論 説

日本の歯科領域をめぐる問題解決と 学会活動のために*

Problem Solving and Scientific Society
Activity in Dentistry in Japan

竹 内 光 春**

Mitsuharu TAKEUCHI

索引用語：KJ 法，歯科領域をめぐる問題意識，医療モデル，答と真実，日本型社会の改革

Key words: The KJ method, Problem attitudes concerning dental practice, Medical practice model, The answer and the truth, Reform for the model of Japanese society

はじめに

森本先生，過分なご紹介ありがとうございました。みなさんこんにちわ。末高先生は，昨年の評議員会で「口腔衛生学会の活性化」の発言があったことから「学会の将来展望を考えるため」に特別講演を企画され，その一人としてご指名をいただき光栄に存じます。

活性化の具体的なことは，これから現役の方がお考えになるわけですから，私はそこには触れずに外野席から大いに応援しようと考えました。

問題はどのへんにあるのか

1. 混沌から仮説を発想するために

私は昔から毎年度の講義の初めに，講義への希望などを学生に書いてもらっていました。そのうち，川喜田二郎のイニシャルをとった KJ 法¹⁾を知りました。

歯学概論も分担していましたので，事前に学生の関心，悩みなどを自由な形式で書いてもらって，それを KJ 法図解にして講義のとき配ったのです。すると驚いたことに教室の中が海の底へ潜ったかのようにシーンとしましたのです。終って感想を書いてもらおうと，「これこそ大学の講義だ」，「クラスメートの中に，こんな素晴らしい意見を持っている人がいるのを知って，目か

らウロコが落ちる思いがした」というようなのが出てきて，こちらもジーンとしてきました。

いくつかの歯科の大学の学生や一般の人などの意識も調べて，その報告²⁾と「問題解決過程について」の論文³⁾とを作りました。

その続きとして，歯科の大学の先生や臨床歯科医師などに，この2篇の論文を読んでいただいて，そこに現れた学生の意識や「将来の歯科医療のあり方」などについて自由に書いていただくことにしました。真剣に考えていただいた質の高い回答がたくさん集りました。

2. 大学教員，臨床歯科医師などの意識調査から見えてきたことは何か

こうして出来あがったのが5枚の KJ 法細部図解（当日配布したが，ここには省略）とその Index 図解である図1です。

これらの図解に現れたすべての志を「己を空しくして聞きとどける」という精神で読み進んでいくと，その問題解決の仮説が発想されてくるのです。ここでは，細部図解のめぼしいところを拾っていくことにします。なお，以下で「島」というのは，ひとまとめの志を線で囲んだものです。

〔1. の島〕

日本の小・中・高校は旧教育の巢くつのような。歯科

* 本論文は第41回日本口腔衛生学会総会（1992. 10. 3. 新潟）における特別の講演要旨である。

** 東京歯科大学名誉教授，日本口腔衛生学会名誉会員

注

- 1) 図解化に用いられた回答者数、回答事項数:
 歯科大学・大学歯学部教員 79人, 232項目
 臨床歯科医師 26人, 81項目
 行政関係歯科医師 3人, 15項目
 著書、雑誌から引用 15人, 54項目
 合計 123人, 382項目
- 2) 取材時期: 1991.4.～1992.8.
- 3) 作 製: 1992.9.
- 4) 作 製 者: 竹内光春

記号

- 関係が深い
 → 生起の順
 >—< 互いに反対
 * 著書・雑誌から引用

図 1 歯科大学・大学歯学部教員、臨床歯科医師等の歯科医学教育・歯科医療にかかわる意識の KJ 法による図解 <Index 図解>

の大学生は何を考えているのかつかみにくいが、卒後、独立までの多くはオンブにダッコの自立していない甘えの状態のようだ。このことは国公立の間に大差はない。まじめな学生の迷いは当然である。

