



北海道医療大学大学院心理科学研究科
言語聴覚学専攻

ニュースレター

No.1

2008年9月



Graduate School of Psychological Sciences
Health Sciences University of Hokkaido



文部科学省 大学院教育改革支援プログラム 採択「言語聴覚士卒後研修プログラムを含む大学院」

プログラム採択にあたって

大学院教育改革支援プログラムを受けて

北海道医療大学大学院心理科学研究科は、臨床心理学専攻と言語聴覚学専攻の2専攻からなります。この度、ふたつの専攻は、ともに平成19年度の文部科学省「大学院教育改革支援プログラム」に採択されました。このプログラムは、わが国の大学院教育を実質化していくための国としての3年間の投資です。両専攻は、この責務に応えるべく活発な活動を開始しています。

文部科学省は、平成18年度に大学院設置基準を改定し、大学院教育の実質化を求めています。大学設置基準は、各大学の大学院が、学部と同様に、教育機関として組織的に、体系的に設計され、学生の学習目標達成にむけて構造化されたカリキュラムにもとづいた教育を進めることを方向付けしています。大学院教育の実質化が強調される背景には、指導教授に弟子入りして研究を学ぶというような感覚の大学院、そのために大学院としての組織的、体系的授業はほとんど行われてこなかったことへの反省があり、また、少子化による大学全入、大学大衆化の時代となつて、高度な専門性は大学院教育に依存せざるを得なくなっていることもあります。そして、社会的ニーズからみると、大学の学問の後継者養成は当然としても、教育の中心を実社会で使える大学院修了者養成へ移す必要がでてきたこともあげられます。

近年、医学教育では、国際水準の医師養成のために、6年制学部教育に資格取得後の2年の卒後臨床研修が義務付けられ、さらに専門医取得には4から5年の研鑽が必要となっています。8年教育が義務であり、10数年の学びでベテランとなる仕組みです。そして、臨床の発展は基礎研究にしっかりと支えられています。

専門学校による教育が中心であった医療技術職養成は、近年、医師とともにチーム医療を担う職種として教育の大学

化が進んでいます。しかし、とくに医療職としての言語聴覚士については、米国では言語士は7年、聴覚士は10年教育で養成されます。日本は、国際水準の教育、研究という面では、大きく立ち遅れています。私たちの言語聴覚学専攻の「言語聴覚士卒後研修プログラムを含む大学院」は、国際水準の医療技術職養成を意識した第一歩です。



北海道医療大学大学院
心理科学研究科 言語聴覚学専攻

阿部 和厚

心理科学部言語聴覚療法学科の 大学院教育改革プログラムの発足に際して

この度、北海道医療大学の心理科学部言語聴覚療法学科からだされた「言語聴覚士卒後研修プログラムを含む大学院—医療技術系大学院の教育モデル」が文部科学省のGPの大学院教育改革プログラムに採用された。採用の医療系20大学のうち医療技術系が3大学、そのうち看護系が2大学、言語聴覚系では本専攻が唯一であっただけに、極めて喜ばしいことである。しかし、その一方で、その責任の重さを覚悟しなければならない。

言語聴覚学領域は小児精神神経学（認知・言語発達学、脳機能学）、耳鼻咽喉学（聴覚機能学、発声学）、口腔医療（摂食嚥下障害）、音響学などの広い研究分野をベースとし、加えて臨床実技能力の開発までを含む、幅広い領域をカバーする学問体系と位置づけることができよう。さらには、最近では言語聴覚の障害原因として遺伝子の関与、例えばコネクチン遺伝子を初めとする30以上のdeaf 遺伝子、ストレプトマイシンやアミノグリコシドによる難聴でのミトコンドリア遺伝子変異、言語遺伝子FOXP2の発見などが報告されつつある。また難聴の60%に遺伝が関与しているとも言われ、OMIM（Online Mendelian Inheritance in Man）では約400の難聴を伴う症候群が記載されている。

このように広い領域に精通した人材を養成するのは至難の業であり、ほぼ不可能に近い。しかし将来指導的立場に立つ人物には、少なくともその方向性を認識し、理解する努力が求められていることは確かである。そうした研修モデルの構築こそが本学の新たな大学院教育プログラムに求められていると解している。

John Vickrey Van Cleveは、「Genetic disability and deafness」の前書きの中で、「障害を持って暮らしている人の生活は、そのほとんどが、彼らが障害を持っているという事実

によってではなく、彼らが暮らしている社会が“障害”を持つということはどう概念的に説明するかによって決められている。また、障害に対する社会の反応はその文化に依存している。つまり社会は、全ての障害を全て同じように概念化しているわけではない。別な言い方をすれば、社会と文化は、それぞれの身体的及び精神的特性により、充実した、また有益な生活に導き得るような多様性をもつ人々によって構成されている」と、Nora Groceの記述を紹介している。障害をどう理解するかはその社会の文化である、というのだ。先天性聾の夫婦が同じく先天性聾の子どもの誕生を望み、出生前診断を求めたことをどう解すべきなのか。それも聾文化Deaf cultureとして容認すべきなのか。こうした問題は今回のプログラムには直接含まれているわけではないが、言語聴覚学をめぐる視野の中に置くべきだろう。

先行く者は常に逆風に晒されて進むことを覚悟しなければならない。しかしその達成の暁には、はるか彼方を見晴らす展望台に立てることを信じようではないか。われわれには希望がある、夢がある、共に語る仲間がいる。



北海道医療大学 学長
松田 一郎

[座談会]

大学院における 言語聴覚士教育について



新美 成二
(国際医療福祉大学)



阿部 和厚
(北海道医療大学)



大槻 美佳
(北海道医療大学)



司会
今井 智子
(北海道医療大学)

今井：北海道医療大学言語聴覚学専攻の大学院では、今年度「言語聴覚士卒業後研修プログラムを含む大学院・医療技術系大学院の教育モデル」というプログラムで、大学院教育改革支援プログラムに採択されました。その一環として、今日は「大学院における言語聴覚士教育」というテーマで、いろいろな立場の先生にご意見をいただきたいということで、この座談会を企画しました。今日はじめてお会いになった先生もいらっしゃいますので、まず自己紹介からお願いしたいと思います。

新美：国際医療福祉大学の言語聴覚学科の教授をやっております。主な業務は、言語聴覚センターでの臨床です。また、学部で、耳鼻咽喉科学、音声言語医学、聴覚医学を教えています。元々、耳鼻科の医者で(笑)、昭和41年に東大医学部を卒業しましたが、大学紛争の最中で国家試験やインターンをボイコットしたりして、入局は昭和45年になりました。それまでは入局せずに自主研修と称して耳鼻咽喉科の勉強をやっていました。入局後3年くらいで北里大学に移りました。その頃から東大の音声言語医学研究施設(音声研)に出入りして音声の研究をやっていました。音声研というのは、昭和40年にできた新しい施設でして、そこにずっといたんです。音声研の設置は、当時、東大の耳鼻科の教授だった切替一郎先生の夢で、耳鼻咽喉科学、特に音声言語医学では、スピーチの出力と入力の方をしっかりと研究と臨床をやらなければならないということで作られた施設なのです。私は音声研ではヴォイスを中心に研究と臨床をやって

いたのです。昭和48年にアメリカのハスキンス研究所へ行って鼻咽腔閉鎖とその生理的なこと、言語病理学的なことをやっていました。その研究で学位をとりました。その後は、構音障害や鼻咽腔閉鎖不全に関係するようなことをずっとやってきました。手術は、一般耳鼻科の手術と、口蓋裂の手術を少しやっていたのですが、東大をやめる数年前からは口蓋裂関係の手術ばかりでした。平成13年、定年で退職してから現職となりました。ですから耳鼻咽喉科の経験はあまりなく、通算して5、6年ほどです。

