



奉仕・協調・健康

広報

京都大学医学部保健学科



学生厚生支援特別企画 - 養老の滝 -

目次

巻頭言

医学部保健学科長 笹田昌孝... 2

研究ノート

検査技術科学専攻 教授 福田善弘... 4

理学療法学専攻 助手 大畑光司... 7

教育活動

看護学専攻 教授 宮島朝子... 9

作業療法学専攻 教授 十一元三... 11

公開講座

看護学専攻 教授 稲本 俊... 14

オープンキャンパス

教授 菅 佐和子... 16

保健学科 1 回生入学後感想文..... 18

医学部保健学科・医療技術短期大学部日誌... 19

あとがき..... 19

「新年を迎えて」

医学部保健学科長 笹田昌孝

保健学科の設置に向けた熱い思いと具体的な作業に一区切りをつけて、平成15年10月、医学部保健学科を開設し、平成16年4月には第一期生を迎え入れた。果たして、保健学科の歩みは期待通りに進んでいるのだろうか。

まずは学生諸君である。今春入学した学生諸君は、望むような学生生活のスタートを切ったのであろうか。現在主に全学共通科目を履修中であるが、将来医療人になろうとする気持ちがうまく芽生えているであろうか、など気掛かりなところである。この点、直接会う機会があった学生達から聞いたところでは、意欲的な学生生活を送っているようである。そして秋に起こった新潟大震災に対して、ある学生が何らかの手助けをしたいと相談に来た時は、よくぞ来てくれたと喜んだ。新潟の被災者に対して誰もが気の毒に思うことながら、具体的な行動を起こす学生がいることは実に心強いことである。学生厚生支援委員会の協力もあって、全専攻に呼びかけながら皆で相談しているようである。今後とも社会に目を向けた医療人に育てほしいと願っている。

優れた医療人となるにはいいところを持ち、いい目を持つ学生がレベルの高い知識と技を身につけることである。従って大学では学生諸君が持ついいところ、いい目を目覚めさせ、そして高い知識と技を教授する。さらに彼らが自らの思考により新たな課題に挑戦してゆくように導くことである。このような大学教育を確立してゆくことが、本学の最大の目標であり、その達成に向け多くの

課題に取り組むところである。

本学の将来にとって最重要の課題は教育とともに本学特有の研究を展開することである。研究を進めるためには研究課題、研究システムそして研究費が必要である。この中で何と言っても大切なのは研究課題である。研究は研究者がそれぞれ独自の発想に基づいて立案計画するものであるが、本学においてはそれとともに本学の理念として掲げた健康科学の確立に資する課題について研究を展開することが必要である。そのような視点から研究課題を発案する場合、本学が持つ研究領域を横断的にとらえるのが一法である。これは研究に必要な体制の確立を考えると人材が今後とも極めて厳しい状況にあることから、必要なことと思われる。このような考えに基づいて研究検討委員会を中心に進められている活動は極めて重要である。

以上の教育と研究を発展させるために不可欠な課題、それは大学院設置である。これは4年制が設置される以前から検討されていたことであり、4年制がスタートした現在、一刻も早く設置することが望ましい。その最大の理由は、京都大学がこれからの日本の医療のあり方を発信してゆくために必要な優れた医療人を養成することが不可欠だからである。これは当然のことながら京都大学にとっての利益というより、日本全体にとっての利益につながるものである。このことを医学部全体で、京都大学で、文部科学省等で正確に理解され、そして具体化するための課題を1つ1つクリアしてゆくことになるがその熱意を伝えることも

重要である。保健学科の全教職員が一丸となって大学院の設置がかなうように望みたいところである。

教育と研究を展開する上に、もう1つ重要なことは臨床の場である。教育と研究は臨床において、臨床に即したものが中心となる。この点については京大病院を中心に広く学外の診療施設と連携しながら発展させることが必要である。

京都大学を離れて日本全体を見渡した時、これからの医療のあり方は明示されているであろうか。また日本人が現在最大の関心事とする健康はどうであろうか。いずれも自信を持った返答はどこからも返ってこない。このような現状にあって、京都大学がなすべき役割が見えてくる。そして京都大学のみで行えることではなく、大学の連携によ

り、大学と地域の連携により、そして産官学の連携により推し進めることである。このためにはそれぞれの間で充分議論し、可能な限り到達目標を明確にしておく必要がある。このような考えのもとに、まずは神大、阪大、京大の3大学で望ましいチーム医療、望ましい地域医療の構築に向けた具体化を提案しているところである。

いろいろと解決すべき重要課題が山積している。しかしこれまで長尾総長や本庶、中西医学部長の指導援助があつて歩を進めてきたように、今後とも尾池総長、成宮医学部長の指導を得ながら、これらの難問をむしろチャンスととらえて、楽しみのある悲鳴となるようにしたいものである。新しい年を迎えるにあたり、希望に満ちた学生諸君とともに将来に向けた夢を語りたいものである。

私の研究

検査技術科学専攻 福田善弘

私は学園紛争の影響で本来1970年（昭和45年）3月の卒業が半年遅れの9月になり、国試のあと医師としてのスタートは第2内科（現在の内分泌・代謝科）から始まりました。当時、第2内科には全国から珍しい内分泌疾患患者さんが沢山集まっておられ、それら患者さんを主治医として勉強するうちに、自然と内分泌疾患に興味を持つことになった。2年間の内科ローテーション研修ののち、福井県の公立小浜病院に赴任してからも一生懸命内分泌疾患を探したが、循環器疾患、消化器疾患などのポピュラーな疾患ばかりで求める内分泌疾患に遭遇することはなく、その想いは自然と薄れていった。そのような頃に劇症肝炎数例を救命というドラマチックな経験をしたのを機に肝疾患に傾き1976年第2内科肝臓グループの門をたたき、肝臓の研究及び臨床を開始しました。私に与えられたテーマは「肝疾患における免疫複合体（IC）とその病因的意義」でした。当時ICについては膠原病での報告が散見される程度で、未だ肝疾患での報告は少なく、私は自己免疫性肝炎や原発性胆汁性肝硬変症のような自己免疫的機序の関与している肝疾患はもとより、ウイルス性肝疾患とくに肝硬変症でも比較的高率にICが検出されることを報告しました。すなわち肝硬変では腸管からの抗原物質がシャントにより全身系に入り、多くのICが産生され網内系の異常により産生されたICが処理されにくいものと推察しました。それらICの一部は肝硬変にしばしば合併する腎障害に関わると考えられました。またそのICの中にウイルス抗原、自己抗体などが含まれることを示し、特に血中ではHBs抗原が陰性であっても、IC中さらに肝組織中にHBs抗原を証明し、HBs抗原が抗体によりマスクされるため、通常の方法では診断しえないB型慢性肝炎の存在を明らかに