これに対して、歯科の大学側は、時勢の自覚なく、研究も魅力に乏しく、教育は知識の詰め込みに偏していて、自己のプラスにならない教育改革に意欲を持たな

い。庶民の多くは実態で見る限り予防より、入歯にしてほしくないといった身勝手なものである。

日本の民主化は未熟で9割の日本人は、歯科医師会や大学までふくめて日本的・前近代的思考で、医療保障制度も日本独特のもので、それは破局への道を歩みつづけているようで、歯科医療の現場は修羅場のようだ。

このような状況は、歯科領域だけの問題ではなく、日

本の社会の病状の一部と見るべきだろう。

〔2. の島〕

無気力、逃避的な学生を作ったのは楽な生活、受験体制、個人の努力では解決できない社会体制で、その根源には家庭、学校を通じて問題発見・問題解決学習がおろそかにされてきたことがあろう。

〔3. の島〕

医療の現場は医療費のコントロールによる官僚支配の時代に入っている。政府による所得の再分配による福祉国家は、道徳の退廃、自主精神の喪失、税負担の重圧を招き、法の下に自由と責任をとる社会と異質のものとなることは、早くから指摘されていたことである。

現物給付は良貨を駆逐するにもかかわらず経済が大きくなるので（歯科）医師から支持され、反対に療養費払いにすると経済が小さくなるので支持をえにくいというジレンマがある。これは日本の社会構造によるから、改革は容易でなく、漸進的に市場メカニズムを導入すべきだろう。

「将来の歯科医療のあり方」について、行政、大学、歯科医師会のいずれにも基本的な構想を欠いている。権力や専門の能力を持つ人が、それを持たない人を「愚かと思ひ上がることを」自己抑制し、中立的な総合的研究をすることが必要だ。

〔4. の島〕

歯科の大学は、困難であっても入試方法の改革が第一に必要な。大学の運営や教育の改革を自らの責任で行うべきだが、これには私欲を抑えることのできる人と時間とが必要だ。

〔5. の島〕

歯科領域の問題解決のために、そして（歯科）医療、（歯科）医学の再構築のために全人的・社会的問題を包括できるW型問題解決モデルが有用であろう。

〔6. の島〕

このように見てくると、日本の社会構造の改革のためには、問題発見・問題解決能力を身につけた親が、その子をその考えで育て、学校でもそれが行われることが根本である。新しい育児思想⁹⁾は次のようである。

幼児にいたずらを任せ「自由を与えることによってのみ」人の自発性、意欲、そして、自己統制の能力が育つ。子どもの行動に手出し、口出ししたり、言いなりにサービスすることは過保護となる。子どもは右に左に揺れながら、その経験を通じて発達するもので、揺れの多くは正常範囲なのである。子ども（人）は、本来、自己中心的である。それをしつづけると「うそ」の行動がはじ

まる。「思いやりの心」は親から「思いやり」をうけることによって発達する。

〔全体を通して〕

この図解から私の発想した仮説は「日本の歯科領域の悩みは、歯科領域の問題だけではなく、日本の社会構造から来ていて、それは、おそらく日本人の深層心理に由来するものだろう。したがって、その改革は気長に考えるべきで、力を持つ者の自己抑制と、新しい育児とそれに続く新教育の思想を取り入れて、日本の社会の力のバランスを取り直すことであろう」ということでした。

きょうは、この調査結果とその延長線上にある問題について私の考えをお話していこうと思います。

医療は生活上の問題解決過程として再構築されるべきだ

1. 学習の過程の探求から医療の過程が見えてくる

図1で浮上した新教育やその方法である問題解決学習について考えてみましょう。

ヨーロッパで普通教育がはじまると、やがて教科書に書いてあることを上から下へ注入する方式となりました。これが旧教育です。やがて現れてきたこの方式からくる管理教育の弊害を改めて、子どもの自主性を教育の原理にしようという考えがヨーロッパに現れました。1896年、フランスのドモランの書名をとってこれを新教育と呼ぶようになり、これが各国に広まり、アメリカで哲学者・デューイが深く研究し、普及活動を展開しました。

