

ISSN 2436-2417

東京保健医療専門職大学紀要

Journal

of

Tokyo Professional University of Health Sciences

第1巻 第1号 (創刊号)

(2021年3月)

東京保健医療専門職大学

東京保健医療専門職大学紀要

Journal
of
Tokyo Professional University of Health Sciences



第1巻 第1号 (創刊号)

(2021年3月)

東京保健医療専門職大学

東京保健医療専門職大学

第1回 学術大会

～リハビリテーション医学の推進と共生社会の実現に向けて～

第1部 記念式典



理事長 小林光俊



学長 陶山哲夫

第2部 学術講演

【特別講演】

和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座 教授 田島文博



【略歴】

1984年 産業医科大学医学部医学科卒業
1992年 ニューヨーク州立大学バッファロー校医学部に留学
1994年 産業医科大学リハビリテーション医学教室講師
2000年 浜松医科大学医学部附属病院リハビリテーション部助教授
2003年 和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座教授
現在に至る

【一般講演】

東京保健医療専門職大学リハビリテーション学部



教授 田畑 稔



准教授 鳥居昭久



教授 佐藤 章



准教授 近野智子



教授 柳澤孝主



准教授 菊地みほ



教授 江幡真史



教授 片岡幸彦

目次 Contents

| | | |
|-------------------------------------|--------|-----|
| <巻頭言> | 陶山哲夫 | 1 |
| <特別寄稿> | | |
| 「東京保健医療専門職大学紀要」創刊に寄せて | 小林光俊 | 3 |
| <学術大会・学術講演報告> | | |
| 東京保健医療専門職大学 第1回学術大会開催にあたって | 陶山哲夫 | 7 |
| 【特別講演】急性期におけるリハビリテーション医療の重要性 | 田島文博 | 8 |
| 回復期リハビリテーションの重要性 | | |
| —心臓リハビリテーションの観点から— | 田畑 稔 | 10 |
| 自立と社会参加のための機能回復をめざして | 鳥居昭久 | 12 |
| 診療報酬(身体障害領域)からみた作業療法士の役割と課題 | 佐藤 章 | 13 |
| 回復期から生活期への橋渡しとしての作業療法士の役割 | 近野智子 | 14 |
| 共生社会への途上 —社会福祉(学)の貢献— | 柳澤孝主 | 16 |
| 地域連携と社会福祉 —多職種連携の課題— | 菊地みほ | 29 |
| 健康経営の歴史的な位置づけとその現状 | 江幡真史 | 31 |
| 健康経営の成果としてのウェルビーイングの向上 | 片岡幸彦 | 41 |
| <総説> | | |
| 障がい者スポーツの歴史と理念およびレガシー | 陶山哲夫 | 51 |
| 障がい者スポーツにおいて理学療法士・作業療法士ができること | 鳥居昭久・他 | 59 |
| 一人暮らし高齢者における食行動の特徴 | | |
| —文献的調査分析による構成要素のカテゴリ化— | 猪股英輔 | 68 |
| 対人間接触における協調ダイナミクス | 井川大樹 | 79 |
| <短報> | | |
| COVID-19感染拡大下における本学の対応と課題 | | |
| —オンライン授業導入についての一考察— | 鳥居昭久・他 | 84 |
| <教育講座> | | |
| 手話について | 有菌暢子 | 93 |
| <研究・教育・社会活動の報告> | | |
| リハビリテーション学部 理学療法学科 活動報告 | 田畑 稔 | 95 |
| リハビリテーション各部 作業療法学科 活動報告 | 佐藤 章 | 104 |
| 専門職大学コンソーシアム | 宮田雅之・他 | 115 |

目次 Contents

<事業報告>

| | | |
|-------------------|------|-----|
| 学生委員会 | 里村恵子 | 127 |
| 教務委員会 | 鳥居昭久 | 131 |
| 保健衛生委員会 | 草野修輔 | 135 |
| 研究倫理研究推進委員会 | 草野修輔 | 141 |
| 教育課程連携協議会 | 林 正志 | 147 |

<規程>

| | |
|---------------------------|-----|
| 東京保健医療専門職大学紀要に関する規程 | 152 |
| 論文形式の定義 | 155 |
| 東京保健医療専門職大学 紀要査読規程 | 156 |
| <編集後記> | 157 |

巻 頭 言

陶山哲夫 東京保健医療専門職大学 学長

東京保健医療専門職大学は、2019年11月文科省から大学設置を認可され、2020年4月に開学した大学であり、2021年2月第1回学術大会を開催し、2021年3月に第1巻紀要を創刊号として発行できますことは大変喜ばしく、関係各位に厚くお礼申し上げます。

ここで専門職大学の特色とリハビリテーションの理念、さらに多様性を認める共生社会の必要性などについて述べ、本学の建学の精神に至った経緯について皆様のご理解が得られましたら幸いです。

1. 専門職大学設立の背景と特色

近年の複雑な産業構造の転換により、変化の激しい社会に対応したより高度な「実践力」と新たなソフト・ハードを創り出せる「創造力」を有する人材の育成強化が急務となっている。2017年の学校教育法改正によって設けられた「専門職大学等」は、大学制度の中でも深く専門の学芸を教授研究し、専門性が求められる職業を担うための実践的で応用的な能力を展開させる職業教育に重点を置き制度化され、産業界との密接な連携により専門職業人材の養成強化を図ることを目的としている。特に専門職大学の特徴は展開科目の造設、専門科目に隣接する他分野を学び実践力と創造力を身に付けることにある。

2. リハビリテーションの理念と定義

リハビリテーションの語源はre(再び)+habilis(適する)からきている。近年のリハビリテーションの定義は世界保健機構(WHO)の定義下で発展したが、1981年のWHOによるとリハビリテーションは能力低下やその状態を改善し、障害者の社会的統合を達成するためのあらゆる手段を含み、リハビリテーションは障害者が環境に適応するための訓練を行うばかりでなく、障害者の社会的統合を促す全体として環境や社会に手を加えることも目的とした。

わが国では、社会の偏見や政策の誤り等のために、奪われ・傷つけられた尊厳・権利・人権が本来あるべき姿に回復することとして捉え、リハビリテーションを「全人間的復権」と表している。

2001年5月にWHO総会で採択されたICF(International Classification of Functioning, Disability and Health, 国際生活機能分類)は「健康の構成要素に関する分類」であり新しい健康観を提起し「全ての人に関する分類」である。

生活機能はICFの中心概念であり、人が「生きる」ことに3つのレベル(階層)があり、①心身機能・身体構造(Body Functions and Structure)、②活動(Activity)、③参加(Participation)の3者を包括した概念である。ICFは医学モデルと社会モデルを想定し、QOLの獲得と社会参加を推奨している。

3. 介護保険の導入

我が国の高齢化の進展に伴い、寝たきりや認知症など介護を必要とする高齢者の増加と介護期間の長期化、重度化の進行など、介護の必要性や重要性に対するニーズが増大している。また家族形態の変化により少子化・核家族化の進展、高齢者のみの世帯の増加や介護する家族の高齢化なども深刻な問題となってきた。介護を支える家族をめぐる状況の変化を背景に、介護が必要になった高齢者やその家族を社会全体で支え合う仕組みとして、平成12年から介護保険が導入された。

4. 地域共生社会の必要性

介護保険制度による支え合いと同時に、身近な地域で多様な人々が相互に役割を持ち、「支え手」「受け手」という関係を超えて支え合うことが重要になっている。これにより人々は生活の楽しみや生きがいを見出し、様々な困難を抱えた場合でも社会から孤立せず、安心して「その人らしい生活」を送ることができる。2018年4月、国は複合化した課題を抱える個人や世帯に対して、地域住民による支え合いと公的支援と連動した包括的な支援体制の構築を目指し社会福祉法を改正した。人々が住み慣れた地域で生活するには、年齢・性別・障がいの有無に関わらず全ての多様性を認め合うことが必要であり、更に保健・医療・社会福祉が連携する施策と、地域に住む人々がお互いに助け合う連携・協働の実践が重要である。

【本学の教育方針】

以上の歴史的背景・現在の社会状況と未来への展望に立ち、本学ではリハビリテーションによる医学モデルへのアプローチと、社会的モデルや地域生活モデルの研究・教育を推進し、地域社会へ貢献する実践的人材を育成していきたい。

「東京保健医療専門職大学紀要」創刊に寄せて

小林光俊 学校法人敬心学園 理事長

《学校法人敬心学園のあゆみ》

学校法人敬心学園の歴史は、1984年に各種学校として日本医療福祉専門学院を開学したことから始まり、2年後の1986年に学校法人としての認可を受け、同学院を日本福祉教育専門学校と改称いたしました。

その後、1996年に日本リハビリテーション専門学校を、2002年に臨床福祉専門学校を開学し、2007年には日本児童教育専門学校(1982年に日本児童文学専門学院として開学)、2013年には日本医学柔整鍼灸専門学校(2002年に学校法人情報学園日本柔整鍼灸専門学校として開学)を統合いたしました。

そして、福祉の臨床現場として地域に貢献するために1996年に設置した社会福祉法人敬心福祉会との連携を図りながら、学校法人の設置から30年以上、保健・医療・福祉・保育分野に専門職人材を送り出してまいりました。

昨今、急速なグローバル化と社会情勢の変化に伴い、あらゆる分野で創造力と実践力を備え、グローバルな視点を合わせ持った実務リーダーが必要とされるようになりました。そのような期待に応え、保健医療分野の実務リーダーとして活躍できる人材の育成を目指し、2020年4月に「東京保健医療専門職大学」を開学いたしました。現在は教職員が力を合わせ、共生社会の実現と発展に寄与する理学療法士・作業療法士の養成に取り組んでおります。

私どもは「敬心」の二文字が表すように、「他人を敬い自らを律し、人々の心をもっとも大切にする」という理念のもと、あらゆる分野で将来を担う有能な人材を育成するための教育事業と、それを研鑽し発展させる研究事業、そして、福祉の臨床現場として地域に貢献する福祉医療事業を展開し、これからも社会に貢献してまいります。

《専門職大学の特色と意義》

我が国における「専門職大学・専門職短期大学」制度は、短期大学制度創設以来55年ぶりの学校教育法の改正により2017年に誕生した新たな大学制度です。

その特色として、大学で学ぶ「創造力」と専門学校で学ぶ「実践力」を併せ持ち、産業界と連携して実践と研究能力を高められるような人材養成をする、つまり「産業界が求めるイノベーション人材」の養成を目的としていることが挙げられます。

私ども敬心学園では、2019年(令和元年)11月11日に、文部科学省より東京保健医療専門職大学の設置認可をいただきました。振り返りますと、2017年(平成29年)1月20日に大学開設準備室を立ち上げてから実に2年10か月、大変長く厳しい道のりではありましたが、陶山学長をはじめ関係者が一致団結して乗り越え

ることができました。お力添えいただきました関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

そして2020年(令和2年)4月、第1期生を迎え開学いたしました。厳しいコロナ禍の中での開学となりましたが、学生支援ポータル「UNIVERSAL PASSPORT(ユニバーサル・パスポート)」を利用したオンライン授業やホームルーム、感染対策を取りながらの対面授業を実施して、今日に至っております。

専門職大学は産業界等と連携し、高度なプロフェッショナルになるために必要な「専門的知識や理論」に加え、「実践的なスキル」を身に着けることができる新しいタイプの大学です。当大学でも、高い学識を持った「アカデミック教員」と、現場の最前線で実務を担ってきた「高度な実務家教員」が、これまでの経験を活かしながら学生の教育にあたっております。

《新しい未来を自ら考え、創造する場としての専門職大学》

医療専門職の場では、患者様の治療と自立支援に取り組むと共に、常に学術的研究や新しい機能を取り込み、エビデンスに基づく様々な知識や考え方をもちクリエイティブな発想をする人材が求められています。新しい知識や価値を築く人材は、新しい時代に活躍する人材になれると考えます。

現在は、世界的なコロナパンデミックや、グローバル化・ダイバーシティ化・デジタル社会への変化、Society 5.0(ソサエティ5.0)等、新しい社会変革の進展と実相の中、時代が大きく変わる転換点であり、先が見えない時代であるとも言えます。

しかし、このような時代だからこそ、起きている現象を注視し、過去の社会を振り返り、足りないものを分析し、新しい未来を自ら考え、創造する機会とも言えるでしょう。

近年、世界の経済や軍事力などの「力の均衡点」が欧米から、成長しているアジアにシフトしている現実の変化にも着目して考えると、日本の新しい役割や可能性が見えてきます。

私は今こそ、逆境でも歩みを止めず、前を向いて生き抜く若い活力による知恵と行動力が求められていると感じています。また、日本の職業教育や高等教育がオンラインの活用やIoT・VR・AI等、時代の進展に対応した様々な機能を取り込み、新しい工夫を重ねることでアジアおよび世界の職業教育のハブ機能を果たすまたとない機会でもあります。

そして、日本の職業教育や高等教育の発展こそが、専門職大学の担う大きな社会的使命であり、グローバルに活躍できる若い活力を育むという重大な任務の一つであると考えています。

今回の紀要では、当専門職大学の記念すべき「第1回学術大会」で発表された医療系および展開科目系の研究・教育に関する論文のほか、教員の研究・教育・社会活動についても掲載しております。この紀要が専門職大学のさらなる発展に寄与することを祈念いたしますとともに、関係者の皆様に改めて御礼申し上げ、創刊の挨拶とさせていただきます。

第1回 学術大会

～ リハビリテーション医学の推進と共生社会の実現に向けて ～

■第1部 記念式典

1. 挨拶：小林光俊（学校法人敬心学園 理事長）
2. 挨拶：陶山哲夫（東京保健医療専門職大学 学長）

■第2部 学術講演

【特別講演】

1. 急性期におけるリハビリテーション医療の重要性
田島文博（和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座 教授）

【一般講演】

2. 回復期リハビリテーションと理学療法
田畑 稔・鳥居昭久（東京保健医療専門職大学 教員）
3. 回復期～生活期のリハビリテーションと作業療法
佐藤 章・近野智子（東京保健医療専門職大学 教員）
4. 地域連携と社会福祉，共生社会の実現
柳澤孝主・菊地みほ（東京保健医療専門職大学 教員）
5. リハビリテーションと経営学
江幡真史・片岡孝彦（東京保健医療専門職大学 教員）

東京保健医療専門職大学 第1回学術大会開催にあたって

陶山哲夫 東京保健医療専門職大学 学長

本学は令和元年11月に文部科学省より設置認可を得て、開学に向けて教職員一同鋭意努力して参りました。しかし、令和元年11月、中国武漢から発生したと言われる新型コロナウイルス感染症(COVID-19)は、日本はもとより東南アジア、ヨーロッパ、南北アメリカ、アフリカなどほぼ全世界に感染が拡大し、現在でも流行の一途を辿っております。感染症は「人類の歴史は感染症との闘いの歴史」ともいわれる程生命を脅かし、社会生活と社会活動に大きな影響を及ぼしておりますが、医科学研究により何れ鎮静化するものと確信しております。

本学は令和2年4月1日に開学しましたが、新入生には新型コロナウイルス感染拡大の影響により対面授業をスタートすることができず、また大学に通うことさえ叶わない期間が続きました。このような状況下で本学では Student first をモットーに、5月1日から Wi-Fi 環境を整備しながらオンライン授業を開始し、8月1日から感染予防に十分配慮をしてオンライン授業と対面授業を組み合わせた「ハイブリッド形式」での授業に漕ぎつけ、この間学生には新型コロナウイルス感染症の発生も無く、現在に至っております。

一方、教職員につきましてもテレワークなどの在宅勤務のなか、オンライン配信の授業準備に追われ、また教員は研究活動や地域貢献も儘ならない日々が続いておりましたが、開学初年度に学術大会の開催と紀要の発刊を実現したいとの教職員の想いの下、2月27日に「東京保健医療専門職大学・第1回学術大会」を開催し、また年度内にはこの内容も含めた創刊号としての紀要を発刊する運びとなりました。

第1回学術大会は、本学の建学の精神である『健常者・障がい者・若年者・高齢者など、多様な人々が「共生できる社会」の実現と発展を目指す』を基とし、『リハビリテーション医学の推進と共生社会の実現に向けて』をメインテーマに、開催させて頂きました。

学術講演の演者と講演内容としては第1回学術大会に相応しく、リハビリテーション医学会の第一人者である和歌山県立医科大学リハビリテーション科・田島文博教授をゲストスピーカーにお迎えし、「急性期におけるリハビリテーション医療の重要性」についてご講演頂くとともに、本学教員の演者には、それを受けて「回復期から生活期のリハビリテーションと理学療法、作業療法」について、また専門職大学としての特徴である「地域連携、共生社会の実現、経営学」との係わりについて講演を行って頂きました。

第1回学術大会の開催形式は開催時に東京都において緊急事態宣言下であることを踏まえ、オンライン開催となりましたが、多くの関係者のご参加・ご視聴を頂き、本学の建学精神や教育内容について、少しでもご理解を頂いたのではと感じております。

最後に、第1回学術大会開催に当たり、一方ならぬご尽力を頂きました教職員の皆様や関係者各位には厚くお礼申し上げます。

急性期におけるリハビリテーション医療の重要性

田島文博 和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座 教授

近年、多くの疾患に対して、急性期から積極的にリハビリテーション医療を行うことが有用であることが広く認識されるようになってきた。しかし依然として発症後1週間、場合によっては10日以上経過してからリハビリテーション治療が開始されている。診断がつかない時点でむやみに動かすことは問題である。しかし、現在の医学の進歩は入院と同時に診断を可能とし、治療がはじまる。座位、立位、歩行、運動が医学的に問題なければ、疾患が発症した直後からリハビリテーション治療を行うように務めるのがリハビリテーション医療チームの役割である。

リハビリテーション医学は、米国では Physical Medicine and Rehabilitation と言われている。もちろん理学療法士も Physical therapist である。Physical Medicine は物理療法を含むが、主として「運動による治療」の意味である。スポーツの世界で Physical が強い選手と言えば、「心肺能力と筋力が強い」「体力がある」「体が出来ている」選手という意味になる。理学療法士に限って言えば、患者の Physical を強くすることが仕事である。作業療法士も言語聴覚士も、本来は、患者の Physical を強くしつつ活動性をさらに改善する事が役割である。早期からのリハビリテーション治療は最良の機能予後に到達するまでの時間を短縮させるのみならず、さらにその機能または活動性のアウトカムを改善する。

また、適切な医学的管理下での急性期リハビリテーション医療は原疾患治療の妨げにはならず、むしろよりよい治療成績をもたらす。つまりリハビリテーション治療は投薬や手術と同様に急性期患者に欠かせない治療法のひとつであり、多くの疾患や障害に対し行う価値がある。ただし、薬に副作用があり、手術に何らかのリスクをとまうように、急性期患者にリハビリテーション治療として座位・立位・運動負荷をかけることにも一定のリスクがある。急性期は病態が不安定であることも多く、例えば悪化している状態の時にリハビリテーション治療を行い、さらに悪化させたと思われる可能性もある。より安全かつ積極的にリハビリテーション治療を施行するためには、医師が診察、検査、診断し、適切な評価にもとづいて療法士が治療をしていくことが必須である。

急性期リハビリテーションの必要性はわかっても、集中治療を受けているような患者に対しリハビリテーションを実施するには知識と技術、そして経験が必要である。特に、専門職としての知識と経験が求められるが、急性期リハビリテーションを恐れてばかりいれば急性期リハビリテーションは施行できず、結果として患者が安静臥床を強いられる。リハビリテーション科医師と療法士は覚悟をもって自らの責任で急性期リハビリテーション医療を行う。多くの研究により安静臥床が全身状態を悪化させる。数日間の安静臥床でさえ、身体機能を低下させ、廃用症候群の一因となる。安静臥床に伴う廃用症候群は、ヒトが安静臥床という環境に適応した結果として生じる病態であり、安静臥床という状態にしなければ予防することができる。

我々の病院では、リハビリテーション医療は、確実な診断と十分な医学的管理のもとにできるだけ早く始めることが重要であると全ての職員が認識している。集中治療室であっても早期からできる限りの刺激と運動負荷をしている。病院スタッフ、特に救急科医師と看護師も安静臥床の弊害を認識してくれており、早期からのリハビリテーション科へ依頼をし、訓練時間以外でも積極的に安静臥床の排除に努めてくれている。我々もそれに応え、依頼日にリハビリテーション科医、看護師、療法士でカンファも治療も行う。毎朝、リハ

急性期におけるリハビリテーション医療の重要性

リハビリテーション施行患者全員の病棟回診を行い、患者の状態を確認するようにしている。さらに毎週の画像カンファレンスや英文抄読会、症例検討会などを行うことで知識を深めるように努めている。さらに教育と研究を行うことにつとめている。研究が臨床を発展進歩させ、結果として、患者をよくするのである。

このように、急性期から、リハビリテーション科医師と療法士が責任をもち、他科医師と看護師が力を合わせたチーム医療が最良のリハビリテーション治療効果をあげる。是非、勉学に励み、医学的知識と技術をつけて欲しい。

回復期リハビリテーションの重要性

— 心臓リハビリテーションの観点から —

田畑 稔 東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 理学療法学科

【心臓リハビリテーションの定義】

心臓リハビリテーションとは、心血管疾患患者の身体的・心理的・社会的・職業的状态を改善し、基礎にある動脈硬化や心不全の病態の進行を抑制あるいは軽減し、再発・再入院・死亡を減少させ、快適で活動的な生活を実現することをめざして、個々の患者の「医学的評価・運動処方に基づく運動療法・冠危険因子是正・患者教育およびカウンセリング・最適薬物治療」を多職種チームが協調して実践する長期にわたる多面的・包括的プログラムとして定義されている¹⁾。

【心臓リハビリテーションの内容】

心臓リハビリテーションとは、心臓病患者さんが、体力を回復し自信を取り戻し、快適な家庭生活や社会生活に復帰するとともに、再発や再入院を防止することをめざしておこなう総合的な活動プログラムで、その内容は、運動療法と学習活動・生活指導・相談(カウンセリング)などが含まれる。

心疾患つまり心不全、心筋梗塞、狭心症、心臓手術後などの患者さんは、心臓の働きが低下し安静生活を続けることで運動能力や身体調節能力も低下するため、退院して直ちに、社会復帰することができない。

心臓リハビリテーションは、専門知識を有する医師、理学療法士、看護師、薬剤師、臨床心理士、検査技師、作業療法士、健康運動指導士など多くの医療専門職がかかわって、心臓病の原因となる動脈硬化の進行を抑制することを目標に、食事指導や禁煙指導などを行い、患者さんの状態に応じた適切な心臓リハビリテーションプログラムを提案して実施する²⁾。

【心臓リハビリテーションの効果】

心臓リハビリテーションの効果は、心筋梗塞や狭心症などの虚血性心疾患の患者さんへ心臓リハビリテーションを実施すると、実施しなかった場合に比べて、心血管病による死亡率が26%低下し、入院のリスクが18%低下し、心不全患者さんにおいては、心臓リハビリテーションを実施することにより、実施しなかった場合に比べて、全ての入院が25%減少し、心不全による入院が39%減少することが報告されており、加えて心臓リハビリテーションへ参加することにより、生活の質(Quality of life)が改善するため、より快適に日々を過ごすことなど、これまでの研究によって、多岐にわたり証明されている。

心臓リハビリテーションには以下のような効果がある³⁾。

- ・運動能力・筋力の向上により、日常生活で狭心症や心不全の症状(息切れなど)が軽くなる
- ・筋肉量が増えて楽に動けるようになり、心臓への負担が減る
- ・心臓の機能が良くなる
- ・血管が拡張しやすくなり、身体の血液循環がよくなる

- ・動脈硬化の進行速度が低下し、動脈硬化性プラーク（血管の壁の盛り上がり）が小さくなる
- ・血管が拡張して高血圧が改善する
- ・インスリン作用が改善して血糖値が改善する
- ・自律神経活動が安定して不整脈発生の予防になる
- ・運動を行うことにより仕事や家庭生活、社会生活の満足度が高くなる

【心臓リハビリテーションの継続（急性期から維持期まで）】

心臓リハビリテーションは、急性心筋梗塞の発病や心臓手術の手術日から1～2週間を「急性期心臓リハビリテーション」と呼び、この時期、集中治療室や一般病棟で洗面、排便、シャワー浴、廊下歩行など身の回りの動作が安全に活動できるようになることが目標となる。急性期の治療とともに、段階的に身体活動量を増やし、心臓機能評価の検査や、生活指導、禁煙指導を行う時期である。

発症から2～3か月間は「回復期心臓リハビリテーション」と呼ばれ、この時期の目標は、退院して社会、または職場に復帰することとなる。心臓リハビリテーションを実施する場所は、入院中の病院から「外来通院」や「在宅」へ移行する。回復期心臓リハビリテーションの内容は、運動負荷試験などの機能評価検査、積極的な運動療法、さらにカウンセリングなどであり、復帰の問題や社会へ復帰する不安などの心理的問題、食事療法など多種多様なアプローチを実施する。

社会復帰した時点で、心臓リハビリテーションが終了することはなく、回復期に引き続き、生涯にわたる「維持期心臓リハビリテーション」を実施することで生命予後延長等の効果を認めることから、心臓リハビリテーションは継続が必要である。

維持期心臓リハビリテーションは、在宅あるいは地域の運動施設などで、運動療法をする一方、二次予防、つまり再発予防のために食事療法や禁煙を続け、この時期の目標は「生涯にわたる快適な生活の維持」となる⁴⁾。

【心臓リハビリテーションによる生命予後延長効果】

虚血性心疾患の長期予後について、心臓リハビリテーションの長期予後改善効果に関しては、Taylor らが48編の無作為割り付け試験における8940例を対象としたメタアナリシスを実施し、運動療法を中心とした心臓リハビリテーションにより、虚血性心疾患患者の総死亡率が通常治療と比較して20%低下し、心死亡率が26%低下すること、また非致死性心筋梗塞発症も21%減少傾向を示すことを報告している⁵⁾。

参考文献

- 1) 日本心臓リハビリテーション学会ステートメント：<http://www.jacr.jp/web/about/statement>. 閲覧日 2021/02/23.
- 2) 心臓病の基礎知識—心臓リハビリって何？ Q.1—：<http://www.jacr.jp/web/faq/q117/> 閲覧日 2021/02/23.
- 3) 心臓病の基礎知識—心臓リハビリって何？ Q.3—：<http://www.jacr.jp/web/faq/q119/> 閲覧日 2021/02/23.
- 4) 心臓リハビリテーション入門：<http://www.ncvc.go.jp/cvdinfo/pamphlet/heart/pamph50.html> 閲覧日 2021/02/23.
- 5) 心臓リハビリテーション：エビデンスと展望：http://www.jcc.gr.jp/journal/backnumber/bk_jjc/pdf/J033-1.pdf. 閲覧日 2021/02/23.

自立と社会参加のための機能回復をめざして

鳥居昭久 東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 理学療法学科

リハビリテーションの目標は、心身に障害を有する人がその障害を克服し、基本的な生活機能を身に付けて日常生活で自立、そして家庭での役割や、就業や就学など社会参加できることである。その際に、何らかの人的もしくは物理的な介助を用いたとしても、日常生活上も、社会的にも自立することを目指している。そして、たとえ障害が残存したとしても、QOL (生活の質=Quality of life) を少しでも向上させ、その人らしい生活 (人生) を送れるようにすることが望まれる。

リハビリテーション過程の中で、回復期は、急性炎症が収まり、全体として病態が落ち着きつつあり、疾患や外傷が治癒に向かう時期である。そして、この時期は身体機能も改善に向かう時期でリハビリテーションとしても重要な時期である。この身体機能の改善をより加速させ、疾患 (外傷) 前の状態にいかにつづけることができるかは、この回復期にどれだけの理学療法アプローチを展開したかによる。したがって、回復期は、運動療法を中心とした積極的な理学療法に取り組まなくてはならない時期である。

回復期における理学療法は、ICF の障害分類における“機能障害”や“活動制限”が主な対象となり、その具体的な目的は、基本的動作を回復させるとともに廃用性症候群を予防すること、社会生活復帰に向けた全身的な体力を回復すること、これらに加えて日常生活の基本動作能力を回復させることである。そして、最終的なゴール (日常生活自立、就業・就学などの社会的自立) を念頭に、それぞれに必要な活動能力の獲得を目指したアプローチが理学療法には必要になる。

機能障害への理学療法アプローチとしては、①障害された部位の運動機能を可能な限り元のレベルまで回復を図ること、②障害されていない部位による効率的な代償能力を高めて病前とは別の方法で活動能力を獲得し、自立をめざすこと、の二つのアプローチに大別される。

従来、脳卒中などの発症後、約6~12ヵ月程度で身体機能の回復が鈍くなるとされている。この時期は回復期に相当し、理学療法による機能回復の効果が最も高い時期である。この時期に、①のアプローチにより、いかに障害された運動機能を回復させるかが重要である。一方で、一旦障害された中枢神経そのものは、解剖学的にも生理学的にも、その構造や機能が完全に回復するのは困難とされ、②のように、残存機能から、有効に使える代償能力を引き出すのも、この回復期では重要である。そして、これらの改善が、維持期以降、自立と社会参加のためのアプローチの基礎となるのである。

近年、脳科学研究の臨床応用や、再生医療の研究が進み、運動療法による身体機能回復のエビデンスが強固なものになってきた。それにより、理学療法 (運動療法) の重要度はさらに増している。これらを背景にして、特に急性期から回復期における期間において、積極的な理学療法を展開することが、身体機能の回復を促進し、その結果として活動能力が向上、障がい者における自立や社会参加の実現を促進することにつながっている。

診療報酬（身体障害領域）からみた作業療法士の役割と課題

佐藤 章 東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 作業療法学科

理学療法と作業療法が、診療報酬として初めて認められたのは1972年であり、その時の名称は「整形外科機能訓練」「身体障害者作業療法」であった。その後数回の名称変更を経て、1992年に「理学療法」「作業療法」の名称となる。この年の医科点数表第7部リハビリテーション〈通則〉に「リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復を目的とした作業療法（略）」とあり、これは「理学療法士及び作業療法士法」（1965年）の作業療法の定義とほぼ同様である。その後1996年に病棟ベッドサイド等承認施設外での作業療法の請求が可能となり、作業療法士も急性期リハビリテーションへの対応が求められるようになる。2000年には、主にADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的とした回復期リハビリテーション病棟が制定され、作業療法士がそれまで以上に回復期リハビリテーションに関わることが求められるようになる。2001年に世界保健機関（WHO）が、国際生活機能分類（以下ICF）を提示し、人の健康は、心身機能・活動・生活の3つのレベルからなる生活機能と、環境・個人因子の2因子からなる背景因子が相互に影響しあって構成されており、これらの相互関係を把握したうえで人の健康状態に対応する必要性を示した。そして2002年に設けられた「リハビリテーション総合計画評価料」に、3つのレベルの用語が用いられることになる。この年の医科点数表第7部リハビリテーション〈通則〉に「リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、（略）いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的（略）」とあり、作業療法士の役割として、より広範囲の対応が求められるようになる。2006年に「理学療法」「作業療法」に代わり「疾患別リハビリテーション」が導入されるが、2016年の診療報酬改定において、当該保険医療機関外でも一定の条件下で疾患別リハビリテーションとして認められるようになり、その内容は、実際の場合で行われる移動手段の獲得・職業への復職の準備・家事能力の獲得である。このことは、診療報酬上でも心身機能・活動レベルにとどまらず、さらに生活レベルまでの対応が、作業療法士に求められるようになったことを示している。

また、2020年4月版の医科点数表によると、作業療法関連のリハビリテーション料は、心大血管疾患・脳血管疾患・廃用性症候群・運動器疾患・呼吸器疾患・難病患者・障害児者・がん患者・認知症患者・リンパ浮腫等の疾患を対象とし、作業療法士は様々な疾患を有する人々を対象とすることを求められている。

以上より、診療報酬からみた作業療法士の役割として、急性期及び回復期リハビリテーションへの対応が求められているが、その内容は、診療報酬の変化と共に、多様な疾患を有する様々な人々を対象とし、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰への対応から、実用的な日常生活における諸活動の実現への対応、実際の場合における移動手段の獲得・復職の準備・家事能力の獲得への対応へと拡大し、ICFを基本とした対応が求められていると言える。そして重要なことは、これらの対応が生活の場へ継続されることである。すなわち、診療報酬からみた作業療法士の重要な課題は、退院後の生活期リハビリテーションへの円滑な移行を如何に行うかということであり、今まで以上に、既存の各種制度やサービス等の理解と活用、関係職種や関係領域との協力、さらに新しいシステムの構築等に関わること等が挙げられる。

回復期から生活期への橋渡しとしての作業療法士の役割

近野智子 東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 作業療法学科

近年のリハビリテーション医学・医療の分野における重要なキーワードは、機能回復や障害の軽減の先にある「活動」である。2017年、日本リハビリテーション医学会はリハビリテーションを「人々の活動を育む医学」と定義した。リハビリテーション医学・医療の目的が、「活動」(ヒトの営みの基本)に着目し、その賦活化を図るという新たな捉え方が明確に示された¹⁾。また、作業療法においても、2018年、日本作業療法士協会は作業療法の新たな定義を、「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。」として定めた。生活行為とは、日常生活活動 (Activities of daily living ; ADL) と手段的日常生活活動 (Instrumental ADL ; IADL) 等を含んだ幅広い概念であり、国際生活機能分類における活動と参加に包含されるものである。

リハビリテーションは急性期、回復期、生活期の流れの中で行われるが、特に回復期は主にADLの自立と在宅復帰を目標として集中的にリハビリテーションが行われる。回復期リハビリテーションの効果指標として、Functional Independence Measure ; FIM が用いられる。FIM 運動項目合計点はADL自立度の目安を示すと言われており、70点以上の場合にはセルフケアの自立度が高く、70点未満では半介助または全介助レベルにとどまる。2019年度の回復期リハビリテーション病棟協会の報告書²⁾によれば、FIM 運動項目のADL利得 (回復期リハビリテーション病棟の入棟時と退棟時のFIM 運動項目の得点の変化) は、ADL自立度の高い患者群において約20%から60%に増加している。また、同報告書によれば、退棟時のFIM 運動項目得点と退棟時に自宅復帰後のリハビリテーションを行う予定との関係³⁾を見ると、退棟時FIM 運動項目70点未満の患者群は介護保険サービスの利用者予定が多いが、70点以上の患者群のうち55%は「リハを行う予定なし」と回答している。ADL自立度の高い患者群の半数近くは、在宅復帰後にリハビリテーションを継続して行っていない可能性がある。

一方、平成28年度診療報酬改定において、回復期リハビリテーション病棟では「生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充」がなされた。社会復帰を指向したリハビリテーションの実施を促すことを目的として、IADLや社会生活における活動の能力獲得のため、実際の状況における訓練が必要な場合には医療機関外におけるリハビリテーション (移動手段的獲得、復職の準備、家事能力の獲得) を1日3単位まで疾患別リハビリテーションの対象に含めることができるようになった。では、回復期リハビリテーションでIADLは向上しているのだろうか。野村ら⁴⁾によれば、回復期リハビリテーション病棟入院患者104名 (セルフケア自立群) を対象に、入院前と退院後のIADL実施頻度を改訂版 Frenchay Activities Index (FAI) を指標として質問紙調査を行ったところ、入院前のFAIに比べて退院後FAIはすべてのサブカテゴリーで有意に低下し、退院時予測FAIに比べて退院後FAIは有意に低下していた。つまり回復期リハビリテーションにおいてIADLを向上させる介入が十分行われていない可能性があることが示唆された。先に述べた2019年度の回復期リハビリテーション病棟協会の調査結果と合わせて考えると、在宅復帰後、セルフケアは自立して行えるが、IADLや社会生活活動が十分行えていない人たちがおり、リハビリテーション医学・医療が目標として掲げる「活動」への支援がまだ届いていない現状が窺える。特に作業療法士は「その人にとって目

回復期から生活期への橋渡しとしての作業療法士の役割

的や価値を持つ生活行為」の実現を支援する専門職として、回復期及び生活期のリハビリテーションにおいて重要な役割を果たすことが期待される。

引用文献

- 1) 一般社団法人日本リハビリテーション医学教育推進機構他(監修)：回復期のリハビリテーション医学・医療テキスト. 医学書院, 2018；2-8.
- 2) 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会：2019年度回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書, 2020；114-115.
- 3) 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会：2019年度回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書, 2020；141.
- 4) 野村めぐみ, 他：回復期リハビリテーション病棟患者における入院前と退院後の IADL 実施頻度と退院時に予測した IADL 実施頻度の比較. 作業療法. 2021；40(1)：12-20.

共生社会への途上 — 社会福祉(学)の貢献 —

柳澤孝主 東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 作業療法学科

【要旨】

本論は、共生原理の具現化や共生社会の実現へ向けて、社会福祉(学)はどのような貢献ができるのか、このことを問う一試論である。まずは、共生(社会)を語ることの危うさとリスクに触れ、にもかかわらず共生(社会)を語ることの必要性も説いている。その上で、理論と実践との関係を踏まえ、理論的な側面からは「共生福祉学」を構築するべく、その最低条件として、ノーマライゼーション、リハビリテーション、ボランティアの問い直しとそれらの関連性を明確にした。実践的な側面からは、「日常性からの社会福祉」を提唱し、その構成要素として、既知への問い、体験からの発想、生活の援助、それぞれの特性の輪郭を描き、「援助的かわり」という実践を通して、社会福祉の理念、基本原理、等の理論的側面を言語化・共有化・概念化することの意義を示した。むすびにおいては、本学・東京保健医療専門職大学の建学精神においても明示している“共生社会の実現”に当たって、これからの課題点を提示した。さらには一人ひとりの教職員それぞれが、どのような形で自立した一市民として、共生社会実現への道を歩むことができるのか、という課題も挙げた。

キーワード：共生社会、共生福祉学、体験の概念化、日常性からの福祉、自立

1. はじめに

筆者が最初に“共生”の言葉がつく仕事に従事したのは、1999年刊『新・社会福祉学—共存・共生の臨床福祉学を目指して—』¹⁾の分担執筆者の一員として参加したのが最初だった。その時はさして意にとめることもなく、淡々と自分の分担部分を執筆することに専念しているだけだった。20年以上経過した今日、“共生”あるいは“共生社会”は、時代のキー・ワードにふさわしいくらいの活況を呈しているといっても過言ではない。令和3年4月からスタートする社会福祉士・精神保健福祉士新カリキュラムに向けたテキスト作りにも従事していることから、この事態を無視してテキスト作りに勤しむことは許されない、と承知しつつ様々な思案を凝らしているのが現状である。また、令和2年3月から“共生社会”を建学の精神に謳った本学・東京保健医療専門職大学に赴任し、共生福祉論をはじめ、“共生”“共生社会”の名のつく科目を複数担当することとなっている。

こうした現状に鑑みて、“共生”“共生社会”に関する諸相を筆者なりに把握し、一定の整理を加えることなしに先に進むことはほとんど不可能となっている。“共生”や“共生社会”を明確に定義することは困難ではあるが、せめて一定の整理を加えて、教育活動や地域貢献等に従事・参加することが適切であると考えている。

本稿は、こうした筆者自身の現況を踏まえて、これまで辿ってきた社会福祉的諸活動の振り返りとその学問的裏付けの意味も含めて、“共生”や“共生社会”へ向けて社会福祉や社会福祉学はどのような貢献をしてきたのか、あるいはこれからしていくことができるのか、その展望を図るための第一歩として提示しておく

たいことを綴るものである。

2. 共生(社会)を語ること

“共生”や“共生社会”は、先にも指摘した通り、今日様々な分野・領域において取りあげられている。地球温暖化をはじめとする環境問題に着目し、自然との共生が語られる場合もあれば、グローバリズムの進展に伴う多民族多様性の共存・共生が語られる場合もある。現代日本社会の喫緊の課題を含む高齢化、家族の多様化、との関連で、共生社会への道筋をつける必要性もあるという。これらの事柄を含む、外国人、障害者、貧困者やホームレス等の社会的に排除された存在、男女間、世代間、人種間に見られる格差、分断等の社会的問題、これらに向けて私たちの対人関係や社会のあり方はどのような手立てをもって歩んでいったらよいのだろうか、“共生”や“共生社会”が様々な分野で用いられている背景には以上の問題意識から発したものが多いのではないだろうか。

他方で、“共生”や“共生社会”という言葉は、現状の社会情勢や社会問題を克服し、近い将来にその実現を目指していくための対人関係・社会関係像、あるいは来るべき社会のあり方を集約的にそして象徴的に表している場合もある。一種の目標概念あるいは理念として掲げ、現行の社会システム、社会制度、社会資源を問い直し、必要に応じて組み換え再編成し、全体としての社会を更新していくためのシンボリックな役割を担っている側面も無視できないだろう。

“共生”や“共生社会”が幅広い領域・分野で重用され話題に上ることの良し悪しは、それこそ様々な観点から取りあげられても不思議はない。しかしながらそうした取りあげられ方とは次元を異にした次のような適切な指摘は、避けることなく、正面から受けとめ、それぞれの領域・分野において慎重に検討しておく必要があるだろう。

美学や現代アートを専門としつつ、障害者独自の身体的世界を、その体験的インタビューを通して描いている伊藤亜紗は、多様性、ダイバーシティ、共生という言葉に触れ、次のような見解を示している²⁾。

第一に、多様性やダイバーシティという言葉が重要なことを指していることは間違いないけれど、これらを強調すること、尊重することを訴えるだけでは不十分であると指摘する。どういうことか。多様性という言葉は、現在の状態を語る一つの状態概念であり、ではこの状態をどうしていったらいいのか、という展望まで語る言葉ではない。多様性を強調することや、多様性の尊重を訴えることは、解釈の違いによって「みんなちがって、みんないい」という金子みすゞの詩も「それぞれみんな違う存在なのだから、やり方も違うし、お互いに干渉するのはやめましょう」ということになりかねない。より大きなレベル、たとえば国家的レベルで考えても、二百数十年前に多民族国家として出発したアメリカ合衆国は、多民族間の差別の問題や、主義主張の違いによって、21世紀に突入した現在でも、“分断”の危機は免れられていない。経済的格差をはじめとする格差の問題は、拡大の一途をたどっている。もちろんこれらの問題をすべて一緒にたにして誇大視する必要はないけれども、多様性を強調したり尊重したりすることは、分断や格差の問題と紙一重にあることを認識する必要があるだろう。

第二に、第一の言葉の一人歩きの危険性を防ぐためにも、多様性等の言葉をできる限り具体的な状況との関連において語ることが求められる。例えば、男性は攻撃的だ、女性はおしゃべり好きだ、同様に、高齢者は…、障害者は…、子供は…、といった具合に、男性一般、女性一般、高齢者一般等々からしか物事や事態を語ろうとせず、少しも具体的な状況とのかかわりの中から事態を把握しようとしなければ、それらは思い込みや先入観、誤解、悪くすると偏見や差別にまで発展しかねないのである。多様性やダイバーシティを語る際にも、一般論からしか事態を語ろうとしない態度は、思わぬ先入観や偏見に陥ってしまうリスクを認

識しておく必要がある。もちろん、一般論を頭ごなしにすべて悪だと決めつけようとは思わない。具体的な状況を語り合う中から、男性の傾向、女性の傾向、等々を見出すことはあるだろう。場合によってはこれまでの一般論や一般的傾向とみなされていたものを修正する必要も出てくるかもしれない。大切なことは、一般論から始まって一般論で終わってしまう危険性から脱して、具体的状況の中で言葉や事象を検討していく姿勢であると言えよう。

第三に、個(人)の多様性を認め合えるかどうか、ということが指摘される。筆者は、大学の教員である。学生にとっての教員ではあるが、一定の研究分野における研究者でもある。家に帰れば二人の子供の父親でもあるし、妻にとっては夫である。春になれば、週末は都内の野球場に出かけ野球観戦を楽しむ野球愛好家である。山歩きを好むトレkkerでもある。文字通り、多面的側面・多様性を保持する一個人である。筆者に限ったことではない。妻の多様性も、二人の子供の多様性も知っているし受け容れてもいる。家族のメンバーそれぞれの多様性を知っており受け容れている、ということが可能なのは、日常的に彼らとのかかわりがあるからである。それでもときどき、妻にはこんな側面もあったのか、子供たちにこんなことができるのは驚きだ、という事象に出会う。個人の多様性を認めるとは、互いにかかわりあう中で、見えていない側面やその可能性をも認める、そういったことを含むのだろう。

伊藤は、多様性やダイバーシティという言葉の孕む危うさやリスクを、こうした三つの側面に集約して説明している。本論の趣旨である社会福祉(学)からの貢献という側面から、若干の考察を加えておこう。

第一の側面に関しては、社会福祉は1940・50年代からノーマライゼーション(normalization)という原理を掲げてきた。障害者が普通の暮らしをしていくために、障害者と健常者との関係のあり方や社会のあり方を根本的に問うていくことが必要である、こういった考え方が命題となったのである。障害者と健常者という比較的限られた脈絡の中ではあるが、それぞれの存在や暮らし方の違いは存在するものの、それらを認め合った上でともに生活していくことの可能性をも投げかけていることが見て取れる。詳しくは後述に譲る。

第二の指摘に関しては、「援助的かかわり」を基本あるいは前提とする社会福祉(学)にとって極めて重要なことを含んである。「援助的かかわり」という具体的状況下における実践の中では、援助者と被援助者の役割上の違いは明確なものである。この違いを踏まえ、さらにはそれを越えていく努力も必要になることもあるだろう。援助者にとっての陥穽は、高齢者は…、障害者は…、クライアントは…、患者は…、といった単なる一般論にあるわけではない。むしろ、過去に援助者その人自身がかわった、あのお年寄りはこうだった、あのクライアントにはこうしたら効果があった、あの患者にはこうした試みをした、だから同じ病気のこの人にはこういうことが有効だろう、こうした類いの類型的一般論の中にある。この類いの枠組みの中でしか、目の前にいるクライアントや患者を捉え切れなかったら、当のクライアントや患者はどのように感じるであろうか。不安に陥る人がいるかもしれない。あるいは十把一絡げにしか自分のことを見ていない援助者に腹を立て、信頼関係どころではなくなるかもしれない。こうした事態を防ぐために、援助者は、似たようなクライアント・患者であっても、それぞれの背景や生きる意味の異なる、それぞれ別個の個人である、といった個別化(individualization)の態度を大切にしている。社会福祉の特性においては、こうした個別化の態度を、一つの領域にとどまらせないで、他の領域の援助者や担当者と連携・協働して、領域間個別化の姿勢で援助を展開していく。

第三の指摘に関しては、上述の個別化や領域間個別化の姿勢を大切にするとともに、受容の姿勢で相手へとかかわる。個人の多様性、潜在的可能性、場合によっては無限性へと開かれる特性を、「まるごとのあなた whole self」³⁾として引き受け、認めていく姿勢は、社会福祉の実践的側面を代表するソーシャルワークの世界では、受容あるいは受け容れ(acceptance)の姿勢としてよく知られている。

もちろん、伊藤の指摘する多様性、ダイバーシティ、共生等の言葉を語ることの危うさやリスクを、社会福

社やソーシャルワークの原理・原則によってすべてを克服していけるとは限らない。社会福祉論者・研究者の中には、具体的状況を踏まえず、原理・原則、あるいは理念や一般的理論でもって、私たちが置かれている現実世界を語り切れると固く信じている者も皆無ではない。しかしながら、少なくとも「援助的かわり」を基本とし前提とする援助者や研究者は、「援助的かわり」という具体的状況の中で、ノーマライゼーションや個別化(領域間個別化)の姿勢・あり方を具体的に問い続けている存在でもある。こうした芽が存在する限り、共生や共生社会へ向けて、社会福祉(学)の貢献の可能性を論じることはあながち無駄なことでもないだろう。

3. 理論と実践

理論と実践の問題は、古くて新しい問題である。そして何よりも、絶えず問われ続けていかなければならない問題である。ここで本格的にこの問題を取り上げ二つの関連性等を適切に指摘する余裕はない。というよりも筆者にはその力量がない。にもかかわらずここでこの問題に触れておきたいのは、すでに指摘した通り、社会福祉に関連するいかなる営みも、「援助的かわり」という実践を基本あるいは前提としたものであるが、それでは基本原理や理念、概念等を含む理論的検討をないがしろにしてもいいのかというと、決してそんなことは言えないからである。ここでは、すでに格言に近い理論と実践にかかわる言葉を挙げ、それに関連する社会福祉におけるある言明とエピソードを紹介しておく。

「実践なき理論は空虚であり、理論なき実践は盲目である」。筆者がこの言葉を最初に目にしたのは、恩師の心理学者早坂泰次郎の著『人間関係学』⁴⁾の扉裏にて、社会心理学者クルト・レヴィン(Levin, K.)の言葉として表示してあるのを目にした時だった。その後、インターネット等で検索してみると、レヴィンだけが残している言葉ではなく、古くは、ドイツの哲学者イマヌエル・カント(Kant, I.)や20世紀に入ってから経営学の世界で著名なピーター・ドラッカー(Drucker, P.)も同趣旨の言葉を残していることを知った。正確に誰がこの言葉を残したのかを詮索するよりも、少なくともそれぞれに学問分野が異なる三人のその道の大家が同趣旨の言葉を残している事実の方が大切である。それほど理論と実践の問題は大切であり、この両者は言ってみれば、車の両輪を形成する間柄にあるということである。

社会福祉の領域でもこのことに触れる言明やエピソードがあるが、ここで繰り返し指摘しておきたいことは、社会福祉(学)は、「援助的かわり」という実践を基本にしている営み、あるいはこの実践を入り口・前提にした営みであるということである。さらに、こうした実践を通して、あるいは実践をしている中で、原理や理念、理論的なことを問い続ける営みであるということである。もちろん車の両輪としての両者の存在は欠かせないのであるが、実践を通して理論的なことを問い続け、修正の必要があれば修正し、次なる実践の道標にしていく、こういった姿勢を大切にすることが社会福祉には求められている。

足立叡は社会福祉における理論と実践の関連性を“体験の概念化”という極めてシンプルな言葉で示している⁵⁾。シンプルな言葉ではあるが、社会福祉における理論と実践の関連性と両者の関係の意味を、例えば社会福祉の実習という実践活動のなかでの学びとして挙げ、その深化も図っている。

社会福祉の現場実習を経た複数の学生が自らの実習体験を報告するグループ・スーパービジョンの会合が開催される場合、肝要なことがいくつかある。報告する学生はまず、体験報告を既存の概念(専門用語)や理論にとらわれることなく、自分自身の言葉で自らの体験を発表する。利用者(クライアント)とのかかわり、そこには失敗したこと、感心させられたこと、学んだこと、実習指導者からのアドバイス等も含まれる。まずは報告者である学生は、自らの実習体験を明確化し言語化することが求められる。ここで重要なことは、再度指摘することになるが、自分自身の言葉で明確化・言語化することになる。出席している他の実習

体験学生からの意見、感想、質疑応答、その他のコメント、実習担当教員からの指摘、確認、アドバイス等。これらを経て、報告された学生の実習体験を多角的・多面的に検討することが可能となり、と同時にコメントした学生の実習体験との異同を問うことも可能となる。併せて実習体験の共有化へと向かう。当の実習報告を行った学生はさらに、グループ・スーパービジョンによって得られた発見や気づきを考察する機会を得ることになる。その際には、今度は、既存の理論や概念、基本原理・原則等も参照しながらの考察ということもあるだろう。そして場合によっては、既存の理論等が自身の実習体験という実践と噛み合わないことがあったり、そぐわないこともあるかもしれない。こうした一連のプロセスそのものが“体験の概念化”というものであるが、場合によっては既存の理論等を修正していく力に発展していくこともあるかもしれない。

ここで紹介した“体験の概念化”という過程は、社会福祉における理論と実践の関係を表すものの一例であるとともに、学生の実習体験という実践だけにとどまらず、「援助的かわり」という実践を旨とする社会福祉実践全般にとって重要なことである。なぜならば、自身の長年にわたる社会福祉実践という経験だけを頼りにして、社会福祉研究による知見や理論を排除してしまう経験主義的援助実践者は皆無とは言えない。“理論なき実践”のリスクに対して背を向けている社会福祉の現場スタッフは決して少なくないという現状がある。また、最新の知見や理論、モデル、あるいは情報を参照するのはいいのだが、それら知見、理論、情報に照らされた現実しか見ない、いわば知的合理主義的な援助者も時に見かけられる。ギリシア神話に登場する“プロクルステスの神話”(ギリシア神話に登場する逸話。ここでは、科学者が学説に忠実であろうとして、学説に当てはまらない部分は、生きた人間からはみ出た部分を切り捨ててしまう喩のこと)⁶⁾の現代版である。“実践なき理論”という机上の空論の虚しさに一刻も早く気づいてほしい存在でもある。

こうしたタイプの社会福祉援助者の数は決して多くはないが、実際に見かけられる現状からも、“体験の概念化”の必要性を考えないわけにはいかないし、できればそれを警鐘としてとらえ、適切な援助の組み換えなり更新へと展開してほしいものである。

4. 「共生社会学(論)」の条件

前節において、社会福祉における理論と実践の問題を取り上げた。“共生”や“共生社会”へ向けて社会福祉学が一定の貢献ができるとしたら、社会福祉領域における“共生”“共生社会”のとらえ方を示し、共生福祉学の構想のための条件を提示しておくことが大切ではないかと考えている。ここでは、社会福祉の基本原理や理念に関連する軌跡を簡略に辿り、理論的側面の支柱となっている三つの考え方を以下の通り順次要点のみを整理する。

① ノーマライゼーション

ノーマライゼーション(normalization)とは、デンマークで制定された「1959年法(ノーマライゼーション法)」に記述された理念である。この制定には社会省のバンク・ミケルセン(Bank-Mikkelsen, N. E.)が尽力した。彼は、第二次大戦中にナチスドイツに捕らえられ収容所生活を送っている。戦後、社会省に入った彼は、一般国民と知的障害児の生活が信じ難いほどかけ離れており、知的障害児施設における生活は人権侵害であるとする親の会の訴えを聴く機会を得た。知的障害児の入所生活に、自身の収容所生活での生活と同様のものを見立てた彼は、「障害がある人たちに、障害のない人々と同じ生活条件をつくりだすこと」⁷⁾が肝要であると考え、ノーマライゼーションの理念を提唱した。

ほぼ時を同じくして、スウェーデンのニリエ(Nirie, B.)もノーマライゼーションの理念を唱え、スウェーデンでも1968年にデンマークの「1959年法」と同趣旨の法律が誕生した。ニリエによるノーマライゼーションは、「社会の主流となっている規範や形態にできるだけ近い、日常生活の条件を知的障害者が得られる

ようにすること⁸⁾と定義された。親しんできた地域社会で暮らし、そこから通勤・通学し、余暇は趣味に精を出す。こうした日常生活のリズムがノーマルに刻まれ、知的障害者の要望や自己決定の表現に相応のノーマルな尊敬が払われ、経済生活や環境の水準がごくノーマルであることなどが障害者の権利として保障される必要がある、と主張した。

ヴォルフエンズベルガー (Wolfensberger, W.) は、ノーマライゼーションの理念を北米やカナダで広めた。バンク-ミケルセンやニイリエが、社会環境や生活条件を整えることによって個人が暮らしやすくすることを目指したのに対して、ヴォルフエンズベルガーは、障害者個人の能力を高めることや社会的イメージを向上させることに重点を置き、後にソーシャル・ロール・ヴァロリゼーション (social role valorization: 社会的役割の維持)⁹⁾ という考え方を提唱した。これは、個人の側の諸能力やイメージを高め、既存の社会への適応の方向へと舵を切る、適応主義的なノーマライゼーションという考え方の推進ととれるものであった。

代表的な三者のノーマライゼーション理念の考え方を紹介したが、時を経るに従いそれぞれの考え方も変化していった。北欧二人の考え方は当初、知的障害者の生活をできる限り一般国民の生活と同等のものとしていく姿勢が見られた。ここには「ノーマライゼーションの同化的側面」¹⁰⁾ が芽生えていると言えよう。ヴォルフエンズベルガーの考え方はこれをさらに徹底させ、障害者個々人の能力を高めイメージを高揚させていくことがその QOL を高めていくことに貢献することを主張した。「ノーマライゼーションの同化的側面」をより徹底した、既存の社会への適応主義的ノーマライゼーションを展開させていった。

これに対して、特にバンク-ミケルセンは、1970年代頃から知的障害者の「平等・権利獲得の原則」「市民権獲得の原則」を唱え、「ノーマライゼーションの異化的側面」¹⁰⁾ に注目し、「いかなる少数派も尊重し、多様性こそを認め合いつつ共生しうる社会、他と異なる独自の価値観や生活様式をもつ少数派であることに互いに誇りをもっていきいきと生きることができる社会を実現することを重要な社会目標にかかげている理念」¹¹⁾ へと転換させていった。