阿部：私は、平成14年4月、北海道医療大学心理科学部言語聴覚療法学科の発足時に、現職就任しました。その前は、北海道大学医学部の解剖学教室で研究、教育を行っていました。卒業は、北海道大学の医学部で、大学院は学部生の頃からよく出入りしていました。解剖学教室で機能解剖学的研究を行い、主として動物実験をしながら、電子顕微鏡や原子まで像にする原子間力顕微鏡を使っていました。大学院の副学科に外科を選び、大学院に入ってからすぐに外科の基礎トレーニングを受けて、10年ほどの臨床経験をしています。解剖学教室の私の先生は名古屋大学の出身の伊藤 隆教授で、医学部で定版の教科書「組織学」をもっていました。私も大学院の時から教科書作りのお手伝いをし、そのあとを引き継ぎまして、本学にきてから全面改定をして出版しています。解剖の研究室には、毎年数名大学院生が臨床の教室から来ていて、彼らの持ちこたえたいテーマの研究指導で、きわめて雑多な内容の研究結果をあげてきました。ここでは臨床経験が結構役にたっています。言語聴覚に関しては、耳鼻咽喉科から派遣された大学院生との内耳の機能的構造の研究がかなりあります。

一方、大学院生の時から教育に積極的にかかわっていました。助教授、教授となって、医学部の学部教育、大学院教育、大学全体の教育の改革に関わるようになり、北海道大学の教育開発部長となってからは、私は大学の教育改革、カリキュラム改革、大学の教育設計、FDの専門家として全国的に知られるようになりました。そのため、北海道大学退職につづいて、北海道医療大学で言語聴覚士養成のお手伝いとなったものです。

大槻：私も現在、北海道医療大の所属です。専門は神経内科ですが、卒業後4～5年間、神経内科の研修をしてから、高次脳機能、失語症について興味を持っていたので、その研修がしたいということで、会津若松の竹田総合病院におられた相馬先生に弟子入りし、そこで研修させていただきました。研修と言っても神経内科の研修ではなく、高次脳機能、失語症に特化した研修で、言語聴覚士と同じ部屋に机をいただいて、言語聴覚士と一緒に…というスタイルをとらせていただきました。その後、新潟大の脳研究所に移って、机は神経内科にあったんですが、同じような形態で勉強させていただきました。新潟大学に5～6年いた後、大阪の国立循環器病センターの脳卒中

部門に移って、スタッフとして勤務していました。2003年からこちらの大学に移って参りました。

今井：私は4人の中で唯一の言語聴覚士で、北海道医療大学の言語聴覚療法学科の教員です。私は当時の国立身体障害リハビリテーションセンターの言語聴覚専門職員養成課程を出まして、その後、東京にあります昭和大学歯科病院に言語聴覚士として勤務しました。病院の職員ではありませんが、第一口腔外科の医局の中で、医局員と同じ様なことをさせていただきました。私が新人の頃は、言語聴覚士の大学院はありませんでしたので、医局の先生方と同じように学会発表をさせてもらったり、論文を書かせてもらったり出来たのは、とても恵まれていたと思います。医局の主任教授の先生から、今まで学会で発表、研究したことをまとめてみてはどうかと言われ、学位も取らせて頂きました。

1999年に国際医療福祉大学に移り、新美先生とは国際医療福祉大学で3年間ご一緒し、それまで私は音声障害の臨床をしたことがなかったのですが、そこで新美先生に音声障害の評価・治療の手ほどきをしていただきました。2003年の4月に、北海道出身であったことから、新設されたこちらの大学に移ってきました。

それでは、今日のテーマである「大学院における言語聴覚士の教育について」、そのあり方など様々なご意見を頂きたいと思います。では、最初に阿部先生の方から大学院教育改革支援プログラムという、今回採択されたプログラムの概略についてお話いただきたいと思います。宜しくお願いします。

1. 大学院教育改革支援プログラムの概略

阿部：本年3月で北海道医療大学大学院心理科学研究科言語聴覚療法学専攻の開設から2年が経ち、4人の修士を輩出しました。6年前に学部が作られたとき、大学院の開設は方向付けられていました。

私は学部発足の4月1日に着任し、学科のカリキュラムを初めて見て、医療系の大学のカリキュラムとしては、まだ発展途上と感じました。しかも、全国的にも似たようなものとも知りました。そこで、私は新入生への最初の授業で、「言語聴覚士は医療系の職種としてチーム医療の一員として働くことになります。日本の大学教育のなかで医学教育は改革がすすみ、モデルといなっています。しかし、言語聴覚士養成教育は、他の医療技術系教育と比べても、全国的に立ち遅れているようです。それなら、本学を、みんなと一緒に、良い大学、言語聴覚士養成大学としていこう」と話しました。

すでにカリキュラムは決まっておりましたので、私は、担当科目の「医学総論」、「解剖学」を、私の経験もいれて作り直し始めました。また、私と同様に新任で大学教育の経験が長い教授、現役で活躍の言語聴覚士教授とともに、頻繁に言語聴覚士養成教育のあり方について話し合い、改善には何をしなければならないかが明らかとなってきました。そこで、翌年、学科教員との共同で、大学における言語聴覚士養成のコアカリキュラム作成に関する科学研究助成を申請しました。

当時、すでに医学教育、歯学教育では、コアカリキュラムがスタートしており、薬学教育では、コアカリキュラムを作らなければならないという流れの中にありました。医学教育、歯学教育、できたばかりの薬学教育でのコアカリキュラムは、学部教育において国際競争のできる水準の教育の質保証のために、とくに、実践的臨床力養成に視点をあてて改革が進められていました。言語聴覚士も、チーム医療の中で、他の医療職と仕事をするようになります。同様の教育スタンダードが必要となり、すでに医師・歯科医師養成にモデルがあります。そこで、私たちは、全国的な言語聴覚士養成のスタンダードをつくるために、2年間の科学研究費の助成をうけて、「言語聴覚士育成コアカリキュラム」を作りました。

コアカリキュラムの完成にあたり、関連の方々を外からお招きしてシンポジウムを行いました。その際に、作成したコアカリキュラムにある教育目標達成には4年では短く、大学院教育すなわち6年教育が必要であるという意見がありました。学部教育コアカリキュラム作成は、大学院教育の設計へと続くことになりました。言語聴覚士のための大学院も、修士課程は、医療系専門職業人教育であると位置づけ、学士課程と連続する大学院教育をデザインしました。

学士課程の4年間で、学生は、言語聴覚士の国試に合格するために知識習得を中心に勉強をします。そして国試に受かると言語聴覚士の資格が得られますが、現実には臨床実践力は不十分です。もちろん、学士課程においても臨床実習はありますが、残念ながら、総合病院であらゆる分野を扱うような研修の場はほとんどなく、医師養成のように現場で総合的な臨床力が身に付く仕組みにはなっていません。

医師の場合は、今日、6年間の学部教育のあとに、医師免許をもって2年間の卒後臨床研修が義務化されています。歯科医師でも1年間、卒後臨床教育が義務化されています。そして、4年でよかった薬剤師養成も6年になり、実務教育のために2年間延長しています。言うなれば現場で役立つような教育をするために時間を増やしたのです。

医師の場合は、さらに専門医教育が数年あり、10年以上の教育を受けて、一人前となっていきます。

言語聴覚士養成教育を米国でみますと、まず、4年間の学部教育のあと、言語士 (speech-language pathologists) は、2年間の修士課程、1年間の現場研修を終えて、臨床免許取得のための資格を得ます。また、聴覚士 (audiologists) は、さらに修士課程プラス3年の博士課程を終えて、さらに1年の臨床現場研修を経て、臨床免許取得のための資格が得られます。このような米国の教育内容と比較しても、国際的に通用する教育となれば、やはり4年間でどうしても足りません。とくに、臨床力養成には、現場での体系的卒後臨床研修が必須であり、これは言語聴覚士が扱うすべての障害分野の言語聴覚士教員が教鞭をとっている大学の役割となります。日本の実情では、大学院の修士課程2年は専門職としての技能をつけることが中心となり、加えて研究力の基礎を養うことになります。その後の博士課程3年は、研究センターで、研究者として独り立ちする能力を身につけることになるでしょう。

