

ヒューマンサービス研究会

ヒューマンサービス研究 11

Journal of Human Services 2021



神奈川県立保健福祉大学

ヒューマンサービス研究会

ヒューマンサービス研究 11

Journal of Human Services 2021

神奈川県立保健福祉大学

ヒューマンサービス研究 11 目次

第 11 回ヒューマンサービス研究会記録

ヒューマンサービス・シンポジウム

シンポジスト

..... 高橋幸子、三橋直樹、小野達也
藤井伸行、田口健介、稲留由美

コメンテーター

..... 村上明美、菅原憲一、中村丁次

総括

..... 大谷泰夫

司会

..... 隆島研吾 4

ヒューマンサービス研究会入会案内..... 53

編集後記 55

本冊子は、2021年11月7日（日曜日）に神奈川県立保健福祉大学ヒューマンサービス委員会が主催した「第11回ヒューマンサービス研究会」におけるヒューマンサービス研究に関するシンポジウムの記録を収録したものである。

シンポジウム

ヒューマンサービス・シンポジウム

「ヒューマンサービスと実践－専門職の視点から」

シンポジスト	高橋幸子 ¹⁾ 、三橋直樹 ²⁾
	小野達也 ³⁾ 、藤井伸行 ⁴⁾
	田口健介 ⁵⁾ 、稲留由美 ⁶⁾
コメンテーター	村上明美 ⁷⁾ 、菅原憲一 ⁸⁾
	中村丁次 ⁹⁾
総括司会	大谷泰夫 ¹⁰⁾
	隆島研吾 ¹¹⁾

隆島：

それでは時間になりましたので、第11回ヒューマンサービス研究会を開催いたします。

皆さん、こんにちは。私は、神奈川県立保健福祉大学のヒューマンサービス委員会を仰せつかっている隆島と申します。本日は、この第1部の司会を担当させていただきます。よろしくお願いいたします。



¹⁾ 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科卒業生

²⁾ 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科卒業生

³⁾ 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部社会福祉学科卒業生

⁴⁾ 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部リハビリテーション学科理学療法専攻卒業生

⁵⁾ 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部リハビリテーション学科作業療養専攻卒業生

⁶⁾ 神奈川県立保健福祉大学大学院ヘルスイノベーション研究科修了生

⁷⁾ 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部長

⁸⁾ 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学研究科長

⁹⁾ 神奈川県立保健福祉大学学長

¹⁰⁾ 神奈川県立保健福祉大学理事長

¹¹⁾ 神奈川県立保健福祉大学教授

本ヒューマンサービス研究会は年に1回開催しており、今年で第11回を迎えました。このヒューマンサービスというのは、本学の理念であり、本研究会は、「ヒューマンサービスとは何か」ということを継続的に検討し、皆さんとともに育てていこうという会です。

今回は、「ヒューマンサービスと実践－専門職の視点から」というテーマにいたしました。本学も、来年で開学20周年を迎え、すでに1期生・2期生・3期生の方々が14～15年、現場で働かれています。

この機会に、今日は本学の卒業生をお迎えして、実践活動の中からヒューマンサービスというものを一緒に考えていこうではないかということで、このシンポジウムを企画しました。

本学の大学院は保健福祉学研究科、SHIという2つがあります。SHIの修了生も昨年度は第1期生が出たということで今日はお1人、そちらの方にもスピーカーとして参画していただいています。

時間が限られていますので早速、発表のほうに移らせていただきたいと思います。シンポジストは6名の先生にお願いしています。

最初は、看護学科1期生の高橋幸子先生です。この他に、栄養学科・社会福祉学科・リハビリテーション学科の理学療法学専攻、作業療法学専攻、SHIの方ということで6名のスピーカーに順次、発表をしていただきます。

お1人、15分弱ぐらいで発表していただきまして、その後で今日は総合討論に移らせていただきたいと思います。まずは、高橋先生のほうから最初の発表をお願いしたいと思います。では高橋先生、よろしくお願いします。

高橋幸子氏（看護学科1期生）

高橋：

初めまして。お久しぶりです。看護学科・1期の高橋です。よろしくお願いします。

普段は、あらためて「ヒューマンサービスとは」などと、あまり真面目なことは全く考えずに仕事をしています。ですから、このような場で発表をするのは、とても恐縮しています。自分の仕事紹介というぐらいに、気楽な感じで聴いていただければ幸いです。

写真は、去年の夏にコロナ禍でどこにも遊びに行けず、訪問先のご家族からプールに入れてあげたいとのご希望があ



り、妹ちゃんと一緒にプールでパシャパシャしているシーンです。

私も、どこにも行けぬ夏でしたから、この日が楽しい夏の思い出となりました。この後はビシャビシャにぬれたまま、みんなでお風呂場に直行しています。

さて、時は戻って少し私の経歴、自己紹介をさせていただきます。大学を卒業してから実習先でもあった、こども医療センターに勤めました。とてもハードな現場で毎日忙しく、それなりにてきぱき仕事をするようになったものの、気が付いたら仕事を「こなしている」ことに気付いて、こなすような仕事はしたくないと悩み始めました。

私たちの仕事は、量ではなく質だと習ったのにと少し悩んでいました。それで、もっとゆったりお子さんやご家族と関わる時間を持ちたいと思うようになり、今に至ります。病院をいったん辞めたときは、ふらりと少しオーストラリアなどにも行ったのですが、その辺は割愛します。

今は、小児専門の訪問看護をしています。お子さんやご家族にとって、病院はアウェーのようなものです。お子さんやご家族にとってのホームに私たちがお邪魔する訪問看護は、病院の看護とは何もかもが違う世界でした。話す少し長くなってしまうのですが。

おうちで見るお子さんやご家族はとてもリラックスしていて、いろいろな表情を見せてくれます。ただ、ママは本当に大変で、病院は看護師が2交代や3交代のチームで見ていたものを、パパもご協力してくれたりもするのですが、お1人や24時間待たないでいろいろなことをやらなければなりません。

ちょっとしたことで命を落とす可能性もあり、ごみ出しをすることも、時にはトイレに行くことさえできないこともあります。ママたちは、よく膀胱炎になると聞いています。そのような緊張感のある日々の中でも、少しでもほっとできるような支援を今は心掛けています。

ほっと一息といってもどれぐらいの時間なのかと思うと、本来の訪問看護は30分や1時間ぐらいですが、それはお話を傾聴しているだけであっという間に終わってしまいます。

普段、外に出られないママはお子さんの体調や心配なことの相談はもちろん、パパの愚痴や昨日のテレビの話など、いろいろなお話をしたいのです。ゆっくりおしゃべりを聴きつつ、その後にママが休んだり外出ができたりするように長時間の訪問をして、在宅でレスパイト支援ができるようにしています。

もちろん基本的なお風呂などの清潔ケアや医療的なケアもばっちりしてお預かりしています。訪問看護だけでは成り立たないので、居宅介護もプラスして長時間訪問をしています。

例えば、前半の1時間は訪問看護、後半の3時間は身体介護でトータル4時間の長時間訪問というようなかたちでやっています。つまり1回の訪問の中で私は看護師でもあり、ヘルパーにも変身します。

訪問看護は、基本的におうちの中でしか支援はできませんが、ヘルパーになると車内、車

の中で吸引が大変な子の通院介助もできますし、余暇支援でお出掛けもできます。やっている医療的ケアは看護師で給料はヘルパーになってしまうという、いろいろな事情はあるのですけれども。

ここで、ほんの一部ですが、普段の訪問の様子をご紹介します。まずは、超低出生体重児の双子ちゃんです。産まれてから、ご両親、お子さん共にとても頑張ってください私たちは出会うことができました。



皆さん、自分の手のひらを、ぱーにしてください。手のひらと同じぐらいの大きさのお子さんです。お兄ちゃんは399グラム、弟は513グラムで出生しました。たくさんの試練を乗り越えてきました。

とても頑張っておうちに来てくれました。初めてのおうち、たくさんの「初めまして」です。退院前カンファレンスにもスタッフが参加し、在宅医、訪問看護、2ステーションの介入など退院前にもいろいろな準備をしていました。

お兄ちゃんは気管切開に呼吸器、2人とも経鼻チューブが入っています。酸素に呼吸器、吸引モニター、注入ポンプなど、いろいろなものに囲まれています。いろいろなものがあるけれども何よりも、まずかわいくて、かわいくて私はメロメロでした。

この2人は胃腸に逆流があるのか、とにかくよく吐きます。もう訪問中に何回着替えたことか分かりません。遊ぶのはもちろん、寝かしつけも私の大事な仕事です。寝かし付けた後は、ママとパパに静寂をプレゼントしていました。呼吸や脳など心配なこと、不安なこと、つらいこともありながら、でも、とにかく成長がいとおいしく豊かな時間があります。

先ほど話したように、とにかくよく嘔吐をするので移動はヒヤヒヤで、誤嚥（ごえん）をしたらすごく大変です。親御さんが運転をして、私が後ろに乗って吸引などをしながら通院介助をしていました。

これは、付き添った外来の様子です。左というのか、泣いているのはお兄ちゃんです。リハセンで椅子の作成をしていて、人見知りでもとても泣いていました。リハビリのときにクリスマス前は、2人ともサンタの衣装にして楽しく通院しています。

どちらかが入院することもあり、どちらかが外来ということもあり、お留守番も時々していました。鶴見川が近くにあり、お散歩をしている様子です。

これは、お誕生日です。ようやく1歳を迎えて、2歳を迎えて、この間の10月に3歳に

なり保育園に行き始めました。

もう一つの事例を、少し紹介させていただきます。進行性の疾患があり気管切開、喉頭気管分離術という手術をして、呼吸器装着をして再び在宅へ戻るという事例です。本当におうちに帰れるのかと私も不安で、退院して数カ月は、もう訪問看護の枠をはるかに超えた朝から晩までの支援がありました。

ずっと鳴るアラームや気管からの出血、不随意、ほっと一息はいつつけるのかと不安な日々でした。退院がゴールの病院のスタッフに、そういうことが想像できるのかと思っていました。

これは、入院のときの様子です。常に抑制チョッキ、肘関節帯を着けて抑制されています。そして、ほぼ鎮静薬で寝かされていました。入院中に会いに行き、入浴の練習やいろいろなことの確認をしに行きました。でも何よりも、まず先に抱っこをしに行きました。

これは退院して、少し落ち着いてきたときの様子です。抱っこをして一緒にテレビを見たり、おやつを選んだり、排痰のために膝の上で腹臥位をさせながら絵本を読みました。腹臥位というのは腹ばいです。腹臥位一つでも呼吸器や胃ろうがあるので、圧迫させないようなテクニックを駆使しながらやっています。

そして、今年の夏に10歳を迎えることができました。おうちで誕生日会ができたのは、私たちにとっても大きな喜びでした。いろいろなケーキをママが買ってきて、その中からシャインマスカットのケーキを選択して、なかなかお目が高いなと思いました。

おうちの生活には、病院勤務では想像できなかったご家族の力、お子さんの成長がありました。でも本当は、かわいい写真もたくさん紹介しましたが、現実の日常は本当に大変です。制度、支援も全然足りていません。制度上、難しいこともたくさんあります。

難しいこと、不安なことだらけですが、できるだけ「できません」ではなくて、どうしたらできるのか、どうしたらその子にとって良いのか、ご家族にとって良いのかを考え、寄り添うことを諦めないようにしています。

私が見ている子たちは、とてもみんなスーパーかわいくて、スーパーいとおしい子たちばかりです。ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

隆島：

高橋先生、どうもありがとうございました。かわいいご報告でありました。

いろいろと質問等があると思いますが、まず発表をしていただいて、その後で総合討論の中でいろいろな質疑などをしていきたいと思っています。高橋先生、どうもありがとうございました。

では、引き続きまして2番目は、栄養学科・3期生の三橋直樹さんで、オンラインのほう

から参加していただきます。三橋さん、発表をよろしくお願いします。

三橋直樹氏（栄養学科 3 期生）

三橋：

よろしく申し上げます。私は、栄養学科・3期生の三橋直樹と申します。よろしく申し上げます。所属は、医療法人社団三喜会の鶴巻温泉病院という所に勤めています。では、よろしく申し上げます。

まず、当院の概要についてです。回復期療養病棟、回復期リハビリ病棟、医療療養病棟、障がい者・難病リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟など、

さまざまな病棟を有している慢性期のケアミックス型の病院に勤めています。

私の主な業務としては、少し幾つか挙げさせていただいたのですが、栄養管理業務で緩和ケア病棟と医療療養病棟を担当しています。あとは係長業務や療養チームのリーダー、臨地実習の指導です。地域連携・医療ケア研究会というところの秦野、伊勢原地区の管理栄養士の顔が見える関係性づくりをしている研究会がありまして、そちらの役員業務などを行っています。

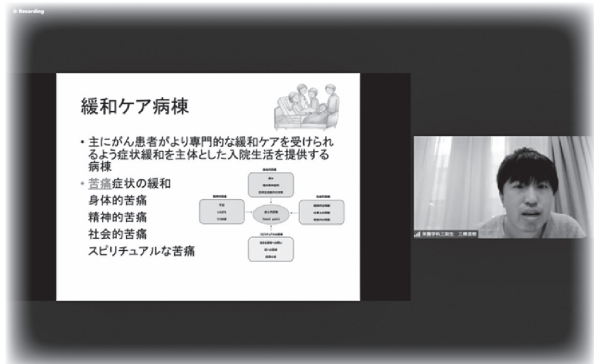
今回はヒューマンサービス論というのか、ヒューマンサービスがテーマのお話ですから「栄養管理業務」の、緩和ケア病棟の栄養管理というところを中心にお話をさせてもらえたらと思っています。