しました。

このような研究の中で、当時次々と開発されてきたB型肝炎、A型肝炎、C型肝炎診断の測定系の検討に関わり、B型肝炎とA型肝炎の重感染、その際B型肝炎ウイルスの増殖はA型肝炎ウイルスにより一過性に抑制（interference）されることを明らかにしました。さらにB型肝炎とC型肝炎にも重感染がみられ、この場合もいずれか一方のウイルスの増殖が優位な状態でした。これらウイルスマーカーを駆使して興味深い症例を多く経験させて頂いた。

一方、治療においても自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変に対する免疫抑制療法について、ウイルス肝炎に対してはインターフェロン（IFN）治療、抗ウイルス剤がB型肝炎、C型肝炎へと展開されてきた（図1）。

B型、C型ウイルス肝炎に対する抗ウイルス療法の変遷

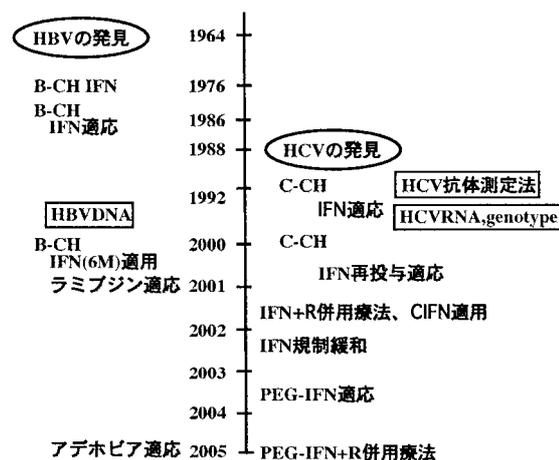


図1

私はこれら治療に治験の段階から加わってきた。ウイルス肝炎に対するIFN治療は当初、B型慢性肝炎からスタートした。わが国では天然型IFNの生産量の問題もあり、B型慢性肝炎には28日間という限られた日数であったため、投与中はウイ

ルス量の減少はみられるものの終了後リバウンド、再燃がみられ不十分なものであった。最近ラミブジン、阿德ホビアなど抗ウイルス剤が開発され、重症化例や急速進展例に有用な治療となりつつある。

C型肝炎に対しては1988年から治験例を含めてこれまで500例近くにIFN治療を施した(図2)。

当科におけるC型慢性肝炎に対するIFN投与症例の推移 (1988年~2003年8月: 467症例)

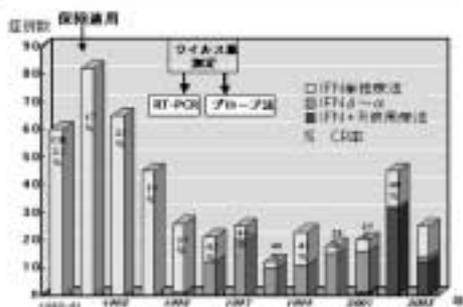


図2

1992年から保険適応となり、6ヶ月間のIFN治療が可能となった。最初の頃は待っていた患者さんも多く、入院待ちは6ヶ月~1年以上で、多くの患者さんは関連病院での入院となった。その成績は治験での無効例も多く含まれていたこともあり、著効(ウイルスの消失:CR)は20%前後であった。1995年頃からはHCV量の測定が可能となり、高ウイルス量は無効が多いことが分かり、そのような患者さんの多くは敬遠されるようになった。それにより治療される例は少数精鋭となり、著効は50%近くになった。その後、多くの施設での多数例の解析結果から、IFN著効例では明らかに肝癌発生率が有意に減少していることが明らかになった。そればかりか最近著効例では肝癌のみならず、他の癌での死亡も減少し生存率の向上も報告されている。さらに慢性肝炎だけではなく、肝硬変からの発癌や肝癌治療後の再発についても検討が行われ、それぞれ発癌抑止効果が明らかにされてきている。2000年末から新しいIFN、アドパフェロン(コンセンサスIFN)や従来のIFNα2b(イントロン)に抗ウイルス剤レボテール(リバビリン、経口薬)の併用療法が可能となり、HCV量の多い場合にも効果が得られるよう

になった。特にレボテール併用では(溶血性)貧血という副作用が問題になるが、従来無効とされていた1B型、高ウイルス量にも20%ほど著効が得られるようになった。2002年2月からはこれまで6ヶ月間に限られていた期間の制限が撤廃され、IFNの長期投与が可能となった。2003年末からは週1回投与可能なPEGIFN(ペガシス)が可能となり、患者さんの利便がはかられ、またIFNに伴う発熱、倦怠感の副作用も軽くなった。さらにPEGIFNとレボテールの併用などがこの冬から保険適応になり、C型肝炎の治療の面でもようやく欧米の域に達したといえる。これによりこれまで6ヶ月間では著効が得られなかった高ウイルス量の患者さんにもようやく念願がかなえられることになった。

当科における年度別HCC入院患者数(1975~2003)

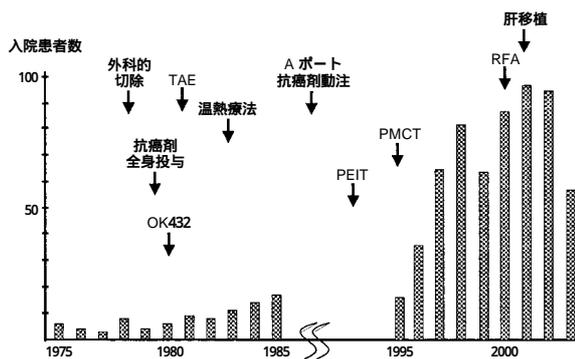


図3

一方、図3は第2内科肝臓グループで経験した年度別肝癌入院患者数であり、これには治療後の再発などで何度も入院した例も含まれているが、当初は年間10名に満たなかったが最近では100名近くに及んでいる。

1979年助手になってから、私自身の研究テーマとして「肝発癌、進展機構の解明と治療応用」をとりあげ、大学院生、医員と一緒にとりくみました。

当時B型、非A非B型肝炎ウイルスが腫瘍ウイルスか否かが議論されていましたが私は、肝炎ウイルスが直接的というよりもむしろウイルスによりもたらされた慢性肝炎/肝硬変状態に肝発癌をプロモート、あるいは癌遺伝子を活性化する因