このような背景をふまえて、私たちは、卒後臨床研修センターの修士課程をもつ大学院をスタートさせました。丁度、時を同じくして、わが国の大学院の設置基準が新しく改正されました。改正のポイントは、今までの大学院は先生が徒弟を教えるように指導するという研究者養

成が中心でしたが、大学院を学校教育と明確に位置づけ、目標を明示して、目標達成のために構造化されたカリキュラムをつくり、組織的に実質的教育を進めることを求めています。また、そのためには教員の意識改革も求められ、大学院のFDも義務化されています。さらに修士課程は、高度の専門性が求められる職業を担うための卓越した能力を培うことも加えられています。

私たちの大学院は、開設時から、そういったことがらが念頭にあり、今回、大学院教育の実質化を支援しようという文部科学省の大学院教育改革プログラムに申請して採択され、昨年度からその支援の中でさらに大学院教育を充実させるための種々の試みを行なっています。

2. 大学院の教育体制

今井：阿部先生の方から北海道医療大学の学部のカリキュラムと大学院設置の趣旨について、説明していただきました。国際医療福祉大学では博士課程まで設置されていますので、まず、新美先生の方から大学院における言語聴覚士教育についてご意見を頂きたいと思います。

新美：今のお話について、幾つかお聞きしたいのですが、結局は大学院前期課程を視野に入れて卒前教育、すなわち学部教育を計画しておられるのですか？

阿部：4年の学部教育で終了する学生も多いですので、学士課程教育、修士課程教育、博士課程教育のそれぞれが完結するようにデザインしています。一方、それぞれの課程が、連続性をもつデザインともしています。学部教育は、コアカリキュラムのもとに、構造化していますが、修士課程では学部の臨床実習をさらに進め、資格をもって臨床の現場で仕事をしながら学び、総合的臨床能力修得を実現化しようというものです。できれば、医師の卒後臨床研修義務化のように、全員が修士課程での卒後臨床実習をしてほしいというのが真意です。

新美：そうですね。今のお話を踏まえて私の感想ですが、臨床教育を担当している先生方だとお分かりだと思いますが、講義などで話を聞いても、結局は机上の空論なのですね。ですから、学生はただただ知識を詰め込まれていくということになります。私は、それでは、学生は面白くないと思うのです。見たことのない鼓膜や、喉がどうであるなんて教えられても、ちっとも面白くないのです。解剖を教えようとしても、触ったことも見たこともないものの絵を見せられたり写真を見せられたりしても分かるはずがないのです(笑)。私はいつも学部の試験では、必ず喉頭の絵を描きなさい。そして例えば、左の仮声帯に印を付ける、みたいな問題を出すのですが、まともにかける学生はほとんどいないのです。これは私の教え方の問題かもしれませんが、実際に「モノ」がないせいだと思い、ある年から、ボール紙で喉頭の模型を作らせるようにしました。そうすると、結構分かってくるのです。このように「モノ」がなくてはいけないうことを痛感しているのです。しかし実際にいろいろなことに触れるというには4年間というのは短すぎる

のです。その結果、どうしても詰め込み、とにかく知識を教えることだけで終わってしまう。

私の質問の意図は、北海道医療大学では6年ということも見据えた教育を基本的に考えていて、例外的に学部で出て行く学生もいるかもしれないが、本来だったらせめて修士課程までという感じでの教育システムが出来て然るべきであるという思いがあるのかな、ということでした。言語聴覚士の学部教育、大学院教育では、やはり、実物を見る必要があると思うのです。実物を見るのが一番なのです。学部卒で言語聴覚士の免許を取っていれば、医師と一緒に実際に医療の場で見たり、触ったりすることが許されて、実物を見て得られるものをきちっと得る、それから学部時代に習ったことをもう一度見直すようなことが、修士課程の言語聴覚士の教育だと思います。後期課程になってどうするかというのは、はっきりしたイメージは私にはないのですが、まず自分で問題を見つけることだと思います。それまでは知識を過剰に教えられている、つまり答えのある問題を与えられて来たわけです。それは修士までで、正解はないかもしれない問題を自分で作るという能力を育てるような教育が言語聴覚士に限らず、大学院後期課程における教育の目標になるという気がします。

阿部：全く同感です。私が北海道医療大学に来たときは、教室の設計が据付けの机になっていて、教師から学生への知識伝授中心の対面授業を想定した設計となっていました。この設計では理系教育は問題だと感じました。

医学部では、授業の半分は実習です。理系の学習は、基本的に体で覚えるのが中心だと思います。例えば、解剖学で、細胞はこうですと黒板に図を書いても、細胞を見たことがなければ、実体を伴いません。しかし、細胞を観察できる施設も時間もないとすると、授業の設計はなかなか難しい。それでも私が担当している解剖学の授業では、可能なことは観察できるように組んでいます。例えば、「ヒトの骨」に触らせてスケッチする、形と機能の関係を知るために、2回ほど心臓の解剖実習をさせます。また、喉については、ブタの舌、咽頭、喉頭の解剖実習を2回いれています。ヒトとはだいぶ違いますが、ヒトの違いを理解しながら観察する実習です。それから、新美先生のように、厚紙で喉頭の模型をつくることや、紙粘土で内耳の模型を作ってもらうこともしています。

そういう授業の中で、立体をできるだけリアルに捉えられるセンスを身につけるようにと授業デザインをしています。それが、どの程度、学生の力になっているかは分からないのですが、少しは力にはなっているはずだと思います。



それから、北海道医療大学では一方的に詰め込むスタイルではなく、いくつかの学生中心授業を入学時からシリーズとして高学年の臨床実習へつづげ、リアリティをもって問題解決していくトレーニングとしてしています。新入生のときから様々な形で現場に出て学ぶ、早期現場体験を重視しています。たとえば、1年生前期のリハビリテーション概論、後期の言語聴覚障害学概論、2年生前期の医学総論などは、知識伝授の講義はせず、学生が中心でいろんなことを考え、行動してもらう授業設計です。このような授業では、とくに現場体験のリアリティが有意義です。現場に出ることに意味があるわけです。

新美：現実的な話になりますが、最近は学生が先生を評価するシステムが多くの大学にあります。学生の評判をよくするのは意外に簡単です。雑談的な自分の経験した症例の話が非常に評判がいいのです。教科書に書かれていることは全然評判が良くありません(笑)。ですから、そういう実際にものを見る、「モノ」に触る、あるいは「モノ」を壊す…そこまで臨床教育は出来ないのですけど(笑)、自分の経験を話してあげることは学生にとって良いことだと思っています。

今井：今、学部教育も含めてお話頂いたのですが、実物を見るということに関して、大槻先生の高次機能の領域ではどうですか？直接見ることができない部分を教えてらっしゃるのですけど。