まず、緩和ケア病棟についてです。緩和ケア病棟は、主にながん患者がより専門的な緩和ケアを受けられるように症状緩和を主体とした入院生活を提供する病棟です。

特に、その症状緩和の中で一番大きいのが、苦痛です。苦痛症状の緩和というのがメインになってくるのですが、その苦痛の具体的なものとしては身体的苦痛・精神的苦痛・社会的苦痛・スピリチュアルな苦痛というところなんです。この4つが全身的な苦痛となっていて、その苦痛を緩和するために医療従事者というのか、医療職種がケアを行っているところになっています。

そこで、私が実際にどのように栄養管理をしているかというところを少し説明させていただければと思います。私が、まず一番初めにやること、大事に思っていることは、その患者さんの食に関わる苦痛が何なのかというところを把握することを最初に行っています。

例えば、食欲不振、嘔気・嘔吐がある、腹部膨満がある、味覚障害、疼痛（とうつう）、



嚥下障害、痰の増加、呼吸苦、唾液貯留など、患者さんそれぞれにさまざまな苦痛があります。

そういうところを把握した上で、その患者さんが食べたいと今は思っている状況なのか、食べたいとすると何を食べたいのか、それはどのように工夫したら食べられるのかということの3点を考えて介入を検討していきます。

そこで、この食べられそうというふうになったときには、食事を楽しめるようにできる限り調整を考えていきます。そのときにすごく意識するのは、栄養士ですから栄養補給というのはすごく大事です。

しかし、その栄養補給よりも緩和ケアの患者さんにとっては食事を楽しんでもらうということのほうが大事になってくる場面の方が多いため、食事を楽しんでもらうということをしつかり意識します。

楽しんでもらうためには、やはり好きな食べ物や飲み物はどのようなものがあるのかというのを聴取します。やはり病院食でできる対応はすごく限りがありますので、院内に一応売店があるのですけれども、売店やご家族の差し入れ品に頼るということも意識しています。

あとは必要に応じて持ってきてもらったものを調理、加工して食べやすい状況にするというところを実際に行っています。

少し写真をお示ししています。一番右には「ビールの味わい」と書いてあるのですが、状態としてはかなり嚥下機能なども落ちていて本当に終末期に近いところでした。しかし、ご家族からビールが大好きというところの情報を伺いまして、ビールを少し持参してもらいST介入の下、スポンジブラシでビールを少し湿らせて味わってもらおうというかたちができただけです。

左の下の方はおすしの差し入れというところで、病院食ではなく奥さまがおすしを持参してくださったので、それをお昼の時間に代わりに食べてもらうということをやっていました。

あとは「手作りチャンポン」と書いてあるのですけれども、これは作業療法士さんの介入で調理訓練というところの枠組みの中で実際に食材を買ってもらい、キッチンで食事を調理してもらい、お昼にそれを食べてもらいます。「ちょっと、どれどれ」と言って、スタッフも一緒に食事を共にするということをやっていました。今はコロナ禍で会食というのが難しいのでやっていないところではあるのですけれども、こういう関わりも行っていました。

3つ目が、これは非常に難しいところなのですけれども食事や輸液の中止、減量の判断というところも実際に栄養士が関わっているところになっていきます。これはどのようなときにするのかというと、食事の提供や輸液の投与、経管栄養も含めて、いくことによって苦痛が大きくなるであろうと考えられる場合に関しては、やはり介入をしていきます。

よくテレビや一般の方でも「食べることが生きること」というのは、すごくたくさん聞く

言葉だと思うのです。これも私は一部では正しい言葉というのか、すごく心に響く言葉で、それはやはり食べることは生きていることで、その人にとっての幸せの大きな部分というのは間違っていないと思っているのです。

しかし、これが緩和ケアの患者さんを考えたときに、常にその言葉がいい言葉かと思うと、私はそうは思っていません。時に食べるのが苦痛になってしまい、

「食べることは生きること」というのを正論化してしまうと、患者さんにとってはつらい部分があるのではないかと考えているのです。

食べないことを選んでもらうということも、やはり生きることであるということ意識して患者さんに介入するようにしています。ですから、つらいのなら食べないという方法もあるということをお話ししながら提案することがあります。

全ての患者さんと意思疎通が取れてお話ができるというわけではないですし、終末期で譫妄（せんもう）症状などが出てくると、しっかりとしたご意向を伺えない部分もあります。この意思決定が困難な患者さんの苦痛を、医療職種の一人として患者さんのご家族に説明する、代弁するというのもすごく意識しているところではあります。

ここで、今回のテーマの「ヒューマンサービス」というところに戻ります。この全文は読まないけれども、すごく難しいといいましょうか。これを体現できているのか、実際に働いてそれを理解して動いているかという、全部ではないような気がするのですけれども。また、今はこういう難しい概念のヒューマンサービスというのがあるものなのかというところ

です。実際に、そのヒューマンサービスの理念、重要な考え方というのをベースに私たちは介入していると感じている場面は、終末期の栄養ケアと臨床倫理というところかと思っています。

もしかすると病院や施設、在宅の方で勤めていると経験していることかもしれないのですけれども倫理的に困っていること、私が困ったことを少し例として挙げてみました。

例えば、これは消化管の閉塞（へいそく）です。イレウスがあり本来でしたら絶飲食なのですけれども本人に認知機能の低下があり、やはりジュースを飲みたい、食事を食べたいという訴えがあり経口摂取を強く求める患者さんでした。

2つ目は、発話などの意思疎通が困難な患者さんが経口摂取を拒否しています。例えば口から吐き出してしまう、食べ物を全然飲み込まないというところがあるにもかかわらず、何



とか食べさせてほしいという希望があるご家族です。

3つ目は、予後が限定的で栄養療法の効果が乏しいというタイミングなのですが、やはりしっかりと十分な栄養を取らないと死んでしまうから何とか、輸液などのもので栄養を取ってほしいというご家族です。もしかすると、皆さんもこういう経験をしているかと思います。

これは、やはりすごく難しい倫理的な課題に直面していると思っています。こういうときに患者の意見、ご家族の意見、医療従事者の意見はそれぞれあると思うのですが、誰の考えを優先したらいいのか、どうしたらいいのかと、すごく悩むことが多いと思います。私も、すごく悩みます。

そういうときに、今はうちの栄養科でやっていることとしては臨床倫理の4分割法を使い、この概念に基づきながら少し症例を整理するというふうにやっています。

その4分割法は何を4つに分けているかというと、「医学的適応」の部分と「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」です。今は患者さんとケアに対してどういう見解がなされているかということ、この4つの枠の中で信念対立している部分のところを整理していくというかたちになっています。

今の栄養科では難渋症例でしたら月に1回、その4分割法で症例検討会をやります。例えば、今はこういう情報はしっかり分かっているけれども、こういう情報はまだ分らない、ご家族に話しているときはここを中心に話すというところの整理をしています。

また、少し戻ってしまうのですが、ヒューマンサービスのマインド、うちはその土台が強く、なぜそこが強いのかと思うのです。これは栄養学科ですが、管理栄養士の養成校というのは、あまり医療職種の一部として捉えられていないので、他の大学と比べて医療職種の学科が充実しているのがうちの強みかと思います。

あとは他学科との交流がしっかりあるということで、ヒューマンサービス論もそうですが、事例検討も含めて学科の垣根を越えた討議をしっかりと行っています。そういうところで多職種の働き方や考え方がしっかりとベースにあることで、「多職種の連携」「全人的医療」というキーワードが根付いているのかと思っています。

ですから、少し真面目過ぎるかもしれませんが、私たちに求められているのは全人的医療実践のリーダーになれるかといいますか、ならないといけない人たちなのだとこのをすごく考えています。みんなに、このベースがあるわけではないと働いていて感じます。

そこと少し重複してしまうのですが、働いていて感じていることとしては医療ケアの特に倫理的な困難事例に対しての教科書的な正解はないのではないかと思います。この患者訪問の介入から得られた経験は、それを成功だけではなく失敗も含めて次に活かしていくことがすごく大事です。

あとは、満点を求めてはいけません。確かに、満点を目指すことは大事ですが100点満点などは絶対に取れませんので、その中で80点取れたらいいところです。どこが良くて、どこが悪かったかを振り返ることが、すごく大事だと感じています。

そして、これは当院で少し感じていることなのですが、やはり全人的医療を実践できていないのです。できている医療従事者というのは、すごく少ないと思っています。一緒に働いていて、それはなぜかと思うと、やはり全人的医療が何なのかというのを意識していない場合です。

あとは、それは分かっているけれども、どういうふうに行動をしていくと全人的な医療ができるかということまでに至れない人たちがいるから、なかなか全人的医療に結び付かないのではないのでしょうか。ですから、そういう経験を通じて教育していくことが必要ではないかと思っています。

今年から結構緩和ケアができていますのですけれども他の医療病棟や、例えば回復期リハビリ病棟の中でも、おみとりを経験するケースがありますので、そういうところが今は少し弱みになっているのかと思っています。

経験を学びにというところで実際にどのようなことをやっているのかというと、これは緩和ケア病棟なのですけれども、「思いのノート」というものを作っています。これは患者さんがご逝去された後の数カ月後に、各病棟の担当のスタッフがその患者さんの介入をコメントで振り返るようなかたちです。どの介入が良くて、どの介入が反省であったのかというところを振り返ります。

みんなで話すことで、自分たちの振り返りにもなります。他の職種がどういう関わりをしていたのか、こういう関わりが良かったから患者さんに近いことがあると、そこはリハビリや看護のスタッフに協働して動いてもらうといいでしょうと。そういうところの実践につながる、すごくいい振り返りの場と思っていますので、少し紹介をさせていただきました。

私の今後のテーマといいたいでしょうか、やはり終末期の患者さんを見る機会がすごく多いので、終末期の医療ケアをしっかり行っていきたいです。そのために必要なことは3つあると思っています。

1つは、終末期のタイミングをしっかりと見極めることです。見極めるためには治療の不可逆性で言い方は悪いですが、もう良くなれないということをきちんと知っていないといけません。

例えば、改善困難ながんや臓器不全、老衰など、そのタイミングというのはきちんと分かっていないといけません。これは栄養士が分かっているというよりは少しそこが怪しいと思ったときに、看護師さんや医師という職種にきちんと確認ができることが大事です。

その次に、この ACP（アドバンス・ケア・プランニング：自分が望む医療やケアについて、

前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組み)についてチームで検討ができることです。私は食事というのは結構、ACPに関わってくると思っています。自分で栄養介入をしても食事の摂取量が改善しない、栄養状態が良くなっていかないというのは、多分自分で感じていることで、そこはやはりACPについて考えないといけない一つの目安の部分になると思っています。栄養ケアをするのでしたら、そこにはすごく倫理的視点が必要になってくるというところを意識しなくてはならないと思っています。

その上でACPでは、口からの楽しみを考えていってもらいたい、できる限り栄養を取れるように頑張ってもらいたい、そういうところで具体的にどうしていきたいのかというのは当然違います。

目標に合わせた、具体的な栄養ケアの提案できることが大事だと思います。お楽しみとしての食事や、本当に終末期で栄養摂取が難しくなってきたときに栄養、水分のタイミングなど、そういうところを考えていく必要があります。

少しかぶってしまうのですが、やはり管理栄養士がACPの橋渡し役になれる職種と思っていますし、ならなくてはならない職種と思っています。それはなぜかというと、栄養の状態、栄養補給法、食事の食べた量、摂取状況、摂食・嚥下機能、摂取時の表情や言動、フィジカルアセスメント、病態などを観察している職種だからです。

このように普段見ているアセスメントの項目というのは、ACPのタイミングを見極めるのに必要な情報がすごく多く入っています。ここをしっかりと栄養士が見て、そろそろこの患者さんは食べられなくなってきているから経口摂取だけではなく少し違う、経管栄養にするかどうかは別ですが、そういう状況になっているから一回相談してみませんかというパスを投げられるので、そこをすごく意識することが大事かと思っています。

私の今の個人的な目標としては、やはり当院の終末期医療を全人的医療で質の高いものにしたいと思っています。そのためには終末期というところの意識の共有と、そこで行うケアの標準化が必要です。あとは教育で、みんながそれをできるようになってもらいたいです。

今は、私は栄養科の職員を中心にやっていますが、それは栄養科だけができればいいことではありません。他の看護師さん・介護士・ドクター・リハビリのスタッフなど、いろいろな人が、そこを意識して関わられるようになるとすごくいいと思っています。

終末期のタイミング、そこをしっかりと可視化することも大事かと思っています。がんの患者さんに関してはPPI (Palliative Prognostic Index)などで予後予測というのができたりしますが、非がんの患者さんは予後予測というのが少し難しいといわれています。

実際にACPが必要なタイミングというのは2週間や3週間前の状況ではなく、恐らく予後的に見るのでしたら半年前のところで治療というのか、ケアの方針をしっかりと擦り合わせ

