

リーダーシップ教育研究会

第30回会合 議事録

文責 吉川晃平

日時

平成27年5月28日(木) 13時00分～15時00分

場所

大阪大学豊中キャンパス OSIPP 棟 6階プロジェクト研究室

内容

- 1、「交渉の要素に関するケース」についてのご報告
(大阪大学未来戦略機構戦略企画室 平井啓先生)
- 2、その他

ご出席の先生方

家島先生、大澤先生、木川田先生、太刀掛先生、平井先生、松行先生、野村先生

議事録内容

野村

平井先生には以前から交渉の子養育のための理論の科研というのを一緒にやっていたのですが、そこの研究会でやってもらうというのはなかなか日程がうまくいかない。それで研究会でやっていただかないと業績がパブリッシュしたことにならないのでこの研究会の場を借りて業績アップにも役立てていただく。科研の教育の業績にもさしていただくということで。今日はいつもとちょっと思考が違いますけれども交渉の話をまずやっていただいて、木川田先生のほうからリーダーシップの教育関係で一つ学生の取り組みについてその次紹介をいただきたいと思っております。

平井

はい、じゃあお願いします。ドタバタしております。いろんなことをやりすぎてしまっ
て破たん状態になっております。

先ほど野村先生のおっしゃっていただいた交渉の科研と今トリビュートできてない。い
ろんないきさつがあつて、自分の専門での実践の中で、交渉術、交渉学が晴れてふっと降
りてきてやってみたらうまくいったということがあつて。それをもとに教育コンテンツを
いくつか作ってみて、研修で最近やる機会があつてそのコンテンツを実はそのまま持って
きて。それを使いつつ現場でどういうことが問題になっていて、そのソリューションの一
つとして交渉学ということ。たぶんさらに言えば、結局マネジメントの話になるのかなと
思っているのです。僕の内部のことをご紹介してご理解いただいて、ちょっとその発展をす

る機会になればと。

この資料については研修で使っているものをそのまま持ってきてしまったので、適宜補足をしながら、専門分野の細かい話がいくつか入ってくるので、適宜説明をしながらやっていきたいと思います。

せっかくなので最近どういう仕事をしているのかというのを持ってきたのですが、僕は未来戦略機構に所属がありまして、それまでいろいろあったのですが、去年の8月からそこに変な名前の研究室ができて次世代研究型総合大学型研究室という。研究室という形になってその研究員と席をさせてもらいました。そこまでは割と本部の方の事務的な所の教員だったのですが、研究室の教員だったので再び研究者として復活した。

野村

本部ではないと。

平井

本部ではないですね。実質は本部なのですが、表向きは本部でない研究者という形で。その研究活動をする中で、その研究活動をする一貫の対象が大阪大学であるというコンセプトの研究制度。一般名詞にするところなのですが、大阪大学の研究をしているということになるので、大阪大学の課題の分析をしている。一応学内シンクタンクという研究者のコンセプトで。特任教授がもともとパナソニックにいた方のコンセプトで、学内でのシンクタンク業ができる研究室というコンセプトで。それでもう一個、戦略企画室での研究をしているのですが、要はやっていることはほとんど一緒なのですが、戦略企画室が出してきたものは企画案になってしまうので、案として出してしまったらやらないといけないということになるのですけれども。あくまで我々研究室は研究制度としてのアウトプットなのでやるやらないに拘束力がないので、我々はわりと自由に発言ができる。それがこの研究制度のコンセプトの一番の利点。実行部に対して、言いにくいことでも言うのでそういう風な資料を作るというのをやっていくというところで所属しています。

専門のことは一度お話をしたかと思うのですが、ずっとがん医療の心理学の研究をしまして、それをもとに CSCD のほうで授業をいくつかやらせていただいたりして、今日ご紹介するのはそっちの授業のコンテンツで。全学の医療系の人、それから関係ない人も結構受講に来られますけれど、そういう方々に向けての授業を継続してやっていくこととなります。

シンクタンクのコンセプトだけ。どんな仕事をしているのかというとざっとまとめるとこんな感じ（スライド：平井は今どんな仕事をしているか？）になっていて、研究室でやっている仕事はいろんな仕事をやったのですが、トータルで見ると企画、起業で見るところの企画、プランナーと呼ばれる人たちのやっている仕事が多。太刀掛さんと一緒にやっている超域プログラムを学校でやったり、スーパーグローバル大学の企画の取り

まとめのところをやらしていただいている。学内でやるようなことを仕事としてやらせていただいている。学会の仕事もだいたい似たようなそういうところにももらえる企画系の院とか部になることが多いのでそういう仕事になる。研究のライフアップもきちっと続けていて、今日ご紹介するようながん医療関係の、今各種ワークショップの開発や実施が多いかなと思います。これも学会の仕事の、学会の超域プログラムを作るだったり、そういうプロジェクトに関わって行って、ここ5~6年の間に研修事業を立ち上げたというようなことをやっていました。

あと最近科研をとってメンタルヘルスのものに関する研究をやっていて、特に一般の人が精神的に不調とか不可能になった時に精神科を受診することは難しくハードルが高く、そのままずるずるといってしまい、問題が拡大するというのがあるので、それを何とか、解決できないかという風な所を研究テーマで科研に3年もらって、今年でもう3年いただいていますし。最近周りでこういう問題が多発していて、その実務対応をやっているのが皮肉な現状なのですけれども、科研をとったら周りでそういうことがいっぱいおきた。非常にその問題が目の前の問題として大きくて、そういう対応もやっているということです。

授業もいろいろさしていただいております。学内の企画業務はこんな感じで、申請書を作るところまで、あとそのコンサルと後は立ち上がった後のやっている方向性を作るところです。

今日の話なんですけれども、今日の話の仕事というのは、これは一つ僕の外での非常勤の仕事なんですけれども、岸和田市民病院というところがございまして、そこに月に一回だけ心理士として仕事を指していただいている。まあ午後だけなんですけれども、そこに行って仕事を指していただいて、そこでやっているときに降りてきたアイデアから作ったものになります。

緩和ケアといいまして主に終末期の患者があつて、治療がもう選択肢がなくなってきたことでいろんな問題を抱えているとの医学的、あるいはそれ以外も含めた対応をするのが緩和ケアというのがありまして、これは医師だけではなくて看護師やソーシャルワーカーなどがやっていく。それが緩和ケアチームという制度が進んできて2006年ぐらいにできまして、ずっとそういう研究をしていた。ひょんなところからそのチームの一員という形で雇ってもらいまして、そこで活動をしている。

活動の内容なんですけれども、チームで回診というものをやっていて、僕も一緒に行って各病院から困った患者さんの依頼が挙がってくるんですけれども、そこにチームで出かけて行って、現場の看護師や主治医の方の困っている問題を聞いて必要に応じて回診をして、精密に考えて、その主治医とか受け持ちの看護師さんにソリューションを置いて帰るところまでが仕事になります。ですのでコンサルチームなんですけれども、コンサル以外の道も入っているということです。その中で心理に関するところが僕の受け持ちになっていてそんなに出番はないのですが心理科の先生もいるので、精神科の先生が精神症状の対

