

臨床福祉ジャーナル

第4巻 第1号

(2007年10月)

目次

巻頭言

「臨床能力」を育てる	二瓶 隆一	1
---------------------	-------	---

提言

東京都における高齢者福祉施策の現状と課題	安達 高之	2
福祉・介護サービス及び専門職法改正と「新福祉人材確保指針」について	小林 光俊	6
敬心学園の進むべき道	内野 滋雄	11

原著

社会復帰への取り組み —活動の中の自分らしさを求めて—	坂場 祐介	14
介護予防事業「身近でリハビリ」3期の活動状況と今後の課題	奥 壽郎、与那嶺 司、榎本 康子、小川 憲治 小幡かつ子、吉田 瞳、内野 滋雄	18
肩関節亜脱臼に対する各種アームスリングの装着が基本動作に及ぼす影響 —3種類のスリングについて—	海野 広美、伊藤公一、小山理恵子 幡山 聡、有馬 道永	23
人工内耳装用者におけるラセン神経節細胞の可塑性 —電気誘発複合電位 (EAP, ECAP) を用いて—	内藤 明	34
人工内耳のマッピングにおける—考案 —日本語のより良いきこえを求めて—	内藤 明	44
脳卒中片麻痺患者の起き上がり動作パターン —動作パターンと他の因子との関係—	江口 英範、植松 光俊 西村 敦、中川 法一	50

急性期脳血管障害患者における早期予後予測

—脳卒中専門病棟を持たない一般混合病棟での取り組み—

.....玉田 良樹、寄本 恵輔、草場 徹
花井亜紀子、新村 核、岡田 仁 58

事 例

退院支援の光と影

—退院応援ミーティング3年目の実際—

.....玉村 千里 64

新潟労災病院におけるNSTとリハビリテーション科の関わり

.....森田 浩、澤田小夜子
合志 聡、伊達 和俊 69

地域在住高齢者における杖長～調節者の違いによる検討

.....奥 壽郎、小山理恵子、西島智子、畑山 聡、加藤宗規 73

私たちが考える真の利用者本位の取り組み

.....鈴木 貴文、松崎 祥子、田中 厚子
松永文子、畠山 実、内野滋雄 77

職場めぐり

ホームレスの方々の拠点相談所『とまり木』

.....高橋 明子 81

学校のPSWとしての私の仕事

.....山田 治 83

病院自慢と最近の私

.....齋藤 彩子 85

当センターにおける心臓リハビリテーションと理学療法士の関わりについて

.....西川 淳一、生須 義久、畦地 萌、熊丸めぐみ
田屋 雅信、風間 寛子、設楽 達則、木村 悠子
藤井麻由美、多賀谷春恵 高橋 哲也 87

介護老人保健施設 匠瑳ぬくもりの郷

.....大井 雅史 90

話 題

正倉院薬物を取り巻く世界

.....鳥越 泰義 91

ヒトの退化

.....塚本 哲 95

これからのコメディカルの医学教育を考える

.....浅沼 勝美 101

Exodus —エジプトからカナンへ、または栄光への脱出—

.....高木 博義 105

第4回臨床福祉研究学術集会記録

日時：平成19年2月24日～25日

会場：学校法人敬心学園 臨床福祉専門学校

シンポジウムⅠ：「真の利用者本位とは」

座長：内野滋雄、佐々木和裕

発題Ⅰ：政策動向の面から	大橋 謙策	113
発題Ⅱ：法制度の面から	秋元 美世	118
発題Ⅲ：障害福祉の面から	樋口 恵子	123

シンポジウムⅡ：「専門学校における教育と研究—過去・現在・未来—」

座長：小林光俊、高木博義

発題Ⅰ	有我 明則	128
発題Ⅱ	久門 道利	133
発題Ⅲ	工藤征四郎	137
発題Ⅳ	高田 治実	143

投稿規定		151
------------	--	-----

編集後記		153
------------	--	-----

第5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

「臨床能力」を育てる

日本リハビリテーション専門学校

名誉校長 二瓶 隆一

近年、医学教育の改革は医療に対する国民のニーズや医療経済を反映して、かなりの強風である。それはこれまでの診断と治療を主とする技術一辺倒のやり方の反省からインフォームドコンセントやQOLやサービスとしての医療など、臨床現場で実際に患者や利用者に接するとき必要な臨床能力を育てる医療教育が重視されてきたため「臨床能力」と言う言葉がキーワードになっている。

臨床能力とはジェファーソン医科大学の Gonnella 教授によると「知識」、「情報収集能力」、「総合判断力」、「技能」、そして「態度」の5項目である。我が国では知識、技能はまずまずであるが、他の3項目、とくに態度が低いとされてきた。患者や家族に対して接遇態度、話し方が良く配慮され、心からなる態度 (attitude) がなければ医学というサイエンスはマスターできても臨床能力をマスターしたことにはならないと言われている。それは医療に限らず、福祉など人を扱う仕事、例えば介護福祉士やケースワーカーにも言えることである。

これに対し医学部ではかなり膨大な労力と試行錯誤の結果、新しい教育方法への改革を始めた。医療・福祉の教育現場でもこれらの新しい教育方法を良く吟味し、取り入れられるものは、それぞれの形に合うように多少の手直しも必要であろうが試行し、その経験を蓄積し新しい教育法として取り入れる必要がある。チームアプローチとして医師と同じ土俵で患者や利用者と話し合うからである。

臨床能力を高めるのに最も効果のあるのがPBL(problem-based learning=問題解決(基盤)型学習)チュートリアルといわれ、患者の事例のなかから問題を見つけ出し、その問題を手がかりに自主的に学習を進めていく方法である。6~8人の少人数制をとり学習の援助支援にあたるチューター(教員)陪席のもと学生主導で学習を進めていく方法である。このような自己主導型学習をアンドラゴジー andragogy (成人型学習) とよび臨床能力の学習に役立つ。従来の講義方式は「教える-教えられる」の関係で学生は受け身で、最も学習するのは教員自身であり、学生は居眠りをしているも授業は進行する。この方式はペダゴジー pedagogy (小児型学習) と呼ばれている。医学のように多数の教科を消化するためには従来型の方法も必要であるが、学生を学ぶ主体に転換しようとする成人型学習の発想が取り入れられたことに意義がある。自己学習型の方法を利用することでクリニックやポートフォリオも行うことが可能になる。態度教育の一環として医療者としての態度の自己学習や討論、マナー教育と態度を学ぶための病院見学(ホスピタル・ウォークスルー)や患者との信頼関係の形成するため模擬患者(SP, simulated patient)面接実習、卒業生などによる標準模擬患者(SP, standardized patient)による実際に触れて検査測定する実習、入学後早期に実際の臨床現場を見せる早期臨床見学(early clinical exposure)も成人型学習で行う。臨床能力を付けるために当校では実際に数年前からこれら全ての事項を継続試行し、学生に好評である。しかし即効性があるわけではない。まして知識のみを評価する国家試験の合格率にも殆ど影響がない。教員は負担が増えるので必ずしも全面賛成とはなっていない。また平成17年度より全国の医学部で共用試験として実習前に施行されているOSCE(Objective Structured Clinical Examination=客観的臨床能力試験)は、臨床能力を高める学習を行った後の評価試験と位置づけ当校ではこれからである。

臨床能力は医療の品質や品格を高めるものであり、医師のみが変革してもパラメディカル部門も変らなければ患者や利用者にとってのメリットは半減する。

自分たちの身丈にあった臨床能力を高める方法を早急に模索すべきである。

東京都における高齢福祉施策の現状と課題

前東京都社会福祉総合学院
教務主事 安 達 高 之

1. はじめに

この小稿は、2007年4月27日に、韓国大田広域市にある又松大学(Woosong University)で行われた国際セミナーで講演したものを加筆訂正したものです。

韓国は、日本と同様高齢化が急速に進行しており、その対策の1つとして老人長期療養保険制度が2008年4月から施行されることになっています。この制度は日本の介護保険制度に限りなく類似した制度のため、日本から各界関連領域の専門家、実務家を招いて「高齢社会におけるヒューマンサービスの産業化の現況と展望」というテーマでセミナーが開催され、私に与えられた演題は「東京都における高齢福祉施策の現状と課題」でした。

韓国の研究者、企業家、実務家、学生などを対象としたセミナーでしたので、日本の地方自治や東京都の地方自治法上の位置づけなどについてやや詳しく述べましたが、本稿では紙数の関係もあり全面的に削除しました。拙稿ですがお読みいただき、東京都の動きなどをご理解いただければ幸いです。

2. 高齢化の状況

わが国の総人口は、2005年国勢調査によりますと、2005年10月1日現在、1億2,776万人で、前年に比べて2万人の減となり、明治以来初めてマイナスに転じました。しかし65才以上の高齢者人口は、過去最高の2,561万人(男性1,084万人、女性1,477万人)となり、高齢化率も20.04%と初めて20%を超えました。高齢者人口のうち、前期高齢者(65才～74歳)は1,403万人、後期高齢者(75才以上)は1,157万人です。

これに対し都の総人口は、1,257万人で、2005年1

月1日現在の住民基本台帳による65才以上の高齢者人口は、218万人(男性92万人、女性126万人)であり、高齢化率は17.9%です。このうち前期高齢者は126万人、後期高齢者は91万人ですが、2020年には後期高齢者が前期高齢者を上回ると推計されています。現在都が公表している2030年の推計値は、総人口1,215万人、65才以上高齢者人口316万人、高齢化率26%であり、前期高齢者131万人、後期高齢者185万人であります。このまま高齢化が進行しますと、23年後には、都民の3.8人に1人が65歳以上高齢者で、6.6人に1人が75歳以上高齢者ということになります。

後期高齢者の増は、当然ながら医療の問題、介護の問題、就中認知症の問題など、対応しなければならない困難な問題が吹き出てきます。ですから都は、後で詳しく触れますが、福祉と保健医療改革を包括的に推進していくための「福祉・健康都市東京ビジョン」を2006年2月に公にしました。しかし行政がどんな立派な計画を策定しても、都民一人ひとりが自らの健康づくりと自立に向けた努力をしない限り生きてきません。

3. 高齢福祉施策の現状

老人福祉法は、都道府県老人福祉計画の、介護保険法は、都道府県介護保険事業支援計画の、老人保健法は、都道府県老人保健計画の策定を義務づけており、しかもこの三つの計画は三位一体のものとして作成することとされています。これに基づき都は、2006年から2008年までの3年間の「東京都高齢者保健福祉計画」を策定しています。この計画は、前述の「福祉・健康都市東京ビジョン」の施策展開の基本的考え方を踏えるとともに、「東京都保健医療計画」など都の高齢者施策の推進に関連する他の計画とも

整合性が図られています。

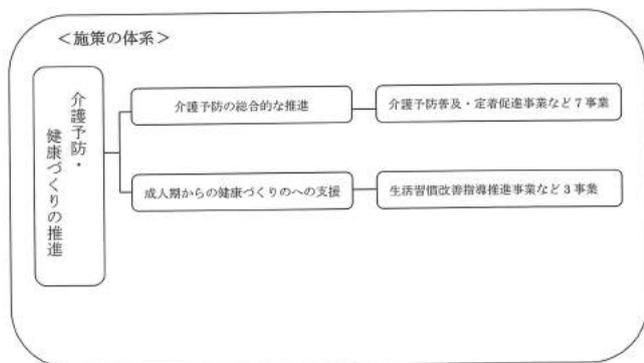
この計画は、理念として「高齢者の自立と尊厳を支える社会」の実現と、「確かな安心を次世代に継承」する、を掲げ、次の5つの視点で施策の体系化を図り、それぞれに対応する事業を明らかにしています。

(1) 介護予防・健康づくりの推進

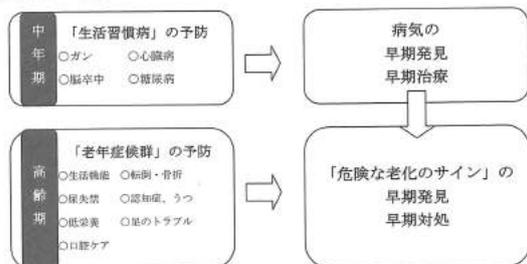
高齢期においても健康で充実した生活を送っていくためには、都民一人ひとりが主体的に健康づくりに取り組んでいくことが不可欠です。

高齢期に問題が生じてから対処するばかりでなく、若年期からの健康づくりによって、高齢期に至っても長く健康を保つようにし、また、たとえ健康を損なっても、その悪化を防止し、日常生活の維持・向上を図っていくことが重要です。

このため都は、健康を増進し、疾病を予防する「一次予防」に重点を置いた成人期からの健康づくりを支援するとともに、高齢者が寝たきりなどの要介護状態になることや、要介護状態が更に悪化してしまうことがないように、総合的な介護予防の取組を推進し、都民の健康寿命の延伸を図っていきます。



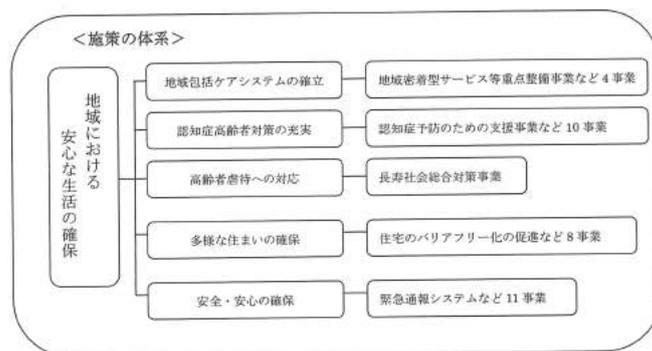
<介護予防のイメージ図>



(2) 地域における安心な生活の確保

要介護状態になっても、生涯にわたって個人として尊重され、住み慣れた身近な地域で暮らし続けていくためには、介護保険サービスだけではなく、保健・医療サービスや住民相互の助け合い活動など、さまざまなサービスが相互に補い合って提供されることが必要です。

このため都は、地域における総合的・包括的な支援のあり方(地域包括ケア)の構築、認知症になっても暮らし続けられるまちづくり、要介護状態になっても住み続けられる住まいの確保、犯罪や事故の防止、日常生活のちょっとした困りごとへ対応できる助け合いや見守りなど、高齢者が1人で暮していく場合にも、安心して生活していける環境の整備を多角的に進めていくとともに、区市町村に対して必要な支援を実施していきます。



(3) 介護サービスの基盤整備と質の向上

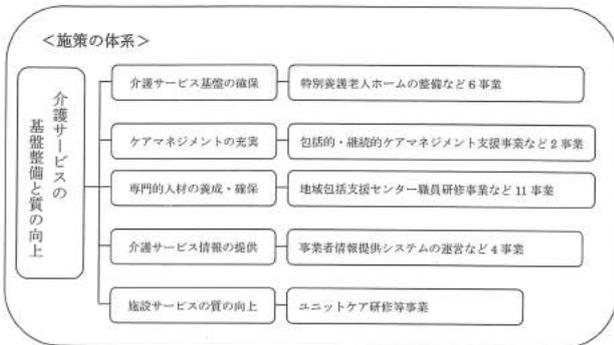
住み慣れた地域での生活を継続していくためには、地域での介護生活を支える様々な在宅サービスが充実している必要があります。一方、本人の心身の状態やその置かれている環境から、介護保険施設等に入所・入院して介護を受けることが望ましい場合に備え、介護保険施設等の必要量が確保されていなければなりません。

また、介護サービスは、量的な整備とともに、その質の向上を図っていくことも重要です。そのため、ケアマネジメントの一層の充実を図るとともに、新たなニーズに対応した専門性を備えた人材を育成するほか、施設サービスの居住環境の改善などを進めていくことが必要です。

さらに、介護サービスの利用者の選択を支援するとともに、利用者の選択を通して事業者間の適正な競争の下でサービスの質の向上を図っていく

ためには、すべての介護サービス事業者が自らの責任の下で事業者情報を公表し、質の高いサービスの提供に努めていくことが必要です。

今後、都は、広域的自治体として地域バランスに配慮しながら、新たに位置付けられた地域密着型サービスも含め、区市町村と連携して、介護サービスの基盤整備を進めていくとともに、サービスの質の向上を図り、すべての利用者が安心して介護サービスを利用できるよう、環境整備を図っていきます。



(4) 利用しやすい介護保険制度の実現

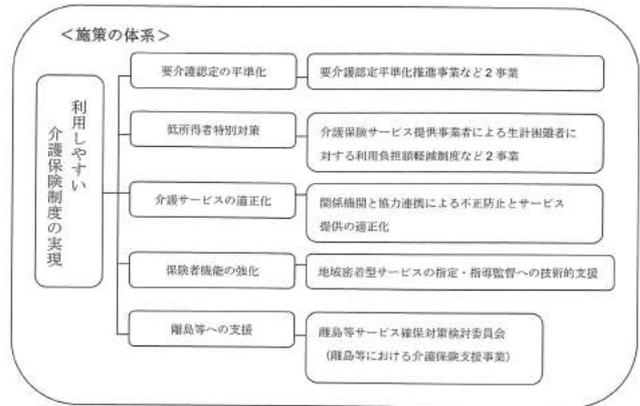
介護保険制度は、加齢に伴って要介護状態になった人が必要なサービスを利用することにより、その人の能力に応じた自立した日常生活が営めるよう、国民が相互に支え合う仕組みとして、広く理解され、定着をみえています。

平成 17 年の介護保険法改正では、制度全般に関して検討が加えられ、制度を将来にわたり健全かつ安定的に運営していく観点から、必要な見直しが図られました。

介護保険の保険者である区市町村は、地域の実態を踏まえて介護保険事業計画を作成し、それに基づいて介護保険制度を運営していきます。

都は、介護保険制度を都民にとってより利用しやすい仕組みとするため、保険者である区市町村の取組を支援していきます。

また、サービス基盤の脆弱な離島等の地域に対し、サービス確保に向けた支援を行っていきます。

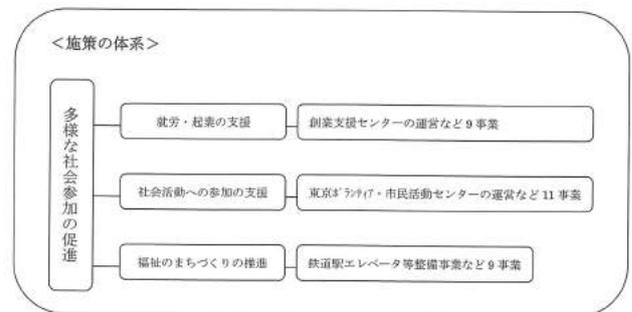


(5) 多様な社会参加の促進

高齢者が、これまでの人生の中で蓄積してきた豊富な知識、技術、経験などを十分に活かし、就労・起業をしたり、地域や社会の諸活動に積極的に参加していくことは、高齢者自身の生きがいの増進や介護予防・健康維持につながるばかりでなく、今後の少子高齢社会における社会の諸活動や地域の重要な担い手として、東京の活力を維持していくことにつながるなど、大変に有意義なことです。

加えて、「団塊の世代」が定年退職期を迎え始めるなか、これからの高齢者は、従来の地域的な人付き合いにとどまらず、共通の趣味や関心をきっかけにして地域を越えてつながりを広げていくなど、ライフスタイルやニーズが一層多様化していくことが見込まれます。

都は、全国に比べて外出率が高く活動的な東京の高齢者の、それぞれの価値観や能力に応じた多様な社会参加について、情報提供やきっかけづくりなどの支援を通じ、積極的に推進していきます。



計画事業は、2つの視点に跨がる事業を含めて 104 事業であります。これが都が 3 年間で進める高齢者福祉の基本施策です。これら施策の裏づけとなる 19 年度の都の一般歳出予算は 4 兆 3,366 億円で、う

ち福祉保健関連予算は7,931億円で全体の18.3%であります。さらに高齢社会対策関連予算は1,526億円で、福祉保健関連予算の19.2%に当たります。

5. 高齢社会対策の課題

社会保障制度については、国が創設して自治体である都道府県、区市町村がそれぞれの立場で制度執行に関わるというのが一般的形体でありますので、高齢社会対策の課題は、基本的には中央政府が対応しなければならない事項が多いです。その最たるものが少子化対策であります。既述のとおり、このまま少子高齢化が進行すれば、2030年まで現在の社会保障制度が持続可能なのか大いに疑問です。政府は「明るく活力ある超高齢社会の構築」を提唱していますが、そのことも大事ですが、根本的にはいかにして少子化を食い止めるかです。政府も次世代育成支援対策推進法の制定などそれなりの努力はしていますが、国家の死活的問題であるだけに発想を転換して、思い切った対応が必要です。

次に大きな課題は、後期高齢者医療制度です。後期高齢者は複数疾患を抱えています。現行老人保健法は、これを総合的に診るかかりつけ医的機能を想定していません。従って患者は複数の医療機関を頻回受診し、検査、投薬を重複しています。政府はすでに検討に入ったようですが、じっくり議論を重ね、後期高齢者にふさわしい包括的医療体系を構築する必要があります。

また2005年の制度全般の見直しでは、導入当初から大きな課題の1つとされてきた家族介護の問題には全く触れられていません。日本の介護保険制度は、サービス利用者を含む家族のあり方に意を用いた制度になってなく、家族が要介護家族を介護しても制度の埒外に置かれています。外部の指定事業者のサービス以外は介護保険サービスとは認めない制度であって、介護が長期化すると、利用者と家族との絆が希薄化するのではないかと危惧されているのです。施設入所への指向性が高いのも、こうした制度的背景があると指摘する専門家もいます。できるだけ自分で介護をしたいと考える家族も多くいますし、現に介護をしている家族も多くいます。家族自らが介護を行う場合にも、何らかの形で報酬が支払われる

など、家族の関わりがより積極的になるための仕組みを研究する必要があります。

6. おわりに

地方自治体は、行財政上多くの制約を受けていますが、都は財政的にやや恵まれていることもあって、大都市特有のニーズに応えるため都独自の様々な施策を展開しています。制度創設4年にして300ヵ所を超えた認証保育所制度、民間企業等への整備費補助による認知症高齢者のためのグループホームの大幅増設、平日準夜間での小児初期救急医療体制の整備、災害医療派遣チーム「東京DMAT」(Disaster Medical Assistance Team)の創設、脱法ドラッグ対策の独自条例の制定等々がそれです。また2004年には、都の行政組織である福祉局と健康局(前身は衛生局)を統合して新たに福祉保健局を設置し、福祉と保健医療の両分野の融合を図ることとしました。その上に立って、10年先、20年先を展望して都の取組姿勢を明らかにし、福祉と保健医療の両分野を貫く基本的考え方とそれに基づきその年度に展開する主要施策を明示したのが「福祉・健康都市東京ビジョン」です。従って都の福祉、保健医療に関わる全ての計画は、このビジョンの基本方針に沿って策定されることになっています。

ビジョンは、都の施策展開の基本的コンセプトは「新しい自立」だと謳っています。そして新しい自立とは、①だれもが「自ら積極的に健康づくり」に取り組むこと、②だれもがそれぞれの環境や条件の下で「その人らしい自立」を目指すこと、③だれもが必要なサービスを選択し利用しながら、地域の中で自立して生活できる社会を構築することの3点にまとめることができるとし、2007年度の高齢福祉関連の重点プロジェクトとして、①地域生活を支える介護サービス基盤の充実、②認知症に対する総合的な施策の推進、③介護予防の取組を都内全域での着実な推進、④健康長寿社会の実現に向けた医療的基盤の整備の4点を掲げ、それぞれの基本的考え方と展開する主な事業を明示しています。特に④に関して、2012年目途に開設予定の地方独立行政法人による「健康長寿医療センター」(仮称)の設立には、大いに期待したいところです。

福祉・介護サービス及び専門職法改正と 「新福祉人材確保指針」について

日本介護福祉養成施設協会
会長 小林 光 俊

<はじめに>

この度、厚生労働省では先に進めていた「社会福祉士及び介護福祉士法」等の一部を改正する法律案について、今年3月国会に提出し、参議院で審議され一部修正のうえ可決されたが、その後、衆議院厚生労働委員会において、提案趣旨説明が行われただけで審議が行われないうえ会期末となり、現在継続審議となっている。

一方最近の連携した動きとして、社会福祉法に基づく人材確保指針の見直しが行われ、厚生労働大臣告示として、「官報・号外第195号（平成19年8月29日発行）」に5ページにわたり告示された「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針（以下、新福祉人材確保指針という）」が掲載された。

この「新福祉人材確保指針」の「官報」告示は、我々、教育や福祉・介護関係に携わる者、また広く国民一人一人にとっても大変重要な課題が示されており、今後の国及び地方行政の政策の実施や、各団体・機関の活動にも大きな影響を与えるものである。

その主な内容としては、「福祉・介護サービス分野は、最も人材確保に真剣に取り組んでいかなければならない分野の一つであり、福祉・介護ニーズに対応できる質の高い人材を安定的に確保していくことが今や国民生活にかかわる喫緊の課題である。」とその前文に明記するなど、福祉・介護サービスにおける現状の人手不足など切迫した危機意識を強調するとともに、介護保険における居宅介護支援など、社会福祉事業でないサービスについても「福祉・介護サービス」と総称して人材確保に取り組むことに改

めた点などが特徴である。

就業の動向としては、福祉・介護サービス従事者が93年当時に比べて4～5倍の328万人に増加している。一方、他の産業に比べて離職率が高く、給与水準が低い実態を指摘している。また、介護サービスに従事する介護職員を、2014年までに約40～60万人増やす必要があると指摘している。

人材確保の基本的な考え方としては、「福祉・介護サービス従事者のキャリアアップの仕組みの構築と社会的評価に見合う処遇の確保」を前面に打ち出し、他の分野とも比較して適切な給与水準の確保が喫緊の課題であり、対策が必要であることを明記している。

その具体的な対策の項目としては、①労働環境の整備 ②キャリアアップの仕組みの構築 ③福祉・介護サービスの周知・理解の促進 ④潜在的有資格者の参入促進 ⑤多様な人材の参入・参画の促進や、特に「介護福祉士・社会福祉士など専門性の高い人材を配置した場合の介護報酬などによる評価の在り方を検討すること」と明記し、国家資格取得の促進等が図られ、社会的な評価に見合う処遇の確保等、魅力ある職業として社会的に認知されていくことが重要とした上で、経営者・関係団体・国・地方公共団体がそれぞれ役割を講ずるように努めるべき措置について改めて整理された。さらに今回の指針ではこれを出したままにするのではなく、定期的にその実施状況を評価検証して必要に応じて指針の見直しを行うべきといったことも盛り込まれている。この指針が出されたことにより今後の様々な新しい取り組みに大いに期待が持てる。特に、福祉・介護サービス従事者にとっては明るい展望が開けるものであり、大いに評価できるものである。今後の早い実行

が望まれる。

<「新福祉人材確保指針」の主なねらいと特徴について>

ここに、厚生労働省からの各機関への協力要請に基づき、「新福祉人材確保指針」改正の趣旨説明と「留意事項」を記載し、その主なねらいと特徴を以下で紹介する。

「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」（平成5年4月）は、いわゆる福祉人材確保法（社会福祉事業法及び社会福祉施設職員退職手当共済法の一部を改正する法律（平成4年法律第81号））に基づき、高齢者介護に係る「新ゴールドプラン」の策定、少子化の進行に対応する「エンゼルプラン」の策定、障害者の自立と社会参加を促進していくための総合的な障害者施策の検討といった当時の状況と相まって、これらを担う人材の養成確保を図っていくことを目的とし、当時の厚生大臣より告示されたものである。

しかし、この“旧福祉人材確保指針”が制定された平成5年以降、福祉・介護サービスを取り巻く状況は大きく変化してきており、少子高齢化の進行や世帯構成の変化、国民のライフスタイルの多様化等により、国民の福祉・介護サービスへのニーズがさらに増大するとともに、認知症等のより複雑で専門的な対応を必要とするニーズの顕在化等を背景として、質的にもより多様化、高度化している状況にある。

また、少子高齢化の進行等の下で生産年齢人口が減少し、労働力人口も減少が見込まれる一方、近年の景気回復に伴い、他の産業分野における採用意欲も増大している。福祉・介護サービス分野においては、高い離職率と相まって常態的に求人募集が行われ、一部の地域や事業所では人手不足が生じているとの指摘もある。

このような状況の中で、将来にわたって福祉・介護ニーズに的確に対応できる人材を安定的に確保していく観点から、経営者・関係団体等並びに国及び地方公共団体が講ずべき措置について改めて整理を行い、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第89条第1項の規定に基づき新しい「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」として告示（平成19年厚生労働省告示第289号）されたものである。

I 「新福祉人材確保指針」において新しく採用した基本

的な考え方

(1) 労働市場全体の中での福祉・介護サービス分野の位置付け

労働力人口の減少等が見込まれる中で、福祉・介護ニーズの増大や多様化・高度化に対応していくため、福祉・介護サービス分野を、人材確保に最も真剣に取り組んでいかなければならない分野の一つと位置付けたこと。

(2) 福祉・介護サービス分野における人材確保のための基本的考え方

就職期の若年層を中心とした国民各層から選択される職業となるよう、①他の産業分野とも比較して適切な給与水準の確保等の「労働環境の整備の推進」、②「従業者のキャリアアップの仕組みの構築」とともに、国家資格等を取得するなどの高い専門性を有する従事者には、その社会的評価に見合う処遇が確保され、従事者の努力が報われる仕組みの構築等のための取組が重要であることを強調したこと。

(3) 「新福祉人材確保指針」が対象とする事業

「新福祉人材確保指針」は、社会福祉事業における人材確保を図るためのものであるが、介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する居宅介護支援や訪問リハビリテーション、特定施設入居者生活介護等社会福祉事業には該当しないが社会福祉事業と密接に関連するサービスが拡大していることを踏まえ、これらのサービスについても、「新福祉人材確保指針」が人材確保のための取組の参考となるものとの認識の下、共通の枠組みによって人材確保のための取組を行うこととしたこと。

(4) 関係団体等の位置付け

「旧福祉人材確保指針」においては、人材確保のための取組を行うべき主体として、経営者並びに国及び地方公共団体が位置付けられていたところであるが、「新福祉人材確保指針」においては、福祉・介護サービスの増進に寄与する取組を行う法人又は団体（以下「関係団体等」という。）及びその行うべき取組を新たに位置付けたこと。

(5) 国民の役割

国民の役割として、次の①から③までを新たに位置付けたこと。

- ①、消費者として質の高い福祉・介護サービスを選び分け、これを伸ばしていくことに努めるとともに、福祉・介護サービスを大切に利用する節度あ

る利用者として、これを上手く利用しながら、自立した日常生活を営むことを目指していくこと。

- ②、福祉・介護サービスを支える税や保険料の負担者としての立場から、福祉・介護サービスの量や質の水準と併せて、これらを確保するために必要となる負担の水準を考えていくこと。
- ③、ボランティア等への参画を通じて、地域社会等における支え合いを充実させていくこと。
- (6) 「新人材確保指針」の実施状況の評価・検証

「新人材確保指針」が示す人材確保のために講ずべき措置について、福祉・介護制度の見直しの状況を踏まえ、定期的にその実施状況の評価・検証し、必要に応じ見直しを行うこととしたこと。

II 「新人材確保指針」に基づき関係団体が行うべき取組

(1) 関係団体等が担うべき役割

「新人材確保指針」においては、経営者、関係団体等並びに国及び地方公共団体が福祉・介護サービス分野における人材確保を進める上でそれぞれ担うべき役割を整理しており、関係団体等は、人材確保に当たって、個々の経営者や従事者のレベルでは対応することが難しい課題について、経営者や従事者の取組を支援するなどの役割を着実に推進していくべきこととされていること。

(2) 具体的な取組

①、実態の把握

従事者に対する事業収入の配分の状況や従事者の労働実態、離職者等の状況等、人材確保の取組を進める上で、必要な実態の把握に努められたいこと。

②、福祉・介護サービスの周知・広報

福祉・介護サービスに対する国民の理解が深められるよう、福祉・介護サービスの利用者や、福祉・介護サービスについての周知・広報に努められたいこと。

③、経営の在り方や介護技術等に関する研究及び普及

福祉・介護サービスを行うのにふさわしい経営理念の在り方、福祉用具や住環境の整備、介護技術等についての研究及びその成果についての普及を図られたいこと。

④、キャリアアップの仕組みの構築

福祉・介護サービス分野におけるキャリアパスに対応した生涯を通じた研修体系の構築や研修等の充

実、国家資格等の有資格者について、さらに高い専門性の構築を図るなど、従事者の資質向上等に取り組みたいこと。

III 「国への情報提供」

各団体において、人材確保のための先進的な取組や従事者等に関する実態調査等が行われている場合にあっては、社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室長あて積極的に情報提供されたいこと。

以上である。いずれにしても、この「新人材確保指針」に示されている様々な取組が、今後積極的に各機関において実施されることを、国民は求め大きな期待をもつことになると思われる。

<結びとして>

我が国にとって国や公共団体等の様々な機関の基本的な役割として、「若者が将来に希望がもて、高齢者が安心して生活ができる社会基盤の実現」を目指し最大限の努力をすることが、最も大切なことであり共通した国作りの国家理念だと私は思う。将来の発展につながる教育や、高齢者の安心に直結する福祉・介護など社会保障に関して国はもっと予算を割くべきだと思っている。

近年、財政を優先して社会保障費を削減するという流れがあるが、社会資本の豊かなデンマーク、スウェーデン、ノルウェー等の北欧諸国の例を見るまでもなく、経済成長を進めるには、教育や社会保障を充実させなければ、国民は豊かな気持ちで新しい事にトライが出来ず大きな成果が期待出来ないのが現実である。

元来より経済成長と社会保障は裏腹でなく一体のものである。経済成長すればするほど、教育や社会保障を充実させなければ社会や国民の発展や生活の安定が望めない。教育や社会保障を削って、経済成長へ回すという考えや政策は間違いである。今、やるべきこととして、この両方を一体として充実発展させ向上させていかなければ、日本の経済や社会の発展・安定は望めないであろう。

一方、欧州や、特に北欧諸国は現在国民の生活は豊かで、バランスが取れており経済成長も日本の3倍位の成長率を維持して発展している。国の社会資本も豊かで社会保障の制度も大変充実している。

そもそも、経済発展や経済成長の目的は、その国

福祉人材確保指針の改定のポイント

<p>労働環境の整備</p>	<p>【給与】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キャリアと能力に見合う給与体系の構築を図るとともに、適切な給与水準を確保すること（経営者、関係団体など） ・従事者に対する事業収入の適切な配分に努めること（経営者、関係団体） ・その配分の状況を把握し、福祉・介護サービス分野における経営者の全般的な状況や個別の有料事例などを公表すること（国、地方公共団体） <p>【介護報酬などの設定】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国民の負担している保険料などの水準にも留意しながら、適切な水準の介護報酬などを設定すること（国、地方公共団体） ・介護福祉士、社会福祉士などの専門性の高い人材を配置した場合の介護報酬などによる評価の在り方について検討すること（国、地方公共団体） <p>【職員配置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・従事者の労働の負担を考慮し、また、一定の質のサービスを確保する観点から、職員配置の在り方にかかる基準などについて検討を行うこと（国） <p>【新たな経営モデルの構築】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小規模かつ脆弱な経営基盤からの脱却を図るため、複数の福祉・介護サービスの実施または従事者の共同採用や人事交流、資材の共同購入、設備の共同使用など経営者間のネットワークの構築を進めること（経営者、関係団体）
<p>キャリアアップの仕組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・有資格者のキャリアを考慮した施設長や生活相談員などの資格要件の見直しや、社会福祉主義から社会福祉士へのキャリアアップの仕組みなどキャリアパスを構築すること（経営者、関係団体、国、地方公共団体）
<p>福祉・介護サービスの周知・理解</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・教育機関が生徒に対してボランティア体験の機会を提供するなど、福祉・介護サービスの意義や重要性の理解と体験ができるよう働きかけること（経営者、関係団体、国、地方公共団体） ・福祉・介護サービス分野への就業を目指す実習生を積極的に受け入れ、実習の受け入れ体制を確保すること（経営者、関係団体、国、地方公共団体）
<p>潜在的有資格者の参入促進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・就業の現状や離職の理由など実態を把握すること（関係団体など） ・就職説明会、無料職業紹介、再教育などに取り組むこと（福祉人材センター、福祉人材バンクその他の関係団体、国）
<p>多様な人材の参入・参画の促進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者に対する研修、障害者に対する就労支援を通じて福祉・介護サービス分野への参入・参画を促すこと（経営者、関係団体、国、地方公共団体）

注：（ ）内は実施すべき主体

の国民あるいは人間の生活の幸福や安定のためである。

そのための基準及び仕組みが社会保障あるいは社会福祉である。そこを忘れて経済成長だけを取り出したら、いびつなことになる。基本的考え方として、経済成長を促進するためにも、社会保障や社会福祉の水準を一体的に上げていかなければ社会の成長や発展は望めないのである。

社会保障には基本的に6つくらいの大きな経済効果の要素がある。1つは生活の安定効果があり、2つ目には所得再配分効果がある。3つ目には労働力の保全効果があり、4つ目には介護サービス事業等、新しい産業や雇用の創出効果もある。さらに、資金の循環効果もある。それから国の内需拡大の活性効果がある。つまり、社会保障は、国民のセフティネットだけではなく、様々な経済の活性効果を合わせ持つのである。これは政治又は行政の問題でもある。顧みれば、近年我が国において、様々な改革が進められる中であって「米百俵の精神」（長岡藩小林虎三郎

により、与えられた米百俵を「興学資金」に変え、藩の復興発展のため人材教育に当て大きな成果を上げた。）も一時マスコミにおいて国民の話題となったが、残念ながら、国の具体的な政策の中で顕著に実行されることはなかった。

それゆえ、我が国の教育予算は、経済協力開発機構（OECD 2007年9月18日発表）主要加盟国26カ国の中で、国内総生産（GDP）比3.5%とギリシャに次いで下から2番目となり、さらに下がり続けており、大変厳しい現実である。日本の教育予算の公的支出をGDP比5%（OECD平均）まで緊急に上げなければ国際競争力も付かず国力の低下を招くことになる。

今後は、この「新材確保指針」の告示を良い機会として、その中身の具体的な実現を目指して、我々教育や福祉・介護に携わる関係者は、あらゆる場面で、その声を大にして政治・行政関係者や国民に強くこの指針の実行を訴える努力をするべきである。皆さんの奮起を心から期待する。（2007年9月）

敬心学園の進むべき道

臨床福祉専門学校
校長 内野 滋 雄

<はじめに>

大学全入時代と呼ばれる時代に突入した。はたしてそれは良いことなのか。

大学での高等教育に耐えられる人間は、日本では15%、せいぜい20%といわれている。大学は学問を行い研究する所であるから、それに向いた人達はそう多くないはずである。

学制が6・3・3・4になったのは戦後の話で、戦前は6・5・3・3（医学部だけは4年制）で、5年制の中学の中に商業や工業学校があった。また、高等学校3年に代わる専門学校があって、どちらも非常に優れた人材を養成していた。それらは技術を中心とした実学の府であった。

初めに戻り、大学全入時代を考えてみよう。本来の大学の姿、あるべき姿を持つ大学がどのくらいあるのか。理念にしても内容にしても、とても大学とはいえない大学も多い。学生が集らない大学も多い。それは大学に魅力がないからで、入学者の夢をかなえられない大学だからである。従って認可は受けても倒産してしまう。

それでも高校の教師は大学を薦める。大学出身というだけで評価され尊敬される時代ではない。にも拘らず人は何故大学に入りたがるのか。世間体からなのか。親の意向や、高校での大学進学競争なのか。世の中にはこれが大学卒かといいたくなる人間はいくらでもいる。

そのように論外な話であったとしても、大学全入時代の煽りで、全国の専門学校は受験生が減り、運営が厳しくなっている。私は専門学校でじっくり実学的教育を行い、立派な専門職を育て世に送り出すことは日本にとって急務であると考えている。

そして、就職した現場での指導的人材となるため

に、働きながらも学べる専門職大学院の設立も必要であり、これが大学に対抗する人材養成校として欠かせないと考えている。

しかし、時代の流れとはいえ専門学校の運営は厳しい。この時代の流れは間違っているのだが、大きな手を打たなければならない時期にきている。ではどうすれば良いのかを私なりに考えてみたい。

<敬心学園が危機を感じた頃と今—5大改善—>

平成13年5月30日付で、学校法人敬心学園の小林光俊理事長は「5大改善の実践・継続」という文書を理事会に提出し、職員の奮起を促している。その冒頭に「学校法人敬心学園は開学以来発展してきたが、残念なことにここ数年は学校の停滞、ならびにマンネリ化現象が出てきて危機的な状態にある。これを皆の努力で打破し、学校の活性化（職員・教員・学生）を取り戻し、創立の原点（敬心ならびに雄志三恵の精神）に立ち返り、新しく魅力的な学校に再生する」といっておられる。平成13年5月付で「ここ数年は」となると平成10年頃から危機感をもっておられたことになる。最近、このことを伺ったが「その後数年は改善され、よい方向に向った」といっておられた。その後更に逆風が強くなったからだろうが、「5大改善」を挙げておきたい。

I. 人心の一新——全職員の異動の貫徹

①人材の育成 ②人材の発掘 ③少数精鋭 ④適材適所 ⑤信賞必罰

人事考課制度委員会の設置 → 適正な人事考課制度の導入

II. 学校事務の統合化——効率的な事務管理の実行

①高田馬場校舎に統合する・無駄を省く ②一人二役のチーム対応 ③出入り業者の見直し改善 ④

聖域無きリストラの断行

Ⅲ. 入試制度の改革改善——受験者を励ましやる気
と自信を持たせる対応

①推薦入試制度の改善

イ. 入学検定料対策 ロ. 早期入学の促進 ハ. 書類選考と面接改善

②一般入試の改善

イ. AO (アドミッション・オフィス) 方式の導入 ロ. 書類選考・作文・面接の改善

Ⅳ. 学校全体の自己点検・自己評価の徹底継続——

学生(教育・実習)サービスの向上

学生アンケートの定期的継続により、学校改善を図る。

①授業の理解度調査=授業方法の改善

②実習指導体制の強化と向上

③教職員の学生への接遇改善—親身・明朗・適切対応・スマイルコミュニケーション

④学校設備・環境改善・整理整頓・清潔・美化

Ⅴ. 就職指導の改善と卒後教育の体系化

①就職先の拡大

②卒業生との対話集会及びOB会との連携強化

③卒業生へのバックアップ対策セミナーの開設

イ. 資格取得対策セミナー ロ. テーマ別実力実務向上セミナー等

④各学科 実習指導登録担当者の非常勤講師制度等の実施

以上の「5大改善」をみて小林理事長の慧眼と熱い想いに打たれる人も多いだろう。これを基本として新たなものを加え、魅力ある実学主義の学園を築かなくてはならないと考えている。

<校 長 会>

私の所属する臨床福祉専門学校は平成14年に設立の許可が下り、平成15年4月に開校、第1期の学生を迎えた学校で、敬心学園としては最後発である。その折の学校づくり、学生の選考方法、初発の精神、期待される学生像、学生募集活動、脱専門学校化、専門職大学院の方向などの高木博義統括の記録が臨床福祉ジャーナル第1巻第1号(創刊号P6~20)に掲載されているのでお読みいただきたい。

臨床福祉専門学校の校長に就任して感動した事は、先生方の前向きな姿勢、行動力、学生との交流、学生の学校への協力、事務職員の健闘・協力などなどであり、そのために開校初年度から研究学術集会を

立ち上げ、臨床福祉ジャーナルを刊行することができた。これは全教職員による成果である。

しかし先輩校との交流が乏しく、教員の人事もどこで行っているのかわからない。私は3校の理解と協力が必要と考え、校長会を行うことを提案し了承された。最初はギクシャクした感じもあったが間もなく打ちとけ、素晴らしい提案や議論がなされてきた。次にその提案の一部を記載しておこう。

<リハ校の目指すものとリスク・ファクター>

2005年9月の校長会で出された資料の一部を紹介する。その折、危機感とその打開策が熱く語られた。その主なものは

- (1) リハ専門学校としての特色を出す(大学との棲み分け)
- (2) そのための教育システム構築(日リハ方式 new pathway)
- (3) 卒後のフォロー
- (4) 学校としての健全経営(第三者評価、自己評価、学生の授業評価)
- (5) 専門学校の使命(職業教育、臨床家の育成)
- (6) 日リハ方式 new pathway (・入学直後の態度教育—セブクロス、ホスピタルウォークスルー etc ・early exposure ・優秀な講師陣の確保 ・PBL—チュートリアル ・疑似患者臨床実習 ・老健を必修とした実習時間数が特色の臨床実習 ・GPA 導入—データ処理、入試から国試まで ・assistant teaching システム ・中国リハ研修)
- (7) 学校秀才ではない良質の学生を集める(・マスコミ、クチコミ、予備校、インターネット ・入学偏差値を上げる努力 ・予備校の受験順位を確保 ・ホームページ、ビデオなど広報の活用 ・定員割れを防ぐ募集方法)
- (8) 卒後のフォロー(・年2~3回の研究会 ・年数回のセミナー実施 ・就職、転職の情報提供 ・同窓会の立ち上げ)

以上の他、リスク・ファクターとして教員の仕事量過重とフラストレーションによる日リハ方式の破綻、リハ専門学校の受験生の減少(大学志向、競争校増加、少子化)、設備とキャンパスなどの問題などを上げておられる。また、先に上げたGPA制度(成績制度システム)の導入を考えておられるなど、危機感を持って次の方策を打ち出そうとする姿勢には

頭が下がる。この意識はリハのみならず、敬心学園全体が持って「5大改善」にも当らなければならぬと考える。

この他、日福からも多くの問題点が出され敬心学園全体として問題を解決し、自校だけが良ければ良いといった意識がなく、19年度から敬心学園に参入した児童教育も3校と共に発展する可能性を持ち、4校の協力が先の見通しを明るくすると感じている。

<3ないし4校の協力>

校長会で討議されたが、20年度入学の学生への説明会や入学試験などは、20年度になってから具体案を考えるのでは遅く、今すぐに始めなければならないという点で一致している。

今、若手の職員は学園の方向性に賛同し、協力し実行に移し始めている。その第一歩は本年9月にアルカディアで行う学生募集の合同説明会である。それは若手中心で行うという。今後のヤングパワー発揮の第1弾として大いに期待している。

次には合同入試も必要となろう。4校合同で入試を行い、学校の所在地などを考慮し学生が選べることもあって良いと考えている。学校や学科を越えて数多くの志望が可能となれば学生の選択肢も広がる。受験料は敬心学園の全体としての受験料をベースに志望学科が増える毎に多少の増額を行えば、受験生も助かるだろうし受験生も増え、学園としても良いのではないか。

会場の問題もあろうが、合同入学式・卒業式も敬心学園の同窓意識を高める効果はあると思うが、いろいろ検討する必要はあると思う。

<専門職大学院>

敬心学園が教育も行い福祉・保健・医療の専門職として世に送り出している人びとにとって「生涯学習」が極めて重要であることは、臨床福祉ジャーナル第3巻第1号の巻頭言で岡田清元都立大塚病院長も述べておられる。また、同じ第3号に小林光俊理事長は「国の制度改革や専門職のあり方」について述べておられるが、いずれもより高度な専門的思考と技術と人間性について触れておられる。私も同号に「提言」として載せているが、重複することをお許しいただき専門職大学院について私見を述べさせていただきます。

特養や老健、障がい者施設で働く現場の人達は常

に予想もし得ない危険や問題に直面しなければならない。その度ごとに報告書を書き、反省点、問題点を検討している。これが生涯学習である。これを充実することが必要であるが、施設内では限界があり、指導者としても限界を感じている。その指導的立場の人、または指導的立場に立ちたいという意欲のある人達を再教育し、現場の問題点を解決する検討・研究の場が欲しい。それが専門職大学院である。

文科省は2005年の「専修学校教育重点支援プラン」で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薦、⑤新教育領域の開発、⑥新教育方法の開発、以上の6項目を上げている。これを見ると専門学校の社会的役割の一面も明確に見ることができる。

専門職養成機関の新しい行き方として、専門職大学院を併設し、上記①～⑥も行い社会に貢献することが必要であり、また、学園の魅力ともなり、個性化も期待できると考えている。

専門職大学院の学科の設置であるが、文科省の審査もあるだろうが、できるだけ学科を大きく包括したものがよいと考えている。例えば、文系の福祉系と、理系の医療系（または保健・医療系）に大別し、福祉系にはW、PSWや児童福祉や児童心理など。医療系にはOT、PT、STの他、看護、介護、臨床工学など多くの専門職の人達が入学し勉強できる専門職大学院でありたいと願っている。

<おわりに>

今後、越えなければならない多くの関門があるだろうが、敬心学園の全ての関係者が夢を持って乗り切ることが必要である。

専門学校の入学志願者の減少や、収入の減少を喰い止めるには卒業生も含めた関係者の努力は必要だが、効果の上がらない努力は無駄である。宣伝とか広報は今のままでよいのか、受験生は何を見て敬心学園を知るのか。そのようなことを真剣に検討する場に若手を起用したい。若い人達の発想や行動力はすばらしいものがある。

事業には波がある。良い時もあれば悪い時もある。しかし必ずよい時はくる。漫然としていたのでは上昇の波に乗れない。苦しい時には考え、衆智を集め、前向きに歩くことだ。それぞれの立場で考え、検討し、決定したことには協力し、敬心学園を見事な学園に育て上げたい。

原 著

社会復帰への取り組み

－活動の中の自分らしさを求めて－

坂場 祐介

医療法人光風会 回春荘病院 医療福祉支援室

The Social Rehabilitation Activities

－ Find a Quality of Oneself in Activity －

Yusuke Sakaba

Medical Corporation Kofukai Kaishunsou Hospital Medical Welfare Support Room

Summary

The social rehabilitation committee is team which assists patients in psychiatry department for social rehabilitation activities in this hospital and consists of five nurses and one social worker.

Activities held by the committee are divided into two groups :regular activities and activities for events. For regular activities, a staff meeting is held on first Friday of each month.

Another regular meeting which is held on second Tuesday of each month is for patient- staff meeting and cafeteria management. On the other hand, activities for events may include activities for social rehabilitation; social resource study; and practice of assessment for individual evaluation tables.

Since the aim of staff in the committee is to provide supporting to patient for the social rehabilitation activities, therefore, staff should still regard the patients as the main part of the activities, and provide assistance while necessary.

We hereby report the result of survey regarding to the activities of social rehabilitation committee for the ten patients who were the members of the committee from March 2005 to January 2007 in order to improve the activities of members in the committee in future.

Key words : The social rehabilitation committee

Five nurses and one social worker

Provide supporting

要旨 : 当院において入院患者様の社会復帰への取り組みを担う機関として、社会復帰促進活動委員会（以下社会復帰委員会）がある。

社会復帰委員会は主に当院の精神科病棟に入院している患者様の社会復帰・社会参加を目的として、看護師5名・精神保健福祉士1名で構成された委員会である。

別刷請求先：坂場祐介 〒319-1221 茨城県日立市大みか町6-17-1

医療法人光風会 回春荘病院 医療福祉支援室

Tel : 0294-52-3115, Fax : 0294-52-6296

e-mail : Kaihosp@yahoo.co.jp

社会復帰委員会の活動内容としては、定期活動と年間活動に大別されており、定期活動として、毎月第1金曜日に職員ミーティング、第2火曜日に喫茶店（喫茶ひまわり）の運営、同じく第2火曜日に職員・メンバーミーティングを行っている。年間活動としては、社会復帰リハビリテーション（調理学習・工作作業・外出訓練等）、社会資源見学、個人評価表の実施等を行っている。

社会復帰委員会のスタッフ側の支援目標として、メンバーの活動に対する側面的支援を行っていくことに重きを置き、あくまで主体はメンバー自身であることに配慮しながらスタッフ側は支援に取り組んでいる。

今回、メンバーの今後の社会復帰委員会での活動をよりよいものにしていくために、平成17年3月発足時～平成19年1月の期間に社会復帰委員会に所属していたメンバー10名（病名：統合失調症・気分障害・器質性精神障害・神経症性障害）を対象とし、社会復帰委員会での活動に関する意識調査アンケートを実施した。その結果について報告したい。

キーワード：社会復帰促進活動委員会、看護師5名・精神保健福祉士1名、側面的支援

はじめに

当院において入院患者様の社会復帰への取り組みを担う機関として、社会復帰促進活動委員会（以下社会復帰委員会）がある。

社会復帰委員会は入院している患者様の社会復帰・社会参加を目的として、看護師5名、精神保健福祉士1名で構成された委員会である。

看護師は精神科各病棟より1名のスタッフ、精神保健福祉士は医療福祉支援室より1名のスタッフが委員として選出され、日常業務の傍ら委員会業務を兼務で行っている。委員の任期は1年で継続は可能である。

社会復帰委員会の活動内容としては、定期活動と年間活動に大別されており、患者様はメンバーとして、委員会活動に参加している。メンバーの選出方法としては、入院中の患者様で希望者の他、医師・看護師・精神保健福祉士・その他のスタッフより委員会のメンバーとして適任であるとの推薦があった患者様を検討し、本人・家族の同意を確認の上、委員会メンバーとして選出している。

定期活動として、毎月第1金曜日に職員ミーティング、第2火曜日に喫茶店（喫茶ひまわり）運営、同じく第2火曜日には職員・メンバーミーティングを行っている。年間活動としては、社会復帰リハビリテーション（調理学習・工作作業・外出訓練等）、社会資源見学、個人評価表の実施等を行っている。

スタッフ側の支援目標として、メンバーの活動に対する側面的支援を行っていくことに重きを置き、あくまで主体はメンバー自身であることに配慮しながらスタッフ側は支援に取り組んでいる。また、県

の退院促進支援事業を参考とし、全体で年2回の評価会議を行っている。

今回、メンバーの今後の委員会での活動をよりよいものにしていくために、社会復帰委員会メンバーを対象に委員会での活動に関する意識調査アンケートを実施した。その結果について報告したい。

対 象

平成17年3月発足時～平成19年1月の期間、委員会に所属していたメンバーで男性5名・女性5名の計10名、年齢20歳代～70歳代、病名は統合失調症・気分障害・神経症性障害・脳器質性精神障害のメンバーを選出した。

方 法

対象者に委員会での活動に関する意識調査アンケートを実施した。

アンケート内容

- ①委員会の活動の中で感じたこと
- ②今後の委員会に求めること
- ③ Before After アンケート

Before After アンケートは委員会に所属する以前・以後に関する14項目6段階評価のアンケートである。

1. とてもよくできた 2. よくできた
 3. まあまあできた 4. ふつうにできた
 5. あまりできなかった 6. できなかった
- となっている。

Before After アンケートの内容・項目としては、精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)を参照としている。

結 果

①委員会の活動の中で学んだこと〔表1〕として、プログラムを通して刺激を受け、意識向上に役立った。

- コミュニケーションの大切さを知った。
- 協力的に一緒に多くのことができるようになった。
- 外出して多くの環境があることを知った。
- 喫茶店活動で接客用語が言えるようになった。
- 金銭感覚が身に付いた。
- 積極的に行動すれば必ずできるようになることを知った。
- 人と人の付き合いを考える機会を持つことができた。
- 自分のできることをすればいいことを学んだ。
- 等が挙げられた。

表 1

結 果

①委員会の活動の中で学んだこと

- ・プログラムを通して刺激を受け、意識向上に役立った。
- ・コミュニケーションの大切さを知った。
- ・協力的に一緒に多くの活動ができるようになった。
- ・外出して、多くの環境があることを知った。
- ・喫茶店活動で、接客用語が言えるようになった。
- ・金銭感覚が身に付いた。
- ・積極的に行動すれば必ずできるようになることを知った。
- ・人と人の付き合いを考える機会を持つことができた。
- ・自分のできることをすればいいことを学んだ。

表 2

結 果

②今後の委員会に求めること

- ・今のまま、委員会活動を続けていくことをしてほしい。
- ・委員会がどのような方向に向かっていくのかが知りたい。
- ・プログラムのバリエーションを増やしてほしい。
- ・活動の範囲を広げてほしい。
- ・これからも機会を設けられる人を対象に実施してほしい。
- ・委員会の活動機会を増やしてほしい。
- ・社会復帰に関する多くの情報を知りたい。
- ・悩みを解消できるような時間を設けてもらいたい。
- ・社会復帰のサポートをしてもらいたい。
- ・人間形成において相談に乗ってもらいたい。

②今後の社会復帰委員会に求めること〔表2〕として、今のまま委員会活動を続けていくことをしてほしい。委員会がどのような方向に向かっていくのかが知りたい。

- プログラムのバリエーションを増やしてほしい。
- 活動の範囲を広げてほしい。
- これからも機会を設けられる人を対象に実施してほしい。
- 委員会の活動機会を増やしてほしい。
- 社会復帰に関する多くの情報を知りたい。
- 悩みを解消できるような時間を設けてもらいたい。
- 社会復帰のサポートをしてもらいたい。
- 人間形成において相談に乗ってもらいたい。
- 等が挙げられた。

③ Before After アンケート〔表3〕・〔図1〕の結果としては、

表 3

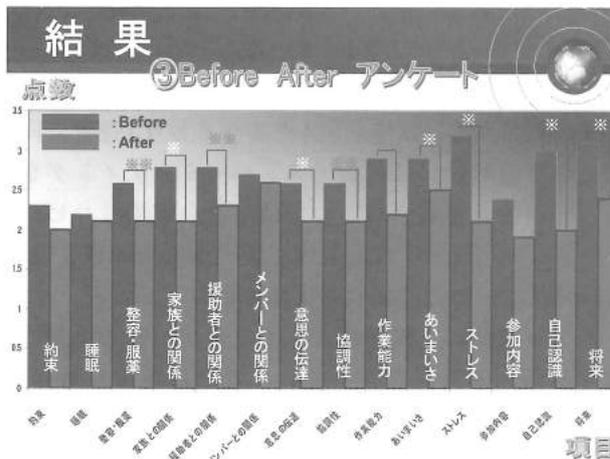
結 果

③Before After アンケート

対応サンプルの検定

項 目	before	after	差	有意確率(両側)	備 考
約 束	2.3	2	0.3	0.19	
睡 眠	2.2	2.1	0.1	0.59	
整容・服薬	2.6	2.1	0.5	0.01	※※
家族との関係	2.8	2.1	0.7	0.02	※
援助者との関係	2.8	2.3	0.5	0.01	※※
メンバーとの関係	2.7	2.6	0.1	0.78	
意思の伝達	2.6	2.1	0.5	0.05	※
協調性	2.6	2.1	0.5	0.01	※※
作業能力	2.9	2.2	0.7	0.01	※※
あいまいさ	2.9	2.5	0.4	0.04	※
ストレス	3.2	2.1	1.1	0.04	※
参加内容	2.4	1.9	0.5	0.14	
自己認識	3	2	1	0.03	※
符 号	3.1	2.4	0.7	0.02	※

図 1



T検定を用いて各項目について Before の値、After の値の平均の差を求め、有意確率を検証した。

〔表3〕・〔図1〕において、備考欄の*印がついているものが有意差の現れた項目で、**印が付いているものがより有意差が高い項目となっている。

有意差が現れた項目としては、

整容・服薬
家族との関係
援助者との関係
意思の伝達
協調性
作業能力
あいまいさ
ストレス
自己認識
将来

となっている。

全14項目中10項目に有意差が見られ、全体として多くの項目が委員会での活動を通して、改善されたことが理解できる。

考 察

①、②、③のアンケート結果より委員会の評価部分としては、

社会復帰に関する意識・意欲
意思の伝達
協調性
自己認識
整容・服薬の意識
家族・援助者との関係
作業能力
判断能力
ストレス対処能力
将来

等の意識・能力の向上・改善等が挙げられた。

今後の委員会の課題としては、
プログラムの継続性・拡大
設備・活動範囲の拡大
人間形成の場としての機能
相談援助機能の強化
メンバーとの関係
エンジョイできる空間

等が挙げられた。

まとめ

今回、メンバーの活動の中で感じた思い、意見を聞くとともに成長・活動を振り返る機会を持つことで、これまでの委員会の評価・今後の課題を知ることができた。

おわりに

「社会復帰委員会=生活の場」であってはいけない。社会復帰委員会は退院後に安心して地域で生活していくことができるように力をつけていく場であり、「社会復帰委員会=ゴール」ではない。委員会での活動を通して、それぞれが活動の中で自分らしさを見つけていくことをしてもらいたい。それこそが地域の中で自分らしく生きるための第一歩になると思う。

最後に、立ち上げて約2年の社会復帰委員会であるが、今回の研究を通して、私たちの日々の活動が僅かながらもメンバーにとって意味のあるものであることが理解できた。今後もメンバーの意見を傾聴していくことを忘れずに日々の委員会活動を展開していきたいと思う。

謝 辞

社会復帰促進活動委員会のメンバーとご家族をはじめ、この研究にご協力いただいたすべての関係者の方々へ心より深くお礼申し上げます。

参考文献

- 1) 安西信雄、池淵恵美、伊勢田堯、他：蜂屋英彦、岡上和雄監修 精神障害リハビリテーション学. 金剛出版、2000
- 2) 平山尚、武田丈、藤井美和：ソーシャルワーク実践の評価方法—シングル・システム・デザインによる理論と技術. 中央法規、2002
- 3) 岩崎晋也、池淵恵美、宮内勝、他：精神障害者職業群の障害特性：就業・保護的就労・デイケア・作業所・入院群のLASMIによる群間比較研究から. 日本精神障害者リハビリテーション学会機関誌、1998

介護予防事業「身近でリハビリ」3期の活動状況と今後の課題

奥 壽郎^{1)*} 与那嶺 司^{1)*} 榎本康子¹⁾ 小川憲治²⁾
小幡かつ子²⁾ 吉田 瞳^{2)**} 内野滋雄²⁾

¹⁾ 臨床福祉専門学校理学療法学科

²⁾ 品川区立戸越台在宅サービスセンター

In September 2003, a form of physical therapy service called "Simple rehabilitation" was introduced in Shinagawa Ward, Tokyo

¹⁾Clinical Welfare College

²⁾Togoshidai day service center

Abstract : Physical Therapy Aimed at Preventive care

In September 2003, a form of physical therapy service called "Simple rehabilitation" was introduced in Shinagawa Ward, Tokyo. Potentials and issues were examined through the introduction of the service and through a summary that illustrates related activities for three terms. Looking back at the three terms, the system (in other words, the hard side) did not have major problems. However, we conclude that the soft side needs further attention to achieve higher improvements.