「ノーマライゼーションの同化的側面」は、既存の「社会におけるノーマライゼーション」(normalization in society) を意味し、社会均衡モデルとでも表現できるようなものに連なっていくものであろう。それに対して「ノーマライゼーションの異化的側面」は、既存の社会を変革していく「社会(そのもの)のノーマライゼーション」(normalization of society) に向かうものである。社会改革論や社会改革モデルへと連なるものでもある。現代に求められる“共生原理”や“共生社会”へと展開していくものは、言うまでもなく後者の「ノーマライゼーションの異化的側面」ということになる。

② リハビリテーション

リハビリテーションという言葉を目にすると、脳血管障害による後遺症や交通事故で負った四肢機能障害などの機能回復等、どうしてもフィジカルな次元における機能回復訓練などをイメージしがちである。しかし、このように限定された意味で理解されるのは、世界的には稀である。語源的に rehabilitation という語は、re(再び)とラテン語の形容詞 habilis(相応しい、適した、英語の fit に相当)、～ation(～にすること)から成る合成語である。整理して文字通り把握すると、「再び相応しい(適した)状態になること、あるいはすること」(to make fit again)となる。habilis や fit のもつ「人間として相応しい」「人間らしい」というニュアンスからすれば、リハビリテーションとは、一人の人間として相応しい権利、資格、名誉、尊厳などが何らかの理由によって一時的にでも喪失されたその当人へと、その失われたものなどが回復されることを意味する。したがって、欧米社会では「師匠からの破門の取り消し」「無実の罪の取り消し」「名誉の回復」「機能回復」「障害者の社会復帰」などと、その意味するところは幅広く理解されるのが一般的である。そして、障害者について限定的に用いられる場合であっても、「個々の身体部位の機能回復のみを目的とするのではなく、障害を持つ人間を全体として捉え、その人が再び『人間らしく生きられる』ようにすること、すなわち“全人間的復権”

を究極的な目標とする」¹²⁾ ことである。

さらにより掘り下げて考えてみると、障害者に限らず、人間であるならば誰でも避けられない事実にまで目を向けることも大切である。“病気”“老い”“障害”“死”といった事象は、人間にとっては避けられない事実であるにもかかわらず、健康に日々を過ごしているときはまるでそれらは存在しないかのように私たちの多くは振舞っている。そうして、いざ病いに罹った時、障害を負った時、老いや死がすぐそこに迫った時、私たちの多くは慌てふためき過度の不安に慄くしかなくなってしまう。人間にとって避けられない事象であるならば、たとえ病気や障害、老いや死といった一見否定的な事実であっても、それらから目を逸らさず、むしろ引き受けていく姿勢を通して学ぶことさえ可能になってくる。医学的には病気に罹患している人間は健康とは言えないけれども、病気という人間的事象から目を背けることなく引き受けて生きる人間の姿は、真の意味で“健康的”に生きている姿であるとは言えないだろうか。このいわば、「人間のリハビリテーション」は、先述した“全人間的復権”と並んで、人間にとってなくてはならぬ営みであると言える。

③ ボランティアリズム

近年頻発している自然災害に際して、ボランティア活動の躍進は誰もが認めていることであるし、これからもその促進が期待されることである。ややもするとその無償性にばかり目が向けられがちであることも否定できないが、不幸な事態に巻き込まれ呻吟する人々に向けて何かできることはないかと暗中模索を繰り返しながら自分にできることから始めるボランティア活動は、他の誰彼から命令・強制されるものではなく、自ら進んで、自発的・主体的に取り組むからこそ意味のあるものとなっている。そして、この自発性・主体性こそがボランティア活動の本義であり中心的支柱でもある。ボランティア (volunteer) やボランタリー (voluntary) の語源はラテン語の *voluntas* や *voluntarius* にあり、自由意志や自ら進んで行うことを意味していた。国際的には、自発的に行動すること、という位置づけでこの言葉は使われている。語源的意味からしても、その本義とするところは、自ら進んで行う行為全般、あるいは事象や事態に自発的・主体的に取り組む人間の態度・姿勢そのものを指し示すものである。これらを支える基本的考え方や理念・信念が、ボランティアリズム (voluntarism) といっていいたいだろう。

ではどうして困難な事態へと、場合によっては危険性さえ伴う事態に、自ら自発的・主体的に取り組むことが可能になるのだろうか。どうしてこのボランティア活動は称賛を得ているのだろうか。様々な理由を憶測することは可能であるが、行きつくところは、自分の身近なところ起こっても不思議ではないこと、地震や水害等の自然災害、公害や原発事故等人災の絡むこと、これらは日本社会に暮らしていればいつ身近なところで発生しても不思議ではないことである。決して他人事として見て見ぬふりをして済まされることではない。そうであるからこそ、自発的・主体的に取り組むことができる、あるいは取り組まざるを得ないこととは言えないだろうか。この主体的取り組みに様々な理由からそれができないでいる者は、場合によっては、ある種の“うしろめたさ”¹³⁾を抱え募金活動等の寄付行為にもつながっているとの指摘も、決して的外れなものであるとは言えない。なぜならば、我が事としてのボランティア活動とこの“うしろめたさ”とは、人間としての行為や姿勢の裏表の関係にある事象としてとらえることが妥当であろうから。

本義である自発性・主体性に支えられながら、災害被害者やボランティア仲間等との絆・つながりを築き (社会性・連帯性)、代価では換えられない (無償性) 諸行為のかけがえなさが大きな称賛を得るところにまで発展していくのだろう。さらには、しばしば見かけられる既存社会のシステムや制度では対応しきれない事象にも、積極的に取り組み、苦労を経ながらも工夫していく姿勢 (創造性) には、既存社会を更新していくイノベーションとも言うべき芽さえも発している場合が少なくない。災害を乗り越えていく力は、災害からの復興 (レジリエンス: resilience) という主張・運動となり、ボランティアリズムとの関連において語ることも欠かせない。

以上三つの社会福祉に関連する理念・基本原理を概略してきたが、これら三つはそれぞれ互いに無関係に成立しているわけではない。ノーマライゼーションの異化的側面は、「社会のノーマライゼーション」を要請し、既存の社会を変えていく力にもなる。当初は、障害者と健常者とのかかわりの中で考えられていたノーマライゼーションは、時を経て、障害者だけではなく、社会的マイノリティを含む社会的弱者全般にまで展開し、現在では、生活者一人ひとりの存在を独自の存在として認め合う方向にまで発展してきた。生活者一人ひとりを見ていけば、形はそれぞれに異なるものの、それぞれが自らの内に多様性や可能性を保持する「まるとの自分(whole self)」であることを自身も認め、家族や地域社会、友人、場合によっては援助者との関係の中で認め合う、といった「社会のノーマライゼーション」は、生活する主体であれば誰にとっても不可欠なことである。

不可欠なことの中には、避けることのできない病気や老い、障害、死も含まれる。「まるとの自分」にとって欠かせない事象であるならば、それらを避けるのではなく、引き受け見極めることでしか、人間にとっての意味、生きる意味が見出せないのである。こうして「人間のリハビリテーション」は生きる意味を見出していくためには必要なことである。

と同時に、「社会のノーマライゼーション」は、ここにおいて具現化されるものである。逆に、既存の社会通念や社会的偏見から脱するといった「社会のノーマライゼーション」が存在してこそ「人間のリハビリテーション」は可能になる。両者はこの相互関連性の中であって、互いに他の存在を欠かせないといった関係にあるのである。

さらに、この両者は、決して、他人事ではなく、生活者であるならば誰にとっても、我が事として、当事者として取り組んでいかなければ意味のない取り組みになってしまう。災害時の復興においては、言ってみれば「社会のリハビリテーション」とも表すべきレジリエンスの発想がなければ、そこで暮らす人は新たな地域社会の中で生き直すことが困難になってしまう。災害によって破壊されてしまった地域社会は、元通りに復元させる復旧のあり方だけでは、暮らすことが難しい人が数多く存在する。元通りに戻せないことの中には、建物をはじめとするハードの部分も含まれるが、多くは家族関係や地域社会におけるメンバー間で構築してきた対人関係が占める。災害を機に、ただでは転んでいない、生き直すレジリエンスの発想が必要なのはこのためである。ボランティアの創造性という特性の中には、既存の社会を刷新していく可能性も蔵している。「社会のノーマライゼーション」は、既存を越えていく創造性の力が必要であることは言うまでもないだろう。

5. 「日常性からの社会福祉」の提唱

これまでも何度か指摘してきた通り、社会福祉(学)は、「援助的かかわり」をその基本として発展してきた(学問的)営みである。現代的な社会福祉は、社会的弱者をその対象とする営みから、社会を構成する生活者全般の生活への援助(支援)を実践する営みへとシフト・チェンジしつつある。このことは、援助する側、援助される側の区別以前に、生活者たる存在の生活そのものにおける実践のあり方が問われ、その問われ方次第によっては援助者であった者も援助が必要な存在に転換し得る、ということの意味する。一層身近な私たち自身の生活が問われ、援助者・被援助者の相互転換性という性格からすれば、私たち自身にとって身近で当たり前になっている生活そのものを問う中に、生活者への援助のヒントがあり得るということでもある。ここでは、身近であるがためにかえって見えにくくなっている私たち自身の生活へ向けての①既知への問い、という試みをまずは提示する。次いで、上述の生活における様々な体験を明確化する試みとして②体験からの発想、ということに触れる。そして、③生活の援助、ということのいくつかの特徴を示しておく。これ

らは、前節で指摘したボランティアリズムにおける、他人事ではない我が事としての当事者の日々の実践活動の中に意味を見出す試みだともいえる。

① 既知への問い

たとえば、家庭内や家族関係において、当たり前のこととして自明視されやすいのはどんなことだろうか。家族のメンバーが血縁関係で結ばれているということは、通常は問われずに当たり前のこととしてそれぞれが暮らしている。家族であれば言い争いは家庭内で様々にあるけれど、少なくとも対外的・家庭外に向けては平穩無事であることが装われたり振舞われたりすることが当然のこととして受けとめられている。無意識的であれ意図的であれ、家庭内で幼い子供のしつけを行うことは当然のことと考えられているが、ある家庭内で日常的に行われているしつけの方法は、誰かからさして問われることもなく日常的な一行為の方法として実施されている。

それでは次のような問題が起きた時はどうすればいいのだろうか。子供がふとしたきっかけで、自分と親との関係は血縁関係ではなく、養子縁組によって成立した関係であることを知った時、同居している祖父母がともに、認知症の症状が進行し、介護が必要になった時、子供のしつけの方法が実は虐待に当たるかもしれないとわかった時。

家庭内や家族関係において日常的になっていることは、通常は問われることはない。逆に言えば、問われることがないから日常性の名に相応しいとも言える。これらの日常的自明性は、壊れかかったり、失われそうになったり、機能しなくなったり、という危機的状態になった時に初めて、その重要性、不可欠性が気づかれる場合が多い。しかも日常的に当たり前で自明的になっていることほど、私たちの家庭生活には欠かせない重要なこと、これなしには一日たりとも暮らしにくいものが圧倒的に多い。だとすれば、危機的状態や致命的になる前にいち早くそれらに気づく必要がある。「言うは易く、行うは難し」の典型例がここにはある。

誰も解明したことのない難問に挑む、こういったことに関して答えそのものを導き出すことは、言うまでもなく多くの困難が伴う。けれども、答えを出すことの困難は測り知れないものがあつたとしても、問いそのものを立てることは比較的容易である。これは「未知への問い」の大きな特徴である。

家族に関連することで、日常的に行われていて当たり前すぎる自明性の中に埋もれていること、毎日繰り返し行ったり体験したりすることに向けて、その意味では熟知していることに改めて「既知への問い」を立てることは、「未知への問い」とは対照的に、問いそのものを立てることが難しい¹⁴⁾。家族や家族関係に関する自明的になってしまっている問題に向けて「既知への問い」を立てていくためには、家族のメンバーのそれぞれが自由にそして正直に逃げずに、家族の諸事象や問題となっていることに、自立的に指摘し合うといった姿勢が求められる。しかしこれが困難であれば、第三者の介入も必要になるだろう。社会福祉専門職たるソーシャルワーカーの介入が必要になることもあるかもしれない。その際にソーシャルワーカーに求められることは、当の家族と“ともに”生きようとする臨床的視点に基づいて、その家族の抱えている問題を直視し、解決へと導いていくことである。それとともに、あるいはそれ以上に、家族のメンバーのそれぞれが、自分たちの抱えている問題を直視し、自らの表現で互いに問題を指摘し合える言葉と力を涵養していくことが必要となる。場合によっては、これまでの家族のあり方や家族関係を解体(脱構築：de-construction)し、新たな家族のあり方・家族関係の再構築(re-construction)も必要になってくるかもしれない¹⁵⁾。

② 体験からの発想

筆者はかつて福島県にある大学に勤務していた時、担当していた授業に震災語り部のAさんを臨時講師として招き、学生に地震の被災体験、特に津波に飲み込まれかなりの距離を流された体験を語ってもらったことがある。Aさんは当初、自身の津波体験を他の人に語ることには消極的だったという。はるか沖に真黒に染まった壁のような波を見つけ、妻と二人で逃げた。逃げる途中で80歳を超えていると思えた高齢女性に

出会い、津波が迫っていることを告げ、一緒に逃げた。にもかかわらず“黒い壁”に追いつかれ飲まれてしまった。気がついたら神社の赤い大きな鳥居の下に横たわり、妻の呼ぶ声で我に返った。高齢の女性は津波に飲まれた後しばらく行方が分からなかったが、後に遺体となって発見された。高齢女性を助けられなかったこともあり、自責の念に駆られた。この体験を語ることに消極的だった理由はここにある。消極的だったとはいえ、地元の小中学校からの依頼や隣県からの依頼を断り切れず、語っているうちに、「津波でんでんこ」¹⁶⁾という三陸地方の言い伝えに出会い、励まされもした。繰り返し震災語り部として自身の体験を「語る」中で、徐々に、失われたはずの、津波に飲まれてから神社の鳥居の下で目が覚めるまでの記憶もよみがえってきた。津波に飲み込まれてから束の間は、高齢女性の手を放さず頑張っていたが、自らの命も危ないと悟った時に、意図してかせずか、不分明なうちに手が離れていってしまった。津波がやや引いていったときにそこからやっとの思いで抜け出せ、必死になって鳥居の下まで走り至り、息も絶え絶えに倒れてしまったのだ。

筆者は、当初 A さんの記憶が失われた部分は、実は記憶を失ったのではなく、正確には記憶が混乱状態になっていたのではないかと理解している。繰り返し自身の体験を語る中で、混乱していた記憶が整理されてきて、失われたはずの部分も明確になり、語れるようになったのだと確信している。それでは、どうして混乱した記憶が整理され語れるようになったのだろうか。聴き手の存在が大きいのではないだろうか。一生懸命聴いてくれる小中学生。的を射た質問を送る大学生。時に涙をも拭わず共感してくれる隣県の一般人。A さんは、形は違っても、一心に聴く姿に何度も触れ、当初は自身の体験を語ることに消極的であったが、今は語り部を続けていくことに生きがいを感じているという。熱心に聴いてくれる姿に触れ、救われ、励まされ、勇気づけられているのだという。

考えてみれば、認知症高齢者へのナラティブ・アプローチ¹⁷⁾、セルフ・ヘルプ・グループにおける語り合いやヘルパー - セラピー原則 (helper-therapy principle)¹⁸⁾、精神障害者の当事者研究という試み¹⁹⁾、これらはそれぞれに対象となる相手も違ふし、領域も方法も異なる。共通することは、それらに参画する当事者同士の語り合い、耳を傾け合う聴く姿とその存在の力。精神科医として高名なフロム-ライヒマン (Fromm-Reichmann, F.) は、援助者の技術としての傾聴 (active listening) よりも、言わば、存在をかけて聴く力 (to be able to listen) を大切にし、援助者の最も大切な素養と指摘した²⁰⁾。

自身の体験を語る本人にさえ見えていない、自らの側面も含めた「まるごとの自分」(多様性、可能性、無制限性)を自らの言葉で語り、そのまるごとの存在を、全身全霊をかけて引き受け、一心に耳を傾け聴く姿、こうした光景は実は、日常の何気ないやり取りの中にも、少し注意のまなざしを向けてみれば容易に気づけることなのではないだろうか。

③ 生活の援助

私たちの生活は誠に多岐にわたっている。命にかかわることや身の周りのこと、家族関係や近隣を中心とした地域社会の人々との交流、職場組織における諸関係、役所をはじめとする行政との折衝、一生続くであろう親戚や同窓生との間柄、ネット社会においては SNS 上のやり取りをきっかけにしたコミュニティ形成過程における諸関係、これら様々な社会諸関係、身近な対人関係の網目の中で私たちの生活は成り立っている。さらに意図的、非意図的を問わず、様々な領域・分野から提供される社会諸サービスのシステムの中に組み込まれている。保健医療、社会福祉、教育、司法、労働等々はその一部である。

私たちは通常、こうした諸関係の網の目や社会諸サービスのシステムの中に組み込まれながらも、生活の主体的存在(生活者)としてこの諸関係、諸サービスに調整を加えながらそれらを自分なりに“カスタマイズ”して自らの個別的全体性を保って日々暮らしている。

たとえば、筆者が数か月の療養を必要とする病気に罹ったとしよう。まず求められるのは、保健医療サービスを受けるべく入院等の措置を取ることである。しかしそれは、社会諸サービスのうちの保健医療サービ

スを受けるといふことだけにとどまらないこともしばしば起きる。入院中の医療費や生活費の問題、広い意味での社会福祉における社会保障サービスや労働上の諸サービス体系にかかわる問題も生じてくるかもしれない。また、これら諸サービスを受給する場合、少なくとも一時的には、休職等の職場勤務を停止する措置をとらなければならない、家族関係や地域社会での役割を一時免除してもらおう方策も必要である、といった対応も欠かせない。こうした社会諸サービスや社会諸関係上の調整は、筆者個人だけで何とかなる場合、家族や職場の同僚の助けを借りて乗り越える場合も多々あるだろう。それでもどうにもならない場合は、社会諸サービスのそれぞれの担当者や社会諸関係における責任者等の連絡調整等の力を借りる場合も出てくるだろう。あるいは、諸サービス間の調整や社会諸関係の力を、それぞれの担当者・責任者の連携・協働の下に集結させ、いわば“司令塔”役を社会福祉専門職に委ねる必要が生じてくるのかもしれない。

生活の多様性を視野に入れながら、「まるごとの自分・存在」の中に集約させていく力は、社会福祉の実践においては個別化の態度としてすでに指摘した。さらに、社会福祉の実践において視野に入れておかなければならないことは、「まるごとの自分・存在」を認め維持していく上では、すでに指摘した「社会のノーマライゼーション」や「人間のリハビリテーションが」が欠かせない場合も多くある。しかもそれは、他人事ではなく、誰にでも起こりうる身近な生活の多様性の中に潜在している。

社会福祉の現場実習を経た学生の「私は、今回、実習を体験して、将来ソーシャルワーカーになる、ならないとは関係なく、自分について学び、知ることの大きなきっかけを得ることができました。私は、もっと普段の自分の生活を大事にしなくてはと、つくづく思いました²¹⁾」という言葉、そしてこれと同趣旨の言葉を毎年のように実習学生は発してきた。利用者・クライアントの生活に触れていくことは、生活者たる自分自身の生活を問い直していくことが必須であるということの気づきといってもいいだろう。生活の多様性を全体的に「まるごとの生活」として支えていく生活の援助は、身近な自分自身の生活の中にも大きなヒントが隠されている可能性がある、ということである。

6. むすびにかえて—私たちは何ができるのか、市民としてどのように生きるのか—

むすびにかえて、私たちが取り組んでいくべき課題をここに提示しておこう。

第一に、本学・東京保健医療専門職大学はどんなリハビリテーション専門職を育成するのか、という点にかかわっている。「健常者・障がい者、若年者・高齢者など多様な人々が『共生できる社会の実現と発展』を目指す」という建学精神の下、既存の専門学校や四年制大学とは異なる育成方針が問われる。本論のテーマ「共生社会」と密接に関連する課題であるため、見守りつつ検討し続けていくことが必要である。共生社会実現のための社会的使命として位置づけられる課題である。

第二に、本学・東京保健医療専門職大学は地域社会へ向けてどんな貢献ができるのか、という課題である。地域貢献、社会貢献はもはや大学にとっては、社会的な常識にも近い事柄である。地域社会における社会的責任としても位置づけられる問題である。いかに具体化していくかということが問われることになる。

第三に、私たちは責任ある一市民として身近な他者へとどのようにかかわっていくのか、という課題である。本論で示した、他人事ではなく、自分の身近な問題として問い続けていく課題である。共生社会を構成する自立した市民として、何ができるのか、そしてどのように生きていくのか、というシティズンシップ(citizenship)²²⁾の問題として議論を深めていく必要がある。

第四に、なぜ実践を入り口・前提とし、その理論化・概念化を図っていくのか。これは本論の中では、社会福祉の実習生の体験を例に“体験の概念化”として説明したが、私たち自立した市民としての命題にも近いものと言える。既存社会を刷新・更新し共生社会を構築する試みは、崇高な理論ではなく、“体験の概念化”

という身近な実践を続けていく中で問われるものである。

18歳で視力に続き聴力も失った福島智は、かつて新聞紙上で次のように綴っている。

「自然環境に生態系があるように、人間社会にも、人と人とが織りなす『共生の生態系』が存在するのではないか。もしそうなら、ある属性やハンディを持つものが社会の中で軽視され、無視されれば、『この生態系』にゆがみが生じ、ひいては社会の崩壊につながるだろう。バリアフリーの取り組みとは、社会を崩壊から守り、『共生の生態系』を活性化させることなのだと思う。」²³⁾

私たちは、社会的バリアを形成する「こころのバリア」フリーに取り組み、新たな社会を迎えるべく、「共生の生態系」を活性化させる努力を、胸を張って続けていると言えるだろうか。

引用文献

- 1) 足立毅・佐藤俊一・宮本和彦編『新・社会福祉学—共存・共生の社会福祉学を目指して—』中央法規, 1999.
- 2) 伊藤亜紗『手の倫理』講談社(講談社選書メチエ 735), 2020; 44-51.
- 3) 伊藤亜紗『手の倫理』講談社(講談社選書メチエ 735), 2020; 48.
- 4) 早坂泰次郎『人間関係学序説—現象学的社会心理学の展開—』川島書店, 1991.
- 5) 足立毅・佐藤俊一・平岡蕃編『ソーシャル・ケースワーカー対人援助の臨床福祉学—』中央法規, 1996; 202-204.
- 6) 谷口隆之介『人間学入門』桜山研究会, 昭和63年; 10-11.
- 7) 花村春樹訳著『「ノーマライゼーションの父」N. E. バンク・ミケルセン—その生涯と思想—』ミネルヴァ書房, 1994; 167.
- 8) B. ニイリエ著, 河東田博・橋本由紀子・杉田穂子訳編『ノーマライゼーションの原理—普遍化路社会変革を求めて—』現代書館, 1998; 22.
- 9) W. Wolfensberger, Social role varolization: A proposed new term for the principle of normalization, Mental Retardation, 1983; 21 (6): 234-239.
- 10) 河東田博『ノーマライゼーション原理とは何か—人権と共生の原理の探求—』現代書館, 2009; 52.
- 11) 定藤丈弘「ノーマライゼーション原理の意義と課題」『都市問題研究』, 1996; 48 (4): 14-15.
- 12) 上田敏『リハビリテーションを考える—障害者の全人間的復権—』青木書店, 1983; 11 リハビリテーションの定義に関しては、次の文献も参考にした。砂原茂一『リハビリテーション』岩波書店(岩波新書 139), 1984
- 13) 松村圭一郎「共感の回路を開く」読売新聞朝刊, 2012(平成24)年11月11日(日)。
- 14) 早坂泰次郎編著『現場からの現象学—本質学から現実学へ—』川島書店, 1999; 114.
- 15) 佐藤俊一『対人援助の臨床福祉学—「臨床への学」から「臨床からの学」へ—』中央法規, 2004; 219-220.
- 16) <https://ja.wikipedia.org/wiki/津波てんでんこ>.
- 17) 野口裕二『ナラティヴの臨床社会学』勁草書房, 2005.
- 18) F. Riessman: The “helper therapy principle”. Social Work No.10, 1965.
- 19) 浦河べてるの家『べてるの家の「当事者研究」』医学書院, 2005.
- 20) フロム・ライヒマン, F. 阪本健二訳『積極的心理療法—その理論と技法—』誠信書房, 1964.
- 21) 足立毅・佐藤俊一・平岡蕃編『ソーシャル・ケースワーカー対人援助の臨床福祉学—』中央法規, 1996; 196-197.
- 22) NIRA・シティズンシップ研究会編著『多文化社会の選択—「シティズンシップ」の視点から—』日本経済評論社, 2001.
- 23) 福島智「バリアフリー“酸欠の心”に風送ろう」朝日新聞朝刊, 2001(平成13)年5月5日(土)。

参考文献

- 1) 足立毅『臨床社会福祉学の基礎研究』学文社, 1996.
- 2) 安積純子・岡原正幸・尾中文哉・立岩真也『生の技法—家と施設を出て暮らす障害者の社会学』藤原書店, 1990.
- 3) カラー, J. 著, 富山太佳夫・折島正司訳『ディコンストラクション I・II』岩波書店, 1998.
- 4) Fromm-Reichmann, Frieda『PRINCIPLES of INTENSIVE PSYCHOTHERAPY』The University of Chicago, 1960.
- 5) Germain, Caryl B. & Gitterman, Alex『The Life Model of Social Work Practice』Columbia University Press, 1980.
- 6) Ihde, Don『Listening and Voice—Phenomenology of Sound—(second edition)』State University of New York Press, 2007.
- 7) 金子郁容『ボランティア—もうひとつの情報社会—』岩波書店, 1992.
- 8) 岸良範・佐藤俊一・平野かよ子『ケアへの出発—援助のなかで自分が見える—』医学書院, 1994.
- 9) 厚生労働省『「地域共生社会」の実現へ向けて』, 平成29年. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>

- 10) マーフィー, ロバート. F. 著, 辻信一訳『ボディ・サイレント—病いと障害の人類学—』新宿書房, 1992.
- 11) 六車由実『介護民俗学へようこそ! —「すまいほむ」の物語』新潮社, 2015.
- 12) 中村雄二郎『臨床の知とは何か』岩波書店, 1992.
- 13) 西村ユミ『看護実践の語り—言葉にならない営みを言葉にする—』新曜社, 2016.
- 14) 尾崎新『ケースワークの臨床技法—「援助関係」と「逆転移」の活用—』誠信書房, 1994.
- 15) 斎藤学『家族の闇をさぐる—現代の親子関係—』小学館, 2001.
- 16) 須藤八千代『ソーシャルワークの作業場—寿という街—』誠信書房, 2004.
- 17) 得永幸子『「病い」の存在論』地湧社, 1984.
- 18) 徳永進『死のリハーサル』ゆみる出版, 1986.
- 19) 鷲田清一『「聴く」ことのカ—臨床哲学試論—』TBS プリタニカ, 1999.

地域連携と社会福祉 — 多職種連携の課題 —

菊地みほ 東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 作業療法学科

近年、我が国では「地域共生社会の推進」という政策のもと、保健・医療・福祉の分野において「地域における連携」「多職種連携」というものが大きな注目を集めている。多職種連携という言葉は、福祉分野では介護保険制度が実施された2000年頃から使われるようになったと言われ、医療分野では2002年の診療報酬におけるチーム医療の評価が連携を促進し、2010年に厚生労働省が設置した多職種による「チーム医療推進会議」が、医療における多職種連携の重要性を決定づけたと言われている¹⁾。そして2017年の『地域包括ケアシステムの構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究会事業報告書～2040年に向けた挑戦』(厚生労働省)が、多職種連携という言葉が広く浸透する契機となった。同報告書は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年までに医療と介護がより統合化された形で提供される体制＝地域包括ケアシステムを整備する必要がある、その体制は多職種連携によるチームケアが大前提となる、という事を示したものである。地域包括ケアシステム概念図²⁾には、様々な形態の「住まい」に居住する高齢者を中心として、「医療」「介護」「生活支援・介護予防」という多分野のサービスが、切れ目なく円環的に提供されることの必要性、自治体・社会福祉協議会・自治会・老人クラブ・ボランティア・NPO・認知症サポーターなど、地域の様々な社会資源が連携することの重要性が明示されている。そしてこの地域包括ケアシステムの推進役といえるものが地域包括支援センターであり、これは市町村が設置主体の介護保険法に規定された機関で、社会福祉士・保健師・主任ケアマネージャーという分野の異なる専門職が配置され、チームアプローチによって総合相談支援や権利擁護等の事業を展開している。この地域包括支援センターが開催する「地域ケア会議」が“地域における多職種連携の具現化”といわれ、様々な職種が集まり困難事例や地域共通課題の検討が行われている。地域ケア会議の機能としては、個別事例・地域課題の解決にとどまらず、ネットワークの構築や地域づくり・資源開発、マクロレベルでの政策形成までもが目指されている。この地域ケア会議における多職種連携の要は「多角的アセスメント」であるといえるが、例えば昨年からのコロナ禍で更に注目されている「生活不活発病」の利用者に対し、医師・歯科医師・歯科衛生士・薬剤師・看護師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・精神保健福祉士等、多くの専門職がそれぞれの視点からアセスメントを行うことでより正確に原因が特定され、その後のケアについても適切な助言を行うことが可能となる。多様な専門職が一堂に会して話し合い、その後の療養介護においても密に連携し合う体制が構築できれば、まさに“包括的な支援”というものが可能になるといえるのである。

しかし実際の現場においては様々な連携上の困難が報告されており³⁾、報告者はこれらを①コミュニケーションに関する問題(地域ケア会議の頻度が低い、会議だけでは日常的に連携できる関係の構築には至れない、専門用語や記録方法の相違により情報共有が困難である等)、②他職種への理解や価値観に関する問題(専門職ごとに利用者観や支援において重視するものが異なる、医学を頂点とした分野のヒエラルキーを感じるため職種によっては発言しづらい等)、③所属機関に関する問題(所属機関の仕事が多忙で連携会議に参加できない、所属機関自体が地域や多職種連携に関心を持っていない等)の3つに分類した。

これらを踏まえ、より良い連携のために今後取り組むべきこととして、①地域の調整役である社会福祉士による専門職交流の場の創出、②各専門職の自治会や老人会、患者の会等既存の社会資源への参加、③コン

フリクト(葛藤)・マネジメントを中心としたコミュニケーションの教育, 相互に他の専門職の支援理念・役割・専門用語等を学ぶ教育の実践, ④それぞれの機関における連携研修の強化, をあげた. この中でも将来を見据えた場合, やはり教育や研修が特に重要になるといえるが, 我が国では2008年に日本保健医療福祉連携教育学会が設立され, 専門職連携教育(Inter-professional Education = IPE)の研究も年々盛んになってきている. IPEに関する主だった研究をレビューした結果⁴⁾, 医療関係専門職からの実践と研究が中心となっていること, ケース研究がIPE授業の多くの部分を占めていること, 地域や福祉の視点が少ないこと等が課題として浮かび上がってきた. 今後の多職種連携の充実のためにIPEに求められることとして, ①IPEに今よりもさらに多様な分野の学生が参加すること, ②IPEの実践と研究に地域や福祉の観点が活かされること, ③IPEにジェンダーや人権など幅広い倫理教育が取り入れられること, ④利用者の生活をより豊かにするための文化や芸術等の専門職とも連携すること, 等が重要であると考えられる. そして多職種連携の課題を乗り越えていくために忘れてはならないことは, 連携は常に「利用者の最善の利益」(『社会福祉士の倫理綱領』)を目指すために行うものであること, そしてそのためには全ての専門職が互いの相違を冷静に分析した上で, その相違をプラス方向に生かし合うという強い意志を, 連携実践の根本に据えるべきだということである. 専門職としての明確なアイデンティティと高度な専門性を身につけることは同時に, 自らの専門性に固執しケアや支援の多様性を失うという危険性と隣り合わせであるともいえる. その意味で多職種連携とは「専門性の負の面」を克服するための, 手間のかかる地道な取り組みであると捉えることもできる. 専門職大学には, 時間と手間を惜しまずにこの「連携」という取り組みに真摯に向き合う, そのような姿勢を育むための教育が求められている, ともいえるであろう.

文 献

- 1) 藤井博之「地域包括ケアと多職種連携」『日本福祉大学社会福祉論集』. 2018; 138: 168-180.
- 2) 講演では神奈川県二宮町のホームページより「二宮町の地域包括ケアシステムの姿」を引用した. http://www.town.ninomiya.kanagawa.jp/kenko_iryu/koreisha/chiikihoukatukeasisutemu/1539742816630.html
- 3) 森川美絵「福祉介護分野から: 多職種分野連携による地域包括ケアシステムの構築」『保健医療科学』. 2016; 65(1): 16-23. 安井浩樹・網岡克雄・青松棟吉・阿部恵子・平川仁尚・倉田洋子・野田雄二・植村和正「地域における多職種連携推進ワークショップ」『医学教育』. 2011; 42(5)289-293, 成瀬和子・宇多みどり「在宅ケアにおける多職種連携の困難と課題」『神戸市看護大学紀要』. 2018; 22: 9-15, ほか.
- 4) 前野貴美「筑波大学における専門職連携教育の取り組み—大学間連携により展開する専門職連携教育プログラム—」『医学教育』. 2014; 43(3): 135-143, 平井みどり「多職種連携教育について—神戸大学の場合—」『医学教育』. 2014; 43(3): 173-182, 小川孔美・原和彦・木下聖「専門職連携実践(IPW)と専門職連携教育(IPE)—埼玉南専門職連携推進会議7年間の実践からの考察—」『埼玉県立大学紀要』. 2014; 16: 61-68, 小倉浩・刑部慶太郎・片岡竜太・今福輪太郎・榎田めぐみ・木内祐二・田中一正・倉田知光「医系総合大学における初年次専門職連携教育の教育効果」『日本保健医療福祉連携教育学会学術誌・保健医療福祉連携』. 2016; 9: 29-38, 常見幸・伊藤久恵・紀平知樹「兵庫医療大学における多職種連携教育」『兵庫医療大学紀要』. 2019; 7(1): 25-32, ほか.

健康経営の歴史的な位置づけとその現状

江幡真史 東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 理学療法学科

【要旨】

本稿では、職場における健康管理の取り組みについて、その代表的な系統についての歴史的な経緯と現状を整理し、今後の課題を明らかにした。

歴史的な経緯については、まず、「労働安全衛生の系統」において、2010年代に長時間労働の是正とメンタル面での環境改善の取り組みが進んだことを示した。また、「人的資本への投資の系統」では、2014年の「日本再興戦略(改訂版)」の政策を受けたデータヘルズ計画、コラボヘルズ、健康経営顕彰制度などを通じ、様々なステイクホルダーが「健康経営」の取り組みに参画したことを示した。

今後の課題としては、第一に、「健康経営度調査」の短期的指標と長期的指標とが連動し、企業価値の向上に結実する枠組みが、現段階では十分に整合するに至っていない。そこで、健康関連指標の透明性をより高め、効果検証が可能となるように求められる点を指摘した。第二に、Herzberg(1966)が提示した、「衛生要因」と「動機づけ要因」の視点で捉えると、「労働安全衛生の系統」は前者の取り組みであり、「人的資本への投資の系統」は後者の取り組みであると整理した。そのうえで、国が推進する「健康経営度調査」を検証すると、「衛生要因項目」が中心であるため、個々の企業が、この取り組みと併行して「動機づけ要因」に繋がる、人的投資を進めることの必要性を指摘した。

キーワード：労働安全衛生、人的資本、衛生要因と動機づけ要因、アブセンティズムとプレゼンティズム、健康投資管理会計

1. はじめに

東京保健医療専門職大学(以下、本学)の教育の目的は、実践的かつ高度な保健医療の理論と技術を教育研究し、豊かな人間性を備えた「共生社会の実現と発展に貢献する実務リーダー」となる専門職人材を養成し、保健医療分野に貢献することにある。

その「実務リーダー」の定義を、所属するコミュニティ(狭義では所属する組織、広義では地域社会)において、人・モノ・カネ・情報といった自身の経営資源を活用して、直面する課題を解決し、共生社会の実現に寄与するものとして論考を進めることとする。「直面する課題」とは、第一義的にはリハビリテーションを通じたクライアントの病状を回復することにあるが、今後はこれに止まることなく、クライアントが真に社会復帰ができるように支援するといった、社会課題の解決に関わることが求められる。そこでは、地域社会における多職種連携などの広がりのある活動に加えて、クライアントが復帰する職場組織一般への基本的な理解も欠かせない。これは、産業界において、従来は最終製品が高品質で魅力的な価格であれば社会的な評価を得ていたが、今日では、SDGs(持続可能な開発目標)¹で提起される、労働者の権利、一定水準の労働条件及び環境保護を促進するための「責任あるサプライチェーン(調達、製造、販売、消費などの一連の流れの

こと)への取り組みが求められているのと相似する。つまり、一個人であれ、一企業であれ、自己の狭い領域を越えた社会的責任に視点を置くことが必要なのである。

それでは、クライアントが社会復帰する職場組織は健康管理の側面からどのような特色を有しているであろうか。本稿では、まず、職場における健康管理の取り組みについて、代表的な系統ごとに、その歴史的な経緯と現状を明らかにし、その上で、これまでの成果と今後の課題を考察することとしたい。

また、その研究方法は、2000年以降を中心に健康管理にかかわる国の政策と代表的な法律の変遷を跡づけながら、それに呼応した企業並びに従業員の実態を示す諸資料を洗い出し、政策等諸施策の効果を分析することとする。

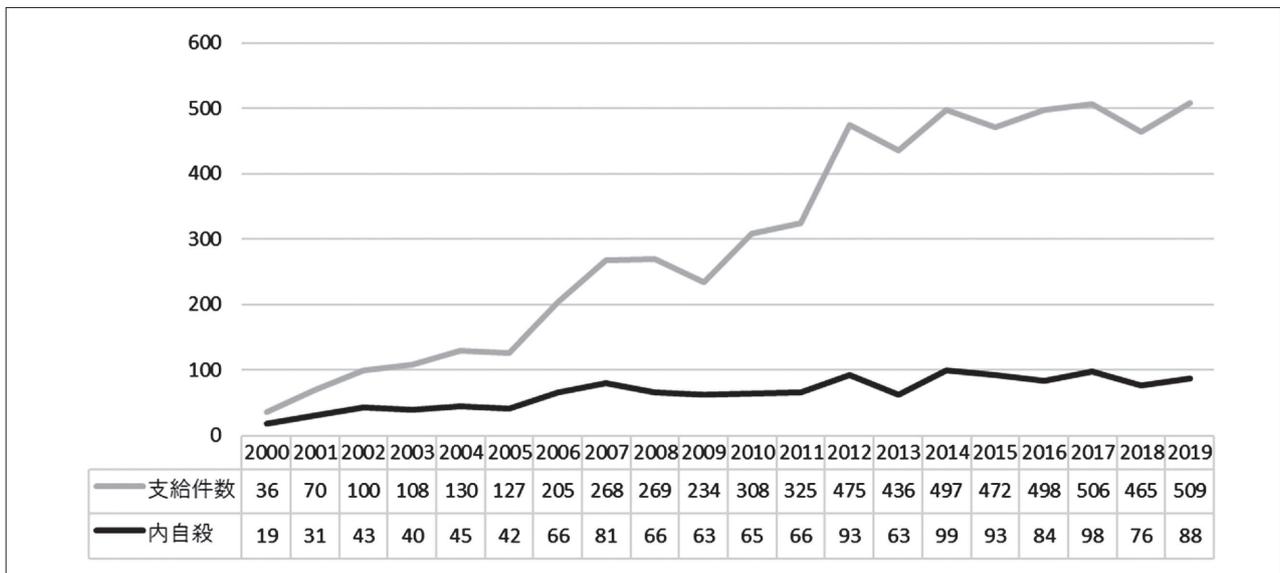
2. 職場組織における健康管理の系統

代表的な職場における健康管理は、労働安全衛生法（以下、安衛法）のもとで、「職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的とする」ものである²。しかしながら、企業経営者側は、ややもすれば法律を守ることに主眼をおいて、健康管理を単なるコストと捉える風潮が続いたとされている。これに対して、近年では、従業員を企業が成長する上での貴重な資源と捉え、従業員の健康増進は「人的資本³への投資」であるとの認識のもとでの「健康経営」（後述）の取組が進んでいる。

1) 労働安全衛生の系統

1972年に制定された安衛法は、1947年制定の労働基準法と相まって、労働者保護のために立法化されたものである⁴。2005年には多岐にわたる改正が行われたが、特に過重労働及びメンタルヘルス対策への充実が図られた点が注目される。そこでは、事業者は一定時間を超える時間外労働等を行った労働者を対象とした医師による面接指導等を行うこととされた⁵。この背景には、図1「精神障害の労災補償件数の推移」⁶及び表1「傷病別件数割合の推移」⁷が示す通り、2000年代に入り職場における精神疾患の傷病が増加したことがあ

図1 精神障害の労災補償件数推移（2000年-2019年）



出所) 厚生労働省「こころの耳」<https://kokoro.mhlw.go.jp/infographics/02.html> 及び「過労死の労災補償状況」<https://www.mhlw.go.jp/content/11402000000521999.pdf> を執筆者加工

表1 傷病別 件数の構成割合

| | 1995年 | 1998年 | 2003年 | 2008年 | 2013年 | 2017年 | 2019年 |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 総数 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 |
| 感染症及び寄生虫症 | 3.21 | 2.98 | 2.89 | 2.03 | 1.57 | 1.40 | 1.23 |
| 新生物 | 14.79 | 18.02 | 20.59 | 21.09 | 20.40 | 19.19 | 18.63 |
| 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 | 0.69 | 0.72 | 0.41 | 0.32 | 0.35 | 0.37 | 0.32 |
| 内分泌、栄養及び代謝疾患 | 3.36 | 3.15 | 2.61 | 1.98 | 1.89 | 1.70 | 1.56 |
| 精神及び行動の障害 | 4.45 | 5.12 | 10.14 | 21.46 | 25.67 | 28.60 | 31.30 |
| 神経系の疾患 | 3.28 | 3.51 | 4.41 | 4.13 | 4.06 | 4.09 | 4.00 |
| 眼及び付属器の疾患 | 1.26 | 1.18 | 1.31 | 1.11 | 1.03 | 1.12 | 1.06 |
| 耳及び乳様突起の疾患 | 0.64 | 0.67 | 0.66 | 0.55 | 0.66 | 0.63 | 0.66 |
| 循環器系の疾患 | 15.24 | 15.86 | 15.24 | 13.45 | 11.54 | 10.65 | 10.05 |
| 呼吸器系の疾患 | 4.20 | 4.04 | 3.16 | 3.62 | 1.93 | 1.97 | 2.10 |
| 消化器系の疾患 | 14.64 | 11.19 | 7.40 | 4.83 | 4.23 | 3.98 | 3.55 |
| 皮膚及び皮下組織の疾患 | 1.24 | 1.23 | 1.03 | 0.69 | 0.74 | 0.65 | 0.67 |
| 筋骨格系及び結合組織の疾患 | 15.00 | 14.45 | 13.36 | 11.22 | 11.14 | 11.14 | 10.89 |
| 腎尿路生殖器系の疾患 | 3.21 | 3.06 | 2.55 | 1.98 | 2.08 | 1.94 | 1.90 |
| 妊娠、分娩及び産じょく | 1.60 | 1.77 | 2.41 | 2.66 | 3.93 | 4.30 | 3.88 |
| 周産期に発生した病態 | 0.02 | 0.00 | 0.01 | 0.02 | 0.01 | 0.01 | 0.01 |
| 先天奇形、変形及び染色体異常 | 0.80 | 0.76 | 0.68 | 0.26 | 0.29 | 0.21 | 0.23 |
| 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの | 2.12 | 1.91 | 1.49 | 0.93 | 1.03 | 0.80 | 0.88 |
| 損傷、中毒及びその他の外因の影響 | 10.24 | 10.38 | 9.63 | 7.68 | 7.45 | 7.25 | 7.06 |
| 特殊目的用コード | — | — | — | — | — | — | — |

出所) 全国健康保険協会管掌健康保険「現金給付受給者状況調査報告」<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g7/cat740/sb7200/sbb7206/20200904/>を執筆者加工

る。具体的には、**図1**の精神障害による労災支給件数が2000年の36件が、3年後には3倍の108件となり、2006年は約6倍の205件にまで急増している。また、**表1**の精神および行動の障害の構成割合においても、1998年の5.12%が2003年には10.14%と倍増し、2008年は4倍の21.46%となり、全体で最も高い水準に達したのである。この傾向はその後も続き、2013年にはそれぞれ、436件、25.67%まで増加した。

翌2014年の安衛法改正は、労働者の心理的な負担の程度を把握するための、医師、保健師等による検査(ストレスチェック)の実施を事業者に義務付けることとなった。さらに、事業者は、検査結果を通知された労働者の希望に応じて医師による面接指導を実施し、その結果について医師の意見を聴いた上で、必要な場合には、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措置を講じなければならない⁸とされ、より現場に踏み込んだ内容の改正となった。

2018年には、「働き方改革関連法案」⁹が成立し、長時間労働の是正、多様な働き方の実現、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保等ための措置を講ずることとされた。労働安全衛生法においては、長時間労働やメンタルヘルス不調の労働者を見逃さないようにするため、産業医への情報提供が義務化された。これは産業医による面接指導や健康相談が確実に行われるようにする一方で、産業医の独立性や中立性を高め、効果的な活動ができる環境を整備するためである。

また、2019年には職場における働く人が能力を十分に発揮することの妨げになることや、個人としての尊厳や人格を不当に傷つけられることの行為がないように、労働施策総合推進法が改正され、職場におけるパワーハラスメント防止対策が事業主に義務付けられた。併せて、男女雇用機会均等法及び育児・介護休業法

表2 精神障害の請求件数の多い業種

| 順位 | 業種(大分類) | 業種(中分類) | 支給件数 |
|----|-------------------|------------------|------|
| 1 | 医療, 福祉 | 社会保険, 社会福祉, 介護事業 | 48 |
| 2 | 医療, 福祉 | 医療業 | 30 |
| 3 | 運輸, 郵便業 | 道路貨物運送業 | 29 |
| 4 | 建設業 | 総合工事業 | 28 |
| 4 | 宿泊業, 飲食サービス業 | 飲食店 | 28 |
| 6 | 宿泊業, 飲食サービス業 | 宿泊業 | 18 |
| 7 | 情報通信業 | 情報産業業 | 16 |
| 8 | 卸, 小売業 | その他小売業 | 15 |
| 9 | 製造業 | 輸送機械器具製造業 | 13 |
| 10 | サービス業(他に分類されないもの) | その他事業サービス業 | 12 |

出所)厚生労働省「過労死の労災補償状況」令和元年18頁を執筆者加工

においても、セクシュアルハラスメントや妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメントに係る規定が一部改正され、相談したこと等を理由とする不利益取扱いの禁止や国、事業主及び労働者の責務が明確化されるなど、防止対策の強化が図られたのである¹⁰。

以上記載の通り、2000年代における職場における労働安全の取り組みは、労働者の心理的な負担の程度を把握し、精神的な安定にむけた整備を進めることに注力されたと言えよう。しかし、職場における精神疾患の増加傾向は未だ衰えてはならず、図1では2019年の支給件数は509件に上り、また表1では精神および行動の障害の構成割合が31.3%まで上昇している。また、表2「精神障害の支給決定件数の多い業種(中分類)」をみると、「社会保険・社会福祉・介護事業」が48件と最も多く、「医療業」が30件とこれに続き、「医療、福祉」(大分類)の分野における健康管理には大きな課題があるのが確認される。

2) 人的資本への投資の系統

従業員の健康増進は「人的資本への投資」であるとの認識のもとでの取組起点は、1986年米国の臨床心理学者Rosenによるヘルシー・カンパニーの提唱にある。これは健康増進と生産性向上を同時に取り組んでいる企業を指した概念であるが、その経営は健康管理と経営管理を統合的にとらえようとするアプローチに特徴がある¹¹。

我が国での動向は、まず、2006年3月設立の特定非営利活動法人健康経営研究会が、『「企業が従業員の健康に配慮することによって、経営面においても大きな成果が期待できる」との基盤に立って、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践することを意味する』とした「健康経営」の啓蒙を始めたのが確認される¹²。

国政レベルでは、経済産業省の「健康資本増進グランドデザインに関する調査研究会」が2007年10月に発足した。翌年3月の報告書には、人口減少のなかで経済成長を実現していくには人的資本の重要性が増し、企業と保険者による健康経営・健康増進が重要であることが示された¹³。研究会の事務局を務めた河野(2010)は、多くの企業で取り組まれる健康増進の内容が、安衛法などの法律で義務付けられているものや福利厚生、現物給与的な位置づけに止まり、人的資源への投資として取り組まれていない背景として次の点を指摘した。それは、第一に、健康資本増進に積極的に取り組んでいる企業を社会に公開し評価する仕組みがないこと、第二に、例えば「健康会計」などの「可視化」した枠組み(つまり、社会共通の尺度—執筆者挿入)がなく、

健康関連投資の効果が不明瞭であること、第三に、個人が健康増進に取り組みやすい仕組み（インセンティブ制度など）が欠けているので社会的な運動に発展しないこと、第四に、健康増進にかかわる事業者の評価が容易に行えないので、企業が外注に二の足を踏むこと、である。その後2011年に、ヘルスケア産業（健康の保持及び増進に資する商品の生産若しくは販売又は役務の提供を行う産業をいう）の発達、改善及び調整を所管する、ヘルス産業課が経済産業省商務情報政策局内に設置された¹⁴。

2014年6月には、第二次安倍内閣による「日本再興戦略」改定版において、「経営者等に対するインセンティブとして、（中略）健康経営に取り組む企業が、自らの取組を評価し、優れた企業が社会で評価される枠組み等を構築することにより、健康投資の促進が図られるよう、関係省庁において年度内に所要の措置を講ずる」との方針が打ち出された¹⁵。具体的には、①健康増進の取組が企業間で比較できるよう評価指標を構築し、さらにデータヘルス計画¹⁶の取組に活用されるようにすること、②東京証券取引所において、テーマ銘柄として健康経営銘柄の設定をすること、③コーポレート・ガバナンスに関する報告書等に「従業員等の健康管理や疾病予防等に関する取組」の記載を行うこと、④企業の従業員の健康増進に向けた優良取組事例の選定・表彰等を実施することが盛り込まれた。

これを受けて、①については、2017年度より健康保険組合等の保険者と事業主が一体となって取り組むコラボヘルスが展開された¹⁷。さらに、2018年度には、第2期データヘルス計画の実行施策として健康保険組合と各保険者の加入者の健康状態や健康への投資状況等をスコアリングし経営者に通知する（健康スコアリング）取り組みが開始された。また、②については、東京証券取引所の上場企業から健康経営（従業員等の健康保持・増進の取り組みが、将来的に企業の収益性等を高める投資であるとの考えのもと、従業員等の健康管理を経営的な視点から考え、戦略的に実践すること）¹⁸の取組みが特に優れた企業（健康経営銘柄）が2015年には22銘柄選定され、2020年では30業種40銘柄に至っている¹⁹。③については、④の健康経営顕彰制度の評価項目として取り入れられている。この点については、次節で具体的な解説を行う。

3) 健康経営銘柄と健康経営顕彰制度

2017年度からは、健康経営銘柄に加え、上場企業に限らず、保険者と連携して優良な健康経営を実践している法人を広く顕彰するため、経済産業省と「日本健康会議」²⁰による「健康経営優良法人認定制度」が開始された²¹。2017年度の認定は、大規模法人部門に235法人、中小規模法人部門に95法人であったものが、その対象は医療法人や学校法人等の非営利法人等にまで広げられ、2020年度には、大規模法人部門に1481法人（うち500法人を「ホワイト500」とする）、中小規模法人部門に4723法人が認定されるまで普及した²²。

大規模法人部門の認定にあたっては、健康経営銘柄の選定²³と同様に、「健康経営度調査」²⁴結果が用いられている。また、中小規模法人部門は「認定申請書兼誓約書」²⁵の提出をもって行われる。それぞれの認定要件は、表3に示した通りで、その評価の大項目は、①経営理念、②組織体制、③制度・施策実行、④評価・改善、⑤法令順守・リスクマネジメントの5つとなっている。両者の認定要件の違いは、大規模法人ではアニュアルレポートや統合報告書での「健康宣言」発信や健保等保健者との連携などが必須であることに加えて、15小項目中12項目を満たす必要があるのに対し、中小規模法人は6項目に緩和されている点である。

ここで、「健康経営度調査」で設定された、生産性を測る指標についての注目すべき点に触れておきたい。その第一は、④の評価改善の質問項目において、短期的なアウトカムを測るために、アブセンティズム（病欠、病気休業の状態）とプレゼンティズム（何らかの疾患や症状を抱えながら出勤し、業務遂行能力や生産性が低下している状態）を盛り込んでいる点である²⁶。これらは、健康関連コスト（医療費と生産性損失コストの計）の全体構造で、医療費が15.7%であるのに対し、前者が4.4%、後者が77.9%といった高い構成比を示していることから、その把握の有無を確認する試みである²⁷。第二は、アンケート項目として、2020年6月策定

健康経営の歴史的な位置づけとその現状

表3 健康経営銘柄2021 選定基準及び健康経営優良法人2021（大規模法人部門・中小規模法人部門）認定要件

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価項目 | 選定基準・認定要件 | | | | |
|-------------------------|----------------------------------|----------------|--|------------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------|
| | | | | 銘柄・ホワイト500 | 大規模法人 | 中小規模法人 | | |
| 1. 経営理念（経営者の自覚） | | | 健康宣言の社内外への発信（アニュアルレポートや統合報告書等での発信） | 必須 | | | | |
| | | | ①トップランナーとして健康経営の普及に取り組んでいること | 必須 | 左記 ①～⑮のうち 12項目以上 | | | |
| | | | 健康宣言の社内外への発信及び経営者自身の健診受信 | | | 必須 | | |
| 2. 組織体制 | 経営層の体制 | | 健康づくり責任者が役員以上 | 必須 | | | | |
| | 保険者との連携 | | 健保等保険者と連携 | | | | | |
| | | | 健康づくり担当者の設置と求めに応じて40歳以上従業員の健診データの提供 | | | 必須 | | |
| 3. 制度・施策実行 | 従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討 | 対策の検討 | 健康課題に基づいた具体的目標の設定 | 必須 | | | | |
| | | | 健康課題の把握 | ②定期健診受診率（実質100%） | 左記 ②～⑮のうち 12項目以上 | 左記 ①～⑮のうち 12項目以上 | 左記 ②～④のうち 少なくとも 1項目 | |
| | | | | ③受診勧奨の取り組み | | | | |
| | | | | ④50人未満の事業場におけるストレスチェックの実施 | | | | |
| | 健康経営の実践に向けた基礎的な土台づくりとワークエンゲイジメント | ヘルスリテラシーの向上 | ⑤管理職又は従業員に対する教育機会の設定 | 左記 ⑤～⑧のうち 少なくとも 1項目 | | | | |
| | | ワークライフバランスの推進 | ⑥適切な働き方実現に向けた取り組み | | | | | |
| | | 職場の活性化 | ⑦コミュニケーションの促進に向けた取り組み | | | | | |
| | 従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策 | 病気の治療と仕事の両立支援 | ⑧病気の治療と仕事の両立の促進に向けた取り組み（⑮以外） | 左記 ⑨～⑮のうち 3項目以上 | | | | |
| | | | 保健指導 | | | | ⑨保健指導の実施及び特定保健指導実施機会の提供に関する取り組み | |
| | | | | | | | 健康増進・生活習慣病予防対策 | ⑩食生活の改善に向けた取り組み |
| | | | | | | | | ⑪運動機会の増進に向けた取り組み |
| | | | 感染症予防対策 | | | | ⑬従業員の感染症予防に向けた取り組み | |
| | | | 過重労働対策 | | | | ⑭長時間労働者への対応に関する取り組み | |
| メンタルヘルス対策 | | | ⑮メンタルヘルス不調者への対応に関する取り組み | | | | | |
| 取組の質の確保 | 受動喫煙対策 | 受動喫煙対策に関する取り組み | 必須 | | | | | |
| | | 専門資格者の関与 | 産業医又は保健師が健康保持・増進の立案・検討に関与 | | | | | |
| 4. 評価・改善 | 取組の効果検証 | | ⑯健康保持・増進を目的とした導入施策への効果検証を実施 | 必須 | | | | |
| 5. 法令遵守・リスクマネジメント（自主申告） | | | 定期健診の実施、健保等保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施、50人以上の事業場におけるストレスチェックの実施、従業員の健康管理に関連する法令について重大な違反をしていないこと、など | 必須 | | | | |

