

臨床福祉ジャーナル

第3巻 第1号

(2006年10月)

目 次

巻頭言

コメディカル職と生涯学習

.....岡田 清 1

総 説

国の新たな制度改革と国際化時代における保健・福祉専門職のあり方

.....小林光俊 2

提 言

敬心学園の発展を願って思いつくままに

.....内野滋雄 5

原 著

介護職の医療関与におけるリーガルアプローチ

.....梶原洋生 7

包括型地域生活支援プログラムの概要と家族支援

.....佐藤文昭 12

人工内耳装用者における気分・感情状態に関する検討

—気分プロフィール検査（POMS）を用いて—

.....内藤 明 20

人工内耳再手術例における機能的評価

.....内藤 明 33

Muscle Oxygenation Kinetics on Isokinetic Exercise

—Comparison with Isometric Exercise—

.....光岡かおり、木目良太郎、長田卓也
村瀬訓生、勝村俊仁 40

言語聴覚士養成課程における個人情報保護に関連する臨床実習教育

.....原修一、羽生耀子、東江浩美
永見亜希子、高田治実、内野滋雄 46

理学療法士養成における介護体験実習の検討

—実習指導者の意見—

.....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、榎本康子、神田太郎 55

理学療法士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

—臨床実習指導者への意識調査—

.....奥壽郎、小山理恵子、西島智子、内藤郁奈
畠山聰、高田治実、江口英範、与那嶺司
坂本雄、甲斐みどり、塩田紀章、榎本康子
神田太郎 61

事 例		
人工内耳装用者における視覚情報処理能力	鈴木恒輔, 内藤 明	69
症 例		
高齢者における補聴器選択	蒲生貴行, 黒田かおり	76
—特徴と今後の課題—		
アナフィラキシーショックにより死亡した一症例	高田雄三, 向田政博	81
ツツガムシ病の1剖検例	増田 茂, 鳥海昌喜, 鈴木晟幹	86
総 説		
進化論概説	塙本 哲	91
話 題		
メディカル・ハラスメント (medical harassment) について	浅沼勝美	99
心身障害児の統合保育・統合教育の現状と課題	日暮 真	102
医療の現場と顧客志向経営	岸本一雄	104
情報と身体性	高木博義	108
研究速報		
平成17年度文部科学省委託事業 OSCE 導入のための教育プログラム —OSCE 実施とその結果について—	羽生耀子, 原 修一, 東江浩美, 永見亜希子	112
評価者の立場から見た OSCE	岩根章夫	117
雑 報		
「ヴェルディの家」に学ぶ魂の音楽	植田れい	119
第3回臨床福祉研究学術集会記録		
シンポジウム		
守秘義務と情報公開		
—福祉保健医療における取り組み—	座長: 小田敏雄, 内野滋雄	124
発題I: 法制度の面から	平林勝政	125
発題II: 医療の面から	野中 博	133
発題III: 障害福祉の立場から	木太直人	145

特別講演

世界の保健医療のニーズと国際協力

—若者への期待—

.....石川信克 148

一般演題（28題）

I 1-4	聴覚障害 158
II 1-4	急性期治療から地域生活へ 160
III 1-6	言語聴覚療法 162
IV 1-6	基礎医学 165
V 1-3	福祉 168
VI 1-5	教育・分析 169

投稿規定 172

編集後記 174

第4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

卷頭言

コメディカル職と生涯学習

元都立大塚病院長

岡田清

医師やコメディカル職員にとって、生涯学習（Life-Long Learning）は極めて重要なものです。そこで、改めてコメディカル職における生涯学習のあり方について考えたいと思います。

まず、生涯学習という用語ですが、この言葉が生まれてからの歴史が短いことから、その定義や概念は確立されていません。しかし現状では、「各個人が自発的な意思と必要に基づいて、自己に適した方法により、子ども期から高齢期まで、一生涯を通じて行う学習」と考えてよいと思います。この生涯学習という言葉の以前には専ら生涯教育（Life-Long Education）という言葉が用いられていました。しかし、これが生涯学習に代わった理由は、「教育」という言葉には、学ぶものが教師から一方的に知識等を授かるというイメージがありますが、「学習」という用語は、学習する者の主体性や自発性が着目され重視されていることにありました。

そこで、コメディカル職員とそれを目指して勉強中の学生諸君（以下「コメディカル職」という）の生涯学習について考えてみましょう。生涯学習の対象としては、①専門職充実型（自己の専門職の職務を全うするための学習）②教養・生活充実型（自己の教養・生活の充実に役立つ知識・技術等を得るための学習）③資格取得型（実社会に出てから、新しい学歴や資格を得るために学習）等があります。まず、コメディカル職にとって必須のものは「専門職充実型」のものであることは間違いないありません。このことはコメディカル職の業務が患者・利用者等の生命・健康・福祉等に直接関わっていることから極めて当然です。しかし、コメディカル領域におけるこの面での取り組みは、必ずしも満足できる状態とはいえないのが現状でしょう。

このようななかで、生涯学習にとくに熱心に取り組んでいるのが医師の分野であることから、この状況についてご紹介します。医療における生涯学習のあり方を端的に示しているのが日本医師会の「医の倫理綱領」（平成12年2月）です。この倫理綱領では、その第一項目として「医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。」と明記されています。そしてその注釈として、「医師はまず専門職としての能力、即ち医学的知識と技術をもたなければならないことは当然である。どのように立派な人格を有し、人類愛に満ちていっても、確かな医学的知識と技術がなければ医師として失格である。」と付記されています。

私は、コメディカル職の一人一人が、先ずこの倫理綱領とその注釈文のなかの「医師」という語と「医学」という語に、各自の職種と専門領域名を入れ替えて読み直していただきたいと思います。もしかすると、コメディカル職種は、医学・医療から較べれば、それほど生涯学習が重要ではないと思うかもしれません。しかしそれは間違いです。必要とする知識や技術に関係なく、医療やコメディカルの業務が人を対象として、それぞれの患者・利用者が抱えている疾病・障害や福祉に直接関わっている以上、医学・医療におけるそれと全く差がないことを理解してください。

これと同時に、コメディカル職の皆様にお願いしたいことは、「教養・生活充実型」の生涯学習にも取り組んでいただきたいということです。前記の医の倫理綱領の2番目の項目には「医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるよう心掛ける。」とあります。そして、その注釈には、このような生涯学習が医師と患者・家族等との間に必須の信頼関係を築くうえで重要であることが強調されています。コメディカル職の皆さんがこの面の生涯学習にも取り組んで下さることを心から期待します。

国の新たな制度改革と国際化時代における 保健・福祉専門職のあり方

学校法人敬心学園
理事長 小林光俊

はじめに

わが国は急速に少子高齢化が進行し、政府を中心とする社会システムの大幅な構造改革が進められる中にあって、国内的には、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、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新たに求められている。

一方、教育環境としては、経済・社会のグローバル化の影響や、各学校群における就学人口の減少という、今まで経験のない厳しい状況に直面している中で、文部科学省の教育制度改革の進展も強く求められている。また、教育現場では、社会や若者の価値観の変化に対応した新たな対策など、速やかな実行が必要となっている。

さらに、フリーターを中心とした若年者の雇用問題が社会問題となる中で、職業教育の重要性の見直しや国際化の進展に伴い、専門分野における人材の国際交流が積極化してきている。特にFTA協定に見られるように、労働力の国際的グローバル化を迎え、人材育成の国際競争時代となり、わが国としても職業教育や専門教育の高度化やその進展も緊急の大きな課題となってきた。

保健・福祉専門職とその連携と評価の時代

わが国における福祉・保健・医療を取りまく専門職資格は、国や地方自治体で認定している資格から、諸団体の認定資格まで、さまざまな専門職としての資格制度ができている。国民（対象者）に、どのような内容のサービスを行うのか、サービス提供者（国、各地方自治体、民間事業者等）が明確に示

して（開示または提示して）いく必要がある。科学の進歩と国民のニーズの変化に対応して、それぞれの専門職も自らの専門性を常に磨き高めるとともに、それぞれの専門職種間で連携を取り、国民（顧客）の多様なサービス要求に対し弾力的な対応ができるチームアプローチ体制の充実がますます必要な時代になってきた。

このような状況の中で、名称独占資格である保健・福祉系専門職に限定して見ても、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、救急救命士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、社会福祉主任用資格、介護アテンドサービス士、ホームヘルパー1級・2級・3級、ソーシャルワーカー、医療ソーシャルワーカー等々、さまざまな国家資格から認定資格がある。国民は、それぞれの専門職から生活支援や自立支援、介護予防のためにどのようなサービスを受ければよいのか、自分で選択し評価する時代になってきた。

介護保険制度改革と障害者 自立支援法の施行について

福祉・保健・医療や介護の専門職の養成教育を取りまく環境としては、介護保険の導入から5年を経て、国民の介護サービスに対するある程度の理解と認識が高まり、利用者急増により、保険財政の将来への不安から、制度の「持続可能性」を目指して「介護保険制度の改革」が行われた。その中で、要介護認定制度も改定され、介護予防や認知症介護等が重視されることになった。また、新たなサービス体系として、地域密着型サービスの創設や「地域包括支援センター」が設置され、居住系サービスの充実と、予防重視型システムへの転換が進められることになった。

今日、利用者や家族の介護サービス等に対する理解と認識が進んだことから、サービスの多様性や質の高さが求められ、さらに評価される時代になった。株式会社やNPO法人など様々な事業主体の参入に伴い、保健や介護サービスの質の確保に対する新たな方策が必要であることも指摘されている。また、「医療制度改革」も進められており、こうした状況の中で、福祉・保健・医療の世界に携わる専門職が、国民の信頼が得られる専門職として自らの地位を確立していくためには、常に新しい時代の進展に対応しつつ、臨床現場における利用者や対象者の自立支援と尊厳を支えるケアに必要な様々な専門知識と技術を研究開発して習得する必要が出てきた。同時に、医療領域と介護や福祉サービスの棲み分けなど、臨床での専門的な実践力を磨くとともに検証できる新たなシステムを構築していくかなければならない時代になってきている。さらにこの度、新法の施行としては、障害者の幸福を願い、その生活の向上と自立支援サービスの発展を目指して、新たに「障害者自立支援法」が様々な議論を経て成立（平成17年10月30日）した。この法律の具体的な内容やその施行については二百を超える政省令で定めされることになっており、政省令事項の決定・周知、サービス提供体制の整備などを進め、今年4月から段階的に施行される運びとなった。

この新しい自立支援法のポイントは、政府が推し進める「三位一体」の行財政改革とも関連し、身体・知的・精神の三障害の制度体系が一元化されることになり、①市町村を中心とすること、②サービス基盤整備を計画的に行うこと、③利用者本位を継承すること、④在宅生活重視・自立支援重視であること、⑤制度の普遍化を目指すこと、以上の5つである。また、居宅サービスに係る当面の支給決定の取り扱いは、新たな「障害程度区分」により、今年10月以後行うこととし、それまでの間は、「市町村審査会」を置かず、現行の支援費制度と同様の方法により支給決定を行うとされている。

一方、施設サービスに関しては、今年10月から段階的に移行するため、10月1日に「みなし支給決定」を行い、5年間は継続して入所・通所できるよう経過措置が設けられている。

なお、新たな制度の円滑な施行には、制度の周知も欠かせないが、当事者である障害者やその家族は負担増などに大きな不安を抱いている。それを解消

するためには、「どんなサービスをどの程度受けられるのか。その際の負担額はいくらなのか」等といった具体的な説明が不可欠である。新たな制度を実りあるものにするためには、行政の適切な指導協力の基に、サービス関係者や我々も日々、研究・検討を進め対策を立てていかなければならない。いずれにせよ、利用者の皆様はもとより、国民から寄せられる大きな期待に専門職としてしっかりと応えていくことが望まれている。

厚生労働省の専門職人材育成対策と 先進諸国の専門職について

以上のような大きな環境変化が起きている中で、特にこの度、厚生労働省としては、介護サービスの中心的役割を担っている介護福祉士が54万人に達し、さらに年間6万人以上増加している中にあって、専門職として新たな環境変化に対応すべく、「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会（座長 京極高宣氏）」報告書（平成18年7月5日）が出されたところである。その主意とするところは、「今後の資格取得方法については、多様な人材を確保する観点から、養成施設ルート、実務経験ルート、福祉系高校ルートの3つのルートを残し、質の向上を図るために、教育内容の充実（カリキュラム・シラバスの抜本見直し）を行い、すべての者に一定の教育プロセスを経た後、国家試験を受験する方向で、一元化を図る」としている。内容や実施については、意見や議論もあるところであるが、最終的には、養成校や介護福祉士の発展と地位の向上に寄与し、国民の福祉の増進につながることを願っている。

一方、諸外国の専門職育成制度を見れば、①ドイツ：「老人介護士」（国家資格・教育訓練期間最低3年間+実習6カ月以上。）②イギリス：「ケアワーカー」（国家認定資格・Dip SW（Diploma In Social Work）と NVQ（全国職業資格）がある。Dip SWはCCETSW（中央ソーシャルワーク教育訓練協会）の認定する大学・大学院で単位取得により認定。NVQは170種類以上にも及ぶ職業能力を基準としている。）③フィンランド：ケアワーカー共通資格「ラヒホイタヤ」（3年間3600時間の講義・演習・実習を行う。資格取得者はEU参加国で通じる追加証明書も発行される。）④デンマーク：「社会保健介護士」（計3年半の実習を含む教育必要。）福祉

先進国の「ケアワーカー」の育成課程は最低3年間以上で、実習は6カ月以上を課している。学ぶ者の平均年齢も20才以上である。高校卒で専門職の国家試験を受けられる国はない。

欧米先進国における保健・福祉専門職、PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）、SW（社会福祉士）、PSW（精神保健福祉士）等、養成プロセスの大部分（主流）は、大学院修士課程（2年以上在学・マスター修得）か、それと同等の専門教育課程を受け審査及び国試に合格した人に与えられる専門資格となっている。残念ながらわが国の介護福祉士を含む専門職養成のプロセスのほとんどは、欧米先進国から見れば、養成期間が短く、その位置付けが低く不明確であり、発展途上国型と言わざるを得ない状態である。

「専門介護福祉士」の認定制度の構築と 保健・福祉専門職に望むこと

介護福祉士は、科学的思考（サイエンスとして分析できる能力）を基盤とし、エビデンスに基づいた介護実践力と豊かな人間性を兼ね備え、専門職として常に自らの資質向上を図ることが求められている。

さらに今日では、ただ資格に裏付けされただけの介護福祉士でなく、各対象者固有のアセスメントに基づき専門領域を持って、プラス・アルファとして、特に何ができる「専門介護福祉士」か、例えば「認知症ケア」、「障害形態別ケア」や「在宅ケア」等の具体的なケアのディレクション・マネージメントを含め、施設や居宅における専門性に基づいた介

護のスーパーバイザーとしての役割など、その高度なサービスの中身が問われ求められるとともに、国民から評価を受ける時代になってきた。

21世紀の重要な課題として、生活支援を基本とし、自立支援や介護予防の確立とともに、チームケア体制の充実が求められている中で、その一員として、介護サービスにおけるスーパーバイザーなど重要な役割を担える専門性の高いケアワーカーとしての、新しい「専門介護福祉士」の認定制度や養成システムの構築と、専門性を基に活躍できる社会的基盤を確立することが求められれている。

今後わが国の専門職の育成対策としては、「介護福祉士」の制度改革に続き「社会福祉士」から「精神保健福祉士」の養成プロセスの見直し等に進む動きも出てきている。理学療法士や言語聴覚士も例外ではない時代である。

いずれにしても、国民からは、サービス対象者個別の症状・状態・環境など、アセスメントの諸条件に合わせたキメの細かい専門的な福祉・保健・医療サービスが今まさに社会的に求められ、評価を受ける時代である。また、労働力や人材の国際的流動化が求められる時代を迎え、福祉・保健・医療のそれぞれの専門職として常に研究開発し進展させて、質の高い専門性の確立と、専門職として積極的に自ら仕事の専門領域を開拓し、職域の拡大を目指し努力することが必要であり、そうしなければ、国民や国際社会から信頼される専門職として生き残れない時代になっていると思う。皆さんの一層の奮起を期待する。

敬心学園の発展を願って思いつくままに

臨床福祉専門学校
校長 内野滋雄

はじめに

教育改革、少子化などを背景に、全国の国公私立の大学、専修学校、小中高校は厳しい運営を強いられている。本誌編集部からのご依頼もあり、敬心学園の発展のための日ごろからの思いを述べ、学園をはじめ多くの方々のご批判をいただきたい。

1. 敬心学園はどういう人材を世に送り出すべきか

私は多様であってよいと考えている。人の考えはさまざまであり、それぞれ個性的である。したがって「こうあるべきだ」「この職業人はこうあらねばならない」といった型にはまった考え方を捨てた方がよいと考えている。

しかし、敬心学園は人間を対象とする専門職の養成機関である。対象の多くは心身に何らかの疾病や障害を持っているか、あるいはその有無を心配している人達である。自分は何かの異常を持っているのではないかと心配している人に「貴方は全くその心配はありません」とはっきり否定することができれば、疾病や障害を癒したか、または軽減させたと同様に専門職として立派な仕事を果したことになる。

そのためには型にはまらなくてもよいが身につけなければならないものが幾つかある。それはまず誠実であること、礼儀正しいこと、豊かな人間性を持っていること。次に専門職としての基礎知識を習得し、実践力があること。更に、生涯教育を通じて自分の知識の幅を広げ、仕事の質の向上を常に目指していることである。そして、謙虚で奉仕の精神を持ち続けるような人材を敬心学園としては世に送り出す努力をすべきである。

2. 専門学校はどうあるべきか

これにも考え方の差はあるだろうが、まず「実学」を重視すべきだと考えている。昔は医系の大学を出ても注射一つできない医者が当たり前で、学問さえできれば注射などはできない方がよいとされていた。しかしその時代は去った。現在では診断や治療を重視するカリキュラムに変った。これに対し、専門学校の場合は卒直後から現場で役に立つ即戦力の人材を育成する実学が必要であり、それを目指すところが専門学校の良さであると思う。勿論、卒後も勉学し自分を向上させる意欲と努力を忘れてはならないが、大学の下という考え方を捨てた方が良いし、大学を凌ぐ良さを強調すべきである。昔の医専と医大にはそのような考え方もあり、医専卒の代診は臨床に長けていて珍重されたという。

では、専門学校で行う研究はどうあるべきだろうか。大学での基礎的な研究ではなく、教育法や学生の実習先の病院、施設等と連携して、症例・事例を中心とした情報の収集・分析など、新らしい分野での研究が望まれる。それにより教員と学生、教員と実習先の指導者との緊密な関係が生まれ、学生も参加した形で、大学ではできにくい分野が生まれ発展すると考えている。大学での最先端の研究も大切だが、実習先の現場にある多くの問題を集めて分析することは、現場での問題を解決する実学的研究として価値の高いものと考えている。

3. 生涯教育を担う専門学校 そして専門職大学院

各種の現場で働く人達の生涯教育の場は専門学校が最適であると考えている。それは現場での実学的、技術的要望の強さは現場にいる人でないと分からぬ。そしてその要望を適えるためには専門学校

に専門職大学院を併設し、生涯にわたってより高度な教育・研究の場を広く開放する必要がある。

メイヨークリニックの理事長 Dr. Denis A. CORTESEは、教育でも企業でも「人と時と場」があつて初めて成功を見ると言っている。より高度な再教育を望む「人」は施設内でも重要な役割を担う人が多く、勉学の時間が取りにくく。そのため専門職大学院では自由な「時」に新らしい学問や実技を学べる「場」を提供することが重要となる。したがって、夜間や休日などでも大学院での勉学が可能であれば、これが大きな魅力となって学生も集まり成功を見るに違いない。自分の都合でいつでも勉学できる専門職大学院の設置が急がれる。

4. 文科省が専修学校教育に望むもの

文部科学省には「専修学校教育重点支援プラン」というものがあり、毎年全国の専修学校に研究を委託している。それは以下の6つの区分からなる。①地域人材の育成、②キャリア指導の推進、③専門課程の高度化開発、④高等課程の個性化推進、⑤新教育領域の開発、⑥新教育方法の開発。

以上のテーマはこれから専門学校が取り組まなくてはならない課題である。本校では開校の翌年から今まで3年連続でこの委託を受けた。1年計画とはいえ7月に正式決定され翌年の3月中旬には仕上げて報告しなければならぬので時間的にも厳しい事業であるが、担当した教員をはじめ事務職員、学生などが情熱をもって協力し立派に仕上げている。

これらの事業を敬心学園の兄弟校3校が合同で幾つかのテーマを行うことができれば更に学園の評価を高めると共に、各キャンパスの職員間、学生間の交流も深まり、学園発展に大きな成果を上げることとなると思っている。

5. 敬心学園としての共同作業の充実を

敬心学園は福祉医療系の専門学校が3校ある。設立順に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、そして最後に私共の臨床福祉専門学校である。我が国の少子化に伴い全国どの専門学校でも厳しい状況下にある。大型校の進出もあり、個性化や高度化を図らなくてはならない時代になっている。3校が全面的に協力し一枚岩となってこそ、嫌いな言葉ではあるが“生き残る”ことができるを考えている。そのためには教育や研究に対する姿勢を世

に聞くことが必要である。その方法としては学術集会を持つこと、ジャーナルを出すこと、専門職向けの勉強会や一般市民向けの公開講座等々が考えられるが、それらを3校が別々に行うより3校が共同して行うほうが経費の面でも広報の面でも得策である。

個性的な学生教育、近い将来の専門職大学院の設置、専門職集団としての敬心学園卒業生の英知とパワーの結集などからみても3校が力を合わせることが重要ではないかと考え私はそれを願っている。それはまた3校の教員や事務職員の人事の交流、優れた教員を確保し、良い学生を集めて育てるためにも力を発揮できると考えている。

おわりに

毛利元就の「三本の矢」を教訓として、敬心学園の発展を願い日頃考えているところを述べた。

ライバルは敬心学園の兄弟校ではない。他の学園なのである。敬心学園の中だけでライバル意識を持っているようでは今後の厳しい時代を勝ち抜いてゆくことはできない。3校の協力と教職員間学生間の交流、広報の一元化等が必要であると考えている。学園の評価の中には学術集会の開催やジャーナルの発行などの教育研究面の成果があるが、これも3校別々のものではなく敬心学園全体のものとして行うべきであると考えている。それにより外部からみて敬心学園が一枚岩と映るだろうし注目を集め高い評価を得てゆくだろうと考えている。現在臨床福祉専門学校で行っている学術集会やジャーナルは廃止し、次の年からは敬心学園全体のものとして新らしく出発させることも視野に入れて、学園の強化を計る方が良いかも知れない。また、専門職向けの勉強会や一般市民向けの公開講座、小中高生向けの講演会等々も3校の共同事業として相応しい。

今後は学園3校の教職員、学生、OBの人達が折に触れて“学園発展のためには何をどう為すべきか”を話し合っていただきたいし、特に若い人達の前向きな発想や意見を伺いたい。

“囁みつく奴を育てろ”という社是を持つ会社がある。上司の顔色を見ずに建設的な意見を言う人は貴重である。その意見を押さえてしまうようであれば有能な人達は去ってゆく。そうであれば学園としての損失は計り知れない。

学園3校が理解し合い協力し合って学園が発展することを願って止まない。

介護職の医療関与におけるリーガルアプローチ

梶原洋生

東日本国際大学

Legal Approach in Case a Care Worker Participates in Medical Treatment

Yousei Kajiwara

Higashi Nippon International University

Summary : Some issues have raised problems these days. How should care workers participate in the field of medicine? Can care workers substitute for medical doctors? Do related regulations forbid this? We have deliberated on these issues and approached them legally. Government authorities then showed their judgments. It is necessary to examine these circumstances so that legal liabilities of care workers will become clearer. This study will help to make such a contribution.

Key words : care work, medical participation, responsibility, legal approach

要旨：昨今、いくつかの問題が提起してきた。例えば、介護職はどういった形で医療処置に関与すべきか、という問い合わせである。それは医師による医療行為に代わりうるものであろうか。あるいは、関係法規においてどのように規定され、いわんやいかに解釈されるものなのか。介護職はその現場でこれらの法的問題を様々に討議してきたのである。その過程は、介護現場における介護職のリーガルアプローチだと称えよう。本研究ではそういった角度から法的検証を施し、もって現場の混乱に一つの視座を示した。

キーワード：介護、医療関与、責任、リーガルアプローチ

はじめに

平成17年7月25日付けで厚生労働省医政局長が通知を行った（医政発0726005号）。これは「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」である。これはいわゆる行政解釈であり、例示的列挙を行なって運用

解釈が為されたものと評しうる。昨今、我が国の介護現場では介護職による処置が医療的だといわれ、医師法における医師の業務独占規定などに抵触する恐れが指摘されてきた。現場の混乱と不安が蔓延していたところであった。当該厚生労働省医政局長通知（医政発第0726005号）によって、一応の合点が示され、画期的といわれている。しかし、通知が参

別刷請求先：梶原洋生 〒970-8023 福島県いわき市平鎌田寿金沢37 東日本国際大学福祉環境学部 梶原研究室
Reprint requests to : Yousei Kajiwara Higashi Nippon International University 37 Tairakamata Suganezawa,

Iwaki-shi, Fukushima 970-8023, Japan

Tel 0246-35-0001 (代) Fax 0246-25-9188 (代)

E-mail kajiwaramurah@yahoo.co.jp

考的な「行為の例示」を内容とする以上、通知を受けてなお、その行為に起因する事故等の課題が残る。この点、これら医療関与の接地面における現場介護職がらみの紛争とそのためのリーガルアプローチについて、さらに深める研究はいまだ不十分だといわなければならない。本稿では、この角度から考察し、よって介護現場に関与のための理論的な基礎を示すとともに、ひいて臨床福祉の充実した連携に寄与したいと考えた。

1. 問題の所在

当該厚生労働省医政局長通知（医政発第0726005号）で述べられているとおり、医師・歯科医師・看護師などの免許を有しない者による医業（歯科医業を含む。）は関係法規によって禁止されている。例えば、医師法第17条には「医師でなければ、医業をなしてはならない」とあり、この医業とは医療を業務として行うことだとするのが通説の立場である。すなわち、「医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼす恐れのある行為」を「反復継続の意思をもって行う」場合に、該当する（東京高裁平成6年11月15日判決、高裁刑集47巻3号299頁など参照）。これに例えば、歯科医師法や保健師助産師看護師法などが別で定める法律となり、例外関係にある。ところで、医業といって、それをいかに定義するかという解釈的課題は時代の変容における可変性を特徴としている。看護師の静脈注射可否論争の歴史は周知のとおりであろう。あるいは医業定義の紛争から生まれた裁判の例は過去に遡って様々である。大判大正12年12月22日判決は眼瞼より逆睫を抜き取る行為が該当するとし、大判昭和13年5月19日判決は診察をなさない治療行為も、反対に治療をなさぬ診察行為も該当するとし、小松簡裁昭和34年1月31日判決は患者から様態を聞きだし患部に手を押し当てて病名を告げながら湿布をしたことがやはり該当するものとしている。あるいは、福岡地決昭和43年12月26日判決では病院における給食業務の一部委託を受けた外部業者の業務行為について健康に与える影響もありながら該当されないとした。いわば、伝統的な論点のひとつである¹⁾。

ところが、これらに鑑みると、当該厚生労働省医政局長通知が発せられたる経緯としては次のような特殊事情がある。当該通知の文言にあるとおり

「『医行為』の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞こえるところ」である。つまり、「ある行為が医行為であるか否かについては個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある」が、「近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化など」を背景に、現場のリーガルアプローチが派生し、その結果、各担当者の法的理義が多様に討議され、また、その摩擦熱としての疑義²⁾も生まれているのである。

この背景に、最近では行政解釈の変更を主軸にして看護師の静脈注射が業務独占非該当（昭和26年9月15日医政第517号および平成14年9月30日医政発第0930002号）、救急救命士の気管挿管を一部認める方向（平成15年7月28日消防救第178号、医政発第0728010号）、ホームヘルパーによるALS患者の痰吸引をやむえぬ措置と判断（平成15年7月17日医政発第0717001号）されたことなどもある。

2. 考 察

そもそも、現行の介護職によるリーガルアプローチは医療福祉法制の設計に関する討議が目立ってきたが、これらの論点は、①現行法制に比較的明確に存在するものと、②諸法制の関連性のなかで不明確にも存在するものがあり、さらに、③現行法制でもあくまで不明確といわなければならないもの、および④諸法制の関連性のなかで明確化していくものがある。そして、本稿に関する介護職のリーガルアプローチは次の点で、①から②、③、④に向かう波及可能性について格段に指摘されている。介護現場での介護職による医療関連行為の当否が大きく取りざたされてきたなか、その典型は第1にマスコミ報道、第2に職能団体の特集、第3に研究者グループの実態調査報告、第4に各学会主催レベルでの検討、第5に当事者による紛争化過程での主張である。概して、これらはそれぞれに相互影響的であり、重複しながら論じられる格好である。そこで、本稿では、主に以下の問題状況へ配慮しうる。第1にマスコミはこの問題を今日の医療不信・医療神話の崩壊に関連させながら、その延長上で論じがちであること、第2に職能団体の特集は職域の拡大縮小問題に帰納されがちであること、第3に研究者グループの実態調査報告は他のグループの調査結果と

の比較の段階において各対象者の医療資源状況に関する属性が考慮されにくいこと、第4に学会主催レベルでの検討は福祉課題の山積の中で追跡的に継続審議を行いにくいこと、それらを踏まえれば、第5に介護の当事者の現実的な苦悩が複雑な心境のままに放置され、あるいは徒に紛争化の機縁が発露しうることである。現段階までに理論枠組みに及びうる基礎的研究として主に制度論の中で参考しうる他の例などを検討するものがあるが、それらは我が国の介護福祉が直面している上記5つの問題状況に向けた火急の配慮から発せられたものではない³⁾。

こういった原則的理解を維持しつつ、本稿では以下の考察が可能であった。

(1) 紛争事例

①広島地呂支昭和58年9月16日判決は入院施設内感染が問題になり、クライアントの年齢（この場合乳幼児）から抵抗力低下が当然予想されるのに清潔保持に欠けるところがあったという。高齢者にも顕現頻度の高い被害と指摘されている。この事例では、自分の施設で行いうる施療が適切な結果を生まないと判断される場合には、速やかに治療が行いうる診療機関に移送させる必要があるとされている。しかも、自ら長期的に患者を抱え込むことなく、早い時期に行う義務ありとされた。

②最判平成9年2月25日判決は副作用を有す薬を長期間服用していた人がその薬疹としての発疹を示していたケースで、本症の可能性を認識して治療機会を与えるべき義務があった、と担当医に要求している。

③大分地昭和60年10月2日判決は、メニエル氏症候群および風邪の診断をし投薬の指示でしたが、その治療成果がないままに自宅で呼吸困難の病態急変に至ったケースだが、外出先から見習い看護師の報告を妻媒介にて聞くという方式で、臨床症状の進行観察が的確に果たされなかつたために生じた応急判断ミスとし、隠れた重篤な疾患から症状悪化を導いたものとした。

(2) 共通した問題群

以上のような場合に共通したところがある。それは医療関与の法的評価として「禁止しない」けれど「行い得ない」という点、ゆえに「すべきでない」といった点である。この法理の構造が誤解なく理解されることが喫緊であろう。介護職の昨今のムーグメントは、行政取締りの医業禁止規定を紐解いて

関連職は当該行為が行いえないという議論を拡張するところにあるからである。あたかもこの規定なければその行為を「行いうる」し「そうすべき」かのような誤謬を生むに所在している⁴⁾のである。

しかし、解釈の余地および規定の変更はあくまで「禁止しない」に関するものであり、当該行為を過誤なく適切に「行いうる」し「そうすべき」ための条件は引き受け者の現実的な行為責任ごとに判断されるべきである。そして各処置の過誤なき適切性や必要性が問われる所以である。ここに指摘できる介護福祉的な理論枠組みによる医療行為の関連側面は、第1に管理、第2に異変の発見、第3に応急、第4に移送連携である。そして、医師法（とりわけ第17条）などの行政法関連の議論に収斂しがちであるところ、当該厚生労働省医政局長通知（医政発第0726005号）でも、その例示の注5において「今回の整理はあくまで医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事・民事の責任は別途判断されるべきものである。」というのである。これに鑑みると、介護職の昨今のムーグメントも、リーガルアプローチ、すなわち現行法制度上の行為規範－責任論として整理しなおせる。

3. 結論

当該厚生労働省医政局長通知（医政発第0726005号）は、介護現場のケアを見渡しつつ、以下のとおり明示する。すなわち、「医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において、判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるもの」を列挙し、「医師、看護師等の免許を有さない者が行なうことが適切か否か判断する際の参考」を示すということである。具体的には（1）水銀体温計・電子体温計の例、（2）自動血圧計の例、（3）パルスオキシメータの例、（4）軽微な擦り傷等の例、（5）軟膏・点眼および座薬の例である。この際に、「入院治療の必要がないもの」「専門的な判断や技術を必要としないもの」「医師、歯科医師、看護職員が確認しているもの」「本人や家族の具体的な依頼があるもの」「看護職員の指導や助言があるもの」などといった条件を示し、例示の法的効力を担保している。とくに（5）における身体侵襲性には注意が必要で、さらに①患者が入院・入所し

て治療する必要がなく、容態が安定していること、②副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師または看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと、③内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと、としている。当然、これらの実践のためには医師などの知見が不可欠であることから、従前の医業独占に関する通説的な見解を変更せず踏襲したものである。

なお、我が国の通説⁵⁾によれば患者の同意によって正当化される処置とは、まず行為構成の前提が必要である。それは（1）医学的必要性があり、（2）医術的正当性があるものをさすものだと考えられている。つまり、（1）いくつかの治療方法と思われるもののなかからその利益と損失とを勘案しつつ最良として、ときに必要悪として選び取られ、（2）その判断の実行に際しては適切な方法であるかが常に問われながら成り立っている。

加えて医療行為の担当者に求められる義務として、民事法上の最善義務が一定の訴訟理論として累積を見せており、それが果たされることは機会喪失／ロス・オブ・チャンスの評価を妨げない⁶⁾といえるであろう。あわせてクライアントの期待権が重視される最近の傾向も看過できないものがある。近時の例では以下のように、それぞれその責任を示している。福島地白河支平成15年6月3日判決が高齢者の身辺の清潔維持に関連した施設管理について、また東京高平成15年9月29日判決が療養生活上の転倒を導いた療養介助について、その患者の病状症状を的確に把握し、それに応じた介助が療養効果に影響を与えるという先例的な裁判例と同軌なる判断を示し、あるいは東京地平成15年10月7日判決はMRSAについて感染症治療上の過誤による重度障害残存の不法行為責任があるとした（本件は感染症防止対策上の過失ではない。なお、一般にMRSAについては早期治療の効果が高いとされており重篤な合併症の発生および後遺障害の発祥を防止することができる場合も多い）。京都地平成15年10月21日判決は臨床症状からの投薬上の過失について医師に薬剤の副作用を念頭に置くべきだという点をも含めて過失を認めている。最判平成15年11月14日判決が応急の器官挿管についてその呼吸状態を十分に観察し気道確保の必要性と適切性を判断させる兆候

に関する鑑定意見を採用し、そのうえで、本件患者の呼吸状態が一度は安定し、しかもその後呼吸停止に至ったが、相当短時間であることを根拠に担当医師の過失を否定した原判決を破棄し、原審に差し戻した。さらに最判平成15年11月11日判決が転送（転医）義務違反について、担当者はそれまでの経過に照らして自らの技量では適切な診断・治療とはいえないことを少なくとも認識し、病名は特定できないながらも、その対処が十分でないとは認識することが「可能」な場合であったとして有責としているのである。介護保障の視点に立った場合には、例えば、医療受給権、期待権の侵害事例についてとくに高齢者らの日常生活におけるバイタルサインの如何がクローズアップされざるをえない。その面からも他の臨床福祉関連職種・医療従事者らとの連携の課題は浮かび上がってこざるをえまい。また、介護保険法下のきわめて限定的といえる時間割振りの業態に関しては今までに出てきている利用者からの医療行為依頼に関するデータの、その角度からの読み直しが不可欠である。それにも医学的知見は不可欠であり、介護職と連携する看護の職のかかわりのありようが構造的に考察すべき時期がきていると考えられる。そのうえで、安心できる生活実現を一定の指針にしたリーガルアプローチ、その行為枠組み・組織体制つくりの議論へ進むことに、その範囲の有益性が考えられる。

4. おわりに

本稿では、昨今画期的として介護現場で周知されている厚生労働省医政局長通知（医政発第0726005号）を手がかりに、その背景的課題と介護現場での法的責任論を探り、そこに存在するリーガルアプローチを段階論的かつ関係論的に考察した。これらの研究がさらに発展するためには事例の集積が不可欠である。今後、介護保険法下での苦情処理実務などに注目して、事例のなかに責任論の予防といった機縁を探る必要もある。一方、これらの議論が健全に進められるためには、法律分野におけるこういった部門の裁判例の少なさと主要な判例集への掲載数の稀有さが指摘される必要もある。臨床福祉の関係者が問題意識を共有しあうことも必須である。法の実務と福祉の実務を架橋する理論に向けては各種スクールでの教育体制も課題であろう。アメリカのロースクールではソーシャルワーカーが臨床

法学を指導している⁷⁾が、我が国でも、福祉における実態の法的反射は法の実務へのフィードバックとして進められる必要がある⁸⁾。これについてはさらに別で論じる予定である。

謝 辞

本研究は平成17・18年度文部科学省科学研究費補助金若手研究(B)課題番号17730339研究課題名「介護専門職におけるパラリーガルとしての役割と業務に関する研究」による研究成果の一部である。

注

- 1) 梶原洋生：介護業務に関する「事故と紛争化」－事案の報告と法的検証。介護福祉学，9(1)：130-142, 2002は、これらの伝統的論点が引き起こした今日の新しい医療事故事例を紹介しながら、当該地区的医療資源状況を指摘した。特に医療レベル・レーダーで見てみると、一般病床数が全国平均値9995.9に対し1,281.6であることから、むしろ医療施設と福祉施設との連携密室性をしつつ、一方でのマンパワーの手薄を示唆している。
- 2) 2003年11月5日に開催された平成15年度社団法人日本介護福祉士養成施設協会全国教職員研修会(会場：大津プリンスホテル、後援：厚生労働省他)のシンポジウムのテーマは「介護福祉士の専門性と独自性－医療行為をめぐって」であり、筆者はそのシンポジストの一人であった。その中で全国の職能団体である日本介護福祉士会の理事が、介護保険法施行直後の2001

年度から、すでにこれらの課題が深刻であったことをA県における状況として示した。いわく、介護職への医的関与の要求は在宅群では湿布添付82.4%，軟膏塗布80.8%，点眼70%，施設群では軟膏塗布92%，点眼85.3%，薬剤投与84.4%（これは郵送法〈無記名、直筆〉によるものであり、女性94%男性6%，平均年齢37.3で標準偏差12.1であった。所属は在宅群が21.5%（特に介護老人福祉施設は51%），施設群が78.5%）であった。

- 3) 篠崎良勝(編著)：ホームヘルパーの医療行為。一橋出版、2002などを参照
- 4) 平林勝政：医療・看護・介護の役割分担と連携。高齢社会と介護システム(日本学術会議社会法学研究連絡委員会編)。尚学社、p.31-54, 1997などを参照
- 5) 梶原洋生：福祉と医療の法律学。インデックス出版、p.55-76, 2002などを参照
- 6) 高野範城・青木佳史(編著)：介護事故とリスクマネジメント。あけび書房、2004などを参照
- 7) NYU School of Law Clinical Law Center, Fall 2002-Spring 2003 Clinical Course Offerings, available at <http://www.law.nyu.edu/clinicallawcenter/clinicpacket0203>.などを参照
- 8) この点については、今後の我が国における法制度の動向とも無関係ではない。特に本稿で指摘した介護現場でのリーガルアプローチについては、より積極的にその対応を裁判外(代替的)紛争解決の処理として構成し、その一類型に置くことで、介護事故補償を含めたADR(Alternative Dispute Resolution)と解する余地が出てこよう。

包括型地域生活支援プログラムの概要と家族支援

佐藤文昭

国立精神・神経センター ACT-J プロジェクト 臨床チーム

Outline of Assertive Community Treatment-Japan and Family Support

Fumiaki Satou

National Center of Neurology and Psychiatry

ACT-J Project Clinical Team

Summary : Assertive Community Treatment Japan (ACT-J) supports people with severe mental illness who used to be hospitalized live independently and maintain high quality of life in a community of their own. The community care service includes medical treatment, public health, welfare, and employment support and is offered by a multi disciplinary team. The service is outreach based and offered 24 hours and 365 days. This study focuses on family support which is important especially in services in Japan and also considers necessary viewpoints of the future of the mental health system in Japan.

Key words : Assertive Community Treatment, Team Approach, Normalization, Family Support

要旨：本研究である「包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment-Japan：以下 ACT-J）」は、従来では入院を余儀なくされていた重い精神障害を持つ人々が、地域の住み慣れた場所で自立的で質の高い暮らしを維持するために提供される支援である。医療・保健・福祉・就労支援などの包括的なケアをひとつの多職種チームによって提供する地域ケアプログラムであり、地域への訪問を中心に24時間365日のサービス体制を取る。日本での活動において重要視されている家族支援を中心として事例を検討し、今後日本の精神保健福祉に必要な観点を考察した。

キーワード：包括型地域生活支援プログラム、チームアプローチ、ノーマライゼーション、家族支援

はじめに

ACT とは、Assertive Community Treatment の省略形で、日本では「包括型地域生活支援プログラ

ム」と訳されている。ACT はケアマネジメントのひとつであり、直接サービスをする、訪問型のケアマネジメントである。従来では入院を余儀なくされていた重い精神障害を持つ人々が、地域の住み慣れ

別刷請求先：佐藤文昭 ☎ 272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1 国府台病院内 ACT-J オフィス

Reprint requests to : Fumiaki Satou ACT-J Office, Kokufudai Hospital 1-7-1 Kokufudai, Ichikawa-shi, Chiba,

272-8516, Japan

Tel : 047-375-4792 Fax : 047-375-4793

E-mail : satou@act-j.jp

た場所で自立的で質の高い暮らしを維持するために医療・保健・福祉・就労支援などの包括的なケアをひとつの多職種チームによって提供する地域ケアプログラムであり、地域への訪問を中心に24時間365日のサービス体制を取る。ACTの歴史は約30年ほど前、アメリカのウィスコンシン州マディソン市のメンドータ州立精神病院のプロジェクトから始まる。州立精神病院の病棟閉鎖に伴い、退院する患者を地域の多職種チームでケアするというプロジェクトは、入院期間の短縮や高いQOL、社会生活機能、サービス満足度などの優れた評価を得ており、また家族や社会の負担が軽減され、医療経済的にも有効であることが明らかにされ注目を集めようになつた。以来、世界各国で評価研究が行われ優れた成績を収めつつ、特に重い精神障害をもつ人を対象とした「科学的根拠にもとづく実践」の代表的なプログラムとして世界各国で整備が進められている¹⁾。

さて障害があろうとなかろうと市民として同じ地域で暮らすというノーマライゼーションの理念が全世界的に広がりをみせ、各自治体レベルにおいてもノーマライゼーションの理念が共有されつつある。地域で共に暮らすという理念を具体的なものとするため、千葉県市川市では「マディソンモデルを活用した精神障害者の地域社会への移行モデル事業（略称：マディソンモデル活用事業）」という官民協働のケアマネジメント事業が試みられている。「マディソンモデル」とは精神障害者が人権を尊重されながら地域で暮らすためのトータルな支援システムとして、世界的に高く評価されている地域ケアシステムである。米国ウィスコンシン州デーン郡で最初に始められた精神保健地域ケアシステムであり、その中核に位置づけられているのがACTである。市川市における「マディソンモデル活用事業」においても、同市国府台地区を中心にACTの臨床活動を開始しているACT-Jと連携している。マディソンモデル活用事業やACT（包括型地域生活支援プログラム）は精神障害を持つ人々が当たり前に暮らせる社会を支えるケアシステムであり、病院や施設での暮らしではなく、地域で暮らし地域で働く社会の実現へ向けた積極的な取り組みと言える。どのような人も同じように当たり前の日常生活を営んでいく、その権利を保証していく。これらはどのような取り組みのひとつであり、またこの分野において世界の潮流に立ち遅れた日本がその遅れを取り戻す

一歩であると評価することもできるだろう。地域で暮らすことは、特殊な場所で特殊な支援を行うこととは違っている。いわゆる閉鎖的な場での保護的な関わりを中心とするような支援をそのままノーマライゼーションと言えるだろうか。「ある社会がその構成員のいくらかの人々を閉め出すような場合、それは弱くもろい社会なのである。障害者は、その社会の他の異なったニーズを持つ特別な集団と考えられるべきではなく、その通常の人間的なニーズを満たすのに特別の困難を持つ普通の市民と考えられるべきなのである」とは、国連によって1981年「国際障害者年行動計画」の中で示されている。個人がどのような不利な条件を抱えているとしても、同じ社会で生きていく。現代において求められている社会とはそのような共生社会なのであろう。

世界と比較した際、精神障害者医療福祉の著しい立ち遅れにあると言われている日本においても、近年、入院中心から外来中心の精神医療へ転換への兆しを見せている。しかし1年以上入院している長期の入院患者のうち約72,000人が社会的入院と言われており、地域で生活する権利のある人々が地域の条件が整わないという理由のために病棟での生活を強いられている。「今後条件が整えば退院可能」である約72,000人の人々の退院促進が急務の課題なのであるが、これらの課題の答えるためには実際の生活の場、地域の社会資源の充実が欠かすことのできない条件になってくる。ACT-Jは「重い精神障害をもつ精神医療の頻回利用者が、できるだけ質の高い、安定し自立した地域生活をおり続けられるように支援すること」を目標としており（ACT-Jスタンダードver3.0²⁾），対象が「重い精神障害をもつ精神医療の頻回利用者」であるため、受け入れ先の問題で入院を余儀なくされている約72,000人の人々を直接の対象とはしていない。しかし、西尾³⁾によれば、ACT普及によって地域ケアの向上が果たせるならば「重い精神障害を抱えた人たちの再発防止と生活の質の向上、治療サービスに対する満足度の向上だけでなく、長期在院患者の退院促進、平均在院日数の短期化、精神病床数の減少などさまざまな点で有意義な結果をもたらすであろう」と考えられている。「重症精神障害のために長期入院を余儀なくされている人々の退院支援とその後の地域生活支援」を担うことは、近い将来の日本の精神障害者医療福祉において確実に求められることである。そ

の手段のひとつとしての ACT プログラムがあり、その効果の実証性が求められている。ノーマライゼーションの理念の具体化として脱施設化を捉えることができるとすれば、現在の日本で求められる ACT の役割は未だ果たされていない脱施設化の促進と位置付けることができる。

ACT-J の臨床活動概要

厚生労働省の「こころの健康科学研究事業費」で運営されている ACT-J は、2003 年 5 月から千葉県市川市国府台地区において日本で初めての本格的な ACT としてその臨床活動を開始している。以下、ACT-J の臨床活動概要を述べる。

・ ACT-J の対象者

ACT-J の対象者は国立精神・神経センター国府台病院精神科に入院し、かつ加入基準を満たしている方で、2006 年 4 月現在 85 名が加入されている。加入基準は、年齢が 18 歳以上 60 歳未満であり、居住地が市川市、松戸市、船橋市であること。主診断が統合失調症、気分障害、心因反応等の精神疾患（主診断が知的障害、認知症、薬物依存、アルコール依存、人格障害であるものは除外）であり、入院前の生活状況、過去の精神医療の利用状況、日常生活機能なども検討され重症の精神障害者であると判断される。以上の基準を満たす方が研究の主旨について十分な説明を受け、研究に同意が得られた場合、はじめて加入の対象となる。

・ ACT-J の構造

ACT-J チームのスタッフは現在、ケースマネージャー 9 名、チーム精神科医 1 名、就労支援担当者 2 名、チームリーダー（ケースマネージャーも兼ねている）、プログラムアシスタント（秘書）2 名で構成されている。職種としては看護師、作業療法士、精神科医、精神保健福祉士、ソーシャルワーカーである。チームアプローチによって、より多くの情報が得られるだけでなく、アセスメント上の多面的解釈が促進されるというメリットがある。ただし、それぞれの職種の役割が固定され専門家としてのコメントに終始するというわけではない。利用者の目標のための職種を越えた立場でのアイデアをそれぞれ出し合う姿勢が大切にされている。具体的な支援はさらに 2~4 人ほどの個別援助チームが組まれ提供されている。利用者の情報はチーム全体で共有されるが、各利用者との関係作り、アセスメン

ト、支援計画の作成、モニタリング、評価などのケアマネジメントは主にこの個別援助チームが担当していく。利用者全体の情報が共有されることによって、個別援助チームがケースを抱え込んだり担当者が燃え尽きたりすることを防ぐ効果も期待できる。担当者の燃え尽きを防ぐことやケアの質を保証するために、スタッフ 1 人あたりの受け持つ利用者数（ケースロード）が制限されており、上限としてスタッフ 1 人につき利用者 10 人程度と決められている。（ただし日本の文化の特徴として欧米と比べ家族同居率が高いこと指摘されており、実際の臨床活動においても利用者の家族への支援や協力関係を築くことが重要かつ必須となる場合が少なくない。私の実感のレベルであり決して断定することはできないが、日本では欧米のケースロード以上のマンパワーを必要とされるのではないかと考えている。）

・ ACT-J の支援内容

実際の ACT-J の支援内容を簡単に列挙してみる。まずストレス場面への対処の仕方を共に考えるなどの SST（社会技能訓練）、病気や薬と付き合うための心理教育、病状悪化などに対応する危機介入のプラン作成、往診・薬のデリバリーなど医療的支援、入院中も継続して支援すること（入退院のプランへの関わり）、買い物や料理への支援、日中の活動の場や趣味を広げるための外出同行や情報提供、社会資源との交渉や地域ケア会議の開催、アパート探しや引越しなど居住への支援、仕事探しやジョブコーチや職場開拓等の就労支援、利用者の家族が援助者として適切な役割が取れるための家族への心理教育、等々である。しかしこれらの支援は特に決められたメニューであるというよりは、利用者の目標に応じて個別にコーディネートされ提供してきた支援である。ACT における支援は利用者の目標に応じた個別のケアマネジメントであり、主に直接サービスによって提供される支援は上記に限られたものではないことに注意してもらいたい。

・ ACT-J の活動理念

ACT-J に課せられている使命は、頻回入院や救急利用を繰り返している重症の精神障害をもつ人々に対し包括的で継続的なサービスを提供し地域で安定した質の高い生活を送ってもらうことである。重い障害を抱えながらも、自らの意志で自ら望む生活を送り、人間としての尊厳を全うすることを可能とする支援がなされるべきと考えられている。支援の

背景を理解するために、まずACT-Jの活動理念を押さえておこう。それはストレングス・モデルと呼ばれる考えに基づいており、利用者の可能性と長所を最大限に伸ばすような支援が求められ、次の援助理念に要約されている。利用者の地域生活を準備する視点よりも、地域生活を維持する視点を大切にする。

①利用者を「管理」したり「依存」を助長させることではなく、彼らの「エンパワメント」と「自立」を心がけた実践を行う。②利用者の障害に焦点を当てるのではなく、その長所を最大限に伸ばすことができるよう支援する。③利用者の可能性を自ら信じ、彼らに希望を与えると同時に、周囲の人たちの姿勢を変えるような実践を行う。④チームの中でそれぞれの職種の持ち味を生かしながら、強調して利用者の希望を実現していく。

以上のことと基本理念として日々の臨床が行われるためには、常に関わりを振り返り続けることが大切である。今ある関わりが本当に利用者の意志を反映しているものなのかどうか、援助者は利用者の長所、能力に焦点が当てられ成長が促されているのかどうか、周囲の人たちの姿勢を変えていくような関わりがなされているのかどうか、支援のモニタリングは日々求められる。以下のケース紹介も、私にとってそのような振り返り作業のひとつとしてある。

ケース紹介：家族との同居が実現できたケース

・病棟での1年

ここではAさん（20代女性・統合失調症）のケースを振り返ってみたい。初めて会ったのは、春のうららかな日であった。病棟内のホールで初めて会ったとき、Aさんはほとんど話さなかった。抑制された感情だけがそこにあるように感じられ、向き合ってはいるがお互いに無関係に存在しているように思えた。話かけても返事はほとんど返ってこない。しばらくたってから、時折ぽつりぽつりと言葉が聞こえる。こちらの問い合わせているのか、自発的に話したものなのかなは分からなかった。もしかしたらこちらの声が聞こえてないのかとも思い何度も言葉を繰り返したりもしたが、しかしほとんど返事がない。それが彼女の拒否の意味なのか、警戒の姿勢なのか、病状や薬の作用によるものなのか、判断はつきかねた。そんなやり取りのなかで彼女の意志

として確認できたことが一つあった。退院したいという意志である。「…いつ退院ですか？」「…早くお家に帰りたい」。彼女との会話らしい会話で確認できた内容はそれだけだったが、しかしはっきりとした彼女の意志が確認でき、正直ほっとした。彼女とやっていける、その感触が持てた。それから何度かコンタクトを重ね、院内の敷地を散歩したり、病院前の喫茶店まで外出しランチを取ったりしながら彼女のニーズや希望を聞いていた。そのようなやり取りのなかで分かったのは彼女が望むのは退院したいということだけ、また他のどこでもない家族のいる自宅に帰りたいということが分かった。それだけが彼女と私の唯一の確認事項であり、つながりであった。

Aさんは医療中断のために症状が悪化、医療保護入院となり、長期間保護室隔離されている。入院前、家族に対し暴力もあり、本人への陰性感情が入院中も強く残っていた。家族は本人と向かい会うことも困難な状況だった。面会時もほとんど会話をしていないと本人から聞いていた。症状が安定した後も退院日は決まらず、自宅への外泊も実現できないまま1年以上が経過していた。最終的にはACT加入が主治医の後押しとなり、退院日を決定。主治医から家族に伝えられた。ACTからの連絡にもなかなか応じることができなかった家族がようやくACTとの話し合いのテーブルにつくことを決心してくれた。話し合いは幾度か行われたが、しかしそう順調に進んだわけではない。どうしても自宅への受け入れは無理であるということに変わりがなかった。本人との間にどのような過去があったか詳しいことは何も知らない。その当時のショックは1年という時間によっては解決されることはなかったようだった。実際家族にAさんを受け入れる精神的な余地はなかったのかもしれないし、私も十分に理解を示さなかったかもしれない。退院日の最終的な話し合いに至る前まで家族は独自に社会復帰施設を探されていた。しかし入所の見込みのないまま、途方に暮れる結果となってしまっていた。本人を含めた最終的な話し合いにおいてACTからはアパートでの一人暮らしも提案したものの、過去の記憶を抱え込んだままの家族にとって、その光景を想像するのはたやすいことではなかったのだろう。最終的な選択肢としてグループホームのレスパイト利用が残されており、とりあえずその利用期間中に新たな退院先を

探し続ける、ということに落ち着いた。家族の気持ちの整理には、もっと時間が必要だったのである。本人も自宅へ帰るという強い思いはあったものの、退院できるかどうかという瀬戸際であることを理解してくれ、今回はとにかくグループホームに移り病院から出るということで同意してくれた。即日、グループホームへ移ることになる。

・グループホームでの1カ月

グループホームの好意によってレスパイト利用で1カ月の期間をいただけた。だが、限られた時間のなかで次の居住先を探さねばならない状況は変わらない。再度、家族との連絡もなかなか取れなくなっていた。家族とACTの連携がうまく取れないまま、各々が独自に転居先を探しているという形が続いた。ちょうど本人の誕生日もきたのだが、やはり自宅へ外泊は1泊も適わなかった。残された時間もほとんどなくなってきた頃、再度ACTからアパートでの一人暮らしを提案。今度は毎日の具体的な訪問計画も提示した。毎日の訪問計画を提示することで、アパートという選択肢も家族のなかで少し現実味を帯びはじめたのかもしれない。了承と反対の間を何度も揺れながらも、グループホーム退所目前に、アパートへ転居することができた。

・アパートでの半年間

本人のアパート生活が順調に続けられたことは、何より家族の頑張りに負うところが大きい。アパートが決まり入居初日から、Aさんの母がその部屋に泊り込んでいた。正直、私はその事実にとても驚いた。「離れて心配し、不安になるよりはまし」と、昼は自宅で過ごし夜はアパートへ本人と一緒に泊まり込んでくれたのである。以前は一緒に並んで歩くことも難しく、本人のだいぶ後ろをうつむきながら歩くのが精一杯の母であった。しかし本人と一緒にアパートで過ごし始めたあたりから、双方に少しずつ変化が見え始めたように思う。ACTと共に外出し買い物ができるようになった本人を見ることができ、またひとりでバスに乗って外出することもできるようになった本人を見ることは、母を大きく励ましたに違いない。また母と共に過ごせる時間は本人を何より元気付けたのだろう、会う度に表情の豊かさが増していくAさんに、私も驚きを隠せなかった。母がACTの家族教室に参加し当事者の家族と知り合ったのもこの頃である。本人もACTのSSTグループへ参加し始め、また就労をテーマにしたグ

ループにも参加するようになり、活動量も確実に増えていった。

話は戻るが、アパートの物件探しでも、家族とACTは独自に探していたのである。その際、不動産の方にも随分とご協力いただいた。家族にしっかりと寄り沿ってくれ、物件周りにも長時間共に足を運んでくださった。家族の意向に沿いながらも、本人の希望にも沿えるよう親身になって探していただき、ACTオフィスにほど近い場所に本人も気に入るよい部屋が見つかった。またその後も家族を含めての関わりを不動産の契約という壁を越えて続けてくださっていたことをたびたび耳にすることがあった。地元でお勧めの歯医者さんを紹介してくれたり、そこへ一緒に同行してくださったり、趣味の本を貸してくださったり、相談に乗ってくれたり。今更ながらに気付かされるのだが、理解ある不動産屋さんに巡り合い、なにより家族が支えられたことは大変な幸運であったと思う。

母にとってアパートと一緒に過ごすことは、結果的に本人の回復ぶりを直に感じられる絶好の機会となっただろう。一緒に料理を作ったり、買い物に行ったりすることもできるようになっていた。その頃の母の様子を、「前はしょぼくれてたのに、最近のお母さんはキラキラしている！」と本人らしい表現で私に教えてくれた。就労担当のスタッフが関わりを始めたのもこの頃である。生活リズムや服薬管理に重点を置いたケアプランから、活動の場の広げるプランへとその重点を移しつつあった。イラストを書くのが得意だったAさんにACTのニュースレターのイラストを書いてもらったり、また県の職業セミナーにも参加したりしている。その後、主治医を病院の勤務医からACTの精神科医に変更することも実現した。ACTの医師はACTチームからの日々の情報（日中の活動量や生活の様子などの日々の細やかな情報）をそのまま得ることができ、本人の状況の変化に合わせた薬の微調整も可能となった。それらすべてのことが重なりつつAさん本人が順調に回復していったこと、そして実際に側にいた家族がそのことを実感できたことが気持ちのうえでも大きな支えになったのであろう。半年後、実家で本人と一緒に住むことを決めたとの報告を家族から受けた。「アパートでの生活で親子の距離が縮まった。本人に物を言えるようになった」とおっしゃっていた。

・自宅での生活

Aさんが入院中から切望し続けていた自宅での生活が、ようやく実現したわけである。引越しの日、自宅のソファにもたれかかるAさんの満面の笑顔が印象的だった。しかし、私にとってはまた新たなスタートラインについたという気持ちも強い。ケアプランのなかでは生活支援から主に就労支援の比重が増しつつある。ボランティア活動に数回参加し、交通費込みで毎回1,000円が支給されたこともAさんにとっては初めての給与である。貴重な体験だったようだ。少し使ったが残りは神棚に飾ってあるという。就労担当とは働いてみたい店を実際に見学に行ったり、ハローワークに行ったり、面接の練習を繰り返したりしている。また化粧をしたことがないとのことで、女性スタッフと化粧品を買いに行ったり化粧の仕方を教えてもらったりもしている。就労へ向けての準備を少しずつ進めてきており、そろそろ本番の面接に臨むところである。主治医から聞いたところによると、面接の練習での様子を親戚たちの前で再現し披露したとのエピソードを診察のとき話していたそうである。以前はAさんが退院すること、ましてや近所を出歩くことにさえ心配し抵抗を感じてしまう家族や親戚であったことを思い起こすと、それぞれが大変な変化を経験してきたのだと、あらためて思い当たる。現在、本人の希望はリクルートスーツが欲しいとのこと。母親にねだっていたのが、つい先日の話である。

・家族支援の必要性

欧米と比較した場合、日本では家族との同居率が高いと指摘されていることは先にも触れたことであるが、そのことでの家族支援の重要性が高くなるのは特にACTに限ったことではない。しかし直接家庭に訪問するACTにとって、家族とのやりとりが本人回復のより大きな鍵になることはやはり否めないのではないだろうか。どのように利用者と関わるにせよ、家族という存在が利用者にとって第一次的な環境として実在し、まず本人は家族の支援を当てにしながら生きているという現実がある。そのように生活している本人の一番の関心事が家族であることが多いのも自然なことであろう。しかし、家族が大切であるが故に家族の方も感情的にも巻き込まれ過ぎたり、ほどよい距離を取れず本人と衝突を繰り返したりする場合が少なくない。そのような状況を鑑みると退院支援のあり方もおのずと家族支援を重

要な柱として位置付け、本人への支援と平行・並存していかねばならないということになろう。

しかし家族支援の重要性とは我々の視点であって、その認識をそのまま家族に伝えられるかというと、問題はそう簡単ではないかもしれない。ACTの基本は訪問であるが、訪問という形で第三者が家庭に入ってくるという状況は、どのような家族にとっても期待と同時にある種の不安を喚起させるものであるに違いない。まして精神障害者を抱えていることを近隣にも隠し続けてきたような家族にとっては、第三者を家庭に入れるということは少なからず脅威の経験でもある。同居率の高さ、精神障害という背景から起因する家族とのトラブルの多さ、訪問への抵抗感などいくつか要素を考えると、日本での訪問型の家族支援は、時間もマンパワーもかなり必要とする支援であると言えるだろう。実際本人と真正面からぶつかりあっている家族のところへ、本人の支援者という形で第三者が入っていくことは、容易なことではない。さらに別の要因もある。ACT-Jが尊重している哲学・理念は上述したとおりなのだが、一言で言うと「エンパワメント」や「自立」など、本人の希望を尊重し夢に向かってチャレンジしていく姿勢が優先されている。例え失敗してもそこから何かを学び成長していくことに大きな価値を置いている。ハイリスク・ハイサポートの体制があればこそできる支援と言えるのだが、しかしそのようなやり方は、ときとして家族にとっては納得できないということが少なくない。入院前の本人の症状やトラブルが脳裏に焼き付いていると、家族にとっては「とにかくおとなしくしていればよい」という考えになりがちであるのも、無理のないことではある。「利用者の可能性を自ら信じ、彼らに希望を与えると同時に、周囲の人たちの姿勢を変えるような実践を行う」ということもACT-Jが大切にしている哲学のひとつだが、その「周囲の人たち」とはまずは家族であろう。ACT-Jと家族がどのように協同作業を進めていくかに本人支援の質が関わってくると言え、家族の人たちの姿勢を変えるような実践が常に求められているのである。

さて、本ケースにおいて利用者本人の当初の希望が叶い、家族の変化をも生むことができた大きな要因は何だったのであろうか。ただし前提として忘れてはならないのは、利用者自身の入院したくない、退院して自宅で暮らしたいという強い意志があった

ことである。まずは利用者本人と ACT-J が明確な協力関係を築けたことが、家族支援も含めたその後の支援のすべての土台になっていると言えるだろう。

Aさんの家族にとっては ACT-J の継続性と一貫性があったことは、支援のなかで外すことのできない大きな要素あったと思われる。本人が退院して自宅に帰ってくるなどとても受け入れることができなかった家族に対して、ACT-J が継続して関わられたことは、全体の支援を維持する大きな要因であつただろう。病院からグループホームへ、グループホームからアパートへ、そしてアパートから自宅へと、家族や本人の段階や状況に合わせ場所を移しながらも滞ることなく支援が継続できたのは、包括的な直接サービスの体制が整っている ACT-J であったからこそだとは言えないだろうか。病棟、グループホーム、アパート、自宅とそれぞれが違う組織や仕組みで支援が提供されるとしたら、果たして Aさんの家族は支援者とのつながりを保ち続けられたであろうか。同じような関わりや支援が次の場所でも受けられる保証がどこにもないとしたら、家族は変化に対する期待よりも不安が先行し、将来に対し保守的にならざるをえなかつかもしれない。居住先を変えても責任をもって同じ担当者が支援し続けていくという約束とその体制があるということは、家族の不安が軽減される重要な条件ではないだろうか。

また本人が回復し変わることができた要因としては“場の力”が大きいのではないかと思われる。とにかく単調な環境と生活の病棟から離れることができたグループホームでの生活や、家族と共に過ごすことができたアパートでの生活。地域の飲食店やデパートでの買い物。当事者グループや職業セミナーへの参加。それぞれの“場の力”が本人の及ぼした影響は計り知れないものがあり、その都度の本人の変化を私は実感させられてきた。ACT-J が提供できた支援と言えば、つまりはその場へつなぐことであったかもしれない。“場の力”により本来の彼女の力が引き出されていったというのが実情に近いと、私には思われる。そしてそのようなプロセスのなかで家族と本人が共に少しづつ変化していくことの、その相乗効果のようなものもあったと指摘できるだろう。嫌で嫌でたまらなかった病棟から離れ、能面のような無表情が一変し、ニコニコと笑顔の似

合う本来の彼女を取り戻していった。生活する意欲を取り戻し、実際の豊かな表情や行動の広がりにつながり、そのことがさらに意欲を高めた。まさにそのプロセスを家族が直接見ることによって、家族が安心し家族自身が変わっていく。家族が変わっていくことで、本人も安心し励まされ、家族の関係としても安定していく。そういう相乗効果が起きたように思われる所以である。ここで ACT-J のなした支援の本質は、回復のための場を提供するお手伝いをし、Aさんと家族がやり直す舞台を演出したことだけだと言えるかもしれない。実際に家族の信頼を取り戻したのは彼女の力であり、家族を変えたのも彼女の力である。ACT-J はただ彼女の本来の力を信じ、そのチャンスを提供し続けてきたと言えよう。しかしながら、そういう支援が可能である組織は、現在の日本においてはどれだけあるだろう。不安と恐れを抱える本人や家族に対し一貫して支え、地域でのチャレンジを促していく組織が潜在的に求められているはずである。医療との関わりが欠かせない精神障害を持つ人々が、当たり前に地域で暮らすことができるようになるためには、医療と地域をつなぐ包括的で継続的な支援組織が必要である。退院促進と地域支援は相補的なものであり、どちらが欠けても精神障害者のノーマライゼーションを達成することは難しい。現在千葉県市川市国府台地区において臨床活動が試みられている ACT が今後全国に普及し、より多くの精神障害者とその家族のノーマライゼーションが促進されることを期待して止まない。今回の ACT-J の報告がその一助となるならば、幸いである。

ま と め

本研究は包括型地域生活支援プログラム (ACT-J) の概要と家族支援を中心とした事例を紹介し、今後日本の精神障害者への地域ケアに必要な観点を考察した。包括型地域生活支援プログラムは従来では入院を余儀なくされていた重い精神障害を持つ人々が、地域の住み慣れた場所で自立的で質の高い暮らしを維持するために提供される訪問型の支援プログラムである。対象者は国立精神・神経センター国府台病院精神科に入院し、かつ加入基準を満たしている方で、2005年11月現在81名がプログラムを利用している。質の高い地域生活の維持を実現するため ACT は多職種チームによる 24 時間 365 日対応

の訪問型サービスを実施し、包括的で高密度の精神保健福祉サービスを提供している。現在チームは精神科医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、ソーシャルワーカーなど15名で構成されている。ACT-Jの特徴として、①多職種によるチームアプローチであること、②スタッフ対利用者の比率に限界設定を設けていること、③個々のケアをチームで共有していること、④生活の場での支援が原則であり訪問が中心であること、⑤直接サービスを積極的に提供することでサービスの統合性を図ること、⑥24時間365日体制で危機介入にも応じること、⑦原則的にサービス提供に期限がないこと、⑧臨機応変に柔軟なサービスを提供することなどが挙げられる。またACT-Jは以下の理念を尊重し実践している。利用者の地域生活を準備する視点よりも、地域生活を維持する視点を大切にすること。「管理」したり「依存」を助長させるのではなく、彼らのエンパワメントと自立を心がけた実践を行うこと。障害に焦点を当てるのではなくその長所を最大限に伸ばすことができるよう支援すること等である。日本では同居率の高さなどから家族支援の重要性が指摘されてきている。事例報告では家族支援の視点から考察した。

本ケースにおいてACT-Jが果たせた機能の特徴として、包括的で直接的なサービスであったこ

と、居住地の違いを越え一貫性があり継続される支援であったことなどが挙げられ、家族の不安を軽減し家族支援の継続に有効であったと考えられた。医療が不可欠な精神障害者にとって、医療的支援と地域生活支援の両方を合わせ持つACTが有効に機能し、今後のノーマライゼーションが促進されることが期待される。

謝 辞

本研究は厚生労働省「こころの健康科学研究事業費」で運営されている。ACT-Jの臨床チーム、研究チームの皆様、本ケースに関わり支援にしてくださったすべての皆様に深く感謝申し上げます。そしてなによりもケース発表の申し出に快く承諾してくださいました利用者とそのご家族に、心よりお礼申し上げます。

参考文献

- 1) 伊藤順一郎、大島 巍、西尾雅明、鈴木友理子：ACT-J スタンダーズ ver3.0、厚生労働科学研究、4、2004
- 2) 大島 巍、中村由嘉子、小杉清香、白澤英勝、長 直子、西尾雅明、清水由香、平 直子、熊木絹代、土屋典子、伊藤紀代子：ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス精神障害者地域生活支援の新デザイン、精神看護出版、2004
- 3) 西尾雅明：ACT入門、金剛出版、108、2004

人工内耳装用者における気分・感情状態に関する検討 —気分プロフィール検査（POMS）を用いて—

内藤 明

東海大学医学部耳鼻咽喉科

A Study of Mood and Feelings in Cochlear Implant Patients

—Measured by Profile of Mood State (POMS)—

Akira Naito

Department of Otolaryngology, Tokai University School of Medicine

Summary :

Objective : Examined mood and feelings of cochlear implant patients

Recipients and Method : Cochlear implant patients aged 39 to 77 years old, had been auditory deprived for 2 months to 49 years, were examined by Profile of Mood States (POMS). Furthermore, they were examined by Tokyo University Egogram (TEG) as well.

Results :

1. The results of POMS were classified into 5 types as follows : "Vigor-up type", "Vigor-down type", "Fatigue-down type", "Flat type", and "Others".

2. There was a remarkable difference in POMS before and after cochlear implantation.

3. As for Egogram, one of the parameter "adapted child" marked high score after cochlear implantation.

4. Each parameter has been marked high score regarding people who is over 75 years old.

Conclusions :

The results indicated that POMS and TEG were useful to know mood, feelings and ego of cochlear implant patients. Therefore, it is important to study more about each type of POMS and apply to the patients occasionally.