ていく必要があり、そういうところを可視化できるような研究結果が出せるといいと思っています。

私からのシンポジウムの発表は、以上になります。ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

隆島：

三橋さん、どうもありがとうございました。先ほどの訪問看護の症例や今の終末期の症例など、非常に示唆に富んだ発表でした。

それでは、引き続きまして社会福祉学科の小野達也さんに、お願いしたいと思います。

小野達也氏（社会福祉学科4期生）

小野：

「本人の意思との関わり合いを通して巻き起こるもの～深澤裕子さんのエピソードから～」というタイトルで報告をさせてもらいたと思います。社会福祉学科・4期卒業生の小野達也と申します。よろしくお願ひ致します。

私は、在学中は介護福祉士のコースを取っており、大学での学びや、実習・アルバイト・サークル活動などを通して障害福祉に関心を持つようになりました。

その後、卒業後から現在までは、横浜市にある社会福祉法人訪問の家という所に勤めています。この法人の中で最初に配属となったのが、朋という生活介護事業所になります。朋は重症心身障害のある人などが通所する日中活動の場で、ここで支援スタッフとして勤めていました。これは朋のメンバーさんたちとの活動写真の一部ですが、それぞれ医療的ケアがある方がほとんどです。多様な表情が写真に写っていますが、日中活動の機会を通して様々な場面に参加され、活躍があり、色々な人との交流を一緒に持って楽しんでいる状況です。

朋で勤めた後は相談支援に立場を変えて、現在はPACという事業所で相談員として勤めています。PACは「Personal Assistance Center」の略字で、グループホーム・重度訪問介護・相談支援の3事業を三位一体的にして取り組んでいる事業所です。このような事業体となっている背景には、グループホームで生活をされている障害のある方の高齢化、重度化があります。そして様々な困難さがある中でも、本人の暮らしを支え続けていくことや、その支援体制の安定化を目指しています。この中で、私は計画相談支援を行う相談支援専門員として



活動しています。

今回はこのPACでの支援で深く関わることになった、深澤裕子さんという方とのエピソードを通して考えさせられていることを報告したいと思います。深澤裕子さんは、60代の女性で、フォーリーブスの青山孝史さんをこよなく愛している方です。この右上の写真は、ついこの前、青山孝史さんのお墓参りに行かれた時の写真です。この方はグループホームで約27年生活をしていたのですが、2021年3月から一人暮らしを始めています。身体状況としては脳性麻痺があり、全介助を要するため、24時間ヘルパーを利用しながら生活をしています。また、抽象的な会話の苦手さ、筋緊張から言葉が出づらいこと等、コミュニケーションについて配慮が必要であったり、様々な物事を組み立てて考えていくようなところには、部分的に難しさも持たれています。

そういう深澤さんですから、一人暮らしというものも、独力のセルフマネジメントでということではなく、関わる人と共に自分の暮らしをつくっていくというニュアンスがあります。それをどのように形作っていくか、模索的に一緒に取り組んでいる状況があります。一人暮らしの実現は、今年の3月からなされたわけですが、そこまでに何があったのかというところに大事な要素が沢山あったのではないかと思わされておりますので、その部分にフォーカスして話していきたいと思います。

昔の写真が下の左の方に並んでいるのですが、約30年前にはご家族と在宅で過ごされておりました。非常に重要な立場であったお父さんの高齢化があり、家での暮らしを続けるのが困難になったという状況がありました。実際どうするかとなった時に、「施設は嫌だ」ということははっきりとっていました。本当はお家での暮らしを続けたかったそうですが、妥協的な選択として、グループホームを選択したという経緯でした。そうはいつても、これは30年近く前の話ですから、グループホームというものも非常に先駆け的なものであったわけですね。それでも本人にとっては、本意ではない選択でした。

右下の写真はグループホームの時の写真の一部ですが、実際にグループホームではどうだったのかというと、楽しそうではありましたが、楽しんでいる場面も沢山ありました。それでもやはり、私だけの暮らしではないというところは、ずっと引っ掛かり続けていた部分として持っておられました。

この27年間ほどのグループホームの生活の中で、一人暮らしをしたいという希望も何度か表面化したことがありました。しかし、それを受け取った支援者の方も、深澤さんが一人暮らしをしている状況や、それを支えている状況をなかなか描くことができず、結果的には諦めさせるようなやり取りになってきていました。極端な言い方をすると、グループホームの枠の中でより良く過ごせたらというような構図が長くあったということだと思います。

そのような中にある深澤さんでしたが、3年ほど前に通所先の職員との会話の中で「一人

暮らしをしたい」ということを改めて表明してくれました。根っこに持ち続けていた思いを伝えてくれたこと、一人暮らしへの思いを完全に諦めずに持ち続けていたことは非常に重要なことでした。

通所先の職員とのやりとりで、分かりやすい形で思いを表現してくれたのですが、後になって思うと、一人暮らしをしたいという思いのサインは、それまでもずっとあったのではないかと感じています。

例えば、同じホームで同居している女性の名前を引き合いに出しながら、「誰々ちゃんばかり！」というような言い方で、日頃の不満を口にすることはよくありました。そういう発言も、実は「一人暮らしをしたい」という風に言い換えて受け取ることもできたのかもしれないと、後になって思います。

色々な経緯はありましたが、改めて一人暮らしへの希望を再表明してくれた本人でした。ただ、支援者が本当に考えてくれるのかということは、当初は半信半疑だったようです。半信半疑だったのは本人だけではなく、一緒に関わる支援者側もそうでした。本当にできるのだろうかという思いは、ほとんどの人が抱いていたのではないかと思います。

ただ、その希望を聞いたからには、とにかくやれることからやっっていこうということで、行動をし始めました。一人暮らしをしている方のお宅と一緒に伺う、他のホームも見てみる、近くの団地に行ってみる、UR や MIC 等、不動産関係の窓口にお問い合わせをして物件を探してみる、そういったことをやっていきました。下の写真もその時の一幕ですが、物件を見に行ってみて、これは違うなという時には、すごく暗い表情をしていました。逆にこの家はいいなという時は、あからさまに明るい表情になっており、暮らしたい家や場所について、イメージも膨らんでいる様子でした。途中、家族にも手紙を書く等し、私は一人暮らしをしたい、その願いを聞いてほしいといった思いを伝えていました。また、一時的に場所をお借りし、一人暮らしのトライアルを実際に行ったりもしました。

そういう機会を持っていく中で、本人にも変化がありました。ある時、どこに住みたいかといった話題になると、〇〇駅の近くがいい等、具体的な場所を指して話されました。それはなぜですかと聞くと「病院が近いから」といい、そこまでのことを考えているのかということに、とても驚かされたのを覚えています。というのも、最初は非常に漠然とした形で「一人暮らしをしたい」と言っていた感じがあったのです。そこから色々な取り組みを通して、一人暮らしに関する意向がはっきりとしていき、そしてどんどん強くなっている変化を目の



当たりにしました。

そういう中で、本人も“スイッチが入った”というような勢いが出始め、どんどん生き生きとした表情になっていきました。そんな本人の様子に周りも引っ張られていくといいますか、突き動かされていくという感じになり、当初は半信半疑だった雰囲気も変わっていきました。

具体的なアクションと並行してケア会議も度々設けていたのですが、そこに参加する顔ぶれも、最初は身内だけだったところから、徐々に行政や訪問看護が入るなど、よりオフィシャルな形に広がっていきました。本人に後で聞くと、それだけの顔ぶれの人たちが集まってくれて、一人暮らしに向けて一緒に話している光景を見て、「今回はいける！」というようなことを思ったそうです。

また、関係機関の人たちも、ケア会議にただ参加してくれたということではなく、真に仲間になってくれたなという瞬間が、それぞれとの間にありました。こちらの写真は、主治医の先生です。本人が一人暮らしへの思いを先生に告げに行った時は、診察室に入るや否や、全身を突っ張らせ、鬼気迫るような勢いで思いの丈を投げかけていました。先生もそれを聞いて圧倒されたというのか、これだけの強い思いであるということを感じさせられていました。体調的な部分も、色々なことを乗り越えて今がある本人ですが、そんな本人の強い思いや、これからの暮らしということについて、先生もずっと受け入れてくれ、応援する姿勢をその場で返してくれました。実は、先ほど述べたトライアルというのも、先生が提案してくれた取り組みでした。

一番右下の写真は、家族であり後見人でもある弟さんと、今暮らしているお家の契約をしている場面です。実はこの本契約の手前には、ものすごい勢いがありました。後に契約をすることとなる物件を見に行った時、もうこれ以上良い物件はないだろうと、本人も気持ちを決めているような所がありました。その時、勝手にといいますか、もはや後見人にも事後報告で、その場で本人と同行した支援者が、仮契約を済ませて帰ってきました。この時の勢いは、本当にありがたかったといいますか、グループホームを出て一人暮らしを始める、そのことを支えることになるという最終的な覚悟に向けて、背中を押された瞬間でもありました。

こうしたことが例えばあり、色々なことを乗り越えて、あるいは乗り越えずに孕みながら一人暮らしは実現し、まさに今も続いています。この過程から考えさせられたことを改めて報告したいと思います。

深澤さんとの、この一連の過程は、勝手に諦めたり、決め付けたりせずに、本人が何を思っているのかということにまっとうに向かい合おうとしてきたものであったかと思っています。一人暮らしをしたいという本人の意思は一貫してあったわけですが、それは常に同じだったのかということそうではなく、一緒に関わっていくことでどんどんと鮮明なものにつくり上げら

れていったという変化があったと思います。

また、共感する人の輪の確かな広がりを実感したというところも大きなポイントでした。サービスであるけれども人であるということが、大変重要な部分であったと思います。色々な人がその立場、あるいはその人個人として、時に価値観を揺るがされながら混ざり合い、巻き込まれ合った結果としての一人暮らしの実現であったと思います。

深澤さんのような暮らしの形は、残念ながらまだ一般的な選択肢にはなっていないと感じています。そのような中で、深澤さんという人、「個」との関わりを追求することは、地域づくり、社会づくりに確かに繋がっていくものと今は実感しています。というのも、既に深澤さんの周囲には、一人暮らしをしている状況を聞き付けて、私も一人暮らしをしたい！と思い、うずき出している人が生まれ始めているのです。そういう風に深澤さんの存在や、そこに関わってきた状況というのが一つのモデルとして周りに与えている影響が大きくあるのだなということを感じています。

発表時間の関係上、ダイジェスト版で伝えているため非常にスムーズな展開に感じられたかもしれませんが、実際にはお互いに人との関わり合いであるという所で、全く美談ではない部分も沢山あります。色々な葛藤を孕みながらいるのが実際であるということは補足しておきます。

ヒューマンサービスにおいて、そこにいる本人の意思をどのようにくみ取り、それを実際にどう大事にできているのかということが、いつでも立ち返るべき原点なのであろうと思われされます。主役は本人であり、我々はその傍にいる人でしかないのですが、だからといって客観的で誰とでも代替可能な「支援者 A」ということでもないと思います。関わり合いや、対「人」としての関係の中でこそその専門性でありたいと思わされています。

発表は以上になりますが、最後のスライドには、深澤さんの写真をいくつか載せています。色々なストーリーがある深澤さんとの関わりです。ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

隆島：

小野さん、どうもありがとうございました。

本来ですとお一人、お一人共、一つ、一つが1時間か2時間ぐらいの議論をしたいような内容なのですが、本当に申し訳ないのですがそれでも発表を優先させていただきたいと思います。それでは、引き続きまして、リハビリテーション学科理学療法学専攻の藤井伸行さんに発表をしていただきたいと思います。

藤井伸行さん（リハビリテーション学科理学療法専攻1期生）

藤井：

よろしくお願いします。リハビリテーション学科理学療法専攻・1期生の藤井と申します。まずは、簡単に自己紹介をさせていただきます。私は福岡県出身で2003年に県立大学に入学し、2007年の卒業後は横須賀共済病院のリハビリテーション科に入職しました。横須賀共済病院では急性期、回復期リハビリテーション病棟で5年半ほど従事し、2012年11月から現在働いている三浦市立病院に入職し、2015年からは訪問リハビリテーションの担当をしています。



今、私が勤務している三浦市の状況について少しご紹介します。三浦市は三浦半島の先端にあり人口は4万2,000人と少しで年々、1年間に500人から600人ずつぐらい人口が減少しています。昨年は高齢化率も40%を超えまして、年1%ぐらいずつ上昇しているような高齢化が進んでいる市となっています。ただ、風光明媚な所で、このコロナの状況でなかなか開催はできていませんが、お祭り等々はとても盛んに行われている所だと思います。

三浦市には総合病院が、当院1つしかありません。ですから高度急性期では他の病院に入院されて、その高度急性期を終えた患者さんは当院で退院の支援をしながら自宅復帰を目指されています。当院は一般病床96床と、地域包括ケア病床40床があります。前に働いていた横須賀共済病院が大体700床ぐらいあるかと思うので、そこと比べるととても小さな病院にはなるのですが、トップの院長先生から私たちまで、とても近い距離感で働いていると思います。市内に1つしかない総合病院ですので、病診連携や医療と介護の連携等々はすごく進んでいる所の地域ではないかと思っています。