大槻：高次脳機能や失語症の場合は、実際の声や反応を、テープやビデオで示したりすると、学生は興味を持って皆耳を傾けて聞きます。例えば、こういう錯語がありますとか、こういう構音の歪みが出ますと、口で言ってもイメージできないんですけど、実例を聞いてもらうことが重要と感じています。今のお話で、臨床、実学と研究と、別個に用語が使われているんですが、高次脳機能、失語症に関する分野だけなのかもしないんですけど、臨床と研究との間に線を引くことは難しいと思います。臨床と研究の間に「臨床研究」という言葉があるのですが、医学だと薬の治験の研究などに用いられることが多い用語なのですが、そういう研究のみをさす言葉ではないんです。臨床研究の能力というのは、目の前にいる患者さんがどんな反応を示して、何ができて、何ができなくて、また今の症状が出現しているメカニズムが何なのかを把握する能力、そして、それに合った訓練や評価方法を工夫してゆく能力のことです。臨床能力のある人が、臨床所見を研究に結び付けることができるし、新たな発見ができるのであって、患者さんとちゃんと向き合って症状を把握できる力がまさに臨床力であり、同時に研究力であると言えます。この臨床と研究を結ぶのが、言語聴覚士の仕事のひとつだと思います。現在、言語聴覚士の訓練効果に関して、医療政策も正確な理解を示していないという現状があります。例えば、リハビリ効果について、あまり理解されていないので、リハビリの頻度や、期間について、十分な医療制度にはなっていません。その原因のひとつは、エビデンスが少ないことなんです。例えば、リハビリ期間にしても、患者さんを診ていると5年、10年経っても実際には良くなってくるところが、今の若い言語聴覚士は、医療制度として、ある時期にここでやめるという風になっているので、5年経っても良くなるんですか…と驚くんですね。従って、ここまでは臨床・実学の力、ここからは研究の力という分け方ではなく、その間を埋めてもって言語聴覚士の領域においてエビデンスを蓄積できるような力を言語

聴覚士の方々に身に付けてもらうというのが、大学院の狙いのひとつだと思います。実際に患者さんを診る、患者さんの声を聞く、患者さんの反応を見るという機会を増やすというのはひとつの大学院の有り方かなと思います。

今井：大槻先生は実学と研究は分けられない、両方をひっくるめて修士課程だということですね。

大槻：そうですね。

新美：大学院の特徴は学生がライセンスを持っているということでしょう。ライセンスを持っているということは実際に患者さんに接して評価できる、ある程度自分の責任で患者さんに働きかけることができる。それがないとやっぱり、臨床研究は成り立たないと思います。ライセンスをもった言語聴覚士がやる臨床か、ライセンスを持たない学生がやる実学かという部分が、学部と大学院の大きな違いだと思います。臨床を研究に結びつけるということは、ライセンスがなくてはできません。大学院の狙うところはそのあたりだと思います。今、社会人大学院生、つまり実際に臨床の病院に勤めながら大学の教育を受ける、そういう制度がかなり一般化してますね。今私がいる国際医療福祉大学で、私は言語聴覚センターをやっていますが、そこにいる言語聴覚士のかなりの数は同時に大学院生でもあります。センターで働きながら大学院生をしています。大学院生を同時にやっていることが臨床においても大事だと感じています。問題を見つける目が違うと感じます。

今井：そうですね。

阿部：修士課程での臨床の実践教育は、その辺が狙い目です。臨床を総合的に診る力、症例を持ちながら研究的な視点をもてる能力を身につけてほしい。しっかりした臨床的アプローチを通じて、研究的アプローチも育てるのが大学院での臨床教育であり、そこに意味があると考えています。1症例をきちんと見るだけでも一つの研究になるということもあっていいと思っています。

研究というと、ある程度のボリュームがなければいけないという議論がありますが、たった1例の研究もありえると思います。特に基礎研究では、統計処理をしないものもあります。遺伝子研究でも1例で報告できる場合もあります。研究の種類によって、種々の研究手法があることも大学院で学ぶことだと思います。

新美：高次機能研究とか失語症研究とかはそういうところがかなりありますよね。

大槻：そうですね。

3. チーム医療の中での言語聴覚士

新美：話は変わりますが、言語聴覚士の先生と付き合っていて、耳

鼻科医の立場から一番感じるのは、言語聴覚士だということを意識し過ぎているのではないか、ということです。もっと自分はコ・メディカルであり、医師と同じ責任を持って診療に当たっているんだという意識が、言語聴覚士の先生に足りないという感じがするんです。

今井：意識しすぎるとはどういうことでしょうか？

新美：要するに、自分は言語聴覚士だから責任は医師である先生にあるでしょう、というそんな感じがするんですよ。

今井：そうですね。

今井：なるほど。その雰囲気を周囲が許してくれるかどうかということもありますね。

新美：つまらないんですよ、やっててね(笑)。こうだと思う、と私が言うと、お医者様がそういうなら、そうだという反応になるのです。そういうのが非常に面白くない。そういう意味でも、医師と議論がしっかりできる言語聴覚士を育てるといのが大学院のレベルかなという気がするんですよ。

今井：そんなに物足りないですか、言語聴覚士は…(笑)。

新美：少なくとも、私はそう感じています(笑)。

阿部：チーム医療のなかお医師と議論できる専門性を身に付け、医師が気付かないことも指摘でき、チーム医療の一員として医療を一步前進させることができる言語聴覚士があるべき姿だと思います。今日、コ・メディカル職には医療チームの中で専門性を発揮し、主張できることを期待されています。

今井：そうですね。言語聴覚士はおとなしいという印象はあるかも知れませんがね。

新美：少なくとも僕の印象はそうです。

今井：大槻先生も同じような印象を持たれていますか。

大槻：多分、医者側の側というか、制度自体の問題もあると思うんです。



私が言語聴覚士に頼まれることで多いのは、あの先生こう言ってるんだけど、違うと思うので、あの先生にそう言って下さいって……。やっぱり言えないんだなって(笑)。言語聴覚士は専門職なんだから自分で言ってみていいんじゃないのって言うんですけど、でも、なんとなくやっぱり言えないという……。それはやっぱり、言語聴覚士だけの問題ではなくて、医療全体のバランスの問題もあると思うんですね。言語聴覚士だけではなくて、作業療法士も理学療法士も、皆それぞれの専門職だっていう権威をもってやれない雰囲気がある。いろんなところを制度としても改革する必要があると思うんですけど…。

今井：私は、以前歯学部において、歯科医師の先生たちとチームを組んで仕事をしてきましたが、そこでは言語聴覚士のやっていることを認めてくれていたのですね。ですから、私たちが言語聴覚士も言いたいことが言える環境の中で仕事をしてきましたので、言語聴覚領域の専門家として対等に仕事をするのが大事であるということとはとてもよくわかりますが、大槻先生がおっしゃったように、職場によっては言いにくいところがあることも事実だと思います。そういう状況を無くして行くことも大事ではないかと思えます。

阿部：大学院を修了して、言語聴覚の修士や博士となれば、専門家として医療の現場を引っ張ってもいいと思います。看護師の中には、医師かと思われるような有能な人がいます。コ・メディカルの人たちが仕事で専門を主張できるように育てて欲しい。そのためには、主張させていく現場、教育も整えていく必要もあります。

4. 言語聴覚士養成課程における大学院の位置づけ

今井：私たちは言語聴覚士の後輩を育てているわけですが、修士、博士の学位を持って、専門家として医療チームを引っ張って行く、そういう言語聴覚士を育てたいと思っておりますし、そうしなければならぬとも思っています。でも、それを支える医療現場の環境というのやはり重要ではないかと思えます。先ほど、6年制課程を視野に入れてと新美先生がおっしゃっていたのですが、現在言語聴覚士の養成課程というのは様々ですね。大卒2年であったり、高卒3年であったり、北海道医療大学や国際医療福祉大学など大学は4年制で養成している、と様々なのですが、このような状況の中で、研究的な視点を持つ専門家を育てるとい観点から、言語聴覚士育成が6年課程になる可能性というのはどうなんでしょう。

新美：言語聴覚士の養成が6年課程になるという可能性については、残念ながら良く分かりません。分からないのですが、僕の望みとしては、ライセンスを持った段階で、きちんと臨床ができる言語聴覚士を作るということです。4年制では言語聴覚士ができないという訳ではないですけど、非常に知識にむらがある。現実には則してものを考えていないような言語聴覚士が多いような気がするんです。そういう点を是正するには、やはり臨床経験がきちんとできるような時間が必要なのではないかなと思います。実際に、今、学部で勉強している学生を見ていると、考える時間がないんですよ。