Key words : Cochlear implant, Profile of mood states (POMS), Tokyo university egogram (TEG)

要旨：目的：成人中途失聴者に対して、気分・感情状態を調べた。

対象および方法：失聴期間2ヶ月～49年の39歳～77歳に対して、気分プロフィール検査（Profile of Mood States : POMS）を行った。さらに東大式エゴグラム（Tokyo University Egogram : TEG）を追加した。

結果：1. POMSを集計した結果、「活気（Vigor）上昇型」、「活気（Vigor）低下型」、「疲労

別刷請求先：内藤 明 〒259-1193 神奈川県伊勢原市望星台 東海大学医学部耳鼻咽喉科

Rprint requests to : Akira Naito Department of Otolaryngology, Tokai University School of Medicine

Boseidai, Isehara, Kanagawa 259-1193, Japan

Tel, Fax : 0463-93-0091 e-mail : tnaitoh@is.icc.u-tokai.ac.jp

(Fatigue) 低下型」、「水平型」、「中間型」の5型に分類された。2. 人工内耳装用前後でPOMSの変化がみられた。3. 聴こえの再獲得によってエゴグラムが変化した。4. 75歳以上における各パラメーターは高値を示した。

考察：気分プロフィール検査およびエゴグラムを行うことは、人工内耳装用者の気分・情動と自我状態を知る上で有効であった。今後、POMSの型の特徴を理解し、随時装用者へ応用することが必要である。

キーワード：人工内耳、気分プロフィール検査、東大式エゴグラム

はじめに

失聴の原因はさまざまあり、突然聴こえを失う者や次第に聴こえ難くなり、やがてまったく聴こえなくなる者がいる。これら中途失聴者は聴こえを失うことによって他者との関わりが希薄になり、孤独な生活を強いられる。しかし、人工内耳により聴こえを取り戻した後の生活は一変する。表情は豊かになり、他者との関わりを貪欲に求め、世界の広がりを感じる。聴覚障害者における心理的諸問題の報告は散見されるが^{1,2)}、中途失聴者が聴こえを取り戻した場合の検討は見当たらない。今回、これら人工内耳装用者の心理的側面について感情プロフィール検査(POMS)を用いて検討した。さらに東大式エゴグラム(TEG)を用いて自我状態との関係を加えた。

対象

成人・中途失聴の人工内耳装用者。年齢39~77歳の男性7名、女性20名 計27名。失聴期間は2ヶ月~49年(表1)。使用した人工内耳はコクレア社製N22およびN24。

方法

成人・中途失聴の人工内耳装用者に対して、人工内耳装用前・後で感情プロフィール検査(Profile of Mood States:POMS)を測定した。方法は気分を表す65項目の質問(表2)に対して、過去1週間で「全くなかった」(0点)~「非常に多くあった」(4点)までの5段階のいずれかひとつを選択した。結果は7項目のダミーを除いた58項目に対して尺度ごとに合計得点を算出した。過去1週間にについて回答を求めたのは、装用者の生活場面における典型的で持続的な気分を表すのに十分に長く、短期間の治療効果を反映するのにちょうど良い短さだからであ

る³⁾。

さらに東大式エゴグラム(Tokyo University Egogram: TEG)を測定した。方法は①父親的な役割を担う批判的な親の自我状態、②母親的な役割を担う養育的な親の自我状態、③大人の自我状態、④生まれた自然な姿である自由な子ども、⑤親の影響を受けた順応した子どもの5尺度に該当する55項目の質問(表3)を、はい2点、どちらでもない1点、いいえ0点、逆転項目は、はい0点、どちらでもない1点、いいえ2点として集計した。

結果

各尺度別に採点し、年齢・性別を考慮してグラフに表した。

1. 人工内耳装用3~6ヶ月後に感情プロフィール検査(POMS)を測定した結果、活気(Vigor: V)上昇型(図1)、活気(Vigor: V)低下型(図2)、疲労(Fatigue: F)低下型(図3)、水平型(図4)および中間型(図5)など種々のタイプを示した。

活気(Vigor: V)上昇型は最も多く、活気だけが高い値を示し、他の感情尺度は正常あるいは低下傾向を示した。一方、活気(Vigor: V)低下型は活気だけが低い値を示し、他の感情尺度は正常あるいは上昇傾向を示した。疲労(Fatigue: F)低下型は各尺度が正常範囲内にあったが、疲労だけがわずかに低い値を示した。水平型は活気(Vigor: V)上昇型に次いで多く、全ての症例において各尺度が正常範囲内にあった。中間型は各尺度の値が異常値を示し、一定のパターンとして表れなかった。今回検討した27例における型の割合は、活気(Vigor: V)上昇型、水平型、活気(Vigor: V)低下型、疲労(Fatigue: F)低下型、中間型の順であった(図6)。

2. 人工内耳装用前後における感情プロフィール

表 1 対象

症例	年齢	性別	原因疾患	失聴期間
1	39	F	進行性感音難聴	3年
2	42	M	進行性感音難聴	3ヶ月
3	48	F	突発性難聴	7ヶ月
4	49	M	進行性感音難聴	3年
5	49	F	原因不明	15年
6	52	F	メニエール	6年
7	53	M	突発性難聴	8ヶ月
8	54	F	髄膜炎	11ヶ月
9	55	M	原因不明	2年
10	59	M	進行性感音難聴	3年
11	59	F	突発性難聴	7年
12	59	F	進行性感音難聴	1年
13	60	F	突発性難聴	7年
14	60	F	進行性感音難聴	17年
15	61	F	薬物障害	16年
16	63	F	突発性難聴	2ヶ月
17	64	M	進行性感音難聴	10年
18	65	F	原因不明	49年
19	70	F	突発性難聴	5ヶ月
20	70	F	慢性中耳炎	10ヶ月
21	72	F	メニエール	2ヶ月
22	73	M	慢性中耳炎	1年
23	73	F	慢性中耳炎	3ヶ月
24	74	M	耳硬化症	10年
25	74	F	進行性感音難聴	7年
26	75	F	進行性感音難聴	6ヶ月
27	77	F	進行性感音難聴	5ヶ月

検査 (POMS) の結果を、図 7, 8 に示した。症例 10 は各尺度が術前に正常であったが、術後 2 ヶ月後には活気の明らかな上昇と他尺度の低下がみられた。その後、活気の低下および他尺度の上昇などの経時的变化が認められ、1 年 3 ヶ月後にはほぼ正常範囲内を示した (図 7)。一方、症例 2 は術前に活気 (Vigor : V) 上昇型を示したが、術後 2 ヶ月後には水平型になり正常であった。その後、次第に活気が上昇し、術前のパターンに類似した (図 8)。また他の症例を含めて今回検討した 4 症例では、すべての症例に人工内耳装用後の変化があった (図 9)。変化後のパターンは活気 (Vigor : V) 上昇型 3 例、水平型 1 例であった (図 10)。さらにこの 2 症例に

対して東大式エゴグラム (TEG) を測定し、術前・術後の結果を図 11, 12 に示した。症例 10 は術前・術後での変化はみられず、症例 2 は術後 3 年後に「親の影響を受けた順応した子ども」: AC (Adapted Child) の明らかな上昇がみられた。他のパラメーターの変化は特に無かった。

3. 高齢者における感情プロフィール検査 (POMS) の結果を、図 13 に示した。75 歳未満で各尺度の値は正常であったが、75 歳以上は異常値を示した。その内容は「緊張-不安 : T-A (Tension-Anxiety)」、「抑うつ-落ち込み : D (Depresion-Dejection)」、「疲労 : F (Fatigue)」、「混乱 : C (Confusion)」の上昇であった。

表2 気分プロフィール検査 (Profile of Mood States) の質問内容 (65問)

1. 人づき合いが楽しい	34. へとへとだ
2. 希望がもてない	35. 他人を信頼する
3. 心の中でふんがいする	36. 気持ちがくつろぐ
4. 陽気な気持ち	37. 孤独でさびしい
5. 考えがまとまらない	38. すぐけんかしたくなる
6. 頭がすっきりする	39. 頭がさえわたる
7. がっかりしてやる気をなくす	40. とほうに暮れる
8. めいわくをかけられて困る	41. 内心ひどく腹立たしい
9. つかれた	42. 自分はみじめだ
10. 集中できない	43. 他人にあたたかくできる
11. いじわるしたい	44. だるい
12. 自分はほめられるに値しないと感じる	45. 物事がてきぱきできる気がする
13. 他人を思いやる	46. 反抗したい
14. うろたえる	47. 気持ちが沈んで暗い
15. 精力がみなぎる	48. もう何の望みもない
16. ゆううつだ	49. 不安だ
17. ふきげんだ	50. 元気がいっぱいだ
18. 神経がたかぶる	51. 自分では何もできない
19. 積極的な気分だ	52. 他人に裏切られた気がする
20. 悲しい	53. 気がかりでそわそわする
21. いらいらする	54. 心配事がなくていい気分だ
22. 物事に気乗りがしない	55. 自分は価値がない人間だ
23. 落ち着かない	56. はげしい怒りを感じる
24. あれこれ後悔する	57. うんざりだ
25. 頭が混乱する	58. 緊張する
26. 生き生きする	59. 何かにおびえる
27. ぐったりする	60. 物事に確信がもてない
28. 怒る	61. 活気がわいてくる
29. 自分は不幸だ	62. ひどくくたびれる
30. 他人の役に立つ気がする	63. すぐかっとなる
31. 同情する	64. 罪悪感がある
32. どうも忘れっぽい	65. あれこれ心配だ
33. 気がはりつめる	
回答) 0:まったくなかった,	1:少しあった,
3:かなりあった,	4:非常に多くあった

考 察

多くの人工内耳装用者は健聴であった頃の自分と重ね合わせ、日々の生活におけるコミュニケーションを求める。失聴期間の違いなどで装用後の聴取能は異なり、電話の使用が可能で就業する者から読話

併用でコミュニケーションをとっている者まで様々である。しかし、聴取能の差異のみで生活の質が決まるわけではなく、装用者自身のおかれた環境や意欲によって本来の自分を取り戻す。失聴者への理解は未だ不十分であり、健聴者にとどても分かりづらいことは否めない。過去に健聴であった者が聴こえ

表 3 東大式エゴグラム (Tokyo University Egogram) の質問内容 (55 間)

1. 他人の言うことに左右されない	34. 他人に指図されることが多い
2. 納得がいかないことには抗議する	35. 人の役に立つよう行動する
3. 明るいと言われる	36. 他人の話を聞くときには、根拠を求める
4. 一度決めたことがよくぐらつく	37. 自分の悪い面を探してしまう
5. 人の喜びを自分のことのように喜べる	38. 人に優しい言葉をかける
6. 議論を好む	39. 他人の評価が気になる
7. 他人に逆らえない	40. ユーモアのセンスがある
8. 人の気持ちがなごむように話をする	41. 電車のなかで座ったことがない
9. 自分の価値は低いと思う	42. 事実の確認を行う
10. みんなにぎやかにさわぐのが好きだ	43. 理屈っぽいと言われる
11. 試験や仕事でミスをしたことが一度もない	44. 人には温かく接している
12. 論理的であると言われる	45. たいてい自分の言い分は通す
13. 物事を言葉できちんと説明できる	46. 予測して行動する
14. 何気ない気配りをする	47. 物事には常に原因があるから結果があると考える
15. 理想を追求する方だと言われる	48. じっとしているのが嫌い
16. 自分の行為に対して自信がある	49. 新しいことをやってみることが多い
17. 大勢の前でもものおじせず話ができる	50. しばしば人から言われた通りに行動してしまう
18. どんなことでも試してみたい	51. 風邪をひいたことがまったくない
19. よく笑う	52. 人助けをすることに喜びを感じる
20. 他人の目を気にして、行動することが多い	53. つねにその場を楽しむことができる
21. 夜ふかしをしたことがまったくない	54. 言うべきことは言う
22. 心が広いと言われる	55. 他人に指図されるより指図する方が多い
23. 人見知りをしない	
24. しばしば自分にきびしいと言われる	
25. 目標が高いと言われる	
26. 人の気持ちがよくわかる	
27. 夜、夢を見たことがある	
28. 他人にきびしいと言われることが多い	
29. 他人の世話をよくやく	
30. リーダーシップをとることは少ない	
31. 不当なことを言われたりされたりしても黙っていることが多い	
32. 責任感が強いと言われる	
33. のびのびと振る舞うことができる	
回答) 2 : はい, 1 :どちらでもない, 0 :いいえ	
逆転項目 0 : はい, 1 :どちらでもない, 2 :いいえ	

を失い、健聴者の中で生きていかなければならぬ苦しみは、失聴者本人でなければ分からぬことも事実である。聴こえを失った後の多くの失聴者の表情は暗く、無口で、閉じこもる傾向が強くなる。使者とコミュニケーションを取れなくなった者として、必然的な結果であろう。しかし、人工内耳に

よって聴こえを取り戻した装用者は表情が明るくなり、多弁で外出が多くなるなど、劇的に変化する者も少なくない。ただし、聴こえを取り戻したもの、健聴者にはなりえない。つまり、聴こえ難さが生活の支障となることで、十分に自分らしさを發揮できない場合がある。一見表情は明るいが、心の奥

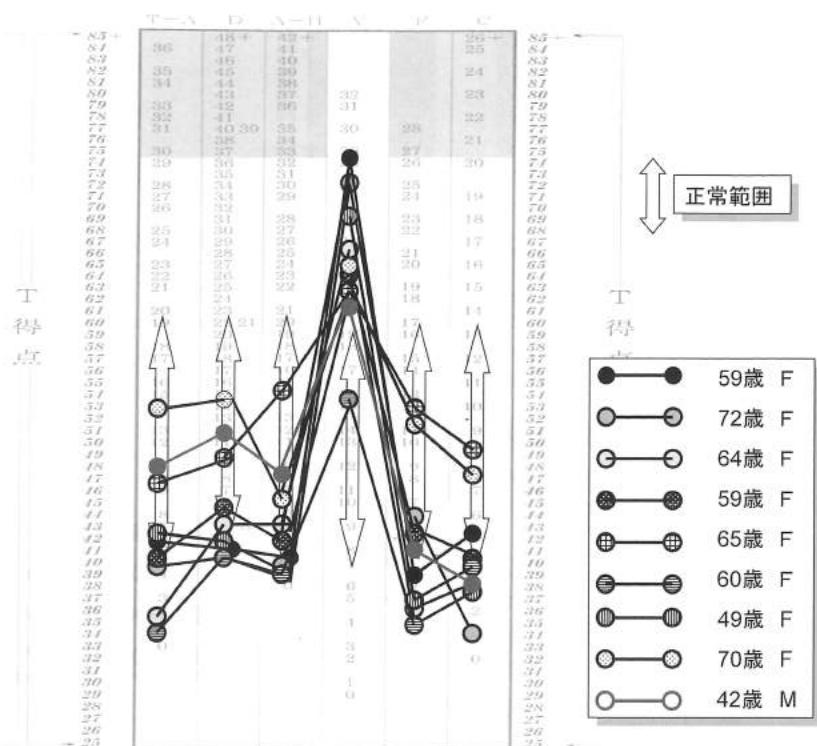


図 1 活気 (Vigor : V) 上昇型

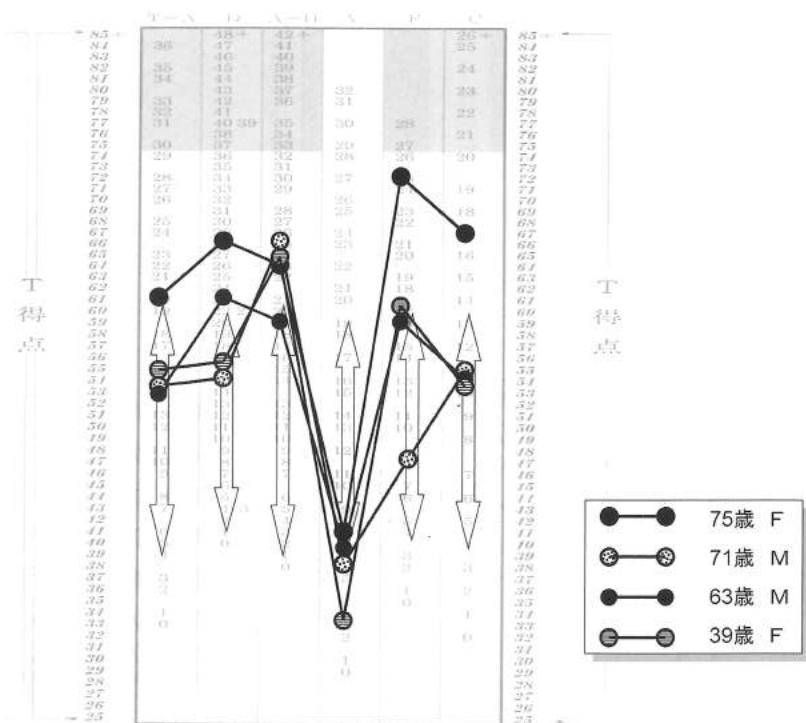


図 2 活気 (Vigor : V) 低下型

底に秘めた苦しみや辛さは分からない。そこで、今回標準化した検査を用いて人工内耳装用者における気分・感情の状態を知ることで、装用者自身への気

付きを促すことや周囲の対処策を模索する目的で検討した。

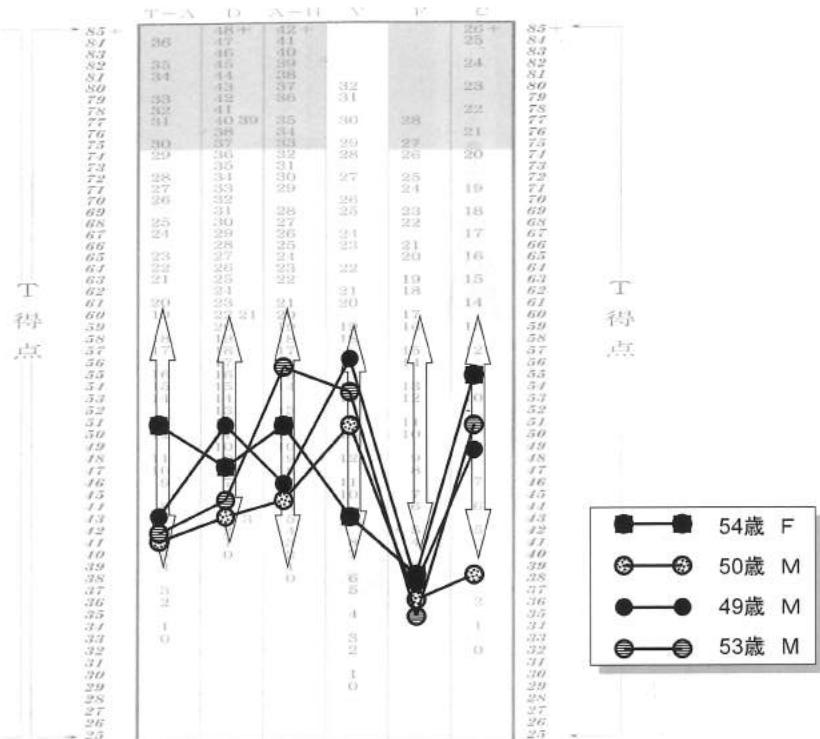


図 3 疲労 (Fatigue : F) 低下型

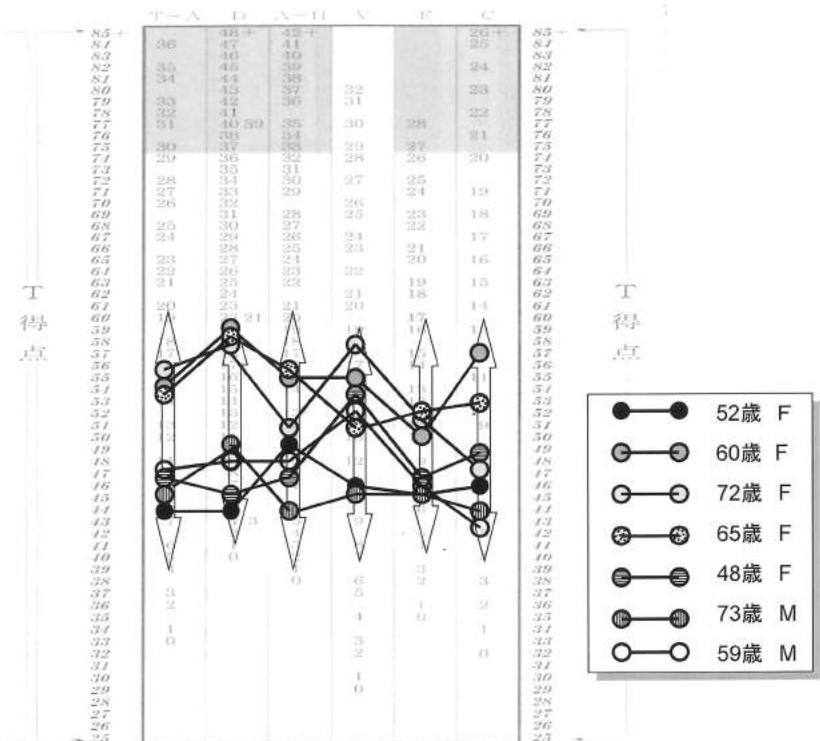


図 4 水平型

1. 感情プロフィール検査 (POMS) における型の分類

感情プロフィール検査 (Profile of Mood States :

POMS) は、McNair らにより気分・感情の状態を知る評価法として開発された⁴⁾。POMS は「緊張-不安 (Tension-Anxiety)」、「抑うつ-落ち込み

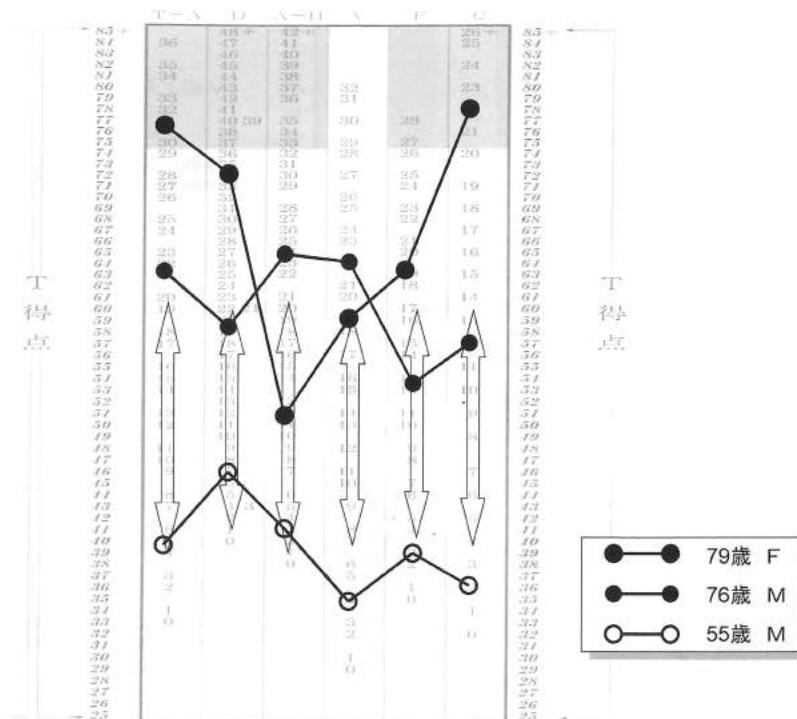


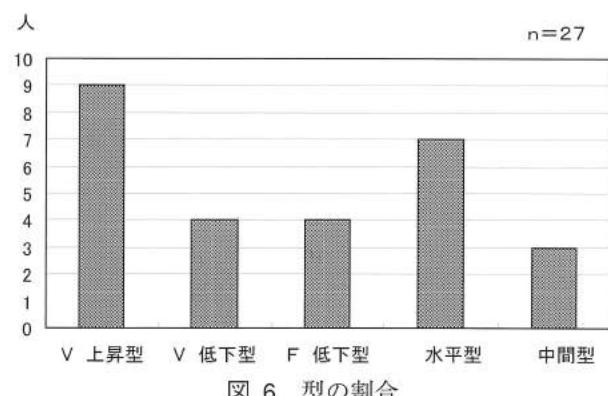
図5 中間型

(Depression-Dejection)」、「怒り一敵意 (Anger-Hostility)」、「活気 (Vigor)」、「疲労 (Fatigue)」、「混乱 (Confusion)」の6つの気分尺度を同時に測定でき、被験者がおかれた条件により変化する一時的な気分・感情の状態を測定できるという特徴を有している。現在までにアルコール依存症、癌患者の評価や心臓病のリハビリテーション・プログラムなど多岐にわたって応用されている^{5,6)}。

今回、成人中途失聴の人工内耳装用者を対象に検討した結果、いくつかの型に分類された。

(1) 活気 (Vigor) 上昇型

最も多く出現し、「活気」の尺度が正常範囲の1例を除いて20~29点という高得点であった。「緊張一不安」、「抑うつ一落込み」、「怒り一敵意」、「疲労」および「混乱」などの尺度は正常もしくは低得点であった。感情プロフィール検査 (POMS) は既に透析患者、スモン患者、脳腫瘍患者などに対する検討はされている^{7~9)}。透析患者では年代に関わらず、健康成人の平均得点と比較して全般的に低いことが分かっている。またスモン患者では抑うつ的で緊張や不安が強く、活気がなく疲労して混乱した状態であったことが報告されている⁸⁾。今回検討した人工内耳装用者の場合は「活気」のみの上昇で、他



の疾患とは明らかに異なるパターンを示した。発達障害児をもつ母親の心理的検討でわずかに「活気」のみの高得点がみられたものの¹⁰⁾、他の疾患ではほとんど報告がない。失聴から再び聴こえの世界に戻れる喜びは、経験し難いものである。失聴時に死を考えるほど深刻な障害であるが故、機能回復した後には過去の自分を取り戻そうと、積極的な行動になることが多い。この姿勢が活気 (Vigor) 上昇型に表れたものと推論する。このパターンを示す者の中には、人工内耳装用後に積極的に「障害者の会」の役員を引き受けたり、再び就業したり、前向きに社会参加している者が多い。

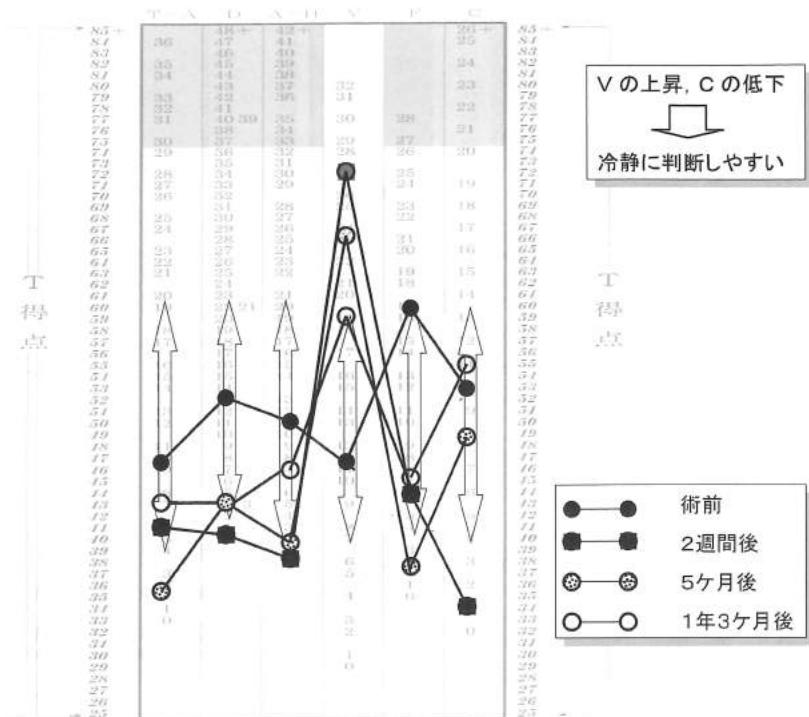


図 7 人工内耳装用前後の変化
(症例 10: 58 歳, F; 失聴期間 3 年)

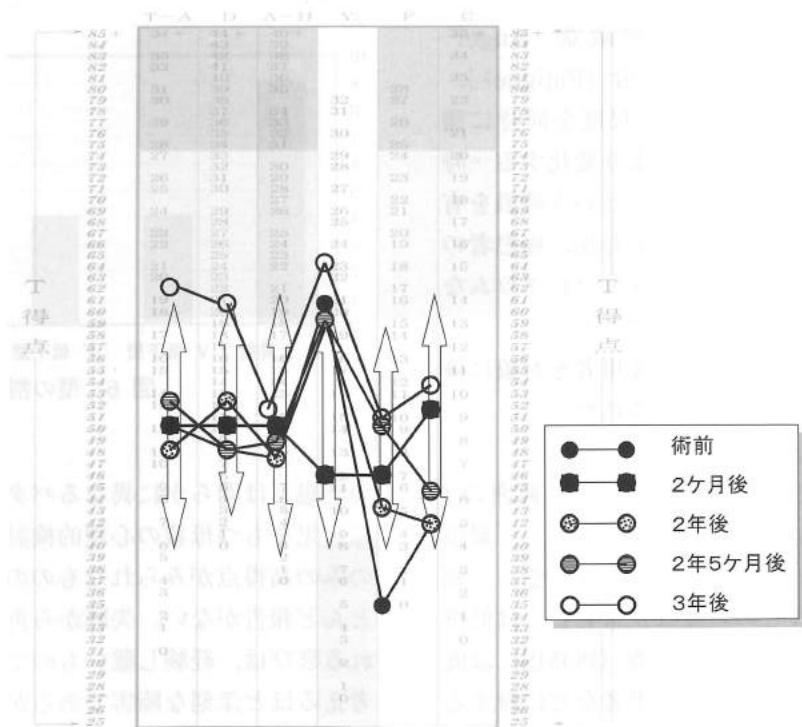


図 8 人工内耳装用前後の変化
(症例 2: 42 歳, M; 失聴期間 3 ヶ月)

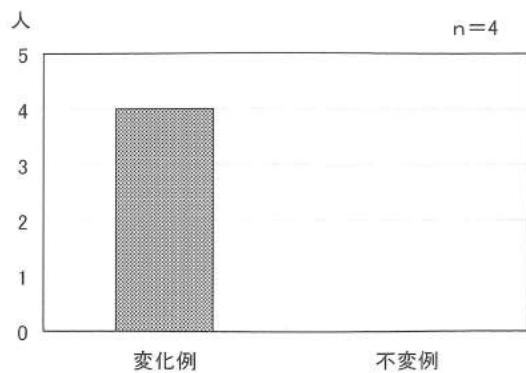


図 9 人工内耳装用前後の変化

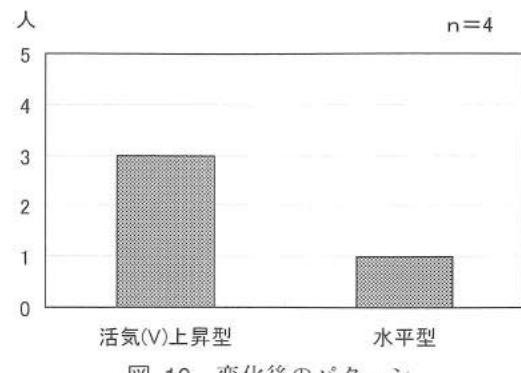
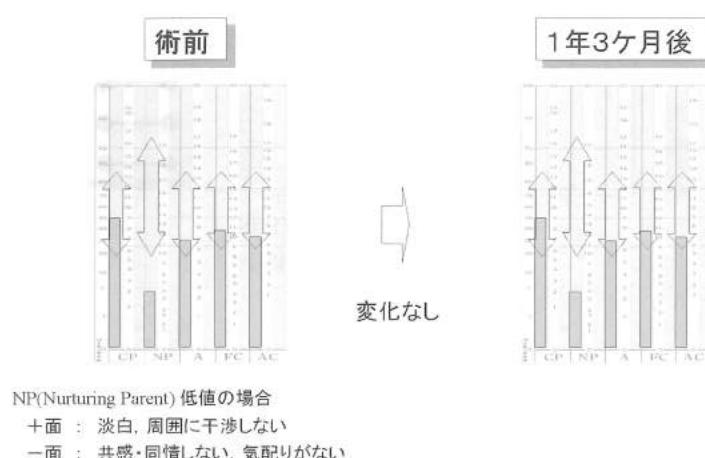
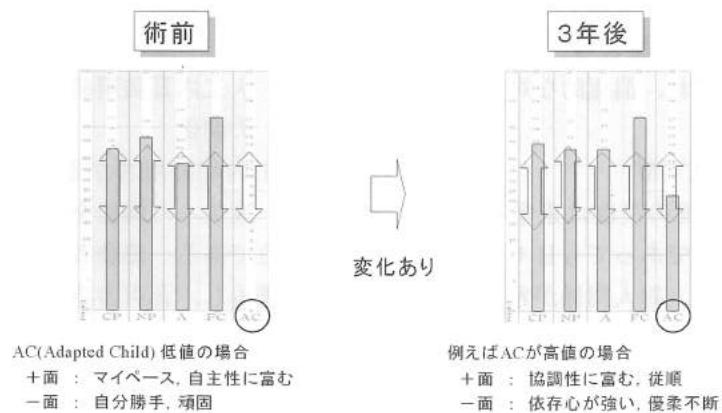


図 10 変化後のパターン

エゴグラムの経時的変化

図 11 人工内耳装用前後の変化
(症例 10: 58 歳, F; 失聴期間 3 年)

エゴグラムの経時的変化

図 12 人工内耳装用前後の変化
(症例 2: 42 歳, M; 失聴期間 3 ヶ月)

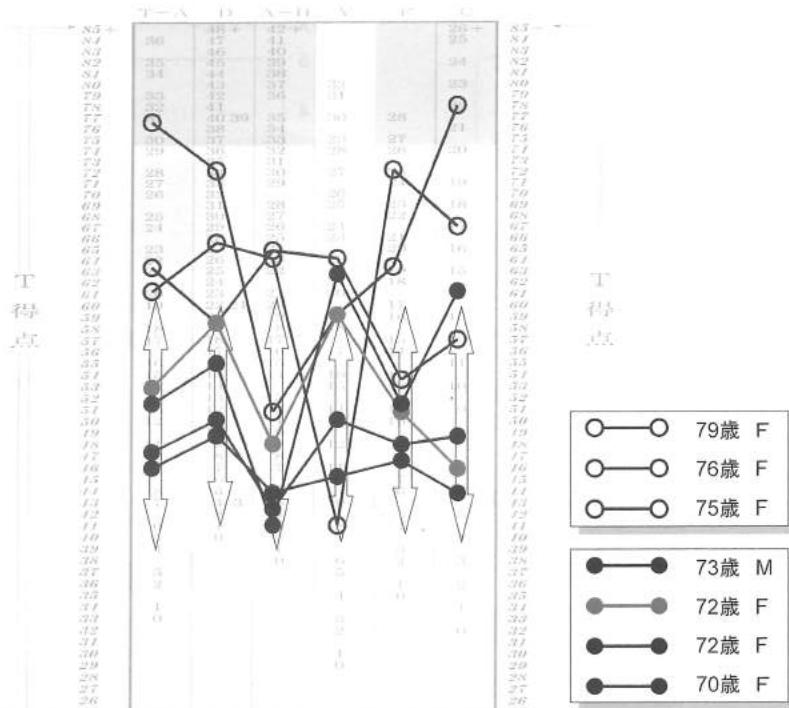


図 13 高齢者の POMS
(75歳未満, 75歳以上)

(2) 活気 (Vigor) 低下型

この場合は「活気」のみが極端に低く、他の尺度は正常あるいは高得点を示した。透析患者、スモン患者、脳腫瘍患者も「活気」の低下傾向はみられるが、「活気」のみが低得点を表すことはなく、他の尺度も低下する。50代男性および60代女性の透析患者では、複数の項目の平均値が健康成人と比べて劣っており、高齢者ほど影響を受けやすいと言われている⁷⁾。活気 (Vigor) 低下型には一人暮らしの高齢者や退職者などが含まれ、消極的な対人関係が危惧された。

(3) 疲労 (Fatigue : F) 低下型

「疲労」のみの低下で、他の尺度は正常範囲内であった。語音聴取能は良好であっても日々の生活において会話がほとんど無く、対人関係が希薄な者が多かった。前述したように、人工内耳は健聴者のように聽こえない。聴き難さの中で他者とコミュニケーションをとる機会が少なければ、「疲労」は低下するものと考えられた。

(4) 水平型

活気 (Vigor) 上昇型に次いで多く、すべての症例が正常範囲内の得点であった。これらのパターンを示す者は積極的に社会活動に参加することは無

く、マイペースに日常生活を送っている者が多かつた。

(5) 中間型

前述の型とは違い、一定のパターンを示さなかった。75歳以上の高齢者が2名おり、現在の生活環境・会話環境に対して不満を持っていた。さらに高齢者故に疾病を抱えていることが多く、身体に対する不安が常にあった。これらの不安・不満が各尺度の高得点につながったことが考えられた。

2. 人工内耳装用前後の変化およびエゴグラムとの関係

人工内耳装用者が他の障害者と趣を異にするのは、一度失った機能を取り戻すという、他に類を見ない点である。健聴者は生まれて成長する過程で言語を獲得し、音声言語をコミュニケーション・ストラテジーとして集団生活を営んでいく。この状況下で「聴いて」「話す」ということの重要性は意外に意識しないのが一般的である。しかし、一度聴こえを失うと、生きていくことの手段さえも失うほど大きなダメージを受ける。臨床経験の中で、人工内耳装用者の場合は失聴時と人工内耳装用後では明らかに表面で変化することが分かっている。そこで、今回気分プロフィール検査 (POMS) を利用すること

で、装用者の内面をより詳細に検討した。

(1) 装用前後の変化

今回検討した4症例すべてが、装用前に対して装用後変化した。変化後のパターンは活気 (Vigor) 上昇型が多く、聴こえを取り戻した後に前向きに生きる姿勢が示唆された。症例10あるいは症例2で示したように、聴こえの再獲得は短期間に気分・感情の変化をもたらす。症例10は専業主婦で失聴時は家事のみで外出は必要最低限であったが、人工内耳装用後は明るくなり、外出が増え、趣味などを積極的に求めるようになった。来院時の表出とPOMSの活気 (Vigor) 上昇が一致して、前向きさと明るさが増していく。症例2は失聴時より「負けず嫌い」の性格で、健聴者に対して一目置かせるような態度であったが、人工内耳装用後は気負いが減り、人の接し方が柔軟になった。この時点でのPOMSは正常範囲の水平型を示した。その後就業し、聴こえ難さにも関わらず前向きに仕事をし始めた頃、POMSの活気 (Vigor) 上昇が表れた。さらに業務の負担が増えた頃には、緊張-不安 (Tension-Anxiety), 抑うつ-落ち (Depression-Dejection)などの上昇も認められた。このようにPOMSはその時の気分・感情を鋭敏に反映していることが分かる。喉頭摘出患者に対する手術前後の介入によって、POMS得点が術前とくらべて術後に低値を示した報告がある¹¹⁾。このようにPOMSをカウンセリングに応用する試みは、今後、聴覚障害領域において必要かつ有効であると考えられた。

さらに失聴者が人工内耳によって聴こえを再獲得し、社会復帰することがよくある。前述したように、人工内耳装用後のPOMSは短期間に著明変化し、日常生活における行動は失聴以前の本人に近づく。しかし、聴こえ難さと周囲の理解不足によって、復帰後に再び対人関係の悪化がみられる場合がある。患者の情動反応や復帰後の社会適応が患者のQOLに大きな影響を与えることは従来から指摘されている¹²⁾。脳腫瘍患者が退院時に一時改善した情動反応が社会復帰後に再度悪化し、QOLが低下したとの報告もある¹³⁾。我々の経験では数名の人工内耳装用者が装用開始6~7年後で、援助しつづけていた同僚の人工内耳の聴こえに対する理解不足により、装用者自身が「聴こえなかった時のように苦しい」と胸の内を訴えたケースがあった。人工内耳によって聴こえを再獲得し、過去の自分戻れるとの思

いから前向きに社会復帰したもの、現実の聴こえに対する周囲の理解不足や誤解により、不本意な状況下で耐えなければならない。このような対人関係を改善するためには、人工内耳装用者自身の気分・感情を把握し、応用することも一つの方策である。

(2) エゴグラムとの関係

症例10および症例2は、失聴時および人工内耳装用後のパターンは異なる。そこで人格的側面について東大式エゴグラムを用いて追加検討した。エゴグラムはジョン・M・デュセイが精神科医エリック・バーンの交流分析の理論に基づいて考案したもので、「個人のパーソナリティにおける各自我状態同士の関係と、外部に放出している心的エネルギーの量を評価し、それらを棒グラフで表したもの」である。自我状態は「感情および思考、さらにはそれに関連した一連の行動様式を総合した一つのシステム」と定義されている。人はみな3つの自我状態を持っていると言われ、親の自我状態 (Parent : P), 大人の自我状態 (Adult : A), 子どもの自我状態 (Child : C) である。P, A, Cのバランスを知ることによって、自分の特徴を客観的に知ることができる¹⁴⁾。

症例10の術前のTEGは「母親的役割を担う養育的な親の自我状態 (Nurturing Parent : NP)」の低下がみられ、他の尺度は正常であった。NP低値の場合はプラス面で淡白、周囲に干渉しない、マイナス面で共感、同情しない、気配りがないなどの特徴をもつ。NPとは母親的で養育的な面を示し、思いやり・共感・受容・保護などに関与しており、活気や混乱と強い相関があると言われている¹⁴⁾。人工内耳装用1年後のTEGには変化はなく、聴こえの影響は受けていない。

一方、症例2の術前のTEGは「親の影響を受けた順応した子ども (Adapted Child : AC)」の欠如と「生まれた自然な姿である自由な子ども (Free Child : FC)」の上昇傾向がみられた。AC低値の場合はプラス面でマイペース、自主性に富む、マイナス面で自分勝手、頑固という特徴をもつ。さらにFC高値の場合は自己中心的な傾向が強い。人工内耳装用後には、ACが正常に変化した。エゴグラムは個人の性格特性（特性指標）と状況的な変化（状況指標）が合わさったものと考えられる。個人の性格の上に、聴こえを取り戻して他者と音声言語を用いてコミュニケーションが可能になった状況の変化

が影響したことが考えられた。

3. 高齢者の特徴と問題点

人工内耳による聴こえは年齢に関係なく有効である。獲得した聴こえは日常生活において十分發揮されるべきであるが、高齢者の場合は必ずしもそうでないことが考えられる。特に生活環境や意欲の低下などによって、会話の機会は減少する。今回検討したPOMSは70歳前半と後半では異なっていた。73歳以下の場合は全症例がほぼ正常範囲内であったが、75歳以上の場合は高値を示す者が多かった。これらの中にはケアハウスに入所しており、本人以外はすべて認知症で、一日中会話が無いなどの会話環境が劣悪なケースがあった。また、聴覚障害以外の疾患を抱えている独居老人もあり、日常のコミュニケーションが豊富でない状況や他疾患の重複がPOMSの高得点に結びついているものと思われた。

わが国は超高齢社会であり、今後人工内耳を希望する高齢者は増すことが予想される。しかし、会話環境の整備が進まない状況下での人工内耳装用の拡大は、装用者自身にとって望む結果は得られない。高齢者に対して聴覚障害の側面から、実態のある社会福祉的なサービスを構築することが急務と考える。

まとめ

1. 人工内耳装用者に対して、気分プロフィール検査(POMS)を用いて気分・情動の状態を検討した。
2. 尺度毎に集計すると、活気(Vigor: V) 上昇型、活気(Vigor: V) 低下型、疲労(Fatigue: F) 低下型、水平型、中間型の5つに分類された。
3. 気分プロフィール検査(POMS)は、人工内耳手術前後の変化を鋭敏に捉えていた。
4. 75歳以上の高齢人工内耳装用者の場合、POMSの値は高かった。会話環境や他疾患の重複が影響していると思われた。
5. 隨時、感情プロフィール検査(POMS)を行うことによって、装用者自身への気付きを促すことや周囲の対処策として用いることが今後求められ

る。

参考文献

- 1) 滝沢広忠：聴覚障害者の心理的諸問題. 札幌学院大学人文学会紀要, 58: 23-36: 1995
- 2) 藤田 保：中途失聴者の精神的サポート. 障害者の福祉, 11: 34-36, 1991
- 3) 横山和仁、荒記俊一：日本版POMS 手引. 金子書房, 1994
- 4) McNair DM, Lorr M, Droppleman LF: Profile of Mood States. Educational and Industrial Testing Service, San Diego, 1992
- 5) Sherman AC, Simonton S, Adams DC, Vural E, Owens B, Hanna E: Assessing quality of life in patients with head and neck cancer. Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery, 126: 459-467, 2000
- 6) Wichrowski M, Whiteson J, Haas F: Effects of horticultural therapy on mood and heart rate in patients participating in an inpatient cardiopulmonary rehabilitation program. 25: 270-274, 2005
- 7) 渡辺俊之, 平賀聖悟, 斎藤智子：透析患者におけるQOLと気分状態に関する検討. 心身医学, 38: 340-345, 1998
- 8) 星越活彦, 早原敏之, 白杵豊之, 大林公一, 鍛本真一郎, 花房憲一, 中村光夫, 泉 弘文, 州脇 寛: スモン患者の心理特性. 一気分プロフィール検査およびストレス対処行動調査票による検討. 心身医学, 38: 434-441, 1998
- 9) 鈴木龍太, 平尾元尚, 桶口輝彦, 武井篤子, 張 知為, 藤本 司: 脳腫瘍患者の治療後の情動反応からみたQOLに影響する要因について. 一性別, 年齢, 治療法の違いについて. 心身医学, 41: 182-187, 2001
- 10) 日原信彦, 石田 喰, 渡辺俊之: Profile of Mood States (POMS) を用いた発達障害児母親の心理的検討. リハビリテーション医学, 36: 981, 1999
- 11) 廣瀬規代美, 布施裕子, 藤野文代: 喉頭摘出患者の失声の受け入れに関する検討. 群馬保健学紀要, 23: 55-61, 2002
- 12) Taphoorn MJB, Heimans JJ, Snoek FJ: Assessment of quality of life in patients treated for low-grade glioma: A preliminary report. Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry, 55: 372-376, 1992
- 13) 鈴木龍太, 平尾元尚, 三代貴康: 脳腫瘍患者の入院中および治療後の情動反応からみたQOLの変化. 脳外, 26: 795-801, 1998
- 14) 東京大学医学部心療内科 TEG 研究会: 新版 TEG 実施マニュアル. 金子書房, 2000

人工内耳再手術例における機能的評価

内藤 明

東海大学医学部耳鼻咽喉科

Comparative Evaluation of Functions before and after Cochlear Re-implantation

Akira Naito

Department of Otolaryngology, Tokai University School of Medicine

Summary :

Objective : Cochlear implant patients were examined before and after cochlear re-implantation to make comparative study of the function.

Recipients and Method : Five cochlear implant patients, aged 3 to 71 years old, were examined before and after re-implantation, in terms of the map condition, the results of electrically evoked compound action potential (EAP), and the speech discrimination test.

Results : After re-implantation, ① The thresholds of the electrically evoked compound action potential (EAP) and wave forms were decreased or almost the same as before.

② The dynamic ranges of the map were widened or the same as before except common cavity.
③ The results of the speech discrimination tests were almost the same as before.

Conclusions : The results revealed that those functions were maintained or improved after re-implantation. Therefore, it was thought not to bring the disadvantage on the function side after re-implantation caused by trouble or re-insertion due to the replacement with superior model.

Key words : Cochlear implant, Re-implantation, Electrically Evoked Compound Action Potential (EAP, ECAP)

要旨 :

目的：人工内耳装用者に対して再手術前後の機能を比較検討した。

対象および方法：3～71歳の人工内耳装用者5名に対して、電気誘発複合電位（EAP）・マップ・語音聴取能を再手術前後で調べた。

結果：再手術後に①電気誘発複合電位（EAP）の閾値および出現波形はほぼ同じだった。②マップにおけるダイナミックレンジはCommon cavityを除いて、同じあるいは増大した。③語音聴取能はほぼ同じだった。

考察：人工内耳再手術後の機能はほぼ同じあるいは改善が認められた。したがって、トラブルによる再手術や上位機種への変更による電極再挿入は、機能面で不利益をもたらさないことが考えられた。

キーワード：人工内耳、再手術、電気誘発複合電位

別刷請求先：内藤 明 〒259-1193 神奈川県伊勢原市望星台 東海大学医学部耳鼻咽喉科

Rprint requests to : Akira Naito Department of Otolaryngology, Tokai University School of Medicine

Boseidai, Isehara, Kanagawa 259-1193, Japan

Tel, Fax : 0463-93-0091 e-mail : tnaitoh@is.icc.u-tokai.ac.jp

はじめに

現在、人工内耳装用者は世界で10万人を超えており、トラブルによる電極の再挿入は増加傾向にある。再手術の原因として皮弁の感染・壊死、スリップアウト（電極の移動）や頭部打撲による故障などが考えられる。発生率はコクレア社の2年間4,800例の集計によると、全体の1.38%，他施設では110例中で成人0.8%，小児5.4%¹⁾，191例中8.4%²⁾と報告されている。我々の施設は121例中で成人3.9%，小児5.7%が発生している。今後、トラブルによる再手術だけでなく、将来開発されるだろう上位機種への入れ替え希望者にも適切な対応が望まれる。電極再挿入による機能低下は、装用者自身にとって深刻な問題である。そこで、今回経験した人工内耳再手術例に対して、再手術前後の機能を比較して電極再挿入による影響を検討した。

表 1 対象

	年齢	性別	再手術の原因	蝸牛の形状
症例. 1	71歳	M	皮弁の感染	正常
症例. 2	61歳	M	皮弁の感染	正常
症例. 3	17歳	F	機器の突出	正常
症例. 4	6歳	F	頭部打撲による故障	内耳奇形
症例. 5	3歳	M	頭部打撲による故障	内耳奇形

1. 対 象

成人・中途失聴および先天聴の人工内耳装用者・児。年齢3歳～71歳の男性3名、女性2名の計5名（表1）。使用した人工内耳はコクレア社製N24。

2. 方 法

人工内耳装用者・児に対して、①電気誘発複合電位（Electrically Evoked Compound Action Potential：EAP）の閾値および波形、②マップ（プログラム）、③語音聴取能について、再手術前後で比較した。

3. 結 果

1) 電気誘発複合電位（EAP）の閾値および波形
症例2（N22からN24へ変更）、症例5（Common cavity）の2例を除く3例における再手術前後の電気誘発複合電位（EAP）の閾値および波形を図1～6、表2～3に示した。

正常蝸牛の症例1および症例3のEAP閾値は、電極番号（1）～（22）まですべてにおいて再手術前後で大きな差異は認められなかった。一方、内耳奇形（Common cavity）の症例4は、頂部に近い電極番号（17）～（19）において再手術前後でEAP閾値の乖離がみられたものの、全体的にはほぼ一致していた。さらに、電極番号（8）、（12）～（15）では波形が出現しなくなった。全電極におけるEAP閾値の平均値は、症例1：前（178CL）→後（181CL）、症例3：前（199CL）→後（195CL）、症例4：前

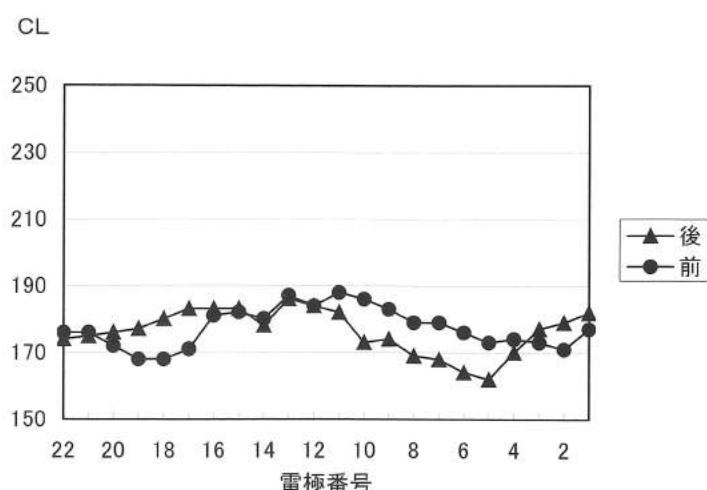


図 1 再手術前後の電気誘発複合電位（EAP）閾値
症例1（71歳；男性）

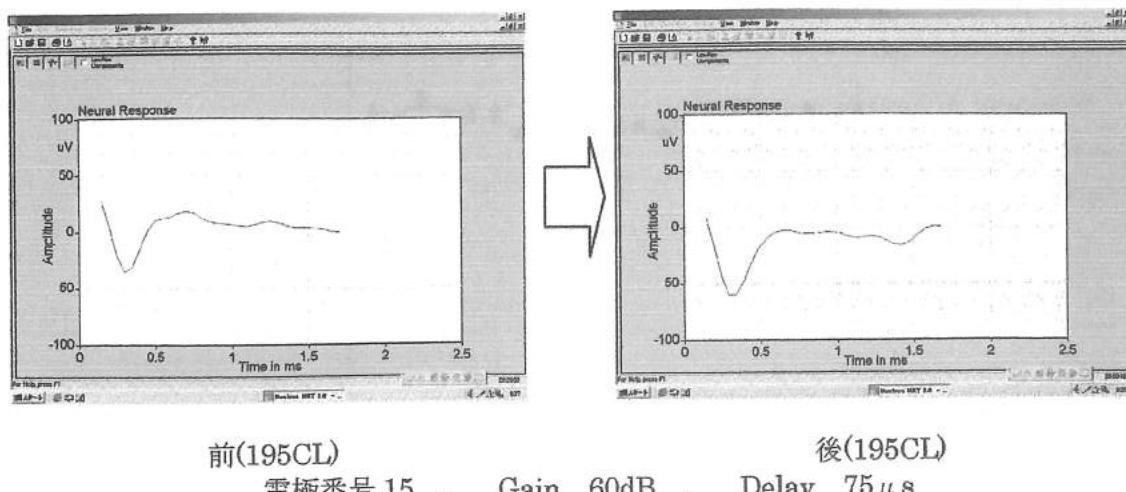


図 2 再手術前後の電気誘発複合電位 (EAP) 波形
症例 1 (71 歳; 男性)

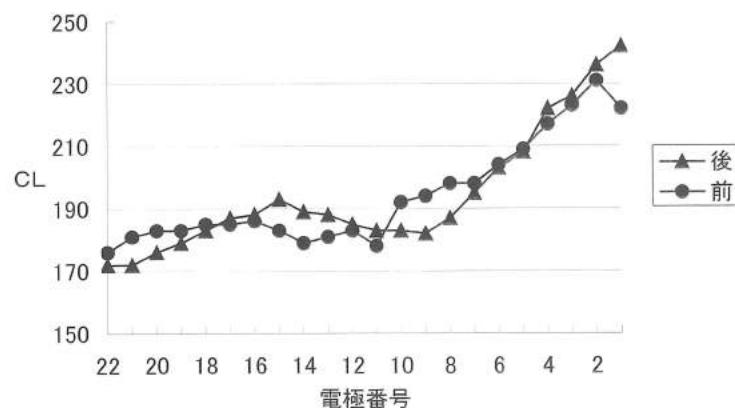


図 3 再手術前後の電気誘発複合電位 (EAP) 閾値
症例 3 (17 歳; 女性)

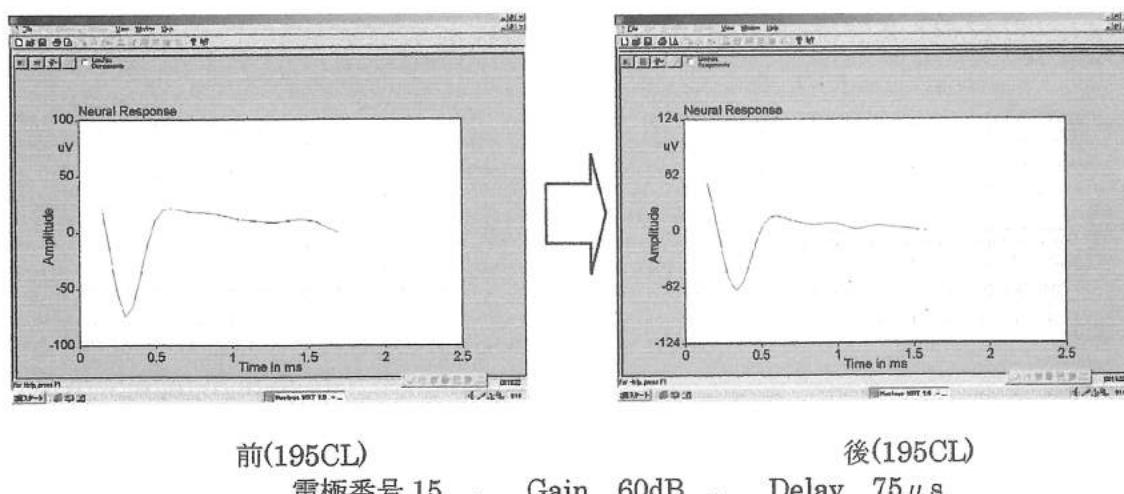


図 4 再手術前後の電気誘発複合電位 (EAP) 波形
症例 3 (17 歳; 女性)

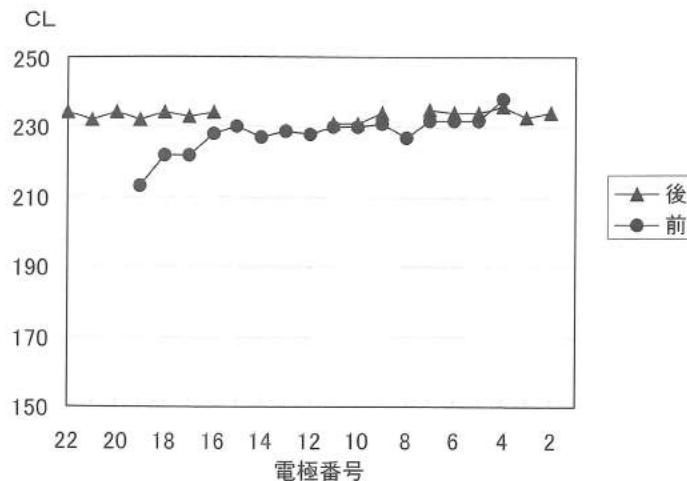
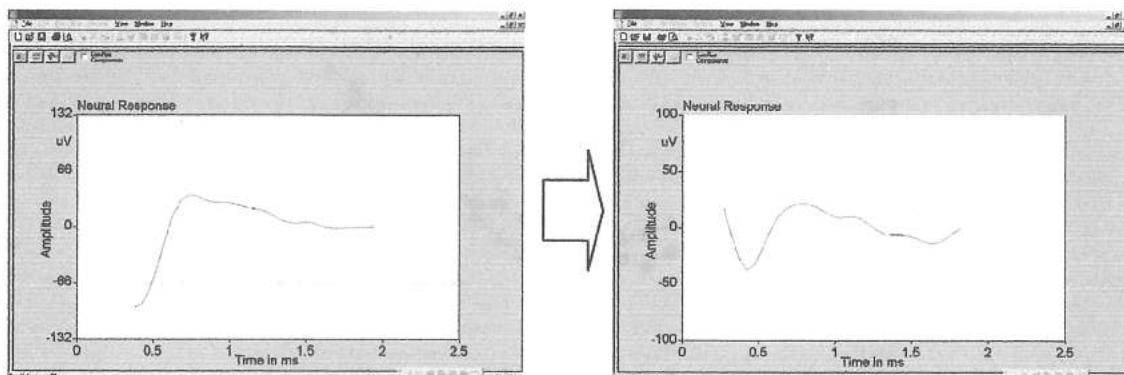
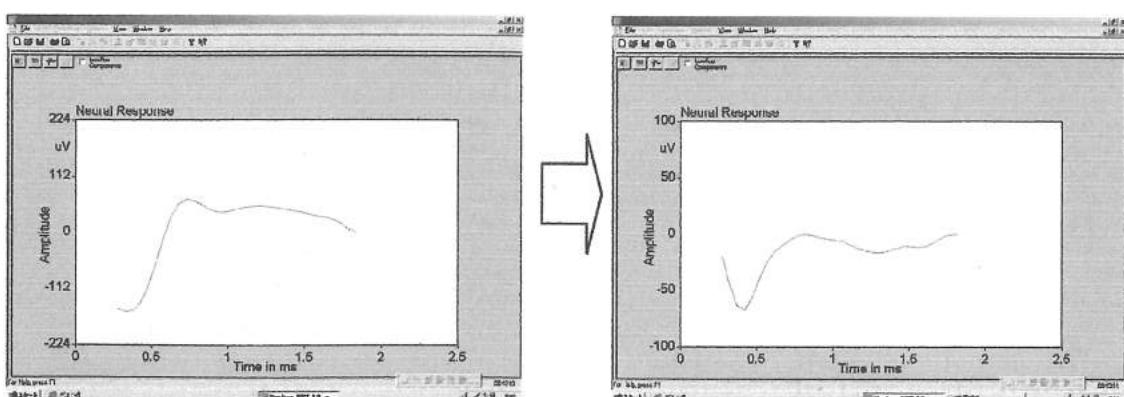


図 5 再手術前後の電気誘発複合電位 (EAP) 閾値
症例 4 (6歳; 女児) Common cavity



前(245CL)
電極番号 7 , Gain 60dB , Delay 200 μ s

後(245CL)



前(245CL)
電極番号 16 , Gain 60dB , Delay 200 μ s

後(245CL)

図 6 再手術前後の電気誘発複合電位 (EAP) 波形
症例 4 (6歳; 女児) Common cavity

(225CL)→後 (228CL) で再手術前後の変化はほとんどなかった。

EAP 反応波形は、正常蝸牛の症例 1 および症例 3において N1 の潜時は 0.31~0.34 msec, P1 の潜時は 0.51~0.64 msec で正常範囲内であった³⁾。また振幅値は症例 1: 前 (53.9 μv)→後 (56.5 μv), 症例 3: 前 (89.0 μv)→後 (73.6 μv) で大きな変化はなかった。内耳奇形 (Common cavity) の症例 4 における N1 の潜時は 0.38~0.44 msec, P1 の潜時は 0.73~0.80 msec でわずかな延長傾向がみられたが、再手術前後の変化はなかった。しかし、振幅値は前 (128.4 μv)→後 (58.9 μv), 症例 3: 前 (222.5 μv)→後 (67.2 μv) と明らかな低下がみられた。

2) マップの変化

正常蝸牛および Common cavity 型内耳奇形の人工内耳装用者・児における再手術前後の T レベル、C レベル、ダイナミックレンジの変化を表 4 に示した。

① T レベル：正常蝸牛の場合；再手術後に 23~33CL の低下がみられた。

内耳奇形の場合；ほとんど変化はなかった。

② C レベル：正常蝸牛および内耳奇形共にほと

んど変化はなかった。

③ ダイナミックレンジ：症例 1, 症例 3において、T レベルの低下に伴うダイナミックレンジの増大がみられた。他はほとんど変化がなかった。

3) 語音聴取能の比較

再手術前後の語音聴取能を図 7 に示した。正常蝸牛の成人および小児において、単音節（母音・子音）の聴取能は再手術前後で大きな変化はみられなかつた（症例 1~3）。内耳奇形の小児例は低年齢により明瞭な評価が困難であった（症例 4, 5）。

表 2 電気誘発複合電位 (EAP) 閾値の変化

	前	後
症例 1	178	181
症例 2	(器種変更)	206
症例 3	199	195
症例 4	225	228
症例 5	(Common cavity)	

注) EAP 閾値は平均値 (CL) で表した。

表 3 電気誘発複合電位 (EAP) 波形の変化

症例番号	前				
	N1(msec)	P1(msec)	P2(msec)	amplitude(μv)	
症例 1	15	0.32	0.51	0.71	53.9
症例 3	15	0.31	0.59		89
症例 4	7	0.43	0.73		128.4
症例 4	16	0.38	0.73		222.5

症例番号	後				
	N1(msec)	P1(msec)		amplitude(μv)	
症例 1	15	0.32	0.64		56.5
症例 3	15	0.34	0.59		73.6
症例 4	7	0.44	0.79		58.9 ↓
症例 4	16	0.41	0.8		67.2 ↓

表 4 マップの変化

蝸牛の形状	Tレベル		Cレベル		ダイナミックレンジ	
	前	後	前	後	前	後
症例 1 正常	151	128 ↓	181	171	29	42
症例 2 正常		184		204		20
症例 3 正常	154	121 ↓	209	211	55	90
症例 4 Common cavity	221	229	238	249	17	21
症例 5 Common cavity	201	200	236	234	35	23

注) T レベル, C レベル, ダイナミックレンジは平均値 (CL) で表した。

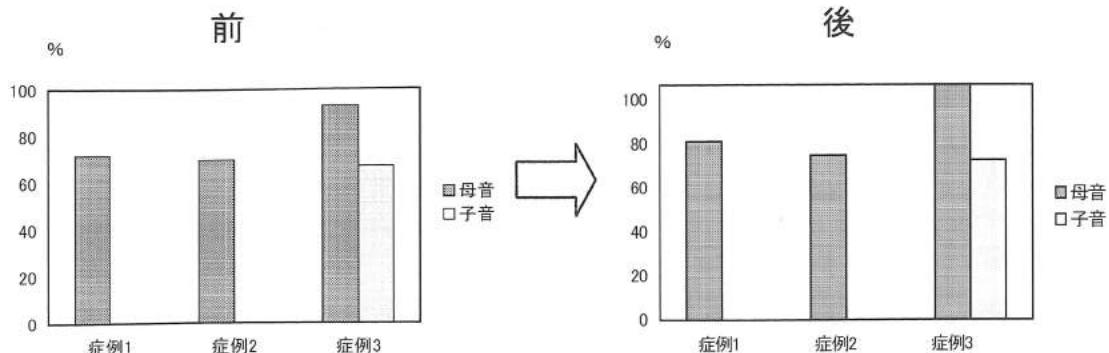


図 7 語音聴取能（症例 2 は N22 から N24 へ変更）

4. 考 察

人工内耳再手術の原因として、1) 外傷や感染による摘出、2) 不測の故障や経年変化による入れ替え、3) 上位器種や他社の器種への変更などさまざま考えられる。その際、再手術によって機能の低下が生ずるか否かは重要であり、装用者にとって深刻な問題となる。

人工内耳の埋め替え時に最も注意すべき点は、安全に新しい電極と交換することにある。抜去すべき電極の一部が断線し、蝸牛内に残ってしまうことや抜去後、時間の経過とともに蝸牛内が瘢痕組織で埋まり、電極の再挿入が困難になることがある⁴⁾。これらの点を考慮して、適宜再手術を行わなければならない。電極の再挿入が可能な場合、電極の深さや活性チャンネル数についての報告は散見されるが^{2,4,5)}、現在では再手術前後でほぼ変らぬ結果を得ている。今回、検討した 5 症例に関しても、再挿入後の電極状態に大きな変化はみられなかった。しかし、物理的に電極が挿入できたとしても、機能的に同様の結果が得られる保障はない。そこで蝸牛内で最初に電気刺激を受けるらせん神経節細胞の機能を反映する電気誘発複合電位 (EAP)，刺激の強さに対する最小可聴閾値の T レベルと最大快適レベルの C レベルを表すマップ (プログラム) および語音聴取能などの機能的な側面を検討した。

1) 電気誘発複合電位 (EAP) の閾値および波形

頭部外傷や感染による内耳や蝸牛神経の障害⁶⁾ や電極の入れ替えによる残存蝸牛神経の障害⁷⁾ などが考えられており、らせん神経節細胞の機能低下も視野に入れる必要がある。

今回の検討では、正常蝸牛の場合は、電気誘発複合電位 (EAP) の閾値および反応波形は再手術前

後で変化は認められなかった。したがって、電極の再挿入によってらせん神経節細胞にダメージは受けず、機能が良好に維持されていることが示唆された。一方、内耳奇形 (Common cavity) の場合は、2 例中 1 例のみに EAP の出現がみられ、他の 1 例は無反応であった。これは重度内耳奇形でらせん神経節細胞の減少が考えられ、EAP を出現させるだけの量が残存していないことが推測される。EAP が出現した 1 例では、電極の再挿入前後で変化がみられた。EAP 閾値はほぼ一致したものの、一部の電極で乖離や反応が得られなかった。さらに反応波形においても、N1, P1 が明瞭になるなどの改善がみられた。内耳奇形 (Common cavity) は蝸牛が囊状で、正常蝸牛とは異なっている。渦巻き状の正常蝸牛に電極を挿入することは容易であるが、形状が定まっていない囊状の蝸牛に電極を挿入することは可能であるもの、必ずしも同一条件になるとは限らない。今回の内耳奇形 (Common cavity) 例においても、物理的には再手術前後で電極の挿入状態に大きな違いはなかったが、機能的には細部で異なっていることが明らかとなった。

2) マップ

マップにおける T レベル (最小可聴閾値), C レベル (最大快適レベル) は入力音声を認識する上で、必要不可欠のものである。再手術によって蝸牛内の損傷が起これば、当然 T レベル, C レベルの上昇という変化が生ずる。今回の検討では、らせん神経節細胞の損傷を疑う T レベル, C レベルの上昇は認められず、むしろ正常蝸牛例において T レベルの低下によるダイナミックレンジの増大など有利な点がみられた。T レベルの低下の原因として、蝸牛内に挿入された電極に付着した Na の影響か、あるいは電極の経年変化なのか原因は不明である。いず

れにしろ、電極の再挿入によって不利益は生じていないことが分かった。

3) 語音聴取能

再手術によって得られる語音聴取能は、人工内耳装用者にとって最も興味あることである。特にトラブルで再手術が余儀なくされた場合、必要以上に不安が大きくなる装用者もいる。

人工内耳再手術による語音聴取能は、初回手術後と同程度あるいは改善したとの報告はあるが^{8~10)}、今回の検討では評価困難な低年齢児を除く成人および小児の3例において同様の結果を得た。少なくとも同機種の入れ替えによる語音聴取能の低下は認められず、安全で有効であることが示唆された。

以上、人工内耳装用者・児における再手術後の機能は、良好に保たれていることが分かった。ただし、内耳奇形（Common cavity）の場合は、再手術前と必ずしも一致するとは言い難いが、明らかな機能低下をきたすものではないと考えられた。今後、人工内耳装用者数の増加に伴い、トラブル発生件数も上昇することが予測される。その際、装用者に不安を抱かせることなく、再手術が施行されなければならない。さらに、将来新たに開発されるだろう上位機種への入れ替えに関しても、安全で有効な処置が期待される。

まとめ

1. 人工内耳再手術例において、電気誘発複合電位（EAP）、マップおよび語音聴取能などの機能面を再手術前後で比較検討した。

2. 正常蝸牛における初回手術後と再手術後の機能的評価に大きな差異はなかったが、内耳奇形（Common cavity）の場合は必ずしも一致しなかった。

3. 人工内耳の再手術は安全かつ機能面で大きな不利益をもたらさず、施行可能であった。

参考文献

- 1) Weise JB, Muller-Deile J, Brademann G, Meyer JE, Ambrosch P, Maune S : Impact to the head increases cochlear implant reimplantation rate in children. *Auris Nasus Larynx*, 32 : 339~343, 2005
- 2) Balkany TJ, Hodges AV, Gomez-Marin O, Bird PA, Dolan-Ash S, Butts S, Telischi FF, Lee D : Cochlear reimplantation. *Laryngoscope*, 109 : 351~355, 1999
- 3) Lai WK, Dillier N : A simple two-component model of electrically evoked compound action potential in human cochlea. *Audiology & Neuro-Otology*, 5 : 333~345, 2000
- 4) Jackler RK, Leake PA, McKerrow WS : Cochlear implant revision : Effect of reimplantation on the cochlea. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 98 : 813~820, 1989
- 5) Chen JM, Farb R, Hanusaik L, Shipp D, Nedzelski JM : Depth and quality of electrode insertion. A radiologic and pitch scaling assessment of two cochlear implant systems. 20 : 192~197, 1999
- 6) Windmill IM, Martinez SA, Nolph MB : Surgical and nonsurgical complications associated with cochlear prosthesis implantation. *Am J Otol*, 11 : 415~420, 1990
- 7) 曙 清文, 西原 信, 佐藤英光 : 人工内耳埋め換える1症例. *日耳鼻*, 97 : 2113~2116, 1994
- 8) Hochmair-Desoyer IJ, Burian K, : Reimplantation of a molded scala tympani electrode : impact on psycho-physical and speech discrimination abilities. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 94 : 65~70, 1985
- 9) Lindeman RC, Mangham CA, Kuprenas SV : Single-channel and multichannel performance for reimplanted cochlear prosthesis patient. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 96 (Suppl 128) : 150~151, 1987
- 10) Gantz BJ, Tyler RS, Knutson JF : Evaluation of five different cochlear implant designs : audiologic assessment and predictors of performance. *Laryngoscope*, 98 : 1100~1106, 1988

Muscle Oxygenation Kinetics on Isokinetic Exercise —Comparison with Isometric Exercise—

Kaori Mitsuoka ^{*1}, Ryotaro Kime ^{*2}, Takuya Osada ^{*2},
Norio Murase ^{*2}, and Toshihito Katsumura ^{*2}

^{*1}Nihon Medical Jusei-shinkyu College

^{*2}Department of Sports Medicine for Health Promotion, Tokyo Medical University

等速性運動時の筋内酸素動態の検討 －等尺性運動との比較－

光岡かおり ^{*1} 木目良太郎 ^{*2} 長田卓也 ^{*2}

村瀬訓生 ^{*2} 勝村俊仁 ^{*2}

^{*1} 日本医学柔整鍼灸専門学校

^{*2} 東京医科大学健康増進スポーツ医学講座

Summary : The purpose of this study was to compare muscle oxygenation kinetics and peak torque on isokinetic knee exercise with isometric. Six healthy male volunteers participated in this study. Torque was measured during a 30 repetition maximal knee extension-flexion for isokinetic exercise. Torque for isometric exercise was measured during sustained maximal knee extension for 30 sec. Simultaneously, changes in oxygenated Hb and Mb (Oxy Hb · Mb), deoxygenated Hb and Mb (deoxy Hb · Mb), and total Hb (total Hb) at rectus femoris were measured using near-infrared spectroscopy (NIRS). In both exercise, significant differences were found at peak torque and NIRS parameter. These results indicated the difference of oxygenation kinetics on different contraction exercise modes.

Key words : isokinetic, isometric, peak torque, near-infrared spectroscopy, oxygenation

要旨：本研究では膝関節等速性運動時の酸素動態に着目し、等尺性運動時と比較検討した。男性6名を対象に、連続30回等速性膝伸展屈曲運動、および30秒間持続的等尺性膝伸展運動を最大努力で行い、トルク値、および近赤外分光法装置(NIRS)による大腿直筋の酸素化ヘモグロビン・ミオグロビン、脱酸素化ヘモグロビン・ミオグロビン、総ヘモグロビンの変化を測定した。両運動間でPT値、NIRSパラメータに有意差が認められたことから、異なる収縮運動様式では酸素動態に相違があることが示された。

キーワード：等速性、等尺性、ピークトルク、近赤外分光法装置、酸素化

別刷請求先：光岡かおり 〒169-0075 東京都新宿区高田馬場1-18-18 日本医学柔整鍼灸専門学校

Reprint requests to : Kaori Mitsuoka Nihon Medical Jusei-shinkyu College, 1-18-18, Takadanobaba, Shinjuku-ku,

Tokyo 169-0075, Japan

TEL : 03-3208-7741

Introduction

Recently, torque value with isokinetic exercise is used for evaluation of muscle strength and/or endurance. In general, in muscle endurance tests with isokinetic exercise, the decline rate of peak torque during maximal effort on high angular speed of 300 deg/sec is used. This method is useful in the clinical sports medicine or sports fields because it is non-invasive, measuring in a short time.

On the other hand, near-infrared spectroscopy (NIRS) has been utilized to measure muscle oxygenation kinetics in the fields of sports medicine and sports science as a high time-resolution and non-invasive, simple technique. The basic principle of the NIRS device applies the difference of absorption of light by the state of oxygenated Hb and Mb (Oxy Hb · Mb), deoxygenated Hb and Mb (deoxy Hb · Mb). The NIRS probe contains a light source and an optical detector. NIRS measures the balance between oxygen supply and oxygen consumption. For example, muscle oxygenation levels decrease at onset of exercise due to higher muscle oxygen consumption than muscle oxygen supply. However, few studies were reported for muscle oxygenation kinetics during isokinetic exercise.

The purpose of this study was to compare muscle oxygenation kinetics and peak torque on isokinetic (dynamic) exercise with isometric (static) exercise.

Subjects and Methods

Six healthy male volunteers participated in this study. Informed consent was obtained about the nature and possible risks of the experiments.

Height, weight, and percentage of body fat were measured with bioelectrical impedance measurement apparatus (TBF-215, TANITA Inc., Japan).

A Biodex System 3 (Biodex Medical Systems Inc., USA) was used to measure maximal left knee extension torque during isokinetic and isometric exercises. The protocols were : (1) a isokinetic exercise with a 30 repetition extension-flexion at

300 deg/sec from 90° to 180° (180° = knee fully extended), and (2) a isometric exercise with a sustained 30 sec extension at 120°. Each protocol was tested on a different day. Subjects were seated upright on the Biodex chair with their pelvis and torso strapped firmly. Prior to all measurements, gravity correction was carried out. The torque signals were recorded and peak torque (PT) was calculated.

Simultaneously, changes in muscle oxygenation were measured using a near-infrared spectroscopy (HEO-210, OMRON Inc., Japan. Fig. 1). The NIRS probe contains a light source of two different wavelengths (760 nm and 850 nm) and an optical detector, with a distance of 3.0 cm between the light source and detector, was fixed with left rectus femoris central region by adhesive tape and elastic bandage. Oxy Hb · Mb, deoxy Hb · Mb, total Hb (total Hb) were measured at a sampling time of 10 Hz.