今の私が働いているリハビリテーション科は、PTが12名、OTが4名在籍しています。2013年4月からスタッフが5名から15名で今の人数規模に増えました。そこから、いろいろなリハビリテーションに関わる事業の展開が進んできている、比較的若いスタッフが多い職場になっています。

今回は、ヒューマンサービスに関わる部分で私自身が大切にしていることを3点ほどご紹介させていただければと思います。

1つ目は、先ほど発表された皆さん方もおっしゃっていましたが、どのように生活をしていて、そして生活をしていきたいかという部分です。

まずは、オーソドックスに私たち理学療法士が患者さんやご家族への関わりから触れていきたいと思います。最初に、様々な評価、情報収集をしながら問題となっている点や、今後はどのようにその方が生活をされていくのかという予後予測を行います。そして、そこに向けた目標設定から介入指導等が始まるのですが、その人がどのように生活をされていたか、生活をしていきたいかという部分は常に注視するように心がけています。また、「できる ADL と、している ADL」を区別して考慮することが、その人がどういうふうに住生活をしているかを捉える一つの手段だと思ひます。ご本人の意向、ご家族の意向も重要な部分なので、ご本人やご家族を含め多職種で共有することがとても大切だと思ひています。

私たちが急性期・回復期・生活期という時期を分けながら関わっているかを模式的に示します。もし、急性期で関わる場合には、発症や受傷前に、どのように生活をされていたのかを考えます。どうして今回は発症、受傷をしたのか、どのように生活をされていたのか、今後は自宅に退院するに当たりどのように生活をしていきたいのかというのは、私たちが関わる上でとても土台になる部分だと思ひています。また、私たちが関わる時間というのは1日の中ではすごく短時間ですので、病棟看護師や病棟のスタッフの情報も取り入れながら24時間での生活を考慮するように努めています。先ほど言ったようにリハビリ場面では「できる ADL」をやっても、それが「している ADL」になっているのか、その差がないのか、そのあたりはとても大切に思ひています。そして様々な情報をまとめて短期的・長期的な目標を立て、この人がどうひう改善を図りながら病棟生活を展開していくのがいいのか考え進めていきます。

これは、回復期も同様です。生活期、私が関わっている訪問の場面でも同様とは思ひているのですが、大きく違ひるのは発症、受傷するタイミングから少し離れていますので、そのあたりはできるだけ積極的にどうひう生活をされていたのか、なぜ発症したのか、受傷したのかというのはケアマネジャーさんを通して、ご家族、ご本人から情報収集をするように努めています。また、入院しているときと同様に24時間の中の生活の変化、リズムなどはすごく大切にしています。入院していると看護師さんから24時間の情報が得られやすいのですが、それが生活期ではなかなか難しいことが多いです。ですから、このあたりはご本人、ご家族からできるだけ情報を取るように意識しています。そのため、急性期、回復期でもチームの中にご家族、ご本人を入れましょうという所は多いと思ひます。生活期では特にご家族、ご本人をチームの中に入れて、どうひう生活をしていこうかと考えるのはすごく大切だと思ひています。

ご本人に関わる際に問題となる部分、弱い部分を改善する「ウィークネス アプローチ」のみに走りやすいですが、その人の強みにも焦点を当てる「ストロングア プローチ」も大切にしたいです。好きなこと、得意なこと、自宅での役割をされていたか、していきたいか

というところも焦点を当てて関わっていくことは大切だと思っています。このあたりの強みを知ることは、その人自身の生活をどのようにしていきたいかというところにもつながってくる部分になるので、お話ししながら聞くようにします。どうしても問診のように聞いてしまうと向こうも構えられてしまうこともあるので、お話をする中で、このあたりの強みを感じ取るようにしています。また、ご本人に「ここがあなたの強みですね」というのをそれとなくお伝えしつつ、できるだけ前向きになれるよう褒めつつ一緒に強みを強くしていくというような取り組みも心掛けるようにしています。



私の理学療法士の視点としては「今どのように生活をしていて、どうしていきたいか」に着目しながら、健康面・心身機能・動作・活動、その人が暮らす環境と、その人自身がどういう意欲を持っているのか、主体性を持っているのかというところに関わらなければいけないと思いながら働いています。

次に院内だけでなく院外、地域内で大切になる多職種連携について触れたいと思います。

三浦市の高齢化は進んでいるので、入退院を繰り返す方も多くいらっしゃいます。文献でも、高齢になるにつれて入退院を繰り返すということが示されています。その中で医療や介護の質を担保するには、施設内で職種間、医療、介護福祉が施設管理もシームレスに関わっていくことで質が担保されると考えています。各職種、異なる専門職の立場からの視点で支援しながら、各々どういう情報を得たかというのを共有することが質の担保につながると思います。先ほども言いましたが、1日24時間あるいは1週間の中での状態や、ご本人の意向などに変化があったものを情報共有できると、網の目状に関わりを密に深くできるのではないかと考えています。このあたりはケアマネジャーさん等も私たちのほうに積極的に情報収集をしに来てくれていますし、関わっているところかと思っています。ただ現在、新型コロナウイルスの影響で、入院中の生活状況やリハビリ場面をケアマネジャーさんやご家族が気軽に確認できなくなってしまったのが残念なところかと思っています。

多職種連携を進めるにあたり、全国国民健康保険診療施設協議会が主催している多職種研修のプログラムに数回参加したことを院内や地域で取り組んだこともありますので、ご紹介させていただきます。多職種連携の前提は、連携を進めるけれども何でも話し合いをすれば上手くいくわけではないと言われており、これは実際に感じているところです。共通した目

標をチームで明確にし、各職種の背景が異なることも配慮をしながら関わっていくこと、それぞれの職種を生かし合える関わり方をしましょうと、院内や地域内で少し発信しています。また、多職種の役割も意識した事例検討も行っています。例として、自分の職種以外の職種や患者、家族役をしながら別の職種、自分の職種の役割を考えるとというような事例検討です。最初は少し恥ずかしさがありますが、慣れれば大丈夫です。例えば、自分が訪問看護師になったときに訪問看護師さんに何を求めているのか、あるいは他の職種の人が訪問リハビリテーションのPTをやったときに、どうやっていたかというのを考えながら事例検討に参加します。そして、やった後には各参加者が何を考えていたかというのを出すのです。そういうのを出し合ったときに「ここは、そうだね」など、こういうことを求められているというのを再確認するいい機会になったと思っています。

学生時代を振り返ると、ヒューマンサービス論でも事例検討があったかと思います。この事例検討は4年生の実習が終わった後だと記憶していますが、実習での経験を踏まえて検討することで、各学科の学生が実習で得られた経験から意見を出し合い、学び合う姿勢があったかと思っています。当時は、僕の記憶では情報が少なくて検討をしにくいと思っていたのですが、家にあるそのときのヒューマンサービス論の教科書を開いてみると、かなり情報量が書いてあります。検討しやすいポイントも書いてあるので、それだけ自分なりに成長したのかなというふうに思っています。各学科の学生が専門職の視点でどのようにヒューマンサービスを捉えているか、と言っているのか少し分からない部分もありますが。振り返ると、専門職というのは実習ではこうだったというところを表現する、すごくいい機会であったかと思っています。

私自身は地域での活動の関わりを少ししていますので、こちらについても少くだけ述べたいかと思っています。日本リハビリテーション病院・施設協会のほうで定められている、地域リハビリテーションの定義を共有します。地域でのリハビリテーションというのは、対象は障害のある子どもや成人で「高齢者と、その家族が住み慣れた所で一生安全に、その人らしく生き生きとした生活ができるように関わること」と書いてあります。その推進課題としては、3点ほど載っているのですが今回は「地域づくりの支援」について述べています。日本地域理学療法学会では、「地域理学療法の多面的な関わり」について分類されています。横軸に直接の支援か、間接の支援か、縦軸には個別の支援か、集団の支援かという分類です。地域で関わる場所は間接で集団の支援になりやすいのですが、私たち自身は院内で働いているスタッフが地域に出て、患者さんではなく地域の一般住民の人たちに関わる時にエネルギーをもらうような気がしています。

1つ目は、介護予防啓発事業として「みうら市民健康大学オープンキャンパス」を開催しています。対象は高齢の方になりますが、フレイル・ロコモ度チェック、健康体操・相談、

福祉用具体験という、いろいろな介護予防の内容です。あとは、楽しく笑いながら参加していただきたく、落語やマジックショーも平成27年から令和元年度までやっていました。最初の頃から菊龍師匠には来ていただいて健康的な、健康に関する高座もやっていただけるようなところがありました。なかなかコロナの影響で昨年、今年はやれていないのですが、前回実施した風景を紹介します。この事業には地域の専門職やいろいろな人たちに関わってもらいました。病院だけではなく行政も含め、いろいろな事業所、地域のボランティアの方々と関わると、参加される方々がすごく元気で、すごくエネルギーをもらういい機会であったと思います。いつになるかは分かりませんが、またコロナの影響が落ち着いたら、こういう機会を設けたいと話しているところです。

2つ目は、「みうらの輪」という別の地域内活動です。三浦市は人口減少している中で高齢化も進んでおり、医療・介護・福祉の担い手をどのように育てていけばいいかという課題があります。2019年に実施した「みうらみらい」では、子どもたちを対象に幾つかの職業体験を行ってもらいました。新型コロナウイルスの影響で1回しかできませんでしたが、80～90人ほど参加してもらい、参加されたお子さんたちは積極的にあれをやりたい、これをやりたいと参加をしてもらいました。私のほうでは車椅子や、高齢者体験キットを着けてその辺りを歩いてみるというのをやりましたが、参加をした子の中には「おじいちゃんは、こんな感じなんだね」と言っている子もいました。こういう地域の中の障害を持った方や、高齢者の方の体験を子どもたちにもしてもらおうというのは、その地域の中での年齢層の縦のつながりをつくる意味でも、いい関わりであったと思っています。

今までの発表を通し、何か色々うまくやっているような発表にはなりましたが、そうはいつでもなかなか難しさもあります。ご家族、ご本人の意向が違う、ご本人自身も意欲がなかなか上がっていかない中で、どう生活をしていくのか、終末期への関わりなど難しい部分もあるのですが、そのあたりはこの職業の奥深さだと思って取り組んでいます。

最後になりますが、今回は自身の理学療法士としての活動とヒューマンサービスのつながりを考える、とてもいい機会となりました。同窓会を通して各々の同窓生の経験や取り組み、思いを今回のように共有できることは、とても貴重な経験となりました。新型コロナウイルスの影響により今回も学祭がなくなるような、さまざまな制約のある世の中となっていますが、気持ちが和らぐ日が少しでも増えることを祈っています。本日は、ありがとうございます。以上です。(拍手)

隆島：

藤井さん、どうもありがとうございました。三浦市の高齢化率が40%を超えたのを初めて知りました。なかなか大変だと思って聴きました。

それでは、次のリハビリテーション学科作業療法学専攻の田口さんはオンラインです。

田口健介氏（リハビリテーション学科1期生）

田口：

よろしくお願いします。作業療法・1期の田口と申します。先に報告をされた、高橋さんや藤井さんと同期で、このような機会と一緒に立ててお話をできることを本当にうれしく光栄に思っています。今日は、よろしくお願いします。

今回は、「急性期病院で働く作業療法士の視点から見たヒューマンサービス」についてプレゼンテーションを作ってきました。まずは、簡単な経歴を報告します。

2007年3月に神奈川県立保健福祉大学作業療学科、作業療法学専攻を卒業しまして、その後は東京慈恵会医科大学附属病院という所の、4つある附属病院のうちの1つの病院に入職しました。大学病院であり、たくさんの医師たちと研究で一緒する機会をいただきました。またこの病院では慢性期の患者さんや、外来治療を主に担当させていただきました。

そして現職の今は2019年4月からは、千葉県の柏にあります東京慈恵会医科大学附属柏病院という病院で働いています。柏病院は3次救急病院であり、急性期の作業療法を実施しております。

慈恵医大は県立大学にも少しご縁があります。慈恵医大の歴史としては1882年、明治時代に高木兼寛が日本初の民間病院として建てた病院です。実は、高木兼寛は横須賀とも縁がある方です。その昔、脚気という病気がとてもはやっていたときに、ビタミン不足の原因をつき止めた試験航海で、海軍カレーができたのではないかという説があります。

また、阿部志郎名誉学長のお兄さまであります阿部正和先生は、当大学の理事長や第8代の学長を歴任されました。阿部志郎先生にも慈恵医大で何度も講演に来ていただき私も拝聴しました。

慈恵医大の一番の理念というのは、「病気を診ずして病人を診よ」です。これはとても魅力的で、私がこの病院で働きたいと思った理由の一つでもあります。加えてヒューマンサービスの理念にもつながると思っています。

ヒューマンサービスについて、阿部志郎先生の定義を引用しています。ヒューマンサービスは「保健・医療・福祉が、人間の直面する多様な問題に全人的に対応する」という全人的



な対応、治療というところです。「固有の機能と役割を果しながら専門間の調整を図り、包括的共同目標に向けて連携と両立可能性を深める」、これはやはり専門職の養成や連携のことを指しているのではないのでしょうか。そして最後に、「人間と人類の幸福を追求する新しい文化の創造を目指すパラダイム」です。これからは、もっと新しい患者さんのためのより良い文化を創造していき、どんどん発展していくパラダイム、枠組みという、この3つがキーワードにはあるのではないかと今回は考えています。