子、例えばホルモン、成長因子などの関与を想定し、研究をはじめました。エストロゲン、ビタミンD、EGF、IGF-1などについて血中濃度や、各種疾患での肝組織や培養肝癌細胞株でそれぞれのレセプターを検討するかたわら、ウイルス研究所 畑中正一教授との共同で癌遺伝子の検索を早くから着手しました。当時、肝癌での c-myc 遺伝子 (c-myc) 発現の増加の報告はありましたが、我々は肝癌のみならずヒトの慢性肝炎 / 肝硬変や実験動物での前癌病変と考えられる時期でもすでに c-myc の発現の増加を認め、このような持続的な増加が肝癌を誘起する一因であると推察しました。最近 c-myc は細胞周期に深く関わっており、その攪乱が癌につながるの考えがあるようで私達の考えを支持するものと思われます。

DNA のメチル化が遺伝子発現の制御に重要であるため、私達は各種肝組織における 5 メチルシトシン量を測定しました。この場合も肝癌のみならず慢性肝炎、肝硬変でも 5 メチルシトシン量は正常組織より低下しており、これら状態ではメチル化は低下しており、種々の遺伝子、特に癌遺伝子発現の増加につながる状態にあると考えられます。さらに c-myc についてメチル化の状態をみたところ肝癌のみならず慢性肝炎、肝硬変においてもエクソン 2 で約半数例に低下がみられ、先ほどの c-myc 発現の増加に合致する成績でした。

一方、癌抑制遺伝子についても検討しましたところ、私達の成績では 13q、16q、17p で比較的高率に loss of heterozygosity (LOH) がみられ、臨床データとの比較では進展例あるいは悪性度の高い例でありました。またこれら LOH は肝癌の手術後、無再発生存率と深く関係していました。さらに 13q では RB 遺伝子、17q は p53 ともう 1 つ別の癌抑制遺伝子に関係していることが明らかになりました。

また高悪性度肝癌においてサイクリン D 1 遺伝子の増幅と過剰発現や、肝癌での p16INK 4 A 遺伝子変異など明らかにし、肝癌では p16INK 4 A / サイクリン D 1 / RB 経路の異常が深く関与していることを明らかにしている。最近では従来の

LOH 解析をより包括的に発展させていく過程で染色体の重複をも検出できる半定量マイクロサテライト解析を西村先生が考案し、高分化肝癌での包括的染色体異常解析、第 1 染色体異常の共通領域の決定など肝発癌・進展における染色体異常の意義を徹底的に究明すべく研究を展開している。

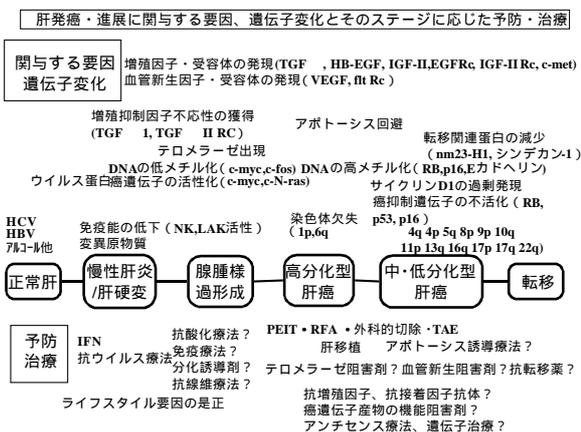


図 4

われわれや他の研究者の成績等から肝発癌・進展にも大腸癌などと同様に多くの遺伝子異常が蓄積し、多段階的に進展していることが明らかになりつつある (図 4)。

すなわち、細胞増殖、不死化、アポトーシス耐性などに関わる遺伝子異常やそれらを調節するブレーキ役や免疫監視機構の破綻により肝癌が発生し進展するものと思われる。今後これらを分子標的とする治療法の開発が待たれているものの、現況では一度肝癌が発症すると治療の進歩にもかかわらず、再発が極めて多く難治であることを嫌という程実感させられてきた。従って予防が大切であり、C 型肝炎に対する治療がより広がり、多くの症例の肝発癌抑止が可能となった。またウイルス量を早い時期でモニターすることにより、有効性も予測することができ、副作用、副反応との兼ね合いにより、IFN 治療続行あるいは中止の決断が早期に可能となってきた。最近では血小板の少ない症例に脾動脈塞栓術により血小板を増加させた後、IFN 治療や、肝癌治療後の再発抑止をめざした治療も行っている。現在、日本肝臓学会では肝癌撲滅運動を展開している。その一員として今後ともその一翼をにないたいと考えている。

研究ノート

理学療法専攻 助手 大畑光司

最近、発達障害という言葉をよく見かけるようになった。これは自閉症やADHD（Attention Deficit Hyperactivity Disorder：注意欠陥・多動性障害）などの軽度の発達障害に対する社会的な認識が深まったことによると考えられる。発達障害とは脳性麻痺や自閉症などの生体の有する機能（特に中枢神経系）が成熟しないままにとどまった状態を意味している。特に軽度発達障害はその発生率が非常に高率であり、保健、医療、福祉、教育が一体となって取り組まねばならない重要な問題である。欧米の小児理学療法の分野でも最近ではDCD（Developmental Coordination Disorder：発達性協調運動障害）に対する理学療法についての報告が散見されるようになってきた。

一方、長年にわたり療育の対象となってきた重度発達障害児は減少しているのであろうか？平成13年度に厚生労働省が行なった身体障害児・者実態調査（障害者福祉研究会編、中央法規）によると、少子高齢化が社会的な問題となっているにもかかわらず、肢体不自由児は平成8年の調査と比べて増加に転じている。さらに1・2級の重度障害をもつ身体障害児は障害児全体の中の63.9%のほり、特に肢体不自由（73.2%）、重複障害（76.7%）では重度児の占める割合が多い。このため障害児の最近の様相は軽度と重度の二極化が進んでいるとされる。特に重度障害児の多くを占める脳性麻痺に対する医療的ケアのあり方は障害児療育の重要なキーワードのひとつであると考えられる。

重度脳性麻痺の障害は、中枢神経系の異常による一次障害（primary impairments）と、一次障害が長時間にわたって存在した結果として発生す

る二次障害（secondary impairments）に分けられる。特に重度児・者は重篤な運動障害により、長期間の身体不活動を余儀なくされることから、さらなる廃用症候群（骨萎縮、筋萎縮、関節拘縮など）が必発する。このため重度脳性麻痺に対するリハビリテーションアプローチの目的は一次障害を可能な限り軽減することだけでなく、長期にわたる障害に伴う二次障害の発生を未然に防ぐことにあるといえる。新たな二次障害の発生は重度児のQOL（Quality of Life）の低下を招く恐れがあり、身体不活動や体力低下の状態を正確に把握する必要性は高いと考えられる。