応をして、もうちょっと広いコミュニケーションに関するような内容が僕のところに来て一緒に考えるというようなことをやっています。一緒に考えるためのカンファレンスを即席でやったりとか、難しいケースの場合は自分でいろいろ準備をしてやったりとか。手さらにテーマがある程度まとまってくると、テーマを決めて皆で勉強会という形でやったり、興味ある方で集まってもらって勉強会をやっています。

僕のところに来る多いパターンというのはだいたい決まっているんですけど、起こっている患者さんにどうやって関わっていったらいいですかというような内容が一番多いです。これ無権教育コンテンツもある程度作っていて、すぐにパソコンを取り出して絵を見せながら説明をしたりということをやっています。起こっている患者さんに対応してそれがストレスで看護師さんが燃えつきになっていると。先週まさに話があってその看護師さんのカウンセリングをしたりと。これが一番多いかなと思います。あとは残りの時間が限られている患者さんに対してその時間のことを説明するかどうかということなんですけれど、生命倫理的な説明では説明すべきなんですけれど、領やどのぐらいの期間というのはあたらなことも多かたりするので、なかなか伝えるのは難しいし、また元気ある時は伝えてほしいといていた患者さんのいざそうなった場面に直面したくないということなので、結局ということがプラスになるのかマイナスになるのかということをきっちり、スタッフやご家族などと話し合いをして整理をしてというのが必要になってきて、そういう風な整理をしています。それで言わないほうがいいとなっていくのが現場レベルでは結構ある。

なので後半は意思決定支援みたいところで、今日の後に出てくる交渉術の話はそこに非常にフィットすることに気付いて、まとめるときのフレームワークとして今活用している。個人的な関心としては意思決定というのがキーワードとしてあります。意思決定をどう支援していくのか方法と体制づくりを何とかできないだろうか、アカデミックな興味はそこになります。

で、意思決定支援の現場でも医療者の方も必要だ。厚労省が出している項目でも意思決定が入ってくるのですけれどもコンテンツが全くないままお題だけが降りてくるのでみんな困っているのが現状です。ところが今日の交渉術や、MBAとか後マネジメントのほうでそういうコンテンツがいろいろ経営で出来上がっているがここが全くつながっていないのがふしぎなことで。それを繋げるだけでも進むと思っているのでそれができないかと考えています。

余談になりますが、大学の意思決定はできていないというのが身をもって最近分かってきたのでここを何とかできれば大学は良くなるのですけれども。ここをよくしないと大学は絶対よくなると身に染みてわかってきましたので本当にそこは何とかならないのかと。なんでこうMBAとか経営学とかあるのにそういうノウハウが大学の経営、意思決定に入っていないのがすごく不思議で世間で当たり前の手順が全くできていないというのが、それが原因でいろんなことが起こっているのが体をもってわかりそういう優れたノウハウ

が経営に入っていないのはなぜなのか

家島

個人としては能力あるけれども集団になったら能力が発揮できないということなのか、やっぱり個人としてそういうノウハウがないということなのか、どちらですか？

平井

両方ですね。法人もないし、個人もないし、集団でも機能していない。

家島

マネジメントができていないということですか？個々のリーダーシップ的なものがないということですか？

平井

両方だと思います。そこはいろいろ思うところがあるのですが、これは夜になってから話をしたほうがいい。

ちょっと緩和ケアの話をすると、あと医療の中で今日の話はいわゆるマネジメントとかコンサルとか企業のところでは当たり前のところは医療では当たり前でないことが発端なんですけれど。やはりコンサルテーションという言葉は入ってくるのですがこの言葉の整理ができていない人が非常に多くて、特に医療関係は職人組織がベースになっていて、自ら手を下したい、自らの手で何とかしたいという職人メンタリティがコアにある。そのコンサルタントとしてふるまうというのが苦手な人が多いと思う。これは大学でも一緒だ。要するに自ら実験をすとかなんですけれども、人にアドバイスをしてその人ができるようになるという支援のかかわりが苦手な、職業メンタリティだと思うんですけれど。

我々心理科の人っていうのは病気の人が一人いたら身に移行というものなので心理カウンセリングとかかわり。心理カウンセリングは職業的に用いられるので、コンサルは全くできない。コンサルを全くできないまま大学を出た臨床心理学、臨床心理士の人がこういうがんの診療をやっている病院に眼科さんの心理カウンセラーとして採用される。コンサルをほとんど習っていないので一人で行って、カウンセリングだから全部やっているよりは時間は全然かかりませんしどうしていいかわからない。コンサルとは何かというところから教えなくてはならない。

ということでこういうことを最初に教える（スライド：緩和ケアチームのコンサルテーション）。緩和ケアのコンサルはいいんですけれど、この資料が一番よく使う資料なので。企業コンサルとまったく同じですね。社長さんがいてお客さんがいて、外部から起業コンサルタントが関わってくる。コンサルタントにとってのお客さんはクライアントさんであると、たぶんここから言わないとわからない。我々の緩和ケアチームはコンサルティング

チームとして活動をしているんですけどここから現場の主治医や看護師さんからこんな患者さんに困っているんだという依頼が来て、以来の来た人に何らかのソリューションを提供するのが、コンサルタントで、それに基づいて、このコンサルティが密接に関わってクライアントが幸せになる解決に持っていく。この関係が現場では守られていないことが多くて、依頼が来て、直接見に行っただけでクライアントではなく家族や患者や等の関係を作ってしまう、クライアントを悪者にしてしまう。その場合依頼は来なくなるのですけれど、クライアントを攻撃したりするのが結構あつたりします。直接手を下すという意識のある人はコンサルタントと同じになって仕事をしてしまう。もしもそういう風になってしまうと、今後そうならないように。心理カウンセリングも同じで、直接患者さんの話を聞いてくださいとなって行って話を聞いているうちに確かに心理の先生ひどい根みたいな話で盛り上がってしまうと、クライアントを敵にしてしまうというのが起こるのですけれども、コンサルの行動でそれは絶対にやってはいけないことなのでそれが問題なのであればそれは別のルートを使ってやらなければならない。こういったコンサルの基本が医療の現場では理解されていない。

家島

コンサルタントが学生相談員として、患者が学生で、コンサルティが教授、指導教員の場合同じような構造になりませんか。

太刀掛

臨床心理士の方、特に学生相談員の方は職人課題の人が多いですよね

平井

心理関係の人は職人氣質ですね。コンサルの構造が教えられないので。スクールカウンセラーも同じところですし、学生相談員も本来は同じ構造ですけど、むずかしい。

学内でもいろいろ問題がありますし、その時は指導教官との関係をどうするのかというのが非常に厄介。これよりも難しくなるかな。指導教官から依頼が来た来意ですけど、学生から依頼が来て、ここに指導教官がいてという風になった時にどうするのが難しい。