（凡例）銘柄・ホワイト500は健康経営銘柄及びホワイト500（大規模法人上位500社）を表す。
 （出所）経産省ホームページ「健康経営優良法人認定制度」より執筆者加工。

した「健康投資管理会計ガイドライン」²⁸に則り、健康投資を「外注費」「減価償却費」「人件費」「その他経費」の4区分で施策のテーマごとに、費用の把握状況や具体的な金額の把握を通じて「見える化」する試みである。この量的・金銭的指標は、個人や組織にとって、健康をより良くするための合理的な判断や行動をとる道具となるものである。また、この指標によって、従業員・事業主・地域社会・株主等の異なる立場にあるステイクホルダーが、健康について共通の理解や認識を深め、相互に対話することも可能となるのである。このように、「健康経営度調査」は現状把握とその評価に止まることなく、健康経営を啓蒙する取り組みとなっているのである。

3. 我が国の健康管理の取り組み成果と今後の課題

1) 健康管理の系統ごとの成果

前節において、安衛法などの法律に則り進められた労働安全衛生の系統は、2000年代に入ると長時間労働の是正と精神面からの職場の環境改善に重点が置かれたことが確認された。この背景の一つは、安衛法が成立した当時と産業別就業構造が大きく変化し、経済のソフト化が進行したことにあろう。具体的には、1970年においては、第1次産業は1,015万人（就業者全体の19.3%）、第2次産業が1,790万人（同34.1%）、第3次産業は2,451万人（同46.6%）であったものが、2010年には第1次産業と第2次産業がそれぞれ、238万人（同4.2%）、1,412万人（同25.2%）へと減少する一方で、第3次産業は3,965万人（同70.6%）へと、就業人口と構成比がともに大きく増加しているのである。さらに、その職業別就業者構成割合の推移をみると、「農林漁業作業者」の割合は、1970年の19.2%が2010年には3.9%となった。また、「生産工程・労務作業者」は高度経済成長期に大きく増加し、1970年には全体の32.4%を占めたが、その後は減少し、2010年には26.4%となった。これに対して「専門的・技術的職業従事者」は1970年の6.6%から2010年で14.5%へ、「事務従事者」が1970年の14.0%から2010年に18.4%へと増加しているのである²⁹。

一方で、人的資本への投資の系統では、経済産業省の「健康資本増進グランドデザインに関する調査研究会」で認識された、①健康資本増進に取り組む企業の公開と評価の仕組みの欠如、②「健康会計」などの社会共通の尺度の欠如、③個人が健康増進に取り組むやすい仕組みの欠如といった課題に対して、データヘルス計画、コラボヘルス、健康経営顕彰制度などを通じた取り組みを通じて、具体的な取り組みが行われたのが確認された。この進展は、2014年の「日本再興戦略（改定版）」で、戦略市場創造プランの柱の一つとして、「健康投資の促進が図られるよう、関係省庁において年度内に所要の措置を講ずる」とする政策が打ち出されたことが背景にある。これ以降は、所管である厚生労働省と経済産業省の協調的な取り組みにより、日本健康会議、東京証券取引所、地方自治体などを始めとした様々なステイクホルダーの参加が確認され、当事者である企業と健康保険組合間の連携の事例が多くみられるようになった。また、「健康経営」に関する記事のメディア露出数も右肩上がり増加し³⁰、これに応じて「従業員等の健康保持・増進の取り組みが、将来的に企業の収益性等を高める投資であるとの考えのもと、従業員等の健康管理を経営的な視点から考え、戦略的に実践すること」という健康経営の認知も高まったと言えよう。

2) 健康経営のさらなる推進への課題

i. 指標の透明性を高め、効果検証を可能とすること

我が国のフラッグシップとなる「健康経営銘柄」の選定プロセスは、脚注23に記載の通り、「健康経営度調査」に回答した東京証券取引所上場会社を対象に、評価基準に基づいて候補企業を絞り込み、ROEや情報開示の内容などのスクリーニングを経て決定される。その最終段階のスクリーニングとなる財務指標を見ると、2015年の選定段階では、ROE（自己資本利益率）が、直近3年間平均が、業種平均以上とされていた。ところが、2020年では同指標が直近3年間平均0%以上の企業を対象とするとされ、その上でROEが高い企業には一定の加点がなされる³¹とやや不明瞭な内容となっている。さらに、2015年の段階では33業種毎に1社選定し、該当企業がない場合は業種からは非選定とするとしていた。しかし、2020年では30業種40銘柄が選定されており、1業種1企業との原則通りの運用とはなっていない。これは、第二段階の「健康経営度調査」におけるスクリーニング上位会社が、必ずしもROEが高いという相関にはないことから起きているものと推察される。

この点を具体的に分析してみると、まず、同調査の短期的アウトカム指標である、個人への効果を評価す

るアブセンティズム及びプレゼンティズムや、組織への効果を評価する離職率の改善結果が、長期的なアウトカム指標である ROE の向上につながり、最終的には企業価値の向上に結実するとしたフレームワーク³²が、現段階では十分に整合していないのが要因の一つであろう。

また、調査側の健康経緯銘柄選定の必須要件である、表3の5大項目である①経営理念、②組織体制、③制度・施策実行、④評価改善、⑤法令順守・リスクマネジメントにおいて、アウトカムを測る④の評価・改善項目が、全体で3割³³の比重でしかないことも数値的整合が弱い要因であろう。これに加えて、企業側の経営管理においても、個々の評価指標を十分に活用しきれていないことも要因であると思われる。

以上のことから、より多くの企業が主体的に「健康経営度調査」の内容を活用できるように、指標の透明性を高め、効果検証が可能となるように、さらなる整備を進めることが求められよう。

ii. 衛生要因を担保し、動機づけ要因に注目すること

米国の臨床心理学者である Herzberg (1966) は、人間のモチベーションについて研究し、これを、職務不満を招く要因である「衛生要因」³⁴と職務満足を生み出すのに関連した要因である「動機づけ要因」の2つに分類した。前者は、動物として痛みを回避する(環境適応に努める)欲求で、会社の政策と経営・監督・対人関係・作業条件・給与が主たる要因である。後者は、人間として精神的に成長する欲求で、達成・承認・仕事そのもの・責任・昇進が主たる要因である。そして、これら二つの要因は表裏の関係ではなく、衛生要因が満たされる場合は、没職務不満であり、動機づけ要因が満たされない場合は、没職務満足であるとした。

この視点から前述した職場における健康管理の系統を捉えると、労働安全衛生の系統は「衛生要因」からの取り組み視点であり、人的資本への投資の系統は「動機づけ要因」からの取り組み視点であると言えよう。

その上で、経済産業省(2020)「健康経営度調査」の質問内容を個別に吟味すると、医療関連コストの削減のための傷病防止対策の体制や制度などの衛生要因の視点は十分に担保されているものの、動機づけ要因にかかわる項目は、ようやく健康投資管理会計がアンケートで盛り込まれている段階である。このことから、健康経営を標榜する企業は、顕彰制度は必要条件であって、現段階では十分条件ではないとの認識に立つ必要がある。そして、動機づけ要因に注目し、従業員が自己の成長を感じられるように人的投資を進めることが求められる。つまり、従業員のインゲージメントを高め、個々の才能を活かすマネジメントに傾注することが肝要なのである。

4. おわりに

本稿では、職場における健康管理の系統について、歴史的な経緯と現状を明らかにし、その上で、その成果と今後の課題を考察した。そこで確認されたのは、職場環境改善に向けた法律面での整備は2010年代に大きな進展があったことである。

しかしながら、その一方で、未だ職場における精神的障害は高止まりの水準にある。特に、本学が養成し、社会に輩出する人材の職場である医療・福祉の分野の健康管理には課題が残ることが確認された。

本学の特色を規定する「展開科目」においては、高度化し、複雑化する社会ニーズに対する課題解決力と、組織の経営・マネジメントの知識を養うことを主眼に置いている。これらの修得を通じて、医療・福祉の職場における健康管理においても、「実務リーダー」としての貢献が期待されるのである。

利益相反(COI)：開示すべき利益相反はない。

参考文献

- 1) Frederick Herzberg (1966) WORK AND NATURE OF MAN (北野利信訳『仕事と人間性』東洋経済, 1968 : 83-106).
- 2) Robert. H. Rosen (1986) THE HEALTHY COMPANY : Human Resource Approach. The American Management Association (宗像恒次監訳『ヘルシー・カンパニー』産能大学出版部, 1994).
- 3) 河野敏鑑 (2010) 「今なぜ健康経営か」田中滋・川渕孝一・河野敏鑑編著『会社と社会を幸せにする健康経営』勁草書房, 3-20.
- 4) 経済産業省経済産業政策局産業構造課 (2008) 『健康資本増進グランドデザインに関する調査研究報告書』2008年3月.
- 5) 経済産業省 (2016) 『企業の「健康経営」ガイドブック (改定第一版)』 https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkokeiei-guidebook2804.pdf (2021年2月16日検索).
- 6) 経済産業省 (2020a) 『健康経営の推進について』 https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/180710kenkokeiei-gaiyou.pdf (2021年2月21日検索).
- 7) 経済産業省 (2020b) 『令和2年度健康経営度調査』調査票サンプル https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/2020chosahyo_sample.pdf (2021年2月16日検索).
- 8) 経済産業省 (2020c) 『持続的な企業価値の向上と人的資本に関する研究会報告書～人材版伊藤レポート～』 https://www.meti.go.jp/shingikai/economy/kigyokachi_kojo/pdf/20200930_1.pdf (2021年2月16日検索).
- 9) 経済産業省 (2021) 『健康経営優良法人認定制度』 https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkokei_yuryouhouzin.html (2021年2月16日検索).
- 10) 厚生労働省 (2013) 『労働経済白書 (平成25年版)』 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/roudou/13/13-1.html> (2021年2月19日検索).
- 11) 厚生労働省 (2017) 『データヘルス計画作成の手引 (改訂版)』 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000201969.pdf> (2021年2月14日検索).
- 12) 厚生労働省保健局 (2017) 『データヘルス・健康経営を推進するためのコラボヘルスガイドライン』 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000171483.pdf> (2021年2月16日検索).
- 13) 津野陽子・尾形裕也・古井裕司 (2018) 「健康経営と働き方改革」『日本健康教育学会誌』; 26 (3) : 291-296.
- 14) 津野陽子 (2019) 「医療機関における医療専門職の健康と生産性: 健康経営の視点から」『社会保障研究』; 3 (4) : 492-504, 国立社会保障・人口問題研究所.
- 15) 東京証券取引所 (2020) 『「健康経営銘柄2020」選定企業紹介レポート』 <https://www.jpx.co.jp/news/1120/nlsgeu-000004kxf2-att/20200302.pdf> (2021年2月16日検索).
- 16) 日本経済再生本部 (2014) 『「日本再興戦略」改訂2014—未来への挑戦—』 <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/honbun2JP.pdf> (2021年2月14日検索).
- 17) 新井卓二・玄葉公規 (2019) 『経営戦略としての「健康経営」』合同フォレスト.
- 18) 尾崎弘之 (2017) 「健康経営と企業価値の向上」『関西福祉科学大学 EAP 研究所紀要』; 11 : 1-6.
- 19) 島津明人 (2015) 「産業保健と経営との協働に向けて: ワーク・エンゲイジメントの視点から」『産業・組織心理学研究』; 28 (2) 103-110.
- 20) 中山健 (2019) 「日本企業の健康経営—意義・効果・課題—」『横浜市立大学論叢社会科学系列』; 71 (3).
- 21) 日本経済再生本部 (2013) 『「日本再興戦略—JAPAN is BACK—」』 http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou_jpn.pdf (2021年2月18日検索).
- 22) 森永雄太 (2017) 『「健康経営」とは何か—職場における健康増進と経営管理の両立』『日本労働研究雑誌労働政策研究・研修機構』; 59 (5).

脚注

- ¹ SDGsとは、2015年9月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」にて記載された2030年までに持続可能でよりよい世界を目指す国際目標で、17のゴール・169のターゲットから構成され、地球上の「誰一人取り残さない」ことを誓っている。 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/about/index.html> (2021年2月8日検索).
- ² 労働安全衛生法第一条.
- ³ 従来の人材に対する捉え方は「、いかにその使用・消費を管理するか」という「人的資源」の考え方をとり、自ずとこれに投じる資金も「費用」として認識した。これに対し、人を経営に必要な資本として「投資する」ものであると定義したのが「人的資本」である。こうした捉え方の中では、マネジメントの方向性も「管理」から人材の成長を通じた「価値創造」へと変わり、人材に投じる資金は、価値創造に向けた「投資」となる。経済産業省, 2020c : 9.
- ⁴ 労働安全衛生法は、労働基準法第42条「労働者の安全及び衛生に関しては、労働安全衛生法の定めるところによる」との規定を受け、制定されたものである。
- ⁵ 厚生労働省「労働安全衛生法の改正について (平成17年)」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_

健康経営の歴史的な位置づけとその現状

roudou/roudoukijun/enzen/17an-eihou/index.html (2021年2月8日検索).

- ⁶ 厚生労働省の認定基準(平成23年改定)は、①認定の対象となる精神障害を発生していること、②発病前おおむね6か月の間に業務による強い心理的負荷が認められること、③業務以外の真実的負荷および個体側要因により発病したと認められないことの3点である。 <https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/120427.html> (2021年2月8日検索).
- ⁷ 当該データの開示者である全国健康保険協会は、主に中小企業で働く従業員とその家族など、3,850万人の加入者、200万事業所からなる日本最大の医療保険者である。 <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/> (2021年2月8日検索).
- ⁸ 厚生労働省「労働安全衛生法の改正について」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/enzen/an-eihou/index.html (2021年2月10日検索).
- ⁹ 正式名称「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」において、労働基準法、雇用対策法(労働施策総合推進法に改称)、安全衛生法、労働時間等設定改善法、パートタイム労働法、労働契約法、労働者派遣法など19の法律が改正された。 http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/housei/19620180706071.htm (2021年2月10日検索).
- ¹⁰ 厚生労働省 <https://jsite.mhlw.go.jp/gifu-roudoukyoku/content/contents/000607530.pdf> (2021年2月10日検索).
- ¹¹ Rosen (1991) 訳: 3-27.
- ¹² 「健康経営」は特定非営利活動法人健康経営研究会の登録商標である。 <http://kenkokeiei.jp/whats> (2021年2月10日検索).
- ¹³ 経済産業省, 2008: 5-7.
- ¹⁴ 経済産業省商務情報政策局 https://www.meti.go.jp/intro/data/akikou08_1j.html (2021年2月16日検索).
- ¹⁵ 日本経済再生本部, 2014: 95.
- ¹⁶ データヘルス計画とは、健診・レセプトデータの分析に基づいて保健事業をPDCAサイクルで効果的・効率的に実施するための事業計画のこと。厚生労働省, 2017: 7.
- ¹⁷ 厚生労働省保健局, 2017: 1.
- ¹⁸ 経済産業省と東京証券取引所による定義。東京証券取引所, 2020: 2.
- ¹⁹ 経済産業省「『健康経営銘柄2020』に40社を選定しました!」 <https://www.meti.go.jp/press2019/03/20200302002/20200302002.html> (2021年2月15日検索).
- ²⁰ 「日本健康会議」とは、少子高齢化が急速に進展する日本において、国民一人ひとりの健康寿命延伸と適正な医療について、民間組織が連携し行政の全面的な支援のもと実効的な活動を行うために組織された活動体。 <https://kenkokaigi.jp/about/index.html> (2021年2月15日検索).
- ²¹ 厚生労働省保健局, 2017: 31.
- ²² 経済産業省「健康経営アワード2020」 https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkoukeiei-award_no6.html (2021年2月16日検索).
- ²³ 2020年度の健康経営銘柄は、「健康経営度調査」に回答した東京証券取引所上場会社を評価基準に基づいて選定した上位20%かつ必要項目をすべて満たしている企業を候補として選出し、ROEや情報開示の内容などをスクリーニングし、その評価結果が業界内で最高順位および各業種最高順位企業の平均より優れている企業を選定された。東京証券取引所, 2020: 2.
- ²⁴ 健康経営度調査とは、法人の健康経営の取組状況と経年での変化を分析するとともに、「健康経営銘柄」の選定および「健康経営優良法人(大規模法人部門)」の認定のための基礎情報を得るために実施している調査。経済産業省「健康経営調査について」 https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkoukeieido-chousa.html (2021年2月18日検索).
- ²⁵ 経済産業省「健康優良法人の申請」 https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfile/skenkoukeiiryuhohjin2021_chusho_shinseisho_sample.pdf (2021年2月16日検索).
- ²⁶ 経済産業省, 2020b: Q68, Q74参照.
- ²⁷ 経済産業省, 2016: 25-40. なお、本件に関する裏付けとなる研究は、津野・尾形・古井(2018)、津野(2019)を参照願いたい.
- ²⁸ 本ガイドラインは「企業等が従業員等のために創意工夫し、健康経営をより継続的かつ効率的・効果的に実施するために必要な内部管理手法を示すとともに、取組状況について企業等が外部と対話する際の共通の考え方を提示するものです。主に健康経営に取り組み始めていて、効果分析や評価方法を模索している企業が利用することを想定」している。経済産業省「『健康投資管理会計ガイドライン』について」 https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkoutoushi_kanrikaikei_guideline.html (2021年2月18日検索).
- ²⁹ 厚生労働省, 2013: 81-94.
- ³⁰ 経済産業省, 2020a: 22.
- ³¹ 経済産業省平成26年度「健康経営銘柄」: 5. https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/meigara2015report.pdf 経済産業省「健康経営銘柄2020 選定企業紹介レポート」: 2. https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/set_meigara_report2020.pdf
- ³² 経済産業省, 2016: 3. 11.
- ³³ 2020年は3割だが、2017年までは2割であった。厚生労働省保健局, 2017: 30.
- ³⁴ これはその医学的用法が「予防と環境」を意味するのにならったものである。Herzberg (1966) 訳: 87.

健康経営の成果としてのウェルビーイングの向上

片岡幸彦 東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 作業療法学科

【要旨】

「出社しているが心身の疾病状態にある社員」が職場にあふれる状態（プレゼンティーズム：疾病就業）が組織の大きな問題となっている。経産省主導で健康経営の取り組みが盛んになり身体的な健康面での向上は一定の成果を上げつつあるが、精神面での健康は各組織に委ねられており成果も目に見えにくいためまだ十分に対策が打たれていないと言わざるを得ない。

近年、従業員の身体的、精神的、社会的な健康を目指す考え方として「ウェルビーイング (well-being)」が注目されている。ウェルビーイングは WHO による健康の定義がもとになっている。また厚生労働省の保健医療 2035 提言書に記載されている「2035 年までに必要な保健医療のパラダイムシフト」の中の「ケア中心からケア中心へ」でも近い考え方が紹介されている。ウェルビーイングを構成する 5 つの要素として、ポジティブ心理学の創設者マーティン・セリグマン博士が提唱した「PERMA」がある。「PERMA」をどのように高めていくか、ウェルビーイングを高めるために重要なことなどに言及していく。またウェルビーイングとリハビリテーションの目的との関係を指摘しながら、患者のウェルビーイング向上を支援する医療技術者の役割を提言する。

キーワード：健康経営、プレゼンティーズム、ウェルビーイング、PERMA、医療技術者の役割

I. はじめに

健康経営¹ (Health and Productivity Management) の考え方は、アメリカの経営学と心理学の専門家、ロバート・H・ローゼン (Robert H. Rosen) 1992 年に出版された「The Healthy Company²」の中で提唱したと言われている。わが国では経済産業省が主導し、健康寿命延伸や医療費の削減、メンタルヘルス対策などの目的で、2014 年から「健康経営銘柄」や 2016 年から「健康経営優良法人認定制度」を導入し、企業の健康経営を推進してきた。

健康経営は「従業員の健康保持・増進の取組が、将来的に収益性等を高める投資であるとの考えの下、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践すること¹⁾」である。その根底には、従業員の健康を「資産」としてとらえ、社員の健康に投資することで健全な経営を行うという価値観がある。それが健康経営の大きな特徴であると言える。

その背景として、総人口減少・高齢化による医療費の増大や生産人口の減少による経済成長の低下や生産性の停滞などがあげられる。

「体調不良 (心身ともに) が原因となり遅刻したり、就労が困難となったり欠勤・休職するなど、仕事自体が行えない状態「アブセンティーズム (absenteeism)：病欠」が問題となって生産性を妨げている要因となっている。この状態は、状況が目に見えているために対処がしやすい。心身の状態が回復すれば職場復帰が出来

る。出勤できないようであれば休職させるなどして欠員補充することが可能であるのでそれほど大きな問題ではない。むしろ最も深刻な状態が、「出社しているが心身の疾病状態にある社員」が職場にあふれる状態」であるプレゼンティーズム (presenteeism)：疾病就業³が大きな問題となっている。出勤はしているものの仕事のパフォーマンスは上がらず、結果として働くことが難しくなっているからである。この状態は非常に社員に対するマネジメントが難しくなっている。

経産省が主導する健康経営の施策は、ハード面 (制度、しくみ等) の施策が多く、身体面での健康状態を維持・向上させるといった面では一定の成果は上げている。しかしエンゲージメントやモチベーションを高めるマネジメントといった精神面での回復・向上といったソフト面での施策は各組織に委ねられており、またその成果も目に見えにくいいため、十分な対策が打たれているとは言い難い。さらに成果が出ているかということに関しても検証は難しい。

これからの大きな流れとしては、QOL の質の向上をはじめ精神的にも社会的にも豊かな生活を送るという社会的な価値観が高まっている中、精神面での充実組織として取り組むというニーズが高まっていることは間違いのない事実である。

II. ウェルビーイングの高まり

そうした状況の中で、身体の慢性的な不調やメンタル不調の予防や早期発見、治療といった従業員の心身の健康面に対して「マイナスをゼロにする」施策だけでなく、社員の仕事へのモチベーションを高めたり、組織へのエンゲージメントを高めたりする「ゼロをプラスにする」精神面での健康を目指すことが重要であるとの考え方が重視されるようになってきたことは上記でも述べた。

そこで注目されてきたのが、従業員の身体的、精神的、社会的な健康を目指す「ウェルビーイング (well-being)」の考え方である。

「ウェルビーイング」は、WHO による健康の定義が基になっている。

Health is a state of complete physical, mental, and social **well-being** and not merely the absence of disease or infirmity.

(健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます)

「世界保健機関 (WHO) 憲章」社団法人 日本 WHO 協会仮訳

ウェルビーイングの定訳はまだ決まっていない。現状では「良好な状態」「生き活きとした状態」「幸福な状態」など豊かな人間の生活を営んでいる状態を指している。

従業員にとって、1日の内で多くの時間を過ごす職場が健康で安心して働けることや、やりがいを持って生き活きと働けることは、まさに「ウェルビーイングの状態」であり、従業員の組織へのエンゲージメント向上が期待できる。

厚生労働省においても、保健医療 2035 提言書²⁾でウェルビーイングに近い概念で触れている項目がある。「2035年までに必要な保健医療のパラダイムシフト」の中で「2035年に向けて、介護などの関連サービスはもとより、住まい、地域づくり、働き方と調和しながら機能する「社会システム」とするため、これまでの保健医療制度を規定してきた根底の価値規範、原理、思想、すなわち「パラダイム」を以下のように根本的に転換すべきである。

- ・量の拡大から質の改善へ
- ・インプット中心から患者にとっての価値中心へ

- ・行政による規制から当事者による規律へ
- ・キュア中心からケア中心へ
- ・発散から統合へ

特に「キュア中心からケア中心へ」については以下のような注釈が記述されているが、まさしくウェルビーイングの考え方を示唆していると思われる。

『疾病の治癒と生命維持を主目的とする「キュア中心」の時代から、慢性疾患や一定の支障を抱えても生活の質を維持・向上させ、身体的のみならず精神的・社会的な意味も含めた健康を保つことを目指す「ケア中心」の時代への転換』

また、「インプット中心から患者にとっての価値中心へ」に関しても、これまでの技術提供中心の保健医療から、患者に対する提供価値を高めることを示唆している。

『構造設備・人員配置や保健医療の投入量による管理や評価を行う時代から、医療資源の効率的活用やそれによってもたらされたアウトカムなどによる管理や評価を行う時代への転換』

上記の提言書からも分かる通り、保健医療分野のサービスは、「モノからコトへ」「技術からサービスへ」そして「パフォーマンスベースのサービスへ」の転換が迫られているということが言える。

経営分野において「顧客提供価値 (Value Proposition)」という考え方がある。これは「商品・サービスの持つ、顧客が認める価値の組合せ」であり、「顧客ニーズに対して、自社独自の価値を提供するために今後何をすべきかを検討する」という考え方である。それは以下のキーワードで説明ができる³⁾。

【顧客の解決したいこと】

1-1. 顧客の仕事

「顧客のしたいこと：ニーズ」

1-2. ゲイン

「顧客が達成したいこと、顧客が求める具体的な価値、『顧客にとってうれしいこと』」

1-3. ペイン

「顧客の仕事に関係する悪い結果、リスク、障害、出来ないとききらめていること『顧客にとって嫌なこと』」

【企業の提供できること】

2-1. 製品とサービス

「価値提案をもとに作られる製品とサービス『自社の強み』」

2-2. ゲインクリエイター

「製品とサービスがどのように顧客の恩恵になるか『うれしさを増す』」

2-3. ペインリリーバー

「製品とサービスがどのように顧客の悩みを取り除くか『悩みや嫌なことを減らす』」

企業の持つ製品とサービスが顧客にとって大切な仕事(ニーズ)、ペイン(取り除きたい嫌な事)、ゲイン(獲得したいうれしいこと)にピタリと対応し、顧客のペインを解消し、ゲインを生み出す場合に双方の思惑が合致 (Fit) し、顧客にとっての価値が生み出される。

保健医療の分野で言えば、治療に関する発想の出発点は、患者の顕在的・潜在的ニーズに寄り添うことであり、顧客にとっての「ペイン」を取り除き、欲しいものを手に入れること、つまり「ゲイン」を医療技術者は手助けすることであると置き換えることが出来る。そして顧客ニーズは、身体的なことだけではなく、精神的そして社会的参加も含めた豊かな人生を送るためのすべてのこと、つまりウェルビーイングを高めることを指していると言える。

Ⅲ. ウェルビーイングを高めるためのアプローチ

ウェルビーイングを高めるために以下の3つのアプローチがある⁴⁾。

1. 医学的アプローチによるウェルビーイング：心身が機能的に不全でなく維持されている状態。健康診断やメンタルヘルス等のチェックで実施が可能で、不全状態が診断可能である。医学による治療や予防ができる。
 - ・予防医学としての効果を発揮することはできる。しかし健康増進や心理的な豊かさを得るにはやや不足している。
2. 快楽的アプローチによるウェルビーイング：気持ちいい、幸せな状態であること。ポジティブ感情の体験としての主観的ウェルビーイングのこと。
 - ・「幸せは結果ではなく、プロセスにある」という考え方である。個人の主観重視の考え方であるが、より包括的、持続的なウェルビーイングと考えることも可能である。主観的ウェルビーイングの代表的な質問がエド・ディーナーの人生満足度調査 (Satisfaction With Life Scale⁵⁾) である。略して SWLS と言われている。
3. 持続的アプローチによるウェルビーイング：心身の潜在能力を発揮し、人生の意義を発見していること。一言で言うと「生き活きとした状態」の実現としてのウェルビーイングである。
 - ・モチベーションについての基本論である「自己決定理論⁶⁾」の3項目が軸になっている。3項目とは、以下を指している。
 - ① 自己決定感：自分のことは自分が決めているという感覚
 - ② 有能感：自分は努力すれば大概のことは出来るという感覚
 - ③ 他者受容感：自分の言動は他者に受け入れられているという感覚

上記3つが満たされることで内発的動機づけが生まれ、自発的、主体的な行動を生み出し、心理的な充実感を生み出す。ただし有能感があっても、自己決定感がなければ内発的動機づけが高まらないと言われている。

医学的、快楽的、持続的アプローチの3つを統合したものがポジティブ心理学の創設者マーティン・セリグマン博士の「PERMA⁷⁾」考え方である。

P：Positive Emotion（前向きな感情、自信に満ちた感情）

E：Engagement（物事への積極的な関与、熱意、没頭）

R：Relationships（他者との良い関係性）

M：Meaning（人生の目的、意味・意義）

A：Achievement（達成感）

それぞれについて解説していく。

P：Positive Emotion（前向きな感情、自信に満ちた感情）

・ポジティブ感情。良い気持ち、肯定的な感情、楽観的、喜びと楽しさ

心理学者のバーバラ・フレドリクソンがその著書「ポジティブな人だけがうまくいく3:1の法則⁸⁾」の中で、ウェルビーイングを高めるには、以下の10種類のポジティブ感情を満たしていくことであるとしている。

1. 愛 2. 喜び 3. 感謝 4. 安らぎ 5. 興味 6. 希望 7. 誇り 8. 愉快 9. 鼓舞 10. 畏敬

上記の10種類は代表的なポジティブ感情であるが、大事なことは自分がこれらの感情がどのようなときに

現われるのかを理解し、行動することである。

E : Engagement (物事への積極的な関与, 熱意, 没頭)

・充実した仕事, 面白い趣味, フロー状態⁹⁾

「フロー状態とは：人間がそのときしていることに、完全に没頭し、精神的に集中している感覚に特徴づけられ、完全にのめり込んでいて、その過程が活発さにおいて成功しているような活動における、精神的な状態」
チクセントミハイは、フロー状態に入るためには、次のような7つの条件を挙げている。

1. 目標の明確さ (何をすべきか, どうやってすべきか理解している)
2. どれくらいうまくいっているかを知ること (ただちにフィードバックが得られる)
3. 挑戦と能力の釣り合いを保つこと (活動が易しすぎず, 難しすぎない)
4. 行為と意識の融合 (自分をもっと大きな何かの一部であると感じる)
5. 注意の散漫を避ける (活動に深く集中し探求する機会を持つ)
6. 自己, 時間, 周囲の状況を忘れること (日頃の現実から離れたような, 忘我を感じている)
7. 自己目的な経験としての創造性 (活動に本質的な価値がある, だから活動が苦にならない)

フロー状態は前提として、主観的なポジティブ感情だけではなく、自分の強みや才能を最高に発揮することが重要であるとしている。

R : Relationships (他者との良い関係性)

・社会的な関係性, 愛, 親密さ, 感情的, 身体的な相互作用

1938年に始まった「ハーバード成人発達研究¹⁰⁾」の中で、他者との良い関係の重要性を結論付けた調査があり、これは後述する。

M : Meaning (人生の目的, 意味・意義)

・意味, 目的を持つ, 人生の意味を見つける

アリストテレスが提唱した「ユーダイモニア」の概念で表すことが出来る。「意義ある目標に向かって努力を重ねる行動と、困難を乗り越えるときの充実感から発生するポジティブな感情」を指している。日本語としては、「生きがい」に近い概念である。

「有意義な人生を送ること」や「目的を持って日々活動する」ことは、一人だけで出来ることも多いが、人との関係性において成り立つことも多いと思われる。

A : Achievement (達成感)

・業績, 野心, 現実的な目標, 重要な成果・達成感, 自分への誇り

この要素の重要なことは、結果として達成すればいいということではなく、結果の良しあしに関わらずこのプロセスにおいて成長したとか、自分の力を試すことができた、正々堂々と戦うことが出来たなどポジティブな感情を伴っていることも重要な要素である。勝利至上主義のスポーツや利益中心主義の企業において、「結果さえ出せばいい」という状況の中では本来の持続的な達成感は得られない。

これら5つのPERMAが高まる前提として「自分自身の強み(徳性)」が活かされていることが重要な要素としている。またこれら5つの要素は、相互に関連していると考えられており、どれか一つが高まる他の項目も高まっていくことがある。

PERMA は心理的な要素が強いが、最近の研究でウェルビーイングを高めるには体力的な要素も重要であるという調査が発表されている。具体的には、V=Vitality (生命力や活力, 体力, 生活力, 活気, 元気, 持続力) が追加されている¹¹⁾。

IV. ウェルビーイングを高めるための具体的な施策

具体的な施策については、様々な事例が発表されているが、ここではその内の基本的な要素のみ紹介するに留めることにする。

P : Positive Emotion : ポジティブ感情

① ポジティブ・ネガティブな体験, 人生の満足度の評価を自己報告する。

これは「テトリス効果 (Tetris Effect)」が理論的背景になっている。テトリス効果とは、「思考, イメージ, 夢が支配されるほどに、何かに十分な時間と精力を割り当てる能力のことである。この効果はコンピュータゲーム「テトリス」にちなんで命名された」

例えば、テトリスを長時間プレイしたあとに街を歩くと、街にある建物や塀、陳列された商品などがテトリスのブロックに見えてしまう現象である。

テトリス効果は、自分の習慣としてポジティブに影響する習慣を継続して持つか、逆にネガティブな習慣を継続して持つかによって、脳の働きが全く違ってくるということを示している。人生を幸福に導くか、破滅に突き進むかは習慣にかかっているという考え方である。

『幸福優位7つの法則』の中でショーン・エイカーは、このような脳の働きを「ポジティブ・テトリス効果」と呼んでいる。「私たちは、生活の中のものより好ましい面を探すように、脳を再訓練することができます。そうすれば、より多くの可能性に気付き、より多くのエネルギーを感じ、より高いレベルで成功を収めることができます」と述べている。

ポジティブ感情を高めるために、具体的に何をするかというと「毎日3つの良いことを探す」という訓練を1週間続けた人は、1カ月経ってから幸福を感じ、憂鬱な気分になることも少なかったということである。

② 強みの発見・承認と活用。ネガティブな状況に対するコーピング (問題に対処すると言う意味の cope に由来する用語) を実施する。

コーピングは2つの種類がある。

(1) 問題焦点型コーピング

ストレスの原因がどこにあるのかをつきとめて、ストレスを根本から取り除く方法。問題となる状況や環境を変えたり、また解決したりすることで、ストレスを根本から解消することができる。

(2) 情動焦点型コーピング

ストレスに対しての向き合い方を変えたり、ストレスから軽減させるための気晴らし方法を身に付けたりするなど、ストレスの負荷軽減につなげる。

こういったコーピング行動を通じて、ストレスによるネガティブ感情が緩和され、精神的余裕が生まれることでポジティブ感情が生まれやすくなると考えられる。

E : Engagement :

① フロー状態になるための仕事への専念と集中。業務に集中、リラックスできる環境をつくるということ

があげられる。

これは近年各社で実施されているのが、オフィス環境の改善である。仕事に集中できるブースづくりやリラックスできる空間づくり、雑談や休憩できるスペースに加えて健康維持増進を目的とした社員食堂に充実など、各社工夫を凝らした施策が打たれている。

- ② 会社から自分は大事にしてもらっているという認知、会社への貢献意欲などがある。
これらの認知は以下の Relationships との関係も深いので、以下に記述することとする。

R : Relationships :

内外の関係者、メンバーとの関係性の向上。そのために心理的安全性を確保する。

- ① 心理的安全性については、Googleの「プロジェクト・アリストテレス¹²⁾」でも発表されているが、「リスクのあることを言ったりしても受け入れられる、自分の弱い部分をさらけ出しても大丈夫という心理的な状態」をいう。そういった心理的に安全な環境をつくるのがチームの生産性向上に寄与していると調査結果を発表した。

心理的安全性をつくるのはチームメンバーの根底にある集団規範（チーム内の不文律や暗黙の了解、黙示的規範）でもあるが、やはりチームの文化風土形成に大きな影響を持っているマネジメントの役割も大きい。

- ② 相互理解や質問を中心としたコーチング・コミュニケーション、またアサーションを活用したコミュニケーションを身につけることも効果的である。

上記のような心理的安全性を生み出すためには、相互理解が欠かせない。日常の何気ない会話や対話の量を増やすことで自己開示を進め、相互理解を深めることがまずは必要である。またお互いの意見を言い合うのではなく、傾聴と質問を中心としたコーチング的な関わりは、相手に寄り添い、相手を受け入れることによって関係性が高まると言われている。また相手との健全な関係性を構築するためにも、お互いに自分の主張を押し通す競争の葛藤処理（アグレッシブ：攻撃的）、またはすべて相手の主張を受け入れてしまう順応の葛藤処理（ノンアサーティブ：非主張的）では相手との健全な関係性は保てない。お互いの主張を良く聴き、第三の解決策を見つける協働の葛藤処理（アサーティブ：主張的）が健全で持続的な関係性を保つことが出来る。

M : Meaning :

組織からのミッション・ビジョン・バリューの共有とメンバー間の行動共有。自分の仕事の意義や意味の確認。

- ① 一つ目は、所属する組織の「ミッション・ビジョン・バリュー：MVV」を共有することから始める。組織のMVVを理解し共有することで組織の根底にある価値観を理解し、それに沿った意思決定を行い行動できるようになる。さらにMVVを自分事としてとらえ、そういった行動がMVVにつながるのかをメンバー間で共有することで、自分の行動として定着するのである。
- ② MVVを自分事としてとらえることで、今度は自分の中にある根底的な価値観に気づき人間観、組織観を深めることが出来る。そして、仕事の目的や自分の将来ビジョンにつなげることで主体的、自発的な行動が取れるようになってくる。

A : Achievement :

上記の目的に沿って、自分および自分達の目標を主体的に設定し、自分達で目標達成の道筋を描き、相互

に協力しながら達成すること。

- ① 目標によるマネジメントが一般的な考え方として定着しているが、目標を重視するあまり近視眼的な目標設定になることが多い。Achievementを高める場合は、「目標によるマネジメントから目的によるマネジメントへの転換」、そして「個人に委ねられた目標達成行動からチームによる協働での目的実現行動への転換」が重要になってくる。「何のためにこの目標を設定するか」という本質的な意味を共有することで、その時々状況に惑わされず行動できるようになる。
- ② 短期的な目標達成行動も重要だが、中長期的な展望を持つことで、それを短期的な学習につなげていくことが重要である。それが自分自身のキャリアデザインを推進していくことにつながる。また身近なメンターやサポート役と相談しながらともに自分自身のキャリアを歩んでいくことは、自分の考え方を受容してくれる人物がいるという安心感とともに内発的動機づけを促進させる役割を果たす。

IV. 重要なのは人とのつながり

「他人の幸せにつながることを行う人は一番幸福感が高い」

幸福感を高める上において最も効果的なのは、「ポジティブな気持ちでソーシャル・ネットワーク内の人たちと関わる」ことであるという研究がある。

「持続的な幸福感との関係においてより重要な因子は、学生たちがどれくらいソーシャル・サポートを『提供している』のかであることが分かった。……ソーシャル・サポートを提供する人たちは、自分の殻に閉じこもっている人たちと比べて、仕事への集中度が10倍、そして昇進の可能性が40%高い¹³⁾。」

注)：ソーシャル・サポート(身近な人間関係における相互支援)：他の学生をサポートする、他の人がやり残した仕事を引き受けたり、職場を組織的にまとめたり、新たな人間関係が始まったりなど。

ハーバード大学の研究でも、持続的ウェルビーイングのポイントとなる関係性(人とのつながり)は、幸福との深い関係が報告されている。

1938年に始まった「ハーバード成人発達研究」で、4代目研究責任者を務める精神科医ロバート・ウォルディングー(Robert Waldinger)は、人生で幸福を感じるのは、「友人の数」ではなく、また「生涯をともにする人がいるかどうか」ではなく「身近にいる人たちとの人間関係の質なのです」と述べている。「最も幸せに過ごしてきた人々は、人間関係・家族・友達やコミュニティに頼った人々だということでした」とも述べている。またこの研究は、孤独を感じている人は肉体的な健康が早くに衰え、短命である傾向が強いことも、明確に示している¹⁴⁾。

この研究は現在も続けられている。

V. リハビリテーションとウェルビーイング

リハビリテーション(rehabilitation)とは、「身体的、精神的、社会的に最も適した生活水準の達成を可能とすることによって、各人が自らの人生を変革していくことを目指し、且つ時間を限定した過程である。」

国連、障害者に関する世界行動計画、1982年

そしてリハビリテーションの目的は「全人間的復権」である。全人間的回復とは、リハビリテーションが単なる機能の回復ではなく、障害を負った人々が「人としての尊厳、その人らしく生きる権利の回復」であるということを示している。それはすなわち「ウェルビーイングの向上」を実現することであると解釈できるの

ではないだろうか。

【医療技術者の役割】

医療技術者の役割は、患者に対して「全人間的復権」を目的とし、「人間としての尊厳を取り戻し、ウェルビーイングの向上を通じて、患者に自分らしい豊かな人生を送っていただくことを支援すること」であると考えられる。その役割を当大学の育成理念と重ね合わせてみると、以下のような考え方が成り立つのではないだろうか。

【東京保健医療専門職大学求める人材像】

当大学の教育の目的として、「共生社会の実務リーダー」を育成することである。共生社会という多様性の中で、活躍するリーダー像を求めている。多様性を受け入れるための大前提としては、「相手のことは決して分からない」という価値観を根底において他との関係性を構築することである。

具体的な行動としては、「相手のことは決して分からない」からこそ、まず最初に行うことは「相手の話（ニーズ）をしっかりと傾聴する」ことであり、患者との関係性構築の出発点である。そして「LEADERのLは、LISTENのL」を体現するリーダーでなければならない。

そうしたことを考えると、医療技術者に求められる役割は、患者自身が自分の人生や生活について明確なビジョンを持っていただくことを出発点として、医療技術者が患者のビジョンを形づくるための潜在的ニーズをくみ取り、そのビジョンを実現するための方法を共に考え、実践していくことである。

また患者自身も、リハビリそのものにモチベーション高く取り組んでいただけるように、医療技術者は内発的動機づけが高まるような治療方法や患者へのアプローチを研究していただくことも重要な役割であると考えられる。

利益相反 (COI)：開示すべき COI はない

引用文献

- 1) 「健康経営の推進について」経済産業省 ヘルスケア産業課、平成 29 年 3 月；2.
- 2) 厚生労働省 保健医療 2035 提言書、平成 27 年 6 月 9 日；9-10.
- 3) 「[Value Proposition Design]バリュー・プロポジション・デザイン 顧客が欲しがらる製品やサービスを創る」アレックス・オスターワルダ、イヴ・ピニユール他 翔泳社、2015.
- 4) 「日本の Wellbeing を促進する情報技術のためのガイドラインの策定と普及(平成 28 年 11 月～平成 31 年 10 月)」科学技術振興機構社会技術研究開発センター.
- 5) イリノイ大学心理学教授で、幸福研究の第一人者といわれるエド・ディーナーが開発 Ed Diener 他「人生満足尺度 (Satisfaction With Life Scale, SWLS)」.
- 6) 自己決定理論 (Self-Determination Theory, SDT) リチャード・ライアン (Richard Ryan) とエドワード・デシ (Edward Deci) (1985, 1991, 2000).
- 7) Seligman's theoretical model of happiness (PERMA), 2011.
- 8) 「ポジティブな人だけがうまくいく 3:1 の法則」バーバラ・フレドリクソン (著)、植木理恵 (監修)、高橋由紀子 (翻訳) 日本実業出版社、2010.
- 9) 「クリエイティビティーフロー体験と創造性の心理学」浅川希洋志、須藤祐二、石村郁夫 (翻訳) 世界思想社、2016.
- 10) 1938 年に始まった「ハーバード成人発達研究」は、724 人の男性を 2 つのグループに分け、青年期から追いつき、幸福と健康に必要な要素を調査した。対象となったのは、1939～2014 年にボストンで育った貧しい男性 456 人 (グラント研究) と、1939～1944 年にハーバード大学を卒業した男性 268 人 (グリユック研究) である。
- 11) 「ポジティブ心理学に基づく PERMA-V Scale in HDB の開発」日本心理学会 2019 第 83 回学術大会 徳吉陽河.
- 12) 「プロジェクト・アリストテレス」2012 年に Google が発表した企業向けリサーチのこと。合計 180 のリサーチ対象のプロ

健康経営の成果としてのウェルビーイングの向上

ジェクトには、業績の高いチームと低いチームが混在していたが、「チームの効果を向上させる要素」は、チームメンバーの構成よりも、チーム内での協力の度合いが影響していると発表した。5つの要素を発表したが、その中でも「心理的安全性」が最も重要であるとした。

- 13) ハーバードビジネスレビュー「幸福の戦略」. 2012 ; 5 : 62-63.
- 14) 「75年間ハーバードが研究した幸せな生活の秘密」ロバート・ウォルディングーYoutube 動画 https://youtu.be/4V9Qc_Jw_Jo

参考文献

- 1) ヘルシーカンパニーの邦訳 (宗像恒次監訳, 産能大学メンタルマネジメント研究会訳, 産能大学出版, 1992年).
- 2) 「Value Proposition Design バリュー・プロポジション・デザイン顧客が欲しがる製品やサービスを創る」アレックス・オスターワルダー, イヴ・ピニユール他 翔泳社, 2015.
- 3) ハーバードビジネスレビュー「幸福の戦略」. 2012 ; 5.
- 4) 「クリエイティビティーフロー体験と創造性の心理学」浅川希洋志, 須藤祐二, 石村郁夫(翻訳) 世界思想社, 2016.
- 5) 「幸福の習慣」トム・ラス(著), ジム・ハーター(著), 森川里美(翻訳) ディスカヴァー・トゥエンティワン, 2011.
- 6) 経営戦略としての「健康経営」新井卓二(著), 玄場公規(著) 合同フォレスト, 2019.
- 7) 「ポジティブ心理学の挑戦」マーティン・セリグマン(著) 宇野カオリ(監訳) ディスカヴァー・トゥエンティワン, 2020.
- 8) 「実践 ポジティブ心理学」前野隆司(著) PHP 新書, 2017.
- 9) 「ウェルビーイング経営の考え方と進め方」森永雄太(著) 労働新聞社, 2019.
- 10) 「幸福優位7つの法則 仕事も人生も充実させるハーバード式最新成功理論」ショーン・エイカー(著), 高橋由紀子(翻訳) 徳間書店, 2011.
- 11) 「ポジティブな人だけがうまくいく3:1の法則」バーバラ・フレドリクソン(著), 植木理恵(監修), 高橋由紀子(翻訳) 日本実業出版社, 2010.

脚注

- ¹ 健康経営は、特定非営利活動法人健康経営研究会の商標登録である。
- ² ヘルシーカンパニーの邦訳 (宗像恒次監訳, 産能大学メンタルマネジメント研究会訳, 産能大学出版, 1992年) 健康経営は、特定非営利活動法人健康経営研究会の商標登録である。
- ³ プレゼンティーズムとは、アブセンティーイズムという言葉に「プレゼント(出席): present」を組み合わせで作成された造語である。

障がい者スポーツの歴史と理念およびレガシー

陶山哲夫

【要旨】

障がい者スポーツは1940年代に英国のLudwig Guttmann先生により脊髄損傷者を対象に始められ、1952年国際大会を開催してスポーツによる心身改善の効果が国際的にも認知されることとなった。その後、障がい者スポーツは健康の維持・増進と心理的、社会的にも大きな効果が認められて世界中で益々発展している。特にパラリンピックの社会的な功績は大きく、その理念とレガシーは極めて重要であり、究極的には健常者と障がい者にある障壁を取り省き、共生社会の実現を目指すことにある。

キーワード：障がい者スポーツ、歴史、理念、レガシー

History and Vision, Legacy of Sports for Impairments

TETSUO SUYAMA Tokyo Professional University of Health Sciences

【Summary】

Sports for persons with Impairment was started by Dr, Ludwig Guttmann for spinal cord injured, and they were recognized for improvement of body function and psychological condition, social activities internationally. Since then, they developed more and more in the world. Especially, Paralympics affected to social situation, and became to be important as vision and legacy extremely. The aim for Paralympics are to exclude the barrier between normal person and impairments, and to make symbiotic society come true.

Key Word : Sports for Impairments, History, Vision, Legacy

I. 緒言

障がいとは世界保健機構 (WHO) の定義によると、身体の損傷、活動の制約、参加の制限が含まれる包括的な用語である。損傷は身体における機能もしくは構造に対するものを指し、活動の制約は個人が仕事や行動を行う際に直面する困難を指し、参加の制限は個人が生活する中で体験する問題である。したがって、障がいは複雑な現象であり、ある個人の肉体が持つ特徴と、その人が生きる社会の特徴とがもたらす相互作用の反映とされている。

1943年頃から英国の Stoke Mandeville Hospital で脊髄損傷者に導入されたスポーツは、身体機能の改善や社会復帰にも有効性がみられ、次第に在宅者や施設で生活する障がい者にもスポーツが広がり、終には競技性志向の強い1960年ローマパラリンピック、1964年東京パラリンピック開催に至り、2021年の現在まで益々興隆している。

当初、障がい者がスポーツを行うと危険との理由で禁止された時代もあるが、医学的管理下では安全に行えることが国際的にも証明されるに至っている。障がい者スポーツは心身機能の向上のみならず、障がい者がスポーツを頑張っている姿を見ると、社会の障がい者への理解が進み、障がい者の社会生活の施策が振興して、障がい者との共生社会の促進に繋がり、パラリンピックはオリンピックと共にスポーツの祭典後にも影響するホジティブな理念とレガシーを模索することとなった。

II. 障がい者スポーツの歴史

1. 国際的な障がい者スポーツとパラリンピックの歴史

障がいのある人々が身体運動を行っていた記録は紀元前から見られ、医師や体育指導師により、「治療体操」としてスポーツが行われていた記録も残されている。しかし障がい当事者自身が組織を作り自発的にスポーツ活動を始めたのは、19世紀以降のことであり、身体障がい者がスポーツを

行った記録には下肢に奇形のあるバイロン (詩人、1788～1824年) のボート、水泳がある。

公式には1888年、ドイツでの聴覚障がい者スポーツクラブの結成に始まるが、第一次世界大戦 (1914～1917年) 後、イギリスで身体障害者自転車クラブや英国の片上肢ゴルフ協会が創立されるなど、障がいのある人々が自発的にスポーツを楽しむようになった。

1948年イギリスのストーク・マンデビル病院において、ロンドンオリンピックに合わせて脊髄損傷者のスポーツ大会が行われた。1952年オランダの選手を招き国際ストーク・マンデビル競技大会を開催し、同時に車いす使用者を対象とする国際ストーク・マンデビル競技連盟 (現在国際ストーク・マンデビル車いすスポーツ連盟) を設立した。

1960年国際ストーク・マンデビル競技大会がローマオリンピックの後に同地で開催され、この大会を第1回パラリンピックとしている。1964年国際ストーク・マンデビル競技大会を東京オリンピックの後に開催し、これを第2回パラリンピック大会とした。

1975年大分において第1回極東・南太平洋身体障害者スポーツ大会が開催され、1975年カナダのトロントにおける国際身体障がい者スポーツ大会に切断者と視覚障がい者が参加した。1976年に第1回冬季身体障害者スポーツ大会がスエーデンのエーンシェルドスピークで開催された。1978年には国際脳性麻痺者スポーツ・レクリエーション協会 (CP-ISRA) が、1980年には国際視覚障害者スポーツ協会 (IBSA) が設立された。さらに1982年に国際障害者スポーツ調整機構 (ICC) が、1986年には国際知的障害者スポーツ連盟 (INAS-FMH) が設立されている。

そして1989年国際パラリンピック委員会 (IPC) が設立され、1996年の第10回アトランタパラリンピック大会には知的障がい者が参加している。1998年には長野において第8回冬季パラリンピックが開催され、これを契機として日本でパラリンピックが益々興隆した。また1975年に日本で発足した南アジア極東大会 (FESPIC 連盟) は2006

年11月をもって終了し、新たに2006年11月アジアパラリンピック委員会(APC)が発足し、アジア諸国でもパラリンピックへの関心が急速に高まりつつある¹⁾。

2. 日本の障がい者スポーツとパラリンピックの歴史

我が国の障がい者スポーツは1951年(昭和26年)の東京都の身体障がい者によるスポーツ大会の開催に始まり、大分県でも精神薄弱者施設対抗のソフトボール大会が行われている。その後中村裕先生の指導により、1962年(昭和37年)第11回国際ストック・マンデビル競技大会に2名の選手が初めて海外派遣された。

1964年(昭和39年)東京パラリンピック(図1)の開催が契機となり、1965年(昭和40年)財団法人日本障害者スポーツ協会が設立され、同年岐阜県において第1回全国身体障害者スポーツ大会が開催され、以後各県持ち回りで開催され、身体障がい者スポーツは主に地方自治体を中心として徐々に広がっていった。



図1 東京1964パラリンピック

1981年(昭和55年)第1回国際大分車いすマラソンが開催され、また同年藤沢市において精神薄弱者第1回スペシャルオリンピック全国大会が開催され、これが全国レベルの知的障がい者スポーツの発祥であると言える。

1991年(平成3年)第1回ジャパンパラリンピック陸上競技大会と水泳大会が開催され、より競技性の高い身体障がい者スポーツへの道が開かれた。また1995年(平成7年)ジャパンパラリンピッ

ク冬季競技大会が開催された。

1998年(平成10年)長野パラリンピックが開催され、マスコミに大きく取り上げられ日本中から障がい者スポーツに大きな注目が集まり、社会の関心と啓蒙の促進に大いに役立つこととなった。

1999年身体障害者スポーツ協会は知的障がい者を包括した障がい者スポーツ協会へ名称を変更した。また日本パラリンピック委員会が設置された。

2000年(平成12年)日本障がい者スポーツ協会は日本体育協会へ加盟し、健常者のスポーツと共同関係が結ばれ、スポーツ関係の情報がより一層入手可能となった。

2001年身体障害者スポーツ大会とゆうあいピックを統合した第1回全国障がい者スポーツ大会が宮城県で開催された。

2002年6月日本障がい者スポーツ協会の医学委員会の中にアンチ・ドーピング部会が設立され、日本アンチ・ドーピング機構(JADA)にも入会し、ドーピングに関するチェック機構を担うことになった。

Ⅲ. 障がい者がスポーツを行う意義

1943年英国のStoke Mandeville HospitalにおいてLudwig Guttmann(図2)が脊髄損傷者の障がい者スポーツを導入し、身体的機能への好影響を発見したが、1945年その意義について「障がい者スポーツを行うと、身体の調子や心の動きを良い状態に保持することができ、これは社会への再適応を助け、また働いている障がい者にとってレクリエーションの理想的形式となる」と述べている。障がい者は身体に障がいを持っているために、健常者以上に自分の健康に配慮する必要がある、スポーツを日常の生活の中に取り入れるべきである。

Sir, Ludwig Guttmannには“Persons with Disabilities have necessary to play sports to promote and maintain physical and mental conditions.”と言う有名な一句がある。

従来の障がい者スポーツは障がいのある人々の



図2 Ludwig Guttmann博士

残存能力に焦点を当てたスポーツといえるが、近年は障がいのある人と無い人が一緒に行う (Integrated) スポーツや、障がいの無い人が車いすを利用して行うスポーツ (Reverse integration) などもあり、その根底にある思想は障がいのある人でも障がいのない人でも誰でもスポーツを楽しむことができると同時に、共に暮らせる生活環境、条件などを整えることであり、1978年ユネスコ (国連教育科学文化機構) で採択された「体育、スポーツ国際憲章」の「体育・スポーツの実践はすべての人にとって基本的権利である」に繋がり、また2006年12月国連で採択された「障害者の権利条約・第30条」によっても障がい者・非障がい者のスポーツはノーマライゼーションの推進・実践にあるということが言えよう。

IV. 障がい者スポーツの分類と特徴

障がい者スポーツは以下に分類できる。

1. リハビリテーションスポーツ (医療スポーツ): 治療訓練を目的とする。
2. 生涯スポーツ: レクリエーションや健康の維持・増進を目的とする。
3. 競技スポーツ: 強さ、高さ、速さ、巧さなどを追求し、メダル獲得を目指す。

1. リハビリテーションスポーツ (医療体育)

【目的】

失われたあるいは障がいされた運動器官の機能

回復や残存機能の向上、または身体の機能的予備力の向上などにより、日常における身体活動の拡大および自立、さらに心理的な安定、社会生活への適応養成などが挙げられる。スポーツの場面では訓練途上もしくは獲得された ADL 動作の安定化、体力の維持・向上、筋の瞬発力・筋持久力、全身のバランス・協調性・巧緻性などを向上または改善させることにより、日常生活をより一層円滑に送れるようにスポーツを行うことである。