今井：そうですね。

新美：読むべき本も読んでいない状態で、考える暇があったら覚えなさいって。あれがどうも気に食わないんですね。でも、ちゃんと本を読んで考える力を身に付けるような教育は4年間では物理的に無理だと思うので、何年間か延長されるのはいいのではないかなと個人的には思います。言語聴覚士養成が6年課程となる可能性があるかは別の要素がいろいろあると思うので、良く分かりませんが、個人的には6年間教育ができればいいなと思います。

今井：私は主に3年生の専門科目を教えているのですが、1,2年次に学習した知識がうまく積みあがってきていないという印象があります。その状態で、3年生で詰め込むことがすごく多いような気がします。1年間という期間で臨床科目の各論について、それこそ膨大な知識を覚えなければいけない。4年生は実習中心ですので、もう少し余裕を持った教育が、特に専門教育に関して、できたらいいなと思っています。

阿部：それは、6年制ですね。

今井：制度を変えるっていうのはなかなか難しいですね。

大槻：医学部は卒業した後、大学院が臨床教育をするシステムを持っているというよりは、臨床研修制度がそれに対応してるんですが、言語聴覚士でも大学院ではなくて、臨床研修制度みたいな形でやるという発想もあると思います。医者の場合、ロースクールのように大学院で研修ということにはなっていないんですね。これは、患者さん相手の医療職というのは、現場で臨床研修として学ばないといけない面があるからではないかと思います。ですので、言語聴覚士も臨床研修制度を充実させるという方向性ではだめなのか…という問題提起はあると思います。また、現状で、学生の立場に立つと、大卒で就職するのと大学院卒で就職するので、何か違いがあるのか、受け皿の側としても、いろいろ制度的にも、何かメリットとか保障とか付けると魅力を感じられないかも知れないですね。勉強の期間として、理想は4年制以上というのみな、一致していると思いますが、4年間学習した後の教育方法について、研修制度がよいのか、大学院がよいのか…卒直に言えば、個人的にははっきりとした答えを持っていません…。

阿部：薬学部は医学部から分かれながら4年制でやってきて、結局、私たちと同じ考え方で、臨床の実学が不足という認識で、6年制になりました。薬剤師となるためには4年が2年間延長になったわけです。

医学部も同様で、インターン制度がなくなって現場での総合的実学がなくなって、バランスのとれた基本的臨床力が問題となり、またインターンとはいわないが同じような制度として、6年制を卒業後、医師の資格をえて2年間の臨床研修が義務化になりました。医師養成教育はプラス2年になって8年制になったわけです。

言語聴覚士の場合、医師養成と同様の総合的臨床研修が、大学外の機関で可能な総合的病院はきわめて限られています。現実的には、いろんな障害領域の先生をもつ教育機関は大学であり、私たちは大学院を卒後臨床研修の場として機能させることになります。

言語聴覚士養成は、基本的には6年制が必要ということであれば、大学院には学部卒業生の大多数が入学して欲しいとなりますが、まだそこまでは教育の制度は熟していません。学生側もそうですが、言語聴覚士養成の大学の歴史がまだ短く、多くの教員もまたそこまで熟していないと感じます。いま、大学が高度専門職業人養成への期待で大きく変化しているとき、まだついて行けていない感じです。

今井：やはり4年間では、ちょっと物足りないっていうことですね。

新美：言語聴覚士養成の学部の4年課程を卒業した人で、修士課程に行く人が少ないというのは、ひとつは、社会的な要求が違うということにあるのかなという気がするんです。言語聴覚士は、まだまだ、知名度が低いんですね。

今井：そうですね。まだ、残念ながら。

新美：4年課程を出て、言語聴覚士の仕事をやれるのであれば、それでいいやっていうところがある。そもそも6年でやるもんだとなつた方がかえっていい気がします。言語聴覚士の社会における位置づけ、認知度が、まだまだであるということが学部卒業生が全員が修士にいくところまで熟していない原因のひとつかもしれませんね。

阿部：4年制の他の学部、工学部、農学部、理学部など、実学的なことが要求されているところでは、大学院進学は、普通になっています。受け入れる社会も、大学院出を採用することは、あたりまえとなっています。

新美：東大も、私が辞める2年ぐらい前に大学院大学化したわけですね。大学院にいくということを前提に教育をしている。そういうふうになっていけばいいかなという気がしていますけど。

今井：今、学部からストレートに大学院に行くという話になっていますけど、言語聴覚士の大学院ができたのはかなり最近のことですね。大学院がない時代に言語聴覚士になった方で、ある程度臨床した後大学院で勉強したいという方もたくさんいます。そのような方のための大学院としてはどのような形が良いのかを、言語聴覚士の立場からお聞きしたいのですが…

新美：制度的にはつくばの大学院みたいなのもいいのではないかと思います。

今井：夜間の大学院ですね。

新美：ええ、それに臨床経験が何年か経っていると修士課程はスキップして博士課程に入れるという制度もありますね。北海道医療大学も同じ制度があるという話ですが、そういう制度があれば、教育制度の過渡的な状態を埋めることができると思います。ただ、臨床経験何年以上だけの資格でいいのかどうか、修士を有する者と同等の学力と認められた者といったルールを定めれば制度として定着させることが可能だと思います。

今井：修士をスキップして博士課程で勉強する方法があるということですね。こちらの大学では論文博士という制度もありますし、そのような制度を利用して研究中心のコースに入るとのことですね。

阿部：学生の臨地実習の現場を訪問しますと、毎日の臨床が忙しくて、臨床が終わってから研究ということまでは回らないようです。卒業して、たまたま勤めたところが、研究をしている環境であれば、研究もできますが、一般には研究をしなくても臨床業務は行えますので、そこからまた大学院に来て研究とはなりにくいようです。現場でも研究的な視点をもって臨床を行ない、言語聴覚士の領域を一步前進させいくことは、大学卒の言語聴覚士には、当然期待されることなのですが。

今井：阿部先生のおっしゃるとおり、現場の言語聴覚士の方々は、勉強したくてもなかなかできない状況がありますので、そこで、チャンスといえますか、勉強する場を提供することも大学の使命ではないかと思えます。

5. 大学院での臨床教育について

今井：大学院において臨床教育をする、あるいは6年課程の教育が必要なのではないかということは、皆さん意見が一致したように思いますが、大学院における臨床能力、あるいは研究能力を身につける具体的な方法について何かアイデアやご意見がありましたら伺いたいと思います。修士課程は実物を見ることや実学が中心になるとのことでしたが、すべての領域について経験できるのか、どのような方法が効率的かなどについてご意見を伺いたいと思います。

新美：参考になるのではないかなと思っているのは、日本言語聴覚士協会がやっている認定言語聴覚士の制度です。例えば嚥下専門の認定言語聴覚士なら、嚥下の講義を受けて、嚥下の実習をして、そのセッションを決められた期間に何回か受けなければならない。そのコースを受けるには臨床経験などの様々な条件がありますが、そのコースを終わったら、嚥下に関して協会認定の言語聴覚士、つまり1ランク上の言語聴覚士となれるということを目指している制度ができています。それに類したような形で博士課程の言語聴覚士があり得るのではないかと思います。より専門化した講義を受けたり、実習をした言語聴覚士は自然に研究したくなるのではないのでしょうか。好奇心は皆ありますからね。

今井：修士課程ではあらゆる領域の症例をみなければならぬですよ。

阿部：基本的にはライセンスはあらゆる領域に対応できるということで貰いますので、本来はライセンスに見合った実力を持っていないといけないですね。実は、国試で測れない臨床実践力があって、初めて言語聴覚士であると言えるわけです。その基本的なことではできるように、種々の障害分野に対応する専門性を高めていくことになります。

