東京都健康長寿医療センター
病院、研究所開設50年・養育院創立150年
記念誌

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター

ご挨拶

ご挨拶　鳥羽研二

東京都健康長寿医療センター　理事長

日本に最初の病院や福祉施設ができたのは奈良時代（710～794）の聖徳太子による療病院、悲田院を起源としますが、西洋型の病院が整備されるのには1000年を経過し、小石川療養所を起源としても300年以上前です。 福祉施設の起源ともなる養育院が開設されたのは医学より一世紀遅れた150年前です。

この度、養育院150年史をお届けするにあたり、過去の経緯を振り返ると、養育院-老人医療センター-健康長寿医療センターに至るまで一貫して高齢者医療、介護の先端研究を活かした提言や社会実装、これを踏まえた臨床実践を貫いてきた先人のあゆみに触れられます。

常に10年以上先を見据え、高齢者の伝統を活かした研究と医療の拠点として活動してきた歴史を鏡として、職員一同の活動の底流、エネルギーの源泉として、本記念誌を生かしていきたいと考えています。

御関係の皆様には、ぜひ通読していただき、今後ともご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

Greeting

Welcome to introductive page for 150th anniversary of Tokyo Metropolitan Institute for Geriatrics and Gerontology (TMIG) (Old name is Yo-Iku-In).

The first welfare facility named “Hiden-In” was build at Ten-no Ji in Nara Era (710-794 AD).It takes 1000 years after “Hiden-In”,to import and establish a western-style hospital at Oita prefecture.

Original body of the Tokyo University was born as Koishikawa Clinic also in Edo Era.

After a century of first western -style medical institute, first Japan welfare institute “Yo-Iku-In was opened 150 years ago (1873).

150 years history of Yo-Iku-In tells us continuous contribution of geriatrics and gerontology towards social implementation.

We have to learn a lot of forerunners steps of medical and research activities with rich foresight.

Please visit the pages interesting and if possible, read through this book for your precious advice to our staffs.

Kenji Toba, CEO Tokyo Metropolitan Institute for Geriatrics and Gerontology
2023 February 1

養育院創立150年を迎えて　許 俊鋭

東京都健康長寿医療センター　センター長

養育院は明治維新で親や職を失った孤児・浮浪者や高齢者・病人など社会的弱者を収容し、健康回復・社会復帰を支援する施設として大久保忠寛（一翁）東京府知事が設立し、その後60年以上渋沢栄一翁が維持・発展に尽くした施設です。明治初頭の日本人の平均寿命は43歳前後でしたが、戦後、平均寿命は飛躍的に伸び、養育院100周年を迎えた昭和47年には平均寿命は男女とも70歳を超えました。時の美濃部亮吉東京都知事が急速に高齢化する大都市東京において高齢者対策が不可欠と考え、高齢者医療を担う養育院附属病院（東京都老人医療センター）と高齢医学・福祉・研究を担う東京都老人総合研究所を設立しました。2009年に2つの施設が合体し（地独）東京都健康長寿医療センターとなり今日に至っています。

150年周年を迎えた今日、日本は世界最高齢国（84.3歳）となり、「人生100年時代」を目指す新しい社会構築が喫緊の課題となっています。

人生100年時代構想会議は、少子高齢化という最大の壁に立ち向かうため「生産性革命」と「人づくり革命」を車の両輪として「新しい経済政策パッケージ」の構築を提唱しました。

渋沢栄一翁が守り育てた養育院を源流とする私共のセンターは、高齢者の心身の特性に応じた適切な医療の提供、高齢者の健康増進、健康長寿の実現を目指して病院・研究所が一体となり新しい「人生100年時代」の構築を目指して頑張っていく所存です。

Celebrating the 150th Anniversary of “Yoikuin”

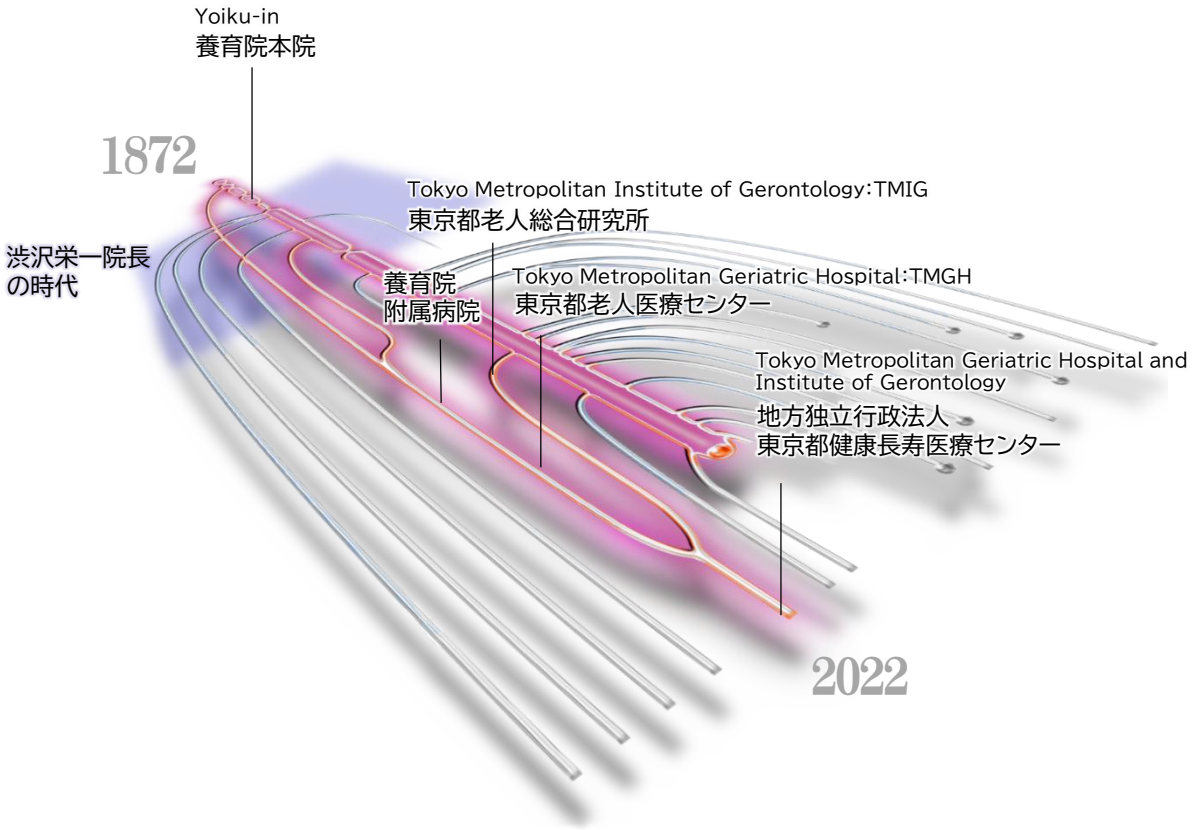
Shunei Kyo, MD, PhD, President of the Tokyo Metropolitan Geriatrics Hospital & Institute of Gerontology

“Yoikuin” is a facility for socially vulnerable people, such as orphans or those who lost their jobs during the Meiji Restoration (Meiji Ishin), as well as the home less, the elderly, and the sick that Mr. Eiichi Shibusawa had supported and helped develop for over 60 years since its establishment.

At the beginning of the Meiji era, the average life expectancy of Japanese people was around 43 years. However, after the Second World War, the average life expectancy had increased dramatically to over 70 by 1972. Dr. Ryokichi Minobe, Governor of Tokyo at the time, believed that measures for the elderly will be essential in the rapidly aging metropolis of Tokyo and established the Yoikuin Hospital (Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital) for the medical care of the elderly,and the Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology for research in geriatric medicine and welfare. In 2009, the two facilities merged to form the Tokyo Metropolitan Geriatrics Hospital & Institute of Gerontology (TMGH & TMIG), which continues to this day.

Today, as we celebrate 150th anniversary of TMGH & TMIG, Japan has become the country with the longest life expectancy in the world with an average life expectancy of 84.3 years. Now, as we aim for an era of 100-year -lifespan, building a new social construct is an urgent issue. The 100-Year-Life Concept Council advocated the construction of a “new economic policy package” with a “productivity revolution” and a “human resource development revolution” as the two fundamental pillars to confront the greatest obstacles of the declining birthrate with an aging population.TMGH & TMIG, which originated from the shelter that Eiichi Shibusawa protected and expanded, aim to provide appropriate medical care according to the physical and mental needs of the elderly, promote the health of the elderly, and in so doing, work together to achieve healthy longevity to build a new era of 100-year life-span.

Shunei Kyo , President of the Center



養育院本院と分院・専門施設の150年

戦後、養育院の諸施設は都庁他局や市区への移管、監理団体化、民間委託、指定管理者制、地方独立行政法人、民営化など、さまざまな運営体制に変わった。(368p)

調査・作図　宮本孝一:老年学情報センター司書

目次

ご挨拶　理事長　センター長 …… 3

目次 …… 7

祝辞 …… 9

第１章　東京都康長寿医療センターの現在 …… 21

地方独立行政法人としてのセンターの発足

1　設立の経緯 …… 22
2　設立目的と運営方針 …… 26
3　新施設の建設と移転 …… 27

地方独立行政法人化以後のセンターの運営

1　地方独立行政法人化後の取り組み …… 32

①事務部の取り組み　32　／②病院の取り組み　33　／③研究所の取り組み　38

2　組織構成・職員構成 …… 42
3　近年の出来事 …… 44

①初期研修医・専門医（後期研修医）制度　44／②気仙沼スタディ（東日本大震災）「海と生きる」気仙沼ー復興そして創生へ　45／③東日本大震災被災者支援プロジェクトから気仙沼スタディへ　47／④病理解剖一万体　48／⑤新型コロナ感染症へのセンターの取り組み　50

4　新しい取り組み …… 53

①健康長寿イノベーションセンター　53／②認知症未来社会創造センター　54／③フレイル予防センター　55

第２章　東京都健康長寿医療センターの歴史 …… 57

沿革と養育院長・病院長・研究所所長・理事長

1　沿革 …… 58
2　養育院長・病院長・研究所所長・理事長 …… 60

病院の50年

1　病院部門　組織の変遷 …… 62
2　病院での研究の50年 …… 74
3　東京都健康長寿医療センター病院の理念、運営方針の変遷―研究所との関係も含めてー …… 78
4　養育院の看護教育の歴史について …… 86
5　各科の歴史・成果・現状・展望 …… 90

研究所の50年
1 研究部門 組織の変遷 176
2 創立から2000年までの研究所のプロジェクト(学際的)研究の歩み 184
3 自然科学系研究の50年 187
4 社会科学系研究の50年 190
5 ポジトロン医学研究施設と附属診療所 192
6 各研究チームの歴史・成果・現状・展望 194
養育院 東京都健康長寿医療センターの源流
1 歴史を知る 252
①渋沢栄一と養育院－渋沢栄一が残したもの－ 252 ／②歴史探訪 黎明期の養育院と大久保一翁、渋沢栄一 261 ／③社会事業家としての渋沢栄一 267 ／④養育院の医療から、健康長寿医療センターの医療へ 270 ／⑤渋沢栄一の福祉観の形成と養育院 277 ／⑥10年の節目と周年史の刊行 282
2 150年のあゆみ 養育院本院・分院・専門施設 285
3 図で見る養育院本院・分院・専門施設の50年 368

第3章 メッセージ 369

第4章 資料 393
1 統計 394
2 老年学・老年医学公開講座 開催実績 410

コラム

フレイル・サルコペニア 56 ／看護婦・助産婦養成の始まり 89 ／高齢者総合機能評価 92 ／糖尿病患者会「育寿会」 97 ／在宅酸素療法の普及 102 ／東京都CCUネットワーク・急性大動脈スーパーネットワーク 140 ／リハビリテーション(初期の病院構想) 142 ／リハビリテーション(高齢者いきいき外来) 144 ／東京都健康長寿医療センター研究所友の会について 189 ／TIG細胞について 197 ／中年からの老化予防総合的長期追跡研究 228 ／所内討論研究会の変遷について 244 ／基礎老化研究における老化動物の育成と飼育環境の維持管理について 247 ／養育院・渋沢記念コーナー 254 ／渋沢栄一銅像、板橋区の文化財に 260 ／ヒポクラテスの木 269 ／『養育院を語り継ぐ会』について 271 ／義葬塚:大雄寺 273 ／碧素(国産ペニシリン)物語 276 ／皇室と養育院(戦前) 281

付録（記念誌DVD版 収録）

1 職員の研究業績
【内容】外国雑誌・国内雑誌・図書と報告書（Excel・csv）／剖検例を用いた研究業績（PDF）
2 過去の病院・研究所の記念誌 資料
【内容】 東京都養育院附属病院 医局十年の歩み(1983) ／東京都養育院附属病院 最近10年の歩み(1983) ／東京都老人医療センター 開設20年の歩み(1992) ／東京都老人医療センター 36年の軌跡(2009) ／老人研20年史(1992) ／老人研30年史(2003)

祝辞

小池百合子

東京都知事

祝辞

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが、その前身組織である養育院附属病院と老人総合研究所の開設から50周年を迎えられたこと、また、東京の発展の礎を作った渋沢栄一翁が初代院長を務められた養育院の創設から150年目を迎えられたことを、お慶び申し上げます。

健康長寿医療センターは、医療と研究を一体化した地方独立行政法人として平成21年度に設立されました。それ以降、東京都における高齢者医療と老年学・老年医学研究の拠点として、高齢者の特性に合った医療の提供をはじめ、認知症やフレイルなどの高齢者医療・介護の研究の推進、専門人材の育成において大きな役割を果たされています。

また、今般の新型コロナウイルス感染症への対応では、専用病床の確保とともに、東京都が運営する宿泊療養施設等へ職員を長期間継続して派遣するなど、地方独立行政法人としての機動性・柔軟性を発揮しながら、東京都の施策に多大に貢献いただいております。

令和7年には団塊の世代全てが75歳以上になり、医療や介護に関わる「2025年問題」を抱えるなかで、東京都は人生100年時代を、誰もが心身ともに、よりいきいきと活躍できる社会づくりを進めています。

健康長寿医療センターには、高齢者医療・研究のトップランナーとして、デジタル等も活用し、高齢者のQOL向上に繋がる取組を推進するなど、世界に誇る「Chōju社会」の実現に、より一層寄与していただくことを期待いたします。センターの益々のご発展と職員の皆様方のご活躍を、心からお祈り申し上げます。

令和5年2月

東京都知事

田村憲久

衆議院議員
前厚生労働大臣

養育院開設150周年、東京都健康長寿医療センター50周年誠におめでとうございます。

私の祖父の生まれた20年以上前に、貧民救済、福祉の目的で渋沢栄一が養育院を開設されたと聞き、その先見の明に驚くばかりです。そして、医療福祉行政に関わってまいりました立場からも、大いに参考になる150年の歴史と考えます。

国は2015年の健康寿命延伸の閣議決定以来、生活習慣病やガンだけでなく、近年長寿に伴い著しく増加が認められている認知症などに的確な医療福祉体制を構築すべく、地域包括ケアシステムを中心に取り組んでまいりました。

東京都健康長寿医療センターは、健康長寿の延伸のため、栄養や運動などのわかりやすいプログラムを開発して、そのコンテンツを提供しているとお聞きしております。これらを実地医療、介護、福祉に活用され、渋沢栄一翁の願望でもあろうかと思いますが、創立150年以降も、東京都のみならず我が国への、益々の貢献を期待しております。

坂本　健

板橋区長

東京都健康長寿医療センター創立50周年・
養育院創設150周年記念誌に寄せて

健康長寿医療センター創立50周年ならびに養育院創設150年を迎えられるにあたり、板橋区を代表して心からのお慶びを申し上げます。

養育院の流れを汲む健康長寿医療センターは、創立以来、高齢化時代の先端で、医療・研究活動を継続されてきました。区は、微力ながら学術研究にご協力させていただく一方、知的・人的資源のお力添えをいただき認知症対策やフレイル予防など保健福祉事業を展開しております。平成30年には、これまでの互恵的関係から包括協定締結に至り、より強固な連携の構築が図られたところです。

昨今のコロナ禍では、入院重点医療機関として病床を確保され、医療機関や保健所との連携により、高齢者等の重症化リスクの高い患者の受け入れに努められ、多くの命を救っていただきました。初代院長・渋沢栄一翁の時代も感染症が人々を苦しめましたが、これに立ち向かい、力を尽くされたと伺っております。時代が移ってもこの精神は、健康長寿医療センターに関わる方々に継承されていることを強く感じているところです。

社会の変化が著しい今日、健康長寿医療センターの役割は重要であり、地域保健福祉の発展に不可欠な存在となっております。長年にわたり区民の健康のため、ご尽力いただいていることに厚く御礼申し上げるとともに、引き続きのご協力を賜ればと存じます。

記念すべき節目にあたり、今後益々のご発展を心からお祈り申し上げて、お祝いの言葉とさせていただきます。

秋下雅弘

日本老年医学会理事長
東京大学教授

養育院設立150周年を祝して

介護施設での医療・ケアが老年医学の重要分野であることを考えると、養育院の設立を我が国における老年医学のはじまりとしてもよいのではないでしょうか。以後、養育院附属病院設立、東京都老人医療センターへの改称を経て、現在の東京都健康長寿医療センターへ至るわけですが、診療・研究・教育のいずれにおいても貴センターは一貫して老年医学、そして日本老年医学会の中心的存在であり続けられました。その証拠に、鳥羽研二現理事長や井藤英喜前理事長を初めとして、数多くの歴代スタッフが日本老年医学会の理事など要職を務めてこられました。都内唯一の高齢者専門病院として、多くの老年科専門医の育成を担っておられますが、リサーチマインドの涵養を研修成果として挙げる若手医師が多いことも特筆すべき点です。また、老年精神医学、老年歯科医学、基礎老化学、老年社会学の分野でも一流の人材を育て、全国の大学や研究所に輩出し、日本老年学会及びその分科会で活躍しておられます。

このような貴センターの輝かしい歴史には、最先端かつ最善の医療を提供できる病院と共に、学際的な研究を行える研究所の貢献が大きかったことは言うまでもありません。新設されたフレイル予防センターならびに認知症未来社会創造センターも新しい時代の老年医学に寄与されることは間違いないでしょう。老年医学を創って来られた150年の歴史に心からの感謝と敬意を表するとともに、次の50年、いや150年へ向けてエールを送りたいと思います。

大島伸一

国立長寿医療研究センター
名誉総長

東京都健康長寿医療センターが創設150周年を迎えられたことに、心から敬意をもってお祝い申し上げます。

私事で恐縮ですが、私はもともとが泌尿器科医で腎移植などの外科手術を中心とした泌尿器疾患を専門としてきました。そのため国立長寿医療センター(2004年当時)へ転職の話をいただいた時には、高齢者医療など考えたこともなかったため、戸惑い躊躇して考え込んでしまいました。赴任すると決めてからは、高齢者医療とは何か、ナショナルセンターの使命とは何かを真剣に考え、組織の運営の在り方を考えてきました。

このような心許ない状態での出発でしたが、すでに、私どもの研究センターと同じ目的を持った先輩の組織、東京都老人医療センター・東京都老人総合研究所(当時)が存在することを知り、以降多くのことを学ばせていただくことになりました。あらためて御礼申し上げたいと思います。

渋沢栄一翁が明治5年(1872年)に設立されたのがセンターの発足の原点で、高齢問題など簡単に切り捨てられる状況の下に、150年後の今日まで、救貧救老という使命を守り続けられてきたことは驚くべきことです。世界に先駆けて、超高齢社会を迎えた現今、どのように老い、死を迎えるかは大きな人類、社会の課題となっています。このようななかで、理想的な高齢者医療とは何か、そのモデルを模索し示し、今後の日本の医療のあり方と進むべき方向についてどうすべきか。我が国の高齢化の進行はそのスピードの速さ、規模の大きさにおいて歴史上例のないものです。一方で、あらゆるシステムがデジタル化に向かっています。こうしたなかで東京都健康長寿医療センターに求められる役割はますます大きなものになってきます。

国立長寿医療研究センターと共に、日本のリーダーとして高齢社会の今後のあり方を示し、そして進むべき道を示して戴きたいと願っています。

あらためて設立150周年おめでとうございます。

荒井秀典

国立長寿医療研究センター
理事長

養育院設立150周年、
健康長寿医療センター設立
50周年に向けて

この度は養育院設立150周年、健康長寿医療センター設立50周年を迎えられたとのこと、誠におめでとうございます。老年医学、老年学に関するナショナルセンターを代表して、一言お祝いの言葉を述べさせていただきます。

貴センターを何度も訪れておりますので、澁澤榮一翁が養育院を設立したという知識はありましたが、恥ずかしながら、2021年の大河ドラマを見るまでは、翁がどのような人生を歩み、どのような経緯で養育院設立に至ったかについて全く存じ上げませんでした。幕末の乱世を生き抜き、日本の財政の礎を築くとともに世界中を飛び回り、日本発展に多大なる貢献をした人物であるといったことを学び、自分の浅学を恥じ入っております。養育院設立の原点は我が国ではきょうと大阪の四天王寺の悲田院に遡ると思いますが、明治初期の混乱の中で病気や障害を抱えた多くの方に療養の場を提供することを着想したということについては驚愕するばかりであります。

また、健康長寿医療センターについては、その歴史及び我が国の老年学への貢献に鑑みるに我々国立長寿医療研究センターからすると頼もしい兄のような存在で、常に目標としてきた存在でもあります。老年医学・老年学に関する診療・研究を担う2つのセンターがこれまで以上に連携を強化して、最長寿国である日本からイノベーションを起こし、澁澤翁が実践したように世界に向けて日本人の英知を発信していかなければならないという思いを強くしています。貴センターのますますのご発展を祈念しています。

矢﨑義雄

学校法人東京医科大学理事長
東京大学医学部第三内科元教授

東京都健康長寿医療センターと私

この度は、東京都健康長寿医療センター病院・研究所創立50周年を迎えられ、誠におめでとうございます。そして、養育院創設150年となりましたこと、心よりお祝い申し上げます。

私がキャリアの大部分を過ごしました東京大学医学部第三内科は、冲中重雄教授ご指導の下での老年医学の発祥の地であり、爾来臨床及び研究を協同で行っていたことから、養育院に附置された病院とは密接な関係を築かせて頂いたところです。とくに私共の循環器研究室は、村上元孝先生を始め、蔵本築先生、小沢利男先生等の多くの先輩が要職につかれて活躍されました。

附属病院は東京都老人医療センターとして改組された後、1999年に東京都老人総合研究所と合併して地方独立行政法人化され、特段に機能強化されて現在の東京都健康長寿医療センターが設立されました。そのご縁で、私は法人の東京都による評価委員会の座長を現在担わせて頂いております。

当センターは、ご案内の通りに「高齢者のための高度先進医療と研究を行い、情報を発信して都内の高齢者の健康を増進すること」を目的にして設立されました。5年ごとに中期目標を立て、私は第三期中期目標の達成度に基づく評価を担当して参りました。その中で、病院は、血管病、がん及び認知症といった高齢者の急性期医療を担って地域医療に大きく貢献され、職員の皆さんがそれぞれの立場で全力を尽くされたことが高く評価されました。さらに、病院と研究所を一体的に運営する法人の特性を活かされて、高齢者の病態を解明して治療につなげる先端的な研究を進められ、その卓越した成果が格段に高く評価されたところです。

これからも、法人として機動的で弾力的な運営を行い、公的医療機関として都の医療施策に貢献するとともに、患者サービスの向上や働きやすい職場環境の整備が一層推進されますことが期待されています。益々のご発展を心よりお祈り申し上げます。

神崎恒一

杏林大学医学部高齢医学
（高齢診療科）

東大秋下教授の研究「高齢者医療の優先順位に関する意識調査」(J Am Med Dir Assoc. 2013;14:479-84.)の結果を私なりに敷衍してみると、高齢者の希望は「病気がきちんと治療(管理)されて不安を感じないこと、経済的に不安を感じず(必用なものは最低限買える)、体と頭がちゃんと働き(歩行障害や認知症がない)、社会や友人と交流を持ち、家族や他人の世話にならず、好きなことをやっていたい」ということではないかと思います。東京都健康長寿医療研究センターはまさにこの目標を実現するために日々診療と研究に邁進されていると感じます。高齢者が生きがいをもって世の中とつながりを持ち続けるためには、病気の治療も大切ですが、“体と頭がちゃんと働く”必要があります。そのために病院と研究所が一体となって仕事ができるのは素晴らしい環境だと思います。フレイル予防センターや認知症未来社会創造センターはこの目的を実現するための医療・研究センターであると理解しております。高い理念とそれを実現するための具体的な方略をもっている東京都健康長寿医療研究センターは今後益々日本を基盤とする世界的な高齢者医療・研究の中心となることを信じてやみません。病院・研究所創立50周年、養育院創設150周年おめでとうございます。

井上　潤

渋沢史料館　顧問

東京都健康長寿医療センター
創立50周年・養育院創設150年を
祝して

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター創立50周年・養育院創設150年をお迎えになられましたこと心からお慶び申し上げます。また、その節目の時に初代院長・渋沢栄一の社会福祉事業に対する想いを再認識出来ましたことを大変光栄に存じます。

日本では、明治の代になり新政府が「富国強兵」をスローガンに掲げ、近代化を積極的に推進させましたが、すべての人々が、新しい社会に溶け込み、より良い生活を営めたかというと、必ずしもそのようにはいきませんでした。少なからず変化に乗り遅れ、ドロップアウトしてしまう人が出ていました。このような人々を犠牲にしながらも、国家目標が表面的に達成されていったのです。そうした時代情勢のなかで貧民救済などの社会事業に取り組んだ人々の一人に渋沢栄一がいました。その渋沢の福祉事業への端緒であり、強く傾注した事業の代表が養育院でした。

1874年から養育院の運営事務に関与し、亡くなるまで約50年にわたって院長を務めました。月に1、2度しか養育院に足を運べませんでしたが、しばしば自邸に養育院の収容者や職員を招き、もてなしたといいます。

渋沢の尽力によって、多くの困窮者が救われました。しかし、社会政策はこの時代、まだ非常に限定的なものでしかありませんでした。

渋沢は、2024年に改札される新1万円札の肖像に決まり、その名こそ知られるようになりましたが、真の姿が広く知られているかというと、まだまだそういうわけでもありません。これを機に、単なる実業家にとどまるのではなく、福祉・医療事業を含めた近代日本社会を創造し、社会全体を組織化したオルガナイザーとしての像が、新札の広がりとともに広く世に浸透することを期したいと思います。

時代の変化とともに、事業は進化・変化するものだと思います。まさに節目の時こそ、創業精神に立ち返り、さらなる進化・発展を考えるべきではないでしょうか。

貴センターのますますの発展を祈念してやみません。

宮川潤一

ソフトバンク株式会社
代表取締役 社長執行役員 兼 CEO

東京都健康長寿医療センター創立50周年、養老院創設後150年の節目を迎えられまして誠におめでとうございます。1872年に創設された養育院をルーツに日本の社会福祉の先達として医療・福祉の発展を支え、私たちの平穏な暮らしの基礎を築いてこられたことに感謝申し上げます。

現在の日本は、人口減少、少子高齢化を起因とする超高齢社会が到来し、認知症患者数は2040年に東京都だけで200万人を超えるといわれています。貴センターの「認知症未来社会創造センター」と「フレイル予防センター」における取り組みは、健康な状態から病気を未然に防ぐことの大切さを教えてくれます。日本の抱える医療課題への積極的な取り組みに私も賛同しており、認知症患者が増加する課題に対しては、臨床・研究データを元にAI等を活用し新たな認知症予防の実現をともに目指していく第一歩として、自動会話プログラムによる認知症の早期発見・支援のためのAIチャットボットの開発を微力ながら支援させていただいております。

また、ソフトバンクでは、人々が自身の健康や医療情報を当然のように参照し管理できる社会の構築を目指して医療基盤の標準規格推進に取り組んでおります。この活動により医療分野のDX化を促進し、いずれはAIを活用したデジタルツインでより良い医療サービスを誰もが享受できる社会を目指しています。医療発展の貢献のため、より密接に連携させていただき貴センターの皆様と共創していきたいと考えておりますので今後ともよろしくお願い申し上げます。

三村明夫

東京商工会議所　名誉会頭

東京都健康長寿医療センター病院・研究所創立50周年・養育院創設150年記念に寄せて

このたび、東京都健康長寿医療センター病院・研究所創立50周年、また、養育院創設後150年という記念すべき年を迎えられますことを心からお慶び申し上げます。

貴センターの前身である養育院は、明治初期に首都東京の困窮者、病者等の保護施設として設立されたわが国の医療・福祉事業の原点です。東京商工会議所の創設者である渋沢栄一翁は、36歳から91歳で亡くなるまでその責任者を務めました。この間、様々な逆境にありながらも決して諦めることなく養育院を存続させてきたのは、渋沢翁が「論語と算盤」によって唱えた「私益と公益の両立」の実現に不可欠な施設だったからに他なりません。

時代を経て、養育院が大切にしてきた精神や事業は貴センターにしっかりと受け継がれ、さらに発展しています。これまでの皆様のご努力に深く敬意を表する次第です。貴センターと我々は、医療と経済という活動分野こそ違いますが、「社会を豊かにし、人々を幸せにする」という理想を共有する同志です。コロナ禍の中、貴センターに寄せられる期待はますます高まっていますが、今後とも東京商工会議所は貴センターと手を携えて、社会課題解決、首都東京の発展に向けて努力して参ります。

最後に、コロナ禍という厳しい状況下において、日々高い志を持って、貴センターで医療・福祉活動に従事されている皆様、ご関係者の皆様の益々のご健勝をお祈り申し上げ、お祝いの言葉とさせていただきます。

鮫島純子

渋沢栄一翁　ご令孫
エッセイスト

幼い目で見た父

子供の頃住んでいた家の台所には北側にかなり広い土間を含む一角がありました。時折、奥に知らせが入ると、母がお財布を片手にいそいそと、滅多に足を踏み入れない台所の土間に出向きます。いつも追うようについて行くと、そこには（養育院の）先生に連れられた小学生が立っているのが常でした。

日常消費する小間物、つまり糸、針、ゴム紐、楊枝等々を、子供たちが袋から出して並べると、母が嬉しげに言葉を交わしつつ、次々と買う光景を思いだします。

「おじい様が応援していらっしゃる養育院の子供さん達よ！お父さんお母さんがいないので、そういうお友達と一緒に育てられるの。大きくなると、早くからお仕事に出て、働いてお金を頂いて、生きてゆけるように、いまから物を売る練習や、大人にお願いするお行儀をお稽古しているのよ」。と後で教えられました。

自分たちと同じような年の笑顔のない緊張した子供さんの淋しさが伝わって、胸がキュンとなったのも思い出されます。

祖父は九十一歳で大往生。三十六歳からお引き受けして最後まで心を込めて援助した養育院のお手伝いを、仕事や義務としてではなく、また、慈悲としてでもなく、楽しみとしていたことに頭が下がります。松平楽翁公の毎月の御命日には、必ずお菓子を下げて子供たちにお話をしにゆくのを、欠かすことがなかったと聞いております。

終焉の家、飛鳥山の門から玄関までの長い砂利道に沿って、植え込みが続いておりました。その茂みの中に、お通夜の日、紋付袴で筵を敷いて坐っておられる男性を見つけ、不審に思った書生さんが声をかけ、事情をきいたところ、幼い頃養育院で保護されて、育った方とわかりました。

「本日只今、社会で働くことができているのは、院長先生のおかげと肝に銘じております。ご冥福をお祈りさせて頂きたく、かといって、お棺のそばに上がる身分ではありませんのでここで･･･」とのこと。事情に胸を打たれた書生さんに案内され、奥まで通されました。遺族一同感動を以って、故人の慈悲を偲び、涙したのを覚えております。

自由主義経済が進む中、利他を忘れ、利潤追求を優先しがちになり、窮民が生れる必然的結果を祖父は理解して、自分の責任のように窮民救済に心を配っていたと、あとで知りました。養育院のお子さんたちのお悔み文が霊前に供えられていたのも心に残っております。

「自分だけが幸せになっても、嬉しくないんだよ！みんなが幸せになってこそ」と幼い栄一に諭す母えいの姿をその儘、大河ドラマに取り込んでくださったのは、感動でした。母親の人柄、大きな慈愛が栄一を育て、幕末から明治大正の日本に影響したかと、今更考え、子供と一番接触の多い女性の、間接的ながらその力の重大さをしみじみ反省してしまいます。私の成長過程で、祖父とともに立ち会ったエピソードの数々、日米交流親善人形受け入れの日のこと、或いは銀座ミキモトにお呼ばれして、（真珠王）御木本幸吉翁におもてなし頂いたこと、その頃幼かった私には、楽しいだけの思い出でしたが、長じてその意義を知るとき、すべて、公益の裏付けがあったことを学び、感銘を受けております。

養育院長として、財政面のお手伝いと認識しておりましたが、残された資料を読ませて頂くと、病者、痴者、老齢者への心配りも細やかで、表情の少ない子供さんたちを、何とか明るく成育させたい気持ちから、福島の瓜生岩子さんにお願いしたり、細かい心配りが感ぜられ、義務を果たすだけの冷たさを超えた温かい心遣いを感じ、悔いのない一生と満足でしたでしょうと思うにつけ、あとを追う者として、学ぶことがいっぱいでございます。

養育院･渋沢記念コーナー【歴史展示･健康図書室･休憩所】
（東京都健康長寿医療センター2階　円形ホール）

John E.Morley, M.B.,B.Ch

Saint Louis Univercity
Professor Emeritus

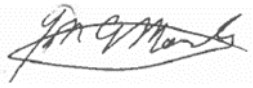
It is great joy that I congratulate you on the 150th anniversary of the Tokyo Metropolitan Institue for Geriatrics and Gerontology.

This institution is one of the best known geriatric centers in the world.
It is recognized for its clinical care and high quality of research.It has been a leader in gerontological research.

The addition of the prefrail center and Integrated research initiative for dementia in place last year represents an exciting addition to the Institution.

There is no question that the Institute will continue to lead research on gerontology throughout the world.

Yours sincerely,



George S. Roth, Ph.D

GeroScience Inc. and
Prolongevity Technologies LLC.
Chief Executive Officer
Former Section and Laboratory chief
Gerontology Research Center
National Institute on Aging
National Institutes of Health

HAPPY ANNIVERSARY TO TMGH/TMIG!

It is a great pleasure to offer heartiest congratulations to all my friends and colleagues and to the entire TMGH/TMIG family on the fiftieth anniversary of these wonderful institutions. Their contributions to healthy aging have been immeasurable, and they are recognized internationally as leaders in their fields.

Please allow me a few personal recollections on this glad occasion. First, I want to recognize and thank all the many TMGH/TMIG staff who participated in collaborations and exchange programs with my laboratory and those of my colleagues at the National Institute on Aging (NIA) of the US National Institutes of Health (NIH). Without their expert participation and partnership, we could not have carried out much of the crucial research on basic mechanisms of aging, as well as interventions for health and longevity, which were our primary joint missions. Although far too many

individuals to list here, and most already recognized world-wide for their impeccable scientific credentials, I DO want to offer special thanks to one of the most successful and well known of these colleagues, Dr. Hideki Ito, recently retired Director of TMGH/TMIG. While Hideki is celebrated in Japan for his outstanding leadership and expansion of TMGH/TMIG over the years and his expertise in diabetes care and research, not everyone may be aware that he spent two years with us at NIA/NIH in the 1970's elucidating fundamental changes in hormone and neurotransmitter signal transduction during aging, publishing a number of studies in the highest quality journals. This important research laid the groundwork for many additional studies on aging mechanisms and interventions over subsequent years by both NIA and TMIG scientists. We can only hope that he has valued his association with us as much as we appreciated his many contributions!

Next, I'd like to recall the formal exchange program, which was established between TMGH/TMIG and NIA/NIH in the 1980's. Although the NIH already had various scientific exchange programs in place, our relationship with our Tokyo colleagues became very special, in that in addition to simply offering training to the participants, it allowed extensive inter-institutional collaboration and support, as well as short term visits from researchers on both sides, and joint meetings alternating between Japan and the US. The latter familiarized many scientists at each institution with ongoing research as well as new technologies that were often later applied to different projects at the other. Additionally, from a more personal perspective, many of us established warm friendships with Japanese colleagues and their families during these exchanges, which endure to this day.

Further expanding on this personal perspective, I'd like to address the societal and cultural enrichment that many scientists on both sides experienced as an integral part of our exchanges. I think this is only fitting and consistent with the vision, either directly or indirectly, of Eiichi Shibusawa, and his establishment of the Yoikuin and other phil-anthropic ventures to better the lives of the elderly and society in general. One of my earliest memories from my many visits to TMIG is the sight of healthy, successfully aging Japanese seniors playing "gateball" at recreation centers along the route to Oyama. Especially when my Japanese colleagues pointed out the extreme ages of some of the participants, I got the impression that Japan was well ahead of everyone else in adding "life to years," if not the converse as well.

And I know all my TMGH/TMIG colleagues are also well acquainted with the love of Japanese cuisine I acquired from so many delicious dinners, both during meetings, and at the homes of friends. These were often accompanied by discussions of the role of diet in healthy aging, another area in which Japanese have excelled, and a theme which inspired several still ongoing reach projects on aging and diet at our respective laboratories, not to mention the founding of the companies with which I am currently affiliated.

Finally, when we frequently asked our visiting TMGH/TMIG colleagues what impressed them most about American society and culture, their diverse answers included warmth, openness, individuality, informality, lifestyle, and a wide range of other attributes, but when we responded to their same question regarding Japanese society, we were almost unanimous in admiring their WORK ETHIC. And this, I think, is a key to the success of TMGH/TMIG over the past fifty years. All Japanese people are well acquainted with the concepts of "ikigai" and

“kodawari” (which, for English readers, roughly translate to purposeful living and pride in one’s daily activities, no matter how great or small). Ikigai has even been linked with healthy longevity, which in Japan has been well documented. And, of course, regarding kodawari, everyone associated should be very proud of these fine institutions and their tireless efforts to maintain them.

So let me summarize, by again offering my most sincere congratulations, profound admiration to everyone, past and present, at TMGH/TMIG for all their hard work and a job well done, and best wishes for another successful fifty years!

東京都健康長寿医療センター　撮影　令和4年

本院の炭団場　昭和23年
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

乳児院　昭和38年
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

渋沢栄一銅像　昭和46年
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

本院の砲弾発掘　昭和58年
（東京都健康長寿医療センター所蔵）
出土:砲弾約700発　手りゅう弾約700発
サーベル　銃剣　ラッパ

第 1 章　東京都健康長寿医療センターの現在

地方独立行政法人としてのセンターの発足

1　設立の経緯

名誉理事長　井藤英喜

はじめに

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターは、東京都高齢者研究・福祉振興財団東京都老人総合研究所と東京都老人医療センター（旧称　東京都養育院附属病院）を一体化する形で平成21年（2009）4月に設立された。本稿で、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター誕生までの経緯を述べることとする。

東京都老人医療センター、東京都老人総合研究所の開設と研究所の財団法人化

東京都老人医療センター、および東京都老人総合研究所は、それぞれ、昭和47年（1972）6月および4月に開設された。

開設当初の病院の名称は、東京都養育院附属病院、東京都老人総合研究所であった。

養育院附属病院という名称は、わが国ひいては国際的な老年医学、老年学の研究センターとしてリーダーシップを発揮するのによりふさわしい名称にするべきという豊倉2代目院長のお考えで、昭和61年（1986）4月に「東京都老人医療センター」という名称に変更された。

一方、研究所は、昭和56年（1981）10月に、東京都の財政が悪化し、その対策を検討した「東京都財政再建委員会」の答申に従い、公的機関としての諸制約を受けずにより弾力的な運営を行えるようにするということで財団法人東京都老人総合研究所となった。財団法人化後、流動研究員の採用、予算の弾力的運用などで、研究テーマも社会的ニーズに的確に即応できる体制となった。また、いくつかの研究室、研究部門が協力し合って研究をすすめるプロジェクト研究が予算化された。その一つである小金井研究では、小金井市在住の約400人の69歳から71歳の高齢者（70歳高齢者）の15年間にわたる長期縦断追跡調査が実施され、その研究結果は「元気で長生きする十ヶ条」（「サクセスフル・エージングをめざして」、東京都老人総合研究所編集・発行、2000）という形に結実した。また、認知症に関してもプロジェクト研究が行われ、我が国の認知症研究の発展に貢献した。さらに、研究所は、平成14年（2002）東京都の組織改革により単独財団から複数の財団が合併した財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団傘下の東京都老人総合研究所と改組された。

養育院の廃止

美濃部亮吉知事の時代に東京都老人医療センター、東京都老人総合研究所は開設された。美濃部亮吉氏は昭和44年（1967）から昭和54年（1979）まで3期12年知事を務めた後勇退し、都政は鈴木俊一氏に引き継がれた。鈴木知事は、老人医療費の無料化の廃止、福祉の削減、都職員の給与の引き下げなどにより美濃部都政で生じた膨大な財政赤字の解消に努め、それに成功した。しかし、都庁の新築、臨海副都心の開発、都市博の準備（後に青島幸雄知事により開催は中止された）、東京国際フォーラム、江戸東京博物館の建設などにより再び都財政の悪化を招き4期16年（1979～1995）で知事を勇退した。

平成7年（1995）青島幸男氏が知事に就任した。青島知事は鈴木都政で悪化した財政の再建を図るためとして、都市博の中止、さらに養育院関連施設などの福祉施設の民間等への委託化を推進した。その結果、平成9年（1997）に福祉局、衛生局及び養育院の高齢者福祉・医療部門を統合し高齢施策推進本部が発足し、養育院は廃止された。東京都老人医療センターの源流である養育院は創立125年目にして、その歴史を閉じたのである。

高齢施策推進本部により養育院関連の福祉施設は廃止あるいは民間などへの委託化がはかられたが、東京都老人医療センターは高齢施策推進本部に所属する施設として運営されることになった。

青島知事は1期4年間（1995～1999）で勇退し、平成11年（1999）石原慎太郎氏が知事に就任した。養育院の廃止、養育院を構成していた老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人福祉施設（ナーシングホーム）、介護老人保健施設などの廃止や民間等への委託化といった青島知事のまいた種は、石原知事時代の東京都老人医療センターの民営化の検討といったことにつながっていくことになる。

都立病院改革会議の設置と答申

―　センター存亡の危機

平成12年（2000）、石原慎太郎東京都知事（当時）が、「老人医療センターを含む都立病院全体を、民間との役割分担の在り方などを踏まえ、地域性、医療機能の面から再編整備」することを表明し、同年9月「都立病院改革会議（座長：高久史麿東京大学名誉教授、日本医学会会長、当時）が設置された。

平成13年（2001）7月に「都立病院改革会議」より最終報告書が提出され

た。報告書では16の都立病院を「広域基幹病院」「センター的機能病院」「地域病院」と大きく3つのタイプに分類し、再編整備することとされた。東京都老人医療センターは、都立豊島病院と統合し、「高齢者医療センター併設地域病院」として、経営を民間にゆだねるべきとされた。

平成13年(2001)12月に至り報告書を受けた形で都立病院を運営する衛生局(平成14年[2002]4月以後は都立病院の経営は衛生局から分離され独立した病院経営本部が担うこととなる。また、衛生局は平成14年[2002]4月に健康局と名称を変更し、さらに平成16年[2004]8月に福祉局と合体し福祉保健局となる)と福祉局より、都立病院改革マスタープラン(次頁)が公表された。

地域病院として機能すべきとされた都立大久保病院、都立荏原病院、東京都多摩老人医療センターは東京都保健医療公社に移行し地域医療支援病院をめざす、また東京都老人医療センターは豊島病院と統合し「高齢者医療センター併設地域病院」となり民間病院に売却するとされた。しかし、「高齢者医療センター併設地域病院」の母体となる都立豊島病院は450床程度の病院であり、「高齢者医療センター併設地域病院」は地域医療支援病院として成人、小児も診療対象とすることから、高齢者用の病床数はせいぜい150床前後となると考えられたことから、当時711床であった老人医療センターとしては病床数が約1/5になるという大幅なダウンサイジングが必要となること、さらに民間病院になるということから、東京都及び我が国の高齢者医療を牽引するセンターとしての機能を維持することは事実上困難となると考えられ、東京都老人医療センターは存亡の危機に立たされた。

この段階では、研究所の運営をどのような形で運営するのかについての論議はまだ十分になされていなかった。しかし、水面下では東京都が、本来国の事業とすべき老年学の専門研究施設を東京都が設置することは疑問であり廃止すべきであるという意見も都庁内にあったと聞いている。また、発足当初196人(うち常勤研究員106人、研究助手42人)であった研究所の常勤職員数は、財団法人化とともに徐々に減らされ、独立行政法人化直前には100人前後(うち常勤研究員＋研究助手:86人)となっていた。これらの推移をみると、東京都老人総合研究所も、また存亡の危機にあったと言える。

都立病院改革実行プログラム

平成15年(2003)1月に、「都立病院改革マスタープラン」を実行していくための5か年計画である「都立病院改革実行プログラム」が公表された。その中で、東京都老人医療センターと豊島病院の統合民営化は、平成16年(2005) 度末を目途とすると明記された。また、東京都老人医療センターと同じく福祉局が運営していた東京都多摩老人医療センターは平成17年(2005)に同じ地域にある清瀬小児病院が多摩総合医療センターと同じキャンパスにつくられる小児総合医療センターに統合されるために生じる清瀬・東村山、東久留米・田無地区の小児医療機能の低下を補うため小児科を新設し、総合病院化し、財団法人東京都保健医療公社に移行し地域医療支援病院となることが明記された。

その後、病院経営本部が所管する都立病院の整備(都立府中病院キャンパスにおける多摩広域基幹病院、小児総合医療センター、東京都松沢病院キャンパスにおける精神医療センターの新設、都立広尾病院の救急・災害医療センター、都立駒込病院のがん・感染症医療センター、大塚病院の周産期・小児医療センター、リウマチ・膠原病医療センター、東京都神経病院の神経難病医療センターに向けた改修工事や、都立大久保病院、東京都多摩老人医療センター、都立荏原病院の公社化が、「都立病院改革実行プログラム」に示されたタイムスケジュールに沿って粛々と進められた。

一方、平成16年(2005) 度末を目途とされた東京都老人医療センターと都立豊島病院の統合民営化は、平成14年(2002)4月に板橋区が都立豊島病院を区に移管してほしい旨の要望を東京都に出したことで、実行プログラムで示された予定通りには進まないことになった。

都立豊島病院の板橋区移管の検討と断念

都立病院改革マスタープランの公表を受けて、板橋区は平成14年(2002)4月に都立豊島病院を区に移管してほしい旨の要望を東京都に申し入れ、平成15年(2003)11月に都立豊島病院の区移管に関する公式な要望書を東京都に提出した。これを受けて平成16年(2004)3月に「都立豊島病院の区移管に関する板橋区と東京都との協議会」が設置され協議が開始された。しかし、土地などの資産は区に原則無償譲渡あるいは無償貸与、建物、構築物に関しての区への移管費用は年3億円程度で、平成41年までに計70億円程度としてほしいという要望が区から都へ出された。しかし、資産に関しては現在の資産額による有償譲渡、建物、構築物の移管に伴う費用は年約13.9憶円で、平成41年までに計約320億円を区は支払うべきとする都の考え方との乖離は大きく(都立豊島病院の板橋区移管に関する基本的方向―「都立豊島病院の区移管に関する板橋区と東京都との協議会」まとめー　平成17年9月、板橋区、東京都)、平成17年(2005)10月に、都立豊島病院の

都立病院改革マスタープラン(H13.12)

都立病院再編整備の視点と整備案

●都民の医療ニーズに対する的確な対応
都民が充実を求める医療分野
(都政モニターアンケートより)
1 生活習慣病
2 救急医療
3 高齢者医療
5 小児医療
6 難病医療

●医療機能の集約とネットワークの充実強化による医療サービスの向上
1 医療機能の集約による分類
(1)広域基幹病院
(2)センター的機能病院
(3)地域病院
2 ネットワークの充実強化
(1)都立病院間におけるネットワークの機能強化
(2)他の医療機関との医療機能連携の強化

再編整備の視点	基本方針	再編整備案
救急医療の充実強化	・「東京ER」を整備 ・広尾病院を救急・災害医療センターとして再編整備	救急・災害医療センター(広尾) 広域基幹病院(墨東) 多摩広域基幹病院(府中)
小児医療の充実強化	・一般医療機関では対応が困難な小児医療提供 ・心から身体に至る小児医療の都における拠点病院として、3病院を統合し、新たに整備 ・大塚病院の機能を強化し、周産期・小児医療センターとして再編整備	小児総合医療センター (清瀬・八王子・梅ヶ丘) ＊周産期・小児医療センター (大塚)
医療機能の集約による都民ニーズへの対応	・都民ニーズの高い医療分野について、更に 医療機能を充実 (・がん・感染症・リウマチ・膠原病・精神科医療)	がん・感染症医療センター(駒込) 精神医療センター(松沢) 神経難病医療センター(神経) ＊リウマチ・膠原病医療センター (大塚)
高齢者医療の普及拡大	**・高齢化の進展を見据え、高齢者医療の一層の充実と普及拡大** **・老人医療センターと豊島病院を統合し、民営化**	**高齢者医療センター併設地域病院** **(老人医療センター、豊島)**
区部、多摩地域における医療拠点の整備	・幅広い医療ニーズに総合的、広域的に対応していく医療拠点を整備 (区部広域基幹病院、多摩広域基幹病院) ・多摩メディカル・キャンパスを整備 (・多摩広域基幹病院・小児総合医療センター・神経難病医療センター)	区部広域基幹病院(墨東) 多摩広域基幹病院(府中) 小児総合医療センター (清瀬・八王子・梅ヶ丘) 神経難病医療センター(神経)
地域医療への支援拡充	・地域医療への支援を拡充するため、大久保病院、荏原病院、多摩老人医療センターをより住民に身近な地域病院として再編整備・ 運営は、(財)東京都保健医療公社にゆだねる(将来は完全な民営化を前提に検討)	区部西部地域病院(大久保) 区部南部地域病院(荏原) 多摩北部地域病院 (多摩老人センター) **高齢者医療センター併設地域病院** **(老人医療センター、豊島)**

注) ＊大塚病院は、周産期・小児医療センターとリウマチ・膠原病センターの2つのセンター的機能病院としての役割を併せ持つ

板橋区への移管を断念したことが都区双方により公表された。

地方独立行政法人化の検討

東京都老人医療センターと都立豊島病院の統合民営化というプログラムは、平成16年(2004)4月地方独立行政法人法が施行されたこと、財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団東京都老人総合研究所の財団法人東京都医学研究機構(東京都医学研究機構の沿革については後に詳述する)への統合が不調に終わり、東京都老人総合研究所をどのようにするかという問題が未解決であったことから見直されることとなった。その結果、当時東京都の行政改革の中心的機能を担っていた総務局から平成18年(2006)7月に至り、東京都老人医療センター、東京都老人総合研究所、都立豊島病院に関する新たな方向性が示され、急速に進む医療制度改革の動向も踏まえ、東京都老人医療センターは高齢者の高度専門医療の実践及び普及をより一層推進するため東京都老人総合研究所と一体化し、効率的で柔軟な事業運営が可能となる地方独立行政法人への移行を目指す、また都立豊島病院に関しては公益財団法人東京都保健医療公社に移管し地域病院をめざすこととなった。

財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団東京都老人総合研究所についてであるが、東京都臨床医学総合研究所(昭和50年[1975]12月開所)、東京都精神医学総合研究所(昭和48年[1973]7月開所)及び東京都神経科学総合研究所(昭和47年[1972]4月開所)の3研究所により組織されていた財団法人東京都医学研究機構(平成11年[1999]4月発足)が都立松沢病院キャンパスに新設を予定していた東京都医学総合研究所への合流が一時期検討されたが、東京都老人総合研究所としては規模の縮小、病院というフィールドを事実上失い限られた分野の研究しかできなくなる可能性が高くなること、老年学にとって重要な社会学的研究や長期的視野に立った縦断追跡研究、地域介入研究などを遂行することが困難になることが予想されたため東京都医学総合研究所への合流は見送られることとなり、老人医療センターと一体化し、高齢者医療、老年学研究のより充実したセンターとして機能することが検討されることとなった。

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターの構想

平成19年(2007)5月、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターの設立に向けて「板橋キャンパス再編整備基本構想」が福祉保健局より公表された。

地方独立行政法人の設立には総務省の許可が必要である。当初研究所と病院が一体化して地方独立行政法人となるという前例が地方独立行政法人にはないため、総務省は強い難色を示した。しかし、国レベルでは国立がん研究センター、国立循環器病研究センター、国立長寿医療研究センターといった研究所と病院が一体化した独立行政法人のあったことから、最終的に総務省の許可が下り研究所と病院が一体化した地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが発足することとなった。

「東京都老人医療センター」と「財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団　東京都老人総合研究所」を一体化し、平成21年(2009)4月に「地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター」がスタートした。「地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター」は、医療と研究の一体化により、高齢者を対象として先端的医療に取り組む、認知症医療や血管病医療などの重点医療課題について予防方法および治療方法の開発などに取り組む、その成果・知見を広く社会に発信し、都における高齢者医療・研究のセンターとして機能していくこととなったのである。

おわりに

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターの設立をめぐっては、東京都老人医療センターの事実上の消滅の危機も含めて紆余曲折があった。我が国、そして東京都が世界のどの国も、どの大都市も経験したことのない超高齢化社会を迎える中、高度な病院機能および研究機能を備えた東京都健康長寿医療センターが地方独立行政法人という、東京都直営という安定はしているが制約の多い運営形態から、より自由かつ効率的な運営が可能な組織として再出発できたことの意義は大きい。急速に進む高齢化社会から派生する諸問題の解決が急がれること、医療、また老化、高齢者に多発する諸疾患の研究の進歩は急速であり、病院、研究所の解決すべき課題は年々変化し、それに見合い人員や組織体制をタイミングよくかつ迅速に変えていく必要があるからである。

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターは、養育院附属病院、東京都老人医療センター、東京都老人総合研究所で培った長年の経験と実績を基盤として、病院と研究所が一体化したメリットを生かし、高齢化社会が抱える諸問題について包括的、総合的、かつ実践的に、研究し、解決策を模索する中から社会の負託、都民ニーズに応えていく責務があると考えている。

私個人は養育院附属病院時代から当センターに勤務し、この50年間の病院、研究所の本稿で記載したような変化を経験してきた。

内分泌科部長であった1997年頃

には4～5年間、江東区に建設が予定された養育院関連の3つ目の病院の設立検討委員会の委員も務めた。認知症医療を重点医療とする高齢者のための350床規模の総合病院という基本コンセプトをまとめ、病院の設計、建設業者の選定などに、また同一キャンパスに設置される特別養護老人ホーム、老人保健施設の業者選定などにも携わり、一つの高齢者医療・介護の複合施設のモデル施設の開設準備を経験した。

この病院は、当初は公設公営の予定であり開設されればこの病院に赴任するのかなと思っていたが、財政状況の悪化により公設民営ということになり現在の順天堂大学付属江東高齢者医療センター(平成14年[2004]6月開設)となっている。

さらに、平成11年(1999)10月東京都老人医療センター内分泌科部長より東京都多摩老人医療センターに移り副院長、院長として、東京都多摩老人医療センターの財団法人東京都保健医療公社多摩北部医療センターへの移行を担当した。次いで、平成18年(2006)東京都老人医療センター院長兼東京都老人総合研究所所長に就任し、両施設の地方独立行政法人化を担当することとなった。このように2つの組織の大きな節目に立ち会い、多くの貴重な経験をさせて頂いた。両組織の公社化、あるいは独法化が、多くの方々のご努力によりいずれもスムースに進み、両組織共にさらに活発な組織となり今日を迎えていることをうれしく思っている。

2 設立目的と運営方針

名誉理事長 井藤英喜

はじめに

昭和47年に開設された東京都老人医療センター(旧称 東京都養育院附属病院)および東京都老人総合研究所(独法化直前は財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団により運営されていた)が一体化される形で、平成21年4月に地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが発足した。初代理事長には、東京大学名誉教授、前都立松沢病院長松下正明先生が就任された。

本稿では、独立行政法人の設立目的、運営方針について述べることとする。

設立目的

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターは、基本理念として「センターは、高齢者の心身の特性に応じた適切な医療の提供、臨床と研究の連携、高齢者のQOLを維持・向上させるための研究を通じて、高齢者の健康増進、健康長寿の実現を目指し、大都市東京における超高齢社会の都市モデルの創造の一翼を担う(平成21年版 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター年報)」を掲げている。設立目的はこの理念に凝縮されているが、具体的には、病院と研究所が一体化することにより

①健康長寿をめざした予防、高齢者医療モデルの確立と普及
②高度・先端的医療への取り組みと老化・老年病および老化予防の研究・開発の推進
③高齢者に対応した急性期医療の提供と在宅医療への支援
④これからの高齢者医療・介護をリードする専門人材の育成と教育支援
⑤認知症に対する予防方法、総合的支援方策の確立と先駆的取り組みの推進
⑥認知症に加え、血管病医療およびがん医療を重点医療とし、QOLを重視した治療、早期発見、予防法の実践、研究・開発を推進

(①～⑤：板橋キャンパス再編整備基本構想 平成19 年[2007]5月 ⑥ ：板橋キャンパス再編整備基本計画 平成20年[2008]2月)

に取り組むことを目的に、地方独立行政法人が設立された。

東京都健康長寿医療センターは東京都にあり、診療対象者や研究対象者の多くは大都市東京の住民である。したがって、大都市東京の住民や医療・介護システム、また高齢者の健康維持施策などのもつ問題点と解決策が研究されることから、「大都市東京における超高齢社会の都市モデルの創造の一翼を担う」こととされたのである。

運営方針

地方独立行政法人としての運営方針の原則は、以下の如くである。

①地方独立行政法人として、4～5年を目途とした中期目標、中期計画、および中期計画実現に向けて作成した年度計画に従い、計画的な運営・管理を行う
②地方独立行政法人の効果を最大限発揮するため。独自の柔軟な人事・給与体系を構築する
③適切かつ時宜を得た課題を設定し、迅速に対応する
④産・学・公の積極的な連携を推進する

⑤機動的・効果的な運営を行う
⑥分かりやすい業務、組織運営を行う
⑦経営改善に努め都民負担を軽減する
（板橋キャンパス再編整備基本構想 平成19年[2007]5月）

病院と研究所が一体化して地方独立行政法人となったのであるが、共同作業のみを行うわけではない。したがって、病院には病院の、研究所には研究所の運営方針が次の如く定められた。

①病院の運営方針
・患者さま本位の質の高い医療サービスを提供します。
・高齢者に対する専門的医療と生活の質（QOL）を重視した全人的包括的医療を提供します。
・地域の医療機関や福祉施設との連携による継続性のある一貫した医療を提供します。
・診療科や部門・職種の枠にとらわれないチーム医療を実践します。
・高齢者医療を担う人材の育成及び研究所との連携による研究を推進します。

②研究所運営方針
・東京都の高齢者医療・保健・福祉行政を研究分野で支えます。
・地域の自治体や高齢者福祉施設と連携して研究を進めます。
・国や地方公共団体、民間企業等と活発に共同研究を行います。
・諸外国の代表的な老化研究機関と積極的に研究交流を行います。
・最先端技術を用いて老年病などの研究を行います。
・研究成果を公開講座や出版によりみなさまに還元しています。
（平成21年版　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター年報）

3　新施設の建設と移転

名誉理事長　井藤英喜

はじめに

平成18年（2006）7月、総務局の行政改革推進本部により、東京都老人医療センターと東京都老人総合研究所は一体化して地方独立行政法人となることが決められた。その決定を受けて平成19年（2007）5月「板橋キャンパス再編整備基本構想～健康長寿医療センター（仮称）の設立に向けて～」が公表され、それに基づき「東京都老人医療センター」と「東京都老人総合研究所」が一体化するかたちで、平成21年（2009）4月に地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが開設された。

「板橋キャンパス再編整備基本構想」の中で、施設の老朽化、狭隘化が著しいため、病院・研究所建設後40年に当たる平成25年（2013）度運営開始を目途として新施設を建設する方針が示された。

新施設の設計、建設、費用

新施設の建設費については、全額を東京都からの無利子融資をうけて地方独立行政法人が負担し、東京都に30年かけて返済することになった。国の独立行政法人にしろ、他の地方独立行政法人では施設の建設費用の半額程度は、国あるいは地方自治体が負担することが通常であるに比較し厳しい条件となった。

平成21年（2009）4月に地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが開設されたと同時に新施設の建設準備にとりかかった。新施設の設計は、佐藤総合計画、建設業者は戸田建設により行われた。基本設計および実施設計に、それぞれ約1年、建設に約2年の計4年が新施設の建設に費やされた。

新施設着工直前の平成23年（2011）3月11日に東日本大震災が発生し、まだ運用中であった旧病院・研究所の建物の壁や柱の損傷、水道管の損傷などの問題が発生したが、幸い施設運営に致命的な支障をきたすような損傷とはならなかった。また、新施設の建設に当たる戸田建設との契約は大震災前に済ませており、震災発生後に人件費、建材費用が高騰し、施設建設費が高騰したことを考えると、経済的にはラッキーな契約であったと言える。新施設の建設に要した最終的な費用は約370億円であった。

新施設の建設コンセプト

新施設の建設にあたって、独立行政法人と佐藤総合計画、戸田建設が話し合い、次頁に示した如く「建設コンセプト」を定めた。

地域と共生した環境づくりというコンセプトに沿って、敷地を区切る塀やフェンスを撤去し、建物周囲は樹木を配置し、さらに人工池の設置により、地域に開かれた「水と緑にあふれた環境」とした。また、新施設の土地に植わっていた桜などの樹木を利用して木彫を作成し、病院の美術品として用いることとした。

病院の内部環境については、十分に光を取り入れた明るい外来・病棟とし、系統的に彫刻、絵画、緑を配置、3階に屋上庭園を設置し、外来は患者さ

んが自分の行く場所がすぐにわかるように見やすい系統的な番号表示(サイン計画)とし、患者さん本位の「いやしの空間」づくりを心掛け、病院は陰鬱、殺風景、無機質でもよいというイメージを払拭することとした。

新病院の病床数は、開院以来一貫して在院日数の短縮傾向が続いていたのであるが、今後在院日数のさらなる短縮が見込まれたため移転前の法定病床711床(新施設への移転前数年間は、実質的には1病棟閉鎖、1病棟半減の651床で、平成21年1月からは579床で運用されていた)から550床にダウンサイジングした。また、プライバシーの尊重、療養環境の改善、感染予防、有料でもよいから個室での療養を希望するという患者さんや患者さんご家族の要望に応える、経営改善を図るなどのため、個室率を旧病院の9%から39%に高め、一部の個室を有料化することとした。

病棟の勤務室は、種々の電子機器の導入、かつ労働環境の改善を図るため、また将来的に種々のIT機器の導入が予想されるため、比較的広い勤務室を確保した。 病院全体をバリアーフリー化し、洗面所、トイレ、浴室など車いすの人も利用できるようにした。車いす、ストレッチャーの使用例が多いため廊下は広くとった。

各病棟に、カンファレンスルームを設け病棟内、院内、ときに院外の医療施設、介護施設の人との話し合い、チーム医療、チーム介護、地域連携による包括ケアがスムースに行えるようにした。また、個室化した談話室も各病棟に設けプライバシーを損ねることなく患者さん、家族の皆様への説明を行えるようにした。

新病院の機能的に関しては、社会の高齢化、それに伴う悪性腫瘍の増加が見込まれるが、高齢者のターミナルケアを支える家族機能はさらに低下していくであろうことから緩和ケア病棟を新設した。

院内感染を防ぐため各病棟には陰圧の個室を設け、血液科病棟全体を無菌化した(病室はさらに高度な無菌化を図っている)。

ICU・CCUを8床から14床に、14床中10床は個室、14床中2床は陰圧室とし、感染症を合併した患者さんも利用できるようにした。透析ベッドを5床から17床に、手術室を5部屋から9部屋に増やし、血管造影と血管手術を行えるハイブリッド手術室を新設し、さらにCTを64列1台から2台(64列、320列)へ、MRIを1台(1.5テスラー)から2台(1.5テスラー、3.0テスラー)、PET装置を1台(PET)から2台(PET, CT-PET)、血管造影装置を1台から2台へ増やし、乳房X線撮影装置、X線TV装置:C-アームタイプ)1台などの導入などにより医療機能の強化を図った。放射線科は、中央部に技師・医師スペースを配置し、そのスペースを囲むように各種放射線機器室を配置し、放射線科技師や医師の働きやすい環境づくりをおこなった。

旧病院ではオーダリングのみが電子化されていたが、新病院では医療内容の確実な記録、医療事務の効率化、経営分析への利用、医療事故防止などを目的として電子カルテを導入した。

一般に病院の構造は複雑で行き先を同定するのが難しく、導線も長いことが多い。これは多くの病院が建て増しを繰り返し、診察室、検査室の配置が系統的でないことが一因である。

そこで、当センターは高齢者の専門病院であることから、導線はできるだ

新施設の建設コンセプト

「光 緑 水に溢れた環境」の創造と 高齢者医療の先端をめざした施設づくり

1. 地域と共生した環境づくり
   - ① 地域に開放された「光・緑・水の溢れた環境」の創出
   - ② 地域の環境と調和したシンボル性のある外観
   - ③ 自然環境を活かしたエコシステムの導入
2. 高齢者医療の先端をめざした施設づくり
   - ① デザイン導入による癒しの環境づくり
   - ② 3つの重点医療など高度医療に対応した施設
   - ③ 医療と研究におけるトランスレーショナルリサーチの実現
   - ④ 患者さんサービスの充実
3. 独立行政法人としての安定経営への基盤づくり
   - ① 安全で安心できる施設
   - ② 維持管理がしやすく、エネルギー効率の高い施設
   - ③ 働きやすい環境づくり

け短くする、廊下の各所に疲れた高齢者が座れる椅子を配置する、高齢者は複数科を受診することが多いので診察室を関連性の高い疾患を診る診療科（重点医療である心血管疾患の診療に係る循環器内科、心臓外科と血管外科など、がん診療に係ることの多い消化器内科と呼吸器内科など、認知症診療に係ることの多い精神科と神経内科、糖尿病と眼科など）をまとめて配置するなどの工夫を行った。転倒を防止するため廊下の段差はなくし、照明も明るくした。また、ブース、診察室、検査室などに系統的に数字を付し、自動再審受付機から出力される診察予定表に記された数字と照合することにより、行き先が簡単に同定できるようなサイン計画を実施した。

これら諸機能の充実を図ったため、病院の延床面積は、49,596.85m^{2}から62,398.95m^{2}へと26%増加した。

研究所については、世界でまだ数台しか稼働していないミトコンドリアの微細構造まで観察可能な超解像STED顕微鏡、細胞レベルでタンパク質の局在情報の解析が可能なInCell 6,000、生体で深部組織の動態を細胞レベルでイメージングできる多光子顕微鏡、動物用MRI、小動物用PETカメラ、リアルタイムPCR、タンパク質/ペプチドの質量分析や糖鎖解析のできるMALDI-TOF型質量分析装置などの高額最先端研究機器の導入を行い研究の活性化を図った。また、停電事故から貴重な生体試料を守るため2重の電源および自家発電機による非常事態電源の3つの電源を配置したブレインバンク、バイオリソースセンターを設置し、認知症研究やがん研究に用いるヒト生体試料を凍結保存するバイオバンク機能の充実を図った。

研究所の面積に関しては、旧施設では別の建物であったPET施設が新施設では同一建物に入ったり、研究所事務所や病院にあった医師用の研究室、ブレインバンク、バイオリソースセンターを研究所の面積に入れるのか、入れないのかといった問題もあり、旧施設と新施設の面積の比較は難しいが、研究室、研究員の居住スペースのみに着目すると約7,500m^{2}と旧施設とほぼ同等の面積を確保し、研究員の居住環境が悪化しないように配慮した。

渋沢栄一・養育院記念コーナー

当センターの源流は明治5（1872）年に開設された救貧施設である養育院であり、渋沢栄一は養育院の管理責任者を57年間の長きにわたり務めた。渋沢栄一は、養育院を単なる生活困窮者の収容施設から、健常児の教育、不良児童の感化教育、ハンセン病、結核、とくに小児結核などの慢性感染症の療養施設、精神医療、老人医療などについても個別に対処できる施設を分離、発展させ、わが国の福祉、医療の発展に大きな貢献をした。このような、渋沢栄一や養育院の築いた福祉、医療の歴史を引き継ぐ施設として東京都健康長寿医療センターがあることを、職員や当センター利用者に思い起こしてもらうために、新施設では渋沢栄一・養育院記念コーナーを設けた。そこには、歴史的な資料を置くとともに、外来者にも開放された施設とした。

資料の利用、休憩、食事などのために利用する人が多く、病院にこのようなスペースがあることを評価してくれる人の多いことはうれしいことである。また、多くの職員が当センターの歴史を知り、この施設で働くことに誇りを持ち、意義を感じ、日々心を新たに業務に取り組んでくれることを願っている。

新施設への移転

平成25年（2013）5月末に数日かけて研究所、次いで6月1日に新病院への移転を一日で実施した。病院に関しては通常500人弱いた入院患者を5月に入り徐々に減らし、6月1日には107人にまで減らすことが出来、事前の患者移送の手順、役割り分担も含めた緻密な計画、2度にわたる実施訓練のおかげで極めてスムースに、無事移転作業が行えた。移転計画の立案、実施訓練、当日の着実な計画に沿った行動に尽力してくれた日本通運、事務、医療スタッフ、患者さん、ご家族の全員に感謝している。また、当センターの移転に際し、救急患者の受け入れ、転院などにご協力頂いた近隣の病院、診療所の先生方にも改めて感謝したい。

移転に伴う病院収入の減少は、6月から7月にかけて順調に入院患者が増加したため、7月にはV字回復した。5月から6月にかけては、移転計画の作成と訓練、また電子カルテの訓練、6月1日の新施設への患者さん、病棟内医療機器の移転、病院移転後のなれない電子カルテの運用開始（病棟では6月1日、外来では1週間後）と極めて厳しいスケジュールであったが、職員全員の頑張りにより乗り越えられたことは大変うれしいことであった。

新施設は、緑と池に囲まれ、外来、病棟ともに広く、かつ明るい雰囲気の素晴らしい病院となった。外来・検査室は、統一されたサイン計画に従って番号付けされ、行き先に迷うことがないようになった。受付カウンターは患者さんが分かりやすいように大きくなった。各所に絵画、彫刻、鉢植えのグリーンが配置され、外来患者さん、入院患者さん、ご家族にきれいな、明るい病院で心が癒されると好評な病院となり、うれしく思っている。

病院各所に飾られた美術品について

新施設の運営にあたって、新施設において系統的に配置された「Art Work Guide」というパンフレットを作製した。そこで、私が書いたあいさつ文の一部を引用し、美術品を配置した意図を理解していただければありがたい。

「このたび、病院、研究所ともに新施設を建設し移転するにあたり、「地域と共生し、光・緑・水にあふれた環境づくり」を建設・ランドスケープコンセプトとし、病院は和の要素を取り入れた「もてなしの心」を、また、光庭、屋上庭園、病院の庭などを通して「四季のうつろい」を感じられることをインテリアデザインコンセプトとしました。

多くの病院で絵画や写真が飾られているのですが、残念ながら無秩序に配置されていて落ち着かないこと、違和感を感じることがよくあります。そこで新施設を「いやしの空間」とするために、どのようなコンセプトで、どのようにアートを配置するか、美術関係者、本センター職員、サイン計画者（筑波大学西川先生）、設計者（佐藤総合計画）、施行者（戸田建設）等からなるアート選定委員会を設け、熱心な討議を重ねてきました。

最終的に「生命とこころ」をメインアートワークコンセプトとし、パブリックエリア・外来診療エリアは「都市の里山」、病棟エリアは「いのちの温もり」を感じられるアートを配置することとしました。このようなコンセプトに基づいて彫刻、絵画、グラッフィック、版画，写真、和紙アートなど多彩な分野の作家に作品の作成を依頼し、病院、研究所の各所に配置しました。また、新施設の建設に伴い伐採せざるを得なかった桜等の樹木材を使った木彫をエレベータホールに配置しました。

こうした委員会の討議をベースにしたアート計画は、我が国の病院ではほとんど前例のない新しい試みであるといえます。私どもが知恵を絞ったアートワークが、患者さん、ご家族の方々にとって当施設が「いやしの空間」であることを実感して頂けるものであり、患者さんの一日も早い体調の回復につながるものであることを心より願っています。

美術品とその作家の一覧

・センター門扉　石彫一対　山崎隆
・病院光庭　石彫2点　湯村光
・1階放射線科廊下　風景、植物写真7枚　石倉　麻夕
・1階外来モール　絵画「養育院幾星霜之圖」　山口晃
・地下1階～12階エレベータホール　木彫レリーフ13点　山崎香文子
・2階化学療法室、中央処置室　風景写真8枚　大槻弘
・2階外来認知症センター　絵画5枚　麻生知子
・外来モール吹き抜け、渋沢サロン天窓　和紙シェード　堀木エリ子
・3階リハビリテーション室　子供の写真　1枚　田沼武能
・3階リハビリテーション科待合　絵画19枚　女子美大アートデザイン表現科、ヒーリング表現領域
・3階リハビリテーション室　絵画10枚　女子美大アートデザイン表現科、ヒーリング表現領域
・3階屋上庭園　ブロンズ彫刻　うさぎ7匹　薮内佐斗司
・4F手術・ICU待合室　木版画4点　星野祥代
・5－10階個室　日本画（複製）各階18枚x6階＝108枚　中谷小雪
・5－10階ディルーム　絵画　各階1枚x6階＝6枚　麻生知子
・11階血液内科ディルーム　絵画1枚　麻生知子
・11階精神科病棟廊下　木版画2点　星野祥代
・12階緩和ケア病棟　テクパージュ各個室，計20点　古門圭一郎
・地下1階リニアック室廊下　グラフィック6枚　西川潔

令和3年に、1階および2階の外来モールに中西繁画伯の絵画2枚が加えられたことを付記しておく。

3階屋上庭園のうさぎ

第 1 章　東京都健康長寿医療センターの現在

地方独立行政法人化以後のセンターの運営

1　地方独立行政法人化後の取り組み

①　事務部の取り組み

事務部　部長　越阪部 剛

地方独立行政法人への移行

東京都が平成18年7月に公表した「行財政改革実行プログラム」、平成19年5月の「板橋キャンパス再編 整備基本構想」、平成20年2月の「板橋キャンパス再編整備基本計画」において、当センターは、より一層の高齢者の高度専門医療の実践及び普及を推進するため、財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団 東京都老人総合研究所と一体化し、地方独立行政法人「東京都健康長寿医療センター」の設立を目指すこととなった。

計画のとおり、平成21年4月、東京都老人医療センターと東京都老人総合研究所を統合し、高齢者の健康増進及び疾病の治療・予防という病院と研究所がもつ使命を果たし、医療と研究を通して、大都市東京における高齢社会の都市モデルの創造の一翼を担うことを目指して、「地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター」が設立された。

新施設建築、移転

平成22年度に新施設立ち上げに向け、新施設準備室を設置した。

「地域と共生し、光・緑・水にあふれた環境づくり」を建設・ランドスケープコンセプトとし、病院は和の要素を取り入れた「もてなしの心」を、また光庭、屋上庭園、病院の庭などを通して、「四季のうつろい」を感じられる施設作りを目指した。

平成23年1月新施設着工、平成25年3月に竣工し、同年5月に研究所、6月には、入院患者の移送を無事に終え、病院の開設を果たした。

建物の概要

構造－鉄筋コンクリート造（一部鉄骨造・鉄骨鉄筋コンクリート造）
規模－地下2階、地上12階、塔屋1階
面積－延61,619.45㎡

DPC導入

平成19年6月DPC準備病院への参加申請、DPC推進室「なでしこ」を開設。

平成21年7月DPC実施病院として診療報酬請求を開始、平成23年10月には、DPCコーディングの適正化、効率的、効果的な診療内容の検証と見直しを強化するため入院部門に係わる診療報酬請求業務を直営化した。

平成25年6月電子カルテ導入、平成31年1月電子カルテ切り替えを経て、現在も正確な診療報酬請求、適切かつ効率的なDPCコーディングに努めている。

また、入院基本料については、平成21年より看護配置基準の7対1を取得し、急性期病院としての看護配置を行っている。

電子カルテの導入

カルテや看護記録及び検査結果などの医療情報の一元化、共有化を実現し、医療の質や安全性の向上、病院経営の改善、効率を図るため、電子カルテシステムの導入を行った。平成25年6月新施設への移転と同時に電子カルテシステムを稼働、その後、平成31年1月電子カルテシステムをNECから富士通への更新を行った。医療情報システムの課題に対応するとともに効率的に安定的に稼働するよう努めている。

物品・物流管理

平成24年度より、診療材料等の情報を一元管理し、センター各部署の在庫の適正化、購買単価の低減、診療情報の蓄積、診療部門等の物品管理に要する業務量の軽減などを目的として、物品・物流のシステムの運営委託化を導入した。

これにより、契約担当セクションの業務量を大きく軽減させるとともに、センター内の預託在庫を大幅に縮減するとともに、センター内、SPD倉庫を併用することにより、適正な在庫管理を行えるよう業務委託化を図った。

人事・組織について

地方独立行政法人に移行した平成21年、職員の意識改革を徹底するとともに、職員の意欲を引き出し、業績や能力を的確に反映した人事管理を行うため、センター独自の人事考課制度を構築した。その後平成23年、職員の業績や能力を的確に反映した人事管理の一環として、新たに法人固有職員の昇任制度を導入した。

各職場において自らの業務を振り返るとともに、より良い患者サービスの提供や経営改善に向けて取組んでいけるよう平成25年には、職員提案制度を導入。平成27年には、病院運営や経営改善、医療の質の向上等について、秀でた貢献をした部門・部署、職員を表彰し、職員の意欲の高揚並びにグッドプラクティスの共有を図ることを目的として、職員表彰制度開始

した。

平成28年4月病院経営にかかわるデータ分析、戦略立案の強化のため医療戦略室を設置した。

平成29年1月には病院機能評価認定も取得している。

平成30年8月高齢者医療・研究の拠点としての特色を生かし、数多くのイノベーションを創出し、健康長寿社会の実現に貢献していくことを目的に健康長寿イノベーションセンター開設した。

令和2年　医療戦略室と情報システム係を移行して、医療戦略課を設置、また同年認知症未来社会創造センター・フレイル予防センターを創設した。

このように地方独立行政法人の特性を活かし柔軟な組織の改変を行い安定した運営を維持、継続している。

経営企画局（事務部）は、引き続き地方独立行政法人としての自律性を発揮し、法人運営の基礎となる経営基盤の強化、働き方改革に向けたタスクシフト/シェアに向けた体制整備等より効率的・効果的に業務を推進するとともに、新型コロナウィルス感染症への対応といった医療を取り巻く状況の変化にも適切に対応していく。

② 病院の取り組み

名誉理事長　井藤英喜

はじめに

平成21年（2009）4月、東京都老人医療センター（病院）と財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団東京都老人総合研究所が一体化する形で地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが発足した。

地方独立行政法人のメリットは、公立病院に係る諸制限が撤廃でき、職員の増減、人材確保、プロパーの職員の確保、給与体系、人事・組織体系が自由になることである。さらに、業務契約方法に縛りがなくなり、複数の機器の一括購入、複数年契約などによる経費節減が可能となる。また、タイミングの良い迅速な意思決定、職員のやる気を損ねず、それを支援する方向での迅速な組織・院内制度整備ができることである。しかし、公務員という安定感がなくなる、大幅な赤字が出た場合、その処理に困る、理事長の独走を止めにくいといったデメリットもある。また、東京都健康長寿医療センターは単独の地方独立行政法人であるため人事の停滞も問題となる。

本稿では、地方独立行政法人のメリットを最大限に生かし、デメリットをできるだけ少なくする方向で、当センターが取り組んだことについて述べる。

医療の質の向上

病院の使命は、安全性に最大限配慮した質の高い医療を実践し、多くの患者さんに、安心し、信頼し、医療を受けてもらうことにある。しかし、当センターには、①高齢者に最も適した医療の在り方、②高齢者に特有なフレイル、ADL低下、認知機能低下などへの医療の在り方や予防法を研究し実践する、③最先端医療の高齢者への適応の可否と注意点を明らかにするといったミッションがある。

医療の質を高める方向で独法化前後に検討したことは、高齢者に多い心血管系医療体制の充実である。その第一歩として、独法化直前（平成21年3月）に心臓外科を開設した。また、脳血管障害に対する血管内治療、大動脈瘤に対するステント治療なども、高齢者に適した治療として積極的に導入することとした。さらに、血管疾患に加え、がん疾患、認知症を重点医療としたが、がん疾患に関してはできるだけ体に負担の少ない治療をということで、胃がんや大腸がんに対する内視鏡的切除術の導入を図った。また、がん患者の種々の相談に乗るため平成28年（2016）からがん支援相談センターを立ち上げ、患者さんに寄り添う医療の実践に努めることとした。

高齢者の医療に関しては、高齢者が単一疾患でなく多疾患を持つことが多いこと、背景に認知機能低下やADL低下、あるいは低栄養といった高齢者に特有な問題を持つことが多いこと、入院を契機としてADL低下や認知機能低下をきたしやすいこと、そのような例では退院支援が必要となることが多いことなどを考慮する必要がある。これらの問題の解決には主治医のみでなく、専門科を超えた各診療科、看護師、栄養士、薬剤師、医療社会福祉士（MSW）といった種々の専門職によるチーム医療が必要となる。独法化前後に立ち上げたチーム医療のシステムは下記の如くである。

①退院支援の強化
・MSWの増員と病棟への配置
・退院支援チームの新設
・入退院支援室新設
・術前検査室の新設
・高齢者総合機能評価（CGA）の早期実施による退院困難例の把握
・地域包括ケア病棟の新設
・地域の回復期リハビリテーション病院、療養型病院との連携強化

②チームの新設

・CGA（ Comprehensive Geriatric Assessment：高齢者総合機能評価）チーム
・栄養サポートチーム（栄養士の増員と各病棟への配置）
・廃用萎縮予防チーム
・転倒・骨折予防チーム
・褥瘡予防チーム
・認知症・せん妄ケアチーム
・抗菌剤適正使用支援チーム
・多剤併用対策チーム
・緩和ケアチーム

チーム医療に関しては、チーム責任者を決め、各病棟にリンクナースを配置し、責任体制を明確にした。縦糸としての専門科診療の充実を図るとともに、横糸として各専門科医師、医療スタッフがチームを組み、縦糸と横糸を組み合わせ、一人ひとりの患者さんに最適な医療を病院の総力を挙げて実施できる体制を整えたのである。

さらに、高齢者に特有な疾患、病態に対処するために、以前から活動していた整形外科、糖尿病・内分泌代謝科が共同で運営している骨粗鬆症外来、泌尿器科と専門看護師によるいきいき排尿外来、リハビリテーション科が運営する高齢者生き生き外来、精神科、神経内科が共同で運営するもの忘れ外来に加え、耳鼻咽喉科の難聴外来、耳鼻咽喉科、神経内科のめまい外来を独法化前後に立ち上げ運用してきた。最近では平成27年（2015）10月に糖尿病・内分泌代謝科、循環器科を中心にフレイルに関する評価と対処を推進する目的でフレイル外来を新設している。

臨床研究の推進

独法化後、臨床研究を推進するため臨床研究推進センター、治験管理センターを立ち上げ、医療スタッフの研究活動の支援を組織として開始した。しかし研究に関する諸問題、例えば知的財産の保護、臨床研究のガイドラインに沿った実施、倫理委員会の運営においてクリアすべき条件などに関しては、年々要求されることが多くなり、個々の研究者ではとても対処しきれなくなってきた。

そこで、平成30年（2018）8月に健康長寿イノベーションセンター（HAIC：Healthy Aging Innovation Center）を立ち上げ、さらに多くの専属スタッフを配置し、臨床研究推進センター、治験管理センターの業務を引き継ぎ発展させることとした。

平成27年（2015）から令和3年（2021）にかけて健康増進センターを稼働させフレイル高齢者のへの運動・栄養指導の有効性について検討した。さらに、令和3年（2019）には病院、研究所の総力を結集して認知症未来社会創造センター、フレイル予防センターを立ち上げ、認知症、フレイルに関する研究体制をさらに充実させた。

平成26年（2014）からは基幹型認知症医療センターとなり、さらに平成29年（2017）からは東京都の要請により認知症支援推進センターを開設し、東京都全域の認知症のケアにあたる医師、看護師、行政職員、ボランティアなどの人材育成を図っている。これらの活動も当センターに種々の経験、データの蓄積をもたらし、フレイルや認知症に関する研究活動の推進に繋がってきている。

人材の確保―労働環境の改善―

医療の原則は、ヒューマンサービスであり、医療素質を向上するためにはそれに見合った十分なマンパワーがないと達成しがたい目標となる。医療は医師、看護師のみならず、医療にかかわる各職種の専門、分化が進んできている。そこで、地方独立行政法人になったメリットを最大限活かすということで、種々の職種の増員を図った。

①医療系職員の増員

昭和47年（1972）に当センターは寝たきり老人対策に当たる病院として開設され、その設立趣旨に沿って、当初は急性期から慢性期まで種々の状態の患者の診療に当たっていた。

しかし、平成12年（2000）に介護保険制度が創設され医療と介護の分離が図られたこと、さらに介護保険制度の創設と並行して急性期病院と慢性期病院の機能分離、病院と診療所あるいは介護施設との連携強化、在宅医療の推進なども図られるようになってきた。これらの医療の在り方は、診療報酬による誘導により政策的に行われたため、当センターとしても分担すべき医療機能を選択せざるを得ない状況となり、2000年前後から急速に急性期病院化としてきた。急性期病院化すると、在院日数の短縮、救急患者の増加、病診連携、病院・介護施設連携に必要な書類の増加といったことが生じてくる。

独法化以前は、定員に縛られ医療職の増員はできず、もっぱら一人ひとりの労働量の増加によりしのいできたのであるが、医師、とくに救急患者の多い循環器、呼吸器、消化器、感染症の医師、看護師の負担が増加し、医療の質の低下、バーンアウトの危険性が増加してきていた。また、在院日数は2000年ころの30日前後から独法化直前は15日前後と約1/2に短縮されていた。また、いずれ十分な退院支援を行わないと、患者さんや患者さん家族が困ることになるようになることが予想された。これらの状況は、検査量の増加、薬剤使用量の増加も伴うため、検査・放射線科技師、薬剤師の負担も増加してきていた。

そこで,医師、看護師、薬剤師、検査・放射線科技師、医療ソシアルワーカー（MSW）などを増員し、それぞれが少しは余裕をもち、密度の濃い、患者さ

んの立場に立った、患者さんに寄り添った、患者さん本位の医療を実施する体制にすることが必要と考えたのである。また、栄養サポートの重要性に鑑み栄養士を病棟に配置するため栄養士も増員することとした。

表1は、地方独立行政法人になって以後の職種別職員数の推移を示したものである。

医師に関しては、独法になった平成21年（2009）の99人から120～30人に（平成25年新施設になってからの増加が顕著）、また表には示していないが研修医の数は、例えば令和元年（2019）には初期研修医、後期研修医併せて54人と平成21年（2009）の28人から約倍増した。看護師は400人前後から、10対1看護体制から7:1看護体制への変更、専門看護師の配置などにより500人前後に、退院支援強化のためにMSWを5人から12人に増員し各病棟に配置、もの忘れ外来、緩和ケア病棟、リハビリテーションの機能、サービスの充実のため精神保健福祉士（PSW）を含めた心理士を2人から10人に、病棟薬剤師業務、抗悪性腫瘍薬の管理・調合体制の強化のため薬剤師を14人から37～8人に、PET，CT，MRI、血管造影室などの増設とサービス向上のため診療放射線技師を20人から30人前後に、血液・生理検査量の増加に対処するため検査技師36人から45～6人に、心臓外科の新設（平成21年）、人工透析ベッドを5床から17床に増床したことに合わせ、また呼吸器、精密輸液機器、シリンジポンプ、血糖測定器などの中央管理化を推進するため臨床工学技士を5人から15～6人に増員した。

医師の業務量を軽減するために医師事務作業補助者、カルテ整理や手書き帳票の管理にあたる診療情報士、看護師の業務量の軽減を図るため業務量の20～30%を占めていた患者

表1　地方独立行政法人化後の職種別職員の推移　（単位：人）

区分		H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
医師		99	105	102	104	108	110	121	127	126	129	115	116	115	120
研修医(計)		28	27	28	37	35	39	37	48	49	52	54	57	57	51
内訳	初期研修医	12	17	16	17	15	14	18	22	21	20	20	21	20	20
内訳	歯科研修医	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
内訳	専門臨床研修医	14	8	10	18	18	24	18	24	26	30	32	34	35	29
看護師		410	398	450	469	487	486	471	464	465	488	492	495	509	504
医療技術員(計)		110	123	134	141	156	169	181	180	188	192	192	188	181	177
内訳	福祉(MSW)	5	5	6	8	11	9	10	9	11	12	12	13	12	13
内訳	心理	2	4	5	6	7	8	9	9	9	10	10	12	10	10
内訳	言語聴覚士	3	3	4	4	4	4	3	4	5	5	4	4	3	4
内訳	薬剤師	14	17	20	23	28	34	36	36	36	37	38	37	33	28
内訳	診療放射線技師	20	20	22	25	25	27	29	30	28	29	30	31	30	32
内訳	歯科衛生士	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2
内訳	歯科技工士	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内訳	理学療法士	13	13	12	14	14	14	16	17	18	18	17	14	17	15
内訳	作業療法士	6	5	6	7	7	7	7	6	8	8	9	6	7	7
内訳	臨床検査技師	36	41	42	37	37	42	45	43	46	44	44	41	41	41
内訳	栄養士	4	5	7	7	8	7	7	7	8	8	8	8	7	6
内訳	臨床工学技士	5	6	7	6	11	12	14	14	14	16	15	16	17	17
内訳	視能訓練士	0	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
内訳	技能	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
研究所研究員		86	88	91	91	95	89	85	86	89	89	81	91	97	103
事務		53	56	58	69	72	68	71	74	81	79	87	95	98	101
合計		786	797	863	911	953	961	966	979	998	1,029	1,021	1,042	1,057	1,056

（注1）各年度4月1日現在の常勤職員数である。
（注2）看護師には、准看護師を含む。

さんや検査検体の移送業務を担当する看護助手、病棟の受付業務を担当する補助員の配置なども開始した。

旧施設においてはCCU/ICU、手術室も狭く、高品質の医療機器も不足していたため、看護師を除く他の職種の労働量の増加は実働病床数を少なくすることにより帳尻を合わせていた。

しかし、新施設に移動してからは、病院の雰囲気、医療機器の性能が一段と高くなったこともあり、人材確保がより容易になり、表1にみるように職員数の増加は平成25年以降より顕著となった。四苦八苦して募集していた看護師、研修医の応募も、新施設に移動してからは質量ともに高くなった。職員確保には、病院の医療の質、志の高さは言うまでもないが、病院の外見も大事なのだと妙に感心したことであった。

②事務系職員の増員

独立行政法人となって事務系職員については、まず医療系専門係長の確保と診療報酬請求事務のプロパー化である。

病院の収入源は診療報酬である。この唯一の収入源に関して、独法化前は委託業者に任せていた。しかし、請求漏れが目立っており委託業者に改善を要求するも改善が見られなかった。また、独立行政法人化前2年間のデータ提出期間を経て、①医療の質の向上、②患者サービスの向上、③経営改善を目指して、平成21年(2009)7月よりDPC(診療群分類包括評価制度)による診療報酬を請求する病院となった。DPCによる診療報酬請求にはかなりの専門知識を必要とする。これらの事情を勘案して、医療系専門課長を置き、診療報酬請求事務職員のプロパー化を図り、専門性を高め、診療報酬請求事務の質の改善、DPCの適正運用を図った。

さらに、電子カルテの導入とその利用、診療報酬請求書(レセプト)の経営改善や研究への利用、電子カルテや病院、研究所のインターネット環境の整備などを担当する情報管理担当部局を新設した。このような組織改革をおこなったため事務職員を平成21年の51人から独法化後は80人前後へと必要に応じて増員した。

平成30年(2018)8月の健康長寿イノベーションセンター (HAIC: Healthy Aging Innovation Center)、さらに令和3年(2019)の認知症未来社会創造センター、フレイル予防センターの開設にあたり、事務系職員も配置したため事務系職員は令和4年(2020)には101人と、平成21年(2009)の51人の倍となってきている。

地方独立行政法人化以後の経営指標の推移

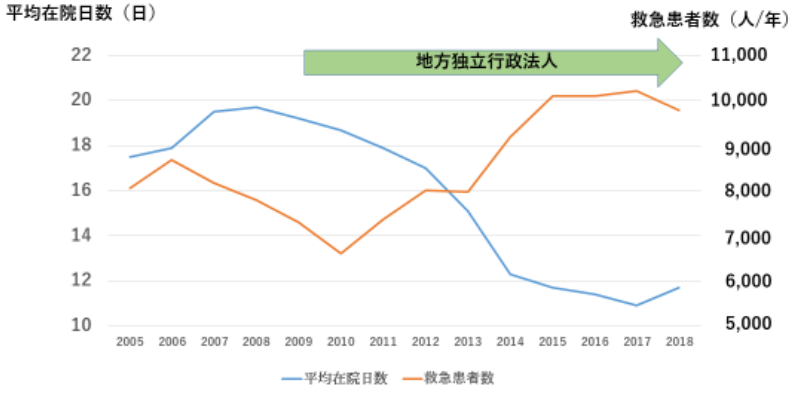
①平均在院日数

急性期病院には、平均在院日数をはじめ、入院患者の重症度、看護必要度などについて細かい縛りがある。それらの条件を満たさないと入院料が低額となり経営上の大きな問題となる。したがって、在院日数の短縮を図ることは急性期病院運営上の大きな課題であるが、在院日数が長くなりがちな高齢者の診療を行う当センターではとりわけ重要な課題となる。しかし、図1に示すように、独法化前18日前後であった平均在院日数は、独法化後11日前後にまで短縮されている。これは、医師を始めとする職員の増員、クリニカルパスなどによる医療の標準化、退院支援の充実などがこのような結果につながっていると考えられる。

独法化後、救急医療にも力を入れ、平成24年(2012)には救急診療部を設けた。その結果、年間7～8,000人前後であった救急患者数は、独法化後徐々に増加し、平成27年(2015)以降は10,000人を超えるようになった。その他、緊急手術や待機手術数も、独法化前の年間150例前後および3,000例前後から、それぞれ年間250例および5,000例[令和1年(2019)実績])と増加した。

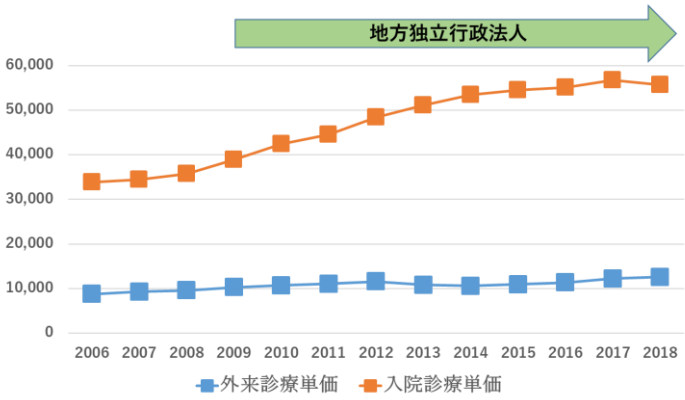
これらの結果、独法化前には、35,000円および9,500円前後であった入院および外来診療単価は徐々に増加し、平成30年(2018)頃には、それぞれ56,000円および12,500円前後に増加した(図2)。これらの増加は、病院の収入の増加につながるが、同時に病院の診療内容

図1　独法化前後の平均在院日数、救急患者数の推移



がより高度な医療に集中できつつあることを意味する。医療の高度化に伴って、医療器材の支出も増えるのであるが、医業収支も改善し独法化4年間で約30億円の内部留保金（黒字）が確保でき、新病院の備品購入に充てることができた。新病院になってからは、毎年約6億円の新施設にまつわる都への返済が生じるため大幅な黒字は達成できていないが徐々に内部留保金が増加しつつある。しかし、これらの数字は20数億円の都からの運営費負担金を頂いた上での数値であり、今後より一層の経営改善を図っていくことが必要である。

図２　独法化前後の外来および入院診療単価の推移



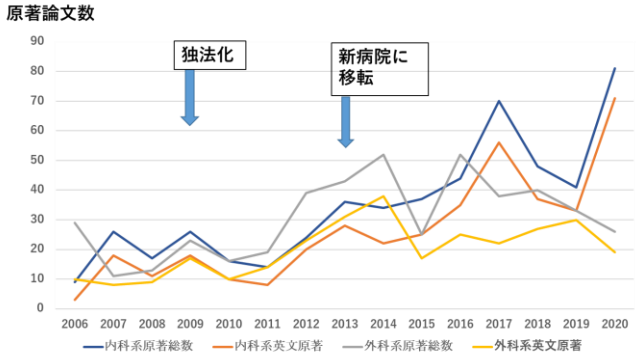
独法化後の論文数の推移

上記の如く当センターでは、独法化後、救急患者、手術は増加し、平均在院日数は大幅に短縮した。これらは、以前と比べ当センターが、医療スタッフ、職員にとってより多忙な急性期病院となったことを意味する。しかし、当センターのミッションの一つは老年医学の研究と、その普及ということである。多忙な故に、このミッションがないがしろにされることは避ける必要がある。図3は、独法化前後の当センターから公表された論文数の推移を示したものであるが、内科系スタッフにおいても、外科系スタッフにおいても独法化後公表した原著論文総数、英文原著論文数は年々増加してきている。これらの結果は、独法化後職員数を増やし多忙な病院ながら一人一人のスタッフには研究を遂行する余裕が少しは生まれた、HAICなど研究支援を行う組織を作った、研究所と病院との連携がより密になり研究がしやすくなったなどによると考えられる。しかし、もっとも大きな要因は、わが国の高齢化が一段と進み、解決すべき問題、いいかえると当センターで研究すべき課題が山積しており、それらの解決に意欲をもった医療スタッフが集まってきていることによると考える。

おわりに

当センターの地方独立行政法人化は、(1)経営改善、(2)質の高い高齢者医療の実践、(3)地域連携の推進、(4)研究活動の活性化がもたらされたという意味で、成功していると言える。今後とも当センターが地方独立行政法人の特性を生かし、わが国の高齢者医療のリーディングホスピタルとして活動を続けることを願っている。

図３　独法化前後の病院スタッフによる原著論文数の推移



（荒木厚、日老医誌　60:21-25,2022に外科系データを追加し改変引用）

③ 研究所の取り組み

石神 昭人　重本 和宏　遠藤 玉夫

研究所の構成

東京都老人総合研究所は、平成21年(2009年)4月に地方独立行政法人化に伴い東京都健康長寿医療センター研究所に改組した。また、平成25年(2013年)6月に同じ敷地内の新施設へ病院と一緒に移転した。研究所は、基盤研究(老化メカニズムと制御に関する研究)と老年病研究(重点医療に関する病因・病態・治療・予防の研究)を主体とする自然科学系と高齢者や高齢社会の問題点を調査、研究する社会科学系、そしてそれらの研究を支える研究支援施設から構成される。令和4年(2022年)7月時点で、自然科学系は、老化機構研究、老化制御研究、老化脳神経科学研究、老年病態研究、老年病理学研究、神経画像研究の6研究チーム、15テーマからなる。また、社会科学系は、社会参加と地域保健研究、自立促進と精神保健研究、福祉と生活ケア研究の3研究チーム、9テーマ、そして長期縦断研究からなる。これらの研究を支える研究支援施設として、アイソトープ施設、実験動物施設、高齢者健康増進事業支援室、研究情報管理室、介護予防・フレイル予防推進支援センターがある。

近年、健康長寿イノベーションセンター(HAIC)、認知症未来社会創造センター(IRIDE)やフレイル予防センターが設立されて、研究所で得られた成果を速やかに社会還元すべく病院との緊密な連携に加えて、外部の研究機関・医療機関、そして企業との共同研究が積極的に推進されている。

中期目標と中期計画に沿った研究の推進

地方独立行政法人化に伴い、病院の医療と研究所が一体となった組織へ移行したことにより、共通目標として「高齢者のための高度専門医療及び研究を行い、都における高齢者医療及び研究の拠点として、その成果及び知見を広く社会に発信する機能を発揮し、もって都内の高齢者の健康の維持及び増進に寄与すること」が掲げられた。そして、第一期(平成21年度～平成24年度)、第二期(平成25年度～平成29年度)、第三期(平成29年度～令和4年度)の各期間、東京都知事から中期目標の指示を受けて、具体的な中期計画を定めて研究を進めている。また、中期計画を達成するために年度計画を毎年立て、研究所の全てのテーマは年度末に外部評価委員会で報告して評価を受けている。第一期から三期までの全ての中期目標、中期計画、年度計画、業務実績報告書、年報、外部評価委員会報告書は、東京都健康長寿医療センターのホームページで公開されている。

老化研究者の育成

平成25年(2013年)6月、新施設の開設に伴い、超高解像度STED顕微鏡、質量分析装置、多光子顕微鏡などの最先端の研究機器が導入された。一方、これら研究機器の設置や稼働、新施設での実験室の整備など研究体制の構築には、多くの時間を要した。それを受けて、当時、自然科学系の遠藤玉夫副所長より、以下の要請があった。

「(抜粋)ここ2年間は引っ越し絡みで研究に没頭出来ない状態が続きました。現在、自然科学系は、16研究テーマあります。現在テーマ内、テーマ間でのミーティングは行われていると思いますが、全テーマー同介して行うことは、知識や技術交流において意義があると思います。そこで、たとえば年一回程度、各テーマ30分持ち時間(テーマリーダーもふくめ実際に行っている研究者が発表)、これを行うと合計8時間かかります。2日に分けて行えば4時間ずつ、これなら聞く方にもそれほど負担にならないと考えます。皆さんで平成26年度から実施できるように進めてもらえますか。現在、自然科学系は頑張っていますが、より一歩高いレベルを期待しています。平成26年2月11日　遠藤玉夫」

この要請を受けて、平成26年(2014年)より、若手研究者が主催、研究発表する「所内研究討論会」を開催した。第1回所内研究討論会は、平成26年(2014年)5月12日に開催された。当初、所内研究討論会は自然科学系のみで運営していたが、高橋龍太郎副所長(当時)の提案により社会科学系と合同開催することになった。そして、第5回所内研究討論会(平成27年(2015年)1月19日)に自然科学系・社会科学系との合同開催が実現した。以降、所内研究討論会は、令和4年4月現在も継続しており、第38回所内研究討論会(ポスター形式)が令和4年(2022年)3月22日に開催された。所内研究討論会により、群馬県草津町での疫学調査など、自然科学系と社会科学系の共同研究が多く実施され、老化研究者の育成に大きく貢献した。

連携大学院

老化研究の発展と成果の普及において、次世代の若手研究者の育成と老化に関わる専門知識を有する社会人の育成が求められる。その目的を推進するために連携大学の協定を結び、学部学生と大学院生を受け入れて教育を行っている。令和4年度現在

では、東京農工大学、東京都立大学、早稲田大学、東京医科歯科大学、明治薬科大学、東邦大学、帝京大学、日本大学、東洋大学、東京農業大学、芝浦工業大学、東京大学、高崎健康福祉大学、順天堂大学、慶応大学と協定を結び学部学生と大学院生を受け入れている。

朝日賞、および日本学士院賞の受賞

平成20年(2008年)1月1日に遠藤玉夫研究部長(当時)が「福山型筋ジストロフィーの発見とその類縁疾患における病態解明」の研究により2007年度朝日賞を受賞した。

本賞は、福山幸夫東京女子医科大学名誉教授、戸田達史大阪大学大学院教授との3名共同受賞であった。朝日賞は、昭和4年(1929年)に朝日新聞創刊50周年記念事業として創設されたもので、学術、芸術などの分野で傑出した業績をあげ、わが国の文化、社会の発展、向上に多大の貢献をされた個人または団体に贈られる。受賞者のなかから後年、ノーベル賞や文化勲章を受けられる方が多く出ている。実際に平成24年(2012年)ノーベル生理学・医学賞を受賞した山中伸弥先生も同年度に朝日賞を受賞している。

さらに、遠藤玉夫副所長(当時)は、2017年(平成29年)に第107回日本学士院賞を受賞した。受賞対象は、神戸大学戸田達史教授との共同研究による「福山型筋ジストロフィーを含めた糖鎖合成異常症の系統的な解明と新しい糖鎖の発見」であった。本成果は、不治の難病である筋ジストロフィーに対する根本的な治療法開発に寄与することが期待され、学術的意義のみならず臨床的意義も高いと評価された。

国際交流

高齢化が顕著に進む東アジア地域での高齢者の問題点を自然科学、及び社会科学の見地から議論を交わすため、平成22年(2010年)より海外から研究者を招き、平成26年(2014年)まで、以下計5回の国際交流事業を実施した。

・「東アジアの高齢化・高齢社会」第1回ワークショップ(アジアの高齢化にむけて:各国の現状と共通の課題)(2010年2月6日)

・The Second Workshop on Aging and Aged Societies in East Asia. Traditional Medicine meets Modern Science. (2011年2月12日)

・第3回東アジア一西太平洋地区 高齢社会に関するワークショップ(2012年2月18日)

・The 4th East Asia-West Pacific Region Workshop on Aging Society and Elderly Care. (2013年6月22日)

・The 5th East Asia-West Pacific Region Workshop. (2014年6月29日)

所外活動

老化研究の発展に付随して基礎研究の成果から、認知症・サルコペニア・フレイル・高齢者がんの早期診断を可能にする有用なバイオマーカーの開発と社会実装が求められている。その目標を達成するためには産・官・学・医が密接に連携することが必要である。そこで、平成23年(2011年)8月31日に当センターに加えて、東京都医学総合研究所、首都大学東京(現在の東京都立大学)および国立大学法人東京農工大学が中心となり、経済産業省の認可で法人格を有する東京バイオマーカー・イノベーション技術研究組合(Tokyo Biomarker Innovation Research Association:TOBIRA)が設立された。令和4年現在では、研究組合員として新たに早稲田大学ナノ・ライフ創新研究機構も加わり、また法人組合員には臨床検査関係などの企業8社が参加しており、研究所自然科学系の重本和宏副所長が理事長を務めている。

研究所は、TOBIRAの設立だけでなく運営にも深く関わり、平成24年(2012年)3月8日に開催された第1回研究フォーラムから第10回研究フォーラム(令和4年(2022年)6月10日)の開催に協力している。研究所からはサルコペニアの診断に向けて有用なバイオマーカーの開発研究が精力的に進められている。

地方独立行政法人化以後の外部研究費の受入推移

地方独立行政法人化した平成21年(2009年)以降、文部省科学研究費、厚労科研費、その他公的研究費(委託費)などの科研費や受託研究、共同研究、特例研究費(奨学寄付金)、助成金(国庫補助・民間助成)、受託事業・学術指導などの外部研究費が、大きく増額した。表1(外部研究費の獲得額)と図1(外部研究費の受入推移)に示すように、平成21年度(2009年)の外部研究費は、およそ5億5千7百万円であったが、令和3年度(2021年)は、およそ10億6千4百万円と2倍近くにまで増額した。それにともない、文部省科学研究費の採択件数も平成21年度(2009年)の76件から令和3年度(2021年)には159件と、2倍以上に増加した。さらに、平成27年(2015年)より国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)による医療研究開発推進事業費補助金の受入もはじまり、平成27年度(2015年)には、およそ5千8百万円であったが、令和3年度(2021年)には、1億4千3百万円と2倍近くにまで増額した。特筆すべきは、平成29年度(2017年)に研究員1人当たりの獲得額が1千万円を超えたことである。以降、令和3年度(2021年)まで毎年、研究員1人当たりの外部研究費獲得額は1千万円を超えている。

表１　外部研究費の獲得額

項　目		平成21年度		平成22年度		平成23年度		平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度	
		件数	金　額	件数	金　額	件数	金　額	件数	金　額	件数	金　額	件数	金　額	件数	金　額	件数	金　額	件数	金　額	件数	金　額	件数	金　額	件数	金　額	件数	金　額
受託研究		21	128,258	10	77,270	9	68,856	9	86,959	12	123,283	9	42,108	7	13,365	7	87,939	6	86,522	11	113,934	15	88,649	16	108,185	11	46,620
共同研究		30	92,086	33	48,569	28	51,784	33	50,836	29	49,348	22	103,506	19	80,448	20	120,514	17	91,635	17	98,923	13	102,440	11	44,514	17	70,535
特例研究費（奨学寄附金）		10	6,441	6	5,500	14	16,900	12	10,833	16	11,815	15	10,822	11	9,150	18	13,594	15	11,180	11	6,590	15	7,290	16	15,500	8	13,000
助成金（国庫補助・民間助成）		22	46,462	16	69,680	17	44,839	21	56,256	18	72,148	22	38,302	17	57,587	35	71,801	40	126,762	37	132,394	29	86,375	25	111,139	31	81,651
小　計		**83**	**273,247**	**65**	**201,019**	**68**	**182,379**	**75**	**204,884**	**75**	**256,594**	**68**	**194,738**	**54**	**160,550**	**80**	**293,848**	**78**	**316,099**	**76**	**351,841**	**72**	**284,754**	**68**	**279,338**	**67**	**211,806**
小計に対する研究員1人当たり獲得額		**89**	**3,070**	**90**	**2,233**	**94**	**1,940**	**96**	**2,134**	**95**	**2,700**	**93**	**2,093**	**92**	**1,745**	**92**	**3,194**	**95**	**3,327**	**91**	**3,866**	**91**	**3,129**	**96**	**2,909**	**94**	**2,253**
科研費等	文部省科学研究費助成事業	76	138,181	87	158,700	99	153,686	109	166,179	109	163,820	103	167,767	91	123,299	108	152,852	103	177,966	111	146,919	118	165,076	148	213,280	159	252,431
	医療研究開発推進事業費補助金													17	57,880	17	52,352	21	50,446	25	74,621	22	81,220	21	120,359	19	142,739
	厚労科研費	22	73,511	26	74,194	29	77,008	31	74,846	31	83,301	30	63,201	12	8,300	12	14,715	10	18,849	9	17,181	12	53,021	15	43,236	13	33,326
	その他公的研究費（委託費）	11	17,800	19	31,539	17	50,077	21	64,672	13	51,584	16	73,232	13	64,719	13	66,699	11.5	60,473	18	48,639	13	26,802	15	34,630	13	20,165
	間接経費		37,884		52,326		69,334		72,010		73,233		75,145		63,815		77,256		82,813		80,003		92,937		116,333		130,940
	小計	**109**	**267,376**	**132**	**316,759**	**145**	**350,105**	**161**	**377,707**	**153**	**371,938**	**149**	**379,345**	**133**	**318,013**	**150**	**363,874**	**145.5**	**390,547**	**163**	**367,363**	**165**	**419,056**	**199**	**527,838**	**204**	**579,601**
受託事業・学術指導		17	16,265	21	90,154	22	78,549	32	62,656	27	60,625	44	96,359	29	105,107	40	134,238	33	261,678	31	259,166	33	279,256	43	269,027	47	272,521
合　計		**209**	**556,888**	**218**	**607,932**	**235**	**611,033**	**268**	**645,247**	**255**	**689,157**	**261**	**670,442**	**216**	**583,670**	**270**	**791,960**	**256.5**	**968,324**	**270**	**978,370**	**270**	**983,066**	**310**	**1,076,203**	**318**	**1,063,928**
合計に対する研究員1人当たり獲得額		**89**	**6,257**	**90**	**6,754**	**94**	**6,500**	**96**	**6,721**	**95**	**7,254**	**93**	**7,209**	**92**	**6,344**	**92**	**8,608**	**95**	**10,192**	**91**	**10,751**	**91**	**10,802**	**96**	**11,210**	**94**	**11,318**

地方独立行政法人化以後の研究活動の推移

表2（独法化後の研究活動）に示すように、平成26年（2014年）以降の共同研究・受託研究・受託事業・学術指導の実施件数や研究機関からの研究員・留学生等の受入人数は、独法化後も安定的に推移した。一方、論文発表数は、平成26年（2014年）には612件であったが、令和3年（2021年）には868件と1.4倍に増加した。また、国内、国際学会での発表数も平成26年（2014年）には総数で905件であったが、平成29年（2017年）には1,933件と2倍以上に増加した。しかし、2019年12月初旬に，中国の武漢市で第1例目の感染者が報告された新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による世界的パンデミックにより国内、国際学会の開催が中止や延期を余儀なくされてしまい、発表数も減少した。令和3年（2021年）には、新型コロナウイルス感染症による影響が続く中でも1,266件の発表数があった。さらに、研究員一人あたりの学会・論文発表数は、平成26年（2014年）には16.3件であったが、令和3年（2021年）には22.7件と1.4倍に増加した。一方、科研費新規採択率は、独法化後も安定的に推移した。

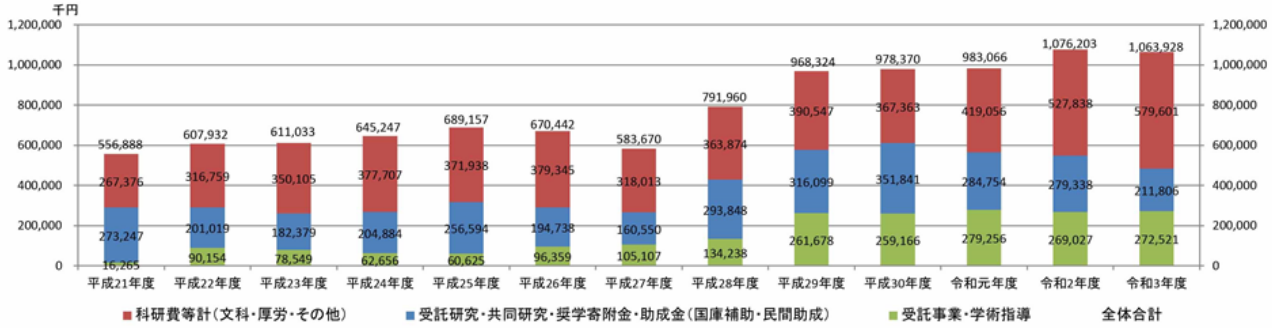


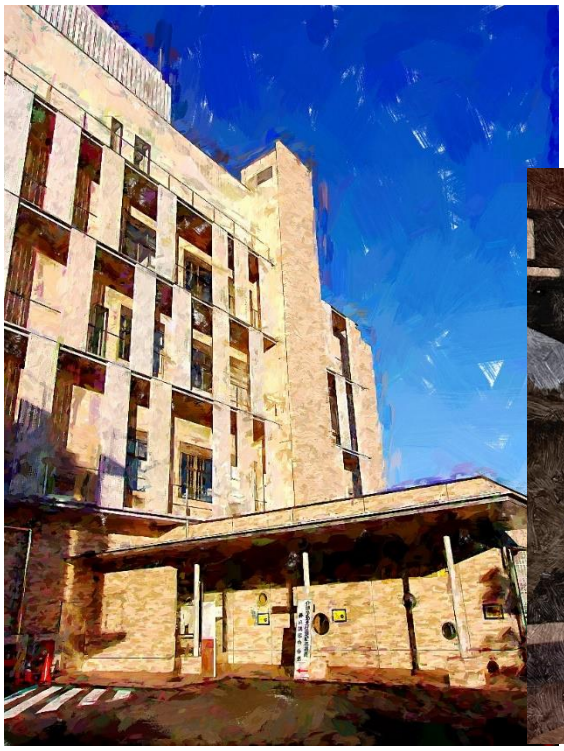
図１　外部研究費の受入推移

おわりに

独法化以降、研究所では、中期計画に沿った研究の推進、老化研究者の育成、連携大学院生の受入、国際交流、所外活動を積極的に推進した。その成果は、外部研究費や論文発表数の増加など、数字からも容易にわかる顕著な成功を収めたと言える。今後も東京都健康長寿医療センター研究所が日本や世界の老化研究を牽引し、老化の本質的な機構解明や高齢者の健康維持や増進に大きく貢献することを願っている。

表2　独法化後の研究活動

		H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
共同研究・受託研究・受託事業・学術指導実施件数		75件	55件	67件	56件	59件	61件	70件	75件
研究機関からの研究員・留学生等の受入人数		54名	52名	46名	34名	41名	50名	37名	40名
論文発表数		612件	678件	604件	805件	739件	672件	762件	868件
学会発表数	総数	905件	1,377件	1,431件	1,933件	1,707件	1,578件	1,095件	1,266件
	国際学会での発表数	-	203課題 /336件	198課題 /337件	273課題 /493件	194課題 /333件	227課題 /365件	60課題 /96件	73課題 /138件
研究員一人あたりの学会・論文発表数		16.3件	22.3件	22.1件	28.8件	26.9件	24.7件	19.3件	22.7件
科研費新規採択率		34.9%	27.0%	37.8%	35.7%	28.8%	37.9%	31.9%	37.6%



2　令和4年度の組織構成・職員構成

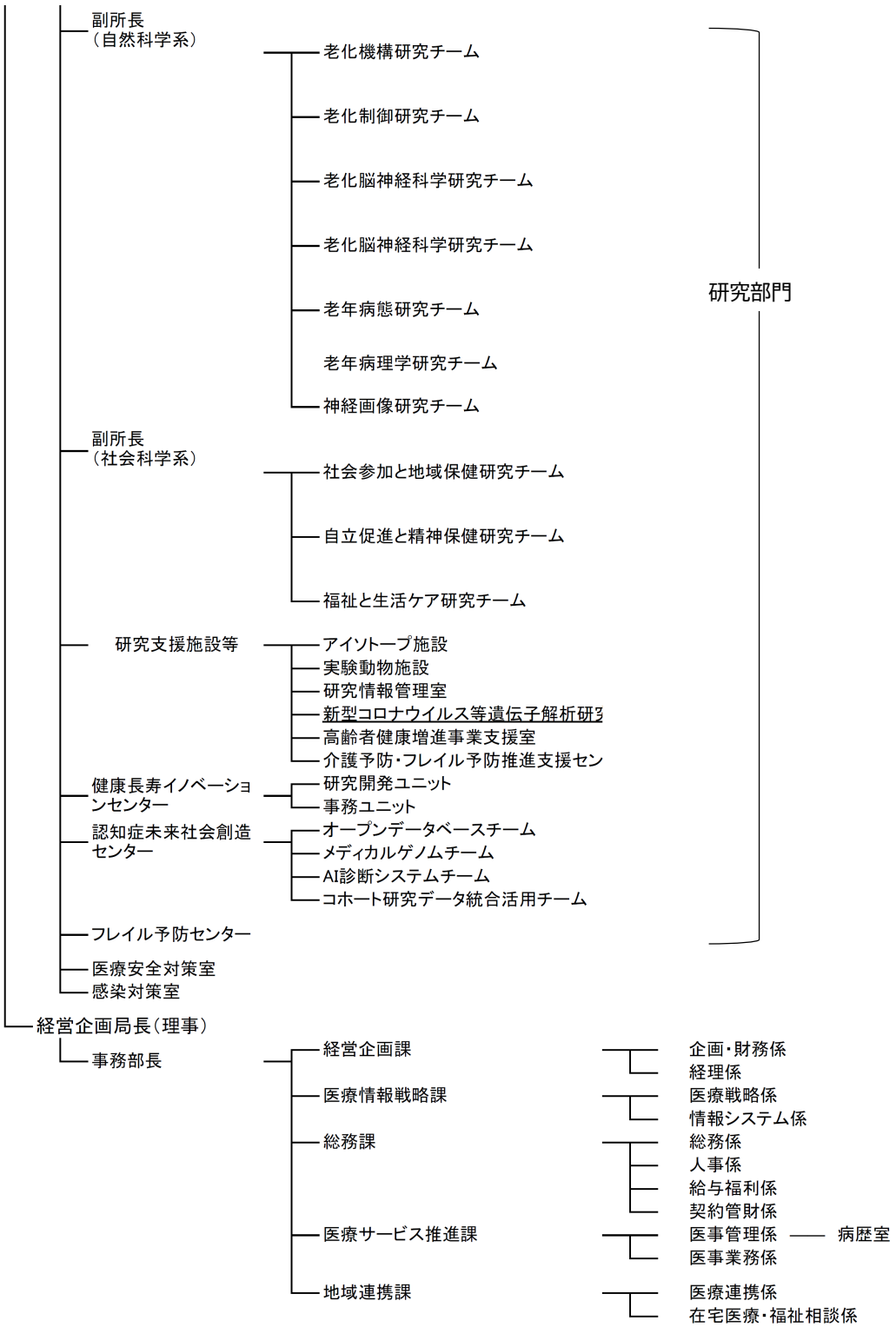
組織構成／職員構成

（令和4年10月1日）

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター　理事長　　監事

- 東京都健康長寿医療センター長（理事）
  - 副院長③
  - 病院部門
    - 総合内科
    - 膠原病・リウマチ科
    - 腎臓内科
    - 糖尿病・代謝・内分泌内科
    - 循環器内科
    - 呼吸器内科
    - 消化器・内視鏡内科
    - 脳神経内科
    - 脳卒中科
    - 血液内科
    - 感染症内科
    - 精神科
    - 緩和ケア内科
    - 高齢診療科
    - 外科
    - 血管外科
    - 心臓血管外科
    - 脳神経外科
    - 呼吸器外科
    - 整形・脊椎外科
    - 皮膚科
    - 泌尿器科
    - 眼科
    - 耳鼻咽喉科
    - 歯科口腔外科
    - 救急診療部
    - 麻酔科
    - 特定集中治療室
    - リハビリテーション科
    - 放射線診療科（放射線診断科・放射線治療科）
    - 化学療法科
    - 臨床検査科
    - 輸血・細胞療法科
    - 病理診断科
    - 薬剤科
    - 栄養科
    - 血液透析科
    - 臨床工学科
    - 認知症疾患医療センター
    - 認知症支援推進センター
    - 高齢者バイオリソースセンター
    - 高齢者健康増進センター
    - がん相談支援センター
    - 看護部
    - 診療支援室
    - 新型コロナ診療支援連携検査センター
    - 健康長寿医療研修センター
      - 研修管理室
      - 医師部門研修室
      - 看護部門研修室
      - 研究部門研修室

※下線各科は、標榜診療科外の名称である。


副所長
（自然科学系）
老化機構研究チーム
老化制御研究チーム
老化脳神経科学研究チーム
老化脳神経科学研究チーム
老年病態研究チーム
老年病理学研究チーム
神経画像研究チーム
副所長
（社会科学系）
社会参加と地域保健研究チーム
自立促進と精神保健研究チーム
福祉と生活ケア研究チーム
研究支援施設等
アイソトープ施設
実験動物施設
研究情報管理室
新型コロナウイルス等遺伝子解析研究
高齢者健康増進事業支援室
介護予防・フレイル予防推進支援センター
健康長寿イノベーションセンター
研究開発ユニット
事務ユニット
認知症未来社会創造センター
オープンデータベースチーム
メディカルゲノムチーム
AI診断システムチーム
コホート研究データ統合活用チーム
フレイル予防センター
医療安全対策室
感染対策室
研究部門
経営企画局長（理事）
事務部長
経営企画課
企画・財務係
経理係
医療情報戦略課
医療戦略係
情報システム係
総務課
総務係
人事係
給与福利係
契約管財係
医療サービス推進課
医事管理係
病歴室
医事業務係
地域連携課
医療連携係
在宅医療・福祉相談係

3 近年の出来事

① 初期研修医・専門医（後期研修医）制度

健康長寿医療研修センター長 荒木 厚

2004年に臨床研修医制度が新しくなり、2年間の初期研修が義務化され、マッチング制度により、初期研修を試験により選抜するようになり、指導医のもと決められた研修プログラムで研修が行われるようになった。2012年から研修管理の担当が稲松先生から荒木に引き継がれた。加藤貴行先生、仁科裕史先生、千葉優子先生の研修管理委員会の副委員長として研修関係の仕事を担当している。プラネックス研修は年1回、金澤伸郎先生以下多くのスタッフでを行われている。J-MECCも村田哲平先生を中心に年1回実施されている。