For comparison between two exercise modes, each exercise was divided into three phases. The 30 repetition isokinetic exercise was divided into ten bouts ; 1-10 (initial -), 11-20 (mid -), 21-30 bouts (late-phase). The sustained 30 sec isometric exercise was divided into ten seconds respectively ; 0-10 (initial -), 10-20 (mid -), 20-30 sec (late-phase). Mean value was calculated at each phase.

In NIRS measurement, a subcutaneous fat layer greatly affects the detected light intensity. In order to correct the influence of a subcutaneous fat layer, we normalized measurement sensitivity using a formula by Niwayama et al¹⁰. The relationship between normalized measurement sensitivity S and fat layer thickness h can be approximately expressed as the following equation :

$$S = \exp \{ -(h/A)^2 \}$$

A expresses the constant by the distance between the light source and detector. Fat layer thickness at thigh was measured using a diagnostic ultrasound apparatus (HS-120, HONDA ELECTRONIC Inc., Japan).

The validity of this NIRS measurement was pre-



Fig 1 Experimental system of NIRS.

A : Near-infrared spectroscopy (HEO-210, OMRON Inc., Japan) and laptop computer.

B : Probe with a distance of 3.0cm between the light source and detector.

Table 1 Subject characteristics
(n = 6, mean \pm SD)

Age (yrs)	32 \pm 10
Height (cm)	174.6 \pm 6.3
Weight (kg)	69.3 \pm 10.5
percentage of body fat (%)	18.1 \pm 5.1
Fat layer thickness at thigh (mm)	3.1 \pm 0.7

viously confirmed ; Hamaoka et al²⁾ demonstrated NIRS parameter on postexercise arterial occlusion correlates with ADP and PCr concentration by 31 P-MRS measurement, and Sako et al³⁾ demonstrated NIRS can be used as a valid method for quantitative measurement for skeletal muscle oxidative metabolic rate.

The paired t-test was used to analyze the difference in mean value of duration time and PT value between each exercise. Oneway analysis of variance (ANOVA) was used to compare the changes in NIRS parameter between each exercise. The significance level was set at less than 5 % in statistical tests.

Results

Characteristics of subjects were shown in Table

1. Exercise duration time was 27.1 ± 2.7 sec during isokinetic and 29.8 ± 0.7 sec during isometric, no significant difference was found between the two exercises.

PT was significantly higher ($p < 0.01$) during isometric exercise (228.3 ± 30.4 Nm) than isokinetic exercise (95.8 ± 15.0 Nm).

Typical changes in NIRS parameters during each exercise were shown in Fig. 2. In both exercises, oxy Hb · Mb decreased in the initial-phase and maintained the same oxygenation level in the mid-and late-phases. The difference between the amount of decrease in oxy Hb · Mb level was significantly lower ($p < 0.01$) during isokinetic than isometric (Fig. 3). Deoxy Hb · Mb rapidly increased in the initial-phase and maintained the same level in the mid-and late-phases. The difference between the amount of increase in deoxy Hb · Mb level was significantly lower ($p < 0.01$) during isokinetic than isometric (Fig. 4). Total Hb increased in the initial-phase and maintained the same level in the mid-and late-phases. The difference between the amount of increase in total Hb level was significantly lower ($p < 0.01$) during isokinetic than isometric (Fig. 5).

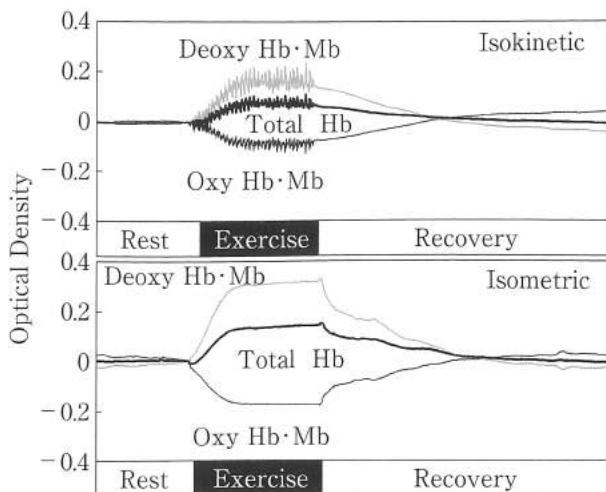


Fig. 2 Typical changes in oxy Hb·Mb (solid line), deoxy Hb·Mb (thin line), and total Hb (thick line).

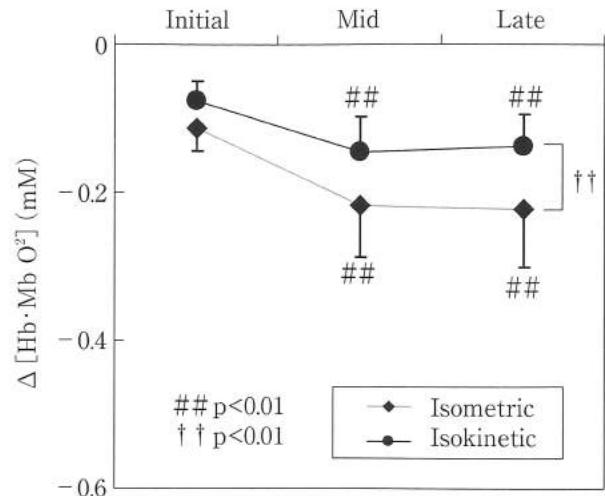


Fig. 3 Changes of oxy Hb·Mb in both exercises in each phase. Difference in increased oxy Hb·Mb from initial phase (##: $p < 0.01$). Difference in changes of oxy Hb·Mb between both exercises (††: $p < 0.01$).

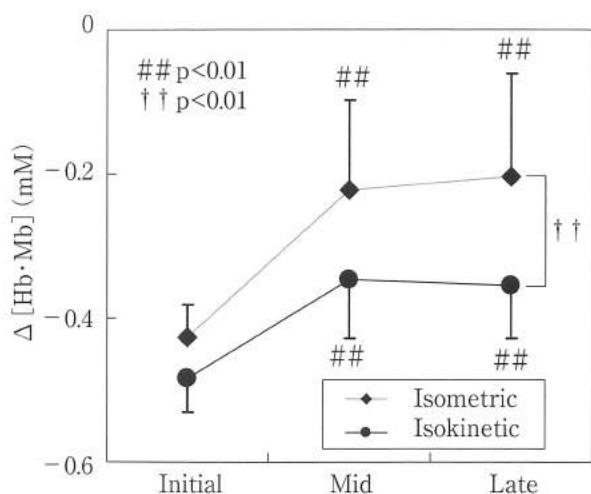


Fig. 4 Changes of deoxy Hb·Mb on both exercises in each phase. Difference in increased deoxy Hb·Mb from initial phase (##: $p < 0.01$). Difference in changes of deoxy Hb·Mb between both exercises (††: $p < 0.01$).

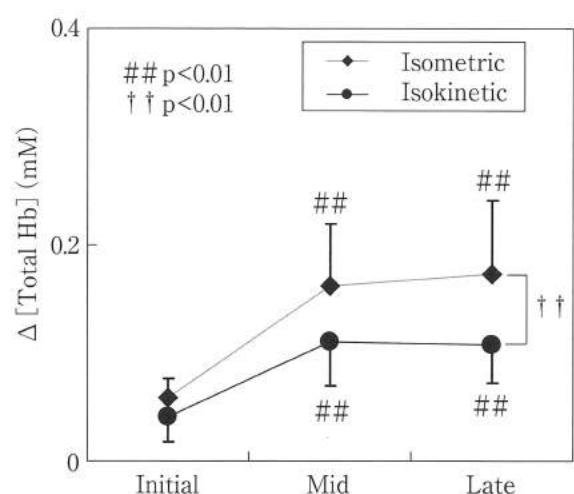


Fig. 5 Changes of total Hb in both exercises in each phase. Difference in increased total Hb from initial phase (##: $p < 0.01$). Difference in changes of total Hb between both exercises (††: $p < 0.01$).

Discussion

In this study, deoxygenation during isometric exercise was significantly faster ($p < 0.01$) than during isokinetic. In comparison with different exercise intensities during isotonic or isometric ex-

ercise, some studies have reported that muscle oxygenation level decreases with increase in exercise intensity^{4, 5)}. Thus, it appears that intensity, that is to say torque development, is closely related to muscle oxygenation level in isometric or isokinetic exercise.

Sustained isometric exercise over 50 to 70 % maximal voluntary contraction (MVC) causes suppression or hindrance of blood flow⁶⁾. Contraction force correlates linearly with intramuscular pressure (IMP)^{7, 8)}. During intermittent isometric exercise, blood flow decreases or stops at contraction period, whereas blood flow increases at relaxation period⁹⁾. During dynamic knee extension exercise, muscle contraction-relaxation period and blood velocity are closely related¹⁰⁾. In the present study, isokinetic PT value was nearly 40 % of isometric, therefore it appears that the degree of blood flow hindrance by IMP differs in both contractions. It is thought that arterial inflow increases during the relaxation period of isokinetic exercise, and can adequately supply O₂. In addition, high contraction frequency gives rise to vascular conductance¹¹⁾ and facilitates venous return with muscle pump¹²⁾.

In our previous study¹³⁾ on oxygenation kinetics with NIRS, we compared high (300 deg/sec) and low (60 deg/sec) angular velocity isokinetic exercise. The rate of deoxygenation (Deoxy-rate) on initial-phase at high angular velocity exercise per work was significantly lower ($p<0.05$) than that at low angular velocity. It is suggested that high contraction frequency exercise has a larger increase in O₂ supply than low contraction frequency exercise. In this study, we used the same high angular velocity as in our previous study, therefore this kind of exercise is considered to promote arterial and venous circulation.

Deoxy Hb · Mb was remarkably increased in isometric exercise from initial-to mid-phase. Previous studies have reported that a correlation was found between PT value at high angular velocity on isokinetic exercise and percent of fast twitch (FT) fibers in the contraction muscle with muscle biopsy^{14, 15)}. Although FT fibers are mainly recruited in high angular velocity exercise, FT fibers and slow twitch (ST) fibers are recruited in slow angular velocity or isometric exercise. It is suggested that O₂ demand is higher during isometric exercise than isokinetic exercise. Also, higher

IMP by isometric exercise leads to blood flow restriction. The higher O₂ demand and blood flow restriction may induce higher O₂ extraction.

Total Hb represents intramuscular blood volume. During isokinetic exercise, total Hb was significantly lower ($p<0.01$) than during isometric. It is suggested that muscle pump with contraction-relaxation in isokinetic exercise increases venous return, while in sustained contraction in isometric exercise, pooling of venous blood occurs and may lead to rapid increase in deoxy Hb · Mb.

Nabault et al¹⁶⁾ recently investigated mechanisms of neuromuscular fatigue during isokinetic (60 deg/sec) and isometric leg extension with similar torque decrements. According to the report, isokinetic or isometric fatiguing exercises demonstrated different fatigue origins. With isokinetic exercise, peripheral fatigue developed first, followed by central fatigue, while with isometric exercise the fatigue pattern was inverted. Also in this study, differences were seen in both contraction modes at muscle oxygenation kinetics during maximal exercises. Further investigations are needed to clarify the mechanism between decline rates of PT and oxygenation kinetics during exercises or re-oxygenation kinetics after exercises on both contraction modes.

References

- 1) Niwayama M, Yamamoto K, Kohata D, Hirai K, Kudo N, Hamaoka T, Kime R, Katsumura T : A 200-channel imaging system of muscle oxygenation using CW near-infrared spectroscopy. IEICE Trans Inf & Syst, E85-D : 1, 115–123, 2002
- 2) Hamaoka T, Iwane H, Shimomitsu T, Katsumura T, Murase N, Nishio S, Osada T, Kurosawa Y, Chance B : Noninvasive measures of oxidative metabolism on working human muscles by near-infrared spectroscopy. J Appl Physiol, 81 (3) 1410–1417, 1996
- 3) Sako T, Hamaoka T, Higuchi H, Kurosawa Y, Katsumura : Validity of NIR spectroscopy for quantitatively measuring muscle oxidative metabolic rate in exercise. J Appl Physiol, 90 (1) : 338–344, 2001
- 4) Okamoto T, Masuhara M : Differences in the oxygenation of quadriceps femoris during dynamic knee extensions as determined by near-infrared spectroscopy. J Sport Sci Osteo Thera, 3 (1) : 49–54,

- 2001
5) Yamada E, Kusaka T, Miyamoto K, Tanaka S, Morita S, Tanaka S, Mori S, Norimatsu H, Itoh S : Muscle oxygenation, muscle force and electromyographic activity during isometric contraction. *Isokinet Exerc Sci*, 11 (4) : 213-218, 2003
6) Sadamoto T, Bonde-Petersen F, Suzuki Y : Skeletal muscle tension, flow, pressure, and EMG during sustained isometric contraction in humans. *Eur J Appl Physiol*, 51 : 395-408, 1983
7) Sejersted OM, Hargens AR, Kardel KR, Blom P, Jensen O, Hermansen L : Intramuscular fluid pressure during isometric contraction of human skeletal muscle. *J Appl Physiol*, 56 (2) : 287-95, 1984
8) Aratow M, Ballard RE, Crenshaw AG, Styf J, Watenpaugh DE, Kahan NJ, Hargens AR : Intramuscular pressure and electromyography as indexes of force during isokinetic exercise. *J Appl Physiol*, 74 (6) : 2634-2640, 1993
9) Sjogaard G, Savard G, Juel C : Muscle blood flow during isometric activity and its relation to muscle fatigue. *Eur J Appl Physiol*, 57 : 327-335, 1988
10) Radegran G : Ultrasound Doppler estimates of femoral artery blood flow during dynamic knee extensor exercise in humans. *J Appl Physiol*, 83 (4) : 1383-1388, 1997
11) Sheriff DD, Rowell LB, Scher AM : Is rapid rise in vascular conductance at onset of dynamic exercise due to muscle pump? *Am J Physiol*, 265 (4 Pt 2) : H1227-1234, 1993
12) Laughlin MH : Skeletal muscle blood flow capacity : role of muscle pump in exercise hyperemia. *Am J Physiol*, 253 (5 Pt 2) : H993-1004, 1987
13) Mitsuoka K, Kime R, Osada T, Murase N, Katsumura T : Decline of peak torque and muscle deoxygenation at onset of isokinetic knee extension-flexion exercise. *J Jpn Coll Angiol*, 46 : 31-36, 2006
14) Thorstensson A, Grimby G, Karlsson J : Force-velocity relations and fiber composition in human knee extensor muscles. *J Appl Physiol*, 40 (1) : 12-16, 1976
15) Gur H, Gransberg L, VanDyke D, Knutsson E, Larsson L : Relationship between in vivo muscle force at different speeds of isokinetic movements and myosin isoform expression in men and women. *Eur J Appl Physiol*, 88 : 487-496, 2003
16) Babault N, Desbrosses K, Fabre MS, Michaut A, Pousson M : Neuromuscular fatigue development during maximal concentric and isometric knee extensions. *J Appl Physiol*, 100 (3) : 780-785, 2006

言語聴覚士養成課程における個人情報保護に 関連する臨床実習教育

原 修一^{1,2)} 羽生耀子¹⁾ 東江浩美¹⁾
永見亜希子¹⁾ 高田治実¹⁾ 内野滋雄¹⁾

¹⁾臨床福祉専門学校

²⁾九州保健福祉大学保健科学部

Investigation into Actual Clinical Practices Involving Protection of
Personal Information in a Speech-Language-Hearing Therapist Training Program

Shuichi Hara^{1,2)}, Youko Haniu¹⁾, Hiromi Agarie¹⁾,
Akiko Nagami¹⁾, Harumi Takada¹⁾ and Shigeo Uchino¹⁾

¹⁾Clinical Welfare College

²⁾School of Health Science, Kyushu University of Health and Welfare

Summary : We used a questionnaire to investigate the actual guidance practices in respect to protecting private information in clinical practice for speech, language and hearing therapy training courses. Thirty-eight clinical practice facilities responded to the questionnaire. Some problems determined from the responses were ; that case reports and other documents that included private information were taken out of the facility and to trainees' homes or dormitories because of the nature of the facility or the trainee ; that trainers allowed use of management information of memos, logs and computer files that contained private information for document compilation by the trainee ; and that there was not definite guidance regarding methods for paper disposal such as shredding. We consider that educational guidance programs are needed before clinical practice training ; these should include methods for anonymous converting of information, and methods for management and destruction of document and PC file data in the training facility during and after clinical training.

Key words : Protection of personal information, Clinical practice, Speech-Language-Hearing Therapist, and Ethical education.

要旨：言語聴覚士養成課程の臨床実習における個人情報保護に関する指導について、質問紙を用いて調査した。臨床実習施設は38施設より回答を得た。施設内環境や実習生自身の資質等により、症例報告等の書類は施設外である実習生の自宅や宿舎に持ち帰って作成することを許容せざるを得ない、メモや経過記録、書類作成用のPCファイル等の管理を、実習生に任せている、不要書類の破棄方法の具体的な指導が不明確である、といった問題が認められた。以上より、氏名等の匿名化、施設

別刷請求先：原 修一 〒882-8508 宮崎県延岡市吉野町1714-1 九州保健福祉大学保健科学部 言語聴覚療法学科
Reprint requests to : Shuichi Hara School of Health Science, Kyushu University of Health and Welfare, 1714-1 Yohino-cho, Nobeoka-shi, Miyazaki 882-8508, Japan

Tel・Fax : 0982-23-5616 E-mail : harashu@phoenix.ac.jp

内資料の取り扱い、実習中・終了後のPCファイルを含む書類の管理・破棄方法についての指導を、実習前教育として行うことが必要と考えられた。

キーワード：個人情報保護、臨床実習、言語聴覚士、倫理教育

緒　　言

2005年4月1日より個人情報保護法が施行されたことにより、特に学外の医療・福祉施設に学生を派遣する臨床実習の実施において、症例の個人情報に対する取り扱いがより厳密になっている。これにより、実習前の学内教育において、個人情報の取り扱い方法や個人情報漏洩リスクに対するマネジメント、および国家資格者の守秘義務や職業倫理を高めるための基礎教育が重要になっていると考える。

個人情報の利用目的は、一次利用と二次利用に分類される¹⁾。個人情報の一次利用とは、患者（利用者）本人の治療やケアの提供に必要な情報として利用され、利用の制限は受けないが、研究や実習、学生教育において個人情報を利用する場合は、個人情報の二次利用となり、その利用範囲が制限される。しかし、言語聴覚士養成課程の学外臨床実習において、どこまでの個人情報が許容・制限されるのかについては現在のところ明確な基準はない。

一方、看護教育における先行研究では、「実習記録の取り扱いガイドライン」を作成し、養成校間での実習記録における個人情報保護の基準を明確且つ統一化したという報告がある²⁾。このガイドラインを各養成校の実習要項に反映させることにより、学生は個人情報保護の重要性を認識し倫理的に責任のある行動がとれるようになった、実習指導者側は実習記録を院外に持ち出さない等、実習記録の取り扱いの意識化が可能となった、養成校と実習施設側が統一した指針を持ちながらの実習が可能となったと述べている。しかし、言語聴覚士養成校間では看護教育にあるような統一化した形の個人情報保護に対するガイドラインは現在のところは無く、またガイドラインに対応した個人情報保護への意識化や職業倫理観の向上を目的とした教育カリキュラムについても未整備である³⁾。

本研究の目的は、現在実習施設で行っている個人情報保護の現状について質問紙を用いて明らかにし、それらを基に実習前指導としての個人情報保護や職業倫理を高めるためのカリキュラムを構築、検

討を行うものである。

対象と方法

1. 対　　象

臨床福祉専門学校言語聴覚療法学科において、2005年3月より12月までに臨床実習を実施した施設51施設に対し、同年10月に郵送にて質問紙を送付した。このうち回収可能であった、38施設、実習指導者38名（回収率74.5%）の回答を対象とした。

2. 方　　法

表1の通り、担当症例に対する検査協力等への説明および承諾の方法について、担当症例氏名等の匿名化、実習中に記載・扱った資料の施設外への持ち出し（例：症例報告書を自宅や宿泊地へ持ち帰って作成するなど）への制限の有無について、診療録（カルテ）等の患者記録の取り扱い、カンファレンスへの出席、個人情報の書かれた不要な書類の破棄方法、実習終了後の利用した症例情報が入った資料の返却、個人情報保護に関する施設内教育について、実習生の履歴書の本人への返却の有無、実習における個人情報保護のあり方について調査した。

3. 統計学的処理

得られたデータは各回答をコード化の後、回答数

表1 調査項目

1. 症例に対し実習協力・承諾を得る際の説明・承諾の方法
2. 担当症例の氏名等、個人情報の匿名化
3. 実習中に記載・扱った資料の施設外への持ち出し制限
4. 診療録（カルテ）等、患者記録の取り扱い方法
5. カンファレンスへの参加制限
6. 個人情報が記入された不要な書類の破棄方法
7. 実習終了後の症例情報の実習指導者への返却
8. 個人情報保護に関する施設内教育と対応（実習生・職員・利用者）
9. 実習における個人情報保護の問題点・あり方（自由記述）

とその頻度（%）を算出した。複数回答を必要とした質問項目については、各選択肢の回答数を集計した。

なお、統計学的検討は、統計分析パッケージ SPSS 12.0J ウィンドウズ版を用いた。

結 果

1. 実習指導者の経験年数

実習指導者の経験年数は、5年から10年が17名（48%）と最も多く、16年以上が13名（34%）、11年から15年が6名（16%）であった。

2. 実習指導者所属施設の特性

実習指導者の所属施設は、病院・診療所のリハビリテーション科が30施設（79%）、耳鼻咽喉科等の病院・診療所内の各科が4施設（11%）、老人保健施設および小児関連施設が各2施設であった。

各施設に所属する言語聴覚士の数は、3名以上の所属が22施設（58%）、2名または1名所属の施設がそれぞれ8施設（21%）であった（表2）。

3. 実習中の個人情報保護に関する指導

(1) 実習協力に関する症例への説明・承諾

症例に対し実習協力を得る際の説明・承諾の方法については、口頭のみの承諾が34施設（90%）、文書を添えて口頭にて説明・承諾を得ている施設は3施設（8%）であった。

また、学校への提出があることを症例に説明し、承諾を得てから実習生に作成や閲覧を行わせている書類等の内容は、症例報告書（16施設）、検査結果

（9施設）、実習日誌（8施設）、経過記録（8施設）、画像所見（CT・MRI、嚥下造影、口腔内写真等：7施設）であった。

一方、実習生本人、あるいは実習生の所属する養成校に対し個人情報保護に関する誓約書を提示し、同意後に署名をさせている施設は、それぞれ8施設（21%）、3施設（8%）であった。

(2) 症例情報の匿名化

実習生が担当した症例の氏名を書類作成時にイニシャルで記入させている施設は29施設（76%）で、記入させている書類の内容で多いものは、実習日誌（26施設）、症例報告書（25施設）、経過記録（21施設）であった（図1）。

一方、氏名記載においてイニシャルを使用せず「A氏」などと完全に匿名化した後に書類作成をさせている施設は10施設（26%）で、作成させている書類は症例報告書（10施設）、実習日誌（8施設）、経過記録（6施設）の順で多かった。

また、実習生に書類を作成させる際に、記載を制限している症例氏名以外の項目は、回答の多い順から、住所（19施設）、ID番号（13施設）、家族構成（6施設）、職業（6施設）、性別（5施設）であった（図2）。

(3) 実習中に記載・扱った資料の施設内外における取り扱い

a. 書類等の施設外への持ち出し制限

25施設（66%）の実習指導者が、実習生の施設

表2 実習指導者所属施設の特性

実習先施設、名（%）	
病院リハビリテーション科	30（78.9）
病院・診療所各科（耳鼻咽喉科等）	4（10.5）
老人保健施設	2（5.3）
小児関連施設	2（5.3）
施設内所属ST人数、名（%）	
1名	8（21.1）
2名	8（21.1）
3名	13（34.2）
4名以上	9（23.7）

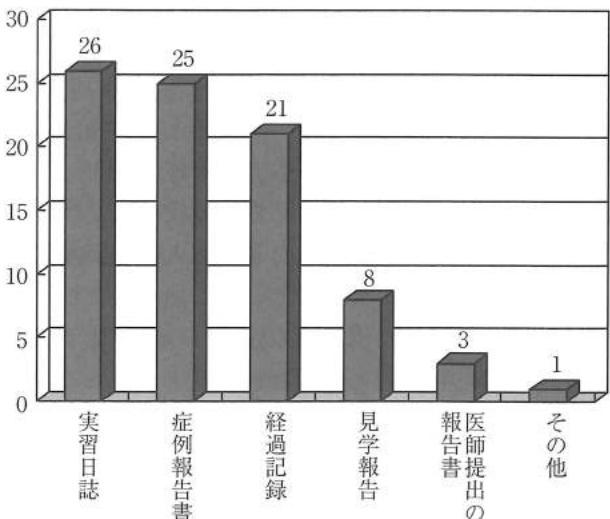


図1 症例氏名に対するイニシャルの使用（複数回答。数字は回答数を示す。）

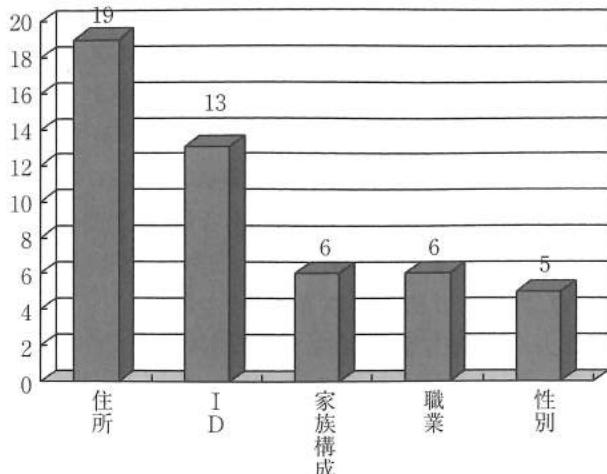


図2 症例氏名以外に匿名化した情報（複数回答）

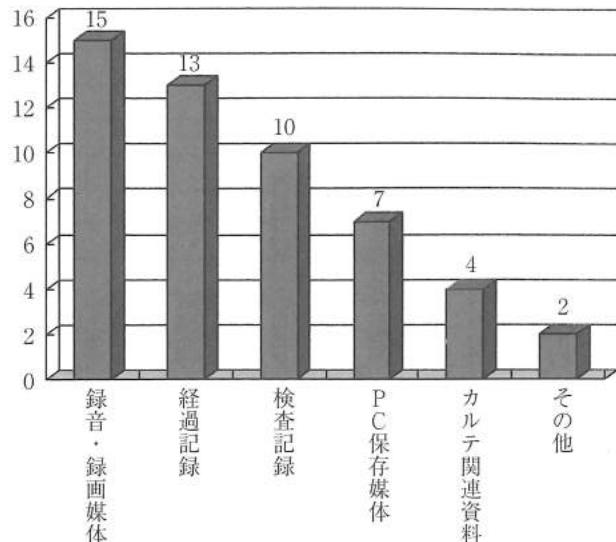


図3 施設外への持ち出し制限をしていた症例情報の入った書類等（複数回答）

外への個人情報が記載された書類等の持ち出しの制限をしていた。持ち出し制限をしていた書類等の内訳は、多いものから録音・録画媒体（15施設）、経過記録（13施設）、検査記録（10施設）の順であった（図3）。

b. カルテ等の患者（利用者）記録の取り扱い

36施設（95%）が、記録の閲覧・取り扱いに際し、何らかの制限をしていた。回答の多いものとしては、「実習指導者または部署管理担当者（病棟看護師長など）の許可を仰ぐ」（33施設）、「管理場所から持ち出さない」（32施設）、「広げたままで机上に置かない」（26施設）、「施設内で持ち歩かない」（23施設）であった（図4）。

c. その他、個人情報の取り扱い

施設内でのみ書類を作成するように指導している施設は8施設（21%）で、書類の内訳は経過記録の他に、症例報告書、実習日誌、医師等提出の報告書であった。一方、「外部で症例の情報について話すことを禁止する」ことを指導している施設は29施設（76%）、「症例について書かれている資料・書類を交通機関の中で閲覧することを禁止する」ことを指導している施設は18施設（47%）であったが、自由記載の意見には「交通機関内で症例の情報を見ることは常識的にやらないと考えている」、「症例報告書作成には自宅へ持ち帰る資料が多いので学生本人の管理判断に任せているが、やはり不安である」といったように、個人情報の取り扱いは実習生の資質や管理に任せているが、その一方で、実習生個々に個人情報を管理させていることに不安感を持って

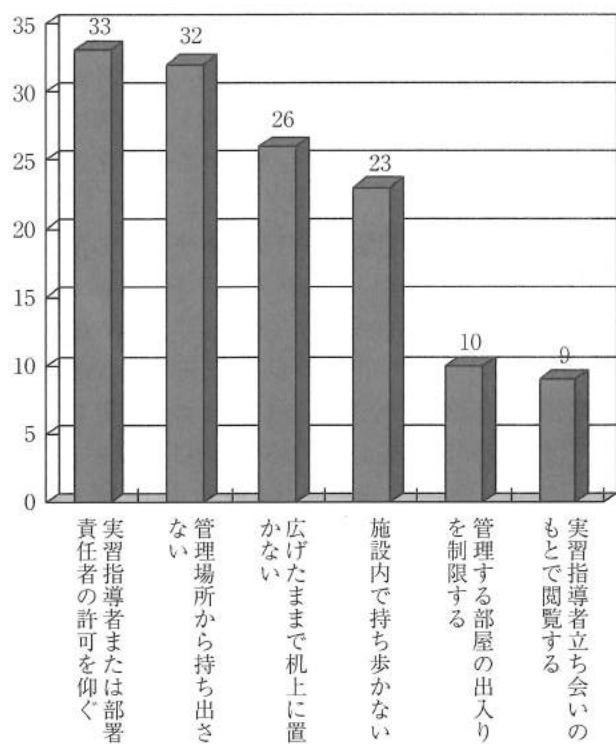


図4 カルテ・利用者記録の取り扱い（複数回答）

いることが伺われる意見もあった。その他、症例について実習生が指導者に相談する場合は、訓練室やスタッフルームなど相談する場所を限定している、といった意見も認めた。

(4) カンファレンスへの参加制限

参加制限をしている施設は5施設（13%）であった。その他の施設では、参加制限をしていない、ま

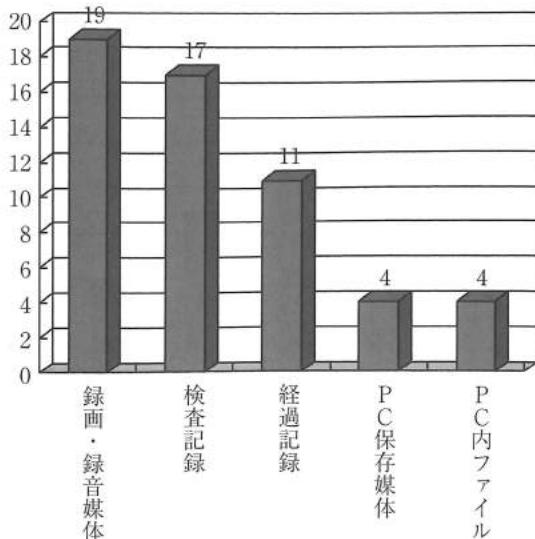


図 5 実習終了後に実習生が返却する症例情報の入った書類等（複数回答）

たはカンファレンスを開催・参加していないという回答があった。参加の制限をしている施設の中には、実習生の担当症例が取り上げられる場面のみ出席させ、その他の場面には参加させない、といった意見もあった。

(5) 不要な個人情報記載書類の破棄方法の指導

シュレッダーを用いて破棄するよう指導している施設は、20施設(53%)で、5施設(13%)は手で破いて破棄するよう指導していた。その他、破棄の際に個人情報が外部に漏れないための対策として、メモはあらかじめイニシャルを用いて記載させていた、実習終了時や養成校での症例報告の作成・発表後に破棄させている、といった施設もあった。

なお、無回答の施設が11施設(28%)あった。

(6) 実習終了後の症例に関する資料等の返却

実習生より症例の個人情報の入った資料を返却させている施設は22施設(58%)で、返却させている書類の内容は、録音・録画媒体(19施設)、検査記録(17施設)、経過記録(11施設)、パソコンコンピューター(PC)保存媒体(4施設)、PC内ファイル(4施設)の順であった(図5)。

また、実習生の個人情報でもある実習前に提出した実習生の履歴書を、実習終了後に実習生または実習生が所属する養成校へ返却している施設は、17施設(45%)であったが、その中には、実習生または養成校側から要求があった場合のみ返却している施設もあった。

(7) 個人情報保護に対する施設内教育と対応

実習生に対する施設内教育としては、「実習指導者、または他の職員より直接、病院での対策・問題に関する説明をしている」という回答が最も多く(30施設、79%)、「個人情報保護法についての施設内講習会へ出席させている」、あるいは「個人情報保護法に関する資料を読むように指導している」といった回答も5施設(16%)からあった。

一方、施設内職員に対する教育については、14施設(37%)が施設内のワーキンググループの設置および研修会を実施しており、患者(利用者)に対する対応としては、「個人情報保護についての施設の方針についての資料を、言語療法室を含む主要な場所に掲示する」が最も多く(9施設)、その他には「窓口で個人情報保護に対する掲示を入院時に説明し、同意書にサインをしてもらう」、「入院時に本人または家族に文書を渡し、名前、性別の非公開や面接の拒否に関して希望がある場合は、個々に対応している」等、患者(利用者)個々への対応についての回答があった。

4. 実習中の個人情報保護についての指導のあり方(自由記述)

「厳密に法を適応すると、医療の分野では悪影響があると思われる」、「現状では個人情報保護の行き過ぎと思われる場面が実習以外でも多々見られる。健全な方についての指導が大切だと感じている」、「社会的に注目されているテーマではあるが、神経質にならず、最低限の常識や心配りが自然な形で行えればいいと思う」、「実際の臨床に出たときは様々な情報から必要なものを自分で見つけていくことも必要なので、情報量を制限するよりもそれを扱うときの注意点を把握していくことが大事でないか」といった、個人情報保護法の問題点を考慮しながら、バランスの良い指導を行うことの必要性を述べる意見があった。

また、実際の指導においては「症例報告書の記載や保管については気になった点があれば注意を促している」といった意見や、「プライバシーの保護に留意するといった曖昧な指導だけではなく、書式や時間を設け、個人情報に関して明確に話し合う場を実習の中にも作っていきたい」といった指導・配慮の工夫に関する意見がある一方で、「実習生用のスペースを確保できず、PC入力などを家でやらせざるを得ない」といった実習施設が抱える問題や、

「実習生の処理能力によっては検査結果のまとめを家で行わざるを得ず、必要な書類の院内持ち出しを許可せざるを得ないことがある」、「実習生が実習日誌や症例報告書を院内でまとめきらずに家に持ち帰っており、実習生も業務時間内や指導者とのやりとりの中でもまとめようと努力しない」といった実習生の資質や態度に帰する問題点を指摘する意見もあった。

5. 養成校の臨床実習前教育に必要と思われる、個人情報保護に関する指導（自由記述）

「学生がある程度個人情報保護について把握していると説明がスムーズに進む」、「Q & A 方式の学習、事例提示が理解しやすいと思う」、「記録をとるときの基準やその情報の扱い方のフォーマット、プロトコルを決める」など具体的な指導についての記述や、「実習終了後の症例報告書で、ローデータやPC保存媒体は必要と思われるが、報告会終了時の一連のデータ破棄を学校で徹底して欲しい」、「言語聴覚療法では本人の氏名、家族の氏名、生年月日や住所、等を訓練に用いることが多いので、そのような情報を記録する用紙を設定して実習終了時にはシュレッダーで破棄するよう指導することが良い」といった、実習中・および終了後の個人情報管理についての要望などがあった。

考 察

本研究の質問紙調査では、特に学外臨床実習において個人情報保護の核となると考えられる個人情報の安全管理措置（個人情報保護法第20～22条）に関連する事項を中心に「症例情報の匿名化」、「実習中に記載・扱った資料の施設内外における取り扱い」、「カンファレンスへの参加」、「実習終了後の個人情報の破棄」について質問した。さらに「利用目的の特定・通知等」（法17、18条）に相当すると考えられる「症例への実習協力」、および、「個人情報保護に関する実習生に対する事前教育」についても調査を行った。

以下に、質問紙調査の結果を基に、言語聴覚士養成における個人情報保護に関する実習前教育のあり方について考察する。

1. 症例の個人情報の匿名化

今回の調査結果では、症例報告書や経過記録、実習日誌の記載においては、患者（利用者）の氏名をイニシャルにする、または「A氏」等と記載し匿名

化を更に厳密にするという回答を多く認めた。看護領域における実習記録記載についての調査⁴⁾では、氏名の記載はイニシャルまたは一文字ごとの伏せ字が多くたが、氏名の伏せ字は住所や職業等の組み合わせにより個人が特定できるため、不適当であったと報告している。今回の調査結果では、一文字毎の伏せ字での記載もさせているかどうかは確認できなかったが、前述の看護領域の調査は2003年当時に行われていることからも、個人情報保護法の施行直前・直後の実習状況では、氏名の記載における匿名化がより厳密化されていることが考えられる。

ところで個人情報保護法によると、「他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができるもの」（法2条第1項）についても個人情報に含まれる、とされており、イニシャルはこれに該当する。よって、イニシャルは施設内で得られる他の情報やID番号等と照合することで特定の患者・利用者等を識別することができると考えられ、「A氏」等匿名化を更に厳密にすることや、イニシャルを用いる場合には「S氏」等、姓の部分のみを用いるなどの対応が必要と考える。

一方、各実習生がどの症例を担当しているかについて実習指導者が理解していれば、症例の氏名はむしろ記載不要な項目であるとも言える。今回の調査では、実習指導者が各実習生に何人の症例を担当させているかについては調査しなかったが、実習生に担当させる症例数が多いければ、書類作成や実習生の検査・訓練実施を実習指導者がチェックする際に混乱・取り違えが出る可能性がある。また、匿名化を更に厳密化していると回答した実習指導者は、実習生には少人数の担当症例を担当させていたとも考えられる。よって、氏名の記載の方法については、実習生の担当症例が多い場合、または実習指導者が担当する実習生が多い場合には、混乱を避けるために実習指導者が毎日確認する実習日誌や観察・経過記録にはイニシャルの一部（姓の部分）を用い、学校に提出する症例報告書については、症例が限定できることや施設外に症例情報を提出することになるため、「A氏」等、匿名化をより厳密にするなどの工夫が必要とも考えられ、実習前教育においては匿名化には様々なケースがあることを伝える必要性があると考えられる。

一方、今回の調査では、氏名以外の症例の個人情

報の記載制限についての調査も行った。前述の看護領域の調査⁴⁾では、記入させない項目として回答が多かったのが生年月日、学歴、住所であったと報告している。本調査でも住所、IDの記載制限を多くの施設で行っていたが、職業、家族構成、性別の記載制限についての回答は少なかった。看護領域においては、患者の職業の内容や労作の程度などがアセスメントや退院時の指導方法に必要な情報になるため、必要に応じて患者の職業を記入させるべきであると述べている。言語聴覚療法の領域においても、患者の性別、病前の職業や家族構成は、発症までのコミュニケーションや言語を使用する状況の頻度、今後のコミュニケーション上のキーパーソン等を評価し、発声発語・高次脳機能検査の結果と照らし合わせながら今後の訓練目標や訓練プログラムを決定する上では重要な情報であると言える。このため症例報告書等の作成や、訓練目標・訓練プログラムの立案上で個人情報の記載・利用が必要な場合には、それに応じて情報を選択・利用するよう指導することが重要であると考える。

2. 実習中に記載・取り扱う資料の施設内外における取り扱い

今回の調査では、最も施設外への持ち出しを制限されていたものは、録画・録音媒体および検査記録であった。特に録画・録音媒体は、言語聴覚士が患者の行動や発声発語・コミュニケーションの状態を評価する上で重要な資料であるが、その取り扱いは他の医療・福祉関連職種には無い独特のものといえる。よって録画・録音およびその後の媒体の取り扱いに関しては、取り扱い基準を設けるなど充分な留意をしなければならないと考える。

実習における症例情報の録画・録音にあたっては、一般的には実習指導者が症例本人および症例の担当医に事前に承諾を得た後に実施しているが、さらに実習生が録画・録音したものを報告会などで利用する際にも、症例からの承諾が必要となる。今回は、録画・録音媒体を実習生が利用することに対し、どのような形で症例に承諾を得ているかについては明らかにしなかったが、実習前教育においては、症例の評価・訓練において録画・録音をすることは必要な場合のみ可能であり、症例や主治医の許可が必要であること、さらに実習生が症例の画像や音声を利用する場合にも、症例に対して事前に許可・承諾を得る、といった点を教育していくことが

必要と考える。

また、検査や経過記録などの持ち出しについても、個人情報が特定できないような形での持ち出しは可能であることが考えられるが、看護領域の調査⁵⁾では、「患者の情報を自宅に持ち帰ることを良いと思わない」臨床実習指導者は63%存在し、患者の個人名が特定しなくても学生が自宅に情報を持ち帰ることに臨床実習指導者は不安を持っていると報告している。よって、個人情報の匿名化や、資料を持ち出す場合には実習指導者へ事前に許可を得ることなどを、臨床実習前教育でも指導することが必要である。

一方、カルテや患者（利用者）記録の閲覧に関する制限についての実習前教育では、カルテの存在目的や記載方法だけでなく、特に回答として多かった、「実習指導者または部署管理担当者の許可を仰ぐこと」、「管理場所から持ち出さないこと」、「広げたままで机上に置かないこと」、「施設内で持ち歩かないこと」を中心に教育していくことが必要であると考える。

今後は、電子カルテの普及に伴い、カルテや患者（利用者）記録の閲覧の制限や情報漏洩の防止など、電子情報への倫理的態度や対応を教育の中に含めていく必要性もある⁶⁾。

3. 不要な個人情報の破棄

シュレッダーを用いての破棄を行うことが望ましい¹⁾が、実際にシュレッダーを用いて破棄していたのは、約5割と比較的少なく、シュレッダーが所属部署に整備されていない施設が存在していたことも考えられる。また、約3割の施設が当質問に対し無回答であったことからは、不要書類の破棄方法の指導が明確に行われていない可能性も考えられる。

前述の調査⁵⁾でも、47%の臨床実習指導者は「実習生が収集した患者の情報をきちんと処理・処分しているとは思わない」と回答しており、実習前教育においては個人情報を含むメモや不要書類の破棄方法についても指導を徹底する必要があると考える。

また、シュレッダーが整備されていない施設において不要な書類を捨てる際は手で破って捨てること、さらに破棄する前には、あらかじめ氏名等個人情報が記載されている部分は黒く塗りつぶしておくよう指導することも重要と考える。さらに普段メモ

をとる際には、イニシャル等で匿名化した上で記録する、などの教育も必要であると考える。

4. 実習終了後の措置

実習前教育においては特に回答において多かった、録音・録音媒体・検査記録・経過記録を、実習終了後に実習指導者へ返却をすることを伝える必要があると考える。また、実習終了後、養成校内での症例報告会等が終了した時点で、不要な症例情報が入った記録は破棄させるようにも指導する必要がある。

ただし、実習日誌や経過記録については、将来臨床に出た際に「一人の言語聴覚士（＝実習生）の進歩を振り返ることのできる財産」にもなると考える。看護領域の報告¹⁾では、実習記録を実習生の手に渡さないことは、振り返りや自己評価、気づきによって得られる教育的効果を放棄することになる、と述べている。よって、実習日誌については、症例の個人情報が明らかである部分は消去し、自分で管理を充分にするよう指導した上で実習生に返却することが必要であると考える。

5. PC 内、または電子媒体に保存されている症例報告書等作成にて保存した電子ファイルの管理、および実習終了後の破棄

PC の普及により、ほとんどの実習生は症例報告書をワードプロセッサー（ワープロ）で作成しており、また実習日誌についてもワープロで作成している実習生を見かけることがあるが、作成に利用する PC 機器が施設所有のものではなく、実習生自身が所有しているものであるため、個人情報を施設外へ持ち出している可能性があり、対応としては不適切であると言える。しかし、今回の調査では施設内でのみ書類を作成するように指導している指導者は 8 名（21%）と少なく、実習指導者からの自由記述でも「実習生用のスペースを確保できず、PC 入力などを家でやらせざるを得ない」「実習生の処理能力によっては検査結果のまとめを家で行わざるを得ず、必要な書類の院内持ち出しを許可せざるを得ないことがある」といった、実習施設内や実習生自身が抱える問題が存在している。

一方、実習終了後に実習生から実習指導者へ資料を返却することにおいては、症例情報の入った PC 保存媒体や PC ファイルの返却をさせている、と回答した施設はそれぞれ 4 名と少なく、症例情報の入った書類は、実習中・後を通じて実習生自身の使

用する PC を用いて作成され、作成されたファイルの管理は実習生に任せざるを得ないといった実態が考えられる。さらに実習指導者からは、「実習終了後の症例報告書の作成で、ローデータや PC 保存媒体は必要と思われるが、報告会終了時は、一連のデータ破棄を養成校で徹底して欲しい」という要望を認めた。

看護学生を対象としたガイドライン²⁾では、データは PC 本体に保存しない、データ保存媒体は責任を持って管理し、貸し借りはしない、記録をプリントする際は必要最小限にするなどの留意事項を設けている。

以上より、実習前教育では前述のガイドラインの内容に加え、書類作成にあたっては原則として PC は施設所有のものを利用すること、自己所有の PC を使用する場合は、施設・自宅（または宿舎）間の往復において PC 本体および保存媒体の管理を充分に行うこと、PC ウィルスやインターネット等を経由した外部からの PC への侵入を、ソフトを用いて予防すること、実習終了後は症例報告会が終了した時点で、バックアップ用のファイルを含め、教員の立ち会いのもとでデータを速やかに消去することを徹底させる必要がある。

6. 実習生への協力患者（利用者）への説明、同意書の整備

本調査では、症例に対し実習協力を得る際の説明・承諾の方法は、9割の実習指導者が口頭のみの承諾をとっており、文書を添えて口頭にて説明・承諾を得ている指導者は 3名と少なかった。看護臨床実習の実習指導者を対象にした調査⁷⁾では、学生が患者を受けもつ際の説明では、「学生、実習に関する説明」、「患者の権利に関する説明」、「記録に関する説明」、「選択権、同意拒否権、同意撤回権、真実を知る権利といった人権擁護に関する権利」の提示が必要であると述べている。

今後は、上記の内容を含む養成校側からの協力患者（利用者）宛の説明・同意書の作成・提示が必要と考えられ、今後の課題としたい。

謝 辞

調査にご協力・貴重なご意見をいただきました、臨床実習担当の先生方に深謝申し上げます。

なお、当調査は（財）東京都私学財團平成 17 年度学校研究助成事業の助成を受けて実施した。また、当調

査結果の一部は、第7回日本言語聴覚学会（金沢、2006年5月）にて発表した。

参考文献

- 1) 土屋八千代：臨地実習における個人情報の取り扱い方. 月刊 Nurse Data, 26 : 24-29, 2005.
- 2) 野中知栄, 山本公子, 大澤みどりほか：実習記録取り扱いガイドラインの作成. 看護展望, 30 : 564-569, 2005.
- 3) 日本言語聴覚士協会教育部 臨床実習マニュアルワーキンググループ：臨床実習マニュアル. 日本言語聴覚士協会（編），2004.
- 4) 大西香代子, 田高悦子, 大串靖子：臨地実習における

個人情報の取り扱いに関する研究. 日本看護科学会誌, 25 : 23-30, 2005.

- 5) 田中高政, 唐澤由美子, 中村 恵, 原田慶子：臨池実習での患者個人情報の取り扱いに関する臨床実習指導者の認識. 日本看護学会論文集（看護教育）, 36 : 84-86, 2005.
- 6) 古屋洋子, 小野興子：臨地実習における看護学生の情報活用の実践力と電子カルテ閲覧の現状. 山梨県立看護大学短期大学部紀要, 10 : 63-83, 2005.
- 7) 崩田好恵, 斎藤一江, 溝口孝子ほか：学生が受け持つことを依頼する際の患者への説明の実態. 日本看護学会論文集（看護教育）, 34 : 180-182, 2003.

理学療法士養成における介護体験実習の検討 —実習指導者の意見—

奥 壽郎 高田治実 江口英範
与那嶺司 坂本 雄 甲斐みどり
塙田紀章 榎本康子 神田太郎

臨床福祉専門学校理学療法学科

The Effectiveness of Practical Nursing Experience Training Evaluated by a Supervisor Questionnaire

Toshiro Oku, Harumi Takada, Hidehiro Eguti, Tsukasa Yonamine,
Takashi Sakamoto, Midori Kai, Noriaki Shiota, Yasuko Enomoto
and Taro Kanda

Department of Physical Therapy, Clinical Welfare College

Summary : Our school carries out practical nursing experience training to improve understanding of physiotherapy for the elderly.

A supervisor questionnaire survey was conducted after the nursing experience, based on which, the meaning of the nursing experience was examined.

The nursing experience appears to be helpful for students to learn about activities of daily living disturbance and observe facilities for the elderly through seeing facilities and observing the work of various Professionals.

Key words : Physiotherapist education, Practical nursing experience class, Elderly people, Supervisor questionnaire

要旨：本校理学療法学科1期生に対して、高齢者理学療法の一助にする目的で介護体験実習を実施した。今回、実習指導者を対象として介護体験実習終了後にアンケート調査を実施し、本実習の意義について検討した。介護体験実習の意義として高齢者介護施設の現場を通して、高齢者の日常生活動作を実際にみる、高齢者施設をみる、チーム医療を学習することなどができる高齢者の理学療法へのニーズの備えになると考えられた。

キーワード：理学療法教育、介護体験実習、高齢者、実習指導者

別刷請求先：奥 壽朗 ☎ 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, Shakujidai, Nerima-ku, Tokyo 177-0045, Japan

TEL : 03-5910-3756 Fax : 03-5910-5910-3760 E-mail : kotobuki@rinshofukushi.ac.jp

1. はじめに

現在我が国は高齢化社会の到来・疾病構造の変化を背景に、保健・福祉分野における公的サービスの整備を目的に、「ゴールドプラン」・「新ゴールドプラン」、そして「公的介護保険法」の導入へと施策されつつある。これらの動きに伴って地域保健福祉関連機関や老人保健施設などでの、理学療法士（以下、PT）へのニーズが求められている。

PT の養成校にもこういった社会のニーズに対応した教育内容にする必要があると考えられる。本校は平成15年度に開校した福祉系2学科（臨床福祉学科・精神保健福祉学科）、医療系2学科（言語聴覚療法学科・理学療法学科）を置く専修学校である。本校理学療法学科ではこういった経緯を踏まえ、1期生に対して1年次前期終了時3日間の病院見学実習とともに、高齢者に対する理学療法への理解の一助にするために、さらに地域および高齢者に対する理学療法の今後のカリキュラム作成の参考資料にする目的で、後期終了時3日間の高齢者介護施設での介護体験実習（以下、介護実習）を設定した。

我々は、介護実習が実際に高齢者に対するPTの一助になり得たかどうかを検討する目的で、介護実習終了後に学生にアンケート調査を実施し、介護体験実習の意義として高齢者介護施設の現場を通して、高齢者への関わり・PTの職域としての高齢者介護施設をみるとことによって、高齢者のPTへのニーズに備える準備になることを報告した¹⁾。今回は、実習指導者（以下、指導者）を対象に、PT養成教育における介護実習に対する有益性・必要性などについてアンケート調査を実施したので報告する。

2. 介護体験実習の概要

介護実習の概要は以下の通りである。

目的：医療・保健・福祉施設において患者や利用者の方々に対する介護、看護業務を体験する。その中から以下の目的を達成する。

- 1) 医療従事者としての心構え、態度、習慣を身につける。
- 2) 病院や医療・保健施設における関連部門の業務内容を把握する。
- 3) 高齢者や障害を持つ方々に対する身の回りの世話を体験し、身体の機能や構造によって起こる日

常生活活動の諸問題を把握する。

- 4) 高齢者や障害を持つ方々を取り巻く環境の諸問題を把握する。

実習方法：実習内容は、介護体験プログラムなどに準じることとする。また前述の目的を達成するために、業務に支障のない範囲で様々な体験ができるよう施設に依頼する。

対象学生：1年生昼間部・夜間部学生

期間：平成16年3月8日（月）～10日（水）の3日間

実習施設：介護老人保健施設24施設・特別養護老人ホーム3施設の計27施設

3. 対 象

アンケート調査の対象は、介護実習の指導者32名のうち調査に協力が得られた28名を対象とした（回収率87.5%）。施設別では介護老人保健施設25名、特別養護老人ホーム3名、職種別では介護福祉士11名、PT6名、社会福祉士4名、作業療法士2名、看護師2名、事務職2名、医師1名であった。

4. 方 法

郵送法によるアンケート調査を平成16年4月に配布し、5月に回収とした。調査項目は、①介護実習での実際の実習内容でPTの養成に有益と思われる項目、②介護実習での実際の実習内容でPTの養成に必要でないと思われる項目、③PT養成教育における介護実習の必要性とその理由、④実習の時期と期間、⑤介護実習に対しての意見とした。アンケート調査票を表1に示した。

解析方法は、選択式の設問とともに自由記述式の設問とし、自由記述法はK-J法による内容分析とし、回答項目毎の回答者数で表示した。なお、対象者には本研究の内容と目的などについて説明して同意を得た上で実施した。

5. 結 果

今回の介護実習において実際に行った実習内容のうち、PT教育で有益と思われる実習項目は（全回答数96）、「すべて有益」28名中24名、「起居・移乗動作」22名、「日常生活動作（以下、ADL）全般」21名、「コミュニケーション」10名、「レクレーション」7名などであった（表2）。今回の介護実習において実際に行った実習内容のうち、PT教育に

表 1 アンケート調査票

施設名 :	氏名 :	資格名 : ()
<p>* 介護体験実習に関するアンケート調査</p> <p>3月8~10日の3日間で行った介護体験実習についてアンケート調査を行います。</p> <p>この結果は今後の臨床実習教育のあり方を検討する際に参考にさせていただきます。</p>		
<p>① 今回の介護体験実習において実際に行った実習内容で、理学療法士の養成において有益だと思われる内容を下記よりお選びください。(複数回答可能)</p> <p>(排泄介助・食事介助・更衣介助・入浴介助・整容介助・移乗介助・車椅子介助・歩行介助 レクレーション見学・リハビリ訓練見学・看護業務の見学・介護業務の見学)</p> <p>その他 :</p>		
<p>② 今回の介護体験実習において実際に行った実習内容で、理学療法士の養成において必要でないと思われる内容を下記よりお選びください。(複数回答可能)</p> <p>(排泄介助・食事介助・更衣介助・入浴介助・整容介助・移乗介助・車椅子介助・歩行介助 レクレーション見学・リハビリ訓練見学・看護業務の見学・介護業務の見学)</p> <p>その他 :</p>		
<p>③ 理学療法士の養成において介護体験実習は有益だと思いますか。下記より選び○をつけて下さい。またその回答に対する理由をご記入下さい。</p> <p>(有益である・有益ではない・わからない)</p> <p>その理由 :</p>		
<p>④ 介護体験実習の時期・期間について適切であると思われるものを下記から選び○をつけて下さい。またその回答に対する理由をご記入下さい。</p> <p>時期 : (入学直後・教養科目終了時・基礎医学科目終了時・理学療法専門科目終了時・その他 ())</p> <p>その理由 :</p>		
<p>期間 : (1日間・3日間・1週間・1ヶ月)</p> <p>その理由 :</p>		
<p>⑤ 介護体験実習について何かご意見があればご記入下さい。</p>		

必要でないと思われる実習項目は（全回答数30）、「有益でない項目はない」28名中18名、「リハに関すること」6名、「看護業務」6名であった（表3）。

PTの養成において介護実習の必要性については、28名中27名が「必要である」、1名が「必要はない」との回答であった。必要である理由として（全回答数39）、「実際にADL場面をみることができる」28名中13名、「チーム医療・他職種の理解ができる」8名、「高齢者・認知症者とのコミュニケーションの場になる」5名、「高齢者介護施設を

表 2 介護体験実習において実際に行った実習内容で理学療法士の養成教育において有益であると思われる内容
(自由記述、回答者28名・総回答数96)

内 容	人 数
すべて有益である	24
起居・移乗動作の介護	22
日常生活全般の介護	21
高齢者・認知症者とのコミュニケーションの経験	10
レクレーションの見学	7
その他	12

みることができる」5名などであった（表4）。必要はない理由は「ボランティアでよい」であった。

介護実習の時期については（全回答数32）、「基礎医学科目終了後」28名中18名、「PT専門科目終了後」8名、「一般教養科目終了後」3名、「卒業前」2名、「臨床実習として行う」1名であった。「基礎医学科目終了後」の理由は、「ADL障害を理解しやすい」が主な理由であった。「PT専門科目終了後」の理由は、「PTの知識があれば介護の場面を理解することができる」が主な理由であった。介護実習の期間については（全回答数29）、「1週間」28名中22名、「3日間」4名であった。「1週間」の理由で

表3 介護体験実習において実際に行った実習内容で理学療法士の養成教育において必要でないと思われる内容
(自由記述、回答者28名・総回答数30)

内 容	人 数
必要でない項目はない	18
リハビリテーション(訓練)に関して	6
看護業務	6

は、「観察・実践・流れを理解するには1週間は必要」が主な理由であった（図1）。

実習に対する意見では（全回答数32）、「施設に就職する学生を育成してほしい」28名中19名、「実習の目的・モデルパターンを提示してほしい」5名などであった。

6. 考 察

社会構造や疾病構造などの変化により、PTへのニーズも変化している。特に急速な高齢化に伴い高

表4 理学療法士の養成教育に介護体験実習が有益である理由
(自由記述、回答者27名・総回答数39)

内 容	人 数
実際に高齢者の日常生活動作を観察できる	13
チーム医療・他職種の理解になる	8
高齢者・認知症者とのコミュニケーションの経験	5
理学療法士の職域としての高齢者介護施設をみる	5
その他	4

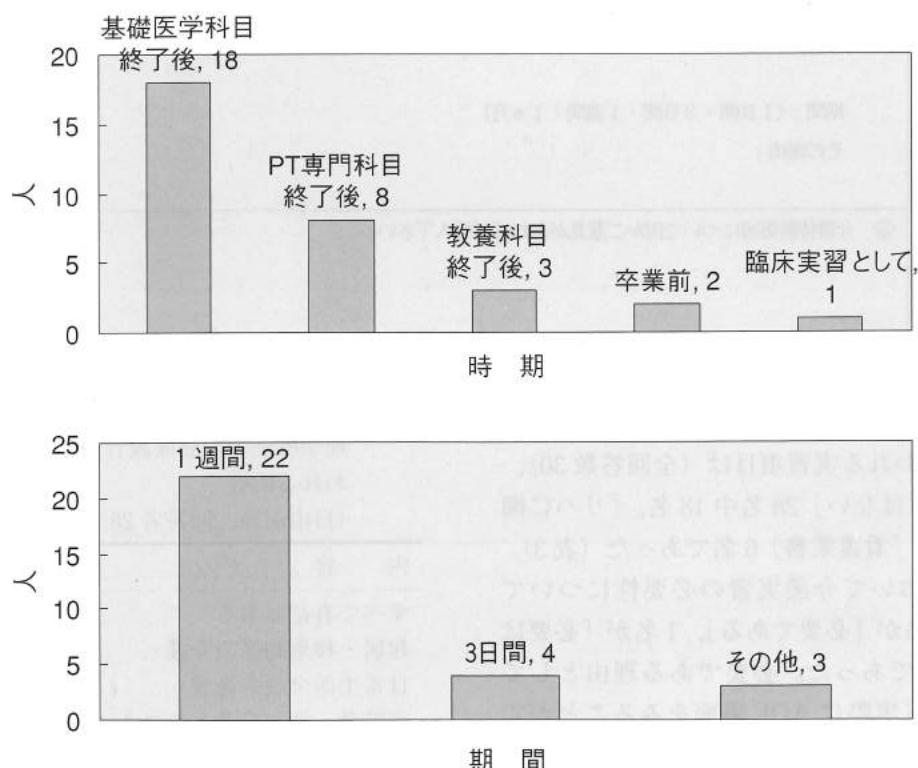


図1 介護体験実習の時期・期間
(選択複数回答、回答者数28名・総回答数は時期32、期間29)

齢者介護施設や在宅を含めた地域リハビリテーションへのニーズは高まっている。一方、日本においてPTの養成教育が始まった当初に比較して、現在の臨床実習教育の時間数は削減されてきている²⁾。これらの傾向は今後ともますます高まっていくと思われる。PTの養成教育にもこのような高齢者へのニーズに対応させた内容にする必要があると考えられる。養成校側において、学内教育および臨床実習教育の中で、様々なニーズに対応させるために、創意工夫が必要であると考えられる。本校ではこういった経緯を踏まえ1期生に対して、高齢者に対する理学療法の理解の一助にする目的で、1年次後期終了時3日間の高齢者介護施設における介護体験実習を設定した。

そこで今回、本校の今後の高齢者に対する理学療法の教育カリキュラムおよび実習カリキュラムを検討する参考資料にする目的で、指導者の立場より介護実習の意義を検討する目的でアンケート調査を実施した。

介護実習での体験内容のうちPT教育において有益と思われる体験内容として総回答数96と数多くあげられており、3日間という短期間であったが、様々な意義のある体験が提供できるものと思われる。その内容は「すべての実習」・「起居・移乗動作の介護」・「ADL全般の介護」・「コミュニケーション」などが主にあげられていた。これらの項目は高齢者介護施設の特徴を反映した内容であり、高齢者の理学療法の一助になる可能性があると思われた。介護実習での体験内容のうちPT教育において必要でないと思われる体験内容として総回答数30であった。このうちの大半は「有益でない項目はない」であった。その他の項目では、「リハビリに関して」・「看護業務」であり、これらの項目は病院でも体験できる項目であり、今回の実習の特徴が反映された意見であると思われた。

PT教育において介護実習は、28名中27名が有益であるとしており、その要因として「実際にADL場面をみることができる」・「チーム医療・他職種を理解することができる」・「高齢者・認知症者とのコミュニケーションの体験」・「PTの職域としての高齢者介護施設をみる」などがあげられていた。これらの意見は前述した有益な体験内容と合致していた。これらのことにより介護実習の意義として、PTと介護との関わり、高齢者へのPTのニーズ、

病院以外の高齢者介護施設の見学など、高齢者とPTとの関わりの理解がなされるものと思われた。意義のある体験内容、および介護体験実習の必要性の要因において、理学療法に直結することがあまり出ていないことについては、今回の実習形態が介護体験であり実習指導者が、PT・作業療法士・医師・看護師・介護福祉士など多職種であったことが考えられる。しかし、これらの意見から、総括的に高齢者に対する理学療法の必要性は認識されたものと感じられる。

介護実習の時期に関しては、「基礎医学科目終了後」、「PT専門科目終了後」であった。期間に関しては、「1週間」であった。今回設定した時期は「一般教養科目終了後」であり、期間に関しても今回設定した期間より長期であり、指導者の立場からは介護実習を介護体験のみでなく体験してさらにそれ以上の内容を提供する意見であると思われた。

介護実習においてその他の意見として、「施設に就職するPTを育成してほしい」との回答があり、施設側としてこういった実習という関わりを通してリハ専門職を確保する狙いもあると考えられた。

各養成校で高齢者介護施設での実習の試みが報告されている。北里大学医療衛生学部理学療法学専攻における老人・地域臨床実習の報告³⁾では、今後の課題としてより多くの施設の確保とともに、養成校の教員と指導者側の十分な討議を通して、各施設の特徴を踏まえたきめ細かい実習要綱を作成することとしている。森田ら^{4~6)}は柳川リハビリテーション学院における実践として、学生の情意領域における教育ならびに障害の多様性を実践的な介護を通して把握させることを目的に、老人保健施設における体験実習を報告している。実習の今後の課題として実習施設の特徴を把握した上で、きめ細かい実習内容を設定していくことと述べている。これらの報告は高齢者介護施設での実習の意義を認めた上で実施し、一定の成果を出している。さらに今後の課題も併せ検討している。共通しているのは学生を対象にしたアンケート調査であることである。我々も学生を対象にしたアンケート調査結果を報告した¹⁾。

荻島ら⁷⁾は、地域施設実習として最終学年の10~11月にかけての4週間をあて、指導者にアンケート調査を行っている。その結果施設実習の教育的対応は養成施設の大きな課題となることが予測されるとしており、学内教育の再点検と同時に実習環境整

備、実習指導者の育成、実習プログラムの吟味が必要となると述べている。古山ら⁸⁾は、介護老人保健施設での総合臨床実習を前提とした学内教育の在り方について、介護老人保健施設に所属する理学療法士にアンケート調査を行っている。その結果、学内教育においては授業時間数だけではなく、対象者や取り巻く環境や制度の知識における教育内容の充実を図るとともに、情意面での学生指導に重点をおく必要性があると述べている。これらの報告は実習指導者を対象に調査したものである。実習形態は長期実習を対象にしており、実習指導者はPTである。今回の調査では対象者はPT、作業療法士、介護福祉士、事務職などと様々であり、比較することは困難であるが今後の参考になると思われる。

荻島ら⁹⁾も養成校における地域および高齢者へのPTのカリキュラムを紹介している。本校でも地域および高齢者の理学療法における実習カリキュラムのきっかけとしての位置づけで、介護実習を設定した。今回の意見より成果はあげられたと考えられる。

これらの報告などを参考にして本校においても今後、高齢者における社会からのPTへのニーズに即した、高齢者や地域リハビリテーションを念頭においた、学内教育および臨床実習教育カリキュラムを確立していく必要があると考えられた。

本論文の要旨は第40回日本理学療法学術集会(平成17年5月、大阪)にて口述発表した。

7. まとめ

本校理学療法学科1期生に対して実施した介護体験実習について、実習指導者を対象に理学療法士の

養成教育における介護体験実習の意義についてアンケート調査を行った。介護体験実習の意義として、高齢者の日常生活動作能力の観察、高齢者施設をみる、チーム医療の学習などがあげられていた。これらのこととは、高齢者の理学療法へのニーズに備える準備になると考えられた。

最後に今回のアンケート調査にご協力いただきました皆様に深謝いたします。

参考文献

- 1) 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：介護体験実習の検討～実習終了後の学生へのアンケート、臨床福祉ジャーナル、2:31～36. 2005
- 2) 日本理学療法士協会編集：理学療法白書2002～岐路に立つ理学療法保健、アイベック、2002
- 3) 日本理学療法士協会編集：理学療法白書1997～保健・医療・福祉の方向性と理学療法士、アイベック、p 127～130. 1997
- 4) 森田正治：老人保健施設における実習の展開、PTジャーナル、34:183～190. 2000
- 5) 東裕一、森田正治、河元岩男：介護体験を通しての情意領域の教育、リハビリテーション教育研究、5:35～37. 2000
- 6) 森田正治：老人保健施設における体験実習の自己評価について、理学療法学(学会特別号)、26:122. 1999
- 7) 荻島久裕、徳田裕、酒井吉仁、田辺康二、城戸智之、森佐和子：病院外施設実習プログラムの検討—実習終了後アンケート調査からー、リハビリテーション教育研究、6:57～58. 2001
- 8) 古山智子、佐々木誠、及川健、笠原秀則、上せつ子、山上弘義：介護老人保健施設での総合臨床実習を前提とした学内教育の在り方について、理学療法学(学会特別号)、29:330. 2002
- 9) 荻島久裕：保健福祉領域へむけたPT教育への取り組み、PTジャーナル、33:200～201. 1999

理学療法士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 —臨床実習指導者への意識調査—

奥 壽郎¹⁾ 小山理恵子²⁾ 西島智子²⁾ 内藤郁奈²⁾
畠山 聰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⁾ 榎本康子¹⁾
神田太郎¹⁾

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 Clinical Practice at a Physical Therapy Schools between Teachers and Supervisors at Hospitals —Questionnaire for Clinical Supervisors at Hospitals—

Toshiro Oku¹⁾, Rieko Koyama²⁾, Tomoko Nishijima²⁾, Ikuna Naito²⁾,
Satoshi Hatakeyama²⁾, Harumi Takada¹⁾, Hidenori Eguti¹⁾, Tsukasa Yonamine¹⁾,
Takashi Sakamoto¹⁾, Midori Kai¹⁾, Noriaki Shiota¹⁾, Yasuko Enomoto¹⁾
and Taro Kanda¹⁾

¹⁾Clinical Welfare College

²⁾St Therese Hospital

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

We surveyed the necessity for further mutual understanding between teachers and clinical supervisors. Questionnaires were sent to 40 clinical supervisors at hospitals about their attitude to clinical practice.

The result showed that mutual understanding about clinical practice was not sufficient, although the clinical supervisors at hospitals recognized the importance of mutual understanding.