これが僕らがやっている心理コンサルタントの流れ何ですけど、でも経営コンサルタントとほとんど同じかなと思うんですけど、リサーチして何らかの説明を通して、問題の抽出、問題に関する仮説を立てそれをクライアントさんに向けてプレゼンして、それがあっているかの妥当性を何回構築しなおして、外部からのソリューションを作って実際にやってもらう。その結果がよかったら進んで、よくなければまた戻ってというループを回していく。問題解決の流れがこれである。

僕らの心理コンサルの言い方をしていますけれど、その仮説に気付くときに心理学的な地誌を使うのが心理コンサルですし、経営学的にすれば経営コンサルです。それぞれの専

門性をどう入れていくのかというところで専門性を背景にしたところに仮説を立てていくというように整理できる。あくまでも仮説であるということを検証の時に強調していて、政界ではない、極端に言えば正解はわからないぐらいの感じで、コンサルは完全な情報でできるというのは少ない。2次情報だけで動かなければならない。仮説であってそれは修正されるべきであって、でも仮説を立てても前に進まなければならないということなので、今の考えより、情報に基づいて注意して、それに何が問題か、どんな解決策があるかというのを提示して一緒に話し合っていてどんどん回していくうちに仮説の精度が上がっていく。それがうまくはまれば問題解決につながるという流れなのかなと思っていて、問題解決の教科書といたしましてこれは数年前に問題解決のコンテンツを作っていたということなのですが、これももう経営コンサルでは当たり前といわれていることなので、微妙なところが違うだけで本筋はそんなに変わらない。

問題解決アプローチのほうですが、数年前に乳歯の患者さんと問題解決アプローチを教えておとし論文になりました。

その時も問題解決両方というのをやってたのですけれど、基本は問題ってものへの定義をすることによって個人の場合は“**What I want**”ですし、組織の場合は“**What should be**”。どうありたいかもしくはどうすべきなのかというビジョンとかに対して現状はどうずれているのか。それでそのギャップが問題であってそれを埋めるのがソリューションという作業を明確にしていく作業が本来の部分。

これは隣の豊中病院でやっていた例ですが、このおじいさんの問題は食べれないことが問題だったのですが、問題解決でいろんなことをやってもらったのですが、結果として食べられないことは大した問題ではないと思えるようになったというように解決したお話です。実際に胃の手術された方で意が大きくなるっていう解決ができないので、いろいろやっていく中で認識が変わるっていうのも一つの問題。

通常我々の状態はご飯が食べられる。食べられることがあて里前であまり意識をしていない。それが病気になるって食べられなくなると食べられるはずだという思いが生じてここにギャップが問題になる。通常は食べられないということを以前に戻す問題解決をしようとするのですけれど、こういうことはできないっていう状況がたくさんありまして、これにあった解決策を作っていかななくてはならないということがある。

企業とか病院とかそうですけれど燃えつき系の人々の中にこういう状態になっている方がたくさんいて、自分が思っていた職業イメージとは合わないというのが原因で燃え尽きている方が多い。その人の問題解決は2種類しかなくて、自分のビジョンに合った仕事に転職をする、今のビジョンに合った仕事を作り直すという2択しかないと思うので、もし転職をするなら、キャリアカウンセラーのところに行くし、ビジョンの再構築をするなら臨床心理士のところに行ったほうがいいっていう2択になる。聞いているとそういうのが非常に共通してある問題かなと思います。なので2種類の方向の両方とれるのですけれど、どちらかが難しい場合は逆の問題解決をとるというように考えている。

ここからが本題になるのですが、こういったコンサルの場面で問題になるのはひとりの“**What I want**”と現状の差だけではなくて問題が生じる。たくさん関係者がいる。大学もそうですけれど、いろんな立場の人が思っていることが違って同じ現状がある。組織で起こる問題はだいたいこういう構造になっている。ある状況で複数のステイクホルダーで安孫問題が共有されていない場合は一番誤解を生む。これを調整するための方法が基準を作り出している枠組みを提供してくれるのが交渉術、交渉学であると思いがたりました。

そこから考え方がすごくシンプルでそのまま使えるなどおもしろい、ネゴのサークルの卒業生を捕まえてレクチャーを受けまして、いろいろ教えてもらって、さっきのコンテンツを考えた。ここは交渉学をご存じだったら当たり前のことですが、この駆け引き型のソフト型戦略やハード型戦略などをやって、だいたいソフトとハードをやるとだいたいハードが勝つとあり、こうならないようにしたい。そこで原則立脚型の**Win-Win**の目指し方というものから直接明確にしていく。このことだけを伝えられるとだいたいのことが言える。起こっている現象を4つの基準に分類し整理をしていくという問題解決のアプローチをやるといういろんなことが解決できるというのがわかってきた。さっきの問題解決の話ですけれど、問題をどう定義し、問題解決をどう考えるのか、やってみてまた修正してという中に、この枠組みと基準を入れて整理をしながら、進めていくということをやっています。

人と問題を切り離すとありますが、事実とある特定の個人の存在を切り離すというのがこの一番重要なポイントとなっています。ここは我々心理士が比較的得意な所で、感情と事実を切り離すと意識をして人の話を聞くようにしています。怒っているって感情と怒りをもたらした事実が混ざっている場合は必ず分離をする。怒りや不安などの感情とその人が言っていることを切り離すだけでも相当整理ができる。そこを意識してこの原則を使っています。あとは立場ではなく利益に注目する。これも日本人の特徴なんですけれど、特に行政を見ていると立場ではなく利益を注目されて困っているのですけれど、結果としてお互いに何が生じるのかというところで利益が絡んでくるという部分を探っていく。ここがハーバード流交渉術の一番重要な点かなと思います。この**Win-Win**を目指すというものと利益測定を明確にしてそこを共通項にする作業が一番重要である。

これは問題解決の中でも出てきますが、主の選択肢を考えるお互いいろんなアイデアを出して行ってそれを整理しながら選んでいく。

組織の場合は最後客観的な基準に基づく解決になるというのがとても重要で、医師や患者との関係では医師に決められたとなることが多い。個人が決められているのではなく、一定の科学的なエビデンスであったり、法律であったりといった外的な基準をもってこの治療法になるのですよってという説明をされるというスムーズなのですが、大抵は結論のみを伝える。結論だけ聞くと患者は医師に決められたと感じて、よくトラブルになる。そうではない言い方ができないかというところでこの客観的な基準に基づく解が使われる。

