

臨床福祉ジャーナル

第1巻 第1号（創刊号）

（2004年10月）

目 次

祝 辞

本学の開校にあたって

.....小林光俊 1

巻頭言

本校の発展を願って

.....内野滋雄 3

学科展望

各学科の目指すもの

.....高田治実 4

記 錄

学校を立ち上げた。そして、それから

—学校手作りの経験に学ぶ—

.....高木博義 6

原 著

痴呆性高齢者の居住環境と個別支援のあり方が生活の質に及ぼす影響に関する研究

—痴呆性高齢者環境配慮尺度およびKOMI理論を中心として—

.....菊池小百合 21

宮城県北部地域在住のコミュニケーション障害者に対する相談支援

.....原修一, 加藤ますみ, 坂本由郁
吉原孝, 大友昭彦 32

Caspase-3-dependent Induction of Apoptosis in Methylmercury-intoxicated Rat Cerebellar Granule Cells

.....Tetsu Tsukamoto, Yukiko Fujii, Kazuo Nagashima, Seikan Suzuki 40

がんの補完代替医療としてのサメ軟骨

.....七戸和博, 菅沼(清水)眞澄, 佐藤健司
ムワナタンブエ ミランガ, 鈴木晟幹 45

理学療法士臨床実習教育における養成校・実習施設間双方の実習の相互把握の必要性と現状

—養成校教員への意識調査—

.....奥壽郎, 高田治実, 江口英範, 与那嶺司
坂本雄, 甲斐みどり, 塩田紀章, 小山理恵子
西島智子, 内藤郁奈, 畠山聰 51

病態失認を伴わない身体パラフレニーの2症例

.....与那嶺司, 高田治実, 奥壽郎
坂本雄, 甲斐みどり 56

病原性赤痢菌の感染実験における大腸粘膜の病理組織学的検討

—赤痢生菌ワクチン免疫の影響について—

.....鳥海昌喜, 高田治実, 鈴木晟幹 64

Immunohistochemical and Electron Microscopic Study of Malignant Germ Cell Tumor of the Mediastinum	Seikan Suzuki, Shigeo Uchino	72
事例		
スタッフの思い込み打破のための実践		
—S デイケアによる「頭の体操」の実践報告—	鈴木大輔	78
校長講話		
望まれる人間像	内野滋雄	82
第1回臨床福祉研究学術集会記録		
テーマ 「福祉・保健・医療の今後の方向—教育と研究と実践—」		87
学科報告会		
開学初年度の総括と今後の改善		
初年度の1年間を振り返って	司会 高田治実	88
臨床福祉学科	森成樹	88
精神保健福祉学科	小田敏雄	89
言語聴覚療法学科	羽生耀子	90
理学療法学科	与那嶺司	90
事務局	菅徳昭	91
一般演題		
1～4 「介護」		92
5～8 「精神保健福祉」		94
9～11 「社会福祉」		96
12～14 「コミュニケーション支援」		97
15～19 「リハビリテーション」		99
シンポジウム		
「新しい福祉サービスを目指して—福祉・保健・医療の壁をこえて—」	司会 小林光俊	102
福祉・保健・医療との連携を求めて—地域福祉推進の視点から—	三浦文夫	104
利用者本位とは何か	内野滋雄	108
法制度の面から	安達高之	110
投稿規定		114
編集後記		115

第2回臨床福祉研究学術集会のお知らせ並びに演題募集要項

祝　　辞

本学の開校にあたって

学校法人 敬心学園
理事長 小林 光俊

我が国では、かつて経験したことのない急激な少子高齢化社会を迎えて、年金制度の見直しをはじめ、医療保険制度や介護保険制度など社会保障制度全体の在り方が大きくクローズアップされています。社会保障制度の一体改革や、治療から予防に重点を移した総合施策の進展も求められ、国家的な課題として問われております。国民の信頼に応えられる抜本的な制度改革が強く望まれているところです。一方、心の通ったより良い社会づくりのための施策や、様々な改革が継続的に進められている現実もあります。

今日の社会福祉では、人口の高齢化、核家族化など社会構造の急速な変化のなかで、介護保険制度の導入や進展と共に、地域住民の参加が大幅に促進されました。福祉施設・医療機関・関連団体や専門機関等の連携を通じ、住民の新たな福祉ニーズにいかに対応し、そのサービス提供に対する評価が問われてきています。

私ども、新しい人材（福祉・保健・医療の担い手）養成の役割を担う教育機関においても、施設や行政ならびに地域の関係者等と手を携えて、現場に視点をおいた様々な研究開発を進めると共に、より良い教育サービスを提供し、地域の福祉の発展に努めなければなりません。

新しい時代が求める人材

少子高齢化が急速に進行する21世紀の我が国において、今日最も必要とされているのは、国民の将来への不安を取り除き、安心できる社会システムを構築することです。そのためにも、福祉・保健・医療の連携と技術の高度化・国際化に即応できる能力、ならびに利用者本位の新しい福祉理念に立脚した理論と技術を持つ人材の養成が切望されております。

また、現在は“自立支援”と“尊厳を支えるケア”がキーワードとなり、高齢者や障害者が人間的尊厳をもって暮らせる社会を目標に、「チーム・キュア」の進展から、さらに「チーム・ケア」の発展へとバランスのとれた福祉・保健・医療の体制づくりが求められています。それゆえに、専門職種間の効率の良い高度なチームアプローチの確立が望まれ、柔軟に適切な対応ができる高度な専門職者が求められています。

本学設立のプロセス

「臨床福祉専門学校」は2002年4月に、新しい時代に対応する「福祉・保健・医療の専門職教育機関」として、今までの専門学校とは異なるプロセスで、社会人の高度な再教育とキャリア・アップを目的に設立された専門学校です。

当初、2001年4月に東京都社会福祉事業団が「東京都社会福祉総合学院」を設立されました。都内の福祉実務を担う人材の実践的な能力開発と、現場に直結するスキルアップを図ることを目的とした、福祉人材のリカレント教育を実施する機関として設けられたものでした。そして同年10月、同学院の柔軟な運営と施設のさらなる活用を目指して、2002年4月からの、同学院の運営事業者および同学院施設を借り受けて福祉人材養成事業を行う借受者の公募が行われ、その結果、学校法人敬心学園に決定されました。

本学の特色と目指す人材教育

学校法人敬心学園は、今まで日本福祉教育専門学校（新宿区西早稲田、ほか）と日本リハビリテーション専門学校（豊島区高田、ほか）を設置して、「ヒューマン・ケアサービス」の向上を目指し、福祉・保健・医療の分野に数多くの人材（専門職）を輩出しております。新しい「臨床福祉専門学校」は、両校のバックアップのもとにその実績と経験を生かし、21世紀に求められる“新しい福祉・保健・医療 連携の時代”に合った、ハイレベルなキャリア・アップ教育を専門的に行う目的のために設置された「専門職教育機関」です。

教育・研究・開発を福祉・保健・医療の臨床現場と有機的に連動させて、欧米の大学院教育にみられるように「リカレント教育」と「リフレッシュ教育」を統合した「リライセンシング」の機能と、「クリニカル・クラークシップ（clinical clerkship= 学生が現場チームに参加し自ら体験的に学ぶ臨床実習）」型の機能を持った教育を志向します。さらに、国際的な「アcreditation（accreditation= 基準認定）」に基づく、「クレデンシャル（credential= 信任状）」型の教育が提供できるよう、斬新で高度な実践力育成に向けた取り組みによる「専門職教育機関」を目指します。

本学の展望と求められる学生像

本学の展望としては、福祉・保健・医療を連携し、「地域・産・官・学」の共生時代に対応した新しい時代の高度専門教育を行う“専門職大学院”的原型となることを志向します。そして学生を中心として教職員の支援を得、学生と教員が共に参加し創造的教育を作りあげる理想を持って、「ガバナンス・マネージメント・ファカルティ」を基本にした三位一体の「PBL チュートリアル（Problem based Learning Tutorial= 学生を中心とした少人数制の問題解決型授業）」教育を目指した相互協力する教育体制を築き、我が国内外の大学卒業者や社会人の高度な再教育機関としての役割も担います。

また欧米や中国等、国際的ネットワークを築き、福祉・保健・医療を学際的に、教育・研究・開発を総合的に連動させ、サイエンスに裏打ちされた実践を求める、様々なプロジェクト参加型授業形態による、我が国で初めての本格的な「社会人特化の高度専門職教育機関」を目指します。

個人の修学意志と意欲が明確な学生を求めると共に、資格を取るだけでなく、高い専門性を確保し、高度な技術や臨床現場に即対応可能な人材を養成することを目的としています。志の高い学生諸君と一緒に学べることを楽しみにしています。

最後に、この新しい研究紀要誌「臨床福祉ジャーナル」の発行は、広く関係者の皆さんとのコミュニケーションを深める重要な手段でもあります。

編集発行の理念として、①開かれた紀要を目指す。②研究発表の役割を担うと共に広く読まれるものにする。③教員関係者だけでなく、学生や実習施設等の方々も広く参加できるものとする。

以上3つの方針をもって編集に努力されており、特にご多忙のなか編集委員長としてご尽力頂きました鈴木晟幹（医学博士）先生をはじめ、関係者の方々に深く感謝いたします。今後大いに発展することを心より祈念申し上げまして、創刊号発行の祝辞に代えさせて頂きます。

卷頭言

本校の発展を願って

臨床福祉専門学校
校長 内野 滋雄

臨床福祉専門学校は、平成14年4月に設立し、翌15年4月に260余名の第一期生を迎えたばかりの新しい学校である。この学校の設立の目的は、福祉・保健・医療の連携と、新しい福祉理念に立脚した理論と技術を合せ持つ人間性豊かな人材の育成である。そして国内外の大学卒業者や社会人の再教育機関として、教育・研究・開発を連動させた「社会人特化専門職教育機関」という大きな特徴をもっている。

学生は指導者の背中をみて育つといわれる。指導者は燃えるような情熱を持ち、知識や技量のみならず全人格で学生に接し、共に学ぶ姿勢と常に先を求める気概が必要である。更に専門分野での研究の業績を世に問う姿勢が己を磨き学生を育てる。学校はそのような学問の場であることも、雰囲気をもつことも必要である。

その点で本校では驚嘆すべきことが起った。それは初年度から学術集会を開催し、学術雑誌「臨床福祉ジャーナル」を刊行しようとするることである。これらは教職員をはじめ全校が一丸となって初めて成し得ることである。多くの困難をのり越えて実現していくパイタリティーには全く頭の下る想いである。

その陰には専門職大学院設立を目指すという夢がある。卒業生は福祉・保健・医療の世界で活躍することになるが、本校で学んで得たもののに充分な実地と社会経験を積み、更に上を目指して指導的立場に立つための専門職大学院設立が急務であるとの考え方からである。そのような大学院では技術の向上の他に、それを理論的に裏付け、更に改良・発展を可能とする学問が必要となる。基礎的な学問無くして発展は望めない。「福祉はサイエンスである」が私の持論である。サイエンスの進歩の先頭に立って新しいものを生み出すことが肝要であるが、はたして大学院の実現は可能であろうか。私は、現在のスタッフの情熱をもってすれば成し遂げられると確信している。その第一歩が早くも初年度に開催された学術集会と「臨床福祉ジャーナル」創刊号の発刊である。創刊号には第一回学術集会の記録も掲載することにした。それは、発刊日が平成16年度となったとしても初年度に開催された集会の記録を残すことにつき大きな意義をもつからである。「臨床福祉ジャーナル」については当初、臨床福祉専門学校の紀要とすることも考えた。しかし、広く多くの分野の方々の投稿を受ける姿勢を保ち、また、卒業生の発表の場ともし、更に敬心学園全体のものとして発展できればとの願いからオープンの形をとることにした。このことは本校が狭い自分達だけの殻に閉じ籠ることなく、視野を広くもち懐の深いものにしたいという気持の表れでもある。

現在、本校には臨床福祉学科、精神保健福祉学科、言語聴覚療法学科、理学療法学科の4学科がある。この4学科には基礎的な共通点が多い。この共通点を意識して学び研究することが大きな発展に繋がると考えている。第一回の学術集会では、4学科から1年間の教育の反省も語られた。自らの反省を語ることにより次年度からのよりよい教育に向けての熱意の表明は極めて貴いものである。指導者にこの気持がある限り本校の発展は期して待つべきものがある。校外からの一般演題も頂き、シンポジウムでは新しい福祉・保健・医療への提案もなされた。

学術集会とジャーナルの発刊をはじめ各種の全校的な取り組みは初年度の第一歩として稀有な快挙といってよい。担当された方々の労苦に深く感謝し、その実行力に惜しみない拍手を送るものである。

各学科の目指すもの

教務部長
高田治実

本校の設立から早くも1年が経過し、1年間の集大成として「臨床福祉ジャーナル」が創刊されることになりました。当ジャーナルは、教職員一同の努力の結晶であり、これをきっかけとして本校がさらに発展することを強く望んでいます。

現在は、少子高齢化時代が進んでおり、社会構造や疾病構造に著しい変化が生じているために、さまざまな問題を生じています。我々は、このような時代に「将来の保健・医療・福祉を担う世代の教育」という重要な役割に携わることになり、身の引き締まる思いで1年間の教育に取り組んできました。

本校には4つの学科（臨床福祉学科、精神保健福祉学科、言語聴覚療法学科、理学療法学科）があり、それぞれの学科ごとにそれぞれの国家試験受験資格が与えられます。しかし、本校では、国家試験対策として機械的に知識を詰め込むような学生の教育を行っているのではありません。本校建学の精神である「他人を敬い、自分を律する」という意志と、「保健・医療・福祉の連携」を図れる能力を持ち、各分野における「リーダーになる」という意志と自覚を持ち続けることのできる人材の育成を目指しています。

我々は、そのためには何をどのようにすべきかをさまざまな角度から検討し実践してきました。その主なものは、以下の4つでした。1. 基本的な資質の教育を行う。2. 保健・医療・福祉系の4学科の教師が、他学科でそれぞれの専門分野の授業を行う。3. 合同授業により連携を図る方法を模索する。4. 小集団によるグループ学習を行う中で多くの学生にリーダーとしての役割を経験させる。

私は、疼痛と筋緊張を改善させる治療法を20数年間研究していますが、その結果、「はっきりと目標をイメージすること」「少しだけベクトルを変化させる努力をすること」「その努力を継続すること」によって、1年後、5年後、10年後には自分でも考えられない程大きな変化が現れてくること、短期間で自分を大きく変えることは不可能であることなどを実感しています。そこで、頭で考えたことを「実際の行動として実行」し、その「意志を持ち続ける」人材になることが重要であると考えています。

もう1つ重要なことは、卒後教育です。学生時代の数年間では、最低の基本を身につけることで精一杯です。社会で優秀な専門職として認められるには、卒業後が本当の勝負です。私は、卒後教育として毎年数回、本校での再教育のための講習会を開催する予定です。以下に各学科の目指すものを述べることにします。

臨床福祉学科

臨床福祉学科は、「社会福祉士」の国家資格受験資格を得ることができる1年制の「社会福祉士一般養成施設」であり、①国家試験全員合格、②社会福祉士としての実力養成、③希望者全員就職の3点を達成することを目指しています。目標達成は非常に厳しいが、「自助・共助・公助」として、「自主学習・グループ学習・学校の教育サービス」を実践し、目標達成に結びつけていきます。また、介護技術の取得とホームヘルパー2級の取得を推奨し、「介護技術を持ち、家族介護者や介護専門職員としっかり連携できる社会福祉士」の養成を進めています。相談業務には、独自採用ではなく介護職員や保育職員が機関内部の異動で従事していく場合が一般的であるため、この技術と資格を活かして就職していく方向性を強調しています。このように臨床福祉学科では、わが国の社会福祉の水準の向上に資する、臨床場面に強い社会福祉のリーダーの養成

を目指しています。

精神保健福祉学科

精神保健福祉学科では、精神障害者への相談援助業務を業とする精神保健福祉士として必要な、人を感じる力、自分を知る勇気やフットワークの良さを身につけていくことを第一に考えています。しかし、通常の授業や教科書による学習だけでは理屈のみになり、感じる力やフットワークの良さなどのバランス感覚を養うことはできません。そこで演習、実習教育以外に養成過程から特別授業として当事者による授業の参観、地域社会復帰施設との交流、公開講座などの企画運営に携わり、より実践的に学び体験する場を重視しています。上記のように、精神保健福祉士として現実を認識しながらも柔軟によりアクティブな専門家の養成を目指しています。

言語聴覚療法学科

言語聴覚士は、平成10年の第1回国家試験の実施以来増え続け現在では600名となり、言語聴覚障害に対するサービスを受けられる環境がようやく整備されてきました。一方、言語聴覚士の知識や技術へのニーズは高まっているが、その仕事内容がまだ社会に知られていないために医療や福祉の現場でさえサービスの活用が十分でない事実も存在しています。言語聴覚療法学科は、教育目標として次の3つを挙げています。①学際的知識と分析能力：21世紀の高齢化社会を支える専門職となるためには、医療・保健・福祉・教育分野を総合的に見えた学際的知識と分析能力を活用できることが必要です。リハビリテーション／ケアを成功させるためには、チームアプローチが必須です。チームの一員として貢献するための観察、分析、プログラム企画力を支える知識と考え方を積み重ねていきます。②コミュニケーション能力の向上：まず挨拶、次に「聞く態度」、そして自分のことを語る能力を磨き、仲間同士のコミュニケーション、クラスを超えたコミュニケーション、更には学校の枠を超えたコミュニケーションを取れるような機会を設けています。③自己研鑽と柔軟性：単なる知識の習得ではなく、どうやって知識をつけていくかを学ぶようにしています。さらに、言語聴覚士として羽ばたいていく若者たちは、これまでの知識、経験では計り知れない新たな問題に突き当たる可能性があります。そのような場面に対処できるよう、常に柔軟な思考、態度、新しい知識を習得する姿勢を育んでいます。

理学療法学科

理学療法学科は、3年制の昼間部と4年制の夜間部があります。履修科目の進行は学年が進むに従って昼・夜間部で違いが出てきますが、最終学年に実施される長期臨床実習がカリキュラムの中で最も重要なものであることは昼夜とも変わりません。この実習の中で、それまでに学内で培った医療技術者としての知識、技術、態度が試されることになります。この長期実習をくぐり抜けた者にとって、その先にある国家試験はそれほど難しいものではありません。このような認識の上に、態度教育を基盤として知識・技術を積み重ねていくという教育方針を立てております。また、学生時代から多くの技術に触れる機会を持たせ、より広い視野で考えることの出来る能力も育てています。さらに社会人・大学卒特化という本校の特徴から、それまでの経験を学業及び卒後の臨床活動の中に生かせるようなプログラムを検討し、卒業後日本ならびに世界の理学療法士界の新しいリーダーとなるべき人材の育成を目指そうとしています。

我々の目標は、開学から1年間の教育ではほとんど達成できていません。しかし、少しだけ学生のベクトルを変えることができました。彼らのベクトルが10年後、20年後に大きく変化していることを夢見て、今後も教育目標を継続して実践していくたいと考えています。本校の歴史は、教師、学生および事務部門の1つ1つの行動が刻み込まれて出来上がっていくということを自覚し、本校の素晴らしい歴史を築いていきたいものです。

学校を立ち上げた。そして、それから ——学校手づくりの経験に学ぶ

高木 博義

はじめに

臨床福祉専門学校は、2003年4月、第1期生260名の学生を迎えて開校した。開校に先立つ1年前より練馬に勤務した私は、数少ない教員と数少ない職員と、そして2002年10月から学校を訪ねてくれた入学志望者の諸君とともに、学校立ち上げの作業に携わった。プロの人はいなかった。手探りで学校づくりを試みた。素人によるゼロからのスタートのためかえってわれわれは、そもそも学校とはどういうところか、教育とはなんだろうか、という初発の地點に立ち還ることができた。いやがおうでも通らなければ学校が立ち上がらないいくつかの閑門を経験しながら、そこから学んだことは数知れないほど多い。喜びも悲しみも折り重なって今日に至っている。それらをドキュメント風に綴り、記録として残そうと思う。

なお、本稿の表題は元みすず書房編集責任者小尾俊人氏の名著『本は生まれる。そして、それから』(幻戯書房、2003)に倣った。

1. 学校手づくりの実際

(1) 学校立ち上げ準備時のいらだちと不安

2002年の夏も終ろうとするころ、私のふたつの目はそれぞれ別の方向を向いていた。一方の目は、4つの学科の認可を厚生労働省から早く得たいのだがいつになったら得られるのかという「いらだちの方向」を向いており、他方の目は、開校初年度4学科合計280名の定員が満ちるだろうかという「不安の方向」を向いていた。

一方の目の方向は、行政との関わりであり、私の努力の範囲を超えていた。いわば首根っこを押さえられているわけだ。他方の目の方向は、われわれの努力の内側に在ることであり、手を拱いているわけに

はいかない。そうだ、ここに集中しよう。私は一方の目をふさぎ、他方の目を見開いて、突き進むことにした。

「練馬のこの地」に「社会人・大学生のための専門職養成校」を「2003年4月に立ち上げる」のだということを、広く社会に知ってもらおう。そのためには3つの方法がある。本部広報室の協力を得て、実行に移した。まず「第1回学校説明会10月5日(土)開催」を決めた。2つ目に、すでに制作を進めていた「2003年版学校案内を10月4日までに完成」させること、3つ目に、臨床福祉専門学校の「ホームページを10月1日にオープン」すること。関係者の協力を得て、これらを推進した。

2002年10月5日の第1回学校説明会には約120名が集まった。私の予想を超えた。都心から離れているというハンディキャップは吹き飛んだ。予想を超えた参加者があった、というそのことのゆえに、私のぜいたくな悩みは始まった。

(2) 入学志望者のリテイン

臨床福祉学科(以下W学科といふ)、精神保健福祉学科(以下PSW学科といふ)、言語聴覚療法学科(以下ST学科といふ)、理学療法学科(以下PT学科といふ)、これら4学科に対し、「どうしても入学したい」という志望者が、第1回学校説明会参加者の中から現われた。入学選考をいつ行えるかもはっきりしないうちに、入学志望者が出てきた、さあどうしよう、というのが私の悩みとなった。厚生労働省から養成施設の認可が下り、さらに東京都私学行政課から専門学校の認可が出るのは、いつになるのだろうか。私の一方の目のいらだちの方向にも、予測のアンテナを張らざるをえない。W学科とPSW学科は、翌年1月に入れば選考が開始できるだろう。ST学科とPT学科は、見通しが立たないけれど、翌年2月には選考ができるようになろう。とす

れば、入学志望者に、3カ月から4カ月待ってもらわなければならない。どうすればよいだろう。入学志望者の身になって考えた。

学校職員である私の立場からは、入学志望者のリティンの方法を考えざるをえなかった。10月5日の3日後10月8日から、私は、1人、2人、3人と、入学志望者と一対一で会って話合いを繰り返した。1人1時間ほどを費やして、面談をした。やる気と基礎学力と精神的な集中力等を面談の中で確認した。面談が1回の者もいれば、2回、3回に及んだ者もいた。そして、「何の保証もないけれど、3カ月から4カ月先の入学選考まで忍耐をもって待ってくれるなら待ってほしい」と語りかけた。当然のことながら、待つことができず、他の養成校へ入った者もかなりの数に及んだ。待ってくれている者には、定期的に宿題を出し、コンタクトを維持した。

私の個別面談は2003年3月6日に終った。記録によれば、この日までに、延べ336人と面談を繰り返した。

(3) 選考方法の模索

12月に入るころから、私は、普通の学校が普通に行っている入学者の選考方法＝学科試験と面接に対し、ほんとうにこれでよいだろうかと疑問を持つようになった。選考方法に決定版はないが、「社会人・大学生のための専門職養成校」である本校にふさわしい選考方法があるだろう。それはどんな方法だろうか。選考方法は学校の存立の理念と不可分だ、と徐々に考えるようになった^(注1)。

私は二つのことにウエイトを置くことにした。一つは、学科試験を止めて論文を書いてもらおう。新聞の社説程度の長さの課題論文を読み、内容を要約するとともに自分の意見を書く。時間は60分。400字詰原稿用紙4枚を渡し、できるだけ多く書いてもらう。もう一つは、面接に代わって面談をしよう。面接は上から下を見下ろし、比較して優劣を決めるという色合いが強い。面談は同じ椅子に座り、目線を同じ高さにして向き合う。私自身2ヶ月ほど面談を続けてきて、実際の効果も感じられる。面接も面談も、表現こそ違え中身は同じだという意見もあるが、面接と面談とは質が違う。面接によって「私は変わらないが、面談によって「私」が変わる。「私が変わってこそ相手の「学生」も変わる。私にとっては極めて衝撃的な経験の連続であった。

「論文」と「面談」に関しては、後にまた私の考

えを述べる。

(4) 学校の原基形態に学ぶ

2002年12月21日（土）に第3回の学校説明会を開催した。W学科とPSW学科については、厚生労働省の認可の内示が目の前に見えてきた頃である。振り返ってみるとこの日は、私が臨床福祉専門学校運営の基本的な考え方を決定的に変えたターニングポイントの日である。206名の参加者を前に私は次のように語った。私のメモから抜粋しよう：

いまここに学校はない。来年の4月に向けて、みんなと一緒にすばらしい学校をつくりたい。世の中専門学校といえば出来の悪い高校生の行くところというイメージがある。われわれは尊敬される専門学校をみんなと一緒にになってゼロからつくりたい。吉田松陰、緒方洪庵、福澤諭吉、津田梅子、成瀬仁蔵、河井道、クラーク、…に倣いたい。志高い第1期生になってほしい。

吉田松陰の松下村塾や緒方洪庵の適塾は「自由に学び、自由に教える」という雰囲気であった^(注2)。体育会系とガリ勉系が一人の塾生の中に、また教える教師の中に、混ざり合って存在していた、といってよいだろう。福澤諭吉の「社中の精神」、すなわち教師と職員と学生が三位一体の学び舎を成すという思想は現に今も生きている^(注3)。津田梅子、成瀬仁蔵^(注4)、河井道^(注5)らが我が国の戦前の女子教育に賭けた情熱は広く知られている。札幌農学校の1期生、2期生を育成したクラークの足跡を忘ることはできない。規則を作り、規則を守らせて、学校を運営しようとした日本人の管理者に対し、「規則はいらない」、「ゼントルマンたれ」と喝破したクラーク^(注6)。学校がないところに、学校をつくる瑞々しさが溢れ漲っているではないか。

臨床福祉専門学校も、いま学校がない。これから先3カ月と10日で第1期生が入ってくる。今われわれは、学校づくりの初発の線上に立っている。入学を志望する諸君とともに、この学校をつくろう。私の熱い訴えは206名の志望者に伝播したとの確かな手応えを2002年12月21日の学校説明会で感じ取ったのである。

(5) 入学志望者有志と職員との協働

臨床福祉専門学校の職員は大学を卒業したばかりの1年生女子職員菅野史恵と私の二人しかいない。学校説明会も入学選考もどうやって企画し実行して

いこうか、しばし途方に暮れた。入学選考を待ってくれている入学志望者の中でアルバイトとして働ってくれる者はいないだろうか。11月から後藤、西川、井口の3名が事務の手伝いに入ってくれた。1時間900円のアルバイトである。かれらは社会人経験3~4年の立派なビジネスマンの諸君である。入職日の浅い正規職員より腕は達者だった。「私に相談するな。みんなの主体性に委ねる」といえば、一から十までやってくれた。学校説明会も入学選考の立会いも、そして入学選考が峠を越した3月の中旬からは学生アルバイト（入学志望者の多くは入学選考を無事パスして第1期の学生になっていた）の人員を拡充して、開校式・入学式の企画実行、学生カードの作成、「学生ハンドブック」作成などに中心的に携わってもらった。「自分たちで自分たちの学生生活をどう律したいのか。その考えをもって作ってほしい」という私の意向を受けて「学生ハンドブック」は学生アルバイト数人が3、4回の会合を重ねて原案を作り、最終的には4月1日に新たに入職した教員が目を通して完成したものである。

開校前の準備段階ではわずか1名だった専任教員は、2003年4月1日に一挙に17名にふくれあがつた。「入学志望者（学生アルバイト）有志と職員との協働」は、当然のことながら「専任教員と職員との協働」に衣替えしていくざるを得ず、入学式の前日4月11日をもって学校事務に対する学生アルバイトの参画は止めることにした。

4月12日の入学式とそれに続く開校記念パーティは、学生有志諸君の企画のもとに挙行された。式案内状の作成と発送、アリーナを使用した式場の設営、入学式における4学科の学生5名（PT学科は昼夜各1名のため5名となる）のスピーチ実現、開校記念パーティの業者との折衝、記念品の選定と発注など学生諸君が創意をもって企画実行した。参列してくださった各界の方々からは、「5名の学生のスピーチには、この学校の理念に目を開かれ心躍らせて入学してきた感動が満ち溢れおり、聞く者は胸を熱くした」との感想が語り伝えられた。

私は、予算の大枠を決めるだけだった。

2. 臨床福祉専門学校 運営の理論的基礎づけ

(1) 初発の精神

学生と教員と職員とが一体であること、連帯できること。学生のレベル、教員のレベル、職員のレベ

ル、それぞれに異なる。レベルは違っても、お互いに自由であり、お互いに平等であり、お互いに相手を尊重する開かれた心があり、お互いに相手の価値を見出して評価（批判）する寛容の精神がある。そのような雰囲気が横溢したところにはじめて、学生と教員と職員とは連帯して一体ができる。私が学校手づくりから学んだ「初発の精神」である。何か事があれば、いつも、学校をゼロから出発させた時点に戻る。「源泉への回帰」である。「初発の精神」を大事にしたいのである。

ゼロからスタートして、手探りで学校づくりを始めたとき、確かにこのような精神があった、と振り返ることができる。創学の精神というにはおこがましく、一歩も二歩も引いた地平から、「初発の精神」と呼んでおきたいのである。慶應義塾に今も生きる「社中の精神」に通ずるものであり、吉田松陰の松下村塾に見た「教育の原風景」に近いものとして、いつまでも大切にしていきたいと思う。

(2) 期待する学生像

2003年度には計7回の学校説明会を開催した。9月23日は4回目の説明会だった。予想をはるかに超えて420名という大勢の参加者があった。7回開催した説明会のうちこの日だけ、私は時間をもらい「本校が期待する第2期生とは…」と題し、約30分間スピーチをした。準備に相当の時間をかけ、パソコンでA4 12枚に及ぶ「スピーチ原稿」を作成した。また、会場ではパワーポイントを用いて説明し、参加者には12コマから成るパワーポイント原稿を配布した。ここに記す「期待する学生像」「選考方法」「入学選考の『前』と『後』」は、スピーチ原稿とパワーポイント原稿を要約したものである。

まず「期待する学生像」であるが、次の3つを求めたいと語りかけた。

①活力と意欲と柔らかさ

特に社会人経験が積み重なると、固定観念から抜け出すのが難しくなる。自分自身を変えていく柔軟性、フットワークの軽さがほしい。活力と意欲、いわゆる「やる気」は、保健医療福祉の専門職者には必須の気質である。

②磨けば、専門職者の資質が備わる人

入学前から専門職者の資質を備えた人がいるわけではない。専門職者の資質とはこういうものだと、ちょっときっかけを掴めば、ぐんと伸びる人であってほしい。こんな資質（能力）が考えられる：

- ・人と人との関係性を構築することのできる能力
- ・他者を尊敬することのできる能力
- ・ものごとの判断力を有し責任をもって行動することのできる能力
- ・自分で自分を評価し表現することのできる能力
- ・進んで問題を発見し問題を解決することのできる能力

③本学で学ぶにふさわしい基礎能力があつてほしい

具体的には次の4つである：

- ・集中力…90分間目標に向かって自分自身を巻き込ませる精神力
- ・読解力…90分間多く読み深く掘り下げて思考する読書力
- ・記述力…90分間多く書く筆力
- ・身体力…90分間目標に向かって没頭しきることのできる身体力

(3) 選考方法

第1期生、第2期生の選考を行った経験から、「論文」と「面談」という2つの方法を組み合わせているというに過ぎない。もっとよい方法があれば、その方法にとって代わりたい。ただ、次の2つのことだけは本校の特質として維持していきたいと思う。

①選考に簡単な方法はとらない。たとえば、○×式あるいは五肢択一式の学科試験は点数が即座に出て、簡単である。一人の学生の合否を決めるとは、その人の生涯を決めるに等しい。簡単でいいわけがない。「手間」をかけるのは受験生に対する礼儀である。

②翌年度の学生を決め、迎え入れるのに、今年度1年間をかける。4月から学校説明会や体験入学を繰り返して定員を確保するのだという態様とは、少々違う。もちろんそれもあるが、主たる狙いは、ひとりの志望者が学校説明会に参加したその日から、面談を経て入学選考をパスし、その後は3月31日まで入学前の自己学習をしていく、その全過程のフォローを専任教員を中心として学校全体で行っていくというものである。ひとりの受験生とともに送る入学までの365日が、われわれの「選考方法」である、といつても過言ではない。

この2点を記せば、「論文」と「面談」について長々と言及するには及ばない。ただ「初発の精神」ともいべき、信念と経験だけは記しておこう。

「論文」についての私の考え方：

なぜ「多く」書くことを受験生に強いるか、その理由を記しておく。高等教育を受けるに必要な「基礎能力」は先に説明したが、その「基礎能力」を高める手立てとして「限られた時間に、出来るだけ多く読み、出来るだけ多く書く」作業をもつてするのが、一番確度が高い。これは、アメリカのグラジュエイトスクールが行う選考のひとつである。多少モディファイして、それを真似ただけである。ちなみに、2003年度PT学科とST学科の解剖学の授業を担当した鈴木晟幹先生の期末テストは、B46枚、全問記述式、4時間に及ぶ膨大な質量だった。「A4一枚のペーパーにまとめて提出しなさい」といった今の大學生の課題の出し方は、プロセスに注入するエネルギーの孕む可能性を無視し、結果だけを点数化する社会の在り様を反映していないか^(注7)。

「面談」についての私の経験：

向かい合う一人ひとりに、私は、この学生は卒業して資格をとり、3年、5年して、どんな専門職者になるだろうか、と期待をふくらませて面談する。変わりうる柔軟な可能性を見つけ、将来に向かったベクトルの方向を見ようとする。生まれたときから現在までの「積分」で見ようとせず、いま在る地点から将来に向かう「微分」で見ようとする。接線が右肩上がりになってほしいと願いながら面談する。だから、ときとして厳しいことも言う。第1期生選考に向けて、私は336名の志望者と面談したが、男性も女性も涙を流した人は数え切れない。でも、「また、来たい」というし、校門を出るとき、みな胸を熱くして帰ってくれた。決して私の型にはめのではないが、「あなたの今の考え方、生き方ではまずいんじゃないの。こうしたほうがいいよ」ということはいう。私も、自分を無にして、その人の隣にあって、語る。そうすると、通じる。上から下を見て、この学生を探ろう、あの学生を落とそう、と考えたら、目が曇ってしまう。学生に見抜かれてしまう。こちらの打算を見破られてしまう。結果として、本校にふさわしい学生は入学してくれない。

個別面談というシステムは、入学を希望する学生には胸が熱くなるようなチャンスである。その反面、相手をする私は「自分自身が試される」のである。私自身のことを率直に白状するならば、毎回毎回、崖っぷちに立たされ短刀を突きつけられたような気分になって会っているのである。その気迫がな

ければ、相手の受験生は心を開かない。また、受験生の気持は高揚しない。

校門をくぐるときの不安と猜疑、ときには奈落の底に突き落とされた絶望が、校門を出るときには期待と喜びに高まり、希望に変わってほしい。いつもそう願いながら、私は面談に臨むのである。ときには「きょうのような秋晴れの気分ですか」と念を押しつつ、面談に来た受験生を玄関先まで見送っていくのである。キザっぽいようであるが、ついそこまで一緒に歩いていくのでなければ私の気持の仕上げができないのである。「また来てね」「気をつけて」と玄関先まで見送るのは、なんともすがすがしいのである。

(4) 入学選考の「前」と「後」

①事前面談

「面談」については、これまで書いた通り。事前面談というのは、事後面談と区分けするためにできた言葉である。

②事後面談

本校の選考方法が広く知られておらず、また遠方に居住する者は事前に来ることが出来ず、事前面談を受けられない受験生がいる。その者のために、入学選考の後で面談をするチャンスを設けよう。教務部長高田治実先生の提案で、第2期生の選考から採り入れた。もちろん選考日当日に面談は実施するのであるが、時間を十分にとることがむずかしい。もっと話し合いをしたい受験生に対し選考日のあと数日をかけて個別事後面談をするのは、教員にとっては手間がかかるが^(注8)、受験生に対しては親切である。

③入学前自己学習計画書の提出と指導

合格通知を出した後、それぞれの学科別に、合格者一人ひとりに対し、新年度入学式までの「学習指導書」を作成し、郵送する。そして「入学前自己学習計画書」の提出を求める。学科によっては、読んでおくべき図書を指定するとともに読書感想を提出させるとか、施設訪問をして記録をとり学んだことを報告させるとか、を課している。とにかく一方通行に終わらせないで、学生の自己啓発の成果が上がっていくのを見る。往復運動が二度三度繰り返されればそれに越したことはない。また希望者には簡単な「資格取得」(たとえばホームヘルパー2級取得とか)にまでもって行けるようなプログラムを打ち出している。学科によっては1月、2月、3月に、そ

れまでに決まっている合格者を集めて「入学前オリエンテーション」を開き、在校生と顔合わせを行う。1期生が2期生に教え、2期生が3期生に受け継ぐという場を入学前に作ろうというわけである^(注9)。

1年目は合格者の決定が遅くなつたので、残念ながら実行できなかつた。2年目は着実に実行した。

入学前自己学習指導のシステムは、私が思いついたのではなく、アメリカの進んだ大学がやっている^(注10)。それを真似たまでである。

(5) 国家試験受験資格取得養成校のカリキュラム

国家試験の受験資格を取得するための養成施設には、法律により「指定規則」が定められている。その中には、「教育内容」と「教員資格」がかなり明確に規定されている。カリキュラム編成上の弾力性は小さいと言わざるを得ない。福祉系のW学科とPSW学科は修業年限が1年であるため、すべての科目が規定されてしまつてはいるが、医療系は複数年限のためか「基礎分野」についてはカリキュラム編成上の弾力性=自由度が残されている。ここにどのような科目をもつくるか、時代の移り変わりを先取りしながら、決めていくのは大事な作業である。おしなべて言えば、本校4学科の専任教員はその学科の国家資格保持者である。弾力性と自由度を生かすためには、ときとして国家資格からはみ出る勇気と自由奔放さが必要である。予備校気分に浸りきってしまった学生諸君は、国家試験に關係のない科目の勉強を敬遠する傾向にある。しかし、リベラルアーツの精神をもつてどのように「基礎分野」を彩るかに、「こんな学生を世に送り出したい」という学校の主張が現われる。

平成14年9月PT学科のカリキュラムの「基礎分野」に私は「環境学」と「経営学」を入れて「申請書」を作成し提出した。それを見た厚生労働省の事務官は怪訝な表情をしたが、私はその必要性を主張して通した。本校2年目を迎えるに当たつて、PT学科の専任教員からも同様の意見が出た。尤もである。でも、私は「環境学」や「経営学」を勉強して卒業してほしい、と思う。卒業して何年か経つて、あのとき「環境学」を勉強してよかった、「経営学」を学んでよかった、と振り返ることができるようになりたい。そのためには、外部から魅力ある「兼任教員」を招聘することが必須条件である。はっきり言えることは、リベラルアーツの場合、科目でなく担当する教員の「人格」が大きな意味を持つ。

(6) アカデミックマインドとマネジメントマインド

国公立大学の独立行政法人化が進み、教育機関の運営の透明性が不可避的に求められるとき、こと専門学校に限ってみても、学生を除いた二位、すなわち教員と職員という二つの車輪は、どのようなマインドを持たなければならぬか。答は簡単である。事務職員はアカデミックマインドを持って学校「経営」に当たり、専任教員はマネジメントマインドを持って教務「運営」に当たる。答が簡単な事柄は実行が難しい。本校2年目以降の課題である。

開校1年目を十数名の専任の先生方と一緒に仕事をした私の短い経験を踏まえ臆断を交えて言うならば、次のようなだろうか。事務職員の私は徹頭徹尾先生方に「仕える」よう行動して始めて先生方と協働ができた、という実感が深い。本校の先生方はこと専門に関しては斯界のエキスパートであるとの誇りが高く、その領域への尊敬を私の方から表明して始めて先生方の胸の内に分け入ることができたのである。事務職員の私は、先生方と接する場合も学校「経営」に当たる場合も、どこまでもアカデミックな気概を持って臨んだ。今後もそうして行こうと思う。学校「経営」者が「利益」など口にし出したら、真っ逆さまに墜落する。アカデミックな部門にはおカネを使う、マネジメントの部門にはおカネを使わない。(どちらでもない、どちらもある、という場合は適宜判断しよう。)ここだけしっかりとすれば、学校「経営」の基礎は立つ^(注11)。

3. 離陸時の成功と失速

開校準備の1年と開校初年度1年と計2年間を終えた今、「成功」と評価できる側面とあえなく「失速」しかけている側面の両側面から学校運営を抉ってみたいと思う。以下の3点にスポットを当てる。当然そこには私の反省と自己批判が含まれる。記して今後のバックファイアとしたい。

(1) 学生募集活動 成功とピットホール

260名の第1期生を迎えて4月12日に入学式を済ませるや、翌年度の学生募集活動に着手した。今年度と同じように、早々から学校説明会を開いて受験生を集め、選考を行って合格者を決めていくというスケジュールを頭に描いていた。学生スタッフの協力を得、それに各学科の専任教員と事務職員が協力すれば流れるように進んでいくと思っていた。

早々に第1回学校説明会は5月25日と決めた。と

ころが、会の運営主体をどこに置くかについて、専任教員と私とで意見の調整ができないまま日が経つて行くので、5月25日の説明会は専任教員が全く参加せず、発足したばかりの「学生自治会」主体の会として開催した。参加者は50名。「学生中心の学校説明会は身近に感じられる。よい会だった」というのが大筋の感想だった。

翌年度の学生募集に向け、学生・教員・職員の三位がバラバラではいけない、一体になって進みたい、と私は腐心した。6月12日の学科連絡会で私は、「第2期生の学生募集活動には、第1期生の教育活動と同等の重み=体力と知力と精神力の注入をもって、職員と(場合によっては学生と)一体になって対応していただきたいと希望する」との文書を作成して訴えた。そして口頭で「1期生の授業に100%、2期生の募集に100%のエネルギーを注いでほしい」と付け加えた。専任教員には具体的に次のように要望した。まず、専任教員は学校説明会に全員出席し、参加者を志望学科別に分けたあとは学科の説明をさらに詳しく行い、参加者の質問に答え、そして希望者には個別の面談を行ってほしい、と要望した。第2回目の学校説明会以降、先生方の活躍は見事に要望に応えるものだった。そればかりでなく、第7回の学校説明会まで、学科ごとに参加者の意欲を盛り上げるよう工夫をこらしながら、教員を中心となり学生・職員が後方から支援をしつつ募集活動を推し進めることができた、と総括できよう。

表向き「成功」と評価できる反面、ピットホールに落ち込んで「失速」しかけている側面にも目を向け、2004年度以降の指標としたい。まとめると、以下のようなである。

「成功」と評価できる側面：

- 専任教員の全先生が学生募集活動を自分たちの主たる業務として理解し取組んだこと。

- 専任教員は面談の意義を経験的に理解し、選考の一手法としての位置づけを超えて教育の一環として捉えるように変ったこと。

- 今年度の学生募集活動は今年度最後の3月31日で終わるものではなく、翌年度新入生の教育計画に結び付けていこうとする意欲が盛り上がり、実践につながったこと。

「失速」しかけている側面：

- 第1回選考直前の9月23日に開催した第4回学校説明会には、さきにも触れたように420名の参加

者があった。盛会であったがゆえに私の心に「慢心」が芽生え、先の見通しを甘くし誤ってしまった。420名をトータルで見るのでなく、学科別志望者数で見ることが大切である。学生募集活動の第一の目的が学科別の定員を充足することであるのだから。

・定員充足という第一の目的達成のために学科別の手法があるはずである。マーケティングの最も基本の手法は、マーケット セグメンテーションである。原則に還ることだと思う。

・学生スタッフの参画が単純な「アルバイト」に堕しきかけている。学生が主体性を持って参画するためには、学生・教員・職員がそれぞれの立場の考え方を軌道修正しなければならないだろう。今後の課題としたい。

(2) 学生参加の学校づくり 試みの萌芽と挫折

第1期生入学式の前日まで事務を手伝ってくれた学生有志数名の者に「この先も、学生が参加する学校づくりを推し進めていきたい。学生会のようなものを作りたい」と持ちかけたところ、「学生自治会を作らせてくれ」という。私は即座にオーケーした。

学生自治会といつても、全学生にその意識があるわけではない。一部の学生にすぎない。専任教員はむしろネガティブな受け取り方。熱心な学生の意向を受けた私は、しかし、積極的に対応したいと考えた。入学式の前後2ヶ月ぐらいの間は、学生自治会と呼ぶかどうかは別として、たしかに本校に学生が参画する学校づくりの試みが芽生えたことは事実である。5月25日に開催した第1回学校説明会は、表面には出さなかったけれど、実質的には学生自治会の主催だった。しかし以後急速に終息の方向に向った。挫折した、といつてもよい。その理由を、私の視点で総括しておこうと思う。

・国家試験受験資格取得のための養成校というのは、一種の予備校である。過密といえるほどのカリキュラムを限られた年数で消化しなければならない。テスト、論文提出、グループ活動、施設実習…とスケジュールはハードである。その中で学生の自活活動というのは時間的に無理がある。

・4つの学科の横の交流は、一部学生が希望したことではあったが、大勢とはならなかった。学生が横の交流をしなければ、専任教員の横の連携が進まないのも当然である。その雰囲気の中では、学生自

治会は盛り上がらないと思う。

・各種委員会の中で、2003年度わずかに機能したのは図書委員会。この会のありかたに倣って考えると、活動目的を明確化し、学生の学園生活に直結した委員会を作り活動する、という範囲に限定してはどうか。3~4の委員会を総合して「学生会」となるのであろう。

(3) 事務部門 活力の減退と活力の盛り返し

学校手づくりは、学生・教員・職員の三位のうち、職員が成否のキャスティングボードを握っていると思う。本校開校前の1年間と開校後の1年間を振り返ると、臨床福祉専門学校プロパーの仕事に携わる事務職員の数が増えるに反比例して事務部門の活力は衰退してきたように思われる。民間企業と学校とを比較すると、学生は民間企業の顧客層、教員は民間企業の技術部門営業部門、職員は民間企業の総務部門にそれぞれ相当すると考えることができる。学校職員に相当する総務部門は、裏方の仕事に徹して表面に出ないとともに、エネルギーを後方から前衛に向けて送り続ける役目を担う。人数は少なく（精銳は少数である！）活力は大きく、というのが好ましい。企業づくりの初発の姿はそういうものである。とすれば、学校手づくりの初発も同様であろう。

私の目に事務部門の活力の衰退が見えたとすれば、上のような民間企業とのアナロジーがあったからである。

活力の盛り返しをどう図ったらよいか。私の試みの一つは、若手職員のエネルギーを結束すること、そして爆発させること、である^(注12)。

4. 脱専門学校化の展望

2003年11月26日私は社団法人東京都専修学校各種学校協会高度職業教育研究特別委員会の求めにより、「社会人・大学生のための専門職養成校——専門学校の「構造改革」臨床福祉専門学校の場合」と題し、約1時間のスピーチをした。そこで言及したことを探り入れながら、専門学校に対する世間一般的の批判を総括し、それら批判を乗り越える方途を本校の試みに併せて検討したいと思う。前半を「(1)専門学校批判の3局面」に要約し、後半を「(2)批判の3局面の克服」として記す。いまだ手探り状況であるが、現段階での私の考えを書き留めておきたいと思う。

(1) 専門学校批判の3局面

①おカネ儲けとしての専門学校経営

世の中一般がそうであったように、高度経済成長時代に生まれ成長し成熟した専門学校は、おカネ儲けのできる経営であった。文部科学省の所轄でないがゆえにイージーゴーイングな面があり、あたり一面専門学校だらけの高田馬場駅に降り立つと、世の中の人が「専門学校はこんなに儲かるものか」とのイメージを抱くのも蓋し当然であろう。外部の批判がどうのこうのという以前に、専門学校の当事者としてどう受け止めるか、どう乗り超えるか。

②専門学校教育の断片化・技術化・無機化・専門化

これこそが専門学校の文字通りの存在意義であった。教育課程を細かく分断し、公的な資格、私的な資格と結びつけ、専門家養成の名のもとに、卒業生を世に送り出してきたのである。またここ数年は、4年生大学卒業生を受け入れて国家資格受験資格を与える養成学科が持てるようになり、専門学校イメージの高級化に役立った。大学は出たけれどフリーターにしかなれない層に専門職へ進む道を切り開いた、その社会的意義は決して小さくない。しかし、教育の技術化・無機化を推し進めたという反面のあることも否定できない。

今後の専門学校が同じ路線を歩み続けられるかどうか、この道筋をどのように補正したらよいか。

③リベラルアーツ不要の上に成り立つ専門学校

専門学校にはリベラルアーツ（自由高等教育=一般教養科目）は要らない、あるいは飾りのように入れておけばいいだろう、という考えが一般的である。大学ではないのだからそれでいい、専門科目を習得するだけで精一杯だ、というわけである。他方、専門学校にもリベラルアーツ（自由な学芸=人間の基本になる学問を自由に学ぶ）が必要だ、との批判もある。専門学校の将来像と併せて考えておきたい。

(2) 批判の3局面の克服

①理念の明確化

私的企業でさえ利潤追求を企業目的としない時代である。ましてや学校経営にあっては利潤獲得が目的ではない。学校経営は、理念に基づいた経営(Mission-based Management)でなければならない。理念をはっきり掲げることである。

本校の場合、開校前及び開校1, 2年目までは

「社会人・大学生のための専門職養成校」を理念とした。高邁な理念もいいが、専門職の養成施設であるから、キャッチフレーズのようなわかりやすい文言がいいと思う。3, 4年目には理念をさらに具体化し、「専門職者のリーダー養成」と切り替えてもいい。専門職大学院への道筋につなげていきたいからである。

学校説明会参加者には毎回アンケートをとる。一例を以下に示そう。

2003.9.23 開催 参加者 420名			
本校がよいのはどんなところですか。(複数回答可)			
1. 教育理念	66%	5. 学費	27%
2. 設備	43%	6. 実習施設の充実	23%
3. 学校の雰囲気	43%	7. 立地条件	22%
4. 教員講師陣	37%	8. 入学選考方法	21%

アンケート結果からわかるように、受験生は「教育理念」に異常に高い関心を持っているのである。理念に関心が高いということは、その学校に対する期待が大きいと受け取ってよいだろう。本校の責任は大きい。

②教員・職員の意識の変換と学生の受容性向の変容を求めて

「学校教育の断片化・技術化・無機化・専門化」の上に専門学校は成り立っているがゆえに、自分自身の基盤にメスを加えることは至難のわざである。直接的にではなく間接的に、方向を中和するような施策を時間をかけて学生・教員・職員に向けて打ち出していくことが賢明であろう。すでに実施しているものと、私が今後実施したいと考えるものととりまぜて以下に列記しよう。

<学生>

- ・学生会主体による学校行事の企画実行
- ・学生による「授業評価」とその開示
- ・学生による「事務評価」とその開示

<教員>

- ・1年間の「活動記録」とその開示
- ・年初の「年間計画表」
- ・年央の「自己評価表」
- ・「基礎医学研究室」の開放と塾開催

<職員>

- ・年初の「年間計画表」とその相互開示
- ・年央の「自己評価表」とその相互開示
- ・若手職員による「ジュニアボード」開催と出された提案の実行

③カリキュラム編成の自由度の拡張

厚生労働省の指定規則によれば、修了に必要な最少時間数は、施設実習を含め、W 学科 1,050 時間、PSW 学科 1,050 時間である。本校ではこれを 1 年課程で行う。1 年間の経験を踏まえていえば、この時間数は決して多くない。100 時間程度は増やすことができる。そのうち 3 分の 1 は国家試験対策の授業に当て、残りの時間にリベラルアーツ的なものを組み入れてはどうだろうか。1 年目に PSW 学科では単発の公開講座をいくつか行い、W 学科では他学科の学生にも呼びかけて 150 時間から成るホームヘルパー 2 級取得の講座を持った。2 年目以降、W 学科と PSW 学科合同企画で、3~5 回コースの本学独自の特色を打ち出した科目の授業が組めないだろうか。