しかし、そもそも随意的な運動能力が制限されている重度脳性麻痺の「体力」を評価することは容易ではない。基本的な体力指標として用いられる筋力測定ですら困難である場合が多い。これは筋力が低下して測定できないことを意味しているのではなく、筋力測定で用いる課題（特定の筋を収縮する課題）を遂行することが難しいことに起因している。具体的には立ち上がることができる筋力を持っているにもかかわらず、一般的な膝伸展筋力の測定で用いられる姿勢（椅子に座って膝を伸ばす）にするとほとんど筋力を発揮できないという現象が生じたりする。このような現象は脳性麻痺の主症状の一つである選択的運動制御障害によるものであり、この問題を解決しなければ正確な筋力は測定できず、筋力低下を評価することが不可能となる。

そこで我々のグループでは、超音波画像診断装置を用いた筋の形態学的測定により、重度脳性麻痺児・者の筋萎縮の程度に対する定量的評価を試みている。現在の取り組みとしては超音波画像に

より、上腕部の筋、大腿部の筋、下腿部の筋や背筋などの筋の厚さを評価し、種々の運動機能との関係や日常生活での活動状態、さらには骨の強度などとの関係を調べている。現在までの結果ではたとえかなりの介助が必要であっても日常的に「立つ」、「歩く」などの運動を行っているものほど、身体多くの部位における筋の萎縮が少ないことがわかってきた。また、筋の厚さは骨の強度とも関係しており、たとえ少しであっても自ら可能な運動を適度に行うことが、骨折や骨変形などを少なくするために重要な意味を持っているのではないかと考えられる。筋の厚さの計測方法につ

いてはまだ改善しなくてはならない部分もあるが、超音波による一連の測定は簡便で非侵襲の測定であり、被測定者に与える不安も少ない。重度児・者の筋に対する定量的な評価方法の確立は、一定の運動課題が行なえない方に対する「体力測定」を可能とすると考えられ、将来的には重度脳性麻痺児・者の体力維持のための介入の方向性についての示唆が得られるのではないかと期待している。このような取り組みを通じて重度児・者とその家族の方々のQOLに少しでも貢献できるよう努力してゆきたい。

「見えないケア」と「見えるケア」

看護学専攻 教授 宮島朝子

はじめに

看護には実にさまざまな定義がある。Nightingale (1860) は「看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさを適切に保ち、食事を適切に選択し管理する - すなわち、患者の生命力の消耗を最小にするようすべてを整えることを意味すべきである。¹⁾」と述べている。日本看護協会(1964)は、「看護とは、健康であると不健康であるとを問わず、個人または集団の健康生活の保持増進および健康への回復を援助することである。²⁾」という概念を示している。そして、アメリカ看護協会(1980)は、「看護とは、現にある、あるいはこれから起こるであろう健康問題に対する人間の反応を診断し、かつそれを治療することである。³⁾」と定義している。

ところで、看護の「看」と言う字は、「手」と「目」から成っているとされる(図1)。手は、

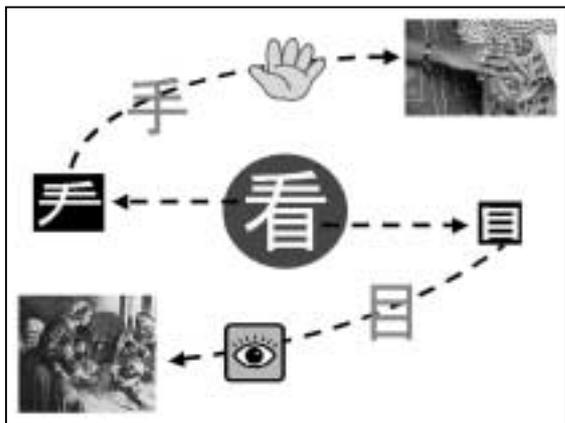


図1 看護の「看」は手と目から成る

患者さんに寄り添い、温かい手で優しく触れることによって不安を緩和することのできる技であると同時に、体温の変化や脈拍の乱れをいち早く読み取る鋭い判断力の道具でもある。目は、慈愛に満ちた眼差しで患者さんを見守る目であると同時に、患者さんの微妙な心身の変化を読み取り的確にアセスメントすることのできる観察の道具でも

ある。

このような看護行為には、2つの側面があるように思う。ある人はそれを「看護の“art”と“science”」であるといい、ある人は「医学モデルと看護モデル」であるという。私はそれを「見えないケアと見えるケア」と言う言葉で表現したいと思う。本稿ではこの「見えないケアと見えるケア」について、私見を述べたい。

見えないケアとは

数年前にある学会で、看護はサービス業として成り立つか否かについて、肯定派と否定派によるディベート⁴⁾が行われた。その際否定派の意見として、「看護職が質のよい看護を提供すればするほど、利用者は評価しないという事実がある。すなわち、看護職が力を使わなかったように見せかけ、利用者が“自分の力で回復した”と思わせる援助が最も質の高い看護であり、看護本来のあり方で、“私がしてあげた、これをしなさい”という看護サービスのあり方は質の高い看護とは言えない。受益者にとっては、“してもらった”サービスが目に見えなければ評価の対象とならず、価格として反映されない。それゆえに、“看護サービスは業として成り立たない。”という主張が展開された。

ディベートはさておき、否定派の主張には、「見えないケア」に通じるものがあるように思う。つまり、思いやる、配慮すると云った形にならない事柄であったり、病む人が体験している世界の意味を理解したり対人関係を形成したりする能力である。これらはいずれも見えにくく、評価されにくいものである。また、業として成り立ちにくいものでもある。しかし、人と人が関わる場において、必ず必要とされるものなのではないかと考える。

見えるケアとは

それでは見えるケアとはどのような事柄をさすのであろう。それは、「行為が形になって見える、数値で表せる、曖昧さが無い、根拠が明確である」と言うことではないかと考える。つまり、昨今よく言われるところの、Evidence based Nursing (EBN)と同じような意味で説明できるのではないかと思う。

Johnston は Evidence based Nursing について、研究から得られた最良のエビデンスと実践家の臨床専門技能を統合して、保健医療の介入効果に関する一連の知識と、実際に臨床現場で行われている実践との間に存在するギャップを埋める一つの方法⁵⁾であると述べている。看護実践において看護職の経験知は重要であるが、根拠を提示していくことも同時に必要である。