【開始時期】

一般的には病気発症後の亜急性期—慢性期や、病院退院直前あるいは退院後数ヶ月から1年位の期間に行なう。

【理学療法・作業療法との相違点】

理学療法・作業療法は部分的、局所的、基本的、個人的である。

リハビリテーションスポーツは総合的、全身的、応用的、集団的である。

【リハビリテーションスポーツの練習内容と目的】

1. 保護、監視的体力の養成 (訓練初期):
訓練の動機付け、車いす操作の耐久性、車いす操作能力、良姿勢保持、ストレッチ体操、リラクゼーション、呼吸補助筋の強化、起立性低血圧の改善などがある。
2. 基礎体力養成 (訓練中期):
筋力、持久力、瞬発力、バランス、調整力、スキル、社会的技能の習得など。
3. 余裕の体力養成 (後期):
基礎体力の維持と強化、車いす習熟訓練 (地移動、踏み切りなど)、各種スポーツの導入とトレーニング、身体の自己管理の徹底、社会性の獲得などである。

以上の運動により身体の適応能力、心理的あるいは社会的適応能力を高め、社会復帰後の生涯スポーツへつなげるものである。

【リハビリテーションスポーツの医学的留意事項】

1. 障害の原因疾患の把握と症状出現への対応を行う。
2. 複合障害の有無のチェックを行い、原疾患との鑑別・処置を行う。

3. 合併症の予防に努める。
4. 栄養、水分、電解質などの摂取法の指導。
5. その他の健康管理を行う。

【日本におけるリハビリテーションスポーツの問題点】

身体機能向上に役立つことを知るリハビリテーション関係者が少なく、また運動を行える設備は限られた医療機関にしか無いことである。

2. 生涯スポーツ（市民スポーツ）

【目的】

市民生活を送っている障がい者が、心身の健康の維持・増進、心理的安定、楽しみ作り、仲間作り、社会参加（ノーマライゼーションの確立）など、生きがいと潤いのある豊かな社会生活を得ることを目的として、地域において行うスポーツであり、近年その実施推進に重点が置かれている。

【地域における生涯スポーツ振興の歴史】

昭和20年代より生涯スポーツが行なわれていたが、一般には健常者が対象であった。1963年5月厚生省社会局通知の中に「身体障害者スポーツ振興について」が示され、生涯のある人々のスポーツ振興が我が国の方針として初めて打ち出されている。

1964年第2回パラリンピック東京大会に続き、1965年（昭和40年）10月（財）日本身体障害者スポーツ協会が発足し厚生大臣に認可された。身体障害者スポーツは同協会の指導、促進の下に各都道府県にも身体障害者スポーツ協会が設置され、1965年岐阜県において第1回全国身体障害者スポーツ大会が開催され、障害のある人々のスポーツを発展させるとともに、地域への理解、啓蒙、協力を深める役割を果たすようになった。

我が国の競技スポーツの発展は日本身体障害者スポーツ協会の貢献が非常に大きい。

1972年「体育・スポーツの普及振興に関する基本方策」について答申され、生涯スポーツの普及を勧めている。

1995年「市町村の障害者計画策定に関する指針について」と「障害者プラン」の中で、官民一体と

なり文化、スポーツ、レクレーション活動を介した生活の質の向上を求めている。

2001年（財）日本体育協会の〈21世紀の国民スポーツ振興策〉によると

- 1) 豊かで活力のある生活の実現
- 2) 新たな地域社会の構築
- 3) たくましく生きる青少年の育成
- 4) 国際理解と国際化の推進
- 5) 経済発展への寄与
- 6) 障がい者の場合には「ノーマライゼーションの確立」とし、生涯スポーツを推進している。

【生涯スポーツの競技種目別獲得目的】

1. 陸上競技：トラックは短距離が瞬初力、長距離が心肺機能の向上。
2. 水泳：心肺機能の維持、向上、リラクゼーション、残存機能の増大。
3. 球技：車いす操作性の向上、心肺機能の向上、残存機能の増大、調整力の向上である。

【我が国における生涯スポーツの問題点】

1. 障がい者スポーツへの理解が少ない（心のバリア）。
2. 障がい者スポーツ用の施設が少ない（物理的バリア）。
3. 障がい者スポーツの指導者が少ない。
4. 病院を退院した人のスポーツによる機能訓練希望が増加する一方、ソフト、ハードの面で対応できていない。

3. 競技スポーツ

【目的】

障がいのある人々が医療スポーツを経て社会復帰した場合や、生涯スポーツを楽しんでいた者が更に強さ、速さ、高さなどの記録への挑戦、プレイヤー同士で競い合うこと。究極的にはパラリンピックにおけるメダル獲得という目標がある。パラリンピックの特徴として、①選手はクラス分けを受けること。②ドーピング検査を指名されたら必ず検査を受けることがあげられる。なおパラリンピックの出場選手は肢体不自由、知的障がいであるが、内部障がいは出場できない。なお聴覚障

がいはデフ・リンピックに出場する。

1. クラス分類

- 1) 目的は強さ・速さ・高さ・上手さ・距離などの競技力を競い、メダル獲得を目的とする場合に、選手の運動機能、運動能力を評価・分類して障害の程度をほぼ同一のグループに分けることにより、障害の程度を平等化して競技することであり、パラリンピック競技大会の特徴である。
- 2) 方法は医学的運動機能評価と競技特殊性のプレイ能力を評価し、両者を総合的に判定する。但し、視覚障害と知的障害は医学的診断でクラスを分ける。

2. ドーピング検査

- 1) 1999年、国際パラリンピック委員会は国際オリンピック委員会と契約を結び、規則をInternational Olympic Committee (IOC) に準ずることを決定し、アンチ・ドーピング規則を遵守することになった。

アンチ・ドーピングの目的は

- ①健康障害の防止、②フェアプレー精神の徹底、③社会道徳の啓蒙である。障がい者の競技性の強いエリートスポーツでは健常者と同様の規則で行うため、障がい者に対する医学的サポートが従来以上に極めて重要と言える。
- 2) パラスポーツにおける禁止物質、禁止方法の基準はWorld Anti-Doping Agency (WADA) の基準と同様である。
- 3) 治療使用特例 Therapeutic Use Exemptions (TUE)
 - (1) 障害に伴う合併症や随伴症状のために、禁止薬物・方法を使用せざるを得ない場合には、事前にTUE委員会に許可願いを出し、認められたら禁止薬物・方法を使用できる救済措置がある。但しTUEの条件を満たす必要がある。障がい者は薬物を使用する者が多く、

TUE申請の方法を知っておく必要がある。

- (2) TUEの承認条件は以下の4項目をすべて満たすことが必要となる。

- ① 関連する臨床的証拠による裏付けのもと、使用しないと健康に重要な影響が出る
- ② 健康を取り戻す以上に競技力を向上させない
- ③ 禁止物質・禁止方法が当該疾患に対する適応治療であり、他に代えられない治療方法がない
- ④ ドーピングの副作用に対する治療ではない

V. 障がい者スポーツの理念およびレガシー

1. レガシーの歴史的意義

レガシーとは〈遺産〉を意味するが、オリンピックで最初に使われたのは、1956年のメルボルン大会招致であるがIOCのオリンピック憲章2には、IOCの使命と役割として「オリンピック競技大会のよい財産を開催国と開催都市に残すことを推進すること」と明記している。その後IOCによるレガシーに関する取り組みが強化されたのは2002年のIOC総会でオリンピック憲章に追加されている。

IOC Olympic legacy booklet (2002年)によると以下のように明記されている。

- 1) 「Sporting Legacy (スポーツ)」(スポーツ実施人口の変遷やスポーツ環境の変化など)
- 2) 「Social Legacies (社会)」(官民一体の体制づくり、オリンピック・パラリンピック教育の推進など)
- 3) 「Environmental Legacies (環境)」(都市再生、再生可能エネルギーなど)
- 4) 「Urban Legacies (都市)」(公共交通インフラの整備、バリアフリー化など)
- 5) 「Economic Legacies (経済)」(雇用創出やテクノロジーの発達など)

2. 東京パラリンピックのレガシー

2015年文部科学省によると2020東京オリンピック・パラリンピック競技大会を契機としたレガシーの創出は、次の世代への贈り物(レガシー)として継承する事項を下記に掲げている。

1) スポーツ：

スポーツを通じて全ての人々が幸福で豊かな生活を営むことができる「スポーツ立国」の実現。

- (1) 国内外へのオリンピック・パラリンピックの精神の浸透。
- (2) 健康志向の高まりや地域スポーツの活性化が及ぼす影響。
- (3) トップアスリートの国際競技力の向上。
- (4) アスリートの国際的地位やスポーツ界全体の透明性・公平性の向上。
- (5) パラリンピックを契機とする人々の意識改革・共生社会の実現。

2) カルチャー：

我が国の多様な文化の十分な理解の促進と文化資源の積極的な活用。

- (1) 地域の文化イベントを「文化プログラム」として全国に展開。
- (2) 先進的な文化・芸術の実施。
- (3) 国立文化施設の活用による訪日外国人の増加。

3) イノベーション：

我が国の研究の蓄積・成果の発信と最新の科学技術の社会実装を実証。

- (1) 健康長寿社会
- (2) 衣食住における豊かな生活社会
- (3) ユニバーサル共生社会
- (4) 革新的な物作り社会
- (5) エネルギー制約の無い社会
- (6) 全ての技術をオリンピック・パラリンピックに。
- (7) レジェンドな社会
- (8) フロンティア開拓社会

4) ヒューマン：

若者が地域や社会、グローバルの議題解決に自ら考え行動する活動を促進・支援。

5) ユニバーサル：

年齢・性別・障害等の有無にかかわらず、活躍できるコミュニティーの実現。

日本障がい者スポーツ協会で作成したアクションプラン(2013年～2020年～2030年)のビジョンを以下に示す。

私たちは障がい者スポーツの理念である「活力ある共生社会の創造」を目指す。

- (1) 一人ひとりの個性を尊重する(障がいも個性の1つ)
- (2) スポーツの価値はすべての人に共通する
- (3) すべての障がい者がスポーツの価値を享受できる
- (4) スポーツを通じて障がい者の社会参加を広げる
- (5) 障がい者スポーツの発展により活力ある社会を創造する
- (6) スポーツ施策を一元的に推進する社会をめざす

日本障がい者スポーツ協会の理念(ビジョン)とパラリンピックのレガシーは究極的には障がいの有無に関わらず一元的対応を目指し、共生社会の創造を目指すことにあり、これが特徴と言える。なお共生社会は本学の建学の精神と相通じることになる。

VI. 結語

1. 障がい者スポーツ国際、国内の発展の歴史を述べた。
2. 日本障がい者スポーツ協会の理念とIOCのレガシーおよび東京パラリンピックのレガシーについて述べた。

利益相反(COI)：本論文において開示すべきCOIはない。

参考文献

- 1) 財団法人日本身体障害者スポーツ協会：障害者スポーツの歴史と現状. 平成 14 年 2 月.
- 2) 陶山哲夫：障害者スポーツの普及に向けて. 月刊「カレントセラピー」2004；22：85-91.
- 3) 陶山哲夫：障害者スポーツの最近の動向. 理学療法科学. 2006；21：99-106.
- 4) プラチナ社会研究会, 2019 年 3 月.
- 5) 政府・ロンドンの共同報告書, 2013.
- 6) 日本障がい者スポーツ協会報告書, 2013.
- 7) 陶山哲夫, 鳥居昭久, 菊地みほ, 武井圭一：パラリンピックの歴史とレガシー. 臨床整形外科. 2021；6：17-20.

【著者の障がい者スポーツへの役割】

- 2002 年 財団法人日本障害者スポーツ協会医学委員長.
2003 年 日本パラリンピック委員会運営委員.
2003 年 日本アンチ・ドーピング機構・評議員.
2004 年 アジアパラリンピック・医科学委員長.
2005 年 財団法人日本障害者スポーツ協会理事.
(受賞歴)
2016 年 第 19 回秩父宮記念スポーツ医・科学賞・功労賞.
2009 年 アジアパラリンピック・大賞.

障がい者スポーツにおいて理学療法士・作業療法士ができること

鳥居昭久^{1,2)} 杉山真理^{1,3,4)} 陶山哲夫^{1,5)} 草野修輔^{1,5)}

【要旨】

東京パラリンピックに向けて、障がい者スポーツに対する関心が高まっている一方で、障がい者がスポーツに取り組む機会は必ずしも多くはない。障がい者がスポーツに取り組むためには、“障害”についての理解がある理学療法士や作業療法士の関わりが重要である。

理学療法士や作業療法士は障がい者スポーツにおいて、次の役割を担うことができる。それは、1) 医学的リハビリテーション専門職の役割 (医療からスポーツへの橋渡しの役割や、テクニカルエイドアドバイザーとしての役割)、2) スポーツトレーナーとしての役割、3) クラシファイヤーとしての役割、4) 競技アシスタントや運営ボランティアとしての役割、5) 研究者としての役割、である。

このように、障害を理解しているリハビリテーション専門職として、障がい者がスポーツを通して社会参加するために、理学療法士や作業療法士が積極的に障がい者スポーツに参画することが望まれる。

キーワード：障がい者スポーツ 理学療法士 作業療法士

For the sports of people with impairments what physical therapists and occupational therapists can do.

AKIHISA TORII, MARI SUGIYAMA, TETUSO SUYAMA, SHUSUKE KUSANO

【Abstract】

Towards the Tokyo Paralympic Games, there has been a growing national interest in sports for people with impairments. On the other hand, people with impairments do not always have many opportunities to play sports. For people with impairments to play sports, the involvement of physical therapists and occupational therapists who have an understanding of “impairment” is important. Role of physical therapists and occupational therapists for impairments sports are, 1) a medical rehabilitation profession (role of bridging from medical care to sports and advising for technical aid), 2) a sports trainer, 3) a classifier, 4) a competition assistant or a management volunteer, and 5) a researcher. As a rehabilitation profession that understands impairments, it is hoped that physical therapists and occupational therapists will actively involve in the impairments sports, to promote people with impairments to participate in society through sports.

Key words : Sports for people with impairments, Physical therapist, Occupational therapist

1) 東京保健医療専門職大学リハビリテーション学部理学療法学科 : Department of Physical Therapy, School of Rehabilitation, Tokyo Professional University of Health Sciences 〒135-0043 東京都江東区塩浜2-22-10

2) 日本障がい者スポーツ協会障がい者スポーツトレーナー部会

3) 日本障がい者スポーツ協会技術委員会

4) 日本パラ陸上競技連盟クラス分け委員会

5) 日本障がい者スポーツ協会医学委員会

(日本障がい者スポーツ協会, 日本パラリンピック委員会 : 東京都中央区日本橋蛸殻町2-13-6 ユニゾ水天宮ビル3F)

【はじめに】

1964年、東京で開催された第2回パラリンピック東京大会を契機に、翌1965年、日本身体障害者スポーツ協会が発足、同年、全国身体障害者スポーツ大会がスタートし、2001年からは、国民体育大会と並行して、全国障害者スポーツ大会が開催されるなど、我が国における障がい者スポーツの歴史は短いものではない。

2013年の国際オリンピック委員会（以下、IOC）総会にて、2020年に東京においてオリンピック・パラリンピックが開催されることが決定されたことを契機に、我が国において障がい者スポーツに対する認知度は少なからず上昇してきている。これは、パラリンピック代表候補選手を中心に、マスメディアに取り上げられる機会も増え、特に、2016年のパラリンピック・リオデジャネイロ大会以降、マスメディアが数々のキャンペーンを行ったことなどが功を奏している。東京都が実施している「オリンピック・パラリンピック開催、障がい者スポーツに関する世論調査」¹⁾においても、2015年では、障がい者スポーツに“関心がある”“やや関心がある”を合わせて44.9%であったが、以降は、56～59%となり、東京都民における障がい者スポーツへの関心度は上昇していた。全国的にも、障がい者スポーツに対する関心は同様の傾向にある。新型コロナウイルス感染拡大の影響から2020年3月には若干低下傾向にあったが、それでも2013年以前に比べれば、遥かに認知度は高くなっているといえる。

この一方で、障がい者自身がスポーツに取り組む機会が多くなっているとはいえない。スポーツ庁の調査によると、週1回スポーツ実施率をみても、健常成人53.6%に対して、障がい者においては約20.9%にしか過ぎない^{2,3)}。これは、障がい者に特化したスポーツ施設が極めて少ない上に、一般のスポーツ施設においても、障がい者の受け入れは必ずしも積極的とはいえないなどの環境面の問題も大きい。また、障害を持つ当事者やその家族、介護者の意識として、スポーツに目が向いて

いないことも否めない。加えて、スポーツ実施に関する情報や、その支援者が絶対的に少ないのが障がい者を取り巻く現状である。

理学療法士や作業療法士の業務対象は、法的にも“障害”を持つ人であり、前述のような状況の中、理学療法士や作業療法士は、障がい者がスポーツに取り組み、このスポーツを通して社会参加できるようにするために重要な役割を果たすべき立場である。これは、障がい者自身がスポーツに取り組む意欲を持ち、スポーツを障がい者に障がい者がスポーツにどのように適応（adaptation）できるかについての知識や技能を、理学療法士や作業療法士が有しているからである。

ここでは、理学療法士や作業療法士が障がい者スポーツにおいて果たせる役割について論説する。

【障害の表記について】

障害の表記については、様々な論議が行われてきている。地方自治体では、「害」の字の負のイメージを考慮して、平仮名表現に改めているところが少なくない。日本障がい者スポーツ協会も、2014年に協会名を平仮名併記の表記に変更した。一方、内閣府の障がい者制度改革推進会議（2010）では、最終的に特定のものに決定することは困難であり、当面、法令などにおいては「障害」を用いることとしている⁴⁾。また、放送用語委員会（2019）では、原則的に「障害」の表記としながら、必要に応じて「障がい」という表現も使えると柔軟な方向性を示した⁵⁾。一般に医学用語においては漢字表記で「障害」とされており、障害者基本法などの関係法規では「障害」との表記が用いられている。以上のことを鑑み、この論文においては、既に使用されている固有名詞や医学的状态を表す場合には、「障害」と漢字で表記し、人を表現する場合には、「障がい者」という平仮名併記で表記する。

【理学療法士・作業療法士の役割】

障がい者スポーツは、心身に何らかの障害があ

るが故に“できない”“リスクがある”などの制約がある人のために開発されたものや、既存のスポーツのルールや用具などを改善し、障がい者がそのスポーツを実施できるようにしたスポーツの総称である。ここでは、この障がい者スポーツの特徴を考慮して、理学療法士や作業療法士が果たせる事項について述べる。

1. 医学的リハビリテーション専門職の役割

1) 医療からスポーツへの橋渡し役として

理学療法士や作業療法士は、医療施設や福祉施設、または地域社会において、障がい者の障害を適切に評価し、その障害を受容、克服した上で日常生活や社会生活に復帰することを目指して支援している。障害の程度を評価した上で、それぞれの障害に合わせたリハビリテーションのゴール（目標）を設定する。多くの場合には、このゴールが“日常生活活動の自立”、もしくは“身の回り動作の自立”にとどまることが少なくない。職業復帰や学校への復帰を目指す場合にも、単なる就労支援や就学支援にとどまり、日常の必要最低限の生活に戻ることがゴールになることが多く、障がい者自身もスポーツ活動をゴールと考えることは少ない。これは、障がい者自身やその家族も、理学療法士や作業療法士自身にも、“スポーツなんてできない”という認識が根底にあるからである。かつて、中村裕博士がリハビリテーションに積極的にスポーツを導入し、障がい者が参加するスポーツ大会を開催した際には、多くの批判があったと伝えられているが、障がい者やその家族、医療関係者の多くには“障がい者がスポーツに取り組むことは不可能である”という認識は、いまだに拭い切れていない。しかし、前述したように、近年、パラリンピックに代表される“障がい者スポーツ”への社会的認知が高まることによって、多くの障がい者自身やその家族においてもスポーツに対する関心は高くなってきている³⁾。

そこで、理学療法士や作業療法士が、障害に対

する評価の結果から、障がい者が“何ができるか？”“どこまでできるか？”などを明らかにし、可能なスポーツへの橋渡し役を担う必要がある。そのためには、理学療法士や作業療法士自身が、障がい者スポーツに対する正しい知識を持ち、その上で、障がい者に対して障がい者スポーツに関する情報提供をしなければならない。その結果として、リハビリテーションの最終ゴールが、“日常生活自立・家庭復帰”や“職業復帰”にとどまらず、“スポーツ活動の実践”にまで広がる可能性がある。このように、障がい者を医療・福祉現場から、“スポーツを通しての社会参加への橋渡し役”ができるのは、障がい者の最も近くに居て、障害を客観的に理解できる理学療法士や作業療法士である。

例えば、障がい者がスポーツに取り組むためには、筋力や関節可動域、平衡感覚や巧緻性など、どのような機能が必要になるかを評価し、そのゴールに向けてのリハビリテーションプログラムを臨床の場面から組むことによって、医療施設から、社会や家庭に復帰後にも継続して取り組めるトレーニングプログラムまで発展させ、何らかのスポーツ活動に繋げられることが理学療法士や作業療法士には可能である。

2) テクニカルエイドアドバイザーとして

障がい者スポーツにおいては、競技・種目毎に使用する義肢や装具、車椅子や杖など、多くの用具の工夫が必要である。その際、理学療法士や作業療法士が、テクニカルエイドアドバイザーとしての役割を担い、障がい者がスポーツに適応（adaptation）することを促進できるのである。

例えば、障がい者スポーツには、車いすを使用する競技は少なくないが、この際、体格や障害程度にあわせた車いすの調整が必要になる。また、種目によっては、体幹を支える専用の椅子などの工夫が必要になる。この際、医療や福祉現場で使われるシーティングの知識や技術が応用される。代表的な例として、陸上競技の投擲用の椅子がある。投擲動作はダイナミックなバランス能力が求



図1 スポーツ用装具の例
手指欠損アスリート用のハーネスで、切断肢でも引き動作可能になる

められるため、体幹や骨盤帯の安定性と上肢の運動性が必要となる。座位保持能力にあわせた専用の椅子を選択する必要がある⁶⁾。

また、握力が極めて弱い車いすテニスアスリート用にラケットのグリップの形状や太さを工夫することや、手指欠損があるボートのアスリート用に、握らずにオールを引くことができる特殊なハーネスを作成することがある(図1)。作業療法士を中心に臨床現場で日常生活用の自助具を作成することは少なくないが、この自助具や装具の知識や技術を、障がい者スポーツに応用することができるのである。

このように、“医療からスポーツへの橋渡し役として”や“テクニカルエイドアドバイザーとして”の役割などから、理学療法士や作業療法士は、既存の医療的リハビリテーションのイメージに囚われることなく、基礎的な機能回復過程から社会

復帰、そしてスポーツ実施に至るまでのトータルリハビリテーションの流れを作る役割を持っているのである。

2. スポーツトレーナーとしての役割

近年、スポーツの現場においては、スポーツを実施する選手と指導者の他に、選手を支援する多くの専門スタッフの存在が重要になっている。その一つにトレーナーという役割がある。

スポーツ現場におけるトレーナーの役割は、1) スポーツ外傷・障害の予防、2) スポーツ現場における救急処置、3) アスレティックリハビリテーション、4) コンディショニング、5) 測定と評価、6) 健康管理と組織運営、7) 教育的指導、とされている⁷⁾。すなわち、スポーツ外傷・障害の予防から競技復帰、そしてその後の再発予防や健康管理に至るまでの対応に関わる役割を担うのがトレーナーの役割である。そして、これらの役割は、健常のスポーツであろうと障がい者スポーツであろうと同じである。しかし、様々な障害を持っている状態で取り組む障がい者スポーツの現場では、予測されるスポーツ外傷・障害は、健常者以上に多くなる。この点では、理学療法士や作業療法士は、障がい者アスリートが持っている元々の障害を評価し、それによって予測されるスポーツ外傷・障害を事前に予防する策を講じ、また、筋緊張異常や不随意運動、変形や合併症など、元々の障害からの影響を考慮したアスレティック・リハビリテーションを実施できる職種といえる。加えて、障がい者アスリートは、そもそも医療過程において、理学療法や作業療法を受けている経験が有るために、理学療法士や作業療法士という職種に対する理解がある。この点では、健常者アスリートを対象にしている一般のトレーナーよりも信頼関係が構築しやすい利点もある。

我が国のスポーツ界では、かつては、国の公的組織から認定されるトレーナー資格は、日本スポーツ協会(旧：日本体育協会)公認のアスレティックトレーナー(以下、JSPO-AT)のみで

あった。この資格は、1994年に制度化され、2020年10月現在、4331名が登録している⁸⁾。

このJSPO-ATは、医療資格ではないこともあり、養成プログラムにおいても専門的な医学事項は少なく、とくに障がい者スポーツに関する事項についてはまったく触れられていない。このため、実際に障がい者スポーツの現場でJPSA-ATが活動するためには、知識、技術ともに困難な面が多い。この点で考えても、障害学やその原因となる疾患についての基礎的な医学知識を有する理学療法士や作業療法士が、障がい者スポーツの現場においてトレーナーとしての役割を果たす意義がある(図2)。

さて、近年障がい者スポーツの競技性の向上に伴い、健常者スポーツ同様にトレーナー支援に対する要望が高まってきた。そこで、日本障がい者スポーツ協会においても、2008年から障がい者スポーツに特化した専門的知識や技術を備えた“障がい者スポーツトレーナー”(以下、JPSA-ST)の養成が始った。2020年3月現在で200余名が資格試験を通過し、JPSA-STとして登録されているが、まだまだ十分といえる数ではない。一方で、2013年に東京パラリンピック開催が決まって以降、各競技団体としても、競技力向上のためにトレーナーの配置要望が多くなっている。障害について熟知している多くの理学療法士や作業療法士が受講し、障がい者スポーツの現場で活躍することが望まれる。

3. クラシファイヤーとしての役割

障がい者スポーツの最も特徴的といえるものが、障害の種類や程度を判定し、各競技・種目毎に、必要な機能を鑑みて適正に分類するクラス分け(classification)という過程がある。このクラス分けの過程で認定された者のみが障がい者スポーツ競技会に参加できるアスリートと認定されるのである。各競技において、最小障害および参加資格のある障害の規定があり、その上で、競技毎に決められたクラスに振り分けられるのである。こ



図2 トレーナー活動の例

日本代表選手団の帯同専属トレーナーとして、片麻痺があるアスリートに体幹の使い方の指導をしている

のクラス分けを行うのは、国際パラリンピック委員会(IPC)の基準の下で関係競技団体が開催する研修会を受け、そこで認定されたクラス分けの専門員(classifier:クラシファイヤー)が行う。このクラシファイヤーは、競技技術が専門のテクニカルクラシファイヤーと、医学的側面を専門に判定するメディカルクラシファイヤーに分けられる。メディカルクラシファイヤーの研修を受講するための条件として、基本的に整形外科医もしくは理学療法士、作業療法士の国家資格が必要である。

クラス分けは、単に参加できる種目を決めるだけではなく、リスク管理を含めた医学的専門知識が重要である。また、障害の部位や種類、程度によって分けられるのではなく、実施するスポーツに必要な身体機能に着目してクラスを決める機能的クラス分けが行われるのである。ここでは、例えば、筋緊張異常の評価で多く用いられる Ashworth scale や、徒手筋力検査、関節可動域測定、座位バランステストなど、理学療法士や作業療法士が臨床で培っている知識や技術が必要になってくるのである(図3)⁶⁾。

このように、クラシファイヤーは、障がい者ス



図3 クラス分け

国際大会においては、第3国のクラシファイヤーが評価する。関節可動域測定や筋緊張評価など、機能評価技術は世界共通である（写真は、日本人アスリートをカナダの理学療法士が評価している様子である）

スポーツにおける固有の役割であり、なおかつ、理学療法士や作業療法士ならではの専門性が求められるところである。我が国における障がい者スポーツにおいては、水泳、陸上競技などの一部の競技団体には数名の国際クラシファイヤー認定者がいる一方で、未だにクラシファイヤー認定者が皆無の競技団体もある現状であり、今後は更に多くの理学療法士や作業療法士が参画することが求められている。

4. 競技アシスタント、運営ボランティアとしての役割

近年、多くのスポーツイベントにおいて多数のボランティアが、競技アシスタントや、競技会の運営スタッフとして参画することが当たり前になってきている。この点で、応援する人も含めて、スポーツは、単にそのスポーツを行う人だけのものではなく、多くの人がいるいろいろな立場で楽しむものであるという文化が浸透してきていると思われる。大切なのは、様々な形でスポーツに参加し、障害の有無は関係なく一緒に楽しめるという考え方である。この視点で考えても、競技会における競技アシスタントや運営にあたるボランティアの存在は重要である。

健常者のスポーツ競技会においては、選手が本

人のみで参加する場面は少なくない。しかし、多くの場合、障がい者アスリートの場合には、競技はおろか日常生活においても介助者が必要であることが多い。日常生活においては、専任のヘルパーや、家族が介助者であることが多いが、スポーツに取り組む場面では、様々な用具の準備や移動時間などが健常者以上に必要になり、日常の介護者では十分にサポートができない可能性がでてくる。日常生活で自立している障がい者アスリートであっても、使用する義足や競技用車いすなど、スポーツ場面では他者の支援が必要になってくることも少なくない。このような場面において、競技アシスタントや運営ボランティアによる支援が重要である。もちろん、一般ボランティアスタッフでも可能な支援でもあるが、障がい者の活動制限を理解できる理学療法士や作業療法士がこれらのスタッフに加わっていることによって、障がい者アスリートの状態やその場面に応じた適切な対応が可能になり、支援される障がい者アスリートやその家族に安心感を与え、安全な競技会や練習会運営に寄与することになる。競技そのものの専門性に関わるコーチやトレーナーなど、アスリートに対する直接支援ではなくても、このように競技アシスタントや運営ボランティアという立場や、競技会にむけての練習場面などに一緒にスポーツを楽しむような支援活動であっても、障がい者スポーツにおいては、理学療法士や作業療法士としての専門性を発揮することができるのである（図4）。

5. 研究者としての役割

我が国におけるスポーツ科学、スポーツ医学においては、世界的にも優秀な研究が多く発表されており、この分野の研究については、我が国は先進的な取り組みをしているといえる。国立スポーツ科学センターやナショナルトレーニングセンター、また各地のスポーツ科学の専門大学を拠点にして多くの研究が展開されている。しかしながら、その対象の多くはオリンピック選手やプロス

スポーツ選手を代表とした健常者スポーツが中心であり、障がい者スポーツにおける研究は発展途上であるといえる。

日本障がい者スポーツ学会が1995年に発足し、また日本障害者体育スポーツ研究会、日本アダプテッド体育・スポーツ学会、日本体育学会アダプテッドスポーツ領域など、我が国における障がい者スポーツに関する学会はいくつか開催されているものの、体育・スポーツ関連でのトレーニング効果や指導方法、事例検討などが多く、臨床の理学療法士や作業療法士の視点での研究は多くはない。また、残念ながら理学療法士や作業療法士を養成する大学・専門学校において、障がい者スポーツに取り組む研究者も少ないのが現状である。

障がい者の最も近くにいる理学療法士や作業療法士が、障がい者が安全にスポーツに取り組め、更にその効果を高めるためにも積極的な研究活動に取り組むべきである。その成果は、障がい者がスポーツに適応できる効果的な方法に繋がると考えられる。その結果、障がい者がスポーツを通して社会参加することを加速させることができる。これは、リハビリテーションの基本的理念にも繋がることである。

【理学療法士や作業療法士がスポーツ現場に関わる上での問題点】

障がい者スポーツに限らず、スポーツ現場で活躍する理学療法士や作業療法士は必ずしも多くはない。これには、以下の問題点が挙げられる。

第1に、制度面での問題がある。

理学療法士・作業療法士法においては、“理学療法士や作業療法士は医師の指示の下に理学療法や作業療法を実施する”と明記されている。しかし、スポーツ現場においては、指示を行うスポーツ医が常にいるとは限らないため、理学療法士や作業療法士がそこで活動するには明確な法的根拠がなく、その立場が曖昧になる。また、JSPO-AT、JPSA-ST含めて、トレーナー活動にて実施



図4 ボランティア活動例

特別支援学校の児童らと、ボッチャの練習会に参加している様子

されている医療行為の是非についても、はっきりとした法的な解釈における結論は出ていない。この問題点については、今後、明確な制度整備が急がれるべき事項である。

第2に、技術面についての問題がある。JSPO-ATと、理学療法士や作業療法士とを比較すると、前述のように医学的側面での専門性は理学療法士や作業療法士が比較的高い知識や技術を持っているといえるが、一方で、多くのアスリートから求められるトレーニングの実務指導や、アイシングやテーピング技術などについては、理学療法士や作業療法士が必ずしも有能ではない。トレーニングマシンやフリーウエイト、テーピングテープを扱えない理学療法士や作業療法士は少なくないのが現状である。

これは、理学療法士や作業療法士の国家試験内容に、これらの項目が含まれておらず、養成課程に於いても必須事項ではないために、多くの養成学校では、トレーニングやテーピング、応急処置などに関係する教育はなされていない。この点で、理学療法士や作業療法士がスポーツ現場で活動するためには、医療や障害、リハビリテーションに関する専門知識に加えて、スポーツに必要なトレーニングの実務や、テーピングなどの技術を修得する必要がある。現在の理学療法士、作業療法士養成課程に加えるべきであると筆者らは考えている(図5)。

第3に、アスリートが求めるサポートの範囲が



図5 テーピング実施例

テーピングは、練習や試合状況によって、いつでも、どこでも実施でき、アスリートの状態によって様々な工夫できる技術の一つである。理学療法士や作業療法士の動作分析や機能評価の技術をテーピングに反映させれば、その効果は更に大きくなると考えられる。しかし、テーピングの技術習得には、相当時間の訓練が必要であるが、現在の理学療法士・作業療法士の養成カリキュラムにはテーピングは含まれていない。

(写真は脳性麻痺アスリートに対して、足関節の捻挫予防目的のテーピングを実施している場面)

広く、十分に対応しきれない部分がある。

スポーツ外傷・障害は、一般的に整形外科系の分野が中心と思われがちであるが、内科系、婦人科系の問題も少なくない。特に、障がい者アスリートの場合には、背景に内科的問題を抱えているアスリートは少なくない。その点で、服薬管理や栄養管理、アンチ・ドーピングなどを含めた健康管理の側面でも専門的な支援が必要である。我が国のスポーツ界全体として、スポーツ薬剤師(スポーツファーマシスト)やスポーツ栄養士は十分に普及していないため、障がい者スポーツのみならず、スポーツ現場の支援において、多くの場合にトレーナーがこの領域の対応をせざるを得ない場合がある。理学療法士や作業療法士教育においても、一般的な健康についての学習や栄養学の基礎事項は学ぶものの、臨床薬理学やドーピングに関する事項を学ぶ機会はない。この点ではJSPO-ATも同様であるが、スポーツ現場におけるトレーナー活動の際には、障がい者スポーツ医や他の専門職種との連携を図り、適切な対応をすることが望まれるのである。

【結語】

障がい者スポーツにおいて理学療法士や作業療法士が果たせる役割と問題点について述べた。解決すべき課題は多くあると思われる。一方で、理学療法士や作業療法士が、積極的に障がい者スポーツに関わることによって障がい者スポーツが発展し、結果的に障がい者の社会参加を促進することは間違いのない事実であるといえる。その根本で大切なのは、理学療法士、作業療法士の養成教育において、障がい者スポーツに関わるカリキュラムを展開することである。

2016年に実施された日本理学療法士協会の調査においても、全国の理学療法士養成学校のうち障がい者スポーツに関する科目を設定している学校は26.5%に過ぎなかった。作業療法士養成学校においては、更に少ないことが推察される。障がい者スポーツを支援するためには、まずは、理学療法士、作業療法士養成学校の学生が障がい者スポーツを学び知ることから始めなくてはならない。

近年、小中学校を中心にパラリンピック教育が展開されている。東京パラリンピックを契機に、障がい者スポーツに関する理解を広げていこうという取り組みの一端である。これらに倣い、理学療法士、作業療法士は、パラリンピックに限らず、障がい者が様々なスポーツ活動に関われることに専門的に支援できる人材としての理学療法士、作業療法士養成教育にも取り組んでいくべきであると考えられる。そして、これらの人材が、障害を理解している専門職として、更に積極的に障がい者スポーツに参画することは、障がい者がスポーツを通して社会参加することを加速させることになる。今後、多くの理学療法士、作業療法士が障がい者スポーツの支援に関わることを願うところである。

引用文献

- 1) 東京都生活文化局：障害者スポーツへの関心度. オリンピック・パラリンピック開催, 障害者スポーツに関する世論調査報告書. 2020；67-70.
- 2) スポーツ庁：スポーツの実施状況等に関する世論調査について. スポーツ庁ホームページ. 令和元年度報道発表資料 https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/houdou/ (2021年1月25日閲覧).
- 3) 笹川スポーツ財団：地域における障がい者スポーツ普及促進事業(障害者のスポーツ参加促進に関する調査研究) 報告書. 2018；107.
- 4) 内閣府：「障害」の表記に関する検討結果について, 内閣府障がい者制度改革推進会議「障害」の表記に関する作業チーム報告書. 2010；11.
- 5) 放送用語委員会：「障害」の表記について. 放送研究と調査 MARCH2020. 2020；100-103.
- 6) 杉山真理：東京オリンピック・パラリンピック競技大会にむけた理学療法士の取り組み. 理学療法-臨床・研究・教育. 2016；23：3-8.
- 7) 日本スポーツ協会：アスレティックトレーナー養成教本①アスレティックトレーナーの役割. 2008；9-16.
- 8) 日本スポーツ協会：日本スポーツ協会ホームページ. 日本スポーツ協会公認スポーツ指導者資格概要. <https://www.japan-sports.or.jp/> (2021年1月31日閲覧).

参考文献

- 1) 日本障がい者スポーツ協会ホームページ：ニュース 2014年3月, 日本障がい者スポーツ協会 <https://www.jsad.or.jp/> (2021年1月25日閲覧).
- 2) 陶山哲夫, 鳥居昭久, 菊池みほ・他：パラリンピックの歴史とレガシー. 臨床整形外科. 2021；56(1)：17-20.
- 3) 陶山哲夫：障害者スポーツの現在. 日本義肢装具学会誌. 2012；30(3)：120-124.
- 4) 中村太郎：日本における障害者スポーツの先駆者中村裕. 臨床整形外科. 2021；56(1)：21-26.
- 5) 杉山真理. スポーツとシーティング. 廣瀬秀行, 清宮清美編. 障がい者のシーティング. 東京：三輪書店, 2014；144-145.
- 6) 奥田邦晴, 片岡正教：パラリンピックへの期待と理学療法士の役割. 理学療法学. 2015；42(8)：716-717.
- 7) 鳥居昭久：障がい者スポーツにおける理学療法士, 作業療法士の役割—2020東京パラリンピックとその後にむけて本学ができること—. 愛知医療学院短期大学紀要. 2018；9：101-108.
- 8) 鳥居昭久, 加藤真弓：本短期大学における障がい者スポーツ関連教育展開についての一考察. 愛知医療学院短期大学紀要. 2017；8：49-56.
- 9) 指宿立, 三井利仁, 池部純政・他：パラリンピックスポーツにおけるクラス分けの動向. 日本義肢装具学会誌. 2016；32(4)：220-225.
- 10) 藤田紀昭, 金山千広, 金子知史・他：障害者スポーツ. スポーツ白書. 東京：笹川スポーツ財団, 2020. 112-135.

一人暮らし高齢者における食行動の特徴 — 文献的調査分析による構成要素のカテゴリ化 —

猪股英輔¹⁾ 小林法一²⁾

【要旨】

本研究の目的は、文献検索により、一人暮らし高齢者に特徴的な食行動の構成要素をカテゴリ化し、作業療法介入の知見を得ることである。内容分析の結果、食行動の構成要素を【食事の準備行動】、【食べる行動】、【栄養マネジメント行動】、【社会参加の食行動】の4つのメインカテゴリと18のサブカテゴリに分類した。その特徴は、食品アクセスや食事関連の家事支援、食事動作と摂食・嚥下機能のアセスメント、栄養状態のセルフマネジメント、社会資源の活用や食事における社会関係などの社会参加に現れた。本研究の食行動の構成要素は、連続する食行動の生活行為を明らかにし、栄養状態に課題をもつ地域在住高齢者に対する作業療法介入の視点を提供するものと考ええる。

キーワード：地域在住高齢者、一人暮らし、食行動、低栄養、文献研究

Characteristic of the dietary behavior in the elderly people living alone : Categorization of constructs based on literature review analysis

EISUKE INOMATA NORIKAZU KOBAYASHI

【Abstract】

A purpose of this study is to generate the components of the dietary behavior characteristic of the elderly people living alone and to get knowledge for occupational therapy intervention based on literature review analysis. As a result of content analysis, the components of the dietary behavior were classified into four main categories : “preparing meal behavior”, “eating behavior”, “managing nutrition behavior” and “dietary behavior of the social participation” and these were further classified into 18 subcategories. The characteristic appeared in food access and meal-related housework support, meal movement and eating, the assessment of eating and swallowing function, the self-management of nutritional condition, the society participation such as utilization of social resources and social relationship. We believe that the component of the dietary behavior of this study clarify the daily life performance of consecutive dietary behavior and provide a viewpoint of the occupational therapy interventions for the Community-dwelling elderly people with a nutritional status.

Key words : Community-dwelling elderly, Living alone, Dietary behavior, Malnutrition, Literature research

1) 東京保健医療専門職大学リハビリテーション学部作業療法学科 : Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation, Tokyo Professional University of Health Sciences 〒135-0043 東京都江東区塩浜2-22-10

2) 東京都立大学大学院人間健康科学研究科 : Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

はじめに

高齢者の低栄養は、生活機能低下や介護度の重症化につながる危険因子である。日本の在宅療養高齢者を対象にした栄養状態のコホート研究では、低栄養者は16.7%、低栄養リスク者は55.4%存在することが報告されている¹⁾。高齢者の低栄養の社会的な発生要因の一つには一人暮らし高齢者世帯があり²⁾、女性よりは男性、一人または夫婦二人の高齢者世帯で低栄養の割合が高い³⁾。国内の一人暮らし高齢者は増加しており⁴⁾、一般的なライフスタイルになりつつある。しかし、食生活がもとで健康状態の悪化や要介護度の重度化を招き、施設入所へ移行するケースが増えることも予測される。

新井ら⁵⁾の調査では、75歳以上の一人暮らし高齢者において低栄養と社会的孤立との相関が報告され、Taniら⁶⁾は、一人暮らし男性高齢者の孤食群に欠食や野菜・果物の摂取不足が多いことを指摘するなど、低栄養と不健康な食行動との関連が示唆されている。一人暮らし高齢者の特徴的な食行動は、孤食(ひとり寂しく食べる)、固食(同じものばかり食べる)、小食(食物摂取が少ない)、粉食(パンや麺ばかり食べる)、濃食(味が濃い)などにたとえられ⁷⁾、食行動は活動と参加に影響を及ぼすものと推察する。

これまでに地域在住高齢者を対象とした食行動の分類・定義が多分野で検討されてきた(表1)。武見⁸⁾は足立の分類⁹⁾に基づき、独居高齢者の別居子、親戚、友人等との共食の実態調査を基盤として、「食行動・食態度の積極性尺度」¹⁰⁾を開発した。中島の食行動の定義¹¹⁾は、食物の入手から食べる時間、共食、健康、場所などに応じた調理方法、栄養価を考えて食べるまでの一連の過程を説明し、吉田ら¹²⁾の研究もこれに近似している。武見の評価尺度¹⁰⁾は、自立高齢者における栄養状態との関連¹³⁾や、要支援高齢者における食品摂取多様性との関連¹⁴⁾などの観察研究で食生活のQOL指標として有用性が確認されている。

一方、作業療法の実践は食事動作や摂食、買い

物、調理といった行為ごとの介入が通例であり、食行動を一連の作業(生活行為)の過程として明らかにした研究はみられない。作業療法の栄養マネジメントでは対象者の栄養状態に応じた活動と参加の支援が求められており¹⁵⁾、食行動の生活行為に焦点を当てた介入には意義がある。作業療法に食行動の定義はないが、米国作業療法士協会(AOTA)がOccupational Therapy Practice Frameworkで定義する作業Occupations¹⁶⁾には食行動の関連用語(表2)があり、食行動を観察可能な遂行技能と遂行パターンから説明できる。

そこで、一人暮らし高齢者に特徴的な食行動を作業の関連用語から構成することにより、栄養状態に課題をもつ地域在住高齢者に対する作業療法介入の視点を提供できるものと考えた。本研究の目的は、文献検索により、一人暮らし高齢者に特徴的な食行動の構成要素をカテゴリ化し、作業療法介入の知見を得ることである。

方 法

1. 検索方法

文献検索は、医中誌WebとCiNii Articlesを用いて、検索語は「高齢者」と「食」に「一人暮らし」、「独居」、「単身」を組み合わせた。さらに頻出する学術誌のハンドサーチを加えた。対象文献の採択基準は、原著論文、主たる対象者が一人暮らし高齢者の食行動の論考を含む論文とし、除外基準を総説、解説、会議録、医学的治療の論文、評価尺度開発の論文とした。本稿では食文化を統制するため国内論文を対象とした。

2. 分析方法

対象文献は、研究デザイン、研究目的、対象者の特徴、結果と結論の要約について作表した。分析にはBerelsonの内容分析¹⁷⁾を用いた。内容分析は、記述内容を体系的に定量化し、データを帰納的にカテゴリ化する手法として文献研究に適切と考えた。分析の特徴は、コーディングの際に記述内容の出現を算出する最小形の「記録単位」と

表1 地域在住高齢者を対象とした食行動の分類・定義

| 典拠 | 項目と内容 |
|---|--|
| 食行動の分類 (足立己幸, 1987) ⁹⁾ | 食事をつくる, 食事を食べる, 食生活を営む力を形成したり, 伝承する |
| 食行動 (中島紀恵子, 1994) ¹¹⁾ | 食物を入手してから調理, 配膳して食べるまでの一連の過程(生産, 加工, 流通, 献立, 買い物, 食品の選択と補充, 管理, 調理, 食卓づくり, 後片づけ, 保存あるいは廃棄) 食べる時間, 共に食べる人数, 健康, 場所などに応じて量や調理方法, 栄養価を考え, ふさわしい盛り付けをし, 味わって食べるまでの一連の行動 |
| 食行動・食態度の積極性尺度 (武見ゆかり, 2001) ¹⁰⁾ | 食事をつくる行動, 食事を食べる行動, 食物や食情報を交換する行動を個人的側面と社会的側面, 食生活への満足感等の総括的評価で分類 |
| 在宅高齢女性の食行動 (吉田礼維子ら, 2012) ¹²⁾ | 「調理や食事の時の不自由さ」「調理の習慣」「食事内容の質」「食材入手の関心」「一緒に食べる」「食事をする理由」の6因子 |

表2 食行動に関連する作業 Occupations (AOTA, 2014)¹⁶⁾ [抜粋]

| Category | Description |
|--|---|
| ● ADL Swallowing/Eating | Keeping and manipulating food or fluid in the mouth and swallowing it ; swallowing is moving food from the mouth to the stomach |
| ● IADL Driving and community mobility | Planning and moving around in the community and using public or private transportation, such as driving, walking, bicycling, or accessing and riding in buses, taxi cabs, or other transportation systems |
| Financial management | Using fiscal resources, including alternate methods of financial transaction, and planning and using finances with long-term and short-term goals |
| Health management and maintenance | Developing, managing, and maintaining routines for health and wellness promotion nutrition |
| Meal preparation and cleanup | Planning, preparing, and serving well-balanced, nutritious meals and cleaning up food and utensils after meals |
| Shopping | Preparing shopping lists grocery, Selecting, Purchasing, Transporting items, Selecting method of payment |
| ● SOCIAL PARTICIPATION Community | Engaging in activities that result in successful interaction at the community level |
| Family | Engaging in activities that result in successful interaction in specific required and/or desired familial roles |
| Peer, Friend | Engaging in activities at different levels of interaction and intimacy, including engaging desired sexual activity |

AOTA : The American Occupational Therapy Association

ADL : Activities of Daily Living, IADL : Instrumental Activities of Daily Living

記録単位を性格づける最大形の「文脈単位」を抽出することである¹⁷⁾。本研究では, 対象文献の結果と結論の要約を文脈単位とし, 食行動を含む記述を記録単位とした。

分析の手順は, まず食行動に関連する作業 Occupations (表2)¹⁶⁾を基準として, 文脈単位から記録単位を抽出した。次に, 意味内容が類似する記録単位を集約し, Occupations の表現型に従い

「○○する行動」に置き換えられるカテゴリを命名、分類した。また、全記録単位数を分母、カテゴリごとの記録単位数を分子として記録単位の出現率を算出した。

さらにカテゴリの信頼性を確認するため、舟島¹⁷⁾が推奨する Scott の式¹⁸⁾を用いてカテゴリ判断の一致率を求めた。カテゴリ判断は、本研究に参与していない研究者に依頼し、在宅高齢者の栄養管理に精通している管理栄養士、老年看護学の看護教員、高齢期作業療法学を専門とする作業療法教員が個々に行い、その後も意見交換のうえ確実性の確保に努めた。カテゴリ判断の一致率は、70%以上を信頼性が確保されているものとした¹⁷⁾。

結 果

1. 検索結果

データベース検索は、期間を指定せず2020年2月25日18時に実施した。これにハンドサーチを加え、710編の論文(医中誌490編, CiNii211編, ハンドサーチ9編)が特定された。このうち、国内の原著論文を選抜し、重複論文を除外すると251編であった。さらに適格性を判定し、最終的に採用した対象文献は49編となった(表3)。研究デザインは、非ランダム化比較試験1編、前後比較研究2編、コホート研究1編、横断研究30編、質的研究7編、ミクストメソッド1編、事例研究7編であった。このうち介入研究は、非ランダム化比較試験、前後比較研究、事例研究を合わせると10編であった。対象者の特性は、健康高齢者、介護予防事業の参加者、糖尿病、脂質異常症、認知症、運動器障害、神経難病などであった。

2. 一人暮らし高齢者に特徴的な食行動の構成要素

対象文献の食行動に関する記述は、全記録単位数206が抽出され、【食事の準備行動】、【食べる行動】、【栄養マネジメント行動】、【社会参加の食行動】の4つのメインカテゴリと18のサブカテゴリに分類した(表4)。カテゴリ判断の一致率は、

管理栄養士81.5%、看護教員70.3%、作業療法教員85.2%であり、カテゴリの信頼性は確保されていると判断した。以下、メインカテゴリを【】(記録単位数・割合)、サブカテゴリを〈〉、記録単位を抽出した論文番号(太字ゴシックは介入研究)を〔〕に示し、食行動の構成要素を説明する。

1) 【食事の準備行動】(62・30.1%)

〈食料品を購入する〉では、食料品店アクセスに困難さを感じる者は、食品摂取の多様性得点が低かった[34]。〈調理する〉では、一人分は作りやすく、一度に多く作った料理を温め直して食べる「繰り延べ食」は味が濃くなり、うま味も失われ、食欲減退につながることもある[1, 2]。〈外食・中食を利用する〉では、男性は食料品の買い物、調理の頻度が少なく、外食・中食の割合やコンビニ利用頻度が高く、購入品は弁当、パン、惣菜、飲料、菓子・デザートが多い[4, 12, 15, 18, 19, 44]。さらに男性は家族や友人とのつながりが弱く、家事支援がより必要な対象であった[16]。一方、女性は米などの重い物は身内と配達に頼り[15]、自分で調理する者が多かった[4]。認知症高齢者では、〈食料品を保存・備蓄する〉、〈ごみを捨てる〉、〈後片付けする〉は安全を保ちにくい、〈食卓づくり〉は安全が保たれやすい[6]。〈食費を管理する〉では、都市部は農村部に比べて食費が高くなる傾向があり、経済格差が認められた[3]。作業療法では、要介護状態の対象者における家事の動作や技能の工夫[32]や屋外家事の障害の知見[41]、運動器障害と軽度認知障害を有する独居女性高齢者に対して、カナダ作業遂行測定(以下、COPM)によるニーズ把握からAMPS(Assessment of Motor and Process Skills)で料理や買い物の作業遂行を分析し、習得モデルと代償モデルの介入により、遂行度と満足度が向上した事例研究[37]が報告されていた。

2) 【食べる行動】(8・3.9%)

〈食事動作を改善する〉では、進行性疾患の食事動作に福祉機器のポータブルスプリングバランサーを導入した作業療法の介入効果が報告されていた[28]。〈口腔機能の運動を行う〉では、全身運

表3 対象文献

| 論文番号 | 筆頭著者 (掲載年) | タイトル | 雑誌名 | 研究 デザイン | 対象者 |
|------|-----------------|--|---------------------|--------------------|--|
| 1 | 吉田繁子 (1992) | 農山村における一人暮らし高齢者の健康と食行動 | 岡山県立短期大学 紀要 | 横断研究 | 114名(男性23名/女性91名) |
| 2 | 手嶋登志子 (2000) | 食物消費構造からみた大都市における独居高齢女性の食生活 | 民族衛生 | 横断研究 | 女性62名 |
| 3 | 石井八恵子 (2001) | 独居老人の食材の調達に関する研究 | ホスピスケアと在宅 ケア | 質的研究 | 都市部5名/農山村部4名と 高齢者夫婦一組 |
| 4 | 津村有紀 (2003) | 食品群別摂取状況からみた高齢者の食生活について | 日本生理人類学会 誌 | 横断研究 | 高齢者206名, 学生104名 |
| 5 | 酒元誠治 (2004) | 配食サービスの有無別独居高齢者の栄養状態 | 日本公衆衛生雑誌 | 横断研究 | 配食あり17名/配食なし42 名 |
| 6 | 鹿内あずさ (2004) | 独居生活を営む軽度痴呆老人の「食行動」安全を保つ観点から | 北海道医療大学看護 福祉学部紀要 | 質的研究 | 認知症をもつ11名(男性2名/ 女性9名) |
| 7 | 富安眞理 (2005) | 糖尿病合併症をもつひとり暮らし高齢者が行う生活の調整 訪問看護を受けている1事例の検討 | 聖路加看護学会誌 | 事例研究 | 2型糖尿病性合併症, 女性1 名 |
| 8 | 柴崎千絵里 (2005) | 肝臓病食から糖尿病食併用への移行ならびに, 糖尿病食から 「糖腎食」への移行が必要な高齢患者に対する栄養指導 | 聖路加看護学会誌 | 事例研究 | C型肝炎, 糖尿病, 糖尿病性 腎症併発2名(男性1名/女性 1名) |
| 9 | 中村美知子 (2006) | 高齢独居者の食生活の実態 高齢同居者ならびに青年との 比較 | 山梨大学看護学会 誌 | 横断研究 | 高齢群: 同居21名/独居7名, 青年群: 同居8名/独居22名 |
| 10 | 山中克己 (2006) | 中年および高齢者の同居, 独居別にみた食品群摂取状況の 差について | 名古屋学芸大学研 究紀要 | 横断研究 | 同居2,415名/独居112名 |
| 11 | 平松慶子 (2006) | 訪問栄養食事指導における実践的な支援技術の検討 在宅 療養要介護高齢者S氏の変容過程の分析から | 女子栄養大学紀要 | 事例研究 | 解離性大動脈瘤, 高尿酸血 症, 高脂血症, 耐糖能異常, 要介護1, 男性1名 |
| 12 | 谷野永和 (2007) | 地域独居高齢者の食生活状況に関する調査研究 | 武庫川女子大学紀 要 | 横断研究 | 541名 |
| 13 | 森下路子 (2007) | 後期高齢女性のQOLと居住歴・生活・健康状態との関連 | 保健学研究 | 横断研究 | 要介護認定を受けた女性32 名 |
| 14 | 武田康代 (2007) | ひとり暮らし高齢者の食生活の自立支援に関する要因の検 討 | 名古屋女子大学紀 要 | 横断研究 | ホームヘルパー利用109名 (男性24名/女性85名) |
| 15 | 久保美由紀 (2008) | 会津若松市における一人暮らし高齢者の生活状況「食生活 に関する調査」結果から | 会津大学短期大学 部研究年報 | 横断研究 | 1,419名(男性228名/女性 1,186名/不明5名) |
| 16 | 板東 彩 (2008) | 独居虚弱高齢者の身体的機能, 心理社会的機能, 生活行動 における性差の比較 | 日本地域看護学会 誌 | 横断研究 | 電車・バスを使って一人で外 出できない79名 |
| 17 | 黄 京性 (2009) | 寒冷過疎地域における一人暮らし高齢者の生活特徴 | 名寄市立大学紀要 | 横断研究 | 224名(男性50名/女性174 名) |
| 18 | 河野あゆみ (2009) | 大都市に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケアを確立す るための課題 高層住宅地域と近郊農村地域間の質的分析 | 日本公衆衛生雑誌 | 質的研究 | PI: 各10名, KI: 各7名 |
| 19 | 松井順子 (2010) | 高齢者の食生活の実態 | 神戸市看護大学紀 要 | 横断研究 | 2次データ |
| 20 | 北野直子 (2010) | 熊本県一農山村に居住する高齢者の健康状態と食・生活習 慣との関連について | 栄養学雑誌 | 横断研究 | 339名(独居・夫婦のみ世帯 153名) |
| 21 | 藤田俱子 (2011) | 独居男性高齢者を対象にした食事バランスガイドを用いた 健康教育の試み | 日本地域看護学会 誌 | 前後比較 研究 | 男性18名 |
| 22 | 平澤則子 (2011) | 山間豪雪地帯における高齢者のIADLの変化と日常生活 行動との関連性 | 日本地域看護学会 誌 | コホート 研究 | 高齢者世帯61のうち12名 |
| 23 | 山下三香子 (2011) | 高齢者の世帯別にみる食と生活 男性高齢者ひとり暮らしの 特徴 | 鹿児島県立短期大 学紀要 | 横断研究 | 148名(夫婦世帯83名/独居 65名) |
| 24 | 中村早緒里 (2012) | 地域独居高齢者における介護予防に関する介入効果 全身 運動を組み合わせた咬合力アップ運動の効果と有用性につ いて | 老年歯科医学 | 非ランダム 化比較 試験 | 介入群10名/非介入群31名 |
| 25 | 田高悦子 (2012) | 大都市における一人暮らし男性高齢者の地域を基盤とした 自立支援プログラムの開発と有効性の評価 | 日本地域看護学会 誌 | 前後比較 研究 | 男性22名/地域住民12名 |
| 26 | 加藤玲子 (2012) | 一人暮らし高齢者の生活を支えるコミュニティに関する研究 「M独居老人給食会」を事例として(1) | 南九州地域科学研 究所所報 | 横断研究 | 43名(男性2名/女性41名) |