Key words : Clinical practice education of Physical therapy, Physical therapy school, Practice facilities, Mutual understanding, clinical supervisors

別刷請求先：奥 壽郎 〒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 : 03-5910-3760 E-mail : kotobuki@rinshofukushi.ac.jp

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、臨床実習教育を担当する臨床実習指導者の立場より、養成校と実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。対象は臨床実習指導者 40 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、実際に養成校側が実習施設側の実習体制を把握し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臨床実習教育のさらなる充実に向けての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、臨床実習指導者

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・役割を理解し機能する必要があると思われる。

一方、理学療法白書¹⁾によると養成校と実習施設との関係は、未だ「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体制の把握、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体制の把握といった点に着目した報告は少ない。

そこで今回、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、臨床実習教育を担当する臨床実習指導者に対して意識調査を実施した。

2. 対 象

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ている理学療法士 7 養成校の実習施設の中からランダムに 100 施設を抽出し、本調査に協力が得られた臨床実習指導者 40 名を対象とした（回収率 40 %）。性別は男性 30 名、女性 10 名、平均年齢 38.6 ± 6.4 歳、平均臨床実習指導経験は 14.0 ± 5.3 年であった。

3. 方 法

調査方法は郵送法によるアンケート調査とした。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、把握の方法についてである。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、回答項目毎に回答者数で表示した。なお対象者には本研究の目的・内容を説明し同意を得た上で実施した。

4. 結 果

①養成校による実習施設側の実習体制の把握

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について（回答者 40 名）の設問の回答は、「必要である」40 名中 34 名、「必要はない」40 名中 4 名、「わからない」40 名中 2 名であった（図 1 上段）。

「必要である」理由についての設問の回答（複数回答・総回答数 34 名・総回答数 34）は、「施設によって違うから（症例、疾患、課題、発表、アプローチ内容など）」（回答数 13）、「学生への事前指導のため（学生の配置、学生の実習地の選択）」（回答数 7）、「実習もカリキュラムなので内容を知る必要がある」（回答数 6）、「適切な実習であったか養成校が確認するため」（回答数 3）などであった（表 2 上段）。

「必要性はない」理由としての回答（複数回答・総回答者 4 名・総回答数 3）は、「多くの実習地の把握は困難」（回答数 2）、「学生の能力によってシステムが変わる」（回答数 1）であった。

b. 把握の現状

養成校における実習施設側の実習体制の把握の必要性はあるとの回答者 34 名に対して、把握の現状について設問をした。「実際に把握されているか（養成校に伝わっているか）」に対して、「把握され

表 1 アンケート調査票

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。下記よりお選びください。

(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。
- ・「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。

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、養成校は貴施設の実習体制を把握されている（伝わっている）と思いますか。下記よりお選びください。

(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。
- ・「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。

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されているかお書きください。

・把握の方法として、今後どういう方法があると思いますか、お書きください。

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。
- ・「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。

b 現在、養成校の実習体制を把握できていると思いますか。下記よりお選びください。

(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。
- ・「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。

c 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されているかお書きください。

・把握の方法として、今後どういう方法があると思いますかお書きください。

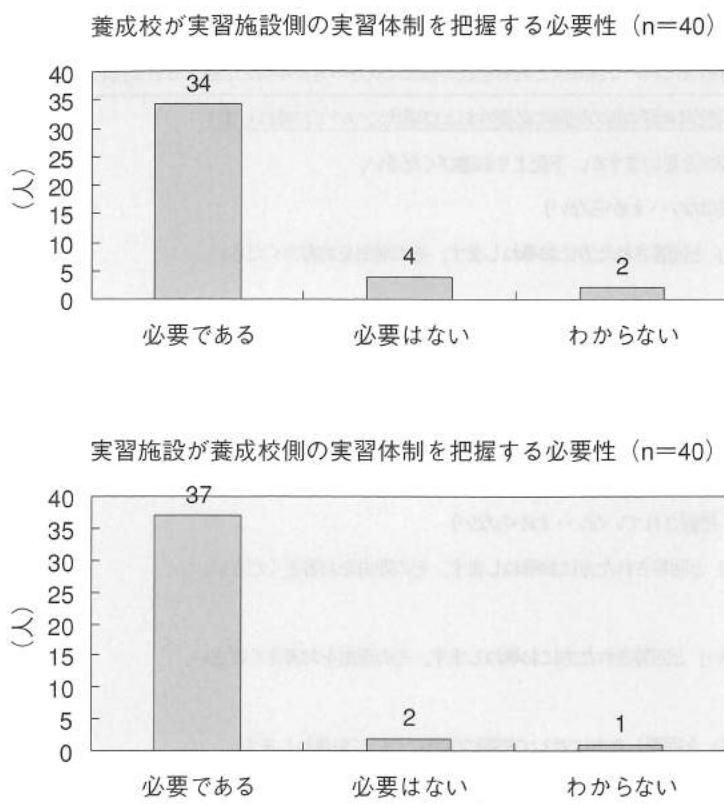


図 1 養成校、実習施設双方における実習体制相互把握の必要性

表 2 養成校、実習施設双方の実習体制の相互把握の意義

① 養成校が実習施設側の実習体制を把握する意義 (回答者 40・総回答数 34)

内 容	人 数
施設によって違うから (症例、疾患、課題、発表、アプローチ内容など)	13
学生への事前指導のため (学生の配置、実習地の選択)	7
実習もカリキュラムなので内容を知る必要がある	6
適切な実習であったか養成校が確認するため	3
その他	5

② 実習施設が養成校側の実習体制を把握する意義 (回答者 40・総回答数 34)

内 容	人 数
養成校側の要求レベルを把握する必要がある	16
養成校によって実習体制が違うから	5
実習を受ける側としての責務	5
その他	8

ている」34名中10名、「把握されていない」34名中6名、「わからない」34名18名であった(図2上段)。

「把握されている」理由の設問の回答(複数回

答・総回答数7)は、「実習地訪問で確認されている」(回答数2),「最低限の内容は把握されている」(回答数2)などであった。

「把握されていない」理由の設問の回答(複数回

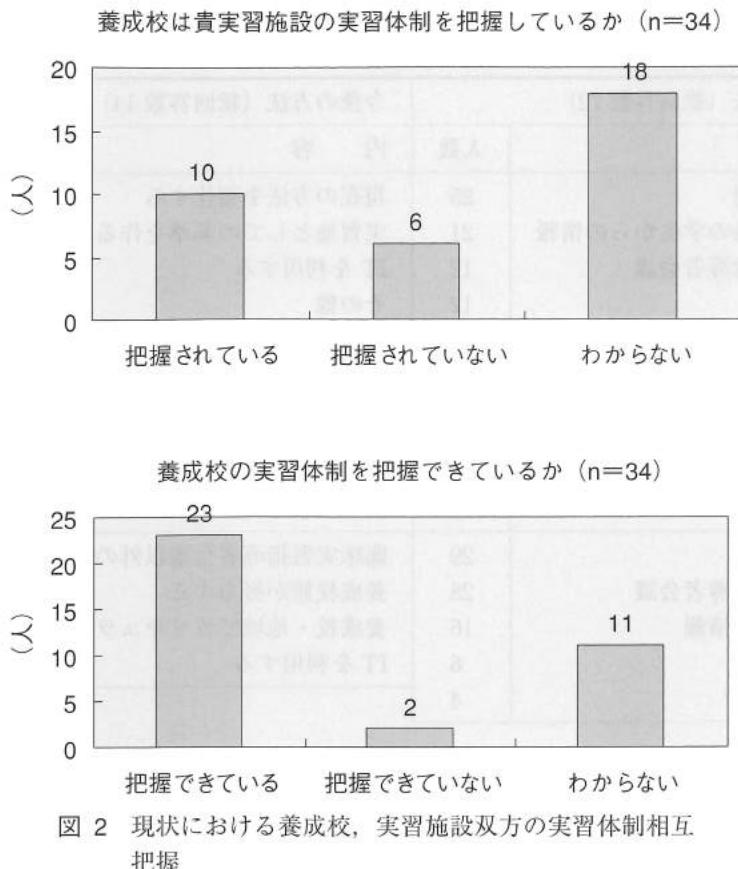


図 2 現状における養成校、実習施設双方の実習体制相互把握

答・総回答数 5) は、「情報交換の場が不十分」(回答数 3), 「実習施設の名前だけ貸している」(回答数 2) であった。

「わからない」理由の設問の回答 (複数回答・総回答数 14) は、「周知してくれているか不明」(回答数 4), 「養成校によって違う」(回答数 3), 「養成校から聞きにこない」(回答数 3) などであった。

c. 把握の方法 (表 3 上段)

同様に、養成校における実習施設側の実習体制の把握の必要性はあるとの回答者 34 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されているかの設問の回答 (複数回答・総回答数 72) は、「実習地訪問」(回答数 25), 「実習終了後の学生からの情報」(回答数 21), 「臨床実習指導者会議」(回答数 12), 「電話連絡」(回答数 12) などであった。

今後どういう方法があると思うかの設問の回答 (複数回答・全回答数 14) は、「現在の方法を強化する (実習地訪問の回数を増やす, 実習指導者会議を充実させる, 連絡を密にするなど)」(回答数 5), 「実習地としての基準を作る」(回答数 2), 「IT を利

用する」(回答数 2) などであった。

②実習施設による養成校側の実習体制の把握

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 (回答者 40 名), 「必要性がある」40 名中 37 名, 「必要性はない」40 名中 2 名, 「わからない」40 名中 1 名であった (図 1 下段)。

「把握の必要性がある」理由の設問の回答 (複数回答・総回答者 37 名・総回答数 34) は、「養成校側の要求レベルを把握する必要がある」(回答数 16), 「養成校によって実習体制が違うから」(回答数 5), 「実習を受ける側としての責務」(回答数 5) などであった (表 2 下段)。

「把握の必要性はない」理由の設問の回答 (複数回答・総回答者 2 名, 総回答数 1) は, 「養成校のために実習を受けているわけではない」であった。

b. 把握の現状

貴実習施設は養成校側の実習体制を把握しているかの設問の回答は (回答者 36 名), 「把握している」36 名中 23 名, 「把握できていない」36 名中 2 名,

表 3 養成校・実習施設双方の実習体制の相互把握の方法

① 養成校が実習施設側の実習体制を把握する方法（回答者 34）

現状の方法（総回答数 72）		今後の方法（総回答数 14）	
内 容	人 数	内 容	人 数
実習地訪問	25	現在の方法を強化する	5
実習終了後の学生からの情報	21	実習地としての基準を作る	2
臨床実習指導者会議	12	IT を利用する	2
電話連絡	12	その他	5
その他	2		

② 実習施設が養成校側の実習体制を把握する方法（回答者 40）

現状の方法（総回答数 75）		今後の方法（総回答数 4）	
内 容	人 数	内 容	人 数
実習の資料	29	臨床実習指導者会議以外の場を設定	1
臨床実習指導者会議	28	養成校側が努力する	1
学生からの情報	16	養成校・地域でカリキュラムを統一	1
電話連絡	6	IT を利用する	1
実習地訪問	4		

「わからない」36名中15名であった（図2下段）。

「把握できている」理由の設問の回答（複数回答・総回答数23名・回答数17）は、「書類、臨床実習指導者会議などで把握しているから」（回答数8）、「把握するのが当然の責務」（回答数3）、「大体は把握している」（回答数3）、「顔見知りの教員から把握している」（回答数2）などであった。

「把握できていない」理由の設問の回答（複数回答・総回答数2名・全回答数2）は、「養成校が多くてすべて把握することは困難」（回答数2）であった。

「わからない」理由の設問の回答（複数回答・総回答者15名、全回答数10）は、「臨床実習指導者会議が不十分」（回答数3）、「養成校によって違う」（回答数3）などであった。

c. 把握の方法（表3下段）

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・総回答者40名、総回答数83）は、「実習の資料」（回答数29）、「臨床実習指導者会議」（回答数28）、「学生からの情報」（回答数16）、「電話連絡」（回答数6）、「実習地訪問」（回答数4）などであった。

今後どういう方法があると思うかの設問の回答（複数回答・全回答数4）は、「臨床実習指導者会議

以外の場を設定」、「養成校側が努力する」、「養成校・地域でカリキュラムを統一する」、「IT を利用する」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。

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・実習指導者の確保の不十分など、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、臨床実習指導者にも、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。

我々は、養成校と実習施設が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。その結果、双方向の実習体制の相互把握の必要性に対する認識は高いものの、現状では実際の相互把握は不十分であるとの結果が得られた³⁾。今回は臨床実習指導者に対して同様な意識調査を実施した。

今回の臨床実習指導者を対象にした結果では、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は40名中約78%，逆に、実習施設が養成校側の実習体制を把握する必要があるとの回答は40名中約93%であった。いずれも双方の把握の必要性は高率で認識されていた。

しかしながら現状において、養成校が実習施設側の実習体制を把握しているかの回答は40名中約27%，および養成校側の実習体制を実習施設が把握しているかの回答は40名中約64%で、臨床実習指導者の立場では双方向の把握状況になっていたいという結果であった。

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。

臨床実習指導者において、実習施設と養成校との連携の必要性かつ重要性は認識されていた。この結果は以前実施した養成校教員においても同様な結果が得られている³⁾。実習施設と養成校の双方の実習体制の相互に理解することにより、臨床実習教育が成立することは成功の鍵になると言える、理学療法白書（1997）⁴⁾でも、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になると述べている。今回の結果でも相互理解が必要であるという理由として、養成校側が実習施設を把握することについて、「施設によって違うから」、「実習もカリキュラムなので内容を知る必要がある」、「適切な実習であったか養成校が確認するため」、実習施設側が養成校側を把握することについては、「養成校側の要求レベルを把握する必要がある」、「養成校によって実習体制が違うから」などであり、学生へ臨床実習教育で還元す

る要因があげられていた。

臨床実習指導者の立場からの相互把握の現状については、実習施設が養成校の実習体制を把握しているものの、養成校が実習施設の実習体制を把握しているとは言い難いという結果であった。この要因として、昨今の養成校の急増、それに伴う臨床実習施設・臨床実習指導者の確保の困難性および不十分⁵⁾があげられる。これらの問題は養成校が多岐にわたる実習施設毎の実習体制の把握よりも実習施設の確保が第一優先になっているものと思われる。しかしながら、養成校側として臨床実習指導者会議の充実^{6~7)}、養成校主催による臨床実習指導者への研修会⁸⁾など、養成校においても実習施設との連携を重視する取り組みがみられている。これらの取り組みは相互把握へ向かうものと考えられる。しかし、これらはすべて臨床実習指導者が養成校あるいは研修会場へ足を運ぶ形態であり、多忙な臨床業務の中では今後の創意・工夫が必要になると思われる。

相互把握の方法として、「臨床実習指導者会議」、「実習地訪問」、「学生からの情報」などがあげられていた。前述した理学療法白書1997⁴⁾でも連携の手段として、主に「臨床実習指導者会議」と「実習地訪問」があげられていた。しかし、現状の臨床実習教育を取り巻く環境ではこれらの方法のみでは限界があるようと思われる。臨床実習指導者会議の形態の工夫、実習地訪問の回数を増やすなど現状の方法の強化、さらにはITの活用などの検討が望まれる。

現在、臨床実習教育は厚生労働省からの指定実習カリキュラムに従い各養成校での工夫がなされている。今後の充実に向けて双方向の相互把握は必要不可欠の要因になると考えられた。

6. まとめ

臨床実習指導者40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、現状では実習施設が養成校側の実習体制は把握できているものの、逆に養成校が実習施設側の実習体制を把握することに関しては、不十分との認識であった。今後はこ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

最後にアンケートにご協力いただきました臨床実習指導者の皆様に感謝いたします。

参考文献

- 1) 大渕恵理：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：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) 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：理学療法士臨床実習教育における養成校・実習施設間双方の相互把握の必要性と現状～養成校教員への意識調査～，臨床福祉ジャーナル，

1:51～55, 2004

- 4) 大渕恵理：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
- 5) 高木昭輝：臨床実習，新人教育プログラム教本 日本理学療法士協会，117～126, 1994
- 6) 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，榎本康子，神田太郎：臨床実習指導者会議における理学療法技術研修会開催の試み，理学療法 進歩と展望，投稿中
- 7) 奥 壽郎：臨床実習指導者会議～臨床で何を学び何を教えるか，山形医療技術専門学校理学療法学科平成14年5月臨床実習指導者会議シンポジウム
- 8) 臨床実習指導者研修会報告書：専門学校社会医学技術学院

人工内耳装用者における視覚情報処理能力

鈴木恒輔¹⁾ 内藤 明²⁾

¹⁾臨床福祉専門学校言語聴覚療法学科 現甲府城南病院リハビリテーション科

²⁾東海大学医学部耳鼻咽喉科

Visual-information-processing Capability in the Person Fitted with Cochlear Implant

Kosuke Suzuki¹⁾ and Akira Naito²⁾

¹⁾Department of Speech-Language Pathology, Clinical Welfare College,

Department of Rehabilitation, Kofujyōnan Hospital

²⁾Department of Otolaryngology, Tokai University School of Medicine

Summary : Regarding the ability to process visual information in adult cochlear implant patients, 6 low-ranking visibility issues were selected from the existing neuropsychological inspection, and a test battery was made for this study. This was examined from a neuropsychological standpoint.

Fifteen adult patients who utilize the implant on a daily basis were chosen as the subjects and referred as the subject group. This group was divided into two groups : the adulthood hearing loss group (13 subjects) and the childhood hearing loss group (2 subjects). As for the controls, we used the average test outcome of physically unimpaired people—labeled the normal health group.

The statistical analysis produced the following three results. ① Although there were no significant statistical differences between the normal health group and the subject group, the differences were not, but were very close to, statistically significantly different. ② The results of the childhood hearing loss group were exceptionally high compared to the normal health group and the adulthood hearing loss group. ③ The hearing loss period and the results of the test battery were related. It is said that people with cochlear implants have significantly high activation of speech recognition in the gyrus temoralis superior and medius (both sides), the left Broca area, the supplementary motor area, and the gyrus anterior cingulate (Naito.Y 2000). Based on this, it is presumed that the frontal lobe, including the working memory that is activated by visual stimulation, reflects the results of the test battery.

Key words : Cochlear implant, Visual information, Frontal lobe function, Working memory

要旨：人工内耳装用者の視覚情報処理能力について、既存の神経心理学的検査から視覚性課題の下位項目を6項目抜粋し、本研究用テストバッテリーを作成、これを神経心理学的な観点から検討し

別刷請求先：鈴木恒輔 〒400-0831 山梨県甲府市上町753-1 甲府城南病院リハビリテーション科

Reprint requests to : Kosuke Suzuki Department of Rehabilitation, Kofujyōnan Hospital

753-1 Kami-cho, Kofu-shi, Yamanashi 400-0831, Japan

Tel : 090-6165-1538 E-mail : within@r4.dion.ne.jp

た。

対象は成人の人工内耳常時装用者15名で、これを「対象群」とした。さらに対象群を「成人期失聴群」(13名)、「小児期失聴群」(2名)に分類した。また比較対照群として、各検査における健常者平均値を「健常群」とした。統計分析より、①健常群と対象群には統計上の有意差は認められなかつたものの、有意差に極めて近い値であった。②小児期失聴群は健常群と成人期失聴群の両群に比して有意に成績が高かった。③失聴期間と本テストバッテリーの成績は相関している、との結果を得た。人工内耳装用者では両側の上・中側頭回、左プローカ野、補足運動野、前帯状回において語音認知の際の賦活が有意に高いといわれている。このことから、ワーキングメモリを含む前頭葉機能が視覚刺激によって賦活化された結果が本テストバッテリーの成績に反映されたと推察する。

キーワード：人工内耳、視覚情報、前頭葉機能、ワーキングメモリ

はじめに

人工内耳の一般的臨床応用から二十数年が経過したが、その間にも人工内耳機器の技術革新は目覚ましく、人工内耳による語音認知は顕著に改善した^{1~3)}。しかし、人工内耳の機種や音声符号化法の違いを問わず、人工内耳装用による言語聴取能力は個人差が著しい^{1~5)}。これらの差異は失聴期間やコミュニケーション環境、装用者自身のパーソナリティなどの個人・環境を含めた背景因子が大きく関与していることが推察される。その一因子として考えられるのは視覚情報の活用である、人工内耳に読話併用した場合の語音聴取は、人工内耳のみの語音聴取に比して顕著に高いのが人工内耳装用による語音聴取の特徴であったとの報告⁶⁾からも人工内耳によるコミュニケーションには視覚併用が現実的であることが示唆されている。

ところで、近年の脳機能画像の進歩によって脳活動の非侵襲的な記録が可能となってきており、人工内耳装用者の脳活動についても新たな知見が得られてきている。しかし、人工内耳の適応は聴覚の末梢器官である蝸牛の障害が前提であり、高次脳機能との対応は未知の部分が多い。脳機能画像による知見は、あくまで脳内で起こっている現象の一侧面を捉えたものであり、神経心理学的アプローチによる確認が必要である。本研究では、人工内耳装用者の視覚情報処理能力について神経心理学的な観点から分析し、検討した。

対象

成人の人工内耳常時装用者15名(男性=5名、女性=10名)を対象とした。年齢は23~81歳、失聴期間が0.1~30年、失聴時年齢が0~72歳であった

(表1)。この15名を①対象群とし、さらにA~Mの13名を失聴時年齢が高い②成人期失聴群、N~Oの2名を失聴時年齢の低い③小児期失聴群に分類した。また、比較対照群として、各検査における健常者の平均値を「健常群」とした。

方 法

人工内耳装用者の視覚情報処理能力を客観的に評価可能な標準化された検査は無いため、既存の神経心理学的検査から視覚性課題の下位項目を抜粋し、本研究用テストバッテリーを作成した。テストバッテリーの構成は次の通りである。

① MMS 言語記憶検査

片仮名2文字で構成された有意味語と無意味語、各5単語を刺激語として用いた言語性の記憶課題である。本テストバッテリーでは視覚性言語の近時記憶検出を目的として採用した。

② WMS-R (Wechsler Memory Scale-Revised) より「図形の記憶」

WMS-Rにおける視覚性記憶の下位項目である。視覚性認知能力と視覚性即時記憶の検出を目的とした。

③ WMS-R (Wechsler Memory Scale-Revised) より「視覚性記憶範囲」

WMS-Rにおける注意/集中力の下位項目である。視覚性即時記憶と汎性注意の範囲・強度、集中力の検出を目的とした。

④ 浜松方式高次脳機能スケールより「仮名ひろいテスト」

前頭連合野機能検出のためのスクリーニング検査である。分配性注意と集中力の検出を目的とした。

表 1 対象者の一覧

	A	B	C	D	E	F	G	H
年齢	75	63	62	52	54	62	75	51
性別	女性	女性	女性	男性	男性	女性	女性	男性
失聴原因	突発性難聴	進行性感音難聴	進行性感音難聴	進行性感音難聴	進行性感音難聴	突発性難聴	進行性感音難聴	突発性難聴
聴取能V	80	60	100	78	100	90	88	100
聴取能C	38	22	41	45	85	50	53	52
失聴年齢	72	49	57	49	33	58	56	45
手術時年齢	72	57	58	50	45	58	72	46
失聴期間	1	204	12	24	156	84	84	8

	I	J	K	L	M	N	O
年齢	81	67	61	62	56	48	23
性別	女性	男性	女性	女性	女性	女性	男性
失聴原因	進行性感音難聴	突発性難聴	突発性・進行性	メニエール氏病	メニエール氏病	両側ムンブス	先天性高度難聴
聴取能V	100	84	100	100	100	65	60
聴取能C	56	42	53	52	68	22	41
失聴年齢	72	55	42	53	43	9	0
手術時年齢	73	65	49	59	50	39	23
失聴期間	5	120	84	84	72	360	276

⑤ WAIS-R (Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised) より「符号」

WAIS-R の動作性課題を構成する下位項目である。Symbol Digit Modalities Test と同様であり、選択性注意と集中力の検出を目的とした。

⑥ レーブン色彩マトリシス検査 (RCPM : Raven colored progressive matrices)

聴覚性刺激を排除した、視覚性刺激のみで実施可能な非言語性知能検査として採用。本テストバッテリーを行うにあたって、精神機能面に低下が無いことを確認することを目的とした。

以上 6 検査をテストバッテリーとし、標準的な手続きに準じて上記の順序にて日時を空けず実施した。テストバッテリーを対象群である 15 名に行った後、結果を各群に分類し、①健常群と対象群の比較、②小児期失聴群と成人期失聴群の比較、③失聴期間・語音聴取能と本テストバッテリーとの相関関係について統計分析して検討した。なお、対象群の年齢は 23~81 歳と広範囲に及んでおりテストバッテリーの粗点のみで単純比較することはできないため、各検査における健常者の平均値を 0、分散を 1 とした標準化の手続き取ることで並列的な比較を可能とした。

結果

図 1 にレーブン色彩マトリシス検査の結果を示す。対象群 15 人に精神機能面の低下はみられず、テストバッテリー実施における精神機能面の側面は排除可能との前提で分析を行った。

①-(1) 対象群と健常群の比較

各検査結果の標準化後の平均値と標準偏差および得点の範囲は、MMS 有意語リストで 0.28 ± 0.90 ($-2.08 \sim 1.23$)、MMS 無意味語リストで -0.22 ± 1.65 ($-2.67 \sim 2.57$)、図形の記憶で 0.05 ± 1.11 ($-1.15 \sim 2.69$)、視覚性記憶範囲で 0.35 ± 1.01 ($-0.80 \sim 1.54$)、仮名ひろいテストで 0.75 ± 1.33 ($-0.90 \sim 3.22$)、符号で 0.73 ± 0.86 ($-0.66 \sim 2.33$) であった。チューデントの t 検定によって検定を行った結果を図 2 に示す。検定の結果、 $P=0.069, p<0.05 \cdot t=2.03 < t (0.975) 2.44$ と有意差はみられなかったものの、有意差に近い値が得られた。

①-(2) 成人期失聴群と健常群の比較

チューデントの t 検定によって検定を行った結果を図 3 に示す。検定の結果、 $P=0.40, p<0.05 \cdot t=0.87 < t (0.975) 2.22$ と有意差はみられなかった。

①-(3) 小児期失聴群と健常群の比較

ウェルチの t 検定によって検定を行った結果を図 4 に示す。検定の結果、 $P=0.003, p<0.05 \cdot t=5.15 > t$

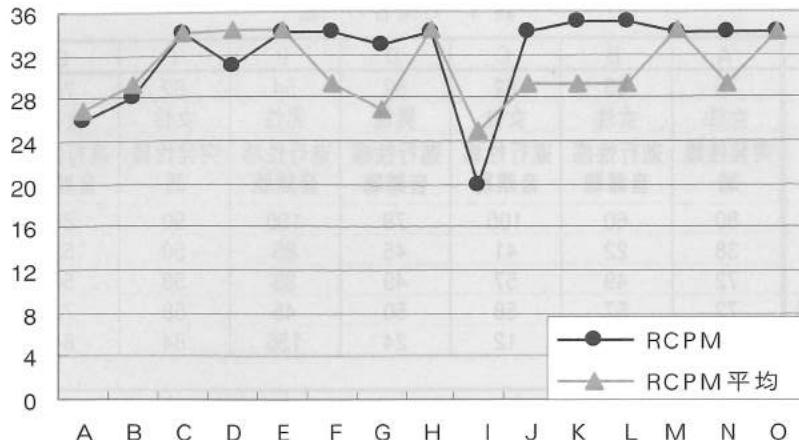


図 1 RCPM の結果と健常群平均

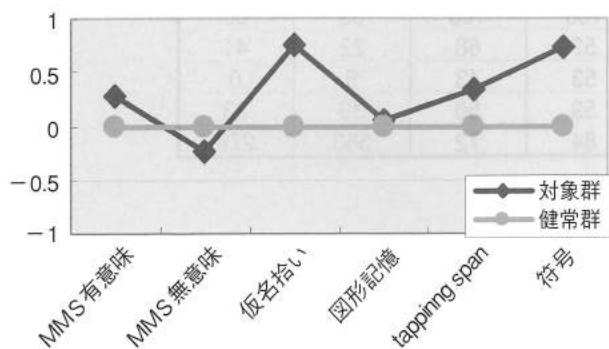


図 2 対象群と健常群の比較

MMS 有意味 : MMS 言語記憶検査有意味語 MMS 無意味 : MMS 言語記憶検査無意味語 仮名拾い : 仮名ひろいテスト 図形記憶 : WMS-R「図形の記憶」 Tapping span : WMS-R「視覚性記憶範囲」 符号 : WAIS-R「符号」

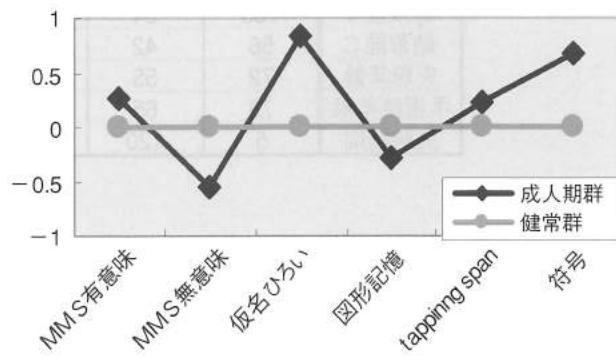


図 3 成人期失聴群と健常群の比較

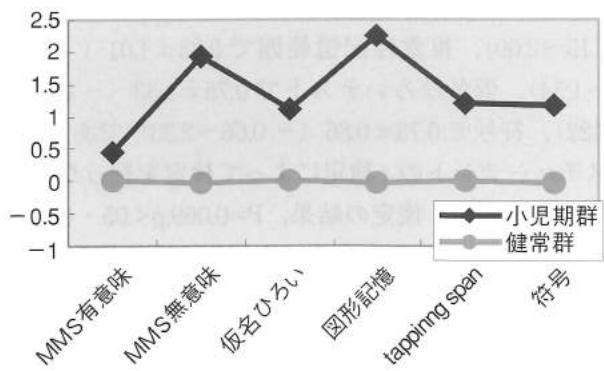


図 4 小児期失聴群と健常群の比較

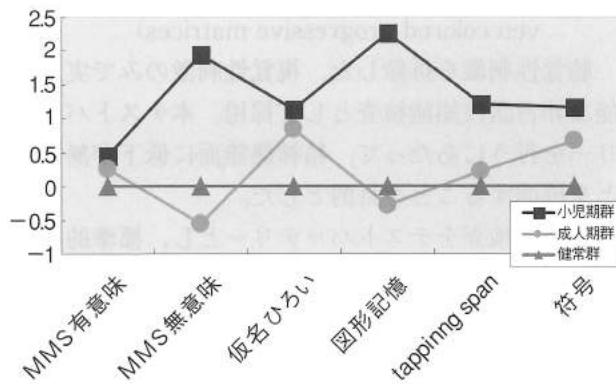


図 5 小児期失聴群と成人期失聴群の比較

において顕著な有意差が認められた。

② 小児期失聴群と成人期失聴群の比較

スチューデントの t 検定によって検定を行った結果を図 5 に示す。検定の結果, $P=0.008$, $p<.05$ · $t=3.49>t$ (0.975) 2.30 と有意な差が認められた。項目ごとの比較では, MMS 無意味で $P=0.04$, $p<.05$ · $t=2.27>t$ (0.975) 2.16, 図形の記憶で $P=$

(0.975) 2.57 と有意な差がみられた。各項目ごとの有意差は母数が少ないために検定が不可能であったが、母数を倍に増やしたと仮定した場合、全項目に

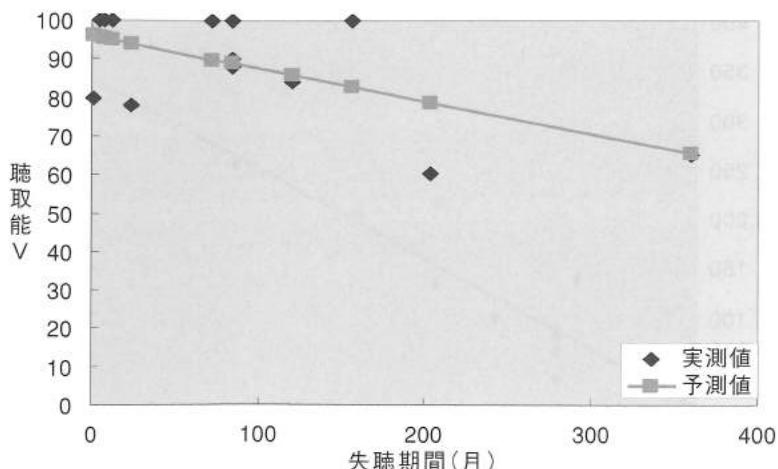


図 6 失聴期間と母音聴取能の相関関係

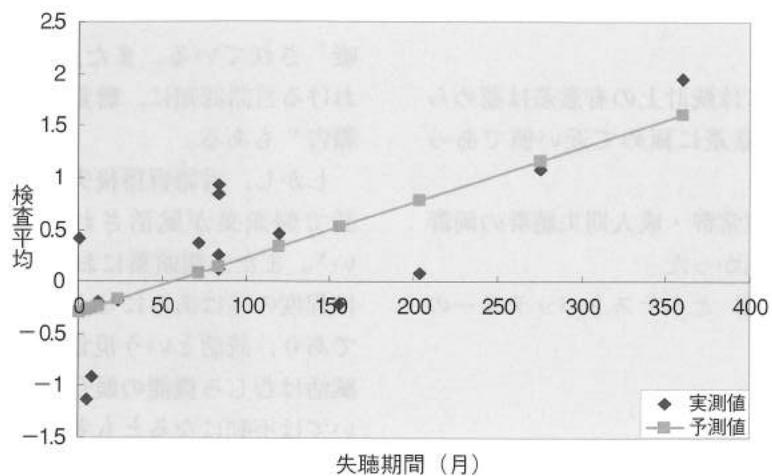


図 7 失聴期間とテストバッテリーの相関関係

0.0003, $p < .05$ • $t = 4.81 > t$ (0.975) 2.16 とそれぞれ有意差が認められた。これらの結果から視覚性言語記憶と視覚性認知能力、視覚性即時記憶が小児期失聴群では特に成績が高いことが示された。

③ 失聴期間（聴取能）と本テストバッテリーとの相関

失聴期間は人工内耳装用後の語音聴取能に影響するところが、本研究の対象群においても確認された。図 6 は回帰分析によって対象群の失聴期間と母音聴取能の実測値からの予測直線を導いたものである。 $P = 0.02$, $p < .05$ • $F = 6.87 > F$ (0.95) 4.84, と失聴期間は聴取能の予測に役立ち、本対象群における予測直線は妥当であることが示された。

失聴期間と聴取能との相関が有意であったため、失聴期間と本テストバッテリーの相関関係を検定す

ることで聴取能との相関関係も成立つとして、対象群の検査結果平均点と失聴期間との相関関係を検定し、単回帰分析によって予測直線を導いた。結果を図 7 に示す。検定の結果, $P = 0.002$, $p < .05$ • $F = 13.97 > F$ (0.95) 4.66 と本テストバッテリーの結果と失聴期間には相関関係が認められ、図 6 の予測直線は妥当であることが示された。

また、本テストバッテリーにおいてどの下位項目に失聴期間との相関関係が認められているかを重回帰分析によって検定した。各下位項目から導かれた失聴期間の予測値と実測値の散布図に近似直線を加えたものを図 8 に示す。検定の結果, $P = 0.0004$, $p < .05$ • $F = 15.79 > F$ (0.95) 3.58 と全下位項目について失聴期間の予測に役立つとの結果が示された。

以上の統計分析によって示された結果を総括す

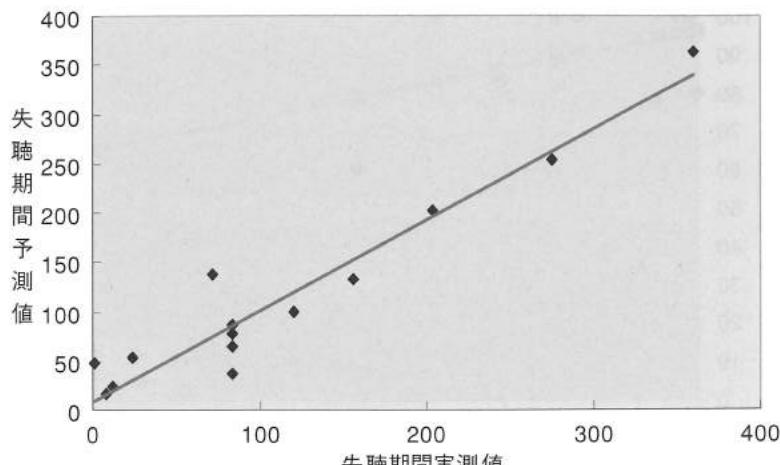


図 8 各下位項目と失聴期間との相関関係

る。

① 健常群と実験群には統計上の有意差は認められなかったものの、有意差に極めて近い値であった。

② 小児期失聴群は健常群・成人期失聴群の両群に比して有意に成績が高かった。

③ 失聴期間（聴取能）と本テストバッテリーの成績は相関している。

考 察

統計分析の結果より、人工内耳を装用している対象群に有意差は認められなかったものの、健常者よりも高い視覚情報処理能力を有している可能性が示唆された。また、失聴期間が長期に渡る小児期失聴群では、特に高い視覚情報処理能力を有していることが示され、その傾向は失聴期間に相關していることが明らかとなった。これらの結果から、聴覚性刺激の制限されている状態である失聴期間が長期に渡るほど他の刺激受容器官で代償しようとする大脳レベルにおける活動の再編成が成されており、例え失聴期間が短期であっても、少なからず同様の再編成が起こっている可能性が考えられる。ここで、このような大脳レベルにおける機能再編成、聴覚性刺激と視覚性刺激との関係を脳機能画像の観点から検討したい。

従来より行われている McGurk 効果の研究より、聴覚連合野には視覚からの入力もあることが明らかにされ、読話併用時に聴覚連合野の活動がみられることが術後成績に関連する可能性があることが示

唆⁷⁾されている。また、視覚性刺激である手話における言語認知に、聴覚連合野が関与しているとの報告⁸⁾もある。

しかし、言語習得後失聴の人工内耳使用者では読話で側頭葉が賦活された事例は確認されていない⁹⁾。また、側頭葉における聴覚系と視覚系の競合は程度の差はあるにせよ、普遍的にみられる現象⁹⁾であり、読話という視覚性刺激による聴覚連合野の賦活はむしろ機能の競合を生じさせ、言語認知においては不利になるとも考えられる。しかしながら前述のように、人工内耳装用者における読話併用時の語音聴取成績は有意に高いとの報告がある。また本テストバッテリーにおいても視覚情報処理能力が優れている可能性が示されている点からも、視覚性刺激による言語認知に関する機能の競合が生じているとは考え難い。では、どのような機能再編成が、大脳レベルで起こっているのであろうか。

人工内耳装用者と健聴者の脳活動を詳細に比較すると、人工内耳装用者では両側の上および中側頭回、左プローカ野、補足運動野、前帯状回において語音認知の際の賦活が有意に高いとの報告¹⁰⁾がある。解剖学的にも聴覚連合野と前頭葉のプローカ野、プローカ野と補足運動野の間には線維連絡があり、言語認知における聴覚連合野以外の働きに視覚情報が関与している可能性が考えられる。

本テストバッテリーは視覚情報処理能力の検出のため、既存の神経心理学的検査から視覚性の下位項目を抜粋して作成したわけであるが、個々の下位項目は即時記憶や汎性注意、集中力など前頭葉機能を

反映する項目である。人工内耳装用者は、入力された曖昧な言語信号を一旦保持し、前後関係や文脈に照合して適切な認知にいたる言語性のワーキングメモリを形成しているとも考えられ¹⁰⁾、ワーキングメモリを含む前頭葉機能は視覚刺激によって賦活化された結果が本テストバッテリーの成績に反映されたと推察する。

結 語

本研究は高次脳機能との対応に未知の部分が多い人工内耳装用者の視覚情報処理能力について、神経心理学的観点から検討した。人工内耳装用者における視覚情報処理能力は健聴者と比較して高い傾向にある可能性が示され、失聴期間と相関関係があることが明らかにされた。これを言語性のワーキングメモリが視覚性刺激によって賦活化されたと考察した。

ただ、検討した母集団の数が少ないためこの結果の信頼性・妥当性については、さらに検討の余地がある。また対象群を一つにまとめたが、本テストバッテリーの成績にはコミュニケーション環境やコミュニケーションストラテジーが大きく関与していると考えられ、そのような背景因子を考慮した検討も必要である。さらに時間的な制約から短時間の内に多くの検査を実施したこと、成績に関与しているものと思われる。

人工内耳システムの技術革新によって、人工内耳装用者の語音聴取成績は大幅に改善されたものの、やはり健聴には成りえない情報処理システムである。騒音下や大人数での会話では人工内耳による聴覚情報のみでは限界があることも周知の事実である。

聴覚刺激のみの聴取能を向上させていくことは重

要ではある。しかし、人工内耳によるコミュニケーションにおいて視覚情報は有効な補助手段となり、視覚併用が人工内耳装用者を取り巻くコミュニケーション環境の質を向上させていくことにつながると考えられる。

参考文献

- 1) Skinner MW, Clark GM, Whitford LA et al : Evaluation of a new spectral peak coding Strategy for the Nucleus 22 channel cochlear implant system. American Journal of Otology, 15 (suppl) : 15-27, 1994
- 2) 河野 淳, 城間将江, 加藤朗夫ほか : 人工内耳と補聴器による聴取能の比較—音声処理コード化法別と聽力レベル別検討—. 日本耳鼻咽喉科学会会報, 99 : 576-585, 1996
- 3) 井脇貴子, 土井勝美, 久保 武 : MPEAK コード化法と SPEAK コード化法間における言語聴取能の比較. Audiology Japan, 40 : 72-77, 1997
- 4) Kessler DK, Loeb GE, Barlo MJ : Distribution of speech recognition results with the Clarion cochlear prosthesis. Otol Rhinol Laryngol. special issue Oct., 1995
- 5) Hochmair-Desoyer I edit : Evaluation of performance with the Combi40 cochlear implant in adults A multicentric clinical study. ORL, 59 : 23-35, 1997
- 6) 城間将江 : 人工内耳手術後の成人・小児における聴覚の再学習と可塑性—言語臨床の立場から—. 音声言語医学, 39 : 305-314, 1998
- 7) 森 浩一 : 聴覚・言語の中枢処理. 日本耳鼻咽喉科学会会報, 105 : 340-341, 2002
- 8) Neville HJ, Bavelier D, Corina D et al : Cerebral organization for language in deaf and hearing subject : Biological constraints and effects of experience. Proc Natl Acad Sci USA95 : 922-929, 1998
- 9) 内藤 泰 : 聴皮質の発達と可塑性. 音声言語医学, 42 : 264-271, 2001
- 10) Naito Y, Tateya I, Fujiki N et al : Increased cortical activation during hearing of Speech in cochlear implant users. Hearing Res, 143 : 139-146, 2000

高齢者における補聴器選択 —特徴と今後の課題—

蒲生貴行 黒田かおり
上尾中央総合病院 耳鼻咽喉科

Selection of Hearing Aids for Aged
—Characteristics and Future Problems—

Takayuki Gamo and Kaori Kuroda

Department of Otorhinolaryngology, AGEO Central General Hospital,
1-10-10 Kashiwaza, Ageo-City, Saitama Pref. 362-8588

Summary : The current study was undertaken to delineate the characteristics of the selection of hearing aids for the aged, who are thought to need these more than any other age group in the face of a rapidly aging population. It is believed that the finding would aid in the future policy making.

Of the 200 individuals who visited our hospital for consultation on hearing aids over the last 2 years and were available for repeated follow-up observations, those under 20 years of age were excluded and 188 (mean age, 72.7 years) served as the subjects of the study. They were divided into two groups—the older group composed of 150 subjects, 65 or older (mean, 77.8) and the adult group composed of 38 subjects under 65 (mean 52.4). The majority of those in the former group lived in residential facilities or at home alone or with a partner. In this group, factors that would seriously hamper the operation of a hearing aid (e.g., visual disturbances and compromised manual dexterity) were noted more frequently than in the adult group. In choosing a specific form for the hearing aid, both groups tended to place more importance on its esthetics rather than operational ease. It was indicated that a hearing aid is likely to pose a significant economic burden on the aged.

It was concluded that it is important to respond to the characteristics of the aged and educate and train Speech-Language Hearing therapists who are expected to respond to these situations. It is hoped that the public welfare system will extend economic aid to ease the burden associated with the acquisition of a hearing aid.

Key words : Selection of hearing aids, the aged, impaired hearing due to old age, Speech-Language Hearing therapist, auditory rehabilitation

要旨：本研究の目的は、高齢化が進む現代において補聴器のニーズが最も高いと思われる高齢者における補聴器選択の特徴を明らかにし、今後の対応を検討することである。

別刷請求先：蒲生貴行 〒362-8588 埼玉県上尾市柏座1-10-10 上尾中央総合病院 耳鼻咽喉科

Reprint requests to : Takayuki Gamo Department of Otorhinolaryngology, AGEO Central General Hospital, 1-10-

10 Kashiwaza, Ageo-City, Saitama Pref. 362-8588

Tel : 048-773-1111 Fax : 048-773-7122

対象は、最近2年間で当院の補聴器相談に来院し、複数回の経過観察を実施し得た200名のうち20歳未満を除いた188名（平均年齢72.7歳）とした。そのうち65歳以上を高齢群150名（平均年齢77.8歳）、65歳未満を成人群38名（平均年齢52.4歳）とした。

結果は、高齢群では施設入所や独居、2人暮らしの割合が高かった。高齢群では、補聴器の操作に少なからず影響する要因（視覚障害、手指の巧緻性障害）が成人群より多かった。補聴器の形状の選択は、両群ともに操作性より審美性を重要視する傾向がみられた。高齢者において補聴器作製は経済的負担が大きい可能性が示唆された。

今後は、高齢者の特徴に合わせた対応やその役目を担う言語聴覚士の教育、育成が重要であると考えられる。また、経済的負担に対しては福祉の充実が望まれる。

キーワード：補聴器選択、高齢者、老人性難聴、言語聴覚士、聴覚リハビリテーション

1. はじめに

近年、補聴器性能の向上はめざましく、雑音抑制やハウリング抑制等の機能向上により、今まで装用困難だった症例にも補聴器の適応が拡大しつつある。補聴器の販売においても、平成16年に「補聴器販売のあり方に関する基本方針」を日本耳鼻咽喉科学会が掲げていることや平成17年に薬事法が改正されたことに伴い変化を遂げようとしている。また、補聴器医療に携わる職種も耳鼻咽喉科医、認定補聴器技能者、言語聴覚士等の多くの職種が関わるようになってきている。

そこで、高齢化が進む現代において補聴器のニーズが最も高いと思われる高齢者における補聴器選択の特徴を明らかにし、今後の対応を検討した。

2. 対象、方法

対象は、最近2年間で当院の補聴器相談に来院し、複数回の経過観察を実施し得た200名のうち20歳未満を除いた188名（平均年齢72.7歳）とした。そのうち65歳以上を高齢群150名（平均年齢77.8歳）、65歳未満を成人群38名（平均年齢52.4歳）とした。

方法は、本人または家族より家族構成、視覚障害の有無、手指の巧緻性障害の有無、仕事の有無を問診した。また、記録より作製補聴器の形状、価格等を調べた。それぞれの項目を成人群、高齢群で比較した。

3. 結 果

1) 家族構成

高齢群では、成人群にはみられない施設入所が認められた。また、独居は5%と低く、最も多かった

のは2人暮らし40%であった（図1）。

2) 視覚障害、手指の巧緻性障害の有無

補聴器の操作に影響すると考えられる視覚障害と手指の巧緻性障害の有無を調べた。高齢群の43%は細かい物が見え辛い、もしくは補聴器の電池交換が困難であり、視覚障害が認められた。また、高齢群の25%に手指の巧緻性障害が認められた。

このように、高齢群は補聴器の操作に影響する要因が認められた（図2, 3）。

3) 作製補聴器の形状

最終的に作製した補聴器の形状を調べると、耳かけ形補聴器は成人群45%，高齢群47%であった。挿耳形補聴器は成人群44%，高齢群40%であった。箱形補聴器は、両群ともに低い割合であった。このように、両群ともに補聴器の形状の選択には顕著な差は認められなかった（図4）。

4) 仕事の有無

成人群の39%に対し、高齢群の91%は無職であった（図5）。

5) 作製補聴器の価格

最終的に作製した補聴器の価格を調べると、高齢群47%，成人群31%は10万円以下の補聴器を作製していた。また、成人群の約半数は11万円以上の補聴器を作製し、24%は31万円以上の高価格な補聴器を作製していた。このように、高齢群では成人群に比べ、低価格の補聴器を作製していた（図6）。

6) 身体障害者福祉法対応補聴器（以下、福祉法補聴器）の割合

福祉法補聴器は、聴覚障害者の認定を受けていれば交付されるものだが、その割合は成人群8%，高齢群9%と低い割合であった（図7）。

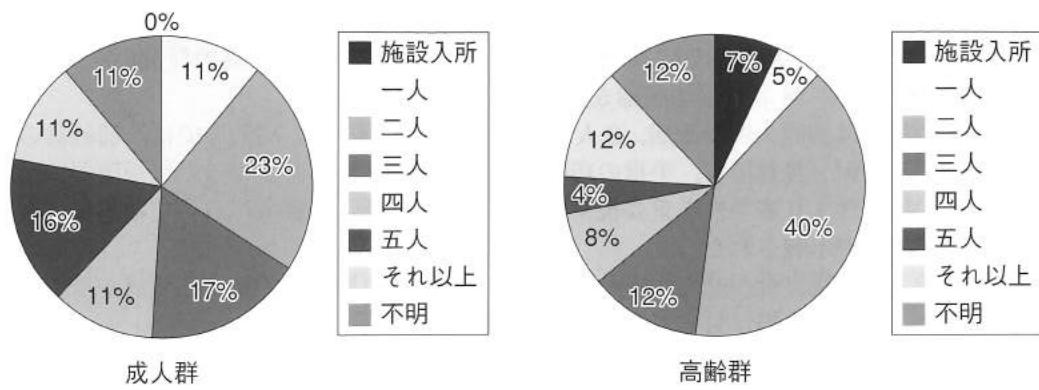


図 1 家族構成 (N=188)

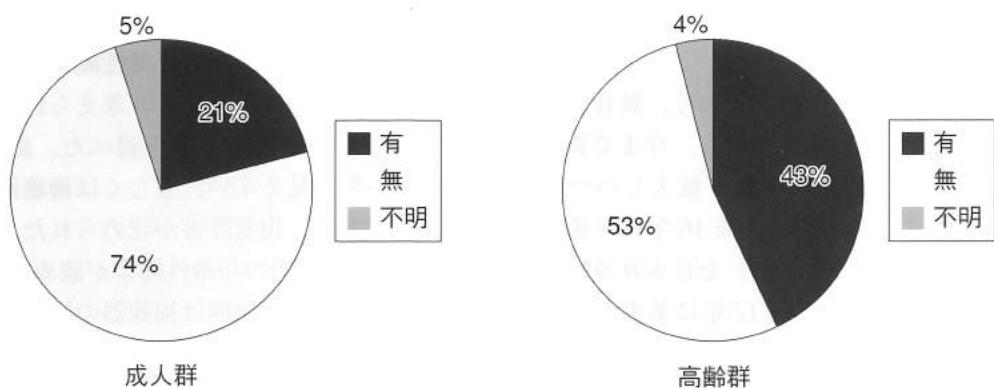


図 2 視覚障害の有無 (N=188)

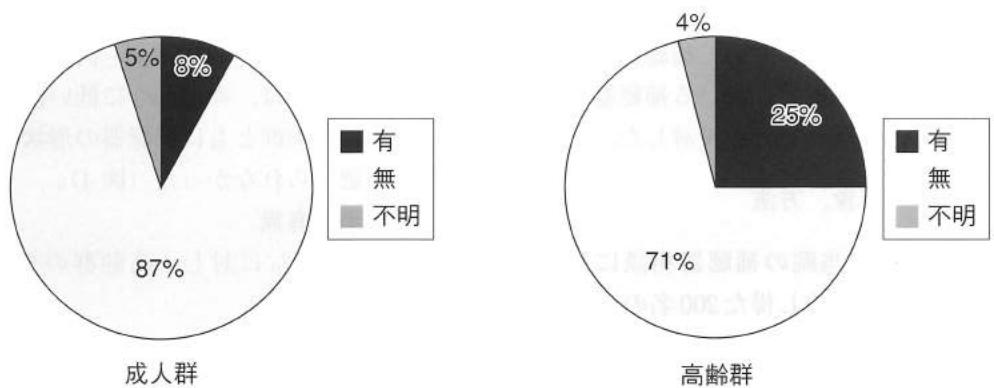


図 3 手指の巧緻性障害の有無 (N=188)

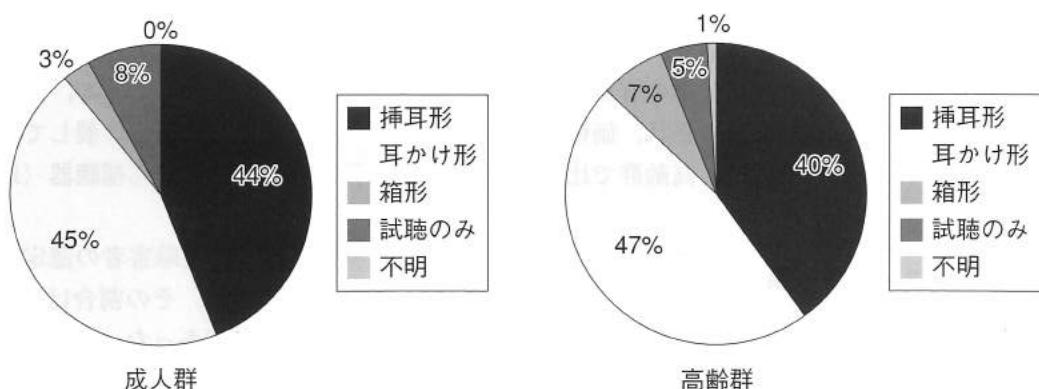


図 4 作製補聴器の形状 (N=188)

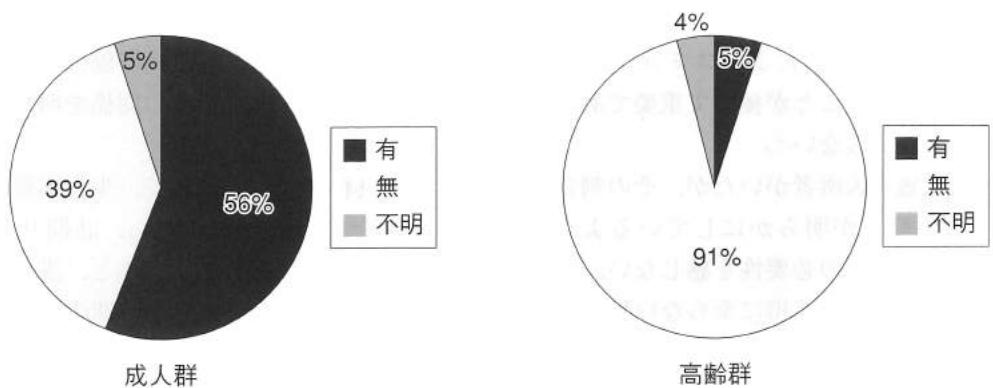


図 5 仕事の有無 (N=188)

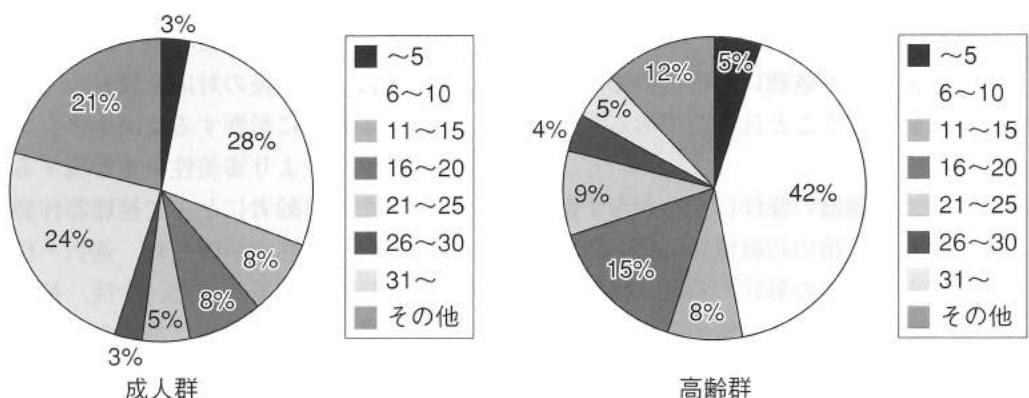


図 6 作製補聴器の価格 (N=188)

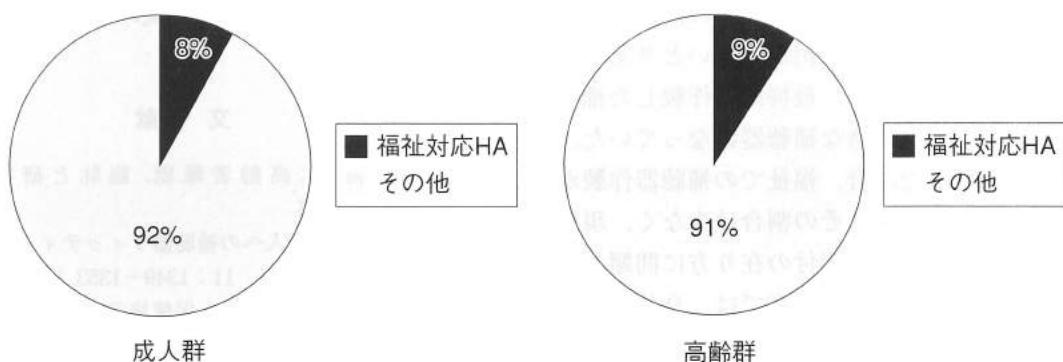


図 7 身体障害者福祉法対応補聴器の割合 (N=188)

4. 考 察

多くの高齢者は加齢とともに難聴（老人性難聴）をきたす。老人性難聴の特徴として、両耳の高音域が徐々に聞こえにくくなり、また語音明瞭度も低下していくといわれている¹¹。徐々に進行していくため、聞こえない状態に慣れやすく、自分ではありません不自由を感じていないことが多い。また、周囲から難聴を指摘され補聴器を勧められたりすると、老人

扱いされたということで反発したり、補聴器の装用に対して拒否的になったりすることもある²。今回の結果からも、家族構成は多くが二人暮らし以上であり、同居者と何らかのコミュニケーション上の不自由をきたして装用に至ったものと思われた。逆に、独居の割合は低くコミュニケーションの機会の少ない高齢者では、補聴器を希望しない傾向があるよう感じられた。しかし、難聴によるコミュニケーション障害は、ひきこもり、孤独、認知症などの精

神身体的障害へと向かわせる要因となるので、老人の難聴者においては特に言語によるコミュニケーションを維持継続してやることが極めて重要であることを認識しなければならない¹⁾。

また、高齢者では施設入所者がいたが、その割合は少なく、多くの研究者が明らかにしているように、施設入所者では補聴器の必要性を感じない、もしくは必要性を感じても装用に至らない何かしらの原因があるように思われる^{3~6)}。その原因として星山らは、介護療養型医療施設において言語聴覚士が段階的に補聴器装用訓練を実施し、常用が可能になった症例を報告している⁷⁾。高齢者にとって補聴器の操作が困難な症例も少なからずいる。そのような高齢者に対し、補聴器や難聴についての知識のある言語聴覚士が訓練を行うことは重要であると考えられる。

今回の結果からも、補聴器の操作に少なからず影響すると思われる視覚や手指の巧緻性に障害を認める高齢者は多く、また補聴器の形状の希望は操作性より審美性を優先する傾向もあり、常用に向けての装用訓練は重要で、その訓練（聴覚リハビリテーション）を実施する言語聴覚士の教育、育成も重要なと考えられる。

高齢者にとって補聴器作製は、無職の高齢者が多いことを考慮すると経済的負担が大きいと考えられた。それを裏付けるように、最終的に作製した補聴器は成人群に比し、低価格な補聴器になっていた。経済的負担を考慮した場合、福祉での補聴器作製が最も安価で作製出来るが、その割合は少なく、現状の福祉制度における補聴器交付の在り方に問題があるように感じられた。現状の制度では、身体障害者の認定を受けている65歳以上の高齢者の殆どは、箱形補聴器の交付になっている。しかし、今回の結果でも明らかなように高齢者であっても箱形補聴器を希望する割合は極めて少ない。高齢者の希望と現状の制度との間に乖離が認められた。

また平成18年4月より、障害者自立支援法が施行され、補聴器作製の経済的負担の解消は益々困難になるとされる。今後、高齢難聴者にとって経済的負担が軽減されるような制度改革が望まれる。

今後益々の高齢化が進む中、高齢者への補聴器医療の対応を早急に検討していくなければならないと考えられる。また、より満足度の高い補聴器装用に向けた方針が必要であると思われる。鈴木らは満足

度について、必要な場面でのみ装用する症例は、毎日装用する症例に比べ満足度が優位に低かったとしており、装用時間と満足度の関係を明らかにしている⁸⁾。

今後の具体的な方針として、歩行困難や全身状態の悪化した在宅高齢者に対し、訪問リハビリテーションの実施を導入していくこと、満足度の高い装用に向けて、装用指導や装用時間の延長を目的としたグループ訓練や家族指導を実施していくこと等が考えられる。

5. まとめ

高齢者の補聴器選択の特徴を問診や過去の記録から明らかにし、今後の対応を検討した。高齢難聴者は、補聴器操作に影響する要因を少なからず持っているが、操作性より審美性を重視する傾向がみられた。また、高齢者にとって補聴器作製は経済的負担が大きい可能性が示唆され、選択・作製する補聴器も低価格の物が多かった。今後、補聴器を十分活用するためには、グループ訓練や訪問リハ等、高齢者にあった対応が必要と考えられた。聴覚リハビリテーションを担当する言語聴覚士の育成・指導、老人施設の職員への難聴や補聴器の啓蒙が必要である。また、経済的負担の軽減のために福祉の充実が望まれる。

文 献

- 1) 小宗 静男：高齢者難聴. 臨牀と研究, 80: 1843-1848, 2003
- 2) 小出和生：老人への補聴器フィッティング上の諸問題と対応. JOHNS, 11: 1349-1353, 1995
- 3) 林 隆司ら：介護老人保健施設における聴力障害についての検討. 埼玉医科大学短期大学紀要, 14: 21-27, 2003
- 4) 小川郁男：介護保険利用者の痴呆度と聴力レベル. 埼玉県医学会雑誌, 36: 385-388, 2001
- 5) 荘安 誠, 奥村まみ子：老人施設における難聴の実態. Audiology Japan, 35: 223-227, 1992
- 6) 植村裕美：高齢者の聴力の実態—老人保健施設入所者における調査—. Audiology Japan, 40: 713-718, 1997
- 7) 星山伸夫ら：高齢難聴者の補聴器装用による残存聴力活用効果と装用行動支援. 訪問看護と介護, 10: 956-961, 2005
- 8) 鈴木恵子ら：難聴者による聴覚障害の自己評価—「きこえについての質問紙」の解析—. Audiology Japan, 45: 704-715, 2002

アナフィラキシーショックにより死亡した一症例

高田雄三 *1,2 向田政博 *1

*1防衛医科大学校法医学講座

*2日本医学柔整鍼灸専門学校

An Autopsy Case of Anaphylactic shock

Yuzo Takada *1,2 and Masahiro Mukaida *1

*1Department of Forensic Medicine, National Defense Medical College

*2Japanese Judo-therapy Acupuncture and Moxibustion therapy

Summary : A patient who died of anaphylactic shock while undergoing dental therapy is presented. Lidocaine was administered locally for the treatment of caries to a 4 year-old girl who had us a past history of allergy. Because the girl did not cooperate with dental treatment, her hands and feet were immobilized using bath towels. After the treatment, the dentist noticed that the girl had stopped breathing and performed cardiac massage and mouth-to-mouth respiration. Although the girl was transported to a hospital via an ambulance, she died. Autopsy and test findings showed laryngeal edema, airway blockage due to secretion, and severe pulmonary congestion and edema. Immunohistochemical staining using anti-histamine antibody revealed mast cells that had released histamine, and positive reactions were seen in intraalveolar exudate and the plasma components of venous blood. Moreover, the level of histamine in the plasma components of cardiac blood was high. Based on the above findings, the patient was thought to have died of respiratory failure due to anaphylactic shock resulting from lidocaine administration. In the present incident, the dentist did not notice that the patient had gone into anaphylactic shock until the rubber dam sheet was removed, and it was concluded that the patient died because proper treatment and resuscitation were not provided in a timely manner. Healthcare professionals must reaffirm their commitment to provide safe medical care by preventing medical accidents, avoiding the same mistakes, investigating each accident and properly responding during and after each accident.

Key words : Medical accident, Anaphylactic shock, Autopsy, Dental treatment, Rubber dam sheet

緒 言

医療事故や医療過誤は年々増加し、また、同じよ

うな事故が繰り返されている。これらは、医療従事者の資質の低下と教育訓練の不備、患者と医療側との信頼関係の希薄さ、患者家族の医療に対する安全

別刷請求先：高田雄三 〒359-8513 埼玉県所沢市並木3-2 防衛医科大学校法医学講座

Reprint requests to : Yuzo Takada Department of Forensic Medicine, National Defense Medical College, 3-2

Namiki, Tokorozawa, Saitama 359-8513, Japan

Tel : 04-2995-1583 Fax : 04-2996-5198 E-mail : fmmatsu@ndmc.ac.jp

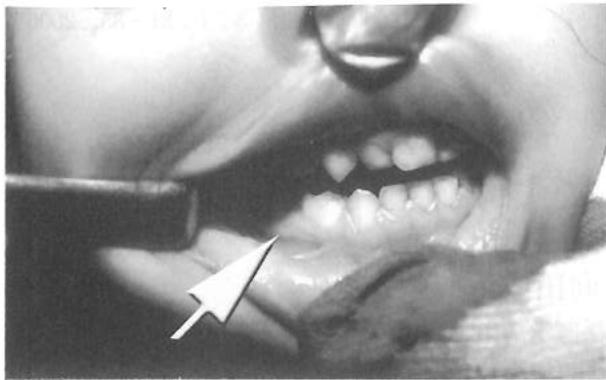


Fig. 1 Macroscopic appearance of the vestibule of the mouth. The arrow indicates the injection trace of the local anesthetic lidocaine.

神話と過度の期待が紛争・訴訟の増加を助長している。医療機関で起こる薬物によるアナフィラキシーショック死は、原因および状況の如何にかかわらず、異状死として司法解剖に付される。

一方、小児科診療において円滑な治療を施行するには小児の診療協力を得ることが必要であり小児歯科診療においても同様である。実際小児歯科診療では治療中の恐怖心を軽減させるために日常的に歯科用局所麻酔薬が使用されており¹⁾、小児への投与は安全かつ有効と考えられている^{2~4)}。歯科診療に関連した死亡例の多くが歯科用局所麻酔薬によるものと報告されており⁵⁾、小児において同様な報告例がある^{6,7)}。今回、歯科治療中にアナフィラキシーショックにより死亡した事例について、既報告の2事例^{6,7)}も含め考察する。

事例概要

4歳女児。

家族歴および既往歴：アレルギー歴など特記すべき事項はなかった。

医療行為：齧歯治療のため4回目の受診。注射時に女児は暴れたが歯肉に歯科用局所麻酔薬オーラ注射カートリッジ約0.9ml（リドカイン18mg相当）を注射した。注射後に静かになったので女児の両手・両足を体幹に固定するようにバスタオルで巻いたのち母親が診療台上に押さえて固定した。その後ラバーダムシート（患部歯牙のみを露出させ他の部位を覆うラバー製シート）をセットし齧歯治療を開始した。治療開始約30分後、ラバーダムシートを除去したところ女児の顔色の変化に気付き口対口によ

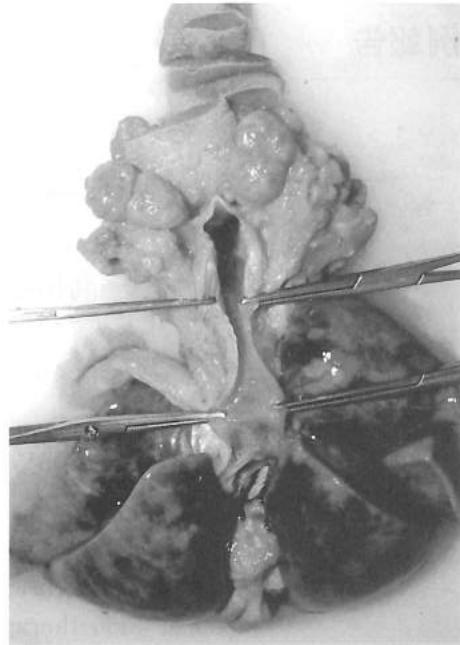


Fig. 2 Macroscopic appearance of the trachea and lungs. There is a dark reddish-brown secretory fluid in the trachea, and there are bubbles in the bilateral bronchi. The bilateral lungs show congestion and emphysema.

る人工呼吸・閉胸式心マッサージを開始した。救急車を要請し病院に搬送・治療を開始したが間もなく死亡した。

解剖検査所見

1. 肉眼所見

身長95cm、体重11.8kg。体格、栄養状態とも年齢相当であった。左下頸第二乳白歯咬合面にアマルガム充填、右下頸第二乳白歯咬合面にはレジン充填（本事例治療部位）を認めた。右下頸第一・第二乳白歯間歯槽粘膜に麻酔針刺入痕を認めた（Fig. 1）。心臓（重量65g）の血液は暗赤色流動性であった。眼瞼結膜・心外膜下・肺漿膜下に溢血点を認める。諸臓器全般に強いうっ血がある。肺（重量 左175g、右200g）は部分的に気腫状に膨隆し、気管支内には赤色泡沫液を認めた（Fig. 2）。喉頭入口部粘膜は軽度浮腫状を呈し、その他諸臓器に著変は認められなかった。

2. 組織学的検査

各臓器についてパラフィン切片を作成しヘマトキシリソ・エオジン染色を行い鏡検した。左右肺組織

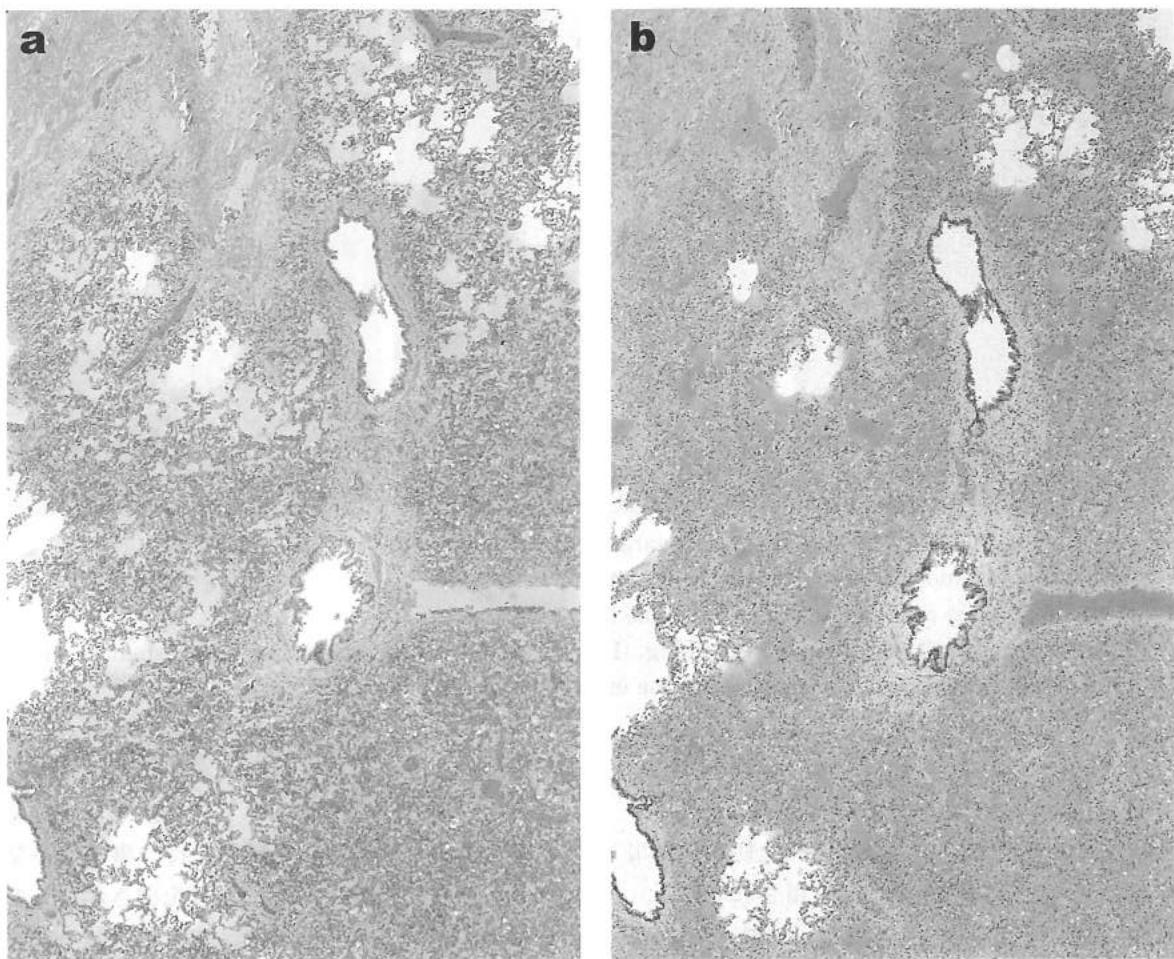


Fig. 3 Microscopic appearance of consecutive sections of the lung.

- (a) Pulmonary edema and congestion are observed (H.E. $\times 40$).
- (b) Positive immunohistochemical staining is observed in the pulmonary vein and alveoli (Immunohistochemical staining with anti-histamine antibody $\times 40$).

はうつ血水腫が著しく肺胞内に赤血球が充満していた。気管支は強く収縮し、気管支腔内は血液と滲出液が充満していた (Fig. 3a)。その他諸臓器は強いうつ血所見を認める以外著変を認めなかつた。肺胞壁や間質には好酸球の浸潤を認め (Fig. 4a)，特殊染色ではトルイジンブルー染色により左右肺組織切片で顆粒を有する肥満細胞像を認めた (Fig. 4b)。抗ヒスタミン抗体免疫組織化学染色では抗ヒスタミン抗体陰性の肥満細胞を多数認め、ヒスタミン放出後の肥満細胞像を呈していた (Fig. 4c)。また周囲の肺胞内滲出液と静脈血血漿成分に抗ヒスタミン抗体陽性所見を認めた (Fig. 3b)。

3. 裁判化学的検査

解剖時に採取した心臓血血漿成分を用いてRIA法により含有ヒスタミン濃度を測定したところ 260

nmol/l (正常人 0.74~1.54 nmol/l) であった。

結 果

死因はアナフィラキシーショックであると判断した。ただし麻酔薬の使用が必要か否かの判断は難しいものの、適切な初期治療・蘇生処置を施行すれば救命できた可能性は高く、歯科医の患児に対する全身管理とアナフィラキシーショック発症後の初期治療は不適切であったと判断した。

考 察

歯科診療中の医療事故は初診時の問診や診療中のバイタルサイン・チェックにより予防が可能であると言われているが⁸⁾、これら予防処置を講じても偶発的な医療事故は存在し、その過半数以上が局所麻

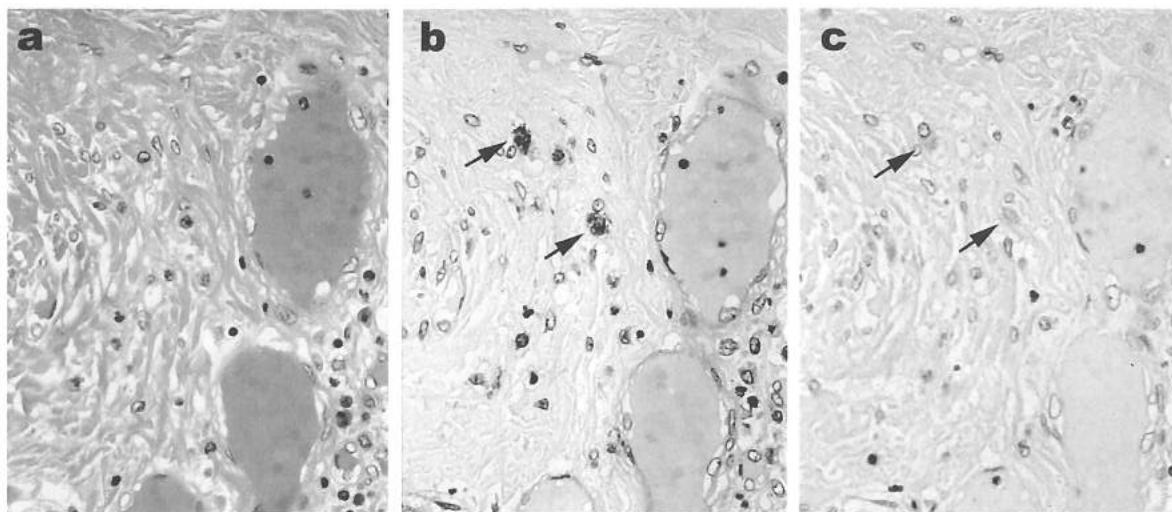


Fig. 4 The microscopic appearance of consecutive sections of the lung.

- (a) An infiltration of leukocytes can be observed (H.E. $\times 400$).
- (b) Many mast cells can be seen (Toluidine Blue $\times 400$).
- (c) The mast cells show negative staining (Immunohistochemical staining for anti-histamine antibody $\times 400$). These findings suggest that the mast cells released histamine.