当センターのプログラムの定員は8名で、東京大学のたすきがけの1～2名を加えた1学年9～10名が初期研修を行っている。当センターの研修プログラムの特徴は、①内科系各診療科をすべてローテーションする、②救急外来や当直を初期研修医、専攻医または常勤医、指導医の3人体制で救急医療を行う、③CCを毎週行い、研修医が必ず発表し、年3回以上経験する、④研修医CPCを1例まとめる、⑤高齢診療科外来または内科外来で外来研修を行う、⑥各科のクルズスを週2回、半年間受講すること、⑦内科学会地方会やその他の学会に年1回発表することを目標とするなどである。

研修のリクルート活動として、ホームページの改修、見学の受け入れ、レジナビの他に、高齢医学セミナー（7月末）に1回開催し、毎年50名以上の参加者がある。2017年頃より、マッチング試験の志望者は5～7倍となり、第一志望者も2～3倍となり、都内でも有数の人気病院となっている。

2018年に後期研修医に代わって、専攻医の制度が開始となり、基幹病院としての内科専攻医プログラムを作成した（定員3名）。現在22の連携施設、3つの特別連携施設がある。精神科、眼科、外科、整形外科、泌尿器科、皮膚科、病理診断科も連携施設として専攻医を受け入れている。内科専攻医はその他東京大学老年科、神経内科、糖尿病・内分泌内科、東京医科大学腎臓内科、多摩総合医療センターから連携施設として受け入れており、内科全体で18名前後、全科では35名前後の専攻医が研修を行っている。

研修医、専攻医の学会活動や研究についても成果が上がりつつある。内科学会の地方会の発表は、以前は1～3題であったのが、2019年、2020年は8～9題と増加している。

研修プログラムによって、研修医、専攻医とも幅広い症例の経験数の登録が必要であり、指導医は症例の確認やサマリーの添削などの業務が増加している。研修管理責任者または研修プログラム委員は定期的に面談を行い、形成的評価を行うこととなっている。こうした教育に貢献する医師を評価する制度も今度必要である。

専門医機構が発足し、専門医制度は大きく変わりつつある。内科でもsubspecialityの学会専門医とは別に機構専門医ができつつあり、若い先生の進路に影響を与えていることが懸念される。いずれにせよ、当センターの目指す医師の将来像は総合診療的視点を持ったサブスペシャリスト、病院における老年科医、リサーチマインドを備えた医師、日本の高齢者医療や老年医学をリードする医師などであり、こうした医師を今後も育成していきたいと考えている。

②　気仙沼スタディ（東日本大震災）
「海と生きる」気仙沼－復興そして創生へ

平成23年3月11日，午後2時46分，三陸沖を震源とする「モーメントマグニチュード（Mw）9.0」の巨大地震が発生した。風光明媚なリアス式海岸と国内有数の漁港を誇る宮城県気仙沼市では，震度5強～6弱の揺れの後に最大20mを超す大津波が押し寄せた。人的被害は、気仙沼市だけで1,433人（内訳：直接死1,109人、行方不明者214人、関連死110人）であった（東北地方を中心に12都道府県で1万5,900人の人的被害；令和4年2月末現在 警察庁）。

平成23年の震災直後より，東京都健康長寿医療センターは「東日本大震災被災者支援プロジェクト」を通じて，被災地における地域保健・福祉システムの再建と機能強化をめざした支援活動を広域的に展開した（東京都，相馬市，石巻市，気仙沼市，陸前高田市，大槌町など）。その成果は，すでに報告書や出版本に表した通りである。

とりわけ気仙沼市においては，平成23年の震災直後から，「気仙沼支援医療・福祉関係5団体（略称;5団体）」※1 の中心的な機関として，乳幼児から高齢者までを対象とした幅広い市民に健康で過ごすための支援や医療介護福祉専門職へのスキルアップ支援をシームレスに提供し続けた。震災当初は専門スタッフ向けを中心に，時を経るに従い，直接市民向けの活動を増やしつつ，地元の共催団体※2と連携しながら伴走型の支援を展開し，気仙沼市はもとより大震災後発足した気仙沼市地域包括ケア推進協議会の活動を一層強力なものにした（気仙沼市長 菅原 茂氏）。5団体代表である高橋 龍太郎氏（当時の東京都健康長寿医療センター研究所副所長）は，平成28年4月，第2号「けせんぬま復興アドバイザー」に任命されている。

平成30年11月には，連携してきた健康づくり・介護予防事業の実績を踏まえ，互いに有する資源を有効に活用し，気仙沼市の健康長寿のまちづくりと学術研究の発展に寄与することを目的として，気仙沼市との間で包括的連携に関する協定を締結した（当時の理事長 井藤 英喜氏）。

5団体は，東日本大震災から10年目の令和3年3月に解散した。その後は、気仙沼市との包括連携協定に依拠する健康長寿のまちづくり研究事業（気仙沼モデルの創生）に道を譲るかたちで、「旧5団体」として細々と震災支援活動を続けている。

健康長寿のまちづくり研究事業（気仙沼モデルの創生）（略称;気仙沼スタディ）は、包括連携協定の締結と同時に、新開 省二氏（当時の東京都健康長寿医療センター研究所副所長）を統括責任者として立ち上げられた。

初年度は，（1）高齢者の社会的孤立の防止対策，（2）健康長寿新ガイドラインの実装化（フレイル予防サポーター等の養成），（3）健康ポイント制度の創設，ウォーキングマップ作成などを通じた健康づくりへの介入，（4）持続可能なコミュニティの構築と地域発展（世代間交流とソーシャルキャピタル），（5）健康寿命の延伸と医療経済的評価健康ポイント事業の5項目を連携事業の柱とし，令和元年10月，ベースライン調査として「気仙沼市健康長寿のまちづくり生活実態調査2019」を実施した。この調査は，気仙沼市に在住し要介護認定を受けていない65-84歳の者から層化無作為抽出した9,754名（男性4,548名）を対象に自記式質問紙調査を郵送法により実施し，7,845名（男性3510名）から有効回答を得た（有効回答率80.4%）。この記念誌が刊行される令和4年度には，5ヵ年計画の中間的評価として「気仙沼市健康長寿のまちづくり生活実態調査2022」も実施される。

産業の衰退，少子高齢化，地理的ハンデなど，東北地方，とりわけ三陸沿岸地域は課題先進地域と言われていた。大震災で各課題の深刻さが増し，10年分一挙に進むだろうとも言われていた。令和2年以降はコロナ禍が震災からの復興に追い打ちをかけた。気仙沼市では長引く新型コロナウイルス感染症による消費低迷や，復興需要の終息，人口減少に伴う地域経済の縮小が見られるなか，高齢化率は令和4年3月末現在で39.5%まで上昇しており，団塊の世代が75歳を迎える今後においては，介護需要や多様な生活課題が見込まれている。また，健康面では生活習慣病である心疾患，脳血管疾患の出現割合が全国平均・県平均と比較し高い状況となっている。

震災以降継続して，人材の発掘・育成を柱とする市民が主役のまちづくり，あるいは，関係団体と連携し，健康づくり等を進めてきた。しかし，新型コロナウイルス感染症の拡大により，事業規模の縮小や，交流サロン等「集う」形での開催が難しく，新たな生活様式や価値観の広がりなど，多方面に影響し，市民生活に様々な変化がもたらされている。

気仙沼スタディは，現在も，粟田 主一氏を統括責任者として継続している。ウィズコロナ，アフタコロナに向けた本格的な取り組みは、まさにこれからである。

[文責]

旧「気仙沼支援 医療・福祉関係5団体」事務局長，健康長寿のまちづくり研究事業（気仙沼モデルの創生）事務

局長, 気仙沼市健康長寿のまちづくり連携事業コーディネーター(市からの公式依頼) 菅原 康宏
チームリーダー兼テーマリーダー 研究部長 藤原 佳典

※1
「東京都健康長寿医療センター研究所」「日本老年医学会」「日本老年行動科学会」「医療法人社団つくしんぼ会」「獨協医科大学越谷病院子どものこころ診療センター」「鶴見大学歯学部」「特定非営利活動法人CEセンター(NPO Child-rearing & Education support Center)」 *設立当初は、「日本臨床発達心理士会」「子どもの発達支援を考えるSTの会」も構成団体として登録。

※2
「気仙沼市」「一般社団法人気仙沼市医師会」「気仙沼地区地域医療委員会」「気仙沼市医療・介護連携センター」「気仙沼市社会福祉協議会」「気仙沼・南三陸介護サービス法人連絡協議会」「一般社団法人気仙沼歯科医師会」「気仙沼市立病院」 *設立当初は、NPO法人「遠野まごころネット」も共催団体として登録。

「気仙沼支援 医療・福祉関係5団体」及び「気仙沼スタディ」関連の主要業績

・粟田主一 :災害精神医療の現状－老年精神医学領域の問題点と課題. 老年精神医学雑誌, 23(2), 204-208, 2012.
・塩満芳子 : 東日本大震災における被災地復興に向けた保健師の取り組み. インターナショナル・ナーシングレビュー, 35(3),173-179, 2012.
・児玉寛子、島田千穂、新名正弥、高橋龍太郎:都内大規模避難所における避難者・被災者支援に向けた専門職ボランティア活動－期間限定的支援のダイナミックスと課題.ソーシャルワーク研究,39:56-60,2014.
・Ito, M., Kikuchi, K., Kojima, M., Masui, Y., Obuchi, S.:The experience of Tokyo Adult day Care Centers After The Tohoku earthquake. The 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, Soul, 2013.6. 23-27.
・菅原康宏、高橋龍太郎他:東京都健康長寿医療センター研究所発行.東日本大震災支援プロジェクト/平成23年・24年度/気仙沼医療圏における震災対応に関する検証『気仙沼支援 医療・福祉関係5団体』・その他の関連団体による支援に関する記録.2013.10.
・Shimmei M, Shiomitsu Y, Kodama H, Sugawara Y, Mori H, Ishizaki T, Takahashi R Disaster, Bureaucracy, and Rescuers: Narratives of Local First Responders to Provide Aid for Local Aged in the Great East Japan Earthquake. Gerontological Society of America 67th Annual Scientific Meeting, Washington DC,2014.11.5-
・大川一郎、岡本多喜子、中村淳子、神田尚、菅原康宏、飯田良平、高橋龍太郎.東日本大震災において高齢者施設管理者はどのような行動をとってきたか?―気仙沼におけるインタビューからの分析―、日本老年行動科学会第18回気仙沼大会、気仙沼市、2015.11.1.
・高橋龍太郎. 被災地の課題:気仙沼の地域医療と生活ケアの"進化"、『これからの在宅医療ガイド』大島伸一編、グリーン・プレス、2015.
・江尻愛美, 樋口和奏, 森 寛子, 河合 恒, 大渕修一: 地方自治体開発型の介護予防体操の系統的分類, 第75回日本公衆衛生学会総会, 大阪, 2016.10.26-28.
・Mori H, Sugawara Y, Obuchi SP, Shimmei M, Takahashi R.Evacuation Decision Making and Expanded Roles of Adult Daycare Services in the Great East Japan Earthquake:Qualitative Analysis Using Semi-structured Interviews. Journal of Public Health Management and Practice、(In press)(*査読あり*)
(*IF:1.258、2017*).
・清野諭, 山下真里, 菅原康宏、新開省二. 気仙沼スタディ報告書「気仙沼市 健康長寿のまちづくりのための生活実態調査報告書」2020.3月.
・井藤 英喜 新開 省二 森 寛子 高橋 龍太郎 (監修):復興を見つめて―東京都健康長寿医療センター. 東京法規出版.
・Mori H, Obuchi SP, Sugawara Y, NakayamaT,Takahashi R. Comparison of two evacuation shelter operating policies and the role of public healthy nurses after the Great East Japan Earthquake: A qualitative study. Int. J. Environ. Res. Public Health, 2020. 17(22), 8310;https://doi.org/10.3390/ijerph17228310
(https://doi.org/10.3390/ijerph17228319)(原著、査読あり)
(IF: 2.849、2019/2020)
・山下真里、北村明彦他、「気仙沼市 健康長寿のまちづくりのための聞き取り調査報告書」.2021年3月発行.
・菅原康宏、高橋龍太郎他、「気仙沼支援医療・福祉関係5団体」記念誌～2011-2021年の軌跡～ 2021(令和3)年3月.
・山下 真里, 清野 諭, 野藤 悠, 菅原 康宏, 新開 省二, 藤原 佳典. 気仙沼スタディ. 特集 日本における高齢者コホート研究の成果と現状 老年内科 第4巻第4号(2021年10月発行).
・[監修] 井藤英喜、新開省二 [編者・編集委員] 北村明彦、藤原佳典、大渕修一、高橋龍太郎、菅原康宏 [ワーキングチーム]菅原康宏、桑田直弥、山下真里、牧田彩加、持丸由紀子、岩崎由利恵、清野諭、野藤悠、江尻愛美、稲松孝思; 頭の健康体操・認知トレーニング教材『ピコトレ』 シリーズ【ノート簡易版・初級・第1巻～第6巻、標準版・3ヵ月バージョン(第1巻～12巻)標準版・6ヵ月バージョン

（第1巻～12巻）、課題別問題集（1）～（15）】の全CD-ROM版データ（2022年3月. 気仙沼市に寄贈）
・山下真里, 清野諭, 野藤悠, 菅原康宏, 成田美紀, 横山友里, 西真理子, 秦俊貴, 北村明彦, 新開省二, 藤原佳典. 東日本大震災被災地における高齢住民の孤独感の実態とその関連要因. 厚生の指標. 68(13), 13-20,2021.
・Yamashita M, Seino S, Nofuji Y, et al. (2021). The Kesennuma study in Miyagi, Japan: study design and baseline profiles of participants. Journal of Epidemiology. Epub ahead of print 2021/04/13.
DOI: 10.2188/jea.JE20200599.
・Yamashita M,Abe T,Seino S, et al.（2022）.Role ofpersonality traits in determining the association between social participation and mental health : A cross-sectional study in Japan. Journal of Health Psychology. Epub ahead of print.
DOI: 10.1177/1359105322110 5350.
・災害支援セミナーつなぐシリーズ第1回 東日本大震災の経験を首都圏防災につなぐ（2012.10.30）『震災対応から生活再建へ －相馬市の対応－』福島県相馬市長 立谷秀清氏.
・災害支援セミナーつなぐシリーズ第2回 東日本大震災の経験を首都圏防災につなぐ（2012.12.21）『大震災における在宅医療支援ネットワーク形成の経験』気仙沼市立病院 外科科長 横山成邦氏.
・災害支援セミナーつなぐシリーズ第3回 東日本大震災の経験を首都圏防災につなぐ（2013.1.31）『中越震災及びその後のサンダーバードの活動 ～サポートセンター創設の意味と今後の活動～』社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園総合施設長 小山剛氏.
・災害支援セミナーつなぐシリーズ第4回 東日本大震災の経験を首都圏防災につなぐ（2012.7.17）『東日本大震災と広域後方支援の経験から』 岩手県遠野まごころネット理事長 多田一彦氏.
・災害支援セミナーつなぐシリーズ第5回 東日本大震災の経験を首都圏防災につなぐ（2013.10.18）『被災地における中長期的な保健活動の実践と課題 ～拡大する看護ニーズ～』 全国訪問ボランティアナースの会キャンナス キャンナス東北エリアリーダー 佐々木 あかね氏.
・災害支援セミナーつなぐシリーズ第6回 東日本大震災の経験を首都圏防災につなぐ（2014.2.17）『海と生きる気仙沼 －創造的復興をめざして－』 宮城県気仙沼市長 菅原 茂氏.「明日の元気をつくる！ ～仮設住宅から始める介護予防～」

③ 東日本大震災被災者支援プロジェクトから気仙沼スタディへ

高齢者健康増進事業支援室 研究部長 大渕修一

誰もが忘れることのできない2011.3.11東北地方を中心に巨大地震は多くの被害を出しました。震源地から離れたセンターでも温水管の破裂など被害は小さくありませんでした。これに対し福祉・医療を研究する我々ができることは無いかと考えてスタートしたのが東日本大震災被災者支援プロジェクトです。“すぐにでも支援しなければ”と焦る研究員が多い中で、高橋龍太郎元副所長は、我々ができるのは長く寄り添うことだと活動方針を示され、息の長いプロジェクトが始まります。

この「寄り添いプロジェクト」を振り返ると3つぐらいのフェーズに分かれていたと考えられます。初期フェーズと回復フェーズ、そして復興フェーズです。初期フェーズに於いては職員の専門職としての支援が求められました。東北からは多くの方々が東京に避難されました。着の身着のままで避難してきたのですから、何が困っているのかも表せないくらいの方が多かったそうです。社会福祉士の資格を持つ研究員を東京武道館に派遣し寄り添う支援をしました。また、相馬市からは津波で親族を亡くした子への支援が求められ保健師の資格を持つ研究員を派遣しました。東京武道館での支援はすぐに終わりましたが、相馬市での保健活動は1年以上続きました。月1回、派遣された研究員が戻ってくるのですが現地と東京とのあまりの違いに、罪悪感を感じていたと後で教えてくれました。本当につらい時期だったと思います。

回復フェーズでは、はじめは暖かい場所が確保できて、家族の顔を見られるだけでも幸せだったものが、その生活が長く続くことによってストレスが膨らんでいた時期です。センターには認知症予防も含むエビデンスに基づく介護予防プログラムが沢山ありましたので、仮設住宅での元気教室などを開催しストレスコントロールを狙いました。また、気仙沼からの要請があり、住民の介護予防リーダを育成し、仮設住宅で一緒に活動するプログラムも開始しました。東京で活躍する介護予防リーダを気仙沼にお連れして

交流できたのは気仙沼の皆さんにもよい刺激になったようでした。このような住民支援の持続可能性を高めるために医療・福祉関連5団体に協力を頂き組織的な支援体制も構築しました。

そして復興フェーズです。私たちは当初より住民自身が支援について声を上げられることをひとつの到達目標にしてきました。期も熟してきたことから研究員がファシリテーターになって住民から声のあがった災害復興住宅で途絶えがちな人とのつながりを緩やかに回復させるためのワークショップを行い、住民発案の「海潮音体操」として結実させました。地域の医療・福祉関連団体が住民主体の活動をサポートする体制も整えました。

今は「気仙沼スタディ」として医療・福祉の視点からのまちづくりを考えるための基礎資料の収集をしています。気仙沼市とセンターが調査データを介して意見を交換し施策を立案するプロジェクトへと発展しつつあります。私たちの支援はまだまだ続きます。何しろいらないと言われるまで寄り添うことが役目なのですから。

④　病理解剖一万体

病理診断科　部長　新井冨生

歴史

病理解剖の最初の症例は1960（昭和35）年12月1日に番号Y-1として始まった。病理解剖数は2017（平成29）年4月8日にY-10000に達し、2022（令和4）年8月時点でY-10286を記録した。この期間の病理解剖数、剖検率の推移を図1に、病理解剖に関する年譜を表1に示す。年間病理解剖数は、1966（昭和41）年から急速に増加し、その翌年には200体を超えた。以後数年は横ばい状態で推移していたが、1972（昭和47）年、東京都総合研究所が併設されてからはさらに増加し、昭和59（1984）年に年間326体とピークに達した。その後は長期的には減少の一途をたどり、最近では年間約50体、剖検率10%程度で推移している。

実は、明治から昭和初期にかけて養育院と東京大学医学部で協定が結ばれ、養育院のご遺体が東京大学に搬送され病理解剖が実施されていた。このことは東大の病理解剖台帳でも確認され、明治31年頃には年間100例前後の症例が東大に搬送され病理解剖されていた。

過去の実績

一万体以上の病理解剖から得られた知見を基に、数多くの研究成果が原著論文、症例報告、医学教科書としてまとめられ発刊されている。詳細は「病理解剖例を用いた研究業績」の項目をご覧いただきたいが、その数は1000編以上に及ぶ。これは病理解剖からいかに学ぶかを実践している証左とも言える実績である。病理解剖から得られた知見は日常診療や医学教育にも有効に活用されている。

現状

平成25（2013）年6月に新施設に移転してから、年間の病理解剖数は約50件、剖検率10%弱であり、漸減傾向にある。このような状況の中でも、病理解剖例の中から教育的症例をCPCに取り上げ、多くの臨床科の参加のもと討論している。病理解剖慰霊祭については、平成20（2008）年から毎年ご遺族を招いて実施するようになり、多くの職員が出席し、御霊の慰霊とご遺族へ感謝の気持ちを伝えている。

展望

東京都健康長寿医療センターは、その前身である養育院附属病院・老人医療センターの時代から病理解剖を重視しており、病理解剖で得られた知見を基に高齢者医療を構築していくという姿勢が貫かれている。先人たちが築いてきたそのポリシーは脈々と引き継がれており、病理解剖数は現在でも全国の上位に位置する。いつの時代になっても、病理解剖を通じて「ご遺体から学び」、高齢者医療の向上に寄与することが我々に課せられた課題である。

表1　病理解剖に関する年譜

年	出来事
1872年(明治5年)	東京市、養育院開設
1880年頃～1930年代	養育院で病理解剖の記録あり[註1]
1960年(昭和35年)	12月1日Y-1実施[註2]
1967年(昭和42年)	日本病理学会編「日本病理解剖輯報」に登録開始
1972年(昭和47年)	養育院附属病院新築、東京都老人総合研究所開設 Y-1333(1972年9月)からオルガンコントロール開始 Y-1391(1972年12月の症例)ANATOMYデータ入力開始
1995年(平成7年)	Y-7072(1995年1月)から主要臓器の凍結組織保存開始
1999年(平成11年)	高齢者ブレインバンク開設
2001年(平成13年)	科学技術振興事業団と共同プロジェクト 「老年病SNPデータベース」事業
2005年(平成17年)	4月病理診断システム導入 臓器写真のデジタル化
2008年(平成20年)	解剖慰霊祭毎年開催開始
2009年(平成21年)	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター開設に伴い 高齢者バイオリソースセンター開設
2013年(平成25年)	6月新病院竣工　感染対策を講じた解剖室を整備
2017年(平成29年)	4月18日Y-10000を実施
2022年(令和4年)	第1576回オルガンコントロール(8月19日実施) 第1800回スライドカンファレンス(8月24日実施) 第853回CPC(6月23日実施)

註1　明治時代から大正、昭和初期にかけて養育院と東京大学医学部とで協定が結ばれ、ご遺体を東京大学へ移送して病理解剖が実施されていた。全数調査は今後の課題であるが、東大病理解剖台帳によると、1898年(明治31年)は248例中64例(25.8%)が、1899年(明治32年)は305例中119例(39.9%)が養育院からの症例であることが確認された。

註2　Y-1～Y-233(1960年12月～1966年5月)までは東大の病理解剖台帳にも記載されおり、養育院附属病院の病理解剖台帳でも東大病理解剖番号が併記されていた。その後数例同様の処置がされたが、Y-126(1966年6月)以降は養育院独自の番号で実施された。

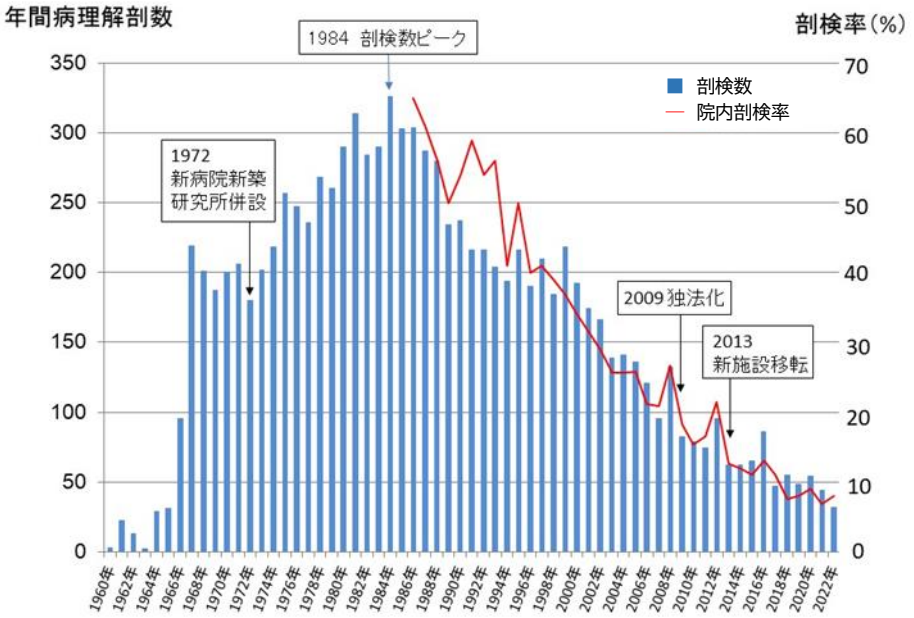


図1　病理解剖数および剖検率の年次推移
昭和35(1960)年から令和4(2022)年までの病理解剖数の年次推移を示す。2022年は7月までの実績。

⑤　新型コロナウイルス感染症へのセンターの取り組み

許 俊鋭　小金丸博　増田義重　出崎奈美　金谷育子　島崎良知　太田日出　佐藤芳雄　豊田雅士　鳥羽研二

2019年 12月に中国で新型コロナウイルス(コロナ)感染のアウトブレイクが生じ瞬時に世界に拡大しました。2022年5月迄の2年半に感染者数は世界で5.3億万人、 日本で885万人、死者は世界で630万人、日本で3.6万人とスペイン風邪(1918年)終息後最大のパンデミックとなりました。日本の致死率は0.35%で世界(1.19%)の3分の1程度に抑えられています。日本の感染者数は、第1～4波で80万人(4.5万人/月)に対し、第5波(デルタ株)では90万人(30万人/月)、第6波(オミクロン株)では470万人(94万人/月)と変異株の出現により著しく増加しましたが、2021年3月からのワクチン2回接種効果で、6波の致死率は0.2%にまで低下しました(図1)。ただ、第6波でも70歳以上の高齢者が死者の92%を占め、市民公開講座などで高齢者に「感染防御を怠らないよう」警鐘を鳴らし続けています。

センターでは2020年2月20日からICU3床を含む最大58床のコロナ専用病床を開設し、研究所の応援も得て(図2)院内緊急PCR検査体制を始め、ECMO等の治療体制を整えるとともに、都の要請に従い宿泊療養施設やワクチン接種会場に看護師・薬剤師部隊を派遣(図3)してきました(表1)。

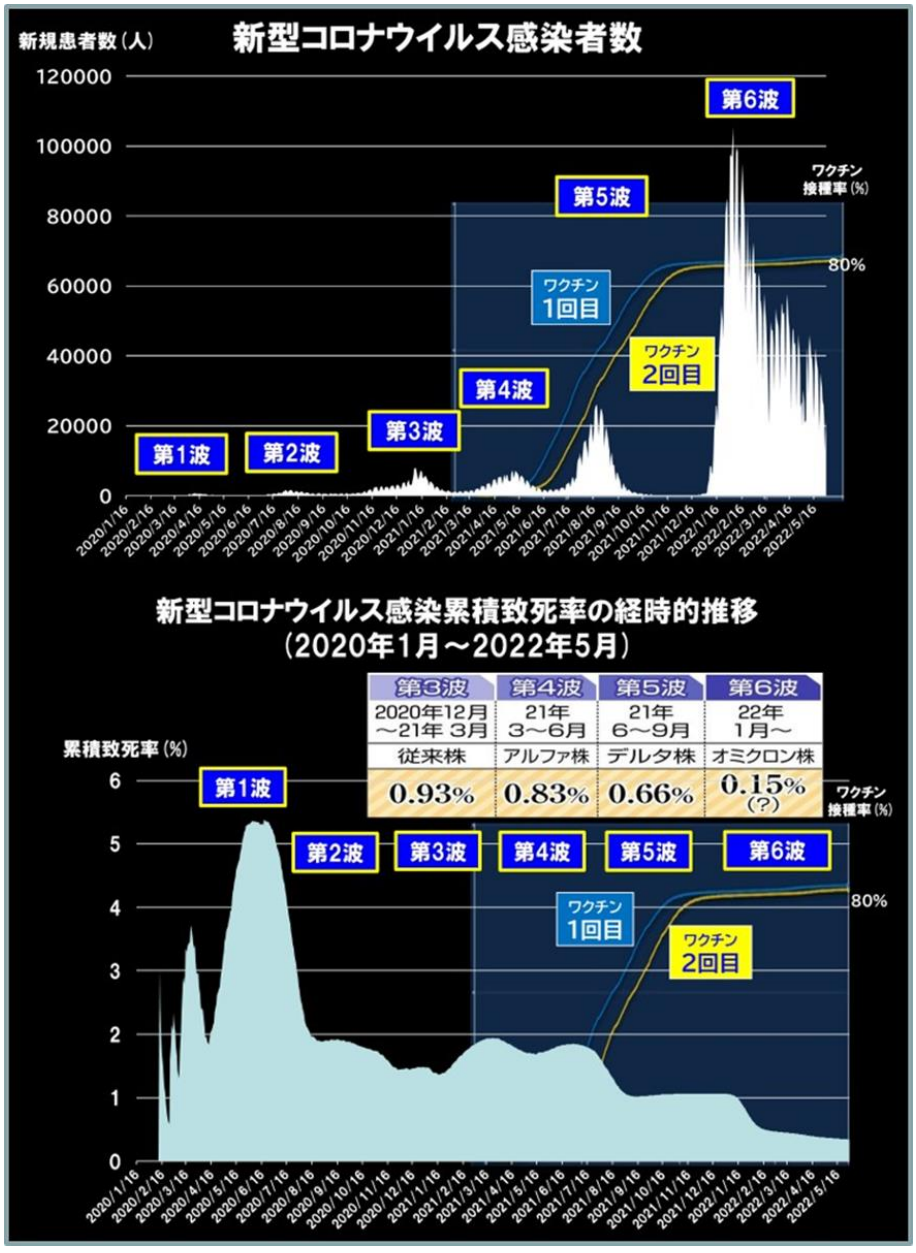


図1　新型コロナウイルス感染パンデミックと感染者数・累積致死率の推移

2022年4月までにセンターでは821名のコロナ入院患者を受け入れ、80歳以上の患者(80代151名、90代68名、100代5名)は27.3%に昇りました。内39名(平均年齢84.2歳)を失いましたが、殆どが進行した癌・心不全・呼吸不全の合併症を抱えた高齢患者でした。また、第2種感染症指定病院である豊島病院からはECMOを必要とするコロナ末期呼吸不全症例を受け入れ8例全例ECMO離脱に成功(図4)しましたが、1例を半年後に失いました。また、2021年1月にPCR陰性として他院から紹介入院した3名の患者に端を発しクラスターが発生、その収束に1か月半を要しました。

図2　研究所PCR検査体制(ボランティア研究所員20名参加)

図3　宿泊療養施設派遣看護師部隊

表1　東京都健康長寿医療センターの新型コロナウイルス感染防止対策

西暦年/月/日	感染対策　(2020年2月～2022年5月)
2020/ 2/20	帰国者・接触者外来設置、発熱外来開設 高齢慢性疾患症例オンライン(電話)診療・方箋送付開始 コロナ専用病床(ICU3床を含む最大58床)開設、
2020/ 4/ 6	ICU:人工呼吸器治療・ECMO治療開始(豊島病院と連携協定)
2020/ 4/ 8	地域医療連携PCR検査外来開設(当初、豊島病院医師も参加)
2020/ 4/16	東京都の宿泊療養施設の運営(9施設)・設立(14施設)要請に協力 看護師部隊派遣(看護師136名、延3685日)(図3)
2020/ 5/15	研究所PCR検査体制構築(研究員20名、2年半で2万件)(図4)。 全入院患者および面会者、全職員の定期PCR検査開始
2020/ 7/31	全自動遺伝子解析装置　(FilmArray®)を用いたPCR検査体制構築　救急外来・入院、緊急手術等1時間以内の PCR検査結果判定開始
2021/ 1/22	院内クラスター発生(8東・8西病棟　76床)、1か月半で終息 38名感染(患者25名、医療関係者13名)、患者6名死亡
2021/ 3/ 4	○職員・住民ワクチン接種開始。翌年4月(3回目)まで総計11467人
2021/ 6/ 3	○東京都の大規模ワクチン接種会場運営(22会場)　要請に協力 薬剤師(6名、延137日)・看護師(15名、延138日)派遣 ○東京都酸素ステーション運営協力　看護師(14名、延41日)を派遣
2021/ 5/13	TOBIRA抗原検査を面会者等に無償提供　(ご家族に負担をかけない安全な面会)

80歳以上の高齢入院患者が半数を占める私共の施設では、ご家族の面会は患者さんの心の支えであり、緩和ケア病棟を始め看取りの医療も重要な使命と考えています。コロナ禍でも面会禁止とせず、短時間でも面会をして頂けるよう、最初の1年はご家族に一部負担をお願いしてPCR検査を、また、２０２１年５月からはTOBIRAのご協力を得て無償で抗原検査を提供し陰性を確認して面会して頂くよう心がけました。「今際の際に立ち会えてよかった」「母の顔を見て、言葉を交わせて安心しました」など多くの感謝の言葉をいただきました。

病院・研究所が打って一丸となって院内コロナ感染対策に全力を注ぎ、都の要請に全面的に協力し、宿泊療養施設や大規模ワクチン接種会場に看護師・薬剤師部隊を派遣して参りました。100年後、人類はまた未知の病原微生物による感染症パンデミックの危機に遭遇するかもしれません。その時、今回の経験が生かされるよう、養育院150周年誌にその記録を留めたいと考えています。

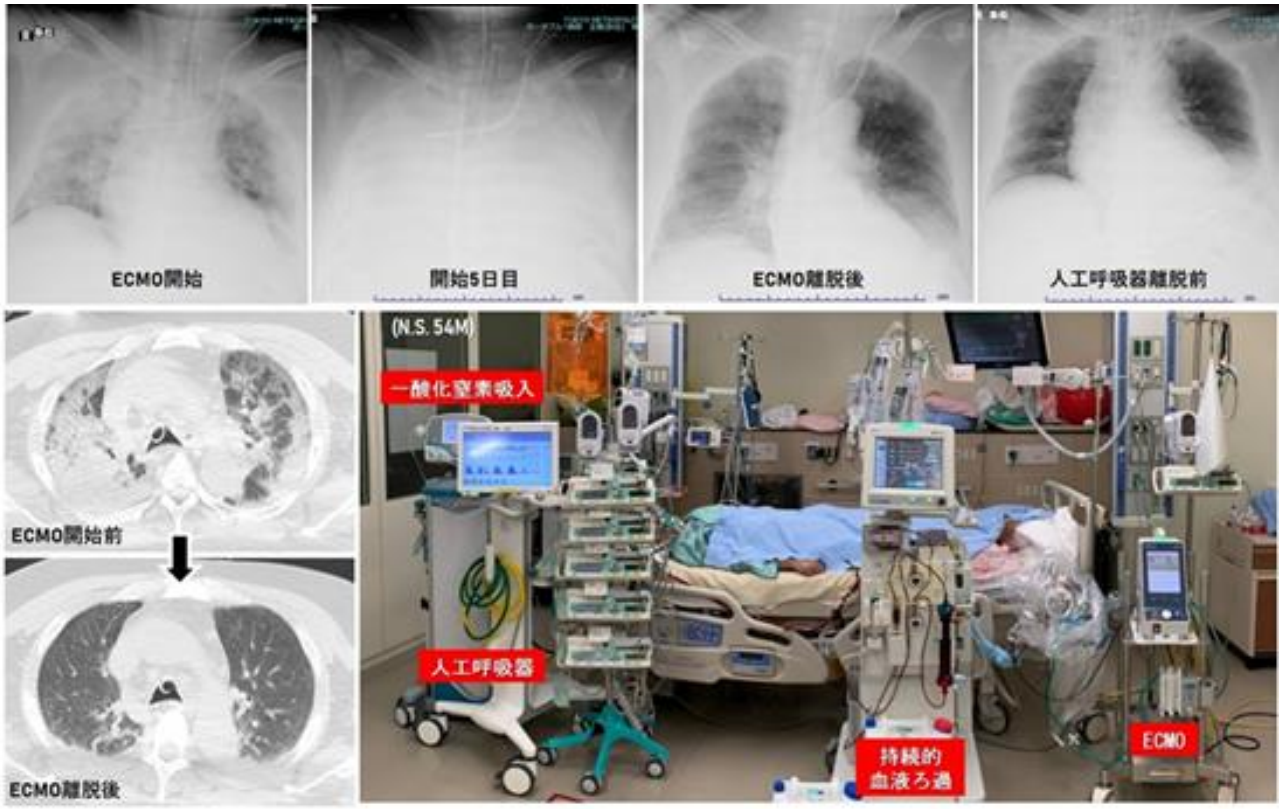


図4　ECMO施行症例（54y,M）

研究所でPCR検査

4 新しい取り組み

① 健康長寿イノベーションセンター
HAIC: Healthy Aging Innovation Center

2018年4月1日に臨床研究法が施行された。この法成立の背景にあるのはディオバン事案をはじめとした研究不正であり、アカデミアと企業の不透明な関係を是正すべく、研究の質に対する要求が格段に高まることとなった。当センターの桑島巌元副院長の指摘がディオバン事件追及の発端となったということもあり、当センターでは、高齢者医療・研究の拠点として数多くのイノベーションを創出し、健康長寿社会の実現に貢献していくために、2018年(平成30年)8月に病院部門の臨床試験管理センター、研究部門のTR推進室、経営部門の経営企画課(おもに事業支援係)が統合され、井藤英喜元理事長のご尽力により新たに健康長寿イノベーションセンター(HAIC)が設立された。初代センター長は原田和昌副院長、副センター長は重本和宏自然科学研究副所長、粟田主一社会科学系研究副所長で、病院/研究所部門が一体となった研究開発支援組織(ARO;Academic Research Organization)である。

研究開発ユニット

研究推進グループ

臨床研究法下で実施する特定臨床研究では、厚生労働省から認定された臨床研究審査委員会(CRB)で審査をすることが求められている。そこで当センターでは新たにCRBの設置を目指し、体制の整備を行った。認定要件を満たすべく、事務局の強化を図り、厚生労働大臣の認定を受けて、平成30年6月12日に「地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター臨床研究審査委員会」が設置された。CRB設置後は、当センターだけでなく都立病院/公社病院からの臨床研究の申請も受け付け、令和4年現在、社会からの要求に応えられるような円滑な運営がなされている。また、令和2年には先進医療Bの迅速審査の対象となる全国17のCRBのひとつとして選ばれた。当センターCRB及び事務局では、研究の立案段階からプロトコールや同意説明文書の作成支援、さらに研究のデータマネジメント、モニタリングなどをCRCが積極的に関わり、適切に研究を推進できるような支援が特徴となっている。また研究推進グループでは、医薬品医療機器等法に対応した「治験審査委員会」、再生医療安全確保法に対応した「特定認定再生医療等委員会」、さらに人を対象とした生命科学・医学研究に関する指針に対応した「センター研究倫理審査委員会」(※令和3年に病院部門IRBと研究所IRBを統合)の事務局として、当センターの治験/臨床研究/医学研究の推進を総合的にサポートし、新規プロジェクトである認知症未来社会創造センター事業、デジタル機器活用事業なども積極的に推進している。

平成30年11月 職員専用広報誌より

【研究推進グループ　メンバー（令和4年9月現在）】
主任技術員（マネージャー）　吉岡まみ
CRC：遠藤洋美、大嶋優江、野田香苗、権守寿一、入江美穂、山田桂子、奥本絵美、三枝瞳
事務局：長谷川菜生美、伊藤理子、渡邉史子、廣瀬典子、吉沢祐司
メディカルライティング：後藤好史

産学連携・知財グループ

臨床研究法の施行により、研究の質に対する要求が高まったことは、実用化に向けた臨床試験にかかるコストの高騰に繋がっている。すなわち研究者が手弁当で臨床試験を行うだけの時代から、患者や研究者のニーズを実用化につなげていくための産学連携がますます重要になってきている。実際に当センターでも研究費の根幹をなす外部獲得研究資金として、企業からの委託研究費/共同研究費が年々増額してきている。そこで当センターでは、高まる健康長寿社会実現に向けたニーズに応えるため、開発早期からの知財戦略、実用化に向けたマネジメント、産学連携にかかる秘密保守/共同研究などの契約業務、利益相反などをワンストップで支援できるよう体制の整備を進めてきた。

【研究推進グループ　メンバー（令和4年9月現在）】
主任技術員（リサーチアドミニストレーター）長井慈
産学連携アドバイザー（弁理士）吉川万美
主任研究員　深谷太郎
事務局；福島成人

文責：健康長寿イノベーションセンター研究開発ユニット長　金井信雄、研究推進グループ主任技術員（マネージャー）　吉岡まみ

②　認知症未来社会創造センター

認知症未来社会創造センター長　粟田主一

2020年4月に認知症未来社会創造センター（Integrated Research Initiative for Living Well with Dementia, IRIDE）が開設された。この事業は、東京都が策定した「未来の東京」戦略ビジョンにおける「認知症との共生・予防推進プロジェクト」に位置づけられるものであり、「自治体、医療福祉、産業、アカデミアの有機的な共同作業を持続的に推進することによって、認知症のリスクを減らし（予防）、認知症の理解を深め、認知症になってからも暮らしやすい街を創り上げる（共生）」ことを目標とする研究プロジェクトとされている。この目標を達成するために、病院及び研究所が協働して６つの研究チーム（オープンデータベース、メディカルゲノム・バイオマーカー、AI診断システム、コホート研究統合活用、認知症疾患医療センター、認知症支援推進センター）をつくり、それぞれのチーム間で密接な連携を図りながら、それぞれのゴールを設定して作業を進めている。すなわち、①オープン・データベースチームは、東京都健康長寿医療センターが保有しているバイオリソースやビッグデータを活用したデータベースやバイオバンクを構築することによって認知症研究のプラットホームを確立する作業を進めており、②メディカルゲノム・バイオマーカーチームは、血液等を用いた低コスト・低侵襲のバイオマーカーの開発と実用化、③AI診断システムチームは、AI画像診断支援システムやAI会話システム（チャットボット）の開発、④コホート研究統合活用チームは、複数の地域コホートを統合的に活用できる体制の確立と高齢者の認知機能や生活機能の低下、認知症の発症、認知症と診断された後の生活の質に及ぼす要因の分析、リスクチャートの開発に向けた研究に着手している。また、⑤認知症疾患医療センターと⑥認知症支援推進センターは、いずれも都内に質の高い認知症医療の提供体制を確立するための既存の事業（東京都受託事業）であるが、IRIDEとの関連では、前者においては、地域関係機関や多職種との連携によって質の高い診断と診断後支援を実現するための研究、後者においては、都内全域の認知症支援に関わる専門職の教育を通して認知症のリスク低減や共生社会の実現に寄与するための方法論の確立に向けた研究を進めている。

研究の財源は東京都からの特別交付金であり、5年間で約30億円が予定されているが、「認知症のリスク低減と共生社会の実現」は、21世紀の前半に超高齢社会が進展するわが国の重大な社会課題であり続ける。また、その課題解決にあたっては、臨床と基礎、自然科学と社会科学が協働する学際的なプロジェクト研究が不可欠であり、それができるのは当研究所の他にない。そのようなことから、東京都健康長寿医療センターでは、2023年度にはじまる第4期中期計画においても、さらに学際性を深めた取り組みを推進する方向で、認知

知症未来社会創造センターの研究計画を立案しているところである。世界最高水準の長寿国である日本の首都東京において、認知症未来社会の創造に向けた研究を推進し、世界に発信し続けることの意義は大きい。

③　フレイル予防センター

フレイル予防センター長　荒木　厚

フレイル予防センターは2020年4月に病院と研究所が一体となって地域のフレイル予防対策とフレイルを考慮した高齢者医療の実現のために設立された組織である。フレイルを評価し、その原因を調べて、栄養、運動、社会参加、および疾患の治療を行うことがフレイル対策の4本柱である。

2020年に始まった後期高齢者の健診（フレイル健診）をかかりつけ医がうまく活用し、地域のフレイル対策だけでなく、フレイルを考慮した高齢者医療を実現するために、フレイルサポート医の育成を東京都医師会、日本老年医学会、国立長寿医療研究センターと連携して開始している。フレイルサポート医研修会は、座学（150～180分）とワークショップ（120分）からなり、修了後フレイルサポート医の認定証が与えられる。座学にはフレイルの概念、評価法、食事、運動、社会的な対策、フレイルと関連する疾患や老年症候群、フレイル健診の活用などが含まれる。2021年板橋区で20名のフレイルサポート医を認定し、2022年6月には東京都医師会で研修会が実施され、70名が認定された。今後、フレイルサポート医の養成は全国に広がることを期待している。

フレイルを考慮した栄養療法は①適正なエネルギー量、②十分なタンパク質の摂取、③十分なビタミンの摂取、④食品摂取の多様性を高めることなどである。フレイルサポート栄養チームは2021年8月に、東京都栄養士会と連携し、フレイルサポート栄養士の講習会を実施し、73名のフレイルサポート栄養士を認定した。医師が栄養ケア・ステーションに連絡すると、フレイルサポート栄養士が診療所に派遣され、フレイル予防の栄養指導ができることを目指している。

研究所では地域の介護予防を担う介護予防（主任）運動指導員を育成し、全国で35,000人を超えている。2022年から運動指導員に対して、フレイル予防の追加講習を行い、フレイル予防を担う運動指導士を育成することを開始している。

フレイルサポート社会チームは疫学研究を行うとともに、東京都介護予防・フレイル予防推進支援センターを通して、東京都の様々な自治体のフレイル対策を支援している。今後は通いの場における医療支援の強化、地域のフレイル対策に資する社会資源の整理、フレイルサポーターの育成などを行うことを目指している。

看護師は転倒予防、皮膚・排泄ケア、認知症や糖尿病のケアなどのフレイルに関連するケアを担当し、重要な役割を担っている。したがって、今後、フレイルサポート看護師の制度を作り、地域におけるフレイル対策を主導していくことが必要である。

フレイル外来は高齢者のフレイルの対策を立てる内科の外来で、2015年10月に東洋で初めて開設された。生活習慣病があり、定期通院の外来患者で歩く速度が遅いなどのフレイルが疑われる症状がある患者を診療している。医師5名、臨床心理士2名、看護師で外来を運営している。主な検査項目はフレイル、サルコペニア、認知機能、うつ、栄養、身体活動量、薬剤、社会ネットワークなどである。したがって、フレイル外来では手術の前後を含めた入院患者の高齢者総合機能評価（CGA）の役割も担っている。地域からの患者は高齢診療科外来で受け入れ、高齢診療科からフレイル外来にフレイル評価を依頼し、結果を依頼の医師から説明をしていただくというシステムにしている。

フレイル予防のキーワードの一つは「人とのつながり」である。それと同様にフレイル予防センターでは地域や病院のフレイル対策を推進するためは多くの組織とネットワークを構築することが重要であると考えている。

フレイル・サルコペニア

フレイルは加齢に伴って予備能が低下し、ストレスによって要介護、死亡をきたしやすい脆弱性を有する状態である。フレイルは健常と要介護の中間の状態であり、食事、運動などの介入により健常に戻るという可逆性という特徴がある。また、身体的フレイル、認知機能障害、うつを含む精神的フレイル、孤立を含む社会的フレイルなど種々のフレイルがあり、これらは互いに影響し、要介護をきたしやすくするので、フレイルは多面的に評価し、対策を立てることが重要である。

身体的なフレイルの指標としては体重減少、疲労感、握力低下、身体活動量低下、歩行速度低下の5項目で評価するJ-CHS基準(3個以上がフレイル)があり、高齢者総合機能評価に基づいた多面的なフレイルの指標としては基本チェックリスト(8点以上がフレイル)がある。

サルコペニアは加齢に伴う骨格筋の筋量または機能の低下である。AWGS2019の基準では握力低下(男性28㎏未満、女性18㎏未満)または5回椅子立ち上がりテスト12秒以上でサルコペニアの可能性ありと判定し、この時点から運動や栄養の介入が可能となった。サルコペニアを診断するにはさらにBIA法かDXA法で骨格筋量を測定し、低下を示すことが必要である。

こうしたフレイル・サルコペニア対策は老年医学の重要な分野の一つとなり、当センターでは2015年にフレイル外来が開始され、2020年にフレイル予防センターが設立した。

文責:副院長　フレイル予防センター長 荒木厚

新施設移転後　2013(平成25)年
(東京都健康長寿医療センター　所蔵)

第２章　東京都健康長寿医療センターの歴史

沿革と　養育院長・病院長・研究所所長・理事長

1 沿革

東京都健康長寿医療センター年報　令和3年度版(2022年発行)より

明治5. 10. 15　養育院創立
5. 12. 1　病室建築に着手
6. 2. 3　病室を建築し、嘱託医師入所者の医療業務を開始
8. 4. 8　東京府下生活困窮者の伝染病治療をはじめる
10. 6. 7　東京府下生活困窮者の無料診療、施薬開始
22. 11. 26　出獄罹病者診療のための収容開始
37. 10. 7　ハンセン氏病患者収容室、結核患者病室設置
大正3. 10. 24　肺結核・痼疾患者の隔離治療のため板橋分院を開始
4. 12. 27　板橋分院に一病棟増設、定員33名
昭和5. 10. 1　本院医療施設、病院として開設許可
8. 2. 9　本院作業室の一部を改造、高齢患者の病後静養室開設
11. 4. 10　外来診療所を開所、救護法による患者診療の実施
11. 5. 2　本院医療施設、定員731名で認可
16. 10. 1　医療保護法による医療保護施設として府知事より認可
17. 3. 18　医療保護施設として定員763名
20. 4. 13　米空軍B29による大空襲により、病院焼失
20. 9. 25　板橋の元陸軍造兵廠工員宿舎を借り、病院として再発足
22. 7. 24　医務課を廃止、附属病院開設
33. 3. 31　附属病院建設工事竣工(470床)
44. 1.　美濃部都知事、1,000床の老人専門病院建設の意向表明
44. 3. 1　老人病院建設準備室設置
45. 7.　老人病院建設工事着工
45. 10.　老人病院開設準備委員会設置
47. 4.　東京都老人総合研究所開所(研究部門)
47. 4. 1　村上元孝病院長就任
47. 4.　新附属病院及び「老人総合研究所」開設
47. 6. 1　外来診療開始
47. 6. 7　旧病院より新病院へ入院患者を移送
47. 8. 31　第1回養育院附属病院運営協議会開催 （現在の病院は、昭和47年に竣工したものであり、この時より一般都民も利用できる高齢者医療の専門病院という形で運営されている。）
53. 6. 1　病院防災工事開始
53. 8. 20　第11回国際老年学会の事務局となる
54. 5.　11　精神科病棟開設
56. 10.　財団法人東京都老人総合研究所に改組(研究部門)
59. 1. 4　「老年学情報センター」開設
59. 4. 1　村上元孝病院長は名誉院長となる
59. 4. 2　豊倉康夫病院長就任
59. 9.　米国国立老化研究所(NIA)との間で研究協力に関する協定の締結(研究部門)
59. 12. 1　事務室医事課における医事事務の電算化を実施
60. 12. 3　血液科病棟においてクリーンルーム(2床)を開設
61. 4. 1　「老人医療センター」と名称を変更
62. 4. 1　臨床研修病院の指定を受ける
63. 3. 25　MR棟竣工
63. 3.　中華人民共和国北京老年病医療研究中心との研究交流事業に関する協定に調印(研究部門)
63. 9.　ソビエト連邦医学アカデミー老年学研究所との間で研究協力覚書の交換(研究部門)(現ウクライナ医学アカデミー老年学研究所)
63. 10. 5　結核病棟を廃止、普通病棟とする
平成2. 4. 1　豊倉康夫院長は名誉院長となる
2. 4. 1　藏本築院長就任
2. 7. 1　精神科病棟内に痴呆病床10床開床
2. 7. 2　外来処方・予約コンピュータ導入
2. 8. 6　研究系1研究施設に組織改正(研究部門)
2. 9.　ポジトロン医学研究施設開設(研究部門)
3. 2. 15　病棟改修のため4病棟閉鎖
3. 4. 1　病棟改修工事着工
4. 7. 4　20周年記念講演会都民ホールで開催
5. 4. 2　小澤利男院長就任
6. 5. 31　全病棟改修工事竣工
6. 6. 11　第1回養育院老年学会開催
6. 7. 1　総合診療病棟開設
7. 3. 30　養育院老人医療センター運営基本方針策定
7. 6. 10　第2回養育院老年学会開催
8. 3. 15　老人医療センター改修工事竣工
8. 4. 10　ICU・CCU開設
8. 9. 28　第3回養育院老年学会開催
9. 4. 1　藏本院長は名誉院長となる
9. 4. 2　折茂肇院長就任
9. 7. 16　高齢者施策推進室の発足
9. 9. 1　脳卒中診療のユニットの開設
9. 10. 8　第4回東京都老年学会開催
9. 12. 1　エイズ診療拠点病院の指定を受ける
9. 12. 10　板橋区、板橋区医師会との地域連携3事業開始
10. 10. 8　研究系1研究施設に組織改正(研究部門)
10. 10. 8　第5回東京都老年学会開催
11. 1. 11　もの忘れ外来開設

11. 5. 「中期経営計画」策定(研究部門)
11. 7. 26 区西北部医師会、歯科医師会、薬剤師会と医療連携に関する協定締結を開始(11. 12. 13 協定締結終了)
11. 9. 30 デイホスピタル終了
11. 10. 4 ペインクリニック外来の開設
11. 10. 18 国際高齢者年記念講演会開催
11. 10. 29 第6回東京都老年学会開催
12. 1. 区西北部二次保健医療圏等医療連携協議会の開催
12. 4. 1 老人医療センターホームページを開設
12. 10. 地域連携室の開設
12. 10. 13 第7回東京都老年学会開催
13. 1. 高血圧外来、不整脈外来、めまい外来の開設
13. 2. 東洋医学外来の開設
13. 4. 1 高齢者施策推進室は福祉局に統合となる
13. 12. 老人医療センター院内LAN稼働
13. 12. 18 第8回東京都老年学会開催
14. 4. 地域福祉財団と統合し、新たに財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団 東京都老人総合研究所として発足 グループ研究制に組織改正(研究部門)
14. 9. 21 老人医療センター30周年記念式典開催
14. 10. 1 林泰史院長就任
14. 11. 29 第9回東京都老年学会開催
15. 7. 16 オーダーメード医療実現化プロジェクト参画
15. 10. 15 第10回東京都老年学会開催
15. 12. 8 高齢者いきいき外来の開設
16. 8. 1 「福祉局」と「健康局」が統合され「福祉保健局」となる
16. 8. 23 病院機能評価認定
16. 11. 5 第11回東京都老年学会開催
18. 1. 12 東京都老年学会と東京都保健医療学会が統合され東京都福祉保健医療学会として開設
17. 4. コア研究体制に組織改正(研究部門)
18. 4. 1 井藤英喜院長就任
18. 7. 13 東京都が発表した「行財政改革実行プログラム」の中で、老人医療センターと老人総合研究所は、地方独立行政法人への移行を目指すことに決定
18. 11. 2 平成18年度東京都福祉保健医療学会開催
19. 5. 31 福祉保健局が「板橋キャンパス再編整備基本構想」を公表。
21. 4. 1 東京都老人医療センターと東京都老人総合研究所が統合し、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターとして新たに出発。
松下正明理事長、井藤英喜センター長、中村彰吾経営企画局長就任
外来化学療法室の開設
新施設開設建設室の設置
23. 1. 新施設建設着工
23. 9. 緩和ケア内科の開設
24. 1. 救急診療部の開設
24. 2. 東京都認知症疾患医療センターの指定を受ける
24. 3. 東京都大腸がん診療連携協力病院の指定を受ける
25. 3. 在宅医療連携病床の新設
25. 4. 1 呼吸器外科の開設
25. 6. 新施設開設
旧病院より新病院へ入院患者を移送
電子カルテシステムの導入
25. 6.30 新施設開設建設室の廃止
25. 12. 東京都災害拠点病院指定
26. 4. 1 婦人科の廃止
27. 4. 1 井藤英喜理事長、許俊鋭センター長就任
事務部門の組織改正(事務部長の設置、4課から3課体制に改編)
認知症支援推進センターの設置
27. 7. 1 臨床試験管理センターの設置、治験管理センター(治験事務局)の廃止
28. 1. 1 がん相談支援センターの設置
28. 4. 1 医療戦略室の設置
29. 1. 4 病院機能評価認定
29. 6. 12 第10,000例目の病理解剖を実施
29. 10. ICU・CCUの再編・SCUの開設
30. 8. 1 健康長寿イノベーションセンターの設置
31. 1. 1 電子カルテシステムの更新
令和元. 6. 1 鳥羽研二理事長就任
令和元. 6. 1 井藤英喜名誉理事長就任
2. 4. 1 認知症未来社会創造センターの設置
2. 4. 1 フレイル予防センターの設置

2 養育院長 病院長 研究所所長 理事長

養育院長	病院長	副院長	老人総合研究所 所長	東京都健康長寿 医療センター理事長
吉田 千秋 昭和45年7月16日 ～昭和48年6月30日	村上 元孝 昭和47年4月1日 ～昭和59年3月31日	斉藤 紀仁 昭和45年度～昭和53年度	太田 邦夫 昭和47年5月 ～昭和56年3月	健康長寿医療センター 発足 平成21年4月
本田 幸雄 昭和48年7月1日 ～昭和51年7月31日	豊倉 康夫 昭和59年4月2日 ～平成2年3月31日	亀山正邦 昭和47年度～昭和50年度	今堀 和友 昭和56年4月 ～昭和61年3月	松下 正明 平成21年4月1日 ～平成27年3月31日
斉藤 好男 昭和51年8月1日 ～昭和54年5月20日	蔵本 築 平成2年4月1日 ～平成5年3月31日	蔵本 築 昭和51年度～平成元年度	積田 亨 昭和47年5月 ～昭和56年3月	井藤 英喜 平成27年4月1日 ～令和元年5月31日
野木 義美 昭和54年5月20日 ～昭和57年7月31日	小澤 利男 平成5年4月1日 ～平成9年3月	杉浦 昌也 昭和54年度～昭和59年度	木幡 陽 平成4年4月 ～平成12年3月	鳥羽 研二 令和元年6月1日 ～現在
常陸 昌晃 昭和57年8月1日 ～昭和58年5月23日	折茂肇 平成9年4月1日 ～平成14年9月30日	山城 守也 昭和58年度～平成5年度	鈴木 紘一 平成12年4月 ～平成16年3月	
初沢 喜久夫 昭和58年5月24日 ～昭和62年5月23日	林 泰史 平成14年10月1日 ～平成18年3月31日	上田 慶二 昭和60年度～平成2年度	林 泰史（兼務） 平成16年4月 ～平成18年3月	
石崎 富江 昭和62年4月24日 ～平成元年7月5日	井藤 英喜 平成18年4月1日 ～平成21年3月31日	山田 英夫 平成2年度～平成8年度	井藤 英喜（兼務） 平成18年4月1日 ～平成21年3月31日	
井上 修一郎 平成元年7月6日 ～平成3年5月21日	健康長寿医療センター 発足 平成21年4月	深沢 俊男 平成3年度～平成9年度	健康長寿医療センター 発足 平成21年4月	
柏木 和子 平成3年5月22日 ～平成4年6月30日	センター長 井藤 英喜 平成21年41日 ～平成27年3月31日	五十嵐 三都男 平成6年度～平成10年度		
川上 菊夫 平成4年7月1日 ～平成6年7月31日	センター長 許 俊鋭 平成27年4月1日～現在	松下 哲 平成9年度～平成11年度		
辰川 弘敬 平成6年8月1日 ～平成7年5月31日		橋本 肇 平成10年度～平成11年度		
茅野 祐子 平成7年6月1日 ～平成9年7月15日		宮崎 徳蔵 平成11年度～平成14年度		
養育院廃止 高齢者施策推進室に		山之内 博 平成12年度～平成16年度		
		森 眞由美 平成15年度～平成17年度		
		桑島 巌 平成17年度～平成24年度		
		大田 雅嗣 平成18年度～平成20年度		
		小林 秀 平成23年度～平成26年度		
		許 俊鋭 平成23年度～平成26年度		
		原田 和昌 平成24年度～現在		
		黒岩 厚二郎 平成27年度～令和元年度		
		荒木 厚 令和元年度～現在		
		時村 文秋 令和2年度～現在		
		太田 日出 令和3年度～現在		

「東京都老人医療センター36年の軌跡」（2009年発行）の付録CD-ROM収載リストに追記。

第２章　東京都健康長寿医療センターの歴史

病院の50年

養育院附属病院

1972-1985

院長
村上元孝1972-1984　豊倉康夫1985

副院長
亀山正邦1972-1974　斉藤紀仁1972-1979　蔵本 築1976-1985　山城守也1980-1985　杉浦昌也1985

診療第一部　部長 杉浦昌也1972-1978　福島保喜1979-1980　上田慶二1981-1985　深沢俊男1985

内科　飯塚 啓（医長）1972-1975　飯塚循夫（医長）1972-1973　近間良之（医長）1972-1973　平岡啓佑（医長）1972-1975　渡辺俊充（医長）1972-1982　久保冨美子（医長1972-1981 部長1983-1985）　小林逸郎（医長）1978

内分泌科　折茂 肇（医長）1972-1980　井藤英喜（医長）1981-1985

循環器科　上田慶二（医長）1972-1980　松下 哲（医長）1981-1985　大川眞一郎（医長）1974-1985

呼吸器科　福島保喜（医長）1972-1978　木田厚瑞（医長）1982-1985

消化器科　真田昌彦（医長）1972-1975　佐藤治邦（医長）1976　深沢俊男（医長）1977-1984

神経科　萬年 徹（医長）1972　東儀英夫（医長）1973-1981　山之内博（医長）1974-1985　葛原茂樹（医長）1983-1985

精神科　木戸又三（医長）1972-1985

血液科（研究検査部　免疫血清科）　白倉卓夫(医長）1973-1984　森眞由美（医長）1985

感染症科（研究検査部　微生物科）　島田 馨（医長）1972－1983　稲松孝思（医長）1984-1985

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
科内昇進は（医長1972-1880 部長1981-1985）のように表記

病院部門 組織の変遷図 参考文献

東京都養育院附属病院：　医事業務統計　昭和53年度～昭和54年度

東京都養育院附属病院：　病院年報　昭和55年度～昭和60年度

東京都養育院附属病院：　医局十年のあゆみ

東京都老人医療センター：　東京都老人医療センター年報　昭和61年度～平成20年版

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター年報　平成21年版～令和2年度版

東京都総務局：　東京都職員名簿　昭和47年度~昭和60年度

養育院附属病院

1972-1985

診療第二部　部長　山城守也1972-1982　布施正明1983-1985

外科　中山夏太郎（医長）1972-1985　高橋忠雄（医長）1983-1985　日野恭徳（医長）1983-1985

胸部外科　金澤暁太郎（医長）1972-1973　橋本　肇1974-1985

腹部外科（1974~）　金澤暁太郎（医長）1974-1976　野呂俊夫（医長）1978-1985

脳神経外科　布施正明（医長）1972-1982

整形外科　五十嵐三都男（医長）1972-1985　林　恭史（医長）1976-1985　軽部俊二（医長）1983-1985）

皮膚科（1973~）　山本達雄（医長）1972-1985

泌尿器科　中内浩二（医長）1972-1985

婦人科　高木　実（医長）1972-1976　樋口達夫（医長1977-1984　部長1985）

眼科　戸張幾生（医長）1973-1981　箕田健生（医長1982　部長1983-1985）

耳鼻咽喉科　石山英一（医長）1972-1973　山崎正宏→守勝（医長）1976-1981　都川正之（医長）1982-1985

歯科（**歯科口腔外科**1976~）　渡辺郁馬（医長）1972-1985

麻酔科　土屋→池上晃子（医長）1974-1980　西立野研二（医長）1981　目黒和子（医長）1982-1985

養育院附属病院　1980年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
科内昇進は（医長1972-1880　部長1981-1985）のように表記

東京都老人医療センター

1986-2008

院長

豊倉康夫1986-1989　蔵本　築1990-1992　小澤利夫1993-1996　折茂　肇1997-2002　林　恭史2003-2005　井藤英喜2006-2008

副院長

蔵本　築1986-1989　山城守也1986-1989　杉浦昌也1985　上田慶二1986-1990　山田英雄1990-1993　深沢俊男1991-1997　五十嵐三都男1994-1998　松下　哲1998-1999　宮崎徳蔵1999-2003　橋本　肇1999　山之内博2000-2004　森眞由美2004-2005　桑島　巌2005-2008　大田雅嗣2006-2008

第一診療部（1986のみ）　部長　深沢敏男1986

診療部門　内科系　統括部長　深沢敏男1987-1990　大川眞一郎1991-1997　山之内博1998-2000　森眞由美2001-2003　桑島　巌2003-2004　大田雅嗣2005-2006　原田和昌2007-2008

内科　渡辺俊允（医長）1986　村井善郎（医長）1986　中野忠澄（医長）1986　片野てい1995-1996　服部明徳2003-2006

内分泌科　井藤英喜（医長1986-1991　部長1992-1998）　細井孝之（医長1999-2003　部長2004-2005）　荒木　厚（医長1999-2005　部長2006-2008）　森聖二郎（医長2005-2006　部長2007-2008）

循環器科　松下　哲1986　大川眞一郎（医長1986-1989　部長1990）　坂井　誠（医長1991-2006　部長2007-2008）　賀来　俊（医長）1986　上田清悟（医長）1987-2008）　桑島　巌（医長1986-1997　部長1998-2002）　千田宏司2003-2004　原田和昌2005-2006　坪光雄介（医長）2007－2008　井上将至（医長）2008

呼吸器科　木田厚瑞（医長1986-1994　部長1995-2002）　山田浩一2003　高橋英気2004-2008

消化器科　齋藤恵実（医長）1986-1987　都留正展（医長）1988-1996　松本和則1998-1999　紀　健二（医長）2000-2008　千川容子（医長)2001-2002　神津知永（医長）2006　上垣佐登子（医長）2007-2008　佐々木美奈　（医長）2008

神経内科　山之内博（医長1986-1990　部長1991-1997）　葛原茂樹（医長）1986-1989　坂東充秋（医長）1990-1989　名倉博史（医長）1998-2003　榎本武郎（医長)2000-2003　金丸和富（医長2004-2006　部長2007-2008）　小宮　正（医長）2005-2008　仁科裕史（医長）2008

血液科　森眞由美（医長1986-1990　部長1991-2003）　大田雅嗣（医長1999-2001　部長2002-2004）　堤久（医長）1999-2006　宮腰重三郎（医長）2006-2008

感染症科　稲松孝思（医長1986-1997　部長1998-2008）　増田義重（医長）2007－2008

精神科　木戸又三1987-1997　平澤秀人（医長）1998-1999　小山恵子（医長1999-2004　部長2005-2007）　古田　光（医長）2008

腎臓内科(1998~)
藤巻　博（医長）1998-2006　守尾一昭2007-2008

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
科内昇進は（医長1972-1880　部長1981-1985）のように表記

東京都老人医療センター

1986-2008

第二診療部（1986のみ）　部長　布施正明1986

診療部門　外科系　統括部長　布施正明1987-1998　橋本　肇1999　宮崎徳蔵2000　小林　秀2001-2008

外科　布施正明（医長）1986　高橋忠雄（医長）1987-1988　日野恭徳（医長）1987-1998　橋本　肇1989-1998　野呂俊夫1989-1998　小林　秀2001-2008

胸部外科　橋本　肇（医長）1986-1994）　黒岩厚二郎（医長）1995-2002　金澤伸郎（医長）2004-2008

腹部外科　野呂俊夫（医長）1986-1988　平島得路（医長）1992-2001）　黒岩厚二郎2003-2008

脳神経外科　布施正明（医長）1986　小林　秀（医長）1987-2000　松岡浩司（医長）1996-2008

整形外科　五十嵐三都男1986-1994　軽部俊二1995-1996　山本精三（医長1998-2001　部長2002-2007）　石橋英明（医長）2001　時村文秋2008

皮膚科　山本達雄（医長1986　部長1987-1998）　種井良二(医長）1999-2008

泌尿器科　中内浩二（医長1986　部長1987-1998）　村山猛男（医長）1999-2008　金子裕憲（医長）1999-2000　粕谷　豊（医長）2006-2007

婦人科　樋口龍夫1986-1988　曽　栄輝（医長）1990　笠松孝弘（医長）1991-1993　藤井恭一（医長）1994-2008

眼科　長瀧重智（医長）1986-1987　竹中康雄（医長）1988-1991　土坂寿行（医長）1992-1993　松原正男（医長）1994-1999　沼賀二郎（医長）2000-2008　古関信之（医長）2001-2003　高山　淳（医長）2004-2007　大橋正明（医長）　2006

耳鼻咽喉科　都川正之（医長）1986-1991　山田一仁（医長）1994-1995　田中正美（医長）1996　佐藤正美（医長）1997　大前由紀雄（医長）1998-2002

歯科口腔外科　渡辺郁馬1986-1997　山﨑博嗣（医長）1998　山口雅庸（医長1998-1999　部長2000-2008）

麻酔科　目黒和子（医長1986-1997　部長1998-2000）　長谷浩吉（医長）1995-1997）　小倉　信（医長2001-2004　部長2005-2008）

東京都老人医療センター（東京都老人医療センター36年の軌跡　付録CD-ROMより）

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
科内昇進は（医長1972-1880　部長1981-1985）のように表記

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター

2009-2022

理事長
松下正明2009-2015　井藤英喜2015-2019　鳥羽研二2019-

センター長
井藤英喜2009-2015　許　俊鋭2015-

副院長
桑島　巌2009-2012　大田雅嗣2009　小林　秀2011-2015　許　俊鋭2012-2015　原田和昌2012-　黒岩厚二郎2016-2020　荒木　厚2019-　時村文秋2020-　太田日出2021-

診療部門　内科系　内科総括部長　原田和昌2009-2012　荒木　厚2013-2018※副院長兼務2019-

総合診療科（総合内科2020～）　増田義重（副部長2009-2012　部長2013-2018）　岩切理歌2016-

高齢診療科（2020～）　岩切理歌2020-

糖尿病･代謝･内分泌科　荒木　厚2009-2012　千葉優子（医長2013-2017　専門部長2018-）　田村嘉章（医長2013-2020　専門部長2021-）

循環器内科　坪光雄介（副部長）2009-2010　上田清悟（副部長）2009-2010　井上将至（副部長）2009-2010　武田和大（副部長）2019-2020　藤本　肇2011-2021　石川譲治（専門部長2017-2020　部長2021）-

呼吸器内科　高橋英気2009-2013　山本　寛2014-　山田浩和（副部長）2014-

消化器内科（消化器･内視鏡内科2020～）　上垣佐登子（副部長2009-2016　部長2017-2021）　佐々木美奈（副部長）2016-2017　松川美保（専門医長）2021-2022　小野敏嗣2022-

神経内科（脳神経内科2020～）　金丸和富2009-2013　村山繁雄2014-2021　岩田　淳2021-
仙石錬平（専門部長）2018-2019

脳卒中科（2014～）　金丸和富2014-

血液内科　宮腰重三郎2009-

化学療法科　宮本鋼（副部長･医長　2009-2012　部長2013-）

感染症内科　小金丸博（医長）2019-

精神科　古田　光（副部長2009-2015　部長2016-）

腎臓内科　太田　樹（副部長）2009-2010　秋元寛正（副部長）2011-2012　濱野慶朋2013-2016　武井　卓2017-

膠原病･リウマチ科　杉原毅彦（副部長2009-2015　部長2016-2019）　久保かなえ2020-

緩和ケア内科（2013～）　荒井和子（医長）2013-2015　齊藤英一2016-
髙橋尚子（専門部長）2016-2017

事務取扱･兼務･不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
部長と専門部長（兼務省略）を記載
部長が配置されている場合は、医長は省略
科内昇進は（医長1972-1880　部長1981-1985）のように表記
部長が配置されている場合は、専門部長は省略

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター

2009-2022

診療部門　外科系　外科総括部長　小林　秀2009-2010　黒岩厚二郎2011-2015　時村文秋2016-2019※副院長兼務2020-

外科　黒岩厚二郎2009-2010　金澤伸郎2011-　中里徹矢2021-　吉田孝司（専門部長）2018-2020

血管外科　中澤　達（副部長2009-2012　部長2013-2019）　赤城大輔（医長）2020-2021
松倉　満（専門部長）2021-

心臓外科（心臓血管外科2021～）　五條理志（副部長）2009-2011　西村　隆2013-2018　河田光弘2019-

脳神経外科　松岡浩司（副部長2009-2011　部長2012-2021）　上野俊昭（専門部長2017-2020　部長2021-）

呼吸器外科（2013～）　似鳥純一2019　安樂真樹2020-2021

整形外科（整形･脊椎外科2021～）　時村文秋2009-2015　濱路　博（医長）2016-　宮崎　剛2016-
穴水依人（専門部長2011-2012）

脊椎外科（2015　**脊髄外科**2016-2021）　穴水依人2021-

皮膚科　種井良二（副部長2009-2011　部長2012-）

泌尿器科　粕谷　豊（副部長2009-2010　部長2012-）

婦人科（ ～2014）　藤井恭一（副部長2009-2012　医長2012-2014）

眼科　沼賀二郎2009-

耳鼻咽喉科　木村百合香（副部長2009-2012　医長2013-2015）　髙橋正時（医長）2016-2021　鈴木康弘（医長）2022-

歯科口腔外科　山口雅庸2009-2016　平野浩彦2017-

救急診療部（2012～）　坪光雄介2012～

事務取扱･兼務･不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
部長と専門部長（兼務省略）を記載
部長が配置されている場合は、医長は省略
科内昇進は（医長1972-1880　部長1981-1985）のように表記
部長が配置されている場合は、専門部長は省略

養育院附属病院

1972-1985

リハビリテーション部　部長　荻島秀男1972-1977　福田敬三1980-1981

診療科（1979～）　斉藤　宏（医長）1980-1985

理学療法科　松山　秩（主任技術員1974-1978　科長1979-1985）

作業療法科　青木　潔（主任技術員）1982

言語聴覚科　福迫陽子（主任技術員1974-1976　科長1977-1985）

核医学放射線部　部長　飯尾　宏1972-1980　山田英夫1981-1985

放射線第一科（診断）　山田英夫（医長）1972-1980　千葉一夫（医長）1981-1985

放射線第二科（治療）　松井謙吾（医長）1972-1977　村田　啓（医長）1979-1980　丹野宗彦（医長）1983-1985

放射線第三科（核医学診断）　千葉一夫（医長）1972-1980　村田　啓（医長）1981-1982

研究検査部　部長　蔵本　築1972-1975　野間昭夫1976-1985

内視鏡科　佐藤治邦（科長）1975　紀　健二（科長）1985

生化学科　野間昭夫（科長）1972-1975　岡部紘明（科長）1976-1982

臨床生理科（～1982）　松下　哲（科長）1972-1980

免疫血清科（血液科と兼務）

微生物科（感染症科と兼務）

検査科（1983～）
岡部紘明（科長）
1983-1985

免疫輸血科（1983～）
大山俊郎（科長）
1983-1985

病理部　部長　嶋田裕之1981-1985

剖検病理科　嶋田裕之（科長）1972-1980　田口智也（科長）1983-1985

臨床病理科（1976～）　江崎行芳（科長）1976-1985

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
科内昇進は（医長1972-1880　部長1981-1985）のように表記

養育院附属病院

1972-1985

薬剤科　小久保勝義（科長）1972-1973　砂子哲爾（科長）1974-1979　木村徳三（科長）1980-1985

栄養科　南雲　勇（主任技術員）1972-1977　小川貢子（科長）1978-1979　松本貢子1980-1985

医療社会科　奥川幸子（主任）1983-1984

看護第一科　平野とみ（科長）1972
鈴木啓子（科長）
1973-1976

看護第二科　鈴木啓子（科長）1972
片岡アヤ（科長）
1973-1975

看護科　鈴木啓子（科長）1977-1985

看護教育科　賀集竹子（科長）1972-1975　中井英子（科長）1976-1981　大山好子（科長）1982-1985

健康管理室　高橋重郎（室長）1972-1977　鈴木雄次郎（室長）1978-1985

1972年頃の附属病院（東京都老人医療センター36年の軌跡　付録CD-ROMより）

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
科内昇進は（医長1972-1880　部長1981-1985）のように表記

東京都老人医療センター

1986-2008

リハビリテーション部（1986のみ） 部長 林 恭史1986

リハビリテーション部門

リハビリテーション診療科	林 恭史1987-1989　望月直哉1991-1999　高橋龍太郎（医長1994-1996） 飛松治基（医長2000-2003 部長2004-2008）　井上潤一郎（医長）2000-2003 金丸晶子（医長）2001-2008
理学療法科	
作業療法科	
言語聴覚科	福迫陽子（科長）1986-1988　物井寿子（科長）1989-1999

核医学放射線部（1986のみ）● 部長 山田英夫1986

核医学放射線部門

放射線第一科（放射線治療科1987～）	山田英夫（医長1986 部長1987-1989）　丹野宗彦1991-2000 山川通隆2004-2008
放射線第二科（核医学診断科1987～）	丹野宗彦（医長）1986　間島寧興（医長）1991-1994　前田 茂（医長）1995-2001　山川道隆（医長）2002-2003　徳丸阿耶（医長2005-2007 部長2008） ■技師長■ 遠藤和夫1983-1991　五條昌行1992　杉山 卓1993-1994 佐藤繁正1995-1999　中川 清2000-2003　久津間優二2004-
放射線第三科（放射線治療科1987～）	丹野宗彦（医長）1987-1995　久保木謙二（医長）1996-1997 上田清悟（医長）1999-2008

研究検査部（1986のみ） 部長 野間昭夫

研究検査部門

内視鏡科	紀 健二（科長･医長）1986-2008
研究検査科	野間昭夫1986-1987　松下 哲1988-1997　森眞由美1998-2000　稲松孝思（医長2003-2006 部長2007-2008） ■技師長■ 小坂守男1986-1990　上島友幸1991-1993　神白和正1994-1997　北 正美1998-2001 田口 博2002-2005　當眞隆則2006-
免疫輸血科	大山俊郎（科長）1986-1994　熊川寿郎（医長）1996-2003

事務取扱･兼務･不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
科内昇進は（医長1972-1880 部長1981-1985）のように表記

東京都老人医療センター

1986-2008

病理部（1986のみ）　部長　嶋田裕之

病理部門

剖検病理科　田口智也（科長）1986　嶋田裕之1987-1990　江崎行芳1991-1999　沢辺元司（医長2000-2004　部長2005-2008）

臨床病理科　江崎行芳（科長）1986-1990　田久保海誉（医長）1991-1995　新井冨生（医長）1996-2008

薬剤科　木村徳三（科長）1986　永田宏衛（科長）1987-1988　遠藤陽子（科長）1989-1991　竹内淳美（科長）1992-1994　糸井欣三（科長）1995-1997　佐藤満希子（科長）1998-2001　向井峰世（科長）2002-2004　中村　治（科長）2005-2006　加藤三代子（科長）2007-2008

栄養科　山田伶子（科長）1986-1990　岩谷幸紘（科長）1991-1992　芦川修貳（科長）1993-1995　領家玉子（科長）1996-1997　二見優子（科長）1998-2000　服部富子（科長）2001-2004　中里千春（科長）2005-2006　府川則子（科長）2007-2008

医療社会科（～1995）

看護部（1990~）　部長　鈴木友子1990　岡田経子1991-1993　杉山美智子1994　川崎徳代1995-1996　橋本速子1997　中野美代子1998　小林フミ1999　山本浩子2000-2001　青木民子2002-2003　鍋倉あつ子2004-2005　小川美佐子2006　松井千恵子2007-2008

看護科　鈴木啓子（統括科長）1987-1988　鈴木知子1989　中谷美代子（科長）1990-1992　石浦美津枝（科長）1993-1996　小林フミ（科長）1997-1998　川口敷子（科長）1999-2000　上野宏子（科長）2001-2002　山中節子（科長）2003-2004　橋本節子（科長）2005-2006　富永ヤス子（科長）2007-2008

看護教育科　大山好子（科長）1987-1988　永山きみ子（科長）1989　石浦美津枝（科長）1990-1992　島崎洋子（科長）1993-1995　三野宮節子（科長）1996-1999　青木歌子（科長）2000　児玉陽子（科長）2001-2002　長久秀子（科長）2003

健康管理室　鈴木雄次郎（室長）1986-1994　高橋忠雄（室長）1995-1997　野呂俊夫（室長）1998　日野恭徳（室長）1999－2004　金子裕憲（室長）2005-2008

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
科内昇進は（医長1972-1880　部長1981-1985）のように表記

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター

2009-2022

中央診療部門

麻酔科　小倉　信2009-2020　小松郷子2020-　相川和之（専門部長）2013-2015
内田博（専門部長）　2020-

リハビリテーション科　金丸晶子（副部長2009-2011　部長2012-）　加藤貴行（副部長2009-2011　医長2012-2018　専門部長2019-）　小山照幸（副部長2011　医長2012-2017　専門部長2018）
■技師長■　太田隆2013-2020　寺澤　泉2022-

放射線診断科　徳丸阿耶2009-　長谷部伸（専門部長）　2013-2014　下地啓五（専門部長）2016-2021　今林悦子2020　■技師長■　久津間優二-2011　海野　泰2012-

放射線診療科　山川道隆2009-2020

放射線治療科（2016~）　角美奈子2020-

内視鏡科（～2020）　紀　健二（副部長2009-2012　医長2013）　西村　誠（医長2014-2015　部長2016-2020）

臨床検査科　稲松孝思2009-2013　田中雅嗣2014-2018　増田義重2019-
■技師長■　當眞隆則-2012　丸山　強2013-2017　佐藤芳雄2019-

輸血･細胞療法科　小島理恵（副部長2011-2012　医長2013-2015）　小倉和外（医長）2016　小林寿美子2017-

病理診断科　沢辺元司2009　新井冨生2010-　井下尚子（専門部長）2019-2021

薬剤科　加藤三代子（科長）2009-2012　森　淑子（科長）2013-2021　島﨑良知（科長代理）2021-

栄養科　府川則子（科長）2009-2016　羽根田千恵（科長）2018-

血液透析科　板橋美津世（部長）2018-

臨床工学科　小倉　信（部長）2004-2018　黒岩厚二郎（部長）2019-2020　時村文秋（部長）2021-
高岡祐子（技士長）2021-

看護部　古田愛子2009-2013　黒坂眞理子2014-2018　太田日出2019-（※副院長兼務2021-）

看護科　富永ヤス子2009-2010　大宮玲子2011-2012　宮本竹彦2013-2014　澤田法子2015-2016
荒木芳枝2017-

事務取扱･兼務･不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
部長と専門部長（兼務省略）を記載
部長が配置されている場合は、医長は省略
科内昇進は（医長1972-1880　部長1981-1985）のように表記
部長が配置されている場合は、専門部長は省略

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター

2009-2022

臨床研究部門

臨床研究推進センター（～2018）

治験管理センター（～2014）

臨床研究管理センター（2015-2018）

高齢者バイオリソースセンター　沢辺元司2009-2012

高齢者健康増進センター（2015～）

がん支援相談センター（2016～）

認知症疾患医療センター（2014～）

認知症支援推進センター（2017～）

東京都介護予防推進支援センター（2018-2019）
→**東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター**（2020～）
大渕修一2018-2019　藤原佳典2020-

健康長寿イノベーションセンター　HAIC : Healthy Aging Innovation Center（2018～）
遠藤玉夫2018　原田和昌2019　重本和宏2020　原田和昌2021　重本和宏2022-

認知症未来社会創造センター　IRIDE : Integrated Research Initiative for Living Well with Dementia（2020～）
粟田主一2020-

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない
医長は（医長）と記載　部長は職名省略
部長と専門部長（兼務省略）を記載
部長が配置されている場合は、医長は省略
科内昇進は（医長1972-1880　部長1981-1985）のように表記
部長が配置されている場合は、専門部長は省略

2 病院での研究の50年

名誉理事長 井藤英喜

はじめに

昭和47年(1972)に病院が開設されて今年で50年の節目を迎える。その間、病院名が2回変更され、開設37年後の平成21年(2009)には、運営形態も東京都直営から地方独立行政法人となった。当センター病院は当初より高齢化社会に生じる医療上の問題にどのように対処していくかを研究し、解決策を模索していくことを一つのミッションとしている。

そこで、本稿では当センターの学術的な足跡を中心に、センター病院が我が国の老年医学あるいは老年学の進歩に果たした役割について述べることとする。ただし、私自身がすべての診療科の診療や研究内容に通じているわけではなく、私の記憶に残る研究、私の行った研究、私の所属した糖尿病内分泌科の研究を主に取り上げることになることをあらかじめ断っておきたい。私の理解不足、知識不足で当センターで行われた重要な研究成果が抜け落ちている点については、各診療科の項を読んで頂ければ幸いである。

センターが日本老年医学会、日本老年学会、国際老年学会で果たした役割

当センターの初代院長は村上元孝先生である。村上先生は金沢大学医学部教授時代の昭和41年(1966)に第8回日本老年医学会会長を務められた。養育院附属病院院長に就任されてから、4年目の昭和50年(1975)に2度目の老年医学会会長(第17回日本老年医学会)を務められ、昭和53年(1978)には第11回国際老年学会会長(東京)を務められた。

この時代は、まだ学術集会請負業者もなく国際老年学会事務局次長(1978－1982は事務局長)を務められた折茂肇先生(当時当センター内分泌科医長)が、再三海外出張されるなど東奔西走し学会準備に当たられておられたことを記憶している。また財務委員長を那須宗一先生(当時の老人総合研究所副所長)、財務副委員長を太田邦夫先生(当時の老人総合研究所所長)、生物学分野プログラム委員を入来正躬先生(当時の研究所生理学部部長)、社会学分野プログラム委員を前田大作先生(当時の研究所社会福祉研究室室長)、全体の庶務と会計を蔵本 築先生(当時の附属病院副院長、後に第3代院長)が担当された。まさしくセンター病院、研究所の総力を傾け国際老年学会を開催されたのである。

第3代院長の蔵本 築先生は平成6年(1994)に第36回日本老年医学会会長を務められ、第7代院長、第2代理事長の井藤は平成27年(2015)に第27回日本老年学会会長を務めた。令和5年(2023)には、第3代理事長である鳥羽研二先生が第12回アジア・オセアニア老年学会(横浜)の会長を務められる予定である。

日本老年医学会は、わが国の老年医学に進歩に貢献した人を表彰するために、世界に先駆けて老年医学の重要性に着目し、わが国の老年医学の研究、教育のパイオニアとなられた尼子富士郎先生のお名前を冠した尼子賞を平成28年(2016)に設けた。尼子賞の第1回(平成28年)は折茂 肇第5代院長、第2回(平成29年)は小澤利男第4代院長、第5回(令和2年)は井藤英喜第7代院長、第2代理事長が受賞している。

さらに当センターの医師、歯科医師、研究所職員が、日本老年医学会、日本老年歯科学会、日本老年学会、日本基礎老化学会、日本老年社会学会、日本老年精神医学会、日本認知症学会など、我が国の老年医学、老年学を牽引している老年学関連諸学会の役員、各種委員会委員を務めている。

また日本老年医学会はGerontology Geriatrics Internationalおよび日本老年医学会誌を発行しているが、毎年掲載論文の中から3論文程度を優秀論文として表彰している。これら2誌の優秀論文にセンター職員の論文が毎年の如く選ばれている。また、日本老年医学会および老年学関連の諸学会の多くは、総会での発表演題の中から優れた演題を表彰する制度を持っているが、そこでもセンター職員が多数表彰されている。

上記のような事実は、当センターが我が国の老年学、老年医学の発展に大きく貢献していることを示している。

センター病院において行われた主要な研究

①創成期―「村上イズム」の時代―開設後の10年

初代院長村上元孝先生は、内科学全般に極めて博学な先生であった。回診後、先生から受け持ち患者に関連する最新の論文を渡され、勉強するようによく言われたものである。村上先生は「これからの老年医学を開拓するため、全員が勉強に励む、大学病院に負けない病院にしたい」と常々言っておられた。また、常識を疑うこと、徹底した臨床観察を行うこと、徹底した検査による診断と病態把握、それに基づいた治療、また詳細な記録を

残すことの重要性を回診やCPCで再三強調されていた。

冠動脈拡張薬として開発されていたカルシウム拮抗薬に優れた降圧作用のあることを金沢時代の村上先生が見出されたが、養育院附属病院に来られてからは種々の臨床試験を実施され、1980年代にカルシウム拮抗薬が降圧薬として市販されるにいたる契機をつくられた。

また、村上先生と共に金沢から来られた研究所臨床第2生理研究室長の松田　保先生[昭和59年(1984)に金沢大学医学部第三内科学教授にご栄転]は凝固・線溶系の検査を精力的に行い、わが国で初めて作成されたDIC(播種性血管内凝固症候群)の診断基準である厚生省DIC診断基準(1979年)作成に大きな役割を果たされた。この基準を模して2001年に国際血栓止血学会(ISTH)がDIC診断基準を作成している。実に、わが国のDIC研究、当センターのDIC診療レベルは、世界より20年進んでいたとも言える。

私の属した内分泌科では高浸透圧高血糖状態の症例を多数診療した。当時、今では考えられないことであるが夜間の検査は医師がするという体制であったので血糖、浸透圧、ケトン体、電解質などを内分泌科の医師が手分けして検査し、半生食水なども自身で作成し治療にあたったが、これもまた懐かしい思い出である。高浸透圧高血糖状態の多数例の解析から、高齢者の軽・中等症患者に発症しやすいこと、多彩な神経症状がみられること、言われているほどカリウム不足は顕著でないことなどを明らかにした。また、内分泌科では骨粗しょう症の病態解明のために、PTHやcyclic AMPなどのRadioimmunoassayを白木医師を中心に医師自らが実施し、研究をすすめていたのも懐かしい思い出である。

消化器科では、非ステロイド性消炎鎮痛剤による胃潰瘍の多発が問題となり、高齢者においてその投与は慎重であるべきということの契機となった。

②高齢者の医学的特徴の追求時期―1980年代～1990年代前半

1980年代は、高齢者における疾患の医学的特徴、治療において留意すべきことなどについての研究が盛んにおこなわれた。

高齢者に偽膜性腸炎が多発すること、偽膜性腸炎は抗菌薬投与により生じたClostridium difficileの増殖によることが1970年代後半に明らかになったが、当センターでも偽膜性腸炎が多発し、その研究が稲松孝思、島田　薫医師を中心に進められ、抗菌薬の投与方法、投与時の種々の注意点を明らかにした。

循環器科を中心に、剖検例を用いて生前の種々の臨床所見と剖検時の所見を比較する臨床病理学的研究が盛んにおこなわれた。神経内科においても山之内博医師を中心に剖検例を用いた脳血管障害、Binswanger型進行性血管性白質脳症などの研究が行われた。内分泌科においても、井藤らが剖検例を用いて糖尿病では動脈硬化が非糖尿病と比較し約10年早く進行すること、原因不明とされた高齢者糖尿病の心不全のほとんどは冠動脈狭窄で説明できることなどを明らかにした。

その頃、内科の各診療科で高齢者における治療薬の治療効果、適正用量に関する研究が盛んにおこなわれるようになった(循環器科では降圧剤、冠拡張薬、神経内科では抗パーキンソン病薬、血液科では抗腫瘍薬、内分泌科では骨粗鬆症治療薬、脂質異常症治療薬、感染科では抗菌薬など)。この中で、内分泌科白木、折茂医師たちが開発に深く関わった骨粗鬆症治療薬グラケーが1987年に、エルシトニンが1992年に保険収載され広く用いられることになったことは特筆すべきであろう。

1985年に在宅酸素療法が保険収載され、呼吸器科(木田厚瑞医師)がいち早く呼吸器科の総力を挙げて取り組み数百例の症例で在宅酸素療法を実施し、我が国の在宅酸素療法の中心施設の一つになると同時に、高齢者における在宅酸素療法の有用性を示した。

また、その頃は医師の多くが基礎研究も行っていた。内分泌科では中尾(林)純子、故大山俊郎医師らが、動脈中膜の血管中膜平滑筋細胞が遊走すること、アラキドン酸代謝産物である12-hydroxyeicosatetraenoic acidが一つの中膜平滑筋細胞遊走因子であることを世界に先駆けて明らかにした。井藤は加齢に伴う標的細胞の反応性について検討し、加齢とともにインスリン、カテコラミンなどに対する標的細胞・臓器の反応性が低下すること、その機序としてホルモン受容体以後のシグナル伝達系の加齢に伴う機能低下が考えられることを明らかにした。また高橋龍太郎医師が食事中の脂肪酸組成と体内のアラキドン代謝との関係について研究した。

③高齢者に特有な障害の重要性に関する研究の黎明期　1990年代

平成5年(1993)小澤利男先生が第4代院長に就任された。小澤先生は高齢者の医療では、ADL、認知機能低下など自立した生活を困難とする障害(生活機能障害)の有無を総合的に評価すること(高齢者総合機能評価、Compressive Geriatric Assessment：CGA)の重要性を指摘された。先生の方針により、カルテは疾患のことだけではなく生活機能障害の評価も詳細に記載する方式にかわり、当センターの医師も徐々に生活機能障害に関心を持つようになった。

CGAの有効性を検討する目的で、平成6年(1994)には、わが国で初めてのCGA病棟が設けられ高橋龍太郎医師が医長に就任し、CGAに基づいたケアが心不全の再入院の抑制につながることが明らかにし、CGAの有効性を立証した。CGAの実施には医師、看護師のみでなく、医療ソーシャルワー、臨床心理士、理学療法士、管理栄養士、薬剤師などが分担して当たることが必要であり、その後の当センターにおけるチーム医療の礎を築いたといえる。

その後、生活機能障害の存在が心不全のみでなく、脳卒中、心筋梗塞といった動脈硬化性血管障害、認知機能低下、うつ状態、QOL低下、ひきこもりなどのリスクになることも当センター病院や研究所の研究で明らかにされている。これらの事実は、高齢者の医療は高齢者に特有かつ多発する生活機能障害の有無やその予防を考慮に入れた医療であるべきことを示した結果といえる。高齢者医療には成人への医療とは異なった視点が必要であり、ここに高齢者医療の専門性の一つがあることが明らかになってきたのである。

④高齢者専門の急性期病院を追求した時代、同時に慢性疾患の治療に関するエビデンスづくりのための研究が行われた時代　2000～2015年頃

1997年(平成9年)に折茂　肇先生が第5代院長に就任された。折茂先生は、都の財政状況もありセンターの収支改善をまず目指された。当時、わが国では2000年に介護保険が創設され、病院の機能分化が図られることとなっていた。当センターは、急性期から慢性期までのすべてをカバーする病院から、急性期病院として機能することを目指すこととなった。その結果、折茂院長着任前の平成8年度の平均在院日数:42.5日、救急患者:年間4,301人、救急車受入台数:年間1,214台から、5年後の平成13年度には平均在院日数:23.0日、救急患者:年間7,839人、救急車受入台数:年間3,273台と、在院日数は約半減、救急患者の受け入れ数は倍増、救急車の受け入れ台数は3倍となった。のんびり、じっくりという診療スタイルから、次々と入院してくる患者さんをてきぱきと診療するというスタイルとなり、非常に緊張感の強い、繁忙な病院となったのである。高齢者を種々の基礎疾患をもっており、肺炎などの呼吸器急性疾患、尿路感染症、種々の動脈硬化性血管障害などの急性疾患の罹患率が高く、それらの疾患の診療に当たったため地域での当センターの存在感は急速に高くなった。急性期病院の運営には、地域連携(病診連携、介護施設との連携など)が重要である。板橋区、板橋区医師会とはもちろんであるが、練馬区、練馬区医師会、豊島区、豊島区医師会、北区、北区医師会とも頻回に会議を重ね、行政、医師会とともに地域連携を推進した。

繁忙な病院となった結果、医師が基礎的な研究も行うという従来のスタイルの維持は極めて困難となった。基礎的な研究には裏付けとなる多くのデータが要求されるようになり、臨床の合間にというスタイルでは間に合わなくなってきた。したがって、その頃より基礎的な研究を志向する場合は一時研究所に移籍することが多くなり、病院では臨床研究に注力する診療科が増えてきた。

1990年頃から、エビデンスの基づいた医療(EBM:Evidence-based Medicine)ということが盛んに論議されていたが、日本人とくに高齢者を対象とした多施設大規模前向き臨床試験はほとんど実施されていなかった。そこで、当センター内分泌科井藤、荒木らが中心となって、高齢者高コレステロール血症に対するスタチンの動脈性血管障害予防効果を検討したPATE（ Pravastatin Anti-atherosclerosis Trial　in the Elderly)研究、高齢者糖尿病を対象とした血糖、脂質、体重管理と血管障害やADL,認知機能などとの関係を検討した J-EDIT（ Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial)研究といった高齢者を対象とした全国規模の多施設大規模前向き臨床試験が行われた。PATE研究の成果は、日本動脈硬化学会の1997年以降の高脂血症(後に脂質異常症へと名称変更された)治療ガイドラインに、またJ-EDIT研究の成果は2017年以降の高齢者糖尿病診療ガイドラインに反映され、日本人高齢者の生活習慣病診療の進歩に大きく貢献した。J-EDIT研究では、ADL低下、認知機能低下、低栄養が生命予後と密接に関係すること、身体活動量の低下が脳血管障害のリスクとなること、血糖値と脳血管障害発症の間にはJ-カーブ現象のあることなどを明らかにした。また、栄養学的な多くの検討を行った。 また、井藤、荒木は成人糖尿病を対象とした JDCS (Japan Diabetes　Complication Study)という全国規模の介入試験も行っており、J-EDITとJDCSのデータを統合し幅広い年齢層を対象とした解析を行うということもした。これらの研究から得られた成績は、ADLや認知機能を考慮して血糖管理目標を定める、高齢者糖尿病の治療に当たっては血管合併症のみならず生活機能障害の発症予防という視点が重要である、とする今日の我が国の高齢者糖尿病診療ガイドラインに反映されることとなった。

J-EDIT研究は、高齢者糖尿病の診療ガイドラインについて日本糖尿病学会と日本老年医学会が合同委員会で

論議し統一見解をだした。その後、各種生活習慣病の治療について複数の学会が合同委員会で議論し統一見解を出し混乱をさけるというスタイルの先駆けとなった。

当センターで実施された高齢者高血圧、心不全に関しての蔵本、桑島、原田医師らの一連の臨床研究、骨粗鬆症に関する白木、細井医師らの一連の臨床研究は、我が国の高齢者高血圧、高齢者心不全や骨粗鬆症の診断・治療ガイドラインに生かされた。

⑤生活機能障害の研究　2015年～

J-EDIT研究で明らかになったように高齢者の医療においては、疾患自体の治療に加えて、ADL低下や認知機能低下を考慮に入れた治療目標の設定、またADL低下や認知機能低下を予防するための配慮が重要である。2014年に日本老年医学会がフレイルの定義を公表し、フレイルの早期発見と、その治療介入の重要性がクローズアップされた。

当センターでは、2015年に糖尿病・代謝・内分泌科、循環器内科が中心となり診療各科の協力のもとフレイル外来が開設され、フレイルに関する集学的な診療が開始された。さらに、2020年から鳥羽理事長のリーダーシップの下、病院と研究所の総力をあげて認知症やフレイル、プレフレイルの研究を推進する目的で、認知症未来社会創造センター、東京都介護予防・フレイル予防推進センターが開設された。

研究所の研究成果を臨床にできるだけ早く計画的に導入する、臨床データを蓄積し研究すべき問題点を明らかにし新たな研究を計画するといった作業が、迅速かつ効率的に行える体制が整いつつある。これらのシステムが、うまく動き、我が国、そして世界の高齢者に資する研究成果が当センターから出ることを期待している。

今後の課題

当センターは、高齢者にとって最良の医療とは何かを追求し、それを実践することをミッションとしている。開設当初は、急性期から慢性期まで患者さんの診療にあたり、同じキャンパス内に存在する老人ホーム、特別養護老人ホームなどと協力し自己完結的に高齢者の医療、介護を連結することが志向された。しかし、高齢者の増加とともに、介護保険制度、後期高齢者医療鮮度などが創設され、病院の機能分化、介護施設と病院の連携などが図られる時代を迎え、当センターは急性期病院であることを選択し、慢性期の医療や介護は地域連携機関と共同で行うこととなった。

研究面では、センター開設当初は、これほどの規模の高齢者専門病院はなかったことから当センターのデータが、我が国の高齢者医療のデータベース的意味合いをもつことから、連続剖検例の解析や臨床データの解析が盛んにおこなわれた。1990年代半ばから、ADL低下や認知機能低下といった生活機能障害への関心が高まり、それらと疾患との関係、それらをもつ場合の疾患治療のあり方などに関する研究が盛んにおこなわれ現在に至っている。

高齢者医療におけるevidenceづくりには大規模前向き臨介入床試験が重要であるが、高齢者の大規模臨床試験においては他疾患で死亡することによる結果の不明瞭化ということが大きな問題となる。最近公表された75歳以上であってもコレステロール低下療法が血管障害の発症予防に有効という我が国で実施されたEWTOPIA75研究（大内尉義、井藤英喜ら）の成績は、75歳以上になってもまだまだ元気な、長生きする高齢者が増加したことを反映した結果といえる。平均寿命や高齢者の生命予後の延伸、元気な高齢者の増加が今後も継続することが予想されるが、このことは同じく高齢者といっても時代とともにさらに高齢者の身体機能や認知機能は変化していくであろうことを予想させる。その意味で、高齢者の医療の在り方は時代とともに変化せざるを得ないこと、医療の在り方の変化の契機となるevidenceの蓄積が必要であることを示している。高齢者医療の進歩には研究の推進が不可欠なのである。

最近、我々は研究所の田久保部長との共同研究で剖検例を用いて膵臓β細胞のテロメア長を測定し、老化と糖尿病との関係について検討した。その結果、老化とともに膵臓β細胞のテロメア長は短縮し、糖尿病、同じく糖尿病であっても高血糖の程度が強いほどテロメア長の短縮はより顕著なことを見出した。言うまでもなくテロメア長は一つの老化指標であることを考えると、老化は糖尿病を促進し、糖尿病は老化を促進することとなり、糖尿病と老化との間に密接な関係のある事が示唆された。今後、老化と高齢期に発症する疾患の関係を細胞老化という観点から研究することは一つの大きな研究課題になると考えられる。また、ビッグデータを使った現状分析と、課題整理、問題点の把握と解決策の模索といったことも重要な研究課題になると考えている。

さらに、超高齢化社会、後期高齢者の増加などを背景に、フレイル、認知症の機序解明、予防法、それらを有する高齢者のケアのあり方などについての研究が必要となる。それらの研究において当センターは十分な経験の蓄積と人材がおり、それらを有機的に結びつける機構として認知症未来社会創造センター、介護予防・フレイル予防推進センターが開設されたが、それらを中心に当センターにおける研究がさらに進展することが期待される。

3 東京都健康長寿医療センター病院の理念、運営方針の変遷 ―研究所との関係も含めて―

名誉理事長　井藤英喜
理事長　　鳥羽研二

1. はじめに

東京都健康長寿医療センターは令和4年に創設50年周年を迎えた。現在、東京都健康長寿医療センターは東京都老人医療センターと東京都老人総合研究所が合体した地方独立行政法人として運営されている。東京都健康長寿医療センターが歴史を刻んだ50年は、わが国の高齢化が進展し、医療制度が、また科学技術の進展により大学、大学内外の諸研究機関の研究体制が大きく変わった時期でもあった。このような変化を踏まえて、東京都健康長寿医療センターの理念や運営方針も変化してきた。本稿では、東京都健康長寿医療センターの理念と運営方針の変遷をたどり、わが国の医療や研究を取り巻く環境の変化が当センターの理念や運営方針の変遷にどのように影響を与えてきたかを見てみたい。

2. 開設時の理念、運営方針

昭和47年(1972)、東京都老人総合研究所と同時、かつ同じキャンパス内に、高齢者医療の専門病院である養育院附属病院が開設された。当時のわが国の高齢化率は7%程度であったが、都内の”寝たきり老人”が約30,000人に増加し、これら”寝たきり老人“への十分な医療が行われていないこと、また将来的に高齢者が増加することが予想されていたに関わらず国レベルでは十分な対策も取られていないことが問題とされ始めていた。

革新知事として一世を風靡した美濃部亮吉東京都知事は、東京都における高齢者への医療、高齢者への福祉を充実させる目的で、研究所を附置した大規模な老人専門病院をつくることを、都知事就任2年目の昭和43年(1968)に「東京都中期計画1968～いかにしてシビルミニマムに到達するか～」の中で表明した。

「養育院附属病院（増改築）及び老人総合研究所建設計画概要」において老人専門病院の建設目的は、次のようにまとめられている。

老人の疾病

高度成長下における東京の過密化によるひずみは最も弱い老人に住宅、保障、就労、孤独など重くのしかかっており、 なかんずく健康に対する不安が最も大きい。従って老年開発という面からも保健対策の充実と医療の確保が重要である。このことは昭和44年(1969)総理府が実施した「老後の生活に関する世論調査」でも明らかにされている。 老人が生理的加齢により疾病が増大するのは自然の摂理であるという事実は否定できないが、その保健、医療は重要であるにもかかわらずわが国における対策はきわめて立遅れている状況にある。

老人専門病院の設置の必要性

わが国における老人福祉対策は主として生活保護老人の救済を基調として発展してきており、従って老人の専門病院は老人ホームに併設され施設内老人のみを対象としてきた。 昭和38年(1963)老人福祉法制定を契機に特別養護老人ホームが創設されたが、寝たきり老人をかかえた一般家庭からの収容希望者も増加し将来ますます需要の増加の傾向を示している。 しかしながら、特別養護老人ホームは病人を想定した医療施設として設置されたものではなく、また老人医療を代替できるものではない。本来医療は患者の社会的、経済的事由により入院を左右されるものではなく、その病状に適応した医療が給付されるべきであるが、我が国の一般医療施設は主として社会保険診療報酬を収入の大半とした「採算的経営」であるため、都内の二万人を超える寝たきり老人のうち、 老人性痴呆や失禁などの合併症をもつ老人に対して、ほとんどの病院がその門を鎖さざるを得ない状況にある。現在寝たきり老人で緊急入院等を必要とする者は6,000人をこえ、しかも、その大部分のものが病気あるいは病弱者であることから、都としては、これらの患者を収容するための病院を緊急に実現する必要にせまられている。

医療制度の中で、民間の診療機関と、公的病院の機能分担を考えるとき、老人病院のような「不採算的医療」は、国や地方公共団体で設置すべきであるという要望があったにも拘わらず、今日まで一般都民に開放する公立病院が存在しなかったことは、むしろ不合理かつ、遅きに失したと言うべきであろう。(昭和46年(1971)9月「養育院附属病院（増改築）及び老人総合研究所建設計画概要」 1-2頁、「養育院百年史、608-609頁)

東京都は、上記目的を達成するため、老人特有の病気、心身機能の減退に対処し、適切な治療及びリハビリテーションを行うため、老人福祉の理念に基づく相当規模の老人専用の病院を養育院本院敷地内に建設すること、

また病院の臨床研究部門と密接な連携のもとに、老人病、老化に関する研究、老人心理学、老人社会学など老人問題に関する総合的な研究を行うための老人総合研究所を附置することとしたのである。

しかし、老人病院、老人総合研究所の設立は、スムースに進行したわけではない。選挙公約にある自民党都議が選挙公約として東京都立老人病院の建設反対を表明したことを契機に板橋区医師会が

①板橋区は公害地区で医学的見地から老人によくない
②老人病というものは本来なく成人病の延長であり従って現在の成人病施設でよい
③大震火災、非常災害時における避難など処理に問題があること
④開業医の生活権、営利が圧迫されること

などの理由で老人病院の建設に強く反対した。

また、東京都医師会も、「東京都の都立病院設立計画は非科学的非近代的であり、これをそのまま実施に移す時、医療のシビルミニマムの達成は望むべくもなく血税の浪費に終わることは明白である」として反対陳情書が養育院長宛てに提出された。

一方、板橋社会保障推進協議会、板橋区労働組合連合会、都職労養育院支部、板橋区議会から区議会議長名で「老人病院建設促進に関する要望書」が都に提出されるなど、老人病院建設に関し大きな論争が巻き起こった。

その後、東京都医師会は、医療福祉関係の各審議会からの医師会側委員の総引き揚げなどの方法で反対運動を展開したが、昭和45年(1970)3月に至り、

①名称は従来どおり養育院附属病院とし老人病院の名称は用いない
②外来は原則取り扱わない
③入院は老人福祉施設において医師が必要と認めた者および医師の紹介した患者のみとする
④養育院長は、その建物および運営については地区医師会を含めた協議会を設置し毎月1回開催するものとするという条件で医師会と和解が成立した。

(「養育院百年史」 609-613頁)

また、都庁内でも、老人病院の所管を、都立病院を所管する衛生局にするか、老人施設を運営している養育院にするかについての議論が起こり、最終的に各種老人施設を運営している養育院に高機能の病院が加われば より有機的な運営ができる、老人医療は不採算医療であり都立病院が目指している独立採算は難しい、老人医療は老人福祉の一環であり社会福祉の立場に立った運営ができる等の理由から、病院、研究所共に養育院が所管し、各種老人施設のある養育院本院敷地内(板橋キャンパス)に建設することとなった。

(「養育院百年史」 607頁)

最終的に「養育院内老人病院および老人総合研究所建設委員会」の討議を経て、病院および研究所の機能、規模、対象等は次のように決定された。

(1)病院

①機能

1. **老人に完全な診療を行う**
2. **老人病と老人医療の開発機能**
3. **教育病院としての機能**

の3つの機能をもつ

(「養育院120年史」155～157頁)

②規模

入院規模　753床
　急性病床　228床
　慢性病床　406床
　リハビリ病床　119床
外来規模　250人
　原則として一般外来は取り扱わない
　退院患者でリハビリを主とするもの
　開業医等の紹介患者
　別に院内特養および養護老人ホーム対象
職員総数653人(看護師、検査　技師などの医療技術者489人)

(「養育院百年史」、617-618頁)

(2)研究所

①**病院と密接なる連絡を保ちながら医学的見地からのみならず、老人心理、老人社会学などを総合的に研究し、都の老人福祉対策を推進するための科学的背景を明らかにする**
②研究部門は、生物学部、基礎病理学部、臨床病理学部、生化学部、薬理学部、生理学部、栄養学、心理学部、社会学部、疫学部、リハビリテーション医学部、看護学、総合研究部の13部門
　職員数196名

(「養育院百年史」618頁、「養育院120年史」160頁)

研究所は東京都老人総合研究所、病院は養育院附属病院という名称となり、それぞれ昭和47年(1972)4月および5月に稼働を開始した。病院は、紹介のあった”寝たきり老人“も含めた高齢者に急性期から慢性期までの幅広い医療を提供した。

3. センターを取り巻く環境の変化

高齢者医療の在り方は医学の進歩のみならず、医療制度、介護保険制度などの社会制度や社会の高齢者に対する考え方などからも大きな影響を受ける。わが国では平成12(2000)年に介護保険制度が創設され、介護が福祉措置から契約による介護に、家族、病院、福祉施設による介護から

介護専門職、介護施設による介護になった。

さらに、医療費の約5割を公費で，約4割を若い世代が負担し、高齢者自身の負担を約1割に抑えることとした後期高齢者医療制度が平成20（2008）年に創設された。これらの制度により高齢者は、極めて少ない自己負担で医療を受けられるようになった。これらの制度改革と同時に、医療機関の機能分化が図られ、一つの病院が高齢者の急性期から慢性期までの全ての期間をカバーするという診療スタイルから、急性期は急性期病院、慢性期は慢性期病院あるいは介護保険施設へと機能分化が図られた。また、それ程の医療支援が不要な場合は介護施設や在宅へという流れが作り出されてきた。

1990年代以降、東海大学医学部附属病院安楽死事件、2人の患者を取り違えて手術をした横浜市立大学附属病院事件、消毒液を血液凝固阻止剤と取り違え点滴し死亡に至らしめた都立広尾病院事件など深刻な医療事故が大きな社会問題となり、医療への不信が大きく広がりをみせた。医療不信を克服するため、医療事故防止、医用安全体制を整え、十分な説明と患者さん本人の納得（インフォームドコンセント）に基いた医療の実施が求められるようになってきた。

最近では、要介護状態となっても高齢者が住み慣れた地域で生活できるように、高齢者に必要な医療、介護、予防、住まい、生活支援機能を、団塊の世代が75歳に達する2025年を目途に各地域が整備するといういわゆる地域包括ケア体制の構築が急がれている。当センターも当センターが地域において発揮すべき機能の明確化と、地域との連携が最重要課題の一つとなってきている。

また、当センターの運営は、直営時代はもちろんであるが、地方独立行政法人になっても多額の財政的支援を東京都より受けている。このような財政的支援について、赤字垂れ流し、親方日の丸的運営はけしからん、研究所は都が持つべき施設であるのかといった批判がなされ、なぜ財政的支援を必要とするか、財政的支援をするメリットはなにか、研究所を都が支援することがなぜ必要なのかを納税者、都民へ説明することが求められるようになってきている。

財政の観点からいうと、わが国は保険制度の下で医療がおこなわれているが、保険点数は一貫して急性期により保険点数が高く配分され、介護保険制度が出来て以降その傾向が加速されてきた。したがって、病院の財政を改善しようとすると、より多くの患者を紹介してもらう、より多くの急性期疾患を診療する、より高密度な医療を実施する、在院日数をできるだけ短縮するといったことが必要となる。そのためには、地域との連携、当センターとは異なる役割分担をもつ他病院や介護施設との連携を推進することが必要となってきている。

研究の面においては、臨床データの利用、新薬の開発時の治験、研究所における調査、研究時などの被験者へのインフォームドコンセント（説明と同意）が、1980年代以降、年々より厳密な形で求められるようになってきた。また、遺伝子の扱い、遺伝情報の扱い、あるいは知的財産の管理などについても、年々より、厳密な管理が必要となってきている。基本的には、科学的に確実な研究成果を得る体制の構築と、被験者の権利擁護と個人情報保護をより確実に保証する体制作りが求められてきたのである。

以上のような高齢者医療、老年学研究を取り巻く環境や制度の変化に伴い東京都健康長寿医療センターの理念、運営方針も変化してきた。そこで、次に主に病院のものになるが、東京都健康長寿センターの運営方針、理念の変化を示し、センターがたどってきた歴史を振り返ることとする。

4. センター年報にみる理念、運営方針の変化

（太字、下線部：新たに加わった項目を示し、その時代に医療、研究に新たに求められたことを反映している）

東京都健康長寿医療センター病院（当初の施設名；養育院附属病院）の運営に関して、昭和47年（1972）～昭和52年（1977）については年報がなく、昭和53年（1978）～昭和54年（1979）については、年報はあるが医事統計のみが記載されている。昭和55年から病院年報がつくられるようになったが、昭和55年（1980）から昭和58年（1983）までは、設置目的、運営方針などについての記載はなく、昭和59年（1984）度版病院年報においてはじめて、病院の性格、病院の特色が掲載されている。それをみると、計画段階で示された、（1）老人に完全な診療を行う、（2）老人病と老人医療の開発機能、（3）教育病院としての機能を持つ病院として運営されていたと考えられる。

村上元孝初代院長は、「東京都養育院附属病院　医局10年の歩み（昭和四十七年～五十七年）」において、”**勉強のできる、勉強する病院**に育てあげる、 **診療レベルを少なくとも大学病院の診療レベルに勝るとも劣らぬレベルにまで上げ、さらに研究まで手をのばす病院とすることを目標とし、10年で**かなりの診療レベルに達して、研究面でもかなり特異な面がでてきた“と、開院以来の10年を回顧している。

尚、当初より運営協議会を設置し、関係諸機関（地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、行政、患者代表など）

の意見を病院の運営に生かすという体制が構築された。

1)昭和59年(1984)度版年報

(1)附属病院の性格

①老人福祉の理念に基づき、老人特有の病気や心身機能の減退に対処し、適切な治療とリハビリテーションを行う専門病院とする

②老人医療の向上に寄与するため、老人総合研究所と密接な連携のもとに、研究および教育を併せ行うものとする

③専門医療を実施すると同時に、総合的、体系的な治療が可能となるように産科、小児科を除く全専門科別に分けて診療・病棟運営を行う

(2)病院の特色

①都内に居住する65歳以上の老人を対象に、高度な専門的医療を行うこと

②養育院の各ホームに在住する利用者の医療及び健康管理を担当すること

③東京都医師会との間で交わされた附属病院運営に関する合意事項を遵守して運営を行うこと

④一般会計予算により運営していること

(3)診療対象

原則として65歳以上の者とし、下記からの紹介患者とする

①開業医等からの紹介患者

②養育院以外の社会福祉施設利用者

③養育院の各ホームに在住する利用者

2)昭和60年(1985)度版年報

外部の関係機関と連携し、老人医療に関する**知識の普及、啓発、情報提供**といった項目が設置目的に初めて加わる。また、**地域医療機関と連携**し、医療を行うという項目も初めて加わった。

(1)病院の設置目的①老人福祉の理念に基づき、老人特有の病気や心身機能の減退に対処し、専門的医療を行う

②老人医療の向上に寄与するため、老人総合研究所と密接な連携のもとに、研究および教育を併せ行う

③**外部の関係機関と連携し、老人医療に関する知識の普及、啓発、情報提供などを行う**

(2)病院の運営方針

①**地域医療機関と連携し、**都内区部に居住する65歳以上の老人を対象に、専門医療を行う

②養育院の各ホームに在住する利用者の医療及び健康管理を担当する

③ **臨床と研究の一体化**を図り、老人医療に関し先駆的・開発的役割を果す

④**研修医等医療従事者の教育訓練、公開講座の開催、情報センターの公開、関係機関への専門技術者の派遣等教育・普及活動を行う**

(3)病院の特色

①老人医療に関し、先駆的、高度専門・中核的機能を担っていること

②診療機能のほか、**研究**・教育、普及・啓発などの支援的機能を有すること

③養育院所管の老人総合研究所、老人施設などと一体的に運営されていること

④診療は、紹介制により専門医療を実施すると同時に、総合的・体系的治療が可能となるように診療部制のもとに各専門科別に分けて行っていること

⑤一般会計を適用していること

⑥運営協議会の設置

当センターの運営にあたり、関係諸機関との密接な連携を図るため、諮問機関として、委員数15名により老人医療センター運営協議会が設置されている。

3)平成7年(1995)度版年報

昭和61年(1986)から、病院名が養育院附属病院から東京都老人医療センターに改称　されたため、年報も”病院年報“から“東京都老人医療センター年報”と改称された。

昭和61年(1986)度版年報から平成6年(1994)度版年報までは昭和60年(1985)度版年報と同様の病院の設置目的、運営方針、特色が記載されている。

平成7年(1995)版年報から平成11年(1999)度版年報までは、平成7年(1995)に改定された設置目的、昭和60年(1985)度版年報と同様の運営方針、特色が記載されているのに加えて、東京都福祉保健局養育院が運営している東京都健康長寿医療センター(当時の名称:東京都老人医療センター)と東京都多摩老人医療センター(現在の名称:財団法人東京都保健医療公社　多摩北部医療センター)の2つの病院に共通する**養育院医療センター運営基本方針**が記載されている。

養育院医療センター基本方針の中で、**住民の権利意識の高揚、インフォームド・コンセント、総合機能評価、患者サービス、災害対策**といった項目が初めて加わった。地域の医療機関のみならず**福祉サービス機関との連携、行政的医療、患者サービス、災害対策**といったことが初めて記載された。

(1)病院の設置目的

老人[平成8年度(1996)年報からは”老人“ではなく、”高齢者”と記載されている]のための専門的医療及び養育院の各ホーム入所者で医療を必要とする者の診療を行いあわせて老人医療等についての知識の普及および啓発を図る。

(2)病院の運営方針
①地域医療機関と連携し、都内区部に居住する65歳以上の老人を対象に、専門医療を行う
②養育院の各ホームに在住する利用者の医療及び健康管理を担当する
③老人総合研究所と密接な連携のもとに臨床と研究の一体化を図り、老人医療に関し先駆的・開発的役割を果す
④医師等医療従事者の教育訓練、公開講座の開催、情報センターの公開、関係機関への専門技術者の派遣等教育・普及活動を行う
(3)病院の特色
①老人医療に関し、先駆的、高度専門・中核的機能を担っていること
②診療機能のほか、研究・教育、普及・啓発などの支援的機能を有すること
③養育院所管の老人総合研究所、老人施設などと一体的に運営されていること
④診療は、紹介制により専門医療を実施すると同時に、総合的・体系的治療が可能となるように診療部制のもとに各専門科別に分けて行っていること
⑤一般会計を適用していること
(4)運営協議会の設置
当センターの運営にあたり、関係諸機関との密接な連携を図るため、諮問機関として、老人医療センター運営協議会が設置されている
(5)養育院医療センター運営基本方針の策定
近年、急速な高齢社会への進展や**住民の権利意識の高揚**などによって、老人医療センター及び多摩老人医療センター(以下「養育院医療センター」を取り巻く医療環境は大きく変動している。
このような状況の中、直面しているさまざまな課題に早急に対応するため、養育院では、平成5年(1993)12月に養育院医療センター運営基本方針策定員会を設置し、平成7年(1995)3月に運営基本方針を策定した。
今後、老人医療センターは、この基本方針に基づき、運営の充実を図っていく。

養育院医療センター運営基本方針
[平成7年(1995)3月]
①都における高齢者医療の中核的医療機関として、**インフォームド・コンセント**を基調に、**総合機能評価**に基づく全人的医療を実施する
②地域の医療機関並びに**福祉サービス機関との連携**をもとに、都内に居住する高齢者を対象に、**高度・専門並びに行政的医療**を実施する
③養育院の各ホームに在住する利用者の健康管理および医療を実施する
④(財団法人)老人総合研究所と密接な連携のもとに、臨床と研究の一体化を図り、増大する高齢者医療の需要に対する質的向上をめざす
⑤都民から信頼され、安心してかかれる病院として**患者サービス**の一層の向上を図るとともに、**災害対策**に万全を期す

4)平成14年(2002)度版年報

平成7年(1985)度版年報から平成11年(1999)度版年報までは、平成7年(1995)度版年報と同様の病院の設置目的、病院の運営方針、病院の特色、運営協議会に設置、養育院医療センター運営基本方針の策定が記載されている。しかし、平成12、13年(2000, 2001)度版年報では、東京都多摩老人医療センターが2002年に東京都福祉保健局養育院から財団法人東京都保健医療公社に移管されることが決まったため、養育院医療センター基本方針が削除された。
平成14年(2002)度版年報からは、**センターで実施している医療の特色**が初めて明記された。平成12年(2000)から介護保険制度が実施され、高齢者の医療・介護が大きな関心を集めることとなった。それを受けて、**高齢者のQOLを考えた全人的、包括的な高度専門医療の提供、チーム医療、地域の医療および福祉施設との連携、地域の高齢者の健康は地域全体で守る**といったことが設置目的、特色、運営方針に加えられた。また、クリニカルパスに基づく安全かつ効率的な医療を実施すべきことが明記された。

(1)設置目的
高齢者のための高度専門的医療及び福祉局所管の高齢者施設入所者で医療を必要とする者の診療を行い、あわせて高齢者医療等についての知識の普及及び啓発を図る。
(2)運営方針
①高齢者の急性期を担う中核的な高度専門医療機関として適切な医療サービスを提供すること
②**高齢者の生活の質(QOL)を第一義的に考えた全人的・包括的な高度専門医療を提供すること**
③各臓器別診療科の横の連携を密にしたチーム医療を行うため、診療体系を整備すること
④地域の診療及び福祉施設との連携体制を強化し、充実すること
⑤東京都老人総合研究所との共同研究を推進し、得られた医学研究の成果を高齢者医療に役立たせること
(3) **特色**
① **全人的・包括的な高度専門医療**
・QOL(生活の質)を第一義的に考える医療
臓器別の高度専門医療を基盤とし、各科相互の密な連携のもとに総合的

な診療を行う。
患者の精神・身体的及び社会的背景を把握し、医療にあたる。
残存機能を活かし、寝たきりを防ぎ、人間らしい生活を維持する。
高齢者特有の症状に合わせた骨粗しょう症外来 物忘れ外来 ストマ（人工肛門）外来など特色ある専門外来を設置

②チーム医療体制

・専門の異なる各診療科の医師 看護婦 コメディカル（薬剤師・検査技師等）が協力し合うチーム医療を実施
高齢者の総合機能評価（CGA）を取り入れたチーム医療「脳卒中ユニット」、「骨粗鬆症ユニット」の設置
クリニカルパス（入院時の治療計画）に基づくチーム医療