これを現場の事例に落とし込んだものがあるので、それをご紹介します。この事例の相談に乗っているときに、このアプローチに気付き使えると思いやってみた。

大腸がんか胃がんかのよくある理由で入院されている 70 代の男性です。この時点で残り 1 か月ぐらいという状況です。当然その間に急に血圧が上がってそのまま亡くなるという可能性があった方です。この状態だと潰瘍などもできるしそこまで深刻な状況ではない。ご本人の希望は家に帰りたい。ご高齢の方なので認知機能、記憶や日付がわからなくなったりなどの障害はある。日に日に弱ってきている。その病棟のスタッフは家に帰る最後のチャンスなので家に帰ってはどうかということを家族に提案した。何とか実現をしたい、本人も帰りたいといっている。最後のチャンスで本人の意向を実現したいと考えている。ところが奥さんがおられて奥さんもご高齢で勝家に二人暮らしで一人だけで寝たきりの夫を看病するのは難しいと感じていて、在宅で診ていくことに関して大きな不安を感じている。聞いていると旦那さんは元気な時は奥さんに対して高圧的な態度よくある昔のタイプの旦那さんだったらしい。状態の悪い人と一緒に家にいるのはだれにとっても不安である。娘さんはいるが昼間働きに出かけているために自宅で看病を手伝うことは難しい。退院するために自分の家に連れて帰ることを考えていた。民間の在宅看護はたくさんあるし、それが使えることも確認している。一番最後の問題はこういう事例で非常に多いのですが、こういう話をすると病院のスタッフ、病院から追い出される、そのためにいわれているのではないかと警戒をされる。それを合せてこの話がなかなかうまく進まない。これがこの事例の一番の問題点でした。

授業ではこれをワークショップの中でグループで考えてもらう。4 つに分類してもらう。我々心理関係者だと不安という気持ちとその退院する事実を切り分けることが重要になってきます。ご家族が不安であるのは間違いがないので隊員だけではなくその状況すべてが不安である原因になりうるという指標を持たなくてはならない。たまたまそれがトピックとして退院するというものがあるのでそこに焦点化されるが実は不安な気持ちをもたらすものはこれ以外にもたくさんある。ということがこれを考えることでより明確になる。それぞれが何に不安と思っているのかということを確認し整理して、家族の一般的な不安に対応するという方針を掲げ、不安そうにしていたら話しかけて情報提供をする。退院に限らない不安に対しても丁寧に対応しましょうというのを一つのソリューションとして伝えた。

この部分のインタレストは何なのかというところに関しては非常にシンプルで患者さんが帰りたいといっていることを実現すること。これは 4 者どの立場の人もそれは利益であると共有できる話でした。しかし話題で行っておらず、結論から言うためにそう思っているというプレゼンをしていない。改めて、何に対応するのか、という部分、患者さんは帰りたいといっているのでその実現するために頑張るといってなかったのも、しっかり話をしましょう。あと退院させるのはあくまでその手段であり、それが目的ではない。言い方によってはそれが目的であるかのように、退院させることが目的で病院側の狙いなんじゃないのかと思われる。そうではないということを一仮と説明しましょうと提案した。あと複数の選択肢何ですけど、一週間という期間を区切って退院することはで

きませんかといいました。聞いてみると一週間いれば十分だといっていましたのでそれをしっかりと伝える。一週間という目標に達してみてそこから二週間に継続するのかなどしっかりその時点で判断しましょうという言い方をすればよかった。また途中で調子が悪くなって来れば、戻ってきてもいいです。それから無理に退院しなくてもいいですよというのもオプションとして言っておいたほうがいいですよ。最後の客観的な基準なんですが、この人に決められていると受け取りがちなので、そうではないということで緩和ケア病棟自体が患者さんのご家族特に患者さん本人の意向を実現する医療を提供するそういう場所です。それで病棟のパンフレットの中にも然りと書いてあります。改めてそういうテーマに沿ってやっていた人たちが合意をしているのだとちゃんと話をしてくださる。そういう風なことをこれを使って提案させていただきました。ボックスに入れるとこんな感じになったのですけれど（スライド：ハーバード流交渉モデルで解決する）結果としてこれでもうまくいきまして、退院をするという決断をだんなさんはできて、この後の旦那さんの調子はどんどん悪くなっていったんですけれど、一度帰るといふ決断をしたら娘さんもその実現に向けて、努力をされて家に帰れた。一応ハッピーエンドに終わったという話になります。

この後により高度な事例を紹介しますがここまでで、なにかご意見を拝見できたらいいのですが。

大澤

コンサルティングというのを聞いたのですけれど、亀野病院って言いましたっけ、たとえば医療メディエーターが患者さんと医療者の間に入って対応をする形態がありますよね。そういうのもコンサルティングアプローチっていうのでしょうか、またそういうのもあるんだなって興味深いです。

平井

メディエーターのほうがより直接的ですね。入ることなのでより直接的なのかなと。僕はその構造の外から頭と口だけで仕事をしているだけなんですけれど、そういうアプローチもある。その機能をより強くしていくとメディエーターということで、彼らも交渉術を使って仕事をしていると思う。

大澤

先ほどの機能構造で行くとメディエーターの場合は直接手を下すという。入って手を下すので間違えるとぐちゃぐちゃになる。そういう構造もあるんだなと思って。

平井

相当のスキルとあれがないと難しいだろうなと思いますね。両方から恨まれるかもしれな

いし、両方から監視されるかもしれない。あくまでコンサルの場合もちよくせつにははいらない。

家島

意思決定支援となるとサポート、寄り添うみたいなイメージですけど、一般的にコンサルというと助言だったり指導だったり、そこで専門の知識をもととして何かしらのアドバイスをするようなアドバイザーのような印象を受けるのですが。心理コンサルタントというとどっちかという寄り添うとかに近いような印象を受けるのですが。コーチングとか用語がいっぱいありますけれど、どういう様な位置づけであり、他の類似点との違いとはどういう風なスキームで使われているのでしょうか。コンサル以外のアドバイスとか、サポートとか別の言葉で言い換えることはできないのでしょうか。

平井

一番大きな概念がコンサル。コーチングはそこに含まれるが完全に含まれるわけではない。目的が若干異なる。日本語に訳すと意味が吹っ飛んでしまって違った意味でつかわれるので訳せずそのまま使っている部分が多い。マネジメントに関して管理と訳してしまったために、看護管理というものになってしまい、マネジメントが持っているダイナミックな感じがそぎ落とされてしまった。大学もマネジメントを管理と訳してしまっているので、起こる問題を研究するみたいになっていて、本来のマネジメントのダイナミックな所がない。

個人的には支援っていう言葉は嫌いなんだけど。支援っていうと支援を提供する側が責任を取らなければならないポジションという、今大学で研究者支援のようなこともやっていますけれど、責任は取らないけれど何かをやってあげますという部分がある。コンサルっていうのはクライアントに責任を取らなくてはいけないっていうところがあって、患者に対する責任はないけれども、コンサルに対する責任はあって、やはり自分の考えた解決策に責任を持つのがコンサル。一番重要な部分はそこであって、支援とは違う。

大澤

コンサルティングはこうしたらどうですかっていうのを出す。だけれど、カウンセリングやコーチングっていうのは本人クライアント自身がそこに到達するというイメージ。だからこうしたらどうですかとは言わないでむしろ本人が気づいていって自分でこうしたらいいんだなっていうものを支援する。なので支援っていうと責任がないように感じる。コンサルタントは積極的に出すので出したものに対する責任を取るっていうものが出てくる。