看護師では認定看護師や専門看護師制度があり、我々の大学でも認定看護師、専門看護師養成のコースがあり、結構な数の学生が集まっています。高度な臨床力の養成では言語聴覚士と同様のコースが出てくるでしょう。そういう高度な臨床力をもつことで、実践的臨床研究も発展することを期待します。

新美：医学部などでは、批判もありますが、指導教官の下働きをするんですね。下働きをやっているうちに面白くなって。先輩がやっていることを手伝っているうちに、研究の考え方や方法も身につけてくる。博士課程まで来てしまえば、そういう徒弟制度的な方法も悪くはないという気がします。

阿部：修士課程のレベルでは、研究はどのようなものかということがようやく解るということだと思います。そこで終わってしまっただけは惜しいので、自分で自立的に研究ができるようになるように育つのが博士課程をだと思えます。それでも大学院生はまだ独り立ちできないと思いますので、当然指導は受けながら育つことになるでしょう。新美先生がおっしゃるような形で、お手伝いをしたり、自分で考えたりしながら、博士課程を終わる時には自立できる研究者になっていきます。

それでは、研究指導の具体的な仕組みとしてどうすれば良いかということですが…。

今井：大槻先生は、大学院の修士課程の学生に望む臨床能力をどのようにお考えですか。学部生との違いですね。

大槻：やはりライセンスがあって、実際に接することができるのがメリットだと思います。例えば、発語失行ということでも、実際にどれが発語失行でどれが構音障害なのかは聞かないとわからないということがあります。大学院生の一番のメリットは、実際に患者さんの発話を聞けることだと思います。もちろんビデオやテープなどでも勉強はできますが、そういったもので予習した後に、実際に患者さんに接し、色々な反応や現象を経験する臨床の場があるのが理想です。医師のような臨床研修が言語聴覚士では難しいという話がありましたが、それは例えば、ここに行ったら全部の発語が聞けるという効率的な場がなかなか無いからだと思います。それなら、それを提供できる場をめざすのが大学院であつたら…と思います。百聞は一見に如かずで、経験して欲しいですね。具体的にどうしたらいいのかということですが、全国に患者さんは実はたくさんいるのですが、色々な所に散在しているのが現状ですね。そこで、これは全くの思いつきですが、臨床教授、あるいは臨床講師みたいなポジションを第一線で臨床をやっている言語聴覚士にお願いして、ネットワークを作るという方法もあるのではないかと思います。例えば、今、ある所に音韻性錯語が出ている患者さんがいたとしたら、そのネットワークを使って、その患者さんのいる場所にかせてもらう…というやり方です。いつも患者さんと接している言語聴覚士から情報を得て、そこに学生を派遣したり、ローテートしたりするような仕組みが大学院を中心にできるといいと思います。大学院生になると教科書に書いてある現象を、ほぼ全部聞ける、全部見ることができるようになると思います。そうすると言語聴覚士の実践力も上がるのではないかと思います。



今井：臨床の数だけから言うと、学部を卒業して病院に務めた方がたくさんの患者さんを見る機会がありますよね。ですから大学院教育では、臨床能力の「量」ではなく「質」に重点を置かなければいけないと思います。ただ、北海道医療大学病院にも言語聴覚治療室がありますが、残念ながらあらゆる領域の患者さんが来ているわけではないので、「量」ではなくプラスアルファの「質」の差をつける教育を行なうためにはどうしたらいいのかと考えています。大槻先生が今言われたようなシステムができれば、量に負けない質的な能力を身につけて修了させることができるのではないかと思います。

大槻：まずは広く典型例を見て、基礎の柱を立てる。最初から臨床の応用編ばかりをやっても柱が見えませんし、そうやってはっきり見えないままですと、10年やっても、なんとなく柱がまだ解らない…ということになったりするので、そういうことが無いように、基本の典型例をまず広く見るという組み立てをして導くのが、大学院の一つの教育目的だと思います。

今井：臨床病院の言語聴覚士の方との協力も必要だと言うことでですね。

大槻：私の恩師は、1に患者、2に患者、3、4が無くて5に患者という方で、私が質問に行っても「患者さん診ておいで」とおっしゃるんですね。一カ所や二カ所の病院では、限られた期間内ではいろいろな患者さんに会えないので、私の場合は、色々な場所を津々浦々まわって一週間に4～500キロ移動するような生活をしていました。そういう環境は皆が作れるわけではないので、能率的にいろいろな患者さんに会えるシステムをこちらが作る事が一番大事なかなと思います。

今井：そのような努力をし、様々な領域の患者さんにできるだけたくさん会って、且つ数だけではない臨床能力を身につけるということですね。

大槻：例えばその臨床講師をして下さる方にも博士課程に在籍していただいて、その方が研究もできるなどといった、色々なネットワーク作りができればいいかなと思います。

今井：博士課程に勉強に来ていただく先生の病院と連携ができる

というのは良いかもしれないですね。

大槻：現場で、向学心のある言語聴覚士は、ご自分で研究と思っなくても、ものすごく良いアイデアを持っていたりします。実際、私も、素晴らしい視点だと感じる事、非常に勉強になることがたくさんあります。現場の言語聴覚士は、少しお手伝いすれば良い研究になるものをいろいろ持っておられるので、ネットワークを作って大学院で研究をしていただくと、言語聴覚士全体の地位向上にもなりますし、そういう現場でのいい研究のアイデアを発掘して、世に出していくという立ちをする役割が大学院でできたら一石二鳥かなと思います。

今井：もう少し大学院の宣伝をしなければなりませんね。

阿部：大槻先生の話とは、視点が異なりますが、何かを先ず研究してみる、ということもあると思います。私が北大に在職していた時は、専門は解剖学という基礎研究でしたが、大学院生のほとんどは臨床の教室からきていて、臨床的発想で持ってきました。だが、具体的な研究方法へもっていかないと研究にはなりません。そこで基礎の研究手法を教えながら、とにかく研究をしてもらうことになります。はじめ、よくわからなかったものが、データとなり、討論していくうちに、わかってくることになります。基礎研究ですから臨床にも役に立たないかという、そうではなく、研究の方法論や考え方は十分身に付きます。何か一つ、きちんとした研究をとにかくやってみるというのも大学院の一つの重要な役割ですね。

新美：何処にどういう患者さんがいるという情報が分かるシステムができて、すべてのことを経験できるようになればそれは素晴らしいと思いますが、実際にはなかなかそうはいかないと思います。一つのことをやって、そのうち考え方が般化されるという考え方もありますね。一芸に秀でると他のこともそれに連れて上がるという考え方です。そうでないと一生、次々と症例を経験していかなければならないということになってしまう。そうすると一つの症例について深めて行くということがなかなかできないような気がします。何かおもしろいことを見つけて、ずっと一つのことを続けていると他の臨床のレベルも上がってくるというのは楽天的すぎますかね(笑)。

大槻：研究レベルだとそうだと思います。ただ、大学院が、臨床研修の場も兼ねるという理念だと、6年の中で、修士では臨床力向上を目指して、博士で研究。中心を何か一つに絞ってというような形はできるのではと思います。

今井：大学院という枠組みの中で具体的にどうするかということについては如何でしょうか。

阿部：大学院のカリキュラムにおいては、枠組みの時間配分は単位で表現されます。北海道医療大学では、修士課程では臨床実習を12単位、研究そのものは6単位となっています。修士論文の研究に入る前に様々な分野の研究を知る特論が6単位あります。そして修士論文の研究に必要な研究方法などは演習で身につけていくことになっています。

このような単位数に基づいて、2年間の履修をどうするのかというのが大学院の教育設計になってきます。論文をまとめるのには結構時間がかかるため1年半で臨床を終えるようになっていて、1年半で12単位ですので、半期で臨床は4単位を取ることになります。半期4単位と言いますと、1週間で8時間分位になります。したがって、1週間のうち約1日半から2日が臨床に取られることになります。その他は、研究や授業に使えるという時間配分です。