③地域の医療及び福祉施設との連携

・地域の高齢者の健康は地域全体で守る

板橋区を含む周辺6区（板橋、北、豊島、文京、練馬 中野）の医療機関との連携
都立大塚病院、 都立豊島病院との連携
板橋構内及び地域の老人福祉施設との連携

④ 研究機関・教育機関としての役割

・老人医療センターは研究機関 教育機関として我が国の老人医学の発展に寄与

研究開発：発足以来東京都老人総合研究所との共同研究を継続し実施

人材教育：毎年、全国から多くの研修医を受け入れ現在まで34名の医学系教授を輩出

病理解剖を重視: 年間約200件の剖検により医療の質の維持・向上

5)平成16年(2004)版病院年報

運営方針の上位概念である**「理念」**が初めて明記された。組織としての理念を明確にすることにより、職員のやる気を引き出し、同時に社会的責務を自覚させることとしたのである。
患者本位という言葉で患者の権利を尊重した**質の高い医療サービスの提供**を提供する急性期病院として機能することを選択したこと、**クリニカルパス**の内容の充実、**医療事故の予防対策**を強化することが明記された。

（1）設置目的
高齢者のための高度専門的医療及び福祉保健局所管の高齢者施設入所者で医療を必要とする者の診療を行い、あわせて高齢者医療等についての知識の普及及び啓発を図る。
（2）理念
① **患者本位**で質の高い医療サービスの提供
② 高齢者に対する専門的医療と生活の質（QOL）を重視した全人的包括的医療の提供
③ 地域の医療機関や福祉施設との連携による継続性のある一貫した医療の提供
④ 診療科や部門・職種の枠にとらわれないチーム医療の実践
⑤高齢者医療を担う人材の育成及び老人総合研究所との連携による研究の推進
（3）運営方針
①**高齢者の急性期に対応する高度専門医療機関**として、早期診療、早期治療、早期リハビリテーションにより最大の回復に努める。
②高齢者の疾患の特色を踏まえ、**CGA（老年医学的総合機能評価）**を推進するとともに、**クリニカルパス**の内容充実に努める。
③地域医療機関とのネットワークを強化するとともに、地域の老人保健施設 福祉施設等との連携の推進により、退院患者の受け入れ先の確保に努める。
④**医療事故の予防**に向けて、防止対策の強化充実を図る。
⑤ 独自の老年医学研修プログラムに基づき、高齢者医療の確立・普及に必要な人材を育成する。
（4）特色
① 全人的・包括的な高度専門医療
・QOL（生活の質）を第一義的に考える医療臓器別の高度専門医療を基盤とし、各科相互の密な連携のもとに総合的な診療を行う
患者の精神・身体的及び社会的背景を把握し、医療にあたる。
残存機能を活かし、寝たきりを防ぎ、人間らしい生活を維持する。
高齢者特有の症状に合わせた骨粗しょう症外来 物忘れ外来 ストマ（人工肛門外来）など特色ある専門外来を設置
②チーム医療体制
・専門の異なる各診療科の医師・看護婦・コメディカル（薬剤師・検査技師等）が協力し合うチーム医療を実施。
高齢者の総合機能評価（CGA）を取り入れたチーム医療
「脳卒中ユニット」、「骨粗鬆症ユニット」の設置
クリニカルパス（入院時の治療計画）に基づくチーム医療
③地域の医療及び福祉施設との連携
・地域の高齢者の健康は地域全体で守る
板橋区を含む周辺 6区（板橋 北, 豊島、文京、練馬、中野）の医療機関との連携
都立大塚病院 、都立豊島病院との連携
板橋構内及び地域の老人福祉施設との連携
④研究機関 教育機関としての役割
・老人医療センターは研究機関 教育機関として我が国の老人医学の発

展に寄与

研究開発：発足以来東京都老人総合研究所との共同研究を継続し実施

人材教育：毎年、全国から多くの研修医を受け入れ現在まで34名の医学系教授を輩出

病理解剖を重視: 年間約200件(平成18年版 150件、平成20年版 100件)の剖検により医療の質の維持・向上

6)平成21年(2009)版年報(地方独立行政法人としての初めての年報)

センターの運営形態が東京都直営から**地方独立行政法人**に変わった。**「高齢者の健康増進、健康長寿の実現を目指し、大都市東京における超高齢社会の都市モデルの創造の一翼を担う」**という基本理念が示された。また、昭和56年(1981)10月以来、財団法人化され、地方独立行政法人開設直前には東京都高齢者研究・福祉振興財団により運営される形になっていた研究所が、病院と一体化される形で地方独立行政法人となった。その改組を受けて、改めて**研究所の運営方針**が示され、**病院と研究所がより密接な関係**をもって運営されることが明記された。

また、**患者の権利章典**が明記された。

(1) **基本理念**

センターは、高齢者の心身の特性に応じた適切な医療の提供、臨床と研究の連携、高齢者のQOLを維持・向上させるための研究を通じて、**高齢者の健康増進、健康長寿の実現を目指し、大都市東京における超高齢社会の都市モデルの創造の一翼を担う。**

(2)運営方針

① 病院運営方針

・患者さま本位の質の高い医療サービスを提供します。
・高齢者に対する専門的医療と生活の質(QOL) を重視した全人的包括的医療を提供します。
・地域の医療機関や福祉施設との連携による継続性のある一貫した医療を提供します。
・診療科や部門・職種の枠にとらわれないチーム医療を実践します。
・高齢者医療を担う人材の育成及び研究所との連携による研究を推進します。

②研究所運営方針

・東京都の高齢者医療・保健・福祉行政を研究分野で支えます。
・地域の自治体や高齢者福祉施設と連携して研究を進めます。
・国や地方公共団体、 民間企業等と活発に共同研究を行います。
・諸外国の代表的な老化研究機関と積極的に研究交流を行います。
・最先端技術を用いて老年病などの研究を行います。
・研究成果を公開講座や出版によりみなさまに還元しています。

(3) **患者の権利章典**

患者さまは、人間として尊厳を有しながら医療を受ける権利を持っています。 また、医療は、患者さまと医療提供者とが、 信頼関係に基づいてともにつくり上げていくものです。 当センターは、このような考え方に基づき「患者権利章典」を制定し、これを守り、患者さま中心の医療を実践していきます。 患者さまも、この趣旨をご理解いただき、自らの意志と責任で医療に参加してくださるようお願いいたします。

1 だれでも、どのような病気にかかった場合でも、良質な医療を公平に受ける権利があります。
2 だれもが、一人の人間として、その人格、価値観などを尊重され、医療提供者との相互の協力関係のもとで医療を受ける権利があります。
3 病気 検査、治療、 見通しなどについて わかりやすい言葉や方法で、納得できるまで十分な説明 と情報を受ける権利があります。
4 十分な説明と情報提供を受けたうえで、治療方法などを自らの意思で選択する権利があります。
5 自分の診療記録の開示を求める権利があります。
6 診療の過程で得られた個人情報の秘密が守られ、病院内での私的な生活を可能な限り他人にさらされず、乱されない権利があります。
7 研究途上にある医療に関し、目的や危険性などについて十分な情報提供を受けたうえで、その医療を受けるかどうかを決める権利と、何らの不利益を受けることなくいつでもその医療を拒否する権利があります。
8 良質な医療を実現するためには、医師をはじめとする医療提供者に対し、患者さま自身の健康に関する情報をできるだけ正確に提供する責任と義務があります。
9 納得できる医療を受けるために、医療に関する説明を受けてもよく理解できなかったことについて、十分理解できるまで質問する責任と義務があります。
10すべての患者さまが適切な医療を受けられるようにするため、患者さまには、他の患者さまの治療や病院職員による医療提供に支障を与えないよう配慮する責任と義務があります。

7. 第4期中期計画[令和5年(2023)～令和9年(2028)]の理念、運営方針

平成22年（2010）以後令和4年（2022）まで、平成21年(2009)と同様の理念、病院運営方針、研究所運営方針で、病院、研究所の運営が行われた。令和5年（2023）から地方独立行政法人としての第4期を迎えるにあたり、理念、運営方針が下記の如くに変更された。

令和４年（2022）に令和５年（2023）から5年間の中期計画が制定された。

基本理念は変わらない。運営方針は下記の如くのものとする。

東京都健康長寿医療センターは、前身である養育院附属病院、東京都老人医療センターの時代から地方独立行政法人の第一期から第三期にかけて、高齢者医療の専門病院として、高齢者の生活の質を重視した全人的・包括的医療である「治し支える医療」の提供とその確立に取り組んできた。

東京都は、東京都が取り組むべき7つの「C」（Tokyo 7C:Chance, Change, Challenge, Check, Community, Children, Choju）の中に長寿（Choju）が取り上げられ、「未来東京」戦略において「高齢者が人生100年時代に元気に活躍し、心豊かに暮らす東京」を掲げるなかで、高齢者を取り巻く医療・福祉の課題として、**介護予防・フレイル予防及び認知症施策の総合的な推進（認知症の予防と共生）**を重点分野としている（第8期東京都高齢者保健福祉計画）。この方針を受け、東京都健康長寿医療センターは、令和5年度からの地方独立行政法人第四期において、上述した2つの行政課題（介護・フレイル予防と認知症の予防と共生）を、高齢者が健康な状態をより長く維持するための**2つの重点分野**と位置付け、法人がこれまで培ってきた臨床のノウハウを活用するとともに、研究部門との連携を一層促進しながら、医療と研究の両輪で取り組むこととした。

病院部門においては、これまでの三大重点医療の考え方を整理し、法人のこれまでの実績と知見を踏まえた**4つの重点医療である高齢者がん、循環器疾患、認知症医療、糖尿病）**を中心に取り組む。

また、新型コロナ感染症対策で培った、東京都と地域への医療従事者派遣、技術指導、入院即応体制の整備は、引き続き新型コロナ感染などの新興再興感染症や災害医療に対応するため、インフラの整備も含め拡充整備する。

研究所では、老化の基礎研究を充実させ、がん、加齢筋肉減少症、COPD、認知症などの診断や治療に応用できる革新的な基礎技術開発研究を目指す。

また、病院と研究所の一体性を、研究のイノベーションを医療に行かす健康長寿イノベーションセンター（Healthy Aging Innovation Center; HAIC）の機能を一層充実させ、この基盤のもとに、

①認知症未来社会創造センター（Integrated Research Initiative for Living Well with Dementia; IRIDE）を発展させ、認知症疾患医療センター、認知症ケア人材育成センターだけでなく、認知症データセンター、バイオバンク、など基礎が予防、医療につながる体制の構築を進める。 特に、AI技術やIOT技術を診断と治療に応用する研究と医療を推進する。

②生活機能の低下に重要な転倒骨折、衰弱、関節疾患などを予防し、悪化を防ぎ、機能低下につながらないような地域保健、医療体制を構築するためフレイル予防センター（Comprehensive Care and Research for Prefrailty;CRP）を立ち上げ、医師、歯科医師、看護師、栄養士などの多職種の共通の知識とケア技術の啓発普及を行い、IOT技術の導入や、予防を踏まえた**フレイルサポート医療**を提供する。さらに、これを活用し、**健康寿命を延伸する新しい高齢者地域包括ケアモデル**として、地域に普及し、国に発信する。

これら多くの新規事業に対応するため、経営基盤の安定的運営につとめ、三期までの蓄積を生かし、災害医療、研修、バイオバンクなど収容できないスペースの拡充のため、インフラの新規整備を行う。

150年間の歴史を振り返ると、センターは常に時代の要請を一歩先に先取りしてきた。その鋭い先見性のため、旧弊や現状からの視点から謂れのない誤解や批判を浴びてきたが、振り返ればそれらの批判が今となっては、なんと誤謬と未来志向のない意見だったかと笑えるほどである。

地方独立行政法人第四期の計画においては、日本で初めての「認知症未来社会創造センター」「フレイル予防センター」を立ち上げ、10年後の批判に耐える質を備えた体制を整備していきたい。 50年スパンで考えるとまだ何か大きな変革に対する構想の不備も予感される。これは一重に現理事長の想像力の限界によるもので、後世の審判を静かに待ちたい。

4 養育院の看護教育の歴史について

元看護部長 古田愛子

「養育院の看護教育」と私との接点

私は平成21年(2009)に独立行政法人化し東京都健康長寿医療センターとして新たなにスタートした年に看護部長として勤務した。勤務後まもなく、日本看護教育の歴史を研究している日本赤十字看護大学の山崎裕二准教授(当時、後に同校教授)と東京都立板橋看護専門学校の高橋順子氏(当時、後に四国大学教授)の訪問を受けた。「養育院の看護および看護教育について共に調査研究する」ことへのお誘いであった。

快諾した私は、当時の関戸ひとみ看護師長の協力を得て、「養育院の歴史を語り継ぐ会」のメンバーから、養育院の看護・看護教育に関するインタビューに答えていただける方に協力要請した。養育院の看護および看護教育に関する史料は、養育院月報、養育院年報、東京都養育院看護養成史、養育院六十年史、養育院百年史、養育院看護養成史七十七年史等々の膨大な内容を当時管理していた板橋老人ホームの総務課からお借りした。

建て替え前の看護部長室で、史料の確認やインタビュー内容の検討等を重ね論文にまとめた。論文は、「戦前の東京養育院における看護と看護教育」のテーマで、平成23年(2011)3月に日本看護歴史学会誌に掲載された。学会発表にあたっては、山崎先生と高橋先生のご尽力に負うところが大きい。今回、養育院創設150年の記念誌に、養育院の看護教育の歴史について執筆するにあたり、この論文を抜粋して紹介したい。

なお、史料に基づき、現在の看護師でなく看護婦の名称をそのまま用いた。

養育院の看護の芽生えとしての看護人

当センターの前身である養育院は徳川幕府が瓦解し、明治維新後まもない明治5年(1872)10月に設立された。翌年2月に養育院掟書(おきてがき)を定め、入所者の日課や心構えなどが明文化されている。その養育院掟書に「看護人規則」の項目がある(表1)。看護人は、病人や障がい者に対して在院者の中から読み書きのできる適任者を選定して看護人規則に則って、看護にあたらせていたことが養育院文書から読み取れる。また、史料からは、看護人が行っていたのは、薬や食事の管理、病室の管理、患者の病状観察、相談や指導であり、親切な患者対応が期待されていたことがわかる[1)]。この看護人規則をみるとすでに養育院の看護の芽吹きをみることができる。

明治24年(1891)9月21日の読売新聞に「院内の清潔なるは云うまでもなく、病室といえども病症の相違と其の軽重なるとによりて室に区別あり、また看護人を置きて日々医員来診の時の用事併びに薬用の手当等一切の雑用をなしむる事になり居れり」と掲載された。近代的な看護教育を受けてはいないが、病人の身の回りの世話や医員の診療介助の実務を学んだ男女の看護人が養育院が大塚に移転する明治29年(1896)まで看護に従事していた。[1)]

表1

養育院掟書　明治6(1873)年2月11日

看護人規則
一、上の仰は中におよはす医者より薬のせんし方を告け　又は食事の善しあしを告けなはよく守りて違う間敷事
一、毎朝戸障子をひらき部屋部屋を振ひ払うへき事
一、癒るに怠るは病者の常ならは平生心を配りた様にものあらはねんころに申ふくめ総こまやかに看病可致事

養育院における看護教育の推移

養育院は、在院者の増加に伴い、明治30年(1896)に本所区長岡から大塚に移転し、収容者数を拡大した。当時は、日清戦争後の急速な資本主義と恐慌、凶作などにより農村から都市への流民が増え窮民も増加していた[2)]。このような状況は医療者、特に看護婦の増員を必要とした。

そこで養育院では、明治29年(1896)に看護学講習を開始した。東京帝国大学医科大学派出医員に嘱託して6ケ月間の講習を介したことが養育院の看護教育の始まりといえる。嘱託による講習は、医員の交代などにより教育の充実が図られないため、明治32年(1899)12月に東京市に看護婦養成方を申請し許可を得て、医科大学に担任医員を委託した結果、12月下旬から本格的な看病法講習が開始された。講習期間は6ケ月から1年間となり、年齢は18年以上30年以下とし、入学試験により合格者を選考していた。また、看護婦希望の者で、年齢不足や学力不足の者は予備生としていた。[3)]

明治34年(1901)に講習1回生が卒業した後しばらく養成は行われなかったが、2回生が明治38年(1905)、3回生が明治41年(1908)、4回生が明治43年(1910)にそれぞれ入学し、4回生以降は大正4年(1915)を除き毎年養成されるようになった。[3] 明治44(1911)年当時の講習科目は表2の通りであった。

澁澤栄一院長と伊丹医長は、養育院で看護学講習を修了した者は、看護婦試験をいつも優秀な成績であることから看護婦試験を免除してほしい、と数年に渡り東京府に交渉した結果、養育院の看護講習修了者も日本赤十字社等の養成所卒業者と同様に試験が免除されるようになった。[3]これを受けて大正3年(1914)、東京府看護婦規則が改定され養育院における看護婦養成規程が改定された。志願資格は、満17歳以上30歳未満の者で高等小学校卒業またはこれと同等の学力のある者などであり、身体検査、学科試験(高等小学校卒業程度、読書、作文、算術、書取)、試問があった。

入学後は手当金と食事を支給し、制服、看護衣、寝具が貸与され、院内に寄宿した。講習年限は3年間で、前期と後期に1年半ずつに分け、前期はさらに表3のような学科を学びながら実務を行った。後期は実務練習を行った。[4]

表2「講習科目」明治44(1911)年5月時点

①生理学　②解剖学　③看護学 ④繃帯学　⑤小児病看護法　⑥伝染病看護法 ⑦器械取扱法　⑧手術介補　⑨救急処置 以上9科目

表3 東京市養育院看護法講習科目 (括弧内数字は毎週授業時間数)
養育院月報第167号大正4(1915)年1月 参考

	1学期	2学期	3学期
前期 1年半	・修身大意(1) ・解剖学及生理学大意(6) ・衛生及細菌学大意(2) ・一般看護法(3) ・患者運搬法(1) ・薬性ノ大意及薬餌用法(1)	・修身大意(1) ・器械及繃帯法(3) ・外科的消毒法手術準備及介助方法(2) ・救急処置(2) ・内科病患者看護法(3) ・伝染病予防消毒法並看護法(3)	・修身大意(1) ・外科病患者看護法(3) ・精神病患者看護法(1) ・産科婦人科患者及妊婦産褥婦看護法(2) ・小児科患者看護法(2) ・皮膚科病梅毒科病患者看護法(1) ・眼科病患者看護法(1) ・耳鼻咽喉科患者看護法(1) ・歯科病患者看護法(1)
後期 1年半	実務訓練		

看護婦講習では、前期は6ヶ月ごとに就業試験があり、後期の終わりには卒業試験が各科100点満点で各科平均80点以上が優等、50点以上が及第で、40点未満が1科目でもあると落第であった。卒業後の勤務義務年限は2年であった。

太平洋戦争の戦況悪化とともに看護婦講習生の応募が減り、看護婦不足が予想された。そこで、昭和18年(1943)4月入学の36回生は卒業を3ケ月繰上げ昭和19年(1944)12月に卒業となった。さらに、昭和19年(1944)4月入学の37回生と翌年4月入学の38回生は修行年限を1年間短縮する臨時措置により卒業し看護婦不足を補った。[4]

東京養育院における看護婦養成数は、明治34年(1901)～昭和20年(1945)までで合計490名であった。[5]

入院者には妊婦も存在し院内での出産もしばしばあった。そこで、大正8年(1919)に、澁澤院長は東京市長

に産婆講習開始承認の上申を行い、すぐに承認を得た。[5)]

さっそく養育院産婆講習規程が定められて、看護学講習修了者もしくは看護婦免除取得者を対象に、1ケ年の講習が開始された。

産婆学講習1回生は、大正9年(1920)に12名が卒業した。講習生は昭和19年(1944)3月卒業の25回生が最後となった。養成数は25年間で346名である。[6)]

産婆講習は、講師が戦争に召集され、講義ができなくなり自然に廃校となるまで続けられていたのである。

養育院における看護教育の特徴

看護婦養成の上申〔明治28年(1895)〕や講習の開始〔明治29年(1896)〕は日本近代看護教育史上において早い時期に行われた。有志共立東京病院看護婦養成所〔明治18年 1885)〕等の近代草創期看護教育の開始時期と比較すると遅いが、東京府内公立病院の先駆けとなったことは特徴の一つである。[7)]

第二の特徴として、この先駆けとなったのは養育院の澁澤栄一院長や橋本綱常医長などのリーダーの先見性が背景にあったことである。澁澤院長は、大学病院で初めて看護教育を開始した帝国大学医科大学に養育院の医療を委任した。引き受けた医師達は、ヨーロッパの優れた医療を体験し、近代的な看護婦養成教育の重要性を認識していた。これらの医師達の先見性や、社会的弱者への熱い思いに支えられて養育院の看護教育が発展していったといえる。[7)]

第三の特徴として、養育院の看護教育が看護学講習(看護婦養成)だけでなく、養成開始前に無試験で採用した看護婦見習いをも対象としたことである。今日の現任教育(研修)に相当する女子講習科といった教育を開始し、看護婦見習いの教養・倫理・能力の向上を図ったことは先駆的といえる。[7)]

さらに、看護の特徴とも関係するのであるが、看護教育の最大の特徴は、養育院のアイデンティティとでもいえる窮民救済としての看護を心から実践できる看護者の教育を理念・目的としたことであると考える。[7)]

養成所での看護教育は、やがて、都立板橋看護学校〔昭和46年(1971)4月開校〕へと引き継がれ発展していった。

看護講習生に求められた「親切第一」

養育院の看護教育は、養育院の窮民救済施設としての特徴に基づいて、在院患者に対する一層の思いやりが講習生に求められた。澁澤栄一院長の卒業証書授与式における訓示にもそれが表現されている。

訓示では、身寄りのない薄幸な在院者に対して親切であることが何よりも求めている。[4)] 反面、在院者の複雑な心理に配慮した対応も求めている。

窮民や行旅病人といった在院患者を対象にした養育院における看護は、他と比較にならぬ程の忍耐と親切と細心の配慮を要した。一度入院するとそのまま在院し、院内で死を迎える患者が多かったことも「養育院気風」をもった看護婦を育てたかった理由でもあったと考えられる。[5)]

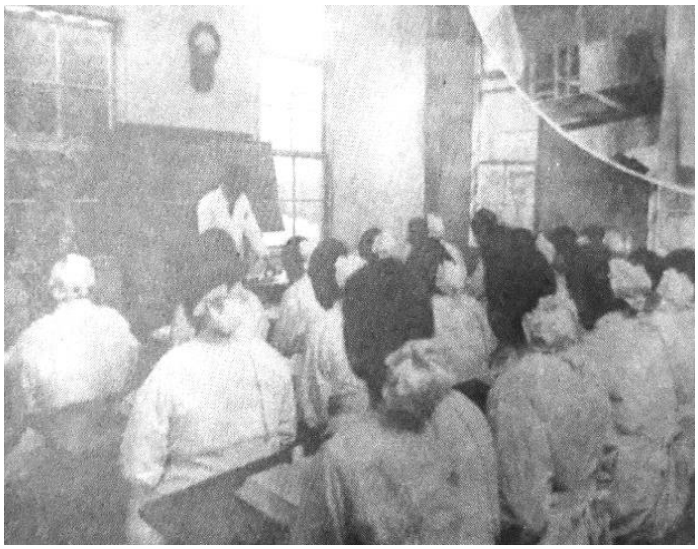
社会的弱者である患者への思いやりと優しさの大切さは、常に澁澤院長が看護婦、看護婦講習生に説いていた。当論文をまとめるにあたってインタビューした養育院看護婦養成所卒業生数人からも養育院の看護婦としての患者への誠意ある対応と気概が伝わってきた。

澁澤栄一院長が求めた“看護のこころ”は、養育院、養育院附属病院、老人医療センターと変遷し、東京都健康長寿医療センターになった今なお受け継がれ、これからも受け継がれていくと確信するものである。

引用文献

1)戦前の養育院における看護と看護教育, 山崎裕二、高橋順子、古田愛子、関戸ひとみ, 日本看護歴史学会誌, 第24号, P23～36, 2011.

2)同, P30　3)同, P31　4)同, P32
5)同, P33　6)同, P34　7)同, p35



当時の様子
東京都養育院看護婦養成史　1972年発行

養育院板橋本院の病室
養育院六十周年記念寫眞帖
昭和7年刊

看護婦・助産婦養成の始まり

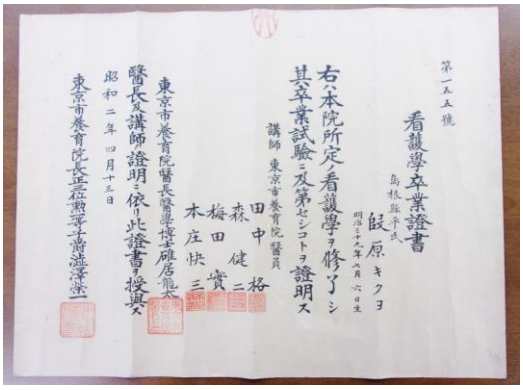
養育院収容者の医療のために看護婦が必要となり、1896（明治29）年、渋沢栄一委員長（市営化から明治34年まで院長ではなく委員長）が府知事に上申を行って、養育院内で看護婦養成の講習を開始した。

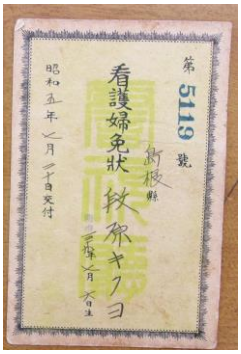
養育院の講習を受けた卒業生は府が実施する看護婦試験の成績が優良だったため、1914（大正3）年からは、養育院で2年以上講習を受けて卒業証書を授与された者は試験無しで看護婦免状が交付されることになった。

1919（大正8）年には養育院に収容されている妊産婦のため、助産婦を養成する産婆講習会も開始された。

この当時看護婦と産婆講習の両方を修了した卒業生のご遺族より、2021（令和3）年に卒業証書・バッジ・卒業写真など十数点の遺品をご寄贈いただいた。 戦前の実物資料は戦災で焼失しているため、たいへん貴重な歴史資料である。

文責：宮本孝一　老年学情報センター司書





内科系診療部門

高齢診療科

歴史

専門診療科において積極的な治療が行われる中、総合内科は臓器別診療ではどこにも属さない感染症患者、多疾患罹患患者、療養環境調整が必要な患者などの治療を担ってきた。

1990年代には総合機能評価（CGA）を重視し、個々の症例に応じた手厚い診療が展開されていた。しかし、急性期病院の性質上入院日数の制限が厳しくなるにつれ、時間をかけた在宅復帰までの診療が難しくなり、退院支援を他院に委ねざるを得なくなった。

そんな中2016年10月に地域包括ケア病棟が開設され、総合内科が病棟の管理に関わることになった。急性期疾患治療後に一般病棟から地域包括ケア病棟に転棟することで、入院時から多職種が介入し、一貫した退院支援を行うことが可能となった。

2017年1月には、当時の井藤英喜理事長のご指示により、ポリファーマシーチームが発足した。現荒木厚副院長より、総合内科、循環器内科、精神科、糖尿病・代謝内分泌内科、脳神経内科、感染症内科、薬剤科の有志が集められ、総合内科と薬剤科が中心的役割を任された。

さらに、加齢に伴う認知機能障害、フレイル、低栄養、ポリファーマシーなどが関与する老年症候群を有する患者が増加し、臓器別の医療だけでは不十分であることが顕在化してきたことから、疾患の精査加療のみならず、ポリファーマシー対策、フレイル予防対策、療養環境調整に力を注ぐ診療科が必要となり、2020年4月、総合内科が高齢診療科と改名され、新たなスタートをきった。しかし、比較的若い年齢層を診察する機会も多く、高齢診療科という名称に抵抗を感じる患者や紹介医も少なからず存在することから、総合内科・高齢診療科として業務を行っている。

高齢診療科開設には総合内科として診療を行っていた3名の医師が関わり、その後東京大学医学部附属病院老年病科より3名の医師を迎え、現在は専攻医を含む7名で診療にあたっている。スタッフは血液内科、循環器内科、呼吸器内科、総合診療科など、各々異なる診療科で働いた経歴を持つため、それぞれの経験や知識を持ち寄り、日々意見交換を行いながら診療を行っている。

現状

●外来業務

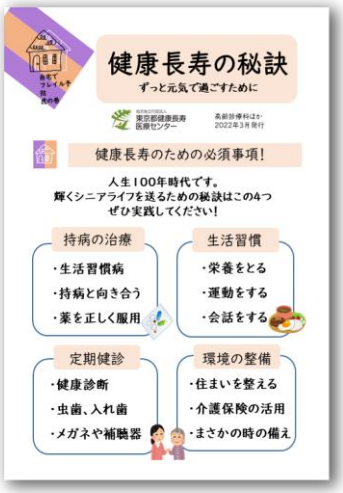
午前外来は総合内科、午後外来は高齢診療科と名称を変え、常に初期研修医1人を含む2～3人体制で年間700人近い初診患者を診ている。受診患者の平均年齢は約80歳であり、受診理由は、痛みや熱などを伴う急性疾患は半数弱であり、ふらつき感や食思不振、物忘れなど慢性的な老年症候群に対する精査希望が半数を超えている。初期研修医の外来研修の場でもあるため、研修医が時間をかけて患者の話に傾聴しているため、「話を良く聞いてもらえて有難い。」とのお声をいただくことも多い。精査を行うことで予期せぬ病気が見つかることもあり、驚きと達成感を日々スタッフと共有している。また、「歳のせい」だけで終わりにはせずに、可能な限り診断をつけ、患者や家族が納得できるよう丁寧な診療を心がけている。

さらに、初診時は代表的な老年症候群について問診を行い、薬剤起因性老年症候群を併発していないかを確認し、被疑薬がある場合には処方医に情報提供を行っている。

さらに、フレイル予防センターの窓口としての役割も担っている。フレイル健診が開始され、高齢者においてフレイル予防についての関心が高まっていることから、フレイルが疑われる患者に対しては積極的に身体機能の評価や神経心理検査などを行い、フレイル予防対策の指導を行っている。

指導の際には、当センター研究所、歯科口腔外科、栄養科の協力を得て作成したパンフレット

「健康長寿の秘訣」を使用している。



フレイル予防対策の指導用パンフレット

●病棟業務

高齢診療科が開設された2020年春は、COVID-19感染第一波の真っただ中であった。それまで感染症内科の先生方と力を合わせて病棟業務を行ってきたことから、COVID-19感染治療に協力すべくCOVID-19との闘いからのスタートであった。現在はワクチン接種が進み、治療法や対処法もかなり確立されつつあるが、当時は未知の感染症であり現在とは比較にならないほど張り詰めた雰囲気であった。第二波からはCOVID-19感染患者の治療は全ての診療科で分担することになり、以降は高齢診療科の業務に注力できるようになった。

高齢診療科入院患者の平均年齢は90歳に近く、最近は100歳を超える患者も増えている。肺炎や尿路感染症などの感染症患者が7割以上を占め、その他、多疾患罹患状態の患者や、生活環境の問題を抱え介入が必要な患者も当科で引き受けている。また、当科入院患者の2割は独居であり、介護資源が全く届かないまま劣悪な環境で過ごしていた患者も多く、近隣の住民が見かねて救急要請し、ゴミ屋敷のような環境の中から搬送されて来る患者も少なくない。「ゴミ屋敷の住人」と聞くと敬遠しがちであるが、私たちは、認知機能低下や実行機能低下が原因で起きる一つの疾病と捉え、院内や地域の多職種スタッフと協力しながら調整し、療養環境を整えて送り出している。

●研究活動

①高齢診療科マニュアル作成のための勉強会

高齢診療科開設時より、荒木厚副院長の発案で高齢診療科外来マニュアル作成の取り組みが始まり、「老年症候群」という観点から課題を決め定期的に勉強会が行われた。意見交換を通して作成されたマニュアルは、2020年1月より雑誌Geriatric Medicineに「高齢診療科外来診療マニュアル」連載全24回シリーズとして掲載されている。現在も課題を決め、最低月1回は勉強会を行っている。

②フレイル・嚥下ラウンド

当科の入院患者は超高齢者が多いため、半数以上の患者に認知生活機能や嚥下機能の低下がみられる。入院を機にサルコペニアや嚥下機能障害が顕在化し、入院前のADLに戻らず経口摂取が進まないことが少なくない。したがって、急性期の症状が落ち着くと同時に、歯科口腔外科と合同でフレイル・嚥下機能の評価を行っている。サポートすべき点を早期に見つけ、リハビリテーション科や栄養科の協力を得ながら機能に応じた指導を行っている。

ラウンド開始時より研究所の「自立促進と精神保管研究チーム」の方々のお力を借りながら詳細なデータを集積し解析している。今後結果を発信していく予定である。

③入院患者カンファレンス

当科入院患者の多くは人生の最終段階にさしかかっている。患者が人生のどの段階に来ていているのかについて、担当している医療者自身が的確に判断し、ご家族が納得する説明が出来なくてはならない。カンファレンスには、当センター研究所の「福祉と生活ケア研究チーム」の先生方も参加されている。疾患の治療に神経が集中しがちな病棟医にとって、少し離れた視点からのアドバイスは、患者の人生にとって重要なことに気付くきっかけとなっている。

④ポリファーマシー対策

2017年のポリファーマシーチーム発足以降、週1回地域包括ケア病棟と整形・脊椎外科病棟入院患者において、薬剤師、看護師、高齢診療科医師、循環器内科医師の参加によるポリファーマシーカンファレンスが行われている。8剤以上内服している患者に対し担当薬剤師が患者から情報を聞き取り、減薬の提案を行っている。症状改善後も継続されている薬剤の中止や、飲み残しが多い症例に対する薬の調整などを処方医に提案し、8割以上が受け入れられている。根気よく活動を継続したことで医師の中でポリファーマシーに対する意識が高まり、調整を提案すべき症例が確実に減少している。

また、これまでにポリファーマシー対策について多くの医療機関と意見交換を行ってきた。

2017年には国立病院機構栃木病院に出向き、ポリファーマシー対策のパイオニアの方々に話を伺った。その後、当院において複数の医療機関からの見学者もお迎えした。ソウル大学附属病院からも見学に来られた。コロナ禍前は様々な医療機関の方々と飲食を共にしなが楽しく意見交換を行っていた。

2019年にはポリファーマシー外来を開設した。緊急事態宣言中は休診としたが、これまで60人以上の初診患者に対応してきた。薬剤起因性老年症候群に関する相談が多く、主治医に直接相談しにくいと言う患者に対しては診療情報提供書を記載して

いる。その場合は、当院全体の取り組みであることを記載した文章を同封し、少しでも多くの医療機関にポリファーマシーについての意識が広まるよう活動を続けている。

今後の展望

高齢診療科開設から2年が過ぎ、フレイル評価、嚥下機能評価、ポリファーマシー対策などのデータが徐々に蓄積されてきた。一見当たり前とも思える加齢変化に関する事象を数値化し、様々な因子との関連を明らかにして発信することは、高齢者医療に携わる多職種の方々にとって有益となるであろうと考えている。また、患者や家族にとって、数値化された情報はより分かり易く、受け入れやすいのではないかと思われる。

今後も、患者や家族の苦痛や不安感を可能な限り軽減させ、より快適なシニア生活を多くの方に送っていただけるよう、高齢者医療の発展に貢献していきたいと考えている。

文責：総合内科・高齢診療科
部長　岩切理歌

高齢者総合機能評価
Comprehensive geriatric assessment ；CGA

CGAは多職種によって高齢者の身体機能、精神・心理機能、社会・経済状況を包括的に評価し、その問題点に対して種々の介入を行う老年医学的手法の一つである。CGAは退院後の施設入所を減らし、生存率を向上させる効果があることがメタ解析で明らかとなっている。1993 年には院長の小澤利男先生が高橋龍太郎先生とともに本邦初のCGA病棟（医長）が開設された。2003 年には班長の鳥羽研二先生を中心に長寿科学総合研究によるCGAのガイドラインが策定されている。CGAは2008 年から後期高齢者評価加算（後に総合機能評価加算）として診療報酬に組み込まれた。

このCGAは老年医学の新たな研究領域の一つとなり、当センターでも高齢者糖尿病、心不全などの分野で多くの論文を発表してきている。また、フレイル外来で外来患者や入院患者で行っている評価はADL、フレイル、サルコペニア、認知機能、うつ、栄養、薬剤、社会ネットワークなどであり、まさしくCGAの項目となっている。
現在の当センターにおいても看護師を中心に入院患者のCGAに関する項目が評価され、退院支援に活かすことが行われている。さらにCGAを多職種で共有化され、有効的に活用するために、現在、新しい時代に合わせたCGAシートを作成中である。

CGAは高齢者医療の本質であり、疾患の治療のみならず、高齢者の心身の機能状態の維持・向上を目指すものである。早期のリハビリ、栄養治療、薬剤の適正化、社会サービスの導入などの介入手段の充実についても今後、病院がさらなる向上を図るべき課題の一つとなっている。

文責：副院長　荒木厚

内科系診療部門

膠原病・リウマチ科

当センターの前身である東京都老人医療センターの時代より、微生物および自己に対する免疫が関与した疾患という観点から、長らく感染症科に属した体制で膠原病領域の診療を行ってきた歴史がある。昭和60年に膠原病外来が開設され、過去には内科医長坂元寛志先生、増田義重先生、専門非常勤医菱川隆史先生、感染症医長濱崎健先生が膠原病診療を担当してきた。平成21年に地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターとなった際に、医長杉原毅彦先生(のちに部長就任)の元、膠原病・リウマチ科として独立した。杉原先生から引き継ぎ、平成31年4月から久保かなえが部長に就任し、現在は非常勤医の杉原毅彦先生、瀬理祐先生、楠田岳先生、澤田崇幸先生と、令和3年から常勤医として加わった小林聖未先生とともに外来および入院診療を行っている。

専門科の標榜と専門診療体制の確立により、外来、入院症例は年々増加し、代表的な膠原病である関節リウマチの外来症例数を例にとると、平成21年には約130例程度であったものが令和3年には約600例程度に達している。現在は1100を超える外来症例と年間約90の新規入院症例を担当し、治療介入後長期間安定した経過の症例については、近隣の医療機関に逆紹介または病診連携を行い、新規症例の受け入れを促進している。皮膚筋炎、全身性エリテマトーデス、シェーグレン症候群、全身性強皮症を含む膠原病、巨細胞性動脈炎、ANCA関連血管炎を含む血管炎症候群などの全身性自己免疫疾患や、関節リウマチ、リウマチ性多発筋痛症、RS3PE症候群、脊椎関節炎、腫瘍随伴関節炎などの関節炎疾患、成人スティル病、ベーチェット病、など、診療対象となっている疾患は多岐にわたっている。これら膠原病および類縁疾患は疾患ごとに好発年齢が異なり、また同一疾患のなかで発症年齢により臨床的特徴や治療戦略が異なる。当センター受診症例は他施設症例と比較してより高齢層が多いことから、高齢で好発する疾患の診療や年齢で層別化される診療に強みを見出し、高齢者を対象とした臨床研究も行いながら、特色のある診療を行ってきた。

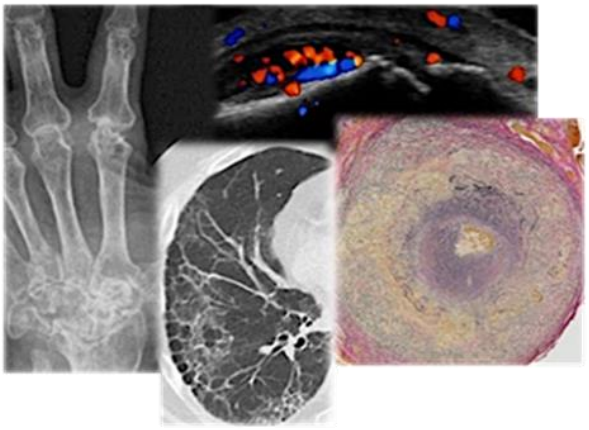
高齢発症関節リウマチ患者に対し低疾患活動性を目標としたtreat-to-targetの治療成績を検討した前向きコホート研究は杉原先生を中心として行われ、エビデンスの乏しい高齢者膠原病治療における重要な研究のひとつとなっている。その後も高齢発症関節リウマチのレジストリからは複数の研究が発表されている。また現在は、高齢発症全身性エリテマトーデスの臨床的特徴に関する検討や、高齢関節リウマチ患者に対するCOVID-19ワクチン接種の安全性と疾患活動性の変化を検討した研究などの観察研究に加え、巨細胞性動脈炎の病態病勢関連因子の探索を行う研究や、大学と連携した遺伝子・免疫細胞統合解析によるアバタセプト有効性予測因子研究といった研究など、複数の研究を進めており、高齢化社会における専門診療に役立つ情報発信が出来るよう努めている。

当センターは都内でも有数の教育研修機関であり、初期研修医は当科での研修期間に主に入院症例を通じて専門疾患を経験する。院内のクリニカルカンファレンスでの発表に加え、学会発表の機会も積極的に与えるような指導を行っており、毎年複数の初期研修医が日本内科学会や日本リウマチ学会での発表を経験している。当センター研修後にリウマチ専門医を目指す研修医もおり、引き続き将来の膠原病領域診療の裾野を広げるような指導を継続したいと考えている。

いわゆる難病に相当する疾患を担当しているが、地域医療ネットワークからの紹介も多く新規症例が絶えることはない。診療上の需要が増していることを実感しており、さらには高

齢化社会において当センターの重要性も注目されるところである。当センタ内科系診療科の中では膠原病・リウマチ科の歴史は浅く、規模も小さいが、医師スタッフ数を拡充しつつ、診療・教育・研究の各方面を益々発展させていきたいと考えている。

文責：膠原病・リウマチ科
部長　久保かなえ



内科系診療部門

腎臓内科

歴史

1986年東京都老人医療センター開設時には腎臓内科は設置されていなかったが、1995年透析室にて血液透析療法を開始し、1999年東京女子医科大学腎臓病総合医療センターより安藤稔医長が赴任し腎臓内科が開設された。2003年3月安藤医師の異動により4月守尾一昭医長、前田章雄医長が赴任した。2005年3月守尾医師異動、2007年3月前田医師異動、4月守尾部長再赴任、本間仁医師赴任となった。2008年4月永井道子医師赴任、12月守尾医師退職、2009年3月本間医師が退職された。独立行政法人東京都健康長寿医療センターとなった2009年4月には帝京大学より小菅正裕医師、7月太田樹副部長、10月秋元寛正医師が赴任した。2010年3月小菅医師退職、4月高橋正裕医師が赴任、9月太田医師退職し10月秋元寛正副部長就任となった。2011年4月熊谷天哲医師赴任し6月退職、8月永井医師退職、2012年3月高橋医師退職し、4月自治医科大学腎臓内科より濱野慶朋部長が就任した。9月秋元医師退職し10月東京女子医科大学より鶴田悠木医師が赴任した。2014年4月佐々木裕子医師が赴任、2015年佐々木医師退職し、鶴田医師は血液透析科医長として就任したが、3月退職となった。

2016年3月濱野医師が異動し、4月より新体制となり東京女子医科大学より武井卓が部長として、板橋美津世が血液透析科部長兼専門部長として就任した。2021年専攻医の山中法子医師が常勤に2022年4月岡雅俊医師が就任し、現在に至っている。

臨床実績

2009年東京都健康長寿医療センター腎臓内科は病棟13床、透析室5床で運営し、初診外来患者数81名、再診外来患者数2454名、入院患者数3251名、透析導入患者数43名であった。2012年より院内の腎生検が再開となり2013年新病棟開院にともない透析室17床に増床した。しかし医師の人員減もあり2015年腎臓内科病床、透析室は一時縮小となった。2016年より新体制となり病棟、透析室の運営が再開された。また2019年より腹膜透析を開始した。

2020年は病床17床、透析17床で初診外来患者数135名、再診外来患者数7914名、入院患者数7011名、透析導入患者数57名であった。日本腎臓学会専門医制度研修施設、日本透析医学会専門医制度教育関連施設として2017年より腎臓内科専攻医が加わり、教育・研究にも力を入れるようになった。以降、腎臓専門医2名、透析専門医1名を輩出した。2021年に日本透析医学会専門医制度認定施設へ認定された。

主な研究

2017年以降の主な研究としては加齢による腎臓の形態および機能変化の臨床研究(Geriatric assessment of estimated glomerular filtration rate : a cross-sectional study. Clin Exp Nephrol.2020;24:216-224.)、剖検例における加齢による腎の形態学的変化と腎機能低下に関する研究(Autopsy study examining non-chronickidney disease versus chronic kidney disease caused by hypertensivenephrosclerosis in elderly subjects Clin Exp Nephrol.

2022;26:530-539)、慢性腎臓病とビタミンCとの関連研究(Reduced Plasma Ascorbate and Increased Proportion of Dehydroascorbic Acid Levels in Patients Undergoing Hemodialysis Life (Basel).2021;11:1023.)、糖尿病性腎臓病に関連する病理組織学的変化の解析(Identification of histopathological and clinical spectrum of diabetic kidney disease based on an unsupervised Hierarchical clustering analysis of elderly autopsy spec-imens Nephrology (Carlton). 2022. doi: 10.1111/nep.14044.)など数多くの研究を行い論文としてまとめた。

現在から未来へ

高齢腎臓病患者の課題は多い。慢性腎臓病の進行はフレイル・サルコペニアの増加につながるため、慢性腎臓病を進行させないことが重要であり、増悪因子である貧血、心臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症などを抑えることはもとより、慢性腎臓病自体に適応の内服薬、食事、運動による効果も期待されている。腎臓病の医療の質・活力を上げるとともに、患者個々人のQOLの向上を支える下地になれればと考えている。それらを探求し実現させるためにも自主研究や研究所との橋渡し研究をおこなっている。また慶応大学、日本医科大学の社会人大学院生・研究生として学べる体制を構築した。2017年からは草津町高齢者健診に参加し高齢慢性腎臓病の健康余命に及ぼすフレイル・生活習慣病への影響の検討を行っている。また腎組織におけるテロメア長測定による細胞老化の検討、高齢慢性腎臓病患者の腎組織や超音波検査による病態把握に関する研究、高齢慢性腎臓病患者の透析導入時の認知症アセスメントの有用性、高齢慢性腎臓病患者のダパグロフロジンの有効性と安全性に関する研究などの多くの研究を継続させている。現在、常勤医4名、専攻医4名、非常勤医5名で運営するまでになり、診療・研究・教育を行う基盤が得られた。今後、さらに高齢者の腎臓病の発展に貢献できるように力を注いでいきたい。

文責:腎臓内科部長　武井　卓
血液透析科部長　腎臓内科専門部長
板橋美津世

透析センター前で
透析スタッフ(看護師・臨床工学技士)と

内科系診療部門

糖尿病・代謝・内分泌内科

糖尿病・代謝・内分泌内科は、糖尿病、骨粗鬆症、甲状腺疾患などの内分泌疾患、低Na血症などの電解質異常の患者を診療している。当科は糖尿病と骨粗鬆症の診療・研究を2本の柱としており、科の責任者は初代の折茂肇先生に始まり、井藤英喜先生、細井孝之先生と引き継がれ、2006年から私となっている。2007年から森聖二郎先生が臨床研究推進センターに属し、骨粗鬆症などの疾患のオーダーメイド医療、遺伝子解析などを行ってきた。本稿では35周年記念誌以降の当科の歴史を振り返り、今後の展望について記述してみたい。

2018年に千葉優子先生と田村嘉章先生が糖尿病・代謝・内分泌内科専門部長となり、2017年に豊島堅志先生が東京医科歯科大学から糖尿病・代謝・内分泌内科医長として赴任した。

現在、病棟は専門部長の田村嘉章先生と千葉優子先生の2つのグループで診療し、医長の豊島堅志先生、常勤医の大庭和人先生、小寺玲美先生、舘鼻彩先生の他、専攻医で外来、病棟を運営している。大村卓也先生は東京医科歯科大学の大学院を修了後、研究所医師となったが、当科外来を担当している。

当科で糖尿病の専門研修を行った先生は金原嘉之先生、足立淳一郎先生、吉本彩子先生、馬渕卓先生、小寺玲美先生、坪井由紀先生、佐藤謙先生、山岡巧弥先生、舘鼻彩先生などである。ほとんどは糖尿病専門医や老年病専門医を取得し、現在も活躍している。現在の専攻医は東京大学糖尿病・代謝内科、老年病科、多摩総合医療センターからの派遣もあり、ここ数年は

3～5人となっている。

これまで当科では病院の留学制度により大山先生(パリ大学)、井藤先生(Gerontology Research Center,NIA,NIH),白木先生(Gerontology Research Center,NIA,NIH)、高橋先生 (Efamol Research Instututek)、荒木(ロンドン大学ユニバーシティカレッジ、ケースウェスタンリザーブ大学)、服部先生(Gerontology Research Center,NIA,NIH)が留学してきたが、2007年には千葉先生、2009年には田村先生がハーバード大学マサチューセッツ総合病院に2年間留学した。

約16年間の当科の診療を振り返ると、退院患者数は2008年以前では3日間の動脈硬化評価のパス入院(年間約100名)によって多かったが、それが廃止され一時減少したが、徐々に増加し、600人を超えるようになった(図1)。

これは肺炎などの糖尿病以外の内科緊急入院を当科が多く担当したことによる。当科の外来患者数は16,000人台で変わらず、ここ5年で新規患者数が増えているのが特徴である。骨粗鬆症外来は森聖二郎先生が中心に行ってきたが、現在は千葉優子先生に引き継がれている。

当科の高齢者糖尿病の診療の特徴は高齢者総合機能評価(CGA)を行って、食事、運動、薬物療法、社会サポートなどの方針を決めていることである。最近では認知症がある高齢者に対して複数回のインスリン治療をインスリン離脱、1日1回の持効型インスリン、または週1回のGLP-1受容体作動薬などに変更する治療の単純化を行うことが増えている。 糖尿病治療は2009年以来、DPP-4阻害薬、高用量のメトホルミン、SGLT2阻害薬、GLP-1受容体作動薬、インスリンとGLP-1受容体作動薬の配合剤も出てきて、大きく変貌を遂げた。自己血糖測定(SMBG)だけでなく、持続グルコースモニタリング(CGM)で1日の血糖変動をみることも可能となった。

また、高齢者糖尿病における CSII、SAPなどのインスリンポンプ治療も行っている。こうした複雑な糖尿病治療に対応するために、2022年より糖尿病認定看護師による看護外来が始まっている。月曜日～金曜日まで、フットケア、CGM、療養相談などができる体制となっている。現在、糖尿病認定看護師は5人と増えており、今後さらにその活躍が期待される。1976年に発足した患者会(育寿会)の活動も盛んであり、当科の医師、看護師、栄養士、薬剤師、検査技師、運動指導士(小池、松木)が協力して糖尿病教室、世界糖尿病デー、運動教室などの行事を患者会と一緒に行ってきた(次ページ カラム参照)。

ここ16年の研究活動をみてみると原著論文(症例報告含む)、総説・単行書、誌上発表の数は約2～3倍に増加し、講演数も2012年から100前後と圧倒的に増えている(図2)。

当科は2000年から井藤英喜先生が主催する高齢者糖尿病の多施設共同介入研究のJapanese Elderly Diabetes Intervention Trial(J-EDIT)研究の計画、実施、解析に関与し、2012年に多くの論文が英文誌に掲載された。

とくに、高齢者糖尿病の血糖コントロールと脳卒中発症との関連にJ-カーブ現象が見られるという結果は、海外の報告も合わせて高齢者における厳格な血糖コントロールの見直しがなされる契機となった。

その結果、2015年に「高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会」ができ、老年医学会側の代表として井藤英喜先生、私が委員として加わった。2016年には日本糖尿病学会と日本老年病学会による 「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)」が発表され、「高齢者糖尿病診療ガイドライン2017」も刊行された。さらに、日本老年医学会と共同でこの血糖コントロール目標設定のためのカテゴリー分類に使用できる認知・生活機能質問票(DASC-8)の開発も行われた(豊島)。J-EDITを用いた研究によって、ビタミンや野菜の摂取と認知機能低下(荒木)、目標体重当りのエネルギー摂取と死亡リスク(大村)、体重当りのタンパク質摂取量低下と死亡リスク(山岡)、認知機能とADL評価に基づいたカテゴリー分類と死亡リスク(大村)とガイドラインの内容を支持するような重要な論文が発表されている。

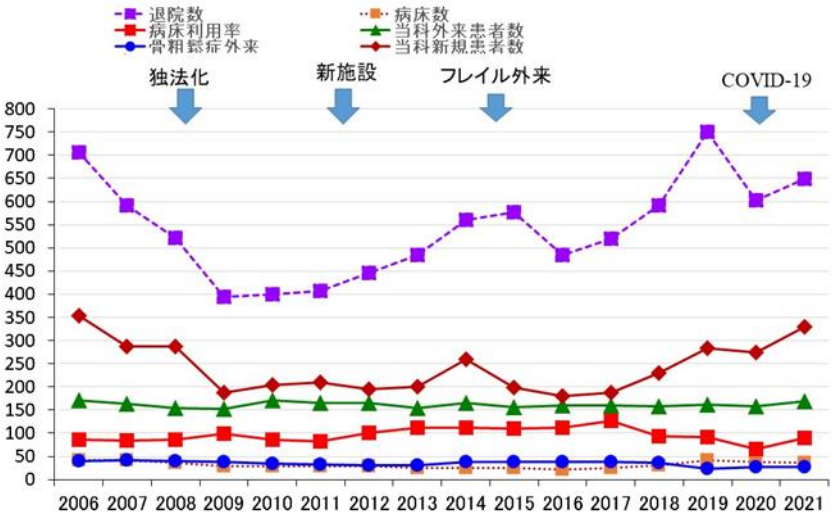


図1 糖尿病・代謝・内分泌科の診療実績

当科は「高齢者糖尿病治療ガイド2018」、「高齢者肥満症診療ガイドライン2018」の作成にも関与した。2020年から私が合同委員会の老年医学会側の代表委員を井藤先生から受け継ぎ、田村先生が委員として加わり、「高齢者糖尿病治療ガイド2021」が作成され、現在、「高齢者糖尿病の診療ガイドライン2023」の策定に向けて作業を行っている。

2015年に循環器内科の石川先生、当科の田村先生とともにフレイル外来を開始した。糖尿病患者のフレイル、認知機能などの総合機能評価を行い、フレイル対策だけでなく、治療方針の決定に活かしている。フレイル外来のデータを用いた研究も行われ、脳局所の白質統合性異常とサルコペニア、フレイルの関連（田村）、Growth and differentiation factor (GDF)-15と筋力低下、歩行速度低下との関連（大庭）、体力年齢と暦年齢の差とHbA1cの相関（豊島）などに関する多くの論文が英文誌に掲載された。また、フレイル予防センターができて、2022年に東京都医師会とともにフレイルサポート医研修会を開催したが、その講師を田村先生と私が務めている。

田村先生は2018年に「糖尿病と脳白質病変」をテーマに日本老年医学会の老化および老年医学研究助成を受賞している。2019年に豊島先生は「カテゴリー分類を行うためのDASC-8の開発」の論文で、2021年に大村先生は「高齢糖尿病患者のエネルギー摂取と死亡リスク」の論文で日本老年医学会の英文誌Geriatr Gerontol Intの優秀論文賞を受賞している。

今後は、独法第四期計画において高齢者糖尿病が重点医療になることに合わせて、従来の研究に加えて、研究所究所の疫学研究にも参加し、健康寿命延伸のための高齢者糖尿病の最適化医療に関する研究ができればと考えている。また、板橋区等の地域で医師だけでなく、メディカルスタッフ、介護職などを含めた多職種の連携の会を立ち上げ、地域における糖尿病診療やケアの質を高めていくことも計画している。高齢者糖尿病とフレイルの対策は食事、運動、社会参加、適切な薬物治療など共通しているものが多く、人的資源や社会資源も共有化して利用することで、高齢者糖尿病の合併症予防や健康寿命の延伸を目指していきたいと考えている。

文責：副院長　荒木　厚

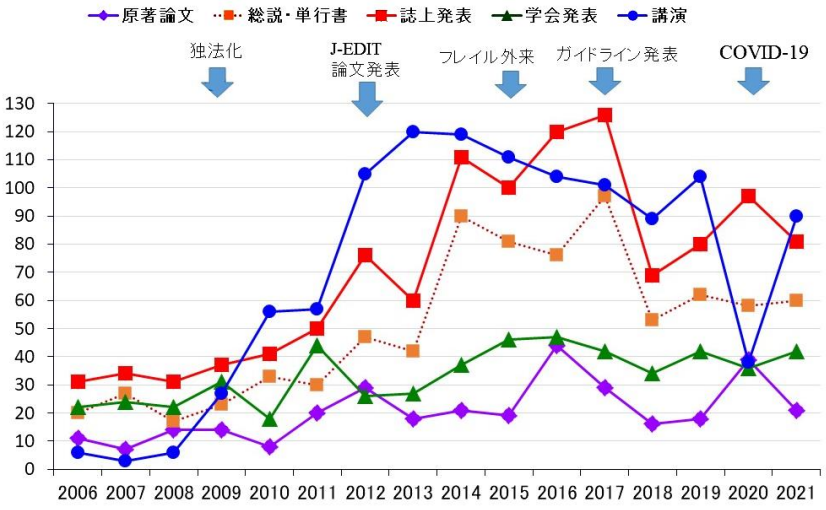


図2　糖尿病・代謝・内分泌科の研究活動

糖尿病患者会「育寿会」

当院の糖尿病患者会「育寿会」は今から46年前に、内分泌科初代医長の折茂肇先生の時に、井藤英喜先生が中心となって作られました。患者さんの糖尿病の知識を広めるだけでなく、医療スタッフや患者同士の交流を深め、「一病息災」を目指すための会です。「育寿会」の相談役は井藤先生、高橋龍太郎先生、私、田村嘉章先生と引き継がれています。

会員数は現在50名程度ですが、多いときで100名を超えていました。東京都糖尿病協会の友の会には属してはいますが、独自に「育寿会」の役員で年間の活動計画を立てて運営していることが大きな特徴です。「育寿会」は糖尿病教室（年3回）、運動教師（月1回）、総会、新年会、日帰りのバス旅行、俳句の会などの活動を行ってきました。糖尿病教室では、医師、看護師、栄養士、薬剤師の講義に加えて、患者さんの体験談をもとに皆で話し合うという企画も度々行ってきました。「育寿会」はまさしく、同じ病気の仲間が互いに支え合って健康を保つ会です。

現在、COVID-19感染症の影響で活動が2年休止していますが、できるだけ早く活動が再開されることを願っています。

文責：副院長　荒木厚

内科系診療部門

循環器内科

歴史

昭和47年東京都老人医療センター開設にあたって、村上元孝院長のもと蔵本築先生（名誉院長）、上田慶二先生（多摩老人医療センター名誉院長）、松下哲先生（元副院長）、杉浦昌也先生（元都立広尾病院長）らで循環器内科が創設された。その後、大川真一郎（元東京女子医大第2病院教授）、三船順一郎（元福井循環器センター副院長）、沖本孝雄、吉田広海、坂井誠（元循環器科部長）、桑島巌（元副院長）などの医師が当センター開設期に勤務した。蔵本名誉院長は高齢者高血圧に関する我が国初の大規模臨床試験NICS-EHを遂行し、論文は世界的にも貴重なものとなっている。上田慶二先生は初代循環器科医長として、CCUの充実に精力を傾けられ、昭和53年の東京都CCU連絡協議会発足時から東京都CCUネットワークに参加し、都民の循環器救急を支えてきた。また、高齢者の刺激伝導系の電気生理学的研究やペースメーカーの治療を定着させた。杉浦先生は、心臓の臨床病理学で活躍され、大川真一郎先生や千田宏司元部長に受け継がれた。松下哲先生は終末期医療を科学的側面から分析し高齢者医学の発展に寄与され、三船順一郎先生は血管拡張療法を心不全患者に応用し成績を収められた。

平成5年には小澤利男病院長（元高知医大老年病科教授）が着任され、冠動脈疾患に対する治療を積極的に行うため、平成7年には冠動脈造影装置が導入された。それに伴い東京女子医大心臓血管研究所より冠動脈インターベンションのために医師を派遣していただいた。小澤利男病院長および大川内科部長のもと、総合機能評価病棟開設のため、東京大学より中原賢一先生（元長崎医療センター副院長）、自治医科大学より西永正典医師（元高知医科大学助教授）、高知医科大学から青野正医師、獨協医科大学から谷口泰医師が着任した。平成9年より桑島巌先生が循環器内科部長に、平成10年から酒井誠先生も循環器内科部長に就任された。

平成11年に折茂肇病院長のもと、狭心症センター構想が遂行され、24時間体制での救急心筋梗塞の受け入れが可能となった。平成13年には小澤利男元病院長を中心に JALS（Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study）研究が開始された。

平成14年に東京大学循環器内科より、原田和昌先生（現副病院長）が着任した。東京医科大学循環器内科より武田和大先生等の医師の派遣をしていただき、CCUや循環器救急体制の維持をした。高齢者の急性冠症候群に対する緊急冠動脈インターベンション治療を安定して施行し、高齢者に多い駆出率の保たれた心不全（HFpEF）の診断と治療を確立した。平成17年に原田和昌先生が循環器科部長となり、フラットパネルの冠動脈造影装置やリアルタイム3D心臓超音波検査装置が導入された。平成18年には64列マルチスライスCTが導入され、冠動脈CT検査が可能になった。平成19年からは獨協医科大学より坪光雄介先生（現専門部長）が着任し、下肢閉塞性動脈硬化症に対する血管内インターベンションを開始した。末梢血管細胞を用いた血管再生療法が上田清悟医師を中心に開始され、先進医療として受理された。平成20年に東京大学より井上将至医長が着任し、高齢者の循環器内科急性期医療が発展した。桑島巌先生（元副院長）を中心に、24時間自由行動下血圧の研究が盛んにおこなわれ、早朝高血圧、血圧モーニングサージ、職場高血圧といった概念を広く普及させ、高齢者高血圧診療の発展に努められた。

平成21年4月1日に地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター循環器内科として名称変更し、桑島巌副院長、原田和昌内科統括部長、坪光雄介副部長、上田清悟副部長、井上将至副部長のもと開設された。獨協医科大学より田中旬医師が赴任し心臓超音波部門、埼玉医科大学から杉江正光医師が赴任し心肺運動負荷試験や心臓リハビリテーション部門の充足がなされた。心臓血管外科が開設され、五條理志医師が心臓外科副部長として就任し、当センターにおける開心術の立ち上げを行った。

平成22年度は埼玉医科大学から横田元医師が着任し、心臓MRI検査を開始した。

平成23年度は虎の門病院から藤本肇医師が部長として就任し、心臓カテーテル検査部門の充足が行われた。また、坪光雄介医師が救急診療部部長を兼任し、救急患者を積極的に受け入れ、高齢者救急病院としての方向性が示された。東京医大から石山泰三医師が赴任し、カテーテルアブレーションやペースメーカー留置の等の不整脈部門の業績が増加した。植込み型除細動器・両心室ペースメーカー植込みの施設認定を得て治療を開始した。また、心臓外科に人工心臓で日本の先駆者として活躍されていた許俊鋭先生（現センター長）が就任され、心臓外科が大きな発展を遂げた。

平成24年度より、新病院に移転し、循環器病病棟が5階西病棟および5

階東病棟に移動になった。心臓外科に西村隆部長が就任し、当院センターにおける心臓外科手術症例が増加した。平成25年度から、治療抵抗性重症心不全患者に対する体外式補助人工システムの導入が心臓外科の西村隆部長を中心に行われ、循環器内科もハートチームとして協力しながら重症心不全管理を行うようになった。平成26年度に石川譲治医長が赴任し、高血圧研究を行った。平成27年度から、大動脈スーパーネットワークに参加し大血管疾患の救急患者受け入れを開始した。平成28年度には、武田和大医師が専門部長として就任し、経カテーテル的大動脈弁植込み術（TAVI）実施施設を取得後に治療を開始した。心臓外科によって植込型補助人工心臓植込み実施施設認定を取得された。平成29年度から、石山泰三医長によって心房細動に対するカテーテルアブレーションが開始された。また、心原性ショックに対する経皮的ポンプカテーテル（IMPELLA）実施施設の認定を得た。日本医大から青山里恵医長が赴任し閉塞性肥大型心筋症に対する経カテーテル的中隔心筋焼灼術施行した。村田哲平医師（現医長）が赴任した。平成30年度に経カテーテル的大動脈弁植込み術の施設基準を満たせず、治療を一時中断した。植込型補助人工心臓植込み実施施設から管理施設に変更になった。平成30年12月に心臓外科部長に河田光弘医師が就任した。令和2年度、経カテーテル的大動脈弁植込み術（TAVI）実施施設認定を再度取得し、TAVIを再開した。令和3年度　石川譲治医師が循環器内科部長に就任した。

現状

循環器内科常勤医11名、非常勤4名で従事している。常勤医師としては原田和昌副センター長（心不全、高血圧）、石川譲治循環器内科部長（高血圧、心エコー図検査、心不全）、坪光雄介救急診療部長（末梢血管、心臓カテーテル検査）、藤本肇専門部長（心臓カテーテーテル検査）、石山泰三専門部長（不整脈、ペースメーカー）、村田哲平医長（救急、JMECインストラクター、集中治療、心臓カテーテル検査、弁膜症、経食道エコー）、鳥羽梓弓医師（高血圧、核医学、循環器全般）、小松俊介医師（救急、不整脈、循環器全般）、十菱千尋医師（救急、心不全、循環器全般）、清水瑠璃医師（心エコー図検査、心不全、循環器内科全般）、橘昌利医師（循環器内科全般、心臓カテーテル検査）、非常勤医師としては、山本文医師（心エコー図検査、経食道エコー検査、負荷エコー検査）、鈴木歩医師（核医学、負荷心エコー図）、中里医師（冠動脈CT読影）米山医師（外来）といった体制で診療を行っている。

東京都CCUネットワーク、大動脈スーパーネットワークに登録し、高齢者救急患者を24時間365日体制で

年月	部・医長人事
昭和47年	上田（慶）医長
昭和49年	松下医長、大川医長
昭和54年	大川：米国Duke大学留学、桑島：米国Ochsner研究所留学
昭和55年	三井：福井循環器病センターへ転出
昭和60年	杉浦副院長：広尾病院へ転出
昭和61年	坂井：米国NIA留学
昭和62年	桑島医長（6東）、上田（清）医長（6西）
昭和63年	坂井医長（CCU）
平成2年	大川部長
平成3年	上田（慶）副院長が多摩医療センター院長に転出
平成6年	中原医長（検査科、CGA病棟）、千田医長
平成8年	久保木医長
平成9年	大川部長：女子医大教授就任、桑島部長
平成10年	坂井部長（集中治療室）、土持医長、鈴木医長、中原医長米国留学、久保木医長退職
平成11年	藤田医長（CCU）、鈴木医長退職
平成12年	西永医員高知医大助教授就任
平成13年	谷口医員
平成14年	原田医長（CCU、10東）、坂井部長退職、藤田医長退職、中原医長退職
平成15年	桑島内科部長、千田部長
平成17年	桑島副院長、原田部長（研究検査科→循環器）、千田部長退職、軽部医長（CCU）
平成18年	谷口医長退職
平成19年	桑島副院長、原田内科部長（循環器科兼務）、坪光医長（CCU）、軽部医長退職
平成20年	井上医長
平成21年	桑島副院長、原田内科統括部長、坪光副部長、井上副部長、上田副部長、五條医長（心臓外科）
平成22年	心臓リハビリテーション医として小山副部長
平成23年	井上副部長退職、藤本部長
平成24年	坪光専門部長（救急診療部長兼任）、桑島巌副部長退職、心臓外科に西村部長
平成25年	上田副部長退職、石山医長、田中医長
平成26年	石川医長
平成28年	武田専門部長
平成29年	石川専門部長（生理機能検査室兼任）、青山里恵医長
平成30年	田中医長退職
令和元年	村田医長
令和2年	小川医長
令和3年	武田専門部長退職、石川部長
令和4年	青山医長退職、小川医長退職

受け入れている。新型コロナ感染のパンデミック中においても、循環器内科医も、感染症科とともに感染患者の治療や対応を行い、循環器内科救急患者の受け入れも継続した。心カテ総数：609件、経皮的冠動脈形成術：214 件 、ロータブレータ10 件 、ELCA(エレキシマレーザー) 24件：肥大型閉塞性心筋症に対する経カテーテル的経皮的中隔心筋焼灼術（PTSMA）2件:血管内治療（EVT）18件:大動脈バルーンパンピング（IABP） 20件、インペラ4件、経皮的心肺補助（PCPS）・経皮的膜型人工肺（ECMO）14件です。この他に、Diamond Backが24件となっていました。不整脈ならびに心室再同期療法については、ペースメーカー（新規57例、交換13例、合計70 例）、植え込み型除細動器留置（新規1例、交換1例、合計2例）、両心室ペーシング（新規4例（除細動あり）、新規0例（除細動なし）交換3例、合計7例）、カテーテルアブレーション（総数41例、心房細動26例を含む）、カテーテルアブレーション＋電気生理学的検査（総数51例、電気生理学的検査のみの症例数9例は心室頻拍の精査）であった。心エコー図検査6661件、経食道心エコー図検査204件（術中72件）であった。24時間自由行動下血圧モニタリング316件、ホルター心電図854件であった。

展望

現在、多様性のあるメンバーで構成されており、心臓カテーテル検査や経カテーテル的大動脈弁置換術は継続的に行い、高齢者においても安全で質の高い冠動脈インターベンション治療を提供していく。高齢者の特徴である心不全に関しては、侵襲的なデバイス治療に加えて、医師、看護師、薬剤師、栄養師、リハビリからなるハートチームで協力して対応し、アドバンスケアプランニング、フレイル・サルコペニア対策、認知機能を考慮した心不全治療の実践とエビデンスの構築を

過去の成果

昭和47年	CCU開設、6東循環器病棟、循環器系検査開始（心電図、心音図、ベクトル心電図、色素希釈法）、ヒス束心電図、心エコー図法開始
昭和48年	右心カテーテル検査開始、人工ペースメーカー植込み術開始
昭和49年	スワン・ガンツカテーテル検査使用開始、7西循環器病棟開設
昭和51年	三井記念病院で第1例目の老年者心臓手術（67歳、心室瘤切除、冠動脈再建）、タリウム心筋シンチ開始、3東病棟に内科、循環器病棟開設
昭和52年	自律神経検査（Tilting test）開始
昭和53年	心プールシンチ、ホルター心電図、心臓マッピング検査開始、第11回国際老年学会開催（村上元孝会長）、第8回世界心臓学会開催
昭和55年	断層心臓超音波検査開始、6西：循環器病棟開設．東京都CCUネットワークシステム開始
昭和57年	左心カテーテル検査、冠動脈造影開始、IABP使用開始
昭和58年	心筋SPECT法開始、心筋梗塞に対するUK療法開始
昭和59年	心不全にECUM療法開始
昭和60年	東京女子医大にて最高齢の心臓手術（80歳女性、心筋梗塞後中隔穿孔）
昭和61年	老年心臓病学（南江堂）出版、多摩老人医療センター会員（上田副院長、松下部長兼務）、ホルター心電図、トレッドミル検査開始
昭和63年	カラードップラー心エコー検査、心臓MRI検査開始
平成元年	携帯型24時間自由行動下血圧計開始、循環器外来完全予約制開始
平成2年	負荷心エコー図検査開始
平成3年	経食道心エコー検査開始
平成4年	6東は9東、6西は10東に移転
平成7年	心血管造影装置設置
平成8年	新CCU開設、PTCA1例目、AMIに対するdirect PTCA1例目
平成9年	慢性心房細動に対する電気的除細動、VDDペースメーカー開始
平成11年	心臓カテーテル検査、ペースメーカー手術にクリニカルパス導入、カテーテルアブレーション1例名
平成13年	EPS1000例
平成14年	PTCA1000例達成
平成16年	10東病棟閉鎖
平成17年	フラットパネルのデジタル冠動脈造影装置（Phillps社製）設置
平成18年	64列MDCT装置、リアルタイム3Dエコー設置
平成19年	末梢血幹細胞による血管再生療法が先進医療として受理、PTA開始
平成20年	10西病棟にハイケア病棟、11病棟
平成21年	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターへ移行バスキュラーラボ設置、心臓外科開設
平成25年	心臓外科における体外式補助人工システムの導入
平成27年	大動脈スーパーネットワークに参加
平成28年	経皮的大動脈弁植込み術（TAVI）実施施設を取得、心臓外科にて植込型補助人工心臓植込み実施施設を取得
平成29年	心房細動に対するカテーテルアブレーション開始、経皮的ポンプカテーテル（IMPELLA）実施施設の認定、閉塞性肥大型心筋症に対する経カテーテル的中隔心筋焼灼術施行
平成29年	心房細動に対するカテーテルアブレーション開始、経皮的ポンプカテーテル（IMPELLA）実施施設の認定、閉塞性肥大型心筋症に対する経カテーテル的中隔心筋焼灼術施行
平成30年	TAVI中断、植込型補助人工心臓管理施設へ変更
令和元年	マキシマレーザー導入
令和2年	TAVI再開、重症新型コロナウイルス感染患者に対するVV-ECUMO治療施行

行っていく。心房細動は高齢者に多く認められる不整脈であり心原性塞栓や心房細動に伴う認知機能低下やサルコペニアの進行は高齢者医学においても重要な関心事となっている。高齢者における心房細動治療を安全に行うことを実践し、そのエビデンスづくりに貢献する必要がある。心エコー図検査は、超高齢者においても施行可能な非侵襲的検査であり、検査件数の維持だけでなく、S次状中隔、僧帽弁輪部石灰化、老人性アミロイドーシスなど高齢者特有の心臓の病態を明らかにし情報発信していくことが重要であると考えている。また、高血圧はフレイル・サルコペニア、認知機能といった高齢者の生活の質の低下を来す状態であり、高齢者の血圧管理（高血圧および低血圧）を安全に治療する方法を確立し、報告していく予定である。救急疾患の多い循環器内科診療において、性別や家庭環境など様々な背景を有する多様性のある医師がワークライフバランスを保ちながら、キャリアアップしていけるような仕事環境を目指していく必要がある。

文責：循環器内科　部長　石川譲治

内科系診療部門

呼吸器内科

歴史

昭和47年の東京都養育院附属病院（昭和61年に東京都老人医療センターに名称変更）開設にあたり、当時の東京大学医学部附属病院老人科から福島保喜先生を医長として迎え「呼吸器科」として発足した。福島先生は昭和54年に呼吸器科部長に就任されたが、昭和56年に東邦大学第二内科教授として退任された。

昭和57年に医長に就任された木田厚瑞先生は、今日では慢性呼吸不全の患者に不可欠の治療法となっている、在宅酸素療法の臨床用一号機を当科で試用し、以後、30例以上の患者に試用された。こうした実績をもとに、昭和63年、在宅酸素療法が健康保険適応となり、今日、17万人もの患者の「自宅で過ごしたい」という希望を叶えている。木田先生は平成6年に呼吸器科部長に就任され、平成7年に包括的呼吸リハビリテーションの概念を提唱すると、その後も慢性閉塞性肺疾患（chronic obstructive pulmonary disease: COPD）における呼吸リハビリテーションのエビデンス形成に大きく貢献された。このように、本邦における慢性呼吸不全患者の診療を牽引しておられた木田部長であるが、平成15年7月、日本医科大学呼吸器内科教授に就任され、これに伴い、平成16年3月までに全スタッフが退職した。病床数も62床から25床まで減床し、院内他科のスタッフに支えられながら、なんとか病床を維持した。

平成16年4月、順天堂大学から高橋英気部長が就任されると、その後は順天堂大学呼吸器内科の支援もあって、徐々にスタッフが充実し、地域の中核的医療機関として、肺癌、間質性肺炎、肺炎などの幅広い呼吸器疾患患者に対応できるようになった。平成19年には50床まで増床し、在宅酸素療法地域連携パスなどを通じて地域医療機関との信頼関係の醸成にも努めたが、平成25年3月に高橋部長以下、全スタッフが退職した。

平成25年4月に山本寛が東京大学医学部附属病院老年病科から部長として赴任した。呼吸器指導医1名のみの体制で、井藤英喜センター長（当時）や増田義重総合内科・感染症科部長（当時）の支援を受けながら、なんとか病棟・外来の診療を維持した。その後、徐々に人員の拡充とスタッフの育成をはかり、令和4年4月現在、呼吸器専門医5名、うち指導医3名の体制となり、病床数も20床以上は維持している。

過去の成果

平成21年4月に当院が東京都健康長寿医療センターとして新たな旅立ちを果たし、「高齢者がん医療」がセンターの重点医療に掲げられた。

いまは、高齢者の2人に1人ががんを患い、3人に1人ががんで亡くなる時代である。

一方、高齢者肺がんは、分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬といった新規薬剤の開発・導入が後押しする形で、次第に長期予後が得られる疾患になった。そのため、治療中のがんサバイバーシップの支援や健康寿命の延伸へと、治療の目標が移りつつある。こうした時代の流れに即応するには、診断精度の向上とエビデンスに基づく最新のがん治療を提供することのみならず、高齢肺がん患者が「がんとともにいきる」ことを支えるための工夫が必要になる。

平成26年に超音波内視鏡システムを導入するとともに、少しずつ気管支ファイバーの更新を進めた。平成29年には日本呼吸器内視鏡学会の認定施設となり、EBUS-GS（Endobronchial ultrasonography with a guide sheath）、EBUS-TBNA（Endobronchial Ultrasound-Ultrasound-

Guided Transbronchial Needle Aspiration)といった技術革新にも追従した。平成30年からは、Synapse Vincentによる仮想気管支鏡画像を用いた気管支ナビゲーションを、また、病理診断科と共同開発した迅速染色法(改変Ultrafast Papanicolaou染色)を用いてROSE(rapid on-site evaluation)を行い、診断精度の高い、高齢者にもやさしい気管支鏡検査を行えるようになった。 また、呼吸器外科、放射線治療科、病理診断科と合同のカンファランス、呼吸器キャンサーボードでの症例検討を行い、多科合議による適切な治療方針の決定や知識の共有をはかり、呼吸器グループ全体として診療の質の向上を目指している。さらに、高齢肺がん患者に対して高齢者機能評価を行い、その結果に基づいて、治療方針の決定や予後の推定、がん治療と並行した老年医学的介入まで行っている。その成果のひとつとして、認知症スクリーニングツールであるDASC-21(The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items)が75歳以上の手術不能進行・再発非小細胞肺癌患者における治療意思決定と生活機能障害の抽出において有用であることを、国際誌上で発信した。また、高齢者がん診療の実践に活かせる老年科医の視点を、全国のがん診療施設へ提供している。

現状

診療の質の向上という点では、確実に進んでいる。しかし、呼吸器診療への需要はきわめて大きいにもかかわらず、診療スタッフが慢性的に不足しており、「働き方改革」が求められる中、スタッフの拡充とタスクシフトが課題となっている。

展望

高齢呼吸器疾患患者の健康寿命延伸に向けた研究を進め、それに基づく当科独自の取り組みを幅広く実践し、さらにその成果を発信していく責務がある。そのためには、呼吸器診療と老年医学の融合を進められる、スタッフの育成と拡充とが求められる。その暁には、高齢者呼吸器診療の新たな道標が、当センターから示されるに違いない。

文責:呼吸器内科 部長 山本寛

在宅酸素療法の普及

在宅酸素療法との関わりは1978年ごろに始まった。留学中のカナダでは、街を小さな酸素ボンベを持って歩いている人をときどき、目にした。コロラド大学の教授で、米国をはじめ全世界に在宅酸素療法を普及させたペテイ教授の知遇を得たことは大きな励みだった。さらに、厚生省呼吸不全調査研究班の班長であった東大老年病学教授の原澤道美先生にメンバーとして、呼吸不全の臨床研究に加えていただいた。研究のゴールの一つは、在宅酸素療法の確立と推進だった。老年病学会で研究成果を発表した時に、私は在宅酸素療法をHOT(home oxygen therapy)と呼んだが、司会の原澤先生から、君、HOTは正しい英語表現かね、と質問されたが私は、私が作った和製英語ですと答え、大笑いされた思い出がある。現在、HOTはわが国で定着した呼び名となっている。

当時、HOTの患者数は約300人に達していた。全国でもトップクラスの患者数である。周辺の医師会に呼びかけ、医療連携を強くして一緒にHOTを進めようと院内、院外で講演会を開いた。板橋医師会では、私が退職するときにわざわざ、歓送会をひらいて激励して頂いた。公立病院の医師の歓送会は初めてと伺った。開業医との医療連携を進めるという形は、現在では当たり前のことになっているが当時は斬新な考え方だった。HOTの患者数は、現在、全国で20万人近くに達している。

文責:医療法人社団 至心医療会 呼吸ケアクリニック
東京 臨床呼吸器疾患研究所 理事長 木田厚瑞

2000年9月15日、「HOT保険適用15年」記念講演のため来日されたペテイ教授と看護部長ネットさんを囲む懇親会。
呼吸器科スタッフ及び国立東京病院院長（当時）、芳賀敏彦夫妻。当日は、院内で合同カンファレンスを開催し、スタッフがHOTに関する活動状況を報告した。

内科系診療部門

消化器・内視鏡内科

歴史

本邦での悪性腫瘍の罹患者数の上位を占める大腸癌や胃癌を含めた消化器悪性腫瘍は漸増傾向にある。また、社会全体の高齢化を反映して、その他の消化器疾患に罹患する高齢者も非常に増えており、その中で当科は高齢者医療の一翼を担ってきた。上記の悪性腫瘍のみならず、胆道感染症や消化性潰瘍などの救急疾患への診療にも当たってきた。昭和47年の開院時消化器科として45床であったが、平成21年に東京都老人医療センターから東京都健康長寿医療センターへの改称に合わせて消化器内科へ改称、令和2年には内視鏡科と統合して消化器・内視鏡内科と改称し現在に至る。その間の人員体制の変化に伴い増減し病床数は、令和令和4年4月現在26床として運営している。

過去の成果

診療患者数が漸増する中で、令和2年度には外来患者10,689名、入院患者10,451名の診療を行ってきた（図1. 外来患者・入院患者数の推移）。

その中でも近年は当科の特徴として内視鏡関連の治療手技に重点的に力を入れてきた。特に内視鏡内科部長であった西村誠先生を中心に行なっていた内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）関連手技、超音波内視鏡（EUS）関連手技および内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）は都下有数の件数を誇っていた（図2. ERCP・ESD件数の推移）。

また、研究面でも国内外の学会発表を含め精力的に活動を行い、研修医の発表も指導して実績を重ねてきた。

現状

平成30年に内視鏡内科部長であった西村誠先生が米国ニューヨーク州の Memorial Sloan Kettering Cancer Centerに同センター創設以来初の日本人消化器内科医師として栄転され、令和3年に消化器内科部長であった上垣佐登子先生がご逝去された。その後、常勤医は松川美保医長・葦沢龍人保険指導専門部長と常勤2名という状況に加えてCOVID-19の影響もあり病床数や上記診療件数も縮小傾向ではあったが、令和4年4月より東京大学消化器内科からの派遣として千葉西総合病院消化器内科部長であった小野敏嗣が消化器・内視鏡内科部長に着任、さらに同じく千葉西総合病院消化器内科より保坂祥介専門医長、東京大学消化器内科より深川一史専門医長が加わり、常勤7名体制となり、これにシニアレジデントを加えた新体制となっている（図3. 消化器・内視鏡内科集合写真）。

さらに、東京大学消化器内科で研鑽を積んだ肝臓専門医を非常勤に迎え、ラジオ波焼灼術（RFA）を含めた肝疾患診療も行える体制を構築している。加えて、東京大学消化器内科医局との関係を強化し関連病院として大学での専門研修及び共同研究の一翼を担うべく体制を整えている。

展望

新体制となったことで臨床面では幅広く対応できるようになり、特に先進施設で内視鏡診療の研鑽を積んだ上記3名の加入によって、これまで以上に内視鏡診療に力をいれていく方針である。また、東京大学消化器内科医局との関係強化として大学での研修プログラムの中で積極的に専門研修医を受け入れると共に共同研究を幅広く展開していくことが期待される。

文責：消化器・内視鏡内科
部長　小野敏嗣

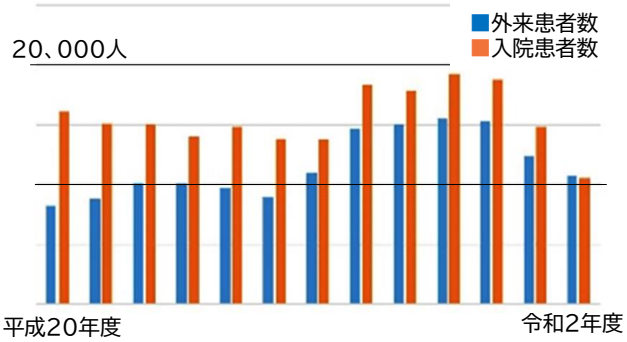


図1. 外来患者・入院患者数の推移

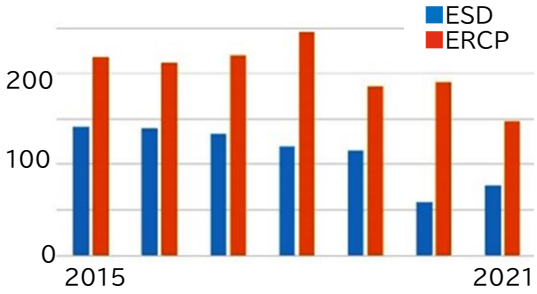


図2. ERCP・ESD件数の推移

消化器・内視鏡外科 集合写真

内科系診療部門

脳神経内科・脳卒中科

これまでの脳神経内科の流れを次の3期に分けて述べていく。
1，養育院附属病院、2，東京都老人医療センター、3，東京都健康長寿医療センター
病院の特徴は、大きく変わっており、同じ病院とは思えないほど変貌している。

第1期　養育院附属病院神経内科
1972年(昭和47年)に開設

村上元孝院長の「皆が勉強する病院、勉強できる病院」、レベルの高い老人専門病院を目指し、診療レベルを上げる具体的な手段のひとつとして臨床に加え病理解剖を重視された。

神経内科は、副院長として赴任された亀山正邦先生(その後、京都大学神経内科・老年科教授)を中心に、萬年徹先生(後の東京大学神経内科教授)、井上聖啓先生(東京慈恵会医科大学神経内科教授)、東儀英夫先生(岩手医科大学神経内科教授)らが赴任された。後に当院の副院長となられた山之内博先生も、若手医師として金沢大学から移り、臨床、および、脳卒中の臨床病理学的研究を推進された。

多くの大学・医局から(東大、京大、金沢大、鹿児島大、東京医科歯科大、筑波大など)、医師が交代で派遣され、研修するとともに臨床を支えていた。神経病理室長には　朝長正徳先生が赴任され、毎週、ブレインカッテイングを行い(毎週5-6例)、脳病理との対比、特に脳卒中患者の臨床と病理所見との対応がなされている。この臨床病理研究から、臨床の基礎となる多くの学会発表、論文が生まれている。

当時、兼務研究員制度があり、臨床をしながら、病理など研究所の興味のある部門に兼務研究員として所属し、研究を兼ねることができた。在院日数が、平均2-3ヶ月で、救急患者も少ない状況であったので、それが可能であった。

第2期　東京都老人医療センター
1986年（昭和61年）

東大神経内科の初代教授、その後、長らく教授を務められ日本の神経内科の代表である豊倉康夫先生が院長として赴任された。Babinski反射など、神経診察を丁寧に教えられた。

神経内科医長として、山之内博先生（脳梗塞の臨床病理研究。後に、ブレインカッテイングも担当）、葛原茂樹先生（後に、三重大学神経内科教授・日本神経学会代表理事。東京都老人総合研究所　井原康夫先生との共同研究にて、レビー小体型認知症の免疫組織化学など）が活躍された。

その後、名倉博史先生、板東充秋先生（神経心理）を中心に、東大、京大、金沢大、鹿児島大、東京医科歯科大、筑波大など多くの大学から神経内科医師が交代で着任された。

1990年後半から、在院日数の短縮がなされ、1988年頃、平均60日→2002年　20日前後となった。また、徐々に、統合・民営化の動きがはじまり、病院としては、急性期脳卒中診療に力を入れる方針で、1997年、脳卒中ユニットを開設。脳神経外科と共同で24時間の救急体制を取るようなった。医療の効率を上げ、なんとか収益を上げる対策・変革が、盛んに検討されるようになった。

第3期 2009年（平成21年）

都立病院から地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターへ（井藤英喜病院長）、そして、2013年（平成25年） 新病院への移転となった（2015年 許 俊鋭病院長）。

2009年度は、 神経内科56床、その他、脳外科と24時間体制で脳卒中ユニットを運営。その他、パーキンソン、ALSなど神経変性疾患、認知症、神経筋疾患と幅広く対応した（金丸、小宮、仁科ら）。毎朝の朝カンファを開始し、前日当直時間帯の緊急入院となった新入院患者の症例検討を行った。また、板橋区難病在宅支援として、一部在宅訪問診療も行い、かかりつけ医と連携している（金丸）。

村山繁雄先生は、神経病理部長として着任し、ブレインバンクを設立され、神経内科も兼任していたが（新患や問題症例の回診やカンファレンス）、2013年4月から、正式に神経内科部長となり、臨床病理全般でリーダーとして活躍された。2013年度は、村山、金丸（脳脊髄液バイオマーカー）、小宮（電気生理）、仁科（神経筋生検）、仙石（神経病理）、東原（電気生理）などの体制となった（カッコ内は臨床以外の主な担当）。脳卒中以外の神経変性疾患に関して、特に問題症例に関しては、PET（石井）を含めた画像、脳脊髄液バイオマーカーなど総合的に詳細な検討を行った。問題症例CCや月に1回、精神科、画像チームと合同で物忘れカンファ、また、神経病理と神経CPCを行い症例の検討、病態解明を行った。2017年11月には急性期病院としてのSCUの開設： SCUとして6床でスタートとなった。

2020年（令和2年） 4月からは、東大神経内科より赴任された岩田 淳先生（脳神経内科部長）を中心に、急性期脳梗塞から末梢神経障害まで、脳神経疾患全般の診療、研修医の教育：各研修に対して、外来・入院診療におけるベッドサイドティーチングなどマンツーマン指導を行っている（岩田）。その他、バイオバンクが設立され、今後の研究のための脳脊髄液・血漿が保存されるようになった。医長以上のスタッフは、金丸和富（脳卒中科部長、バイオマーカー）、 仁科裕史（脳卒中専門部長）、東原真奈（電気生理検査、ALSクリニック）、井原涼子（認知症検査、治験）となっている。

物忘れカンファ、PETカンファ、問題症例CC、 神経CPCなど、継続されており、他科と連携しながら行っている。病理所見（ブレインバンク 齊藤、村山）との対応を含めて、今後の脳神経内科の発展に寄与するよう学会発表や論文発表にも貢献している。また、他病院との連携もさかんで、東京大学医学部附属病院、国立精神神経医療研究センター、帝京大学医学部附属病院など合同カンファレンスを含む積極的な連携を行っている。

現在の診療だけでなく、人材育成を含め、未来への発展に寄与する脳神経内科となっている。

文責：脳卒中科　部長 金丸和富

内科系診療部門

血液内科

血液内科の歴史と成果

血液内科に入院治療を要する疾患は、血液悪性疾患が90%を占め、そのうち約半数が急性骨髄性白血病で、残りが骨髄異形成症候群、悪性リンパ腫と多発性骨髄腫が占める特徴がある。高齢者血液悪性疾患の治療は、当時確立されたものがなく、当院がリーディングホスピタルとして、重要な役割を果たしてきた。

1972年に白倉卓夫医長が就任。高齢者血液疾患の診断と治療の基礎が築かれた。その後1979年森眞由美医師が医長として就任(1991年部長、2003年副院長就任)。1988年森眞由美医師を中心とした老年者造血気疾患研究会発足及び研究会誌を年2回の発行を開始した。この研究会にて東京近郊の多くの施設で、高齢者血液疾患に対する意識の向上が得られた。1990年、全国規模の高齢者悪性リンパ腫に対するCHOP療法容量設定に関する他施設共同研究が開始された。1998大田雅嗣医長就任(2002年部長、2006年副院長)、高齢者急性白血病研究グループによる共同研究が開始された。1999年森眞由美医師が代表を務める高齢者血液腫瘍研究会発足し、全国180施設での共同臨床研究が開始された。2001年からは薬剤科の協力による抗がん剤のミキシングや病棟での薬剤服薬指導が他病棟に先駆け開始された。森眞由美医師、大田雅嗣医師在任中は多くのスタッフの協力のもと、高齢者悪性疾患の治療成績向上を目指し、Evidence Based Medicineの考えのもと全国組織で白血病、悪性リンパ腫の共通プロトコールでの臨床研究を行ってきた時期に当たる。その結果75歳まではPSが良好な症例では、若年者と同等の治療成績が得られることが確認された。当科のみならず本邦における高齢者悪性リンパ腫や白血病治療の基礎が確立された。

表1

造血幹細胞移植
2006年11月から2021年12月までの移植実績

自家移植	11例
血縁者間同種移植	26例
非血縁者間同種移植	15例
非血縁者間臍帯血移植	227例
合計	279例

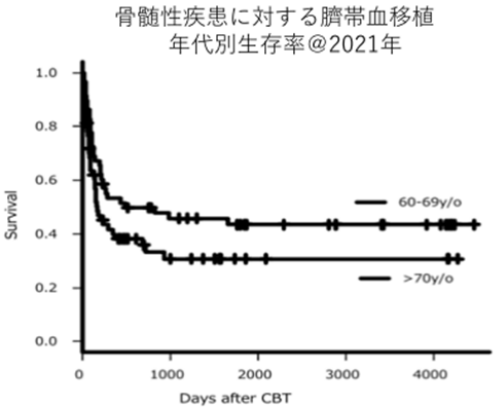


図1

血液内科の現状

2006年宮腰重三郎医長が就任(2009年部長)。造血幹細胞移植導入を目指し、各部門の協力のもと2006年7月に自己末梢血幹細胞移植、同年11月には当院初の同種造血幹細胞移植が行われた。2008年2月に無菌室を6床増床し、計11症となった。2008年11月日本臍帯血バンクネットワーク移植登録病院に認定された。2013年5月に現在のセンターに移転。11階西病棟を無菌病棟とし、全36床(個室14床、3人床2室、4人床4室)となった。その後移植症例を積み重ね、輸血・細胞療法科小林寿美子部長(2016年就任)の協力のもと、2017年1月より、日本骨髄バンクならびに日本造血・免疫細胞療法学会による認定施設(カテゴリ-I)に認定された。高齢者血液疾患における造血細胞移植(当科では主に臍帯血移植)の安全性を確立するための研究、検討を積極的に行ってきた。65歳以上、特に70歳代の血液悪性疾患に対する造血細胞移植を積極的に施行しており、施設別での70歳代の症例数は本邦で最も多い。

表1に当院初の造血幹細胞移植から2021年12月までのドナー別移植症例数を、図1には、年代別骨髄性悪性疾患への臍帯血移植の成績を示す。

今後の展望

高齢者造血細胞移植の安全性については確立しつつあるが、移植後再発をいかに抑えるかに関して、若年者移植同様未だ確立していない。そのため、今後は移植後再発をいかに防ぐかの研究検討をする予定である。さらに、将来的に、移植後の各臓器細胞のテロメア長を測定し、テロメア長の長い臍帯血由来の細胞がどのように分布しているかの検討を加え、アンチエイジングへの可能性を模索する予定である。

文責:血液内科　部長　宮腰重三郎

内科系診療部門

感染症内科

歴史

内科系診療科が臓器縦割りとなっている中で、感染症内科は感染・免疫という病因論に基づく臓器横割りの診療科である。加えて、ヒトと微生物との関係、環境の生態系を意識する診療科でもある。高齢者における感染症は種々の臓器障害を背景に発症している例が多く、幅広い内科的知識に基づいた対応を必要とする。

昭和51年島田馨医長のもと、感染症病棟が開設された。以後感染症内科は、稲松孝思(昭和61年医長、平成9年部長に就任)、深山牧子(平成4年医長に就任)、増田義重(平成9年医長、平成24年部長に就任)、小金丸博(平成29年医長に就任)らを中心に運用された。平成11年7月の豊島病院開設に際しては、稲松医師、深山医師が豊島病院感染症科を兼務し、診療科の立ち上げに尽力した。

これまでに、千葉福祉ホーム、特別養護老人ホーム、看護学校などで様々な感染症の流行(赤痢、インフルエンザ、ノロウイルス、ロタウイルス、インフルエンザ、ウェルシュ菌など)を経験し、それらに対応した。また、院内感染(MRSA、疥癬、結核、クロストリジウム・ディフィシル、多剤耐性緑膿菌、インフルエンザなど)も数多く経験し、感染制御に努めた。

成果

感染管理認定看護師、細菌検査室、薬剤科とともに、院内感染対策チームの中心メンバーとして、特定感染症委員会の運営、サーベイランスの実施、院内感染症対策マニュアルの作成に尽力した。

これまで病棟、外来の運営に携わり、数多くの高齢患者を担当してきた。その中で内科全般について総合的に診療し、患者一人一人のQOLの向上、患者家族の満足度の増進に努めた。病理解剖にも積極的に取り組み、高い剖検取得率を維持した。神経疾患を基盤に嚥下障害を伴う症例や変性性の認知症例が多く、神経病理部門を中心としたブレインバンクに多数の症例を提供した。

研究では、嫌気性菌感染症、敗血症、偽膜性大腸炎、レジオネラ症、高齢者における抗菌薬の体内動態、MRSA感染症、血管内留置カテーテル感染症、髄膜炎、感染性心内膜炎などについて報告した。

MRSAの蔓延が社会問題化した中で、特別養護老人ホーム、老人保健施設、在宅医療における感染症対策が求められた。各種検討を行い、『特養などにおける感染症対策の手引き:全国社会福祉協議会』、『老健施設などにおける感染症対策の手引き:全国老健施設協議会』、『高齢者施設におけるインフルエンザ対策の手引き:東京都』の作成に中心的な役割を果たした。

現状

外来では、肺炎、結核などの呼吸器疾患、梅毒などの性行為感染症、発熱疾患などの診療を行っている。また、感染症予防に関しては、高齢者に対するワクチン接種に積極的に取り組み、肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチン、破傷風トキソイド、B型肝炎ワクチンの接種を行っている。

病院全体の院内感染対策を中心的立場で取り組み、特定感染症予防対策委員会の運営を担っている。また、抗菌薬適正使用支援チームの一員として、血液培養陽性例、広域抗菌薬の長期投与例に対して回診を行った。

令和2年以降はCOVID-19の流行により、担当患者のほとんどをCOVID-19が占めている。主治医としてCOVID-19患者を担当するほか、軽症～重症まですべてのCOVID-19入院患者の診療を他科医師と協力し行った。重症COVID-19患者の治療は、主に呼吸器外科、心臓血管外科とともに行い、人工呼吸器装着例やECMO治療症例を経験した。

COVID-19の診療、院内感染対策に関して、中心的な立場で取り組んでいる。検査科、研究所の協力を得て、十分なPCR検査が行える体制を整えた。連携医療機関や保健所からの診察依頼に対応するため救急外来に発熱外来を開設した。また、職員および一般の方を対象に新型コロナウイルスワクチンの接種を行うための体制を構築した。

展望

感染症内科の重要な役割のひとつは、予防できる感染症をあらかじめ予防することである。そのための大きな武器がワクチンであり、今後も積極的にワクチンによる感染予防の推進に取り組んでいく。

COVID-19という新興感染症が今後どのように我々の生活や医療に影響を及ぼすかまだ分からないが、このウイルス感染症とどう共存をはかっていくかが大きなテーマとなる。診断、治療、予防、院内感染対策に至るまで感染症内科が果たすべき役割は大きいと考える。また、新たに出現するかもしれない新興感染症に対しても、新型インフルエンザやCOVID-19の診療経験を生かして、適切に対応したい。

文責:感染症内科　医長　小金丸博

内科系診療部門

精神科

歴史

1972年6月、東京都立老人医療センター開設とともに木戸又三医長（後の初代部長）、雨宮克彦医師の二人体制で精神科外来診療、および他科コンサルテーションが開始された。専門病床の必要性に病院も強い理解を示し、同年11月一般病床内に6床の精神科病床が開床した。1974年5月一般病床内で16床に増床となった。当時建設中であった板橋ナーシングホーム内に精神科病棟をつくり、両者が協力体制をとるという構想が練られ、1976年9月の板橋ナーシングホームオープンに遅れること3年、1979年5月板橋ナーシングホーム光風2階東に30床の精神科専門病棟が開設された。

1986年10月に木戸医長が部長に昇任した。 1990年5月認知症入院診療拡充のため、精神科病棟は40床に増床となった。

1997年7月平澤秀人医師が精神科長となった。

1999年9月小山恵子医師が精神科長となった。

2008年4月古田光が精神科長となった。

2009年病院が独立行政法人化し東京都健康長寿医療センターとなった。東京都との協力体制に変化はあったが、精神科病棟は引き続き板橋ナーシングホーム内の病棟で運営した。

2013年6月新病院竣工にともない、精神科病棟が病院本棟11東病棟になった。実に37年ぶりの本館復帰であった。

外来診療は精神科開設時から行なっているが、1989年精神科内に認知症の専門外来として「老年認知症外来」を開設し、現在「もの忘れ外来」として専門外来を継続している。

過去の成果

認知症やせん妄、高齢者うつ病、高齢者の精神病性障害の外来及び入院加療をおこなってきた。また、高齢者に対する電気けいれん療法も積極的におこなってきた病院である。結果として、同分野での症例報告、論文等の成果がある。

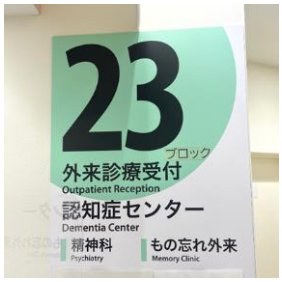
現状

現在の精神科の診療体制は常勤医師5名である。その他精神科に公認心理師が常勤、非常勤あわせて6名所属している。病床は、30床の閉鎖病棟（定床外の保護室2床あり）で、10:1看護である。入院患者の平均年齢は約80歳で、何らかの認知症性疾患を持つ患者が6-7割を占める。以前は認知症性疾患を持つ患者の割合は5割程度だったので、その割合は増加傾向である。精神科専門療法として全身麻酔科での電気けいれん療法を年間250～300件試行している。精神科リエゾンチーム、認知症ケアチームを主体的に運営、緩和ケアチームに参加している。

展望

高齢者を主たる対象とした急性期総合病院における精神科として、高齢者のうつ病、精神病性障害、認知症の行動・心理症状（BPSD）の精査加療、麻酔リスクの高い患者に対する電気けいれん療法、および、身体科と協力した精神障害者の身体合併症医療が、今後も中心として担う役割である。高齢者の総合病院精神科医療のパイオニアとして、多職種と協力しながら今後も医療に邁進していきたい。精神科が認知症診療で果たす役割はBPSDの治療が中心となっていくのではないかと考えている。また、認知症介護者の教育や心理的サポートも精神科が中心となって多職種で行う業務と考える。 コンサルテーション・リエゾンの充実、サイコオンコロジー、緩和ケア対応など、総合病院で精神科の求められる分野は今後も大きい。今後更なる発展と充実を目指していきたい。

文責:精神科　部長　古田光



内科系診療部門

もの忘れ外来

歴史

当院は養育院附属病院としてはじまり、老人医療センターに組織が変わった後も、他にあまり例を見ない高齢者を対象とした総合病院として歩んできた。高齢者を対象とするため、認知症が今ほどクローズアップされていない時代から、認知症患者が多く受診していた。その流れを受け、1989年12月認知症診療充実のため、精神科外来内に認知症の専門外来として「SD外来（老年認知症外来）」を開設した。SD外来は認知症一般を対象としていたが、1999年1月、認知症の診断を目的とした「もの忘れ外来」を開設した。2000年4月認知症診療の社会的ニーズの増加に応えるため、および受診患者の混乱を防ぐため、SD外来ともの忘れ外来を、「もの忘れ外来」に統合した。もの忘れ外来の診療を精神科医師と神経内科医師で行うようになった。現在は研究所所属医師等様々な所属の専門医が診療を行っている。また、東京都公安委員会から委託を受け、自動車運転免許証の臨時適正検査を実施している。

認知症疾患医療センター

2011年認知症疾患医療センターの指定を視野に認知症疾患医療センター準備室を開設、専任の精神保健福祉士、社会福祉士等の相談員によるインテークや相談を開始した。

2012年東京都の事業開始とともに認知症疾患医療センターの指定を受けた。区西北部医療圏認知症医療介護連携協議会開催を開始した。2013年新病院竣工にともない、外来認知症センターにもの忘れ外来、認知症専門相談室、精神科外来、非薬物療法室が設置され、専門相談員は認知症専門相談室に常駐し、認知症に関するワンストップサービスを開始した。

同年板橋区と認知症アウトリーチ事業を開始した。

2014年病院部門に認知症疾患医療センターが位置づけられた。同年豊島区とアウトリーチ事業開始、また、地域の多職種による症例検討会を開始した。

2015年認知症支援推進センター受託を機に認知症疾患医療センターの事務局が医療連携室から支援推進センターに移行、2016年認知症疾患医療センターと支援推進センターの一体的な運営が始まった。

2017年認知症疾患医療センタースタッフも高島平スタディの調査に参加した。

2019年IRIDEの一員となった。

東京都の規定に従い、2013年の看護師認知症対応力向上研修を皮切りに、地域の専門職を対象とした種々研修をおこない現在に至る。

診断後支援

当事者・家族サポートとして、2004年4月から「もの忘れ外来家族会」（現在「もの忘れ外来家族交流会」と名称変更）を開始した。

また、2006年～2010年少数の介護者を対象とした集団教室「介護者教室」を実施した。

2010年家族及び当事者を対象とした認知症の基本的な知識を得るための教育講座「認知症はじめて講座」を開始した。

2008年、2003年から断続的に行っていた外来集団回想療法を「思い出の会」として定期開催とした。

2015年当事者が語り合う会「私たちで話そう会」を開始した。2019年認知症カフェを開始したが、2020年コロナ禍のためカフェ事業はいったん中止した。コロナ禍後はオンライン化できるサポート事業は継続した。

過去の成果

近年は毎年1000人弱の認知症鑑別目的の患者を診療してきた。もの忘れ外来受診者を対象に、多施設共同研究も含め研究データの採取や、論文作成、学会発表など多数である。認知症疾患医療センターは地域拠点型認知症疾患医療センターとして、専門医療は地域連携推進の取り組みとともに、各種研修事業を行い、地域の認知症に関わる専門職の人材育成を続けている。

現状

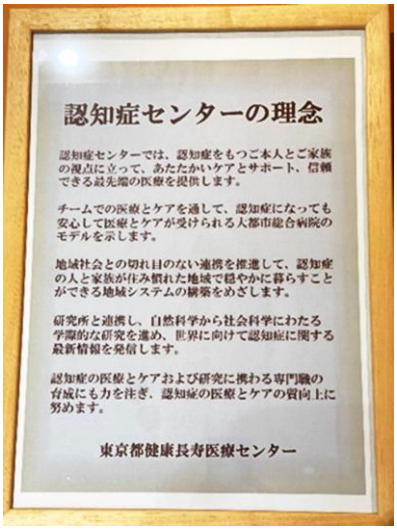
認知症疾患医療センターは認知症相談室を中心に事業を展開している。また、もの忘れ外来は現在、精神科、神経内科、研究所等の複数の所属の専門医によって、外来診療をおこなっている。当事者・家族へのサポート事業は2020年以降コロナ禍のため一部事業はオンライン化、一部事業は休止している。院内研修として月1回のペースで、認知症や精神疾患に関わる勉強会「認知症センター勉強会」を開催している。

展望

もの忘れ外来は設立当初は認知症診療の充実と、認知症の初期診断を目的に設立された。30年以上前の当時と認知症を取り巻く社会的状況は大きく変わり、もの忘れ外来の存在意義も変わった。現在認知症の診断は地域の多くの医療機関で行われており、当院のもの忘れ外来では診断困難な特殊な例だけを扱うか、研究目

的での症例フォローが中心となっていくであろう。経験豊富な多職種による認知症当事者・介護者のサポート、およびそのノウハウの地域への伝達は当センターならではの役割となりうる。そして、認知症疾患医療センターは当センターの豊富な人材と経験をもとに、東京都の中核的な認知症疾患医療センターとして活動し、全国に発信していきたい。

文責:精神科　部長　古田光



内科系診療部門

緩和ケア内科

「そのながい道程にお付き合いします緩和ケア」

以前の私のボスは「いのちとはなにか」と小学生に伝えるときに「いのちとは自分が自由に使える時間のことです」と言っていました。そして「それをどのように使うのも君の自由なんだよ」とも教えてくれました。100歳を超えてなお活立なひとの言葉だけに重みもありました。

たくさんあるうちは残りを気にせずに使います、足りなくなると焦ります、なんだってそう。まして残りが見えない器に入っていればなおさらで、叩いてみてもひっくり返してみても透かしてみても、残りが分からなければ尚更ですね。

私も50歳を過ぎて自分が自由に使える時間を逆算できるようになると、仕事もそうですが、自分が残り時間でしたいこととできる事の、おおよその目安を立てました。そう、そのおおよその目安を立てる、これは大事。そしてその中でどうしてもしておきたいこと、できればしておきたいこと、など、全部できればそれはいいけれど、全部できなかったとしても、これだけはしておきたいことを決めておくのは大切だなと思います。

老いや病で思うように出来なくなる、つらいことです。行く先が見えない、不安です。でもおよそどんな道があって、どんな景色が見えるのか、そこが険しい道なら誰が一緒に歩いてくれるのか、川はあるのか、渡れるか・・、老いや病とともに歩む道、付き合ってくれるひとがいれば、少しつらさや不安は和らいで、もしかすると、その道に小さな花を見つけたり、美味しいおやつを口にしたり、新しい友達ができたりする、そんな楽しみがあるかも知れません。

緩和ケアは、治らないがんの人が受けるものとか、緩和ケア病棟は死ぬ人が行くところだとか、緩和ケア科は痛みを和らげる科だとか、そのどれもが全く間違っているとは思いませんが、ちょっと惜しい、かすってはいるけれど、真ん中は外しているかな。

大風呂敷を広げれば、緩和ケアとは、つらさを和らげて、その方が生きたいように生きるために一緒に考えたり手伝ったりするごとだと思っています。ひとにはそれぞれにいろいろなつらさがありますね。病が治ることで全て消えてしまうつらさもあるかもありませんが、治る病ばかりでもありませんし、みな老いるのです。痛みを和らげることはとても大切なことですが、それは例えば「今までのように過ごしたい」という願いを叶えるための手段でしかありません。ひとりぼっちがつらい、仕事が無いのがつらい、お金がなくてつらい、なら緩和ケア科は友だちや仕事を探してくれるのか？

友だちにはなれるかも知れませんが、仕事の斡旋はしていません。でも病や老いで仕事を失われた、そのつらさを聴くごとはできます。

それなら誰でもできるじゃないか、その通りです。そして誰でもできるし、お医者さんや看護師さんだけでは、できないのが緩和ケアです。だってひとのつらいと思うことはたくさんあるでしょう、そのひとつひとつに応えることができるように、いろいろな職種やボランティアさん、ご家族・友人の力が必要なのち緩和ケアです。

つらさを和らげて生きたいように生きられるようにする、それは医療やケアの基本的な態度だと思いますし、誰もが望むことですね。そんなふうに皆んなが考えるようになって、それができるようになると、そんな当たり前のことをする緩和ケア科なんて必要ないんじゃないって言われる、そんな日が早く来てくれたらいいのになと思うのです。

文責：緩和ケア内科　部長　齊藤英一

外科系診療部門

外科

歴史と成果

昭和47年新病院開設時に外科は一般・腹部外科として始まり、昭和49年に胸部外科が加わって、以後一般外科・腹部外科・胸部外科が合同で、高齢者の外科治療に積極的に取り組んできた。当初からの外科の目標は、1）状態の悪い患者への安全な手術、2）高齢者に対する外科的治療の適応拡大、3）老人外科の病態の解明であり、この目標は現在まで変わることなく受け継がれている。

開設当初は主として養育院に入寮中の患者さんへの外科的治療から始まり、その後周囲の医療機関から紹介を受けることで急速に手術件数が増加した。当時すでに80歳代の患者さんにも相当数手術が行われており、外科的疾患に対し積極的に手術が行われていたことが窺われる。しかし同時に在院死亡率も高齢になる程高率であり、高齢者への手術適応拡大へ向けて挑戦の時代でもあった。昭和50年代後半からは腹部大動脈・末梢血管への外科的治療が導入され、また手術成績の著しい向上がみられた。手術の安全性の向上には様々な要因があげられるが、疾患の正確な術前診断、術前後の栄養管理や基礎疾患の治療、鎮痛、早期離床、呼吸リハビリなどの周術期管理、などが確立されてきた結果と考えられる。同時に診断機器の進歩、麻酔科、各専門内科、リハビリ科などの協力に負う部分もあり、待機的手術の死亡率は若年者に引けを取らないレベルまで向上している。平成に入ると、世の流れは拡大手術から、根治性は十分確保した上での機能温存・低侵襲手術に大きく舵が切られることとなり、当科においても腹腔鏡下手術、内視鏡的治療、化学療法・放射線治療併用など、手術の方法や内容も大きく変容してきた。

その後、心臓血管外科、呼吸器外科が新たに整備されたことにより、現在は消化器・一般外科として日常診療に当たっている。

疾患別にみれば、大腸癌、胆石症、ヘルニアなど、高齢者に多くみられる疾患が中心であることに変わりはないが、近年、早期発見や内視鏡手術の進歩（ESDなど）による胃癌手術症例の減少と、大腸癌手術症例の増加が顕著となっている。以前、多かったPEGは、診療報酬改定の影響か減少傾向にあり、一方CVポートの依頼は漸増している。

当初規定されていた、当センターの受診の縛り（都内在住、65歳以上）が無くなったこともあり、若年者（時には20代！）の受診も珍しくは無くなってきたが、手術患者の平均年齢は相変わらず70代後半であり、複数の臓器機能障害を持つ症例や高度な認知症の症例も多く、手術の安全性に対する術前評価、手術適応は依然として難しい場合も多い。

専門外来としては、肝胆膵外科専門外来、PEG外来、腹腔鏡手術外来、便潜血外来、皮膚・排泄ケア認定看護師と共同で行うストーマ外来など、幅広く開いており、他院、他科からの紹介を受け入れている。

養育院附属病院の時代から月1回開催されていた、病理部門主催の消化器病理カンファランス（現・消化器キャンサーボード）には初回から参加しており、詳細は病理部門に譲るが長年積み重ねられてきた歴史の重みを感じている。

稲松先生の声かけで始まった、毎年6月にテルモ株式会社の総合医療トレーニング施設「テルモメディカルプラネックス」で行われる、初期研修医対象のシミュレーターを用いた体験研修の指導医を、初回から担当している。コロナ禍で中止となっていたが、今年は3年ぶりに10回目の研修に参加した。

板橋区医師会と株式会社第一三共との共催で年1回開催している、消化器フォーラムも、コロナ禍で中止となっていたが、今年は3年ぶりに5回目を開催した。

構成

外科医の出身医局は、かつては東京大学が大部分を占めていたが、その後、杏林大学、帝京大学、順天堂大学から定期的に派遣していただけるようになり、さながら“多国籍軍”の様相で色々な流儀と接する機会が多い、あまり他には類を見ない構成となっていた。大学からの派遣の場合、卒後4、5年目の医師に2～3年、研修していただいた。男性医師の割合が高いが、杏林大学、帝京大学、過去には東京大学からも女性医師が派遣されたこともあった。院内において外科は“便利屋”であることが多く、当センターは各科間の垣根が低いこともあり、他科からのCV挿入依頼などにも対応している。当センターでの外科研修は、このように手術や術後管理のみならず、検査や他科との関わりなど、多岐にわたる内容となっている。同時に学会発表などにも励んでいただき、研修中に少なくとも1回は発表していただいている。

平成16年から始まった新医師臨床研修制度において、当センターも基幹型臨床研修病院として初期研修医の受け入れを行っている。外科は必修診療科では無かった時期もあったが（現在は、再び必修となっている）、その間も研修管理委員会と交渉の末、

当センターでは必修診療科としていた。その甲斐もあってか、内科系の初期研修医が、卒後3年目に外科専攻医となったケースが2名おり、当科での研修のたまものと考える。

展望

いつからかは定かではないが、少なくともここ20年以上、外科は24時間、365日、2名の医師をon callとして立てており、手術を始め、緊急症例に対応可能な体制を堅持している。外科単科で毎日当直ができればベストだが、現行の人数では厳しく、外科医は週3-4日の当直となっている。外科医が増員されることが望ましいが現状では難しい。消化器内科と外科が共同で消化器系を担当する当直体制を整備することで、当センターにおける消化器疾患の救急医療体制が充実すると考えている。

当センターは日本外科学会外科専門研修制度の指定施設であったが、平成30年に始まった新専門医制度では、連携施設の数と手術件数から基幹施設になれず、連携施設となっている。現在、東京大学、杏林大学、帝京大学、筑波大学と連携し後期研修医の派遣を受け入れている。外科だけの問題では無いが、他大学との連携を図りつつ基幹施設になるには、兎に角、手術件数を増やす以外に手段はない。それに向けて、外科系診療科でまとまって、活動性を上げて行く必要がある。

現在、日本消化器外科学会の専門医制度指定修練施設となっているが、新専門医制度での要項が定まっていないのが現状である。新専門医制度になっても、施設認定は維持して行きたいので、現在2名しかいない消化器外科専門医の更なる確保が急務となる。できれば、外から採用するのではなく、中から修得してもらいたいところであり、それには人員確保が必要となる。

令和2年4月に赴任した中里部長は消化器外科領域の中でも更に専門性の高い日本肝胆膵外科学会高度技能専門医の資格を有している。赴任後、肝胆膵外科領域の手術症例数は増加傾向にある。肝胆膵外科領域の中でも高難度手術に分類される症例を増やすことで日本肝胆膵外科学会高度技能専門医制度認定修練施設となることができる。高度技能専門医修練施設となることで高度技能専門医目指す若手外科医を育てることが可能となり、人材確保の点からも有益と考えられる。

近年、腹腔鏡手術が広く全国レベルで普及し、ロボット手術も保険収載されている。腹腔鏡手術に関しては、広く普及しており誰でも行うことは可能な手術手技ではあるが、手術手技の質の担保という点で日本内視鏡外科学会の技術認定医修得も一つの目標となる。かなり狭き門ではあるが、“単に手術ができる”だけではなく、“資格を持った医師が手術を行う”形にできれば尚一層良いと考えるが、それには今暫く時間が必要だろう。

消化器外科領域でのロボット手術は幅広い術式で保険収載され全国的に広がりを見せており、現在は主に大学病院やセンター病院を中心に導入が進んでいる。ロボット手術の有用性は、特に高難度とされる消化器外科手術において期待されており、ロボット手術は腹腔鏡手術と共存する形で今後も適応を拡大していくと予想される。ロボット手術システムに関してはIntuitive社のda Vinci Surgical Systemが最も有名であり広いシェアを占めているが、ロボット手術システムの基本特許が満了した今日では日本国内の企業も含めた複数のメーカーが様々な手術支援ロボットを開発している。今後、複数企業が手術支援ロボットを販売するようになれば、現在よりもロボット手術導入にかかるコストは下がることが予想される。そうなれば、約50年前から始まった腹腔鏡手術がそうであったように、今後はロボット手術が外科手術の中で占める割合が大きくなることが予想され、大学病院やセンター病院だけではなく一般病院でも広くロボット手術が行われる可能性も高い。当センターでも将来的なロボット手術の導入を見据えた対応を検討する必要があり、そのためには情報収集を継続し、いつでもロボット手術導入が可能な体制を取っていきたい。

乳癌は、がん種別でみると、女性の罹患者数で1位、死亡者数で4位となっている（平成31年）。当センターでは日本乳癌学会　乳腺外科専門医不在を明示した上で、一般外科として乳癌治療に当たっており、年間20-30例の手術を行っている。当センター-は、板橋区乳がん検診の医療機関であり、区内で3カ所しかない撮影医療機関となっている。撮影機関に結果を訊きに来る患者が多いが、乳腺外科専門医不在であることから、他施設に流れている症例も少なくない。また、当センターにはマンモトームが無いため、微細石灰化などでカテゴリー3と読影された場合、専門医のいる他施設を受診するように勧めている。外科全体として、新患、手術件数を増やす意味では、乳腺外科専門医の招聘による、乳腺外科の立ち上げも手段としては考えられる。

現在、「術前後フレイル評価の短期的・長期的有用性の検討」の臨床研究を、当センター外科系診療科の心臓血管外科、呼吸器外科、整形外科、外科による共同研究として行っている。この研究はフレイル関連の指標が外科手術後の生活や生命予後にどのくらい有用であるかを評価し、術後状態を推し量るフレイル指標を明らかにすることを目的とした、約350例の外科手術症例を対象にした前向き観察研究である。このような高齢者外科治療に関する研究を通して社会に情報発

信をしていくとともに、この研究を基盤として、フレイル状態の患者を術後に要介護状態に落とさないための周術期介入方法などを明らかにするなど、さらなる高齢者外科治療に関しての研究につなげていきたい。

人工肛門を巡っては、原因疾患、認知症の有無、年齢、造設してからの管理、経済的な問題など様々な要因が関与している。近年、腹腔鏡手術の導入、手術手技の進歩などにより機能温存を目指した肛門括約筋温存手術が脚光を浴びているが、人工肛門の造設が必要な疾患は間違いなく存在する。一般には、高齢者は人工肛門の管理ができないだろう、と思われがちだが、当センターでの検討から、高齢であっても、緊急手術であっても、例え認知症があっても、自己管理が可能な症例は少なくないことが明らかとなっている。皮膚・排泄ケア認定看護師によるストーマ外来の存在が大きいが、このような事実を当センターから発信し続けていきたい。

文責:外科　部長　金澤伸郎

外科系診療部門

血管外科

血管外科の創設とその発展

はじめに

血管外科の歴史は中澤達が赴任した2006年に遡る。高齢者と血管病の親和性は高く、アメリカの医学者、オスラー（William Osler 1849-1919）の言葉、**『人は血管とともに老いる』**が表わすように、血管病を治療するたびに高齢者の複合疾患も合わせて診療してきたと思っている。

歴史・過去の成果

血管外科創設以前、平島得路先生が外科の中で血管疾患専門外来を行い手術もされていた。平島医長は2001年に体調を崩され、同年10月にご逝去された。

大学血管外科（当時、第一外科脈管グループ）が金曜日午後に脈管専門外来を継続していた。手術症例も常勤外科医員と行っていた。当時から高齢者における動脈瘤、閉塞性動脈硬化症の有病率の高さからセンターとしても常勤医師による血管外科が切望されていた。

このような経緯から、東京大学血管外科所属の中澤達先生が2006年、外科医長として赴任した。所属科は外科であったが、外科・血管専門外来として初診と院内紹介の診療を始めた。この結果外科は、消化器外科を中心に一般外科、乳腺・内分泌外科、血管外科が合同で治療する体制となった。

当時欧米では、バスキュラーラボ（vascular lab）というスクリーニングと術後フォローアップを行う非侵襲的な血管機能検査（エコー、脈波検査、皮膚還流圧など）システムが確立しており、日本でも注目されてきていた。学会でも血管専門の臨床検査技師が養成されている時期であった。そこで、外科外来と同じフロアの検査室を改装し血管検査室として整備した。エコー、脈波検査機、中澤医長の赴任に合わせて購入した皮膚還流圧測定機を装備していたが、専属の検査技師はいないため、検査技師に部屋に随時来ていただくか、中澤医長自ら検査を行っていた。

2007年には兼高武仁先生が加わり血管外科は2人体制となった。血管外科が近隣の医療機関に認知され、大動脈の手術とともに末梢血管、静脈瘤、透析のためのシャント手術が大幅に増加した。中澤医長赴任より1年間の血管外科手術件数は79件であった。79件のうち45件は透析導入のための内シャント造設術であり、高齢者の慢性腎不全の透析導入がスムーズに行えるようになった。初年度の大動脈瘤手術は10件であった。中澤、兼高医師は消化器外科の一員としても活躍し血管外科、消化器外科手術を半々受け持つ状態であった。

