴覚士養成モデルコアカリキュラム」の作成に反映させた。

### 3) OSCE の実施

上記のコアカリキュラムの検討のなかで OSCE の必要性を認識した。そこで、医学教育・歯学教育の OSCE にならって、言語聴覚士教育 OSCE を実施することにした。60 人の学生を 1 日で試験することにした。OSCE は、臨床の現場と同様の模擬的環境を設定し、患者との接し方、さまざまな臨床技能などを評価する試験方法である。私たちは、学生が 3 年生から 4 年生にかけて 3 回受験する状況を作った。1 ステーション 10 分で 7 ステーション、AB 2 コースとし、教員全員と 1・2 年生のほとんどが評価者、模擬患者などの役で実施した。9:00 から 16:30 の試験となった。学科あげての取り組みとなった。これは言語聴覚士養成教育では、最初の OSCE となった。

### 4) カリキュラム改訂

心理科学部は、2006 年 3 月で完成を迎えて、それまでの経験をふまえ、設立時のカリキュラムを再構成した新カリキュラムとすることを検討した。この検討を踏まえて 2007 年には全面改定のカリキュラムとなる。このカリキュラム改訂には、コアカリキュラムの目標設定が基準となった。また、科目の内容に応じた順次性に配慮した 4 年間の科目配列と各科目の内容に応じた時間配分も考慮した。

## 3. 授業改善

授業は、カリキュラムにおける目標達成の方略となる。幾つかの科目では、目標達成に必要な授業時間を確保し、学生が理解を伴って学ぶことができるようにした。また、入学当初には、学生が主体的に学ぶ学生参加授業を多く入れた。これにより、高校時代の受動的学習から能動的学習への転換を図り、卒業時から言語聴覚士になっての問題解決能力を身につける導入とした。

これらの授業改革の幾つかを紹介する。

### 1) 解剖生理学

解剖学と生理学はとともに人体を学ぶ基本であり、両者は人体の構造と機能において互いに関連し、この基盤なしには他の関連専門科目を理解できない。これらは、最初の年度は、2 単位で授業展開したが、大学で専門性の高い科目を学ぶ最初であり、しかも全身の解剖学的事実・生理学的事実は、言語聴覚障害の臨床を学ぶ知識として定着されなければならない。それぞれ 15 回の授業では、とてもついてこられる状況ではなかった。そのため、2 年目からは、2 コマ連続の授業とし、導入教育としても工夫し、さらに 2006 年度からは「解剖生理学」として展開することにした。

解剖学ではつぎのような工夫をした。

(1) 毎回、各学生に次の授業と関係した宿題をだした。これは、必要な情報の収集および図の多い解剖学の教科書で、図をみながら理解していく訓練が目的であった。図を描き、理解したことを自分の言葉での説明する記載を求めた。

(2) クラスを 6 から 7 人のグループにわけ、グループにその授業の一部にあたる内容の 10 分間プレゼンテーションをした。これは、グループによる共同作業の訓練、発表資料（プリント）をまとめる訓練、発表資料を用いて口頭発表をする訓練であった。はじめは、わかりやすい図とはなっていなかったり、説明もどこかの教科書の説明をそのまま書き写したものがおおい。数回目には、図の描き方の注意、理解の伴わない語句を用いないこと、理解したことをもとに自分の言葉で説明することなどの指導がはいる。このように、「解剖学」という授業であっても、大学での学び方を学ぶ導入教育の要素を多くいれなければならない。そのため、授業時間（コマ数）にかなり余裕が必要となった。

(3) 最初の方の解剖学の授業で、たとえば細胞の構造を黒板に図を描きながら説明しても、これを顕微鏡でみたことがないために、理解しているようには見えない。また、骨や筋肉について図を描いて説明しても、内容を具体的に把握してい