日本でも、大正時代に最初の新教育時代が出現しましたが、昭和6年の満州事変ころから急速に国家主義的な管理教育に傾いていきました。戦後、一挙に2度目の新教育時代となり、文部省¹⁰⁾は「初等教育の原理」を発行し、教育の主体性を受持教師と児童に最大限に与えました。

文部省にいた私は、健康をコア（核）にした教育の実践例の発掘を発想し、文部省として朝日新聞社にお願いし、健康優良学校（平成3年度から健康推進学校）表彰制度を昭和26年度から始めてもらいました。それから40年間、審査のため全国の実地を歩きました。表彰を始めて10年から15年くらいは、先生も児童も実に生き生きとしていて私たちを感動させました。しかし、占領がすすんでしばらくすると文部省は教育の管理に手出しを始めてきました。それが強まるにつれて、現場の生気が失われ、先生の口が重くなっていきました。

この40年間の現場体験から、物は不自由でも、教師に

教育の自由と責任とを与えることが、教師と子どもを生き生きさせるのにどんなに基本的に大切なことであるかを痛感しました。このことは、育児、医療、行政などにとっても同じであろうと思います。

さて、ある日、私は川喜田¹⁾の本の中に「W型問題解決モデル」を見つけてハッとしました。戦後、新教育の実践に差が起った理由の1つは、デューイの思想の難解さにあったと思いますが、その不明瞭な部分がW型モデルによって突破できたと思ったのです。そればかりか、「医療は人の生活上の問題解決過程として再構築すべきだ」という、かねてからの考えに自信を深めることができたのです。

この考えを述べた先の私の論文⁴⁾の可否について、デューイの研究者・杉浦美朗先生に伺ったところ「W型モデルでデューイの探求の過程を説明したことは大変結構だ」と励ましのお返事をいただき、大喜びしました。次で、W型モデルによる医療の過程の手のこんだモデルを作り、川喜田先生に見ていただいたところ「明快で何ら抵抗はない。啓発された」という趣旨のお返事をいただきました。

2. 医療モデルの概要

このような経過で、きょう始めてごらんいただく図2、3の「医療モデル」ができました。

デューイ⁷⁾は、探求の過程はいろいろの事例があるから柔軟に考えるべきことを前提としたうえで、「探究の先行条件」と5段階の過程からなる「探究の過程」をいわばスタンダードとして詳述しています。

私の「医療モデル」は「医療とは人々の生活上の問題

のうち、健康上の問題について専門の立場からその解決を援助する過程である」との考えに立っております。それは、デューイの「探究の先行条件」と「探究の過程」のスタンダードのパターンと一致します。これをW型モデルをつかって分かりやすく図解しようとしたものです。

図解に当って次のような工夫をしました。

(1) 狭義の医療とそれに保健を加えた広義の医療を、共に受療者と医療者との両者の組み合わせさせた時間的な流れとして構築したことです。

(2) 川喜田のモデルでは、AからHまでに相当しますが、これではなお不十分であると考え、「問題提起」(A)の前に「不確定状況」(-A)を入れたことです。-AからAまでが、デューイの「探究の先行条件」に相当します。

(3) 教育もそうですが、医療でも「探究の先行条件」が受療者（学習者）と医療者（教師）の間で時間的なズレのあることに気付き、両者の過程をズラせました。ズレの存在は両者にとって重要な意味があります。どちらが先であったかによって2つに分かれます。

私の「医療モデル」は、教育学における「理科学的な問題解決モデル」ではなく、「生活的な問題解決モデル」であることです。このことが、理科学的なモデルでは気付かなかった研究テーマの発想にもきつと役立つことでしょう。