高齢患者が対象であったため、血管内治療（バルン拡張・ステント留置）な

常勤医師の変遷

2006年	中澤達医長
2007年	中澤達医長　兼高武仁医員
2009年	中澤達副部長　工藤昌良医員
2011年	中澤達副部長　浦部豪医員
2012年	中澤達部長　浦部豪医員
2014年	中澤達部長　鈴木潤医員
2015年	中澤達部長　鈴木潤医長
2016年	中澤達部長　鈴木潤医長　根元洋光医員
2018年	中澤達部長　赤木大輔医長　根元洋光医員　藤巻圭介医員
2019年	赤木大輔医長　根元洋光医員　瀬尾明彦医員
2020年	外科と関連の部長（兼務）と東倉満専門部長
2022年	河田光弘部長（兼務）　松倉満専門部長　花田和正医員

ど低侵襲な治療を積極的に行い、手術症例は増加した。循環器内科と共同で末梢単核球細胞移植による血管再生治療も推進し、高度先進医療の適応を取得した。

2009年4月の東京都老人医療センターから地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センターへの組織変更により、届け出診療科として血管外科を創設し、中澤外科医長が血管外科副部長となった。同時に心臓外科も創設され共同手術も可能となった。10月、工藤昌良先生が着任した。新たな治療法として腹部大動脈瘤ステントグラフト内挿術を導入した。

下肢動脈病変に対するデバイスの進化により、血管内治療の幅が広がり低侵襲治療が急速に増加した。教育活動としては、中澤副部長が血管疾患のセミナーで地域講演を行い血管病の啓蒙に努め更に手術症例は増加し、2010年の手術症例は総数177件、その内訳は、大動脈瘤手術17件(うちステントグラフト13件)、末梢血管血行再建術37件、下肢静脈瘤ストリッピング術32件、内シャント造設術62件であった。

2011年4月浦部豪先生が着任し、同時期に保険適応となった下肢静脈瘤に対する血管内レーザー焼灼術を11月より新規導入した。また、新病院のバスキュラーラボの前段階として、検査科の協力を受けて血管診療技師(CVT)による検査を外来で開始した。

2012年中澤副部長は部長に昇進した。下肢静脈瘤レーザー治療は、手術中に希望の音楽を流し、アロマセラピーを併用、患者満足度を向上させ手術件数は更に増加した。下肢血管内治療は単独で40例に到達、バイパス手術を同時に行うハイブリッド手術も増加し、新病院のハイブリッド手術室を十分生かせる体制を構築した。

2013年 6 月の新病院移転に伴い診療科名として血管外科を独立して使用し、新設のハイブリッド手術室を使用した手術件数も更に増加した。下肢静脈瘤レーザー治療、閉塞性動脈硬化症に対する血管内治療の件数も増加し平均在院日数が短縮された。

旧病院の血管診療技師(CVT)検査は、新病院では血管外科外来に隣接した血管検査室で行われ、火曜、金曜は終日検査可能となったため検査件数は急増した。東京大学医学部の教育改革によりクリニカルクラークシップとしての外部病院実習が増え、中澤部長が東京大学医学部臨床指導医の称号を得て、医学部学生に血管外科の病院実習を受け入れた。教育活動を通して東京大学医学生に対して当院の急性期高齢者医療の認知度を上げ、東京大学と当院間で研修を行う「たすきがけ型方式」卒後臨床研修のリクルートに貢献した。 2014年2月15日;第159回血管外科症例検討会を院内で主催し盛会で終えることができた。看護師の弾性ストッキング・コンダクター資格取得のサポートとともに、弾性ストッキング着用指導に関する看護研究の学会発表のサポートをした。

2014年4月鈴木潤先生が着任し、大動脈瘤手術は21件と増加した。 下肢静脈瘤レーザー治療、閉塞性動脈硬化症に対する血管内治療により平均在院日数が6.8日と短縮された。血管検査室の機能が拡充し、初診患者でも即日で血管生理機能検査が施行できる体制が実現した。

2015年4月鈴木医員が血管外科医長に昇格し、部長・医長の2人体制へとパワーアップした。 低侵襲ハイブリッド治療が貢献して、平均在院日数は6.5日と短縮された。11月2日第140回老年学・老年医学公開講座『血管手術に年齢制限はあるのか？ハイブリッド手術室が外科手術を変える』を中澤部長が区民に対して講演し成功を収めた。

2016年4月根元洋光先生が着任し血管外科常勤が部長・医長・医員の3人体制となった。血管内治療も更に増加し手術症例は総数298件、大動脈瘤手術は22件であった。

2018年4月赤木大輔先生が血管外科医長に着任した。病棟の協力を得て日曜入院のクリニカルパスを運用開始し、月曜日手術枠の有効活用が可能となった。コメディカルを含むこれらの努力により手術件数が増加した。

「世界標準レベルの血管外科診療の遂行」というテーマを掲げ、薬剤溶出性バルン、腸骨動脈用ステントグラフトなどの新規デバイスを他施設に先駆けて使用した。低侵襲ハイブリッド手術件数が更に増加し、入院日数の短縮化が図られた。血管内治療については他施設の医師の教育と当科の認知度向上目的に院内ワークショップを開催した。10月より、杏林大学心臓血管外科より外科研修に来ていた藤巻圭介先生も血管外科として診療に加わった。

2019年4月、体制変更により赤木医長が診療科責任者となった。7月に瀬尾明彦先生が着任した。腎動脈再

ハイブリッド室 手術風景
左より花田、松倉

建や内腸骨動脈再建を要する難度の高い複雑症例に対して、ステントグラフト手術の適応を拡大することで症例の幅が広がった。2019年の手術症例は総数415件、大動脈瘤手術31件であった。

2020年はコロナ禍のため、コロナ専用病床による病棟再編、感染予防のために急用でない定時手術を延期するなどして対応しなくてはならなかったため、患者数、手術数ともに前年度より減少した。

2021年、体制変更のため4月より松倉満先生が非常勤医師、河田心臓血管外科部長が血管外科部長(兼務)診療科責任者となった。同年10月より松倉医師が血管外科専門部長となった。

2022年4月から東京大学血管外科より花田和正先生が医員として着任した。

将来と展望

2021年10月から新体制となりました。大学病院と違い80歳台半ばを過ぎた多様な背景疾患を有する患者が日常的に紹介受診されます。また治療歴が長く複数回手術が行われた重症虚血肢患者も多数通院されており、個々の症例に対して最適な治療戦略を立案するべく日々葛藤しています。特に高齢患者の末梢血管病変の治療方針を決める場合には、絶えず追加治療を見据えた”Life time management”を念頭におく必要があります。従来の外科的バイパス術や血管内治療に代表される血行再建治療に加えて、新規に生み出されている様々な補助療法を駆使して”可能な限り低侵襲で、かつ効果が長持ちするオーダーメイド治療”を実現することを目標としています。諸先生方が築いて下さった基盤を引き継いで発展させるだけでなく、血管外科の未来を築く気概を持って積極的に新規プロジェクトに挑戦する予定です。

現時点で以下の計画が決まっています。

・病院研究課題として弓部大動脈瘤に対してステントグラフト内挿術を施行した患者を対象に、周術期のスペクトラルCT画像データを解析して塞栓源となり得る脆弱プラークの同定を試みます。

・血行再建術以外の治療を開発するため、日本大学と提携して重症虚血肢に対して脂肪細胞を使用した細胞治療の治験を共同で行う準備を進めています。

・超高齢化社会の到来が確実視されている状況下で、高齢者に対する血管外科手術の最適化を模索する。NCDデータを活用して術前リスク因子や手術自体のリスクを再評価する研究計画を申請しています。

・外科志望者の減少は続いており、現行の治療体制を維持することも困難になることが予想されます。他方現実問題として手術対象となる病変は複雑化しており、手術に求められる技術水準は格段に上がっています。次代の血管外科医育成のためには早期から専門的技術と知識を習得することが必須であり、特に若手から中堅の血管外科医師の教育体制を充実させる必要があると考えています。当院の豊富な手術症例を活用して私自身の修練経験を踏襲する形で、血管外科医師育成に特化した教育プログラムを立案して導入する予定です。

診療責任者として国内のみならず海外の主要施設と提携し、高齢患者治療において世界トップレベルの治療成績を達成し維持する体制を確立すること。若手血管外科医師に選ばれる魅力的な研修機関となることを目指します。

文責:中澤達

血管外科　専門部長　松倉満

外科系診療部門

心臓血管外科

歴史

当院のはじまりが、明治5年(1872年)の営繕会議所附属養育院であり、その営繕会議所の会頭が渋沢栄一であったと当院に残されている資料から知った。その資料によると明治維新という大変革にともない東京には多くの生活困窮者(当時の表現では乞食、浮浪者、現在の表現でいうところのホームレス)が出現したため、明治政府が渋沢栄一に命じてそのような生活困窮者を保護・収容したのが養育院のはじまりであった。行き倒れ、病人、老人、幼児の救済、やがて精神疾患患者、種々の伝染病患者などその時々の大きな社会問題となる様な病人の救済を行って来た。一方で心臓・血管外科は世界的に見ても、この時代には未だ始まっていなかった。明治14年(1881年) 外科の権威であるビルロート氏が幽門側胃切除術を成し遂げたが、その時代に彼は、「心臓の傷を縫合しようとする外科医は、仲間の敬意を失うであろう！！」と語っていた。溯る事、紀元前4世紀頃の古代ギリシャの哲学者アリストテレスは、「神の宿る心臓だけは、傷つけてはいけない」と教えており、医聖とされるヒポクラテスも「心臓の傷は致命的で、治療の対象にならない」と指

摘していた。タブーを破り心臓手術に踏み切ったのはドイツ・フランクフルトの病院の47歳の外科医ルートヴィッヒ・レーンであった。明治29年(1896年)、胸を刃物で刺され運ばれて来た若者を前に「放っておけば死ぬのは間違いない。可能性はわずかだが、手術だ」。心を決めた。胸を開くと、傷ついた心臓が動いていた。その動きで右心室の傷が開く瞬間をねらい、縫合針を傷の縁に刺し、どうにか縫合を完了した。レーンは、「この若者は助かるだろうか。もし助からなければ、私の手術は不当だと非難されてしまうのだろうか」と不安が襲ってきた。やがて若者は快方に向かった。レーンは直後にフランクフルトで開催された外科学会で、心臓縫合手術の報告を行い、学会に参加した外科医たちは、敬意を表しながら静かに耳を傾け、ここから心臓手術はタブーでなくなった。しかしこの後に開心術が安定するまでには、さらに年月が費やされた。

昭和47年(1972年)養育院から、東京都養育院附属病院、東京都老人総合研究所に発展。

この頃になると世界的に漸く心筋保護液での心停止、心停止中の循環維持を人工心肺装置で行い、開心術が安定してきた時期である。東京都養育院附属病院の外科診療は一般外科・腹部外科として始まり、昭和49年(1974年)に胸部外科(肺手術、食道手術)が加わり、昭和50年代後半から腹部大動脈・末梢血管への外科が導入された。昭和61年(1986年)に国際的に通用する病院名として東京都老人医療センターに名称変更された。平成9年(1997年)には、急性期高度専門病院として位置づけ、外科手術に力を入れる方針が打ち出された。平成21年(2009年)に東京都老人医療センターと東京都老人総合研究所が一体化する形で、東京都直営施設から、地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センターに発展した。重点医療として血管病、高齢者がん、認知症の3つを挙げ、並行して地域からの要望の高い高齢者の医療では避けて通る事の出来ない救急医療にも取り組む方針になった。この独法化後の新センターでの重点医療としての「血管病」領域の目玉として、また循環器救急医療に取り組む際の最後の砦として心臓外科の開設に繋がったわけである。

過去の成果

心臓外科を開設するため、桑島巌副院長(循環器内科)が東京大学重症心不全治療開発講座(許俊鋭特任教授)に開設準備を依頼し、五條理志特任准教授が平成20年(2008年)4月から非常勤医師として赴任した。心臓外科開設準備委員会、WGが開かれ人工心肺装置を始めとした備品の調達、麻酔科医師の増員、臨床工学士の増員が決まった。手術室や特定集中治療室、循環器病棟の看護師が、他院見学、勉強会を重ね万全の準備を行った。手術室に関しては、人工心肺装置などを使用する広いスペース、清潔度の高い部屋を使用する事になった。平成21年(2009年)3月に心臓外科開設。スタッフは副部長　五條理志、坂口秀仁、医員　畠田和嘉、非常勤医師として許俊鋭(現　センター長)で診療開始。当初は、定時手術のみに限定された。つまり開設されたばかりの心臓外科であり、病院の体制、環境、安全面を考慮し緊急手術は院内発症例のみに限る状況でスタートした。1年目で開心術50例を超え、心臓血管外科専門医修練施設の認定を受けることが出来た。平成23年(2011年)10月に許　俊鋭が副院長として赴任し、心臓外科部長を兼任、医員　板谷慶一、小山紗千、非常勤医師　西村隆の体制となった。平成24年(2012年)4月に西村隆が部長として赴任し、同年9月に医員　板谷慶一が退職し、武部学が赴任。平成25年(2013年)1月から坂野康人が医長として赴任した。緊急手術はまだ受け入れはしていなかった。胸部ステントグラフト内挿術(TEVAR)、人工心肺非使用冠動脈バイパス(OPCAB=off-pump　CABG)などの低侵襲手術を開始し始めた。内科的治療抵抗性の重症心不全に対して許俊鋭副院長、西村隆部長の専門とする補助人工心臓治療(体外設置型)を開始した。体外式補助人工心臓は、1994年に保険償還されたが、国内でこの治療を行っている施設はごく限られていた。2011年に保険償還されていた植込型補助人工心臓の実施施設認定を取得する事が悲願であった。

また当院においてより低侵襲手術となる胸を開かずに心臓が動いている状態でカテーテルによる大動脈弁植え込みを行う治療(TAVI)の実施施設認定を取得することも目標としていた。平成27年(2015年)4月に許俊鋭がセンター長に昇任、西村隆部長の下に河田光弘が医長として赴任し、急性大動脈スーパーネットワークに支援病院として参加、積極的に緊急手術を受け入れる体制を構築した。10月より伊藤卓也が医員として赴任し、手術症例数は補助人工心臓(体外設置型)7例、TEVAR15例を含む111例と大幅に増加した。オープンステントグラフトを用いた全大動脈弓部置換術も導入した。自己血貯血も積極的に行い始めた。平成28年(2016年)度にはついに植込型補助人工心臓植込み実施施設、経カテーテル的大動脈弁植え込み術(TAVI)実施施設の二つの認定を受けることが出来た。この頃からハートチームという概念で循環器内科、心臓外科、麻酔科、リハビリ科、看護師、放射線技

師、臨床工学士、検査技師、輸血部などそれぞれの専門分野の総力を併せた循環器病に対するチーム医療が重要となってきた。この年の補助人工心臓は体外設置型6例、植込型5例、TEVAR13例、TAVI7例実施した。90歳を超える患者さんに対するオープンステントグラフトを用いた全大動脈弓部置換術も安全に実施できた。9月で伊藤卓也が退職、11月より非常勤で村田知洋が手術日に参加。平成29年(2017年)1月から村田知洋が医員として赴任。同じく1月に加藤倫子が医長で赴任。4月から眞野暁子が専門医長で赴任。12月で加藤倫子が退職した。平成29年度は、補助循環用ポンプカテーテル・経皮的補助人工心臓(IMPELLAインペラ)実施施設の認定を受けた。これによりハートチームでの機械的循環補助(mechanical circulatory support: MCS)としてIABP, ECMO, IMPELLAと充実し、病態に応じて適切なサポートが可能となった。この年のTAVIは22例であった。平成30年(2018年)度は6月にTAVIにおいて、プロクター指導下であったが重大な合併症を経験し、その合併症について院内事例調査、検証を行い、さらに外部調査委員に依頼して合併症原因追及、今後の対策をしっかり行った。9月に関東信越厚生局及び東京都による個別指導、並びに関東信越厚生局による施設基準等適時調査を受けた。その結果、TAVI実施施設、植込型補助人工心臓植込み実施施設について学会施設認定は取得してそれぞれの診療を実施してきたわけであるが、平成29年度の診療実績の結果、保険診療として保険請求できる用件を満たしていないという事が分かったため、この2つの新しい技術による治療が中断となってしまった。手術件数や検査件数が1年毎に条件を満たしている事が必要であるということを我々ハートチームが認識していなかった事が原因である。これらの経験を基に、TAVI実施施設、植込型補助人工心臓植込み実施施設の復活に向けて取り組んだ。植込型補助人工心臓管理施設認定を申請し、認定を頂き、植込型補助人工心臓装着患者さんの外来管理、入院管理を行った。TEVARにおいては、河田が2機種以上のTEVAR指導医を取得し、急性大動脈解離Stanford B型、胸部大動脈瘤破裂に緊急TEVARも可能となった。糖尿病患者さんに対する手術では人工膵臓による血糖コントロールも行う体制が出来た。平成30年11月30日に西村隆が退職し、12月1日より河田光弘が部長に昇任した。平成31年(2019年)=令和元年度は、4月1日に心臓血管外科専門医である伊達数馬が医長として赴任。心臓外科の診療活動度、学術的活動度は確実に上昇した。前年9月に中断となってしまったTAVIを復活させるため手術件数、検査件数の基準を満たせるように、毎月正確なカウントを行ってきた。IMPRLLAにおいては新しいIMPRLLA CPも使用可能となった。当院での高齢者に対する心臓大血管手術の現状、成績、問題点を定期的にまとめて学会発表・論文発表を行ってきた。国際学会での発表も毎年行ってきた。

現状

令和2年(2020年)度から診療科名を心臓血管外科に変更し、幅広く心臓血管外科領域の診療・学術活動を行っている。部長　河田光弘、医長　伊達数馬(2021/9月まで)/ 乾明敏(2021/10月～)、専門医長　眞野暁子、医員　村田知洋のメンバーで活動しており、許俊鋭センター長からスーパーバイザーとしての意見を頂いている。令和2年は新型コロナ感染症(COVID-19)による国内外の医療体制逼迫が起こった。新型コロナ肺炎重症者に対して呼吸器外科(安樂真樹部長)とともにECMOチームを作り、VV-ECMO治療を積極的に行った。

コロナ禍ではあったが、ハートチームで協力し4月1日からTAVIを仮認定施設で復活させることが出来て、手術件数、検査件数の基準を年内に満たし正式認定施設に復帰する事が出来た。2020年8月に河田がSAPIEN3実施医、2021年5月にSAPIEN3指導医、2022年6月にCoreValve(EvolutPRO+)実施医を取得し、安全にTAVIを行える体制を構築している。IMPELLAの施設基準も満たす事が出来て、施設認定を更新した。コロナ禍で受け入れを中止する施設が増えた期間も急性大動脈スーパーネットワーク緊急大動脈支援病院として24時間体制で緊急手術も積極的に受け入れた。N95マスクをつけた状態で緊急手術した時期もあった。

定時手術症例、診療に難渋している症例においてはハートチームカンファレンスを全例で行い眞野暁子専門医長が取りまとめ、ハートチームとしての診療方針についてコンセンサスを得る事を積極的に行っている。

2021年度科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)基盤研究Cを『急性大動脈解離での肺酸素化障害抑制に向けた水素ガス吸入療法の検討』で獲得できて、院内の認定臨床研究審査委員会で承認を得た(整理番号H20-03)『急性大動脈解離Stanford B型患者に起こる肺酸素化障害に対する水素ガス吸入の安全性試験』を開始した。また関東10施設での治験『冠動脈バイパス手術(CABG)を施行する虚血性心疾患に伴う重症心不全患者に対するヒト(同種)iPS 細胞由来心筋球(HS-001)の第Ⅰ/Ⅱ相試験』を治験審査委員会で承

認を得て(整理番号T20-08)、適応症例を募集している。

展望

心臓血管外科手術としては、慢性心房細動に対する胸腔鏡下左心耳閉鎖術(切除術)の実施施設届出を行った。今後導入を進めて行く予定である。また低侵襲開心術(MICS: Minimally Invasive Cardiac Surgery)を導入出来る様に、手術室看護師、MEと共にチームで見学に行き多職種での視点で準備を進めている。MICSが高齢者にとってデメリットになる場合(人工心肺時間、人工心肺装着血管の問題など)もある事も考慮して、安全な手術として提供できる場合に選択肢として選べるようにしたいと考えている。その先に完全内視鏡下開心術、ロボット支援開心術などが存在する。新しい経カテーテル治療はステントグラフト、弁膜症治療、左心耳マネージメントなどデバイスの開発により、次々に新しい術式が誕生するため、全て導入する事は困難としても情報には乗り遅れない様にして行きたい。

この様な最新技術を追いかける、開発に携わる一方で、養育院の原点に立ち戻り、当院が最後の砦として、外科系手術後に自宅に安心して帰れるまでの支援、リハビリを責任持って行い、また原疾患や手術合併症で回復困難であればお看取りまで、保険制度の中で出来ると患者さん、ご家族は安心できると考える。地域全体で病床の役割分担を行う「地域医療構想」が策定され、医療機能は「高度急性期・急性期・回復期・慢性期」の4つに区分された。さらに療養施設、プライマリケアクリニックも必要である。当院は、急性期を担当している。急性期医療が終了した患者さんに対しては、次のstageとして回復期、あるいは慢性期に転院をお願いする事になる。患者さん、ご家族が「見捨てられた」「追い出された」と感じることなく、ICU(特定集中治療室)から一般病棟に移る、一般病棟から在宅医療連携病床に移るという事を受け入れてもらえるのと同様の安心感で、地域医療施設間でチームを組んで、それぞれのスタッフが行き来し、病状によって担当する医療施設スタッフの顔が事前に見えていると安心感のある移動になると思う。病院・研究所創立50周年・養育院創設150年を期して準備を進めている。

文責:心臓血管外科　部長　河田光弘

外科系診療部門

脳神経外科

東京都健康長寿医療センター脳神経外科の始まりは、東京都老人医療センターが養育院附属病院を引き継いで開設された1972年4月まで遡る。1972年1月に赴任した布施正明が一般外科を手伝いながら準備を進め、東京都老人医療センター開設ともに一般外科と同じ病棟で5床から脳神経外科診療を開始した。

1975年4月に17床となり1976年からは眼科・歯科との混合病棟で定床20となった。病院理念に基づいて高齢者の脳神経外科診療を積極的に行う中で、慢性硬膜下血腫に対する局所麻酔下での手術が過半数を占めた。高齢者に対する開頭術については、生理的年齢と全身状態を考慮の上、治療適応を判断して必要性のある手術を手がけたと記されている。この治療姿勢はいまも受け継がれている。単純に年齢のみで治療適応を判断することなく、患者の体力や患者を取り巻く家庭・社会環境などを考慮しながら治療方針を提示している。

この時期の脳神経外科医の陣容は、開設時の布施、露無、星から始まり、岡田、金、田中、菅沼、山口、西元、青柳(昌)、青柳と1年ごとの交代で、東京医科歯科大学医局から派遣されていた。1987年に東京大学から赴任した小林秀医長を中心とする診療体制となり、1992年には東大脳神経外科医局より松岡浩司が赴任し、林弘幸(1994年3月まで)とともに3人の常勤医師で診療した。1994年7月から本阿弥(田鹿)妙子が加わり2001年3月まで勤務した。

1995年3月に中央手術室が新設され、顕微鏡手術用の手術台が導入されたことにより顕微鏡手術が円滑に行われるようになった。さらに血管撮影装置が更新されてDSAが可能となり検査精度が向上した。

1996年1月には松岡が医長に昇進した。同年、特定集中治療室が新設され、開頭術後の管理や重症脳血管障害の救急患者への対応が十分行えるようになった。また、リニアック棟の完成により本格的な脳腫瘍放射線治療が可能となった。1997年には新型の手術用顕微鏡が導入されて、開頭手術の質的向上に貢献した。

1997年9月からは、脳卒中診療体制を強化するために、神経内科と脳神経外科でチームを組んで毎日当直することになった。脳神経外科は主に出血性病変(脳出血とくも膜下出血)を担当し、脳神経外科病床は23床に増えた。

1998年秋には、病院内の消防庁救急用端末に「脳神経外科」の項目を立ち上げ、一般救急からの脳神経外科患者の円滑な受け入れを目指すこととなった。

脳卒中入院患者の増加とともに、救急外来での頭部外傷患者数も増加した。

2001年に小林秀が外科部長となった。この頃より東京女子医大医局との連携も始まり、2000年10月から比嘉(清水)夕貴が派遣されて2002年3月まで勤務した。2001年4月からは厚地(三須)正子が派遣され2003年12月まで勤務した。

当時、海外では脳卒中治療における技術的革新の産物としてカテーテル手術による成功例が数多く報告されるようになり、日本国内でも脳卒中治療医は期待に胸をふくらませていた。鼠径部から穿刺したカテーテルによって、頭を切らずに治療できる脳血管内手術のことである。小林部長は、高齢者はとくにこの新しい低侵襲の治療技術の恩恵を受けると考えて、非常勤医師を招聘して脳血管内治療を開始した。当時は現在のような手術室内に設置されたいわゆるハイブリッド手術室はなかったが、当時の麻酔科小倉部長の全面的な支援により、従来の血管撮影室で全身麻酔下の脳血管内手術が導入された。当初は、東京女子医大から比嘉隆医師を招聘しており、2003年からは帝京大学から上野俊昭が非常勤医師として脳血管内治療を担当した。

院内の常勤医体制としては、それまでと同じく、小林秀部長と松岡浩司医長を中心として大学医局からの派遣医師がスタッフとして交代していくことになる。

2003年4月から沖永貴美子が勤務し翌年には眼科へ異動した。2004年1月からは四宮あやが赴任して2006年10月まで勤務した。

2006年11月からは橋本(今村)秀子が当科での研修を開始した。橋本は当センター研修医マッチングプログラムの1期生であった。脳神経外科研修終了後は、そのまま脳神経外科スタッフとして加わった。時期をほぼ同じくして2007年4月から東京女子医大からの派遣として下田仁恵が1年半勤務した。橋本は2008年10月に産休で休職となったが、橋本と入れ替わるタイミングで、東大脳神経外科医局からの派遣により筑井恵美子が医員として赴任した。

2009年12月には、橋本が育児休業から復帰したため、常勤医体制は、小林秀外科統括部長、松岡浩司医長、筑井恵美子医員、橋本秀子医員の4人体制となった。この頃の年間手術件数は、手術室では、開頭腫瘍摘出術11件、動脈瘤クリッピング術4件、開頭血腫除去術8件、水頭症シャント術5件、慢性硬膜下血腫洗浄術51件の86件、血管撮影室で行う脳血管内手術が14件であった。脳血管内手術が前年の3件から増加しているのが大きな特徴であった。

2010年10月から、小林秀は副院長(脳神経外科部長兼任)となった。時期を同じくして、橋本が再び産休に入ったため、常勤医体制は小林、松岡、筑井となった。手術件数およびその内訳は概ね同じであった。一方で、前年より超急性期脳梗塞に対するtPA静注療法が保険適応となり、全国における脳卒中の救急医療が大きな変革を迎えた。当センターでも神経内科と協力して、病院の掲げる重点医療「血管病」に沿う形で脳卒中医療体制の強化を図った。

2011年には、小林、松岡、筑井に加えて、東大脳神経外科医局から後期研修医の滝澤嗣人が3ヶ月派遣された。

2012年2月、松岡が脳神経外科副部長より部長に昇進した。同年4月には、帝京大学から高梨成彦が医員として異動しスタッフとして加わった。同じ時期に東大脳神経外科からの派遣で後期研修医の本郷博貴が3ヶ月間在籍した。高梨は2013年2月に日本脳神経血管内治療学会の専門医試験に合格し、待望の脳神経血管内治療専門医が常勤医として誕生した。この効果は大きく、低侵襲の脳血管内手術として脳動脈瘤コイル塞栓術と頸動脈ステント留置術件数が徐々に増えてきた。

2013年3月1日に、小林秀が第26回日本老年脳神経外科学会総会(於:東京ステーションコンファレンス)の会長を務めた。長年、老年脳神経外科臨床に携わってきた小林の経験と知識が凝縮された実りある総会であった。

2013年6月1日、東京都老人医療センターの時代は幕を閉じて、地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センターとして生まれ変わった。前年と同じく、小林秀副院長、松岡浩司部長、筑井恵美子医員、高梨成彦医員という陣容で新病院での診療が開始された(写真1)。

新病院において血管撮影室がいわゆるハイブリッド室として手術室内に配置されたことは脳神経外科の診療体制に多大な好影響を与えた。全身麻酔下での血管内手術がいつでも可能になっ

写真1
2014年脳神経外科病棟(10階東)にて。左より、高梨成彦医長、松岡浩司部長、小林秀副院長、幸田俊一郎医員、筑井恵美子医員

たのである。血管内手術は低侵襲ではあるが、X線撮影装置の画面を見ながら1.5m以上の長さのカテーテルの後端を動かして、ミリ単位の精度で先端を操作するという作業を行う。全身麻酔による患者の無動化は手術の安全性に大きく貢献する。新病院での初年度の血管内手術件数は46件と前年の2倍以上に増加した。

2014年には、埼玉循環器病センターから幸田俊一郎が医員として加わり、小林、松岡、幸田、筑井、高梨の5名の常勤医体制となった。東大脳神経外科からは4月から4ヶ月間、後期研修医の武田康寛が派遣された。

2015年に、これまで長年にわたって脳神経外科を支えてきた小林秀が定年により顧問となったため、脳神経外科の常勤医体制は、松岡浩司部長、幸田俊一郎医長、高梨成彦医長、筑井恵美子医員の4名となった。診療内容は、脳血管内手術が全手術の35%を占めるにいたり、慢性硬膜下血腫洗浄ドレナージ術、水頭症シャント術と続くのが当科の特徴として定着した。この年から、超急性期脳梗塞に対して、カテーテルによる脳血栓回収術がはじまった。発症から3時間以内に限定されるtPA静注に比べて発症8時間後まで有効性が臨床試験で示された画期的な治療方法である。脳血管内治療専門医である高梨を中心にして当院でも積極的にこの新しい治療を導入して、地域の脳卒中医療に貢献した。

2016年3月、非常勤医となっていた小林秀が逝去されたとの知らせがはいった。定年後の新しい人生を踏み出されたばかりであったので残念でならなかった。当センターにて30年にわたり脳神経外科医として多大な貢献をされたことは皆の知るところであり、黙祷がささげられた。この年、東大脳神経外科の人事異動により筑井恵美子は退職した。

また、日本脳神経外科学会の定める研修制度が改革されて、当科は東大脳神経外科と帝京大学脳神経外科の専門研修プログラムに、それぞれ連携施設、関連施設として参加することになった。

2017年4月からは、これまで非常勤医として脳血管内手術を担当してきた上野俊昭が専門部長として国際医療福祉大学三田病院から赴任して、松岡部長、上野専門部長、高梨医長の3名の常勤医体制となった。脳血管内治療専門医は上野、高梨の2人となり、年間の脳血管内手術件数は83件と倍増して脳神経外科全手術の48%を占めることになった。上野の赴任と同時に、これまで上野と帝京大学、国際医療福祉大学にて脳血管内手術を行っていた西山恭平(神経内科医)が非常勤医として手術支援および当直業務を担ってくれることになった。

2017年10月には、14床で運用してきた特定集中治療室を再編して、脳卒中ケアユニット(SCU)6床を独立させた。これは診療報酬上SCU加算が算定できる正式な病床であり、板橋区で導入されたのは大学病院も含めて当院が初めてであった。これによって急性期脳卒中治療体制がさらに充実した。

2018年も、松岡部長、上野専門部長、高梨医長の常勤医3人体制であった。前年にSCUが開設された影響もあるだろうが、延入院患者数を見ると、脳血管障害が全体の60%、頭部外傷が24%、水頭症6%を占めており、脳血管障害の比率が増した。手術件数においても、脳血管内手術が全手術の51%を占めた。

2019年には日本脳神経外科学会による Japan Neurosurgical Database (JND)への症例登録に加えて、こちらは強制ではないが脳卒中診療体制の質を高める目的で、脳卒中入院全症例登録を行う日本脳卒中データバンク事業に参画した。以前在籍していた幸田俊一郎が非常勤医として脳卒中データベース管理を担当している。診療体制は前年と同じく松岡部長、上野専門部長、高梨医長の常勤医3人体制であったが、4月から半年間、東大脳神経外科医局からの派遣で専攻医の平山雅啓が在籍した。8月には米国医師国家試験(USMLE)の最終試験(CSA)に合格した。

2020年になると新型コロナ肺炎が猛威をふるうようになった。病院全体の診療体制も影響を受けたため脳神経外科の延入院患者数は例年に比べて減少したが、内訳の割合はほぼ同じであった。脳血管障害が全体の50%、頭部外傷が28%、水頭症が7%であった。

2021年3月31日付で、28年当院に在籍した松岡浩司部長が退職した。上野俊昭が部長職を引き継ぎ、高梨成彦医長との常勤医2人体制となった。4月からは東大脳神経外科医局からの派遣で専攻医として吉田拓也が赴任した。8月には脳神経外科専門医試験に合格し医員となった。10月には東大脳神経

写真2
2020年ハイブリッド手術室の前にて。左より幸田俊一郎非常勤医、高梨成彦医長、上野俊昭部長、吉田拓也医員

外科医局から専攻医として岳田安奈が派遣されて2021年1月まで在籍した。

2022年は上野俊昭部長、高梨成彦医長、吉田拓也医員の常勤医3人の体制が継続している(写真2)。6月には、吉田拓也が日本脳神経血管内治療学会認定の専門医試験に合格した。7月には、脳卒中学会認定の専門医試験にも合格した。来年度は東大大学院に進学予定である。

診療としては、これまでと同様に、当院が重点医療として定めている「血管病」への対応として脳卒中に対する脳血管内治療に力を入れつつ、もうひとつの重点医療「認知症」に関連した正常圧水頭症に関する啓蒙活動および診療・治療に注力している。以前、常勤医として在籍していた橋本秀子が毎週火曜日に非常勤医として正常圧水頭症外来を開設して近隣医療機関からの紹介患者の受け皿となっている。

以上、在籍したスタッフにも触れながら当科の変遷を振り返った。脳神経外科の分野も他の診療科と同じく治療の細分化、専門化が進んでいる。当院のような規模の人員体制であらゆる分野の最適治療を提供するのは難しい。緊急性には乏しいが専門性の高い疾患、例えば脳腫瘍などは、連携する大学病院に紹介することも多い。今後も当院の理念、特徴に沿った診療体制を継続して近隣の基幹病院との差別化を図り、地域医療に貢献していくことが重要と考えている。

文責:脳神経外科　部長　上野俊昭

外科系診療部門

呼吸器外科

歴史

当センターで呼吸器外科が開設されたのは2013年である。診療部門の改変に伴い、同年10月に西村隆先生が心臓血管外科部長と兼任して呼吸器外科部長代理に就任し、また医員として栗原知多流先生が赴任したのが始まりである。顧問として東京大学呼吸器外科の中島淳先生を招いての体制での開始となった。開設以降主に東京大学呼吸器外科と連携し、常勤のスタッフは2名前後確保されてきた。2014年10月より栗原知多流先生が海外留学に伴い休職となり、同年12月より東京大学呼吸器外科より日野春秋先生が医長として赴任した。その後2018年7月から東京大学呼吸器外科より似鳥純一先生が初代部長として赴任した。翌2019年7月に安樂真樹先生が二代目呼吸器外科部長として赴任し、同年11月より吉岡孝房先生が医員として赴任した。2021年9月に安樂真樹先生の異動に伴い同年10月より心臓外科の河田光弘先生が呼吸器外科部長代理に就任し、また同月に登祐哉先生が医員として赴任した。

成果

呼吸器外科を開設した2013年の手術件数は26件(うち原発性肺癌13例)であった。原発性肺癌を中心に転移性肺腫瘍、縦隔腫瘍、気胸、感染性肺疾患の外科治療を行ってきた。高齢者が手術症例の大半を占めるため、胸腔鏡を用いた低侵襲手術を積極的に取り入れ、在院日数の短縮を図ってきた。手術件数は開設後より年々増加し、2019年に90件(原発性肺癌56例)まで増加した。しかし、2020年には新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、診療体制を大幅に変化することが余儀なくされ、総手術件数は2020年で68件、2021年は56件にとどまった。その一方で、東京大学で肺移植での呼吸不全診療を行ってきたスタッフが中心となり、新型コロナウイルス感染症の重症例治療にあたった。当時の呼吸器外科部長の安樂真樹先生が心臓外科や麻酔科、臨床工学技士、集中治療室スタッフと

連携して重症ECMOチームを立ち上げた。そのチームで新型コロナウイルス感染症の重症例を19例治療し、7例でECMOによるサポートを行い、6例は社会復帰を果たし良好な治療成績をおさめた。これらの重症ECMOチームでの治療成果を国内の学会で発表を行った。

研究活動としては、手術症例のデータベース構築を進めてきた。東京大学医学部附属病院呼吸器外科およびその関連施設と連携し、当センターが中心となって「高齢者肺癌切除症例の手術成績に関する多施設後ろ向き観察研究」を行った。その研究成果はすでに国内外での学会発表や学術雑誌への投稿を行った。また高齢者に対する外科手術とサルコペニアの関連についての「肺癌切除後の予後と術前胸筋筋肉量および肺機能の関連に関する後ろ向き観察研究」を進め、これまでに高齢者肺癌の手術症例における術前CTでの胸筋面積と呼吸機能や生命予後との関連性について、国内外の学会発表や複数の学術雑誌への投稿を行った。

現状

当科では高齢者の健康寿命の延伸を目指した診療を心掛け、積極的に多職種と連携をはかってきた。毎週金曜日に呼吸器内科や放射線治療科、老年病科、緩和ケア科、病理診断科を含む多職種での合同カンファレンスを実施し、高齢者における呼吸器治療を多角的に検討している。外科手術症例の適応検討に加えて、化学療法や放射線治療、緩和医療など幅広く議論を行っている。さらにカンファレンス内で抄読会を実施し、呼吸器診療に関する新たな知見につき共有し、日々の診療や研究活動に役立てるようにしている。

また毎月1回呼吸器キャンサーボードを実施し、外科切除症例や気管支鏡下生検症例の病理組織診断につき病理医と臨床医で症例検討を実施している。

研究活動としては高齢者のフレイルと外科手術の関連性の探求を行っている。2021年より消化器外科や心臓外科、整形外科と合同で、「術前後フレイル評価の短期的・長期的有用性の検討」という前向き研究を開始し、肺癌手術症例のデータ集積を進めている。またそれと並行して、肺癌術前症例での高齢者総合機能評価の有用性につき検討を進めている。

展望

高齢化が進む本邦においては、今後も高齢者への呼吸器外科手術の需要は高いことが予想され、より安全で低侵襲な手術を提供できる体制を整えていく必要がある。特に手術で健康寿命を損なうことがないように、多職種での協議による適切なリスク評価を継続していくことが重要である。またそのために、フレイルと外科手術に関する研究を進め、特に術後のADLに主眼を置いた、高齢者特有の術前リスク因子の同定やリスクスコアの構築が求められる。

文責：呼吸器外科　部長　河田光弘

外科系診療部門

整形・脊椎外科

昭和47年（1972）の新病院発足に伴い、外科系の診療科として整形外科が新設された。骨・関節・筋肉・神経などの運動器官の疾病を対象とする整形外科は加齢性の変化・疾患を多く含む。骨粗鬆症とそれに伴う骨折、変形性関節症、腰部脊柱管狭窄症などがその代表である。高齢者を専門とする当院に発足時から整形外科を設けたことは時宜を得たものと考えられる。

発足当時は五十嵐三都男先生、林泰史先生、軽部俊二先生の医師3名であった。病床は発足当初は17床であったが、昭和50年（1975）に40床に増床となっている。五十嵐三都男先生はニューヨークHospital for Joint Diseaseに研究留学をされた後であり、当初のメンバーを中心として、骨コラーゲンの基礎研究、高齢者の骨折・関節疾患治療などの成果を次々と国際学会で発表していた。後に当医療センター長となる林泰史先生も同時期に臨床だけでなく、研究面でも活躍された。また五十嵐三都男先生は、名古屋大学の岩田久先生、防衛医大の新名正由先生と共同で昭和48年に「骨関節の基礎を語る会」を立ち上げられ、日本整形外科学会の基礎研究の先駆けを務める存在でもあった。昭和58年に「整形外科基礎研究会」と改称され、昭和61年から「日本整形外科学会基礎学術集会」として現在につながっている。

当時からすでに90歳代の患者さんにも適応があれば積極的に手術を行なっていた記録がある（昭和51年に95歳大腿骨頸部骨折手術[人工骨頭置換術]、昭和54年に98歳大腿骨展

子部骨折手術[骨接合術]など)。また、昭和54年5月に大腿骨頸部骨折手術500例に到達との統計が残っている。当時の入院患者数は、220～250名程度で、その半数は大腿骨頸部骨折であった。昭和57年(1982)には医師5名と増員となり、病床も52床となった。その当時は、東京大学整形外科からのローテーションで、滝沢博先生、興津勝彦先生、進藤裕幸先生、木村博光先生、織田弘美先生、井上茂先生、高木道人先生が勤務した。当時の整形外科は臨床と研究が両立できるように極めて合理的に運用されており、外来日と手術日以外は病棟回診が終わるとフリーとなり、研究に専念できる体制であった。当時在籍されていた織田弘美先生はその後東京大学で活躍され、埼玉医科大学で教授を務められた。

創立20周年の平成4年度(1992)には、五十嵐三都男部長・軽部俊二医長体制で、入院患者数211名、手術件数126件、外来13383名(初診560名)。平成6年からは五十嵐三都男先生が副院長を務められ、同時に軽部俊二先生が整形外科部長となられたがH10年に当院を離れられた。当院の長所である研究所併設の利点を生かし、当時病院部門に在籍していた高柳広先生が整形外科医という肩書きを持ちつつ基礎研究を始められ、骨免疫学という分野を切り拓き、現在東京大学大学院医学系研究科免疫学で教授を務められている。同時期に山本精三先生が東京大学整形外科教室より当院に赴任され、手術件数増加に着手された。開院30周年の平成14年度(2002)は山本精三部長、石橋英明医長他5名の合計7名の体制となり、入院患者数838名、手術件数439件、外来14835名(初診1389名)と、現在の礎を築いた。山本精三先生は当科の臨床レベルを劇的に引き上げられた後、虎ノ門病院に異動され、副院長を務められた。石橋英明先生は、平成16年(2004)に埼玉県伊那病院に異動されたが、当院在籍時より高齢者に向けた運動器疾患の啓蒙活動を開始され、平成17年(2005)にNPO法人高齢者運動器疾患研究所を立ち上げ、関東エリアで高齢者向けの定期的な講演会を開催し、また日本整形外科学会ロコモチャレンジ！推進協議会委員として、ロコモティブシンドロームの普及に活躍されている。

平成20年4月(2008)に時村文秋先生(現副院長)が多摩北部医療センターから整形外科部長として赴任した。創立40周年の平成24年度(2012)には、時村文秋部長・穴水依人医長体制で、入院患者数711名、手術件数369件、外来18194名(初診1368名)。平成25年(2013)には脊椎外科を標榜し、穴水依人先生が脊椎外科部長に就任した。

平成28年4月(2016)に筆者が整形外科部長を拝命、人工関節センターを標榜し、人工膝関節手術(TKA)・人工股関節手術(THA)を増加させる方針を打ち出した。創立20周年(1992)に20件(TKA11件、THA9件)、創立40周年(2012)に74件(TKA46件、THA38件)だった手術件数を、コロナ前の2019年度には170件(TKA113件、THA57件)まで押し上げたが、コロナ禍において2021年度は142件にとどまっている。また、令和2年(2020)に脊椎外科に早川謙太郎先生が赴任して以降、脊椎関連疾患の治療の充実・手術件数増加への取り組みを開始した。脊椎関連の手術件数はコロナ禍にもかかわらず117件(2019)から132件(2021)へと増加傾向を継続している。

人事面では、開設より50年という月日の流れとともに、多くの先生方が当院整形外科の発展に尽力され、また去られている。発足当初より、東京大学整形外科教室より若手医師の研修を受け入れ、ローテーションで研修された。日常の診療や骨代謝研究を通じて高齢者整形外科を学んでもらうと同時に、整形外科の活性化、発展に大いに寄与していただいた。時村副院長が当院に赴任されて以降(平成20年(2008)以降)、ともに整形外科診療を担ってきた医師は着任順に次の通り:穴水依人(2001.7～2020.3)、濱路博(2005.4～)、宮本恵成(2007.4～2015.3)、滝田泰人(2007.10～2009.3)、土肥透(2007.4～2008.9)、伊澤一也(2008.4～2009.9)、熊木慎吾(2008.4～2008.7)、北見聡(2008.10～2010.3)、丸田浩貴(2008.12～2009.3)、森地(阿南)揚子(2009.4～2012.3)、山神良太(2009.10～2011.3)、高柴賢一郎(2010.4～2011.9)、浅井秀明(2010.10～2012.3)、田翔太(2011.4～2012.9)、樫山尚弘(2011.10～2013.3)、佐々木貫了(2012.4～2013.9)、西村健(2012.4～2012.7)、吉本誠吾(2012.8～2014.3)、藤本陽(2012.10～2014.9)、渡邊晋太(2013.4～2014.9)、宮崎剛(2013.10～)、平林健一(2014.4～2015.9)、安藤祐加里(2014.4～2015.3)、金高正和(2014.10～2020.6)、輿石暁(2014.10～2016.3)、和田康宏(2015.4～2016.9)、上園茂仁(2015.10～2017.9)、金子奏一朗(2016.10～2018.3)、長沼英俊(2017.4～2017.9)、大和志匡(2017.10～2019.3)、中村伸哉(2017.10～)、木之田章(2018.4～2018.9)、永井雄高(2018.10～2019.9、2021.10～2022.3)、熊川義人(2019.4～2019.9)、金子雅子(2019.10～)、加藤(原)三咲子

（2019.10～2020.9）、安江健佑（2019.10～2020.9）、早川謙太郎（2020.4～）、石川由規（2020.10～2021.9）、長谷部奨（2020.10～2021.9）、金子泰三（2021.4～）、中山雄太（2021.9～）、下川純輝（2022.4～）。現在は、時村文秋（副院長）、宮崎剛（整形外科部長）、早川謙太郎（脊椎外科部長）、濱路博（整形外科医長）、金子雅子、金子泰三、中村伸哉、中山雄太、下川純輝が常勤医として勤務している。また、2015年4月に正田奈緒子先生が東京大学整形外科教室よりリハビリテーション科に赴任され、手術指導など支援をいただいている。

最後に、五十嵐三都男先生から続く研究精神は現在も当科に脈々と受け継がれており、基礎的研究では当医療センター研究所の老年病態研究チーム運動器医学と共同で行なった論文（T. Miyazaki et al. Mechanical regulation of bone homeostasis throughp 130Cas-mediated alleviation of NF-kB activity. Science Advances 2019: Vol. 5,no. 9, eaau7802 DOI: 0.1126/sciadv.aau7802、図参照）、臨床的研究としては神経画像研究チームと共同で行なったNaF PETによる骨代謝イメージングの論文（M. Kanetaka et al. NaturalTotal Knee Arthroplasty Metabolic Changes after Determined by Positron Postoperative Bone Emission Tomography Scans. Open Journal of Orthopedics. 2018,8,443-457. DOI:10.4236/ojo.2018.812046 https://doi.org/10.4236/ojo.2018.812046）などを発表している。

文責：整形・脊椎外科 部長 宮崎剛

令和元年9月27日
地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター

“適度な運動タンパク質”を見つけた！

運動が身体の炎症・老化を抑制する分子メカニズムを発見！！

健康のために１日10分、骨に衝撃を与えよう！！！

国立障害者リハビリテーションセンター研究所運動機能系障害研究部分子病態研究室と、東京都健康長寿医療センター、シンガポール国立大学などとの共同研究グループは、運動で生じる骨への「力（衝撃）」が、力を感知する分子として知られているタンパク質（Cas：キャス）に作用し、身体の多くの組織・臓器の炎症※・老化に関与することが知られている別のタンパク質（NF-κB：エヌ・エフ・カッパ・ビー）の活性を抑制することで骨の強度・密度を維持するメカニズムを発見しました。この研究により、Casが適度な運動の健康維持・増進効果を取り持つ“適度な運動タンパク質”として機能すること、および、運動時に身体に加わる衝撃が健康維持・増進に重要であることが、その背景となる分子の仕組みと共に明らかとなりました。本成果は、『Science Advances』2019年9月25日発行号に掲載されました。

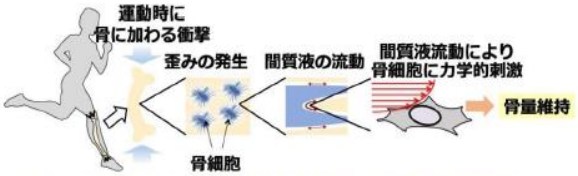


図1. 身体運動で生じる骨への衝撃が骨内の組織液（間質液）を流動させ、骨細胞に力学的刺激が加わり、骨量維持につながる

図2. 骨への衝撃が破骨細胞の分化抑制をもたらす

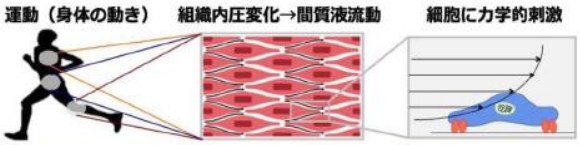


図3. 運動は身体の様々な部位の細胞に力学的刺激を与え得る

外科系診療部門

皮膚科

当センター皮膚科の歴史

1972年の養育院附属病院の開設にあたり、初代病院長の村上元孝先生は各診療科のスタッフとして全国から俊英の先生を集められ、初代の皮膚科医長(1986年より部長)として、東大より北里大皮膚科講師に転出されていた山本達雄先生に白羽の矢が立ったとのことである。

山本先生は日本皮膚科学会皆見賞の受賞歴のある卓越した臨床研究者で、老年皮膚科学のリーダーとして数々の業績(本邦における多形慢性痒疹や苔癬型薬疹の疾患独立性の確立や臀部角化性苔癬化皮膚という老年性皮膚徴候の提言など)を残されるとともに、当センターの診療体制を確立された。山本先生の門下生は初代医員の白岩照男先生以外は1976年より現在まですべて北里大皮膚科学教室からの出向者であり、多くの先生方が当センターの皮膚科を支えてこられた。当センター皮膚科の門下生は、山本先生のご指導を礎として研鑽を積まれ、ご開業、基幹病院部長(衛藤光聖路加国際病院前部長など)、大学教授(向井秀樹東邦大橋病院前教授、天羽康之北里大教授)などに転身されてご活躍されている。山本先生の定年退任後は門下生の代表として1998年より私が二代目の皮膚科責任者として赴任している。

皮膚科の現状

当センター皮膚科は現在常勤医師3人体制(常勤医2人、専攻医1人)で、皮膚科の外来や入院患者の診療、他科入院患者の診察や往診、褥瘡ラウンド、院内の皮膚科ローティト希望の初期研修医の指導などの業務をこなしている。皮膚科の外来は月、水、木、金の午前に2診体制(専攻医と研修医が予診をとる3診体制)で新患と再診を合わせて1日平均五十数例の患者を診察している。火曜日は手術日として入院患者の手術やカンファレンスを行っている。皮膚生検(他科からの依頼も多い)や外来の小手術は外来診療終了後のお昼の時間帯に行っている。午後は入院患者の対応が主体であるが、往診や救急外来よりのコンサルト依頼などもあり、いつも多忙である。主な入院対象疾患は丹毒・蜂巣炎や帯状疱疹の点滴治療、皮膚癌(基底細胞癌や有棘細胞癌あるいはボーエン病)や皮膚良性腫瘍の手術、類天疱瘡のステロイドやIVIG治療、褥瘡感染の治療、皮膚壊疽・血行障害の精査と治療、薬疹・中毒疹や重症湿疹・痒疹などの原因検索や治療などである。

当センター皮膚科の特徴と将来の展望

当科では「皮膚や口腔・陰部粘膜に病変が認められる症例はどんな患者でも皮膚科として診療に参画します」をモットーとしてこれの実践に取り組んできた。それ故、皮膚科で生検・切除した病理報告書は原則として病理医の先生方との共同作成の形式をとってもらい、他科よりのコンサルトに対してはなるべく当該科の診療を優先できる形で皮膚疾患を治療していくことに心掛けてきた。

個人的には当センターに漂うAcademicな雰囲気が好きである。現在は大学教授に栄転される先生は少ないが、Impact factorがそれ程重視されていなかった1980年代くらいまでは当院の部医長から多くの大学教授が輩出されていた。現在も他科の先生方が日常診療をこなしながら当然のように臨床研究を進めているので、当科もこれをみならって私が責任者となってからは「高齢者アトピー性皮膚炎の臨床的・病理組織学的研究」を主要な研究課題としてその成果を継続的に論文報告して、当センター皮膚科の存在感を国内外でアピールしてきた。今日、当科がこの領域の世界的なフロントランナーとして認知されているのは臨床研究をサポートしていただいた多くの皆様のお蔭である。

当センターの皮膚科が今後どのように発展していくかは現時点では予想がつかない。私が皮膚科の責任者として着任してからも想定外の多くのことが起こったので安易に展望しない方が無難かもしれない。皮膚科学全般としては、皮膚疾患の治療はアトピー性皮膚炎や乾癬などでの生物学的製剤や悪性黒色腫などでの免疫チェックポイント阻害薬などの登場により近年劇的に変化したので、将来的にも皮膚科診療は画期的な新規治療薬の登場によって大きく変貌するものと予想される。しかしながら、高齢者の皮膚科診療では、これらの薬剤メーカー主導で治療法が変革していく疾患以外にも、多くの皮膚疾患が患者の基礎疾患や全身的老化と関連して発症や遷延化するので、その治療と管理及び患者のquality of lifeへのサポートも極めて重要となる。これらの点を鑑みて、私共の後継となられる先生方には実地診療と臨床研究をバランス良く行って、当センター皮膚科をGeriatric dermatologyのリーディングホスピタルとしてさらに輝かせていただけることを祈念している。

文責:皮膚科 部長 種井良二

外科系診療部門

泌尿器科

平成10年にご退職なされた中内部長が当センター前身、養育院附属病院にて泌尿器科を起こして以来、村山部長、そして粕谷部長と歴代部長の主導の元、当センター開設以来この25年、当科は板橋区をはじめとした周辺にお住いのご高齢者にとって泌尿器疾患を気軽に相談できる窓口としてあるべく、日々邁進して参りました。

初代部長中内先生は、前立腺肥大に対する内視鏡手術（TUR-P）をいち早く導入し、また同手術の先駆者として門下生たちを指導し、同手術の全国的な普及に大きく貢献されました。

続く村山部長も、膀胱全摘にストーマケアのいらない尿管直腸吻合術を採用され、また前立腺癌治療に前立腺全摘術という外科的手段を導入されるなど、高齢者医療の要であるQOLを重視され、今に続く当院泌尿器科の方向性と基礎を確立されました。

そして、その培われた哲学は当院開院25年の節目である現在も、現部長粕谷をはじめ当科スタッフにも連綿と受け継がれております。

当科疾患、特に排尿に関わる疾患は、高齢者特有といってもよい疾患が多いことより長寿医療に特化した当院では殊更重きを置くべきであり、さわやか外来など薬物や外科的治療に留まらない理学的看護的視点からの治療などは、当院独自の特徴の一つと自負しております。

また外科的分野においてもここ数年、医療技術の進歩とともに新技術が登場しており、当科も歴代部長のパイオニア精神に習うべく、新技術導入に積極的に取り組んで参りました。

具体的には新病院開院と同時に、粕谷部長の主導の元、これまで電気メスによる切除一辺倒であった前立腺肥大手術に新しくレーザー技術の息吹を吹き込んだPVP手術を全国でも先駆けて開始しました。

さらに前立腺癌の診断に必須な前立腺生検においては、これまでは定型的に前立腺を穿刺しておりましたがMRI診断技術を組み合わせることで精度の高い穿刺を可能としたRVS生検をやはり都内でも先駆けて開始しました。

また、これまでは術者の目と手と経験に頼りがちであった経尿道的膀胱癌手術に対して悪性組織を薬理的に発光させ、より客観的な所見に基づく手術を可能とする光学診断技術をこれも全国でも先ぶれ的に導入開始いたしました。

排尿治療におきましては、全国的にも珍しい磁器治療装置を導入。

またレーザー技術の円熟とともに先述のPVPからさらに新機軸であるツリウムレーザーによる前立腺手術を粕谷部長、永田により開始運用しております。

さらに前立腺癌の放射線治療においてはIMRT（強度変調照射治療）の導入に合わせ、その副作用を低減し効果を高めるゴールドマーカー、スペーサー留置術も開始。

加えて前立腺生検と同手術の入院日数を従来の2泊3日から1泊2日へ短縮し、患者様の負担軽減を大きく図りました。

他、これまで限定的であった腹腔鏡手術も津坂専門医長の着任とともに本格運用を開始、今後の拡大に弾みをつけるところです。

上記のように長寿医療センター開院25年の歩みとともに、当科もまたたゆまぬ努力を続け、今後とも新たな知見を積極的に取り入れ、新技術の導入、深化円熟を図るとともに、未曽有の高齢化社会を迎えた我が国における数少ない長寿医療特化の医療機関である自負と矜持を持って、東京、そして板橋のご高齢者の皆様の人生に寄り添える泌尿器科として、地域の皆さまに信頼されるに足り得るよう勤しんで参りたいと思います。

文責：泌尿器科　部長　粕谷豊
　　専門医長　永田卓士

外科系診療部門

眼科

前回の創設30周年誌以降を中心に記載する。

歴史

養育員附属病院、眼科創設以来、当院に勤務していた戸張幾生（東邦大学大橋病院）、難波克彦（帝京大学溝の口病院）、箕田健生（帝京大学市原病院）、清水公也（北里大学）、長瀧重智（琉球大学）、大鹿哲郎（筑波大学、現在、日本眼科学会理事長）、土坂寿行（東京女子医科大学）、松原正男（東京女子医科大学第二病院）がそれぞれの大学教授に就任した。2000年4月に沼賀が東京大学病院眼科スタッフからセンター眼科の責任者として赴任した。その後、小関信之、高山　淳、大橋正明、本庄　恵（現在、東京大学准教授）、青木　彩、池上靖子、寺田裕紀子、山本裕樹の8医師が管理職として（専門）医長に就任、研修医と手術の指導などに従事した。大学医局からの派遣人事のみでは診療体制が安定しないため、より強固なスタッフ確保としてセンター独自の専門医の育成を目指すこととなった。即ち眼科研修プログラム施行施設、基幹施設としての認定であった。診療実績の堅調と井藤英喜センター長（理事長）の強い後押しもあり、常勤医6名となり、基幹病院の要件を充たす事となった。また連携施設として、以前センター眼科に勤務していた太刀川貴子が責任者の都立大塚病院を加え、2014年4月に日本眼科学会に基幹施設として認定された。その後眼科専門医制度が日本専門医機構に移管、東京都の眼科医のシーリングなどが行われているが、2022年度も眼科専攻医の研修指導を行っている。

過去の成果

センター規模の病院では病診連携が極めて重要であり、診療実績の向上のため、地区眼科医会（板橋、豊島、北、練馬、中野）との勉強会を立ち上げた。センターが独立行政法人化されたこともあり、メーカーとの共催も容易になり、『症例に学ぶOCT研究会』、『新薬を基礎・臨床面から学ぶ会』、『網膜疾患を考える会』、『緑内障を学ぶ会』を立ち上げ、毎回50名前後の地区眼科医会の先生方の参加が得られ、病診連携に貢献した。その結果、紹介患者数の増加がみられ、コロナ禍以前の2019年度は紹介患者数1545件、中央手術室手術件数2605件に至った。研究面ではセンター研究所で行われているコホート調査（鳩山町研究、お達者健診）に眼科医の観点から参加、OCT等の最新の眼科機器を用いて眼疾患関係の解析を行い研究所スタッフと共に下記4英文論文の公表を行った。

①Retina. 2022 Jan 20. doi:10.1097/IAE.0000000000003416. Epub ahead of print. PMID: 35067606.

②Sci Rep. 2020 Oct 28;10(1):18460. doi: 10.1038/s41598-020-75590-9. PMID: 33116238; PMCID: PMC7595182.

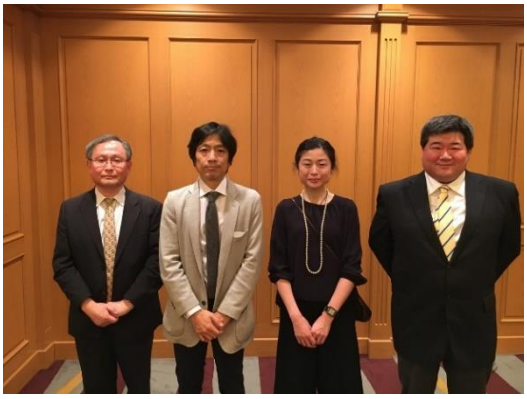
③PLoSOne. 2020 Apr 8;15(4):e0231351. doi: 10.1371/journal.pone.0231351. PMID:32267887; PMCID: PMC7141617.

④Invest Ophthalmol Vis Sci. 2015 Apr;56(4):2580-5. doi: 10.1167/iovs.14-16339. PMID: 25788651.

現状、展望

センターの使命として研究所との共同研究が必要であり、現在はアイフレイル、眼疾患とフレイル、また認知症と眼疾患の関連性について検討中である。診療実績の更なる向上と共に行いたいと考えている。

文責：眼科　部長　沼賀二郎



写真の説明
研究会の後で　左より
沼賀、大鹿、本庄、北村
（板橋区眼科医会会長）

外科系診療部門

耳鼻咽喉科

歴史

平成14年度までは、日本大学耳鼻咽喉科学教室の関連病院として機能し、大前医長のもと、嚥下障害の診断と治療に関して、先進的な取り組みを行っていた。特に嚥下内視鏡検査は、大前医長のご尽力により、現在は全国的にスタンダードな検査となっている。

平成15年4月に大前医長の防衛医科大学耳鼻咽喉科講師就任により、日本大学の派遣撤退が決まり、同年7月より東京医科歯科大学耳鼻咽喉科・頭頚部外科教室の関連病院となり、現在に至っている。大前医長から引き継いだ木村医長は、それまでの嚥下機能や気道管理に関する診療・研究だけでなく、大学の協力のもと、耳・鼻・頭頚部全般にわたって、精力的に診察や手術を行ってきた。平成27年10月からは高橋医長が後任となり、令和4年4月から著者が医長として勤務している。

成果

大前医長のもと、嚥下障害の診断と治療に関して先進的な取り組みを行ってきたことで、現在嚥下内視鏡検査が全国的にスタンダードな検査となっている。木村医長在任時は、側頭骨病理学研究やミトコンドリア遺伝子解析など、病理診断科や研究所との連携により、学会発表や論文発表で成果を上げた。

現状

Ⅰ）日本で数少ない高齢者専門病院として、加齢とともに増加する病態である難聴や嚥下障害を中心とした診療に力を注いでいる。難聴に関しては、週4回午後の時間に補聴器外来を設定し、補聴器装用開始から継続使用に至るまで、きめ細やかな診療を行っている。また嚥下障害に関しては、嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査等を行って、それぞれの症例における障害部位に応じた対応やリハビリに関した助言を行っている。

Ⅱ） 常勤医の専門性を生かして、慢性副鼻腔炎や、最近重要性が高まってきている好酸球性副鼻腔炎に対する内視鏡手術、慢性中耳炎や真珠腫性中耳炎に対する内視鏡手術を積極的に行える体制を構築している。同時に、日帰り手術や短期間の入院で済むような体制づくりも構築している。

展望

Ⅰ） 今後超高齢社会を迎えるにあたり、これまで実績のある嚥下障害の診断や治療、補聴器診療に関しては、今後も精力的に診療を行っていきたい。しかし、補聴器外来は現在予約が取りにくい状況であり、今後外来枠の拡充や、外部の委託先で調整等を行い、初診を積極的に受け入れられる体制作りを検討していきたい。嚥下障害診療に関しては、嚥下外来を開設し、非常勤で木村元医長の協力を得ながら、これまで以上に個々の症例に応じた適切な診療や助言、さらには外科治療までの拡充を目指していく。

Ⅱ） 最近、全年代にわたって関心が寄せられている問題の1つである睡眠の質に関して、高齢者における睡眠障害は、フレイル、ふらつきやめまい等の症状を引き起こす要因の1つになりうる。臨床検査科や呼吸器内科、循環器内科とも連携し、高齢者の睡眠障害や日常の活動性に関する研究を行って、睡眠障害を改善させることで、フレイル等を予防することが可能かどうか、また高齢者に多いふらつきやめまいの症状改善が可能かどうか等の検討を予定している。

Ⅲ） 年齢を重ねてから発症する気管支喘息は重症化しやすい傾向にある。現在は、One airway one disease（アレルギー性鼻炎と気管支喘息は相互に関連しているので、1つの病態と考えて治療を行う）という概念が浸透しており、生活環境を整えることも大切ではあるが、呼吸器内科と連携し、症状に応じた適切な治療を行っていけるような連携体制を作りたい。これに関連して、当科でも日本アレルギー学会専門医研修施設の認定を目指し、科の域を超えた教育にも力を入れていきたい。

Ⅳ） 全国的な関心事かとは思われるが、低侵襲手術に関してはこれまで以上に積極的に行い、外来日帰り手術等で高齢者の負担軽減に努める。このような診療の実践にむけ、それぞれの疾患を集約的に診断・治療が行えるように、鼻外来・耳手術外来等の専門外来の設置も行っていきたい。

Ⅴ） 副作用の懸念、すでに内服している薬剤が多いなどの理由で、漢方薬を希望する方が少なからず受診される。このような方に対しては、漢方薬の相談も行える体制を整えている。

文責：耳鼻咽喉科　医長　鈴木康弘

外科系診療部門

歯科口腔外科

当科の運営責任者は、渡邊郁馬先生（1972～1996年）、山崎博嗣先生（1997年）、山口雅庸先生（1998～2015年）そして2016年から平野浩彦が務めている。

東京都養育院附属病院が老人専門病院として1972年6 月に再出発し、同時に診療の対象が老人ホーム在住老年者のみを対象とした診療から、都内在住一般高齢者を含めることになったようだ。その当時の状況を当科非常勤であった山根源之先生（元東京歯科大学教授、元日本老年歯科医学会理事長）が以下述べている。「当時の養育院入所者の口腔は、歯科受診の機会も少なかったため要抜去歯が多数であった。養育院附属病院入院中の患者のカルテには循環器疾患をはじめ、抜歯を躊躇させる基礎疾患や既往歴が並んでおり、患者の全身状態を考えずには容易に抜歯に取り組めない状況で、まさにMedically compromised patient に対する歯科治療であった。」つまり当時の高齢者歯科診療では口腔外科の役割はあまり認識されおらず、抜歯を避け、残根上の義歯装着が多くみられた時代でもあったようだ。一方で、当センター歯科から出された知見を基盤とし、日本初の高齢者に対する歯科医療専門書である「老年歯科」（医歯薬出版、1981年）（図1）が発刊された。本書籍は当時の高齢者歯科治療のバイブルであり、筆者も歯学部学生時代に当書籍に触れたことが当センターの門を叩く契機となった。

その後高齢化率は1985年に10%を超え、社会的にも高齢社会への取り組みのへ議論が急速に広がり、歯科界においても1986年に日本老年歯科医学研究会（後の日本老年歯科医学会）発足（渡邊先生会長就任）し、同年当センターも東京都老人医療センターと改名された。さらに老年歯科学を学際的に議論する場として日本老年歯科医医学会が1990年に発足（渡邊先生が初代理事長）、1991年には日本老年学会に加盟し老年歯学の包括的な議論が行える基盤作りがなされた。

なお2016年からは学会への貢献が評価され「渡邉郁馬賞」が学会表彰制度として創設されている。（写真1）

1998年から診療体制はセンターの方針も有り地域歯科医師会との連携強化へと舵を切られた。2000年には区西北部二次保険医療圏医療連携協議会歯科分科会発足し、板橋区歯科医師会の先生方とは「協力病院との合同学術研修会」が開始され、今年度（2022年）までで22回の研修会開催が継続している。歯科研修医制度は1999年から開始され2006年からは必修化された。当科では1999年から当該制度に基づき研修医の受け入れを開始し、当初研修期間が1年だったものが2006年からは2年間（歯科研修医制度上の義務は1年間、都立病院系歯科研修は2年間）となった。また、当科では、東京都系列施設（東村山老人ホーム、富士見台ナーシングホームなど）の歯科診療に1974年から医員を派遣してきた。唯一派遣が継続していた東京都千葉福祉園は、2008年1月に石山直欣先生が東京都千葉福祉園健康管理室へ異動（常勤）に伴い1980年からの医員派遣が終了となった。

診療体制では、入院患者の口腔衛生管理さらに、周術期患者の口腔衛生管理ニーズが高まり、これまで歯科衛生士が歯科口腔外科外来のみで実施していた口腔衛生管理を、病棟でも実施するよう調整し2017年から開始された。こういった一連の歯科衛生士業務の改変、さらに看護部と連携した口腔ケアに関する研修会が定期

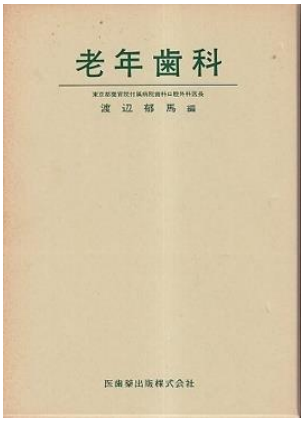


図1　老年歯科（医歯薬出版、1981年）

写真1　渡邉郁馬賞　2022年受賞風景

的に実施されるようになり、一連の実施において高橋恵子歯科衛生士（当時）の功績は大きかった。口腔粘膜疾患などへの外科的対応体制は、大鶴洋先生（日本口腔外科学会認定指導医：非常勤）の支援（2020年～）も有り、斉藤美香医長、森美由紀先生で構成され、さらにマイクロスコープ使用歯根端切除術などの新たな手術法も積極的に取り入れている。また1982年以来継続する東京歯科大学からの歯科補綴専門医（義歯治療など）の派遣により難症例にも対応可能な体制であるが、多様な患者ニーズに応えるため、2021年から保険外診療での歯科補綴診療体制を高野智史先生（日本補綴歯科学会専門医：非常勤）の支援で構築した。また、認知症の人への標準的な歯科治療提供体制を整える共に、研究所、日本老年歯科医学会とも連携し国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）の研究費にて「認知症の人への歯科治療ガイドライン」を発刊（2019年）（図2）し、現在も厚労省事業にてその体制作りを学際的に検討している。

超高齢社会における病院歯科の在り方を先駆的に示す当科の役割は重要であり、「老年歯科学」を担う若手の歯科医師、歯科衛生士が育成される環境づくりも（写真2） 併せて行っていく所存である。

文責：歯科口腔外科　部長　平野浩彦

図2　認知症の人への歯科治療ガイドライン（2019年）

写真2　歯科口腔外科スタッフ（2022年）

歯科口腔外科年表

年度		診療状況（年間外来患者数）
昭和47	1972	3,793名
昭和48	1973	5,323名
昭和49	1974	4,522名
昭和50	1975	3,721名
昭和51	1976	3,822名
昭和52	1977	4,293名
昭和53	1978	4,666名
昭和54	1979	4,953名
昭和55	1980	5,369名
昭和56	1981	5,407名
昭和57	1982	6,478名
昭和58	1983	7,909名
昭和59	1984	8,016名
昭和60	1985	8,014名
昭和61	1986	9,345名
昭和62	1987	9,668名
昭和63	1988	8,977名
平成元年	1989	9,028名
平成2	1990	8,404名
平成3	1991	8,225名
平成4	1992	9,345名
平成5	1993	9,668名
平成6	1994	7,038名
平成7	1995	6,740名
平成8	1996	7,026名
平成9	1997	8,389名
平成10	1998	10,478名
平成11	1999	11,798名
平成12	2000	12,234名
平成13	2001	初診1,718名・再診9,890名
平成14	2002	初診1,737名・再診10,239名
平成15	2003	初診1,441名・再診10,582名
平成16	2004	初診1,420名・再診10,347名
平成17	2005	初診1,386名・再診9,545名
平成18	2006	初診1,390名・再診9,266名
平成19	2007	初診1,425名・再診8,922名
平成20	2008	初診1,381名・再診7,204名
平成21	2009	初診1,164名・再診6,191名
平成22	2010	初診1,247名・再診6,390名
平成23	2011	初診940名・再診4,591名
平成24	2012	初診1,219名・再診6,537名
平成25	2013	初診1,270名・再診7,273名
平成26	2014	初診1,374名・再診6,970名
平成27	2015	初診1,591名・再診8,682名
平成28	2016	初診1,763名・再診10,223名
平成29	2017	初診1,943名・再診10,788名
平成30	2018	初診2,218名・再診10,263名
令和元年	2019	初診2,488名・再診10,165名
令和2	2020	初診2,245名・再診8,125名
令和3	2021	初診2,404名・再診8,135名

年度		責任者	医員(非常勤含む:赴任年)	歯科衛生士/歯科技工士(常勤)・研修医	活動内容等
昭和47	1972	渡邉郁馬	鳥居栄一・和泉正行・山崎喜之(非)	稲垣聖子(衛)・高橋千賀子(衛)・川永通子(衛)・高橋清明(技)	歯科ユニット3台にて診療開始(3台増設し計6台)
昭和48	1973		山根源之(非)・中澤勝宏(非)	山崎多美子(衛)	アポロ歯科衛生士学校学生実習受け入れ
昭和49	1974		片桐利雄		歯科病棟設置、東村山老人ホームに歯科診療室開設
昭和50	1975		佐藤雅志	加藤恵子(衛)	病床1床確保
昭和51	1976		小笠原庸治・小川 学	堀田 享(衛)・林 秀俊(技)	歯科口腔外科標榜変更
昭和52	1977				
昭和53	1978				
昭和54	1979		菊間洋子		東京都富士見台ナーシングホー歯科診療室開設
昭和55	1980		寺本信三		東京都千葉福祉ホーム歯科診療室開設
昭和56	1981				日本初老年歯科専門書「老年歯科」発刊(渡邊)
昭和57	1982		高橋 真・腰原 好(非)		
昭和58	1983		渡邉部長昇任・波多野耕治		病床2床へ増床
昭和59	1984			東京都多摩老人医療センター歯科口腔外科開設、佐藤雅志医長転出	Gerodontics発刊:渡邉が副編集長就任
昭和60	1985		森島 丘・川崎雅敏		
昭和61	1986		小林朗男・中村光夫、増田 健・佐藤 亨(非)	茶山裕子(衛)	東京都老人医療センターに改名、日本老年歯科医学研究会発足:渡邉が会長就任
昭和62	1987		山口雅庸・石山直欣・大塚寿樹		歯科技工室改築
昭和63	1988				
平成元年	1989				
平成2	1990		湖山昌男・平野浩彦(非)		日本老年歯科医学会発足:渡邉が理事長就任
平成3	1991				専門外来設置(口腔外科・歯科補綴)患者待期期間3カ月
平成4	1992		平野浩彦		東京都老人総合研究所TMIG-LISA参加
平成5	1993				感染症専門外来設置(HIV等受け入れ)ユニット1台増設(計7台)
平成6	1994			渡邊 裕:研修医受け入れ開始	患者調査:自立歩行困難25%・認知症12%
平成7	1995			斉藤美香・渡邉員之・瑞泉史絵(衛)	歯科治療機器消毒・滅菌システム改善
平成8	1996			栗原美智子(衛)	歯科衛生士異動により診療体制立て直し
平成9	1997	山崎博嗣	江面陽子(非)	小泉智也	第8回日本老年歯科医学会主催(渡邊大会長)
平成10	1998	山口雅庸	石崎 憲(非)		板橋区・練馬区歯科医師会との連携強化
平成11	1999		高原幸恵(非)	佐々木貴子	区北西部二次医療圏における医療連携開始
平成12	2000		山口部長昇任・三澤壮太郎(非)	依田知久・新井(衛)	区西北部二次保険医療圏医療連携協議会歯科分科会発足
平成13	2001		平野医長昇任・斉藤美香	阿部尚美・岩井(衛)	骨培養研究開始(内分泌科と連携)
平成14	2002			市原雅也	軽症再診例を積極的に逆紹介実施
平成15	2003		廣瀬直己(非)	枝広あや子	研修医応募目的に計35名の学生見学
平成16	2004		小平順可(非)	濱 陽子	口腔粘膜症状と口腔粘膜水分量との関連性検討研究着手
平成17	2005			小柳えりな	研究所介護予防緊急対策室と連携
平成18	2006		田坂彰規(非)	奈良夏樹 以降研修期間が2年に変更	東京都介護予防事業に参画(東京都歯科医師会と連携)
平成19	2007			関 智行	歯科入院クリティカルパス導入開始
平成20	2008			大平真理子	東京都千葉福祉園石山異動に伴い派遣中止(2008年1月)
平成21	2009		上田順可・田中 綾(非)	有泉雅俊	都の組織改訂:東京都健康長寿医療センターに、平野が研究所専門副部長として異動
平成22	2010		古池嵩志(非)	堀内一弘	口腔がんへの経口化学療法併用放射線療法着手
平成23	2011			鈴木啓之	社会保険医療共同指導
平成24	2012			渡辺隆一・小田麻祐子(後期)	社会保険医療共同指導に伴い東京都歯科医師会協議会実施
平成25	2013			内田景子・田村有華(衛)	新施設移転:歯科ユニット6台(1台減)
平成26	2014		斉藤医長昇任、高野智史(非)尾ノ上佑大(非)	高橋恵子(衛)	歯科衛生士による院内スタッフ向け研修開始
平成27	2015		森美由紀	日置沙希	周術期口腔機能管理対応強化
平成28	2016	平野浩彦	平野部長昇任	奥村拓真	歯科口腔機能センター(GOC)設立
平成29	2017			小田哲也	病棟での口腔衛生管理に歯科衛生士派遣開始
平成30	2018			千代侑香・五十嵐麻奈三(衛)	口腔機能低下症に対する管理体制構築
令和元年	2019			別府大嘉繁	新型コロナ感染症拡大診療制限(2020年3月～)
令和2	2020		大鶴 洋(非)	河合 絢・宮本敦子(衛)	第7回日本サルコペニアフレイル学会(平野大会長)
令和3	2021			清水 梓	マイクロスコープ使用歯根端切除術開始、保険外診療制度導入
令和4	2022			大沢 啓・市川果歩(衛)	

(注)表記載はセンター年報記載内容、関係者への聞き取り内容に基づき渉猟し得た範囲で作成した。

救急診療部

歴史：名称敬称略

東京都健康長寿医療センターは、東京都指定二次医療機関として休日・夜間問わず24時間体制で積極的な救急の受け入れをおこなっている。加えて地域救急医療センターとして区西北部保険医療圏内における『東京ルール』事案の受け入れも行っている。「東京ルール」とは、都内12の二次医療圏域ごとに「地域救急医療センター」（固定12施設、当番型6施設、2012年11月）を整備し、東京消防庁に「救急患者受け入れコーディネーター」を配置。二次救急以下レベルで、① 救急隊が5カ所の医療機関に受入要請を行ったにもかかわらず受入医療機関が決まらない場合 ②連絡開始から概ね20分以上が経過した場合に適応される。

救急診療部は、新病院開院（2013年6月）を視野に、救急部門の核となる医師を置くことで、病院としての救急医療の活性化、研修医育成の場としての機能の充実を図ることを目的に開設された。2012年1月より救急診療部を設置、「断らない救急医療」を重要課題として掲げた。救急診療部の中核となるメンバーは、それぞれの所属する診療科と兼務し、循環器内科　坪光雄介、リハビリテーション科（脳神経内科）加藤貴行、糖尿病・代謝・内分内科　田村嘉章、外科 三井秀雄らの4名の医師で構成された。
新メンバーの加入、2015年4月から帝京大学医学部附属病院救命救急センター勤務の吉田昌文を招聘し、救急外来専属にて勤務（2016年3月退職）して頂いた。同時期に脳神経外科医長、救急専門医、災害医療対策室長、DMATメンバーの幸田俊一郎にも救急診療部のメンバー（2017年3月退職）に加わって頂いた。
2016年4月から脳神経内科専門部長、脳卒中A担当部長として主力を担っている仁科裕史が加わった。吉田昌文退職後も、2016年4月より帝京大学医学部附属病院救命救急センターより日替わりで非常勤医師を派遣して頂いており、診療の大きな力となっている。

新病院における救急外来：旧病院では救急外来は、病院2階にあり、内科外来、外来処置室と隣接していた。スペースも狭く、救急患者が3人収容すると診察室がいっぱいとなり、混雑時は内科外来、外来処置室までも使用しないと診察が行えない状況であった。さらに、レントゲン、CT、MRIまでは遠く、検査出しに時間、労力を取られた。しかし、新病院移転後、救急外来は旧病院の約3倍のスペースを確保し、個室3室（うち1室は感染症対応の陰圧個室）、オープンスペースには、ベット4床（うち1床は重症対応可能なスペースを確保し救急車搬送の入口の傍に位置）を有する。胸部レントゲン室は隣接、CT、MRI、入院となった際の病棟へエレベータホールまでの動線が配慮され機能的な設計となっている。救急外来内にはポータブルレントゲンを収容する部屋も完備している。また、救急外来内には救急隊員が休憩するスペースを設けている。

救急部会：毎月救急部会を毎月第二金曜日に開催していたが、働き方改革を考慮し、最近は2か月毎の開催としている。①救急外来受診患者の救急外来滞在時間 ②救急外来滞在時間5時間以上の事例 ③救急モニタリング指標 ④病棟別緊急入院患者 ⑤救急隊受入実績 ⑥東京ルール実績 これらの毎月の指標をもとに、何が問題で、どのように解決を図るべきかを、医師（初期研修医、後期研修医の代表含む）、看護師全体で話し合いをおこなっている。

「朝カンファレンス」：救急診療部開設以前より救急外来にて早朝に当直の申し送りなるものがあったが、研修医育成の観点から、「朝カンファランス」と命名し、開始した。出席者は初期研修医、救急診療部のメンバー。当直した研修医より、入院症例の提示、主訴、バイタルサイン、血液検査、画像所見をもとに何を鑑別診断として挙げ、最終的に何を暫定診断に上げたかをプレゼンテーションさせ、救急診療部のメンバーは、検査所見、画像所見等について解説を行った。

「テルモプラネックス研修」（神奈川県足柄上郡）：毎年6月の最終土曜日に総合医療トレーニング施設、テルモメディカルプラネックスイーストにおいて初期研修医1年目（医科/歯科）を対象に一日がかりの研修を行っている。外科 金澤信郎を中心として、救急診療部のメンバー、麻酔科、循環器内科、外科、 各科の指導医にも参加して頂き、研修を行っている。今年は新型コロナ肺炎の流行に伴い3年ぶりに開催、許センター長にも特別に参加して頂いた。実技①：縫合（手洗い・ガウンテクニック・豚皮を用いた縫合）、気管切開（豚気管を用いたトラヘルパー挿入術）/気管内挿管（シュミレーター使用）、実技②：シュミレーション（3パターン：症候性てんかん、アナフィラキシーショック、急性冠症候群）、実技③：超音波ガイド下中心静脈カテーテル留置（シュミレーターを用いて）の3～4名の3班に分かれてローテーションを行った。

「救急隊受入強化キャンペーン」：2019/12/2～12/8までの期間において、救急隊受入キャンペーンを行った。前週（2019/11/25～12/1）と比較してお断り率が16件減少、受入件数が14件増加、入院率40%以上を維持、約580万円の収入アップ、このまま継続すれば月換算で2、480万円の増収が見込める計算となった。このキャンペーンを継続して行うことを考えていたが、2020年1月新型コロナ肺炎の流行により見送りとなった。今後は、コロナが収束後、閉鎖されていた病棟（10E）、コロナ病床（9E、 9W）も解除となり、一般病床として運用となった際は、「救急隊受入強化キャンペーン」を行いたいと考えている。

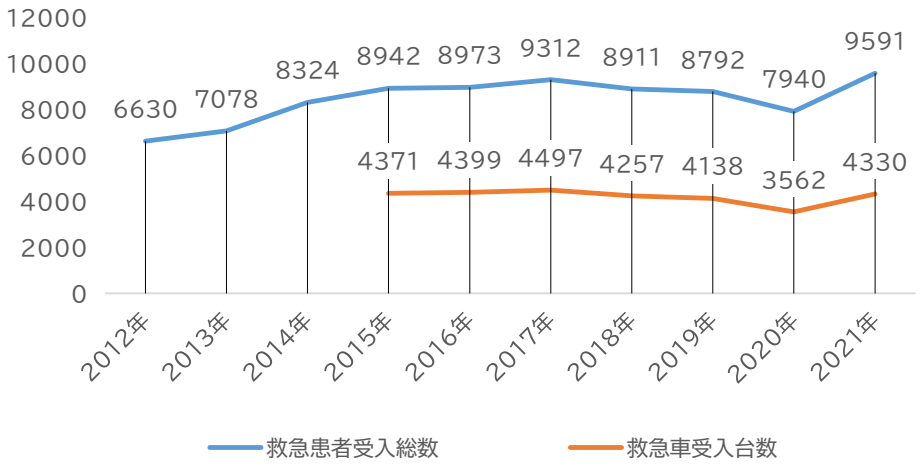
「呼吸器ルール」撤廃（2020年7月13日17時～）：当院の呼吸器内科のマンパワー不足を考慮、呼吸器疾患においては受け入れ制限（例：他院かかりつけの間質性肺炎、COPD、喘息、HOT導入患者、酸素化不良など）、いわゆる呼吸器ルールがあった。病床稼働率低下し、収益が減っている厳しい経営状況を鑑み、呼吸器ルールは廃止とした。以降は、呼吸器疾患が疑われる症例に関しても、その他の救急患者と同様に積極的に受入を行っている。

「新型コロナ疑い救急患者の東京ルール」（2020年6月30日～発令） 当院は新型コロナ疑い救急患者を積極的に受け入れる二次医療機関（新型コロナ疑い救急医療機関）として指定され、新型コロナ患者の受け入れを積極的に行っている。

今後の課題と展望

新病院移転当時、桑島巌救副院長は、救急外来受入総数を1万人の目標を語られていた。その当時、移転前年の2012年度の救急患者受入総数が6、630人であり、高い目標のように思われていたが、昨年度（2021年度）は、コロナ禍（2病棟コロナ病床、1病床閉鎖）であったにも関わらず、救急患者受入総数9、591人と過去最高を記録しており、1万人突破は目前に迫っている。その一方で、お断り率は発熱患者に十分対応する診察ベットがないことや、専門医不在（整形外科、脳神経外科、精神科）などの理由で、お断り率は約30%に達している。救急診療部開設当初の目標、「断らない救急医療」実現のために、地域救急医療センターとしての役割を十分果たすべく、お断り率は5%を目標にやっていきたい。当院のホームページ上でも救急科の医師を募集しており、人員の増員、救急科専属医師のリクルートを継続して行い、病院全体、スタッフが一致団結して、活気ある救急診療を行い、地域住民より頼りにされる健康長寿医療センターを目指していきたいと考えている。

文責：救急診療部　部長　坪光雄介



＊2012年1月～：救急診療部開設
＊2013年6月～：新病院移転
救急車のお断り率（端末off除外）は、2017年9.5%で最も低く、以降は徐々に増加している。2020年1月以降、新型コロナ肺炎の流行に伴いお断り率は約3割となっている。

中央診療部門

麻酔科

2009年(平成21年)4月から東京都老人医療センターは地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターとなった。病院創立50周年の記録として、1972年(昭和47年)に始まる養育院附属病院開設から老人医療センターまでの歴史は「36年の軌跡」記載より転載し、2009年以降を新たに記録として残す。

歴史・過去の成果

以下に人事体制の歴史(常勤医・非常勤医)、および過去の成果を特記事項として表にまとめた(表1参照)。

現状

2020年初頭からのCOVID-19パンデミックにより、全世界で医療崩壊が起きた。2020年度に不急の手術は一時的に減少したものの、人工呼吸管理やECMOが必要なCOVID-19患者の治療を通し、多診療科・多職種との連携がより強固になったと思われる。人々の生活様式が一変し、医療体制もオンライン化などが導入されたが、外科系の侵襲的治療には設備の整った病院が必要である。感染が落ち着くにつれ手術件数は次第に回復してきたが、高齢者の増加により厳重な全身管理が必要な患者が増加しており、周術期における麻酔科医の重要性はますます高くなっている。

展望

2019年度までは常勤医と非常勤医の多くを東大麻酔科医局からの派遣に依存していた。しかし派遣される多くが専門研修医であり約1年ごとに交代するため、固有の常勤専門医を増員し、診療科としての根幹をしっかりさせることが課題であった。2020年度に2名、2021年度に1名、2022年度は2名の固有常勤専門医を獲得できたため、一時期のべ19名/週以上であった非常勤医はのべ8名/週へと半減した。結果としてより安全で質の高い麻酔を提供できるようになっている。この体制は、院内でローテーションする初期研修医や、大学から派遣される専門研修医の教育にとっても良い効果を出せるものと考える。

今後はさらに多様なsubspecialityを持つ常勤医の獲得に努め、急性期総合病院の麻酔科として手術麻酔にとどまらず、各々の特技を生かしつつ、周術期管理・術後疼痛管理など院内でお役に立てる領域を広げていけたら幸いである。その先に臨床・研究面で次世代の東京都健康長寿医療センターを構築していけるよう日々研鑽していきたいと思う。

文責:麻酔科　部長　小松郷子

表1. 人事体制の歴史(常勤医・非常勤医)、および過去の成果

西暦		人員体制(常勤医は年度当初での在籍で記載)　■特記事項
1972		田頭 勲(日本医大医局)医長
1974		■疼痛外来開設(S52に閉鎖)。麻酔科管理手術件数386件
1975	S50	池上 晃子(東大医局)医長　■この年より東大麻酔科関連となる
1979	S54	■麻酔科管理手術件数636件
1981	S56	西立野 研二医長　■開腹手術は硬膜外麻酔併用全身麻酔が主体に。下肢骨折手術などに対するブピバカインによる脊椎麻酔を開始
1982	S57	目黒 和子医長　■術後硬膜外鎮痛にモルヒネ使用
1985	S60	■手術室入室時の緊急検査をルーチン化
1988	S63	■パルスオキシメーターのルーチン化
1991	H3	■ラリンジアルマスク使用開始
1992	H4	■病棟改修工事
1993	H5	■病棟改修工事
1995	H7	長谷医長、豊島病院より赴任(1998年まで)　■新中央手術室完成。術中のバイタルサインや心電図波形の保存および術中患者データの中央監視が可能になった。豊島病院は改築工事に伴い一時閉鎖
1999	H11	■ペインクリニック外来、術前評価外来の再開。麻酔科管理件数1、034件
2001	H13	小倉 信医長(常勤4)■硬膜外鎮痛にフェンタニル使用。術前評価外来休止。看護学校講師併任 脊麻薬:ブピバカイン(等/高)、テトラカイン(低/高)、ジブカイン(高)
2002	H14	■硬膜外麻酔併用全身麻酔はプロポフォール主体に。ペイン外来患者急増 ■病院の統廃合、民営化計画浮上
2003	H15	■術後硬膜外鎮痛にロピバカイン登場。キセノン光治療器導入
2004	H16	■新臨床研修医制度が開始となった
2006	H18	■手術麻酔管理システム導入、自動麻酔記録の運用開始
2007	H19	■レミフェンタニル、ロクロニウム登場。超音波ガイド下末梢神経ブロック導入整形外科症例の他、超ハイリスク症例や抗血栓薬治療患者への対応可能に
2008	H20	■東大麻酔科後期研修医の外勤と、東大医学部学生実習の受け入れ開始

西暦		人員体制(常勤医は年度当初での在籍で記載) ■特記事項
2009	H21	小倉 信、相川 和之、長谷川 奈美、柴田 玲子、平井 絢子 (非常勤)久保田 涼、縄田 瑞木、仁多 健剛、高尾野 麻衣、脊山 雅子、張 京浩 (後期研修医 半年交代)田代 友里子、石川 慧介および牛尾 倫子 ■センターが独法化となり、心臓血管外科が開設。臨床工学技士が臨床工学科所属になった。神経ブロックと中心静脈穿刺にポータブルエコー全例使用。筋弛緩薬の大部分がロクロニウムとなる。プロポフォール専用のTCIポンプ造設
2010	H22	小倉 信、相川 和之、長谷川 奈美、今野 元之、野村 真紀恵 (非常勤)縄田 瑞木、仁多 健剛、脊山 雅子、高尾野 麻衣、張 京浩 (後期研修医 半年交代)平岩 卓真、加藤 敦子 ■クリニカルパス症例を対象に病院レベルの術前評価外来(術前検査センター)が開設。タイムアウト導入。ブリディオン登場
2011	H23	小倉 信、相川 和之、久保田 涼、今野 元之、玉井 三希子、野村 真紀恵 (非常勤)仁多 健剛、脊山 雅子、高尾野 麻衣 (後期研修医 半年交代)岡 仁子、大畑 卓也 ■板橋看護専門学校講義開始
2012	H24	小倉 信、相川 和之、久保田 涼、今野 元之、室屋 充明、仁多 健剛、野村 真紀恵 (非常勤)脊山 雅子、高尾野 麻衣 (後期研修医 半年交代)森主 絵美、後藤 寛樹および古田 愛 ■手術材料は大半がSPD管理に、心臓外科に関わる機器はMEが中心になった。ハイリスク症例増加。タイムアウトの変更
2013	H25	小倉 信、相川 和之、久保田 涼、今野 元之、室屋 充明、野村 真紀恵 (非常勤)高尾野 麻衣、脊山 雅子、仁多 健剛、牛尾 倫子、縄田 瑞木、木ノ内 万里子 (後期研修医 週1日の半年交代)鄭 仁熙、江坂 真理子、武藤 容典 ■新病院へ移転、NEC電子カルテシステムの導入、手術部門システムORSYS導入、手術室・ICUの生体情報モニターがフィリップス製に。血管外科・呼吸器外科・脊椎外科が独立して標榜することとなり、手術枠は心臓外科枠が週2日、呼吸器外科枠と脳外科血管内治療枠が増設された。
2014	H26	小倉 信、相川 和之、久保田 涼、今野 元之、川島 征一郎、橋本 陽子 (非常勤)脊山 雅子、縄田 瑞木、仁多 健剛、木ノ内 万里子 (週1日の半年交代)榎本 有希、土田 陸平 ■心臓外科対応非常勤:桑島 謙、心外週末オンコールを東大に依頼。準緊急および緊急手術時の連絡や説明同意について取り決められた。
2015	H27	小倉 信、相川 和之、久保田 涼、今野 元之、鄭 仁熙、前川 真基、河村 研人 (非常勤)脊山 雅子、縄田 瑞木、仁多 健剛、木ノ内 万里子、前川 仁子、相川(7月～) (後期研修医 週1日の半年交代)朴 廣業、松岡 美紗子、森田 菜摘 ■急性大動脈スーパーNTW支援病院加盟。麻酔科オンコール2人体制に変更。
2016	H28	小倉 信、今野 元之、廣瀬 佳代、鄭 仁熙、井上 哲 (非常勤)相川 和之、脊山 雅子、縄田 瑞木、仁多 健剛、木ノ内 万里子、室屋 充明、筒井 冨美、桑島 謙、露嵜 仁志、服部 貢士 (後期研修医 週1日の半年交代)道井 亮輔、宮下 智行、島崎 勇人、河村 研人 ■9A室稼働開始。骨髄バンクドナーの骨髄液採取開始、12月よりTAVI開始
2017	H29	小倉 信、今野 元之、廣瀬 佳代、鄭 仁熙、江口 彩子 (非常勤)相川 和之、脊山 雅子、縄田 瑞木、仁多 健剛、木ノ内 万里子、室屋 充明、上田 雄司、筒井 冨美、桑島 謙、露嵜 仁志、服部 貢士、榊原 舞花 (後期研修医 週1日)五十嵐 健史 ■後期研修医の応募に対し東大専門研修プログラムの連携施設として対応した
2018	H30	小倉 信、今野 元之、廣瀬 佳代、鄭 仁熙、渡邉 健司、榊原 舞花 (非常勤)相川 和之、脊山 雅子、縄田 瑞木、仁多 健剛、木ノ内 万里子、室屋 充明、筒井 冨美、桑島 謙、露嵜 仁志、服部 貢士、五十嵐 健史 ■基幹施設としての東京都健康長寿医療センター麻酔科専門研修プログラムが認定された
2019	R1	小倉 信、小松 郷子、今野 元之、廣瀬 佳代、松本 一馬、田所 賢人 (非常勤)相川 和之、脊山 雅子、縄田 瑞木、久保田 涼、仁多 健剛、木ノ内 万里子、室屋 充明、桑島 謙、露嵜 仁志、服部 貢士、五十嵐 健史、榊原 舞花 ■1月から電子カルテシステムが富士通に変更。麻酔説明同意文書改訂
2020	R2	小松 郷子、内田 博、縄田 瑞木、廣瀬 佳代、田所 賢人、吉川 貴紘 (非常勤)脊山 雅子、久保田 涼、木ノ内 万里子、相川 和之、露嵜 仁志、室屋 充明、服部 貢士、五十嵐 健史、小倉 信 ■COVID-19の世界的拡大のため、全身麻酔手術症例は呼吸機能検査に代わり血液ガスデータと胸部CT検査で代用。一時的な手術件数の減少。杏林大学からの専門研修医受入れ開始。肝胆膵外科手術開始。術前休薬目安の改訂。オンコールを常勤医対応体制に。専門研修プログラムへの応募や見学者増加。東大医学部学生臨床実習の中断
2021	R3	小松 郷子、内田 博、縄田 瑞木、久保田 涼、廣瀬 佳代、大和田 啓暉、(半年交代)小松 えり、秋澤 千尋 (非常勤)脊山 雅子、相川 和之、露嵜 仁志、芳野 泰史、永谷 雅子、五十嵐 健史、碓井 久子 ■ペイン外来休診。TAVI復活。麻酔科コンサルト・術前検査センター利用の急増。精神科電気痙攣療法における閉鎖循環式全身麻酔を行った場合の900点を所定点数に加算できるように部門システム(ORSYS)を修正
2022	R4	小松 郷子、内田 博、縄田 瑞木、久保田 涼、秋山 絢子、清水 啓介、廣瀬 佳代、富田 大信 (非常勤)脊山 雅子、相川 和之、露嵜 仁志、芳野 泰史、永谷 雅子、檜山 愛子 ■大学医局からの派遣ではない固有の常勤専門医が6名となった

中央診療部門

中央手術室

現状

中央手術室の日々の運営は、麻酔科、各診療科と手術室看護師により行われている。手術は一般手術室9室＋ハイブリッド手術室の全10室を利用している。電子カルテシステム、手術室管理システム、映像管理システムなどのシステムが導入されているが、日常の手術室管理においては、看護師が非常に大きな役割を担っている。手術材料については、日中は、SPDがその大半を管理し、手術用物品の効率的運用と看護師の管理業務の負担軽減が計られている。また手術用医療機器の維持管理に関しては、臨床工学士が担当している。

令和３年度の手術室利用件数は4315件とCovid-19感染拡大以前のレベルには、まだ回復していない。内訳は外科520件、血管外科98件、脳神経外科162件、整形外科312件、脊椎外科134件、眼科2086件、耳鼻咽喉科32件、精神科275件、循環器内科113件、皮膚科32件、心臓外科146件、呼吸器外科53件、歯科口腔外科8件、脳神経内科11件、腎臓内科8件であった。

展望

後の手術室について、以下の点が重要と考える。

外科系のみならず循環器内科を含め、各診療科で専門的、かつ最新の治療を積極的に取り入れていくこと。高齢者を主な対象としていることからも、安全には十分配慮すること。

手術を含む治療成績・合併症のデータ集積・評価を継続的に行い、学会発表、ホームページへの掲載を積極的に行うこと。

手術室利用率の向上を図るため、術者の技術向上による手術時間自体の短縮は勿論、エキスパート看護師の育成、麻酔導入・患者入れ替え時間の短縮を目指すこと。

文責：副院長　時村文秋

歴史　表は昭和53年以降の手術室のトピックスを列記したものである。

年	特記事項
昭和53年	手術室内の落下菌検査を開始した。
昭和55年	術前患者訪問を整形外科病棟で開始。
昭和58年	落下菌検査と滅菌水検査を月1回定期化。麻酔余剰ガスの排気装置と設置。
昭和59年	第1手術室のレントゲン装置備付工事。壁・床・天井の張替え塗装。
昭和61年	各手術室内にBGM導入。
昭和62年	洗浄槽の改装工事、各手術室や記録室の壁と天井を塗装。
昭和63年	手術室の準夜勤看護師が給油外来への助勤開始。
平成元年	外科系各科の手術室マニュアル作成。
平成2年	外科病棟での術前患者訪問を開始。
平成3年	オゾンレス前処置装置の水槽タンク取り換え。脳神経外科と眼科（手術顕微鏡）、泌尿器科（内視鏡）で術中ビデオシステムを導入。
平成4年	術前患者訪問を泌尿器科・婦人科病棟に拡大。
平成5年	新手術室の工事開始。
平成7年	新手術室完成。（特定集中治療室の工事の関係で4部屋のみ稼働）眼科手術件数の増加への取り組み。医療作業・クラーク・清掃の業務委託導入。全自動洗浄機の設置。
平成8年	手術室全5室が使用可能。
平成9年	救急外来応援のため手術室看護師の夜勤体制変更。準夜勤3人から2人、深夜勤0から1人。
平成11年	手術室器械員数の点検整備。各科手術マニュアルの整備。各科の予定外手術や予定外手術の受け入れ体制構築。手術室管理日誌の改善。新人指導マニュアル作成。
平成12年	眼科手術器械のキット化。他科での導入検討。各科手術マニュアルのフォーマット作成。新人チェックリスト作成。カラーシリンジ使用導入。看護師深夜勤のみ救急外来勤務対応となった。（時間設定付）

年	特記事項
平成13年	感染症委員会との連携により消毒薬剤変更。術前訪問用紙の改善。手術申込用紙と手術予定表を改善。各科手術器械のキット化導入。手術簿を手術看護処置記録に名称変更。手術室事故防止のチェックリスト作成。HIV感染患者手術マニュアル作成。
平成14年	平成9年ごろから手術件数が飛躍的に伸びて合計が14年度は3054件で3000件を超えた。
平成15年	手術室における患者確認について（手術室運営部会、16年2月）、受け持ち医（執刀医）、麻酔医、外回り看護師の3者が患者確認のサインを手術看護記録に残す。手術部位（左右）の最終確認は受け持ち医が行い、手術し看護記録のサイン確認欄にチェックすることとした。手術室6号室で手術台の落下事故（16年3月）。
平成16年	手術看護処置記録にカウント欄を作成し、ガーゼ・器械の数の記録を開始。（立ち入り調査の指摘を受けて） ガーゼ置き忘れ防止対策（平成17年1－2月）として、「手術室安全対策」のガーゼカウント法を厳格化。「体内異物残留防止マニュアル」を全面改訂、ガーゼ・針・機械のカウントを網羅。
平成17年	手術室全5室のベッドサイドモニターをすべて更新。モスキートペアン・コッヘルの先端部の破損事例あり。手術器具カウント時に器具の点検も大名うこと年手順を決めた。モスキートを総点検し老朽化したものを買換えた。
平成18年	手術室出入口での履物交換を中止し履物フリーとした。院内上履きに限定。従来のサンダルへの履き替えも可とした。人工関節手術時は当該手術室前で履き替えをすることにした。眼科手術時の左右確認法を改良。手術関係書類における左右の記載をひらがな表記に変更。
平成19年	個人情報保護のために、手術室で保管する「手術台帳」の利用方法、貸し出しについてルールを定めた。放射線科の協力により、術直後のXP撮影（主に整形外科）をポータブルで行うことにし、患者搬送の手間を省いた。予期しない合併症について各医師に注意喚起するとともに、手術同意書の内容充実と書式改善を奨励した。
平成21年	心臓外科手術が開始された。術前検査外来を開設。新病院基本設計で手術室のレイアウトを決定。
平成22年	腹部大動脈瘤に対するステントグラフト、加齢黄斑変性症に対する低侵襲治療、手術ナビゲイションシステムを利用した手術の増加。タイムアウトの導入検討。ゴーグル、フェイスシールドの使用決定。
平成23年	下肢静脈瘤に対するレーザー治療、圧迫骨折に対する椎体形成術、泌尿器科領域の腹腔鏡手術、小切開による前立腺手術。手術機器滅菌保証のための生物学的インジケーターの導入。
平成24年	低侵襲な喉頭形成術を開始（耳鼻咽喉科）新病院手術室に関する取り決め。アルコール含有速乾式消毒剤、LED無影灯、術野画像システム、一足制導入。
平成25年	6月の新病院移転に伴い5月下旬から3週間手術制限。一般手術室7室＋ハイブリッド室の計8室を利用。電子カルテシステム、手術室管理システム、映像管理システムの導入。手術材料についてはSPDが大半を管理。医療機器管理に臨床工学士が関与。
平成26年	呼吸器外科定時手術開始。腹腔鏡と内視鏡が協力するLECS手術（外科）、胸部大動脈瘤ステントグラフト、補助人工心臓LVAD（心臓外科）、脳梗塞に対する血栓吸引療法（脳神経外科）、脊椎外科内視鏡手術の導入。
平成27年	手術室内での約束指示、タイムアウト、手術室内緊急コール、手術室運営マニュアルの見直し。手術室整備ワーキングが立ち上げられ、1足制を廃止し2足制を導入。
平成28年	1室と9A室が稼働。全10室となった。大動脈弁狭窄に対するTAVIの導入（心臓外科） 局所麻酔手術におけるサインアウト導入　手術術式の左右を平仮名表記することを決定
平成30年	サプリメントの術前休薬（原則2週間）、手術終了時のガーゼカウント・手術器具確認、手術室内での抗生剤投与についての取り決め。
令和元年	年間手術室利用件数が5000件を超えた。患者アレルギー情報の確実な入力、手術入室時間の助手への連絡、局所麻酔アレルギーに関するリスク説明・記載、緊急手術時のサインアウト。呼吸器外科手術枠の追加。
令和2年	Covid-19感染による手術件数減少、4199件（前年比較で約1000件）。全身麻酔予定患者での術前胸部CT検査導入。感染疑い患者では陰圧換気可能な3室の利用。麻酔のための抗凝固・後血小板薬の休薬目安の改訂、ラテックスアレルギーについての取り決め
令和3年	Covid-19確定患者の手術2例、4件。年間手術室利用件数4315件。

中央診療部門

特定集中治療室

歴史

特定集中治療室の原型は昭和47年7月に養育院附属病院が新築された際、当時の4階東病棟の設けられたICU・CCUである。一般病棟を改造しその一部を使用する形となった。集中治療室としての広さや配置などは満足できるものではなかったが、備品は十分取り揃えられた。発足当時は4東病棟の看護師が交代で勤務した。当初はICU4床とCCU3床で夜勤看護師1名を配置したが、多忙を極めたため、間もなくICUを2床、CCUも2床に減少させた。

昭和56年にICU・CCU看護単位が独立し2名夜勤となってからはICUが3床、CCUが3床となった。

ICUは外科系の重症患者、おもに手術後の患者を入室させた。当初、入室患者数は年間約300名で、平均4日在室した。外科90%、脳神経外科5%、その他5%であった。発足時のICU責任者は中山夏太郎で昭和62年から橋本肇となった。CCUの運営、指導には歴代の循環器科医長(上田慶二、松下哲、大川真一郎、坂井誠)が当たり、主として急性心筋梗塞、心不全、不整脈など循環器救急疾患の治療および研修医の実践的な教育の場として活用された。

昭和52年に東京都衛生局が主管する東京都CCUネットワークに所属した。

病棟改修工事に伴い、平成5年5月から平成8年3月までICU・CCUは閉鎖された。その間、ICUは外科病棟の一部で重症患者を収容、CCUは準CCU(3床)として10階東病棟の中で運営した。

平成8年4月に特定集中治療室が独立した病棟(全8床)として、2階手術室に隣接して新設された。特定集中治療室として、常駐医師1名と夜勤看護師4名が配置、十分な診療面積と治療設備が整い、保険適応施設となった。

面談室や家族待機室の接地と共に、モニタリング機器や心電図。緊急検査成績の一元表示・管理が可能なデータマネージメントシステムを導入した。坂井誠が初代室長となった。

診療委員会に所属する特定集中治療室運営部会が設立され、必要時に開催された。

平成9年には東京都老人医療センターが急性期病院として位置づけられ、同年9月には脳卒中ユニットが開設された。CCU・ICU・SCU・RCUの4部門構成　合計8床で運営を開始した。

平成12年4月から小林秀が室長となった。

CCUでは昭和58年よりウロキナーゼやtPAによる経静脈的冠動脈内血栓溶解療法を開始していたが、平成7年の新しい心血管撮影装置の設置と東京女子医大心研からの医師派遣により平成8年から経皮的冠動脈インターベンション(PCI)を開始した。

平成11年に心研より3名の医師が着任し、高齢者の急性期冠症候群に対して積極的にPCI治療を行い、その数は年間300例に達した。

平成14年からは東京医大から着任した武田和大が中心となってPCIを勧めた。

ICUは年間350～400例の入室患者で大手術後の術後管理に利用されることが多い。

SCUは主に脳卒中患者を対象とし、全身痙攣発作や脳神経外科術後の患者を取り扱った。

発症後3時間以内の治療を要する、脳梗塞血栓溶解療法にも対応している。RCUは重症肺炎、COPD急性増悪など時の人工呼吸器管理を要する患者に対応している。

急性期病院として救急患者の受け入れに努めた結果、特的集中治療室が満床で重症者の受け入れが困難な事態に陥ることが多くなった。そこで、平成18年6月の特定集中資料室運営会議で満床時には状態が比較的安定していて転出可能な患者を予め決めておき、新たに重症患者は発生したときの押し出し体制を決めた。

平成20年4月副室長はCCU担当坪光雄介(特治専任医師)、ICU黒岩厚二郎、SCU金丸和富、RCU高橋英気の各部医長が担当した。

平成21年3月から東京都脳卒中救急搬送体制に参画し、発症後3時間以内のtPA静注療法を特治で行った。平成21年4月からはCCU担当副室長が坪光医師から井上将至医師に交代。他は室長小林、副室長ICU黒岩、SCU金丸、RCU高橋は引き続き担当した。心臓外科の開設に伴い、心臓外科手術(主に冠動脈バイパス術と弁置換術)後の患者が58例利用した。

特治看護師が中心となって、病院全職員を対象に毎月1回、救急蘇生法勉強会を開催した。院内BLSインストラクター・プロバイダー有志が効果的な救急蘇生法の知識と技術の指導を担当した。

平成22年度は4月患者からCCU担当副室長が井上医師から坪光医師へ交代、10月からICU副室長が黒岩から金澤伸郎に交代した。

平成23年度4月からCCU担当副室長が坪光医師から藤本肇医師へ交代。

平成25年6月の新病院移転に伴い、集中治療室は14床になった。陰圧室(感染症対策)2、陽圧室(クリーン室対応)1、透析可能ベッドを8とした。

最新式使用のベッドやシーリングペンダントを備え、新しいモニタリングシステムを導入、さらに患者ごとに担当看護師用の電子カルテ端末とベッドサイドモニターを装着した作業台を配備した。新しいセントラルモニターシステムに連動した部門システムを構築し、電子カルテの運用を行った。

平成25年4月からRCU副室長は山本寛部長になった。

平成26年度は入室患者数1060例と1000例を突破した。

平成27年度はSCU担当副室長に松岡浩司脳神経外科部長も加わった。

平成28年度、ICUの入室者は、外科、血管外科、心臓外科など各科の大手術の術後管理目的の利用が大半を占めていたが、特に心臓外科手術症例の在室が大幅に増加した。

平成29年6月からは特治当直を開始し、常時特治内に医師がいる様、徹底を図った。

10月から特治14床を8床に減、SCUとして新たに6床を独立させることとなった。

令和2年度の入室患者数はCovid-19感染拡大に伴う手術件数の減少の影響もあり減少した。コロナ患者は合計30例がICUを利用した。その内人工呼吸管理となった患者は10例、更にエクモ治療を行った患者は4例で全例回復した。従来あった陰圧室に加え、458室を陰圧室となるように工事を行い陰圧室は合計3室となった。

令和3年度にも引き続きコロナ重症例の利用があった。エクモは新たに4例（前年度から通算8例）に行い、残念ながら1例が死亡した。ICUは8床で運用しているが、令和4年2月にはコロナ対応に看護師派遣を行う影響もあり一時的に6床運用とした。

現状

藤本室長　副室長ICU金澤、SCU金丸、上野俊昭、RCU山本の体制で、ICU8床、SCU6床で運用している。

令和3年度の入室者は702例、内訳はCCU：222例、ICU：402例、SCU：78例、RCU：0例であり、年間平均病床利用率ICU65.7%、SCU97.3%であった。

CCU症例は、急性心筋梗塞、狭心症、心不全、不整脈などが主であり、虚血性心疾患の適応症例には緊急冠動脈インターベンション治療が行われた。

東京都CCUネットワークに参画し、当番日には特治に空床を確保して、ホットライン要請に応えられるよう努

東京都CCUネットワーク・急性大動脈スーパーネットワーク

東京都CCUネットワークは、急性心筋梗塞などの急性心血管疾患患者を、できる限り速やかに専門的治療の行える医療機関に搬送することを目的として作られた、CCUを有する医療施設と東京消防庁、東京都医師会、東京都健康局（現 福祉保健局）との共同の組織である。東京都全域の心臓救急に携わる主要医療機関である73施設の計534床のCCU病床が組織下にあり、東京都全体の夜間人口1300万人をカバーしている。急性期の適切な治療の普及、地域救急医療システムの連携強化、患者家族・医療従事者への教育活動の推進なども行っている。まず、1978年に榊原仟・廣澤弘七郎（東京女子医大）、木村榮一（日本医大）らにより東京都の救急医療体制について打合会が開かれ、13協力医療施設のCCUからなる東京都CCU連絡協議会が発足したが、その中に東京都養育院附属病院も含まれていた。1979年には「心臓循環器（CCU）救急医療システム」が東京都、東京都医師会、協議会間で調印されいよいよCCUネットワークが発足した。上田慶二先生は当センター初代循環器科医長としてCCUの充実と都民の循環器救急に力を尽くされたが、CCUネットワーク発足に対する貢献は大であった。2003年に54施設になり、2004年には「心臓病患者家族のためのAED心肺蘇生法全体講習会」を日本武道館で行った。東京CCU研究会が毎年開かれており、上田慶二先生、原田和昌（第38回）がそれぞれ選ばれて会長を務めた。近年、CCU入室患者の診療データを学術委員会の解析班（当センターから4人参加）が解析しており、心臓救急に関する新しい知見を内外の学会で発表、論文にした。2010年には急性大動脈スーパーネットワークが発足し当センターも参加した。2016年には倫理委員会（原田委員長）や利益相反管理委員会が設立された。当センターは東京都CCUネットワークの発足当時より深い関係があり、高齢者の緊急心臓カテーテルインターベンションや緊急心血管手術などの心臓救急において、循環器内科と心臓血管外科のスタッフはこれまで都民に多大な貢献を行ってきたことを誇りとしている。

文責：副院長　原田和昌

めている。

ICUの入室者は、外科199例、心臓外科76例、呼吸器外科49例、感染症内科・血液内科32例、泌尿器科13例、血管外科12例、消化器内科11例、整形外科・脊椎外科10例で例年通り、外科系各科の術後管理目的が大半を占めた。

SCUを利用した診療科の内訳は脳神経外科46例、脳神経内科32例であった。脳神経疾患は、脳外科術後管理、痙攣重積、全身状態悪化などの患者さんであり、急性期脳卒中はSCUで受け入れた。

展望

現在、各診療科が集中治療室利用患者の診療を担当しているが、将来的には集中治療室専従医を配置し、専従医が主治医となり各診療科が担当医となる体制が望まれる。村田哲平、眞野暁子両名が集中治療専門医資格を取得しており、集中治療室専従の麻酔科医採用などさらなる体制強化があればと考える。

SCUは常時90%台の利用率を維持しており、更なる病床の拡大が望ましいと考える。具体的には10東病棟をSCUとして利用することを検討している。

文責:副院長　時村文秋

中央診療部門

リハビリテーション科

養育院附属病院から
東京都老人医療センター時代

1972年、養育院附属病院開設時より独立した部門として設置されたのが当リハビリテーション部門で、初代部長は荻島秀男先生である。リハビリテーション医学(rehabilitation medicine)の専門性は、活動障害(activity disorder)を扱う点にあり、視点の中心は、救命・生命維持(生死、恒常性、植物機能)ではなく、活動障害の改善(生活、活動性、動物機能)に置くのが特徴であるが、国内でも先駆的なリハビリテーション(以下、リハビリ)施設としてつくられた。

病院の1階は、受付や薬局と医事課を除いた殆どのスペースを、リハビリ部門が占め、理学療法(PT)・作業療法(OT)・言語聴覚(ST)・臨床心理(CP)の4部門とそれぞれの訓練室、義肢装具士と義肢装具室で構成され、十分なスペースでリハビリに取り組んでいた。STとCPは個室訓練室があり、言語聴覚部門には聴力検査室・集団での言語訓練室も設けられていた。

リハビリ科の病棟として3階西病棟が割り当てられ、生活復帰にむけた入浴練習・水治療を行うための掘り込み式の広い浴槽を備えていた。また、3階屋上部分には屋外訓練場が設置されていた。

リハビリ医療の中心にある活動障害の改善を図るには、個人の医学的背景・社会的背景を評価し目標設定することが必須なため、専属の医療ソーシャルワーカー(MSW)が配置され、おのずと総合機能評価とそれに基づく対策をチームで実践していた。当初よりリハビリでは多職種カンファランスを定期的に行っていた。リハビリ科入院症例は週1回、リハビリ科医師・看護師・PT・OT・ST・CP・MSWが一堂に会して、情報交換・目標設定・問題点・治療方針などについて検討するチームカンファランスを実施し、カンファランスや実際の訓練を通してレジデント教育にも力をいれていた。また、退院前カンファランスでは、在宅生活や社会生活に向けた指導についても議論され、本人や家族、職場や地域などとの情報共有を行うように努めていた。

外来の通院リハビリには、個別リハビリ・集団リハビリ、および、デイホスピタル(Day Hospital)があった。現在、介護保険で実施されているデイホスピタルの原型になるものが養育院附属病院で行われていた。デイホスピタルの場合では、月に1回程度のカンファランスでリハビリの進捗状況や目標確認・修正などが実施された。デイホスピタル利用者は、参加日は個別と集団のリハビリなどをしながら、一日を過ごす形であった

また、同じ敷地内に特別養護老人ホームや老人総合研究所が併設されていた。特別養護老人ホームの建物には、リハビリ訓練室のあるハーフウェイハウス(Half-Way-House)が併設され、病院からは自宅復帰に向け専門的リハビリ継続が必要な人を紹介していた。それは現在の回復期リハビリ病院に近いものであった。

1972年につくられた養育院附属病院のリハビリは時代の最先端を行く形で、まさしく、今の医療保険と介護保険を先取りしていた。 また、併設されていた東京都老人総合研究所には、基礎医学研究と社会医学研究、そして、リハビリ研究部門があり、身体機能や言語機能・高次脳機能などについての研究が盛んに行われていた。研究所に笹沼澄子先生が着任されたが、日本における言語聴覚障害領域の研究と臨床の先駆者であり、世界の失語症研究の第一人者といっ

ても過言ではない。一方、その後の社会制度などの経緯をみると、少し最先端過ぎたのかも知れない。

1986年、豊倉康夫病院長の時代、病院名が東京都老人医療センターに改名された。

1991年3月から1994年6月まで病棟改修工事があり、リハビリ病棟は3階西病棟から4階西病棟へと移り、水治療室・掘り込み式の浴室・屋外訓練場はなくなった。

1994年、小澤院長のもと東京都老人医療センター4階の東西病棟（4東病棟：急性疾患対象の総合診療科、4西病棟：リハビリ科）が協同し、老年医学総合機能評価（CGA：comprehensive geriatric assessment）を実施することになり、リハビリが実践してきた総合機能評価・社会的背景評価に基づき治療戦略をたてるというアセスメントとプラニングという手段が大いに役立った。CGAを老年医学に根付かせるために、リハビリ科に高橋龍太郎医長が着任しCGAに関わっていった。

その後、神経内科入院中の脳卒中症例についても、多職種カンファランスを週1回開催し治療の方向性や問題点などを話し合い、方針決定に役立てるようにしていった。

2000年、高齢化に伴い介護を必要とする高齢者の増加・高齢者の医療費増大に対し、介護保険制度が創設された。自宅退院後のリハビリサービスは、主に介護保険で提供する形に移行された。介護保険でデイケア・デイサービスが導入されることから、1階に設けられていたデイホスピタルは1999年9月末にその長い歴史に幕を下ろし、その場所は糖代謝内科外来・眼科外来へと姿を変えた。

2000年4月に制度化された回復期リハビリ病棟と介護保険によって、リハビリが急性期、回復期、慢性期というように区分されるようになった。そして、医療保険と介護保険という二つの制度を背景に、東京都老人医療センターは高齢者の急性期病院として進むという方向性が出され、リハビリ科においても急性期¯亜急性期リハビリを中心に実施することとなった。中長期のリハビリが必要な症例は、MSWの協力を得て回復期リハビリ病院に紹介するようになった。

この頃、糖代謝内科の応援を得て、服部明徳医師・堀内敏行医師・井上潤一郎医師らが順次リハビリ科に加わり、より一層の総合内科的アプローチを行いながら、飛松治基部長を中心に足の機能再建手術や装具療法などを行った。一病棟に様々な病態の患者が入院し、急性期から亜急性期疾患の治療などを行いながらリハビリ

リハビリテーション（初期の病院構想）

1960年代後半になると高齢者人口の増加・寝たきり老人の増加に対し、専門病院設置（老人病と老化の基礎研究を行う研究所を併設）の検討が始まった。

1972年、今から50年前、美濃部都政の時に、『老年学はリハビリーション医療が基本』という考えをもとに東京都養育院附属病院が設立され、養育院在院者専用病院ではなく一般高齢都民を対象とした。

病院1階は、受付や薬局と医事課・核医学部門・食堂・洗濯スペースを除いた、殆どのスペースをリハビリ部門が占め、理学療法室（屋外訓練場・和室・水治療室含む）・作業療法室・義肢装具室、言語聴覚室（個室ハビリ）・臨床心理室（個室2・訓練状況観察室-ミラー越し見学可能）、さらに、デイホスピタルのためのスペース（訓練室・更衣室・個室など）があった。エレベーターで2階に上がると、各科の外来ブース、生理検査室、血液検査室、放射線検査室、医療相談室という配置になっていた。3階以上は病棟となっており、当初は3階西病棟がリハビリ病棟で、リハビリ機能を有効活用するために、開院当初は効果が得やすい若い患者も入院していた。また、脳血管障害などの中枢疾患や頭部外傷によって、認知機能・高次脳機能障害が残存した症例に対する臨床心理の導入は、中途障害の高次脳機能障害および高齢化して問題となる認知機能障害に対するニーズを、大きく先取りし実践していたと言える。

外来で実施していたデイホスピタル、および、同じ敷地内にあった特別養護老人ホームに併設されたハーフウェイハウス（Half-Way-House）は、今の介護保険でのデイサービスと医療保険での回復期リハビリ病院の原型とも言える。

文責：リハビリテーション科　部長　金丸晶子

を実践していた。

2004年9月、堀内医師がリハビリ科在籍当時、運動器不安定症の生活機能維持を目的として、『高齢者いきいき外来』を開設し、短期入院で評価と運動指導、退院後は外来で1年間のフォローアップを行いった。また、リハビリ科には様々な専門性を背景とした医師が集っていたこともあり、総合内科的、かつ、廃用・疾患の悪化に対する取り組みも実践していた。

東京都老人医療センター時代には、林 泰史医師、望月直哉医師、新実まや医師、櫻井曜子医師、藤澤明子医師らが在籍し、療法士と協力しながら日々の診療が行われていた。

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター

2009年4月、地方独立行政法人化に伴い、病院名が東京都健康長寿医療センターと改名された。リハビリ科では医師が2名(加藤貴行医師、金丸晶子)に減った中、高齢者急性期医療で早期のリハビリに取り組んでいくこととなった。2011年には、小山照幸医師が加わり常勤医師が3名となり、より積極的に早期リハビリに取り組めるようになった。

新病院移転後

養育院附属病院・東京都老人医療センター、そして、2000年度の医療と介護制度の改革、2009年度の独法化という変遷の中、過去の遺産だけではなく新たなリハビリ科を築くため、独法の若いリハビリスタッフと伴に、2013年6月に開院された新病院に希望を胸に移動した。その頃、念願であった技師長ポストが新設され、医師と療法士が一丸となって急性期リハビリためのさまざまな取り組みを開始した。