Key words

Preventive of care Physical Therapy entrusted by Sinagawa ward
Simple Rehabilitation. A task after this service

要旨:東京都品川区では品川区独自の介護保険サービス「身近でリハビリ」を2003年9月より開始した。今回、「身近でリハビリ」の紹介、および3期の活動状況のまとめを通して、今後の方向性ならびに課題を検討した。今回1～3期を振り返り、システム上つまりハード面では大きな問題はないものと思われた。しかし、内容の充実を図るためには、ソフト面での点検が必要であると考えられた。

キーワード:品川区委託介護予防事業・身近でリハビリ・今後の課題

1 はじめに

我が国は、諸外国に例を見ないスピードで超高齢化社会を迎えようとしている。2015年には、高齢者人口が3500万人に及ぶと見積もられている。これらのことを背景に医療・福祉政策として、介護予防事

業が早急に求められている。2000年4月に導入された公的介護保険法にその後の改正を重ねる度に、身体面・心理面・栄養面・コミュニティ面などさまざまな視点で介護予防事業がクローズアップされてきている。

介護予防の概念として、「軽度な介護状態の人につ

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
TEL 03-5910-3756 ファックス:03-5910-3760
E-mail:kotobuki@rinshofukushi.ac.jp

いて、それ以上進行させないという視点だけでなく、元気に自立している人を将来にわたって介護状態にならないようにすることも大きな柱である」とされている¹⁾。これらの指針のもとに近年、さまざまな地域・方法で介護予防事業が展開されている^{2~6)}。

こうした中、東京都品川区では公的介護保険法第62条に規定される市町村特別給付事業による、品川区独自の介護保険サービス「身近でリハビリ」を2003年9月より区内3ヵ所で開催した。この1つである品川区立戸越台在宅サービスセンター（以下、センター）では、2004年2月より開始となった⁷⁾。

今回、センターでの「身近でリハビリ」の紹介、および3期の活動状況のまとめを通して、今後の方向性ならびに課題を検討したので報告する。

2 「身近でリハビリ」

① 概要

「身近でリハビリ」とは、介護予防・重度化予防の観点から、参加者一人一人にあった、個別自主運動プログラムをリハビリ専門のスタッフである理学療法士の指導により、立案・施行していき運動を習慣化して、体力の維持・向上を図るものである。自分の力で健康作りを行うことにより、より一層生き生きとした生活を送ることを、参加の皆様ご家族様と一緒に共通の目標にしている。1回90分で期間は1クールを6ヵ月としている。対象は品川区在住の公的介護保険法により要介護認定を受けており、要支援・要介護度1および2程度の要介護認定者である。参加利用基準額は1回90分あたり3000円となり、このうち参加者本人負担は300円である。

② 運動のコンセプト

- 運動のコンセプトとして、以下の点を掲げている。
- ・ 自宅において一人でできる運動であること

- ・ 特別かつ高価な運動機器を利用しない運動であること
- ・ 参加者一人一人のニーズに合った運動であること

③ 1コースの流れ

1コースは90分である。1コースの流れを表1に示した。バイタル測定（図1）・体調確認・1週間の運動状況の確認・水分補給⇒集団体操（図2）⇒休憩・水分補給⇒個別自主運動プログラム（図3~4）⇒水分補給・疲労度などの確認・バイタル測定となっている。個別自主運動プログラムは前述したコンセプトを基に、1クール終了時に4~8種類の運動を設定して、身近でリハビリ終了後の自宅での運動習慣獲得のきっかけとするものである。

④ 1クールの流れ

1クールは6ヵ月である。1クールの流れを表2に示した。6ヵ月間の流れは、1ヵ月目にオリエンテーション・6ヵ月後の目標設定・体力測定などを行う。2ヵ月目には、本人のニーズ・身体状況を考



図1 バイタルチェックの場面



図2 集団体操の場面

表1 1コース（90分）の流れ

1コース(分)	内容
0~15	バイタル測定、体調確認
15~30	集団体操
30~45	
45~60	休憩、水分補給
60~75	個別運動プログラム実施
75~90	水分補給、バイタル測定、体調確認



図3 個別運動プログラムの場面

表2 1クール（6カ月）の流れ

1クール	内容
～1カ月	オリエンテーション、目標設定、体力測定
～2カ月	個別自主運動プログラム作成
～3カ月	個別自主運動プログラム見直し
～4カ月	
～5カ月	個別自主運動プログラム最終決定
～6カ月	体力測定、達成度確認、終了後運動実施へ



図4 個別運動プログラムの1例



図5 リハビリ手帳

慮し理学療法士が個別自主運動プログラムを立案する。3～5ヵ月目には個別自主運動プログラムの施行および見直しを行う。6ヵ月目には個別自主運動プログラムの決定・目標達成度の確認・体力測定・終了後の運動実施への計画などを行う。「身近でリハビリ」は個別自主運動プログラムを重視しており、この観点から1～2ヵ月目を個別自主運動プログラム導入期、3～4ヵ月目を個別自主運動プログラム修正期、5～6ヵ月目を個別自主運動プログラム確立期としている。

⑤「リハビリ手帳」

「身近でリハビリ」ではリハビリ手帳（図5）を作成し、参加者に6ヵ月間携帯をお願いしている。この手帳には、緊急連絡先、目標記入欄、体力測定結果記入欄、体調およびバイタル測定記入欄および個別運動プログラムなどを記録している。参加者およ

び家族とスタッフとの連絡の役割としている。

⑥ センターでの「身近でリハビリ」

1週間の流れを表3に示した。センターでは1コースの利用定員を10名とし、時間は90分としている。1日2コースで週2日の施行としている。開始当初は自力でセンターまで通所できる方を対象とした。スタッフは、介護福祉士、看護師、理学療法士の3名である。

3 開始後3期の活動状況

2004年2月より開始し、1期は試行期間2ヵ月を含めて8ヵ月、2期と3期は6ヵ月間行い2005年9月で3期を終えた。今回、この3期の活動状況を振り返り、今後の課題を探ってみた。

① 参加者

参加人数は全体で97人であった。1期から3期の推移は、1期20人⇒2期37人⇒3期40人であり、参加者は増加の傾向で3期ではほぼ定員の人数になった（図6）。

年齢では全体で、平均年齢77.5 ± 6.5（61～92）歳であった。3期の推移では、1期では平均年齢75.9

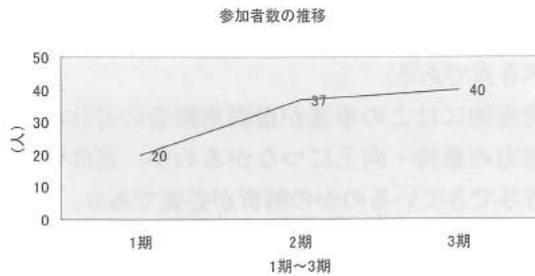


図6 参加者の推移

± 6.6 (61 ~ 84) 歳⇒2期では平均年齢 78.1 ± 6.9 (67 ~ 92) 歳⇒3期では平均年齢 78.0 ± 6.0 (63 ~ 89) 歳であった。

性別では全体で、男性 32 人 (32.9%)、女性 65 人 (77.1%) であった。1期から3期の推移では、1期は男性 6 人 (30%)、女性 14 人 (70%) ⇒2期は男性 15 人 (40.5%)、女性 22 人 (59.5%) ⇒3期は男性 12 人 (30%)、女性 28 人 (70%) で同じ傾向であった。

② Drop out 者

Drop out 者の人数は全体で 97 人中 16 人 (16.5%)、このうち 5 名は一度も参加しなかった (図7)。1期から3期の推移は、1期 20 人中 3 人 (15%) ⇒2期 37 人中 9 人 (24.3%) このうち 4 名は一度も参加しなかった⇒3期 40 人中 4 人 (10%) このうち 1 名は一度も参加しなかった。

③ 要介護度の内訳

要介護度の内訳は全体で 97 人中、要支援は 57 人 (58.8%)、要介護度 1 は 28 人 (28.8%)、要介護度 2 は 9 人 (9.2%)、要介護度 3 は 3 人 (3.2%) であった (図8)。1期から3期の推移は、1期では 20 人中、要支援は 15 人 (75%)、要介護度 1 は 2 人 (10%)、要介護度 2 は 2 人 (10%)、要介護度 3 は 1 人 (5%) ⇒2期では 37 人中、要支援は 14 人 (37.8%)、要介護度 1 は 16 人 (43.2%)、要介護度 2 は 6 人 (16.2%)、要介護度 3 は 1 人 (2.8%) ⇒3期では 40 人中、要支援は 28 人 (70%)、要介護度 1 は 10 人 (25%)、要介護度 2 は 1 人 (2.5%)、要介護度 3 は 1 人 (2.5%) であった。要介護度の内訳は1期から3期まで同じ傾向であった。

④ 疾患の内訳

全期を通して診断されている主な疾患名では多い順に、脳血管障害、腰痛疾患、変形性膝関節症、大腿骨頸部骨折、脊椎圧迫骨折、頸椎疾患、パーキン

表3 1週間の流れ

	月曜日	水曜日
1コース 9:30~11:00	10名	10名
2コース 11:10~12:40	10名	10名

1~3期全体の中断者の割合

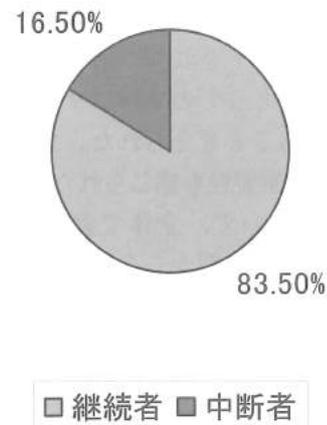


図7 1~3期全体の中断者 (n=97)

ソン病、糖尿病、うつ病、変形性股関節症などであり、1~3期にわたり同じ傾向であった。

4 今後の課題

センターでの「身近でリハビリ」を3期終えることができた。参加人数については、1期、2期、3期と増加し、3期では定員に達していた。この要因については、1期目では「身近でリハビリ」の広報活動の準備不足が考えられた。また、開始当初は自力で通所できる方を対象にしていたことも考えられる。1期目において参加希望者の中には、自力あるいは家族の付き添いなどによっても通所困難な者が存在し送迎の要望が多く課題となっていた⁷⁾。2期目以降は、広報活動の充実、送迎バスの設置などにより、参加人数が増加したと思われる。

対象者を高齢者としていたが、参加者の中には60歳代が存在していた。昨今の医療政策より、病院

1～3期全体の要介護度の割合

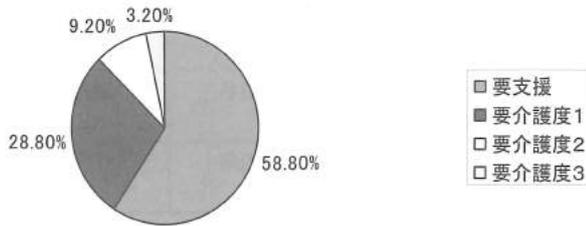


図8 1～3期全体の要介護度内訳の割合 (n=97)

中心のリハビリテーションから地域中心のリハビリテーションへとシフトされつつあり、この事業はこの年代の障害者にとってのリハビリテーションの場といった意義もあると考えられた。また、この年代からの介護予防の重要性も感じられた。

Drop out者について、全体で参加者の16.5%がDrop outしていた。1期から3期にかけて減少する傾向であった。また、これらの中には「身近でリハビリ」に申し込みをしたにも関わらず、一度も参加しなかった者もいた。これらの要因についての分析は未だできていないが、早急に要因を分析する必要があると考えられる。Drop out者数の解消、およびDrop out者へのフォローアップなどについては今後の課題になると考えられる。

今回1～3期を振り返り、システム上つまりハード面では大きな問題はないものと思われた。しかし、内容の充実を図るためには、ソフト面での点検が必要であると思われる。1クールを6ヵ月としているが、高齢者筋力増強トレーニングでは一般的には3ヵ月としており、この6ヵ月という期間については、利用者の要望、また、体力測定結果、活動性に対する効果なども分析をして妥当性の検討が必要である。さらに、個別自主運動プログラムについても、利用者のニーズに合ったものかどうか、利用者の満足度、目標の達成度などを考慮して検討が必要である。また、6ヵ月を通して参加できた者の中には、「身近で

リハビリ」の継続を希望する意見が多く、今回は2期（1年）までの継続は可能としたが、今後の検討すべき点である。

究極的にはこの事業が虚弱高齢者の身体機能、活動能力の維持・向上につながるのか、運動習慣獲得に寄与できているのかの解析が必要である。

5 まとめ

今回、品川区立戸越台在宅サービスセンターでの「身近でリハビリ」での3期の活動を振り返り、今後の課題について検討した。今後は質的内容の充実を図るため諸要因についての検討をしていきたい。

参考文献

- 久野譜也：介護予防における運動と地域システム構築の視点、*体育の科学*、54(11)：852 - 857、2004
- 本田知久、照井和史、平野雄三、渡辺光司、大竹政充、熊坂真澄、山口和之：介護老人保健施設におけるパワーリハビリテーションの取り組み、*東北理学療法学*：15(1)、19 - 25、2003
- 堀川俊一：介護予防事例紹介Ⅲ高知市における運動による介護予防の展開、*介護保険情報*：3(6)、56-58、2004
- 小林佳澄、横井佳代、上岡洋晴、岡田真平：北御牧村における介護予防事業の軌跡～健脚度測定の導入をめぐる、*身体教育医学研究*、4(1)：53 - 59、2003
- 篠塚敏雄、安藤恵子、瀬戸一秀、佐竹綾子、小川郁男：玄米ダンベル体操の効果、*埼玉理学療法*、11(1)：35-37、2004
- 磯崎弘司、久保田章仁、田口孝行、高柳清美、細田多穂、細田昌孝、宮原拓也、鶴岡倅江：機器トレーニングと運動療法の併用による介護予防効果、*専門リハビリ*、5：14 - 18：2006
- 吉田 瞳、小幡かつ子、内野滋雄、与那嶺司、奥壽郎、原 明彦：品川区委託事業による身近でリハビリの紹介、第2回臨床福祉研究学術集会プログラム・抄録集：54、2005

肩関節亜脱臼に対する各種アームスリングの装着が 基本動作に及ぼす影響

－ 3種類のスリングについて－

海野広美*¹ 伊藤公一*² 小山理恵子*²
畑山聡*² 有馬道永*²

常陸大宮済生会病院リハビリテーション科*¹

聖テレジア病院リハビリテーション科*²

Effects of Three different Arm Slings on Basic Motion in Shoulder Subluxation with Hemiplegia

Hiromi Umino, Kohichi Itoh, Rieko Koyama,

Satoshi Hatakeyama, Michinaga Arima

HitachiOmiya Saiseikai Hospital

St. Therese Hospital

To examine the effects of three different supports: the triangular bandage, single strap sling (SS), the Hemi Arm Sling (HAS) with shoulder subluxation in hemiplegia.

SUBJECTS: Four hemiplegic patients (3 men, 1 woman, average age 60.0 ± 10 years) with glenohumeral subluxation were included in the study. Six months had elapsed since stroke onset in all patients.

METHOD: This study used 1) the distance between the ground and the acromion in standing, sitting and before and after walking 10-m gait, 2) the functional reach when sitting, 3) the time required number of steps and the Visual Analog Scale (VAS) of measurement, the fatigue on walking 10-m, 4) the palpation of the subluxation in standing and sitting to evaluate different shoulder supports for subluxation in hemiplegia and to clarify if there was a significant difference between the triangular bandage, SS and HAS.

RESULTS: In the left hemiplegic patients with the HAS, the most significant difference was in the distance between the ground and the acromion when standing. In the right hemiplegic patients, this was the case with the SS. In sitting, there was no significant difference in the distance between the ground and the acromion. The SS yielded the shortest functional reach when sitting for all patients. The right hemiplegic patients with no sling was the fastest in the time in 10-m gait time. There was no significant difference in the palpation of the subluxation and the VAS in all patterns.

Key words: Arm Sling, Shoulder Subluxation, Basic Motion

【目的】脳血管障害により肩関節亜脱臼を呈した症例に対し、何も装着しない状態、三角巾、Shoulder Sling

別刷請求先：海野広美 〒319-2256 茨城県常陸大宮市田子内町 3033-3 電話：0295 (52) 5151

Reprint request to: Hiromi Umino Hitachiomiya Saiseikai Hospital, 3033-3 tagouchicho, Hitachiomiya-City, Ibaraki, Japan

E-mail: reha@ho-saisei.jp

(以下, SS), HemiArmSling (以下, HAS) の4項目において姿勢・歩行等の基本動作に違いがあるか比較検討する。【方法】発症から3ヶ月以上経過した脳血管障害により肩関節下方亜脱臼を呈する患者4名(Brunnstrom stage 上肢Ⅱ, 手指Ⅱ, 下肢Ⅲ, 左片麻痺2名, 右片麻痺2名, 60歳±10歳)を対象として, 装着なし, 三角巾, SS, HASの4パターンについて1) 立位, 端座位, 歩行前後における床面から両肩峰までの高さをメジャーにて測定, 2) 端座位での非麻痺側上肢のリーチ距離, 3) 10m歩行速度, 歩行率, Visual Analog Scale (以下, VAS) による疲労度の確認, 4) 各姿勢における亜脱臼の触診, 5) 各種アームスリングの装着感と肩の痛みの聴取を1項目につき3回ずつの計測を1クール1週間として3クール実施した。【解析】方法1) については繰り返しのある二元配置分散分析, 2), 3) については一元配置分散分析を行い, 有意差が認められたものについては多重比較検定を用いて統計的に解析を行った($p < 0.05$)。【結果】1) 床から両肩峰までの高さで左右差が有意に大きかったのは立位時の左片麻痺患者ではHAS, 右片麻痺患者C, DではSSであった。また端座位でベッドから肩峰までの距離に有意差は認められなかった。2) 両肩峰の高さの平均値の比較では右片麻痺患者CのHAS装着時が有意に高く, DではSS装着時が有意に低く, バラツキも多かった。3) 非麻痺側へのリーチが有意に短かったのは左右各片麻痺患者共に三角巾であった。4) 10m歩行速度が有意に速かったのは右片麻痺患者Dでは何も装着しない状態であった。5) 亜脱臼の触診, 歩行後の疲労度VASに有意差は認められなかった。

キーワード: アームスリング, 肩関節亜脱臼, 基本動作

はじめに

脳血管障害により肩甲骨, 脊柱周囲の筋群の緊張が低下すると, 体幹は麻痺側へ側屈し, 相対的に肩甲骨は下制, 下方回旋し, 上腕骨頭の関節窩は下方

を向く。その結果上腕骨頭は関節窩から滑り落ち, 下方亜脱臼が生じる。これらのアライメントの異常に対しては, 肩甲骨が本来の上方回旋を保てるようにすることが大切である。

亜脱臼の正確な評価として Robert A. Donatelli¹⁾



図1: 使用したアームスリング

表1：対象者データ（1）

氏名	性別	年齢	主な疾患名	身長 (cm)	体重 (kg)	麻痺側	亜脱臼	感覚障害（上肢／下肢）
A	女	50	くも膜下出血	151	53	左	2横指	無
B	男	66	脳出血	156	59	左	1.5横指	麻痺側上肢しびれ+
C	男	53	脳出血	174	62	右	1.5横指	無
D	男	71	脳梗塞	164	59	右	1横指	麻痺側上肢しびれ+

表2：対象者データ(2)筋緊張評価（端座位・立位）

	大胸筋	棘上筋	三角筋	上腕二頭筋	僧帽筋	立位時の麻痺側上肢の肢位
A	+	-	+	+	+	肩甲帯挙上・肘関節屈曲
B	+	-	-	-	-	肩甲帯下制・肘関節伸展
C	+	-	-	+	+	肩甲帯挙上・肘関節屈曲
D	+	-	正常	+	+	肩甲帯挙上・肘関節屈曲

+ 亢進
- 低下

表3：対象者データ(3)身体機能評価

	MMT			基本動作能力		歩行様式
	上肢	体幹	下肢	寝返り	起き上がり	
A	4～5	3	4～5	自立	軽介助	四点杖+両側金属支柱付き長下肢装具
B	4～5	4	4～5	自立	自立	T字杖+両側金属支柱付き短下肢装具
C	4～5	3	4～5	自立	軽介助	四点杖+両側金属支柱付き短下肢装具
D	4～5	3	4～5	自立	軽介助	四点杖+プラスチック型短下肢装具

は1) 上腕骨, 肩甲骨, 肋骨, 脊柱の正確な位置, 2) 可動性, または他動的関節可動域, 3) 筋緊張, 4) 運動コントロールの量と位置, 治療の目的として1) 胸郭に対する肩甲骨と肩甲窩に対する上腕の徒手整復と支持, 2) 肩甲骨周囲筋の運動コントロールの増加, 3) 痙性の抑制または軟部組織の硬さの伸張, 4) 特定な肩甲上腕リズムでの痛みのない可動域の維持, 5) 正確な肢位での肩関節包の引きのばしの防止, を挙げており, 「正確な肢位は坐位で前腕や手で体重を支えたり, 機能的動作の自己介助運動をする時にラップボード, テーブル, アームレスト, 枕を利用することで達せられる」と述べている。

アームスリングの必要性について, 福井²⁾は「ArmSlingを使う場合は最低限の時期までであって, それ以後はStage改善の続くものはスリングなしでも亜脱臼は改善に向かうものであり, また痙性が強い時期であるためスリングによって内転・内旋拘縮を助長してかえってマイナスになることがある. Stage改善がみられないものではスリング使用の有無に関わらず亜脱臼の程度はプラトーとなり改善はみられない, また「Stage III以降は(麻痺側上肢を)

吊る必要はない」と述べている。

田中ら³⁾は「以下の除外項目に該当する場合を除き, 亜脱臼があれば三角巾を使用する. Stage II～IIIではa) 立位・歩行により(亜脱臼が)修復される, b) 日常の上肢使用により修復される, c) 肩周囲筋の筋緊張が充分であり, 亜脱臼は進行しないと考えられる場合, d) 三角巾使用により拘縮が悪化する場合, Stage IV～Vではa)すでに高度の亜脱臼があり, 亜脱臼の悪化や二次的拘縮を生じる恐れがある場合, b) 歩行時痛がある場合, c) 歩行時のバランスがとりにくい場合」と述べている。

アームスリングと歩行能力の関係について Güünes⁴⁾は歩行においてアームスリングを着用した場合骨盤の後傾が改善し, 着地している足と反対側の肋骨の挙上が改善され, 体全体の不安定さが改善された, と述べている。

各種アームスリングのレントゲン上の亜脱臼の改善の比較検討は Marvin⁵⁾や Richard⁶⁾が行っている。

しかしながら国内においては各種アームスリングの着用の有無により姿勢や歩行等への影響についての報告は少ない. アームスリングの分類について岡



図2：測定道具・測定肢位

村ら⁷⁾は過去の分類を基に上肢を支持する肩パッドなどの部分を「起始停止部」、上肢の下方抑止に働き支持する上腕・前腕などカフ部分や腋窩のロール状などの部分を「停止支持部」とし、新たに分類している。それによるとそれぞれの特徴を以下のように述べている。肘屈曲型は利点として装着が簡便で、ある程度強固な支持が得られる。欠点として上腕が内転・内旋位で固定される為、靭帯や筋群が一方向に引き伸ばされて固定されやすくなり、装着期間が長期化することで拘縮が生じる危険性がある。肘伸展型では、利点として肘屈曲型と比較して肩関節の良肢位が保てること、欠点として上腕の停止支持部分で十分な下方抑止力を得る為には、カフ部分で強く緊縛する必要があり、血行障害などが生じる可能性があることを挙げている。

【研究方法】

今回の研究においては臨床的に用いられる機会の多い三角巾、ShoulderSling(SAKAI製；以下、SS)(肘屈曲型)、HemiArmSling(SAKAI製；以下、HAS)(肘伸展型)を選択し、脳血管障害により肩関節亜脱臼を呈する患者に対して1)何も付けない状態、2)三角巾、3)SS、4)HASの4項目について姿勢・

歩行・リーチ等の基本動作に違いがあるかを検討した(図1)。対象は発症から6ヶ月以上経過した脳血管障害により肩関節下方亜脱臼を1横指以上呈する症例4名(Brunnstrom stage上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅲ、左片麻痺2名(男1名、女1名)右片麻痺2名(男2名)、60歳±10歳、HDS-R20点以上、半側空間無視などの高次脳機能障害を呈さない)(表1, 2, 3)。なお全症例において肩の痛みの訴えはなかった。装着なし、三角巾、SS、HASの4項目についてメジャーにて1)立位(1分間)、2)端座位、における床面から両肩峰までの高さを測定、3)端座位での非麻痺側上肢のリーチ距離(非麻痺側肩峰から手指の最先端までの距離)、4)10m歩行速度、歩行率、5)10m歩行前後の姿勢〔1)と同じ方法〕、6)VASによる歩行後の疲労度の確認、7)各姿勢における亜脱臼の触診、8)本人の装着感と肩の痛みの聴取を1項目につき3回ずつの計測を3クール実施した(図2)。

なお、今回の研究における亜脱臼の定義は田中ら³⁾に基づき「肩峰骨頭間距離(AHI: acromio-humeral interval)が13mmを越えるのをレントゲン上肩関節亜脱臼とすると46名中56.5%に亜脱臼を認め

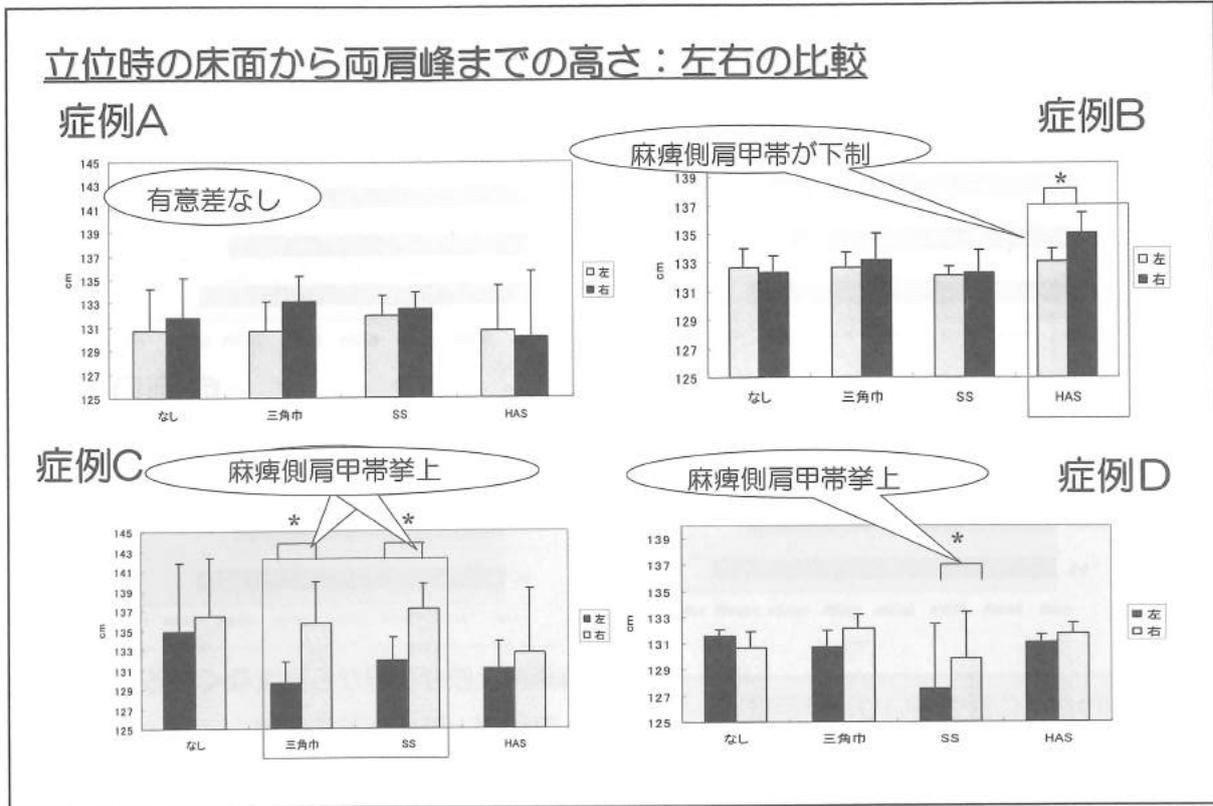


図3：立位時の床から両肩峰までの高さ（左右の肩峰高の比較）

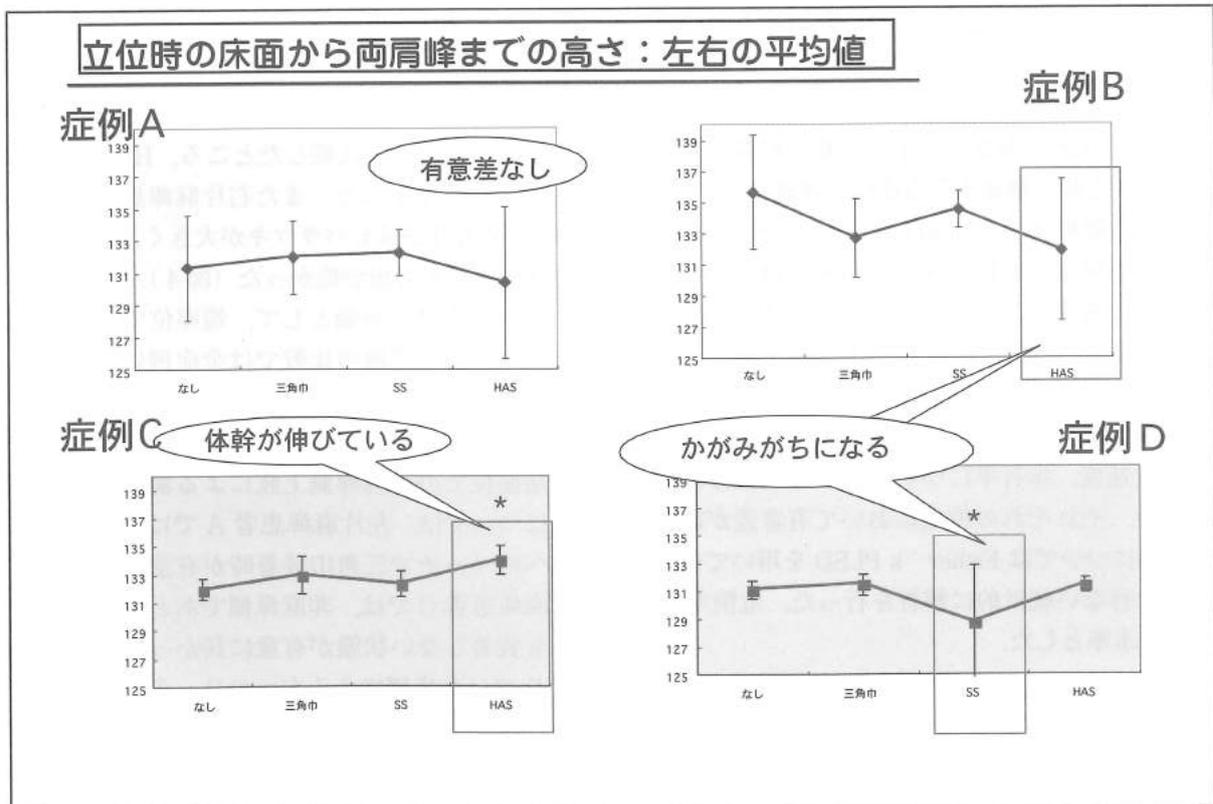


図4：立位時の床から両肩峰までの高さ（左右の肩峰高の平均値）

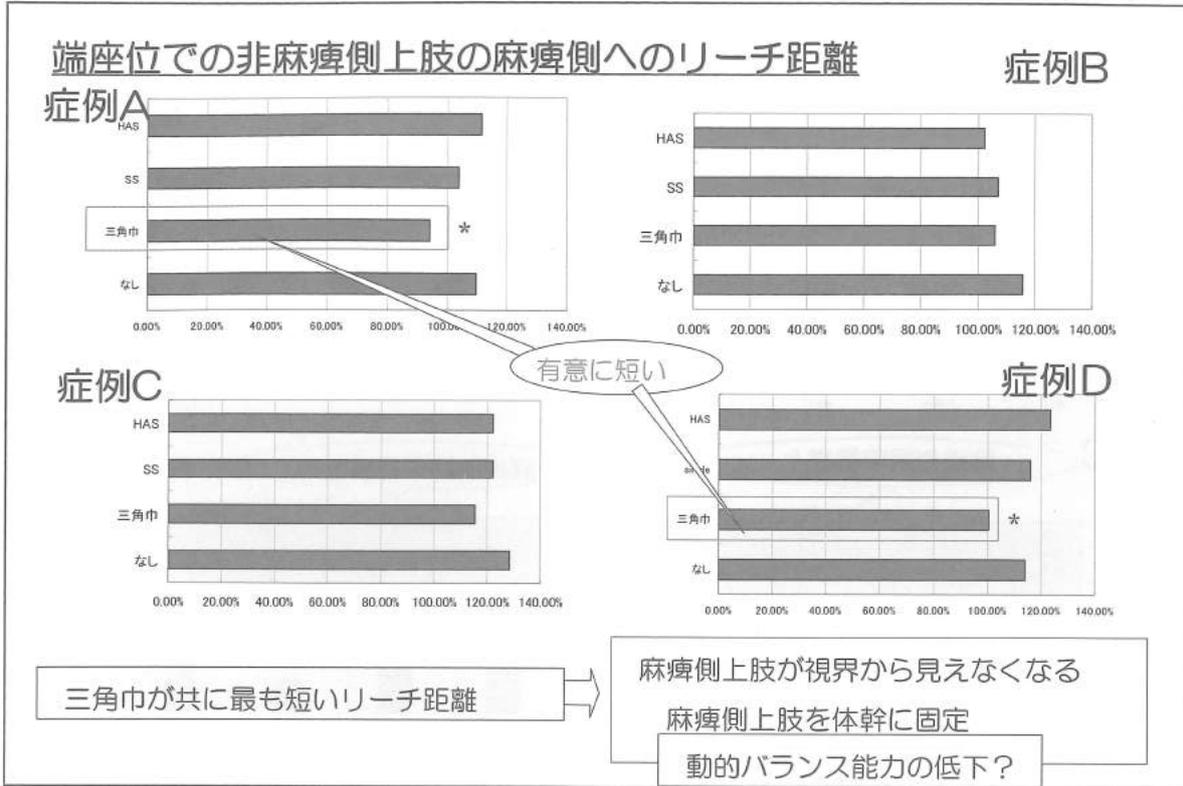


図5：端座位での非麻痺側上肢の麻痺側へのリーチ距離

た」ことより AHI 13 mm 以上の場合を亜脱臼とした。尚、レントゲン撮影が困難な症例に対しては野田ら⁸⁾の、「触診法による亜脱臼の程度と AHI の値に相関が認められた」との報告より、端座位で症例の肩を軽く押さえ、押さえた手の示指で肩峰下端と上腕骨頭の間を軽く触知する方法にて評価した。

解析は統計解析ソフト Statcel を用いて統計処理した。立位・端座位における床面から両肩峰までの高さを左右で比較するにはデータに対応が認められないため繰り返しのある二元配置分散分析を用い、交互作用が存在しない場合は一元配置分散分析を用いて検定した。端座位での非麻痺側上肢によるリーチ、10 m 歩行速度、歩行率については一元配置分散分析を行いた。それぞれの検定において有意差が認められたものについては Fisher's PLSD を用いて多重比較検定を行ない統計的に解析を行った。危険率 0.05% を有意水準とした。

【結果】

立位姿勢の評価として、床から左右肩峰の高さの比較では、左片麻痺患者 B の HAS 装着時、床面から麻痺側である左肩峰までの高さが右肩峰までの高さより有意に低かった。また右片麻痺患者 C、D で

は SS 装着時、床面から麻痺側である右肩峰までの高さが左肩峰までの高さより有意に高かった (図 3)。また左右肩峰の高さの平均値の比較では、右片麻痺患者 C において左右の肩峰の高さの平均値をそれぞれの項目において比較したところ、HAS 装着時が有意に高い値を示した。また右片麻痺患者 D においては SS 装着時が最もバラツキが大きく、また他の場合と比較して最も値が低かった (図 4)。

端座位姿勢の評価として、端座位でのベッド面から肩峰までの距離の比較では全症例においてベッド面から左右肩峰までの高さにあームスリング装着の有無や種類によって有意差は認められなかった。

端座位での非麻痺側上肢による前・左右へのリーチについては、左片麻痺患者 A では、麻痺側である左へのリーチで三角巾装着時が有意に短かった。右片麻痺患者 C では、非麻痺側である左へのリーチで何も装着しない状態が有意に長かった。右片麻痺患者 D では麻痺側である右へのリーチで三角巾を装着した場合が有意に短かった。前へのリーチでは左右の麻痺やアームスリング装着の有無に関わらず有意差は認められなかった (図 5)。

10 m 歩行速度、歩行率では、右片麻痺患者 D で

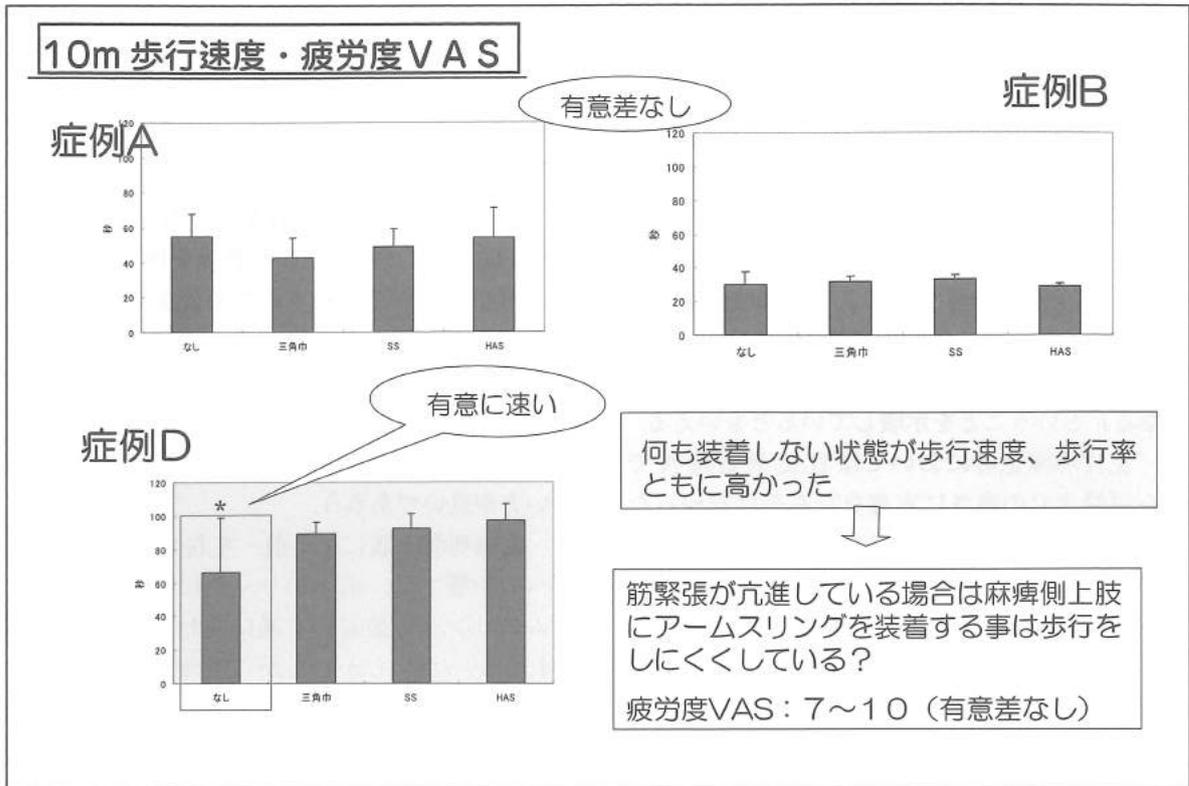


図6：10m 歩行速度・疲労度VAS

何も装着しない状態が有意に歩行速度が速く、歩行率も高かった。その他において有意差は認められなかった（図6）。

10m歩行前後の立位姿勢では、歩行前は、全症例において床から麻痺側及び非麻痺側肩峰までの高さに有意差は認められなかった。歩行後は、左片麻痺患者Bでは、何も装着しない場合の床から麻痺側である左肩峰までの高さが右肩峰までの高さよりも有意に低かった。右片麻痺患者Dでは床から麻痺側である右肩峰までの高さが左肩峰までの高さよりも有意に低かった。

歩行後の疲労度VASは、全症例において歩行後の疲労度VASは7～10でアームスリング装着の有無や種類によって有意差は認められなかった。

亜脱臼の触診（立位・端座位）は、全症例において立位・端座位時の亜脱臼の触診では各種アームスリング装着時平均して約0.5～1横指改善していたが、各種アームスリング間での有意差は認められなかった。

本人の装着感と肩の痛みについては、各種アームスリングの装着感と肩の痛みについて自由回答にて聴取したところ、左片麻痺患者AではSSについて「ご

つい、首の辺りが絞めつけられている感じ」、HASについて「SSよりもごつくない感じ。圧迫感はない」という感想であった。左片麻痺患者Bでは三角巾について「バランスが取りにくい」、SSについて「三角巾よりはバランスが取り易い」という感想であった。右片麻痺患者では特に感想を得られなかった。全症例において肩の痛みは無く、アームスリングの装着によっても変化は見られなかった。

考 察

立位姿勢におけるアームスリングの影響については、右片麻痺患者C、DにおいてSS装着時、いずれも床から肩峰までの高さは麻痺側の方が非麻痺側よりも高かった。また有意差は認められなかったものの、SS以外でも何らかのアームスリングを装着することで麻痺側の床から肩峰までの高さが高い傾向、つまり麻痺側の肩甲帯が挙上している姿勢をとっていたといえる。この原因について、C、Dの筋緊張の視点から考えてみると、C、Dはいずれも立位時に僧帽筋（上部）や上腕二頭筋等屈筋群の筋緊張が亢進することによって麻痺側肩甲帯挙上、肘関節屈曲位を呈しており、肘屈曲型のSSを装着することでより

筋緊張亢進が助長された可能性もあると考えられる。

また、床から両肩峰までの高さの平均値が姿勢全体評価の指標の1つになると考えて、それぞれの場合において比較検討した。その結果CではHAS装着時に最も高い値を示し、DではSS装着時に最も低い値を示した。更にそれらの装着時はバラツキも大きかった。これらのことから、右片麻痺C、Dにおいて、HAS装着時は、左右の肩峰の高さの対称性に加えて姿勢全体が良くなる（体幹が伸展傾向になる）。またSS装着時は姿勢がかがんだようになる（体幹が屈曲傾向になる）ということを示唆しているともいえる。

一方、左片麻痺患者においてはHAS装着時Aでは床から肩峰までの高さに有意な左右差はなかったが、Bでは麻痺側へ肩甲帯が有意に下制しているという結果になった。右片麻痺患者同様、筋緊張の視点から考察すると、AとBの違いはやはり僧帽筋（上部）、上腕二頭筋等屈筋群の筋緊張が動作時に亢進するか否かということである。つまり立位時にAでは右片麻痺患者同様屈筋群の筋緊張は不随意的に亢進し、麻痺側肩甲帯挙上、肘関節屈曲位であったが、動作時に麻痺側筋緊張が低下していたBでは大きな変化はなかった。ここで肩峰を中心としたモーメントを考えてみると、麻痺側上肢は肘屈曲位よりも肘伸展位の方が体幹への固定力が弱く、動的環境において肩峰を支点とした振り子運動が生じ易い状態となる。この為、麻痺側上肢の筋緊張が低下している場合は肘屈曲位に保持することで棘上筋の過伸張が予防出来るのではないだろうか。今回の研究においてはアームスリング装着の有無によって明らかな肩の痛みの出現や触診上の亜脱臼の変化はなかったものの、この振り子運動が繰り返されることで筋緊張が低下した棘上筋の伸張痛が生じ、不可逆的に筋が伸張された状態となってしまう可能性もあり得る。

以上をまとめると、安静時はもとより動作時に屈筋群の筋緊張が亢進する場合は、麻痺側上肢を肘屈曲位にとることは避けるべきである。反対に麻痺側上肢の筋緊張が全体的に低下している状態では、立位や歩行の際、重力による棘上筋の過伸張を予防し、最大限肩甲骨と上腕骨のアライメントを整え、ある程度体幹に固定するようなアームスリングを装着する必要があると思われる。

端座位姿勢におけるアームスリングの影響については、全症例においてベッド面から左右肩峰までの高さに有意差は認められなかった。これはアームス

リングの形状、着用に関わらず麻痺側上肢は大腿部に置かれている状態であるため上肢の重さが除去され、亜脱臼が整復されると共に姿勢の崩れが少ないのではないかと推測される。

端座位での亜脱臼予防策としては猪飼ら⁹⁾が車椅子アームトレイの作成を提案しており、Richardら⁶⁾はrap boardでの亜脱臼の改善度を検討しているが、棘上筋の過伸張を防止するために前腕部の下からクッションなど何らかの形で支えて肩甲骨と上腕骨のアライメントを整えていくことが良いと考えられる。言い換えれば立位姿勢をとる機会のない患者に対しては拘縮予防のためにもアームスリングは装着しない方が良いであろう。

非麻痺側上肢による前・左右へのリーチ（端座位）への影響では、前へのリーチには左右の麻痺、アームスリングの装着の有無に関わらず有意差は認められなかった。しかしながら麻痺側へのリーチでは左片麻痺患者Aと右片麻痺患者Dでは三角巾を装着した場合のリーチが有意に短かった。また右片麻痺患者Cでは何もつけない状態での非麻痺側へのリーチが有意に長かった。前者に関しては、三角巾によって麻痺側上肢が視界から殆ど見えなくなることで、麻痺側上肢を体幹に固定することで動的バランス能力を低下させ、結果的に麻痺側へのリーチ距離を狭小化させている可能性も考えられる。これについては、後者の右片麻痺患者が何も装着しない状態での非麻痺側へのリーチが有意に長かった結果からも、麻痺側上肢を視覚的・身体的に認識出来る状態にしておいた方がボディイメージを捉え易くなるとも考えられる。また、今回は麻痺の状態がある程度固定化した症例を対象としている為、発症早期の端座位訓練等においては身体的アライメントや麻痺側上肢の筋緊張、半側空間無視や感覚障害等による患手管理という視点も踏まえて考慮するべきであることは言うまでもない。

10m歩行速度、歩行率への影響は、右片麻痺患者Dで何も装着しない状態が有意に歩行速度が速く、歩行率も高かった。その他の症例においてはそれぞれの歩行速度に有意差は認められなかった。Dについては動作時に前述の通り筋緊張が亢進していることが確認できている。立位においてもSS装着時に麻痺側肩甲帯が挙上していた。これによって歩容が乱れ、結果的には歩行をしにくくしているとも推測できる。よりリラックスした状態で歩行を進める為に

も、立位時と同様に動作時に筋緊張が亢進する場合は、歩行においても麻痺側上肢へのアームスリングは装着するべきではないのかもしれない。但し麻痺側上肢の筋緊張が低下しており、歩行時に上肢の重みが重力とあいまって棘上筋を更に伸張し、疼痛が生ずる場合は麻痺側上肢を保護するような、つまりは棘上筋への負担を軽減し、肩甲骨や脊柱のアライメントを整えるようなアームスリングを装着するべきかもしれない。

一方 Gunes ら⁴⁾はアームスリングを着用した場合歩行スピードや歩容が改善されたと述べていることから、更に症例数を増やして検討していく必要があるだろう。

歩行前後の立位姿勢への影響は、歩行前の姿勢において有意差は認められなかったが、歩行後の姿勢では左片麻痺患者 B、右片麻痺患者 D においてそれぞれ麻痺側の肩峰が非麻痺側の肩峰よりも下がった状態であった。これは先に述べたように仮に立位や歩行時に麻痺側上肢の筋緊張が亢進したとしても、歩行を終えた安静時にはやはり麻痺側上肢の重さと重力があいまって、結果的には麻痺側の肩甲帯が下制した姿勢になっていたものと思われる。

歩行後の疲労度 VAS への影響は、全症例において歩行後の疲労度 VAS に有意差は認められなかったことから、患者自身の負担感というものは麻痺側上肢のアームスリング装着の有無にはさほど影響していないのかもしれない。

立位・端座位での亜脱臼への影響は、全症例において立位・端座位共に亜脱臼の触診に有意差は認められなかった。つまり亜脱臼自体は今回のアームスリングの装着によって改善されなかったと考えられ、それにも関わらず前述のような各場面での姿勢の変化（左右肩峰の床面からの高さの差）が生じたことから、大切なのは亜脱臼を改善することだけではなく姿勢全体を改善させる為にはどうすべきなのかという視点であるといえる。

本人の装着感と肩の痛みへの影響は、今回の研究においてはそれぞれの対象者から特にチェック項目を設けず漠然と聴取した為、今後は細かいチェックリストを作成し、本人並びに介助者の装着のし易さ、装着感、肩の痛み等についても検討していく必要があると思われる。

【結 論】

今回、脳卒中により麻痺側の肩関節亜脱臼を呈する左右片麻痺患者 4 名に対して 3 種類のアームスリング装着の有無によって立位、端座位、リーチ、歩行等の基本動作に与える影響について特に姿勢に着目して検討した。姿勢の計測方法としては、各動作時における床面から肩峰への高さを著者が考案したメジャーに錘を付けたものを用いて、肩峰から床面への垂直な距離を測定した。また各動作において亜脱臼の触診や本人の装着感や歩行後の疲労度などの聴取を行なった。今回は X 線所見によって亜脱臼の度合いを確認しなかったが、触診上はどの場合においても有意差は認められず、また肩の痛みも生じなかった。これらのことから、アームスリング処方ポイントを以下に 4 つ挙げる。1) 姿勢；何も装着しない状態で肩甲骨、上腕骨、脊柱の位置がどのようになっているか、更に各種アームスリングを装着した状態で上記の内容がどのように改善、或いは弊害されるか、2) 筋緊張；安静時と動作時で姿勢や筋緊張がどのように変化をするか、具体的には動作時に麻痺側上肢の僧帽筋（上部）、上腕二頭筋を始めとした屈筋群の筋緊張が亢進する場合は肘屈曲型のアームスリングは避けるべきである。逆に発症早期などで麻痺側上肢の筋緊張が全体的に低下している状態で立位をとる場合、棘上筋の過伸張を予防し、最大限肩甲骨と上腕骨のアライメントを整え、体幹に固定するようなアームスリングを装着する必要がある、3) 左右リーチ距離の確認；今回は端座位のみでのリーチ計測であったが、立位でのリーチ距離の確認も必要であろう、4) 歩行速度、歩行率。

更に今回の研究では検討しなかったが、以下の点についてもアームスリング装着の有無によって差異があるかどうか今後検討したい。1) 高次脳機能障害（今回は著明な半側空間無視などの高次脳機能障害を呈した症例を対象者としていない為、今後は身体失認などの影響等も考慮したい）、2) 感覚障害の有無、3) 本人の装着感、4) 介助者の装着感、等である。これ以外にも体幹や下肢の状態が基本動作能力に影響することは周知の通りである。また、今回の症例は発症より 6 ヶ月以降としたものの、個々の症例によって筋緊張や亜脱臼の程度も異なっていた為、個体間のバラツキが生じている可能性も否めない。更に、計測時期以外の生活の中では症例によ

てアームスリング装着の有無や種類もそれぞれ異なっていた点も考慮したい。

亜脱臼の経時的変化について野田ら¹⁰⁾は「胸部X線写真より、肩峰骨頭間の距離は麻痺の重篤な症例で3ヶ月以内に増加し、徐々に改善する傾向を認めたが、慢性期以降は比較的变化が少なかった」としていることから、前述の項目の検討後、何らかのアームスリングが必要であると判断した後も、経時的に適合度のチェックをし、亜脱臼の状態もさることながら、麻痺側上肢の筋緊張が亢進し始めた時点で速やかに除去すべきである。これについて田中ら³⁾はBrunnstrom stageがⅡまたはⅢの中にはアームスリングの使用を中止できる場合が多いと考えており、長期のアームスリングの使用は拘縮を助長する可能性がある」と述べている。

一方、発症後長期間経過した後も麻痺側上肢の筋緊張が低下した状態が継続する場合は、患手管理の面からも、移乗など動的場面のみで何らかのアームスリングを装着する必要があるかもしれない。

肩の痛みに関しては山本ら¹¹⁾は「亜脱臼は肩の痛みの原因ではない」としており、一方で猪飼ら¹²⁾は肩関節痛は亜脱臼群に多く、特に発症後6ヶ月以上の症例で5割以上に認められたこと、また関節可動域制限も同様に8割以上あったことより、癒着性肩関節包炎が一番の原因と考えている。著者としては肩甲骨、脊柱、骨盤等を含めた姿勢全体のアライメント不良により生じる、棘上筋の伸張痛や肩関節包炎を踏まえた上でアームスリングの必要性の有無や種類を検討せねばならないと考える。

最後に、今回は基本的な身体動作のみに視点を絞って検討したが、今後は更にADLに結びついた具体的な動作-整容、起居動作、更衣等への影響についても検討をしていく必要があると思われる。

謝 辞

本研究を行なうにあたり、多大なご協力を頂いた被験者の方々、並びにスタッフの皆様にご心よりお礼申し上げます。

文 献

- 1) Robert A. Donatelli: 肩のリハビリテーション, メディカ出版, 2002.
- 2) 福井國彦: 片麻痺の上肢. 総合リハビリテーション, 1 (2): 59 - 64, 1973.
- 3) 田中正一: 脳卒中片麻痺患者の肩関節亜脱臼-X

- 線評価と姿勢の及ぼす影響について-リハビリテーション医学, 26 (3): 149 - 152, 1989.
- 4) Gunes Yavuzer: Effect of an Arm Sling on Gait Pattern in Patients With Hemiplegia. Arch Phys Med Rehab, 83:960-963, 2002.
- 5) Marvin M, et al: Shoulder Subluxation in Hemiplegia: Effects of Three Different Supports. Arch Phys Med Rehab, 72:582-585, 1991.
- 6) Richard D. Zorowitz, et al: Shoulder Subluxation After Stroke: A comparison of Four Supports. Arch Phys Med Rehab, 76:763-771, 1995.
- 7) 岡村太郎: 脳卒中片麻痺患者の肩関節亜脱臼に対するアームスリングの紹介. MB Med Reha, 49: 7 - 14, 2005.
- 8) 野田幸男, 千野直一: 片麻痺の肩関節亜脱臼. 総合リハビリテーション, 13 (10): 775 - 778, 1985.
- 9) 猪飼哲夫: 車椅子用アームトレイの作成と効果. 総合リハビリテーション, 27 (10): 963 - 966, 1999.
- 10) 野田幸男: 胸部X線写真からみた脳卒中片麻痺肩関節亜脱臼の経時的変化について. リハビリテーション医学, 37 (1): 69, 2000.
- 11) 山本春香: 脳卒中片麻痺患者の肩の痛みについて. 東京慈恵医科大学雑誌, 118 (3): 209 - 210, 2003.
- 12) 猪飼哲夫: 脳卒中片麻痺患者の肩関節亜脱臼の検討-経時的変化について-リハビリテーション医学, 29 (7): 569 - 574, 1992.
- 13) Richard D. Zorowitz, et al: Shoulder Pain and Subluxation After Stroke: Correlation or coincidence?. The American Journal of Occupational Therapy, 50: 194 - 201, 1996.
- 14) JUDY GRIFFIN: Shoulder Pain in Patients with Hemiplegia. Physcal Therapy, 61:1041-1045, 1981.
- 15) C. Van Ouwenaller, et al: Painful Shoulder in Hemiplegia. Arch Phys Med Rehab, 67: 23 - 26, 1986.
- 16) Akira Haluno: Arthrographic Findings in Hemiplegic Shoulders. Arch Phys Med Rehab, 65: 706 - 711, 1984.
- 17) Rejea D et al: Rotation of the Scapula and Shoulder Subluxation in Hemiplegia. Arch Phys Med Rehab, 68: 786 - 791, 1987.
- 18) 野田幸男: 片麻痺の肩関節亜脱臼. 総合リハビリテーション, 13 (10): 775 - 778, 1985.
- 19) 小林英司: 脳卒中片麻痺患者における肩甲骨回旋角度と肩関節亜脱臼の関係. 理学療法ジャーナル, 39 (2), 2005.
- 20) 今井覚志: 座位リーチ動作の運動学的解析-片麻痺患者と健常者との比較-. 総合リハビリテーション, 30 (2): 161 - 166, 2002.
- 21) 中山恭秀: 脳卒中片麻痺患者の亜脱臼への対応.

- MB Med Reha, 49:1-6, 2005.
- 22) 福井國彦：片麻痺の肩. 総合リハビリテーション, 5 (9) : 665 - 670, 1977.
 - 23) 野村栄貴：片麻痺患者の肩の痛み. 総合リハビリテーション, 22 (5) : 369 - 373, 1994.
 - 24) 篠塚直子：脳卒中片麻痺患者における肩関節の病態 (第1報). リハビリテーション医学, 25 (2) : 105 - 109, 1998.
 - 25) 山本晴康：脳卒中片麻痺患者にみられる脊柱変形. リハビリテーション医学, 14 (3) : 239 - 243, 1977.
 - 26) 福井國彦：片麻痺肩関節の造影レ線像を中心とする所見および経過について. リハビリテーション医学, 9 (3) : 182, 1972.
 - 27) 高橋昭：片麻痺の手. 神経内科, 17:1-7, 1982.
 - 28) 小泉正明：片麻痺患者の肩部痛について. 整形外科, 30 (10) : 1140 - 1146, 1979.
 - 29) 岡村明：機能解剖学からみた肩の痛みのメカニズム. 理学療法, 5 (6) : 399 - 409, 1988.
 - 30) 白野明：片麻痺患者の関節造影上の変化について. 総合リハビリテーション, 12 (1) : 47 - 52, 1984.
 - 31) 比嘉淳：脳卒中片麻痺患者における肩関節亜脱臼防止についての検討. 整形外科と災害外科:52 (3), 2003.
 - 32) 原田紗千子：片麻痺に対する肘伸展型アームスリング使用の検討. 聖マリア医学, 26 (2) : 93, 2000.
 - 33) 西澤要：成人片麻痺者における麻痺側, 非麻痺側の身体イメージ理解の試み. 理学療法学, 31suppl2 : 493, 2004.
 - 34) 對馬均：片麻痺患者の FunctionalReach と重心移動能力. 理学療法学, 31suppl2 : 349, 2004.
 - 35) 波塚圭介：脳卒中片麻痺患者の歩行-上半身重心の動きについて-. 理学療法学, 31suppl2 : 349, 2004.
 - 36) 高杉栄：脳卒中片麻痺患者の歩行効率と上肢到達能力との関係について. 理学療法学, 31suppl2 : 349, 2004.
 - 37) 久保田健太：脳卒中片麻痺患者における, リーチ動作と歩行自立度の関連性. 理学療法学, 29suppl2 : 65, 2002.
 - 38) 村上忠洋：脳卒中片麻痺患者における動作時筋緊張の評価. 日本私立医科大学理学療法学会誌, 18:64-66, 2001.
 - 39) 進藤政臣：筋トーマス. 総合リハビリテーション, 29 (9) : 831 - 835, 2001.

人工内耳装用者におけるラセン神経節細胞の可塑性

—電気誘発複合電位 (EAP, ECAP) を用いて—

内藤 明

東海大学医学部耳鼻咽喉科

Plasticity of spiral ganglion cell in cochlear implant patients

— Examined by Electrically Evoked Compound Action Potential —

Akira Naito

Department of Otorhinolaryngology, Tokai University School of Medicine

Abstract

The purpose of this study is to examine spiral ganglion cell in cochlear implant patients by Electrically Evoked Compound Potential (EAP, ECAP). Thirty nine Nucleus24 users who were acquired or congenital deafness participated in this study. EAP thresholds were gradually decreased after switch-on, thus it indicated the plasticity of spiral ganglion cell in cochlear implant patients. Furthermore, following fact was revealed by examining response waves, amplitudes and latencies; the cause of deafness is correlated with N1, and duration of deafness is correlated with P2. Therefore, detail examination of spiral ganglion cell possibly provides us the information how deafness had influenced and how residual spiral ganglion cell works in congenitally deaf children.