ST 学科と PT 学科については、もともと指定規則のカリキュラムの中に基礎分野としての授業を盛り込めるようになっている。専門分野を深く掘下げるための基礎となるもので、広く社会科学、人文科学から人間の臭いが漂う学問を選んでいきたいと思う。大学で一般的に教育している科目ではなく、試行錯誤の積み重ねを繰り返すことによって本校独自の基礎分野科目を開発できればすばらしいことと思う。平成 16 年度には PT 学科 2 年生に経営学を設けたが、通常の経営学ではなく、医療経営であり、サービス経営であり、非営利マーケティングであるという異色の経営学にしたいと希望している。授業構想を練る段階から担当講師との準備打合せを緊密にもつことが大切である。

5. 専門職大学院の方向を模索して

(1) 専門職大学院の位置づけ

さきにふれたように、東京都専修学校各種学校協会で「社会人・大学生のための専門職養成校」と題してスピーチをしたさい、将来の方向として本校が目指している専門職大学院にも言及した。限られた話題の中で私が語ったのは、主として次の 2 点である。

①専門職大学院をめぐる大学と専門学校

大学が専門職大学院を設置することによって専門学校の領域に参入することが加速されるであろう。専門学校は受身になる。専門学校はこれまで、大学と高校のニッチにあってそれなりの存在意義を拡大してきたが、その陣地を大学によって侵食されるだ

ろう。

②専門職大学院と臨床福祉専門学校との関連

臨床福祉専門学校をそっくりそのまま専門職大学院に衣替えする案と、臨床福祉専門学校はそのままにしておいて専門職大学院を作る案とあるが、本校の場合後者の形とする。

中央教育審議会の大学分科会は、2002 年 4 月 15 日に専門的な職業人を養成するための新たな大学院として「専門職大学院」制度の創設を求める中間報告案をまとめた。法科大学院（ロースクール）も専門職大学院の一つに位置づけられることによって、専門職大学院は中間報告案をベースに一気に制度化されたばかりでなく、広く世に知られるに至った。

一方専門学校の側では、専門職大学院は次に狙える「ビジネス」として歓迎された。これに先立って 1999 年には、高度専門職業人養成に特化した専門大学院制度が創設されたが、特定の課題についての研究の成果を課すため従来の大学院制度との違いも明確にされず、ましてや専門学校がストレートに狙える制度ではなかった。ところが専門職大学院は専門学校から至近の距離にあるものとして映った。専門職大学院は「職業分野ごとの特性に応じた柔軟で実践的な教育を可能」とし、「国際的・社会的にも通用する」「高度で専門的な職業能力を有する人材の養成」という役割を一層促進するために創設された制度であるという。(平成 14 年 4 月 18 日付中央教育審議会（中間報告）「大学院における高度専門職業人養成について」より)

専門職大学院が「専門的な職業能力を有する人材の養成」機関として位置づけられたばかりでなく、校地校舎や教員資格要件等の面で設置条件が緩和されたことと相俟って、世の専門学校がこそって「これこそわれわれの次なるシステムだ」と歓迎したのは当然だった。しかしながら、「本当にその通りだ」と言い切るには、われわれの内実は貧弱である。内実を見据えるしっかりと自己認識に立たなければならない。幻想の土台の上に現実の建物を建築することのないように、スタートの地点を固める必要がある。

(2) 日本の高等教育の「組織構造」と「学問」

われわれが専門職大学院を構想する場合、専門職大学院の意義を理解するばかりでなく大学と専門学校とを包括した日本の高等教育全般の「動向」と「構造」について基礎的な知識を得ておくことが大

切である。

日本の高等教育システムの構造を分析した恰好の書物としては、天野郁夫教授の著作がある^(注13)。「進学率が一定のレベルを超えると、マス高等教育がいわば成熟の段階を迎えたあとでなければ、さらに外部に生じた危機的な諸状況が大学の「公的生活」をゆるぎ、それが大学の「私的生活」^(注14)にまで及ぶのでなければ、日本の高等教育の基本的な構造変革は望みがたいのではないか」との「認識」を著者は1980年代に抱いたのであるが、その後の推移は「予測をほぼ裏付けるものであった」とい、高等教育システムについても、組織体としての大学についても、変化は遅々として進まなかった。その主要な理由は、大学と大学人の側の変革への強い抵抗にあった。大学人の意識変化とそれが可能にする大学の組織改革、それなしには高等教育システム自体の構造変革は生じ得ないのでないか。そしてそうした一連の変革の進展には、深刻な危機的状況の到来が不可欠の条件ではないのか」という（「はじめに」より）。

ここで著者は「大学」「大学人」と書いているが、われわれは「大学」を「専門学校」「大学人」を「専門学校人」と置き換えて読む柔軟性を持ちたい。とすれば、ここにいう「深刻な危機的状況」とは、入学者数の減少、財務状況の悪化、卒後進路の狭隘化といった専門学校の「公的生活」の問題と、カリキュラムの硬直化、時の推移に対応しきれない教員・職員の停滞性等の専門学校の「私的生活」の問題とであり、これらは1990年代後半より顕在化してきた専門学校にとっての喫緊の課題である。天野教授の著書によって抉られている日本の高等教育システムの変革すべき部分は、誕生したばかりの臨床福祉専門学校も取組まなければならない改善点である。

大学と専門学校を包括した日本の高等教育のいわば「私的生活」の部分、すなわち「学問」そのものについてはここで別の書物をひもとくことにしよう。「ポストモダニズムに抗して」との副題を持つ佐々木力教授の著作である^(注15)。著者は、わが国の学問には二つの病弊がある、一つは「専門学者のギルド的閉鎖性」、もう一つは「ディレッタンティズム」であるという（p 94）。われわれ専門学校の場合には、「ディレッタンティズム」を「専門学校的『パンのための学問』」（p 93）と言い換えてよいだ

ろう。そして、学問を職業とする者が追求しなければならないのは、「学問を制度化させている共同体に対する」「倫理的責任」（p 96）であり、「ギルド的専門頃末主義と商業主義的ディレッタンティズム」（p iv）を打破する「自由と責任の相互連関」「一般教養と専門の有機的連携」（p 97）であるという。そこには自ずから「精神的貴族主義」（p 102）の雰囲気が漂うことになる。書物の副題にあるとおり、ポストモダニズムに抗して学問の王道に立とうとする姿勢が感じられる^(注16)。

専門学校でありながら脱専門学校化を目指し、その先に一つの具体的な形として専門職大学院を模索するとき、上に紹介した日本の高等教育の「組織構造」と「学問」の総括を踏まえて論を進めることの意義は、いくら強調しても強調しすぎることはない^(注17)。

(3) 臨床福祉専門学校の「次のシステム」たる専門職大学院の基本的枠組

平成15年4月に臨床福祉専門学校が開校するや、私の関心は専門職大学院設置の仕事に向った。問題点の一つは、校舎をどこに定めるか、だった。二転三転、いまだ定まっていない。平成16年3月末現在の「専門職大学院の構想」は表の通りである。

絶余曲折を経てこのような構想にたどりつくには、本校関係者の血のにじむ尽力があった。多方面への配慮とコメディカル専門職者養成に賭ける内野校長の情熱、専門学校の上位の高等教育機関をなんとしても作るという小林理事長の執念、理学療法士の知識技術のレベルアップと社会的地位の向上に命燃える高田教務部長の行動、臨床福祉専門学校の学生とともに歩みつつ更に上を目指す学生のために専門職大学院を作りたいと熱望する基礎医学研究室の鈴木晟幹先生の温情、これらの総合的な力の結集の賜である。事務局の一人として私の責任は大きい。

平成14年1月から15ヶ月かけて準備をし平成15年4月に臨床福祉専門学校を立ち上げた苦難とエネルギーに比べ、何倍も高度な業務知識と何倍も質の高い身体力が要求されるであろう。幸い外部には紀伊国屋書店の高橋理事と近藤部長並びにインターイハ社の柏木社長という優れた協力者が控えている。心強い。内部にも、臨床福祉専門学校を立ち上げたとき以上に数多くの強力な協働者がいる。夢と希望を大きくして日々励んでいきたい。

表

①理念	福祉・保健・医療の連携を推進するために、高度専門職者を養成し、もってわが国の福祉・保健・医療分野における人的基盤の質的高度化に貢献する。
②校舎	1案：東京都社会福祉総合学院の夜間教室および日本児童教育専門学校別館（高田馬場）5F, 6F 2案：新規校舎建設
③開講時間	昼夜間開講制 すなわち、月～金 昼夜間 土、日 昼間
④教育課程（専攻）	コメディカル専攻 福祉コース 医療コース
⑤入学定員・修学年限・総定員	入学定員 75名、修学年限 2年、総定員 150名
⑥入学資格	i. 社会福祉士、精神保健福祉士、言語聴覚士、理学療法士もしくはそれと同等の知識技術のある者。 ii. 作業療法士、介護福祉士、看護師、臨床検査技師もしくはそれと同等の知識技術のある者。 iii. 実務経験あることを入学資格要件としないが、実務経験が3年程度以上あることが望ましい。 iv. 専門学校卒業以上の者。
⑦開校	平成18年4月

6. むすびにかえて

(1) 臨床福祉専門学校 誕生の歴史

学校立ち上げの見通しも立ち、学生募集をどのように進めようかと考え出した「2002年夏の終わり」から、私は本稿の叙述を始めた。それ以前の主たる事柄を、誕生の歴史として、ここに書き留めておこうと思う。

- 2001年10月31日 東京都社会福祉総合学院運営事業者・借受者公募要項発表、説明会開催
- 2001年11月26日 応募書類「利用計画書」提出
- 2001年12月28日 運営事業者・借受者として学校法人敬心学園が内定したことの内示
- 2002年1月下旬 東京都へ専門学校設置「申請書」提出
- 2002年3月中旬 厚生労働省へ社会福祉士養成施設・精神保健福祉士養成施設・理学療法士養成施設設置「申請書」提出

「計画書」提出

- 2002年4月1日 練馬区より臨床福祉専門学校設置認可
- 2002年7月中旬 厚生労働省へ言語聴覚士養成施設設置「申請書」提出
- 2002年9月上旬 厚生労働省へ社会福祉士養成施設・精神保健福祉士養成施設設置・理学療法士養成施設設置「申請書」提出

2002年1月6日から「2002年夏の終わり」までの歩みは決して平坦ではなかった。一つには、厚生労働省の指定施設ではなく都の認可で済む音楽療法学科と介護福祉教員養成学科の開講をもって臨床福祉専門学校を設置することはできただけれど、学生募集活動ができず初年度（2002年度）は学生ゼロのままであったこと。二つ目は、厚生労働省認可の4学科の開設準備が2ヶ月間しかない中で、日本福祉教育専門学校事務職員の総力を結集して書類作成と実習施設開拓に当たったこと。短期間に厚生労働省認可の養成施設4学科同時立ち上げは常識を超えていた。その過程で、内部から、反対の声が湧き上がったことはいうまでもない。学校が設立されてしまうと、常識を超えた事柄も、楽しい思い出に転化する。

(2) 「教育」と「教師」について、あらためて学ぶ
敗戦の年1945年の12月に東京帝国大学総長に就任した南原繁は、翌1946年2月11日に「新日本文化の創造」と題して演述した。事実上の総長就任演述だった。南原は学生教授職員に対し、敗戦と崩壊の悲運の後に民族の再生を図り祖国の復興を願って訴えたが、その叫びは、大学を越えて国民全体に響きわたった。つづく3月30日の戦没者殉職者慰靈祭では「戦没学徒を弔う」言葉を述べた。戦没学徒は「我が民族の犠牲ねばならなかつた犠牲——国民的罪過に対する贖罪の犠牲」であったとし、全学生国民、心を一にして祖国再建の事業に当たろう、と訴えた。旬日も経ない4月12日の創立記念日には、「大学の理念」と題し「大学が今後いかにあるべきかの理想と、その理想に向かって現状をいかに変容すべきかの改革」について語った。

既に立ち上がって1年が経過した臨床福祉専門学校に身を置き、近い将来専門職大学院を設置しようと計画しているわれわれは、敗戦の廃墟の中から南原が説いた「大学の理念」を、半世紀以上も前の伝

説化した言葉としてでなく今に生きる言葉として、同時代史的に受け取りたいと思う。第一に、専門あるいは資格についての警告である。「…各分科における専門の知識をますます掘り下げねばならぬと同時に、他方において新たに総合的研究並びに教育の計画がなされねばなら」ないといい、「国家社会の名の蔭に、実は自己の安全と快楽を図る利己心が秘められており、かくして大学はそうした処世の技術または資格を獲得する場所と化さざるをえないであろう」と注意を喚起している^(注18)。第二に、大学教育の任務は人間性格の形成である、と南原は説く。「本校は専門職養成校だ。知性啓発、情操教育は終えているはずだ」との反論もある。われわれは「専門職者のリーダーを育成する」との旗を掲げている。リーダーすなわちエリートである。南原の次の言葉に耳を傾けよう。

要は、単に知性の啓発のみでなく、人間「性格」の形成、深く豊かな情操をも含めて「全人」の教育はまた大学教育の任務でなければならない。これによって、ただに有能な吏員・弁護士・教育者・医師・技術者をつくり出すのみでなく、善良にして高貴な人間——自由にしてよく責任を解する人士を、新しく社会の各層に向って送り出すことである。中にも彼らは大学卒業者として何よりも真理を愛し、正義を重んじ、これが実現のためにはいかなる犠牲をも顧みず、それによって国家社会の改造を企てる者であり、今後新日本が要求するところの、言葉の正しき意味における「選良（エリテ）」でなければならない^(注19)。

「大学の理念」と題する演述の中で南原がわれわれに語りかける第三の事柄は、「教師の責任」についてである。

われわれは何よりもまず大学教授として、自然および文化の諸科学を通じ、それぞれの専門の知識の蘊奥を目指して、その研鑽に一生を委ねる者でなければならぬことはいうまでもない。…且つ、ひとり科学的知識においてのみでなく、専門の業として哲学の研究に従事する者はもとより、しからざる学者といえども、一般の哲学的教養を身につけた者であることが教授の要件であると思う。

…われわれの精神生活においても人の師表

たり範型たる善き実例を自らつくるだけの人間たることが要求せられる。この意味において「学者は須らく道徳的にもその時代の最善の人間でなければならぬ」といった先哲の言葉が、たといわれわれの遂に及び難きところではあろうとも、真理として首肯せざるを得ない^(注20)。

「理念をもって現実に向かい、現実のなかに理念を問う」^(注21) た南原繁は、1974年84歳の生涯を閉じた。「南原繁先生の精神に学び、これを次の時代に引き継ぐために」「南原繁先生没後三十年に当る本年、同信の士あい団り」「南原繁研究会」が発足した^(注22)。真理を畏れ、（隸属でなく）自由と（戦争でなく）平和を希求し、それを支える教育の刷新と文化の創造を説いてやまなかつた南原繁の精神は、この小さい臨床福祉専門学校においても生きて根付くことを願いたい。

最後に、福田歓一先生が「世界」1966年5月号に発表した論文「現場からの大学論」^(注23) の最後の部分の一節を引いて、本稿を閉じたいと思う。専門学校であり、将来専門職大学院を持とうとする本校の使命を、ここに賭けたいと願うものである。

大学は社会の中の一つの制度です。しかし、現在の社会に埋没する制度ではなく、少なくとも半ばは目に見えぬ未来に足をかけている制度です。その意味で大学は社会が未来に向けて架けている橋だと言ってよいと思います。

(2004年4月17日)

注

- (1) 「変わった入試」を連載した朝日新聞は、2003年12月24日朝刊に「考える力 危機感出題に新潮流」と題する記事を掲載した。学生の考え方を見るように変わってきたこと、論文や面接など学校独自のやり方で学生を選ぶようになってきたこと、創造力のある学生を発掘するため思考力を重視した記述問題が増えてきたことを伝えている。そして「試験問題は大学が発信する最大のメッセージだ」という。1年前に私が「選考方法は学校の存立の理念と不可分だ」と考えたことを、朝日新聞は世の中の流れとして報道したわけである。また、AERA Mook「大学改革がわかる。」(朝日新聞社、2003. 10. 10 発行)には、「改革は入試をどう変えるか」「入試問題は大学の姿勢を表す」等入試に関連した刺激的な論稿が散見される。
- (2) ミネルヴァ日本評伝選の一つ、海原徹著「吉田松陰」

- (ミネルヴァ書房, 2003) をひもといてみよう。「この塾には初めから、本当の意味での教育の自由、すなわち教える自由と学ぶ自由があったということである。」「自らが教えたことを自らの意思でまさしく自由奔放に教えたのであって、教える内容や方法について外部から何の注文もなく、上からの規制も存在しなかった。予め定められたテキストなど何一つなく、また早朝、あるいは夜晚く、場合によっては徹夜で教えた…」「何をどう学ぶのか、自分自身で納得がいくまで頑張ってみると、見方を換えれば、期待した先生の授業が大して面白くなれば自然に出席しなくなり、ついには二度と現われない、つまり退学ということになる。勉学の開始から終了まで、すべてを自前で決めるという意味であり、われわれの学校、近代以後の制度的学校に当たり前の入学、進級、卒業という概念そのものが存在しなかったといってよい。」「常日頃から塾生たちに、『人は実行が第一である』ことを強調した松陰自身がそうであったが、村塾の教育において知識の授受は大して問題でない。その意味では何も教えないという立場は、実は先生自身が生徒のモデルとなって一生懸命に考え方行動する、つまり立派に生きてみせること以外にないのであるが、教師にとって、これほど大変な仕事、心魂をすり減らし汗水垂らす作業はなかったということであろう。」そしてこの書物は最後を次のように結んでいる。「村塾の教師松陰に誰もがなれるかといえば、素直に否という他はないが、それにもかかわらず、この人物がこれからもわれわれのめざす理想の教師、期待される教師像であることは、おそらく間違いない。…百数十年の歴史的時間を超えた村塾教育の現代化も決して夢物語ではなく、それどころか、一層積極的にこれを教育の原風景として位置づけ、そこへ限りなく近づく努力を続けることは、われわれに課せられたほとんど義務といえるのではないかろうか。」著者海原徹は教育学博士、京都大学教授を経て、現在は京都学園大学学長である。
- (3) 慶応4(1868)年4月10日、適塾の同窓生山口良藏に宛てた書簡の中で福澤諭吉が述べた言葉「僕は学校之先生ニあらず、生徒ハ僕之門人ニあらず、之を総称して一社中と名け、僕ハ社頭之職掌相勤、…其余之社中ニも各々其職分あり」を引き、慶応義塾長安西祐一郎は慶応義塾の「社中」の精神を語っている。(福澤諭吉協会「福澤手帖」118号、2003年9月所収) 慶応4(1868)年は福澤塾と呼ばれていた学塾を「慶応義塾」と命名した年であり、スタートの時から「社中」の思想と存在が義塾に貫かれていた、という。また、安西によれば、「社中」とは「師-弟子の固定的な上下関係から成り立つ封建的なあり方を超えたもの」であり、「独立した個人が対等の仲間として集まり、各個人が協力しあいながら各人の職分を果たす」ところであるという。学生・教員・職員は上下の関係なく対等であり、それぞれの立場で職分を果たし、学生・教員・職員が一致協力して運営していくことを目指した本校の学校経営の考え方は、福澤諭吉の建学の精神

に通底するものであった。

慶応義塾の運営に寄せる福澤の初発の精神が、いつまでも瑞々しく維持されるのは易しくない。大正2(1913)年慶応義塾道会において三宅雪嶺は「慶応義塾論」と題して講演を行ったという。(長妻三佐雄著「公共性のエース」世界思想社、2002、pp 19~30) 論吉召されて数年、日露戦争も終わったころから福澤の「独立自尊」は影をひそめ、「時代状況に即応した過渡的な発言」にすり寄って、「青年層の間で、福澤の「変化性」が「処世術」の巧妙さや「世渡り上手」という時代思潮に対する妥協として解釈される危険性を雪嶺は警戒していた」と長妻前掲書は説くのである(p 20)。臨床福祉専門学校の初発のエースとエネルギー(活力と意欲と柔軟性)は「時代思潮に乗って自己の立場や主張を使い分ける」(長妻前掲書 p 21)「処世術」や「世渡り上手」につながる要素も内包していることを、われわれは絶えず自己点検していくなければならないと思う。

- (4) 元日本女子大学文学部長で英文学者の新井明が著わした「ユリノキの蔭で」(日本女子大学英文学科発行、2000)所収の論稿「成瀬仁蔵の水脈」は、女子大学創設に当たり成瀬が「自由高等教育」の理念を掲げたようすを伝えている。
- (5) 2002年には期せずして恵泉女学園創設者河井道の生涯を伝える2冊の書物が公刊された。岡本嗣郎著「陛下をお救いなさいまし——河井道とボナー・フェラーズ」(集英社、2002年5月)と木村恵子著「河井道の生涯」(岩波書店、2002年10月)である。毎日新聞記者を経て作家の道へ進んだ岡本は、翌2003年8月腎細胞がんで57歳の生涯を閉じた。
- (6) 二つの書物が紹介するクラークの教育理念を見てみよう。一つは、政池仁著「内村鑑三伝」(教文館、1977)である。

開校式がすんだので校則を作らねばならぬ。事務当局が参考のために札幌農学校の校則を英訳して、それをクラークに見せた。それはずいぶん厳格なもので、罰則までもこまかく定めてあった。当時の一人が、第一条何々、第二条何々と読み上げた。聞き終わったクラークは大声に、「そのようなことで人が造れるものか」と怒号した。「それではどうすればよいのですか」と問うとクラークは、

私がこの学校にのぞむ規則は、

Be gentleman (紳士たれ)

この一語につくる。

と言って特徴ある太い眉をピクリと動かした。(p 38)

もう一つは、札幌農学校第一期卒業生の大島正健が著わした「クラーク先生とその弟子たち」(国書刊行会、昭和48年)である。この書物に寄稿した政治家石橋湛山は「個人主義の精髓——クラーク先生と大島正健先生——」と題する一文の中で次のように言う。

クラーク先生が如何なる教育家であったかは、そ

の残した二つの言に躍如として示されている。その一つは札幌農学校創設の際、普通に学校に行われる「べからず」主義の校則を一切掲げず、予がこの学校に臨む規則はただ、

“Be Gentleman!”（紳士たれ）

の二語に尽きるといわれたそれで、他の一つは先生が任期満ちて札幌を辞するに際し、島松駅頭別れを惜しむ愛弟子達に、

“Boys be ambitious!”（青年よ大志を懐け）

と呼びかけたこの訓言である。

（中略）

思うにクラーク先生の教育方針は、個人主義の思想がその根底をなしているのであろう。世間では往々にして個人主義即ち利己主義と即断してこれを排撃する風潮があるが、如何にもこの両者は同義に解釈され易い点もある。しかし少くとも近代に於て醇化された個人主義は決して左様なものではなくて、一切の行為の基準を自覚に求める。これが個人主義の精髄である。クラーク先生の教育思想は即ちそれに他ならない。クラーク先生の教育に関して特に学ぶべき点ありとせば、それが正しい個人主義に根ざしていることを看過してはならないのである。

（pp 7-10）

- (7) 基礎医学研究室室長鈴木晟幹先生は、解剖学の授業に藤田恒太郎著「人体解剖学」（改訂42版、南江堂、2003、なお初版は1947）を用いる。607ページに及ぶ重厚なテキストである。たくさん読みたくさん書くことが普通のこととしてやりこなせるようにとの趣旨が込められている。その鈴木先生は、授業時間以外のオフィスアワーを学生に開放し、勉強の相談、生活の相談、健康の相談に応じている。勉強に遅れをとった者、興味をもって更に先へ進みたい者、落ちこぼれそうな者、その他いろいろなテーマを抱える者一人ひとりのための「駆け込み寺」であり「塾」である。2003年9月23日の学校説明会用に私が作成した「スピーチ原稿」から、当該部分を以下に転載しておこう。

「99匹の羊と迷える1匹の羊」（マタイ福音書第18章10-14節）という警え話があります。か弱く迷ってしまった1匹の羊を探すために、99匹の羊をそのままにして出かけていった、という話であります。ヨーロッパ2千年に及ぶ人間知の普遍理念のひとつであるといつても言い過ぎではありません。「1人のために」というのが、福祉の思想、精神医学の原点、言語聴覚療法、理学療法の初発の思想であります。ハンディキャップを持った人への暖かい眼差し、手足の差し出し、これこそ私たち医療保健福祉の専門職者の存在意義であります。そのような専門職者を育成する教育の場たる本校で、「1人のために」の課外授業を実践してくださっているのが、鈴木先生であります。国家試験合格率のためだけの授業をやっているのではない、ということをみなさん知ってほしいと思います。人類の歴史は、しかし、「1人のために」が、ひいては「万人のために」となることを証明してきたのであり、

その真理は、小さなこの学校においても隠されたままで終ることはない、と信じるものであります。

なお、同様の思想は「この最後の人に」（マタイ福音書第20章14節）により深く含蓄されており、それが福祉の思想の原点とされるが、私の「スピーチ」では割愛した。

- (8) AERA Mook 前掲書所収論稿「入試問題は大学の姿勢を表わす」の中で、著者丹羽健夫はAO入試の功罪にふれ、「なにしろ本気でやるならこれほど手の掛かる入試はありません」と述懐しながら「しかし将来の良き研究者を取るためにこの方式は各大学が手をつけざるをえないでしょう」といっている。もちろん本校の「面談」はAO入試とは異なる動機から出発したのであり、AO入試とは違った位置付けを維持していく必要があると考えている。
- (9) 日野原重明の朝日新聞連載記事「91歳・私の証 あるがまま行く」（2003.4.19）は「クラーク博士の足跡は」と題し、教育の継承の姿を生き生きと描いていく。クラーク博士が札幌農学校に在職したのはわずか8ヶ月ほどであったが、博士の教えを直接受けた1期生が2期生を教え、2期生が3期生を、というように生きた学問が先輩から後輩へ受け継がれた。教育法の進んだカナダやアメリカの大学が行っている「先輩が後輩に教える教育方法」であるという。なお、この日の記事が伝える大事なメッセージは次の文章である。「モデルたる人物の存在がいかに大事か、このことからも分かるでしょう。「教育的環境」を整えるということは単に校舎やキャンパスを整えることだけではありません。感化力のある人材こそ、最重要であることを今の教育畑の人々に知ってもらいたいのです。」
- (10) 日野原重明の朝日新聞連載記事（2003.4.12）はこの消息を伝えている。日野原の孫がアメリカの大学にアドバイスし「入学許可」をもらった。その許可証には「この大学には専門の教授がいるから、秋に入学するまではその教授と文通して研究を続けることができる」と記されていたという。日本の、「合格」と書かれただけの入学許可証とは全く違うというわけだ。「自分の学習計画は自分で作る」という学習習慣を身につけるよう学生を導くのは、専門職養成の学校として大切だといえよう。
- (11) 学校には「経営」という言葉は似つかわしくない、と私はこれまで思っていた。私は意識して「運営」という言葉を使ってきた。ところが、名だたる私立大学を結集し「日本の大学が社会的負託に応えて自らを活性化させ、その教育研究活動の質的向上を図ることの支援」を目的として設立された協会の名称が「21世紀大学経営協会」となっている。2003年12月4日に青山学院大学で設立総会並びに記念セミナーが開かれ、2004年1月28日には同協会の主張を受けた形で、日本経済新聞社が「大学改革セミナー」を日経ホールで開催した。私は両セミナーに出席した。いずれのセミナーでも、そこで訴えられた基調トーンは「これまで大学に運営はあっても経営はなかった。これからは、

- 大学に経営を！」であった。
- (12) AERA Mook 前掲書には、大学経営における事務部門の重要性を説く論稿が目につく。「事例4 立命館大学 教職員が同等の責任をもつ」(p 88)では、教職員が大学経営に対し同等の責任を持って参加する仕組みになっていて、経営計画の策定には若手職員が立案段階から参加するため、「やる気と責任」を自覚しているようすが報告されている。また、「大学運営の新戦略9 事務職員が大学を変える」(pp 125–127)では、元気な職員がいる大学ほど改革が進み新機軸を打ち出すとし、「教学と経営との連携」を推進するため、職員は情熱と使命感を持ち、ねばり強さがあつて勉強家であることが大切という。そして、「職員が変われば大学は変わる」と言い切る。
- (13) 天野郁夫「日本の高等教育システム——変革と創造」(東京大学出版会, 2003)。いまから約3年前、全国専修学校各種学校総連合会主催のセミナーで、天野教授の講演を聞いたことがある。教授の著書を読むのは、本稿執筆あたり今回が始めてである。
- (14) 天野郁夫著前掲書の「はじめに」によれば、教育システムの発展過程を量的規模に着目してエリート・マス・ユニバーサルの三段階に分けて論じたアメリカの社会学者トロウが用いた表現で、「公的生活」とは大学の入学者数、財政、雇用機会の変動といった側面、「私的生活」とは大学本来の教育や研究その他の機能に直接かかわる側面を指す。
- (15) 佐々木力「学問論——ポストモダニズムに抗して」(東京大学出版会, 1997)。2000年10月26日慶應義塾大学三田キャンパスで開かれた福澤諭吉協会主催の読書会「福澤諭吉の科学概念——周程氏の論文をめぐって」に出席し、講師佐々木教授のお話を聞く機会に恵まれた。同協会主催の土曜セミナーにおける佐々木教授の講演「「文明論之概略」を現代の科学史的観点から読み直す」には出席できなかったが、「福澤諭吉年鑑」(29号、福澤諭吉協会, 2002)によって講演記録を読むことができた。
- (16) 佐々木教授は、ポストモダニズムに限らず現代の学問思想の世界を覆っている「視聴率」(佐々木力前掲書「序文」)稼ぎの風潮一般を批判している。このような学問は、権力につけ入れられて利用されるに至る。
- (17) 敗戦直後のわが国の高等教育に遡ってリベラルアーツの重要性を説き、わが国の医療教育の問題点を抉った鴨下重彦先生(東京大学名誉教授、国立国際医療センター名誉総長、賛育会病院院長・日本学術会議第7部長)の意見にわれわれは真摯に向き合わなければならぬ。「南原、矢内原の教育の理念は、ヒューマニズムと自主独立の精神であり、その実現のためのリベラルアーツ(教養)の重視である。特に二人の大きな功績として挙げたいのは、新制大学の発足に当たり南原が旧制一高を基盤として東京大学に教養学部を作り、その初代の学部長に矢内原を据えたことである。」「最近医療事故や医師に関わる不祥事が毎日のように報じられ、医事訴訟も年々多くなって医療不信の増大を招いている。この背景には様々な要因があるが、医療側の問題の一つとしてリベラルアーツ軽視の医学教育が招いた結果ではないか、と筆者は受け止めている。」(「私が見た南原、矢内原時代」SCIENTIA 2004.4 最終号)
- (18) 「南原繁著作集」第7巻「文化と国家」(岩波書店、昭和48年)所収「大学の理念——創立記念日における演説——」pp 44–45
- (19) 同上書 pp 46–47
- (20) 同上書 pp 47–48 洞窟の鉄人・南原繁を髣髴させる一文であるが、他面、教師を語る南原には次のようなやさしい語りかけもある。「私自身かえりみて、小学・中学時代いずれも、よき教師に恵まれました。それは必ずしも円満な人格とか、該博な知識をそなえた先生という意味でなく、一般に学問や文化に対して、われわれの興味をそそり、誰に対しても心を開き、私どものわずかの才能をも認めて鼓舞激励してくれた先生たちのことです。かような先生は、自分の教課を絶えず勉強し、その内容は常に清新洗剤であります。そういう教師の真価を見分ける者は結局、生徒であります。」(「南原繁著作集」第10巻、岩波書店、昭和48年、所収「私の教育観」(1967年8月29日NHKラジオ放送) pp 144–45)
- (21) 加藤節「南原繁」(岩波新書514、1997年7月) p5
- (22) 代表鴨下重彦 幹事樋野興夫・山口周三 事務局米窪博子を核とし、計12名をもって発足した「南原繁研究会」は、第1回会合を2004年4月15日に開催した。私もメンバーの一人として、勉強を続けていきたいと考えている。なお、「南原繁研究会」趣意書は次のようにうたっている。「平和と教育の重要性が大きく呼ばれている今日、戦後の東京大学総長として、廃墟と化した日本の再建のために、平和と教育を最も大切な価値と考え、理想を高く掲げて現実に向かい、現実の中に理想を問われた南原繁先生に学ぶことは、大きな意義があると考えます。南原繁先生の取り組んでおられた命題は、今日ますます重要性を増し、先生の思想は、歴史の試練を超えて、日本の國と國民を導く理念であると考えます。まさに温故創新であります。そこで、南原繁先生没後三十年に当る本年、同信の士あい団り、「南原繁研究会」を発足させることと致しました。」
- (23) 「福田歓一著作集」第9巻「人間形成と高等教育」(岩波書店、1998年8月) p 32 本巻には南原繁の教育理念を受け継ぐ著者の人間形成と教育に関する諸論稿が収められている。

痴呆性高齢者の居住環境と個別支援のあり方が 生活の質に及ぼす影響に関する研究 —痴呆性高齢者環境配慮尺度およびKOMI理論を中心として—

菊池小百合

日本社会事業大学大学院博士前期課程

Influence on the Quality of Life and the Method of Individual Care in Cases of Senile Dementia Based on Environmental Evaluation and KOMI Theory

Sayuri Kikuchi

Japan College of Social Work Graduate School for Social Services

Summary : Chronological changes in the conditions of senile dementia in a nursing facility or a group home were evaluated in terms of residential environment and individual support in order to determine methods of effective support for senile dementia.

The Scale for Environmental Considerations for Senile Dementia was used to evaluate the influence of the environment and the KOMI theory was used to evaluate living conditions.

Residential environment influenced mild senile dementia who could live a more independent life and was effective to maintain living conditions before entrance into a home or facility.

Even the residential environment was not good, quality of life improved when senile dementia received adequate individual support.

To promote independence in senile dementia patient, it is useful to plan individual support in connection with division of responsibility (e.g. washing, cooking, cleaning, etc.)

The results of this study suggested that effective support for senile dementia can be achieved by individual support related to the residential environment and individual symptoms.

Key words : Senile dementia, Environmental scale for senile dementia, KOMI theory

要旨：特別養護老人ホームおよび痴呆性高齢者グループホームで生活を送る、痴呆性高齢者の姿を、居住環境および個別支援の視点から経年的に捉え、痴呆性高齢者に対する有効な支援のあり方を導き出した。

環境が及ぼす影響に関しては「痴呆性高齢者環境配慮尺度」を用い、個別支援に関しては個別支援実施後の入居者の姿を、KOMIチャート数値によって明らかにした。

その結果、痴呆性高齢者に対する有効な支援のあり方として、居住環境はある程度自立した生活を送る痴呆性高齢者に対して、日常の生活感覚に良好な影響を及ぼし、生活の継続性を助けるのに役立つ。しかし、たとえ環境が不充分であっても適切な個別支援が行われることにより、痴呆性高齢者の

生活の質は向上する。さらに、入居者の自立度を高める支援においては、「役割（有用感）をもつ」に関連した個別支援を計画することが有効である、等の結果が明らかとなった。痴呆性高齢者に対してはこれらの点を踏まえた支援が必要と考える。

はじめに

急速に進行する高齢社会の対応として、2000年4月に介護保険制度が導入されたが、制度の定着化に伴い新たな課題が生じつつある。すなわち要介護高齢者・痴呆性高齢者の増加とその対策である。

痴呆性高齢者に対する支援に関しては、専門的な教育を受けた介護職員の育成の必要性と、既存の集団支援から個別支援方式への転換が求められており、介護環境および介護職員の質的向上と有効な支援のあり方に対する提示が早急に求められている。

本研究においては、異なる介護支援施設における痴呆性高齢者の姿を、環境支援および個別支援の視点から経年的に捉えることで、それらが居住者の生活の質に及ぼす影響を明らかにし、痴呆性高齢者に対する有効な支援のあり方を提示することを目的とする。

I. 研究仮説

積極的な個別支援は入居者の生活の質に寄与することが示唆される。すなわち、入居者の環境および個別支援の両者が適正に併用されることにより、より良質な生活が実現可能になるものと考えられる。

その具体的な効果は以下のとおりと予測される。

仮説1) 適切な環境は痴呆性高齢者の生活の継続性を助け、生活の質的向上に影響を与えるであろう。

仮説2) KOMI理論・KOMIチャートシステムに導かれて行われる個別支援によって、痴呆性高齢者の生活の質は向上するであろう。

仮説3) 適切な環境支援と個別支援の併用によって、痴呆性高齢者の生活の質は確実に向上するであろう。

II. 研究方法

1. 痴呆性高齢者居住環境評価

(1) 痴呆性高齢者環境配慮尺度^① 50項目を用いて以下2施設の調査を行う。

・A 痴呆対応型共同生活介護（以下Aグループホームとする）

・B 特別養護老人ホーム 痴呆専門棟（以下B特別養護老人ホームとする）

調査期間：A・B それぞれ入所3カ月以内および入所1年後 現地調査実施。

2. 痴呆性高齢者に対する個別支援

(1) A グループホームおよびB特別養護老人ホーム各被験者10名に対する入居時のKOMIチャート作成。

(2) A グループホーム・B 特別養護老人ホーム介護職員に対するKOMI理論・KOMIチャートシステム^②の理解。

(3) KOMIチャートシステムを使用し、ケアプラン作成。

(4) A グループホーム・B 特別養護老人ホーム入居者に対する入居1年後のKOMIチャート作成。

(5) 入居時および入居1年次に作成されたKOMIチャートを基に、KOMIチャート認識面「本人がわかる」数値およびKOMIチャート行動面「本人ができる」数値を求め、対応のある差の検定(t検定)を行い、変化の認められた項目を導き出す。

・A グループホームでは、被験者10名の総合得点を基に検定を行う。

・B 特別養護老人ホームでは被験者10名の入居時の痴呆の進行状況が異なるため「KOMIの痴呆症スケール」^③を基に、認識面合計点数0~30を重痴呆群、31~77を軽痴呆群とし、各5名による総合得点を基に検定を行なう。

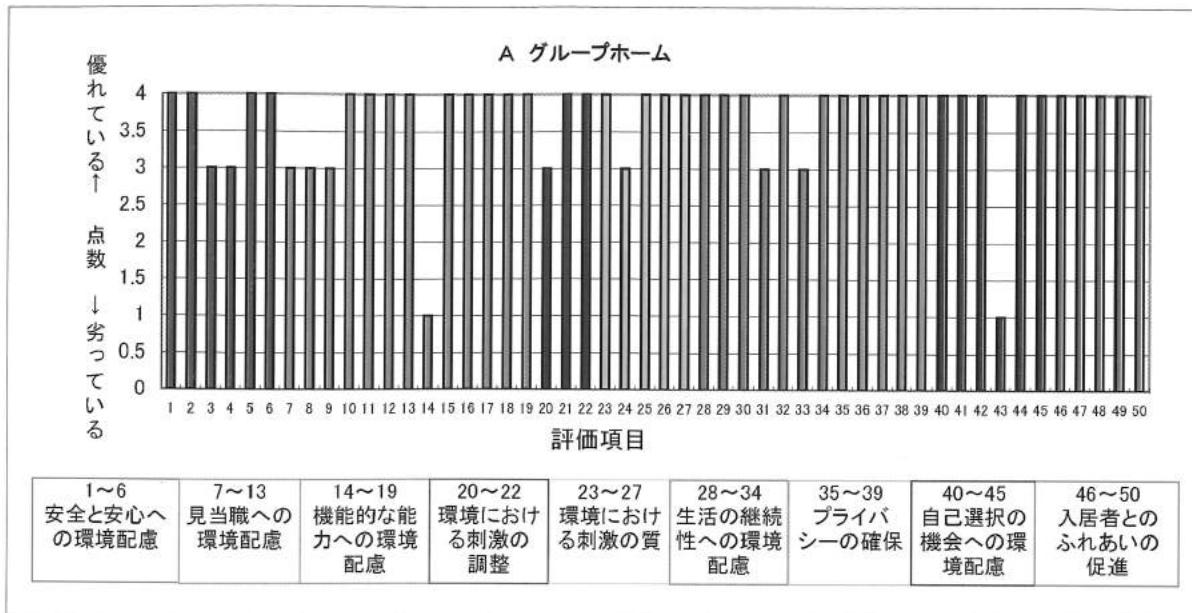
3. 居住環境配慮およびKOMI理論より導き出された個別支援実施後の痴呆性高齢者の生活の質に関する考察

III. 研究結果

1. 居住環境が“生活の質”に与える影響

(1) 痴呆性高齢者環境配慮尺度によって明らかとなった、A グループホーム・B 特別養護老人ホーム入居者の居住環境の特徴。

A グループホームにおける居住環境の特徴は、入所時より1年が経過してもほとんど変化が認められなかった。環境の特徴を図1に示す。



注)1~50項目は痴呆性高齢者環境配慮尺度項目であり、評価得点は点数として評価される。
グラフは調査結果を基に筆者が作成した。(以下同様)

図 1 A グループホーム 痴呆性高齢者環境配慮尺度評価結果

A グループホーム居住環境の主な特徴

- ① 痴呆性高齢者を入居対象として、痴呆性高齢者の身体的・心理的特徴を踏まえた上で設計、建築された家庭的な環境。
- ② 各居室が食堂を中心にクラスター状に作られている。
- ③ 入居者が食事作りを行う事を前提に台所が設けられている。
- ④ 建物は平屋建てであり、全ての部屋から外の様子を眺めることができ、開放可能な窓が設置されている。
- ⑤ 個室入居を前提とし、個人の好みに合わせ家具を持ち込む事ができる。
- ⑥ 家庭用浴槽が設けられている。
- ⑦ 庭に菜園があり野菜作りをすることができる。

B特別養護老人ホームにおいては、入所時と入所1年後を比較すると痴呆性高齢者環境配慮尺度上ハード面における変化は認められなかった。しかしソフト面（支援に関わる介護職員の創意工夫によって生み出された環境変化）においては明らかな変化が認められた。

入所時の評価結果を図2に、1年後の評価結果を図3に示す。

B 特別養護老人ホーム居住環境の主な特徴

- ① 鉄筋3階建て、居住棟は3階であり、痴呆性高齢者のみを入居対象とした建築ではなく、施設的な雰囲気が強い。
 - ② 回廊式の廊下の周りに居室が設けられ、死角になる部分が多い。
 - ③ 部屋の構造・家具類は全て同じ作りであり、個人の持ち物を持ち込むことが制限されている。
 - ④ 家庭浴槽はなく、風呂は1階特殊浴槽と同じ場所である。
 - ⑤ 台所を設けているが、鍵で管理され出入りは制限されている。
 - ⑥ トイレを各居室に設けている。
 - ⑦ 窓を開放することはできない。
- B特別養護老人ホーム 1年後変化項目
変化が認められた項目を痴呆性高齢者環境配慮尺度項目に準じて示すと以下となる。
- ① 居室やトイレを分かりやすくするためにサインや絵などの目印を用いる。
 - ② 時間的な目印となる活動を設けている。
 - ③ 居室に思い出の品や写真を飾るようにしている。
 - ④ 生活暦・興味のあることについてスタッフが情報を共有している。

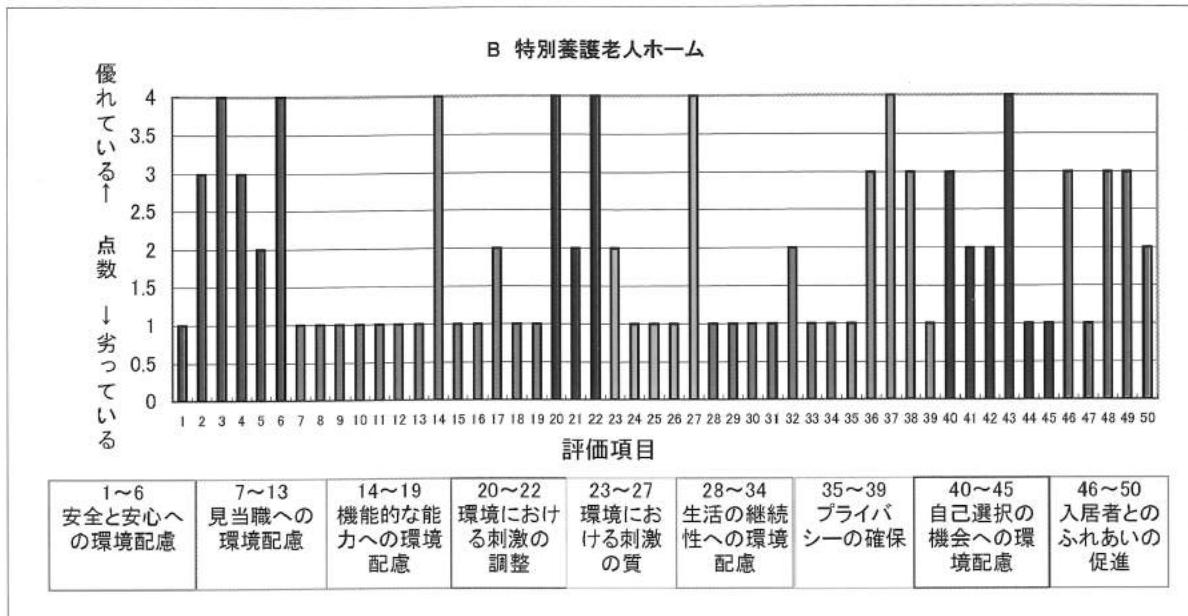


図 2 B 特別養護老人ホーム 痴呆性高齢者環境配慮尺度評価結果

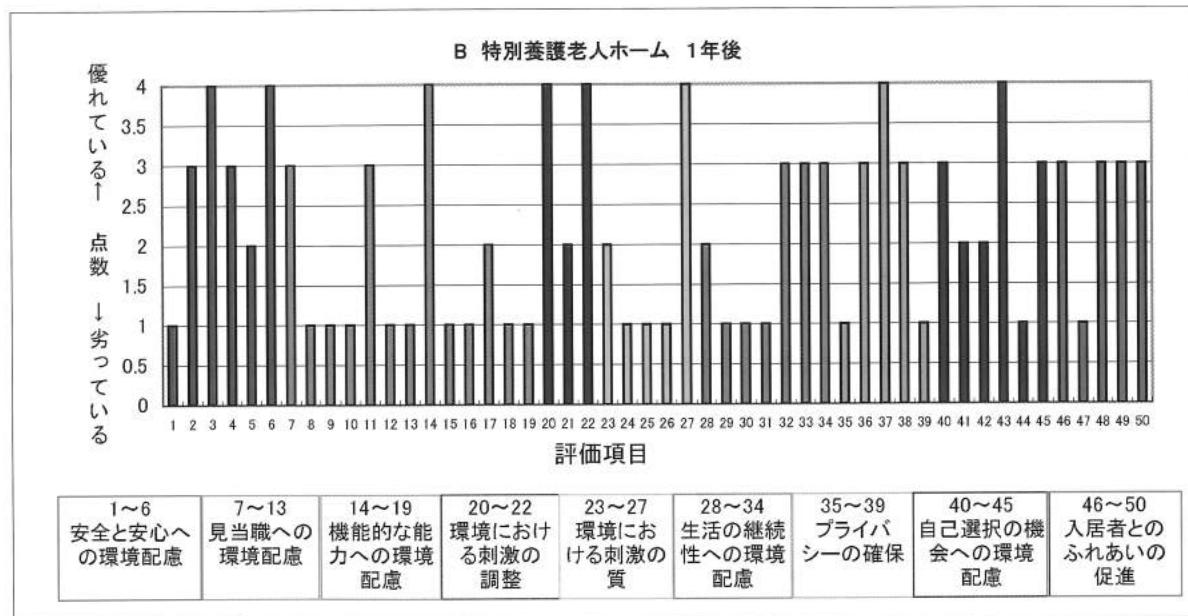


図 3 B 特別養護老人ホーム入居1年後評価結果

- ⑤ 興味を持っていたことを日常の活動の中に生かすようにしている。
- ⑥ 入居者に合わせて入浴方法、時間、温度などに配慮している。
- ⑦ 眠る時間、入浴の時間を選択できるようにしている。
- ⑧ 社会的接觸や交流を促進するさまざまなプログラムを用意している。

以上 8 項目において、評価結果の向上が認められた。

(2) 居住環境が入居者に与える影響

A グループホーム

① 家庭的な環境によって、外の景色・天候などから刺激を受け、洗濯をする・洗濯物を干す・取り入れる、散歩に行く等の行動が喚起される。

② 外出時には衣類の選択にも気を配るようにな

る等、何気ない日常生活動作を連動させる。

③ 家事、特に食事に関する行為は入居者の状態に合わせた食事作り、食後の後片付け等が可能である。

④ 入居者は協力しながら野菜を洗い、食事を作りながらの日常会話がごく当たり前の雰囲気の中できわされる。

⑤ さりげない見守りを行うことができ、入居者の主体性を尊重することができる。

B 特別養護老人ホーム

① 洗濯・食事の準備等は全て専門家の援助（介護職員・調理師など）によって行われ、入居者が自らその準備をすることはできない。

② 外の景色を眺めることのできる窓が設置されているが、建物構造によって開放することが困難である。

③ 空調設備によって室温がコントロールされているため、季節を感じる事が少ない。

④ 部屋の様子が全く同じであることにより迷いやしく、自分の部屋を認識しにくい。

B 特別養護老人ホーム 1年後

① 夜間入浴の取り組みによって入居者の姿は落ち着きを取り戻した。

② 自分の持ち物を見て、部屋を認識することができる程度可能となった。

③ 興味を持っていたことを、日常の生活の中に活かすことにより活気が生まれた。

④ 趣味が活かせる・食事の際に机を拭く等が行なえる環境を提供することによって、生活の中で役割が生まれた。

*重痴呆群に関して

① 死角となる環境において、転倒・骨折等を引き起こしていた。

2. 個別支援が生活の質に与える影響

A グループホーム・B 特別養護老人ホームにおける入所者の経年変化から個別支援が生活の質に与える影響を見ると、A グループホーム入居者全体と B 特別養護老人ホーム軽痴呆群においては共通した変化項目が認められた。一方 B 特別養護老人ホーム重痴呆群においては変化が認められない、あるいは低下を示す結果となった（表 1～4 参照）。

A グループホームおよび B 特別養護老人ホーム軽痴呆群における共通項目としては KOMI チャート「項目 11：役割（有用感）を持つ」および「項目 4：

動く」であった。

その内「項目 11：役割（有用感）を持つ」においては、認識面・行動面有意差順で程度の差はあるが、A グループホーム・B 特別養護老人ホーム軽痴呆群ともに共通して変化が認められている。

この項目は KOMI チャート第三分野（社会過程とのつながり、よりその人らしい生活を実現するのに影響する分野）を構成する要素であり、認識面・行動面とも有意差が大きい結果となった。

一方 B 特別養護老人ホーム重痴呆群では、入所中の転倒・骨折・病状悪化等のアクシデントにより、KOMI チャートにおける生活の質は低下を示していた。

IV. 考 察

1. 居住環境が“生活の質”に与える影響

A グループホームは、痴呆性高齢者を入居対象として、痴呆性高齢者の身体的・心理的特徴を踏まえた上で設計、建築された家庭的な環境であるのに対し、B 特別養護老人ホームは、痴呆性高齢者のみを入居対象とした建築ではなく、よって施設的な雰囲気の強い環境であった。

A グループホームの環境の特徴からも明らかのように、家庭的な環境は入居者の何気ない日常生活動作を連動させる効果がある。

しかし、たとえ環境が不十分であっても、個人が興味を持っていた事等が行える環境を整えることで、痴呆性高齢者環境配慮尺度による居住環境の評価は向上を示した。

すでに建築された大型施設の環境を建物構造そのものから変えることはほとんど不可能である。しかし、その環境の中でどのような目的を持って介護を行なうかによって、痴呆性高齢者の生活の姿は変化する事が明らかとなった。

一方、重痴呆群入居者の入所一年後の姿は明らかに低下を示した。その要因のひとつと考えられるのは、死角となる環境（広い回廊式の廊下）がある。低下を示した入居者のほとんどが徘徊中に転倒を引き起こし、それによって生命力の幅の低下をも引き起こしていた。死角となる場がなく、常に介護職員の目が行き届く環境であれば転倒を予防できていた可能性がある。

以上に示したように「仮説 1：適切な環境は痴呆性高齢者の生活の継続性を助け、生活の質的向上に

影響を与える」ことが明らかになった。しかし、その環境の中で本質的に重要とされるのは、支援の目的・対象を明確にすることで、環境を含めた適切な支援の方法を策定することにあると考えられる。

2. 個別支援が“生活の質”に与える影響

KOMI チャート数値の経年変化をみると、軽痴呆群および重痴呆群では異なる結果となった。すなわち、A グループホーム全体と B 特別養護老人ホーム軽痴呆群においては類似した結果となり、B 特別養護老人ホーム重痴呆群では全く異なる結果となった。よって、個別支援に関する考察は軽痴呆群・重痴呆群に分けて行う。