3. 医療モデルの詳細

図2の狭義の医療の例で各過程を説明しますが、図3でも同じことです。ただし、時間的なズレが反対です。図

図2 患者先行型の医療モデル

3では(a)のように管理者側には「感情の波動」が起こっているのに、住民側にはそれが起こっていない場合で、その場合には(b)のように住民側に「感情の波動」を生じさせることが先決であることが、図2の場合と大きく異なります。

1) 探求の先行条件 (—A—A)

人（やがて患者）の精神の内部に、ある時、不安、葛藤などの「不確定状況」（－A）が起こる。これによって恐怖と希望、憂慮と喜悅といった「感情の波動」（－A－A）が生れます。ネガティブだけでなくポジティブな「感情の波動」もあります。これは、理論や知性ではなく、情緒的、感性的であって、これが医療の原点であることの重要性が再認識されるべきです。これを知性的に整理しようとして「問題が生起」（A）するのです。

2) 探検 ($A \rightarrow B$)

その人は「探しものは何か」ということを自己の頭の内外の経験で探します。

3) 野外觀察・発想 (B→C→D)

その人は、他人に聞いてみるなどして (B→C)、特定の機関に受診しようとの仮説が発想・採択 (C→D) され、患者となります。

この仮説発想の過程は、デューイは、Cまでの過程によって「精神の層の中に次々とアイディアが自然に湧き上ってくる。これは神秘的なものだ」と述べ、これを第1次仮説とします。これを推論によって1つにしぼり、これを第2次仮説とします。川喜田は、KJ法によって混沌としたデータの中から己を空しくして、仮説を発想

しようします。ここが生活的な問題解決過程のむずかしいところで、人によって判断（仮説の発想）の別れるところです。

患者がこの過程まできたとき、はじめて医療者側に「問題提起」(A)が起きます。科学的な検査など(B→C)の助けを借りて、患者の求めに対する仮説、広い意味での診断を発想・採択(C→D)します。

4) 構想 (D→E)

この過程で治療方針についての話し合いと合意がえられるわけですが、それは、医・患の持つ書斎科学、実験科学、野外科学のすべてが動員されるわけです。医療保険制度など理性と本能の相克、丸ごとの人間のぶつかり合う場であり、研究、教育でもその探究を避けて通つてはいけないう過程です。図3の地域保健でも同様に避けてはならない過程です。

5) 治療計画・治療 (E→F→G)

この過程は医療者側の主体性の大きい科学的性の高い過程で、従来の研究、教育はほとんどここに偏重していました。反省が必要ではないでしょうか。

4. 医療・教育の評価は「捕えにくいところ」も重視して、はじめて全うされる。

評価 (G→H) の過程はこの項でのべます。

医療を「科学モデル」で考えた場合と「生活的な問題解決モデル」で考えた場合とでは、評価の見方が大きく違ってきます。図1のもとになった回答の中の「医療費の配分を医療の効率をインデックスにして評価しよう」とする姿勢や、歯科保健の目標を「DMF 3」とか

注：

- 1) ここでいう真実とは、実験科学、書齋科学では結論(H)の普遍的な‘神様だけがご存じの正解’、野外科学では仮説(D)にもとずいて実践した結果(H)の、その問題の個性的・総合的な‘神様だけがご存じの正解’と考えた。
- 2) 縦軸は、答と真実の幅を示し、上にいくほど狭く、下にいくほど広くなると考えた。
横軸は、中央部が幅をもった真実のゾーンで、答は左右にプラス、マイナスの相反する性質を持って真実ゾーンから離れていくと考えた。
- 3) いずれの例でも、結論・結果(H)は、上下に相応の断面上に位置し、かつ、左右に相反する性質の幅を持ちながら、真実に対して良かった答(結論ないし結果)F₂、良くなかった答(結論ないし結果)F₁, F₃のようにならば距離で位置すると思えた。