るとはとても見えない。これは、「〇〇について図を描いて説明せよ」という試験をすると、ほとんど適切な図を描けないことからわかる。立体把握の訓練、観察の訓練なしには、解剖学教育はありえない。限られたコマ数の中で、数回の実習をいれた。人体解剖は認められていないので、動物の臓器の解剖、音声に関連する器官（舌・咽頭・喉頭・気管、食道）の解剖、および喉頭と内耳の模型作成を行った。

動物の臓器としては、肉屋を通じて食用のブタの心臓を用いた。人の心臓よりは長さで2倍ほどと大きく、しかし、構造はほとんど同様であり、心臓の構造と機能を理解する好材料である。これを各グループに1個配分し、2コマの授業で解剖実習した。これにはプリントで解剖手順、観察のポイントを説明した。スケッチを義務とした。また、ブタの舌・咽頭・喉頭・気管・食道が一体となった臓器を取り寄せ、発音・発声・構音に関する構造を理解する解剖学実習もした。また、人の喉頭については、(1) 喉頭の骨格と筋肉についてのレポート宿題、(2) 喉頭の模型を厚紙でつくための設計図（展開図）をつくる宿題、(3) グループで喉頭の骨格・骨格や声帯を動かす筋肉をいれた模型をグループで作成して競争するなどの実習をした。ここでもまだ具体的な観察力はあまり身に付かない。観察力、立体の具体的理解力を身に付けるには実習は回を重ねることが必要であると結論した。

この結論から、解剖学と生理学を統合し、1年生前期—後期へと授業展開し、前期には上記の解剖実習を強化し、さらに血圧測定、心電図、心音図、呼吸機能測定、血中2酸化炭素分圧・酸素分圧測定など、生理学実習を多く入れた。また、解剖学では、インターネットに入れた顕微鏡画像の教材も授業で使用し、顕微鏡観察実習の不足を補うこと、人体の骨、ニワトリの骨と筋肉の観察実習も入れることにした。こうしてヒトの構造と機能を時間をかけて能動的に学ぶことを中心とした。これにより、人体を学ぶセンスが身につく、その後の学習の効率と理解度が増すことになった。

## 2) 学生参加型授業

当初のカリキュラムでは、「医学総論」本来は、医学・医療の根本となる医療倫理、インフォームドコンセント、チーム医療、危機管理、消毒法、院内感染などについて学ぶことが求められているが、カリキュラムでは言語聴覚士の仕事の内容、現場観などを把握しないうちには、その内容の意義がわからないまま進めることになっていた。そのため言語聴覚士の職業性を具体的に知る授業とし、医療の理解、医療人としてのあり方、言語聴覚士の仕事内容、現場の把握を目標に学生参加型グループ学習法で授業を展開した。

さらに2006年度からは、学生参加型の導入教育を明確にし、1年前期「医療コミュニケーション（医療の基本となるコミュニケーション、接遇を学ぶ）」「リハビリテーション概論（言語聴覚士の具体的仕事内容を調査もいれて学ぶ）」、1年後期「言語聴覚障害概論（言語聴覚障害の様々な視点を学ぶ）」「言語聴覚障害診断学（言語聴覚障害への具体的アプローチを学ぶ）」、2年後期「言語聴覚障害学演習（種々の評価法を学ぶ）」とつづき、3年生の臨床科目や実習科目へ結びつくようにしている。また、この流れのなかで2年前期には本来の内容の「医学総論」をおく。このように、カリキュラムの科目の順次性を問題解決能力の育成をはかつて構造化した。

## 3) 言語聴覚障害学実習

当初のカリキュラムでは、言語聴覚障害の各領域の科目（たとえば構音障害学）と平行して、演習（たとえば、構音障害学演習）が実施される形であった。しかし、とくに演習は講義との区別が明確でなくなり、また、各実技学習の到達度、全体のバランスが不明確になる傾向があった。そこで、言語聴覚障害の講義は3年生の前期中心に、演習はまとめて言語聴覚障害学実習として3年生後期にまとめ、担当教員全員の協力で展開することにした。こうして、言語聴覚士の専門性の大きな部分となる実技を身につけることが、効率よく展開されることになった。