移転当初は、3階にリハビリ訓練室、6階西病棟がリハビリ科病棟という形で新たなスタートを切った。リハビリ科入院症例のカンファランスは、週1回、医師・看護師・PT・OT・ST・CP・MSWが参加し開催していたが、途中で薬剤師も参加するようになった。

リハビリ科でも1か月以上の入院は難しい状況で、時間がかかる本格的なリハビリ入院を外から請け負うことは難しくなっていった。その代わり、急性増悪後の廃用、あるいは、ベースにフレイルがあり少しの介入で改善が見込める症例などを対象に、入院加療を行った。また、病病連携・病診連携で、医学的評価・リハビリ評価と指導・リハビリ再導入目的に短期入院リハビリを提供している。

廃用防止ラウンド(Team-Round Against Hospital-Associated Disability: TRAHAD):

2014年1月より廃用防止を目的に、リハビリ科で “廃用防止ラウンド:TRAHAD”を開始した。運用方法を工夫し2病棟で週1回、ラウンド前の1週間に入院した症例を対象とした。コロナ禍以降、現在は1病棟で継続している。病棟看護師、時に栄養科・歯科などが参画している。身体機能評価を行い、評価表(電子カルテ内文書)に記載し、病棟でのアプローチが可能な症例は病棟へ情報をフィードバック、リハビリ介入が望ましい症例はリハビリ処方を行っている。

高齢者いきいき外来:

2014年9月からリハビリ科の「高齢者いきいき外来」を、軽度認知機能障害(MCI)を対象とし評価や治療提案を実施している。(コラム参照)

NST・経口摂取開始チャート:

急性期治療・リハビリにおいて栄養は必須であり、NSTラウンドにリハビリ科医師やSTが参画している。2015年3月、リハビリ科医師・ST・栄養士が共同で、安全に適切な時期に経口摂取を開始することを目指し、『経口摂取開始チャート』作製を開始した。同年7月には3病棟での試行運用開始、2016年5月から院内全病棟で運用している。適切な運用のために、学習会・講演会・e-ラーニングによる悉皆研修を企画実施してきた。毎年、適宜『経口摂取開始チャート』の改定・新たなe-ラーニング教材を作成している。最近では摂食嚥下専門看護師も参画し、SCU・周術期症例なども含めた安全な経口摂取開始と栄養管理に取り組んでいる。

ボツリヌス治療:

2015年度より、ボツリヌス治療を開始し装具外来も活用しながら、医師だけでなくPT・OT・装具士らとチームで痙縮治療にあたり、それらの症例についてまとめて学会発表も行っている。主には、脳血管障害後遺症の痙縮が対象であるが、斜頚症例も散見される。正田奈緒子医師を中心にチームでリハビリに取り組んでいる。

SCUでのリハビリ介入:

2017年10月よりSCUが稼働し、脳卒中のほぼ全例がSCUを経由する形となった。その結果、リハビリ必要症例の把握が容易となり、早期に脳卒中症例へのリハビリ評価介入ができるようになった。朝のSCUミーティングに齊藤陽子医師・加藤貴行医師が参加し、早期のリハビリ介入に取り組んでいる。

地域包括ケア病棟でのリハビリ:

2016年7月より6西病棟が地域包括ケア病棟となった。地域包括ケア病棟では、リハビリ科としてのリハビリ実施はもとより、看護師が行うリハビリ病棟ケアを取り入れるように連携し、看護スタッフ(看護師・看護助手)に対しリハビリ科が積極的にリハビリのためのケア指導を実施している。

文責:リハビリテーション科
部長 金丸晶子

リハビリ科は3Fで、屋上庭園に面し、屋外訓練スペースがあります。

リハビリテーション(高齢者いきいき外来)

2004年9月から『高齢者いきいき外来』をリハビリ科で開始した。当初は、運動器不安定症(今で言うフレイルに近い状態)を対象とし、評価と運動生活指導などを短期入院で行い、外来フォローアップを1年間実施した。その結果をまとめたのが、“The efficacy of home-based muscle training for the elderly osteoporotic women: the effects of daily muscle training on quality of life (QoL)” (2010年) である。

高齢化で認知症の増加が問題となっていること、リハビリ治療の奏功には高次脳機能が重要なことなどを踏まえ、軽度認知機能障害(MCI)に対するリハビリ効果について検討を開始した。2014年度からセンターで始まったトランスレーショナルリサーチに応募し、リハビリ科の『高齢者いきいき外来』をMCI対象として活用する取り組みを開始した。認知機能・身体機能の評価、機能障害の原因精査も試みた上で治療提案を実施している。そして、同意が得られれば、PT・OT・ST・CPが協力して週1回・計12回の認知トレーニングや運動トレーニングを行い、3年のフォローアップを実施した。生活評価は栄養士・MSWが担当した。更に、MCIの啓蒙を目的に「健康長寿リハビリテーション講演会－脳の老化への挑戦！！－」を年に2~3回開催し、2019年8月には第14回を数えた。しかし、2020年初頭から始まったコロナ禍のため、第15回の講演会は中止となり、以降の講演会は未再開である。新たな介入は終了し、すでに介入した症例のフォローアップのみを実施している。

『高齢者いきいき外来』は、通常診療としてMCI症例を対象に継続し、今後の診療に生かす方向でトレーニング介入症例のフォローアップ結果をまとめているところである。

また、トレーニングプログラムの一部は、病院ホームページから入るYouTubeの公式チャンネルにアップしている。

文責:リハビリテーション科　部長　金丸晶子

リハビリテーションWEB講演会
「おうちでコツコツロコトレ」

リハビリテーションWEB講演会
「脳の老化への挑戦!!　軽度認知障害

おうちでわくわくホームワーク

わくわくホームレクササイズ

中央診療部門

放射線診断科

歴史

レントゲン博士が「新しい光」X線を発見したのは、養育院創立からおよそ四半世紀を経ようとする明治28年（1895年）のことである。この目に見えない新しい放射線は、人の骨に対し不透過性を有し、大振りの結婚指輪を第2指にはめたレントゲン夫人ベルタの手のX線写真が残されている。数カ月もたたないうちに、この不思議な光のことは世界中の大衆にも知られるところとなり、「手のX線写真を撮ること」が世に流行り、そのための写真館までもが開業したと聞く。もちろんその頃には、被曝リスクなど誰も気に留めようともしなかった。X線発見からわずか3年後の明治31年（1898年）には、医療用X線装置が東京大学、陸軍軍医学校に導入され、さらに明治42年（1909年）には“国産”X線装置が現国立国際医療研究センター国府台病院に設置されている。後の量子力学、放射線科学の飛躍的発展の萌芽となった世紀の発見に、明治という新しい時代を拓いてわずか30年の本邦が堂々と世界の潮流に遅れまいと奮闘し、あっという間に“国産”医療用X線装置を開発したことには驚きもありつつ、ワクワクするような誇らしさが心底から湧きあがる。一方、この医療用X線装置が最初に設置されたのは陸軍軍医学校であり、富国強兵の大号令下、日清、日露戦争を立て続けに経験している切羽詰まった厳しい世相の中で医療の革新的発展が必須であったとも読みとることができる。そのような時代の荒々しいともいえる息吹の中、江戸七分積金を原資として生まれた養育院は、創立当初から一貫して浮浪者、生活困窮者の伝染病治療、生活困窮者の無料診療、出獄罹病者診療、ハンセン氏病患者、結核患者収容と、セーフテイネットとしての役割を粛々と果たし続けていた。あらためて振り返るにあたり、時代の潮流の先端にありながら、潮流に流されることなく「存立の意図」を途切れることなく繋げてきていることに感懐を覚えずにはいられない。

過去から現在、そして展望

明治37年（1904年）に結核患者収容、大正3年（1914年）に結核患者隔離のための板橋分院が設置された。当時の社会、医療の大きな問題であった結核に、当センターはいち早く対峙しているわけだが、医療用X線装置の開発、普及と結核対策が密に連動していることは確かだろうと思われる。国民病でもあった結核の劇的な減少には、第二次世界大戦後の抗生物質、抗結核薬の普及が大きな役割を果たしたことは間違いない。同時に結核検診の要となった“間接X線撮影装置”が、昭和11年（1936年）に日本の古賀良彦先生（当時東北大学）、ブラジルのマヌエル・デイアス・ド・アブール先生によって、ほぼ同時に、それぞれ独立して開発に成功していたことも、時代と社会に貢献する放射線診断にとって特筆すべき事項であろう。昭和20年4月に空襲によって焼失した本院は、1週間後には焼け残った病院寮に患者を収容し、終戦から1カ月後の9月には陸軍宿舎を仮舎として再発足を果たしている。はかりしれない犠牲と困難の中でも、明治初頭から途切れぬ「医療の最後の砦としての役割を果たし続ける、存立の意図の継続」があった。その後の、放射線診断技術の発達と進捗は改めて述べるまでもないが、当センターでは昭和23年にいち早く“レントゲン室”が新築され、昭和53年にCT室、昭和63年にはMRI、平成2年には老人研にポジトロンCT施設も開かれた。それに続き、今日に至るまで常に日本をリードするPET研究チームの創立が続き、世界を見渡してももっとも早期の段階で最先端放射線診断機器が導入されてきた。

この事実は、福祉に軸足を置いた病院としては特筆すべきことと思われ、当初から広い視野、医療全体を見渡す俯瞰の目が当センターに在ったことを示している。さて、このような先端機器導入の続く中、放射線診断専門医が当センターで機能するにタイムギャップがあった。放射線診断専門医が、当センター専従となったのは平成14年まで待たねばならず、平成20年になってようやく放射線治療科から放射線診断科が独立した。この間、フィルムレス化、地域連携における高額医療機器共有のオンライ予約システム導入、電子カルテ化、救急におけるMRI、CTの24時間稼働システムの導入に技師長、技師、看護師、医師を挙げて取り組んできた。

2005年に私が赴任した当初は、救急でのMR撮影はなされていなかったのだが、夜間当直技師は多忙を縫ってMR室で研修を続け、半年後には夜間救急における緊急MRI検査を開始することができたことは、あらためて技師諸氏に深い感謝を伝えたい。このような当たり前のようで当たり前ではない、日々の努力、表には出ない連綿と続いてきた取り組みが、2020年初頭から世界中に蔓延したCOVID19感染下、連日途切れない緊急入院に際し最前線で頭部、胸部CTを全例に撮影し、消毒し、科内感染を出さずに診療を支え続けてくれた技師諸氏の心につながっていると

思われる(図1)。

時代は動き、高度成長の真っただ中の昭和47年には、来るべき超高齢化社会を見通していたように高齢者専門病院として新たなスタートが切られた。高齢者の癌、血管病、認知症という重い課題に取り組む上で、今や疾患修飾薬のサロゲートマーカー、病前までも含めた最適な診断の客観的バイオマーカーとして画像診断が欠かせないものとなっている(図2参照)。

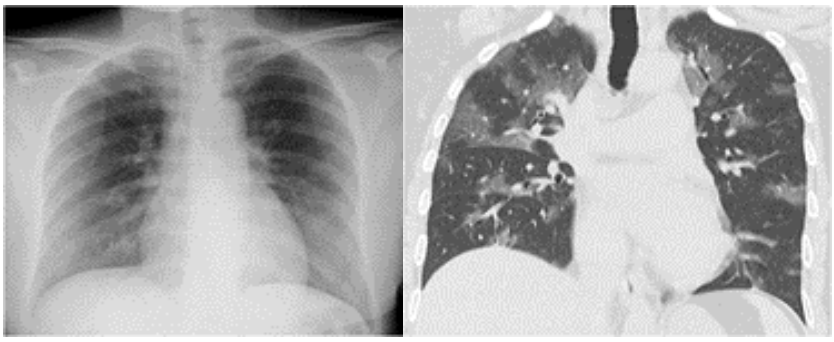


図1:COVID19肺炎:胸部単純X線写真で病巣を特定するのは難しいが、適切なCT検査では、「レース状、クモの巣のような」COVID19に特徴的な肺炎所見が多巣性に存在していることがわかる。

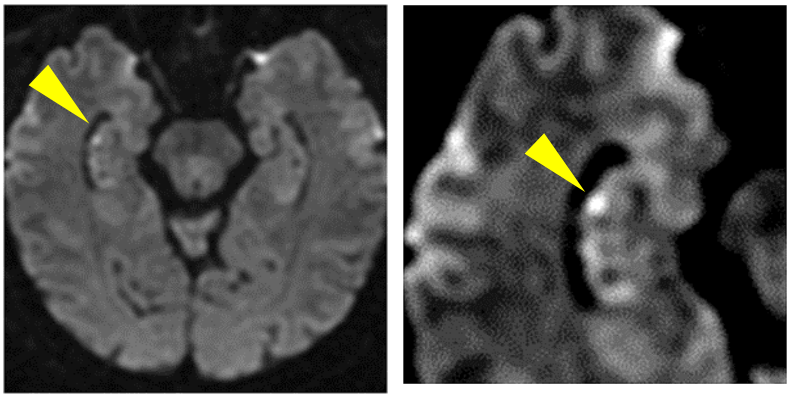


図2:まるでミステリードラマのような「一過性に記憶を失う人」は、日常臨床では珍しくない。高精細MR画像を用いると、図黄色矢印に示したように点状の白い病巣が、記憶を司る海馬を侵し、一過性全健忘という不思議な病態を引き起こしていることが、視覚的に診断できる

展望

養育院創立から連綿と続く「弱き者に沿うセンター存立の意図」は、超高齢化社会に対峙する本邦、世界の中にあって、より一層意義深いものとなっている。日常診療における即時的な診断対応とともに、近い未来の未病、病前診断と治療に寄与し得るバイオマーカーとしての画像情報の蓄積を適切に導き、さらに尊い遺志に基づく剖検、ブレインバンク、遺伝子、血液、脳脊髄液、生化学、PETなどと手を携え、オープンデータベースとして社会に真に開かれることを願ってやまない。

厳しい医療経済態勢の中で、独立独歩、かつ社会に貢献し続けることの困難は想像を超えるものである。放射線診断機器は日々、その精度と能力を上げ続けている領域であり、真のリーダーシップをとるためにこれまでのセンターが選択してきた、「先端に在りつづけるためのノブレスオビリージュ」をどれだけ、当科が引き受けられるか未来に問いたいと思う。

2013年、独立行政法人化後の新病院設立に沸く中、放射線診断科を中心に当センターでは、新病院設立に伴うシックハウス症候群罹患者が複数発生した。放射線診断科の複数医師は重症で院内に入ることができず、技師、事務職にも喘息悪化などが複数生じ、複数の退職者が出た。新病院から9年を経ても喉頭狭窄の遷延、気管支所見の増悪がある。この間、適切な全病院を挙げての調査がおこわなれたとは認識していない、なぜか？今でも東京都の対応には疑問がある。医療に携わる人もまた、弱きものである。全ての関わる人を大事にする行政組織、病院であるべきで、コマとして捨て去るような組織であってほしくないと心から願う。働き方改革の号令下、医療スタッフの働く環境は表向き改善がみられているかもしれない。しかし、いまだにセクハラ、パワハラ、虐め、ジェンダー差別がある。常に最適な医療を提供する環境を維持することは緊張を伴い、人員払底の中で、どうやって「人を大切にするか」は大変難しい課題である。私自身も子育て、育休、産休の皆さんに充分な精神的、物理的援助をできずに臍をかんできた反省が消えない。あらゆる人の医療技術を互いに尊敬し、その技術を生かし、またその人生を豊かにすることが、当センターに集う患者さん、御家族、全てのスタッフに「センター存立の意図」を伝え続けることにつながっていることを信じたいと思う。

文責:放射線診断科　部長　徳丸阿耶

中央診療部門

放射線治療科

歴史

放射線治療の歴史は、1895年のRoentgenによるX線の発見の翌年、1896年のVoigtによる鼻咽頭がんのX線治療、翌1897年のFreundによる有毛性母斑のX線治療（分割照射）にはじまったとされる。

わが国の放射線治療の歴史は、昭和9年（1934年）に「癌研究会」研究所と附属病院が西巣鴨に開設され、直後に三井報恩会から100万円相当のラジウム5、000mgの寄附があり、癌研病院は一躍世界有数のラジウム治療施設となったことで、がん治療に大きな役割を果たすこととなった。「癌研究会」は明治41年（1908年）に創立され、青山胤通、山極勝三郎、渋澤栄一、桂太郎等、当時の学会、財界、政界を代表する人物が多数参加していた。渋澤栄一はコアメンバーの一人であり、「がん撲滅を以て人類の福祉に貢献する」という理念よりがん撲滅への挑戦に財界人として加わっていた。

渋澤栄一が運営に尽力した養育院の流れを継ぐ当院でも、放射線治療はテレコバルト装置にはじまり直線加速器の時代になり、三次元治療計画によって治療成績の向上と副作用の低減が可能となった。2021年に新たな放射線治療装置と治療計画装置が導入され、高精度放射線治療が可能となっている。治療装置の技術の歴史を表1にまとめる。

過去の成果

当院20年の歩み（1992年）には、当時のテレコバルト装置を主体とする放射線治療では、食道癌、脳腫瘍、肺癌などの悪性腫瘍および骨転移に対する緩和照射の実施が記載されている。高齢者に多い癌の一つであった子宮頸癌も対してもコバルトリモート・アフター・ローディング・システムがいち早く導入され、根治的放射線治療を実施してきた。

図1に近年の治療対象の原発部位を示す。肺癌が最も多く、次いで食道などの消化器・管、血液腫瘍が多く、高齢者の多い当院の特徴が示されている。

2008年には肺腫瘍に対する体幹部定位放射線治療が開始され、2009年より造血幹細胞ミニ移植前処置のための全身照射が行われてきた。

表1　放射線治療装置の変遷

時期	装置名	治療内容	主たる放射線治療担当医
昭和47（1972）年12月	回転型コバルト治療装置 （島津、RTGS-2） 治療計画装置 X線表在治療装置	皮膚などの表在治療	浜田政彦（顧問、東邦大） 山田英夫（副院長、 ～平成10（1998）年7月）
昭和48（1973）年1月	Co-60 3000Ci	Coによる外照射	
昭和48（1973）年5月	Ra針、Cs管	小線源治療	
昭和52（1977）年3月	リモート・アフター・ローディング・システム（島津、RTGS-2）	Co遠隔小線源治療装置	
平成7（1995）年	リニアック（直線加速器） （三菱、EXL-15DP）	原体照射 三次元治療計画対応	
平成13（2001）年7月			丹野宗彦退職
平成15（2001）年7月			山川通隆赴任
平成18（2006）年	リモート・アフター・ローディング・システム撤去 リニアック（直線加速器） （Siemens、Primus KD2/7450）	子宮頸癌の腔内照射は 都立駒込病院へ 定位放射線治療	
令和2（2021）年 3月・4月			山川通隆退職 角美奈子赴任
令和3（2021）年	リニアック（直線加速器） （Varian、VitalBeam）	高精度放射線治療 画像誘導放射線治療 強度変調放射線治療	

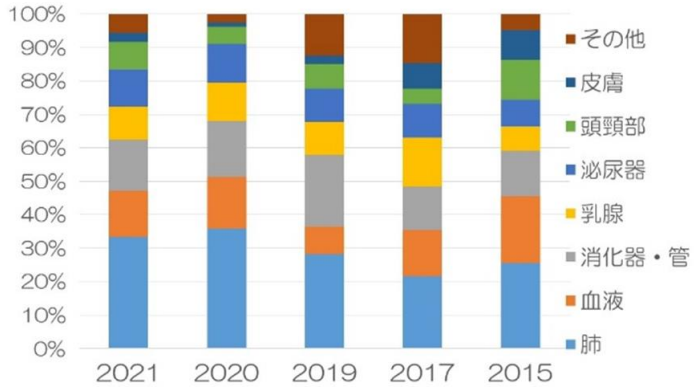


図1 治療対象の原発部位

現状

2021年にVitalBeam®（Varian社）が導入され、画像誘導放射線治療や定位放射線治療、強度変調放射線治療（IMRT）など高精度放射線治療が、安全性を考慮しつつ高精度かつ短時間の照射が可能となった（図2）。

①画像誘導放射線治療

画像誘導放射線治療（IGRT：Image Guided Radio Therapy）では、画像情報を用いて位置合わせを行う。毎回の治療の際に、体表面のマークのみならず、骨格や病巣の位置を治療装置に搭載された画像システムで確認し、すべての症例で毎回の治療を実施している。治療範囲が最適化され副作用の軽減を図ることができるようになっている。

②定位放射線治療

定位放射線治療は厳密な精度管理のもとに、重要な正常臓器を避けながら病巣へ高線量の放射線を照射している。肺癌や脳転移に応用しているが、膵臓癌、前立腺癌などの原発巣や転移性腫瘍（肺転移・肝転移・副腎転移・脊椎転移など）への応用を検討中である。

③強度変調放射線治療

強度変調放射線治療（IMRT：Intensity Modulated Radiation Therapy）は、2000年頃より国内に臨床導入が開始され、当センターでも装置更新に伴い実施可能となった。腫瘍に放射線を集中し周囲の正常組織への照射を減らすことを目標とした治療計画を作成し、副作用を増加させることなく、より多い放射線を病巣に照射することが可能となった。前立腺癌や頭頸部癌、脳腫瘍、肺癌など全身の病巣に対し応用されている。 当院で応用する強度変調回転照射（VMAT：Volumetric Modulated Arc Therapy）は、IMRTの応用型で、照射ビームを変調しながら照射ヘッドを 回転させることで治療時間の短縮を図る方法である。2021年より前立腺癌根治照射を開始し、脳腫瘍に応用を拡大している。今後、頭頸部癌や肺癌、脊椎転移などへの応用拡大を検討中である。

展望

放射線治療装置や治療技術の進歩は目覚ましく、画像診断の進歩の恩恵により、必要な範囲に最適な放射線量を使用して治療する時代になっている。当院では、高齢者をはじめ複数の疾患を有する症例に、最適な治療を提供することを基本理念として、進歩した放射線治療の実践をめざしていく。

放射線治療における高齢者の比率は今後さらなる増加が想定されているが、その特性の把握およびフレイルや認知・多臓器機能低下など、高齢者の身体および生理機能を考慮した治療開発は具体的な進展が見えていない。本センターではデータベースの開発・構築による対象症例の把握をもとに、よりよい放射線治療の提供をすすめていく。

文責：放射線治療科 部長 角美奈子

図2 2021年に導入された
VitalBeam®（Varian社）

中央診療部門

化学療法科

近年、有効性が高く毒性の低い抗腫瘍薬の開発および、支持療法の進化発展により、癌化学療法は長足の進歩を遂げています。これに伴い、これまで入院加療を必要としていた抗がん剤レジメンと同等あるいはそれ以上に有効性の高い外来化学療法レジメンや抗体療法（分子標的治療薬）が開発され、最近話題の免疫チエックポイント阻害薬なども多くの患者さまに施行されるようになってきました。一方、社会的要求として、患者さま側からみた場合には日常生活を可能とする通院治療は大きな患者利益につながり、医療機関側から見た場合には急性期病院において入院期間の短縮は避けられない命題でもあります。

このような医学的、社会的ニーズの高まりに答える事を目的として、当科は外来化学療法室の設置に伴い2009年に開設されました。

人員は2009年の宮本　鋼（部長）の着任以降、現時点で橘　盛昭（医員）上江田優美（後期専修医）の2人が当院前期研修終了後に専門分野として選択し、継続して所属しています。2019年には小島　稔（医長）も所属しておりましたが国立がんセンターに異動となりました。

治療症例数は、現時点において、化学療法科単独で悪性リンパ腫、骨髄腫を中心として年間に、のべ約2000人の方々に外来治療を行っています。

当科の対象疾患として、悪性リンパ腫は血液の成分でリンパ球（白血球の一種）という細胞が腫瘍化した疾患です。高齢者で罹患率は高くなり、近年増加傾向を呈し、10万人当たり20人程度発症するといわれています。現在のWHO分類では70種類程に分類されており、その病型や発生部位によって治療が異なってきますが、治療の中心は化学療法となります。悪性リンパ腫に対しては新しい薬剤が数多く登場しています。B細胞リンパ腫に対してはリツキサン、ガザイバ、トレアキシン、ポライビー、T細胞リンパ腫に対してはポテリジオ、ムンデシン、ジフォルタ、イストダック、ホジキンリンパ腫に対してはアドセトリス、オプジーボ、キイトルーダといった薬剤が使用できるようになり、飛躍的に治療成績も改善してきています。多発性骨髄腫は血液の成分で形質細胞（白血球の一種）という細胞が腫瘍化した疾患です。多発性骨髄腫も近年の高齢化に伴い患者さんの数は増加傾向にあります。症状としては骨髄でがん細胞が増えた結果、病的骨折や骨痛が認められます。それ以外にも貧血、腎機能障害、高カルシウム血症や免疫力低下による感染症などが起こります。一般的には慢性の経過をたどりますが、まれに急激な進行を呈する場合もあり、症状については個人差が大きくなっています。治療の中心はやはり化学療法となります。現在のところ根治療法といえるような標準治療は開発されていませんが、急速に治療成績が向上してきている疾患です。それには新規薬剤の登場によるところが大きいと考えられます。ここ数年で、プロテアソーム阻害剤といわれるベルケイド、カイプロリス、ニンラーロ、免疫調節薬のレブラミド、ポマリスト、抗体薬であるエンプリシティ、ダラザレックス、サークリサといった薬剤が順次使用できるようになりました。今後も新規薬剤が保険承認されていく見込みであり、更なる治療成績の向上が期待されています。

一方、外来化学療法室は中央共同利用施設として運営され各科の諸先生（呼吸器科、リウマチ膠原病内科、血液科、耳鼻咽喉科、外科、消化器科、脳外科、泌尿器科）に幅広くご利用いただいております。施設としては、患者さんに安全かつ効果的な外来化学療法を提供する事を目的として、2階奥に6床の専用病床を有しております。 リクライニングベッドもしくは通常ベッドがご希望に応じてご利用いただけます。経験豊かな専任看護師が常駐しており、緊急時の対応に加え患者教育、情報提供などに努めてい

ます。

リスクマネージメントの観点からは、化学療法レジメンは全例登録制とされており、そのフォーマットは統一され、電子カルテ上で投与期間、間隔、投与量が管理されております。薬剤の混和はクリーンベンチにて専任薬剤師が行っており、トリプルチエック以上の対応となっています。

純粋な化学療法科での入院加療について延入院患者は年間約3000人であり、外来患者数の増加に加えこちらも毎年、着実な成長が見られました。

外来化学療法は、今後、高齢者悪性疾患治療に大きく貢献すると考えられ、化学療法科といたしましても更なる発展を目指して、日々研鑽を続ける所存です。

文責:化学療法科　部長　宮本 鋼

中央診療部門

臨床検査科

歴史・成果・現状

昭和47(1972)年6月、診療第一部(内科系)、診療第二部(外科系)、核医学放射線部、病理部、リハビリテーション部とともに、研究検査部として設立された。一貫して各種臨床検査を実施することにより診療支援に当たってきた。

生化学科、血液科、微生物科(血清検査室・細菌検査室)、臨床生理科、内視鏡科がおかれた。検体検査として生化学、一般検査、血液・凝固、輸血を含む血清、細菌検査が行われた。臨床生理科では心電図、心臓超音波検査、脳波、血液ガス分析等が行われた。

生化学科と血液科では、はじめは、試験管にピペット操作、比色計による生化学検査、メランジュール・血球血算板を用いた血液検査など、手操作の検査法が行われていた。その後、自動分析装置の著しい進歩、検査のオンライン化により、血液・体液の検査法は大きく変わった。1973年には自動生化学分析機とコンピューターシステム、自動血算機が導入された。1985年には現在も更新しながら使用されているエイアンドティ社臨床検査情報システム(CLINILAN)が、都立系病院では最も早く導入された。

微生物検査においても、自動化を辿り、1989年に血液培養装置(バックテック)が導入された。細菌種の同定も生化学的性状による鑑別表片手の作業も、1998年自動同定装置が導入された。インフルエンザ抗原検査(1998年)に代表される迅速検査の割合も増加した。抗酸菌検査では、2002年液体培地が導入され、同定にも2011年にPCRを用いた装置が導入された。2019年質量分析を利用した全自動微生物分類同定分析装置(MALDI-TOF MS)と、PCRによる多菌種の全自動遺伝子解析装置(FilmArray)が導入された。FilmArray装置は2020年国内流行の始まった新型コロナウイルスの検出と血液培養からの菌種の分離同定に活用されている。MALDI-TOF MSは稀な分離菌や真菌の同定に威力を発揮している。

臨床生理科では開院当初から、心臓超音波検査が行われていた。1978年腹部超音波装置、1980年心臓断層検査装置が導入された。はじめの頃は医師が主体で行われていたが、現在は検査技師が主体になっている。1978年に24時間心電図、1988年に24時間血圧測定が導入され、外来において普通の検査になっている。2011年心臓外科が開設され、心臓超音波検査、経食道心臓超音波検査の需要が高まり、2016年にはTAVIチームが結成され、臨床検査技師も参画している。

輸血業務に関しては、開院当初から血液製剤管理は薬剤科、検査を血清検査室で行っていた。輸血の安全性や適正な輸血の推進の観点から1983年免疫輸血科が新設された。内視鏡科では開院時から、上部消化管内視鏡検査、大腸内視鏡検査を行っている。1973年からERCP検査、1975年ポリペクトミー、1980年ESTも開始している。

当直時間帯の検体検査は、当直医師が検査室で行っていた。1982年24時間生化学自動測定装置が導入され、1983年からは夜間・休日の臨床検査技師による、当直体制が整備された。

検体搬送も検査業務に組み込まれ、2003年からは採血業務も始まり、採血室は、臨床検査技師と看護師を雇用して検査科で運営している。

また、検査件数の少ないものは外注化で対応し、検査項目数も増している。検査指示・報告のコンピューター化も進められてきた。2013年新病院開設とともに、検査依頼と検査結果参照とも完全に電子カルテ化された。

このような、技術革新と医療体制の変化にともない、検査技師業務の変化も見られている。超音波検査が、一部の医師により導入されてきたが、臨床検査技師の活躍の場となっている。また、輸血業務、微生物検査、糖尿病患者療養指導、耳鼻科診療などの支援を行っている。多職種チームによる院内感染対策チーム、抗菌薬適

正使用支援チーム、栄養(NST)チーム、TAVIチームなどへ参画して重要な役割を担っている。病院における臨床業務に深く関与してきている。また、治験業務等にも関与し、患者診療に関わる業務の範囲は拡大している。検査技師の専門資格認定もすすみ、超音波検査、輸血検査、細菌検査、糖尿病の患者指導などで認定専門技師の認定が進められている。採血業務においても担当範囲は拡大し、外来診療においても重要な役割を担っている。

50年間に、病院名の変更と何度か組織改編が行われてきた。1987年、内視鏡科、免疫輸血科が独立した構成になっている。また、核医学放射線部門の検体検査担当の検査技師は検査の非核化により、1996年研究検査科に異動している。2009年地方独立行政法人となり、臨床検査科となった。1975年頃は、検査技師38名作業員3名で稼働していたが、2008年には、臨床検査技師33名、作業員1名で運用されていた。2022年生理部門は常勤技師16名+非常勤1名、検体部門は常勤9名、細菌部門は常勤4名+非常勤1名、採血室は常勤1名+非常勤5名+非常勤看護師2名で運営している。

1986年からは技師長制度が導入され、小坂守夫(1986-1990年)、上島友幸(1991-1993年)、神白和正(1994-1997年)、北正美(1998-2001年)、田口博(2002-2005年)、當眞隆則(2006-2012年)、丸山強(2013-2017年)、佐藤芳雄(2019年-)が担当してきた。年々、技師長の裁量で検査科業務の運営が決められることが多くなっている。

医師は、診療科との兼務が多かった。部長は蔵本築(1972-1975年)、野間昭夫(1976-1987年)、松下哲(1988-1997年)、森眞由美(1998-2000年)、稲松孝思(2007-2013年)、原田和昌(2011年)、田中雅嗣(2014-2017年)、増田義重(2018年-)が担当してきた。2010年から、部長は専従となっている。医長として岡部紘明(1976-1986年)、島田馨(1972-1983年)、白倉卓夫(1973-1984年)、佐藤治邦(内視鏡科)(1975-1976年)、紀健二(内視鏡科)(1985-2013年)、大山俊郎(免疫輸血科)(1983-1984年)、白木正孝(1986-1991年)、佐藤忠広(1993年)、中原賢一(1994-2001年)、田中康夫(2001-2006年)、土持英嗣(2002-2003年)、熊川寿郎(免疫輸血科)(1996-2003年)、堤久(免疫輸血科)(2004-2007年)、宮腰重三郎(免疫輸血科)(2007-2010年)らが在籍してきた。

1986年多摩老人医療センター設立を契機に臨床検査技師の人事交流が進められた。また、病院経営本部との技師の人事交流も進められた。病院全体の臨床業務が拡大していく中で、検査科の診療支援業務も拡大し、研究的色彩は影を薄めてきた。時代と共に性格を替えてきているが、高齢者診療支援の姿勢は一貫しており、さらなる業務の発展に努めている。2020年から国内流行の始まった新型コロナウイルス感染症に関しては、細菌検査室でFilmArray装置による診断の支援を行っている。また院内感染対策のために、研究所と協力してウイルスPCR検査の検体処理を担当している。生理検査系では感染患者とその疑いの患者は、積極的に病棟での検査業務を行っている。検体検査でも研究所と協力して、感染後やワクチン接種後の抗体検査を行なった。

展望

現在は臨床検査科となっている。1972年、設立当時は、研究検査部と部門名に[研究]が付されていた。当時は地味な高齢者医療をおこなう病院に魅力を持たせるために、臨床のみならず研究も出来る病院であると言う位置づけをしようと言うことであった。このことは、設立当初、多くの臨床医が研究検査部を足場にして臨床研究を行って来たことに反映されていた。研修医の心電図読影、骨髄像判読、超音波、内視鏡検査などの訓練の場ともなっていた。当初、野間・岡部医師は、脂質関係の研究に専従しており、数人の技師はその仕事に従事していた。また、各診療科の活動も、研究検査部に軸足を置くものが多かった。内分泌科や整形外科を中心に病院研究室を整備し、研究費で実験助手を雇って研究していた。また、併設された老人総合研究所に兼務の形で籍を置き、研究費を得ながらなされた研究も数多い。このような研究マインドを高めることが、旧病院設立時の考え方であったように思う。

診療科の臨床業務の増大に伴い、臨床支援業務も増大・多様化し、研究支援の業務は縮小している。医療を取り巻く状況も変化し、医療法などの関係法令も改正され、臨床検査の範囲が厳格化された。このため臨床検査科での検査・検体の取り扱いも変わってきている。

臨床研究支援に関しては、センターとして承認する体制が構築されることが望ましいように思う。

臨床支援業務に関しては、その必要性を吟味・検討して、依頼の少ないものは外部に委託する体制を確立する必要がある。業務を整理し、新たな臨床支援業務に取り組む体制の構築に努めたいと考える。

文責:臨床検査科　部長　増田義重
協力:技師長　佐藤芳雄

中央診療部門

輸血・細胞療法科

当科の歴史

この度の病院・研究所創立50周年・養育院創設150周年記念にあたり、あらためて渋沢栄一の大功績と継承された歴史の重みを深く感じつつ、貴重なる記念誌作成の機会に感謝を申し上げます。私が赴任致しましたのは2016年4月ですが当時は2名の技師さんと共に中央診療の一部門として支えており2022年現在は技師4名(1名産休)で輸血業務と自己血貯血と保存、臍帯血移植などの細胞保存、新たな細胞免疫療法に対応しております。

歴代輸血科責任者を列挙致しますと、私の前任が小島理絵先生(～2015)、その前は現血液内科部長の宮腰重三郎先生、さらに熊川寿郎先生まで遡ることができます。

名称の変更について

2009年独法化に伴い、免疫輸血科から現在の輸血・細胞療法科に名称変更となっております。

現在の体制:対応医師2名(輸血学会認定医師1名　細胞治療認定管理師1名)及び輸血認定技師2名を含める輸血担当技師4名の計6名(1名産休)で業務対応しております。

職員体制

2011～2019年度:3～4名

2020～2021年度:5名

2022年度～:4名(常勤)

臨床検査科の当直と協力して365日24時間体制で安全で迅速な血液製剤の供給体制を維持しております。

業務内容の推移とエピソードの紹介

把握できた10年間の出来事や業務の発展を記載致します。

2011～2012年:　旧医療センター時代では、輸血科は日当たりが良過ぎて夏季では室温が30度を超えることもあり製剤の取り扱いに苦労をしたことや、老朽化のために検査科内にネズミが出没したエピソードがあったこと、またこの時期から洗浄血小板製剤の院内調整が開始。

2013～2014年:6月の現センターに引っ越しに伴い様々な変更がなされ、輸血科も電子カルテ入力となり、運用が安定するまで苦労したこと、また新規自己血採血室を設置運用開始され現在まで非常に有効に活用中。

2015～2016年:休日当直時間帯における輸血依頼のマニュアルを作成運用開始、また私の着任後輸血・細胞療法委員会で宗教上の理由による輸血拒否患者(エホバ)の同意書の作成とセンターの立ち位置を周知。

2017～2018年:この年度から医師と看護師を対象に年2回センター内の「院内輸血セミナー」を開始。特別生物由来製品の使用に関する説明と同意書を作成し現在まで改訂しながら日常的に活用中。前年度の移植ドナー細胞採取数により造血幹細胞移植採取認定施設カテゴリーIと同時に移植診療施設として認定され、以後今日までカテゴリーIを維持。

過去10年で初めてとなるTACO症例の発生の経験し救命後、当科全員で情報共有の会を実施。また危機的出血への対応ガイドラインをセンター版として作成、救急科、心臓血管外科などを中心に活用中。

2019～2020年:厚労省や日本輸血学会の動向に沿って、輸血後感染症の検査を廃止決定とし現在まで問題の発生なし。

2021年～現在:自己血輸血マニュアルの改訂を行い、併せてコロナ時代に対応すべく、対面での院内輸血セミナーをe-ラーニングに変更して看護師全員を対象として実施し、現場での弱点の把握し改善に結びつけられている。過去10年で初めてとなる輸血後最重症合併症のTRALI症例を経験し救命。

過去の成果

主に実績が残されている2011年から10年間の成果を振り返りますと、

1)代表的輸血製剤の使用量:

RBC製剤:5,870～7,356単位

2021年単年度:6,639単位

FFP製剤:　1,366～3,257単位

2021年単年度:1,960単位

PC製剤:　10,160～16,025単位

2021年単年度:13,160単位

2)廃棄製剤の薬価の推移:ピーク2012年度1,028,817円 が2021年度では583,969円まで改善されております。

3)輸血管理基準I取得維持:FFP/MAP比　0.25<0.54 、Alb/MAP比 1.1<2.0

4)自己血採取数(2014年以降のデータ):患者数86～156名、276～494単位

5)臍帯血保存数:6～31例(中央値19例)　2021年単年度19例

6)移植採取ならびに診療認定施設カテゴリーIの取得と維持:2017年度～

7)移植件数の推移(2016年以降のデータ):骨髄移植0～6例、末梢血幹細胞移植 4～7例、臍帯血移植 13～20例　2021年単年度末梢血幹細胞移植8(自家移植2例)

8)業績(2016年以降分):

学会発表

2016年:60歳以上の高齢者におけ

る同種造血幹細胞56例の成績と今後の展開(筆頭者 小林寿美子 第52回日本移植学会総会)

2017年:当センターにおける心臓外科手術時の適応製剤準備量の改善に対する取り組み(筆頭者 阿部真愛 第65回日本輸血細胞治療学会総会)

2018年:当センターにおける輸血後感染症検査実施状況調査(筆頭者 谷田部元野 第66回日本輸血細胞治療学会総会)

2019年:当センターにおける貯血式自己血輸血の現状と今後の課題(筆頭者 小菅隆雄 第67回日本輸血細胞治療学会総会)

小林寿美子:第81回日本血液学会総会:高齢者のAMLに対する造血細胞移植療法(2019.10.11東京 教育講演)

小林寿美子.骨髄・末梢血幹細胞の採取と処理、ドナーの安全性と管理.(第41回日本造血細胞移植学会総会教育セミナー 2019.3.9)

2020年:当センターにおけるABO不適合高齢者臍帯血移植の輸血使用量の検討(筆頭者 土田(伊藤)沙貴 第68回日本輸血細胞治療学会総会)

小林寿美子.骨髄・末梢血幹細胞の採取と処理、ドナーの安全性と管理.(第42回日本造血細胞移植学会総会教育セミナー 2020.3.7)

2021年:時間外緊急輸血トレーニングの現状と課題(筆頭者 谷田部元野 第69回日本輸血細胞治療学会総会)

小林寿美子.骨髄・末梢血幹細胞の採取と処理、ドナーの安全性と管理.(第43回日本造血細胞移植学会総会教育セミナー 2021.3.6)

Sumiko Kobayashi. What are the risks and benefits of a transplant for elderly patients? The 43th JSHCT annual meeting JSHCT-KSBMT symposium (2021.3.7 Tokyo)

論文(筆頭のみ)

1.Prognostic significance of Wilms tumor 1 mRNA expression levels in peripheral blood and bone marrow in patients with myelodysplastic syndromes. (Sumiko Kobayashi、et al. Cancer Biomar-kers.2016:17.21-32.)

2.最近のMDSの病態の理解と治療方針の変貌.(小林寿美子 東京内科医会会誌. 31(3);202-205. 2016)

3.制御性T細胞除去療法とB細胞ターゲット療法(小林寿美子. 総説 日大医学雑誌). 75(6). 2016.

4.小林寿美子:高齢者のAMLに対する造血細胞移植療法(臨床血液. 60(9) 108-118.2019)

5.小林寿美子. 高齢者白血病の治療. Medical Practice 37(9).1443-1447.2020.

6.小対する注意点. 白血病マニュアル改訂4版.322-328、2020.

7.小林寿美子. 高齢者移植のリスクとベネフィットを考える～70歳代の移植の可能性～.日本造血・免疫細胞療法学会 11(1). 22-35. 2022.

現状と展望

輸血における最重要ポイントは言うまでもなく安全に施行することでありこれを地道に確実に守り抜くことを中心としつつ、高齢者中心に対応する当センターは特に術前自己血貯血の面で年齢の上限を設けずに行なっております。以前は高齢者を重視して一泊入院で対応していた時代もありましたが、現在は外来対応、さらに簡素化する方向で超高齢者に対しても安全に実施できております。献血が少ない現代において自己血貯血は重要な位置付けと考えて参画しております。また、直近3年のコロナ診療を受け入れながら、外科や救急科における大量緊急輸血対応や血液型不一致移植対応など多様なニーズに対して安全で的確な輸血細胞療法を行なうことを使命と認識し、新たな細胞免疫療法として2021年度からは間葉系幹細胞療法(mesenchymal stem cells: MSC)を開始したところです。この領域は再生医療製品として新規保険導入されており、現在はステロイド治療抵抗性の移植片対宿主病(GVHD)に対する適応と、脊髄損傷に対する機能障害の改善目的で自身の幹細胞を採取して行う細胞治療です。さらにCAR-T療法と呼ばれる自己リンパ球を一定の条件で増幅輸注する免疫療法など次々にあらたな治療にも対応できるような目標もあります。新たな細胞治療は確実に広がっており、通常の輸血業務と細胞療法の領域の両者をさらにセンターの発展の一助となりたいと考えております。

文責:輸血・細胞療法科
部長 小林寿美子

中央診療部門

病理診断科

歴史

昭和47(1972)年以前の養育院附属病院にも病理検査室は存在し、病理解剖は昭和35(1960)年12月から、病理組織検査は昭和39(1964)年から実施されていた。昭和47年の新施設設置に際して、病理部門は剖検病理科と臨床病理科の2科を有し、研究所病理部門(基礎病理部、臨床病理部)と協力して日常診療、老年病理学研究を推進するための組織体制が構築された。その後平成21(2009)年4月に地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターとなったのを機に、剖検病理科、臨床病理科が廃止され病理診断科に改称された。これは平成20年の医療法改正により病理診断科が標榜科となったことを反映した措置である。

次に主な人事について述べる。 昭和39(1964)年1月～昭和41(1966)年3月は北川正信先生(後に富山医科薬科大学病理学教授)が赴任され、ほぼ一人で病理解剖を担当されていた。この時期の病理解剖の検体は東京大学医学部病理学教室において標本が作製されており、病理解剖台帳には東大病理解剖番号が併記されている。昭和41(1966)年4月には嶋田裕之先生が赴任され、病理解剖数が急増した。昭和47(1972)年に病院が革新されるとともに東京都老人総合研究所が併設され、大津正一先生が病院の病理部と研究所臨床病理部の部長を兼任された(昭和49年～昭和52年)。昭和51(1976)年4月には江崎行芳先生が臨床病理科医長として、昭和58(1983)年4月には田口智也先生が剖検病理科医長として着任された(平成4年4月、国立横浜病院へ転出)。昭和56(1981)年～平成2(1999)年7月に嶋田裕之先生が二代目部長を務めたが、平成 2(1990)年8月、東京医科大学科病理学講座教授にご栄転となった。その後平成2(1990)年9月から江崎行芳先生が第三代部長に就任された。平成3(1991)年4月に埼玉県立がんセンター病理部から田久保海誉先生が臨床病理科医長に、平成4(1992)年4月には東京医歯大病院病理部から沢辺元司先生が剖検病理科医長に着任された。平成7年田久保海誉先生が研究所臨床病理部に異動となり、平成8年4月浜松医科大学病理学第一講座から新井冨生が臨床病理科医長として着任した。江崎部長は平成12(2000)年8月に定年退職された後、部長は数年空席であったが、平成17(2005)年4月から沢辺元司先生が第四代部長を務められた(平成22年4月東京医科歯科大学分子保健衛生学科病態検査医学教授として転出)。平成22(2010)年4月からは新井が第五代部長を務めている。その後、松田陽子先生は平成 21(2009) 年 12 月 ～ 平成 31(2019)年3月に病理診断科医長を務め、香川大学医学部腫瘍病理学教授としてご栄転された。井下尚子先生は平成31(2019)年4月～令和4(2022)年3月に病理診断科専門部長を務めた。

過去の成果および現状

開設当初より、センター病理部門は研究所病理関係部門と一体となって運営されており、日常診療における病理診断を通しての患者サービスの提供とともに、老年病理学、基礎老化学、高齢者がん、認知症などの研究成果も数多く上げている。研究所病理関係部門の協力なしには病院病理部門の運営は成り立たないことを強調しておきたい。さらに病理解剖を支える多くのスタッフに改めて感謝したい。まず、当センター病理部門を最も特徴付ける病理解剖について述べ、次に生検・手術病理検査、細胞診検査、病理検査全般、その他について述べる。

1. 病理解剖(図1)

昭和35(1960)年12月1日に最初の解剖が行われ、最初の数年間は年間解剖数も50例以下と少数であったが、その後急増している。当時、病理解剖は東武東上線の線路沿いの解剖室で行われてきたが、昭和47(1972)年6月12日のY-1300から新病院の解剖室で実施された。村上元孝院長の下で病理解剖は大いに推奨され、年間解剖数は昭和47(1972)年の181例から昭和59(1984)年に326例となり最大数を迎えた。その間、院内剖検率も約80%と大変高かった。徹底した臨床観察、臨床検査、病理解剖を通して高齢者医療・老年医学の基礎が確立した。

昭和59(1984)年以降は現在に至るまで、病理解剖は年間解剖数、院内剖検率共に減少傾向にあり、現在では年間約50例、剖検率10%弱である。 しかし、現在国内で年間50例を超える病理解剖数を実施している医療機関が10にも満たないことを考えると、まだ病理解剖に熱心に取り組んでいる方だと言える。

平成25(2013)年の新施設建築に伴い、感染対策を講じた病理解剖室を整備していただいた。病理解剖は結核の感染リスクが高く、それまで結核を発症する病理スタッフが散発し

ていたが、新施設移転後はそのリスクが軽減した。この施設の整備にご理解をいただいたことに感謝の意を表したい。平成29(2017)年4月18日に解剖番号Y-10000を実施したため、同年9月16日に病理解剖一万体記念行事を執り行うとともに、「病理解剖一万体記念誌」を刊行した。病理解剖にご協力いただいた御霊、ご遺族、スタッフにこの場を借りて改めて感謝の意を表したい。

平成5(1993)年10月から保存血清の凍結が、平成7(1995)年1月から主要臓器の組織の凍結保存が開始され、現時点で既に3000例以上の症例が蓄積された。これは病理解剖の分子生物学的研究への応用に備えて始められたものである。

当センター病理解剖例の脳神経病理検索は一貫して老人総合研究所神経病理部門(現高齢者ブレインバンク研究グループ)で行われた。神経病理部門は朝長正徳先生、水谷俊雄先生、村山繁雄先生をへて現在齊藤祐子先生が担当されている。特記すべきことは村山繁雄先生により平成13(2001)年7月から高齢者ブレインバンクが設立され、病理解剖例の半脳凍結が開始された。

大津先生や嶋田先生が発足させ、維持してこられた病理解剖例のオルガンコントロール、スライドカンファレンス、CPCは途切れることなく継続され、令和4(2022)年8月現在でそれぞれ1577回、1800回、853回を数えている。

2. 生検・手術病理検査(図2)

生検・手術病理検査は昭和39(1964)年から開始され、当初検体数は年間200件以下と少なかった。昭和47(1972)年に新病院に移ると年々増加し、平成13(2001)年に3446例とピークを迎えた。その後増減しつつ現在約3000例前後となっている。当初、ヘマトキシリン・エオジン染色標本を基本とする病理組織学的検索が主流であったが、時代とともに病理特殊検査を取り入れ、より正確な診断を追求している。具体的には、酵素組織化学、免疫組織化学、蛍光抗体法、*in situ* hybridization法、電子顕微鏡検査が導入された。最近は治療薬の適応を決めるためのコンパニオン病理診断(遺伝子検査を含む)にも対応している。消化管疾患を中心として行われてきた手術材料示説を引き継ぐ形で、胃癌・大腸癌キャンサーボードを実施している。さらに、肺癌、前立腺癌についても同様の検討会に協力している。

3. 細胞診検査(図3)

細胞診検査は昭和47(1972)年の新病院開設時に年間67件の検体数で始まり、昭和58(1983)年に2000件を超え、2000年に2599件に達した。2014年から婦人科医師の定年退職に伴い、数百件減少した。当センターは臨床的に原因不明の胸水、腹水、心嚢液貯留を精査する目的で穿刺吸引細胞診が施行されることが多いが、高齢者ゆえに悪性の頻度が高いのが特徴の一つである。平成25(2013)年には膵疾患に対して超音波内視鏡下穿刺吸引法が始まり、細胞診検体も出されるようになった。また、細胞検査士が内視鏡室に行き、気管支鏡検査における迅速細胞診(Rapid on-site cytologic e-valuation、ROSE)を実施し、患者負担の軽減に貢献している。

4. 病理診断システムの変遷

当初、病理診断報告書、細胞診報告書は手書きあるいはタイプして報告していた。1996年1月から老人研のネットワークを利用し、廉価のソフトウェアを用いた自作のシステムを用いて報告書作成を運用していたが、平成17(2005)年4月から病理診断システムを導入し、病理組織検査、細胞診、病理解剖の症例のいずれもこのシステムを用いて診断業務を行っている。2013年の電子カルテ導入にも対応し、現在は病理報告書もデジタル情報として送付している。

5. 病理検体を用いての研究実績

循環器科医師により病理解剖例の心臓を用いて遂行された研究成果は杉浦昌也、大川真一郎著「図説老年期心臓病の臨床と病理」(1982、南山

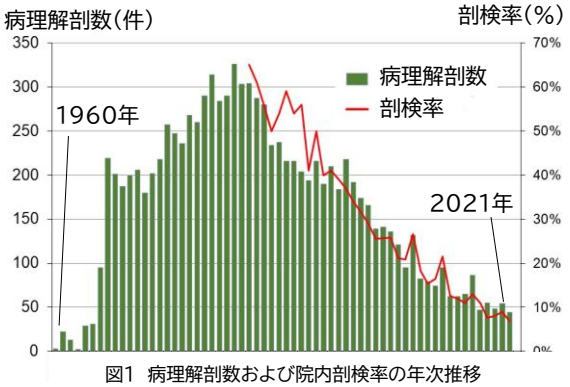


図1 病理解剖数および院内剖検率の年次推移

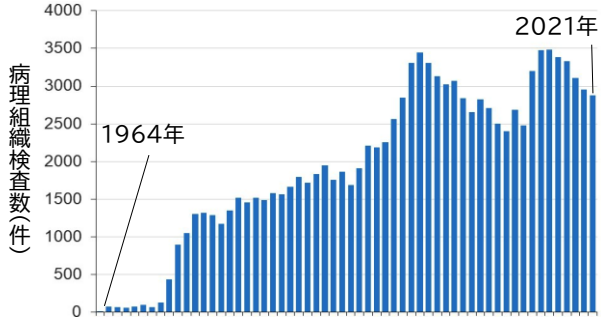


図2 病理組織検査数の年次推移

堂）として出版された。平成4(1992)年には田久保海誉著「食道の病理」(総合医学社)を出版した。現在その英語版（Pathology of the Esophagus）も発刊され、国際的にも高く評価されている。平成29(2017)年には病理診断科スタッフの総力をあげて新井冨生編「病理解剖ガイド」(文光堂)を発刊した。国内の病理解剖に従事する病理医、臨床検査技師の良い教科書となっている。また、令和2(2020)年秋には新井冨生監修、松田陽子編「EUS-FNAによる膵疾患の診断」(東京医学社)を発刊した。当センターでの膵EUS-FNAの症例を中心に、病理診断科スタッフが主な執筆者となった。令和2(2020)年11月には新井冨生が高齢者胃癌・大腸癌の特徴をまとめ、課題名「マイクロサテライト不安定性の病理診断」で日本病理学会病理診断賞を受賞した。

老年病データベース（Geriatric autopsy database、GEAD）プロジェクトは平成12(2000)年沢辺元司医長が中心となり、科学技術振興事業団からの補助金を得て推進された。このプロジェクトは病理解剖例を用い老年病の原因遺伝子解明を目的とする遺伝子多型研究である．現在この事業はさらに種々の大学、研究機関との共同研究として発展し、老年医学の基礎となる研究成果を発信している（研究成果については業績集を参照）。

病院の留学制度により、1992年に江崎行芳部長がロンドンのSt. Mark's Hospitalに、1994年には田久保海誉医長がニュージーランドのUniversity of Aucklandに、1997年には沢辺元司医長が米国アトランタのCenters for Diseases Control and Prevention(CDC)に留学した。

今後の展望

研究所が併設された病院という利点を活用し、病理診断を通して患者サービスや高齢者医療に貢献するとともに、他施設では経験できない疾患の特徴を研究面でも追及していきたい。病理解剖は減少傾向に未だ歯止めがかからないのが現状であるが、新技術を用いて貴重な症例をより丁寧に解析することにより、高齢者の病態解明、新しい治療法の開発、疾患の予防に貢献していきたい。

文責：病理診断科　部長　新井 富生

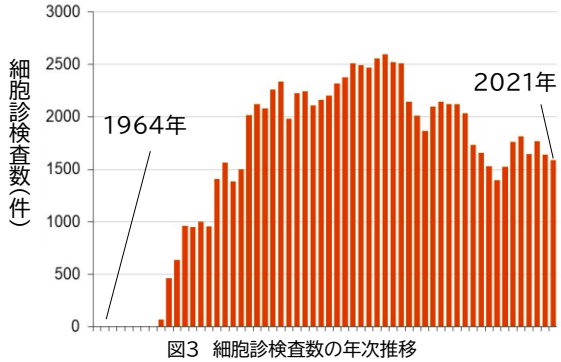


図3　細胞診検査数の年次推移

中央診療部門

薬剤科

歴史

薬剤科業務は、調剤中心から注射調剤や抗がん剤などの無菌調製業務、入院患者への服薬指導を行う薬剤管理指導業務、病棟薬剤業務実施加算いわゆる病棟常駐業務など質の向上のみならず、患者中心の医療(特に医療安全)を積極的に推進するなど、この数十年大きく変遷した。

過去の成果

外来調剤の増大

薬剤科は老人専門病院として施設利用者のみを対象とした時期から、昭和47年の新病院開設後は外来診療の開始とともに大きく業務が変化していった。昭和47年からの10年間は複雑化・増大する業務に対応するため、処方箋や薬袋の型式、外来患者の待ち時間対策などの改革、薬事委員会や治験審査委員会要綱の施行、改正を行うなど薬剤科の基礎を築いた時期でもあった。

昭和57年からの10年間は、増大する調剤業務に対応するため外来処方オーダリングをはじめ、開発著しい調剤機器類の導入で業務の省略化を図り、正確かつスピーディーな調剤による待ち時間の短縮など患者サービスの向上を主眼に置いた外来調剤業務が中心となった。

外来調剤中心から
病棟業務への段階的移行

平成4年からの10年間は、外来調剤中心の業務からチーム医療の一員として参画する入院患者中心の病棟業務へ大きく転換していった時期でもある。医薬分業の趣旨に沿って院外処方箋発行を進めることにより、入院患者への薬剤管理指導業務並びに注射処方箋による個人別セット出し、高カロリー輸液の無菌調製、外来患者への文書による薬剤情報提供等、新しい業務を展開していった。また改正GCP に基づき受託研究の要項等を新規構築、新組織による治験実施を図った。

入院患者中心の業務の拡大

平成14年からの数年間は、入院患者中心の業務をさらに拡大・充実させながら医薬品に係る安全の確保と質の向上を図った。平成16年は病院機能評価受審に向け各種業務マニュアルの整備・改善を行うなど全体で一致団結し、8月に認定されることとなったが、薬剤師による注射調剤や服薬指導など病棟活動へのさらなる関与が望まれるとの指摘を受けた結果でもあった。

その後、薬袋印字機導入などで業務の効率化を図りつつ、平成20年度までに薬剤管理指導業務は合計9病棟、注射個人別セット出しは12病棟まで拡大したが、同時期に抗がん剤誤投与や入院時持参薬による医療事故が多数報道されたことにより、医療の質向上への機運がより高まった時期でもある。抗がん剤は全て注射処方箋による個人別セット出し・レジメンチェックを実施し、また抗がん剤無菌調製については血液内科・呼吸器内科で実施したことを皮切りに、平成25年にはTPNや免疫抑制剤調製を全病棟に拡大(一部末梢点滴も開始)することになった。

平成18年からは一部病棟(主に整形外科、眼科、大腸パス)で入院患者持参薬確認を開始していたが、平成26年病棟薬剤業務実施加算算定を契機に予定入院患者全てで実施することとなった。

チーム活動については、平成19年から栄養サポートチーム(NST)、平成20年感染対策チーム(ICT)に参画、平成27年がん患者指導管理料3算定開始、平成28年ポリファーマシー対策開始、令和2年はAST薬剤師専従など、チーム運営における不可欠な存在となっている。

現状

コロナ禍であり薬剤管理指導料などの診療報酬算定は減少傾向にある一方、令和3年度は東京都大規模ワクチン接種担当として東京都庁、築地をはじめとした16施設に薬剤師派遣を行うなど、社会的意義の大きな業務を担うことができた。

展望

これからの薬剤科は、対人業務たる病棟常駐、医療安全を考慮に入れた医薬品適正使用の推進、チーム活動、積極的な処方提案、タスク・シフト/シェア、プロトコールに基づいた薬物治療管理(PBPM)など多岐にわたる業務を、時代の変遷にあわせ対応していく必要がある。特にがん、感染、栄養、ポリファーマシー対策などの専門性はセンターの屋台骨となり、それらを基礎とした地域連携はこれまで以上に重要な位置付けとなることは明らかである。これらを支えるためには、科内での十分なOJTはもとより、高度化した薬物療法に対応できる専門薬剤師等の養成などを組み合わせた形で、人材の育成にも力を入れていかなければならない。

一方、医薬品購入費削減はもとより、薬剤管理指導業務、各専門領域の加算などの積極的な算定はセンターの運営に不可欠であり、病院経営への貢献がより求められていくだろう。

今後も、時代に沿った業務の在り方を検討し、ワークライフバランスとやる気の両立で一歩先の薬剤師像をつ

くるべく、日々精進していくことが肝要である。

文責：薬剤科長　島崎 良知

薬剤科業務の変遷

年	事項	科長
昭和47	外来調剤開始(ナーシングホーム、老人ホーム、入院、外来調剤)	小久保
昭和50		砂子
昭和56	薬品在庫管理オフィスコンピュータ導入	木村
昭和59	初版「医薬品集」発行	
昭和60	錠剤自動分包機導入　一部病棟から錠剤の一包化調剤開始	
昭和62		永田
昭和63	特養(ナーシングホーム)外来処方箋を院外へ	
平成元	製剤室製備 散剤監査システム導入 「薬局ニュース」発行開始	遠藤
平成2	外来処方のオーダーシステム導入　外来の待ち時間短縮 受託研究取扱要綱改定(H2年10月厚生省より公表されたGCPマニュアル参考)	
平成3	板橋老人ホーム利用者の外来処方箋を全面院外へ(病棟改修工事開始)	
平成4	外来糖尿病教室への参加 外来窓口のオープンカウンター化	竹内
平成5	お薬相談コーナー外来服薬指導本格実施 院外処方箋発行推進 投薬の施設基準承認取得　病棟服薬指導(薬剤管理指導業務)開始 注射処方箋による注射個人別セット出し開始(薬剤管理指導料施設基準要件)	
平成6	薬剤管理指導業務拡大(2病棟) 入院処方オーダリングシステム導入 (全病棟改修工事竣工)	
平成7	無菌室新設　高カロリー輸液(IVH) の無菌調製開始	糸井
平成8	薬剤管理指導業務拡大(2病棟)	
平成9	薬剤管理指導業務拡大(1病棟)	
平成10	改訂 GCP に基づき要綱等新規構築　新組織による治験実施 薬剤管理指導業務拡大(1病棟)	佐藤
平成11	調剤支援システム導入 全外来患者へ文書による情報提供開始、老人薬剤情報提供も開始 入院患者の大規模な副作用調査実施	
平成12	(介護保険法施行によるナーシングホーム独立) 老健施設の処方箋受け入れ	
平成13	安全キャビネット設置　抗がん剤の無菌調製開始	
平成14	薬袋印字機導入　治験ネットワーク事業開始	向井
平成15	新オーダリングシステム導入に向けた準備 薬剤管理指導業務拡大(1病棟)	
平成16	病院機能評価受審・認定 薬剤管理指導業務拡大(1病棟)	
平成17	薬剤管理指導業務、副作用回避事例、注射個人払出(2病棟拡大)等、各種業務の充実	中村
平成18	抗がん剤処方の全患者に対して注射処方箋によるセット出し実施 製形外科予定入院患者全員の持参薬確認開始	
平成19	全退院処方に対し、「お薬説明書」添付開始 日本病院薬剤師会がん専門薬剤師研修に応募し、3か月実地研修へ1名派遣 栄養サポートチーム(NST) への参画	加藤
平成20	薬剤管理指導業務拡大(1病棟) ICT ラウンドへの参画 抗がん剤レジメン集作成	
平成21	後発医薬品導入開始	森
平成22	薬剤管理指導業務拡大(1病棟) 薬学6年制に伴う長期実務実習開始	
平成23	薬剤管理指導業務拡大(3病棟) 9西病棟TPN及び免疫抑制剤調製開始	
平成24	薬剤管理指導業務拡大(1病棟)	
平成25	定期内服処方の薬剤科内配薬セット開始 TPN及び免疫抑制剤調製を全病棟に拡大 11西病棟における末梢点滴調製開始 全病棟に担当薬剤師配置	
平成26	病棟薬剤業務実施加算算定開始(予定入院患者の持参薬確認)	
平成27	がん患者指導管理料3算定開始(外来)	
平成28	地域包括ケア病棟におけるポリファーマシー対策開始 がん患者指導管理料3を4診療科に拡大	
平成29	抗菌薬適正使用支援チーム(AST)の設立 精神科リエゾンチーム(PLT)へ参画	
令和2	総務課と協働した医薬品価格交渉開始 AST薬剤師専従	
令和3	東京都庁大規模ワクチン接種薬剤部門責任者として各会場に薬剤師派遣	島崎

中央診療部門

栄養科

嚥下調整食

ゼリーステップ2

ゼリーステップ3

やわらか

栄養科では、当センター開設以来、①入院患者への安心安全な治療食の提供、②臨床栄養管理の充実、③栄養指導業務の充実を大きな3本柱として取り組んできた。

給食管理については、昭和47年に患者食の提供を開始して依頼、50年間大過なく食事提供業務を継続して行っていることは、治療の一部を担うとともに患者サービスにも貢献していることと自負している。平成20年4月からは調理部門が民間委託化となり、民間企業との協力体制をとりながら、継続して行い、平成25年7月には新棟調理室で業務を開始した。新調理室では新たな設備として、天井換気システムや温度管理システムが配備され、より充実した設備での調理業務が可能となった。

厨房

高齢患者を中心とした当センターの臨床栄養管理は、低栄養に陥りやすく、摂食嚥下困難な患者に対し、いかに安全に食べられる食形態の食事を、適正な栄養量で提供できるかが重要である。そのための取り組みの一つが「嚥下調整食の整備」と「経口摂取開始のためのフローチャート」への取り組みである。平成20年からゼリー食を提供開始し、平成26年には現在の嚥下5段階食(ゼリーステップ1・2、改定ブレンダー、ゼリーステップ3、やわらか)を確立した。

さらに、禁食からの適切な食事摂取開始を行うため、「経口摂取開始のためのフローチャート」を栄養委員会のワーキンググループにて作成した。(図1)

チームにリハビリ科医師・言語聴覚士、看護摂食・嚥下障害看護認定看護師の協力を得て活動を行い、平成27年より使用開始、現在まで啓蒙活動を行いながら継続して取り組んでいる。

この取り組みの効果もあり、当センターの禁食率は以前の22%から導入後は15%への低下傾向を維持しており、今後も必要とされる取り組みと考えている。

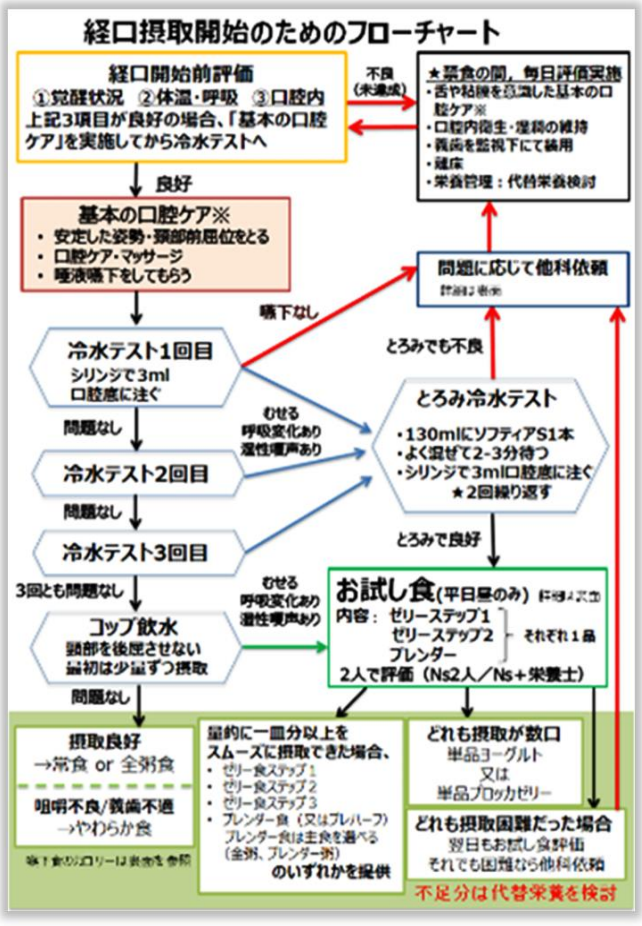


図1 経口摂取開始のためのフローチャート

二つ目は、病棟での栄養管理への取り組みである。

平成18年4月の診療報酬の改定により、入院基本料として患者の栄養管理に基づく栄養管理実施加算が導入され、栄養管理計画書に基づく栄養管理体制を同年10月から開始した。

これにともない、管理栄養士の病棟担当制を開始、現在は各病棟にメイン・サブの担当栄養士を置き、11病棟で時間常駐対応を行っている。

患者個人ごとの栄養管理を行うために、平成27年には栄養管理システムの変更と電子カルテシステムの見直しを行い、栄養補助食品や食事内容の細かな個別対応を行えるようにシステム整備を行った。

病棟での栄養管理体制の強化と同時に平成19年より開始したNST活動も継続して行っている。褥瘡チームとの連携や上部消化管術後の患者の栄養面のサポートを行い、最近では、摂食嚥下困難な患者に対しての依頼が増えており、当センターの抱えている課題ともなっている。

NST回診

チーム医療活動における管理栄養士の役割も増しており、診療報酬の算定要件にも組み入れられている。令和 2 年度からは ICU において栄養介入をチームで行い、48時間以内に経腸栄養が開始できた場合に算定可能な早期栄養介入加算への取り組み、緩和ケアチームにおいて栄養管理を行った患者に算定可能な個別栄養食事管理加算、がん化学療法対応中の患者に対して栄養指導を行った場合の栄養指導算定条件の変更などチームにおける管理栄養士の参加及び取り組みへ診療報酬改定も追い風となって必要性が認められ、活躍の場が増えていることは栄養科としても喜ばしいことである。

さらに近年では、退院後の地域の施設との連携が重要となっている。退院に向けて多職種カンファが行われ、食事を中心とした栄養管理の課題も連携内容に組み込まれており、各病棟や診療科のカンファレンスへ管理栄養士の参加が求められ、病棟活動の一環として重要視されている。他施設や地域へ退院する際、センターでの食事内容情報を提供する取り組みも平成30年から始め、地域との連携も管理栄養士をはじめとした多職種と継続して行っている。しかし、これらの要望に応えるには管理栄養士自身の経験やスキルが求められ、算定条件にも認定の研修や実習終了、経験年数などが必要で、現在の職員6名非常勤 7 名体制では賄いきれず、今後は継続的な職員の確保と育成が必要だと考える。

栄養指導業務においては、個別栄養指導を中心に取り組んでいる。令和2年度にはコロナ禍の影響から入院・外来とも患者数が減少し、栄養指導件数も一時的に減少したが、コロナによる状況が落ち着いてくるとその後は生活様式の変化による栄養状態の悪化がみられる患者が増え、外来の患者を中心に件数が増加している。

平成28年診療報酬改定により、新たな栄養指導病名として認められた「がん・低栄養・嚥下障害」の対象患者数も増加傾向にある。がんについては、化学療法を行っている患者へ治療中に栄養指導を行うことも併せて認められ、化学療法治療環椎のための一助になるよう、活動の場を広げている。

また、近年の高齢患者の「フレイル」に向けての取り組みも栄養科として課題となっており、センター内では栄養指導を中心に対応を行ってきた。

フレイル対応食

令和3年度には入院患者のために「フレイル対応食」を新しく食種に追加し、退院後も継続した取り組みが行えるように「フレイル予防センター」と連携し、地域で活動できる栄養士を育てるための「フレイルサポート栄養士」の研修を開始。「板橋区ケアステーション」も開設された。今後は、フレイル

対策における取組みを、入院患者だけではなく地域活動へも連携した取り組みが必要になっている。

平成18年に開始した栄養管理計画書の取り組みから16年。管理栄養士における栄養管理の業務が診療報酬と合わせて認められ、管理栄養士が活躍を求められ、応えるべく模索した16年だった。今年度の診療報酬改定では、特定機能病院における病棟管理栄養士配置に対する加算算定も認められ、新たな管理栄養士の活躍の場が広がっている。当センターにおいてもいずれ認められるであろうこの取り組みに応えるためには、対応できる職員の育成が必須である。より専門的な経験と研修などを受け、認定を受けた管理栄養士をそれぞれの病棟へ配置し、求められる業務を行っていくことが今後の栄養科の責務と感じている。今後も入院患者への給食管理・栄養指導を行いつつ、臨床栄養管理への活動の場を広げ、求められる管理栄養士を育てられるように努めていきたい。

文責：栄養科長　羽根田千恵

中央診療部門

臨床工学科

歴史

1996年　用度科所属で臨床工学技士1名初採用。

2004年～　麻酔科所属となり常勤2名・非常勤4～6名で透析室・機器管理に従事。

2009年　独法化に伴い、臨床工学科設立（当時固有3名、都職2名、非常勤2名）　2013年、病院移転時11名。2022年4月現在、常勤17名（男性11名・女性6名）。

臨床工学科部長は小倉 信麻酔科部長（2004-2018）黒岩 厚二郎副院長（2019-2020）時村 文秋副院長、（2021～）臨床工学科技士長は高岡 祐子（2021～）

業務

臨床工学技士は医療機器を通じて多科に関わり、患者の安全と機器の適正管理に努めている。現在の臨床工学技士がセンターで関わっている主な業務については以下の通りである。

●血液浄化業務：3階透析センターでの透析治療は透析管理システムで管理。血漿交換・直接血液吸着・腹水濾過濃縮などの血液浄化業務もセンター内で実施。

血液内科医師依頼の末梢血幹細胞採取や骨髄濃縮業務は透析センターおよび病棟出張対応している。

●手術室業務：4階手術室内での医療機器操作補助やトラブル対応、医療機器関連教育。

ハイブリット室での血管外科治療サポート業務やTAVI治療などのハートチーム業務。ペースメーカ装着患者の手術時設定変更依頼対応。

●人工心肺業務：体外循環認定士5名を中心に医師の指示の下人工心肺装置や心筋保護装置の操作・記録・術中管理。緊急手術オンコールで対応。

●集中治療業務：4階ICUでの補助循環装置（ECMO・IABP・IMPELLA）管理業務や血液浄化業務、人工呼吸器を含む医療機器トラブル対応および看護師教育。

●補助人工心臓管理業務:VAD管理認定士による対外式・植込式補助人工心臓装着患者管理、教育。

●呼吸管理業務：人工呼吸器装着時サポート、使用中・使用後点検や患者ラウンド、使用時看護師教育、院外・院内搬送依頼、レスパイト持込呼吸器の管理。

●循環器業務：4階血管撮影室のポリグラフ操作や検査治療用機器操作補助業務。

●不整脈管理業務：体外式・植込み型ペースメーカ、EP/アブレーション治療補助業務、ペースメーカ外来補助業務、遠隔データ管理。

●医療機器管理業務：MEセンターの汎用機器について管理システムを用いて中央管理、機器保守点検、院内修理品の一元管理。

●教育：看護師や医師への機器操作実習や臨床工学科実習生受け入れ。

●その他：2009年心外術後当直/全日オンコール体制確立。2017年より全日日当直/オンコールとし、夜間の緊急カテーテル治療対応開始。
センター内非通常業務（ラジオ波・和温療法等）の技士派遣、COVID-19重症患者時の補助循環装置管理。

認定資格

透析技術認定士・体外循環技術認定士・3学会合同呼吸療法認定士・心血管インターベンション技師・植込み型心臓不整脈デバイス認定士・人工心臓管理技術認定士・消化器内視鏡技師・医療機器情報コミュニケータ・日本アフェレシス認定技士・周術期管理チーム臨床工学技士・実習指導者認定・心血管カテーテル専門臨床工学技士・認定集中治療関連臨床工学技士・認定血液浄化関連臨床工学技士・認定医療機器管理臨床工学技士

今後の展望

1988年に国家資格となり、他の医療職種に比べると歴史は浅いが、呼吸・循環・代謝全て担う職種は日本特有である。時代と共に依頼される新業務についても積極的にすすめていく。

文責：臨床工学科　技士長　高岡祐子

中央診療部門

がん相談支援センター

歴史

東京都では、肺がん、胃がん、大腸がん、肝がん、乳がん及び前立腺がんの6つの部位毎に、専門的ながん医療を提供している病院を「東京都がん診療連携協力病院」として独自に指定している。その中で当院は、肺がん、胃がん、大腸がん、前立腺がんの4部位にて先述の指定を受けている。東京都がん診療連携協力病院の認定要件としてがん相談支援センターの設置があり、当院は平成28年4月1日よりがん相談支援センターを開設した。患者・家族のほか、地域住民を対象にがんに関する治療や療養生活全般、がんに関する情報提供・啓発を行うことを目的としている。

過去の成果

平成28年度開設以後、相談件数と内容は以下の通り。(図1、2)

相談内容は緩和ケア相談、転院相談、治療の相談、不安・精神的苦痛に関する相談が上位を占めた。緩和ケア病棟入院相談窓口も担っており、緩和ケアに関する相談が全体の約半数を占めている。

相談内容は一般的な内容から具体的な治療方法に関する問い合わせまで多岐にわたる。問い合わせに至る経緯を丁寧に伺いながら不安を傾聴することを意識し支援を行った。

近隣住民でがんを患う方達が気軽に対話・交流できる場として患者会「おれんじの会」を開催してきた。初回は平成29年3月に実施。次年度以降年3回開催し、専門職による勉強会と茶話会というスタイルで毎回参加者からは好評をいただいていた。令和元年度第4回目より新型コロナウイルス感染防止のためやむなく開催を中止。代替の情報提供の場として院内広報誌「糸でんわ」で情報を発信してきた。

現状

がん相談支援センター長に副院長時村文秋、同副センター長に看護部長太田日出を配置。 専従・専任相談員はソーシャルワーカーが対応している。 その他サポートメンバーとして、緩和ケア認定看護師、化学療法認定

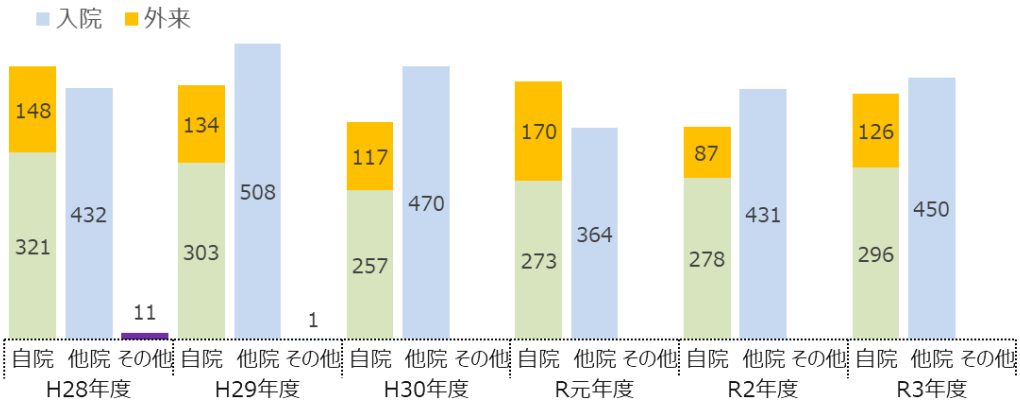


図1 相談件数

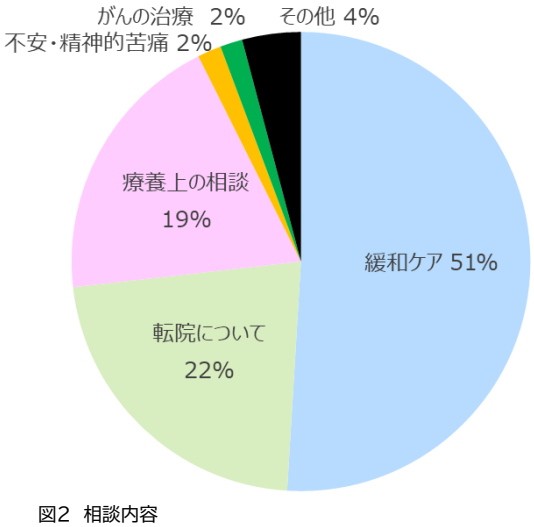


図2 相談内容

看護師、がん薬物療法認定薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、臨床心理士とともに運営している。専従・専任相談員は、国立がん研究センターが主催するがん相談支援センター相談員基礎研修の受講が必須であり、当院では基礎研修(3)修了者が看護師1名/ソーシャルワーカー4名。前段階となる(1)(2)修了者が看護師1名/ソーシャルワーカー6名となっている。

緩和ケア病棟を有するため緩和ケア病棟に関する相談が約半数を占めている。近隣緩和ケア病棟の最新状況を把握し、自院だけでなくよりよい療養先を支援できるよう努めている。

また、患者会の開催が定着し軌道に乗ってきたところで新型コロナウイルスの流行、広報活動に支障が生じた。正確ながん情報を伝える場や患者同士の交流方法について模索が続いている。特に当院は高齢者がアクセスしやすいことを目指しておりオンライン配信に完全移行しづらい。感染対策を講じた上で対面での患者会復活、併せてSNSの活用など多角的に情報発信することを目指している。また告知前後から患者家族を支援する体制作りをすすめている。外来医師と連携し、告知後のケアや治療期の支援を医師や看護師と情報共有を行っている。

展望

今後がん相談支援センターが目指すのは以下3点に重点をおいてさらなる支援体制の充実を図る。

①高齢者が正確ながん情報を得られる開かれた場

SNSやオンライン上で様々な情報が得られる時代だが、その中から客観的で正確な情報を選択するのは難しい。適切な情報を定期的に発信する手段や方法を引き続き検討していく。

②院内の周知・連携

がん診断期、治療期、緩和ケアなどその都度状況に応じていつでも支援が可能であることをまずは院内スタッフが認識する必要がある。

院内広報を強化するとともに、外来医師や化学療法室看護師が必要と感じる支援を聞き取り、医療者・患者家族両者にとって頼れるがん相談支援センターを目指す。

③緩和ケア相談の充実

近隣に緩和ケア病棟を有する医療機関が複数ある。この緩和ケア病棟激戦区で当院の緩和ケア病棟をアピールすることもがん相談支援センターの役割と考えている。ホームページに待機状況掲載、医療機関との連携を強化しスムーズな相談体制を構築する。

文責:地域連携課　在宅医療・福祉相談係担当係長　中馬かつら

表1　勉強会及び糸でんわ掲載内容

開催年月		勉強会	参加人数	アンケート結果
平成28年度	3月	抗がん剤を受けいている方のお肌のケア	患者4名、家族0名	参考になった：100% 次回参加希望：100%
平成29年度	7月	知ってますか？あなたの抗がん剤のこと	患者4名、家族3名	参考になった：100% 次回参加希望：100%
	3月	歯科衛生士がお勧めしたいお口の乾燥対策	患者6名、家族0名	参考になった：100% 次回参加希望：100%
平成30年度	7月	がん治療にかかるお金のあれこれ	患者5名、家族3名	参考になった：100% 次回参加希望：100%
	10月	おいしく食べるコツ！	患者7名、家族3名	参考になった：100% 次回参加希望：90%
	2月	リハビリあれこれ	患者6名、家族0名	参考になった：100% 次回参加希望：100%
令和元年	6月	免疫チェックポイント阻害剤のお話	患者5名、家族2名	参考になった：86% 次回参加希望：100%
	9月	がんと上手に付き合う方法	患者4名、家族1名	参考になった：100% 次回参加希望：100%
	12月	感染症から身を守る！この時期に注意したいこと	患者4名、家族1名	参考になった：100% 次回参加希望：100%
	2月	新型コロナウイル感染防止のため中止		

院内広報誌「糸でんわ」に情報掲載

令和2年	11月号	がん相談支援センターだより・管理栄養士編		
	3月号	がん相談支援センターだより・薬剤師編		
令和3年度	7月号	がん相談支援センターだより・歯科衛生士編		
	11月号	がん相談支援センターだより・看護師編		
	3月号	がん相談支援センターだより・医療ソーシャルワーカー編		

中央診療部門

高齢者健康増進センター

歴史

超高齢社会を迎えて、「高齢者の健康」の維持は医療・介護・社会保障費などの観点からも最重要課題であることは言うまでもない。平成23年度および24年度経済産業省の「医療介護周辺サービス産業創出調査事業」に杉江正光医員の提案が採択され、高齢者健康増進センターが発足した。組織としては、慢性疾患を有する高齢者への運動処方に関与する病院部門(〈部長〉原田和昌副院長)と高齢者への介護予防に関与する研究所部門(〈副部長〉大渕修一)で構成され、外部委員に心臓リハビリテーション学会副理事長(順天堂大学保健医療学部教授、元東京工科大学医療保健学部教授)の高橋哲也氏を招き、井藤英喜元理事長のご指導のもと、当院は健康寿命延伸事業のモデルを手掛ける初の公的医療機関となった。

過去の成果

平成23年度には「地域中核高齢者専門公的医療機関内に保険枠外事業である健康増進事業を創出し、慢性疾患を有する虚弱高齢者への健康増進介入の実施・効果判定・運営実施における課題の解決など」を実施した。平成24年度には体力指標であるMETsを用いた社会基盤構築を目的に、①メッツプラットフォームの構築と商品開発支援、②民間健康増進サービスへの流れを作るためのサービス提供量/ 提供方法の検討(フィットネスジムを対象)、③健康増進サービス普及についての検討を行う、④運動介入を行う事の出来ない病状や超虚弱高齢者への運動と同様の効果が期待される遠赤外線低温サウナ介入の実施、を行った。

平成25年の日本再興戦略では、『国民の健康寿命の延伸』が戦略市場創造プランとして掲げられたが、高齢者健康増進センターでは地域在住の外来通院する慢性疾患を有する高齢者を対象に健康増進の取り組みを実施し、施策に合致した慢性疾患の増悪予防や介護予防などを含む健康寿命の延伸事業を行った。介入モデルとしては運動可能な高齢者には有酸素運動を、運動が不可能な高齢者には遠赤外線低温サウナを実施し、健康寿命延伸効果が認められた。また、健康寿命延伸産業の「創出と育成」として、健康寿命延伸効果を可視化する評価法を企業と共同特許申請を行い共同研究を継続した。本事業は内閣官房健康医療戦略室や経産省ヘルスケア産業課を通して、荒川区、埼玉県、群馬県、松本市、呉市などから視察を受けた。新施設に設けられたスペースにて週3回の運営を行い、民間事業者と委託型運営における「安性・効率化・マニュアルの最適化」、また健康増進センタープログラムに関する「介入効果・研究・ 解析・新規開発共同研究」に関した勉強会及びカンファレンスを実施した。さらに、その介入プログラムが運動耐容能・身体機能・認知・抑うつ・健康 関連QOLなど多岐に渡る老年学・老年医学的、健康寿命延伸効果を認めることを示した。また、健康増進センター利用者を対象としたBLS 実習を、民間事業者スタッフも含めて、リハビリテーション科小山照幸医師(平成30年3月退職)より月1回指導をして頂いた。全国の超高齢社会を迎えた自治体及び自治体病院が、医療・介護関連社会保障費抑制に向けた取り組みとして、本モデルを活用し地域包括ケアを確立できるように広報・普及を各自治体に行った(遠赤外線低温サウナプログラムは、26万円/人/年の社会保障費抑制効果を有し、更に3か月後には1名を除いた全例を運動プログラムへ引き上げることが可能であった)。様々な学会にてその効果を報告し、更にはメデイアにも取り上げられた。しかし、参加者数の増加に伴い、運営日数の拡充の為、本事業が保険枠外事業という特性もあり有料化による事業性を模索した。平成28年度には、厚労省、経産省、神奈川県庁や埼玉県庁を始めとする多くの自治体や地方の多くの医療機関、スリランカ政府からの視察を受けた。更に、患者主催による「健康増進する友の会」が発足し、フレイル予防に向けた活動だけでなく、食事会、旅行などの活発な患者会(平均年齢80歳)が行われた。平成29年度には広島県呉市、東京都東村山市、群馬県南牧村を始めとする自治体や北海道釧路市、埼玉県三郷市、熊本県熊本市などの医療機関、マレーシア、韓国からの視察も受け入れた。

平成30年度における実施モデルは、フレイル高齢者を対象に「有酸素及びレジスタンス運動」「遠赤外線低温サウナ」「高齢者健康寿命総合評価(特許第6281690号)」の実施である。「有酸素及びレジスタンス運動」「遠赤外線低温サウナ」は共に健康寿命延伸効果が認められ、社会保障費抑制効果も認められることが学会報告やメディアでも取り上げられ高齢者健康増進センター受託事業者であり協力研究員所属機関である、一般社団法人日本健康寿命延伸協会(奈良毬那代表)と連携し、地域高齢者の健康寿命延伸を目的とした地域包括ケアに資する社会モデルの構築を目指し活動した。

群馬県富岡市の医療機関が高齢者健康増進センターモデルを導入し、また神奈川県小田原市の事業者に「有酸素及びレジスタンス運動」「高齢者健康寿命総合評価」が導入された。

群馬県南牧村では「フレイル健診」として「高齢者健康寿命総合評価」が導入された。各自治体や、広島県呉市社会福祉協議会、また神奈川県横浜市、横須賀市などの医療機関、更にはロシア、シンガポール、マレーシア、中国、韓国からの視察を受けた。

さらに、患者主催による「健康増進する友の会」が、食事会、旅行などを通した社会的フレイル対策の一端を担う活動を実施した。

平成31年1月より利用を希望される多くの待機高齢者の受け入れ促進を図るため、利用者の修了制度を開始した。医療・介護周辺サービス 産業の創出（経産省）と健康寿命延伸産業の創出（日本再興戦略）といった指針が施策として掲げられるなか、実際にこれらと連携して、地域住民の健康寿命の延伸を支える地域体制は現在のところ見当たらない。本モデルは高齢社会を支えるモデルとして注目されており、地域包括ケアモデルの一端を担えるものと思われる。平成31年度には第1回アジア健康長寿イノベーション賞において高齢者健康増進センターと（一社）日本健康寿命延伸協会との取り組みが優秀事例となった（写真）。フレイル予防効果及び健康増進効果が、高齢者健康増進センターが研究開発した「有酸素及びレジスタンス運動」と「遠赤外線低温サウナ」プログラムで確認されたことを論文で報告した。またフレイル状況の可視化を容易にした健康寿命・フレイル評価プログラム「高齢者健康寿命総合評価」を基に「有酸素及びレジスタンス運動」もしくは「遠赤外線低温サウナ」のどちらが適切な介入プログラムなのかを自動算出するプログラムも開発した（2020年特願）。

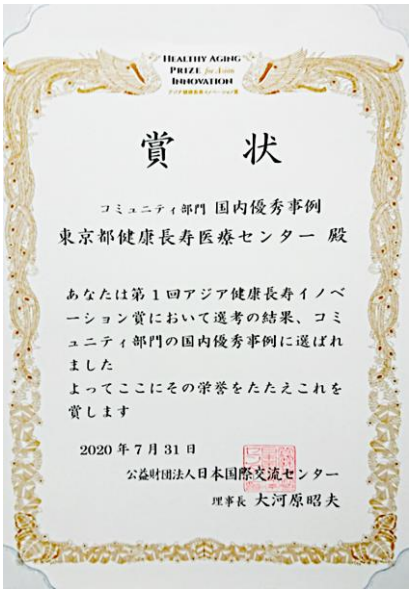
現状

令和2年新型コロナ感染症のパンデミックによりPCR検査会場の開設が必要となり、また、高齢者健康増進センターにおける3密回避の必要性から、令和3年4月より施設のスペースをPCR検査会場として貸し出すこととなり一時閉鎖となった。さらに、当院がフレイル予防センターを開設する方針となり、令和3年3月をもって平成23年度より10年間運営した高齢者健康増進センターを閉鎖する方針となった。令和3年7月- 9月の3カ月間に46名の待機者への高齢者健康増進センター事業の提供を終えた後、高齢者健康増進センターは閉鎖した。この間、太陽生命株式会社やトヨタ自動車株式会社、東和薬品株式会社などより共同研究の提案を受けたが、閉鎖の方針を受け、上記、（一社）日本健康寿命延伸協会をフロントとし、その監修を行う形で活動した。

展望

今後は高齢者健康増進センターモデルの広報普及や民間企業間での共同研究などを（一社）日本健康寿命延伸協会に担って頂くこととなった。10年間に、高齢者の健康寿命延伸における最大酸素摂取量/心拍数をパラメータとした脳-心-筋肉連関に関する数多くの論文を上梓した。高齢者において「有酸素及びレジスタンス運動」が一回心拍出量と筋肉量を増加すること、一回心拍出量の増加と認知機能の改善が関係すること、また、高橋哲也氏による上下肢の筋肉量測定（DXA法）に関する基礎的研究、奈良毬那氏の「運動介入による認知機能の改善が不可能になる認知機能閾値の決定」、さらに「遠赤外線低温サウナ」と老年症候群の改善に関する論文など、インパクトの大きい（引用数の多い）臨床研究の成果を数多く残すことができた。フレイルに対する介入には栄養だけでなく運動が重要であることは言うまでもない。したがって、可能であれば将来、人材を補強し、形を変えて事業を再開できることが望ましい。

文責：副院長　原田和昌


賞　状

コミュニティ部門 国内優秀事例

東京都健康長寿医療センター 殿

あなたは第１回アジア健康長寿イノベーション賞において選考の結果、コミュニティ部門の国内優秀事例に選ばれました
よってここにその栄誉をたたえこれを賞します

2020 年 7 月 31 日

公益財団法人日本国際交流センター
理事長 大河原昭夫

中央診療部門

看護部

歴史

1872(明治5)年生活困窮者の収容を目的に創設された養育院は、翌1873(明治6)年から医療業務を開始し、養育院掟書に看護人規則が定められています。1896(明治29)年には看病学法講習を開始、1899(明治32)年の東京市養育院看護師養成所の開設に繋がっていきます。

看護人は、食事・薬の管理、環境整備、病状の観察、相談・指導等を親切に行うことが期待されていました。

その後、関東大震災や、2回にわたる世界大戦、様々な感染症の流行等を経て、国際政治、テクノロジーの進化に伴い医療と看護も大きく近代化されてきました。養育院時代に求められた看護の原点ともいえる「親切」は、今も継承されています。

これまでの成果と現状

1975(昭和50)年、当時の近代医療設備を備えた新病院、東京都養育院附属病院が竣工しました。その時期から、老年者人口の急増を鑑み、老人専門病院としての再スタートを切り、看護部門では、「老人看護の確立をめざし、看護活動を実践する。」という方針のもとに看護の質的向上と、人材育成に取り組んできました。なかでも、開院当初に看護教育委員会が発足したことや、老人総合研究所看護学研究室長が、看護教育科長を兼務し職員教育にあたっていたことは、養育院の人材育成への熱意を物語っているように感じます。

東京都立病院として、高齢患者を対象に高度で専門的な医療を行う役割を担って、病床数326床で再スタートをきってから、次々と感染症科や精神科病棟の開設、ユニット系病床の増床等、時代に求められる診療科の病棟開設が行われ医療法定床711床まで拡大、1986(昭和61)年には病院名称が「老人医療センター」と改称されました。看護師の定数も開院当初172名から、このころには370名に増員されました。当時、新しい診療科やユニットの運営に尽力した先輩の皆さんのご苦労は、容易に想像できませんが、きっと使命感に燃えたリーダーと、使命感を持ったメンバーが試行錯誤しながら、病棟を築いていったのではないかと思います。

その後、1990(平成2)年には、組織改正に伴い、看護部が設置され、看護部長が誕生します。そして2004(平成16)年には看護教育科が廃止、看護部に吸収されました。専任リスクマネジャーが定数配置されたのもこの年でした。翌年には、感染管理担当者の専従配置、2006(平成18)年には当院で最初の認定看護師2名が誕生します。WOC認定看護師と認知症看護認定看護師です。同年、WOC認定看護師は専従配置となり、褥瘡ハイリスク加算を取得します。また2007(平成19)年には認知症看護認定看護師の専従配置がされ、高齢者看護の課題である認知症を持つ患者さんの尊厳を守り、社会復帰を支援する取り組みの強化、東京都における認知症看護のリーダーとしての活動が始まりました。

2009(平成21)年、東京都の組織改正に伴い、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターとなり、2013(平成25)年、現在の病院が竣工されました。

地方独立行政法人化に伴い、東京都からの派遣職員を計画的に解消していくために、看護部内では、人材の確保育成が急がれました。歴代の看護部幹部の皆さんの尽力により、2020（令和1）年、完全に派遣が解消できました。

看護部の理念は「法人の理念に基づき、高齢者の尊厳を尊重するとともに、持てる力を引きだし、QOLを支える質の高い看護を提供する。」です。患者さんがその人らしく生活ができるように支援し、自身の持てる力で豊かな人生の統合に向けて歩めるように寄り添いながら、専門職として役割を果たしていくという意味が込められています。ここには、養育院発祥時代の「親切」が不可欠です。看護師は、ベッドサイドで、ここ2年以上続くコロナ禍においては、軽症者療養ホテルやワクチン接種会場等様々な場所で、患者さんの痛みや悩み、生活と向き合いながら、日々のケアを実践しています。

展望

看護部は、病院内において最も大きな部門です。病院経営に関する知識を持つリーダーの育成がひとつの課題と考えています。

また、「地域包括ケアシステム」病院完結型医療から地域完結型医療への転換が叫ばれて何年にもなります。「治し支える看護」の提供ができる看護師を育成するとともに、地域の施設としての病院であり、そこで働く看護師であることを根付かせていく取り組みが重要と考えています。患者さんの人生の統合に寄り添うために、たくさんの対話ができる看護師、食事や排泄といった日常生活行動の自立を支援できる看護師、そして何よりこの仕事にやりがいと情熱を持つ「親切」な看護師の育成にこれまで同様、これからも取り組みを継続してまいります。

文責：看護部長　太田日出

中央診療部門

医療連携係

当センターでは「地域の高齢者の健康は地域全体で守る」の理念のもと、地域医療機関及び保健・福祉サービス機関との緊密な連携の推進に取り組んでいる。

連携強化のため、平成12年10月に「地域医療連携室」を設置し、患者様の症状が安定、軽快した段階での、紹介元医療機関への返送、または適切な地域医療機関への逆紹介を積極的に行っている。また、地区医師会との医療連携会議や公開CPCを開催、「地域連携NEWS」・外来医師当番表の地域医療機関への配布、病院幹部職員による地域の医療機関への訪問活動などを行うとともに、脳卒中や大腿骨頸部骨折の地域連携クリニカルパスの活用、在宅医療連携病床における患者の受入れ、退院前合同カンファレンスを通じた後方連携の強化などを積極的に行い、地域医療連携の強化に努めている。

令和4年4月より、内科系・外科系それぞれの担当副院長を配置し、体制強化を図った。今後も関係部署と協力し、より一層地域医療連携の推進に向けた取り組みを行っていく。（表1）

地域医療連携推進に向けての主な取り組み

1.連携医制度

地域の医療機関の先生方と連携を図り、地域で患者さんが安心して継続した医療を受けられるよう、綿密な連携を図るため、連携医登録制度を導入している。また、連携医優先の外来予約枠の増設し、予約を取りやすい体制を構築している。（表2）

2.連携担当医・副連携担当医制度

地域医療機関からの緊急受診や入院等をはじめとした相談に一層速やかに対応するため、地域の医師が直接当センター医師（連携担当医・副連携担当医）に緊急受診や緊急入院の相談ができる体制が構築した。

3.在宅医療連携病床

在宅医療を行っている地域の先生方を支援することを目的として、平成25年3月に在宅医療連携病床を開設した。老年症候群による低栄養、褥瘡、摂食・嚥下機能等の評価や罹患している病気の現状評価の実施、全身状態を把握するためのCT等の画像検査や生理機能検査、内視鏡検査等の評価目的の入院を受け入れている。（表3）

また、介護者の体調不良や不在時におけるレスパイトケアでの入院も対応している。

4.東京都在宅難病患者一時入院事業

平成26年7月1日より参画し、病床1床を確保し契約業務および入院受入を行っている。（平成27年度に2床へ増床）（表4）

表1. 当センターの紹介率・逆紹介率の推移

	令和3年度	令和2年度	令和元年度	平成30年度	平成29年度
紹介率	70.7%	69.1%	65.2%	70.0%	70.8%
逆紹介率	82.2%	77.7%	75.7%	76.1%	76.5%
紹介患者数	13、731人	13、153人	13、913人	12、936人	12、405人

表2. 連携医登録状況推移

	令和3年度	令和2年度	令和元年度	平成30年度	平成29年度
登録医療機関	806機関	795機関	767機関	726機関	714機関

表3. 在宅医療連携病床受入件数

	令和3年度	令和2年度	令和元年度	平成30年度	平成29年度
受入件数	22件	35件	50件	40件	47件

表4. 東京都在宅難病患者一時入院事業受入件数

	令和3年度	令和2年度	令和元年度	平成30年度	平成29年度
受入件数	24件	20件	41件	34件	43件

5.地域医療連携システム（C@RNAシステム）

平成28年度より地域医療連携システム（C@RNAシステム）の運用を開始し、WEBを通じた連携医からの放射線検査や超音波検査等の受入体制の構築している。

令和3年度末時点で70の医療機関が登録しており、検査依頼の52%に当たる353件がオンラインで依頼されている。

6.かかりつけ医紹介窓口

平成29年8月より医療の機能分化、地域との連携強化を目的とした「かかりつけ医紹介窓口」を開設し、医師と協力して、病状が安定している患者の紹介元医療機関等への返送、地域医療機関等への逆紹介を推進した。（表5）

7.公開CPC

平成12年より、地域の医療従事者の資質向上のために、板橋区医師会や豊島病院と共催しての公開CPCを行っている。

CPC（臨床病理検討会）とは、病理解剖症例をもとに複数の臨床科と病理医や検査医が合同で行う医療行為を振り返る研修会のことであり、地域医療の向上と当センターの近隣医療機関の交流の一環として、地域医療機関の先生方にも開放して開催している。平成20年度には「日経メディカル」で全国に紹介された。

8.広報活動

当センターの最新の診療情報等を掲載した地域連携NEWSを4半期ごとに発行し、近隣医師会、連携登録医へ配布している。また、平成28年からは各診療科の特徴などをまとめた「診療科のご案内」を作成し、地域の医療機関への配布やホームページを通じた広報活動に努めているほか、主要沿線・駅周辺別の連携医を掲載したマップを新たに作成するなど、医療機関・介護施設等との紹介、逆紹介の推進を図っている。

9.各種連携会議

板橋区医師会、豊島病院、慈誠会グループ、小豆沢病院と医療連携会議を開催し、連携強化を進めている。

文責：地域連携課　医療連携係長
竹内雅貴

表5. かかりつけ医紹介窓口対応件数

	令和3年度	令和2年度	令和元年度	平成30年度
窓口対応件数	396件	286件	408件	579件

中央診療部門

在宅医療・福祉相談室

当センターの「在宅医療・福祉相談係」(以下、「相談係」と記す。)は、昭和47年「養育院附属病院」に新設された相談部門である「医療社会科」が起源である。

当初は、新卒の福祉指導職3名による相談業務のみを行う専門科としてスタートした。当時としては、医療の領域において新しい職種であるMSWが配置された画期的な出来事であり、「相談係」50年の歴史的幕開けであった。偉大なる先人が築いた高齢者分野におけるソーシャルワークの礎が脈々と継承され、令和の今日まで至っているのである。

現在「相談係」は、12名のMSW、1名の事務職及び在宅調整看護師3名が在籍している。

令和4年4月1日より、相談部門は、名称を医療サービス推進課/在宅医療・福祉相談室改め、地域連携課/在宅医療・福祉相談係となり新たなスタートを切った。

地域連携課には相談係の他に医療連携係が属し、入退院支援部門として前方・後方支援の連携を一層強化していくこととなった。

この50年の間、病院の変遷と共に、医療・保健・福祉の分野も大きな変革を遂げ、2000年介護保険法、2005年障害者自立支援法/高齢者虐待防止法成立、2008年後期高齢者医療制度等が制定された。更に、2016年の診療報酬改訂により、保健医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進する「退院支援加算」が新設された。入院早期に多職種が介入し、速やかな退院支援がより一層求められるようになったのである。

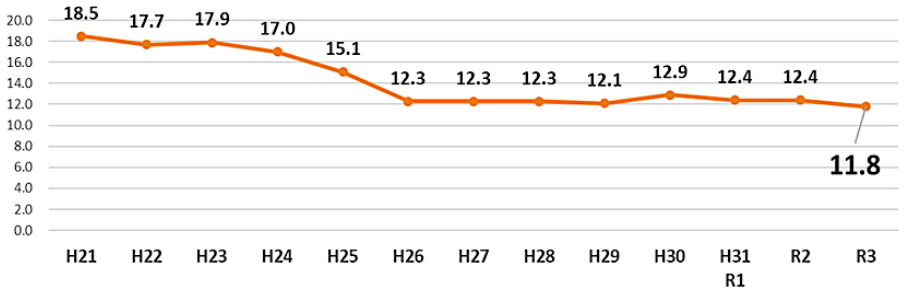
また、「退院支援加算」の算定には、地域関係機関と定期的な情報共有を行うことも要件とされており、地域関係機関と密な連携を図る地域連携システムの構築も求められている。

当センターは、DPC7対1算定の高齢者急性期病院であり、現在、平均在院日数は約12日前後で推移している。

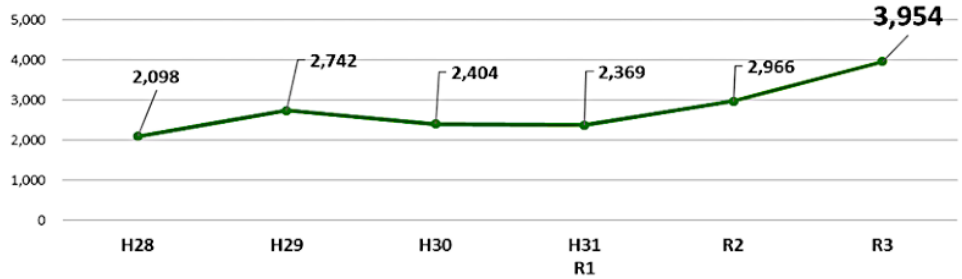
相談係では、早期介入・早期退院支援を図り在院日数の短縮及び病床稼働率の向上を図ることを目的に2017年より専従社会福祉士による「長期入院患者」の管理を開始した。これは、入院が長期化している要因を解明し、今後の方向性や治療方針を各診療科部長及び主治医に確認し速やかな退院支援を推し進めるものである。当初は、「40日越え長期入院患者」からのスタートであったが、現在は「18日越え長期入院患者」まで対象患者を拡大し実施している。

また、2013年新病院移転時に開設された緩和ケア病棟開設に伴い、相談係が入院患者受入れ及び退院支援の前方・後方窓口を担っている。

更に、2016年東京都がん診療連携協力病院として「がん相談支援センター」が開設された。相談係では、患者、家族、地域住民等を対象にがんに関する全般的な相談支援、がんに関する情報提供及び啓発、患者会の開催等を実施している。



平均在院日数(病院全体)



退院支援加算　件数

現在、相談係の相談内容は、転院や施設等への退院調整が約8割を占めている。先述の通り、当センターの平均在院日数は約12日程度まで短縮されているが、未だに旧センターのイメージのまま少なくとも3ヶ月程度は入院出来ると思われている方が多く存在する。

社会情勢の変化に伴い、高齢者世帯のみの老老介護や認認介護世帯が多く、子供達は、自身の仕事や家庭で精一杯、経済的にも肉体的にも親の支援に関われない方が多い。

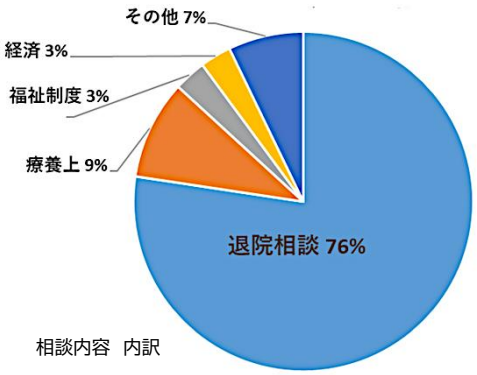
しかし、その様な忙しい家族とどうにか時間を調整し、相談を重ね、病院や施設、自宅等への退院調整を迅速に進めている。また、昨今増加傾向にあるのが、《単身・独居・身寄りなし》という患者層である。経済的にも生活保護ギリギリのライン、自宅もゴミ屋敷、親族とも疎遠で地域からも孤立していた状況で入院されてくる。この様な方は、経済・介護・福祉的問題など抱える課題が多岐に渡り、MSWは行政、地域関係機関、連携病院など多方面との調整を迅速に行う必要がある。12名のMSWはその様な困難ケースの対応に日々奔走し問題解決に努めているのである。

現在、当センターは「高齢者医療のパイオニア・老年学研究の拠点」という理念の元、高齢者医療の先端をいく存在にまで大きく発展を遂げてきた。しかし、明治5年に創立された「養育院」は、様々な事情で生活を維持出来なくなった人々を保護し、教育や医療を提供する施設として社会福祉事業の先駆的・先導的役割を担う救貧施設であった。

明治から令和へ時代が移り変わろうとも、養育院時代に培われた福祉的理念や役割を我々MSWは決して忘れずに受継いでいきたい。そして、様々な問題を抱えた患者・家族に温かく寄添い、適切な支援を行うソーシャルワーカーでこれからも在り続けたいと思う。

文責：在宅医療・福祉相談室
奥村真木

相談件数



相談内容　内訳

老年学情報センター

旧老年学情報センター　1984(昭和59)年

現在の老年学情報センター　2022(令和4)年

歴史と成果

1972(昭和47)年、附属病院長と老人総合研究所長の合意により、老年病・老年学の資料を収集する図書室として研究所棟に「中央図書室」が設けられた。

『季刊養育院』では「老年学情報ファイル」を連載し、単行書・雑誌特集記事などの紹介を行っていた。また、「東京都養育院附属病院研究紀要」「附属病院事業案内」「附属病院英文パンフレット」「診療マニュアル　1986年版」「病院年報」などの病院の刊行物の編集も司書職員が行っていた。

1984(昭和59)年1月、2階建ての図書館が新築され「老年学情報センター」という名称で業務を開始した。同年にパソコンが導入され、この機種用のビジネスソフトで図書館業務への応用が試みられた。

1987(昭和62)年には多摩老人医療センター職員への貸出サービスを開始した。

1988(昭和63)年にボランティア「はっぴい文庫」が発足。情報センターの一室を事務室として入院患者への図書の貸出を始めた。情報センターの司書ははっぴい文庫を補佐することとなった。

1994(平成6)年、MEDLINEと医学中央雑誌のCD-ROMを導入。文献検索はCD-ROMの時代となる。翌1995年にはPSYCLIT、AGELINE、NURSING＆ALLIED　HEALTHのCD-ROMを導入。文献検索ツールは5タイトルとなった。

1995(平成7)年、病院・研究所・老年学情報センターがLANで結ばれ、どこからでもCD-ROMでの文献検索ができるようになった。インターネットも使えるようになり、電子ジャーナルも10タイトルほど利用できるようになった。当時は有料の電子ジャーナルは契約しておらず、冊子購読している洋雑誌に無料の電子ジャーナルが付随しているものが利用された。

1996(平成8)年、司書職員がファイルメーカーproを使って雑誌の所蔵目録データベースを作成。

都財政の厳しさと価格高騰から、洋雑誌は平成7~8年で約100誌(約1000万円)が購読中止となった。

文献検索ではインターネットでPubMedが使われるようになり、2000(平成12)年には医学中央雑誌web版も利用できるようになった。

2002(平成14)年は洋雑誌43誌が購読中止となった。都の司書職員の配置はなくなり、非常勤2名、委託社員1名、再雇用職員1名での運営となった。

2004(平成16)年は、司書スタッフ(非常勤職員、委託社員)がAccessを使って、目録データベース、貸出返却データベースなどの図書館業務用のしくみを作っていった。これらは現在も使用している。

2005(平成17)年より、看護師の利用促進のため、看護研究に役立つWord・Excel活用法の研修を開始し、それに伴って看護師の利用が増加した。

2006(平成18)年は、情報センター1階に患者図書室「すこやかライフ図書室」を開設し、医療・介護に関する一般向けの図書の貸出を開始した。

2007(平成19)年は、それまでの研究所(衛生研・精神研・神経研・臨床研)図書室との連携に加えて、都立病院・公社病院の図書室にも呼び掛けて連携体制を作った。共同の所蔵雑誌目録を作り、都立病院・公社病院(2022年7月より地方独立行政法人化)間での文献コピーのやりとりを開始した。

大学図書館からの文献コピー取り寄せは、情報センターがFAXで先方の大学図書館に手配をし、複写料・送料は申込者の個人各自の負担で郵便局で振替という方式だった。2009(平成21)年に大学図書館間の相互協力システムNACSIS-ILL(国立情報学研究所)への加入を検討。同年12月より、料金を公費負担とし、ILLシステムにより全国の広範囲の大学図書館からの文献入手が可能となった。これにより、それまで年間1、000件程度だった文献入手は2、000件を超えるようになった。

2009(平成21)年4月、老人医療センターと研究所は地方独立行政法

人の新組織としてスタートしたが、同時に老年学情報センターは医事課医事係の管轄から総務課総務係に変更された。

2011（平成23）年、新たに建設される新施設計画で、病院棟2階に歴史展示コーナーと患者図書室を併設することとなり、設計の検討が開始された。

新施設の3階に移転する計画では、書架は既存の所蔵雑誌の20%程度のスペースしか確保できず、残す雑誌の条件案を作成、図書委員会で承認された。雑誌は老年学・老年医学関係誌以外は原則的に最新5年分のみの保存という方針になり、その結果大半の雑誌バッククナンバーは処分することとなった。図書は全点継続保存となった。

2013（平成25）年、新施設への移転が行われ、6月に老年学情報センターと養育院・渋沢記念コーナー（歴史展示・患者図書室）が始動した。老年学情報センターの司書は、老年学情報センターとともに記念コーナーの運営にも関わることとなった。

洋雑誌の価格ま毎年上昇する一方、購読予算の増額ができないため、毎年10誌以上の購読中止が続いた。次年度の購読継続・中止は、老年学情報センターで立案した原案をもとに図書委員会で選定を行っている。新施設移転の頃より、洋雑誌では有料電子ジャーナルのみの契約という形態が一般化してきたことから、冊子体から電子ジャーナル購読への切り替えを進めた。

新施設移転後は、毎年の看護研修で文献検索とスライド作成に関する講義を担当するようになった。

室内には旧施設の研究所プレゼンテーション室にあった大判プリンターなどの機器類が設置されたことから、大判プリンターの操作の説明や学会ポスターの原稿作成（編集レイアウト）のサービスも開始した。

養育院・渋沢コーナーの運営に関しては、展示物・配布物の作成や季節展示、ボランティアの管理、講演会の準備などを行っている。

2017（平成29）年の図書委員会では、総務係の情報センター運営への関わり方について問題提起を行い、平成30年度以降の研究支援体制づくりの中で老年学情報センターの位置づけを検討することとなった。

2018（平成30）年は、年々減少する購読誌の選定方法について、診療科や研究チームの前年度の研究実績（所属する正職員一人当たり論文数など）を反映させる手法を考案。夏の購読誌希望調査から導入した。研究発表の盛んな部署ほど、雑誌の継続を希望する意見を有利に反映させられることとなった。

2019（令和元）年は、4月に老年学情報センターの室内に前年度に発足した新組織HAIC（健康長寿イノベーションセンター）のオフィスを設置する方針が示された。書庫スペースも縮小するため、情報センターでは、継続保存する雑誌・図書の新ルールや書架構成、共同利用スペースなどの案を作成し、図書委員会に提案するとともに、HAIC側と情報センターとで室内の区分けが検討された。その結果、情報センターは従来の室内の半分の面積となった。

またこの年は、洋雑誌の大幅削減の方針も示された。従来、洋雑誌予算は2800万円程度で推移していたが、次年度予算は1000万円カットとされた。そのため、大量の中止雑誌を選ぶ副院長・副所長による検討会が設けられた。この結果、電子ジャーナル71誌のうち31誌が購読中止になり、雑誌の値上がりによる購読中止を上回る大量の雑誌削減となった。

2020（令和2）年冬にHAICのオフィスを作る工事が行われ、3月より老年学情報センターは半減したスペースで再開した。2019年の時点では老年学情報センターの所管は総務係からHAICに移管する計画だったが、移管はされず現在も総務係所管となっている。

同時にこのころより新型コロナウィルスの感染拡大が始まり、渋沢記念コーナーボランティアの活動と患者図書室サービスは2年以上にわたり断続的に活動休止となった。

展望

施設講読の洋雑誌は価格高騰と都や施設の財政状況から年々削減され、2000年頃に300誌以上あった購読誌は2022年には39誌（＋シュプリンガー社パッケージ約400誌）となってしまった。

臨床や研究で使用する重要誌（コアジャーナル）の購読の維持も困難になってきている。

また、利用状況の少ない雑誌を中止してきた結果、老化研究や老年病の専門誌も減り、高齢者の医療・研究専門施設としてのコレクションの特殊性も失われつつある。

雑誌の削減の影響もあり、文献入手の重要手段となった文献取り寄せサービスの件数は年間三千数百件に達した。全国各地の大学付属図書館の同サービスよりもはるかに多い件数である。

設立当初は文献検索も論文を読むのも印刷物を図書館で使うしかなかったが、現在は職員が各自の端末でオンラインデータベースや電子ジャーナルを利用する形態に変わっている。

この50年はとりまく環境も業務の内容も毎年が大きな変化の連続であった。

老年学情報センターは他の都立病院や都立研究所ではみられない規模の建物として造られ、設計段階で当時

の司書の後藤氏により“老年学情報センター“と命名された。附属病院と老人総合研究所の職員が文献を共同利する教育機能や、マスコミやオピニオンリーダーへ高齢化問題に関する情報を提供する機能をもたせたいという考えから、”図書館“ではなく、”情報センター“という名前になった。

今後の老年学情報センターも、古典的な図書館のイメージにとどまらず、“図書館機能もある情報センター“として、健康長寿医療センター内の研究支援や、対外サービス（各地の医療・福祉・公衆衛生専門機関や行政機関などへの情報提供）などの開拓が必要である。

フレイル対策専門職育成など健康長寿医療センターが実施する対外研修事業との関係性も重要である。養育院史関係の情報も、保存だけでなく公開・活用のしくみづくりを進めたい。

課題

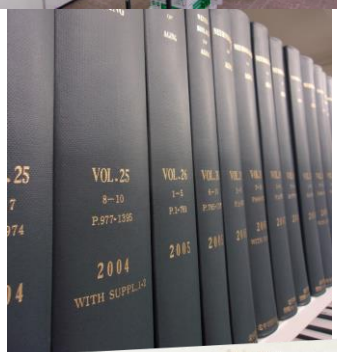
組織内の老年学情報センターの位置づけと意思決定プロセスのあいまいさが設立以来の問題として根強く残っている。老年学情報センターは病院と研究所の双方の共用施設だが、研究所の財団法人化や養育院の廃止もあって、組織としての監督・意思決定・指揮・命令のあり方にあいまいさが残った。

その状態で、正職員司書配置時代から非常勤司書配置に移行した現在まで、老年学情報センターの運営は司書によって独立的に行われている。

この結果、司書の発案を組織としての意思決定に基づいた取り組みにしていくプロセスが不明なままで、司書正職員配置がない現在、組織の中に老年学情報センターがしっかり位置づく上で大きな障害になっており、ルールを整える必要がある。

また、施設内図書館の基本的古典的な役割のひとつは専門職員の能力向上とキャリア形成、その結果での施設全体の機能向上に役立つことと考えるが、一方で「非常勤」司書当人には業務評価・キャリアアップ制度がなく図書館の目的と司書の存在様式との矛盾は、ライブラリアンが自己研鑽を業務の改善に活かす姿勢をもつ上で大きな心理的障害となっている。これも制度的組織的な課題と考える。

文責：宮本孝一
老年学情報センター司書



第２章　東京都健康長寿医療センターの歴史

研究所の50年

東京都老人総合研究所

1972-1980

所長
太田邦夫1972-1980

副所長
那須宗一1972-1980

生物学部
部長 能村哲郎1973-1979 小山内実1980

細胞研究室	大岡 宏1972-1980
組織研究室	能村哲郎1972-1976
	小山内実1977-1979

基礎病理学部
部長 田中康一1975-1980

第一研究室	田中康一1972-1980
第二研究室	蟹沢成好1972-1980

臨床病理学部
部長 大津正一1972-1978

第一研究室	大坪浩一郎1977-1980
第二研究室	朝長正徳1972-1980

生化学部
部長 永井克孝1974-1978 大橋望彦1980

基礎第一研究室	植田伸夫1972-1973
基礎第二研究室	大橋望彦1972-1980
臨床第一研究室	赤沼安夫1972-1973
	石塚稲夫1974-1976
	斎藤政樹1977-1979
臨床第二研究室	永田直一1972-1977
	安藤 進1979-1980

生理学部
部長 入来正躬1972-1979 佐藤昭夫1980

基礎第一研究室	入来正躬1972-1979
基礎第二研究室	佐藤昭夫1972-1980
臨床第一研究室	木谷 健一1972-1980
臨床第二研究室	松田 保1972-1980

栄養学研究室
横野 康1974-1976 藤田美明1979-1980

薬理学部

薬理学研究室	室田誠逸1972-1980

財団法人東京都老人総合研究所

1980(10月)-1989

所長
今堀和友1980-1985 積田 亨1986-1989

副所長
那須宗一1980-1982 山本俊一1983-1985
柄沢昭秀1986-1989

生物学部 部長 小山内実1989

細胞研究室	大岡 宏1980-1989
組織研究室	

基礎病理学部 部長 田中康一1980-1983
廣川勝昱1985-1989

第一研究室	丸山直記1985-1989
第二研究室	廣川勝昱1980-1984

臨床病理学部 部長 朝長正徳1980-1984
大坪浩一郎1985-1989

第一研究室	大坪浩一郎1980-1984
第二研究室	大坪浩一郎1985-1987
	水谷俊雄1988-1989

生化学部 大橋望彦1980-1989

基礎第一研究室	千秋達雄1982-1989
基礎第二研究室	
臨床第一研究室	川島誠一1980-1989
臨床第二研究室	安藤 進1980-1989

生理学部 部長 佐藤昭夫1980-1989

基礎第一研究室	神田建郎1983-1989
基礎第二研究室	佐藤昭夫1980-1989
臨床第一研究室	木谷 健一1980-1989
臨床第二研究室	松田 保1980-1983
	井原康夫1984-1989

栄養学研究室 藤田美明1980-1989

薬理学部 部長 室田誠逸1983

薬理学研究室	室田誠逸1980-1982
	竹縄忠臣1986-1988

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない

財団法人東京都老人総合研究所

1990-1997

所長
積田　亨1990-1991　木幡　陽1992-1997

副所長
柄沢昭秀1990-1992　佐藤昭夫1990-1997
柴田　博1993-1996　安藤　進1997

分子老化学研究系

分子生物学部門　木村成道1993-1997
酵素生化学部門　川島誠一1990-1991
岩下淑子1995-1997
細胞化学部門　千秋達雄1990-1997
生体膜部門　安藤　進1990-1997
生体情報部門　竹縄忠臣1990-1991
古川　清1994-1997

糖鎖生化学部門（1994～）
遠藤玉夫1994-1997

生理老化学研究系

細胞生物学部門　大岡　宏1990-1994
阿相皓晃1995-1997
実験生物学部門　小山内実1990
中枢神経部門　神田健郎1990-1997
自律神経部門　佐藤昭夫1990-1997
臨床生理部門　木谷健一1990-1991
宮坂京子1993-1997
神経生理部門　稲垣昌樹1992-1995
白澤卓二1997
栄養学部門　藤田美明1990-1997

病態老化学研究系

分子病理部門　丸山直記1990-1997
免疫病理部門　廣川勝昱1990-1993
坂口志文1995-1997
臨床病理部門　大坪浩一郎1990-1993
田久保海誉1995-1997
神経病理部門　水谷俊雄1990-1997

ポジトロン医学研究施設

施設長　木谷健一1990-1991　佐藤昭夫1992-1994　安藤　進1995-1997

ポジトロン医学研究部門　千田道雄1990-1997
附属診療所　木谷健一1990-1991　佐藤昭夫1992-1994　安藤　進1995-1997

1998-2001

所長
木幡　陽1998　鈴木紘一1999-2001

副所長
柴田　博1998　安藤　進1998-2001
鈴木隆雄1999-2001

分子生物学研究系

遺伝子情報部門　木村成道1998-2001
蛋白質生化学部門　岩下淑子1998-2001
生物活性制御部門　千秋達雄1998-2000
アイソトープ部門　鈴木捷三1998-2001

細胞機能研究系

神経生物学部門　阿相皓晃1998-2001
細胞認識部門　渡辺和忠1998-1999
生体膜部門　安藤　進1998-2001
糖鎖生物学部門　遠藤玉夫1998-2001