(1) A グループホーム・B 特別養護老人ホーム軽痴呆群に関して

A グループホーム・B 特別養護老人ホームにおける入所者の経年変化から個別支援が生活の質に与える影響を見ると、KOMI チャート「項目 11：役割（有用感）を持つ」において共通した変化が認められた。その要因として以下があげられる。

A グループホーム

① 日常生活の中で家事を実際に行うよう働きかけることで、自分の仕事という意識が生まれ、共同生活の中での役割が生まれている。

② 小規模生活によって得られた効果として、認識面において「なじみの関係」ができ上がり、相手に対する思いやりの気持ちが生まれている。

③ 行動面においては個室入居により好みの部屋に演出することができ、「自分の部屋」という意識とともに現在の居住場所が自分にとって安定した空間となっている。

④ 個人の生活暦を介護職員が把握し、それを生活の中に取り入れるよう意識的なかかわりが行なわれている。

B 特別養護老人ホーム軽痴呆群

① 実際に家事を行う行為は限られているが、介護職員は個人の持てる力を評価し、生活の中で役割が持てるよう働きかけを行っている。

② 食事の時間に向けておしほりを絞る、机を拭く、食後の机拭き、床掃除をする等によって、協力し合う姿勢や役割を分担する姿勢が生まれている。

③ 各個人の生活暦から「入所前の趣味を取り入れたケアプラン」を立案し、計画的に支援を行っている。

これらの意識的かつ計画的な支援は、日中の活動

を促し生活における変化を作り出している。

次に、認識面での共通項目「項目 4：動く」に関しては、認識面のみにおいて共通した変化が現れている結果となった。

A グループホームと同様、認識面においては変化が現れているにもかかわらず、B 特別養護老人ホームにおいては行動面に変化が現れておらず、行動が伴っていない結果となった。その要因として以下があげられる。

A グループホーム

① 住まいの外に自由に入り出しができる環境があり、さらに介護職員がその様子を視野にとどめることができる。

② 入所者の希望にあわせて乗用車に乗って買い物・ドライブあるいは散歩が頻繁に計画されている。

B 特別養護老人ホーム軽痴呆群

① 住まいの外に自由に入り出しができる環境はなく、乗用車やバスに乗って行動することも困難な状況にある。

② 介護職員に対して入所者の割合が明らかに多く、個人の希望に合わせて散歩等を計画することは困難である。

B 特別養護老人ホームでは「動きたい」という意欲・意思があり、できる動作や作業は自分の力でやりたいと思っていてもその行為は限られる。こうした背景が行動面における向上を阻害しているものと推察される。

以上、KOMI チャートによる経年変化によって明らかとされた共通項目は「役割（有用感）」および「動く」であった。そして「できる動作や作業は自分の力でやりたいと感じ、そこに役割が生まれる」ことから、この両者は密接に連動していると考えられる。

KOMI チャートによって導き出された個別支援、すなわち「役割（有用感）が持てる個別支援」を行なったことで役割を持つ生活が生まれ、KOMI チャートにおける生活の質が向上していることは、こうした個別支援が痴呆性高齢者の生活の質を高める結果として有効であることを示している。

(2) B 特別養護老人ホーム重痴呆群に関して

B 特別養護老人ホーム重痴呆群に関しては、KOMI チャートの経年変化によっても明らかなように入所時と比べて明らかな変化は認められず、むし

る低下を示す入所者の姿があった。こうした事例は「痴呆の進行状況を考慮した援助の必要性」を示唆している。すなわち、自立度のある程度高い軽痴呆群においては、グループホーム同様自立度を尊重する支援が必要と考えられる。一方、重痴呆群においては軽痴呆群に比べ持てる力が限られていることから「生活の安全性に配慮した環境作り」や「きめ細やかな支援」が必要といえる。そして、こうした支援を具体化するためには人員配置を充分に考慮することが必要になると考えられる。

(3) まとめ

以上に示したように、自立度を尊重する支援方法として最も有効とされたものが「役割（有用感）」が持てるケアであった。

そして「仮説2：KOMI理論・KOMIチャートシステムによって導き出された個別支援を行なうことにより、痴呆性高齢者の生活の質が向上する」ことが明らかとなった。ただし、重痴呆群に関しては、痴呆の進行状況にあわせた安全確保を重視した上で個別支援が必要と考えられる。

3. 居住環境と個別支援が“生活の質”に与える影響

本研究では、A グループホーム・B 特別養護老人ホームの居住環境を痴呆性高齢者環境配慮尺度によって評価したことにより、環境が痴呆性高齢者に与える影響が明らかとなり、また、KOMIチャートによって入居者の姿をとらえることで、生活者としての痴呆性高齢者の現在の姿を客観的に把握することができた。

得られた結果を入居者の支援に反映させた結果、「仮説3：適切な環境支援と個別支援が行われることにより、入居者の生活の質が向上する」ことは本研究事例からも明らかであり、本研究で行った「支援計画立案までの流れ」は入居者の質的向上に貢献するものと考えられる。

V. 結論

これまで明らかとなった点を踏まえ、痴呆性高齢者に対する有効な支援のあり方の提示をすると共に、本研究に対する限界、今後の課題について述べる。

1. 痴呆性高齢者に対する有効な支援のあり方

(1) これまで明らかとなった点は以下であり、痴呆性高齢者に対してはこれらの点を踏まえた支援が

必要と考える。

① 居住環境は日常の生活感覚に影響を及ぼし、ある程度自立した生活を送ることのできる痴呆性高齢者に対して、生活の継続性を助けるのに役立つ。

② 特に軽痴呆群入所者に対する環境配慮においては、より日常の生活感覚を得ることのできる家庭的な環境が必要である。

③ 居住場所は、入所後の自分の新たな居場所と認識できるよう、可能な限り入所前の個人の持ち物等によって、使い慣れた馴染みの環境に整えるべきである。

④ たとえ環境が不十分であっても適切な個別支援が行われることにより、痴呆性高齢者の生活の質は向上する。

⑤ 個別支援の視点は、自立した生活がある程度可能な軽痴呆群入居者においては、本人のできる部分・現在の持てる力を十分に活用し、自立度を高める支援が必要である。

⑥ 軽痴呆群入居者の自立度を高める支援においては「役割（有用感）をもつ」に関連した個別支援を計画することが有効である。

⑦ 自立した生活を送ることが困難な重痴呆群の高齢者に対しては、徘徊・異食等問題行動によって生じる危険を回避するために、死角となる場所を改善するよう環境を整える必要がある。

⑧ 重痴呆群の高齢者に対しては興味を持つ活動・場所に対してはとどまる傾向があるため、興味をひく日中の活動を計画することが必要である。

⑨ 重痴呆群の高齢者に対しては、介護職員がその個人を視野にとどめることができない小規模な環境、生活暦を配慮した装飾品、活動内容を配慮するなど、落ち着いた雰囲気を出すことが重要である。

⑩ 重痴呆群高齢者の個別支援においては、衣・食・排泄ほか生活の基本的な部分の支援を行なうとともに、軽痴呆群に比べ持てる力が限られているが、残された持てる力に視点をあわせた具体的な支援を計画することが必要である。

施設で生活を送る痴呆性高齢者の居住環境はさまざまである。しかし、限られた環境の中においてもKOMI理論のケアに対する視点、および環境配慮の視点を取り入れ応用方法を検討し、実践に移行していくことが必要と考えられる。

2. 本研究の限界

居住環境については環境配慮尺度により2つの異

なる環境が明らかとなったが、目的の異なる居住場所を対象とし、さらに対象場所がそれぞれ1箇所のみであったことから、グループホーム・特別養護老人ホームの一般的特徴にまで言及することは困難であった。

個別支援においては入所時における痴呆の程度が統一されておらず、そのためデーター数に限界が生じてしまった。痴呆の程度がある程度一定な高齢者を対象とし、経年変化について調査が行われていればさらに詳細な経年変化が導き出されていた可能性も否定できない。

3. 本研究の今後の課題

(1) 居住環境に対して、サービスの種類が同じ複数の居住場所で改めて調査を行い同様の結果が導き出されるのか検証を行う必要があるのではないか。

(2) 個別支援が行なわれた結果を KOMI チャート「本人がわかる・本人ができる項目」数値について t 検定により導き出したが、対象事例数を増やした上で再度検証の必要性があるのではないか。

(3) グループホーム・特別養護老人ホーム軽痴呆群では、個別支援において特に「役割（有用感）を持つケア」が重要であることを述べたが、環境の異なる中で生活を送る痴呆性高齢者に同様の変化を認めることができるので改めて検討したい。

謝 辞

本論文は、平成 15 年度日本社会事業大学大学院修士論文を集約したものであり金井一薰教授の指導によるもので深謝いたします。

なお、本研究を行うに当たりご多忙の中ご協力いただいたのは浅間山を美しく眺めることのできる A グループホームと、施設の裏に茶畑の広がる B 特別養護老人ホームの皆様である。

ご協力いただいた入所者の皆様に感謝申し上げるとともに、入所者の方に家庭的な環境、支援を提供することに努力を惜しまない A グループホームの創設者 A 氏はじめ、管理者として高齢者のケアにあたっておら

れる A 氏・Y 氏、さらにスタッフの皆様、また、限られた環境の中で良いケアを提供しようと日々努力しておられる B 特別養護老人ホームの皆様、特に T 氏 K 氏に多忙な中ご協力いただいたことに、心から感謝申し上げます。

参考文献・引用文献

- 1) 児玉桂子ほか：「痴呆性高齢者環境配慮尺度の尺度化と有効性」、痴呆性高齢者環境配慮尺度の開発と有効性に関する長期的評価研究、平成 11 年度～平成 12 年度科学技術研究費補助金 基盤研究 (B) (1)研究成果報告書、2001, 57-92.
- 2) 金井一薰：KOMI チャートシステム・2001、現代社、2001。（KOMI 理論理解の為の学習は、平成 15 年度ナイチンゲール研究所主催 看護研修セミナー・ファーストステージ全 120 時間を受講。セミナー受講により、KOMI 理論・KOMI チャートシステムを総合的に、論理的に学ぶことができる。）
- 3) 金井一薰：「KOMI の痴呆症スケール」とスタンダードケアプラン・2001、KOMI 理論研究会、2001.
- 4) ユリエル・コーヘン / ジェラルド・D・ワインズマン著・岡田威海監訳・浜崎裕子訳、老人性痴呆症のための環境デザイン 症状緩和と介護をたすける生活空間づくりの指針と手法、彰国社、2000.
- 5) エリザベス・ブローリィ著・浜崎裕子訳、痴呆性高齢者のためのインテリアデザイン 自立を支援するケア環境づくりの指針、彰国社、2002.
- 6) 児玉桂子編：高齢者居住環境の評価と計画、中央法規、1998.
- 7) 徳田哲夫、児玉桂子編：福祉機器と適正環境、中央法規、1998.
- 8) 金井一薰：ケアの原型論、現代社、1998.
- 9) 金井一薰：KOMI チャートシステム・2001、現代社、2001.
- 10) 金井一薰：「KOMI 理論と KOMI チャートシステム」講義録、株式会社ケア情報システムズ、2002.
- 11) 松下正明・金川克子監修：個別性を重視した痴呆性高齢者のケア、医学芸術社、2002.
- 12) 永田久美子ほか：痴呆性高齢者グループホームにおける外部評価（東京センター方式）の目指すものと課題、日本痴呆ケア学会誌、2(2) : 262-268 (2003).

資料

1. KOMI チャート項目

① 「項目 11：役割（有用感）をもつ」の 5 つの細目

認識面：1) 自分は誰かわかる。2) 自分史・おいたちを覚えている。

3) 相手のことを思いやる気持ちがある。4) 自分の事は自分で決定しようと思う。

5) 家族や社会の中で自分の役割がある。

行動面：1) 家族や親族に支えられている。2) 自分にとって安定した（心休まる居場所を持っている。3) 周囲に特定の（特に行き来のある）友人・知人がいる。

4) 今やりたいこと、打ち込みたいものに取り組んでいる。

5) 社会との接点を持っている（家庭以外にも居場所を広げて生活している）。

② 「項目 4：動く」の 5 つの細目

認識面：1) 日常の全ての動作に痛みや苦痛を感じない（苦痛など何もない）。

2) 動きたいという意欲・意思がある。3) 健康にとって運動や作業が大切であると思う。4) できる動作や作業は自分の力でやりたいと思う。5) 今、自分の行動が自他を過度に消耗させたり、危害を加えたりしないと自覚している（徘徊・閉じこもり・自傷や他傷行為などが見られない）

行動面：1) 身体の一部でも動かすことができる。2) 寝床の上で楽な姿勢や動作が困難なく自由に取れている。3) 室内では自力で困難なく自由に動いている。

4) 住まいの外（家屋周囲）に、困難なく自力で自由に出入りしている。5) 乗用車やバスに乗って、自力で自由に行動している。

2. KOMI チャート経年変化

表 1 A グループホーム入居者の認識面の変化

認識面	前 mean ± s.d	後 mean ± s.d	t 値	p 値
①	4.05 ± 1.11	4.30 ± 0.64	-1.52	0.16
②	4.59 ± 0.41	4.70 ± 0.35	-1.67	0.13
③	5.92 ± 1.11	6.10 ± 0.94	-1.28	0.23
④	3.90 ± 0.87	4.30 ± 0.76	-2.68	0.03
⑤	4.29 ± 0.73	4.33 ± 0.62	-0.67	0.52
⑥	4.09 ± 0.88	4.20 ± 0.92	-0.94	0.37
⑦	3.75 ± 1.14	4.06 ± 1.01	-2.46	0.04
⑧	4.27 ± 0.91	4.28 ± 0.89	-1.00	0.34
⑨	3.87 ± 0.35	3.92 ± 0.39	-1.63	0.14
⑩	4.95 ± 0.16	4.97 ± 0.10	-1.00	0.34
⑪	3.28 ± 0.45	3.44 ± 0.48	-2.75	0.02
⑫	2.29 ± 1.09	2.56 ± 1.07	-2.70	0.02
⑬	2.40 ± 1.23	2.59 ± 1.11	-1.74	0.12
⑭	2.24 ± 1.09	2.26 ± 1.08	-1.50	0.17
⑮	2.64 ± 0.99	2.77 ± 1.07	-1.49	0.17
全体（計）	56.53 ± 8.14	58.78 ± 7.78	-4.82	0.00

P<0.05

表 2 A グループホーム入居者の行動面の変化

行動面	前 mean ± s.d	後 mean ± s.d	t 値	p 値	
①	3.61 ± 0.70	3.64 ± 0.67	-1.00	0.34	n.s.
②	3.33 ± 0.41	3.47 ± 0.26	-1.95	0.08	n.s.
③	7.27 ± 0.86	7.20 ± 1.24	0.36	0.73	n.s.
④	3.21 ± 0.29	3.40 ± 0.16	-2.35	0.04	n.s.
⑤	3.82 ± 0.82	3.93 ± 0.79	-1.82	0.10	n.s.
⑥	3.36 ± 1.09	3.52 ± 1.10	-1.61	0.14	n.s.
⑦	3.50 ± 1.18	3.64 ± 0.96	-1.25	0.24	n.s.
⑧	3.20 ± 1.23	3.26 ± 1.26	-0.66	0.53	n.s.
⑨	4.43 ± 0.21	4.42 ± 0.26	0.20	0.85	n.s.
⑩	5.00 ± 0.00	5.00 ± 0.00			n.s.
⑪	2.28 ± 0.72	2.47 ± 0.75	-2.27	0.05	
⑫	2.40 ± 0.73	2.78 ± 0.80	-4.04	0.00	
⑬	1.26 ± 0.87	1.55 ± 0.91	-1.83	0.10	n.s.
⑭	0.68 ± 0.51	0.94 ± 0.83	-2.05	0.07	n.s.
⑮	1.54 ± 0.54	1.76 ± 0.76	-1.52	0.16	n.s.
全体(計)	48.89 ± 7.28	50.98 ± 7.28	-3.65	0.01	

P<0.05

表 3 B 特別養護老人ホーム入居者 軽痴呆群 認識面

認識面	前 mean ± s.d	後 mean ± s.d	t 値	p 値	
①	2.98 ± 0.74	3.26 ± 0.53	-2.42	0.07	n.s.
②	3.64 ± 0.88	4.02 ± 0.71	-1.71	0.16	n.s.
③	4.74 ± 0.90	5.76 ± 0.87	-4.02	0.02	n.s.
④	3.28 ± 0.78	3.90 ± 1.10	-2.82	0.05	n.s.
⑤	4.04 ± 0.46	4.18 ± 0.41	-2.33	0.08	n.s.
⑥	4.18 ± 0.59	4.46 ± 0.58	-3.81	0.02	n.s.
⑦	3.18 ± 1.31	3.36 ± 1.19	-0.64	0.56	n.s.
⑧	3.64 ± 1.52	4.10 ± 1.30	-1.77	0.15	n.s.
⑨	3.30 ± 0.64	3.72 ± 0.33	-2.30	0.08	n.s.
⑩	4.60 ± 0.89	4.84 ± 0.36	-1.00	0.37	n.s.
⑪	2.62 ± 0.82	3.12 ± 0.60	-2.99	0.04	
⑫	1.80 ± 0.91	2.24 ± 0.86	-2.27	0.09	n.s.
⑬	1.06 ± 1.08	1.88 ± 1.45	-2.46	0.07	n.s.
⑭	0.94 ± 0.26	1.50 ± 0.38	-4.22	0.01	n.s.
⑮	1.88 ± 1.37	2.36 ± 1.41	-2.42	0.07	n.s.
全体(計)	45.88 ± 11.69	52.70 ± 10.84	-6.29	0.00	

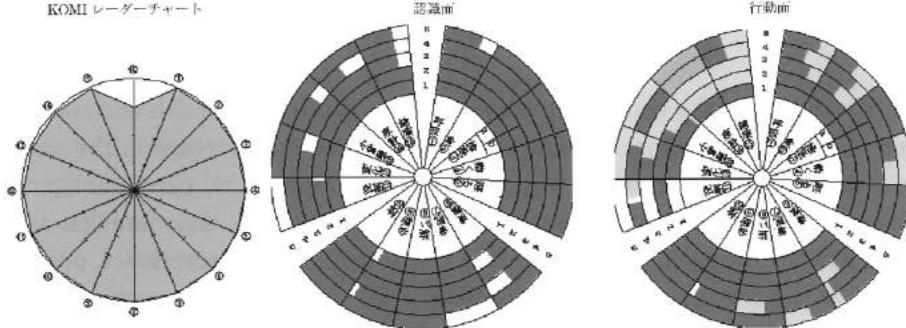
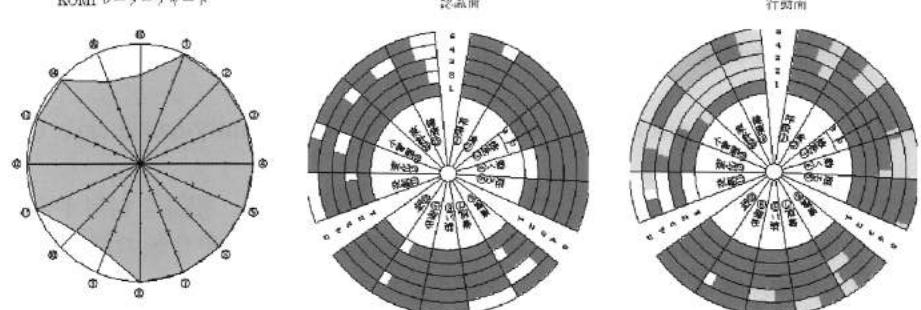
P<0.05

表 4 B 特別養護老人ホーム入居者 軽痴呆群 行動面

行動面 項目	前 mean ± s.d	後 mean ± s.d	t 値	p 値	
①	2.08 ± 0.37	2.16 ± 0.47	-1.37	0.24	n.s.
②	1.94 ± 0.13	2.46 ± 0.49	-2.65	0.06	n.s.
③	6.68 ± 0.86	7.48 ± 0.66	-2.49	0.07	n.s.
④	3.04 ± 0.09	3.04 ± 0.09			n.s.
⑤	3.50 ± 0.40	3.92 ± 0.80	-1.64	0.18	n.s.
⑥	2.74 ± 1.19	2.96 ± 0.74	-0.47	0.66	n.s.
⑦	2.58 ± 1.22	3.02 ± 1.17	-0.84	0.45	n.s.
⑧	2.22 ± 1.31	2.94 ± 1.25	-1.97	0.12	n.s.
⑨	3.68 ± 0.91	4.32 ± 0.35	-2.01	0.12	n.s.
⑩	4.74 ± 0.58	4.96 ± 0.09	-1.00	0.37	n.s.
⑪	1.32 ± 0.40	2.16 ± 0.11	-6.16	0.00	
⑫	1.26 ± 0.63	2.02 ± 0.90	-2.01	0.11	n.s.
⑬	0.08 ± 0.13	0.40 ± 0.26	-3.49	0.03	n.s.
⑭	0.00 ± 0.00	0.66 ± 0.64	-2.31	0.08	n.s.
⑮	1.08 ± 0.83	1.36 ± 0.78	-2.01	0.11	n.s.
全体（計）	36.94 ± 7.52	43.86 ± 7.62	-3.86	0.02	

P<0.05

3. KOMI チャート事例

入所一年次 KOMI チャート
KOMI レーダーチャート入所時 KOMI チャート
KOMI レーダーチャート

宮城県北部地域在住のコミュニケーション 障害者に対する相談支援

原 修一^{*1} 加藤ますみ^{*2} 坂本由郁^{*2}
吉原 孝^{*2} 大友昭彦^{*3}

^{*1}臨床福祉専門学校 言語聴覚療法学科

^{*2}宮城県 栗原保健福祉事務所

^{*3}特別養護老人ホーム山王

Community-based Counseling Services for Communication Disorders in Northern Area of Miyagi Prefecture

Shuichi Hara^{*1}, Masumi Kato^{*2}, Yuka Sakamoto^{*2},
Takashi Yoshihara^{*2} and Akihiko Otomo^{*3}

^{*1}Department of Speech-Language Pathology, Clinical Welfare College

^{*2}Kurihara Health and Welfare Office, Miyagi Prefecture

^{*3}Sannou Special Nursing Home

Summary : We report on the counseling services promoted by the health and welfare office in the northern area of Miyagi Prefecture. Counseling services were performed in the patient's house or in the living areas of public institutions with a public health nurse and care managers. Thirty-two Japanese community-living patients with speech-language disorders, their families, and care service staff participated in the counseling services. We also report the characteristics, problems, and services of two cases who participated in the counseling. We consider that a community-based communication disorder care program and psychological support system are needed to allow good follow-up of the patients and their families, and an educational program for care service staff or community residents should be produced to clarify the characteristic problems corresponding to and associated with communication disorders.

Key words : Communication disorders, Counseling service, Community-based care, Case study

要旨：我々は宮城県北部地域にて実施している言語相談事業の特徴、相談を利用するコミュニケーション障害者の特性について症例と共に報告し、言語相談事業の意義や今後の課題について考察した。相談は障害者の自宅、在住市町村の保健センター、在宅介護支援センター等において、利用者の家族や利用者を担当する介護支援専門員、介護職員、市町村保健師および県保健福祉事務所担当職員

別刷請求先：原 修一 〒177-0045 東京都練馬区石神井台3-35-21 臨床福祉専門学校言語聴覚療法学科

Reprint requests to : Syuichi Hara, Department of Speech - Language - Hearing, Clinical Welfare College, 3-35-21,

Shakujidai, Nerima-ku, Tokyo 177-0045, Japan Tel : 03-5910-3711

Fax : 03-5910-3766 E-mail : Harashu@rinshofukushi.ac.jp

の同席のもとで実施された。言語相談は、障害者本人の持っているコミュニケーション上の問題点を明らかにしコミュニケーション方法の改善や工夫をすることで、コミュニケーションの範囲だけでなく生活の範囲を拡大できる可能性があること、家族やケア関連職員が障害者本人の状況や具体的なコミュニケーション方法についての情報を理解・共有することにより、家庭や施設ケアにおいて本人に対しても細かく、統一したコミュニケーション上の対応やサービスが可能となることが、当言語相談の意義として考えられる。一方、継続した指導効果のチェック方法等の検討や失語症友の会の設立等により障害者や介護に関連するスタッフをサポートするシステム作りが急務である。

キーワード：コミュニケーション障害、言語相談、地域ケア、事例検討

緒 言

介護保険による在宅高齢者に対するサービスの整備や、平成16年度の診療報酬改定により、老人保健施設や特別養護老人ホーム等でのデイサービスや訪問によるコミュニケーション障害を持つ利用者に対しての言語聴覚士(ST)が行う地域サービスは徐々に増加している^{1,2)}。しかし病院外来や在宅にて言語聴覚療法のサービスを受けたくても受けられずに生活しているコミュニケーション障害を持つ者が多く存在することが推測され³⁾、特にコミュニケーション障害に対する何らかの在宅サービスの整備は急務と考えられる。

宮城県では地域リハビリテーション支援体制整備事業の一環として、平成5年度より専門スタッフ派遣特別支援事業を実施し、県施設所属または県内在住の言語聴覚士が在宅のコミュニケーション障害を持つ者に対し、個別指導、集団指導、関連職種へのカンファレンス等により支援を行っている。著者らは、平成13年7月より平成15年9月までに、宮城県内3カ所の保健福祉事務所管内において、言語相談事業を経験した。本稿では、言語相談事業の特徴および言語相談の利用症例の紹介と、言語相談事業の意義について考察する。

言語相談事業について

1. 言語相談の流れ

言語相談事業は、各市町村保健師や介護支援専門員、介護にかかる職員等から県保健福祉事務所を経由してSTに依頼される(図1)。相談前に、相談利用をする言語障害者(利用者)の年齢、診断名、発症年月日、介護状況、相談内容について記入された相談依頼票(図2-1)が市町村保健師や介護支援専門員によって作成され、STは本票とともに相談

を実施する。相談は、利用者の自宅、在住市町村の保健センター、在宅介護支援センター等において、利用者の家族や利用者を担当する介護支援専門員、介護職員、市町村保健師、および県保健福祉事務所担当職員の同席のもとで、1時間から1時間半の間で実施される。相談では利用者の言語障害の現症評価や訓練法の指導、訓練に利用できる教材や社会資源の紹介を行う。相談実施後は、利用者を担当する介護支援専門員、ケア関係者、市町村保健師、県保健福祉事務所職員を交えたカンファレンスを実施し、STは利用者とのコミュニケーションの取り方や今後の利用者における問題点とそれに対する対応を指導し、相談時における疑問点について意見交換を行う。さらに後日、相談・指導の報告として、STが相談内容の記録票(図2-2)を保健福祉事務所に送付する事になっている。

2. 相談利用者の初回相談時の特性

前記の実施期間中に、32名の言語障害者(男性19名、女性13名、平均年齢65.8歳)に対し、計43回の相談を実施した。相談利用者の初回相談時の特性を表1に示す。利用者の主とする障害の内訳は、失語症17名、運動性構音障害14名、遂行機能障害1名であった。発症から初回相談日までの期間は、1年未満が11名、1年~3年が7名、3年以上が14名であった。5名(15.6%)は言語聴覚士によるSTの既往があったが、すべての相談利用者は、現在はSTを実施していないかった。介護保険による利用サービスは、通所介護、通所リハビリテーション(デイケア)または訪問看護を、それぞれ7名(21.9%)が受けている。何らかの要介護認定を受けているが、相談時に介護保険等によるサービスを受けていない者は5名で、要介護度は介護度1が1名、介護度2および介護度4が各2名であった。言語障害者のその他の特性や、コミュニケーション上の問

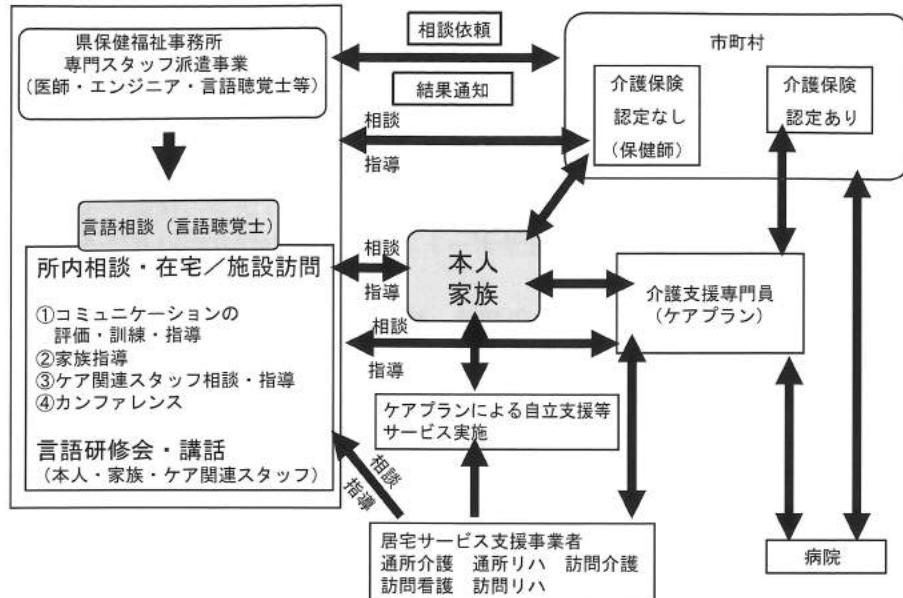


図 1 言語相談事業の流れ

題点および、相談に対するニーズは、別稿（印刷中⁴⁾）に記した。

症 例

当言語相談事業を利用した症例を提示する。

症例 1：男性 79 歳、妻と二人暮らし

診断名：脳梗塞

発症：平成 14 年 3 月

初回相談実施：平成 14 年 7 月

ADL 状況：入浴は一部介助、移動他の ADL はほぼ自立

要介護認定：介護度 2

言語療法実施歴：なし

初回相談内容・主訴（妻）：何を言いたいのかこちらで考え聞いているが、わからないことが多い。例えば「ラジオが…」「あれあれ」などをちょっとした拍子で途中まで言えるが、その後が続かない。また、妻が言ったことを理解していないことがある。「うんうん」と返事をして言わわれていることはわかっているように見えるが、質問に対して変な答えが返ってきたりする。

ST 所見：表情に乏しく、ほんやりした印象があり、意識レベルの軽度低下が推察された。感覚性タイプの失語症を認めた。喚語困難、新造語、ジャargon を認め、全体的に発話内容は意味不明であったが、発話内容を検討すると、仕事の内容（大工）や

仕事で協力していた会社名、今不安なこと（郵便局での年金受け取り）が主となっているようであった。理解面については、ST からの質問内容と違う返事をして混乱する場面が多く見られたが、質問の重要な部分を漢字や仮名で書いたり、過去に仕事で建てた建物のパンフレットを利用しながら質問・会話をすると、症例の質問に対する理解が良好となり、同時に ST も症例の発語内容の理解も容易となった。書字は氏名が自発で可能、住所は県と郡までを ST が書いて示すと、その途中から完成することが可能であった。その他の諸検査は課題理解困難のため実施不可であった。失語症重症度評価尺度⁵⁾は 1 と判断された。

指導内容：症例は相談時点では発症からおよそ 4 カ月であり、言語機能のその後の改善は期待できる段階であった。前述の通り文字やパンフレット等の絵・写真を手がかりにするとコミュニケーションが取りやすくなることより、妻が症例とコミュニケーションをとる方法として、1) 重要なことは言葉だけでなく、文字や絵を利用しながら理解させる、2) 日常的に症例との共通する話題作りを行い、その内容から症例が言いたいことを推測する、3) 2) に関連することや、新聞中の興味のある話題をノートに貼り付け、そのノートをコミュニケーションノートとして携帯し、コミュニケーションの際に、症例はノートを利用しながら話す、家族や介護職員側は、

(様式第2-①号)

地域リハビリテーション相談票（初回用）

相談者氏名	生年月日	M.T.S.H	年	月	日	才	男・女																					
住所																												
診断名 (障害名)		医療機関		主治医																								
既往歴	現在の状態（ここ1年の状況を含む）																											
現病歴（発症からの経過）	<table border="1"> <tr><td>日</td><td>項目</td><td>自立度</td></tr> <tr><td>常</td><td>移動（車椅子・徒歩）</td><td>自立・見守り・一部介助・全介助</td></tr> <tr><td>生</td><td>起居・移乗</td><td>自立・見守り・一部介助・全介助</td></tr> <tr><td>活</td><td>食事</td><td>自立・見守り・一部介助・全介助</td></tr> <tr><td>の</td><td>排泄</td><td>自立・見守り・一部介助・全介助</td></tr> <tr><td>状況</td><td>入浴</td><td>自立・見守り・一部介助・全介助</td></tr> <tr><td></td><td>更衣</td><td>自立・見守り・一部介助・全介助</td></tr> </table> <p>特記事項※必要に応じ家庭の見取り図添付</p>							日	項目	自立度	常	移動（車椅子・徒歩）	自立・見守り・一部介助・全介助	生	起居・移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	活	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	の	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	状況	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助		更衣	自立・見守り・一部介助・全介助
日	項目	自立度																										
常	移動（車椅子・徒歩）	自立・見守り・一部介助・全介助																										
生	起居・移乗	自立・見守り・一部介助・全介助																										
活	食事	自立・見守り・一部介助・全介助																										
の	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助																										
状況	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助																										
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助																										
家族構成																												
家族状況（主な介護者等）																												
要介護認定 介護度（ 身体障害者手帳 有（ 級）・無	現在利用しているサービス		使用中の福祉機器等																									
本人および家族の希望・困っていること・思い等 本人：			主治医からのコメント																									
家族： ()																												
相談内容	<input type="checkbox"/> 身体機能に関すること <input type="checkbox"/> 日常生活動作に関すること <input type="checkbox"/> 介護負担に関すること <input type="checkbox"/> 障害受容に関すること <input type="checkbox"/> 福祉用具・住環境に関すること <input type="checkbox"/> その他																											
担当者氏名																												

図 2-1 相談票

(様式第5号)

リハビリ事業	OT・PT派遣事業	専門スタッフ派遣事業	
ケース記録用紙			
市町			
氏名	相談日	平成 年 月 日	場所
【相談内容・所見等】			
【指導内容】			
【今後の方針】			
氏名			

図 2-2 記録票

開いたページやノートを示しながら症例の発話内容を推測するよう指導した。また、見当識の維持を目的に、カレンダーに病院受診日等の予定を書いて日常的にスケジュールの管理を自分でするようにし、言語訓練としてそれを読むように指導した。

第2回相談（平成14年11月）：

生活状況と初回相談後の変化（市町村保健師からの報告）：言葉が出やすくなり、コミュニケーションがとりやすくなっている。自宅ではカレンダー上のディケアに行く日に印を付けている。自分から伝えたいことや興味のあることは関連する新聞等の切り抜きを用意・持参してディケア等にて話す。週3回利用のディケアは様々な人に声をかけられるので、行くのを心待ちにしている。1日の生活リズムも確立し、自立した生活を送れるようになってきている。要介護度は2から1へ変更になった。

所見：初回相談時と比較して、喚語困難は改善し、標準失語症検査（SLTA）の呼称課題は20問

中12問（60%）が正答。誤答中には語性錯語、新造語を認めた。相談時に、仕事で表彰を受けた際のプログラムや会場のパンフレットおよび表彰時の写真を持参し、症例はこれらの資料を示しながら表彰をうけた理由や表彰時の様子、会場のある街の様子等の説明を行った。STからの質問に正確に返答し、聴覚的理解低下に伴うコミュニケーションのすれ違いは少なくなった。症例の説明もST側が内容をほぼ理解でき、初回相談時の発語内容における情報の乏しさは改善された。失語症重症度評価尺度は2で、初回時と比較して失語症は改善していると判断された。

指導内容：引き続き文字や絵（写真）などの資料を利用しながらコミュニケーションをとること、カレンダーでスケジュール管理をすることを行っていくよう指導した。資料は昔のものだけでなく、現在の写真や大相撲の勝敗など、新聞の中で興味を示したものを取り抜き、ノートに貼り、それをディケア

表 1 相談利用者（32名）の特性

性別	男性, (%)	19 (59.4)
	女性	13 (40.6)
年齢	平均 (SD)	66.8 (11.4)
	50代以下, 名 (%)	7 (21.8)
	60代	13 (40.6)
	70代	6 (18.8)
	80代	6 (18.8)
原因疾患	脳梗塞, (%)	15 (46.9)
	脳出血	9 (28.1)
	その他の脳血管障害	5 (15.6)
	パーキンソン症候群	2 (6.2)
	ALS	1 (3.1)
発症からの期間	平均年数 (SD)	4.7 (5.1)
	1年未満, 名 (%)	11 (34.3)
	1~3年	7 (21.9)
	3年以上	14 (43.8)
障害	失語症, 名 (%) ^{1) 2)}	17 (50.0)
	タイプ	
	Broca失語	5 (29.4)
	その他非流暢性 ¹⁾	6 (35.3)
	Wernicke失語	1 (5.9)
	伝導失語	1 (5.9)
	健忘失語	2 (11.8)
	全失語	2 (11.8)
	重症度 ³⁾	
	軽度	2 (11.8)
	中等度	6 (35.3)
	重度	5 (29.4)
	最重度	4 (23.5)
	運動性構音障害, 名 (%) ²⁾	14 (37.5)
	発語明瞭度 ⁴⁾ 段階 2	9 (64.3)
	段階 3	4 (28.6)
	段階 4	1 (7.1)
	遂行機能障害, 名 (%)	1 (3.1)
介護度	介護度 1, 名 (%)	4 (12.5)
	介護度 2	6 (18.8)
	介護度 3	4 (12.5)
	介護度 4	4 (12.5)
	介護度 5	5 (15.6)
	認定なし(自立・要支援・未申請)	5 (15.6)
	申請中	5 (15.6)

1) うち1名は遂行機能障害を合併する。 2) 各1名は、嚥下障害を合併する。

3) Goodglass ら⁵⁾による。 4) 福迫ら⁶⁾による。

に持参することで話題作りの材料や日記の代わりになると考えた。また、症例が昔行っていた仕事（大工）を思い出させるような話題作りや、完成することで本人に自信をもたせ「できること」を増やしていく目的で、木工細工など作業療法的課題をディケアに導入することをサービス担当職員へ提案した。

症例 2：53 歳 男性 妻、長男の三人暮らし
診断：1) 左被殻出血、2) 右橋出血

発症：1) 平成 6 年 8 月、2) 平成 12 年 8 月

初回相談実施：平成 14 年 7 月

ADL 状況：入浴・衣類着脱・起居動作は全介助、排泄・移動は一部介助

要介護認定：介護度 3

言語療法実施歴：なし

初回相談内容・主訴（本人）

「もっとはっきりしゃべりたい」「流涎が無くなると良い」「食べ物を自分で買いに行きたい」「銀行に行きたい」

ST 所見：右側顔面・舌に麻痺による非対称性、右口角部の軽度麻痺、舌の運動範囲制限を認め、右の口角からの流涎を認める。粗ぞう性発声、軽度開鼻声、運動性構音障害を認め、発語明瞭度^⑥は 2 (時々わからない言葉がある)。失語症は認めない。流涎のため、マスクを常にしている。嚥下は水飲みテスト等の検査は実施せず、家庭での食事の様子を聴取したが、半固体のもの、またはとろみ付けをしている食事形態のものを中心に摂っており、明らかな誤嚥は認めないとのことであった。

指導内容：流涎を減少させる事、それによりマスクをはずし外出や買い物に行きやすくすること、構音をより明瞭にすることを目的に、耳下腺、頸下腺、皮膚のアイスマッサージ法^⑦を指導した。また、嚥下反射を誘発しやすくするために、食前に氷水をつけた綿棒を用いて咽頭や舌の奥をマッサージするよう、その方法を指導した。構音に関しては、短文の音読用の書籍（構音訓練のためのドリルブック^⑧）の紹介、および新聞記事の音読を指導した。

第2回相談（平成 14 年 11 月）：

生活状況と初回相談後の変化（介護支援専門員からの報告）：前回の相談後、皮膚のアイスマッサージを続けている。本人は流涎の量が減っていると言うが、減っていないようにも感じる。マスクはまだはずせないでいる。

ST 所見：相談中は、とくに流涎を認めなかった。発語の明瞭度は 2 (時々わからない言葉がある) であり、その他発声・発語機能も初回相談時と比較して明らかな変化はない。

指導内容：今回は流涎の改善を中心に指導した。流涎を認めるのは、1) アイスマッサージの効果が食間時などでやや薄れる時、2) 疲労感や体調不良があるとき、3) 何か他のことに夢中になっているため、口腔内の唾液を飲み込む事を忘れている時、等が考えられ、さらに症例の右側口角や舌の麻痺、運動範囲制限、口腔内の感覺障害により唾液を無意識のうちに飲み込むことができないことが考えられたため、前回指導のアイスマッサージの継続に加え、以下の 4 点の指導を実施した。

1) 唾液を意識的に飲み込むこと（唾液が口腔内にたまってきたな、と感じたら意識的に飲み込む）。

2) 飲食の際にも、一度口腔内にためて飲み物の温度を感じること。ただし、口腔内に入れる量を少なめにし、「むせ」に注意すること、熱いものに注意すること。

3) 流涎予防のための口唇の筋力増強訓練として、舌圧子や割り箸を口唇の間にはさんで引っ張る、上下に押す、またはストローの先端の穴をふさいで吹く（または吸う）練習を行う。

4) 口腔内の感覺を高めるために、口腔内や歯肉のブラッシングを歯磨き時などに行う。

第3回相談（平成 15 年 3 月）

生活状況と初回相談後の変化（介護支援専門員からの報告）：流涎を減少させる目的の耳下腺、頸下腺、皮膚のアイスマッサージ、および構音の訓練は 1 日 2 回実施している。流涎は認めない。2 月に嘔気、構音障害の悪化を認めたため、近院へ入院したが、CT 検査等にて異常が見つからなかったため、3 日後に退院した。

ST 所見：平成 14 年 7 月・11 月の相談時と大きな変化はないが、声量の増大を認めた。

指導内容：アイスマッサージ、構音訓練、流涎の処理・口唇の筋力増強訓練を継続的に実施するように指導した。まだマスクがはずせないでいるため、流涎を認めなくなっていること、声量が増大していることを説明し、春過ぎを目標にマスク無しで店へ買い物に行き、買いたいものを店員に話せるようになることを提案した。

考 察

1. 言語相談事業実施の意義

言語相談事業を実施した地域の言語障害者を取り巻く状況として、医療機関に入院して言語聴覚療法を受けられない、または受けられても退院後の継続が難しいことがあげられる。本稿の対象地域の中でもST所属施設が平成15年3月まで全く無い地域があり、言語相談の参加者に仙台市内の病院へ入院し急性期に言語聴覚療法を受ける機会があったが、退院後に遠距離および通うための交通手段が無いため継続して訓練を受けることができず、訓練希望がありながら相談時までサービスを全く受けていないという例、数年前に受けた言語訓練の内容を無目的に継続している例が存在した。

現在の地域リハサービスにおけるコミュニケーション障害に対するサービスとして、地域保健センターや患者会（失語症友の会）等で開催されているグループ訓練や、ディサービスの中でのコミュニケーションに対する訓練があげられるが、これらの訓練方法は訓練者1に対して障害者多数という状況が大部分であり、しかも参加者のコミュニケーション障害も様々であるため訓練効果を参加者全員に行き届くように努力はするものの、個々の障害や問題点に対応した訓練プログラムに基づいた個別訓練と比較すると、十分な訓練効果の提供という面では限界がある。よって、失語症グループ、構音障害グループといったような訓練グループの細分化や、グループ訓練と個別訓練の組み合わせなど、参加者個々に働きかける援助を行うことが重要と考える²⁾。本稿の言語相談事業は、障害者本人が相談を通じてコミュニケーション方法の改善や工夫をすることが、コミュニケーションの範囲だけでなく生活の範囲を拡大できることや、病院等における言語聴覚療法の既往がある者に対しても、現在のコミュニケーション面の評価を行うことで、障害者が自動的に行っている訓練内容の修正や正確な指導が可能になると見える。さらに当言語相談では、家族や介護に関連するスタッフ個々が抱える問題点にもそれぞれ対応することで、家族やケア関連職員が障害者本人の状況や具体的なコミュニケーション方法についての情報を理解・共有することが可能である。以上より、障害者本人に個別に援助ができることで、本人が持っている問題点を明らかにし、コミュニケーション

上の「できる能力」をより引き出すことが可能となり、これにより本人が自信を持ってコミュニケーションを取る環境が整備できること、かつ、家族や介護スタッフも、家庭や施設ケアにおいて本人に対してより細かく、統一したコミュニケーション上の対応やサービスが可能となることが、当言語相談の意義として考えられる。

なお、言語相談を希望した症例は前述の2症例のように、年齢は幅広く、相談内容も言語障害だけでなく流涎などの言語障害の周辺に存在する症状までと幅広いものである。また、さらに相談時間は1時間半までと短く、その時間の中で評価と指導をしなければならず、評価は観察とスクリーニング程度の検査による評価しかできない。よって、障害者本人の言語症状をその時間内で鑑別するための観察力および鑑別のための基準を検査者自らが持っている必要があると考える。一方、本人の発症から初回相談を実施した期間を見ても、回復期に相当する者、発症から数年が経過している者までさまざまであり、回復期では障害者本人と家族や介護スタッフがどのようにコミュニケーションをとったらよいかが、発症から長期経過の障害者に対しては、全体的なコミュニケーションへの改善への期待感や、再評価によるケアの方向性の再検討を行うことがニーズとして増えることが予測される⁴⁾。中谷ら⁹⁾は介護保険におけるサービス提供をする際の要介護者や家族のニーズの記述やケアプランの提示には、特定の言い回しや専門用語からの脱皮をはかり、要介護者や家族と同じ目線でコミュニケーションを進めていくことが重要と述べている。以上より障害者本人や家族、介護スタッフからのニーズを限られた時間の中で十分聴取すること、ニーズを相談者自身の言葉で記録することが重要であることを示している。これらに加え、正確な評価に基づいたコミュニケーション上の問題点とニーズに基づいた指導内容を、障害者本人や家族、介護スタッフ等に対し、わかりやすい表現で説明していくことが重要であると考える。

2. 今後の課題

当言語相談では、前述の2症例のようにできるだけ同一症例をモニタリングして、発声発語機能の改善の有無や、初回相談で指導した訓練等の内容をチェックする形を取っているが、言語相談を2回以上継続して可能であった者は9名（28.1%）と少なかった。継続して言語相談ができなかつた主な理由

として、障害者本人の入院、本人の相談の拒否、家族が就職して連絡が取れない等の本人および家族側の要因等が考えられる。また、言語相談は保健福祉事務所管内の相談利用者の自宅や相談利用者が居住する市町村の保健センター、居宅サービス事業者の施設へ移動して行うことにより、1日あたり3名から4名の相談しか受けられないといった言語相談事業自体が持つ物理的要因がある。よって、相談実施後の指導内容実施の継続性の評価などは、現在のところは介護担当職員や市町村の保健師等に依頼せざるをえないと考えられる。そこで今後の課題として、介護担当職員を対象とした失語症に関する知識・対応方法の教育、コミュニケーション障害の簡易評価法の開発、相談を受けた症例の指導・訓練法のデータベース化による情報の共有等が考えられる。一方、障害者本人・家族のコミュニケーション機会の増加や心理的サポートを目的として、地域住民を対象とした会話パートナー¹⁰⁾の養成、電話やインターネットの利用によりいつでも利用可能な言語相談システムの開発、失語症友の会等の言語障害者をサポートするシステム作りが不可欠と言える。宮城県内では、県内各地の失語症友の会や失語症者に関連する職種の連携を目的として、宮城県失語症地域連絡会（水輪の会）が平成15年より活動を開始している。これらの会と連携を取りつつ、各圏内をサポートするシステム作りをしていくことも当面の課題と考える。

結 語

宮城県内にて実施している言語相談事業の現状を、症例とともに紹介し、その意義、問題点を考察した。言語相談事業の効果として、障害者本人がコミュニケーション方法の改善や工夫をすることで、コミュニケーションや生活の範囲を拡大できること、および、家族やサービス担当職員が障害者本人の状況やコミュニケーション方法についての情報を理解・共有することで障害者への統一した対応が可能となることが考えられた。福祉サービスが利用者主体のものとなった現在、利用者のニーズに十分対

応する介護サービスの提供が必要である。今後も言語障害者のニーズにあった各種サービスがさらに充実することが望まれる。

謝 辞

言語相談事業に参加された皆様、ならびに言語相談事業に御協力いただきました、県・市町村等関係者の皆様に深謝申し上げます。なお、当稿の一部は第3回日本言語聴覚士協会総会・学術集会（2002年・郡山）、及び第62回日本公衆衛生学会総会（2003年・京都）第1回臨床福祉研究学術集会（2004年）で発表した。

参考文献

- 1) 朝倉哲彦、浜田博文、種村 純ほか：失語症全国実態調査報告. 失語症研究, 22: 241-256, 2002.
- 2) 小林久子、田村洋子、中村やすほか：地域福祉・保健施設における言語障害者へのサービスの実態：言語聴覚士に対するアンケート調査. 機能言語学研究, 17: 86-91, 2000.
- 3) 塚田賢信、宇野園子、神山政恵ほか：地域福祉・保健施設におけるSTサービスの利用者実態調査. 失語症研究, 21: 236-241, 2001.
- 4) 原 修一、加藤ますみ、坂本由郁ほか：地域在住の成人コミュニケーション障害者に対する相談支援－相談利用者の特性とコミュニケーション上の問題点、ニーズの検討－. 公衆衛生, 69: 2005 (印刷中).
- 5) Goodglass H, Kaplan E (笛沼澄子, 物井寿子訳) : 失語症の評価, 15, 32, 医学書院, 東京, 1975.
- 6) 福迫陽子、物井寿子、辰巳 格：麻痺性（運動障害性）構音障害の話しことばの特徴－聴覚印象による評価－. 音声言語医学, 24: 149-164, 1983.
- 7) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版, 107, 医歯薬出版, 東京, 1998.
- 8) 日本音声言語医学会言語委員会口蓋裂言語小委員会・機能性構音障害小委員会（編）：構音訓練のためのドリルブック, 協同医書出版, 東京, 1995.
- 9) 中谷久恵、島内 節、泉宗美恵ほか：保健師と訪問看護師が捉えた在宅ケアマネジメントのニーズに関する研究. 日本地域看護学会誌, 5: 50-55, 2002.
- 10) 吉畠博代、本多留実、長谷川純ほか：失語症会話パートナー養成カリキュラムのガイドラインに関する試案. 広島県立保健福祉大学誌. 人間と科学, 3: 105-121, 2003.

Caspase-3-dependent Induction of Apoptosis in Methylmercury-intoxicated Rat Cerebellar Granule Cells

Tetsu Tsukamoto^{*1}, Yukiko Fujii^{*2}, Kazuo Nagashima^{*2} and Seikan Suzuki^{*3}

^{*1}Ebetsu City Hospital, Department of Pathology

^{*2}Hokkaido University, School of Medicine, Department of Pathology

^{*3}Clinical Welfare College, Preclinical Medicine Division

Summary : We have previously reported that apoptosis-related proteins involved to specific cell death of cerebellar granule cells in methylmercury-intoxicated rat. In this study, cerebellar granule cells are isolated by using LASER-aided micro dissection to exclude the effect of adjacent cells and real-time RT-PCR with DNA-binding fluorescent dye SYBR green was performed.

Expression of mRNA was studied for zic-1 as a marker for cerebellar granule cells, calbindin D of Purkinje cells, glial fibrillary acidic protein of astrocyte which showed a difference in micro-alley analysis, phospholipid protein of myelin, bcl-2 and caspase-3 which relate to molecular mechanism of apoptosis. Expression of housekeeping gene β -actin was studied as an internal control.

Our result showed caspase-3 expression had been augmented until 18th day when apoptosis was observed and ceased at 19th day, besides, bcl-2 expression decreased uniformly until apoptosis was observed. Apoptosis in methylmercury-intoxicated rat cerebellar granule cells was suspected to be induced via caspase-3-dependent process.