今回のシンポジウムに当たり、ヒューマンサービスの定義を参考にして独自の視点で枠組みを3つ作りました。1つ目は、「全人的な治療」です。それに対する内容としては、評価している要素や目標設定について全人的にできているかについて振り返りました。2つ目は「多職種連携」の内容について注目しました。3つ目は「新たなパラダイム」としてさらなる発展に向けた課題などを考えました。これらの3つの枠組みを当てはめて自分の日々の作業療法実践場面に対して振り返り、今日はお話をできたらと思っています。

したがって、本日は抄録と一部変更がありますが、「ICUでの作業療法場面」「上肢機能障害に対する作業療法場面」についてヒューマンサービスの視点で考察をします。

前提として作業療法についても少しお話しします。「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」です。「作業とは何ですか」とよく聞かれることがありますけれども、「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」です。食事や、お風呂に入ることも当然ですし、お仕事や趣味、その人が好き、やりたいといういろいろな生活行為の全てを表しています。そして私が好きな言葉に「人は作業を通して健康や幸福になる」があります。日々、この言葉を胸に作業療法を行っています。

それでは、まず集中治療室での実際の作業療法場面を簡単にご説明します。さまざまな症状の理由で集中治療室での対応が必要な患者さんに対して、ICU入室直後から作業療法を早期に開始しています。入室早期からICUでは多職種連携がとてめ求められるので、多職種連携による治療を行っています。

当院では2016年から早期離床・リハビリテーションチームを形成して治療に取り組んでいて、毎朝チームのカンファレンスを実施した上で治療を行っています。具体的に話しますと早期離床・リハビリテーションチームは、医師・看護師・薬剤師・臨床工学士・栄養士・理学療法士から構成されています。

救命が一番ですがけれども、最近では集中治療後症候群の予防にも尽力しています。ですから作業療法士は早期離床や関節拘縮予防にとどまらず、患者さんの作業に着目して治療の計画を立てるようにしています。

これは、実際の場面です。実際の写真はお載せできなかったのですが、文献を引用します。こ

こにいるのは医師で、これは理学療法士です。早期から離床を行います。こちらは作業療法士ですが、人工呼吸器や点滴がつながっているところから訓練を行います。これはADL場面で、整容動作を練習しているところです。このように早期から作業療法を行っています。これを振り返ってみますと全人的な治療としてICUでは、もちろん評価項目は身



体機能や認知機能で社会背景も見ています。ここでの目標の一番は救命ですが、その後におこる二次の合併症、集中治療後症候群を予防したいのです。作業療法士としては、この人がどのような生活をしてきたのか、今後はICUを出たらどういうふうになっていきたいのかというと、やはり作業の再獲得を目指したいです。多職種連携は先ほどお伝えしたとおり、たくさんの職種と連携しています。ICUは救命が最優先ですが、退院後にQOLを下げないために私が今の足りないと思うのは、本日のシンポジストの皆様のような地域の医療のプロフェSSIONALと情報共有をして、退院後にどのような調整が必要かということを知っていく必要があると強く思っています。

次に、上肢機能障害に対する作業療法です。脳血管障害に対する運動麻痺や手外科、手外傷による上肢機能障害では、患者さんの作業を困難にしているのですが、それに対して生活する手（useful hand）の再獲得を目指して、作業に復帰することを目指して作業療法をやっています。

脳血管障害に対する上肢機能障害に対しては、経頭蓋磁気刺激（rTMS）治療やボツリヌス療法、手外科疾患に対して、外傷に対してはハンドセラピーというのを行ってまして、簡単に説明をさせていただきます。

rTMS治療というのは経頭蓋磁気刺激装置というのを頭に置いて、その後にリハビリをする慈恵医大で考案した治療プロトコルです。rTMSをやった後に集中的に作業療法をやり、患者さんにも自主訓練をやっていただくと、こちらの画像のように麻痺手で書道をしたいということで入院時の筆圧が退院時には良くなりましたという治療効果が示されています。このように手が良くなると、習字以外のこともやろうというふうなADLでの手の使用頻度が向上します。

また、ボツリヌス療法というのは片麻痺や筋収縮という筋が硬くなってしまいう症状に対して注射を打つ治療ですが、私のように作業療法士はそういう治療、注射を打った後に装具を作り、先ほどのような上肢機能の訓練を行うことをやっています。

また、手外科の外傷のハンドセラピーというところに対しては骨折や切断などで手にけがをしてしまいましたが、治療を行った後でも「生活する手」、また自分で使いたいと思える手に復帰することを目標に、主に患者さんの手の治療を促すようなプログラムにしています。

これはICFという患者さんを全体的に捉えるツールの一つですけれども、骨折というけがにおいても患者さんを全体的捉えて、その人の活動と参加でその手が使えるように、ただ骨折部分を治すだけではないような作業療法をしたいと考えています。

これも振り返ってみると評価項目は身体機能や活動の参加に視点を置いていますし、目標設定はuseful handの獲得、作業の再開、再獲得ということです。自分としては全人的に、その人の全体を見るようにと考えています。

多職種連携について、上肢機能障害に対しては医師と連携することが多いです。今後の課題でもありますが、やはり病院で治療をした後に生活する場面は地域ですので、地域の生活を考慮した多職種連携が必要だと今回は思いました。

簡単な考察になります。今回は全人的な治療としましたけれども、やはり大学でヒューマンサービスというのを学んでいたのが、就職前から全人的に診る視点というのを持ちながら働くことができました。それを今回は「病気を診ずして、病人を診よ」という理念の環境で働けたこともあり、現在ではとても自分の中では育ってきていると考えています。

また、多職種連携については今日少しだけお話をしましたが、在学中もいろいろな職種の方と仲良くさせてもらったので、今も多職種と連携してやりがいのあるアサーティブな臨床実践は実現できていると思っています。

ただ、今後に向けて、私はやはり急性期・生活期・慢性期を少し経験しただけで知らない部分も多いので、病期によりヒューマンサービスのかたちに変化しているのではないかなんかというのはいつも感じています。

特に今は急性期にいますが、急性期という治療はとても短いので、次の病期につながるようなヒューマンサービスが必要と考えます。今後は、病期に分けたようなヒューマンサービスの考え方が育っていくといいのではないかと思います。

そのためには、県立大学以外の職種と会うことがあるのですが、ヒューマンサービスはどのようにいいというメンタルモデルを共有するために、新たな評価方法を考案できるのではないかと思います。

最後になりますが、在学中にヒューマンサービスの理念に出会えたことは、医療人としてとても大きな財産になっています。阿部志郎先生にもお話しいただいた「半分のパン」、「医療は母性」という言葉はこれまでも、今もずっと私の中に残っています。これからも皆さまと協力して、ヒューマンサービスについて、もっと勉強をしていきたいと思っています。以上です。(拍手)

隆島：

田口さん、どうもありがとうございました。藤井さんと田口さんはともに市内の病院をベースにした活動のご報告をしていただきました。

それでは最後になりますが、SHI の卒業生です。稲留さんも今日はオンラインでの参加です。

稲留由美氏（SHI 修了生）**稲留：**

ヘルスイノベーション研究科・1期修了の稲留と申します。私は今までお話しして下さった発表者の皆さまとは、少し違う立場です。実際に医療を提供している者ではありませんが、そういう違う分野でも、このヒューマンサービスというところを目指しているということで発表をさせていただきます。



タイトルは、「医薬品臨床開発におけるヒューマンサービスの理念の実現を目指して」ということでお話しします。

今日は、まず SHI について少しご紹介をさせていただいて、次に私の自己紹介です。それから、普段はどういうことを自分の仕事にしているのかということと、このヒューマンサービスとの関連です。自分の分野で、どうヒューマンサービスを生かせると考えているかということ、患者中心の臨床開発という視点でお話ししていきたいと思います。

まず、最初に SHI を、まだあまり知らないという方もいらっしゃるかもしれませんが、SHI は School of Health Innovation の略です。2019 年に最初の私たち 1 期生が入学しまして、写真は入学した同期の人たちです。写真を見て分かるように、どなたが教員なのか、どなたが生徒なのか分からないという 20 代から 50 代までの非常にバラエティーに富む同級生たちと 2 年間、学んできました。

SHI がどういうことを目指しているかということですが、やはり今は健康・医療分野において高齢化や COVID-19 の対策もそうだと思うのですが、さまざまな課題があり、そして医療技術というのもとても進歩、進化しています。そのようなところでイノベーションを起こし、より良いシステム、より良い技術を生み出せる人材を育成していくという目的で SHI が創立されています。

ですから神奈川県はもちろん、さまざまな研究機関、行政、民間の企業ともネットワーク

を組み、殿町にキャンパスがありますけれども Health Innovation の拠点にしていこうというのが SHI の創立の目的ということになっています。

私自身のバックグラウンドとしては、大学では薬学を学んで薬剤師試験も合格しているのですが、薬剤師ではなく製薬企業で働くという進路を選び、もうかれこれ 30 年ぐらい医薬品の臨床開発に携わっています。

製薬企業の他に IT 企業でも働いてまして、それが今日のテーマにもなってくるのですが、**「テクノロジーを医薬品開発に生かしていく」**というところが自分のテーマでもあります。

今ご説明したのは、ここです。私の専門分野というのは医薬品開発をデジタル化して推進していこうというところが、私のお仕事ということになります。

もしかすると、あまり医薬品開発のところをご存じない方も多いかもかもしれませんけれども、非常に時間がかかります。もう 10 年以上は平気がかかりますし、お金もかかります。500 億円はかかるということもいわれています。そういうことは、皆さんもニュースなどで耳にしたことがあるかもしれません。

成功確率も本当に薬のシーズと呼ばれる薬になるかもしれないものから、実際に薬になる確率は 3 万分の 1 ともいわれています。実際に臨床開発に入ってからテストというのは、人に使って治験ができそうというところにこぎ着けても、最終的に発売できる確率は 30% を切るともいわれています。非常に確率が低く時間も、お金もかかるというのが薬の開発ということになります。

ですから製薬企業としてはできるだけ早く、できるだけお金をかけずに効率的に医薬品開発を行う、これが製薬企業にとってのサクセスということになります。

私も直接デジタル化をしていこうというので、お金を払ってくれるのが製薬企業ということで、どうしてもこの効率というところで何か、製薬企業視点になりがちな自分というのも非常に感じました。ヒューマンサービスと出会ってこそ、そこに気付けたということもあります。

SHI に 2019 年 4 月に入学しまして、最初の学期でヒューマンサービスの特別授業を私たちも受けることができたのですけれども、そこで非常にいろいろと考えさせられることがありました。

まず臨床試験においては、患者さんの倫理を守ることが最重要事項です。これは遠い過去に人体実験ではないですけれども、あまり安全性が検討されないまま患者さんにいきなり、その治療法を試してみる、あるいは本人の同意を取らないうちに試されてしまっているなど、いろいろな問題がありました。

そこについては、今はヘルシンキ宣言あるいは規制、法律で Good Clinical Practice と呼

ばれるものでGCPといますけれども、こういうもので倫理を守るところは従来の、最近の臨床試験というのとはしっかりとやってきているところではあります。

でも、そこだけでいいのかということ、このヒューマンサービスの授業を受けて私も考えるようになってきました。言うなれば、きちんと倫理は守ります、要求されていることを法律は守ってやり

ますので、あとは医師に任せてくださいというような少し何か父権主義的になっていないのかということを考えるようになっていました。

では、あなたは参加することに同意をしてくれて、これは治験の実施計画書で定められているので、この日に来院してください、そのときにはこの検査をやりますというような具合です。

治験に参加している患者さんというのは、介入試験です。また、承認されていない薬ですから安全性もしっかり診ていかなければいけないということで、通常診療よりも頻回に来院していただきます。

通常診療では行わないような検査が実施されるなど、いろいろとやることがあるので一回、一回の拘束時間が長くなります。ご自宅でも、きちんとこの手順を守ってお過ごしてくださいというように、さまざまな患者さんへの負担というものが多くなっています。

それにもかかわらず、「この薬を早く世の中に出すためなのです」という大きな目的、大義のために、やはり患者さんに我慢を強いていたことがとても多くあったというのを、あらためて少し考えさせられました。

もちろん薬が発売されると患者さんが使ってくれて、今困っている多くの患者さんを救えるという大きな目的はあります。でも、治験に参加してくださる今、この病気に向き合っている患者さんを丸ごと、もっと考えていかなくてもいけないのではないのかというのを、私はこのヒューマンサービスの授業を通じて感じるようになりました。

一方で、では皆が何も考えずに患者さんばかりに負担を強いているのかということ、そうでもありません。最近は、患者中心の臨床試験ということが臨床開発のかわいいでいわれるようになってきています。

それはどういうことなのかということ、例えば従来では左側にあるように患者さんが病院に来院して下さり、さまざまな臨床評価を行い、治験薬を受け取り、バイタルなどのさまざまな検査を行います。



医療機関に来ていただくことがベースの臨床試験というのが従来型でしたが、やはり先ほど申し上げたとおり移動する物理的負担や心理的負担など、さまざまにお願いしなければなりません。患者さんの負担を減らそうという中で、患者中心で自宅ベースの臨床試験もやっていくべきではないか、ということがいわれるようになってきてはいます。