一人暮らし高齢者における食行動の特徴 — 文献的調査分析による構成要素のカテゴリ化 —

| 論文番号 | 筆頭著者 (掲載年) | タイトル | 雑誌名 | 研究 デザイン | 対象者 |
|------|-----------------|---|------------------|--------------|----------------------------------|
| 27 | 岡村絹代 (2012) | 過疎地における女性独居高齢者の食生活の構成要素 | 介護福祉学 | 質的研究 | デイサービス利用女性11名 |
| 28 | 水口寛子 (2012) | 数回の外来作業療法にてポータブルスプリングバランスの導入に成功したALSの1症例 | 総合リハビリテーション | 事例研究 | 筋萎縮性側索硬化症, 男性1名 |
| 29 | 谷本芳美 (2013) | 地域高齢者におけるサルコペニアに関連する要因の検討 | 日本公衆衛生雑誌 | 横断研究 | 1,074名(独居高齢者数不明) |
| 30 | 武山清子 (2013) | 一人暮らし後期高齢者の食生活を支える諸要因 | 栄養学雑誌 | ミクスト メソッド | 自立群12名/要支援・要介護群8名 |
| 31 | 新宅賀洋 (2014) | 地域在住女性高齢者を対象とする食事サービスの現状と課題 | 栄養学雑誌 | 横断研究 | 女性133名 |
| 32 | 猪股英輔 (2014) | 要介護高齢者における一人暮らしの工夫 家事に焦点を当てて | 作業療法 | 質的研究 | 要支援1から要介護2まで10名(男性4名/女性6名) |
| 33 | 吉満孝二 (2015) | 郡部に居住する独居高齢者の生活実態と手段的支援の状況 介護保険未申請者を対象にして | 作業療法 | 横断研究 | 介護保険未申請者43名(男性3名/女性40名) |
| 34 | 吉葉かおり (2015) | 埼玉県在住一人暮らし高齢者の食品摂取の多様性と食物アクセスとの関連 | 日本公衆衛生雑誌 | 横断研究 | 1,043名(男性452名/女性591名) |
| 35 | 黒田亜希 (2015) | 地域在住高齢者における社会性と緑黄色野菜摂取量の関連 千葉県柏市における大規模健康調査(柏スタディー)から | 日本未病システム学会雑誌 | 横断研究 | 自立または要支援高齢者1,400名うち154名 |
| 36 | 早瀬須美子 (2015) | 都市における独居高齢者の健康意識と食生活の現状 | 日本健康・栄養システム学会誌 | 横断研究 | 301名(同居192名/独居109名) |
| 37 | 久保凌子 (2016) | 作業の可能化により独居生活への自信を取り戻した事例 COPMとAMPSを用いたアプローチ | 作業療法 | 事例研究 | 右大腿骨骨折, 軽度認知症, 要支援1, 女性1名 |
| 38 | 川崎和彦 (2016) | 愛知県中都市の高齢者の健康意識と食生活の現状 | 名古屋栄養科学雑誌 | 横断研究 | 健康教育講座に参加した505名うち49名 |
| 39 | 伊藤勇貴 (2016) | 地域支援介護予防事業対象者における居住形態からみた食生活習慣の実態 | 名古屋栄養科学雑誌 | 横断研究 | 介護予防対象者, 女性105名うち24名 |
| 40 | 横川吉晴 (2017) | 社会福祉協議会支え合い事業を利用する独居高齢者の特徴 | 日本公衆衛生雑誌 | 横断研究 | 支え合い事業の申請群89名/利用群24名 |
| 41 | 吉満孝二 (2017) | 郡部に居住する独居高齢者の生活実態と主観的健康観 介護保険要介護認定者を対象にした横断研究 | 作業療法 | 横断研究 | 介護認定者55名(男性10名/女性45名) |
| 42 | 白石雅美 (2017) | 独居外来血液透析患者の療養生活における思い | 日本看護学会論文集 | 質的研究 | 糖尿病性腎症, 腎臓の外来血液透析患者7名 |
| 43 | 田中泉澄 (2018) | 大都市部在住の高齢者における孤食の実態と食品摂取の多様性との関連 | 日本公衆衛生雑誌 | 横断研究 | 生活習慣病8,812名(独居男性13.9%/独居女性19.4%) |
| 44 | 五十嵐 歩 (2018) | 訪問介護サービスを利用する高齢者のコンビニエンスストア利用の実態 コンビニエンスストアが生活支援の役割を果たしている事例に関する質問紙調査 | 老年社会科学 | 横断研究 | 利用者64名うち51名 |
| 45 | 生天目禎子 (2018) | 配偶者と死別したひとり暮らしの男性高齢者が食を通じた交流へ参加したきっかけと継続していくプロセス | 日本在宅ケア学会誌 | 質的研究 | 食事つき交流会に参加した男性6名 |
| 46 | 田村里織 (2018) | 糖尿病腎症4期の独居・認知症・超高齢者に最後まで食の楽しみを保持した訪問栄養指導の一症例 | 日本病態栄養学会誌 | 事例研究 | 糖尿病腎症4期, 軽度認知症, 要介護1, 女性1名 |
| 47 | 加藤佐千子 (2019) | 80歳以上独居女性高齢者の食品摂取状況とその課題 簡易型自記式食事歴法質問票によるケーススタディ | 京都ノートルダム女子大学研究紀要 | 事例研究 | 80歳以上, 健常女性13名 |
| 48 | 吉田祐子 (2019) | 地域高齢者における性別・居住形態別にみた食行動の実態 | 老年社会科学 | 横断研究 | 829名うち109名(男性39名/女性70名) |
| 49 | 馬場保子 (2019) | 配食サービスを利用する地域在住高齢者の食生活に関する研究 | 厚生指標 | 横断研究 | 配食サービス利用者64名うち31名 |

ALS: 筋萎縮性側索硬化症, AMPS: Assessment of Motor and Process Skills, COPM: カナダ作業遂行測定, IADL: Instrumental Activities of Daily Living, KI: キーインフォーマント, PI: プライマリーインフォーマント, QOL: Quality of Life

表4 食行動の構成要素 (全記録単位数 206)

| メインカテゴリ (記録単位数・出現率) | サブカテゴリ (記録単位数・出現率) | 記録単位の具体例 | 該当する Occupations ⁽¹⁶⁾ | 記録単位が抽出 された論文番号 | |
|--------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------|
| 食事の準備行動 (62・30.1%) | 食料品を購入する (28・13.6%) | ・食料品店アクセスは食品摂取多様性得点 (DVS) と関連する | Shopping | 1, 2, 3, 4, 6, 12, 13, | |
| | | ・コンビニ利用で食料品を購入する | Driving and community mobility | 15, 16, 18, 19, 22, | |
| | 調理する (16・7.8%) | ・一人分の食事は作りにくい | Meal preparation and cleanup | 38, 41, 44, 48 | 37, |
| | | ・調理の動作・技能を工夫する | | | |
| | 外食・中食を利用する (9・4.4%) | ・一人暮らし高齢者は、外食の割合が高い | | | |
| | | ・一人暮らし男性高齢者は、外食と中食に依存する率が高い | | | |
| | 後片付けする (2・1.0%) | ・作業療法の習得モデル・代償モデルにより食器の片付けを練習する | | | |
| | 食料品を保存・備蓄する (2・1.0%) | ・認知症の進行に伴い「後片付け」は安全を保ちにくくなる | | | |
| | | ・認知症の進行に伴い「保存」は安全を保ちにくくなる | | | |
| | ごみを捨てる (2・1.0%) | ・一人暮らし女性高齢者は高頻度でごみを捨てている | | | |
| 食草づくり (1・0.5%) | ・認知症の進行に伴い「廃棄」は安全を保ちにくくなる | | | | |
| | ・認知症が進行しても「食草づくり」は安全が保たれやすい | | | | |
| 食費を管理する (2・1.0%) | ・都市部では、年金生活者は食費をやりくりする | Financial management | | | |
| | ・経済的問題が食材の購入に影響する | | | | |
| 食べる行動 (8・3.9%) | 食事動作を改善する (3・1.5%) | ・認知症が進行しても「食事摂取」は安全が保たれやすい | Swallowing / Eating | 6, 20, 24, 28, 39 | |
| | 口腔機能の運動を行う (3・1.5%) | ・PSBを用いて食事動作を練習する | | | |
| 摂食・嚥下機能に注意する (2・1.0%) | ・咬合力運動を行う | | | | |
| | ・咀嚼力と咬合力を維持・向上する | | | | |
| 栄養マネジメント行動 (78・37.8%) | 摂食・嚥下機能に注意する (2・1.0%) | ・口腔状態 (残存菌数, 義歯) に注意する | | | |
| | ・咀嚼について「不自由なく物を噛める」者が有意になかった | | | | |
| 栄養マネジメント行動 (78・37.8%) | 食生活の健康情報を入手する (29・14.1%) | ・食事バランスガイドを用いた健康教育プログラムを受ける | Health management and maintenance | 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, | |
| | ・食の知識・経験を学び、活かす | | | 11, 13, 14, 15, 16, | |
| | 栄養状態に注意する (26・12.6%) | ・BMIを栄養状態の指標とする | | | 17, 18, 20, 21, 23, |
| | ・多様な食品を摂取して栄養バランスを維持する | | | | 25, 26, 27, 29, 34, |
| | 食生活を楽しむ (12・5.8%) | ・一人暮らし女性高齢者は食事を自分で作ることでQOLを高める | | | 35, 36, 38, 39, 40, |
| | ・食事を楽しみにしている者ほど、買い物、食事作りを行い、栄養バランスを考えた献立を工夫している | | | | 42, 43, 46, 47, 48 |
| | 食習慣を見直す (7・3.4%) | ・一人暮らし男性高齢者は、1日3食の割合が低い | | | |
| | ・一人暮らし男性高齢者の2割は食事が一日2回であった | | | | |
| | カルコペニアを予防する (4・1.9%) | ・食品摂取多様性とカルコペニアとは関連する | | | |
| | ・咀嚼の状態はカルコペニアと関連する | | | | |
| 社会参加の食行動 (58・28.2%) | 食の社会資源を活用する (44・21.4%) | ・食会を利用する | Social Participation | 5, 12, 14, 15, 16, | |
| | ・会食サービスを交流の場とする | | | 17, 18, 20, 23, 26, | |
| 親しい人と食べる (14・6.8%) | ・男女とも同居の6割以上が孤食をしている | | | 27, 30, 31, 32, 34, | |
| ・コミュニケーションの手段として共食する | | | | 35, 36, 38, 40, 43, | |
| | | | | 45, 48, 49 | |

BMI : Body Mass Index, DVS : Dietary Variety Score, PSB : ポータブルスプリングバランスサー, QOL : Quality of Life
 太字ゴシックの文献番号は介入研究, 複数のカテゴリに重複する論文もある。

動と咬合力を組み合わせた運動プログラムの非ランダム化試験が実施され、口腔機能の改善効果が見られた[24]。〈摂食・嚥下機能に注意する〉では、残存歯や義歯などの口腔状態は摂食機能に影響し[20]、認知症状が進行しても摂食の安全は比較的保たれる[6]。介護予防事業の調査では、独居群は同居群と比較して咀嚼力が低下しており、栄養摂取が不足していた[39]。

3) 【栄養マネジメント行動】(78・37.8%)

〈食生活の健康情報を入手する〉では、河野らが一人暮らし男性高齢者のセルフアの課題を整理し、自立支援プログラムの食生活と栄養の単元に取り入れ[18]、田高らはこの研究成果を基に自己決定理論を基盤とする介入研究を行い、自己効力感を高める効果を得た[25]。藤田らは健康教育プログラムに主食、主菜、副菜、果物、乳製品、嗜好品の料理区分ごとに Serving 単位を使う食事バランスガイド¹⁹⁾を用いて、対象者が適正な食事バランスを考える学習会を実施した[21]。〈栄養状態に注意する〉では、body mass index (以下、BMI) を栄養状態の指標とする研究が多くみられ、概ね BMI 20kg/m² 以下を低栄養の基準にしていた[9, 10, 39, 42, 47]。栄養バランスは食品群別の摂取状況が指標になる[4, 5, 9, 10, 14, 17, 20, 21, 29, 34, 35, 38, 48]。汁物や煮物が多くなると食塩の過剰摂取に注意を要する[1]。また、糖尿病や脂質異常症に対する訪問型栄養指導プログラム[7, 8, 11, 46]や、健康講座に参加した健常高齢者への質問紙調査による事例研究[47]が報告されていた。〈食生活を楽しむ〉では、食事を楽しみにしている者ほど、買い物や調理で献立を工夫し、健康状態の良好さと食欲との相関がみられ[14]、一人暮らし女性高齢者は食事を自分で作ることでQOLを高めていた[13]。一方、一人暮らし男性高齢者は、食事に対する自己評価や改善意欲が低かった[36]。〈食習慣を見直す〉では、一人暮らし高齢者は同居者に比べ、欠食の割合が高く、男性の2割で食事回数が1日2回という調査結果もあった[15, 38, 39]。〈サルコペニアを予防する〉では、サルコペニアは男性の食品摂取多様性の低

さ、女性の咀嚼力低下と関連していた[29]。また、自分で食事の用意をしており、ボランティアや趣味活動ができる者であってもサルコペニアを疑う者がいるため、予防的な取り組みが必要となる[47]。

4) 【社会参加の食行動】(58・28.2%)

〈食の社会資源を活用する〉では、宅配・配食・会食サービスの利用、近所付き合い、集会への参加、地域サポート、給食会などが社会参加の文脈で該当した[14, 16, 27]。また、一人暮らし高齢者に対する栄養対策として、配食サービスと会食が推奨されていた[38]。〈親しい人と食べる〉では、共食は男女とも同居者より独居者で有意に少ない[38]。孤食頻度7日群では男女とも6割以上が独居であり、さらに男性では孤食頻度が高い群ほどBMI 20kg/m²以下の者の割合が有意に多かった[43]。孤食は独居だけではなく同居世帯にもみられるが、1日の孤食の割合は男性に比べ女性で多かった[48]。

考 察

本稿では、文献検索により、一人暮らし高齢者に特徴的な食行動を抽出し、作業の関連用語に準じて構成要素をカテゴリ化した。以下、食行動の構成要素を作業療法介入の観点から考察し、応用と課題を検討する。

1. 一人暮らし高齢者に特徴的な食行動の構成要素

【食事の準備行動】のサブカテゴリは〈食料品を購入する〉、〈調理する〉で記録単位数が多かった。〈食料品を購入する〉では、食品アクセスの利便性が栄養状態に影響を及ぼすことが示唆されていた[34]。一人暮らしの継続には、屋内家事は遂行するが、屋外家事関連動作としては近居の親族による手段的支援に頼る実態[33]を踏まえ、食料品店への交通機関の利用や運転、購入品の運搬方法も含め、地域特性に合わせた移動支援が重要となる。〈調理する〉では、一人分は作りやすく、食べきれずに腐らせたり、調理済み食品に頼ることで

献立がパターン化して栄養の偏りから低栄養のリスクが予測される。これには、1食分を無駄なく作るような食品保存法や、簡単な調理で栄養価の高い缶詰や冷凍食品を取り入れる工夫²⁰⁾などが考えられる。

対象者の特性として、性差では、男性ほど食料品の買い物、調理の頻度が少なく、外食・中食の割合やコンビニ利用頻度が高いため、男性にも受け入れられやすい食事の準備の支援は重要である。認知症をもつ対象者では、食料品の保存や廃棄、後片付けで安全性を保ちにくい特徴が示されており^[6]、遂行能力に応じた認知機能の低下予防と代償的アプローチの検討が必要となる。

【食べる行動】のサブカテゴリは〈食事動作を改善する〉、〈口腔機能の運動を行う〉、〈摂食・嚥下機能に注意する〉であった。記録単位数の少なさから、一人暮らし高齢者において、食べる行動の課題の顕在化は少ないと言えるかもしれない。しかし、在宅療養高齢者では、摂食・嚥下機能に問題のある者が約35%、さらに低栄養状態または低栄養リスク者が約70%存在し、スクリーニング評価の必要性²¹⁾が指摘されていることに留意したい。

【栄養マネジメント行動】のサブカテゴリは〈食生活の健康情報を入手する〉、〈栄養状態に注意する〉で記録単位数が最も多かった。栄養状態の指標には、エネルギー摂取量と消費量のバランス指標としてBMI、食品の摂取量や多様性、生化学データなどが用いられていた。メタアナリシスによると、BMI 20kg/m²以下の中高齢者において要介護状態や死亡リスクが高い²²⁾。「日本人の食事摂取基準」²³⁾では65歳以上のBMI目標値を21.5~24.9kg/m²に設定しており、多くの対象文献でBMIが採用されていた。とくに在宅高齢者に対する栄養評価で生化学データを得ることは容易ではないため、簡易栄養状態評価表MNA(以下、MNA)²⁴⁾のような栄養スクリーニングとウェアラブルデバイスにより、BMI、食事量、身体活動量、休息時間、精神的ストレス等を簡便に把握することが妥当と考える。

アジア圏のHsiehら²⁵⁾による台湾の調査では、

栄養と健康状態の関連を独居群と同居群で比較し、独居男性高齢者はMNA24点未満の低栄養リスクのある者でADL・IADL得点が低く、うつ傾向が高かった。対象文献では、一人暮らし男性高齢者に対するセルフケアと栄養改善を支援する集団プログラムの効果が示されていたが^[21, 25]、集団には適応しにくい対象者への個別プログラムの研究報告はみられなかった。作業療法では、集団活動に適応せず、栄養状態が悪化しても気づきにくい対象者に対して、管理栄養士や他の医療職との協働により、対象者自身が食習慣、栄養状態、食事バランスをセルフマネジメントできるような個別プログラムの開発が必要と考える。

【社会参加の食行動】は記録単位数が最も多いサブカテゴリ〈食の社会資源を活用する〉と〈親しい人と食べる〉であった。共食が月1回未満では、食品アクセスの不便さ、毎日の飲酒、フレイル、低所得が関連する²⁶⁾。孤食は家族と同居する高齢者にも存在するが、一人暮らし高齢者ではうつとの強い関連があり、要因として低栄養リスク、社会とのつながりの狭小化、口腔機能低下が指摘されている²⁷⁾。共食と孤食に関する知見は多数報告されているが、介入研究は少なく、配食・会食サービスなどの社会資源の活用や、食事における社会関係を良好に築くための介入モデルの開発が重要となる。

2. 作業療法介入への応用と課題

在宅高齢者の栄養マネジメントにおける作業療法の役割には、食事内容の管理、生活習慣の見直し、買い物や調理の練習といったセルフマネジメントの支援がある¹⁵⁾。海外の作業療法で類似する評価尺度には、Plastowら²⁸⁾が地域在住高齢者を対象に開発したThe Occupational Performance Measure of Food Activities(以下、OPMF)がある。OPMFはCOPMを理論的基盤としてGrocery shopping, Cooking, Eating, Eating out, Eating Healthilyの5項目を重要度、遂行度、満足度で自己評価する。本研究の食行動の構成要素は、これらの項目と一致する内容に社会参加の要

素を加え、栄養状態に課題をもつ地域在住高齢者に対する作業療法介入の視点を提供する。

対象文献の介入研究からは、【食事の準備行動】で家事の遂行分析からの介入モデル、【食べる行動】で食事動作への福祉機器の適用、口腔機能への運動プログラムの効果、【栄養マネジメント行動】で食生活の自立支援や栄養改善を目的とした集団プログラム、訪問型栄養指導プログラムなどの知見が応用できる。一方、集団に馴染まない一人暮らし高齢者への孤立予防を含めた個別プログラムや、食事を通じた社会参加を支援する介入モデルの開発は喫緊の課題として挙げられる。

3. 研究の限界

本研究は、文献検索が特定のデータベースとハンドサーチに限られ、他の有力な研究成果を検出できていない可能性がある。また、対象者の疾患特異性を反映できていない。

結 論

一人暮らし高齢者に特徴的な食行動について、【食事の準備行動】、【食べる行動】、【栄養マネジメント行動】、【社会参加の食行動】から成る構成要素をカテゴリ化した。その特徴は、食品アクセスや食事関連の家事支援、食事動作と摂食・嚥下機能のアセスメント、栄養状態のセルフマネジメント、社会資源の活用や食事における社会関係などの社会参加に現れた。本研究の食行動の構成要素は、連続する食行動の生活行為を明らかにし、栄養状態に課題をもつ地域在住高齢者に対する作業療法介入の視点を提供するものと考え。今後の課題は、集団に馴染まない一人暮らし高齢者への孤立予防を含めた個別プログラムや、食事を通じた社会参加を支援する介入モデルの開発である。

謝辞：分析過程で貴重なご意見を賜りました西村政子様、山田艶子様、竹原 敦様、西野由希子様
に深く感謝いたします。

利益相反 (COI)：本研究において開示すべき COI はない。

文 献

- 1) 榎 裕美, 杉山みち子, 井澤幸子, 廣瀬貴久, 長谷川 潤, 他：在宅療養要介護高齢者における栄養障害の要因分析 the KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) Study より. 日本老年医学会雑誌. 2014 ; 51 (6) : 547-553.
- 2) 葛谷雅文：高齢者の栄養状態に関連する要因. 臨床栄養. 2019 ; 135 (4) : 398-403.
- 3) 権 珍嬉, 鈴木隆雄, 金 憲経, 吉田英世, 熊谷 修, 他：地域在宅高齢者における低栄養と健康状態および体力との関連. 体力科学. 2005 ; 54 : 99-106.
- 4) 内閣府：平成 30 年版高齢社会白書. <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/index.html> (参照 2020-01-14).
- 5) 新井清美, 榊原久孝：都市公営住宅における高齢者の低栄養と社会的孤立状態との関連. 日本公衆衛生雑誌. 2015 ; 62 (8) : 379-389.
- 6) Tani Y, Kondo N, Takagi D, Saito M, Hikichi H, et al : Combined effects of eating older Japanese adults : Results of the JAGES. Appetite. 2015 ; 95 : 1-8.
- 7) 山中克己：独居高齢者の食生活と栄養. 公衆衛生. 2012 ; 75 (9) : 697-701.
- 8) 武見ゆかり, 足立己幸：独居高齢者の食事の共有状況と食行動・食態度の積極性との関連. 民族衛生. 1997 ; 63 (2) : 90-110.
- 9) 足立己幸：人間の食生活の成り立ち. 食生活論, 医歯薬出版. 1987 : 14-62.
- 10) 武見ゆかり：高齢者における食からみた QOL 指標としての食行動・食態度の積極性尺度の開発. 民族衛生. 2001 ; 67 (1) : 3-27.
- 11) 中島紀恵子：生活の場から看護を考える—看護概念の転換への提起. 医学書院, 1994.
- 12) 吉田礼維子, 長谷部幸子, 白井英子：農村部における在宅高齢女性の食生活および生活の満足に影響する食行動の要因. 日本公衆衛生雑誌. 2012 ; 59 (3) : 151-160.
- 13) 山之井麻衣, 田高悦子, 田口理恵[袴田]：地域在住自立高齢者の栄養状態の実態と関連要因の検討 口腔状態, 食行動・食態度, 食環境に着目して. 日本地域看護学会誌. 2013 ; 16 (2) : 15-22.
- 14) 矢野朋子, 河野あゆみ, 福島奈緒美, 金谷志子：要支援高齢者における食品摂取多様性と食行動・食態度の関連. 日本地域看護学会誌. 2017 ; 20 (2) : 87-94.
- 15) 日本作業療法士協会・編著：栄養マネジメントと作業療法, 作業療法マニュアル 64. 日本作業療法士協会. 2018 : 35-55.
- 16) American Occupational Therapy Association : Occupational therapy practice framework : Domain

- and process (3rd ed.). *Am J Occup Ther.* 2014 ; 68 : S1-S48.
- 17) 舟島なをみ : 内容分析. 質的研究への挑戦, 第2版, 医学書院, 2007 : 40-80.
- 18) Scott WA : Reliability of content analysis : The case of nominal scale coding. *Public Opinion Quarterly.* 1955 ; 19 (3) : 321-325.
- 19) Yoshiike N, Hayashi F, Takemi Y, et al : A New Food Guide in Japan — The Japanese Food Guide Spinning Top —. *Nutrition Reviews.* 2007 ; 65 (4) : 149-154.
- 20) 木下かほり : 高齢者の食・栄養摂取の特徴. *臨床栄養.* 2019 ; 135 (4) : 404-409.
- 21) 榎 裕美 : 在宅療養要介護高齢者における摂食嚥下障害と栄養障害に関する調査研究. *日本在宅ケア学会誌.* 2018 ; 22 (1) : 7-12.
- 22) Sasazuki S, Inoue M, Tsuji I, Sugawara Y, Tamakoshi A, et al : Body Mass Index and Mortality From All Causes and Major Causes in Japanese : Results of a Pooled Analysis of 7 Large-Scale Cohort Studies. *J Epidemiol.* 2011 ; 21 (6) : 417-430.
- 23) 伊藤貞嘉, 佐々木 敏 : 日本人の食事摂取基準 2020年版. 第一出版, 2020.
- 24) Kuzuya M, Kand S, Koike T, Suzuki Y, Satake S, et al : Evaluation of Mini-Nutritional Assessment for Japanese frail elderly. *Nutrition.* 2005 ; 21 : 498-503.
- 25) Hsieh YM, Sung TS, Wan KS : A survey of nutrition and health status of solitary and non-solitary elders in taiwan. *J Nutr Health Aging.* 2010 ; 14 (1) : 11-14.
- 26) Ishikawa M, Takemi Y, Yokoyama T, Kusama K, Fukuda Y, et al : "Eating together" is associated with food behaviors and demographic factors of older Japanese people who live alone. *J Nutr Health Aging.* 2017 ; 21 (6) : 662-672.
- 27) Kuroda A, Tanaka T, Hirano H, Ohara Y, Kikutani T, et al : Eating Alone as Social Disengagement is Strongly Associated With Depressive Symptoms in Japanese Community-Dwelling Older Adults. *JAM-DA.* 2015 ; 16 : 578-585.
- 28) Plastow NA, Spiliotopoulou G, Atwal A, Gilhooly M : The Occupational Performance Measure of Food Activities : item pool development and measurement properties. *British J Occup Ther.* 2014 ; 77 (2) : 111-120.

対人間接触における協調ダイナミクス

井川大樹

【要旨】

人の二足直立の立位姿勢は、骨格筋の収縮と感覚情報からのフィードバックにより制御されている。感覚情報には様々なモダリティが含まれているが、中でも、触覚に着目した二者の立位姿勢保持における軽い接触の効果を検討した研究がある。本稿は、二者がどのような揺らぎの調整をして、相互の協調関係を形成しているかについて総説する。

キーワード：静止立位姿勢, 対人間協調, フラクタル

Dynamics of Interpersonal Touch Coordination

DAIJU IKAWA

【Abstract】

The human standing posture is controlled by the contraction of skeletal muscles and feedback from sensory information. Sensory information includes various modality, and there is a study that focuses on the sense of touch and examines the effect of light touch contact on maintaining the standing posture of an interpersonal person. This paper reviews how interpersonal light touch adjustments are made to form a cooperative relationship with humans.

Key word : Standing posture, Interpersonal coordination, Fractal

1. はじめに

人間は生まれながらにして動く生物である。動くことによって自分を表現し、生活を営み、文化を創造している。この「動く」ことを表す言葉として最も一般的と思われるのは「運動」である。「運動」を学術用語として使用する場合、生理学的な表現を用いると「安静でない状態、つまり、骨格筋が活動している状態」となり、物理学的な表現を用いると「人間の身体または身体の一部が、骨格筋の活動（もしくは物理的外力）によって、時間とともにその空間的位置を変えること」ということになる。「運動」は私たちの生活を根本から支えるものであり、人間の日常生活は全て「運動」によって成立しているとも言える¹⁾。

上記の定義であれば、「運動」は身体各部位の時空間的な変位として表されるが、一見すると時空間的な変位が観察され難い、静止していると思われる状態であっても、厳密に捉えれば「運動」は絶えず行われている。例えば、横になり寝ている状態であっても呼吸筋が働くことで胸郭は上下運動を続けており、目を開けていれば瞬きをすることで眼輪筋は動き続けている。このように、静止していると思われる状態であっても、身体部位は微小な「運動」を続けているのである。

人間が抗重力姿勢で静止していると思われる状態、例えば、安静時の立位姿勢でも「運動」は絶えず行われている。人の二足直立の立位姿勢は支持基底面が狭く、身体骨格が多自由度なセグメント構造であるため不安定であり、抗重力方向へのオリエンテーションが潜在的に要求される²⁾。この時、立位姿勢を安定させるためには、身体の質量中心 (Center of mass, 以下 COM) を支持基底面上に保つ能動的な制御が必要である³⁾。そのため、人間は、安静時立位姿勢を保つための調整として、身体各部位を協応させながら「運動」し続ける必要がある。

床反力計 (フォースプレート) を用いて、静止立位姿勢を計測すると、足圧中心 (Center of Pressure, 以下 COP) を算出することができる。

人間の COP を解析すると、前後左右、様々な方向へ揺らぎ続けていることが確認できる。この時の COP の時系列変位を一種の確率過程と見なすことで、COP はブラウン運動やランダムウォークと表現されることがある。静止立位姿勢の COP は、非整数ブラウン運動と非整数ガウスノイズの中間的な性質を有すると言われ、自己相似性の高い「フラクタル性」を持つことが知られている⁴⁾。「フラクタル性」とは、図形のどの部分を拡大や縮小して見ても、元の図形と同じ形に見えるような性質のことであり、心臓の鼓動や女性の月経周期など、人間の生体には様々なフラクタル性が存在しており、COP もフラクタル性を示す生体信号の一つである。この静止立位姿勢の「フラクタル性」を調べる手法として、主に二つの方法が用いられてきた。Stabilogram-Diffusion Analysis (以下, SDA) と Detrended Fluctuation Analysis (以下, DFA) である。

2. フラクタル性の解析手法

SDA は Collins & De Luca により発表された解析手法であり、COP の平均二乗変位と時間スケールの関係から、持続性相関と反持続性相関に変わるクロスオーバーポイントを推定することができる。クロスオーバーポイントを境にして、COP の時系列変位が、生体構造由来の揺らぎなのか、神経制御由来の揺らぎなのかを推測できると考えられている⁵⁾。

DFA は DNA シーケンスや株価の時系列の解析に用いられた手法であるが、比較的短い時系列データでも分析することができ、COP の分析には広く用いられている。DFA は過去の時系列がどれくらい未来に渡って持続し易いかを調べる手法であり、その持続性によって、未来の時系列の予測が比較的容易か、それとも難しいかを評価することで、複雑性の指標としている。複雑性が推定されることで、病気や加齢による揺らぎの性質の評価など、さらに個人の特性を反映した評価にまで応用可能であることが示唆されている²⁾。

3. 対人間の立位姿勢動揺の協調

日常生活の中においては、物体に接触することなく静止立位姿勢を保つこと以外に、手や肩などの身体部位で壁や手すりに触れるといった、物に接触した状態で静止立位姿勢を保つことを経験することがある。物に接触して立つ際には、接触面に与える力と接触面から受ける物理的反力とのバランスをとることで、安定して立つことができるということを、経験的に実感している人が多いと思われる。

人が物に接触した状態での姿勢制御に関しては、目隠しをした被験者の四肢の一部に触覚刺激を与えることで、身体の動きに錯覚が引き起こされる研究⁶⁾や、筒の中に被験者が入り、その筒に回転が加わると、人と筒との接触面における触覚や圧覚の手がかりが、身体オリエンテーションの向きを起因するという研究⁷⁾などが行われてきた。このような研究を通して、体性感覚の中でも、触覚や圧覚に着目した研究が行われるようになった。

Holden らは⁸⁾、物理的に十分な支持を受け取る程の力でなくとも、立位姿勢は安定するという仮説を立て、安定した物体面に、指先だけを物理的支持が十分に大きくない力で接触する研究を行い、立位姿勢の揺らぎが小さくなることを報告した。また、Jeka らは⁹⁾、Holden ら⁸⁾と同様な実験課題において、指先で接触する力を、軽い接触 (<0.98N) と物理的安定性を提供するのに十分な力(軽い接触の約5倍)での接触を比較し、立位姿勢の揺らぎは、軽い接触によって、物理的安定性を提供するのに十分な力と同等の効果が得られることを報告し、接触による触覚や圧覚の感覚情報は、物理的な支持を受け取る程の力でなくとも、立位姿勢が安定することが明らかとなった。

物体への接触で得られていた効果は、接触する媒体が人である場合においても、物体との接触と同様の効果が得られるかも研究されてきた^{10, 11, 12)}。Johannsen らは¹⁰⁾、静止立位姿勢において物と人との接触による立位姿勢を比較し、立位姿勢の揺

らぎの変動は、接触しない条件と比較し、物体への接触条件では31%減少、人への軽い接触の条件では18%減少し、物体への接触程ではないが、人への軽い接触でも有意に揺らぎの変動が小さくなることを報告した。また、この研究では、相互相関関数により二者の揺らぎの同期性を定量化しているが、時間遅れ0秒から平均 $50.0 \pm 89.6\text{ms}$ 程度の遅れで相関値のピークがみられるという結果となった。Reynolds & Osler は¹²⁾、二者が、軽く接触する条件、しっかり相手の肩を掴む条件、接触しない条件で静止立位保持の課題を行い、さらに、立位姿勢における倒立振子を使用したモデルを使って、二者を減衰バネで物理的に結合することによって、二者間の相互作用のシミュレーションを行った。また、この実験では、COP は非定常な信号であり周波数や相互相関分析には不適切であると考え、非定常な信号を微分することでそれらを定常にするため、COP の速度を変数として使用していた。結果は、立位姿勢の揺らぎは、しっかり肩を掴む条件では、37%減少、人への軽い接触条件では18%の減少がみられ、Johannsen ら^{10, 11)}の研究と概ね同様の結果であった。二者の結合を示す相互相関関数の結果は、軽い接触では、相関値の時間遅れは±約380msに双峰性のピークがみられ、しっかり肩を掴む条件では、時間遅れ0秒付近に単峰性のピークがみられていた。二者のどちらかが相手の揺らぎを先導していたかという可能性について、軽い接触では双峰性のピークがみられていたことから、leader-follower 関係はみられなかったと報告している。

4. 今後の展望

人と人が軽い接触を維持し続けるということに関して、二者が接触を介して一つのネットワークにより協調関係を形成していると考えられることもできる。個人内でみられたフラクタル性が二者間の協調関係においても観察されるかという研究が行われてきている。

二者間の協調構造のフラクタル性に関して着目

した研究に関しては、二人でハンドベルを振る課題¹³⁾や二人が横並びで歩く課題¹⁴⁾において、二者のフラクタル性に強い正の相関がみられることを明らかにしており、二者間関係には、局所的(local)だけではなく、広範囲(global)な協調構造が存在していることを示唆した。さらに、Westらは¹⁵⁾、2つの複雑なネットワーク間の情報交換が、その複雑さが似ている場合に最大化されるという、複雑性の一致(Complexity matching)という概念を提案した。Stephen & Dixonは¹⁶⁾、カオス的なメトロノームとの指タッピングとの同期を分析した実験において、カオス的なメトロノームは本質的には予測不可能なため、局所的な予測は難しいにも関わらず、カオス信号と指タップ間隔時系列との間に、フラクタル指数の一致を観察し、メトロノームと指タッピングの間における複雑性の一致を報告した。このような複雑性の一致は、二者間のハンドベルを振る課題¹³⁾や、二人の会話の分析¹⁷⁾においても明らかにされている。

複雑性の一致が生じる相互作用について、Almuradらは¹⁴⁾、生物(organism)は環境内に埋め込まれていることを示唆し、この埋め込みは、生体の行動と、その行動に対する環境による影響の両方に制約を課して、生物環境システムの制約の強い予期(Strong anticipation)として出現すると述べている。二者間の接触を伴う静止立位姿勢の課題では、相手との軽い接触を維持し続ける(触覚)や相手の顔や身体が視野に入る(視覚)によって、お互いがダイナミカルに循環する環境に埋め込まれ、制約を受けることで、局所的な結合に留まらず、広範囲な結合による複雑性の一致にまで及ぶ可能性があるのではないかと考える。今後さらなる研究が期待される。

5. おわりに

疾病や怪我により身体に後遺症が残った患者は、立位姿勢が不安定になることがあり、歩行や日常生活などのリハビリテーションが必要となる。その際、患者のリハビリテーションを療法士

がサポートすることとなるが、療法士から患者に対して、一方向的に課題や練習を課すだけでなく、患者の意図する動きが達成されるために、療法士と患者は双方向的に探索し合い、課題や練習を行うことが重要であると考えられている。リハビリテーションの研究では、適切な環境の設定や、患者の症状に合わせた課題の難易度の調節の研究などは行われているが、療法士と患者が相互に探索し、協調し合うことを、定量的に評価した研究は少なく、現場指導においては、「患者の動きを感じる」「丁寧に触れる」といった、療法士自身や指導者の経験、直感に頼らざるを得ない部分が多い。経験、直感は熟練療法士の技術ではあるが、その技術を学術的に確立していくための、定量的な評価も今後求められていくのではないかと考える。

利益相反(COI)：本論文において開示すべきCOIはない。

参考文献

- 1) 東京大学身体運動科学研究室. 教養としての身体運動・健康科学. 電気診断学入門. 東京, 東京大学出版会, 2009.
- 2) Blaszczyk, J. W., & Klonowski, W. : Postural stability and fractal dynamics. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*. 2001 ; 61 (2) : 105-112.
- 3) Blaszczyk, J. W., Lowe, D. L., & Hansen, P. D. : Ranges of postural stability and their changes in the elderly. *Gait & Posture*. 1994 ; 2 (1) : 11-17.
- 4) Delignieres, D., Torre, K. Bernard, P. : Transition from persistent to anti-persistent correlations in postural sway indicates velocity-based control. *PLoS Computational Biology*. 2011 ; 7 (2) : 1-10.
- 5) Collins, J. J., & De Luca, C. J. : Open-loop and closed-loop control of posture : A random-walk analysis of center-of-pressure trajectories. *Experimental Brain Research*. 1993 ; 95 (2) : 308-318.
- 6) Lackner, J. R., & Taublieb, A. B. : Influence of vision on vibration-induced illusions of limb movement. *Experimental Neurology*. 1984 ; 85 (1) : 97-106.
- 7) Lackner, J. R. : Some contributions of touch, pressure and kinesthesia to human spatial orientation and oculomotor control. *Acta Astronautica*. 1981 ; 8 (8) : 825-830.

- 8) Holden, M., Ventura, J., & Lackner, J. R. : Stabilization of posture by precision contact of the index finger. *Journal of Vestibular Research*. 1994 ; 4 (4) : 285-301.
- 9) Jeka, J. J., & Lackner, J. R. : Fingertip contact influences human postural control. *Experimental Brain Research*. 1994 ; 100 (3) : 495-502.
- 10) Johannsen, L., Guzman-Garcia, A., & Wing, A. M. : Interpersonal light touch assists balance in the elderly. *Journal of Motor Behavior*. 2009 ; 41 (5) : 397-399.
- 11) Johannsen, L., Wing, A. M., & Hatzitaki, V. : Contrasting effects of finger and shoulder interpersonal light touch on standing balance. *Journal of Neurophysiology*. 2012 ; 107 (1) : 216-225.
- 12) Reynolds, R. F., & Osler, C. J. : Mechanisms of interpersonal sway synchrony and stability. *Journal of the Royal Society Interface*. 2014 ; 11 (101) : 1-11.
- 13) Marmelat, V., & Delignieres, D. : Strong anticipation : complexity matching in interpersonal coordination. *Experimental Brain Research*. 2012 ; 222 (1-2) : 137-148.
- 14) Almurad, Zainy. M. H., Roume, C., & Delignieres, D. : Complexity matching inside-by-side walking. *Human Movement Science*. 2017 ; 54 : 125-136.
- 15) West, B. J., Geneston, E. L., & Grigolini, P. : Maximizing information exchange between complex networks. *Physics Reports*. 2008 ; 468 (1-3) : 1-99.
- 16) Stephen, D. G., Stepp, N., Dixon, J. A., & Turvey, M. T. : Strong anticipation : Sensitivity to long-range correlations in synchronization behavior. *Physica A : Statistical Mechanics and Its Applications*. 2008 ; 387 (21) : 5271-5278.
- 17) Abney, D. H., Paxton, A., Dale, R., & Kello, C. T. : Complexity matching in dyadic conversation. *Journal of Experimental Psychology : General*. 2014 ; 143 (6) : 2304-2315.

COVID-19 感染拡大下における本学の対応と課題 — オンライン授業導入についての一考察 —

鳥居昭久^{1,2)} 松丸浩子²⁾ 野瀬友里絵²⁾ 望月菜央²⁾
原田あゆみ²⁾ 積田修真³⁾ 佐藤 章¹⁾ 草野修輔¹⁾ 陶山哲夫¹⁾

【要旨】

2020年、我が国においてもCOVID-19感染が急速に拡大し、2020年4月および2021年1月に緊急事態宣言が発出されるなど社会的混乱に陥った。本学も、2020年4月に開学したものの、学生は入学早々自宅待機となり、5月ようやくオンラインでの授業を開講、8月以降は対面授業を含めたハイブリッド型による授業形態を展開した。この間、本学が取り組んだ学生支援と教育活動についての方策としては、(1)各種行事の中止と学生の自宅待機指示、(2)オンラインミニ講座との自宅学習課題の配信、(3)学修アドバイザー制度導入、(4)オンラインホームルームの開催、(5)オンライン授業、(6)感染予防講習会と学校施設開放、(7)ハイブリッド型授業の開講、であった。7月までのオンライン授業期間中の出席状況は悪くはなく、8月以降のハイブリッド型授業期間に欠席が多くなったことから、オンライン授業の有無に関わらず、学生指導には、教員による木目の細かい学生支援体制が必要であることが推察された。オンライン授業は、配信する大学や受講する学生のインターネット環境によって大きく影響され、その長所、短所を検証していく必要がある。本学においても、オンライン授業を有効に活用できるICT環境の整備を早急に進めていく必要がある。また、インターネット環境や学内システム整備のみならず、教職員がオンライン授業に対応できるための資質向上の研修会など、FDおよびSDに積極的に取り組み、学生支援体制の充実や学習成果の向上のための方策を展開させる必要がある。

キーワード：COVID-19 オンライン授業 オンデマンド方式 ハイブリッド型授業 学生支援

1) 東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部：School of Rehabilitation, Tokyo Professional University of Health Sciences 〒135-0043 東京都江東区塩浜2-22-10

2) 東京保健医療専門職大学 教務部

3) 東京保健医療専門職大学 学習環境部

【はじめに】

2019 年秋、中国にて肺炎を主症状とする新型コロナウイルス感染症が確認され、その後、2020 年には、世界中に感染が拡大した。世界保健機関 (WHO) は、世界的な大流行 (パンデミック) であると認定するに至った。

我が国においても、この新型コロナウイルス感染者が初めて確認された 2020 年 1 月以降、感染拡大は収まらず、同年 3 月には、全国の小、中、高等学校に一斉休校要請が出された。そして、同年 4 月 7 日には、政府から緊急事態宣言が発出され、社会情勢は混乱する状況に陥った。この事態は、既に 1 年以上を経て、今もなお社会全体に大きな影響を与え続けている。

本学においても、2020 年春の開学に伴った第 1 期生入学生の受け入れに際し、入学式を中止するとともに、予定していた授業開始を遅らせるなど、緊急事態宣言下の自粛要請に対応し、感染拡大下における様々な方策を展開した。本論文では、2020 年度の本学における主に学生支援と教育活動における対応の実際と、そこで得られた課題について報告する。

【新型コロナウイルス】

新型コロナウイルスは、国際ウイルス分類委員会 (International Committee on Taxonomy of Viruses : ICTV) がこの新型コロナウイルスを “SARS-Cov-2” と命名し、その感染症を “COVID-19 (“corona” “virus” “disease” “2019 年”)” とした。このウイルスは、SARS (重症急性呼吸器症候群) を引き起こすウイルス (SARS-CoV) の姉妹種であるが、血管病変や感覚障害など呼吸器系以外にも特徴的な臨床症状を引き起こすものである。我が国においても、2020 年 1 月に最初の感染例が報告された後、都市部を中心に全国的に拡大している。そして、2020 年 4 月 7 日に最初の緊急事態宣言が発出され、その後、一旦解除されたものの、2021 年 1 月 7 日には、再び一部の都府県に再び緊

急事態宣言が発出されている。

【本学における学生支援と教育活動対応】

COVID-19 感染拡大下における本学の学生支援と教育活動についての対応は以下のとおりである。(以下、日付は 2020 年のものである)

1) 各種行事の中止と学生の自宅待機指示

本学は、2020 年度に新設大学として開学し、同年 4 月 2 日に入学式、入学時オリエンテーションを準備していたが、これを中止し、学生はしばらくの間、自宅待機とした。この決定は入学以前に行われたため、入学後に作成する予定の学籍簿などの学生関係書類が未完成であったため、入学手続き時の情報を元に全学生に連絡を入れ、4 月時点での居住地などの確認を行った。首都圏在住で自宅から通学予定の学生の他に、既に遠隔地から上京していた学生や、遠隔地の実家に留まったままの学生などが混在していたが、全学生の安否が確認できた。

2) オンラインミニ講座と自己学習課題

自宅待機期間、学生のモチベーションを維持し、大学における学習について少しずつ導入を図る目的として、学生向けに視聴限定 YouTube を使用してのオンラインミニ講座を開始した。

講師は、対応可能な大学教員が務め、内容としては、入学後に大学で学ぶ項目の中から比較的わかりやすいものをピックアップして 15 分程度の長さのミニ講義形式で作成した。実際に実施したテーマは以下である。

- ① 4 月 13 日「正しい手洗い方法」
- ② 第 2 回 4 月 14 日「入学したらどんなことを学ぶ？」
- ③ 4 月 15 日「リハビリテーションとは？」
- ④ 4 月 16 日「ストレッチを効果的にするには？～筋肉とストレッチの関係を考えてみよう～」
- ⑤ 4 月 17 日「身体感覚～空間-感覚-動作～」
- ⑥ 4 月 20 日「スポーツの世界が変える次世代の

組織マネジメント」

- ⑦ 4月21日「障がい者のスポーツ～目的と効果～」
- ⑧ 4月22日「パラリンピックスポーツと理学療法士・作業療法士の関わり」
- ⑨ 4月23日「バイオメカニクス～入門編～」
- ⑩ 4月24日「正しい動作ってなんだろう？ ～立ち上がり動作とスクワットを例に～」
- ⑪ 4月27日「臨床における役割の違いから捉える理学・作業療法の魅力」
- ⑫ 4月28日「健康寿命の延伸に向けた知識を学ぼう」
- ⑬ 4月29日「体格の話」
- ⑭ 4月30日「筋肉とエネルギー供給機構」
- ⑮ 5月1日「日常生活動作に必要な三つの要素」

以上の、3週間、全15回の配信を行った。

また、一方的な動画配信だけではなく、学生からも何らかのレスポンスを得られるように、メール配信による自宅課題を、この期間の第1週、第2週の2回にわたり、入学後の本格的学習の前でも対応が可能なテーマで、かつ学生自身がネットなどで簡単に調べられるような内容の課題を提示し、学生からメール返信の形で課題提出、それに教員のコメントを付けて改めて返信する取り組みをした。このことは、オンラインミニ講座同様に、少しでも学生のモチベーションを維持させることを目的とした。配信した課題テーマとしては、第1回目課題(4月13日配信)は、「リハビリテーションの意味についてインターネットなどで調べてみよう!」、第2回目課題(4月20日配信)は、「理学療法士や作業療法士はどんな領域でどんな療法をしているのでしょうか?」であり、正解を探すのではなく、自分なりに調べてもらうことを主眼に促した課題を提示した。

3) 学修アドバイザー制度導入

自宅待機している学生は、新入生ということも有り4月の段階では大学教員や同級生との接点がない状態であったため、4月20日から、理学療法士や作業療法士の資格を持った教員が、それぞれ

数名の学生に対して学修アドバイザーとして担当、平日の毎日、定期的にメールでのやり取りをするなどの双方向型のコミュニケーションルートを作った。

理学療法学科では、1名の学修アドバイザーの教員に対して8~9名、作業療法学科では、同1名に対して2名の学生を担当し、学校からの連絡や、生活の状況などを確認する内容のメールを学修アドバイザーから投げかけ、学生からもいろいろな相談などを直接可能にすることができた。他の大学においても“学修アドバイザー”と銘打った制度は散見するが、本学の取り組みは、クラス担任のミニチュア版として、木目の細かい学生指導の取り組み方法として特徴的であったと考えられる。

この学修アドバイザー制の導入により、大学から全学生へ一斉メールを利用して連絡配信をする一方通行の状況から、担当教員、学生との双方向でのやり取りの中で、学生個別の確認ができるなど、学生の生活状況を伺うことが可能になった。また、学生からの視点でも、学校教員との接点ができることによって自宅待機期間中であっても教員から学校の情報を得ることや、学校の教員との接点があること自体で不安の軽減につながったという声も聞かれるなど、COVID-19感染拡大にともなう緊急事態宣言下での自宅待機期間において学生指導上の効果的な手段であったと考えられる。

4) オンラインホームルーム

学修アドバイザー教員と学生との接点のみならず、自宅待機をしている学生同士の接点を作る方策として、4月30日から、オンラインホームルームを開催した。

これは、学修アドバイザーを担当している理学療法学科と作業療法学科の教員が、それぞれ1名ずつでチームを作り、それぞれが担当している学生をあわせた10~11名の規模で定期的な“オンラインホームルーム”を開催した。これは、web会議ツールであるZoomを用いて、画面上ではあ

るものの、教員と学生が一同に対面してのコミュニケーションをとる機会となり、自宅にいる学生にとっては、このオンラインホームルームを通して初めて同級生と対面することになった。

ホームルームの内容は、自己紹介から始まり、お互いの生活や日々話題を自由に選択して話し合うものであったが、5月以降はオンライン授業も始まったため、勉強の方法や悩みなどを共有する場にもなった。また、そのホームルームを担当する教員以外の教員も不定期に参加し、少しずつ大学の教員と学生の接点を増やし、交流を深めることを試みた。

このオンラインホームルームへの参加は強制するものではなかったため、積極的に参加する学生がいる一方で、参加率がかなり低い学生がいるなど学生による温度差があった。このことは、教員側も4月に赴任したばかりであり、一方の学生も新入生ということもあり、双方に十分な信頼関係を作る前に自宅待機期間になってしまったことが影響していたと思われる。また、メールやオンラインのみのサポートには、学生のキャラクターを十分に把握することが難しく、特に積極的な関わりを望んでいないと思われる学生の支援には限界があることを示唆している。この点で、オンラインによる学生指導には一定の限界があることが示唆されたとともに、対面指導の重要性も改めて認識された。

5) オンライン授業の導入

5月からオンライン授業にて前学期科目の授業を開講した。開講科目は、当初予定していた科目のいくつかを次年度実施へ繰り下げるなどの調整を行い、急遽オンライン授業が導入しやすい科目を優先とし、改めて前期開講科目を編成し直した上で実施した。

授業開始に備え、5月6、7日に科目履修などに関わるオリエンテーションをオンラインで実施し、学修アドバイザーを通じて履修相談に応じながら前期科目の履修手続きを進めた。

オンライン授業は、事前に各科目教員が Micro-

soft社のソフト、Office power-pointで作成した授業用スライドに音声を録音、ビデオ化したものを授業用動画（以下、授業用動画）として作成し、視聴限定版YouTubeとして学生へ配信、学生がそれを視聴するオンデマンド方式を採用した。

講義に使用するテキストは事前に学生居住地に郵送したが、4月に実施した調査で受講する学生のインターネット環境が脆弱な者や、自身のパソコンやプリンターなどが無く、スマートフォンでの視聴しかできない者や、自宅にインターネット回線が無い者など、受講するインターネット環境が脆弱である学生が含まれていることが確認できたので、事前に郵送した教科書など以外の追加資料をメールによる配信はしないこととし、科目担当教員がオンライン講義内で内容説明するなど、受講学生の負担をすくなくするように配慮した。

オンライン授業は、5月11日から開始したが、オンライン授業そのものに慣れていない学生も多いことが予想されたため、開始当初は1日1科目（週5科目）から開始し、一定期間をおいて徐々に科目数を増やした。最終的には、前期オンライン授業開講科目は、理学療法学科では必修12科目、選択7科目、作業療法学科では、必修11科目、選択7科目を開講した。

オンライン授業の出席確認は、科目ごとに指定された課題の提出確認をもって出席とした。この指定課題は、ユニバーサルパスポートというインターネットを介した学生ポータルシステムを利用して提出された。

授業用動画は、一旦配信したら、基本的に前期末のいつでも視聴可能できるように設定したが、配信のタイミングは、通常の授業時間帯に合わせた時間割を構成した上で、各科目の開講時間割に合わせた時間で配信した。すなわち、1限目設定の科目は9:00に、2限目設定の科目は10:40に配信するなど、通常の開講時間に合わせて配信した。

6) 感染予防講習会と学校施設開放

5月25日に非常事態宣言が解除されたことを

受け、学内の感染予防対策の環境整備を進めると同時に、学生が学校施設を自由に利用できるようにする準備のため、6月22日から本学校医による感染予防講習会を対面方式で開始した。開催は、7月27日までの期間、毎週月曜日に開催し、学生が実際に本学に登校し、感染予防に関する講習と学内施設の使用説明を受けた上で、この講習会を受講した学生に対して大学施設利用を許可することとした。

このように、大学施設の利用が可能になることによって、前述したような、自宅においてインターネット環境が脆弱な学生が登校し、学内備品のパソコンを利用、もしくは自身のパソコンやタブレット、スマートフォンを学内 Wi-Fi に接続し、オンライン授業を受講することが可能になった。

この感染予防講習会は、単に目の前の感染予防のみならず、医療職をめざす学生として、感染に対する正しい知識を理解し、自らの感染予防策の実践を促すことに加えて、医学を学ぶ者としての自覚を促すことも目的であり、その後も、対面授業の開始時のオリエンテーションの際を含めて繰り返し開催した。

7) ハイブリッド型授業の開講

8月1日、入学後初めて学生全員が対面で集まり、簡易的な入学セレモニーと対面授業に向けてのオリエンテーションを実施、8月3日から、対面授業とオンライン授業を併用したハイブリッド型による授業を開始した。本学におけるハイブリッド型授業の形態は、月曜日と金曜日にはオンライン授業可能な科目を実施し、火曜日～木曜日の週3日間を対面授業とした。また、4月の自宅待機期間によって授業ができなかったスケジュールを補うために、通常夏季休暇を予定していた期間においても授業を実施し、試験期間を含めて9月18日までに前学期の過程を終了した。

オンライン授業科目については、7月末までと同様にオンデマンド方式にて配信した。また、配信時間も通常の時間割同様に1限目配置科目は

9:00に授業用動画を配信した。一方で、対面授業については、朝の通勤ラッシュ時に人混みによる感染のリスクが予測されたため、その日の最初の開講科目の開始時間を2限目に設定し、それ以降の時間帯で授業時間割を編成した。