平井

経営コンサルってまさにそうで、そっちにこれを買ったほうがいいのかここに投資した

ほうがいいとかある程度の方向性をもってソリューションを言わないといけないし、そこにプラスのお金を払っている。なので僕も自分のものに責任を持ってやっているし、うまくいかなかったらフォローアップに責任をもってまわるといことがコンサルタントとしてはすごく重要という風を感じる。

ところが日本の教育の中で、以下に責任を取らないようにすべきかのような教育になっているので、その責任の取り方っていうのはちょっと甘い。責任を取らないとその対価は発生しないと思うのでその部分をどう考えていくのかっていうのが重要だと思います。

大澤

弁護士としての活動におけるコンサルティングは、カウンセリング、リーガルコンサルティングというんですけれど、やはりその在り方について議論があって自立を支援するといところ焦点を当てる議論だとあまり介入しないで本人が決められる状況を作る。本人が気づくような活動をするべきだといような議論がある。メディエーターもあまり介入せずに当事者が自分で解決できるようにサポートするのが主体である。当事者たちの自立性を尊重する。しかし実際は一緒に中に入りこんで、こういうのがいいかもしれないですよといようにやらないといいい解決には結びついていかない。

平井

ディレクションをどう指すのかっていうのがすごく重要で、自分の仮説に基づいて、自分の仮説ではこういう方向ですと提示するのはコンサルティングにおいて一番重要な所だと思います

家島

私の場合どっちかといると普段はコンサルとか指導とかではなく、サポートとか寄り添ってとい人が周りに多い。私が一番気になったのは、問題解決といのが最初に出てきて問題解決アプローチといとコンサルは非常に結びつくんですけれど、途中から意思決定の支援とい問題解決といよりは寄り添い方のほうに引きずられて、コンサルタントといよりはサポーターのよなイメージになってくるようにみえることです。ただ特殊な領域、文脈の中で最初は問題解決といよなになっているのだけれども現場においては問題解決よりも意思決定支援のよな当事者の心をサポートするといよな複雑性も存在する

あとさっきの議論で私のコンサルの一般的なイメージとしては指導とか積極性がある。要するに受けるもの、主体性などが少し弱い。コーチングといのはむしろ導くコーチなど。カウンセリングでは非指示ですよね。クライアントが中心ですから、受けるほうが主になり、積極性が導かれる。

それからサポートに関して有償無償の違いがある。コンサルタントに——無償のコンサ

ルタントもあるのかもしれないですけど、私のイメージは有償——だからこそクライアントに対する責任っていうのが想像されやすいのですけれど、サポートっていうのはサービスであって有償でもないし責任もない。先ほど平井さんのおっしゃられた責任の取らない支援は嫌いだという部分に共感を覚える。

平井

実際にこの事例ですけど、“こうしてくださいという方向は持って行って”そういう言い方で説明をしてくださるとか、その企業は切ってくださいとかそういう部分は責任をもって自分のクライアントには提示をするようにしている。そういうものが求められていて、どうしたらいいですかと追い込まれるので、最初はダメもとでもいいから言わないと収まらない。これが責任を取ることかと実感しながら少しずついえることを増やしている。そういった意味でこのフレームワークに具体性があったので個人的にはすごく役に立った。

木川田

緩和ケアチームは従来の意味でのコンサルチームなのか。緩和ケアチームということになるとその形態は変わってくるのではないのか。ほんとはコンサルタントとしてやっても実際は主治医や今後史医療を行う人たちがそのノウハウ、やり方を習得して、コンサルタントがいなくなった時に自分たちでできるようにする。私も昔ビジネス時代にマッキンゼーやボスコなどのコンサルタントを雇ってやらした時に、疑問を持ったのは処方箋は渡す、この通りやりなさいというものは提示するのだが、この薬を使うのはあなたたちの勝手ですとっていなくなってしまう。それはおかしいのではないのかと思い、私がコンサルチームを作った時は、カスタマーズカスタマーというアイデアでコンサルティが実際クライアントで実際のカスタマーがご家族や患者さんということでカスタマーズカスタマーと一緒にやって一緒にやる。だから主治医の人や看護師の人が一緒にやって一緒にやることで彼ら自身が我々が考えていることを実現して解決する。その後いなくなっても彼らがノウハウを体得しているので対処していける。そういう方法で行くとなくなるコンサルタントがいいと思う。あとはそういう能力を持った人たちが育って、意識構造などが変わっていく。

平井

我々の業界の中でここはコンサルだけにしたんですけど、コンサルテーションアンドリエゾン、リエゾンって言葉が付くんですよ。リエゾンっていうのは一緒にやるって意味で、リエゾンっていうのは支援の意味が強い。結局一番は教育。クライアントの人に実際におぼえてもらって、コンサルタントは撤退する。実際僕の言っている病院も数年間活動をしていると、トピックが変わってくる。挙がってくる案件が変わってきて。最初は相談が多か

った。おじいさんが家に帰りたいとって点滴の時に暴れたとか、こういう問題が緩和ケアの時に一番多い。今は岸和田のチームではそういうことをやることはない。クライアントができるように教育をして、そこでは判断のつかないかなり高度なものが挙がってくる。トピックによっては下に降りていってそこで解決できるような形になっている。やっている構造は変わってない一方で内容が高度化していっている。最終的にいなくなるのでいいですけど、こういう関係から見守っている初めて意味がある。例えば僕が自分自身の意思決定をする時に、間違っただけならコンサルタントに相談しますしそれはやはり必要なことなのかな。

当事者は専門家でも自分自身のことでバイアスがたたくさん入るので、それはそうじゃない人に客観的なアドバイスをもらうっていうのは誰もあっていいんじゃないかと思う。

木川田

わたしがやったのはアフターアーカライズデビューということで、無料でやって進捗チェックをしてうまくいかなかったらコンサルの料金はお返ししますというものです。

平井

それも責任の取り方の一つですよ

家島

コンサルタントの条件とか定義とかってあるのですか。例えばお金をもらっているとか、木川田先生がおっしゃったみたいに期間が決まっていることみたいな。カウンセリングだと「人の限定」、「時間の限定」、「場所の限定」みたいなものがあるのですけれども。

平井

そんなにないのではという気がしますね

木川田

このケースに当てはまるかどうかわかりませんが、違う病院に移った時に一度コンサルやった人たちを、コミュニティにしていく。私の場合は60社ぐらいのコミュニティを作った。月に一回か二か月に一回に交流会を開く。各社が実際にどうやったのであったりとかを話し合う。そうするとまた相談に来る。そうすると日産の人が教えてやったりすることがある。病院等でコミュニティを作るとコンサルタントがいなくなった時にそのコミュニティに帰ってくればそういったケースを教えてくれる。そういうケーススタディを取得して残しておく、知識ベースみたいなのが出来上がってすごく面白いと思う。一つの成功事例みたいな。