酔薬に関連した事例であったと報告されている⁹⁾。局所麻酔は痛みを取り除く上で、その簡便さ、作用発現の速さや高い確実性から広く利用されている。歯科治療においても痛みへの対応から最も効果の高い2%リドカインにエピネフリンが添加されたものが使用されており、歯科では年間約4,000万本の局所麻酔薬カートリッジが使用され、このうちエピネフリン添加リドカインの使用が約8割を占めると推測されている。特に歯科診療中に急死した医療関連死は極めて少ないものの、その発生原因の多くが局所麻酔薬に起因していると考えられている⁵⁾。幼児期の歯科医療関連死では、1994年にリドカイン局所麻酔薬注射後に神経性ショックを発症し死亡した1歳男児例⁶⁾、1999年に全身麻酔下抜歯術後に死亡した事例¹⁰⁾、2005年にリドカイン局所麻酔薬注射後にアナフィラキシー・ショックを発症し死亡した幼女児例⁷⁾など少数例の報告しかない。そしてこれら少数例の報告のうち本事例を含めて3例が歯科用局所麻酔薬リドカインを原因とする医療関連死例であり、そのいずれもが非常に酷似した事例経過を示していた。特に我々が最も重要な類似点は、3事例ともラバーダムシートを除去するまで患児の心肺停止状態に気付かず、そのため治療開始が遅れ救命可能な小児が死亡していたことである。通常発生率が極めて低い事故事例では偶発的要因の複

合により起こると考えられているが、本事例を含む3事例のように酷似した経過を持つ事例が多発していることは、特定の原因が事故を引き起こしている可能性が高いと考えられた。すなわち我々は報告されている3事例が偶発的要因により起きた医療過誤ではなく、ラバーダムシートにより必然的要因による医療過誤であると推察した。ラバーダムシートは口唇部を含めた口腔全体を覆う淡黄色や緑色、黒褐色等の防湿用シートであり、流出した唾液から術野を隔離し、誤飲・誤嚥による偶発事故を防止するなど多くの利点がある。このことから小児歯科領域ではラバーダムシートの装着が強く推奨されている^{11,12)}。一方、小児診療領域では全身状態の急変を考慮して、モニター管理外での観血的手技や各種注射時には常に顔貌、顔色を確認し、患児と会話するよう心懸け、たとえ顔面の一部であっても決して覆い隠さないことが常識的となっている^{13,14)}。つまり小児歯科診療において多くの利点を持つラバーダムシートは、小児診療において最も重要な診療行為である全身状態の把握に不向きである可能性が高く、この問題点から報告されている3事例が引き起こされたと考えた。

我々は本事例のようなラバーダムシートによる悲劇を繰り返さないためにも、早急に以下のような改良もししくは使用時の注意が必要であると考えた。(1)

ラバーダムシートを装着時には極力麻酔薬等の医療事故起因手技をさける。②やむを得ず行う場合はモニター管理下に全身状態を把握する。③ラバーダムシートの無色透明化。④二次救命処置を施行できる設備・薬剤・技術の完備である。ラバーダムシートを起因とする小児の歯科医療関連死が続いていることに対して我々医療関係者は、速やかにラバーダムシート使用方法の改善もしくはラバーダムシートに代わる防湿法を検討し、極論として救急処置に必要な設備、薬剤、心肺蘇生技術^{8,15)}を持たない歯科医は局所麻酔薬の使用を控えるべきだと考えた^{16,17)}。また、医療従事者は医療事故の事故防止、再発防止、事故調査および事故発生時の適切な対応・処置など、安全な医療行為を行っていくことを再認知し、技術と知識を維持する必要があると考える。

文 献

- 1) 藤井信雅：無痛治療が小児取り扱いのポイント、小児歯科診療のポイント100（佐々竜二編）、書林、p.30-31、1990
- 2) 網野重人、浅里 仁、伊田 博ほか：オーラR注カートリッジ(1.0 mL)の小児歯科領域における使用経験、歯薬療法、19:112-117、2000
- 3) 丹羽 均：臨床の疑問 歯科局所麻酔に関するQ&A 全身疾患有する患者、小児・妊婦への対応について 小児に対する注意点、日本歯科評論、62:103、2002
- 4) 松浦英夫、一戸達也、見崎 徹ほか：わが国における歯科用局所麻酔剤の現状と考察、デンタルダイヤmond、28:134-142、2003
- 5) 橋本崇文、加来洋子、小林加代子ほか：報道機関紙（誌）が取り上げた麻酔・歯科麻酔事故に関する記事について 過去24年間（1980～2003）の訴訟記事から、日臨麻会誌、24:549-556、2004
- 6) 谷口忠明、羽竹勝彦、根来宗孝ほか：歯科局所麻酔中の事故死例、法医学の実際と研究、43:277-281、1994
- 7) 伊藤貴子、井上祐匡、辻 彰子ほか：歯科局所麻酔に起因する事故死例にみる歯科医師の注意義務、日法医誌、59:71、2005
- 8) 見崎 徹：医療事故を防止するために歯科医師に求められていること、日歯医師会誌、57:1036-1050、2005
- 9) 小島 健、森 修二、今田謙二ほか：札幌歯科医師会の救急医療対策について偶発的事故アンケート調査結果 11年間のまとめ、日歯麻会誌、27:502、1999
- 10) 歯科医療過誤判例解説 幼児の全身麻酔による抜歯等手術後の死亡事例、QUINTESSENCE、18:1902-1905、1999
- 11) 山下 登：修復処置にもラバーダム防湿が必要、小児歯科診療のポイント100（佐々竜二編）、書林、p.108-109、1990
- 12) 佐々竜二：ラバーダム防湿は偶発事故の予防にもなる、小児歯科診療のポイント100（佐々竜二編）、書林、p.256-257、1990
- 13) 川勝岳夫：注射、小児科、46:771-775、2005
- 14) 白田正堅：医療過誤の実態と責任の所在、小児の医療事故と救急処置（馬場一雄編）、科学評論社、p.10-26、1976
- 15) 東理十三雄：救急（緊急）処置法、イラストレイティド・クリニカルデンティストリー（黒崎紀正編）、医薬出版、p.70-77、2001
- 16) Chiu CY, Lin TY, Hsia SH et al: Systemic anaphylaxis following local lidocaine administration during a dental procedure. Pediatr Emerg Care 20:178-180, 2004
- 17) Chen AH: Toxicity and allergy to local anesthesia. J Calif Dent Assoc 26:683-692, 1998

〈症例報告〉

ツツガムシ病の1剖検例

増田 茂^{*1} 烏海昌喜^{*2} 鈴木晟幹^{*2}

^{*1}東京医科大学八王子医療センター 病理診断部

^{*2}臨床福祉専門学校 基礎医学研究室

An Autopsy Case of Tsutsugamushi Disease

Shigeru Masuda^{*1}, Masaki Toriumi^{*2} and Seikan Suzuki^{*2}

^{*1}Department of Diagnostic Pathology, Tokyo Medical University Hachioji Medical Center

^{*2}Clinical Welfare College, Preclinical Medicine Division

Summary : At 8 days of climbing in Niigata Prefecture, a 64-years old man presented with flu-like symptoms that did not respond to therapy. He was admitted with chief complaints of high fever and skin eruption. Despite therapy, the patient's condition gradually worsened and he was transferred to our intensive care unit. Inspite of the treatment, he died of multi-organ failure. At the postmortem examination, many dull red eruptions up to about 5 mm for the diameter were seen on the cervix and the face, and a sticked scar was seen on the left lateral abdominal region. Inflammatory cells, predominantly lymphocytes, infiltrated in the dermis and subcutaneous tissue of skin lesions with crust. Focal infiltration of mononuclear cells which is a characteristic features of Tsutsugamushi disease was evident in the heart, kidneys and others. As mentioned above, pathological and clinical findings strongly suggested a diagnosis of tsutsugamushi disease.

Key words : Tsutsugamushi disease, Autopsy

要旨：症例は64歳、男性。登山（新潟）後8日目に熱発にて近医受診し、内服処方されたが、解熱しなかった。その後、頭痛増強、発熱も続き、皮疹が出現した。薬疹が疑われ、某病院に入院。急性腎不全となり、当センターに転院となったが、多臓器不全により死亡した。

病理解剖時、顔面から頸部にかけて径約5mmまでの暗赤色の皮膚が多数みられ、左側腹部に刺し口と思われる径約6mmの暗赤色の痂皮が認められた。皮膚病変部は潰瘍を形成し、潰瘍底部の真皮層は壊死性で、表面には痂皮が形成されていた。周囲の血管および付属器周囲には、リンパ球、形質細胞、マクロファージなどの細胞が浸潤していた。また、心臓では、心筋間質および血管周囲に同様の細胞浸潤があり、腎臓にも間質に細胞浸潤が認められた。その他、肝、脳、肺、脾などほぼ全臓器組織の血管周囲に同様の細胞浸潤が軽度認められた。以上の病理所見および臨床症状からツツガムシ病が強く示唆された。

キーワード：ツツガムシ病、剖検例

別刷請求先：増田 茂 〒343-0042 埼玉県越谷市千間台東2-332-4

Reprint requests to : Shigeru Masuda, 2-332-4, Sengendai higashi, Koshigaya-shi, Saitama, 343-0042, Japan

TEL : 048-978-2021

はじめに

ツツガムシ病は、Orientia tutugamushi を保有するダニの一種であるツツガムシの幼虫に刺されて発症するリケッチャ感染症である。古くから東北・北陸地方で夏に発生する重篤な風土病として知られており、現在では北海道、沖縄を除く各地で春から初夏および晚秋から冬にかけて年間数百人の患者が発生しており、死亡者も年によって数名報告されている¹⁾。今回われわれは、新潟で登山後、発熱と頭痛によって発症し、多臓器不全により死亡したツツガムシ病の1剖検例を報告する。

症 例

症 例：64歳、男性、東京都在住。

主 訴：発熱、発疹。

既 往 歴：特記すべきことなし。

現 病 歴：2002年5月3日、新潟県で登山、8日後に39℃の熱発にて近医受診し、内服処方されたが、解熱しなかった。その後、頭痛増強、発熱も続き、皮疹が出現した。薬疹が疑われ、5月20日某病院に入院。急性腎不全状態となったため、5月24日透析目的で当センターに転院となった。転院時、検査所見では赤血球数 $500 \times 10^4/\mu\text{l}$ 、Hb 14.8 g/dl、Ht 43%，白血球数 7,300/ml、血小板 $2.6 \times 10^4/\mu\text{l}$ 、APTT 56、FDP 145 μg/ml、AST 445 IU/l、ALT 262 IU/l、T-bil 4.6 mg/dl、クレアチニン 5.2 mg/dl、CRP 23.2 mg/dl、尿タンパク 2+、尿潜血 3+であった。このように下血、肝障害、腎不全、DIC

などが認められ、原因として薬剤性の障害、感染症、また、刺し口と思われる病変がみられたためツツガムシ病などが考えられ、それぞれに対する治療を開始したが、5月27日多臓器不全で死亡した。

病理解剖所見

病理解剖時、顔面から頸部にかけて径約5mmまでの暗赤色の皮疹が多数みられ、左側腹部に刺し口と思われる径約6mmの暗赤色の痴皮が認められた。また、皮膚には軽度の黄疸がみられた。肝臓は黄褐色調で、腫大しており、胃には潰瘍が多発していたが、ほかの臓器には肉眼的に著変はみられなかった。

組織学的に、左側腹部の刺し口と思われる皮膚病変部は潰瘍を形成し、潰瘍底部の真皮層は壊死性で、表面には痴皮が形成されていた（図1）。潰瘍近傍および深部の血管および付属器周囲には、多数の核塵およびリンパ球、形質細胞、マクロファージなどの細胞浸潤が認められた（図2）。また、潰瘍周囲の血管には血栓がみられ、血管および付属器周囲、脂肪組織内にも同様の細胞浸潤が認められた（図3）。

顔面から頸部にかけての皮膚病変部では、真皮は壊死に陥り、表面に痴皮形成がみられ、周囲の血管および付属器周囲には、リンパ球、形質細胞、マクロファージが浸潤しており、刺し口と同様の変化を示していた（図4）。

心臓（370g）では、心筋間質および血管周囲性にリンパ球、形質細胞、マクロファージの浸潤が散



図 1 左側腹部刺し口

潰瘍を形成し、潰瘍底部の真皮層は壊死性で、表面には痴皮が形成されている。

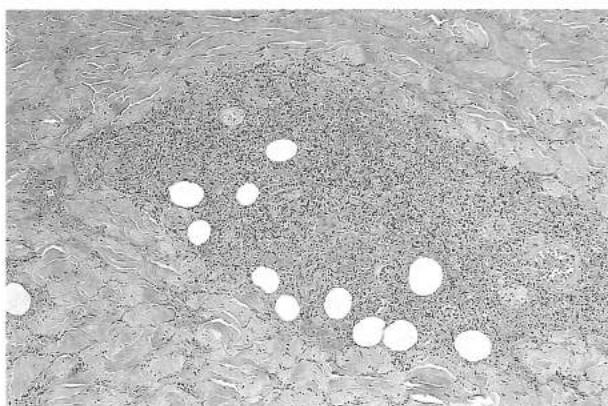


図 2 潰瘍底部近傍組織

血管および付属器周囲には、多数の核塵およびリンパ球、形質細胞、マクロファージなどの細胞浸潤が認められる。



図3 潰瘍周囲組織

血管には血栓がみられ、血管および付属器周囲にリンパ球、形質細胞、マクロファージなどの細胞浸潤が認められる。

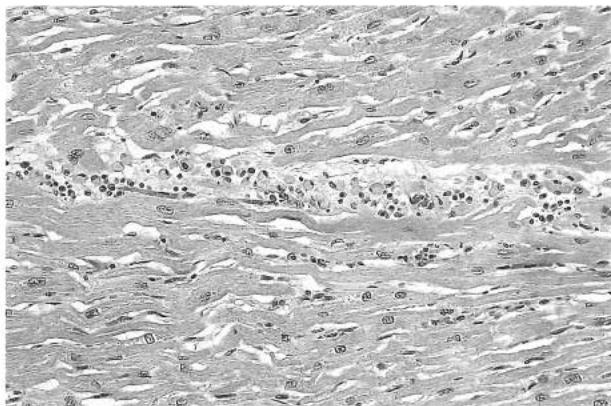


図5 心筋間質

リンパ球、形質細胞、マクロファージの浸潤がみられる。



図4 頸部皮膚病変

真皮は壊死に陥り、表面に痂皮形成がみられ、周囲の血管および付属器周囲には、リンパ球、形質細胞、マクロファージが浸潤している。

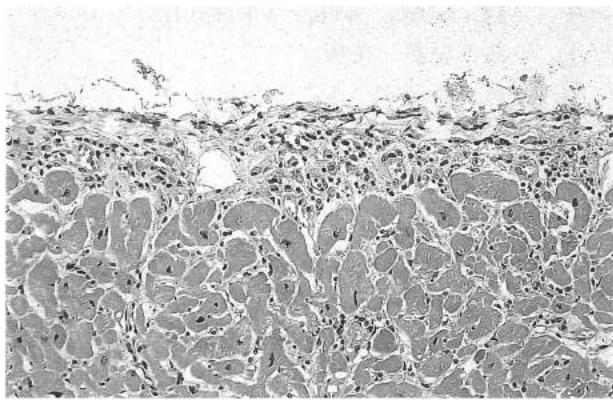


図6 心外膜

リンパ球、形質細胞、マクロファージの浸潤がみられる。

在性に認められ（図5）、心内膜および心外膜（図6）にも同様の細胞浸潤がみられた。さらに、心筋細胞の好酸性変化が散在しており、心室中隔には心筋の微小壞死巣が点在していた。

腎臓（左：190 g、右：170 g）では、皮髓境界部の間質にリンパ球、形質細胞、マクロファージの浸潤が広範に認められ（図7）、腎盂にも軽度みられた。糸球体に顕著な変化はみられなかった。

肝（1,860 g）では、グリッソン鞘を中心に単核細胞浸潤がわずかに認められた（図8）。小葉中心に微小壞死巣が少数点在し、肝細胞には脂肪変性が高度であった。

そのほか、脳、肺、脾、胃腸管などほぼ全臓器組織の血管周囲に同様の細胞浸潤が軽度認められた。

考 案

本症例は血清学的な検査が間に合わず、臨床的にツツガムシ病としての確定診断はなされていなかったが、臨床症状および病理所見からツツガムシ病が強く示唆された。

ツツガムシ病は本邦に古くからある疾患で、一部の地域で発症する重篤な風土病であった。しかし、近年一部の地域を除いて全国で発生がみられるようになり、年間数百人の患者が発生し、死亡者も年にによって数名報告されている¹⁾。患者は、汚染地域の草むらなどで、リケッチア保有ダニの幼虫に吸着され感染する。発生はダニの活動時期と密接に関係するため、季節により消長がみられる。本邦ではツツガムシ病発症に関係するのはアカツツガム

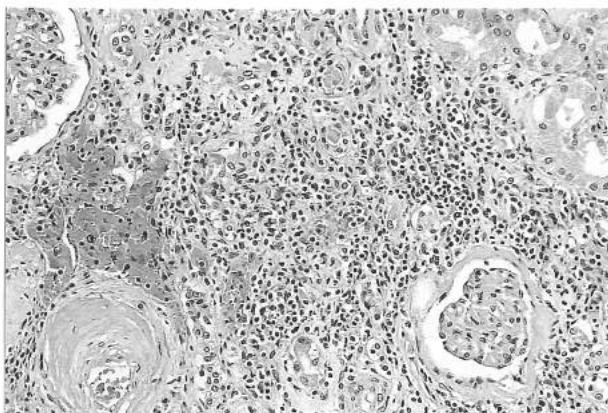


図 7 腎間質

リンパ球、形質細胞、マクロファージの浸潤が広範にみられる。

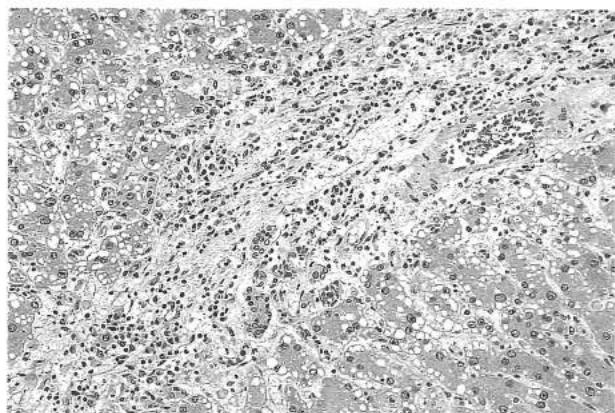


図 8 肝

グリッソン鞘を中心に軽度の単核細胞浸潤がみられる。

シ、フトゲツツガムシ、タテツツガムシの3種といわれている²⁾。新型ツツガムシ病を媒介するタテツツガムシおよびフトゲツツガムシは秋～初冬に孵化するので、この時期に関東から九州地方を中心多くの発生がみられる。また、フトゲツツガムシは寒冷な気候に抵抗性があるので、その一部が越冬し、融雪とともに活動を再開するため、東北・北陸地方では春から初夏にも発生がみられ、そこではこの時期の方が秋～初冬より患者が多い。一方、古典的ツツガムシ病の原因となったアカツツガムシは現在消滅したと考えられており、夏期に発生ピークはみられない²⁾。このような現状から考えると、本例は刺された場所や時期から、フトゲツツガムシによるものではないかと推測されるが、血清学的検査などを行っていないので詳細は不明である。ツツガムシ病の確定診断には血清学的検査が有用であり、近年PCR法³⁾も利用されている。しかし、以前から用いられてきたWeil-Felix反応はあまり有効でないとされている⁴⁾。また、実際には検査結果が出るのを待っていたのでは手遅れになるので、臨床的にツツガムシ病を疑った時点で有効な治療を開始すべきとされる⁴⁾。

ツツガムシ病の発症までの潜伏期間は10日前後と考えられており、頭痛、発熱、全身倦怠感などの感冒様症状で発症する^{5,6)}。発熱は38～40℃の弛張熱で、リンパ節腫大や肝脾腫を伴う。その後数日以内に体幹部を中心に発疹がみられるようになる。発熱、刺し口、発疹はツツガムシ病の主要3徴候といわれる。本症を疑って早期に本症に有効とされるテ

トラサイクリンなどを用いて治療を行えば治癒する¹⁾が、有効な治療が遅れると播種性血管内凝固症候群(DIC)を起こすことがあり、致死率が高い^{5,7～9)}。本例の経過はこのようなツツガムシ病発症の経過と同様であったが、感染は新潟で発症は東京でという距離によって有効な治療が遅れてしまったことが死に至る要因となったものと思われる。井口ら¹⁰⁾も秋田県で感染し、東京都で発症した例を報告しており、ツツガムシ病地以外で診察する臨床医もツツガムシ病の臨床所見や病態生理を再認識する必要があると述べている。また、本例は末期的にツツガムシ病に有効とされるテトラサイクリン等によって治療が行われたが、残念ながら多臓器不全によって死亡した。

ツツガムシ病死亡例に関する病理組織学的な検討は、Allenら¹¹⁾による詳細な検討があり、本症ではほかのリケッチア感染に比べて血管炎は少なく、肺胞中隔、心筋間質および腎の間質におけるリンパ球、形質細胞、マクロファージの巣状浸潤である。また、本邦においても何例かの剖検症例^{3,6,8～10)}が報告されており、心、肺、腎等におけるリンパ球、形質細胞、マクロファージなどの巣状の浸潤が共通して記載されている。本例においても同様にリンパ球、形質細胞、マクロファージなどの巣状の浸潤が検索した臓器組織の多くに認められ、特に心臓と腎臓に顕著であり、ほかは軽度であった。

ツツガムシ病は、早期に本症を疑い、テトラサイクリン系の抗菌剤の投与が有効であり、本例のように治療が遅れるとDICなどを起こし、死に至る場

合が多くみられるので、登山などの野外活動後に、発熱、刺し口、発疹などの症状がみられた場合、ツツガムシ病感染の可能性を告げ、早急に検査・治療を受ける必要がある。

文 献

- 1) 露木重明, 岩崎哲夫, 村国 稔: 新型恙虫病について. 皮膚臨床 26: 11-19, 1984
- 2) 小川基彦: ツツガムシ病. 感染症週報 4: 10-13, 2002
- 3) 杉田 学, 繁田正毅, 三宅康史, 坂本哲也, 青木茂行, 松岡緑郎, 永山剛久: Polymerase Chain Reaction (PCR) 法で診断した恙虫病の1剖検例. 日胸疾会誌 35: 1368-1371, 1997
- 4) 早川郁子, 小村一浩, 鳥居靖史, 村田久仁男, 高田伸弘: 恙虫病の1例. 皮膚臨床 47: 449-452, 2005
- 5) 笠井達也, 大河内亨子, 佐藤幸子, 佐藤 功: ツツガムシ病. 皮膚病診療 19: 457-460, 1997
- 6) 瓦井美津江, 中里洋一, 石嶋秀行, 斎藤強平: 恙虫病の一剖検例. 北関東医学 44: 653-658, 1994
- 7) 鈴木俊夫, 関川弘雄: 血管内凝固症候群を併発した恙虫病の4例. 感染症学雑誌 55: 642-648, 1981
- 8) 赤井裕輝, 伊藤政志, 進藤多妃子, 山崎日出雄, 石塚由紀, 所沢 剛: 血管内凝固症候群の所見を呈した恙虫病の1剖検例. 日内会誌 74: 59-64, 1982
- 9) 渡辺 恒, 根本啓一, 大西義久: 恙虫病の1剖検例. 新潟医学会誌 103: 112-117, 1989
- 10) 井口千春, 馬野詠子, 河口幸博, 白沢健二郎, 坂井富士子: 恙虫病の1剖検例. 病理と臨床 1: 1693-1698, 1983
- 11) Allen AC, Spitz S: A comparative study of the pathology of scrub typhus (tsutsugamushi disease) and other rickettsial disease. Am J Pathol 21: 603-681, 1945

進化論概説

Evolution Theories—Review

塙本 哲

江別市立病院 臨床病理科

地球上には多種類の生物がいる。なぜ多種類の生物がいるのか。また、多種類というが、生物をどのように種類に分けるのか。分け方は正しいか。もちろんヒトが分類しなくとも、多くの生物がいることは変わらない。

生物の多様性 diversity は、神が多種類の生物を創ったというキリスト教に基づく解釈を殆どの人は認めていない現在、生物の進化 evolution で生じたとする人が多くを占めている。創世記が寓話であると正式にキリスト教側から発表があったのは、1948 年にローマ法皇ピウス 12 世による。

キリスト教に基づく生物観では、あらゆる生物は全て神が創ったものであり、ヒトに役立つために創られているとされた。その記載は聖書の創世記のなかにあり、1 日目に光、2 日目に天（そら）、…、5 日目に水生生物と鳥、6 日目に動物とヒト（ヒトは動物ではない？？）、と書いてある。生物があまりに巧妙にできていることは、偶然で生じたとは考えにくい、という根拠もある。また、神の創った生物（水や空気まで入っているが…）にはヒトを頂点にした優劣の順番があるとされた。「神はヒトを自分の体に似せた」という記載もあるので、神はサルとも似ているらしい。しかし、探検などによりそれ以外の生物が発見されると混乱を生じてきた。例えば神はシーラカンス coelacanths をどのようにヒトに役立てるために創ったのか、また、シーラカンスは神の創った生物のうち、何と何の間にある生物なのか、という疑問にキリスト教は答えられない。

リンネ Carl von Linne (1707-1778, スウェーデン) による分類は現在も生物の分類の基本となっているが、実はこれはキリスト教のこの弱点を補強する目的で作られたものであった。新種の生物が発見

されても、神の創った生物の属する科・属・種の何れかに関連付けて分類できる。キリスト教にも進化とも言える考え方があった。ヒト以外の低い（高低自体の定義が曖昧だが）（ヒトの性質で他の動物よりも劣っている点は多くある）生物はヒトになろうと変化するという考え方である。飽くまでも人が主体となっている。

生物の進化を唱えた最初の人はラマルク J.B.P.A. de Monet, Chevalier de Lamarck (1744-1829, フランス) である（名を見てわかるように貴族）。ラマルクは最初は種が不变だという立場に立っていた。しかし、後になって生物は無生物から自然発生し、下等な生物から様々に多様化し（キリスト教では多様化せずに一連）、高等な生物に変化してきたと考えた。これは現在考えられている進化論とよく似ているように見える。しかし実は大きく異なる点がある。ラマルクの進化は同じ系列内での進化であり、昆虫は昆虫の下等なものから高等なものへ、哺乳類は哺乳類の下等なものから高等なものへ、それぞれ独立して進化したと考えた。つまり昆虫が進化して哺乳類になったとは考えていない。

また、ラマルクは用・不用説 use and disuse の提唱でも有名である。よく用いる器官は発達し、用いない器官は退化するということは、個体のレベルにおいても廃用性萎縮 disuse atrophy などの例があり正しいが、これが代々世代を重ねて動物の性質を変えていくことを提唱した。キリンの首が長いのは、祖先が長く首を伸ばす必要に迫られて、その性質がキリンに定着していったからだと説明する。ここでは祖先が生存中に獲得した性質は子に伝わることが前提となっている。これを獲得形質 acquired character の遺伝と言うが、これが本当にあるのかをめ

ぐっては近年まで大論争が続いていた。遺伝の本態が遺伝子であるとわかった現在は、精子や卵子の遺伝子配列に変化を生じない限りは遺伝しないとはっきりした。ただ、ヒトの第三臼歯（親不知）は生えない人が増えていて、顎の前後長も短くなっているという。これはやはり獲得形質の集団遺伝なのだろうか。簡単に否定できる問題ではない。

ラマルクの考え方はラマルキズム Lamarckism と言われ、今、ダーウィンの自然選択説に対抗するもののように言われているが、最初は特に有名なものではなかった。ところが19世紀の後半に、ダーウィンの進化論に対抗する手段として再登場させられた（新ラマルキズム neo-Lamarckism）。ラマルクの考え方の「用・不用」という「獲得形質が遺伝する」という考え方がある、どちらかというと環境により形質も個体も種も受動的に選択されてしまうダーウィンの考え方と対抗して、個体は能動的に環境に適応する、という図式に当てはまった。これは生物が「創造的な力」（成長力 growth force）を持つ（E.D. Cope 1840–1897, アメリカ）、とか、生物は物質としては理解できない、という、既に科学の議論を越えた考えの根拠にさえ使われてしまった。1885年にアイマー T. Eimer (1843–1898, ドイツ) により提唱された「定向進化説 orthogenesis」は馬の形質について、複数の形質が同時に一定の性質に向かって変化していることを根拠にした。進化に定向性があり、それは自然選択とも矛盾しないことは事実であり、これは正しい。シンプソン G.G. Simpson (1902–1984, アメリカ) も同じく馬の形質の進化について、これが正しいことを述べている。しかし、生物に何等かの神秘的な力があるのかという拡大した議論を容認する訳にはいかない。ラマルキズムはダーウィンの考え方にも取り入れられていて、本来はダーウィニズムに対立する考え方ではない。対立の手段に用いられたのは「生物の主体性」の面を強調した新ラマルキズムからのことである。

ダーウィン C.R. Darwin (1809–1882, イギリス) は南アメリカ大陸から非常に離れた（生物の往来がない）場所にある、十数個の島からなるガラパゴス島で1835年にフィンチという小さい（10から40 g程度）鳥の多様性を観察し、その特徴（大きさ、色、くちばしの形、専ら食べるものなど）がそれぞれに異なり、その特徴が、それぞれの生活様式に適合していることを確認した。また、新しく生じた島

にいるフィンチは古くからあるフィンチによく似ていることを確認した。すなわちフィンチが移り住んだ先でその性質を変えたことを推定した。というのだが、ダーウィンが専ら観察していたのはマネシッゲミだったともいわれる。ただ、何れにしてもその内容は同じであり、何らその価値を下げるものではない。それぞれの環境に合った種がそれぞれの場所にいるというのは、今西錦司 (1902–1992) の棲み分け説 theory of protoidentity にも通じるが、今西進化論は学会ではあまり取り沙汰されない。

ダーウィンによる進化の過程は自然選択（自然淘汰）natural selection という考え方を基盤にしている。もちろんヒトを主体に考えるわけではなく、ヒトは動物の一種類と考える。ダーウィンの進化論は次の考え方を骨子にする。

1. 生物には同じ種でも小さな違いをもつ個体が多数いる、また多数生じる。
2. 生物は生き残る数よりも多くの子を作る（子の一部は必ず死ぬ）。
3. 生物は自分が生き残る、また子を作るために環境に適応したり他の個体と争う（struggle for existence）。
4. 生存や繁殖により有利な性質をもつ個体は、多くの子孫を残す。

3番目の struggle for existence は生存競争とか生存闘争と訳され、ナチスによる大量虐殺の根拠に誤解されたが、本来の意味は、その環境への生物の適応も含む概念であり、また生存にとっては必須ではない、ヒトにみられるような「努力」などは含まれない。大量虐殺のような不必要で意図的な殺戮は、生物の自然な進化とは全く関係がない。

また、有利な性質をもつ個体が多くを占めるようになる、という考え方には、もちろん獲得形質が遺伝することを前提にしている。また、ダーウィンは自然選択による生物の進化だけでなく、ある一つの種の生物から、違いをもった多くの種が生じることについても言及している。ある場所で多くの種が共生共栄するためには、むしろ個体間に争いがない方が有利である。すなわち全ての個体が同じ食べ物を食べたり、同じ居場所にいようとすると、争いが生じ、結局は生き残る個体は減ってしまう。ある個体が利用している食べ物や居場所を「生態的地位（ニッチ）ecological niche」という。ニッチとは礼拝堂でマリア像、一般に彫像や花瓶などを置くための

「くぼみ」のことで、語源はフランス語の動詞 nicher（巣を作る）で、「収まるべき場所」という意味から派生した生物学用語である。ダーウィンはこれを「自然のつながり economy of nature における位置」と呼んでいたが、この概念を発展したものである。つまりニッチが異なる種が多く生じるほど、全体としては栄える（適応放散 adaptive radiation という）。例えば世界中の人が東京都に住みたがって、全員がうどんを食べたがったら人類はかなり生存しにくい。

ダーウィンによって広く知られるようになった自然選択による進化は、その少し前にウォーレス A.R. Wallace (1823–1913, イギリス) により提唱され、1858 年にダーウィンはリンネ学会でウォーレスの論を同時に発表した。しかし、これは学会内部の話で、一般には反響がなかった。その翌年にダーウィンは「種の起源」(本来の名は「自然淘汰による種の起源、または生存闘争に勝ち残る種の保存について」) を発表した。これにより一般にも進化論（いわゆるダーウィニズム）が知られるようになった。ウォーレスの自然選択はダーウィンの考え方と似ているが、あえて違いを言えば、ウォーレスの自然選択は異種の生物間にも働く（いわば集団選択）としている一方、ダーウィンは集団選択も考えてはいたものの、基本的には自然選択は同種の個体間に働くということを前提にしている。

一方、生存に無関係な性質は自然選択を受けずに広がると言及している。これは木村資生の中立説に近い（ただしそれは遺伝子や蛋白質など分子の話であるが）。遺伝子の同じ点変異であっても、致死的な先天性代謝異常を生じる変異がある一方で、血液型の違いのように、生存に影響がないために個体差が大きいまま定着しているものもある。法医学で個人識別に用いられる形質は、指紋、血液型など個体差が大きい形質である。言い換えれば、個体差が大きくて生存や繁殖に影響がない形質である。法医 DNA 鑑定でも然りで、やはりイントロンを中心とした個体差の大きい配列を調べる。

進化については多くの説があり、どの説が正しいかは現在も決着がついていない。それぞれの説に例としてあげている生物があり、その説をよく説明している。ところが、その生物の性質は別の説では説明できない。例えば今西錦司の棲み分け説に出てくるヒラタカゲロウがなぜ棲み分けるのかを、木村資

生の分子進化の中立説ではあまりよく説明できない。それぞれの論は生物の一部をよく説明しているが、物理学でいうような統一理論に相当するものはあるだろうか。この点では総合学説 synthetic theory が、それに相当するだろうか。医学はもとより、生物学に「～の法則」が少ないので、例外があるからである。例外があったら法則ではない。それはとりもなおさず生物の多様性（個体差）を示している。進化によって生じた生物の多様性が、逆に進化論をつくる一番の妨げとなっている。医学の研究でも特に臨床医学では患者の個体差が大きいためにデーターが不揃いになる。そのために演繹的な推論がしにくい。進化論は、進化仮説 hypothesis というべきか（余談だが、ギリシャ語で「thesis に不足」なので hypothesis となる）。

ダーウィンも、ある環境によく適合した個体の子は、やはりその環境によく適合する、つまり遺伝があるとしている。その個体が後天的に身に付けた獲得形質の遺伝（たくさん勉強したので成績が良くなった人の子も成績が良くなるのか）の意味だけではないので正しいと思う。進化ではその個体一代限りの形質の変化は種の変化につながらない。それが突然変異によるものであれ、形質の変化が遺伝することは進化に必須である。その形質の変化は生存や繁殖と無関係でも良い。形質の変化したものの集団中の割合が変わっていけば進化と呼んで良いであろう。これを進化における「頻度変化プロセス」という。究極的には偶然に生じた新しい形質を生じる遺伝子が、その集団の全体に広がる（遺伝子拡散 gene-flow）。これを「固定 fixation」という。その時に、もともとあった性質の個体が、より適合した個体に置き換わる過程を「置換プロセス」という。

1908 年に提唱された Hardy-Weinberg (G.H. Hardy 1877–1947, イギリス 数学者, W. Weinberg ドイツ 医師) の法則はメンデル G.J. Mendel (1822–1884, オーストリア) の法則 (1865 年) と並んで数少ない生物学の「法則」だが（この 2 つの法則は遺伝子の性質なので個体差がないからと言わればその通りではあるが）、この法則では代を重ねても遺伝子頻度に変化がないことを言っている（文句をつけるわけではないが、この法則はメンデルの法則が守られれば数学的に必ず成り立つ法則である）。例えば江戸時代の日本人の血液型（検査できたとして）の割合と、現在の割合が同じだという

法則である。ということは、血液型は進化していない形質といえる。Hardy-Weinberg の法則は進化しない形質について成り立つ「条件付の」法則である。血液型の頻度が異なる国の人と自由に交配（ヒトも？）が生じると、頻度は変化する。この法則でも、外部との交流がなく、内部では自由に、と条件を付けている。この「内部」を「地域繁殖集団」という。一方、移住した日本人のように、もとの場所との交配がなくなり、別の繁殖集団に移った状態を「集団の分岐 divergence」という。したがって、集団の分岐は進化の原因ではなく補助因子である。

個体の性質の変化は個体の生存や繁殖に差をつける変化（適応進化）もあれば、差をつけない変化（非適応進化）もある。また、進化では一般的に機能が増し、複雑化する変化ばかりを言っているが、現代人の親不知の退縮など逆の変化もある。しかし、これによって適応度 fitness, adaptive value が増すならば、それは進化といって良いであろう。適応度は「その形質を持つ個体の平均の子の数」を「その種全体の平均の子の数」で割ったものである。ただ、適応している個体の適応度は必ずしも高くなこともある。乱暴な例を挙げれば、ヒトという集団で適応的と思われる形質の一つに頭の良さがあるが、頭の良い人ほど多くの子を持つわけではない。つまり適応度は高くない。むしろ多くの子を残そうとだけ望む一般的な人の方が適応度が高くなる。もちろんこれは様々な価値が要求されるヒトの性質を、ただ残す子の数だけで評価した乱暴な指標であるが、進化で語っている適応度とは、そのような程度のものである。進化にはその程度のことしか関係がない。

適応度が高くなるように子の性比 sex ratio がずいぶん偏っている生物がいる。蜂、ダニの一部では雌が雄の数倍生まれる。性比が 1 対 1 だと、雄が余る状態になり、適応度は低くなる。Fisher の理論では、雌雄が「大きな集団で、ランダムに」交配する前提で、性比は 1 対 1 が最も良いとしたが、実はこれとは矛盾しない。それはこれらの生物では雌雄が大きな集団でランダムに交配していないからである。これらの生物は花の中（蜂）や、寄生先の生物の体内（蜂）や、母の体内（ダニ）（つまり体内で孫が生まれる）で繁殖をする。すなわち、兄弟姉妹で交配するため、雌が多いほど子の数が多い。付け加えるとその後、雌は寄生場所から離れていくが、雄

は外に出ることなく死んでしまう。また、環境の変化によって性比を変化させる生物もいる。北海道で「雪虫」といわれるアブラムシの一種は、多くの子が産めない時は雄を優先して産む。この理由にオオガラゴのような局所的資源競争が影響しているのか不明だが、その方が有利らしい。オオガラゴは靈長類なので昆虫に当てはまるかわからないが、オオガラゴの雄は母から離れて暮らし、雌は母と一緒に暮らすので、食料が少ない時には雌が多いと食料がなくなってしまう。ちなみにオオガラゴの食料は樹脂である。樹脂が食べられる木は限られている。ただ、環境を感じて生まれる子の性比を最適化する機構があることは考えにくい。おそらくそのように最適化できる性質をもった個体が自然選択で残ったのであろう。

上記のようにある世代で変化した形質が子にも伝わらなければ進化はない。食べ過ぎて肥満していたり、怪我で体の一部を欠損したりしても、遺伝子に変化はないので、子には伝わらない。かつて獲得形質の遺伝がないことを証明する実験としてワイスマン（後述）がネズミの尾を 22 世代にも渡って切り続けたが新たに生まれたネズミの尾は短くならなかった、という大勘違いの実験があった（しかし 100 年続けたら短くなったかもしれないという真面目な？批判もあった）。ネズミは何も環境に適応して尾を短くしたわけではないので、これは獲得形質でも何でもない。ラマルクは「怪我は獲得形質ではない」と述べている。しかし、それらの肥満や体の欠損が遺伝子異常で生じたものであるならば、それは遺伝する。誤解のないように言うが、この遺伝子は精子や卵子の遺伝子である。癌は遺伝子異常で生じるが、これは生殖細胞ではない体細胞の変異 somatic cell mutation であり、さらにその臓器のみの異常であり、精子や卵子の遺伝子を変えないので遺伝しない。ただし生殖細胞も等しく異常になる先天性の癌は遺伝する。

ただ、遺伝子の変化が全て形の変化を生じるわけではない。また反対に、遺伝子が変化しなくても形が変化することがある。ヒトの奇形も染色体異常など遺伝子に変化があるものだけでなく、遺伝子発現 gene expression の障害によって生じたものがある。進化ではこれを「発生のプロセス」と言う。

以上が進化の基本過程であり、

1. 遺伝できる変異があり、

2. 集団内での頻度変化があり、
 3. 環境に適応した分岐がある
- だけでも生物は進化できる。

ヒトの身長を考えてみる。身長は骨形成に影響されるので巨人症、骨形成不全症など様々な何れも稀な疾患では変化を受けるが、体重と異なって栄養状態の違い程度では影響を受けにくいので、誤差の少ない身近な形質の一つとして考えやすい。まず、身長という形質は遺伝するかどうかを考える。両親の身長の平均値が高いと子の身長は必ず高く、複数の子がいる場合はその全員が高いならば、全て遺伝する（遺伝率 heritability が 1）と言える。逆にいえば、身長は遺伝子が決めていたのかという問題である。次に身長が高いほど、もしくは低いほど生存や繁殖に有利かを考える。次に、もしそうなら有利な人の占める割合が増えていくのかを考える。そして次に、同じ場所に身長の同じ人ばかりがいたら不都合があるので、身長以外の様々な性質が異なる人が別集団を作っていくのかを考える。すると、どれも当てはまらないようである。したがってヒトでは身長という形質は進化していないらしい。

進化で残りやすい性質は、もちろん個体に有利な性質である。しかし、行動生物学 ethology の研究者たちは、進化では個体より種 species という集団の利益を優先していると言う。1973 年にノーベル賞を受けた行動生物学の始祖である Konrad Lorenz (1903-1989, オーストリア) でも、「種を存続させるために適する…」というような言い方を平然としている。動物の行動がたしかにそのように見えることはある。しかしこれは陥りやすい誤謬である。

レミングの集団自殺は象徴的な話としてしばしば挙げられる。個体数が異常に増えたときに一部が川で溺れて個体数を減らし、種を存続させるのだという。ところがこの真意は配偶者の見つからなかった雄が、少しは相手がいるかもしれない可能性のある場所を探して移動しているうちに事故死してしまうものであって、わざわざ他の個体のために自殺するわけではない。あくまでも自分が配偶者を見つけるためのものである。戦争中に「國のために快く」死んだ人がいるだろうか。一人もいないと思う。

個体に有利な性質が進化する自然選択という概念に対して、集団に有利な性質が進化することを集団選択という。レミングと同様、イヌ科のリカオンという肉食動物もよく例にあげられる。リカオンは全

て兄弟同士の雄と、血縁関係のない雌が群れをつくるが、最も優位な一頭の雄しか交尾をしない。他の雄は兄弟の子の世話をしている。なぜこのようなことに利点があるかと言えば、最も優位な一頭の雄は狩りでも最も危険な役割を持つので死亡率が高い。もし死亡すれば、自分がその一頭になった時に、自分になついた兄弟の子が狩りの手伝いになる、またたとえその一頭にはならなくても、兄弟の子なので、自分と同じ形質は残っているという事情もある。

このように、自分よりも同種の他個体を優先するような「利他現象 altruism」が見られることがある。これを説明する考え方として、1964 年にハミルトン W.D. Hamilton (1936-2000, イギリス) は「血縁選択説」という考え方を提唱した。ハミルトンは性の進化でも 1980 年に「赤の女王説」というのを提唱している。これは有性生殖の意義は多様な形質の子孫を作ることで寄生生物（特に細菌）が免疫から逃れることを防いでいる（同じ形質の動物ばかり生じたら、動物の免疫をかわす寄生生物によって全滅してしまう）ということにあるという説である。「鏡の国のアリス」に出てくる、いつも全速で走り続けるチェスの駒の赤の女王はアリスの質問に対して「一か所にとどまるためには、いつも走り続けなければならない。」と答える。これが、「寄生生物から逃れるためには、いつも変化し続けなければならない。」生物と同じ姿だと捉えた。

この種の動物行動を考察する時には、利他的に見えるが、実は自分のために行っている行動を見抜くことが大切である。生物は基本的には全く自分のためにはならず、他のためだけになるようなことはしない。

互いに利害のある 2 種類の生物が影響を与え合ってともに進化することを共進化という。これには利害が対立する場合（食う、食われるなど）と、一方に利があるが一方は無関係な場合（片利共生 commensalism）（フジナマコとカクレウオのような住み込み共生 inquilinism やサメとコバンザメのような運搬共生 phoresy がある）と、ともに利がある場合（相利共生 mutualism）がある。共生 symbiosis とは広義には 2 種類以上の生物が影響しあうことをいうが、狭義には共に利益となる関係をいう。なお、一方に利があるが一方が不利益を受ける場合は寄生 parasitism という。

共生は個体間だけでなく、細胞内でも生じている。植物の葉緑体やミトコンドリアは核DNAと異なる独自のDNAをもち、もちろんそれらは次世代へ複製される。ミトコンドリアDNAを用いる個人識別、母子鑑定に応用されている。葉緑体が共生による小器官という説は1883年にシンペルにより、ミトコンドリアについては1890年にアルトマン Altmann (1852-1900, ドイツ) により提唱されていましたが、当時は無視され、これらの説が正しいらしいことが広まるのは1967年にLynn Margulis (1938-, アメリカ) が「連続共生説」を出してからである。地球の歴史の中で20億年は原核生物しかいなかつたという。嫌気性細菌に好気性細菌 respiring bacteria が共生するとミトコンドリア mitochondrion が加わり、スピロヘータ spirochetes が共生すると鞭毛 flagella と中心体 centrosome が加わり、藍藻 cyanobacteria が共生すると葉緑体 chloroplast (葉緑体を含む類縁構造物の総称を色素体 plastid という) が加わる。さらに最初は共生しただけであったのに、現在の動物細胞はミトコンドリア、植物細胞は葉緑体なしでは生きられない。ヒトでもミトコンドリア病の病態をみれば明らかで、ミトコンドリアを使わない代謝は糖をピルビン酸にするまでの発酵であり、TCA回路を回す通常の19分の1のエネルギーしか得られない。ミトコンドリアが外部から来た別の細胞であったであろうことは、ヒトでは16569塩基対の環状二本鎖DNAという、染色体DNAと全く異なる独立したDNAを持っていることも然ることながら、電子顕微鏡像でも細胞膜を二重に持つことがわかり、内側は本来のミトコンドリアのとの細胞の膜、外側は入り込んだ細胞の膜で、この二つは脂質組成も異なることから、由来が同じでないことが明らかである。梅毒スピロヘータの診断にカルジオリピンを測る理由を考えれば関連がわかるであろう。カルジオリピンはミトコンドリアの内膜にあり、外膜にない。外膜はステロイドからなる。この現象を共生以外で説明することは難しい。また、蛋白合成系のリボソームもミトコンドリアと葉緑体では70Sであり、宿主細胞の80Sリボソームとは異なる。スピロヘータは波動毛 undulipodium (鞭毛と纖毛の総称) の由來で、ミトコンドリアと同じく細胞内に共生した生物とされる。一方ミトコンドリアの由來はパラコッカス Paracoccus やブデロビブリオとされ、同じモネラ界 Mon-

era の由來である。ただ、彼女の共生説にも答えるべきではない点がある。核、小胞体、ゴルジ体の由來をどう考えるか、ミトコンドリアと葉緑体は良いが、鞭毛独自のDNAがないことはどのように説明するのか。しかし鞭毛についてはその理由で彼女自身も現在は除外している。

進化は常により良くなっていく変化とは限らない。全体をみれば良くなる変化であっても、ある形質にとっては退化をもたらしていることが多い。他の動物の例をあげるまでもなく、ヒトを考えれば、視力や嗅覚など、ヒトが他の動物よりも劣っている形質が多い。

今まであげた程度の変化では、全く新たな、もとの生物と大幅に異なる生物が生じる（大進化 macroevolution）ほどの変化をもたらせない、いわばヒトという同じ種の中で、黒人と白人がいる変化程度の説明はできても、サルからヒトへ別の種に変化する説明をするには少し足りないという意見もある。しかし、同じ種でありながら、地理的に交流のない地域に住みついた個体は、その場所で別の要因を受けるので、もとの集団と異なった進化を遂げる。交流がないまま十分に長時間が経過した後に両者を比較すると、形質がかなり異なってしまっているかもしれないし、種さえも異なってしまっていることも有り得る。さらにはこのような地理的隔離 geographic isolation による種の発生（異所的種分化 allopatric speciation）がなく、たとえ同じ場所にいても、生活習慣を大きく変える変異が起きた個体がいれば、交配は生じなくなるので、ただこれだけのことでも生殖隔離 reproductive isolation は生じる。例えば昼は絶対に眠ってしまう変異を生じたヒトがいたとすれば、その個体は昼に活動するヒトとはたとえ同じ地域にいても行動をともにすることはない。特に植物の生殖は花粉を虫に運んでもらうことが多いので、形態の変化は花粉を運ぶ虫の種類を変えることがある。しかし形が殆ど同じでも生殖隔離が生じていることがある。これらを同胞種という。つまり形が似ていても別の種がある。化石を根拠に種を論じる時に陥り易い誤りである。種を考えなくても進化は語れる。

2006年5月18日のNatureに、ヒトの祖先がチンパンジーと何度も交雑して遺伝子構成も変化したことが判明したと発表があった。互いに生殖可能な生物を同一種と呼ぶという定義に従えば、ヒトの祖先は

チンパンジーと同じ種であったということになる。

化石を根拠にした進化論には Stephen J. Gould (1941–2002, アメリカ) と Niles Eldredge (1943-, アメリカ) の断続平衡説 theory of punctuated equilibrium (1972 年) がある。これは、化石は基本的な形態があまり変わらない時期が長くあり、新種は突然に生じて、再びその形態があまり変わらない時期が長くある、という観察結果に基づいている。化石はもちろん形態を根拠に分類され、断続平衡説では種が同じならば、その他の原因では形は変わらないという。これは同じ種でありながら、実際には進化に最も影響する遺伝子の交流様式の異なる個体の存在があることと矛盾する。これは形の情報しかない化石を見る限りは仕方のないことである。繰り返し言うが、形態や種は進化の本質ではない。形態は性質の全てを表してはいない。細胞診を見ても明らかなことである。また、化石は残り易いものだけが残る。残りにくいもの、採取されにくいものは、存在していないと誤解されてしまう。これも細胞診とよく似ている。このように化石を根拠に進化を論じる時は、化石の特性に気を付けないと、誤った推論に進んでしまうことがある。

例えば癌は遺伝子病であるから、癌を診断する時に細胞の形を見ること（細胞診、組織診）は最も有効な証拠であっても、本質的な診断法ではない。同じことを言えば、進化は遺伝子変化であるから、進化を論じる時に化石の形を見ることは最も有効な証拠であっても、本質的な議論ではない。

また反対に、大きく形態が変わっても、遺伝子変化はごくわずかしかないということもある。したがって種を変えるような大変化だからといって、徐々に起こるとは限らないのも事実である。例えば遺伝子発現 gene expression を司る遺伝子はホメオティック遺伝子 homeotic gene のようにその単一の変異だけで、他の多くの遺伝子に影響を与え、恰も長期間かかって蓄積した多重変異のように形質を大きく変えることがある。また、遺伝子には似通った配列の部分が複数個あり（偽遺伝子 pseudogene），機能を持たないと思われる遺伝子部分は変異が生じても宿主に何等障害を与えないで、自由に変異する。もしその変異の蓄積した偽遺伝子が発現されるとすれば、形質は唐突に変化する。この遺伝子重複説 gene duplication は大野 乾（すすむ）（1928–2000）が 1968 年に提唱した説である。これには発

現される部位に生じた遺伝子変異の多くは有害であるという事実に基づいている。

このように進化の最も有力な証拠である化石も、根拠に用いる時は十分に気を付けなければならぬ。

獲得形質の遺伝について、それを完全に否定しようとしたのが、医師のワイスマン A. Weismann (1834–1914, ドイツ) であった。彼は 27 歳の時に「種の起源」を読み（出版の 2 年後）、啓示を受けたと語っている。そして 1892 年に生殖質説 germ-plasm theory を提唱した。彼は多くの生殖細胞の形成の観察により、遺伝する形質は生殖細胞 germ line cells にあり、それは体細胞 somatic cells と独立に生じるとし、「遺伝は特別の分子構造を持った核内物質の伝達による」と、DNA の存在を予言する卓越した研究を行った。彼はその物質を determinant (決定するもの) と呼んだ。また生殖細胞はその成分が半分でなければならないことを指摘しているが、これは減数分裂を予言していた。その当時は個体の全てが遺伝すると考えられていたので、生殖細胞は別に存在するという詳細な観察に基づくこの説は画期的であり、現在でも基本的には正しい説である。唯一欠点があるとすれば、植物では体細胞と生殖細胞はそれほど厳密には独立していないことである。

現在の遺伝子治療は、障害のある遺伝子をそのまま残したままの、ただの補充療法のレベルにとどまっている。ある酵素の欠損症を遺伝子治療された患者はその症状（表現型 phenotype）が改善するが、決して生殖細胞に伝わらない（遺伝子型 genotype）ために、患者の子の病気は予防できない。獲得形質が遺伝するためには生殖細胞の遺伝子配列が変わらなければいけない。進化におけるゲームの理論 evolutionary game theory で有名な John Maynard Smith (1920–2004, イギリス) はこの例外として生殖細胞の遺伝子の活性化、および遺伝子の重複が生じた時には、形質が遺伝するとしている。

ダーウィンの進化論では自然選択が重視されるが、その前に選択される多種の個体が生じなければこの説は成立しない。ダーウィンもこの説明に獲得形質の遺伝を考えていた。しかし、極端とはいえワイスマンの生殖質説で獲得形質の遺伝が否定的になってしまい、それでは新しい形質はどのように生じるのかが問題になった。その後後に、突然変異

mutation の概念がド・フリース H. De Vries (1848–1935, オランダ) によってオオマツヨイグサの交雑実験の結果から 1901 年に提唱された。しかし、ここにも問題はあった。先に述べたように、突然変異の多くは有害であったからである。特に大きな変異は致死的に近い。それならば小さな変異が積み重なり、随時、自然選択が生じれば生物は進化すると考えられる。実際、1976 年に利己的遺伝子 selfish gene で名を馳せたドーキンス C.R. Dawkins (1941–, イギリス) はこの立場に立っている。しかし、まだ問題がある。小さな変異を積み重ねても、魚は蛙にならない。ゴールドシュミット R.B. Goldschmidt (1878–1958, ドイツ, のちナチスによりアメリカに亡命) は 1940 年に血液循環、動物の歯、哺乳類の体毛などダーウィニズムでは説明できない飛躍的な形質の変化が何度もなく進化途上には見られたといい、これらの形質は最初から完成されたものでない限り役立たないとし、この飛躍的に変異を遂げた個体を「有望な怪物 hopeful monster」と呼んだ。多数の変異が調和して生ずるなどということは有り得ないことなので、もちろんこの説は殆ど認められなかつたが、突然変異の頻度を高くする遺伝子や多数の遺伝子発現を制御するホメオティック遺伝子が見つかるにつれ、強（あなが）ち嘘ではないかもしれないという気がする。また、このような遺伝子セットが偶然の変異でなく、そのままウイルスとして感染し、大進化を生じるとする中原英臣らのウイルス進化論 (1971 年) も似ている点がある。ウイルス進化論ではトランスポゾン transposon など動き得る遺伝子に挟まれた遺伝子の大断片が切り出され、ファージやプラスミドなどのベクターを介して他の動物細胞に感染するとしている。トランスポゾンはマクリントック B. McClintock (1902–1992, アメリカ) によりトウモロコシの斑入りの研究により、動く遺伝子要素 mobile genetic elements として発見された。彼女は 1983 年、この業績によりノーベル賞を受けている。

現在の進化論はメンデルの法則、ド・フリースの突然変異、ダーウィンの自然選択を全て加味した形で集団遺伝学 population genetics を基盤にして論じられている。これは 1930 年頃に R.A. Fisher (1890–1962, イギリス), J.B.S. Haldane (1892–1964, イギリス), S.G. Wright (1889–1988, アメリカ) の 3 人によって確立された。ただ、自然選択については

Fisher と Haldane は自然選択の役割を重視（ただ、Haldane はまずその個体内での形質の調和を重視したという違いはあるが）、Wright は「遺伝的浮動 genetic drift」を重視した。遺伝的浮動は集団内の遺伝子頻度が偶然的に変化することをいう。自然選択のように向きの定まった変化の逆の概念ととらえることもできる。この説は分子進化や蛋白質の多型 protein polymorphism を考えてみても重要なものである。

Wright の説に立ち、1968 年に分子進化の中立説 neutral theory of molecular evolution を提唱した木村資生（もとお）(1924–1994) は、中立な（有利でもなく不利でもない）突然変異で生じた遺伝子変化が遺伝的浮動で集団に「偶然に」広まると主張する (Kimura M.: Evolutionary rate at the molecular level. Nature 217, 624–626, 1968)。たしかにダーウィンは全ての形質を有利か不利かで判断しようとするが、生物の形質には有利でもなく不利でもないものが多い。彼は様々な哺乳類のヘモグロビン蛋白の変異頻度が、自然選択説を主張する Fisher の予測値の数百倍も起きていることを証明した。もし全てが自然選択されているならば、これほどの多型性は生じるはずはない。また DNA の連続する 3 塩基の配列が 1 種類のアミノ酸を指定することを考えればなおさらのこと、たとえ発現される DNA に変異が生じても何等形質には関係のないことも多くある。

分子進化の中立説は、現在、最も矛盾の少ない説として認容されている。また、これはダーウィンの進化論を否定するものではなく、それどころかダーウィンの進化論の補強をするものと考えられる。また、ダーウィン自身も、自然選択が働かない中立な形質があるということも述べている。

進化論については何が正しい説なのかを演繹的に証明することができないため（何万年もかかる実験は誰にもできない）、決着はつかない。ただ、それだからこそ、無理のない仮説を立て、科学的に考え、跳躍せずに論理を進めていくことが大切である。また、進化について考えることは生物学に関する高度で幅広い知識を必要とするため、科学的な考え方を習得するのに大変に良い主題であり、ぜひこの分野を学ばれることをお勧めする。

寄稿にあたり、臨床福祉専門学校・基礎医学研究室長 鈴木晟幹先生にご助言を頂きましたことに深く感謝申し上げます。

話題

メディカル・ハラスメント (medical harassment) について

浅沼勝美

昭和大学医学部客員教授

はじめに

職場で主に女性に対する性的いやがらせをセクシャル・ハラスメント (sexual harassment) 通称セクハラといい、言葉や行為による性的な働きかけだけでなく、人格を傷つける行動もこれにあたることで、社会的に問題となり、女性を保護するために法的にも罰則が加えられるようになりました。

harasseは「悩ます」という言葉です。近年、病院で見かける状況の一つに、医療従事者が患者を悩ますようなことや、「いやがらせ」に相当する事柄にしばしば遭遇することがあります。

最近は、〈医療従事者は何時も患者さんの立場になって、医療に立ち向かいましょう〉と新聞・テレビ・ラジオで報道されています。これは常に患者さんは弱者で、医療従事者は勝者だからです。しかし、両者とも同じ人間です。感情の揺さぶりがあり、精神の疲れもあります。ひょんなことで心の食い違いが出て、人間の弱さがこのハラスメントとして表れることがあります。

私は40数年間の大学、市中病院に勤務中に直接的に、間接的に味わった「いやがらせ」を医療関係者から患者へ、患者から医療関係者への相互にあった事実に触れてみます。

こんな些細なことが、こんな言葉が弱者の患者さんを、また、こんな言葉が医療関係者を傷つけて相互の信頼関係が失われ、治療に支障をきたすことを深く認識して、人間味のある医療の糧になるよう【メディカル・ハラスメント】と名付けて幾つかの症例を紹介し、検証を加えてみます。

I. 医療関係者から患者さんへのハラスメント

症例1：院内案内受付で

高齢の男性患者「急いで内科を受診したいのです

がこんなに混んでいては遅くなりますね」

受付嬢「緊急の症状であれば、救急科の診察を受けた方が良いですが」

患者「私は内科を受診したいのです」

受付嬢「この病院は総合病院です。緊急の場合は救急科で受診してください、貴方は分らず屋ですね」

検証：このように一方的に言っては患者さんは納得しません、しかも「貴方は分らず屋ですね」の分らず屋の一言は相手を侮辱しています。どんなに混雑しても、何故内科を受診したいかを聞いて納得する説明をすべきです。

症例2：血液検査室で

中年の女性患者「私の血管は細いので採血が難しいので、上手な方に採血してもらいたいのですが」。採血とは静脈へ注射針を刺して採血する。上手く静脈に針が刺されず数回刺す場合もあり、周囲の組織を傷つけ内出血する場合がある。

看護師「私たちは毎日々々沢山の患者さんから採血しているので慣れていますから、ご安心下さい」。しかし、3回も刺してやっと採血が終了した。

患者「痛かったです、3回も刺したじゃないですか、下手ね」

看護師「こんなに肥っていては血管が見えないから仕方ないですよ、少し痩せた方がいいですよ、採血が下手と言われたのでは…どうぞ上手な病院へ行きなさい」

検証：このようなことは毎日ある風景です。肥満の患者さんの採血は実際に難しいです。

お互いに最初から雲行きが悪い状態だったでしょう。この場合は、売り言葉、買い言葉…。患者が上手な方に採血を…。看護師は一回で採血ができなかつたので失敗したと思っていたが、プライドが許さず、失敗は患者の肥満を原因にした。

女性に（肥満）の言葉は禁句です。この場合は、

看護師が患者へハラスメントですね。

症例3：外来診察の待合室で

看護師「○○さん外来診察室へ入って胸の診察ができるようにして準備してください」

高齢の男性患者「病院は寒いから診察するとき脱ぎます」

看護師「今日は混んでいますから診察するときでは時間が掛かりますよ、何時もあなたはのろまだから…」

検証：看護師は患者に対して諭し方があると思います。確かに高齢者は行動が遅く、診察時の脱衣の準備に時間が掛かりますが、(何時もあなたはのろまだから)こんな言葉使いは絶対に使うべきではありません。

症例4：医師の診察室で

中年の男性が食欲不振と体重減少を訴え、掛かり付けの医師からの紹介状を持参して総合病院の消化器科を受診し、内視鏡の検査を受けた。

医師「内視鏡検査中に申し上げたように、胃の壁に小さいポリープができていたので組織検査をしました。その結果は良性腫瘍でも悪性腫瘍でもない中間の腫瘍です。病理組織学的検査ではグループⅢです」

患者「良性でもない悪性でもない。そんな中途半端なものがあるのですか？」

医師「組織検査の結果はグループI, II, III, IV, Vに分類されます。I, IIは良性で、IVは悪性を疑い、Vは悪性と診断し、IIIは中間でどちらとも言えず経過観察して適宜の期間をおいて再検します」

患者「先生は良性だと思いますか？悪性になると思いませんか？」

医師「この検査結果は専門病理医の診断ですので、私の専門は消化器内科です。私にはわかりません」

患者「内視鏡専門の医師がそんな当てにならない返事では…先生も勉強しなくて…」

患者は病理の先生にあって意見を求めると言いました。

医師「ここは相談室ではないのです。私が信用できないなら別の病院へ行って診断を受けてください。あなたを診る義務はないのだから」

検証：この会話はハラスメント？お互いが傷ついた会話です。医師対患者の人間関係が失われ、これ以上会話が続ければお互いがハラスメントの言葉にな

りかねません。

II. 患者さんから医療関係者へのハラスメント

症例5. 入院棟の回診で

若い女の医師が看護師と同伴で回診する。

医師「○○さんご気分は如何ですか？」

患者「先生、言い難いのですが、回診時間を決めてくれませんか。入院中に色々やりたいことがあるので」

医師「○○さん、病気を治すために入院したのでしょうか？」

患者「だらだら入院していてもすぐに直らないでしょう。この点滴が何のためか、朝、昼、夕の3回の薬は何のためか？説明は全くないではありませんか。本当に先生は肝臓病の専門医ですか？」

医師「あなたの肝臓病は慢性疾患ですから、安静第一です。薬の効能書はを渡したでしょう。読んでないのですか？…困った人ですね」

患者「病室がうるさいので安静は保てないです。自宅で安静に治療したほうがましです」

検証：この場合の本当に先生は肝臓病の専門医ですか？

この言葉は医師を著しく侮辱した言葉です。このような侮辱の言葉はハラスメントに相当します。如何なる部門の専門医もそれ相当の教育を受け、学会が定めた試験に合格しなければ認定されませんので、専門部門を少なくとも5~6年の経験が求められています。

症例6. レントゲン検査室で

最近は、CT検査、MRI検査など精密検査の導入で大変混雑するようになり、やはり検査予約制度が行われている。レントゲン検査室には部屋番号があり、No 1, No 2.と書かれているが、呼ばれた声も聞き取れがたく、また部屋番号も読み取りにくいことも少なくない。

患者さんは若い女性。

技師「○○さん、3番の胸部レントゲン撮影検査室へお入り下さい」

「胸の写真を撮りますから、脱衣室で上半身の下着だけになって下さい。脱衣着は備えの籠を使って下さい」「準備ができたら撮影室へお入り下さい」撮影室で。

技師「プラジャーは取らなきゃダメでしょう」

患者「これも知らないといけないのでですか？恥ず

かしいですから、このままでレントゲンを撮ってください」

技師「肌着はとらなくていいですが、ブラジャーははずして下さい」

患者「いやらしい技師さんね。こんなのはじめて…」

検証：この「いやらしい技師さんね」の言葉はどうして発せられたのか。直接胸は見れません。何故この言葉が出たのか理解に苦します。技師さんへのハラスメントです。

最近は女性のレントゲン技師を配置して、このような撮影にはできる限り誤解を招かないように努めている病院が多くなっています。

症例 7. 外来診察待合室で

外来の再来患者さんは、多くの病院では予約制度になって待ち時間の短縮に努力しています。入院患者さんは受け持つ医師は、外来診察中に時々入院患者の急変で中座する場合があります。

医師「入院患者さんが急変したので、この診察は途中ですが暫く待って頂けますか」

患者「しょうがないですね、あまり待たせないで下さい」

医師「大変待たせて申し訳御座いませんでした。じゃ、検査伝票を渡しますから検査してきてください」

患者「待っている間に検査を済ませられたのに、若い先生は要領が悪いですね。経験を積むと待つ患者の立場が分かるのに」

医師「緊急でしたから、済みません」

検証：大病院は患者さんが多く、待ち時間を解消するため再来予約制度になっています。

外来診療医師は、入院患者さんが急変した場合病棟医師が対処するのが一般的ですが、主治医が診療に参加する場合があります。この場合はその例でしょう。

散々待たされた患者さんは感情的になったのでしょうか、若い先生は要領が悪いですね、経験を積むと…の言葉は患者さん側から言われると著しく屈辱感を感じるもので、この言葉先輩医師がしばしば指導する時に使われます。医師に対するハラスメントです。

III. まとめ

医療は診断・治療する医療側は弱者の患者さんの

上に立っています。したがってハラスメント問題は医療側から発生することが多く遭遇し、患者さん側は悔しい思いをもって泣き寝入りしている場合が多いようです。

近年は、ハラスメントを受ける側には医療側が増えているようです。公的機関の病院では、医師や看護師が受ける一番嫌な言葉は「お前達の給料は我々の税金だよ、我々の税金でこの病院は成り立っているのだから…」また職場ごとに受けるハラスメントの違いもあります。

相手に感謝するつもりで発する言葉には他人を批判したり、誹謗したりすることがあります。この場合は聞く側には好感は持てません。

「看護師さんは当直があって大変ですね。ほとんど寝ないで病室を見て廻っていますから」。この言葉は看護師さんに感謝し労わった言葉ですが、看護師さんはのはは医師や技師は含まれてないです。他の職種が異なる同僚がこの言葉を聞いた場合はどうでしょう。何も看護師さんだけが頑張っているのではない。「我々も当直があり、手術や緊急検査も行っています」と反論されます。感謝して発した言葉が職種の異なる同僚に違和感を与えることもあります。

某医学会の講演会で、作家の遠藤周作氏の講演で聞いた内容をかいづまんでも紹介しましょう。

遠藤氏が、入院している友人を病院へ見舞いに訪れた時の会話のことです。

大部屋に入院していて周囲には入院患者がいる所で「どう元気だね、もうそろそろ退院でしょう。良かったね…」いろいろの会話の中で退院後の楽しみを語って別れた。

その後、友人が退院し彼から聞いた言葉で遠藤氏は愕然としたとのことです。それは友人の病室で、隣のベットの患者さんは余命幾ばくもない方で、沈んだ精神状態であった時に、遠藤氏が発した言葉（良かったね）の一言が隣の患者さんを絶望的の淵に落としこんだようでしたと聞いた。

遠藤氏は講演の最後の結びで、よかれと思って発する言葉で、周囲の方々に迷惑を掛けたり、不快感を与えることがあります。特に医療人は一言一言、周囲の患者さんに細心の注意を払って言葉を掛けて下さいと…。

此れもハラスメントか？

心身障害児の統合保育・統合教育の現状と課題

日暮 真

クリニック練馬敬心 院長

1950年代に、福祉の先進国であるデンマークで生まれたノーマライゼーションという考え方は、ハンディキャップをも持つ人々が、それぞれ住んでいる地域社会の一員として受け入れられ、誰もがその地域で、ふつうに暮らしていける社会にしようという思想である。欧米諸国に比較してやや遅れはとったが、本邦でも国の施策としても、種々のところでとり入れられるようになってきた。

障害児保育に関しても制度が進み、当初は特別に関心をもつ人々によってのみ、実施されていた障害児保育も、今日では、対象となる子ども達が、多くの地域の保育所で受け入れられるようになってきた。しかしに日々障害児の保育に携わってきている保育園・幼稚園の現状に立ちかえってみると、これまでの道のりは、決して平坦なものではなかった。「統合保育」という言葉一つとっても、いろいろ議論のあるところであるが、ここではとりあえず、障害児と健常児とが同じ空間で保育されるという、極めて単純な意味にとらえたいと思う。

現実に統合保育が展開されていくなかで、私の経験から推して、三つの大きな壁があったように思う。

第一の壁は、障害児の親、とくに母親の「ためらう気持」である。周囲の健常な子ども達の中に、唯一発達の遅れている我が子を入れることへの「ためらい」は容易に想像できる。しかし、自らの子ども達をよりよい状況（より高い知的発達）へひき上げるために、ぜひとも克服してもらわなければならぬ壁であり、親たち自身そのことを十分認識しているので、この壁は容易にまず克服できた。

第二の壁は、障害児を受け入れる側の、保育園・幼稚園側の問題である。クラスに一人の障害児が加わることにより、クラス担当の保育者・幼稚園教諭の負担は、ばかりしれない位に大きなものとなる。

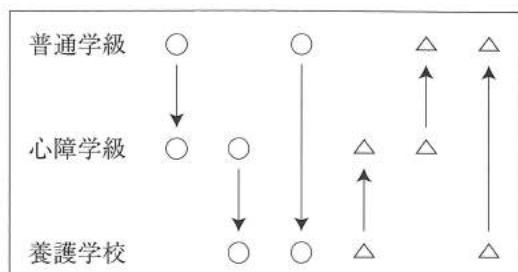
しかし、近年障害児の幼児教育に、積極的に取り組もうとしている保育所・幼稚園に対し、行政の側からのバックアップ、すなわち、「加配制度」や保育所や幼稚園の理事者側の支援で現場担当の保育者・幼稚園教諭を支えていく姿勢により、この第二の壁は克服されつつある。ここでいう「加配制度」とは「障害の程度にあわせた保育者の増員」である。

第三の壁は、障害児のクラスメートとなる健常児の親達の意識である。競争の激しい現代教育の場にあって、わが子が障害児とともに幼児保育を受けることへの、健常児の親たちの抵抗は、容易に想像することができよう。しかし、同一空間にいる障害児の存在によって、健常児たちは、社会には自分たちのような健康な子どもたちだけでなく、いろいろなハンディキャップを負わされた子どもたちもいるという、「弱いものの存在」を学ぶ。さらに、「その弱いもののために、自分たちが果せる役割は何か」を、次に学ぶはずである。

幼い日に弱いものの存在を知り、弱いものために支援する心を自然に身につけることは、将来の良き市民を育てるに資するであろう。とかく競争のみが強調されがちな現代の幼児教育にあって、障害児の存在は、良き市民を育成することへ大いに貢献できるものと思う。

心身障害児の外来をやっていると、児の年齢に応じて、保育・就学・進学に関する相談をしばしば受ける。その子が乳児期・幼児期前半であれば、健康管理に関する相談や、療育相談が主な相談事項となるが、幼児期後半になると、就学に関する事項が多くなる。とくに、就学一年前ともなると、障害児外来の主たる相談は「就学をどうしたらよいか」、すなわち地域の普通学級に就学させてもよいか、心障児学級（ここでいう心障児学級とは、地域の小学校内に併設されている障害児のための学級の意）に行

くか、あるいは養護学校にすべきか、という就学コースの選択に関する相談である。もち論、その子の就学時における能力に応じた選択ということにならうが、子どもの能力には柔軟性があるのは当然で、就学時の能力が絶対的なものではない。進学するにしたがい顕著に伸びる子もいれば、期待した程伸びない子もいる。かつては、しばしば就学猶予という姑息な手段を選択するばあいもあったが、文部省（当時）の障害児全員就学を目指しての全国養護学校設置方針により、1979年以降就学猶予は著しく減少した。したがって、障害児の就学にあたり選択する道は、前述の三通りということになる。養護学校・心障児学級・普通学級といつても、現実に障害児を受け入れるにあたり、その教育方針は学校により異なる。とくに、心障児学級における学級経営の有り様の差異は著しい。本来、心障児学級の理想的なあり方は、できる限り障害児を健常児と同じ土俵の上で教育することであろう。したがって、学習上同一教室で教育することが困難な教科については別室で学習し、健常児と同じ空間で学習・生活することの可能な教科と時間帯（たとえば、給食・遊び時間・清掃・朝の会・帰りの会等々）に関しては本来その障害児が籍を置く原学級に戻して学習することが望ましい。かつて朝日新聞社主催の全国健康推進学校審査を担当し、毎年全国の小学校を数校ずつみせてもらっていた経験から、個々の学校により、障害児学級の経営が全く異なることが判った。前述の理想に近い学級経営をしている学校もあれば、他の学級から障害児学級を全く隔離して学習活動を行なっている学校もありといった状況であった。一方、普通学級に就学している障害児の扱い方もさまざまで、障害児を極く自然に受け入れ、担任教師とその周囲の努力により、スムーズに健常児集団の中で受容しきっている学校があるかと思えば、普通学級に就学させながら、障害児をまったく「お客様」としてしか扱わないクラスや、障害児を全く無視して授業や学校行事すべてを進めていく学校もあつた。



註 ○印 比較的容易、△印は比較的困難

図1 心身障害児の転級の流れ

さらに、障害児たちが就学した後の事態についても述べてみたい。就学した末、一応就学してみたが、現状に満足できる状況でない為、しばらくして転校を希望するケースが生ずることがある。転校希望にも種々のパターンがあり、ほぼ図1に示すような流れが考えられる。転校あるいは転学級（同一校内で普通学級から障害児学級、あるいはその逆）を希望する際、図中の○印の流れは容易であるが、△印の流れに沿った転校・転学級は、きわめて困難と聞く。障害児の親たちは、この現実を十分認識しているので、就学にあたり子どもの能力を越えて、当初から背伸びした選択をする場合がしばしばである。背のびさせられた子どもたちは、決して幸せではない。さらに、子どもの能力は柔軟である。進級するごとに伸びる子も居れば、停滞する子も居る。そのときどきの子どもの能力や、その可能性にあわせて、各学年ごとにいずれの方向へも自由に転ずることができれば、子どもは幸せであろう。この点を教育行政筋にご一考いただければ……とお願いしてきたが、諸々の教育委員会でも少しづつ配慮を試みられつつあり、最近では文科省が「特別支援教育」と称する対応策を打出そうとしている。その内容が十分まだみえていないが、真に障害児が気持ちよく、幸せに学習し、他人と交わっていける場が提供されることを願っている。

医療の現場と顧客志向経営

塙 本 一 雄

株式会社アイ・ピー・ビー 執行役員
戦略コンサルティング事業本部長

Medical Front End and Management for Customer Satisfaction

Kazuo Taomoto

はじめに

私が、臨床福祉専門学校の理学療法学科において経営学の非常勤講師として教壇に初めて立ったのは、2004年の春である。それから2年間で合計4つのクラスの学生諸君に、マーケティングや顧客志向の経営などに重点を置きつつ、経営学を講じてきた。