次に、臨床実習の時間配分で内容が問題となります。現実には北海道医療大学病院の言語聴覚士の臨床現場は、そんなに大きい訳でなく、患者層にもかなり偏りがあります。だが、臨床の基本的なことは共通ですので、先ず基本を身につけます。そして障害別の専門的なところは専門の教員の指導のもとに技能を深めていくことになります。できるだけ多数の症例を担当するのがよいでしょう。そして、最終的には修士の2年間で、少なくとも各分野(3分野)で2例、合計6例の臨床報告を義務付けています。これは学生に対する課題であると同時に教える側の指導責任のミニマムを設定するという意味もあります。厳しい臨床トレーニングが必要ですし、それができる教員の實力も問われます。

そのような形で教育の具体を設計してありますが、これは設計図ですので、教育の実践は、教員の指導方法、指導力、意識にかかっています。

今井： 私たち言語聴覚士の大学院教員が臨床教育を担当していますが、症例数だけでは学部を卒業して2年間務める人に太刀打ちできませんので、少ない症例を担当する中で、訓練効果を検証する力とか、単一症例実験デザインといった訓練効果を検証するデザインを適切に使えるか、色々な治療法がある中からエビデンスの高い治療法を選択できるか、訓練法のエビデンスを他の訓練と比較しながら検証してできるかという応用をつけていかなければならないと思います。やはり数ではなく質ですね。新美先生もおっしゃったように、少数例で丁寧に行ったことが、他の症例に般化できることも必要です。

大槻： 実学や実践を重視するのが修士の目的でしたよね。そうすると、今言っていたように検証やデザインといった研究の粋を学ぶことももちろん大事で、検証の方法、統計の取り方、デザインの作り方は般化できるんですけど、患者さんを見てその反応をどのように解釈するかというのは、般化というよりは、経験しないとイケないのではないかと思います。大学院教育には両方の目的があると思うので、量も質も両輪にしていく必要があると思います。臨床で経験を積むということは、ただ臨床で働くというのではなく、きちんとこれについて経験したか、学んだか、ということをチェックすることも、大学院の目的からみると、必要かと思えます。

阿部： これは、おそらく医学部では、偉い先生は臨床に行く時は臨床をやってみせ、そしてそれを見て人にやらせる。実学はこれしかないのではと思います。私は、よく大工の例をだします。大工がかなの削り方を弟子に講義しても何も始まりません。親方が柱を作り、かんなを削り、やってみせて、これを弟子にやらせながら、弟子が柱を作り、家を建てられるようにします。現場教育は、そういったシステムがどうしても必要だと思います。On the job training, きちんとした、厳し

い指導を受けながら、できるだけ沢山の患者を診ることが、實力に結びつきます。

新美： 一般の病院に行けば数をたくさん見られる、大学院だけでは数を見ることは不可能ですから限られた患者さんを主たる言語聴覚士がきちんと教えるというシステムで数の部分をカバーする。数と質はトレードオフのような関係にある。数が少ないから1つでいいかと思ったら、そのようなことはなくて、各領域、数例は見なければならぬ。そういった最低限を定めておいてチェックリストをつけていくというようなことですね。

阿部： それと似たようなことは、また大工の例ですが、学校に入るという方法もあります。これは現場に入ることに似た実技指導中心ですが、徒弟制度では本来10年位かかることを学校では2年位で終わらせるという形です。そこには理論があり、理屈もあって、それを教えながら、同時に実際に実技訓練も行いながら教える形をとります。

新美： 大学のいいところは、患者さんは少ないけれど教える人がいるということですね。それが一般の病院での経験を補うと思います。

今井： 私は発声発語障害が専門ですが、その専門領域の中で構造化したプログラムを考えています。たとえば、先ず機能性構音障害の置き換えのお子さんが治せる。それが治せるようになったら、異常構音の側音化構音とか口蓋化構音が治せる。次に口蓋蓋の構音障害が治せるというようなプログラムが大槻先生のおっしゃるように各領域であればいいと思っているのですが、学生が大学院にいるうちにそのような患者さんが来るかどうかという保証がないものですから、現実的には来ている患者さんの中で、臨床能力を具体的に深めていくしかないと思います。

新美： 構造化したプログラムというのは、指導している人の頭の中であって、この言語聴覚士はここまでできたから次に何をやらせようかということでもいい訳ですよ。それはやはりまた指導者の能力になりますよね。

阿部： 患者が来なかつたりする場合は大学の外部施設とも連携しながら、外部施設に任せきりにするのではなく、連携で一緒に育てるという姿勢でやっていかなければならないと思います。

新美： 北海道で、院生が行ける様な病院はどのくらいあるのですか。例えば、失行の患者さんを見たいといった場合など、どれくらいありますか。

阿部： 種類によっては、行けるところはたくさんあると思いますので、それをシステム化していくことが必要だと思います。

新美： システム化するほど病院があればいいんですけど、例えば私が今いるところはそんなに行ける場所が無いんですよ。そうするとシステム化しようとしてもできないんですね。

大槻：そういう点では北海道はやりやすいと思います。

今井：大学が一応札幌市内にありますので、成人に関してはこれから関連病院を作ろうということも大学としては考えています。

新美：今言われているようなシステムというのは、地域的な問題や個別の状況が違いますので、なかなか簡単ではないですね。だからと言って何もしないのではなくて、これが理想的にはこうである、しかし実際はここでは無理だということになっていくしかないのかなと思います。

6. 大学院での研究に関する教育について

今井：研究能力について、臨床能力と研究能力は分けられないというお話がでしたが、研究を進めていく具体的なシステムについては如何でしょうか？

阿部：やはり、指導者が丁寧に指導できないといけませんね。大学で4年間学んだだけでは、研究を進めていく力はないと思います。学部を卒業しただけでは学生が自分でテーマを見つけて、こういう研究を進めたいという状況にはなっていないというのが現状です。また、大学院は、言語聴覚士の臨床力の養成も兼ねていますので、研究力をどう養成するかという実体はまだなかなか見えていないのが実状です。研究費がたくさんあって研究を進めざるを得ないという医学部などとは、環境がかなり違います。したがって、学部の頃に、研究のまねごとを始め、大学院に入ったら、指導者が手取り足取り教育していく形しかないと思います。そして、その中で自立させていくのが大事だと思います。特に、修士課程は手取り足取り教えて、研究を続けたい学生を博士に進学させる。つまり、指導教員の責任であると思います。

今井：大学の科目として、研究テーマの選び方、言語聴覚学における研究デザインやデータの扱いかた、統計処理の方法や科学的文章の書き方なども教える必要がありますね。

阿部：学校ですから、そういう授業も大事ですし、技術的にも、精神的にも指導していくことが大事であると思います。

今井：私もそう思います。

阿部：学生が学部で何も研究的なことに触れていなかったら、大学院での研究の指導はなかなか大変だと思います。

大槻：実際に、モチベーションが上がる現実がないと、研究は難しいと思います。たとえば、学会にエントリーするとかしないと、学生のモチベーションはなかなか上がらないと思います。モチベーションが上がると、ものすごく力を発揮する学生もいます。そういう場を教員が作り、学生の目を外に向かわせることをしないといけない。我々は、後ろ

から支えていかないといけないと思っています。学内だけだとゆるい雰囲気に満たされてしまう。外の風に当たらせる雰囲気づくりが大事であると思います。

阿部：私が北海道大学に在職していた頃は、大学院生は春に入ってきますので、彼らに秋の学会の演題登録を7月ごろに出させます。私も学生に手取り足取りやって大変でしたが、学生も一生懸命やっているうちに、ある程度の手応えは感じていたように思います。彼らは学会で発表しなければならぬですから、やる気になります。その延長で研究・論文が仕上がっていくという感じでした。