では、自宅ベースでどういうことを、どのようにやるのかというと、例えば今もありますけれども、オンライン診療の仕組みを使い医師と患者さんがウェブ上で顔を診ながら状態を把握します。

あるいは患者さんに治験に参加していただくための同意を、電子的にアプリなどウェブブラウザで患者さんにビデオを使って説明をしていきます。少し難しい用語については、ぱっとマウスを当てるとその意味が出てくるなど、いろいろな仕組みがあるのですけれども、そういうかたちで電子的に同意を取ります。

治験薬も、患者さんのご自宅に配送します。あとはフィットビットのような、センサーを使って患者さんをご自宅にいる間にどのように過ごしているかというデータを取っています。あるいは機械だけでは、なかなかうまくいかないのが、実際にナースの方が行って患者さんの状態を確認して、必要なバイタルなどを取ります。

それから、以前は患者さんに紙の質問票をばさっと出しまして、では2週間後の間に毎日付けてくださいとお願いしていたのも電子的にスマートフォン上で回答をしていくということができます。

患者さんが少しでも日常生活に影響、負荷を掛け過ぎずに行っていただくというような仕組みが非常にできています。このような試験のやり方を来院によらない、Decentralized Clinical Trial の頭文字を取って DCT と呼びます。

この DCT が最近では欧米を中心に非常に研究が進んでいまして、実際に多くの治験で行われています。日本でも徐々にですが、COVID-19 で臨床試験がなかなか進まなくなったときに、この DCT の仕組みを使って治験を推進していこうという取り組みも始まっています。この DCT を推進していくということは、私自身の業務でもあります。

このように DCT により患者さんの負担が軽減できるのでしたら、それはそれで本当に大変喜ばしいことではあるのですけれども、私自身はもう一歩少し先に進みたいと思っています。

それはどういうことかということ、自宅や医療機関のどこで参加するのかということも大事ですが、患者さんがどう参加するのかということに、もう少しフォーカスを当ててもいいのではないかと私は考えています。

この「患者中心」は英語で Patient Centricity というのですけれども、そこで私はちょうど昨年に、この「患者中心」の定義に出会いました。Patient Centricity とは何かということで、

それが論文にされています。

この論文によると、「患者中心」の定義というのは「患者さんと、そのご家族にとって最高の体験と結果を得るために、敬意と思いやりをもってオープンで持続的な患者さんとの関わりの中で患者さんを最優先すること」、このようにいわれています。

私は、この定義に触れたときに自分にとって非常に腹落ちしたといいますか、非常に納得できました。これも SHI でヒューマンサービスのところを学んでいたからではないかと思うのですが、自分が目指していきたいのもここだと感じています。

つまり常に患者さんを最優先することで、患者さんが臨床試験に参加して良かったという、その結果のところまでに到達したいのです。やはり単に枠だけを提供する以上のところを目指していきたいと考えるようになりました。

今、私が目指していきたいことは、テクノロジーを使って患者さんに最高の臨床体験を提供するということです。DCT もテクノロジーが重要な要素ですが、テクノロジーができることは DCT の枠組みのさまざまなシステムを組み合わせるところではなく、それ以上のところがあると思っています。

患者さんが医療や、そういういろいろな仕組みを使って、もっと臨床試験を理解して納得した上で試験に参加していただきます。それから、いろいろなツールを使って最後まで積極的に参加することにコミットしていただきます。そして最後に、では治験に参加してどういう結果でしたという結果を受け取るころまでです。

実は、今現在は患者さんが自分の治験に参加した結果を受け取るころさえも、まだ当たり前ではないのが実情です。テクノロジーは、そういうことを可能にできます。治験に参加する前から、参加が終わるときの最初から最後まで最高の臨床試験体験を提供するということを、自分の職務を通じて実現できればと思っています。

このことは患者さん自身が病気ともしっかりと積極的に闘っていく、健康になろうとする患者さんにより力を与える、「エンパワーメント」という言葉を使いますが、そのエンパワーメントにもつながると思っています。

私自身は先ほど申し上げましたとおり、直接に患者さんと対面する臨床現場にはいませんが、それでも私も臨床試験を推進していくという立場でヒューマンサービスの理念というものが実現可能なのではないかと考えています。

本日は普段、皆さまがいらっしゃる現場の世界とは、また少し違ったお話をさせていただきましたが、何らかの伝わるものがありましたらうれしいと思います。ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

隆島：

稲留さん、どうもありがとうございました。

それでは、これで6名の先生方の発表を一応終わりにしたいと思います。準備が整い次第議論に移りたいと思います。

スピーカーの方とコメンテーターの先生方に前に来ていただきましたが、本当は少し幾つか各先生方に質疑をしていきたいと思ったのですが、時間が相当押してしまいました。1人ずつの内容が、非常に濃くて聞き応えのある発表でした。

誠に申し訳ないのですが、まずコメンテーターの各先生方からコメントをいただきたいと思っています。最初に、菅原研究科長から少しコメントをお願いしたいと思います。

菅原研究科長：

大学院の保健福祉学研究科の研究科長をしています、菅原と申します。

本日は、発表いただきましたシンポジストの方々には非常にコアな話をしていただきまして、どうもありがとうございました。今、隆島先生からあったように、非常に一人、一人にいろいろな質問をしようと思い、このようにメモをして取っているのですが、これまでの時間がないということでコメントと感想だけを述べさせていただきます。

1期生、4期生、そしてSHIの方々の非常に懐かしい顔を拝見しまして、本当に今日うれしいなと思います。やはりヒューマンサービスを語るといいますか1期生、当大学で教育を受けていろいろな思いを胸に皆さんは14～15年、また数年にわたるいろいろな業務をなさっておられるということで非常に敬服します。

私たちは大学に、私も開学時からいますけれども、毎日ヒューマンサービスとは向き合っているつもりでも、なかなか現場にいるということではありません。ですから皆さんの話を聴くと非常にフレッシュな気になり、臨床にいるような感覚がよみがえってきてうれしかったです。

その中でわれわれは教員としてヒューマンサービスということを日々考えて、やはり教員として、理念としてヒューマンサービスを考えていきたいとは思ってはいます。しかし、やはり本日の話を聴くと、ヒューマンサービスは型にはめるものではないということを強く思



いました。

多くの方々は、やはりヒューマンサービスを胸に毎日の活動をしている中で非常に拡散したいろいろな事例、事例に合わせて、その都度ヒューマンサービスがどこに通じるのかということを考えていらっしゃるという思いを感じました。

われわれは、理念として考えることも大事なのかもしれません。しかし、一人ひとりの活動を拡散したかたちの中でヒューマンサービスを捉えていくという試みは、後ほど学長からおっしゃる来年 20 周年を迎えるに当たり、そういう事例を 1 つずつ積み重ねていくことの大切さを今日は学んだように思います。

栄養学科の 3 期生を卒業の三橋さんが語っておられた「思いのノート」というのでしょうか、あれが非常に私の心に残りました。あのような専門的な内容ではなく、それぞれのいろいろな分野に通じるような、どのように患者さんと接したのかという振り返りといいたいでしょうか。

今日お勉強をさせていただきました、そういう「思いのノート」のようなかたちのものを、われわれは大学として集約するのです。いろいろな卒業生や教員が日々それに触れて見ることができるとヒューマンサービスというものの結果を得て、それをどう考えていくかの参考になるのではないかと、少し思い付きでさせていただいたということで、ありがたかったと思います。

昨今は学部や当大学院の保健福祉学研究科でも、うちの大学の学部を卒業して前期課程に来て、後期課程に来ます。来年は後期課程の入学者が 5 名おられますが 5 名共、前期に何らかのかたちでうちの大学を出た人が後期課程まで来ているということで、非常に誇らしいように思います。

そういう意味でも、ヒューマンサービスを学んだ方々が最高学位にまできて、最高の学位を取っていけることは、われわれとしてもうれしいです。また、今日皆さんからお聴きした内容を踏まえて、もっとさらにヒューマンサービスを発展させるように、われわれ自身が行っていきたくて思いました。

皆さんは本当に、これからますます活躍されて元気で、もっと上を目指してヒューマンサービスを構築していただきたいと思います。どうもありがとうございました。

隆島：

では村上学部長、よろしくお願いします。

村上学部長：

横須賀の保健福祉学部で学部長をしている、村上です。6 名の演者の方、大変お疲れさま

でした。すごく皆さんの発表に感銘を受けました。

特に、学部の卒業生の方たちは実際に皆さんの現場の活動をお話しいただいた中で、もうヒューマンサービスを皆さんが体現している状況を見せていただいたという感じがしました。

皆さんは1年生から4年生までを通して学部のときにヒューマンサービスを考えていただきましたが、やはりヒュー



マンサービスの哲学がこの大学の中に浸透しています。それが18歳の大学に入ったときにEarly exposure、いわゆる早期暴露というかたちで皆さんが自然にそれを身に付けていきます。その教育の仕方が、多分ヒューマンサービスを現在皆さんが実践できている下地を大学の中でつくっていくのだろうと、皆さんの話を聴いていて、とても感じました。

その中で6名の方たちが共通で言われていたのは、やはり対象者で、その人が中心なのです。その人に寄り添い、その人らしさを考えていく、あるいは地域や、その人の生活を基盤にするのですと。

私自身がとても面白いと思ったのは、既存の枠組みを超えていいではないかという、すごく創造性のある部分にも着目しています。実際にヒューマンサービスを実践していくためには、その人がその中に参加し、自分自身もそのことを評価するのです。

その当事者が評価するという当事者参加の目線というものが、皆さんの現場の中に取り入れられているのが本当に面白いです。皆が共通して、そういうことに気付いているのかというところをすごく、私は今日のお話を聴いていてあらためて発見させてもらったと思っています。

SHIの修了生の稲留さんもヒューマンサービスの理念というのか、フィロソフィーというものに自分自身の心を動かされます。その対象者を中心として、例えばご自身がやっている薬品のほうの臨床試験のほうでも対象者の患者さんのことを考えながら、自分ができることは何なのでしょうと。その患者さんの立ち位置というものを考えながら、自分の仕事にテクノロジーを活用した中で生かしていくという発想は、すごく素晴らしいと思います。

私たちは、ヒューマンサービスを対人援助として考えています。しかし、やはり患者さんとじかには触れ合わない中でもテクノロジーを活用しながら関わりを追求していくところは、ヒューマンサービスのとても大事な部分なのだと思いますながら6名の方のご発表を聴かせていただきました。

いつも学長とは話しているのですが、ヒューマンサービスのことを語っていただいて、うちの教育は間違っていないというのを、あらためて私自身が実感させてもらったと思っています。ありがとうございました。そして、ご苦労さまでした。

隆島：

村上先生、どうもありがとうございました。

中村学長、よろしくお願いします。

中村学長：

私もお2人の先生からのお話と、ほぼ同感です。皆さんの話を聞いていまして、やはり当大学のヒューマンサービスがよいよ皆さんの力で開花し、結実しつつある経過に至ったというふうに思っています。これからも、ますます発展させていただきたいと思います。

私の感想はお2人の先生方と、ほぼ同じですが、せっかくですから今日は、これからのさらなる宿題をお話したいのです。

実は、連携教育というのを始めて20年たっているのです。なぜ多職種、多領域連携を打ったのかというと科学が進歩して対象者のニーズが多様化、複雑化したために一領域では解決できないから多職種、多領域で手をつなぎ、この複雑多様化した社会を乗り切りましょうというメッセージでした。

では、そのことが連携だけで解決できたのかというのが、今は問われています。連携は何をもたらしたのか、本当に人々を幸せにしたのかということが問われ始めてきています。

今、私は2つの問題を考えているのですが、連携した専門領域がそれぞれ進歩していくのです。専門性の進歩と、連携の発展というのをどういうふうに組み込んでいくのでしょうか。

連携ばかりにいき専門性が低下すると何の意味もないので、専門性の発達と連携が乖離（かいり）しないようなかたちにするには、どうするのかというのが一つです。

もう一つは、連携、連携と言ってずっといくと、今度は概念として融合になるのです。融合になると、専門性がだんだん低下してくるわけです。そうすると連携と融合の境目というのは、われわれはどの辺まで融合をクロスオーバーさせるのでしょうか。



僕は、専門性がなくなるので完全に融合させては駄目だと思うのです。では、どの辺のところ専門性と融合性を分けながら、個々の専門性が発展しながら総合力を高めていくのかという、これからはぜひ、そこを考えたうえでやっていただければありがたいと思っています。以上です。

隆島：

ありがとうございました。

せっかくですから、もし3人の先生方から今のスピーカーの方に、ここはどうでしたかと聞きたいことがありましたら1つか2つぐらい聞いてみたいと思うのですが、何かありますか。

スピーカー同士の方で、あの方に少しこういうことを聞いてみたいというのがある人はいっしょいませんか。

村上学部長：

いいですか。高橋さんに少し質問をさせてもらいたいのですけれども。

今回、医療的ケア児支援法案が通りました。それは、今の高橋さんがやられている小児訪問看護は、あの法案が通ったことで何かメリットというのが具体的にあるのでしょうか。もし、あるようでしたら教えてもらいたいと思います。

高橋：

すごく関わっています。あの法案が通ったのですけれども、現実はいまうまくいっていません。予算的な問題からか、人員的な問題からか、ご家族とお子さんが安心できるような看護師配置は難しい現状があります。