今年度もこれまで同様、理学療法士を目指して学習する学生諸君に、将来現場に出て働く際役に立つ経営学の根本知識を習得してもらおうと、講義を担当させていただいている。もちろん、理学療法士の試験科目ではない領域なので、一般教養の一部として学習してもらっているのであるが、現実には、彼らが将来理学療法士として医療の現場で活躍し成功するために、きわめて重要な知識・ノウハウも含んでいる、と確信している。

学生諸君と接し、自分自身が大学生であった時に比べ、はるかに真摯で懸命な態度で学習している姿を見て、逆に私自身が大いに刺激を受けていることは、正直、事実である。これ以前から交流のあった本校の高木統括責任者が私にこのような場を与えてくださった訳であるが、教えるということを通じて私自身がたくさんのものを学ばせていただいていることにつき、心から感謝申し上げている。

私は以前、戦略コンサルタントとして、顧客志向経営に関する書籍を世に出したことがあり^(注)、それが高木さんとの出会いにつながり、この縁が生まれた。私がこの著書で主張したのは、「企業・組織

経営の根幹は顧客志向にあるべき」という、ある意味で当たり前のことであったが、顧客満足やCRM(Customer Relationship Management)が流行語のようになっていた時期であったため、そこそこの販売数量になった。

臨床福祉専門学校の理学療法学科のような医療専門職(プロフェッショナル)を生み出すための教育機関で、経営学という科目を設けることには、議論もあったようであるが、医療においても顧客(患者)志向の経営がきわめて重要であることは間違いない、本校の英断に敬意を表したい。

以下、顧客志向経営の医療現場における実践につき、過去2年間学生諸君と共に学びつつ習得したことも踏まえ、簡単に紹介してみたい。

顧客志向経営のエッセンス

企業・組織は、何らかの商品・サービスを顧客に提供することにより、売上と利益を得ている。それを前提とする限り、商品・サービスという形で価値を受け取り対価を払う顧客を最も重視するという顧客志向経営は、当然の思想なのである。

しかし、わが国が大きな発展を成し遂げた高度経済成長期は、モノ不足のため商品を作れば売れた時代であり、顧客を強く意識したマーケティングよりも、モノを大量に生産し売りさばくことが重要であった。顧客思考を強く意識する必要がなかった。ところが低成長の上にモノがあふれかえり、インターネットの普及で情報過多にもなっている今の時代、状況は全く変わってしまっている。顧客を強く

意識してマーケティングを確実に行うことが、企業・組織の生き残りの鍵となってきたのである。顧客志向の追及によって競争優位性を獲得することが、最も重要な戦略要因になっている。

このような時代、顧客志向経営のエッセンスとして、下のような点が指摘されなければならない。

(1) 顧客志向が中長期的発展の基盤

顧客満足を最大化することを目指して、顧客に手厚い対応を提供し続けることは、一面コスト増を招く。しかし中長期的には、顧客の強い支持を得てリピート受注が増加し、顧客維持管理コストが安定する結果、必ず好業績に結びつく。

このことは、強烈な顧客志向経営で知られる企業（例えば、米国のサウスウエスト航空）が、業界他社の浮き沈みをよそに、安定した業績を挙げていることによっても、裏付けられている。

(2) 組織全体を通じた顧客志向の確立

現場の従業員が高い仕事・組織への満足度を持ち、強い顧客志向によって日常業務を行うことが、きわめて重要である。世の中に顧客満足や顧客志向に関する書籍が数多く出回っているが、その多くも現場担当者の日常活動における頑張りを強調する。

しかし、それのみでは十分でない。真の顧客志向が組織の上級幹部から現場従業員に至るまでの全ての構成員によって共有されていることが、顧客思考経営成功の鍵である。経営者自らも強い顧客志向を持ち、日常業務でそれを実践することが必要となる。

世界のIT業界をリードするIBMも、1990年代初め、分割の危機に陥った。ビスケットで著名なナビスコからCEO（最高経営責任者）としてやってきたルイス・ガースナーが、市場・顧客への回帰を自ら課題として示し、先頭に立って実行したことがIBMの復活につながった。このことは、経営学の講義でも時間をかけて説明している。

ただし、経営者が顧客志向を強く意識し自ら実践することには、大変な努力を伴う。何を言い出すか分からず顧客と真摯に向き合うことは楽ではなく、人間誰しも辛いことを避けようとするからである。したがって、単に現場に顧客志向を実践するよう指導するだけでなく、経営者自らが真剣に顧客を満足させようとする姿勢を示し実行し続けること、それのみが組織を変え真の顧客志向経営の実現につながる。

医療の現場における患者志向の再認識

医療の現場においても、一般の企業・組織と同様に、顧客志向が求められる。そこでは、「顧客」とは誰かが、まず明確に意識されなければならない。

“ホントに患者さん中心にしたら病院はこうなつた”¹⁾において、著者の瀬戸山先生は、医療機関にとっての顧客を5つに分類しており、大いに参考になる。すなわち、以下の5種類である。

- (1) 地域住民
- (2) 患者と家族
- (3) 病院訪問者
- (4) 病院外の関係者
- (5) 病院職員

なおこの書籍は、著者が実際に成功した県立病院の顧客（患者）志向による改革に関してよくまとめおり、経営学の講義で活用させていただいている。

医療機関の顧客という場合、単に患者とその家族のみでなく、従業員（病院職員）を含む広い範囲の関係者を意識することが必要であると理解できる。

医療機関を取り巻く環境は、大きく変化している。患者の医療知識・価値観の高度化、医療費抑制と患者負担増、医療機関経営管理の適正化要求、高度医療機器の装備の必然性など、環境変化が医療経営に変革を強く促す時代である。そこでは、一般の企業・組織と同様、経営の原点である患者志向に帰つて医療機関経営を革新していくことが求められる。

瀬戸山先生はこの書籍で、以下のように述べて、医療界の常識を否定するよう提案している²⁾。

「今まで、『知らしむべからず、寄らしむべし』が、医療界の常識であり、『患者さん不在の医療』ならびに『医師主体の医療』が当たり前であるかのようにもいわれてきた。私たち医療関係者は、このような従来型の医療形態を積極的に否定し、『医療の主人公は患者さんである』という基本的な考えをもたなくてはならない。」

この提案は逆に言えば、これまで医療の現場では患者を主人公とする考え方がなかった、ということを示唆するものであり、傾聴に値する。

また本校の「臨床福祉ジャーナル第2巻第1号」において、医療・福祉における人間の尊厳の尊重、さらに利用者本位のサービス提供に関する提言がなされていることも、患者志向の考え方がありますます一

般化し重要視され始めたことを示している^{3,4)}。

医療の現場における患者志向の実践

臨床福祉専門学校の経営学では、できるだけ単なる学問的なコンセプトのみでなく、現場において業務をうまく進めるためのヒントになるような、考え方や方法論を伝授しようと努力している。例えば以下のようないくつかの点を示して、学生諸君が将来、医療の現場に出た時、うまく業務を行うために役に立ちそうな基礎知識を、学習してもらっている。

(1) 心を込めてることの重要性

精神論的ではあるが、何よりもまず素直な気持ちで患者に心を込めてサービスすると、満足してもらえる。そうすると、自分の業務に対する満足度も高くなり、やる気も出る。結果、業務もうまくいくようになる。人間の精神構造は単純であり、相手が喜ぶと自分も幸せになるようにできていることを忘れてはいけない。

この意味で、顧客（患者）の満足と同時に、従業員（病院職員）の満足にも配慮することが望まれる。

(2) 十分な説明の必要性：患者は不安

医療専門職は、医療に関するプロフェッショナルとしてサービスを患者に提供する。一般に、患者側には十分な医療情報がなく、またサービスという生産と消費が同時に行われる無形財の提供では、その度に何が起こるか分からぬといいう点で不安感が大きい。医療専門職は、一度の説明で患者が十分理解できると思い込むことなく、十分に理解してもらえるまで、何度も懇切な説明を行うべきである。

(3) 人間の尊重：小さなことから

福祉施設の事例であるが、「人権を守る」を基本方針として具体的推進を行っている尼崎老人福祉会の喜楽苑では、「人間の尊厳を守る」という行動指針で、次のような点を具体化し徹底していることが、「組織科学」の論文で紹介されている⁵⁾。細かいことであるが、医療の現場活動についても参考になるはずであると判断し、経営学の講義の中で詳しく解説している。以下、その論文からの引用である。

1. 依頼形の言葉遣い

「若い職員が人生の大先輩である高齢者に話しをするときには尊敬語や謙譲語、何かをしてもらうときには依頼形の言葉を使うことにした。」

「こうした言葉遣いが高齢者の自己決定を促し、それが人間の尊厳を守ることにつながると考えたのである。」

2. 居室の入退室時のあいさつ

「社会常識である挨拶と礼儀を徹底させた。」

3. 目線は水平か下から

「上から見下ろす目線は高圧的になるとえたからである。車椅子の方と話をするときは、必ず前か横にしゃがんで目線を水平か下から合わせてゆっくり話しかける。」

(4) チーム医療とコミュニケーション

一般的企業においても、内部のコミュニケーションの重要性は当然のこととされるが、チーム医療が大前提で、人の生命に関わる業務である医療の場合、特にその重要性が高い。

このことはまさしく医療機関の経営課題であり、組織横断的な会議体を設けるなど経営的な観点から組織対応がなされる必要がある。また、現場の医療専門職自身も、日常的に内部コミュニケーションを密にする努力をするべきである。

おわりに

私は、一般の企業・組織における顧客志向経営の導入展開に関するコンサルティングを実践し、そこで得た経験・ノウハウを書籍として世に出した。それがきっかけとなり、臨床福祉専門学校で、医療機関を意識したマーケティングのコンセプトや方法論、顧客志向経営の実践方法などを講義させていただいている。また、本校の学生諸君の中には、実際に介護サービス会社で働いた経験のある人などもあり、現場の生の悩みを聞くこともできた。

こうした経験から、医療機関においても患者志向の経営が成功の鍵になることを認識し、それをうまく実践するための知識・ノウハウを自らも学習し、学生諸君に現実的な内容の講義を提供しようと努力している。今後も講義内容を充実し、患者志向を自ら実践できるより優れた理学療法士を一人でも多く世に出すためのご支援に、精一杯努力していく所存である。このような場を与えていただいている臨床福祉専門学校に、感謝申し上げたい。

(注) 塙本一雄：“図解実践顧客満足経営”，1998年，東洋経済新報社

引用文献

- 1) 濑戸山元一：ホントに患者さん中心にしたら病院はこうなった. 医療タイムス社, 2000年, pp. 113~115
- 2) 同書, p. 29
- 3) 三浦文夫：「人間の尊厳」に関連して. 臨床福祉ジャーナル, 2, 2005年
- 4) 安達高之：社会福祉人材養成の現状と課題. 臨床福祉ジャーナル, 2, 2005年
- 5) 関口和雄：高齢者福祉施設の運営と経営—喜楽苑の挑戦：福祉は文化、地域との共生をめざす—. 組織科学 38 4, 2005年, pp. 34~35

情報と身体性

高木博義

第3回臨床福祉研究学術集会は2006年2月25日と26日の二日間に亘り本校401大教室で開催された。今回のテーマ「守秘義務と情報公開」に関連づけて、26日に私は「情報をめぐる権力と個人、特に権力による情報の独占と操作」と題し、演題発表を行なった。そのとき語ったこと、語らなかつたことなどを織り交ぜて、ここにささやかな「話題」を提供したいと思う。

1. 権力と情報

1-1. インテリジェンス

歴史：情報という言葉

「敵情についての報告」という原義であり、もともと軍事用語であった。

藤原書店が刊行する学芸総合誌「環」は2005年冬期号で特集「『情報』とは何か」を組んだ。内外十数名に及ぶ論者の論稿から、情報という言葉の理解を助ける断片を引き抜いておこう。

- (1) 明治の新造語「情報」は、陸軍参謀本部がフランスの軍事教本を翻訳して作成した「仏国歩兵陣中要務実地演習軌典」(1876年)に登場するのが最初である。
- (2) 一般に知られるようになるのは、森林太郎(鷗外)訳のクラウゼヴィッツ「大戦学理」の翻訳(1903年)あたりからである。「情報とは、敵と敵国とに関する智識の全体を謂ふ」とある。
- (3) 国家機構のなかに「情報省」が設置されたのはイギリスが世界初で、1918年だった。
- (4) 日本の外務省に情報部が設置されたのは、1921年8月であった。第一次世界大戦を契機として、「情報」を管理する国家レベルの部署が生まれたことになる。

(5) アメリカに「中央情報局」(CIA)が誕生したのは、第二次大戦後、1947年のことである。ここで「情報」とは、InformationではなくIntelligence=諜報である。同じI(アイ)で始まるインフォメーションとインテリジェンスであるが、内容が違う。日本語ではともに「情報」という訳を当てる。ここは、要注意、である。

ところで、クラウゼヴィッツの書物は、今は、「戦争論」という表題の篠田英雄訳を岩波文庫で読むことができる。「第6章 戦争における情報」の冒頭にさきほど「環」から引用した言葉が登場するのだが、引き続いてのパラグラフはこう始まる。

我々が戦争において入手する情報の多くは互いに矛盾している、それよりも更に多くの部分は誤っている、そして最も多くの部分はかなり不確実である。こういう場合に将校は、或る程度の識別力をもたねばならない、そしてかかる識別力を与えるものは、事実ならびに人間に関する知識と、判断力とにはかならない。またこの際、彼が従わねばならないのは、確からしさの法則である。(p 128)

戦争だからというのではなく、どのような場合にも、情報は矛盾しており、誤っており、不確実だということをクラウゼヴィッツは見抜いている。そこでモノをいうのが、人間の識別力、すなわち物事と人間に関する知識と判断力であるという。

学問を職業とする者は別として、そうでない者が学校卒業後も学問を続けるのは、物事と人間に関する識別力を磨きたいがためである。

1-2. インフォメーション

本題に還ろう。インテリジェンスの流れを汲む「情報」は、軍事用語としてスタートしたわけであるが、インフォメーションという言葉には、もっと広い交通通信手段としての意味が込められている。明治維新に庶民の蒙を啓いた福澤諭吉は、つとにこ

の語の含む意味を的確に書き記していた。明治12(1879)年福澤は「民情一新」で、蒸気船・車、電信、印刷、郵便は文明の四大利器であり、これを基礎として生活環境との考え方が一変すると説いたのである。「蒸気船・車、電信、印刷、郵便の四者は1800年代の発明工夫にして、社会の心情を変動するの利器なり」と題する「第三章」の冒頭と中程で福澤は次のようにいう。

古来世に発明工夫はなはだ少なからず。天文、化学、器械学等、いずれも時代に従って面目を改めたるは諸書によりてこれを知るべし。古は地動の説、元素の発明、火器の製造より、近代には種痘、ガス燈、紡績器械等、そのもっともいちじるしきものにして、功德もまた僅少ならずといえども、およそその実用のもっとも広くして社会の全面に直接の影響を及ぼし、人類肉体の禍福のみならず、その内部の精神を動かして智徳の有様をも一変したるものは、蒸気船・車、電信の発明と、郵便、印刷の工夫、これなり。(1969年発行、中央公論社、日本の名著「福澤諭吉」pp 440-41)

語にいわく、「智きわまりて勇生ず」と。余をもってこの語を解すれば、智とは必ずしも「事物の理を考えて工夫する」の義のみにあらず、「聞見を博くして事物の有様を知る」という意味にも取るべし。すなわち英語にて言えばインフォルメーションの義に解して可ならん。人生かつて聞見せざることについては、とかくこれに臆してにわかに進みて取るの気力を生ぜざるものなれども、偶然にこれを聞き、またこれを目撲すれば、思いのほかのものにて、ひとたびこれに取りかかれば、またしたがって工夫もつき、気力も生じて、容易に功を奏するもの多し。(同 pp 442-43)

ここにいうインフォメーションとは、差し当たり権力と関係のない場所での「情報」である。いまから127年前に、蒸気船・車、電信、印刷、郵便の四つをインフォメーションという語で総称した福澤という人が明治維新にいたということは、日本の誇りである。福澤がこう書いてから約20年後、1901年1月2日と3日に報知新聞が「20世紀の予測」22項目を発表した。「21世紀 期待される人間像」と題する丹羽宇一郎の講演記録(「学士会会報」2006-III)から孫引きさせてもらおう。20世紀を迎えた当時の日本人がどういう夢を抱いていたかがわかる。ライオン等野獸はもう滅亡している。7日間で世界一周ができる。蚊やノミが滅亡する。遠くの人

の話ができる。写真電話で買い物をする。電気が燃料になる。葉巻型の列車が東京～神戸間を2時間半で走る。人間の身長が180センチ以上になる。動物と会話ができるようになって、犬が人間のお使いをする。台風が1カ月以上前に予測されて、大砲で破壊できるようになる。…

20世紀の夢のいくつかは、100年の間に現実となった。現実となったのは福澤がインフォメーションと総称した蒸気船・車、電信、印刷、郵便の範疇に入るものだった。インフォメーションの発達は夢どころか現実となったわけである。だが、20世紀も終盤になってからのメディアの急激な発達が思わず落とし穴を用意したことは、100年前に予測できなかった。負の産物は、事後に気づくのが普通だからである。

1-3. 逆転の構図

情報が権力と絡み合ったドロドロの状況に目を向けよう。同じ情報でも権力の磁場の中に入ってくると、インテリジェンス=諜報の色合いを帯びるようになることは、さきほど触れた。私が学術集会で「権力による情報の独占と操作」と題して発表しようと思い立った動機は、権力によって情報が変質させられる局面を、具体的な事例を提示しつつ、抉りたかったからにほかならない。

今回の学術集会のテーマ「守秘義務と情報公開」に沿いつつ、権力によって情報が変質させられる局面を具体的に頭に描いてみると、次のような逆転の構図が闇深く進行することを思い知らされる。

権力が絡んだ極限状況

守秘されるべき情報が開示されてしまい、公開されるべき情報が秘匿されたままになる。

わが国外務省は、沖縄返還に際して日本とアメリカで取り交わされた約束を、情報公開しないばかりか、「そういう約束はしていない」と公言する。情報を公開しないばかりか、都合が悪ければ秘匿したままか、場合によっては破棄してしまう。国家は国益を考えて理性的にふるまうのである、という理窟をつけることになる。

しからば地方公共団体はどんな理窟をつけるのか。まさか地域住民の利益を考えて、というのではあるまい。具体的な事例は恰好のケーススタディで

あった。

1-4. 教育の現場で

さて、権力、権力というが、権力は国家が独占的に手中に収めているばかりではない。権力関係は、社会のあらゆる水準に細分化され、網の目のように絡まって作動する。教育機関においても同様である。むしろ近頃は、教育の場に権力が分け入っているとの衝動をあからさまに示している。一方受け立つ教育の現場にも、濃淡の差はある、権力関係が築かれている。われわれのような小さな学校の教育の現場にも、権力関係はある。教師は心しなければならない。

いま学校では、「自己点検・自己評価」「第三者評価」がいわれ、実行されつつある。また、個人情報保護法が施行されてから、学生の「個人情報保護」に神経をとがらせる。国家権力に比べれば教育現場における権力は低次元であるけれど、「権力は社会のあらゆる水準に細分化されて作動する」というテーゼをもって考えれば、教育の現場にも権力関係が生じることに意識的に注意を払う必要がある。

教育の現場では、権力の腐敗を防止しなければならない、権力の濫用を防止しなければならない。このテーゼを最近の施策と絡み合わせて考えると、次のようになろう。

教育の現場における権力の腐敗防止

「自己点検・自己評価」「第三者評価」は「情報公開」によって、教育の場における「権力の腐敗」を防止する側面を持つ。

「学生による授業評価」は「情報公開」によって、教育の場における「権力の腐敗」を防止する側面を持つ。

教育の現場における権力の濫用防止

学生の「個人情報保護」は「守秘義務」遵守によって、教育の場における「権力の濫用」を防止する側面を持つ。

2. メディアの発達と身体性喪失

2-1. メディアの歴史

メディアの発達は、人間が獲得する情報の量を拡

大した。逆にいえば、同じ情報量を得るために人間が移動する距離と人間が消費する時間は短縮した。人間が情報を獲得し蓄積する能力には限りがあるのだから、ある一定の情報を得られれば「移動する距離」と「消費する時間」はあるところでサチレイトするはずだと単純には思うのだが、メディアの発達の中にあって人間の生活は、「移動する距離」をどんどん短縮したけれど「消費する時間」は短縮するどころか延長さえした、といってよい。

「消費する時間」が延長し、「移動する距離」が短縮すると、人間の身体はいやがうえにも運動不足となる。じっとしていても、豊富な情報量が得られてしまうからである。じっとしていて外へ出なくても、他人と会話しなくても、知るべきことは知りえてしまう。空中を飛び交う無線の情報は、太陽の光が差し込まない個室の人間にも平等に入り込む。朝日覚めれば郵便ポストに新聞が入っている、おもむろに取り出しコーヒーを飲みながら新聞に目を通す。こんな情緒は、一昔前の風景に化しつつある。

メディアの歴史が突きつける現代の課題

メディアの歴史は、人間の身体性喪失の歴史である。

身体性喪失は、他者性からの逃避を生む。

他者性からの逃避は、他者の排除へつながる。

幼児が殺害される事件が起きた。殺害したのは部屋の中に閉じこもってばかりいた青年だった。こんな事件は、珍しくなく、「またか」と受け止められる。ライヴドア事件の主役は、大学の授業よりも下宿でおカネの増殖に頭を使っていた。彼らが身体性を發揮するのは、どんな場所、どんな時であろうか。

2-2. 福祉保健医療系専門職養成校学生諸君へのアドバイス

一事務職員の私ではあるけれど、開校3年の間に「警告」まがいのきつい言葉で学生と向き合わねばならなかつた場面が、いくたびかあった。それぞれの情況に共通していえるのは、メディアによる情報の蒐集と発信にとりつかれて、身体を凝縮しきっている、という情景である。Blogというすばらしいツールがある。メディアのすばらしさは、一転すると、おぞましい道具になる。うつぶん晴らしの落書

き帳にもなる。現代世相を裏側から映し出していて、文化人類学的に興味をそそる面もある。それはそれとして、私は、福祉保健医療専門職を目指す若者の幾人かがBlogに溺れる姿を見た。そこに垣間見たネガを反転させて、ポジの像を作りたいと思うのである。かくて私の発する「アドバイス」は次のような3ヶ条になる。

アドバイス 3ヶ条

- 第1条 メディアによる情報の蒐集と発信に閉じ籠るな。
- 第2条 身体性と精神性を高めよ。
- 第3条 向かい合って他者との関係性を構築する能力を培え。

第1条から第2条へと向い、第2条から第3条へと進むにしたがって、ネガは順々にポジに変わっていく。第3条では「他者感覚」涵養の入り口まで来た。

他者感覚の構造

精 神	社 会
(自分本位)	(他者感覚)
怠惰なこころ	→好奇心・驚き
タコ壺	→世界に開かれた窓
状況(組織)埋没	→個の確立・広い視野
現状に「流される」	→座標軸・羅針盤の設定
勝手	→批判と抵抗
(自分本位)	(他者感覚)
歴史的命運の道具	→社会の自由な創造者
疎外感による逃避	→普遍的問題の志向
自己保存本能	→少数尊重・共生
反人間的な	人間的な
利益の極大化	→価値の多様性
流れに乗って	→時代との格闘

2-3. 他者感覚

メディアの発達が人間にもたらした功罪を醒めた目で眺めると、他者感覚の重要性にますます光を当てたくなる。

私たち大学で東洋政治思想史を聴講した者は、卒業後「60年の会」と称する会を作った。数年前私は、そのメンバーにアンケートをとり、それをもとに小文を書いた。その中で私は、彼らが「他者感覚」と思う事柄を抜き出し、一覧表にまとめた。対照的に描くために、他者感覚の対の概念に「自分本位」という語を置いた。出来上がった一覧表は上のようである。

（「丸山眞男先生と『60年の会』——会の特質を析出するひとつの試み」2001）

話は一挙に広がるが、アメリカ一極支配の別名＝グローバリズム、規範創造の自由とはまるで正反対の欲望充足の自由を丸出しにした新自由主義、その日本版たる規制緩和。これらがじわじわと積み重

なって、一人の勝ちと圧倒的多数の負けに腑分けする優劣二分法が日本人の平均的思考に浸透してきた。案外一人勝ちしたと思っている者の中に、身体性を欠如した者が多くいることは、これから社会の不安要因となる。

そんな世相の中、福祉保健医療の専門職を一生の生業として生きていこうと決意して本校に入ってきた学生諸君は、もしこまでの人生で身体性を喪失した部分があれば在学中に「身体性の回復」に努めてほしい。たとえば性懲りもなくBlogにのめり込んでいる学生は、少しずつ距離を置き、その分運動場へ出てサッカーやバレーボールをやってほしい。さらにまた、願わくは、「他者感覚の涵養」に心してほしいと思う。上の表の（自分本位）から（他者感覚）へという矢印の右側に一つひとつ列挙した項目は、福祉保健医療専門職への道を歩んでいる者にとって身につけてほしい資質群である。

（2006年6月15日）

平成 17 年度文部科学省委託事業 OSCE 導入のための 教育プログラム —OSCE 実施とその結果について—

羽生耀子 原 修一 東江浩美 永見亜希子
言語聴覚療法学科

I. はじめに

平成 10 年に言語聴覚士法が施行されて以来、言語聴覚士（ST）の養成は厚生労働省が示す養成所指定規則に則って行われ、毎年約 1,000 人が臨床現場へと就き立っている。指定規則では ST としての最少限の学習内容が定められており、医療・福祉現場で働く専門職に必要な技術、態度面の教育はそれぞれの養成施設の裁量に委ねられているといつてよい。そのようななかで知識や技能はあるが、患者への対応ができない ST や実習生が存在することを現場より報告されることがあり、養成校において知識や技術面のみならず、態度面の学習にも重点を置いた系統的な講義・演習を含むカリキュラムの必要性が言わわれている。

医療の現場で働く人材は、対人援助職であるという自覚をもち、疾病や障害を対象として仕事をしているのではなく、それらを持ったヒトを対象として仕事をしているのだということを第一に考えていかなくてはならない。近年では医療もサービス業であるという視点からスタッフの教育に熱心に取り組む医療施設も多くなってきていている。

一方、医療スタッフを送り出す養成機関もこういった社会の流れに沿った教育に努力をしている。医療専門職に就くために学んでいる学生の教育はこれまでの知識伝授型から技術、態度面についての教育と評価を行うようになってきている。まず、医学教育から改革がはじまり、医師および医学生の臨床能力（臨床実技）を客観的に評価するために「客観的臨床技能試験（OSCE）」が開発され取り入れられてきた。わが国の医学教育にも 2005 年からは正式

に取り入れられ、コメディカル（たとえば理学療法士、作業療法士）の教育においても OSCE の一部導入が図られ、一般化しつつある。近い将来 ST 養成教育のなかにも OSCE の導入が図られるものと思われる。これにより、知識・技術・態度全ての面においてバランスの取れた ST の養成と、それによる「即戦力になる ST」を臨床現場へ送り出すことが可能になると考えられる。

そこで、私どもは平成 17 年度文部科学省委託事業「専修学校教育重点支援プラン」を受け、臨床実習を前にした学生に対し OSCE を行い、そのための準備教育と成果について検討した。

II. 方 法

OSCE では、診察室などいくつかの部屋（ステーションと呼ばれる）が用意され、それぞれのステーションで臨床能力を評価するための種々の課題が出される（図 1）。受験者（学生）は合団に従って順に各ステーションを回り各課題に取り組み、各ステーションに配置された評価者（2~3 名）により評価される。受験者にとめられるのは模擬患者やモデルに対する模擬診療であるが、実際の診療のように声かけをしたり、健康な人が患者を演じているとわかっていても共感的理解を示したりすることが求められる。決められた時間が終わると、合団によって一斉に次のステーションに移動し、そこでまた、次の課題を行う。このようにして受験者は全てのステーションを回り終了する。

課題に対する学生の行動はコミュニケーション面、態度面、技術面について事前に決められた評価項目について「出来た」「出来ない」の 2 段階で評価

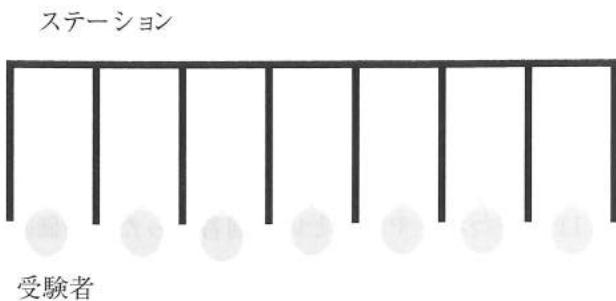


図 1 実施の方法

を行い、さらに全体を 6 段階で総合評価を行う。

私どもはまず、OSCE を実施するために設定するステーションを選択しトライアルを行い、その後、1 年次学生を対象にレストステーションを加えた 7 ステーションを 2 列準備し、OSCE を行った。

1. トライアル OSCE

1) 対象

2 年次学生 41 名、実際にはそのうち 9 名を抽出、トライアルを行った。この 9 名は当日まで学生には知らされていなかった。

2) 方法

①ステーション

ST の業務をコミュニケーション、検査、検査の解釈・分析、という 3 分野にわけ課題とし、それぞれの分野から 1 課題ずつをステーションとした。トライアルでは「医療面接」、「聴覚検査」「インターク面接・スクリーニング検査」を行った。

②準備

学生：全 9 コマの OSCE 事前講義・演習を行った。3 課題を中心にテキストを学生に配布した。授業時間以外にも学生が自習できるような時間と場所を確保した。

③評価者

評価項目、評価基準についての検討も目的としたトライアルであったので、1 ステーション 3 名の評価者による評価を行った。他学科の教員、外部の ST、他養成校の教員に評価者をお願いした。

④模擬患者

言語聴覚療法学科教員、学校職員が模擬患者となつた（図 2）。

3) 結果

①成績

2 段階評価で出された評価は「できた」を 1 点、「できない」を 0 点と点数化し総得点を出した。各

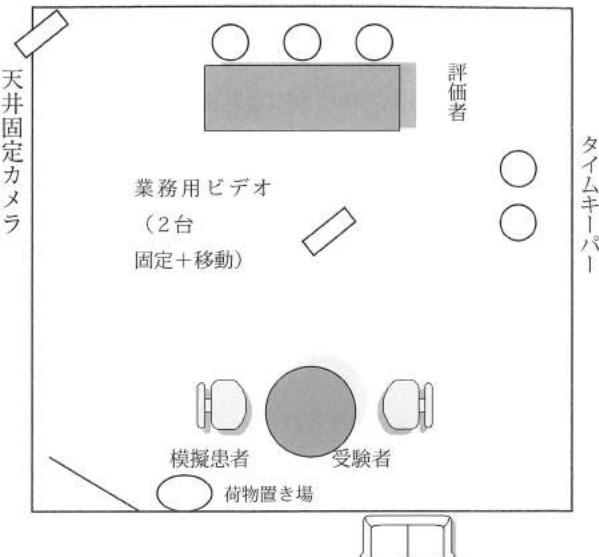


図 2 トライアル OSCE の配置図

ステーションの得点を 100 点満点に換算すると、3 ステーションの平均成績は最低 41.7 % (医療面接)、最高 100 % (聴覚検査)、ステーションをとおした平均は 74.9 % だった。評価にはばらつきが出た評価項目は、「医療面接」では評価項目 19 項目中 6 項目、「インターク面接・スクリーニング検査」では 16 項目中 6 項目、「聴覚検査」では 19 項目中 6 項目であった。これらについては、基準の精緻化が必要であった。成績の低い結果となったステーション（医療面接）については事前の講義や演習の持ち方に工夫が必要であった。

②評価者

評価者が集中して評価を続けるためには、1 時間で 10 分間の休憩は必須であった。評価は単純に一つの行為だけを対象とすべきであり、評価マニュアルにも具体的に明記する必要があった。また、ステーションの設置も障害物が多いような状況は避け、すぐに課題に取り組めるよう設置するべきであることも明らかになった。評価項目にない態度やコミュニケーションについては、総合評価に反映してもらうように評価マニュアルに明記していくことも必要であった。評価の難しさについては、評価基準の見直しが必要だった。

③模擬患者

模擬患者についても、一貫した演技を続けるには、1 時間で 10 分の休憩は最低限必要であった。検査のステーションでは模擬患者に演技は必要ないの

で、事前の打ち合わせ程度で済んだ。模擬患者はどうしても受験者を経験していくにつれ何を指示されるか予想し、指示される前に動作を行ったり、説明が曖昧でも動作をしてしまう。事前の打ち合わせでは指示があつてから動作を行うこと、曖昧な指示には従わないことを強調する必要があった。模擬患者の数を多く用意し、受験者数名で交代することも必要であると思われた。

2. 本実施 OSCE

1) 対象

1年次学生 34 名

2) 方法

①ステーション

トライアルで行った3ステーションに加え、コミュニケーション、検査、検査の解釈・分析の3分野から更に1課題ずつを加えステーションとした。ステーションは「医療面接」「聴覚検査」「発声発語器官の視診・動態検査」「補聴器耳型採取」「実習指導者への報告」「聴覚検査」「インテーク面接・スクリーニング検査」にレストステーションを加えた7ステーションとした。

②準備

後期開始時から OSCE を行う予定を発表、12月から OSCE 事前講義・演習を全 19 こま、その他にも各自が自習できる時間と場所を確保した。

③評価者

評価者は各ステーション 1 名で評価を行った。全 12 名の評価者の協力が必要だった。

当学科専任教員 2 名に加え、外部評価者として他学科（PT 学科）教員 1 名、当学科非常勤講師 1 名、他養成校教員 2 名、ST4 名にお願いした。

④模擬患者

演技が必要なステーション（「医療面接」「インテーク面接・スクリーニング検査」）については俳優、それ以外のステーションについては学生のアルバイトが模擬患者となった。

3) 結果

①成績

学生の 2 段階評価を 100 % に換算したところ、各ステーションの平均成績は最低 52.7 %（インテーク面接・スクリーニング検査）、最高 89.2 %（補聴器耳型採取）、全ステーション平均 71.9 % だった。2 列の評価者間の差は「医療面接」「発声発語器官の視診・動態検査」「補聴器耳型採取」のステーションで

有意な差となって現れた。

②評価者

OSCE 終了後、評価者に対して質問紙調査を実施、他に自由記述にて OSCE 実施中の問題点についてたずねた。評価の方法については、評価者 12 名中 11 名がわかりやすいという回答だった。評価基準は事前に決められているがそれでも、基準の変動が個人の中でもあり、全体のコメント数（27 コメント）のうち 2 割強は評価の難しさについてであった。

③学生の反応

OSCE 受験終了後即座に OSCE に対する学生の反応を質問紙により調査した。知識や技術の向上、臨床への応用への可能性についての学生の反応は、「大変意義がある、少しは意義がある」という肯定的な意見は全体の 97 % だった。一方、「いつもと違う雰囲気、緊張感のある中で実施できたことは、貴重な体験になった」「外部評価者がいたことは緊張感があって良かった」など緊張感に対する質問では肯定的意見があった反面、「極度の緊張状態に置かれるため、持っている力を發揮することは難しいのでは」、「極度の緊張など強いストレスがかかっている状況で能力を判断し臨床と擦り合わせるのはあまり良くないように思う」「別のストレスの少ない様式でも、気づきは促せるのではないか」など、緊張感のかかる受験そのものに対して否定的な意見もあった。

III. OSCE 実施の考察

①ステーション

ST の業務をコミュニケーション、検査、検査の解釈・分析、という 3 分野にわけ課題としたことで、偏りなくステーションを設けることができた。同時に 2 列設けることで進行は速やかになった。

②準備

ステーションの数にもよるが、8 から 15 こまの講義（1～2 単位）と 15 こまから 30 こまの演習（1～2 単位）による準備教育は必要であった。授業時間以外にも学生が自習できるような時間と場所の確保も重要だった。

③評価者

1 ステーションにつき 1 ないし 2 名ではあるが、2 回目の OSCE では同じステーションを 2 列設けた。協力者の数にもよるが、決められた手順を順に追っ

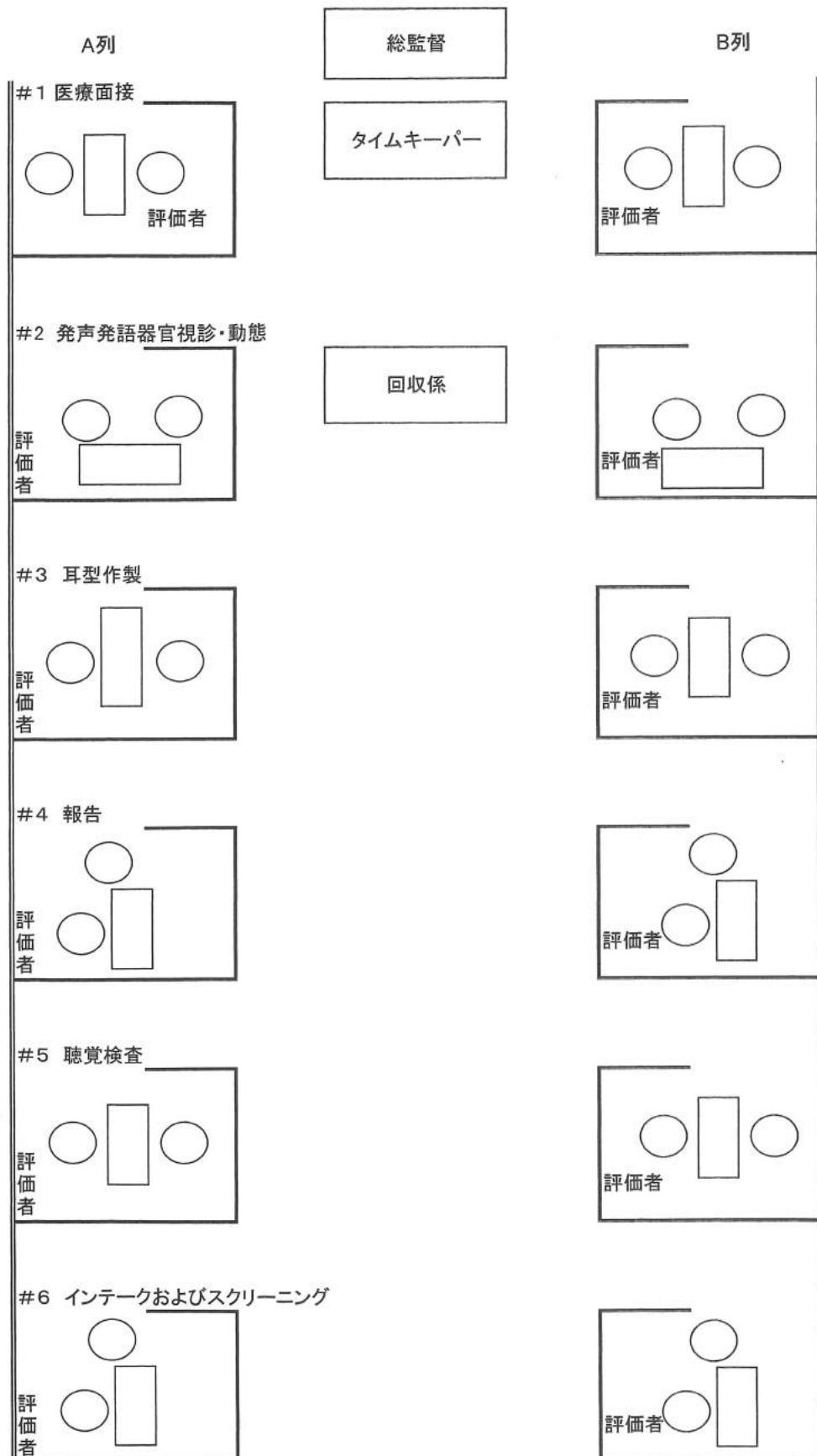


図 3 ステーションの配置 (アリーナ)

ていくようなステーションでは1名、自由度の大きいステーション（たとえば「医療面接」）では2名、とステーションにより評価者数を変えることも可能であった。

④模擬患者

演技を必要としないステーションでは学生のアルバイトで十分だった。そのときには交代要員を十分な人数用意しておくことも必要であった。演技を必要とするステーションでは俳優やそれに準じる人材が必要であった。今後どのように模擬患者を募っていくかが課題である。

⑤成績

全ステーションの平均成績が1,2回とも7割であったが、6割に達しないステーションがあったことについて、以下のような要因が考えられた。すなわち、

- a) テキストおよび講義の不備／不足。
- b) 課題の難易度が高すぎる。
- c) 課題時間の不足：時間切れによる実施不能によって、採点ができなかった。
- d) 課題設定の不備：評価基準にはあっても、テキストには「ここまで行う」事が記載されておらず、学生はテキストに記載してある以外のことをし

なかつた。

基本的臨床技能を教示するテキストが重要で、テキストに無いことを評価内容に入れ込むことを避け、テキストに記載の無い内容を評価基準には盛り込まない、といったことを課題作成時に配慮すべきである。今後の課題としたい。

IV. まとめ

平成17年度文部科学省委託授業を受け、私ども言語聴覚療法学科ではその一部として2回のOSCEを実施した。OSCEの実施をとおし、STの養成課程でのOSCEは：

1. 臨床業務を3つの分野（コミュニケーション、検査、検査の解釈）にわけ、それぞれから課題を作成することで満遍なく臨床技能を評価できた。
2. 試験の準備のためには事前に十分な講義・演習ならびに自習時間が必要だった。
3. 評価者は各ステーション1名、自由度の多いステーションでは2名が望ましい。
4. 基本的臨床技能を教示するテキストが重要で、評価項目は必ずテキストに明確にしておく必要があった。

評価者の立場から見た OSCE

岩根章夫

臨床福祉専門学校 言語聴覚療法学科

はじめに

平成18年1月、本校言語聴覚科1年生に対して行われた客観的臨床技能試験（以下、OSCE）に評価者として参加した。今回は評価者の立場から、本校で実施されたOSCEについて感じたことについて何点か述べたいと思う。なお、はじめにお断りしておくが、不勉強なことに、私は今回OSCEの評価者として参加を要請されるまでは、全くOSCEに関しての知識がなかった（今も十分な理解があるかはあやしいが）。また、私自身は当時まだ教員として学生の育成には関わっておらず、学生との接点は主に臨床実習での指導者という立場であった。そのために、言語聴覚士養成のカリキュラム全体から見たOSCEについて語るには、適任ではない。しかし、OSCE実施に早期に触れた者として、感じた意義や課題について述べたい。

「技術」・「態度」を育成し、評価することの意味

当たり前であるが、言語聴覚士の仕事は「知識」だけでは成り立たない。臨床現場では、養成校で学んだことが、自然と体が動く「技術」・「態度」という形で体现されている必要がある。学生が「技術」・「態度」を学ぶ重要な場として臨床実習が挙げられる。しかし、実際の実習内容は実習先に大きく依存せざるを得ないことも事実である。実習地で経験し、学べる「技術」・「態度」に関しては自ずと偏りがあり、学生の能力によってはせっかくの実習を十分に生かせない状況が生じることもある。

臨床家としての適切な「技術」・「態度」を身につけさせていくためには、養成校と臨床実習先との綿

密な連携が前提であることは言うまでもないが、もう一方で養成校の中で「技術」・「態度」をどう具体的に教えていくかということは大変重要な観点である。本学科でもグループ・ワークや演習などを通じて対人援助をする職種を育てるための工夫をしている。それらに加えてOSCEは、より直接的に「技術」・「態度」を課題として提示し、評価するものであり、言語聴覚士養成において占める重要性は今後ますます大きくなると思われる。

また、学生の「態度」の問題は、様々な場面で語られることはあるが、教員や実習先のスーパーバイザーの「今どき若者／臨床に望む態度として相応しくない」という印象から、基準をもって評価するという意味でもOSCEの果たす役割は大きい。これらの「態度」がOSCEの各課題の中で含まれる「共通する行動目標」として、評価されることは意義あることである。実際に他者から見て「相応しくない」と見られていることに気づいていない学生も少なくない。学生自身が、「技術」や「態度」を客観的に評価される中で、臨床に向かうための具体的な能力を確認し、フィードバックされることは、職業人として養成されている自分の現在の能力に気づく上で大変よい機会である。教員にとっても知識の習得度のみでなく、個々の学生の特性を多方面から評価していくうえで大切な機会となるはずである。

評価者として感じた課題

今後、OSCEが言語聴覚士の養成において有効に機能することは間違いないだろうが、本校では実施が始まったばかりで、課題もいくつか存在する。

まず実施においては、評価の客観性の問題であ

る。それには、評価者間の一致の難しさと、同一評価者であっても、評価順によって成績が左右される可能性があるという問題である。今回の実施においても、課題によっては評価者間で評価のバラツキに差がみられたものもあった。また、OSCE実施後の会議でも、評価に明確な基準があるというより、最初の方に実施した学生を基準に相対的に点をつけてしまいやすい傾向があることを述べた評価者もいた。評価基準を明確にし、マニュアルで学んでいくという方法もあるが、評価者自身が評価を統一させるため何らかの学習をしていく必要があると思われる。

次に、実施した評価をどう学生にフィードバックさせていくかも、大きな課題である。単に出来・不出来を確認するのではなく、学生自身が自らを振り返り、達成度を確認できるものでなくてはならない。またそのことが学生のその後の学習の動機づけになるようなものでなければならない。そのためには

はどのようなフィードバックが適切であるのかについては、十分に検討が必要であろう。

また、限られた養成期間の中で、どのようなOSCEの課題を選んでいくか、時期や回数をどう設定するのかは実施上の大変なポイントとなるだろう。実習を含めた全体的なカリキュラムの中での検討が必要である。

言語聴覚士の養成におけるOSCEの実施は始まつばかりであるが、知識に偏らない医療技術や対人援助能力をもつ人材を育成していくうえでも、その必要性や可能性は大きい。OSCE実施の形のみにこだわらず、現場に必要な人材をどう輩出していくのかという観点からOSCEを位置づけ、継続的に改良していくことが今後も望まれるだろう。

言語聴覚士の養成における新たなページに参加できたことを感謝するとともに、改めてよりよい人材の育成について研鑽したいと思った次第である。

「ヴェルディの家」に学ぶ魂の音楽

植田れい

第20回グローバルユーススタディ計画 研修生
ヴァイオリン演奏ボランティア

—ご紹介—

植田れいさんは、高校2年のとき高齢者施設でひょんなことで弾いたヴァイオリンの体験ボランティアが高齢老人の心の琴線に触れることができたと感動したそうです。当校卒業後に、ボランティア会社やボランティア協会の御協力により、イタリアにある世界で唯一の音楽家のための老人ホーム「ヴェルディの家」での体験を通して、精神科ソーシャルワーカーとして、また、一演奏ボランティアとして多くのことを学ぶことが出来たことを社会福祉法人・世田谷ボランティア協会の月刊誌「セボネ」に寄せられました。その寄稿文を原文のまま、本人および関係者の許可を得て、掲載させて頂きました。(編集部) —

19世紀イタリアを代表する大作曲家ヴェルディが、「死が訪れるその最期の瞬間まで、音楽家としての誇りを持って生きることができるよう」いう願いを込めて1901年に遺した、世界で唯一の音楽家のための老人ホーム、通称「Casa Verdi(ヴェルディの家)」。

そのドキュメント番組を学校の授業で見た時、音楽と共に輝きながら生きている人々の姿に、私は強い衝撃と感銘を覚えました。それは世界一の長寿国、日本が、同時に際立って高齢者の自殺率が高い国であることに、強い問題意識を持っていたからです。

本当に「人生を最後まで豊かに生きる」とは、どういうことなのか。その中で、音楽が果たし得る役割は何か。3週間のイタリア滞在から学び感じたことを、皆様にお伝えしたいと思います。

音楽家としての誇りを守る家

「ヴェルディの家」では、現在、50余人の引退した音楽家が暮らしています。当初は、「引退後、貧困のうちに亡くなる音楽家を救いたい」という経済的意味合いが強かったようですが、今は、音楽への情熱、価値観を共有できる仲間を求めて入居するケースが多いようです。入居資格は、60歳以上で、一生を音楽と共に生きたことを示す証明書や推薦



訪問した「ヴェルディの家」

状、入居申請時に健康であること、年金の8割を納めることが規定されており、創設以来、千人以上の音楽家が、ここで生涯を終えました。ヴェルディ



「ヴェルディの家」の皆さんと

の遺志と想いを継ぎ、スタッフは音楽家たちを「オスピテ」と呼んでいます。「オスピテ」とは、イタリア語で「お客様」のこと。「お客様として、音楽家として、おもてなしをさせていただく」という精神が根底にあるのです。実際、オスピテ一人一人には個室が提供され、生徒をとってレッスンしたり、お出かけしたり、好きなときに好きなだけ演奏したり、思い思いの生活を満喫しながら、それぞれの音楽に向き合っています。

私はここで、オスピテの人たちの生活を、共に体験させてもらいました。具体的には、プログラムに参加したり（ダンスセラピー、太極拳など）、演奏を聴かせてもらったり、コーヒーを飲みながら団欒したり、毎週ホールで行なわれるコンサートにも出席しました。

また、何か還元できたらと、日本文化紹介コンサートも開催しました。今振り返ると、与えられたものの方がはるかに多かったと感じています。ヴァイオリンの個人レッスンを受けたことも、ソーシャルワーカーとしての働きを学べたことも、非常に勉強になりました。

情熱をそそぐという力

私がここで何より感動したのは、オスピテの人たちの生きることに対する肯定的な姿勢です。ヴァイオリンを教えてくれたティナさん（85歳）は、「音楽は私のクスリ。心が沈んでいる時でも、ヴァイオリンを弾くと元気になる」と、音楽への情熱の全てを私に注いでくれました。毎回美しい音楽を私のために用意してくれて、結局20曲以上もみてもらったのですが、全ての曲をまず弾いて示してくれる彼

女のその演奏が、本当に素晴らしいのです。

ピアニストのマリアさん（93歳）は、今でもショパンの曲を暗譜で美しく演奏し、難しい曲も悪くなつた目で一生懸命譜読みしながら練習を重ねている人ですが、ある時、私にこう語ってくれました。「人を感動させる音楽を奏でるためには、まず演奏者自身が、その音楽に感動する豊かな心を持つていなければいけない。どんなに技術的に完璧な演奏でも、そこに内面の輝きが伴わなければ、聴いている時はすごいなと思っても、コンサート会場のドアを出る頃には『今日は何を食べようかな』と思うわ（笑）。だけど魂のこもった演奏は、魂に響きかけてくるから、一生記憶されて忘れられない。」

確かに、技術は、老いと共に落ちます。音楽を職業にしてきた者にとって、その現実を受け入れるのは、きっと想像以上に苦しいことでしょう。でも、音楽の本質は、技術を超えたところに燐然とあるということを、私は彼らに教えられました。もちろん技術も大切です。でも、それ以上に大切なのは、研ぎ澄まされた感性であり、感動する心であり、「好き」という情熱ではないでしょうか。オスピテの人たちが生き生きと輝いて見えるのは、情熱を注ぐという力を存分に持っているからであり、それを共有できる仲間がいるからであり、サポートしてくれるスタッフがいるからだと、私は感じました。

感謝して還元するという力

「ヴェルディの家」では、ソーシャルワーカー、セラピスト、看護師、医師、事務、調理・掃除を担当する外部の業者や管理人など、約40人のスタッフが働いています（ボランティアも約10人いま

す)。彼らに共通した印象は、包容力あふれる温かさと、誠実な態度です。勤めてもう15年になると、ソーシャルワーカー部長のルチアさんは、皆から絶大の信頼を寄せられている人ですが、「働く上で一番大切なものは何ですか?」という質問に「オスピテの人たちに対する愛情です」と即答し、続けてこうおっしゃいました。「オスピテの人たちは素晴らしい。私は、彼らとの対話を通して人間としての根源的なあり方を教えられ、生きる喜びを与えられていると感じています。」

ボランティアにしても援助職にしても、ともすると「与えてあげている」という錯覚に陥りがちです。でも、与える以上に与えられているかもしれない、その事実を謙虚に受け止め、感謝して再び還元していく生き方を、私は彼らに教えられました。

「『ヴェルディの家』が素晴らしい所であるとしても、結局は、音楽家のための特別な場所であって、参考にはできないのでは?」こんな質問を受けたことがあります。確かに、「ヴェルディの家」は、限られた人のための特別な場所です。でも、私は、ここに人生を豊かに生きるためのヒントが、たくさん散りばめられていると思うのです。

私たちの多くは老いることを恐れていますが、そ

れは、老いること自体が恐いのではなく、老いることによって、人間としての尊厳を失い、「お荷物」「厄介者」として扱われるかもしれないから恐いのだと、私は考えます。でも、もし、敬意と愛情が充分に注がれ、「あなたに生きる喜びを与えられています」と感謝されたら…? その温もりの中で、情熱を注げる何かを見出しができたら、どうでしょうか。

「日本は世界一の長寿国なのに、高齢者の自殺率が極めて高いなんて」と、嘆くつもりは毛頭ありません。それは私が、自国を愛し、誇りに思っているからであり、嘆いたところで事態は変わらないからです。ただ、ここでの体験は、私に、「人間としての根源的なあり方」や、「人生を最後まで豊かに生きること」について、立ち戻り再考するきっかけを与えてくれました。私はこの学びを地域に還元すべく、これから精神科ソーシャルワーカーとして、一演奏ボランティアとして、精進していきたいと思います。最後になりましたが、今回、このような貴重な機会を与えて下さった「株式会社グローバルユースピューロー」、「世田谷ボランティア協会」、「ヴェルディの家」をはじめ、お世話になった全ての人たちに心から感謝申し上げます。

第3回
臨床福祉研究学術集会

記録

シンポジウム

特別講演

一般演題

シンポジウム

守秘義務と情報公開

——福祉保健医療における取り組み——

座長 小田 敏雄
内野 滋雄

発題Ⅰ：法制度の面から

平林 勝政

発題Ⅱ：医療の面から

野中 博

発題Ⅲ：障害福祉の立場から

木太 直人

シンポジスト略歴

平林 勝政

國學院大學法科大学院長・教授。東京都立大学大学院社会科学研究科修了。國學院大學法学部長、教務部長、副学長等を経て現職。厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」委員、「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等の在り方検討会」委員等を歴任。日本医事法学会代表理事。

野中 博

社団法人日本医師会常任理事・医療法人社団博腎会野中医院院長。

東京医科大学卒業。社団法人浅草医師会理事、会長、社団法人東京都医師会理事、副会長を経て現職。

木太 直人

上智大学文学部社会福祉学科卒業。財団法人聖マリアンナ会東横恵愛病院・医療相談室勤務を経て2004年11月より財団法人聖マリアンナ会・社会福祉事業部設置に伴い異動。社団法人日本精神保健福祉士協会・副会長。社団法人日本精神科看護技術協会・監事。神奈川県精神保健福祉士協会・理事。精神保健福祉士。

発題Ⅰ：法制度の面から

國學院大學法科大学院長・教授 平林 勝政

ただいまご紹介いただきました、國學院大學の平林でございます。20分ほど時間を頂戴いたしまして、ただいままでの現場からのお話しを受けまして、法制度の面から、もう一度整理しなおすというようななかたちでお話できればと思います。

1. 守秘義務

それではまず、守秘義務から考えて行きたいと思います。この点につきましては野中先生のご報告にありましたように、基本的には、刑法^①あるいは社会福祉士及び介護福祉士法^②や精神保健福祉士法^③などの各関係職種の資格法において規定されております。また、保健師助産師看護師法ですが、この法律につきましては、平成13年の改正でやっと守秘義務の規定が追加されたということは、皆様、ご承知の通りでございます^④。あと法律以外では、たとえば、「指定居宅サービス等の従業の人員、設備、および運営に関する基準」という「厚生労働省令」において、指定訪問介護事業所の従業者に守秘義務が課せられております^⑤。

2. 個人情報の保護に関する法律の必要性

それでは、このように守秘義務の規定があるにもかかわらず、何故、「個人情報の保護に関する法律」（以下、個人情報保護法という。）が必要になったのでしょうか。これは、「守秘義務」という規制の仕方の限界を論ずることによって明らかになってまいります^⑥。

1) 身分犯であること

守秘義務は、典型的には先ほどの刑法にありますように、医師とか、薬剤師とか、助産師とか、弁護士とかというように、一定の身分を持った人が、その犯罪を犯した場合に刑罰を科するという形をとっています。このように、犯罪の成立に、犯人が特定の身分をもつことが要求されている罪を、法学者は、「身分犯」と呼んでおりますが、守秘義務は、身分犯であることによって、人的な限定が課されていると言ってもいいかもしれません^⑦。

しかしながら、今日、これらの法律には列挙されていない人が、情報を漏らすということがしばしばあるわけであります。具体的には、リスト販売業者が患者の病歴を売買した、という例がよくあげられます。この場合、患者の病歴を不法に売買するリスト業者に刑罰を科そうと思っても、リスト業者に守秘義務を課し、その違反に対する罰則を規定する具体的な法律がない以上、罪刑法的主義の原則^⑧から、それはできないということになります。

こうなってまいりますと、患者あるいは利用者の情報を十全に保護しようというためには、誰が行ったというのではなく、それが誰であれ、患者あるいは利用者の情報を取り扱うことになった場合には、それを漏らしてはならないという形で法規制をしていかないと漏れがでてきてしまうということになります。この漏れをなくすために、個人情報保護法が必要になるわけです。一連の守秘義務の規定があるにもかかわらず、さらに個人情報保護法というものが必要になってきた第一の理由であります。

2) 故意犯のみが規制の対象となっていること

二つ目の理由は、刑法にしてもその他の法律にしても、基本的には、いわゆる「故意犯」のみが規制の対象となっているということです。すなわち、情報を流すつもりで（故意に）流せば処罰の対象となります、間違って、あるいは、うっかり（過失で）情報を流してしまった場合は処罰の対象にはならないということになります。コンピュータを使っておりますと、押すつもりもなくボタンを押してしまい情報が流れてしまった、というようなことがないこともないわけですが、ここでも「罪刑法定主義」の原則が働きまして、不注意で情報を漏洩した場合を処罰する「過失犯」の規定がない限り、処罰することはできないということになります。このように、守秘義務に関する規定には、過って情報を流した場合を規制できないという限界があり、ここに個人情報保護法が必要になる第二の理由を見いだすことができます。

3) 守秘のみならず、情報の有効利用の必要性

そして三つ目は、すでに野中先生のお話しの中にもありましたように、情報というものは、一方でその秘密を守らなくてはいけないわけですが、他方で、とりわけ今日の医療あるいは福祉が連携しなくてはならない場面等におきましては、これをいかに有効に活用していくかということが重要な課題になっております。ということになると、情報を保護するというだけでは不十分であり、それをいかに活用するかということとのバランスをうまくとらなくてはならなくなります。この情報の「保護と活用」のバランスをとることこそが、個人情報保護法を必要とする第三の理由ということになります。

以上に述べました3点が、従前からある守秘義務に加えて個人情報保護法というものを制定しなければならない理由であったのではないかと思います⁹⁾。

3. 個人情報の保護に関する法律の基本的考え方

それでは次に、個人情報の保護に関する法律について、いくつかの規定を具体的に見ていくことにしましょう。

まず、第一条ですが、これは、この法律の目的について、次のように規定しております。

第1条 この法律は、高度情報通信社会の進展に伴い個人情報の利用が著しく拡大していることにかんがみ、個人情報の適正な取扱いに関し、基本理念及び政府による基本方針の作成その他の個人情報の保護に関する施策の基本となる事項を定め、国及び地方公共団体の責務等を明らかにするとともに、個人情報を取り扱う事業者の遵守すべき義務等を定めることにより、個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護することを目的とする。

ここでは、「個人情報の有用性」に配慮しつつ「個人の権利利益の保護」を図ることがこの法律の目的である、と規定されています。先程から申し上げてありますように、情報の「有用性」と個人の権利利益の「保護」との「バランスをとる」ことがこの法律の目的であるというわけです。

ところが、この個人情報保護法については、どうも個人情報の有用性の側面よりも個人の権利利益を保護の側面が、より強調されて理解されているように思われます。このような理解の仕方は、この法律の第3条が「個人情報は、個人の人格尊重の理念の下に慎重に取り扱われるべきものであることにかんがみ、その適正な取扱いが図られなければならない。」と、その基本理念を明らかにしている¹⁰⁾ ところからして、決して間違いではないと思います。また、先程の野中先生のお話しにもありましたように、情報についての個人の権利（典型的にはプライバシー権がそれにあたると思いますが）、に対してあまりにも配慮してこなかったこの国の現状を考えると、個人の権利利益を強調してこの法律を理解するということに、私はそれなりの意味があるだろうと考えるものであります。そのことを十分に認識をしたうえで、しかしながら、それだけで個人情報保護法の目的が十分に果たせるのだろうか、と思っております。先程からくり返し申し上げておりますように、情報の有用性と個人の権利利益のバランスをどのようにとっていくかということが重要であり、この観点に気をつけてこの法律をもう一度読み直すことが必要であると思います。

4. 情報公開：個人情報の開示

次に、個人情報保護法が、本日のシンポジウムのテーマであります「情報公開」とどのように関連していくか、という点にお話しを進めたいと思います。この点は、先程のお話しにもありましたように、情報の「公開」というより、むしろ情報の「開示」あるいは「共有ないしは共同利用」という観点からとらえ直した方が、本日のシンポジウムの趣旨に合致するのではないかと思います。

そこでまず、本人の開示請求について、個人情報保護法の規定するところを見てまいりましょう。これはすでに、野中先生のご報告の中でしばしばふれられておりましたが、第25条は、次のように規定しております。

第25条 個人情報取扱事業者は、本人から、当該本人が識別される保有個人データの開示（当該本人が識別される保有個人データが存在しないときにその旨を知らせることを含む。以下同じ。）を求められたときは、本人に対し、政令で定める方法により、遅滞なく、当該保有個人データを開示しなければならない。ただし、開示することにより次の各号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことができる。

- 一 本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
- 二 当該個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
- 三 他の法令に違反することとなる場合

2 以下略

この規定から明らかなように、本人から、当該本人が識別される保有個人データ¹¹⁾の開示の請求があつたときは、個人情報取扱事業者¹²⁾は、本人に対し遅滞なく、当該の保有個人データを開示しなければならないということになります。

これは先程のプライバシー権、とりわけ、いわゆる「自己情報コントロール権としてのプライバシー権¹³⁾」という観点から見ますと、いわば当然のことと規定している、というふうに考えることができると思います。

ただ、これを医療保健福祉の文脈の中で考えますと、問題がないわけではありません。といいますのは、たとえば、診療録（あるいは、介護関係の諸記録）の開示を求められた場合、そこには、「患者（あるいは利用者）本人の個人データ」という側面と、その患者に対してどういう診察・診断をし、利用者に対してどういう指導・指示をしていたのか、あるいはまた、家族から患者（あるいは利用者）についてどのような情報を引き出していたか等、その記録を作成した「医師（あるいは介護従事者）の個人データ」という側面も含まれております。これを要するに、診療録等は、本人の個人データと作成者の個人データという「二面性」をもっているわけであります。

それでは、この二面性を理由に、本人からの診療録等の開示請求があつた場合、これを拒むことができるのでしょうか。

「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日）（以下、「ガイドライン」という。）によりますと、答えはノーであります。たしかに、診療録等にこの二面性があるということは否定できませんが、しかしながら、全体としてみると、診療録あるいは利用者についての諸記録は、基本的に、患者あるいは利用者本人の個人データであることができるのです。その中に医師の個人データが入っているからといって、あるいは、その中に介護者の個人データが入っているからといって、本人からの情報開示に対して、それを拒否することはできないというわけあります¹⁴⁾。

5. 情報公開：個人情報の第三者提供と同意の必要性

それでは次に、個人情報の有効利用（有用性）について、個人情報保護法の規定するところを見てみたい

と思いますが、同法は、この問題を、情報を内部的に利用する場合と、情報を外部へ提供する場合との二つに分けて考えているようあります。

1) 情報の内部利用

この点につきまして、個人情報保護法は、次のように規定しております。

(利用目的の特定)

第15条 個人情報取扱事業者は、個人情報を取り扱うに当たっては、その利用の目的（以下「利用目的」という。）をできる限り特定しなければならない。

2 省略

(利用目的による制限)

第16条 個人情報取扱事業者は、あらかじめ本人の同意を得ないで、前条の規定により特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を取り扱ってはならない。

2 省略

3 前二項の規定は、次に掲げる場合については、適用しない。

一 法令に基づく場合

二 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

四 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

(取得に際しての利用目的の通知等)

第18条 個人情報取扱事業者は、個人情報を取得した場合は、あらかじめその利用目的を公表している場合を除き、速やかに、その利用目的を、本人に通知し、又は公表しなければならない。

2 以下省略

これらの規定から、個人情報取扱事業者が個人情報を収集・取得し、これを利用しようとするときは、その利用目的を特定し（第15条第1項）、それを本人に通知・公表しなければなりません（第18条第1項）が、言いかえれば、それらの条件を満たしてさえおけば、その情報を有効に利用できるということになります。したがいまして、たとえば、診療に関して患者の主治医が、カンファレンスを開いて他の医師や看護師等に相談する場合、患者についての情報に関して「診療のために利用」というような目的を特定し、あらかじめこれを通知・公表しておけば、いちいち患者の同意を得ずとも情報を利用できることになります。

もっとも、特定された利用目的を超えて情報を利用しようとする場合は、あらためて本人の同意を得る必要があります（第16条第1項）。しかし、これにも例外があり、前述のガイドラインによれば、意識不明で身元不明の患者について、関係機関へ照会する場合とか、意識不明の患者の病状や重度の認知症の高齢者の状況を家族等に説明する場合のように、第16条第3項第2号の「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。」に当たるような場合には、本人の同意なくして情報の目的外使用が認められております。

2) 情報の外部への提供

ところが、情報を外部へ提供しようということになると、これは少し慎重な配慮が必要となります。この点に関しまして個人情報保護法は、次のように規定しております。

(第三者提供の制限)

第23条 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

- (1) 法令に基づく場合
- (2) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- (3) 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- (4) 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

2 以下省略

①同意の必要性

この規定から明らかなように、個人情報を第三者に提供しようとする場合は、あらかじめ本人の同意を得なければならないということになります。したがいまして、先程から例にあげられておりますような、民間の保険会社からの紹介¹⁵⁾、職場からの紹介¹⁶⁾、学校からの紹介¹⁷⁾、あるいはマーケティング等を目的とする会社からの紹介¹⁸⁾につきましては、ガイドラインを見ますと、本人の同意なくして情報を提供してはならないとされております。

②同意を必要としない場合

以上述べましたように、個人情報を第三者に提供しようとする場合は、原則として本人の同意が必要となります。個人情報保護法は、しかしながら、例外的に同意を必要としない場合を規定しております（第23条第1項第1号ないし第4号）。このうち、今日のシンポジウムのテーマともっとも関係が深いのは、第2号の「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。」であると思います。ガイドラインのあげる具体例は、前述の第16条第3項第2号と同様、意識不明で身元不明の患者の例と、重度の認知症の高齢者等の状況に関する家族等への説明の例ですが、そのほかには、災害発生時に、宿泊者の安否確認のために宿泊施設が警察・消防機関等に対して宿泊者に関する情報を提供する場合や、暴力団員や総会屋に関する情報を企業間で交換する場合などがあげられます¹⁹⁾。

③本人の同意が得られていると考えられる場合：「默示による同意」

それからもう一つ重要なのは、先程の野中先生のお話にありました、本人の同意が得られていると考えられる場合です。これは、法律的には「默示による同意」というふうにいわれることもあります。

この点についてガイドラインは、第三者への情報の提供のうち、患者の傷病の回復等を含めた患者への医療の提供に必要であり、かつ、個人情報の利用目的として院内掲示等により明示されている場合に、患者から明示的に留保の意思表示がなければ、原則として默示による同意が得られているものと考えられる、としております。具体的には、患者への医療の提供のために、他の医療機関等との連携を図ること²⁰⁾、外部の医師等の意見・助言を求めるここと、他の医療機関等からの照会があった場合にこれに応じること、あるいは、患者への医療の提供に際して、家族等への病状の説明を行うことというようなことが、利用目的として特定され院内に掲示されている場合、患者から明示的に「オプト・アウト方式²²⁾」を示すことは、これらについて患者が同意していると考えられるというわけあります²¹⁾（オプト・アウト方式²²⁾）。

ただ、この方式がややもすると形骸化するおそれがあるという点には、やはり注意をしていかなければならないと思います。第三者に対して情報を提供する場合、本人の同意をとることが必要であり、これが原則であるということをきちんと理解することが必要です。その理解の上に立ってのオプト・アウトの方式であるということは、どれだけ強調しても強調し過ぎることはないだろうと思います。

なお、ついでながら、介護分野においても「默示の同意」という考え方ができるか、という点について一言しておきましょう。

この点に関しまして、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」

第33条第3項は、「指定訪問介護事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により

得ておかなければならぬ。」と規定しています。この規定によれば、第三者に個人情報を提供する場合には、本人の同意を文書で得ておくことが求められております。このように、介護の現場においては「文書による同意」という厳格な基準が定められておりますが、これが、要介護状態にあり判断能力の不十分な利用者であっても、自己の情報の流れについては自ら決定できるようにとの配慮に基づくものであるとするなら、「黙示の同意」の概念を介護分野に導入することはふさわしくないと言わざるを得ないのでしょうか²³⁾。

④「第三者」に該当しない場合

最後に、他の事業者等への情報提供ではありますが、「第三者」に該当しない場合について、簡単に触れておくことにしましょう。この点について、個人情報保護法第23条第4項は、次のように規定しております。

第23条 ……

4 次に掲げる場合において、当該個人データの提供を受ける者は、前三項の規定の適用については、第三者に該当しないものとする。

- (1) 個人情報取扱事業者が利用目的の達成に必要な範囲内において個人データの取扱いの全部又は一部を委託する場合
- (2) 合併その他の事由による事業の承継に伴って個人データが提供される場合
- (3) 個人データを特定の者との間で共同して利用する場合であって、その旨並びに共同して利用される個人データの項目、共同して利用する者の範囲、利用する者の利用目的及び当該個人データの管理について責任を有する者の氏名又は名称について、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置いているとき。

第1号の例として、ガイドラインは、検査等の業務を委託する場合や日本医療機能評価機構等の外部監査機関への情報提供をあげておりますが、本日のシンポジウムのテーマとの関係でいいますと、第3号に規定されており、「個人データを特定の者との間で共同して利用する場合」(以下、共同利用という。)が、最も重要なと思います。

病院と訪問看護ステーションが、あるいは、訪問看護ステーションと訪問介護ステーションとが共同でサービスを提供している場合など、あらかじめ個人データを特定の者との間で共同利用することが予定されている場合がこれに当たります。このような場合、法律の規定によりますと、共同して個人データを利用することを明らかにした上で、(ア)共同して利用される個人データの項目、(イ)共同利用者の範囲²⁴⁾、(ウ)利用する者の利用目的、(エ)当該個人データの管理について責任を有する者の氏名又は名称²⁵⁾を、あらかじめ本人に通知しするか本人が容易に知り得る状態にしておけば、当該共同利用者は第三者に該当しないことになります。ということは、第23条第1項本文で「あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。」という原則が規定されているにもかかわらず、共同利用の場合には「第三者」に該当しないというわけですから、この原則の適用がなく、したがって、本人の同意なくして個人データを共同利用者に提供することができるということになるわけです。もちろん、ここでは、上に述べました(ア)から(エ)までの、かなり厳格な要件が課せられております。実務の現場において、この規定がどのように運用されているかについて、私はほとんど知識を持ち合わせておりません。実務の状況につきましては、後ほど、諸先生がたにお教えいただければと思っております。

時間になりましたので、不足の部分につきましては、討論の際に補わせていただくということにいたしまして、とりあえず、私の話は終わりにしたいと思います。

ご清聴、ありがとうございました。

1) 刑法第134条第1項は、秘密漏泄罪について、「医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、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月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処する。」と規定しています。なお、感染症の予防及び感染症の患者に

対する医療に関する法律第 67 条は、「医師が、感染症の患者（疑似症患者及び無症状病原体保有者並びに新感染症の所見がある者を含む。次条において同じ。）であるかどうかに関する健康診断又は当該感染症の治療に際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。」と規定し、刑罰を加重しております。よりセンシティブな情報に対しては、より厳しい取扱いをしていることができるでしょう。