新美：大学院は徒弟制度ですから、いい親方が必要ですね。それをシステム化するのは非常に難しい。大学院生に指導者がどれだけやらせるか、どこで餌を与えるかなど、加減が難しい。いい先生がいても、学生がなかなかついてこない(笑)。いくら、叱咤激励してもやる気の無い学生に、エネルギーを注いでも徒勞に終わります。やる気のあるいい学生を見つけたらしっかり指導する、そういう眼力と指導力というのを我々は試されていると思います。

大槻：伸びる子、伸びたい子を育てるのが重要だと思います。

今井：言語聴覚士も資格制度ができ、順調に数が増えてきています。臨床を中心にやっていく人も多いのですが、次代を担う後継者も育てていかなければいけません。言語聴覚士だけでできる研究は少なくなってきていますので、学際的な研究を行うためには、学会に行って優れた発表を聞く、そういうことも研究能力を養うのに必要ではないかと思います。

大槻：学会発表したら単位を認定するとか、そういった措置も必要だと思います。柔軟な対応をすることも学際的にやっていく上では必要です。

今井：言語聴覚士が博士号をとることの意義については如何でしょうか

新美：博士号をとることはある課程をクリアしているということです。つまり、統計学的な考え方ができるとかきちんと仮説を立てて考えるこ



とができるとか。こういったことができるのが博士の学位を有するということだと思います。一般的に学位には、2通りある。一つは文学博士のように、様々な著作などの成果があり、ある意味では仕上がった研究者に与えられる学位、もう一方は、医学博士のようにある課程を経て研究をすることができる能力を身につけた人に与えられる学位です。今まで話してきたのは後者、研究ができるという博士というもので最近も考え方が医学などではやや臨床向きにかわっただけで、基本は変わりません。

今井：私は、学位を頂いたときに、指導教授に「学位は研究のスタートですよ」と言われました。

阿部：私は、大学院で学位をとることは研究者としてスタートする門に立ったことだと思いますね。その後の発展や社会貢献が問われます。その後は、臨床の現場や大学で仲間とともに、臨床や研究や教育を通じて、その分野を発展させる義務を負っているともいえます。

7. 今後の展望～言語聴覚士の指導者の育成～

阿部：看護師養成では、以前は大学の数は少なかったですが、今では160を超える大学があり教員が足りなくて困っています。言語聴覚士の領域でも、将来を考えますと、いままで話し合ってきたような指導的な役割を担える人材を育成していかないと、優秀な言語聴覚士を社会に送り出して行けません。このことは、大学院の設立が急務であるとされている理由のひとつだと思います。

今井：今の仕事を論文としてまとめたいと考えている言語聴覚士はたくさんいます。その様な言語聴覚士が学位を取得できる体制を確立することが必要だと思います。

阿部：臨床の場において、その場で学位を取らせて下さいという話はいろいろ耳にしますが、基本的には、学校に来ないで学位を与えるのは間違っていると思います。大学に行って指導を受けながら、研究の基礎を学ぶ、それが必要だと思います。実際に大学には来て貰う、そうでないと、学校に来なくても学位をとることを容認することになってしまう。それは良くないと思います。

大槻：サテライトキャンパスなどの施設を利用してやることは可能ではないでしょうか。本人が臨床の現場にいても、学位が取れるように柔軟に対応することは重要だと思います。

阿部：そうですね。臨床の時間、論文を書く時間は、個々人に合わせてこちらが柔軟に対応して指導を考えて行くということです。

新美：例えば、勉強会に参加すれば、単位になるとか、そういうことも今後やって行く必要がある。指導者が責任を持って対応するなど、柔軟に対応できる体制作りが必要です。そうでなければ、学費さえ払えば学位が取れるということになりかねないですから。

大槻：柔軟に対応していくには、指導者に裁量を認めることもいいことではないかと思います。そうしないと今後の方向性が見えてこない。

阿部：医療の高度化は、言語聴覚士養成を専門学校教育から大学教育への移行を必要としてきています。さらに、本日の座談会では、総合的臨床力、また、国際水準の専門性を求めますと、学部卒業後に言語聴覚士の資格をもって大学院で総合的臨床研修をする形が必要というのが一致した意見でした。修士課程は、臨床研修中心で教育を進めることが、ゴールとして言語聴覚士の社会的地位の向上へも結び付くということです。

修士や博士の言語聴覚士には、医師と対等に議論でき、医師の責任ですすめられるチーム医療のなかで、言語聴覚療法を中心とする患者に関してはチームリーダーとして専門性を発揮していくことも求められるでしょう。新美先生もおっしゃいましたように、コ・メディカルだから責任は医師にあるという逃げの姿勢を脱して、医師と同じ責任を持って診療に当たり、医師と対等に議論できるような言語聴覚士がどんどん育ててほしいと思います。

言語聴覚士が専門性を主張でき、これを認めていくチーム医療の体制は、教育を通じて未来をリードする使命をもつ大学で実践していく必要があるでしょう。大学院は、臨床の現場や大学で、この領域の発展を担う指導者を養成していくとともに、専門性を発揮できる臨床のあり方や研究力でもリードしていくことが期待されます。言語聴覚士教員はそのモデルであり、この世界をリードしていく行動力、姿勢も問われることとなります。言語聴覚士養成大学では、言語聴覚療法に関しては、まず、言語聴覚士教員の意見が第一という診療体制が言語聴覚士の将来を作っていくのではないのでしょうか。大学院を担う教員、学生に大いに期待しています。

今井：本日はこれで座談会を終了したいと思います。ありがとうございました。

新美、阿部、大槻：ありがとうございました。

(2008年4月26日)



大学院における 言語聴覚士卒後臨床研修プログラム チーム医療における役割

とき
2008年
12月6日(土)
12月7日(日)

ところ
ACU [アキュ]
札幌市中央区北3条西4丁目
日本生命ビル5階

医療が急速に進歩するにしたがってチーム医療の質を保证するために、わが国の医療職養成では、国際水準の臨床技能の修得を目指して、種々の教育改革が急速に進行しています。医療技術職養成と関連して、私たちの大学院は、言語聴覚士養成において、わが国で最初の言語聴覚学専攻を立ち上げ、臨床実技能力養成の卒後教育に主眼をおいたカリキュラムを進めています。

本シンポジウムは、医師・看護師・言語聴覚士をお招きして言語聴覚士の臨床力養成に焦点をあてて討論し、わが国の言語聴覚士養成教育のあり方を展望します。さらに、大学院における卒後臨床研修プログラムの内容を検討し、チーム医療において医療技術職が専門性を発揮していくあり方についても確認します。

■プログラム

12月6日(土)

[シンポジウム I 13:30~15:30]

言語聴覚士の専門性と今後の展望

[シンポジウム II 15:45~17:30]

言語聴覚士臨床技能教育の課題と改善の方向付け

12月7日(日)

[シンポジウム III 9:00~10:40]

言語聴覚士臨床実技教育の内容と目標

[パネル討論 10:55~12:00]

チーム医療と言語聴覚士の役割



主催 / 北海道医療大学大学院心理科学研究科言語聴覚学専攻



編集後記

本学科のプログラムが、文部科学省大学院教育改革支援プログラムに採択され、様々な活動が同時進行しています。このたび広報部門よりNewsletterの第1号が発刊のはこびとなりました。新美先生には遠路座談会に参加いただき、大変刺激となる意見を頂きました。活発な討論により、大学院における言語聴覚士教育の方向性が見えた有意義な座談会になりました。このプログラムの遂行により言語聴覚士への理解がさらに深まることを望んでいます。(I.T)

北海道医療大学大学院心理科学研究科 言語聴覚学専攻

ニュースレター

◎発行日 / 第1号 2008年9月
◎編集・発行 / 北海道医療大学大学院 心理科学研究科 言語聴覚学専攻
TEL 011-778-8931 FAX 011-778-8941
E-mail kazuabe@hoku-riyo-u.ac.jp



平成20年9月 発行