9月23日から後学期を開始したが、当面は8月以降と同様のハイブリッド型授業を実施した。また、対面授業についても、同様に2限目から開始の時間帯で開講した。

2020年末から再びCOVID-19感染が拡大し、2021年1月7日に再び緊急事態宣言が首都圏の1都3県に発出された。(以下、日付は2021年である)これを受けて、授業時間帯を再検討し、1月9日以降の授業は、オンライン授業、対面授業ともに1限目の9:00から開始、その日の授業終了は原則4限目終了時(16:10)とした上で、学生は遅くとも18:00には下校するように指導した。これは緊急時事態宣言発出時の政府見解として、感染拡大の主な機会として、夕方以降の夜間帯における飲酒を伴う会食が最も感染拡大が著しいとされ、20:00以降の飲食店の営業自粛とともに、国民全体に20:00以降の不要不急の外出についての自粛要請が示されたことを受け、遠隔地から通学している学生においても、遅くとも20:00には帰宅できるようにするためである。また、朝の通勤時間帯の登校についても心配されるところではあったが、内閣官房新型コロナウイルス対策分科会の見解において、換気が十分にされている鉄道などの公共の交通機関での集団感染が報告されていないなど、朝の通勤時間帯の感染リスクは比較的低いであろうとの判断からであった。

1月末には、臨地実務実習以外の学内開講科目のスケジュールを終えることができたが、学内におけるCOVID-19感染が発生することはなかった。

【オンライン授業から見えたもの】

1) 学生の出席状況と学生支援の在り方

今回、大学としても手探り状態の中でオンライ

ン授業を導入したため、各科目の出席状況や学習成果について心配された。

出席状況についてみてみると、2020年5月以降7月末までのオンライン授業のみの期間における各科目の出席状況は、一部の特定の学生を除いて、ほとんどの学生が皆出席であった。一方、8月のハイブリッド型授業開始以降では欠席が多くみられた。この欠席状況はオンライン授業、対面授業との間には差が無く、全体として欠席者は8月以降のハイブリッド型授業を開始した期間に多い傾向になった。

8月以降欠席者が増えた原因として、学生に対する教員の関わりの頻度が影響していることが一因と思われた。

7月末までのオンライン授業のみの期間は、学修アドバイザー制を導入し、教務部において欠席（課題未提出）が確認された時点で、この情報が即刻学修アドバイザーに伝えられ、学修アドバイザーから該当学生へメールを発信し、欠席理由の確認が行われた。このため、学生の受講忘れを未然に防ぎ、授業用動画配信の不具合なども即時に確認することができた。配信の不具合などがあった場合には、科目担当教員に確認の上、対象学生には再度課題提出をさせるなどの措置をしていた。

一方、学修アドバイザー制は、7月末をもって一旦終了し、担任制度にシフトした。8月以降、週毎の欠席状況を教務部から担任へ報告はしたものの、7月までと違って、毎度の欠席における学生への確認は行っていない。また、学生から発熱などの体調不良の連絡が入った場合には、本学保健衛生委員会の指導の下に公認欠席などの対応をおこなったが、無断欠席などに対しての即時対応は行っていない。その後、欠席数の累積が多い学生に対しての対応について、科目担当教員から注意喚起するなどの措置を行うなどをしたものの、科目担当教員や教務委員会などで様々な意見があり、学生に対してそれらの連絡は実施していなかった。

上記のことを踏まえると、学生に対する教員の

関わりの頻度が変化したことが影響したと推察され、学生指導上、何らかの形で学校（教員）からの連絡が頻繁に行われることにより、学生の出席に対する意欲の低下を防ぐことになると考えられ、今後の学生指導上、考慮すべき要素であろう。

COVID-19感染拡大による自粛生活が長引き、また不慣れなオンライン授業の期間において、多くの大学では、大学在学意欲を低下させ、退学や休学に至った学生が少なくないとの報道がある中、8月1日の対面オリエンテーションにおいて、自宅待機期間に一人の脱落者を出さずに全員登校に漕ぎつけたのは、学修アドバイザー制などの大学と学生の接点を保ち続けた積極的な学生支援の成果であったためと考えられ、本学の取り組みとして有益であった。しかし、8月以降は欠席者が多くなったことは残念な結果であったといえる。また、学生の出席状況の変化は学習成果にも大きな影響があると考えられることから、今後、学習成果と合わせた分析が必要である。

以上に述べたの一連のことを踏まえると、担任制度や学修アドバイザー制度など含めて、大学としての学生支援の在り方などを再検討し、より木目の細かい学生指導をする体制を整える必要があるといえる。このことによって学生の学習モチベーションを維持し、単に出席率維持・向上につながるだけでなく、退学などを防ぐことにもつながるであろう。

さて、オンライン授業における学習成果については論議が分かれるところである。今年度のCOVID-19感染拡大による教育体制の変化については、急遽の事態であったため、実技・実習などの科目の制限、オンライン授業を提供する学校側の状況、オンライン授業を受ける側の学生のインターネット環境の学生間差の大きさなど、単にオンライン授業の良し悪しを評価するには困難な要素が多い。また、本学は新設大学ゆえに1学年のみの状態で、比較する過年度学生データがないため、来年度以降、慎重に分析する必要がある。

また、COVID-19感染拡大に関わらず、今回のオンライン授業の導入をきっかけに、元来から広

く導入を求められている“ICT（情報通信技術）を利用した教育”の充実を図る動きは全国的に加速すると考えられる。今回のCOVID-19感染に伴うオンライン授業の対応をめぐり、我が国の教育現場におけるICTの整備は、他の先進国と比較してかなり遅れていることが明らかになった。本学においても同様であり、今後、学内のICTの整備や、学生側のインターネット環境の改善を急がねばならない。その上で、オンライン授業と対面授業を客観的に比較し、それぞれの有効性を検証したうえで、本学の教育活動に反映させる必要がある。

2) 学生アンケートから

教務部では、後学期終了時、学生に対して、オンライン授業についての独自の意識調査を実施した。回答が任意のアンケートであったため、アンケート回収率が37.8%と高くはないものの一つの参考になると考えられる。

まず、オンライン授業の1回の長さについて、41.7%の学生が今年度実施したオンライン授業の1回の時間は長く感じたと答え、ちょうど良かったの25.0%に比べて多かった。また、66.7%が1回の授業時間の長さは30~60分が適当であると回答した。これらの結果に加え、学生からは各科目の課題の量などについても様々な意見が散見した。その中で、動画が長く、加えて課題が多すぎるために所定の時間内に完成させることができなかつたという内容の意見が少なくなかつた。Watanabeらは、短時間に区切った学習は60分以上続けた学習に比べて効果が高いと報告しているが¹⁾、一般に人間が集中して学習できる時間は平均45分程度といわれているように、一方的に長い時間の動画を配信しても学習効果が上がるとは考えにくい。一般の対面授業においては、教師が時々余談を入れる、また、ちょっとした実技を含めるなどの工夫で、受講する学生の集中を持続することが可能であるが、オンライン授業においては、更に様々な工夫をする必要があるといえる。前述したように、オンライン授業における学習効

果についての分析は今後慎重に行うべきであるが、少なくとも、授業用動画を作成する際には、学生の興味を引き出せる内容構成や、時間配分など、教員側の工夫が必要である。今回、オンライン授業の準備については、教務部からは、学生のオンライン環境などを鑑み、画面の字の大きさや見やすさと同時に、1コマ90分の授業時間内に講義と課題作成が全て収まるように作成することを、各科目担当教員へ依頼した。しかし、科目によって時間、課題量などに大きな差が生じていたことは否めない。長い動画の授業や、結果的に時間がかかる課題になってしまう科目が少なからずあった。この結果、学生にはかなり負担になった科目があり、中には課題の提出が困難になってしまった学生もいた。実施される科目の内容については、科目毎のボリュームや学習目標が違うために一概に論ずることは難しいものの、次年度以降オンライン授業の作成基準を作成した上で、科目担当教員の共通した認識と、学生の状況に合わせた配慮を求める必要がある。

オンライン授業における画面の見やすさについては、見やすかったが19.4%に対して、科目によって差があったが80.6%であり、全く見にくいことはないが、科目間での差が示された。また、教員の声の大きさでは、69.4%が一部で聞き取りにくい科目があったと回答した、一方で喋る速さなどについては、61.1%が適切な早さであったと回答している。

今回、本学でオンライン授業を実施するにあたり、授業録画資料の作成は、多くの場合、各教員に一任していた。担当科目教員は、喋る速さなど日常の授業で慣れている事項は問題なかつたと考えられるが、一方で、録画そのものを作成することには不慣れさもあり、字の大きさや配置などの画面の構成や、音声の録音の方法などに問題が生じていたことが示唆された。今回、授業用動画配信の事前には、教務部において画面や音声について確認作業をしていたが、教務部ですべての授業の修正をする業務は不可能である。このあたりを踏まえると、作成する教員側が受講する学生に合

わせた配慮が求められるところである。

画面や音声については、受講する側の学生のインターネット環境にも影響される事項である。2020年4月に実施したオンライン環境調査では、25%の学生が受講環境はスマートフォンのみであると回答した。2021年2月の調査でも同様の結果であった。この傾向は、他大学の報告をみても同様のケースが少なくない。スマートフォンでの受講は、画面の大きさなどから考えると受講環境は劣悪であるといえる。このことから、学生自身のインターネット環境の改善を早急に促す必要がある。この点は、学生のみならず、保護者に対する啓蒙も必須事項である。

3) オンライン授業の長所と短所

インターネットを活用したオンライン授業についての検証については、すでに多くの報告がみられ、その長所や短所を念頭に適切な導入をしていく必要がある。

本学が今年度導入したオンデマンド方式は、視聴回数や視聴する時間は、受ける学生の裁量に任される。したがってモチベーションの高い学生にとっては、何回も視聴ができるために学習成果を高めることができると推察される。また、学生自身の自分の生活時間帯に合わせた受講が可能であるという受講時間の柔軟性がある。

一方で、オンデマンド方式は、一人での学習になるために、モチベーションの維持が難しいことや、人間関係が希薄になり、学習などの相談をする友人関係や教員とのつながりを構築することが困難になる。その点では、リアルタイムに学生の反応を確認し、他学生の様子を知ることができるライブ配信によるオンライン授業の方がより対面授業に近い授業を実施することができるであろうと推察される。

オンライン授業の最大の長所は、インターネット環境が適切に整備されていれば、どこからでも配信が可能で、どこにいても受講できる可能性を持っていることである。学生は自宅のみならず、自由な場所での受講が可能であり、教員側も、大

学以外の場所から授業を実施することが可能である。このことは、例えば遠隔地に居住する非常勤講師がわざわざ大学に来ることなく授業を実施することができることや、何らかの事情などで帰省した学生が、実家で授業を受けることができることや、台風接近など従来であったら休講せざるを得ない天候であっても、オンライン授業であれば休講する必要がなくなる。これらのことを考えると、平常時からオンライン授業を様々な形で展開することにより学生の学習環境の改善につながり、学生支援の幅が広がる可能性がある。

【来年度にむけての本学の課題】

本学においては、まずはインターネット環境などのハード面でクリアすべき問題がある。2020年度、COVID-19 感染拡大による緊急事態宣言の中で、早期にオンライン授業に対応可能であった大学は、以前より学部生全体にパソコンの必携化を進めてきた実績のある、ICT環境に積極的だった大学であった。この例を考えると、本学も早急に学内インターネット環境の改善を図るとともに、前述したように学生や保護者に対しての啓蒙を進め、パソコンの必携化や、家庭など学生の学習環境におけるインターネット環境の向上を促す必要がある。

また、教職員の資質向上や意識共有も大切な課題である。今年度、オンライン授業導入に際し、教務部や学習環境部が主導的に準備などを行ったが、一方で、オンライン授業の授業用動画の作成方法や内容について、大学全体、教員個々との意識共有が十分ではなかったことが否めない。今後、オンライン授業の実施に伴う講義資料の作成や、ライブ配信の際の技術面、内容面での検討、また全体を通しての学生支援の在り方など、単にインターネット環境や授業形態などのシステム面での整備にとどまらず、教職員の資質向上と意識共有のため、例えばオンライン授業研修会などの学内研修をするなど、積極的なFD (Faculty Development) の実施を行う必要がある。そして、教

員一人一人が、教育システム変更に対する対応能力や、講義内容の質的向上に努め、学生支援や学習成果の向上のための方策に取り組みなくてはならない。

謝辞：COVID-19 感染拡大による影響で、我が国の教育体制も大きな混乱に陥った。本学においても、開学早々、予期せぬ事態となり、新入生には多大な不安と、学習の機会の制限を強いてしまう状況にあった。しかしながら、教職員の理解と協力の下、試行錯誤しながらも初年度を過ごすことができたことに心から感謝するとともに、一刻も早い COVID-19 感染収束を祈るところである。

利益相反 (COI)：本論文において開示すべき COI はない。

引用文献

- 1) Yusuke Watanabe, Yuji Ikegaya : Effect of intermittent learning on task performance : a pilot study. J. Neuronet. 2017 ; 38 : 1-5.

参考文献

- 1) 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症情報 <https://www.mhlw.go.jp/index.html> (2021 年 2 月 10 日閲覧).
- 2) 尾崎拓郎：インターネットを活用した授業実施にむけた支援活動. 教育システム情報学会. 2020 ; 37 (4) : 297-307.
- 3) 村上正行, 佐藤浩章, 大山牧子・他：大阪大学におけるメディア授業実施に関する全学的な支援体制の整備と新入生支援の取り組み. 教育システム情報学会. 2020 ; 37 (4) : 276-284.
- 4) 内山靖：COVID-19 とともに歩む理学療法教育. 医学教育. 2020 ; 51 (5) : 570-572.
- 5) 広瀬 環, 屋嘉比章紘, 小野田 公・他：新型コロナウイルス感染症による活動制限が理学療法学部生における大学生活の不安感に及ぼす影響. 理学療法科学. 2020 ; 35 (6) : 911-915.
- 6) 桑田喜隆, 石坂 徹, 早坂成人・他：室蘭工業大学における新型コロナウイルス感染症対応のための ICT 環境整備. 人工知能学会第 27 回知識流通ネットワーク研究会. 2020 : 1-5.
- 7) 法政大学教育開発支援機構：オンライン授業に関する学生アンケート集計結果報告書. 法政大学. 2020.
- 8) 京都ノートルダム女子大学教務委員会：オンライン授業に関するアンケート (学生) 結果報告書. 京都ノートルダム女子大学. 2020.

手話について

有菌暢子

東京保健医療専門職大学 リハビリテーション学部 理学療法学科

【はじめに】

本学の特色である専門分野の周辺領域を学ぶ展開科目隣接他分野である「手話」。このコロナ禍のニュース等でも以前と比べて見るが増えてきた手話について知っていただく良い機会をいただいた。手話とはどういうものなのか、また手話を使用する聴覚障害者(ろう者)について、そして本学で学ぶ意義について少し述べたい。

手話について述べる前にまず聴覚障害についてふれたい。

聴覚障害とは周りの音や話し言葉が聞こえにくい、または聞こえない状態をいう。

どのくらいの障害なのか、例えば音は聞き取れるのか、全く聞こえないのかなど聞こえ方は人によって異なる。聴力の問題だけでなく、障害の場所(外耳、中耳、内耳、聴神経)、原因、時期、生育環境等によって聴覚障害に対する受け止め、アイデンティティも人それぞれであるため、聴力だけで聴覚障害者を分類し、定義することは難しい。

また音を聞くことができないため、声を出して話すことが難しい人もいる。耳からの音の情報が制限されてしまうため、文章を読み書きする力も人それぞれである。

耳の聞こえない人を表す言葉にはろう者、難聴者、中途失聴者、聴覚障害者等がある。

ろう者とは生まれつき、または幼少時に失聴し、主に手話言語でコミュニケーションをとる人たちをいう。

難聴者とは聞こえにくい状態ではあるが、まだ聴力が残っている人たちで、聴力が落ち始めた年齢や状況により聴力はさまざまである。

補聴器等を使用して音がある程度聞き取れる、会話ができる人もいれば、全く聞こえないわけで

はないがわずかな音しか入らず、言葉として認識することができないため、言葉を聞き間違えたり、体調によって聞こえ方が左右することもある人など個人差がある。

中途失聴者は生まれた時は聞こえていたが、その後何らかの原因(病気、事故、加齢)により聞こえなくなった人をいう。

言語獲得年齢により発語状況は違うが、話すために必要な音声言語を獲得してから聞こえなくなっている人の場合、自分で話すことはでき、文章の読み書きも問題はない。

聴覚障害者のコミュニケーション方法は障害の状況や生育環境などによって人それぞれである。1つの方法だけでコミュニケーションをとるのではなく、場所や環境に応じて自分を取りやすい方法をいくつも使用し、コミュニケーションを取っている。

一般的に相手の耳が聞こえないと分かったときに、まず声を大きくする、口を大きく開けてゆっくり話す、それでも通じていないと分かると紙に書くなどが行われる。

音がある程度聞き取れる難聴者や加齢により聴力が落ちてきた人には大きい声で話すことで聞き取りやすくなることもあるが、生まれつきのろう者やわずかな音しか入らない人にとっては大きい

声で話されても聞き取ることはできない。

耳からの音情報は入らないので、相手の口を読む読話（口話）、文字で書いてもらう筆談や身振りなどが聴覚障害者のコミュニケーションである。

口話は話し手の口の形を読み取ることで、簡単な、短い内容であれば読み取ることはできるが、読み取る力も人それぞれである。日本語は母音が5つしかなく、口の形、動きが似ていることばや同音異義語は口の形だけでは言葉として捉えられない。何と言っているかを推測しながら口元を見ているので疲労が大きく、読み取り間違いが多くなるため、口話だけのコミュニケーションは取りにくい。口話と身振りや口話と筆談など組み合わせる使用が望ましい。

そして目に見えることば、視覚言語である手話がある。手話とは主にろう者がコミュニケーションを取ったり、物事を考えたりするときに使う言語で、音声言語とは異なった独自の語彙や文法体系を持っている。手の形、位置、動きに加え、表情や強弱などを用いて、意見、気持ちや考えを視覚的に表現し、伝え合う言語である。

手話を使用するろう者は、口話、筆談ではコミュニケーションに緊張と疲労が生じてしまい、時にはコミュニケーションをとることをあきらめてしまうこともある。手話は手の動き等だけでなく、顔の表情、アイコンタクトなどで会話が成り立っていく。手話はろう者の言語であるが、ろう者だけでなく、音を聞き取りにくい難聴者、中途失聴者にとってもコミュニケーション方法の1つである。

本学で、なぜ手話を学ぶのか、それは理学療法士、作業療法士としての知見、スキルを存分に活かし、専門職としての幅を広げるためである。利用者や患者と直接コミュニケーションをとることで、信頼関係を構築し、的確にニーズを掴み、より良い支援ができる。

聴覚障害者からすれば、自分の言葉で直接話ができ、分からないときにはすぐに聞き返せる、希望を伝えられるなど納得、安心して治療やリハビリを受けることができる。

実際、リハビリや作業療法での手話通訳に行くことがある。リハビリ、特に下肢の場合、しゃがんだまま説明をされる理学療法士が多く、聴覚障害者はアイコンタクトもない、表情も見えないので話し始めているのかも分からないことが多い。

もちろん手話で全てを説明できるようになるまでは時間を要するが、聴覚障害者とのコミュニケーション方法を身につけ、日常会話程度の手話を覚えることにより利用者、患者との信頼関係を築いていく手助けになると考える。

参考文献

- 1) 公益社団法人東京聴覚障害者総合支援機構 東京都聴覚障害者連盟「聴覚障害者とは」 <https://www.tfd.deaf.tokyo>
- 2) パンフレット「手話言語法の制定へ！ 手話言語でGO3」 一般財団法人全日本ろうあ連盟
- 3) 就労移行支援事業所チャレンジド・アソウ聴覚障害とは？ <https://challenged.ahc-net.co.jp/library/choukakyusyougai/>
- 4) 聴覚障害について知っておいていただきたいこと <https://ds.adm.u-tokyo.ac.jp/receive-support/hearing>

リハビリテーション学部 理学療法学科 2020年度活動報告

I. 理学療法学科の特色と養成人材像

理学療法学科は、今後期待される本邦における健康寿命の延伸が為されることにより、理学療法士の重要性は年々高まっており、地域医療や在宅医療の推進において重要な役割を担うことから、理論に基づいた高い技術を提供することに加え、新しい価値を創造できる能力、関連分野を融合したサービスを展開できる能力、生活の質(Quality of Life: QOL)の維持・向上に貢献できる能力、実務リーダーとして組織をマネジメントできる能力を有する実務リーダーとして新たな価値やサービスを展開できる理学療法士を育成する。

II. 理学療法学科専任教員

大学における研究実績が豊富な理論家教員に加えて、保健医療の現場で活躍する実務家教員が4割以上占め、広い視野で発想できる人材育成を行う体制を整えた。

五十嵐広明：教授
江幡真史：教授
陶山哲夫：教授(学長)
田畑 稔：教授(学科長)
照井直人：教授
沼田憲治：教授
宮地恵美子：教授
鳥居昭久：准教授(教務部長)
大矢暢久：講師
加藤剛平：講師
五嶋裕子：講師
杉山真理：講師(1年生2クラス副担任)
武井圭一：講師
富田義人：講師

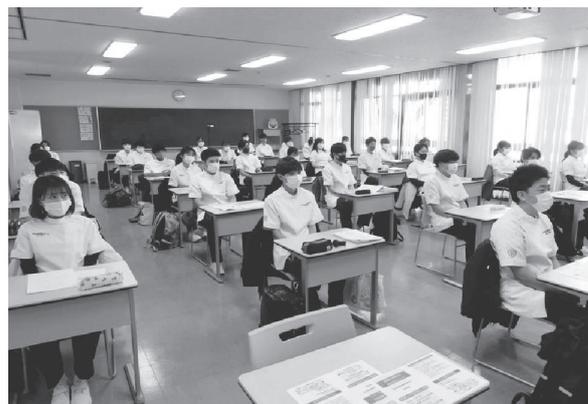
森本晃司：講師(1年生1クラス副担任)
有菌暢子：助教
有本邦洋：助教(1年生1クラス担任)
重國宏次：助教(1年生2クラス担任)

III. 理学療法学科活動

- 2020年4月1日、理学療法学科1期生として74名が入学したが、2020年4月7日緊急事態宣言の発出に伴い、2020年前期講義開始が6月1日以降となったため、1期生は、新学期早々自宅待機となった。
- 2020年5月7日、オンラインによる新入生ガイダンスを実施し2020年前期講義は、7月末までオンライン講義による実施となり、学生支援として各クラス担任、副担任に加えて、少人数制の学修アドバイザー制を導入し、オンラインによる学生サポート体制を確立した。
- 2020年6月22日より、自習目的の学生登校が可能となり、パソコンの貸し出しとオンライン講義の学内視聴が可能となる。加えて、1年生の臨地実務実習について、実施場所の検討(実習施設or実習施設+学内or学内のみ)に入る。
- 2020年8月1日、対面による1期生オリエンテーションが開催され、8月3日より、月曜日と金曜日をオンライン講義日とし、火曜日から木曜日を対面講義日とし、混雑時の電車通学を回避するため講義開始を2限として、対面講義が開始される。
- 2020年9月17日、2020年後期学生オリエンテーションを実施し、9月23日より後期科目を開講し、実習科目については、科目担当教員の他に実習補助を行う常勤教員を配置し、



写真：対面オリエンテーションの様子



写真：臨地実務実習 事前エンターションの様子

実習科目の充実を図った。

6. 2020年10月15日, 1年生臨地実務実習(見学実習)に対して, 実習生に望まれるワクチン接種に関するオリエンテーションを実施した。また, 学修方法に不安を持つ学生に対して学修サポートレクチャーを後日開催することとした。
7. 2020年11月16日, 1年生臨地実務実習(見学実習)を学内実施する検討を開始し, 少人数制(15名程度)かつ3名グループによる実施案が提案された。
8. 2021年1月9日, 16日, 1年生臨地実務実習(見学実習)について, 実習前オリエンテーションを実施し, 学生の所作, 身なり等のオリエンテーションとユニフォームの確認を実施した。
9. 2021年2月15日より2月19日まで, 1年生臨地実務実習(見学実習)が学内にて実施され, 1期生が理学療法士教員の下で, 疾患の理解や理学療法士としての考え方および対応方法等のシミュレーションを行いながらアクティブラーニングやグループワーク, 課題作成へ取り組んだ。
10. 2021年2月27日, 第1回東京保健医療専門職大学学術大会が開催され, 理学療法学科専任教員, 田畑稔, 鳥居昭久, 江幡真史による学術講演が行われた。

IV. 臨地実務実習(学内見学実習)報告

一期生の臨地実務実習(学内見学実習)は, 2021年2月15日から2月19日までの5日間, 1日8時間, 5つのテーマを設定し, 運動器疾患や神経系疾患について, 1テーマあたり理学療法士教員を2名ずつ配置して, 理学療法士の観点から, 疾患の概要説明, デモンストレーション, 着目点, 当該疾患への理学療法士としての対応などについて説明を行い, 学生には, 現状で考えられること対応出来ることなどを3人グループでグループワークして課題作成することを主眼に計画し実施した。

新型コロナウイルス感染拡大が収束されれば, 本来, 学外の臨地実習施設にて見学実習を実施する予定であり学生も期待感が高まっていたが, 臨床施設が併設されない本学において, 学内で患者さんのシミュレーション実習を行うために, 幾度も理学療法士教員によるブリーフィングを重ねた。

専門職大学は, 実務家教員の配置比率が一般大学より多くなっており, 開学1年目より臨床実務実習指導者として10名以上確保出来ることも幸いし, 手厚い臨地実務実習指導体制が構築され, 実習初日から理学療法士教員の熱意が通じ, 学生のグループワークやアクティブラーニングが見事に進捗し, 従来座学では, 垣間見る事が出来なかった学生皆さんの積極的学修行動に接することができた。



写真：臨地実務実習の様子

受講した学生よると今回の臨地実務実習は1年生にとって大変な内容ではあるけれど、これまでに理学療法士とここまで時間を掛けて話し合っただけでなく、しかも実習しながら学修が出来るのでとても役に立つが、その一方でオンライン授業や対面授業がとても苦手で、この実習を通じてようやく学修方法がよくわかったという意見もあった。

総じて、一期生は、既にアクティブラーニングやグループワークを行う素養を有しており、今後の講義や実習の展開において、教職員側が多様かつ多面的な方法論を繰り広げることが可能であることが把握できた臨地実務実習であった。

V. 理学療法学科教員の活動 (2020年4月～12月)

○五十嵐広明

【社会貢献活動】

- ・専門分野と関係がない横浜市の「まちづくり」の公的委員
- ・横浜市建築協定連絡協議会 幹事

○江幡真史

【論文】

- ・江幡真史. 「1970年～2000年におけるジャスコ株式会社の多角化経営の展開—経営方針の変遷と子会社群の動態的变化の分析—」(査読付き) 『経営学研究論集』第53号, 明治大学大学院. 令



写真：臨地実務実習の様子

和2年9月11日.

【社会貢献活動】

- ・公益社団法人 経済同友会 幹事
- ・公益社団法人 経済同友会 産業懇談会代表世話人
- ・公益社団法人 経済同友会 財務委員会副委員長
- ・第5期練馬区地域包括支援センター運営協議会委員 (区民委員)
- ・第5期練馬区地域密着型サービス運営委員会委員 (区民委員)

○陶山哲夫

【論文】

- ・陶山哲夫, 中森邦男, 安岡由恵. TOKYO2020がリハビリテーション診療に及ぼす変革. 日整会誌. 94: 220-228. 2020年5月1日
- ・陶山哲夫, 三井利仁, 安岡由恵, 中村健. パラスリートの未来のために. Journal of CLINICAL REHABILITATION. Vo-29, No7: 620-628, 2020年7月.
- ・陶山哲夫, 藤原清香, 菊地みほ. 東京2020パラリンピックを迎えて—障がい者スポーツのこれからと発展—. Jpn J Rehabil Med: Vol 57: 486-91. 2020年11月18日.

【学会報告】

- ・陶山哲夫. 東京パラリンピックにおける整形外科医の役割. 日本整形外科学会, シンポジウム. 2020年7月.

【社会貢献活動】

- ・日本ヒューマンケア・ネットワーク学会・理事長
- ・日本障害者スポーツ学会・顧問
- ・日本脊髄障害医学会・名誉会員
- ・日本臨床スポーツ医学会・名誉会員
- ・日本義肢装具学会・名誉会員
- ・日本障がい者スポーツ協会・理事, 医学委員長
- ・日本アンチ・ドーピング機構・評議員

○田畑 稔

【論文】

- ・田畑 稔. 有酸素運動トレーニングの基礎理論. デイサースリア臨床研究, 10 (1), 40-49, 2020年12月.

【学会発表】

- ・N. Hamazaki, K. Kamiya, k. Nozaki, T. Ichikawa, M. Yamashita, S. Uchida, M. Tabata, E. Maekawa, M. Yamaoka-Tojo, A. Matsunaga. Correlation between respiratory muscle weakness and frailty status as risk markers for prognosis in patients with cardiovascular disease. European Heart Journal 41 (Supplement 1) 3106 2020年8月

【社会貢献活動】

- ・日本理学療法士学会 研究安全・学術倫理委員会 倫理審査部会審査員
- ・日本理学療法士学会 第6回日本心管理理学療法学会学術大会長
- ・日本理学療法士協会 ガイドライン・用語策定委員会 心血管作成班班員
- ・日本理学療法士学会 編集委員会 査読委員
- ・日本心管理理学療法学会 運営幹事
- ・日本心臓リハビリテーション学会 評議員
- ・日本心臓リハビリテーション学会 利益相反委員会 委員

○照井直人

【著書】

- ・照井直人. 第5章環器系の力学. 人体の力学. 松

井剛一編著. pp145-165, コロナ社, 東京, 2020.

○宮地恵美子

【報告】

宮田雅之, 宮地恵美子. 専門職大学コンソーシアムの設立(事務局プレスリリース). https://www.mext.go.jp/content/20200908-mxt_senmon01-00307_01.pdf

○鳥居昭久

【著書】

- ・北川薫, 府内勇希, 鳥居昭久・他. 運動とスポーツの生理学改訂第4版 市村出版. 2020年10月.
- ・鶴見隆正, 辻下守弘, 鳥居昭久・他: 標準理学療法学・臨床実習とケーススタディ. 医学書院. 2020年12月.

【社会貢献活動】

- ・日本障がい者スポーツ協会トレーナー部会委員
- ・日本パラリンピック委員会医科学情報サポートトレーナー支援領域委員
- ・日本理学療法士協会2020東京オリパラ対策小委員会委員
- ・愛知県アスレティックトレーナー連絡協議会理事
- ・名古屋市障がい者スポーツ指導者協議会トレーナー部会委員
- ・愛知県2026年アジア競技大会等選手強化事業アスリート強化専門委員会委員
- ・愛知医療学院短期大学リハビリテーション学科非常勤講師(健康科学, リハビリテーション倫理, 理学療法特論スポーツ理学療法)
- ・名古屋大学医学部保健学科理学療法学専攻非常勤講師(スポーツ理学療法)
- ・北里大学保健衛生学部理学療法学専攻非常勤講師(整形外科系理学療法学実習)
- ・愛知学院大学心身科学部非常勤講師(スポーツリハビリテーション演習)
- ・東京都障がい者スポーツ協会中級指導員講習会

講師(身体の仕組みと体力づくり)

- ・名古屋市障がい者スポーツ協会中級指導員講習会講師(障がい者スポーツと理学療法, トレーニングの基礎)
- ・日本障がい者スポーツ協会障がい者スポーツトレーナースキルアップ研修会講師(アライメント評価)

○大矢暢久

【論文】

大矢暢久. 運動器障害に対する物理療法の臨床実践～超音波画像診断装置による効果判定を中心に～. 物理療法科学, 27:12-18, 2020年8月.

【社会貢献活動】

- ・日本理学療法士学会 物理療法部門 相談役

○加藤剛平

【論文】

- ・Gohei Kato, Tomoyuki Arai, Yasuhiro Morita, Hiroaki Fujita. Association of Built Environments with Frequency of Going Outdoors Among Older Community-Dwelling Adults in Japan. Journal of aging and physical activity. 1-7. 2020年4月.
- ・加藤剛平, 橋 智弘, 豊永敏宏, 岩本幸英. 筋発揮張力スロー法によるスクワット運動の継続が中高年勤労者の主観的な健康観に与える影響. 日本職業・災害医学会会誌, 68(5), 315-320, 2020年9月.
- ・加藤剛平, 倉地洋輔. 予防医療における費用対効果. Precision medicine 3(10) 32-34 2020年9月.
- ・加藤剛平, 倉地洋輔. 地域在住前期高齢者に対する運動プログラムの転倒予防に焦点をあてた費用対効果分析. 理学療法学 47(5) 420-430 2020年10月.
- ・加藤剛平, 橋 智弘, 江口まり, 西村ますみ, 林 寛子, 安永 恵, 豊永敏宏, 岩本幸英. 急性期病院から自宅へ退院する脳卒中患者の治療就労両立支援の現状と課題. 日本職業・災害医学

会誌. 681(6), 361-365. 2020年12月.

【社会貢献活動】

- ・Medicine® Academic Editor
- ・第6回日本職業・災害医学会 奨励賞 受賞. 第67巻5号掲載「中高年勤労者における1年間の動脈硬化の進展に関連する因子と予防策」2020年12月.

○五嶋裕子

【著書】

- ・対馬栄輝, 石田水里, 國澤洋介, 五嶋裕子, 高倉保幸, 日高正巳. 医療統計解析 使いこなし実践ガイド, 五嶋担当部分: 96-108, 146-159, 羊土社, 2020. 5.

【社会貢献活動】

- ・第1回 データサイエンスFD研修会 講師. 2020. 10.
- ・日本地域・支援工学・教育合同理学療法学会学術大会2020(合同開催: 理学療法管理部門研究会) 論文・学会演題等の査読. 2020. 11.
- ・リハビリテーションリサーチメソッド研究会 理事

○杉山真理

【学会発表】

- ・令和2年度 全国障害者スポーツ大会 障害区分判定研修会 講師
- ・日本地域・支援工学・教育合同理学療法学会学術大会2020 第9回日本支援工学理学療法学会学術大会 教育講演 講師
- ・日本地域・支援工学・教育合同理学療法学会学術大会2020 第7回日本地域理学療法学会学術大会 ポスター発表 座長

【社会活動】

- ・公益社団法人 日本理学療法士協会 日本支援工学理学療法学会 運営幹事
- ・公益社団法人 日本理学療法士協会 講義資料検証小委員会 委員

- ・公益財団法人 日本障がい者スポーツ協会 技術委員会委員
- ・令和2年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
「車椅子における座位保持等と身体拘束との関係についての調査研究事業」委員会 委員
- ・埼玉県産業技術総合センター 客員研究員
- ・令和2年度「障害者スポーツ次世代ホープ発掘事業」専門相談員
- ・特定非営利活動法人 日本シーティング・コンサルタント協会 理事
- ・一般社団法人 日本パラ陸上競技連盟 クラス分け委員会 委員
- ・2020年度J-STARプロジェクト 委員

○武井圭一

【学会発表】

- ・米澤美園, 大塚幸永, 中田代助, 武井圭一, 菊地みほ, 陶山哲夫. 運動器疾患にてリハビリテーション介入を実施した85歳以上高齢者における入院時実態調査と自宅退院に関わる要因. 第7回日本地域理学療法学会学術大会. 2020年11月.
- ・武井圭一, 森田新平, 渡邊佳誠, 稲生実枝, 米澤美園. 回復期リハビリテーション病棟入院中の後期高齢運動器疾患患者のADLに対する認知機能の影響. 第20回日本ヒューマンケア・ネットワーク学会学術集会. 2020年12月.
- ・米澤美園, 大塚幸永, 中田代助, 熊本圭吾, 菊地みほ, 武井圭一, 陶山哲夫. 85歳以上の入院患者における自宅退院に関与する要因と活動・参加に対する取り組み. 2020年12月.

【社会貢献活動】

- ・日本理学療法士学会 ガイドライン・用語策定委員会 膝関節, 手関節・手指作成班班員
- ・東京都理学療法士協会 卒前教育検討委員会 委員
- ・学校法人敬心学園 敬心・研究ジャーナル 査読委員
- ・埼玉医科大学保健医療学部理学療法学科 非常

勤講師(理学療法学総合演習)

- ・国立障害者リハビリテーションセンター学院リハビリテーション体育学科 非常勤講師(整形外科学, 老年医学)

○富田義人

【論文】

- ・Tomita, Y. K. Arima, S. Mizukami, R. Tsujimoto, S. Kawashiri, T. Nishimura, T. Okabe, N. Tanaka, Y. Honda, K. Nakahara, N. Yamamoto, I. Ohmachi, H. Goto, M. Hasegawa, Y. Sou, I. Horiguchi, M. Kanagae, Y. Abe, F. Nonaka, M. Tamai, H. Yamanashi, Y. Nagata, A. Kawakami, T. Maeda and K. Aoyagi (2020). "Association between self-reported walking speed and calcaneal stiffness index in postmenopausal Japanese women." BMC Geriatr 20.
- ・Tanaka, N. K. Arima, T. Nishimura, Y. Tomita, S. Mizukami, T. Okabe, Y. Abe, S. Kawashiri, M. Uchiyama, Y. Honda, R. Tsujimoto, M. Kanagae, M. Osaki and K. Aoyagi (2020). "Vitamin K deficiency, evaluated with higher serum ucOC, was correlated with poor bone status in women." J Physiol Anthropol 39.
- ・Arima, K., S. Mizukami, T. Nishimura, Y. Tomita, H. Nakashima, Y. Abe and K. Aoyagi (2020). "Epidemiology of the association between serum 25-hydroxyvitamin D levels and musculoskeletal conditions among elderly individuals : a literature review." J Physiol Anthropol 39.

【学会発表】

- ・富田義人, 有馬和彦, 西村貴孝, 水上 諭, 金ヶ江光生, 安部恵代, 青柳 潔. 運動器疾患を有する高齢者のサルコペニアと呼吸機能との関連, 第81回日本生理人類学会, 長崎, 選考・有, 一般講演.
- ・Xiao Xu, Kazuhiko Arima, Hiroki Nakashima, Ayano Kit, Takuhiro Okabe, Yoshihito Tomita, Satoshi Mizukami, Mitsuo Kanagae,

Takayuki Nishimura, Yasuyo Abe, Hisashi Goto, Maiko Hasegawa, Youko Sou, Kiyoshi Aoyagi. Association of FTO genotype with obesity and bone health, 第79回日本公衆衛生学会, 京都, 選考・有, ポスター

- ・キット彩乃, 有馬和彦, 水上 諭, 富田義人, 西村貴孝, 安部恵代, 青柳 潔. 1歳6か月児を育てる母親におけるソーシャルサポートに焦点を当てた分析, 第79回日本公衆衛生学会, 京都, 選考・有, ポスター.

【社会貢献活動】

- ・日本生理人類学会 代議員

○森本晃司

【地域貢献】

流通経済大学ラグビー部メディカルアドバイザー

○有蘭暢子

【論文】

- ・有蘭暢子. 「新型コロナウイルス禍における聴覚障害者の現状」. 日本ヒューマンケア・ネットワーク学会誌, VOL18 No.1, 2020, 114-118.

【社会貢献活動】

- ・特定非営利活動法人中野区聴覚障害者情報活動センター理事
- ・特定非営利活動法人かるがもの会(聴覚障害者ヘルパーの会) 監事
- ・中野区手話講習会講師
- ・手話通訳活動 60件

○有本邦洋

【論文】

- ・有本邦洋, 下重里江, 黒澤美枝子. 局所冷浸水並びに対照浸水時の血圧におよぼす背部触刺激の影響. 自律神経 2020 ; 57 (3) : 184-191.

【学会発表】

- ・有本邦洋, 重國宏次, 阿部 靖. 起業している理学療法士の実態—起業に至る経緯の事例報告—. 第20回日本ヒューマンケア・ネットワーク学

会学術集会. 抄録21頁. WEB開催. 2020年12月.

○重國宏次

【論文】

- ・重國宏次 他. 専門学校における中退率軽減に向けた過去のデータ分析. 重國宏次 他. 日本ヒューマンケア・ネットワーク学会誌 vol 18 No.1 2020 95-99.

【学会発表】

- ・重國宏次, 有本邦洋. コロナ禍における本学学生への加速度計を用いた身体活動量調査. 第20回日本ヒューマンケア・ネットワーク学会学術集会.

【社会貢献活動】

- ・墨田区地域リハビリテーション活動支援事業
- ・国立障害者リハビリテーションセンター学院リハビリテーション体育学科 非常勤講師(老年医学)

**VI. 学科会議事録(サイボウズOffice会議
議事録に収載)**

1. 第1回理学療法学科会議(2020/05/01開催)
2. 第2回理学療法学科会議(2020/05/15開催)
3. 第3回理学療法学科会議(2020/05/25開催)
4. 第4回理学療法学科会議(2020/06/08開催)
5. 第5回理学療法学科会議(2020/06/22開催)
6. 第6回理学療法学科会議(2020/07/13開催)
7. 第7回理学療法学科会議(2020/07/27開催)
8. 第8回理学療法学科会議(2020/08/17開催)
9. 第9回理学療法学科会議(2020/08/24開催)
10. 第10回理学療法学科会議(2020/09/14開催)
11. 第11回理学療法学科会議(2020/09/28開催)
12. 第12回理学療法学科会議(2020/10/12開催)
13. 第13回理学療法学科会議(2020/10/26開催)
14. 第14回理学療法学科会議(2020/11/09開催)
15. 第15回理学療法学科会議(2020/11/30開催)
16. 第16回理学療法学科会議(2020/12/14開催)
17. 第17回理学療法学科会議(2021/01/18開催)

18. 第18回理学療法学科会議 (2021/02/08 開催)
 19. 第19回理学療法学科会議 (2021/02/22 開催)

Ⅶ. 理学療法学科のポリシー

【アドミッション・ポリシー ～学生受入れの方針～】

- 1) 理学療法士として、身体に障害があり社会的な諸問題に直面している人々を援助する意欲のある人
- 2) 理学療法士として、多様な人々の価値観を認め受入れながら、主体的に考え、実践する意欲のある人
- 3) 共生社会の実現を意識し、理学療法の専門職として多面的な視点で諸問題を解決する意欲のある人
- 4) 理学療法士として、多様な人々とコミュニケーションを図り、協調性を持って行動する意欲のある人
- 5) 理学療法を学ぶための基礎的な学力を有している人

【ディプロマ・ポリシー ～卒業認定・学位授与の方針～】

■保健医療分野の専門性

理学療法に関わる専門的な知識や技術を修得し、様々な疾患や障害により理学療法を必要とする対象者に対し、適切で専門的な理学療法を行い、社会適応するための支援ができる。

■共生社会の理解

理学療法の専門職としての役割に加え、共生社会の理念を実践する理学療法士としての自覚を持ち、組織や地域社会に貢献することができる。

■課題解決力

身体運動に関する医療専門職である理学療法士として、対象者の立場や背景、ニーズ等を把握した上で、適切に病態や障害を評価し、運動機能の回復・維持等に対する課題解決に取り組むことができる。

■応用力

理学療法の専門性である身体運動分野等に隣接する他分野へ視野を広げ、対象者のQOL維持・向上や健康寿命の延伸に向けた理学療法への応用・展開に取り組むことができる。

■組織における経営・マネジメント力

保健医療経営や理学療法に取り組む組織・人材マネジメント等に関する基礎知識を身につけ、保健医療経営やマネジメント等の課題に幅広く対応できる。

【カリキュラム・ポリシー ～教育課程編成・実施の方針～】

■基礎科目

理学療法士として活躍するための知識や教養を涵養する科目を配置する。共生社会、QOLの維持・向上についての基本を学ぶ。その上で、理学療法を学ぶための基礎的な能力を高める科目、社会人・職業人としての基本的な能力を養う科目を配置する。

■職業専門科目

高度化かつ多様化する保健医療分野において、基本的な医学的知識を身につけた上に、理学療法に関する専門性を多面的な観点から学ぶ。加えて、より質の高い理学療法を提供するため、保健医療に関する制度の理解、組織運営に関するマネジメント能力を養うと共に、科学的な根拠に基づき、より安全かつ効果的な理学療法を提供できる能力を育成するための理学療法専門科目を体系的に配置する。

■展開科目

理学療法の専門的な知識や技術に加え、展開力を有した理学療法の実務リーダーとして活躍するために、「理学療法に隣接する他分野(隣接他分野)」「組織の経営・マネジメント(経営分野)」及び「統合分野」に関する科目を配置する。隣接他分野では、「共生福祉論」を学んだ上で、「身体障害への支援システム工学」など理学療法と融合することで活躍の場を広げる科目を配置し、QOLの維持・向上や健康寿命の延伸への考えを深め、

複眼的な視点や新たな発想力を養う。経営分野では、基本的な経営・マネジメントを学ぶ科目と、保健医療に関する経営・マネジメントを学ぶ科目を配置し、所属する組織における諸課題の改善に必要な能力を育成する。統合分野では、隣接他分野と経営分野の学修を統合し、共生社会の実現に貢献しうる役割やサービスを考えることができる能力を育成する。

■ 総合科目

これまでに修得した理学療法の知識と技術を統合し、専門性が求められる職業を担うための実践的かつ応用的な能力を総合的に向上させることを目的とする。3年次以降、実験・調査とその解析等の一連の研究課程を体験し、課題解決力・応用力を身につける。

(文責 田畑 稔)

リハビリテーション学部 作業療法学科 2020年度活動報告

I. 作業療法学科の特色と養成人材像

作業療法学科は、保健医療分野における生活支援を行う医療専門職である作業療法士としての高い専門的知識と技術を備えることで日常生活や社会生活に必要な能力の維持・回復のため、身体に障害のある者に応用的動作能力を、又は精神に障害のある者に社会的適応能力を獲得させ、多様な生活者の健康寿命の延伸等を含めた生活の質(QOL)の向上に貢献できる人材を育成する。さらに、生活支援分野等に隣接する他分野や組織の経営・マネジメントの知識を身につけ、共生社会の実現と発展に貢献する実務リーダーとなる作業療法士を育成する。

山田 孝 : 教授
猪股英輔 : 准教授
小野寺哲夫 : 准教授
菊地みほ : 准教授
近野智子 : 准教授(副学科長)
坂本俊夫 : 准教授
里村恵子 : 准教授
秋元美穂 : 講師
井口佳晴 : 講師
齋藤久恵 : 講師(1学年担任)
平野夏子 : 講師
井川大樹 : 助教
佐藤淳矢 : 助教
畠山久司 : 助教(1学年副担任)

II. 作業療法学科専任教員

本学では理論と実践を架橋する教育課程の提供に必要な研究者教員と実務家教員を配置し、アカデミックな学びに加え、実践的な学びを主導できる体制を整えた。また、保健医療分野に限定せず、様々な分野で実務家として活躍してきた講師陣を配置している。2020年度、作業療法学科は合計21名の専任教員が所属し、内訳は職業専門科目担当教員16名(そのうち作業療法士有資格者は13名)であり、展開科目担当教員は5名であった。

(以下職位別 五十音順)

片岡幸彦 : 教授
草野修輔 : 教授(副学科長)
佐々木清子 : 教授
佐々木博之 : 教授
佐藤 章 : 教授(学部長兼学科長)
宮田雅之 : 教授
柳澤孝主 : 教授

III. 活動内容

2020年度は、作業療法学科1期生として19名が入学した。年度始めより、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、一斉休講や一部のカリキュラム及び授業形態の変更、臨地実務実習の時期や実施形態の変更などを余儀なくされたが、学生及び教職員の安全の確保と教育の質の担保の両立に向けて、大学内での勤務及び在宅勤務形態を取りながら教育活動を行った。

1. 授業について

新型コロナウイルス感染拡大に伴う緊急事態宣言が発令され、4月2日の入学式及び新入生ガイダンスが中止となり、当面の間授業が一斉休講となった。5月25日付で関東地区において緊急事態宣言が解除されたが、学生の安全を優先するため、遠隔授業を5月11日より7月末まで実施した。感染予防の観点から前期の開講を予定していた演習科目は後期に開講するなど、いくつかの科目に

ついて実施時期の調整を行った。学生の安全確保のために4月から大学キャンパスの立ち入りを禁止していたが、6月22日より感染予防対策を徹底した上で、大学キャンパス内での自主学習の場の提供とパソコンの貸与を開始した。8月1日より大学キャンパスでの対面授業が開始され、同日入学セレモニー及び学生オリエンテーションと感染予防講習会を実施した。8月以降は週3日間の対面授業と週2日の遠隔授業を併用した授業形態となった。対面授業では、大学の感染予防マニュアルに則り、演習授業においてはアクリル板を使用しているグループ討論や、身体接触を伴う実技・実習の授業においては感染予防対応の徹底を図りながら授業を行った。

2. 学生指導・サポート体制について

入学直後から一斉休講が続いたため、学生の学修への動機付けとユニバーサルパスポートの利用や履修登録等の大学のシステムへの適応を支援することを目的に、以下の内容を実施した。

- ① リハビリテーション及び各学科の専門的な内容をテーマとして教員によるオンラインミニ講義を実施した。
- ② 7月末までの間、教員が学修アドバイザーとして2～3名の学生を担当し、履修登録のアドバイスやPT学科合同のオンラインホームルームの開催、欠席や体調不良の連絡・報告の対応を行った。
- ③ 8月以降、対面授業が開始されてからは、担任と副担任が学生面談や欠席や体調不良時の連絡・報告に対応し学生への個別指導を行った。
- ④ 11月21日、12月5日学修方法に不安を持つ学生に対して、片岡幸彦と小野寺哲夫による『学習法セミナー』が開催された。

3. 臨地実務実習について

① 体験実習の日程及び実施形態の変更

新型コロナウイルス感染拡大の影響により、当初予定していた臨地実務実習指導者会議が中止と

なり、5月～6月の体験実習Ⅰ及び9月の体験実習Ⅱの実施時期が延長されることとなった。2021年2月と3月の学外実習の実施に向けて、実習施設への実習受入れ依頼を行い12月末までに学生配置を行った。また、同時に臨地実務実習科目担当教員によるワーキンググループを編成し、学外実習の実施と学外実習が困難な場合の代替としての学内演習のいずれにも対応できるよう、準備を進めた。年末からの新型コロナウイルス感染再拡大により2021年1月8日付で緊急事態宣言が発令された。大学の方針として学外実習を取りやめ学内実習に切り替えることとなり、体験実習Ⅰを2月15日～2月20日、体験実習Ⅱを3月1日～3月6日の期間、学内実習の形態で実施することとなった。

② 臨地実務実習に際しての感染症ワクチン接種

2020年10月15日、臨地実務実習において実習生に推奨される感染症ワクチン接種に関するオリエンテーションを実施した。

③ 臨地実務実習指導者会議のリモート開催の中止

2020年の冬からの新型コロナウイルス感染再拡大の状況において、臨地実務実習指導者会議をリモート開催することとし、1月12日～15日の間オンデマンド方式で行う予定であったが、学外実習を学内演習に切り替えたため、臨地実務実習指導者会議のリモート開催についても中止した。

④ 体験実習Ⅰ(学内演習)

臨地実務実習全般に関するオリエンテーションを2020年12月19日(土)に実施した。その後、2021年1月16日(土)体験実習の学内演習に向けて草野副学長による感染予防講習会を実施した。体験実習Ⅰのオリエンテーションは当初の予定より遅れたが、2月3日(水)に実施した。学内演習を2月15日(月)～20日(土)に実施した。1日目はオリエンテーションと多職種連携の講義、2日目は発達障害領域の作業療法の講義と演習、3日目は精神障害領域の作業療法の講義と演習、4日目は高齢期障害領域の作業療法の講義と演習、5日目は身体障害領域の作業療法の講義と

演習, 6日目は午前中記録と体験実習報告会の準備を行い, 午後は報告会を実施した. 各実習日の学生指導は, 専門領域の専任教育が担当し, 最後の実習報告会での発表は, 有資格者の教員と基礎・展開科目担当教員が聞き, 評価を行った.

⑤ 体験実習Ⅱ (学内演習)

体験実習Ⅱのオリエンテーションを2月6日(土)の午後行った. 体験実習Ⅱの学外実習の代替実習としての学内演習は3月1日(月)から3月6日(土)に実施した. 1日目は身体障害領域の作業療法の講義と演習, 2日目は発達障害領域の講義と演習, 3日目は精神障害領域の講義と演習, 4日目は高齢期障害の講義と演習, 5日目は展開科目の教員による多職種連携の講義を行った. 6日目の午前中は記録と体験実習Ⅱ報告会の準備を行い, 午後は報告会を実施した. 各実習日の学生指導は, 専門領域の専任教員が担当し, 最後の報告会での発表内容は作業療法士有資格者の教員と基礎・展開科目の教員が参加した. 体験実習Ⅰ及び体験実習Ⅱの評価判定は2021年3月15日に開催された成績評価判定会議にて作業療法学科全教員により成績評価を行った.

4. 広報及び募集活動について

教員は大学で開催するオープンキャンパス及び大学説明会に参加し来校者への対応や学科説明, 体験授業を行った. 作業療法オンライン模擬講義シリーズとして, 学科教員が作業療法に関する講義を担当した. また, 担当教員が高校訪問を行い, 高校教諭に対して作業療法や学科の説明等を行った.

5. 学術交流

2021年2月27日, 第1回東京保健医療専門職大学学術大会が開催され, 作業療法学科専任教員として佐藤章, 柳澤孝主, 片岡幸彦, 菊地みほ, 近野智子が学術講演を行った.

6. 2021年度入学予定者対象の入学前イベント

2021年3月16日, 次年度入学予定者に対して

『新入生交流会』を実施した. 2021年3月29日, 30日, 31日の3日間, 入学予定者を対象とした『入学前教育プログラム』にて, 学修意欲の向上を図り, 入学後に学修する科目の助走と作業療法に関する理解を深めることを目的とし, 身体障害・精神障害・発達障害・高齢期障害の4つの障害領域を専門とする教員が各々講義を行った.