平井

うまくやればほんとにできるだろうと思う。テンプレートはあるので一緒に話せば割と見えるとは思いますが。

家島

FDセミナーの場合、参加者はメーリングリストに入れていっている。このセミナー出た人っていうグループがいくつかあって、そこから次の講師の方をお呼びするというのは良いアイデアだと思いました。勉強になりました。

太刀掛

コンサルティの能力っていうのはだんだん上がってきて、ただ患者さん家族っていうのは新しく入ってくるわけじゃないですか。そのギャップは広がるのですけれどそこは患者さん家族の立ち位置によって交渉できる力を身に着けていくっていう意味で僕の研究が位置付けられている。

平井

クライアントの底上げっていうのはそっちではしなかったりしますよね。最近高度経済学を勉強してしまして意思決定支援の前提は意思決定する主体が合理的な判断を導くこと。なのでその人が正しい意思決定を吸う前提なんですけれど。高度経済学的にいうと人間っていうのはそもそも非合理的な領域の判断をする。病院に来る人っていうのは一般の人で、高齢者の人はその判断ができないだろうと。その前提にたって方法を考えていかななくてはならない。その価値観の転嫁をしなくてはならない。しっかりとディレクションを言ってあげないとほとんどの人は決められないが、その底上げは難しい。それはその前提を考えて仕組みを作っていく必要がある。仕組みがないと能力の底上げは難しい。この状況っていうのは一生に一度しかないのもそれにどれだけ備えますかって言ったら、小学校教育からという話になってしまう。それはそれで意味がない。こうなった時にある程度支えられる仕組みや制度を考えていかないといけない。それを高度経済学を使ってやっている。

大澤

合理的な意思決定っていうのは人間は全然できなくて、別の要因でもって意思決定はなされていて、後付でその意思決定の理由づけをする。コンサルタントが合理的な判断をするのとそれに反発して進まないこともある。非合理的な判断を左右する要因を変えないといけなくそこに心理学的なアプローチが必要。

平井

何らかのバイアスが入っていて損失が入っていて、その損失を回避するためにギャンブルに挑戦する。高度経済学的にはバイアスが入っているということ。そういった人たちにどういった説明をすればいいのかっていう部分を考えている。それがわからないと「なんでこれだけ説明したのにわからないんだよ」って話になり何の問題解決にもならない。バイアスを踏まえた説明の仕方をやっていけるっていうのが次の方向だと思う。もう一個事例があるのですけれど。

野村

どんな事例なのですか

平井

去年の学会で、どう報告するかについて三人の別々の説明をしろっていうシンポジウムに参加した。二人とも構造構成主義っていうアプローチをしていた。哲学的な側面と考証学的な側面とで同じ事例を切ったっていう事例です。事例は奥さんががんで旦那さんが奥さんの抗がん剤をかたくなに拒否している。それで両者が困っているっていう事例です。僕は **Want** を全部考えるっていうところから始めた。抗がん剤医療をすれば2年延長し、しなければ8か月しか生きられない。奥さんは鬱になっていて、旦那さんは抗がん剤を打つとたいへん苦しむことになるのでできればやらせたくない。看護師さんは困り果てて、主治医の人はもうどうしようもない。娘さんがいて母を父が介護するって言っている。こういう事例です。倫理的に考えれば奥さんの意思決定に沿うっていうのは何の問題もないのですが、奥さんの **Want** として旦那さんの言うことは絶対聞かなくてはならないというものがあって、自分のことより優先順位が高くなるっていうのがこの事例のポイント。ここで僕が目したのは旦那さんの職業で自営業っていうのがあって、自営業だと自分自身でやってきているタイプの人で会社員だと意思決定をする時に上に挙げてっていうモニタリングが効くような意思決定をされる。旦那さんが決めてそれに従って長年やってきた奥さんなので、奥さんの意思決定の力は極めて弱いだらう。そのため奥さんに意思決定をしてもらうってことになると絶対にうまくいかないだらうっていう事例です。結局旦那さんの意思決定に任せるしかないだらうっていうのが僕の考え。この看護師さんは **B** さんにもう位階アプローチをしたり、交渉術のところであったように怒りや不安などどうするのかをできれば分離をするカウンセリングを試みたほうがいいのではないのでしょうかとアクションプランを考えた。しかしこの事例は絶対にうまくいかない。結局対立が解けなくてそのまま終わってしまう。結局看護師さんがこれはしょうがないわっていうのが終わりになる。そこまで考えて対応しないといけない事例。コンサル的に **Want** は全部揃えられたらいいのですが絶対には揃わない。交渉決裂という最悪のケースに備えて考えていったほうがいいような難しい話だとこの時話をしました。

家島

構造構成主義の人の発表はどんな感じだったのですか。

平井

結論は一緒ですね。結局はその時はそれで楽しく終わった。

家島

実は構造構成主義については、昔『現代思想のレボリューション 構造構成主義研究1』という本に「議論の方法論」に関する原稿を書いたことがあって、少し知っています。構造主義と社会構成主義を混ぜたような話だと理解しています。構造主義は世の中に構造があるっていう話で、構成主義は極端に言えば人が全部作りだしているっていう話ですよ。構造構成主義っていうのはいわゆる構造を人が構成しているっていうこと。信念の対立や、こういった葛藤状況の打開に一番効果的であると主張しています。Wantっていう欲があってそれは変わらないものがあるが、自分の立場でしか見えてない場合があるので切り離していくと変わるって話です。関心が人によって違うがそういうことがわかる原則原理を打ち立てた、誤解や信念対立を解きほぐしていく。

平井

こっちは一緒ですねってなって。彼らの反論はすごく参考になって。

大澤

対立が解けないっていう風に受け止めることが、認識にいたるって直面している物語をそのようなものとして担うっていう。

家島

相対化って言うのだけれども——僕は距離化という言葉を使いますが——相対化して見せてみるとその状況を理解する。この状況を理解するのが “What I want” の欲望や関心。

平井

実際のコンサルの大部分はそこなんですよね。いろいろ相談に来られて、これ何とかならないですかねって言われて、無理ですって返すことが多くある。起こっているのだが今に始まったことではないし、来てから起こっているわけではないし。おそらく彼らが納得できるストーリーを作るのが僕の仕事であって、しょうがないから覚悟を決めて最後まで行きましょうって言って終わることが非常に多い。実はそれで十分で、覚悟を決めると最後までそれで付き合っていけることが非常に多い。

大澤

無差別殺人を行った人は自分が直面した状況を言葉で判断できていないって言われている。解決不能なのですが、解決不能ですよって言葉で言うことでそれを認識すると、自暴自棄になったりしないでそれを受け止めて、真正面から取り組んでいくことができる。

平井

この仕事で一番重要だと思っているのはそこですね。当事者が一步下がって見るというのは大変能力のいる作業ですし、そもそもその気持ちを客観的にしないといけない。当事者ができないのは当然なんで誰かがそこを支援するというのは必要。