生理老化学研究系

中枢神経部門　神田健郎1998-2001
自律神経部門　青崎敏彦1998-2001
臨床生理部門　宮坂京子1998-2001
実験動物部門　朱宮正剛1998-2001

分子病態研究系

分子病理部門　丸山直記1998-2001
生体情報部門　古川　清1998-2001
分子遺伝学部門　白澤卓二1998-2001

病理学研究系

免疫病理部門　坂口志文1998
臨床病理部門　田久保海誉1998-2001
神経病理部門　村山繁雄2000-2001
超微形態部門

ポジトロン医学研究施設

施設長：安藤　進1998-2001

ポジトロン医学研究部門　石渡喜一2001
附属診療所　安藤　進1998-2000　石井賢二2001

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない

財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団　東京都老人総合研究所

2002-2004

所長
鈴木紘一2002-2004

副所長
安藤　進2002-2004　鈴木隆雄2002-2004　丸山直記2004

分子老化学研究系

遺伝子情報研究グループ　木村成道2002-2004
プロテオーム共同研究グループ　戸田年総2002-2004
生体膜機能研究グループ　岩下淑子2002-2004
糖蛋白質研究グループ　遠藤玉夫2002-2004
増殖分化制御研究グループ　古川　清2002-2004
分子老化研究グループ　白澤卓二2002-2004

老化レドックス制御研究グループ（2002-2003）
鈴木捷三2002-2003

神経科学研究系

脳機能改善研究グループ　田中康一2002-2004
神経回路動態研究グループ　青崎敏彦2002-2004
老化臨床神経科学研究グループ
村山繁雄2002-2004
ポジトロン医学研究グループ　石渡喜一2002-2004

老年病ゲノム研究グループ（2002-2003）
グリア細胞研究グループ（2002-2003）
阿相皓晃2002-2003

細胞認識研究グループ
（2002）

ポジトロン医学研究施設

施設長　安藤　進2002-2003　丸山直記2004

附属診療所　石井賢二2002-2004

身体機能研究系

運動・自律神経相関研究グループ
神田健郎2002-　堀田晴美2004
生体機能調節と加齢研究グループ
宮坂京子2002-2003
加齢臓器障害研究グループ　丸山直記2002-2004
高齢者の臓器と組織研究グループ
田久保海誉2002-2004

免疫学的老化研究グループ（2002-2003）
運動科学研究グループ（2002-2003）　青柳幸利2002-2004
骨代謝制御研究グループ（2002-2003）　腰原康子2002-2004

2005-2008

所長（病院長兼務）

副所長
鈴木隆雄2005-2008　丸山直記2005-2008

老化ゲノムバイオマーカー研究チーム

チームリーダー　白澤卓二2006-2007
重本和弘2008

老化分子バイオマーカー　白澤卓二2006-2007
老化プロテオーム　戸田年総2006-2008
レドックス制御　金子孝夫2006-2007
老化制御　石神昭人2005-2008

病態マーカー（2005）

運動器の老化（2007-2008）
重本和宏2007-2008

老年病のゲノム解析研究チーム

チームリーダー　田久保海誉2005-2008

老年病・がんゲノム
生活習慣病　宮坂京子2005-2006
高齢者脳ゲノム／高齢者ブレインバンク
村山繁雄2005-2008

老化ゲノム機能研究チーム

チームリーダー　遠藤玉夫2005-2008

分子認識
シグナル伝達　岩下淑子2005-2008
ニューロングリアⅠ　阿相皓晃2005-2008
ニューロングリアⅡ　青崎敏彦2005-2008

健康長寿ゲノム探索研究チーム

チームリーダー　田中雅嗣2005-2008

健康長寿を可能にする遺伝的要因の解明

ポジトロン医学研究施設

ポジトロン医学研究グループ　石渡喜一2005-2008
附属診療所　石井賢二2005-2008

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所

2009-2022

副所長
丸山直記2009-2011　高橋龍太郎2009-2014　遠藤玉夫2012-2018　新開省二2015-2019　重本和宏2019-
粟田主一2020-

老化機構研究チーム
チームリーダー　遠藤玉夫2009-2012　伊藤雅史2013-2019　井上　聡2020-

分子機構　遠藤玉夫2009-2012　萬谷　博2013-
老化バイオマーカー（2009-2018）→**細胞機能**（2019）→**システム加齢医学**（2019～）
伊藤雅史2011-2019　井上　聡2020　高山賢一2021-
プロテオーム　戸田年総2009-2011　三浦ゆり2012-

レドックス（2009-2012）　遠藤玉夫2011-2012

老化制御研究チーム
チームリーダー　田中雅嗣2009-2011　丸山直記2012-2013　石神昭人2014-

分子老化制御　丸山直記2009-2010　石神昭人2011-
環境老化（2009-2012）→**生体環境応答**（2013-2019）→**生体調節機能**（2020～）　大澤郁郎2010-

健康長寿ゲノム探索（2009-2019）　井上　聡（2015-2019）

自律神経機能（2009-2012→**老化脳神経科学研究チーム**へ）
堀田晴美2010-2012
老化再生（2009-2012→**老化脳神経科学研究チーム**へ）
遠藤昌吾2010-2012

老化細胞（2022～）　杉本昌隆2022-

事務取扱・兼務・不明の場合は
記載していない

老化脳神経科学研究チーム（2013～）
チームリーダー　遠藤昌吾2013-

自律神経機能　堀田晴美2013-
記憶神経科学
神経生理（2013-2018）三浦正巳2013-2018
老化神経生物学（2020-）　西宗裕史2020-

老年病研究チーム（2009-2012）→**老年病態研究チーム**（2013～）
チームリーダー：重本和宏2009-

血管医学（2009-2018）→**心血管再生医学**（2019～）　豊田雅士2009-
生活習慣病（2009-2018）→**筋老化再生医学**（2019-2020）　森聖二郎2009-2017　上住聡芳2018-2020
運動器の老化（2009-2010）→**運動器医学**（2011～）　重本和宏2009-

老年病理学研究チーム
チームリーダー：田久保海誉2009-2015　石渡俊行2016-

神経病態生理（2009-2013）　青崎敏彦2009-2013

高齢者がん　田久保海誉2009-2014　石渡俊行2016-
神経病理学（ブレインバンク）　村山繁雄2009-2019　高尾昌樹(専門部長）2011-2013　藤ヶ﨑純子2015-2017
齊藤祐子2020-

神経画像研究チーム
チームリーダー：石渡喜一2009-2015　石井賢二2015-

脳機能（2009-2017）→**PET薬剤科学**（2018~）　石渡喜一2009-2015　豊原　潤2016-
附属診療所（2009-2013）→**PET画像診断**（2014～）　石井賢二2009-2020　石橋賢士2021-

研究部門 組織の変遷【社会科学系 ほか】

東京都老人総合研究所
1972-1980

社会学部
部長 前田大作1979-1980

社会研究室 副田義也1976
社会福祉研究室 前田大作1972-1978
根本博司1979-1980
統計調査研究室 副田義也1972-1975
小笠原祐次1979-1980

疫学部
部長 簇野脩一1975-1980

疫学研究室 松崎俊久1972-1980
第二研究室（1973 ～ ）

看護学研究室 賀集竹子1972-1980

リハビリテーション医学部
部長 荻島秀男1973-1977

運動研究室
飯田 勝1975-1978 斎藤 宏1980
言語聴覚研究室
笹沼澄子1972-1977 伊藤元信1979-1980

心理学部（1972-1974）
→**心理精神医学部**（1975-1980）
部長 長谷川和夫1972 柄沢昭秀1975-1980

心理研究室
長谷川和夫1972 井上勝也1976-1980
精神医学研究室 柄沢昭秀1972-1980

総合研究部

電子顕微鏡室（1972-1975）
→**超微形態研究室**（1976～）
平光厲司1972 天川孝則1974-1975
ラジオアイソトープ室（1972-1975）
→**アイソトープ研究室**（1976～）
松尾光芳1972-1980
電子計算機室（1972-1975）
→**情報処理研究室**（1976～）
開原成允1972-1973
動物室（1972-1975）
→**実験動物研究室**（1976～）
奥木 実1972-1980

財団法人東京都老人総合研究所
1980-1989

社会学部
部長 前田大作1980-1989

社会研究室 直井道子1986-1988
社会福祉研究室 冷水 豊1984-1989
統計調査研究室 小笠原祐次1980-1982

疫学部
部長 簇野脩一1980 松崎俊久1986

第一研究室 松崎俊久1980-1985
第二研究室 柴田 博（1986-1989）

看護学研究室
賀集竹子1980-1982 矢野正子1983
七田恵子1986-1989

リハビリテーション医学部

運動研究室 斎藤 宏1980-1985
言語聴覚研究室 伊藤元信1980-1985

心理精神医学部
部長 柄沢昭秀1980-1986

心理研究室 井上勝也1980-1988
精神医学研究室 本間 昭1984-1989

総合研究部

超微形態研究室
アイソトープ研究室 松尾光芳1980-1989
情報処理研究室
実験動物研究室
奥木 実1980 朱宮正剛1982-1989

プロジェクト研究部
参事研究員 副参事研究員

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない

財団法人東京都老人総合研究所

1990-1997

人間科学・リハビリテーション研究系

運動機能部門　長崎　浩1990-1997
生活環境部門
　林　玉子1990-1993　溝端光雄1995-1997
言語認知部門　辰巳　格1993-1997
看護学部門
　七田恵子1990-1994　高橋龍太郎1995-1997
心理学部門　下仲順子1990-1997
精神医学部門　本間　昭1990-1997

精神保健部門（～1992）

社会学・社会医学研究系

社会学部門　古谷野亘1991-1994
社会福祉部門
　冷水　豊1990-1994　中野いく子1995-1996
保健社会学部門　佐久間充1991-1992
地域保健部門　柴田　博1990-1997
疫学部門　鈴木隆雄1990-1997

老化科学技術研究系

アイソトープ部門
　松尾光芳1990-1994　鈴木捷三1995-1997
超微形態部門
情報シミュレーション部門　水野正一1994-1997
実験動物部門　朱宮正剛1990-1997

東京都老人総合研究所・米国国立老化研究所合同学術講演会
1987年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

1998-2001

社会科学・社会医学系

政策科学部門
社会福祉部門　柴田　博1998
保健社会学部門
地域保健学部門　新開省二1998-2001
疫学部門　鈴木隆雄1998-2001

人間科学研究系

運動機能部門　青柳幸利1999-2001
生活環境部門　溝端光雄1998-2001
看護・ヘルスケア部門　高橋龍太郎1998-2001
栄養学部門　腰原康子1998-2001

認知科学研究系

言語・認知部門　辰巳　格1998-2001

心理学部門　下仲順子1998

精神医学部門　本間　昭1998-2001

情報科学部門（1998-2000）
→高齢者総合情報センター（2001）
　水野正一2001

【自然科学系の部門へ】

分子生物学研究系　アイソトープ
生理老化学研究系　実験動物
病理学研究系　超微形態

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない

財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団　東京都老人総合研究所

2002-2004

社会科学・社会医学・人間科学系

疫学・福祉・政策研究グループ
鈴木隆雄2002-2004
社会参加・社会基盤研究グループ
小林江里香2002-2003
地域保健研究グループ
新開省二2002-2004
介護・生活基盤研究グループ
高橋龍太郎2002-2004

【自然科学系の研究グループへ】
身体機能研究系　運動科学
身体機能研究系　骨代謝制御

認知科学系

言語・認知・脳機能研究グループ
辰巳　格2002-2004
痴呆介入研究グループ
本間　昭2002-2004

研究基盤施設

実験動物施設　安藤　進2003

アイソトープ施設　鈴木捷三2002-2003

研究情報室（2002）→**LAN管理**（2003-2004）

受託事業

介護予防緊急対策室（2003～）
大渕修一2003-2004

2005-2008

自立促進と介護予防研究チーム

チームリーダー　本間　昭2005-2008

自立促進のための身体機能向上
吉田英世2005-2008
認知症発症・進行遅延　本間　昭2005-2008

社会参加とヘルスプロモーション研究チーム

チームリーダー　新開省二2005

大都市高齢者の社会参加の増進に向けた戦略と戦術の開発

高齢者のヘルスプロモーション

福祉と生活ケア研究チーム

チームリーダー　高橋龍太郎2005-2008

介護とケアマネジメント
介護保険利用を巡る諸問題
生活ケア改善

研究基盤施設

動物施設

アイソトープ施設　金子孝夫（主任者）2004-2008

研究情報室

受託事業

介護予防緊急対策室　大渕修一2005-2008

認知症予防対策室　本間　昭2005-2008

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない

研究部門 組織の変遷図 参考文献

東京都老人総合研究所：年報　1972年度～2007年度

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター年報　平成21年版～令和2年度版

東京都総務局：　東京都職員名簿　昭和47年度~昭和60年度

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター研究所

2009-2022

自立促進と介護予防研究チーム（2009-2017）→**自立促進と精神保健研究チーム**（2018～）
チームリーダー　粟田主一2009-

筋骨格系の老化予防の促進（2009-2017）→**フレイルと筋骨格系の健康**（2018～）
金　憲経2009-2020　笹井浩行2022
介護予防の促進（2009-2017）→**口腔保健と栄養研究**（2018～）
吉田英世2009-2015　粟田主一2017　渡邊　裕2018　平野浩彦2019-2020　岩崎正則2021-　小原由紀2021-
認知症・うつの予防と介入の促進（2009-1017）→**認知症と精神保健**（2018～）
粟田主一2009-2019　岡村　毅2020-

社会参加と地域保健研究チーム
チームリーダー　新開省二2009-2015　藤原佳典2015-

社会参加・社会貢献の推進（2009-2018）→**社会参加と社会貢献研究**（2019～）
藤原佳典2009-2020　村山洋史2021-　鈴木宏幸2022-
老化虚弱の一次予防と地域保健研究（2009-2017）→**ヘルシーエイジングと地域保健研究**（2018～）
新開省二2009-2014　北村明彦2015-2020　藤原佳典2021-

大都市高齢者基盤研究（2019～）
小林江里香2019-

福祉と生活ケア研究チーム
チームリーダー　高橋龍太郎2009-2010　石﨑達郎2011-

在宅療養支援方法の開発（2009-2017）→**介護予防**（2018～）　高橋龍太郎2009　大渕修一2010-
要介護化の要因解明と予測（2009-2017）→**医療・介護システム**（2018-）　高橋龍太郎2009-2010
終末期ケアのあり方の研究（2009-2017）→**介護・エンドオブライフ**（2018～）
高橋龍太郎2009-2010　島田千穂2014-2020　井藤佳恵2021-

研究支援施設等

実験動物施設

アイソトープ施設　金子孝夫（主任者）2009-2012　佐々木徹（主任者）2013　三浦ゆり（主任者2014-2020)2021-

LAN管理室（2009-2013）→**研究情報管理施設**（2014～）

トランスレーショナルリサーチ推進室（2012-2017）　丸山直記・森聖二郎2012-2013
高橋龍太郎・遠藤玉夫・新開省二2014　遠藤玉夫・新開省二2015-2017

区市町村共同事業プロジェクト（2009-2011）
大渕修一2009-2011

高齢者健康増進事業支援室（2012～）　大渕修一2012-

東京都介護予防推進支援センター（2018-2019）
→**東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター**（2020～）
大渕修一2018-2019　藤原佳典2020-

健康長寿イノベーションセンター　HAIC : Healthy Aging Innovation Center（2018～）
遠藤玉夫2018　原田和昌2019　重本和宏2020　原田和昌2021　重本和宏2022

事務取扱・兼務・不明の場合は記載していない
（一部　兼務記載あり）

認知症未来社会創造センター　IRIDE : Integrated Research Initiative for Living Well with Dementia（2020～）
粟田主一2020-

2 創立から2000年までの研究所のプロジェクト(学際的)研究の歩み

柴田 博　　東京都老人総合研究所名誉所員(元副所長)　　桜美林大学名誉教授

老年学の誕生とその歴史的意義

現存する学問の中で、老年学は、人口学と共にもっとも新しい学問である。パスツールの後継者として研究所の所長を務めていたロシア人のメチニコフは、1903年、ギリシア語から、Gerontology(老年学)とThanatology(死生学)という2つの用語を創造した。この2つの用語は双子のように誕生したわけであるが、その後の歩みは大きく違っていた。

“人生如何に生きるべきか”の老年学は、その後順調に発展した。しかし、“人生如何に死ぬべきか”の死生学は、死に対するタブー意識が災いして、その研究が、宗教学や哲学の分野に限局していたきらいがある。最近、死生学が、“終活”というキャッチフレーズにみられるように、タブー意識なく語られる風潮になってきたことは喜ばしい。

老年学は、人類の歩みの過程において、いくつかの必然性をもって誕生した。その第一は寿命革命である。人類は四万年くらい前に、100歳超まで生きる遺伝子を獲得したといわれている。しかし、平均寿命50歳の壁を突破する民族(国民)が出現したのは19世紀末のことである。産業革命による栄養状態の改善により感染症を減らすことに成功した欧米諸国からその寿命革命は始まった。20世紀の初頭に老年学という用語が創造されたことは、きわめて意義深いことである。

老年学は、それまでの閉塞した学問の潮流を変革するミッションを担っていたと考えることができる。中世の暗黒時代に対する“夜明け”の意義をもつルネサンスの合言葉は“ギリシアに還れ”であった。しかし、その後の学問はギリシア哲学の統合性と裏腹に、要素還元化(タコ壺化)とタテ割り化の傾向を助長しながら発展することとなった。デカルトの心身二元論はその象徴といえる。

19世紀に入り、分断された学問を(再)統合する試みが始まった。心身医学の萌芽は、19世紀の初めにある。無縁であった社会学と心理学を統合した社会心理学、心理学に生理学の手法を取り入れた実験心理学も生まれたのである。このような文脈の中で老年学が誕生したわけである。

老年学研究所設立の意義
－学際研究の実行可能性－

老年学の命名者メチニコフは、この学問の枠組みや内容には触れていない。しかし、次第に、老年学は1)加齢の科学的研究(生物学的、心理学的、社会学的など)2)人文学的な研究(哲学、文学、宗教学など)3)高齢社会の問題の研究4)1)～3)の応用(Kastenbaum R, 1987年)などがその内容とされるようになってきた。世代間問題の研究を加える考えもある(柴田 博 2007年)。

このように老年学は学際的な学問と定義することができる。この学際的という用語はさまざまな学問が協力し合う(Multidisciplinary)という意味も学問間の壁を取り払っていく(Interdisciplinary あるいは Transdisciplinary)という意味も持ち得る。先進的な老年学者は、後者の方に老年学を意義づけることが多い。

以上のような学際的な老年学の遂行のためには、質的にはもとより量的にも充実した組織が求められる。大学の付属研究所などでは、その研究を貫徹することは難しい。一方、世界的にみて、そのような要求を満たす研究はきわめて少ない。

世界で最初の老年学の研究所は、1958年に創立されたソ連医学アカデミー老年学研究所である。老化の生物学的研究と臨床老年学の他、人口学、統計学的研究も行われていた。しかし、ソ連の崩壊後ウクライナ国の研究所としてスタートして以降、目立った業績は残していない。

世界で2番目に設立されたのが、東京都老人総合研究所である。周知のようにこの研究所は、渋沢栄一氏が1872(明治5)年に創設した養育院の100周年記念として1972年に老年学研究と高齢社会問題解決のためのメッカとなった養育院の一組織としてスタートした。703ベッドの老人病院、各種老人施設が併設され、世界に類をみない組織となり、世界中の研究者や為政者が見学に訪れた。

行政的な組織の形態は、1982年の財団法人化、2009年の地方独立行政法人の一機関へと変化したが、この研究所のミッションも関連組織との協力性も創立以来一貫して持続してきている。

筆者は、研究所の常勤メンバーとして1982年(財団法人化後の最初の職員)から2000年まで勤務した。しかし、本記念誌の別稿に書いたように1972年病院に入職して以来、常勤でなかった期間も非常勤研究員として勤務していた。研究所創立の

1972年から定年退職した2000年の間の研究所の歩みのうち学際的研究について述べさせていただく。

1972年、創立された当時、研究所は11研究部・35研究室、事務スタッフをふくめ196名の職員を抱える大きな組織であった。 まさに、Multi-disciplinaryという意味で学際的であった。しかし、老年学の究極の目標であるInter-disciplinaryであることを企図した研究は、各部門間の協力によるプロジェクト研究に委ねられた。本稿においては、紙幅の制約もあり、各部門の研究の歩みは省略し、プロジェクト研究の歩みに限定して述べたい。

学際的研究は、職際的であることに加え、国際的であることも求められる。先述のソ連、医学アカデミー老年学研究所、1974年設立のアメリカ老化研究所 (National Institute on Aging, NIA)、中国の諸機関と交流、またWHOの協力機関としての活動など記述すべきことは多い。しかし、紙幅の制約のためそれらを割愛する。

研究所の
学際的(Interdisciplinary)研究の歩み

1)百寿者(センチナリアン)の研究

寿命や加齢の研究には、横断的な方法と縦断(追跡)的方法が用いられる。横断的方法の一つに百寿者の研究がある。百寿者の現在の状態と生活歴を調べて、長寿やよい人生のヒントを探ろうというものである。しかし、当研究所が設立された当時には、世界的に見ても百寿者の研究はきわめて少なく、内容も貧弱であった。その原因の一つは百寿者の数がきわめて少なかったことである。わが国でも、老人福祉法が制定された1963年に百寿者は153名であり、当研究所が設立された1972年、復帰した沖縄の分を加えても405名に過ぎなかった。現在6万6510名(2021年)を数えるが将に今昔の感がある。

当研究所の学際的研究はこの百寿者の研究をもって嚆矢とする。全国405名の百寿者のうち117名を無作為抽出し、沖縄から北海道まで、1972年～3年にかけ一日2件家庭訪問により調査を行った。調査チームには研究所内の疫学部から内科医師と保健看護スタッフ、心理学から精神科医と心理学の専門家、社会学部から社会学・福祉学の専門家が加わった。研究所の栄養学部門の責任者が未定であったため、国立栄養研究所の専門家が加わった。病院に在籍していた筆者は疫学部の医師としてこの研究に加わった。

この研究所の百寿者研究は、それまで散在していた欧米の研究に比し、格段に優れたものであり、その後のこの種の研究に多大な示唆を与えた。その成果の内容は多岐に亘り、専門雑誌や著書に発表されている。筆者は、特に、栄養状態に興味をもった。百寿者の食事は一般国民のそれと比較し、高タンパクであり、しかも動物性タンパク質の摂取が多かった(Shibata H et al . Nutrition and Health 1992; 8: 165)。日本人の意識に根づいていた粗食長寿信奉に風穴を開ける知見であった。

2)養護老人ホーム入居者の追跡調査

研究所の傘組織である養育院は各種老人ホームを抱えていた。そのうち、養護老人ホームに入居していた2000名は経済的事情で入居しているため、生活機能は自立しており地域在住の高齢者に近似していた。毎年、併設の老人病院の医師が健康診断を行うシステムが出来上がっていた。当時病院に勤務していた筆者はこの健康診断の責任者を務めていた。この健康診断のデータを高齢者の余命や健康の要因を解明するために研究所の学際的研究の一環に加えていただくこととなった。筆者も研究所の兼務研究員であり、その研究チームに加わった。

1972年に総合健康診断を受診し5年半追跡調査をし得た1777名を分析の対象とした。肥満度が低く皮下脂肪が少ないこと、栄養の指標とし重要な血液中のアルブミン濃度の低いこと、心電図異常は死亡率を高めることが示された。この対象のうち、義務づけられてはいないが自発的に清掃、配食などの当番、内職など行っている方々の死亡率は有意に低かった(芳賀博他. 日本老年学雑誌 1981; 18: 425)。

この研究は、入居している方々のみでなく地域で生活している高齢者を対象とする研究に対しても多くの示唆を与えた。

3)日本における地域高齢者を対象とする学際的追跡研究(小金井研究)のスタート

地域高齢者を対象とする学際的追跡研究は1950年代にアメリカのNational Institute of Health (NIH)とDuke大学研究チームでスタートした。この2つの研究プロジェクトはかなりの業績をあげていた。しかし、当研究所は、新しくスタートしたスウェーデンのSvanborg教授らの研究を参考にして学際的追跡研究を東京都小金井市で開始することとなった。この学際的追跡研究は、人間の加齢変化を医学的(生物学的)、心理学的、社会学的に究明することを目的としていたため当研究所の8部門の他、小金井市役所、東京大学老年学教室、駒込病院整形外科もこの研究プロジェクトに参画した。

この小金井研究は、70歳高齢者の追跡調査のみでなく、65歳以上の二分の一の住民に対する郵送調査により高齢者の抱えている諸問題を特定

する研究も行った。また、リハビリテーション部門と看護研究室の協力により、我が国における地域リハビリテーションの制度化と手法の確立のための研究も行った。

以上のように、小金井研究は、加齢学の発展および高齢社会に対する施策立案に貢献したことにより、後にWHOにより世界の4つの優れた研究の1つに選ばれた。1988年には東京都知事賞を受けた。

4)財団法人化以降の新しい展開

研究所設立後10年を経て1982年に財団法人化した経緯はさまざまあるがここでは触れない。ともあれ、他の機関では実施の難しい老年学の学際的研究を重視する方向性が東京都の要請もあり、研究所全体に広がった。プロジェクト研究部が新設されたこともその表れであった。筆者はこの研究部の最初の常勤スタッフとして採用された。

200名近い研究員を擁する研究所であるだけに多くの学際的研究が進行していた。ともあれ、東京都と研究所の考えとしては、他の機関ではまだ熟していない痴呆(今日の認知症)をメインテーマとする研究と地域高齢者の追跡研究を2本の柱に据えて学際的研究を発展させていくことが暗黙の了解となった。

(1)老年期の痴呆の学際的研究

1982－5年、柄澤昭秀心理・精神医学部長がリーダーとして新しいプロジェクトがスタートした。これには、痴呆の成因の基礎研究、診断や治療・ケアに関するなど10のテーマが選択され先駆的な成果をあげた。これを痴呆プロジェクト研究の第1次研究とよべる。この研究は1986年から3年間続いた第2次研究ともいえる。「老人性痴呆の基礎と臨床」に引き継がれさらに発展した。

(2)老化と寿命に関する総合的長期追跡研究

1987年、松崎俊久疫学研究室長をリーダーとして、地域高齢者の追跡研究がスタートした。小金井研究で提起されたさまざまな仮説を検証するための新しいフィールドが設定された。1つは、男女共平均寿命日本一の沖縄県北部の大宜味村の65歳以上の住民が選ばれた。対照として平均寿命が最下位の秋田県南外村の65歳以上の住民が選択された。この2つの地域の高齢者は、まったく同じ項目を同じ方法で比較し追跡調査を行うことにより、寿命や高齢者の健康の違いと、その違いをもたらしている要因が分析された。

沖縄県の長寿は、動物性タンパク質、脂肪の摂取が少なく食塩摂取の多い旧来の日本人の栄養を克服していることが、日本一の長寿の原因であることが示された(Shibata H et al Nutrition and Health 1992; 8: 165)。

5)長期プロジェクト研究のスタート

1980年代までは、日本における慣習として、ひとつの研究に対する研究費の提供期間は3年間であった。先に紹介した小金井研究は15年間継続したが、3年各にタイトルを変更し別の研究であることを装いながら研究費を申請するという苦肉の策が取られたのである。

しかし、ライフスパンの長い人類を対象とする追跡研究や必要な研究期間が予測できない先端研究をふくむ老年学に対してもっと長期の研究費提供を保障する必要が痛感されるようになった。10年間の研究期間、年間1億円近い研究費を保障する大型の長期プロジェクトの立案が1986年に就任した積田亨所長の指導の元に開始されたのである。その研究プロジェクトの1つは、柄澤昭秀副所長をリーダーとする長期プロジェクト「老人性痴呆に関する総合的研究」であり、1989年にスタートした。この研究は痴呆の成因と根治療を中心とする基礎研究と、成因の疫学研究、評価法、治療とケアを包括する応用研究から成っている。日本における痴呆研究に大きく貢献したが、その方法と業績の一部は参考資料6)に示した。

もう一つの「中年からの老化予防総合的長期追跡研究」は医学心理学・社会学より成るが、柴田博疫学部長をリーダーとして立案された。医学のフィールドとしては、それまで活用させていただいた東京都小金井市の65歳以上の新たなサンプルと、秋田県南外村の65歳以上の全住民を対象として、寿命と加齢に影響を与える要因を特定することを目的とした。南外村の住民は5年間は観察のみを行い、後半の5年間は食生活をふくむライフスタイルの改善のための介入研究を行うデザインの研究を計画した。心理学の研究対象としてはアクセスし易い板橋の高齢者が選ばれた。社会学の研究対象としては、東京都全域からランダムサンプリングされた高齢者が選ばれた。この長期プロジェクトのデザインと業績の一部は参考資料7)8)9)10)に紹介した。

当研究所の長期プロジェクトがスタートして以来、期間を3年間に限定せず、より研究費提供期間の長い研究も散見されるようになってきた。当研究所のプロジェクト研究が1つのインパクトを与えたのかもしれない。

参考資料(発行年順)

本稿で紹介した研究所の1972年から2000年までのプロジェクト(学際的)研究の目的や方法について紹介している資料に限定して以下に示す。東京都健康長寿医療センター内老年学情報センターに収納されており、電話予約をすれば外部者も利用できる仕組みとなっている。

1)東京都老人総合研究所・東京都養育院附属病院編　ゼロントロジー公開講座第1回　1973年

2)(財)東京都老人総合研究所編 小金井市70歳老人の総合健康調査 第1報 1983年
3)(財)東京都老人総合研究所編 プロジェクト研究 老化と寿命に関する総合的追跡研究 沖縄県大宜味村老人健康調査 1988年
4)(財)東京都老人総合研究所編 プロジェクト研究 老化と寿命に関する総合的長期追跡研究 秋田県南外村老人健康調査 1989年
5)(財)東京都老人総合研究所編 長期プロジェクト研究 中年からの老化予防総合的長期追跡研究 小金井市総合健康調査 1992年
6)(財)東京都老人総合研究所編 長期プロジェクト研究 老人性痴呆に関する総合的研究 Part1(1989－1991年度) 1992年
7)Shibata H, Suzuki T, Shimonaka Y, eds. Longitudinal Interdisciplinary Study on Aging. Paris, 1997年
8)(財)東京都老人総合研究所編 長期プロジェクト研究 中年からの老化予防総合的長期追跡研究 中年からの老化予防に関する心理学的研究－ライフイベントと精神的健康に関する縦断研究 2000年
9)(財)東京都老人総合研究所編 長期プロジェクト研究 中年からの老化予防総合的長期追跡研究 中年からの老化予防に関する社会科学的研究 2000年
10)Geriatrics Gerontology International Volume3 Supplement December, 2003 Blackwell Publishing, Carlton South Victoria 2003年

3 自然科学系研究の50年

自然科学系副所長 重本和宏

研究所創立50周年の記念誌に寄稿させて頂く機会を得て光栄に思います。老人研は1972年に老化研究所としては世界では2番目(1番目:1958年ソビエト連邦医学アカデミー老年学研究所、連邦崩壊後はウクライナ医学アカデミー老年学研究所キーウ、3番目:1974年 米国National Institute of Gerontology)、日本では唯一の施設として設立されました。研究所20年史と30年史には日本の老化研究の歴史が記録されており、先見性と重要性を認識することができます。創立後20年間は、老化の定義を明らかにすべく個体、臓器、細胞の各レベルに着目し、セレンディピティに溢れた研究が行われ、その後の10年間では生化学的および分子生物学の研究手法の進歩に伴い、分子レベルの老化のメカニズム研究が加わりました。また、1977年に日本基礎老化研究会が太田初代所長(1972年～1981年)、入来(1974年～生理学部長)、永井(1974年～生化学部長)、大橋先生(1972年～生化学部第二研究室長、1980年～部長)のご尽力により設立され、1981年に基礎老化学会へと発展しました。研究所の創立から50年間を経て老化研究の内容に健康長寿に関わる幅広い研究テーマが抱合され、多様な分野の研究者が老化モデル動物を対象とした個体、臓器、細胞の各レベルの分子メカニズムの解明と成果の社会実装を目標に研究を進めています。ここでは、まず現在の老化研究の目標と意義を述べ、そして研究所の取り組みについて現在から過去へと遡り、さらに、今後、研究所がこれから向かうべき方向について、未来への記録として書き残したいと思います。

健康長寿の延伸を目指した、認知症およびサルコペニア・フレイルなど、老化に関わる基礎研究の重要性は我が国だけでなく欧米においても年々高まっています。2014年に日本サルコペニア・フレイル研究会が設立され、2016年に学会へと発展しました。研究会の設立時に理事として自然科学系からは重本(運動器医学研究)、社会科学系から平野部長(自立促進と精神保健)と金部長(～2022年自立促進と介護予防研究)が参加しました。サルコペニアは2016年に国際疾病分類に登録され、2014年には日本老年医学からフレイルの概念が提唱されました。2020年から質問表を使ったフレイル検診が制度化されました。しかし、フレイルは疾患の概念としてまだ曖昧であり、現時点の基礎研究では健康長寿を目標とした幅広い分野がフレイルの研究と言えます。今施行されているサルコペニア・フレイルの診断基準および介入方法は、ヒトを対象とした疫学的研究から科学的根拠を得ています。一方で、臨床現場で使われている様々な疾患の診断基準と治療法は、基礎研究を基にした科学的根拠を拠り所にしており、老化の基礎研究の重要性は今後益々高まるでしょう。サルコペニア・フレイルの病態を解明して有効な予防法を開発するためには、関連する臓器や病態などの様々な専門領域に留まらず、領域横断かつダイナミックなアプローチによる基礎研究が必要です。近年、サルコペニア・フレイルの基礎研究で、動物モデルに加えヒトのデータの裏付けもあわせた秀逸な欧米の論文が散見されます。研究所

の設立時から認知症（30年誌までは痴呆症と表記）は基礎研究の重要テーマの一つでしたが、20年前にはまだ概念として存在しなかったサルコペニア・フレイルが、現在では認知症と同列で克服すべき重要な研究課題となりました。

1989年～1992年に神田先生（1983年～生理学部基礎第一研究室室長、1992年～中枢部門長）をリーダーとして「老化と運動」をテーマとする先駆的なプロジェクト研究が、実験動物とヒトの両方を対象として行われました。動物実験では運動に加えて食事制限も検討した結果、老化の様々な指標が遅延することを明らかにしました。健康長寿に対する食事と運動介入の有効性に関わる分子メカニズムは現在でも重要な課題として、早期診断バイオーカーの探索や予防・治療法の開発を目標に、内外の様々な分野の研究者が研究を進めています。老化モデルだけでなく、神経筋疾患（希少疾患）のメカニズムと治療法研究の成果から、サルコペニアへ適応拡大を目指す研究も欧米で進められています。当研究所では西宗部長（老化神経生物学）と重本（運動器医学研究）が疾患マウスモデルを使い神経筋難病とサルコペニアのメカニズム解明、そしてバイオマーカーの開発と創薬研究に取り組んでいます。遠藤玉夫先生（1994年～糖鎖生物学部門長）は長年の糖鎖研究から福山型筋ジストロフィーの原因を解明し、2017年に日本学士院賞を受賞されました。後を継いで萬谷副部長（分子機構研究）が筋ジストロフィーの治療法に加えて、糖鎖とサルコペニアの研究を進めています。ミトコンドリアに着目した健康長寿の研究は、大澤副部長（生体調節機能研究）、井上部長（システム加齢医学研究）、梅澤研究員（プロテオーム研究）が進めています。設立時から佐藤先生（1972年～生理学第二研究室長、1980年～生理学部長、1990年～自律神経研究部部長・副所長）が進めていた自立神経と脳内血流の基礎研究は，堀田部長（自律神経機能研究）と内田副部長（自律神経機能研究）が引き継ぎ、基礎研究だけでなくサルコペニア・フレイル研究の診断と治療の研究へと発展させています。

石神部長（分子老化制御研究）はビタミンCに着目したサルコペニア・フレイルの研究を行っています。また、プロテオミクス部門の三浦副部長（プロテオーム研究）と津本研究員（プロテオーム研究）は質量分析装置の新しい解析技術を開発して超百寿者の血清バイオマーカーの研究を進めています。高齢者の心不全パンデミックはフレイルの原因解明としても重要な課題ですが、豊田副部長（心血管老化再生医学研究）がメカニズムの解明に取り組んでいます。

認知症の研究は、1972年の開設時から病理学部の朝長先生（1972年～臨床病理部第二研究室長、1981年～部長）と神経内科との合同で高齢者の脳の形態学的研究が始まりました。当時は認知症の研究者は少なかったようですが、1982年に今堀先生（当時の研究所長）の提言によりプロジェクト研究として認知症（当時は痴呆症と表現）が取り上げられ、さらに東京都のプロジェクトとして1989年から10年間で8億円の研究費を得て、プロジェクトリーダーは柄澤先生（1972年～精神医学研究室長、1975年～心理学部長、1986年～副所長）が、プロジェクト運営委員として佐藤先生（1972年～生理学第二研究室長、1980年～生理学部長、1990年～自律神経研究部長・副所長）、廣川先生（1981年～基礎病理部第二研究室長、1985年～部長）、井原先生（1984年～神経生理部門室長）、本間先生（1985年～精神医学研究室長、1992年～部長）、水谷先生（1988年～臨床病理第一研究室長。1992年～部長）と老人医療センター神経内科部長の山之内先生が指名されて、研究が進められました。特に、村山先生（1992年～神経病理学部長）により創設されたブレインバンクは斎藤部長（神経病理学研究）に引き継がれて、欧米と同様にアルツハイマー病脳、パーキンソン病脳、軽度認知障害脳、その他の疾患脳と正常脳の凍結脳を、生前の臨床所見と画像データをあわせて、現在まで継続保存しており、所内だけでなく日本の研究機関の認知症研究に大きな貢献を果たしています。また、1993年にはポジトロン医学研究施設が開設され、初代施設長の木谷先生（1990年～）から千田先生（1990年～ポジトロン医学研究部門室長、1992年～施設長）へと引き継がれて、研究所のPET研究が始まりました。当時から参加していた石井研究部長（PET画像診断研究）はアルツハイマー病（AD）の研究や治験に加え、最近では社会学系のフレイル研究にもPETを活用して参加しています。また、豊原研究副部長（PET薬剤科学研究）らにより新規PETリガンドの開発も進めており、開設当時はPETが研究や診療にどう使えるのか評価も定まっていなかったようですが、今では日本のPET研究・診療の中核拠点として貢献しています。近年、AD診断はPET,MRIの画像診断とバイオマーカー（CSF、血液）の測定によるATN分類で疾患ステージの分類が可能になり、AIを使った画像診断技術の開発も進めていますが、その科学的根拠となる基盤としてブレインバンクは欠かせない重要な役割を果たしています。

現在、AD研究は転機を迎えています。発症原因としてのAβの意義や、Aβを標的とするモノクローナル抗体

治療の有効性について様々な議論があります。Tauを標的とするモノクローナル抗体の治験が進められる一方で、従来の概念を覆すADを含む認知症の発症前診断のバイオマーカーと治療薬のイノベーションを目指した基礎研究が欧米で進められています。

そのような背景の中で、鳥羽理事長と井藤前理事長のご尽力により、東京都のプロジェクトとして30億円の予算規模で2020年から5年計画で認知症未来社会創造センタープロジェクト(IRIDE)が始まりました。認知症患者の臨床データ、ブレインバンクと社会科学系の長期縦断研究の疫学研究データを各生体試料と合わせ、統合データベースとバイオバンクを連結して、所内や他の研究機関に加え企業でも活用できることを目標としています。IRIDEはブレインバンクと同様に日本の認知症研究に大きな貢献を果たすことが期待されます。自然科学系からは、木村副部長(IRIDE)と遠藤昌吾部長(記憶神経科学研究)が血液によるATN分類の超高感度測定法の開発に、またAβ-tau仮説にとらわれない発想で新規診断・治療法を目標に川野研究員(IRIDE)と重本(運動器医学研究)が、岩田神経内科部長のIRIDEのバイオマーカー研究部門に参加しています。

「細胞老化」と「個体老化」の関係については、創立時より熱い議論があったようです。細胞老化に関しては1970年代に一世を風靡したものの、その後遺伝子分析も含めた分析技術の未発達もあって、一時研究は停滞していました。しかし、近年、老化細胞を個体レベルで除去する薬物(セノリティック)やシングルセル解析の技術が開発され、細胞老化の研究は新しい展開を迎えました。がん抑制遺伝子と老化細胞の関係が解明されましたが、老化細胞から分泌されるSASPによる個体老化と加齢性疾患の関連性が注目されています。一方、テロメアの短小化が起きないストレス性早期老化を含め老化細胞の定義が今後変わる可能性があります。田久保先生(1997年～超微形態部門長)らによる多くのヒトの組織を対象としたテロメア長の解析論文は、今後も大切なデーターベースとして活用されるでしょう。現在、当研究所では杉本副部長(老化細胞研究)がセノリティックによる肺気腫治療、石神部長(分子老化制御研究)が従来とは異なる老化細胞の研究に取り組んでいますが、1977年～1981年に標準細胞系として大橋先生(1972年～生化学部第二研究室長、1980年～部長)や加治先生(1973年～アイソトープ室研究員)が日本人のヒト線維芽細胞からTIG-細胞株を確立、内外の研究者へ配布され貢献しました。Hayflickが確立したWI-38細胞は細胞老化の研究に加えウイルス感染の原因解明やワクチン開発に使用されました。

実は最近、ある企業からTIG細胞をコロナの治療薬の開発に使用したいとリクエストを受けました。石渡部長(高齢者がん研究)と佐々木研究員(心血管老化再生医学研究)は難治性膵臓がんに対して、まず抗がん剤でがん細胞の死滅と老化細胞を誘導した後で、老化細胞除去薬でさらに攻撃するOne-To Punch治療の研究を進めています。

創立から50年を経た今、欧米でも老化研究には様々な分野の研究者が参入して、基礎研究の成果から実装化を目指す研究の競争が激化しています。欧米で健康長寿関連の研究費が増大している中、日本もようやく老化研究を重点領域として研究費を増やすようです。当センターは、自然科学系、社会科学系と臨床部門が協力して社会貢献を目指すIRIDEのデータベース・バイオバンクの研究基盤を創設しました。さらに、サルコペニア・フレイルにも同様の研究基盤を構築中です。創立50年を経て新体制の下、今までの蓄積を生かし、国際的に競争力のある研究機関としてさらに発展して貢献することを願っています。

東京都健康長寿医療センター研究所友の会について

「東京都健康長寿医療センター研究所友の会」は、平成14年4月より開始した。老化、老年病、高齢者問題の最新成果をお知らせし、民間企業や個人との情報交換や交流、老年学に関する知識の共有および研究所の活動にご支援・ご賛同いただくことを目的とした制度である。なお、令和2年4月より「東京都総合老人研究所友の会」から「東京都健康長寿医療センター研究所友の会」へ名称変更した。

活動内容は、研究所の主催する行事への招待、講演会やセミナーの開催、会員のための情報提供など幅広く行っている。また、研究所と会員との交流および会員相互の親睦を深めるため、友の会交流会の開催や研究所機関誌の提供、東京都健康長寿医療センター研究所発行の出版物の会員割引など様々な会員特典があることが特長。

文責:友の会事務局

4 社会科学系研究の50年

社会科学系副所長 粟田 主一

はじめに

1992年に刊行された「老人研20年史」を紐解くと、1972年の老人総合研究所の創設にあたって、「如何にして学際的な老年学研究所を設立するか」という大問題が検討されていたことを知ることができる。その結果、各研究者の研究分野を重視する「分野別研究」(経常研究)を縦糸とし、それらを貫く課題設定型の学際的な「プロジェクト研究」を横糸とする、謂わば「老年学という布を織る」という考え方を底流にもつ組織体制が構築されるに至ったということである。

創設当初の「分野別研究」については、当初は自然科学系・社会科学系という区分はなく、複数の学部・室による研究体制がとられ、1990年からはそれが系・部門の体制となり、2009年の独法化を契機に、自然科学系、社会科学系という2つの系の下に複数のチーム研究を配し、それぞれのチームの下にテーマ研究を配置するという体制がとられるようになった。一方、「プロジェクト研究」については、当初は「百歳老人の生活史」をはじめとする5課題が設定されたが、1980年までに54課題が設定され、1989年以降，これらのプロジェクト研究とは別に、特別研究として、「老人性痴呆に関する総合的研究(1989～2008)」と「中年からの老化予防総合的追跡研究(1990～2008)」という2つの学際的な長期プロジェクト研究が立ち上げられた。このプロジェクト研究の成果は、今日の「認知症未来社会創造センター」や「フレイル予防センター」の学際的プロジェクトに連なるものである。そこで、本稿では、認知症及びフレイルにフォーカスをあてて、今日に連なる社会科学系研究の歩みを概観してみた。

認知症の研究

「老人性痴呆に関する総合的研究」は、病院部門と研究部門との協働による20年間の長期プロジェクト研究であった。初代プロジェクトリーダーは柄澤昭秀副所長(1989-1991)が務め、その後は佐藤昭夫副所長(1992-1995)、安藤進副所長(1996-2002)、本間昭研究部長(2003-2006)、丸山直規副所長(2007-2008)が引き継がれた。このプロジェクトでは、基礎～臨床、自然科学～心理学・精神医学・社会科学にわたる広範な研究が行われている。心理学・精神医学・社会科学的研究のみを概観すると、第1期(1989-1998)には、認知症の発症や精神的随伴症状に関連する病前性格の研究(柄澤)、認知症性疾患の疫学的・臨床的診断の妥当性に関する研究(小山)、アルツハイマー型認知症者の認知機能の縦断的研究(笹沼)、認知症高齢者のケア技術に関する研究(七田)、認知症ケアに適した施設の構造条件に関する研究(林)、地域在住高齢者における認知症の有病率調査(本間)、認知症の主要類型における神経心理特性に関する研究(笹沼)、特別養護老人ホームにおける認知症高齢者のケア・生活環境に関する研究(狩野)などがあり、第2期(1999-2008)には、認知症高齢者ケアの実証的研究(高橋)、行動介入による認知症予防の研究(本間)、特定高齢者における地域型認知症予防プログラムの有効性の検討(本間)などがある。これらの研究成果は、定期的に編纂された研究報告書に掲載されるとともに、年2回、「老研特別プロジェクト情報」として都民にも発信された。

2009年の独法化を契機に、研究所は自然科学系と社会科学系に分かれ、チーム研究(テーマ研究)の体制がとられるようになり、認知症に特化した大型のプロジェクト研究は一旦停止した。しかし、この間にも、自然科学系及び社会科学系のチーム研究(テーマ研究)において、認知症に関する重要な研究が継続されている。社会科学系に限定して概観してみると、自立促進と介護予防研究チーム(2018年～自立促進と精神保健研究チーム)では、地域に暮らす認知症高齢者の生活実態調査、認知症の早期診断・早期支援に関わる地域支援体制の構築に関する研究、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの構築に関する研究、認知症疾患医療センターの質の確保に関する研究、若年性認知症の疫学調査、認知症の当事者参画を基礎とする認知症フレンドリー社会に関する研究、認知症高齢者の口腔保健と栄養に関する研究などが実施されており、社会参加と地域保健研究チームでは認知症の発症予防に関する地域介入研究、福祉と生活ケアチームでは、認知症の行動・心理症状のケアに関する研究、エンド・オブ・ライフケアに関する研究、社会的困難事例に関する研究などが実施されている.

2020年には、東京都の特別交付金によって、新たに認知症未来社会創造センターが設置され、再び病院・研究所、自然科学系・社会科学系が協働した学際的なプロジェクト研究がスタートした。その概要は本書の別稿を参考にされたい。

フレイルの研究

「中年からの老化予防総合的追跡研究」の統括リーダーは、1999年までは柴田博副所長が務められ、2000年以降は鈴木隆雄副所長が引き継がれた。このプロジェクトの2000年までの歩みについては、柴田博先生の「創立から2000年までの研究所のプロジェクト：(学際的)研究の歩み」を参照していただきたい。

2001年からは、「元気高齢者に対する健康の維持・増進、生きがい・社会参加の促進」「老年症候群からねたきり予防, 健康寿命の延伸、医療費抑制に向けた予防プログラムの開発」「高齢者のQOL向上、都市型高齢者のサクセスフル・エイジングの提唱」を基本理念とする第2期のプロジェクトがスタートした。ここでは、1)高齢者の社会参加あるいは社会活動の推進、2)高齢者の身体活動と運動の定着化、3)老年症候群の発症予防及び介護予防を目的とした包括的健康調査(「お達者健診」)と予防活動の開発・推進、という新たな研究課題が設定されている。2000年に介護保険制度が導入されてから、「介護予防」が重大な政策課題として浮上し、2003年には都の委託事業として「東京都介護予防緊急対策室」が設置された。これによって、長期プロジェクトの数多くの研究成果が、東京都の介護予防政策に反映される仕組みが作られるようになった。これについては、大渕研究部長のテーマ研究の紹介を参照されたい。

2009年の独法化に伴い、「中年からの老化予防総合的追跡研究」は一旦終結されるが、新たにスタートした4つの長期縦断研究、すなわち,「虚弱の予防戦術の解明」、「板橋お達者健診」、「SONIC研究」、「全国高齢者の健康と生活に関する長期縦断研究(JAHEAD)」にその理念が継承された。これらのプロジェクトは、チーム研究(テーマ研究)を横串に貫く学際的な長期プロジェクト研究であるが、一方、個別のテーマ研究とも密接な関連をもって進められている点に特徴がある。すなわち、「虚弱の予防戦術解明」は「ヘルシーエイジングと地域保健」のテーマと、「お達者健診」は「介護予防」「フレイルと筋骨格系の健康」「口腔保健と栄養」のテーマと、「SONIC研究」は医療・介護システムのテーマと、「全国高齢者の健康と生活に関する長期縦断研究」は「大都市高齢者基盤」のテーマと密接に関連し、それぞれのテーマリーダーがプロジェクトリーダーを務めている。各プロジェクトの研究概要については、現在のそれぞれのテーマリーダーの寄稿文を参照されたい。

2017年より、5つ目の長期縦断研究として「認知症を中心とした老年医学・老年学研究のプラットフォーム構築(高島平スタディ)」が発足した。このプロジェクトは認知症とフレイルを総合的に研究することを目的としており、社会科学系の副所長がプロジェクトリーダーを務めた。2023年度からはじまる第4期中期計画では, これら5つのすべての長期縦断研究を統合し、Tokyo Longitudinal Study on Ageingという新たな統合コホートを立ち上げ、認知症とフレイルの両者にフォーカスをあてた、本格的な学際的プロジェクト研究を始動させる予定である。また、2020年より、このような統合コホート研究の実現を見据えて、これらの成果を社会実装につなげていくことを最終目標とする「認知症未来社会創造センター」と「フレイル予防センター」という2つの学際的プロジェクトを創設している。今後の東京都健康長寿医療センター研究所の大きな柱になるものと考えている。

参考資料

1) (財)東京都老人総合研究所. 老人研20年史.1992年.
2) (財)東京都老人総合研究所. 老人研30年史. 2003年.
3) (財)東京都老人総合研究所:長期プロジェクト研究報告書,老人性痴呆にする総合的研究.Part I (1989～1991年度),1992年.
4) (財)東京都老人総合研究所:長期プロジェクト研究報告書,老人性痴呆に関する総合的研究.(1992～1995年度).1996年。
5) (財)東京都老人総合研究所:長期プロジェクト研究報告書、老人性痴呆に関する総合的研究.1989～1997年度),1998年.
6) (財)東京都老人総合研究所:長期特別プロジェクト「老人性痴呆に関する総合的研究」.平成14年度成果報告書. 平成15年.
7) (財)東京都老人総合研究所:平成15年度長期特別プロジェクト「老人性痴呆に関する総合的研究」.中間報告書 平成11年度～平成15年度.平成16年.
8) (財)東京都老人総合研究所:長期特別プロジェクト「老人性痴呆に関する総合的研究」.平成16年度成果報告書. 平成17年.
9) (財)東京都老人総合研究所:長期特別プロジェクト「老人性痴呆に関する総合的研究」.平成17年度成果報告書. 平成18年.
10) (財)東京都老人総合研究所:長期特別プロジェクト「老人性痴呆に関する総合的研究」.平成19年度成果報告書. 平成20年.

5 ポジトロン医学研究施設と附属診療所

神経画像研究チーム 研究部長 石井賢二

歴史

ポジトロン医学研究施設は、老化と老人病の研究を進め、かつ患者のために高度に先進的な臨床診断法を提供する目的で1984年8月に東京都老人総合研究所に設立された、ポジトロンCT(以下PET)を主体とした研究施設である。人を対象とした診療行為(PET診断)を行うため、医療施設としての届出も行っており、これが附属診療所であるが、両者は一体である。国内では13番目のPET施設として開設された。開設に至る経緯は以下の通りである。

1984年に東京都老人総合研究所と米国国立衛生研究所(NIH)との研究協定が結ばれた。これに際し、NIHを訪問した当時の今堀和友所長と研究所幹部がNIHの臨床センターで稼働を始めたPET施設を見学し、生体の分子機構を可視化できる技術に感銘を受けた。これを契機として研究所へのPET導入の発議が起こり、翌1985年1月にポジトロンCT導入計画検討委員会が発足。同年9月に養育院首脳部会議でポジトロンCT導入が正式に承認された。東京都との粘り強い交渉により予算が確保され、1988年7月にポジトロンCT施設開設準備室が発足。東上線の線路を隔てた仲町キャンパスに老化モデル動物開発施設とともに、新たな建屋を建設し、常勤スタッフ6名を配置する構想が立てられた。生理学部臨床第一研究室長の木谷健一が準備室長を兼務し、外山比南子と末広牧子が最初のスタッフとして着任し準備を進めた。1989年7月には千田道雄が開設準備室長として着任、11月には佐々木徹と織田圭一、1990年4月に石井賢二が着任し、開設時の6名のスタッフが揃った。これに、サイクロトロンオペレーター1名(派遣)、看護師1名(非常勤)、事務1名の体制で、1984年8月に開所し、サイクロトロン、合成装置、PET撮像装置の試験運転を重ね、11月1日に第1例目のPET検査が実施された。被験者は当時の積田亨研究所所長であった。

当時国内でPET研究が先行して行われていたのは京都大学、九州大学、東北大学、放射線医学総合研究所、秋田県立脳血管研究所など限られた施設であり、我々と相前後して東京大学、国立精神神経センター(当時)のPET施設も開設された。この当時、PET研究を推進する最大の原動力は脳研究であり、どのPET施設も脳研究を主に行っていた。また、腫瘍診断や心疾患への応用も将来の発展が有望視される領域であった。

PETは物理学・工学・薬学・生理学・生化学・病理学・臨床医学などを取り込む学際的な領域であり、ポジトロン医学研究施設は最小のスタッフ構成ではあるが、PETの各領域をカバーできる専門の異なる研究者(薬剤開発2名:末広・佐々木、データ解析1名:外山、放射線計測1名:織田、医師研究者2名:千田・石井)で構成され、各分野での対外的な研究交流も活発に行われた。千田室長は、PETに関わるあらゆる分野を研究の対象とし、全ての職員に研究マインドを持つことを推奨した。また、地位や立場にかかわらず、積極的に研究に参画し建設的な意見を述べる人を研究において優遇する能力・実績主義を基本に研究室の運営をおこなった。この指針は、我々のようなスモールグループがこの研究領域で生き延びて行く上での原則として、現在の施設運営にも伝統的に受け継がれている。

常勤スタッフとしては、1991年に末広が転出し石渡喜一が後任に着任。1999年外山が転出し、木村裕一が後任に着任。2001年3月に千田室長が転出した後、医師研究者は石井1名となり、石井が附属診療所長を、研究グループリーダーを石渡が引き継いだ。 2005年に佐々木が所内配置換えで転出した後は2010年に豊原潤が着任するまでは薬剤開発担当は石渡1人であった。2007年に木村が転出し、 その後はプロジェクト常勤の坂田宗之が業務を引き継ぎ2009年に解析担当スタッフとして着任した。研究所内の組織としては何回かの改組を経ているが、PET施設は一貫して独立したひとつのグループとして活動することができた。2000年代前半に研究体制縮小が図られた時期は欠員ポストの補充が適わず、一時常勤スタッフ3名で運用していたこともある。この頃は大変苦しい時期であったが、一方で基礎と臨床で多方面に研究が発展し、現在の基盤が築かれた時期でもあった。2013年に新施設建設に伴いPET施設も新施設内に移転することになり、その活動は神経画像研究チーム(PET薬剤科学研究・PET画像診断研究)に引き継がれた。

過去の成果

研究

本施設の特徴は、本邦のほとんどのPET施設が病院に付設されているのと異なり、研究所に付設された点であり、研究と診療の両機能を持った施設として、組織上も、設備の面でも計画されたことである。動物PETカメラをはじめ、動物用麻酔装置、一時

飼育用ケージなど基礎研究のための設備が備えられた。施設開設当初は臨床PET研究の発展期であり、全てが新しく手作りで、京都大学とマサチューセッツ工科大学でPET研究を経験した千田室長の指揮の下、各分野の研究が立ち上げられた。千田はPETに関わる全ての領域での研究をバランス良く行うことを志向して全体を指揮する一方、画像データ解析を行うプログラムライブラリーを自ら作成し、臨床検査の基盤を構築した。佐々木はセカンドメッセンジャーなど斬新な発想で新しい細胞機能の画像化を志した。

その他の具体的な研究成果は神経画像研究チームの記事に譲る。

診療

附属診療所は開設当初から研究所に附属する独立した医療施設として設置された。ほとんど全ての臨床検査は研究として実施しているが、診断的意義の大きい検査も多く、患者を対象とする検査に対しては、PET検査結果のレポートを依頼医に返却する対応を行った。1996年4月より酸素-15標識ガス検査が、2002年4月からはFDGによる悪性腫瘍の診断、虚血性心疾患の評価、てんかん焦点診断が保険適用となり、診断目的のPET検査のニーズが増えた。附属診療所では2000年4月から受託契約による保険診療検査を開始、2004年4月からは保険医療機関として登録し、独自の保険診療を開始した。

現状と展望

2013年の施設閉所以降の歩みは、神経画像研究チーム（PET薬剤科学研究とPET画像診断研究）に引き継がれた。新施設においても、PET関連の設備（サイクロトロンと合成装置、動物実験設備、臨床用の機器）の管理と運営は神経画像研究チームで行っている。

PET施設外観

1991年のPET施設メンバー

2018年のPET施設メンバー

自然科学系

老化機構研究チーム　分子機構研究

歴史

当研究室は、1994年に財団法人東京都老人総合研究に着任した遠藤玉夫室長の下、糖鎖生物学部門（1994～2001）として発足し、組織改正により、糖タンパク質研究グループ（2002～2004）、老化ゲノム機能研究チーム分子認識グループ（2005～2008）を経て、独立行政法人化により老化機構研究チーム分子機構研究テーマ（2009～現在）となり、萬谷博テーマリーダー（1998年着任、2013より現職）、赤阪啓子研究員（2003年着任）、今江理恵子研究員（2017年着任）、星野駿介研究員（2020年着任）という体制で研究を進めている。

2014年より東京農工大学農学府応用生命化学専攻との連携大学院として健康長寿科学研究室を開設、2018年より明治薬科大学健康薬学コースを担当し、学部生と大学院生の研究指導や講義を行なっている。これまでに、東京大学、首都大学東京（現東京都立大学）、帝京大学、東京理科大学、学習院大学、工学院大学、日本大学、神奈川大学、東海大学、日本女子大学から研究生を受け入れて学部生や大学院生の研究活動を推進してきた。

当研究室では、1994年の発足当時から「糖鎖」に焦点を当てて研究を行なっている。糖鎖は細胞の分化や増殖等で大きく変化し、細胞同士の認識や細胞外部からのシグナルの受容体など細胞認識機構全般に関わる重要な因子である。老化の背景にはこうした糖鎖に含まれる情報の変化があると考え、老化や疾患に関わる糖鎖変化とその変化の持つ意味を明らかにすることで、老化や疾患のメカニズムを解明し、予防・治療法の開発に応用することを目指している。

＜これまでに在籍した研究員＞

遠藤玉夫シニアフェロー（初代室長、前副所長）、佐藤雄治研究員、佐々木翼研究員、高橋誠一郎研究員、三浦ゆり研究員（現プロテオームテーマリーダー）、桜井洋子研究員、林昌美研究員、山田健之研究員、岡田豊博医師（老人医療センター兼務）、四宮あや医師（老人医療センター兼務）

成果

近年では糖鎖解析技術の高度な発展により、液体クロマトグラフィー質量分析計（LC-MS/MS）による網羅的かつ定量的な超高感度解析法が一般的になっている。糖鎖生物学部門発足当時の糖鎖解析技術はまだ黎明期にあり、定量的、網羅的、高感度な分析方法の開発が進められていた。当研究室では、糖分解酵素を利用した逐次分解法に2次元高速液体クロマトグラフィーや質量分析を組み合わせた独自の高感度糖鎖分析法を開発し、アルツハイマー病変異型APP（アミロイド前駆体タンパク質）の糖鎖変化やHIV（ヒト免疫不全ウイルス）エンベロープタンパク質の糖鎖、脳・筋機能に重要なジストログリカンタンパク質の糖鎖など、老化や疾患に関わる多くの糖鎖構造報告してきた。こうした糖鎖構造解析の成果は、当研究室の現在の研究テーマの源流となっている。

1. *O*-マンノース型糖鎖の発見と糖鎖異常による筋ジストロフィー症

O-マンノース型糖鎖はタンパク質のセリン（Ser）あるいはスレオニン（Thr）にマンノースを介して結合する糖鎖である。哺乳類の*O*-マンノース型糖鎖は、1997年に神経や筋細胞膜に存在するタンパク質であるジストログリカンの糖鎖解析から遠藤らが世界で初めて発見し論文を発表した。さらに、本糖鎖の合成酵素POMT1、POMT2、POMGNT1を同定し、これらの酵素をコードする遺伝子が先天性筋ジストロフィー症の原因遺伝子であったことから、*O*-マンノース型糖鎖の合成異常が先天性筋ジストロフィー症の原因となるという新たな病態機序の提唱に至った。

この発見以降、同様の筋ジストロフィー症を呈する原因遺伝子が多数報告され、これらの疾患では共通してジストログリカンの*O*-マンノース型糖鎖不全が検出されることから、現在では「ジストログリカノパチー」と総称されており、先天性筋ジストロフィー症の中で日本では最も頻度が高い福山型筋ジストロフィー症も含まれる。ジストログリカンは、骨格筋の維持や脳発生に必要とされる巨大なタンパク質複合体（ジストロフィン−糖タンパク質複合体）を構成しており、その中で、*O*-マンノース型糖鎖は細胞外マトリックスタンパク質がジストログリカンに結合するために利用される。ジストログリカノパチーでは*O*-マンノース型糖鎖を合成できないため、ジストロフィン−糖タンパク質複

合体の形成不全となることが、筋変性や脳発生障害の原因となると考えられている。

2018年に、福山型の原因遺伝子FKTNと類縁疾患の原因遺伝子FKRP、TMEM5（RXYLT1）、ISPD（CRPPA）の機能を同定し、*O*-マンノース型糖鎖の完全な構造[(3GlcAβ1-3Xylβ1)n-3GlcAβ1-4Xylβ1-4RboP-RboP-3GalNAcβ1-3GlcNAcβ1-4(phospho-6)Manα1-]の解明に成功した。この構造はこれまで哺乳類では報告されていないリビトールリン酸（RboP）を含む新しい糖鎖であった。この糖鎖の合成においてFKTNとFKRPはRboP転移酵素であり、TMEM5はRboPにキシロース（Xyl）を転移する酵素、ISPDはRboP修飾の原料となるCDP-リビトール（Rbo）の合成酵素であることを明らかにした。

世界で初めて発見されたRboP修飾糖鎖の合成機構および完全構造の解明は、福山型筋ジストロフィー症を含むジストログリカノパチーの病態解明に大きく貢献した。

2. アルツハイマー型認知症における糖鎖

アルツハイマー病（AD）の脳の病理学的特徴のひとつにアミロイドβ（Aβ）の蓄積による老人斑がある。家族性ADの遺伝学的解析からアミロイド前駆体タンパク質（APP）が危険因子として同定されており、APPのプロセシングによるAβの産生・蓄積のメカニズムはADの創薬標的として重要である。生体のタンパク質の多くは糖鎖を有する糖タンパク質であり、このような糖鎖はタンパク質の物性や機能の決定において重要な役割を担っている。APPやプロセシングに関わるセクレターゼなどの酵素も糖タンパク質であることから、当研究室ではAPP代謝における糖鎖の役割について研究を進めてきた。当初は、APP代謝と糖鎖との関連性を調べる目的で、蛍光標識を利用した微量糖鎖構造解析法により、家族性AD患者に見られる変異APPの*N*型糖鎖構造を解析した。その結果、変異型APPでは正常型に比較してbisecting GlcNAcという構造が増加することを明らかにした。この糖鎖変化のADにおける普遍性を確認するため、ブレインバンクより供与された孤発性AD患者の脳を用いて、定量PCR法によりbisecting GlcNAc構造の合成酵素であるGnT-III mRNAの発現を調べたところ、AD患者脳ではGnT-IIIのmRNAの発現が増加していた。そこで、脳に老人斑が形成されるADモデルマウスを用いてGnT-IIIのノックアウト（KO）マウスを作製した。その結果、bisecting GlcNAc構造を合成できないGnT-III KOマウスでは老人斑が全く形成されなかったことから、GnT-IIIによるbisecting GlcNAc構造の増加がAβの産生および蓄積を促進しADの進行に深く関与することが明らかとなった。

＜主な受賞歴＞

遠藤玉夫：日本学士院賞（2017）、朝日賞（2007）、日本薬学会学術振興賞（2003）、東京都知事賞（2002）

佐藤雄治：日本基礎老化学会奨励賞（2006）　萬谷博：日本薬学会学術振興賞（2019）、日本生化学会JB論文賞（2011）、日本糖質学会奨励賞（2010）　赤阪啓子：日本生化学会JB論文賞（2018）、柿内三郎記念奨励研究賞（2011）　今江理恵子：日本生化学会JB論文賞（2022）

現状と展望

O-マンノース型糖鎖の研究では、これまでに同定してきた合成酵素の構造解析を進めている。最近、FKRP、POMGNT1、POMGNT2の結晶構造の解明に成功し、糖鎖合成の新しいメカニズムや原因遺伝子の変異と筋ジストロフィー症の病態との関連など、重要な知見が明らかになっている。また、CDP-Rboの類似化合物であるCDP-グリセロール（Gro）を哺乳動物の組織／細胞から初めて発見し、その合成酵素PCYT2を同定した。さらにCDP-Groには、CDP-Rboと競合してRboP修飾を抑制することで*O*-マンノース型糖鎖の合成制御因子としての作用があることを見出している。近年*O*-マンノース型糖鎖の伸長はがんの転移や悪性化、網膜色素変性症、心筋再生などとの関連も指摘されていることから、今後、こうした新しい糖鎖修飾の生合成や制御機構の生理的意義についての理解が進むことによって、筋ジストロフィー症をはじめとする様々な疾患の病態解明や治療法開発への応用につながることが期待される。

アルツハイマー型認知症における糖鎖の研究では、*N*型糖鎖修飾だけではなく*O*型糖鎖修飾もAPPのプロセシングに重要な役割を果たしていることを明らかにしてきた。ブレインバンク検体を用いた解析から*O*型糖鎖修飾の開始酵素の1つであるGALNT6がAD脳で増加することを見出し、GALNT6によるAPPの*O*型糖鎖修飾の増加がAβ産生を減少させることを明らかにした。GALNT6以外にもAD脳で発現が変動する酵素をいくつか見出しており、現在APPのプロセシングとの関連を解析している。一方で、APPの研究からも示されている通り、生体内では*N*型、*O*型の糖鎖修飾は同時に各々のメカニズムによって制御されており、実際のAβ産生量は多様な糖鎖修飾の複合的な影響の結果であり、単一の糖鎖修飾の機能を調べるだけでは、ADの病態を理解することは難しい。そこで当研究室では、従来の個々の機能

単位としての糖鎖やタンパク質の解析と並行して、マルチオミックスによる糖鎖、タンパク質、遺伝子、前駆体の変化の網羅的定量解析を行っている。こうした研究を通して、老化や疾患を規定するもの（分子、代謝、変化）の本質に迫ることを目指している。

文責：分子機構研究チーム
研究副部長　萬谷博

自然科学系

老化機構研究チーム　プロテオーム研究

歴史

「プロテオーム」の歴史は、2002年度に戸田年総研究員が「プロテオーム共同研究グループ」を立ち上げたことに始まる。戸田先生は、二次元電気泳動と画像解析を組み合わせて個々のタンパク質の動態を把握し、質量分析によってタンパク質の同定を行う「プロテオーム解析法」を確立し、老化研究に導入した。複数企業の協力の下に関連主要機器を研究所内に設置し、プロテオーム共同研究センターの運営を始めた。関連主要機器の中には、2002年のノーベル化学賞受賞の対象となったマトリクス支援レーザー脱離イオン化法 （MALDI: Matrix-Assisted Laser Desorption / Ionization）を用いた島津製作所の質量分析計 （AXIMA-CFR）もあった。後にノーベル賞を受賞した田中耕一フェロー本人が、機器導入時の調整に来所されたとのことで、「島津製作所　主任　田中耕一」という名刺が、装置に貼ってあったのを記憶している。

当時、プロテオーム解析を行うシステムの整っていた施設は少なく、様々な大学、企業から多くの協力研究員や研究生が当グループに来て研究していた。

その後、2005年の組織再編を機に「老化プロテオーム」となり、さらに2009年の独立行政法人化の際に「プロテオーム」となった。研究内容としては、2011年に戸田先生が横浜市立大学に移られるまで、二次元電気泳動を中心とするプロテオーム解析に取り組み、また大学や企業と幅広く共同研究を行った。

2012年に三浦ゆり研究副部長がプロテオームのリーダーとなり、分析機器も順次更新され、現在、研究の中心はショットガンプロテオミクスや翻訳後修飾プロテオミクスとなっている。

過去の成果

当初より戸田先生らは「ヒト正常二倍体線維芽細胞の老化に伴うタンパク質変化のプロテオーム解析」に取り組んでおり、その後、テーマをさらに拡げてドパミン神経系培養細胞株（SH-SY5Y）を用いた「神経系細胞の老化と変性脱落のプロセスにおける酸化ストレスの関わり」について解析した。また、翻訳後修飾のプロテオーム解析にも取り組み、リン酸化シグナル制御タンパク質である14-3-3タンパク質メチオニン残基のスルホキシド化レベルが加齢に伴って増加することなどを明らかにした。

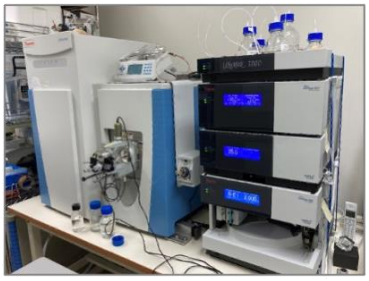
現状

現在、メンバーは三浦研究副部長、津元裕樹主任研究員、梅澤啓太郎研究員、川上恭司郎研究員の4名である。

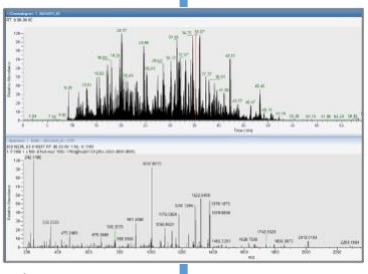
テーマとしては、生体内で発現しているタンパク質の量的あるいは質的な変化を明らかにすることで、老化や老化関連疾患の病因・病態の解明や、バイオマーカー開発を目指している。具体的には、大きく分けて以下の三つの項目について研究を進めている。

【研究テーマ　1】新規解析技術の開発

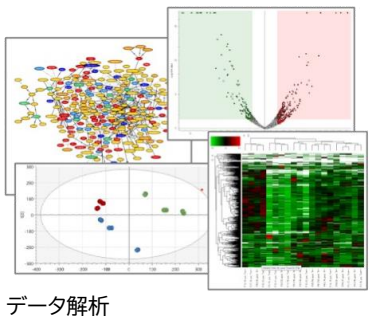
タンパク質の機能は、さまざまな翻訳後修飾によって制御されている。そのため、タンパク質の発現だけでなく、翻訳後修飾についての情報を得ることは、プロテオーム解析において非常に重要である。そこで、分析の主力である「質量分析」を用いて翻訳後修飾を感度よく分析するための技術



分析



データの取得



データ解析

開発を行っている。糖鎖修飾、アシル化修飾、超硫黄修飾などの網羅的解析に取り組んでいる。

【研究テーマ　2】老化・老化関連疾患の病因・病態の解明

老化や疾患によって細胞や組織の機能が損なわれると、生命活動の担い手であるタンパク質にはさまざまな変化が生じる。これらの変化を調べることで、細胞や組織で何が起きているのか、分子メカニズムを明らかにする。糖尿病とその合併症、前立腺がん、認知症などの病態解明に取り組んでいる。

【研究テーマ　3】老化・老化関連疾患のバイオマーカー探索

血液などのような比較的侵襲性の低い検体は、診断や治療のバイオマーカーを探索するのに適している。そこで、血液中の細胞外小胞（extracellular vesicle）に含まれるタンパク質や血しょうタンパク質糖鎖を指標

TIG細胞について

TIG細胞系統は、東京都老人総合研究所のプロジェクトチーム（後の老人研細胞管理委員会）で樹立されたヒト由来線維芽細胞である。老化研究用の標準細胞を得ることを樹立の目的としたため、正常2倍体であることや、細菌・マイコプラズマの混入がないことなどが厳密に検討された。このような特徴から、TIG細胞は細胞老化に関する研究などに広く用いられている。全部で25系統あるうち23系統のTIG細胞は、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所　JCRB細胞バンク（https://cellbank.nibiohn.go.jp）より、入手することができる（表1）。TIG-1，TIG-3，TIG-7細胞は、PDL（population doubling level）10代ごとに凍結保存され、細胞老化の各段階の細胞がすぐに使用できるようになっている。

当研究所にもこれらの凍結細胞は保存されていたが、2005年に近藤昊先生が研究所を退任されるのを機に、保管していた全ての細胞（TIG以外の細胞を含め30種類の細胞株・アンプル623本）をJCRB細胞バンクに送り、現在、保管と分譲は細胞バンクが行っている。本稿を書くに当たり、JCRB細胞バンク佐藤元信先生に近藤先生からの当時の「送り状」をいただいた。佐藤先生に深謝申しあげると共に、細胞への熱い想いが伝わってくる近藤先生の文章に研究者としての気概を見た思いがした。2014年に亡くなられた近藤先生のご冥福をお祈りする。

文責：老化機構研究チーム　研究副部長　三浦ゆり

種類	細胞名	由来 年齢, 性別	細胞樹立者	細胞寄託者	登録年	JCRB細胞登録番号[1)]
ヒト胎児肺由来線維芽細胞	TIG-1	Fetal, F	TMIG[2)]	Matsuo,M	1985	JCRB0501,JCRB0502,JCRB0503, JCRB0504, JCRB0505
	TIG-2	Fetal, F	登録なし			
	TIG-3	Fetal, M	TMIG	Matsuo,M	1985	JCRB0506,JCRB0507,JCRB0508, JCRB0509, JCRB0510
	TIG-7	Fetal, M	TMIG	Matsuo,M	1985	JCRB0511,JCRB0512,JCRB0513, JCRB0514, JCRB0515
ヒト胎児皮膚由来線維芽細胞	TIG-2S	Fetal, F	登録なし			
	TIG-3S	Fetal, F	TMIG	Kimura,S & Kondo,H	2004	JCRB0544
ヒト胎児筋肉由来線維芽細胞	TIG-2M	Fetal, F	TMIG	Ooka,H	1989	JCRB0525
ヒト皮膚由来線維芽細胞	TIG-101	86 Y, F	Yamamoto, K	Ooka,H	1989	JCRB0526
	TIG-102	97 Y, F	Yamamoto, K	Ooka,H	1989	JCRB0527
	TIG-103	69 Y, F	TMIG	Ooka,H	1989	JCRB0528
	TIG-104	72 Y, M	TMIG	Ooka,H	1989	JCRB0529
	TIG-105	75 Y, F	TMIG	Ooka,H	1989	JCRB0530
	TIG-106	80 Y, F	TMIG	Ooka,H	1989	JCRB0531
	TIG-107	81 Y, F	TMIG	Ooka,H	1989	JCRB0532
	TIG-108	40 Y, F	TMIG	TMIG	2002	JCRB0537
	TIG-109	39 Y, F	TMIG	TMIG	2002	JCRB0538
	TIG-110	33 Y, F	TMIG	Kimura,S & Kondo,H	2004	JCRB0543
	TIG-111	34 Y, F	TMIG	TMIG	2004	JCRB0541
	TIG-112	40 Y, F	TMIG	TMIG	1998	JCRB0533
	TIG-113	21 Y, F	TMIG	TMIG	2003	JCRB0539
	TIG-114	36 Y, M	TMIG	TMIG	1998	JCRB0534
	TIG-118	12 Y, F	-	-	1999	JCRB0535
	TIG-119	6 Y, M	TMIG	TMIG	2003	JCRB0540
	TIG-120	6 Y, F	TMIG	TMIG	2004	JCRB0542
	TIG-121	8 M, M	-	TMIG	1999	JCRB0536

としたバイオマーカー探索を行う。認知症、健康長寿、フレイルなどのバイオマーカー探索に取り組んでいる。

展望

プロテオームは探索的研究を中心として、解析手法の開発と臨床検体への応用を軸に研究を進めている。今後も独創性の高い分析技術を開発し、臨床検体の解析に応用することで、高齢者の健康寿命延伸に貢献していきたい。

文責：老化機構研究チーム
研究副部長　三浦ゆり

自然科学系

老化機構研究チーム　システム加齢医学研究

歴史

平成28年1月に老化制御研究チーム　健康長寿ゲノム探索のテーマリーダーに井上聡が着任し、性ホルモンおよびビタミンKによる加齢性運動器疾患の予防・治療効果、高齢者の健康長寿を脅かす前立腺がんをはじめとしたホルモン依存性がんの病態解明と臨床応用に関する研究を開始した。平成30年4月よりシステム加齢医学研究に改称し、令和元年4月に老化機構研究チームに移行した。

現在、当テーマはテーマリーダーである井上聡をはじめ、専門副部長として高山賢一、研究員として佐藤薫、竹岩俊彦の総勢4名である。また、自治医科大学より大学院生1名を受け入れている。

成果

高齢者に対するアンドロゲンやエストロゲンの補充療法により改善される加齢性の表現型が存在することから、性ホルモンの低下が老化の一部を担うことが考えられる。そこで、性ホルモン作用の観点から老化・老年病のメカニズム解明と臨床応用に向けた研究を進めている。特に転倒・骨折・関節疾患などの運動器の疾患は、本邦高齢者が要介護となる主要な原因であることから、筋肉・骨の老化メカニズムと、サルコペニア、骨粗鬆症、変形性関節症を含むロコモティブ症候群やフレイルにかかわる研究に注力している。

性ホルモンであるアンドロゲンおよびエストロゲンは、それぞれ核内受容体であるアンドロゲン受容体（AR）とエストロゲン受容体（ER）を活性化し、遺伝子の転写や下流のシグナル経路を調節する。前任機関において井上らは、エストロゲン応答遺伝子としてCOX7RPを同定し、ミトコンドリア内膜に存在しエネルギー産生にかかわる呼吸鎖複合体の会合を促進することを見出した（呼吸鎖超複合体）（Nat Commun 4, 2147, 2013）。さらに、呼吸鎖超複合体はミトコンドリアにおけるエネルギー産生を亢進し、筋肉の運動持続力の向上や体温維持（Nat Commun 4, 2147, 2013）、また本研究所に異動後には糖代謝（Sci Rep 7, 7606, 2017）に関わることを明らかにした。さらに、エストロゲンは脱共役蛋白質UCP3の発現を抑制し、ミトコンドリア機能と筋肉の運動持続力を向上させることも明らかにし、エストロゲンによるミトコンドリア制御が筋肉機能に重要であること、サルコペニア・フレイルの治療への応用可能性を提唱した（BBRC 480, 758-764, 2016）。

ビタミンKはγ-カルボキシラーゼ（GGCX）の補酵素として血液凝固に重要な役割を担うことが知られているが、骨代謝にもかかわっており、現在では骨粗鬆症の治療薬として使用される。一方で、ビタミンK作用の分子メカニズムはいまだ十分に解明されていない。全身性GGCX欠損マウスは胎生致死であるため、骨芽細胞特異的なGGCX欠損マウスを作出し骨に対する影響を解析したところ、骨芽細胞におけるGGCXの発現は骨形成の促進ではなく、むしろ異常な石灰化の抑制に働くことが明らかとなり、GGCXの生体内における作用はさらなる研究が必要であることが示唆された。最近ではGGCXの精子形成における役割を明らかにしている（Mol Cell Biol　41, e00404-20, 2021）。

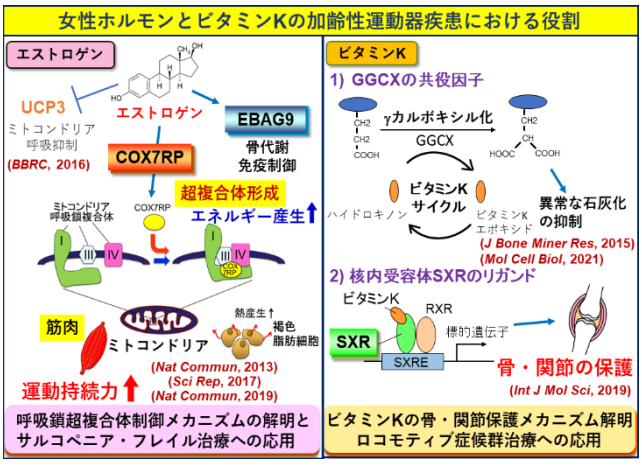
一方で、我々はビタミンKが核内受容体であるSXRのリガンドとして機能するという新規メカニズムを発見した。これまでに、SXRを介するビタミンKの作用が骨保護・関節保護に寄与することを明らかにしており、加齢に伴う変形性関節症の予防への応用可能性を提唱している（Int J Mol Sci 20, 2884, 2019）。

本邦において高齢者の罹患数が多い前立腺がんや、患者の平均年齢が上昇していることが問題となっている乳がんの多くは、それぞれアンドロゲンおよびエストロゲンに依存し増殖

する。これらのがんでは性ホルモン作用を遮断するホルモン療法が行われるが、治療抵抗性が依然として臨床上の問題である。性ホルモン作用のメカニズムを明らかにし、ホルモン依存性がんの病態解明および新たな診断・治療・予防法の開発に貢献すべく研究を進めている。これまで、アンドロゲン作用の前立腺がんにおける分子メカニズムの一端を解明してきたが（EMBO J 32, 1665-1680, 2013）、本研究所では特に蛋白質をコードしない非コードRNAであるCTBP1-ASがアンドロゲンにより誘導され、RNA結合蛋白質であるPSFおよびNONO、ヒストン脱アセチル化酵素と複合体を形成して、TP53遺伝子等の転写を抑制し去勢抵抗性前立腺がん（CRPC）の進展にかかわるメカニズムを明らかにした（PNAS 114, 10461-10466, 2017 ; Cancer Res 81, 3495-3508, 2021）。これらのメカニズムは乳がんでも重要な役割を担っていた（Cancer Res 80, 2230-2242, 2020）。また、前立腺がんにおいてARと複合体を形成する転写因子であるOCTファミリー蛋白質に注目し研究を進めており、ARとOCTファミリー蛋白質OCT1の複合体による遺伝子発現制御が前立腺がんの進展に寄与することを明らかにし、それを阻害する新規小分子化合物（PI-ポリアミド）を開発してCRPCへの治療効果を明らかにした（Oncogene 35, 6350-6358, 2016）。

一方、ホルモン依存性がんにおけるエストロゲン作用に関して、前任機関においてTRIMファミリー蛋白質をコードするEfp/TRIM25遺伝子をエストロゲン応答遺伝子として同定し（PNAS 90,11117-11121 ,1993））、乳がんの増殖亢進（Nature 417, 871-875,2002）や自然免疫・炎症反応（Nature 446, 916-921,2007）にかかわることを示し、本研究所で継続して研究を進めている（Oncogene 37, 2165-2180, 2018）。同じくTRIMファミリーに属するTRIM47に関して研究を進めた結果、炎症と関連するNF-κBシグナル経路を調節して乳がんの進展およびホルモン療法抵抗性にかかわることを見出した（PNAS 118,e2100784118, 2021）。また従来、がん細胞では一般的にミトコンドリアでなく解糖系が主要なエネルギー産生経路であると考えられてきたが（Warburg効果）、我々はCOX7RPがミトコンドリアにおけるエネルギー産生・代謝を調節して乳がんおよび子宮内膜がんの進展にかかわることを示し、がんにおけるミトコンドリア機能の重要性を提唱した（Nat Commun 10,4108,2019）。

上記のがん種に加えて、精巣がん、膀胱がん、腎がん、卵巣がんに関しても研究を進めており、当センター病院部門呼吸器内科と連携して、肺がん研究の準備も進めている。近年、患者腫瘍の病態を反映した患者由来がん細胞（PDC）や患者由来がん異種移植モデルが注目されているが、当テーマでは世界に先駆けて、病理学的特徴の異なる複数の子宮内膜がん腫瘍臨床検体より長期継代可能なPDCを樹立し、その異種移植モデルを作製することに成功した（Endocrinology 160, 1895-1906, 2019）。膀胱がん（Int J Cancer 146, 1099-1113,2020）や精巣がん（Cancer Lett 489, 79-86, 2020）の腫瘍臨床検体からもPDCやその異種移植モデルの作製に成功し、研究に活用している。



現状

エストロゲン-COX7RPにより制御される呼吸鎖超複合体の筋肉における役割を詳細に解明するため、ライブイメージングにより、呼吸鎖超複合体を定量する評価系を確立した。現在、本評価系を用いた小分子化合物ライブラリーのハイスループットスクリーニングと、同定した化合物のプレクリニカルな段階の研究が進行し、知財確保にも努めている。さらに、性ホルモンと老年病の関連を明らかにするために、骨・筋肉・神経におけるARとERの標的遺伝子・シグナル経路の探索を進めている。

ビタミンKに関して、骨代謝を制御する分子メカニズムの研究を進めつつ、新たに当研究所の社会科学系研究室と共同研究を開始し、社会科学系研究室が主催する高齢者を対象とした長期縦断コホート（板橋お達者健診）の健診結果の解析を進めている。これまでに、ビタミンK不足のバイオマーカーである血清中の低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）濃度が高齢者の軽度認知機能障害（MCI）(Front Nutr 8, 811831, 2022)やうつ症状 (Am J Geriatr Psychiatry [in press])の有無と相関し、血清中の総オステオカルシン（OC）とucOCの濃度の比率がフレイル状態の有無 (Front Aging 3, 865178, 2022)に関連することを見出している。

性ホルモンとがん病態の関連については、最近の研究よりOCTファミリー蛋白質であるOCT4がARや他の転写因子と複合体を形成しCRPCの増殖にかかわること、抗ウイルス薬として使用される核酸アナログであるribavirinにより作用が抑制されることを解き明かしている (Nat Commun 12, 3766, 2021)。

PSFやNONOといったRNA結合蛋白質のホルモン依存性がんにおける機能解析も進めており、理化学研究所と共同で小分子化合物のスクリーニング・最適化を行いPSFの小分子阻害剤を開発し、前立腺がんおよび乳がん細胞の増殖抑制効果を明らかにした (Cancer Res 81, 3495-3508, 2021)。本化合物の治療応用について特許を申請中である。

さらに、性ホルモンによるAPPの制御 (Front Aging 2, 721579, 2021)やDBHSファミリー蛋白質を含むRNA結合蛋白質と神経変性疾患・認知症の関連にも注目しており、認知症未来社会創造センターとの共同研究に発展している。

展望

今後、性ホルモンおよびビタミンKの標的遺伝子の遺伝子改変細胞・動物や、患者臨床検体を用いて作用メカニズムと加齢性疾患における役割を解明し、臨床応用を目指していきたい。また、当テーマで確立したミトコンドリア呼吸鎖超複合体の定量化技術を活用し呼吸鎖超複合体形成の制御メカニズム解明と、呼吸鎖超複合体制御因子への介入・調節による健康長寿への応用に向けた研究を進めていく。一方で、性ホルモンやRNA結合蛋白質および治療抵抗性因子の分子メカニズムを解明し、がんをはじめとする各種疾患の診断・治療・予防への応用につなげていく。これらの研究成果を都民・国民に還元することで、本邦の健康長寿社会の実現に貢献したいと考えている。

文責：老化機構研究チーム

研究部長　井上聡　協力：竹岩俊彦

自然科学系

老化制御研究チーム　分子老化制御研究

歴史

分子老化制御研究室は、1985年に着任した丸山直記を室長とする基礎病理学第一研究室（在籍した常勤職員：丸山、半田節子、久保幸穂、浦野美江）がはじまりとなる。そして、1990年8月に部室制（12部、31室）から部門制（6研究系、32部門、1研究施設）への組織改変により、基礎病理学第一研究室は、病態老化学研究系分子病理部門（在籍した常勤職員：丸山、半田、久保、浦野、石川直、白澤卓二、藤田敬子、菊地和徳）となった。さらに、1998年4月には分子病態研究系分子病理部門（在籍した常勤職員：丸山、半田、久保、浦野、藤田、菊地、石神昭人）となり、分子病理部門は2002年4月の組織改変（部門制から研究グループ制に移行）により身体機能系加齢臓器障害研究グループ（在籍した常勤職員：丸山、半田、久保、石神）へと名称変更した。その後、2005年4月の組織改変により老化ゲノムバイオマーカー研究グループ老化制御（在籍した常勤職員：丸山、半田、久保、石神、近藤嘉高）に名称が変更された。また、2005年4月より石神昭人が研究室のリーダーとなった。そして、2009年4月に東京都老人総合研究所が地方独立行政法人化に伴い東京都健康長寿医療センター研究所に名称変更した際、以前の老化ゲノムバイオマーカー研究グループ老化制御から現在の老化制御研究チーム分子老化制御（在籍した常勤職員：丸山、半田、石神、近藤、加賀美弥生、天

野晶子、佐藤綾美、土志田裕太）へと名称変更した。このように、分子老化制御研究室は、昭和、平成の時代に度重なる組織改変による研究室の名称変更を経験した。そして、2022年6月時点で、老化制御研究チームは、分子老化制御研究、生体調節機能研究、そして2022年4月に新設した老化細胞研究の3つの研究室より構成される。

成果

(1)加齢指標タンパク質30　(SMP30)の発見

藤田敬子と丸山直記は、ラット肝臓から老化指標となるタンパク質を二次元電気泳動(現在のプロテオーム解析)により探索し、加齢にともない減少するタンパク質として加齢指標タンパク質30(SMP30/Senescence Marker Protein-30)を発見、同定した。そして、1992年に初めて論文発表した。

SMP30は肝臓可溶性タンパク質の約1%も存在する。しかし、その機能や老化との関連性は長い間よくわからなかった。そこで、藤田、丸山らは、SMP30の機能や老化との関連性を明らかにするため、究極のSMP30減少動物であるSMP30遺伝子欠損マウスを作出した。予想外にSMP30遺伝子欠損マウスは、正常に出生し、野生型マウスと外見的な違いは認められなかった。しかし、興味深いことに、SMP30遺伝子欠損マウスは、約6か月で50%のマウスが死亡することを石神らが2004年に見出した。死亡時の病理所見は、ガンや疾患などは一切認められず、臓器全体が萎縮するヒトの老衰に似た症状であった。このことから、SMP30の欠損は、老化と密接な関係にあると考えられた。

(2)SMP30の機能解明

その後の研究で、SMP30は哺乳類でのビタミンC合成経路の最後から2番目に位置する酵素、グルコノラクトナーゼであることを大学院生であった佐藤安訓、近藤嘉高と石神が明らかにした。そして、米国科学アカデミー紀要PNAS(2006)に論文発表した。ヒトは、ビタミンC合成経路の最後に位置する酵素、L-グロノラクトン酸化酵素に遺伝子変異があるため、体内でビタミンCを合成できない。しかし、マウスはこの遺伝子に変異がないため、体内で十分なビタミンCを合成できる。SMP30遺伝子欠損マウスにビタミンCを全く含まない餌と飲み水を与えて飼育したところ、体重が減少し、コラーゲン線維の構築不全による骨密度の低下、大腿骨の骨折、壊血病性念珠(肋軟骨形成異常)などの典型的なビタミンC欠乏症である壊血病の症状を呈した。前述のようにSMP30遺伝子欠損マウスは早期に死亡するが、その原因は壊血病を発症するまでには至らないビタミンCの不足状態が長期間続いたためであることがこの時点ではっきりした。

(3)ビタミンCと老化

SMP30遺伝子欠損マウスがビタミンC合成不全マウスであることがわかったことから、ビタミンCと老化に関する研究を大きく展開した。大学院生であった天野晶子、近藤、佐藤らは、生体内のビタミンC欠乏が種々の臓器や血中での活性酸素種(ROS)、及びタンパク質や脂質などの酸化修飾物を著しく増加することを明らかにした。また、大学院生であった滝沢晶子は、ビタミンC欠乏が長く続くと筋肉を構成する筋線維が細くなり、筋重量が減少すること、そしてビタミンCを補充すると回復することを明らかにした。そして、Scientific Reports(2019)に論文発表した。さらに、佐藤は、皮膚でビタミンCが欠乏すると表皮が薄くなり、紫外線によるメラニン色素の生成が増加すること、そして大学院生であった河島早紀は、紫外線により産生されるROSをビタミンCが消去することにより細胞障害を抑制することを明らかにした。これらの研究成果は、米国研究皮膚科学会誌 JID (2012) と Scientific Reports(2018)にそれぞれ論文発表した。大学院生の岸本祐樹は、胎児の発生・成長にビタミンCが必要であることも明らかにし、Pediatric Research(2013) に論文発表した。疾患とビタミンCの関連では、ビタミンCが欠乏したマウスでは、喫煙によ

る慢性閉塞性肺疾患(COPD)の発症リスクを高めること、予めビタミンCを十分に摂取するとCOPDの発症リスクが下がること、そしてCOPDの治療にビタミンCが有効であることを明らかにした。ヒトの臨床試験でも、COPD患者は血中ビタミンC濃度が低値であることが確認された。

(4)アルツハイマー病とシトルリン化タンパク質

石神、加賀美弥生らは、病院病理部門、ブレインバンクとの共同研究により、アルツハイマー病患者の脳ではシトルリン化タンパク質が異常に蓄積していることを明らかにした。シトルリン化タンパク質とは、ペプチド中の塩基性アミノ酸であるアルギニンが中性アミノ酸であるシトルリンに酵素的に修飾された蛋白質の総称である。この反応を触媒する酵素は、ペプチジルアルギニンデイミナーゼ(PAD)である。そして、アルツハイマー病の早期診断薬を開発するため、臨床検査試薬会社の富士レビオと共同でPADやシトルリン化タンパク質を高感度に検出する臨床検査試薬を開発した。アルツハイマー病の発症は、脳内PADの異常な活性化によるシトルリン化タンパク質の蓄積が原因である可能性がある。

現状

分子老化制御研究室では、老化制御の達成を最終目標としている。その目的を達成するためには、先ず老化機構の解明が必要不可欠である。老化の本質的な機構がわからないまま、老化制御を達成できない。そのため、「老化機構の解明」と「老化制御の達成」という2つの大きな研究テーマを掲げ、老化研究に取り組んでいる。

(1)老化機構の解明

老化過程の初期、すなわち若齢動物の組織には、細胞機能が低下していない若い細胞のみが存在する。一方、加齢に伴い老化が進行した老齢動物の組織には、細胞機能が衰退した、いわゆる老化細胞が出現し、その数も増加してくることが予想される。しかし、老齢動物の組織に存在する老化細胞の性質やその割合は、明らかになっていない。

石神と大学院生であった土志田裕太は、老齢動物の組織に存在する老化細胞を特定するため、シングルセル遺伝子発現解析を用いて、老化の指標となる老化関連遺伝子の同定を試みた。本研究での老化関連遺伝子は、必ずしも老化を制御するなど、老化機構に直接関与する遺伝子を意味するのではなく、加齢による二次的、三次的に変動する遺伝子もすべて含む総称として定義した。そして、若齢マウスの肝細胞に比べて老齢マウスの肝細胞で発現量が著しく高い3種類の老化関連遺伝子を新たに見出した。これら3種類の老化関連遺伝子を指標にして、老齢動物の組織に存在する老化細胞の同定を試みている。また、老齢動物の組織から老化細胞を積極的に除去する方法論の確立や老化細胞除去薬(Senolytic薬)の探索と応用を目指している。

(2)老化制御の達成

ビタミンCはDNA脱メチル化酵素(Tet)の補因子として、エピジェネティクスを介した遺伝子発現制御に関与することが明らかになってきた。エピジェネティクスは、DNA塩基配列の変化を伴わずに細胞分裂後も継承される遺伝子発現あるいは細胞表現型の変化を研究する学問領域と定義される。エピジェネティクスは、後天的な要因により大きく変化し得るため、老化との関連性が注目される。佐藤綾美と石神は、皮膚表皮細胞の角化や筋肉筋芽細胞の分化にビタミンCを介したエピジェネティクス制御を想定し、その機構解明を目指している。また、2015年より非常勤研究員の滝野有花は、研究室内のビタミンC定量をすべて担当し、研究に大きく貢献している。分子老化制御研究室では、ビタミンCによるエピジェネティクス制御の機構解明が老化制御の達成に繋がることを期待して、研究に取り組んでいる。

展望

分子老化制御研究室では、常勤、非常勤研究員の他に多くの連携大学院生が常に在籍している。ほとんどの学生は、何れ自分も年老いていくことを理解しており、できるだけ自分自身の老化速度を遅らせたい、すなわち老化制御を達成したいとの強い思いがあり、研究に参加している。年齢を問わず、ヒトは健康的で社会的、経済的に充実した人生、そして健康で活動的な高齢期を迎えることを望んでいる。老化そのものは止めたり、逆戻りさせたりすることはできない。しかし、老化機構の本質を知り、その制御が可能になれば、自身の努力次第で老化速度を遅らせることは可能である。分子老化制御研究室では、研究所内の他の研究室、そしてセンター病院、外部の大学や研究機関と多くの共同研究を実施しており、老化制御の早期実現を目指している。

文責:老化制御研究チーム
研究部長　石神昭人

自然科学系

老化制御研究チーム　生体調節機能研究

老化と老年疾患を引き起こす多様な生体変化を調節することができる機能性分子を探索することで広く高齢者の健康長寿に貢献することが「生体調節機能研究」の目標である。ミトコンドリア（mt）に着目して老化の分子機構解明に向けた基礎研究をベースとし、ここから派生した分子状水素（H_2）などの機能性分子について、作用機序解明から臨床への応用研究まで手がけている世界的にもユニークな研究室となっている。

沿革

前身は老化制御研究チームの「環境老化研究」で、2009年当時、猪股光司、野本茂樹、野本惠美、田中康一、岩本真知子が常勤研究員として在籍していた。猪股らは加齢に伴うTリンパ球機能低下に関わる分子機構についてPD-1の加齢変化に着目した研究を報告している。また、野本らは高齢者の熱中症予防のための基盤研究として暑熱順化の有効性についてラットを用いた研究に取り組んでいた。田中と岩本らは脳血管性脳機能障害の予防方策を探るべく、アセチル-L-カルニチン投与による脳神経細胞活性化について検証している。'10年に猪俣の退職でメンバーが大きく入れ替わり、日本医大老人研教授だった大澤郁朗がテーマリーダーとして着任し、野本茂樹との2人体制となった。大澤らはmt由来の酸化ストレスを抑制することで健康長寿を促進すべく、H_2の医学研究に取り組んだ。'11年には野本が福祉と生活ケア研究チームに移り、入れ替わって分子老化制御研究に所属していた高橋眞由美が加わった。高橋らはmt呼吸鎖電子伝達体であるコエンザイムQ（CoQ）に関する研究を進めていた。'13年には研究室の名称を「生体環境応答」、英語名は「Biological Process of Aging」に変更し、村上弥生が非常勤研究員として着任した。村上は2年間在籍し、H_2がミトホルミシスを誘導することを細胞レベルで確かめた。'14年には横浜市大特任助教だった池谷真澄が研究員として加わり、多様な動物モデルでH2の疾患防御に関する研究に取り組むことになる。

'18年に研究室の名称を現在の「生体調節機能研究」とし、年度末に高橋が定年退職した。'19年には老化バイオマーカー研究から研究員として藤田泰典が、非常勤研究員として伊藤雅史が転入し、現体制となっている。また、'21年には非常勤研究員として1年間、濱美里が参加した。この間、常に大学生、大学院生が研究生として在籍している。修士課程では東洋大生命科学から小松真希、横山茜、東京農工大工学府から堀内かほる、また学部生では東洋大生命科学から鈴木徹也、小出賢志、柴田茉貴、大城樹実、漆原拓也、関本香奈子、蒲田太生、羽富舞、三木悠未が、北里大薬学部から渡名喜梢、石垣匡也、畑七瀬、同理学部から上田優依らが多くの研究に携わってくれた。

これまでの成果

ここで高橋が行った研究について触れておく。がん研究者であった高橋和秀と共にCoQとmtに関する研究に取り組み、線虫で寿命関連遺伝子とされたCoQ合成経路上の*clk-1*が哺乳動物でも同様の機能を持つことを明らかにした。さらに、正常老化過程においてマウス大脳のCoQ含量とmt機能の低下、並びにリン酸化αシヌクレイン増加と運動機能低下が相関する事、またCoQの飲水投与によりこれらの症状が改善することを示した。これにはCoQがOPA1や脳mtのマトリックスに存在するアクチンを介して呼吸鎖複合体Ⅳの活性制御に関与している事など、老化とmtに関して精力的に研究を行った。伊藤は'11年に老化バイオマーカー研究テーマリーダーとして、藤田は同研究員として研究所に着任した。本稿に足跡の一部を記す。伊藤らは岐阜大泌尿器科と連携し、泌尿器がんの研究を開始した。抗がん剤耐性細胞株を樹立し、ドセタキセル耐性前立腺がんの治療標的としてマイクロRNAのmiR-130aを、ゲムシタビン耐性膀胱がんの治療標的としてアンドロゲン受容体を同定した。'12年に川上恭司郎が加わり、エクソソーム（Exos）に着目した研究にも取り組んだ。まず、前立腺特異的膜抗原（PSMA）に対する抗体を用いて前立腺がん特異的Exosの単離に成功した。血中のPSMA発現Exos測定系は、悪性度の高い前立腺がんの診断に有用であった。さらに血中Exosに存在するγ－グルタミルトランスフェラーゼの酵素活性が前立腺がんと前立腺肥大の判別に有用であることや、ドセタキセル抵抗性の前立腺がん患者血中Exosから検出されたP-gpタンパク質が治療選択の有用なマーカーになる可能性を報告した。その他、CA9発現Exosが腎がんから分泌されて血管新生を促進することを報告し、これが治療標的となる可能性を示した。がん以外でも、高齢者に重重要な尿路感染感染症と無症候性細菌尿の鑑別診断に尿中Exosが有用であることを見出した。内分泌疾患の研究は帝京大と共同で進め、甲状腺刺激ホルモン受受容体（TSHR）を発現するExosを見出し、バセドウ病においてTSHR陽性Exosが甲状腺刺激自己抗

体に対してデコイ効果を示すことを明らかにした。こうした一連の研究成果は、Exos診断としての臨床応用が期待されている。

水素研究

ここで、生体調節機能研究で取り組んできた一連の研究を紹介する。まずはH_2研究である。大澤らはH_2が酸化ストレスを制御することで脳梗塞などの疾患治療に応用できることを'07年にNature Medicine誌で発表した。水素医学の夜明けである。以降、H_2の医学応用に向けた多様な研究が内外で飛躍的に増加している。

水素ガス吸入療法では2%程度のH_2ガスを吸入させることで急性期の炎症反応抑制効果が期待される。協力研究員の青景聡之(岡山大高齢者救急医療学)を中心とした研究では、マウスのブレオマイシン投与による急性呼吸促迫症候群モデルにH_2ガスを吸入させると肺の炎症と繊維化が抑制されることを報告した。また、池谷と羽富はマウス産仔脳での麻酔による神経幹細胞死がH_2ガス吸入で抑制されることを示した。三木は脳梗塞治療時のH_2ガスによる脳出血抑制効果について検証中である。'21年から水素ガス吸入による抗炎症効果を元にした臨床研究を青景と当センター心臓血管外科の河田光弘を中心に開始した。対象は大動脈解離(Stanford B型)である。一方、水素水は高濃度のH_2ガスを一過的かつ安全に取り込む方法として商業的にも普及されてきた。分子標的薬である抗がん剤ゲフィチニブには重篤な副作用がある。そこで、鈴木と渡名喜は寺崎泰弘(日本医大病理学)と共にマウス肺にナフタレンで炎症を起こした後にゲフィチニブを投与し、水素水飲用により肺の炎症が抑制され生存率が改善されることを報告した。抗がん作用を水素水が阻害することはなかった。池谷は関本と共に動脈硬化症モデルである*Ldlr*ノックアウトマウスに高脂肪食を与えてアテロームの形成を誘導し、水素水と老化細胞除去薬ナビトクラックスを比較した。すると大動脈でのマクロファージ蓄積と老化細胞マーカーの発現は水素水飲用とナビトクラックス投与で同程度に抑制され、血管老化抑制における水素水の有効性が示された。また、水素水には疾患予防効果がある。池谷は大城、漆原と共に敗血症モデルマウスで水素水を事前飲用させると生存率が上昇し、肝機能の低下が抑制されることを報告した。肝臓の抗酸化酵素HO-1が発現誘導された結果である。また、協力研究員の中田久美子(山下湘南夢クリニック)らは、ヒト精子の活性化にH_2処理が有効であることを報告した。

H_2の作用機序は未解明の重要テーマである。当初はH_2がヒドロキシルラジカルと無触媒で反応するので還元力に着目した。実際、放射線照射や超音波で生じるヒドロキシルラジカルのH_2による減少を寺崎や五十嵐勉(日本医大眼科)らと報告し、白内障超音波乳化吸引術で生じる角膜内皮の酸化ストレス障害がH_2含有眼灌流液で緩和されることを動物モデルと臨床研究で確かめた。一方、事前にH_2存在下で培養した神経芽細胞では酸化ストレスによる細胞死が抑制された。村上は、H_2によりmt由来の活性酸素種が増加し、Nrf2の活性化が観察され、ミトホルミシスが誘導されることを報告した。協力研究員の日野雅予(茨城県立中央病院)はネフローゼ症候群でのH_2保護効果に関する研究を、中西茂子(元日本女子大教授)は生体膜とH_2の親和性から脂質の物性変化を、青木聡(かわぐち心臓呼吸器病院)はH_2の貪食能への影響を解析した。さらに坂根巌(伊藤園)と池谷は、LC-MS/MSを用いて一部のリン脂質が一過的に上昇することを突き止めた。この変動に強く連関するエンドサイトーシスやエネルギー代謝も一過的に抑制されたことから、これらがミトホルミシスを引き起こす細胞内ストレスと推測される。小松はマウス大腸炎モデルで水素水投与による病態改善と小腸パイエル板での免疫恒常性維持を観察した。さらに横山は水素水飲用で小腸でのエンド及びエキソサイトーシスが急速に抑制されることを突き止め、上田は培養細胞系でその作用機序解明に取り組んでいる。また、小出、柴田、蒲田は分子状重水素(D2)の生理活性を調べ、ヒドロキシルラジカルの還元と細胞でのミトホルミシス誘導効果にはH_2と差がないことを示した。

ミトコンドリアと細胞老化

エネルギー代謝の中心的オルガネラであるmtを研究することは、なぜ老化するのかを知るための研究でもある。石垣はmt特異的蛍光色素で染色した生細胞を超解像STED顕微鏡で観察し、mtクリステが大きく振動している

ことを報告した。畑はSTED顕微鏡でクリステ上のスーパーコンプレックスを観察し、堀内と濱はクリステ形成過程のイメージングに挑戦して、これを報告した。協力研究員の丸山悦子（元東京工科大）は損傷mtDNAの検出に取り組んでいる。

細胞老化は複製老化と早期細胞老化に二分され、mt機能障害は早期細胞老化を引き起こすことが知られている。複製老化もmt機能異常とこれに伴う活性酸素種の上昇がトリガーとして考えられて来たが、藤田はその再考を促す重要な知見を得た。40年前に当研究所で樹立された複製老化研究用細胞株であるヒト胎児由来線維芽細胞TIG-1を用いて、複製老化に至る過程ではmt機能は維持され、活性酸素種の過剰産生も起こらないことを報告した。

ミトコンドリア病はmt機能障害を要因とする疾患の総称であるが、その病態は多様であり、臨床症状と相関するマーカーが求められていた。藤田と伊藤らは、ミトコンドリア病細胞のトランスクリプトームおよびメタボローム解析から、正常細胞に比して顕著に発現が増大するGDF15を同定し、これがミトコンドリア病の有用なバイオマーカーであることを示した。この成果をもとに久留米大小児などから臨床での有効性が多数報告されている。GDF15は老化バイオマーカーとしても期待され、地域在住高齢者を対象に血中GDF15濃度と各要因の関連性を調査したところ、GDF15か高いほど身体機能は低く、炎症マーカーが高値で、総死亡リスクも高いことが判明した。

最後に

私たちの研究成果には既に社会実装されているものも多い。水素研究は医学応用という実学的側面が強いが、その普及を裏打ちする理論的基礎が不可欠である。また、mtによる分裂老化制御は老化の本質的理解につながる重要な研究である。今後も絶えず難題への挑戦が求められる。また、本稿には限られた数の共同研究者の方々しかご紹介できなかった。

末筆ながら、当研究テーマに関わっていただいた全ての方に深く御礼申し上げる。

文責：老化制御研究チーム

研究副部長　大澤郁朗

自然科学系

老化脳神経科学研究チーム　自律神経機能研究

歴史

研究所の設立された1972年に、佐藤昭夫氏を室長とする「生理学部基礎第二研究室」にて自律神経の研究が開始された。1990年の組織改正に伴い「自律神経部門」と名称が変更され、佐藤昭夫副所長のもと研究が継続され、1997年佐藤氏定年退職に伴い当時研究員であった堀田晴美氏、鈴木はる江氏（2001年に人間総合科学大学に移籍）、鈴木敦子氏（2003年に健康科学大学に移籍）と内田さえ氏が研究を引き継ぎ、2010年堀田氏の幹部昇任に伴い、テーマ研究「自律神経機能」研究に至っている。この間一貫して、体性感覚刺激による自律神経機能の調節の研究と自律神経機能の加齢変化の研究がシステマティックに詳細に行われてきた。

皮膚や筋への体性感覚刺激は感覚や情動を引き起こすだけでなく、自律神経系や内分泌系に反射性反応を誘発する。

佐藤氏が研究所赴任前より手掛けていた、体性―自律神経反射の電気生理学的研究を基礎に、研究所では体性感覚刺激による胃腸管、心臓、膀胱などの内臓機能への反射性効果が麻酔動物で調べられた。その結果、体性感覚刺激は刺激の種類、場所により、様々な内臓器官に対してそれぞれ特異的な反射性反応を誘発する事実が解明された。例えば胃腸管運動は腹部刺激では交感神経を介して抑制され、四肢刺激では副交感神経を介して促進されるのに対し、心拍数はいずれの体部位への刺激でも交感神経を介して促進される。膀胱収縮機能は会陰部刺激で変化するが、膀胱容積が少ないときは促進され、膀胱容積が多いときには抑制される。副腎や下垂体のホルモン分泌機能も体性感覚刺激で反射性に変化することも明らかとなった。例えば副腎髄質から

のカテコールアミン分泌は刺激の種類で反応が異なり、触刺激では減少し、侵害刺激では増加する。

自律神経や内分泌機能を正確に定量的に測定する技術を生かして、両機能の加齢変化とそのメカニズムについても研究してきた。副腎髄質からのカテコールアミン分泌と副腎髄質を支配する交感神経活動が加齢に伴い増加することを定量的に証明した。また甲状腺のホルモン分泌機能や膀胱収縮機能の自律神経性調節の加齢変化についても研究し、加齢変化が自律神経機能や内分泌機能ごとに異なることを明らかにしてきた。さらに、認知症で特異的に変性脱落することが知られていた大脳深部のマイネルト神経核の神経細胞が、大脳皮質でアセチルコリンを放出して（脳内コリン作動系）脳血流増加を起こすという、自律神経の血管拡張神経のような機能を持つことも世界に先駆けて明らかにした。

成果

1998年以降、上述で紹介した体性感覚刺激の自律神経機能への効果の研究については、体性感覚刺激を臨床応用することを念頭においた研究へと発展させた。脳内コリン作動系の研究では、新たに開発された研究方法を積極的に導入してヒトへの応用可能な刺激の効果を明らかにしており、高齢者の心身機能の維持に寄与しうる研究を推進している。1998年以降の研究成果を下記に述べる。

1.高齢者の自律神経活動の調整

皮膚や筋への機械的刺激（鍼やタッチ、筋収縮など）や、食べ物を飲み込むときのような咽頭の刺激が、自律神経系の活動を変化させ、それによって心血管機能、泌尿生殖器機能、内分泌機能などを調節することを見出してきた（表1）。また、高齢患者の多くは痛みを抱えており、痛みと自律神経系は互いに影響を及ぼすことから、皮膚刺激を利用した鎮痛方法の探索にも取り組んだ。その際、様々な電気生理学的手法や最新のイメージング技術を用い、体性感覚刺激が自律機能に及ぼす効果のメカニズムを動物で研究し、自律神経活動の調整や疼痛緩和に最適な、ヒトへ応用可能な体性感覚刺激方法を明らかにしている。

痛みの緩和：細かい突起のついたパッチを貼って皮膚を刺激すると、侵害刺激でおこる心臓交感神経反射が抑制されることを動物で見出し、このパッチがヒトでも同様の効果を示すことを明らかにし医療器具としての実用化につながった。このパッチによる刺激効果には、意識にのぼらない皮膚からの神経情報が重要であることを示した。

膀胱：ごく軽い皮膚刺激で、膀胱の収縮回数を減らすのに有効な刺激方法を明らかにした。麻酔下の動物におけるこの研究成果をもとに、社会科学系および病院部門と共同して、特殊な表面のローラーを用いたセルフケアが高齢者の夜間頻尿の改善に有効であることを科学的に示した。

内分泌：液性に調節されるとされてきた卵巣や甲状腺・副甲状腺からのホルモン分泌が、自律神経によって素早く調節されることを明らかにした。この発見をもとに、喉頭の神経を低強度・高頻度で繰り返し電気刺激することで、骨粗鬆症病態モデル動物における骨密度低下が緩和されることを証明した。

骨格筋：筋交感神経は、筋の血管を調節する一方、筋線維にも分布するが、その役割はよくわかっていなかった。ラットの後肢の筋力に、腰部交感神経の反射活動が寄与することを明らかにした。

2.認知機能に関わる脳内コリン作動系のはたらき

認知機能と深く関連する脳内コリン作動系の生理機能の研究を発展させ、脳内コリン作動系の機能を高める方法を探索する研究を進めた。まずこのコリン作動系は、神経細胞の生存や突起の伸長に関わる物質である神経成長因子（NGF）の分泌を促進する役割もあることを明らかにした。前脳基底部のコリン作動系が活性化することで、特に虚血に脆弱な領域で脳実質内の動脈が拡張し、十分な血液を送る一方、NGF分泌増加をもたらし、虚

表1. 体性感覚刺激により誘発される自律神経性反応

効果器 （遠心路*）	刺激の種類 （組織）	動物にみられる反応 ヒトにみられる反応	文献
心臓 (S)	鍼（主に骨格筋） 圧（主に骨格筋） タッチ（皮膚） タッチ（皮膚）	心拍数の低下 心拍数の増加または減少 体性-心臓C反射の抑制 体性―心血管反応の抑制	Uchida et al. 2007, 2008 Watanabe et al. 2017 Hotta et al. 2010; Watanabe et al. 2011 Watanabe et al. 2012, 2015
膀胱 (P)	ローリング（皮膚） ローリング（皮膚）	排尿反射の抑制 過活動膀胱に伴う夜間頻尿緩和	Hotta et al. 2012, 2015 Iimura et al. 2016
子宮 (P)	ブラッシング（皮膚）	子宮血流の増加	Hotta et al. 1999
卵巣 (S)	侵害刺激（皮膚） 侵害刺激（皮膚）	卵巣血流の維持 ｴｽﾄﾗｼﾞｵｰﾙとﾃｽﾄｽﾃﾛﾝ分泌の減少	Uchida et al. 2003, 2007 Uchida et al. 2012, 2014
甲状腺 (P) 骨	タッチ（咽頭） 電気（上喉頭神経）	ｶﾙｼﾄﾆﾝ、ｻｲﾛｷｼﾝ分泌の増加 骨密度増加（骨粗鬆症モデル）	Iimura et al. 2019 Iimura, Watanabe et al. 2020
骨格筋 (S)	収縮（骨格筋）	筋収縮力の増加	Hotta et al. 2021

*麻酔動物において反応への関係が示された主な自律神経。S：交感神経、P：副交感神経

血による神経細胞死を防ぐと考えられる。さらにコリン作動性機能を活性化するメカニズムの研究を展開し、これまでに患者に容易に用い得るコリン作動性神経活動を高めるいくつかの簡便な方法を明らかにした。

高齢者の認知機能維持のために日常の歩行や咀嚼が有益であるといわれるが、その基本的なメカニズムはよく分かっていなかった。老齢動物を回転ケージで飼育することで、老化によるコリン作動系の変化(ニコチン受容体機能の低下とコリン作動性ニューロンの萎縮)が抑制されることを、野本・小島氏らとの共同研究で見出した。さらにNGF分泌が、皮膚をこする刺激によって、マイネルト神経核の賦活に伴い増加することもわかった。NGFには、コリン作動系機能を維持する役割があることから、日常的な刺激によって、脳内コリン作動系が繰り返し賦活されて、認知症予防効果が発揮されると考えられる。また咀嚼野の刺激によって大脳皮質の広範な領域で血流量が増加すること、この脳血流増加にマイネルト神経核の活性化が関与することを明らかにし、よく噛んで食べることが認知症予防に役立つ科学的説明を提供した。

近年はアルツハイマー病のごく初期から障害される嗅覚に着目し、認知症の早期発見と予防へ向けた研究をすすめている。認知症患者で脱落する前脳基底部コリン作動系は、認知や記憶に関わる大脳新皮質や海馬のほかに、嗅覚一次中枢である嗅球にも投射する。同神経の嗅球での役割を調べ、嗅球のアセチルコリン放出量は新皮質や海馬よりも少ないこと、アセチルコリン受容体刺激が匂い刺激に対する嗅球の血流応答を増大することを見出した。この結果は、コリン作動系が嗅覚感度を高める働きをもつことを示唆している。この発見をもとに臨床研究を展開し、高齢者の嗅覚と認知機能とくに注意機能との関連を明らかにした。

現状

堀田晴美(2016年度より研究部長)、内田さえ(2019年度より専門副部長)、渡辺信博(2010年度より研究員)、飯村佳織(2020年度より研究員)により下記の研究を遂行している。

1. 筋収縮時に生じる交感神経の反射性興奮が、筋力の維持に寄与することを明らかにした研究を基に、交感神経による筋力維持作用の加齢変化について検証している。これにより、サルコペニアと自律神経との関係を明らかにする。加齢に伴う骨格筋と筋交感神経との間のフィードバックシステムの低下は、高齢者におけるサルコペニアを促進する一因となり得る。
2. 認知機能の維持に重要な脳血流に対して漢方薬・人参養栄湯がもたらす作用とそのメカニズムを調べている。特に、認知症のリスクファクターである脳虚血に対する作用について検証を進めている。人参養栄湯の認知機能改善効果に関して、脳血流の視点から明らかにしつつある。
3. 認知症の早期診断と予防を目指して、嗅覚と認知機能の関連を明らかにする基礎および臨床研究を進めている。基礎研究において, 匂いを受容する嗅神経の刺激で誘発される嗅球血流応答とそのコリン作動性調節の老化過程を調べている。さらに、身の危険を知らせる刺激臭を受容する三叉神経系の検証を行い、嗅神経系と比較する研究へと発展させている。臨床研究では, 高齢者の嗅覚機能から認知機能の低下を評価する調査・解析を進めている。

展望

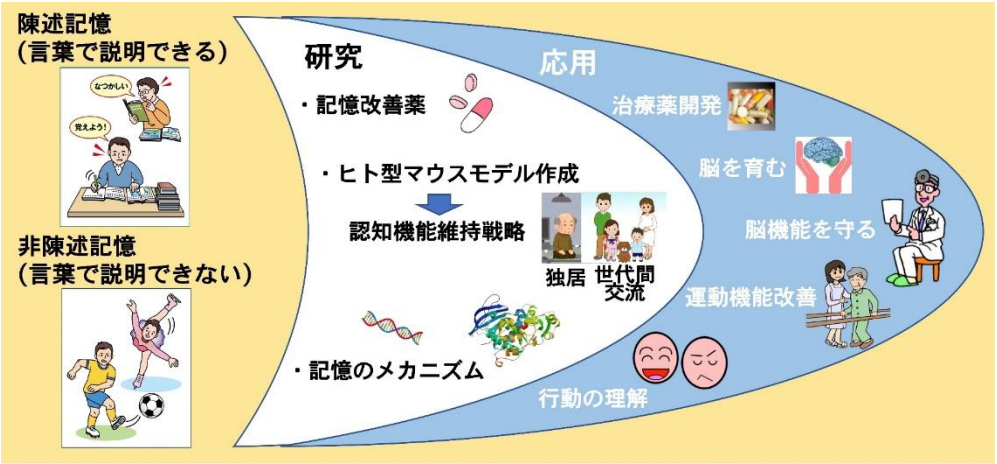
高齢者では頻尿や失禁など排尿の問題、サルコペニア、骨折、睡眠の問題などが生じてくる。これらの症状には自律神経系が密接に関わることが、これまでの研究で明らかにされつつある。自律神経機能の加齢変化の特徴については、まだよくわからない部分も多く、今後の研究が必要である。当研究グループでは、自律神経機能の加齢変化の特徴を明らかにし、自律神経系の活動を制御する方法を究明することを目的として研究を行う。なるべく薬に頼らずに自律機能の不調に対処する方法の一つとして、感覚刺激を用いる非薬物療法に着目し、有効性やメカニズムの検証を進める。特に、臨床応用に向けて、侵襲の少ない刺激や日常的な生活動作に注目する。

高齢者は体のあちこちに不調をもち、服薬の種類が増え、腎臓や肝臓への負担も増大する。自律神経に働きかけるさまざまな感覚刺激は、フレイル高齢者を健康に戻す、あるいはフレイル予防へ、確かな選択肢を広げることになる。皮膚や咽頭への触圧刺激や温度刺激、骨格筋の収縮などの体性感覚刺激を用いた自律機能改善の研究分野には実用化につながる未知のしくみが多く残されている。更に嗅覚研究を応用して認知症の早期発見と予防へと展開させる。古くから現在に至るまで、様々な自然刺激療法が用いられているが、そのエビデンスやメカニズムの解明は、まだ十分とはいえない。非薬物療法が重視されつつある老年医療において、本テーマ研究は今後ますます重要であり、動物を用いて科学的な基盤を固めるとともに、臨床応用に発展させ、社会貢献をめざす。

文責:老化脳神経科学研究チーム
研究部長　堀田晴美

自然科学系

老化脳神経科学研究チーム　記憶神経科学研究



歴史

記憶神経科学テーマは、2013年の老化脳神経科学研究チーム新設と同時に設置されました。日本が迎えた超高齢社会において記憶の維持・改善の重要性を考慮して研究を進めています。記憶神経科学では同じチームに属する自律神経機能テーマ及び老化神経生物学テーマとともに、高齢者の脳神経機能についての研究を行っています。

記憶は大きく2種類に分けられます。年号や出来事のように言葉で説明できる陳述記憶、そして、泳ぎや舞踊のように言葉で説明できない非陳述記憶です。記憶神経科学では、陳述記憶と非陳述記憶の両方について、そのメカニズムや記憶の維持・改善の方法を研究しています。

通常の老化では陳述・非陳述両方の記憶を含む認知機能が穏やかに低下します。この老化に伴う非陳述記憶の低下は運動や体のバランスの低下を招き転倒などを引き起こします。一方、アルツハイマー病やその他の認知症では陳述記憶が急激に低下します。陳述、非陳述いずれの記憶も脳が支えており、記憶は健康かつ実りある高齢期を過ごすためにとても重要な機能です。

成果

アルツハイマー病の原因の一つは、ベータアミロイドが脳内の神経細胞死を引き起こすことですが、ベータアミロイドの毒性については不明の部分が多く残っています。また、脳内のベータアミロイドを低下させる薬物が治験に付されていますが効果のある物質は見出されていません。内田と五味は、ベータアミロイドの神経細胞毒性を明らかにするために、特に毒性の高いベータアミロイド多量体により発現が増加して神経細胞死を加速する NSP3（ novel SH2 – containing protein 3）を見出しました。NSP3の機能を阻害することで神経細胞死を阻止できる可能性があります(Gomi et al, 2018)。また、ベータアミロイド斑(老人斑)周辺に蓄積して神経細胞死を引き起こす分子(カルシンテニン3のC―末端断片、CTF)を同定しました。CTFは通常分解されることで無毒化されますが、ベータアミロイド周辺ではCTFが分解されないため神経細胞毒性を示すと考えられます(Uchida et al, 2013)。

前述のようにアルツハイマー病の治療の新薬は未だに開発されていません。そこで、ドラッグリポジショニング(既存薬再開発)の手法を用いて、老化マウスの記憶を維持・改善する薬物のスクリーニングを行いました。陳述記憶に重要な役割を果たす環状cAMP系を増強する抗血小板薬シロスタゾールが、若齢および老齢マウスの記憶を亢進あるいは維持することを示しました(Yanai et al, 2014 ; Yanai et al, 2018)。この業績を元に、シロスタゾールは軽度認知障害改善の治験に付されました。

脳の障害や傷害を受けた部位によっては運動機能が失われることがあります。その際に行われる身体的リハビリテーションには長期間の訓練が必要です。これは、数十年かけて蓄積した非陳述記憶、すなわち運動能力を再度獲得するためであると考えられます。このような非陳述記憶のうち、運動を滑らかに正確に素早く行う記憶は小脳が担当しています。この小脳依存性記憶では、訓練の間に休憩を挟むことが長く続く記憶の形成に有効であること、非陳述性の長期記憶が蓄えられている部位などを明らかにしました(Okamoto et al, 2011)。

現状

記憶を維持・改善する様々な分子のスクリーニング、また、前述のシロスタゾールや、シロスタゾールとアルツハイマー病の既存薬との組み合わせが、

老化に伴う記憶の低下を改善するか、そして、どのような機構がシロスタゾールの効果を支えているのかなどについて研究しています。さらに、ヒト型のアルツハイマー病モデルマウスを用いて、既存薬とシロスタゾールの組み合わせの効果などについて研究しています。

また、小脳が担当する非陳述記憶については、生体にとって毒であると考えられてきた活性酸素が小脳依存性記憶に必須であることを示しつつあります。

展望

記憶は日常生活や行動を支える基盤です。私たちの研究で明らかにされる記憶改善物質や薬物、そして、記憶の分子機構が超高齢社会において生活の質の向上の手助けになると考え研究を進めています。

文責：老化脳神経科学研究チーム
研究部長　遠藤昌吾

自然科学系

老化脳神経科学研究チーム　老化神経生物学研究

歴史

老化神経生物学研究グループの前身にあたる神経回路動態（神経生理）研究グループは、1998年に設置されました。加齢に伴って増える神経の病気は、認知機能だけでなく運動機能も低下させます。代表的な病気はパーキンソン病で、大脳基底核の病気だと分かり、当時盛んに研究され始めていました。また遺伝子改変技術によってパーキンソン病や他の神経疾患のモデル動物が多く作られ、その病態生理の解析が待たれていました。そこで研究の両輪として1）大脳基底核の神経回路の動作原理と生理、2）神経疾患モデル動物の病態生理を明らかにすることを研究目標としました。

初代のテーマリーダー青崎敏彦先生は、活動している個体を調べる *in vivo* の研究によって、強化学習と大脳基底核の働きについて重要な発表を既に行っていました。1998年頃には、細胞レベルで病気のメカニズムを明らかにするために、脳スライスを使った顕微鏡下での *in vitro* の研究に移行していました。当時は大脳基底核のスライスパッチを行う研究室は少なく、手探りの状態でしたが、鈴木健雄先生が立ち上げに貢献しました。すぐに三浦正巳先生と辛龍文、増田正雄研究員が、暫くして井上律子研究員が加わって研究体制が整いました。2013年には三浦正巳先生がテーマリーダーになり研究を継続するとともに、加齢による運動機能低下の克服を新たにテーマ目標に加えました。井上律子研究員が中心となり、ミトコンドリアの機能測定といった新たな手法を用いて研究に取り組むようになりました。

2020年より西宗裕史がテーマリーダーとなり、研究グループ名を老化神経生物学テーマと改めました。加齢による運動機能低下の克服というテーマ目標は引き継ぎ、さらに新たな研究テーマとして、神経筋接合部（シナプス）の機能と構造の解析から高齢者の運動機能低下やサルコペニアの機序解析と予防・対処方法の開発まで研究対象を深化させています。現在は井上律子、瀧川健司研究員、竹野光太郎、富岡直子、鈴木友子技術員がこれら研究テーマに取り組んでいます。

教育面では、三浦正巳先生が順天堂大学医学部麻酔科・西村欣也教授と共同で研究指導にあたり、鈴木健雄、大瀬善之、安藤望、菅澤佑介、福田征孝先生が学位を取得されました。また、西宗が東京農工大学・大学院の学生を受け入れ研究指導をしています。

成果

パーキンソン病は、大脳基底核が原因で運動機能が悪くなる病気です。その他にも、皮質下認知症や行動異常を引き起こします。1990年頃までにAlexander, Crutcher, DeLong等により皮質-基底核-視床ループが提唱され、パーキンソン病の病態の理解が進みました。一方で認知や学習に関わる細胞レベルのメカニズムの研究は、Calabresi等のLTDの研究はありましたが、まだ緒についたばかりでした。

鈴木健雄らは、アセチルコリンを放出するコリン作動性ニューロンでドーパミン依存性に長期増強現象（LTP）が起こることを見つけました。ドーパミンとアセチルコリンはパーキンソン病で大きく変化する物質ですが、正常状態では両者が協調していることを示しました [1]。また青崎のアセチルコリンとドーパミンについての総説は広く読まれ、今日でも数多く引用されています [2]。病態モデル動物では、パーキンソン病、ハンチントン病、歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症などの大脳基底核疾患に加え、水頭症、筋萎縮性側索硬化症、精神疾患などを調べ、神経回路の変化を報告しています [3-9]。

認知症の周辺症状や薬物療法における有害事象として引き起こされる高齢者の行動異常が問題視されており、その機序解明や治療・介入につながる研究も進めてきました。大脳基底

核の線条体にある2つの領域間で神経活動のバランスが崩れると、行動異常が起きると考えられています。井上と三浦は、線条体の局所神経回路の生理を明らかにし、この不均衡をα4β2ニコチン受容体関連薬が緩和する可能性を示しました[10,11]。

また加齢や神経疾患に伴うシナプス機能障害の分子機序を研究する瀧川健司研究員と西宗裕史は、中枢神経系のシナプスと神経筋接合部における神経伝達物質の放出を調節する分子群の類似性と多様性を包括的にまとめた総説論文を発表しました[12]。

現状と展望

加齢による運動機能低下の克服というテーマ目標において、加齢による運動機能低下の原因にサルコペニアが関与する事は知られていますが、サルコペニアの機序は未解明です。西宗裕史は神経筋接合部が変性し、運動神経から骨格筋へ運動指令が正常に伝わらなくなる事が原因の一つとなる可能性を検証しています。老化による神経筋接合部の脱神経と同様に、筋萎縮性側索硬化症(ALS)でも神経筋接合部が脱神経し脊髄運動神経細胞が変性・減少します。

西宗のALS研究から、神経筋接合部に変性したミトコンドリアが集積し除去されない状態が神経筋接合部の脱神経の一因になる事[13]、ミトコンドリアを含むエネルギー産生状態を改善するオキサロ酢酸を投与するとALSモデルマウスの運動機能が改善する事[14]を見出してきました。これらの成果に基づき、ミトコンドリア機能低下が、加齢による神経筋接合部の脱神経や運動機能低下の一原因になる可能性を検証しています。ミトコンドリア機能を改善することが知られている生体内代謝産物を老化マウスに経口投与し、加齢による運動機能低下を改善する介入方法の開発を行っています。

この研究のために企業と共同研究し、候補物質を投与した老化マウスの骨格筋ミトコンドリア機能と神経筋接合部を改善し得る結果を見出しています。このプロジェクトをさらに発展させることで加齢による運動機能低下の克服を目指しています。

井上律子研究員は、生理的老化における神経活動に着目し、加齢に伴う運動機能低下と中枢機能との関連について老化マウスを用いた研究を行っています。皮質・運動野の神経活動は加齢に伴い低下しますが、ミトコンドリア補酵素の投与により脳ミトコンドリア機能が改善すると、神経活動および運動機能が改善することを明らかにしました。特に老化初期では、運動機能の低下が転倒につながっていると考えられます。高齢者の運動機能低下に対する効果的な治療・介入法が確立できれば、高齢者リハビリテーションの手助けになります。また、これまで系統だって解析されていない中年期に着目することで、加齢に伴う運動機能低下の予防につながる知見を得ることを目指しています。

瀧川健司研究員は、加齢性神経疾患の一つである認知症の病態機序をシナプスに着目して研究しています。認知症を引き起こす要因の一つとして、脳内の興奮性と抑制性神経細胞の活動バランスの乱れが指摘されています。この活動バランスの乱れは、抑制性神経細胞のシナプスから放出されるGABAの放出機能不全に基づくと考え、GABAの放出量を1シナプスレベルで計測するための独自蛍光プローブの開発を試みています。

文責:老化脳神経科学研究チーム
研究部長　西宗裕史

参考文献

1.Suzuki T, et al. J Neurosci 2001;21(17):6492.
2.Aosaki T, et al. Geriatr Gerontol Int 2010;10 Suppl 1:S148.
3.Ageta H, et al. Learn Mem 2010;17(4):176.
4.Akiba C, et al. Neurobiol Aging 2017;60:11.
5.Imai Y, et al. Neurosci Res 2007;59(4):413.
6.Miyazaki H, et al. Nat Commun 2014;5:5525.
7.Nagai T, et al. Neuron 2016;89(3):550.
8.Sato T, et al. Hum Mol Genet 2009;18(4):723.
9.Tomida S, et al. Nat Genet 2009;41(6):688.
10.Inoue R, et al. Neuroreport 2012;23(3):184.
11.Inoue R, et al. Neuropharmacology 2016;105:318.
12.Takikawa K, Nishimune H. Biomolecules 2022;12(2).
13.Rogers RS, et al. Front Neurosci 2017;11(473):473.
14.Tungtur SK, et al. Sci Rep 2021;11(1):11051.