Key words : Caspase-3, Apoptosis, Methylmercury, Cerebellar granule cells

メチル水銀中毒ラットの小脳顆粒細胞における アポトーシスのカスパーゼ3依存性誘導

塚本 哲^{*1} 藤井幸子^{*2} 長嶋和郎^{*2} 鈴木晟幹^{*3}

^{*1}江別市立病院・臨床病理科

^{*2}北海道大学医学部・病理学講座

^{*3}臨床福祉専門学校・基礎医学研究室

要旨：メチル水銀中毒ラットの小脳顆粒細胞の特異的細胞死にアポトーシス関連蛋白質が関わっていることを以前に報告したが、今回は周辺の細胞の影響を除くために小脳顆粒細胞をレーザーマイクロダイセクションによって単離し、DNA 結合蛍光色素の SYBR グリーンを用いたリアルタイム RT-PCR を行った。

mRNA の発現は小脳顆粒細胞のマーカーとして zic-1, プルキンエ細胞として calbindin D, マイク

別刷請求先：塚本 哲 〒067-8585 江別市若草町6 江別市立病院臨床病理科

Reprint requests to : Tetsu Tsukamoto, Department of Pathology, Ebetsu City Hospital, Wakakusacho 6, Ebetsu 067-8585, Japan

Tel, Fax : + 81-11-382-8312 e-mail : aaj12280@pop21.odn.ne.jp

ロアレイ分析で違いのみられたアストロサイトとしてグリア線維性酸性蛋白、ミエリン磷脂質蛋白、アポトーシスの分子機構に関連する bcl-2 と caspase-3、内部標準として常に発現されている β -アクチンの発現を調べた。

Caspase-3 の発現はアポトーシスの観察された 18 日目まで増強し、19 日目で終わった。一方、bcl-2 の発現はアポトーシスが見られるまで一様に減少した。メチル水銀中毒ラットの小脳顆粒細胞でのアポトーシスは caspase-3 依存性経路を介して誘導されることが考えられた。

キーワード：カスパーゼ 3, アポトーシス, メチル水銀, 小脳顆粒細胞

Materials and methods

1. Methylmercury-intoxicated rat

Eight-weeks old Wistar King Aptekma Hokkaido (WKAH) male rats were orally intoxicated with 4mg/kg/day of methyl mercuric chloride and sacrificed at the 11, 15, 18 and 19th days. Cerebellar tissue was divided for paraformaldehyde fixation for light microscopy, and embedded with OCT compound followed by rapid freezing in liquid nitrogen-cooled isopentane and kept at -80°C until gene expression study, and directly kept at -80 °C for Western blot analysis.

2. Light microscopy

HE, KB and Bodian stainings and TUNEL method were performed. Immunohistochemical stainings were performed with antibodies to GFAP, PLP, NF, MRF-1 and beta-APP.

3. Gene expression study of cerebellar granule cells after LASER-aided micro dissection

a. Frozen section of the cerebellum

OCT compound-embedded frozen cerebellar tissue was cut into slices with 8 micrometer of thickness and attached to membrane film slide glasses and kept at -40 °C. In usage, methanol fixation and toluidine blue staining were performed. TUNEL method was performed simultaneously to decide loci of sampling to study for gene expression.

b. LASER-aided micro dissection

A Laser Scissors pro 300 workstation (Cell Robotics, New Mexico, USA) was used for sampling of targeted cerebellar cells. Cells are excised with the membrane film by ultraviolet LASER (wavelength 337 nm) (LASER pressure cell transfer).

This method prevents heat degeneration of RNA as seen in infrared LASER since no heat production occurs by ultraviolet LASER.

c. RNA extraction and DNase digestion

RNA extraction from cerebellar granule cells was performed with acid-guanidine phenol chloroform (AGPC) method.

RNA from the normal cerebellum was extracted with RNeasy Mini Kit (Qiagen, California, USA) after homogenization with a rotor-stator homogenizer. Treatment with DNase was performed with DNase-Set (Qiagen) to remove genomic DNA in the column. Further digestion with DNase-1 (Invitrogen, California, USA) was performed after extraction.

First-strand cDNA was synthesized with SuperScript II RNase H-reverse transcriptase (Invitrogen) with Oligo (dT) 12-18 as a primer.

Primer sequence data complementary to rat beta-actin, GFAP, calbindin D, zic-1, PLP, bcl-2 and caspase 3 were obtained from GeneBank. Former three primers (PCR product 70-80 base pairs, Tm 65.8-67.3) were designed with Primer Express version 1.5 software (Applied biosystems, California, USA) and latter three primers (PCR product 100-150 base pairs, Tm 65-67.5) were designed with TaqMan (Applied biosystems, California, USA).

The optimal concentrations for each primers were semi-quantitatively studied with final concentration of 50 nM, 300 nM and 900 nM.

Real-time PCR was performed with GeneAmp 5700 Sequence Detection System with 30 cycles of amplification. Relative copy number in total mRNA is detected. Gene-expression rates were calculated as rates between the target gene and

housekeeping gene.

Results

The apoptosis of cerebellar granule cells detected by TUNEL method was not detected until 15th day and detected at the 18th day. Numerous apoptotic cells were found at the 19th day.

Semi-quantitative real-time RT-PCR showed that the expression of caspase-3 increased until 18th day and reduced to 1/11 at the 19th day. Apoptosis-suppressing gene bcl-2 was reduced in its expression since 11th day and not detected after 19th day.

The expression of PLP, which was reduced on a micro-alley, did not show significant difference, zic-1 showed a slight reduction. GFAP showed a significant augmentation at the 19th day, which was consistent with the result obtained with a micro-alley. Calbindin D was not detected (Figure).

Discussion

The involvement of apoptotic process in cerebellar degeneration due to methyl mercury is previously reported¹⁾. The cerebellar granule cells

(CGC) exposed to methyl mercury showed marked nuclear pyknosis. DNA fragmentation into multiples of approximately 200-base pair fragments, which is typical for apoptosis, was observed. Those results show that the degeneration of CGC by exposure to alkyl mercuric compounds involves an apoptotic process.

To exclude interferences by contamination of adjacent cells beside CGC in studying molecular mechanisms of apoptosis, we have isolated CGC by the aid of LASER micro dissection and studied for various mRNA transcriptions relating to the apoptotic process with real-time RT-PCR. As a result, the apoptosis of CGC first detected at the 18th day by TUNEL method. The expression of caspase-3 increased until apoptosis occurs and reduced rapidly thereafter. Apoptosis-suppressing gene bcl-2 was reduced in its expression since 11th day and not detected after 19th day.

Increment in caspase (cysteine-aspartate protease) activity is reported, for human T-lymphocytes treated 16 hours with methyl mercuric chloride, activation of caspase-8, -9, and -3 along with increased expression of caspase-8 and -9 was observed²⁾, both

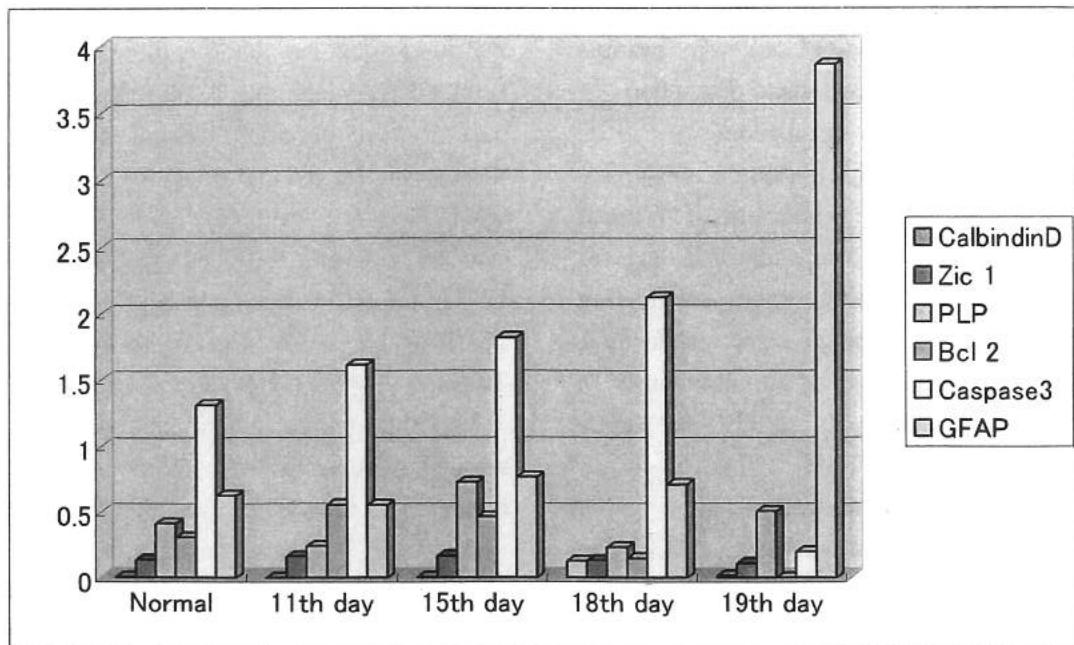


Fig. Relative transcription intensities of each gene. The longitudinal scale shows the ratio to the housekeeping gene as a control.

mercuric chloride (inorganic) and methyl mercuric chloride (organic) were capable of activating the caspase cascade, as evident by cleavage of poly (ADP-ribose) polymerase in human T-lymphocytes³, a relatively low concentration (500 pmol/l) of methyl mercury, microglia had induced cell death accompanied by DNA fragmentation and an activation of caspase-3-like protease. Methyl mercury-induced microglial death was significantly suppressed by the caspase-3-like protease inhibitor benzyloxycarbonyl-Try-Val-Ala-Asp-fluoromethyl-ketone indicating the occurrence of caspase-3-like protease-executed apoptosis⁴. Decrement of expression of suppressive factor for apoptosis, bcl-2, is reported in a study on human T-lymphocytes, mercuric chloride induces a significant elevation in the bcl-2 content of T-cells ; in contrast, T-cells treated with methyl mercuric chloride did not exhibit altered levels of bcl-2³.

Abundant evidence supports a role for mitochondria in regulating apoptosis. Specifically, it seems that a number of death stimuli target these organelles and stimulate, by an unknown mechanism, the release of several proteins, including cytochrome c. Once released into the cytosol, cytochrome c binds to its adaptor molecule, Apaf-1, which oligomerizes and then activates pro-caspase-9. Caspase-9 can signal downstream and activate pro-caspase-3 and -7. The release of cytochrome c can be influenced by different Bcl-2 family member proteins, including, but not limited to, Bax, Bid, Bcl-2, and Bcl-X (L). Bax and Bid potentiate cytochrome c release, whereas Bcl-2 and Bcl-X (L) antagonize this event⁵.

Methyl mercury in high concentration has a direct toxicity to the cells, however, a study of C6 glioma cells, exposed in the 10 nmol/l to 10 micromoles/l range, apoptosis was the only detectable mode of cell death within this concentration range. The developmental neurotoxicity caused by low dose, long-term exposures, such as those of food origin must not be ignored⁶.

In vitro exposure of primary cultures of rat CGC to methyl mercury resulted in a time-and

concentration-dependent cell death. Within 1 hr exposure, methyl mercury at 5-10 micromoles/l caused impairment of mitochondrial activity, de-energization of mitochondria and plasma membrane lysis, resulting in necrotic cell death. Lower methyl mercury concentrations (0.5-1 micromole/l) did not compromise cell viability, mitochondrial membrane potential and function at early time points. Later, however, the cells progressively underwent apoptosis and 100% cell death was reached by 18 hr treatment⁷.

Some studies argue that apoptotic process is not caspase-dependent, caspase-activated DNase. Methyl mercury (1 micromole/l) and hydrogen peroxide (50 micromoles/l), induce translocation of apoptosis-inducing factor (AIF) from the mitochondria to the nucleus in CGC, only colchicine triggers the activation of caspases. This result suggest that, in absence of caspase activity, AIF translocation could be a key event leading to apoptosis⁸. In human astrocytoma D384 cells, lysosomal rupture was detected after short methyl mercury-exposure (1 micromole/l, 1 h) in cells maintaining plasma membrane integrity. Disruption of lysosomes was also observed after hydrogen peroxide exposure (100 micromoles/l, 1 h), supporting the hypothesis that lysosomal membranes represent a possible target of agents causing oxidative stress. The lysosomal alterations induced by methyl mercury and hydrogen peroxide preceded a decrease of the mitochondrial potential. At later time points, both toxic agents caused the appearance of cells with apoptotic morphology, chromatin condensation, and regular DNA fragmentation. However, methyl mercury and hydrogen peroxide stimulated divergent pathways, with caspases being activated only by hydrogen peroxide. The caspase inhibitor z-VAD-fmk did not prevent DNA fragmentation induced by hydrogen peroxide, suggesting that the formation of high-molecular-weight DNA fragments was caspase independent with both methyl mercury and hydrogen peroxide. Lysosomal hydrolytic enzymes may act as executor factors in D384 cell

death induced by oxidative stress⁹⁾.

Doses of methyl mercury ranging from 0.1 micromoles/l to 1.5 micromoles/l, caused apoptosis. Nevertheless, caspase-3-like activity was not significantly induced, and the broad caspase inhibitor Z-VAD-FMK was not capable of protecting the cells. This argues for a minor role of caspases in the intracellular pathways leading to methyl mercury-induced cell death in CGC. Instead, proteolytic fragments obtained by specific calpain cleavage of procaspase-3 and alpha-fodrin were increased consistently in samples exposed to methyl mercury, pointing to a substantial activation of calpain. Notably, two antioxidants, 17-beta-estradiol (10 micromoles/l) and the delta (8, 9)-dehydro derivative of 17-alpha-estradiol J811 (10 micromoles/l), protected from methyl mercury damage¹⁰⁾. Microtubule stabilization by taxol did not prevent methyl mercury-induced delayed apoptosis of CGC. Similarly ineffective were the caspase inhibitors z-VAD-fluoromethylketone and z-DEVD-chloromethylketone, the L-type calcium channel inhibitor nifedipine, the calcium chelator EGTA and BAPTA, and the NMDA receptor antagonist MK-801. On the other hand, insulin-like growth factor-I partially rescued CGC from methyl mercury-triggered apoptosis⁷⁾.

Multiple factors are involving for the apoptotic process of CGC under the exposure to methyl mercury; some factors seem to be independent from the pathway via caspases. No matter what is the truth, isolation of targeted cells from the tissue specimen, not of cultured cells, with an aid of LASER micro dissection and real-time RT-PCR would be favorable methods to study various biological phenomena.

References

- 1) Nagashima K, Fujii Y, Tsukamoto T et al : Apoptotic process of cerebellar degeneration in experimental methylmercury intoxication of rats. *Acta Neuropathol.*, 91 : 72–77, 1995.
- 2) Shenker BJ, Pankoski L, Zekavat A et al : Mercury-induced apoptosis in human lymphocytes : caspase activation is linked to redox status. *Antioxid Redox Signal.*, 4 : 379–389, 2002.
- 3) Shenker BJ, Guo TL, Shapiro IM : Mercury-induced apoptosis in human lymphoid cells : evidence that the apoptotic pathway is mercurial species dependent. *Environ Res.*, 84 : 89–99, 2000.
- 4) Nishioku T, Takai N, Miyamoto K et al : Involvement of caspase 3-like protease in methylmercury-induced apoptosis of primary cultured rat cerebral microglia. *Brain Res.*, 871 : 160–164, 2000.
- 5) Robertson JD, Orrenius S : Molecular mechanisms of apoptosis induced by cytotoxic chemicals. *Crit Rev Toxicol.*, 30 : 609–627, 2000.
- 6) Belletti S, Orlandini G, Vettori MV et al : Time course assessment of methylmercury effects on C6 glioma cells : submicromolar concentrations induce oxidative DNA damage and apoptosis. *J Neurosci Res.*, 70 : 703–711, 2002.
- 7) Castoldi AF, Barni S, Turin I et al : Early acute necrosis, delayed apoptosis and cytoskeletal breakdown in cultured cerebellar granule neurons exposed to methylmercury. *J Neurosci Res.*, 59 : 775–787, 2000.
- 8) Fonfria E, Dare E, Benelli M et al : Translocation of apoptosis-inducing factor in cerebellar granule cells exposed to neurotoxic agents inducing oxidative stress. *Eur J Neurosci.*, 16 : 2013–2316, 2002.
- 9) Dare E, Li W, Zhivotovsky B et al : Methylmercury and H₂O₂ provoke lysosomal damage in human astrocytoma D384 cells followed by apoptosis. *Free Radic Biol Med.*, 30 : 1347–1356, 2001.
- 10) Dare E, Gotz ME, Zhivotovsky B et al : Antioxidants J811 and 17-beta-estradiol protect cerebellar granule cells from methylmercury-induced apoptotic cell death. *J Neurosci Res.*, 62 : 557–565, 2000.

がんの補完代替医療としてのサメ軟骨

七戸和博^{*1} 菅沼（清水）眞澄^{*1} 佐藤健司^{*2}
ムワナタンブエ ミランガ^{*3} 鈴木晟幹^{*4}

^{*1}日本医科大学医学部 ^{*2}京都府立大学人間環境学部,
^{*3}国立感染症研究所ハンセン病リサーチセンター ^{*4}臨床福祉専門学校・基礎医学研究室

Anti-cancer Effect of the Shark Cartilage for the Complementary and Alternative Medicine

Kazuhiro Shichinohe^{*1}, Masumi Shimizu-Suganuma^{*1}, Kenji Sato^{*2},
Milanga Mwanatambwe^{*3} and Seikan Suzuki^{*4}

^{*1}Nippon Medical School, Tokyo, Japan, ^{*2}Kyoto Prefectural University, Kyoto, Japan

^{*3}National Institute of Infectious Diseases, Tokyo, Japan

^{*4}Clinical Welfare College, Preclinical Medicine Division, Tokyo, Japan

Summary : The effect of shark cartilage on tumor growth and survival time was investigated using cancer-bearing mice. Male ddY mice, 4 weeks of age, were fed orally about 1 g/kgBW of shark cartilage contained in a commercial rodent food, MF (Oriental Yeast Inc. Tokyo, Japan). Ehrlich ascites cancer cell line (K strain) were implanted subcutaneously in mice after 3-weeks preloading of the diet. Tumors reached an average diameter of 3cm within 5 weeks in the untreated group and 50% of the animals died within 7 weeks, whereas all the treated mice still survived at this time. The shark cartilage suppressed tumor weight by 30% and also inhibited mice weight loss by 20% as compared with controls at 7 weeks, without detectable signs of side effects. All of the untreated mice died within 10 weeks but 20% of mice fed with the shark cartilage still survived at 15 weeks after implantation. Expansion of the vascular network is essential for solid tumor to grow and inhibition of tumor-related angiogenesis may provide an effective way to prevent tumor development. Shark cartilage is known to contain a strong inhibitor of angiogenesis. The present mouse model study suggested that oral treatment of the shark cartilage suppressed tumor growth and had macrobiotic effect by anti-angiogenetic factors in this mouse model.

Key words : Shark cartilage, Anti-cancer effect

要旨 :がん治療における補完代替医療の一例として、サメ軟骨の抗がん作用について、動物実験により科学的検証を行った。マウスを2群に分け、一方には齧歯類用一般飼料を、他方にはサメ軟骨粉末1%含有飼料を自由摂取させ、予備飼育した後、エールリッヒ腹水がん細胞をマウスの鼠径部皮下

別刷請求先：七戸和博 〒113-8602 文京区千駄木1-1-5 日本医科大学実験動物施設

Reprint requests to : Kazuhiro Shichinohe, Department of Laboratory Animal Science, Nippon Medical School, 1-1-

5 Sendagi, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8602, Japan

Tel : 81-3-38222-2131 Fax : 81-3-3822-7590 e-mail : kazuhiro@nms.ac.jp

に移植した。がん細胞移植後7週のサメ軟骨摂取群マウスの平均腫瘍重量は12.9gであり、コントロール群の平均腫瘍重量26.1gに比して有意に小さい値であった。同条件で生存率を観察した実験において、コントロール群マウスは10週間で全例が死亡した。一方、サメ軟骨摂取群マウスは、11週には30%が生存しており、16週まで生存したマウスが1例あった。サメ軟骨には、がん細胞の増殖抑制作用および延命作用があり、粉末を経口摂取する簡便な方法によってもその効果がみられた。

キーワード：サメ軟骨、抗がん作用

緒 言

近年、がんの治療方法や発がんの様式についての研究が進み、早期発見・早期治療のシステムが整い、必ずしもがんは死の病ではなくなっている。しかし一方で、1980年代にがんが日本人の死亡原因第1位に記録されて以来、がんによる死者は増加している。西洋医学的治療手段は、外科的摘出・放射線照射・抗がん剤投与が3本柱である。がんの種類・発がん部位あるいは患者の体力によっては、手術が困難であったり、放射線や抗がん剤治療で腫瘍の退縮効果が得られない場合もある。原発がんの治療が奏功しても再発や転移の可能性がある。このような現状において、患者の立場では、インフォームドコンセントを受けて自己責任で治療方法の選択に迫られ、自己決定意識が向上してきて、西洋医学のみでなく東洋医学的なアプローチを含めた補完代替医療を選択し、利用する者が急増している¹⁾。健康な人々にも予防医学や健康管理への関心が高まり、メディアでは様々な健康に関する情報が毎日取り上げられ、健康補助食品は一大市場を形成している。

日本における広義の補完代替医療は、現代の西洋医学を基盤とする医療の枠組みに該当しないものであり、鍼灸、気功、アーユルベーダ、アロマセラピーなど、各国の伝統医療をはじめ、民間療法、健康補助食品、癒し療法など、種々雑多である²⁾。の中には、日本の保健診療には認められていないものの外国では正当な医療として認知されているものから、効果の疑わしいものまで含まれていて、このことが医療現場の混乱を招き、医師と患者あるいは医療現場と社会のニーズとの間に乖離を生じさせている。現状の医療と補完代替医療が乖離している大きな原因是、補完代替療法の多くに科学的根拠がないことがある。

本研究はがん治療における補完代替医療の1例と

して、サメ軟骨の抗がん作用について、動物実験により科学的検証を行うことを目的とした。サメはがんになりにくいという性質は古くから認知され、1960年代にすでに研究が始まっている。動物実験では、サメの軟骨組織やその抽出物をがん細胞の近傍に移植するとがんの増殖が抑制されるという結果が得られている^{3,4)}。限られた症例ではあるが、臨床的に進行がんの患者にサメ軟骨粉末を摂取させたところ、がんが縮小したという報告もある⁵⁾。しかし、サメ軟骨のどの成分がどのように作用してがんを抑制しているのか、そのメカニズムが十分に解明されていない。健康食品としては、単一の成分でなく、サメ軟骨全体を乾燥して粉末にしたものや液体状のものが販売されている。

我々は、注射や組織への移植ではなく、一般の消費者が健康食品を利用する場合と同様の方法、すなわち粉末の経口摂取によって、サメ軟骨にがん細胞の増殖抑制作用あるいは延命作用があるのかどうかを確認するために動物実験を行った。

材料と方法

実験1 がん細胞の増殖に及ぼすサメ軟骨の影響

4週齢平均体重31.7gのクリーンddY系雄性マウス（埼玉実験動物供給所、埼玉）20匹を10匹ずつ2群に分け、一方はコントロール群として齧歯類用一般飼料MF（オリエンタル酵母工業、東京）を、他方にはSC群（1% shark cartilage）としてサメ軟骨粉末（ベネフィン；レーン研究所、東京）1%含有MFを自由摂取させ、3週間予備飼育した。飼育開始22日目にエールリッヒ腹水がん細胞（ヒューマンサイエンス研究資源バンク、大阪） 1×10^6 個をマウスの鼠径部皮下に移植し、各群各々の飼料による飼育を継続し7週間観察した。経時的に各群の飼料および飲水摂取と腫瘍の長径および短径を測定し、両者を乗じた値を腫瘍サイズの指標とした。

実験2 担がんマウスの生存率に与えるサメ軟骨の影響

実験1と同様に、4週齢平均体重31.7gのクリーンddY系雄性マウス（埼玉実験動物供給所、埼玉）20匹を10匹ずつ2群に分け、一方はコントロール群として齧歯類用一般飼料MF（オリエンタル酵母工業、東京）を、他方にはSC群としてサメ軟骨粉末（ベネフィン；レーン研究所、東京）1%含有MFを自由摂取させ、3週間予備飼育した。飼育開始22日目にエールリッヒ腹水がん細胞（ヒューマンサイエンス研究資源バンク、大阪） 1×10^6 個をマウスの鼠径部皮下に移植し、各群各々の飼料による飼育を継続しすべてのマウスが死亡するまで観察した。

結果

実験1 Table 1に予備飼育終了時のコントロール群とSC群の摂餌および飲水量を示す。摂餌および飲水量に両群間に有意な差は認められなかった。SC群の摂餌量は4.9gであり、体重1kg当たりのサメ軟骨摂取量は1.2gであった。腫瘍の大きさの変化をFig.1に示す。コントロール群SC群とともにがん細胞移植1週間後から米粒状の腫瘍ができた。3週後から両群間の腫瘍の肉眼的な大きさに差が認められ、SC群の方が有意に小さい値であった。

がん細胞移植後7週にはコントロール群のマウス10匹中5匹が死亡したため、この時点で生存しているマウスの腫瘍を摘出し、腫瘍の重量と摘出後の体重を調べた（Table 2）。SC群マウスの平均腫瘍重

Table 1 Food and water intake at the time of implantation

Food	Food intake (g/mouse/day)	Water intake (ml/mouse/day)
General rodent food (Control)	5.3 ± 0.9	5.5 ± 0.8
1% of shark cartilage (SC) (1.2 g SC/kgBW)	4.9 ± 0.2	5.5 ± 0.5

Tumor size index*

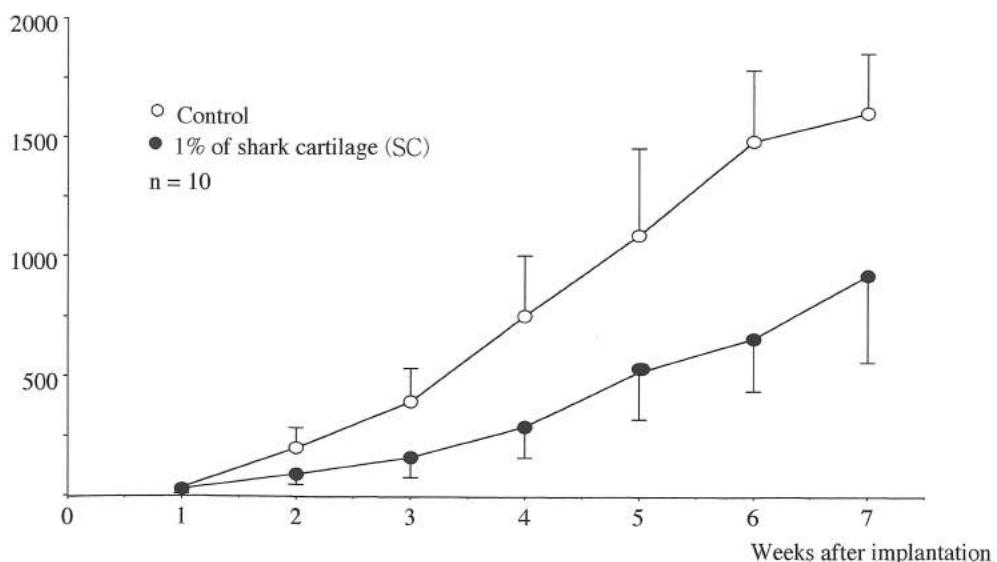


Fig. 1 Tumor growth after implantation in mice fed with 1% of shark cartilage

* Tumor size index=longer diameter x shorter diameter (mm) of tumor mass

Table 2 Bodyweight and weight of tumor mass in mice 7 week after tumor cell implant

Diet	Tumor (g)	Body weight without tumor (g)
General rodent food	26.1 ± 7.7	40.6 ± 4.3
1% of shark cartilage started 3 weeks before implantation	12.9 ± 3.8**	49.1 ± 6.1

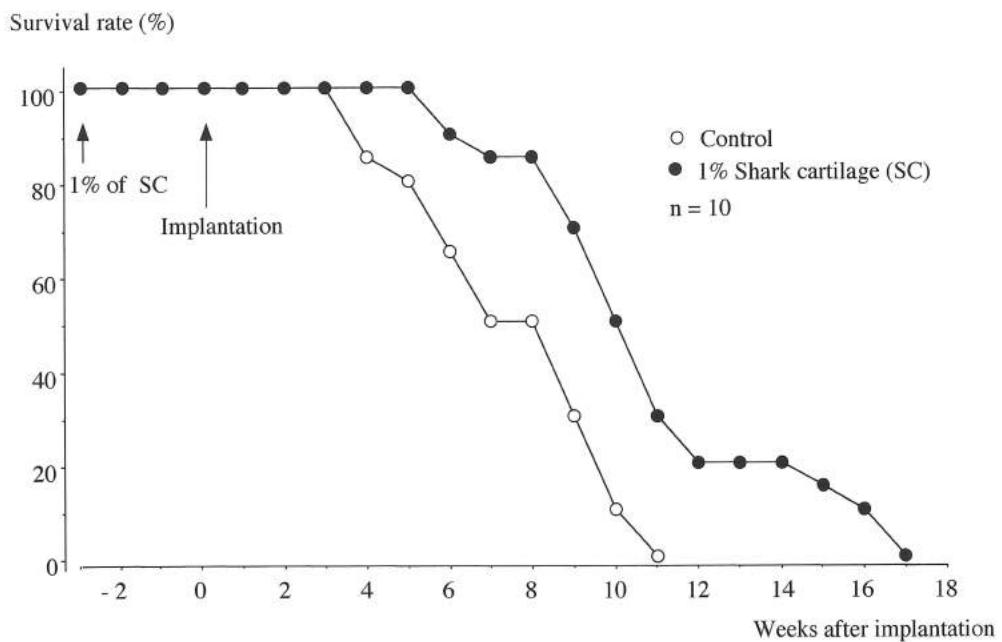


Fig. 2 Survival curve after tumor cell implantation in mice fed with 1% of shark cartilage

量は 12.9g であり、コントロール群の平均腫瘍重量 26.1g に比して有意に ($p < 0.01$) 小さい値であった。

実験2 Fig. 2 にコントロール群 SC 群各々の生存率の変化を示す。コントロール群マウス 10 匹のうち、4週後に 1 匹、5 週後に 1 匹死亡し、7 週後までに 5 匹が死亡した。11 週後には最後の 1 匹が死亡した。一方、SC 群マウス 10 匹は、5 週後まで 1 匹も死亡することなく経過し、コントロール群マウスの生存率が 50% になった 7 週後にも 80% が生存していた。コントロール群マウスが全例死亡した 11 週には 30% が生存しており、16 週まで生存したマウスが 1 例あった。両群の最も生存期間が長かったマウス同士を比べると、SC 群の方が 6 週間延命されたと

いう結果であった。

考 察

本実験の結果から、サメ軟骨を摂取することにより、マウスの腫瘍増殖速度は抑制され、その結果延命効果があることが示された。サメ軟骨には細胞毒性はなく、がん細胞に直接作用して死滅させるものではない。そのため、サメ軟骨摂取マウスもコントロール群の全マウスが死亡した 6 週間後には全個体が死亡した。すなわちサメ軟骨摂取マウスはコントロール群より 6 週間延命されたと言える。実験動物としてのマウスの寿命は一般に約 2 年であることから、延命された期間は健常個体の寿命の 12% に相

Table 3 Composition of the diet (/100g)

	General rodent food	containing 1% of shark cartilage
Energy (Kcal)	360	358
Protein (g)	24.6	25
Fat (g)	5.6	5.5
Sodium (mg)	260	262
Potassium (mg)	890	882
Calcium (mg)	1150	1303

当する。また、腫瘍除去後の体重は、コントロール群よりSC群の方が大きい傾向にあり、がん増殖による一般状態の悪化が回避された結果と考えられる。

次に、この結果をヒトに臨床応用する場合の問題点について検討する。まず、嗜好性の問題である。マウスはサメ軟骨を好んで食し、ヒトと異なりがんの末期においても自発的経口的に摂取可能であった。ヒトにとって、一般にサメ軟骨単独では味が劣り、食欲が低下した患者が体重1kgあたり1gを摂取するのは困難である。さらに成分の問題がある。サメ軟骨食品の多くは、サメ軟骨を乾燥して粉末にしたもので、蛋白質・多糖類・カルシウムなど様々な栄養素が混在しており、特にカルシウムは多量である(Table 3)。がんの増殖抑制作用を持つ成分が明確でないことから、種々の成分が混ざった状態の製品を摂取することになる。がんが進行すると血液中のカルシウム濃度が上ることがあり、極端に高くなると昏睡や心停止という重い症状を引き起こす。そのために、医療側は血液中カルシウム値に敏感であり、サメ軟骨摂取がん患者が高値異常を示した場合、原因ががんの進行によるものかサメ軟骨摂取のためか、判別が困難になり治療に影響を及ぼす。

近年の研究で、がん細胞は増殖するための栄養を血液から得ていること、そのためがん細胞自身が血管新生促進物質を分泌していること、新生血管を通じてがん細胞の転移が起こることなど、がんと血

管新生の関連が明らかになった^{6,7)}。その成果から、がんによる血管新生を阻害することができれば、増殖や転移が抑えられることが示唆され、「血管新生阻害物質」が新たながん治療の可能性を持つと注目されるようになった^{8,9)}。そして、このような血管新生阻害物質は動物の軟骨組織中に存在することが明らかにされた^{10~12)}。上述の我々の実験で見られたサメ軟骨の抗がん作用も、血管新生阻害によるがん細胞の増殖抑制の可能性がある。

サメ軟骨中のがん細胞増殖抑制成分は、細胞毒性がないため、正常な細胞を損傷する事がないので、副作用が少ないと考えられる。有効成分が明らかになれば、がんという疾病を完治することはできないまでも、重度な副作用がなく「生活の質」を向上させる延命治療の手段になる可能性がある。サメ軟骨中のがん細胞増殖抑制物質を抽出することができれば、上述の嗜好性や高カルシウム血症の問題も解決することができるため、有効成分の抽出を目的として研究を続行している。本研究で用いたサメ軟骨は、米国国立がん研究所において代替医療がん臨床試験が行われているもので、進行乳がん・進行大腸がんを対象として生存期間・安全性・QOLについて検討され、第三相の段階にある¹³⁾。今後、実験動物を用いた基礎的研究や臨床試験の結果を踏まえ、正当な評価が下されるであろう。

日本においても、玉石混淆の補完代替医療法を整理し、正当な評価を行うために日本補完代替医療学会が設立され、文部科学省は科学研究費助成の対象

費目として取り入れ、厚生労働省でも研究班を組織して、ようやく社会のニーズに応える体制が整いつつある。従来の西洋医学的がん治療は、がん化した組織や器官という生体の一部だけを対象として取り扱ってきた感があるが、闘病中のQOLや予後を考えるとき、生体全体を対象として自然治癒力や免疫力を増強する東洋医学的アプローチの重要性も強調され始めた¹⁴⁾。ともすれば、主治医に隠して健康補助食品を摂取したり補完療法を受ける患者が存在しているという不幸かつ危険な現状が改善されることを期待したい。

参考文献

- 1) 兵頭一之介：ガンの補完代替医療. 日本補完代替医療学会誌, 1:7-15, 2004.
- 2) 高崎 健：日本補完代替医療学会誌発刊に当たって. 日本補完代替医療学会誌, 1:5-6, 2004.
- 3) Brem H, Folkman J : Inhibition of tumor angiogenesis mediated by cartilage. *J Exp Med*, 141 : 427-439, 1975.
- 4) Langer R, Brem H, Falterman K et al : Isolation of a cartilage factor that inhibits tumor neovascularization. *Science*, 193 : 70-72, 1976.
- 5) Lane IW, Contreras Jr E : High rate of bioactivity (reduction in gross tumor size) observed in advanced cancer patients treated with shark cartilage material. *J Naturopathic Medicine*, 3 : 8-88, 1992.
- 6) Folkman J : What is the evidence that tumors are angiogenesis dependent? *J Natl Cancer Inst*, 82 : 4-6, 1989.
- 7) Folkman J : Angiogenesis-dependent diseases. *Semin Oncol*, 28 : 536-542, 2001.
- 8) O'Reilly MS, Holmgren L, Shing Y et al : Angio-statin : A novel angiogenesis inhibitor that mediates the suppression of metastases by Lewis lung carcinoma. *Cell*, 79 : 315-328, 1994.
- 9) O'Reilly MS, Boehm T, Shing Y et al : Endostatin : An endogenous inhibitor of angiogenesis and tumor growth. *Cell*, 88 : 277-285, 1997.
- 10) Lee IW, van Beuzekom M, Glowacki J et al : Inhibitors enzymes and growth factors from shark cartilage. *Comp. Biolog. Physiol* 78B : 609 - 616, 1984.
- 11) Moses MA, Sudhalter J, Langer R : Identification of an inhibitor of neovascularization. *Science*, 248 : 1408-1410, 1990.
- 12) Gingras D, Renaud A, Mousseau N et al : Matrix protease inhibition by AE-941, a multifunctional angiogenic compound. *Anticancer Res*, 21 : 145-156, 2001.
- 13) National Institutes of Health, National Center for Complementary and Alternative Medicine, Clinical Trials(See : <http://nccam.nih.gov/clinicaltrials/cancer.htm>)
- 14) 安保 徹：免疫革命, 講談社インターナショナル, 286, 2003.

理学療法士臨床実習教育における養成校・実習施設間 双方の実習の相互把握の必要性と現状 —養成校教員への意識調査—

奥 壽郎^{*1,2} 高田治実^{*1} 江口英範^{*1} 与那嶺 司^{*1}
坂本 雄^{*1} 甲斐みどり^{*1} 塩田紀章^{*1} 小山理恵子^{*2}
西島智子^{*2} 内藤郁奈^{*2} 畠山 聰^{*2}

^{*1}臨床福祉専門学校理学療法学科

^{*2}聖テレジア病院リハビリテーション科

A Survey of Mutual Understanding about the Clinical Practice at the
Physical Therapy Schools between Teachers and Supervisors at Hospitals

Toshiro Oku^{*1,2}, Harumi Takada^{*1}, Hidenori Eguchi^{*1}, Tsukasa Yonamine^{*1}

Takashi Sakamoto^{*1}, Midori Kai^{*1}, Noriaki Shiota^{*1}, Rieko Koyama^{*2}

Tomoko Nishijima^{*2}, Ikuna Naito^{*2} and Satoshi Hatakeyama^{*2}

^{*1}Clinical Welfare College

^{*2}St THERESE Hospital

Summary : In physical therapy schools, clinical practice must be integrated with lecture program. For that, it is necessary for both teachers and clinical supervisors to understand the objectives of clinical practice.

The purpose of this study was that it made a survey of the necessity to further mutual understanding between teachers and clinical supervisors.

The subjects were 20 teachers at physical therapy schools. Questionnaires sent to the subjects to report the attitude to the clinical practice.

The result was that the mutual understanding about the clinical practice was not sufficient although the teachers recognized the importance of the mutual understanding.

Key words : Clinical practice education of physical therapist, Physical therapy school, Practice facilities, Mutual understanding, Teacher of physical therapy school

要旨：理学療法士の卒前教育は、学内教育と臨床実習教育が一貫性をもつことにより、達成されることは周知の事実である。本研究の目的は、学内教育を担当する養成校教員の立場より、養成校と実

別刷請求先：〒177-0045 東京都練馬区石神井台3-35-21 学校法人敬心学園 臨床福祉専門学校 理学療法学科
Reprint requests to : Toshiro Oku, Department of Physical Therapy, Clinical Welfare College, 3-35-21, Shakujii-dai,

Nerima-ku, Tokyo 177-0045, Japan

Tel : 03-5910-3756 Fax : 03-5910-3706 E-mail : kotobuki@rinshofukushi.ac.jp

習施設双方の実習体制の相互把握の必要性と現状に関する意識調査を実施することであった。対象は理学療法士養成校教員 20 名とした。方法として臨床実習教育における養成校・実習施設双方の実習体制の相互把握の必要性、および現状について郵送法によるアンケート調査を実施した。その結果、養成校・実習施設双方の実習体制を相互に把握する必要性は認識されていたが、実際に相互に把握できているかについては不十分であるとの意見が聞かれた。今後はこれらのギャップを埋めていくことが課題であると考えられた。

キーワード：理学療法士臨床実習教育、養成校、実習施設、相互把握、養成校教員

1. はじめに

理学療法士の卒前教育は学内教育と臨床実習教育が、一貫性をもつことにより達成されることは周知の事実である。また、臨床実習教育においては学内教育を担当する養成校、臨床教育を担当する実習施設が同じ目標を共有し、それぞれが双方の立場・役割を理解しながら機能する必要があると思われる。

しかし、理学療法白書¹⁾によるといまだ「学生をお願いしている立場」・「学生を依頼されている立場」が続いているのが現状であると述べている。実際に養成校が実習施設側の施設の特徴、指導体制、実習課題などの実習に対する把握、また、実習施設が養成校側の実習形態、到達目標、実習時期、実習期間などの実習の把握といった実習体制を相互に把握できているかといった点に着目した報告は少ない。

そこで今回は、今後の臨床実習教育を充実させる一助とすべく、養成校と実習施設双方の実習体制の相互把握の必要性および現状について、学内教育を担当する養成校教員に対して意識調査を実施した。

2. 対 象

2002 年 4 月から 12 月の間に、聖テレジア病院リハビリテーション科で最終学年の総合臨床実習を受け入れた理学療法士養成校の教員を対象とした。

3. 方 法

調査方法は郵送法によるアンケート調査を理学療法士養成校 5 校の教員 28 名に対して実施した。郵送は養成校毎とした。配布時期は 2002 年 9 月、同年 12 月に回収した。

調査内容（表 1）は、①養成校による実習施設側の実習体制の把握の必要性、把握の現状、把握の方法、②実習施設による養成校側の実習体制の把握の

必要性、把握の現状についてである。設問は選択肢方式と自由記述方式とした。結果は単純集計・K-J 法による内容分析で解析した。

4. 結 果

回答が得られたのは理学療法士養成校 4 校の教員 20 名であった。アンケート回収率は 71.4% であった。

養成校種別の内訳は、3 年制専門学校 1 校、4 年制専門学校 3 校であった。性別は男性 16 名、女性 4 名。平均年齢は 36.4 ± 9.4 歳。平均教員経験年数は 4.3 ± 3.2 年であった。

① 養成校による実習施設の実習体制の把握の必要性（図 1）

a) 把握の必要性

養成校が実習施設側の実習体制を把握することの必要性の設問の回答は、「必要である」20 名中 17 名 (85%)、「必要でない」20 名中 2 名 (10%)、「わからない」20 名中 1 名 (5%) であった。

「必要である」の理由についての設問の回答（複数回答）は（全回答数 18）、「学内教育と臨床教育は一貫性があるから」(回答数 5), 「養成校側の主旨が反映されているか確認するため」(回答数 5), 「学生への実習前指導のため」(回答数 2), 「実習の学生配置のため」(回答数 2) であった。

「必要性はない」の理由としての回答（複数回答）は（全回答数 2）、「実習レポートをみれば予測できる」, 「それぞれの施設により違いがあり特に把握する必要はない」であった。

b) 把握の現状について

養成校における実習施設側実習の把握の必要はあるとの回答者 17 名に対して、把握の現状について設問をした。「実際に把握できている」17 名中 7 名 (41.2%), 「把握できていない」回答者は 17 名中 10 名 (58.8%) であった。

表 1 アンケート調査項目

理学療法士の臨床実習教育において養成校と実習施設が相互に双方の実習体制を把握する必要性および現状についてお尋ねします。

① 養成校による実習施設側実習体制の把握の必要性および現状についてお尋ねします

a 把握することは必要だと思いますか。下記より選んください。

(必要である・必要はない・わからない)

・「必要である」と回答された方にお尋ねします。その理由をお書きください（複数回答可能）。

・「必要はない」と回答された方にお尋ねします。その理由をお書きください（複数回答可能）。

b aで「必要である」と回答した方に対してお尋ねします。現在、把握できていると思いますか。下記より選んでください。

(把握できている・把握できていない・わからない)

・「把握できている」と回答された方にお尋ねします。その理由をお書きください（複数回答可能）。

・「把握できていない」と回答された方にお尋ねします。その理由をお書きください（複数回答可能）。

c aで「必要である」と回答した方に対して把握の方法についてお尋ねします。

・現在どういう方法で把握していますかお書きください（複数回答可能）。

・把握の方法として、今後どういう方法を考えていますかお書きください（複数回答可能）。

② 実習施設による養成校側の実習体制の把握

a 把握することは必要だと思いますか。下記より選んください。

(必要である・必要はない・わからない)

・「必要である」と回答された方にお尋ねします。その理由をお書きください（複数回答可能）。

・「必要はない」と回答された方にお尋ねします。その理由をお書きください（複数回答可能）。

b 現在、貴養成校の実習体制は実習施設に把握されている（伝わっているか）と思いますか。下記より選んでください。

(把握されている・把握されていない・わからない)

・「把握されている」と回答された方にお尋ねします。その理由をお書きください（複数回答可能）。

・「把握されていない」と回答された方にお尋ねします。その理由をお書きください（複数回答可能）。

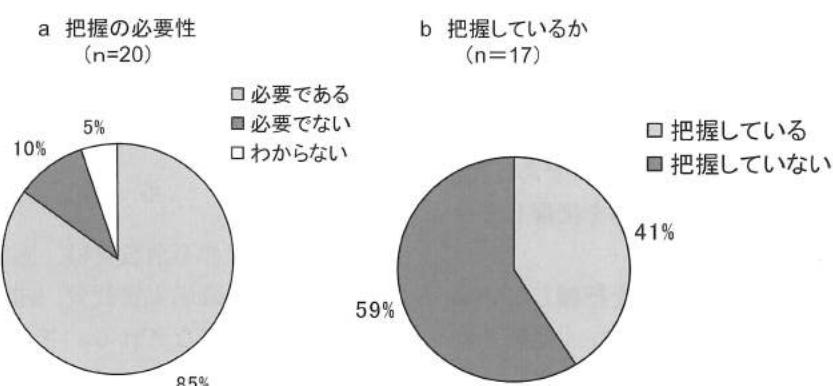


図 1 結果① 養成校による実習施設側実習体制の把握

「把握できている」の理由の設問の回答（複数回答）は（全回答数7）、「実習施設からの情報があるから」・「学生からの情報があるから」・「施設毎に教員を配置しているから」・「実習施設が固まっているから」であった。

「把握できていない」の理由の設問の回答（複数回答）は（全回答数9）、「実習施設に体制がないか

ら」（回答数3）、「把握できている施設とできていない施設があるから」（回答数3）であった。

c) 把握の方法について

同様に、養成校における実習施設側実習の把握の必要はあるとの回答者17名に対して、把握の方法について設問をした。現在どういう方法で把握しているかの設問の回答（複数回答）は（全回答数

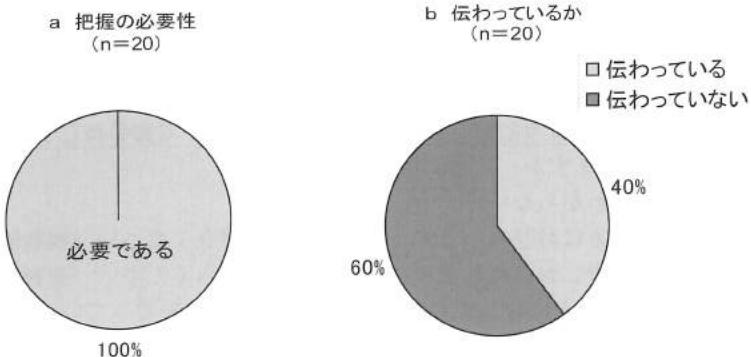


図2 結果② 実習施設による養成校側の実習体制の把握

28), 「実習地訪問」(回答数 12), 「学生からの情報」(回答数 9), 「実習指導者会議」(回答数 5), 「周知の指導者からの情報」(回答数 2) であった。

今後どういう方法を考えているかの設問の回答(複数回答)は(全回答数 15), 「現方法(実習地訪問・実習指導者会議など)を工夫・強化する」(回答数 11), 「フォーマットを作る」(回答数 2) であった。

② 実習施設による養成校側の実習体制の把握の必要性(図2)

a) 把握の必要性

実習施設による養成校側の実習体制の把握の必要性についての設問の回答は、「必要性がある」20名中 20名(100%) であった。

「把握の必要性がある」の理由の設問の回答(複数回答)は(全回答数 28), 「実習の目標を統一する必要があるから」(回答数 14), 「学内教育と臨床教育には一貫性があるから」(回答数 10) であった。

b) 実習施設は貴養成校の実習体制を把握しているか(伝わっているか)

実習施設側は貴養成校の実習体制を把握しているか(伝わっているか)の設問の回答は、「把握されている(伝わっている)」20名中 8名(40%), 「把握されていない(伝わっていない)」20名中 12名(60%) であった。

「把握されている」の理由の設問の回答(複数回答)は(全回答数 10), 「実習指導者会議を開催している, および欠席の施設には議事録を送付しているから」(回答数 6), 「実習地訪問時に伝えているから」(回答数 3) であった。

「把握されていない」の理由の設問の回答(複数回答)は(全回答数 14), 「実習指導者会議が不十分(内容・時間)」(回答数 10), 「どの程度把握され

ているのか評価方法がないから」(回答数 4) であった。

本結果では、養成校が実習施設側の実習体制を把握する必要があるとの回答者は 85% であり、逆に、実習施設が養成校側の実習体制を把握することが必要であるとの回答は 100% であった。

しかしながら、現状において、養成校が実習施設の実習体制を把握できているとの回答者、および養成校側の実習体制が実習施設に把握されているとの回答者は、両者とも 40% にとどまっていた。

現状の相互把握の手段としては、実習地訪問・実習指導者会議・学生からの情報などがあげられていた。しかし、これらの手段が質的・量的に十分に機能していないとの回答もあった。実習体制の相互把握に向けての今後の対策としては、現状の手段を工夫・強化していく必要があるといった意見が大多数であった。

5. 考察

理学療法士の卒前教育は、養成校での学内教育、臨床現場での臨床実習教育、同時に医療専門職としての人間教育でなされる。さらに近年、理学療法士に要求されることが多様化しており、卒前教育を終えて、卒後教育そして生涯教育へとつなげていかなければならぬ。

このように臨床実習教育は、重要な役割を占めている。臨床実習教育を成功させるためには、養成校・実習施設がそれぞれの立場・役割で機能しなければならない。社団法人日本理学療法士協会編集の「臨床実習教育の手引き²⁾」によると、臨床実習教育に携わる者の責務の中で、学校の責務として、「臨床実習施設に対してその業務内容とその組織および臨床実習指導体制に関する情報を得る」、臨床実習

施設の責務として「学校における教育体制を知る」とある。しかしながら、近年の養成校の急速な増加、およびそれに伴う実習施設・実習指導者の確保など、臨床実習教育に関わる様々な問題が指摘されており、双方が相互の実習体制について把握することはますます困難になってきていると思われる。一方で養成校教員にも、その責任の重大さがますます増大してきていることも事実である。

そこで今回、養成校と実習施設がお互いに実習体制を相互に把握するという点に着目して、養成校教員に意識調査を実施した。

今回の結果から養成校教員においては、養成校と実習施設との連携の重要性は認識されているものと思われた。理学療法白書1997³⁾では、今後の理学療法士教育における臨床実習のあり方を考える上で、養成校と実習施設の連携は一つの鍵となると述べている。養成校と実習施設との連携は、臨床実習教育を成功させるための必要不可欠な要因であると言える。

しかしながら今回の結果において、養成校・実習施設双方が相互に実習体制を把握することの重要性は認識されているものの、実際に相互に把握することが容易ではないことが示された。これらの要因として、近年の養成校増加、それに伴う実習施設・実習指導者不足、理学療法士に対するニーズの多様化などから、相互に実習体制把握をすることよりも、実習地確保などが第一優先になっているためと考えられる。

養成校と実習施設の実習の相互の把握の方法として、理学療法白書1997³⁾では、双方の連携の手段として、主に実習地訪問と実習指導者会議があげられている。今回の調査結果で同様な結果が得られた。養成校は臨床実習教育において、実習施設との実習の相互の把握の重要性の認識に立って、よりよい把握の方法を模索している段階と考えられた。今後は双方が協力し合い、実習指導者会議や実習地訪問などを充実させていく必要があると考えられた。加えて現状での方法以外に、電子メール・ファックスなどを活用する手段も検討していく必要があると思われた。また、養成校・実習施設双方の実習体制の相互把握の充実に向けて、養成校と実習施設との連携を念頭においていた実習施設でのさまざまな工夫⁵⁾、養成校側の工夫として、教員主導型臨床実習の報告⁶⁾などの取り組みは参考になると思われる。

養成校教員に対して行った、養成校と実習施設の双方の実習の相互把握の必要性、および現状についての今回のアンケート調査では、養成校・実習施設双方の実習体制の相互把握を考える重要性は認識されているにもかかわらず、実際には確実なものになつておらず把握は不十分な現状であった。臨床実習教育における様々な問題を解決させていくためには相互把握は必要不可欠であり⁴⁾、今後は養成校と実習施設、双方の実習の相互把握を促進させ、認識と実状とのギャップを埋めていくことが重要であると考えられた。

今回は、養成校教員に対する意識調査を行ったが、今後は臨床実習指導者に対しても同様の意識調査を実施する予定である。

6. まとめ

理学療法士養成校教員 20名を対象に、臨床実習教育における養成校・実習施設双方の実習体制の相互把握について、意識調査を実施した。その結果、養成校・実習施設双方の実習体制を相互に把握する必要性は認識されていたが、実際に相互に把握できているかについては不十分であるとの意見が聞かれた。今後はこれらのギャップを埋めていくことが課題であると考えられた。

謝 辞

最後に、本アンケートにご協力いただきました、東都リハビリテーション学院・山形医療技術専門学校・富山医療福祉専門学校・徳島医療福祉専門学校の教員の皆様に感謝いたします。

参考文献

- 1) 大渕恵理ほか：臨床実習教育における問題点、理学療法白書1997、日本理学療法士協会、132-135, 1997.
- 2) 大橋ゆかりほか：総論：臨床実習教育の手引き－第4版、社団法人日本理学療法士協会、1-14, 2000.
- 3) 大渕恵理ほか：養成教育施設と臨床実習施設 今後のあり方、理学療法白書1997、日本理学療法士協会、118-121, 1997.
- 4) 額谷一夫：臨床実習システムと教育方法～オーストラリアにおける臨床実習の状況から～。理学療法学、30(4) : 238-241, 2003.
- 5) 川村博文ほか：臨床実習指導の現場から—我々の工夫。PTジャーナル、32(7) : 504-513, 1998.
- 6) 洲崎俊男：教員主導型臨床実習の方法と効果。PTジャーナル、32(7) : 485-490, 1998.