Key words

Cochlear implant, Electrically Evoked Compound Action Potential : EAP, ECAP
spiral ganglion cell, Plasticity

要旨：電気誘発複合電位 (EAP, ECAP) を用いて、人工内耳装用者におけるラセン神経節細胞の機能について検討した。対象は N24 人工内耳を装用した中途失聴者および先天聾児の 39 名。音入れ後の EAP の閾値は時間の経過とともに低下し、人工内耳装用者におけるラセン神経節細胞の可塑性が示唆された。さらに出現波形の型、振幅および潜時について検討した結果、失聴原因と N1 および失聴期間と P2 の関係がみられた。今後、ラセン神経節細胞の機能を詳細に検討することで、失聴による影響や先天聾児の残存機能について知ることが可能になると考えた。

キーワード：人工内耳, 電気誘発複合電位, 語音聴取能, ラセン神経節細胞, 可塑性

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

表1 対象

症例	年齢	失聴期間	症例	年齢
1	4 6	1 年	1	1 歳 10 ヶ月
2	5 2	7 ヶ月	2	2 歳 3 ヶ月
3	5 2	8 ヶ月	3	2 歳 6 ヶ月
4	6 1	3 年	4	2 歳 8 ヶ月
5	6 3	1 年	5	2 歳 9 ヶ月
6	6 3	7 年	6	2 歳 10 ヶ月
7	6 6	1 0 年	7	2 歳 10 ヶ月
8	6 7	2 ヶ月	8	2 歳 10 ヶ月
9	6 8	3 年	9	2 歳 11 ヶ月
1 0	7 4	1 年 4 ヶ月	1 0	3 歳
1 1	7 6	1 ヶ月半	1 1	3 歳
			1 2	3 歳
			1 3	3 歳 3 ヶ月
			1 4	3 歳 7 ヶ月
			1 5	3 歳 8 ヶ月
			1 6	4 歳 4 ヶ月
			1 7	4 歳 4 ヶ月
			1 8	4 歳 5 ヶ月
			1 9	4 歳 6 ヶ月
			2 0	4 歳 6 ヶ月
			2 1	4 歳 6 ヶ月
			2 2	6 歳 8 ヶ月
			2 3	7 歳 2 ヶ月
			2 4	7 歳 5 ヶ月
			2 5	8 歳 1 ヶ月
			2 6	8 歳 3 ヶ月
			2 7	9 歳 9 ヶ月
			2 8	1 3 歳

(装用時年齢)

はじめに

電気刺激によって音感覚を獲得した人工内耳装用者のきこえは、時間の経過とともに変化する。違和感を覚えた装用直後のきこえは、次第に過去のきこえに近づく傾向があり、これは聴覚の可塑性と考えられる。従来、一度失った神経の機能は回復しないと考えられていたが、最近では中枢神経において可塑性があることが分かっている。筆者は人工内耳装

用者の聴覚中枢における可塑性を報告し¹⁾、電気刺激による機能回復を示唆した。しかし、内耳にある有毛細胞は再生しないなど、ヒトの末梢神経は可塑性が低いものと考えられている。そこで、聴神経の末梢であるラセン神経節細胞の機能について、客観的方法を用いて検討した。

対 象

コクレア社製 N24 人工内耳を装用した中途失聴成

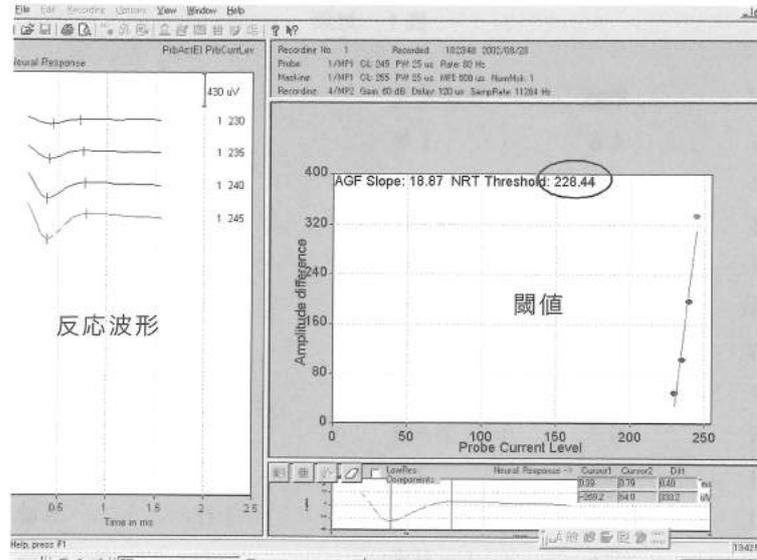


図1 電気誘発複合電位 (EAP, ECAP)
(閾値と反応波形)

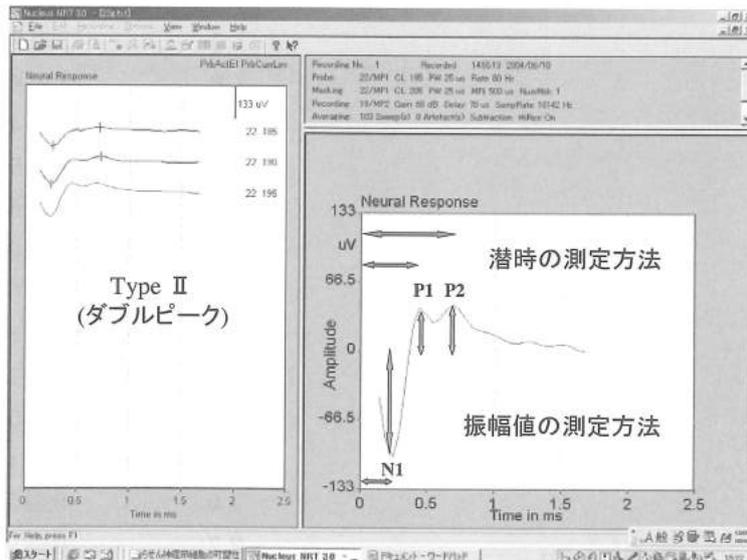


図2 電気誘発複合電位 (EAP, ECAP)
(波形の分析)

人および先天聾児。年齢：7歳～76歳。成人中途失聴者11名、先天聾児28名の計39名。失聴期間：1ヶ月半～10年(表1)。

方法

コクレア社製人工内耳に敷設されている神経反応テレメトリー (Neural Response Telemetry : NRT) を用いて、人工内耳装用者の電気誘発複合電位

(Electrically Evoked Compound Action Potential : EAP, ECAP)の閾値(図1)と反応波形の振幅および潜時を求めた(図2)。

結果

音入れ後にEAPの変化が認められた。

1) 閾値

成人中途失聴者および装用時年齢7歳の場合で蝸牛

58歳 男性 , 失聴期間10年

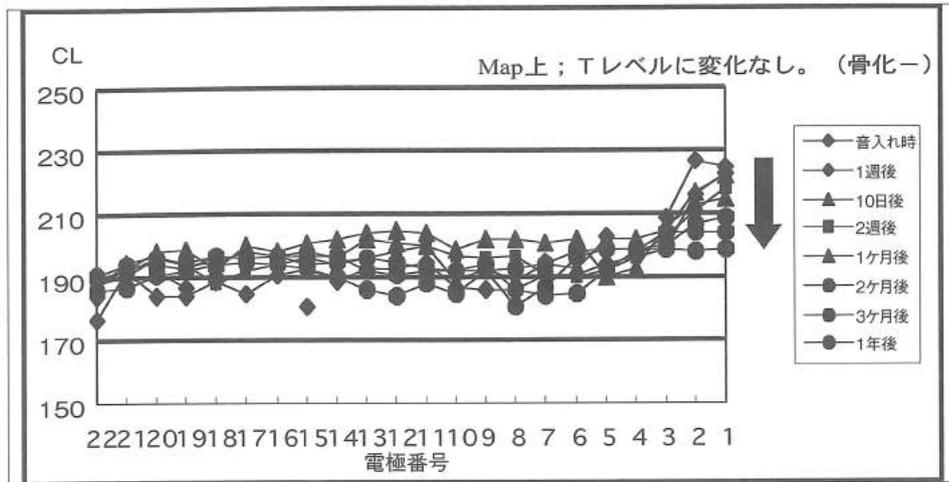


図3 成人におけるEAP閾値の変化

7歳 先天性重度難聴 (高音障害型値)

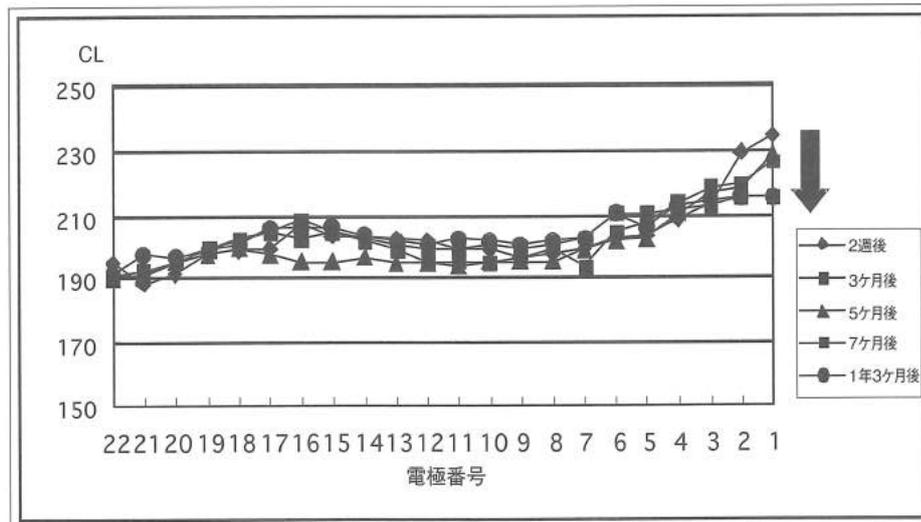


図4 小児におけるEAP閾値の変化 (1)

基底回転においてEAP閾値の上昇が認められたが、時間の経過とともに低下した(図3, 図4)。一方、装用時年齢が13歳の場合ではEAP閾値の変化はみられなかった(図5)。長期観察では、内耳奇形例において音入れ5年後にEAP閾値の著明低下がみられた(図6)。

2) 波形

- ①タイプIcからIIに変化(図7)するものと、
- ②タイプIIからIaに変化(図8)するものがあった。
- ①8歳の先天性重度難聴児の場合、人工内耳装用1

ヶ月後のEAP反応波形は陰性波N1のみのタイプIcで、N1の振幅は153.4 μ V、潜時は0.35msecだった。1年3ヶ月後には陰性波N1、陽性波P1およびP2が現れるタイプIIに変化し、N1の振幅は287.6 μ V、潜時は0.27msec、P1の振幅は67.7 μ V、潜時は0.52msecおよびP2の振幅は64.9 μ V、潜時は0.73msecを示した。②2歳1ヶ月時に髄膜炎に罹患して失聴した小児の場合、装用1ヶ月後のEAP反応波形はタイプIIで、N1の振幅は170.4 μ V、潜時は0.30msec、P1の振幅は41.6 μ V、潜時は0.49msecおよびP2の

13歳 先天性重度難聴（高音障害型）

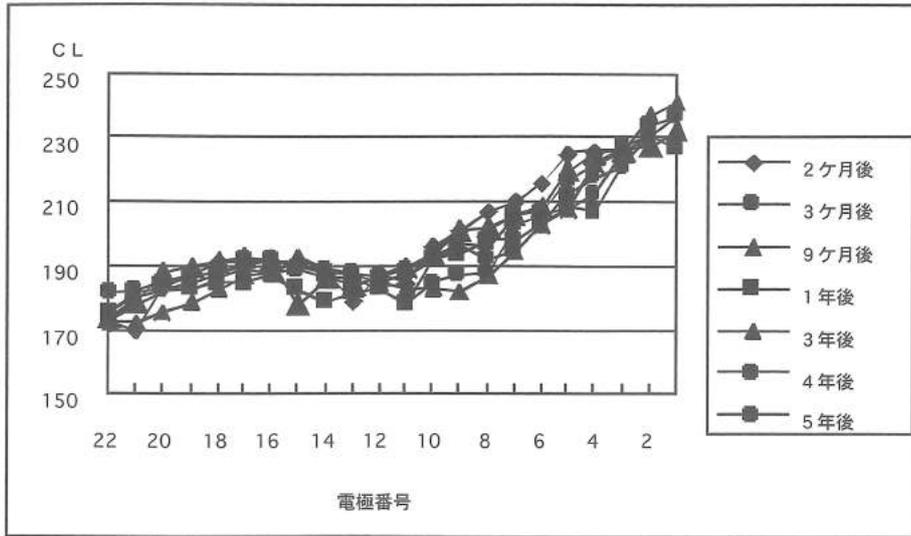


図5 小児におけるEAP閾値の変化(2)

7歳 Mondini型内耳奇形

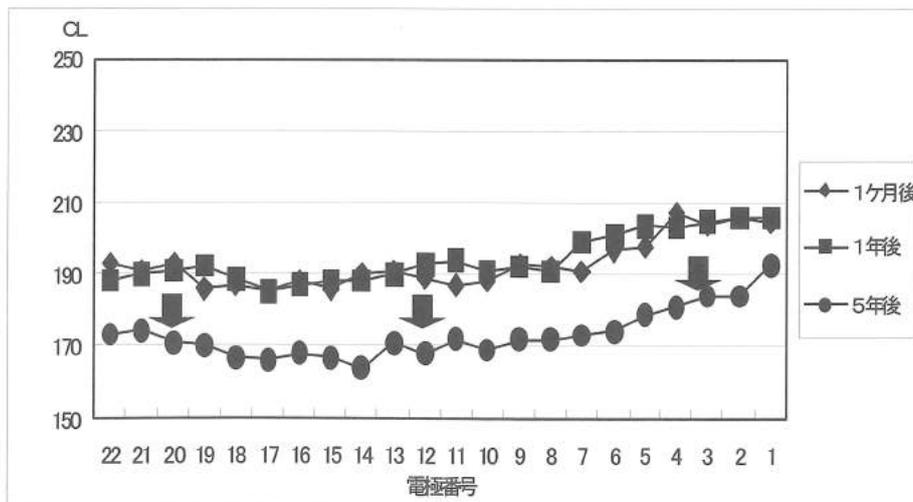


図6 小児におけるEAP閾値の変化(3)

振幅は $63.2 \mu V$ 、潜時は 0.74msec を示した。4年10ヶ月後には陰性波N1と陽性波P1で構成されるタイプIaに変化し、N1の振幅は $281.3 \mu V$ 、潜時は 0.35msec およびP1の振幅は $46.5 \mu V$ 、潜時は 0.74msec であった。

3) 振幅および潜時

2つの陽性波をもつタイプIIが出現した中途失聴

例に対して、音入れ1ヶ月～5年10ヶ月後の振幅および潜時を測定した結果、振幅は①N1振幅のみの低下(図9)、②P2振幅のみの低下(図10)、③N1、P1およびP2振幅の低下(図11)など、さまざまな傾向を示した。一方、潜時はほとんど変化しなかった(図9～図11)。また、失聴期間7年と長い症例ではタイプIaを示し、振幅および潜時

人工内耳装用者におけるラセン神経節細胞の可塑性

8歳 先天性重度難聴

220CL

Gain 60

Delay 75 μ sec

(22ch : 中回転)

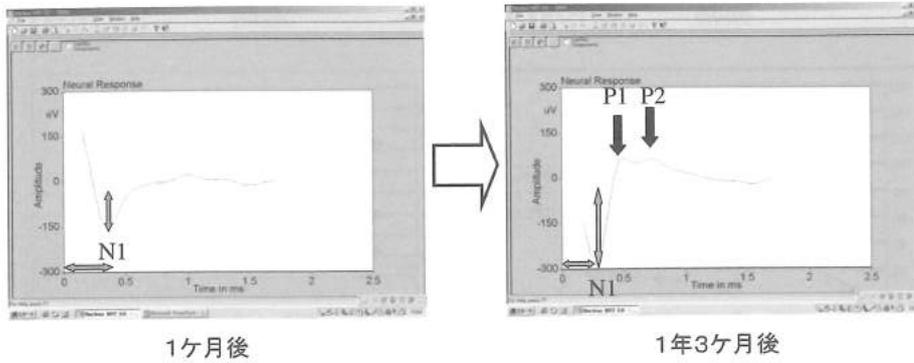


図7 EAP波形の変化

7歳 髄膜炎(2歳時1ヶ月)

195CL

完全失聴期間 11ヶ月

Gain 60

Delay 100 μ sec

(22ch : 中回転)

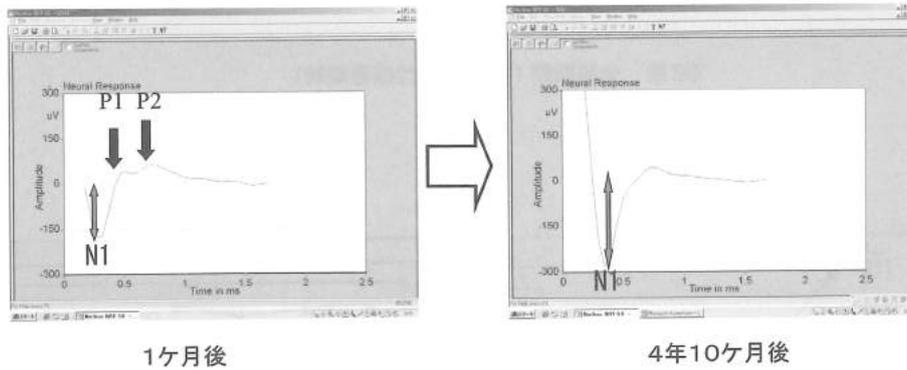
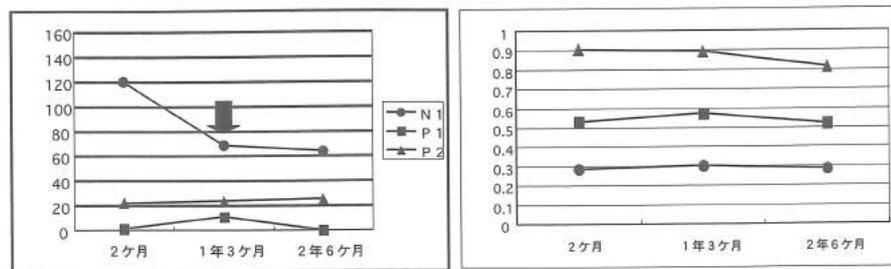


図8 EAP波形の変化

58歳 失聴期間3年 (進行性感音難聴)

振幅

潜時



N1 振幅の低下

不変

図9 振幅と潜時の変化 (1)

46歳 失聴期間7ヶ月（突発性難聴）

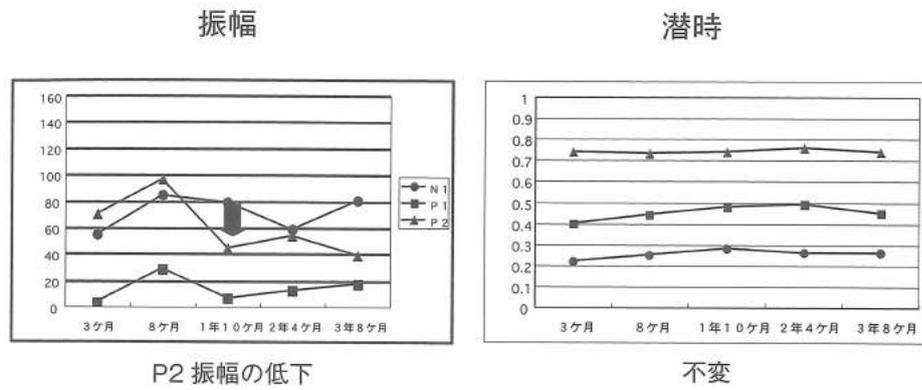


図 10 振幅と潜時の変化 (2)

58歳 失聴期間1年（進行性感音難聴）

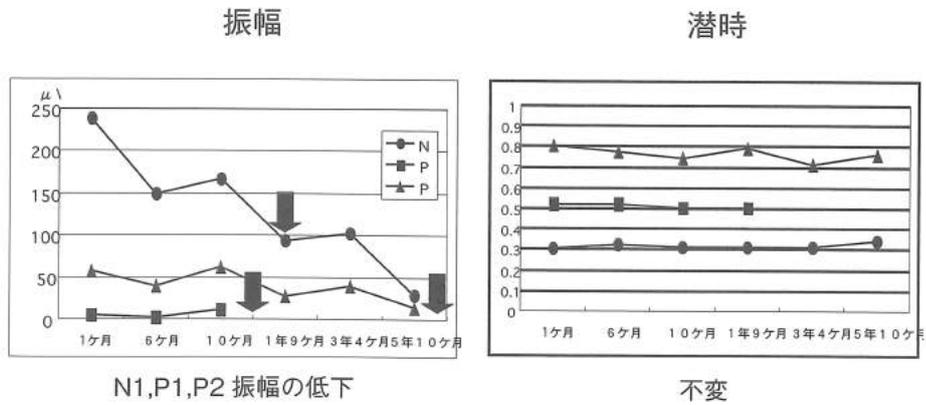


図 11 振幅と潜時の変化 (3)

64歳 失聴期間7年（突発性難聴）

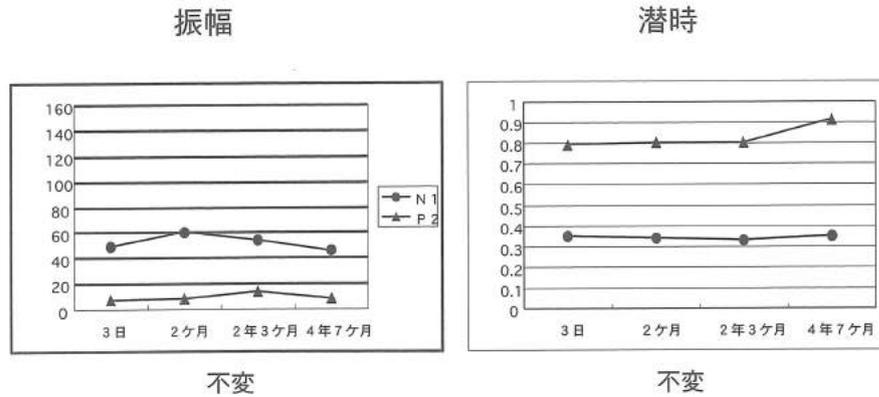


図12 振幅と潜時の変化(4)

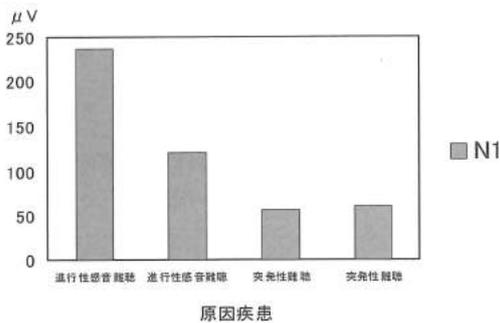


図13 失聴原因とN1の関係
(進行性感音難聴と突発性難聴の比較)

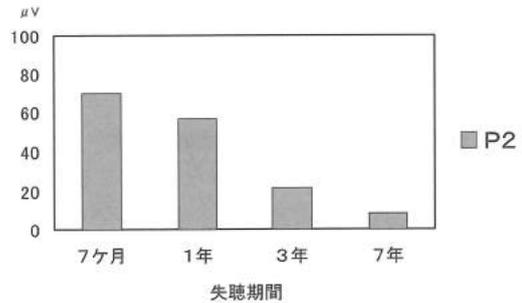


図14 失聴期間とP2の関係

共に不変であった(図12)。さらに、失聴原因および失聴期間と各パラメーターの関係を検討した結果、①進行性感音難聴症例の振幅値は238 μVおよび120 μV、突発性難聴症例は55 μVおよび60 μVで、進行性感音難聴の方がN1の振幅は大きかった(図13)。②失聴期間との関係は、失聴期間が長い症例ほど、P2の振幅は小さかった(図14)。振幅が20%以上変化した症例の割合は成人中途失聴者64%、先天聾児100%であったが(図15)、潜時の変化した割合は成人中途失聴者18%、先天聾児29%であった(図16)。

考 察

人工内耳によって得られた音声情報はラセン神経節細胞、蝸牛神経、脳幹を上行した後、第一次聴覚野を経て最終的には側頭葉後部の聴覚連合野で認知・理解される。人工内耳装用者のきこえは音入れ後次第に変化し、多くの場合聴取能の改善がみられる。失聴期間の影響を受け、短期失聴者より長期失聴者の聴取能は悪いものの1)、回復する可能性はある(図17)。また、きこえの回復に一致して、聴覚中枢における音響処理能力の可塑性も認められている(図

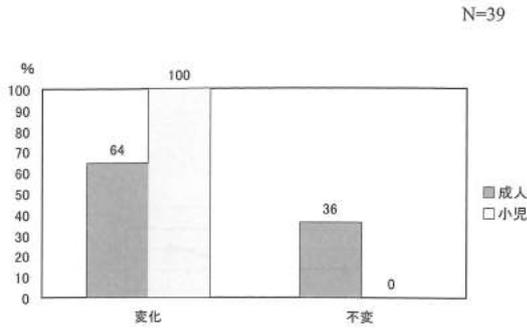


図 15 振幅の変化

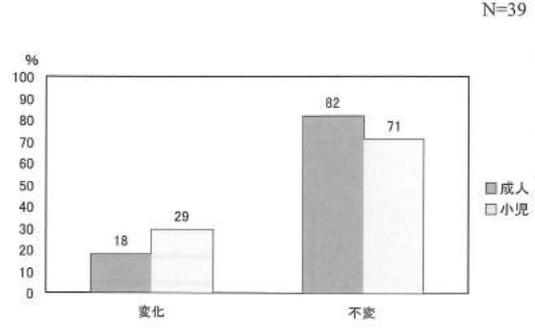


図 16 潜時の変化

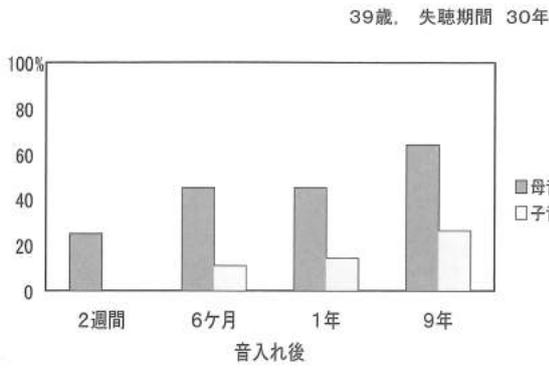


図 17 長期失聴者における言葉の聞き取りの変化

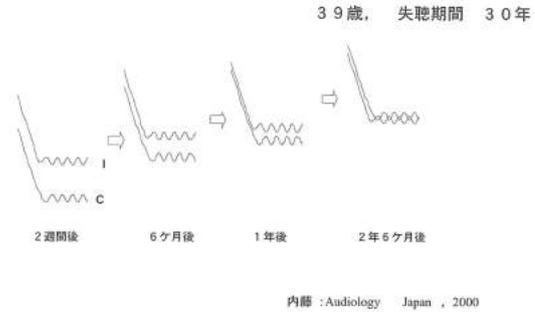


図 18 聴覚中枢における可塑性

18) ¹⁾。今回、まだ明らかにされていない聴神経の末梢にあるラセン神経節細胞の可塑性について、電気誘発複合電位 (EAP, ECAP) を用いて検討した。この方法は手術によって蝸牛に埋め込まれた電極より、電気刺激によってラセン神経節細胞の機能を遠隔操作によって求めるものである。

1) 閾値

人工内耳装用者の EAP 閾値を時系列に分析した結果、蝸牛基底回転の閾値は音入れ 1 週後より低下し始め、1 年後には他の電極における閾値とほぼ同じ値を示した (図 3)。これは障害が大きかった基底回転のラセン神経節細胞の機能が、人工内耳の電気刺激によって回復したことが考えられる。EAP 閾値の低下は蝸牛の骨化・線維化によるインピーダンスの変化も考えられるが、T レベルの値に変化がなかったことから、蝸牛内の形態的变化は否定される。またレントゲン写真においても蝸牛の骨化・線維化を疑う所見は認められていない。

装用時年齢が 7 歳の先天性重度難聴児の場合でも、成人例と同様に時間の経過とともに EAP 閾値は低下した (図 4)。両耳補聴によって言語獲得した小児の中には術前聴力が高音域で聞こえない者が多く、蝸牛基底回転におけるラセン神経節細胞の機能は生まれつき低下している可能性が大きい。装用時年齢が 13 歳と比較的高い場合は装用 5 年を経ても EAP 閾値の変化はみられなかったことから (図 5)、小児におけるラセン神経節細胞の可塑性は加齢による影響を受けることが示唆された。また、長期観察では 7 歳の内耳奇形例で EAP 閾値の著明低下が認められており、音入れ時に低年齢でさらに内耳奇形などラセン神経節細胞の機能が既に低下している場合は可塑性が高いと思われた。

2) 反応波形

ラセン神経節細胞の機能を反映する EAP の波形は、陰性波 N1 と陽性波 P1 で構成されるタイプ I a, 陽性波 P1 のみのタイプ I b, 陰性波 N1 のみのタイプ

ブI c, 陰性波N1, 陽性波P1およびP2が現れるタイプIIの4タイプがある2)。蝸牛の部位によって陽性ピークが1つの場合と2つの場合があり、ラセン神経節細胞における残存機能に差異があること考えられる3)。蝸牛基底回転はタイプI aあるいはタイプI c, 蝸牛中回転はタイプIIが出現することが多く、術前の残存聴力から考えると基底回転より蝸牛中回転におけるラセン神経節細胞の残存機能は良好と思われる。言い換えると、タイプIIが出現することは、ラセン神経節細胞の機能が良好に保たれていることを意味する。

今回、先天性重度難聴および2歳1ヶ月時に髄膜炎により失聴した小児2例に対して、蝸牛中回転におけるEAP波形の変化を検討した。8歳の先天性重度難聴児の場合は、タイプI cからタイプIIに変化しており、蝸牛の同一部位におけるラセン神経節細胞の残存機能が電気刺激によって向上したものであると思われた。一方、髄膜炎罹患後に失聴した小児の場合は、タイプIIからタイプI aに変化した。装用1ヶ月後の時点でタイプIIを示したのは、出生時健聴であったためにラセン神経節細胞の機能は良好に保たれていたことが推察される。しかし、装用4年10ヶ月後にP1振幅の減少があり、波形の型はタイプI aとして現れた。P1振幅が減少した理由は不明だが、両者ともにN1振幅の増大は認められている。

3) 振幅および潜時

陽性ピークを2つもつタイプIIが出現した成人装用者に対して各パラメーターを時系列に検討した結果、さまざまな態様を示した。①振幅に関しては、時間の経過とともにN1の縮小がみられ、小児におけるN1の振幅増大とは対照的であった。N1は加齢による感度の違いが考えられた。また、失聴原因別に進行性感音難聴群と突発性難聴群の比較をしてみると、進行性感音難聴群に比べて突発性難聴群のN1振幅は小さかった。これは突発性難聴の病因を知るうえで、参考になるものと思われた。さらに失聴の影響を調べてみると、失聴期間の長さともP2の関係が

浮かび上がった。失聴期間が長くなるにつれP2は低下し、ラセン神経節細胞の中でもP2を発現する部位が最も失聴期間の影響を受けることが示唆された。P1, P2の出現は軸策あるいは樹状突起が起因していると推論されているが2)、明らかではない。今回の結果より、聴神経の末梢にあるラセン神経節細胞の可塑性が認められ、早期から変化するなどかなり鋭敏であることが示唆された。しかし、成人と小児では態様が異なっているなど不明な点があり、今後の検討が必要である。②潜時に関しては、すべての症例で明らかな変化は認められなかった。39例すべての症例における各パラメーターの変化は、振幅で大きく、小児例では特に変化した。一方、潜時の変化は小さく、失聴による影響は少ないものと思われた。

まとめ

- 1) ラセン神経節細胞の機能を時系列に評価した結果、可塑性が示唆された。
- 2) 小児の場合、加齢による影響がみられた。
- 3) 成人の場合、陰性波N1, 陽性波P1およびP2の態様はさまざまであった。
- 4) 失聴原因とN1および失聴期間とP2の関係がみられた。

参考文献

- 1) 内藤明, 北野庸子, 高橋正紘, 石田克紀, 坂井真, 古賀慶次郎: 人工内耳装用者における聴覚順応と可塑性-音響心理学的検討-. *Audiology Japan* 43: 210-214, 2000
- 2) Lai WK: A simple two-component model of the Electrically evoked compound action potential in human cochlea. *Audiology & Neuro-Otology*: 333-345, 2000
- 3) Naito A, Yoko K, Tatsuhiko H, Takahashi M: The characteristics of Neural response telemetry of the normal cochlea and cochlear malformation. *Cochlear Implants, An Update*.73-77, 2002

人工内耳のマッピングにおける一考案

－日本語のより良いきこえを求めて－

内藤 明

東海大学医学部耳鼻咽喉科

Suggestion of mapping

－ For the better recognition of Japanese －

Akira Naito

Department of Otorhinolaryngology, Tokai University School of Medicine

Abstract

Vowel and consonant recognition was measured in cochlear implant patients with different frequency allocation for the better recognition of vowel. With lower frequency allocation, vowel and consonant recognition was significantly improved. The result implied that the central auditory system could recognize the phonetic information easily because the range of first and second formant was more specified. Vowel recognition regarded more important for Japanese, thus it may be expected that this study can contribute to the better speech recognition of cochlear implant patients. However, it is better to consider the effect of frequency allocation which patients are normally use, since changing frequency allocation may cause temporal incompatible of their recognition.

Key words

Cochlear implant, Frequency allocation, Speech discrimination, Mapping

要旨: 母音聴取能の改善を目的に、人工内耳装用者に対して周波数割り振りを変更して、語音聴取能を検討した。低周波数強調の周波数割り振りを使用した場合に、母音および子音の聴取能成績は向上した。低周波数強調の周波数割り振りを選択することによって第1フォルマントと第2フォルマントの幅が拡大し、聴覚中枢でフォルマント情報のパターンが認識しやすくなったことが考えられた。ただし、日常使用している周波数割り振りを変更すると、聴取能が低下するなど、慣れの問題を考慮する必要がある。日本語の聴き取りに重要な母音聴取能の改善は、低周波数強調の周波数割り振りに変更することで実現可能であった。

キーワード: 人工内耳, 周波数割り振り, 語音聴取能, マッピング

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

表1 対象

症例	年齢	性別	失聴期間
1	34	F	7年
2	43	F	30年
3	45	M	13年
4	49	F	6年
5	54	F	9年
6	57	M	13年
7	57	F	1年
8	58	F	16年
9	65	F	5ヶ月
10	68	M	10ヶ月
11	69	F	3年
12	70	F	30年
13	72	F	6ヶ月
14	72	F	7ヶ月
15	76	F	5ヶ月

はじめに

人工内耳装用者における音声の認識はフォルマント情報が主であり、電気刺激によって末梢神経から大脳に伝達される。現在、使用されている人工内耳の多くはマルチチャンネル方式で、第1フォルマントおよび第2フォルマントの組み合わせによって認識される。手術によって埋め込まれる電極は蝸牛の約半分の長さで、人工内耳装用者は制限された範囲の中でフォルマント情報を認識しなければならない。その結果、語音聴取能が不十分な装用者も多く、より良い聞こえを強く望む声は少なくない。そこで、聴取能の向上を目的にマップを変更して検討した。

対象

中途失聴の人工内耳装用者。年齢は34歳～76歳。男性3名、女性12名の計15名。失聴期間：5ヶ月～37年（表1）。使用した人工内耳はコクレア社製N22。

方法

音声処理のコード化法はSPEAK法。周波数割り振りを変更して、各装用者の語音聴取能成績を求めた。

結果

中途失聴の人工内耳装用者におけるマップを低周波数を強調した周波数割り振りに変更した結果、1ヶ月後に母音聴取能成績は92%に向上し、2ヶ月後には100%になった（図1）。日常使用している周波数割り振りに対して、高周波数成分を含んだ周波数割り振りおよび低周波数を強調した周波数割り振りによる母音聴取能成績（図2、図3）と子音聴取能成績（図3）を示した。日常使用している周波数割り振り以外の条件にした場合、変更直後では母音・子音共に聴取能の低下が認められた。

考察

人工内耳装用者の語音聴取能に与える影響因子は、末梢の蝸牛から中枢の聴覚連合野に至るまですべての部位に存在する1), 2)。末梢レベルでは蝸牛に挿入された電極があり、入力された音声のフォルマント情報は各電極に割り当てられる（図4）。人工内耳に用いられる周波数の特徴は蝸牛のもつトノピックに類似しているが、様々な周波数帯が用意されている。現在、臨床応用されている人工内耳はオーストラリア、アメリカおよびオーストリア製でほとんど占められている。これらは英語圏での使用が多く、

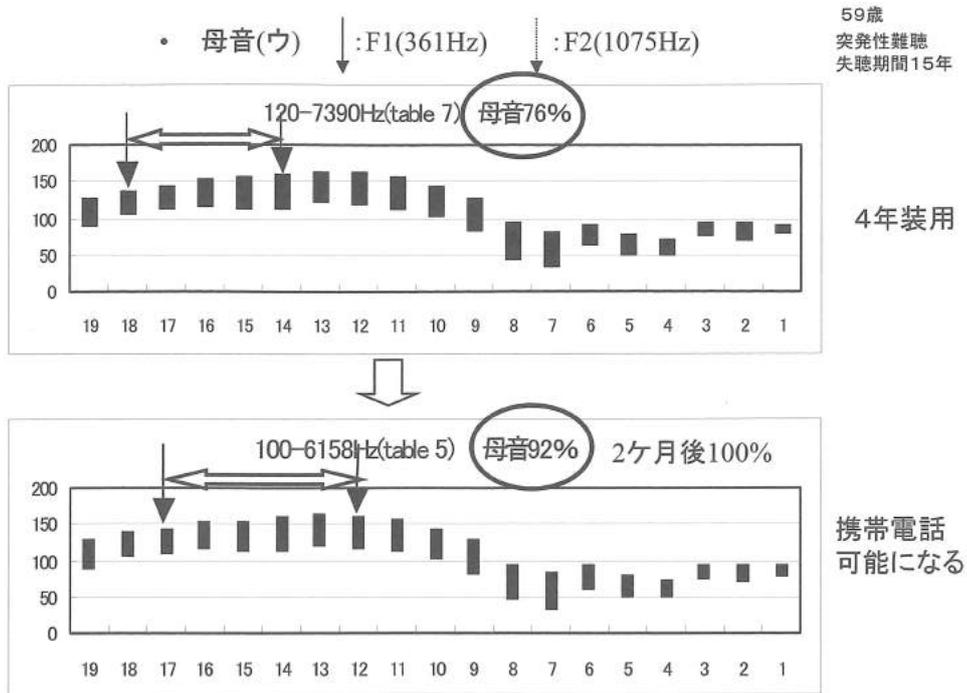


図1 周波数割り振りを変えて1ヶ月後の聴取能変化

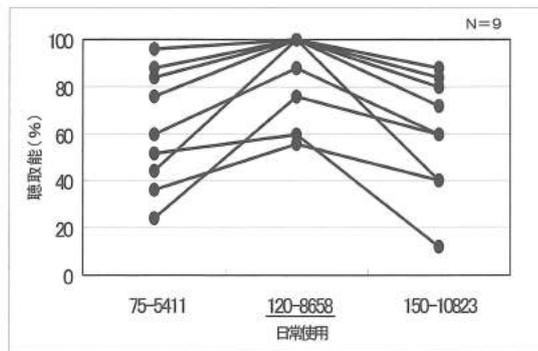
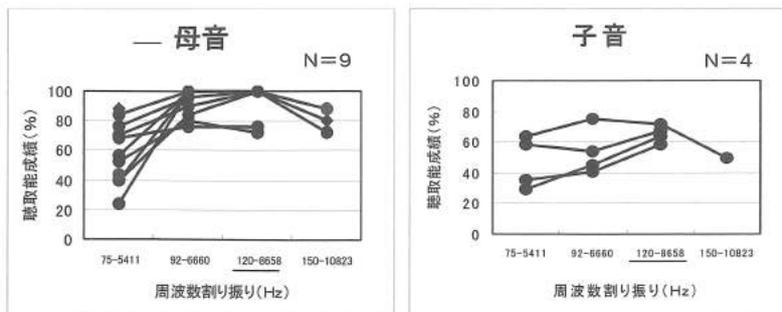


図2 各周波数割り振りにおける母音聴取能



(日常使用 : 120 ~ 8658 Hz)

図3 各周波数割り振りにおける母音・子音の聴取能

音声処理方法として英語に有利な構成がされている。日本語を聴取する上で重要なのは母音聴取能であり、英語ほど高周波数成分を必要としない(図5)。そこで、日本語を聴き取るのに有利なマップを考案し、聴取能への影響と特徴を考察した。

1) マップ(プログラム)の工夫

使用電極数および刺激方法と周波数割り振りの関係を示した報告はあるが3)、4)、日常会話の聴取能向上についての検討は少ない。言語聴取能の改善には6,700Hz以上を減らし、1電極が担当する周波数範囲を狭くすることにより高音域の周波数分解能を向上させることが必要との報告がある5)。周波数割り振

りと聴取能の関係については、入力音を帯域幅の狭いフィルターで分析すれば分解能が上がり、聴取能は良くなるとの考えが一般的である。しかし、フィルター帯域幅を狭くして分解能をあげても、使用可能な電極数は6~10個と限られているために情報は増えず、聴取能を向上させることは難しい。例えば、コクレア社のESPrin24人工内耳で考えると、①最も高周波数成分を含む $f=160\text{Hz} \sim 10823\text{Hz}$ の周波数割り振りを使用した場合、低音域におけるバンドパスフィルターの帯域幅は約200Hzであり、②高周波数の設定を最も下げた $f=80\text{Hz} \sim 5411\text{Hz}$ の周波数割り振りを使用した場合、低音域におけるバン

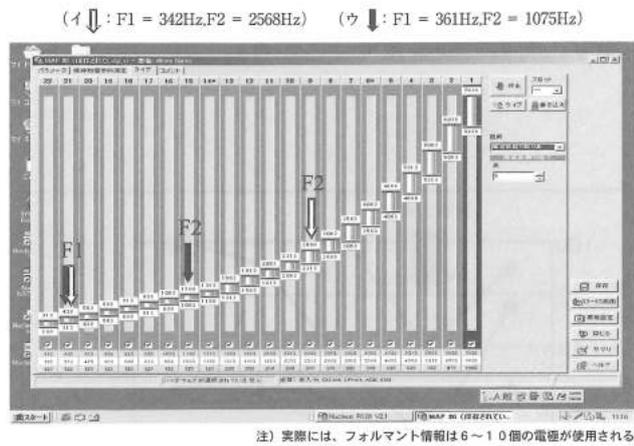


図4 フォルマント情報と刺激電極

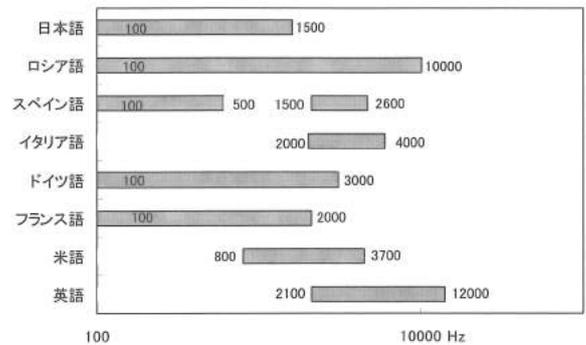


図5 各民族言語の優先周波数帯

村瀬邦子著『最強の外国語学習法』(日本実業出版社)より引用

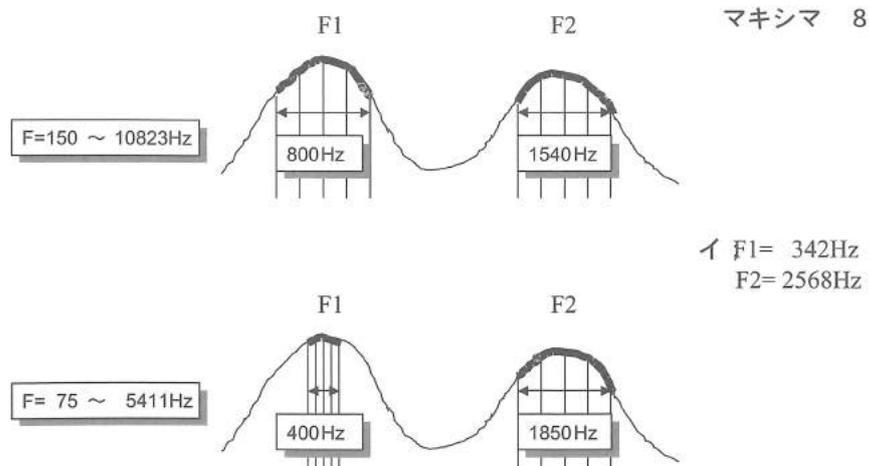


図6 フォルマント情報と周波数割り振りの関係

ドパスフィルターの帯域幅は約 100Hz である。①から②の条件に変更した場合、フィルターの帯域幅は 1/2 になり周波数分解能は良くなるが、フォルマントの情報量はむしろ少なくなる。特に第 1 フォルマントでは、抽出量は $200\text{Hz} \times 4 = 800\text{Hz}$ の帯域幅から $100\text{Hz} \times 4 = 400\text{Hz}$ の帯域幅に狭くなる (図 6)。したがって、現在の使用電極数では、周波数分解能によって聴取能を向上させることは困難と思われる。今回、低周波数強調の周波数割り振りを使用することによって、実際に語音聴取能が向上した結果を得た (図 1)。筆者は聴取能成績が良くなった理由として、周波数分解能によるものではなく、第 1 フォルマントと第 2 フォルマントの幅の拡大を脳が認識したものと考えた。つまり、脳内にテンプレートとして作られた刺激パターンを、より分かりやすくすることで聴取能が向上したと思われる。しかし、

長期失聴者は周波数分解能が低下しており 2)、必ずしもこの方法がすべての症例に適応できるわけではない。失聴期間の長さや周波数分解能の関係は、短期失聴者に比べて長期失聴者で弁別できる刺激電極間距離は大きい (図 7)。したがって、周波数割り振りの変更前後で刺激される電極位置が変わっても、長期失聴者では判断できないことが考えられる。但し、時間の経過とともに周波数分解能は改善するので、慎重な対応をすべきである。

2) 慣れの問題

母音は第 1 フォルマントと第 2 フォルマントの組み合わせで理解され、中途失聴者は人工内耳装用後に健聴時とは異なる新たなテンプレートの変更を余儀なくされる。音入れ後、一つのマップを長期間使用すると慣れが生じ、日常使用している周波数割り振りの音質に馴染んでくる。今回、高周波数成分を

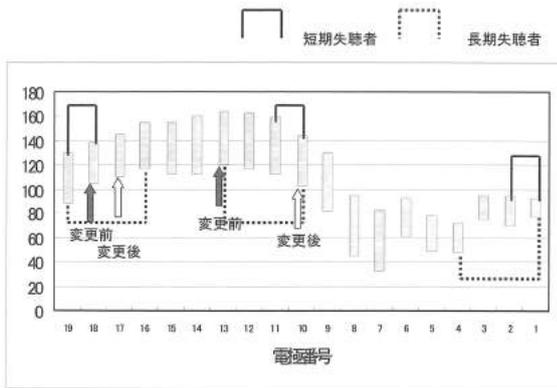


図 7 失聴期間の長さや周波数弁別能の関係 (音の違いが判別できる幅)

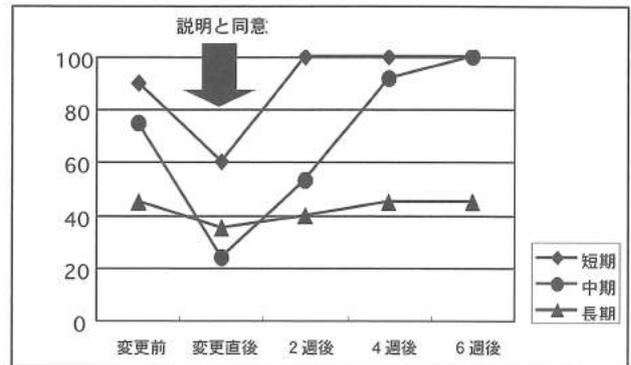


図 8 失聴期間の長さによる違い

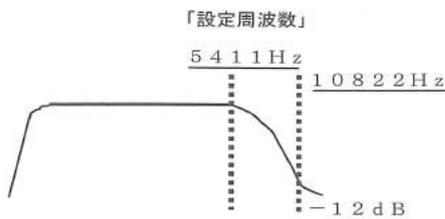


図 9 人工内耳の周波数特性

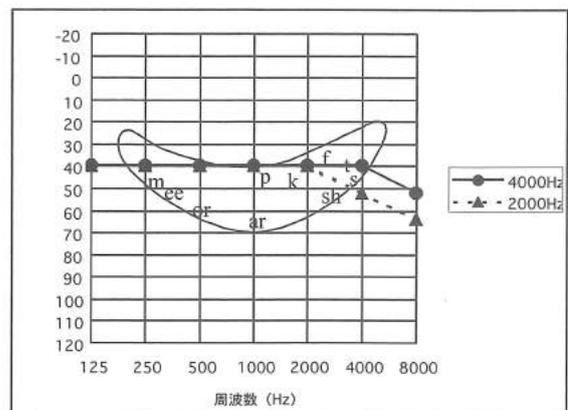


図 10 設定周波数と聴力の関係

含む周波数割り振りおよび低周波数強調の周波数割り振りのマップに変更した際の語音聴取成績を求めた結果、両者ともに聴取能の低下を認めた(図2)。これは一度定着した刺激パターンのテンプレートに対して、他の周波数割り振りにより脳内に混乱を生じたものと思われた。また、日常使用の周波数割り振りとの差が大きい場合ほど聴取能の低下傾向は顕著であり(図3, 左図)、子音聴取能の低下は後続母音の影響と思われた(図3, 右図)。この現象は一過性であり、人工内耳の継続的装用により語音聴取成績は上昇する(図8)。実際の臨床では、音入れ後より母音聴取能を評価しながら適宜低周波数強調の周波数割り振りに移行していく必要がある。この際、低周波数強調への変更によって第1フォルマントおよび第2フォルマントの刺激電極は右に、つまり高音域にシフトされるために高目の音質に変化することを装用者に知らせておくべきである。

3) 子音および環境音の聴取

人工内耳装用の目的は、他者との音声言語を用いたコミュニケーションの改善にある。低周波数強調の周波数割り振りへの変更により母音聴取能を向上させることができたことは、日本語を用いる装用者にとって大きな収穫である。しかし、会話には母音以外の音も不可欠であり、それらが聴こえないのでは意味が無い。どの程度の高周波数成分が必要なのか、人工内耳の周波数特性を考慮して周波数割り振りを選択しなければならない。例えば子音の場合、破裂音は10000Hzを超える周波数成分を含むが[p]は3000Hz付近、[t]は3500Hz前後、[k]は3800Hzに、破擦音は3000Hz付近にエネルギーが集中している。したがって、低周波数強調の周波数割り振りを選択する場合に、約4000Hz以下の周波数成分が含まれていれば破裂音および破擦音の認識は可能と考える。但し、子音の聴取には時間分解能の関与があり、今後の開発に期待する。

人工内耳装用者における日々の生活は会話だけでなく、様々な環境音の下で成り立っている。生活用品等が発生するものの中には高周波数成分を含む音は多く、さらには身の安全を確保する時にも必要である。人工内耳の周波数特性は -12dB/oct で減衰するために(図9)、設定周波数以上の音が全く聴こえない訳ではない。例えば、設定周波数が4000Hzでは会話に重大な支障は来さず、2000Hzの設定で[t], [s]などの聴取に影響を及ぼすことになる(図

10)。以上の特徴を考慮して、周波数割り振りを選択することを忘れてはならない。

まとめ

- 1) 低周波数強調の周波数割り振りに変更することで、母音聴取能が向上した。
- 2) 聴取成績が良くなった理由として、周波数分解能によるものではなく、第1フォルマントと第2フォルマントの幅の拡大を大脳が認識したものと考えた。
- 3) 慣れの問題を考慮して、周波数割り振りの変更は音入れ後、適宜行わなければならない。
- 4) 子音および環境音が聴取可能な高周波数の設定が必要である。

参考文献

- 1) Naito A, Kitano Y, Iida M, Ishida K, Sakai M, Koga K: Study on effect of number of electrodes programmed and the area of stimulation in cochlear implant patients. *Adv Otorhinolaryngology*, 57, 412-416, 2000
- 2) 内藤明, 北野庸子, 飯田政弘, 石田克紀, 坂井真, 古賀慶次郎: 人工内耳装用者の聴覚現象—純音を用いた周波数, 時間分解能およびDL S I検査と語音聴取能—. *Audiology Japan* 41: 59-64, 1998
- 3) Friesen LM, Shannon RV, Slattery: The effect frequency allocation on phoneme recognition with the Nucleus 22 cochlear implant. *American Journal of Otology*, 20: 729-734, 1999
- 4) Fu QJ, Shannon RV: Effects of electrode configuration and frequency allocation on vowel recognition with the Nucleus-22 cochlear implant. *Ear & Hearing*, 20: 332-344, 1999
- 5) 吉川智子, 富澤文子, 河野淳, 鈴木衛: 周波数割り振り変更による語音聴取能の検討—Nucleus 22人工内耳装用者を対象として—. *Audiology Japan* 41: 287-295, 1998

脳卒中片麻痺患者の起き上がり動作パターン

—動作パターンと他の因子との関係—

江口英範¹⁾ 植松光俊²⁾

西村 敦³⁾ 中川法一⁴⁾

¹⁾ 臨床福祉専門学校理学療法学科

²⁾ 成城大学リハビリテーション学部理学療法専攻

³⁾ 大阪リハビリテーション専門学校理学療法学科

⁴⁾ 関西医科専門学校理学療法学科

Movement patterns of hemiparetic patients getting up from a bed
— relationship between movement patterns and impairment factors —

Hidenori Eguchi¹⁾, Mitutoshi Uematu²⁾,
Atushi Nishimura³⁾, Norikazu Nakagawa⁴⁾

¹⁾Clinical Welfare College Department of Physical therapy

²⁾Seijo University Department of Physical Therapy

³⁾Osaka Rehabilitation College Department of Physical Therapy

⁴⁾Kansai Medical College Department of Physical Therapy

ABSTRACT : We analyzed how the getting-up movement pattern, the required getting-up time, and the Brunnstrom stage test (Br. Stage) are related in 82 hemiplegic stroke patients who can get up on their own. For the relation between the getting-up movement pattern and the arm Br. Stage, patients with severe hemiplegia got up from a lateral position and patients with mild hemiplegia tended to get up using abdominal muscles.

Regarding the relation between the getting-up movement pattern and the getting-up time, patients who got up from a lateral position using one elbow required more time than patients who got up using abdominal muscles. Also, for the relation between the getting-up movement pattern and the 10 m-walking time, patients who got up from a lateral position using one elbow needed more time than patients who got up using abdominal muscles and patients who got up from a semi-lateral position using one elbow. Based on these results, we conclude that the getting-up movement pattern for hemiplegic stroke patients with good motor function is that these patients tend to use their abdominal muscles when they get up. For patients with poor motor function, they tend to get up from a lateral position. Also, these results suggest that trunk function is related.

Key Word : Hemiparetic patient, Get up, Movement pattern

抄録：我々は、起き上がりが自立した脳卒中片麻痺患者 82 名について、起き上がり動作パターンと起

連絡先：〒 177-0045 東京都練馬区石神井台 3-35-21 臨床福祉専門学校理学療法学科

TEL : 03-5910-3756 FAX : 03-5910-3760

E-mail : h_eguchi@rinshofukushi.ac.jp

起き上がり所要時間やBrunnstrom stage test (以下、Br.stage と略す) などとの関係を分析した。起き上がり動作パターンと上肢 Br.stage との関係については、麻痺が重い者は側臥位を経由した起き上がりを行い、逆に麻痺が軽い者は腹筋を利用した起き上がりを行う傾向にあった。起き上がり動作パターンと起き上がり時間との関係については、片肘つき側臥位を経由した起き上がりを行う者が腹筋を利用した起き上がりを行う者より有意に時間を要した。起き上がり動作パターンと10m歩行時間との関係については、片肘つき側臥位を経由した起き上がりを行う者が、腹筋を利用した起き上がりを行う者、及び片肘つき半側臥位を経由した起き上がりを行う者より有意に時間を費やした。その結果、片麻痺患者で運動機能が良い者は、起き上がり時に腹筋を利用した起き上がり動作パターンをとる傾向にあり、運動機能が悪い者は、側臥位を介した起き上がりを行う傾向になることが分かった。また、これには体幹機能が関わっていることが示唆された。

キーワード：片麻痺患者、起き上がり、動作パターン

I 緒言

近年、脳卒中片麻痺患者(以下、片麻痺患者と略)については、障害の重度化、高齢化が顕在化し、歩行は勿論のこと寝返りや起き上がりさえもできない片麻痺患者が増加してきている。重度な片麻痺患者の起き上がり動作が不可能な原因を探るためにも、片麻痺患者の起き上がり動作の研究は必要とされている。この論文の目的は、脳卒中片麻痺患者における起き上がりパターンとその所要時間及びBrunnstrom Recovery Stage Test(以下、Br.satge と略)など他と因子との関係の有無を把握することにある。

II 方法

1. 対象

脳卒中片麻痺患者(double-hemiparesis=四肢麻痺患者は除く)においてベッド上背臥位からベッド上端坐位までが手摺などの物的介助を使用しても自立している者82名(男46名、女36名;右片麻痺42名、左片麻痺40名;平均年齢 67.66 ± 6.00 歳;発症からの平均月数 25.92 ± 48.28 ヶ月)(表-1)。但し、検者

の指示にしたがえる者であること(認知症があっても指示入力が可能であれば対象とした)。対象者には、予め研究の目的を説明し了解を得た。

2. 方法

病室と同様の状況を理学療法室に再現した条件(例えば、手摺が必要ななら手摺を付けて)で行わせた。その際、物的介助があるならその介助物を具体的に記載した。開始肢位は、手を両脇においた静止背臥位で、終了肢位は、両足がベッド端に下垂され手が大腿の上に置かれた静止端坐位とした。起き上がり所要時間は、この間の時間をストップウォッチにて計測した値である。起き上がりパターンは、本人が日常行っている最も安楽に起き上がれるパターンとし、起き上がり速度は快適な速さとした。起き上がりは3回行い(各測定間に2分の休憩を設けた)、所要時間はその平均値を採用した。また、起き上がりパターンは検者の目視により、予め分類された起き上がりパターンによって分類された(表-2、図1,2,3,4)。

耐久性として、自覚的運動強度(表-3)を指標とした。自覚的運動強度アンケート用紙を呈示し、動作開始前に予め自覚的運動強度項目内容と動作終了後にそれを問うことを説明しておく。動作終了後、

表1 対象者の特徴

性	男 46名	女 36名
麻痺側	右片麻痺 42名	左片麻痺 40名
年齢	平均年齢 67.66 ± 6.00 歳	
発症からの月数	平均月数 25.92 ± 48.28 ヶ月	

表2 起き上がり動作パターン

動作パターン名	具体的動作内容
① 片肘つき側臥位	背臥位から1度側臥位になり肘を伸展して起き上がる典型的な片麻痺のパターン
② 片肘つき半側臥位	背臥位から完全な側臥位にはならず、半側臥位にから腹筋も用い、肘を伸展して起き上がるパターン
③ 腹筋利用	背臥位から、ほとんど肢位を変えずに腹筋を利用してダイレクトに起き上がるパターン
④ 下肢反動利用	背臥位から下肢（両下肢あるいは一側でも可）を挙上し、その落下の反動を利用して起き上がるパターン
⑤ 四つ這い経由	背臥位から寝返って腹臥位をとり、さらに四つ這いになってから坐位に至るパターン
⑥ その他	①～⑥のパターンに当てはまらない起き上がり動作パターン



図1 片肘つき側臥位



図2 片肘つき半側臥位



図3 腹筋利用



図4 下肢反動利用

表3 自覚的運動強度

①最高に楽である
②非常に楽である
③楽である
④やや楽である
⑤ややきつい
⑥きつい
⑦非常にきつい
⑧最高にきつい

該当する番号を明示してもらい、それと同一の項目を○で囲む。対象となる起き上がり動作は、3回のうち1回目の動作のみである。

歩行との関連を見るため、歩行自立度、及び10m直線歩行所要時間を測定した。これも、3回測定を行いその平均値を採用した。

他の調査項目として、認知症レベル（長谷川式

簡易認知症スケールにて、normal・subnormal・predementia・dementia)、知覚脱失の有無、失調・失認・失行の有無、上下肢のBr.stage、健側上肢の粗大筋力を測定採取した。

統計処理として、起き上がりパターンと質的な変量（性、障害側、歩行自立度、認知症レベル、知覚脱失の有無、失調・失認・失行の有無、上・下肢のBr.stage、健側上肢の粗大筋力、自覚的運動強度）の関係にはクロス集計表を用い、量的変量（起き上がり所要時間、10m直線歩行所要時間、年齢及び発症からの月数）との関係には一元配置分散分析を使用した。また、今回の研究とは直接的な関係はないが、起き上がり所要時間、歩行所要時間及び発症からの月数との相関関係をも分析した。統計ソフトは、「NEC MSDOS版 HALBAUver1.1」を使用した。

Ⅲ 結果

起き上がるパターンは、①片肘つき側臥位；15名、②片肘つき半側臥位；44名、③腹筋利用；20名、④

表4 起き上がりパターンと上肢 Br. stage のクロス集計表

パターン/ Br.stage	I	II	III	IV	V	VI	計
①片肘つき側臥位	4	4	3	1	0	3	15
②片肘つき半側臥位	1	7	16	7	5	6	44
③腹筋利用	1	2	2	1	6	8	20
④下肢反動利用	0	0	1	0	0	0	1
⑤四つ這い経由	0	0	0	0	0	0	0
⑥その他	0	0	0	0	0	2	2
計	6	13	24	9	11	19	82

表5 起き上がり所要時間における起き上がり動作パターン間の一元配置分散分析表

要因	変動	自由度	不偏分散	F 値	有意確率
級間	402.385	5	80.477	2.397	0.04486
級内	2585.530	77	33.578		
全体	2987.915	82	36.438		

表6 起き上がり所要時間における起き上がり動作パターン間の対比較表

群名	平均値 ± 標準偏差 (sec)	対比較結果
①片肘つき側臥位	11.53 ± 5.98	③間で (p<0.01)
②片肘つき半側臥位	7.01 ± 6.51	NS
③腹筋利用	5.14 ± 3.57	①間で (p<0.01)
④下肢反動利用	2.00 ± 0.00	NS
⑤四つ這い経由	0.00 ± 0.00	NS
⑥その他	10.13 ± 5.78	NS
計	7.37 ± 6.00	

表7 10m 歩行所要時間における起き上がり動作パターン間の一元配置分散分析表

要因	変動	自由度	不偏分散	F 値	有意確率
級間	11883.016	5	2376.603	3.529	0.00783
級内	39730.096	59	673.391		
全体	51613.111	64	806.455		

下肢反動利用:1名、⑤四つ這い経由:0名、⑥その他:2名であった。

クロス集計表を用いた起き上がりパターンと質的変量との関係では、上肢 Br.stage のみ $\chi^2=8.54$ ($p<0.05$) で有意な関係が認められた(表-4)。片肘つき側臥位は、比較的上肢の麻痺が重度、腹筋利用は軽度の上肢麻痺患者が多く、片肘つき半側臥位パターンは、中等度の上肢麻痺患者が行っている傾向がうかがえた。

量的変量については、起き上がり所要時間の腹筋利用と片肘つき側臥位パターンとの間 ($F=2.4$, $p<0.01$) で(表-5、6)、10m 歩行所要時間では、片肘つき側臥位と片肘つき半側臥位 ($F=3.5$, $p<0.05$)、及び片肘つき側臥位と腹筋利用 ($F=3.5$, $p<0.01$) との間で有意な差が認められた(表-7、8)。すなわち、起き上がり所要時間は、腹筋利用が片肘つき側臥位

パターンよりも速かった。10m 歩行所要時間では、片肘つき側臥位よりも片肘つき半側臥位及び腹筋利用パターンで起き上がっている片麻痺患者が有意に速かった。

起き上がり所要時間、歩行所要時間及び発症からの月数との関係では、起き上がり所要時間と10m 歩行所要時間との間でのみ有意な正の相関 ($r=0.5$, $p<0.001$) が見られた。起き上がり所要時間が長い片麻痺患者は、10m 歩行所要時間も長くなる傾向がうかがえた(表-9)。

IV 考 察

VanSantら¹⁾は、4歳から7歳までの床からの立ち上がり動作を観察分析し、年齢が増加するに伴い、対称的な動きが多くなる傾向が見られると述べている。また、彼女²⁾は、32名の若い健康成人について

脳卒中片麻痺患者の起き上がり動作パターン

表8 10m 歩行所要時間における起き上がり動作パターン間の対比較表

群名	平均値 ± 標準偏差 (sec)	対比較結果
①片肘つき側臥位	62.25 ± 43.82	②(p<0.01) 及び③間で (p<0.01)
②片肘つき半側臥位	29.10 ± 24.35	①間で (p<0.01)
③腹筋利用	18.57 ± 7.43	①間で (p<0.01)
④下肢反動利用	17.00 ± 0.00	NS
⑤四つ這い経由	0.00 ± 0.00	NS
⑥その他	30.29 ± 18.81	NS
計	30.62 ± 28.18	

表9 起き上がり、10m 歩行所要時間、発症からの月数における単相関係行列及び検定数

	発症からの月数	起き上がり所要時間	10m 歩行所要時間
発症からの月数	1.000	0.042	-0.112
起き上がり所要時間	0.042	1.000	0.494(p,0.001)
10m 歩行所要時間	-0.112	0.494(p,0.001)	1.000

も同様の研究を行い、動作としては対称的な要素が多かったとしている。星ら³⁾やMcCoy⁴⁾も年齢が高くなるに従い、体幹の回旋がない左右対称的な運動パターンを用いた立ち上がり動作パターンの出現する傾向が高くなるとしている。また、逆に60歳をピークに対称的な立ち上がり動作から非対称的な動作へ移行していくことも述べられている。このことから、60歳までの健常成人の場合、床からの立ち上がり動作では、対称的な動作が基本であることが言える。Boffelliら⁵⁾は、全て片麻痺患者ではないが老人の管理・検査施設に入院した患者とナーシングホームに入所した患者とのベッドでの起き上がりの分析で、上肢機能と起き上がり所要時間と起き上がり困

難性の間には有意に関連があると結論している。

今回の研究は、ベッドからの起き上がり動作であり床からの立ち上がり動作とは異なるが、ベッドからの起き上がり動作も床からの立ち上がりと同様なことが言えるのではないかと推察される。今回の研究結果で腹筋を利用した比較的対称的な起き上がりパターンをとる片麻痺患者には、上肢 Br.stage が良いものが多く、非対称的な側臥位を經由して起き上がるパターンをとる片麻痺患者には、上肢 Br.stage が悪い者が多いという傾向は、それらの研究結果と矛盾していない。すなわち、片麻痺患者でも麻痺側の上肢機能が良く、健常に近い者は対称的な起き上がり動作をとることになり、そうでない者は、非対

称的な動作をとる。勿論、これは、一側の麻痺が重度であれば、非対称的な動作をとらざるを得ないことが根底にあることが考えられる。

また、星ら³⁾は、10m歩行や3m椅子間歩行、背臥位からの立ち上がり動作における所要時間が年齢の増加に伴い延長し、小児の発達過程の中でよりprimitiveであるという動作パターンをとるものほど課題遂行に要する時間は延長したと述べている。これは、健常者において10m歩行所要時間や立ち上がり所要時間は、対称的な動作パターンより非対称動作パターンの方が時間を要することを言及したものである。

我々の立ち上がり所要時間と立ち上がり動作パターンとの関係結果においても、非対称的な動作である側臥位からの立ち上がりパターンの方が対称的な動作である腹筋を利用した立ち上がり動作よりも有意に時間がかかっていた。これについては、重心の移動距離から見た場合、非対称動作の方が当然長くなるため所要時間も長くなることが考えられる。10m歩行所要時間と立ち上がり動作パターンとの関係結果についても星らの結果と同様となった。対称的な立ち上がりパターンをとる片麻痺患者は、麻痺が軽く歩行も比較的対称的であることが推察される。逆に、非対称的な動作パターンをとる者は、麻痺が重く歩行も非対称となり歩行所要時間も多く費やされることになる。

今回の我々の研究で82例中四つ這いを經由した立ち上がり動作パターンの者は、1例もいなかった。Alexanderら⁶⁾は、20歳代の若い健常者、70～80歳代の健康な老人と家に引きこもりがちな老人に対し、5つの肢位（背臥位、側臥位、腹臥位、四つ這位、長坐位）から立位までの立ち上がり動作を行わせた研究において、家に引きこもりがちな老人において最も困難な立ち上がり設定は、四つ這位からの立ち上がりであったことを述べている。障害を有する老人においては、四つ這いを經由した立ち上がり動作は困難であることを意味しており、立ち上がり動作についても同様のことが言えると思われる。

千葉⁷⁾は、前頭葉症状患者以外の脳血管障害患者では、歩行自立度と立ち上がり自立度は相関するとしている。今回の研究でも、立ち上がり所要時間、歩行所要時間及び発症からの月数との関係では、立ち上がり所要時間と10m歩行所要時間との間でのみ有意な正の相関($r=0.5, p<0.001$)が見られた。これは、

麻痺側の機能的な要素によると思われ、特に、体幹機能との関わりが大きいのではないかと考えられる⁸⁾。

以上より、日常片肘つき側臥位の立ち上がりパターンを使って立ち上がっている片麻痺患者は、上肢麻痺の強い者が多く、立ち上がり所要時間が他のパターンより長く、10m歩行所要時間も他のパターンより長い傾向にある。麻痺が重く体幹筋（腹筋を含む）が使えない状況にあることが推察される。そのため、腹筋を利用するパターンや片肘つき半側臥位パターンをとれない状況になっており、片肘つき側臥位を經由して立ち上がらざるを得ないことになっているのではないだろうか。片肘つき側臥位パターンでの立ち上がりは、片麻痺患者にとって最も基本的で使いやすい立ち上がり動作パターンであり、片肘つき側臥位パターンで立ち上がれない片麻痺患者は立ち上がりができない可能性を示唆している。今後、体幹機能を定量的にとらえるNTP（頸・体幹・骨盤帯運動機能）検査⁹⁾などの体幹機能検査の導入による体幹機能と立ち上がり動作パターンとの比較が求められる。

V 結論

立ち上がりが自立している片麻痺患者82名（男46名、女36名；右片麻痺42名、左片麻痺40名；平均年齢 67.66 ± 6.00 歳；発症からの平均月数 25.92 ± 48.28 ヶ月）の立ち上がりパターンと立ち上がり所要時間やBr.stageなどとの関係を分析した。立ち上がり動作パターンと上肢Br.stageとの関係は、麻痺が重い者ほど側臥位パターンの立ち上がりを、逆に麻痺が軽い者は腹筋利用パターンの立ち上がりをとる傾向にあった。立ち上がり動作パターンと立ち上がり所要時間との関係では、片肘つき側臥位からの立ち上がりが腹筋利用パターンの立ち上がりより有意に時間を要した。立ち上がり動作パターンと10m歩行所要時間との関係では、片肘つき側臥位パターンの立ち上がりが腹筋利用パターンの立ち上がり及び片肘つき半側臥位パターンの立ち上がりより有意に時間を費やした。片麻痺患者で運動機能が良い者は、立ち上がり時腹筋利用のような立ち上がり動作パターンをとる傾向にあり、運動機能が悪い者は側臥位を介した立ち上がり動作パターンをとる傾向となることが分かった。以上より、日常片肘つき側臥位の立ち上がりパターンを使って立ち上がっている片

麻痺患者は、上肢麻痺の強い者が多く、起き上がり所要時間が他のパターンより長く、10m歩行所要時間も他のパターンより長い傾向にある。このことは、麻痺が重く体幹筋(腹筋を含む)が使えない状況にあることが推察される。そのため、腹筋を利用するパターンや片肘つき半側臥位パターンをとれない状況になっており、片肘つき側臥位を經由して起き上がらざるを得ないことになっているのではないだろうか。このことは、片肘つき側臥位パターンでの起き上がりが、片麻痺患者にとって最も基本的で行いやすい起き上がり動作パターンであり、片肘つき側臥位パターンで起き上がれない片麻痺患者は起き上がりができない可能性を示唆している。

VI 謝 辞

今回の調査に当たって、快く協力に応じてくれた患者の方々に深謝いたします。

VII 文 献

1)VanSant AF : Age differences in movement patterns used by children to rise from a supine position to erect stance.Phys Ther 68 : 1330 - 1339,1988.