自然科学系

老年病態研究チーム　心血管老化再生医学研究

歴史

平成21（2009）年に東京都健康長寿医療センターが発足した。センターの重点医療の一つとして「血管病医療」が掲げられ、医療と研究の融合による高齢者の健康増進・健康長寿に貢献すべく、研究所の老年病態研究チームに1つのテーマとして「血管医学研究」が設置され、翌年4月に研究がスタートした。平成30（2018）年第3期中期計画が始まるにあたり、テーマ名を「心血管老化再生医学研究」へと改称した。本テーマでは、老化に伴う心機能低下・疾患発症の機序解明、幹細胞等による心機能再生研究に取組み、基礎研究で得られた成果を超高齢社会で急増する高齢者心血管系疾患に対する新たな診断・治療へとつなげていくことを目指している。

これまでの成果

第1期、第2期中期計画期間では、幹細胞移植医療（再生医療）に用いる幹細胞等の特性を細胞表層にある糖鎖を目印として評価した。幹細胞移植医療は、機能が低下したり失ったりしたことで起こる様々な疾患に対する新たな医療として期待されている。一方で移植に用いる幹細胞の安全性や有効性は十分担保されていない。そのため、種々の幹細胞での増殖能・分化能を調べた。特に高齢者由来組織から組織幹細胞を採取、若齢者由来幹細胞と比較し、効率的な樹立・培養方法の確立、増殖・分化能の評価指標を示した。

テーマ研究発足に際し血管に関する研究を立ち上げた。全身に張り巡らされた血管は組織機能の維持に重要な役割を果たしている。特に血管の内膜を覆う内皮細胞が持つ機能は、疾患発症に深く関与する。そこで心血管組織由来の血管内皮細胞を用いて、老化や炎症における内皮細胞の機能を分子レベルで解析した。ここでは、細胞膜上の糖脂質の挙動が細胞老化・炎症反応に重要な役割を果たしていることを明らかにした。

第3期中期計画期間では、これまでの細胞を使った実験に加え、個体（動物モデル）での解析を進めた。心臓は一生涯動き続けるが、加齢伴って起こる変化、すなわち老化プロセスについてはほとんどわかっていない。そこでまず加齢に伴う組織内変化、つまり「健康的な老化」プロセスを追った。ここでは、心臓が有する緻密構造の中で心筋細胞やそれを取り囲む血管構造に変化が認められた。さらにこの構造変化が糖鎖変化として現れることを明らかにした。「構造の乱れが心機能低下の起点になる」と考え、詳細な分子機序を解き明かし、低下予防・機能再生に向けてさらに研究を進めている。

現状

当テーマは常勤研究員2名、非常勤研究員1名でスタートした。その後研究員の転出・入職があり、2022年度は常勤研究員4名（うち1名はIRIDE所属）、非常勤研究員1名の体制である。この間卒業研究生や大学院生なども研究に参加している。

各研究員らは、分子細胞生物学・組織学的手法を用いて細胞から個体レベルでテーマ研究が掲げる目標に向けて精力的に日々検討しており、研究で得られた成果は国内外の学会や学術論文として発表し、社会への還元に努めている。

当テーマの特徴は、発足当初より多彩な機能を有する「糖鎖」の構造・機能に着目して研究を進めてきたことである。糖鎖は核酸（ゲノム）、タンパク質と並び生物機能にとって重要な位置付けにあるが、その構造・機能の複雑さに加え、解析手法は発展途上にある。タンパク質や脂質に修飾し多様な構造をとり、細胞内での局在、安定化や分解に関与するのみならず、細胞間接着、情報伝達など様々な生理機能にも関わっている。心血管機能に果たす糖鎖の役割を複雑な糸を一つ一つ解きほぐすべく、イメージング技術やバイオインフォマティクスといった新たな手法を取り入れて、研究に取り組んでいる。

展望

加齢という長い時間によって心血管疾患がどのように引き起こされるかを、疾患動物モデルや幹細胞を活用したオルガノイドモデルを用い、健康的老化と疾患に至る分岐点がどこにあるかを探っていく。それによって高齢者がなぜ心血管疾患の発症リスクが高くなるのかを科学的に解き明かし、将来的に早期の診断・治療、さらに予防へとつなげていきたい。世界的な高齢者人口の急増に伴い、心臓血管系疾患が今後急速に増えることが予測されている。血管は多様な機能を有し個体寿命にも影響することが最近の研究で明らかになり、「人は血管から老いる」ことの根拠が示されつつある。私たちはこれまでの研究をさらに積み上げ、血管機能を維持・再生させることで健康長寿の実現に貢献していきたいと考えている。

文責：老年病態研究チーム
研究副部長　豊田雅士

自然科学系

老年病態研究チーム　運動器医学研究

(1)所属メンバー(2022年6月現在)

チームリーダー

研究部長　重本 和宏(自然科学系副所長兼任)

研究員　大村 卓也,川野 克己(認知症未来社会創造センター)

技術職員　栗原 佐知子、郭 慧佳

非常勤職員　岸田 広美、周 赫英，王 燕 (認知症未来社会創造センター)

大学院生　河野 真子（東京農工大学修士課程)

(2)過去に在籍した研究員

森 修一、本橋 紀夫、枝松 緑、越 勝男、宮崎 剛(現センター整形外科部長)、山田 茂

技術職員　久保 幸穂

過去に在籍した大学院生

福永 大地（東京理科大学修士・東京農工大社会人博士課程)，大谷 愛、村瀬 尚哉（東京理科大学修士課程)、中山 亮（東京医科歯科大学修士課程)、秋好沢諭 （東大老年科博士課程)

(3)研究テーマ

サルコペニア・フレイルのメカニズムの解明と早期診断・予防・治療法の研究

(4)研究室の歴史

1.2007年～2008年　老化ゲノムバイオマーカー研究チーム　運動器

2007年、重本が愛媛大学医学部(准教授)からチームリーダーおよびテーマリーダとして着任した。久保幸穂研究員が老化制御から異動してテーマの最初のメンバーとなる。重本は1986年から1989年まで東京都老人総合研究所基礎病理学部第一研究室(丸山直紀室長)に研究員として所属していた期間に技術職員の久保と研究を行った。重本が2007年に老人研に赴任するまでの期間も、丸山直紀チームリーダー(後に副所長)と久保と親密な研究の交流が続いていた。後に、森秀一、山田茂、老人医療センター整形外科から宮崎剛らが研究員としてテームに加入する。

2.2009年～2012年　老年病研究チーム　運動器の老化

3.2013年～2022年　老年病態研究チーム　運動器医学

越、枝松、本橋、大村が研究員として、福永、中山、秋好、村瀬、大谷が大学院生として所属

(5)研究内容の紹介

1.神経筋シナプスに着目した神経筋難病とサルコペニアの研究

重本は1992年～1996年に英国ロンドン大学　Ludwig　Cancer Instituteに留学中に、 受容体型タイロシンカイネース の muscle-specific tyrosine kinase (MuSK)を世界で最初に発見したグループに加わり研究を行った。MuSKの機能は米国Regeneron社のYancolpoulosらがノックアウトマウスを使った研究で、骨格筋と運動神経のつなぎ目である神経筋シナプスの発生に必須の遺伝子であることが1996年に報告された。当時の日本では、神経筋シナプスの研究は下火となり研究者がいなかったが、MuSKは疾患との関連性があることを確信して研究を開始した。2006年に、重本らは老人研の丸山直記先生と久保との共同研究によりMuSKの細胞外ドメインのリコンビナント蛋白をウサギに免疫すると重症筋無力症が発症することを世界で最初に明らかにして発表した(Shigemoto et al, JCI 2006）。また、国立病院機構宇多野病院との共同研究で自己抗体価の測定法を開発して(Ohta et al,Neurology 2004a, 2005b)、全国から検体を受けて無償で検査を行い(現在は保険収載)、我が国のMuSK抗体陽性患者の臨床像を明らかにした(Ohta et al, Eur J Neurol 2007)。

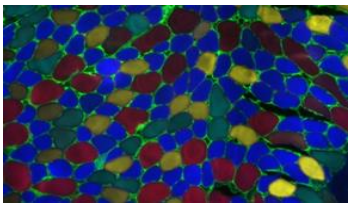
2007年に重本が東京都老人総合研究所にチームリーダーとして加わり、

研究代表者として厚生労働科学研究費補助金(2007年～2009年、こころの健康科学研究事業)を得て、森と久保の精力的な研究により、抗MuSK自己抗体で発症する重症筋無力症の疾患モデルマウスを作成して発症メカニズム(神経筋シナプスの維持機構)を解明(Mori et al、Am J Pathol 2011,J Neuroimmunol 2012a)、加えて治療に有効な薬物を発見した(Mori et al, J Neuroimmunol 2012b)。2014年、重本は米国NIHと米国の重症筋無力症財団が主催する会議に招待され、疾患モデル動物の標準化プロトコールの作成を共同で行い発表した
(Phillips et al, 2015)。

さらに、森は久保と協力のもと、MuSKと結合して神経筋シナプスの形成・維持に重要な役割を果たすLDL-receptor related protein 4 (LRP-4)に対する自己抗体で、重症筋無力症を発症するマウス疾患モデルを作成して発表した
(Mori et al, Exp Neurol 2017)。

MuSKに着目した重症筋無力症の研究はサルコペニアの発症メカニズム、およびバイオマーカーおよび予防・治療法の研究に発展した。重本は2010年～2013年(第一期)、2014年～2016年(第二期)の6年間長寿科学総合研究事業(厚生労働科学研究費補助金、原田敦班)に加わり、サルコペニアのメカニズムとバイオマーカーの研究を進めた。重症筋無力症の自己抗原の一つであるMuSKは健常な状態では筋側の神経筋シナプスで限局して発現している。いっぽう、神経切断やギプス固定で神経筋シナプスの脱神経支配が引き金となり筋萎縮に至る過程で、筋組織全体でMuSKの発現が増強すると同時に、MuSKの細胞外ドメインがプロテアーゼで切断されて血中へ遊離することを、森がプロテオミクス部門の津元研究員の協力を得て発見した(論文投稿中)。さらに、マウスとヒトの血中MuSKの高感度アッセイシステムを確立して、重症筋無力症のマウスモデルと患者で測定することが可能となった。加えて、血中MuSKの動物モデル(サルコペニア、ALS、重症筋無力症、神経切断・挫滅、廃用性筋萎縮)を使い筋萎縮の発症前診断ができることがわかり、早期予防・治療法の開発研究に有用であるエビデンスを得た(2017年特許第6240919号、 2018年EP 3128326B1)。血中のMuSK測定法は重症筋無力症患者の自己抗原およびシナプス障害のバイオマーカーとして実装化を進める一方で、今後はサルコペニアや他の神経筋難病を対象とした研究を行う。
神経筋シナプスの研究は、2020年からAMED (革新的先端研究開発支援事業 LEAP)の5年間のプロジェクトに採用され、神経筋難病とサルコペニアの創薬研究に発展した。 マウス疾患モデルと血中のMuSKバイオマーカーを活用して成果の実用化を目指している。

2.骨格筋の代謝の可塑性に基づくサルコペニア・フレイルの研究
マウス骨格筋の4種類全ての筋線維タイプが蛍光蛋白で光る遺伝子改変マウス(MusColourTMマウス)を理化学研究所との共同研究で開発した。MusColourTMマウスの骨格筋と細胞株は生きたままの状態で筋線維タイプを識別することができ、従来の方法では不可能であった研究が可能となった。 MusColourTMマウスから骨格筋幹細胞株を樹立しin vitroで分化させて、代謝リプログラミング(代謝変換)を誘導する薬物・生体内分子・天然物探索の基本技術を開発した
(2017年 US9,618,502 B2、特許第6159930号、2018年 EP9618502B2)。骨格筋の老化は、筋線維タイプとそれに代謝機能の可塑性の喪失と捉え、MusColourTMマウスを使いサルコペニアのメカニズムと早期診断・予防・治療法の研究を進めている。



福永は老化マウスを使い、加齢により遅筋に特徴的なミトコンドリアの形態的変化と機能的低下を体系的に解析、先行研究の間で混乱していた結果を統合・再定義して発表した
(Fukunaga et al, 2021)。

骨格筋の筋線維タイプ(速筋、遅筋)によりミトコンドリアの形態(分裂、融合)が異なることが明らかにされている。運動トレーニングなどで筋線維タイプ(速筋⇔遅筋)が可逆的に変化する際には、ミトコンドリアの形態と機能も可塑的に変化することが予想されるが、老化によりミトコンドリアの可塑性が失われる結果を得た。本研究の成果は、サルコペニアの予防・治療法の有効性を検証する病理学的指標となることが期待される。福永は2020年11月に第7回日本サルコペニアフレイル学会で最優秀演題賞を授与された。

3.歯周病菌と認知症とフレイルの因果関係についての研究
2020年から5年計画から始まった

東京都のプロジェクト(認知症未来社会創造センター)のバイオマーカー部門に参加して、認知的フレイルと身体的フレイルの主要な共通原因の一つとして歯周病菌に着目して、ブレインバンク部門と岩田淳神経内科部長と共同研究を遂行中である。歯周病菌の中でも、特にポルフィロモナス・ジンジバリス（ Porohyromonas gingivalis)と粥状動脈硬化および血管病変、虚血性心疾患、糖尿病と慢性炎症の関連性についてこれまで多く報告されている。 さらに、近年アルツハイマー型認知症患者の脳内のGingivalis感染が、英国(脳病理免疫染色)および米国(脳病理免疫染色、脳実質ウイルスゲノムPCR,マウス感染モデル)から報告,さらに米国NIAの長期縦断研究でも強い関連性が報告されたことから、認知症およびフレイルとGingivalis感染の因果関係の研究は重要な課題である。歯周病菌感染症を根治する治療薬はまだ無く、また有効な診断バイオマーカーの開発が必要であることから、社会貢献を目標に研究を推進している。

4. 加齢と骨粗鬆症の研究
宮崎は加齢により破骨細胞の骨吸収機能が亢進するメカニズムとして、破骨細胞の生存と骨吸収の負の相関を制御する細胞内外のATP変化による細胞機能制御のメカニズムを解明した(J Biol Chem 2012)。また、骨の力学的負荷(メカノセンシング)が骨のホメオスタシスに作用する分子メカニズムとして、p130CasとNF-κBの相互作用がシグナル伝達として重要な役割を果たすことを発見した(Miyazaki et al, Sci Adv 2019)。

文責:老年病態研究チーム　研究部長
重本和宏(自然科学系副所長兼任)

自然科学系

老年病理学研究チーム　高齢者がん研究

歴史

「高齢者がん研究テーマ」は、1972年に創設された臨床病理学部を起源とし、当初の研究目的が、「養育院附属病院病理部との緊密な連携の下に老年者の諸臓器における老年性変化を含めた病変の形態学的研究を行い、病院診療部と協力して臨床病理学的研究(形態学的知見と臨床所見との関連性)を行う」ことであった。このため、主な研究は養育院附属病院病理部(後の東京都老人医療センター病理部門、現東京都健康長寿医療センター病理診断科)の剖検例を対象とした人体病理学を中心に進められてきた。臨床病理学部の第一研究室から、その後臨床病理部門と名称変更がなされたが、当初から「神経病理学」と同じ研究チームに属し、病院の病理診断科と緊密に連携をとりながら運営されてきた。

臨床病理学部の第一研究室から臨床病理部門の部門長は大坪浩一郎が務め(1977年度～1993年度)、その後、水谷俊雄(1994年度)が兼務した。田久保海誉が臨床病理部門の部門長から高齢者がん研究のテーマリーダーを約20年間、務めた(1995年度～2015年度)。新井冨生(病院病理診断科部長、2016年度)が高齢者がん研究のテーマリーダーを兼務した後に、2016年1月から石渡俊行がテーマリーダーに就任した。

過去の成果

大坪部門長が第一研究室長に就任してから、研究面では第一研究室で呼吸器、循環器、消化器病理などを、第二研究室で神経病理を分担することとなった。このため肺の老化と老年者の肺疾患、天然毒物による中毒と老化、消化管・肝・胆道・膵臓の老化と疾患、心・大血管の老化と疾患、急速凍結、深エッチング・レプリカ法による研究など幅広い分野で研究が行われた。水谷神経病理部長が臨床病理部門の部門長を兼任していた期間には、ミオシンアイソフォームから見た脳動脈瘤発生機序、大動脈・腸骨動脈領域における破裂性感染性動脈瘤および、ヒト中枢神経剖検材料の固定法などについての研究が行われた。田久保部門長となってからは、研究課題がヒト高齢者のがんの自然史に関する研究となり高齢者がん患者のQOLの向上を目指す研究を行うこととなった。田久保部門長の研究成果は多岐にわたるが、特にホルマリン固定パラフィン包埋組織の組織切片上で個々の細胞のテロメア長を測定する技術を独自に開発し、テロメア長と加齢、前がん状態との関係を明らかにした。新生児から百寿者までのテロメア長を測定することで、年間に約60bpのテロメア長が短縮していることを明らかにした。

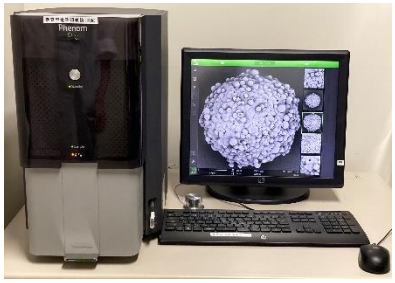
さらに、同一人のテロメア長は各臓器の細胞でほとんど差がなく大部分の正常細胞は加齢とともに短縮するが、脳の神経細胞や下垂体後葉細胞など加齢によってテロメア長が短縮しない細胞があることを解明した。

がんとテロメア長との関連では、がんの前段階である組織形態が変化した前がん病変でテロメア長が過度に短縮するだけでなく、さらにその前段

階で形態変化のみられない病変（前がん状態という言葉を提唱）でもテロメア長が正常に比べて短縮していることを明らかにした。アルコールの過剰摂取が食道上皮細胞のテロメア長を短縮させることを発見し、生活習慣とテロメア長の関係を解明した。

田久保部門長のバレット食道と食道がんについての臨床病理学的な研究は高く評価され、平成20年に会長として第62回日本食道学会学術総会を主宰した。

その後、テーマリーダーを兼務した新井病理診断科部長は、高齢者に多く発症するマイクロサテライト不安定性（MSI）を示す胃がん、大腸がん研究で国内外の高い評価を得た。さらに、食道がん病理でも食道癌取り扱い規約の病理組織検討委員会委員長として人体病理学研究に貢献した。



現状

現在は、石渡を含め常勤研究員3名（五味不二也研究員、野中敬介研究員）、非常勤5名（志智優樹研究員、進士誠一研究員、直井美穂技術員、長谷川文雄技術員、長谷川康子技術員）と35名の協力研究員が在籍している（長谷川文雄技術員はセンター全体の電子顕微鏡、長谷川康子技術員は病理組織学的な研究の技術的なサポートをしている）。主な研究テーマは、膵臓がんを中心とした高齢者がん研究と、組織切片上のテロメア長測定技術を用いた老化と慢性ストレスの研究を行っている。創設当初の研究目的である、老年性疾患についての形態学的な観点からの研究を続けており、病理診断科とも合同の研究会議を毎週、開催している。現在、行っている研究テーマは以下の通りである。

年々増加している高齢者がんの中でも特に予後の悪い難治性がんの膵臓がんについて、新たな治療法の開発に繋がることを目標に基礎研究を行っている。約半数の膵臓がん患者で活性化している線維芽細胞増殖因子受容体4（FGFR4）のシグナル伝達を阻害することで、膵臓がん細胞自身を老化誘導することが可能であることを報告し、がんの老化細胞死誘導療法という新たな治療法を提示した。

従来までのがん研究では、がん細胞は培養皿の底に平面的に培養して形態、機能、抗がん剤耐性などの研究を行ってきた。しかし、人体内でのがん細胞は原発巣でも転移巣でも腫瘤を形成し、立体的に増殖している。2次元培養法を経て開発された抗がん剤が、臨床試験を経て承認されるのが極めて少ないこともあり、がん細胞を*in vitro*で立体的に培養（3次元培養）することが注目されている。ヒト膵臓がん培養細胞株を3次元培養することで、上皮様の性質を持つ膵臓がん細胞と間葉系の性質を示す（肉腫のような）膵臓がん細胞では、腫瘍塊（スフェア）の形態に違いがあるだけでなく、抗がん剤の効果も異なっていることを発見した。これにより、膵臓がん患者の上皮間葉系形質の多様性が明らかとなり、膵臓がんの個別化治療の重要性を示すことができた。

膵臓がんの治療標的の研究では、膵臓がん細胞の細胞膜に、スフィンゴ糖脂質の一種のガングリオシドのGM2とGD1aが発現しており、GM2はがん細胞の増殖を促進させていることを発見した。

膵臓がんの転移についての研究では、膵臓がん細胞ではタンパク質に翻訳されない長鎖非コードRNAのH19の発現が、がんの転移に重要な役割を果たしていることを明らかにした。STAT3の活性化がH19の発現を制御していることを解明したことから、H19の発現調節方法として利用できる可能性もあり、転移抑制療法へと繋がることが期待される。膵臓がんの3次元培養についての論文は多数のがん研究者にダウンロードされて読まれ、参考文献に引用されている。膵臓がん細胞の老化誘導とガングリオシドについては、特許を出願中である。

副腎と老化、慢性ストレスの研究では、剖検症例の副腎を用いてテーマ独自の方法で組織切片上の細胞の相対的テロメア長を測定した。副腎皮質は球状層、束状層、網状層の3層から形成されるが、乳児から若年者（0～19歳）では層別のテロメア長に有意差はみられず、成人では高齢者に至るまでテロメア長は網状層＞球状層＞束状層の順に序列がみられた。高齢男性では、高齢女性と比べて束状層のテロメア長が有意に短く、副腎重量も減少していることが明らかとなった。束状層は副腎体積の大半を占めていることから、テロメア長短縮による束状層細胞の減少が高齢男性の副腎重量の減少に影響していると考えられた。また、束状層は生命維持に必須のコルチゾールを分泌しており、その層の細胞減少が男女の寿命差と関連している可能性が示唆された。慢性ストレスと副腎のテロメア長では、急死と長期の病悩期を経て亡くなった剖検例（慢性ストレス群）の副腎のテロメア長を比較した。慢性ストレス群では、副腎皮質の網状層のテロメア長が統計学的に有意に短縮し、網状層の細胞数が有意に増加していた。一般的に慢性ストレス下では網状層細胞のDHEA-S産生能が低下することが報告されているが、本研究では急死群と慢性ストレス群において血中DHEA-S濃度には有意差がみられなかったことから、網状層細胞が慢性

ストレス状態で分裂して細胞数を増やし、血中DHEA-S濃度を維持している可能性が示唆された。

研究所内外の研究者、施設と共同研究を行っている。研究所内では糖鎖研究や分子病理学的研究、プロテオーム研究などを行う研究者と協力し、がんと老化について共同研究を行っている。研究所外では、日本医科大学消化器外科が樹立した希少がんの、大腸由来の悪性黒色腫培養細胞株と、神経内分泌細胞株について超微形態と機能解析を行っている。

本研究テーマの特徴は、剖検や病理診断で培われた病理組織学的な知識と技術によってヒト組織を用いた研究を行うことが可能なことであり、最先端の顕微鏡も導入している。

卓上型走査電子顕微鏡は3次元培養したがん細胞のスフェア表面を観察するのに適しており、独自に標本作製技術を開発し多くの専門誌に画像が掲載されている。また、最大で7種類の抗体を異なった蛍光色素で標識し、同一組織切片上で蛍光波長の違いを検出することが可能なマルチスペクトル顕微鏡は、組織に浸潤する種々の炎症細胞の鑑別などに威力を発揮している。

展望

がんの最大の危険因子は加齢といわれているが、がんと老化、それぞれの研究分野が独自に発展してきたため、相互関係についての研究は世界的にも十分とは言えない。さらに、この半世紀のがん研究は細胞や組織から遺伝子やたんぱく質を抽出し、それらの異常ががん細胞の機能へ及ぼす影響を解析することを中心に進められてきた。このためヒト組織内に存在する、がん細胞とがん周囲の細胞の相互作用などの病理組織学的な検討には、課題も多く残されている。

高齢化率は今後さらに高くなると予測され、遺伝子異常が蓄積して発症するがんは増加すると考えられる。加齢とがんの関係を明らかにすることによって、高齢者ががんになりにくい生活習慣を身につけることが可能となり、がんの早期発見につながることも期待される。高齢者がんという研究テーマは今後、さらに重要性を増してくると考えられる。

基礎研究から、患者さんへ薬剤が届けられるには10年以上の年月と多くの研究者、そして膨大な研究費が必要である。このため社会に向けて、がんや老年性疾患の基礎研究の重要性や現状について継続的に発信を続け、高齢者がん研究への理解と協力を得ることが必要である。

謝辞

私達の研究を進めるためには、生検や手術、剖検例の組織や細胞が不可欠であり、多くの患者やご家族の皆様の理解とご協力によって支えられている。お亡くなりになられた患者の皆様のご冥福をお祈りするとともに、医学研究のためにご理解を頂いた、ご家族の皆様へ御礼と深い敬意を表します。

文責：老年病理学研究チーム
研究部長　石渡俊行

自然科学系

老年病理学研究チーム
神経病理学研究
高齢者バイオリソースセンター
ブレインバンク

はじめに

神経病理部門は、1972年老人総合研究所開設時、今堀和友初代副所長二代目所長の、神経科学研究において神経病理はコアになるとの、米国NIHでの経験を踏まえての信念を元に創設された。故朝長正徳博士を初代部長に迎え、国内・国外における神経病理研究拠点として、国際的評価を受け続けてきた伝統を持つ。

特筆すべき点はセンター病院部門と研究所部門の連携の象徴としての機能である。診断病理部との連携で剖検当番日を週一日引き受けている。また筋生検の凍結組織化学の本邦導入においても先駆的役割を果たしてきた。朝長博士は電子顕微鏡観察を重視されており、超微形態病理の伝統は現在まで引き継がれている。また外来を含む脳神経内科臨床にも協力している。

高齢者ブレインバンク構築の歴史

2009年に村山が研究室長、齊藤が研究員として赴任してより、本邦初のブレインバンク構築を開始した。日本の神経病理の草分けである故白木博次博士からは、新しい病理を期待するとの激励の言葉をいただいた。ブレインバンクは1960年代に英国

ケンブリッジ大学、米国ハーバード大学に端を発し、死後脳を凍結し、病因解明と、根治療法開発につなげる試みである。米国カリフォルニア州立大学ロスアンジェルス分校教授で、多発性硬化症ブレインバンクを創設した故トロテロッテ博士から高齢者ブレインバンクへの励ましとして、「ブレインバンクは患者、医療関係者、研究者による市民運動であり、正しいものは必ず勝つ」との言葉をいただいている。高齢者ブレインバンク立ち上げ時、当時の副知事が聴取に訪れた際この言葉を伝えたところ、東京都が引き受けるとのお言葉をいただき、現在に至っている。2006年には高齢者ブレインプロジェクトとして都知事表彰を受け、その折りに、都民でなく人類への貢献だねとのお言葉を、当時の故石原慎太郎都知事よりいただいている。

2009年の時点で病理診断科はすでに脳を含む全身臓器の一部凍結を開始されていた。ブレインバンクは半脳凍結が国際標準である。脳には左右半球が存在し、ミラーサーバー機能を有すると考えられている。脳の機能は既知の部分が少なく、半脳をこれまでの形態神経病理学的に検索し、半脳を凍結・蓄積し、生化学、分子遺伝学的研究に供与することが、ブレインバンクの基準である。当初、凍結半脳の形態病理が分からなくなるのをどうするのかとの議論に対し、凍結側からも、オランダブレインバンクが切り出している最小必須部位標本を作製することで対応した。現在タウ、TDP43に関しては左右差が原則であり、パーキンソン病も片側優位発症が診断基準に採用されている。高齢者ブレインバンクは左右差研究に、形態病理学的に対応しうる唯一のブレインバンクである。

高齢者ブレインバンク（Brain Bank for Aging Research）の命名は、老人研究所の名前との整合性と、老化・認知症の克服という当センターの理念に沿うものとして命名した。アルツハイマー病研究者サイトのAlzforumに、本邦ブレインバンクとして唯一登録されている。

当センターの特徴は、在宅支援救急総合病院であり、開頭剖検例は都市近郊高齢者をほぼ代表する。我々は剖検例の悉皆スクリーニングを行うことで、病理学的背景を明らかにすることに加え、それらのリソースを用いての疾患の根治療法開発に貢献してきた。そのためには剖検率と開頭剖検率の確保が重要である。欧米において脳は全身臓器としての考えが強く、病理解剖は脳を含む。しかし本邦においては脳聖域論と、開頭が剖検時間を長くすることに対する忌避より、開頭剖検率は30%程度である。特にコロナ以降、国立感染研究所が剖検における電気鋸の使用を厳重注意としたことで剖検自体が激減し、開頭剖検率ゼロの施設が増えている。コロナ関連神経病理研究を推進している欧米との開きがおそらく今後問題となろう。当センターは病理解剖を大事にしてきた伝統に基づき、剖検率、開頭剖検率を維持する努力を継続している。

生前献脳事前登録システムの創設と発展

生前献脳同意事前登録システムは、欧米においてはブレインバンクの基盤を形成する。故豊倉名誉院長により創設され、松下前理事長の応援を得て、高齢者ブレインバンクは当初よりこのシステムを採用、井藤前理事長時に小幡臨床心理士をコーディネーターとして常勤化し、センターの事業として推進している。このシステムの存在は、医師・患者関係、長期縦断研究と最終病理診断との対応を得る上で、国際的に大きな役割を果たしている。また日本ブレインバンクネットワーク構築において、キーとなる体制である。生前献脳同意登録者にはブレインバンクIDを発行し、個人情報は電子カルテシステムの中に保存される。生前献脳同意事前登録は、高齢者ブレインバンクの広報活動により情報を得た本人ないし介護者の希望による場合と、医師主導によるものが含まれ、コーディネーターの存在は必須であり、当施設で全国対応を行っている。

高齢者ブレインバンク独自研究

ブレインバンクは多数例を蓄積することで、形態病理学的に疾患の病因追求を行う基盤を構築しうる。我々は、それを疫学病理と呼んでいる。嗜銀顆粒性認知症の進展分類を発表し、現在Saito Stageとして国際的に承認されている。また、全身剖検を基盤とするレビー小体病理に関して国際誌に論文を継続的に報告し、欧米研究者以外では初めての米国神経病理学会Moore賞、日本神経病理学会賞（二回）等、内外での指導的立場を推進している。また全身凍結臓器も同時に有する利点をいかした研究はCell誌に掲載された。

研究所内共同研究

高齢者ブレインバンクの研究所内の協力としては、臨床画像研究チームのPETとの共同研究が特筆される。動的神経病理の名称は、ケンブリッジ大学のグループがPETのことを呼称したものだが、我々はそれを最終病理所見で確認する意味を込めて使用している。PET画像と病理所見との対応で、アルツハイマー病診断に必須とされるアミロイドPET製剤の第三相試験において、米国FDAが病理所見との対応を要求したため、生前献脳同意事前登録者をリクルートし、治験センターの全面協力を得るかたちで、国際治験に参加した。米国に次ぐ二

位の参加者を得ることが出来、製剤はFDA承認を得た。現在医療検査承認は得られたが保険収載されてはいない。糖代謝PET、アミロイドPETは、脳ドックでは前者が10万、後者が25万の自己負担が要求されるが、当センターでは研究費をもちいることでの努力が継続されている。

外部研究者との共同研究

日本ブレインバンクネットワーク構築のため、外部研究費として、革新学術領域、AMEDの支援を受け、リソース構築支援、神経科学者支援を行っている。神経病理診断指導のためには沖縄、四国、中国、近畿、関東の支援施設の神経病理診断援助を行い、神経病理稀少疾患リソース構築を推進している。神経病理診断に、形態病理だけでなく、免疫化学を含む蛋白化学に基づく診断、ゲノム解析による診断は、分子病理と呼ばれており、高齢者ブレインバンクは診断基準に採用している。

外部研究施設との共同研究として特筆すべき点として、東京都医学総合研究所、ケンブリッジ大学との原子間顕微鏡に関する共同研究で、Nature論文を次々発表し、国際的一流の立場を堅持している。この背景には、国際的に一流と評価されている診断レベルと、リソースの品質管理、提供における厳密性があいまってのことである。

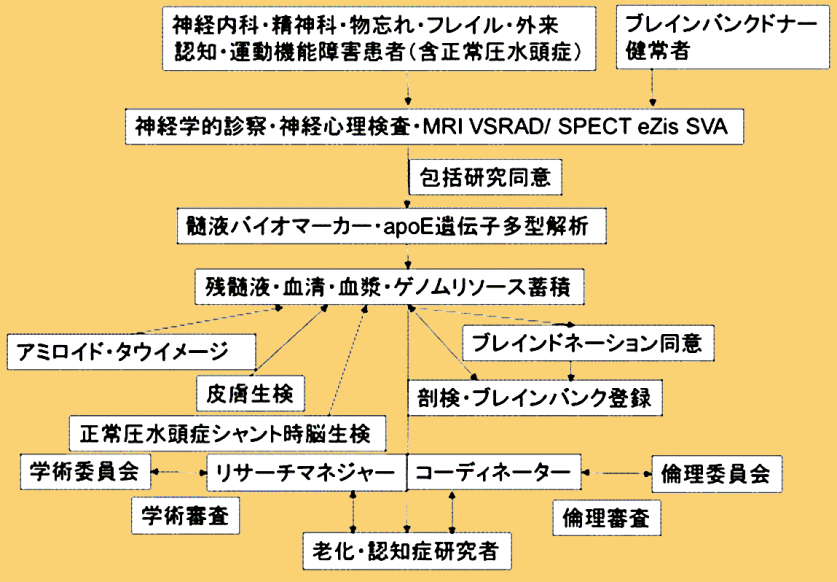
バイオリソース部門の創設

バイオリソースセンターは高齢者ブレインバンクを核として、患者生前髄液、血清と、全身臓器の部分凍結を含めるかたちで創設され、前任者の時代から高齢者ブレインバンク責任者が兼任している。ゲノムに関しては現在構築中である。当センターはバイオバンクジャパンの開設メンバーであり、生前にバイオバンクジャパンに登録され、その後ブレインバンクに登録された例が100例近く存在し、強固な連携関係を構築している。今後認知症未来プロジェクトでのゲノム研究との連携が期待される。

未来展望

神経病理(高齢者ブレインバンク)・バイオリソースセンターは、病院部門と研究所の統合の象徴であり、センターの医療関係者、研究者、事務職員の協力体制の元、患者及びそのご家族の希望である、老化・認知症の克服に向けて、今後も努力をしていく所存である。

文責:老年病理学研究チーム
研究部長　齊藤祐子
特任研究員　村山繁雄



高齢者ブレインバンクプロジェクト　流れ図

自然科学系

神経画像研究チーム　ＰＥＴ薬剤科学研究

歴史

PET薬剤科学研究の前身は平成2年（1990年）8月に開設した財団法人東京都老人総合研究所のポジトロン医学研究施設まで遡る。開設当初の基礎研究・薬剤開発の担当者は、末広牧子・佐々木徹の2名であったが、1991年6月に末広が転出し、石渡喜一が参加した。また、PET薬剤の開発研究とその臨床応用には被ばく線量や動態解析などのデータ解析が必要であり、外山比南子が担当した。ポジトロン研究施設の開所から今日までPET薬剤科学研究は「脳」に特化した研究を行っており、臨床薬剤として、その時々の評価の定まった薬剤を順次導入すること、研究所として独自の新しい薬剤を開発するという2つの方針の下で研究が進められ、現在もその方針に変わりはない。1990年～2000年の助走・発展期においては、主に脳循環代謝やブドウ糖代謝、ドパミン系の神経伝達機能に関する薬剤の導入が主体で有ったが、2000年代以降に入ると、新規薬剤の開発とその臨床応用が開始された。その後、2002年4月には財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団へと組織の変更があり、2004年3月には保険診療機関として正式に承認され、酸素ガスやFDG PETによるがん診断など保険診療用の薬剤の製造が開始された。2005年4月には佐々木が所内配置換えし、薬剤開発の研究者は石渡喜一の1名のみとなったが、2010年4月には豊原潤が参加し、再び2名体制で研究開発を行うこととなった。データ解析担当は、1999年に外山から木村裕一に交代したものの2005年3月に木村が転出、2009年4月に坂田宗之が参加した。2009年4月には独法化し地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所神経画像研究チームの脳機能研究テーマとして名称が変更された。2013年5月には新施設へ移転することとなり、サイクロトロンの更新を行った。また、世界的な趨勢として、PET薬剤製造施設のGMP化が求められるようになっていたため、これに対応するべく新施設の設計を行い、ハード・ソフト面での体制を整えてPET薬剤製造施設のGMP化を達成した。少し専門的な話にはなるが、旧施設で使用していたサイクロトロンは正イオン加速型のCYPRIS-370で、ビームの取り出し効率が低く、また装置の放射化の問題があったが、新施設では負イオン加速型のHM-20となり、ビームの取り出し効率が高く高収量での放射性核種の製造が可能となり効率が高くなった。また、PET薬剤の自動合成装置の開発や改良が進み、新施設では、臨床提供用薬剤の合成不良などによる検査中止の割合は減少することとなった。

新施設に移転してから2年後の2015年9月には、24年余りにわたりPET薬剤開発研究を率いて来た石渡喜一が退職し、豊原がその後を引き継ぐこととなった。また、2016年4月には新たに多胡哲郎がPET薬剤開発研究の研究員として参加することになった。2017年4月には研究内容の実際に即して、研究テーマ名を脳機能からPET薬剤科学へ変更した。

PET薬剤の研究開発には、常勤研究員に加えて多くの非常勤研究員、研究生、大学生・大学院生、協力研究員が参画することによって発展を遂げてきた。また、海外からも国外研究員を招聘し研究交流を行ってきた。印象深い出来事としては、東日本大震災で被災し、東北大学で実験を継続することが困難となった修士課程や博士課程の学生を受け入れたことがあげられる。

PET薬剤の製造において欠くことのできないサイクロトロンの運転は旧施設の開設から10年間を住重加速器サービスの石井信一が、その後、河村和紀、小田敬、林薫平が担当し、新施設移転後は2名体制となり、林薫平、林禄也、酒井昌成、西野浩輔が担当し、安定的な薬剤供給に貢献した。

過去の成果

新しいPET薬剤の導入および開発は、PET研究において新しい知見を得るために重要であり、我々はその時々の時流に合わせて柔軟に対応してきた。これまでに、導入・新規開発を含めて52の薬剤が臨床使用可能となっている。

PET薬剤の導入・開発は当初、神経伝達機能を中心に進められたが、2005年11月にアミロイド・を画像化する[^{11}C]PiBを導入した頃から、脳内の異常タンパク質に結合する[^{11}C]PBB3、2016年7月には東北大学からタウイメージング剤の[^{18}F]THK5351を導入し、臨床評価を行った。また、製薬企業における薬剤開発も活発化し、最近では、より感度や選択性に優れたアミロイドイメージング剤[^{18}F]NAV4694（Meilleu Technologies社）やタウイメージング剤[^{18}F]MK6240（Cerveau Technologies社）の導入を行った。

新規薬剤開発は、協和発酵・参天製薬などの製薬メーカー、浜松ホトニクス（塚田秀夫）、東北大学CYRIC（岩田錬）、千葉大学（橋本謙二）、放医研

(張明栄)、国立長寿(旗野健太郎)、蘭国フローニンゲン大学 (Philip Elsinga, Gert Luurtsema)等の協力を得て行われ、
[^{11}C]SA4503(σ1受容体)、
[^{11}C]MPDX(アデノシンA_1受容体)、
[^{11}C]TSMX(アデノシンA_{2A}受容体)、
O-[11C]methyl-L-tyrosine (アミノ酸輸送)、
[^{11}C]CHIBA-1001 (α7ニコチン受容体)、
[^{11}C]4DST(DNA合成)、
[^{11}C]ITMM(代謝型グルタミン酸受容体1)、
[^{11}C]CB183 (18kDa トランスロケータータンパク質)、
[^{11}C]Preladenent(アデノシンA_{2A}受容体)、
[^{18}C]MC225(P-糖タンパク質)
と10薬剤が臨床使用に至り、多様な研究が行われた。

これらPET薬剤の臨床使用においては、PETの持つ特色を最大限に生かす定量解析法を基本として、次いで被験者に優しい簡略化を目指し、さらに定性診断法に順次移行するよう解析法の開発を、PET画像診断研究と協力して行ってきた。

旧施設では動物専用のPET装置SHR-2000が導入されており、PET薬剤の開発研究だけで無く、様々なモデル動物の病態研究へ活用された。1996年～2007年までの間にサル・犬・猫を用いたPET研究が盛んに行われた。当時の研究の主体は脳循環代謝であった。

現状

新規PET薬剤開発において、よりオリジナリティの高い薬剤の開発を目指して、アミロイドやタウとは異なる分子標的を目指した研究開発を展開している。主な候補として、脳内環境(恒常性)の維持に関する血液脳関門の機能やタンパク質の品質管理、脳脊髄液の循環に寄与する分子などである。新しいPET薬剤を開発するためには基盤となる標識合成技術の開発が必要である。これまで不可能で有った分子への標識が可能となれば、評価可能な化合物の多様性を一気に増すことができる。我々は、現在、銅触媒を用いたボロン酸エステルの^{11}Cカルボキシル化反応や、^{18}F化反応、^{18}F-トリフルオロメチル化反応などを用いた候補化合物の合成検討や東工大(田中浩士)の協力を得て、ネオペンチル標識基の開発を展開している。また、PET薬剤開発研究の応用として、PET薬剤と小動物専用のPET装置を利用した小動物イメージング研究を、研究所内外の研究者と協力して行っている。小動物専用PET装置は2011年に半導体型検出器を備えた高分解能のMIP-100へ更新し、遺伝子組換え動物のイメージングなども実施している。

2013年4月から稼働した新施設では、2014年8月に日本核医学会のPET薬剤製造施設認証(学会GMP)を取得し、3年毎の更新を継続し、いずれも適合を受けている。また、2017年8月より治験使用薬受託製造施設としてPET治験使用薬の受託製造を開始し、研究成果の社会還元を行っている。

PET画像のデータ解析については、これまでの動態解析に加えて、統計学的な画像解析法や機械学習を用いた画像診断支援法の開発など新たな課題に取り組んでいる。

展望

PET薬剤科学研究は実質、PET画像診断と一体で、神経画像研究チームとしてPET研究を推進している。PET薬剤科学の研究を進める上で、センター内外との連携を活用した新規PET薬剤の開発・評価ができることは大きな強みであり、化合物のデザイン・合成・標識検討から非臨床評価、臨床研究まで一貫した研究を展開できる数少ない施設である。また、極めて高い水準でのPET薬剤製造に関する技術や知見を国内外の学会や他研究機関へ提供し、社会に貢献している。今後も都民の期待に応えるべく、より一層努力して行きたいと考えている。PET薬剤製造や開発には多くの人的資源が必要である。限られたリソースの中で目的を達成するためには、今以上に共同研究の推進が求められる。ご興味のある皆様から声をかけて頂けると幸いである。

文責:神経画像研究チーム
研究副部長　豊原潤

自然科学系

神経画像研究チーム　ＰＥＴ画像診断研究

歴史

1990年に設置されたポジトロン医学研究施設（仲町キャンパス）は、2013年の新施設への移転時に閉所となり、新施設でのPET施設の運営と研究・診療業務は、研究所の神経画像研究チームとして再編された。薬剤開発と基礎・解析研究はPET薬剤科学研究に、臨床研究はPET画像診断研究へと受け継がれた。PET施設および附属診療所の設立から閉所に至る経緯については別項の「ポジトロン医学研究施設と附属診療所」に詳しく述べる。

過去の成果

1990年に設立されたポジトロン医学研究施設・附属診療所の臨床研究の流れを引き継いでおり、PET施設の歴史に記載しなかった研究の流れについて述べておきたい。

1990年度から2021年度までの臨床脳PET研究検査は15000件余り実施されているが、薬剤別の検査件数を見てみると研究の流れが良く分かる。30年間を通じてコンスタントに使い続けられているのは、^{18}F-FDG（脳糖代謝）と^{15}O-ガス（脳血流・酸素代謝・血液量）、そして^{11}C-メチオニン（脳アミノ酸輸送：脳腫瘍診断）である。これらは臨床PET研究の創生期から今日に至るまで、他のモダリティでは代用することのできない生理機能情報を得ることができるPET特有の診断法である。^{15}O-水による脳血流測定は1990年代から2000年代前半までよく使われた。脳血流を短時間で繰り返し計測できる方法として脳生理学研究や高次脳機能研究などに活用された。この分野は1990年代にはPETの独壇場であったが、ファンクショナルMRIの登場以降その役割は限定的となった。神経伝達関係では1993年から^{18}F-FDOPA（ドパミン合成能）と^{11}C-Nメチルスピペロン（ドパミンD_2受容体）が導入され、パーキンソン病関連疾患の研究が開始された。^{18}F-FDOPA は優れた薬剤だが検査前の断薬や前処置が必要な点で臨床利用には敷居が高く、2000年代には^{11}C-CFT（ドパミントランスポータ）と^{11}C-ラクロプライド（ドパミンD_2受容体）に置きかわった。2000年代には^{11}C-SA4503を皮切りに、オリジナル薬剤のfirst-in-human studyが相次いで行われている（PET薬剤科学の原稿を参照）。また、2005年度に^{11}C-PiB（脳アミロイドβプラーク）が導入されて以来、脳神経病理を標的としたバイオマーカー検査が盛んとなり、今日に至っている。

1990年当時PET研究の主流は脳循環代謝研究であり、脳虚血のメカニズム研究や脳機能局在研究が石井を中心に病院神経内科グループの協力を得て開始された。また、東京医科歯科大学脳神経外科から成相直、後に稲次基希らが合流し、モヤモヤ病の病態研究や血行再建治療の有効性評価を行った。また、^{11}C-メチオニンを用いた脳腫瘍研究でも数多くの成果をあげた。

^{15}O-水を用いた脳血流測定法は、約10分おきに繰り返し脳血流を定量測定できる優れた検査法であり、脳病態評価の他、様々な神経タスクを行いながら脳血流を計測し、関連の脳機能局在を推定する研究が1990年代に盛んに行われた。日本医大から加わった大山雅史は失語症患者の言語機能回復に非優位脳が関与するメカニズムを明らかにした。

1990年代半ばには脳研究を推進する多施設（都老研・京都大・福井大・東北大・秋田脳研・兵庫脳研）共同研究が千田を中心に立ち上げられた。それまでは単一施設でデータを扱う研究しか行われてこなかったが、プロトコルの標準化と品質管理、データフォーマットの共通化など様々な課題に取り組み、今日の多施設研究に繋がる基盤となった。

ドパミン神経伝達関係では病院神経内科の三谷和子と^{18}F-FDOPA・^{11}C-NMSPを用いてパーキンソン病関連疾患の病態研究が開始された。2000年代には石橋賢士がドパミン神経伝達系の節前・節後の加齢変化がマッチしていることや、パーキンソン病診断におけるドパミントランスポータ診断とMIBG心筋シンチ診断が相補的な役割を果たすことを明らかにするなど、数多くの成果が得られた。一連の研究によりパーキンソン病診断における核医学検査の重要性が神経内科領域でも広く認識されるようになり、わが国におけるドパミントランスポータSPECTの開発、承認に繋がる流れを形づくった。

PETはてんかん外科の術前焦点診断法として注目されており、我々も鳥取大学、東京女子医科大学、東京医科歯科大学の各グループと共同で研究を行い、^{18}F-FDGや^{11}C-フルマゼニル（$GABA_A$受容体）を中心に病態評価、診断脳評価の研究を行った。日本医大から加わった三品雅洋は、石渡の開発した新しい薬剤（^{11}C-SA4503: シグマ受容体、^{11}C-MPDX：アデノシンA_1受容体、^{11}C-TMSX：アデノシンA_{2A}受容体）を用いたアルツハイマー病やパーキンソン病の病態評価を手がけた。

東京医科歯科大学から加わった清澤源弘・鈴木幸久の神経眼科グルー

プは、視覚関連脳機能の画像評価というユニークな研究分野を立ち上げた。弱視や本態性眼瞼痙攣の病態研究では病態を掘り下げた独創的な研究を展開し、中枢性羞明やビジュアルスノウの病態研究へと発展している。

2000年にPETカメラが更新され、全脳をカバーする撮像が可能となった。また、研究所の認知症長期縦断研究にPETグループが加わったのを機に、18F-FDGとMRIによる脳画像のデータベース構築を開始した。更に社会参加グループとの共同研究により10年以上毎年フォローした縦断的データも加わり総計3000例以上の正常加齢データが集積された。このデータをもとに、軽度認知障害を発症する3年以上前に脳代謝の低下を検出できることなどを明らかにした。軽度の血糖値上昇がアルツハイマー病に類似した代謝低下パターン変化をもたらすことを発見し、その機序を解明した。また、さまざまな行動的介入により脳の形態や機能に及ぼす影響を明らかにする研究が行われた。

2003年にピッツバーグ大学との共同研究で11C-PiB導入を行い、国内でいち早くアミロイドPET診断研究を開始した。石井はわが国初の認知症多施設共同研究J-ADNI研究にアミロイドPET主任研究者として参加するほか、厚労研究班を立ち上げ、アミロイドPETの有用性を検討した。この研究を基盤に「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」(日本神経学会・日本認知症学会学会・日本核医学会)を座長としてまとめた。また神経病理グループと共同でわが国初のアミロイドPET画像病理相関研究を発表、更にアミロイドPET商用剤の国際治験にも参画した。我々の施設で生前脳PET検査を実施し、剖検診断によって評価された症例は100例を超える。

PETの撮像・解析技術の研究も行われた。織田はPET専用機で薬剤投与後にトランスミッションスキャンを行う方法を確立した。我妻は半導体PET/CTカメラの性能評価や画像再構成法の最適化を行った。

臨床PET研究グループは施設創設以来多数の大学院生や共同研究者を外部から受け容れている。我々の施設で臨床PET研究を行い医学博士を取得した者は23名に上る。

現状

ここ10年ほどは、アミロイドPET、タウPETを中心に認知症の病態研究が精力的に行われている。アルツハイマー病の無症候期から始まる超早期におけるバイオマーカー研究や、抗アミロイド抗体薬など、アルツハイマー病に対する疾患修飾薬候補のグローバル治験に多数参画している。研究グループのオリジナルな課題としては、これまでニューロンを中心としていた脳の加齢・病態理解にグリアという視点を加えることを目指したグリアイメージングを展開している。Astrogliosisを感度良く検出することのできる^{18}F-THK5351を軸に、さまざまな神経疾患の病態解明を進めており、より特異性の高い^{18}F-SMBT1を最近導入して臨床研究を開始した。

また、PET薬剤科学グループと連携し、新しい薬剤の臨床評価を進めている。これまで10薬剤のFirst-in-human Studyを実施してきたが、最近では^{11}C-MC225(脳血液関門機能)の安全性・有用性評価を行った。

展望

PETはセンターにおけるトランスレーショナルリサーチの中核であり、PET画像診断グループは病院の臨床グループ、研究所の自然系・社会系と連携しながら独自の研究を展開してゆくことが望まれる。優れた薬剤開発能力を有するPET薬剤科学テーマと一体となり、臨床・画像・病理相関の中で症例の蓄積と検証ができる日本で唯一といえる研究グループであり、この特長を堅持しつつ、脳と加齢に関連する問題に取り組んでゆきたい。

文責:神経画像研究チーム
研究部長　石井賢二

社会科学系

社会参加と地域保健研究チーム
社会参加と社会貢献研究

歴史

当テーマは、2008年4月にヘルスプロモーションと地域保健研究チームの中の独立したテーマとして設置された。当初は「社会参加・社会貢献の推進」というテーマ名であったが、2018年4月からは「社会参加と社会貢献研究」という現在のテーマ名に変更となった。初代テーマリーダーは藤原佳典（ヘルシーエイジングと地域保健研究テーマ・現テーマリーダー）であり、以降2021年3月まで務めた。2021年4月からは村山洋史がテーマリーダーを務めている。

地域在住高齢者の8割は自立した生活を送ることができている。そうした人々の健康増進や介護予防とともに、いきがいや社会的役割を持ちながら地域との関わりを持ち続けられる社会づくりは、超高齢化社会における重要なトピックである。当テーマは、高齢期の健康度や自立度に応じ、シームレスに社会参加・社会貢献活動が継続できるような社会システムの構築に資する研究を行ってきた。

過去の成果

(1)絵本読み聞かせボランティア研究

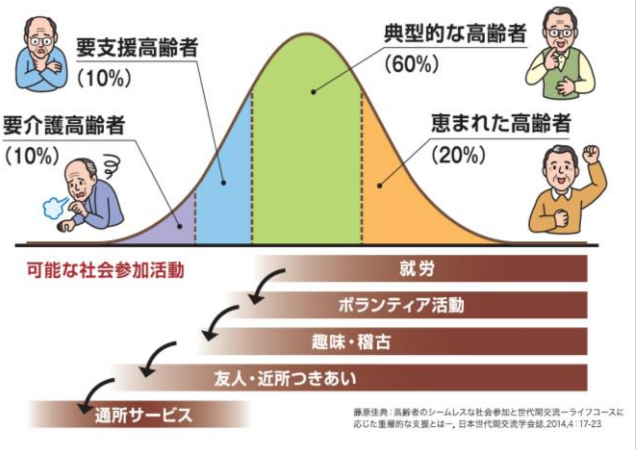
米国のシニアボランティアによる学習支援プログラムExperience Corps®を参考に、「世代間交流による高齢者の社会貢献に関する研究」（Research of Productivity by Intergenerational Sympathy [REPRINTS]）を2004年に開始した。

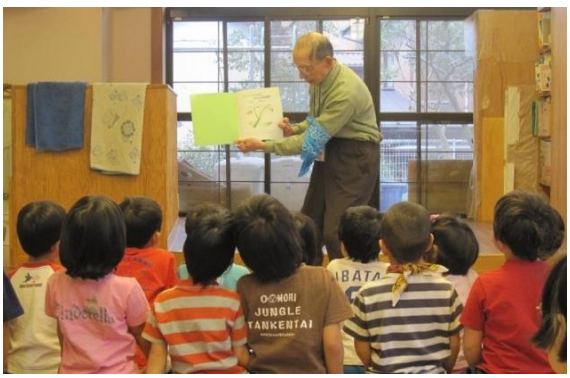
REPRINTSは、社会貢献活動であり知的活動でもあるシニアによる絵本の読み聞かせボランティア活動を媒介に、「高齢者と子どもの世代間交流」と「高齢者の健康維持」を目的とした研究プロジェクトである。REPRINTSへの参加によって、認知機能低下抑制に寄与する可能性や他者との交流の増加、身体機能の維持・向上、地域のソーシャルキャピタル（地域住民同士の信頼感や互酬性）への波及効果等を見出してきた。また、同プロジェクトではMRI検査により脳構造に与える影響にも着目して検討を続けた結果、REPRINTSへの参加によって海馬の萎縮が抑制されることを明らかにしている。

これらの成果から、REPRINTSは介護予防や認知機能低下予防のアプローチ方法としても着目されるようになり、2010年からは自治体向けの認知機能低下抑制プログラムとしての「絵本読み聞かせ講座」の展開を開始した。同講座は絵本読み聞かせ方法の習得を目的とする講座であり、これまでに東京都中央区、川崎市多摩区、滋賀県長浜市など首都圏を中心に15以上の自治体で講座が開講、ボランティア団体の立ち上げが進んでいる。

これらの研究成果の社会実装のため、講座修了後に立ち上がった絵本読み聞かせボランティアグループの支援も行っている。各グループは地域の枠を超えて連携しており、2014年にはシニアによる絵本読み聞かせボランティア団体のネットワーク組織としてNPO法人格を取得、現在も当テーマと連携する形での研究協力や絵本読み聞かせ活動の普及啓発に取り組んでいる。こうした取り組みが評価され、2015年には世界保健機関が発行する「World Report on Ageing and Health」にて、REPRINTSが世代間交流の好事例として紹介された。新型コロナウイルス感染症の流行以降は、オンライン会議ソフトを利用した読み聞かせ活動がはじまるなど、環境に適応した活動が展開されている。

REPRINTSから派生した研究の一





つに、軽度の認知機能低下のスクリーニングツールの開発がある。認知症対策研究の領域では、認知機能低下の早期発見・早期対策が重要視されている。また、REPRINTSの効果を示す上でより早期の認知機能低下への抑制効果を調べることが重要である。そこで、比較的健康度が高い人々の認知機能を簡易に評価する手法として日本語版Montreal Cognitive assessment（MoCA-J）の開発および有効性の検証を行った。MoCA-Jは、早期の認知機能低下状態である軽度認知障害をスクリーニングするツールして広く普及している。

（2）多世代共生研究

持続可能な社会を実現するためには、次世代との共生・共創による相互支援が必須であり、高齢世代のみならず、子ども・子育て施策をも包含した多世代型地域包括ケアシステムの構築が望まれる。多世代共生研究は、厚生労働省が推進する地域包括ケアシステムを先駆けて全世代に拡張し、住民同士が世代を超えて助け合える地域づくりに資する「場やプログラム」「人材」「ツール」の開発を目的としている。

一環として、孤立・孤独による日常生活上の不便や不安は高齢者と子育て世代に共通する課題と捉え、高齢者と子育て世代の相互扶助を実現することを目的とした研究プロジェクトを行った。「地域に多世代住民間の相互扶助の精神を普及・定着させる多世代挨拶運動」「高齢者と子育て世代が互いの日常の困り事を助け合える関係性を築ける多世代交流の場」という2つの介入プログラムを開発し、東京都内と都内近郊部の2地区にて実装し、その効果評価を行った。加えて、多世代挨拶運動や多世代交流の場を効果的に運営・推進できる人材を育成するプログラムも開発した。

その結果、介入プログラムを実装した2地区では、ソーシャルキャピタルが対照地区に比べて有意に向上し、世代を超えた助け合いが進んでいることを明らかにした。

（3）高齢期就労研究

高齢期の社会参加の重要性は既に多くのエビデンスによって示されている。しかし、それをどのようにして促していけばいいかの方法論は必ずしも明確ではない。当テーマでは、就労促進が解決策の一つになるのではないかと考えてきた。例えば、定年退職した男性が、いきなり地域活動に入り込むのはハードルが高い。しかし、それまで長く従事してきた「働く」という社会参加の形態を挟むことによって、スムーズに地域活動に移行していける可能性がある。

そこで、高齢期の就労の効果やその促進方法を探るべく、高齢者就労支援プロジェクトとして、「Employment Support System for Enhancing Community Engagement（ESSENCE）研究」を立ち上げ、研究を進めてきた。例えば、大田区や板橋区等の高齢者就労支援施設での求職者縦断調査や就労支援方法・体制についての調査を行った。また、高齢期の就労の健康効果について、システマティックレビューにより知見の整理を行った。さらに、2014年からは定期的な研究会を開催し、研究事例や実践好事例を共有する機会を設けている。

現状

（1）認知機能低下者向けの社会参加促進プログラム

これまでは、比較的健康度が優れた高齢者を対象として研究を進めてきたが、健康度が低下しているフレイル者や要介護者においても心身の健康維持・増進のために社会参加が重要となることが示されるようになってきた。また、2019年に認知症施策推進大綱が閣議決定され予防と共生が強調されたように、軽度認知障害者や初期認知症患者に対する社会参加をテーマとした取り組みが求められるようになってきている。そのため、現在は認知機能低下者向けの健康増進・社会参加促進プログラムも研究対象としている。

絵本読み聞かせ方法の習得を題材として認知機能低下抑制研究から見えてきた負荷の高い知的活動としての「新しい技術の学習」に着目し、囲碁やものづくりを題材としたプログラムを囲碁団体や企業等と連携して作成している。地域施設や福祉施設、あるいは個人宅への訪問により研究を展開しており、認知機能低下抑制だけでなく、制作したアクセサリーを身に付けるために外出する頻度が増加する事例がみられている。

認知機能低下者を対象として、健康増進のための「新しい技術の学習」が社会参加促進にも寄与するという予防と共生の一体的な実施を可能とするプログラムの開発・検証および社会実装に取り組んでいる。

（2）若中年期からの社会参加の促進

現代社会ではこれまで以上に孤立者およびそのリスクを持つ者は増加し、多様化している。高齢期に着目するだけでは不十分であり、人間のライフコースを通したアプローチの必要性が高まっている。そこで、多世代共生研究の研究対象を20～60代の若中年

世代に拡大し、若中年期からの孤立・孤独予防研究に取り組んでいる。

その一つとして、職業上のスキルや知識を活かして地域が抱える課題解決を支援する新たなボランティア形態「プロボノ」に着目した研究を行っている。若中年層が持つスキルやアイデアを地域活動に取り入れ、活動の活性化を図ると同時に、プロボノを入り口に若中年層が社会参加活動に関心を持ち、活動参加する方策になり得るか、検証を試みている。

(3)高齢期の就労の促進

高齢期の就労の中でも、特に福祉分野の高齢者就労に関心を持って取り組んでいる。例えば、高齢者施設の介護助手に関する研究は、「健康維持」「社会とのつながりが持てる」「収入が得られる」等の介護助手本人らにとってのメリットのみならず、「専門性を活かした業務に専念できる」「残業が減る」等の介護職員へのメリット、「同じ世代の人と話ができると安心する」等の施設入所者へのメリットも生み出していることを明らかにしている。文部科研や老健事業等の研究費を得て、全国調査や縦断調査を実施し、さらなるエビデンスの構築と施策提言を行っている。

展望

当テーマは、特に自立した高齢者の社会参加促進を目指し、プログラムの開発・普及、地域で支え合える場づくりや雰囲気の醸成に取り組んできた。学術への貢献と実践への貢献の両方を重視し、多くの知見を創出してきた。しかし一方、こうしたプログラムや活動に積極的に参加するのは、あくまで意識が高く、元気な者が多いという限界も強く感じている。我々の研究がそれ以外の層――例えば、健康・社会参加無関心層、社会的に弱い立場にある層――にもリーチし、受け入れられるよう、試行錯誤を続けていくことが必要だと強く認識している。これまでの経験や知見を踏まえつつ、新しい手法や分野を開拓していける好奇心や探求心を持ち続けていきたいと考えている。

文責:社会参加と地域保健研究チーム　研究副部長　村山洋史

社会科学系

社会参加と地域保健研究チーム　ヘルシーエイジングと地域保健研究

歴史・過去の成果

社会参加と地域保健研究チームの「ヘルシーエイジングと地域保健研究テーマ(以降、ヘルシーエイジングRT)」は旧東京都老人総合研究所の地域保健部門にルーツを持つ。地域保健部門は同研究所の1990年 8月組織改正前の疫学第 1研究室の業務を継承した。部門長は柴田博 (1992～1997年度)と新開省二 (1998～2001年度)が担った。部門の名称は、 1994年「保健所法」が「地域保健法」に改正され、わが国の保健行政が大きく転換していくことを見通したものであった。研究内容もそれにふさわしいものにすることが志向された。疫学研究室時代の観察型・分析型の研究に加え、施策や手立てに直接有用性をもつ介入研究を導入していくことが方針として定まってきた。このために維持していくべきフィールドは、特別プロジェクトの医学研究のための東京都小金井市と秋田県南外村、部門独自研究のための埼玉県戸田市と群馬県嬬恋村の4地域になった。

その後、研究所全体でグループ制が敷かれたことを契機に、2002年度に地域保健研究グループと改称された。2000年に介護保険制度が開始されたことをにらみ、新開省二グループリーダーが、地域ベースで基礎自治体と共に介護予防を推進するための3つのフィールドを新たに立ち上げた。これらは、群馬県草津町、埼玉県鳩山町、新潟県旧与板町(現長岡市)であり、当時としては先駆的に、簡易認知機能検査、動脈脈波検査、体組成検査等の導入により認知症、動脈硬化、虚弱といった高齢期の重要な健康課題の早期発見・対応に務めた。これらの検査結果については、分かりやすい個人結果票を開発するとともに結果

報告会によりフィードバックし、従来の生活習慣病対策に加えて介護予防についての健康教育の機会とした。草津町と鳩山町の健康調査については、現在に至る長期縦断研究へと受け継がれている。与板町研究は同町が長岡市に編入されたことにより2006年に終了した。

2005年度から組織改編により、チーム制が導入され、地域保健研究グループは社会参加とヘルスプロモーション研究チームと改称された。

同研究チームは、新開チームリーダーの下、文字通り、高齢者の社会参加とヘルスプロモーションを促進するための研究に従事した。

65歳以上の高齢者人口の中で、日常生活を自立して過ごしている高齢者は8割を越える。自立高齢者の生活上の目標は、いきがいや生活の張りを持っていきいきと過ごすことにある。そのために必要な条件は多々あるが、中でも重要なことは、退職や子育てを終えた後も地域社会の中で一定の役割を持ちながら人々と交流しつつ活動的な生活を送ること、すなわち社会参加が活発であるということである。

この頃、東京などの大都市部では、いわゆる「2015年問題」と称され、団塊の世代が大挙して退職期を迎えるため、退職高齢者が急増する時代に備える必要があった。一方、家族形態では多世代世帯が減少し一人あるいは二人暮らし高齢者世帯がメインになっていくと予想された。地域社会における人と人との関係性が相対的に希薄になりがちな大都市部においては、元気な高齢者が増える一方で、健康や生活上の不安を抱える方々も増えていくことが懸念された。こうした状況を踏まえると、大都市部の高齢者の社会参加をすすめ、地域高齢者の抱える課題に対処していく、戦略（方向性）と戦術（方法）が今ほど求められている時代はない。同研究チームでは、コア研究の第一の柱として、こうした高齢者の社会参加の促進にむけた戦略と戦術の開発を行うため、次の4つの研究を行った。（1）前期高齢者の社会参加の現状とニーズの把握、（2）後期高齢者における社会参加継続の規定要因の解明、（3）学校および地域での高齢者ボランティアの介入研究、（4）高齢者の交流促進のための外出および移動支援に関する研究。第二の柱は、高齢者のヘルスプロモーション（健康づくり）の戦略と戦術の開発である。それに向けて、次の3つの研究を行った。（5）縦断研究による健康余命の規定要因の解明、（6）老化予防をねらった新しいヘルスプロモーションプログラムの開発、（7）高齢者施策（保健、介護、参加）の評価（費用対効果含む）であった。

これらについては、旧老人総合研究所の伝統である地域高齢者を対象とした長期縦断研究を継承しながらも、これまでのように死亡や障害をターゲットとするのではなく、より早い段階で出現してくる「虚弱」や「高次生活機能低下」をターゲットにし、その予防についての研究を行った。「虚弱」研究は、今日のフレイル研究の先鞭をとったと言っても過言ではない。「高次生活機能低下」については、productivity側面からの予防策として、現在の「社会参加・社会貢献研究テーマ（以降、社会貢献RT）」が継承・推進する絵本の読み聞かせシニアボランティアによる世代間交流プロジェクト「REPRINTS」を創出した。地域での健康教室のボランティア育成については、現在の「ヘルシーエイジングRT」が継承・推進しており、フレイル予防を基盤とした就労的活動・ちょいたし事業（写真）の基盤となった。

なお、コア研究は当初5年計画でスタートしたが、2009年度に東京都老人総合研究所が地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターに組織改正が行われたことから4年で終了した。その際に「社会参加とヘルスプロモーション研究チーム」が、現在の「社会参加と地域保健研究チーム（チームリーダー：新開省二）」と改称された。さらに、二つのテーマ研究に分かれた経緯がある。研究内容はそれぞれの独自性・主体性を発揮しながらも、研究テーマによって相互に相乗りしており、今日まで補完する関係にある。

両テーマグループの主な目的については、藤原佳典テーマリーダーが率いる「社会参加・社会貢献の促進テーマ」は、高齢者の社会参加が健康長寿に及ぼす影響を明らかにするとともに、高齢社会の諸課題の解決に寄与する社会貢献型プログラムを開発し、もって高齢者の社会参加、社会貢献の促進および社会的孤立の予防に向けた政策立案に寄与することである。

一方、現在の「ヘルシーエイジングRT」の前身である、「老化・虚弱の一次予防と地域保健テーマ」は、新開チームリーダーがテーマリーダーを兼務した。独自に作成した虚弱スケールを活用しつつ、高齢者の虚弱化予防に向けた新しい介護予防プログラムとそれを地域で効果的に展開するための社会システムを開発し、もって健康余命の延伸に向けた政策立案に寄与することとした。

第一期中期計画（2009～2013年度）においては、（1） 老化関連バイオマイカーを用いた一次予防プログラムの開発として、β2ミクログロブリンに関する一連の研究成果を公表するとともに、β2ミクログロブリンに着目した老化の一次予防プログラムの短期および中期的影響を調べた。（2）虚弱スケールを用いた虚弱予防

プログラム開発として、鳩山町においてコホート内RCTデザインによる虚弱予防プログラムの短期および中期的影響を調べた。(3)地域包括的介護予防推進システムの開発として10年にわたる地域介入研究の成果と評価を踏まえ、健康余命を延伸する地域包括的な介護予防推進システムを提案した。(4)社会参加および健康長寿の医療経済的評価として、データセットを構築し、社会参加および健康長寿の医療経済的評価に着手した。第二期中期計画(2014～2018年度)においては、第一期中期計画を継続・発展させ(1)虚弱化のプロセスの解明として、主に草津町および鳩山町長期縦断研究を継続し、蓄積したデータを分析することにより高齢期の虚弱化のパターンの解明と異なるパターンの虚弱化の学際的原因解明を進めた。(2)虚弱化を予防・先送りする社会システムの開発については、JST-RISTEXの大型研究費を獲得して都市近郊モデルである鳩山フィールドと中山間地モデルである兵庫県養父市フィールドにおいてアクションリサーチを展開した。さらに(3)長期縦断研究のデータセットを構築し健康余命を延伸することの社会経済的評価を進めた。

2014年4月より青柳幸利専門副部長が「老化・虚弱の一次予防と地域保健テーマ」に加わった。青柳グループの研究目的は、群馬県中之条町をフィールドに、地域高齢者の健康増進や疾病予防に最適な日常身体活動の量・質・タイミングなど総合的パターンを確立し、老化予防や健康長寿を実現するに足る身体活動の継続を左右する個人的・社会的・遺伝的・環境的要因を確認することである。さらに、歩数計/加速度計のようなデジタル技術を早期から駆使して日頃の生活行動を客観的かつ精確にモニターし、上記のさまざまな基準や影響に照らして個人の活動情報を電子的に評価・フィードバックすることによって、日常身体活動の促進を目指している。

2015年10月から新開チームリーダーが副所長に、藤原がチームリーダーに就任した。新開が担ってきた「老化・虚弱の一次予防と地域保健テーマ」の後任に、2016年1月に着任した北村明彦テーマリーダーのもと中期計画が引き継がれた。

現状

2018年度から第三期中期計画において、社会参加と地域保健研究研究チームは、第二期中期計画から継続する二つのテーマ研究「社会貢献テーマRT(旧社会参加・社会貢献の促進テーマ)」と「ヘルシーエイジングRT(旧老化・虚弱の一次予防と地域保健テーマ)」に加えて前者から、大都市高齢者基盤研究テーマ(以降、大都市基盤RT)が独立し、三つのテーマ体制でスタートした。

第三期中期計画においては、都民、国民が高齢になっても地域で「ヘルシー・エイジング(身体的、精神的及び社会的な機能を保ちながら自律した生活を送ること)」を実現できることを目標に、フレイル予防の観点から、(1)機能的能力(自らが重要と考えることが出来る状態を実現する特性)、内在的能力(身体的、精神的能力)の加齢変化と関連要因の解明、(2)保健・介護予防サービス、社会環境の整備等の社会システムの開発と実装化を進める研究に取り組んだ。

上記の(1)(2)の研究は、従来の長期縦断研究のフィールドである草津町、鳩山町に加えて、大田区、養父市、気仙沼市におけるアクションリサーチにより、自治体特性に応じたフレイル予防モデル(大都市モデル、中山間モデル、被災地モデル)を構築した。

2020年度は、COVID-19の影響により、各地域でのフレイル予防モデルの実装化・地域介入が計画通りの実施が困難となったため、新しい生活様式での地域介入方策を模索し、従来とは異なるアプローチ手法を試行するに至った。その一環として、コロナ禍でのフレイル予防ツールの作成と普及に注力した。また、地域での実装化研究、介護予防のエビデンス創出に加え、フレイル進行要因を改善する介入研究にも着手している。

北村テーマリーダーの退職により、2021年度より、藤原テーマリーダーが継承した。

展望

第三期中期計画の深化に加えて、藤原チームリーダーがセンター長を兼務する都委託の東京都介護予防フレイル予防推進支援センター事業において、大都市基盤RT、社会貢献RTと連携し、「通いの場」の概念整理、地区診断指標・事業評価手法の開発に従事していきたい。

以上の研究成果をもって、フィールド自治体をはじめ、東京都や国の施策づくりに還元する。各モデルの普及を通じて、持続可能なエイジング・イン・プレイス社会の側面から、2030年に向けて国連が掲げる持続可能な開発目標SDG's(Sustainable Development Goals)の達成に寄与できるものと考えている。

文責:社会参加と地域保健研究チーム
研究部長　藤原佳典

中年からの老化予防総合的長期追跡研究
（Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology. Longitudinal Interdisciplinary Study on Aging, TMIG-LISA）

本プロジェクトは、ヒトの老化の様式や速度、またそれに影響する要因を明らかにすることを目的に、柴田博研究部長（のち副所長）をリーダーとして1991年度から2000年度までの10年間の学際的な縦断研究としてスタートした。医学、心理学、社会学の3つの研究班に分かれ、特に医学班では、都市部（東京都小金井市）、農村部（秋田県南外村と上小阿仁村）および島嶼部（三宅島）の3つの環境条件の異なる地域に住む中高年者を対象として、歩行能力の総合評価、歯の状態と咀嚼能力の測定、DXAを用いた骨密度測定を行うなど、当時、最先端の測定方法を駆使しながら、老年学的な総合的調査を繰り返し実施した。1996年からは、身体的障害（disability）の発生を減らすとともに、高齢者の生活の質を向上させることを目的とした介入研究が追加された。第一期医学班は、評価委員会で「継続が妥当である」という評価を受け、2001年以降の第2期プロジェクトに進展した。ここでは、第一期の対象者の追跡調査（転帰情報の収集、死因の特定など）を行うほか、新たな研究課題（高齢者の社会参加と老年症候群のスクリーニング法および介入プログラムの開発）を設定し、2010年まで活発な研究が展開された。

第一期プロジェクトの研究成果は、まず、1997年Facts, research and intervention in geriatrics の特集号『Longitudinal interdisciplinary study on aging』に研究概要と中間的な成果として18本の学術論文を掲載した。最終年の2000年には、長期プロジェクト研究報告書「中年からの老化予防総合的長期追跡研究」を発刊し、10年間の成果を包括的にまとめた。さらに、報告書の内容を平易にまとめた小冊子『サクセスフルエイジングをめざして－元気で長生き10ヶ条』や、詳細な学術論文としてGeriatrics Gerontology International第3巻Supplement（2003年）に12本を掲載した。なお、第二期プロジェクトの研究成果は、長期プロジェクト研究報告書「中年からの老化予防総合的長期追跡研究」第II期報告書（2006年3月）としてまとめられた。

本プロジェクトは、健康長寿に関する疫学研究および高齢者健診のモデル開発に大きな業績を残すとともに、その成果は、国の介護予防事業（地域支援事業として2006年にスタート）にも寄与した。これらの貢献に対し2011年都知事賞が授与された。

文責：社会参加と地域保健研究チーム　チームリーダー
研究部長　藤原佳典

社会科学系

社会参加と地域保健研究チーム
大都市高齢者基盤研究

歴史

大都市高齢者基盤研究テーマは、第3期中期計画が開始された2018年度に「社会参加・社会貢献の推進」テーマより独立する形で新設された（テーマリーダー：小林江里香）。「大都市の高齢者が、家族を含む社会とのつながりの中で抱える課題を、地域住民の大規模調査データに基づいて多面的かつ客観的に検討し、政策提言につなげる」ことを目標としている。

このように当研究室自体の歴史は浅いが、東京都老人総合研究所の歴史の中では、社会学部（1972-1989年）や社会学部門（1990-1997年）の研究関心を継承するものと考えている。社会学部・部門では、1970年代から1990年代にかけて「定年退職に関する長期的研究」「ソーシャル・サポートを中心にみたひとりぐらし老人の生活実態」など数々の調査研究を行い、わが国の社会老年学をリードする優れた業績を残した。

当研究室が担う別の重要な役割は、「全国高齢者の健康と生活に関する長期縦断研究（JAHEAD）」の運営である。このプロジェクトは、1980年

代に社会学部(研究部長:前田大作(故人))がミシガン大学(研究代表:Jersey Liang)との共同研究として開始したものである。全国から無作為抽出された60歳以上の男女を対象とした訪問面接法によるパネル調査で、1987(昭和62)年に第1回調査を実施し、その後新しい対象者を加えながら3-6年ごとの追跡調査を継続している。2021年には当研究室が主体となって第10回調査を実施した。

JAHEADは、1990年代は主に保健社会学部門が中心となって担い、2000年代以降は、社会参加・介護基盤研究グループ、社会参加とヘルスプロモーション研究チーム、社会参加と地域保健研究チームへと引き継がれた。研究開始からこの30年余りの間に、研究所の組織は大きく変わり、プロジェクトを支えた研究者の多くも大学に転出したが、現在も研究所OB・OGの数名がJAHEADに参加しており、ミシガン大学のLiang教授との協力関係も継続している。

過去の成果

前述のように当テーマは2018年度に新設された研究室のため、当テーマとしての成果は次の「現状」に記載する。

長期縦断研究JAHEADについては、心身の健康、家族・友人・近隣との関係、就労・社会参加、経済状態やこれらの変化の要因など、高齢期の様々な問題について多数の論文を発表しており、調査のホームページ(https://www2.tmig.or.jp/jahead/)上で論文・学会発表等の最新のリストを公表している。当テーマ研究と関連する高齢者の社会関係に関しては、調査年や出生コホートによる違い(高齢者の時代的・世代的変化)に着目した分析も行っており、男性では最近の高齢者ほど社会関係が縮小して男女差が拡大していることや、女性高齢者では、子どもと同居する人ほどウェルビーイング(life satisfactionで測定)が高いという関連が最近のコホートでは消失し、友人等との交流とウェルビーイングとの関係が以前より強くなっていることなどを明らかにした(小林江里香, 老年社会科学, 38(3), 2016にて一連の研究をレビュー)。

JAHEADは全国代表標本に基づく日本の高齢者の長期縦断データという希少性があり、多様な調査項目を含むことから、幅広い分野の研究者の関心が高い。二次分析の促進のため、2005年から「老研－ミシガン大学　全国高齢者パネル調査」(第5回調査からは老研－ミシガン大－東大(以下同じ))という調査名でSSJデータアーカイブ(https://csrda.iss.u-tokyo.ac.jp/)に個票データの寄託を進めており、2022年11月現在、第8回調査まで(1987-2012年)のデータがすでに公開され、多くの研究者に利用されている。

JAHEAD
NSJE

JAHEAD = Japanese Aging and Health Dynamics
NSJE = National Survey of the Japanese Elderly
(第1回の調査名「全国高齢者調査」に由来)

現状

大都市高齢者基盤研究テーマでは、次の3つの課題に取り組んでいる:

1. 高齢期のワーク・ライフ・バランス推進のための課題の明確化
2. 世代間支援の実態と効果の解明
3. 単身者と社会的孤立に関する基礎的研究

第1の課題(ワーク・ライフ・バランス)については、少子高齢化に伴い高齢者の就労促進が重要な政策課題となっており、働く高齢者の増加が今後も進むと予想されることが背景にあるが、退職年齢の上昇によって、退職後の生活の再構築が難しくなったり、地域活動の担い手不足につながる可能性も考えられる。そこで、中高年期における仕事と生活の調和、特に就労と地域活動参加との関係に着目し、両立のために必要な方策について検討している。JAHEADの分析では、退職後にボランティア活動や趣味・学習活動への参加が増加する確率は、高齢になるほど低下することが明らかとなり、退職年齢が上昇する中では、退職前からの参加促進や、高齢の初心者が参加しやすいプログラム開発が重要であることが示唆された(Kobayashi E et al., Research on Aging, 44(2), 2022)。現在は、介護予防・孤立予防を行う自主グループ(いわゆる「通いの場」)を支える担い手としての地域参加に焦点を当て、都内複数地域で実施された住民調査に基づき、就労者の多い50-60代の参加を促す要因についての分析を進めている。

第2の課題では、親族内・親族外(主に地域)における高齢者と次世代との関係についての実態を明らかにするとともに、高齢者の次世代への支援提供が、高齢者自身や地域社会にもたらす効果を検証している。親族内の世代間関係としては、JAHEADにおいて、高齢者(親)と子どもとの間の経済的・非経済的支援の授受に関するデータの収集を行っている。地域の世代間支援に関する2年間の追跡調査の分析では、若年者は高齢者から支援を受けていた人ほど「(支援を)提供する側」となり、高齢者は若年者に支援を提供していた人ほど「受ける側」となる互恵的な関係が示された

(Murayama Y et al., Archives of Gerontology and Geriatrics, 99(104601),2022)。また、世代間支援の効果として子どもの自己効力感(Murayama Y et al., Journal of Intergenerational Relationships,online first, 2021)や共感性(村山陽他, 世代間交流雑誌, 11, 2021)の向上、さらに地域全体の信頼感の醸成(Murayama Y et al., BMC Public Health, 19:156, 2019)に寄与することを明らかにした。

第3の課題の背景には単身世帯の高齢者の増加があり、東京では65歳以上の4人に1人が独居である(2019年国民生活基礎調査)。近年は、配偶者と死別した女性だけでなく、未婚で子どものいない単身者(独居者)や男性単身者も増加傾向にある。単身者が地域社会との交流も乏しい場合、適切なタイミングで十分な支援を得られない恐れがあるほか、生活に困窮していても自ら援助を要請しなかったり、援助を拒んだりすることで支援が遅れる問題も指摘されている。そこで、単身者・生活困窮者の援助要請の促進や、都市部の単身者の地域ネットワーク構築について多角的に検討するため、生活困窮に陥った男性高齢者のライフコースについての半構造化面接、50代以上の中高年単身者を対象としたフォーカスグループインタビュー、Web調査、郵送調査(無作為抽出標本)、生活困窮者自立支援制度の相談窓口の相談員への調査など、様々な質的・量的データの収集・分析を行っている。これまでの研究では、孤立や貧困に陥るリスクが高い単身中高年者ほど将来に対する展望を諦める意識が強く、そのことが生活問題の早期把握や支援の遅れにつながる可能性が示唆された(Murayama Y et al., Japanese Psychological Research, 63 (4), 2021; 村山陽他, 老年社会科学, 43(1), 2021)。

展望

ワーク・ライフ・バランス、単身者と社会的孤立に関する研究結果はともに、高齢期の地域参加や、私的・公的な支援を要請しやすい環境づくりには、中年期からの早期の対策が必要であることを示している。近所づきあいが希薄な大都市において、中年期以降に居住地域での知り合いを増やす機会をどのような場が提供しているのか、そのような場(グループ活動など)への参加を促進・阻害する個人やグループの要因は何かについてさらに研究を進めていく。また、自治体や社会福祉機関、民間団体等と連携しながら、単身中高年者の将来的な貧困や孤立のリスクを早期に発見し、予防するためのプログラムの作成や、職種や領域の違いを越えて支援者同士がつながる仕組みづくりに向けた検討を行う。

文責:社会参加と地域保健研究チーム
研究副部長 小林江里香

社会科学系

自立促進と精神保健研究チーム　フレイルと筋骨格系の健康研究

歴史

現在のフレイルと筋骨格系の健康研究テーマは、当センターが独立行政法人化した2009年4月1日に、自立促進と介護予防研究チーム／筋骨格系の老化予防の促進テーマが、金憲経先生がテーマリーダーとして発足したに端を欲します。その後、2018年度より始まった第3期中期計画から、自立促進と精神保健研究チーム／フレイルと筋骨格系の健康研究テーマという現在の名称に変更されました。2021年度をもって金研究部長が退任され、笹井がテーマリーダーを引き継いで、今に至ります。

テーマのミッションは自立喪失（要介護化）や死亡に直結する筋骨格の健康の要因や長期予後の解明と予防・改善のためのプログラム開発とその検証に集約されます。このミッションを達成するための研究手法として、特に運動や栄養、その他の非薬物療法のランダム化比較試験（RCT）による検証を得意としています。これまでに扱ってきた疾病や症状には尿失禁、サルコペニア、転倒、歩行機能低下、膝痛、軽度認知機能障害等があります。扱ってきた介入内容として運動（有酸素性運動、筋力運動）、栄養補充（アミノ酸、茶カテキン、乳脂肪球膜（MFGM）、β-ヒドロキシ-β-メチル酪酸（HMB）など）、その他（温熱療法）など多岐にわたります。

これらの介入研究の対象者をスクリーニングするとともに、筋骨格系の健康に関わる加齢変化とその要因、長期予後の解明のために複数の地域コホート（主に2008年、2017年、2019年コホート、板橋健康長寿縦断研究）を複数立ち上げてきました。

当センター研究所の中期計画に沿うと、第1期（2009～2012年度）では、サルコペニア、膝痛、尿失禁の予防・改善のための介入プログラムの開発とその効果検証、第2期（2013～2017年度）では、サルコペニア肥満の基準作成、特性分析、他の老年症候群との関連、介入プログラムの開発と効果検証、第3期（2018～2022年度）では、骨格筋量減少、重複フレイル、軽度認知障害に対する予防・改善プログラムの開発と検証に取り組んでいます。また、介入の提供方法として会場招聘型から在宅型の介入プログラムを試作し、その効果を検証しています。

過去の成果

当テーマでは前述のとおり、主に筋骨格系の健康に問題をかかえる高齢者に対して介入プログラムを提供し、その有効性を検証しています。ここでは高齢者にとって特に重要と考えられる尿失禁とサルコペニアに絞ってご紹介します。

尿失禁は高齢女性において特に有症頻度が高く、外出控えなど日常生活に支障を来したり、生活の質を損なったりする、極めて重要な老年症候群のひとつです。当テーマでは、尿失禁を有する高齢女性に対して、骨盤底筋を鍛える運動プログラムを提供し、その効果を一連の研究により明らかにしてきました。まず、腹圧性尿失禁を呈する高齢女性を対象に、骨盤底筋および体力を高める運動介入を週2回、3ヵ月間おこなったところ、54.5%の対象者で尿失禁の症状が消失することを明らかにしました（Kim et al., J Am Geriatr Soc. 2007）。また、切迫性尿失禁を呈する高齢女性も含む別の対象に、同様の運動介入を提供したところ3ヵ月後の尿失禁症状の消失率が44.1%、7ヵ月後は39.3%であり、対照群に比べて消失率が有意に大きいことが分かりました（Kim et al., Int J Nurs Stud. 2011）。さらに、運動介入に加えて腰部に温熱蒸気シートを毎日貼付することで、尿失禁症状の喪失率がさらに高くなることも明らかにしています（Kim et al., Geriatr Gerontol Int. 2011）。

サルコペニアは加齢に伴う骨格筋量、筋力、身体機能の低下を特徴とし、自立喪失（要介護化）や死亡リスクを高めることが知られており、公衆衛生上の重要な問題とされています。当テーマでは、サルコペニア女性に対して、運動実践と茶カテキン飲料の摂取を組み合わせることで、身体機能が向上すること（Kim et al., Geriatr Gerontol Int. 2013）、同様に運動実践とアミノ酸摂取を組み合わせることで筋力が向上することを明らかにしています（Kim et al., J Am Geriatr Soc. 2012）。さらにサルコペニアと肥満を併存するサルコペニア肥満の女性に対して、運動実践に加えて必須アミノ酸と茶カテキンの摂取を組み合わせることにより、対照群に比べて体脂肪がより大きく減り、歩行ストライド、ビタミンD濃度がより大きく改善することを明らかにしています（Kim et al., J Am Med Dir Assoc. 2016）。最近では、サルコペニアの必須要件である低骨格筋量を呈する高齢女性に対して、筋力トレーニングとHMB摂取を併用することで、歩行機能に改善

がみられることを示しています（Osuka et al., Am J Clin Nutr. 2019）。これら一連の成果は、日本サルコペニア・フレイル学会が2017年に発行した「サルコペニア診療ガイドライン」の臨床疑問のひとつ「複数の治療法の組み合わせはサルコペニアの治療法として有効か？」において、その根拠論文の大半を占めるなど、ガイドラインへの貢献は大きいと考えています。

上記の介入研究の対象者スクリーニングおよび筋骨格系の健康の要因や長期予後の解明を目的に、当センター研究所で実施する会場招聘型の老年医学健診「お達者健診」を毎年10月頃に開催しています。当テーマが発足してからは、2008年コホート、2017年コホート、2019年コホートを立ち上げました。また、自立促進と精神保健研究チーム全体として、板橋健康長寿縦断研究という地域コホートを2021年度に立ち上げています。これまで、これらのコホート研究から150編以上の学術論文が発表（当テーマ外の研究も含む）されており、学会のガイドラインや自治体の保健事業や政策への活用も進んでいます（お達者研究ウェブサイト：http://square.umin.ac.jp/otassha/）

現状

現在はこれまでの歴史や伝統を引き継ぎつつ、コロナ禍という社会情勢や研究の時流を見極めながら、新たな研究に取り組んでいます。

介入研究に関しては、日本人に長年親しまれているラジオ体操をフレイル予防・改善に活用できないか、という考えのもと、在宅型のランダム化比較試験を実施しています。詳細は未発表のため記載できませんが、身体面のみならず精神面での効果が期待できる予備的な結果が得られています。高齢者におけるラジオ体操の認知度はほぼ100%であり、音楽が流れるだけである程度実践できる方が大半であることを考えると、社会実装への期待が大きい研究といえます。

2022年度からは東京都からの交付金による「高齢者の健康づくりに資するスマートウォッチ等デジタル機器活用事業」の主要メンバーとして参画しており、スマートウォッチの機器の精度検証、日常生活下で自動計測される活動や睡眠、会話等の諸変数とフレイル等の老年症候群との関連検証、付随したスマートフォンアプリケーションの開発に向けた基礎知見の創出を進めるべく、日々活動しています。同じく2022年度から認知症未来社会創造センターの事業の一環として開始した、軽度認知機能障害から健常への回復や認知症への進行の予測因子を探る、DEMCIRC研究にも母コホートの提供やデータ収集の主体的実施など、主要な役割を果たしています。

その他、所内自然科学系や病院部門、大学等の所外の研究機関、海外との共同研究も積極的に進めています。自然科学系との連携においては、老化制御研究チームシステム加齢医学研究テーマとの共同で、ビタミンKの充足状況とフレイル、認知機能低下、うつとの関連を検証しています（Azuma et al., Am J Geriatr Psychiatry. 2022）。病院部門ではフレイル外来患者に対する多要素介入研究への参画、認知症病棟への入院患者に対する睡眠調査に取り組んでいます。所外においては筑波大学との協働で、細胞外遊離DNAに着目したサルコペニアの新規バイオマーカーの探索や、中年期の生活習慣改善と高齢期のフレイル発症の関連についての研究を進めています。海外機関については、米国ピッツバーグ大学疫学部門とともに、フレイルの主たる判定要素のひとつである疲れやすさ（fatiguability）に関する尺度の日本語版作成と妥当性等の検証にも着手しています。

展望

今後の展望としては、当テーマの歴史・伝統を引き継ぎ、老年医学分野における非薬物療法による介入研究のフロントランナーとして高品質なランダム化比較試験を継続的に実施し、論文発表、診療ガイドラインへの貢献、講演等を通じて地域還元、都行政への政策提言へとつなげたいと考えています。

最近の技術革新の恩恵やコロナ禍の非対面推奨の時流に後押しされ、研究機関への訪問を必要とせず、遠隔で介入やアウトカム評価を完遂する「分散型臨床試験」という考え方が広まりつつあります。この枠組みを老年医学分野の非薬物療法にも先駆的に導入し、新たな介入研究の形を作れるよう努めます。

この考え方に親和性の高い、デジタルデバイスを活用したデジタルバイオマーカー／エンドポイントの開発にも取り組みたいと考えています。介入研究に資する指標とするには再現性、妥当性に加え、介入に対する反応性に優れている必要があり、それらの科学的検証を踏まえた研究を進めます。

当テーマはセンター周辺にお住いの高齢者を対象に、研究所にてデータ収集をすることが多いことから、社会科学系の中でもより研究所自然科学系や病院部門との共同研究を積極的に進める立場であると考えています。これを達成すべく、基礎研究に素養のある研究員や看護師や薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、管理栄養士等の医療専門資格を持つ研究員を積極的に採用しています。そのことで、フレイルと筋骨格系の健康に関する研究をより多角的に進めることができると期待しています。

文責：自立促進と精神保健研究チーム　研究副部長　笹井浩行

社会科学系

自立促進と精神保健研究チーム
口腔保健と栄養研究

2018年度から新たなテーマ名称として歩み始めたが、その前身は自立促進と介護予防チームであり2009年度より吉田英世先生（2016年ご逝去）が管轄されていた。（写真1）吉田英世先生は、1994年に東京都老人総合研究所（現当研究所）疫学研究部に主任研究員としてご就任され、それ以来二十年以上にわたり主として地域高齢者の健康増進や老年症候群の予防に関する疫学研究を着実に進めると同時に、当研究所の疫学研究領域を支えてこられた。その中でも特筆すべきは、当研究所疫学研究のメインデータベースである「お達者研究」のコーディネーターとしてのご活躍であった。本研究は2001年東京都老人総合研究所疫学部門の鈴木隆雄研究部長（現・桜美林大学）が研究責任者として始まった長期縦断研究で、2009年から吉田先生が研究責任者となられた。本研究は様々な知見を創出しており、現在も当研究所のメインコホートとして受け継がれている。

2018年度から開始された第三期中期計画において、渡邊裕専門副部長（当時：現北海道大学）主導によりチーム名称変更が検討され、現在の「口腔保健と栄養研究」としてのテーマの歩みが始まった。2022年度までの5年間の当チーム取り組みの概要を示す。また、研究員などの変遷は別表に記載した。（表）

当テーマは2013年よりオーラルフレイルの概念確立を飯島勝矢教授（東京大学）らと共同して取り組んできた。さらに日本歯科医師会等と連携しながら、「8020運動（80歳になっても自分の歯を20本以上保とう）」に並ぶ歯科の国民運動へと発展させた。さらにオーラルフレイル予防プログラムを開発し、その効果を無作為化比較対照試験にて確認した。また、地域在住高齢者および要介護高齢者の口腔、栄養調査を行い、構築したデータベースの解析から、様々な口腔機能と食事摂取・栄養状態との関連の明確化、口腔機能の基準値の報告、口腔機能の加齢変化や加齢から逸脱した低下に関連する因子の同定などを行い、日本老年歯科医学会と連携し歯科領域での新たな保険病名「口腔機能低下症」（2018年創設）の疾患構造確立に寄与した。同時に、静電容量型感圧センサシートの特許を取得し、口腔機能を測定する革新的な医療機器（口腔機能モニター　Oramo-bf）開発へ繋げた。本機器は、身体機能測定で例えるなら握力計に位置付けられ、今後の高齢期口腔機能、オーラルフレイル関連研究の更なる広がりが期待される。

栄養に関する研究は、地域在住高齢者から要介護高齢者を対象とした幅広く行われている。2020年に義務化された栄養成分表示を、より効果的に高齢者栄養支援に繋ぐため「中食」に注目し市販弁当等を活用した食環境整備の課題解決への取り組みに資する貴重な基礎データ構築を行った。また通いの場に参加する高齢者を中心とした摂食機能等に応じた適切な食事選択の方策に関する調査事業等を実施した。一連の取り組みは、地域在住高齢者の食環境整備のための研究において卓越した成果に繋がっている。さらに、介護保険の口腔・栄養面サービス効果を観察研究、介入研究から明らかにし、当テーマが提示したデータが元となり令和3年度介護報酬改定にて「口腔・栄養スクリーニング加算」が新設された。

2021年からは、通いの場、通所サービスへの栄養専門職の効率的な関与を推進するための検討を厚労省と連携し実施し現在も進行中である。

日本医療研究開発機構（AMED）事業にて「認知症の人への歯科治療ガイドライン」を取りまとめた。全国の介

口腔保健と栄養研究の変遷

年度		テーマ リーダー	常勤研究員	外部資金雇用	非常勤等	主な取り組み・ 施策への提言など
平成30	2018	渡邊　裕	本川佳子		鈴木隆雄、那須郁夫、本橋佳子、中島純子、岩崎正則、村上正治、高城大輔、五十嵐憲太郎、釘宮嘉浩、星野大地、村田早苗、目黒郁美、小原由紀、森下志穂、三上友里江、早川美知、山本かおり、髙橋知佳、松原ちあき	オーラルフレイルの概念を確立 通所サービス利用者等の口腔の健康管理及び栄養管理の充実に関する調査研究事業 介護保険施設等における口腔の健康管理に関する実施状況の把握及び協力歯科医療機関等の役割に関する調査研究 ※栄養スクリーニング加算新設へつなげた
令和元年	2019	平野浩彦 （歯科口腔外科部長兼任）	小原由紀・ 本川佳子		鈴木隆雄、那須郁夫、渡邊裕、岩崎正則、本橋佳子、中島純子、村上正治、高城大輔、五十嵐憲太郎、釘宮嘉浩、星野大地、村田早苗、目黒郁美、森下志穂、三上友里江、早川美知、山本かおり、髙橋知佳、松原ちあき、松川千夏	オーラルフレイル予防プログラムの開発検証 居宅系サービス利用者等の口腔の健康管理等に関する調査研究 介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究 通いの場に参加する高齢者を中心とした摂食機能等に応じた適切な食事選択の方策に関する調査研究事業
令和2	2020	平野浩彦 （歯科口腔外科部長兼任）	岩崎正則・ 小原由紀・ 本川佳子		鈴木隆雄、那須郁夫、渡邊裕、本橋佳子、中島純子、村上正治、高城大輔、五十嵐憲太郎、釘宮嘉浩、星野大地、村田早苗、目黒郁美、森下志穂、三上友里江、早川美知、山本かおり、佐々木直子、中島千鹿子、髙橋知佳、松原ちあき、松川千夏、倉迫小奈津、安永正史	オーラルフレイル予防プログラムの普及・啓発（現在も） 介護サービス利用者の口腔衛生管理や経口維持支援等の充実に関する調査研究 通いの場に参加する高齢者を中心とした摂食機能等に応じた適切な食事選択の方策に関する調査研究 認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理等に関する調査研究
令和3	2021	平野浩彦 （歯科口腔外科部長兼任）	岩崎正則・ 小原由紀・ 本川佳子	早川美知 （IRIDE）	鈴木隆雄、那須郁夫、渡邊裕、本橋佳子、中島純子、高城大輔、五十嵐憲太郎、釘宮嘉浩、星野大地、村田早苗、目黒郁美、上野結衣、森下志穂、三上友里江、佐々木直子、中島千鹿子、髙橋知佳、松原ちあき、青柳三千代、倉迫小奈津、松永瑞穂	オーラルフレイルのさらなる普及啓発に向けて、概念のブラッシュアップ 居宅系サービス利用者等の口腔の健康状態の維持向上等に関する調査研究 施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究 認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理に関する調査研究 ※口腔・栄養スクリーニング加算新設へつなげた
令和4	2022	岩崎正則（昇任） ※平野浩彦チームリーダー昇任 （歯科口腔外科部長兼任）	小原由紀（6月退職） 本川佳子 白部麻樹（10月よりチーム研究員着任）	白部麻樹（SW） カランタル玲奈（SW） 三浦和仁（SW:非常勤研究員） 早川美知 （IRIDE）	鈴木隆雄、那須郁夫、相田順子、渡邊裕、本橋佳子、中島純子、高城大輔、五十嵐憲太郎、釘宮嘉浩、星野大地、上野結衣、金久弥生、森下志穂、西田直美、三上友里江、佐々木直子、松原ちあき、松永瑞穂	オーラルフレイルに関して国内外への発信 介護保険施設における歯科専門職による口腔管理に関する調査研究 認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理に関する調査研究

護保険施設において収集した口腔と栄養に関するデータを用いて、認知症高齢者の口腔及び栄養管理に必要な評価法を開発した。さらには認知症疾患医療センターと病院歯科などのインフラを基盤とした実態調査事業等を実施し、認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔管理等の地域連携システム構築に向けた提言を行った。今後、認知症の人への歯科・口腔保健事業の有効な展開に向け、これからも継続される研究テーマの一つと言えよう。

当テーマ発足からの5年間の研究活動は、外部研究機関、行政機関、企業等と密に連携をとり、各種研究助成金を獲得、活用しながら推進してきた。また得られた知見はすべて学術誌、学会発表、自治体や専門団体と協同で出版したマニュアル等で積極的に国内外へ発信し続けており、高齢期の口腔保健および栄養マネジメントに関し中核的なプレゼンツを確立しつつあると自負している。

文責：自立促進と精神保健研究チーム　研究部長　平野浩彦

社会科学系

自立促進と精神保健研究チーム
認知症と精神保健研究

歴史

我々の研究グループは、当センターの第一期中期計画（H21年～24年）の初年度に「自立促進と介護予防」研究チームおよびそれに含まれる「認知症・うつの予防と介入」研究テーマのリーダーとして粟田主一医師が仙台より着任したことから始まった。第二期（H25年～29年）を経て、第三期（H30年～R4年）からはチーム名は「自立促進と精神保健」に、テーマ名は「認知症と精神保健」へと進化した。

過去の成果

第一期の特筆すべき成果としては、地域疫学研究と臨床医学が融合し、新たな研究領域が形成され始めたことであろう。2011年3月11日の東日本大震災はこの動きを加速させた。リーダーの粟田主一は震災直後に臨床医を兼任していた仙台市立病院に24時間かけて向かい、以後現場の指揮をとった。単に研究室や調査会場で研究をしているのではなく、現実の世界に参画して、その知見を研究に生かすという再帰的アプローチの研究が実を結び始めた。またこの時に宮城県の離島の支援をしたことが、現在行われている東京都の離島の支援につながっている。

第二期の特筆すべき成果としては、地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC-21）を開発したことである。これは科学的に妥当な方法で、短時間に「認知機能」と「生活機能」の障害を評価することを可能にした世界で初めてのツールである。認知症の人や介護者が住み慣れた地域の中で穏やかな暮らしを継続できるようにしていくためには、地域の中で認知症に気づき、総合的なアセスメントを実施し、多職種間でその情報を共有し、必要な支援を統合的に調整していかねばならない。その共通言語となるものである。これは全国の認知症初期集中支援推進事業で活用されるとともに海外5か国語に翻訳されている。

第三期の特筆すべき成果としては、高島平団地での地域参加型研究が進んでいることであろう。世界的に見ても、高齢化が進む都市で高齢者が実際にはどのような生活をしているのかを明らかにする科学的に妥当な研究フィールドはない。われわれが地域拠点を運営し、専門家かつ研究者がその場に常にいることで、これまでの研究とは全く次元の違うリアリティで地域住民のことを知ることができるようになった。一例を示すと、7000名規模を対象とした大規模疫学調査で同定した198名の認知機能の低下した高齢の方を5年にわたり追跡調査してきた。その結果、198名のうち5年後も地域生活を継

続できていた人は104名(約5割)だけであった。また、転帰不明者(連絡が取れなくなった方)も43名(約2割)おり、独居の割合が多かった。
まとめると、我々は、これまでの老年学の歴史をリスペクトしつつも、対象が単に研究会場や病院で出会う高齢者だけに偏っていた状況を打破し、臨床でも活躍できる研究者にしかできない研究へと領域を広げてきたと自負している。また予防のみに偏った研究から、共生を射程に入れた。これは当時は未知の領域であったが、振り返ってみると世界的潮流になりつつあり、おかげさまで日本では我々が最先端にいる。粟田主一医師、井藤英喜医師の先見の明に感謝したい。

現状

われわれが目指すものは、高齢者が希望と尊厳をもって生きることができる社会である。そのためには、身体的・精神的・社会的健康を維持することは重要であるが、たとえ疾病に罹患したとしても、あるいは障害をもっても、本人が自分自身の人生を選択し、必要な社会支援にアクセスすることができ、可能な限り自立した生活を継続することを可能にする社会である必要がある。このような認知症や障害があっても、希望と尊厳をもって暮らせる社会
――これをDementia Friendly Communities (DFCs)という――の創出をめざして研究をしている。

そのために、以下のような研究をしている。

第一には大都市におけるDFCsの創出に向けた総合的研究である(DFC研究)。そのために主要な疫学フィールドの運営維持をしている。「高島平フィールド」では、2016年より地域在住高齢者を対象とする疫学調査を実施している。並行して2017年より同地域においてDFCs創出に向けた総合的研究をスタートさせた。具体的には、研究フィールド内に地域の拠点「高島平ココからステーション」を設置し、地域の多様なステイクホルダー(地域包括支援センター、医師会、在宅医、訪問看護ステーション、町内会、民生委員、住宅供給会社、地域生活支援を提供している多様な活動団体)と連携して、Community-Based Participatory Researchを展開している。また介入研究として囲碁教室や認知症をもつ人の「本人ミーティング」を展開しているが、世界的にも類を見ない研究である。

もう一つの「千代田フィールド」では2010年より千代田区で要介護未認定高齢者(約10,000人)を対象とする郵送調査(隔年で5,000人ずつ/悉皆)を毎年実施している。また区の事業(訪問調査、訪問看護ステーション研究)を積極的に支援し、10年以上にわたる協力関係を維持している。

DFC研究の中では大都市在住の高齢者の認知機能評価やQOL評価に関する研究をしている。例えば大規模疫学調査で見出された認知機能低下をもつ住民のうち、自宅の訪問調査に応じた約200名の人と継続的に連絡を取っている。3年後に再訪問し、自宅で認知機能、QOLに関する調査と、インデプスインタビュー(録音)をおこない、認知機能、QOL、そして語りがどのように変化するかを追っている。さらに、認知機能低下とともに地域生活を続けることができる要因に関する研究をしている。

DFC研究の重要な構成要素としてアクションリサーチがある。これは研究者が臨床家としての側面も持ちながらコミュニティに参加して行う研究である。高島平の地域拠点でのアクションリサーチにおいて、保健師、歯科医、心理士、精神科医が地域にいることで、通常は医療に繋がらないアンメットニーズをあぶり出すことができた。例えば、妄想があるにもかかわらず絶対に病院には行かず、また自傷他害などはないために強制的な受診にもつながらない人の実態である。このような人々は病院には来ないので、また表面的な研究では決して現れないので、学術的にはほとんど存在しないことになっていた。しかしこのような見えない人々がいることが分かってきたのである。

第二にCOVID-19流行下で高齢者の健康に関する研究である。高島平では、COVID-19の流行前から訪問や電話でつながっていたので即座に支援部隊を結成し、支援対象者にきめ細かく電話等でアウトリーチした。千代田では、長年の協力関係があったので2020年にも例年4月に行ってきた調査を行い、初回の緊急事態下の貴重なデータが得られた。その後2020年末、2021年4月にも調査を行った。COVID-19の開始後にウェブ等で研究した例は多いが、我々は以前からずっとつながっていたという点で、支援をしながら実態を解明できた。

第三に地域包括ケアシステムにおいて、寺院や僧侶を重要な社会資源として捉えなおす共同研究を進めている。具体的には全国で寺院での介護者カフェを展開しているが、これは宗教色を排して、寺院という長い歴史を持つ環境をケアに利用する試みである。また「月参り」の全国調査を行ったが、実は宗教学的にもほとんど知られていない領域であった。さらに利用者の死にまつわる事象を調査票に含めた調査を小田原、上越の特養12か所で行った。利用者の死や認知症にたじろぎながら仕事をしているという特養職員の語られない実態が初めて明らかになった。なお特定の宗派や宗教の利益にならないように慎重な配慮をしている。

また貧困も研究の射程に入れている。具体的には10年以上協力関係にあるNPO法人ふるさとの会（東京でホームレス支援を展開し1,000名以上の人を支援している）と協力して、これまでのような「ホームレス」像とは全く異なり、それなりに安定して暮らしてきた方が人間関係の破たんや認知症などを契機に高齢期にはじめて住まいをなくす事例が出現していることを示した。高齢化・無縁化する都市の新たな精神保健課題と思われる。

農福連携も新たな研究テーマである。新潟県上越市にて認知症や精神障害とともに生きる高齢者に対する農業ケアプログラム開発を行ってきた。これを都市部に展開することが今後の課題である。すでに板橋区で板橋社協、板橋総合ボランティアセンター、NPO法人、地域包括2か所、区の高齢支援課と協働して研究会を組織し、小学校の跡地に農園を作った。今後農水省、他大学とすでに形成しているアライアンスを用いて都市展開する。

展望

現代社会は、人類の歴史を見ても類を見ない社会となっている。第一は「都市化」である。日本では都市への人口流入が続いており、世界的にも都市化が進んでいる。国連によると今世紀半ばには人口の7割が都市に住むという。第二は「高齢化」である。21世紀半ばには日本の高齢化率は40％になり、認知症をもつ人は1,000万人（つまり全人口の10人に1人以上）となる。第三は「個人化」である。好むと好まざるにかかわらず大家族はなくなり1人暮らしの高齢者は増えていき、孤独が大きな問題になる。

我々の今後の展開として2点あげたい。第一点は高島平の維持、深掘り、多様化である。現代社会の最先端の課題解決において、高齢・都市・無縁のすべてをカバーし、住民の最も近いところで研究を展開している高島平は、最適のフィールドであろう。他チームや病院とも連携しながら、世界の最先端の研究を発信する、熱い場として展開していきたい。

第二点は、全く新しいケアを創出することである。従来の通所ケア、施設ケア、集いの場といった概念を根本から覆すようなケアを開発しなければ未来は暗いのではないだろうか。そのために農業、寺院、ホームレス支援団体といったこれまでの老年学の領域では考えられなかった研究を一層展開していきたい。また各研究員がそれぞれ新領域を牽引し、願わくば世界の第一人者となってほしいと思っている。

文責：自立促進と精神保健研究チーム　研究副部長　岡村毅

社会科学系

福祉と生活ケア研究チーム　介護予防研究

本研究テーマ並びに高齢者健康増進事業支援室は、2003年の都委託事業で設置された東京都介護予防緊急対策室から始まる。折しも2005年の介護保険法改正に向けて、虚弱高齢者や要支援・軽度要介護者への要介護化の防止が課題となり、高齢期の生活機能低下の調査で実績のある研究所への期待が高まった。そこで研究成果をノウハウ化し自治体への普及啓発を担う機関が設置されることになった。介護予防緊急対策室の活動は多岐にわたり、まず自治体の職員が介護予防を知るところから始めなければいけなかった。介護予防は介護保険の補完的な感覚が強い時代で要介護化を防ぐ発想は全く乏しかった。そこで介護予防の要点となる老年症候群の要介護化へのインパクトを示すパンフレットを作成し、当時珍しかったプロジェクターを担いで、鈴木隆雄元副所長と都内の自治体行脚をしたことは今でも懐かしい。

緊急対策室は研究所の伝統に則って学際的メンバーで構成した。これらのメンバーが中心となり各室の研究テーマと連携を図りながら、まずは21世紀のスクリーニングとして「おたっしゃ21」を開発した。これは18項目の質問と3項目の実測で高齢期の生活機能低下のリスクを判定するもので後に国の「基本チェックリスト」や「後期高齢者の質問票」へと活かされることになる。判定されたリスクの改善を図る、筋トレ、転倒予防、認知、口腔、尿失禁、低栄養の総合的なプログラムを準備した。プログラムの作成にあたっては無作為化比較対照試験を中心とした科学的なエビデンスにこだわった。さらにこれらのスクリーニングとプログラムを地域で展開するための介護予防コーディネーションもつくり、東京都の研修プログラムとして都内の自治体職員を対象に年間20回以上の研修を行い続けた。後にこのプログラムには権利擁護も含まれることになる。また自治体と連携し住民主体の介護予防のまちづくりを

進める介護予防リーダー養成講座も各地で開催した。このような東京都における積極的な介護予防の普及啓発は、第3期の介護保険計画では軽度要介護認定者の減少となって成果が現れた。こうした認定者の減少は多様な要因が関与しているが、介護予防の実施と軽度要介護者の発生には量―反応関係も観察され介護予防が効果を発揮したことは明白であった。

一方、スクリーニングにより把握された方々へは地域包括支援センターの職員を中心とした介護予防への勧奨を行うが、勧奨を拒否する高齢者が少なくないことも明らかになった。そこで研究所の周辺9丁目に在住する約7000名の高齢者を対象に拒否の背景に何があるのかを調査したところ、要支援状態になる前から社会的な交流が少なく、それによって自己実現への希望が次第に薄れて、介護予防への意欲が湧きにくくなることがわかった。自己実現の希望が薄れているものにとっては介護予防はただのお節介と感じられるのも理解できる。周囲からの元気に活躍してほしいという役割期待がなければ介護予防への期待も生まれないのである。

そこで近年の介護予防研究テーマでは、高齢者がいつまでも自己実現への希望が持てることを目指して社会的役割期待を示すことによって虚弱状態から脱却するのかを検証する研究をはじめた。これを「虚弱者による虚弱者のための虚弱予防活動プロジェクト」と名付けた。これまでのように介護予防の方法を教えることは一切せず、地域での虚弱を防ぐためにあなたの力を貸して欲しいと声をかけ、地域のフレイルの実情を知る地域資源の調査を一緒に行い、地域資源をどの様に活用すると地域の虚弱化予防につながるかを考えることを繰り返した。その結果、まず参加率が高く虚弱高齢者は地域からの役割期待を待っていたことが確認された。そして地域の現状を知る中で自然とワークショップの仲間たちと介護予防に資する行動が発現した。その結果、1年後には虚弱状態から脱却していくことが確認された。介護予防の無関心者にはこうした目標志向のプログラムが必要と言える。