病態失認を伴わない身体パラフレニーの2症例

与那嶺 司^{*1,2} 高田治実^{*1} 奥 壽郎^{*1,3}
坂本 雄^{*1,3} 甲斐みどり^{*1}

^{*1}臨床福祉専門学校

^{*2}東洋英和女学院大学大学院

^{*3}国際医療福祉大学大学院

Two cases of Somatoparaphrenia without Anosognosia

Tsukasa Yonamine^{*1,2}, Harumi Takada^{*1}, Toshiro Oku^{*1,3}
Takashi Sakamoto^{*1,3} and Midori Kai^{*1}

^{*1}Clinical Welfare College

^{*2}Toyo Eiwa University, Graduate School

^{*3}International University of Health and Welfare, Graduate School

PURPOSE : Anosognosia for hemiplegia and related disorders can be a problem in the rehabilitation of patients with a brain injury because they ignore their own physical disabilities. A previous study stated that 45% of acute stroke patients had anosognosia, but it is not clear why they develop this nor how the medical staff should intervene during rehabilitation. The purpose of this report is to discuss the definition of anosognosia for hemiplegia based on two cases of somatoparaphrenia without anosognosia. **SUBJECTS :** Case 1: 74-year-old right-handed woman had been given a diagnosis left hemiplegia (right middle cerebral artery infarction) 5 months previously. 61 years old and right-handed man had diagnosis left hemiplegia (right middle cerebral artery infarction) one month previously. **METHOD :** Hasegawa's Dementia Scale for assessing mental impairment, Bruunstrom's Recovery Stages for physical impairment, Barthel Index for disabilities of Activities of Daily Living, and the Anosognosia Questionnaire for anosognosia and related disorders were employed. MRI and SPECT (as radiographic assessments) had already been administered. **RESULTS :** Both patients immediately understood their diagnosis of hemiplegia when asked "what is the matter with you". This denotes they do not have anosognosia. When they were questioned about their left arms with gestures (pointing to them), they did not recognize that they were their own arms. Both patients felt it must be the another persons' arm with the male patient indicating it must be examiner's arm. These answers denote that they have somatoparaphrenia.

DISCUSSION : Somatoparaphrenia was commonly thought to be accompanied by anosognosia.

別刷請求先：与那嶺司 〒177-0045 練馬区石神井台3-35-21 臨床福祉専門学校理学療法学科

Reprint requests to : Tsukasa Yonamine, Department of Physical Therapy, Clinical Welfare College, 3-35-21 Shaku-jiidai, Nerima-ku, Tokyo, Japan
E-mail : yonamine@rinshofukushi.ac.jp

However, in these cases, the patients recognized they had hemiplegia, but they did not recognize their left arms as their own. From these cases we can infer that patients with somatoparaphrenia do not always have anosognosia.

Key words : Somatoparaphrenia, Anosognosia, Case Report

目的：自らの身体障害を無視する片麻痺の病態失認は脳損傷患者のリハビリテーションにおいて問題となる。先行研究では急性期脳卒中患者の45%に病態失認が認められるとしているが、その原因やリハビリテーションにおける介入方法などについてはまだ明らかでない。本研究の目的は病態失認を伴わずに身体パラフレニーを示した2症例を通して、病態失認の発生について検討することである。**対象**：症例1. 右中大脳動脈領域梗塞の74才女性、発症後5か月。症例2. 右中大脳動脈領域梗塞の61才男性、発症後1か月。**方法**：改訂版長谷川式簡易知能検査スケール、Barthel Index, Brunnstrom stageで、知的障害の程度・日常生活動作障害の程度・運動機能障害の程度を調査した。病態失認と関連症状については病態失認質問紙を用いた。MRIとSPECTを放射線学的評価として用いた。**結果**：2症例とも「どうしましたか」という質問には即座に片麻痺について言及したので、病態失認は無い。彼らの患側上肢を指して左上肢について質問すると、自分の腕ではないと答えた。2症例とも他人の腕であると答えているため、身体パラフレニーありと判定される。**考察**：身体パラフレニーは病態失認に付随する症状として理解される場合が多いが、今回の2症例は病態失認は無いにも関わらず、身体パラフレニーを呈していた。これらの症例から、身体パラフレニーを持った患者が常に病態失認があるとは限らないことがわかった。

キーワード：身体パラフレニー、病態失認、症例報告

はじめに

脳血管障害を含めた脳損傷患者のリハビリテーションにおいて常に関心を引いているのは障害の身体的側面であるが、実際に臨床現場においてリハビリテーション・ゴールの達成が困難なケースには、単に身体障害のみでは解決できない問題が存在する場合が多く認められる。なかでも、失語・失行・失認および全般的知能低下などの、いわゆる高次脳機能障害と呼ばれる、認知・行為の障害は、リハビリテーションプログラムの遂行や、代償機能の獲得にも大きな障壁となっている¹⁾。

高次脳機能障害の中でも代表的なものは、半側空間失認や失語症などで、本邦でも報告²⁾は多いが、片麻痺患者が自身の片麻痺を否認するanosognosia(病態失認・病態否認・片麻痺無視)は、失語症や半側空間失認に比べると本邦での研究報告は少なく、必ずしも関心が高いとはいえない。しかしながら、脳損傷による身体障害者がリハビリテーションプログラムを進行させていくうえでは、彼らが自分自身の障害について認知できない場合、プログラムの中での課題に取り組む意欲低下や代償機能習得へ

の動機づけ消失などの問題、立位・歩行時の転倒などの危険につながっていく。病態失認がこれまで本邦で注目されなかったのは、その症状が前述の半側空間失認や失語症などのように明白に見て取れないものである³⁾ことや、はっきりとした否認を示す時期が発症急性期の短期間に限られること、訳語が不統一で定義もあいまいなままであったことなどが挙げられるであろう。

筆者は十数年前に、病態失認があり自身の左上肢を自分の“孫”であると主張する高齢の左片麻痺患者に遭遇しこの奇異な症状を知ることとなって以来、病態失認とその関連症状に着目してきたが^{4,5,6)}、本稿では病態失認は否定されるにもかかわらず、随伴症状とされる身体パラフレニーの症状を示した2症例を報告し、病態失認とその関連症状との関係を考察する。

症 例

各症例の知的機能障害は改訂版長谷川式簡易知能検査スケール⁷⁾(以下HDS-Rと略記)、運動機能障害は片麻痺回復段階⁸⁾、日常生活活動障害はBarthel

表 1 病態失認質問紙

【1】 一般質問

1. ここはどんな所かわかりますか。(ここはどこかわかりますか。)
- *上の質問は、既に入院中の自覚が確認されている場合は、省略する。
2. (入院中であることを確認後) どこが悪くて、入院しているのですか。
- *片麻痺以外の病気について答えた場合、3.へ。
3. 手足は、どこか悪いところはないですか。
- *ないと答えた場合、4.へ。
- *あると答えた場合は、さらに具体的にどの程度かを聞き、日常生活上で困ったことはないかを聞く。
4. 手足の力が弱くなった感じはありませんか。麻痺やしびれはないですか。
- *ないと答えた場合、【2】へ。
- *あると答えた場合は、さらに具体的にどの程度かを聞き、日常生活上で困ったことはないかを聞いて、【2】へ。

【2】 特定質問

1. (麻痺側の腕を持ち上げて) これは何ですか。
- *「これは主人の手です」などの麻痺側に対する異常な判断を訴えた場合はここで質問を修了する。
- *「(私の) 手です」と答えた場合は2.へ
2. この手はどこか悪いところはありますか。
- *ないと答えた場合、3.へ
- *運動麻痺について具体的な説明ができるかどうかをチェック、麻痺の程度と結びつかない場合はさらに他に困ったことはないかと聞く。答えが出難いようであれば、歩けますか、立てますか、起きあがれますか、などと具体的に聞いていく。
3. この手を持ち上げられますか。
- *反対側の手をあげた場合は、再度触ってこの手をあげて下さい。あげない場合は4.へ。
4. 両手をあげて下さい。二つの手が同じ高さでないのがわかりますか。
- *わからない場合は質問修了、わかるばあいはこの手はどんな感じですかと聞く。

【3】 重症度得点

- 0点 (病態失認無し)：一般質問の2.で具体的に片麻痺について、答えられる
- 1点 (軽度病態失認)：最初は片麻痺に気がつかないが、一般質問の3.あるいは4.で片麻痺について、気がつく（言語的示唆による認知）。
- 2点 (中等度病態失認)：言語的示唆では気がつかないが動作を通した特定質問で片麻痺について気がつく（動作的示唆による認知）。
- 3点 (重度病態失認)：特定質問でも全く障害を認知できない。

【4】 関連症状

*以下の場合は関連症状として判定する。

1. 病態無関知：一般質問の3.あるいは4.で、片麻痺について答えるが、日常生活での不便などを訴えることがなく、運動機能障害と比べて深刻さがない。
2. 身体パラフレニー：特定質問の1.で、自己以外のものとして答える。

例：「孫をおんぶしています。」「これは主人の手です。」「これはあなたの手です。」など。

Index⁹⁾ を用いて評価した。病態失認および関連症状については、Starkstein ら¹⁰⁾によって用いられた Cutting¹¹⁾ の anosognosia questionnaire を邦訳し田中¹²⁾ の病識に関する質問事項を参考にして作成した質問紙⁶⁾（表1）に沿って病態失認とその関連症状を評価した。評価する症状とは1) 病態失認、2)

病態無関知、および3) 身体パラフレニーである。これらは峰松¹³⁾に準じて以下のように定義した。

①病態失認 (anosognosia)：明らかな麻痺が存在するにも関わらず、患者が質問に対して言葉で麻痺を否認すること。

②病態無関知 (anosodiphasia)：自己の片麻痺の

存在を否認することはないが、片麻痺に対して無関心な状態。

③身体パラフレニー (somatoparaphrenia)：病態失認において単に片麻痺を否認するにとどまらず、麻痺肢に対して異常な判断（1 麻痺肢を自分のものと認めない、2 他人のものと主張する、3 麻痺肢を自己以外の人格として扱う、4 麻痺肢に対して憎しみの感情のこもった言動をする）を示すこと。質問紙による病態失認の判定は質問に対する反応によって分類し、その重症度得点評価を示した。一般質問（以下 GQ と略記）と特定質問（以下 SQ と略記）は、それぞれ1問から4問までとした。GQ1 と SQ1 については正答を○とし、GQ2 から GQ4 および、SQ2 から SQ4 までは運動障害以外の返答の場合は×とし、運動障害の認知の有無が不明瞭な場合は×とせずに△とした。GQ2 と GQ3 で具体的に運動障害について返答ができる場合は表1に示したとおり、その後の GQ や SQ2 から SQ4 の質問を省略して具体的な内容について質問をした。

GQ1 から SQ4 までの質問に対する返答から、病態失認の重症度得点を付け、障害を認知できている者にはさらに具体的な不自由があるかどうかを質問し、病態無感知の有無を判定した。麻痺側に対する異常な認知は、直接患者を担当している理学療法士や作業療法士の情報を元に詳しい質問を行った。

【質問への応答】では、検査者の質問を＜＞の中にいれ、患者の答えをカッコなしで示し、その解釈を矢印の後に記載した。

症例1

74歳女性、右中大脳動脈領域梗塞左片麻痺、右利き、発症から評価までの期間は4カ月。

【現病歴】1995年1月31日、午後1時ごろ急に倒れた。その後左片麻痺、呂律困難出現し救急車にて（現病院）入院となる。1995年2月2日、外減圧術施行、2月10日（10日後）理学療法開始、3月13日、作業療法開始。

【評価時の状態】HDS-R は 24 点、Barthel Index 得点は 25/100 点、起居動作は坐位、起き上がり、寝返り全て不能、歩行は不能、日常的移動は介助された車椅子、片麻痺回復段階は上肢 2/6、下肢 2/6、手足 1/6 であった。

【放射線学的所見】右中大脳動脈領域全体の血流欠損認め、そのため左小脳も軽度血流減少を認める（図1、2）。

【質問への応答】

[GQ1]<ここはどこですか>M 病院→場所の見当識あり = ○

[GQ2]<どこが悪いですか>半身悪いです→片麻痺の認知可能 = ○

<どんなふうに悪いですか>むくんで立つこともできないです、左手がダラダラして上に上がらない→運動障害認知可能 = ○

[GQ3]<手足はどうですか>自由にできませんね→運動障害認知可能 = ○

[GQ4]（上記で具体的に返答済みにて不要）

[SQ1]<（左手を調査者が触って）これは何ですか>→この人はわからないです、1カ月前から居ます、（右手で左手を組んで上方へ肘伸展させて）こうやって手を上げたりするのを手伝ってくれます<Tさんの左手はどこですか>私の左手は…（といって、右手で左の肘から上腕の下を探っている）ここに敷いてますよ。<（左手を調査者が取って）これは誰の手ですか>この人はわかりませんよ、自分の手は触った感じでわかりますよ→麻痺側上肢に対する異常な判断あり = ×

[SQ2~4]質問省略（SQ の内容については既に返答済みなので）

【症例1の再評価】（1995年7月29日）

[GQ2]<どこが悪いですか>左側が悪いです、動きません。

<どうしたんですか>曾孫にお菓子をやろうとして、カバンを探していたら、急に頭が痛くなって、口が動かなくなった。5日位して手術した。

<いつから麻痺しましたか>手術してから1カ月くらいで、麻痺していることがわかった。

<どうしてわかりましたか>動かしてみたらわかるでしょ。

（調査者が左手を触って）<これは誰の手ですか>私の手です。

<動きますか>動きません。

<誰か他の人の手もありますか>はい、80歳くらいのお年寄りです。うち {私} が寝ているそばに来てチャーニンジーして {ずっと寝て} いますよ。

<いつからですか>3カ月くらい前からですかね。ある日、どんなして来たかはわかりません。ただそばにいるだけ、手が落ちそうになったりしたら、助けてくれますよ。元は教員でした。○○島で。

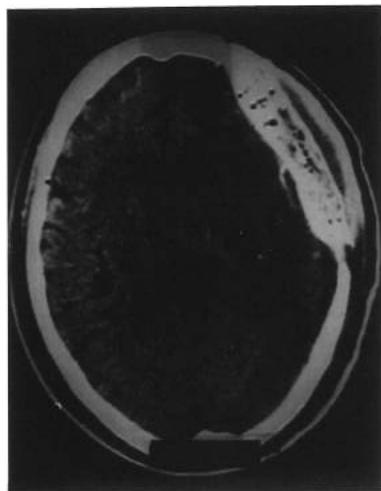


図 1 症例 1 CT

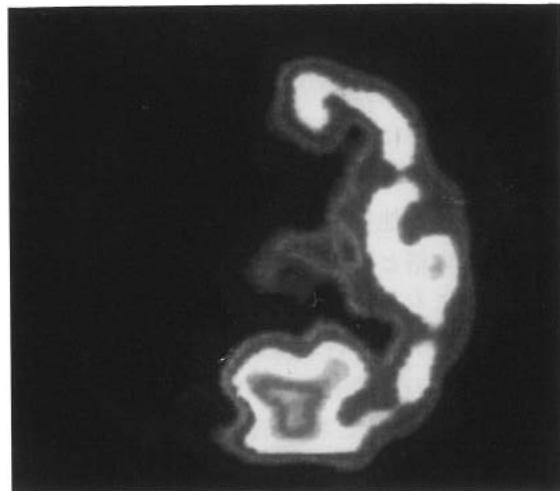


図 2 症例 1 SPECT

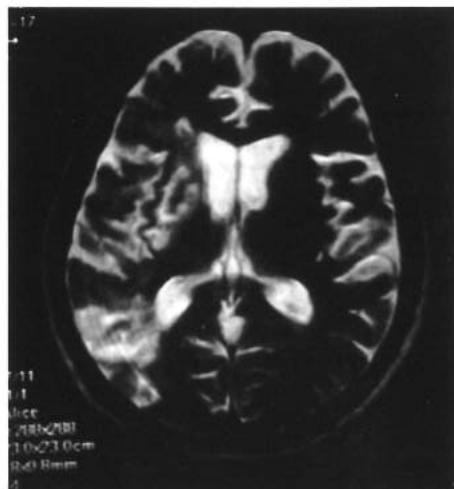


図 3 症例 2 MRI



図 4 症例 2 SPECT

<Tさんの先生ですか>自分の小学校の時の先生です。

<名前は>U先生といいました。下の名前はわかりません。

<この手は誰の手ですか>この手は院長先生の手です。

【判定】GQ2にて○, したがって病態失認無し, 身体パラフレニーあり

症例 2

61歳, 男性, 中大脳動脈閉塞, 右利き, 左片麻痺, 評価までの期間1カ月

【現病歴】1995年7月3日, 中大脳動脈閉塞にて入院

【評価時の状態】HDS-Rは23点, Barthel Index

得点は25/100点, 起居動作は坐位, 起き上がり, 寝返り全て不能, 歩行は不能, 日常的移動は介助された車椅子, 片麻痺回復段階は上肢2/6, 下肢2/6, 手腕2/6であった。

【放射線学的所見】CTの多発梗塞に一致して血流欠損と右側頭葉, 後頭葉, 右内包領および左白質部に認める。梗塞周囲, 対側半球, 右視床, 右基底核および左小脳にも血流低下を認め, remote effectによる所見と考える(図3, 4)。

【質問への応答】

GQ1<ここはどこですか>M病院→場所の見当識あり=○

GQ2<どうして入院しているのですか>こっちから, 左側全部が悪い→運動障害の認知可能=○

GQ3 <手足は悪いところはないですか> 左の手と足が悪い、左側が自分のものじゃないみたいな感じがする、他人の手がこっちに来ているなと思って、胸苦しくなって、誰の手かと思って取って投げたら、戻ってくるから、つまんだら痛いので自分の手だったのかと思う。→運動障害の認知可能 = ○

SQ1 <これは何ですか> ひと（他人）の手、先生の手じゃないの。→麻痺側上肢に対する異常な判断あり = ×

SQ2~4 については一般質問2・3にて返答済みにて省略

*運動障害の具体的な内容を聞くために下記の質問を追加

<ほかに悪いところはありませんか> ご飯を食べるときに全部食べてから、ご飯がないと言うとヘルパーさんが左側にあると言われて気が付くよ。

<何か困っていることはないですか> 外を歩けないこと、ここは監獄みたいだよ。あんまり動きが良くない。手足にシビレがある。困っているのは、感覚だね、車椅子で障害物にぶつかる、ドアや壁にあたる。<どっちが> 右側が。

【判定】**GQ2** にて○、したがって病態失認無し。身体パラフレニーあり

考 察

病態失認の臨床症状について峰松¹³⁾は、以下のようにまとめている。基本症状としては、明らかな麻痺が存在しながら麻痺の存在を言葉で否認することで、随伴症状としては片麻痺（左片麻痺が多い）で感覚障害があり、他の劣位半球症状としては左半側空間無視・構成失行・着衣失行・地誌障害・相貌命名障害・同側性本態性把握・motor impersistence・auditory extinctionなどがあり、類縁症状として1) 疾病無関知(anosodiaphoria) 2) 身体パラフレニー(somatoparaphrenia)→非所属感(nonbelonging)・麻痺肢を他人のものと主張する(autoheterosynthesis)・擬人化(personification)・片麻痺憎悪(misoplegia)等を挙げている。症状の経過として、入院時には見当識障害と麻痺の否認があり亜急性期には1) 麻痺について自ら訴えない2) 麻痺についての質問に対して「動きます」と答える3) 異常な肢位に対する無関心4) 麻痺肢を自分のものと認めない5) 麻痺肢を他人のものと主張する6) 麻痺肢に対する暴言・暴力（片麻痺憎悪）がみ

られ、慢性期にはいると片麻痺無視傾向（否認はない）がみられ次第に片麻痺の否認・無視が消失するとしている。さらに片麻痺の病態失認を扱うにあたって「明らかな麻痺の存在」は、最も重要な鑑別項目と考えるが、これまでの研究で呈示された症例や判別項目ではこの部分があいまいまくなっている。片麻痺の病態失認の評価にとって重要な「明らかな麻痺の存在」を規定した峰松のまとめた定義は、必ずしも病態失認を扱う全ての研究者に一様に受け入れられているわけではないが、比較的最近の体系的な定義として採用した。

病態失認の発症メカニズムについては、古くから諸説ある（Anderson¹⁴⁾、北条¹⁵⁾、田中¹²⁾）。たとえば脳損傷例でほとんどの症例が合併している感覚障害を原因として重視する指摘は、Babinski自身が報告した時点からあった。しかし浅川¹⁶⁾が指摘しているように感覚障害と身体あるいは空間の認知障害の頻度が一致しないことや、右片麻痺例で頻度が少ないことを説明できない。Starkstein¹⁷⁾は病態失認例で感覚障害のない患者を報告している。

病態失認は軽度の意識障害などが生じている時期に多くみられるため、精神機能全体の低下をことさら強調する見解もみられるが、北条¹⁵⁾はこれのみでは病態失認の包括的説明は不可能と述べている。Strubら³⁾はある外科医が手術中に突然、左片麻痺を発症して集中治療室に運ばれた例で、数分以内に診察したときに左腕と顔面の麻痺が明らかのにも関わらず「大丈夫、なんともない」と答え、麻痺を指摘しても「本当にどこも麻痺しているとは思えない」と答えた症例を報告している。この症例は単純に痴呆や意識障害などの一般精神機能の障害だけでは十分な説明はできないことを示す例であろう。本研究の2症例とも、長谷川式簡易知能テストで、24点と23点の設定しているcut-off pointである20点を超えており、知的障害から説明されるべきでないことを示している。

病態失認の伝統的説明仮説である身体図式(body schema)破綻説¹⁸⁾は、身体図式機能は右半球に存在し右半球損傷によって身体図式機能が破綻して左半身の認知の異常が起こるとするものであるが、この説では右半身の身体図式が障害されることが少ない理由の説明はできていない。これを説明するものとして左半球にも身体図式機能は存在し右片麻痺例で発症が少ないので、失語があるために表出

されないと考える説もあるが、現在のところ証明されたものではない。身体図式という概念ではなく、空間形態の形成が傷害されているとする amorphosynthesis という説¹⁹⁾ もあり、身体失認や病態失認とともに半側空間失認や感覚消去現象なども同時に説明できる。しかしこの説でも、これらの異常が左半身に多いことを十分に説明できていない。病態失認を広い意味で捉えた Weinstein と Kahn²⁰⁾ は、病態失認を自己の麻痺を否定することで心的破局反応からの回避と主張したが、少なくとも片麻痺の病態失認に関しては明解に否定する研究 (Starkstein²¹⁾, Gilmore²²⁾, Starkstein¹⁷⁾, Danel²³⁾ が出ていている。最近の病態失認をめぐる研究では Heilman²⁴⁾を中心とする研究者らによる和田テストを用いた実験的研究 (Adair²⁵⁾, Breier²⁶⁾, Gilmore ら²²⁾ が示唆的である。Gilmore ら²²⁾ はてんかん患者の優位脳の判定のために用いられる和田テストの施行中に一過性の片麻痺が生じるのを利用した研究を行っている。彼らはテスト施行後被験者に何が起こったかを聞くことによって、病態失認の発症メカニズムの解明をしようとしている。彼らの 8 名の被験者は左頸動脈アモバルビタール注入時の右片麻痺と言語障害については報告できたが、右頸動脈注入による左片麻痺については思い出せず片麻痺以外のことについては報告できていた。この結果から彼らは病態失認の発症仮説のうち、破局回避反応あるいは防衛的心因反応とみなす疾病否認説を不適切なものとして排除すべきであると述べている。また被験者達が実験者の指示にきちんと反応し従ったこと、記憶と総合的テスト項目に対して答えられたことなどから錯乱仮説も排除している。さらに左右両方に運動麻痺も感覚障害も起こっていながら被験者達が左片麻痺のみを認知できない状態が起こったことから、Babinski²⁷⁾ が当初から指摘していた感覚障害との関連を重視したフィードバック仮説にも疑問を投げかけている。前述した一般精神機能障害としての痴呆などを原因とする説も、これらの研究により否定される。

これまでの研究でも身体パラフレニーと病態失認が同時に存在する症例の報告は多くみられるが、本研究のように身体パラフレニーがありながら病態失認を伴っていない症例は、これまでの研究には見いだすことができない。山鳥²⁸⁾ は身体パラフレニーを片麻痺を否認しつつ麻痺肢について異常な判断を示すものとしており、片麻痺を否認することが前提

になっている。森²⁹⁾ は、半身の認知異常と片麻痺の否認は現象学的に区別すべき現象であるが、半身の認知異常が明らかに片麻痺の否認の成立の基盤になっていると述べている。これも身体パラフレニーと病態失認の密接な関係を示唆した説である。Geschwind (山鳥²⁹⁾) は身体パラフレニーあるいは患側に対する異常な認知 (判断) は、軽い意識障害に左半身の情報の欠落が加わったため自分自身の麻痺側の存在を認知できない状態を、作話的な反応によって補足するものと考えている。いずれの研究者も身体パラフレニーを呈する患者には、病態失認が存在することが前提として考えられている傾向がある。

著者自身今回の症例を確認するまでは、病態失認は急性期に出現しやすくそれが時間的な経過の中で次第に病態無関知へと形を変えて消失していくものと考えていた。そして病態失認が重度の時期に周囲の家族や医療者が患者に対して強制的に片麻痺を認めさせようとしていることで、逆に作話的な反応を誘発して身体パラフレニーを引き起こしてくるものと考えていた。このような医原性の産物であるという考え方方は他にもみられるようであるが、今回の結果から病態失認は全くない状態でも身体パラフレニーは存在しうることが明らかとなつたため、著者が考えていた仮説は誤りであることが判明した。病態失認と、身体パラフレニーが独立して存在しうるということは、身体パラフレニーを病態失認とは別に評価する必要があることを示しており、身体パラフレニーと病態失認のメカニズムを理解する上で重要な課題となるのではないかと考える。

文 献

- 1) 上田 敏：失行症・失認症とリハビリテーション. 総合リハビリテーション, 3(11) : 885-894, 1975.
- 2) 宮森孝史：右脳損傷患者の高次脳機能障害とリハビリテーション. リハビリテーション医学, 31(3) : 192-204, 1994.
- 3) Strub RL, Black JW : The Menta Status Examination in Neurology-Third Edition, F.A. Davis Company (高次脳機能検査法 原著第三版, 江藤文夫訳, 26-28, 医歯薬出版, 1995).
- 4) 与那嶺司：病態失認を伴った右片麻痺患者の理学療法—身体機能と認知機能の相互関係—. 理学療法学, 21 (2) 学会特別号, 1994.
- 5) 与那嶺司, 石津 宏：脳損傷患者における病態失認とその関連症状の研究, 琉球大学大学院保健学研究科修

- 士論文, 1995.
- 6) 与那嶺司：高次脳機能障害をもつ患者の理学療法—病態失認を伴った患者の理学療法—. 理学療法ジャーナル, 30(9) : 619-624, 1996.
 - 7) 長谷川和夫：老年期精神障害における心理学的評価. 臨床精神医学, 22(6) : 765-774, 1993.
 - 8) Brunnstrom S : Movement Therapy in Hemiplegia : A Neurophysiological Approach, Harper&Row, Publishers, 1970 (佐久間穰爾, 松村秩訳：片麻痺の運動療法, 医歯薬出版, 1974).
 - 9) 土屋弘吉, 今田 拓, 大川嗣雄編：日常生活活動（動作）－評価と訓練の実際－医歯薬出版, 1992.
 - 10) Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR et al : Anosognosia in Patients with Cerebrovascular Lesions.-A Study of Causative Factors-. Stroke 23, 10, 1446-1453, 1992.
 - 11) Cutting J : Study of anosognosia. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 3 141 a K 2 : 548-555, 1978.
 - 12) 田中恒孝：脳卒中後遺症患者の病識, 脳卒中の精神医学, 189-198, 金剛出版, 1989.
 - 13) 峰松一夫, 杉下守弘編：右半球の神経心理学, 34-52, 朝倉書店, 1991.
 - 14) Anderson B : An inside-out theory of attention. Medical Hypotheses, 39, 295-301, 1992.
 - 15) 北条 敬：身体失認と触覚失認, 精神科 Mook No29, 208-216, 1993.
 - 16) 浅川和夫：病態失認, 精神科 Mook No29, 217-225, 1993.
 - 17) Starkstein S, Berthier M, Fedoroff P et el : Anosognosia and major depression in 2 patients with cerebrovascular lesions. Neurology 40(7) : 1380-1382, 1990.
 - 18) Gerstmann J : Problem of imperception of impaired body territories with organic lesions. Arch Neurol Psychiat, 48 : 890-913, 1942.
 - 19) Denny-Brown D, Meyer J, Horenstein S : The significance of perceptual rivalry resulting from parietal lesion. Brain, 75(4) : 433-471, 1952.
 - 20) Weinstein EA, Kahn RL : The syndrome of anosognosia. Arch Neurol Psychiat, 64 : 772-791, 1950.
 - 21) Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR et al : Anosognosia in Patients with Cerebrovascular Lesions. -A Study of Causative Factors-. Stroke 23, 10, 1446-1453, 1992.
 - 22) Gilmore RL, Heilman KM, Schmidt RP et al : Anosognosia during Wada Testing. Neurology, 42 : 925-927, 1992.
 - 23) Danel T, Leys D, Destee A et al : Anosognosia and depression. Neurology, 41 : 951, 1991.
 - 24) Heilman KM, Valenstein E : Clinical Neuropsychology, Oxford Press Inc., New York, 1993.
 - 25) Adair JC, Gilmore RL, Fennell EM et al : Anosognosia during intracarotid barbiturate anesthesia : Unawareness of amnesia for weakness. Neurology 45, : 241-243, 1995.
 - 26) Breier JI, Adair JC, Gold M et al : Dissociation of anosognosia for hemiplegia and aphasia during left-hemisphere anesthesia. Neurology, 45 : 65-67, 1995.
 - 27) 遠藤正臣：古典紹介 J. Babinski, 精神医学, 20(8) : 913-920, 1978.
 - 28) 山鳥 重：片麻痺無視 神経心理学入門, 289-294, 医学書院, 1985.
 - 29) 森 悅朗：右半球損傷患者における片麻痺の否認 (anosognosia) と半身の認知異常 (hemiasomatognosia) —脳血管障害急性期での検討. 臨床神経学, 22 (10) : 881-890, 1982.

病原性赤痢菌の感染実験における大腸粘膜の 病理組織学的検討 赤痢生菌ワクチン免疫の影響について

鳥海昌喜^{*1} 高田治実^{*2} 鈴木晟幹^{*1}

^{*1}臨床福祉専門学校・基礎医学研究室

^{*2}臨床福祉専門学校

Histopathological Studies of the Colonic Mucosa
after Challenge with a Virulent Strain

—Oral Live-attenuated Vaccines Deserve Further Study—

Masaki Toriumi^{*1}, Harumi Takada^{*2} and Seikan Suzuki^{*1}

^{*1}Clinical Welfare College · Preclinical Medicine Division

^{*2}Clinical Welfare College

Summary : Shigellosis is a significant cause of serious enteric illness in the world, particularly in developing countries. Effective vaccines are urgently needed. Recently the genetic and molecular basis of the pathogenicity of Shigella and host responses to the bacterial virulence factors have been elucidated, madly it possible to construct a live-attenuated vaccine based on rational strategies. We have constructed and evaluated a virG thyA double mutant of *Shigella flexneri* 2a for utilization as a candidate live-attenuated oral vaccine against shigellosis. On 3 or 10 days after the challenge, samples were taken from the ascending colon of generally anesthetized monkeys and observedly optical and electron microscopy. The clinical findings were less severe in the vaccine group than in the control group. The colonic mucosa of the survey vaccinated monkeys was less severely inflamed than the unvaccinated-dead ones. These results together with the histopathological findings indicate that vaccine deserves furthered study.

Key words : *Shigella flexneri*, Oral live-attenuated vaccine, Cynomolgus monkeys, Electron microscopy

要旨：赤痢症は、世界、特に開発途上国で重大な腸の病気のひとつであり、早急に有効なワクチンが必要となっている。最近、赤痢菌の病原性における遺伝学的基礎および毒性要因による反応が解明され、生菌ワクチンを作成することが可能となった。そこで私たちは *Shigella flexneri* 2a から、virG

別刷請求先：〒177-0045 東京都練馬区石神井台3-35-21 学校法人敬心学園 臨床福祉専門学校 基礎医学研究室
Reprint requests to : Masaki Toriumi, Preclinical Medicine Division, Clinical Welfare College, 3-35-21, Shakujidai,

Nerima-ku, Tokyo 177-0045, Japan

Tel : + 81-3-5910-3758 Fax : + 81-3-5910-3723 e-mail : pmd@seafowl.com

thyA の突然変異体の赤痢生菌ワクチンを作成し、赤痢症に対する影響を観察・検討を行った。病原性赤痢菌の投与後の3日あるいは10日目に、麻酔下のカニクイサルの大腸（上行結腸）から試料を採取し、光学顕微鏡および電子顕微鏡的に観察した。臨床症状の観察では、ワクチン免疫群は非免疫群より症状は穏やかであり、また、形態学的観察においても、ワクチン免疫群のカニクイサルの大腸粘膜は、非免疫群に比して組織学障害が軽度であった。これらのワクチン免疫による影響を、組織病理学的に検討を行った。

キーワード：赤痢菌、生菌ワクチン、カニクイサル、電子顕微鏡

方 法

起病性実験にはカニクイサル（メス）の14～16歳（平均15.4歳）の10頭、体重2.8～5.5kg（平均4.1kg）を用い、5頭ずつ2回（実験1, 2）実験した。赤痢生菌ワクチン免疫・病原性赤痢感染実験には8～13歳（平均10.7歳）のカニクイサル（メス）40頭、体重2.1～6.3kg（平均3.6kg）を用い、4回（実験5, 6, 7, 8）に分けて実験した。安全性試験（Vo）にはカニクイサル（メス）の8～16歳（平均10.7歳）の10頭、体重2.3～4.3kg（平均3.4kg）を用いた。カニクイサルは、予防衛生研究所靈長類センターにおいて検疫棟に収容、飼育して観察し、大腸粘膜試料の採取をして検討した。

ワクチン免疫実験群（Vaccine group, V）には、生菌ワクチンの経鼻投与を7日間隔で3回行い、3回目のワクチン投与後の28日目に、強毒株病原性赤痢菌を次のように経鼻投与した。病原性赤痢菌を培養した後、湿菌量で100mg（約10¹⁰個）を10mlの生食水に浮遊させて、この菌浮遊液10mlをアトム栄養カテーテル（外径2mm）で、麻酔下のサルの胃内へ経鼻投与した。その後、10mlの生食水でカテーテル内に残存している菌浮遊液を胃内へ洗い流した。菌の培養はThymine入りTrypticase soy broth agar（BBL, agar 1.5%）で37℃、18時間の培養を行った。

ワクチン非免疫群（Control group, C）には、生菌ワクチンの代わりに生食水を用い、前述同様に3回投与し、同じく同量の強毒株病原性赤痢菌を経鼻投与した。

それぞれの菌、生食水を投与する前は24時間の絶食を行い、ワクチン非免疫群（C）、ワクチン免疫実験群（V）の両群に対して病原性赤痢菌を投与した後、10日後のカニクイサル実験動物をケタラール麻酔下、放血後に上行結腸を採取した。10日以前に死亡した個体については、その時点での大

腸組織を採取して、光顕標本・電顕標本を作製し、光顕的、電顕的な組織・細胞の観察、比較検討を行った。

なお、赤痢の診断は、粘便あるいは水様便の排泄をみた個体を発症例とした。また、赤痢生菌ワクチンには、細胞侵入性および細胞間拡散が阻害されたShigella flexneri 2a, YSH7001/YSH6000T, virG thyA double mutant（東京大学医科学研究所細菌研究部）を使用した。

結 果

ワクチン非免疫群（C）においては、病原性赤痢菌投与後翌日には赤痢の発症が80%（16/20頭）で観察され、ワクチン免疫実験群（V）での赤痢の発症は、投与2日目から30%（6/20頭）で観察された。赤痢発症がみられた実験動物は、病原性赤痢菌投与3～4日後で、ワクチン非免疫群（C）は60%（12/20頭）、ワクチン免疫実験群（V）では10%（2/20頭）の死亡が観察された（Table 1: Rate of development of symptoms, and mortality rate）。

ワクチン非免疫群（C）の赤痢発症が観察された個体の大腸粘膜^{2～5)}（Fig. 1-A: HE染色）の病理組織学的観察の所見は、好中球、リンパ球、マクロファージを主体とする炎症性細胞の浸潤が粘膜組織、特に粘膜固有層から粘膜下組織にかけて著明にみられた。また、大腸粘膜組織の変性や消失傾向も非常に強く、出血性の偽膜性大腸炎が認められ、大小のリンパ濾胞様構造の形成を伴っている組織像が観察された。粘膜表面への粘液分泌はほとんど認められず、杯細胞内の粘液成分量もごくわずかであった。粘膜組織内には少数の形質細胞（Plasma cell）が散在性に認められたが、胞体内のIgA染色性は弱陽性で、IgA産生はごくわずかであると推察され、粘膜表面への分泌もほとんど認められなかつた（Fig. 1-C: IgA染色）。さらにメチルグリーン・ピロニン染色性も低下傾向を呈して弱陽性で

Table 1 Rate of dysentery development of symptoms, and mortality rate

実験 No	ワクチン免疫群 (V)				ワクチン非免疫群 (C)			
	発症	死亡(10日目まで)			発症	死亡(10日目まで)		
5	1/5	20%	1/5	20%	3/5	60%	1/5	20%
6	1/5	20%	0/5	0%	4/5	80%	3/5	60%
7	3/5	60%	1/5	20%	5/5	100%	4/5	80%
8	1/5	20%	0/5	0%	4/5	80%	4/5	80%
total	6/20	30%	2/20	10%	16/20	80%	12/20	60%

あった。ワクチン非免疫群 (C) の腸管では、感染防御に携わる成分の産生や分泌の亢進は認められず、病原性赤痢菌が粘膜内に侵入したため、赤痢の発症を起こしたことが観察された。抗赤痢菌免疫染色の観察からも、ワクチン免疫実験群 (V) の粘膜組織は陰性 (Fig. 2-D : 抗 shigella 染色) であったが、ワクチン非免疫群 (C) の赤痢発症例では粘膜表層面のみならず粘膜細胞内にも強陽性を呈しており、赤痢菌の感染が示唆された (Fig. 1-D : 抗 shigella 染色)。PAS 染色を実施した粘膜組織標本 (Fig. 1-B : PAS 染色) の所見からも、粘膜表層面への粘液分泌、および杯細胞 (Goblet cell) 内の PAS 陽性成分はほとんど観察されなかった。また、粘膜組織に残存する粘膜の細胞の変性や破壊が著明に認められ、粘膜組織の強い破壊を起こして、出血性の大腸炎を起こして赤痢の発症となったことが観察された²⁻⁵⁾。

ワクチン免疫実験群 (V) の大腸粘膜^{6, 7)} (Fig. 2-A : HE 染色) の所見からは、粘膜組織内の出血はほとんど観察されず、炎症性細胞浸潤や腺上皮細胞の変性・消失などもごくわずかであり、粘膜組織全体はよく保持されているのが認められた。粘膜固有層付近には多数の形質細胞 (Plasma cell) がみられ、その胞体のメチルグリーン・ピロニン染色性は強く、強陽性を呈していた。PAS 染色の標本 (Fig. 2-B : PAS 染色) では、腸腺細胞の中で、特に杯細胞 (Goblet cell) の胞体内に PAS 強陽性の粘液成分が大量に認められ、さらに、粘膜表層面にも大量の粘液成分の分泌が観察された。粘液成分の産生・貯留および粘膜面への粘液分泌は平常時でも認められるが、平常時の大腸粘膜と比較し亢進がみられ、特に病原赤痢菌投与後において著明な亢進が観察された⁸⁾。IgA 免疫染色標本における所見では、粘膜

組織に多数観察される形質細胞胞体内の IgA は強陽性を呈しており、さらに粘膜表層面でも陽性が認められ、粘膜表層面への IgA 成分分泌の亢進も認められた (Fig. 2-C : IgA 染色)。

血清 IgA および IgG^{6, 7)} の抗体価の動向を ELISA 法で測定した結果を Fig. 5-A (IgA) および Fig. 5-B (IgG) に示す。ワクチン免疫実験群 (V) では、ワクチンの投与開始後に抗体価の上昇が観察され、病原性赤痢菌投与後においては、さらに抗体価上昇を示すのが観察された。一方、ワクチン非免疫群 (C) においては、病原性赤痢菌投与後でも、IgA および IgG とともに抗体価の上昇は観察されなかった。

電子顕微鏡学的観察^{9, 10)} による所見で、ワクチン非免疫群 (C) の赤痢発症をみた大腸粘膜標本 (Fig. 3) では、Fig. 3-A の粘膜上皮および腺上皮と思われる細胞胞体内の各オルガネラに、強い炎症による変性・消失傾向がみられ、多数の空胞が観察された。粘膜固有層の細胞間では細胞断片 (cell debris) や無定型物質 (amorphous substance) および赤血球などがみられ、周辺にはフィブリン線維の析出も伴っているのが認められた。Fig. 3-B の細胞胞体内の Endoplasmic reticulum (小胞体) などの各オルガネラにも変性・消失傾向がみられ、特にミトコンドリアでのクリスタの消失や膨化傾向が観察された。Fig. 3-B, C の矢印 (⇒) で示した細胞内外には、赤痢菌の侵入・存在が認められた。Fig. 3-C では、フィブリン線維の析出なども観察され、超微形態学的にも大腸炎を起こしていることが認められた。

ワクチン免疫実験群 (V) の大腸粘膜 (Fig. 4) の観察では、Fig. 4-A の粘膜組織の細胞配列はよく保持されており、超微形態的にも比較的よく保持されているのが認められた。上皮細胞胞体内にみら

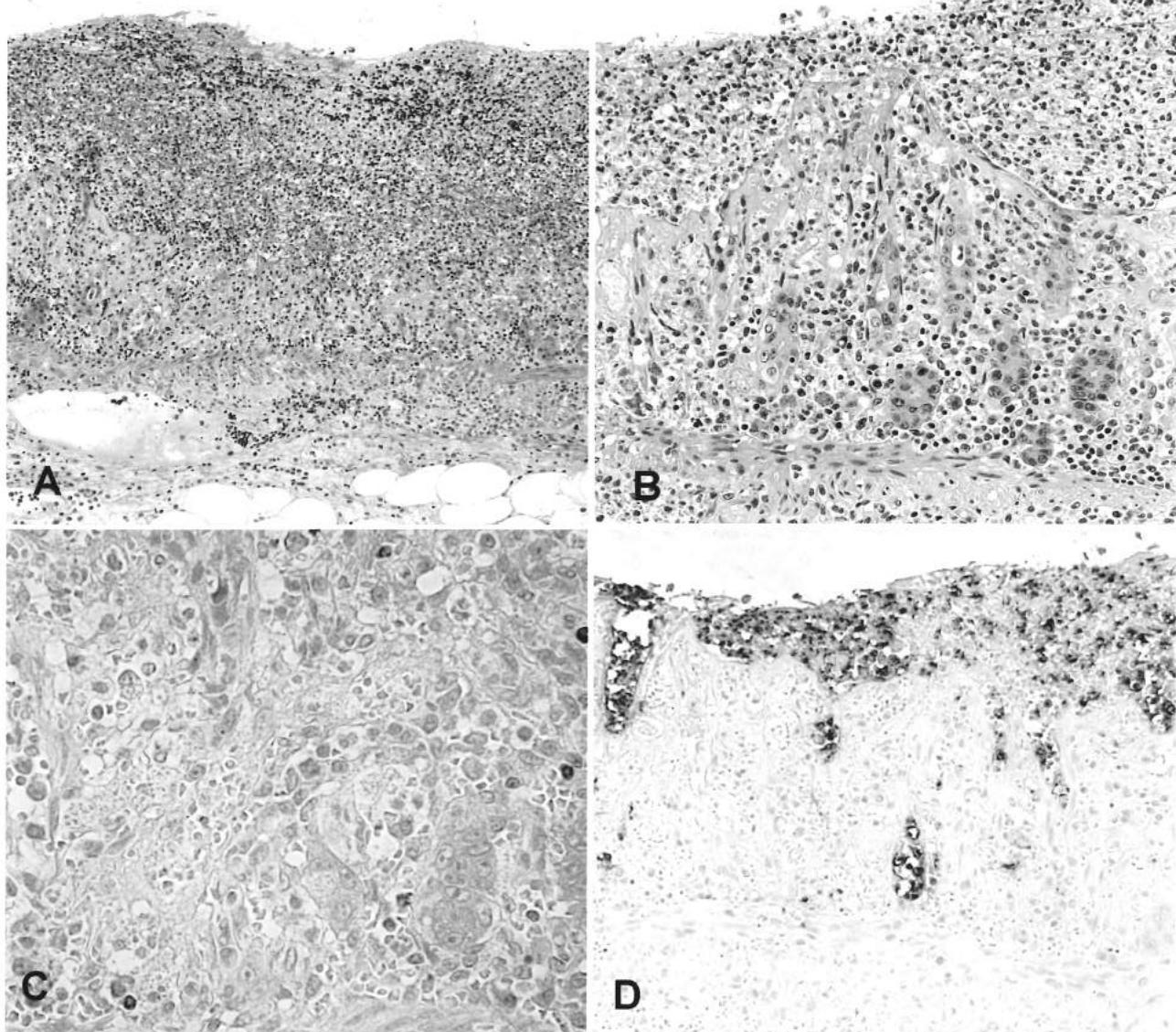


Fig. 1 Optical microscopic observation (colonic mucosa from dysenteric monkeys dead within 3 days after challenge in the control group)

- A : severe desolution and degeneration of whole mucosa (HE stain)
- B : PAS-positive mucus substance and goblet cells were rarely seen (PAS stain)
- C : IgA-positive plasma cells were rarely seen (anti IgA antibody stain)
- D : strongly positive of anti shigella antibody, over the surface and intracellular of mucosa (anti shigella antibody stain)

れる各オルガネラの変性などもごくわずかであり、粘液の分泌も大量に観察された。Fig. 4-Bでは、粘膜組織における杯細胞 (Goblet cell) の核クロマチンにはやや凝集傾向がみられるが、胞体内には大量の粘液成分を貯留し、光顕所見と同様明らかな粘液分泌機能の亢進が認められた。Fig. 4-Cの粘膜組織には、豊富な粗面小胞体 (rER)，およびミトコンドリアを有する多数の形質細胞 (Plasma cell) がみられた。これらの形質細胞では機能亢進傾向が

認められ、免疫機能の亢進が示唆された。

なお、今回は組織像を提示していないが、生菌赤痢ワクチン投与のみで病原性赤痢菌の投与を行わなかった安全試験群 (Vo) のサルの大腸粘膜では、ワクチン免疫実験群と同様の組織像がみられた。

考 察

赤痢の発症率をみると、ワクチン非免疫群 (C) で 80% (16/20 頭) の赤痢発症がみられたのに対し

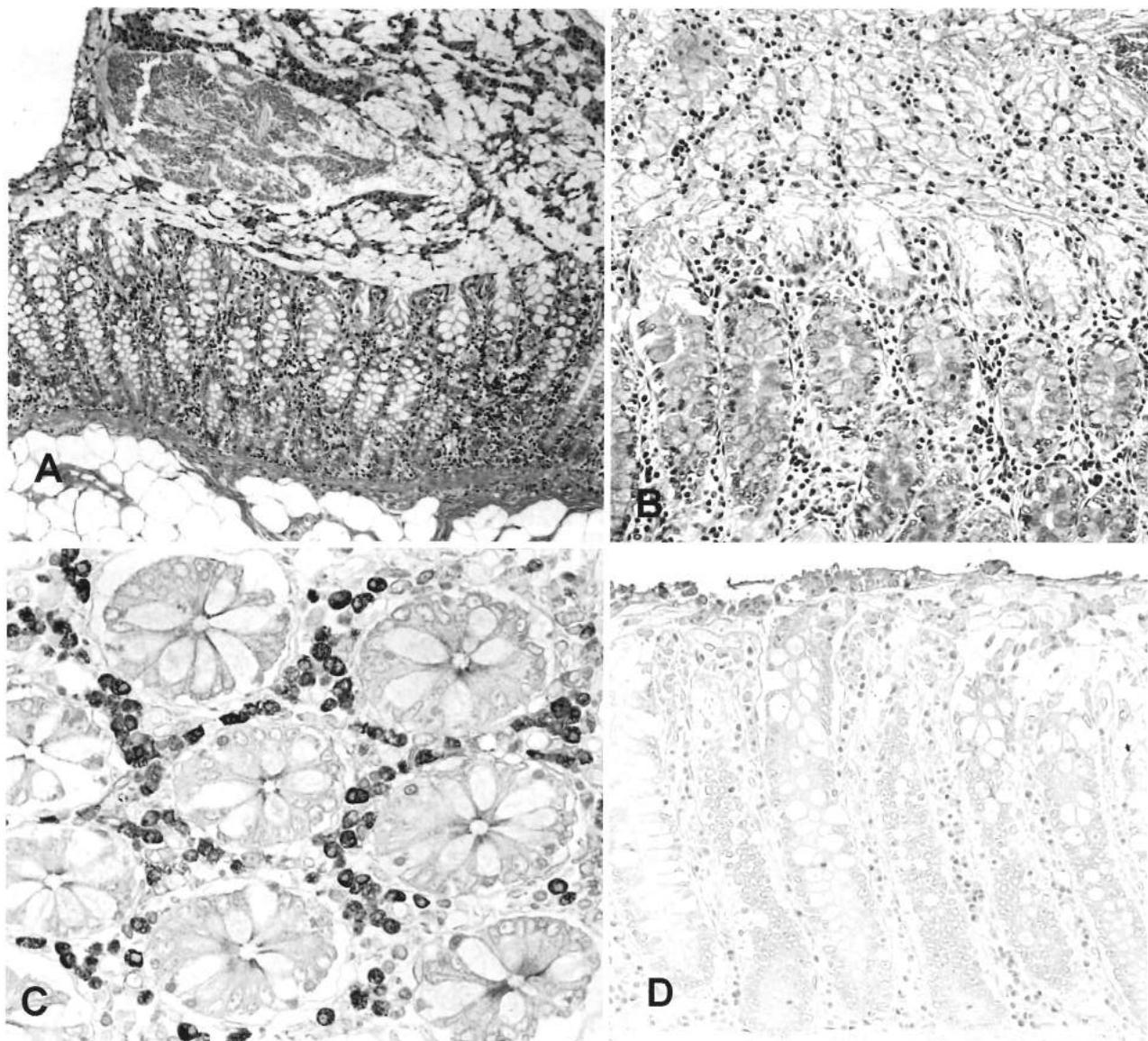


Fig. 2 Optical microscopic observation (colonic mucosa of vaccinated survived monkey euthanized 10days after challenge in the vaccine group)

A : colonic mucosa keeping the tissue relatively intact (HE stain)

B : large amount of strongly PAS-positive mucus substance was seen in the goblet cells, and also over the surface of mucosa (PAS stain)