家島

関心相関的観点とっていて、関心相関性とは何かというと、「存在、意味、価値は、身体欲望、目的、関心に相関的に規定される」と書いてあります。結局その人が何を重視しているのかが重要で、それを自覚的にするような思想をモチーフにしたもの。相対化のような難しい話題を意識化していくための認識論ですね。本の1章を担当した時は、不毛な議論を建設的な議論にするためには個人（マンパワー）によらない形でルール化・仕組み化することが大事、というようなことを書いていました。

平井

そういった意味で使えるハーバード流っていうのはルール化をして、ミニマムなものに対応していく。使えるフレームワークを作るっていうのを意識してやっていかないと、負けていくような気がする。オリジナルでそういうものを作れたらいいなって思います。

野村

それでは次の木川田先生お願いします

木川田

リーダーシップの講義を受けた学生が具体的にどういう行動をとっているのかというのを一つの事例として共有いたします。阪大の医学部の先生が中心になってその中に入っている学生が八人いてほとんどがリーダーシップ関連の講義を受けていた。リーダーは医学部の寺本君という方が私の世界は今という講義を受け、それを刺激にして「私たちが救える命」をテーマにして中高生を対象に、AEDが心肺停止の人に対して使われた割合が3.3%なのでどうすればAEDが普及するのかっていう、AEDが使えるというよりも意識構

造を変えていくというかたちで企画を目的とするものです。

7月から初めて11月にフォーラムに出場する。それを自分たちで計画してやっていこうという部分に意識が高いと感心しまして、これはリーダーシッププログラムの学生だけではなく、こうした学生を広げようということで、今京大ともつながって慶応大学の医学部ともつながっている。そういったリーダーシッププログラムを編み込まれた学生が自主的にやっているというご紹介です。必ずしも下に伝えていこうということですから4回生は舞時「世界は今を受けろ」といってそれが代々来ている。今120人をグループ分けしてやっていて最後にベストリーダーシップ賞を決める。そこでは発言や活動をもとに学生が投票を行う。寺本君はその年のトップで去年も医学部がトップでそういう人が中心となって入ってきてそういう動きをしているというのは素晴らしいことだということでこれからもご支援いただくとか、方法についてご指摘いただければと思い紹介しました。

7月下旬にも中高生を集めるので、リーダーシップについてなんかやってくれということだったのですが、私はみなさんがやってくれということでファシリテーター2人中高生を分けて私はシャドウファシリテーターの役割に回りました。何が問題化というのをオブザーベーションしたうえで集まってやるみたいなんですけれど、その時間の中で育つような形になっている。

いずれこれが終わった年明けぐらいに彼らを呼んで、どういうきっかけで、どういう意思をもって活動をしているのかということを知りたい。あと大学側としてどう支援していくのかということを考えていかなければいけない。

太刀掛

寺本君は一年生の時に町域のほうに参加をしてそこから下につながっているという。

木川田

そうですね。今は阪大の医学部とスタンフォード大学の工学部の組み合わせを実現しつつある。彼は下を育てるためにいつも引き連れて行動している。

野村

平井先生、さっき言われていた大阪大学の問題も30年ぐらいしたら解決するかもしれない。

平井

もう少しはなく

家島

1つ報告があるのですが、基礎セミナーを立ち上げました。阪大の中でリーダーシップ養成プログラムを探したところ、散在している感じでした。

私は理論的、学術的に学ぶという部分がないように感じたので、基礎的な部分を学んでから GP 合宿等で実践していく。GLP、GP で学んだ学生が発展的な内容に進んでいく。GP は全学年に対応しておりますので、OLA と GP と GLP は往還することを目指したいと思っています。

一回目はオリエンテーションをやって、リーダーシップの特性やどんな人がリーダーなのかという観点から始まって交流論、開発論などをオーバービューして、コミュニケーションなどをやって、マネジメントを学んで終わるという授業構成です。その間に合宿があります。そこでは追手門学院大学リーダーズ・スクールや西日本リーダーズ・スクール、UNGLE (アングル) という組織があるのですが、そこの加盟大学の学生たちと合同で合宿をしました。大阪大学のリーダーシップ養成プログラムの現状と課題を今週末の大学教育学会@長崎大学で発表して来る予定です。まだラフなポンチ絵なのでアドバイスを受けたい。漏れている取組があるのではないかと。学生一人一人と個人面談はしていて、ある程度満足しているというフィードバックは得ています。ただ、やって見せるという部分とインプットする機会を分けてほしいという意見もあります。

平井

リーダーシップ関連のものは高コストのわりに範囲が狭いという問題を抱えている。全体的にはボリュームがもう少し出せる仕組みを考えられないのか。コミュニティができる仕組みに移行するのが面白い。何とかまとめて全学に出せればいいのですが。

木川田

これだと一般論になってしまう。どこが阪大なんだっていう問題になる。市民社会におけるリーダーシップのような考え方の切り口っていうのがありますし。なんかそういう形にしないと欧米のモチベーション論をやってどうするのってなる。

家島

この図では GP 合宿に限定してしまっているのですが、実際のところ阪大では「関西は今」など他にもリーダーシップに関する授業もたくさんやっていることは知っています。紙面の都合で個々の授業を載せきれいでないの、今後改善していきたいと思います。

木川田

一度野村先生のおつくりになったチャートと照らし合わせてほしい。そうすれば連携がとれるかなと。

家島

分かりました。オナーズ・プログラムというのがあるのですが、オナーズというのは名誉あるって意味です。理学部でやっているオナーズ・プログラムの全学版ということでやっていきたいらしい。

野村

国のお金を取ろうと思うとリーディングプログラムに準拠しないといけない。それでやらないと続かず、高コスト体質という問題がある。法学のグローバルリーダーシッププログラムは低コストで大量にという。ただ大学が使えず寄付金で事務局を維持しているという。事務局を維持することで情報がそこに集積するという。教員が教育と外交だけをやればいい。

家島

GP 合宿などは今非常に危うい。全学的な位置づけが全くない。合宿の中で未成年の飲酒や事故などがあった場合には全部私が責任を負わなくてはならないという状態です。

松行

主催者はどこなんですか？

家島

主催者はリーダーシップ養成支援合宿運営委員会ですが、個人名として私の名前が出てしまっている。

松行

学生の自主的な企画ではないのか。

家島

学生の自主的な企画となっているのですけれど、

大澤

それは公式な GP？

家島

いいえ。

太刀掛

超域のほうにリソースをいただいていた。

家島

去年は株式会社リンクアンドモチベーションからの支援を受けて、その代わりに4日間の中で午後のセッションを企業の人に提供して、企業の説明会やマーケティング教材を使った研修なんかをやるということをしていました。

その運営のお金がだいたい200万ぐらい動いているのですが、去年などは私が数万円単位でポケットマネーから出していて、きつい状態でした。運営上のあやうさっていうのは何とかしたい。