- 2) 第 46 条は、秘密保持義務について、「社会福祉士又は介護福祉士は、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。」と規定し、罰則については、同第 50 条第 1 項が、「第 46 条の規定に違反した者は、1 年以下の懲役又は 30 万円以下の罰金に処する。」と規定しています。
- 3) 第 40 条は、秘密保持義務について、「精神保健福祉士は、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。」と規定し、罰則については、同第 44 条が、「第 40 条の規定に違反した者は、1 年以下の懲役又は 30 万円以下の罰金に処する。」と規定しています。
- 4) 保助看法第 42 条の 2 は、「保健師、看護師又は准看護師は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。保健師、看護師又は准看護師でなくなつた後においても、同様とする。」と規定し、罰則については、同第 44 条の 3 第 1 項が、「第 42 条の 2 の規定に違反して、業務上知り得た人の秘密を漏らした者は、6 月以下の懲役又は 10 万円以下の罰金に処する。」と規定しています。その他の医療関係職種については同様の規定が、例えば、診療放射線技師法第 29 条、同第 35 条（50 万円以下の罰金）、臨床検査技師等に関する法律第 19 条、同第 23 条（50 万円以下の罰金）、理学療法士、作業療法士法第 16 条、同第 21 条（50 万円以下の罰金）などに見られます。
- 5) 第 33 条第 1 項は、秘密保持等について、「指定訪問介護事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。」と規定しています。
- 6) 開原成允・樋口範雄編『医療の個人情報保護とセキュリティ（第二版）』＜有斐閣＞（2005 年）5 頁以下参照。なお、本報告は、本書に負うところが多い。
- 7) さらに、秘密漏洩罪は、刑法第 135 条が「この章の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。」と規定するように、公訴の提起に「告訴」（犯罪の被害者等の告訴権者が捜査機関に対し犯罪事実を申告し、犯人の処罰を求める意思表示）のあることを必要条件とする「親告罪」です。保助看法第 44 条の 3 第 2 項も同様に、「前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。」と規定しています。
- 8) このように、ある行為のときに、その行為を犯罪とし、刑罰を科する旨を定めた成文の法律がなければ、その行為を処罰することはできないとする原則を「罪刑法定主義」といいます。
- 9) それに加えまして、先程、野中先生が示されたいくつかの法律の規定を注意深く見ていただきますと、職種によって、守秘義務違反に対する罰則がかなり違っております。例えば、医師と助産師は、刑法第 134 条により、6 ヶ月以下の懲役または 10 万円以下の罰金です。保健師、看護師等も、保助看法第 44 条の 3 により、同じように 6 ヶ月以下の懲役または 10 万円以下の罰金に処せられます。ところが、診療放射線技師（診療放射線技師法第 35 条）、臨床検査技師（臨床検査技師等に関する法律第 23 条）、理学療法士（理学療法士、作業療法士法第 21 条）等のいわゆるコメディカルの人たちが守秘義務に違反した場合は、懲役刑がなく 50 万円以下の罰金に処せられます。これに対して、社会福祉士、介護福祉士の場合は、1 年以下の懲役または 30 万円以下の罰金です。精神保健福祉士も、社会福祉士等と同じ刑罰が科せられます。これに対して指定訪問介護事業所の従業者は、守秘義務に違反しても刑罰を科せられません。なぜならば、彼らの守秘義務は、すでに申し上げましたように「厚生労働省令」によって規定されておりますが、省令では刑罰を科すことができないからです。このように、現在の守秘義務の規定は、罰則との関係で見ると、かなりばらつきがあり、これもまた、守秘義務の規定をめぐる問題点の一つとしてあげられるかもしれません。
- 10) この基本理念は、「すべて国民は、個人として尊重される。」旨を規定する憲法第 13 条に由来するということができると思います。
- 11) 個人情報保護法第 2 条によれば、「保有個人データ」とは、個人情報取扱事業者が開示、訂正等の権限を有する「個人データ（個人情報データベース等を構成する個人情報）」をいいます。また、「個人情報データベース等」とは、検索が可能な「個人情報（識別可能な生存する個人に関する情報）」を含む情報の集合物をいいます。
- 12) 「個人情報取扱事業者」とは、個人情報データベース等を事業の用に供している者をいいますが、国、地方公共団体・独立行政法人等のほか、取り扱う個人情報が過去 6 カ月以内のいずれかの日において 5,000 以下の者等は除かれます。

- 13) プライバシー権は、もともと、アメリカにおいて展開されてきた権利ですが、これには3つの側面があるよう思います。プライバシー権は、そもそも「一人にしておいてもらう権利（right to be let alone）」というものがありました。勝手に写真を撮られたり、私的な事柄を暴露されたりした場合、不法行為が成立し、損害賠償請求が認められるという形で形成されたのが出発点です。
- その後、この権利は、憲法上の権利として捉えられるようになります。女性の人工妊娠中絶決定権を憲法上のプライバシー権として承認したアメリカの連邦最高裁判所判決 Roe v. Wade（1973年）がその代表例です。自己決定権としてのプライバシー権といつてもいいかもしれません。
- 三つ目は、1974年に制定されたアメリカのプライバシー法（Privacy Act）に代表される「自己に関する情報に対するコントロール権」としてのプライバシー権です。医療情報あるいは個人情報保護法との関係でいえば、今日、最も重要なのが、この「自己情報コントロール権」としてのプライバシー権ということになります。
- 14) なお、同ガイドラインによれば、例えば、患者・利用者の状況等について、家族や患者・利用者の関係者が医療・介護サービス従事者に情報提供を行っている場合に、これらの者の同意を得ずに患者・利用者自身に当該情報を提供することにより、患者・利用者と家族や患者・利用者の関係者との人間関係が悪化するなど、これらの者の利益を害するおそれがある場合は、法第25条第1項第1号の「本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合」にあたるとして、保有個人データの全部または一部を開示しないことができるとしています。
- 15) 患者が民間の生命保険に加入しようとする場合に生命保険会社から患者の健康状態等について照会があった場合、交通事故によるけがの治療を行っている患者に関して、保険会社から損害保険金の支払いの審査のために必要であるとして症状に関する照会があった場合などがこれに当たります。
- 16) 職場の上司等から、社員の病状に関する問い合わせがあつたり、休職中の社員の職場復帰の見込みに関する問い合わせがあつた場合がこれに当たります。
- 17) 学校の教職員等から、児童・生徒の健康状態に関する問い合わせがあつたり、休学中の児童・生徒の復学の見込みに関する問い合わせがあつた場合がこれに当たります。
- 18) 健康食品の販売を目的とする会社から、高血圧の患者の存在の有無について照会された場合や要件に該当する患者を紹介して欲しい旨の依頼があつた場合等がこれに当たります。
- 19) 園部逸夫編『個人情報保護法の解説（改訂版）』<ぎょうせい>（2005年）148頁
- 20) 例えば、他の医療機関宛に発行した紹介状等を本人が持参する場合がこれにあたります。
- 21) なお、ガイドラインは院内掲示等において、（ア）患者は、医療機関等が示す利用目的の中で同意しがたいものがある場合には、その事項について、あらかじめ本人の明確な同意を得るよう医療機関等に求めることができること、（イ）患者が、（ア）の意思表示を行わない場合は、公表された利用目的について患者の同意が得られたものとすること、（ウ）同意及び留保は、その後、患者からの申出により、いつでも変更することが可能であること、をあわせて掲示しなければならないとしています。
- 22) このような同意の取り方を、「オプト・アウト（opt out）による同意」といいます。「オプト・イン（opt in）による同意」が、個々の事柄について、ひとつひとつ個別にイエスと言わない限りは同意があつたとは言えないと考えるのに対しまして、「オプト・アウトによる同意」は、提示された事柄に対しノーと言わない限りは同意があつたと考えているという考え方であります。個人情報保護法における同意の取り方は、基本的には「オプト・アウト」方式でよろしいということのようであります。
- 23) 前掲開原・樋口編『医療の個人情報保護とセキュリティ（第二版）』135頁参照
- 24) ガイドラインによれば、個別列挙されているか、本人から見てその範囲が明確となるように特定されている必要がある、とされています。
- 25) この場合、（ア）、（イ）については変更することができず、（ウ）、（エ）については、本人が想定することが困難でない範囲内で変更することができ、変更する場合は、本人に通知又は本人の容易に知り得る状態におかなければならぬ、とされています。

シンポジウム

発題Ⅱ：医療の面から

日本医師会常任理事 野中 博

本日のテーマは「守秘義務と情報公開」です。一般的には、情報公開とは行政や企業・団体などが自らの透明性を高めることを目的として、国民や市民に対して情報を公にすることを意味します。一方、医療の分野では、患者が自分の情報を見ることは「開示」であり「公開」とは異なります。このように「情報公開」と医療従事者に課せられている「守秘義務」とを対峙する概念として位置づけ、このような条件の下での情報共有などのあり方について医療の面からお話をしたいと思います。

「守秘義務」は私たち医師にとっては重要な事項であります。すなわち医師は診療上知り得た患者の秘密を安易に他人に漏らしてはならないのであり、医師になった時から厳守を必ず先輩医師から言われます。しかしこの「守秘義務」は医師だけではなく医療従事者には理解され遵守される必要があります。一方、社会では「情報開示」が強く望まれており、この二つの課題すなわち「守秘義務」と「情報公開」の整合性が問題となります。医療機関には医療機能などの「情報開示」が強く望まれ、一方で患者の病状や治療などの内容を安易に第三者に漏らしてはいけない「守秘義務」が課せられています。そして、患者の人格を守るために克服できない病気の場合などの条件がある場合にもこの「守秘義務」と「情報公開」が問題になります。

表1は医療機関で取り扱われる個人情報を示しています。

医療において取り扱われる個人情報として、診療記録、診療記録としては留められていない情報、患者以外の個人に関する情報があります。診療記録は、診療の過程で得られた身体状況、症状、治療等について作成または収集された書面や画像などです。スライドにある、診療録、手術記録、麻酔記録、検査記録、エックス線写真、助産録、看護記録、紹介状、処方箋の控え等です。診療記録として留められていない情報としては、検査用に採取した検体、受診の事実、患者の音声、映像などがあります。患者以外の個人に関する情報として、医療機関の従業員に関する情報、取引業者の情報、見舞い客や患者家族らの情報があります。これららの情報は主にカルテとして理解されていると思いますが、表1に示されるように看護記録も大切な個人情報です。

個人情報保護法が施行されて以来、これらの「個人情報」が大切に適切に扱われることが課題となりましたが、一方でこの「個人情報」の取り扱いが不適切に理解されている状況もみられます。受診された患者の情報だけではなく、そのほか集まるさまざまな情報を適切に大切に医療機関あるいは医療従事者として取り扱うことが、個人情報保護法の根本的な趣旨と考えます。

表2は医療分野における「守秘義務」を示します。

医師、薬剤師、助産師などは明治時代に制定された刑法において、この「守秘義務」が規定されています。スライドにありますように「刑法 134 条 医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人、またはこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上で取り扱ったことについて知りえた人の秘密を漏らしたときは、6月以下の懲役または10万円以下の罰金に処する」と規定されています。その後平成13年になって保健師、助産師、看護師の保健師助産師看護師法42条に「守秘義務」は盛り込まれました。

表3はおもな医療職種における守秘義務の根拠法を示しています。

表 1 医療機関で取り扱われる個人情報

1 診療記録等	診療の過程で患者の身体状況、症状、治療等について作成または収集された書面、画像等の一切 診療録、手術記録、麻酔記録、検査記録、エックス線写真、助産録、看護記録、紹介状、処方せん控え等
2 診療記録としては留められていない情報	検査用に採取した検体、受診の事実、患者の音声、映像等
3 患者以外の個人に関する情報	医療機関の従業者に関する情報、取引先業者の従業員の情報、見舞客、患者の家族等の情報

表 2 医療分野における守秘義務 (1-1)

1 医療職種に関するもの(1)	
○刑法 134 条	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、正当な事由がないのに、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月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処する。(以下、略)
○保健師助産師看護師法 42 条の 2	保健師、看護師又は准看護師は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。保健師、看護師又は准看護師でなくなった後においても、同様とする。
○同 44 条の 3	第42条の2の規定に違反して、業務上知り得た人の秘密を漏らした者は、6月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処する。

表3に示されるように医師や歯科医師をはじめさまざまな医療職種にはその各々の法律で守秘義務が規定されています。昭和50年6月に制定された理学療法士ならびに作業療法士法にも、知り得た秘密を漏らしてはならないと「守秘義務」の件は明確に記載されています。この表にはありませんが、介護支援専門員にも同様の守秘義務が課せられています。このようにさまざまな医療関係職種には守秘義務が課せられています。しかしこれらの医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士や作業療法士などが一同に集まっての会議の場合、この「守秘義務」をどのように判断し遵守するかの判断も現場では時々問題になります。守秘義務が課せられていることを適切に理解していないと会議は成立しません。会議の趣旨は患者に対して適切な医療を提供することと理解すれば当然のことです。

表4は医療分野における守秘義務をその業務内容から示しています。

医療分野では職種ごとの守秘義務だけではなく、その業務内容に応じても守秘義務が定められています。感染症予防法67条や68条では感染症患者に対して、また母体保護法27条や33条でもそれらの業務内容において守秘義務を法律で定めています。特にプライバシー性の高い感染症医療や人工妊娠中絶などに関して設定されており、これらの情報の漏洩は医療関係職種以外の医療機関の職員でも本来は処罰の対象となり、医療機関に勤務する職員が知り得た個人情報もこの範疇に含まれると理解するのが適切です。また、医師に関しては感染症予防法67条に「1年以下の懲役または100万円以下の罰金」と、刑法の一般規定より重く設定されています。

表5は日本医師会の「医師の職業倫理指針」における「守秘義務」を示します。

医療に関する専門職の学術団体である日本医師会では、「医道の高揚」を会の目的の一つとして掲げ、自律的に職業倫理の向上に努めています。平成16年2月日本医師会は表5の左にある小冊子の「医師の職業倫理指針」を作成して会員に配布しました。この小冊子で医師の守秘義務について詳細に解説しています。医師はその診療過程で患者から多くの情報を取得します。そしてそれらの情報は、患者やその家族にとって極めて秘密性の高いものです。患者情報の秘密性を守ることは、医師と患者との信頼関係を保つうえで重要であり、これまでも医師はその職業倫理として患者情報の秘密を守ってきました。しかし、患者本人や相続人

表 3 医療分野における守秘義務 (1-2)

1 医療職種に関するもの(2)	
資格名	根拠法
医師	刑法第134条第1項
歯科医師	刑法第134条第1項
薬剤師	刑法第134条第1項
保健師	保健師助産師看護師法第42条の2
助産師	刑法第134条第1項
看護師	保健師助産師看護師法第42条の2
准看護師	保健師助産師看護師法第42条の2
診療放射線技師	診療放射線技師法第29条
臨床検査技師	臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第19条
衛生検査技師	臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第19条
理学療法士	理学療法士及び作業療法士法第16条
作業療法士	理学療法士及び作業療法士法第16条
視能訓練士	視能訓練士法第19条
臨床工学技士	臨床工学技士法第40条
義肢装具士	義肢装具士法第40条
救急救命士	救急救命士法第47条
言語聴覚士	言語聴覚士法第44条
歯科衛生士	歯科衛生士法第13条の5
歯科技工士	歯科技工士法第20条の2
あん摩マッサージ指圧師	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第7条の2
はり師	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第7条の2
きゅう師	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第7条の2
柔道整復師	柔道整復師法第17条の2
精神保健福祉士	精神保健福祉士法第40条
厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」別表4より	

が同意・承諾して医師の守秘義務を免除した場合、そして患者・家族の利益を守るよりもさらに高次の社会的・公共的な利益が存在する場合には、医師は守秘義務を免れます。守秘義務に関する各種の法律の条文でいうところの「正当な理由」がある場合がこれに該当します。

図1は個人情報をめぐる概念を示しています。

個人情報保護法を巡る概念において、守秘義務、プライバシー権、個人情報の利活用は図のように考えられます。診療を通じて得る患者情報は様々に利用されるものであり、医師をはじめ医療関係者にはそれらの情報に対して厳しい守秘義務が課せられ、さらにこの守秘義務は各種資格要件として法律であるいは医師の倫理的綱領などで規定されています。そのため例えば、医学部卒業時などに「ヒポクラテスの誓い」を宣言する行動を通じて患者情報についての守秘義務の重要性を認識させています。その一方で、これら患者情報をなわち個人情報を一定のルールのもとに、公共の利益や明日の医学の発展のための研究に利用・活用する

表 4 医療分野における守秘義務(2)

2 業務内容によるもの
○感染症予防法 67 条 医師が、感染症の患者であるかどうかに関する健康診断又は当該感染症の治療に際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、1年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処する。
○同 68 条 感染症の患者であるとの人の秘密を業務上知り得た者が、正当な理由がなくその秘密を漏らしたときは、6月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。
○母体保護法 27 条 不妊手術又は人工妊娠中絶の施行の事務に従事した者は、職務上知り得た人の秘密を、漏らしてはならない。その職を退いた後においても同様とする。
○同 33 条 第27条の規定に違反して、故なく、人の秘密を漏らした者は、これを6月以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。

表 5 日本医師会「医師の職業倫理指針」



第1章 医師の責務
 2. 患者に対する責務
 (6)守秘義務～要旨～
 ①医師が、診療の過程で取得する「患者情報」は、患者・家族にとり、きわめて秘密性の高いもの。
 ②患者情報の秘密を守ることは、医師・患者間の信頼関係を保つうえで重要であり、これまで医師は職業倫理として患者情報の秘密を守ってきた。
 ③医師が守秘義務を免れるのは、患者本人や相続人が同意・承諾して守秘義務を免除した場合か、患者・家族の利益を守るよりもさらに高次の社会的・公共的な利益がある場合で、多くの場合その開示は法律上規定されている。

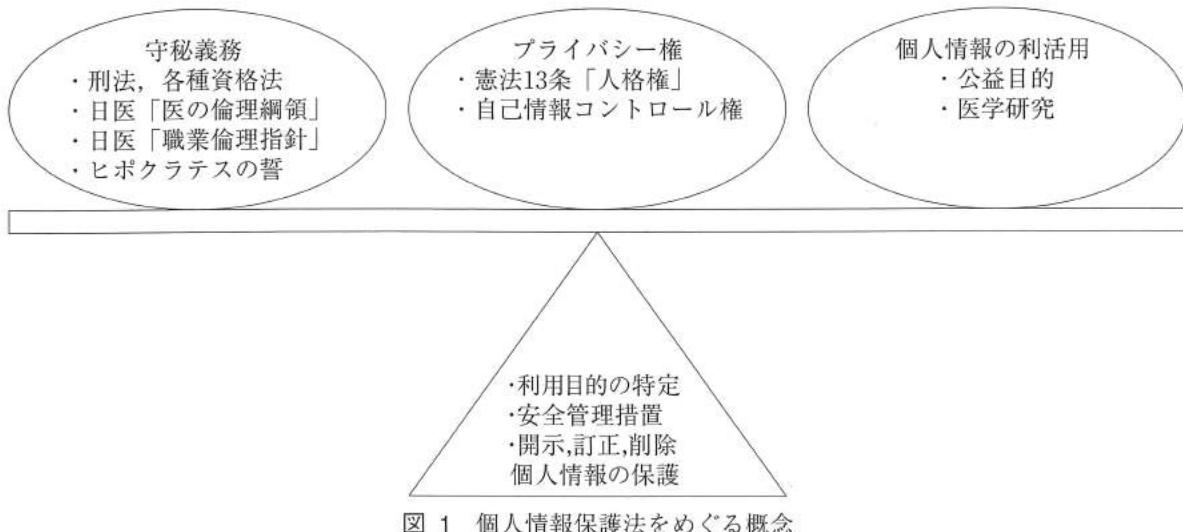


図 1 個人情報保護法をめぐる概念

表 6 医療分野における個人情報保護法への対応

- | |
|---------------------------------|
| 1 厚生労働省による各種ガイドライン策定 |
| ・臨床分野→小規模事業者も対象 |
| ・医学研究分野→法適用外の研究機関向け |
| 2 日本医師会の取り組み |
| ・会員向け解説書の作成 |
| 「医療機関における個人情報の保護」(平成 17 年 2 月) |
| ・各種書式、院内掲示ポスターの作成、配布 |
| ・標準的な個人情報取扱い指針 |
| 医師会の苦情処理窓口に関する規則（策定中） |
| 3 その他の医療関連団体の取り組み |
| ・全日本病院協会……認定個人情報保護団体（18 年 2 月～） |
| ・日本病院協会……会員病院向け対応の手引き発行 |
| など |

表 7 個人情報保護法に関する厚生労働省指針（医療分野）

- | |
|------------------------------------------------------------------------|
| ・「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成 16 年 12 月)→作成委員会には日医からも委員が参画 |
| ・上記ガイドラインに関する「Q & A (事例集)」→厚労省ホームページで公表し、適宜改訂 |
| ・「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」 |
| ※諸記録を電子的に作成、保管する際の GL |
| ・研究関連 4 指針の改訂（平成 16 年 12 月） |
| 「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」 |
| 「遺伝子治療臨床研究に関する指針」 |
| 「臨床研究に関する倫理指針」 |

立場もあります。これらの「守秘義務」と「利用・活用」の調和を図るものとして「プライバシー権」すなわち憲法 13 条の人格権あるいは患者自らが自分の情報を適切にコントロールする権利という立場があります。これらの三つの立場の調和を図りながら、利用目的の特定、安全管理措置、開示、訂正、削除にて個人情報が保護されます。すなわち個人情報保護法は、その第一条にあるように「個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護することを目的」としているのであります。患者の個人情報をいかに大切に扱うという原点に振り返れば理解できると思います。当然、私たち医師は現場では患者の秘密を守ること、さらには患者の状態などの情報をどのように把握するかあるいは活用することのバランスが常に課題とされています。最近では以前に増して患者情報は大切に慎重に取り扱われ、例えば学会や症例検討会などにおいても、患者が特定できないように表現方法が工夫されています。

表 6 は医療分野における個人情報保護法への対応を示します。

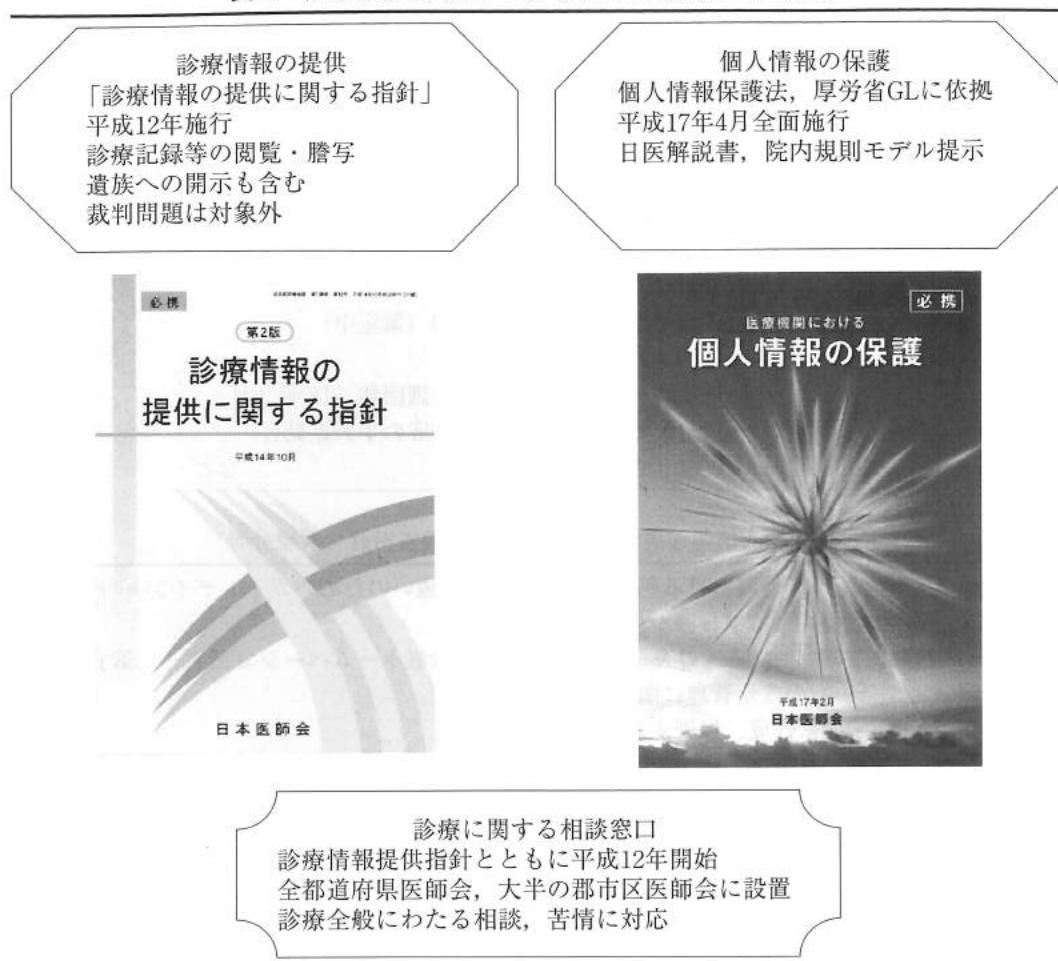
昨年 4 月の個人情報保護法の施行にあわせて、厚生労働省、日本医師会そして他の医療関連団体は個人情報保護法へ様々な対応をしました。厚生労働省は各種ガイドラインを作成し策定しました。その後日本医師会も医療機関における個人情報保護の解説書、各種書式、院内掲示のためのポスターなどを作成し会員に配布する対応を実施しました。

現在、医療機関内にポスターを掲示し、患者には、「当院では皆さんから得た情報を適切に大切に取り扱います」とアピールしているところですが、適切に理解されるにはまだまだ時間が必要だと思います。

患者からの苦情を処理する窓口を地域医師会に設置する必要があります。まずは地域医師会そして都道府県医師会に苦情相談窓口を設置され、その窓口で解決できない場合を想定して日本医師会にも苦情相談窓口が設置されます。

全日本病院協会を始め他の病院各団体も取り組んでいます。今回特に全日本病院協会が個人情報に関する

表 8 診療情報の取扱いに関する日本医師会の取り組み



指導や情報受付を任務とする「認定個人情報保護団体」になりました。

表7は個人情報保護法に関する厚生労働省指針を示しています。

医療分野における個人情報保護法に関する厚生労働省指針です。厚生労働省は、個人情報保護法の前面施行前に、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を策定しました。このガイドラインの作成には日本医師会から役員が委員として研究班に参加し協力しました。

また、学術研究期間が研究のために個人情報を取り扱う場合には、憲法で保障されている学問の自由との関係から、個人情報保護法の適用はありませんが、その場合の個人情報保護を担保する目的で、医学研究分野については、厚生労働省、文部科学省、経済産業省などとの連名あるいは単独で、四つの倫理指針を定めています。これらの倫理指針は個人情報保護法の全面施行に合わせて改訂がなされました。

表8は診療情報の取り扱いに関する日本医師会の取り組みを示しています。

日本医師会としては、平成12年に「診療情報の提供に関する指針」を作成し、患者への情報提供すなわちカルテをはじめとした開示について会員に提示しました。この指針では、医療は医師と患者さんとの共同作業であり互いの信頼関係を基にしており、その信頼関係を構築するためにカルテなどの情報を開示しています。カルテの開示は、実際には診療記録の閲覧や謄写によって実行され、また対象者として遺族への開示も含まれます。ただし、患者やその家族が裁判を目的として情報の開示を求める場合は情報開示の対象になりません。カルテの開示については、医療機関においても以前にも増して積極的に取り組んでいます。

当時はこのカルテ開示に対して様々な議論がありました、結果的には「カルテ開示を立法化すべき」と

表 9 診療情報提供指針と個人情報保護法

診療情報提供指針	個人情報保護法
医師と患者の信頼関係構築	個人情報の保護と利用
疾病と治療に対する理解を深めるための開示請求	自分の情報をチェックするための開示請求
本人および親族による開示請求が原則	代理人による開示請求も可
遺族への情報提供も規定	死者の情報は対象外

の議論が沈静化する結果となりました。この指針の開始とともに全国の地域医師会や都道府県医師会に「診療に関する相談窓口」を設置し、診療情報の提供だけではなく、幅広い相談・苦情を受ける窓口も設置されました。

日本医師会はこれらの経験を踏まえ、個人情報保護法の施行に対しても取り組みを展開しています。表8右側に示す青い本は「個人情報の保護」と題した会員向けの解説書であり、医療機関で実際に活用できる「個人情報の管理のための院内規則」のモデルも掲載され、現在各医療機関にて活用されています。

表9は診療情報提供指針と個人情報保護法の主な違いを示しています。

自律的な指針である「診療情報の提供に関する指針」と、法律形式をとる「個人情報保護法」にはそれぞれ「本人への情報開示」に関する規定がありますが、その内容には大きな差異は認められませんが、幾つかの点において違いがみられます。「診療情報の提供に関する指針」のカルテ開示の趣旨は医師と患者との信頼関係構築です。すなわち疾病とその治療に対する理解を深めるために開示が請求されます。一方「個人情報保護法」においては、その個人情報の保護と利活用のため、そしてそのために患者自らが自分の情報が適正であるかをチェックするためにカルテ開示がなされるとの趣旨です。また、開示を請求しうる者のうち本人以外の代理人については、「診療情報の提供に関する指針」では、本人や親族そして法廷代理人などを限定的に定めています。しかし、「個人情報保護法」では、本人との親族関係の有無とは無関係に広く代理人からの請求も認めています。さらに患者さんが亡くなられた場合の取り扱いについては、「診療情報の提供に関する指針」では遺族からの開示請求も認める規定となっていますが、「個人情報保護法」では死者の情報は対象外としています。これら各々の趣旨の違いが適切に理解されて運用されるべきと考えます。

表10は医療における患者情報の利用について示しています。

患者情報は、当然のこととして患者本人への医療提供とそれに付随して利用されます。前医と後医間での情報伝達すなわち治療のために医療機関同士で連携する場合は第三者提供となります。また、検査機関などへ検体等の提供すなわち臨床検査などを外部の検査センターに委託する場合は業務委託となり、本法律の規定では第三者提供には該当しないとされています。事業者は法人単位で判断されるため同一法人の運営であれば相互の個人情報のやり取りは第三者提供には該当しません。一方医療費請求のためのレセプトの提出は第三者提供に該当します。

患者情報の医療提供以外での患者のための利用として、生命保険や損害保険等の請求あるいは各種傷病手当金や助成金などの支給申請があります。これらの利用は医療には直結しませんが、患者さんの利益には密接に関係ある利用です。

患者情報の司法関係からの利用として、裁判所、警察あるいは弁護士会などからの医療機関への様々な照会があります。その際、令状などの正式な書面を取る形もあれば、口頭や非公式な質問もあり、医療機関はその回答を拒否して逆に罰則を受けることもあります。回答への判断に迷うことが実際に多いと思います。

行政機関への公益的通報として、患者情報を提供する場合もあります。患者が家庭などで虐待を受けていることが疑われる場合などの通報がこれにあたりますが、患者自身の保護のためと理解され法律的な裏付けもあります。

さらには本人の利益とは直接関係ない個人情報の利用もあります。これは社会一般や公共の利益のための報告や検査に応じる場合の情報提供です。これらに該当する事項として、がん登録事業への報告、医療事故

表 10 診療情報提供指針と個人情報保護法

- | | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 1 患者本人への医療提供とそれに付随する利用 | ・前医、後医間での情報伝達
・検査機関等への検体等の提供
・同一法人が開設する病院と老健施設間での利用
・医療費請求のためのレセプトの提出 |
| 2 医療提供以外での患者のための利用 | ・生命保険、損害保険等の請求
・各種傷病手当金、助成金等の支給申請 |
| 3 司法関係 | ・文書送付嘱託
・調査嘱託
・文書提出命令 } 民事裁判
・捜査関係事項照会
・裁判所からの照会
・弁護士会からの照会 |
| 4 行政機関への公益的通報 | ・児童虐待防止法
・配偶者暴力防止法
・高齢者虐待防止法 |
| 5 本人の利益とは直接関係ない利用 | ・がん登録事業への報告
・医療法にもとづく立入検査
・医療事故、ヒヤリハットの報告 |

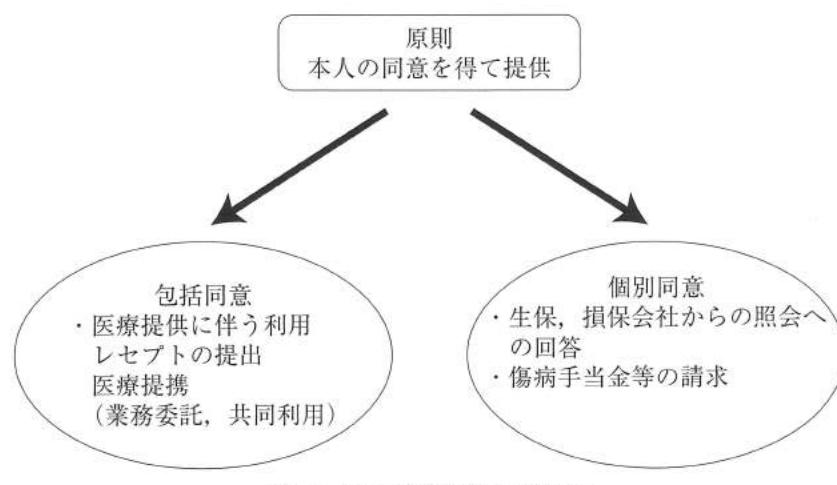


図 2 個人情報の第三者提供

やヒヤリハットの報告、医療法に基づく立入検査があります。このように医療機関は様々に患者さんの個人情報を取り扱うため、その個人情報を取得する際にその利用目的について、患者さんに通知する義務が課せられています。

図2は、個人情報を第三者提供する場合の同意について示しています。

個人情報を第三者に提供する際の大原則は、当然本人の同意を得たうえで提供することです。その同意を得るには、個別に同意を得る方法つまり「個別同意」とポスターなどの院内掲示を通じて定型的に通知し、

当院は患者さんの個人情報保護に 全力で取り組んでいます

当院は、個人情報を下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

院長

当院における個人情報の利用目的

- 医療提供
 - ▶ 当院での医療サービスの提供
 - ▶ 他の病院、診療所、助産所、葬儀場、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
 - ▶ 他の医療機関等からの照会
 - ▶ 患者さんの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ▶ 後体検査業務の委託その他の業務委託
 - ▶ ご家族等への病状説明
 - ▶ その他、患者さんへの医療提供に関する利用
- 診療費請求のための事務
 - ▶ 当院での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
 - ▶ 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ▶ 審査支払機関又は保険者からの賃金への回答
 - ▶ 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、賃金への回答
 - ▶ その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する診療費請求のための利用
- 当院の管理運営業務
 - ▶ 会計・経理
 - ▶ 医療事故等の報告
 - ▶ 当該患者さんの医療サービスの向上
 - ▶ 入退院等の病棟管理
 - ▶ その他、当院の管理運営業務に関する利用
- 企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知
- 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
- 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 当院内において行われる医療実習への協力
- 医療の質の向上を目的とした当院内の症例研究
- 外部監査機関への情報提供

付記

1. 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。
2. お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
3. これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等をすることが可能です。

図3 利用目的の特定—院内掲示用ポスターの例—

異議のある場合のみ申し出もらう方法つまり「包括同意」があります。通常、ほとんどの医療機関は包括同意での対応をしています。

「個別同意」の取得が必要な場合は、実際の医療提供とは切り離された「保険金請求」や「手当金の受け取り」などのケースがあります。このような場合には「情報の第三者提供に関する同意書」を患者さんに記載してもらう必要があります。

図3は、日本医師会で作成した院内掲示用のポスターです。

このポスターは、「利用目的の通知」「第三者提供への同意」の両方に対応できます。これは医療機関における個人情報の利用目的は第三者利用を伴う場合が多いことを想定したためです。このポスターを医療機関では待合室などに院内掲示し、患者から特に異議が申し出られなかった場合には、これらの利用目的に同意したものと理解して取り扱うこととされています。ポスターの内容としては、「医療提供のための利用」「診療費請求のための利用」「医療機関の管理、運営のための利用」などを主な利用目的としています。

図4は個人情報の第三者提供において、本人同意を得ない場合を示しています。

個人情報を第三者に提供する場合の大原則は「本人の同意の取得」であることは前述しましたが、例外的に同意が無くとも提供が可能な場合があります。この例外は個人情報保護法23条1項に定められており、スライドの左側に示す、①法令に基づく場合、②人の生命、身体、財産の保護の必要があり、本人同意が困難

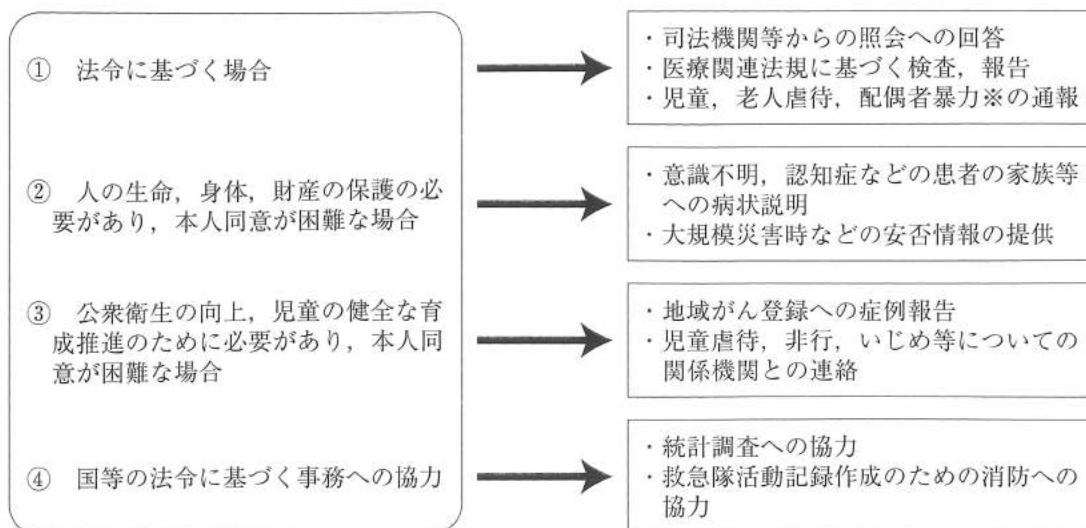


図 4 個人情報の第三者提供
本人の同意を得ずに提供してよい場合（個人情報保護法 23 条 1 項）

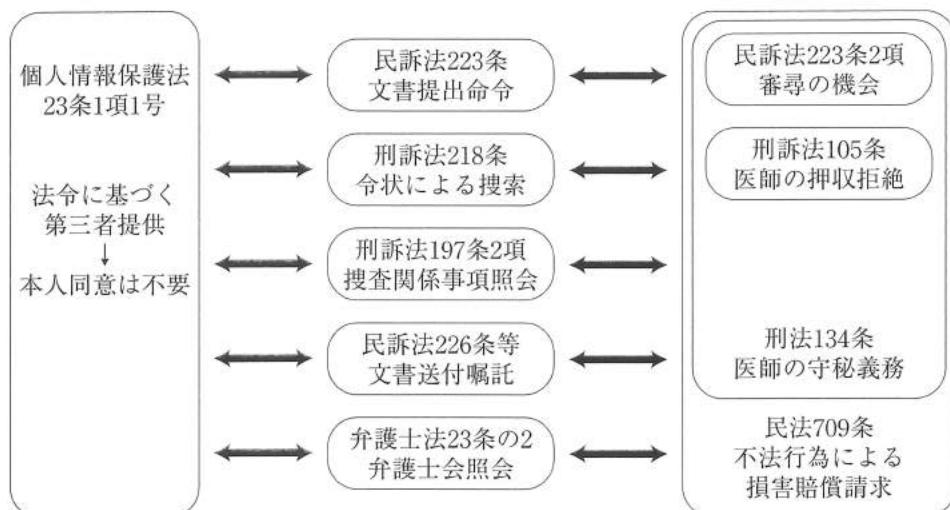


図 5 法令に基づく第三者提供（司法関連）

な場合、③公衆衛生の向上、児童の健全な育成推進のために必要があり、本人同意が困難な場合、④国等の法令に基づく事務へ協力など、これらのケースです。これらの各々のケースに想定される医療における代表的な具体例を右側に示しました。すなわち、これらの場合は本人の同意を得なくても、個人情報保護法違反とはならないのです。

図5は法令に基づく第三者提供を示しています。

前述しましたように個人情報保護法上、本人の同意なくして第三者提供が可能な場合として「法令に基づく場合」があります。図の真ん中の文書提出命令、令状による検索、操作関係事項照会、文書送付嘱託、弁護士会照会が代表的なものです。これらはいずれも法的根拠があり、「本人同意不要」で提供可能です。

一方で、医師は刑法上守秘義務を負っており、それを根拠として全ての場合ではありませんが、文書提出命令に対してそれを拒否する理由を説明する機会が保証されており（民訴法223条2項）、検査に対して押収拒絶を主張する権利（刑訴法105条）が認められています。これは医師が患者の利益を守るためにその権利行使するために認められています。これらの権利行使しつつ、医師は患者の秘密あるいはプライバシー

表 11 個人情報の公益的利用
捜査関係事項照会の場合(1)

<p>刑事訴訟法 197 条 2 項</p> <p>捜査については、公務所又は公私の団体に照会して、必要な事項の報告を求めることができる。</p> <p style="text-align: right;">厚労省ガイドラインⅢ 1.(2)</p> <p>…法の例外規定の対象であるが、当該法令において任意協力とされており、…回答するか否かについて個別の事例ごとに判断する必要がある。この場合、本人の同意を得ずに個人情報の提供を行ったとしても、法第 16 条違反とはならないが、場合によっては、当該本人からの民法に基づく損害賠償請求等を求められるおそれがある。</p>

表 12 個人情報の公益的利用
捜査関係事項照会の場合(2)

<p>厚労省 Q & A (事例集)</p> <p>→ 2005 年 11 月 29 日「Q5-24, 25」を追加</p> <p>①刑訴法 197 条 2 項に基づく照会は、報告義務を課すものと解されている。</p> <p>②同照会は、個人情報保護法 23 条 1 項 1 号の「法令に基づく場合」に該当し、本人の同意なく回答しても同法違反とならない。</p> <p>③同照会により、本人の同意なく医療情報を提供することが民法上の不法行為を構成することは、通常は考えにくい。</p> <p>④ガイドラインについても見直しを検討する。</p>

を守る（刑法 134 条）ことが使命となっていると理解すべきです。そのため、もし医師がこの使命を忘れ不用意に患者のプライバシーを侵害すれば、場合によっては損害賠償責任が問われる（民法 709 条）可能性もあります。このように、医師のみならず医療従事者は、こうした患者の利益擁護を優先して考え、一方で公共に利益のために情報提供の要請にも応えなければならないのです。

表 11 は、個人情報の公益的利用を捜査関係事項照会の場合を示しています。

刑事訴訟法 197 条 2 項には、「捜査については、公務所または行使の団体に照会して、必要な事項の報告を求めることが出来る」とされており、警察などの捜査機関は医療機関などに対して捜査上必要な事柄を照会でき、一方、医療機関は本人同意なく情報提供できると理解され、実際には頻繁に医療機関に照会が行われてきました。しかし、前述しましたように、損害賠償の恐れがあるなどの懸念が、厚生労働省のガイドラインに明確に記載されたことにより、全国の医療機関が警察からの捜査照会を拒否している事例が相次ぎ、医療機関の「過剰反応」として全国紙等に掲載され社会問題となりました。

表 12 は個人情報の公益的利用について示しています。

前述のように医療機関の「過剰反応」は国会でも審議される問題となりました。このような状況を受けて、厚生労働省はガイドラインの修正に踏み切りました。ガイドライン本体は現状では改訂されていませんが、昨年 11 月には厚労省 Q&A にこの問題について解説し医療機関が「過剰反応」しないように促し、その後にはガイドラインの見直しを検討するとしました。その動きを受けて日本医師会も、捜査協力に対して医療機関がとるべき姿勢を検討してきました。医師は患者の権利を擁護するとともに、公共の利益のためにも捜査に協力すべきことは当然です。基本的には捜査に協力する姿勢を保ちながら、一方でそれが患者の権利への不当な侵害にならないかを確認して判断し、行動することが望まれていると思います。結局、個々の患者や事例と向き合いつつ、常に客観的で公正な立場からの判断を常日頃から心掛ける必要があります。

最後に、本人の同意は絶対か？を考えてみたいと思います（表 13）。本人の判断能力が疑わしい場合、「同意書」「委任状」の真正性が疑わしい場合、家族らへの説明が必要な場合、緊急時や災害時など迅速な対

表 13 「本人同意」は絶対か？

- | |
|-------------------------|
| 1 本人の判断能力が疑わしい場合 |
| 2 「同意書」「委任状」の真正性が疑わしい場合 |
| 3 家族等への説明が必要な場合 |
| 4 緊急時、災害時などに迅速な対応が必要なとき |
| 5 他に公益的な利用目的が十分ある場合 |

応が必要な場合、ほかに公益的な利用目的が十分ある場合など、本当に「本人同意」が絶対なのでしょうか？医療の現場では、絶対とは考えられない場合を多く経験します。例えば医療機関や特別養護老人ホームなどの現場で、インフルエンザ予防接種の際、この問題を経験します。現状の法律では、「本人同意」がなければインフルエンザ予防接種は受けられることになっています、認知症が進行され判断能力が疑わしい高齢者に、予防接種を実施する時、この「本人同意」を厳守すると予防接種を多くの高齢者に実施できなくなります。その結果、インフルエンザが流行し施設では多くの高齢者が罹患し最悪の場合集団で死亡されることも予想されます。現在ではその高齢者の御家族、あるいは後見人の方の判断を尊重して、インフルエンザ予防接種を実施しています。この現状とて統一見解が出されているわけではありません。このように「本人同意」は必ず前提にすべきかまだ多くの疑問が残ります。

確かに、守秘義務やプライバシーの権利を背景として、医療従事者は患者の個人情報を第三者に提供することには極めて現状では防衛的になっています。この態度は医療従事者としてとるべき立場かもしれません。しかし、十分な検討もせず医療現場が患者の同意を金科玉条として扱い、同意がなければ絶対に情報の提供はできない判断形式に陥ることは避けなければなりません。形式的に同意が得られたとしても、本人の判断能力が疑わしい場合や「同意書」や「委任状」の真正性が疑わしい場合を常に考慮しなければなりません。また同意がなくとも家族などへの説明が必要な場合、緊急時や災害時など迅速な対応が必要な場合、そしてほかに公益的な利用目的が十分ある場合などさまざまな可能性も視野において判断していくことも重要です。

個人情報保護法が制定された今、改めて「保護」と「利活用」の調和を医療従事者として考え直し、さらに患者ならびに国民と共に話し合うことが重要と考えます。

発題Ⅲ：障害福祉の立場から

日本精神保健福祉士協会副会長

(財団法人聖マリアンナ会)

木太直人

こんにちは、木太と申します。よろしくお願ひいたします。野中先生と同様、私も小田先生に出ろと言われまして、どういう集まりかをきちんと聞かないままに、返事をさせていただいたという部分がありまして、いささか戸惑っているところもありますけれど。

私は障害者福祉の立場からということでお話しさせて頂きたいと思いますけれども、ただ、ご紹介いただきましたとおり、私は精神福祉士ですし、医療の現場のなかでの福祉的な活動ということですソーシャルワーカーとして20年くらいやってきた立場ということですので、いわゆる障害福祉ということと、なじみにくい部分があるかもしれません。精神障害者について考えてみると医療と福祉的サービス、両面かかせない、疾病と障害を合わせもっている、疾病と障害が分かちがたい状況で併存しているといわれていますけれども、そういうなかでの関わりというところからお話しをさせて頂きますので、あまり一般的でないかもしれません。

いま私は、日本精神保健福祉士協会という社団法人の副会長をさせていただいておりますけれども、協会組織にとっても、やはり個人情報の取り扱いということが、このところ話題になってきております。先ほどシンポジウムが始まる前に他の先生方とお話をさせていただいているなかで、会員名簿の取り扱いがどこの組織でも問題になっているということが、話題になっておりました。私たちの協会は、その前身としての任意団体を含めますと設立して40年を越えるのですが、実は社団法人になってまだ1年ちょっとという組織なのです。社団法人になってから、まだ会員の名簿を作成しておりません。取り扱いをどうしていくかというところで、議論が煮詰まっていないということもありますけれども、任意団体の当時に、会員名簿を作った時に、なかにはお一人かお二人しかいませんでしたけれども、自分の名前さえも載せないでほしいという人がでてきました。個人情報に関しての関心のあり方というのが、本当に多用になってきているなかで、私たちがその個人情報をどう取り扱っていくか、あるいは、専門職としてどのように情報を公開していくかという問題。非常に大きな問題になってきていると思います。

私は取りとめもなく話しをしますので、お許しいただければと思います。個人情報保護法が施行されまして、いくつか、病院にとって、患者さんにとって良かったなということが、私が勤めていた病院でもありました。特に大きかったのは、他の医療機関ではどうかわからないですが、それまで精神科の病棟の中で、患者さんを放送で呼ぶことがごく当たり前に行われていました。これに関して、個人情報保護の観点から、放送を止めようということになりました。非常に静かになったというのがよかったです。さらによかったことは、放送で患者さんを呼んでいた、こっちから呼びつけていたということになりますけれども、それができないということになりましたが、そうするとベットサイドに看護スタッフの方から患者さんに声をかけにいくという回数が増えました。そのなかで、患者さんとスタッフとの関係がそれまでは少しぎくしゃくしていたものが、なんとなく円滑になってきたかなという印象を持っています。

一方では先ほど野中先生がおっしゃられたとおり、過剰に反応してしまって、というところで非常に他機関、他の医療機関やあるいは、福祉サービスを提供している機関とのやりとりにおいて時間が

かかるようになりました。例えば、患者さんに関する情報に対する問合せがあった時、初めてその方と電話のやりとりをするという時には、少なくともご本人が本当にその機関に勤めている方なのか、という確認をするということを、原則としてとるようになりました。だから一旦電話を切って、こちらから電話をかけさせて頂くというやりとりが始まっております。そういうように、これはやはり丁寧にやる必要がありますが、なかなか仕事が忙しいなかで、わざわざしさ、というのは正直でてきたかなと思います。

個人情報といいますか、秘密保持、あるいはプライバシーの保護というところで少し考えていいたいと思いますけれども、特に障害者の福祉領域において、プライバシー保護、あるいは情報開示の問題ということで、そのことを推し進めていくプロセスの中に、いかにその人なりの障害からの回復を示していくかを、そういう視点をできれば私たちは大切にしていきたいと考えております。ここで使う「障害からの回復」ということですけれども、単に機能的な能力から回復するということだけではなく、—これはリハビリテーションの領域で最近よくいわれているリカバリーという言葉がありますけれども、リカバリーという言葉の中には、その人らしい、新しい人生の意味付けといった、意味合いそういうことが非常に重要視されています—障害者、本人がいかに自分が主体的に回復しているかというふうに実感できているか、そういうことが重視されてきているように思います。

障害をおった人、あるいは、患者さんといわれる人々が、その人らしくリカバリーしていくということを考えていきますと、なんらかの形で他者、第三者が受け入れてくれるという状況がなければ、リカバリーということも、ひょっとしたらないのかもしれません。その人が、他者から受け入れられると実感できていることが、回復の始まりにつながるのではないかと考えています。専門職との関係で考えますと、信頼関係がいかに築けるかということになるかと思います。そのうえで秘密保持ということが非常に大事なキーワードになってくると考えます。

自分の秘密が守られていると感じることで、これは誰でもそうだと思いますけれども、安心して自分の内面を語ることができることにつながるのだと思います。そのように考えてみると、個人情報保護において重要なポイント、改めて認識させてもらったということは、個人に関する情報のコントロールをする権利は、その本人に帰属するものだということがあると思います。このことについて考えますと、自分に関する情報は自分でコントロールしていくということ、つまりは主体的に、そのことに自分が関与していくということに繋がっていきます。これはソーシャルワーカーが最も大事な原則の一つとしている、自己決定の原則につながるかと思います。特に私たちが日々関わりをもってきた精神障害をもつ方々にとって、リカバリー、回復ということは、いかに主体性を取り戻すかというプロセスにほかならないと思います。

少し話題がそれてしまうかもしれませんけれども、プライバシーの件については、いろんなところで、もちろん日本国憲法でも規制されておりますけれども、世界人権宣言においても、私生活、通信、名誉の保護ということで、第12条に規定されています。少し読み上げてみたいと思います。

「何人も、自己の私事、家族、家庭若しくは通信に対して、ほしいままに干渉され、又は名誉及び信用に対して攻撃を受けることがない。人はすべて、このような干渉又は攻撃に対して法の保護を受ける権利を有する。」と規定されています。私、精神科の病院に勤めていましたけれども、精神科の病院で、プライバシーに関心が向けられたというのは、実はまだ、わずか20年前のことです。それ以前は、ほとんどプライバシーの保護ということに関心は向けられませんでした。例えば、基本的な人権にとって非常に重要な、通信、面会の自由というのが、まったく保障されていなかったというのが、その頃の現状であったわけです。あるいは、トイレ、病棟のトイレの中に、カギがついてないということも当たり前でした。カギをかけている医療機関ももちろん多かったのですが、カギさえついていない病院もあったということです。また、これもごく最近まで、そういうところが多かったかもしれませんのが、病室の中で、間仕切りのカーテンがなかった。これも当たり前というような状況でした。つまりは自分が自分であることを、プライベートな空間をまったく保障されないなかで、長期

間、入院生活をおくらなければいけないという人達が多くいたということです。

一方で病院の中では、例えばこれは本当にケアのために必要なことなのかと思われるようなスタッフからの言ってみれば干渉ということもごく当たり前に行われていました。身の回りの片付けができる患者さんに対して、だらしがない、きちんとしなさいとか、指導ということで置き換えて職員は当たり前のようにやっていた。言ってみればこれは、言葉によるプライバシーの干渉だったのだろうと思います。

精神科医療も、色々な反省のなかで随分と変わってきたと思います。ただ残念ながら私たちは負の遺産を精神障害者の件に関していえば持っているということについて、是非認識していく必要があります。そのような従来のケア、援助の反省から、私はちょっと表現が悪いかもしれません、丸裸にしない援助、ケアというものを大切にしたいと考えています。リハビリテーションとは全人的なケアであるといわれます。このこととその人を丸裸にしてしまうということは、全く次元の違うことだと思いますを、まず認識しておく必要があります。

特に精神障害を語る方のなかに、ただでさえ自分の秘密が知らないうちに勝手に漏れてしまうと感じている人達もいるわけですから、なおさら、その人にとって秘密ということを大切にしたケアということが、今後もっと考える必要があると思っております。ですからその人が語る、自分に関する情報については、断固として保護される、あるいは、守秘が保持される必要があると考えます。これが私たち専門職にとっての第一の資質の条件ではないかと思います。

次に情報開示、情報公開の問題について考えてみたいと思います。これは野中先生も先程おっしゃられました、お医者さんと他の職種との情報の共有化、あるいは、福祉の現場でいいますと、地域の中に色々なサービスが点在するというのが、だんだんと当たり前になってきました。そういうなかで、機関同士で情報の共有化をする、患者さん、あるいはサービスの利用者に関する情報の共有化をしていくということ、これに関しても、やはり色々な注意が必要になってくると思います。すべての専門職には守秘義務がありますけれども、だからといってある人の個人情報に関して、どこまでが部共有化してよい問題なのか。ここからは共有化すべきではない問題。このあたりの線引きが非常に難しいのが、現場、現状だと思います。

最低限必要な情報というのは、ケアやサービスを提供するために、共有されるべき情報ということだと思いますけれども、例えば生育歴、生活歴というものを、必要な情報として私たちは当たり前のようにいっておりますけれども、なかには、生活歴そのものが、本当にサービスの向上につながるのだろうか、結果的にはその人を色眼鏡で見てしまって、適切なケアをできなくなってしまうということも、起こりうるということを注意しておかなければいけないと思います。

いくつかの問題が情報の共有化ということにはありますけれども、情報を共有することにあたって再確認したいのは、本人がそのことに、情報を共有することに、どれだけ関与できているか、参加できているかということだと思います。医療機関、あるいは、同一の機関の中で行われるケース会議、ケースカンファレンス、事例検討、色々な名称で専門職が集まって検討する場というのは沢山ありますけれども、今後、利用者、患者さんと呼ばれる人達がそういった場に参加する機会を保障していくことも、一つの主体的な参加ということで考えていかなければいけないと思います。さらに言いますと、その人が情報のコントロールに主体的に参加していくを保障していくことが、その人にとっての回復ということに寄与できることだと思います。とりとめもない話になってしまいましたが、ありがとうございます。

世界の保健医療のニーズと国際協力 —若者への期待—

結核予防会結核研究所 所長
石川信克

世界の人々と共に生きる

今日はこの臨床福祉学術集会に呼んでいただきましてありがとうございます。私は国際協力の仕事をやっておりますが、今日の学術会での皆さんの発表を少し聞かせていただいて、皆さんと私達が同じ目標でやっているのだと言うことが分かり、私も大変参考になりました。また、今日私が皆さんと一緒に話し、考えることも、みなさんにも参考になると言う確認ができました。

今日のテーマは、世界の保健医療のニーズと国際協力ということですが、結論を一言で言うと、「世界の人々の中へ生き、共に生きる体験をしましょう」、ということです。私は過去約30年間国際協力の仕事をやってまいりましたが、そのエッセンスを1時間で話しますから、それを今度皆さん自身の心と想いとそして体でもって世界に向かって発信してほしい、これが今日の私の願いです。そしてここにおられる方達が、日本の社会の問題に取り組みながら、世界の方にも目を向け、また世界の人々と、世界の隅々の人々と共に生きる、こういうスタンスでおられることが、これから日本が生きていくうえ

で最も重要なことであると考えます。

世界の保健のニーズ

バングラデシュの首都ダッカにある国際下痢研究所は世界的に有名です。下痢の治療をはじめとした保健医療の先端的な研究を行っています。私はその理事をしていますけれども、ものすごい栄養失調の子供が廊下のベッドに寝かされていました。病室には入りきらなかったのです。横に本当にみすぼらしい格好のお母さんが座っていました。そのお兄ちゃんも下痢で、一緒にいました。下痢ってどういうことで起こるかというと、大抵が汚染されたものを食べたことが多いです。井戸水、食べ物の中に何かバイキンが入った。生活環境がその個人または地域で非常に不潔ということが一番の原因です。入院して治療することも大事ですが、良くなつて帰ればまた同じ環境ですから、どうしたらこういうことが起らなくてすむかを考えいかねばなりません。下痢で死んでいる子供は非常に多いのです。

最近まで世界の子供の死因のトップが下痢でした。日本では下痢で死ぬ子供はほとんどいない。皆さんが仮に下痢をした時に死にたいと思って何も治療しなくとも、ほとんど自然に治ってしまいます。死に至る特殊な下痢もごく希にありますが、大抵が自然に治ってしまう。しかし栄養状態が悪いと、悪循環で、下痢をすると死んでいく、これが世界の健康の現場の現実です（図1）。

地球上の健康は不平等

少し統計を見ましょう。「世界子供白書」をユニセフが毎年発行しておりますが、この学校にも是非図書館に何冊か置かれるといいと思います。これには世界の子供や人々の健康の現実がたくさん書いて

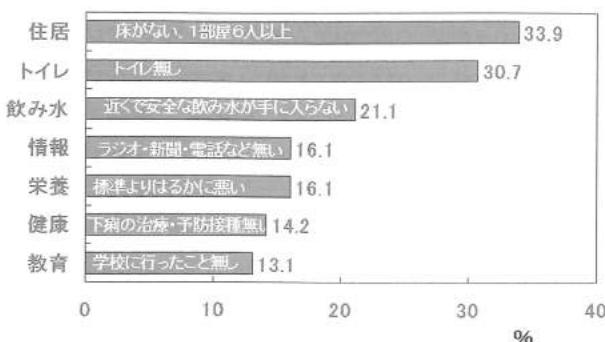


図1 開発途上国の子供（20億）の深刻な状況
(権利の剥奪)

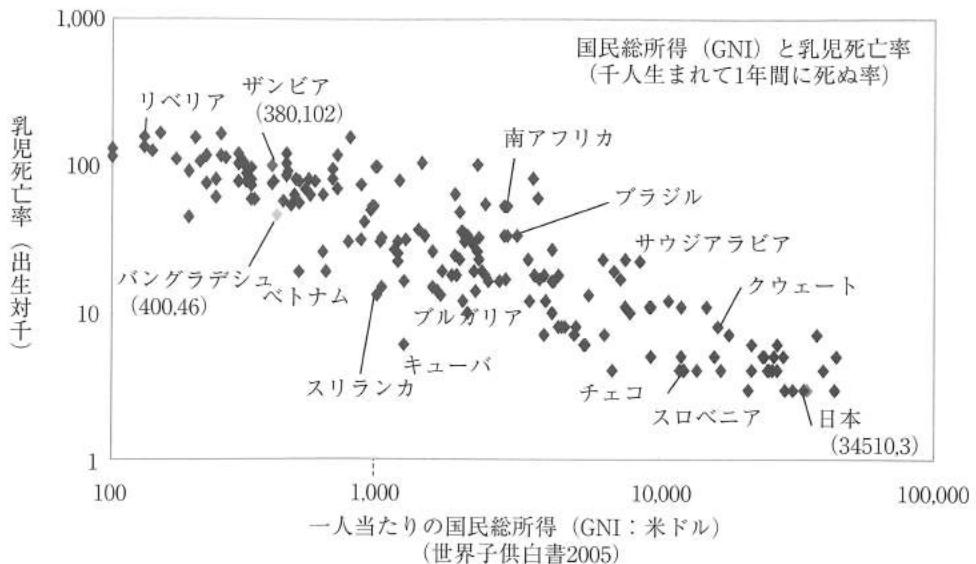


図2 地球上の健康は不平等
生まれて1年以上生きる確率は国によって10~100倍違う。

あります。その統計を使って横軸にその国の国民所得、縦軸に乳児死亡率（1年間に生まれた子供1,000人のうち死ぬ割合）をプロットすれば図2のようなものが描けます。ここでは対数グラフにしてあり、また、おそろしいほどのバラツキがありますが、だいたい左上から右下への直線（負の相関曲線）になっています。すなわち経済状態が良い国は乳児死亡率が低く、悪い国は高くなっています。年間3万ドルくらいの日本と、それから300ドルくらいのバングラデシュ等の国では子供の死ぬ割合が10倍から100倍くらい違う。ですから同じ人間として産まれても、日本に産まれれば1年間に1,000人のうち3人くらいが何らかの理由で亡くなりますが、アフリカでは100人とかあるいは200人とかの単位で死んでいる。こういうふうに、健康には著しい不平等があるということです。そして、そういうものを感じと見ることに意味があるのが分かります。

バングラデシュは大体年間400ドル、1日男が働いて大体100円です。日本では100円というのはポケットにいつでもあります。自動販売機に向かった時に、これがバングラデシュや多くの途上国では1日の一家のお金だと思うんですね、うん、これは水道の水で我慢しようと思うことが僕もあります。そして、この100円を時々貯めれば、年間何人もの患者を救うことができる。こういう思いのなかに自分が参加しようという感じになってくると思うので

す。ザンビアだとGNIが380ドル、乳児死亡率が102ですから、10人生まれて1年以内に1人が死んでしまう。しかし、日本は34,510ドルで乳児死亡率が3という、おそろしい富とそして健康の差があるということです。

途上国の子供の権利

世界の開発途上国といわれる国々の子供は20億人程度いますが、彼らのどういう権利が剥奪されているか見てみます（図1）。一部屋に6人以上住んでいる、床がない家に住んでいる、というのが約1/3。トイレが無い所が3割。トイレが無いとその辺に行ってうんちをしてまた帰ってくる。それから飲み水も、自分がすぐ行ける所に井戸なり水道なりのちゃんとした水場が無く、川や沼の水を飲む。これが2割です。先程情報の話が出てきましたが、ラジオ、新聞、電話などに全く関係ない人が約16%。栄養状態が非常に悪いのが16%もいて、ちゃんとした治療や予防接種が受けられない子供が14%。学校へ行ったことがないのが13%もいます。一方では日本のように、学校に行くのがいやだという子供がいるのに、行きたくても行けないという状態の子供が世界で何千万もいるということです。こういう話の一部はユニセフのウェブサイトでも見られますし、「世界子供白書」は毎年発行されています。それらを見れば、日本が世界のどの生活レベルにあるのか、最も豊かな国でしかも一番贅沢な生活をして

いること、私達自身もそしてお年寄り、福祉を受け人達もいろいろ課題はありますが、しかし世界的にはとても贅沢な生活をしているということが良くわかると思います。

人々の中へ

今日お話ししたいのは、私が過去30年近く関わってきましたバングラデシュで経験したことを事例として、そのなかで学んだことを、みなさんのこれから仕事に役立てられればと思います。結論的にキーワードで申し上げると、4つのことです。①人々の中へ、②現地の人々が主役 (health by the people)、③健康づくりは生活づくり・社会づくりから、そして、④人々のエンパワーメント (empowerment)，この言葉は皆さんも使われることだと思いますが、empowermentこそが私達が目指しているものです。

我々は何を目指しているか。時々、お金をもうけること、という錯覚に陥ります。経済的な問題が学校経営でも病院経営でもあります。ついお金儲けを考えてしまいます。でも私達が目指していることは、本当は「人間の力を付けること」であると確認したいと思います。そして人々の中へとは、患者さんの中へ、病んでいる人の中へ、あるいは普通の生活している人の中へ、弱い人の中へということ。それはテレビやインターネットの中だけではない、ということを先程高木博義さんも言われたことです。我々の生活にはインターネットの世界、あるいはドラえもんの世界で、「どこでもドア」というのがあります。どこでも行けて誰とでも会える、という錯覚の世界に入り込んでいる。「どこでもドア」は福祉・医療には通用しません。それは私達が人々に生で接するということだけでなく、その人々から学ぶ、共に生きるという重要なテーマがあるの

-
- ① 人々の中へ行く (Go to the People)
 - ② 現地の人々が主役 (Health by the People)
 - ③ 健康づくりは生活づくり・社会づくりから
 - ④ 人々は力をつけてきたか (Empowered) ?
-

図 3 バングラデシュ 27 年の間わりで経験したこと

です。

バングラデシュに行った最初の頃、本当にもう骨と皮、日本では絶対に見たことのないような結核の患者さんに会いました。「先生が私の身体を触ってくれた最初のお医者さんです」と、ある患者が流した涙を私は忘れることができません。また若い青年、20代の青年の兄弟を連れてきたお父さんが泣きながら話しました。「私には3人の息子があった。1人目の息子は結核で死んだ。2番目の息子は学校の先生。しかし結核で、病院に行ったけどよくなかった。3番目の息子こそはと思っていた矢先、結核を発病し、どんなことがあっても治してやろうと思って財産を売り払って大学の偉い先生のところへ行った。」しかしこの患者を診た大学教授の治療は、処方箋は正しかったのですがきちんと最後まで飲むということをしっかり指導しなかったため、患者は途中で治療をやめ、ついにこの人も亡くなりました。この一家は本当は貧しかったわけではないのに、結核で3人の息子を亡くし、全財産もなくして一家離散しました。

治せる結核で青年が死ぬ、こういうことがあってはなりません。我々の手元にある最低限の技術と最低限のお金でできることがなぜできないのか！この怒りはどういう形で誰に持っていくのか。この大教授がやったこの治療、医療は間違っているということを私は語り続けて、その青年の死が無駄にならないようにしてきました。

ダッカの小児病院に入院しているような栄養失調の子供は日本にはいません。日本では太りすぎの子供はいますけど痩せすぎはほとんどいません。途上



図 4

国の栄養失調は、基本的には食べ物が足らない、生活環境があまりにも悪いことによるわけです。

東京大学で講義をした時にこういう栄養失調の子供の治療はどうするでしょうか、と聞きました。学生さんから「点滴をします」という答えが返ってきました。皆さんどう思いますか。栄養失調の子供を前にしてどうやって治療したらいいか。実は「食べさせる」ことなのです。しかし食べさせるのも、何をどうやって与えるかということに知恵が要ります。普段食べているご飯と豆汁を大人が食べるよりちょっと柔らかくして食べさせる。それは大変なことです。余計に燃料が必要になります。かまどで大人の分を調理してその一部をあげるのは楽ですけど、それよりさらにもう少し煮るというのは燃料、すなわちお金がかかるのです。離乳食という概念は余りありませんでした。

農村の栄養改善センターに行きました。栄養失調の子供をお母さんが毎日連れてくる。そこで普段使っている食材をお母さんが職員と一緒に調理する。そこで、やわらかく煮る。「ああ、これだけ水を入れればいいのか。なんだこれは簡単だ」と体験しながら子供に食べさせる。バングラデシュでは普通は手で食べさせますけど、この時スプーンで食べさせる。1週間、2週間経つうち、子供はどんどん体重が増えていく。そこにいるお母さんに「勉強になりました?」って聞きました。すると彼女は私を見上げてにっこりと笑い、「なりました」と言います。「なにが勉強になりましたか?」と聞くと、「子供って定期的に食べさせなきゃダメなんですね」と言うのです。こういう時、「バカ! そんなの当たり前じゃないか」とって言ってはいけません。「お母さん、よく気がつきましたね、そうなんです。」私たちの役割は「よく気がつきましたね」と、その人が気づいたところに共感し、かつ誉める。これはまさに福祉の世界だと思うのです。そしてこのお母さんはこの子供を二度とセンターに連れてくることがないようになる。

次第に、私はこういう施設でいくら患者を見ててもだめだ、もっと村に行かなければならぬ、人々の住んでいるところに行かなきゃならない、と思うようになりました。人々の住んでいる所に行くというのは大変です。満員バスで、屋根の上も人が沢山乗っている中、時々低い木の下を通ったりします。途上国で一番高い健康リスクは交通事故です。

青年海外協力隊で行って一番多い病気が交通事故によるケガです。

バスから降りて村のクリニックを回るのですが、ぬかるみの中を1時間、2時間と歩いていかなければならぬことがあります。雨季は水位が上がった田んぼの中を小船で行けます。そこが乾季は乾いた土地になるので、その上を歩いて行けます。しかし雨季と乾季の間はぬかるんでいるわけで、そこを歩いていかねばなりません。すたすた歩けません。つるつるすべって転びます。するとみんなからこのドクターはえらそうな顔をしているけど道もまっすぐ歩けないと笑われるのです。こうやって村々の隅々まで、ヘルスワーカーの人達に予防接種の仕方を教えに回りました。

＜何をするかでなく、誰がやるか＞

村に行くと、手押しポンプの井戸があります。多くの国では水はどこかに汲みに行かなければなりません。3時間下って行って川から汲み、また3時間上って歩いてくる、なんてところは世界中にはたくさんあります。しかし井戸(手押しポンプ)を設置すれば水が手に入るのです。その方が比較的細菌がないきれいな水で川や沼の水よりは下痢が少ないとということになります。こういう井戸を20~30軒に1個ずつ設置するようになりました。

ある村で井戸のポンプがよく動かなくて水がなかなか出ないことがありました。水が出ない、何とかしてくれと言われました。向こうの家にある井戸はちゃんと動いているじゃないか、なんでこれは動かないんだと聞きました。するとあの井戸はあの家が自分でお金を出して買ったんだ、と言うのです。それで、この井戸はどうしたの?と聞くと、この井戸はユニセフが付けてくれた、と言うのです。私は分かってきました。貧しいながら人々は井戸の水を飲めば下痢をしないこと、井戸を設置することが大事だということもわかつてきました。何をするかということは非常に重要だ、しかし、もっと大事なことは、誰がそれをしたかということだ。自分で設置した井戸は大事にする、他人にやってもらったものはあまり大事にしない。福祉もたぶん同じだと思うのです。私たちも自分が一所懸命無理して買ったものは大事にします。しかし、もらったものは大方大事にしません。このことから、私達がどのように働くべきか、だんだん分かってきました。

ある時、村のお母さんたちに栄養の講義をしたこ

とがあります。小さい魚は一山10円。大きい魚は1匹10円です。今日、晩のおかずに10円でどっちを買つたらいいでしょうか、と聞きました。小さい魚にすれば、ぐつぐつ煮て均等に配分できるし、中身も骨もカルシウム、ビタミンまでもみんなそこにある。大きい魚は肉身だけ食べて骨は捨てますし、お父さんが半分食べて、息子がそのあと残りの半分食べて娘が食べて、お母さんは頭だけと不平等な分配になります。同じお金があるならば小魚の方が栄養的にいいですよね。みんな「へー」と言いました。バングラデシュでは、「はい」というのを「へー」と言います。それで、今日は良い講義をした、と自分で満足していました。みんながぞろぞろと帰る時、何やらしゃべっているのです。「あのお偉いさんはわしらが貧乏人だからああいうこと言うんだよなあ。うちの父ちゃんはでかい魚じゃなきゃ駄目っちゅうよなあ」、「うんだ、うんだ」なんて言いながら帰っていく。私は何の講義をしたんだろうか。みんな「へー」って言ったけど、本当は分かってなかった。この村の人達は、偉いさんがなんか一生懸命しゃべっているからそれに合わせて喜ばせる答えはするけれども、中身のことはずっと胸にきていないんだ、と分かったのです。皆さんが患者さんやクライアントの方に「こうですよね」というと彼らは「はい」と言うけれど、あまり分かっていないということが当たり前で、その人の胸にずしんとくるのはどうしたらしいかということです。そういうテーマが我々の仕事の中にあります。

<隠れた良い仕事を発見する>

私は最初の頃、仕事がなかなかうまくいかないのでみんなはどんな仕事をやっているかを見て回りました。自分が思っていることや知っていることをすぐやろうとしないで、他の団体が何をやっているかを見て回るスタディーツアーはいいです。バングラデシュ中を回ると、色々な団体が仕事をしていて、良い例も悪い例も見ることができます。そうやって数ヶ月間過ごしました。

北の方のボグラ県で、ある民間団体がやっているすばらしい仕事に出くわしました。ここでは電気もガスも水道もありませんが、その診療所で3、4日一緒に生活しながら仕事ぶりを見せてもらいました。そのリーダーのバシェットさんは、実はその後、私の公衆衛生の先生となりました。そこへ行くとお医者さんがきたといって診療所の前が患者の列

でいっぱいになるのです。するとバシェットさんが「ドクター、患者は診なくていいよ。」「えっ、診なくていいの。」「患者はいつも診てる俺たちが診る。それより教えて貰いたいことがいっぱいあるんだ。聞きたい質問がいっぱいあるからその質問に答えてくれ。」私たちの役割は、患者を直接診ることではなく、そこで普段診ている人達から聞き、質問に答えることなのです。彼らがこうやっている、ああやっているという話を聞くだけで3日もかかりました。

こういうことをやりながら、この人達がとても素晴らしいことをやっているということを発見しました。普通、どこでも結核の患者は症状が良くなると治療を止めて、途中で脱落するものです。しかしここではほとんどが脱落しないのです。どうしてか聞くと、「モチベーションですよ」「どうやってモチベーションするの?」「まずよく説明する、那次はお金を取る。」「ええ、お金を取る? 貧しい患者から金を取るのか?」と聞くと、彼は言います、「患者は、どんなに貧しくてもただで貰った薬は大事にしないんです。だからお金を取るんです。」「えー、でもお金出せないんじゃないの?」「いや、3日分の賃金300円くらいのお金は、大抵の家にはどっかにあるもんです。それを保証金として置いてってもらい、最後まで治療したら返すのです。そうすれば、みんな、お金を返して貰いたいばかりにちゃんと薬を飲み、最後に良くなっちゃうのです。」私はその後、他の団体のアドバイザーとして、患者の脱落を防ぐのにどうしたらいいかという質問を受けると、「それはですね、保証金というのを取るといいですよ」と、さも知ったかぶって言うのです。何のことはない、現地の人が苦労してやったことを現地で学んで、それを現地の他の人に伝えているのです。

「それじゃあ本当に貧しい人はどうするの?」答えは、その村の村長さんのところに行って、「村長さん、おたくの○○さんは結核なんだ。結核の治療をするには300円いるんだけど村長さん貸してやってくれませんか」と言う。大体村長はケチです。そこで、「村長さんが貸してくれればみんなの前で言いますよ、あの村長は親切だ。嫌なんですか?私はみんなの前で言いますよ、あの村長ケチだと。」「選挙も近いですしねえ。」これが一番効くんですよ。こういうと大抵の村長は300円を貸してくれる、そしてその貸してくれた300円、自分が貸した