2)VanSant AF : Rising from a supine position to erect stance.Description of adult movement and a developmental hypothesis.Phys Ther 68 : 185 - 192,1988.
3)星 文彦、盛 雅彦、内藤義則・他 : 健常高齢者の背臥位からの立ち上がり動作—動作パターンの推移について.総合リハ 18 : 45 - 50, 1990.
4)McCoy JO, VanSant AF : Movement pttterns of adolescents rising from a bed.Phys Ther 73 : 182 - 193, 1993.
5)Boffelli S,Franzoni S,Rozzini R,Bertozzi B,Trabunchi M:Assessment of functional ability with the bed rise difficulty scale in a group of elderly patients. Gerontology 12 : 294 - 300, 1996.
6)Alexander NB, Ulbrich J,Raheja A,Channer I:Rising from the floor in older adult.J Am Geriatr Soc 45 : 564 - 569, 1997.
7)千葉哲也 : 前頭葉症状患者の起き上がり歩行について.理学療法学 23 : 1 - 5, 1996.
8)杉本 諭、網本 和 : 脳血管障害患者の歩行能力に及ぼす非麻痺側筋力と坐位能力の影響.理学療法学

急性期脳血管障害患者における早期予後予測

—脳卒中専門病棟を持たない一般混合病棟での取り組み—

玉田良樹 寄本恵輔 草場 徹

花井亜紀子 新村 核 岡田 仁

国立精神・神経センター国府台病院

Early Prognostic prediction to acute cerebral vascular accident patients

— The case of approaching in the general ward —

Yoshiki Tamada, Keisuke Yorimoto, Tetsu Kusaba

Akiko Hanai, Kaku Niimura, Hitoshi Okada

Department of Physical Therapy, National Center of Neurology and Psychiatry Kohnodai Hospital

Summary : This research aims to execute Early Prognostic prediction (EPP) in the cerebral vascular accident (CVA) patients in the general ward and to examine concerning its usefulness. EPP was an original method, which was divided into three stages; walking independent, walking possibility, and walking impossibility.

The objects were 128 CVA patients who were hospitalized in Kohnodai Hospital. We tried EPP and executed physical therapy for them.

Hit ratio of EPP was calculated, furthermore with the purpose which appraised the propriety of each item which was used for EPP, statistics correlation characteristic presence of walking functional degree of final independence was examined.

We analyzed activities of daily living toward functional assessment for hemiplegics patient, recovery functional assessment for stroke patient, and assessment for dementia. In addition, we examined the average of hospitalized days in walking function.

As the result, EPP was executed in three days on average; its hit ratio was 91.5%.

There was the respective significant correlation both each item and walking function, it could recognize significant correct correlation in all appraisal items. It was suggested that of EPP contributes to the remedy plan of the patient.

This result showed that our method was terribly effective, and We came to an conclusion that positive EPP introduction for CVA patients helped the high quality medical care in the general ward.

Key words : Cerebral Vascular Accident, Early Prognostic prediction, General ward

別刷請求先: 玉田 良樹 〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-1 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 TEL 047-372-3501 (内線 6122)

Rprint requests to : Yoshiki Tamada Department of Physical Therapy, National Center of Neurology and Psychiatry Kohnodai Hospital
Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827, Japan
TEL 047-372-3501 (ex6122)

要旨：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。

対象は発症早期の脳血管障害患者 128 名とし、従来の予後予測法を包括的に捉えた当院独自の早期予後予測を実施した。その予後予測における的中率を、疾患別、年代別、発症から予後予測までの期間別において算出し、各々の予後予測項目と歩行自立度の関連性についても検討した。また経時的評価として日常生活活動評価と片麻痺機能評価、脳卒中機能回復評価、認知機能評価の各機能評価との関連性について分析し、さらに最終評価時の歩行自立度における平均在院日数においても検討を加えた。

結果、全体での予後予測的中実績は 92%、発症 3 日以内の予後予測的中実績に限っても 91.5% と高く、また各々の予後予測項目は高い相関関係を示した。さらに、経時的評価においては、日常生活活動の改善と機能の回復には相関関係であることが示され、平均在院日数は歩行自立度によって有意に短縮することが認められた。

今回の検討により、当院で作成した早期予後予測の有用性が認められた。したがって、脳血管障害患者における早期予後予測の導入は、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極めて有効な取り組みであることが考えられた。

キーワード：脳血管障害、早期予後予測、一般混合病棟

はじめに

本邦における 3 大死因の一つに脳血管障害 (Cerebral vascular Accident ; CVA) が挙げられ、単一臓器の致死性疾患としては最も高いとされている^{1, 2)}。また、その後遺症により身体的問題のみならず、精神的問題や社会的問題を引き起こすことが述べられている³⁾。そのため、在院日数を長引かせ、介護度は高くなり、また寝たきりとなる主原因とされ、医療費の増大にもつながっている⁴⁾。

近年、CVA は発症早期より診断確定が可能となったため、リハビリテーションの介入は急速化している⁵⁾。組織化された多面的リハビリテーションを行う脳卒中専門病棟 (Stroke Care Unit ; SCU) での早期リハビリテーションは、機能予後を良好にする、入院期間が短縮する、死亡率を低下させるといった成果を認め、一般混合病棟よりも優れていることが述べられている⁶⁻⁹⁾。また脳卒中予後予測の研究においても SCU を有する病院での検討が多くなされ¹⁰⁾、特に 1980 年代より臨床評価を重視した二木らの研究が利用され現在に至るまで根幹をなすものとなっている。その予後予測は歩行自立度や端坐位保持を指標とし、その後の機能予後や日常生活活動 (Activity of Daily Living ; ADL) を導きだす方法が頻用され成果を上げている¹¹⁻¹⁵⁾。しかしながら、厚生労働省の

報告 (2000 年) では本邦で SCU を有している施設はわずか 3% であり¹⁶⁾、急性期 CVA 患者の搬送先の大部分が一般混合病棟でみられているのが現状である。また、予後予測においては一般混合病棟で検討されることは少なく、さらに SCU においても、実際の予後予測時期は明らかとされていない¹⁷⁾。

そこで今回、国立精神・神経センター国府台病院 (以下当院) 一般混合病棟にて急性期 CVA 患者における早期予後予測を実施し、その妥当性について検討したので報告する。

対 象

2004 年 4 月～2005 年 11 月までに当院一般混合病棟に脳神経外科患者として入院し、理学療法を実施した脳血管障害患者 128 例 (男性 73 例、女性 55 例) を対象とした。平均年齢は 68.3 ± 12.5 歳、疾患の内訳は、くも膜下出血 (Subarachnoid-Hemorrhage ; SAH) 10 例、脳内出血 (脳幹、小脳出血を含む) 43 例、脳梗塞 75 例であった。なお、一過性脳虚血発作、回復性虚血性神経障害は除外した。

当院脳神経外科は入院患者において無選択的に受け入れを行っており、一般混合病棟の脳神経外科病床数は 16 床となっている。

方 法

予後予測は歩行自立度を基準とし、予測歩行自立群、予測歩行可能群、予測歩行不可能群、予測不能群に分類した(表1)。

予後予測方法においては理学療法開始時に①年齢、②意識(Japan Coma Scale; JCS)、③基礎的 ADL、④片麻痺機能評価(Brunnstrom Stage; Br-stage)、⑤端坐位保持、⑥理学療法開始時 ADL、⑦発症前 ADL、⑧長谷川式簡易知能検査(Development of the Revised of Hasegawa's Dementia Scale; HDS-R)を評価した(表2)。また予後予測は①~⑧までの該当する箇所をチェックし、その項目が一番多いものをその患者の予後予測とした。これらを元に、実際の予後を調査し、その予測的中率を算出、また疾患別、年代別、発症から予後予測日までの期間別に検討した。さらに各々の予後予測項目においては歩行自立群、歩行可能群、歩行不能群において比較し、その

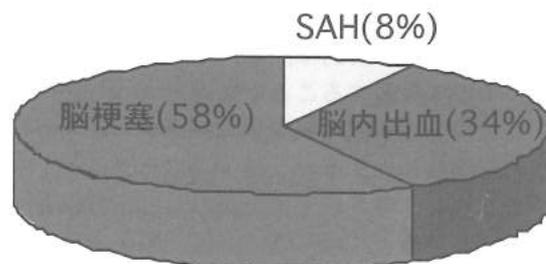


図1 疾患別患者の割合 (n=128)

関連性についても検討した。

経時的評価としては、ADL評価(Barthel Index; BI)、片麻痺機能評価(Br-stage)、脳卒中機能回復評価(Manual Function Test-2; MFT, Motor Age test; MAT)、認知機能評価(HDS-R)を実施した。Br-stage, MFTにおいては麻痺側の値を抽出した。これらを理学療法開始時と終了時に評価し、その得点差を改善率とした。その上でBIと各機能評価においてFisherのrのz変換を用い、相関関係を算出した。

表1 予測歩行自立度の基準

自立群	屋外・屋内移動は歩行が自立している(杖は用いてよい)
可能群	屋内移動において歩行は監視や人的な介助が軽度必要である
不可能群	屋内移動は車椅子、または寝たきり状態である
不能群	治療上、麻酔による沈静化が必要で精査困難である

表2 当院における歩行自度の予後予測項目(2005)

	可		不可
	歩行自立	歩行可能	
①年齢	59歳以下	60~69歳	70歳以上
②JCS	0~1桁	2桁	3桁
③基礎的ADL*	2つ以上可能	1つ以上可能	全て不可能
④下肢Brunnstrom Stage	4以上(分離運動)	2~3(痙性、共同運動)	1(弛緩状態)
⑤端坐位保持**	自立	可	不可
⑥理学療法開始時ADL	ベット上自立	介助(経口摂取自立)	介助(経口摂取不可)
⑦発症前ADL	屋外活動まで自立	屋内活動は自立	介助
⑧HDS-R	21~30点(非痴呆)	11~20点(中等度痴呆)	0~10点(失語等で精査困難または重度痴呆)

*基礎ADLとは寝返り、食事、尿意の3項目である。

**端坐位保持は5分以上の保持を自立、5分以下の保持を可能、保持不能を不可とした。

(予後予測方法)

①~⑧までの該当する箇所をチェックし、その項目が一番多いものをその患者の予後予測とした。項目数が同数である場合はその予後を原則低い方の基準でとらえた。

急性期脳血管障害患者における早期予後予測

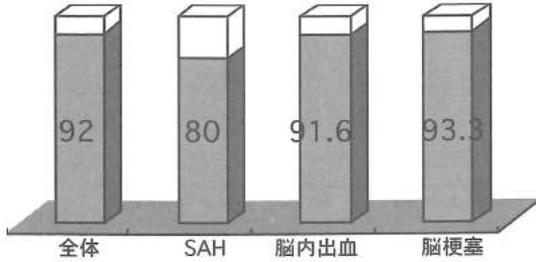


図2 疾患別予後予測的中率 (%)

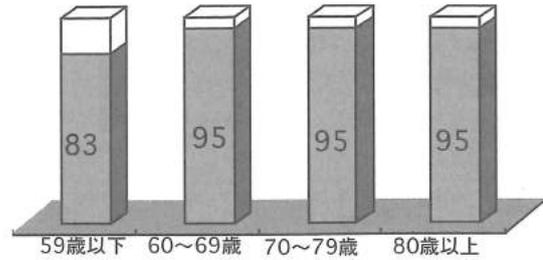


図3 年代別予後予測的中率 (%)

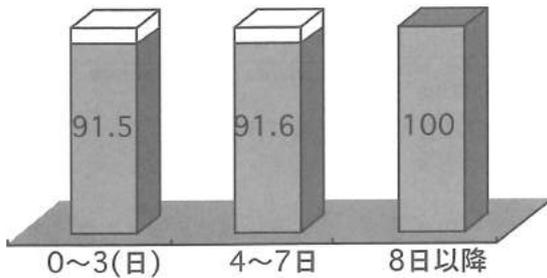


図4 発症から予後予測実施期間 (日) 別における予後予測的中率 (%)

さらに歩行自立度と在院日数との関係についても検討を加えた。

今回実施した予後予測項目は⑤は石上らが用いる予後予測を、それ以外は二木らが用いる予後予測に準じて実施した^{11, 15)}。また、経時的評価で用いた各項目は、CVAの予後予測や片麻痺機能評価として頻用され、信頼性があるものを使用した^{11, 18-22)}。

統計解析においてはstat View 5.0(1992-98 SAS Institute Inc)を使用した。

結 果

1) 予後予測的中率

今回、全患者128例中、予測歩行自立群79例、予測歩行可能群18例、予測歩行不可能群28例、予測不可能群の3例であり、予測実施率は97.6%であった。予測不能者を除いた予後予測的中率は、脳血管障害患者全体では92%であった。疾患別の的中率はくも膜下出血80%、脳内出血91.6%、脳梗塞93.3%であった(図2)。年代別の的中率は、59歳以下83%、60~69歳以下95%、70~79歳以下95%、80歳以上95%であった。(図3)発症から予後予測開始日別に見た的中率は、発症~3日までは95例中87例(91.5%)、発症4~7日では24例中22例(91.6%)

発症8日以降では6例中6例(100%)であった。(図4)予測が外れたものは10例であり、予測不的中の要因は再出血(2例)、高次脳機能障害(8例)であった。

2) 予後予測項目と歩行自立度の関係

予後予測項目と歩行自立度の関係は、各々有意な差を認めた。特に歩行自立群と歩行不可能群においては早期予後予測項目全てにおいて有意な差を認めた(図5)。

3) BIと経時的機能評価との関係

BIの改善率に相関関係があるのはMAT改善率、MFT改善率、HDS-R改善率であった。しかし、Br-Stage改善率においては、上肢は相関関係を認めず、手指・下肢に相関関係は認めたものの相関係数は低いものであった(表3)。

4) 歩行自立度と平均在院日数

最終評価時の歩行自立度における平均在院日数は、歩行自立群24.2日、歩行可能群52.3日、歩行不可能群61日であった。歩行自立群と歩行不可能群に有意な差を認めた($p < 0.0001$)。また歩行自立群と歩行可能群においても有意差を認めた($p < 0.05$)。(図6)

考 察

医療の発展により生命予後の改善は目覚ましい。CVAに対する治療法も日々進歩しているが、後遺症を持つ患者は170万人と推計されている⁴⁾。したがって、リハビリテーションの重要性が増しており、近年では急性期リハビリテーションにおいてSCUの役割が注目されてきた²³⁾。また、予後予測はSCUでの検討が多くなされているが、本邦では急性期CVA患者の多くが一般混合病棟に入院することとなるため、早期予後予測を一般混合病棟で行うことが本研究の意義があると考えられた。以下に本研究の検討項目についての考察を述べる。

1) 予後予測の介入時期と的中率

当院で実施した予後予測は平均で発症から2.8日と

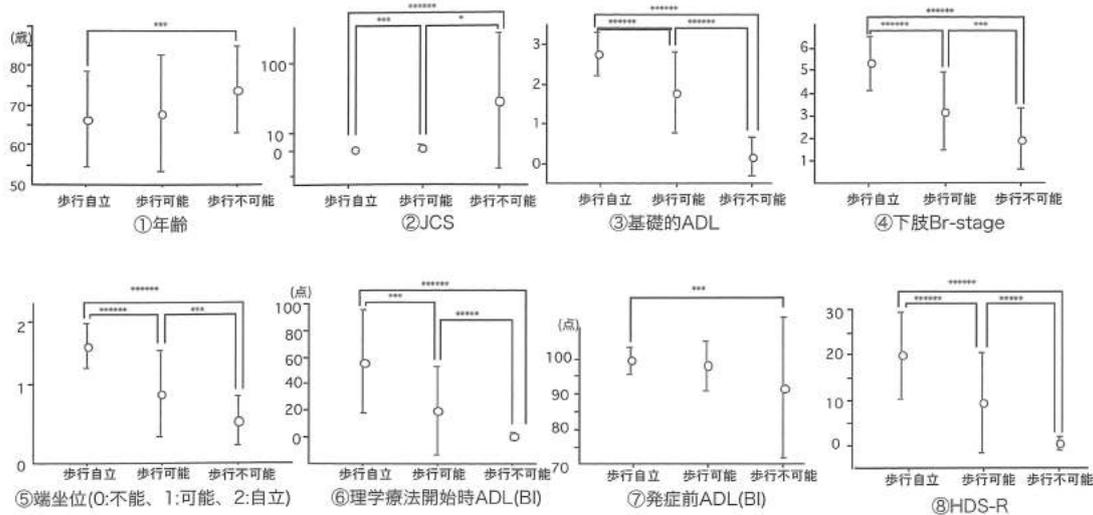


図5 各予後予測項目と歩行自立度との関係歩行自立度と在院日数(日)

*****p<0.0001 ****p<0.0005 ***p<0.001 **p<0.005 *p<0.01

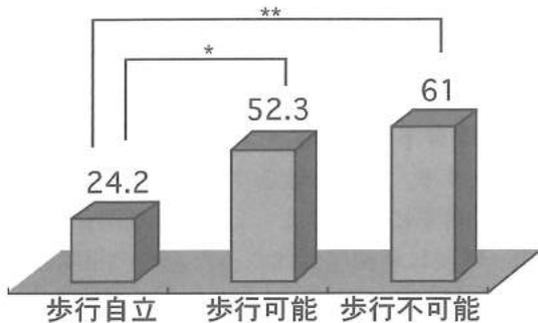


図6 歩行自立度と在院日数(日)

**p<0.0001, *p<0.05

表3 BI改善率と各機能評価改善率との関連性

機能評価項目	相関係数(r)	危険率(p)
Br-stage 上肢改善率	0.92	0.3065
Br-stage 手指改善率	0.314	0.0003
Br-stage 下肢改善率	0.180	0.0439
MFT 改善率	0.559	<0.0001
MAT 改善率	0.600	<0.0001
HDS-R 改善率	0.324	<0.0001

従来の予後予測よりも早期に実施していることが考えられ、またその的中率においても91.5%と早期予後予測の精度としては妥当かつ秀逸なものであると考えられた。

予後予測が的中しなかった10例のうち8例が高次脳機能障害であり、先行研究と同様に本研究においても阻害因子となっていた^{11,24,26)}。内訳を疾患別に検討するとSAHの的中率は80%と他の病型に対し低かった。これは母集団が10例と少なかったことに加え、不的中例のうち1例は、術部とは別の未破裂脳動脈瘤からの出血が起きたこと、もう1例については脳血管攣縮により、新たな脳梗塞および正常圧水頭症を併発したことが要因であった。

年代別に検討した場合は59歳以下が83%と他の年代に対し低かった。今研究では理学療法終了日を歩行機能の最終自立度としており、予後予測では歩行自立群としていたが、リハビリテーション病院に早期転

院が要因となり、的中率を下げてしまう結果となった。

2) 予後予測項目と歩行機能

最終評価日で、歩行自立群と歩行不可能群の間では予後予測項目全てにおいて、有意な差があり、予後予測項目の妥当性が認められた。その危険率が低い順に基礎的ADL、端坐位保持能力、下肢Br-stage、HDS-R、理学療法開始時ADL、JCS、年齢、発症前ADLであった。また、歩行自立群、歩行可能群、歩行不可能群の3群では6項目について有意な差を認め、危険率が低い順に基礎的ADL、HDS-R、下肢Br-stage、端坐位、理学療法開始時ADL、JCSであった。石神らは初期評価時の指標として、端坐位保持機能が重要であるとしている¹⁵⁾。端坐位保持機能は歩行可否の判定指標としては妥当であるが、歩行自立、歩行可能の判定には今回採用した他の指標も重要であることが示された。

3) BIと各機能評価との改善率

BI改善率と下肢Br-stage改善率, MAT改善率に有意な正の相関関係が認められた。歩行能力, 即ち移動能力はBIの総合得点と密接に関係しているという報告は多くなされており^{19, 20)}, 本研究においても下肢の運動麻痺の改善やそれに伴う運動機能の改善によってADLが改善されたことが示された。また, BI改善率と手指Br-stage改善率, MFT改善率, HDS-R改善率も歩行機能に有意な正の相関関係があり, このことから, ADLの改善は下肢の機能改善のみではなく上肢や認知機能面の改善によっても獲得されるものであると考えられた。

4) 歩行機能と平均在院日数

歩行機能の最終自立度において歩行自立群は, 歩行可能群, 歩行不可能群と比較し, 在院日数が有意に短縮していた。このことから, 歩行自立群に対しては早期に退院準備を行い, 歩行可能, 歩行不可能群においても迅速かつ適切な対応を患者や家族に指導していくことで在院日数を短縮させる可能性も示唆された。

まとめ

今回, 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した。

その結果, 全体での予後予測的中率, 疾患別の的中率, 発症からの予後予測的中率は高く, 各々の予後予測項目と歩行自立度の関連性, 各機能評価の関連性ともに相関関係があることが分かった。

今回の検討により, 当院で作成した早期予後予測の有用性が認められた。

参考文献

- 1) 厚生統計協. 国民衛生の動向・厚生指標 臨時増刊 2001
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部. 人口動態統計 1999
- 3) 伊藤良介: 脳卒中後遺症者の長期予後. P Tジャーナル 25: 4 - 8, 1991
- 4) Liu M, Chino N, Takahashi H. Current status of rehabilitation, especially in patients with stroke in Japan. Scan J Rehabil Med 32: 148 - 158, 2000
- 5) 佐鹿博信: 日本における脳卒中急性期リハビリテーションの標準化. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 8: 17 - 22, 1999
- 6) Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, Rokseth R, Haheim LL: Stroke unit treatment improves long-term quality of life: A randomized controlled trial Stroke 29 (5): 895 - 899, 1998
- 7) Ronning OM, Guldvog B: Stroke unit versus general medical wards, : Neurological deficits and activities of daily living: A quasi-randomized controlled trial Stroke 29 (3): 586 - 590, 1998
- 8) Kalra L: The influence of stroke unit rehabilitation on functional recovery from stroke Stroke, 25 (4): 821 - 825, 1994
- 9) Kalra L, Evans A, Perez I, Knapp M, Donaldson N, Swift CG: Alternative strategies for stroke care: a prospective randomized controlled trial. Lancet 356 (9233): 894 - 899, 2000
- 10) 齋藤智子, 他: 私の脳卒中急性期リハプロトコール. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 8: 49 - 52, 1999
- 11) 二木立: 脳卒中リハビリテーション患者の早期自立度予測. 理学療法テーション医学 19: 201 - 223, 1982
- 12) 二木立: 脳卒中の予後予測. 理・作・療法・21: 710 - 715, 1987
- 13) 二木立: 脳卒中. 医学のあゆみ 116: 439 - 450, 1981
- 14) 二木立: 脳卒中患者の評価. 総合リハ 10: 449 - 459, 1982
- 15) 石神重信: 急性期リハビリテーションと予後. リハビリテーション医学 33: 605 - 608, 1996
- 16) 厚生省健康科学総合研究事業. 脳梗塞急性期医療の実態調査に関する研究 1998
- 17) 三好正堂: 早期リハビリテーションをめぐる議論. 総合リハ 23: 1045 - 1050, 1995
- 18) 中村隆一, 他 (編): 脳卒中の機能評価と予後予測, 第2版, 医師薬出版, 1997
- 19) 伊藤良介: 脳卒中片麻痺者のADL. リハビリテーション医学 26: 69 - 70, 1989
- 20) 砂子田篤: 機能的状態の予後予測. 総合リハ 12: 1119 - 1125, 1998
- 21) 森山早苗, 他: 脳卒中片麻痺上肢機能回復の経時的変化. 作業療法 9: 11 - 18, 1990
- 22) 半田健寿, 他: 片麻痺 Moter Age Test にみられた特性. 国立大学理学療法士学会誌 5: 72 - 77, 1983
- 23) 厚生省健康科学総合研究事業. 脳梗塞急性期医療の実態調査に関する研究 2000
- 24) 木藤素子, 他: 脳卒中早期リハビリテーションにおけるゴール設定. P Tジャーナル 26: 436 - 442, 1992
- 25) 半田健寿: 脳血管障害の予後予測. P Tジャーナル 33: 870 - 877, 1999
- 26) 道免和久: 脳卒中における予後予測. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 7: 347 - 355, 1998

退院支援の光と影

－退院応援ミーティング3年目の実態－

玉村 千里

鶴が丘病院相談室 精神保健福祉士

Summary:

Since our hospital was established, we worked on rehabilitation very hard. However, around 30% patients in the rehabilitation ward stayed more than 5 years. In order to improve this situation, we started a new program of rehabilitation in November, 2004 which contributed to early discharge of many patients.

On the other hand, there are still some patients who drop out this program. Their characteristics are:

- 1) the disease condition varies in wide range.
- 2) difficulty of establishing human relationship between them and our staff.
- 3) in this program, we supported individually to each patient, it had not cooperated enough among the staff.

要旨: 当院では開設当初から熱心なリハビリテーション活動を行ってきたが、入退院の激しい開放病棟(リハビリ病棟)においても、現在約3割の入院患者さんが5年以上の長期入院生活を送っている。そこでH16年11月より退院支援活動を開始した。以来、多くの方がこの活動を通して退院したが、一方で、退院支援からリタイアした方も存在する。支援中断せざるを得なかった方達の特徴として、①病状の揺れが激しかったこと②その揺れを支える上で必要な支援者との関係性が、十分に構築できなかったこと③ひとりの患者さんに対する支援体制が個別であり、その支援方針をスタッフ全員で分かち合えなかったことが挙げられる。

1. はじめに

昨今、“社会的入院者”の退院促進がいわれて久しい。退院支援活動については、成功事例の報告は比較的多いが、支援中断事例については報告が少ない。そこで今回は、3年目に入るこの活動の現状、退院支援の光と影の両側面について報告したい。

2. 当院の概要

(1) 当院の特徴について

当院は1971年創立、東京都町田市にある精神科単科の病院である。現在も付属の社会復帰施設は持たないものの、創立当初からリハビリテーションに力

を入れ、病棟の開放化、外勤作業、院内喫茶、病棟レク、家族教室などが活発に行われてきた。また、診療報酬化される以前から訪問看護、デイケア活動などにも取り組んできた。現在は作業療法室、大規模デイナイトケア、月100件を越す訪問サービス(訪問看護の特別な部署はなく、個別のかかわりを重視して、すべて病棟看護師やデイケアスタッフ、相談室スタッフが兼務)、アパート宿泊訓練事業などを運営している。

(2) 当院の病床について

全178床中、男女ひとつずつの治療病棟と、男女混合のリハビリ病棟(全51床)を持つ。当院全体の

入退院数は、H18年度で入院者230人、退院者231人と比較的多いといえる。入院患者様は10代後半から60代後半までと幅広いが、高齢者痴呆疾患患者様を受け入れていないため、平均年齢は53.2歳である。

また、入院患者様の66%が統合失調症である。平均在院日数は270日である。治療病棟からリハビリ適応と判断された患者様は、リハビリ病棟に転棟するというシステムを取っているため、入退院・転棟の状況によってリハビリ病棟の男女比は変化する。リハビリ病棟の平均年齢は50才(H19年8月末現在)である。

(3) 長期在院の実態～統計より

在院者の入院期間において、1年以上の入院生活を送っている患者様は、当院全体では56%を占めている。リハビリ病棟でさえも、その割合は58%と半数を超えている。さらに、5年以上の長期入院者はリハビリ病棟では32%を占める(H19.8.16現在)。リハビリ病棟での期間最長入院患者様は353ヶ月(29年以上)にも及ぶ。

3. 退院支援活動「退院応援ミーティング」の概要

(1) 活動の成り立ち

前述したような熱心なりハビリ活動にも関わらず、長期に入院している患者様は、病院の外の世界に恐怖さえ感じており、退院を前向きに検討しようという気持ちを持ちにくい。また病棟スタッフも、患者様の不安や恐怖心を感じ取り積極的な働きかけができずにいた。そのため、スタッフ・患者様個人という個別のアプローチのみでは、不安感を和らげ、退院を現実化していくことに限界があった。このようなことから、筆者らは、病棟スタッフ・患者様を含めた「環境」を強化していく必要性を再確認し、病棟全体を対象とした退院支援活動(通称:退院応援ミーティング)をH16.11月より開始した。

(2) 活動目的

まずは“病院以外での生活への興味・関心が芽生えるような機会を持つこと”とした。

(3) 活動実績

① 対象者

対象者は病状が落ち着いている開放病棟(以下リハビリ病棟)の患者様を対象とした。また、この活

動は、孤立感を避けるためにあえて対象者を絞り込まず、病棟の患者様全員を対象としていることに特徴を持つ。

② 活動内容

名称:「退院応援ミーティング」。1回6セッション、月1回、場所はリハビリ病棟のホールで行うこととした。場所を病棟ホールにしたのは、患者様が「生活」している場所において行うことで、患者様自身についての話題だということを確認していただくためである。

6回の構成は当事者からの話、病気についての話・薬・社会資源について、などである。H19年8月現在で参加者平均が32人(満床51床)を超えるなど、盛況である。狭い病棟のホールでぎゅうぎゅうになって行っているが、そんな不便さも、手作りの雰囲気作りに役立っており、笑いあり珍問ありの楽しい会となっている。

③ 実績

現在ミーティングもH19年8月現在時点で5クール目(全26回)を迎えた。H16年11月時点でリハビリ病棟において1年以上の長期入院を継続していた方々の中から19人(H19年8月末現在)が地域へ退院された。そのうち入院期間5年以上の退院者は6人・最長入院者354か月(29年半)である。

4. 退院支援の光の面～成功した事例

4-1: Aさん

(1) 人物像

60代男性、統合失調症。当院入院30年。入退院を繰り返していたが、母死去後は長期入院継続。帰宅には外泊をするものの、退院には反対されていた。陽性症状はほとんどなく、病状や生活態度は非常に落ち着いていたものの、世間と隔絶された生活が長すぎ、また几帳面すぎるために、環境の変化(病棟転棟など)には強い拒否を示すなど、頑固で融通の利かない態度が顕著であった。

(2) かかわりの経過

担当看護師(以下Ns)や担当の精神保健福祉士(以下PSW)が熱心にかかわり、病棟を転棟したことに伴い、筆者も担当する病棟へ移る。筆者とは退院応援ミーティングに参加する際にかかわる程度で

あったが、担当のPSWが「いつか退院できるのでは」と熱心に関わりを続けていた。

(3) 退院支援における変化：退院に至るまで

退院応援ミーティングには当初「俺には関係ない」と不参加であったが、ある時から参加するようになる。下を向いてかたくなな表情を崩さないものの、「よし、いっぺん質問してやろう」と、ゲストである単身生活者に質問をしたりするようになる。しかしやはり「でも俺は退院したら死ぬしかないから」との発言を付け加えていた。そんなことが1年近く続いたH17年秋、グループで福祉ホームを見学に行くこととなった。渋々ついてきたように見えたが、帰り道、筆者を呼び出し、「俺、今度先生に退院したいって告白しようと思うんだ」と打ち明ける。その後担当PSWが姉を熱心に説得、本人の不安な気持ちを溶かすように根気強くかかわった。本人の不安が強くなり、一時期決まりかけた退院を延期したこともあったが、H18年5月に何とか単身アパート退院。デイケア（以下DC）には時々しか来ないが、買い物や他科受診、身辺整理などはきちんとこなし、時々行われる卒業生（退院者）対象の食事会にも楽しそうに参加する。

4.2：その他退院していった方達の特徴

年代的には30～60代と幅広く、主に統合失調症の方々が多かった。

個別のかかわりが苦手な方にとっても、「退院したくない」方にとっても、全体で行うミーティングは患者様を不安にさせることなく情報を提供でき、大変有益であった。またマンパワーが十分でないスタッフ事情の中でも、情報提供や、退院支援のきっかけづくりができた。

病状や障害程度、性格も本当にさまざまで、支援関係が構築できるまでに相当の時間を要した方もいたが、最終的には支援者を信頼し、病状が揺れても不安になっても、持ち直すことができた。

5. 退院支援の陰の面～支援中断に至った事例

次に、退院支援が中断となった活動の陰の部分を紹介する。

5-1：Bさん

(1) 人物像

60代男性。統合失調症。東京を始め、地方の大

都市にて仕事を転々としていたが、独語、奇異行動が生じ、欠勤が続くようになる。35歳頃に当院初診、入院となる。病状の安定後は実家に戻って生活していたが、H3年当院再入院。過去様々な働きかけをしてきたが、土壇場になると「とにかく不安です、何もできないだめな人間なんです」というせりふを繰り返し、積極的な支援ができない状況が長く続いていた。

(2) かかわりの経過

しかしこの3年くらいで再び気持ちが和らぎ、ある時「本当は退院してみたい」と打ち明けてくれた。そこでスタッフ皆で協力しながら支え、不安ながらもH17年夏グループホーム入居申し込みをし、宿泊訓練を繰り返しながらすごしていた。

(3) 退院支援における変化：中断に至るまで

ところが年明け3月頃から徐々に「歩けない」「足の裏がぐちゃぐちゃする」「心臓がおかしい」等の妄想的発言が聞かれるようになり千鳥足でよちよちと歩くようになる。今まで行っていた内科への定期受診もタクシーでドアtoドア。金銭関係の妄想的発言（「高額療養費が戻らないと言われた」「年金はお前におりないと言われた」）が目立つようになる。その都度「それはBさんの病気や不安がさせているものだから、一緒にやっていくから」とかかわりを続けてきた。

6月にグループホームの空き連絡があり、本人を交えてカンファレンスを行う。「今までずっとこの繰り返しだったから、今度は思い切ってやってみよう」ということになり、また本人もうつむいたままであったものの強い拒否はなかったため7月末の入居の最終確認までもう一度様子を見ることになった。

しかし、状態は不安定になる一方で、最終カンファレンスにおいて、「本当の気持ちを教えて」と促したところ「歩けないからどうしようもない」という返答。「グループホームへの入居はどうしますか？」という問いかけには最終的に「…やめます」と答えが返ってきた。本人が自発的に退院を望める安定を取り戻せるまでは静観することとなり、現在に至るまで、退院支援は中断されている。

5-2：Cさん

(1) 人物像

50代男性。統合失調症。過去当院へ何回も入院を

繰り返していた。若い頃には違法薬物を経験したり、バーテンダーとして働いたり等、いろいろなことを経験された方だった。そのためか、いわゆる訓練的にかかわりには乗らず、また入院時は必ず暴力や衝動性の高い行動が伴っていたため家族も退院には拒否的で、7回目の入院は数年に及んでいた。また、症状が揺れ動くと他人に対し懐疑的になり、作業療法室の女性スタッフにしか自分の思いや過去の話を読むことはなかった。

(2) かかわりの経過

最初は馬鹿にして参加していなかった退院応援ミーティングにも参加回数が増え、また、本人の気持ちも少しずつ「退院してもよい」等、地域生活に関心が戻ってきた。主治医やPSWの熱心な関わりが実を結び、退院に拒否的であった父親を説得、単身アパート生活が始まった。揺れはあったものの、「(他の人が心配しているより俺は)できるよ」という自信も、基本的な生活力もあったため、H18年6月単身アパート生活を決め、退院となった。

(3) 退院支援における変化：中断に至るまで

H18年3月には休息入院もはさみ、上手に息抜きできていたと思われていたが、その後5月頃より不眠傾向出現。この頃すでに行きつけのスナックや自宅でお酒をたしなむようになっていったようであった。この頃から服薬や生活パターンが乱れ始めたものの、デイケアにも毎日通所し、顔色ひとつ変えず淡々としていた。一方で、このような実情は担当PSWにも明かさず、訪問に行き話をしていても問題が表面化せず経過。しかし6月、DC通所時に突然顔色悪く震えだし、急遽入院となった。

当初短期間の静養入院のはずだったが、その後は退院の話が具体化するとイライラが募り退院延期となったり、退院応援ミーティングを「おれは挫折者だから」と欠席したり、再入院となった自分への苛立ちやこれからへの不安をもらすようになっていた。担当PSWをはじめとするスタッフがかかわり、どうにか落ち着いてこれからのことを考えられるようになり、H19年1月にいったん退院となったが、その後2週間顔色さえ経過。担当PSWがサポートしていたものの、生活保護費と障害年金の2本立て金銭管理に混乱をきたし不安焦燥感増悪。同月に9回目の入院となった。

入院後は開放病棟にて過ごしていたが、3ヶ月ほど経過した頃、今後への不安からか、希死念慮強まり自殺未遂。閉鎖病棟へ移るも拒薬、拒食、スタッフへの不信感(「俺はこの病院でだめにされたんだ!」等父へ訴える)が強まり、心身ともに衰弱。体重は激減し、話をするのもやっと、という状態が数ヶ月続いた。

現在は症状も落ち着き、話も落ち着いてできるようになったが、ひとまずは借りていたアパートを全面撤去することとなった。

6. 考 察

(1) 成功例と中断例を比較して

①ミーティングの効果

病棟全体で行ったミーティングは、個別支援でなかったため、誰に対しても侵襲的になることなく「退院してみようかな」と思わせるきっかけ作りになった。この点で、病棟全体におけるミーティングは退院支援に有益であったといえる。

②病状について

第一に、ミーティング前の症状自体には明らかな差はなかった。

第二に、中断例であるBさんCさんの特徴として、二人の病状の変化が予想以上に激しかったことが挙げられる。スタッフはその特性を詳細につかみ、病状の変化を予期、早期対応すべきであった。

第三に、「この病気独特の不安感・焦燥感」の激しさがこの二人には強かった。しかしこの点をどのようにケアし、これからの生活とすり合わせていくかが想定できなかった。

③経済面及び生活能力について

経済的には収入および貯蓄額に大きな差はなかった。また生活能力においても経験の有無はあったが、特に大差なかった。

④人とのかかわりについて

成功例との最も大きな点は、熱心にかかわってくれる家族がいなかったことが挙げられる。そのため「これでもう失敗はできない」という緊迫感と常に戦う必要があった。

その場合、病院スタッフが支援者となるが、そのスタッフに対して懐疑的で、全員のスタッフを平等に信頼できなかった。Bさんの場合は幻聴が激しくなり被害感・疎外感を強めた。Cさんの場合はもともと人に上手に頼ることができず、できる自分を演

出しようと疲れてしまった、と考察する。

(2) 退院支援の問題

以上のことから、貯金額や生活能力の有無、単身生活の経験の有無が問題ではないことがわかる。では何が問題であったのか。以下に今回の問題点をいくつか挙げる。

①病気の根深さ

この退院支援活動における病気の根深さとは、「症状の激しさ」ではなく、この病気の特徴である「ただひたすら不安」という掴みどころのない状態に陥ることである。こうなってしまうと、本人も周囲も「何をどうすればいいかわからない」ことが多い。この場合、薬物調整をすることもあるが、多くは休息をとりながら様子を見るしかできない。

②支援者との関係性

入院が長期に及び自信を回復する機会を逸してきた方達は、同時に人との安定した関係を構築しにくい。そのため、①のような状態に陥った時、SOSが出せない、不安が言語化されずに身体化されてしまうなどの危機状況が起こる。

③個別支援の限界

危機状況においては、いつでも誰でもが支援を提供できる必要があった。ところが病棟においても訪問看護においても担当性がひかれており、Bさん、Cさんの場合も不安を訴えることができる相手が限られてしまっていた。

(3) 今後について

これらを通して筆者が痛感したことは、①その人その人の病気及び障害とその人自身の特性を理解し、②その上で関わりの工夫を凝らし、続けることの必要性であった。Bさんには不安を適切に言語化できるような援助が必要であったであろう。また、Cさんには、少しでも多くの人に自分をさらけ出せるような生き方ができるように、彼のプライドをほぐしていくかわり・コミュニケーション方法の取得援助が必要であったであろう。今後とも、気長にこの

二人のことは見守り続けていかねばならない。

さらに、③担当者のみでなく、病棟・病院全体がその方に対しての責任を共有することが必要である。一対一の担当制のみではなく、いつでもどこにいても誰かが支えてくれる、励ましてくれるという病棟、病院でなければ、この退院支援活動は浸透していかない。

7. 最後に

この報告は院内における退院支援活動である。長期にわたって入院を継続してきた患者様は、人と安定した関係を結ぶことが苦手（もしくは経験がない）である。院内の退院支援活動では、この点にも理解を置き、退院のツール探しに終始しない支援が必要であろう。

またさらに、地域においてもさらなる取り組みや受け皿となるネットワークが構築されなければいけないことを強調してこの報告を終わりにしたい。

参考文献

「精神障害者のためのケースマネジメント」
チャールズ・A・ラップ 著／江畑敬介監訳濱田龍之介・辻井和男・小山えり子・平沼郁江訳
金剛出版

「誰にでもできる精神科リハビリテーション」
野田文隆・蜂谷英彦責任編集
星和書店

「精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム、ツール等に関する調査研究報告書」
社団法人 日本精神保健福祉士協会

新潟労災病院におけるNSTとリハビリテーション科の関わり

森田 浩¹⁾ 澤田小夜子¹⁾ 合志 聡²⁾ 伊達和俊³⁾

労働者健康福祉機構 新潟労災病院
¹⁾ リハビリテーション科 ²⁾ 消化器内科 ³⁾ 外科

Relation of the department of rehabilitation in NST of Niigata Rousai Hospital

Hiroshi Morita¹⁾ Sayoko Sawada¹⁾

Satoshi Goushi²⁾ Kazutoshi Date³⁾

Japan Labour Health and Welfare Organization
Niigata Rousai Hospital

¹⁾ The department of rehabilitation

²⁾ The department of gastroenterology & hepatology

³⁾ The department of surgery

Summary : In Niigata Rousai Hospital, the nutrition support team (following, NST) preparatory committee was started for the surgery division manager from October, 2005 to the chairman (representation). The digestive-tract-internal-medicine doctor was greeted as the core staff, and activity was started as a formal committee of the House in April, 2006. In the department of rehabilitation, the physical therapist and the speech therapist are taking part in the planning. Moreover, establishment of Gastrostomy clinic [April, 2006]. The endoscopic treatment center will be established from October of the same year, and the environment which surrounds a nutrition treatment is being improved quickly. It was recognized from the Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition in April, 2007 as a NST operation institution and NST on-the-spot training authorization educational establishment.

Key words : Nutrition Support Team , Dysphagia , Rehabilitation

要旨 : 当院では、2005年10月より外科部長をチェアマン(代表)に栄養サポートチーム(以下、NST)準備委員会を立ち上げた。2006年4月には消化器内科医師をコアスタッフとして迎え、院内の正式な委員会として活動を開始した。リハビリテーション科では、理学療法士と言語聴覚士が参画している。また、2006年4月より胃瘻(以下、PEG)外来の開設。同年10月より内視鏡診療センターを開設し、栄養療法を取り巻く環境が急速に整備されつつある。

別刷請求先: 森田 浩 〒942-8502 新潟県上越市東雲町1-7-12 労働者健康福祉機構 新潟労災病院リハビリテーション科

Tel : 025-543-3123

Fax : 025-544-5210

E-mail : jbd02551@nifty.com

2007年4月に、日本静脈経腸栄養学会よりNST稼動施設ならびにNST実地訓練認定教育施設として認定された。

キーワード：栄養サポートチーム、摂食・嚥下障害、リハビリテーション

緒 言

1970年にアメリカのシカゴで始まったNSTは、1980年代に全米や欧州に広く普及した。2000年に入り、ようやく日本でも日本静脈経腸栄養学会の主導の下、NSTプロジェクトに参加する施設や稼動施設が増えつつある。当院でも比較的早い時期から準備委員会を立ち上げ、成果を上げている。

今回、当院のNSTで対象とした全症例の概要をまとめると共にNSTとリハビリテーション科の関わりについて考察を加え報告する。

NSTとは

当院のNSTは、外科医師・消化器内科医師・歯科口腔外科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・臨床検査技師・事務員・理学療法士・言語聴覚士により構成されている。

しかし、NST活動において、誰が対象患者を選択して登録するか、対象とする基準をどうするか、などいくつかの課題に直面している。現在当院では、栄養状態の指標：アルブミン値を参照しながら摂食・嚥下障害を有している症例、治療において苦慮している症例を病棟のNST看護師と主治医の判断で登録している。今後は、管理栄養士が入院時に行っている栄養アセスメントで栄養不良患者を登録する方

法や、臨床検査技師が栄養指標を参考に一律に登録する方法なども検討されている。

NSTにおいて言語聴覚士に求められるものは、嚥下機能評価、嚥下リハビリテーションの計画立案、嚥下訓練、食事形態の調整、栄養摂取量評価と栄養投与経路設定が挙げられる。また、カンファレンスや回診時に嚥下機能評価や助言を求められることも多い。しかしながら、言語聴覚士はNSTに登録された症例全てを直接関与していない。つまり、嚥下機能や栄養不良の背景を詳しく知り得ない立場である。とって、登録された症例全てを言語聴覚士が関与することは困難な状況にある。

図1は会議室で行われているカンファレンス風景である。この後、病棟へ回診に向かう。

対象と方法

2006年4月から2007年6月までにNSTが対象とした全症例の性別、年齢、診療科、栄養療法の内訳と推移並びに転帰をまとめる。また、リハビリテーション科が直接関与していない症例と直接関与している症例との関わりについて紹介する。

結 果

対象期間中にNSTが関与したのは35症例、平均年齢は72.6歳であった。性別（図2参照）で



図1 カンファレンス風景

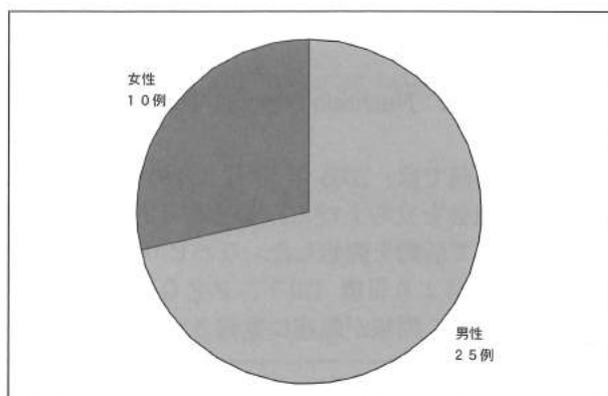


図2 男女比

は、男性25名・女性10名であった。対象となった35例の診療科別(図3参照)では、外科10例・内科10例・整形外科7例・脳神経外科4例・呼吸器外科3例・耳鼻咽喉科1例であった。また、栄養療法の内訳と推移(図4参照)では、NST登録時と終了時の比較において経口による栄養管理が共に多くを占めた。しかし、経口とPN(静脈栄養法)やEN(経腸栄養法)との併用など、多くの栄養療法の方法が混在していることを改めて実感した。

また、転帰の内訳(図5参照)は、自宅退院14例・施設入所4例・転院7例・死亡退院8例・入院継続2例であった。

対象者の内、言語聴覚士が直接評価並びに訓練に関与している症例は16例(図6参照)であった。言語聴覚士が直接関与していない19症例に対しては、助言や情報提供を行った。その方法は主に、カンファレンスや回診の場、NST支援システムに与えられた各セクションのコメント欄を活用した。言語聴覚士が直接関与していない症例との関わりについて2症例を通して紹介する。

症例1は、83歳の女性で診断名は認知症、肺化膿症。認知症を伴う摂食・嚥下障害。カンファレンスや回診で、食べたい時間に食べてもらう、関わる人を固定する、静かな環境を整えるなどの助言を行い経口による栄養管理が可能となった。

症例2は、83歳の男性で診断名は左大腿骨転子部骨折。食思低下により栄養状態の悪化を呈している症例。味覚や嗅覚を活用した食材の提供を促すことで経口が可能となった。

また、理学療法士または作業療法士が直接関与している症例は24例(図7参照)であった。情報提供の主な内容は、「ADLの進捗状況」「日中の運動量」等であった。理学療法士または作業療法士が直接関与している症例との関わりについて2症例を通して紹介する。

症例3は、59歳の男性で診断名は頸髄損傷。四肢麻痺に加え気管切開中のためカフ付きカニューレを装着中。褥瘡や人工肛門を抱えており栄養状態の改善のためにPEGを造設。コミュニケーション手段の確立と経口摂取訓練並びに電動車椅子の操作訓

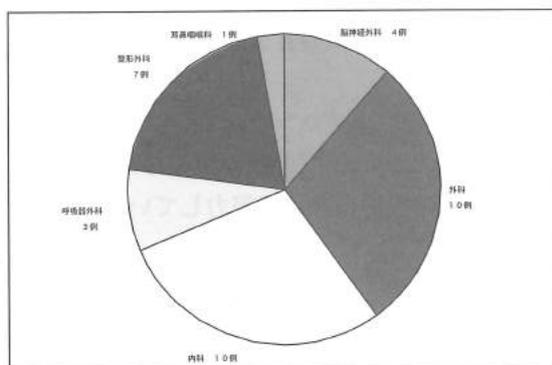


図3 診療科別

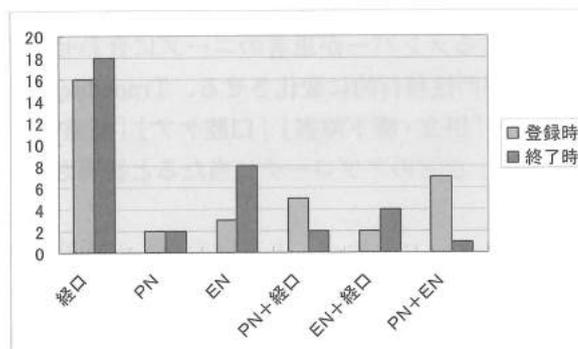


図4 栄養療法の内訳と推移

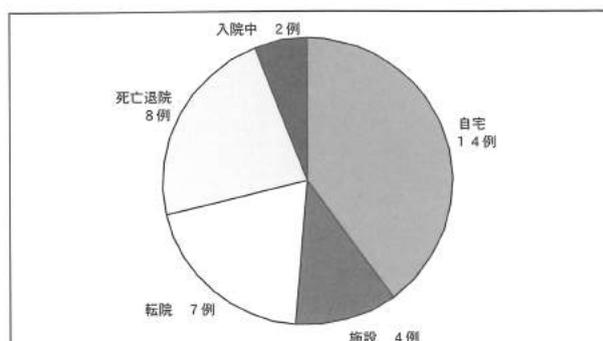


図5 転帰の内訳

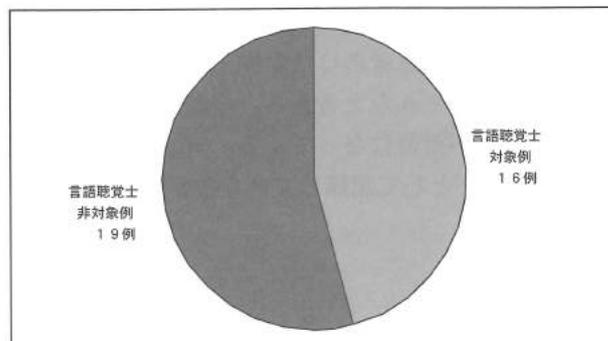


図6 言語療法士対象の有無

練など開始した。スピーキングバルブによる発話訓練や運動量の提供に努めると共にADL訓練を進め、食べる楽しみ程度の経口摂取が可能になった。

症例4は、82歳の男性で診断名は脳梗塞。誤嚥性肺炎を繰り返すためPEGを造設する。嘔吐を繰り返すため、ADL訓練と運動量アップを進めた。同時に、経口摂取訓練を開始しおやつ程度の摂取が可能になった。何れの症例も、在宅復帰を視野にADL訓練の実施と栄養摂取量に併せた運動量の提供に努めた。

さらに、理学療法士の助言を経てNSTに登録された症例は、7例であった。そのきっかけは「食事中にむせを伴うことがある」「患者が食べられないと訴えている」が中心であり、理学療法士の関与が高いことがわかった。

考 察

リハビリテーション医療チームの一員として、言語聴覚士は位置づけられてきたが、NSTの発展と共にようやく院内における横断的なチーム医療の一専門職として貢献できる立場となった。

これからのチーム医療は、共通の基本的知識と経験を有するメンバーが患者のニーズに合わせてその役割を専門性移行的に変化させる、Transdisciplinary teamが「摂食・嚥下障害」「口腔ケア」「誤嚥性肺炎」「NST」などのアプローチに当たると提唱されている1)。

他のスタッフと比べ、人員は少ないが病院や地域医療の発展に貢献できる分野である。NSTの一構成員として、高度な医療行為に及ぶ情報交換の場に発展させていきたい。また、NST活動を通して、知識や技術を啓発することが、さらに言語聴覚士の必要性や専門性を高めてくれると考えている。

今回のNSTの活動を通して、直接関わる担当症例だけでなく、専門的な知識・技術を積極的に提供することで入院患者のQOL向上とチームのレベルアップに寄与できたと考える。今後は、対象患者のアウトカムが重要になってくる。NSTで得られた成果を、活字として記録していく必要がある。

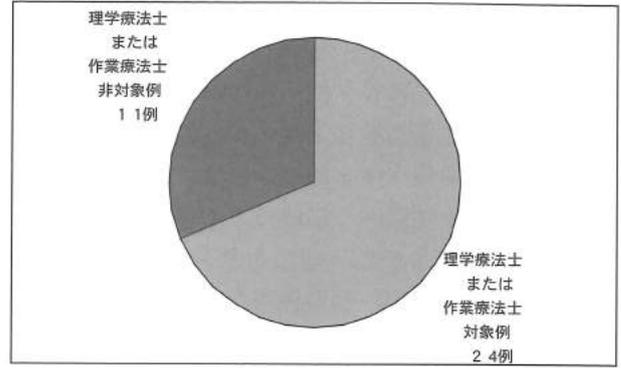


図7 理学療法士または作業療法士対象の有無

まとめ

当院におけるNSTとリハビリテーション科の関わりを報告した。NSTの活動を通して、理学療法士や言語聴覚士の専門的サービスの提供が有効に生かされていた。

これからのNSTは、地域連携パスが叫ばれるように地域との親密な関係が要求される時代へ移行すると考えられる。近隣施設や在宅とのネットワーク構築に向けた地域一体型NSTの必要性が求められている。

また、研修会や合同カンファレンスを通じて連携を深めていくと共に専門分野の更なるスキルアップと幅広い知識の習得に向けて努力していきたい。

参考文献

- 1) Nutrition Care Report No.7 誤嚥リスクに応じた嚥下補助食品の利用 才藤栄一
- 2) NST実践マニュアル 東口高志 医歯薬出版
- 3) NSTプロジェクト・ガイドライン 東口高志 医歯薬出版

地域在住高齢者における杖長

～調節者の違いによる検討

奥 壽郎¹⁾ 小山理恵子²⁾ 西島智子³⁾
畑山 聡²⁾ 加藤宗規⁴⁾

1) 臨床福祉専門学校 2) 聖テレジア病院
3) あすなろ訪問看護ステーション 4) 了徳寺大学

The study of cane length in community elderly people

～ The effect of adjuster ～

OKU Toshiro, RPT¹⁾, KOYAMA Rieko, RPT²⁾, NISHIJIMA Tomoko, RPT³⁾
HATAKEYAMA Satoshi, RPT²⁾, KATO Munenori, RPT⁴⁾

¹⁾Clinical Welfare College

²⁾St THERESE Hospital

³⁾Asunaro Visiting Nurse Station

⁴⁾Faculty of Health Sciences, Ryoutokuji University

Abstract : For regional senior citizens who use cane when they walk, it became clear that people other than PT were prescribed longer than general prescriptions when the length of the cane was adjusted.