松行

現状では危ういかもしれないけれども、逆にみると可能性を秘めていて、財政的に大学から独立しているので非常に独立性の高い団体である。

逆に見れば可能性が秘めている東大のアイスクールっていう知の構造化センターがやっているんですけど、東大の先生が底を守って自由にやっている。

そういうやり方に危険はあるでしょうけれど、文科省や大学の思考からある程度独立するためにそういったものはいいと思います。

家島

組織としての阪大ともかかわりはない状態ですね。私個人に全責任がくるという感じ。

松行

東大アイスクールが言っていると思うのは予算は毎年一億ぐらいあるらしいのですが、企業の協賛で、なんで企業がお金を出すかっていうと企業が社員をアイスクールに入れてくる。受講料でお金を集めている。なんでそこに企業がお金を出すかっていうと優秀な東大生と同じプログラムを受けられるっていうベネフィットがあってこれはリーダーシップに似ていますよね。

家島

TLSCが引きとるのかっていう話も出たことがあるんですけど、できかねるっていうのが全体の方針ですね。なぜかっていうと理由が二つぐらいあって、1つはマンパワー不足。私は関わっていますが他の人は関与できる余裕がありません。もう1つはTLSCの対象が基本学生ではなくコンサル的に教員に関わることなので、直接的に学生に関与するのはあまりできない。

リーダーシップ教育研究会が後援などに入ってくれたら嬉しい。

野村

どうぞ自由にお使いください。私も外交は学長に任せているので、起業からお金をもらうのはつづけて言いたいと思う。もう少し正式な位置づけが大阪大学であったらいいのになあと思う。家島先生の言うように部局長やセンター長になってしまうと難しい。うまくひきつけながら自由な精神を持つというのが重要です。

家島

コンサルはしないけれども企業は関与してもいいよ。私の授業の半分は合宿の参加者などで構成されている。

松行

そもそもこの合宿が継続している理由は何なのか。参加者の満足度が高いのか。参加者がコメンターになって次の参加者を呼んでいるのか。

家島

満足度ですよ。

木川田

昔から高いですよ。

家島

満足は30%、満足度は50%で8割

松行

そういうわきが下級生に伝わって自分も参加したいというニーズがあるのですか。

家島

運営してみたいというのが大きい。

松行

参加者が次の運営に回るといふ。

家島

ある程度リクルートはしている。次の年やりたい人をピックアップしてやっている。ちよっとずつ人数的には弱くなっているかもですけど、少なくとも運営は強制をしたわけ

ではなくて。来年度も続くんじゃないかな。運営メンバーは二年生が中心なので比較的若いです。

野村

我々のグローバルリーダーシッププログラムでも学生が中心となってやっていますので、そこら辺は連絡を取ってやったら。

家島

是非その学生の交流もしてあげたい。GPの学生とGLPの学生の交流がない。知ってはいるのだけれど
学生の交流会はやってみたい

木川田

一回目のGPを卒業したOBが組織を作っている。東京で十二、三人、今年の三月か四月に関西で就活の支援なんかをしようとなり、組織化はできている。そういったメンバーなんかとつなげるとその合宿などに出た社会に出た人の話を聞くとかの支援ができると思う。

野村

GLPのほうでも4年たっているので、社会に出て3年目4年目の人を呼んできて話をしたりというのはやっている。

家島

GP合宿のゲストの誘い方などを見ているとその時の代表のメンバーがその時のモチベーションでやったりとか、自分で交渉して知っている人を呼んでくる。そういう人に依存した形なので。もしOBとかが出てくればその人のコネという形で読んでくる形も可能ですし。GLPがやっているようなメールのマナーであったりは、GP合宿の学生はあんまり強くないので、メールの出し方で断られるのがあるんじゃないのか。

野村

この研究会も今田先生がGPをやっておられたときに、なかなか大学の部局や本部便りでは、学生のためにとか一番のステイクホルダーは学生であるという考え方になかなかならない。そのために自主的にやっていたら今日のようにわかってくるんじゃないですか

家島

他大学のリーダー交流会でも、授業の中にいろいろやっているの、授業の中身を阪大ならではにしていきたい。授業の中身を阪大ならではにする。何かしらイベントなどもや

っていきたい。

野村

ちょっとずつでもつながりを作っていきたい

木川田

家島先生今頑張っているけれども、心もとないですね。

家島

私来年はわからないので。仕組みは作り残していきたい。

野村

次回の研究会はもう一回こういう話をしましょう。そのころには一学期の授業が終わっていると思うのでそういう報告もかねて。今年は壮大な実験をやっているの。大学院をhくめて授業をするとどうなるのか。

松行

高校生から。大学院にも社会人がいますよ。

野村

高校生が発言してもわからない。学部生だろうか、高校生だろうかという話になる。だから今の教育の仕組みとして、大学院は大学院、学部は学部、高校生は高校生という思い込みがあるけれど、ひょっとするとリーダーシップの教育は中学校から老人までできるのかもしれないという。私がやっている法律学とかではそうはいかないのかもしれないですけど。今の教育方法とは違ったものが必要なかもしれないですね。その代り我々の GLP の実践グローバルリーダーシップではアルコールは現金にしました。20以下の人が飲むとなんか影響が受けないかなと思って。

家島

合宿もひやひやなんですよ。今年は。企業の人が入ってくるので、今年ががっちりしよう。

野村

そのところだけは切り分けなければならない。法律に違反しないように。

木川田

たぶん自分たちは学生時代に飲んでいたのかもしれない。

松行

さっきの命の話なんですけれど。寺本君は私も知っています。

木川田

去年のイベントですよ。

松行

これは継続性のあるものだと思うのですが、私もいろんな学生支援をやっていて、イベントみたいなこともやっているのだけれど一年や二年と続かない。私は学生の自主性を保ちたい。無理やり継続させたりしない。そういうのがなくなっても新しいイベントなどができたりしていいと思うのですが、サポートすることで組織を継続させることの意義に悩んでいる。そういう団体ができても結構すぐ解散してしまう。これはどうしたらいいのかなというのが自分の中でも解決できていないのですが、

木川田

GP 合宿のころとおなじで学生自身の主体的な活動自身は支援するけれども、継続するかは彼ら自身の意思。OBOG が入り込んで金銭的なネットワークがあるということになればいい。どこまで支援するのか。例えば金銭面までならんでやっていますのは、サントリーに GP 合宿に出た女の子が経営管理本部というところにいるので、そういう子に言って、水っていうものでそういうところにつなげて支援できるかなと。で昨日今日新聞でにぎわったのですが、サントリーが研究所を立てるんですね。あれのコンサルをやったのは私がいた KDI というところなんです、そういうつながりのあるところがあると阪大とサントリーのつながりができるのかな。そういう形で何か起こればいい。アイデアはいろいろあるが学生がどう思うかってことで。全面的にやるってなると僕自身がしんどい。

野村

そろそろ時間になりましたので。次回は二か月後ぐらい先で、せっかく今日は木川田先生と家島先生のテーマをご紹介しますので、そういうのを中心に。皆さんも報告テーマがありましたら。それと一学期の授業の振り返りなどをやりましょう。