ところで、EBN は比較的最近言われ出した事柄であると思いがちであるが、実は Nightingale (1820~1910)こそ、その先駆者なのではないかと考える。Nightingale に対する一般的なイメージは、白衣の天使、看護の先駆者、病院の改革者などである。しかし、彼女の知られざる業績に、統計学者としての姿がある。クリミア戦争(1854~1856)当時 Nightingale は、英国軍病院において不必要な死亡がいかに多いかを軍の上層部に進

言した。しかし、なかなか改善してもらえなかったことから、それを統計的なデータにして提示したと言われる。それが POLAR AREA DIAGRAM (鶏頭図)と言われる有名なグラフ(図2)である。Nightingale は「社会現象は客観的に計測し、数学的に分析することが可能」と述べ、東方駐留軍の原因別死亡の状況をこのグラフで示し、衛生状態の改善に取り組んだ。その結果、死亡率はそれまでの42.7%から2.2%に激減させることに成功した⁶⁾。Nightingale のこの取り組みはEBNそのものであり、見えるケアの実践であったと思われる。

おわりに

先進的な医療が繰り広げられる場において、エビデンスに基づいたケアは重要であり、提供したケアの効果を評価していくことが求められる。その場合、見えるケアが優先され、見えないケアはあまり重要視されないように思われがちである。しかし、両者の境界は必ずしも明瞭であるとは限らない。先進医療に限らず、看護職が関わるさまざまな場において、「見えるケア」と「見えないケア」は相補的に影響し合い、バランスをとりながら提供される必要があるのではないかと考える。

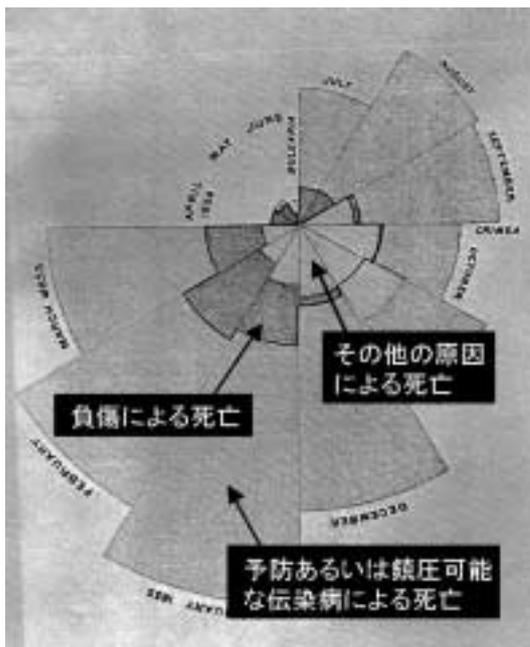


図2 POLAR AREA DIAGRAM(東方駐留軍の原因別死亡)

引用文献

- 1) Nightingale, F (湯横ます監修): 看護覚え書 (ナイチンゲール著作集第一巻).139-369,1979
- 2) 林滋子編: 看護の定義と概念, 日本看護協会出版会, p 94,1977
- 3) 日本看護協会出版会編: いま改めて看護とは. 日本看護協会出版会, p 24,1984
- 4) 看護はサービス業として成り立つか - 第3回日本看護管理学会が開催される. 週刊医学界新聞第2356号, 1999 9 27
- 5) Johnston, L (外崎明子訳): 看護実践におけるエビデンス. 看護研究, 35(2); 107-113 2002
- 6) Cohen, I.B.: Florence Nightingale, Scientific American 250(3); 98-107,1984

メンタルヘルスの新たな主要領域 「広汎性発達障害 Pervasive Developmental Disorder」

作業療法学専攻 教授 十 一 元 三

はじめに

これまでメンタルヘルスの中心を担う精神医療の中心的対象は統合失調症（旧称、精神分裂病）や躁うつ病（双極性障害）・うつ病を始めとする成人期発症の精神疾患が中心であった。加えて、近年ではパニック障害（過換気発作など）、摂食障害（拒食・過食症）さらに不登校関連問題など、患者層が高・低年齢ともに拡大する傾向が顕著であり、患者数も年々増加の一途をたどっている。そのため、医師過剰といわれるなか、精神神経科については反対に医師の不足が常態化しているのが現状である。このなかでも極度にその数が乏しいのが児童青年精神医学の専門医である。話が飛躍するようであるが、実はこの問題は近年の我が国にみられる教育・就労・医療さらに司法領域までを含む社会的混乱に大きく関与している。

学級崩壊を始めとする教育現場の混乱については依然として解決の糸口がつかめず、近年たて続けに生じた深刻な少年事件と合わせて、教育関係者はその理解に苦しんでいる。そのような状況を受け、文部科学省が平成14年に義務教育の生徒を対象に調査を行ったところ、普通教育課程（知的障害がないとされる）に在籍するうち、“発達障害”と総称される精神疾患が疑われる学童が実に6.4%に上がることが明らかとなった。ここで言う発達障害は、「広汎性発達障害（pervasive developmental disorder, PDD）」、「注意欠陥/多動性障害（attention deficit/hyperactivity disorder, ADHD）」、「学習障害（learning disorder, LD）」の3障害を指している。この結果を踏まえ、文部科学省は「特別支援教育」を打ち出して学校側の対応を促しているのは周知の通りである。そのため、現在この領域について知識を得ている教員の数は急増し、医療関

係者よりも先んじている有様である（それに比べると児童精神科医を除く医学界の認識は多分に遅れている感がある）。

上記3つの発達障害の中で、特に最近その重要性が認識され注目を集めているのがPDDである。PDDという診断カテゴリーには、ある程度の共通項を持つ幾つかの疾患が含まれており、一般的知名度の高い「自閉症 autism（自閉性障害）」もその1つである。自閉症の場合、知的障害（精神遅滞）を伴うことが多く、独自の特徴を有しており、幼少期より療育支援の対象となることは随分以前から知られてきた。その後、知的障害のないケース（高機能自閉症 high-functioning autism）も少なくなく、大学（院）教育へと進学し、優秀な能力を発揮することも知られるようになった（しかし同時にハンディキャップも有している）。ところが、自閉症のように専門家以外でも気づきやすいPDDに加え、「アスペルガー障害（Asperger's disorder）」と呼ばれるPDDが稀ではないことが次第に明らかとなった。先述の文部科学省の調査で対象となったPDDとは、このアスペルガー障害である。