Key words : Community elderly people · Cane length · Adjuster

要旨 : 地域在住高齢者における、調節者の違いによる杖長への影響を、屋外歩行に杖を使用している地域在住高齢者38名を対象として検討した。対象者を理学療法士(以下、PT)が杖長を調節した23名(以下、PT群)と、PT以外が杖長を調節した15名(以下、非PT群)とに分類し、身長、杖長、標準的杖長(立位時の大転子から床までの距離)、杖長差(杖長-標準的杖長)、標準的杖長身長比(標準的杖長÷身長×100)、杖長身長比(杖長÷身長×100)について比較検討した。両群において、身長、標準的杖長身長比は差は認められなかったが、杖長、杖長差、標準的杖長、および杖長身長比では、有意に非PT群の方がPT群に比し大きかった。非PT群では一般的な杖長の処方よりも長く処方されていることが明らかになった。

キーワード : 地域在住高齢者, 杖長, 調節者

1 はじめに

我々は高齢者に対して、移動能力確保の目的で移動用補助具を処方することが多い。その中でも使用

頻度が高く、比較的手軽とされているのがT字杖(以下、杖)である。しかし、高齢者と杖についての研究は少なく、十分検討されているとは言い難い。

高齢者に対して杖を処方する分野は、一般家庭か

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
Tel. 03-5910-3756 ファックス : 03-5910-3760
E-mail : kotobuki@rinshofukushi.ac.jp

ら福祉・医療分野と広い範囲にわたっている。杖の長さ（以下、杖長）を調節する職種も様々であるが、多くは医療・介護施設において理学療法士（以下、PT）をはじめとするリハビリテーション（以下、リハビリ）スタッフの割合が多いと思われる。杖長に関しては、静止立位時で床から大転子の長さに合わせたり、杖把持時に肘関節が30度屈曲位になるように決定するといわれている¹⁾。

本研究の目的は、地域在住高齢者の杖使用状況において、杖長の調節者（以下、調節者）の違いによる杖長への影響を検討することである。

2 対 象

神奈川県湘南地域の地域在住高齢者で、脊椎の変形を認めず屋外歩行において杖を使用している38名を対象とした。これらのうちPTが杖長を調節した23名（以下、PT群）とPT以外の者が調節した15名（以下、非PT群）に群分けした。非PT群における調節者は、15名中3名が家族、3名が自分、2名が医師・看護師、1名が介護業者、6名が購入時のままであった。PT群・非PT群の順（以下、平均±標準偏差）に、年齢は81.3±5.9歳、79.9±5.2歳、身長は148.9±7.9cm、154.9±9.8cm、性別は男性8名、女性15名、男性4名、女性11名であった。診断されている疾患名は、変形性脊椎症、大腿骨頸部骨折、変形性膝関節症などの整形外科系疾患、心疾患、糖

尿病などの内科系疾患であった。両群においてこれらの一般的背景要因には差はみられなかった。

なお、対象者には本研究の目的・内容・プライバシーに関する配慮などについて説明し、同意を得た上で実施した。

3 方 法

メジャーを用いて、対象者が普段使用している杖のグリップからゴムチップの先までの長さ（以下、杖長）、標準的杖長として静止立位で床面から大転子までの距離を測定した（以下、標準的杖長）。これらの結果から、身長に対する標準的杖長の割合（標準的杖長÷身長×100、以下、標準的杖長身長比）、標準的杖長と杖長との差（杖長－標準的杖長、以下、杖長差）、身長に対する杖長の割合（杖長÷身長×100、以下、杖長身長比）を算出した。このデータは対象者個人の身長による影響を配慮する目的で、身長における比率を算出した。データは小数点第2位を四捨五入して小数点第1位で表した。

これらのデータからPT群・非PT群の両群において、差がないかを分析した。統計学的処理には対応のないt検定を用い、5%を有意水準とした。

4 結 果

PT群、非PT群の順に（平均±標準偏差）、杖長は76.4±5.8cm、82.0±5.4cmで有意に非PT群の方

表1 測定項目

身長 (cm)	
杖長 (cm)	グリップ～ゴムチップ先
標準的杖長 (cm)	立位時の大転子～床



杖長差 (cm)	杖長－標準的杖長
杖長身長比 (%)	杖長÷身長×100
標準的杖長身長比 (%)	標準的杖長÷身長×100

表2 PT群、非PT群における比較結果

項目	PT 群	非 PT 群	有意差
身長 (cm)	148.9 ± 7.9	154.9 ± 9.8	NS
杖長(cm)	76.4 ± 5.8	82.0 ± 5.4	P<0.01
標準的杖長 (cm)	75.1 ± 3.2	78.0 ± 0.1	P<0.01
杖長差 (cm)	1.3 ± 2.6	4.0 ± 5.5	P<0.01
杖長身長比 (%)	51.3 ± 1.0	54.1 ± 1.8	P<0.05
標準的杖長身長比 (%)	50.4 ± 4.6	50.4 ± 1.0	NS

が長かった ($p < 0.01$)。標準的杖長 $75.1 \pm 3.2\text{cm}$ 、 $78.0 \pm 0.1\text{cm}$ で非 PT 群の方が有意に長かった ($p < 0.01$)。杖長差 $1.3 \pm 2.6\text{cm}$ 、 $4.0 \pm 5.5\text{cm}$ で非 PT 群の方が有意に長かった ($p < 0.01$)。標準的杖長身長比 $50.4 \pm 4.6\%$ 、 $50.4 \pm 1.0\%$ で有意差は認められなかった。杖長身長比 $51.3 \pm 1.0\%$ 、 $54.1 \pm 1.8\%$ で非 PT 群の方が有意に大きかった ($p < 0.05$)。

5 考察

高齢者の活動性維持の一手段として、杖処方があげられる。杖処方時の杖長決定に関しては、床から大転子の高さや杖把持時の肘関節の屈曲角度が 30 度になるような長さといわれている。これらのことを踏まえて今回、地域在住高齢者において、杖長の調節者の違いによる杖長への影響を検討した。杖長の調節者として杖処方に関わる機会が多いと思われる PT と PT 以外の者とに分類し検討した。

PT 群、非 PT 群において、杖長、標準的杖長ともに PT 群より非 PT 群の方が有意に長かった。これは両群における平均身長の違いによるものと思われる。しかしながら、杖長差においても非 PT 群の方が大きく、非 PT 群において杖を長く処方する傾向がうかがえた。この点に関しても身長の違いによる可能性がある。そこで、身長の影響を排除するために、身長に対する比率を算出した。PT 群、非 PT 群ともに標準的杖長身長比は約 50% であり、両群において身長に対する標準的杖長の割合は同じであった。し

かしながら、杖長身長比では PT 群 51%、非 PT 群 54% で非 PT 群の方が有意に大きい比率であった。これらのことより、非 PT 群では一般的な杖処方より長く処方することが明らかになった。この要因として、非 PT 群は杖の処方に関する知識が乏しいことにより、購入したままの長さや、合っていない長い杖を処方していることが推察される。また、杖を使用する目的によって調節したり。調節機能がついていないものは、長めで様子をみたなどが考えられる。

これまで高齢者の杖使用状況に関する報告は少ない。佐藤ら²⁾は、特に疾患を有さない一般老人の杖使用状況において、姿勢異常などによる使用目的の違いが歩行パターンに影響していることが考えられ、歩行パターンは杖長決定の因子になる可能性があるとして述べている。増井ら³⁾は、明らかな脊柱変形を来している老人に対する杖処方を検討しており、歩行の前後バランス確保のために長い杖を好むと報告している。また、竹脇ら⁴⁾は高齢者にとって使いやすい杖を考える目的で、高齢患者の杖使用状況において、杖の長さや姿勢不良、性別などは一定の傾向はみられなかったと報告している。これらの報告は、杖処方の際の杖長に着目し、歩行パターンや脊柱変形との関連性をみたものである。杖処方の際の杖調節者と杖長との関連性についての報告は少ない。今回は、非 PT 群において一般的な杖長より長く処方することが示唆された。長く処方する影響として、

杖への支持能力の低下、身体各部の痛みや身体アライメントの不良などの影響が考えられる。有疾患者を対象とした調査において、約30%の者が疾患部位以外の部位の痛みを訴えていた⁵⁾との報告もあり、今後は高齢者の杖処方に関わる者すべてに、杖処方あるいは杖の知識の習得が望まれる。

今後、杖の長さによる影響に関する検討に加え、高齢者と杖に関する検討を重ねていきたい。

6 まとめ

高齢者の杖使用状況において、調節者の違いによる杖長への影響を検討する目的で、屋外歩行で杖を使用している地域在住高齢者38名を、PT群（PTが杖長を調節）23名と、非PT群（PT以外が杖長を調節）15名とに分類し比較検討した。

1 両群において、身長、標準的杖長身長比には差は認められなかった。

2 両群において、杖長、杖長差、標準的杖長、および杖長身長比では、有意に非PT群の方がPT群に比し大きかった。

3 これらのことより、非PT群では一般的な杖長の処方よりも長く処方されていることが明らかになった。

参考文献

- 1) 長谷公隆：リハビリテーション機器（杖・車いす・座位保持装置・環境制御装置），千野直一編集：現代リハビリテーション，pp327-330，金原出版，2004
- 2) 佐藤幸一・他：（一般）老人における杖処方～姿勢と歩行パターンに着目して～，東北理学療法学10：13～17，1998
- 3) 増井正清・他：老人の杖処方について 第一報，第8回東海北陸地区理学療法士学会誌：73～74，1990
- 4) 竹脇知実・他：高齢者の杖の検討―杖使用状況調査―，東京都養育院老年学会誌第2回：193～197，1995
- 5) 瀬戸智子・他：杖使用時の身体各部の痛み、総合リハビリテーション29：263～267，2001

私たちが考える真の利用者本位の取り組み

鈴木貴文 松崎祥子 田中厚子
松永文子 畠山 実 内野滋雄

社会福祉法人 三徳会

“An Approach of True Nursing for Elderly Patients That We Believe”

- The case of approaching in the general ward -

Takafumi Suzuki, Sachiko Matsuzaki, Atsuko Tanaka
Fumiko Matsunaga, Minoru, Hatakeyama, Shigeo Uchino
Social Welfare Corporation Santokukai

Abstract : Until recently, we believed that a good way to nurse elderly patients at special elderly nursing homes is to help create wall-regulated daily routines that take each patient's physical state, mental state, and living condition into consideration.

However, we asked ourselves, "Do patients want to spend their last days based on regulations established by those facilities?" When we thought about this, we then felt that patients should fulfill their dreams and goals, and the true meaning of providing care is to help them pursue their wishes. To do this, we have assisted our patients in 1) "We want to go to a public bath again!" 2) "We want to eat tuna as much as we want again!" 3) "We want to see Roman Holiday at a movie theater again!" 4) "We want to enjoy shopping at a department store again!"

Key Word : Nursing care home, Elderly persons, Dream come true, User standard

要旨: 従来、特別養護老人ホームにおける高齢者ケアは、身体状態や精神状態、生活環境などを考慮して、規則正しい日常生活を過ごすことが良い個別ケアだと考えられてきた。しかし、「残された時間を施設の規則に従って生活することが利用者の望む介護なのか」と考えた結果、自分の夢や憧れていることを僅かでも実現させようと努力することがその方らしい生き方であり、その手助けこそが本来のケアではないかと考えた。

私たちは、①「もう一度、銭湯に行ってみたい」、②「お腹いっぱいマグロを食べたい」、③「もう一度、映画館で「ローマの休日」を観たい」、④「デパートで買い物を楽しみたい」という4つの夢をかなえるための取り組みを行った。

キーワード : 特別養護老人ホーム、高齢者、夢をかなえる、利用者本位

1. はじめに

従来の特別養護老人ホームにおける高齢者ケアは、老化や死に対する高齢者の不安感や恐怖感をできるだけ遠ざけるために、その方の身体状態や精神状態、生活環境などを考慮した個別ケア計画書を作成し、その計画書に従ったケアを忠実に実施して、利用者が規則正しい日常生活を過ごすことこそが良いケアだと考えられている。

しかし、当施設では、「高齢者ケアは、老化や死を遠ざけるためのケアではなく、その方の残された生の時間をその方らしく過ごしてもらうためのケアこそが、本来の高齢者ケアではないか」と考え、「ご自分が抱いている夢や憧れを僅かでも実現させようとしている時が、最もその方らしい生の時間で、それを支援することこそが本当の高齢者個別ケアではないか」という個別ケアの目的を立てて介護を行っている。

もちろん、入所者の心身の状態や経費、職員配置などにより、イメージしている夢や憧れを100%実現させることは困難だが、経験年数や職種を問わない全職員のアイデアと従来の発想には囚われない方法で設備や器具を使用したり、ボランティアや地域住民の協力、他職種協働などによって、ひとり一人の抱くイメージに僅かでも近づけるような取り組みを実施している。今回は、その内の4つの取り組みを報告する。

2. 取り組みの内容

(1) 「もう一度、銭湯に行ってみた」という夢をかなえるための取り組み(図1)

福祉施設の入浴時間は、人員配置や他の業務の兼ね合いから、日中に行う場合が多く、さらに多数の入所者が入浴するために、ゆっくりと入浴を楽しむことが困難になっている。

「寝る前にゆっくり入浴したい」という要望と「昔、通った銭湯にもう一度行ってみたい」という夢をかなえるためのイベントを開催した。

施設入所者が銭湯へ行くには、事故を発生させる危険性がかなり高く、一般客にもかなりの影響を与えることが予測されるために、施設内で銭湯に行った気分を味わってもらえるように、施設の浴室を銭湯に見立て、既存の備品で番台や下駄箱などを作成し、壁面の絵画や洗面器、石鹸箱、入浴後の飲料水

などの小物類も用意して銭湯の雰囲気醸し出した。

入浴時間も当日は、19:00から入浴介助を行ない、その後に夕食を食べてもらうようにした。

(2) 「お腹いっぱいマグロの寿司を食べたい」という夢をかなえるための取り組み(図2)

当施設では、定期的に入所者の嗜好調査を実施して、日々の献立に反映させており、その調査結果の上位には、必ず「マグロの寿司」がある。その「マグロの寿司をお腹いっぱい食べてみたい」という希望をかなえるために、近隣の鮮魚店の店主の協力を得て「マグロまつり」と題したイベントを開催した。

雰囲気を醸し出すために、食堂には旗や幟を立て、威勢の良い掛声の入った民謡をBGMに流した。食堂の中央にステージを設置し、近隣の鮮魚店の店主に頼んでマグロの解体ショーを行ってもらった。捌いたマグロは、寿司屋に扮した施設の調理員が握り寿司にして、その場で入所者に食べてもらった。機能低下などにより咀嚼や嚥下が困難な入所者には、刻み食やムース食などを用意して食べてもらった。



図1 「もう一度、銭湯に行ってみた」という夢をかなえるための取り組み



図2 「お腹いっぱいマグロの寿司を食べたい」という夢をかなえるための取り組み

(3)「映画館で『ローマの休日』を観たい」という夢をかなえるための取り組み(図3)

多くの施設では、ビデオ鑑賞会や映画鑑賞会として、時代劇や古い映画のVTRやDVDなどを、大型テレビで鑑賞したり、プロジェクターを用いてスクリーンに映し出して楽しんでいる。

当施設では、「今日は、映画を観に行く」という雰囲気を楽しんでもらうために、事前に鑑賞したい映画のリクエストを聞き、上映会をPRするためのポスターを作製し、フロアやエレベーター内などに掲示した。鑑賞を希望される入所者には、カラーコピーで作成した鑑賞券を配布して、数日前から楽しんでもらえるようにした。

できるだけ映画館の雰囲気を醸し出せるように、普段はリハビリテーションを行っている広いスペースに暗幕を張って椅子を並べ、大型スクリーンにプロジェクターを使用して「ローマの休日」を映し出した。

さらに鑑賞後には、お喋りを楽しんで頂けるような喫茶コーナーも作り楽しんでもらった。

(4)「デパートで買い物を楽しみたい」という夢をかなえる取り組み(図4)

施設によっては、施設内に売店が設置されていたり、定期的に訪問販売が来園する施設もあるが、当施設は、商品を購入する目的ではなく、「デパートで買い物を楽しみたい」という夢をかなえるためのイベントを開催した。

施設入所者が実際にデパートに行くことは、経費や人員配置、設備などにおいて困難な場合が多いた

めに、同区内にある大型スーパーマーケットの協力を得て、施設内に約2時間だけのデパートと同じ雰囲気の商品販売場を作り楽しんでもらった。

事前にポスターを作成してPRを行い、会場の装飾品やマネキン人形、展示方法もスーパーマーケットと同様にして、当日は、入所者の対応もボランティアとして制服を着用したデパートの店員に行ってもらった。さらに、ショッピングの雰囲気を楽しんだ後は、喫茶コーナーで会話を楽しんでもらえるように、別のフロアに喫茶コーナーを設置して楽しんでもらった。

3. おわりに

高齢者に限らず私たちは、老化や死に対して恐怖感を抱き、従来の高齢者ケアもできるだけ死を遠ざけるケアを実施している。当施設も指標に従った高齢者ケアを実施しているが、入所者の老化や死を遠ざけるのではなく、「高齢者の残された生の時間をその方らしく過ごして頂くために、ひとりひとりの夢や憧れを僅かでも実現するための支援をすることが大切なケアではないか」と考えてさまざまな取り組みを行っている。

その結果、これまでのケアが、介護者側の憶測で行われていることの多さに気付かされた。例えば、映画鑑賞会では、「高齢者だから時代劇が喜ぶだろう」と考えていたが、「どんな映画を観たいか」というアンケートを実施してみると、「洋画を観たい」という回答が多数あった。さらに、「出演者の生の声を聞きたいから字幕で観たい」という要望もあり、従来の



図3 「映画館で『ローマの休日』を観たい」という夢をかなえるための取り組み



図4 「デパートで買い物を楽しみたい」という夢をかなえるための取り組み

高齢者ケアは、介護者の固定観念によって行われていることが多いことに気付かされた。

しかし、この取り組みは、通常の業務に加えて実施されるために職員への負担は大きく、通常業務への影響も懸念されたので^{1)・2)} 職員の自主性を重視するとともに、介護職員だけではなく、看護師、栄養士、生活相談員、マッサージ師などによる他職種協働で行った。

取り組みに参加する多くの職員は、認知症のために無表情になった入所者や一日の大半を自室のベッド上で過ごしている入所者が、普段とは異なる光景が目の前に繰り広げられることに驚き、それが自分の思い描く夢や憧れであることに気付いて、笑みを浮かべる時のようすを思いながら取り組んでいる。

現在の高齢者ケアの現場では、介護の技術や規則を覚え、決められた業務をマニュアルに沿って行う

職員こそが優秀な職員として讃えられているが、高齢者ひとり一人の残された時間をその人らしく過ごして頂けるようなケアを提供するためには、枠に捕われないアイデアとユーモアのある職員こそが大切であると考えます。

私たち職員は、高齢者ひとり一人に夢や希望を与えられる介護こそが本来の個別ケアであると考えている。

文 献

- 1) 鈴木貴文：「ケアカウンセリング」芳賀書店 1999年, p140 - 160
- 2) 吉田伸行：「現状把握が大切！ 認知症性高齢者の行動障害をどう分析し、表現するか」, 高齢者ケア, 4(4), 56 - 60, 2000

ホームレスの方々の拠点相談所『とまり木』

東京社会福祉士会 相談所とまりぎ 高橋 明子

現在私は、新宿にあるホームレスのための拠点相談所である「相談所とまりぎ」というところで働いています。この相談所は、社団法人東京社会福祉士会が新宿区からの委託を受け、平成18年4月に開所されました。行政の事業としてホームレスの方を対象とした拠点相談所の開設は、おそらく全国で初めてのことであり、新たな取り組みと言えるでしょう。私は相談所の開所時より関わっていますが、当初は「どれだけの人が相談に来所するのか」「相談者はそれほどいないのではないか」など心配もありました。しかし、いざ開所してみると本当に多くの利用者が相談にいらしてくださり、1年たったいまでも毎日30名以上の方が来所されています。そして、①一般相談 ②5つの専門相談 ③連絡先としての住所の提供 ④乾パン・シャワー・洗濯機の提供 ⑤衣類等生活用品の提供 ⑥新宿区内への出張相談 などに応じています。

まず「一般相談」としては、じっくりとお話を聴き、いつでも気軽に相談できるという拠点相談所のメリットを生かして相談に応じています。相談者の中には福祉事務所に行きづらいと感じている方や、福祉事務所へ行っても自分の意志を簡潔にうまく伝えられない方もいらっしゃるため、まずよく話を聴いたうえで必要であれば福祉事務所に繋げるようにしています。「就労相談」も一般相談の一つとして行っていますが、新聞の求人欄や求人誌をゆっくり見ながら仕事を探すことができると共に、相談員と一緒に探すことで、求人情報を見るだけでなく、会社へ電話してみたり、仕事に行ってみたりと、実際の行動へ繋がる場合も多くあります。しかし、路上生活をしながら仕事へ通わなくてははいけなかったり、身分証明書がないために限られた仕事にしか就けなかったりと、どうしても日払いや寮つきの不安定な仕事に就く場合が多く、仕事へ行ってもまた路上へ

戻ってしまうという問題もあります。その他には、緊急一時保護センター（体を休めることを目的とした施設）や自立支援センター（仕事を探し、アパート移住をめざすための施設）への入寮についての説明や、生活保護に関する相談などを行っています。また借金や法律、金銭管理に関する相談や生活歴を伺うなど、1回の面接では聴き取りにくい内容でも、何回も来所していただくことで信頼関係ができ、次第に話して下さることもあります。

次に「専門相談」についてですが、法律・健康・借金・アルコール・住宅の5つの相談を各分野の専門相談員が、それぞれ月1回（住宅相談は月2回）ずつ行っています。法律相談は、司法書士が戸籍や住民票に関する問題から、金銭の貸し借りなどで生じた問題などに応じ、法律的な視点での解決方法を教えてくださっています。健康相談では、看護師が血圧を測ったり、服薬や通院をすすめたり、生活上気を付けることなどをアドバイスしてくださっています。借金相談は、金銭管理カウンセラーが借金の整理方法などについて詳しく説明して下さることで、借金問題から逃げ続けるのではなく、きちんと整理して自立しようという意識へ変わる方もいらっしゃいます。アルコール相談では、山谷マックやマックリブ作業所で相談を受けておられる専門家にいらしていただき、路上生活者に多いアルコールの問題を抱える人たちの相談に応じてくださっています。住宅相談は、基本的には仕事をしていたり、年金を受給しているもののアパート移住できない方の相談になるのですが、NPO法人ハウジングファーストの職員が「どのくらいお金を貯めればアパートが借りられるのか」「どのような問題を解決すればよいのか」など具体的な相談に応じて下さるため、明確な目標を設定でき、就労意欲や金銭管理を徹底しようという意識づけとなる場合もあります。このように月1回ではあつ

でも、定期的に専門家による相談があることで継続的で効果的な支援に結びつき、他の専門機関へ繋がるなどの成果があります。

以上のような相談業務の他に、連絡先として住所を提供することで年金を受給できたり、法律問題の解決へ繋がったり、就労先との連絡を受けたりといった便宜を図ることも行っています。また、乾パン・シャワー・洗濯機・衣類等生活用品などを提供することにより、少しでも健康で清潔になっていただけるような支援も行っています。

しかし、これらの支援だけでは解決できないことが多いのも現状です。今後解決すべき課題としては、住民票など身分証明書がないために仕事に就くことが困難なケースへの対応や、金銭管理ができない方の支援の仕方、さらには知的障害や精神疾患があると思われるものの本人にその認識がない方への対応、特に医療や保健、福祉などの関係機関にいかに効果

的に繋げるかなどがあげられます。

これまでご紹介したように、この1年余りで様々な成果や課題が見えてきました。ホームレス状態の方の支援は利用できる施策も少なく、自立するための支援方法について考えさせられることも多いですが、「とまりぎ」から定期的な就労に繋がった方や、関係機関を経て自立した方などが報告しに来所されたり、最初は就労や自立の意志が少なかった方が相談を重ねるうちに自立しようと考えてくれたりと、利用者の方に元気をもらうこともたくさんありました。また福祉事務所や支援団体などの協力などもあったため、多くの方の相談を受けられていることも事実です。そしてこれからもたくさんの方の協力を得ながら、じっくりと話を聴き、気軽に寄れる相談所を目指して、相談員一同、今日も元気に頑張っています。



相談所内の様子



乾パン配布や相談待ちを行うピロティ



掲示板とシャワーの受付

学校のPSWとしての私の仕事

明德義塾中高等学校 相談員 山田 治

1. はじめに

私は、精神保健福祉学科一期生の精神保健福祉士です。卒業後すぐに精神科病院に勤務しましたが、私自身の社会適応がスムーズに出来ず、挫折しました。その後、学校でPSWの資格を活かして働く機会を得て、現在に至っています。私のような者がこのような文章を書くことは大変気が引けましたが、教育現場での私の仕事の皆様への何かの参考になればと思い、思い切って筆を取った次第です。

2. 職場紹介

野球、ゴルフ、サッカー、相撲など数多くのスポーツ分野で有名な明德義塾中高等学校（以下、明德と略す）で相談員として働いております。

明德は高知県にある私立の男女共学・中高一貫校で、平成19年で創立34年目を迎えた、自然豊かな学校です。生徒がいつも元気に挨拶してくれる。そんな学校です。校章はタンポポで、「ふまれても咲くタンポポの笑顔かな」という句が伝えられています。生徒の8割（約700名）は寮生で、朝夕礼での講和や掃除などを通して教員と共に切磋琢磨しています。生徒は厳しい規則を守りながら、学校、寮、クラブを中心に、タイトなスケジュールをこなしています。知育・体育よりも徳育を重視し、生活の全てが人間教育を土台にしています。教科の勉強にも力を抜くことなく、有名国公私立の大学に毎年多数進学しています。

また明德は国際教育・平和教育にも力を入れ、海外への長期留学の実施や、世界各国から留学生の受け入れをしています。キャンパス内では中国語、韓国語、タイ語、モンゴル語、英語なども飛び交い、毎朝数カ国の国旗及び国連旗が揚げられています。

3. 業務内容

大きく分けて、カウンセリング関連業務、英語教育関連業務、道徳教育関連業務、寮教育関連業務、学校総務、国際交流関連業務、渉外業務の7つの業務に携わっておりますが、紙幅の都合上ここではその一部をご紹介します。

平日の昼間は相談員の仕事を、夕方・夜はクラブや寮の仕事をしています。週末はクラブ活動をするため、気がつくまで2ヶ月間休日無しに働いていることもあります。

相談員としては、スクールカウンセラー（臨床心理士）と共に、学内外の関係者と協働しながら、生徒がよりよい学校生活を送ることが出来るよう、心理的ケアなどの様々な教育的支援を行なっています。

3-1. カウンセリング関連業務

個別面談、寮生への心理教育講座の実施、スクールカウンセラーや外部講師による心の教育の企画・運営、カウンセリング関連の教員研修の推進、適応検査テストの実施・分析、よわいものいじめに関するアンケートの実施・集計・分析、カウンセリングルーム通信の発行などがこの業務に分類されます。生徒（日本人生徒、及び留学生）は、学校への適応の問題から始まり、未消化の発達課題、その他の心理的な問題、家庭の問題、進路に関する問題、異文化摩擦、いじめ、不登校など様々な課題を抱えており、それらを直接・間接的にサポートしています。留学生との面談は、英語で行なわれることもあります。

上述の適応検査テストは、明德のスクールカウンセラーを中心として本校独自に開発されたもので、昨年日本カウンセリング学会で共同発表しました。このテストも、生徒対応の重要なツールとして活用されています。

3-2. 英語教育関連業務

クラブ活動での英語劇の創作、英語科研究授業がこの業務に入ります。「国際クラブ」の監督として、シェイクスピア作品を中心とした英語劇をつくっています。

また、この英語劇の英語教育メソッドを活かした英語科研究授業が評価され、文部科学省から「スーパー・イングリッシュ・ランゲージ・ハイスクール (SELHi)」に指定され、その授業にも関わっています。

3-3. 道徳教育関連業務

中学生の道徳の授業を、担任の先生と共に行なっています。授業内容は、エンカウンターや心の冒険教育、「思春期のライフスキル教育プログラム」という教育パッケージを活用しています。机上のお題目として道徳を学ぶのではなく、生徒の「自己覚知」を促すような授業を展開しようと努めています。



英語劇「コーカサスの白墨の輪」での著者

3-4. 寮教育関連業務

寮舎監として、24時間生徒が安全に充実した生活が出来るように指導・管理することがここでの役割です。朝夕礼での講話、寮内での問題の解決、寮運営、病人の搬送などをします。クラブと寮においては「先生」としての役割が求められるため、相談員としてのアイデンティティーといかに折り合いをつけるかが私自身の課題となっています。

4. まとめ

明德で働き出して3年が経ちましたが、今後もPSWとしての教育現場での教育的支援のありかたを深めていき、また英語力を活かして仕事の幅を広げていきたいと思っています。生徒の人間的な成熟を目標としつつ、まずは自分自身の研鑽を続けていきたいと考えています。つたない文章を最後までお付き合い頂きありがとうございました。

病院自慢と最近の私

医療法人秀公会 あづま脳神経外科病院 齋藤 彩子

言語聴覚士としてあづま脳神経外科病院に就職して半年がたちました。ちょうど1年前に、この第一希望であったあづまから内定を得たことが、ずっと前のような気がしています。「病院紹介」の記事ではありますが、就職して半年。詳しく紹介できるくらい病院の詳細を把握していませんので、私の記事は「病院自慢とSTの職に就いての思い」とさせていただきますかと思えます。

まず、病院の概要です。あづま脳神経外科病院は、脳神経疾患・心疾患を軸とした病院です。脳疾患の急性期から慢性期まで専門の病棟があり、365日のリハビリテーションを一貫して提供することを目的として開設されました。福島県北地区唯一の脳神経外科病院です。病床数は全体で168床あります。うち急性期病棟が60床、回復期病棟が60床です。その他に特殊疾患療養病棟30床がありますが、近々回復期病棟へと変わる予定です。リハビリテーション部はそれらの各病棟に配属され、その期の目的を果たし、次の期へとつなげるべく日々各病棟のもの同士が協力し、情報を提供し合い、リハビリテーションを実施しています。その日休みのスタッフの変わりに、回復期病棟のスタッフが急性期病棟に行くことやその逆もあります。よって各期における知識はもちろん必要ですが、一人の患者様が入院されてから自宅に戻られるまで、個の変化から学ぶ機会がとて多いと感じます。

このようなあづま脳神経外科病院に入職してから、またそれ以前からも感じている病院の特色があります。それは「風通しがよく、団結もはやい」「質へのこだわりに貪欲」ということです。我が病院は総合病院ではなく、いわゆる単科の病院です。大きな総合病院と違い、顔を知っている人や共に仕事をする

人が多く、何事にも一致団結しているなあとの印象がとても強いです。院長をはじめとし、熱い病院ではないだろうかと感じます。情勢の変化に病院のトップが反応したかと思うと、すぐさま何かの企画となって現場に下りてきます。職員全員が病院経営に何かしら関係し、「ただリハビリ業務のみで働く」ではない、大忙しの毎日です。しかしそれだけではなく、職員一人一人が働きやすいように、職員同士の関係がよりよいようにと、職員にも目は向けられています。下から見上げて上が見えること、また上からも下が見えるということは、すばらしいことだと思います。

このような病院が力をいれて励んでいるのは、なにより質の向上です。「技術の質」と「印象の質」です。医療技術への質については、特にリハビリテーション部に求められています。技術向上のため、ケーススタディや勉強会等の研修が多く、新人の私にとっては現場に生かすことができとても役に立っています。「印象の質」についてですが、私はこの病院に出会った頃から感じることは、いい人がいっぱいいる！ということでした。職員一人一人が、接遇面にとっても配慮しているのです。病院という場所は、どうしても医療提供者が中心になってしまいがちです。それをなんとか患者様中心となるよう、接遇についてもいろいろな取り組みがなされています。それゆえか、働いている職員が申すのも大変おこがましいことですが、地域から好んでいただけているのだなと感じることが多いです。

最後に、あづまに勤め、また言語聴覚士の職に就き感じるようになったことについて述べたいと思います。この半年間で多くの患者様と出会い様々な場面に遭遇しましたが、学生のころ以上にこの職を愛

するように、しかし責任が何倍にも感じるようになりました。言語や食事は人間特有のいとなみであり、人の心につながる重要な面です。そこに携わるということは、どのようなことなのか。患者様を前に、常々自分が果たさなくてはならない責任を感じています。

同時に、患者さまをみる力や気づきの不足に悩む日々です。もしかすると、自分のちょっとした観察不足のせいで亡くなってしまったのではないかとさえ思う患者様もいらっしゃいました。あの時こうしていたらと、悔やんでも悔やみきれません。

思い返すと、様々な患者様の顔が思い浮かびます。たいしたことをしていない自分に対し「ありがとう」

と言う患者様。「それはこちらのセリフです」と思うのです。どれだけ患者様の回復を手助けでき、抱えているつらさや大変さを軽減できるのか。これは言語聴覚士としての私の大きな課題です。患者様の回復を考える上で、いつかは壁というものがやってきます。それはセラピストとしての自分の技術・知識の限界なのか、患者様の限界なのか。恐らくどちらともあるかと思いますが、自分の限界だけは、できる限りなくしていきたいと常々感じます。今まで至らない自分に良くしてくださった患者様の顔を決して忘れず、なにより患者様の笑顔のため。何かないかと貪欲に考える姿勢を持ちつづけ、がんばっていきたいと思っています。



当センターにおける心臓リハビリテーションと理学療法士の関わりについて

西川淳一¹⁾ 生須義久¹⁾ 畦地 萌¹⁾ 熊丸めぐみ¹⁾
田屋雅信¹⁾ 風間寛子¹⁾ 設楽達則¹⁾ 木村悠子¹⁾
藤井麻由美¹⁾ 多賀谷春恵¹⁾ 高橋哲也²⁾

¹⁾ 群馬県立心臓血管センターリハビリテーション課

²⁾ 兵庫医療大学リハビリテーション学部理学療法学科

<はじめに>

当センターは群馬県の中央に位置し、循環器疾患のなかでも心血管系疾患の診療を中心にを行う病床数240床の県立施設である。虚血性心疾患、不整脈、心不全、心臓リハビリテーションなど循環器の広い領域で高度専門医療を提供しており、県内外からの紹介受診の他、地域の診療所や医院との連携も重視している。また、整形外科、一般内科、消化器外科も有しており、循環器疾患を合併した各診療科疾患患者への対応もおこなっている。

当センターのリハビリテーション課は、理学療法士6名、作業療法士3名、看護師3名、リハビリ助手1名が所属しており、一般リハビリテーションと心臓リハビリテーションに分けられる。一般リハビリテーションでは、理学療法士と作業療法士により

主に整形疾患や中枢性疾患に対する自宅復帰のための日常生活動作練習などが行われている。一方、心臓リハビリテーション部門では、心血管系疾患の急性期から回復期・維持期に至るまで、理学療法士と看護師が中心となって患者の社会復帰や再発予防のための指導をしている。

<心臓リハビリテーションの動向>

かつて心疾患は欧米人に多いとされてきたが、日本人のライフスタイルが欧米人のライフスタイルに近くなってきたために、現在では日本人における死因の第2位となっている。また、第3位の脳血管疾患を「血管の疾患」とすると心血管系の疾患における死亡率をあわせて1位の悪性新生物を上回ることから、わが国における心血管系疾患に対する医療の必要性は拡大している。



心臓リハビリテーションは、心血管系疾患患者に対する運動療法、食事療法、薬物療法のみならず、冠危険因子の是正、教育やカウンセリング、行動変容を含む長期包括的プログラムであり、早期離床、早期退院、早期社会復帰を目指すだけでなく、生命予後の改善やQOLを高めることを目的としている。主な対象疾患は、狭心症、心筋梗塞、冠動脈バイパス術後、弁置換術後であったが、近年では大血管疾患や心不全、末梢血管疾患である閉塞性動脈硬化症に対しても有効であるとの報告から、これらの疾患も新たに保険適応となった。

このように心臓リハビリテーションの対象は心疾患だけでなく、末梢血管疾患にまで拡大してきており、日本人のライフスタイルの変化に伴い重要性も増してきている。

近年、心血管系疾患に対する内科的あるいは心臓外科的治療が施行された患者に対して、発症間もない急性期から心臓リハビリテーションを実施している施設は年々増加傾向にある。また、それに伴い専門医師をはじめ、理学療法士、作業療法士、看護師、臨床検査技師、栄養士、薬剤師などのコメディカルスタッフ、健康運動指導士などのエクササイズインストラクターといった多職種が心臓リハビリテーションに関わるようになってきている。しかし、多くの施設では発症から退院する期間までの介入であり、職種についても医師と看護師、医師と理学療法士、あるいは医師と検査技師といったスタッフの構成でおこなわれている場合が多い傾向にある。多職種から構成され、退院後も継続的に介入する長期かつ包括的心臓リハビリテーションを実施している施設はまだ稀少である。

<当センターにおける心臓リハビリテーション>

当センターは、平成8年7月に群馬県内で初めて心臓リハビリテーション施設として認定され、平成9年に心臓リハビリテーション室が開設された。その後、平成13年に建設されたりハビリパークに続き、平成16年に総合リハビリ棟が完成し、世界でも有数の施設となった。

当センターの心臓リハビリテーションは、急性期から退院後の回復期や維持期といった比較的病態が落ち着いた時期まで、多職種による長期包括的なりハビリテーションを実施している。現在、心臓リハ



総合リハビリ棟

ビリテーションスタッフは、医師2名、理学療法士6名、看護師3名と異なる職種が混在し、これにチーム医療スタッフとして、作業療法士、ICU看護師、病棟看護師、外来看護師、臨床検査技師、管理栄養士、薬剤師が心臓リハビリテーションに参加している。また、心血管系疾患を中心とした疾病予防プログラム（一次予防）として、地域住民への参加を呼びかけ運動の場を提供し、理学療法士、看護師、健康運動指導士が予防的観点からの運動療法を実施している。

<当センターの心臓リハビリテーションにおける理学療法士の役割>

当センターの心臓リハビリテーションでは、急性期から理学療法士が介入し離床プログラムを担当している。特に心臓外科手術後の患者に対しては、ICUにおいて人工呼吸器抜管後より呼吸理学療法や四肢関節運動、状態に合わせたベッド上動作指導などをおこなっている。この時期は、クリティカルパスに沿って活動量を増やし、臥床によって生じる機能低下や術後合併症を予防することが目的となる。心血管系疾患を抱える患者は、整形疾患や中枢性疾患、加齢に伴う身体変化などを合併していることも少なくないため、当センターでは運動生理学や機能解剖学に精通した理学療法士が個々の身体特性に合わせた離床プログラムを立案・実施している。介入に際しては、血圧や脈拍、心電図を観察するだけでなく、血液データの異常の有無や使用薬剤の種類や量をチェックすることで患者の状態を確認し、離床をすすめても良い状態か否かを、あらかじめ医師と決めた基準に基づいて判断することが必要となる。

また、運動前後や運動中の血圧や脈拍、12誘導心電図、自覚的運動強度などを評価し、必要に応じて医師や他のコメディカルとの連携をとっている。



心臓外科術後急性期の心臓リハビリテーション

当センターでは、離床プログラムが順調に進み日常生活動作が自立する頃になると、心肺運動負荷試験を実施し嫌気性代謝域値を基準とした監視型の運動療法へ移行する。この時期の理学療法士の役割としては、運動療法実施に際してのリスク管理と退院後の生活を考慮した教育的介入があげられる。運動中のリスク管理としては、血圧や脈拍測定だけでなく患者の状態によっては運動中心電図やパルスオキシメーターでのモニタリングなどを実施している。また、運動中の循環動態に影響を与えるような β 遮断薬やカルシウム拮抗薬などの薬剤を服用しているときには、特に主観的運動強度もあわせて聴取して運動を実施している。教育的介入としては、運動療法の効果やリスクについての知識だけでなく、自宅で安全かつ効率的に運動療法をおこなえるように、運動強度の設定方法やアクシデントについての対処方法についても指導している。また、糖尿病や高血圧症、脂質異常症などの冠危険因子を持ち合わせた患者には、特に水分摂取の仕方や運動時間帯の選び方、さらには季節に合わせた服装・靴の選び方や運動の種類などを指導することで、患者が自己管理を確立し、長期的に疾患に向き合えるように介入している。



回復期の心臓リハビリテーション

<まとめ>

心臓リハビリテーションで大切なことは、患者自身が自己の抱える疾患を理解しリスクを認識することで、自己管理のもと再発を予防することである。当センターの心臓リハビリテーションは、患者の病態に合わせて個別に運動療法、食事療法プログラムを作成し、個々の患者の目標を短期または長期的に、かつ具体的な方法で設定している。その中で理学療法士は、患者自身が運動療法の意義を十分に把握し長期的に疾患と向き合い自己管理を確立することで、個々の患者が質の高い人生を送ってもらえるように努めている。

介護老人保健施設 匠瑳ぬくもりの郷

大井 雅史

私は夜間部の1期生として2006年度に卒業し、現在は千葉県匠瑳市にある介護老人保健施設「匠瑳ぬくもりの郷」で理学療法士として働いています。当施設は、匠瑳市民病院の併設として、平成16年4月より開設しました。入所定員100名、通所定員25名に対して医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員、管理栄養士、調理員、事務員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士といった職種でサービスを提供しています。また、居宅介護支援事業所、訪問介護ステーション、ヘルパーステーション等の地域ケア部が施設内にあり、連携しながら利用者の在宅復帰を支援しています。介護老人保健施設は、病院と在宅の中間施設として利用者の自立を目指し支援していくのですが、身体の障害だけではなく様々な事情で在宅に帰れない方が多くいます。当施設は市が運営していることもあり、様々な事情を抱えた方が多いのが特徴だと思います。また、それらの問題に対して、多くの職種が連携して支援することで対応できるというのも特徴だと思います。リハビリの職員構成としては理学療法士2人、作業療法士1人、言語聴覚士0.5人(半日)の3.5名で、緑あふれる自然に囲まれた環境で日々リハビリを行っています。

私が介護老人保健施設に就職を希望したのは、生活の中で生活機能を向上させるということに関心があり挑戦してみたいと思ったからです。そして、働いている今ではそのことにやりがいを感じています。利用者の方がどのようなことを必要としているのか、また困っているのか、生活を観察してリハビリに反映できることは介護老人保健施設の長所であると思います。生活の変化を確かめることができ、そのために利用者の方と一緒に考え、悩み、喜び、悲しみ、リハビリを行えることはすごくやりがいのあること

です。今、やりがいを持ち仕事をしていますが、就職する前には心配も多くありました。しかし、臨床福祉専門学校では、こういった介護老人保健施設についても多くの講義を受けることができ、内容も豊富で介護保険をはじめ、実際に現場で働いている先生方の話も聞くことができました。また、実習では希望にそって介護老人保健施設にも行くことができました。講義や実習で前もって得られた知識や経験は、卒業後すぐに介護老人保健施設で働く私にとって大変心強いものでした。また、介護老人保健施設に就職するにあたり先生方に相談をしていました。そこで、特にアドバイスを受けたことは、一人職場ではなくしっかりした先輩がいる所に就職することを勧めて頂いていました。就職して働いている今、様々なことで悩んだり迷ったりすることもあります。その折に、力になってくれるのは先輩PTであり、その存在は大きいと実感しています。それは、利用者の方からも職場のスタッフからもPTに求められることがすごく大きいからです。私はまだ、その求めに対しわずかなことしか答えられませんが、学校で習ったこと、諸先生方からのご指導を忘れずに日々精進していきたいと考えています。



正倉院薬物を取り巻く世界

日本薬史学会・評議員 (株)常磐植物化学研究所
顧問 鳥越泰義

毎年、奈良に秋の訪れを告げるように興福寺近くにある奈良国立博物館において、「正倉院展」が始まります。今年は59回目を迎えて、10月27日から11月12日までの17日間開催されます。この期間の参観者は二十数万を越える入場者が来館されるものと思われ、老若男女を問わず、非常に人気があります。

展示される約70点の宝物はすべて東大寺裏手の正倉院宝庫の扉を勅使が開き、宮内庁正倉院事務所の職員が持ち出しを許されて奈良国立博物館に並べられ、展示されます。

約1300年の昔、奈良時代、天平文化の香りが漂う数々の国宝級の展示品に人々は目を奪われてしまいます。特に、聖武天皇(図1)が召されていたと思われる「袈裟」(=けさ)、身近において目を楽しまれた「屏風」、さらには厳しい政務を離れて側近を相手に気分転換に使われた「碁盤」や「碁石」、そして「双六盤」(=すごろくばん)まで残されており



〔図1〕聖武天皇 (701～756 56歳没)

現在、正倉院のすべての宝物は昭和37年(1962年)に完成した鉄筋コンクリート造りで、空調完備の建物である、正倉院西宝庫に納められています。教科書などにある、校倉造り(=あぜくら造り)の正倉院正倉は奈良時代の貴重な国宝建築として、奈良国立博物館の宝物を見てから、じっくり見学したい

ものです。

750年頃に完成した正倉院正倉は東に面して、南北に長い建物となっています。

写真(写真4)と図(図3)からお分かりのように3つの倉、すなわち、北倉と南倉(校倉造り;3角材の組み合わせ)と中央が中倉といわれ、外見では板張りの倉から出来ています。正倉院展で、展示品に添えられている説明文には正倉院正倉内の3つの倉のどこから出庫されたか書いてあります。これからお話しする「正倉院薬物を取り巻くの世界」の予備知識として、この3つの倉の収蔵品の特徴について少し触れてみます。「北倉」に納められている宝物が最も重要とされています。そのわけは、聖武天皇と光明皇后(図2)にゆかりの深い品々ばかりが納められているからです。聖武天皇が56歳の若さで崩御されてから49日の法要が藤原家の氏寺、興福寺で営まれました。このとき、光明皇后は亡き天皇が心血を注いで造立された大仏(盧舎那如来(写真1))に天皇遺愛の宝物を大量に献納されました。



〔図2〕光明皇后 (701～760 60歳没)

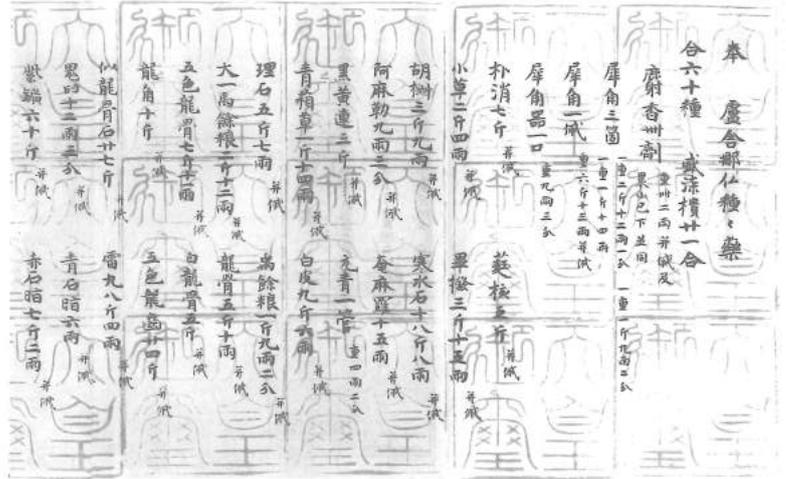
約750点にも及ぶこの献納品目録は「東大寺献物帳」(全5巻)にすべて記録されています。大仏への奉納リストと現物が約1300年経た今日、われわれ自身の眼で見ることが出来ることは大変意義深く、また世界にも例をみない貴重なことといえます。



〔写真1〕東大寺 大仏（盧舎那如来）
NHK 歴史再発見聖武天皇とその時代
（NHK 出版）から転載（3枚共）

「北倉」にはこの「東大寺献物帳」に記載されている特に重要な宝物が収納されているわけです。「南倉」には主に東大寺に関係の深い宝物で占められています。法会、法事で使われた仏具や楽器、衣服そして食器などが中心です。「中倉」には武器、武具、文書、文房具、食器などをはじめ当時の遊び道具など多彩な品々が入っています。

こうして見てきますと、正倉院宝物を通じて、約1300年前の都、奈良の宮廷文化と大寺院の活躍の姿が鮮明に浮かび上がってきます。奈良時代を代



〔写真2〕種々薬帳（東大寺献物帳）の巻首部分
正倉院薬物（植物文献刊行会）から転載

表する天皇といわれる聖武天皇とその妻、光明皇后に大変係わりの深い宝物が正倉院の「北倉」に納められている事を知って、いよいよ「正倉院薬物を取り巻く世界」の幕を開けることに致します。

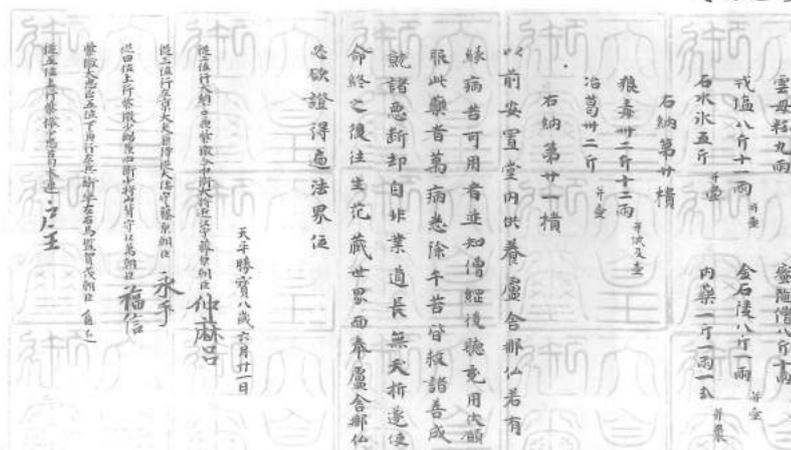
奈良時代の帝王ともいわれる聖武と光明は、大宝元年（701年）に生まれ、幼友達だったともいわれています。二人は16歳で結婚し、聖武は24歳の時、天皇の位につきますが、彼が56歳でこの世を去るまでの約30年間の人生を見てみましょう。

政争に明け暮れ、飢餓と疾病、その上台風や地震などの災害に見舞われるなど苦しみの連続でした。彼は心身共に強靱な王というより、むしろ病弱な天皇でした。

西の中国大陸には当時の先進国である唐、一方、朝鮮半島にはやはり先進国の新羅が控えていました。そのころの日本は500万人程度の人口をかかえた

後進国ですから、どのようにして、これらの外敵から国を守り、国を治めてゆくか苦悩の日々が続きます。その後、唐の国家制度を取り入れた「大宝律令」によって国の制度を徐々に整えて、都を奈良の平城京におきました。さらに、我が国の豪族、貴族、民衆の心をひとつにまとめるために当時の唐における仏教の力を借りることにしました。

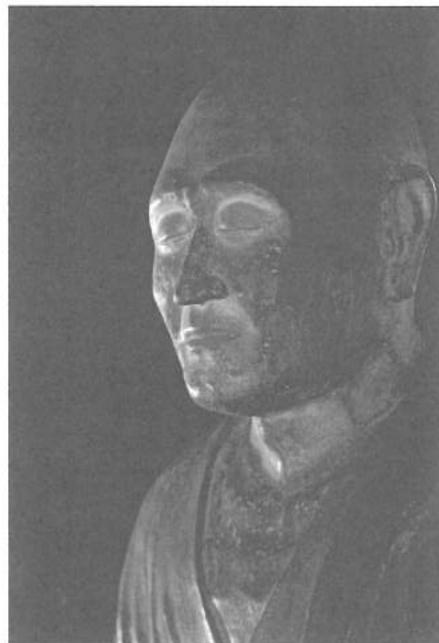
国家仏教のシンボルとして、聖武天皇は当時の国力のすべてをつくして奈良の東大寺に高さ16メートルもの大仏を造る決心をするのです。この大仏造立の詔は天平



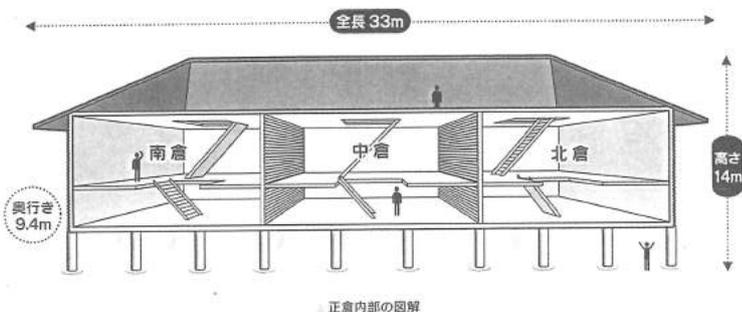
〔写真3〕種々薬帳（東大寺献物帳）の巻尾部分、5人の署名人に注目
正倉院薬物（植物文献刊行会）から転載



〔写真4〕 正倉院正倉
東大寺と正倉院（雄山閣）から転載

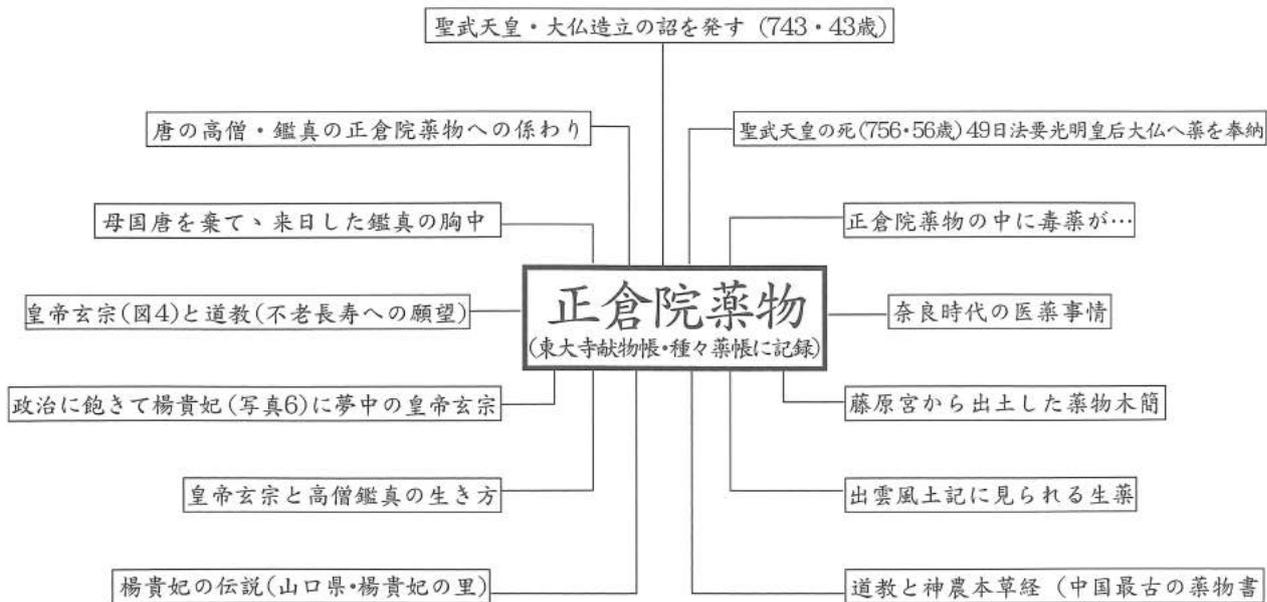


〔写真5〕 唐僧鑑真（688～763・76歳没）
日本の歴史〔1〕原始・古代
（朝日新聞社）から転載



〔図3〕 知ってる？正倉院（読売新聞社）から転載

— 正倉院薬物を取り巻く世界 —





〔図4〕 皇帝玄宗（685～762 78歳没）
シルクロード紀行43 西安（朝日新聞社）
から転載



〔写真6〕 楊貴妃（719～756 38歳没）
山口県楊貴妃の里（筆者撮影）

15年（743年）です。この大仏造立にかり出された民衆は約250万人で、人口の約半分だったといわれています。

聖武天皇の人生最後の夢の実現、奈良の大仏は天平勝宝4年（752年）、聖武天皇52歳の時にほぼ完成に近づいていました。しかし、本来病弱な聖武天皇の体は日に日に衰えが目立ってきました。大仏開眼供養の時、聖武天皇は自らの手で大仏の眼に墨を入れることは出来ませんでした。開眼導師として筆をとったのはインド僧の菩提僊那（ほだいせん）だったのです。

この2年後、母国を棄てて来日した唐の高僧鑑真（写真5）から東大寺大仏殿の前で正式に仏の道につき、聖武天皇は仏教に帰依したのです。

さらに2年後の天平勝宝8年（756年）、聖武天皇は56年の人生に幕を下ろすこととなります。夫を失った光明皇后は聖武天皇の浄土への旅が無事に終わることが出来るように祈る思いで聖武天皇の化身ともいえる。大仏への大量の捧げものをしました。全5巻の「東大寺献物帳」といわれる奉納品目録です。

そのなかの1つの巻物が一般には「国家珍宝帳」といわれるもので、ここには約650点もの宝物が記載されています。

昨年の58回の正倉院展では約15メートルに近いこの巻物が展示されていました。

2つ目の奉納品目録は「種々薬帳」といわれている巻物です（写真2・3）。長さ2メートルほどのこの東大寺献物帳には60種類の薬の名前と量が記載されています。からだが弱かった夫の冥土への旅を気遣ったことと思います。このなかには現在も繁用されている生薬、薬用人参も含まれています。その量はなんと100キロ以上にもなっています。

「東大寺献物帳」のひとつ「種々薬帳」とここに記載されている60種の薬、これが「正倉院薬物を取り巻く世界」に登場する主役です。ここから様々な興味深い脇役たちが浮かび上がってきます。別図をご覧ください。（図4）

次回から何回かにわけて話をすすめて行きたいと思います。

ヒトの退化

江別市立病院 臨床病理科 塚本 哲

はじめに

ヒトはあらゆる生物の中で最も進化した生物である、と言われていることをよく耳にする。たしかにヒトは知能が発達し、言葉を用い、文字を書き、様々な道具を作り、芸術をし、他の生物にはない発達をしている。一方、言うまでもなく、他の動物に比較して劣っている性質も多くもつ。ここでは、ヒトにおいて退化した性質を考える。

[退行的進化 regressive evolution]

退化 degeneration は、個体レベルにおいては文字通り病理学的な細胞の変性 degeneration の他、機能低下 hypofunction、萎縮 atrophy、また自然に生じる退縮 involution (胸腺など) をあらわすが、進化についての論議の場合での意味は、生物の系統発生の過程において、即ち集団レベルで、ある器官が次第に縮小したり単純化したり消失する過程や結果のことを意味する。また、個体レベルで廃用性萎縮 disuse atrophy という現象があり、例えば麻痺で動かなくなった上下肢の萎縮などがこれに相当する。この場合は神経支配を失った (denervation) 筋肉の萎縮 (神経原性筋萎縮 neurogenic muscular atrophy) も合併していることが多いので紛らわしいが、廃用性萎縮は支配神経が無傷でも生じる。長時間無重力にさらされた宇宙飛行士の筋萎縮もこの例として良いであろう。

誤解が多いが、退化は進化 evolution の反対語ではない。むしろ、退化は進化の一つの形である。これを退行的進化 regressive evolution という。それでは退化は何の反対語かといえば、発達 development の反対語である。また、更に言えば種 species は進化し続けているので、種自体が退化することはな

い。進化 evolution の語源は、ギリシャ語の ex 外へ volvere 回る、であり、これも向上 improvement などの意味は含んでいない。むしろそれが良くても悪くても「始まったら止まらない」という意味に近い概念と捉えられる。演劇での話の展開も evolution という。なお、キリスト教の信者は、神は生物をそれぞれの目的に叶うように創造した (God (or gods) designed each species purposefully) と思っているのであるから、これも別の意味で退化も合目的的だとしているのであろう。

ここで進化をもう一度はっきり定義しないと、概念が曖昧になるので考える。進化は時間の経過に伴う生物集団内の遺伝子頻度の変化である。それにより機能が向上する時もあれば低下する時もある。複雑になる時もあれば単純になる時もある。大きくなる時もあれば小さくなる時もある。多くの人が持っているイメージよりも、ずっと無機的な、ただ生物の状態を表す言葉である。それは進歩 progression とは限らない。regression も生じる。生物は常に良くなってゆくわけではない。悪い方の性質を偶然に選択してしまうこともある。遺伝子が変わると、多くの場合、形も変化するので、形の異なる個体が生じる。ちょうど細胞診で、遺伝子自体は見えなくても、遺伝子に変化があると、多くの場合、細胞の形も変化することに似ている。

退化は環境に適応する過程で、不必要または必要性が低下した身体器官の機能を積極的に低下させるという進化である。深海魚やモグラの目が退化することは環境に適した適応である。すなわち、退化ではあるが、環境により良く適応した進歩である。鯨にとって手足は退縮している方が適応的である。たしかに鯨に長い手足が付いていると、元の体格から

しても巨大な手足となり、泳ぎにくいかもしれない。また、馬の中指以外の指が退化したことは、草原を走ることに非常に適応した進化である。他の指が残っていると走りにくい。また、退行的進化は形に現れるものだけではない。カッコウが卵を他の鳥の巣に託卵 deposition する行動は本能の退行的進化である。