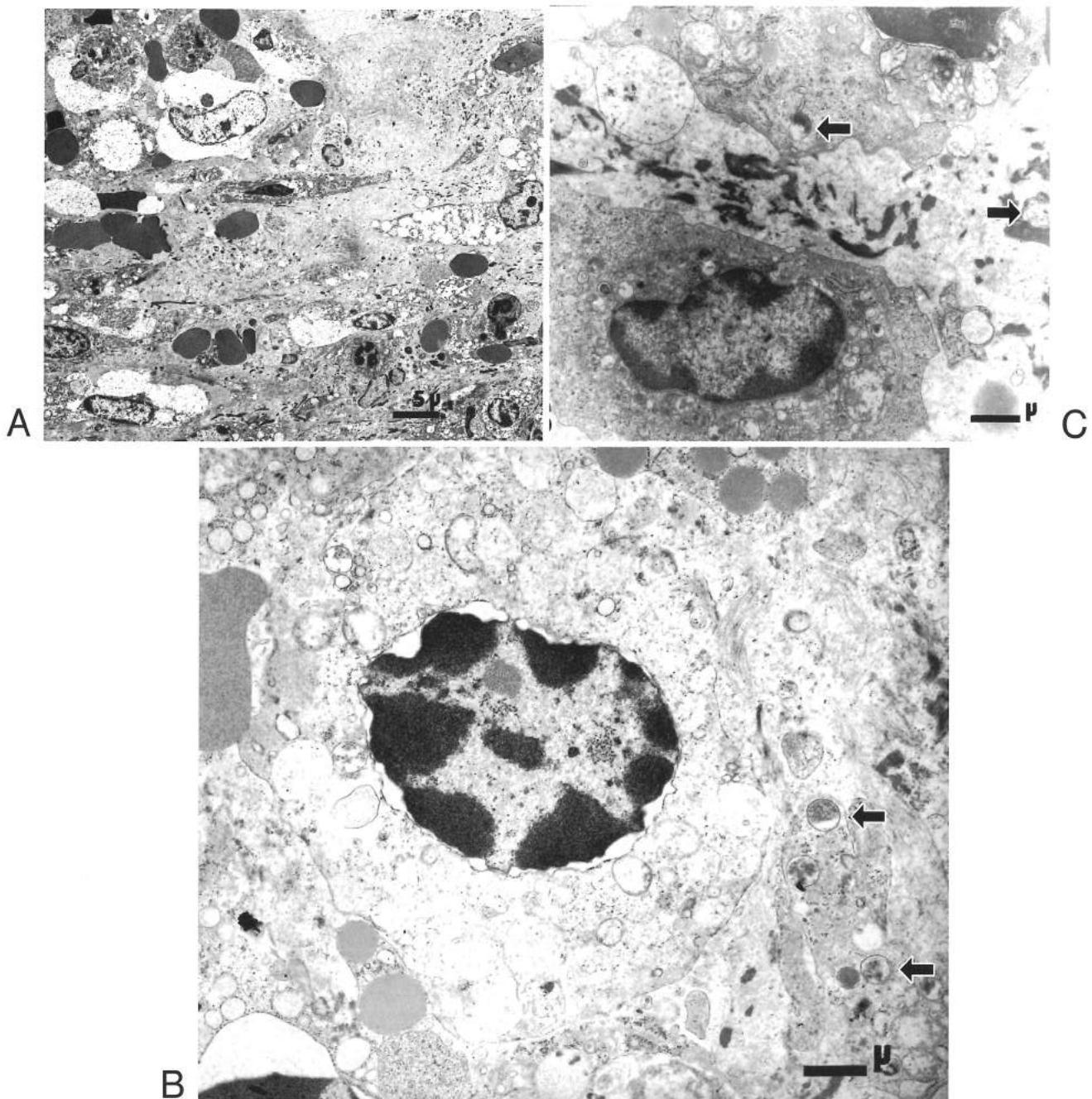
C : cytoplasm of these plasma cells was strongly IgA-positive (anti IgA antibody stain)

D : weakly stained anti shigella antibody positive amorphous substance were rarely seen (anti shigella antibody stain)

て、ワクチン免疫実験群（V）では30%（6/20頭）に抑えられていた。

ワクチン免疫実験群（V）の大腸粘膜における病理学的な変化を観察すると、粘膜にみられる杯細胞（Goblet cell）内の粘液成分の大量貯留、および粘膜表層面への粘液分泌の著明な亢進が認められ、また、形質細胞数の増加および胞体内IgAの産生と粘膜上皮面への分泌亢進も認められた。組織像で

も、ワクチン非免疫群（C）でみられた大小のリンパ濾胞様構造の形成や、粘膜内の著明な出血はほとんど観察されず、組織の炎症性変化は非常に軽度（わずか）で、粘膜組織全体はよく保持されていた。抗Shigella抗体染色での検索、および電顕検索した範囲でも赤痢菌の菌体は観察されなかったことから、生菌ワクチンによる免疫の獲得によって、粘液分泌の著明な亢進、および腸管分泌液に多く含まれ



A : strong desolution and exfoliation of both mucosal and glandular epithelial cells

B : mitochondria were desolated and swell strongly or partly vacuolated (\Rightarrow : shigella)

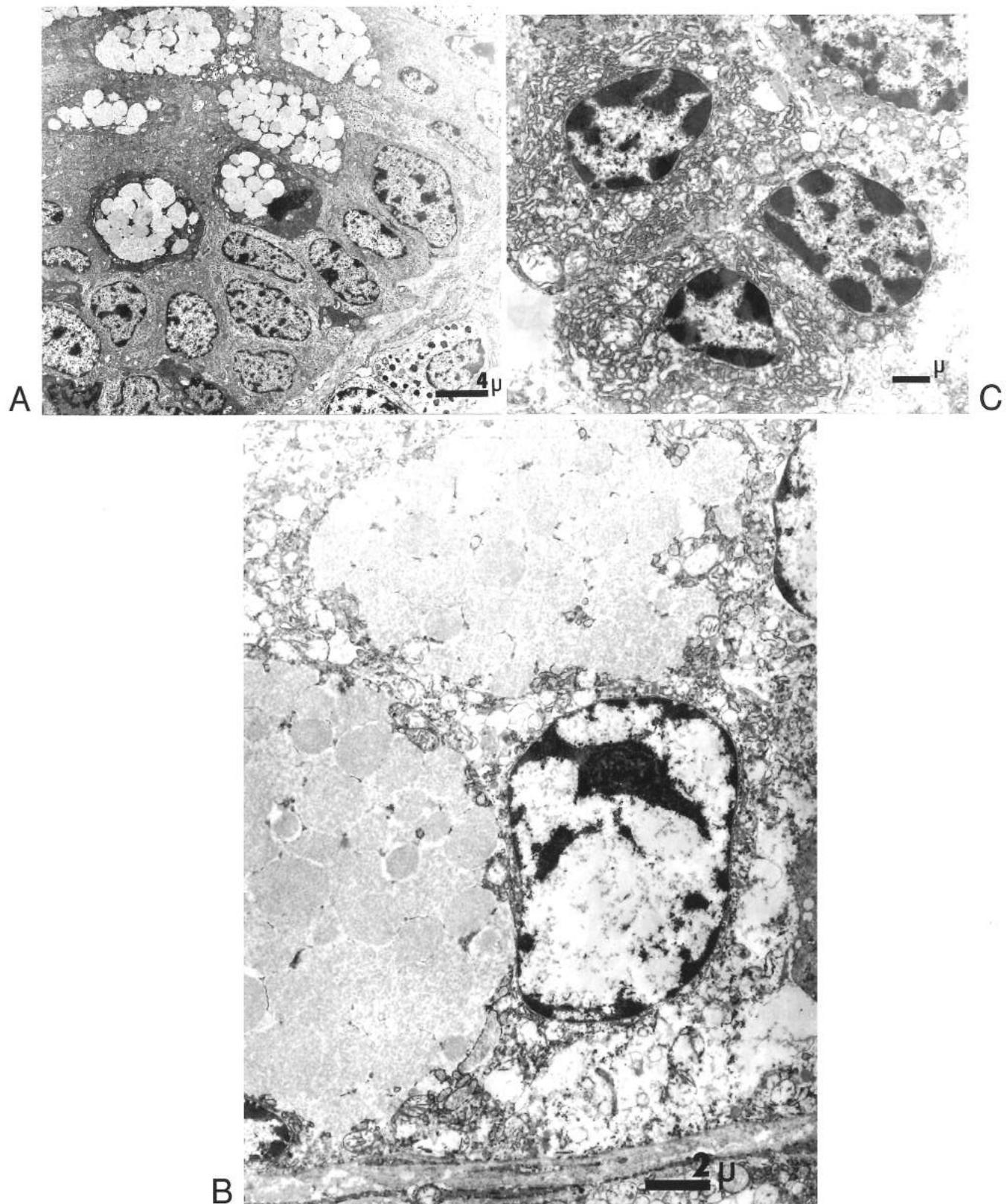
C : cell debris, amorphous substance and fibrin clot were seen in the intracellular matrix (\Rightarrow : shigella)

Fig. 3 Electron microscopic observation in the control group

る分泌抗体 IgA の分泌亢進で感染防御の機能が高まり、病原性赤痢菌の粘膜組織内侵入を阻止し、赤痢発症を抑えていることが認められた。

ワクチン非免疫群 (C) では、病原性大腸菌の細胞内進入を防げず、粘膜に侵入して出血性大腸炎を起こし、80% の個体で赤痢の発症が観察された。大腸粘膜標本の検索より、粘膜上皮細胞、腺上皮細胞

には強い融解・剥離がみられるとともに、粘膜の一部には浅い潰瘍の形成も認められ、出血を伴う著明な偽膜性大腸炎が観察された。粘膜組織には好中球、リンパ球、マクロファージを主とする炎症性細胞浸潤がみられ、特に粘膜固有層から粘膜下組織にかけて多数が浸潤し、大小のリンパ濾胞様構造の形成を伴っていた^{5~6)}。電顕的観察でも、粘膜固有層



- A : slight desolution of colonic mucosa, and colonic tissue keeping intact
B : large amount of accumulation substance was seen in the goblet cells
C : rough endoplasmic reticulum was increased and highly developed in the plasma cells

Fig. 4 Electron microscopic observation in the vaccine group

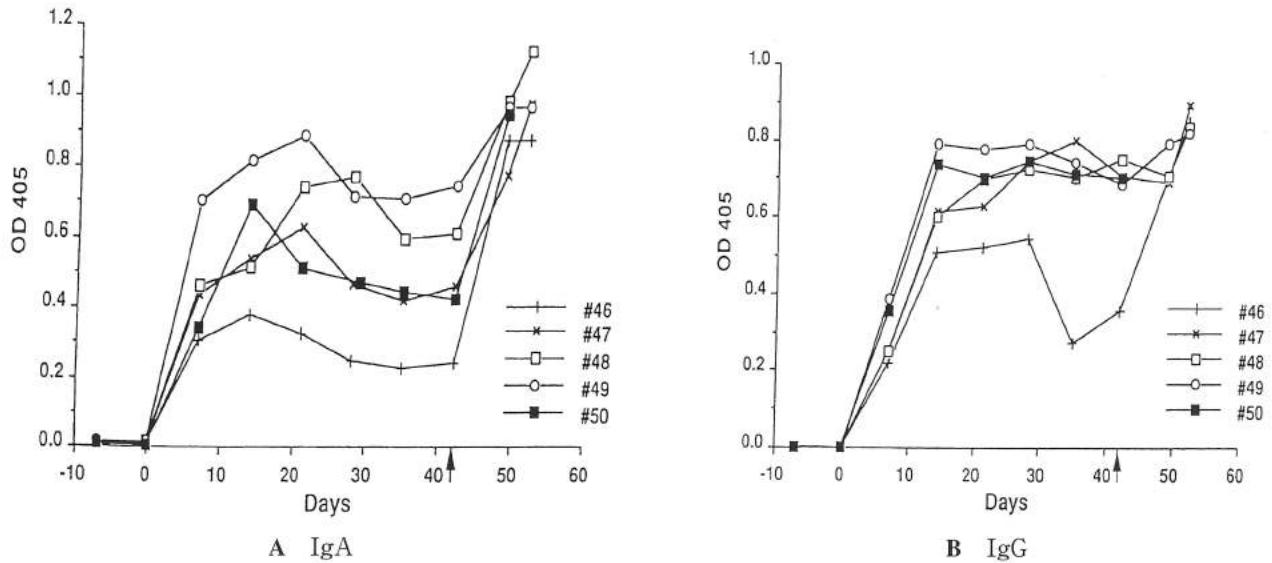


Fig. 5 antibody titer (Elisa method)

には細胞断片 (cell debris) や無定型物質 (amorphous substance) および赤血球などが見られ、フィブリン線維の析出も伴っているのが観察された。細胞体内の各オルガネラにも変性・消失傾向が認められ、特にミトコンドリアではクリスタの消失や膨化傾向、一部では空胞化が観察された^{9, 10)}。また、粘膜表層への粘液分泌や杯細胞内の粘液成分もほとんど認められず、さらに IgA 活性もきわめて弱く、感染防御の機能が働かずに病原性赤痢菌が侵入してしまったと考えられた。したがって、細胞および粘膜組織の損傷や破壊を起こし、赤痢の発症を起こしたことが認められた。抗 Shigella 抗体染色の結果からも粘膜上皮面および表層細胞体内で強陽性を示し、また、電顕的検索においても粘膜表層細胞内および粘液内や間質に菌体が観察された。電顕的にも赤痢菌の侵入（感染）が認められ、出血性大腸炎を引き起こして赤痢発症を防ぐことができなかつたことが認められた。

以上の結果から、今回実験に用いた赤痢生菌ワクチンによる免疫の獲得により、病原性赤痢菌の粘膜侵入性の阻止、および粘液や分泌抗体による赤痢菌の排除が観察され、赤痢の発症を抑えることが認められた。ワクチン免疫実験群（V）で赤痢発症がみられた個体についても、症状が軽く抑えられること、また、予後がよい結果が得られた。したがって、今回の実験結果より、赤痢菌の感染抑制および赤痢発症の抑制がみられたことから、赤痢生菌ワクチンは有効であると考えられた。

文 献

- 1) 吉川昌之介：現代病理学体系 10B，病院論 II，細菌，280-302，中山書店，1990.
- 2) Takeuchi A et al : American Journal of Pathology (Vol. 81), 251-254, 1975.
- 3) Gilbreth J et al : American Journal of Digestive Diseases, New Series, Vol. 12, No. 6, 1967.
- 4) Labrec EH et al : Epithelial cell penetration as an essential step in the pathogenesis of bacillary dysentery. J Bact, 88 : 1503-1518, 1964.
- 5) Fomal SB et al : Pathogenesis of bacillary dysentery in laboratory animals. Fed Proc, 24 : 29-34, 1965.
- 6) Ogawa H et al : Shigellosis in cynomolgus monkeys (Macaca irus). IV. Bacteriological and histopathological observations on the earlier stage of experimental infection with *Shigella flexneri* 2a, Jap J Med Sci Biol, 19 : 23-32, 1966.
- 7) Fomal SB et al : fluorescent-antibody and histologic study of vaccinated and control monkeys challenged with *Shigella flexneri*. J Bact, 91 : 2368-2367, 1966.
- 8) 服部隆則ほか：大腸粘膜の細胞動態。病理と臨床, Vol. 6, No. 8, 1988.
- 9) Takeuchi A et al : Experimental Acute Colitis in the Rhesus Monkey Following Peroral Infection with *Shigella Flexneri*, American Journal of Pathology (Vol. 52), number 3, 503-529, 1968.
- 10) Takeuchi A et al : Experimental bacillary dysentery. An electron microscopic study of the response of the intestinal mucosa to bacterial invasion, Am J of Path, 47 : 1011-1044, 1965.

Immunohistochemical and Electron Microscopic Study of Malignant Germ Cell Tumor of the Mediastinum

Seikan Suzuki^{*1} and Shigeo Uchino^{*2}

^{*1}Clinical Welfare College, Preclinical Medicine Division

^{*2}Clinical Welfare College, President

縦隔組織に由来する悪性胚細胞性腫瘍の 免疫組織化学的および電子顕微鏡的研究

鈴木晟幹^{*1} 内野滋雄^{*2}

^{*1}臨床福祉専門学校・基礎医学研究室

^{*2}臨床福祉専門学校・校長

Summary : A malignant germ cell tumor resected from the mediastinum of a 25 years-old male was studied ultrastructurally. Histologically the tumor consisted of areas of embryonal carcinoma, grade 2 chondrosarcoma and adult type fibrosarcoma in addition to foci of atypical seminoma. Electron microscopically, the malignant epithelial cells contained filaments and a few desmosomes, while enlarged endoplasmic reticulum and mitochondria were abundant in the spindle cells. Transition from embryonal carcinoma to sarcoma was suggested. Scattered cells with typical nuclear and nucleolar features of seminoma were present. Many seminoma cells were mixed with various types of tumor cells, indicating a close relationship between them.

Key words : Embryonal carcinoma, Malignant germ cell tumor, Immunohistochemical study, Electron microscopic study

要旨：25歳、男性の縦隔組織の胸腺から発生した悪性胚細胞性腫瘍に関する免疫組織化学的、電子顕微鏡的研究を行った。組織学的所見によると、この腫瘍組織は胎児性癌であり、軟骨肉腫(Grade 2)や、異型精上皮腫を示す、成人型線維肉腫の成分が含まれていた。電子顕微鏡的所見では悪性上皮性細胞の形態を示す胞体内に微細フィラメントやデスモソームを持つものや、拡張した粗面小胞体やミトコンドリアをもつ紡錘形細胞がみられ、胎児性癌から肉腫に遷移したことを示唆していた。また、典型的な精上皮腫細胞の核を持った腫瘍細胞も散在していた。いくつかの精上皮腫細胞はいくつかの異なる腫瘍細胞の特徴を備えていることが示された。

別刷請求先：鈴木晟幹 〒177-0045 東京都練馬区石神井台3-35-21 学校法人敬心学園 臨床福祉専門学校 基礎医学研究室

Reprint requests to : Seikan Suzuki, Clinical Welfare College, Preclinical Medicine Division

3-35-21 Shakujidai, Nerimaku, Tokyo 177-0045, Japan

Tel : 03-5910-3758, Fax : 03-5910-3723 e-mail : S-Seikan@mt.catv.ne.

キーワード：胎児性癌，悪性胚細胞性腫瘍，免疫組織化学的研究，電子顕微鏡的研究

Clinical summary

Patient : 25-year, old man.

Chief complaints : Cough, sputum, dyspnea and facial edema.

Chest Xray film : Anterior mediastinal tumor involving, the right upper and middle lobes of the lung.

Tumor markers : AFP(alpha fetoprotein) 48ng/ml, NSE (neuron specific enolase)

94ng/ml, Testosterone 572ng/ml.

Needle biopsy : Anaplastic seminoma.

Treatment : Chemotherapy and radiation.

Surgery (5 months after presentation) : Removal of the tumor with the thymus, a part of The pericardium and right upper and middle lobes of the lung. Lymph node metastasis was not identified.

Histological findings

The tumor consisted of a mixture of different types of malignant tumor, such as adult type embryonal carcinoma, fibrosarcoma, grade 2 chondrosarcoma and seminoma.

An area of embryonal carcinoma was embedded in a highly cellular spindle cell stroma. The stromal cells had atypical nuclei and appeared malignant. In addition, areas of grade 2 chondrosarcoma were present.

Electron microscopic findings

Ultrastructurally, epithelial cells (E) had desmosomes (d) and microvilli (m), and were surrounded by basement membrane - like material (b). Fibrosarcomatous spindle cells (Sp) contained enlarged endoplasmic reticulum and swollen mitochondria and many lysosome - like granules (ly) Epithelial cells and spindle cells were closely intermixed. The trace of transition epithelial (Tr) and spindle cells was suggested. Seminoma cells (Se) were scattered throughout the tumor and were in close proximity to various types of neoplastic cells.

Result

1. A case of mediastinal germ cell tumor consisting mainly of embryonal carcinoma and fibrosarcoma was studied by light and electron microscopy.
2. Spindle cell component surrounding embryonal carcinoma appeared malignant and were considered to be as fibrosarcoma.
3. Cases of teratoma with sarcomatous stroma have been reported, but to the best of our knowledge, embryonal carcinoma associated with sarcomatous component has not been reported in the literature.
4. Ultrastructurally, the sarcomatous component appeared to be derived embryonal carcinoma. Therefore, sarcomatoid transformation of embryonal carcinoma is suggested.
5. The relationship between seminoma cells and other neoplastic components is unclear.

Acknowledgment

The authors are indebted to Prof. J. Patrick Barron of the International Medical Communications Center of Tokyo Medical University for his review of this manuscript.

Immunohistochemical findings

Vimentin	+	(Sp, Ch, Em)	P-ALP	-
CAM25	+	(Em)	hCG	-
AE 1/3	+	(Em)	G-FAP	-
EMA	+	(Em)	SMA	-
S-100	++	(Ch)	desmin	-
CA-125	-		AFP	-
NSE	++	(Sp)		

Sp : Spindle cell, Ch : Chondrosarcoma cell Em : Embryonal carcinoma

Immunohistochemistry failed to demonstrate AFP, placental alkaline phosphatase or hCG.

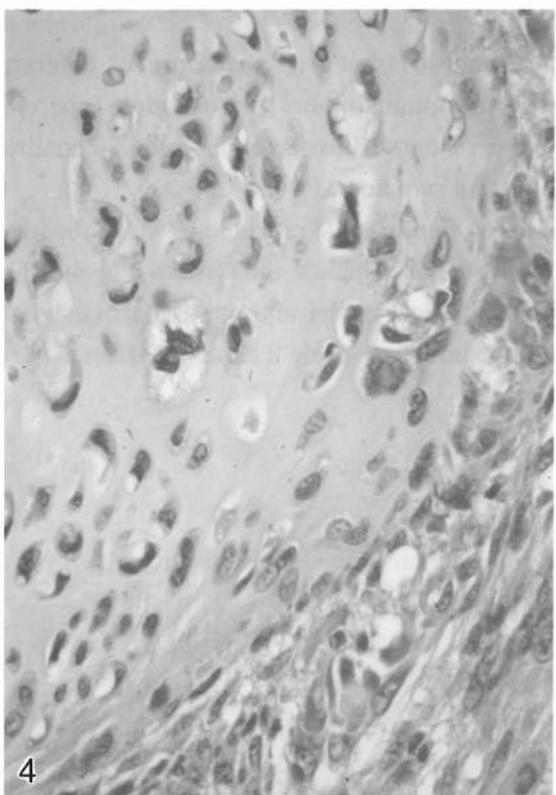
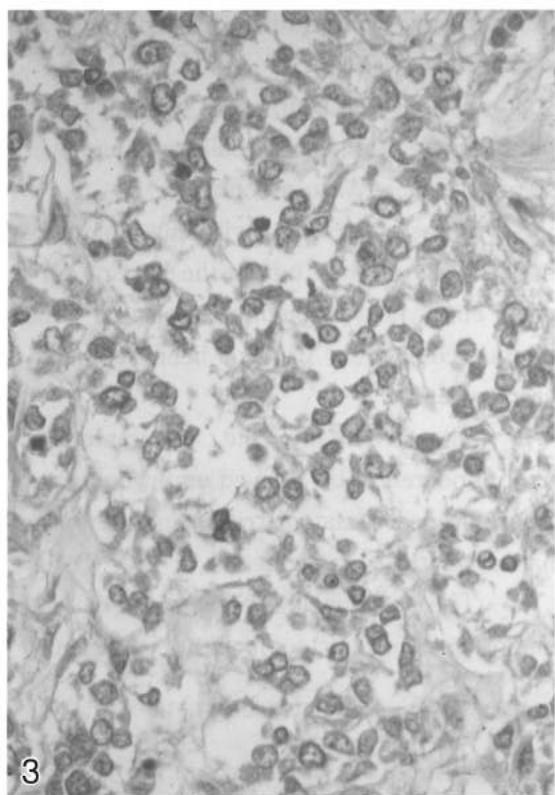
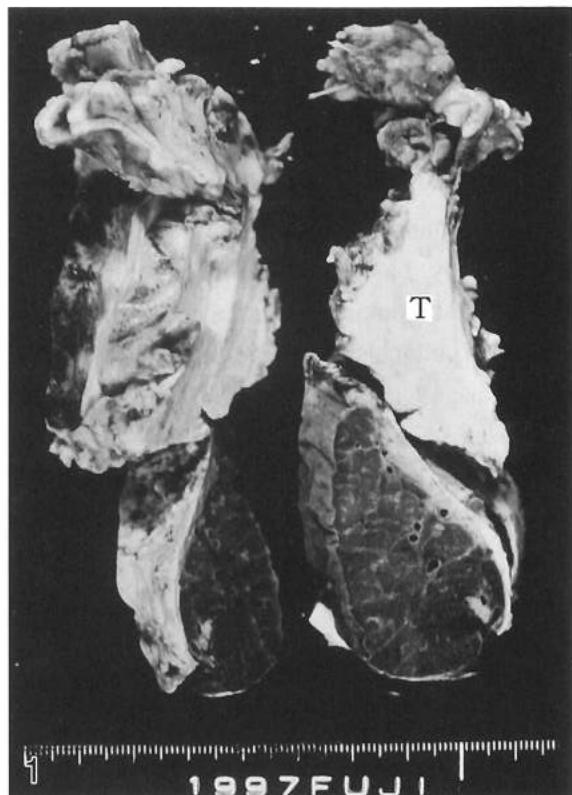
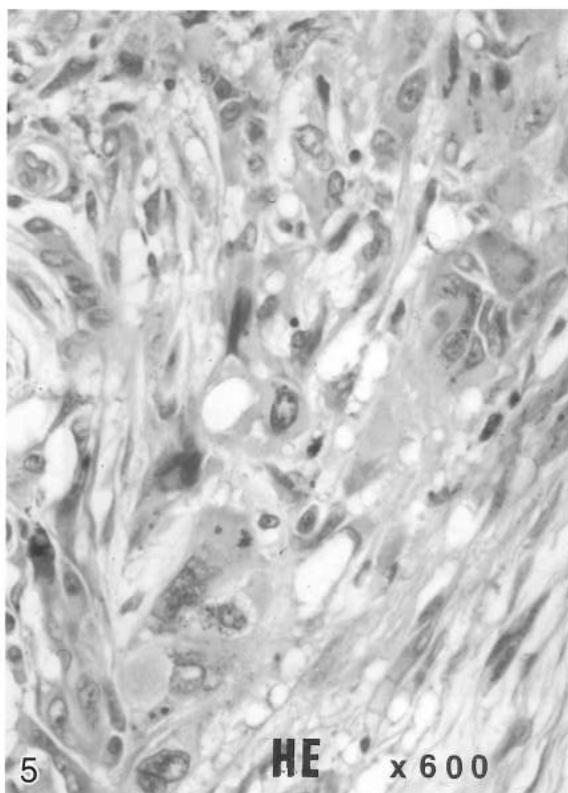


Fig. 1 Mediastinum tumor (T)

Fig. 2 Embryonal carcinoma in the mediastinum (Hematoxilin Eosin stain)

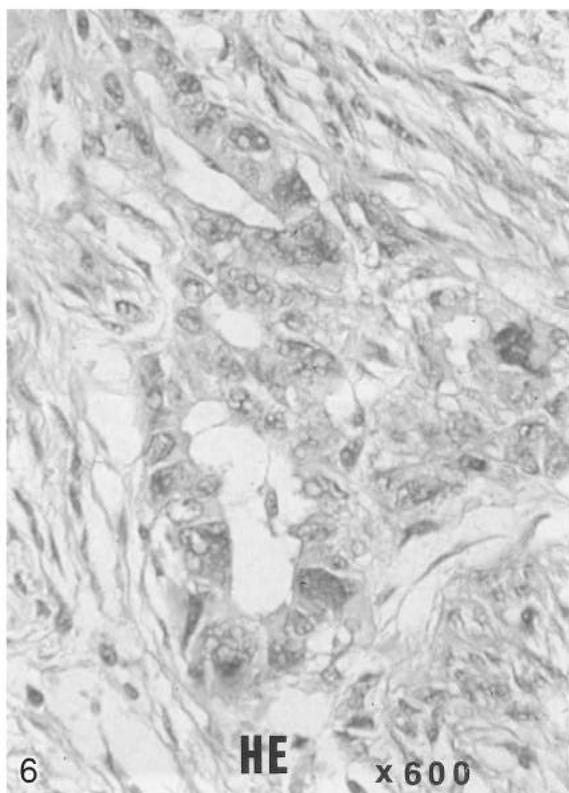
Fig. 3 Atypical seminoma type of embryonal carcinoma. (Hematoxylin Eosin stain)

Fig. 4 Chondrosarcoma (Grade 2) type of the embryonal carcinoma. (Hematoxylin Eosin stain)



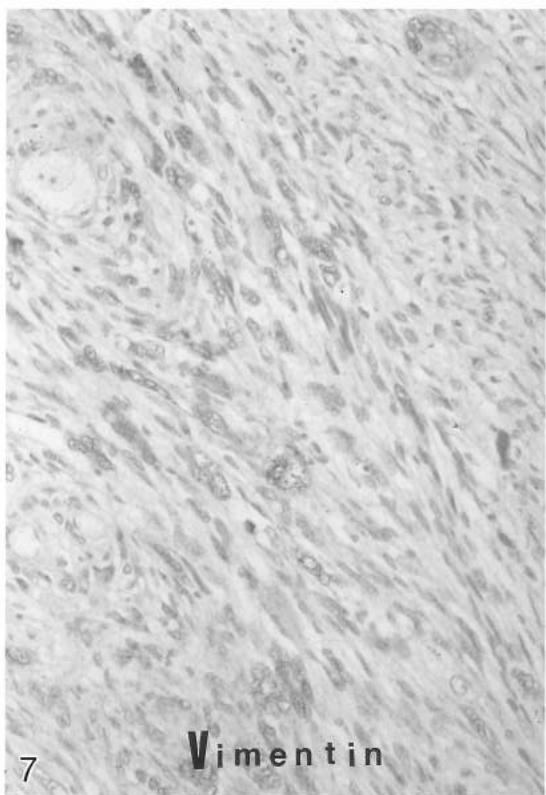
5

HE x 600



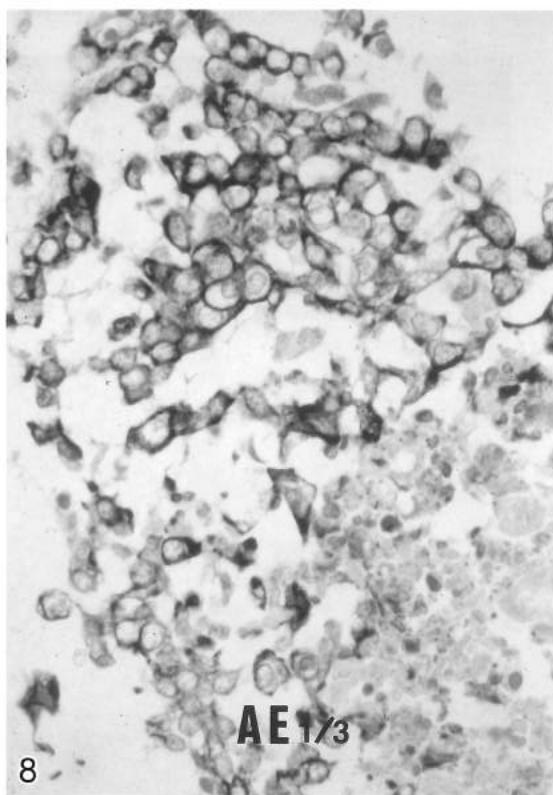
6

HE x 600



7

Vimentin



8

AE 1/3

Fig. 5 Sarcomatous spindle cell type of the embryonal carcinoma. (Hematoxylin Eosin stain)

Fig. 6 Adenocarcinomatous type of the embryonal carcinoma. (Hematoxylin Eosin stain)

Fig. 7 Immunohistochemical staining of Vimentin of the embryonal carcinoma.

Fig. 8 Immunohistochemical staining of AE 1/3 (Cytokeratin) of the embryonal carcinoma.

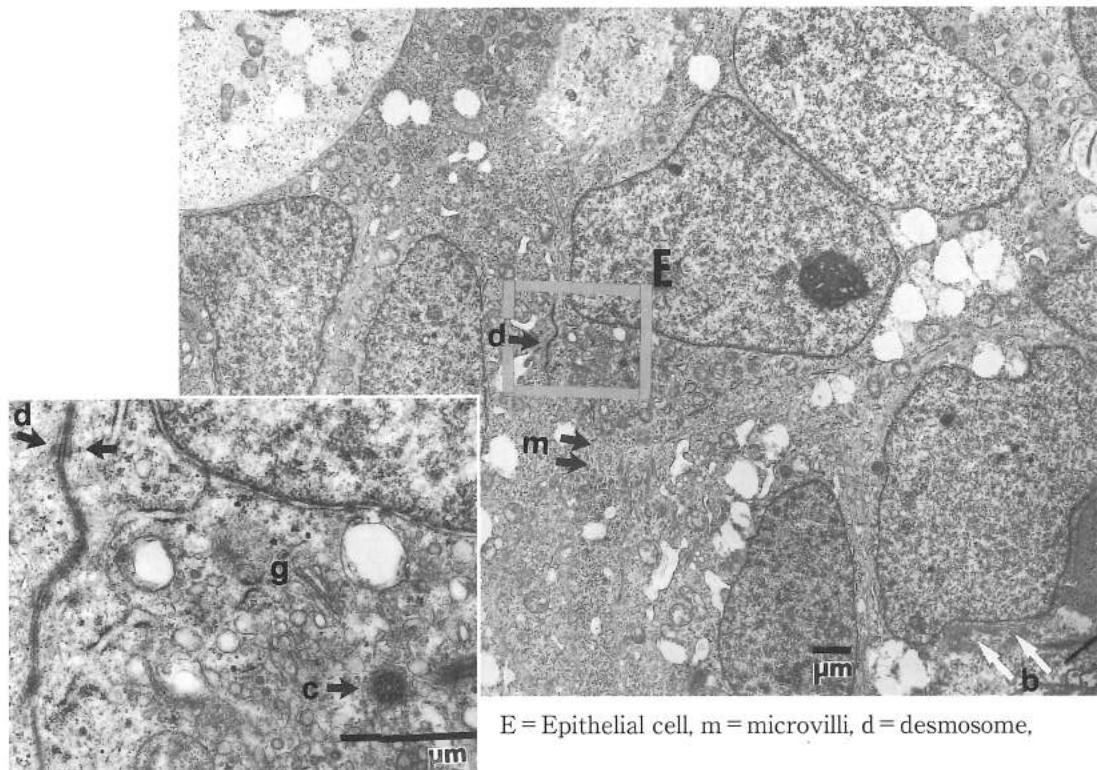
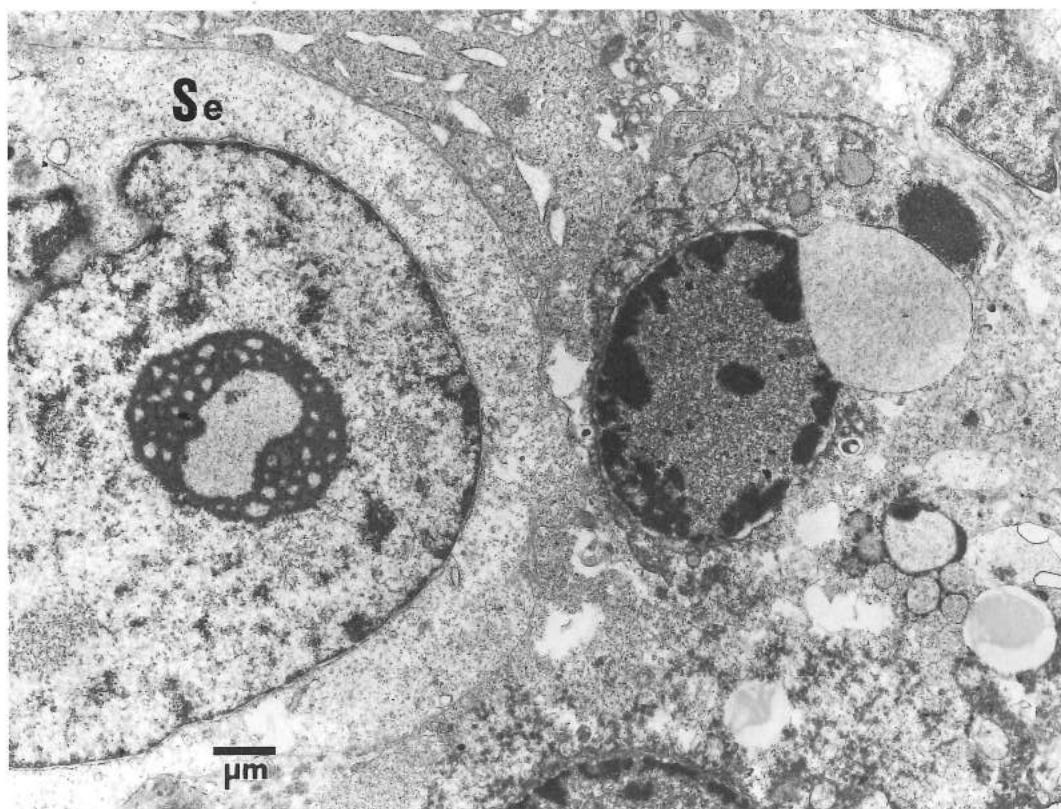
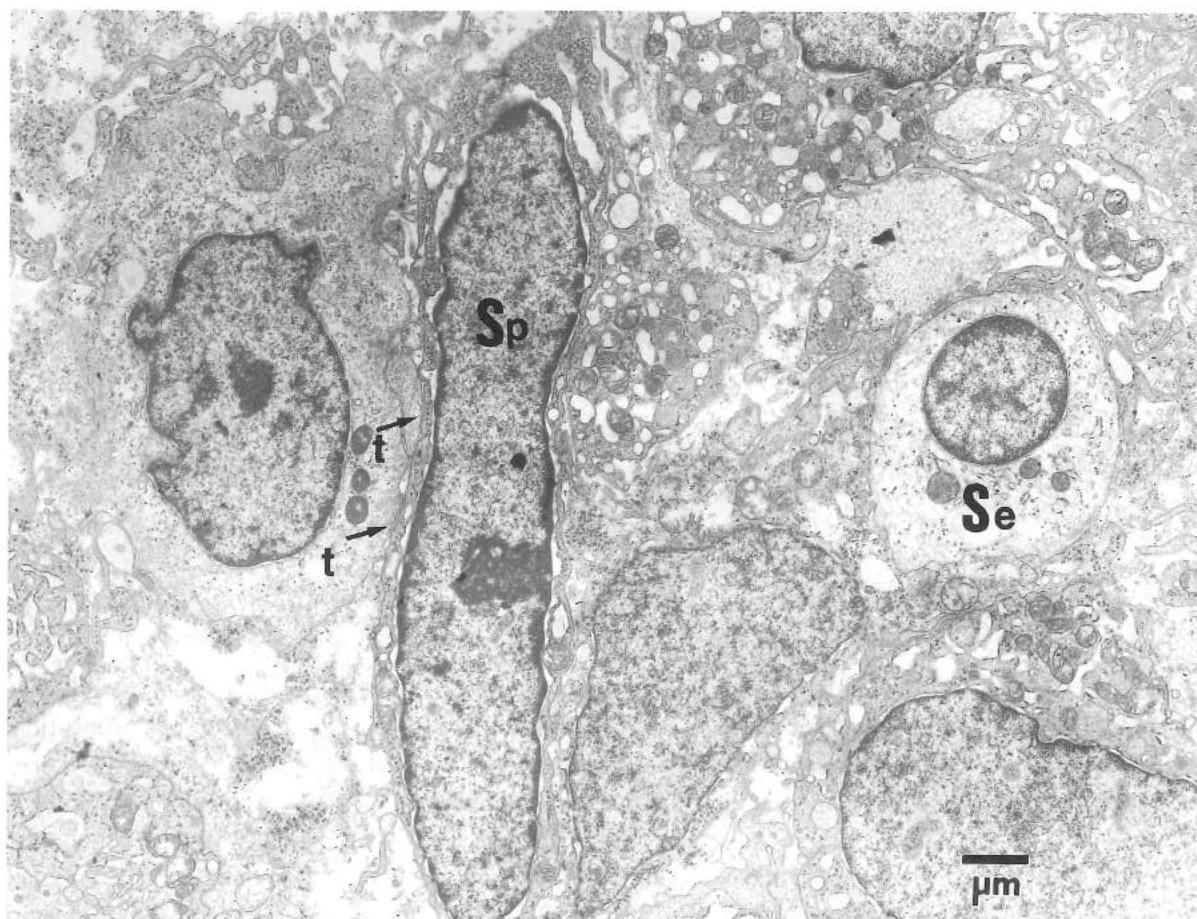


Fig. 9 Electron microscopic photograph of the adenocarcinoma type (Epithelial cell type E) of the embryonal carcinoma.



Seminoma cells (Se) show unusual figures nucleoli (n) which resemble characters
Fig. 10 Atypical seminoma type tumor cell (Se) of the embryonal carcinoma (Electron microscopic photograph)



Se=Seminoma cell, Sp=Spindle cell, t=tight junction

Fig. 11 Sarcomatous spindle cell (Sp) of the embryonal carcinoma =E, (Electron microscopic photograph)

References

- 1) Ulbright TM, Loehre PJ, Lawrence PJ et al : The development of non — germ cell malignancies within germ cell tumors : A clinicopathologic study of 11 cases. *Cancer*, 56 : 1824—1833, 1984.
- 2) Brawn PN : The origin of germ cell tumors of the testis. *Cancer*, 51 : 1610—1614, 1983.
- 3) Mukai K, Adamus WR : York sac tumor of the anterior mediastinum : Case report with light—and electron microscopic examination and immunohistochemical study of alpha-fetoprotein. *Am J Surg Pathol*, 3 : 77—83, 1979.
- 4) Baleria G, Bhan AK, Dickersin GR : Sarcomatous carcinoma : An ultrastructural study with light microscopic and immunohistochemical correlation of 10 cases from various anatomic sites. *Ultrastruct Pathol*, 19 : 249—263, 1995.
- 5) Guarino M : Invited review ; Epithelial—to—mesenchymal changes of differentiation. From embryogenetic mechanism to pathological patterns. *Histol Histopathol*, 10 : 171—184, 1995.

スタッフの思い込み打破のための実践 —Sデイケアによる「頭の体操」の実践報告—

鈴木 大輔
さかの医院

Revolutionizing Staff Attitude through "Cerebral Gymnastics"

Daisuke Suzuki

Summary : In day-care facilities for the elderly we hope and believe that the demented elderly possess residual functions. However, it is not easy for the staff to keep holding to the postulating that would continue to moderate the staff was an actual change in day care users. We introduced "cerebral gymnastics" including numerical calculations, tongue twisters, etc. to stimulate the brain, for a period one year. Clear change appeared among day care users, in their ability to calculate and say tongue twisters. There were accompanying improvements in (1) study volition, (2) active participation, and (3) day-care life etc, due to the changes found in the users, the day-care staff discovered new possibilities in the elderly with dementia, thereby activating day-care activities.

Key words : Changes in a day care users, Joint action, Enhancement of day care

要旨：当老人デイケアでは痴呆老人にも優れた残存機能があるという信念を持って、デイケア活動を実践している。しかし、デイケアスタッフがその信念を保持し続けることは難しい。そのスタッフの信念を保持させるものは、デイケア利用者の実際の変化であると考えた。そこで、計算問題や早口言葉など、脳への刺激を与えることを目的とした「頭の体操」を1年間行ってきた。

そのプログラムの導入により、計算や早口言葉などデイケア利用者に明らかな変化が現れた。それとともに、①学習意欲の向上、②主体的参加、③デイケア生活の活性化という変化があった。

また、利用者の変化により、デイケアスタッフの痴呆老人の能力の限界に対する新たな可能性を発見した。それが、デイケア活動の活性化に繋がったと考えられる。

キーワード：利用者の変化、交互作用、デイケアの活性化

別刷請求先：鈴木大輔 〒340-0035 草加市西町195-2

さかの医院 Tel. 048-921-2013 Fax. 048-921-2012

Reprint requests to : Daisuke Suzuki, Sakano Clinic, 195-2 Soka-shi, Saitama, Japan

Tel. 81-48-921-2013 Fax. 81-48-921-2012 e-mail : sakanocl@gray.plala.or.jp

はじめに

痴呆高齢者といえども、「若くて経験の少ない者よりも、的確な判断がくだせるようなこともある」と室伏¹⁾がいうように、当デイケアでは痴呆高齢者にも優れた残存機能があるという信念を持ってデイケア活動を実践している。しかし、スタッフがその信念を保持し続けることは簡単ではない。しかし、スタッフは利用者と関わる日々のなかで、利用者の実際の変化を目の当たりにしたとき、スタッフは痴呆高齢者の素晴らしい能力に気付くことがあります、それがスタッフの信念を支えている。

痴呆高齢者の活性とスタッフの活性化のため、当デイケアでは昨年度より1年間、脳への刺激を与えることを目的とした「頭の体操」を行ってきた。この「頭・心のリハビリ」プログラムの1年間の利用者への効果とスタッフの変化について報告するとともに、デイケアの活性化について一考察を加えた。

「頭の体操」について

「頭の体操」は、平成14年12月から始まった。時間帯は毎朝十一時ごろより十五分間である。進行は、3名のソーシャルワーカーが毎日交互に行い、その他のスタッフは利用者とともに回答者となつた。

「頭の体操」の具体的な内容は、「今日は何の日?」(回想法)、足し算・引き算などの計算問題、早口言葉、しりとり、漢字問題などである。ちなみに、当日の体操内容は、その日の担当スタッフの判断に任せている。

進行するにあたっては、①利用者の発言の重視(コミュニケーションの重視)、②個々へスポットを当てる、③強制力のない雰囲気作りの3点に注意した。

平成15年12月までの1年間で45名の利用者が参加した。その「頭の体操」による利用者の変化は、通所日数や個人の能力により異なるが、平均して2~3カ月ほどで現れた。

事例

1. 重度痴呆の利用者の変化

事例①

O.Y 90歳 女性

痴呆度：重度

得意分野：計算問題

O・Yさん(以下、Oさん)は、少し前に話を忘れてしまうほどの重度の記憶障害がある。しかし、学生時代から勉強は好きだったということもあって、特に計算問題は楽しそうに、そして積極的に参加された。

最初の1、2カ月は、簡単な足し算でさえできなかつたのだが、2、3カ月後には、2桁の引き算、2桁と1桁の簡単な掛け算ができるようになった。ただ、割り算だけは何度やっても回答できず、1桁の割り算でさえ解くことは難しいようである。

記憶障害があるため、「計算問題」を楽しみに待つ、ということはないが、難しい計算問題を解いた後は、やり遂げた達成感のようなもので、表情が活き活きとされるようになった。

事例②

M.S 80歳 女性

痴呆度：重度

得意分野：早口言葉

M・Sさん(以下、Mさん)は、ご飯を食べたことも忘れるほどの重度の痴呆のうえ、白内障により目が不自由である。そのため、他利用者との交流も少なく、スタッフ以外との会話はほとんどない。頭の体操への参加も当初は、難しいのではと考えていたが、唯一「早口言葉」には参加された。

最初の1カ月は、簡単な早口言葉でもつまずくことも多かったのだが、若いころ歌手を目指していたということもあり、はじめのころより格段に早くなり、スタッフもつまずくような難しい早口言葉も言えるようになった。そしてやり終えた後は、先ほどのOさん同様に誇らしげな活き活きとした表情をされ、笑顔も見られることが多くなった。

2. 軽度痴呆の利用者の変化

事例③

K.T 女性 72歳

痴呆度：軽度

得意分野：問題全般

K・Tさん(以下、Kさん)は、当デイケアではかなりしっかりされている利用者であり、「頭の体操」の問題全般かなり解くことができる。計算問題だと、3桁と3桁の足し算、引き算を解くことができ、掛け算や割り算も計算可能である。

Kさんの変化は、「頭の体操」が始まったことで、

活躍できる場が増えたせいか、発言も目立ち、以前より冗談も言うようになった。自分の存在感を示すことができるということからか、とても明るい表情にて参加されているのが印象的である。

事例④

H.H 女性 93歳

痴呆度：軽度

得意分野：問題全般

H・Hさん（以下、Hさん）は、93歳の高齢ということもあり、多少の記憶障害はみられるが、ご自宅でも家事全般を行っているほどしっかりしている方である。しかし、「頭の体操」をやり始めたころは、耳が遠いということもあり、問題の意味が分からぬことが多いあった。しかし、スタッフがそれを補助することにより、1、2カ月経ってからは、積極的に問題を解くようになった。

Hさんは、もの静かな方なのでグループではあまり目立つほうではなかったが、体操で難しい問題を解き、発言も増えたことで、グループ内の存在感が大きくなかった。これにより、日常生活におけるグループでの居場所が、確立されたように感じられる。

3. 変化における男女差

女性利用者ほどの変化は見られないが、男性利用者にも多少の変化があった。

男性はほとんど興味を示さない方が多い。しかし、頭の体操で漢字問題やしりとりなどを行ったときに、スタッフが「○○さん、教えていただけませんか」とたずねると教えてくれることが多々あった。この回答にスポットをあて、プログラムの主役になってもらうことで、うれしそうな表情になることが多かった。そして、その後のプログラムへの参加も多くなった。

利用者の変化

1. 学習意欲の向上

まず、「学習意欲の向上」があげられる。問題を解いたときの充実感からか、利用者から「またやりたい」という声が聞こえるようになった。痴呆高齢者だからといって、能力・意欲の後退だけではなく、「学ぶことにより、自信や自尊心の回復、老いに対する受容、そして生きがいまでをも生み出す方向へと、発展していく」²⁾可能性がある。

2. 主体的参加

このプログラムの導入により、利用者の発言が目立つことになった。今まで受身的であった「体操への参加」から「利用者の主体的な参加」への変化と捕らえてよいのではないか。これは、利用者の得意分野に対応できるような様々なプログラムを用意し、利用者が自分で考え、発言できるよう援助できたことがこの成果に繋がったように思われる。

3. デイケア生活の活性化

利用者の個性が發揮できる場が増えたことで、活動意欲や主体的参加へと効果が現れた。また、意欲の減退した痴呆高齢者が、活き活きとした表情と笑顔が多くみられるようになった。これにより、グループ内での居場所の確保などにも繋がり、デイケアの雰囲気が以前よりも活発になった。「頭の体操」が、多少なりともデイケア生活の活性化に貢献したものと考えられる。

スタッフの変化

このプログラムによる変化は、利用者だけではなく、スタッフにも現れた。その変化は以下のようなものがあげられる。

1. コミュニケーションの増加

「頭の体操」では、スタッフも同じ問題を解くことで、利用者に問題の説明や一緒に考える時間が増えた。また、利用者から教えられることも多くなった。15分間という短い時間ではあるが、以前よりも明らかに利用者とスタッフとのコミュニケーションが増えたように感じている。

2. 新たなる可能性への確信（スタッフの意識の変化）

痴呆高齢者は、記名力の低下などが顕著であり、プログラム導入前は、「痴呆があるからこれは難しいかもしれない」と考えることが多かったように思う。しかし、「頭の体操」プログラムを導入し、利用者の残存能力の素晴らしさを目の当たりにしたこと、スタッフの意識も変化している。「こんなこともできるんだ」ということを感じることが多くなり、「もっといろんなことをやってみよう」と前向きに考える機会が増えたことで、スタッフのデイケア活動への意欲が向上した。

まとめ

以上のような利用者とスタッフの変化がみられ

た。プログラム導入当初は、15分間の「頭の体操」に、これほどの効果を期待していなかった。しかし、毎日実施し、できるだけ利用者主体の参加を促し、また利用者の小さな変化を見逃さずに続けてきたことが、このような効果となって現れたものと考えられる。利用者の小さな変化と活性化により、スタッフの新たな可能性への確信とチャレンジにつながった。利用者とスタッフの活性化が、デイケア全体の活性化へとなったことが、このプログラム最

大の効果である。これはまさに、利用者との援助関係は交互作用によって成立しているということの証明であろう。

引用文献

- 1) 室伏君士：痴呆老人の理解とケア，金剛出版，15，1985
- 2) 川島隆太，山崎律美：痴呆に挑む—学習療法の基礎知識—，くもん出版，113，2004

望まれる人間像

内野滋雄

学校の事務局から、学生の皆さんに私の生い立ちや想い出、忘れ得ぬ人々などを自由に話して欲しいとの依頼がありましたが、私は人生論などを語る資格がある程の人間ではないので、何回かお断りしておりましたが、最後には折れて、何か肩の凝らない話をしようということになりました。一つでも皆さんの参考になればと思っております。

一般的にみて、望まれる人間像というものはあると思います。私は医療や福祉の仕事をしていますが、職員を選ぶ場合次のような人を望みます。

まず、バイタリティーに富んだ人間、物事を億劫がらずてきぱきとやる人。一つの物事に対して熱心である人。能力の向上を常に考えている人。いわば根性のある人。正直で誠実である人。発想や創造性が豊かな人。新らしいものに挑戦する人、又その気概を持っている人。自己中心的では困るし協調性も欲しい。人間性、優しさとか礼儀、思いやりなど選ぶ側は欲張りです。しかしこのような人が皆から望まれているのでしょう。