図 4 川喜田のいう三つの科学における答と真実との距離の概念

「8020」とかの客観的指数で評価しようとする姿勢は「科学モデル」に立っており、「生活的な問題解決モデル」からは疑問が起こります。

評価には人間科学⁹⁾や教育学の助けが必要です。学力とは、学習者の探求し続ける能力、態度、意欲の3つに収められてきていますが、そのうち初めの1つだけは客観的に評価できますが、後の2つは客観的評価がむづかしく、質的にはできますが、数量的にはできないことです。

教育は精神の働きである知性と感性¹⁰⁾とを偏らずに評価しなければならないのに、大学入試がほとんど知性だけで行われてきたことが、日本の教育を荒廃させた元凶と考えられています。大学は、どんなに困難でもこれを改革すべき社会的責任があります。医療でも、これと同様に、第3者側の客観的評価のみを信じ、受療者側の捕えにくい感性の面を無視しては、教育の轍を踏むことになりはしないでしょうか。

感性は本来自己評価に待つもので、患者側の問題解決の全過程を通しての自己評価である満足感などが得られて、はじめて質の高い医療となるでしょう。

「8020運動」はこちら側の「感情の波動」から生れたものでしょうが、それとは異なる住民めいめいの問題から出発して、その全過程を通して得られた意欲の高まりや満足感などに評価の姿勢を移してはどうでしょうか。

5. 答と真実との距離の概念から

生活上の問題解決過程における答と真実との関係について考えてみましょう。

日本の子どもたちは、塾から大学まで教室の中では、いつも「答は一つ」の客観テスト向けの普遍的な事象を教えられ続けてきました。しかし、教室を一步出るとそこは丸ごとの人間の生活の場で、そこでの答はすべて仮説にもとづく世界だということです。仮説を実践した結果がなるべく真実に近づくように判断できる能力を高める学習が、甚だしくおろそかにされてきました。

図4に答と真実との距離の概念を川喜田のW型モデルの用語を使って提示します。

パゴダの屋根のような図の全体の面積が答で、その中心部が真実ゾーンです。共に上にいくほど狭く、下にいくほど広くなります。答は下にいくほど、左右にプラス、マイナスの相反する性質をもって真実ゾーンから大きく離れていくと考えました。

答とは、実験科学、書齋科学の場合には結論(H)をいいます。この場合の真実とは、その答(H)に対する普遍的な‘神様だけがご存じの正解’と考えました。実験的研究の結論(H)がすべてそのまま真実であるとは限りませんが、真実との距離は近いと考えられます。宗教、道徳、倫理などの答と真実との距離は、実験科学の場合よりボケルと考えられます。

野外科学の場合の答とは、仮説(D)にもとずいて実践した結果(H)をいいます。この場合の真実とは、普通

的な真実ではなく、その事例の結果（H）に対する個性的・総合的な「神様だけがご存じの正解」と考えます。このことが、教室の中の答と教室の外の答との重要な違いであります。

教育や、とくに医療では心身をトータルした、この世に1人として同じではない特定の1人の生きている過程を問題にしていますから、そこでは、実験科学や書斎科学の真実は、決してそのままでは通用しないのです。

そして、多数の人の体や心に対する答より、1人の人の体や心に対する答の方が、はるかに真実に近づきやすいのです。健康問題は、診療室はもちろん地域保健でも、1人の受療者と1人の医療者との組み合わせあった場が、最も尊重されるべき場となります。

もし、教育や行政、そして学会活動でも、多数の人の心の面を1つの「決まり」（仮説にもとづく実践）でコントロールすると、その答は真実ゾーンからはみ出す距離や可能性が、1人の場合より、はるかに大きくなってきます。そこで、はみ出しを抑える「決まり」を作ると、人はそこから逃げようとする。また作る。また逃げる。そればかりか、当初は答が真実ゾーンにほぼ近くても、時間がたつと離れた部分が出てきます。こうした無限にコントロールがエスカレートしていきます。日本の行政は、昔から、占領下の時代を除いては、多くはこのような管理的な政策でした。しかし、この図から、多数の人の心の面を1つの「決まり」で、かなりの時間、コントロールすることは、やむを得ないことがらを限っては、極力抑制すべきことが理解されます。