しかし個体における退化と異なり、進化において退化した器官は再び発達することは殆どない。前足の拇指が著しく発達して翼となり飛ぶようになった鳥類のうち、鶏のように殆ど飛ばなくなった種が生じたとしても、前足の拇指以外の退化した指が復活して指で物をつかんだり、四つ足で速く走れるようになった鳥はいない。これを Dollo の法則という (Louis Dollo 1857-1931 Bruxelles)。反証も出されているが、法則 (例外があれば法則ではないが) が成り立つことが殆どである (Whiting MF, Bradler S, Maxwell T : Loss and recovery of wings in stick insects. Nature 421: 264-267, 2003)。

蛇は爬虫類であるが四肢がない。おそらく本来は四肢があったものと考えられる。実際、にしきへびは肛門の近くで左右に爪があり、これは下肢の痕跡である。これが何のために有利かは不明だが、それとは別に、退化した器官が、他の用途に使われていることもある。にしきへびのこの痕跡は雄が雌に対して求愛刺激を与える器官になっている。このような現象を転用という。

ここでは系統発生を論じているので個体発生を例にあげては混同の原因ではあるが、理解のためにもっと身近な例を挙げると、ヒトでも男女の生殖器は発生の際にそれぞれの性で退化した方の器官が痕跡器官 vestigial organ として残る。

また、ヒトは万物の霊長、というよく耳にする言葉がある。Carl von Linne(1707-1778) による生物の分類においてもヒト *Homo sapiens* は脊椎動物門 *vertebrata* 哺乳類綱 *mammalia* 霊長類目 *primates* に分類されている。余談であるが、Linne は本来、キリスト教のために神が創造したあらゆる生物を分類したため、最初はヒトを生物に含めなかった。ヒトを生物として認めたのは、1758年になって、著書 *Systema naturae* (自然の体系) 第10版で初めてで

ある。「霊長」という日本語、さらにその元になったラテン語 *primates* (第一のもの) (もとはギリシャ語ではあるが) という言葉を考えれば、これは形態学的な特徴でなく、脳が発達した唯一の生物種という観念的な名付けであり、サルも含めてはいるものの、科学にしては珍しく、やはりヒトを特別視していることは否めない。ただ、ここでこれについて批判することはこの話を敢えて挙げたわたしの目的ではない。この霊長という言葉、違った観点から考えてみたい。即ち、わたしたちは無意識に進化を「線」でイメージしてはいないだろうか。万物の霊長、という言葉の意味の中に、ヒトは一番端、つまり先端、というイメージがある。というと、ヒトに至る道は一本道という根拠のない前提がある。そうではない。進化するほど多様な生物に枝分かれ *branching* してゆき多様化 *divergent* してゆく。決して収束 *convergent* するものではない。時間が経つほど、進化が進むほど枝分かれして多様化してゆく。さらに、近接した類似生物 (雑種 *hybrid*) との関わりで、網の目のような系統樹が生じる。ヒトもその網の目の間に居る生物種に過ぎない。

退化について考えてきたが、大前提がある。退化はなぜ起こるのか。使う部分が発達するのは良い、しかし、使わないからといって退化しなければならない理由はない。これについては、その環境において使わない器官が残っていることが生存に不利になるということが考えられる。それは残っている器官が直接に不利益をもたらす場合と、限られたエネルギー資源 *energy resource* の中で、使わない器官にエネルギーを取られるので、ない方が良い (コンピューターでRAMに余裕が少ないのに不要なアプリケーションを立ち上げたままにするようなもの) という場合がある。おそらくこのようなことで退化が生じるのであろう。

[ヒトで退化した器官]

ヒトで他の動物よりも退化している点は次のような点である。頭部からおよそ順にあげることとする。

1 乳児の頭にある大泉門 *Fonticulus anterior* や小泉門 *Fonticulus posterior* の存在。ヒトの脳は大きくなるので、脳の発達を待つと生まれてこられなくなる。即ち発達を待たずに生まれるのだが、それでも

頭部はかなり大きい。大泉門や小泉門があることにより前頭骨、頭頂骨、後頭骨が重なり、頭部を小さくすることができて都合が良い。これは脳が発達するからであって退化と言わない、という反論はあるだろう。しかし、他の動物はたしかに脳はヒトより劣るかもしれないが、生まれた時点で他の動物は自ら生きる最低限の機能は持っている。それに比べるとヒトの乳児は自ら食べ物を探して食べる能力もなく、自ら移動することも殆どできない。自然界にあっては、真っ先に他の動物に食われてしまうような最も弱い動物である。このように誰かが全てを保護してやらなければ自ら生きられない状態のうちに生まれる弱い動物など、ヒト以外にはない。ヒトは全員が、乳児の時に誰かが保護してくれたから生きているのであって、誰の世話にもならなかったヒトは一人もいない。

2 第三脳室の後上方にあり、視床上部 epithalamus の一部をなす松果体 pineal body はヒトではメラトニンを分泌するが、本来は目であった。その性質は退化しているが、光の強さを感じてメラトニン分泌量を変え、日内リズム circadian rhythm をつくる性質は残っている。この失調は夜間の不眠や日中の眠気をもたらす。

3 サルには明瞭な眼窩上隆起 Torus supraorbitalis があるが、ヒトでは退化している。辛うじてヒトの男性には眉弓（眉上弓 Arcus superciliaris）と言う痕跡があるが、ヒトの女性には、これも消えている。眼窩上隆起の消失は咀嚼器官の退化を意味し、退化により下顎の前方への突出が減り、歯も退化する。

4 両生類、爬虫類、鳥類などでは眼瞼 Palpebra の他に、瞬膜 Membrana nictitans という薄い膜が内眼角に用意されていて、目を保護することができる。ヒトだけではないが、哺乳類では殆ど退化して結膜半月ひだ Plica semilunaris conjunctivae のみが残る。とっさに目を閉じる必要がなくなったためか。

5 目の表面だけでなく、ヒトの色覚も劣る。脊椎動物は本来は4つの色覚遺伝子を持ち、魚類、爬虫類、鳥類などはそのまま4つを持っている。ミツバチなどでは紫外線を識別する。哺乳類は恐竜時代に夜行性の生活を送っているうちに色覚遺伝子が変異して

機能不全を生じた個体が生じ、その個体も夜行性である限りは特に不都合なく、現在、犬や猫など多くの哺乳類が2つの色覚遺伝子しか持たない。実際、ナナフシなど夜行性の場合は昆虫であっても2つしかない。ヒトの場合は、おそらく遺伝子重複 gene duplication が生じて錐体が2種類となり、色覚遺伝子が3つになった。しかし、視力は人種により違いはあるが、他の動物より劣る。

6 ヒトの嗅覚が劣っていることは言うまでもない。もちろんイヌに劣っている。他の動物、特に哺乳類にとっては嗅覚が衰えていれば餌が探せない、危険な動物を察知できない、配偶者が探せないなど、個体維持も種維持もできなくなる。霊長類は樹上で暮らし始めたので危険動物が追って来にくく、嗅覚が衰えても生命維持に影響はない。それほど厳しい世界には居ない。また、樹上生活をすると、側方視よりも前方視およびそれによる立体視 stereoscopic vision が大切で（前を見ずに樹を渡り歩くとぶつかる）、左右の目にはさまれる鼻は狭くならざるを得ない。それでもまだヒトは10の13乗分の1含まれている分子まで感知できる。また、識別できるおのいの種類はヒトでは数千であり、特に劣っているほどではない。フェロモン pheromones への感受性はどうかという、それを日常に使いこなしている昆虫や他の動物に比べては具体的な証拠に乏しいが、複数の女性が狭い所で一緒に暮らしていると（家庭内の母子でもよい）月経周期がシンクロしてくる寄宿舎効果 dormitory effect がフェロモンの作用である (McClintock MK : Regulation of ovulation by human pheromones. Nature 392: 177-179, 1971)。これは月経がシンクロするのではなく、排卵がシンクロすることによる。すると次の月経がシンクロする。フェロモンは鋤鼻器 vomeronasal organ で感知される。ヒトでは鼻中隔の辺りに鋤鼻器の痕跡があり、鋤鼻神経を通り、視床下部に入る。これは嗅神経と別経路である (Berliner DL : The human skin: fragrances and pheromones. J Steroid Biochem Mol Biol 39: 671-9, 1991)。なお、魚類は嗅神経と共通経路である。この嗅覚の退化により、サルも含めてヒトは通年性に発情するようになった。すなわち生殖が一年中行われるようになった。この現象は図らずも人類進化に対して最も大きい貢献であった。発情期が決まっていないことによって、もとより生物として未分化な状

態で生まれてくる子を育てる期間が長くなる。フェロモンへの感受性が他の生物よりも低いことが、ヒトの暮らす環境においては反対に生存に有利になった。

7 耳介を動かす筋肉もヒトでは退化した。また耳介そのものも退化した。聴覚も可聴周波数が20から20000 Hz位で、こうもりの様にそれ以上の周波数(超音波)を聞き分けることはできなくなった。

8 歯は鱗の進化したものである。ヒトも4本の犬歯(肉食 carnivorous に必要)を持つ一方で20本の臼歯(穀物食に必要)も持つ。顎の関節の位置は草食動物 herbivorous animals と同じ辺りである一方で、ヒトは犬歯をもつ。中途半端な傾向であり、ヒトは雑食動物 omnivorous animals と判定される。第3大臼歯は親が死ぬ頃に出て来るので親知らずと言われるが、昔の親は子が40歳位の時までには全員死んでいたことになる。多くの方が長寿である今では実感がないので、祖父母知らず、と言うべきか。歯は残るので研究も進歩しており、数千年前では殆どのヒトで第3大臼歯が4本とも生えていたようである。火を使う調理法の発達で大臼歯の役割は減っており、第3大臼歯の退化が加速している。

9 顎骨について言えば、ヤツメウナギは食物をすくって食べるために、顎骨は要らない。顎骨という構造が生じたのは系統発生上では、「噛む」という機能が必要となったサメからである。咀嚼 mastication の必要性が高いほど顎骨は発達する。ヒトでは、第1咽頭弓(鰓弓)から上顎、下顎、咀嚼筋、外耳、耳介が生じる。外耳孔は本来、鰓(えら)穴であった。第1咽頭弓軟骨(メッケル軟骨 Cartilago Meckeli)は退化して消失する。その一方で間葉由来の下顎骨 mandibular bone が発生する。但し、軟骨の背側から槌骨 Malleus と砧骨 Incus が生じる。なお、鐙骨 Stapes と側頭骨の茎状突起 styloid process は第2咽頭弓の背側から生じる。

10 味覚については、ヒトは特に苦味への感受性が低下している。苦味は特に、毒を体内に摂取しないことに役立っているが、ヒトは、実際に食べなくても学習によって毒を見わけることができるようになったことが比較的急速な退化の原因のようであ

る。もともとヒトは味蕾の蛋白質をコードする遺伝子数が少なく(25個)、以前は機能していたと考えられる遺伝子は多くあり、他の霊長類よりも遺伝子の退化が速く生じているようである。

11 退化器官として有名な盲腸 Caecum と虫垂 Appendix vermiformis。盲腸はヒトを含めセルロース分解酵素を欠損した草食動物および雑食動物においてセルロース分解酵素産生菌を貯留し、セルロースの分解を行う重要な器官であるが、多量の藁や樹皮など(紙も?)を食べないヒトでは殆どその役割はない。虫垂は盲腸と反対に殆どの哺乳類にはなく、霊長類がもっていて免疫器官であるが、ヒトではそれほどの役をしておらず、憩室程度の存在である。リンパ濾胞ならば回腸末端の集合リンパ小節(Peyer板)があれば十分まかなえる。機能が殆どない一方、虫垂炎(いわば憩室炎?)を生じてしまう。鳥類では盲腸と同様に消化器官として役割が大きい。また、胸腺同様に加齢により縮小する。免疫器官にありがちな退縮 involution と思うが、環境への適応としての意味があるのかは疑わしい。

12 本来左右あるべきの子宮と膣。泌尿生殖器系は左右あるのが原則で、腎臓、尿管、精巣、輸精管、卵巣、卵管は何れも左右ある。したがって本来、左子宮と右子宮、そこから左膣と右膣があるのが正常である。しかし、進化と共に融合してしまった。個体発生においても左右の傍中腎管(ミューラー管)が下部で融合して膣と子宮をつくる。したがって子宮が1つなのに、そこから卵管は2本出ている。それは原則的には変なことである。男性では尿道に開口する直前の射精管に至るまで左右独立しているが、敢えて言えば前立腺左葉と右葉が融合している。尚、膀胱は尿生殖洞 Cloaca として発生するので左右が分離していなくてもよい。

13 陰茎骨 Os priapi 多くの哺乳類で陰茎の先端にあるが、ヒトにのみない。一方、個体の体格と相関せず、例えばゴリラでも2cm未満しかない。ないとより適応的だったのか、それともあると不適応だったのかはわからない。

全身に及ぶ変化としてヒトの皮膚についての退行を次に述べる。

14 体毛。ヒトは「裸のサル」と言われる。哺乳類に略共通の厚い体毛は、ヒトでは非常に薄く、広い範囲では生毛（うぶげ）Lanugo に留まる。これは衣服があるので毛がなくてよいなどと説明がされているが、衣服があるので遺伝子に変化するはずもなく、もし合理的な説明をするならば、「突然変異で毛のない個体ができただが、衣服があるので不利にならなかった」、と言うべきである。とは言っても、毛のある個体が居なくなる理由はない。ヒトでは多毛はステロイドホルモンの異常の他、ムコ多糖症などで生じるので、多毛のヒトを正常対照として調べるのが難しい。また、ホルモンの影響が明らかな陰毛を除いても、須毛（しゅもう）（髭）Barba は主に男性に、期毛 terminal hair である胸毛も主に男性に生え、性差がある。また体表における毛の分布だけでなく、直毛や縮れ毛 frizzy など毛自体の形態の差異もある。同じ種のヒトであっても、人種による差異もあり、多彩である。体毛がないことは寒さや外傷に無防備になることであり、不適応である。

15 立毛筋 *Musculus arrector pili* はヒトでもあり、退化はしていないというかもしれない。しかし、ヒトでは睫毛 Cilia、鼻毛 Vibrissae、および生毛であっても鼻と頬と口唇では立毛筋を欠損する。また、他の哺乳類の長い毛に比べて、生毛を立てたからといって、それほど防寒や威嚇にはならない。やはり退化していると思われる。

16 皮膚の附属器としての複数の乳頭。同時に複数の子をもつ犬も豚も列序性に配列する複数の乳頭をもつが、ヒトでは胸部に一对残るのみである。ヒトの胎児は男女とも全員左右5対10個の乳腺原基があり、4か月頃に男女とも第4番目の1対2個のみが残る。もちろん生後も男女とも副乳 *Mammae accessoriae* として、腋窩から胸部前面、下肋骨、臍部と側腹部の間、恥骨部と鼠径部の間を通る曲線上に遺残することがある。これはヒトが3人以上の子を同時に持つ（品胎 triplet、要胎 quadruplet、周胎・格胎 quintuplet など）ことは稀である（Hellin の法則）ことを前提にした退行的進化であろうか。余談だが、男性の乳腺が発達せずに生涯乳頭のみであることは退化とはいわない。退化の場合はホルモンに対する反応性など機能も集団レベルで不可逆的に失っているはずであり、そうであるならば男性の肝硬変患者

における女性化乳房 Gynecomastia は生じないはずである。

最後に、既に頭頸部については述べたが、大きな変化のみられるヒトの骨格系についてまとめて述べる。骨格系は互いに関連し合っているので、部位に分けて論じるとわかりにくくなるからである。

ヒトの骨格に大きな変化を与えたのは行動形式の変化であった。テナガザル科 Hylobatidae のギボンなどと、類人猿類科 Pongidae のゴリラ、オラン・ウータン、チンパンジーなどは樹上生活をしている。一方、人類科 Hominidae のヒトは平地を直立二足歩行 erect bipedal locomotion する。そのためにヒトは四足で走る動物よりも走るの遅い。一方、特に初期の人類（ラマピテクス *Ramapithecus* など）では、二足歩行といっても脊柱は曲がっていて、身長も低い。それが足で立ったからと言って、四足歩行 quadrupedal locomotion をする動物よりも遥かに遠方まで見渡せると実（まこと）しやかに記載している本は全く嘘であると言える。自分で試してみればすぐわかる。自然界で生き抜くことに限って言えば、二足歩行が四足歩行より有利という点は何一つない。百歩譲って遠方に自分を襲いに来る動物を早く発見できたとする。しかし、ヒトは走るのが遅いのでつかまってしまう。まして二足で直立して走っていれば遠方から見ても非常に目立つ。これは非常に不適応な性質であり、真っ先に淘汰されても疑問のない性質である。

さらにヒトは現在の体の形では四足歩行はできない。どこに不都合があるかは各自試してみればわかる。四つんばいの姿勢をとることは困難はない。しかし、その姿勢で速く走ることは無理であろう。下肢は長すぎる。地面には足底でなく膝の前面が着いてしまう。そこを浮かせても今度は足の指の部分に体重がかかり、爪先立ち状態になる。爪先立ちのまま指に体重をかけて速く走れば足趾が骨折してしまう。足底部を着けようとすれば手が短いので地面から離れてしまう。サルは普段、また緊急時は四足歩行をするが、必要なときは二足歩行ができ、手も少しは発達している。簡単な道具を使うこともできる。尤もサルの二足歩行は、かなり不完全であるが。

樹上生活をする霊長類は、上肢に全体重をかけて樹につかまって自在に移動する。体を振り回すことによる遠心力も上肢にかかる。従って上肢が強く、かつ肩関節の可動域 range of motion が広くなければならない。犬が樹の枝を自在に移動することは不可能である。犬の上肢は自重を支えるには弱く、犬の肩関節の可動域は狭いからである。ヒトはサルほどではないが、上肢で全体重を支えることは可能であり、肩関節の可動域はヒトの関節の中で最も広い。このことがヒトの外傷性脱臼のうち、肩関節脱臼が最も多い理由の一つである。関節の可動域が大きいためには、関節を構成する骨の受け側である関節窩 Fossa articularis が浅いことが必要である。ヒトの肩関節（肩甲上腕関節 glenohumeral joint）では上腕骨頭の3分の1しか肩甲骨の関節窩に接していない。これに加えて、肩甲骨自体の動きも必要である。上腕を垂直に挙げる時は上腕骨は肩甲骨に対して120度（限界）、そして肩甲骨が体軸に対して60度補助することでこの動作ができる。一般的に鎖骨がない動物は樹に登れない。しかし樹から落ちただけで怪我をするヒトはもとより樹上生活などできない。例えば自分の身長3倍（ヒトでは5mくらい）の所から落ちて怪我をするような弱い動物はとて稀である。猫も蛙もそのようなことはない。

ヒトを含む霊長類の上肢は手指の第1指（拇指）が他の4指と向かい合うように本来の位置が変わり、拇指を他の指と対合させる動きをする筋肉が独立してある。ヒトでは拇指対立筋 Musculus opponens pollicis がその動きを担う。これは手で物を掴むことに適した構造である。しかし下肢についていえば、ヒトでは足の機能低下が著しく、オラン・ウータン、チンパンジー、海岸ゴリラでは手指同様に保たれている第1趾の対向性が全くなり、ヒトの第1趾は他の4趾と同じ向きに平行に並んでしまい、足で物を掴むことが殆どできなくなった。体重が足底にかかる場合、足底は平面的である方がよい。これは分化した機能に応じた、より良い適応である。即ちヒトの下肢は全く歩行のためだけの器官になった。発達した点と言えば、全体重が左右の下肢にかかるので、大腿骨が太くなったことだけである。一方、ヒトの上肢は歩行をする目的には全く役に立たなくなった。さらには何かにぶら下がることも下手になり、樹上生活もできなくなった。上肢もサルに比べ

て非常に短く、筋力が著しく減衰して、上肢一本で長時間体を支えてぶら下がったまま自在に移動することはできなくなった。

骨がそれほどまでに形を変えてしまうのかという疑問に対しては、鯨の下肢骨を例に挙げるができる。鯨の退化した下肢（後肢）は外からは見えないが、内部には残っている。消滅はしていない。但し、複雑な関節や、運動機能に特化した形態はなく、単に棒状の一本の骨となっている。鯨の動きでは、これで十分なのである。という以上に、これの方がより良いのである。

ヒトの尾骨 Os coccygis も痕跡器官である。魚類および哺乳類の鯨では尾びれで泳ぎに重要である。陸生生物になってからは恐竜や有袋類のカンガルーに見られるが如く、擬似二足歩行での体幹のバランスをとる役割、ワニに見られるが如く武器、象のように虫叩き、猫のように保温器など、方向性を決めにくいほど様々な用途に使われている。これらの多様な機能分化を生物進化に於ける適応という観点で見てもよいのか迷う。少なくとも全く役割がなくなったのはヒトくらいかもしれない。

足趾の小指（第5趾）。第3大臼歯と同様に、ヒトの足の趾は4本になると思われる。既に第5趾の爪が生えていないヒトもいる。

[おわりに]

ヒトは発達したとされる視覚さえも他の動物に劣り、まして嗅覚、聴覚、味覚、触覚も劣る。生物の中で最も速く走れるわけでもなく、最も力強いわけでもなく、体が丈夫なわけでもなく、環境変化に強いわけでもない。空は飛べないどころか、他の生物は何ともない高さからさえ落ちたら怪我をする、水に入ったら窒息する。なぜ発生したのか、さらにはなぜ淘汰を免れたのかも不思議な不完全な生物種である。

以上、非常な極論を述べたが、ヒトだからといって特別扱いせず、落ち着いてその性質を観察し、よく考えることが、医療にも役立つものと信じる。

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。

これからのコメディカルの医学教育を考える

昭和大学医学部客員教授 浅沼 勝美

はじめに

2006年度の厚生労働省がまとめた簡易生命表によると、日本人の平均寿命は男性が79.00歳、女性が85.81歳で男性は世界第2位（前年4位）、女性は22年連続世界第1位であると報じている。日本人の3大疾患（がん、心臓病、脳血管疾患）で死亡する確率は男性が56.00%、女性は53.57%で、3大疾患を克服されれば、男性は8.31歳、女性は7.20歳さらに延びる見込みがあるという。

何故、日本はこの様に平均寿命が長いのか、その原点を考えるとその基本は医療行政の改革である。先の戦争終了後、著しい経済の発展と共に国民皆保険制度、高齢化社会の福祉・医療制度の確立である。全て満足した制度ではないが、少なくとも医療界の技術的進歩と多種のコメディカルに携わる人々の力が礎となっている事には異論は無いと思う。

これからの医療を考える時、健康年齢が平均寿命にどれだけ近付けるかであろう。平均寿命が延長されても、寝たきりの人生や、人格を失った人生が幸福であるはずがない。

医学は、時代に相応しい医療行政の基本路線に従った医師、薬剤師、歯科医師を柱とした臨床と研究分野、又それを支える種々のコメディカルの人々によって成り立っている。

限りなく健康を求める近代社会の中では、診断学や治療学のより一層の進歩は必須の医学である。それに加えて、これからの医療は包括的チーム医療であるのは言うまでもない。

チーム医療の中心は医師である。各分野の職種の人たちは相応しい能力を持たねばチーム医療は満足に施行されない。近年、疾病の変遷に伴って医・歯・薬学部の教育制度が変わった。一次医療→二次医療→

三次医療を的確に遂行するには、これからの医療に相応しいコメディカルの医学知識の向上も非常に大切である。そこで、コメディカルの現況を述べ、教育の現状と理想的教育を考えてみる。

1. コメディカルの現況

1) 職種

看護師、助産師、保健師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床福祉士、管理栄養士、臨床工学技士、救急救命士などの17職種がある。（医師、歯科医師、薬剤師を除く）

2) 修業年限と資格

高等学校卒業後、各種の養成学校で2～3年間の修業後国家試験合格者した者がこれ等の資格を得る。（準看護師は国家試験では都道府県知事の免許）

養成形態には大学4年生と3年短期大学制の修業制度もある。これは進歩する高度医療のニーズに応えた結果生じたもので、全ての職種に当てはまる制度ではない。

3) 免許取得者数（概数）

2004年度までに免許取得者は、看護師1,293,000人、臨床検査技師157,000人、診療放射線技師59,900人。理学療法士46,100人、作業療法士29,500人、精神保健福祉士5,400人、言語聴覚士9,900人、臨床工学技士20,000人である。調査年度は多少異なっている。

4) 医療関係者の業務の動向

医学・医療技術の進歩などに伴い新医療関係職種が創設され、既存職種間の業務分担を検討する必要が生じた。また、年次進行する高齢者社会の対策、また重篤な感染症の世界的蔓延などがあり、養成施設の教育内容の弾力化、既資格者の履修の負担軽減を目的とした養成カリキュラムの大綱化が進められている。

5) 学会活動

専門職、同種の医療関係者は夫々、学会を組織化し、学術・技術の向上を図っている。また、関連する学会には共同研究も率先して参画している。近年は専門性が唱えられ、専門看護師や認定看護師などの名称があり、全分野で26資格がある。

6) 離職者対策

若年労働力の減少により、新卒就業者の確保が困難になる見込まれている。特に看護師(準看護師、助産師を含む)は肉体的労働が要求され、勤務時間の変則で家庭との両立が困難である。

離職の原因について、ある調査では、ヒューマンエラー・システムエラーとして取りげているのは医療事故である。人員不足による過労、それが高じて「不平・不満・不安」→自信喪失・医療事故への恐れを指摘している。離職者(潜在看護師)は55万人と推定されている。

従来から看護師が不足している。最近では離職者の復帰策が講じられている。一時凌ぎにフィリピン政府と外国人看護師を2年間で1,000人受け入れると合意されている。焼き石に水である。看護協会では地区毎に子育て支援を検討して潜在看護師の採用を積極的に検討している。

2. 医学部教育とコメディカル教育について

従来の医学教育は学習者や社会のニーズに十分対応できてなかった事と医学教育に心理学と教育学などの知見を採り入れてない点が指摘されている。従来から我が国では基礎医学と臨床医学に一線を引き、相容れる点を指摘しながらも合理的な教育が成されてなかったが、最近では相容れて合成医学?教育になりつつある。新人医師の臨床教育として研修教育は全員2年間義務付けている。

カリキュラムの評価は重要である。各大学では夫々特徴的な研修カリキュラムを行なっているが、大学以外の研修病院では如何であろうか。問題は指導医の質と数であろう。過去において医師インターン制度があった。大学付属病院での修練とそれ以外の医師実地修練病院での修練と違いについて評価検討されてない。医師の養成には最も重要な事で、これからのコメディカルの実習教育にも参考になると思う。

コメディカルは必要に迫られ、新職種が次から次と誕生しているが、その教育内容と教員の現状は如何であろうか。教材の選択、教員の育成、特にコメディ

カルの教育は主に医療に関する事柄多い。従って、学校経営者や教員は医師で無くともいいが、(ある種の教員は医師で無ければならない)経験豊かな医学を熟知した者が教員であるのが理想的である。さらに問題は実習病院である。実習病院を探し、依頼するには大変困難がある。ここが医学部と大きな違いである。

見習い医療人として、患者との接触が実習機関ではじめて遭遇する。此処では最も重要な接遇の問題である。入院患者・入所者とのトラブルは技術的問題よりも対人関係問題が多い。教育機関ではこの接遇教育が重要な課題である事を認識して訓練しなければならない。

3. コメディカル養成所の学生について (講師経験からの視点)

例えば、看護学校は3年過程が普通で、国家試験合格すると看護師免許を取得する。2年過程は準看護師養成(都道府県知事の認可)である。準看護師が看護師国家試験受験資格を得るためにはさらに、2年過程の看護師養成所を卒業する必要があるが、就業10年以上準看護師を対象として平成16年度から通信制が開設された。看護師不足から準看護師を正規の看護師として資格を与え就業させる目的である。勿論能力の向上を図っている事も見捨てたものではないが、先に述べたように4年生大学出身者と専門学校3年就業年限者とはあらゆる点で平均的に能力の格差がある。

他の職種の入学資格は高校卒で、修業年限は3年であるのが一般的であるが、専修・各種学校卒業生、大学等で2年以上修業し、指定の科目を修めたものは1年修業年限、2年修業年限の根拠法規で定めたものがあり、非常に複雑化されている。これらの制度は職業の自由な選択を基本として、不足しているコメディカルの人員を補うのに一助となっている。

4. 教員からの視点(講師経験からの視点)

コメディカル学生の入学資格の違いや、修業年限の違いは教育者側からは教育内容を理解させるには容易ではない。これは職種の違った学科によって教材も異なるが、理解力の格差が激しい。教材の難易度も違う。教育単位も異なっているので、多くの矛盾を痛感させられる。専門性が生かされたカリキュラムの為であろう。

1) 受講感性

私は、病理学が専門であるので、人体解剖、生理学、一般医学の授業を担当する事が多い。Power Point、スライドを駆使してより現実的に剖検例の臓器を供覧して理解を求める。学生は感動して満足する者、気味悪いといい目を覆う者と様々である。また、ミクロの世界を光顕的、電子顕微鏡的に紹介し、夫々の機能を説明するとそれには感動する者も少なくないが、多くの学生は教材の簡単な模型的図形が覚えやすいという。感性反応は様々であるのが気に掛かる。

試験前の補講、国家試験対策補講などを講じて学力アップに力を注がねばならないが、理解してもらえたのかが疑問が残る。

2) 読解力

医学用語を理解するために、学生に教科書を読んでもらう。医学書の用語には説明を要する難読のものが多。仕方がない事であるが、同じ文字が再度あっても読む事が出来ない者が多い。個人差もあるが、再度の説明を行なう、読解力の格差が激しいのに気付いた。小学生の様に復習と予習を薦めるが実行されてない様だ。

3) 質問票

質問票を提出する学校が多い。大変良い事である。また、メールで質問がパソコンで送られてくる事がある。某通信大学では高齢者の学生がパソコンは使えないからと言って手紙で質問が来る。一般的に若年者は誤字が多いこと、主語が不明で、支離滅裂な文章であったりする。また、過去の疾患で撲滅された疾患について、詳しく知りたいと質問票に疾患名を記載している事や、友達の病気(存在しない病名(多分聞き間違い))を詳しく知りたいと…。高齢者では、丁寧な挨拶、お褒めの文章が長々と続き、質問は講義と離れた病気の説明を求めている事が多い。これ等の事例には限りが無いが、これも講師の義務と思ってサービス精神で丁寧に答えている。

5. 検 討

1) 修業年数について

医師、歯科医師は約60年前に専門学校時代から大学6年制度の修業年数に変わった。

従来から、医歯薬系は同等の教育が必要であると唱えられていた。バランスがあった教育制度が必要である事からである。2004年、薬剤師の修業年

数がやっと同様に6年制度になった。

各種のコメディカルの修業年数は受験資格を基本として様々な制度が誕生した。これは必要な人材を確保するのが目的であると思う。大学や短大出身者が必ずしも優秀な人材とは思わないが、一般的には修業年数の差では能力の格差を感じる。どの職種でも医療人として夫々専門的知識が必要であるので、修業年数の差はあってはならない。欧米の先進国でも類似する制度があると言われている。

これ等の職種は原則として4年生の大学制度にして医学の基礎知識を養い、夫々の専門分野の職種に応じた専門医学を習得する必要がある。それでなければ医師等と同等に議論は出来ないし、強いては医療事故にもつながる。現在の制度は多くの人材を得るには仕方ない手段であると決め付けず、現在の制度では理解力や読解力の格差が広がる一方である。多分実習においてもその格差はある。夫々の担任の教員は、その補充は補講を行い国家試験対策としている。姑息的な手段を講ぜず、医学教育の根本的な改革が望まれる。

2) 教材について

コメディカルの専門職は先に述べたように多種多彩である。従って教材は夫々異なるのは当然であるが、基礎知識としての一般医学は全職種に必要であるので同程度の教育が必要と感じた。

その教材は、選択が自由であるが、ある程度の内容の基準を決めた方がいい。国家試験問題も出題者によって難易度の格差があるのに気付いた。教員も使用教材を中心に教えるので、教材に説明がない事柄が国家試験問題に出題されると戸惑う。教員は学校が推奨する教材を選択するのは自然であるが、一考を要する問題がある。教材の発刊後に疾病の流行、特に新感染症や再興感染症、人口動態、法律の変更等は教員が注意して説明せねばならない場合がある。

3) 実習機関について

学内での実技実習は限られた事柄である。実務の事柄の実習は病院や養護施設などである。各学校で一番苦労するのは実習機関探しであろう。委託機関先には患者であったり、高齢入所者であったり、障害者であったり…。引率教員は入院患者や入所者に失礼がないように気を遣っている。実習機関でのトラブルの要因は学生と入院者・入所者との人間関係による事が多いようである。即ち、接遇に関する事である。実習学生には接遇教育を義務付ける必要が

ある。また、実習機関職員との人間模様も大切である。また、受け入れ機関は利用させているからとの事で、関係ない雑事を依頼する事も少くないようである。

6. まとめ

日進月歩に発展する医学は医系の学生やコメディカル学生の教育を変えている。近年は教育者中心から学習者中心へと医学教育を考えなければならないと唱えている教育者がいる。また包括医療、チーム医療の点から夫々の専門職の知識と経験を生かして、入院者・入所者の治療に当たるのが近代医療であると考えらる。

コメディカル学生は目的意識を持って学んでいるので、従来のマンパワー的な育成から知識豊かな誇りあるコメディカルの育成をしなければならない。それにはコメディカルの修業年数は4年生大学制度とし、社会的にも身分を高める事が肝要である。

豊富な知識を持つことは、チーム医療の中で医師と同等に近い立場で論議も可能であるし、学会でも共同研究がスムーズに行なえる。

コメディカルはどの分野でも同等の医学の一般的基礎知識が必要である。それに加えて、夫々の専門的医学教育をさらに学ぶ事である。

理想的なコメディカル学生の教育は医学部の中にコメディカル学科を併設する事である。多くの利点も多々有るが、とりわけ医系の学生と共に学び、学生時代から引けをとらず仲間意識を持てる事が出来る。学業の中では、特に人体解剖学は医学の基本であり、直接観察できる事は大変有意義な事である。さらに病で死亡する原因の追究は病理解剖であり、それらを見学するだけでも大変に有益である。

医系大学ではコメディカルの修士課程、博士課程を併設し、専門的のコメディカル教員の育成も重要である。

Exodus

－エジプトからカナンへ、または栄光への脱出－

高 木 博 義

1. 前史——臨床福祉専門学校 始造の3年間

(1) 社会人・大学生に特化

社会人・大学生のための高等教育機関として臨床福祉専門学校を位置づけ、もって専門学校の存在意義を高める。これが設立構想の段階で打ち出された本校の特色である。長年専門学校の運営に携わってきた小林理事長の卓見であるといつてよい。「社会人・大学生のための高度専門職養成校！」というキャッチコピーは時代を先駆けるものだった。

社会人・大学生に特化しなければならない理由は他に二つあった。2001年10月に「東京都社会福祉総合学院運営事業者・借受者公募要項」が発表され、敬心学園は積極的に応募しようと考えていたときである。一つは、建物所有者東京都（正確には、東京都社会福祉事業団）からの要請「茶髪の学生が出入りする学校にしてくれるな」であり、もう一つは、同じ敬心学園内部他校への配慮である。

外部からの消極的理由を内部での積極的意義付けに転換できたところに、臨床福祉専門学校開校当時のエネルギーと思想的豊饒さがあった。

(2) 入学選考の創造

開校前年すなわち2002年9月末から学校説明会をほぼ月1回のペースで開催した。参加者に学校の魅力を訴えることはできても学生の選抜はできない。学校と学科を認可する行政から許可がおりるのを待たなければならなかったからである。

4学科入学定員の約半数の入学希望者は、開校直前の1月、2月まで待機してくれた。1月、2月になって漸く入学選考を実施し、合格者の入学手続きができるようになった。雌伏の6か月間であった。

入学選考はできないけれど、入学希望者には1月、2月まで待ってもらわなくてはならない。モチベー

ションを高めたまま待ってもらうことは容易ではない。苦肉の策として編み出されたのが、「長い論文を書くこと」である。

本校の養成課程に入って勉強するための基本能力は「読み書きソロバン」である。特に「書くこと」である。どういうふうに「書くこと」か。「短い時間にたくさん書くこと」である。思考を立ち止まらせることなく、ひたすら書き続ける能力である。精神力、身体力、それらの総合としての集中力である。

昔の人は偉かった。「写経」をしたものである。

本校の勉強だって、初めは「写経」である。しかし現実に「写経」というわけにいかないから、「この論文を読んで、内容を要約しあなたの意見を書いてください。400字原稿用紙4枚、60分」というスタイルにした。その後の入学選考の基本になる。

(3) 入学前学習会の定着

入学選考前に「長い論文を書くこと」という経験が、2003年秋、2期生の学生募集に入って入学前学習会というコンセプトに結晶していった。

教員からの反発は必至だった。「学生に教育するのに手一杯なのに、来年入ってくる学生にまで教育せよというのは過酷だ」という意見である。だけれど、教育の醍醐味は、正規の学生になる前の予備校や寺子屋にある、というのが歴史の告げるところである。

3年目に入って、学科によって持ち方に違いはあるものの、入学前学習会の理念と形式は定着したといつてよい。

学校運営の面からいっても、入学前学習会は合格者リテンション率を高める最も賢明な方策である。

教員からの反発を回避するために、本校では2006年度に、教員によらない事務職員による入学前学習会を試行した。成果は受講生の満足度が高かったことによって証明された。また、2006年

夏から学校説明会への参加者を前に本校の教育理念・入学選考理念を語るのは事務職員である。こんな経験を積み重ねて、本校では「事務職員は教壇に立つこと以外なんでもやる」を合い言葉にしている。道はほど遠いが、目標に向かって着実に進んでいる。

ちなみに、本校の教員と事務職員の関係は「事務職員が一番上の役職の者も教員が一番下の者より下である」を基本とする。この精神を維持できれば、本校の秩序は保たれる。

2. 激動——ヨコからの入力

(1) 不意の情報

臨床福祉専門学校が開校して2年目が終わろうとしていたときである。2005年2月23日の産経新聞が「学校法人への貸付けに疑義あり」との見出しで、東京都社会福祉総合学院の建物を利用するわが臨床福祉専門学校に問題を投げかけた。「都の所有物は又貸しを禁じている。敬心学園は又借りしている。それは違法だ」というのが前日夕方取材に来た産経新聞社担当記者の言い分だった。対応した私は、「これこれの経緯で契約した」と筋の通った応答をした。担当記者は予断を持って私に向かい合っているようだった。予断を持った人にかかると、こちらのいうことに耳をかさない。不意の情報を示され「えっ!」と叫んだ、というのがそのときの私の正直な気持である。その後延々と続く事件の発端である。

(2) 百条委員会と調査改善委員会

この話題、どうも腑に落ちない、なにかが仕組みられているようだ。そう感じたのは一方の当事者であるわれわれだけではなかった。2005年3月16日に都議会内に百条委員会が設置された。立法サイドからの真相究明である。私は百条委員会設置のニュースを知った瞬間、「あ、これで救われた!」と直感した。

4月8日の百条委員会で「学校法人敬心学園小林理事長証人喚問」が決定され、2005年4月19日小林理事長は証人喚問台に立った。翌日の新聞は「学校法人の潔白が証明された」と報じた。

立法サイドからの真相究明が進むなら、行政サイドはそれと並行する形で事後の解決策を打出そう。そのように行動を起こすのは当然である。2005年4月1日に4人の副知事と出納帳、教育長計6人からなる調査改善委員会が都内部に設置された。非

公開である。

調査改善委員会の報告書は2005年5月25日に都知事に提出され、5月27日に発表された。他方、百条委員会の報告書は2005年6月6日に都議会議長宛に提出された。

(3) 新聞報道の影響

新聞報道はいろいろな局面から本校に影響を及ぼした。つぎのような事柄である。

- ① 2005年3月2日、一連の新聞報道を見た関東信越厚生局担当官から「理学療法学科定員変更申請書認可待った」の連絡があった。学生に迷惑が及ぶ最大のことであり、極度に心配した。3月31日まで気が気でなかった。4月1日に漸く認可された。実害はなかった。
- ② この学校は今後どうなるのか、在校生に動揺が生じた。説明を繰り返して、在校生の心配を最小限に抑えるよう努力した。在校生は事態を冷静に理解してくれた。
- ③ 2006年4月入学の新入生募集に悪い影響が出るのではないかと気遣った。教員職員在校生一丸となって事に当り、この難局を乗り切ることができた。
- ④ 調査改善委員会報告書は2007年3月末をもって東京都社会福祉総合学院の廃止を決めた。それによって、東京都社会福祉事業団は学院建物を都へ無償譲渡する、とした。こうなると、2007年4月以降も敬心学園が学院建物を都から借受けることはむずかしくなる。移転先を探さなければならない。これはたいへんだ。

(4) 敬心学園への慰藉

2005年4月19日に百条委員会で敬心学園小林理事長の証人喚問が行われた。60分に及ぶ喚問は委員長の次のような趣旨の言葉をもって閉じられた。「不正がないにもかかわらず、さも問題があるかのように言われ、次々と敬心学園を中傷するような報道がなされたことで、学校関係者には多大な迷惑がかかったはずだ。」「是非とも風評被害などに負けないで、保護者を安心させ、生徒が落ち着いて勉強できるよう、これからも頑張ってもらいたい。」「

2005年6月6日に発表された百条委員会の報告書の中には別の表現がある。「恐怖独裁政治」「疑惑捏造」「出頭拒否」「虚偽の陳述」「包括外部監査報

告の在り方は正」等の言葉が並ぶ。口では言えても紙に書くことが憚られる言い回しの数々である。

百条委員会の報告書が発表される前日、6月5日に私は「学院—学校法人問題説明資料」と題してA4 1枚の備忘録を認めた。その第5項をここに記しておこう。

5. 本問題を理解する上での多角的な視点

- | | |
|--------------|---|
| (1) 政治と教育 | 教育が政治の従属物となる。
"Support, but not Control" で行きたい。 |
| (2) 権力と情報 | 権力による情報の独占と情報の操作。(これについては、「ジャーナル」第3号に書いた) |
| (3) マスメディア | 政治記者でなく政界記者となり、「やらされ記事」を受入れる風土が広がっている。 |
| (4) 政治的リアリズム | 「政治とはより小さい悪の選択である」
「蛇のように聡く鳩のように優しく」
「政治は可能性の技術<アート>である」(ビスマルク) |

(5) 間奏曲風に——再審公判の一事例

さて、話は一挙に冤罪事件に飛ぶが……。

私の大学時代の友人に山田真也さんという裁判官がいた。今は退官し弁護士である。1985年7月9日徳島地方裁判所において故富士茂子に対する再審請求の判決を言い渡したとき、裁判長を務めたのが山田さんだった。大学4年の1960年の夏学期に丸山眞男先生の東洋政治思想史を聴講した有志が「60年の会」を作ったが、山田さんはそのメンバーであった。「60」と題する雑誌の作成事務を担当していた私は、早速一筆書いてくれるように頼み、寄せられた文章を1985年12月発行の「60」第13号に掲載した。「再審公判を顧みて」と題する文章から、一部を抜粋しよう。

再審公判を顧みて

山田真也

裁判官としての私の生涯の履歴中で、恐らくは最も広く世に知られた事件になるであろうと思われる故富士茂子に対する再審事件の判決を言渡した後で、高木兄から懇ろなねぎらいの言葉と共に、この事件についてももう少し書いてみてはどうかという示唆を頂いた。

(中略)

判決書の朗読は、理由を出来るだけ要約して読もうと努めたにもかかわらず、十時から十二時二十分過ぎまでかかった。検察官の主張を厳しく批判し、捜査の非違を指摘する部分では、おのずから声に張りが出て、たたみかける口調になるのに、検察官の主張にそう証拠がそれなりに有力で、これを即座には切って捨てられない部分になると、声の勢いがなくなり、間延びした歯切れの悪い読み方をしてしまうことに、自分では気づいていたが、検察官や弁護人が裁判官のそういう心理まで聴き取っていたかどうか、その表情をたしかめるだけの余裕はなかった。

検察官の論理は要するに本件殺人現場である三枝電機店の電灯線が、事件発生後一時間以上を経たのちに、初めて切断されたという、それ自体は証拠上有力と評価できる仮説を最大の支柱として、外部犯行説の可能性を全く否定しようとするものであった。

この仮説を支持する証拠と、これを排斥する証拠とを対比すれば、後者は前者よりもかなり弱く、想像によってしか補うことができない欠陥があった。

しかしその反面で、被告人の犯行動機は甚だ納得し難い上に、電灯線切断時期の問題とは無関係に、外部犯人の侵入と逃走を示唆する有力な証拠があり、これに対する検察官の反論は、客観的合理性が乏しいと言わざるを得なかった。

われわれの判決は、結局後者の点を重視して外部犯行説の蓋然性を認め、被告人が冤罪を着せられた疑いが濃いと結論した訳であるが、かつて名古屋高裁が吉田石松事件で被告人に対する確定判決の非を認め、陳謝の意を表した例には倣わなかった。

私個人の考えからすれば、それは何も被告人の無実を確信できないという立場からではなく、検察官の控訴を懸念したという訳でもない。裁判の客観性を重んじるためには、判断の示し方はなるべく控え目である方が、一般的に言って望ましいという考え方を選択したのと、更に現実的な理由として、この際新聞の社会面などで余り劇的に脚色されて取り上げられるような措辞は、避けるのが妥当であると判断したことによる。

誤判の罪を認めれば、あるいは年老いた請求人の心情を慰めることはできるかも知れない。しかし誤判がもたらした取り返しのつかない不幸は、今更あやまったからと言って償えるものではない。済まなかったと頭を下げれば、それだけで償いになるという考え方は、私にはどうもいかがわしいものに思われた。むしろ、ただ裁判所の責任を認めたという部分だけが判決全体の構成とはかわりなく、一方的に拡大されて取りあげられれば、判決の客観的合理性の方が見失われかねないという危惧があった。

(中略)

われわれの判決は、控え目な表現ながら「本件は冤罪の疑いが濃い」と判示することによって、心証の取り方を示したのであるから、更に進んで確定判決の誤りを遺憾とする文言を加えるべきであったという批判も予期し

ていたが、それを避けた理由は先に記したとおりである。

(中略)

私の立場からすれば当然のことながら、検察官の控訴はなく、無罪判決は法廷上訴期間の経過によって自然確定した。余りにも遅過ぎた名ばかりの救済ではあったが、司法の咽喉に刺さったとげは、辛うじて除かれた。

しかしすべての誤判事件の場合と同様に、その災厄をこうむった人々の苦痛に対して、償いの手段が余りにも乏しいことが、あらためて酷薄な現実として、私の念頭を占めるようになった。

亀三郎の横死は、それ自体取り返しのつかない不幸であったとはいえ、徳島駅前の一等地に三階建てのビルを構え、主亡きのちも安定した家庭を営んでいた三枝一家が離散の悲境に追い込まれたのは、ひとえに主婦たる被告人を法の手に乗られたことによる。被害者を保護すべき法が、逆に被害者を一層深い奈落の底に突き落とす役を演じているのである。被告人の拘禁日数一日につき、金四、〇〇〇円以内の割合で算出される刑事補償が、この重大な不正に対する救済の意味を、ほとんど持ち得ないことは言うも愚かである。しかし刑事補償以外の償いとして、国家賠償法による救済を求めてみても、その要件は厳しく、請求が認められた例は稀にしかない。

(中略)

この人々の余りにも長かった辛苦が、せめて個人の雪冤を果たし得た安らぎと平穏な晩年とで報われることを望む外はない。しかし関係者の中で最大の不幸をなめさせられた故人の遺児に対しては、三十年後の無罪判決がどれだけの慰めをもたらす得たであろうか。再審請求審の証言で、「私は裁判というものを信じていません」と述べた彼女の心情を思い、これを無罪判決後も「われわれの捜査に誤りはなかった」と主張する当時の検察官たちの発言と対比すると、そもそも裁判という営みが、天を怖れぬ不遜の仕業なのではないかという危惧に、身をすくませざるを得ないのである。

(中略)

八月中にまとめる予定であったこの小文を、例によって締めきりなく書き続けるうちに、早くも秋色深まる頃となった。この九月四日で私は満五十歳を迎えた。生物学的には何とまぎらしようもなく、老化のきざしを自覚せざるを得ない毎日だが、精神の成熟がこれに伴わないのを如何せん、である。この年になって意外に感じるのは、私たちよりも十年、二十年、若い人々の著しい保守化である。裁判官の世界も例外ではない。現状に批判的な認識を持つ人の比率は必ずしも減っていないかも知れないが、声が大きくなったのは、日本という国とその体制に自信を持ち、これに対する批判に強く反撥する人々である。

国弘正雄氏が慨歎される「日本人の大勢順応主義」が、これからどんな方向にすべり出して行くか判らない。今の私たちの目には、最近の再審ラッシュは二、三十年前の人権軽視時代の遺産としか映らないが、新たな冤罪が生み出される状況が、いつやって来るかも知れない。

(後略)

(6) 移転の誘導

無実の罪を負って何十年も生きなければならなかった富士茂子さんやその家族とは比べものにならないが、「本件は冤罪の疑いが濃い」と気づかされたのは二つの報告書が出た前後だった。

山田裁判長の書くところによれば、「本件は冤罪の疑いが濃い」として無罪判決を出した後も当時の検察官たちは「われわれの捜査に誤りはなかった」と発言したとのことである。それとこれとは比べものにならないが、新聞報道に端を発する本校への影響は、調査改善委員会の報告書が公になるや否や、急ぎ足で押し寄せてきた。新聞報道に誤りがあるとかないとかとは別の次元で事は進められていった。私の予想した通りだった。

移転の誘導が始まった。「ころんでもただではおきない」というと下品だが、「禍を転じて福となす」といえば美しいし、励みにもなる。なんとか福にしたいと移転先探しに軸足を移したのは、2005年6月下旬だった。

引用した山田真也さんの文章の最後の一行「新たな冤罪が生み出される状況が、いつやって来るかも知れない」をいまひしひしと嘯みしめている。

(7) 移転先探しの自助努力

都では移転先を、積極的に、涙ぐましいまでに、探してくれた。提供された情報をもとに、西へ東へ北へ、歩き回った。概ね、廃校になった公立小中学校の跡地だった。いずれも物理的な条件が合わなかった。

都の一番早い情報よりもさらに早く、本校内野校長からの一報が届けられた。翌日すぐに訪ねた。2005年7月14日午後だった。「これが借りられればすばらしい」特別区職員研修所を外から眺め内に入って見上げ、私はそう思った。「百点満点です」とすぐに内野先生へファックスを入れた。

これを見てからは、都からの紹介はいずれもみすばらしく貧弱に見えた。

3. エジプトからカナンへ

(1) 特別区職員研修所

特別区職員研修所は東西線東陽町下車南へ徒歩11分、準都心に位置する。床面積は学院のほぼ2倍。念願の専門職大学院もできるではないか。期待は自己増殖していった。

問題は、本当に借りられるか、ということ。相手方の誰に会ったわけでもない。片思いである。年明けて2006年1月31日極秘の朗報が飛び込んだ。特別区職員研修所は九段下の旧東京区政会館へ移るらしい。このニュースを承けて、片思いからお見合いに持って行きたいと先を急ぐ気持ちに変わった。一つ二つのステップを踏んだ後、私が飯田橋の特別区人事・厚生事務組合を訪ねたのは3月3日だった。

エジプトからカナン之地へ向けて、実質的な第一歩を踏み出したのである。

華々しい第一歩を踏み出したいと気負い立った私は、パワーポイント15枚からなる「提案書(案)」を作り、10日後の3月13日に再び特別区人事・厚生事務組合を訪ねた。「今後は実務者ベースで話し合おう」ということになり、3月27日に課長係長ら3名と会った。以後私が訪問すること足繁く、また、先方のスケジュールが前へ後ろへ揺れながら、2006年11月の「土地・建物貸付けに関する公募要項」発表に至る。

敬心学園の提案書が通って、貸付けの内示書が出たのは暮れも押し迫った2006年12月27日だった。

年明けて1月からは「3月末までに契約書を作成しよう」と精力的な話し合いを重ねた。先方から示される条文案に回答するだけでなく、私は条文の作成に積極的に関わった。先方はオープン・マインドだった。契約書締結は2007年3月27日である。ハイライトは「甲は、乙の行う福祉・教育等事業の趣旨にかんがみ、当該事業の継続的、安定的運営に最大限配慮する」という文言を第24条(その他)の中に入れることができたことである。

(2) 専門職大学院の構想

2001年11月に学院建物借受の「応募提案書」を作成しているとき、専門職大学院という名辞を私は知らなかった。提案書には、将来展望として「社会福祉総合専門大学院(仮称)」を創設するというカラーチャートを挿入した。「専門大学院」という表現ながら、内実は現在の専門職大学院と同じものを敬心学園が外部に向かって表明した最初である。以後、主たる歩みを記しておこう。

臨床福祉専門学校の開校以来、小林理事長、内野校長は入学式、学術集会、卒業式等において、専門

職大学院を作るという熱き思いを訴え続けている。首尾一貫している。1期生の授業が無事スタートするのを見届けて、専門職大学院の基本プラン作成に着手した。2004年3月には文部科学省へ三度足を運び、相談している。まず最初につかかったテーマは校舎をどうするか、である。学院建物の隣接場所に新築するという案も出た。高田馬場駅近辺にある敬心学園グループのファシリティを有効活用するという案も出た。後者の案で具体的に推し進めようとしていたとき、青天の霹靂、産経新聞報道に端を発する事件が舞い込んだのである。

2005年7月14日地下鉄東陽町で下車して南へ10分、特別区職員研修所が視界に入ったとき、真っ先に私の頭をよぎったのは、「専門職大学院ができる!」という感慨だった。「転んでもタダでは起きない」が現実となった瞬間だった。移転先探しはどこまでも専門職大学院とペアのプロジェクトである。

(3) 組織の内と外

外からの困難を一つずつ克服し、雨から曇り、曇りから青空へと宇宙が広がっていく爽快さは、長くは続かなかった。敬心学園グループ各校の学生確保が思うように果たされないからである。

エジプトから葦の海を分けて東南に下り、シナイ山へ登り、カナン之地へ向けて最後の行軍をしているとき、行き着く先のカナンには、複数の部族が存在していた。

2007年10月から始まる研修所の改修と移転、そのあと引き続いての専門職大学院の設置。どれをとっても、人手とコストがかかる。臨床福祉専門学校の収支の範囲内でこれを実行すること。部族共同体の結束をますます固めなければならない。

カナンへの道のりは険しい。

4. 愛の関係性

(1) 高等教育機関

特別区職員研修所の活用は、臨床福祉専門学校の移転と専門職大学院の設置を柱とする。5年前の東京都社会福祉総合学院の活用は地元練馬区とは無関係であったが、今回の研修所は23区の所有物であることから、地元江東区の関心が高い。江東区では、大学の進出や先端医療機関の設置に積極的である。すでにいくつか実現している。われわれは歓迎されて江東区へ行くわけである。

さらに、福祉保健医療の専門職養成を掲げるわれわれには、地域住民とのつながりを深めるように要請されている。

(2) 健康福祉空間

そこでわれわれが提唱する第一が、「地域健康福祉空間の創生」である。一つには「地域福祉保健医療施設との関係性構築」であり、「地域の病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、各種福祉施設、保健所等との関係性を構築し、その上に立って、地域住民の健康福祉増進に資する」とするものである。

もう一つは「地域教育施設との関係性構築」であり、「地域の大学、専門学校、高等学校、中学校、図書館等との関係性を構築し、その上に立って、地域住民の生涯学習、地域住民子弟の福祉保健医療の教育を支援する」とするものである。

(3) ネットワーク発信基地

われわれが提唱する第二は、「福祉保健医療の国内的国際的ネットワークの発信基地」である。その内容は、一つは「外部に開かれた学術集会、講習会、特別講座の開催」であり、もう一つは「地域の身体的・知的・言語的障害者や高齢者に対するサービスの提供」である。移転に少々遅れて、研修所別館1階部分にクリニックを設置する計画もある。研修所に有形無形のサービス機能を備えて地域の人たちにお返しをしたい。

(4) 愛の関係性

本校では開校2年目に文部科学省委託事業に応募採択されたのを契機に3年連続で事業を委託され実施した。

タイトルを順に列記すると、2004年度「コメディカル教育における人体解剖実習の本格的導入に向けての養成校側の指導體制整備」、2005年度「言語聴覚士養成課程へのOSCE導入のための教育プログラム作成」、2006年度「理学療法士養成課程への筋調整法導入のための教育プログラム作成」となっている。

2007年度は本校福祉系教員を中心にプロジェクトを組み、事業計画書を提出した。タイトルを「地域住民に開かれた福祉保健医療系公開講座のプログラム作成」とした。いま先進的大学では市民向けにオープン・コミュニティ公開講座を提供している。

その内容は、大学自身が有している知的教育的財産を公開するというものであり、市民が欲しているものかどうか、市民の潜在的ニーズを掘り起こすものかどうか、という観点からみると、手前の持っているものを小出しにしているだけではないか、との印象が否めない。この閉塞状況に風穴を開けたいとの野心をもって、私がやや独断専行して事業計画書を作った。気が過ぎた。事業計画書は不採用だった。

不採用の理由ははっきりしている。この女性は美人になりたいといっている、どうするとよいか提案しなさい、というプロジェクトがあったとしよう。こうすると目がぱっちりします。ああすると鼻が高くなります。こういう提案なら採択される。ところが私が作った計画書は、この本を読めば美人になる、そういう本をつくり、というものだった。総花的で焦点なしの駄作だった。

地域住民との愛の関係性を強め高めたい、という意欲が減退したわけではない。捲土重来、来年またやろうと反省しきりのとき、文部科学省より「二次募集」の知らせが来た。「教育重点支援プラン」ではなく「再チャレンジ支援推進事業」であるが、真剣に取り組めばこれはこれで味がある、よしやってみようと即断した。事業計画書を作成するのに時間を要しなかった。小林理事長、内野校長からは激励の言葉が返ってきた。事業名を「コメディカル系高度専門職育成教育コースの開発と実践」とした。実施委員には本校の若手事務職員を前面に押し立てた。学校を卒業・就職後短期間で離職した若者や、大学等で専門的知識を修得したけれども職に就くことができない者が多くいる。これらの者にもう一度職業教育を施し、社会に受け入れられる人材に育成し直すことを直接の目的とした教育プログラムの開発であり実践である。若者を愛の関係性の中に呼び戻す教育事業である。

採択されれば今年の後半は、委託事業と引っ越しで大忙しである。

(2007年7月25日)

第4回
臨床福祉研究学術集会

記 録

シンポジウム I

シンポジウム II

真の利用者本位とは

座長 内野 滋雄
佐々木和裕

発題Ⅰ：政策動向の面から

大橋 謙策

発題Ⅱ：法制度の面から

秋元 美世

発題Ⅲ：障害福祉の面から

樋口 恵子

シンポジスト略歴（敬称略）

大橋 謙策

1973年（昭和48年）東京大学大学院教育学研究科（社会教育専攻）博士課程修了。

2005年（平成17年）日本社会事業大学学長（～現在）〔現在の主な社会的活動〕日本地域福祉学会会長（2002年6月～現在）ソーシャルケアサービス従事者研究協議会代表（2000年5月～現在）〔主な研究業績〕『地域福祉』（単著、放送大学教育振興会、1999年刊、1995年版改訂）『コミュニティソーシャルワークと自己実現サービス』（共編著、万葉舎、2000年）『21世紀型トータルケアシステムの創造』（共編著、万葉舎、2002年）『福祉21 ビーナズプランの挑戦』（共編著、中央法規出版、2003年）

秋元 美世

1954年東京都生まれ。1985年、東京都立大学大学院（基礎法学専攻）博士課程修了。同年東京都立大学法学部助手。その後、茨城大学人文学部専任講師、助教授を経て、1997年に同教授。1998年、東洋大学社会学部社会福祉学科教授（現在に至る）。博士（社会福祉学）。

樋口 恵子

1951年高知県生まれ。幼い時から障害をもち、カリエスの再発により、肢体不自由児施設で寝たきりの中学時代を送る。'84年米パークレー・ワシントンDCなどで、自立生活運動を学び、帰国後自立生活センターの全国展開をサポート。

真の利用者本位とは：政策動向の面から

日本社会事業大学 学長 大橋 謙策

大橋でございます。どうぞよろしく願いいたします。20分ということなので十分な話ができるかわかりませんが、お手元の13ページをご覧頂きたいと思います。

今日のテーマ「真の利用者本位とは」ということになっておりまして、政策動向の面からと与えられたわけですが、私はソーシャルワーク実践の視点から主に取り上げていきたいということで、引き受けることに致しました。

利用者の求め

具体的には何が言いたいのかと言いますと、利用者の求めと専門職の必要性の判断をふまえ、両者の合意に基づく援助過程ということが大事ではないか、それが結果的に利用者本位につながるのではないかと、こういうふうに思っているわけでございます。

利用者本位という時に、その利用者の求めというものをどのように考えるか、いわゆるニーズキャッチが大変大きな課題になってまいります。イギリスのブラッドショーが1970年代に4つのニーズのソーシャルニーズの分類をしています。4つとは、エクスプレスニーズとフェルトニーズ、ノーマティブニーズ、コンパルティブニーズと言います。私はこの中でもフェルトニーズとノーマティブニーズが大変重要ではないかと思っています。特に日本人が持っている文化というものを考えますと、このフェルトニーズの意味を十分抑えておく必要があります。一方で、ノーマティブニーズという専門家が判断する、専門家の価値規範に基づいて判断する、その際に気をつけなければならないのは、パターンリズムということになります。それらのニーズにどう応えていくか、ということについて、これから話していこうと思います。

日本の社会福祉では、長い間身体的機能不全に着目したアセスメントおよび援助方針というものを立ててきたと思うのです。特に、1980年のWHO世界保健機構のICIDH国際障害分類が出て以降は身体的機能不全に着目したアセスメントなり援助方針が非常に強く出ていました。一方では、貧困対策という意味では経済的自立という所に着目した、いわば生活保護に代表されるミーンズテスト（資産調査）等にみられるようなアセスメントが中心だった訳ですが、今日ではそうではなくて2001年にWHOから出されたICF国際生活機能分類というものの考え方が大変大事ではないかということです。