ものですからその患者さんに会うと「おめえ、ちゃんと薬飲んでるか。診療所へ行ってるか」と聞くわけです。そうしないと金が返ってこないですから。これは専門用語でいうとコミュニティー・インボルブメント、コミュニティーの巻き込み。そうするとコミュニティーの人が、なんだか知らないけど結核ってのは治るらしい、と思うわけです。その村長さんがまたゴホゴホ咳している人がいると「あんた、結核かもしれないからあそこ行きな。金貸してやるから。」というのです。難しい理論は抜きにしてバシェットさんはそういうことを私に教えてくれました。バシェットさん達のような素晴らしい人達に滅多に出くわさないのでしょうが、どうやったら簡単な衛生の知識（沼の水でなく井戸の水を飲みましょうとか、下痢の時にはどう手当をしたらいいか、など）を普及できるのでしょうか？

＜簡単な知識をいかに普及するか＞

下痢をした時一番重要なことは、水分を補給することです。水だけだと不十分で、水に塩分が少し必要です。それに糖分を少し加えると身体に余計に吸収ができる。何のことはないポカリスウェット。これをどんどんどんどん飲ませるので。そして脱水を防げば、普通の下痢は自然に治ります。コップ1杯（大体200cc）の水に一つまみの塩と一握りの砂糖、これがスプーンでいうと1/4くらいの塩とすり切れ一杯の砂糖です。それをよくかき混ぜて、経口補水塩（ORS）を作り、1回トイレに行ったら200cc飲みましょう、ということを普及しました。このことによって、世界中で何百万、何千万という子供達が下痢で命を落とさないで済んだのです。そういう簡単な知識を、どうやったら村の隅々まで普及できるかということが課題でした。

健康づくりは生活づくり・社会づくりから

＜グループ活動は意識をあげる＞

ある時、村を歩いていましたら、女人達が座って何かワーウー楽しそうに話し合っているところに出くわしました。「こんなにちは、皆さん何やってるんですか。」最初に帰ってくる答えは何だと思いますか。まず「まあお座んなさい」と言うのです。目線が同じでないと駄目です。我々は大体上から下を見て話しをしますが、目線を同じにすることが大事です。「わしらはショミティーやってんだ。」ショミティーというのは、グループ活動のことです。委



図 5

員会であったり会議であったりです。「それで何をやってるの。」「月に1回集まって貯めたへそくりを持ってきて貯金をするんだ。それでそれを誰かが借りて使う。みんなで借り貸しすれば、その時その時にお互いに低利子で借りられるからいろんなことに使える。」

日本でも昔から頼母子講っていうのがあり、村々でやっていました。これをしてどんな良いことがあるのかと聞いたら、あるおばさんが言いました「ショミティーをやってるから今日あんたに会えたんだよ。」なかなか憲問答みたいですね。なぜかっていうと村の女人達が村の外に出ることはできない、しかも男の人に会うこともできない。しかしショミティーをやってるからこういう機会があると言うのです。ある人が言いました「わしは明日どうしようどうしようといつも心配していました。旦那が病気になつたらどうするんだ。いつも明日のことが心配だったんです。でも、ショミティーやってですね、何か困ったことがあれば一緒に解決してもらえる。こういうふうになってから心にシャンティがあるんですよ。」シャンティとは平和のこと。心に平和があるんですよ、と言いました。面白いことやってるのだなと思いました。そしてそれからこの人達が、自分の署名したりしなきゃいけないので名前が書けないといけない。そこで少し読み書きができるようになる。バングラデシュの婦人達の6割以上はまだ読み書きができないので、読み書きができるようになる、私も字が書けるということで自信ができます。みんな貧しい人達ですが、非常に明るい顔をしています。こうやってショミティー活動、グループ活動の中で人々の意識が上がっていくこと

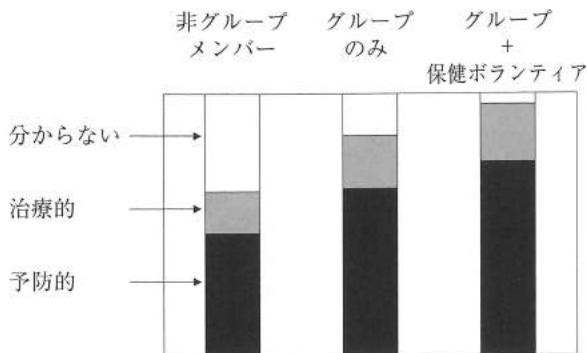


図6 あなたの村の健康問題は何か?
グループ活動と保健ボランティアで健康意識が
上がる。

が分かりました。

<健康は優先順位が低い>

よし、こういうことをやっているグループに会いに行こうと、人々の生活しているところへ医者という立場を離れて行ってみると、いろんな面白いものが見えてきました。他の村でもやはりこういう活動をしていた。「みんな集まれ。」そこで私は質問をしました。「皆さん。皆さんの生活で一番大きな問題は何ですか。」私はついこの間、日本の全国から来た婦人会のリーダー達と話をした時に「皆さんの問題は何ですか。」と聞いたら、「何かしらねえ。」なんて、わからないのが問題でした。ところがバングラの村の人達はすぐ答えが出てくるのです。なぜなら皆さん、朝も昼も食べないで今日ここに来たらですね、あなたの問題何?って聞いたらすぐ答えが出来ますよね、「お腹空いた」って。バングラの人達はお腹が空いていますから、「食べることです」、「いかに今日食べるか明日食べるかです」とすぐ答えが出てくるのです。「その次は何ですか。」「その次、その次は住居かなあ。その次は着る物かなあ。子供の教育かなあ。」「その次は何ですか。」何で僕はこんな質問をしたのでしょうか。つまり、健康のことがいつも出てくるのか知りたかったのです。しかし全然出でこないので。すなわち人々にとって健康っていうのは決して優先順位が高くない。「下痢したっていいじゃねえか。しょうがねえよ、働かなくちゃ。」そういうふうになってます。

<学ぶことは力になる>

そういうなかで、「うーん。健康も問題だなあ。」っていうところまで出た時に私が言いました。「それでは皆さん、その健康が問題ならば、私

がどうしたら皆さんのお役に立つか。」と聞いたのです。すると「ドクター、腰痛を診療してくれ」とか「薬がほしい」とかこう言い出します。それで、「それはまあちょっとはできるけどそれで終わりですよね、薬もこれしかないしね。なんか僕が皆さんにもっとできることないの。」と言ったらですね、しばらく沈黙が続いた後に、あるおばあちゃんが言いました「わしらアロ・シッカチャイ」アロっていうのはもっと、シッカは学ぶ、チャイっていうのは欲しいです。「わしらももっと勉強してえだ。教えて欲しい。」と言ったのです。何か学びたい。私はバングラデシュに来て5年目でしたが、そういう話を聞いたことは無かったです。いつも薬ください、診てください。こういうことしか聞かなかった。ところが、何か教えてくれれば我々ができるという言葉をなぜこの人達は発したのだろうか。それは、彼女たちは自分たちでグループ活動をやっていくなかで、学習をすればそれは力だという体験を積み上げてきたのです。いきなり何かをやろうとしても駄目です。生活づくり、学習活動を積み上げていくなかで、「あっそうだ、何か教えてもらえば我々にも健康づくりができるのかもしれない。」ということを言ったのです。「それじゃあ皆さんの中から1人健康係を選んでください。名付けて保健ボランティア。この人は給料は出ません。しかし、講習会に出て勉強することができる。そこで勉強すれば、皆さんの所へ来てまた教えられるでしょう。」ということにしました。200ぐらいあるグループの中から1人1人みんな健康ボランティアを選んで、その保健ボランティアのおばちゃんに勉強会をして、例えば下痢の子供にはこうやって下痢治療の水(ORS)を作って飲ませれば死なないで済む、ということをやったらどんどん広まるようになったわけです。

組織活動、グループ活動のなかに1つの健康づくりの鍵があるということはまさに日本でも応用できます。そこで、私は村の人を、グループを作ってグループの中に保健ボランティアがいる群と、いない群、グループに入っていない群と3つに分けて調査をしました。あなたの村の健康問題は何ですか、と聞くと、分からぬと多く言ったのはグループに入っていない人達でした。それから、実は井戸とか水道とかあるいは便所とかあるいはワクチンとかそういう予防的なことが重要だって言ったのは、グ

ループの中にボランティアがいる人達が多かったのです。やはり組織活動をし、そこに保健のファクターを入れていくと、みんなの意識が上がっていくのだと分かりました（図6）。

現地の人々が主役 —コリグラム村の奇跡

私たちがよく行っていたコリグラム村では、上を向いて歩けない。なぜなら、便所が無いものですからいたるところが便所。村の真ん中を流れる小川の周りでみんながうんちをします。この周りがずーとうんこ道り。ここを通らないと東の原、西の原に行けないものですから滑ると大変なことです。また、ものすごいハエで、お昼のご飯を食べるとき、左手に持ったうちわで扇がないとハエを食べてしまうくらいハエが来ました。すごく汚い村で、ここで私はアメーバ赤痢にもなりました。この村では村の子供達に予防接種をして歩きました。ところがみんな怖いって逃げていくのです。それを追っかけて行って予防接種をしました。後になって、これは大変な間違いをしていたと気がつきました。この村の人達自身が予防接種したいと思わないところで予防接種を強引にやっちゃいけないということです。そして私たちはこの村がどうしようもないので撤退しました。数年経ってからまたま近くを通ったのであのうんこ通りを写真に撮ってやろうと寄ってみました。するとうんこ通りにうんこが全然ない。おかしいなーと思って顔を上げてみたら各家々に便所が付いていました。どうしたんだろうと思って村の中へ入っていくと、前には無かった建物が建っていました。コミュニティーセンターだというのです。中ではみんながワーウーと話し合いをしていました。「こんにちは、皆さん何をやっているんですか。」って聞いてみると、「わしらショミティーやってんだ。」グループの話し合いをしている。何の話し合いをしてるかと聞いたら、村の問題を話し合っている。えー？ そんな高級なことやってるの。今何話してるんですかと言ったら、「私たちの村には予防接種というものがやってもらえない、政府の人が誰も来ない。だからどうやったら子供達にそれができるかここで話し合ってる。」そこで私は言いました、「皆さん、その予防接種なるものは私が3年前この村に持ってきた。その時皆さん嫌だーって逃げていったじゃありませんか。」と言うと、「はー、そんなこと覚えてませんね。」と言うのです。この村で

一体何が起きたのでしょうか。我々がいなくなつた後に、NGOの開発プログラムが入ったのです。そしてグループづくりをしました。我々はなんでこんなに貧しいんだろうか、我々の村はどうして子供がこう病気になるのだろうかという話し合いをしたり、いろんなことをやっていくなかで、便所っていうのは作ったほうがいいんじゃねえか、と便所を作るようになった。これはすごくいい。自分が病気や下痢をしなくなつた。次は予防接種だ、ということになった。何のことはない、医者が一所懸命行っていた時はその村の人達は不健康で、医者がいなくなつたら健康になつた。これは非常に教訓的な話です。私はこの時言いました。「皆さんの健康っていうのは誰かが持ってくるのですか？自分たちで作るものですか？」すると、みんなが言うのです。「自分たちで作るもんだ。」生活づくりが成功しなければ健康・福祉をやっても駄目だ。こういうことを非常に感じました。ここは貧しさは日本の比ではないのです。でもこのようにやろうと思ってやることができるわけです。

住民参加型結核対策のシステム作り 一下から上へ

マニクガンジ郡の200の村にブラック（BRAC）というNGO団体がショミティーを作り、保健ボランティアによる保健プログラムを実施していました。結核のことは何もされておらず、患者は遠い政府の結核病院まで1日がかりで行くしかありませんでした。そこでその保健ボランティアによる結核の診療システムを作ることを提案し、やってみました。そうすると今まで村の中にいた多くの患者たちが発見されて村の中で治療できると言う住民参加型結核医療プログラムができたのです。

保健ボランティアのおばさんに、村人が3週間もゴホンゴホンと咳していたら、その人の痰の検査をし、痰に菌が見つかったらその人に毎日結核の薬を1年間飲ませるというやり方を教えました。しばらくして保健ボランティアのマクシダさんを訪ねました。「マクシダさん、結核患者を見つけましたか。」「はい、最初の患者は私の亭主でした。亭主が咳して痰を送ったら菌が出てるんで、毎日亭主に薬を飲ませています。」と言うのです。

トホルンさんを訪ねました。トホルンさん、あなたも貧しいのにボランティアなんかやって何かいいことがあるんですかと聞いたら、彼女が答えました、

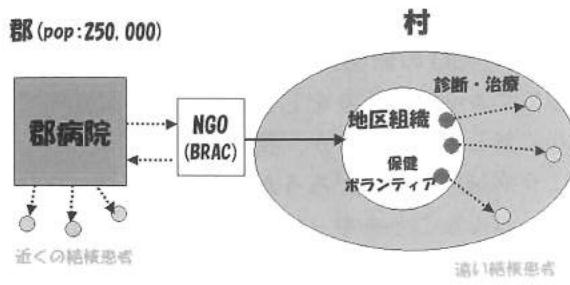


図7 住民参加型結核医療システム

「シェバコラ・アノンド。」シェバというのは日本語の「世話」です。コラは「する」。アノンドは「喜び」です。すなわち「人様の役に立てるのはうれしいんです。」この草の根の人々の中に、人々の役に立ちたいっていう資源がある。この資源をうまく使うことがいいのだ。私たちはこの資源を発掘する役割なんじゃないんだろうか、ということに私は気づいてきたのです。トホルンさんは自分の村の中で死にかけていた結核患者に毎日薬を飲ませて働けるようにしました。村の中で治療ができるシステムができたのです。

200人もいる保健ボランティアのおばさん達のところを歩いて回りました。「コイトリさん、患者見つけましたか。」「はい、患者の名前はカンガルー。彼は地面を歩けもしないし這っていました。こういう患者は死ぬんです。でも、教えて貰ったように痰を送りました。痰に菌がいたので私は毎日薬を飲ませました。1ヶ月経ちました、見て下さい。カンガルーは座れるようになりました。」「ドクター、このカンガルーは私が見つけたんですよ。私が治してるんですよ。」と言ったんです。その時私は、「ショーバーシ（よくやった）！」って言ってしまったから、ああ僕の役割は、患者を治すことじゃない、ここの人々がやることを「よくやった」と言うことなどと気づきました。この患者はすっかり良くなりましたが、その後他の病気で亡くなりました。

国の保健のシステム、例えば結核対策は末端までは絶対に行くことができない。政府の上から下へのシステムと住民の間には大きなギャップがある。健づくりといいうものは下から上の部分を持っていかなければ必要な所に届かない。この2つをいかにやっていくかということが、健づくりの大きな基本だと思います。これはバングラデシュばかりではなくて世界中そして日本も同じだと思います。

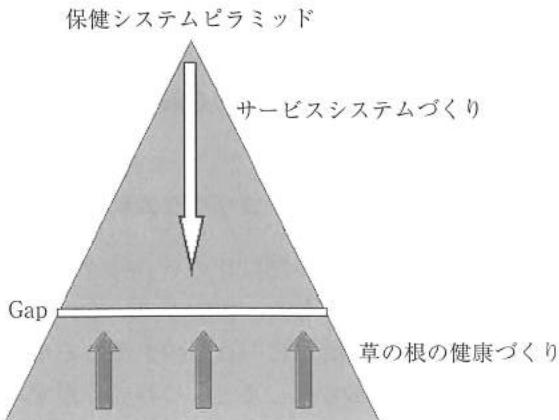


図8 健康づくりは上からと下からの活動が必要

人々は力をつけてきたか？

エンパワメントの話です。私はこの保健ボランティアのおばさん達がやっている仕事をその後ずっと見守ってきました。シャゼダさんは、村の娘さんの結核を治しました。村の人達に聞きました。「シャゼダさんはどんな人ですか。」村の人が言いました、「シャゼダは、サリーを頭に深く被って田んぼの端を力なさそうにヤギを引っ張って歩いていた女です。保健ボランティアをやって、患者がどんどん良くなるのでみんなが好意や尊敬の眼で見るようになった。今ではシャゼダは村の通りの真ん中を顔を上げて自信ありげに歩いているんです。」これはものすごいエンパワメントが起こっていることです。あの読み書きもろくにできないシャゼダが何やるんだと思っていたのが、結構できるじゃないか、と尊敬の眼で見るようになってきたということです。

先のマクシダさんは、その後、村の村会議員の選挙に立ちました。負けましたけど2位でした。そのくらいみんなの信用を勝ち得たのです。このように村の人たち、最も力の無かった女人達が、保健事業に参加して力を付けてきている。そういうことに関わるって楽しいじゃないですか。

私にこのことを教えてくれたのは岩村 昇先生でした。昨年の11月に亡くなりました。原爆症で身体がぼろぼろでしたが、そのことは何も言わず、一生をネパールの結核のために捧げました。この先生は30代に日本の鳥取大学の衛生学助教授を辞めて、ネパールに赴任しました。その彼が教えてくれた詩

「人々の中へ」を皆さんにご紹介します（図9）。これは、元々をたどると老子に至るんですが、イエン・ヤンチューという中国人の作です。ドクターではなく、教育家で、最初中国で実験をして、その後フィリピンで地域開発のセンターを作り、そこに掲げてある詩です。地域の発展は、教育、農業、保健、福祉などの総合によることを唱えました。これはどこでも通用します。

地球レベルの健康づくりと平和づくり

この1月に、戦車が街を走っているアフガニスタンのカブールに行ってきました。いつ砲撃弾が来るかわからない、自爆テロがあるかわかりません。人々の生活は限りなく貧しく、子供たちもやせています。しかしこの戦争状態のようなところで、私は、住民主体による結核対策がなければ隅々まで対策がいき渡らない、病院だけでなく、その外で住民が参加して、どうやったらたくさんの人に治療ができるかというやり方や、岩村先生から習い、そしてバングラで実証したことを、このアフガニスタンで講義し、参加者と討論しました。私の講義を聴くために、50人の医者が戦下の全国からやってきたのです。そして、このドクター達に「こんなことはアフガンができるの？」と聞くと、「できる。」と言うのです。アフガニスタンは危険な所ですけど、でも彼らのように隅々で働いている人達がいて、そこでその治療を受けければ命が助かる人がたくさんいる。そういう所に私達は想いと体を寄せながらやっていく、こういう仕事が世界にはたくさんあります。

私達が国際協力で目指しているものは、地球レベルの健康づくりです。世界中が健康にならなければ、自分の国の健康だけは望めない。世界中に結核患者がいるのに、日本だけ結核フリーには絶対なり

人々の中へ

人々の中へ行き

一緒に住み

ひとびとから学ぶのだ

人々が知っていることから始め
持っているものの上に作るのだ

最高のリーダーというものは

その仕事ができた時、

人々はこういう、

われわれがやった、と。

（晏陽初イエンヤンチューによる）

図 9

えない。AIDS もそうです。日本のたくさんの経験は、多くの国に伝えることもできます。それで地球ぐるみの安全保障にも繋がってきます。軍隊を送ることが安全保障ではない。私達が国際協力をやることとは武器によらない平和を作ることなのだと思います。これを是非伝えたいと思います。私は自衛隊がイラクに行くことに賛成していません。日本はもっと平和的な国際協力を推進すべきで、多くの青年を送り出し、それに命を懸けさせたらいいと思います。若い青年たちが、ある時期を世界の色々なところで過ごし、地球規模で物事が考えられるようになれば、すばらしいことです。この学校からも是非、世界に羽ばたいていく人がたくさん出て欲しいし、自分の仕事をしっかりとやりながら世界を見て、そしてそのやることが皆さんの仕事にまたプラスになっていくということを、学んでいって欲しいと思います。

講演者略歴

石川 信克

結核予防会結核研究所所長。

東京大学医学部卒業後、仏跡发掘団付添医師としてネパールに滞在。この間、地域住民の診療にも当たる。この経験より将来国際協力を志し、結核研究所に就職。ロンドン大学大学院衛生熱帯学校に留学。1978年より8年間、日本キリスト教海外医療協力会（JOCs）派遣医としてバングラデシュにて保健医療協力に従事、現地民間団体で結核対策、プライマリヘルスケアの促進を支援。帰国後、結核研究所に復職、バングラデシュへの協力を継続しつつ JICA、WHO 等を通じた国際協力事業にも従事。専門は国際保健、結核対策。

一般演題

I-1 人工内耳装用者における視覚情報処理能力の検討

鈴木恒輔¹⁾, 内藤 明²⁾

¹⁾臨床福祉専門学校 言語聴覚療法学科

²⁾東海大学医学部耳鼻咽喉科

はじめに：人工内耳の一般的臨床応用から二十数年が経過したが、音声符号化法が改良された今日においても人工内耳のみで得られる情報には限度があり、視覚併用が現実的である。また脳機能画像で得られた知見はあくまで脳活動の一側面であり、神経心理学的アプローチによる確認も必要である。そこで本研究では、人工内耳装用者の視覚情報処理能力について神経心理学的な観点から分析し検討した。

対象：T大学医学部付属病院耳鼻咽喉科に来院する成人の人工内耳常時装用者15名（23歳～81歳、m=59、男性=5名、女性=10名）を「対象群」とし、対象群をさらに失聴時年齢が高い「成人期失聴群」（13名）、失聴時年齢の低い「小児期失聴群」（2名）に分類した。

方法：既存の神経心理学的検査から視覚性課題の下位項目を6項目抜粋し、本研究用テストバッテリーを作成、実施した。結果を健常者ノーマルデータから標準化し、年齢による粗点のばらつきに左右されず並列的に比較可能とした後に、①健常群と対象群の比較②小児期失聴群と成人期失聴群の比較③失聴期間とテストバッテリーとの相関関係について統計処理し、分析した。

結果：①健常群と対象群には統計上の有意差は認められなかったものの、有意差に極めて近い値であった。②小児期失聴群は健常群・成人期失聴群の両群に比して有意に成績が高かった。失聴期間と本テストバッテリーの成績は相関している、との結果が得られた。

考察：人工内耳装用者では両側の上・中側頭回、左プローカ野、補足運動野、前帯状回において語音認知の際の賦活が有意に高い。これは入力された曖昧な言語信号を一旦保持し、様々な情報に照合して適切な認知に至る言語性のワーキングメモリを形成していると考えられ、ワーキングメモリを含む前頭葉機能が視覚刺激によって賦活化された結果が本テストバッテリーの成績に反映されたと推察する。

I-2 人工内耳と補聴器の両耳装用者における聴取能

浜田智哉¹⁾, 内藤 明²⁾

¹⁾臨床福祉専門学校 言語聴覚療法学科

²⁾東海大学医学部耳鼻咽喉科

はじめに：近年、人工内耳と補聴器の両耳装用者が増加しつつある。当院でも8歳3カ月で補聴器と人工内耳を両耳装用した症例では補聴器優位の聴取から人工内耳優位の聴取に移行するということが報告された。今回、補聴器にて言語獲得し、成人後に人工内耳装用を開始した症例を経験し、その両耳装用効果について検討した。

対象：男性 23歳 先天性高度難聴 平成17年3月16日人工内耳手術（インプラント：コクレア社N24、プロセッサー：Esprit3G）

方法：両耳装用効果を①聞き取り能力の変化と②日常での変化の2つの側面で評価した。①人工内耳の聴取成績検査（CI2001）を平成17年4月と10月の計2回実施し、聴取成績の変化を評価とした。②半年間の変化、新たな発見、検査結果をどう思うかの3点について自由記述でインタビューを行った。

結果：①子音、単音節、単語、文のすべてのレベルにおいて人工内耳装用耳の聴取成績が向上し、補聴器装用耳の聴取成績も子音、単音節で向上した。しかし両耳装用での単語・文の聞き取りには変化がなかった。②インタビューでは「高周波成分の言語音の聞き取りが楽になった」、「セミの鳴く音、肉の焼ける音を初めて聞いた」、「騒音下での聞き取りが楽になった」、「テレビの音量が下がった」など報告された。

考察：①語音聴取のストラテジーとして文脈、状況等から予想するトップダウンストラテジーが定着していたため、ミクロレベルでの変化である子音の聞き取り成績の向上が、単語・文の聞き取りには反映されないと考えられた。②子音や環境音などの聴取が楽になったことが本人のQOLの向上に貢献していると考えられた。本症例は小児ではなく人工内耳への適応という点で年齢的な可塑性も低下しているだろう。現在、人工内耳優位への移行期であるか、もう優位性が移行しない安定期なのか未だ不確実である。今後も継続し経過を追う。

I-3 人工内耳装用開始年齢の異なる姉妹における構音評価

高橋永倫子¹⁾, 内藤 明²⁾

¹⁾臨床福祉専門学校 言語聴覚療法学科

²⁾東海大学医学部耳鼻咽喉科

はじめに：音声言語を獲得する脳の可塑性は年齢が低いほど高く、難聴児の発達を最大限に引き出すには早期からの聴覚活用が必要であると言われている。今回、養育者・家庭環境が同一で、人工内耳装用開始年齢の異なる姉妹と出会うことができた。そこで人工内耳装用時期と構音発達の関係について知るべく、姉妹である2症例の構音評価を行ったので報告する。

対象：姉 5歳8カ月（3歳7カ月時装用）、妹 4歳（2歳3カ月）

方法：1) 「構音検査（改訂版）2. 単語検査」に準じ用意した絵カードを呼称させ、その様子をビデオに録画し、構音検査（改訂版）に従い評価した。2) 自然な場での被験児と母親の構音を採取し、音声分析装置を用いて分析した。

結果：1) 構音可能な単語は姉：12/45, 27%，妹：16/45, 36%であった。両者ともに誤りの起り方・誤り方に一貫性がなく、姉に関しては歪み音が頻繁に聴取され、置換や省略に加え側音化傾向の音があった。一方、妹には置換、省略、付加はあるものの、歪み音が聴取される事は無かった。2) 音圧の変化、基本周波数共に妹の音声成分は母親のものと近い値が得られた。

考察：音声分析の結果より、妹は母親の波形と類似した部分が多い。この事より、語の高低や強弱を母親の構音から聴き取り、再現する事が出来ていると考えられた。また、構音可能な音の数からも妹の方が構音発達の速度が早いと思われた。今回の結果から言語習得中の小児において、人工内耳装用時期の違いが構音獲得に大きく影響を及ぼすことが示唆された。しかし、姉妹の元来の言語能力差の評価は行われていないため、一概に装用時期の差によるものであるとは言い切れない。今後、更なる調査が必要である。

I-4 人工内耳装用児の母子関係改善を目指した評価方法の検討

渡邊あい子¹⁾, 内藤 明²⁾

¹⁾臨床福祉専門学校 言語聴覚療法学科

²⁾東海大学医学部耳鼻咽喉科

はじめに：難聴児や人工内耳装用児の言語指導において、コミュニケーションの基盤として母子間の情動的コミュニケーションの大切さを述べた報告はあるが、実際に情動的コミュニケーションが確立されていない母子に対し、臨床的にフィードバックする方法を検討した研究は過去に見ない。そこで本研究では、母子関係の改善を目指した評価方法を検討することを目的とした。

対象：人工内耳装用により言語習得中の先天聴覚障害児（5歳、女児；人工内耳装用3年）および母親。

方法：1. TK式親子関係検査：母親に対して術前および術後3年後に実施。2. 母子の関わりのVTR評価：術前と術後3年後に撮影した母子の関わりの場面5分間を現職の言語聴覚士（5名）と言語聴覚士養成学校の学生（5名）が共感的コミュニケーション、情動的コミュニケーション、TK式の評価項目において4段階評価（0全く見られなかった、1ほとんど見られなかった、2少し見られた、3たくさん見られた）した。

結果：術前のTK式では「非難」「心配」「盲従」が危険地帯にあるが、VTR評価ではこれら3つの項目に対する評価は少なく、TK式の結果では安全圏にある「不満」の評価が高かった。また、VTRでの共感的・情動的コミュニケーションの各評価は、術前は全体的に各項目の評価が低く、特に「表情」と「スキンシップ」の評価が低いが、術後ではこれらの項目の評価が高く変化した。

考察：TK式ではVTRからは見えにくい母親の子に対するより複雑な内面が反映され、VTRからは母親の子に対する共感的・情動的コミュニケーション態度の実際の表れ方が見えたと考えられる。VTRとTK式は互いに母親の態度を異なった側面から評価できると考えられるため、臨床的にフィードバックする場合は両者を行うことでより的確な母親指導が可能になることが示唆された。

II-1 急性期脳血管障害患者における早期予後予測

一脳卒中専門病棟を持たない一般混合病棟での取り組みー

玉田良樹¹⁾, 草葉 徹²⁾, 寄本恵輔²⁾, 池永 希²⁾,
金子美由紀²⁾, 花井亜紀子³⁾, 小泉絢子⁴⁾,
新村 核⁴⁾, 岡田 仁⁴⁾

¹⁾臨床福祉専門学校 理学療法学科

²⁾国立精神・神経センター国府台病院リハビリテーション科

³⁾同病院脳神経外科病棟

⁴⁾同病院脳神経外科

はじめに：本研究の目的は、急性期脳血管障害患者における早期予後予測を一般混合病棟で実施し、その有用性について検討することである。

対象：当院一般混合病棟に入院した脳血管障害患者128名で、発症早期に予後予測を行い、その後に理学療法を実施した。

方法：今回用いた予後予測は、従来の予後予測法をもとにした当院独自の方法で、歩行自立・歩行可能・歩行不可能の3段階に分けて予後予測するものである。その予後予測の的中率を算出し、さらに予後予測に用いた各項目の妥当性を評価する目的で、歩行機能の最終自立度との統計学的相関性の有無を検討した。また、本予後予測法の臨床における貢献度を検討する目的で、日常生活活動と片麻痺機能評価・脳卒中機能回復評価・認知機能評価の各機能評価との相関性を、また歩行機能と平均在院日数との相関性を統計学的に解析した。

結果：発症後平均2.8日には予後予測が行われ、的中率は91.5%であった。予後予測における各項目と歩行機能との間にはそれぞれ有意な相関があり、全ての評価項目にて妥当性があることが示された。また、日常生活活動の改善と各機能評価の回復との間に有意な正の相関関係があり、さらに歩行機能と平均日数の短縮との間においても同様に有意な正の相関関係を認めた。

考察：予後予測が入院患者の治療計画に寄与することが示唆された。脳血管障害患者における早期予後予測の積極的な導入は、質の高いチーム医療を一般混合病棟においても実践できる有効な取り組みであることが考えられた。

II-2 記憶障害を呈した症例に対するPQRST法の試み

尾又麻美¹⁾, 森田 浩²⁾, 原 修一¹⁾

¹⁾臨床福祉専門学校 言語聴覚療法学科

²⁾労働者健康福祉機構 新潟労災病院

はじめに：記憶障害に対するリハビリテーション（以下リハビリ）には、主に外的補助手段、所在法、PQRST法、初頭文字手掛け、視覚イメージ法、物語法などがあげられている。中でもPQRST法は特殊な教材を必要とせず、簡便な訓練となっているため、臨床の場で取り組みやすい。今回、記憶障害を呈した症例に対し、PQRST法を用いた記憶のリハビリを実施した。PQRST法の効果と、記憶障害の予後について考察する。

症例：66歳の男性。診断名は右中大脳動脈の脳梗塞。既往歴は心房細動、顔面神経麻痺。平成17年9月11日、突然麻痺が出現。救急搬送され入院。血栓溶解術を施行したところ一部血流が開通した。平成17年9月28日より高次脳機能障害の評価・訓練を目的にST開始となった。

訓練経過および結果：ST開始当初、三宅式記録力検査等諸検査の実施は困難であった。リハビリに対する耐久性が向上しても、見当識障害や前向性健忘を認め、新たな人名、課題、予定などを記憶することが困難であった。繰り返しの教示などを試みつつ、PQRST法を実施した。2週間の継続したリハビリの実施により、三宅式記録力検査において、有関係対語9割、無関係対語5割が可能となり、即時記憶、近時記憶に改善がみられた。また、新たに人名を記憶することや、前日に教示された予定を断片的ではあるが保持することが可能となつた。

考察：PQRST法は即時記憶の改善に有効な方法であり、難易度の変化も可能である。本症例の日常生活ではメモや目印など記憶の外的補助手段を利用しながらPQRST法を継続して実施していくことにより、日常生活の自立を目指す際に不可欠なスケジュールの把握や計画が可能になると考えられた。

II-3 脳血管障害に伴う失語症と記憶障害の独居男性から学んだこと —在宅介護支援センターの事例から—

尾崎師子丸

臨床福祉専門学校 臨床福祉学科

はじめに：都内の在宅介護支援センター（特別養護老人ホームに併設）における4日間の社会福祉援助技術現場実習から、訪問相談の事例を1つとりあげる。この事例を通じて、認知・判断能力に困難を持つつも地域で生活する高齢者の具体像と、信頼関係の不十分な形成が相談援助にもたらす影響とを学んだ。

事例の概要：担当職員BがAさん（73歳。男性。在宅介護支援センターの近隣のアパートに居住。独居。脳血管疾患の後遺症で重い失語症を有する。最近では認知症の兆候も見えている）のアパートに訪問するまずAさんは封筒を開けてB職員に見せ、「これに何が書かれているか知りたい」と告げた。その文書は、普段Aさんが利用している配色サービスの代金をAさんの銀行口座から引き落とした旨の通知書だった。B職員は文書の内容を囁み碎いて説明したが、Aさんには理解ができず、双方のやりとりは20分ほど堂々巡りを繰り返した。結局、身元保証人である妹さんに渡し管理を託すという提案をAさんに、B職員がその文書を預かった。

事例の背景：その1 Aさんは、以前、悪質な訪問販売に引っかかり、巨額の請求を受けたことがあった。その事件をきっかけに、地元社会福祉協議会の地域権利擁護事業を利用して金銭の管理を委託する。

その2 妹さんはAさんの独居生活を見かねて施設入所をすすめたがご本人はかたくなに拒否。その後、センターの担当職員Bを交えて本人、妹の3人でこれから的生活について数回話し合う。この時以来、B職員を警戒している。

まとめ：本事例を通して学んだこと

- ①地域福祉権利擁護事業を利用している高齢者の具体的な生活。
- ②本人のコミュニケーション障害と、援助者との信頼関係の形成が不十分なことから、限られた訪問時間内での直接援助が極めて困難であったこと。

II-4 包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment）の実践

佐藤文昭

国立精神・神経センター

包括型地域生活支援プログラム（ACT）は、従来では入院を余儀なくされていた重い精神障害を持つ人々が地域の住み慣れた場所で自立的で質の高い暮らしを維持するために提供される訪問型の支援プログラムである。「こころの健康科学研究研究事業費」の運営で2003年5月から千葉県市川市においてACT-Jが臨床活動を開始している。対象者は国立精神・神経センター国府台病院精神科に入院し、かつ加入基準を満たしている方で、2005年11月現在81名がプログラムを利用している。質の高い地域生活の維持を実現するためACTは多職種チームによる24時間365日対応の訪問型サービスを実施し、包括的で高密度の精神保健福祉サービスを提供している。現在のチームは精神科医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、ソーシャルワーカーなど18名で構成されている。ACTの特徴として、①多職種によるチームアプローチであること、②スタッフ対利用者の比率に限界設定を設けていること、③個々のケアをチームで共有していること、④生活の場での支援が原則であり訪問が中心であること、⑤直接サービスを積極的に提供することでサービスの統合性を図ること、⑥24時間365日体制で危機介入にも応じること、⑦原則的にサービス提供に期限がないこと、⑧臨機応変に柔軟なサービスを提供することなどが挙げられる。またACT-Jは以下の理念を尊重し実践している。利用者の地域生活を準備する視点よりも地域生活を維持する視点を大切にすること。「管理」したり「依存」を助長させるのではなく彼らのエンパワメントと自立を心がけた実践を行うこと。障害に焦点を当てるのではなくその長所を最大限に伸ばすことができるよう支援すること、等である。今後ACTが日本において定着するよう、利用者や家族の満足度などの研究を通して日本におけるACTの有効性を実証していく必要がある。当日は事例を通して最近の具体的な活動、成果を報告したい。

III-1 人工内耳再手術例における機能的評価

内藤 明

東海大学医学部耳鼻咽喉科

はじめに：現在人工内耳装用者は世界で10万人を超えており、機器の故障や感染などにより電極の再挿入が行われる例は増加傾向にある。再手術による人工内耳装用効果は装用者自身にとって深刻な問題であり、今回人工内耳の再挿入を行った成人・小児5症例に対して機能的側面を検討した。

対象：成人（中途失聴者）：2名、小児（先天聾；内耳奇形）：4名；計6名

方法：①挿入電極、②マップ、③電気誘発複合電位（EAP）閾値および波形④語音聴取能について、再手術前後で比較した。

結果：①挿入電極は初回挿入時と同じあるいはそれ以上挿入可能、②T, C レベルは初回挿入時とほぼ同じ（内耳奇形を除いて；Common cavity）、③EAP 閾値および波形は初回挿入時とほぼ同じ（内耳奇形を除いて；Common cavity）、④語音聴取能は初回挿入時とほぼ同じ。

考察：人工内耳の再手術率は1.38%（コクレア社：2年間、4800例中）と言われ、原因として頭部打撲による機器の故障や感染による電極の抜去などが考えられる。再挿入による電極の深さや活性チャンネル数について、減少した（Miyamoto, 1997）や増加・改善した（Balkany, 1999）など報告者によって異なる。今回らせん神経節細胞の機能を反映する電気誘発復号電位（EAP）を調べた結果、Common cavity 1例を除いて再手術前後で大きな変化は認められなかった。内耳奇形（Common cavity）の場合は、蝸牛が囊状のために電極の挿入は初回時と異なった条件になることが多い。正常蝸牛および内耳奇形（Mondini）の場合は、人工内耳の再手術に対しても、十分対応できるものと考えられた。

III-2 人工内耳装用者における気分・感情状態に関する検討

一気分プロフィール検査（POMS）を用いて—

内藤 明

東海大学医学部耳鼻咽喉科

はじめに：成人・中途失聴者にとって、人工内耳は再び音への世界に戻る福音となった。聴こえを失うことによって他者との関わりが希薄になり、孤独な生活を強いられていた失聴者は、人工内耳により聴こえを取り戻した後の生活は一変する。表情は豊かになり、他者との関わりを貪欲に求め、世界の拡がりを自覚する。今回、これら人工内耳装用者の心理的側面を感情プロフィール検査（POMS）を用いて検討した。

対象：成人・中途失聴の人工内耳装用者。年齢23歳～75歳の男性7名、女性20名 計27名。

方法：感情プロフィール検査（POMS）を用いて「緊張一不安」、「抑うつ一落ち込み」、「怒り一敵意」、「活気」、「疲労」、「混乱」について、人工内耳装用前後を含めて評価した。

結果：①人工内耳装用前後で明らかな変化がみられた。②人工内耳装用後、活気（Vigor）上昇型、低下型および水平型など種々のタイプを示した。

考察：多くの人工内耳装用者は健聴であった頃の自分と重ね合わせ、日々の生活におけるコミュニケーションを求める。失聴期間の違いなどで装用後の聴取能は異なり、電話の使用が可能で就業する者から読話併用でコミュニケーションをとっているまで様々である。しかし、聴取能の差異のみで生活の質が決まるわけではなく、装用者自身のおかれた環境や意欲によって本来の自分を取り戻す。今回の検討は気分・情動の観点から失聴者特有の側面が見出され、音声言語によるコミュニケーションが中途失聴者にとって不可欠で、日常生活において如何に重要であるかを示唆した。随時、感情プロフィール検査（POMS）を行うことによって、装用者自身への気付きを促すことや周囲の対処策として用いることが今後求められる。

III-3 小児難聴の評価における聴性定常反応検査 (ASSR) の有用性について

山田奈保子^{1,2)}, 馬場陽子^{1,2)}, 大友希和^{1,2)},
松塚 崇²⁾, 大森孝一²⁾

¹⁾福島県総合療育センター

²⁾福島県立医科大学付属病院耳鼻咽喉科

はじめに：近年、難聴児の早期発見を目的とした新生児スクリーニング事業が広く行われるようになってきた。新生児聴覚スクリーニングは、見えにくい難聴という障害を早期に発見し、補聴器の装用など、出来るだけ早期に療育を開始することでその二次的な障害を少しでも軽減していく目的がある。しかし幼児聴力検査は、成人の検査に比べ、その信頼性・再現性が乏しいと考えられている。そのため、睡眠下で実施する「他覚的評価法」と幼児が自力で行う「自覚的評価法」の両者を用いた正確な難聴の評価が必要となっている。さらに新しい聴力検査機器として聴性定常反応検査(以下 ASSR)が加わり、その有用性が認められ報告がなされている。そこで今回、当センターにおけるASSRと他の聴力検査との結果を比較検討したので報告する。

対象と方法：平成16年4月1日から平成17年6月までに聴力検査を目的に当センターを受診した小児109例。ASSRはMASTERあるいはAuderaを使用。ASSRの結果(指定閾値)と①聴性脳幹反応検査(ABR)②条件説明反応検査(COR)③遊戯聴力検査④標準純音聴力検査、の結果の関連を調べた。

結果：ASSRに①ABR：69例のうち解離あり6例、なし63例。②COR：58例のうち解離あり18例、なし40例。③遊戯聴力検査：13例のうち解離あり1例、なし12例。④標準純音聴力検査：23例のうち解離あり5例、なし18例。

結論：難聴児の早期発見、早期療育の重要性が指摘され、新生児聴覚スクリーニング検査が普及しつつある。その中でも特に聴力検査は高い精度が求められるが、ASSRを含めた検査を併用することで従来の聴力検査では発見できなかった聴覚障害を早期に発見することが可能となった。

III-4 ウェルニッケ失語症例の長期訓練経過

森田 浩, 澤田小夜子, 岩片淑江

労働者健康福祉機構 新潟労災病院

今回、ウェルニッケ失語症例に対して長期に渡る訓練を実施したので、その経過を報告する。

症例は、平成7年3月22日発症のウェルニッケ失語を呈する54歳の男性である。平成7年にくも膜下出血を発症。右片麻痺と失語症に対して、リハビリテーションを実施する。T字杖歩行が可能となり、試験外泊を経て9月1日に自宅へ退院となった。その後、外来にて週一回のペースで訓練を継続するが、PTとOTは平成16年春に終了となり、その後はSTのみの通院となる。

一般に、失語症の予後は不良とされ社会復帰も困難なケースが多い。本症例も会社員であったが、車の運転は可能になったものの、仕事を辞して通院と社会復帰への新たな道を探る。一時期、N県身体障害者更生指導所「Nふれ愛プラザ」にも入所して、短期ではあるが職業復帰支援を受ける。しかしながら、右片麻痺と失語症の厳しさを改めて認識する状況であった。

平成15年8月30日、ようやく上越失語症友の会が設立された。これを機に友の会の会員となり、「お花見の会」「初夏のつどい」などのイベントに参加することになった。友の会の第5号会報には短いながらも近況報告を寄稿している。更にハンディキャップ水泳やフライングディスクなどの活動にも参加し、県あるいは全国レベルの大会に出場する機会を得ている。術前から趣味としていた写真に挑戦した昨年には「上越市美術展覧会」に採用された。

今年は、発症より10年を迎えた。失語症を巡る治療だけではなく、障害を抱える一症例の10年間を改めて振り返りながら、セラピストの関わりを報告したい。

III-5 高齢者における補聴器選択

蒲生貴行, 黒田かおり

上尾中央総合病院 耳鼻咽喉科

目的:高齢化社会が進む中、補聴器の必要性は益々高まり、また新技術の開発により適応者が拡がりつつある。法制度も薬事法が改正し、補聴器は管理医療器に指定された。このように、現在補聴器は機器の性能や社会情勢の面からも大幅に変化している時期にある。そこで、今回は当院の補聴器相談を分析し、補聴器の需要が最も多い高齢者の補聴器選択における特徴を検討する。

方法:最近2年間で当院の補聴器相談に来院し、複数回の経過観察を行えた200名のうち、20歳未満を除いた188名とした。そのうち、65歳以上の高齢群150名と20~64歳の成人群38名で家族構成、視障害、手指障害、仕事、高次脳機能障害の有無、補聴器形、価格について比較検討した。

結果:対象の平均年齢は、72.7歳であった。家族構成では、高齢群で施設入所者、独居及び二人暮らしで全体の52%を占めた。施設入所は成人群には認めなかつた。手指障害は、成人群8%に比し高齢群25%認められた。視障害は高齢群の43%に認めた。仕事は、成人群の56%が有職に対し、高齢群の91%は無職であった。補聴器形は、成人群44%高齢群40%が挿耳形であった。また、成人群45%高齢群47%が耳かけ形であった。箱形は、両群ともに低い割合であった。補聴器の価格では、高齢群の47%が10万円以下であった。また、福祉対応補聴器の利用者は両群ともに少なかった。高次脳機能障害は、両群ともに認めた。

考察:高齢者は同居人数が少なく会話場面の乏しさがうかがえた。また、施設入所者は自宅で家族同居と比べコミュニケーション環境に違いを認める場合があり、対応に配慮が必要であった。補聴器操作に重要な視覚能力及び指の巧緻性に障害を認める高齢者は多かったが、審美性を重視し挿耳形を希望する割合が高かった。補聴器の価格は、年金生活を考慮すると低価格高性能の補聴器の開発と補聴器への福祉対応の充実も望まれた。

III-6 個人情報保護に関する臨床実習前教育の検討

原 修一¹⁾, 東江浩美¹⁾, 永見亜希子¹⁾,
森田 浩²⁾, 羽生耀子¹⁾

¹⁾臨床福祉専門学校 言語聴覚療法学科

²⁾新潟労災病院リハビリテーション科

目的:実習施設における個人情報保護に対する指導の実態調査を、実習生および実習指導者(指導者)双方に実施し、個人情報保護への意識を高めるための実習前指導のカリキュラムについて検討した。

対象と方法:対象は、2005年3月から6月に、当校言語聴覚療(ST)学科臨床実習(第1段階)を履修した当校ST学科実習生40名。指導者は同年3月より12月に、当校ST学科臨床実習を実施した施設のうち、質問紙の返送があった38施設の指導者を対象とした。調査は質問紙を用いた。

結果:1) 実習生・指導者ともに9割以上がイニシャルの使用等により、担当症例の氏名等の情報の匿名化を行っていた。2)多くの施設で、実習生に録音・録画媒体、ローデータ、検査記録について、施設外への持ち出し制限をさせていた。3)施設内でのみ書類を作成するようしている指導者は、21%であった。4)カルテの取り扱いについては、指導者または管理担当者の許可を仰ぐ、管理場所から持ち出さない、等の指導を多く認めた。5)実習終了後に、症例情報の入ったフロッピー等のパソコン(PC)保存媒体や症例報告書等のPCファイルを指導者へ返却させている施設は少なかった。

考察:上記結果より、以下の内容を含む実習前指導カリキュラムが必要と考えられた。1)個人情報保護法の概要と医療・福祉における個人情報保護の現状、2)個人情報の匿名化と症例報告書等書類の記載方法、3)各資料の施設内外における取り扱い、4)PCファイルを含む書類の実習中および終了後の破棄・消去方法、5)PCウィルスおよびPCへの外部からの侵入防止対策。なお、カリキュラムは本年2月に実施する。当演題では、カリキュラムの実施およびその効果についても報告する予定である。

IV-1 骨髄移植に合併したウイルス感染症の1剖検例

鳥海昌喜, 鈴木晟幹

臨床福祉専門学校 基礎医学研究室

症例：38歳の男性。死亡から2年前の3月発症の急性骨髓性白血病（M2）にて化学療法施行し、6月に寛解を認めたが翌年7月に再発した。大量の化学療法で再寛解導入され、同年9月 HLA一致の姉より骨髄移植を施行した。骨髄穿刺による検査にて生着を認めたが、骨髄移植後の移植片対宿主反応（GVHD）が起こり、全身の皮疹、下痢と肝機能障害が出現した。化学療法でGVHDはコントロールされていたが、翌々年1月より腹部痛、血尿と共に腎機能障害がみられた。胸部CTでびまん性間質性肺炎がみられ、肺胞洗浄液の検索より、カリニ肺炎と考えられた。尿からはウイルスが分離され、ウイルスによる出血性膀胱炎と尿細管障害が出現した。気道分泌液からもウイルスが分離され、呼吸状態悪化により骨髄移植後約5カ月で死亡した。

病理組織学的所見：腎臓ではアデノウイルス感染による出血性壊死性腎炎が、肝臓にうっ血とアデノウイルス感染による巣状の壊死像が観察された。加えて、特徴的な定型的封入体（Cowdry A型, full type, smudge cell）細胞も観察された。剖検時の肺組織標本中ではカリニ原虫は見られなかったが（グロコット染色・陰性）、サイトメガロウイルス感染にみられる定型的封入体細胞や核クロマチンの不規則な凝集を呈する細胞を認めた。肝臓と脾臓では著明なヘモジデローシスがみられた。電顕検索では、脾臓、腎臓、肝臓等にウイルス感染細胞がみられ、結晶状格子配列を示したウイルス粒子の集簇が核内と一部の細胞質内に観察された。ウイルス粒子は種々の成熟段階や切断面の部位によるdensityの差がみられた。圧排され凝集傾向を示す核クロマチン、ミトコンドリアの膨化や増加、高densityの不整形物質などが観察された。

IV-2 ツツガムシ病の1剖検例

増田 茂^①, 鳥海昌喜^①, 鈴木晟幹^①

^①東京医科大学八王子医療センター 病理診断部

^②臨床福祉専門学校 基礎医学研究室

ツツガムシ病は、Orientia tutugamushi を保有するツツガムシの幼虫に刺されて発症するリケッチャ感染症である。今回われわれは、登山後、発熱と頭痛によって発症し、多臓器不全により死亡したツツガムシ病の1剖検例を報告する。

症例は64歳、男性。登山（新潟）後8日目に熱発にて近医受診し、内服処方されたが、解熱せず。その後、頭痛増強、発熱も続き、皮疹が出現した。薬疹が疑われ、某病院に入院。急性腎不全となり、当センターに転院となつたが、多臓器不全により死亡した。

病理解剖時、顔面から頸部にかけて径約5mmまでの暗赤色の皮疹が多数みられ、左側腹部に刺し口と思われる径約6mmの暗赤色の痂皮が認められた。また、皮膚には軽度の黄疸がみられた。肝臓は黄褐色調で、腫大しており、胃には潰瘍が多発していたが、他の臓器には著変はみられなかつた。組織学的に、皮膚病変部では潰瘍を形成し、潰瘍底部の真皮層は壊死性で、表面には痂皮が形成されていた。周囲の血管および付属器周囲には、リンパ球、形質細胞、マクロファージなどの細胞が浸潤していた。また、心臓では、心筋間質および血管周囲に同様の細胞浸潤があり、腎臓にも間質に細胞浸潤が認められた。その他、肝、脳、肺、脾などほぼ全臓器組織の血管周囲に同様の細胞浸潤が軽度認められた。以上の病理所見および臨床症状からツツガムシ病が強く示唆された。

本症は本邦に古くからある疾患で、一部の地域で発症する重篤な風土病であった。しかし、近年一部の地域を除いて全国で発生がみられるようになり、年間数百人の患者が発生し、死者も年によって数名報告されている。

IV-3 アナフィラキシーショックにより死亡した一症例

高田雄三, 向田政博

防衛医科大学校法医学講座

医療事故や医療過誤は年々増加し、また同じような事故が繰り返されている。これらは、医療従事者の資質の低下と教育訓練の不備、患者と医療側との信頼関係の希薄さ、患者家族の医療に対する安全神話と過度の期待が紛争・訴訟の増加を助長している。医療機関で起こる薬物によるアナフィラキシーショック死は、原因および状況の如何にかかわらず、異常死として司法解剖に付される。今回、歯科治療中にアナフィラキシーショックにより死亡した症例について考察する。

4歳女児。う歯治療を嫌がる女児に対し、バスタオルで手足を押さえ、麻酔薬を注射し治療を開始した。治療終了後、女児の呼吸停止に気がつき、心臓マッサージ・人工呼吸を施し、病院に搬送したが死亡。

解剖所見：心臓血は暗赤色流動性。眼瞼結膜・心外膜下・肺漿膜下に溢血点。諸臓器全般に強いうっ血。肺は部分的に気腫状に膨隆。喉頭入口部粘膜は軽度浮腫状。気管支内には分泌物があり管腔は閉塞。肌に強い水腫と広範な出血、気管支は強く収縮。肺組織の静脈血内にヒスタミンの増加。

本来、医療にはリスクが内在している。医療側は患者の病状の改善を目指し、医療水準に応じて安全で最適な医療を患者に提供しなければならない。今回示した症例は、治療に麻酔薬の使用が必要か否かの判断は難しいものの、治療中の患者の全身管理とアナフィラキシーショック発症後の初期治療は不適切であったと判断せざるをえない。医療従事者は医療事故の事故防止・再発防止、事故調査および事故発生時と、その後の適切な対応など、安全な医療行為を行っていくことを再認識する必要がある。

IV-4 呼吸はどこで、胸？または腹？

吉野克樹¹⁾, 広澤正則²⁾, 後藤慎一¹⁾

¹⁾東京女子医科大学第1内科

²⁾同中央検査部

目的：慢性肺疾患患者の増加に伴い呼吸リハビリテーションが注目されつつあるが、その方法は腹式呼吸に代表される旧来の方式が踏襲され、必ずしも近年の呼吸生理の研究成果に基づいた理論では行われていない。今回、換気運動における腹部に意義に焦点を当て概説する。

zone of apposition：横隔膜は腱組織からなる底面が胸腔に入り込んだ筒状形状で、側面は肋骨胸面に直に接して、この部位を呼吸生理学では“zone of apposition”と呼ぶ。

横隔膜収縮の胸・腹壁の拡張力への変換：横隔膜収縮力は胸腔と腹腔の両体腔に作用し、前者は陰圧、後者は陽圧と相反する圧力を発生させる。腹腔面へ向かう陽圧力は腹圧を上昇して腹壁を外方に変位し、同時にzone of appositionを介して肋骨胸壁を外方に変位するよう作用する。一方、胸腔内の陰圧力は肋骨胸壁を内方に引き込む力となるが、それ以上に腹圧によるzone of appositionを介する拡張力が勝れ胸郭は拡張する。即ち、腹部の存在により横隔膜収縮が腹壁と胸壁を拡張するように変換され、肺は受動的に拡張して空気の流入が起きて換気運動が行われる。

慢性閉塞性肺疾患（COPD）と腹式呼吸：肺過膨張したCOPDではzone of appositionの面積は減少して腹圧による胸壁拡張力は小さい。この状況で“腹式呼吸”による過度の横隔膜収縮は、胸腔内陰圧による胸壁の内側への引き込む力がzone of appositionでの拡張力より勝れた肋骨胸郭は内方に引き込まれむしろ効率を悪くする。

結論：健常では呼吸運動は腹部を上手に利用して低エネルギーで効率よく行われているが、この環境は種々の病態で崩れる。呼吸リハビリは対象とする病態における換気メカニクスの障害の理解と、それに基づく訓練方法およびプランの作成が必要である。

IV-5 胸壁呼吸筋（大胸筋）トレーニング体操の試作と実用性の検討

林 雅彦¹⁾, 後藤慎一²⁾, 吉野克樹²⁾

¹⁾彩光苑

²⁾東京女子医科大学第一内科

はじめに：従来、慢性呼吸不全患者に対する呼吸筋強化は腹部に重しを乗せるアブドミナル・パッド法や、ビーフレックスやスレッショルドの様な経口的に呼吸抵抗器具を使った方法で行われ、対象とする筋肉は主要吸気筋である横隔膜や呼気筋の腹筋の筋力強化を中心であった。しかしこうした方法は単調で患者に続けるよう指導しても飽きてしまい継続が困難であった。

目的：我々は大胸筋を主とする胸郭外壁に付着する筋肉群が吸気筋及び呼気筋としても作用し、その強化が呼吸筋機能も改善することを明らかにした。そこで、この胸壁筋肉群の強化と呼吸筋のストレッチ体操を組み合わせた呼吸筋トレーニング体操を考案し、その实用性について検討したので報告する。

体操について：体操は6分間で、4拍子の音楽に合わせて行う。1) 頸部の前後屈、2) 前胸部伸展、3) 肩甲帯ストレッチ、4) 体幹回旋、5) 深呼吸の各ストレッチ運動の間に大胸筋強化運動20回を組み合わせたものである。大胸筋強化運動はたすき状に作成したセラバンド（中弱）を背中に回し両手で持ち、左右の上腕を外転位より内転内旋させ、肘を90°屈曲させながら両手が前胸部で交差するまでバンドを内方に引き大胸筋を収縮させる方法で行った。

対象・方法：この呼吸筋トレーニング体操を実際の呼吸器疾患患者に対し実施し実用性について検討した。

結果・考察：実際の患者に対しても実施可能な体操であり、音楽に合わせて行うことにより継続しやすく呼吸筋リハビリテーションに有効な方法であることが示唆された。

IV-6 等速性運動時の筋内酸素動態の検討 —等尺性運動との比較—

光岡かおり¹⁾, 木目良太郎²⁾, 長田卓也²⁾,
村瀬訓生²⁾, 勝村俊仁²⁾

¹⁾日本医学柔整鍼灸専門学校

²⁾東京医科大学衛生学公衆衛生学教室

はじめに：近年、近赤外分光法装置（NIRs）の開発によって、運動時の酸素動態を非侵襲的にモニターできるようになった。筋力および筋持久力の評価には等速性運動を用いたトルク（回転力）値が利用されているが、等速性運動時の酸素動態について検討した報告はきわめて少ない。本研究では、筋持久力テストで多用されている高速での膝関節等速性運動時の酸素動態に着目し、等尺性運動時の酸素動態と比較検討することを目的とした。

研究方法：被験者は健康な男性6名とした。等速性筋力測定装置（Biodex System 3）を用い、膝関節屈曲位90°から伸展位180°間の連続30回等速性伸展屈曲運動、および屈曲位120°での30秒間持続的等尺性伸展運動を最大努力で行い、各運動時のトルク値を測定した。同時に各運動時における大腿直筋のOxy Hb·Mbの変化をNIRs（HEO-210）で測定した。各運動を初期・中期・後期に分け測定値の平均値を算出し、二元配置分散分析を行った。

結果：両運動ともにOxy Hb·Mbは運動初期から低下し、中期から後期にはほぼ同レベルで推移した。等尺性運動に比べて等速性運動の方がOxy Hb·Mbの減少量は有意に小さかった。Deoxy Hb·Mbは両運動とも運動初期から急激に増加し、中期から後期にはほぼ同レベルで推移した。等尺性運動と比べて等速性運動の方が増加量は有意に小さかった。

考察：両運動の酸素動態には相違がみられ、これには筋内圧による血流阻害の程度の差が影響しており、動脈血のinflowおよび静脈血のoutflowの差、筋活動量の差、StaticとDynamicな運動様式の違いによる呼吸循環応答の違い、筋線維活動員パターンの違い等が関連していることが推測された。

V-1 仏画を着色することによる認知症高齢者の症状緩和に向けた取り組み

鈴木貴文¹⁾, 山口由美子¹⁾, 鈴木慶子¹⁾,
星野正子¹⁾, 内野滋雄¹⁾, 宮川香織²⁾

¹⁾社会福祉法人 三徳会

²⁾東京医科大学精神神経科

はじめに：認知症高齢者の介護は、その症状によって介護者へ多大な負担を与える場合がある。認知症の症状を緩和させるためには、園芸療法、音楽療法、回想療法などのさまざまな試みが行われている。しかし、生活環境や地域性、個人の性格などの違いにより、全ての認知症高齢者に対して効果を得る療法は、困難となっている。今回は、多くの日本人にとって信仰の対象となり、目にする機会が多い仏画を用い、その仏画に自分の好きな画材を使い、自由に着色するという方法で、認知症の高齢者の精神を安定させ、症状が緩和させられる効果を得ることを目的とした取り組みを報告する。

方法と手順：特別養護老人ホームと在宅サービスセンターを利用する認知症の症状がある高齢者約50名を対象として、1回／月の割合でいくつかの仏画に自分の好みの画材（絵具、クレヨン、サインペン、色鉛筆など）を使用して着色してもらった。その色彩や配色、画材などの種類を精神科医師により精神状況の変化を考察し、作業中の様子や表情、日常生活の変化などを観察して、仏画着色による認知症高齢者への効果を検討した。

結果と考察：仏画に着色することは、信仰心への影響が強く開始当初は拒む者が多かったが、まず職員がお手本に着色をすると、高齢者も徐々に塗り始めるようになった。一度、抵抗感が薄れると色彩に個性が現れるようになり、多少仏画の輪郭などは気にするが、思いもよらぬ色彩で描くようになった。また、作業中の高齢者の表情はとても楽しそうであり、終了後は爽快感を体感していた。

この取り組みは、「大和證券福祉財団平成16年度ボランティア活動助成金」の支給を受けて行った。

V-2 若年認知症者に必要な社会資源は何か？

駒井由紀子

NPO 法人いきいき福祉ネットワークセンター
首都大学東京大学院

はじめに：若年期発症の認知症は、老年期認知症とは異なる様相を持つ。特に軽度から中等度の場合には、高齢者の多い通所介護サービスへの適応は困難であり、利用する社会資源がないために自宅に閉じこもるケースも多い。また軽度では病識があり、今後の生活への不安を抱えているケースも多い。今回このような若年性認知症対象者に対するビアサポートを目的としたグループ活動を行った。その結果を考察しながら、若年性認知症に適した社会資源のあり方を考える。

対象：アルツハイマー型認知症診断の5名（男性4人、女性1人）、年齢61.4歳、MMSE 11～18点、PSM 5～6/6点、IADL 3～4/8点

方法：回数：週1回（全6回）、約2時間、スタッフ：3人、内容：1回もの忘れ度チェック、2回もの忘れについての話し合い、3回もの忘れ講座、4～5回私の歴史作成、6回もの忘れは怖くない。介入時の注意点は、記入は直接話を聞きながら行う、物忘れが語られたときは他者にも同じ経験を尋ねる、物忘れへの工夫について話す場面を設定する。結果は、①自分の物忘れを表出・②認識できた③工夫・予防を行った④同じ悩みを持つ仲間と共に感できたという視点で毎回観察記録を行った。

結果：①当初物忘れを認めなかった対象もいたが、全員が困っている内容を表出した。②物忘れは病気によるものではない、退職したからとの理由づけをする対象もいた。③2人がメモを取る・手帳利用に到った。④終了時の食事会では退職前の仕事・学生時代のことなどの会話を介入なしで行っていた。また言語障害のある対象は参加が困難であった。

考察：グループ効果によって、物忘れの否認・不安が、表出・受容と一時的にでも変化したと考える。記憶障害・病識の問題じゃあるが、病気・障害を認め、援助し合う活動への適応は可能ではないかと示唆された。今後、同年代、進行度、病識、言語面を考慮して試みを重ねたい。

V-3 児童養護施設におけるリスクマネジメントへの取り組みの現状と今後の進め方

橋内賢二

東京都石神井学園

施設等におけるリスクマネジメントの取り組みは、病院等で先行し、措置から契約への流れの中で、高齢・障害等の施設において実施されるようになってきた。しかし、措置制度の中にある「児童養護施設」においては、そうした施設等に比較するといまだに遅れた現状にある。

現在の状況は、事故報告やヒヤリハット報告書等を集計し、それらの原因等の把握に努めるとともに、その対応策等を検討し、関係職員に周知することで、事故を未然に防ごうとする、あるいは、スムーズな事故対応を目指すものが主流であった。しかし、最近の児童養護施設を巡る状況を鑑みた場合、虐待等によるPTSDの増加などにより、今まで考えられてきた事故とは異なった形での事故や問題行動が増加していると言える。

そこでは、入所児童の特性等が原因として考えられるイレギュラーな行動特性等も配慮した分析が必要になっていると考えられる。

そのため、今までにも行われてきた、事故が起こった際のスムーズな対応を主体とした「危機管理マニュアル」的な発想以上に、子ども達の行動特性や子ども達を取り巻く環境等を把握すること（アセスメント）が重要となってきている。

そこで、児童相談所等の関係機関と協力し、入所以前に子ども達の「リスク情報」をいかにして把握すべきか等のあり方の検討を進めるとともに、段階を踏みながら、児童養護施設における「リスクマネジメント」のあり方の検討を進めていく必要がある。

VI-1 社会福祉援助技術現場実習報告会から —認知症のNさんとの関わりから学んだこと—

池上 有、飯島健司、荒木延子

臨床福祉専門学校 臨床福祉学科

臨床福祉学科の学生には、180時間の社会福祉援助技術現場実習が課せられている。池上と飯島は昨年8月、同じ特別養護老人ホームで前後して14日間の実習を体験した。実習終了後、最も印象の深い利用者との関係場面を振り返り、ディスカッションや教員のスーパービジョンを受けながら、実習報告会でまとめの報告をした。その報告の再現を中心に、私たちが実習や実習後教育を通して学んだこと、私たちの成長・変化を伝えたい。

（実習記録から）8月〇日（1日目）

今日初めて認知症の方と関わりました。一中略—職員に手を上げるNさんは、何も言わずに体を動かしたり、何かをさせようとすると抵抗し、手を上げる。本人の意思ではなく、トイレに連れて来られたり、マッサージをさせられたり。私たちは、それを怒ってはいけないし、勝手に体を動かしたりするような行動をしてはいけないなと思った。認知症であっても、感情や意思はあるのだから、人を相手にしているという事を決して忘れてはいけないなと思った。認知症の方こそ、人に敏感なのではないかと思った。常に人権を尊重し、目上の方に敬意を払う気持ちを持ち続けることが重要だと思った。

池上は、実習初日に職員と一緒に行ったトイレ介助で、Nさんから、ひっかかれたり、たたかれたり、つばを吐き掛けられたり、怒鳴られたりの洗礼を受け、驚きと恐怖を感じる。しかし、実習が進むうちに、認知症で難聴のNさんともコミュニケーションが取れるようになり、笑い合って楽しく話をし、一人でトイレ介助をするまでになった。飯島は、実習の後半になって初めてNさんのトイレ介助を経験した。同じNさんのトイレ介助を通して、二人は認知症の方との関わり方を理解していった。

VI-2 小規模施設における、市販データベースソフトを活用した情報共有・分析システムの開発と運用

内山恵司

医療法人社団 翔洋会 辻内科循環器科歯科クリニック

目的：現在の医療現場では、様々な分野でコンピュータを用いた情報処理業務が遂行されております。しかしこれらの機器・ソフトウェアは工学であり、また提供するメーカー側の考え方・経験に大きく荷担するため、各医療施設、特に小規模施設に導入するには、様々なアレンジや細かい修正を行う必要があります。そこで、我々は市販データベースソフトを活用し、安価にかつ多職種の協力を得ながら現場主導にて簡易的な院内情報処理管理システムの構築を試みたので報告します。

システム運用の目標：1. 市販データベースソフトと院内の既存機器を用いることで安価に作成する。

2. 現場業務の一部に溶け込むようなシステムとする。

3. 各現場が業務の一部として行った内容を、効率的に他職種に公開し業務の効率化を図る。

4. コンピューターに今まであまり接する機会が無かった職員に対する拒否意識の改善を図る。

5. 招来導入される、システムへの比較基準としての経験をもってもらう。

結果：1. 現在では効率的に通常業務に溶け込み、重要な業務の一翼を担っている。

2. 各現場が業務上登録した情報を共有することで、同じ内容の重複入力を避け省力化に繋がった。

3. 情報を共有することで、各現場に無駄な動きが減り、効率的に担当職務に係われるようになった。

4. コンピューターに不慣れな職員の意見も多く取り込んだため、現場全員が同じように通常業務に使用できた。

考察：1. 現場の意見を最大限に取り込んだことが、導入時に大きな混乱を招かなかった原因と考える。

2. 現場主導でシステムの製作を行い、かつ作成者がすぐ近くにいるため、サイレントクレーマーの発生を最小限に出来、結果的に不具合の迅速な改善に繋がった。

3. 繼続使用を促進する為には、システムの不具合は、可能な限り迅速な改善が必須と思われた。

4. 招来導入されるであろう、市販システム検討時の大変な指標になりうると考える。

VI-3 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理解 —臨床実習指導者への意識調査—

奥 壽郎¹⁾, 高田治実¹⁾, 江口英範¹⁾, 与那嶺司¹⁾,
甲斐みどり¹⁾, 塩田紀章¹⁾, 榎本康子¹⁾,
神田太郎¹⁾, 小山理恵子²⁾, 西島智子²⁾,
赤塚郁奈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

目的：臨床実習指導者に対し養成校・実習施設の実習体制相互把握について意識調査を実施した。

方法：聖テレジア病院の実習受け入れ養成校で関東地区で臨床実習を受け入れている実習施設責任者110名のうち回答が得られた40名（回収率36.4%）を対象とした。郵送法にてアンケート調査を実施 2002年2月に配布4月に回収。調査内容は①実習受入状況②養成校側と実習施設側の実習体制の相互把握とした。

結果：①実習受入状況：過去5年間の年間実習受入状況は82.5%で養成校数が増加、85%が実習生が増加、現在の最終学年の実習受入状況に関して52.5%が過剰、42.5%が適当。②養成校側と実習施設側の実習体制を把握すること：77.5%が必要、理由は実習施設によって様々な点が違う、実習前指導の資料、実習教育もカリキュラムなので実習施設の実習内容を知る必要があるなどであった。養成校側は貴院の実習体制を把握しているかは、27.3%が把握されている、方法として実習指導者会議、電話連絡、実習地訪問などがあげられていた。2、実習施設側が養成校側の実習体制を把握すること：92.5%が必要、理由として養成校の要求レベル、カリキュラムが違うからなどがあげられていた。養成校側の実習体制を把握できているか、63.9%ができているで、理由として資料・実習指導者会議で確認しているからが主であった。把握の方法として、実習指導者会議への出席、実習指導者会議資料の確認、電話連絡、実習生からの情報などであった。

考察：実習受入状況に関して増加傾向にあり、昨今の養成校増加の影響が反映された結果となった。相互把握については80~90%が必要であるとの回答であったが、養成校側が実習施設側の実習体制を把握できていると感じている者は30%に留まっていた。この結果は相互が双方向ではなく一方通行になる可能性があることが示唆される。このギャップを埋めていく必要があると思われた。

VI-4 1年制社会福祉士養成過程における指定外科目設置の意義と課題

加納 武

臨床福祉専門学校 臨床福祉学科

臨床福祉学科は1年制の社会福祉士養成学科である。国家試験に合格させることはもとより、社会福祉士としての確かな力量を備えた人材を社会に送り出さなければならぬと考えている。しかしながら1年という短期間で厚生省が指定する16の科目のみでは、国試合格はともかくとして、力量ある社会福祉士、社会が求める人材を養成するためには不十分である。そこで、今年度は、新しい取り組みとして介護にも強い社会福祉士を目指す「介護演習」を行うとともに、「社会福祉総合」科目を新設し、教育サービスの充実を図ることとした。

この科目の主なねらいは3つある。第1は医療系の学科と福祉系の学科を持つ本校の利点を生かし、ソーシャルワーカーとして、いずれサービス提供場面で協働する他専門職の業務について理解を深めること、第2は現場で優れた人選をされている講師及び当事者運動の先頭に立って活躍している人の話を聴き、先輩の熱情、福祉の心を感じると共に、いま現場で起こっていることや今後の課題について理解を深めること、第3は時間的余裕の問題から、通常の授業では十分に幅を広げ、掘り下げきれない内容やヒューマンサービスを担う者に相応しい教養、福祉周辺の諸動向などについて学ぶことである。これらにより、教育内容に深さと広がりが得られると考えた。

本科目は、講師は学科の専任教員のほか、学内外から17人の先生にお願いし、4月当初から10月末まで毎週木曜、A・Bクラス合同で実施、42コマの授業を行った。

授業の最終日に学生にアンケート方式で、サービス評価を求めた。今回はその結果について報告する。総括的に言うならば、福祉総合科目は、「社会福祉を目指す者として役に立った」と全員が評価しており、「視野が広がった」、「通常の授業では得られないことを学んだ」、「学習のモチベーションがあがった」「ぜひ継続して欲しい」などの意見がみられた。一方、学生の1年間の生活構造とニーズを踏まえつつ、授業内容、授業方法にさらなる工夫をすべき点も明らかになったので、18年度以降、本科目及び学科全体の教育に反映させていきたい。

VI-5 情報をめぐる権力と個人

高木博義

臨床福祉専門学校 事務室

緒言：一方に、国家や地方自治体があり、他方に、個人があるという対照的構図を考えてみよう。個人は、日本国憲法にうたわれた基本的人権の保障のもと、広く情報を獲得しようと努めると同時に、自分の情報を他人に利用されないよう自身を保護する。他方国家は、個人に背番号を付け、数値化してコンピューターで個人を管理しようという誘惑を持つ。この緊張関係を歴史的に学び、現代を見る目と現代に生きる智慧を豊かにしたい。

考察：**<歴史>「軍事用語としての情報」** 明治の新造語「情報」はフランスの軍事教本(1876)からの訳で「敵情についての報告」という軍事用語であった。この語が一般に知られるようになったのは、森鷗外がクラウゼヴィッツ「戦争論」を翻訳した20世紀始めてあった。1918年イギリスで「情報省」が生まれ、1921年日本の外務省に「情報部」が設置された。戦前日本で「情報学」といえばスパイ活動の教本だった。戦後「情報」という言葉は軍事と切り離して使われるようになったが、原義は「社会システムの軍事化」という意味である。

<歴史を踏まえた現代の課題>①「メディアの歴史は身体の否定の歴史である」 若者は新聞を読まなくなってしまった。高度情報化社会は「身体性の喪失」として特色づけられる。電話=声だけ、Eメール=文字だけ。Blog=中間の経路を経ることなく私秘的な個室に無媒介にアクセス。

②「権力による情報の独占と操作」 権力関係は社会のあらゆる水準に細分化されて働く。「事例」は目の前にある。

③「他者性からの逃避と他者性の排除」 高度情報化による身体性の剥奪は、他者性からの逃避を生む。他者性からの逃避は、他者性の排除へと転化し易い。いわれなき幼児殺害やライヴドア事件を、情報化社会の病理として捉えることもできる。

結論：プラスティックワードとは、センセーションを巻き起こして流行し、世界に広まり、そして日常語となっていく言葉をいう。「コミュニケーション」「アイデンティティ」「グローバリゼーション」「近代化」等々と同じように、「情報」もその一つといってよい。「情報」に対する過度の信奉と恐怖から脱け出すためにも、情報に関する**<現代の課題>**を一瞥しておくことは意味なしとしない。特に「情報をめぐる権力と個人」という視座は、現代社会を真摯に生きる者にとって有効である。