例えば、人工呼吸器のお子さんが特別支援学校に通うのに、今はご家族の付き添いができない、通えない、ずっと付き添っていなければいけないと言われています。学校には看護師、養護教員も配置されていて、看護師は人工呼吸器、吸引もいろいろなことができるのに、それをしてはいけないというふうに学校ルールで出されています。



しかし、法律で決まったので何とかしないといけないという動きに、表面的にはなっているけれども実際にはなかなか動けていません。ですから、私たちの事業所でも、訪問看護師を派遣して家族の付き添いを廃止しようと動いています。

そもそも教育の場に常に家族がいるというのもおかしいと思いますし、思春期の子にずっとお母さんにべったりくっついているのは障害が有っても、障害が無くてもどうなのかという思いもありまして。

いろいろなことが実現していくといいとは思っているのですけれども、私たちの訪問看護師が付き添うのはいいとしても、そうすると訪問看護に行けなくなります。それでしたら本当に、学校は公の場が看護師を人員配置してやってほしいとは思っているのですけれども実際にはできていないので、まずはできていないのでしたらこちらが動こうという感じでやっています。

村上学部長：

ありがとうございました。

なぜそのようなことを聞いたのかというと、やはり教育の場でお子さんたちがケアを必要としながら教育を受けるという中では看護師だけでも駄目ですし、学校の先生たちだけでも駄目です。やはり医療職だけではない人たちと、私たちはもっと連携を深めていかないと、その当事者の人たちの幸福にはつながっていかないのではないかと思います。

そういう意味では、訪問看護の人たちが、そこですごく頑張るということもあるかもしれないけれども誰とどうつながると、その子たちがもっと幸せになれるのかという発想も、その連携の中で取り入れていただけたらと思います。ありがとうございます。

隆島：

ありがとうございました。

学長がマイクを持ちました。どうぞ、よろしくお願いします。

中村学長：

少し、いいですか。

先ほどは、拒食のある精神病患者さんの倫理的課題というので、栄養学科卒業の三橋さんの話を伺いました。

人が食べられない、拒食をして食べたくないと言う人たちに関して、人は食べると幸福感があって健康になれるから、すぐ倫理的な問題として捉えて食べられないこと、食べ物を与えないことは悪いこと、まずいことだと思いがちなのです。

しかし、このことを皆さんはご存じでしょうか。最近はおートファジーという、これはノーベル賞を取ったのです。おートファジーというのは、日本の漢字で「自食」と書くのです。自食というのは、拒食された状態で自分の体を自分で食べるということなのです。つまり自己消化することは悪いことではなく、むしろそれは生理学的なことなのではないかというのが研究され始めてきています。

このおートファジーと近代の栄養学とをどのようにしてコラボさせて、どう解釈すべきなのかというのを、今はしきりに研究しています。

なぜかというとお絶食状態になるから自分の筋肉や脂肪を分解して、それを栄養素として使うのですが、そのときには理想的なかたちで栄養素が供給されるわけです。食事からくる栄養素というのは偏食をしますので、あまり理想的ではないのです。

でも自分の体を餌にしているのは、そのことがお絶食しているときにがんの予防になり、生活習慣病を予防する生理作用ではないかということになっているのです。食べられないということ、必ずしもネガティブだけに考えていくというのが今は反省されつつあるというのも、少し頭の隅に入れておいたほうがいいのではないかと思っています。

動物では、冬眠するというのがあります。あの間は、おートファジーで生きているわけです。

隆島：

ありがとうございます。私も、ちょうどそのことをお聞きしようと先ほど思っていたのです。三橋さんは、今の学長のお言葉で何か一言ありますか。

三橋：

ご質問をありがとうございます。

そのおートファジーのところに関しては、私は少し知識不足のところではあるのですがけれども、食べられないから体の状態が悪くなるというところは、なくはないと思うのです。体の状態が悪いからこそ、生理的に食べられないというところだと思いますので。

やはり緩和ケアという領域に関しては、どうしても終末期で予後2～3週間の方を見ている状況ではあります。ですから患者さんの思いと、あとは体の生理的な欲求というのか、そういうところをしっかりと判断した上で食事を提供するというところが倫理的にも、患者さんの生理的にも一番望ましいかたちなのかなと思っています。

そういうところを情報収集しながら、栄養ケアにつなげていくというかたちを心掛けていきます。



中村学長：

それは、ぜひやってもらいたいと思うのです。

人体というのは栄養素の貯蔵庫で、僕は第3の栄養源であろうと思っているのです。ですから発病する前から栄養状態を担保しておく、貯蔵庫にたくさん貯蔵が入るわけですから絶食状態が数日間続いても、あまり焦ることはありません。それがすぐに反倫理的になるとは、今は思うかもしれませんが将来、これがもっと生理・生化学が進歩すれば、それは非倫理的なことではないという論理が展開できるかも分からないです。まだ、これからの問題だと思っています。

隆島：

ありがとうございました。何かダイエットをどのようにしたらいいのかというところとつながってくるのかという気がしました。

私も、もう長くこの大学にいますが、この大学にいたりやはりヒューマンサービスというのが普通のように考えているのです。しかし、6人の先生方の発表を聴いて、意外と外の人たちにはなかなか通じていないものがあり、うちの、この卒業生だからこそというのがすごく伝わってきました。

このヒューマンサービスというのは、どちらかというと理念の部分が非常に大きいのですが、やはり実践を通していくということで具体的に響くものがあると思います。今日のこの

シンポジウムを経験されて、今後のヒューマンサービスをどのように展開していこうかという思いについて一言ずつ述べていただきたいと思うのですが。

藤井：

基本的なところで、その関わる高齢者の方がどのような生活を、どういう場所でどのように過ごしてきて、これからどうしていきたいと考えながら関わることでしょうか。今の生活がどのように変わっていきけるのか予測をたてつつ、そこを支えていく際に独り善がりにならないように、PT 自身が入るだけにならないように、患者さんができる限り前向きになるような関わりをしていきたいと思っています。

隆島：

ありがとうございました。
では、小野さん、お願いします。

小野：

本日は貴重な機会に参加させてもらいまして、本当にありがとうございました。
私自身としては本人、その人個人に寄り添い切るということを中心に考えていきたいと思っています。
その人に寄り添い切るには、1人だけではできません。やはり色々な人との関わりや繋がりを持って初めてできることがあると思うので、そこでまた感じたことを共感できる人を広げていくなど、その個を中心に広がりをつくっていきたいと思いました。

隆島：

ありがとうございました。では、高橋さん、どうぞ。

高橋：

すごく難しいのですけれども。いろいろなことを大学で学修し、病院の現場でいろいろな勉強会に参加してきました。でも、お子さんや家族に接すると、なかなか教科書どおりにうまくいかないことが多々あります。訪問の現場に行くと、そのおうちのルールもあり、自分の概念とは、また違います。教育の考え方も、親御さんによって違います。もう何か、法律が違うぐらいに一人、一人違います。
自分の考えがどうこうというよりも、どれだけ柔軟に発想を自由にできるか、対応をできていけるかということかと思っています。

先ほどは専門性と総合というのか融合の話もありましたが、いろいろな人の考えを聴いて取り込んでいくというのがあります。自分が看護師としてどうテクニックを生かしていくかというのもあると思うのですが、看護学科では「看護はアート」と習ったので、そのような感じでいけたらいいかと思っています。

隆島：

ありがとうございました。
三橋さんはいかがでしょう。

三橋：

本日は貴重な機会をいただき、ありがとうございました。
一応、スライドのほうでも述べさせていただいたのですが私自身としては、まず当院の終末期のケアといいますか、そういうところの水準をしっかりと上げていきたいです。質の高いケアができるように、チームの一員としてやっていきたいと思っています。
そのために ACP というところを、必要なときにしっかりとやっていくというのが一番で、そこに栄養士の役割というのは、すごく大きいと思っています。
自分もそうですけれども皆が専門性を持ちつつ、チームを動かしながら実践できる管理栄養士ができるようにというところを教育していくのが一番大事なことかと思っています。ありがとうございました。

隆島：

ありがとうございました。
それでは田口さん、お願いします。

田口：

本日は、ありがとうございました。
今後に向けてということですが、私もプレゼンテーションでお示ししましたヒューマンサービスというのは、菅原先生が今回は最初に理念のお話をされていましたがパラダイムという特徴を考えると、やはり割り振りが明確なほうが他のプロフェッショナルな皆さんが共通言語に使えると思います。
私としては、ヒューマンサービスに関わる何か評価尺度や、評価方法のようなツールがつかれると今後の実践に広がります。ヒューマンサービス自体という見直しや発展につながると、今回はこの機会をいただいて考えました。ありがとうございました。

隆島：

ありがとうございました。

それでは稲留さん、よろしく申し上げます。

稲留：

本日は、このような会に参加させていただき、ありがとうございました。

本当に発表者の皆さまのさまざまな職種でのお立場からのご経験が、私自身も普段はなかなかそういったところを知ることができなかつたので、先ほどの発表した私のいろいろな臨床試験のフィールドで、私たちの提供するシステムの先にいらっしゃる患者さんというものを垣間見ることができたような気がしており、本当に勉強になりました。

私自身は、先ほど申し上げましたとおりシステムを使って臨床試験を推進していく中で、やはり患者さんがどう参加するのか、患者さんの体験を大切にするというところを今後も広めていきたいと思っています。

日本では少し温度差があるといいますか、会社さまによっては非常に患者中心の試験に取り組んでいる会社もあれば、まだ、そこがなかなか追いついていないところもあります。そういうところを本当に、業界全体に広げられるような活動ができればと思っています。ありがとうございました。

隆島：

ありがとうございました。ちょうど時間が30分押してしまったのですがけれども。

今日の、このシンポジウムは「本学で教えているヒューマンサービスが、どのように実践と結び付いているか」というのが一つのテーマでした。卒業生の方々には、実践を通して報告をしていただきました。このヒューマンサービスというものが今は20年たち、やっと実践の場に広がっていったということをすごく実感することができました。

今日のこのシンポジウムにご参加されている方々が発表をお聴きして、今後はヒューマンサービスというものをもっと考えながら広げていくということができるのではないかと思います。人をベースにするということと、その上での専門性というのは各発表される方々のキーワードの中に入っていたような気がします。

やはり専門性をどう追求するかということと、それを支えるヒューマンサービス「人として」ということをどう融合させていくのか、それは先ほど学長もおっしゃいました。そのところを、いかに実践としてつないでいくのかということが大事であろうと思います。この次の10年、20年に向けての、一つの指標になったのではないかと思います。

今日は6人の先生方、本当にありがとうございました。それとコメンテーターの先生方、

ありがとうございました。最後に、大谷理事長のほうから総括をいただきたいと思います。よろしくをお願いします。

大谷：

発表していただいた方、またこのようにシンポジウムに出ていただいた方、視聴されている方、本日は本当にありがとうございました。ご苦労さまでした。

第11回ということで、もう蓄積のあるこの研究会に、私は初めて出たわけなのですけれども。その中で、あんまり偉そうなことを言う資格はとてもないのですが、ひたすら感銘して聴いていました。

卒業生の方々が社会の中核として、この理念を「体現する」ということがありましたが、まさに体現して活動をしておられます。また、リーダーとしての役割も負いつつあるということで、それは非常に頼もしく思いました。

それを聴いている中で、逆にこちらも気付いたことが幾つかありました。皆さんが体現している中で、自分たちはここで学んできたからこれが分かっているけれども、いつも自分たちの周辺の職種の中で仕事をしている方は必ずしもそうではないということも、今は言外に伝わってきました。

そういうことを聴いていると、こういう考え方というのが普及・拡散・共有されることが次の大きなテーマです。その方法論もあるのかというふうに思って聴いていると、やはり田口さんから多職種で共有できる評価法や指標、「見える化」のようなことについても言及がありました。これはそう簡単にできることとは思いませんけれども、拡散・普及・共有されて初めて、この理念が世の中に本当に定着していくべきだと思います。

お時間のない中で少し余談を言いますけれども、コロナのこのいろいろな大騒ぎを見てつくづく考えたのです。

従来は、こういう感染症というのは緊急避難的な対応で社会防衛ですから、いわゆる患者本位・個人・生活というものは二の次で、とにかくぼうぼうと燃える延焼を止めるところに真理があったと思うのです。

しかし、今回のいろいろな動きを見てみると、さあ、妊産婦がかかったらどうする、子育てでお母さんが入院したらどうするという話がありました。教育の世界はどうか、ある



いはこれにより食べられなくなり営業、経営がつぶれた人はどうなのかという話が出ました。

ワクチンや薬の開発でも、では急いでやればいいのでしょうか。どこかの国は一気に開発したけれども、日本が丁寧にやっていると皆から批判を受けます。本当にいろいろな視野で考えていかなければいけない問題が出たのですが、やはりヒューマンサービスのものの考え方でこれを捉えていかないと、もう従来の思想ではいけないということです。

われわれの旨としている建学の精神といいますか、こういうものがどうやって攪拌していくかということは重要です。学問としても、方法としても大事だなと思って聴いていました。そこまで皆さん、高みを目指して、この大学は進みたいというふうに思いました。