今、私自身社会保障審議会のICFの活動に関する専門委員会の委員をやっておりますが、ICFというものが医療・保健・看護・福祉の共通言語になっていくのではないかと私は受け止めて、委員活動をしております。そのICFとは何かといえば、私自身、昔からICFが出来る前から6つの自立の要件ということを行っているわけですが、働くこと労働的自立、それから精神的文化的自立、3つ目は身体的健康的自立、4つ目に生活技術的家政管理的自立、5つ目に社会関係の自立、6つ目に政治的契約的自立という6つの自立の要件からアセスメントが必要だといってまいりましたが、ICFの視点もまさに同じ様なことを述べているのではないかということです。従ってICFの視点でエコロジカルな関わりも含めたアセスメントに基づくケアマネジメントが必要になるのではないかということです。その際に、サービスを必要としている人のニーズをどう考えるのかということです。先ほどブラッドショーのフェルトニーズ

のとらえ方が大変重要だといいました。大牟羅良さんが1958年に岩波新書で『もの言わぬ農民』という本を書きましたけれど、国民は自らの意見をきちんと表明するというのは大変タクソな民族だと思っております。あるいは意見を表明しにくい文化を持っている社会構造だといったらいいのかと思います。中根千枝先生が縦社会といっていますが、それは我々の言葉でいえば、「長いものには巻かれろ」とか「寄らば大樹の陰」とか、「出る杭は打たれる」、そして「禁止と命令で子育てをする」ということでしたから、自分の意見をキチンと表明する機会というものがなかなかなかった訳です。ややもすると唯々諾々という生活を送るということになります。また、阿部謹也先生が世間体の文化というものを指摘している訳です、自分の意見というよりも右を見て左を見るという世間の横並びの意識の中で人生を生活している、こういう文化が大変長く強くあるわけです。21世紀というのはこの縦社会の構造をネットワーク型の横社会に変えていかなければならないと思っております。社会福祉も文字通りその流れの中で考え直さなければいけない課題だと思っております。いずれにせよ、そういう縦社会の中で自分の意見を表明するということが大変不得手な文化を持っているということです。一方それをより強固にする政策も実は明治時代にとられている訳です。1900年に第3回の万国慈善会議がフランスのパリで行われております。なぜフランスが当時の交通の便が悪い時にわざわざ全世界から関係者を集めて会議をやったかということがとても重要なことで、これは今日お見えの三浦先生の国際社会福祉会議の歴史について触れられている訳で、これはある意味ではフランスの社会思想というものと絡みで考えなければならぬ訳ですが、いずれにせよ1900年に日本が福祉分野（その当時は慈善事業となるわけですが）の国際会議に出ていくわけです。その内務省の代表であった井上友一がフランスのパリの国際会議へ出てヨーロッパ諸国と同じような救済の仕方はしない、それをやりますと日本は先進国に追いつけ追い越すことができない。じゃあ何があるのかと言えば、井上は風化行政という言葉を使った訳です。明治42年に「救済制度要義」という本を出しております、その中で風化行政という言葉を使う訳です。救貧より防品、防品よりも風化と、こう言っている訳です。この言葉は実は昭和15年に大河内一男先生が指摘しているような社会事業における精神性と物質性という問題を生み出してきて、物質的な援助をする前に精神的な所に偏り過ぎてしまうという問題が出てくる訳です。

この風化行政は結果的に何かといえば、インソップ物語の蟻とキリギリスの物語を思い浮かべていただければ分かりやすいかと思えます。「一生懸命働いてれば冬も安穩に過ごすことができるけど、生活を楽しんでしまえば冬は大変厳しい」とこういう訳ですね。だから、普段一生懸命勤労し貯蓄していればいいが、そうでない人はダメだという一種の惰民養成観と繋がってくる訳です。こういう状況の中でサービスをよめることが大変恥ずかしいという文化を、実は戦前作り上げてくる訳です。結果的にサービスを利用しないことによって、利用させない事によって社会福祉に関する経費の削減になる、という訳です。戦前の人の中に今の民生委員制度の基を作った小河滋次郎などは、井上たちの考え方に真っ向から反対をして、国は物質的な救済はすべきなのであって心の問題に入ってはいけない、心の問題は実は地域の友人たちがやるべきなんだ、ということで今で言う民生委員制度を作る訳です。ですから、全く戦前は全てが井上と同じような考え方に染まっていた訳ではありませんが、政策的には風化行政というものが大きなウェイトを占めていると私は考えている訳でございます。

サービスのあり方

そういう中で福祉サービスを必要としている人が自分の意見をきちんと述べるという事はなかなか難しい訳です。だから、意見を言わないから何も考えていないと考えるのは、やや思い過ごしというか、専門職のパターナリズムでして、我々はその人達の意見をどう引き出すかという事が大変大事なのです。年配の方はお分かりかと思いますが、昔の井戸のポンプで水を汲む時に呼び水というものをやった訳ですが、こちらがきっかけを作れば色々な物が出てくる訳です。その代わり、呼び水をしないで何も言わないからニーズが無いのだと判断するのは大変危険ではないかと思っている訳です。

話は少し変わりますが、1970年に心身障害者対策基本法という法律があります。これは今1993年に障害者基本法に変わりましたが、その1970年に作られた心身障害者対策基本法の第25条で“障害を有する方も文化スポーツレクリエーション活動を奨励する”と、つまり障害者の方々が文化活動やスポーツ活動やレクリエーション活動ができるように環境醸成しなさいと、こう書いてある訳です。それくらいだったら一般的にそうかとなる訳ですが、私はその後、障害を有する方々が文化スポーツレクリエーションをやりたくなる意欲を喚起しろと、こう書いてあります。つまり、今で言うエンパワメントが既に1970年代に謳われている訳です。意欲を喚起しろ。これは私にとってすごく大事な法律でした。

その頃私はちょうど障害者の青年学級などをやっておりました。障害者とそれから高齢者の社会教育、中でも文化スポーツレクリエーションをどうするかという事をずっと考えておりました。何でそれは大事なのか、それは社会福祉行政と社会教育行政の谷間の問題なのです。社会福祉行政では年にいっぺんくらい運動会とかスポーツ大会をやりますが、ほとんど障害を持っている方々の文化スポーツレクリエーションを考えてくれてなかった訳です。それから高齢者の問題についてもほとんど触れていない訳です。非常に狭い意味での、身体的なケア、あるいは経済的な自立支援と考えている訳です。私は、これは問題なのではないかという事で1970年に制定された心身障害者対策基本法の第25条を持つ意味をもっと広げる必要があるだろうと考えました。当時の社会福祉関係者ではほとんどそれに触れている方はいませんでした。その頃から私はアブラハム＝マズローの欲求階梯説の考え方は非常に危険だと思っていた訳です。あの5段階の欲求が段階的に現れるというのは、悪くすると障害を持っている方は自己実現欲求を持ってない、持つことを否定する、そういう危険性を逆にはらんでいるのではないか、しかし、心理学であれ社会福祉の分野であれ看護の世界であれ、実はアブラハム＝マズローの欲求階梯説の考え方というのは非常にその当時一世を風靡していた訳で、この考え方に捕らわれたら私は利用者本位などということは言葉で言ったとしても、多様な欲求は出てこない。つまりニーズを引き出すことができないのではないか、そんなことを考えておりました。

専門職の必要性

そのような中で、介護保険が2000年以降出てきて、在宅福祉サービスのあり方が問われている訳です。施設福祉サービスと在宅福祉サービスを比較するとき、特に在宅福祉サービスの場合には文字通りニーズキャッチというものをどう考えるかという事が非常に大事です。私は、要介護者と介護者の両方の自己実現サービスということに関し、1990年代に調査研究をしたり論文を書いておりますが、ややもすると要介護者だけに眼を向けますが、在宅の場合には要介護者だけではなくて介護している人の自己実現のことも視野に入れながらマネジメントしなくてはならない訳です。ところが、今の介護保険はその介護のことを考えてはいけない訳で、要介護者本人のことしか考えられない、となっている訳です。しかも介護保険の中のサービスをどうマネジメントするかということですから、私は基本的には介護支援専門員の方はケアマネージャーではないと、サービスマネジメントはしている、だから私は介護支援専門員とは呼びますがその方をケアマネージャーといたくないというのが本音です。我々が考えるケアマネジメントというのはもっと広い概念であり、家族の自己実現も視野に入れながらケアマネジメントしない限り、実は地域でも在宅でも自立支援というのはできないのだと考えている訳でございます。

そのような中で、ソーシャルワークという機能が私は非常に重要だと思っている訳です。日本の場合には1990年まで機関委任事務下の措置行政であったということもあり、私は事実上ソーシャルワークという実践が無かったと考えている訳です。あちこちで学会でも学校連盟でも日本では事実上1990年までソーシャルワークはなかったと言っているのですが、ソーシャルワークを実践するシステムが事実上できていなかった。そこに日本の戦後の社会福祉教育と現場との乖離問題があるとずっと考えている訳です。日本社会福祉制度は非常に精緻に出来上がっておりますから、その精緻な制度をどう活用するかということを展開すれば、だいたい問題は片付いていった訳です。

ところが、1990年以降在宅福祉サービスというのが出てくると、一人ひとりの生活状況をきちんと分析し、そしてどういう援助方針を立て、どのような制度・サービスを活用して援助するのかということを考えざるをえなくなってくる訳です。これはもう入所型サービスとは徹底的に違う援助の過程だと思っている訳です。しかも、援助している方々は先ほど言ったように生活技術的な自立ができていないとか、家政管理ができていないとか、社会関係がうまく持てないとか、従来の身体的な自立支援だとか経済的な自立支援では考えられないような複雑な生活問題を抱えてくる訳です。また、地域で生活をするという考え方は単身で生活している人ばかりではない訳で、当然家族と同居しながら生活をしている場合もあるだろうし、近隣関係を全く無視してその人の自立援助を考える訳にはいかない訳です。ところが、入所型施設の場合には、単身者のADLを中心に見ていればいい訳でして、これは全然違うことになります。分かりやすく言えば、施設入所者は自分の食事した後のゴミを分別して、そして何曜日に出すかということは考えない訳です。在宅で生活すればゴミの分別をしなければなりませんし、何曜日にもどのゴミを出すのか、分かりやすくいえばそういう生活技術ができなければならないのです。私の知っている自治体では16分別やっています。16分別できる住民の自立度というのは大変高い生活技術でして、自慢ではありませんが、私が16分別やれと言われてもできません。そういう意味では、その自立援助というとらえ方が違う訳です。ところが、ついつい我々は病院や入所型施設の単身で限られた空間の中で生活をしている人を援助する事を想定しているものだから、とてもそれは在宅サービスにはなじまない。どうも従来の援助の過程とは違う新たなエコロジカルなアプローチに基づくソーシャルワークというのが必要なのではないかということなのです。

真のソーシャルワークとは

14ページにアメリカのソーシャルワークの実践の定義を載せておきましたが、アメリカのソーシャルワーカー連盟の定義は、「ソーシャルワーク実践とは人々が生活し、問題を解決し、困難に対処できるように、その人々に関わる。社会資源や社会サービスや、それらを利用できる機会を人々に提供する社会制度が適切に働くように、そのシステムにかかわる。そういった社会資源、社会サービス、その機会を提供する社会制度と、そこで生活し、問題や困難をかかえて人々をつなぐことにかかわる。そして、現在の社会政策の改善と新たな社会政策を創り出すためにかかわる。」これがアメリカでいうソーシャルワーカーの実践の定義だということでもあります。日本で非常に弱いのは実はソーシャルワークがサービスを開発する、新しいプログラムを開発する、財源を確保するという側面が非常に弱いということです。既存の制度をどう活用するかという意味での社会資源の活用というのはずいぶん言われてきましたが、新しくサービスを開発することやプログラムを開発することは、実はほとんどやってこなかった訳です。しかし、これからは私は地域福祉が社会福祉のメインストリームになると思っています。地域福祉が社会福祉の新しい考え方であり新しいサービスシステムです。子どもや障害をもった人や高齢者を横断的に家族を含めて、あるいは近隣関係を含めて援助をするという時には、このサービスの開発、プログラムの開発とが大変重要になってきます。これらの訓練が実はソーシャルワーク教育の中でほとんどされてきてないということが、日本の教育の大きな問題点になってきます。その意味で、これからはソーシャルワークをどう我々が理解し、どう展開していくかということになる訳です。今の段階では実はソーシャルワークを展開できる条件は十分にありません。介護保険制度として去年から始まった地域包括支援センターは私が行政アドバイザーとしてまとめさせて頂いた長野県茅野市の保健福祉サービスセンターが1つのモデルです。広島県尾道市と長野県茅野市がモデルだと厚生労働省の課長が言っておりますので、それによろしいと思いますが、長野県茅野市の場合は人口5万7千の市を4つの保健福祉サービスセンターに分けて保健師と福祉事務所のソーシャルワーカーと社会福祉協議会のソーシャルワーカーがチームを組んで仕事をしている訳です。当初は3人1チームでしたが、市長がどうみても社会福祉協議会のソーシャルワーカーを増やした方がいいということで、今4人1チームで仕事をするという考え方になってきている訳です。つまりそこで

は、保健師と行政の福祉事務所の中にいたソーシャルワーカーと社会福祉協議会の職員で、主に介護保険の介護支援専門員的な技能をもっている人と、それから近隣関係のソーシャルサポートネットワーク作りをしている、そういうソーシャルワーカーがチームを組んで、そのことによって始めて地域自立生活支援が可能になってくる。今週の初めに厚労省で話しをする機会があったのですが、地域福祉というものをどのように制度化していくか、という話しをした時に、福祉事務所を改革せざるを得ないのではないか、それからソーシャルワークを展開できるシステムを作らざるを得ないのではないか、ということをお話してきました。今でも縦割り行政ではもうダメだということですし、ソーシャルワークというものを考えないとホームレスの問題であれ、DVの問題であれ、児童虐待の問題も解決できない、こういう風になってきていることでして、そういう意味では介護保険の分野だけではなく、実は地域包括センター的な機能、保健師とソーシャルワーカーがチームを組んで活動を行うシステムが重要です。

ソーシャルワーク教育

イギリスは、医学教育、看護教育、ソーシャルワーク教育を既に合同で始めている訳です。そして、共通なシングルアセスメントシートを使い始めている訳です。そういう意味では保健医療福祉の連携をイギリスは2000年以降進めているわけです。私どもは、文部科学省の21世紀の医学医療あり方懇談会で、1996年に報告書を出して、日本でも医師の養成と、看護師の養成と社会福祉士の養成を共通の履修科目を作って、できれば合同で授業を行うということが大事ではないかという問題提起をしているのですが、日本では実現していません。イギリスではもうすでに始まっているわけです。今年の10月にもまた、イギリスのトップレベルのサザンプトン大学のバッキーパウエル先生を呼んで、日本でもシンポジウムをやりますが、国際的にみるとどうみても保健医療と福祉の連携というものは否応なしに進んでいきます。特に病院とか施設ではなくて、在宅になればこれは保健医療との連携せざるを得ない、特に慢性疾患であればあるほどそうです。そういう意味で先ほど述べた長野県茅野市の医師会の先生が、去年の9月に10年目の総括をやった時にこういってくれました。「私はソーシャルワーカーに活用される医師になりたい、それが私の願いだ。つまり急性期医療では医師が中心になることは当然ですが、慢性期疾患の場合は、どう見ても生活全般を考えなければならない、そうすると機能から考えると、コーディネート機能を持っているのはソーシャルワーカーではないのか」という話をさせていただきました。そして、そのソーシャルワーカーは本当に個人と家族のフェルトニーズをきちんとひき出しながら、生活全体を考えて援助していくことが大変大事なことでないだろうか、そんなことを今考えているということです。

時間がまいりましたので、とりあえずの問題提起にさせていただきます。ありがとうございました。

真の利用者本位とは：法制度の面から

東洋大学社会学部社会福祉学科教授 秋元 美世

1. はじめに

この報告では、法制度の観点から利用者本位ということを考えて場合、どのような課題なり、論点が見えてくるかということを中心に、議論を進めていきたい。真の利用者本位というように、「真の」ということがつくと、とたんに取り扱いがむずかしくなるのだが、とりあえず、利用者本位とはどのような趣旨で一般に論じられているかということ考えて見るならば、それは、「利用者の意向が支配すること」あるいは、「利用者がコントロールできること」といったような趣旨で用いられていると言うことができよう。このことは、「利用者本位でない状態」というものを逆に思い描くと納得してもらえないのではないだろうか。

ところで、法律学では、「利用者の意向が支配すること」あるいは「利用者がコントロールできること」といった状況にあるとき、「利用者に権利がある」というように一般に表現するわけだが、考えてみると、生存権というものが承認された戦後の日本国憲法の下で、「福祉サービスの利用者に権利がある」というのは、ある意味で当然のことでもある。そのことから言えば、問題とすべきなのは、こうしたある意味で当たり前のことを、なぜ、あらためて論じなければならないのか、という点であろう。この点を考える上で、ポイントとなるのが、利用者の「意向」と権利の関係をどう考えるかということである。ただしここでは、権利の問題としてストレートに扱うのではなく、社会福祉にとってなじみのある議論に引きつける形で、話を進めていくことにしたい。具体的には、福祉における需要と必要（ニーズ）の関係についての問題である。

福祉サービスにおいては、よく、「需要はあるがニーズがない」とか、「需要はないがニーズがある」といったことが言われることがある。例えば、昔気質の高齢者が、行政の世話になるのは潔しとしないため、訪問看護を望んでいなかったとしても、本人の身体状況によっては訪問看護が必要なことがあるかもしれない。こうした場合、サービスの要求としての需要は表出されていないものの、サービスの必要性としてのニーズは存在していると考えられるのである。

逆に、ホームヘルプを受けたいと思っている人がいても、その人の健康状態を考えればホームヘルプは不要であるかもしれない。この場合には、要求としての需要は表出されているが、必要性としてのニーズはないということになる。

このように、福祉におけるニーズには、その必要性の判断が、当事者の判断を超えた社会的判断によって行われるというところがある。たんに個人が必要だと感じていれば良いというものではなく、それに対して社会が一定の承認を与えていることが求められるのである。そして、こうした個人の必要に対する社会の側の承認のあり方の変遷が、その時々社会福祉制度の特徴を示していたというように見ていくこともできる。つまり、「個人の必要と社会の必要との相関」ということの中で、社会福祉が展開してきたということである。そこで、次に、社会が個人の必要というものをどのように承認してきたかという問題について、少し振り返ってみてみたい。

2. 社会的承認の変遷：社会防衛から福祉国家・生存権

(1) 社会防衛としての救済

資本主義とか、民主主義、さらには人権といった今日の社会の枠組みの出発点をなしているのが、近代市民社会や近代市民法といった観念である。この近代市民社会ないし市民法は、個人の生活に対して、ある特徴的な原

理を導入した。それが、生活個人責任の原則と呼ばれる考え方である。

封建社会という身分制社会から、近代市民社会へと転換するにあたって、そうした社会を構成するメンバーとして、自由に生き方や暮らし方を決められる人格的に自立した人間像（市民法的人間像）の確立は必要不可欠の事柄であった。しかしそれは同時に、自らの生活は自ら責任を負わなければならないということをも意味した。つまり、他者に支配・統制されないという人格的な意味での自立だけではなく、同時に、他者に依存――とりわけ経済的な依存――をしないこと（＝生活個人責任）が求められたのである。

かくして、人々の暮らし・生活は、個人の責任となり、個人の生活の必要について社会が関与することはありえないこととなった。こうした中で、唯一、個人の必要として社会の承認が得られたのが――あるいは、「結果的に承認が与えられることになったのは」と言い表した方がより正確かも知れないが――、貧困者（とりわけ都市部に集中しはじめた貧困者たち）を放置することは、犯罪の温床となるなど、社会秩序の維持という意味から看過できないとする、「社会防衛」の観点からの救済であった。このことについては、いわゆるイギリスの新救貧法（1834年）の「劣位性（less eligibility）の原則」や「ワークハウステスト」などの歴史を思い起こしていただければ、理解していただけるものと思われる。

（2）貧困問題の社会性：福祉国家・生存権へ

しかし、その後、資本主義経済が飛躍的に拡大する中で、社会的経済的関係の社会化が進行し、例えば経済恐慌に際しての本人の意志によらない失業問題などに典型的に示されているように、生活個人責任の考え方が、文字通りそのままの形で通用するわけではないということが社会的に認識されるようになっていった。そして、こうした動向の中で、労働者の生活を保護するための共済制度（保険制度）やさらに国民全体を対象にした社会保険制度などが制度化されていくことになる。

そしてその中で、個人の必要に対する社会の捉え方も変容していった。すなわち、社会保険や社会保障の制度化に見られるように、個人の必要にかかわる事柄が、単に、秩序維持としての社会防衛という観点からだけではなしに、国民の生存や生活に対する配慮という観点からも考えられるようになっていったのである。かくして、社会が、個人の必要（個人の生存や生活）について、従来の社会防衛の観点の場合のように間接的に考慮するだけでなく、直接的にも配慮するようになったのである。そしてこうした流れが、やがて福祉国家や生存権の理念へと繋がっていくことになるのである。

ただし、ここで注意しなければならないのは、こうした考え方が変化していくことと、それが具体的な仕組みとして制度化されることとは、決して同じことではないという点である。そこで次に、理念（原理）とその制度化の問題について見ていくことにする。

3. 理念とルール

前近代的な救済事業（慈善事業）と近代的な福祉サービスとを分かつ違いの1つとして、近代的な福祉サービスが、ルール（法）に基づいて管理・運営されているという点がある。すなわち、慈善事業の段階では、どういう者を救済するのか、またどのような救済をあたえるのかは、救済を与える側が自由に決めることができ、極端な話、救済する側のその時の気分次第で恣意的に決められてもけっしておかしくないというのが、この段階の制度の特徴でもあった。そのため、そこでのサービス要求の社会的承認のされ方はきわめて不確かなものとならざるを得ず、法律関係とか権利とかの問題が議論として出てくる余地はなかった。これに対して、近代的な福祉サービスでは、公行政の一環として法の支配の下で管理・運営されることになり、サービス要求（個人の必要）に対する社会的承認は、法制度を通じてルール化される。かくして近代的な福祉サービスにおいては、サービスを受ける側から、法に基づいた公平な取り扱いや、法に定められている内容の給付を受け取ることを、ルール（法）の問題として取り上げることが可能となったのである。そしてさらに、個人の必要にかかわる事柄が、単に、秩序維持としての社会防衛という観点から考えられるだけでなく、国民の生存や生活に対する配慮という観点（さらには生存権という観点）からも考えられるようになる段階においては、それらの事柄を権利の問題として論じる可能性が開かれたのである。

もっともここで注意しておかねばならないのは、ルール化やルールの適用というのは、そう単純に機械的に行えるようなものではなく、実際にはきわめて複雑な作業とならざるを得ないという点である。つまり、問題とされる事柄が、個別性や多様性をその本質的な特徴として有する福祉ニーズであるため、法で規定できるのはどうしても大枠的なことにとどまらざるを得ず、具体的な執行はかなりの部分、行政の判断にまかされることになってしまいがちなのである。しかも問題なのは、この行政の判断とサービスを受け取る側の考えとの間にズレが生じる余地は常にあるにもかかわらず、そうしたズレを調整するための物差しとして用意されているのが、多くの場合一般的な枠組みを定めているにすぎない法の規定だけであるために実効性を期待できず、だいたい行政の判断が優越するという結果に終わってしまうという点である。

さらに、こうした個々のケースにかかわる問題に加えて、財源（資源）の問題もある。すなわち、ニーズを充足するためのサービスは、無制限に用意できるわけではなく、その時点での財政状況や社会通念に規定されるところが大きいのだが、こうした問題についてあらかじめルール化することは困難であるため、結果として行政の政策的な裁量的判断が重きを持つことになるのである。

こうして、第2次世界大戦後のわが国においては、一方で、理念としての生存権を制度化すべく各種福祉法が制定され、まさに権利の問題として福祉が論じられるようになったのだが、他方で、制度化（ルール化）に伴う上記のような制約要因により、実際には、行政庁が一方向的に決めたことを受け入れるだけ（行政裁量の優越性）という状態となり、実質的に権利性がきわめて脆弱な制度にとどまってしまうのである。そしてこれが、戦後の福祉サービスを支えてきた措置制度の――とくに職権主義と結びつけて理解されたときの措置制度の――現実の一面であった。もちろん措置制度においても、個人の必要性が無視されるわけではない。個人の必要の充足を目的としていることは確かである。ただし、それは、あくまでも行政が必要だと判断した範囲内での個人の必要の充足であり、したがって、必要性に関する社会（＝行政）の判断が優越した制度であったのである。こうした中で、利用者の意向が働かないとか、利用者がコントロールできない（選択できない）という批判が出てくるのは、当然のことであった。

4. 措置から契約へ

「利用者の意向が働かない」、「利用者がコントロールできない」といった措置制度に対する批判の中から登場したのが「介護保険制度」などに代表される福祉サービスの契約化の流れである。

一般に、福祉サービスの利用関係を確定していくプロセスというのは、次のような3つの問題を取り扱う過程を経て具体化されていくと考えることができる。すなわち、第1に、「要保障性があるかどうか」という問題であり、第2に、「どの程度の要保障性があるか」という問題であり、第3に、そのようにして確認された要保障性に対して「どのように応じていくか」（つまり、要保障性の充足の仕方）に関する問題である。福祉サービスの利用方式を、利用者本位という点から評価するにあたっては、これらの3つの問題について、当該利用方式がどれだけ利用者の視点に対応できるものになっているかが、具体的な評価にあたってのポイントになってくるものと考えられる。

こうした観点から措置制度についてみると、これらのいずれの点についてもきわめて不十分な対応しかできていないというのが、この間の制度改革の過程での評価であった。つまり、現行の措置制度は、サービスを実施するかどうか、また、サービスの実施にあたりその提供主体をどうするか、どの程度のサービス量を提供するか等について、行政庁が一方向的に決定する仕組みであり（措置制度の「職権主義」的性格）、対象者にサービスを請求する権利がなく、また対象者がサービスの実施主体を選択することもできないというのである。

この点介護保険制度は、措置制度とはかなり違うものとなっている。まず、要保障性の有無および程度の問題については、要介護認定の過程で決められていく。その決定権限は、措置制度と同じく形式的には市町村にあるわけだが（但し保険者としてという点で措置制度とは異なるが）、実際には「介護認定審査会」という専門家を中心とした合議体が認定判断を行うことになっており、さらに、認定基準も全国一律の客観的な基準として設定されており、公正さや客観性を担保するための仕組みが組み込まれているという点で、行政庁が裁量的判断に基づいて一方向的に決定する措置制度とはかなり違ったものとなっている。とくに、要保障性の程度に関しては、要

介護度というランク分けがなされ、自分がどの程度の要保障性にあると認定されたのかが分かる、透明性の高い仕組みになっている。さらにサービスの充足の仕方に関する問題について見ると、利用者が主体的な判断と決定に基づいて、サービス提供者と直接利用契約を結ぶことでサービス内容が決まるようになっており、サービス内容について行政が決定するという構成をとっている措置制度とは決定的に異なっている（実際には介護支援専門員と相談しながらケアプランを作成する場合が大半だが、その場合でも制度上、最終的にサービス内容を決めるのは利用者ということになっている）。

ちなみに制度化（ルール化）に伴う上述の制約要因、すなわちニーズの多様性に伴う＜専門家裁量の問題＞と財源・資源の問題に関する＜行政の政策的な裁量問題＞の問題とのからみで言えば、これらの裁量問題について、措置制度の場合、行政の裁量（専門的裁量と政策的裁量）に総体として委ねることで対応していたのに対して、介護保険制度では、要介護認定の問題として構成し直すことで、行政の裁量を枠づけ、さらにそのプロセスを基準化・客観化することで行政裁量がストレートに優越してしまうことを回避したのである。こうした制度の転換を利用者本位という観点からあらためて眺めてみると、どういうことになるか。最後に、この点について言及しておくことにしたい。

5. おわりに

個人の必要を中心にすえることができたとしても、社会の必要という側面を無視することはできない。社会の必要との相関の中で個人の必要が定まるという相関関係は依然として変わらずにあるからである。たとえば、社会資源の配分の問題を、個人の必要という観点だけから論じることができないのは明らかである。生活や生存に関わる必要といっても様々である。当事者にとっては、それがいかに切実な問題であっても、その必要が、同じ分野の問題を抱える他の者よりも常に高いわけでもないし、その分野の問題が他の分野の生活問題に比べて必要度が高いかどうかということも、一概には言えない問題である。社会資源が有限である以上、こうした人々の間での、あるいは分野（児童、高齢者、障害者等々）間の優先順位といった社会資源の配分（割り当て）に関する、いわゆるラショニングの問題を避けては通れない。そしてこうしたラショニングの問題は、「計画」や「住民参加」といったまさに社会の必要を決める上で重要な役割を果たす仕組みと密接に関わってくる問題なのである。要するに、今問題にしているような事柄については、すべてを個人の必要から論じることがもともと無理なことであり、むしろ、個人の必要の問題を社会の必要から区別して取り扱えるような制度設計をいかにするかが重要なのである。実際、介護保険制度については、社会保険制度という仕組みを介在させることを通じて、社会の必要が及ぼす範囲を保険料の策定や要介護度の基準の設定などに可能な限り限定するようにして、要介護認定やサービス内容の決定については、もっぱら個人の必要に基づいて決められるように制度設計されていると見ることができるのである。

それでは、このように社会の必要が作用する範囲を限定することを通じて、この問題をクリアできれば、あとは、すべてを個人の選択の問題に委ねることができるということができるのだろうか。この点については、とりあえず、「おおむね Yes」と答えてもよいだろうが、ただしいくつかの重要な留保事項（要検討事項）がある。

まず、「利用者の意向が支配する状況が常に利用者本位の状況と言えるのか」という問題である。利用者が選択した事柄が、専門家の観点からすれば必ずしも適切な選択とは言えないとか、あるいはむしろ本人の福祉にとってはマイナスになると思われるような場合というのは、珍しいことではない。こうした場合であっても、利用者の意向が支配する状況が利用者本位の状況だとして見なしてよいのであろうか。もちろん、日常生活において人というのは、しばしば愚かな選択をするのが普通のことであり、福祉サービスの利用者についてだけ、そうした愚かな選択をすることを認めないというのはおかしいことであるという見方もある。しかし、そうだとするならば一体福祉の専門性とは何のためにあるのかといったことが逆に疑問となってこよう。また、公的な財源を使用している以上、愚かな選択をして資源を有効に活用しない（場合によっては無駄にする）ことは許されるのか、といったことも問題となってこよう。いずれにせよ、これらは利用者本位ということに関わって検討しておかねばならない点であろう。

さらに以上のこととも関係するが、サービスの中には、本来的に本人の選択に任せることが難しいというもの

がある。この点も、「すべてを個人の選択の問題に委ねることができるのか」という問題にとって、検討しておく必要のある事柄である。例えば、予防サービスの問題である。予防というのは、本来的には、本人のためになることである。しかし、往々にして予防サービスというのは、面倒であったり痛みを伴ったりすることがあるため、本人にとって必ずしも快適なことではない。そうすると、本人の選択に完全に任せていては、予防サービスというのはいま機能しないものとなる。これなども、利用者本位ということに関わって検討しておく必要のある問題の1つである。

なお、予防サービスには財政問題など社会の必要から取り上げられている側面もある（介護給付の抑制効果を念頭において予防を強調するなど）。その意味で、予防の問題については、完全には、個人の必要の問題として論じきれない面があることは確かだが、そうはいっても、個人の必要と無関係でないことも確かである。先に、「社会の必要が作用する場合を限定する」という言い方をして、社会の必要と個人の必要とが区別できることを前提にしたような物言いをしたわけだが、実際には両者がミックスして問題となってくるような場合というものもなくはない。この点も留意しておく必要がある。

真の利用者本位とは：障害者福祉の面から

NPO 法人スタジオⅡ 文京 代表 樋口 恵子

障害当事者のエンパワメントの歴史

私は障害を持つ当事者として、障害者とその家族の愛や保護のもと、また施設という管理のもとから、どのように施設から地域へエンパワメントしてきたかという歴史からお話していききたいと思います。

1970年代では障害者が外に出て発信することを始めた時代と私は考えています。70年代初めに横浜の方で障害児殺し、そして自分も自殺をしようとしたお母さんが、自殺をしきれずに殺人罪にとわれたのです。そして、減刑嘆願運動というのが社会的に起こった。それに対して障害を持つ当事者、脳性麻痺の当事者組織「青い芝」の人たちが、それを告発しました。障害児を殺して罪が軽いという事は、障害児は殺されていい存在だということになるのではないかと。

それと同じ頃に、川崎駅前バスで乗りたいと、ボランティアの手を借りて、バスに乗り込んだ車いすの人たちがいました。今だったらノンステップバスとか、障害を持った人が乗りやすいバスがある訳ですが、自分たちに一番身近な公共交通機関のバスからずっと阻害されてきた車椅子の障害者がバスに乗ろうとしたわけです。川崎駅前のバスセンターがその障害者にバスジャックされたといわれたのですけれども、彼らはバスに乗りたかっただけで、バスを占拠し、何かしようとしたわけではなかったのです。バスジャックという犯罪的な報道をされたのですが、別に留置されることもなく、'気をつけてお帰り'みたいな感じで帰されたといった事がありました。

また、都庁前では施設から施設のやり方に対して問題を感じた施設で生活する障害者が、東京都庁前1年半くらいに及んで泊り込んで抗議行動をしたということが70年代に起こりました。彼らは施設に帰ることはしないで、地域で暮らし始めました。

そして、80年代に入ると81年国際障害者年、そして世界の窓が開いたと私は思っているのですが、PPI 障害者インターナショナルの世界組織、障害を越えた連帯組織が誕生したり、世界の情報の中で、アメリカの自立生活センターから学んで日本でも自立生活センターの立ち上げが進んでいき、そして、その中でピアカウンセリング、障害を持ったという同じ背景で仲間として聞き合う、そして、自分の求める方向に向かっていいんだよという事を励ましあうというようなピアカウンセリングの輪をを広げてきました。そしてまた、'88年以来全国交通大行動というのを毎年全国で展開し、新宿駅や色々な所に障害を持った人がどっと押し寄せて、そのバリアについて改善を求め、抗議を続けてきました。

そして90年代になりますと、障害を持った人が地域の行政に出向いて行って、自分の生活のためにヘルパーを出してくれと、そしたら行政はヘルパーがいないから出せないと言った時に、“ヘルパーは居ます。この人を認めて下さい”といった形で自薦、自分で選んだ人自分で推薦した人をヘルパーとして認めさせて、ヘルパーとして働いてもらい、そしてその人に行政からお金が支払われる、というような自薦登録ヘルパーというような形を各地で認めさせ、そして介助を得る、自立生活を広げてきました。

各地に当事者組織の自立生活センターを立ち上げて、仲間による支援で脱施設化を進めました。そしてその時期、知的障害者の当事者組織も世界の組織に学んで、日本でもピープルファースト、私たちは、まず人間だという主張を持った組織が動き始めました。そして、精神障害者の世界会議をやったのもこの時期か、それとも80年代の最後だったか、とちょっと記憶がばらばらしておりますが、そういう形で障害を持った人が障害を理由に引込まない、引きこもらない、言いたい事は言う、やりたい事はやる、というような中で力を付けてきたこの

30年があったというように思います。

21世紀に入って

昨年10月大きな反対の叫びの中で施行された障害者自立支援法があります。それに至るまでの行政の流れは救済的な役割から、ノーマライゼーションの流れや、当事者運動の中で、福祉サービスが広がってきました。そして96年でしたか、厚生省の事務次官を巻き込む贈収賄事件「あや福社会」でしたか、その福社会グループが事件を起こし、“福祉は聖域ではない、ちゃんとチェックをしなければならない”という言い方をしっかりその事件によって定着させたのだと思います。98年には少子高齢化に耐える制度の確立をということで、社会福祉基礎構造改革ができ、2000年には介護保険がスタート、これは65歳以上の介護を必要とする高齢者とそれから15疾病でしたっけ、一部の障害者、若年障害者も含まれるという形でスタートしました。措置から契約・利用へということで、2003年に障害者のサービス利用については支援費制度というのがスタートして、それが2006年には自立支援法という社会サービス法の一つがスタートしたというような形で、その障害者運動が自分達の生きる意味をしっかりと社会に訴えながら地域社会に根付いていくという運動の傍ら、その背景となった制度・政策というものが大きく動いてきたこの10年です。

私たちは、福祉サービス利用者という立場から抜け出して、自分達に必要なと思ったことをサービスやプログラムとして作り出し、それを仲間である後輩達に伝えていくというような活動をしながら、利用者サイドのサービス提供を全国に展開をしてきました。それが自立生活センターです。

私自身は、文京区にある地域の自立生活を支援する、当事者による当事者のための組織でNPO法人の「スタジオII文京」で今代表を務めています。

介助を必要とする重度障害者がサービスの受け手として留まらないで、施設とか親元で保護や管理の受身の生き方を医療モデルと言われていました。そして、サービスの利用者として自分がサービスを選び契約をし、生活する人たちを福祉モデルと呼んでいる訳なんですけれども、それをもう一つ超えて超えて自分達に必要なものを自分達の作り出す、社会モデルとか自立生活モデルというような言い方をしておりますが、そういうものを地域に作ってきました。そしてピアカウンセリングという仲間による仲間支援、サポートをエンパワメントツールとして、地域生活へ移行する施設入居の障害者を支援してきました。

そして、昔は団体で交渉に行こう、行政の窓口には沢山で行って頑張ろうなんて言っていた訳ですが、時代と共にそのやり方も変わってきて、ひっそり行って毎日行って、しつこく行って風穴を空ける、そして、風穴が空いたらそれを全国のネットワークでサーッと流す、だけど“何々市”ではなんて言う言い方をしたらもう“何々市”と言うのは出て来なくなりますから、“ある地域ではココまで制度が伸びました”という風にみんなに情報を提供して、そして行政と粘り強く交渉していこうよ、という様な仲間によるそのやり方、ノウハウを伝えながら制度を広げてきて、結果的には制度を引っ張ってきたという風に自負もしております。

障害者自立支援法と介護保険

私たちは一人の市民として地域で生活をして社会参加をする、そして懸命に自分達の事をちゃんと伝えるという事をやってきたここ幾十年かであったように思います。その30年の障害者の歴史がガラガラとひっくり返されてしまうのではないかと、という不安を持たせる障害者自立支援法というのが昨年動き始めました。自立支援法、名前はいいですね。だけど私たちの仲間は自殺支援法じゃないか、また、多くの人が自立阻害法だなんて言う事を言っています。先ほど最初に紹介した、障害児を殺したお母さん、親子心中と呼ばれてしまうそれも私は問題だと思うのですが、そういうのもこの自立支援法がスタートする前後に起こってしまいました。制度自身がおかしいから、不安に駆り立てられて子どもを殺して自分も死のうとしてしまったのだらうと思います。この自立支援法になって一番問題なのは重度の障害を持った人が、自分生きていくために欠くことができない必要なサービスを受けようとした時に、それがなんで応益と言われるのか、なんですよ。利用したサービスの定率を自己負担しなければならないのは、生きるための必要なサービスとして提供されるべき権利ではないかと。

それから自立支援法では働く障害者を増やしますという、制度のまずい部分をオブラートするために、ここは

いいよ、ここはいいよという言い方をするのですけれども、その中の一つが“働くこと”を推進します。もちろん働きたい人は働ける社会になってほしいと思います。ただそうすると重度の障害者達は、あの人達は働けないって、昔の“自分の頭のお金もおえないのに生意気な事を言うな”とか、“働かざる者食うべからず”のような言い方で障害者が小さくなっていなければならなかった時代に戻ってしまうようなことにならないのか、という事をすごく心配しています。それと10月以前の収入となんら変わらない年金、年金は目減りしてはおりますが、増えてはおりません。年金だけで暮らしている、生活保護基準より低い生活をしている人でも、月々1万5千円が上限とされる自己負担金を払わなければならなくなった。なんとも納得のできないですね。そして作業所で一生懸命働いて一日500円、お弁当や飲み物を買ったら消えてしまうお金しかなかったけれど、20日働けば1万円あった人達が、そういう物が一切なくなって、今度は利用料、通所のために送り迎えしてもらえば、その交通費、利用料を払っていかなくてはならない。となった時に、“では行かない、行っても何の意味もない”そして親達からも「あなたが行くとお金が出て行くのよ」という風に言われるようになった。この障害者自立支援法が本当に障害者のための物かと言ったら、絶対そうではないと思います。新たな子殺しなんかも出てきたりしてはいるわけですが、介護保険と、障害者自立支援法は2009年に統合するのではないかという風によく取りざたされるのですが、それは何としても阻止したいと言うか、介護保険がよっぽど使いやすい物にならない限りそれはのんではいけない物だろうと思っています。

介護保険制度は、2000年にスタートしたわけですが、発足当時は私と同じ名前のビックな樋口恵子さんたちが中心になって、この制度をリードして下さった。その時には介護の社会化という事をスローガンにされたわけです。夜な夜な娘が介護するのではなく、と言いつつでも夜間とかそういう時でも、やっぱりしっかり診ているのは家族な訳で、せめて昼間の時間、人の手を入れて介護を社会化していきましょう、というような事から始まったはずなのに、一昨年あたりからですか、要介護度レベルが同じ身体レベルや知的レベルの状態の人でも、一ランクずつ軽く見られるようにパソコンがセットされていますと言いますか、要介護度認定そのものが変わってきています。

私の夫16歳年上で71歳ですが、脊損で車椅子、介護保険がスタートした時にちょうど65歳でしたので、介護保険と一緒に歳をとってきております。そして介護保険を受けながら介護保険の認定委員会の委員もずっと続けております。認定委員会前に30ケースとか35ケース配られてくる資料を見ても、そのレベルを軽くするという事が明らかになって、本当にこれで良いのだろうかという状況になっています。また昨年の方、家にケアマネさんが来て言ったのは、同居家族がいる場合は家事は入れてはならないという事になりました、と言う風に言われるのです。だからヘルパーさんを利用する時に、家事援助のヘルパーさんは同居家族がいればできない、という事になったという事なのです。私も今、在宅で24時間酸素を使っていますので、私自身も自立支援法でヘルパーを利用しているので、障害者家族なので、それは例外のはずだと言って、家事を入れているのですが、事業者としては、単価が高い身体介護で短時間にして、そしてヘルパーさんを他にまわして稼ごましよう、という風に、国が出してきた制度の言い方にしっかり乗ったふりをしながら、自分達のメリットを大きく作るという風になってきていて、利用者は使いにくくなっていく制度に文句を言わないのだろうか、私はいつも思っています。

今後、団塊の世代が介護保険の受給者になっていけばまた違ってくるのかもしれないけれど、それにはまだまだ長い年月がかかるので私達は自立支援法が使いにくいけれども、それに抗議をし続けて、使いやすい物にして行きながら、介護保険に加わることは絶対にしないという姿勢を持ち続けたいと思っています。

自立支援法は、制度を施行した10月当時よりも反対意見が増加して見直しを余儀なくされているというのがあります。それとさっき言った、作業所の行く回数を減らしたり、行かなくなったり閉じこもる機会が増えたりとか、そういう層が大きくなってきて、今までは物言わぬ人達であったかもしれないですけど、その人の家族や作業所を運営している人達からの声も大きく出てきて、変更を余儀なくされてきて、そして特別法でしょうか、1200億円上乗せというのが決まりました。4500億がその自立支援法の全予算なのだそうです。その約1/4が投入されるという事はやっぱりこれは、不備というか駄目な、なんとかしなければならぬという事を当局も知っての事であろうと思います。制度がスタート前よりも抗議の声が大きくなって、社会的にも問題が理解されてきた

ということでしょうか。

小泉政権になって以来といいますか、これまで以上に国会とか厚生労働省が、自分達の生活に密着した所、いつも見張っておかなければならない所、チェックをし続けなければならない所、というして位置づいています。

しょっちゅう厚生労働省前、抗議行動だとか国会前行動だとか、自立支援法阻止でたくさんやりまして、障害者仲間は、全国から沖縄から北海道から、どんなに遠くからでも集まってきて抗議をする、また、委員会を傍聴したり、国会議員の皆さんに実情と、この法律の問題点など伝え、理解と協力を求めるロビーイングする人たちと役割分担するわけです。国会前や厚労省前で抗議をしたって聞いてくれる人なんていないのです。だけど私たちはいつもマイクリレーをしながら、“みんな当たり前地域で生きて生きたい。この法律で自分の生活はこんなに大変になる”と“こうしてほしいんだ”という事を訴えていくのです。だから皆マイク上手になってしまっていて、カラオケだけではなくマイクを渡されても、前は駄目駄目と言っていた人が、サーっと取って自分のことを話すというのが、定着しました。知的障害の人、精神障害の人、仲間の連帯がたくさんできて、自立支援法というのはひどい法律だけれど、それをバネにしてエンパワーしてきたと思います。今日は明るいところで最初は終わりたいと思います。ありがとうございました。

当事者性をキーワード

私はこれからどう、この大変な自立支援法に取り組んで行くのか、これからの障害者はどう生きていくべきなのか、考えてみました。昨年、障害者権利条約が国連で採択され、これから国際法として機能していく、そして日本はそれを批准をして行くであろうという風に思うわけですが、そのその批准の過程で、国内法を見直し、その中で差別を禁止するような法律なりをしっかりと作って行く事が大事であろうと思っています。

今回の自立支援法の作り方にしても、当事者の声を聞かない、聞いてもそれを組み込まないで作ってしまうと考えると、やっぱり条約作りの中で合言葉になっていた、“nothing about us without us”というその“私たち抜きに私たちの事を決めないで”という事をずっと言い続けていて、そして自立支援法の抗議行動の中でずっとそれを皆でスローガンにして言ってきた訳ですが、でも変えられなかった。

だけど、制度は変えられなくても、一人の中で培った自己主張をする力とか連帯する力は誰も奪えない。だからこそ私達は自分達自身をしっかりと仲間同士で支えあって、エンパワメントし合ってそして前向きに自分達の現状を変えるための動いていかなければいけないと思っています。

今年は2007年というのは、猪年で猪突猛進とか言っています。私たちは怒りをエネルギーに変えて、自立支援法を受け取るだけでなく、しっかり使いやすい物に変えて行くために動いていこうと考えています。そのためには、政策決定の場へしっかり当事者が出て行く事が大事な事だと思っていて、今年4月には統一地方選が全国であり、そして7月には参議院選がある中で、そういう視点をきっちりと持った障害を持った当事者、または女性の視点で子どもの教育をしっかりやっていきたい人の視点とか、色々な当事者性を持った人が、しっかり政策決定の場に参加して行く事、それが大事だと思っています。

私自身も6年前参議院選に出て、結果的には残念なものでした。仲間で怒りをエネルギーに変えながら、そのエネルギーで参議院選や統一地方選、当事者議員を一人でも増やして行きたいと思っています。さっき言いました、新たな子殺しというような事が出てきていまして、私も町田の自立支援法学習会に行きますと、“うちの息子は精神障害ですっかり引きこもっちゃっていて、私が、自分が生きている内に何とかしてから”みたいな言い方をなさったお母さんがいたのです、つまりは生きている内に子どもを殺して、子どもが兄弟や周りの人の迷惑にならないようにして行きたいという言い方を含んでいたのです、「私は子どもを殺す勇気があるなら、子どもを捨てる勇気を持って下さい」と言ったのです。子どもは捨てられたら捨てられたと思って、生き抜くために動き始める、今みたいに保護し続けて私が何とかしなきゃと抱え続けている間は、子どもは絶対に動かない。だから殺す勇気があるなら、子どもを捨てる勇気を持って下さいと言ったのですが、本当にこれから混沌とした社会になって行く、その時に当事者性が大事だとおもっています。そして働く側の方からすれば、自分が働く側としての当事者性をしっかり持ってないと、弱い人に歪みが行くような働き方になってはいけないと思うし、皆がそれぞれの当事者という立場でしっかりと生きて行くことが大事なのではないかと思っています。以上です。

専門学校における教育と研究

——過去・現在・未来——

座長 小林 光俊
高木 博義

発題Ⅰ： 有我 明則
発題Ⅱ： 久門 道利
発題Ⅲ： 工藤征四郎
発題Ⅳ： 高田 治実

シンポジスト略歴（敬称略）

有我明則

昭和58年11月 社団法人東京都専修学校各種学校協会入局、平成6年より社団法人東京都専修学校各種学校協会事務局次長。

日本版デュアルシステムコーディネータ（厚生労働省委託事業）、留学生相談室相談員（東京都委託事業）、専修学校構想懇談会事務局担当、東京都訓練科目開発委員（東京都委嘱）東京都市場化テストモデル事業管理委員会専門委員（東京都委嘱）。（特非）私立専門学校等評価研究機構事務局次長、留学生教育学会理事・事務局長

専門学校における教育と研究：過去・現在・未来

社団法人東京都専修学校各種学校協会 事務局次長 有我 明則

私ども専修学校協会は普段からあらゆる場面で学校のお手伝いをさせて頂いております。学校の経営上の相談を受けたり、これから学校に入学しようという学生さんの相談を受けたり、それから最近では就職・採用問題。ここにきて売り手市場という事で、学生さんを採用したいという企業関係者、団体の方々からのご相談が多いですね。今日は、このシンポジウムにお招きいただき、貴重な体験をさせて頂き感謝いたしております。本日は医療福祉専門分野の研究の発表会ですが、私からは専門分野に特化せず専修学校、専門学校という観点からお話させて頂きます。

制度発足の背景

今回専門学校の「過去・現在・未来」と言う大きなテーマを頂いております。「過去」をいったいどこまで遡るかという事になるかと思うのですが、年表で整理させて頂きました。昭和51年は今から31年前ですが、私どもの専門学校が誕生した年です。この年が、日本の職業教育に制度的に光が当たったスタートの時期でございます。しかし、簡単にこの制度ができた訳ではありません。それにつきましてはレジュメの5ページの資料1から4で専修学校の制度成立の経緯がまとめてあります。

専修学校という制度は昭和51年に発足しました。正確には昭和50年の75通常国会で成立するのですが、実は昭和41年からほぼ10年間検討がなされておりました。当時、各種学校という学校教育法83条に規定する学校群がありました。これは学校教育法の規定で、第一条にある幼・小・中・高・大学以外の学校について83条で各種学校と位置づけられたものです。当時の各種学校は、設置基準では緩やかな制度で、学校振興の在り方、進め方について、当時の各種学校関係者の大きな課題でした。また、当時の社会的な状況からも、18歳人口が非常に増えてくる時期でもありました。高等教育政策（大学政策）としても、どれだけ大学生を増やすことができるかが大きな課題でした。つまり、専修学校制度が、18歳人口の急増における受け皿という側面が大きな背景にあったのだらうと思います。大学の補完機関という役割が大きかったらうと思います。結局は議員立法という形で10年間の審議経過をたどることとなりました。そして衆参とも全会一致で上程され可決されることとなりました。

時限的要請か

レジュメでは「時限的」と書かせて頂きましたが、実はまさに急増後にくるのが少子化という減少時期、これも高等教育全体としては当然シュミレーションされておりました。この当時、大きな広告代理店が、その当時非常に注目されるシュミレーションをしまして、ちょうど今頃の2006、7年ぐらいにどういう状況を予測したものです。専修学校、専門学校の学生が全国で5万人を切るというものです。その計算根拠は大学の総定員数、短大の総定員数、出生率、それからその当時から想定される進学率から計算されたものです。希望者が、大学、短大に進学した後、そこから溢れたものが、最後に専門学校に進学するといったものです。非常に乱暴な理屈です。しかし文部科学省を含め、そのような意識が無かったとはいえません。「学校教育法82条の2」という非常に特殊な位置づけの中で専修学校が生まれたということからも疑いは残ります。

しかし実際はどうであったかという、見事に予測は外れました。5万人を割るはずの在校生は、70万人、

学校数は2700校です。当然のことですが、専門学校が輩出する人材というのは、その地域社会にとって非常に重要な人材であり、社会システムの維持にとって不可欠な人材ばかりです。その人口が5万人を割るということは、日本社会がその時点で継続できないという事と同じです。

大学の臨時定員増の恒常化と専門学校

高等教育改革においてはその後も「大学中心」の考え方から、職業教育を軽んじるような状況が繰り返されております。急増期の大学定員問題です。国民ニーズに応える形で大学の定員を増やすこと、そしてその後の減少期が予測されているので、臨時的措置で無ければならないということです。この大学の定員の臨時定員増とは、設置基準を臨時的に緩和し、例えばプレハブのような校舎でも臨時的に定員を認め、補助金も支給するというものです。しかし、結果的には、大学の設備投資や教職員増員の面からも当初の計画どおりには行かず、臨時定員の2分の1が残りました。このことは、専門学校を含めた高等教育全体の在り方にとって、大きな問題として今日までも残ることになりました。

高等教育政策の流れ

今日の大学全入時代を迎えた以降は、高等教育の在り方も変わってくるものと思います。文部科学省の中央教育審議会では10年ごとの予測に基づく政策提言を行っております。その答申の中で、18歳人口が減少する中で、2009年には大学全入時代がくるとしていました。ところが実際には、平成17年1月の中央教育審議会答申では2年間の前倒し修正がなされました。「大学のユニバーサルアクセス」という新たな段階を宣言したものです。その修正の要因として専門学校の存在をあげています。レジユメの資料3にあります。資料3「(ア)高等教育の全体規模」の2つ目の丸の最後の所に、どうして早まったのかという話の中で「長期にわたる経済の停滞や・・・」とありますが、その下に「専門学校への進学率等の影響があると考えられる」と言う事で、高等教育局の方も初めて生涯学習局所管の専門学校の影響を認めました。

この間、私共協会としても、人口動体のシュミレーションだけではなくて、日本社会にあける職業教育、スキル教育の重要性とそれを支える専門学校の役割を広く訴えてまいりました。それが身を結ぶ形で「専門士」「高度専門士」という制度確立にいたりしました。平成6年の改正により、専門学校の2年課程終了者には「専門士」という称号と大学への編入ができることになり、平成17年改正により「高度専門士」という称号と専門学校の4年課程卒業者は、直接大学院にアクセスができるようになりました。ようやく高等教育の複線化が確立したことになります。

これは専門学校の高度化と制度上の位置付けのお話ですが、この間、専門学校について社会的な認識も大きく変わってきたと思います。しかし、高等教育政策にあっては行政担当者の認識はまだまだ十分とはいえません。

高等教育政策における大学中心主義への疑問

大学の在り方を考える上で興味深いデータがありますのでご紹介いたします。専門学校は高等学校の新規学卒の受け皿として在校生70万人という規模を維持していることは変わりませんが、ここ7・8年の傾向として大学を卒業してから入学をしてくる学生が増えてきました。大卒後の専門学校入学者が2万人を超えています。これは色々な背景があるかと思いますが、もちろん大卒者の就職率が大変冷えてきた時期と重なる訳ですが、大学を卒業した後で始めて自分の進路という事を考え始める学生が増えたという事です。実は文部科学省の方も大卒者がこれだけ専門学校に入学するという現状をなかなか認めがらなかったように思います。後ろの資料で大学新規卒業者の進路というデータも準備しました。これは、非常に簡単にまとめたものです。1985年(昭和60年)の大学の卒業生数は、37万3千人でしたが、2005年(平成17年)では大卒者数が55万人、1.5倍に増えていきます。その卒業生の内訳が非常に興味深い数字です。一番多いのは就職者数で、1985年(昭和60年)が28万8千、そして2005年(平成17年)が32万9千です。その間にバブルの時期がありましたが、スケールの言うとは30万人をやや超える数字で推移する事が卒者の就職という所の数字です。

それから下の方に小さな数字が入っておりますが、これは大学院進学者の数です。1985年に2千人が2005年

には6万6千人に増えています。大学院卒業後の進路を考えるとこのことも大きな問題ですが、さらに注目すべきは、そのグラフの一番上の数字です。ここが非常に問題でして、大学を卒業し就職も大学院進学もしない学生です。ここでは簡単に無業者等と書いてありますが、つまり就職がしっかり決められない学生さんが、ここ7・8年の中で増がが一番高いということです。もちろん、その就職環境がバブル崩壊以降厳しい状況であったこともあるでしょうが、それだけではないだろうと思います。大学に進学する際にきっちりとした自分の進路が確立できていなかったこと、高校段階で生徒に考えるチャンスを与えていなかったろうと思われる。そして、実際にはここから無業者、いわゆるニート、フリーターを排出されているという実態があります。これは実は卒業者の数でして、ここに中退者という数が増えると、ものすごく大きな数になります。結局は大学という機能がニート、フリーターそのものを排出してしまっているという現実があります。今の高等教育政策の歪みといえるのではないのでしょうか。確か去年くらいから採用が良くなりましたので、大学卒業生の就職率は確実に上がってきています。しかし職業能力も、職業観も身につけていない多くの大学生がいるという事は放置できない大きな問題なのです。

文部科学省もしぶしぶと言いますか、この状況を認めまして、最近の基本調査では、この無業者等と分類していたものを細分化して発表しております。その中に専門学校等への進学も多数含まれています。無業者と言えは突き放した言い方になりますが、実はこの中で新たに専門学校で勉強をしたいとか、自分でこんな事をやってみたいという学生がいます。文部科学省的な位置づけで言いますと、どちらかと言うと専門学校のカリキュラムについては、大学教育の補完という意味が強いのはここから出てくるのではないかなと思います。

これからの専門学校は

専門学校の将来に向けてのお話ですが、実際どういった立ち位置で教育実践を行うのかを鮮明にすることが大切だろうと思います。学生が入学目的としたものがどれだけ達成できたのか、学生や保護者の期待にどれだけ応えられたのか、常に検証されなければならないと思います。これは分野に共通した話だろうと思うのです。

それから私ども協会としても大きな使命であろうと思いますが、職業教育に対してどれだけ光を当てられるか、国の政策から言えば補助金という話になります。実際どれくらいの補助金が可能なのかという事になるのですが、資料4ページの(6)に「国庫補助の抜本的見直し」というところです。現在私立大学に私学助成という補助金があります。私大660法人で3千200億円、国立大学については1兆5千億円という多額の税金が投下されています。残念ながら専門学校においては2900校に対して15億というのが実態です。これは、お金の大小の問題ではなく、国が人材教育にどれだけ真剣に取り組んでいるかのリトマス紙となるものと思います。

専修学校構想懇談会への対応

東京の専門学校は、特に全国の専門学校の中心的な位置づけなので、私共、特に東京の専門学校の方から全国に向けて色々なメッセージを発信しています。その一つが、専修学校構想懇談会での取り組みです。平成15年3月に提言をまとめました。ここで2つの課題と6つの提言を出しております。課題1として、専門学校の社会的信頼性の確保をどう図ったらよいか。課題2として、高度な専門職業教育・人材教育をどう進めてゆくのかです。大学とは違った高度な職業教育とその社会的認知です。提言1として“評価への取り組み”自己点検評価と第三者評価への対応です。大学ついて一昨年から第三者評価を受けるという事が法律で義務化されていますが、専門学校では義務化がされていません。専門学校の振興にとって第三者評価への積極的な取り組みをうたっています。実際にこれを受ける形で、NPO法人評価研究機構設立にいたっております。提言2として“高度職業専門学校”マイスターコース(仮称)についてです。この提言がその後の高度専門士、大学院アクセスに繋がっていったものと思います。それ以外には、“企業・他の学種との連携ということの職業教育の枠組み”、社会人を対象にした職業教育と新たな構築”、“学習者支援の推進”、“企業家支援のプログラム”などです。学習者支援は公的助成以外に企業支援も含めた私立学校振興の可能性にもふれています。

学校教育法第1条校への期待

それから、現在協会が集中的に取り組んでいるのが、学校教育法改正における専門学校の明確化についてです。学校教育法第一条に規定するとこの意味が、正確に理解されているかは不安ですが、これはかなり重要な問題です。

1条校にとって経常経費への助成の可能性があることも大切ですが、もっと社会的認識という大きな効果があります。例えば、高等学校の教員が教職課程を目指す段階で、専門学校について日本の教育制度として学んでいないという大きな問題です。職業教育の重要性を訴えても、高等学校教育現場に専門学校の制度的啓発に多くの時間と経費がかかってしまうと言うことです。在校生70万人、これまでの卒業生900万人を超える専門学校の国家的評価が、82条の2のまま放置されていることは、職業教育の真の評価ではないと思います。現在、国会では戦後最大の教育改革が進んでいます。教育基本法の改正とともに多くの関連法案が審議される予定です。ぜひこの機会に専門学校の学校教育法における明確化・1条校化を進めていただきたいと思います。

バウチャー制度の推進

それから、現在の研究課題として、私学助成のひとつの可能性として、バウチャー制度への取り組みも進めています。今、文部科学省はバウチャー導入に大反対です。現在の私学助成の根幹を揺るがすことになると思います。しかし、本来、高等教育である専門学校での職業教育の振興には極めて効果的な支援制度だと思います。大学の教育と比較して、より社会的貢献度の高い専門学校卒業の人材にこそ公的支援が開かれるべきと思いますし、納税者の理解も得られると思います。

専門職大学院へのアプローチ

それから、専門職大学院についても関心を持っています。専修学校制度とは別になりますが、高度な専門教育という点では、専門学校に関係の深い制度と認識しております。論文指導を伴わない大学院、高度な職業的スキルを提供する教育機関。最初に対応したのが法学部でした。ロースクールです。それから、会計学、アカンテイングスクールです。ロースクール、アカンテイングスクールとも司法試験、会計士試験が目標になります。専門学校の実績に通じるものです。それ以後、他の学部ではなかなか進んでいません。大学関係者には従来の大学院との差別化が難しいのかもしれませんが、高度な職業教育、学部卒業生対象の教育コンテンツは、むしろ専門学校にたくさん存在します。専門学校の次の可能性を追求できる制度ではないかと思っています。

最後に

敬心学園全体として他の学校に無い、研究・取り組みをされているという印象を持ちました。協会としても、このような学校の実践をどのようにして一般の人に知ってもらえるかというのがかなり重要な課題と思います。実は私のレジュメの最後の方に入れてあったのですが、SNSのような新たな手法も考えられると思います。各大学は自らの取り組みについてどのように社会にオープンにして、情報を広げていくかという事に熱心に取り組んでいます。

私共は協会でもスクールインフォメーションシステムとしてネット上のポータルサイトの研究をしていますが、いわゆる SNS の応用です。筑波大学と早稲田大学などの取り組みとして、一方的な情報発信ではなく、入学を予定しているあるいは関心がある生徒さん（高校生）の書き込み、不安や疑問に対して、在校生が“うちの大学はうちの学科はこんなところですか、ここは違う、ここは良いがここは悪い”という事を含めて、そのような情報をネットワークの中で展開しています。