アスペルガー障害の特徴を要約すると、「情緒的疎通性を含む“対人相互性”の生得的障害」および「行動や精神活動が限局化・反復しやすいという強迫的傾向」の2つにまとめることができる。さらに、「パニック・痙攣（周囲には“キレやすい”と映る）知覚の過敏さ、注意の問題など自閉症と共通する特徴を持つ。特に主要兆候である対人相互性の障害のため、幼いうちから周囲との不調和が生じやすく、強迫的傾向（こだわり）やパニックの起こしやすさも手伝ってトラブルが生じやすい。例えば、“なまいき”・“自分勝手”・“浮いている”と思われたり、いじめや不適應を契機とし

て人に対する恐怖感（被害念慮）や不登校を呈する場合がある。逆に、対人状況に応じた行動制御が苦手なため、関係者の些細な言動に過剰に反応してしまい、期せずして危害に至る結果を招くこともある。学力に優れたケースでは大学へと進学し、あまり対人性を要求されない職種を選択することで社会適応を遂げる者もいる。しかし、大半のケースでは、外見上の普通さとは裏腹に、生活上（特に対人・社会状況）の困難を有しており、精神医療の支援を必要としている。冒頭で述べた教育・就労・医療・司法領域における（恐らく最大の）混乱は、実はこのアスペルガー障害をはじめとするPDDへの認識と支援の不足と大きく関連している。アスペルガー障害と同じ特性を持ちながらも特徴が軽微化している場合を「特定不能型広汎性発達障害（PDD-not otherwise specified, PDD-NOS）」と呼ぶが、PDD-NOS（临床上、アスペルガー障害とあまり区別しない専門が多い）についてもアスペルガー障害と同様の問題が生じやすい。

アスペルガー障害を始めとするPDDは、適切な療育や医療的支援により社会適応はかなり改善する一方、対人相互性の希薄さや強迫的傾向という生得的資質は、程度に相違はあるものの成人期に至っても存続する。このことから分かるように、PDDは児童精神医学にとどまらず、成人精神医療の対象でもある。それどころか、PDDの罹病率が1%を超えそうな状況を考えると、従来の精神病圏（統合失調症や躁うつ病など）をしのぐ一般精神科診療の主要な対象になりつつある。事実、例えば精神医療機関のデイケア通院者の相当数をPDDが占め、医療側の対応が追いつかない状態に陥るといった現象が全国各地で生じ始めている。当然、学童期においては学校教育におけるサポートが求められることになる。しかし、特別支援教育が打ち出された後も、医療関係者と違い教育を本務とする教師にとっては、PDDを始めとする発達障害の理解には困難をともなうことが多い。また、もともと専門的精神医療の対象であるPDDを“教育的”支援の範囲内で対応するという発想

には無理がある。現在、そこから生じる矛盾が教育現場の教師、当事者家族などを直撃している。

以上の事態に対応するのは当然ながら児童青年精神科医であるが、最初にも述べたように、その絶対数の不足が深刻な域に達している。例えば、我が国の2倍程度の人口を持つアメリカ合衆国では3000名程度の児童精神科医が存在する。それに対して、我が国では児童期精神疾患を本当に専門とする精神科医（従って小児神経科医はこれに該当しない）の数は恐らく100名程度のオーダーであり、アスペルガー障害などPDDに対応し得る専門医はそれを一桁下回るといった状況である。実際、主要大学においてすら児童精神医学講座が設置されておらず、大学での医学教育における不可欠が未だ認識されていないのが現状である。この惨状を外科の領域に例えれば、腹部外科、心臓外科、脳外科を独立させることなく1つの“外科”で済まそうとするに等しいものであり、欧米先進諸国と比較した場合、我が国の持つ成熟国家とは言い難い側面の表れであるとも言える。

児童精神医学というインフラ未整備の影響は、医療、教育分野における特別支援にとどまらず、司法の領域にも及んでいる。近年、社会を騒がせた少年事件の一部には先述のPDDというハンディキャップが（直接的ではないにせよ）関与していたことが報道された。実際、一般社会からみて“不可解”と映る事件の一部では児童精神医学がその理解にとって不可欠となる。そのため、精神鑑定、あるいは（家庭裁判所では）医務室技官の立場にある医師の診察を通じた事件の解明が期待されることになる。しかし、上述のような状況のなか、児童精神医学の専門家がその任にあたることは稀となる。その結果、正しい診断がなされなかったり、健常者を前提とした心理学的解釈や説明をもとに（釈然としないまま）対処されていることが最近まで常習化してきた。このような事実究明のゆがみは、単に司法領域にとどまらず、世代・文化や社会構造による青少年問題と、精神疾患が関与した特殊な事件との混同を生み、教育関係者に大きな混乱を招いている。このような混

同は、少年観、発達観、学校および家庭での教育観にも影響を及ぼしかねないため、社会に対する被害は甚大である。そして、その根元をなす大きな問題として、児童精神医学の社会への浸透の低さがある。

以上のような混乱の中、ともあれ文部科学行政が他の行政領域に先駆けて特別支援の必要性を認識したことは非常に重要である。それに続き、“発

達障害支援法”が国会で立法化が決定した。このような新たな流れのなか、システムづくり先行による当事者への不利益が生じないよう、PDDを始めとする児童精神医学を、成人精神医療が日常診療にとって必須の基礎知識として定着させる必要があるが、それには我が国の医学教育課程に児童青年精神医学を他の先進諸国なみに位置づけるよう、行政からの措置が不可欠と思われる。

健康科学公開講座

看護学専攻 教授 稲本 俊

本学は、平成15年10月に医療技術短期大学部から医学部保健学科として生まれ変わり、さらに広く、深く「健康科学」に取り組んでいくことになった。その取り組みの一つとして、医療技術短期大学から引き続いて第17回健康科学公開講座を「家族が健康であるために」のテーマのもとに平成16年8月21日、22日、28日の3日間、本学の第2大講義室において開催した。

今回のテーマは家族の健康を取り上げた。少子高齢化が急速に進む中で、家庭が社会から孤立し、家族間の絆も弱まりつつある。その結果として、子育ての不安や家庭内暴力、高齢者介護の負担が家族に重くのしかかっている。一方、国際的にボーダーレスとなり、BSE や SARS に見られるように海外で起こったことがたちまち日本の社会に入り込み、食の不安や感染の不安が家庭を直撃する。これらに立ち向かい家族の健康を守るためにはどうしたらよいでしょうか。家族の健康を脅かすこのような問題に対して、風説に惑わされてただ恐れたり、自分のことではないと無視するのではなく、確かな情報を得て、日々の生活の中で準備や対策を実践していくことが大切である。このような背景をもとに、表1に示すスケジュールで公開講座を行った。