#### 4) PBL (problem-based learning) 方式臨床実習

臨床的内容を症例から学ぶ科目にPBL方式の学習法を取り入れることにした。2年前期の「言語聴覚障害診断学」や「4年前期の臨床実習」ではこの方式をいれた授業法とした。すなわち、クラスを6から7人程度のグループに分け、はじめに症例が与えられ、グループで討論しながら、その症例をめぐる状況把握、鑑別診断、治療までいたる考え方を訓練する。

とくに、臨床実習は、それまで4週間の基礎実習、8週間の総合実習ともに、外部の病院や療育施設等に全面的にお任せとなっていた。しかし、言語聴覚士養成の最後の仕上げとなる部分が、この状態では大学教育の責任が不明確である。幸い、2005年の夏には学部隣接する大学病院に言語聴覚治療室が開設され、臨床教育の現場をもつことになった。そのため、基礎実習は、クラスを6人グループに分け、交代制による言語聴覚治療室実習および内科、耳鼻科、小児科などの臨床各科の見学実習、および教室における事例による模擬臨床体験をPBL方式で展開することにした。これにより外部の臨床実習現場における指導者から不足を指摘されていた応用力、問題解決能力などの基礎的臨床技能を身につけた上で、総合実習の場にでることになった。

外部の臨床の現場はほとんどすべてが言語聴覚士の扱う障害領域のいずれかに偏っている現状で、まず大学で総合的臨床基礎能力を身につけるという方策である。このような臨床実習の方式も、大学に独自の方式として生み出されたものである。

#### 4. 大学院教育

学部教育の延長には大学院がある。医学・歯学・薬学・医療技術系の大学院は、従来、研究者養成に中心をおいて構成されてきた。しかし、医師や歯科医師は、卒業し、国家試験に合格したからといって、専門家としては不十分であり、臨床の卒

後研修、専門医への道は、ほとんどが大学を中心として進められてきた。いわば、高度専門職業人教育が大学を中心に行われていた。これは大学院とは別のシステムで進められていた。一方、医学部では卒後2年、歯学部では2005年に1年の研修が義務化された。

このような流れのなかで、2004年には、「医療系大学院の目的とそれに沿った教育等の在り方について」の文科省医療系WG報告書では、「医療系大学院は、……研究者の養成を行い、また、学術研究を遂行することを主たる目的としていた。しかし、現在における医療系大学院は、これらの研究者のみならず、医師・歯科医師などの高度の専門性を必要とされる職務に必要な能力と研究マインドを涵養することが求められるようになっており、医療系大学院が果たすべき機能は多様化している。……」とあり、さらに「看護学系・医療技術系大学院について……前期過程（修士課程）終了後には専門職に就く者のための高度専門職業人プログラムを併せ持つなどの工夫が必要である。……」とある。この動きに先だって、私たちの学科の大学院開設の計画を進め、2006年4月に心理科学研究科言語聴覚専攻を開設した。これは言語聴覚学としての独立専攻では日本で最初の大学院である。この大学院の修士課程は、まさに言語聴覚士の高度職業人養成を主眼として設計された。国家試験合格後の卒後臨床研修プログラムをいれ、これを大学院教育として設計している。すなわち、知識中心の国家試験のあとに、カリキュラムなかで総合的臨床力と科学的センスをさらに具体的に磨き上げる仕組みである。ちなみに、修士課程のあとの博士課程は、研究センターに設計した。ここでは、他大学の言語聴覚系の大学院にくらべて、言語聴覚学を基礎科学の面から研究していく教員も充実していることも特色となっている。この大学院は科学的センスに裏打ちされた研究者への道ともなっている。