学生自らの発信であり、しかも無記名の2チャンネルとは違い、高校生の不安を解消する効果を生み出しています。経費的にも魅力的な手法だと思います。しかも誰かが“やらせ”をしているわけではありません。在校生の顧客満足度をあげていることが重要な要素になります。私共も今こういう事ができないかと思っています。それから、今回のシンポジウムのような内容も広く社会に知っていただく方法としても利用できるかもしれません。

それから、今、緊急の問題として高等学校との関係があります。現在高等学校では学歴偏重といいますか、大学全入時代にあって大学志向が異常に高まってきました。皮肉をこめて言っていた「大学全入」という考え方が、そのまま受け入れられているようです。全入時代に自分の受け持ちの生徒が大学に行かないことは認められないというような風潮です。その背景として高等学校の校長及び学校の評価に対して大学進学率がかなり影響しているというのがあります。これは東京都教育委員会でも進学率をいかに上げるかということにかなり力を入れています。昨年、色々と話題となった高等学校の世界史や履修未修問題もその背景にあるのは同じでしょう。それぞれの県が教育委員会をあげて大学進学率を上げようとしているようです。生徒学生の幸福につながる指導がなされているのか、大いなる疑問を感じます。このような問題にも、協会としてしっかり声をあげてゆかなければならないと思います

私も色々な学校を見させて頂く中で、敬心学園さんは資格取得を前提とした教育方針が、全体でまとまりのある学校だなと思います。協会に新聞とか雑誌とかの取材があったとき、面白い取り組みをしている学校として何度かこちらの学園を紹介させていただいております。ただ本日の研究会も資料で初めて知ったことが沢山ありました。行政関係者、教育研究者、マスコミなどにもっと積極的に情報を提供されればと思います。例えば色々研究成果をデータベース化するとか。マスコミへの取材を仕向けるとかです。これは専門学校全体の課題でもあります。世間を味方にするような取り組みが必要だろうと思います。経費節減にもつながると思います。貴校の優れた資産をもっと積極的に活用されればと思います。

専門学校における教育と研究

日本福祉教育専門学校 副校長 久門 道利

(1) はじめに——日本福祉教育専門学校の現状——

どうも皆様始めまして、ただ今ご紹介頂きました日本福祉専門学校の久門でございます。どうかよろしくお願ひ致します。それでは私に与えられた課題につきまして、お話しをさせて頂こうと思ひます。

まず、日本福祉教育専門学校の現状でございますが、近年わが国の財政状況を反映してか社会福祉を取り巻く状況は大変厳しさを増しています。それと同時に、予想以上の急激な少子化が進み、専門学校教育の脅威、大きな経営危機が到来しているといっても過言ではない、と思ひます。このことはわが日本福祉専門学校の現状にも当てはまります。

①教育課程・学科構成構成と応募者及び学生数の動向

わが校には通信教育課程と通学課程があります。通学課程の中には昼間部と夜間部があり、昼間部は、高卒対象学科、大卒対象学科に大別する事が出来ます。現在の高卒対象学科では、5、6年前から応募者が急減し、そして4年前から定員割れが生じる学科が出て参りました。なお、大卒対象学科・通信教育課程は設置以来多くの入学応募者がありましたが、総じてこの2、3年応募者が減少してきました。なかでも平成19年度の夜間部におきましては、精神保健福祉士養成科、社会福祉士養成科ともに残念な事ですが定員割れが確実視される状況に陥りました。

さて、こうした定員割れという事態は、わが校におきましては過去に高卒対象学科で例があります。

わが校は1984年に日本医療福祉専門学院として発足いたしました。開学の謳い文句は“医療と福祉、そして心理を連携して”でありまして、医療秘書専攻科、医療情報専攻科、心理技術専攻科、社会福祉専攻科、社会教育専攻科の6学科でスタートしました。現在の学科構成は、通学課程昼間部高卒対象学科（介護福祉学科、社会福祉学科、）社会福祉総合学科、心理技術学科、健康心理学科）と大卒対象学科（社会福祉士養成学科、精神保健福祉士養成学科）であり、夜間部高卒対象学科（音楽療法専攻科）と大卒対象学科（社会福祉士養成科、精神保健福祉士養成科、精神保健研究科）です。通信課程は、社会福祉士一般養成課程、精神保健福祉士一般養成課程、精神保健福祉士短期養成課程からなっています。

②社会・学生のニーズとわが校の教育のあり方

開学時の学科で残っておりますのは、社会福祉学科と心理技術学科の2学科です。本校は創立20数年を迎えましたが、その間に学科のスクラップ・アンド・ビルドを行ってきました。専門学校は有我先生の基調講演にもありましたように、社会のニーズに沿っていかなければなりませんので、そのニーズから外れると定員割れを起こし、学科のスクラップに繋がるわけです。そして、学校を存続させるためには社会のニーズに応じた新たな学科をビルドしていかなければなりません。その結果が現在の14学科構成なのです。

これまで、わが校の卒業生は11847名、これは通信教育課程の修了者を除いた数です。この11847名という数が、多いか少ないかは別として、わが校が福祉の第一線で働く専門職を率先して養成してきたという自負はあります。そういう事で社会のニーズに沿っていくためには、やはりこうした学科のスクラップ・アンド・ビルドを今後も実施していくという事が専門学校教育・運営の大きなポイントである、と考えています。

急激な社会の変化、これは大変厳しいが、その状況を打破して学校が存続していくためには、社会のニーズに沿う学科構成を行い、社会から期待される実習生や卒業生を送り出し、そこから信用を得られる教育を行って行く必要があるのではないかと思います。

他方、そうした社会のニーズに沿うだけではなく、学生のニーズにも沿っていかねばならないわけであり、ます。学生のニーズが、どんなところにあるかということで、学校は授業アンケートの実施や学生の“意見箱”という物を設置して、学生の声に耳を傾けながら教育・運営等をやっつけていかねばならない、と考えて、行っています。学校教育の最大の課題は、何といても教育内容の充実ということに尽きるのではないのでしょうか。

社会のニーズに応じた専門学校教育をどこまでできるのかは、教員の資質の向上につけるのではないかと、私は考えています。ゆえに、学校がその事に対してどのような支援が学校としてできるのか、例えば学会参加・研究集会への参加であるとか、或いは著書・論文への執筆への支援等です。こういう事も学校の支援策として実施してきました。もちろん、その事等は本人のそうした意欲と普段の努力が前提にあることは申すまでもありません。専門学校教育の現状を鑑みると、学生指導を含め、徹底した個別指導というものが必要な時機がきているのではないかと。そういうことでわが校では担任制、或いは就職センター、学生相談室等を設置して相談指導をおこなっていますが、現状体制のままではよいのか、さらなる学生の細かな個人化した指導をしていく具体的方法を検討し、実践していく必要を感じています。

(2) 日本福祉教育専門学校の誇り

現況では、自校の“誇り”というものについて分析し、宣伝していかなければならない状況ですが、学園関係者からSWOT分析をしたらどうか、という提言を受けまして、検討委員会立ち上げたわけです。このSWOT分析は、いふなれば事業戦略であるとか企業戦略であるとかと意味で用いられる手法ですが、わが校ではそれをチョイスしたばかりで、その成果をこれから探るわけです。

わが校のパンフレットには、受験生へのメッセージの一つとして“福祉教育のリーダー校”を掲げています。その理由は、本校が創立された昭和59年以来、専門学校で介護福祉士・精神保健福祉士・言語聴覚士等の福祉・医療の専門職養成にいち早く着手してきたこと、福祉・医療の第一線で活躍している専門職を12000人近くも送り出してきたこと、この12000人を中心とした組織ネットワークを作り上げてきたこと、その専門職養成に絶対不可欠な実習施設・機関の数を在学生の数を上回って保有していること、これらは私共の学校の誇りであります。さらに就職についてですが、就職に強いというのが、本校の誇りの一つでもあります。具体的には、平成17年度の求人件数が1551件、平成18年度はもうすでにその数を大幅に上回っています。

(3) 長期的視野に立つ指導と短期計画

①長期的視野に立つ指導

教育の主役は学生であり、本校では学生の声に教職員は耳を傾け、個別化した細かな指導とともに長期的視野にたった指導を考えています。具体的にはサポート体制の充実という事で、入学から退職までの一貫した指導というもので、専門職としての生涯にわたるスキルアップを図っていこうという事でもあります。

一貫した職業人教育をしていくためには、生涯にわたる専門職としてのスキルアップができるような体制をしていくべきであろうと考えております。そこで国家資格等取得後学ぶことができる研究科の設置ですとか、学術研究発表会・事例検討会を頻繁に行うこと等によって、学校の専門職養成の社会的役割をできる範囲で尽くしていこうと考えています(それらの一部はすでに実施しています)。そして、学びたい意欲を支援するものとして奨学金、特待生制度、或いは教育訓練給付金といったもので細かにバックアップしていこうと思います。わが校は通学生で1000人、そして通信教育の学生が約1500人学んでおります。ある程度スケールメリットがある訳でして、そのメリットを活かして、出来る事はやりましょうというものです。次に、学科構成ですが、先ほど現在14学科あるという事を申しました。社会福祉の分野で大まかにいえば、児童の分野を除いて全領域を網羅していきたいと思っています。姉妹校に日本児童教育専門学校がありますから、児童の領域についてはそこをお願いし、それ以外の領域については自分たちでやっていきたいと思っています。更に、その次には、専門職大学

院が考えられる、と思います。

②短期計画について

わが校は、現在14学科ある訳ですが、そうした学科を再編することによって、新たな学科づくりを考えています。具体的には介護福祉学科（2年制）の一部と社会福祉総合学科（3年制）をドッキングさせ、介護福祉士と社会福祉士の国家試験受験資格が得られるソーシャル・ケア学科の設置（平成20年4月開設予定）です。この計画は、有我先生の先ほどの講演にもありました高度専門士という資格にも絡む訳です。そうした制度の新たな動きに注目し、4年制学科設置を考えたのです。わが校は“福祉教育のリーダー校”と社会から言われているのですから、リーダー校にはリーダー校の役割があると思います。そこには新たなものを育てるために必要な“種巻き”の役割もあるのでのではないかと、思うわけです。そこで、その役割にも応えるべく福祉の専門学校では初めての4年生の学科を計画しました。

また、短期計画の二つ目としては、①の長期計画と一部重複しますが、研究科の一部増設ということになります。現在、研究科は精神保健福祉だけあります。残念ながらそれ以外は設置されておりません。ですが、限られた1～2年間で国家試験の勉強をし、実習・就職活動も行い、サービスの高度化が進むなかで、利用者のニーズに十二分に沿える高度教育を行うのは難しい。ゆえに、国家資格取得後の教育・研修、換言すれば卒業教育の一貫としての高度教育を担う研究科の増設（少なくとも1～2の）を考えていきたいと思っています。

（4）「学校力」＝在校生・新入生に訴えるもの

在校生、新入生に訴えるものは何かという事ではありますが、それは学校力だと考えています。というのは、特にわが校の場合、それは総合的機能にあると理解しています。

教育力もさる事ながら、学生指導力、就職率、そうした総合的な面で他校に負けない実績をこれまで培ってきましたが、これからもそれらを継続していく、という事を訴えていきたいと考えています。とはいいいながら、受験を考えられている方々に対して、やはり具体的に何かを示す必要があるという事で、マニフェストを掲げ、それを遵守していくことを誓っているわけです。このマニフェストは9項目からなり、教職員一同が様々な工夫・努力をし、それを遵守することを誓っています。

5. その他のプレゼンテーション

最初に述べましたように、わが校は、福祉、医療、心理の連携を謳った福祉専門職の養成校であります。教育・養成の領域が福祉分野に限られ、その福祉は人が人に対してサービス提供を行うと同時に、利用者のプライバシーに関わる比率が非常に高いといえます。ゆえに、福祉の専門学校は他分野に比較して、社会人、そして専門職としてのスキルの両方をより多く求められる、という大きな課題がある訳です。したがって、わが校は、そうした教育を実施・実践していくために、学校の教職員が一丸となって教育している学校であること。また、専門職養成の教育であるからには、きちんとした学理体系を保有し、臨床に必要な知識や技術をきっちりと伝授させている学校であることを主張しておきたいと思っています。かなり早口で話しすぎましたし、支離滅裂な所があったかと思いますが、ご容赦願いたいと思います。

追 加 報 告

いま高等教育を巡って、教育パラダイムの転換が来ているのではないかと思います。専門学校、短大・大学を問わず、高等教育のパラダイム転換という事で、“コミュニケーション能力”や“社会人力”をいかにつけるか、或いは“協同教育”の普及とか種々なことがいわれており、まさに今、教育をめぐるパラダイムの転換が必要なのではないか。それは多様化する学生さんに対応するためであり、教育方法を改めて問い直さなければならない時期にきているのではないかと、これは実は私共も強く感じておりました。文科省の委託研究事業として、平成15年から17年まで3年間、やらせて頂いた研究で、①職業観・就労観及びコミュニケーション能力をつけるためのビジネス教育の検討、②教授法の見直しということでグループ学習法・学生参加型授業の導入、の必要性等を

提言させて頂いた（文部科学省補助事業、専修学校教育内容等改善研究協力事業報告、平成15年度～平成17年度、「介護福祉系専門学校におけるビジネス教育のあり方」、財団法人 専修学校教育振興会、発行平成18年3月）ことがあります。

また、平成19年2月9日実施された社会福祉養成校協会、関東甲信越ブロック主催の教員研修におきましても、多様化する学生に対する教授法の見直し、ということで実施いたしました。何故、そのようなテーマで研究会を実施したかと申しますと、学生の多様化は何も専門学校だけでなく大学・短大にも顕著に現れているからです。具体的なテーマは“学生の「基礎学力」をどのようにつけるか”（石垣明子、つくば国際大学准教授・NHK 高校ラジオ講座講座講師）、“学生参加型の授業（学生支援——基礎学力・モチベーションを高めるために——）”（関田一彦・創価大学教授）でありました。両講師の主張は、多少のニュアンスの相違性はありましたが、長い間教師をしていると、その上にあぐらをかいて社会や学生が変化しているにもかかわらず、同じ教授法で教育をしているのではないか、ということで、これからの教育はこれまでの教育方法を改めて一つ一つ検証し、新たな方法を取り入れ、実践してほしいというのが、その主旨であった、と思います。

具体的には、本日配布させていただきました資料に書かせて頂いております。なかでも、協同学習については、私達は色々な場面で用いているわけですが、ここに列挙したこの協同学習方法を一つ一つ点検して実施してみる必要性があると思います。

また、学生の基礎学力を向上させるには、どのようにしたら良いか、ということで、取りあげたのが石垣明子氏の、NHKの高校講座でありました。過去、私たちが日本語の文章の書き方について指導を受けた時、起承転結のある文章を書くようにということでしたが、先生方は、起承転結した文体の論文を書くのか、また、そういう指導学生になされているか、という事も話題にされました。では今日どのような方法が主流なのかと言うと、“パワー・ライティング”という手法だそうであります。

石垣明子氏は「基礎学力をどのようにつけるか」ということで、次の7項目を挙げておられる。

- (1) 視て書き写せるか（視写）
- (2) 聴いて書き写せるか（聴写）
- (3) 聴いたものがまとめられるか（メモ）
- (4) イメージしたことが伝えられるか（思考方法）
- (5) 説得力のある表現を理解させる（パワー・ライティング）
- (6) 説得力のある表現をさせる（アウトライン）
- (7) 電子ツールによる学習支援（ワード他）

(1)の視写、つまり視て書くということが、どれだけ正確且迅速に今の学生にできるのか。(2)の聴いてきちんと写せるのか。私達が行ってきた授業は、講義が中心であった時代が長く続きました。それが私の話のように早すぎなかったか。教師は、学生がノートをあまりとらないと良くいうが、そんなに早くしゃべっていて誰がノートをとれるか、と言う反論が出てきます。そういう事で、学生にきちんとノートをとらせには、同じことを3回くらいしゃべらなければ書けないだろうし、きちんとメモがとれるようにメモのとり方を教えたか、という指摘もありました。また、教師は、レポートや論文を出せとよくいうが、その書き方をきちんと専門学校や大学で指導したのか、その書き方には先ほど述べたパワー・ライティングという手法があるが、そのステップをきちんと教えてあるのか、ということも指摘された。研修で私たちは、実際その指導を受け、実際に行ってみた結果、改めなければいけない、という事も多々あります。

こうしてみると、改めて高等教育機関で学ぶ学生に対して、“科学の作法”について時間をかけて行う必要があり、その方が結果として、より教育効果が期待できるのではないかと考えた次第であります。すでに、類似の授業がかなりの大学で実施されています。今回の私の発表にしましても、パワーポイントを使用しなかったのですが、これは私のメディア・リテラシーの問題で、私自身がその能力に欠けるからですが、メディア・リテラシーの問題なども“科学の作法”の中には入っています。基礎学力を向上させるためにも、前述しました石垣氏の提案や私のいう“科学の作法”の教育も、学生を社会に送り出す高等教育機関の責任としてやらなければいけない事ではないか、いうことを改めて自分の肝に命じてきた訳で、今回、皆様に報告させて頂いたわけでありませう。

専門学校における教育と研究

日本リハビリテーション専門学校 副校長 工藤 征四郎

ただいまご紹介を頂きました、日本リハビリテーション専門学校の工藤でございます。ただいまから今日のテーマである「専門学校における教育と研究-過去・現在・未来-」についてお話しさせていただきます。まず日本リハビリテーション専門学校の学生確保に関する現状について、2番目には、“教育の現状”について説明をすすめてまいります。それに続き色々なテーマがありますが、順に出て参りますので説明をさせていただきます。それでは最近の学生確保の現状ですが、福祉医療専門学校におきましては非常に厳しい現状にある訳です。我が日本リハビリテーション専門学校ではPTとOTの2つの養成を行っています。それぞれ昼夜の課程がある学校であります。入学定員は150人の4年制ですので、総定員は600名です。さいわい、現状の学生は約600近い学生が在籍しています。昨年度と比較し今年度の19年度の学生募集は、非常に厳しい状況にあります。さいわい、PTについては、昨年までの受験倍率が高かったのが今年度もPTの昼では4倍、PTの夜では3倍程度といった状況です。このような状況の中で学生そのものの質が、今までとあまり変わらないレベルに確保するということは、困難になってまいりました。なぜこのような厳しい状況にあるかと言うと、先ほども有我先生からご説明があったように、まず大学が増えている、専門学校も増えている、それから高校では大学に進みなさいというふうに進路指導を強化しておられる。加えて、最近の景気の上昇、こういった諸々の事があり、いろんな意味で受験者数の減となっているという事だと思えます。

本校のOTの現状ですが、OTはもともとどここの学校でも大学ですらPTに比べると受験者数は少ないわけです。ましてや専門学校ではもともとOTはPTと比べると受験者が非常に少ない、という極めて特殊な状況にあるわけです。昨年までは私どもの学校も、26倍ほどの受験者がいました。ところが今年は非常に厳しい状況にあります。学生が減っているということについてはPTもOTも何ら変わりはない訳ですけれども、OTはもともと受験者が少ないのに、今年度はこれまで経験したことのないほど受験者が減少いたしました。私どもとしてはこの現状をどう打開するかという事について、昨年11月頃から対策を講じてまいりました。

次にこの10年間のPTにおける競合校(専門学校及び大学)の増加状況ですが、専門学校は約2倍、大学は約7倍、PT全体で約3倍に増えているという状況にあるわけです。

参考資料は、東京都、埼玉、千葉、神奈川の首都圏におけるPT及びOTの学校数と入学定員を表しております。詳しい説明は省略いたしますが、あとでご覧になって下さい。

次の参考資料は、平成21年4月末に開設と言われている新宿駅西口に今建設中の“東京医専”(仮称)というマンモス校(専門学校)に関する設置計画の現状です。2年後には開設という事で、どこの学校もこの対策についていろいろ考えているという状況ではないかと思えます。私どものグループもこの対策として今後いろいろ考えていかなければならないと思えます。

次に参考資料の5-1及び5-2についてですが、資料5-1は大学の2006年偏差値で、資料5-2は専門学校の2006年偏差値の状況です。2006年専門学校の偏差値によると、日本リハビリテーション専門学校理学療法学科は、昼間部及び夜間部とも上位グループに位置されます。これは、2006年大学偏差値の下位の上部に相当します。また作業療法学科(昼間部、夜間部とも)は、専門学校偏差値の上位グループに位置するものの、大学偏差値の下位グループにも及ばない状況にあります。このような状況下で、私どもの専門学校では、特にOTの受験者が非常に減ってまいりました。そこで、私どもとしては打開策として何を考えているかと言うと、

要するに合格評価基準が今まで通りでは駄目だという事で、この合格基準値をやや落として対応しております。私どもの学校の入試は3科目の科目試験と小論文合わせて110点満点です。面接もやっておりますけれども、点数に加点いたしません。成績が良くても面接がD評価であると落第の可能性があるのが従来の方法でした。

今年的一般一期入試から従来の方法を一部変更いたしました。医療職になりたいという動機が弱い、或いは性格が消極的だというようなことでもD評価がつく場合があります。今年の途中からはそういったD評価は本来の意味のD評価とは違うということから、そのようなD評価を受けた学生は合格させようとやり方の変換を図りました。(社会人1期入試のあとに実施された一般1期入試から)

このようなことから、私どもの学校としてはOT学科については学力の低い学生を入れざるを得ないという状況にあります。このように学力の低い学生を入学させて、4年後に卒業する時にはちゃんと国家試験に受かって、一人前のPT、OTとして通用するように育てていかなければならないというのが厳しい現実であります。

私どもはかねがね、教育につきましては校長先生の指導のもとに臨床実習を大変重視して実施しております。表にありますように、私どもの実習時間は、PT夜間部を除き、1300時間を越えております。PTは1000時間ちょっとですけれども、それ以外の3つの課程は1300時間超になっています。法令の最低基準では、810時間の臨床実習でよろしいという事になっています。国基準の1.5倍(PT夜間部は約1.3倍)以上の臨床時間を私どもは行っているという事です。それはなぜかと言うと、即戦力になる学生を育てることを我校の特徴にしよう、という理念のもとにそのようなことを実行しているわけです。

次に、臨床重視の視点に加えて“新しい教育”ということも、私どもの学校では3年くらい前から導入しております。その中身ですが“態度教育の実施”です。これは入学早々の新しいピカピカの学生に対してのマナー教育であります。専門家であるマナー教育の先生をお招きして実施する学校内での教育と、もう一つは、病院に向いて病院の臨床の先生からマナー教育を受けながら、病院も見学するというような内容になっております。学校内のマナー教育には校長先生の「学校生活4年間における医療人を目指す学生としての心構えや学業の大変さ・楽しさ等慈愛のこもった内容」も含まれています。

それから、次は“問題解決型の教育”です。これはすでに大学では実施されている教育という事ですが、まだ専門学校ではあまり実施されていないということを知っています。全学年を対象にして、年に一回、この問題解決型の教育を実施しているところです。

三番目の“ティーチング・アシスタント”ですが、これは、担当教員に補助者が付くという教育の方法です。主に実技関係の授業なのですが、例えばPTの夜の場合ですけれども、卒業生が教員の補助役を務める事もあります。上級生が下級生の指導をし、教員の補助的な役割を果たすという場合もあります。次の医療面接技術教育訓練(SP)の実施です。私どもは4年制の学校ですので、3年生から本格的な施設の実習が始まります。3年時の実習に出る前に、この医療面接技術教育訓練がある訳です。専門家の模擬患者を招いて模擬患者を前にして学生一人一人が面接をするというやり方です。患者さんに対して、いかにその患者さんの状況を上手く聞き取るかという技術を学ぶ訓練という事になります。この面接教育訓練をだいたい2日間かけて行います。そのあと病院や施設の臨床実習に出かけます。これは大変学生の評判がよろしい実習訓練です。先ほどの“問題解決型の教育”も非常に学生のうけはよろしい方法です。

次の“教員の授業に対する学生評価の実施”については、4年程前から実施しております。評価結果については、各先生に個別にデータを渡しております。自分に対する学生の評価と教員全体の平均的評価・データを見て、反省すべきところは自分で反省をして、今後の授業内容の改善に役立てるという事になっています。学生評価の活用にはいろいろ方法もあると思います。私どもの学校では、このような方法で学生の教員に対する評価が上がっている状況にあります。次に“客観的成績評価方法、GPAの実施”についてです。この成績評価方法は低学力者(学生)に対する特別指導ということで導入されました。GPA1.8以下の学生が特別指導の対象となります。このGPAとは何かということを申し上げます。90点以上がスーパーランクで4ポイントとして数値化されます。90点未満～80点(A評価)が3ポイント、80点未満～70点(B評価)が2ポイント、70点未満～60点(C評価)が1ポイントとして数値化されます。履修科目に各ポイントをかけて、これを足して(合計)、履修科目数で割っ

たものがGPAという事になります。このGPA1.8以下の学生に対する特別指導ですが、クラス担任教員がGPA 1.8以下の学生に対して指導する方法を取り入れています。指導の前に学生自らがなぜGPA 1.8以下になったかという自己分析表を書きます。GPA 1.8以下になった理由はさまざまです。アルバイトをやり過ぎた、或いは自分の好きな科目に重点を置き過ぎた、予習復習が十分ではなかったなどいろいろです。担任の先生は特別指導対象学生から提出された自己分析表を参考にしながら、学生の成績向上を図るためのポイントをキーワードとしたGPA評価指導報告書を作成し、学校長の決裁をとっています。加えて平成19年度からは留年生を対象としたGPA利用の指導法を考えているところです。この概要は、クラス担任は学生がなぜ留年になったかという事を踏まえながら学習指導計画を立てます。そしてその計画が翌年の3月にはどのような結果になったかという事を計画報告書として記載して、校長の決裁を取ります。この学習指導計画書というのはA4で1枚のものです。このように留年生に対する指導の強化を図っていこう、という事を我々は考えているところです。私どもの学校では1科目でも不合格があると進級ができず、留年するという事になります。この留年の事につきましては学校によっていろいろやり方があるように思いますが、私どもは非常に厳しいやり方をとっています。

次に私共の学校の誇りとするものは何かということですが、私共としては客観的なデータがある訳ではないのですが、学生が就職した職場の評価が割りと高いという事を誇りにしております。それから、就職率が高い、これは当たり前と言えば当たり前なのですが、希望する学生は100%就職できている。立地条件が良いということに非常に助けられていると言う面の誇りもあります。それから、先ほど申し上げたように、新しい先駆的な教育の取り組みをやっているという事も誇りとしています。先ほどの臨床実習は法令に定める規定よりも5割以上多くやっている訳ですが、その費用については基本的には全額学校負担であると言う事も誇りとしている所です。今後の計画ですが、カリキュラム見直しや低学力学習指導対策の構築という事、それから3番目には国家試験対策として過去問とか模擬試験の学生個人の成績を分析し、学生の弱点、問題点を把握して、これを改善するための個別支援ソフトの開発を考えております。要するに、これを利用して自分の弱みの所を強みにしていき、弱い点を、このソフトを導入する事によって強化すると言う事が狙いです。

最後に私共の学校では何を学生に訴えているかと言うと、臨床重視の教育を実践する、新しい教育を実践する、第一線で活躍している豊富な講師陣が揃っている、専門学校特有の学生と学校の距離が近い、家族的な雰囲気のもとで教育を行っている、というような事を私共の学生に訴えるものとしている所です。これで私の説明を終わらせて頂きます。

<最後に>

日頃どういう気持ちでどういう考え方で学校経営というものに参画させて頂いているかと言う事をちょっと申し上げたいと思います。先ほど申し上げたように、今、各専門学校、それから私がお世話になっている日本リハビリテーション専門学校も非常に厳しい状況でございます。特にPTはまだ余裕あるにはあるのですが、OTは非常に厳しい状況にあります。何事も我々人間は長い人生或いは会社におきましても、いろいろな困難を乗り越えてこそ、深みがある・幅がある・忍耐力がある人間になります。人間として味わい深い人間になります。我が日本が1992年頃から経済が下降線を辿ってまいりました。これに対し、各企業がどういう事をしたかと言うと、種々な自分達の弱点・問題点を確認し、これをどう乗り越えどう改善するかという事で、色々な観点から改善を図ってこられました。このような各企業の努力があって、最近また日本経済が上昇気流に乗っているという事だろうと思います。私共学校においても全く同じ様な事が言えるのだと思います。専門学校にとって、今年度は、企業で言うならば、1992年頃の景気が悪くなりはじめた年に相当すると私は思っております。これを如何に乗り越えるかという視点が大事だと思います。短期的な視点と長期的な視点の2つが大事だと思います。

短期的な視点というのはどういう事かと言うと、ともかくも学生を確保しなければならないということです。そのためには従来の入学判定評価基準では駄目である。もっと従来の入学判定評価基準を下げてでも、学生を確保するというのが大事な視点だと思います。学校というのは学生あっての学校です。それが何よりも大事であると思っている訳です。低学力の学生を如何にして育て、4年後には卒業させ、そして実践力のある医療人に育てていくという事が大事だと思います。そう言う意味では、持続的に長期的に私共のやっている臨床重視の教育

が極めて重要なことであると思っています。その最たるものは臨床実習で、法令で定められている時間以上に多くやっていると言う事です。それから新しい教育として、PBL（問題解決型教育）とかSP（臨床実習「病院や施設で実施される」直前に学校内で行われる模擬患者を利用した患者接遇技術教育訓練）、先ほどの態度教育など実践重視の教育が重要であります。そういったような事に加えて学生による教員の評価です。これを積極的に推進してまいります。GPAという客観的な物差しを利用した学生の指導方法の確立などについても持続的に、より強固なものにしていく必要があるかと考えています。従って現在、私共の直面している大きな壁、困難、これは当然乗り越えなければなりません。これを乗り越える事によってナンバーワンになれないかも分かりませんが、少なくともオンリーワンにはなれるのではないかと考えております。

(参考)

(1) 日本リハビリテーション専門学校の現状について

① 学生確保に関する現状について

ア 受験者数の激減

			受 験 者 数		
クラス	定員	試験種別	H18年度	H19年度	前年度比
PT (昼)	40	社会人1期	9人	7人	77.8%
		一般1期	173人	100人	57.8%
		計	182人	107人	58.8%
PT (夜)	35	社会人1期	74人	40人	54.1%
		一般1期	61人	31人	50.8%
		計	135人	71人	52.6%
OT (昼)	35	A O	28人	18人	64.3%
		社会人1期	4人	1人	25.0%
		一般1期	37人	17人	45.9%
		計	69人	36人	52.2%
OT (夜)	40	A O	2人	3人	150.0%
		社会人1期	29人	16人	55.2%
		一般1期	19人	9人	47.4%
		計	50人	28人	56.0%

(注) 2007年1～2月にかけて、社会人入試2期、一般入試2期の試験実施。
 なおOT学科は3月に一般入試3期入試あり。

参考1 10年間の理学療法学科の専門学校と大学の増加状況						
年 別	専門学校	増加程度	大 学	増加程度	計	増加程度
平成 9年	72	-	10	-	73	-
平成18年	139	1.93倍	55	5.0倍	194	2.65倍
平成19年	135	1.87倍	67	6.7倍	202	2.76倍

参考2 2006年ランク: 大学と専門学校の偏差値 (上位レベル、下位レベル)				
大学 偏差値	理学療法学科	74	京都大学、神戸大学	
	上位	73	北海道大学、首都大学東京、名古屋大学	
	下位	56	帝京平成大学	
		55	群馬パース大学	
		53	東北文化学園大学	
		52	了徳寺大学	
作業療法学科	72	京都大学、神戸大学		
上位	71	北海道大学、名古屋大学		
下位	56	帝京平成大学、目白大学、福井医療短期大学		
	55	帝京大学 (福岡県)		
専門学 の 偏差値	理学療法学科	66	千葉県医療技術大学校	
		上位	60	社会医療技術学院 (昼)・同夜間部
			58	日本リハビリテーション専門学校 (昼)
			56	千葉・柏リハビリテーション学院、東京衛生学園、日本工学院
			55	日本リハビリテーション専門学校 (夜)、帝京平成大学専門学校 藤リハビリテーション学院
	下位	45	高崎医療技術福祉専門学校、両国リハビリテーション専門学校	
	作業療法学科	上位	62	千葉医療技術大学校
			60	社会医療技術学院 (夜)、
			52	横浜リハビリテーション専門学校
			51	帝京平成大学専門学校
50		日本リハビリテーション専門学校 (昼)・同 (夜)		
下位	45	高崎医療技術福祉専門学校、千葉医療福祉専門学校 彰栄リハビリテーション専門学校、東京福祉専門学校		
	44	高崎医療技術福祉専門学校 (夜)、東京福祉専門学校 (夜)		

入学試験の概要

- ・筆記試験 (国語、数学、英語各30点満点で筆記試験最高点90点) と小論文 (20点満点) の総合点数で合否を決定する。
- ・面接はA、B、C、Dで評価、点数なし。
- ・面接D評価の場合のみ、筆記試験及び小論文の点数が合格ラインであっても原則不合格となる。

従来のポイント

P T学及びO T学科とも、各学科の評価を最大限尊重。

今回 (一般1期から)

面接がD評価の場合でも問題学生になる可能性高いというD評価は、筆記試験・小論文の総点数が合格ラインでも不合格となる。以下のようなD評価は原則として合格となる。

- ・医療専門職になりたい動機付けが弱い
- ・性格が消極的、意欲が乏しい等

ウ 低学力者の受け入れが不可欠

定員を確保するためには、従来の基準では不合格なるケースでも、合格とせざるを得なくなった。

② 教育に関する現状について

ア 重点的臨床実習（病院及び施設）の実施

種々の臨床経験を積み、即戦力へと繋がる基礎を学ぶ。

各クラスにより差があるものの、実施時間数が法令最低時間数を上回っている

クラス	法令上 A	実行上 B	差 (B - A)
PT (昼)	810 時間	1,305 時間	495 時間
PT (夜)	810 時間	1,035 時間	225 時間
OT (昼)	810 時間	1,395 時間	585 時間
OT (夜)	810 時間	1,395 時間	585 時間

イ 新しい教育の推進と充実

○ 態度教育の実施（入学直後）

○ 重点的見学実習の実施（1年次・2年次・3年次における病院や施設）

○ 問題解決型教育（PBLチュートリアル）の実施

○ テーチャング・アシスタントシステム（担当教員と教員指導補助者）の実施

○ 医療面接技術（SP）の実施

ウ 教員の受業に対する学生評価の実施

エ 客観的成績評価方法（GPA）の実施

オ 低学力者に対する特別学習指導の実施

③ 学校運営に関する現状について

教務・実習・入試・就職・図書各委員会が決めた案を教員委員会（月1回）で決定。また幹部会議に相当する学科長会議（連絡・重要案件）を毎週開催。

(2) 日本リハビリテーション専門学校の誇りとするもの

- ① 卒業生に対する職場の評価が割と高い
- ② 高い就職率
- ③ 立地条件が良い
- ④ 教育における先駆的取り組み（新しい教育実施）
- ⑤ 臨床実習に関して別途徴収のない良心的対応

(3) 日本リハビリテーション専門学校の2～3年先に向けての計画等について

- ① カリキュラムの科目・単位数・単位時間数に関する総合的・抜本的見直し
- ② 「低学力学習指導対策の構築」、「強み・誇り充実強化及び弱み等軽減への取り組み」
- ③ 国家試験対策としての「過去問・模擬試験に関する成績採点及び個別学習支援ソフト」の開発

(4) 日本リハビリテーション専門学校の「学校力」として在校生や新入生に訴えるもの

- ① 臨床重視の教育
- ② 新しい教育の実践
- ③ 第一線で活躍する豊富な講師陣
- ④ 教師と学生及び学校と学生の距離が近い家族的雰囲気

臨床福祉専門学校における教育と研究—過去、現在、今後

臨床福祉専門学校 教務部長 高田 治実

臨床福祉専門学校の高田です。よろしくお願いいたします。

時間が限られていますので、概要だけになるかと思いますが臨床福祉専門学校の「教育と研究、過去、現在、今後」についてお話させていただきます。

まず、本校の過去と現状です。表1は、本校の教育理念です。教育理念は、すでにご存知のとおり5つあります。詳細は、表1をご参照ください。

本校の現状をおおまかに4つに分けて説明します。1つ目は“本校は大学卒業後の再教育機関であること”です。景気が回復した事で受験生が減少しているという現状にありますけれども、これからどのようにして行くかという事も含めて話し致します。理学療法学科だけは、高校卒業者も対象としています。2つ目は、学生定員確保が本校全体の重要テーマであるという事です。受験生に本校の魅力をもどのように提示するか、教職員が一体となって学科別に細かな対応をしているところです。3つ目は、指定規則カリキュラムの魅力あるはみ出し方を学科別に実践しています。4つ目は、教師の資質向上の取り組みをしています。学生に対する教育方法の改善、共有化ですね。学術面での研鑽にも皆で取り組んでいます。

設置学科(表2)は4つありますが、これはご存知だと思いますので次に行きます。学生受け入れの実態(表3)では、本校の特色は“社会人経験者”が約70%だという所であると思います。学生受け入れに際しましては、入学前の教育などにも力を入れる必要があると考えています。その他にも、専門職としての気構え心構えというものを入学前から高めていく事ができるかどうか、これは大きな課題であると思います。

学校教育の成果ですが、国家試験の合格率(表4)は4つの学科全てが全国平均を上回っています。国家試験に向けた本校の取り組みは、教育の裾野を拡充して行けば国家試験というものに対してはおのずと結果がついて来るという考えで行なっています。

表1 本校の教育理念

敬 心	他者を敬い自己を律する心 敬心学園の“敬心”をモットーに
ダブルメジャー	他学部での学問や実社会での経験を 本校での学びを通して生かす
福祉はサイエンス	科学に裏打ちされた福祉の実践
連 携	学問においても実践においても 福祉保健医療の連携を推進する
臨床現場で即戦力	現場で歓迎される人材の育成

表2 設置学科

平成19年度 予定

学 科 (修業年限)	定 員	入 学 資 格
臨床福祉学科 (1年)	80名	・大学4年卒者 ・3年生短大卒で1年以上の実務経験者
精神保健福祉学科(1年)	40名	・2年生短大卒で2年以上の実務経験者 ・4年以上の実務経験者
言語聴覚療法学科(2年)	40名 (計80名)	・大学4年卒業 または卒業見込みの者
理学療法学科 昼(3年) 同 夜(4年)	120名 (計400名)	・高校3年卒業または卒業見込み者 ・外国で12年以上の学校教育終了者
平成19年度 総定員数	600名	

表3 学生受け入れの実態

1. 入学生の経歴別人数 (平成15年開学～18年 4年間合計/平均)

経 歴	人 数	%
高校3年卒 即入学者 (理学療法学科のみ)	61	5.8
大学4年卒 即入学者	255	24.4
社会人経験者	730	69.8
卒業生+在学学生総数	1,046	100.0
在学学生総数 (H.18.7.1 現在)	531	

入学時 平均年齢 25.7歳

学生受け入れにおける本校の特色

・受験生の中には、世に所謂フリーター、ニートもいるが、入学までには、専門職に向けて、気構え、心構えを高めていく。 → 本校における「入学前教育」

表4 教育の成果 (1)
国家試験合格率

国 家 資 格	平成15～17年度(3年間の合計実績)	
	本校実績 (%)	全国平均 (%)
社会福祉士	81.8	28.8
精神保健福祉士	78.8	61.4
言語聴覚士	85.3	59.1
理学療法士	100.0	97.5

国家試験に向けた本校の取り組み

- ・本校は国家試験受験対策を第一としたカリキュラムを組まない。
- ・国家試験に向けた模擬試験等は行うが、学生がグループを作って自発的に学習するよう指導。 理学療法学科は国試直前集中特訓(卒業試験)を行う。
- ・裾野を拡充した教育を行えば、国家試験の結果はついてくる。

表5 教育の成果 (2)
卒業生の就業状況

平成15～17年度 卒業生就職 毎年5月末

	学 科	就 職 率 (%)
	福 祉 系	臨床福祉学科
精神保健福祉学科		91*
医 療 系	言語聴覚療法学科	100
	理学療法学科	100

*毎年8月までには100%の就職となっている。

就職の最近の傾向

- ・福祉系 社会福祉士の「資格」を取得しても、資格で就職することは困難。初めは介護職、ヘルパー職から入っていくケースが多い。
- ・医療系 病院だけでなく、老健などの施設へ就職するケースも出てきた。就職先多様化の傾向

卒業生の就職状況(表5)は、医療系が3月末までに100%、福祉関係も8月末までには100%になるという状況です。就職の最近の動向ですけれども、福祉関係に関しましては、介護職やヘルパー職という所から入っていくケースが多いという事で、2級ヘルパーの資格を在学中に取れるようなコースも本校では備えられております。医療系に関しては、病院だけではなく老人保健施設なども数件ありました。就職先が多様化しているという傾向があります。

“教育体制の現状”(図1)これは私の考えなのですが、「在学学生、卒業生は学校の宝だ、教師がどんなに頑張っても在学学生と卒業生が駄目だったら学校の評価は低下し学校として成り立たなくなる」といつも教師、卒業生、学生に言っています。こういう教育理念のもとに行なっています。具体的な内容をお話いたします。まず、入学前に入学前教育を行います。入学した後は学内教育、本格的な専門職の教育に入っていきます。卒業した後も、定期的に卒業後教育を行っております。ですから入学前から卒業した後まで学生と一緒に学校を発展させて行くというのが基本的な考え方です。入学前教育(図2)ですけれども、大きな柱が2つありまして、1つは事前面談があります。そしてもう1つは、入学前学習会があります。入学前教育の具体的な取り組みですが、まず1つ目の“事前面談”。これは開校以来、学科別に毎年システムを改変構築していますけれども、入学前に数回面談を行ない参加者と視線を同じくして語り合うようにしています。磨けば磨くほど光輝くような学生を探したいという思いもあります。事前面談の主な目的は4つあります。1つは専門職としての適正を確認する事、2つめは入学後の可能性を見る事、3つ目は病院福祉施設を見学させ専門職に対する認識と自覚の強化を図る事、この3番目を我々は非常に大事にしています。4番目に本校の教育方法を理解してもらおうという事です。入学前学習会、これは学科別に毎年システムを改善構築していますけれども2つに大別できます、1つはグループ学習、も

う一つは個別勉強会です。まず“グループ学習会”、これは開学2年目から行っております。入学予定者、教師、在校生皆が参加して行います。皆で協力して行うという事になります。目的は4つあります。まず1つ目は“入学率の向上”。今年度も他の学校と併願していて、どうしようかと迷っていた学生が、数人ですが入学前学習会に参加しました。グループ学習を行い、その後に懇親会で話しをしていたら、数人の学生が是非うちの学校に来たいと言ってくれました。これは教師にとって非常に良い経験になったと思います。2つ目は、“新入生、在校生、教師の縦と横の連携を強化する”事です。これも、私は非常に大事にしています。3つ目は、“新学期からの不安感の軽減”、これは後ほどアンケートで結果をお示します。4つ目は、“入学式までに離陸態勢をとる”事です。次に“個別勉強会”ですが、これは今年度から開始しました。入学予定者、教師、事務職員の方の協力のもとに行いました。目的は低学力者のサポート、新学期からの離陸体制をとる事、進級率の向上です。私は、低学力の入学者に対して一人でも多く進級、卒業させ、一人でも多く国家試験に合格させることが我々の務めだと思っていますので、低学力者のサポートは重要視しています。こういう事は一度だけやっても効果は出ませんので事務の方と連携をとりながら数ヶ月に1度、定期的にフォローする体勢をとっていきたいと考えています。

学習会後にアンケート調査を施行しましたのでその結果を報告します。対象者は第3回の学習会に参加した70名、留置法による無記名アンケート調査、無記名でないとな本当の事は回答して貰えない事が多いので無記名にしました。有効回答者数は70名中69名でした。事前学習会は3回ありますが、毎年最後の回で在学生の司会進行により入学予定者が発表し、それに教師が加わって質疑応答を行っています。

アンケートの結果ですが、「時間帯について」の質問（図3）では、80%の学生が「現在の時間帯で良い」と答えています。しかし、これは平日に行っているもので、中には土曜日だったら参加できるという話がありました。検討する余地があると思います。「学習会に参加して」の質問（図4）では、学習会に「参加して良かった」と

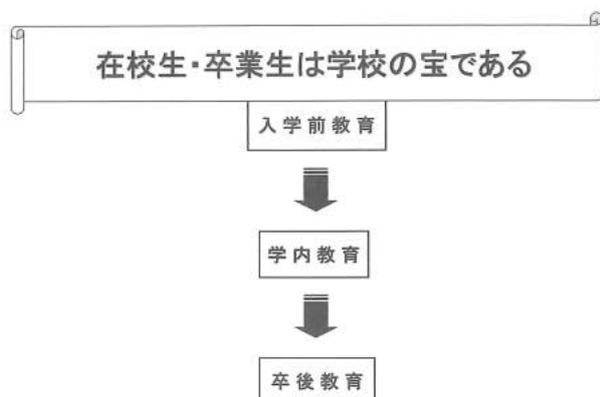


図1 教育体制の現状

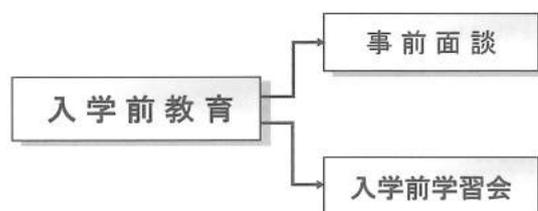


図2 入学前教育

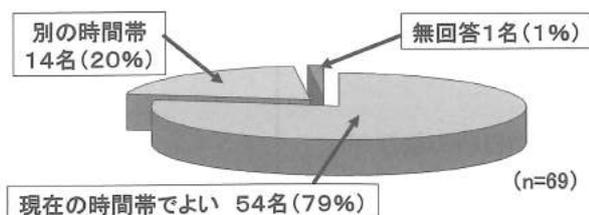


図3 時間帯について

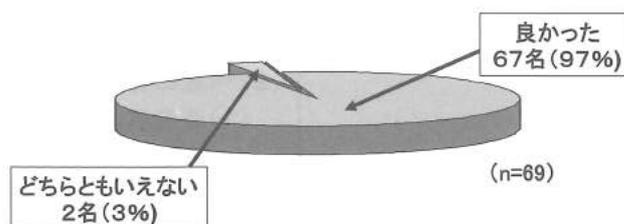


図4 学習会に参加して

いう学生がほとんどで97%でした。良かったと回答した予定者全員が、教師、在校生と交流を図れ、入学後の不安が軽減したので入学後もスムーズに勉学に励めるだろうという答えでした。「学習会の内容について」の質問(図5)では、これも85%とほとんどの学生が「良かった」と答えています。この良かったという意見では、意識が高まった、新しい分野への興味が持てたなどの意見がありました。このように、具体的な感想を示して頂いたので、我々は非常に有意義であったと考えています。しかし、いくつかの問題点も残っています。「学習会の必要性について」の質問(図6)では、90%とほとんどの学生が「必要」だと答えていました。具体的には、入学後の不安が軽減し学習意欲も高まったと答えています。しかし、この学習意欲をどう継続させるか、これが我々の課題になってくると思います。

アンケートを基にした次年度への対応(表6)ですが、学習会の意義に関しては、必要性が明確になりましたので次年度も実施する予定です。ただ、いくつかの課題が残っていますので、それらの課題に対してはこれから対処して行くという事になります。

本格的な教育である学内教育(図7)ですが、10程挙げました。これには学問だけではなく、人間関係、それから卒業生との関係、この学校を発展させていくために必要なものがある程度網羅されていると思います。学内教育の具体的な取り組みを4つご紹介します。1つ目は、指定カリキュラムを越えた教育(図8)を行なっています。臨床福祉学科は、毎回講師を外から招聘して福祉総合科目を通年開講しています。毎年学生による授業評価も実施しています。精神保健福祉学科では、施設における体験学習、当事者を招いた特別講義、専任教師3人による色々な特別講義などを行なっています。言語聴覚療法学科は、臨床能力向上を目指す科目を毎年組み入れていますし、基礎実習、ボランティア活動、臨床に直結した総合科目などを行っています。理学療法学科は専門職のリーダーを養成する目的で、専門科目としての筋触察、教養科目の経営学など国家試験以外の教育にも力を入れています。これらは、就職先から大きな評価を頂いているという事です。2つ目(図9)は、現場ですぐ

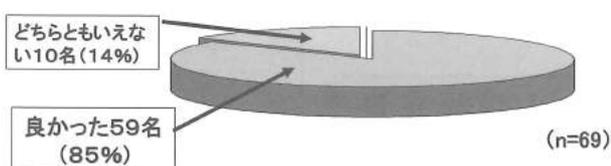


図5 学習会の内容について

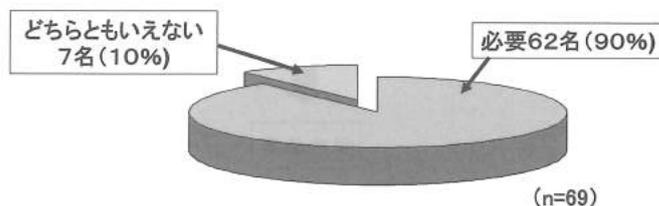


図6 学習会の必要性について

表6 次年度への対応

- | |
|--|
| <p>1. 学習会の成果・意義について。
アンケート結果から学習会の必要性は明確となった。次年度も実施する。</p> <p>2. 今後の課題について。</p> <p>(1) 予定者にとってより参加しやすい日時の検討が必要。</p> <p>(2) 発表の際には、グループワーク内容をまとめた資料提示が必要。</p> <p>(3) 欠席者に対して、学習会の情報提示が必要。</p> |
|--|

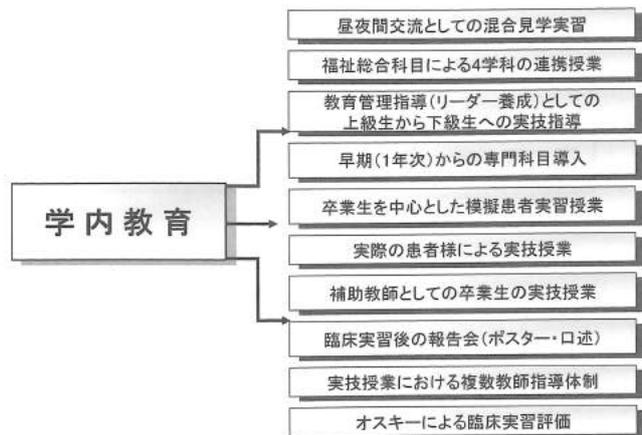


図7 学内教育の現状

臨床福祉学科	毎回講師を外から招聘する「福祉総合科目」を毎年開講。毎回学生による「授業評価」実施、「満足度」大
精神保健福祉学科	施設における体験学習、当事者を招いた特別講義。他に専任教員3名がそれぞれ特別講義(通年)を持つ。今年度は「地域生活支援論」「対人援助論」「医療ソーシャルワーク論」
言語聴覚療法学科	臨床能力向上を目指す科目を毎年組み入れる基礎実習、ボランティア活動、臨床直結総合科目など
理学療法学科	専門職のリーダー養成を目指し、国家試験以外の領域にも力を入れる。専門科目筋触診や教養科目経営学など。就職先の評価大

図8 学内教育の具体的な取り組み
(指定カリキュラムを超えた教育)

ヘルパー講座	全校学生の希望者を対象に、ヘルパー講座を低授業料で開講。資格複数化の機会を提供
MTA研究会	演者主宰の研究会の成果を正規授業に組み入れて、理学療法学科学生に実技授業として実施
特別講義	4学科いずれも特別講義は、臨床現場のベテラン専門職による即戦力養成の臨場感あふれる講義
OSCE	文部科学省委託事業OSCEは、現場で直ぐに役立つ臨床能力を養っている。

図9 学内教育の具体的な取り組み
(現場で直ぐに役立つ即戦力の養成)

施設実習の成果確認	施設実習の後には必ず報告会・発表会を開催
学生主体の企画運営	教員は指導をするだけ、企画運営は現場の実習指導者も加わり学生主体 医療系(修業年限2年以上)は先輩を見倣い、引き継ぐ。
模擬・学術集会	実質的には学術集会を模した研究発表会
抄録集も作成	学術集会並に「抄録集」も作成
就職力の向上	プレゼンテーション力の向上は就職の最大の武器 専門職のリーダーとなる必須条件

図10 学内教育の具体的な取り組み
(報告会・発表会の企画開催)

に役立つ即戦力の養成を行なっています。ヘルパー講座は、在学中にヘルパーの資格を取得できるように低料金で受験対策講座を開催しています。これによって、資格複数化の機会を提供しています。MTA研究会は、私が主催している研究会ですが、研究事業の成果を正規の授業に取り入れて、より臨床的な授業をPT学生に行なっています。特別講義では、臨床現場のベテランの専門職の先生に依頼して、即戦力になるような講義、臨場感あふれる講義を行なっています。そして、OSCE、これは言語聴覚療法学科が昨年度取り組んだ研究事業の成果を実際の学生に当てはめて臨床能力を培っています。3つ目は、報告会・発表会の企画開催(図10)です。臨床実習の後に必ず報告会発表会を開催します。教師は、ただ指導するだけで企画運営は学生が主体的に行なっています。医療系は先輩が後輩を指導するという形態をとっています。実質的には学術集会的な発表をやらせているという事になります。抄録も作って学会に近いような物を目指しています。プレゼンテーション能力の向上は、就職を有利にしますし、専門職のリーダーになるためには必須条件であると考えています。4つ目は、卒業生による模擬患者演習です。これは、評価実習前の中間部・夜間部を対象に卒業生が行ないます。実施期間が評価実習の2週間前、卒業生1名に対して学生10～13人で実施しています。

模擬患者演習が実際の実習で役立ったかどうかを知るために、臨床現場での評価実習が終わった後でアンケート(図11)を行ないました。学生に本当の気持ちを聞くために無記名で行ないました。留置法で行ないましたので回答率は、100%でした。「実習に役に立ちましたか」の質問には、「非常に役に立った」が36%、「役に立った」が53%であり、約90%が役に立ったと答えています。「卒業生が行うことに対してどう思うか」の質問には、「非常に良かった」が44%、「良かった」が51%という結果になっています。模擬患者演習は評価実習にとって有益でした。また、卒業生が行うということも、後輩にとっては意味のあることのように思われました。

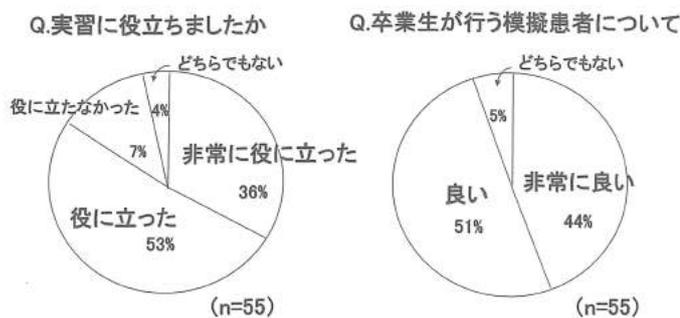


図 11 模擬患者演習のアンケート結果

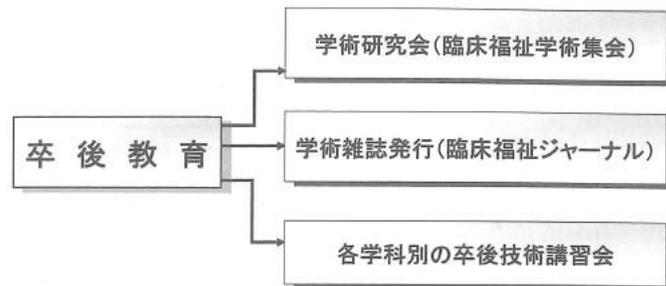


図 12 卒業教育の現状

卒業教育（図 12）は、主に 3 つ行っています。今行っています臨床福祉研究学術集会、学術雑誌発行（臨床福祉ジャーナル）、各学科別に行っている卒業教育講習会の 3 つです。3 つ目の卒業教育講習会について少し説明します。具体的な取り組みとして、各学科別に卒業教育研究会を作ります。全学科ともマニュアルを作成しシステム化しつつあります。「卒業が始まり」という事です。実際実践しています。理学療法学科、精神保健福祉学科は会則があります。理学療法学科は、月に約 1 回の割合で技術的な勉強会を行なっています。

本校における研究の取り組みをご紹介します。1 つ目は、文部科学省の委託事業です。設立次年度から 3 年間受託しています。まず、平成 16 年度に理学療法学科が委託金約 1,388 万 8 千円を頂いて「コメディカル教育における人体解剖実習の本格的導入に向けての養成校側の準備体制整備」の委託研究を実施しました。次年度以降に医科大学の人体解剖実習を見学するという方向に繋げて今年度も行いました。平成 17 年度には、言語聴覚療法学科が委託金約 1,379 万 5 千円を頂いて「言語聴覚士養成課程への OSCE 導入のための教育プログラム作成」の委託研究を行いました。次年度からは、OSCE を導入し実際に授業を行っています。平成 18 年度は、理学療法学科が委託費約 1,340 万円を頂いて「マイオチューニングアプローチを専修学校に導入するための研究」を行っています。現在も取り組んでいる事業です。平成 19 年度から正規の授業に導入する予定です。この 3 年間で委託金の合計が約 4,100 万円です。これは私の知っている国内の医療福祉系の大学と比較してもトップレベルです。2 つ目は、その他の助成金研究です。平成 16 年度に理学療法学科が東京都の専修学校の各種学校協会の委託事業「昼間部・夜間部混合実習における学生・実習指導者への意識調査」～理学療法学科 1 年次病院見学実習におけるアンケート調査より～を行ないました。この時は助成金 20 万円でした。さらに、平成 17 年度に言語聴覚療法学科が東京都の私学財団の研究助成金 30 万円を受けて「個人情報保護法に関する臨床実習前教育の試み」に関する研究を行いました。研究の取り組みの 3 つ目は、学会発表（表 7）です。4 つの学科を合わせますと発表数（主演者、共同演者を含む）が 64 あります。これも大学と比較しても引けをとらない数です。先生方に敬意を評したいと思います。4 つ目は、研究論文（表 8）です。4 つの学科を合わせますと著書が 12、これは共同著書です。論文が 31 あります。この論文というのはジャーナルに掲載するなどの形式のものです。著書 12、論文 31 というのは専門学校の中ではトップレベルです。

本校の誇りは、学外講師、実習施設の先生方の学生に対する評価が高い事、卒業生に対する職場の評価が高い事、就職率が高い事など色々ありますが、時間の関係がありますので後は割愛させていただきます。教師、職員、在学生、卒業生、ほとんどが本校で働く事を喜びに思い始めてきているというのも、良い事だと思います。

本校の学校力は、いざという時に学校全体が一つになって成し遂げる勇気と叡智がある事だろうと思いますし、常に課題を見つけ、その課題に対して取り組んでいる事だろうと思います。教師が学際的分野において積極的に活動していることも学校力の一つだと考えています。

2～3 年先の計画は、開校からまだ 4 年しか経っていませんが、4 年間で蓄えた力を新しい環境で花咲かせる時が来ているのだろうと思いますし、現在の問題点を整理した上で、これから造るものには大胆に対応して行きたいと思っています。我々が理想とする学校に一步一步近づけていきたいと考えています。最後になりますが、

表7 研究の取り組み
～学会発表～

(開学～19年2月:4年間)

	学 科	発表数	学会名
福祉系	臨 床 福 祉	1	臨床福祉研究学術集会
	精神保健福祉	7	日本カウンセリング学会 / 日本集団精神療法学会 / 日本精神障害リハビリテーション学会 / 臨床福祉研究学術集会
医療系	言語聴覚療法	6	第10回日本摂食・嚥下リハ学会総会(1題) / 高次機能障害学会総会(1題) / 神経心理学学会総会(1題) / 神経学会(1題) / 第7回日本言語聴覚学会 / 臨床福祉研究学術集会(2題)
	理学療法学科	50	日本理学療法学術大会(10題) / 日本老年社会科学学会(1題) / 関東甲信越理学療法学会(3題) / 東京保健科学学会学術大会(1題) / リハビリケア合同研究大会(3題) / 東京都理学療法学術大会(4題) / 専門リハ研究会(1題) / The Third sino-Japan Academic Symposium of Rehabilitation Medicine, China, 2006 (1題) / 日本物理療法学会(1題) / 日本MTA研究会学術大会(16題) / 臨床福祉研究学術集会(4題) / 神奈川県理学療法学術大会(1題) / 3rd International Meeting of Physical Therapy Science in Beijing, 北京, 2007 (1題) / 18th World Congress on Psychosomatic Medicine (1題) / アジア心身医学会(1題) / 他1題
総 計		64	

表8 研究の取り組み
～研究論文～

(開学～19年2月:4年間)

	学 科	数	
福祉系	臨 床 福 祉	著書 2 論文 3	著書:ファミリーグループカンファレンス / 社会福祉概論 論文:平成13年度厚生科学研究 / 厚生労働科学研究報告書 / 日本社会福祉士養成校協会
	精神保健福祉	著書 4 論文 2	著書:精神科デイケアQ&A / 臨床ソーシャルワーク事例集 / 臨床に必要な精神保健福祉
医療系	言語聴覚療法	著書 3 論文 7	著書:臨床失語症学(分担翻訳) / 言語聴覚士のための言語発達遅滞訓練ガイド(共著) / 言語聴覚療法臨床マニュアル 改訂第2版(共著) 論文:全国私立リハ学校教育研究 / 耳鼻咽喉科展望 49. 4. / 臨床福祉ジャーナル 1. 3 / 言語聴覚障害 3. No3 / 高次機能障害学会誌 / 公衆衛生 69
	理学療法	著書 3 論文 19	著書:DVDで学ぶ理学療法特殊テクニック(共著) / 理学療法科学シリーズ運動器系疾患理学療法(共著) / 『系統別・治療手技の展開』改訂版(共著) 論文:総合リハビリテーション(2) / 理学療法(1) / リハビリテーション・ケア合同研究大会論文集(1) / 臨床福祉ジャーナル(4) / 専門リハビリテーション研究会誌(6) / 日本物理療法学会会誌(1) / 理学療法進歩と展望(2) / 理学療法学(1) / 平成16年度高知リハビリテーション学院紀要(1)
総 計		著書 12 論文 31	

これまで述べたように対応していけば、必ず我々の夢である専門職大学院開設は実現すると思っています。ご清聴ありがとうございました。