

途上国における保健医療人材の capacity building と internet based education

報告者：福富規子

3. ボリビアで働いていた経験から

→ 情報が足りない。医療にアクセス出来ない。

正しい情報をどこから得ているのか。

情報を提供する良い情報がないのか。

活動範囲が狭いために交通機関がない。

物理的な活動範囲が狭いために情報を取りに行けない。だからこそ、インターネットが利用できるのでは。

料金が安値。バスに乗るような感覚で利用できた。

一般の人がどのように情報を得られるのか。

4~6

保健医療スタッフに対する E-Learning

<途上国の通信機器>

固定電話、携帯電話、インターネット利用状況が上昇

保健医療の人材が、流出してしまう。悪循環になってしまう。

保険人材の偏在

世界中の病気に対しての約 25%をアフリカが担っているが、それに対し医療従事者等の人材が他国に比べ不足している。

E-Learning :

やりきること達成感があった。エンパワーメントになるのであれば、それが有効に使えるのではないか。

13

英国の人材不足に取り組んでいる Glibal Health Partnership での取り組み

→ OER s

14~

それぞれの国での現状、改善策等を紹介

E-port folio :

教育ならば、何を受けてきたか、オンライン上で蓄積していき、取り出して行く。

オンライン上でディスカッションしてくれる人をボランティアで募集していく必要がある。

24. 教育アプローチの開発方法

問題起因型、能力起因型

25. 評価方法

先生、生徒の両方の視点を見ていく必要がある

双方向のやり取りができる。

ポートフォリオのシステムで、教師、生徒が得たものをモニタリングすることができる。

ピアレビューシステムによって自動的にアップデートされる。自動的に、学んできた情報

が蓄積されていく。足りない勉強内容、などをお互いに評価し合って、その評価がどんどん付いていく。

26. 組織

27. 実現に向けて（課題）

インターネットの広がり速度はまだ遅い。

難しかったところが事例として残っていないので、還元していくのが難しい。

ファシリテーターの育成

育った人をどのように評価していくか

28. 実現に向けて 2

基礎的な知識がまだバラバラなのではないか

試してみたい人の基本的能力をどう底上げしていくか。

モチベーション維持。情勢が複雑な場における人々に対する対策。

知識獲得の保障→本当にそれでよいのか、あっているのか、同じレベルでみな到達できたのか、の保障が必要ではないか。

レベルを全体的に上げる→さまざまな国の人々がそれぞれの立場で発言をし、それぞれの人々に刺激を与えられるような場が必要ではないか。

29. スーパーコースジャパン

専門家がボランティアで行っている E-Learning のようなもの。

スライドの低容量化→ダウンロードしやすい

30.

インターネット：皆が同じようにアクセスできる

格差を埋めることのできる方法となれば良いのではないか。

自分をマネジメントしていく。達成できたときの喜びが自信につながる。内面的な成長につながるのでは。

ヘルスワーカーが学ぶことができた、行ったという経験で、一般市民へ普及していくこともあるのではないか。

インターネット環境の整備の必要性。：

簡単に、アクセスできるものでもない。大学が開放するなどすれば、利用しやすくなるのでは。外部の事も知ることができるため、さらに人材が外に出てしまうのではないか。

以上発表終了

スーパーコースジャパン：

コンテンツが増加できるが、増加していない

→ こういった教育のその意味を理解している大学が少ない。

◎ナースに役立つホームページ

看護教材電子教科書クリックの中に、E-Learning の教材をいくつか提供している。

E-Learning は幅が広い。

日本では大学、大学院も E-Learning を単位としても良いとされている。

サイバー大学など。

大学の E-Learning はアメリカがリード。

MIT (マサチューセッツ工科大学)：教材をすべて公開した。一般から教員のテキストも。単位は入学しなくてはもらえない。教育に自身があるからこそのこと。広報の一つとなっている。質保障にもなる。

E-Learning にも、すべてネット上のものもあれば、定期的に大学へ通うカリキュラムもあ

る。→ それは、何が自分に合うのか、人それぞれである。
顔を合わせるの、脱落も少ないし、効果的と言えるが、そればかりが合うというわけではない。ひとりで学習したい人もいる。

E-Learning で学ぶ **EBM : RCT** を実施。

対面講義：**E-Learning**

脱落率は、来れないので、対面のほうが高かった。

試験結果もあまり変わらない。

Ns の場合は働きながらなので、**E-Learning** のほうが良いという。

オンライン教育=**E-Learning**

E-Learning：自分のペースで学習できる。受講したいものを提供してくれるもの。

聞き逃したものが、残っている。メールでも質問できる。時間と場所を選ばない。

コストが安い。

対面：1種類しかない。

米国 **E-Learning** は成功していない。企業は成功しているが。今は、研修などすべて **E-Learning**。

フェニックスが成功している。学生数が数 100 万人。

理由：教員がコンテンツを作らず、専門家がコンテンツを作る。教員は学習課題など、ストーリーのみを持参する。学習科学からすると、こうしたほうが良いと、教材を作る専門家が作る。米国には、教材を作る専門家がいる。

教える人は、別の専門家。コースごとに講師を募集して教えてもらう。

少人数にした。→つまり、教師が 24 時間対応し、ディスカッションも掲示板等で行う。

E-Learning と言えば、フェニックス。

日本には教材を作る専門家はほとんどいない。最新の学習科学は日本にほとんど入ってきていない。

看護教育の文献に：アリゾナ大学博士課程の **E-Learning** 教育の実際。が特集されている。

遺伝看護の研究教育での **E-Learning**。質問が、「恥ずかしくてできないな…。」という感情があり、しにくかった時がある。

→ どういう設定であれば、書き込めるのか、考える。

他に、どのような人たちが行っているのか、わからない。

→ そうすると、さらに書きにくい。

→フェニックスでは、自己紹介のページがある。

授業のノートをネット上に提示でき、誰でも見ることができるし、コメントを入れることができる。

技術は変えられる。使いにくければ、変更することもできる。

共有するしないとう、どのようにも変更できる。

→**E-Learning** が効果的と言われる所以でもある。

***Did you know?**というホームページ。

コロラドの学生 150 人向けに作られたもの。

発展途上国に、どのように気づいてもらうか
問題と感ずるためには、外から見ないと感ずられない。
問題を問題と感ずかせる。問題認識をしてもらう。
内にいると、たとえば子供が死ぬことが普通と考える。しかし、外から見たらそれが問題
と考えられる。