## 5. 言語聴覚療法学科の今後の発展

大学の大きな使命に、その分野の未来をつくっていくことがある。大学で学ぶことは、単に国家試験に合格することを目標とするのではなく、卒業生が大学で学んだことを糧に、たとえば、言語聴覚士の活躍する分野でことばに障害をもつ人々のためにより明るい未来を築いていくことである。医療の第一線の言語聴覚士としての専門性でリーダーシップをとれ、また、研究を通じて新しい世界を切り開いていくことが期待される。このためには、学生の学びをサポートする教員に、その大学の、その学科の教育目標を発展できるような大学人としての前向きな姿勢、建設的言動が求められる。そして、これは数年単位の短期的展望、5年から10単位の長期的展望をもって、システムをつくっていかなければならない。教員が大学の発展に対して積極的に貢献していくことは、教員評価の重要な点となる。

私たちの言語聴覚学科は、上記のように、言語聴覚士教育では、数多くの日本で最初の取り組みを実現し、システムとしてきた。しかも、2006年3月の発表によると、第1期生の国家試験合格率は言語聴覚士養成大学の中では第1位という結果であった。ここには、国家試験も意識したシステムづくりとも関連する。

今日、言語聴覚士の活躍する現場は、厳しい。ここでは、単にそのときどきの現場のニーズに流されるのではなく、未来を先取りした実績、研究を発展させ、社会に発信していくことは、大学の使命である。この大学が、言語聴覚士の活躍する社会をリードしていくことを期待する。

### おわりに

この小論は、北海道医療大学心理科学部言語聴覚療法学科が、この4年間につくってきた教育改革の内容である。私が就任当初に学生に「日本の言語聴覚士養成教育が遅れているというのなら、

教員と学生とともに努力して、この大学が言語聴覚士大学教育のリーダーシップをとれるようにしたい」と述べた希望が、現実の形をなしてきたことである。これには、学科の教員が互い協力できたことに大きく依存している。各教員に敬意と謝意を表する。そして、この現実には、学部、そして大学の理解と支援があったことも認識したい。

### 参考文献

- 阿部和厚 他 (1998)「全学教育に共通するコアカリキュラム—全学教育は校風をつくる—」『高等教育ジャーナル』4: 1-13
- 阿部和厚 他 (1998)「大学における学生参加型授業の開発」『高等教育ジャーナル』4: 45-65
- 阿部和厚 他 (2000)「北海道大学FDマニュアル」『高等教育ジャーナル』7: 29-125 (2000)
- 阿部和厚 他 (2003)『FDハンドブック：大学教育の設計』(全110ページ) 北海道医療大学FD委員会
- 阿部和厚 (2004)「医療人材の高度化と大学教育」『高等教育研究』7:71-92
- 阿部和厚、他 (2005)『言語聴覚士養成教育モデル・コアカリキュラム』(全87ページ) 北海道医療大学心理科学部言語聴覚学科
- 阿部和厚、他 (2005)『言語聴覚士養成教育OSCE実施マニュアル』(全166ページ) 北海道医療大学心理科学部言語聴覚学科
- 阿部和厚 (2005)「大学でFDを組織化するための方法論」『名古屋高等教育研究』5:243-256
- 阿部和厚 (2005)「教員評価は教員のその大学への貢献度を測る」『大学評価研究』4:6-15
- 阿部和厚 (2006)「日本の医療系学生における科学的センスの育成」『高等教育ジャーナル』印刷中
- 北海道医療大学心理科学部言語聴覚学科 (2004)『FD成果の記録：学生に対して社会的責任をもてる教育のあり方と改革の目標構築』(全22ページ)
- 北海道医療大学心理科学部言語聴覚学科 (2006)『臨床実習の手引き』(全35ページ)



ネットワーク教材：

阿部和厚、渡邊 智：「組織学実習 Histology Atlas」（約 1000 の細胞・組織像アトラス）  
<http://ps02-01.hoku-iryo-u.ac.jp/kazuabe/anatomy/index.html>

阿部和厚、渡邊 智：「組織学実習 インストラクションビデオ」（組織の説明ビデオ 19 本：各 20 分程度）  
[http://forest.hoku-iryo-u.ac.jp/~gengo/kazuabe/histology/histat\\_fr.html](http://forest.hoku-iryo-u.ac.jp/~gengo/kazuabe/histology/histat_fr.html)