少し私のことをお話しましょう。

生い立ち

私は開業医の長男として昭和6年に東京で生まれました。父は外科系の医者でしたが一風変ったところがあり、芸術家などとのつき合いが多く、山本周五郎、添田知道などの小説家や写真家の秋山青磁、俳人の大竹孤悠などが家に集まって酒を呑み話の花を咲かせていました。山本周五郎の「赤ひげ」は父がモデルで、映画や芝居にもなりましたが、よく父の性格が出ておりました。健康保険が無い時代でしたので、治療費が払えず暮の集金時にも逃げ廻っていた人も多かったようで、父は気にもしていないようでしたが、母は真剣に困っていたようでした。何と

か正月を迎えたことを覚えてています。

私はいやいやながら医者になりましたが、文科系の道に進みたかったのはその時代の家庭環境にあつたように思います。両親は私を所謂良い学校に進ませたかった為に、小学校は今でいう越境入学させました。その頃、良い中学に進学するためには全甲、今のオール5でなければならなかったのですが、図画だけは丙だったので画の先生につきました。お蔭で甲はもらったのですが、写実風のもので伸び伸びとした子供らしいものが失われていました。母が当時の作品を残してくれておりましたのでよくわかるのですが、形に嵌った当時の日本の教育を見るようで、持ち味や才能を生かすという点が失われていて残念な思いです。評価の方式や規準は全ての学問・技術でも考え方ないと国際競争には勝てないと思っています。

自由な校風の中高時代

太平洋戦争が激しくなり、追いつめられ始めた昭和19年に私は中学生となりました。今は東横線の都立大学駅となっていますが、ここにあった旧制府立高等学校という七年制高等学校の尋常科に入学しました。校長は一高から来られた佐々木順三教授で英國で学ばれた紳士でした。戦時中でも髪を七三に分け、ゲートルも巻かずに登校するリベラリストでしたが、昭和19年7月サイパン島が玉碎した時の朝礼で「日本は敗ける。学問は自由な発想で自由に行える。これからは学問が諸君の支えになる」と訓示されました。戦時下にあっては大変な発言でその勇気は英國で培われたものでしょうが、中学1年の私には自由という言葉が浸み込み今だに忘れられないばかりでなく私のバックボーンになっていると思います。佐々木順三校長は戦後立教大学の総長に迎え

られた方です。

昭和20年、東京大空襲の頃、私は胸膜炎（当時は肋膜炎といいました）を患い、田舎に疎開し一年休学しました。その時の主治医の先生が、休学を嫌がる私に「何事も悪しからざるはなし。君の健康をとり戻し、人の心を思いやるようにもなるだろう。一年ゆっくり静養しなさい。何事も悪しからざるはなしだよ」と話してくれました。私の今の健康や全てのことはこの一言が決めたといつても過言ではありません。私の大切な座右の銘になっております。

忘れ得ぬ人々

先の佐々木順三先生もそうですが、私には多くの忘れ得ぬ人々があります。その一人がピアニストのギーゼキングです。昭和23年頃でしたでしょうか。世界的に有名なピアニスト、ギーゼキングが日響（今のN響）と共に演でベートーヴェンのピアノ協奏曲第5番「皇帝」を弾きました。その老ピアニストの熱演は未だに忘れられません。戦勝国アメリカからすれば敗戦国日本での演奏は手を抜いてもいいところですが、実際には全く違いました。頸の肉がたるんだ頤から汗がしたたり落ち、黒のフロックコートは汗が滲み、演奏が終ってもしばらく立ち上がりませんでした。私は涙が出、今でもその姿を想い出すと目頭が熱くなります。敗戦国の聴衆であっても全力を尽くす姿は私には一生忘れられない大きな感動を与えてくれました。今でも苦しい時には「皇帝」を聴いて自分を励ますようにしています。

このほか中高時代にお世話になった東恩納寛惇先生も特に忘れ難い方です。一年休学した時に集めた土器などを先生の研究室に持ち込み、食糧難時代に焼芋などを貪べさせていただきました。東洋史の教授で沖縄の文化人類学の研究者でもあり、全集も出され後年拓植大学教授となられました。先生からは人類学、考古学などの本も頂戴し多くを学びました。私が解剖学を選んだことにも関係が深いように思います。

私は東京育ちですから俗に言うシティーボーイのように弱い面があります。自分でも根性がなく情けないと思うことがありました。その頃、棟方志功の絵の展覧会を二年続けて見ました。その野性的な激しさに感動しました。「わだばゴッホになる」と志して猪突猛進、都会人には見られない、恥も外聞も

ない生き方を自分もしなければならないと思いました。私も下手な油絵を描きますが、いつも棟方志功の激しさや心を手本としています。

東京医大での生活

文科志望であった私が理科に転向したのは高校3年の12月、進学適性検査の受験票が文科となっているのに気付いた両親特に母は泣いて是非医者になり親の後を継いで欲しいといいます。私は5人兄弟の長男で、弟妹を育てる苦労を聞かされやむなく理科への転科届を出しました。受験科目は数学は一般数学と幾何、理科は地学と生物でした。

大学では比較的良く勉強し、成績も良く、父の病院の手つだいもよくし、代診の若先生などと呼ばれ人気もありました。昭和30年頃はまだまだ代診が通る時代でした。父は私が医者になるということもあって、毎年のように少しずつ病院を増築してゆきました。私が最終学年になった頃、父は体調を崩して休むことが多くなり、私への負担が増えてきました。私は病院内に泊り込み仕事と勉学を両立させました。父はほぼ一年は休養。その頃病院の増築をしていました。建築会社の社長は父の後輩で「先生のためなら何でも無理は聞きます」など調子は良かつたのですが、支払いは厳しく、健康保険の収入が入るまで1ヵ月間だけ待って欲しいと頼んでも契約書通りと言って聞きません。人間とはこんなものかと悲しくなりましたが、カメラなどを売り払って金をこしらえ支払いました。その時「恩は石に刻み、恨みは水に流せ」と教えてくれた人が父の親友冲永莊兵衛先生でした。先生は帝京大学の基礎を築いた方で豪快な反面、優しく細やかなお気持を持つ方でした。私の人生の師と仰ぐお一人で、子供の頃から可愛がって下さいました。

解剖学教室で学ぶ

解剖学教室で勉強するようになった理由はいくつもありましたが、外科系の医者になろうとしていた頃、交通外傷で大腿部から切断せざるを得ない若い女性を受持ったことがあります。私は大腿動脈の枝の血管を何本か吻合すれば切断しなくてもすむのではないかと考えましたが、筋の断裂は激しく、感染に続く死亡の危険性が高いために切断となったの

です。当時、解剖学の佐野幹教授が血管の研究をしておられたので相談に行きました。先生は臨床にも詳しく、いろいろなことを教えてくれました。私はもう一度基礎から勉強をしたいと思い解剖教室で勉強を始めました。ところが、助教授やそれを取り巻く人達からの苛めに合い、研究室でこんなことがあっていいものかという義侠心が芽生えて遂に残ることになりました。

学会活動あれこれ

研究や学会発表などでも妨害はありましたが、何とか続け、仲間も増え、昭和52年には教授になりました。その頃は全国的に解剖実習用のご遺体が極度に不足し、教授の最初の仕事は如何にしてご遺体を確保するかでした。積極的に病院や施設を廻ってお願いし、献体の団体「東京医大東寿会」を設立して会員の増加につとめ、全国的な運動にも参加し、篤志解剖全国連合会の事務局長や会長、財団法人日本篤志献体協会の常任理事、今でも理事長も務めています。私のように私立の医科大学を卒業した者はなかなか学会の中核に入る機会は少ないのですが、やはりチャンスや運のようなものがあると思います。皆さんにもチャンスは必ずあります。それを如何に握むかだと思います。私の場合は教授になりたての頃、メキシコで国際解剖学会があり、その後で日本から10名が招かれブラジルでシンポジウムが開かれました。日本からの10名は私から見れば雲の上のような大先生でした。ところがお一人が病気で行けなくなり私がメキシコからブラジルにお供したわけです。その時、私にとって雲の上の人9名の方が「内野さんは案外役に立つ」との評価を下され、次の学会役員の改選では監事に、その次には常任理事になり、自分から会計担当を志願し財政の立て直しを行ったり、事務局を東大から学会事務センターに移したり、今風にいうと改革を行いました。日本の医学会で最も古いのが解剖学会でしたので100周年を迎え、その時には理事長になっていました。法人化や100周年記念行事等々を執行部の諸先生方と行い、一つの歴史を築きました。これらは一人の力では全くできません。多くの方々の協力・支援が必要です。これらを理事長として行えたことは、ブラジルにピンチヒッターで行ったことに端を発します。運としか言いようがありません。皆さん

も一生に何回もない運を確実に握ることが必要だということを解っていたいただきたいのです。

それから、大事なことは人の話をよく聞くことです。大事なことを言っているにも拘らず隣の人と喋っていて聞いていない。これではだめです。人の話を注意深く聞くということは人間の生活の中で最も基本的なことだらうと思います。また、喋る場合は他人の顔色を見ながら喋るのではなく、正論を貫くことが大事だと思います。

福祉はサイエンス

「福祉はサイエンス」これは私の持論です。福祉・保健・医療の連携が呼ばれて久しく、ここにある壁をいかに越えるかが大きな課題です。これらはギリシャの頃はアートと呼ばれ一つのものでしたが、それぞれの方向に分化し、自然に壁ができたものでしょう。福祉は心を大切にし、医療はサイエンスとしての分化を遂げてきましたが原点は同じものです。これらが有機的に統合された形、それぞれの連携が人々の幸せに繋ります。本校には臨床福祉学科、精神保健福祉学科、言語聴覚療法学科、理学療法学科の4学科がありますが、原点は一つです。思考課程にも共通点が多いです。私は基礎を学ぶことが最も大切であると考えております。基礎を学べばそれを臨床応用することは容易です。基礎なくして臨床を学んだだけでは、結局教わったことの枠を出ることはできないのです。習ったことだけでは自由な発想にも限界があります。4学科を眺め、交流し、交換し、視野の広い人に育てていただきたいのです。

ダブルメジャー

これは世界的傾向と言ってもよいでしょう。セカンドメジャーとも呼びますが、第2の専門を持つということです。ノーベル賞のハクスレーも生理学者でありながら電子顕微鏡を使って筋の収縮を解明しました。森鷗外は軍医総監であり著明な作家でもあります。今は一つの専門だけで羽搏くことは困難です。医療の現場がチーム医療として多くの専門職集団となっていることを考えても一つの専門を守るということは古典的観念と言わざるを得ません。皆さんの中には大学で別の分野を学び、社会経験を持っ

ています。これは福祉にとって非常に重要な要素であり、貴重な体験です。今までに得たものを捨てるのではなく、これから仕事を生かしていただきたいのです。

この学校を校長の立場で校内を見渡した時に、情熱をもった先生方や事務職の方が多いのに驚きました。また、学生諸君の積極性や明るさを感じております。学校の評価は、第一に卒業生が与えられた職場でいかに活躍するかです。次に先生方の研究や著作など業績の評価です。学生諸君の自覚と活躍そして発展を願っております。

最後に理学療法学科の学生さんに少し見方を変えてお話ししましょう。他の3学科の学生さんにも知つていただきたいと思います。

形態と機能そして心

人間の体を構成する最小単位は細胞です。形態を観察するには肉眼、ルーペ、光学顕微鏡、電子顕微鏡などいろいろな方法があります。細胞内の小器官でも電子顕微鏡でみることができますし、それぞれ特異な形態をもちそれぞれの機能をもっています。

人間は一つの卵細胞と精子の結合により細胞分裂が始まり、分化し、組織、器官、器官系を形づくってきたものです。形態はみることができます、心はみることができません。心の動搖は形態とその持つ機能に大きな影響を与えます。それは自律神経の仕事です。心と形態をつなぐものは自律神経といえます。大きな精神的衝撃の際に真蒼になったり動悸がしたり、また食欲が無くなったりするのは自律神経の仕業です。その場合は、周囲の支え、暖かい手、同情などで救われることが多いのはよく知られているところです。高齢者や障害者の介護も優しい心や暖かい手が最も必要なのは同じ理由です。エジプトのレリーフにも苦しんでいる人を抱きかかえたり、痛いところに手を当てているものがみられます。これが福祉や医療の原点です。リハビリテーションを担当する場合にもこの原点を忘れてはなりません。

ません。

老化は細胞数の減少とそれに伴う機能低下です。生活習慣病により老化を早めますが、その予防は可能です。老化や病気の予防の点で考えさせられる動物実験があります。メダカは低温で育てると発育が悪く、成長しても小さいのですが長生きする。それに反し高温で飼育すると成長が早く大きくなるのですが寿命が短かいのです。動物は一般的に小動物ほど寿命が短かく、大動物ほど寿命が長いのです。人間はさ程大きくないので他の野生動物に比較すると寿命が例外的に長いのです。これは保健衛生・医療のお蔭です。人間は成長が止まりますが、他の動物は死ぬ迄育ちます。植物もそうです。寿命は成長に要する年数の5倍といわれています。無菌室で飼育した無菌動物は普通の動物の2倍は生きるといいます。人間の平均寿命は石器時代では20歳代、小児の死亡率が高く20歳前に50%は死亡しています。それは貝塚の骨などでわかります。

生物はそれぞれ寿命がほぼ決っています。ヘイフリックの有名な実験によると、成人の線維芽細胞を培養すると20回ぐらいの分裂で分裂はストップしてしまうけれど、胎児の線維芽細胞の場合は50回ぐらいは分裂するといいます。しかしやはり分裂は止まってしまう。これが遺伝子にプログラミングされている寿命というものなのでしょう。

皆さんは、特に骨・筋という運動器の仕事に携わることになりますが、その形態・機能、また老化の本態をよく理解して科学的見地から仕事をして欲しいと思います。

特に高齢者は、障害が出ても頭脳の衰えの無い人もいます。四肢の麻痺がみられても判断力に衰えのない人もいます。人格を尊重し尊厳を損うことのないようにしてください。

老化とか、高齢者にみられ易い症候などを表にしてお示ししましょう。(前頁に掲載)

高齢者にありがちな高血圧症、糖尿病、虚血性心疾患などにもよく注意し、全人格的な処置を行うよう願っております。

老化と老年痴呆

老化：加齢に伴う細胞数の減少とそれによる機能低下
痴呆：発達をとげた知的機能が何らかの誘因・原因によって低下した状態
老年痴呆の誘因または促進因子
 脳重量の減少（神経細胞数の減少）
 脳血管の老化
 神経細胞間の沈着物
 急激な環境の変化、大きな精神的負荷
 自閉的生活、運動不足、喫煙、多量飲酒
 薬物乱用、身体疾患の合併

高齢とともにみられやすい変化

1. 最近のことを忘れやすい
2. 昔のことをよくしゃべる
3. 昔の苦労話をよくする
4. 自分のことばかりしゃべる
5. 愚痴っぽい
6. わがまま・自己中心的
7. 頑固、妥協をしない・不潔
8. 融通がきかない、しゃくじょうぎ
9. 臓病・気が小さくなる、不安感の増強
10. イライラ・かんしゃくもち・我慢ができるにくく争いやすい
11. 猜疑心が強く嫉妬深い
12. 人にとけ込めず、交際が狭く、孤独・閉鎖的
13. 活動性の減退・引っ込み思案・恥かしがり屋
14. 整頓癖、つまらぬものの収集癖
15. 新しいことを覚えるにくい

老年痴呆にみられる特性（Ⅰ）

基本症状：

1. 記銘力・記憶力の障害
2. 見当識の障害
3. 計算力の障害
4. 理解力・判断力の障害

身体症状・日常生活能力の障害：

1. 歩行障害（寝たきり）
2. 言語・構語障害
3. 嘔下障害
4. 着脱行為障害
5. 排尿・排便障害(失禁)

老年痴呆にみられる特性（Ⅱ）

異常行動および精神症状

1. 徘徊
2. 独語
3. 叫声
4. 昼夜の区別不能
5. 攻撃的行為（暴力）
6. 暴言
7. 破衣行為
8. 不潔行為(奔便)
9. 奔火
10. 収集癖
11. 盗癖
12. わいせつ行為
13. 人格障害
14. 拒食
15. 自傷
16. 自殺企画
17. 不眠
18. 情動失禁
19. 興奮
20. せん妄
21. 抑うつ
22. 幻覚
23. 妄想

痴呆予防

1. 生涯学習（頭脳労働）
2. 広い関心・興味と創造的活動
3. 趣味
4. 人との交わり
5. 運動、適度の労働
6. ケガ、特に頭のケガを避ける
7. 歯の健康
8. 食事管理：高脂血症・高血圧・糖尿病の予防、脳卒中の予防
9. 精神の安定・満足感・死後の安心
10. 適度の刺激（精神的・肉体的）

第1回 臨床福祉研究学術集会

記録

学科報告会
一般演題
シンポジウム

学校法人敬心学園 臨床福祉専門学校は、開学初年度の平成16年3月24日（水）に東京都練馬区石神井台の臨床福祉専門学校401大教室において第1回臨床福祉研究学術集会を開催した。ここに収録するのは、そのときの発表記録である。

学科報告会

開学初年度の総括と今後の改善

初年度の1年間を振り返って

教務部長
司会 高田 治実

本校は大学生・社会人を対象に再教育し、各分野のリーダーを養成するという目標を持っている社会人特化専門職養成校であり、各専門の国家資格（社会福祉士、精神保健福祉士、言語聴覚士、理学療法士）を取得するのみでなく、高い専門性を確保し、高度な技術に即対応可能な人材を養成することを目的としている。また、福祉・保健・医療の連携を図り、高度なチームアプローチを行える能力を持つ人材を養成することも模索している。

我々は、3年前から本校設立の準備を開始し、設立から早くも1年が経過しようとしているが、現状に満足することなく試行錯誤を繰り返している。授業体制、学生の教育方法、各学科の連携、学生と教師の関係、教員一事務一学生の関係および実習体制など改善すべき課題は多数残っている。そこで今回、各学科および事務部門が1年間を振り返り、問題点を整理し改善すべき点を明らかにする目的で報告会を行う。

各学科および事務部門の主な検討事項を以下に述べる。臨床福祉学科は、授業体制および実習を中心と検討した結果を報告する。精神保健福祉学科は、実習を中心として1年間を振り返り反省点と課題を検討し今後の方針を述べる。また他の国家資格との相違点を踏まえて学科間の連携に関する検討も行う。言語聴覚療法学科は、年間目標（①観察力、分析力、企画力、②コミュニケーション、③自己研鑽力と柔軟性の習得）に関する検討結果を報告する。理学療法学科は、①授業内容②学生と教師の関係③実習などに関して検討し反省点と今後の方針を述べる。事務部門は、①学生に対する窓口対応②年間学校スケジュール③学生への施設利用④教員一事務一学生の3つの情報ネットワークの4点から反省点と課題を検討し今後の方針を述べる。

今回の報告会が、次年度からの本校の更なる発展に繋がる事を期待している。

臨床福祉学科の1年と今後の課題

臨床福祉学科
森 成樹

臨床福祉学科は社会福祉士としての力量、就職、国家試験合格の3点を目標として設立された「福祉に関する相談援助業務」を行う社会福祉士の一般養成施設である。今年度は56名の1期生を迎えた。男女比はほぼ半々、社会人経験者と新卒が半々程度、社会福祉の仕事の経験者もいれば、ボランティア体験もない学生もいるというバラエティに富んだ学生が集まった。

力量の増進の面では、ケースに対応する実践的力

を重視した。実習では頻繁に実習先に出向き実習指導・相談に努めた。社会福祉士は相談援助職での就職が少ない。それは、わが国の社会福祉施設で相談職は介護職と未分化であるか、介護職の「上の仕事」と認識されているためであると考えられる。そのため本学科では介護職として就職し、その後に相談職に移行していく方向性を示し、介護技術の授業とホームヘルパー2級講座を置いた。結果として実習先からも高い評価を得ている。また、国家試験合

格のため、国試合格を意識すると、「国家試験受験資格」は過小評価されがちであるが、本学科では年度当初より「自分だけが合格」でも「自分はいいから他の人だけでも」でもなく、全員合格を目指す雰囲気作りを心がけてきた。

社会福祉士国家試験を振り返ってみると、本年度の国試の試験問題もさまざまに分析がなされているが、暗記学習をさせないための工夫が凝らしてあるように感じられ、抽象的概念の理解の大切さを再認識した。そのためには、学生・教員を含めたメンバー同士の授業内だけではない討論が必須である。1/25に行われた国家試験のあと学生からは、こんなに勉強したのは初めてだった、勉強していく床ずれができそうだった、といった声が聽かれ、磨きあう仲間たちの存在があつて初めて可能になることを実感した。1年間を通じて退学者が出なかつたことも、このことの現れであると考えられる。本学科で

は、教員も学生も垣根を作らない関係を心がけてきた。こうした雰囲気づくり、クラス作りの一助となっているものと考えられる。

本年度最大の反省点は、国家試験の直前まで授業がずれ込む体制になったことである。実習の多い時期であるので、授業を行わないことにしたのだが、前期に飛ばしすぎて息切れをしたのか、夏休みにはほとんどの学生が勉強をせずにすごしてしまったようである。そのためか後期開始時に多くの学生が不安を抱えての出校となったようで、その雰囲気がしばらく続いてしまった。次年度は実習時期を整理する等して早期に試験勉強を開始できるよう計画している。総合して言えば、「介護もできる社会福祉士」を目指して、福祉と同様学習にも「公助（学校の教育サービス）、共助（学生同士の学びあい）、自助（自己学習）」を活かして育ちあってきた1年であったといえよう。

精神保健福祉学科のこの1年

精神保健福祉学科

小田 敏雄

精神保健福祉士（以下、PSW）は精神障害者への相談援助業務を業とする国家資格で、平成11年に第一回の国家試験があり、今年1月24日、25日に第六回目の国家試験が行われた、まだ若い国家資格である。

PSWの業務の対象者である、精神障害（者）の特徴は「疾病と障害を併せ持つ」といわれ、常に医療との関係が他の障害以上に必要となる。そのため、PSWには医師等の他職種との連携が求められる。

また当事者との関係では、PSW自身が資源であり、手技や検査項目があるわけではない。そのため常に当事者との「関わりの質」が問われ、援助者自身の資質が重要になり、内的課題の克服や対人関係の持ち方のクセの修正などが必要となる。そのため、PSWになろうとする実習生には人への気づき、自分自身への柔軟さなど感じる力と自分や人との関

係を表現する力が求められる。

また、日本においては、精神障害者が社会的偏見や、社会防衛による隔離収容の処遇を長い間受け続けてきた。そのため、他障害に比べ社会資源が大幅に少なく、制度的にも組み入れられていない状況が、障害者基本法（平成5年制定、障害者として精神障害も明記された）以後も続いている。そのような、ある意味何もないところに資源を作り出すこともPSWの業務のひとつと言っても過言ではない。そのため自分から動ける力（フットワークの良さ）、推論する力（発想の豊かさ）が求められる。

実習の特徴として、実習指導者は自分たちの仲間、専門職を育てる意識で指導しており、生涯学習の一環としては一切考えていない専門職である。

学科報告会当日は、本学科1年目のふり返りを実習中心に述べ、その後他の資格との相違点を踏まえながら、連携におけるPSWの視点を述べてみたい。

言語聴覚療法学科 1 年の報告

言語聴覚療法学科

羽生 耀子

【はじめに】

医療系の養成課程としては、国家試験に受かるということは最低条件であるが、STとして働いていく、STとして使って貰える人材を育てることを第一に考えてきた。そこで、我々としては、この養成期間中に

1. 観察、分析、企画力の育成
2. コミュニケーション能力の向上
3. 自己研鑽力と柔軟性の習得

ということを目標としてあげ、今年度 1 年間についての報告をする。

【方法】

1. 職業人として求められる最低限のマナーを備えるため、入学直後と後期に接遇研修を行った。
2. 学生全員がクラス運営に関わり、講義の準備、学科内の行事について学生の判断に任せた。講義にはグループ発表の機会を多く設けた。
3. 基礎実習として、児童施設で夏 1 週間、高齢者施設で秋 3 日間、その報告についてはポスター形式で行った。
4. 高齢者関連施設、学会、研究会、患者団体の

会のお手伝い等学外ボランティアを紹介した。

今年度は接遇研修から始まり、クラス運営も能動的に関わっていくことを求められ、学生は当初なじめないものもあったようである。けれども、これら全てコミュニケーションに関わることであり、この 1 年で学生はコミュニケーション能力の向上という目標には近づけたと思う。後期に行った実習指導者会議は学生各自の観察力、分析力、企画力を動員し、教員は大枠のスケジュールだけ作成し、学生独自の運営が可能であった。

臨床能力として必要な「観察、分析、企画力」は周辺の事態についてようやく培われてきたところである。3 月から始まる臨床実習を経験することでこの目標に進めると思われる。また、臨床能力としての「観察、分析、企画力」は現場に出てからもさらに磨きをかける必要のある目標でもある。

自己研鑽の場としてボランティアを紹介したが、授業をこなすだけが精一杯だった学生が多かったのは残念であった。

来年度は 2 学年が揃い、クラスを越えたコミュニケーションについても考えていく必要がある。

理学療法学科昼間部・夜間部教育

一期生最初の 1 年を振り返って

理学療法学科

与那嶺 司

【目的】

当校理学療法（PT と略記）学科は、3 年制の昼間部と 4 年制の夜間部が本年度同時に開設された。教育カリキュラムでは、1 年に教養および基礎医学科目、見学実習と介護実習。2 年に臨床医学と PT 専門科目、加えて昼間部が検査測定実習、評価実習、夜間部が検査測定実習。3 年に昼間部が長期臨床実習と卒業研究・卒業試験を経て卒業。夜間は PT 専門科目と評価実習。さらに夜間は 4 年で長期臨床実習、卒業研究・卒業試験を経て卒業となる予定である。1 年目を終えた現段階は、昼間部の 1/3、

夜間部の 1/4 を終えたに過ぎず、昼間部夜間部ともほとんど同様の履修内容である。これらのことをふまえて 1 年を振り返りたい。

【本年度の主な取り組みとその結果】

1. 入学式後の新入生オリエンテーション→学生の緊張感の増大 ⇄ 不安の増加
2. 元客室乗務員による接遇実習（授業に先行して実施）→態度教育の理解
3. 昼間部に対する基礎医学科目的充実（解剖学、生理学）→基礎医学科目の深まり ⇄ PT 教員の科目減少

4. 昼間部の聴覚言語療法学科との合同講義→学生間の交流↔欠席者増加
5. 昼間部夜間部とも専門科目の早期導入(MMT, ROM, 機能解剖学, 病態運動学)→専門性への動機付け↔基礎医学科目との整合性不備
6. 昼間部夜間部とも臨床医学科目の早期導入(整形外科)→対象理解の深まり↔消化不良
7. 病院リハ部門見学実習の夜昼同時実施(指導者会議も開催)→実習施設側, 学生側とも真剣な取り組み
8. 老人施設での介護実習夜昼同時実施→介護現場の理解↔専門性とのギャップ
9. 入試説明会と個別面談→学力に偏らない選考↔志願者の伸び悩み

【考察】

本校は、未来のリーダーとなるべき理学療法士の

養成を目指し、初年度から積極的な取り組みを実施してきた。当然のことながら、その成果には好ましいものとそうでないものがある。全体が3年あるいは4年の教育を必要とする中での最初の1年のみで、結論を急ぎ、現在の結果に囚われることは、最終学年の厳しい臨床実習を控える理学療法科学生にとっては、決して良い結果を生むものではないと考える。しかしながら、我々教員は初年度の教務事務の忙しさにかまけて、本来の主たる業務対象である学生との対話が減じ、学生の不安を残したまま、学生・教員間の距離が開いていった印象があるのは事実である。数週間後に控えた次年度には、学生の潜在的可能を引き出す者としての厳しさを持つつも、「最大緊張後の最大弛緩」を提供できるよう考慮したい。

今年1年間の反省と課題、そして今後の方策について

事務局
菅 徳昭

・反省と課題

臨床福祉専門学校が開校し、あっという間の1年が経過しようとしている。すべての事務局の動きが一から始めるということもあり、正直学校の体制がほとんど確立できていない状況の中でのスタートとなった。少人数、さらに限られた時間という中でのスタートは決して安定した状況ではなかった。

その中の1年間の成果は、もちろん満足いくものではなかった。しかし、事務職員一人一人がその場に臨んで判断し行動したことは、大筋において間違っていなかったと感じている。

この学術大会を迎えること、そして、第1期生2学科の卒業、第2期生入学といった節目を迎えるにあたり、1年間の反省と課題を以下の4点から考えてみたい。

- ①学生に対する窓口対応
- ②年間学校スケジュール
- ③学生への施設利用
- ④教員↔事務局↔学生 この3つの情報ネット

ワーク

・今後の方策

今後の方策としてまず考えられることは、来年度以降の学生数増加に対する対応として、実習の管理に伴うシステムの導入がある。

本校には1年制～4年制の4学科がある。これだけ広範囲の実習を管理していくためには、学科ごとの集中管理が必要である。

将来的に考えても、実習情報の煩雑化をなくし、後々の情報を一元管理していくことが大切である。学校として学生を受け入れた責任を全うしなければならない。

また、抽象的になってしまふが、学生サービスを第一に考えるには、上記で上げた反省と課題に直面した今を貴重な時間であると認識し、よりよい学校環境を築き上げていきたい。

これから学校運営には、事務職員の企画力、行動力、そして活力、やる気がなにより大切である。

一般演題—抄録集より—

<介護>

- 1 介護現場における褥瘡管理フェイスシートを用いた褥瘡治癒の取り組み

丸山真希子，鈴木貴文，内野滋雄

社会福祉法人三徳会 品川区立

戸越台特別養護老人ホーム

キーワード：褥瘡管理フェイスシート，褥瘡予防，特別養護老人ホーム

医療現場における褥瘡予防や治療方法に対しては、治癒経過を客観的に観察し評価するために褥瘡管理フェイスシートを用いた取り組みが行われているが、医療現場の褥瘡管理フェイスシートを福祉の現場に導入するには専門的な知識を必要とし、さらに福祉の現場では必要のない項目も多いため、福祉の現場でも使用できる独自の褥瘡管理フェイスシートを開発し観察を行った。また、当施設に入所している身体状態の異なる3名の褥瘡治療に対して介護、医療、栄養、訓練の分野でプロジェクトチームを組み、褥瘡治癒の要因について比較検討を行った。

その結果、PSSTとDESIGNの2つの評価基準を使用し褥瘡治癒経過を数値測定したところ、経管栄養状態の高齢者と下半身麻痺の高齢者の褥瘡治癒経過が緩慢であるのに対して、寝たきり状態の高齢者の褥瘡は一定の期間から急激に治癒経過をたどったことから、経管栄養摂取の高齢者と下半身麻痺の高齢者は、寝たきり状態の高齢者に比べ褥瘡治癒が遅いと推測出来る。またそれらの褥瘡治癒に効果的な要因として、1) 5方向体位交換の実施。2) セル型エアマットの使用。3) 排膿時期を過ぎてからの薬剤の使用。4) 栄養バランスを考慮した食事摂取。5) 亜鉛、鉄、ビタミンCの積極的な摂取。6) 栄養補助食材の利用。7) 本人の身体状態や既往歴に合わせたマッサージの実施であると考えられる。

今後は、この福祉現場用褥瘡管理フェイスシートを長期間使用し、それを改良していくとともに、他の高齢者の褥瘡管理への適用や応用の範囲を広げていく必要がある。また、褥瘡予防・治癒に対しては介護、医療、栄養、訓練の持つ専門性を更に發揮し、連携を密接にしたチームケアを実施していく事が重要であると考える。

- 2 痴呆性高齢者の居住環境と個別支援のあり方が生活の質に及ぼす影響に関する研究
—痴呆性高齢者環境配慮尺度・KOMI理論を中心として—

菊池小百合，金井一薰

日本社会事業大学

キーワード：痴呆性高齢者，痴呆性高齢者環境配慮尺度，KOMI理論

I. はじめに：本研究では、痴呆対応型共同生活介護（以下グループホームとする）及び特別養護老人ホームで生活を送る痴呆性高齢者の姿を、居住環境と個別支援のあり方に着目して経年的に捉えることで、それらが居住者の生活の質に及ぼす影響を明らかにし、痴呆性高齢者に対する有効な支援のあり方を提示することを目的とする。

II. 研究方法：2つの異なった場所で生活を送る痴呆性高齢者の居住環境を「痴呆性高齢者環境配慮尺度」にて調査し、個別支援の内容に関しては、「KOMI理論・KOMIチャートシステム」によってとらえ、経年変化によって生じた結果を基に考察を行った。

研究期間：A グループホーム・B 特別養護老人ホームそれぞれ入所時より一年間。

研究方法：①痴呆性高齢者環境配慮尺度による居住環境評価。②痴呆の進行状況に合わせ、KOMIチャートを軽痴呆群および重痴呆群に分け統計処理を行う。

III. 結果および考察：KOMIチャートによって明らかとなった入居者の自立度の経年変化は、A グループホーム・B 特別養護老人ホーム軽痴呆群（以下軽痴呆群とする）と、特別養護老人ホーム重痴呆群（以下重痴呆群とする）においては異なる結果となった。すなわち、軽痴呆群においては、KOMIチャートにより導きだされた、主に「役割（有用感）をもつ」支援を行なったところ入居者の生活の質は向上した。一方重痴呆群では転倒等により生活の質が低下を示していた。よって、本研究によって明らかとされた点は、家庭的な居住環境は日常の生活感覚に影響を及ぼし、生活の継続性を助けるのに役立つ。たとえ環境が不十分であっても、適切な個別支援を行うことにより生活の質は向上する。重痴呆群に関しては、死角となる場所を改善する等である。痴呆性高齢者に対する支援の質は、ケアに対する視点及び環境配慮の視点を取り入れた、応用方法を検討し実践に移行することで確保できる。

3. 4 介護保険下における在宅介護支援センターの役割

－在宅介護支援センターの変遷と兵庫県内在宅介護支援センターの聞き取り調査から見た課題－

春名 苗

聖隸クリストファー大学社会福祉部

I. 研究の目的

在宅介護支援センターは、1989年の『高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略（ゴールドプラン）』により、在宅の要介護高齢者やその家族の総合的な相談に応じるためにスタートした。1994には法的にはじめてケアマネジメントを行う機関として位置付けられ、地域におけるサービスの司令塔のような役割を期待されていたが、介護保険の導入によって居宅介護支援事業が加わり、その機能は大きく変化してきている。多くの居宅介護支援事業者と競争でケアプランを立て介護報酬を得なければならない位置付けによって、居宅介護支援事業に傾注してきたのである。しかし、一方では、居宅介護支援事業に傾注する動きに歯止めをかけ、厚生労働省主導で在宅介護支援センターを基幹型在宅介護支援センター（以後、基幹型）と地域型在宅介護支援センター（以後、地域型）と機能別に分け、在宅介護支援センターがもとももっていた介護保険の枠にとらわれないケアマネジメントを発揮させようとする再構築が行われている。

今回の発表では、在宅介護支援センターの変遷を5つの時期区分に分けて整理し、介護保険下における在宅介護支援センターの再構築の意図を発揮させる重要な性を明らかにした後で、兵庫県内の在宅介護支援センターの調査結果から再構築の現状を明らかにし、在宅介護支援センターの方向性を示すことを目的とする。

II. 在宅介護支援センターの変遷（表1）

①創設期：「一地域一支援センター」として地域におけるサービスの司令塔のような役割。基礎作りの時期。

②定礎期：法的にも「ケースマネジメント」機関として位置付けられ、機能の拡充が見られる。

③変動期：介護保険導入が検討。他機関との競争が見られる。

④再編期：「居宅介護支援事業」の機能を強調するような政策が出される。その反面、在宅介護支援センターを機能別に再構築することなどで「従来の機能を強化する動き」がでてくる。

⑤推進期：再構築が強調されそのネットワークを生かし、介護保険給付対象外サービスを担う役割が強調。

再構築とは、在宅介護支援センターが介護保険の枠にとらわれないケアマネジメントをするために基幹型及び地域型の役割分担を明確にして、ネットワークを組み、機能強化を図るもの

→再構築の目的を発揮させることによって在宅介護支援センターは介護保険制度を補完する役割をもち、介護保険制度から漏れる利用者に援助することができるのではないか

III. 兵庫県内在宅介護支援センターの聞き取り調査

1. 調査結果（別紙）

- ・在宅介護支援センター業務と居宅介護支援事業
- ・地域ケア会議

2. 調査結果から見た傾向

①居宅介護支援事業が加わり、負担は増しているが、市区町村が独自に在宅介護支援センターの専属職員を置いているところは地域に目を向け介護保険給付対象外サービスの実践もできていること

②地域ケア会議で基幹型と地域型の関係が「権威型」と「協働型」にわけられること

③「権威型」のネットワークはトップダウンで地域型の力を生かしきれないためマイナス評価であり、「協働型」のネットワークはボトムアップで地域型の力を発揮させ行政との架け橋となっているためプラス評価であること

④地域ケア会議においては、情報交換に終始する方向と利用者の声を吸い上げて保険給付対象外サービスを開発する方向の2つがあること

⑤地域ケア会議で保険給付対象外サービスを開発しているところは、ネットワークがプラス評価である「協働型」でかつ市区町村独自で在宅介護支援センター専属職員を置いているところでみられたこと

IV. 在宅介護支援センターの今後の課題

- ・在宅介護支援センター専属職員の必要性
- ・基幹型の働き方の重要性
- ・地域ケア会議の運営の工夫

＜精神保健福祉＞

5 特別養護老人ホームにおける特異的な症状
を示す高齢な統合失調症患者の対応の一事
例

鈴木貴文, 丸山真希子, 内野滋雄

社会福祉法人三徳会 品川区立

戸越台特別養護老人ホーム

キーワード：統合失調症、高齢者、特別養護老人
ホーム

高齢者福祉施設利用者には、アルツハイマー型痴呆症や脳血管性痴呆症などの痴呆症と診断されている利用者が多い。また、若干であるが服薬により症状が安定している統合失調症やてんかん、躁うつ病などの痴呆症以外の精神疾患と診断されている高齢者も入所している。しかし、その行動や表情などが他の痴呆性高齢者とは異なるために他入所者や職員から不安がられ、特別視されている場合が多い。

当施設に統合失調症と診断された高齢者が入所しており、その利用者は一定の日数で日常生活における活動量が増加する過活動期と活動量が減少する減活動期が周期的に出現するという特性がある。その周期性は、平常期間約21日→過活動期間約13日→平常期間約21日→減活動期間約8日→平常期間に戻るというものである。この特異的な周期性があることを見出しつて、介護の現場に役立たせるために、過活動期と減活動期の違いを日常生活の時間で測定してみると、減活動期間には数箇所の限られた場所で生活しているのに対して、過活動期間には常時場所を移動することがわかった。さらに、睡眠時間も減活動期間には6~7時間であるのに対して、過活動期間には3~4時間となり、昼夜問わず活動していることが観察からわかった。

一般に統合失調症患者の経過報告の中で周期的、波状的に病状を繰り返す報告 (Bleuler, M. 1972) や月経周期との関連を述べた周期性統合失調症 (Adinamis, A. 1995) の報告が多く男性に対する報告数は少ない。また、高齢者の報告は見当たらない。周期的に異常行動を示す高齢者を24時間観察することでその特異的な周期と症状を把握し、事前に異常期間が出現する時期を予測することが、介護上発生する事故の防止と介護職員の不安や恐怖感を軽減させた1事例を報告する。

6 障害の有無をこえて

安東洋子

つくりっここの家クラブハウス

キーワード：非分類・協働

「つくりっここの家」は、障害の有無をこえて人と人
とが出会い、それぞれの持ち味をいかしあい、わかち
あい、支えあう関係をつくっていこうとしている。

25年前、個人の自宅開放からスタートし、リサイ
クルショップ開店、行政の補助を受けて精神障害者作
業所を立ちあげ、精神病院の院内喫茶、有機野菜と自
主製品の販売店、土曜クラブ（食事サービス）、家具
のリサイクル店など働く場を地域に増やし活動を展開
してきた。

障害者と地域の主婦とが組んで働くスタイルをとっ
ており、利用者とボランティアという関わりでなく、
する・されるという関係を固定しない考え方から、す
べての人たちの呼び方をメンバーとしている。便宜上、
障害を自覚しているメンバーをABメンバーとよ
び、一般にいうボランティアをCメンバーと呼んでい
る。

障害者に対しての誤解、偏見は障害をもっている人
の側の問題ではなく、今まで知り合う機会がなかった
ことで持ってしまっている地域に住む一人一人の側の
問題であると思う。そのことを真摯に受け止め、相手
から学ぶという姿勢を大事にしてきた。

また、精神障害者を援助される対象とみるのでなく、
ごく普通に人として接し、病的な部分でなく健康
な部分をみていくことが、その人のもつ力を強め、支
えていく側になると確信している。

7 スタッフの思い込み打破のための実践 —Sデイケアによる「頭の体操」の実践報告—

鈴木大輔

さかの医院

キーワード：交互作用、利用者の変化、スタッフの意識の変化

研究目的：「若くて経験の少ない者よりも、的確な判断がくだせるようなこともある」と室伏が言うように、当デイケアでは痴呆老人に優れた残存機能があるという信念のもとに実践を行っている。しかし、スタッフがその信念を保持し続けることは簡単ではない。スタッフと利用者との援助関係は交互作用によって成立し、その信念を保持させるものは利用者の実際の変化であるといえる。そこで、小さな工夫によって老人・スタッフ共に活性化すると考え、昨年度より1年間、脳と体への刺激を与えることを目的とした「頭の体操」を行ってきた。その実践の成果を報告したい。

研究方法：「頭の体操」は、1年ほど前よりSWを中心に毎日15分程行っている。具体的な内容としては、「今日は何の日？」と言う回想法・計算問題・しりとり・漢字問題・記憶力テスト・早口言葉などのプログラムがあり、1年間で延45名ほどの利用者が参加した。「頭の体操」による利用者の変化・効果は、通所日数や個人の能力により異なるが、全体の1/3ほどの利用者に変化があった。その中でも4人ほどの利用者に顕著な変化が見られたので、その成果について事例を中心まとめた。スタッフ側の変化は、スタッフへの聞き取りで確認した。

結論：この新しいプログラムの導入で、計算や早口言葉など利用者側に明らかに効果が現れている。それとともに、利用者の発言する機会も増え、自主的に考え積極的に参加するようになり、問題を解く・発言するなど利用者それぞれの得意分野で活躍できる場が増えた。また、スタッフも同じ問題を解くことで、会話も増え、利用者から教えられることも多くなった。これらの利用者の小さな変化と活性化により、スタッフが利用者の能力の限界に対する固定観念を打破し、新たなる可能性への確信とチャレンジにつながったことが最大の変化であり、スタッフの変化が利用者の活性化にもつながっていると考えられる。

8 生き方を変更する学生へのキャリアカウンセリングの必要性 ～MBTIによる支援プログラム

真柄希里穂¹⁾、鰐島有理²⁾

¹⁾ 臨床福祉専門学校 精神保健福祉学科

²⁾ MBTI認定ユーザー

キーワード：キャリアショック、キャリア教育、キャリアカウンセリング

今年度、精神保健福祉学科74名の出身大学は66大学&専攻学科の種類は22学科（福祉以外）から入学されました。年齢は22歳から54歳までで多様な動機によって精神保健福祉士を目指してきました。

若年の就業問題がクローズアップされていますが、長引く景気の低迷が引き金になって、若年者に限らず幅広い年齢層に「このままでいいのか」という漠然とした不安が生成されての資格取得希望の流れともいえるでしょう。「とりあえず」と就職を1年先延ばしにした大卒者、「自分らしさ」を考え直してのキャリアの再変更の人、第2の人生として福祉の仕事で地域貢献を考えたいとする人…が入学して戸惑うキャリアショックがありました。

「こんな仕事だったとは？！」「なぜ、自分は成績はいいのに利用者は逃げていってしまうのだろう」「向かないのだろうか」等で、1度目の配属実習では理想に描いていた職業像と自分自身の現実との差に愕然とする学生が多くみられました。

精神保健福祉科では、全員にMBTI（Myers-Briggs Type Indicator）という世界45カ国以上で活用されているユングのタイプ論をもとにした性格検査を実施し、その内希望のあった31名に対して夏に個別の面接を行いました。このMBTIは、特性論的なアプローチではなく、人のものの見方や判断の仕方にパターンがあるとした類型論をもとにした質問紙です。よって、結果で性格を診断するというのではなく、「結果はあくまでもきっかけとして用い、有資格者とともにしつくりくるタイプを探す」というものです。これにより、自分の心のパターンを知ると同時に人の多様性に対する理解を深めることができます。また、MBTIを使用する際は、MBTI認定ユーザーであること、Face To Face のFeedbackを行う事が義務づけられています。そのため、これらの特徴そのものが、臨床家養成・支援方法に適していると思われました。

当日は、面接を実施した鰐島先生のご意見をいただきながら、今回の取り組みの効果、課題などについて発表させていただきます。

<社会福祉>

9 社会福祉と NPO (1)

- 「小規模共同体的」NPO の事例から -

大澤史伸

聖隸クリストファー大学社会福祉学部

キーワード：NPO, 社会福祉法人, キリスト教社会福祉

本研究においては、社会福祉法人の事例を分析することにより、NPO のマネジメントを考えていくことにする。取り上げるのは、滋賀県能登川町にある知的障害者施設「止揚（しよう）学園」の事例である。止揚学園には以下のような特徴を見ることができる。

①「措置費」では利用者の人権が守られないという理由から、自主財源でもって独自の職員配置を行っている等、NPO の特徴である民間性を重視した実践活動を行っている。

②止揚学園では、従来の園長、職員というスタイルを全部解体して、共同体制を敷く等、新しい運営体制を行っている。このような方法は、有志によって構成される NPO のマネジメントにも共通するものと思われる。

③1962（昭和 37）年に創立された止揚学園は、40 年間も創立以来変わらない実践活動を行っている。40 年間も変わらぬミッションのもと継続的に実践活動を行っている止揚学園の事例は NPO のマネジメントを考える上で重要な、変わらぬミッション、継続的な活動について多くのことを知ることができる。

止揚学園は、「小規模共同体的」システムを取る NPO であるということができる。そのことによって止揚学園は現在のような個性的な NPO としての活動を行っている。又、止揚学園の創立者である福井達雨氏が現在も止揚学園リーダーとして活発な活動を行っている事も、止揚学園にとって大きな影響を与えていている。

今後は、創立者である福井達雨氏亡き後の、止揚学園が果たして現在のような「小規模共同体」NPO としての活動ができるかどうかということが大きな課題であると考える。

10 社会福祉と NPO (2)

- 「大規模機能集団的」NPO の事例から -

大澤史伸

聖隸クリストファー大学社会福祉学部

キーワード：NPO, 社会福祉法人, キリスト教社会福祉

本研究においては、社会福祉法人の事例を分析することにより、NPO のマネジメントを考えていくことにする。取り上げるのは、静岡県浜松市にある社会福祉法人「聖隸（せいれい）福祉事業団」の事例である。聖隸福祉事業団には以下のような特徴を見ることができる。

①日本初、静岡初という事業展開をしてきていること。

②創立者の長谷川保氏が強力なリーダーシップでマネジメントを行ってきたこと。

③医療事業を中心とするサービスを展開してきていること。

④「医療・福祉・教育」事業が相互補完をしている関係を見ることができること。

聖隸福祉事業団の歴史を見ると、最初は、「小規模共同体的」NPO として、その活動を行ってきている。しかし、各種事業展開の拡大を図ることで次第にその姿は「大規模機能的」NPO にその内容が変化してきていることが分かる。現在の聖隸福祉事業団は、日本有数の大規模福祉事業団としての評価は高い。しかし、創立当初のキリスト教精神をどの程度継承しているのかという点については疑問が残る。創立者である長谷川保氏が亡くなつてから 10 年近くがたつことも影響をしていると思われるが、今後は、「ミッション」と「マネジメント」のバランスをいかに保っていくのかということが大きな課題であると考える。「聖隸福祉事業団」の事例は、小規模 NPO 団体がその活動を拡大していく時に、次第に「ミッション」と「マネジメント」のバランスを取ることが難しくなるということを私達に教えてくれる事例であるといえる。

11 Family Group Conferencing

～ニュージーランドにおける児童虐待対応の取り組み

森 成樹

臨床福祉専門学校 臨床福祉学科

児童虐待防止法が見直しの時期を迎え、わが国の児童虐待の初期対応には一定の進歩が見られつつある。しかしながら、初期対応を終えた被虐待児童や虐待が起きた家族に対するケアについてのわが国の状況は、諸外国と比していまだに発展途上の観を拭えない。本発表では、児童虐待や少年非行があった場合の対応の例として、ニュージーランドの原住民族であるマオリ族古来の問題解決方式をもとに現代風にアレンジして生み出された家庭復帰の方法である“Family Group Conference”を、演者らが現地に赴いてインタビューした内容等をもとに、その一連の流れ、援助者の役割、援助者の養成等について紹介する。またそれとあわせてソーシャルワーク実践が重要視すべき文化の多様性に対する認識についても考察していく。

<コミュニケーション支援>

12 英語教室の指導がLD周辺児の自己の変容に与える影響についての一考察

岡野晶子

早稲田大学人間総合研究センター 客員研究員

キーワード：LD周辺児、自己、グループ学習

一生懸命勉強しているのだけれども、成績が伸びない子ども、授業中そわそわ落ち着かず、教室の中を歩き出してしまう子ども、通常学級ではちょっと変わった子どもとして扱われてしまうLD（学習障害）児に対して、少しづつではあるが、新しい取り組みが見られるようになってきた。本報告では、ある一定の知能を持ちながらも、40名の学級形態では自分の能力をうまく發揮できない子ども、すなわちLD（学習障害）周辺児の自己の変容についての考察を行うことを目的とする。

LD周辺児は、中学校で本格的に始まる英語教育でつまずくことが多い。音の聞きとりが得意な子どもも達だから、読み書き中心の日本の英語教育ではつまずきやすいのだ。こうした個別的な配慮が必要な子どもに対して、欧米の一部の地域では豊富なプログラムが用意されているのに対して、日本ではまだ十分に対応がなされていない。そこで、本報告では、1997年より活動を始めた「LD児の教育を考える会」で行われているLD周辺児を対象にした英語教室の、ゲームを用いた指導の実践例をあげる。この会の目標とするところは、英語を楽しみながら学ぶところにある。またゲームの特徴は、①単純なルール②明確な目標③容易な課題④誰にも勝つチャンスが与えられる、などがあげられる。教育の中に遊びを取り入れることの効果は、すでに注目されている。LD周辺児は、決して知能が劣るわけではない。指導の工夫次第で、伸びる可能性を持った子どもたちなのである。個別学習では、全く課題に取り組もうとしなかった子どもが、グループ学習になると、大いに活躍することがある。グループ学習では、仲間どうしの支えあいや安心感とともに、競争心により学習の意欲を引き出すことも見られる。そして何より「自分でもできるんだ」という体験をもてたことが大きな自信となっていく。必要以上に自信を失ってしまっていることが多い子ども達である。その子ども1人ひとりが、明るい表情を取り戻していく。事例を紹介しながら、子どもの自己の変容についての考察を行いたい。

13 重度難聴児・者における聴覚補償の可能性と限界

内藤 明

東海大学医学部耳鼻咽喉科

キーワード：人工内耳，難聴，先天聾

中途失聴成人および先天聾児への聴覚補償として、補聴器は有効な手段ではない。中途失聴者の場合は、きこえを失った後のコミュニケーション手段として一般的に読話や筆談が使われる。一方、先天聾児の場合は、言語の概念がなく、母子間のコミュニケーションは困難となる。これら先天聾児の母親の約90%は健聴であり、自分の子どもを音声言語で育てたいという望みは当然である。従来、補聴器では会話聽取不能であった成人中途失聴者や言語獲得が困難であった先天聾児にとって、新たに開発された人工内耳は福音となった。人工内耳は入力音声の特徴を聴神経に直接電気刺激するという方法で、補聴器では得られなかつたきこえを獲得することを可能にした（図1）。現在、世界で約60,000人、我が国では約3,000人の装用児・者がいる。しかし、我が国において約40万人の人工内耳適応者の存在を考えると、如何に正確な情報が伝わっていないかが推測される。

1998年、日本耳鼻咽喉科学会は人工内耳適応基準を作成したが、最近では欧米並みの適応が実際の臨床で行われている。特に幼・小児の人工内耳適応は拡大され、先天聾児の言語獲得が有利になってきている。今回、中途失聴成人および先天聾児における人工内耳の可能性と限界について報告する。