そして、生活上の問題解決の仮説が真実に近づきやすい場合は、できるだけ小さな場、基本的には1人の場であることから、今後の教育、医療、行政などは「めいめいの人ができるだけ真実に近い答を得られそうな仮説を自分（たち）自身で—他人の助けを受けながらも—発想できる能力、態度、意欲を高める方向」に向けていくべきだと考えられます。学会活動も同じであります。

6. コンセンサスを発展させるには、すべての発言の島の公開を

多数の人の生活上の問題解決の仮説についての、コンセンサスを発展させる方法について考えてみましょう。

地域保健、学会、官庁などの会議で得られた結論（仮説）を、それだけ上から下に流すことなく、会議の過程で出た発言のうち、異質の発言はすべて公開することが望まれます。KJ法図解を使えば、たった1人の異質の発言でも最後まで1つの島として残り、しばしば重要な役割を果たします。KJ法を用いなくても、そのような

精神で会議の過程の記録を公開することが有効でしょう。

日本型社会の改革の方向

1. 容易に変らないのか、日本人の深層心理

図1で、私が発想した仮説は「日本の歯科領域の悩みは、日本独特の社会構造からきていて、それは日本人の特有な深層心理に由来するものだろう」と申しました。

私が文部省へ入ったのは昭和15年でしたが、それ以後、政治、行政は、国家主義から民主主義へと180°変わったわけですが、役所で仕事をしている人たちの目指している「根っ子」のところが、どうも、戦前も戦後もそれほど変わっていないように思えるのです。このことが、長いこと、私には不思議で不思議ではなかったのです。

ところが、木村 駿⁹⁾が日本人の深層心理を「家族ユートピア指向モデル」で説明しているのを見つけました。それは「日本の家族力学そのものだ」ということです。この力学は、日本のどの社会集団—大学、企業、官庁、政党そしてヤクザ—でも同じである。それは「集団の中で、主として上から下への序列が作られていて、上から下への力で作用し、集団全体の利益をめざし、その代価として利益と愛情が保証される。‘そと’に対しては、きわめて閉鎖的である」ということです。

これは、1,000年もの長い歴史の中で作られたもので、明治政府の富国強兵も、戦後の福祉国家も高度経済成長も、みな「根っ子」は同じモデルだと。「うーん」—。これで、私の長い間の胸のつかえが取れたような気がしました。

大きな目で見ると確かにそうですが、この本は少し古いし、注意して見ていると、特にある年齢層の人たちなど確かにもっと柔軟になっていると思われれます。私はそこに望みを託しております。

2. 新しい育児・教育の思想に出口が見える

図1の〔6〕の島の説明で「問題発見・問題解決能力を身につけた親が、その子をその考えで育て、学校でもそれが行われることが日本の社会の問題解決の根本である」という回答のあったことを述べ、その後に、近年の育児思想を紹介しました。ここに出口が見えてきたようです。

赤ちゃんが1歳くらいになると、テレビのスイッチを押したり、ひねったり、ワーンと大きな声が出てびっくりしたりします。それを止めないで我慢してやらせておくと、何日かやっているうちに自分の発想した仮説が実

験的に証明されて、赤ちゃんは満足してテレビいたずらをやめて、今度は別のいたずらに移っていきます。理料的な問題解決学習の始まりです。

そのうち兄弟や友達と遊んだり、けんかをしたり、が始まります。そうしながら道徳や倫理などを学んでいく。生活的な問題解決学習の始まりです。

子ども（人）の発達にとって貴重な「自らの経験を通じて学ぶ」新教育の原理である「いたずら」を、悲しいことに日本の親は子どもに任せられない。すぐ「しつけ」ようとする。親切？ に先回りして教えてしまう。「けんかは悪いことだ」という親の価値観でやめさせてしまう。こうして管理的な日本型社会の下地が作られていく。学校や塾へ入ると、先生が熱心に答を教えてください。こうして、オンパにダッコの大学生になっていく。