Ⅳ. 教員の研究業績・社会貢献活動

片岡幸彦:

【著書】

- 1) (共著) 株式会社日本総合研究所 人事組織・ダイバーシティ戦略グループ編
「人事・組織マネジメントの処方箋—33のケースで読み解く課題解決の視点—」
労務行政研究所 発行 2020年11月12日

【地域・社会貢献】

(研修会等講師等)

- 1) 事業構想大学院大学 東京校・大阪校客員教授 「組織と人材」科目担当
2020年4月1日～12月31日
- 2) 中小企業大学校 三条校・東京校・仙台校 講師
「人が育つ!業績が向上する人事制度のつくり方」
2020年8月3日～10月14日
- 3) 中小企業基盤整備機構 WEB校 講師
「人材育成につなげる人事制度運用」
2020年11月11日～12月2日
- 4) 出版社 人事制度改革コンサルティング
2020年4月1日～12月31日
- 5) 建設会社 幹部登用人材アセスメント
2020年11月18日～12月22日

草野修輔:

【著書】

- 1) 草野修輔・他:2020年版 障害者職業生活相談員資格認定講習テキスト 第3章・第4節 内部障害者. 独立法人 高齢・障害・求職者

用支援機構 編, 139-141, 142-144, 2020

【論文】

- 1) 草野修輔：東京2020パラリンピックを迎えて—障がい者スポーツにおけるアンチ・ドーピング活動—。The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 57：497-500, 2020
- 2) 阿部 靖, 草野修輔：コーチング。日本ヒューマンケア・ネットワーク学会誌, 18：111-113, 2020
- 3) 川村なごみ, 草野修輔 他：柳原40点法による顔面神経麻痺評価の検者間信頼性の検討。日本ヒューマンケア・ネットワーク学会誌, 18：50-58, 2020
- 4) 長嶋早紀, 高橋 郁, 安西恵理, 楠 美結, 安藤奈穂, 田代春菜, 清水隆行, 山口智子, 出浦健太郎, 西村晃典, 石川弘明, 木村郁夫, 草野修輔：各種認知機能スクリーニング検査法を用いた認知症判別におけるロジスティック回帰分析。日本ヒューマンケア・ネットワーク学会誌, 18：31-40, 2020
- 5) 安藤奈穂, 高橋 郁, 安西恵理, 楠 美結, 長嶋早紀, 田代春菜, 清水隆行, 山口智子, 出浦健太郎, 西村晃典, 石川弘明, 木村郁夫, 草野修輔：認知機能評価法 [Japanese version of Montreal Cognitive Assessment (MoCA-J)] における新たなカットオフ値の検討。日本ヒューマンケア・ネットワーク学会誌, 18：41-49, 2020
- 6) 草野修輔：特集 パラスポーツ・メディシン 入門パラアスリートにおけるドーピングの特殊性。臨整外, 56：61-64, 2021

【地域・社会貢献】

(団体等役員等)

- 1) 2020年7月18日：日本障がい者スポーツ協会・医学委員会会議出席(医学委員会副委員長 アンチ・ドーピング部会長)
- 2) 2020年11月2日：第33回社会福祉士, 介護福祉士及び第23回精神保健福祉士国家試験に係る特別措置審査委員会出席(特別措置審査委員)

- 3) 2020年11月21日：障がい者スポーツトレーナースキルアップ研修会講師[新型コロナウイルス感染症予防対応について(医学委員会副委員長, アンチ・ドーピング部会長)]
- 4) 2020年11月29日：日本障がい者スポーツ協会・チームドクター連絡会議出席(医学委員会副委員長, アンチ・ドーピング部会長)
- 5) 2020年12月5日：日本障がい者スポーツ協会競技団体内アンチ・ドーピング担当者連絡会議出席(医学委員会副委員長, アンチ・ドーピング部会長)
- 6) 2020年1月13日：日本障がい者スポーツ協会競技団体トレーナー会議講師[新型コロナウイルス感染症予防対応について(医学委員会副委員長, アンチ・ドーピング部会長)]
- 7) 2021年1月22日：日本障がい者スポーツ協会アンチ・ドーピング部会会議出席(医学委員会副委員長, アンチ・ドーピング部会長)

佐々木清子：

【著書】

- 1) 飯野順子編 佐々木清子他著：「重症心身障碍児の新たな療育活動を求めて, 感覚に働きかける活動の工夫～思い障害のある人たちに活用できる感覚統合的な視点～」令和2年7月15日 ジアース教育新社
- 2) 肢体不自由児協会編, 北住英二, 佐々木清子他著「手足の不自由な子どもたち 特集排泄・トイレ脳性まひ児や重症心身障害児への排泄介助のポイント」令和2年6月10日 肢体不自由児協会

【地域・社会貢献】

(研修会講師等)

- 1) 国家試験模擬試験の問題作成 (令和2年4月～現在)
- 2) 「すぎのき生活園 感覚活動」講師 (令和2年6月から全6回実施)
- 3) 新潟リハビリテーション大学 非常勤講師 「発達障害治療学」 令和2年7月4日
- 4) 大泉東さくら学級(特別支援学級)研修会講

師

令和2年6月26日, 令和2年7月10日

- 5) 練馬区北町小学校 特別支援学級「すまいる」研修会講師 令和2年7月17日
- 6) 中央区子ども発達支援センターゆりのき「医療的ケア研修講座」研修会講師
(東京都特別支援課主催) 令和2年7月29日
- 7) 臨床塾講師(東京リハビリテーション)
令和2年8月6日から8回
- 8) 小平市教育委員会 指導課教育相談員
令和2年9月より3回実施した。
- 9) 杉並区高井戸小学校難聴・言語通級指導学級(けやき学級) 令和2年9月2日
- 10) 船橋区子ども発達相談センター研修会講師
令和2年9月18日
- 11) 中野区ゆめなりあ研修会講師 令和2年9月
- 12) 町田小山中央小学校特別支援教室研修会講師
令和2年10月7日
- 13) 「肢体不自由児への摂食指導」研修会講師
令和2年10月30日 浦和市子ども発達センターおよび教育研究センター主催
- 14) 公益社団法人 日本重症心身障害福祉協会
「令和2年度 重症心身障害児施設職員研修会 保育士, 児童指導員等(療育職員)コース(Web研修会)」講師 令和2年12月10日
- 15) 東京都保育士キャリアアップ研修会講師
令和2年12月11日
- 16) 小金井市立南小学校「特別支援学級くじらもぐ教室」研修会講師 令和2年12月16日
(団体等役員等)
- 1) 社会福祉法人武蔵野緑会 西久保保育園評議員
(平成10年4月より現在に至る)
- 2) 日本統合学会インストラクター
(平成15年4月より現在に至る)
- 3) 日本作業療法学会専門作業療法士(摂食嚥下)ワーキンググループ構成員
(平成26年4月より現在に至る)
- 4) JDDnet代議員(一般社団法人日本発達障害ネットワーク(令和元年4月より現在に至る)

5) 日本統合学会代議員

(令和2年4月より現在に至る)

6) 日本作業療法学会査読委員

(令和2年4月より現在に至る)

7) 日本作業療法教育学会選挙管理運営委員会

(令和2年11月より現在に至る)

柳澤孝主:

【著書】

- 1) 共著 宮本和彦(編)『変動する社会と生活』第1章「人間の社会性」(1-18), 第9章「社会福祉と生活」(125-140) 八千代出版, 2020年4月3日刊

【地域・社会貢献】

(団体等役員等)

- 1) 福祉臨床シリーズ(弘文堂)編集委員会委員
(平成17年6月1日~現在)
(令和3年4月からの社会福祉士・精神保健福祉士新カリキュラム対応のテキストシリーズの企画・編集等)
- 2) 日本教育福祉学会理事(平成26年3月~現在)

山田 孝:

【著書】

- 1) 山田 孝, 小林法一:「興味チェックリスト使用者用手引書」 令和2年9月1日
一般社団法人日本人間作業モデル研究所
- 2) 山田 孝, 竹原 敦, 石井良和:「役割チェックリスト使用者用手引書」 令和2年9月1日
一般社団法人日本人間作業モデル研究所

【論文】

- 1) 山田 孝, 小林法一, 篠原和也, 會田玉美:「回復期リハビリテーション病棟入院患者の日常生活活動に対する 作業療法の効果に関する文献検討」 令和2年4月 作業行動研究23(3-4) 92-99
- 2) 渡部雄太, 井口知也, 山田 孝:「慢性疼痛を持つ認知症者の生活への動機づけに着目した事例~人間作業モデルと認知神経リハビリテーションモデルを用いた作業療法~」

- 令和2年4月 作業行動研究 23 (3-4) 100-108
- 2) 新川正二, 岩瀬義昭, 山田 孝:「人間作業モデルリーズニングに着目することで自己の肯定的な解釈により行動変容した事例」 令和2年4月
作業行動研究 23 (3-4) 109-115
- 4) 永井貴士, 石井良和, 古桧山建吾, 浅野莉沙, 山田 孝:「家族介護者の作業適応質問紙の開発—内容的妥当性の検討—」 令和2年6月
作業行動研究 24 (1), 20-28
- 5) 建石光貴, 坂田崇好, 山田 孝:「生きる希望を失ったクライアントへの作業に焦点を当てた介入—作業に関する自己評価と再動機づけ過程を用いた関わり—」 令和2年9月 作業行動研究 24 (2) 70-78
- 6) 「予南 裕二, 平松恭介, 小林 剛, 山田 孝:「防的・健康増進作業療法プログラム(65歳大学)参加者の意識の変化のプロセス」 令和2年12月 作業行動研究 24 (3), 93-100
- 7) 小池真由美, 山田 孝:「意味のある生活行為を支援する作業療法士の思考過程」 令和2年12月 作業行動研究 24 (3), 101-109
- 8) 春口麻衣, 山田 孝:「作業従事の支援によって「生きてみようと思う」と語るようになった事例」 令和2年12月 作業行動研究 24 (3), 110-117
- 9) 篠原千春, 篠原和也, 山田 孝:「「明らかにすること. 地域生活, 可能性, レジリエンス(回復力). 高齢者のためのマニュアル」を用いた意味のある作業の影響—介護老人保健施設に入所中の高齢女性の事例を通じて—」 令和2年12月 作業行動研究 24 (3), 127-137

【学会発表】

- 1) 渡部雄太, 日高茉実, 井口知也, 山田 孝:「軽度認知障害者と認知症高齢者の作業参加の特徴」 令和2年9月 第54回日本作業療法学会
- 2) 南 裕二, 平松恭介, 山田 孝:「回復期リハビリテーション病棟患者における作業適応とヘルスリテラシーの関連性」 令和2年9月 第54回日本作業療法学会
- 3) 岩井英泰, 山田 孝:「回復期リハビリテーション病棟入院中の認知症高齢患者への人間作業モデルを用いた関わり」 令和2年9月 第54回日本作業療法学会
- 4) 青山克実, 安部剛敏, 老川良輔, 山田 孝:「作業に焦点をあてた作業療法実践自己効力感尺度」の開発—内容妥当性の検討—」 令和2年9月 第54回日本作業療法学会
- 【地域・社会貢献】**
(研修会等講師)
- 1) 「人間作業モデル講習会」講師 (Zoomによる遠隔地教育) 令和2年5月16-17日, 令和2年8月22-23日, 令和2年9月19-20日, 令和2年11月14-15日, 一般社団法人日本人間作業モデル研究所・主催
- 2) 「人間作業モデル評価法の実際の講習会」講師 (Zoomによる遠隔地教育) 令和2年6月13-14日, 令和2年12月12-13日 一般社団法人日本人間作業モデル研究所・主催
- 3) 「人間作業モデル1日講習会・基礎・評価法編」講師 (Zoomによる遠隔地教育) 令和2年6月27日, 令和2年10月24日, 一般社団法人日本人間作業モデル研究所・主催
- 4) 「人間作業モデル認知症講習会」講師 (Zoomによる遠隔地教育) 令和2年7月18-19日, 令和2年10月10-11日 一般社団法人日本人間作業モデル研究所・主催
- 5) 「人間作業モデル1日講習会・治療編」講師 (Zoomによる遠隔地教育) 令和2年8月2日, 令和2年12月26日, 一般社団法人日本人間作業モデル研究所・主催
- 6) 「人間作業モデル精神科講習会」講師 (Zoomによる遠隔地教育) 令和2年12月5-6日 一般社団法人日本人間作業モデル研究所・主催
- 7) 「人間作業モデル事例検討会」講師 (Zoomによる遠隔地教育) 令和2年12月18日 一般社団法人日本人間作業モデル研究所・主催

猪股英輔：

【学会発表】

- 1) 猪股英輔, 須鎌康介, 小林法一：「子どもと高齢者の世代間交流における活動内容の調査—児童館職員へのフォーカスグループインタビュー」 第54回日本作業療法学会(Web開催) 2020年11月
- 2) 猪股英輔：閉じこもりから社会参加に踏み出した認知症高齢者に対する訪問リハビリテーション—生活行為向上マネジメントを用いて、第21回日本認知症ケア学会大会(Web開催) 2020年11月

【調査報告】

- 1) 一般社団法人全国デイ・ケア協会：「活動・参加のための訪問リハビリテーションの実践マニュアル」
令和元年度老人保健事業推進費等補助金「通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業」報告書, 分担執筆, 2020年4月

【地域・社会貢献】

(研修会講師)

- 1) 東京都作業療法士会 北多摩ブロック主催「生活行為向上マネジメント事例検討会(Web研修)」講師, 2020年10月10日
- 2) 東京都立大学大学院人間健康科学研究科作業療法科学域, 非常勤講師, 2020年11月13, 15日(団体等役員等)
- 1) 一般社団法人東京都作業療法士会 学術誌「東京作業療法」論文査読委員(2014年6月より現在に至る)
- 2) 一般社団法人東京都作業療法士会 東京都作業療法学会 演題査読委員(2014年6月より現在に至る)
- 3) 一般社団法人東京都作業療法士会 地域包括ケア対策委員会 担当理事(2014年7月より現在に至る)
- 4) 一般社団法人日本作業療法士協会 学会演題査読委員(2014年12月より現在に至る)
- 5) 一般社団法人日本作業療法士協会 生活行為向

上マネジメント事例報告登録制度審査委員
(2015年9月より現在に至る)

- 6) 社会福祉法人雲柱社 評議員(2017年6月より現在に至る)
- 7) 一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会 制度対策部員(2018年10月より現在に至る)
- 8) 一般社団法人日本作業療法士協会 学術誌「作業療法」論文査読委員(2019年6月より現在に至る)

小野寺哲夫：

【学会発表】

- 1) 「筋トレは最強のソリューションなのか? —筋トレ尺度の開発と5因子性格尺度との関連性について」 日本心理学会第84回大会：東洋大学(オンライン開催) 令和2年9月～11月
- 2) 「4種類の家族システムとソーシャルキャピタルとの関連性について～家族システム=SALADモデルから家族満足度や心身の健康度を検討する」
日本家族心理学会第37回大会：香川大学(オンライン開催) 令和2年9月
- 3) 「家族システム=SALADモデルに関する臨床心理学的研究—4種類の家族システムとソーシャルキャピタルとの関連性について—」
日本心理臨床学会第39回大会：横浜国立大学(Web大会) 令和2年11月

【地域・社会貢献】

(研修会講師等)

- 1) 専門研修講座 特別支援教育の充実VI OJL 研修 講師「特別支援学校におけるチーム力向上のための知識・理論チームづくりのヒント：OJL」
令和2年10月1日(木) 場所：福島県特別支援教育センター(郡山市)
- 2) 三軒茶屋病院 教育研修「メンタルヘルス研修」講師 令和2年9月15(火) 三軒茶屋病院
- 3) 三軒茶屋病院 教育研修「自己主張(アサーション)トレーニング研修」講師 令和2年11

月6日(金) 場所:三軒茶屋病院

菊地みほ:

【論文】

- 1) 菊地みほ:「地域共生社会」施策の課題(1)
日本ヒューマンケア・ネットワーク学会誌
Vol 18, No1, 127-129 (2020年9月30日)
- 2) 陶山哲夫, 菊地みほ, 藤原清香, 「東京2020パラリンピックを迎えて一障がい者スポーツのこれからと発展」 The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine : Vol 57 : 486-491
(2020年6月18日)

【学会発表等】

- 1) 米澤美園, 菊地みほ, 大塚幸永, 中田代助, 熊本圭吾, 武井圭一, 「85歳以上の入院患者における自宅退院に關与する要因と活動・参加に対する取り組み」 2020年12月13日,
第20回日本ヒューマンケア・ネットワーク学会
- 2) 加藤範子, 成富健一, 山岸 太, 菊地みほ
「コロナ禍での訪問リハビリ病院でのクラスター発生からこれまでを振り返って」
2020年12月13日, 第20回日本ヒューマンケア・ネットワーク学会

【地域・社会貢献】

(団体等役員等)

- 1) 第20回日本ヒューマン・ケアネットワーク学会・副大会長 2020年12月13日
- 2) 第20回日本ヒューマン・ケアネットワーク学会
シンポジウム「多職種連携の実際～地域ケア会議から多職種連携教まで～」座長
2020年12月13日
- 3) 『リハビリテーション』(鉄道身障者福祉協会)編集委員 (2019年12月より現在に至る)

近野智子:

【地域・社会貢献】

(研修会講師等)

- 1) 「東京都作業療法士会 令和2年度 臨床実習

指導者講習会」講師

令和2年7月, 令和2年11月

(団体等役員等)

- 1) 日本作業療法士協会 学術部 部員(マニュアル編集担当) (平成27年4月～現在)
- 2) 日本作業療法士協会 事例登録審査員(A審査員) (平成29年8月～現在)
- 3) 東京都作業療法士会 東京都作業療法学会演題査読委員 (平成28年9月～現在)
- 4) 日本作業療法教育学会 副会長・事務局長 (平成30年10月～現在)

坂本俊夫:

【学会発表等】

- 1) 坂本 俊夫:「作業療法におけるスピリチュアルケアの要素について—スピリチュアル・クライシスの状態が推測された事例分析からの考察—」, 第17回 敬心学園職業教育研究集会(旧学術研究会), 2020年11月8日 Zoom開催.

【地域・社会貢献】

(団体等役員等)

- 1) 神奈川県作業療法士会学術誌編集委員 (平成19年7月より現在に至る)
- 2) 日本作業療法士協会機関誌編集協力者(第一査読) (平成29年4月より現在に至る)
- 3) 日本作業療法士協会事例報告登録制度審査委員(審査員A) (平成29年9月より現在に至る)
- 4) 日本作業療法学会 第5期演題審査委員 (平成30年1月より現在に至る)

里村恵子:

【学会発表等】

- 1) 第20回日本ヒューマンケア・ネットワーク学会 シンポジスト テーマ:「地域自立支援協議会における多職種連携」 2020年12月13日

【地域・社会貢献】

(団体等役員等)

- 1) 東京都江東区地域自立支援協議会 会長 (平成25年4月より現在に至る)

井口佳晴：

【地域・社会貢献】

(研修会等講師)

- 1) 「東京都作業療法士会 令和2年度 臨床実習指導者講習会」講師

テーマ：「臨床実習指導方法論」令和2年7月4日 場所：東京都立大学(オンライン開催)

斎藤久恵：

【地域・社会貢献】

(研修会講師等)

- 1) 「東京都作業療法士会 令和2年度臨床実習指導者講習会」講師, ファシリテーター

令和2年11月7日～8日 場所：帝京平成大学(リモート拠点)

令和2年12月12日～13日 場所：東京医療学院大学(リモート拠点)

平野夏子：

【地域・社会貢献】

(研修会講師等)

- 1) 「日本音楽心理学音楽療法懇話会 第351回講習会」講師 オンライン・ワークショップ「民族音楽学を音楽療法に活かす—民謡・わらべうたの使い方—」(2020年9月9日)

- 2) 「日本音楽療法学会認定音楽療法士必修講習会」講師(2020年4月～現在)

(団体等役員等)

- 1) 一般社団法人日本音楽療法学会 代議員(2007年4月～現在)
- 2) 一般社団法人日本音楽療法学会(補)受験資格基準検討委員(2018年10月～現在)
- 3) 一般社団法人日本音楽療法学会 必修講習会運営委員(2018年10月～現在)
- 4) 一般社団法人日本音楽療法学会 関東支部幹事(2008年4月～現在)
- 5) 一般社団法人日本音楽療法学会 関東支部研修講習委員(2013年10月～現在)
- 6) 一般社団法人日本音楽療法学会 第19回日本

音楽療法学会関東支部地方大会(埼玉)

実行委員長(2019年4月～現在)(コロナにより延期, 2021年11月実施予定)

- 7) 日本音楽心理学音楽療法懇話会 理事(2014年4月～現在)

井川大樹：

【賞罰】

- 1) 一般社団法人人工知能学会において「2019年度研究会優秀賞」受賞 令和2年6月

佐藤淳矢：

【地域・社会貢献】

(団体等の役員等)

- 1) 医療福祉系専門職養成教育の指導力スキルアップ研究会 理事(平成23年6月～現在に至る)

畠山久司：

【地域・社会貢献】

(研修会講師等)

- 1) 「株式会社LITALICO 保護者向け研修会」講師 主催株式会社LITALICO
第1回：テーマ「着替え動作の獲得に向けた支援」令和2年5月20日
第2回：テーマ「協調運動障害に対する支援」令和2年6月17日
第3回：テーマ「姿勢から紐解く子どもの理解」令和2年7月15日
第4回：テーマ「力加減の難しさに対する手立て」令和2年8月19日
第5回：テーマ「ボディイメージを育む遊びと生活の工夫」令和2年9月16日
第6回：テーマ「感覚特性の理解とその対応」令和2年10月21日
第7回：テーマ「不器用の原因と個別にマッチする手立てのヒント(学童期編)」令和2年11月18日
第8回：テーマ「不器用の原因と個別にマッチする手立てのヒント(幼児期編)」令

和2年12月16日

- 2) 「株式会社LITALICO セラピスト向けイベント」講師 テーマ:「強みを活かした園・学校と連携した働き方」 令和2年11月29日
主催:株式会社LITALICO
- 3) 「文京区教育センター 総合相談研修会」講師
テーマ「乳幼児の運動発達の見立てと関わり」
令和2年12月2日 主催:文京区教育センター
(団体等役員等)
- 1) 日本作業療法士協会 学術部(マニュアル編集班)(平成30年12月~現在)
- 2) 雑誌「小児リハビリテーション」編集委員
(平成31年4月~現在)
- 3) 東京都特別支援学校 外部専門家
(令和2年4月~現在)

V. 学科会議録

原則として月2回の頻度で、主にZoomによるオンライン会議にて合計18回作業療法学科会議を開催した。(議事録はサイボウズOffice学科会議議事録に収載)

- 第1回学科会議(2020年5月1日)
- 第2回学科会議(2020年5月25日)
- 第3回学科会議(2020年6月8日)
- 第4回学科会議(2020年6月22日)
- 第5回学科会議(2020年7月13日)
- 第6回学科会議(2020年7月27日)
- 第7回学科会議(2020年8月24日)
- 第8回学科会議(2020年9月14日)
- 第9回学科会議(2020年9月28日)
- 第10回学科会議(2020年10月12日)
- 第11回学科会議(2020年10月26日)
- 第12回学科会議(2020年11月9日)
- 第13回学科会議(2020年12月14日)
- 第14回学科会議(2021年1月18日)
- 第15回学科会議(2021年2月8日)
- 第16回学科会議(2021年2月22日)
- 第17回学科会議(2021年3月8日)
- 第18回学科会議(2021年3月22日)

VI. 作業療法学科のポリシー

【アドミッション・ポリシー ~学生受入れの方針~】

- 1) 作業療法士として、身体または精神に障害のある人々や社会的な諸問題に直面している人々を援助する意欲のある人
- 2) 作業療法士として、多様な価値観を尊重しながら、主体的に考え、自らの意思に基づいて実践する意欲のある人
- 3) 共生社会の実現を意識し、作業療法の知識・技術及び幅広い視点で諸問題を解決する能力を実践的に身に付ける意欲のある人
- 4) 作業療法士として、他者との協調性を持ち、連携・協働を行いながら、方向性を定めて、実践する意欲のある人
- 5) 作業療法を学ぶための基礎的な学力を有している人

【ディプロマ・ポリシー ~卒業認定・学位授与の方法~】

■保健医療分野の専門性

作業療法に関わり専門的な知識や技術を修得し、身体的及び精神的なリハビリテーションを必要とする対象者に、日常生活・社会生活を実現するための支援ができる。

■共生社会の理解

作業療法の専門職としての役割に加え、共生社会の理念を実践する作業療法士としての自覚を持ち、組織や地域社会に貢献することができる。

■課題解決力

生活支援を行う医療専門職である作業療法士として、適切な評価を通して、対象者が実現したい生活行為等を把握し、日常生活・社会生活に必要な能力の維持・回復等に関する課題解決に取り組むことができる。

■応用力

作業療法の専門性である生活支援分野等に隣接する他分野へ視野を広げ、対象者のQOL維持・向上や健康寿命の延伸に向けた作業療法の応用・

展開に取り組むことができる。

■組織における経営・マネジメント力

保健医療経営や作業療法に取り組む組織・人材マネジメント等に関する基礎知識を身に付け、保健医療経営やマネジメント等の課題に幅広く対応できる。

【カリキュラム・ポリシー ～教育課程編成・実施の方針～】

■基礎科目

作業療法士として活躍するための知識や教養を涵養する科目を配置する。他人を敬う心の大切さを踏まえ、敬心学園理念を理解し、QOLの維持・向上についての基本を学ぶ。その上で、作業療法を学ぶための基礎的な能力を高める科目に加え、責任感や使命感を持った職業人材を育成するために必要な科目を配置する。

■職業専門科目

作業療法士として必要なりハビリテーションに関する専門知識・技術を学修する科目を体系的に配置する。対象者を敬い、多職種や地域との連携や協働をしながら作業療法に取り組むことができる能力を養う教育を行う。

■展開科目

作業療法の専門的な知識や技術に加え、展開力を有した実務リーダーとして活躍するために、「作業療法に隣接する他分野（隣接他分野）」「組織の経営・マネジメント（経営分野）」及び「統合分野」に関する科目を配置する。隣接他分野では、「共生福祉論」を学んだ上で、「ユニバーサルツーリズムと外出支援」など作業療法と融合することで活躍の場を広げる科目を配置し、QOLの維持・向上や健康寿命の延伸への考えを深め、複眼的な視点や新たな発想力を養う。経営分野では、基本的な経営・マネジメントを学ぶ科目と、保健医療に関する経営・マネジメントを学ぶ韓国を配置し、所属する組織における諸問題の改善に必要な能力を育成する。統合分野では、隣接他分野と経営分野の学修を統合し、共生社会の実現に貢献しうる役割やサービスを考えることができる能力を育成する。

■総合科目

基礎科目、職業専門科目、展開科目で学修した知識・知術を統合し、実務リーダーとして活躍できる作業療法士の育成を図る科目を配置する。卒業研究を通じ科学的な思考過程を追求する姿勢を身に付ける。

(文責 佐藤 章・近野智子)

専門職大学コンソーシアムの設立について

2020年、専門職大学コンソーシアムが設立された。本稿では、大学コンソーシアムの現状について、主に「全国大学コンソーシアム協議会」に加盟する組織を中心にとその役割・機能を概観し、専門職大学コンソーシアムの紹介をする。

1. 我が国の大学コンソーシアム

我が国における大学コンソーシアムは、全国大学コンソーシアム協議会事業（以下、協議会）加盟正会員が48団体（2020年4月1日現在）あり（表1）、このほか協議会非加盟の団体も活動している。

表1 全国大学コンソーシアム協議会事業加盟正会員地方別団体数（2020年4月1日現在）及び法人種別団体数

| 加盟団体の属する地方 | 団体数 | 空白県数 |
|------------|-----|------|
| 北海道 | 3 | 0 |
| 東北地方 | 6 | 0 |
| 関東地方 | 8 | 3 |
| 中部地方 | 11 | 0 |
| 近畿地方 | 8 | 0 |
| 中国地方 | 3 | 2 |
| 中国・九州地方 | 2 | 0 |
| 九州地方 | 6 | 0 |
| 沖縄 | 1 | 0 |
| 四国 | 0 | 4 |
| 計 | 48 | 9 |

| 法人種別 | 団体数 |
|-----------|-----|
| 特定非営利活動法人 | 4 |
| 一般社団法人 | 6 |
| 公益社団法人 | 5 |
| 法人格なし | 33 |
| 計 | 48 |

協議会加盟の48団体は地域でまとまった団体である。約1/3の15団体が何らかの法人格を持っているが、33団体は法人格を持たずに活動している。

全都道府県に大学コンソーシアムが設立されているわけではなく、協議会加盟でみると9県がコンソーシアム空白県となっている。ただ、空白県の一つである千葉県には非加盟の「大学コンソーシアム市川」「大学コンソーシアム東葛」があり、実際は空白というわけではない。確認できた範囲では、協議会非加盟団体にはこれら2団体のほか、「世田谷6大学コンソーシアム」「全国芸術系大学コンソーシアム」「研究大学コンソーシアム」「一般社団法人大学IRコンソーシアム」がある。このほか図書館コンソーシアムがあるが、電子ジャーナル等の学術情報確保に限定した団体であり、ここでは対象から外している。

協議会に加盟している大学コンソーシアムは原則として地域単位で組織されているため、加盟大学数はその地域内にある大学等に限られ、数校から10数校で組織されている団体を中心となっている。「公益社団法人大学コンソーシアム京都」（以下、「大学コンソーシアム京都」）や「特定非営利活動法人大学コンソーシアム大阪」（以下、「大学コンソーシアム大阪」）のように加盟大学数が50前後という規模の団体もある一方、大学数の最も多い東京都には、「東京都」としてまとまったコンソーシアムは設立されていない。

一方「芸術系」のように分野型の場合、全

国から加盟しているため地域型に比べ加盟数は多く、2021年2月時点で「全国芸術系大学コンソーシアム」は58大学、「研究大学コンソーシアム」は33大学、「一般社団法人大学IRコンソーシアム」は61大学である。

2. 大学コンソーシアムの事業内容・体制

そもそも日本の大学コンソーシアムは、1993年に京都市が「大学のまち・京都21プラン」を策定、このプランに基づき、1994年に協議会の事務局運営を行っている「公益社団法人大学コンソーシアム京都（以下、「大学コンソーシアム京都」）の前身である「京都・大学センター」が設立されたことに始まる。1998年に「財団法人大学コンソーシアム京都」となり、2010年には公益財団法人となっている。現在、京都府下すべての大学・短期大学合わせて48大学・短期大学が参加している。

多くの大学コンソーシアムでは、単位互換を中心に複数事業を展開している。大江は大学コンソーシアムの共通した活動・事業を、「単位互換」「生涯学習」「インターンシップ」「産学官地域連携」「高大連携」「図書館相互利用」「公開講座・授業の開放」「教職員の交流・能力開発」「学生交流」「大学広報・合同の学生募集活動」「教員データベースの公開」と整理している。

「大学コンソーシアム京都」を例にとると、「大学が集積する地域の特性を活かす」という設立の経緯から、当初より京都市と大学そして産業界の産学公連携による組織であり、大学コンソーシアムでは最も古く、また最大の規模を持つ組織の一つとして事業内容も幅広い。事業内容は「単位互換」「生涯学習」「インターンシップ」「高大連携・接続」「FD」「SD」「国際連携」「京都学生祭典」「京都国際学生映画祭」「障がい学生支援」「地域連携」「都市政策」「調査研究」「全国大学コンソーシアム講義会運営」「勤労学生援助」となっている。

協議会参加の48団体の事業内容を、それぞれのホームページに掲載されている情報をもとに確認したものが表2である。

確認できた範囲では、単位互換を行っている団体が38と最も多く、次いでFD・SDが22団体、そのほか高大連携、公開講座を行っている団体が多くなっている。複数事業を行っている団体が多いが、単位互換などに活動内容を限定した団体もある。

ほぼすべての団体でホームページを持ち事業内容や成果について発信しているが、更新頻度が古い団体もあり、必ずしもすべての団体が活発に活動しているとは言い難いようである。

運営は、地域型のコンソーシアムでは、その地域の国公立大学の学長が会長を務めている場合が比較的多くなっているが、加盟大学間で持ち回りとしている団体もある。

年会費について開示している団体の例を見ると（表3）、固定金額にしている団体と、学生数に応じて会費の額を設定している団体とに分かれている。固定金額の場合、最低が「大学コンソーシアムやまなし」で5万円（短大では2.5万円）、最高は「相模原・町田大学コンソーシアム」で25万円である。

学生数に応じて変動する設定では、学生数を乗じた額に定額を加える場合と、学生数によりランクを設定している場合とがある。

学生数に乗じた額とする場合は、一人当たりの設定金額が最低である「学生1人あたり10円」という「学術・文化・産業ネットワーク多摩」から、最高は「収容学生数一人当たり200円」という「大学コンソーシアム大阪」までである。「大学コンソーシアム大阪」の場合、収容学生数が1万人を超える大学では年会費が200万円超となる計算である。

3. 専門職大学コンソーシアム設立と今後の課題

専門職大学コンソーシアムは、全ての専門職大学・専門職短期大学が参加し2020年9月に設立された。専門職大学コンソーシアムの設立は文部科学省のホームページに掲載され、昨年10月に開催したオンラインイベントでも審議官よりご挨拶頂くなど、文部科学省から支援をいただいている。

既存の大学コンソーシアムは、地域型と分野横断型に分かれるが、専門職大学コンソーシアムは「専門職大学制度」という同じ制度のもと設立さ

専門職大学コンソーシアムの設立について

表2 全国大学コンソーシアム協議会加盟正会員(2020年4月1日現在)の主な事業

| 主な活動地域 | 事務局所在地 | 団体名 | 単位互換 | インターシッ | 公開講座 | 共同研究 | 高大連携 | FSDS | その他の主な事業 | |
|---------|--------------------------|---------------------------|-------------------------|--------|------|------|------|------|--|---|
| 北海道 | 北海道 | 一般社団法人 旭川ウェルビーイング・コンソーシアム | ● | ● | ● | ● | | ● | 共同教育科目、学生会議など | |
| | | キャンパス・コンソーシアム函館 | ● | | ● | | | | 共同研究発表会 | |
| | | 国立大学教養教育コンソーシアム北海道 | ● | | | | | ● | | |
| 東北地方 | 青森県 | 大学コンソーシアム学都ひろさき | | | ● | | | | シンポジウム実施 | |
| | 岩手県 | いわて高等教育コンソーシアム | ● | | | ● | ● | ● | シンポジウム開催、震災復興、図書館相互利用、知的財産活用 | |
| | 秋田県 | 大学コンソーシアムあきた | ● | | | | ● | | | |
| | 宮城県 | 学都仙台コンソーシアム | ● | | ● | | | ● | サテライトキャンパス開設、オープンキャンパス情報掲載 | |
| | 山形県 | 大学コンソーシアムやまがた | ● | | | | | | 進学説明会実施、情報発信 | |
| | 福島県 | アカデミア・コンソーシアムふくしま | ● | | | | | | イベント実施、ニュースレター発行 | |
| 関東地方 | 栃木県 | 大学コンソーシアムとちぎ | ● | | | ● | ● | | 共通科目の開講、研究発表会 | |
| | 埼玉県 | 彩の国大学コンソーシアム | ● | | ● | | | ● | 各大学入試情報 | |
| | 東京都 | f-Campus | ● | | | | | | | |
| | | 首都圏西部大学単位互換協定会 | ● | | | | | | | |
| | | 公益社団法人 学術・文化・産業ネットワーク多摩 | ● | ● | | | | ● | ● | 奨学金、産学連携、イベント・フォーラム実施 |
| | | 大学コンソーシアム八王子 | ● | | ● | | | ● | 留学生支援、情報発信、学生活動支援、産学公連携 | |
| 神奈川県 | 横浜市内大学間学術・教育交流協議会 | ● | | | | | | | 学術交流、図書館相互利用 | |
| | 公益社団法人 相模原・町田大学地域コンソーシアム | ● | ● | ● | | | | | まちおこし活動、情報発信 | |
| 中部地方 | 山梨県 | 特定非営利活動法人 大学コンソーシアムやまなし | ● | | | | ● | | 留学生支援、地域社会活動支援、生涯学習 | |
| | 静岡県 | 公益社団法人 ふじのくに地域・大学コンソーシアム | ● | ● | ● | ● | ● | ● | 留学生支援、障がい学生支援、国際交流、情報発信 | |
| | 新潟県 | 高等教育コンソーシアムにいがた | ● | | | | ● | ● | 情報発信、産学連携、図書館相互利用、教員免許更新講習 | |
| | 富山県 | 大学コンソーシアム富山 | ● | | ● | | ● | | 学生の合同企業訪問、研究発表会、研修室、地域課題解決 | |
| | 石川県 | 公益社団法人 大学コンソーシアム石川 | ● | ● | | | ● | ● | 新入生文化施設利用無料バス発行、石川大学ガイド発行、留学プログラム、合同進学説明会、 | |
| | 福井県 | FAAふくいアカデミックアライアンス | | | | | | | 県内学生の確保、地元定着促進 | |
| | 長野県 | 高等教育コンソーシアム信州 | ● | | ● | | | ● | 遠隔授業システム整備、学生間交流支援 | |
| | 岐阜県 | ネットワーク大学コンソーシアム岐阜 | ● | | ● | | ● | | 地域課題解決、情報発信、教員免許更新講習 | |
| | 愛知県 | 大学コンソーシアムせと | | | | ● | ● | | | 地域連携、図書館相互利用 |
| | | 愛知学長懇話会 | ● | | | | | | | |
| | 三重県 | 高等教育コンソーシアムみえ | ● | | | | | ● | イベント実施、地域貢献、ニュースレター発行 | |
| | 近畿地方 | 滋賀県 | 一般社団法人 環びわ湖大学・地域コンソーシアム | ● | | | | | | 地域課題解決支援、就職支援、 |
| | | 京都府 | 公益財団法人 大学コンソーシアム京都 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | 国際連携、障がい学生支援、地域連携、都市政策、勤労学生支援、イベント実施、協議会運営、関連事業 |
| | | | 奈良県大学連合 | ● | ● | ● | | | ● | ● |
| 大阪府 | | 特定非営利活動法人 大学コンソーシアム大阪 | ● | ● | | | ● | ● | ● | 地域連携、国際交流、各大学オープンキャンパス情報提供 |
| | | 特定非営利活動法人 南大阪地域大学コンソーシアム | ● | ● | | | ● | ● | ● | 研究者データベースの作成 |
| 和歌山県 | | 高等教育機関コンソーシアム和歌山 | ● | | ● | ● | ● | ● | 教員データベースの作成、地域貢献、広報宣伝 | |
| 兵庫県 | | 西宮市大学交流協議会 | ● | | ● | | | | | 地域連携 |
| | | 一般社団法人 大学コンソーシアムひょうご神戸 | ● | ● | | | | | | 就職支援、ボランティア、国際交流 |
| 中国地方 | | 岡山県 | 大学コンソーシアム岡山 | ● | | | | ● | ● | 生涯学習支援、就職支援、ボランティア、産学官連携 |
| | | 広島県 | 一般社団法人 教育ネットワーク中国 | ● | | ● | | ● | ● | 地域連携 |
| | 山口県 | 大学リーグやまぐち | | | ● | | | ● | 図書館連携、地域貢献 | |
| 中国・九州地方 | 福岡県 | 大学コンソーシアム関門 | ● | | | | | | | |
| | | 高等教育コンソーシアム久留米 | | | ● | | ● | ● | 教員免許更新講習イベント実施、eラーニング | |
| 九州地方 | 佐賀県 | 大学コンソーシアム佐賀 | ● | | | | | | ボランティア、発達障害支援 | |
| | 長崎県 | 大学コンソーシアム長崎 | ● | | | | | | イベント実施、ボランティア | |
| | 大分県 | 特定非営利活動法人 大学コンソーシアムおおいた | | ● | | | | | 留学生支援、国際的人材育成、交流イベント | |
| | 熊本県 | 一般社団法人 大学コンソーシアム熊本 | | ● | | | | | ● | 教員免許更新講習、進学ガイダンス、学生交流推進、国際交流、地域貢献、障がい学生支援 |
| | | 宮崎県 | 高等教育コンソーシアム宮崎 | ● | ● | | | | ● | 学生交流、大学設備相互利用、情報発信、就職支援 |
| | 鹿児島県 | 大学地域コンソーシアム鹿児島 | ● | | | | | | ● | 教員免許更新講習、産学官連携、進学ガイダンス |
| 沖縄 | 沖縄県 | 一般社団法人 大学コンソーシアム沖縄 | | | ● | | | | シンポジウム、学生サミット、サイエンスリーダー育成講座実施 | |
| 計 | | | 39 | 13 | 20 | 7 | 18 | 24 | | |

表3 コンソーシアム会費の事例

| 種別 | | 法人名称 | 年会費 |
|-----|-------------------------|---|---|
| 固定 | | 特定非営利活動法人 大学コンソーシアムやまなし | 大学5万円、短大2.5万円 |
| | | 一般社団法人 教育ネットワーク中国 | 大学：22万円（まだ完成年度を迎えていない場合は15万円、大学校及び短期大学：18万円） |
| | | 公益社団法人 相模原・町田大学地域コンソーシアム | 5～25万円 |
| 変動 | ラン ク | 特定非営利活動法人 南大阪地域大学コンソーシアム | 1000人以下：2万円、1001人以上5000人以下：3万円、学生数5001人以上：50万円、 |
| | | 一般社団法人 旭川ウェルビーイング・コンソーシアム | 10万円（500人以下）、30万円（501～800人）、50万円（801人以上） |
| | 学生 数と 連動 | 公益社団法人 学術・文化・産業ネットワーク多摩 | 20万円+学生1人10円 |
| | | 特定非営利活動法人 大学コンソーシアムおおいた | （学生総数×100円）+（留学生数×2,000円） |
| | | 特定非営利活動法人 大学コンソーシアム大阪 | 収容学生定員×200円+300,000円（定額） |
| その他 | 公益社団法人 大学コンソーシアム石川 | （令和元年度会費収入：9,873,800円） ※会員数：高等教育機関20、自治体等20、関係団体12 | |
| | 一般社団法人 環びわ湖大学・地域コンソーシアム | （会費収入 大学：10,500,000円 2020年度予算） ※正会員（大学・短大）数17 | |
| | 公益財団法人 大学コンソーシアム京都 | 50万円（京都市の場合）（2019年度維持会員受取会費：156,557,000円） | |

注) 各法人のホームページ情報をもとに筆者作成（その他の団体は会費情報が開示されていないため、開示されている会費収入総額を記載した）

れた全国の大学・短期大学により構成されており、これまでの大学コンソーシアムとは異なる性格を持っている。専門職大学コンソーシアムに参加している専門職大学・専門職短期大学の分野は保健医療系が4大学と最も多いが、工学系、情報系、ファッション系、動物系など幅広い。コンソーシアムの活動テーマは、「単位互換」「共同研究」「インターンシップ」「高大連携」「地域連携」「国際交流」と、多くの大学コンソーシアムと共通しているものに加え、「専門職大学・専門職短期大学の発展・向上に寄与する事項」としており、専門職大学コンソーシアムならではの特色がある。

専門職大学制度に基づき開学した第1期の大学が、現在開学して2年目である。新しい制度のもと、各専門職大学が試行錯誤を行いながら運営をしている。専門職大学・専門職短期大学には、既存の大学・短期大学にはない制度上の特徴が様々にある。40人以内を原則とする授業設定、教育課程連携協議会、分野別の自己点検評価など、運営していく中で課題となっている、あるいは今後課題となることが考えられる事柄も多い。今年度の

専門職大学コンソーシアムの活動は、昨年実施したオンラインの学長会議がその主なものであったが、今後このような専門職大学・専門職短期大学ならではの課題に取り組んでいくことが、専門職大学コンソーシアムに求められると考えている。今年1月には、文部科学省高等教育局専門教育課と専門職大学コンソーシアムとの間で意見交換会を行い、これら課題についても議論している。

とはいえ、現在はまだ会長や会則・定款、会費等が定められておらず、まずは組織としての基盤を作ることが喫緊の課題である。そして組織としての基盤を確立するとともに、今年度新たに認可された6つの専門職大学・専門職短期大学に参加してもらうことも重要である。全国の様々な分野からなる専門職大学・専門職短期大学がすべて参加するコンソーシアムであることは、団体としての発信力にも大きく影響するためである。

新型コロナウイルス感染症の影響によりイベント等の自粛、あるいはオンライン開催とせざるを得ないなど、コンソーシアムとしての活動が自由に行いにくい環境にあるが、コンソーシアム2年

目となる 2021 年度は、情報発信を積極的に行い、専門職大学・専門職短期大学の認知度を高めていく計画である。

引用文献

- 1) 大江淳良,「大学コンソーシアムの現在-大学間連携-」
高等教育研究 2006 ; (9) 61-62

(文責)

- ・宮田雅之(東京保健医療専門職大学・リハビリテーション学部 作業療法学科 教授 兼 学校法人敬心学園 理事長補佐)
- ・宮地恵美子(東京保健医療専門職大学・リハビリテーション学部 理学療法学科 教授)

社会経済情勢に即応した高等教育機関「専門職大学・専門職短期大学」が教育や研究の連携を図る組織「専門職大学コンソーシアム」を設立

学校教育法が改正され、2019年4月、55年ぶりに新しいタイプの大学である「専門職大学・専門職短期大学」が誕生しました。「専門職大学・専門職短期大学」は、産業界や地域社会との連携を強め、社会情勢の変化に即応した質の高い実践的な職業教育を行い、我が国の発展に寄与する人材を育成します。

そこで、2020年9月8日(火)に、全国11校の専門職大学・専門職短期大学が参加し、教育や取り組み、成果を共有し、さらなる教育の質の向上を図る組織として「専門職大学コンソーシアム」が設立されました。

【専門職大学コンソーシアムの基本姿勢】

参加者の主体性・自立性を前提に、相互のレベルアップを図るための積極的な連携・協力を推進していきます。

【具体的な活動およびテーマ】

年に1~2回の会合および必要に応じてオンラインのミーティングを通じ、各大学の取組・成果の共有を行い、各大学における経営・教育の質向上に反映させていきます。さらに、専門職大学・専門職短期大学の意義、求められている役割なども議論・検討し、専門職大学・専門職短期大学の発展に寄与していくことを目指します。

【活動テーマ】

- ・専門職大学・専門職短期大学の社会的役割を果たすための政策提言等の活動
- ・専門職大学・専門職短期大学の認知度向上に向けた情報発信、啓蒙活動(イベントの開催等)
- ・教育連携(単位互換等)
- ・研究連携(共同研究等)
- ・インターンシップ連携
- ・高大連携
- ・地域連携
- ・国際交流
- ・その他専門職大学・専門職短期大学の発展・向上に関する事項

専門職大学コンソーシアムの設立について

【加盟大学および学長 (大学名 50 音順)】



岡山医療専門職大学
浅利正二 学長



開志専門職大学
北畑隆生 学長



高知リハビリテーション
専門職大学
小嶋 裕 学長



国際ファッション
専門職大学
近藤誠一 学長



情報経営イノベーション
専門職大学
中村伊知哉 学長



東京国際工科専門職大学
吉川弘之 学長



東京保健医療専門職大学
陶山哲夫 学長



静岡県立農林環境専門職
大学および同短期大学部
鈴木滋彦 学長



びわこリハビリテーション
専門職大学
山川正信 学長



ヤマザキ動物看護専門職
短期大学
山北宣久 学長

専門職大学コンソーシアムの設立について

表4 専門職大学一覧 (大学名50音順)

| 区分 | 所在地 | 大学名 | 学部名 | 学科名 | 入学定員 |
|----|-----|-------------------|---------------|-------------------------|------|
| 私立 | 岡山県 | 岡山医療専門職大学 | 健康科学部 | 理学療法学科 | 80人 |
| | | | | 作業療法学科 | 40人 |
| 私立 | 新潟県 | 開志専門職大学 | 事業創造学部 | 事業創造学科 | 80人 |
| | | | 情報学部 | 情報学科 | 80人 |
| 私立 | 高知県 | 高知リハビリテーション専門職大学 | リハビリテーション学部 | リハビリテーション学科 | |
| | | | | 理学療法学専攻 | 70人 |
| | | | | 作業療法学専攻 | 40人 |
| | | | | 言語聴覚学専攻 | 40人 |
| 私立 | 東京都 | 国際ファッション専門職大学 | 国際ファッション学部 | ファッションクリエイション学科 | 80人 |
| | 大阪府 | | | ファッションビジネス学科 | 38人 |
| | | | | 大阪ファッションクリエイション・ビジネス学科 | 38人 |
| | 愛知県 | | | 名古屋ファッションクリエイション・ビジネス学科 | 38人 |
| 私立 | 東京都 | 情報経営イノベーション専門職大学 | 情報経営イノベーション学部 | 情報経営イノベーション学科 | 200人 |
| 私立 | 東京都 | 東京国際工科専門職大学 | 工科学部 | 情報工学科 | 120人 |
| | | | | デジタルエンタテインメント学科 | 80人 |
| 私立 | 東京都 | 東京保健医療専門職大学 | リハビリテーション学部 | 理学療法学科 | 80人 |
| | | | | 作業療法学科 | 80人 |
| 公立 | 静岡県 | 静岡県立農林環境専門職大学 | 生産環境経営学部 | 生産環境経営学科 | 24人 |
| 私立 | 滋賀県 | びわこリハビリテーション専門職大学 | リハビリテーション学部 | 理学療法学科 | 80人 |
| | | | | 作業療法学科 | 40人 |

表5 専門職短期大学一覧 (短期大学名50音順)

| 区分 | 所在地 | 短期大学名 | 学科名 | 修業年限 | 入学定員 |
|----|-----|--------------------|------------|------|------|
| 公立 | 静岡県 | 静岡県立農林環境専門職大学短期大学部 | 生産科学科 | 2年 | 100人 |
| 私立 | 東京都 | ヤマザキ動物看護専門職短期大学 | 動物トータルケア学科 | 3年 | 80人 |

【専門職大学コンソーシアム主催オンラインイベント】

専門職大学コンソーシアムは、2020年10月13日（火）に、コンソーシアム発足後初のイベントを開催した。

各専門職大学・専門職短期大学が取り組む学びや（専門職大学以外の）大学を含めた高等教育機関の未来について考える場となった。



（写真左から）小林光俊 理事長, 陶山哲夫 学長, 中村伊知哉 学長, 小林 浩 所長, 多 忠貴 理事長

●オンラインイベントの詳細

- ▶テーマ 専門職大学が大学の未来を変える ～人材育成の狙い～
- ▶日時 2020年10月13日（火）15：00～17：00
- ▶形式 オンライン（情報経営イノベーション専門職大学よりZoomウェビナー開催）
- ▶司会進行 小林 浩 所長 リクルート進学総研

- ◆挨拶 小林光俊 理事長 学校法人敬心学園
川中文治 審議官 文部科学省 高等教育局

- ◆専門職大学制度説明 宮島徹雄 事務局長 情報経営イノベーション専門職大学

- ◆学長によるパネルディスカッション
 - ① 展開科目の考え方について
 - ② 臨地実務実習（インターンシップ）について
 - ③ 実務家教員について
 - ④ 各学長より理念発表

- ◆挨拶 多 忠貴 理事長 学校法人電子学園

●事務局

東京保健医療専門職大学（TPU）、情報経営イノベーション専門職大学（iU）が事務局校として、全国11校の専門職大学・専門職短期大学との連携を図った。



TPU 宮田雅之



TPU 宮地恵美子



iU 宮島徹雄氏



iU 稲岡克彦氏

【専門職大学コンソーシアム事務局校として文部科学省を訪問】

2020年10月13日(火)に開催した専門職大学コンソーシアム主催オンラインイベントの実施にあたり、支援をいただいた文部科学省 高等教育局を10月30日(金)に表敬訪問した。

伯井美德高等教育局長、川中文治審議官をはじめとした関係者の方々へ、専門職大学コンソーシアム事務局校である学校法人敬心学園 東京保健医療専門職大学、学校法人電子学園 情報経営イノベーション専門職大学の代表者が御礼と報告に伺った。本学から小林光俊理事長、陶山哲夫学長、宮田雅之が参加した。



(写真左から)多 忠貴 理事長, 小林光俊 理事長, 伯井美德 高等教育局長, 川中文治 審議官, 中村伊知哉 学長, 陶山哲夫 学長

【文部科学省と専門職大学・専門職短期大学各校とのオンライン意見交換会の開催】

文部科学省高等教育局専門教育課の吉田光成課長、菊池博之課長補佐、神藤規宏係長と各校担当者とのオンライン意見交換会が2021年1月7日(木)15時から開催された。本学から宮田雅之、宮地恵美子が参加した。

●意見交換テーマ

- ▶ 専門職大学制度説明図について
- ▶ 広報活動について
- ▶ 認証評価について
- ▶ コロナ禍における対応について
- ▶ その他(情報公開, 大学関係他団体との交流 等)

●専門職大学・専門職短期大学制度説明図

意見交換会の内容が反映された専門職大学・専門職短期大学制度説明図(更新版)が、1月26日に文部科学省より2パターン届いた(図1, 図2)。そして、各校判断で適する図を活用するようコメントがあった。



図1 今回更新された専門職大学・専門職短期大学制度説明図 (その1)
(出所) 文部科学省作成資料

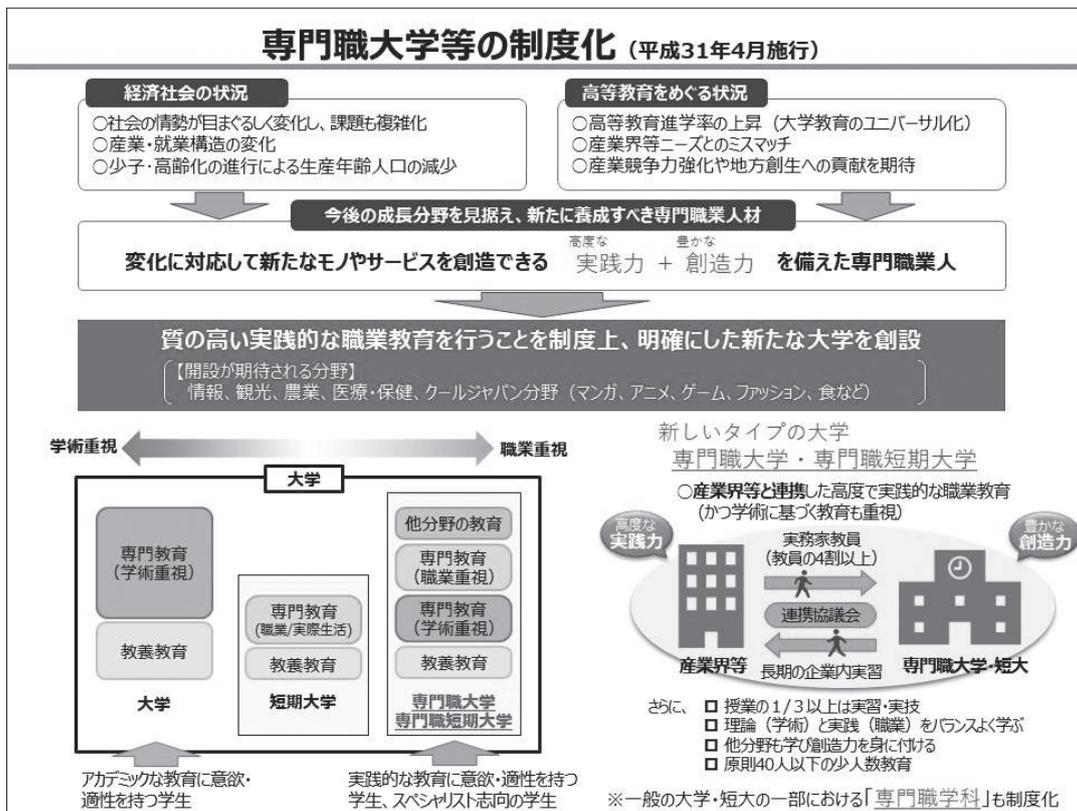


図2 今回更新された専門職大学・専門職短期大学制度説明図 (その2)
(出所) 文部科学省作成資料

専門職大学コンソーシアムの設立について



図3 従来の専門職大学・専門職短期大学制度説明図
(出所) 文部科学省ホームページ

学生委員会 2020年度活動報告

I. 学生委員会の活動方針

学生委員会は、本学の学生に関して、以下の事項に関して、委員会で審議し活動を行っている。

- 1) 学生の課外活動に関する事項
- 2) 学生の福利厚生及び健康管理に関する事項
- 3) 学生の生活相談及び指導に関する事項
- 4) 奨学金及び授業料の減免に関する事項
- 5) 学生の賞罰に関する事項
- 6) その他学生に関する事項

II. 委員会委員

里村恵子：作業療法学科准教授（委員長）
佐藤 章：作業療法学科教授
田畑 稔：理学療法学科教授
菊地みほ：作業療法学科准教授
杉山真理：理学療法学科講師
齋藤久恵：作業療法学科講師

III. 委員会活動

委員会開催前に学生部定例会議を開催

会議構成員【里村学生部長，菊地准教授，佐久間学生部部長（事務局），山本主任（事務局）】

1. 2020年5月25日に第1回会議を開催した。
年間スケジュール，特に学生健康診断，学生団体設立の方向性，学生相談室の状況，奨学金申請状況の情報共有を行った。
2. 2020年6月1日に第2回会議を開催した。
学生教育研究災害傷害保険，賠償責任保険，自転車，バイク通学についての検討，大学マスコット名称の応募状況と学生の投票方法の検討を行った。

3. 2020年6月8日に第3回会議を開催した。
大学マスコット名称の応募状況，奨学金申請状況について情報を共有した。
4. 2020年6月22日に第4回会議を開催した。
保健室，学生相談室の整備について検討した。

学生委員会

1. 2020年7月10日に第1回学生委員会を開催した。初めに学生委員会の各委員の紹介，委員会の開催方法の確認を行った。引き続き次の事項を検討，審議した。大学マスコット名称の募集の経緯と今後の募集要項，学生相談の状況と運営方法，学生保険，自転車バイク通学，保健室整備，各種奨学金申請，8月1日のオリエンテーション内容，学生健康診断等。
2. 2020年8月13日に第2回学生委員会を開催した。マスコット名称の募集方法を審議した。保健室月次利用状況報告書フォーム，学生相談室対応報告書フォームを検討した。自転車通学の状況，保健室の整備状況，奨学金申請状況などについて報告があった。また学生健康診断の結果，ウイルス抗体価検査で基準値に満たない学生については，実習に備え，自費でのワクチン接種が必要であることと，学生個人への指導は実習委員会へ依頼することを審議した。
学生団体設立の必要構成人数基準（10名以上）の緩和希望について，運営会議へ上申することになった。
保健室勤務の看護師が採用され，対面授業日の10時半から13時半まで勤務することが報告された。
3. 2020年9月10日に第3回学生委員会を開催した。自転車通学許可申請者の審査を行った。学生掲示板の運用開始，学生健康診断の実施の