表1 第17回健康科学公開講座の日程

日 程	題 目	講 師
8月21日 (土)	健やかな家族づくりのために - それは胎児期から始まっています -	医学部保健学科看護学専攻 講 師 岡島 文恵
	学童期までの子供の成長・発達について	医学部保健学科作業療法学専攻 教 授 小西 紀一
8月22日 (日)	家庭が見守る乳幼児の発育	医学部保健学科作業療法学専攻 前教授 田原 明夫
	感染症と臨床検査	京都大学大学院医学研究科 教 授 一山 智
8月28日 (土)	高齢者の体力づくり	医学部保健学科理学療法学専攻 助 手 池添 冬芽
	食べ方上手	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教 授 中村 丁次

公開講座の初日は、家族の中でもっとも大切な子供の成長についてそれぞれの専門の立場からの講演とした。育児は大きな負担であるが、大きな喜びでもある。また、親として支える一方で、子供が独立できるように見守ることも必要である。核家族化が進み、親だけに負担と責任のかかる状況での対応が求められている。第2日目は、家庭の内面の問題である心の健康と外からの問題である感染を取り上げた。心の問題はそれぞれの家族が関わる問題であり、特に成長とともに変化する思春期の子供との係わり合いには難しい問題がある。一方、感染は以前にも増して容易に社会から家庭の中に入り込み健康を脅かしており、正確な知識と対策が必要となる。最終日は、健康の基礎となる体力と食の問題についての講演とした。便

利さに伴って失われがちな体力をどのように維持するか、飽食の時代の中でいかにバランスの取れた食事を考えるかはいずれも大きな問題である。

今回の公開講座には35名の市民が受講された。その詳細は表2に示すごとく、幅広い年齢と職種の方が、教養や特定の専門のために受講されていた(表3)。講義の内容については概ね良い評価をいただいております、この公開講座を通して受講者の方々が家族の健康にかかわる問題を今一度考え、家族の健康維持への取り組みを進めていくための参考にしていただけないかと考えている。

表2 公開講座受講者

受講者数 (アンケート 回答者)	男性		女性		合計	
		4名 (1名)		31名 (20名)		35名 (21名)
年齢	20代	30代	40代	50代	60代	70以上
	1名	4名	5名	6名	1名	4名
職業	主婦	公務員	看護師	教員	なし	不明
	5名	2名	2名	3名	3名	6名
受講回数	初回	2回	3~5回	6~9回	10回以上	不明
	8名	2名	4名	2名	1名	4名

表3 受講の目的と評価

受講目的	教養のため	特定の専門 のため	その他	無回答	
		10名	6名	7名	1名
難易度 (全体的にみて)	やや難解	普通	やや容易	大変容易	無回答
	4名	10名	3名	1名	3名
内容	この程度で よい	生活や実際に 即した内容	もっと専門的 内容	無回答	
	16名	3名	1名	2名	

「京都大学オープンキャンパス2004」報告

オープンキャンパス部会長 菅 佐和子

「京都大学オープンキャンパス2004」は、8月17日（文系）、18日（理系）の2日間に亘って開催されました。全参加者数は4,387名で、これは昨年度を約500名上回りました。また、参加者の学年別では、高校1年生745名、2年生2161名、3年生1487名で、高校1・2年生の増加が目立ちました。最近では高校側が、将来の進路について生徒に早くから目的意識を持たせるため、高校1・2年生からの参加を大いに奨励しているそうです。

両日とも、午前9時から、100周年時計台記念館にて尾池和夫総長の「京都大学を目指す諸君へ」と題する講演をはじめとする「全体説明会」が行われました。この全体説明会は、会場の収容人数の都合で両日とも定員が先着順800人に限定され、入りきれなかった人のために、付属図書館、総合博物館の見学やキャンパスツアーなどの企画が準備されました。但し、この人数制限に関しては、いろいろ検討課題もあるとのことでした。

そのあと、学部（学科）ごとにそれぞれの校舎等で「学部企画」が開催されました。

保健学科説明会は、18日の11時30分～14時の時間帯に実施され、全参加者数は139人（看護学専攻：44人、検査技術科学専攻：34人、理学療法学専攻43人、作業療法学専攻18人）。そのうち高校1年生が18人、高校2年生が36人含まれていました。

プログラムは以下の通りです。まず、第3大講義室において、笹田昌孝保健学科長の挨拶に引き続き、看護学専攻、検査技術学専攻、理学療法学専攻、作業療法学専攻の順に専攻の紹介が行われました。いずれもパワーポイントを駆使した色彩豊かな映像を提示し、授業内容や、将来の進路などについて分かりやすく説明、それに加えて各分野の健康科学としての理念や今後の発展の可能性

にも言及され、きわめて簡潔で充実した内容であったと感じられました。

引き続き、各専攻に別れ、教員の引率のもとに京大病院の中の関係の深い部門、学科内の実習室などの施設見学および個別相談を行いました。個別相談会場には、保健学科現1回生も数名ずつ同席し、学生の立場から協力してくれました。

最後に、アンケートの記載を求め、90人からの回答（回収率 64.7%）を得ました。アンケート結果は、「有意義であった」「保健学科に入学したいと思った」「まずまずである」という回答が計84人（76.7%）と大勢を占めており、自由記述でも、「実際に病院を見学して、学部のことがよくわかった」「たくさんの先生から話を聴けてうれしかった」といった感想が多くみられました。

しかし、「京大の全体説明会のあとで昼食をとれる時間がほしいので、開始時刻を遅らせてほしい」「予定よりかなり遅くなって疲れた」等の感想もあり、今後、スケジュールに関して全学的な検討の必要性もうかがえました。

また、他学部（学科）にくらべて、保健学科説明会への参加希望者はまだ少なく、今後すこずつ増加することが望めます。そのためには、保健学科の特徴や今後の発展可能性について、日ごろから広報活動に力を注ぐことの重要性が改めて痛感されました。何よりも、最近の若者は、「顔の見える、血の通ったコミュニケーション」の機会に乏しく、それに対する潜在的なニーズは大きいのではないかと推察されます。この説明会が、そのような稀有な機会として広く活用されることを目指したいものです。

夏の暑い盛りに、多忙な校務の合間を縫っての行事ではありましたが、保健学科の内容を高校生にアピールする大切な機会として学科をあげて

取り組んでくださった教職員の皆様、在学生有志に心より謝意を表します。このように、大切な目的に向かって力をあわせて取り組める姿勢こそ、保健学科ならではの「個性」であるといえましょう。