今日は、どうもありがとうございました。

隆島：

大谷理事長、どうもありがとうございました。最後に、非常に大変いいお言葉をいただきましたと思います。

今日は、時間が少し押して申し訳ございませんでした。今日のシンポジウムは非常に有意義な時間であったと思います。関係者の皆さんを含めて感謝申し上げます。これで、シンポジウムを終了させていただきます。どうもありがとうございました。(拍手)



第 11 回 ヒューマンサービス研究会
「ヒューマンサービスと実践—専門職の視点から」



日時：2021 年 11 月 7 日（日）13：00～

会場：オンライン開催（大会議室から配信）

◆プログラム

① 13:00~15:00「ヒューマンサービス・シンポジウム」

シンポジスト：

高橋幸子氏（看護学科 1 期生）
三橋直樹氏（栄養学科 3 期生）
小野達也氏（社会福祉学科 4 期生）
藤井伸行氏（PT 専攻 1 期生）
田口健介氏（OT 専攻 1 期生）
稲留由美氏（SHI 修了生）

コメンテーター：

学長 中村丁次
学部長 村上明美
研究科長 菅原憲一

総括：

理事長 大谷泰夫

司会：

隆島研吾

② 「ポスター発表」大学ホームページに掲載(11月5日~12日)

演題 1：ウィズコロナ時代における未病の改善・フレイル予防の展開

発表者：成田 慎一

演題 2：拒食のある精神疾患者の臨床倫理的課題-管理栄養士の視点から

発表者：加藤くるみ、五味郁子

演題 3：新型コロナウイルス感染症（COVIT-19）による健康体操教室参加者の生活様式の変化

発表者：福岡梨紗、市原真衣、松尾祐子、福田平、五味郁子

*シンポジウム終了後、zoomにてポスターセッションを予定しています。

プログラムの詳細

①ヒューマンサービス・シンポジウム

【シンポジウムの趣旨】

本学で学んだ「ヒューマンサービス」がどのように実践と結びついているか、卒業生のそれぞれの専門の歴史の中に「ヒューマンサービス」がどの様に影響を与えているのかについて、対話し理解を深めるとともに、学生を始め多くの保健医療福祉の従事者等に向け、意識を啓発する機会を設けることを主眼に据えシンポジウムを開催します。

【シンポジスト 発表の要旨】

◆高橋 幸子 氏（看護学科・1期生）

- ・自己紹介
- ・小児訪問看護と在宅レスパイトについて
- ・2事例を通して、支援の様子を説明
- ・寄り添うケアについて

◆三橋 直樹 氏（栄養学科・3期生）

私は、主に緩和ケア病棟の栄養管理を行っています。仕事の中でヒューマンサービスの考えが活かされているのは、倫理的視点に基づいて栄養ケアを行う必要がある場面です。終末期の栄養ケアでは、経口摂取を続けること自体が患者にとって苦痛につながる場面があります。患者・家族・医療従事者が多角的な視点で話し合い栄養ケアの方向性を決定する場面はヒューマンサービスの理念が活かされているように感じます。

◆小野 達也 氏（社会福祉学科・4期生）

障害のある人に対する相談支援で深く関わることとなった、ある方とのエピソードを通じた報告を行います。ヒューマンサービスにおいては、中心に据えるべき本人の思いをいかに汲みとり、それをいかに大事にできているかということが、いつでも立ち返るべき原点だろうと思います。それは対「人」の関係の上に成り立つものであり、その人(個)を真に大事にすることが、地域・社会づくりに確かに繋がっていくものと考えます。

◆藤井 伸行 氏（リハビリテーション学科理学療法学専攻・1期生）

私は現在、急性期から生活期まで担う総合病院にて訪問リハビリテーションを担当しています。対象者に関わる際、その方がどのように生活されているか（生活されていたか、していきたいか）は重要な要素の一つだと思います。また、ご本人やご家族も含めた多職種チームで連携すること、他職種の役割にも意識することを大切にしています。それらはヒューマンサービスに繋がるものではないかと思います。

◆田口 健介 氏（リハビリテーション学科作業療法学専攻・1期生）

タイトル：急性期病院で働く作業療法士の視点からのヒューマンサービス

〔緒言〕阿部はヒューマンサービス（以下HS）を「保健・医療・福祉が、人間の直面する問題に全人的に対応し、専門間の調整を図り利用者主体のサービスに統合するパラダイム」と定義している。急性期病院の作業療法士が関わるHSの現状について、日々の臨床場면을振り返り考察したので報告する。

〔臨床場面〕1)ICUでの作業療法場面。2)上肢機能障害に対する作業療法場面。3)がんリハビリテーションにおける作業療法場面。

〔まとめ〕HSは急性期病院で働く作業療法士のClinical Reasoningの一要因になっており、全人的な作業療法実践に貢献していると考えられた。今後のさらなるHSの発展のためには、他職種で共有できるHSに関連した評価法や指標の考案が必要と思われた。

◆稲留 由美 氏（SHI・1期生）

私は、テクノロジーを用いた患者中心の臨床試験の実現を目指しています。臨床試験におけるテクノロジーの導入は、これまで効率化や省力化の文脈で推奨されてきました。しかし「患者の気持ちに寄り添った、患者中心の臨床試験を実現するためのツール」としてのテクノロジーの重要性に気づかせてくれたのは、SHIで学んだヒューマンサービスの理念でした。自身の気づきと、患者中心の臨床試験の現状、課題、展望についてお話しします。

②ポスター発表

《演題1》

【タイトル】

ウィズコロナ時代における未病の改善・フレイル予防の展開

【発表者】

成田 慎一¹⁾

1) 社会福祉法人三浦市社会福祉協議会

【要旨】

長期間のコロナ禍に伴い、地域住民に対する様々な社会参加の場が閉ざされ、フレイルの進行が各地域で起こっている。今までのコロナ禍での活動の状況を振り返り、これからのウィズコロナ時代における活動や社会参加を考えていく。当会がすすめる生活支援・介護予防を通じて、三浦市の地域包括ケアシステムの展望についても紹介する。

《演題2》

【タイトル】

拒食のある精神疾患患者の臨床倫理的課題-管理栄養士の視点から

【発表者】

加藤くるみ¹⁾、五味郁子¹⁾

1) 神奈川県立保健福祉大学 栄養学科

【要旨】

管理栄養士の視点から臨床倫理的課題分析をした報告は少ない。管理栄養士が倫理的困難感を感じたケースについて実施した半構造化インタビュー調査の発言データをもとに、拒食のある精神疾患患者の臨床倫理的課題を、臨床倫理の4分割表を用いて整理し、分析した結果を報告する。

《演題3》

【タイトル】

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による健康体操教室参加者の生活様式の変化

【発表者】

福岡梨紗¹⁾、市原真衣¹⁾、松尾祐子²⁾、福田平²⁾、五味郁子¹⁾

1) 神奈川県立保健福祉大学 栄養学科

2) 神奈川県立保健福祉大学 人間総合専門基礎

【要旨】

健康体操教室に参加する高齢者を対象に、毎年継続して健康調査が実施されてきていたが、COVID-19の影響により、健康体操教室も健康調査も中止となった。地域在住高齢者のCOVID-19による生活の変化を把握するために、同対象者に身体計測値、食生活状況、コロナ禍に関すること（不安に感じていること、外出自粛期間前後の生活活動の変化）について、2020年12月にアンケート調査を実施した。その結果を報告する。

ヒューマンサービス研究会設立に向けた呼びかけ (研究会設立趣意書)

平成 21 年 9 月 吉日

関 係 各 位

神奈川県立保健福祉大学
ヒューマンサービス研究会
設立準備会メンバー 一同

1 ヒューマンサービスの具体化に向けて

神奈川県立保健福祉大学は、“ヒューマンサービス”を実現するために、保健医療福祉の中心的な位置にある看護、栄養、社会福祉、リハビリテーションの各分野の人材を育成する大学として、2003年に開学しました。その後、学内で様々な取り組みを試みてきたところですが、すでに卒業生を県内各地に送り出し、さらにこの3月には、大学院の修了者が巣立ったところです。

こうした状況を踏まえ、私たちは、本大学を発信源として神奈川の保健医療福祉関係者に対し、“ヒューマンサービス”をより積極的に打ち出していくために、「ヒューマンサービス研究会」を立ち上げたいと考えました。

私たちは、「ヒューマンサービス研究会」を、神奈川県立保健福祉大学の教員がこれまでに行ってきたヒューマンサービスに関する教育・研究・実践の取り組みをベースとしつつ、これをさらに発展させることを目指すものにしたいと思っています。

2 「ヒューマンサービス研究会」について

(1) 研究会が目指すものは、次のとおりです。

- “ヒューマンサービス”に関する教育・研究・実践の成果を、セミナーの開催、ジャーナルの発行を通して、県内の保健医療福祉に携わる皆さんと共有していくこと。
- 教職員、卒業生、大学院修了生、実習先の皆さんなど、ヒューマンサービスの教育・研究・実践に関連する多くの方々とともに活動できる研究会とすること。
- 将来的には、ヒューマンサービスセンターの設置を目指すこと。

(2) 研究会を立ち上げるにあたっての考え方は、次のとおりです。

- この研究会は、人を支援する、援助するということを目的とした様々な教育・研究・実践を対象とするものとします。
- 研究会において取り込まれる教育・研究・実践は、多職種の連携を意識し、様々な関係者の協働のもとでおこなわれることが望ましいと考えます。

ヒューマンサービス委員会 進捗報告

今年発足したヒューマンサービス委員会では、第2次将来構想の報告書を受けて、以下の3点の事項について活動を行ってきましたのでご報告いたします。

① ヒューマンサービス関連科目のコアの明確化と担当者の調整

ヒューマンサービスの定義や大学の理念からコアを明確化するために、前期および後期終了後にそれぞれ関連科目担当教員による意見交換を実施しました（後期は3月開催予定）。次年度も引き続き実施予定です。

② ヒューマンサービス研究会の学会化

今年度「第11回ヒューマンサービス研究会」を、新型コロナウイルスの感染拡大による影響を受け、初の試みとしてオンラインによるシンポジウムを11月7日に開催いたしました。発表内容は本研究会冊子「ヒューマンサービス研究11」に掲げました。

委員会では今後、研究会を発展的に解消し、ヒューマンサービスに係る教育・研究・実践の有機的循環を促進する活動や、大学院生の論文発表の場を提供する学会誌の発行等、学会化を目指しています。

学会は原則として会費で運営する大学から自立した組織として「会則」及び「趣意書」の作成準備を進めています。現在は、令和4年12月の開学20周年記念式典における「学会設立の宣言」を目標としています。

③ ヒューマンサービスセンターの設置

第2次将来構想報告の「ヒューマンサービスセンター構想案」を基に、将来的なセンター設置の際に、ヒューマンサービスに関する教育・研究・実践の中心的役割を担えるあり方等について構想しています。

令和4年3月

ヒューマンサービス委員会

編集後記

今年も無事ヒューマンサービス誌の発行ができました。

今回は令和3年11月7日に行われました第11回ヒューマンサービス研究会の発表記録を中心に編纂して、通算第11号になりました。昨年の編集後記でも触れましたが、今年は新たに発足した「ヒューマンサービス委員会」が中心となって「ヒューマンサービス研究会」を開催いたしました。

本学は今年で開学20周年を迎えます。本学学部の1期生が巣立ってからほぼ16年が経過し、各地域で、それぞれの専門性を発揮しながらすでに中堅どころとなってきました。また大学院の保健福祉学研究科では修士課程に加えて、昨年度は博士の1期生も誕生していますし、ヘルスイノベーション研究科（修士課程）の修了生も誕生しました。

このようななか、今年のヒューマンサービス研究会はそのシンポジウムテーマに、「ヒューマンサービスと実践—専門職の視点から」としました。シンポジストには本学各学科専攻およびヘルスイノベーション研究科の卒業生・修了生6名を招いて、その実践活動からヒューマンサービスというものを一緒に考えて行くという内容でした。

各シンポジストの方々の実践活動はそれぞれの専門的なサービスの中にも確かにヒューマンサービスの理念が生きていることが実感され、極めて感慨深いものがありました。

各シンポジストの発表後は、学長を始め、学部長、研究科長、大谷理事長からもコメントをいただきながら、議論を深めました。

是非ご一読いただければと思います。

若干、時間が足りなかったきらいはありましたが、コロナ禍でも直接の議論ができる環境で無事開催できたことは、ほっとするとともに、ご尽力いただきました関係の方々にご場をお借りして感謝いたします。

次年度も、ヒューマンサービス委員会を中心として、引き続きヒューマンサービス研究会の開催に向けて準備を進めております。本学のミッションであるヒューマンサービスの研究は、多くの卒業生・修了生を中心とした実践活動の方々とのつながりを深めながらも新たな段階に入ったものと思います。今後も皆様方とともにより深化した学びを続けていきたいと思っておりますので、より一層のご協力賜りますようお願いいたします。

ヒューマンサービス委員会
委員一同

ヒューマンサービス研究11 発行2022年3月31日

編集 ヒューマンサービス委員会

発行 神奈川県立保健福祉大学ヒューマンサービス委員会

〒238-8522 横須賀市平成町1-10-1

電話 046-828-2500 (代表)

e-mail human-s@kuhs.ac.jp

ISSN 2186-2885

Journal of Human Services 2021