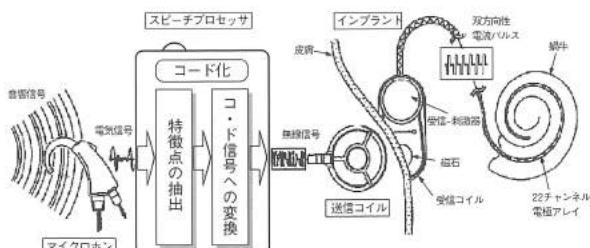


図1 人工内耳システム

14 在宅言語障害者に対する相談支援

- 相談利用者の特性、コミュニケーション上の問題点、ニーズの検討 -

原 修一

臨床福祉専門学校 言語聴覚療法学科

キーワード：言語相談、言語障害者、ニーズ

目的

宮城県内にて実施している言語相談事業を利用する障害者の特性、および障害者本人、家族、介護担当職員が抱えるコミュニケーション上の問題点と言語相談のニーズを検討・考察した。

対象と方法

平成13年7月より平成15年9月までに、宮城県内3カ所の保健福祉事務所管内において、表1（本誌では省略）の期間において各保健福祉事務所につき年2～4回、言語相談事業を実施した。上記実施期間中、32名の言語障害者（男性19名、女性13名、平均年齢65.8歳）に対し、計43回の相談を実施した。相談は、利用者の自宅、在住市町村の保健センター、在宅介護支援センター等において、利用者の家族や利用者を担当する介護支援専門員、介護職員、市町村保健師、および県保健福祉事務所担当職員の同席のもとで実施した。初回相談依頼票および相談時の記録から、利用者の性別、年齢、言語障害の原疾患（診断名）と発症年月日、言語障害のタイプ、失語症重症度評定尺度による失語症の重症度、発語明瞭度、要介護度、利用しているサービスを抽出した。また、初回相談依頼票および相談時の記録内容より、コミュニケーション上の問題点および相談ニーズを障害者本人・家族・障害者の介護に関連する職員（訪問看護師、市町村担当保健師、理学療法士、等）別に抽出・分類し、比較を行った。

結果と考察

言語相談事業の効果として、相談を通じて障害者本人がコミュニケーション方法の改善や工夫をすることで、コミュニケーションや生活の範囲を拡大できること、および、家族や介護担当職員が障害者本人の状況やコミュニケーション方法についての情報を理解・共有することで障害者への統一した対応が可能となることが考えられた。一方、相談利用者は言語面のみならず心理面についての問題を抱えており、言語障害者を言語面・心理面双方でサポートするシステム作りが急務であると考えられた。

<リハビリテーション>

15 脳卒中片麻痺患者の起き上がり動作パターン

江口英範

蓮田一心会病院

脳卒中片麻痺患者においてベッド上背臥位からベッド上端坐位までが手摺などの物的介助を使用しても自立している者 82 名（男 46 名、女 36 名；右片麻痺 42 名、左片麻痺 40 名；平均年齢 67.66 ± 6.00 歳；発症からの平均月数 25.92 ± 48.28 カ月）に対し、病室と同様の状況を PT 室に再現した条件（例えば、手摺が必要なら手摺を付けて）でベッド上にて起き上がりを行わせた。その起き上がりパターンと所要時間及び Brunnstrom Recovery Stage（以下、Br.satge と略）など他の因子との関係の有無を解析した。起き上がるパターンは、①片肘つき側臥位；15 名、②片肘つき半側臥位；44 名、③腹筋利用；20 名、④下肢反動利用；1 名、⑤四つ這い経由；0 名、⑥その他；2 名 であった。

クロス集計表を用いた起き上がりパターンと質的変量との関係では、上肢 Br. stage のみ $\chi^2 = 8.54$ ($p < 0.05$) で有意な関係が認められた。片肘つき側臥位は、比較的上肢の麻痺が重度、腹筋利用は軽度の上肢麻痺患者が多く、片肘つき半側臥位パターンは、中等度の上肢麻痺患者が行っている傾向がうかがえた。

量的変量については、起き上がり所要時間の腹筋利用と片肘つき側臥位パターンとの間 ($F = 2.4$, $p < 0.01$) で、10m 歩行所要時間では、片肘つき側臥位と片肘つき半側臥位 ($F = 3.5$, $p < 0.05$)、及び片肘つき側臥位と腹筋利用 ($F = 3.5$, $p < 0.01$) との間で有意な差が認められた。すなわち、起き上がり所要時間は、腹筋利用が片肘つき側臥位パターンよりも速かった。10m 歩行所要時間では、片肘つき側臥位よりも片肘つき半側臥位及び腹筋利用パターンで起き上がっている片麻痺患者が有意に速かった。

起き上がり所要時間と 10m 歩行所要時間との間で有意な正の相関 ($r = 0.5$, $p < 0.001$) が見られた。起き上がり所要時間が長い片麻痺患者は、10m 歩行所要時間も長くなる傾向がうかがえた。

16 在宅施術におけるスポーツ・トレーナー技術の活用

-高齢 RA 患者へのテーピング療法とフットプリンター評価-

光岡かおり、奥田久幸

日本医学柔整鍼灸専門学校

キーワード：在宅 RA 患者、テーピング療法、フットプリンター

〔はじめに〕 わが国の関節リウマチ（RA）患者はおよそ 50 万人で、高齢化、重度障害化の進行が推測されている。本研究では、スポーツ選手に用いられるテーピング療法およびフットプリンターによる足底圧評価法を，在宅高齢 RA 患者の足部変形矯正施術に活用し、その症状改善および QOL 維持に著明な効果を得たので報告する。

〔患者〕 症例：82 歳、女性 罹病年数：15 年
現病歴：約 1 年前に両手・両足部の変形矯正手術を受けたが、右足部の変形が再発、有痛性胼胝（タコ）による荷重時痛・歩行時痛・歩行動作障害を來した。身体状況：日常生活自立度 A-1, RA stage III, Class III, MMT / 上肢 3~4, 下肢 3~4, 頸部 3, 体幹 3
変形部位：足趾 / 右 - 外反母趾・槌趾変形・第 2~4 趾腓側偏位, MTP 関節過伸展, 右足底部有痛性胼胝 - 第 2 (直径約 1cm) および第 3 (直径約 1.5cm) 中足骨頭部付近に各 1 ヶ所

〔研究方法〕 テーピング：右第 1~5 趾から右足足底部へ、伸縮性テープを用いて、主に MTP 関節の過伸展を矯正するテーピングを行った。効果の評価：テーピング施術前後に在宅にて、フットプリンターを用いて立位で右足の足底圧を測定した。

〔結果〕 テーピング施術の前後で、第 2・3 中足骨頭部付近に集中していた足底圧の減少が確認された。右足の変形に軽減がみられた。右足底部胼胝は縮小し皮膚表面に軟化が観察された。荷重時痛・歩行時痛・歩行動作に改善がみられ、本人の行動範囲や生活意欲の向上が確認された。

〔考察〕 RA 患者の足部変形に対してテーピング療法が有効であった。スポーツ・トレーナーの技術であるテーピング療法やフットプリンターによる評価法を在宅患者に活用できることがわかった。在宅施術では QOL を維持していく上で、よりきめ細かい対応が求められる。また在宅に適した簡便な客観的評価法を確立していくことが今後一層必要とされる。

17 退院前家屋評価後の追跡調査

—指導内容と実際のギャップについて（第2報）—

西島智子¹⁾, 加藤宗規²⁾, 奥壽郎^{1,3)}, 小山理恵子¹⁾, 内藤郁奈¹⁾, 畑山聰¹⁾

¹⁾ 聖テレジア病院 ²⁾ 東都リハビリテーション学院

³⁾ 臨床福祉専門学校理学療法学科

キーワード：住宅改修, 福祉用具, ギャップ

〔はじめに〕 我々は退院前訪問指導後に退院した症例についての追跡調査を行い、指導内容と実生活との差異を検討し第1報で報告した。そしてその後差異を減少させるべく対策を立てた。そこで今回、ギャップが減少している要因について第1報と比較して検討を行った。

〔対象と方法〕 退院前訪問指導を実施したのち、自宅へ退院した患者のうちH11年6月以降に退院した24例（平均年齢は 80.6 ± 9.7 歳、性別は男性3名、女性21名）、それ以前に退院した20例（平均年齢 76.8 ± 12.4 歳、性別は男性9名、女性11名）を対照群（以下第1報）とした。調査方法は本人または家族への面接、電話による聞き取り調査法とした。調査内容は、①指導に基づき改造等を行った事項、②改造等を行ったが使用していない事項、③指導以外で改造等を行った事項、④今後改造等が必要と思われる事項、⑤②～④の理由、以上の5点である。そして第1報とギャップ数、その内容と要因について比較、検討を行った。

〔結果と考察〕 今回24症例に対して139件の指導を行った。その結果、指導に基づき改造等を行った事項は131件、改造等を行ったが使用していない事項は5件、指導以外で改造等を行った事項は4件、今後改造等が必要と思われる事項は0件であった。また、改造等を行っていなかった9件は改造等行わない方法で対応していた。第1報では指導に基づき実際に改造等を行ったギャップは131件中9件（6.9%）であり、第1報の81件中13件（16.0%）より減少していた。また、指導に基づいた改造等を行わなかった数は、9件と第1報の6件に比べて増加したが、これは改造等を行わないで可能な方法を提示したうえで必要に応じて改造等を行うように指導していたため本来のギャップとは性格が異なると考えられる。したがって、第1報後に意識してしてきた外泊の励行などの方法は、指導と実際のギャップの減少に有効であったと考えられた。

18 臨床実習教育における養成校・実習施設

の実習システムの相互把握

～養成校教員へのアンケート調査

奥壽郎^{1,2)}, 高田治実¹⁾, 与那嶺司¹⁾, 坂本雄¹⁾, 甲斐みどり¹⁾, 小山理恵子²⁾, 西島智子²⁾, 内藤郁奈²⁾, 畑山聰²⁾

¹⁾ 臨床福祉専門学校理学療法学科 ²⁾ 聖テレジア病院リハビリテーション科

キーワード：臨床実習教育、実習システム、相互把握

〔はじめに〕 理学療法士の養成に臨床実習教育が重要な役割を占めていることは周知の事実である。こういった意味より養成校・実習施設は相互に実習システムを把握することが肝要である。そこで今回、養成校教員にアンケート法にて意識調査を実施したので報告する。

〔対象〕 2001年4月から11月までに聖テレジア病院リハビリテーション科で最終学年の実習を受け入れている、理学療法士養成校5校のPT教員28名を対象とした。

〔方法〕 方法は郵送法によるアンケート調査とした。調査内容は、①実習施設側に養成校側における実習システムが理解されているか。②養成校側が実習施設側における実習システムを理解しているか。結果の集計は選択型設問は百分率とし、記述型設問は内容を分析した。

〔結果〕 ①実習施設側の養成校側における実習システムの理解について、100%の者が理解が必要との回答であった。実習システムが実習施設側に十分伝わっているとの回答は40%であった。理解の方法として臨床実習指導者会議と会議資料が重視されていた。②養成校側の実習施設側の実習システムの理解については、85%の者が必要であるとの回答であった。実際に理解できている者は41.2%であった。理解の方法として実習地訪問と実習後の学生よりの報告・資料が重視されていた。

〔考察〕 今回の養成校教員へのアンケートによる意識調査では、相互の把握の必要性を感じているものの、実際に双方が理解できていると感じているのは40%であった。また、アンケート内容をみると現状では、指導者会議、実習地訪問など双方が直接、接触をもつ機会が相互理解の重要な役割となっていた。さらなる相互把握のためにはこれらのコンタクトを充実させることとともに、また、他の手段についても検討していく必要があると考えられた。

19 リウマチ熱におけるアショッフ細胞の起源とその役割についての免疫組織化学的および電顕的検索

鈴木晟幹¹⁾, 塚本 哲²⁾, 内野滋雄³⁾

¹⁾ 臨床福祉専門学校 基礎医学研究室 ²⁾ 江別市立病院 臨床科病理

³⁾ 臨床福祉専門学校 校長

キーワード：リウマチ熱，アショッフ細胞

我々は膠原病の一つであるリウマチ熱心臓炎の剖検例の際にみられたアショッフ体の病巣を観察し、この構成細胞中のアショッフ細胞の起源について病理組織学的、免疫組織化学的、電子顕微鏡的に観察したので報告する。

7歳の女児、死亡3カ月前より手関節、両膝関節、両肩関節の疼痛、腫脹を訴え、近医にて検査の結果、リウマチ熱と診断。直ちにプレドニゾロン（30mg/day）、ペニシリン、クロロマイセチンを投与、輸液、強心剤投与を行ったが、その後症状は増悪し、咳と心悸亢進を訴えるようになった。死亡5日前より38~40℃の発熱、次第に呼吸困難となり死亡した。病理解剖所見ではリウマチ熱による汎心臓炎で、心臓の組織中には極めて多数のアショッフ体がみられた。また、全身性疾患といわれるリウマチ性病変として、手関節や膝関節などの軽度多発性関節炎、多くの関節の腱鞘炎、肺炎などがみられた。副病変として、副腎皮質の萎縮、気管支炎、感染による肺出血などが認められた。

観察の結果、7歳幼女の心臓は、リウマチ性心臓炎をきたしており、心弁膜を含む心内膜、心筋層、心外膜などに極めて多数のアショッフ結節を観察した。アショッフ体の構成細胞には変性した心筋細胞、マクロファージ、線維芽細胞、リンパ球様の炎症性細胞と、いわゆるアショッフ細胞といわれる多核巨細胞、フクロウの目状の核をもつ細胞が見られた。免疫組織化学的観察でアショッフ細胞はT細胞性リンパ球標識抗体のCD45 RO (UCHL-1)、アクチン標識抗体である α -smooth muscle actin はともに強陽性であり、抗キモトトリプシンや、IgGモノクロナール抗体では陽性を示した。電顕的観察ではアショッフ細胞の細胞質は豊富で、マクロファージのような細胞突起、短い粗面小胞体、平滑筋細胞のような微細フィラメントに豊富なポリリボソームを持っていた。以上の結果は、アショッフ細胞の起源が心筋間質の未分化間葉系細胞に由来する可能性を示唆していた。

シンポジウム

新しい福祉サービスを目指して ——福祉・保健・医療の壁をこえて——

司会 小林 光俊

はじめに

我が国は少子高齢化が急速に進行し、年金制度の見直しから、医療保険制度や介護保険制度など、社会保障制度全体の在り方が国民の関心を呼び起こし、大きな問題となっています。社会保障制度の一体改革や、治療から予防に重点を移した福祉・保健・医療を連携した総合施策の進展も求められています。

現在、社会的に最も要望されている課題の一つは、国民の将来への不安を取り除き、人々が人間として安心して生活できる社会システムを構築することあります。特に介護保険制度の導入・進展により、国民の健康や介護サービス等に対する関心が高まり、諸制度利用の観点からも、福祉・保健・医療の連携が強く求められるようになりました。

つまり今日では、“自立支援”と“尊厳を支えるケア”がキーワードとなり、高齢者や障害者が人間的尊厳をもって暮らせる社会を目標に、「チーム・キュア」の進展から、さらに「チーム・ケア」の発展へとバランスのとれた福祉・保健・医療の新しい体制づくりが求められています。そして福祉・医療等の専門職種間の効率の良い、高度なチームアプローチの確立が常に望まれています。

それ故に、福祉の臨床現場では評価を前提に考慮しつつも、福祉・保健・医療を連携した質の高いサービスが要求され、利用者本位の新しい福祉倫理（自立支援と自己実現を視点とした）に立脚した理論と高い専門技術を持った、実践力のある人材の養成が求められ、嘱望されています。

シンポジウムのねらいと進め方

今日のシンポジウムは、「新しい福祉サービスを目指して—福祉・保健・医療の壁をこえて—」という大変タイムリーで大胆なテーマを掲げております。

この福祉・保健・医療の連携の必要性について、福祉現場等では常に呼ばれていますが、具体例として利用者本位に立った良い連携が進まない状況も見受けられます。サービス提供にどういう壁があり、何をどのように改善したらより良い連携ができるかについて、本日は福祉・医療・行政のそれぞれの分野で活躍していらっしゃる、我が国の人材ともいべき先生方をお招きして進めさせていただきます。

21世紀の新しい“福祉・保健・医療連携の時代”の中で、高齢者の方々、障害者の方々への「ノーマライゼーション」の理念に基づいた新しい福祉サービスの提供について、どのような方法が考えられるのか

Symposium

発題Ⅰ：福祉・保健・医療との連携を求めて

——地域福祉推進の視点から——

三浦 文夫

発題Ⅱ：利用者本位とは何か

内野 滋雄

発題Ⅲ：法制度の面から

安達 高之

様々な事例を挙げていき、考察を深めていきたいと思います。また福祉の臨床現場において、福祉系専門職者が医療行為の壁にどこまで踏み込んでサービス提供ができるのか、できないのか、医療との境界領域を整理して考える上でも、問題点から改革方法まで議論が進むことを期待します。利用者本位の立場で、福祉から医療又は、医療から福祉を見た場合の隔たっている壁を、お互いに相手を尊重しつつ取り除く時代が到来したのではないでしょうか。

最初に、東京都社会福祉総合学院学院長を務められ、『介護保険施設の経営戦略』（中央法規）・『福祉サービスの基礎知識』（自由国民社）等沢山の著書もあり、また日本社会事業大学（前）学長や、国（厚生労働省等）および東京都の様々な審議会の委員等も歴任された、我が国の社会福祉学のオピニオンリーダーいらっしゃる三浦文夫先生に、社会福祉の立場からみて、学問的な観点から福祉・保健・医療の関係と連携の意味を、歴史を踏まえつつこれからの地域福祉の推進の方向の中で、論じて頂きたいと思います。

次に、本校の校長をお願いしている内野滋雄先生は、東京医科大学教授として医学教育に携わってこられた方であり、更に病院経営だけでなく、社会福祉法人三徳会の理事長として、日本で初めて都市型特養を品川区に創られ、大変話題にもなりました。複数の福祉施設を経営され、医療と福祉の連携サービス提供の草分けでもあります。日本解剖学会理事長のご経験や日本篤志献体協会の理事長等もされています。医療と福祉をドッキングし、実践された立場から「利用者本位とは何か」を問い合わせつつ、壁をこえるまでの具体的な例を示し、問題提起をして頂きたいと思います。

最後にお願いしている安達高之先生は、東京都福祉行政のご経験と全国都道府県教育委員会連合会の事務局長等教育行政のご経験もお持ちです。都の高齢福祉部長として政策の実行責任を担われ、退職後も東京都の「明るい長寿社会づくり推進機構」の設立や、「東京いきいきらいふ推進センター」の所長もされ、現在は東京都社会福祉総合学院の教務主事を務められています。福祉と教育の問題を含め、福祉・保健・医療の連携について、行政の経験を踏まえ、制度的な問題点を中心に挙げて頂き、法制面から壁を捉えて、どうしたらその壁を低くすることができるか具体的に提案して頂きたいと思います。

三人の先生方の発題の後、フロアからの質問もいただき、ディスカッションをして議論を深めていきたいと思います。フロアの皆さんのご協力を宜しくお願ひ致します。

福祉・保健・医療との連携を求めて —地域福祉推進の視点から—

三浦 文夫

ただいまご紹介を賜りました、社会福祉総合学院の学院長を務めさせて頂いております三浦です。時間の関係もありレジュメで読めば分かるようなことについては、なるべくそちらに譲ることにいたしまして、とくに第2項の連携の意味というあたりを中心にお話を進めたいと思います。その前に、本日の共通テーマは「新しい福祉サービスを目指して」ということになっておりますが、この新しい福祉サービスということについて簡単に私なりに一応つぎのように整理しておきたいと思います。

私は社会福祉を専攻し、そのなかでも長年社会福祉政策研究というのをとくに専門にしてきました。実は福祉サービスというのは、社会福祉サービスよりもっと広い概念だろうと思っています。つまり人々の福祉を達成するためにはいろいろなアプローチがあります。福祉というのはある意味では人間の幸せという意味ですが、そのなかにはさまざまなものがあります。レッシャー（N. Resher）というアメリカの社会福祉学者がのべていることですが、福祉を構成する要素として身体的に良好の状態、精神的な意味での安心した状態、物質的な安定した状態をあげていますが、まさに福祉には心身面の健康と生活の安定がその重要な内容となっています。そのために医学も保健もそれぞれの役割を果たすものだと思います。社会福祉もその福祉を達成するための一分野という意味では共通の基盤を持つものと言えます。とくに社会福祉はその人が社会を構成する一員として尊重され、自立した生活を送ることを支援するものとして展開してきたものです。ここでいう自立は広く考えられています。すなわち自立は一人ひとりは異なるということを前提に、経済的な意味での自立、あるいは身体的な、あるいは精神的な自立、それから更に社会的な自立ということを直接的あるいは間接的に図ることを支援するというところに社会福祉の特徴があると考えています。

その社会福祉が、いま大きく変わりつつあると思っています。特に1990年前後ぐらいから、戦後の社会福祉システム全体をもう一度見直してみようという動きが出てきまして、そのなかで社会福祉は保健・医療その他の関連分野との連携をはかることが強く求められるようになってきています。また1997年ごろから社会福祉基礎構造改革が論議され、2000年5月に社会福祉事業法を中心とした福祉関係の法律が大きく改正をされてきております。社会福祉は新しい方向に向けての展開を図りつつあるというところです。

その流れの特徴の一つは利用者本位の福祉サービスというものを構築しなければならないということであり、また福祉サービスの質を向上させ、それから福祉事業というものをできるだけ透明性をもって効率的に運用ができるような仕組みをつくっていく必要があるとされています。それと同時に地域を中心とした社会福祉の推進が今後の社会福祉の基調であるとされてきています。いわゆる地域福祉の推進ということです。

ところで保健と医療と福祉の連携ということは古くして新しい問題です。とくに医療と福祉に関しては、社会事業のなかに施療とか救療事業が含まれ、生活困窮者に対する施療やらい病（ハンセン氏病）に対する医療その他が組み込まれてきました。その当時はまだ保健・医療・福祉の連携ということよりは、医療・福祉との関係とか関連ということで様々な議論が行われてきました。また第二次世界大戦直後は国民の生活困難が大きな国民的な課題となっていましたが、そこで貧困と疾病とは深い関係があるということで、貧困と疾病の悪循環ということが盛んに言われ、貧困の解決のためにも福祉と医療というものは関連しなければならないということが指摘されてきています。ちなみにその当時の福祉というのは主として生活保障を意味していました。

その次に障害者問題との関連で医療、保健、福祉の関係が問題となっています。とくに内部障害者の問題が表面化するにしたがって、更生医療、育成医療とか療育などの課題がでてきています。これと平行して治療しても治らないという「不治永患」の患者に対する対策、とくに療養と合わせてその患者の生活の安定・保障をどうするのかというふうなことも問題になりました。ここでも保健と医療との関連というふうな形で議論が出てきたということがございます。

時代が下りますと、例えば公害だと薬害等々の問題が出来まして、それによる健康被害というものが出来ます。この被害者に対しての医療の確保と同時に、彼らの発達と生活安定をどうするかというふうな問題が議論されています。実は私自身も昭和49年くらいから森永ヒ素ミルクの被害者救済にタッチをしてきました。そこで医療と福祉の関連というふうなことを被害者救済のためにどうするかというので随分苦労した覚えがあります。このように保健・医療・福祉との連携という問題が時代によってさまざまな形でトピックス的に問題になってきています。しかしどちらかというと、それは課題ごとにアドホック的に対応してきたようで、連携そのものを体系的に問題にしようというところまでには論議は広がってはいなかったと思います。

今日は臨床福祉専門学校の方々の参加が主であると聞いていますが、このなかには精神保健福祉士養成学科がございます。実は精神保健福祉というのは、ある意味において精神科医療と、それから看護などを含めた保健、それから更に福祉というもの関連ということが中心的な課題になるものと思われます。その辺のところをレジュメで簡単に整理をおきました。時間の関係でこの課題をお話するゆとりはありません。患者を精神科医療だけでは完全に治せないだけでなく、入院が長引くことによって第二の障害を起こしてしまうこともあります、保健・医療・福祉の関連問題が極めて重要な課題でした。しかし、制度的にこのことが認められるようになるためには長い歴史があります。このことは法的には精神衛生法から精神保健法を経て、精神保健福祉法というふうに改正され、精神障害者に対する医療・保健・福祉との関連が時代とともに変容してきていることでもあります。

特に最近では精神病の対策につきましても地域精神衛生ということでコミュニティ・ケアというものが基本になりつつあります。イギリスなどでは1920年代からその方向が出ていたわけですけど、日本もやっと最近になりますとこれが基本的な方向になってきています。その流れのなかで医療、保健と福祉との関連の問題ということが重大な課題となってきています。精神保健福祉士法が作られ、主としてその役割は退院促進とその後のアフターケアに関わるものとされてきましたが、むしろ今後重要なことはコミュニティ・ケアのなかで、精神保健福祉対策をどうするかということであろうと思います。その意味で精神保健福祉士法で規定された精神保健福祉士の機能はまだ狭すぎると思っています。この問題は別な機会があればお話しさせもらうことにして、ここでは問題提起にとどめたいと思います。

最近大きな問題になってきたのは高齢化のなかにおける高齢者に対する医療、保健と福祉の連携ということです。このレジュメではケアの問題について触れておきました。このあたりの問題は後ほど安達先生の方からお話しがあろうかというふうに思いますので、ここでは簡単に述べることにしておきます。痴呆や寝つきなどの老人の障害を考えると、どこからどこまでが疾病で、どこからどこまでが老化なのか非常に区別しにくい。その典型的なものが老人の疾病とケアの問題で、急性期、すなわちacuteの疾病に関するケアにつきましてはともかくとして、慢性化した、いわゆるchronicな疾病的場合のケアは、当然のことながら長期的な、いわゆるlong time careになります。どこからどこまでが医療で、どこからどこまでが福祉でいくのかということは非常に区別し難い問題です。それを端的に示しているのが療養型医療施設で、いちおうは介護保険対応の療養型医療施設と医療保険対応型の療養型医療施設に分けていますが、実態は非常に分けていく。結局は報酬の面でどちらが有利かということで設置者の判断になってしまっています。

介護サービスとの関係で大変重要だと感じておりことに、援助困難ケースというのが増えていることです。いろいろの機会にケアマネジャーと一緒にケースカンファレンスに出ることもありますし、またいろいろな報告を手に入れることができます。この援助困難ケースというのはいくつかのタイプに分けられます。その一つは精神的な障害を持つケース、第二に疾病を持っているケース、第三に経済的困難を含む日常生活上の生活困難ケース、このほかに、第四に圧倒的に多いのはそれらの困難が重複しているケースで、こ

の第四のケースが増えてきています。これらは介護保険での介護サービスだけでは対応できない。そうかといって医療だけでも対応できないという、そういう困難ケースが非常に増えてきています。そういう点からもこの連携問題を改めて検討しなければならないように思います。

このように医療・福祉との連携問題というのは長い歴史を持っていると同時に、その時代ごとにその新しい課題をもって展開をしてきたもので、最近でも精神障害、高齢者ケアなどの局面でも難しい課題がでてきています。そこでこの連携問題と総括的に考えることにしたいと思います。お配りしているレジュメに連携問題の前提に保健・医療・福祉の関係ということについてお断りする必要があります。私どもの福祉の分野ではこの関係を論ずる場合に、補完的関係、代替・補充的関係、それから相互補完的関係というような分類を一般的にいっています。時間がありませんので、詳しく述べることができなくなりましたが、一般の医療制度では対応できない医療ニードに対する代替・補完サービスとして福祉医療があります。例えば国民皆保険以前では低所得者、貧困者は病気になっても医療の利用ができない。そのために医療側が提供する医療機関、施設とは別に社会福祉の側で医療を提供する例がみられています。提供する医療サービスそのものには差はないが、医療費負担の観点から一般医療機関・施設を代替する役割をもつ救貧医療あるいは低額無料診療が社会福祉側から提供された例がありました。また精神科医療を補完する意味での精神保健、福祉がかかって重要なものとされるようになったり、また医療的ニードをもつ障害児者の発達や自立支援を行う場合に、医療だけでは不十分なことから、療育とか更生医療などが補充・補完関係として推進される場合などがあります。

そういう関係づけとはちょっと違う形で最近出ているのが、ここでいう保健・医療・福祉の連携ということだと思います。そこでは医療、保健、福祉が相対的に独自の役割とアプローチをもつことを前提に連携という言葉が使用されるようになっている点に注目する必要があります。その意味で関係づけとしての relationship という言い方ではなくして、新しく連携という考え方や言葉が登場してきているのだと考えます。

ところで連携にはいろいろな類似語や意味合い（インプリケーション）があります。イギリス、アメリカなどの本を読みますと関係、連携という言葉にはいろいろな使い方があるようです。例えば新しい関係を示すという意味で、relationship という言葉の代わりに linkage という言葉がみられます。また coordination という言葉もよく使ったりしております。ことばの詮索はともかくとして、レジュメにも書いているように、特定の目的を達成するため異なった分野、機関、組織あるいは専門職がそれぞれの独自性を確認し、そのうえで相互に協力して、事業を効果的、効率的に推進するということを連携と考えておきたいと思います。

連携というものにいくつかのレベルがあります。その一つが連絡ということです。communication と呼んでいいと思います。これは連携の基本的な形態だと言って良いと思います。そこには不定期的あるいは定期的な情報の交換を前提とした情報の共有化と、それを通して相互理解が進んでいくということになります。そのうえで相互の協力という意味での連携がでてくる。これは cooperation という言葉を使いました。これは相互に支援しあうという、相互補完的な支援ということです。そしてその相互協力を推進してくる場合に、それぞれの役割分担を前提にしたうえで、活動や行動の調整を図るという意味での調整、coordination というレベルがあります。さらにその上に立って、協働 collaboration という段階が出てきます。この言葉は最近よく使われる言葉だと思います。それからもう一步進んでいきますと、統合 unification ということが生れてきます。こういう5つの段階が出てきます。このようにいくつかの段階に分けて連携の問題を整理する必要があります。

実は福祉と保健と医療を考える場合に共通の用語が確立されていないこともあって、情報の共有化ということも難しい問題があります。まず用語の共通化ということからはじめなければならない。それから業務遂行上の連携という意味での cooperation を行う場合にパートナーシップということが重要です。パートナーシップというのはそれぞれの地位・役割を了解したうえで対等な関係で協力し合うという関係だと思います。そういう関係をどういうふうに作るかということで、その次にでてくるのがケアマネジメントということ、最近とくに重視されてきています。それはケースワークやグループワークというようなものではなく、ケアマネジメントというのは連携を推進する方法だと思っております。

つぎに制度間あるいは専門職間の連携が重要です。これは医者と看護師とそれからコメディカルの方々、福祉関係者の連携の問題ということになります。組織・機関の連携ということで、例えば最近では福祉事務所と保健所の一本化した保健福祉センターというのが各地でつくられています。その場合に組織の一元化ということに加えて、もう一つ重要なことは財源をどうするかという議論があります。国の縦割り行政からでてくる補助金・負担金などがバラバラのためにせっかくの組織の統合化が十分に機能しないという欠陥があります。このことは言い換えますと縦割り行政を打破する為の一つの方法だというふうなことで、その財源のロック化を含めた財源調整なども連携ということのなかで議論しなければならないと思います。

それに加えて連携というのは一定の目標に向かって異なった分野、機関、専門職が協力するわけですが、その前提として理念および目標の相互理解というものが大変に重要だと思います。分かりきったことかも知れませんが、冒頭で申し上げましたように福祉ということには医療も保健も社会福祉もふくまれます。そこで人間の福祉をどう確保させるかということを一つの前提にしたうえで論議をしていくことが大切だと思います。新しい福祉サービスを論ずる場合に、誰に対してのサービスかということで利用者本位、患者中心という視点が大変に重要だと思っています。その観点から利用者中心のために、インフォームドコンセントやインフォームドジャッジメントの意義を捉え直す必要があります。それから医療、保健、福祉のサービスは対人・個別サービスを特徴としています。そこでは一人ひとり異なる人間を取り扱うという点において共通点があります。その共通点をお互いにもういっぺん確認していく必要があります。このためにはこの分野の専門職養成のなかで個人としての尊厳を基礎とする基本的人権の尊重を前提とする人間教育を土台に専門職教育が改めて重要です。

このほかに地域レベルでの医療、保健、福祉の連携にあたって、計画の意義を簡単にふれておきたいと思います。私はプランニングというのはある意味で合意形成の方策であり、システムだと思っております。その意味で連携を進めるための計画的手法などを再評価してよいのではないかと思いますが、これらは時間の関係で割愛させていただきます。

かなり抽象的な議論をしましたけれど、こういったことを念頭に置きながら地域において人々がどのように自立していくのかということで連携問題を具体的に考えていくことが必要です。これらの問題は別の機会があれば改めて論じさせていただきたいと思います。

利用者本位とは何か

内野 滋雄

新しい福祉サービスについて、真の利用者本位とは何かというところに焦点を当てたいと思います。高齢者福祉に関して、最近は拘束ゼロ作戦とか利用者本位とかが求められています。元来福祉・保健・医療というのは、ギリシャの頃は、アートと呼ばれていました。アートは、心がこもった技術であり、芸術ですが、福祉もそうだった。苦しんでいる人を抱きかかえるようにして癒す事が医療の原点だったわけです。それがそれぞれの道に分化し、福祉、保健、医療という分野に発展してきたわけです。それぞれの専門分野に壁らしいものができた、お互いが見えない状態になってきたわけで、それが問題になるんだろうと思います。で、それを外す場合、全部外してはいけないと思っています。それぞれの立場で意見を交換し、情報を交換する事が一番良いのではないかと思っております。専門職間で情報を交換し、一人の利用者に対して一番良いことをいこうという相談ができるという関係、壁の向こう側が見えるにしても、垣根は必要ではないかと思っています。その専門職間での意見交換とか情報交換は大切ですが、施設間、たとえば病院と特養とかの施設間で研究会や研修会などをやって、それぞれの分野の人たちが学び合うことが大切です。自分の専門だけを知る、いわゆる専門馬鹿時代はとうに過ぎていると思います。これはダブルメジャー時代、専門が一つでなくて二つ、そういう時代になってきているということです。

利用者の主体性を重視し、何事も利用者の立場でということですが、私はそれには問題があると思っています。高齢者の場合は、多発性脳梗塞などで痴呆になり、人格も崩壊している方もおられます。そういう方に意思を聞いても分からぬわけです。若いうちは、そういう状態になったら一服盛ってくださいとか、私にはそれ以上の医療はいらないと言っていた人が、実際にそのような状態になってみると、ちょっと熱が出ただけで非常に心配します。そのくらい人間というのは、生命に対しての執着心が強いわけですが、それを表現することができないような場合、利用者本位とはいうものの利用者の意思をどうやって判定するのか。それから小児医療ですね、子どもは自分がこれから受ける医療の実態を知ることもできない。エホバの例では、輸血をすれば助かるのに親は輸血を拒否する。高齢者の痴呆が進んだような場合には、家族の意思が高齢者の意思に代わるということになります。経済的な問題等々で、高齢者の意思が反映されるかどうかというのは、非常に疑問の多いところです。

縦割型の弊害ということが言われますが、この福祉・保健・医療では、縦割型弊害は少なかったんじやないかと思います。縦割型であったために専門の分野が非常に発展してきたし、壁を作ろうと思って作ったわけじゃない。それぞれの専門で自ずから壁らしきものができたということだろうと思います。それを取り外すには、色々な法制度とか資格の問題というようなことがでてきます。その場合実際に医療行為と準医療行為というのが問題になります。これは確か東京都社会福祉協議会から242の施設に出したアンケート調査ですが、例えば血圧測定を242の施設で医師がどのくらいやっているか、看護師さんがどのくらいやっているか、それから介護担当の方が常時やっているか、たまにやっているか、緊急時にやっているか、その訓練を受けているか、血圧測定とか色々な訓練を受けているか、というような数の調査ですね。これを見ますと、たとえば爪切りのように、医療なのか準医療なのかというような判断困難なものがあります。点眼はどこから点すのが一番良いかを知ることはサイエンスです。坐薬は挿入の仕方によっては更に肛門を悪くする。浣腸は時には直腸を突き破るということすらありますし、摘便もそうです。次に注射ですが、お医者さんが

48例、看護師さんが179例ですが、介護職員が注射をしている例もある。糖尿病でインスリンの注射をするのは家庭では許されているし、湿布も軟膏を塗るのも家庭ではいい。しかし施設では医療行為と見なされます。どこまで介護者がやっていいのか明確でない。救急救命士が気管内挿管とか、また心房細動、心室細動の時に電気的除細動を行っていますが、これは半年とか1年の訓練を経てのことです。理学療法士は関節を曲げたりして随分専門的な治療をしておられるにも関わらず、湿布すらいけない、痛みを止める投薬ももちろんできない。従ってそういうもののしっかりしたポストグラデュエートの教育ですね、卒業して何年間か臨床の現場に携わった人がしかるべき講習を受けて試験に合格すればそういう事ができるようにした方が良いのではないか。またアンケート調査では経管栄養、例えば鼻腔栄養でカテーテルを鼻から胃の中へ入れますが、これを医者や看護師もやっている、また福祉関係の人たちも挿入をやっている施設がある。これは相当危険ですね。カテーテルを胃に確実に入れるというのは上手にやらないと入りません。肺の方に入れておいて胃に入ったつもりで、食べ物とか水を入れてごらんなさい。これは命に関わることになりますので、その点は非常に難しい問題だと思います。

私が実際に経験した中でこれが利用者本位なのかなあと考えさせられた事例を3例ほど申し上げます。一つは、ホームで死を迎えることを熱望した肺ガンの患者さん。この方はホームで桃を食べたあの種をプランタンで発芽させ木にまで育てて実を生らせるほど植物を愛した人なんですが、肺ガンになった。大学病院か癌センターで入院とか検査をするように勧めたんですが、どうしても嫌だ、ここで死なせてくれと言うわけですね。検査も治療も全てのものを拒否する。ホームに居らせてくれればそれで良いんだと言うのです。結局最後は喀血もします、貧血もする、癌の悪液質になってきます。動けない、痛がる、苦しがる。その時に、医者や看護師が付きっきりというわけにはいきません。薬や注射はどうしても介護士の人に頼まざるを得ない。これは法律違反になっちゃうわけですね。貧血になれば輸血もせざるを得ない。単なる延命じゃなくて楽にするためにそうする。それも普通の外来ではやらないわけですから、健康保険で請求すると、査定される。そういう実態があるのに利用者本位だからといって、その熱望した方をホームに置くべきかどうか。それからまた万一喀血でもして窒息死した場合、誰が死亡を確認するのか。救急車を呼んでも死んだら救急車には乗せません。何時何分に死亡したという死亡診断書も書かなきゃならない。誰が確認するのか。そういうように、利用者本位ということができるだけ希望に沿いたいけれども、実際には難しい面があります。

2番目は統合失調、昔流にいう精神分裂病の例です。その家族の方、娘さんも統合失調の方ですが、ホームの職員に対する暴言とか暴行がひどい。お母さんはほとんど寝たきりで動けない。職員が体位変換をして一寸でも痛がると、「母さんを殺す気かー」と言って傍で見てた娘さんが、職員を殴る蹴るの暴行ですね。そしてその娘さんは電話をかけてきて、どんなに忙しい時でも30分でも切らないのです。ホームへ来てお母さんにこうして欲しいと頼まれたときには、できるだけのことはしてるんだけども、何やかやと言って騒ぎ立てる。そしてみんな忙しいんだから、そんなに一人の利用者の家族に関わっているわけにはいかないし、同じことを繰り返して30分も長い時は1時間も2時間も一人の職員を捕まえて文句を言ったりしている。で、そういう人を、暴力があったからと言って警察へ届けましたが、現場で殴られて怪我か何かがなければ、施設に強制収容するわけにはいかない。実際には灰皿を投げて、それを受けた職員が軽い怪我をしたんですけど、その程度では駄目だということですね。娘さんは薬を飲むように言われていても私は病気じゃないからと言って薬は飲まない、というようなことがありました。そういう場合に利用者本位というのはどう考えて良いのか、精神病の家族の言うことが利用者本位なのか。非常に難しい問題で判断に苦します。

それから3番目、家族の権利意識からの過剰要求というのがあります。何時に迎えに来い。例えばデイサービスなんかでもですね、迎えに来いとか、ああしろこうしろとまあともかく言いたい放題言う。で、そういうようなものを、どこまで受け入れるのが利用者本位の福祉なんだろうか、勿論そういう人は少数ですが徐々に増えていますが、これはもう結論は出ません。ですから今日は問題提起をするに止めさせていただきましょう。

どうもありがとうございました。

法制度の面から

安達 高之

ご紹介を頂きました安達でございます。私はレジュメにもございますように、法制度の面からどういう壁があるのかということを、現場経験者の一人でもございますので介護保険制度に視点を当てて申し上げてみたいと思います。

まず冒頭に三浦先生からお話しがありましたように、福祉あるいは社会保障の基礎構造がどんどん変わってきた、これは社会の成熟と、少子高齢化という現象がこれを促進してきたということが言えるわけでございます。高齢者に対し、福祉・保健・医療の総合的・効率的なサービスを提供するには、行政の措置では対応しきれない、利用あるいは契約制度に移行していかなければならないということになるわけでございまして、その典型的制度が介護保険制度であろうというふうに私は思っているわけでございます。介護保険制度が平成12年の4月にスタートしたわけでございますけれども、この背景は、少子高齢化という問題と、もう一つは医療費の問題があるわけでございます。医療費の問題というのは、当時社会的入院という形で、治療行為はもう終わっていてもなかなか退院できないという事例が多くありました。ということは、高齢社会そのものが医療と福祉の二つの領域のサービスを同時に求めている、そういう分野の対応を介護保険という形で制度化されたということになると思うわけです。

それだけに、介護保険制度は医療と福祉の二つの領域のサービスを一体的に提供するということを法律に明記されていますが、現場の実態はどうなっているかということを見てみたいと思います。

まず、介護保険法の第一条には、この法律は、要介護状態となり入浴・排泄・食事等の介護、機能訓練並びに看護および療養上の管理その他の医療を要するもの等について、自立した生活が営めるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため必要な事項を定め、国民の保健医療の向上と社会福祉の増進を図ることを目的とする、こう規定しているわけです。要するに医療分野のサービスと福祉分野のサービスを一体的に提供することを前提にしているわけです。

そして第二条は、保険給付について規定しているわけですが、その第二項には、保険給付は要介護状態の軽減または要介護状態となることの予防に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならないとあります。医療との連携ということが法律の上で明確に出てきているわけですけれども、ここで言っている連携というのはどういう中身かと言いますと、先ほど三浦先生がおっしゃられた、連絡・コミュニケーションあるいは協力・コオポレーション、このあたりをここでは言っているのかなというふうに思っているわけとして、要するに医療との相互補完的な形でサービスを提供していきなさいと、総論的に言っていると考えられます。

ところがその第三項には、保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な医療サービスおよび福祉サービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行われなければならない。医療サービスあるいは福祉サービスを総合的かつ効率的に、つまり一体的と言っていいんじゃないかなと思うんですけど、先ほどの三浦先生による連携の形態から言いますと、調整・コーディネーション、あるいはもう一步進めた共同・コラボレーション、このあたりを法律は想定しているのではないかと思っているのです。ところが現状は決してそうではない。法律が目指そうとしていることと実態との間には距離があるのが現状でございます。それはなぜなんだということ

でございます。私は法制度的には二つの壁があるかなというふうに考えています。

その一つは、医療行為というのは、全て医師に限られている、と考えられていることであり、二つ目はすべての職員に守秘義務が課せられていることによるものです。では、第一の医療については法律的には一体どうなっているかということありますが、まず医療法という基本になると言いましょうか基礎になる法律がございます。この医療法では、この法律は病院・診療所および助産所の開設および管理に関し必要な事項を定めること等により、医療を提供する体制を確保し、そして国民の健康の保持に寄与する、これが医療法の目的なんです。第一条の二なんですが、そこに医療提供の理念ということで、医療の内容は、という部分があるんです。医療の内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための処置およびリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない、こういう規定があるんです。ところがこれは、医療担当者の心構えを規定したもので、医療そのものの定義ではないんです。ですから例えば老人保健法という法律を見てみると、その十二条には、保健事業の種類というのがありますと、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、その次に医療がある。そしてその十七条に給付内容としての医療の定義があるんです。医療は疾病または負傷に関して行われる次に掲げる給付とする、一つは診察、二つが薬剤又は治療材料の支給、三つ目が処置、手術その他の治療、四つ目が家庭における療養上の管理など、六つばかり医療という中身の定義が規定されている。つまり医療という言葉は非常によく使われるんですけども、医療の中身、範囲については法律によって異なり、必ずしも明確ではない。また医師法では、医業という言葉を使っているんですが、その医業の定義は医師法の中にもないんです。医師法は、医師は医療および保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上および増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする、と医師の責務をまず第一条に規定していますと、そして第十七条で医師でなければ医業をしてはならない、とありますが、医業についての定義は何処にもないんです。ですから医療を行う行為というふうに、これはもう常識的に推定するしかないんですけども、そのほかの医療関係の、例えば保健師助産師看護師法あるいは理学療法士及び作業療法士法、言語聴覚士法、精神保健福祉士法、これらを見てみますといずれも、業務を行うについては診療の補助とか医師の指示の下にとか、あるいは主治の医師があるときはその指導を受けて業務を行うとか、全て医師の指導・指示、これが前提にされているわけです。ということになると、医療という範囲の規定あるいは定義が不明確なだけに、医療と考えられる行為は全て医師の下で一定の資格を持った人でなければできないというふうに、一般的には理解されてしまうだろうと思うわけです。ところが介護保険ができまして、せっかく効率的にサービスを提供していくなければならないにもかかわらず、実際に在宅にヘルパーさんが一人暮らしの高齢者を訪問したときには、当然一人暮らしですから薬塗って欲しい、背中に湿布貼ってほしい、こういう要望はでてきます。ところがヘルパーさんは、それはできませんと、すぐ断ってしまう。ヘルパーさんがどうって言うよりも、事業所を出るときにそういう薬も塗っちゃ駄目、湿布も駄目、みんなそういうことはしちゃ駄目なんですよと言われているから、利用者からこうしてくれと言われても断らざるを得ない、医師に処方してもらった薬でも塗ったり飲ませたりしては駄目となって、そこでトラブルが起きてしまう。介護保険制度は、この場合でも、改めて一定の資格を持った人の訪問を想定しているとはとても思えない。

しかし医師の資格がなくては医業はできません、医業というのは医療に関するすべての行為であるということになれば、想定されるものは全部初めから手を付けちゃ駄目ですよとなる。そう言われれば、もうその通りに訪問介護員はせざるを得ないということになります。それが介護保険法が狙っている医療と福祉の個別のサービスすら効率的に提供できない壁の一つになっています。

それからもう一つの壁は、守秘義務があります。守秘義務というのは、法律上どういうふうになっているかということでございますが、刑法134条に秘密漏示という条項がありまして、ここに医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6カ月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処すると、こうあるわけです。刑法では、医療関係者のうち医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師については明確に規定されていますので、この刑法から外れている保健師、看護師などの医療関係者や福祉関

係者については、それぞれの資格関連法で同じような条文で補っているわけです。理学療法士法及び作業療法士法、言語聴覚士法など、どの法律を見ても、正当な理由が無い限り漏らした者は刑罰を科しますよ、こういう規定になっているわけです。福祉の分野の法律というのは、名称の独占はありますけれども業務の独占というのは殆ど無いんですが、この守秘義務だけは、福祉の世界のどの法律にも全部あるんです。そうしますと、例えば介護保険法に則ってケース会議をやったり、あるいは調整会議をやろうとしても、職種が異なるとそんなに簡単に情報が出てこない。それぞれこの守秘義務というのが頭にこびり付いてるわけですから、本来お互いに情報を共有して、より質の高いサービスを提供しなければならないにもかかわらず、それが逆作用をしていて、あの患者の身体的な状況はこうだとか、家庭的な事情はこうですよ、という話が、そういういったケース会議の場で中々出せない、場合によってはケース会議そのものが開けないということが間々あります。

ではこれをどうするのか、先ほど内野先生からもお話しがありましたけれども、壁を全部取っ払ってしまうというのは、これは非常に危険なことであります、それは有り得ない。ですから、どうすれば少しでも低くすることができるか、ということを考えざるを得ないんだろうと思います。

一つにはこのレジュメにも書きましたけれども、福祉分野の職員に対しても医事教育を充分徹底しまして、簡易な治療については、限定的に医療行為を認めるということを法的に明確にすることなんです。先ほど言いましたように、医療の中身についてはきちんとした定義がありません。医療の分野の法律というのは名称独占と業務独占がほとんど重複しており、両方とも保障、保護されているわけです。ところが業務を独占するという意味は、他の人がやってはいけない、やれば罰則を適用しますよということですから、立法政策的には何を独占するのかということを明確にすべきなんです。この明確にされている部分を独占するんですよ、独占する以上明確にする、それが立法政策的に必要だと思います。医療なり、あるいは医業なりの必ずしも明確な定義がないという点に問題がありますので、そこを手立てる。

それからもう一つは、守秘義務の方の壁ですけれども、正当な理由がある場合は法律の上では罰則を科さない、ということになります。ですから、ある利用者の情報についてお互いが知っていることを全部出し合って共有するということは、より質の高いサービスを提供するための正当な理由に該当すると私は理解しているんですが、厚生労働省を初め、どこも正当な理由に該当するからいいんだと言ってくれない。現場では勝手に解釈できないということで、正当な理由だと思っても情報が共有できない、特に医療関係の情報が入らない。そのため、介護保険法では、医療サービスと福祉サービスを一体的に提供するようにと謳っていても空文化している、こういう問題があります。これはやはり正当な理由に該当する、むしろ正当行為だということを所管官庁が明確にすることによって、それだけ壁が低くなってくるのではないか、またそのことは利用者にとって、非常に大きくプラスに作用てくるのではないかというふうなことを考えるわけでございます。

時間が参りましたので、このへんで終わりたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

シンポジウム発題者ならびに司会者 プロフィール

三浦 文夫 (みうらふみお)

1952年3月 東京大学文学部社会学科卒業、日本福祉大学助教授、社会保障研究所研究部長、日本社会事業大学教授、同大学学長、武藏野女子大学現代社会学部特任教授（現在武藏野大学名誉教授）

現在 東京都社会福祉総合学院長、東北福祉大学大学院客員教授、仙台白百合女子大学顧問兼任客員教授、広島国際大学学術顧問、富山県福祉カレッジ学長、長野大学特別参与等を兼務。日本社会福祉学会監事、日本地域福祉学会顧問

主な著書（編著を含む）

『社会福祉政策研究——社会福祉経営論ノート——』（全国社会福祉協議会）、『増補改訂社会福祉政策研究——福祉政策と福祉改革——』（同上）、『高齢化社会ときみたち』（岩波書店）、『社会保障』（ぎょうせい）、『社会福祉通論30講』（共著 光生館）、『福祉サービスの基礎知識』（編著 自由国民社）、『介護サービスの基礎知識』（同上）、『図説高齢者白書』（毎年 編著 全国社会福祉協議会）等

内野 滋雄 (うちのしげお)

東京医科大学卒。1962年東京医科大学大学院修了、医学博士の学位取得。東京医科大学助手、講師、助教授を経て、1977年東京医科大学教授（解剖学講座）。東京医科大学理事・評議員、日本解剖学会理事長、日本リンパ学会理事・事務局長、国際リンパ学会理事・編集委員などを経て、現在は東京医科大学名誉教授。その他（福）三徳会理事長、（福）多摩同胞会理事、（財）日本篤志献体協会理事長、学校法人敬心学園理事などを兼務。主な著書には「解剖学要説」、「人体解剖学」、「代表解剖カラーアトラス」、「コアテキスト組織学」、「臨床解剖学ガイド」、「ヴォルフ人体解剖アトラス」、「リンパ管—形態・機能・発生一」、「コメディカルの解剖学」他

安達 高之 (あだちたかし)

愛知大学法経学部法律学科卒。1961年東京都入庁。東京都石神井学園養護課長、児童部母子福祉課長、総務部庶務課長、高齢福祉部長、東京いきいきらいふ推進センター所長などを歴任。現在は東京都社会福祉総合学院教務主事、武藏野市テンミリオンハウス事業採択評価委員会委員長、財団法人武藏野市福祉公社理事、財団法人労災ケアセンター労災特別介護施設入居者選考委員、社会福祉法人東京蒼生会・同東京家庭学校・同友愛学園理事、NPO法人ケアセンターやわらぎ理事、武藏野市民社会福祉協議会サービス評価委員会委員長等

小林 光俊 (こばやしみつとし)

大東文化大学経済学部卒。1974年ジャナ専の前身である日本ジャーナリスト専門学院を作り、1982年学校法人情報学園日本ジャーナリスト専門学校を設立。次いで、日本福祉教育専門学校、日本リハビリテーション専門学校、日本児童教育専門学校、日本医学柔整鍼灸専門学校、臨床福祉専門学校を設立し理事長を務める。東京都専修学校各種学校協会副会長。