3. 上位者は下位者に対して自己抑制を

このようにして、日本では、親は子に、教師は児童・生徒・学生に、行政は国民に、熱心にいわゆる上位者の価値観で、いわゆる下位者に手出し、口出しし、サービスする。管理する。これをみなが善しとする心理は1,000年もかかってできたものだから、すぐには無理にしても、まずは管理の頂点に立つお偉いさんに、はやる気持ちをグーッと抑えてもらいたいです。

このことを積極的にいえば、人が生れながらに持っている能力が損われず発達するように、新しい育児・教育の思想をすべての方面に導入して、日本型社会の上下の力のバランスを取り直す方向に向かうことです。経済成長、福祉国家を目指して、上から下へ「何といっても具体的な成果が上らなければ駄目だ」という管理政策で、とにかくここまできて、その弊害が噴出してきた今日、もうこのへんでバランスを取り直してはいかがでしょうか。

4. 教育・研究・学会活動の姿勢

これからの教育の活性化は、すでに述べたところで。

研究面については、(歯科)医療は、知性と感性のすべてを含む「生活的な問題解決過程」と考えると、歯科領域以外の多くの領域からの協力が必要ですから、例えば野村総研とか三菱総研といったような歯科医療総合研究所がほしいと思います。

学会の姿勢は申し上げる必要もないのですが、歯科の学会が、歯科医師の立場だけに立ってはいけなし、国民の立場に傾き過ぎてはいけなし、行政と同じ立場

になってもいけないのです。これらの全部を視野に入れて、中立の立場で自由に研究し、発言するときはグーッと自己を抑えて発言する。これが学会の生命であり、それが、すべての立場の人々から信頼されることにつながると思います。

子どもを自主性の高い人に育てるには、未だ言葉も十分でないときから五感を働かせて、子どもの内なるものを聞きとどける育児の精神が、親、教師、(歯科)医師、行政、そして学会にとっても大切なことではないでしょうか。

なお、資料最終頁の用紙でアンケートにお答えいただければ幸いです。

きょうは光栄ある席を与えてくださいました末高先生に、もういちどお礼申し上げます。座長の森本先生、熱心に聞いて下さったみなさんに心からお礼申し上げます。

ありがとうございました。

追 録

講演後のアンケートの1つとして、図1で重要だと思った島の順を書いていたいただきました。その回答者数は16人。結果は、第1位が圧倒的高率で[6]でした。第2位群が[4-2]、[2]、[3-5]で、あとは分散していましたが、一応、第3位群は[1-1]、[5]、[1-3]、[1-5]、[4-1]でした。

文 献

- 1) 川喜田二郎：発想法，中央公論社，1967.
- 2) 川喜田二郎：KJ法一渾沌をして語らしめる一，中央公論社，1986.
- 3) 竹内光春：歯科医学教育・歯科医療にかかわる意識のKJ法による野外科学的研究，日歯教誌，6；102-120，1991.
- 4) 竹内光春：川喜田のW型モデルにあてはめた歯科医学教育・歯科医療における問題解決過程とその改善，日歯教誌，6；121-130，1991.
- 5) 平井信義：子どもを叱る前に読む本，PHP研究所，東京，1991.
- 6) 文部省：初等教育の原理，東洋館出版社，東京，1951.
- 7) 杉浦美朗：自己教育力が育つ授業—デュイ教育学の展開—，日教研，大阪，1984.
- 8) 井口 潔：これからの道—人間科学，本間三郎編：医学研究の動向，日本評論社，東京，1987.
- 9) 木村 駿：日本人の深層心理，創元社，大阪，1984.