報告が行われた。11月に予定されていた大学祭については、新型コロナウイルス感染症のため今年度は中止することが報告された。

4. 2020年10月8日に、第4回学生委員会を開催した。学生部保管の学生調書のコピーを学科長、担任へ提供する件を審議し、個人情報保護委員会へ提供方法を含めて検討を依頼することになった。「日本学生支援機構」から学生支援を目的とする新型コロナウイルス感染症対策に関する助成案内があり、助成金交付申請を行うことを審議した。
5. 2020年11月12日に第5回学生委員会を開催した。学生調書については、個人情報保護委員会での検討結果、担任及び学科長へ紙媒体で提供し、施錠の上保管が報告された。禁煙教育の必要性が検討され、授業内での実施を検討することになった。大学マスコットの名称への学生の人気投票をもとに、学長との最終審査により、学生投票の結果通り名称が決定した。

学生相談室の週1回程度の開放希望が学生

から出され、検討された。

年末年始の休暇前には、学生に向けてUNIVERSAL PASSPORTを通じて「冬休み中の過ごし方について」による諸注意を行った。

IV. 委員会議事録(サイボウズOffice会議議事録に収載)

1. 第1回学生委員会
2. 第2回学生委員会
3. 第3回学生委員会
4. 第4回学生委員会
5. 第5回学生委員会

V. その他

1. 学生委員会規程(資料1参照)

(文責 里村恵子)

(資料1)

東京保健医療専門職大学学生委員会規程

(令和2年3月23日制定)

(目的)

第1条 この規程は、東京保健医療専門職大学組織規程第18条(委員会)に基づき、東京保健医療専門職大学(以下「本学」という。)が設置する教務委員会(以下「委員会」という。)の組織及び運営等に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(審議事項)

第2条 委員会は、次の事項を審議する。

- (1) 学生の課外活動に関する事項
- (2) 学生の福利厚生及び健康管理に関する事項
- (3) 学生の生活相談及び指導に関する事項
- (4) 奨学金及び授業料の減免に関する事項
- (5) 学生の賞罰に関する事項
- (6) 学生相談室の運営に関する事項
- (7) その他の学生に関する事項

(構成)

第3条 委員会は、次の者で構成する。

- (1) 学生部長
 - (2) 学科長又は副学科長
 - (3) 学生部担当部長
 - (4) 学生部学生課長
 - (5) 学生相談室室長
 - (6) 学科長が、所属学科選任教員の内から指名した者 若干名
- 2 前項のほか、委員長が推薦し学長が認めた専任職員を若干名置くことができる。

(委員長及び副委員長)

- 第4条 委員会に委員長を置き、学生部長を充てる。委員長は、委員会を主宰する。
- 2 副委員長を置くことができる。副委員長は、委員の互選によって定める。
 - 3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故がある時は、その職務を代行する。

(委員の任期)

- 第5条 第3条第1項第1号から第5号に規定する委員の任期は、役職在任期間とする。
- 2 第3条第1項第6号及び第2項に規定する委員の任期は、1年とする。ただし、再任を妨げない
 - 3 前項の委員に欠員が生じたときに補充する委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員会の運営)

第6条 委員会は委員長が召集し、その議長となる。

2 委員会は、委員の3分2以上の出席をもって成立する。

3 委員会の議決は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数の場合のときは議長の決するところによる。

4 委員会は、必要に応じて委員以外の者に出席を求め、その意見を聴くことができる。

(審議結果の報告)

第7条 委員会は、議事録を作成し、学長及び各委員に報告する。

(専門部会)

第8条 委員会は、必要に応じ、常置及び臨時の専門部会を置くことができる。

2 専門部会の運用細目は、当該委員会の議を経て、学長が定める。

(委員会の庶務)

第9条 委員会の庶務は、学生部が行う。

(規程の改廃)

第10条 この規程の改廃は、当該委員会の意見を聴いて、学長が行う。

(雑則)

第11条 この規程で定めるもののほか、運用上必要な事項は細則等で委員長が定める。

2 前項の運用細則を定めた場合は、運営会議に報告するものとする。

附 則

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

教務委員会 2020年度活動報告

I. 教務委員会の活動方針

教務委員会は、本学の学生及び教職員に関して、以下の事項について審議し活動を行っている。

- 1) 教育に係る規程の制定及び改廃に関する事項
- 2) 編入学、転学科、転入学等に関する事項
- 3) 教育課程に関する事項
- 4) 他教育機関との連携に関する事項
- 5) 社会(産業界等)と連携する教育に関する事項
- 6) 学位に関する事項
- 7) その他教務に関し必要な事項
- 8) 図書に関する事項
- 9) 紀要に関する事項

II. 委員会委員・部員

(1) 教務委員会

- 鳥居昭久 : 理学療法学科准教授(委員長)
草野修輔 : 作業療法学科教授(図書室長)
佐藤 章 : 作業療法学科教授
田畑 稔 : 理学療法学科教授(紀要編集部部长)
江幡真史 : 理学療法学科教授(展開科目部部长)
五十嵐広明 : 理学療法学科教授
近野智子 : 作業療法学科准教授
齋藤久恵 : 作業療法学科講師
重國宏次 : 理学療法学科助教
有本邦洋 : 理学療法学科助教

(2) 専門部会部員

1) 図書部会

- 有菌暢子 : 理学療法学科助教(部部长)
草野修輔 : 作業療法学科教授(図書室長)
有本邦洋 : 理学療法学科助教
佐藤淳矢 : 作業療法学科助教

2) 紀要編集部会

- 田畑 稔 : 理学療法学科教授(部部长)
草野修輔 : 作業療法学科教授
片岡幸彦 : 作業療法学科教授
猪俣英輔 : 作業療法学科准教授
菊地みほ : 作業療法学科准教授
大矢暢久 : 理学療法学科講師
杉山真理 : 理学療法学科講師
富田義人 : 理学療法学科講師

3) 展開科目部会

- 江幡真史 : 理学療法学科教授(部部长)
片岡幸彦 : 作業療法学科教授
柳澤孝主 : 作業療法学科教授

III. 委員会活動

1. 7月6日(月)第1回定期教務委員会

委員会規程の確認、図書部会の発足、庶務担当が教務部であることの確認、8月対面授業開始にむけての入学セレモニーおよびオリエンテーションについて確認した。7月末で学修アドバイザーは一旦終了し担任制に移行すること、コロナウイルス感染第2波到来によるオンライン授業体制の可能性に備えての各教員への準備依頼、UNIPA操作説明会の開催、紀要編集部会の設置などの審議をおこなった。

2. 7月27日(月)第2回定期教務委員会

入学セレモニー・オリエンテーションの内容などの最終確認。発熱者が出た場合に迅速に対応するための補助教員のクラス配置、前期試験日程、教務委員会定例会日程、オフィスアワーの連絡方法などについての審議を行った。

3. 8月24日(月)第3回定期教務委員会

後期授業の実施方法、前期試験日程、試験実施要項の確認。欠席数が多い学生への対応について

審議した。

4. 9月24日(木)臨時教務委員会

欠席多数学生の対応について審議した。

5. 9月28日(月)第4回定期教務委員会

前期試験、再追試験の日程などについて確認。欠席多数学生への対応、実習科目欠席数に関する事項の確認。学生日直、成績不振学生フォロー、試験結果通知方法などを審議した。

6. 10月12日(月)臨時教務委員会

試験結果を受けて、成績不振学生への対応について審議した。

7. 10月26日(月)第5回定期教務委員会

全クラスの担任は教務委員会メンバーに加えることとした。紀要編集部会発足。成績不振者に対する対応、欠席者に対する対応を審議した。コロナウイルス感染に関連して、公欠の扱いなど別途関係者にてルールを審議する。

8. 10月26日(月)臨時教務・学生合同委員会

2021年度入学生に対する入学前教育について、2021年度学年歴、年間予定について審議した。

9. 11月9日臨時教務委員会

前期試験不合格者への対応について審議した。展開科目部会の設置、コロナウイルス感染関連の公欠についての手続きなどの確認。日本リハビリテーション専門学校と連携しての統一模擬試験の実施について審議した。

10. 11月30日(月)第6回定期教務委員会

展開部会メンバーについての報告。学生のPC購入促進について、2021年度クラス分け、臨床福祉専門学校学生講話、統一模擬試験、レポート不正作成に対する対応などを審議した。

11. 12月21日(月)第7回定期教務委員会

学生購入PCについて、2021年度学年歴、前期成績再評価、後期出欠状況について確認。次年度担任、定期試験不正行為規定などについて審議した。

12. 2月8日(月)第8回定期教務委員会

欠席超過学生について、統一模擬試験準備状況、入学前教育実施概要およびスケジュール、2021年度オリエンテーション、2021年度授業実施方針(幹部会議結果)についての確認。展開科目部会報告。原級扱い、転科などについて審議した。

13. 2月12日(金)臨時教務委員会

転学科、進級基本方針、学籍異動希望学生対応について審議した。

IV. 図書部会、展開科目部会、紀要編集部会活動

別途サイボウズ Office 内に会議録収載

V. 委員会議事録

別途サイボウズ Office 内に議事録収載

VI. その他

教務委員会規定(資料1参照)

(文責 鳥居昭久)

(資料1)

東京保健医療専門職大学教務委員会規程

(令和2年3月23日制定)

(目的)

第1条 この規程は、東京保健医療専門職大学組織規程第18条(委員会)に基づき、東京保健医療専門職大学(以下「本学」という.)が設置する教務委員会(以下「委員会」という.)の組織及び運営等に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(審議事項)

第2条 委員会は、次の事項を審議する。

〈教務〉

- (1) 教育に係る規程の制定及び改廃に関する事項
- (2) 編入学、転学科、転入学等に関する事項
- (3) 教育課程に関する事項
- (4) 他教育機関との連携に関する事項
- (5) 社会(産業界等)と連携する教育に関する事項
- (6) 学位に関する事項
- (7) その他教務に関し必要な事項

〈図書・学術〉

- (1) 学術情報の編集・管理・活用及び公表に関する事項
- (2) 紀要の編集方針に関する事項
- (3) 学術情報における著作権に関する事項
- (4) 本学の情報推進、管理に関する事項
- (5) 購入図書の選定や図書室の活用等に関する事項
- (6) その他本学の学術情報の運用管理に関する事項

(構成)

第3条 委員会は、次の者で構成する。

- (1) 教務部長
- (2) 学部長
- (3) 学科長又は副学科長
- (4) 図書室長
- (5) 教務部担当部長
- (6) 教務課長
- (7) 研究推進室長
- (8) 学科長が当該学科専任教員の内から指名した者 若干名

2 前項のほか、委員長が推薦し学長が認めた専任職員を若干名置くことができる。

(委員長及び副委員長)

- 第4条 委員会に委員長を置き、学部長を充てる。委員長は委員会を主宰する。
- 2 副委員長は、前条第1号に規定する委員から委員長が指名する。
 - 3 副委員長は委員長を補佐し、委員長に事故等があるときはこれを代行する。

(委員の任期)

- 第5条 第3条第1項第1号から第7号に規定する委員の任期は、役職在任期間とする。
- 2 第3条第1項第8号及び第2項に規定する委員の任期は、1年とする。ただし、再任を妨げない
 - 3 前項の委員に欠員が生じたときに補充する委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員会の運営)

- 第6条 委員会は委員長が召集し、その議長となる。
- 2 委員会は、委員の3分2以上の出席をもって成立する。
 - 3 委員会の議決は出席委員の過半数をもって決し、可否同数の場合のときは議長の決するところによる。
 - 4 委員会は、必要に応じて委員以外の者に出席を求め、その意見を聴くことができる。

(審議結果の報告)

- 第7条 委員会は議事録を作成し、学長及び各委員に報告する。

(専門部会)

- 第8条 委員会は、必要に応じ、常置及び臨時の専門部会を置くことができる。
- 2 専門部会の運用細目は、当該委員会の議を経て、学長が定める。

(委員会の庶務)

- 第9条 委員会の庶務は、教務部が行う。

(規程の改廃)

- 第10条 この規程の改廃は、当該委員会の意見を聴いて、学長が行う。

(雑則)

- 第11条 この規程で定めるもののほか、運用上必要な事項は細則等で委員長が定める。
- 2 前項の運用細則を定めた場合は、運営会議に報告するものとする。

附 則

- この規程は、令和2年4月1日から施行する。

保健衛生委員会 2020年度活動報告

I. 保健衛生委員会の活動方針

保健衛生委員会は、本学の学生及び教職員に関して、以下の事項に関して、委員会で審議し活動を行っている。

- 1) 学生及び教職員の健康の保持増進を図るための基本対策事項
- 2) 学生及び教職員の健康阻害を防止するための基本対策事項
- 3) 学生及び教職員のメンタルヘルス対策に関する事項
- 4) 就労及び就学上の災害の原因並びに再発防止対策に関する事項
- 5) 学生及び教職員の安全並びに健康に関して学長からの諮問に関する事項
- 6) その他学生及び教職員の安全並びに健康に関する事項

II. 委員会委員

草野修輔：作業療法学科教授(委員長)

里村恵子：作業療法学科准教授

坂本俊夫：作業療法学科准教授

杉山真理：理学療法学科講師

秋元美穂：作業療法学科講師

加藤剛平：理学療法学科講師

森本晃司：理学療法学科講師

III. 委員会活動

1. 2020年7月15日に第1回保健衛生委員会を開催した。初めに、保健衛生委員会の各委員の紹介、委員会の活動目的、活動範囲の確認を行った。引き続き、各種検討事項(学生・職員の健康診断、新型コロナウイルス感染症予防対策、

メンタルヘルスケア等)について審議した。

2. 2020年7月20日に第1回臨時保健衛生委員会を開催し、新型コロナウイルス感染予防対策、メンタルヘルスケア、学内での緊急時の対応について審議した。
3. 2020年7月29日に第2回臨時保健衛生委員会を記載し、新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者の基準と対応方法、実技・演習を伴う対面授業にあたっての留意事項について検討した。また日々の体調管理のために自己健康管理票を作成した。
4. 2020年8月12日に、第2回保健衛生委員会を開催し、保健衛生委員会調査票(実技・演習/校内・外の緊急事態)、自己健康管理票の提出状況、保健室の利用状況などについて報告があった。また夏季における猛暑対策について検討された。
5. 2020年8月24日に第3回臨時保健衛生委員会を開催し、新型コロナウイルス感染予防対策に関連し、学生の発熱時の対応方法や連絡方法、学内での感染予防のための各種注意喚起のための掲示物を検討した。
6. 2020年9月14日に第3回保健衛生委員会を開催し、感染症関連廃棄物の処理方法についての報告、実技や演習を伴う対面授業における教員の対応についての調査報告がなされた。
7. 2020年10月12日に第4回保健衛生委員会を開催し、教員アンケートに対するQ&A報告書を確認した。またメンタルヘルスに関連して、カウンセリング外部委託について検討が行われた。
8. 2020年11月9日に第5回保健衛生委員会を開催し、見学実習にあたっての新型コロナウイルス感染予防対策マニュアルが検討された。また、ストレスチェックをどのように行うか

について検討された。

9. 2020年12月14日に第6回保健衛生委員会が開催され、体験・見学実習実施対応方針について検討を行った。また、大学教職員勤務時間外の緊急時対応の当番教職員について検討を行った。

IV. 委員会活動に関連する資料(サイボウズOffice委員会記録に収載)

1. 新型コロナウイルス感染症に関連した資料
 - 1) 自己健康管理票
 - 2) COVID-19報告書
 - 3) 発熱時の対応フロー
 - 4) 体調不良者の取り扱い

V. 委員会議事録(サイボウズOffice会議議事録に収載)

1. 第1回保健衛生委員会
2. 第1回臨時保健衛生委員会
3. 第2回臨時保健衛生委員会
4. 第2回保健衛生委員会
5. 第3回臨時保健衛生委員会
6. 第3回保健衛生委員会
7. 第4回保健衛生委員会
8. 第5回保健衛生委員会
9. 第6回保健衛生委員会

VI. その他

1. 保健衛生委員会規程(資料1参照)

(文責 草野修輔)

(資料1)

東京保健医療専門職大学保健衛生委員会規程

(令和2年3月23日制定)

(目的)

第1条 この規程は、東京保健医療専門職大学組織規程第18条(委員会)に基づき東京保健医療専門職大学(以下「本学」という.)に設置する保健衛生委員会(以下「委員会」という.)の組織及び運営等に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(審議事項)

第2条 委員会は、次の事項を審議する。

- (1) 学生及び教職員の健康の保持増進を図るための基本対策に関する事項
- (2) 学生及び教職員の健康阻害を防止するための基本対策に関する事項
- (3) 学生及び教職員のメンタルヘルス対策に関する事項
- (4) 就労及び就学上の災害の原因並びに再発防止対策に関する事項
- (5) 学生及び教職員の安全並びに健康に関して学長からの諮問に関する事項
- (6) その他学生及び教職員の安全並びに健康に関する事項

(構成)

第3条 委員会は、次の者で構成する。

- (1) 学生部長
- (2) 総務人事部長
- (3) 学習環境部長及び管理課長
- (4) 学科長が所属学科専任教員の内から指名した者 若干名

2 前項のほか、学長が認めた専任教職員を若干名置くことができる。

(委員長及び副委員長)

第4条 委員会に委員長を置き、学生部長を充てる。委員長は、委員会を主宰する。

2 副委員長は、前条第1項に規定する委員から、委員長が指名する。副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故等があるときは、これを代行する。

(委員の任期)

第5条 第3条第1項第1号から第3号に規定する委員の任期は、役職在任期間とする。

2 第2条第1項第4号及び第2項に規定する委員の任期は、1年とする。ただし、再任を妨げない。

3 前項の委員に欠員が生じたときに補充する委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員会の運営)

第6条 委員会は、委員長が召集し、その議長となる。

- 2 委員会は、委員の3分2以上の出席をもって成立する。
- 3 委員会の議決は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数の場合のときは、議長の決するところによる。
- 4 委員会は、必要に応じて、委員以外の者に出席を求め、その意見を聴くことができる。

(審議結果の報告)

第7条 委員会は、議事録を作成し、学長及び各委員に報告する。

(専門部会)

第8条 委員会は、必要に応じ、常置及び臨時の専門部会を置くことができる。

- 2 専門部会の運用細目は、当該委員会の議を経て、学長が定める。

(委員会の庶務)

第9条 委員会の庶務は、総務人事課(教職員)及び学生課(学生)が協働で行う。

(規程の改廃)

第10条 この規程の改廃は、当該委員会の意見を聴き、学長が行う。

(雑則)

- 第11条 この規程で定めるもののほか、運用上必要な事項は、細則等で別に定める。
- 2 前項の運用細則を定めた場合は、運営会議に報告するものとする。

附 則

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

研究倫理・研究推進委員会 2020年度活動報告

I. 研究倫理・研究推進委員会の活動方針

研究倫理・研究推進委員会は、本学の学生及び教職員に関して、以下の事項について審議し活動を行っている。

- 1) 学内研究の運営と整備に関する事項
- 2) 研究活動における倫理の啓発と不正行為防止の計画立案及びその実施に関する事項
- 3) 研究活動上の不正行為に係る調査に関する事項
- 4) 科学研究費補助金等外部の研究資金の導入に関する事項
- 5) その他、研究活動の倫理的遂行及び推進に関する事項

II. 委員会委員

- 草野修輔 : 作業療法学科教授 (委員長)
佐藤 章 : 作業療法学科教授
田畑 稔 : 理学療法学科教授
佐々木博之 : 作業療法学科教授
鳥居昭久 : 理学療法学科准教授
小野寺哲夫 : 作業療法学科准教授
武井圭一 : 理学療法学科講師
有菌暢子 : 理学療法学科助教

III. 委員会活動 (詳細は議事録を参照)

1. 2020年8月24日に第1回研究倫理・研究推進委員会を開催した。初めに、保健衛生委員会の各委員の紹介、委員会の活動目的、活動範囲の確認を行った。引き続き、研究倫理審査のフローチャートの確認、研究倫理教育・コンプライアンス教育プログラムの検討を行った。また利益相反マネジメント規程の確認と、利

益相反自己申告書の様式についても検討を行った。さらに個人研究費規程の確認を行った。

2. 2020年9月8日に第2回研究倫理・研究推進委員会を開催した。第1回目の委員会で提案された各種書類についての確認と、研究倫理審査申請書様式について審議した。
3. 2020年10月19日に第3回研究倫理・研究推進委員会を開催した。研究倫理審査申請書の最終確認を行った。
4. 2020年11月16日に第4回研究倫理・研究推進委員会を開催した。研究倫理・研究推進委員会のメンバーについて有菌暢子助教が、新たに委員として加わる案件について了承された。研究倫理教育及びコンプライアンス教育プログラムの状況報告があった。利益相反に関する自己申告の取り扱いについてについて検討された。理学療法学科の先生から研究倫理申請があり、その申請の取り扱いについて審議した。
5. 2020年12月14日に第5回研究倫理・研究推進委員会を開催した。第3回の研究倫理・研究推進委員会に申請があった理学療法学科の先生の研究倫理審査申請について最終審査を行い、承認された。また理学療法学科の先生より新たに研究倫理申請があり、対応を検討した。事務局より研究活動スタート支援の公募について情報提供があった。
6. 2021年1月18日に第6回研究倫理・研究推進委員会を開催した。個人研究費の収支簿・購入フローについて事務局より説明があった。また利益相反自己申告書の提出状況、研究活動スタート支援の学内応募状況についてについて報告があった。理学療法学科から1名、作業療法学科から2名の研究倫理申請があり、取

り扱いについて審議した。

7. 2021年2月8日に7回研究倫理・研究推進委員会を開催した。事務局より利益相反自己申告書の提出状況、研究活動スタート支援の学内応募状況について報告があった。第5回の研究倫理・研究推進委員会に申請があった研究倫理審査申請について審査を行い、一部修正することで承認することとなった。
8. 2021年2月22日に第8回研究倫理・研究推進委員会を開催した。理学療法学科から1名の研究倫理申請があり、取り扱いについて審議した。第6回の研究倫理・研究推進委員会で研究倫理審査を行い、一部修正することで承認された3名について、修正箇所を確認し、最終承認となった。

IV. 委員会活動に関連する資料(サイボウズOffice委員会記録に収載)

1. 研究倫理委員会への各種申請書
2. 研究倫理・コンプライアンス教育プログラム
3. 利益相反自己申告書

V. 委員会議事録(サイボウズOffice委員会議事録に収載)

1. 第1回研究倫理・研究推進委員会
2. 第2回研究倫理・研究推進委員会
3. 第3回研究倫理・研究推進委員会
4. 第4回研究倫理・研究推進委員会
5. 第5回研究倫理・研究推進委員会
6. 第6回研究倫理・研究推進委員会
7. 第7回研究倫理・研究推進委員会
8. 第8回研究倫理・研究推進委員会

VI. その他

1. 研究倫理・研究推進委員会規程(資料1参照)
2. 利益相反マネジメント規程(資料2参照)

(文責 草野修輔)

(資料1)

東京保健医療専門職大学研究倫理・研究推進委員会規程

(令和2年3月23日制定)

(目的)

第1条 この規程は、東京保健医療専門職大学研究倫理規程第12条(研究倫理・研究推進委員会)及び東京保健医療専門職大学組織規程第18条(委員会)に基づき、東京保健医療専門職大学(以下「本学」という。)が設置する研究倫理・研究推進委員会(以下「委員会」という。)の組織及び運営等に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(審議事項)

第2条 委員会は、次の事項を審議する。

- (1) 学内研究の運営と整備に関する事項
- (2) 研究活動における倫理の啓発と不正行為防止の計画立案及びその実施に関する事項
- (3) 事故又は倫理的問題発生の際の必要な処置及び改善策に関する事項
- (4) 研究活動上の不正行為に係る調査に関する事項
- (5) 科学研究費補助金等外部の研究資金の導入に関する事項
- (6) この規程の運用に関する内規・細則及びガイドラインの制定・改廃に関する事項
- (7) その他、研究活動の倫理的遂行及び推進に関する事項

(構成)

第3条 委員会は、次の者で構成する。

- (1) 副学長
- (2) 教務部長
- (3) 学科長又は副学科長
- (4) 研究推進室長
- (5) 学長が専任教員の内から指名した者若干名

2 前項の委員のほか、学長が必要と認めた専任教職員及び外部有識者を若干名置くことができる。

(委員長及び副委員長)

第4条 委員会に委員長を置き、副学長を充てる。委員長は、委員会を主宰する。

2 副委員長は、前条第1項第2号から第5号に規定する委員から、委員長が指名する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職を代行する。

(委員の任期)

第5条 第3条第1項第1号から第4号に規定する委員の任期は、役職在任期間とする。

2 第3条第1項第5号及び第2項に規定する委員の任期は、1年とする。ただし、再任を妨げない。

3 前項の委員に欠員が生じたときに補充する委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員会の運営)

第6条 委員会は、委員長が召集し、その議長となる。

2 委員会は、委員の3分2以上の出席をもって成立する。

3 委員会の議決は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数の場合のときは、議長の決するところによる。

4 委員が利害関係を持つ案件については、当該委員は議事に参加できない。

委員会は、必要に応じて、委員以外の者に出席を求め、その意見を聴くことができる。

(審議結果の報告)

第7条 委員会は、議事録を作成し、学長及び各委員に報告する。

(委員の守秘義務)

第8条 委員は、その職務に基づき知り得た秘密、特に個人のプライバシーに関する事項について、これを守らなければならない。任期後もこの守秘義務は継続する。

(不正行為に対する調査)

第9条 委員会は、次に掲げる場合その他研究者等の不正行為に係る情報を得た場合は、委員会において予備調査を行うこととし、それにより本調査を行う必要があると認められるときは、議決によって委員会が情報提供を受けた日から30日以内に調査委員会を設置し、調査委員会委員を決定する。

(1) 研究者の所属部署等から不正行為の疑いがある旨の報告を受けた場合

(2) 学校法人敬心学園公益者通報保護規程第8条(調査の実施)により管理体制職位者及び学園の内部監査室から通知を受けた場合

(3) 監査その他の方法により研究者の不正行為に係る情報を得た旨の報告を受けた場合

(4) 委員会は、調査委員会による調査マニュアルを策定する

(5) 委員会は、調査委員会の設置や委員等を決定した場合、あるいは調査委員会から報告書の提出を受けた場合には、速やかに関係者に通知する

(異議申し立て)

第10条 委員会の決定及び調査委員会の判定に異議のある者は、30日以内に異議の根拠を明示して、再決定ないし再調査の実施を委員会に申し出ることができる。

2 委員会は、前項にいう異議に理由があると認める場合は、議決によって調査委員会委員を交代するか、調査委員会に再調査を指示することができる。

(調査報告)

第11条 委員会は、調査委員会を設置した旨及びその経緯、並びに調査委員会からの最終報告書、再調査報告書の内容を学長に報告する。

2 学長は、委員会から調査委員会の設置に関する報告があった場合及び調査結果の報告があった場合には、研究費支給の一時停止、公的研究費配分機関への報告、不正行為者の処分手続きその他適宜必要な措置を行う。

(専門部会)

第12条 委員会は、必要に応じ、常置及び臨時の専門部会を置くことができる。

2 専門部会の運用細則は、当該委員会の議を経て、学長が定める。

(委員会の庶務)

第13条 委員会の庶務は、教務部研究推進室が行う。

(規程の改廃)

第14条 この規程の改廃は、当該委員会の意見を聴いて、学長が行う。

(雑則)

第15条 この規程で定めるもののほか、運用上必要な事項は、細則等で別に定める。

2 前項の運用細則を定めた場合は、運営会議に報告するものとする。

附 則

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

(資料2)

東京保健医療専門職大学利益相反マネジメント規程

(令和2年3月23日制定)

(目的)

第1条 この規程は、東京保健医療専門職大学(以下「本学」という.)の教育職員及び事務職員(以下「教職員」という.)が、産学官連携活動等を行う場合における利益相反を適正に管理するために必要な事項を定めるところにより、産学官連携活動等の健全な推進を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この規程における用語の定義は、次の各号によるものとする。

(1) 利益相反マネジメント

教職員が産学官連携活動等を行う上で、その活動や成果に基づき有する利益が本学における利益または責務を損なうことのないよう適正に管理することをいう。

(2) 産学官連携活動等

産学官連携活動を含む社会貢献活動をいう。

(適用範囲)

第3条 この規程は、本学の教員に適用する。

(利益相反マネジメントの対象)

第4条 利益相反マネジメントは、次に掲げるものを対象とする。

(1) 教職員が、企業又は団体(以下「企業等」という.)と産学官連携活動等を行うもの。

(2) 教職員が、企業等から一定額以上の金銭又は株式等を取得するもの

(3) 教職員が、企業等から便益の供与を受けるもの

(4) 教職員が、学生等を産学官連携活動等に従事させるもの

(5) その他次条に規定する利益相反マネジメント委員会が、利益相反マネジメントの対象とすることを認めたもの

(利益相反マネジメント委員会の設置)

第5条 利益相反を適正に管理するため、研究倫理・研究推進委員会のもとに、利益相反マネジメント委員会(以下「委員会」という.)を置く。

(委員会の審議事項)

第6条 委員会は、次の各号に掲げる事項について審議する。

(1) この規程の見直し並びに細則の制定・改廃に関する事項

(2) 「利益相反自己申告書」(以下「申告書」という.)に関する事項

(3) 利益相反マネジメント対象者に対する審査・通知・指導及び勧告に関する事項

- (4) 公的研究費申請における利益相反に関する事項
- (5) 利益相反についての情報公開に関する事項
- (6) その他利益相反に関する重要事項

(委員会の組織)

第7条 委員会は、学長が指名する委員若干名をもって組織する。

- 2 学長は、委員の中から委員長を指名する。
- 3 委員会に外部委員を置く。
- 4 委員の任期は2年とする。ただし、再任を妨げない。

(委員会の開催)

第8条 委員長は、委員会を開催しその議長となる。ただし、委員長に事故がある場合は、あらかじめ委員長が指名した委員がその職務を代行する。

- 2 委員会は、特に支障がない場合は、電子メール等の電子媒体により会議を行うことができる。
- 3 委員会は、委員の半数以上の出席をもって成立し、議事は、出席者の過半数をもって決する。
- 4 委員会が必要と認めるときは、委員以外の者の意見を聴くことができる。
- 5 委員会は、原則として年1回開催するほか、必要に応じて開催する。

(利益相反自己申告書の提出)

第9条 教職員は、所定様式の「利益相反自己申告書」(以下「申告書」という。)を毎年提出しなければならない。

- 2 委員会は、提出された申告書を5年間保存するものとする。

(利益相反マネジメントの対象)

第10条 利益相反マネジメントの対象は、教員が次の各号のいずれかに該当する活動を行う場合とする。

- (1) 科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金・科学研究費補助金)、厚生労働科学研究費補助金等の公的研究費に係る研究費の申請又は公的研究費による研究を実施する場合
 - (2) 企業等の受託研究・共同研究・奨学寄付金・寄附講座等を受入れて行う外部研究において、1企業等から受入れる金額が一定の額を超える場合
 - (3) 1企業等から受ける教員の収入(診療報酬を除く)が一定の額、又は一定の比率を超える場合
 - (4) その他、次条に規定する委員会が指定する場合
- 2 前項第三号の教員には、教職員の配偶者及び一親等の者を含むものとする。
 - 3 第1項第2号及び第3号の一定の額又は一定の比率については、別に定める。

(利益相反の審査及び通知)

第11条 委員会は、申告書の内容が第10条第1項の各号のいずれかに該当する場合は、利益相反との関係について審査を行い、その結果を学長に報告するとともに申告した教員に通知するものとする。ただし、管理対象者であっても、利益相反の可能性のないものは、「特に問題なし」とし、審査結果は、通知しない。

2 審査の結果の種類は、以下のいずれかとする。

(1) 助言

軽微な問題が予想される場合で、注意喚起のための助言を行う必要があるとき

(2) 指導

問題があるか、又は予想される場合で、回避のために具体的な対策を指導する必要があるとき

(3) 勧告

重大な問題があるか、又は予想される場合で、直ちに回避行動を取るための勧告を行う必要があるとき

3 前項の規定により指導、又は勧告を受けた申告者は、その内容に不服があるときは、所定の書式により委員会に再審査を請求することができる。

4 委員会は、前項の再審査の請求を受けたときは、速やかに再審査を行うものとする。

5 委員会は、再審査の結果を学長に報告する。

6 学長は、前項の報告を受けた後、速やかに当該活動について改善の必要があると認めるときは、当該申告者に対して改善を命じ、改善の必要がないと認めるときは、改善勧告を取消し、その旨を通知するものとする。

7 審査の基準及び助言・指導・勧告の内容、通知並びに再審査請求の方法等については、細則に定める。

(委員等の義務)

第12条 委員会の委員は、職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。その職務を退いた後も同様とする。

2 第13条に規定する庶務を行う者及び第8条第4項の規定により委員会に出席を求められた者については、前項の規定を準用する。

(委員会の庶務)

第13条 委員会の庶務は、教務部研究推進室が行う。

(規程の改廃)

第14条 この規程の改廃は、研究倫理・研究推進委員会の議を経て、学長が行う。

(雑則)

第15条 この規程に定めるもののほか、運用上必要な事項は、細則等で別に定める。

2 前項の運用細則を定めた場合は、教授会及び運営会議に報告するものとする。

附 則

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

教育課程連携協議会 2020 年度活動報告

令和3年1月26日(火)13時30分～15時30分、
第一回 東京保健医療専門職大学 教育課程連携協
議会を本学会議室及び Zoom を併用し開催。以下
に本協議会の位置づけ及び当日の内容等について
報告する。

I. 教育課程連携協議会の位置づけにつ いて(本学の設置の趣旨より)

専門職大学設置基準第11条に基づき、業界・
産業界及び地域社会との連携により、教育過程
を編成し、本学の管理運営を円滑かつ効果的に実
施するために「教育課程連携協議会」を設置する。

教育課程連携協議会に関する事項は、「教育課
程連携協議会運営規程」に定める。

2020(令和2)年4月1日に教育課程連携協
議会を設置し、産業界等との連携を図り、教育課
程を自ら開発、開設、改善のため不断の見直しを行
う。

(1) 審議事項

教育課程連携協議会では、次に掲げる事項につ
いて審議する。

- 1) 業界、産業界及び地域社会との連携による
授業科目の開設その他教育課程の編成に関
する基本的な事項
- 2) 業界、産業界及び地域社会との連携による授
業の実施その他教育課程の実施に関する基
本的な事項及び実施状況の評価に関する事
項
- 3) 「本学の自己点検・評価及び文部科学省の第
三者評価機関による第三者評価」の結果に
関する事項

(2) 構成員(20人)と任期

教育課程連携協議会の構成員と任期は以下のと

おり

| 構成員の種類 | 任期 | 人数 |
|--|----|------|
| 学長が指名する教職員 | 2年 | 5人 |
| 本学の教育課程に係る職業に就いて いる者又は当該職業に関連する 事業を広範囲に行なう団体の関係 者 | | 2人※1 |
| 地方公共団体の職員、地域の事業 者による団体の関係者等 | | 1人※2 |
| 臨地実務実習、その他授業におい て本学と連携する事業者 | 1年 | 9人※3 |
| 本学の教職員以外の者であって学 長が必要と認める者 | | 3人※4 |

※1理学療法士・作業療法士の職能団体より各1名

※2江東区福祉部地域ケア推進課職員

※3実習先8名、授業の共同開発連携企業代表者1名

※4リハビリテーション、社会福祉分野の学識経験者

(3) 年間の開催回数

年2回開催する。さらに必要に応じ、臨時の協
議会を開催する。※但し、2020年度は、コロナ禍
を勘案し、構成員の賛同を得て1回の開催とした。

II. 配布資料について(サイボウズ Office 教育課程連携協議会記録に収載)

【事前送付資料】

教育課程連携協議会 式次第

資料①：大学概要

資料②：教育課程連携協議会構成員名簿

資料③：教育課程連携協議会について

資料④：東京保健医療専門職大学教育課程連携協
議会運営規定

資料⑤：ディプロマ・ポリシーとカリキュラム・
ポリシーについて

資料⑥：教育課程等の概要(理学療法学科)

資料⑦：教育課程等の概要(作業療法学科)

【当日使用資料】

当日資料①：専門職大学における教育課程について

当日資料②：令和2年度 学生状況報告

当日資料③：令和2年度授業実施状況

～コロナウイルス感染拡大の中で～

当日資料④：A先生からの意見

当日資料⑤：B先生からの意見

当日資料⑥：C先生からの意見

Ⅲ. 当日の内容(サイボウズOfficeに議事録を収載)

1. 理事長(小林光俊)挨拶

冒頭挨拶として、本協議会の構成員の先生方への謝辞と本日賜った意見をカリキュラムや教育に活かし、不断の改善を図っていく決意を述べた。

2. 学長(陶山哲夫)挨拶

挨拶を兼ね、専門職大学制度の概要と本学の特色について、資料①を使って説明がなされた。

3. 構成員の紹介と本日の出席状況(事務局)

構成員について、資料②を使用し説明するとともに、本日の出席状況について、会議室での出席5名、オンラインでの出席7名、委任状提出4名の合計16名であり、成立要件で定められる2/3の出席を超えているため、規程通り成立している旨を報告した。

4. 副議長の選出

規程に則り、議長より副議長をリハビリテーション学部長佐藤章に指名していることを報告し了承を得た。

5. 専門職大学における教育課程連携協議会の位置づけ(佐藤学部長)

資料③に基づき、確認を含め説明を行なった。

6. 東京保健医療専門職大学 教育課程連携協議会運営規定について(佐藤学部長)

資料④を使用し、説明を行なった。

7. 本学の教育課程について(鳥居教務部長)

資料⑤⑥⑦及び当日資料①を使用しながら、「ディプロマ・ポリシーとカリキュラム・ポリシーについて」「科目群の説明(基礎科目、職業専門科

目、展開科目、総合科目)について」「専門職大学のカリキュラムと卒業単位について」を説明した。

8. 令和2年度の状況報告

① 学生関係(応募者数、合格数、入学者数、クラス編成等)(佐藤学部長)当日資料②を使って報告

② 授業関係(新型コロナウイルス感染症への対応)(鳥居教務部長)当日資料③を使って報告

③ 地域連携について(佐藤学部長)具体的に上がっている連携項目(出前授業、公開講座、介護予防、高齢者支援、障がい者支援など)をあげ、江東区と地域連携を進めている旨を説明

9. 構成員の先生方からのご意見等

【事前に頂いた先生方の意見等】

① A先生

- ・「学生をいかなる専門職に育成するか」を自由に多角的に論じること(アカデミック・フリーダム)
- ・今後リハビリテーション分野の新任大学教員が「教育学」履修が必要となることに鑑み、既存教員にも履修を勧奨すること
- ・キュア・ケア対象者を全人的に掌握する能力を涵養するために「専門科目」と「教養科目」の均等性を重視すること
- ・「大器晩成型」でも、自身の関心のある分野だけでなく、広い視野で全体像を十分に把握できるような有能な人材を輩出するという専門職大学の理念を実践する覚悟を持って育成に臨んで欲しい。
- ・教材選択では、学科会議での審議などを通じ、学生が利用し易い、公正で偏りのない選択をすること。

② B先生

- ・予てより協力頂いている教職員の方々に加え、学生の皆さんの当センターの利用者支援を含めた障がい者スポーツ事業への協力を検討頂きたい。

③ C先生

- ・専門分野のリーダーを養成することに鑑み、

選抜段階で十分な能力を持つ、生徒を見抜いて欲しい。

- ・一般大学との違いを前面に出すため、実践分野のカリキュラムに重点に置くべき（具体的な複数のポイントを提示）
- ・大学と地域が共生する具体的なプランの提示して欲しい。

【当日頂いた先生方の意見等】

④ D先生

担当している「社会人基礎力」の授業で、学生が障がい者の作業場を見学した際に「障がいを持った人が、何でその作業が出来るのか」「どのようにすれば作業がし易いか」など興味を持ち、目を輝かしていた。リハビリのその先で働くための支援、QOLを向上させるための支援について思いが至った様子だった。共生社会を目指す中で、単に技術やスキルだけでなく、社会で人と関わる態度を学ぶ機会を提供していきたい。

⑤ E先生

知的障がい・身体障がい・高齢者など、年齢、人種等様々な方の支援を行っており、また生活の場も持っている。学生たちに来てもらい、是

非障がいを持った人達と生活を共にするという体験を持って欲しい。

⑥ F先生

- ・現場の若い人たちはチームアプローチにおいて苦手な方が多く、そのため仕事から離脱してしまうので、より一層重点的にやって欲しい。
- ・地域性は大きなテーマであり、地域を如何に理解するかも大切であり、この点にも注力頂きたい。

※各先生方の意見に対し、本学教員の構成員よりコメントをし、意見交換・協議を行った。

10. 理事長より構成員の先生方の意見に対し謝辞を述べ、今後引き続きのご指導の依頼を行った。

IV. その他

1. 学生委員会規程（資料1参照）

（文責）

- ・林 正志（東京保健医療専門職大学・事務局長 兼 学校法人敬心学園 本部副本部長）

(資料1)

東京保健医療専門職大学教育課程連携協議会運営規程

(令和2年2月17日制定)

(目的)

第1条 この規程は、専門職大学設置基準(平成29年文部科学省令第33号)第11条及び東京保健医療専門職大学(以下「本学」という.)の「東京保健医療専門職大学学則」第29条(教員課程連携協議会)に基づき、産業界及び地域社会との連携により、教育課程を編成し、円滑かつ効果的に実施するため、教育課程連携協議会(以下「協議会」という.)を設置し、協議会の組織及び運営等に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(審議事項)

第2条 協議会は、学長の諮問機関として、次に掲げる事項について審議し、学長に意見を述べるものとする。

- (1) 産業界及び地域社会との連携による授業科目の開設、その他教育課程の編成に関する基本的な事項
- (2) 産業界及び地域社会との連携による授業の実施、その他教育課程の実施に関する基本的な事項及び実施状況の評価に関する事項
- (3) 本学の自己点検・評価及び第三者評価機関による第三者評価の結果に関する事項

(構成)

第3条 協議会は、次の者をもって構成する。

- (1) 学長が指名する教職員
 - (2) 学部長及び学科長
 - (3) 本学の課程に係る職業に就いている者又は当該職業に関連する事業を行う者による団体のうち、広範囲の地域で活動するものの関係者であって、当該職業の実務に関し、豊富な経験を有する者
 - (4) 地方公共団体の職員、地域の事業者による団体の関係者、その他の地域の関係者
 - (5) 臨地実務実習その他の授業科目の開設又は授業の実施において本学と連携する事業者
- 2 本学の教職員以外の者であって学長が必要と認める者

(議長及び副議長)

第4条 協議会に議長を置き、学長を充てる。学長は協議会を主宰する。

2 副議長は、前条第1項に規定する構成員から議長が指名する。

3 副議長は、議長を補佐し、議長に事故等があるときは、これを代行する。

(構成員の任期)

第5条 第3条第1項第1号及び第3号から第5号に規定する構成員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

- 2 第3条第1項第2号に規定する構成員の任期は、役職在任期間とする。
- 3 第3条第2項に規定する構成員の任期は1年とする。ただし、再任は妨げない。

(協議会の運営)

第6条 協議会は、議長が必要と認めたときに開催する。

- 2 協議会は、構成員の3分の2以上が出席した場合に成立する。協議会の議決は、出席者の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。
- 3 協議会の議事録を作成し、学長の承認を得るものとする。
- 4 学長は、協議会の審議事項で、法人の経営会議及び本学の運営会議、教授会に係る事項と判断した場合は、それぞれの会議に報告を行う。

(専門委員会及び専門部会)

第7条 学長は、必要に応じ、常置及び臨時の専門委員会又は専門部会を置くことができる。

- 2 専門委員会及び専門部会の細目は、協議会の議を経て、学長が定める。

(協議会の庶務)

第8条 協議会の議事録作成及び庶務は、教務課が行う。

(規程の改廃)

第9条 この規程の改廃は、規程管理規程第10条(規程改定の手続き)及び第11条(規程の廃止)に基づき、理事会の議を経て、理事長が定める。

(雑則)

第10条 この規程で定めるもののほか、運用上必要な事項は、細則等で別に定める。

- 2 前項の細則等を定めた場合は、理事会に報告するものとする。

附 則

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

東京保健医療専門職大学紀要に関する規程

(名称及び目的)

第1条 東京保健医療専門職大学紀要と称し、英語名を Journal of Tokyo Professional University of Health Sciences とする。

2 東京保健医療専門職大学紀要(以下「紀要」という)は、東京保健医療専門職大学リハビリテーション学部教職員(以下「本学教職員」という)等の学術研究成果を発表することを目的とし、年1回刊行する。

(投稿資格)

第2条 紀要へ投稿できる者は、

- (1) 本学教職員、本学非常勤講師、在職中の研究を発表する本学元教職員
- (2) (1)に定める者を代表著者とする者
- (3) その他、紀要編集部会が必要と認めた者

(原稿の種類)

第3条 紀要に投稿できる原稿の種類は、下記のとおりとする。

(1) 総説

特定の主題について最近の研究成果を広い視点から整理、位置づけし、その研究の流れの理解に資するもの

(2) 原著

他の学会誌等に未発表のものとし、調査・研究に関する論文で、独創的な内容あるいは新しい事実を含み、研究結果の意義が大きいもの

(3) 短報・症例報告・研究報告

調査・研究に関する論文で、内容的には原著には及ばないが、資料として今後の研究に有効と判断されるもの

(4) 研究・教育・社会活動の報告

本学における研究・教育・社会活動の報告で、記録にとどめ情報を共有する価値のあるもの

(5) 事業報告等

本学における研究・教育・委員会事業・学術集会等の報告

(6) その他

紀要編集委員会が認めたもので、「特別寄稿」「研究動向」「書評」「翻訳」「研究雑感」など、投稿者がジャンルや名称を指定できるもの

(倫理的配慮)

第4条 人が対象である研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。

(利益相反(COI))

第5条 特定の企業や団体により依頼された研究や試験の場合は、研究実施者と関係する企業や団体との利害関係を開示する必要がある。応募時に、所定の用紙に利益相反の有無を記載し、紀要編集委員会に報告

する。利益相反がある場合には、その旨を論文末に記載する。（該当しない場合は「開示すべき COI はない」と記載する）

（論文の掲載の可否）

第6条 研究論文については投稿原稿の内容は未発表のものに限る。ただし、学会発表など、学術論文ではない形で公表した研究については、その旨（学術集会名、発表日など）を明記すれば掲載可能とする。

2 投稿原稿の採否、採用決定日、掲載順は査読を経て紀要編集部会において決定する。

（不正行為の防止）

第7条 投稿原稿中に示されたデータや調査結果等において、捏造、改ざん、盗用を行ってはならない。また、他の学術誌等に既発表または投稿中の論文と本質的に同じ論文を投稿（二重投稿）してはならない。投稿された原稿中にこれらの不正行為があると研究・紀要編集部会で認められた場合、該当の原稿を本誌から取り下げる措置を行う。

（著者校正）

第8条 著者校正は原則1回とし、印刷上の誤り程度に留め内容の大幅な変更や加筆は認めない。

（著作権等）

第9条 紀要に掲載された著作物の著作権は、東京保健医療専門職大学に帰属する。ただし、著作者自身は、出典を明記したうえで、自らの論文等の全部又は一部を利用することができる。なお、紀要の電子化については了承したものとする。

（経費）

第10条 紀要発刊に要する経費は、原則として紀要編集部会経費とする。

（執筆要領）

第11条 執筆要領は以下とする。

- (1) 和文原稿は原則として A4 版の横書きで 40 字×40 行 (1600 字) とする。総説、原著には和文要旨 (800 字以内) および英文要旨 (400 語以内) をつける。短報・症例報告・研究報告・その他には和文要旨 (800 字以内) をつける。
- (2) 英文原稿は A4 版でダブルスペースとする。総説、原著、短報・症例報告・研究報告には英文要旨 (400 語以内) をつける。なお、英文は投稿者の責任において専門家の校閲を受けたものが望ましい。
- (3) 原稿には表題、著者名、所属、連絡先（郵便番号、住所）を付記し、キーワード 5 語以内（表題、著者名、所属、キーワードには英文付記）を添える。著者、所属機関が複数の場合は、各著者名の末尾に番号を算用数字で順に付すとともに、対応する所属機関名を番号順に列記する。下半分には原稿の種類、原稿、図、表の枚数、連絡責任者の氏名、宛先、電話番号を明記する。
- (4) 図表は本文とは別に一表一図ごとに A4 版紙を用いて作成し、本文中に挿入する箇所を欄外に赤字で記入する。原図は、そのまま製版が可能なものとする（ただし、デジタル化したものを用いる場合は、掲載決定後に別途指示する）。
- (5) 原稿は、表題・要旨・キーワード以下、緒言（はじめに/まえがき）、研究方法（方法と対象・材料等）、

研究結果(研究成績), 考察(考案), 結語(おわりに/あとがき), 文献といった構成に準じる。

- (6) 文章は楷書・横書き, 口語体, 現代かなづかい, 数字は算用数字, 単位は国際単位系(SI単位)を中心に, 慣用的な表現を用いる。(例)長さ:m, 質量:kg, 時間:s, 温度:℃, 周波数:Hz 外国語名(地名, 人名, その他)は, 原則として原語を用い, 略語はカッコ内にフルスペルで記載する。
- (7) 参考文献は本文中での引用順に配列して一連番号を付して一覧とする。本文中では引用箇所の右肩にこの番号を1)のように記す。文献の省略は公の省略法(Index Medicusなど)に従う。引用文献の著者名が4名以上の場合は最初の3名を書き, 他は・他, またはet al. とする。
- (i) 雑誌の場合: 著者名. 題名. 雑誌名. 発行年; 巻(号): 頁.
- 1) 大嶽昇弘, 林典雄, 山田みゆき・他: 牽引装置の牽引力の再現性について. 理学療法科学. 1988; 13(4): 191-194.
 - 2) Kobetic R, Triolo RJ, Marsolais E.: Muscle selection and walking performance of multichannel FES system for ambulation in paraplegia. IEEE Trans Rehabil Eng. 1997; 5: 23-29.
- (ii) 単行本の場合: 著者名. 表題. 編者名. 書名. 発行所所在地: 発行所, 発行年; 頁.
- 1) 千野直一. 臨牀筋電図. 電気診断学入門. 東京: 医学書院, 1977; 102-105.
 - 2) Rothman KJ. Modern Epidemiology. Boston: Brown and Co, 1986; 56-57.

(投稿)

- 第12条 紀要規程第3条第1項から第3項を投稿しようとする者は, プリントアウトした投稿原稿1部および投稿原稿データを, 10月末日までに紀要編集部会に提出するものとする。
- 2 投稿原稿データは, 原則としてMS WORDファイル形式とする。
 - 3 紀要規程第3条第4項の提出締め切り日等は, その都度, 事務局から連絡する。

(投稿の査読と受理)

- 第13条 紀要規程第3条第1項から第3項の投稿原稿に関して, 紀要編集部会は, 委員会の委嘱した査読者の意見に基づき, その掲載の可否を決定する。
- 2 査読者の選定ならびに委嘱は, 紀要編集部会が行う。

(編集)

- 第14条 紀要の編集は紀要編集部会が行い, 部会長をもって編集代表者とする。

附 則

この規程は, 令和3年1月25日から施行する。

〈論文形式の定義〉

1. 原著

- 1) 独自のデータ、調査、実験等に基づく独創的な知見を含む研究。既存文献を用いたシステマティック・レビューやデータベース等の既存データを用いたものでも、分析手法や得られた知見が独創的であれば原著として扱うことがある。
- 2) 医学・歯学・薬学・看護学・獣医学およびその関連分野に関わる研究、開発、調査で、独創性、新規性のある文献で、著者名と所属機関名が必ず記載されており、目的、対象、方法、結果、考察、結論で構成されているもの。図、表、写真、参考文献を含み、要旨、要約があるもの。

2. 総説

- 1) 特定のテーマについて、主に既存文献を収集・評価し独自の考察や知見を加えたもの。システマティック・レビューのような系統的な選択方法、包含・除外基準、メタ分析等は要求されず文献的考察のみでもよい。
- 2) ある特定の問題について、これまでに発表された重要な文献を、公平で総合的な観点から批判・論評を加え、今日までの進歩のあとや現状が容易に把握できるよう企画した論説
- 3) 特定の主題について多数の文献・情報を渉猟し、その内容をまとめて包括的かつ多角的に説いた論文

3. 短報

- 1) 最終的には原著として公表すべき長期的あるいは大規模な研究成果の一部で、中間報告もしくは早急に公表すべき必要性のあるもの
- 2) 原著あるいは症例報告に準ずるが、簡略内容で報告可能な論文

4. 報告

- 1) 症例報告とは、単独症例あるいは複数の症例経過に考察を加えた報告
- 2) 調査報告とは、アンケートあるいは聞き取り調査等の結果を報告、解説する論文

5. 研究・教育・社会活動の報告

- 1) 各学部における研究及び教育に関する年間と通じた報告
- 2) 各学部における社会活動に関する報告

6. 事業報告

- 1) 各種委員会における事業報告

7. その他

- 1) 紀要編集部会が認めたもので、「特別寄稿」「研究動向」「書評」「翻訳」「研究雑感」など、投稿者がジャンルや名称を指定できるもの

東京保健医療専門職大学 紀要査読規定

1. 審査の目的

投稿された研究論文が本学紀要に掲載するにふさわしいか否かを審査基準に基づき判断する。

2. 審査基準

投稿された論文は、以下の項目に照らして査読者が総合的に審査する。

- 1) 論理性：論旨の展開が明快で、記述が簡潔・明瞭であること。
- 2) 新規性：内容に新たな知見が盛り込まれていること。
- 3) 信頼性：結論等を信頼するに値する客観的な考察が示されていること。
- 4) 有用性：得られた結論・経過が学術領域あるいは実社会において有用であること。

3. 査読者

- 1) 原則として、総説、原著論文に対しては、紀要編集部会が指名する2名の査読者、その他に対しては、1名の査読者が審査基準に基づき審査にあたる。
- 2) 査読期間は紀要編集部会から送付されて1ヶ月以内とする。
- 3) 査読適格者の氏名は非公開とする。
- 4) 著者の氏名及び所属等は査読者に知らせない。
- 5) 査読者と投稿者との直接の接触は許容されず、必ず紀要編集部会を介する。

4. 判定

査読者の審査結果に基づき提出論文は以下のいずれかに判定される。査読者の意見が割れた場合には紀要編集部会長がこれを決する。

- ① そのままで掲載
- ② 一部、修正・加筆が必要であり、指摘事項を修正したことを査読者および紀要編部会長が確認して掲載
- ③ 掲載不可

※ ②と判定された論文の投稿者には掲載条件が指示される。投稿者が指示に従い修正したことを査読者、紀要編集部会長が確認すれば掲載に分類される。投稿者に異論がある場合には、論拠を紀要編集部会長に文書をもって提出し、紀要編集部会で審議の結果、提出文書が適切であると判断されたなら掲載に分類される。修正・加筆が十分でなく、また異論根拠が文書で提出されない場合には「③掲載不可」に分類される。

以上

2021年1月25日作成

編集後記

紀要編集部会 部会長 田畑 稔

東京保健医療専門職大学紀要第1巻第1号(創刊号)の編集を全うするにあたり、とても貴重な論文を御投稿頂きました先生方ならびに原稿を御依頼させて頂きました先生方へ、紀要編集部会から心より感謝を申し上げます。2020年4月1日、東京保健医療専門職大学が開学した途端に、新型コロナウイルスによる世界的パンデミックに被り、日本中の大学が遠隔授業へ移行するとともに、全教員が(information and communication technology: ICT)教育のスキルを向上することを差し迫られ、研究活動の進捗にとっても難渋した年となりました。このため、紀要編集部会の活動開始も遅れに遅れ、2020年度末より編集作業が始まりましたが、無事に沢山の御寄稿を賜り、混沌とした状況の中でも研究活動へしっかり従事されている先生方を拝見するに、巻頭言で陶山学長よりリハビリテーションによる医学モデルへのアプローチと、社会的モデルや地域生活モデルの研究・教育を推進し、地域社会へ貢献する実践的人材を育成する東京保健医療専門職大学教職員の真骨頂を垣間見たような気がします。

紀要編集委員

田畑 稔, 草野修輔, 片岡幸彦, 猪俣英輔, 菊池みほ, 大矢暢久, 杉山真理, 富田義人

禁無断転載

東京保健医療専門職大学紀要 第1巻 第1号

発行日 令和3年3月31日
発行 東京保健医療専門職大学
〒135-0043 東京都江東区塩浜2-22-10
TEL 03-6272-5671(代)
MAIL kiyo@tpu.ac.jp
URL <http://www.tpu.ac.jp>
編集 東京保健医療専門職大学紀要編集部会
印刷 株式会社 平河工業社