なお、来年度のオープンキャンパスは、2005年8月11日・12日に実施される予定です。



保健学科 1 回生入学後感想文

看護学専攻 井上 由記子

大学生活は、思っていたよりも忙しいですが、毎日頑張っています。専門・専門基礎科目には興味の持てるものがたくさんあり、講義を受けることで新しい発見をしたり、今まで自分の持っていた知識をさらに深めることができます。

また私が一番驚いたことは、先生方が身近に感じられることです。学生のことを考え、学生のやる気に応えてくださる先生方がたくさんいらっしゃいます。例えば、専門の授業ではもちろん、授業以外でも、授業終了後に自己学習をしていると見に来てくださったり、進路相談にものってくださったりもします。

これからもこの保健学科でいろいろなことを学んでいきたいと思っています。

検査技術科学専攻 木村 尚貴

僕がこの学科に入って一番感じたことは、将来の自分の選択肢が非常に広いということです。まだ専門的なことはほとんど始まってないのですが、シラバスを見たり先生方の話を聞いたりすると本当にそう思います。また、人数的なものもあるからでしょうか、クラスの雰囲気等も良く環境としても抜群です。もちろん教養として他学部の人たちとも一緒に授業を受けたりするし、クラブやサークルにも入れるので閉鎖的なイメージはぜんぜんありません。僕はこののほほんとした環境が大好きですよ。

理学療法学専攻 富山 千恵

こんにちは。京都大学医学部保健学科理学療法学専攻の1回生です。入学してから半年以上たちましたが、やっと自分なりの大学生活ができています。保健学科には4つの専攻がありますが、同じ授業で会うことが多く、時には良い意見交換の場となることもあります。また、1回生のうちから専門の授業があり、早くから理学療法について学べます。さらに、医学部ではアーリーエクスポージャーといって、京大病院のICUや化学療法部、解剖センターなど様々な分野から2つ見学することができます。また理学療法学専攻では、夏に3日間の病院実習があり、3人組で一日ごとに違う病院に行くのでじっくり見学することができ、それぞれの病院の特徴がわかりました。このように京都大学では早いうちから専門的なことをしています。

作業療法学専攻 梅谷 敬子

どうもこんにちは。早いもので、私たち1期生が入学してから半年が経とうとしています。やっと建物などの勝手が分かり、クラスの雰囲気にも慣れてきました。うちのクラスは作業療法士と理学療法士の卵たちから成り、男女比は半々くらいです。男子はよく分かりませんが、女子はみんな仲が良いです。

この半年であったイベントを紹介します。まず、4月の下旬に、1泊2日で保健学科全体の合宿がありました。参加者は保健学科の1回生全員+教員で、各専攻の紹介をしたり、バーベキューをしたりしました。うちの専攻の人は他の専攻と比べて変わっているなあという印象を受けました(笑)5月に入ると、3回生の先輩たちの卒業研究の被験者募集があります。私は体が空く限りお手伝いして、たくさんの先輩と知り合いになれました。5月の下旬には作業療法学専攻の親睦遠足がありました。作業療法を学ぶ1回から3回生全員+作業療法学専攻の教員が参加し、大文字山に登りました。下山した後は保健学科の中庭でバーベキューをしました。先生方や先輩方とお近づきになれる機会はそうないので、とても楽しめました。7月7日には作業療法学専攻の男子が中心となって、中庭で七夕かき氷パーティをしました。生徒が主体となってやる初めてのイベントで、予想していたよりも多くの人に来ていただいて嬉しかったです。そして、もうすぐ11月祭ですが、クラスでも出店するので、これによってますます親交が深められたら良いなあと思っています。

私生活について言うなら、ついこないだ下宿を始め、やっと余裕が出てきたので、遊びを通して子供と関わるサークルに顔を出しています。アルバイトも始めました。覚えなれないことが多いですが、毎日忙しく楽しく過ごしています。

医学部保健学科・医療技術短期大学部日誌

7.1	専攻長等会議	8.28	健康科学公開講座
7.5	入学者選抜方法検討委員会	9.4	保健学科講演会
7.7	研究検討委員会	9.6	学生厚生支援・環境保全委員会
	学生厚生支援・環境保全委員会	9.8	研究検討委員会
	七夕祭り	9.9	教員会議
7.8	教員会議		拡大教授会議・教授会議
	教授会議	9.24	専攻長等会議
7.12~16	専攻科前期試験	9.29	図書委員会
7.14	保健学科紀要 健康科学部会	10.5	広報委員会部会長会議
	学生厚生支援・環境保全委員会	10.13	研究検討委員会
7.15~28	保健学科前期試験	10.14	広報委員会ホームページ部会
7.21	全学共通科目部会		教員会議
7.22	専攻長等会議		教授会議
7.23	オープンキャンパス部会	10.19	広報委員会 保健学科広報部会
7.27	施設管理・建築委員会	10.28	専攻長等会議
7.27~8.6	医療技術短期大学部前期試験	11.4	拡大将来計画検討委員会
7.29	教務・教育委員会	11.8	学生厚生支援・環境保全委員会と
8.11	研究検討委員会		学生運営委員会合同会議
8.18	オープンキャンパス2004	11.10	研究検討委員会
	臨時教授会議	11.11	教務・教育委員会
	大学院設置準備委員会		教員会議
	夏祭り		教授会議
8.19	大学院設置準備委員会	11.17	保健学科紀要 健康科学部会
8.21	健康科学公開講座	11.20~23	11月祭
8.22	健康科学公開講座	11.25	施設管理・建築委員会
8.26	大学院設置準備委員会	11.27	学生厚生支援特別企画 養老の滝

京都大学医学部保健学科広報部会

あ と が き

広報第2号をお届けします。

当保健学科広報は年2回の発行を予定しています。前号は開設記念特集号のため、本号から通常号となり、新たに「研究ノート」と「教育活動」の掲載を始めました。保健学科の教育研究活動を、少しずつではありますが紹介していければと考えています。

ここ数年インターネットの普及は目を見張るばかりで、何か知りたいときは取り敢えずネットで検索する、という人も多くなったように思います。このような中、私たち保健学科の対応は、正直遅

れていたと言わざるを得ませんが、現在急ピッチで改善が進んでいますので、医学部保健学科のトップページ：

<http://www.hs.med.kyoto-u.ac.jp/>

へ一度お越し下さい。「広報」もご覧になれます。

冊子体としての広報の発行とホームページとの連携など、まだまだ検討すべきことが多くありますが、より良い情報発信のため、今後とも努力してまいります。皆様のご意見も是非お聞かせ下さい。

保健学科広報部会委員 大塚 研一