とくに都市高齢者では職場と居住地が離れがちなことから、地域に知り合いがいないことが地域の役割期待を感じにくくさせている。そこで前期高齢期に小さな仕事として地域に役に立つ経験が必要であると考え、デイサービスを活動拠点にした「サブスタッフ制度」を考案し実証試験を行った。デイサービスの職員が元気な高齢者に介護予防やケアを教えることで参加　参加者の6割以上が地域活動を開始するようになる。

私事であるが現在58歳で、まさに居住地でのつながりを考える歳になってきた。自治体の広報や社会福祉協議会の情報を収集しているが、自分のために学習や運動をするプログラムはあるが、自分への役割期待が感じられるプログラムは案外と少ない。小さな仕事を通して地域の役割期待を認識する研究テーマで開発された「サブスタッフ制度」は現在の福祉のミッシングリンクであり、介護予防テーマの役割としてこの制度を普及していくことで都市高齢者がいつまでもいきいきと暮らす環境を整えていきたい。

さらに介護予防テーマではICTの活用にも積極的にチャレンジしている。スマートフォンは今やもっとも身近な情報の入口であり、前期高齢期からの動機づけから超高齢期の生活支援まで大きな可能性を秘めている。現在、東京都の高齢者の健康づくりに資するスマートウォッチなどデジタル機器活用事業に関わらせていただき、都市高齢者のライフログを収集することで介護予防の画期的なプログラムの開発につなげたいと考えている。

文責：福祉と生活ケア研究チーム
　研究部長　大渕修一

社会科学系

福祉と生活ケア研究チーム　医療・介護システム研究

本研究テーマの目標は、地域単位で医療・介護システムを分析し、地域包括ケアシステムに係る課題とその対応策を検討することで、質の高い、連携のとれた医療・介護サービスを途切れることなく提供し、住み慣れた地域での療養生活を継続可能とする医療・介護システムの構築に資することである。研究の三本柱として、医療システムに関する研究、介護システムに関する研究、医療と介護の連携に関する研究に取り組んでいる。レセプトデータ等のビッグデータを独自にデータベース化して研究に用いており、診療行為・傷病・薬剤情報の分析技術を有する所内唯一の研究室である。また、長期縦断研究「SONIC研究」の共同研究機関である大阪大学、慶應義塾大学等と緊密に連携しながら、東京地区を統括している。

歴史

2009年4月、福祉と生活ケア研究チームに研究テーマ「要介護化の要因解明と予測」が設置された。高橋龍太郎元副所長がチームリーダーとテーマリーダーを兼務し、東京都老人総合研究所時代から勤務していた杉原陽子（～2013年3月）と新名正弥（～2016年3月）が配属され、同年10月に秋田看護福祉大学から児玉寛子（～2015年3月）が着任した。2011年4月に京都大学から石崎達郎が福祉と生活ケア研究チームのチームリーダー（研究部長）として着任し、テーマリーダーを兼務した。

2013年度から第二期中期計画が始まり（2017年度まで）、2013年7月に森寛子が（～2018年6月）、2013年10月にはJohns Hopkins大学から涌井智子、2015年9月には光武誠吾が着任した。また、外部資金による非常勤職員として2016年4月から山下悦子、2017年10月から中西さやかが加わった。

2018年4月から第三期中期計画が始まり、テーマ名が「医療・介護システム研究」に変更され、福祉と生活ケア研究チーム「在宅療養支援」から増井幸恵、自立促進と介護予防研究チーム「介護予防の促進」から吉田祐子が加わった。また、2021年4月から菅亜希子が非常勤職員に加わった。

当研究テーマでは主にポスドクや博士後期課程の大学院生を非常勤研究員として迎えてきた。これまでに、寺本千恵（2013年4月～2017年3月）、土屋瑠見子（2017年4月～2020年3月）、大野昴紀（2020年4月～現在）がレセプトデータ分析の基礎から応用を学んできた。

長期縦断研究「SONIC研究」は、共同研究機関の大阪大学、慶應義塾大学等と共に2010年から開始され、国内外で知見の少ない80歳、90歳、100歳を対象に、医学、歯学、運動、認知、心理・社会等の多側面から健康長寿関連要因を検証することを目的とする。70（±1）歳群、80（±1）歳群、90（±1）歳群を3年ごとに追跡する縦断研究と、100歳群を対象とする研究を実施している。調査地域は、東京都の板橋区と西多摩地区（檜原村、奥多摩町、日の出町、青梅市）、兵庫県の伊丹市と朝来市である。高橋龍

太郎元副所長、遠藤玉夫元副所長、粟田主一副所長、石﨑達郎研究部長、三浦ゆり研究副部長、井藤佳恵研究部長の幹部職員に加え、社会科学系の増井幸恵、稲垣宏樹、吉田祐子、小川まどか、自然科学系の津元裕樹、川上恭司郎、梅澤啓太郎がSONIC研究を支えてきた。また、非常勤研究員の石岡良子、栗延孟、松崎照輝、小野口航、堀紀子、非常勤職員の坂井田美智子、中西さやかの貢献も大きい。

これまでの研究成果

所属メンバーが筆頭著者として報告した原著論文のうち主要なものを紹介する。

①医療システムと医療ニーズに関する研究

＜後期高齢者の健康課題：多疾患併存と多剤投薬＞

東京都後期高齢者医療広域連合レセプトデータを分析し、慢性疾患22種類の有病状況を把握すると同時に、3疾患以上併存の患者割合、3疾患の組合せパターンを同定した（Mitsutake S, et al. Prev Chronic Dis 2019）。また、75歳以上の外来患者（約100万人）における外来処方を把握し、内用薬処方数は一人平均6種類、5つの併用処方パターンを同定した（Ishizaki T, et al. Geriatr Gerontol Int. 2020）。

＜死亡前の医療ニーズと医療費・介護費＞

福島県相馬市のレセプトデータを分析し、高齢患者の死亡前12か月間の入院状況を把握した結果、入院経験者は8割を超え、累積入院日数（中央値）は男性50日、女性45日であった。入院リスク（高）の関連要因は、より高齢なこと、要介護認定（あり）であった（Ishizaki T, et al. Geriatr Gerontol Int. 2017）。また、死亡1年間の医療費・介護費は、より高年齢で死亡した場合は死亡前1年間の医療費・介護費総額は安く、要介護認定が無い者の総医療費は要介護認定のある者の医療費・介護費総額よりも安かった（Mori H, et al. Geriatr Gerontol Int. 2019）。

＜大都市圏における在宅医療＞

東京都後期高齢者医療広域連合レセプトデータの分析から、2014年7月に東京都内で訪問診療を受けた者は、75歳以上の全人口の5.2%（約7万人）であった。訪問診療を受けた患者の5%は都外医療機関からの訪問診療で、特に居住系施設で訪問診療を受けた患者では27%が都外医療機関からの訪問診療であった（石崎ほか. 厚生の指標, 2018）。2014年4月の診療報酬改定で「家族や介護者の助けを借りることなく、一人で歩いて外来を受診できる状態にある者は在宅患者訪問診療料の算定対象外」とされたことで、改定前月（2014年3月）の訪問診療患者（67,504人）の13.6%は、診療報酬が改定された翌月（2014年4月）に訪問診療が中止され、特に居住系施設入所者では20%が中止となった（Teramoto C, et al. Health Soc Care Community 2019）。

②介護システムに関する研究

＜要介護高齢者の重度化と介護者のニーズに係わる要因解明・介護保険制度の影響評価＞

介護保険制度の導入前から東京都内で反復横断調査（1996年、98年、2002年、04年、10年）とパネル調査（1996-97-98年、2002-03-04年、2010-11-12年）を実施し、介護保険制度の導入や改定がサービスニーズの充足状況や介護負担感等に及ぼす影響を検証した（杉原ほか、厚生の指標. 2012）。

＜要介護高齢者と家族のための災害準備に関する研究＞

福井県全域の家族介護者を対象に、災害への準備や災害への懸念に関連する介護者側の要因を分析した結果、家族介護者の多くは緊急事態への準備がなく、介護者の資源や地域の支援、被介護者の介護ニーズが災害に

対する備えや懸念に関連していた（Wakui T, et al. Disaster Med Public Health Prep 2017）。

③医療と介護の連携に関する研究

＜再入院や生活機能低下の関連要因＞

急性期病院退院時のケア移行期の有害事象として退院直後の再入院を取り上げ、東京都後期高齢者医療広域連合レセプトデータや東京都健康長寿医療センター病院部門のDPC・DASC-21突合データを用いて、入院中に提供された退院支援サービスの利用（Mitsutake S, et al. Arch Phys Med Rehabil, 2020）や認知症の重症度と再入院との関連を検討した（Mitsutake S, et al. Alzheimers Dement 2021）。また、国内全ての老人保健施設入所者（282,991人）を対象に、入所後30日以内に発生した入院の危険要因を、個人要因と施設要因に分けて分析した（Mitsutake S, et al. Geriatr Gerontol Int. 2021）。また、要介護認定を有する高齢入院患者を対象に、退院後の要介護度悪化の関連要因を検討した結果、退院直後（退院月とその翌月）のリハビリテーションサービスの利用は退院後1年以内の要介護度悪化の予防に関連していた（Mitsutake S, et al. Arch Phys Med Rehabil, 2022）。

【SONIC研究】

＜老年的超越＞

日本人高齢者の老年的超越質問紙を開発し，心理的well-beingが高い在宅の虚弱超高齢者における老年的超越の特徴を捉え（増井幸恵ほか. 老年社会科学, 2010）、その後、日本版老年的超越質問紙の改訂版（JGS-R）を作成して妥当性・信頼性を検証した（増井幸恵ほか. 老年社会科学 2013）。次いで、地域在住の前期・後期高齢者を対象に3～4年間隔で実施した2時点の縦断データを用いて老年的超越の精神的健康に対する影響を分析し、老年的超越が高いと精神的健康が改善すること、老年的超越の緩衝効果は限られたイベントで確認されることを報告した（増井幸恵ほか.老年社会科学, 2019）。

＜仕事の複雑性と高齢期の記憶および推論能力＞

70歳群のSONIC参加者を対象に、最長職における仕事の複雑性が高齢期の記憶機能や推論機能と関連するか検討し、職業経験や性別によるライフコースの違いが高齢期の認知機能に個人差をもたらす可能性が示唆された（石岡良子ほか.心理学研究, 2015）。

＜多剤処方と性格特性＞

多剤処方に至る心理的背景要因を検討する目的で、多剤処方者の性格特性（Big 5）を検討した結果、慢性疾患数や精神的健康等を調整しても、神経症傾向が高いと処方薬剤数は多く、外向性が高いと少なくなっていた（Yoshida, Y, et al. BMC Geriatr 2022）。

現状

2022年6月末現在のメンバーは以下である。

・常勤研究員：石崎達郎、増井幸恵、吉田祐子、涌井智子、光武誠吾

・非常勤研究員：大野昴紀、堀紀子、矢野翔平、関野明子

・非常勤職員：山下悦子、中西さやか、菅亜希子、坂井田美智子

当研究テーマでは、レセプトデータ等のビッグデータを用いた保健・医療システムに関する研究、家族介護者を対象とする家族介護支援方策（介護システム）に関する研究を継続している。長期縦断研究「SONIC研究」ではベースライン調査から10年を超える追跡を継続しており、スタート時に「若い高齢者群」であった70歳群は既に80歳を超え、90歳群の中には100歳を迎えてから追跡調査に参加した者も現れている。

東京都への貢献として、2021年度から東京都の委託研修事業「高齢者の保健事業に関わる医療専門職の人材育成研修」を実施し、保健事業に関係する東京都後期高齢者医療広域連合や東京都国民健康保険団体連合会と情報交換を行いながら、より良い研修の実施に注力している。

展望

2023年4月から第四期中期計画（2027年度まで）がスタートする。「医療・介護システム研究」の独自性を更に発展させるべく、データベースに格納された健診・レセプトデータ等のビッグデータや、SONIC研究で蓄積されている学際性の高い縦断データの活用を更に推進し、高齢者の生活を支える医療・介護システムの研究開発を継続していきたい。同時に、福祉と生活ケア研究チームや社会科学系・自然科学系の他の研究チーム、更には、所外研究機関等との共同研究を積極的に進め、高齢者の健康長寿と生活の質の向上に資する研究を遂行していきたい。

文責：福祉と生活ケア研究チーム

研究部長　石崎達郎

社会科学系

福祉と生活ケア研究チーム
介護・エンドオブライフ

歴史

エンドオブライフをテーマとした研究グループの起源は、2009年に設立された「終末期ケアのあり方研究」にさかのぼる。初代テーマリーダーは高橋龍太郎先生、常勤研究員2人、非常勤研究員1人の体制で始まった。初年度に高齢者終末期ケアの課題が整理され、1)加齢のプロセスにおける「終末期」の定義は不明確であり、「安楽な最期」の状態像も共有されていないという課題、2)終末期に関する本人の意思決定と家族による代理決定に関わる課題、3)終末期ケアを担う介護職員への教育プログラムの必要性、4)質の高い終末期を過ごすための場づくりの課題という、4つのテーマが抽出された。

2011年に石崎達郎先生が第2代テーマリーダに就任され(兼務)、常勤研究員2人、シニアスタッフ2人の体制になった。良質な看取りケアの実践を目指し、1)本人の意思が終末期医療・ケアに反映される仕組みの構築に関する研究、2)施設での良質な看取りケアの実践を促進するための人材育成を目的とした教育プログラムの開発と実践的介入研究の、2つのテーマが研究の主軸となった。

2014年に島田千穂先生が第3代テーマリーダーに就任され、常勤研究員2人、シニアスタッフ1人の体制になった。この時期に、3)家族ケアが3つ目のテーマとして加わった。

2017年にテーマ名が介護・エンドオブライフに改称され、広くdeath and dyingの過程を扱うこと、看取られる本人だけでなく介護者を視野に入れた研究を行う方針が明確化された。初代テーマリーダーには島田千穂先生が就任され、常勤研究員5人、非常勤研究員1人の体制で始まった。新たなテーマとしてBPSDに着目し、施設ケア従事者を対象とした教育プログラムの開発が行われた。

2009年の創立時に抽出されたエンドオブライフの課題は、その後の10年間に広く認識されるようになった。そしてテーマの歴史をふりかえると、エンドオブライフの時間軸をdeathからdeath and dyingに広げ、エンドオブライフケアの対象を本人から家族、施設ケア従事者へと拡大してきた歴史であると考えられる。

過去の業績

論文については別項に記載されているため、主要な研究テーマに関する主な報告書を以下にあげる。

1)本人の意思が終末期医療・ケアに反映される仕組みの構築に関する研究

・高橋龍太郎、島田千穂、中里和弘、他:「ライフデザインノート」の普及に関する研究報告書, 東京都健康長寿医療センター研究所「ライフデザインノート」プロジェクト

2)施設での良質な看取りケアの実践を促進するための人材育成を目的とした教育プログラムの開発と実践的介入研究

・島田千穂:特別養護老人ホーム看取りケア提供体制実態調査結果報告. 東京都健康長寿医療センター研究所(2014)

・島田千穂、平山亮、伊東美緒、中里和弘、原沢優子、樋口京子:看取りの振り返りを有効に実施するためのガイド;反照的習熟プログラムのすすめ. 東京都健康長寿医療センター研究所(2016)

・島田千穂、菊地和則、伊東美緒、平亮、他:認知症の行動・心理症状緩和のための非薬物療法の効果に関する研事業結果報告書(令和元年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業).東京都健康長寿医療センター研究所(2020)

・島田千穂、粟田主一、菊地和則、池内朋子、他:長期療養施設におけるBP

SD緩和のための非薬物療法・対応の実態把握と介入事例の前向き調査結果報告書（令和2年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）.東京都健康長寿医療センター研究所（2021）

3）家族ケア

・中里和弘：在宅療養支援機関におけるグリーフケアの促進に関する研究成果報告書（2017）
・中里和弘、島田千穂、舞鶴史絵、水雲京、佐藤眞一:訪問看護事業所における遺族支援の実態調査報告書. 東京都健康長寿医療センター研究所（2016）

2011年以降の表彰・受賞は以下のとおりであった。

・伊東美緒、島田千穂、大渕修一、高橋龍太郎：日本認知症ケア学会石﨑賞（2011）認知症高齢者を対象とした「寄り道散歩」プログラムの効果.
・伊東美緒、宮本真巳、高橋龍太郎：日本老年看護学会研究論文奨励賞（2011）不同意メッセージへの気づき－介護職員とのかかわりのなかで出現する認知症の行動・心理症状の回避に向けたケア.
・中里和弘、島田千穂、涌井智子、児玉寛子 第20回日本在宅医学会大会優秀演題（2018）「終末期に医療者から受けた代理意思決定支援」と「看取りの満足度」との関連－遺族調査からの検討.
・平山亮、涌井智子：Professional Issues in Aging Award in 2019 National Council on Family Relations（2019）“What Counts Is Not My Own But Siblings’ Circumstances”: Adult Children’s Perceived Responsibility for Parental Care in Japan.
・伊東美緒：日本認知症ケア学会石崎賞（2019）「不同意メッセージ」の概念学習とBPSD発現予防シートの開発
・井藤佳恵、岡村毅、津田修治：日本認知症ケア学会石﨑賞（2021）本邦におけるディオゲネス症候群－いわゆる「ごみ屋敷症候群」－の臨床的特徴と長期予後
・井藤佳恵、岡村毅、粟田主一他：第64回日本老年医学会会長奨励演題賞（2022）90代高齢者の心理的well-beingの関連要因-人生100年時代のwell-being-

現状

2021年にテーマリーダが交代し、2022年より現体制となった。現在、常勤研究員4人、非常勤研究員1人、協力研究員1人の体制である。

現体制では、まず“エンドオブライフ”の定義を再検討し、「エンドオブライフとは、老いを自覚しはじめる時期にはじまり、死をもって幕を閉じる、幅をもった人生のステージである」ととら

えなおすことから始めた。そして、エンドオブライフの時間経過のなかで変わっていく支援ニーズを把握し満たしていくことが、高齢者がwell-beingな状態で自分の人生を生ききることに寄与すると考え、研究テーマをたてている。新たな視点として、認知症等の精神的健康の課題や身体的健康の課題に社会的困難が重畳し、複雑な支援ニーズをもつ高齢者に焦点をあて、多様で個別的な、ひとりひとりの人間のwell-beingの実現を目標にした研究に取り組んでいる。

展望

エンドオブライフとは、人が生きる最後の時間であり、それはあくまでも“生きる”時間である。死が人の生の当たり前のフェーズであることを認めながら、しかし死に焦点を当てすぎることなく、生きてよかった、自分の生を生ききったと、人々が思えるエンドオブライフの実現に寄与する研究を継続していく所存である。その際、公衆衛生学的手法ではアプローチできない人たちの存在に目を向け、その人たちの声を丹念に拾っていく姿勢を失いたくないと思う。

文責：福祉と生活ケア研究チーム
研究部長　井藤佳恵

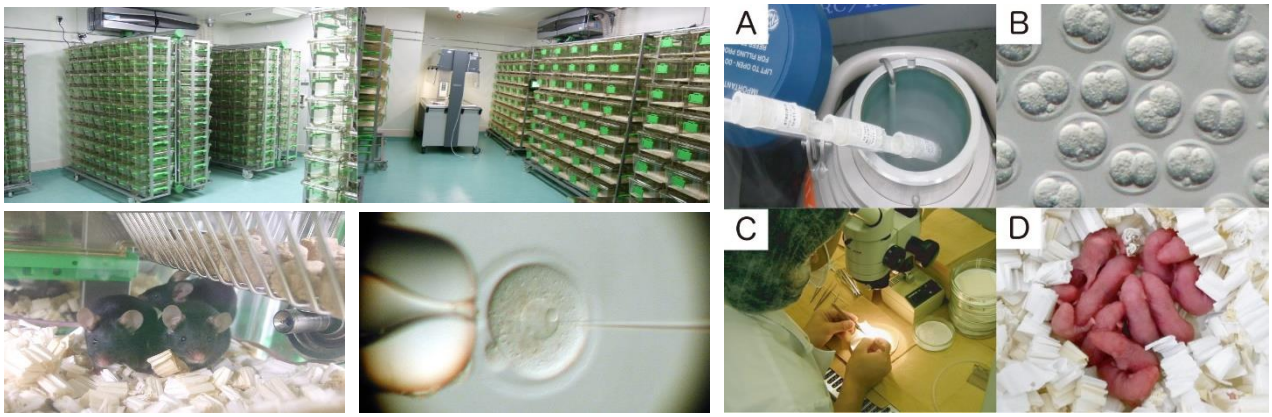
所内研究討論会の変遷について

老年学はとても幅の広い学問で、そのため当研究所では自然科学系（A系）と社会科学系（B系）という2つの大きな枠組みで研究が行われています。両者の研究は全く異なる部分がある一方、連携して行える部分もあり、A系とB系が連携して研究を行うことの必要性が指摘されていました。そうした中で、分野の垣根を取り払い、両者が各々の研究について報告し議論を行い、また交流を深めることを目的とした合同の所内研究討論会が2015年から開催されることとなりました。年6回の開催で、毎回A系・B系それぞれ1名の研究員が1時間の口頭報告を行うものでした。当初、合同の討論会が上手くいくのかという不安もありましたが、幸いにもA系研究員からB系研究員へ、B系研究員からA系研究員への質問も出てくるなど活発な質疑応答が行われ、その後も順調に開催を重ねていきました。一方で、発表者も一巡し、また多忙な研究活動をこなしながら専門分野が違っても理解できるような報告資料を作成することの負担が訴えられるなど、いくつかの課題が浮き彫りになってきました。そんななか、新型コロナウイルスの流行が始まり、所内研究討論会も2年近く中断することとなりました。しかし、その間も発表者の負担を軽減しつつより闊達な議論を行うにはどうしたらよいか世話人会で議論を重ね、2022年3月新たな試みとしてポスター発表という形で再び開催する運びになりました。

文責：老年病態研究チーム　佐々木紀彦
自立促進と精神保健研究チーム　稲垣宏樹

研究支援施設

実験動物施設



室長 重本和宏(副所長兼務)
常勤職員 野田義博
非常勤職員 根本妙子

実験動物施設設置の経緯から新施設移転までの歴史

老人総合研究所設置構想では、老人医療における臨床研究を主体とする考えであったため、実験動物施設の設置は検討されていなかった。しかしながら医学の目標と政治的社会目標がともに転換期を迎え、老年医学の臨床面のみに視点を持ち、基礎的研究を考慮しないことは1970年代の計画としては甚だ時代遅れだと考えられ、その時研究所はすでに4階建ての計画で建設が進んでいたが、そこから急遽、屋上の一角に実験動物施設が建設されることとなった(後のSPF動物実験区)。こうした経緯から発足当時より質の面として、構造的に衛生面に配慮が乏しく、感染症の発生が絶えなかった。また、量的問題点として各種動物を飼育するための面積が不十分であった。これらは次第に質量双方の面にわたり深刻となっていた。この問題を克服すべく、1979年にはSPF動物*を長期にわたって飼育するために不可欠なバリアシステム**方式の飼育エリアが増築され、老化動物開発施設として運用が開始された。これにより、SPF動物を幼若期より老齢期に至るまで生涯に渡り健康に飼育することが可能となった。SPF動物実験区は、利用者の出入りが自由なオープンシステムであり、SPFの非遺伝子組換えマウス・ラットおよび遺伝子組換えマウスを用いた実験が行われた。老化動物開発施設ではSPFのマウス(C57BL/6)・ラット(F344、老人総合研究所で樹立された近交系Wistar)の老化動物が育成された。1990年に仲町キャンパスに新設された老化モデル動物開発施設では、これまで飼育することのできなかったサルや中動物(イヌ、ネコ、ブタ、ヤギ等)の飼育が可能となり、実際にサル、イヌ、ネコの飼育が行われた。1993年以降、遺伝子改変動物の需要が高まり、飼育室の改修、管理基準の整備が行われ、遺伝子組換えマウスを用いた動物実験が精力的に行われた。1998年以降、遺伝子改変動物の使用が急増し、2001年には広範なMHV (マウス肝炎ウイルス)感染が確認された。施設設備、管理体制の見直しなど緊急対策が講じられ、また実験動物中央研究所の協力により受精卵作製による微生物学的クリーニングが行われた。その後もパスツレラ肺炎菌、マウス盲腸蟯虫などの感染に悩まされたが、さまざまな感染症対策が講じられ、施設の利用は活性化し、多くの研究成果を排出する基盤となった。2009年に研究所は病院とともに独立行政法人化され、2013年に新施設に移転し現在に至る。

＊SPF動物:特定の病原体を持たないことが明らかな動物

＊＊バリアシステム:構造的に病原微生物の侵入を防ぐように壁、扉などに密閉性を持たせ、室内は陽圧に制御され、温度、湿度を調整した空気が高性能フィルターでろ過され飼育室内に供給されたエリアである。器材滅菌のためのオートクレーブ、動物や器材搬入用のパスボックス、入室のためのシャワー設備などが配置される。

新施設建設、老化動物の育成、生殖工学に技術よる研究支援体制の構築とその成果

【新設された実験動物施設について】

実験動物は「生きる試薬」と定義されており、科学上の目的で動物に何らかの処置を加えてその反応を観察することから、実験動物は病原性微生物(人獣共通病原体から動物種特異的な病原体、寄生虫など)に感染しないよう、常に健康体でなければならない。2013年に新設された実験動物施設は環境省が定める「実験動物の

飼養及び保管並びに苦痛の軽減に関する基準(飼養保管基準)」に準じ、実験動物が本来の生理・生態・習性に従った行動が確保でき、マウスとラットについては、特定の病原体を統御し、動物を感染症から防御するため、IVC(Individually Ventilated Caging)システムラック(図1左マウス用、右ラット用,冒頭写真左は飼育の様子)などの最新設備が導入された。管理区域は、清浄区域と準清浄区域に分かれている。前者は、マウス飼育室4室、ラット飼育室1室、共用実験室4室、実験室6室、処置室2室、胚操作関連室3室など、より構成される。後者は、検疫室、処置室、ウサギ飼育室、検査室、洗浄室などで構成される。すべての部屋は電気錠で管理され、利用者別の動線管理を可能とした。遺伝子改変マウスの利用が大半を占めるため、この両区域は全ての飼育室、実験室等にネズミ返しの設置とエリアの境界には2重扉のパスルームが設置され、PIAレベルの拡散防止措置が執られている。

施設の収容能力は、マウス21,700匹(4,340ケージ)、ラット840匹(280ケージ)、ウサギ9匹(9ケージ)である。

【実験動物の飼育環境と施設管理について】

施設管理で重要なことは病原性微生物の侵入を防ぐことである。飼育環境は専門知識を有する実験動物技術者によって清掃、消毒、器材等の洗浄、滅菌が施されている。施設に立入る者は滅菌された無塵衣、マスク、キャップ、グローブ、保護メガネを着用して頭髪や肌が極力露出しない状態で施設へ立入る。施設内は年間を通じて温度22.1℃(±1℃)、湿度55℃(±5℃)を厳密に管理しており、施設内の換気はHEPAフィルター(空気中に含まれる微細なホコリを取除くために利用する高性能フィルター)を通した無菌の空気で4~12回/時間の換気がなされ、非常に高い清浄度を維持している。また飼育室の照明は動物の習性に合わせて照度を150~300lux(一般執務室の基準は750lux)とし、12時間周期で明期(昼)と暗期(夜)が設定されている。飲水は塩素添加により殺菌され、5μmのフィルターで濾過された新鮮な水が専用の配管設備によって給水されている。そして、動物が感染症に冒されていないことを定期的に検査し、病原体のモニタリングを実施している。このように実験動物施設は、実験動物を適正に取扱うための厳密な管理がされている。

【衛生的に管理できる床面の工夫】

新築時に導入した新技術として床面のUVフロアコートが施工された。一般の床面では両立が困難な、高い清掃効果を持つ平滑さと、滑りにくく安全な床面を長期間維持できる技術である。この成果は清掃が困難な病室やICU、手術室などに応用でき、院内感染抑止、転倒事故防止などに貢献できることが期待され、平成26年度職員提案制度にて努力賞を受賞している。

【生涯飼育における老化動物の育成】

老化動物を用いた研究は若齢から高齢まで異なる月齢の動物、あるいは遺伝子改変マウスにおける表現型の生化学や生理学的な性状、行動様式などが比較検討されている。1979年に老化動物開発施設が完成し、本格的に老化動物の育成が開始された。その育成方法は、マウス(C57BL/6NCrSlc, C57BL/6J JAX)は3ヶ月ごと、ラット(F344/DuCrlCrlj)について、6ヶ月ごとに生産業者から4週齢で導入、生涯に渡り一定の飼育環境を維持すること、感染症やその他の環境要因が寿命や成長に影響しないよう、細心の注意を払い自然老化を誘導する。

1985年には「老化動物確保システム開発チーム」に都知事より知事賞の表彰を受けた。また、1988~1992年に実施されたプロジェクト研究「環境因子と老化」においてF344ラットによる生涯飼育試験の数々の検討から、低蛋白エネルギー飼料である粗蛋白質含有量12%のMR-P12飼料が開発された。同飼料は老化研究に伴う生涯飼育用飼料として広く一般に利用できるよう、オリエンタル酵母工業株式会社より販売が開始された。これまでの老化動物育成実績としてC57BL/6 170ロット、F344/DuCrlCrljで148ロット、近交系Wistarは77世代の老化動物を育成(令和4年6月現在)し、所内に供給をし続けることで、老年学および老年医学研究の推進に重要な役割を担ってきた。

【生殖工学技術を応用した研究支援】

2013年に生殖工学技術を専門に有する技術員が職員採用され、新たな研究支援の幅が広がった。生殖工学とは、動物の生殖過程を人為的に改変し産仔を得る技術である。主な技術として、精子と卵子を体外に取出し、受精させる体外受精(胚を得て培養する技術)、胚移植(胚を移植し、個体を作出する技術)、凍結保存(胚・精子などを遺伝子資源として長期間保存する技術)がある。新施設移転の際は体外受精により凍結胚の作製が行われ、新施設建設後に凍結胚を融解、胚移植し、微生物学的クリーニングとともに動物の安全な移転に大きく貢献した。また、マイクロマニピュレータを用いてヒトの病態発症の原因遺伝子など外来遺伝子を導入(冒頭写真右)する技術が整備された。

これにより、ヒトで発症する疾患関連遺伝子やタンパク質の機能を個体レベルで解析され、実験動物施設では研究支援や共同研究を通じて、受精卵や配偶子（精子と卵子）を取扱い、多くの研究者に遺伝子改変マウスを提供するなど、研究の推進に貢献した。最近では、最新の遺伝子改変技術でシステムを応用したゲノム編集マウスの作製に成功した。遺伝子資源の保存の例として、液体窒素中で約13年間（4,830日間）凍結保存されたマウス受精卵（図2A,B）を融解し、受容メスマウスの卵管へ胚移植（図2C）することで、産仔を得ることに成功した（図2D）。マウスの寿命は最長3年間であることから4世代以上の年月を経て、再び個体として生まれてきたことになる。これにより、マウス受精卵を貴重な遺伝子資源として長期間に渡り保存することが示唆された。

実験動物施設の今後に向けて

高齢者の健康増進、健康長寿の実現を目指した老化研究の推進において、動物実験から得られる知見の重要性は極めて高い。基礎老化研究の基盤を支えるべく、研究支援ならびに共同研究として各研究チームと連携し、遺伝子改変マウスの作製、系統維持、遺伝子資源の保存、供給、各種動物実験技術の提供を通じて、チームの研究推進に効果的に寄与する。そして、実験動物施設は「厚生労働省の所管する実施機関として動物実験等の実施に関する基本指針」（厚労省基本指針）に従い、その適合性について、2017年1月に第三者機構の調査を受け「適合」と認証された。さらに、施設管理者は厚生労働省関係研究機関動物実験施設協議会（厚労動協）の会員ならびに日本実験動物学会、日本実験動物技術者協会の役員として関連機関との連携を密にしている。当センターにおける動物実験に実施については、科学的、動物愛護および環境保全の観点ならびに、動物実験等に従事する実験者および技術者等の安全確保の観点から、適正な動物実験の実施に努め、老年医学の発展に寄与していきたい。

文責：実験動物施設　野田義博

基礎老化研究における老化動物の育成と飼育環境の維持管理について

高齢者の健康増進、健康長寿の実現を目指した老化研究の推進において、動物実験から得られる知見の重要性は極めて高く、世間から注目されています。げっ歯類のマウス・ラットは老化の表現型がヒトと類似しており、平均寿命が2年半程度と基礎老化研究のモデル動物として非常に有用であることが知られています。このことから、ヒトの老化メカニズムを解明する研究や老化過程への介入など、健康寿命の延伸を試みる研究において、老化動物を用いた研究は若齢から高齢、老齢まで異なる月齢の動物、あるいは遺伝子改変動物における表現型の生化学や生理学的な性状、行動様式などが比較検討されています。老化動物の育成は、研究所開設当初の1979年から行っており現在に至ります。生涯に渡り一定の飼育環境を維持することを重点とし、特に病原性微生物（人獣共通病原体から動物特異的な病原体、寄生虫など）の侵入を防ぐことや、その他の環境要因の変化が、寿命や成長に影響しないよう、細心の注意を払い飼育しています。専門知識を有する実験動物管理者は常に一定な老化動物育成環境を維持するため、実験動物技術者ならびに設備管理者と連携し、施設の清掃、消毒、滅菌、飼育室の照度、温湿度管理に至るまで厳密に管理しています。さらに、老化研究の基本となる老化動物の寿命を解析し、研究者と情報を共有しています。今後とも科学的、動物愛護および環境保全の観点、ならびに動物実験等を行う実験者および技術者等の安全確保の観点から、適正な動物実験の実施に努め、老年医学の発展に寄与して参ります。　文責：実験動物施設　野田 義博

研究支援施設

アイソトープ施設

歴史

アイソトープ施設は主として、ラジオアイソトープ（RI)の安全管理業務を行う施設である。従来、この業務はアイソトープ部門がサービス業務として行ってきたが、2002年度からのグループ制移行に伴い、研究分野は老化レドックス制御研究グループに、サービス業務はアイソトープ施設に分離された。2003年に鈴木捷三施設長が退任した後、しばらく、施設長は自然系副所長の兼務、業務は旧アイソトープ部門員が兼任として保守、運営を行った。

2009年に地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが発足した際に、旧研究所アイソトープ施設、旧東京都老人医療センター、旧附属診療所の3事業所は同一新法人下の1事業所となり、文科省より許可使用の許可を得た。

2013年には佐々木徹研究員が専任として施設の管理・運営に携わり、旧施設から新施設に移行した際には、原子力規制委員会に、新放射線施設の放射性同位元素及び放射線発生装置の使用許可申請を行った。また、2013年3月～5月にかけて、旧施設の廃止に伴う措置を行った。

2014年度からは施設長として功刀正行安全管理責任者が、選任された放射線取扱主任者として三浦ゆり研究副部長が管理業務を行っている。

現状

業務内容と使用状況は以下の通りである。

<u>施設管理</u>

1)管理区域・施設の作業環境測定(1回/月)
2)自主点検(2回/年)
3)RI管理総合システムの保守
4)排気・排水設備点検

<u>放射線業務従事者管理</u>

5)放射線業務従事者の健康管理(年2回の健康診断)
6)放射線業務従事者の被ばく管理(ガラスバッチによる被曝量のチェック、内部被ばく量の算定)
7)放射線業務従事者の教育訓練(初期教育及び再教育)

<u>RI管理</u>

8)RI購入時の受け取り及び連絡
9)RI汚染検査及び除染
10)RI廃棄物処理及び搬出

<u>法令対応</u>

11)放射線管理に関する一切の記録の保存
12)原子力規制委員会への対応(管理状況報告書提出等)
13)立ち入り検査(定期検査・定期確認)への対応(1回/3年)
14)安全管理と運営のための放射線安全委員会開催(1回/年)と研究所RI委員会開催(1回/年)

<u>RI使用状況</u>

現在、アイソトープ施設で使用許可を受けている非密封RIは12核種である。^{125}I, ^{131}I, ^{14}C, ^{18}F, ^{3}H, ^{32}P, ^{33}P, ^{35}S, ^{45}Ca, ^{51}Cr, ^{59}Fe, ^{65}Zn

しかし、現在、実際に使用されている核種は^{14}C, ^{3}H, ^{32}P, ^{33}P(貯蔵庫に貯蔵されている核種)の4核種である。

また、放射線業務従事者として登録している人数も減少しており、2001年に100名だった登録者は、2012年に35名、2022年度は14名となっている。

立ち入り検査

2022年4月に定期確認・定期検査を受けた。使用施設、貯蔵施設及び廃棄施設が、使用施設等の基準に適合していること、また放射線の量及び汚染の状況が適切に測定され、その記録が所定の期間保存されていること、並びに帳簿が適切に記載され、年度終了後5年間保存されていることが確認された。

展望

今後ともアイソトープ施設は、放射線業務従事者の安全を確保し、放射線・放射性同位元素の利用促進のための維持及び管理を行う。

文責:老化機構研究チーム
研究副部長　三浦ゆり

研究支援施設

研究情報管理室

室長　重本和宏(副所長兼務)
常勤職員　森澤拓
兼務職員　坂田宗之
(神経画像研究チームネットワーク担当)
非常勤職員　久保田ゆかり

2013年東京都健康長寿医療センターの新建物の建設に合わせ、研究部門のコンピューターネットワーク設備が刷新され、研究情報管理室が整備された。研究情報管理室は、研究所の情報システムの運用及び管理、また情報セキュリティの管理を行い、研究活動を支援している。センターの医療情報戦略課情報システム係と情報システム管理を連携するとともに、病院部門の放射線診断科と情報システム管理を連携している。

1)研究所情報システムの運用・情報セキュリティ管理

研究所LANの運用を行っている。研究所LANは、全フロアを10Gbpsで接続すると共に、インターネット利用のために学術情報ネットワークSINETに1Gbps専用線2本の接続を行い、安定したオンライン会議や、ホームページ閲覧、電子メール利用を実現している。また、全フロアに無線アンテナを設置し、訪問者用の無線LANを運用している。さらに、研究所としての情報セキュリティの向上のために、研究所情報セキュリティ対策基準及び研究所情報セキュリティ実施手順を定め、有線LAN情報端末の管理、無線LANの利用者認証管理を行っている。情報端末等の施設からの持ち出し、持ち込みについても手続きを定め、管理運用している。

2)共同利用パーソナルコンピューター・大判プリンター機器等の運用・管理

共同利用のWindowsパソコン、MACパソコン、カラーレーザープリンター、B0対応大判プリンター等の運用管理を行っている。一部機器は、病院、事務からの利用要望にも対応している。

3)統計処理アプリケーションソフトウェアの管理

共同利用パソコンに統計処理ソフトウエアのSPSS、SASを導入し、共同利用サービスを行っている。また、個々の研究者が利用するSPSS、SASについても計画導入、ライセンス管理を行っている。

4)薬品管理支援サーバ、老研瓦版サーバ、共用ファイルサーバの運用

薬品管理支援サーバは、毒物及び劇物の適正な管理、その他各種薬品の適正な管理のために導入されており、運用管理を行っている。老研瓦版サーバは、研究所内のお知らせ掲示板として、実験動物施設からの動物管理情報など、研究所内部の連絡のためのホームページとして、東京都健康長寿医療センターのお知らせ掲示板サイボウズガルーンの補完的役割を担い運用管理を行っている。さらに、共用ファイルサーバを運用管理しており、各種委員会連絡等に用いられている。5)文献検索サービス

PsycINFO、AGELINE、医学中央雑誌などの文献検索データベースサービスについて、インターネットから利用できる方式で契約を行い、管理運用を行っている。

6)その他

研究用コンピューターシステムの導入相談、パソコンの利用トラブル相談等に対応している。

文責:研究情報管理室　森澤拓

養育院・渋沢
記念コーナー
なるほどからだ
・医療と看護の歴史
地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター
平成21年～
東京都
老人医療センター・(財)老人総合研究所
昭和61年～平成21年
東京都
養育院附属病院・老人総合研究所
昭和47年～昭和61年
(旧)東京都養育院附属病院
～昭和47年
養育院
社会の求め、時代の求めにこたえ
過去から現在、そして未来への志！

第２章　東京都健康長寿医療センターの歴史

養育院

東京都健康長寿医療センターの源流

1 歴史を知る

① 渋沢栄一と養育院　－渋沢栄一が残したもの－

井藤英喜：東京都健康長寿医療センター名誉理事長
稲松孝思：同上　顧問
宮本孝一：同上　老年学情報センター

はじめに

渋沢栄一は、わが国で初めての銀行をはじめ約500の会社の創設にかかわり、わが国の資本主義社会の発展に大きく貢献し、わが国の”資本主義の父“と言われている人物である。渋沢栄一の知名度は必ずしも高くはなかったが、令和5（2023）年から1万円札の肖像となること、さらに令和3年（2021）2月から12月にかけて渋沢栄一を主役としたNHK大河ドラマ”青天を衝け“が放映されたことでその名を知る人も多くなった。

渋沢栄一の生きた時期は江戸末期から昭和初期である。渋沢栄一は実業の分野のみならず、社会福祉、医療、教育、とくに商業および女子教育、民間外交など幅広い分野で活躍した。社会福祉の分野では、東京都健康長寿医療センターの源流となった救貧施設である養育院の運営、現在の全国社会福祉協議会の前身である貧民研究会（後に庚子会と改称）、中央慈善協会、中央社会事業協会の設立、滝野川学園などの福祉施設、また医療分野では慈恵医大、聖路加国際病院、三井記念病院などの設立・運営支援、教育分野では東京商法講習所（現在の一橋大学）、日本女子大学、東京女学館、早稲田大学、同志社大学などの設立・運営支援、理化学研究所の設立、その他融和事業、国際親善、世界平和促進事業、内外の災害救護事業、学術振興事業など約600といわれる社会事業にも深く関わった。一人の人間として関わった事業は、数においても、多彩さにおいても驚くほかない。

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターは、昭和47年（1972）に東京都により設立された養育院附属病院、東京都老人総合研究所を前身としている。養育院附属病院という開設時の名称が示すように、東京都健康長寿医療センターの母体は養育院である。養育院は、明治5年（1872）に設立され、江戸から明治にかけての混乱により生じた生活困窮者、行旅病人、孤児、棄児（鰥寡孤独の人）などを収容した救貧施設である。養育院は、単に収容施設として機能したのではなく、社会復帰が可能と考えられる者には職業教育を施す、職業を斡旋する、児童には教育（読み書き算盤）を施すなど、現在でも通用する高い志をもった施設として開設されている。養育院は、開設後収容者（利用者という方が適切な表現ではあるが当時の用語にしたがった）が抱える問題の解決に当たるべく、不良・浮浪児に対する感化教育、盲人や聴覚障碍者専用施設の設置と視覚障碍者や聾唖者に対する教育、精神疾患、結核、ハンセン病患者、老年性疾患など慢性疾患に対する専用施設の設置といった、わが国ではじめての試みとなった多くの事業を行った社会福祉のパイオニア的施設としても知られている。

本稿では、養育院に関わるまでの渋沢栄一の経歴、終生院長を務めた養育院との関係についてふれ、最後に渋沢栄一が我々に残したものについて考えてみる。

渋沢栄一の経歴

－養育院に関わるまで－

渋沢栄一は、天保11年（1840）武蔵国榛沢郡血洗島村（現在：埼玉県深谷市）で、渋沢市郎右衛門を父、栄を母として生まれた。渋沢市郎右衛門は、農業、藍の生産および養蚕業、荒物屋、質屋などの事業を幅広く展開し、財を成し名字帯刀を許された豪農であった。渋沢栄一の実家は、農、工、商および武士を兼ねたような家であったのである。

渋沢栄一は、6歳の頃から父に、7,8歳の頃からは俊英の誉れの高かった従兄尾高惇忠（後に富岡製糸工場の初代工場長）から「大学」、「中庸」、「論語」などの漢籍を学んだ。11,2歳の頃からは、「通俗三国史」、「里見八犬伝」などの通俗本にも親しみ、「書物に登場する英雄豪傑を自分の友のように思い、天下国家のために何かしたい」[1)]と思うようになった。また、渋沢栄一の著書「雨夜譚」[2)]には、「14,5の歳までは、読書・撃剣・習字などの稽古で日を送り」とあり、読書のみでなく、剣術、書道などにも励んだことがわかる。14,5歳になると、父の方針に従い、農業と商売（藍の買い入れ、藍玉の販売）、藍玉の製造などに従事した。

少年期のエピソードとして、後に渋沢栄一が頻繁にふれることとなるい

くつかのことがある。まず、渋沢栄一が15歳の頃、縁談が破綻したことを契機に姉が精神を病んだことがあった。その際お祓いに来た修験者を渋沢栄一は問答で理詰めにやりこめ退散させ、自身が根気強く姉の話し相手になるなどして精神状態を回復させたことがあった。渋沢栄一は少年期から、合理的であることを大事に思い、かつやさしい心遣いのできる人物であった。

渋沢栄一が16歳の頃、血洗島周辺を治めていた岡部藩から呼び出しがあり用事のあった父に代わり出頭したところ、お姫様の婚儀、藩主家の法事などのため御用金を治めるように命じられた。父の代理であるということから即答を避けたところ、代官から16,7歳にもなって即答できないとは何事かと嘲笑、罵倒された。代官の横柄な態度、汗水たらして蓄えた農民のお金を取り上げる理不尽さに、身分制度や官尊民卑という風潮に強い怒りを感じた。このような少年期の思いが、その後渋沢栄一が倒幕運動に走ったことや、今でいう大蔵次官への昇進がほぼ約束されていた大蔵省をやめ民間での仕事を選ぶことにつながったと考えられる。

渋沢栄一の青年時代は、米国海軍のペリー提督が黒船で浦賀に来航し［嘉永６年（1853）、渋沢栄一13歳］、わが国に開国を要求したことを契機に、開国やむなしとする徳川幕府と、徳川幕府を倒し天皇を中心とする国をつくり外国人を追い払えと主張する薩摩、長州、土佐など尊王攘夷派が激しく争った時代である。攘夷派の考え方や行動には、1840年から1842年にかけてのアヘン戦争により清国が大敗を喫し、多額の賠償金、香港の割譲、上海の開港、清国の法律が及ばない租界の開設など屈辱的な敗戦処理を強いられたが、わが国にも同様のことが起こるのではないかという非常に強い危機感が漂っていた時代であったことも大きく影響している。

渋沢栄一23歳の頃、漢学の師である尾高惇忠が、水戸藩の尊王攘夷思想（水戸学派）の影響を受け、渋沢栄一を含む69人の同志とともに徳川幕府を倒すため、まず高崎城を乗っ取り、その後横浜に乗り込み洋館を焼き、外国人を追い払うこと計画した。しかし、佐幕派と尊王攘夷派の争いの最前線である京都から帰ってきた従弟の尾高長七郎（尾高惇忠の弟）に、アメリカ・フランス連合軍を相手とした長州戦争における長州藩の、また薩英戦争における薩摩藩の完膚無き敗北、大和五条における尊王攘夷派天誅組の決起と敢え無い敗北などから無謀な蜂起は失敗するだけと強力に反対され高崎城乗っ取りを断念し京都に逃亡した。そこで、以前から知り合っていた一橋家家臣平岡平四郎に幕府からの追手がかかっていることを知らされ、それを避けるため一橋慶喜（後に15代将軍となる）の家臣となった。

紆余曲折の後、慶喜が将軍となったのは慶応2年（1866）12月5日である。倒幕の志士が皮肉にも幕臣になることとなり、さすがに渋沢栄一は志とはあまりに違った状況になったことから思い悩む日が続き、辞職の機会をうかがっていた。そのような時、駐日フランス大使レオン・ロッシュの勧めにより、翌年パリで行われる予定のパリ万国博に慶喜が弟昭武を名代として派遣することを決め、渋沢栄一に随員としてパリに行くことを勧めた。渋沢栄一は攘夷派ではあったが、欧米の情況を知らずに攘夷を語る無謀さにも気づいており、欧米を知るいい機会と考え随員となることを承諾した。渋沢栄一27歳の時である。

一行は、慶応3年（1867）1月11日フランスの郵便船アルヘ一号でパリに向け出発し、上海、香港、インド、紅海、さらにスエズ運河はまだ建設中で開通していなかったので陸路でアレキサンドリアに、そこから地中海経由でマルセイユに着き、その後は陸路（汽車）で3月7日にパリに到着した。途中、上海やインドでは、瀟洒な西欧人居留区と比較し、現地人居住区の不衛生なみじめな情況や生活困窮者であふれている様子から、わが国が西欧列強の植民地にされることの恐怖を実感した[3)]。

渋沢栄一は、パリで資本主義システム、銀行制度、医療、社会事業の在り方など多くのことを学んだ。また、パリの銀行家フロリヘラルドの助言の下、滞在費用の利殖をはかるため、フランス公債や鉄道株を買い求め、帰国時、鉄道株価上昇により5～600円の儲けが出たという経験をした。このようなことを通して、公債や株を用いた金融取引の利便性を実感した。また、スエズ運河の建設が、国家ではなく民間の株式会社によりなされていることを知り、「株」、「民」の力でこれだけの大事業ができることを知った。

慶応3年（1968）10月15日に慶喜が大政奉還し徳川幕府が崩壊し、昭武が水戸家を相続することとなり、明治新政府より帰国命令があり帰国することとなり、明治2年（1969）12月8日横浜着で帰国した。後年、渋沢栄一は、その洋行が「自分の一身上一番効能のあった旅」であったと述懐しており[4)]、島田和昌は万国博覧会を見学し「欧米近代社会が最新の軍備や機械を競い合い」,「経済のインフラを共有することで発展していることをよく見抜いてその後の渋沢の行動の基軸となるような文明理解が」なされたとしている[5)]。帰国後、渋沢栄一は大政奉還後静岡の宝台院というお寺に蟄居謹慎していた慶喜に面会のため静岡に行った。

静岡では慶喜公に仕えるが、徳川からは俸給はもらわず、自分で仕事をしようと考えていた渋沢栄一は、静岡藩中老大久保一翁の同意を得て、維新政府より藩に割り当てられた多額の太政官札、藩内の商人の出資金を用いて一種の株式会社である商法会所(後に常平倉と改名)を開設した。そこで、太政官札を正金に変え肥料などの商品を一手に買い取り、一手に販売するなど流通システムの合理化を図り静岡における商工業の発展をはかった。

しかし、渋沢栄一の能力や経験が人材不足で悩む明治政府の知るところとなり明治政府に出仕せよとの要請がきた。静岡藩中老大久保一翁は、明治政府の呼び出しに応じないと慶喜に謀反の疑いがかかると渋沢栄一を説き上京を促した。渋沢栄一は武士として抱えてくれた慶喜に恩義を感じ生涯慶喜に仕えようと考えていたため、出仕を断るつもりで上京するも大蔵大輔(大蔵大臣)を務めていた大隈重信の説得にあい、明治2年(1869)から大蔵省に勤めることとなった。

大蔵官僚として渋沢栄一は、租税制度の改正、廃藩置県とそれに伴う藩主、武士への補償、藩札の廃止とその補償など複雑かつ膨大な案件の処理、全国一律の貨幣制度、全国土地測量の実施とそのための度量衡制度、各官庁職制の整理、鉄道の敷設案作成、郵便制度、銀行制度、株式会社制度など中央集権国家、資本主義国家の基盤となる諸制度の確立、輸出できる絹糸を製造するために富岡製糸場を開設するなど目覚ましい成果をあげた。しかし、歳入と歳出のバランスを無視した大久保利通らからの軍備予算要求、各省からの予算要求、さらに政府内における薩長の主導権争いなどに嫌気がさし、明治6年(1873)5月、渋沢栄一33歳時に大蔵省を辞した。

民間人となった渋沢栄一は、まず明治6年(1873)6月に、自身が作った国立銀行条例[明治5年(1872)11月発布]に基づきわが国で初めての銀行である第一国立銀行(国立と称しているが民間銀行、日本銀行ができるまで唯一の紙幣発行権をもった銀行であった。現在はみずほ銀行となっている)を設立し総監役(事実上の頭取)に、次いで頭取に就任した。第一国立銀行からの融資などを通して、以後500あまりの会社の設立にかかわりわが国の近代化、資本主義社会の礎を築いた。

養育院・渋沢記念コーナー

2015(平成23)年に、地方独立法人・健康長寿医療センターの新施設を建てる際、その一角に養育院の歴史を語る「養育院・渋沢記念コーナー」を作る話があり、病院の目立つ場所に実現した。一万円札の肖像が、渋沢栄一に変更されることが発表される以前の話である。

養育院から現在の施設に進展してきた歴史をパネルにし、見学者、就職予定者への説明、各種講演などの広報、患者さんへの健康関連図書の貸出し、癒やし、軽食のスペースとして、外来待ち時間対策として機能し、好評を得ている。病院のホームページに連動させたパンフレット、桜園通信を配布している。また、図書貸し出し、歴史説明などに、地域住民や旧職員などによる、ボランティア活動の援助を受けている。NHK大河ドラマや一万円札肖像により、渋沢栄一の福祉領域での生き様が注目を浴びる中で、今後のコーナーの活動が課題となっている。

病院ロビーには、山口 晃の壁画“養育院幾星霜之圖”が飾られている。敷地の一角には“養育院記念庭園”が整備され、板橋区登録文化財“渋沢栄一銅像”を中心に、“養育院本院碑”、徳川家光・家斉墓前の石燈籠、裸婦像“きぼう”、ヒポクラテスの木などがあり、養育院の歴史を語る、憩いの場となっている。

文責:稲松孝思　東京都健康長寿医療センター顧問

渋沢栄一は実業家としての活躍に加え、600あまりの社会事業や学校の設立にもかかわったことでもよく知られているが、本稿では次に養育院との関係について述べ、その他の社会事業との関わりについての詳細は他書に譲りたい。

渋沢栄一と養育院の関わり

渋沢栄一は、明治7年(1874)、渋沢栄一34歳、から死亡した昭和6年(1931)、 渋沢栄一91歳、までの57年間の長きにわたり養育院の運営責任者を務めた。

(1)養育院の設立

養育院設立の端緒は、当時の東京府知事大久保一翁(静岡藩時代の渋沢栄一の上司であった)から、帝都東京における生活困窮者を救済する方法について営繕会議所(営繕会議所の由来については後述する)に諮問があった[明治5年(1872)9月])ことにある。加えて、ロシア皇子アレクセイの東京訪問が予定されており、外交的立場から乞食が徘徊していることは、「不体裁」[6]あるいは「帝都の恥」[7]として東京府下の乞食を至急一掃する必要もあったからでもある。

救貧策に関する大久保府知事からの諮問に対し、営繕会議所が10月に有名な「救貧三策」[8]という答申を提出した。その中で、①窮民が働ける場所として工作所(作業場)を設置する、②窮民に職業を紹介するため日雇会社(人材派遣会社)を設立する、③病者には医療、幼者には教育を施すことができる救貧施設を建設することが提言された。

東京府は、答申に基づく施設を用意する一方、営繕会議所にロシア皇子の東京訪問に向けて浮浪者を一掃するという緊急対策の実施を命じた。営繕会議所は「至急処分」として浮浪者を本郷元加賀藩邸跡の空長屋に一旦収容し、その後浅草溜に移すこととした[7]。元加賀藩邸への浮浪者(240人)の収容はアレクセイの東京訪問の前日である明治5年(1872)10月15日に実施され、アレクセイ帰国後の10月19日に収容者は浅草溜に移された。養育院の始まりは、浮浪者を本郷元加賀藩邸跡の空長屋に一旦収容した明治5年(1872)10月15日とされている。

11月4日営繕会議所は、救貧三策に基づく常住施設“養育院“の設置を府に上申し、上野護国院内の建物を購入し、修繕し、それを用いることを決めた。明治6年(1873)2月5日に収容者は浅草溜から上野護国院に移された。

養育院の運営は営繕会議所があたり、費用は営繕会議所が管理する七分積金に由来する共有金が用いられた。七分積金は、寛政3年(1791)12月に老中松平定信が、凶作や地震あるいは火事などの災害に備えて「七分積金・囲籾」を備蓄し,それを管理するために住民の自治組織である江戸町会所を設立することを住民に命じたことを端緒とする。七分積み金は、富裕な町民、地主、家主などが供出することとした。七分積み金は、江戸期においては町機能の維持、災害対策のみならず、救貧事業にも広く用いられることとなった[9]。囲籾とは、飢饉に備え米を殻のついたまま俵に入れ籾蔵に備蓄したものを指す。

七分積金の由来は、定信が町会所に町機能を維持するための費用、すなわち消防、水道、木戸の修繕、番人の給与、祭礼などに必要な費用として地主、家主、富裕な商人などから集めた町会費のうち節約できるものはどの程度かを諮問したことに始まる。江戸町会所は年約4万両の節約が可能としたため、そのうち1万両(20%)は地主・家主・商人に返し、残りの約10%を予備費、70%(七分)を飢饉に備え毎年蓄積することとした。そのようなことから、町会所に災害・飢饉・救貧対策用に蓄積したお金を七分積金と呼ぶようになった[10]。

七分積金および囲籾は、明治維新にあたり徳川幕府から官軍に引き継がれた。町会所自体も徳川幕府から官軍に引き継がれ、維新後も、それまでと同様備蓄した囲籾を用いて生活困窮者に御救米を与えたり、また救小屋、寺院などで炊き出しなどをおこなっていた。

しかし、明治5年(1872)6月に至り、東京府知事大久保一翁により町会所は廃止され、町会所の財産および事務は東京府出納掛に、次いで明治5年(1872)8月からは新たに設立された営繕会議所に引継がれた。凶作や災害時の窮民対策を主要な任務とする町会所を廃止し、蓄積された七分積金を利用して東京の都市機能の基盤整備を行う機能を担う組織、営繕会議所を設立することは、大蔵省時代の渋沢栄一の上司である井上馨大蔵大輔(大臣)のプランとされているが、実際はその片腕であった渋沢栄一の計画によってできたと言われている[11]。営繕会議所が町会所から引継いだ資産は61万両、洋銀、備蓄された籾、白米など、また町民への融資金の残り、土地、建物などもあった(後に、渋沢栄一は、これらを合わせると約140万円程度あったと述べている[12]。財政難に苦しんでいた明治政府の大蔵省が七分積み金に目をつけ、橋梁、道路、水道修理、瓦斯事業の設備投資、共同墓地(青山、谷中)、商法講習所の補助などにも転用することとしたのである。

しかし、七分積金の使用法に関し本来目的(災害対策、救貧対策)で使用すべきとする意見もあり、救貧三策により営繕会議所は貧困対策も行うようになったことから、東京のインフラ整備を行う組織という意味の営

繕会議所から、明治5年(1872)10月には、さらに広範な市民向けの事業を担う組織という意味で東京会議所と改称されている。ちなみに東京府の記録によると、明治5年(1872)から12年(1879)までの間の総支出のうち養育院費への支出は、総支出の6%を占めるに過ぎず[13]、大半は東京の都市機能の基盤整備に支出されていた。

(2)渋沢栄一と養育院

養育院の創立は元加賀藩邸に浮浪者240人が収容された明治5年(1872)10月15日とされている。

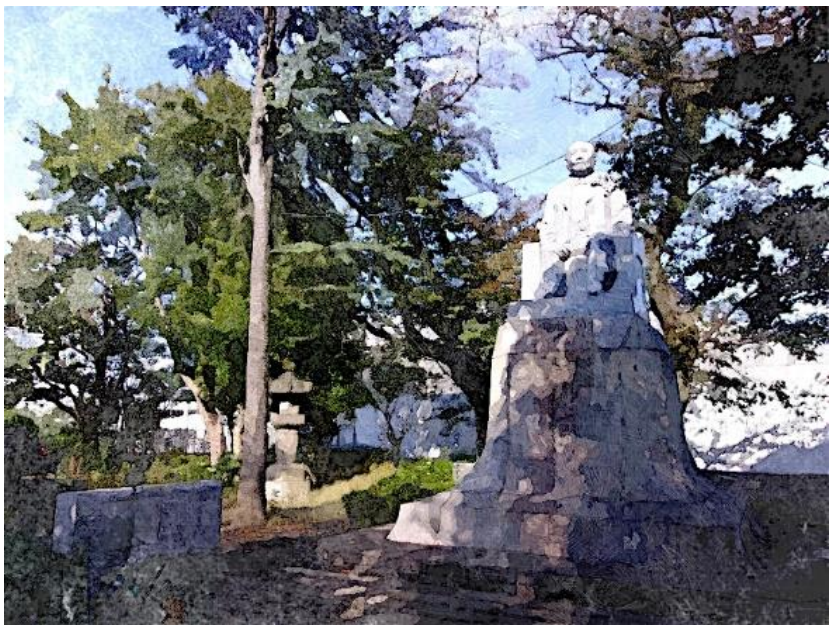
渋沢栄一(34歳)は明治5年(1872)に大蔵省を辞し、第1国立銀行の設立、運営にあたっていた明治7年(1874)から養育院を運営した東京会議所の共有金(東京府は七分積金を共有金と改称)の管理責任者(取締方)となることを東京府知事大久保一翁から依頼された。 そこから、渋沢栄一と養育院との関係が始まった[14]。

明治9年(1876)1月、渋沢栄一は東京会議所会頭となった(渋沢栄一35歳)。同年5月、渋沢栄一は、東京府知事の同意を得て、東京会議所が関係する養育院をはじめとする一切の事業の事務を東京府に移し、東京会議所は「議事」のみを行う組織とした。それに伴い養育院は、東京会議所付属施設から東京府直轄施設となり、渋沢栄一(36歳)は養育院事務長に就任した。その後、明治10年(1877)2月に東京会議所は解散し、家屋、米倉、備蓄した籾米、管財のすべては東京府に引き継がれた。明治12年(1879)8月(渋沢栄一39歳)、養育院事務長は院長と改称され、渋沢栄一は初代院長に就任した。同年10月、文部省が上野に博物館を開設することを計画し、養育院は上野から神田和泉町に移転した。

上記のような事情から、渋沢は「決して高い理想や考へを以て(養育院の運営を:筆者追加)始めたわけではない」[15]と語っている。しかし「やって居るうちに色々問題が出て何とかせねばと考へ」さらに「やり出すと色々のものがあるのであれもやりたい之もやりたいと思い出し」と回想している[16]。

この言葉が示すように、渋沢は養育院内で顕在化してくる問題と、その解決に関わるなかで種々の新しい事業を立ち上げ、わが国福祉事業を牽引しつつ、遂に養育院の運営を終生の仕事としたのである。

渋沢栄一の養育院運営の基本は、収容者(利用者)の分類処遇の推進にあった。当初、養育院は、子供、成人、老年者、病人などすべてを同一部屋に収容したのであるが、収容者の増加と共に、男性と女性、成人・老年者と子供、乳児と幼児、健康児と虚弱児、盲人・聾唖者、健全児と不良児、慢性疾患罹患成人・老年者、精神疾患・ハンセン病・結核患者などを次々分離処遇し、それぞれの収容者に最適な援助ができるような体制をつくっていった。その中には、老人静養室(今でいう療養型、あるいは回復期病床)、ハンセン病専門病室、結核・尿失禁専門病院、盲人、聾唖者のための専門施設、医療が必要な出獄者のための保護所、感化院(未成年者の矯正施設)の開設など、わが国で初めてとなる数多くの専門施設の設置・運営を行った。また、子供のための里親・職親制度、無料宿泊所、児童保護所、公営職業紹介所といった事業も行った。上記のような渋沢栄一の活躍に関わらず、従来社会事業史や社会福祉史のなかで渋沢栄一の貢献はあまり評価されることはなく、ほとんど無視され、歴史的な意義づけはほとんどなされてこなかった。これは、社会事業史や社会福祉史の専門家の多くが、資本家は悪とする左翼思想に影響を受けた研究者であり、資本家である渋沢栄一の事業を高く評価することがためらわれたためであろうと考えられる[17]。また、渋沢栄一は、平和主義者であったが、熱烈な愛国主義者でもあった。渋沢栄一は、国民は国家



の繁栄に力を尽くすべきと考えており、健康な収容者は職業訓練を受け職につけるようになることが、また子供は国の繁栄に役立つような人材に育てられることが必要と考えていた。このような国民は国家につくすべきということを前面に出した渋沢栄一の考え方も、渋沢栄一が評価されない一因であったと考えられる。しかし、わが国に社会福祉、社会事業が重要であり、それらを展開しやすいシステムを考えることが国の果たすべき一つの役割という考え方が全くなかった時代に、渋沢栄一があえて多くの社会事業、養育院を始めとする福祉施設の運営に関わり、しかも常によりよい社会事業の実践を目指して研究を怠らず、新しい事業に挑戦し続け、わが国の福祉事業の基盤作りに貢献したことは事実であり、高く評価すべきであろう。

本稿は、それら渋沢栄一の挑戦した福祉事業についての詳細を明らかにすることが目的ではないので、それらの詳細は他書[18)]に譲りたい。

渋沢栄一の残したもの

最後に、渋沢栄一が我々に残したものは何か、また渋沢栄一から我々が学ぶべきものは何かについて考えてみたい。

（1） 一つの仕事、事業を継続することの大切さを示した

継続は力なりという。渋沢栄一は、34歳から91歳で死亡するまでの57年間の長きにわたり養育院の運営に携わった。その間、東京府からの給与は辞退し、無給で養育院の運営に当たった。渋沢栄一が実業界において最も長く務めた役職は国立第一銀行頭取の43年[明治6年（1873）、渋沢栄一33歳から大正5年（1916）、渋沢栄一76歳まで]である。この二つの仕事が、他の役職の継続期間と比べ段違いに長く、この2つが渋沢栄一のライフワークであったのであろう。渋沢栄一は、十年一日おなじような事業を継続したのではなく、絶えず現場で問題を把握し、内外の知見を研究し、問題解決のための計画を立案し、実行する。そして、その結果を評価し、さらに改善策を模索するという、現在でいうPDCAサイクルによって養育院の運営を行い、結果的にわが国の福祉の発展の牽引役を務めることとなった。

渋沢栄一は、銀行をはじめとする500社あまりの会社の創設にかかわった。これも、少年期、フランスでの生活などを通して、みじめな植民地とならないためには国が富むことが重要であり、国が富むためには民間の活力が必要という考えを貫いた結果と考えられる。

一つのことを長くやると種々の経験、情報が集積し、新しい事業により効率的に取り組むことが出来るようになる。渋沢栄一の経験の豊富さ、情報の多さを考えると、渋沢栄一の膨大な仕事量は、渋沢栄一自身にとっては十分にこなしうるものであったのだろう。渋沢栄一の生き様は、まさに継続は力なりということを我々に示しているのである。

（2） 生きていく、仕事をする上で明確な指針、志のあることの重要性を示した

渋沢栄一は論語を生きる指針とした。なかでも曾子が孔子の道（論語の教え）はと問われ、「夫子の道は忠恕のみ」といったことを大事な人生の指針とした。「忠」とは君あるいは他人に対して誠意を尽くすという意味であり、「恕」とは思い遣り深く、「事に当たりて先方の境遇になり、先方の心理状態になって考察してやることである」と渋沢は説明している[19)]。

渋沢栄一の生涯を考えると、松平定信、徳川慶喜を尊敬し、かれらの業績を明らかにし、後世に伝えるために「楽翁公伝」、「徳川慶喜公伝」という2つの大作を残し、二人に忠義を尽くした。

一方、実業で儲けた金は社会に返すとして、養育院を始めとする種々の福祉事業に関わり、多額の寄付もしたことは、まさしく「恕」ということを体現したといえる。民間会社の設立に当たっても、道義にあった事業であること、社会が真に必要としたものを供給する事業であること、社会に貢献する企業であることを重視した。企業の社会貢献とは、収益を上げることばかりではなく、地球、地域の環境に対する配慮する、教育・啓蒙活動などをする、ときに地域でのボランティア活動などを通して社会や地域に貢献していくことを指し、今日CRS（Corporate Social Responsi-bility）として、企業の果たすべき役割として注目をあびている。

企業の立ち上げと維持に汲々としていたであろう明治・大正期にすでに現在話題になっているような考え方を企業活動に持ち込んだ渋沢栄一の慧眼に驚かされる。

渋沢栄一は、明確な指針、志のあることが、生きる上でも、仕事をする上でも、また会社を設立するうえでも重要であることを示したのである。

（3） 仕事、事業の成功には有能な同志のいることの大切さを示した

養育院には安達憲忠、田中太郎という渋沢栄一の人格、考えに共鳴し、渋沢栄一の社会事業の展開の右腕となった同志が2人いた。一人は、養育院幹事を明治24年（1891）から大正8年（1919）の28年間に亘り務めた安達憲忠であり、他の一人は安達憲忠を引継ぎ大正8年（1919）から昭和7年（1932）までの13年間幹事を務め、その後渋沢栄一没後2代目

養育院長となるもわずか2か月で病没した田中太郎である。

安達憲忠は、浮浪児の調査から浮浪児が犯罪者となることを防ぐための感化教育の重要性とその専門施設である井の頭学校の設立、虚弱・結核児童に対する転地療法を目指した安房分院の設立、ハンセン病専門施設、結核・尿失禁専門病院の設立にと、渋沢と安達自身が目指した分離処遇の実現に大車輪の活躍をした。また、最後に渋沢栄一がたどり着く貧困対策としての、貧困予防・防貧の重要性を貧困の研究を通して最初に指摘した人物でもある[20)]。

田中太郎は若いころ内閣統計局職員であったが、彼の著書「犯罪救治論」に興味をもった渋沢栄一により明治34(1901)年に「養育院月報」の編集長として養育院に招かれた人物である。「養育院月報」は、田中太郎の編集の下、わが国の福祉事業の情報誌としての役割を担う雑誌となり[21)]、渋沢の社会事業の展開、わが国の社会福祉の進歩に大きな影響を与えた。

渋沢栄一のできるだけ多くの生活困窮者、不幸な環境にある子供を救うという渋沢栄一の考えに共鳴した安達憲忠や田中太郎は、養育院の運営、養育院に必要な新たな事業の提案を行った。渋沢栄一は、施設の拡充、新たな事業に必要な資金集めといった役割を分担し、養育院事業は大きく発展した。渋沢栄一の社会事業家としての成功には、渋沢栄一の志を理解し、志を共有できる有能な職員がいたのである。

渋沢栄一は、会社の設立に当たって、大切なことは、その事業内容が時代に合っていること、その事業が道義的に問題のないこと、その事業の遂行に有能なリーダーを得ることであると言っている。養育院事業は、新たないくつもの事業を手掛けたことも含めて、まさにこれらの条件を満たした事業であったといえるのである。

渋沢栄一は、どのような事業であれ、事業の成功には志を共有できる有能な同志、職員を獲得することが大切であることを我々に示した。

(4) 仕事や事業における財政基盤の重要性を示した

どのような事業であれ、それを展開するには資金がいる。養育院の運営には、当初東京会議所が管理する共有金(七分積金)が用いられた。しかし、東京会議所の共有金が東京府に引き継がれるにおよび財政難にあえぐ東京府は養育院への支出を明治18年(1885)に至り中止した。いつの世も、財政難に陥ると福祉への支出は縮小あるいは中止の憂き目にあうのである。

養育院は東京都からの運営資金を絶たれたのであるが、渋沢栄一は基本財産を東京都から出資させ、それを銀行にあずけ利子で養育院の運営を図ることとした。

それに加え、率先して自分が寄付をするとともに、マスコミを利用して救貧施設の必要性を喧伝し広く寄付を募る、養育院慈善会を組織し会員から寄付を募る、わが国で初めての慈善市(バザール)を開催し収益を得る等の対策を講じ養育院の運営資金の確保に努めた。これらの方法は、パリでの経験、財界で培った人脈が役立った。

東京市の発足に合わせ養育院は明治23年(1890)に東京市営となり、やっと安定した経営が可能な状況となった。しかし、施設の狭隘化、環境悪化、より充実した事業とするための新規施設の建設、関東大震災[大正12年(1923)9月1日])による施設倒壊などにより移転が必要となった時、また分離処遇を可能とするための分院の設立などが必要となった時に、必要な資金のすべてを東京市から供与される状況にはなかった。そのような時、渋沢栄一は土地を売る、養育院増資会という新たな寄付金集めのための会を設立するなどして移転費用、新規事業に必要な施設の建設費用、分院設立費用を確保した。渋沢栄一の経営者としての才覚や人脈をフル稼働させたのである。

どのような事業にも資金が必要であり、財政への目配りが安定した事業継続には必須であることを渋沢栄一は示したのである。

(5) 仕事、事業の成功や発展には、情報収集、研究、組織作りが重要であることを示した

渋沢栄一は事業を始めるにあたって、今社会が必要としているものは何か、その事業を始めるにはどのような準備が必要か、事業を開始したのちは事業の問題点はなにか、あればそれを改善するためにはどのようなことをすればいいかを絶えず研究

養育院・渋沢記念コーナー
(東京都健康長寿医療センター2階)

した。

また、多くの事業において同業者を集めた組織を作った。組織を作ることにより、会員間の親睦を図る、政治力を高める、事業の認知度を高める、また問題点の解決策を話し合うことを可能とした。組織内で種々研究するとともに、ときに独自の研究会を組織し、種々の問題点の整理と、解決策を探った。

渋沢栄一の作った組織、例えば銀行家の集まりである拓善会は日本銀行協会として、貧民研究会、庚子会、中央慈善協会は全国社会福祉協議会として、東京商法会議所は東京商工会議所として今日まで活動を継続している。今日までこれらの組織が活動を継続していること自体が、社会に必要なものであったことを示しているし、それらを組織した渋沢栄一の先を見通す能力の高さを示しているといえる。

このように、渋沢栄一は情報収集、研究の推進、組織作りの重要性を我々に示したのである。

5)おわりに

今年は養育院が創設されて150年となる。養育院は渋沢栄一が57年間も責任者を務めたことにより、わが国福祉の発展に大きく貢献する組織となった。養育院が存在したことにより、それを支えた渋沢栄一がいたことにより、東京都健康長寿医療センターが存在する。

渋沢栄一から学ぶべきことは多い。

生き方としては

①思い遣りの心をもって人に接する
②人のため、社会のために生きる
③よき友、仲間をつくる

ことが重要であるということが渋沢栄一の教えであろう。

また、仕事の上では

①継続できる仕事をする
②社会に役立つ仕事をする
③道義に恥じない仕事をする
④よき仕事仲間、組織をつくる
⑤必要な情報をあつめ、研究を積み重ね、日々新たな心で仕事に取り組む
⑥財政的に成り立つ仕事をする

といったことが渋沢栄一の教えであると思う。

本文が、渋沢栄一の残したものを考える上での一助となれば幸いである。

引用文献

1)公益財団法人渋沢栄一記念財団.渋沢栄一を知る事典.東京堂出版, 東京、2012,p326.

2)渋沢栄一、雨夜譚－渋沢栄一自伝―、岩波文庫青170－1、岩波書店、東京、1984、p18

3)木村昌人.渋沢栄一 日本のインフラを創った民間経済の巨人.筑摩書房,東京、2020,p363.

4)渋沢栄一.本邦公債制度の起源.竜門雑誌.1910,第265号、p.12

5)島田昌和.渋沢栄一 社会企業家の先駆者.岩波書店.東京、2011,p238.

6) 東京都養育院。養育院六十年史、東京都、1933、p42

7)東京都養育院.養育院百年史.東京都,1974、p.27

8)救貧三策 養育院百年史.東京都,1974、p.27

第一 工作場を開くがために都下に募り有志の者に会社を結ばしめ方法詳細の調書を会議所に出させ、右の窮民等を工人となして自ら其力に食ましむ。工作場を建るの費等は会社の不足を補ふ為に会議所より若干の金を貸す、年賦を以て返納すべし。

第二 前条の如くすれば全策なれども一朝にして工作場建らるべき者にあらねば先づ日雇会社を結ばしむ、其法会社を数個所に建て窮民若干人づつを借し与へ、或は人力車を挽かせ、或は草を苅り堀を鑿ツ等の役に使ふ。此等皆社長の意に任せ、雇銭を以て窮民を養ひ、其余は会社の贏利になすへし、然れども徒に罪人を役使すると同様ならしむべからす。会社建築の入費は前条の如く貸すも可なり。

第三 工人雇役等に使ふ可からざる廃疾老幼あるべし。此等は高敵の善地を択みて長屋を建て病者に医薬を給し幼者は師を延て之を教へしむべし。此輩は所謂天下の窮民にして告る無き者なれば都下の財を捐て養ふも理の当然たるべし。

9) 東京都総務局文書課. 東京都史紀要第八「七分積金始末. 東京都、1945、p1

10)東京都養育院.養育院百二十年史,東京都、1995,p5

11)同書p7

12)渋沢栄一. 楽翁公伝. 岩波書店、東京、1983. p146

13)東京都養育院.養育院百二十年史,東京都、1995,p8

14) 渋沢栄一述、田中太郎筆記. 東京都養育院創立五十周年記念「回顧五十年」. 東京都養育院、1922. p2

15)渋沢青淵記念財団竜門社.渋沢栄一伝記資料.渋沢栄一伝記資料刊行会,東京、1959,第24巻、p6-8(子爵渋沢栄一氏を中心とする座談会.社会事業..12:93－95、1928)

16)山名敦子.慈善・社会事業と実業の接点.渋沢研究会.公益の追求者・渋沢栄一.山川出版社,東京、1999、pp278-293

17)杉山博昭.社会福祉史研究における渋沢栄一.渋沢研究:34:91-105、2022

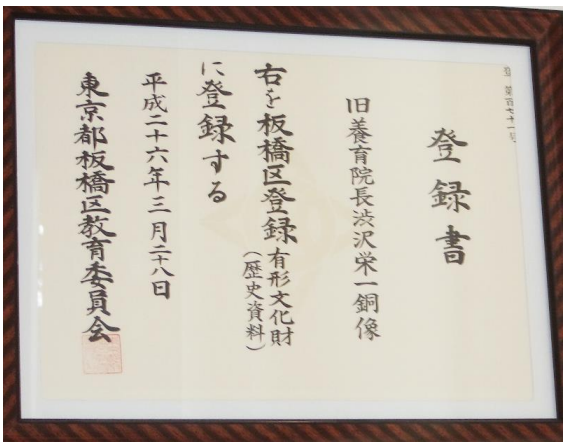
18)渋沢栄一の福祉事業に関する参考図書

・ 渋沢栄一,田中太郎.東京市養育院創立五十周年記念 回顧50年.東京都養育院,1922.
・東京都養育院.養育院百年史.東京都,1974.

・東京都養育院.養育院百二十年史,東京都、1995.
・大谷まこと.渋沢栄一(シリーズ福祉に生きる11) 大空社,東京、1998.
・ 大谷まこと.渋沢栄一の福祉思想 英国との対比からその特質を探る.ミネルヴァ書店,東京、2008.
・ 武井 優.渋沢栄一と社会事業 社会福祉の道を拓いた「養育院」樹立の半生.島影社,東京、2001
19)渋沢栄一述、尾高維孝筆録 里仁第四15、「論語講義」、二松学舎大学出版、東京、2007、pp171－175
20)内藤二郎.自由民権より社会福祉 安達憲忠伝.文献出版,東京、1985,p435
21)田中清.田中太郎. 東京都養育院、[非売品:東京都健康長寿医療センター所蔵],1933

渋沢栄一銅像、板橋区の文化財に

2013(平成25)年、敷地内の渋沢栄一銅像が板橋区の登録有形文化財(歴史資料)に登録された。銅像の前には区教育委員会の解説板が設置された。



区の文化財には登録文化財と指定文化財があり、登録文化財は区が「公共的見地から保存に努めるべきもの」として登録したもの、指定文化財は「登録文化財のうち特に重要で保護すべきもの」として指定したものである。

2014(平成26)年4月、センター理事長室で認定証が渡された。

「日本の福祉・医療の原点であり、当分野をリードしてきた「養育院」の歴史と、その運営の中心的役割を果たした渋沢栄一による社会福祉事業への関与の原点を明らかにしています。その観点から、板橋区の近代化の歴史を物語る資料として重要なものです」(板橋区ホームページより)

文責 宮本孝一 老年学情報センター司書

② 歴史探訪　黎明期の養育院と大久保一翁、渋沢栄一

稲松孝思　東京都健康長寿医療センター顧問

養育院を作ったのは誰か

1)養育院歴史探訪の端緒

1999年に「養育院を語り継ぐ会」が、本院碑を建てるとき、文面について相談を受けた。素案には、初代養育院長渋沢栄一が･･･とある。ふつうは、お金持ちの渋沢栄一の寄付で養育院が作られ･･･と理解される。ところが、渋沢自身が養育院を作ったのは私ではないと明言しており、その間の事情がよく分からない。黎明期の養育院を探る私の旅はこの時から始まった。巷間に出回る本には、ロシア王子(皇太子は間違い)の来日に際し、街をさまよう乞食を、帝都の恥隠しのため本郷の加賀藩上屋敷の空長屋に収容したことに始まり･････やがてそれが福祉的な展開を見せるようになり････と言われていた。「養育院」の成立過程の多くの資料は、関東大震災と東京大空襲で失われており、50年回顧:渋沢栄一述―田中太郎筆、養育院60年史、70年史、80年史の記載に、養育院育ちの職員金山栄治が丹念に資料を補完し、一番ケ瀬康子の日本女子大グループが革新都政風に色付けし、養育院百年史が編まれ、それが定説のようになっていた。しかし、事実は少し異なるようだ。あれこれ模索する中で、東京府知事大久保一翁という名前を知った。幕末に大久保忠寛という老中・阿部正弘に近い人が、西洋式「病幼院創立意見」を出したことがあることも知った。東京府知事の一翁が大久保忠寛の隠居名で、同一人であり、薩摩の大久保利通とは別人であることも知った。明治の初めに東京府病院(愛宕下病院、府下病院)というのがあり、それまで実態を書かれたものをほとんど見たことがなかった。大久保一翁(1817－1888)と勝海舟(1823-1899)、渋沢栄一(1840-1931)の関係は藪の中であった。

2)養育院を作ったのは大久保一翁

東京都公文書館、国会図書館、養育院月報、大久保家の私蔵文書など、あれこれ調べまわって、現時点(令和4年)での私の結論の要旨は以下のようである。

①幕末に、江戸幕府の蕃書調所の大久保忠寛総裁が、七分積金のような財政基盤を持つ大規模な西洋式小石川養生所の創設を提案した。

②寛政の改革時に、松平定信(1759-1829)により作られた七分積金制度により蓄積された莫大な財産が、江戸開城時に大総督府にそのまま移管され、その時の会計総裁・若年寄が大久保一翁であった。

③明治の初めに大久保一翁が官選の第5代東京府知事になり、養育院、東京府病院が作られた。

④①②③の大久保氏は同一人物であり、薩摩の大久保利通(1830-1878)とは別人である。

3)渋沢栄一と大久保一翁

渋沢栄一は、明治維新後にパリから帰国時、静岡で初めて大久保一翁に出会っているが、後に養育院などの福祉領域での大展開は、この時の出会いがきっかけとなる。

この黎明期の養育院の歴史は、これまで書かれてきた日本の近代医学史と少し異なる点がある。本論では、従来の薩長史観の中で言われてきた徳川幕府開明派無能論の見直し、また、戦後の資本家を悪人視する福祉史の中で評価されてこなかった社会事業家としての渋沢評価に踏み込みながら、大久保一翁と渋沢栄一の関係について考えてみたい。

大久保忠寛(一翁)について

1)幕臣大久保忠寛について

大久保忠寛は三河以来の徳川家の中級旗本(500石)で、代々の血の繋りを誇りにしている家系である。

11代将軍家斉(1773-1841)の時、14歳で小納戸⇒小姓などとして最晩年の家斉将軍に近侍し、家斉の葬儀の時に阿部正弘(1819-1853)の面識を得ている。以後、将軍家慶、家定に近侍する立場であった。幕末の政治状況が激変し、38歳の時、老中阿部正弘に目付、海防掛に抜擢されたことで、彼の人生は波乱に満ちたものになる。なお、50年にわたる徳川家斉将軍時代の、最初の老中が松平定信である。黒船来航時、時の老中阿部正弘は、水戸の徳川斉昭らを海防掛に引き出す一方で、若手の旗本、岩瀬忠震、永井尚志、大久保忠寛なども海防掛に登用し、日米和親条約締結への方向付け、長崎のオランダ海軍伝習所、蕃書調所の充実などを行い、開

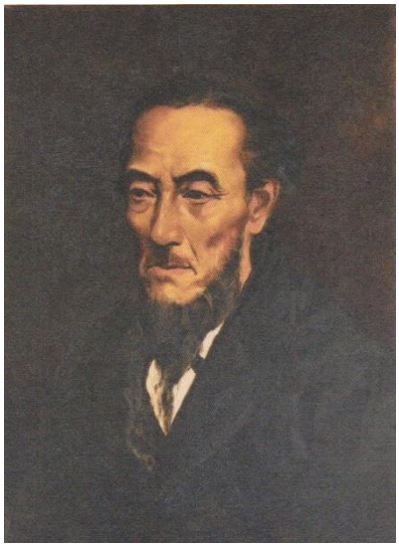


図1. 大久保一翁の油彩肖像画.
明治初期に欧州留学した元旗本洋画家、川村清雄作。

国への舵を切った。また、諸侯や人々に広く意見を求め、徳川幕府のみに偏らないオールジャパン体制を目指した。

2)勝海舟との縁

大久保忠寛の初めの仕事の一つは、食客の蘭学者津田真道を通して知った、巷の蘭学者で、最下級(40俵)の旗本、勝海舟を阿部正弘に推薦したことである。以後長く、勝の理解者、庇護者であったようだ。勝海舟は、大久保一翁逝去時に遺稿集「櫻園集」を編纂し、その中で、「一翁」あっての自分であったと、感謝の念を述べ、墓石に揮毫もしている。

図2. 大久保一翁墓。勝海舟揮毫。多磨霊園

3)蕃書調所総裁、「病幼院創立意見」

大久保忠寛は、安政3年40歳の時、貿易取締御用、蕃書調所総裁兼帯に任じられた。洋学の研究教育機関である蕃書調所は、古賀謹一郎(1816-1884)が既に設営にあたっていたが、その統括責任の立場を兼ねたのである。教授陣の殆どは有能な諸藩の陪臣で、学生に陪臣を含めるかどうかで、これに反対の古賀とは悶着があったようである。

またこの時、『病幼院創立意見』を幕閣へ提出している。乳幼児300人、成人500人を収容し、西洋医師、看護人を雇い、ミルク確保に牛も飼う大規模施設である。九段の薬園に立地も想定し、綿密に七分積金を模した予算計画を盛り込んでいる。西洋医師の雇用、肝煎(病院トップ)の世襲を禁じており、小石川養生所の反省のようである。平山敬忠が素案を作り、大久保が大幅に膨らませたものらしい。これを提案直後に長崎奉行を任命されている。健康上の理由などで赴任を辞退しており、大久保の同志、岡部永常が後任として赴任している。

4)ポンペ、長崎養生所

このころ、オランダの援助で、軍艦を入手し、その操船者教育のため、長崎海軍伝習所が作られ、永井尚志が総督、木村嘉毅がその後を務め、カッテンディーケらの教師陣が来日している。勝海舟はこの時の伝習生の一人で、伝習生の取りまとめを行っている。この時の第二次の教師陣に軍医のJ.L.C.ポンペ van M.(1829-1908、在日期間1857-1862)がいる。1857年、日本の軍医派遣要請に応じて第二次海軍伝習指揮官カッテンディーケに選ばれた28才の軍医である。幕府の寄合医師松本良順(1832-1907)は、江戸の伝統的漢方医の抵抗に逆らって、海軍伝習生御用医として長崎に来て、ポンペ による日本で最初の系統的西洋医学教育の生徒となった。多くの陪臣も加わっているが、幕臣・松本良順の弟子ということになっている。また、ポンペは、コレラの流行に際し、西洋式病院の建設を提案し、幕府により『長崎養生所』を設立している。この時の長崎奉行の岡部長常(1825-1867)は、ポンペと良順に好意的で医学校、病院の建設に助力を惜しまなかった。ポンペ はその全面的支援を激賞している。岡部は江戸において大久保忠寛の後輩として親しく、その後も政治的同志として行動しているが、忠寛の「病幼院創立意見」の考えを共有していたと思われる。一翁が長崎奉行に赴任していればポンペに対応していた筈である。

5)大久保忠寛のその後

その後の大久保忠寛は、駿府奉行、禁裏付、京都東町奉行、大目付、御側御用取次(将軍家茂)などを歴任している。この間、安政の大獄に連座しているが、その後復権し1861(文久1)年、外国奉行、小笠原開拓事務などもおこなっている。この間、松平春嶽、横井小楠らとの親交があり、公武合体派の4賢候(松平春嶽、伊達宗城、山内容堂、島津斉彬)とも思いを共有する。家茂将軍の側御用取次の時、大開国論、大政奉還論、諸侯会議論などを唱え、禁裏御守衛総督の徳川慶喜(1837-1913)や、老中の板倉勝清らに忌避されて隠居、一翁と称す。元治元年、第2次長州征伐時、勘定奉行に登用されるも、幕閣と方針合わず、4日で左遷、以後雌伏していた。

6)徳川幕府の幕引きと大久保一翁、勝海舟

大政奉還、鳥羽伏見戦後、1868(明治元)年、江戸に戻った慶喜将軍は、幕府の幕引きに、隠居していた一翁を登用し、会計総裁、若年寄に任じ、以後、恭順路線に徹するのである。大久保一翁は江戸開城時の幕府側の事務方責任者を務めているが、このときの陸軍総裁が腹心の勝海舟、勘定奉行は咸臨丸の提督であった木村喜毅=芥舟である。このとき、七分積金の制度そのもの、巨額の蓄積財産も、大総督府に引き継いでいる。

7)静岡藩の立上げ

その後、大久保一翁は幼い16代徳川宗家の家達(1863-1940)を擁し、駿府藩中老(家老職)の一人として、駿府徳川藩(静岡藩)70万石の創立、静岡学問所、沼津兵学校、駿府病院や静岡藩の医療制度、旧幕臣の処遇などに奔走している。同時に、謹慎している徳川慶喜の家令の任も果たしている。

明治5年の廃藩置県後は静岡県参事(知事)に任じられたが、すぐに浅野

氏祐に譲り、徳川家達と上京、西郷隆盛(1828-1877)留守政権の下で、文部省二等出仕、東京府知事に任じられている。この間、勝海舟と表裏一体となって徳川家存続のために活動している。幕末から明治維新期の大久保忠寛(一翁)は、このような立ち位置で、激動の時代を生きたのである。

幕末の遣外使節

幕末の徳川幕府は、欧米に6回以上使節団を送り、外交交渉と並行して、西洋事情収集と、軍艦や武器の購入を試みている。その蓄積が明治以降の文明開化に役立つことになる。

1)初めての遣米使節

1860年、第一回の遣米使節団は、新見豊前守、村垣淡路守、小栗上野守らによる。(元々、岩瀬忠震により提案されていたが、安政の大獄で失脚し、メンバー交代)。日米修好通商条約締結批准書の交換を目的としてワシントンに至り、現地でブキャナン大統領(リンカーンの前任)らの大歓迎を受けている。この使節団には、医師の宮崎伯元や川崎道民(佐賀藩)、玉虫左太夫(伊達藩)、佐野鼎(加賀藩)、木村鉄太(熊本藩)らの陪臣が幕臣の手伝いなどの名目で加わっている。使節団は、アメリカ軍艦を乗り継いで、大西洋、喜望峰、インド洋経由で帰国しているが、この間にアメリカの医療事情も見聞きしている。咸臨丸はこの時の随伴艦で、木村喜毅提督、勝海舟艦長で、長崎の伝習成果を実習し、サンフランシスコで使節団と合流した後別れ、ハワイ経由で帰国している。日本人のみによる航海を目指したが、米軍のブルック大佐チームの援助で成功している。牧山修卿が船医であったが、乗員の病人などをサンフランシスコの海員病院に入院させたうえで帰国している。後に東京府病院の副院長としての活動に、この経験が役立っている。咸臨丸には福沢諭吉(中津藩)、小野友五郎(笠間藩)やジョン万次郎も乗船している。この旅行中に大老の井伊直弼は桜田門で暗殺されている。

2)竹内遣欧使節

翌1861年の竹内遣欧使節団は、外交交渉のほかに夷情探索を目的に加えており、蕃書調所の箕作秋坪や福沢諭吉(1835-1901)が加わり、大量の書籍を持ち帰っている。この時大久保一翁は外国奉行で蕃書調所の人選に関与したらしい。福沢諭吉(中津藩)、佐野鼎(加賀藩)、川崎道民(佐賀藩)、松木弘安(薩摩藩)らの陪臣が幕臣の手伝いなどの名目で加わり、後に幕臣に取り立てられる者もいた。帰国時の国内では尊王攘夷運動が盛んで、後に福沢諭吉が「西洋事情」を出版するまで、旅行の成果は公表されていない。

3)パリ万博使節団

1866年の徳川幕府最後の使節団は、プリンス昭武(慶喜の弟)が首班のパリ万博使節団で、ナポレオンⅢに謁見して、その後スイス、オランダ、イギリス、ベルギー、イタリア列国を回り元首に国書を奉呈、その後は留学も予定されていた。

渋沢栄一が庶務・会計掛として参加しているが、彼の旅行体験で特筆すべきはその内容の密度である。国賓待遇での各所の見学に同道している。旅を共にした人の中の杉浦譲や田辺太一は、以前の遣欧使節団にも加わっており、旅行中、渋沢にその経験を逐一語っているであろう。

帰国後渋沢と杉浦は共著で旅行記を出版している。またこの旅行団にはアレクサンダー　シーボルト(1846-1991)が乗り組んでいる。

彼は、P.シーボルト(1796-1866)が幕末に再来日した際連れてきたドイツ夫人との間の長男で、お稲さん

図3. パリ万博使節団のリヨンにおける写真。渋沢は後列左端。後に渋沢が援助した福祉施設関係者、高松凌雲、杉浦譲、A. シーボルトらも見える。

の異母弟にあたる。

イギリス公使館に預けられ、通訳をしていたが、パリ万博使節団が渡欧するとき、個人的帰国のために使節団に便乗し、オランダの彼の実家に渋沢と立ち寄り、母親(P. シーボルト(父)未亡人)と会っている。A. シーボルトは、使節団の行動をイギリス外務省に報告しており、仏英関係の微妙なせめぎ合いの中で、イギリス公使館のスパイとして機能している。使節団がフランスの借款を当てに公式のフランスの通訳がいる中での彼の存在である。旅行中に大政奉還、鳥羽伏見戦争、明治維新が起こり、使節団の派遣は中断している。明治政府の伊達宗城外務卿が、帰国命令を出している。

4)この頃の政情

明治維新政府草創期には、松平春嶽元福井藩主、伊達宗城元宇和島藩主、山之内容堂元土佐藩主(幕末の4賢侯:公武合体を目挿す徳川幕府開明派と歩調を合わせ、大久保一翁もその一人)も政権中枢に加わっているのである。

明治維新(1867)前後は、アメリカでは南北戦争(1861~1865)、フランスでは普仏戦争(1870)メキシコ出兵、米西戦争(1898)など、世界では植民地をめぐる戦争が繰り返され、有色人種に対する差別も著しい時代である。また、日本国内でも英仏の主導権争い、薩英戦争、尊皇攘夷・倒幕運動などもその影響を受けている。

大久保一翁と渋沢栄一の出会い

1)手紙

徳川昭武パリ万博使節団の庶務・会計係として、渋沢は重責を担っている。彼は埼玉の豪農の出で、尊皇攘夷に与していたが、縁あって一橋家に仕えて武士となり、慶喜が将軍となったため、幕臣(御家人)となった。パリ、ヨーロッパ体験で目を開かれ、持ち前の財務能力、調整能力を発揮し、円滑に使節団の運営を支えたが、明治政府からの帰国命令を受けている。事後処理、報告のため東京の政府、静岡藩事務所を訪れ、静岡の宝臺院では謹慎中の慶喜にも会っている。このとき、駿府藩の重鎮で、謹慎中の慶喜の家令でもある大久保一翁と初めて対面している。この時、旅行中の会計、投資で得たお金の処理を相談する手紙を大久保に送っており、大久保が渋沢を評価する根拠の一つになっているようだ。

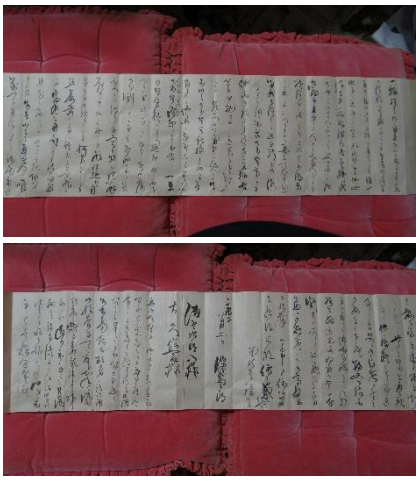


図4. 渋沢が大久保一翁らに送った旅行残金処理依頼の手紙。その公正さが渋沢評価につながる。大久保家蔵

渋沢は、当時、明治政府から静岡藩に割り当てられた太政官札を、地元の豪商の資金、パリから持ち帰った旧幕府の資金と合本して、商法会所の運営に使うことを提案し、中老(大久保一翁)手付の勘定掛となった。順調に利潤を上げる過程で、慶喜、一翁の後押しで明治政府の求めに応じて任官することになる。

2)明治政府官僚へ任官

大隈重信の説得で、民部省租税正となる。維新政府のブレイン集団・改正掛を編成し、その長として、版籍奉還、廃藩置県、土地税制、度量衡、金融・産業政策などに関わることになる。しかし、明治6年税務政策上の問題で大久保利通らと対立し、上司の井上馨とともに、大蔵省を退官する。その後、民間の立場で、国立第一銀行、抄紙会社などの創設に奔走していた。

七分積金・共有金

1)東京府知事由利公正と大久保一翁

この時期、第4代東京府知事は由利公正であったが、銀座大火後の煉瓦街建設、街灯建設、七分積金を原資とする銀行業務などを模索していた。大蔵大輔の井上馨(澁沢の上司)の大反対で実現しないまま、明治5年5月岩倉具視らの欧米使節団に加わり、由利公正の計画は中断していた。

廃藩置県後の明治5年、大久保一翁は、西郷隆盛留守政権のもとで、文部省2等出仕に任官した。直後、由利公正府知事が渡欧中の明治5年5月25日、第5代東京府知事に任官している。

2)七分積金、救貧三策、養育院

江戸期から引き継がれていた七分積金は、維新後、共有金と名前を変え、三田、高輪、麹町の救育所の運営などに使用されていた。井上馨の内諭により町会所は、官選の有力経済人などによる営繕会議所に名前を変え、用途を営繕方面に拡大していた。

大久保府知事は、営繕会議所に対し、七分積金の本来用途である救貧策を諮問し、救貧三策の答申を得、養育院建設の根拠としている。折から、ロシア皇子の来日があり、外務卿経験者の伊達宗城が接遇の責任者であったが、急遽東京の街を徘徊する浮浪者を集め、本郷の加賀藩上屋敷跡の空長屋に仮収容、以後浅草溜の長谷部善七に対応させた。上野戦争の戦場の端にあった寛永寺の支院:護国院の一部を購入、施設を増改築し、明治6年2月に、養育院の恒久施設として開院した。この間の具体的なことは、文部省から異動した飯田直之丞が行ったらしい。元彰義隊の残党の飯田直之丞が転向し文部省に入っていたが、暫定の養育院長として養育院の実務を行い(後に副幹事)、町医村

村上正名が雇われた。翌年には引き取り手の無い死亡者を谷中の大雄寺に葬った。この時作られた“義葬之塚”が残されており、その背面に、養育院が作られたことが記載されており、養育院草創期の唯一の遺跡となっている。

図5. 大雄寺(谷中)の義葬の塚。明治期養育院の唯一の物証

常設の救貧施設である養育院の創設、運営には、七分積金が使用された。

3)東京府病院

上野の養育院が開設される直前、大久保府知事は、近代的西洋式病院を八丁堀に建設する計画を公布している。しかし財源その他に何らかの困難があったようで、順天堂の佐藤尚中の意見もあり、皇室からの下賜金一万円で、予定地を芝愛宕下に変更して開設され、後に東京府病院と称された。当初岩佐純院長が予定されたが、彼は東京医学校(→東大医学部)で活動することとなり、坪井信良院長(幕府の奥医→駿府病院副頭取)→長谷川泰院長(長岡藩医→長崎の精得館館長)、牧山脩卿副院長(咸臨丸船医→西洋医学所)、織田和泉事務(静岡藩中老)と幕府色の強い体制となった。また、米国内科医のアシミート、英国外科医スペンサー、オランダ内科医のブッケマ、通訳などを高給で雇う教育的病院として出発している。養育院医師は東京府病院派遣となり、養育院収容者の病人は病院へ移管、元気な収容者は病院で働くなど、福祉と医療の連携が試みられている。明治9年、院長は長谷川泰となり、また、2か所に分院設置、医療券による救貧医療、産婆教育、藤田方正による薬局方出版などの先進的試みがなされている。その運営には、明治9年度で養育院の約3倍の経費を要している。明治14年には、高給職員はリストラされて、救貧病院、避病院→廃院となっている。明治15年には、土地、建物は戸塚文海(幕府奥医師→静岡病院頭取)、高木兼寛(英国留学後の薩摩の医師)等の有志共立東京病院に貸与→下取りされ、福沢諭吉の影響下で、英語系医学教育を目指し、以後、慈恵医大へと発展することになる。なお、東京府病院の運営には、七分積金は使用されていない。

七分積金始末

1)江戸期の七分積金

江戸期寛政の改革で、松平定信により作られた七分積み金の話を整理してみたい。寛政4年初頭より、七分積金によって毎年2万両以上の積立が江戸町会所に集められた。江戸町会所は勘定奉行および町奉行の監督下に置かれていた。幕末期の幕府財政の悪化にも関わらず、財政赤字の補填には使用されなかった。このため、積立や備蓄籾は毎年古くなった分を入れ替えながら順調に蓄積され、文化年間に十数万石にもなり、幕末には備蓄増に対応するために深川や小菅にも籾蔵を増築している。江戸全体の社倉(常平倉)としての役目を果たし、災害や飢饉、物価高騰時の救済活動を行った。天保の大飢饉や幕末の長州征伐前後の米価の暴騰による世直し一揆などに際して、金銭や米を放出して民心を鎮めた。江戸時代を通じて臨時御救は17回行われたと記録されている。また、積立金の一部が中小地主のための低利融資に使用された。これによって災害時の建物再建や町役人を構成する地主層や御家人の没落防止の役目を果たした。天保年間には35万両もの貸付が行われていた。勿論、低利ながら利子を獲得して町会所の運営費や、さらなる積立資金としても用いる目的もあった。維新期には幕府側から制度、高額の積み立てが東京府にそっくり引き継がれ、三田、高輪、麹町救育所に使用された。

2)明治維新後の七分積金

ところが、明治維新後の明治5年(1872年)に地租改正などで、新たな集金は中止された。それまでの蓄積は大きく、東京府に移管された財産は170万両とも言われる積立金と質流れの1700カ所の土地、巨大な倉庫用地であり、共有金と呼ばれた。その処理に大蔵大輔の井上馨の内諭で、町会所は東京の有力な経済人などによる営繕会議所に模様替えしていた。渋沢栄一は、大久保一翁府知事との関係でその処理に関わるが、これらの資産の用途については、「七分積金始末」などに詳しい。橋梁、道路整備(失業対策事業)、学制発布にともなう学校整備費用の拠出、公共墓地整備、街灯・ガス事業、養育院、商業講習所(ホイットニーの雇用)などに使用された。積み金の枯渇とともに、業務は東京府に移管し、会議機能は、公選の東京府会成立を目指すことになる。

しかしこの時期、民選議院設立建白書が出されるなど、内政上複雑な状況にあり、内務卿の大久保利通はこの動きを警戒し、大久保一翁府知事を腹心の楠本憲吉新潟県知事に交代させることになる。また、地方官会議の決定により、新たな民選府会ができるが、そこでの予算編成論議の中で、養育院の廃止、東京府病院の格下げと廃止・下取りの流れとなったのである。

明治7年に大久保府知事より共有金事務取扱を委託された渋沢栄一は、主としてガス事業、養育院関係のことにかかわるようになるが、この時期渋沢は国立第一銀行の運営にも尽瘁している。

渋沢の養育院委任経営

養育院廃止論議の中で養育院の必要性を主張する渋沢は、土地建物を継承し、養育院の委任経営を引き受けるのである。引き継いだ土地や資産を公債に変えてその利を運営に充てる。大山捨松らが、慈恵医大の看護部門設立費用を集めるため、鹿鳴館で行った3回のバザーの先例にならい、鹿鳴館や貴族会館でのバザー、明治座などでの慈善歌舞伎、皇室からの援助、財界人からの寄付集めなどで、経済的支えを行った。

また、三井三郎助、伊達宗城（元宇和島藩主）、松平定教（元桑名藩主）、青地四郎左衛門、橋本綱常（軍医総監、東大医学部外科教授）、大蔵喜八郎、福地源一郎、沼間守一、川村傳衛などの政財界実力者を担ぎ出して養育院委員会を組織化、橋本綱常を、兼任の養育院医長とする。以後、医長は、弘田長、三浦謹之助、入沢達吉、橋本節齋など、東大医学部の教授・助教授の併任となり、恒常的に東大の研修医を引き受けることになる。こうした、財政支援、機構改革により、養育院の存続をはかるとともに、公的運営体制に戻す努力を続けることになる。1889（明治22）年、東京市の発足とともに、養育院は東京市の経営となり、渋沢は、無給の東京市委託職員の養育院院長となった。

大塚野養育院

渋沢は、また、大塚に新に土地を求め、実際の施設運営に、養育院幹事の安達憲忠と二人三脚の形で、組織運営の充実を図ることになる。感化教育のための井の頭学校、孤児の育成教育のための巣鴨分院、結核対策の勝山・船形の海浜施設（小児）や板橋分院（成人）、ハンセン病のための多摩全生園など、目的別に施設の分離を図り、昭和初めの段階で、全収容者が2000名を超える国内唯一の巨大な救貧施設を運営するのである。その詳細は、別項に井藤らの記載がある。

以上、黎明期の養育院が、江戸期の幕府開明派の長崎養生所開設、大久保忠寛（一翁）の初心に由来し、それを引き継いだ渋沢栄一の半世紀を超える努力がその後の維持発展に結びついていることを述べた。

参考書

・安藤優一郎：江戸の養生所。PHP新書。2005
・一番ケ瀬康子：日本の福祉を築いて127年。萌文社
・樋口雄彦：静岡藩ヒストリー。静岡新聞2017
・養育院：養育院60年史（1933）／養育院70年史（1943）／養育院80年史（1953）／養育院100年史（1974）／養育院120年史（1995）
・稲松孝思：目付海防掛（蕃書調書総裁）大久保忠寛の「病幼院創立意見」 安政4年（1857）について：日本医史学雑誌第57 巻第 2 号（2011）199頁
・稲松孝思, 松下正明：大久保忠寛の「病幼院創立意見」（安政 4 年）と東京府病院（明治 6～14 年）について。日本医史学雑誌 第 58 巻第 2 号（2012）24p
・大久保一翁著 / 勝海舟編：櫻園集（1892）
・東京都総務局：東京市史稿 救済編第4（1975）
・江戸旧事采訪会：雑誌「江戸」2巻3号, 7号（1915）
・松岡英夫『大久保一翁最後の幕臣』中公新書、1979年。
・古川愛哲『勝海舟を動かした男大久保一翁徳川幕府最大の頭脳』グラフ社、2008年
・東京都総務局：七分積金始末（東　京都史紀要第8）（1951）
・渋沢青淵記念財団竜門社：渋沢栄一伝記資料（1955-197
・宮永孝：プリンス昭武の欧州紀行。山川出版社。2000
青柳精一：近代医療のあけぼの思文閣出版。2011
・相川忠臣：出島の医学。長崎文献社。2012
・渋沢史料館、私を去り、公に就く一渋沢栄一と銀行業。企画展パンフレット.2015

③ 社会事業家としての渋沢栄一

稲松孝思　東京都健康長寿医療センター顧問

渋沢栄一の社会事業家としての評価の変遷

渋沢栄一(1840-1931)は日本資本主義の父と言われる経済人であり、若年時より社会事業に関わっているとはいえ、お金持ちの道楽の慈善事業と見做されることが多かった。しかし、渋沢栄一について網羅的に膨大な調査を行い、早い時期に伝記も書いている土屋喬雄は彼の果たした社会事業領域での役割についても高く評価している。

金子吉衛は1958～59年に養育院長を務めている人であるが、社会事業家としての渋沢の役割をたたえ、それを支えた安達憲忠、田中太郎両幹事らの役割に言及している。

1970年頃の美濃部都政下、一番ヶ瀬康子は養育院100年史を監修する課程で、渋沢の社会事業家としての貢献に気づいた。しかし、当時の福祉領域の学会では、資本家で、国家の手先である渋沢を持ち上げるのは怪しからんと言う反応だった。1999年、渋沢研究会20周年記念出版「公益の追求者渋沢栄一」で、長沼友兄、山名敦子、金澤貴之、平井雄一郎らが公益に配慮する社会事業家としての渋沢像を描いている。 2010年、大谷まことは渋沢を社会事業家として評価する大著を出版している。私はこの頃の2010年から日本医史学会で、養育院の成立における大久保一翁・渋沢栄一の役割についての報告を始めた。2020年に渋沢研究会30周年記念出版「はじめての渋沢栄一」で、社会事業・福祉領域での活動について述べた。2019年杉山博昭は福祉領域での渋沢の貢献を、2021年には武井優も養育院と渋沢の関係について出版している。この間、薩長史観に偏る明治維新史批判、資本主義に対する評価の変化、GAFA批判、持続する開発目標(SDGs)の重要性が叫ばれるなどから、これまでの渋沢栄一評価の見直しが必要になっている。そのような中で、2021年NHK大河ドラマのヒーローや、1万円札の肖像に取り上げられ、彼の公益を重んじる行動が広く理解されるようになった。

渋沢が各種社会事業に関与し始めた時期

「渋沢栄一伝記史料」全68巻に集められている多数の福祉・医療関係の活動を、その時期ごとの特徴について検討した。明治5年に東京府知事・大久保一翁は、営繕会議所に救貧策を諮問し、三策の答申を得、共有金(江戸期の松平定信による七分積金)を利用して、市中の鰥寡孤独の人を収容する「養育院」を設立した。翌年には外人医師を擁する近代的病院である東京府病院を皇室の下賜金を原資に立ち上げ、相互一体の運営を試みている。明治7年に渋沢栄一は、静岡藩以来旧知の東京府知事・大久保一翁に共有金の運用を託され養育院の運営に関与した。明治9年には養育院事務長、12年からは養育院長として生涯にわたり深く関わり、代表的な社会事業となった。その間の事については別項に述べた。なお、養育院から派生した巣鴨分院→石神井学園、井の頭学校→萩山実務学校、養育院回春室→全生病院、養育院安房分院などのいずれにも渋沢は関わり続け

ている。

その後の明治20年代までに、福田会(明治12年設立の仏教系育児院。渋沢の畏友杉浦譲が関与)、博愛社(明治13年佐野常民が設立し、その後のジュネーブ条約加盟時にはA.シーボルトも関与)、同愛社(明治17年に高松凌雲が開業医を糾合して設立した無料診療施設)などを援助している。いずれも第3回パリ万博参加時に渋沢と行を共にした人たちの関係する施設であり、渋沢の財務能力評価と人間関係から関与に至ったものであろう。

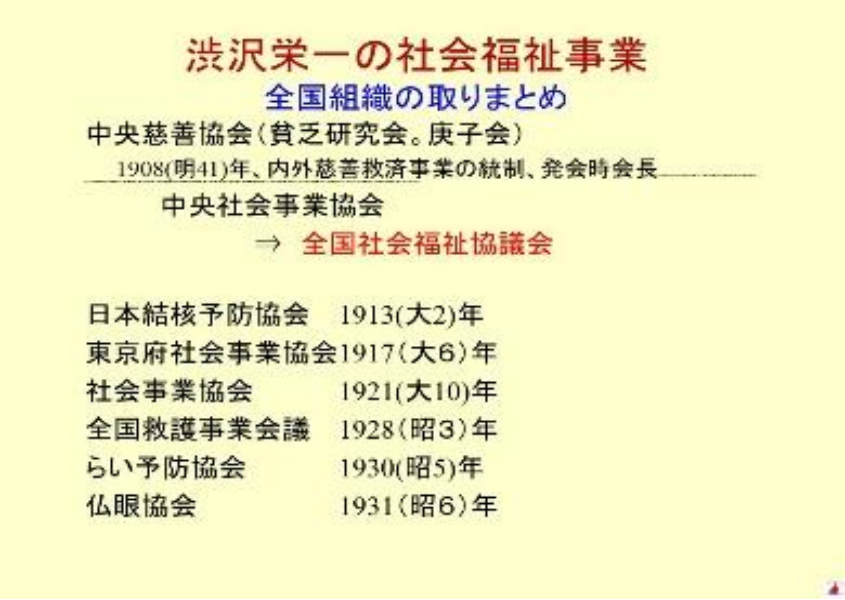
明治30年代以降に渋沢が関与したものに、岡山孤児院(明治32年、石井十次)、感化院関係(明治32年、家庭学校、留岡幸助)、救世軍(明治40年、山室軍平、ブース父子支援)がある。渋沢が当時の社会事業家の求めに応じたもので、養育院幹部(安達憲忠、田中太郎、光田健輔)らとの社会事業論議の中での共感に基づく支援であろう。キリスト教関係の人が多いが、渋沢自身はキリスト教徒ではない。宗教派閥を超えた支援であり、帰一協会の考えにつながるものであろう。

慈恵会医大は明治14年に高木兼寛、松山棟庵らが、設立した成医会講習所に端を発し、福沢諭吉の影響を受けて英語系医学教育を目指している。明治17年に東京府病院(明治14年に廃院)の払い下げを受けて有志共立東京病院を開設した。その後の明治40年に渋沢が東京慈恵会(有栖川慰子親王妃総裁、徳川家達会長)を設立したことで財政基盤が定まり、以後の発展につながった。「恩賜財団済生会」は明治44年の天皇の「済生勅語」に従い桂太郎総理が主導して作られたもので、日露戦争後の生活困窮者に対し全国的に病院や診療所などを展開した。経済人として渋沢栄一が、医師として北里柴三郎が名を連ねる全国的な社会事業活動である。大正3年、米人牧師R.B.トイスラー(1933)が聖路加国際病院を設立したが、渋沢の援助が顕著である。同じ聖公会系の施設で、それ以前から事業を行っている滝野川学園(石井亮一が1891年に創設した、キリスト教精神に基づく知的 障害者施設)、大阪聖バルバナ病院の援助も開始している。当時渋沢は、米国カルホルニアの日本人移民禁止の動きに対して対米民間外交を展開し、下田でのハリス顕彰碑建設、米国財界訪問団活動、ギューリックの青い目の人形運動に対する答礼市松人形送付、太平洋会議などを行っている。

一連の対米民間外交と期を一にした、渋沢のトイスラー支援である。

晩年の渋沢は、財界の重鎮として、東京府慈善協会、中央盲人福祉協会、(財)全日本方面委員聯盟、日本結核予防協会、仏眼協会、癩予防協会などの全国組織の要職を務めている。養育院における安達憲忠、田中太郎らとの社会事業の実践を、日本のために必要なことと考え、日本全体の社会事業の組織作り、官界の窪田静太郎、井上友一らとの連携に発展させていったものといえよう。

こうした社会事業に尽くす渋沢の原動力となっているものは，母親譲りの慈悲心、公益を重んじる基本姿勢，合本主義、他人の意見をよく聞き、現実的に対応する行動パターン、西洋文明社会への憧れ、論語精神、個人的利益の超克、大正デモクラシーの社会的風潮などがないまぜになってのことと思われる。また、養育院と取り組んだ理由に、寛政の改革で七分積金制度や、人足寄場を作った松平定信(白川楽翁)への思い、大久保一翁の養育院掟書の頭書き、幹事の安達憲忠や田中太郎など現場を預かる人との論議、二人三脚の組織運営経験の影響が考えられる。



参考文献

・渋沢青淵記念財団竜門社：渋沢栄一伝記資料(1955-197

・光田健輔:黎明期に於ける東京都社会事業(1956)

・安達憲忠：東京市養育院の沿革及実況現況(1896)

・内藤二郎：社会福祉の先駆者　安達憲忠(1993)

・一番ケ瀬康子：日本の福祉を築いて127年。萌文社

・長沼友兄：異文化体験と近代社会福祉事業の形成。渋澤研究会編。公益の追求者・渋澤栄一。小川出版社1999

・山名敦子：慈善・社会事業と実業の接点。渋澤研究会編。公益の追求者・渋澤栄一。小川出版社1999

・金澤貴之：障碍児教育―東京養育院を事例として。渋澤研究会編。公益の追求者・渋澤栄一。小川出版社1999

・平井雄一郎：慈善の実践と思想渋澤研究会編。公益の追求者・渋澤栄一。小川出版社1999。307-319p

・大谷まこと：渋澤栄一の福祉思想。ミネルヴァ書房。2011.

・渋沢栄一；「米国における排日問題の沿革」渋沢栄一伝記資料第34巻、1960.

・稲松孝思：社会と福祉の視点から。はじめての渋沢栄一。渋沢研究会編。2020

ヒポクラテスの木

ギリシャ時代の医聖・ヒポクラテスが、木陰で若者達に医学について教えたという縁のあるプラタナスの木の子孫が、今でもギリシャのコス島にあり、“ヒポクラテスの木”といわれている。その縁から、世界の医育機関の庭に、その縁の木が植えられている。本郷の東大医学図書館の前に大きなヒポクラテスの木があり、故緒方富雄名誉教授が、ギリシャの先生から頂いた苗から育てたものである。その実生の苗を、知り合いの東大医学部のKa. Mo. 教授らにお願いして2012年秋に、鉛筆ほどの太さの苗を頂いた。今やセンターの入り口で大きく育ち、目通り70cmはある。そのいわれは、当院HPの櫻園通信11～12号に詳述した。

1990年頃、医療倫理の世界で、患者さんへの『説明と納得』に関して、医療関係者の患者さんに対するヒポクラテス的パターナリズムが問題視され、“ヒポクラテスは死んだ”といわれたことがある。その頃、あれこれ思い煩い、ギリシャのコス島にある原木も見てきた。また、当時の医史学会の理事長・蒲原先生にお願いし、日本国内のヒポクラテスの木について調査した。日本国内の医育機関に2006年頃には100本以上存在し、その導入経路を明らかにし、日本医史学会で報告した。その後も増えており120本を超える。時代によって医学の位置づけはいろいろ変わり、高齢者の医学、感染症時の医療行為などでも、種々の問題にぶつかることも多い。そういう時の心のよりどころにして頂ければ幸いである。

文責：稲松孝思　東京都健康長寿医療センター顧問

④ 養育院の医療から、健康長寿医療センターの医療へ －時代の求めに応えて－

稲松孝思　東京都健康長寿医療センター顧問

歴史書の内容に書く人の立場が反映されるのは必然なのであろう。日本の近代医学史においても、薩長史観に偏る明治維新史、資本主義を罪悪視する日本の福祉史などが反映されている。この点を意識して、150年にわたる養育院の歴史を私なりに再考してみたい。

「養育院」は、江戸幕府開明派が作った長崎養生所の東京（江戸）版とみなすことができ、後に述べるように、設立時に大久保一翁が書いた、養育院掟書の初款にある互助精神が基盤になっているように、この頃思う。それぞれの時代のニーズに合わせて機能しているが、半世紀以上その維持・発展に尽瘁してきた渋沢栄一の功績も大きい。養育院にこだわることで形成された渋沢の社会事業全体であったように思う。そのような理解の上で、養育院→東京都老人医療センター→東京都健康長寿医療センターの150年にわたる歴史を俯瞰し、日本の近代以降の福祉・医学史に果たしてきた「養育院」の役割について、以下の点を整理してみたい。

1. 江戸幕府開明派が作った長崎養生所の江戸（東京）版としての役割
2. 渋沢栄一の社会事業の原点としての役割
3. 東大医学部の研修の場としての養育院の役割
4. 戦中・戦後の嵐の中で‥大規模公的福祉施設としての役割
5. 高齢者医学の場としての役割

1. 江戸幕府開明派が作った長崎養生所の江戸（東京）版としての役割

大久保忠寛は、目付海防掛、蛮所調所総裁であった1857（安政4）年に「病幼院設立意見書」を幕閣に提出している。江戸における七分積金様の財政基盤による西洋式小石川養生所設立計画である。その直後に長崎奉行の辞令を受けているが、健康上の理由などで赴任しなかった。しかしこの計画は、当時の幕府開明派の共通認識となった。1857（安政5）年に、オランダ海軍伝習所のポンペは、日本で初めて体系的西洋医学を講じたが、佐藤泰然の子の幕府医師、松本良順がはじめの生徒であった。ポンペは、実習の場として西洋式病院の建設を提案し、ときの長崎奉行・岡部永常の協力で実現したのが「長崎養生所」である。ポンペの後任のボードウインは、幕府との約束で、江戸での病院建設を準備し、機材購入のためにオランダに一時帰国後、再来日した。しかし、明治維新の騒乱で東京（江戸）での病院設立は中止となり、大阪へ行くことになる。

江戸開城時の大久保一翁（忠寛）は、会計総裁・若年寄で幕府事務方の中心人物であるが、幕府権力と財産を大総督府に渡す立場であった。このとき、七分積金の大量の蓄積米と制度をそのまま新政府に移管している。その後静岡で、数え年6歳の徳川家達を当主に、駿府（静岡）徳川藩70万石の立上げに尽力し、静岡学問所、駿府病院、沼津兵学校などの設立に関与し、維新期の静岡県における医療体制作り、旧幕臣の処遇にも配慮している。明治5年、廃藩置県後は徳川家達とともに上京し、西郷留守政権のもとで、文部省二等出仕、次いで東京府知事に任官している。この時、七分積金（共有金と名称変更）の用途を決める営繕会議所に救貧策を諮問し、救貧三策の答申を得、これに基づいて「養育院」を設立した。また、外人医師も雇用する教育病院的な機能を持つ、「東京府病院」を設立し、医療スタッフに坪井信良（旧幕府奥医　⇒静岡病院副頭取）、織田信重（静岡藩中老）、牧山修卿（咸臨丸船医）など、旧幕府関係者を任用、養育院医師も病院からの派遣の形となった。幕末の「病幼院設立意見書」の構想を、明治になった東京で実現しようとしたとも言えよう。その後、静岡で商法会所の運営を任せた渋沢栄一に、共有金の管理を託した。

2. 黎明期の「養育院」の医療体制

黎明期の養育院の成立過程は別項に詳述したが、医療体制について述べる。明治5年10月15日は、巷の浮浪者を、長谷川（車）善七に託し、本郷・浅草の仮施設に収容した日であり、この時を養育院の初めとされている。しかし、明治6年2月に養育院の恒久施設が、上野の護国院の一部を買い取って設立されている。この時が正式な開設時期であり、大久保一翁府知事が視察している。収容者や伍長（介護者）の施設利用の心得を箇条書きした「養育院掟書」の冒頭部を追加し、収容者一人一人に手拭を贈っている。町医の村上正名が雇われ、収容者の日常的医療需要に応じた。明治6年1月、上野の養育院の正式な開院直前に、東京府の病院開設予定が公布され、明治7年、芝愛宕下に、皇室の下賜金一万円を原資に開院した。

東京府病院ができると、栗田胤顯(静岡病院より？)が養育院医長として派遣され、また、当時東京府病院の副院長であった佐々木東洋の弟子も診療にあたった。村上正名も東京府病院からの派遣の形となったが、明治15年まで養育院利用者の医療を担当している。引き取り手の無い死者は、明治7年に大雄寺の義葬之塚に葬られた。養育院の重傷者は入院、元気なものは病院の下働きに雇用された。

渋沢栄一は明治7年に、静岡で商法会所を託された大久保一翁に、営繕会議所の経理を委託されているが、特に窮民の保護に関心があったわけではない。病院の運営費も会議所に依頼されたが、渋沢会頭は応えられず(菊池久の調査による)、東京府の負担となっている。

東京府病院発足当初は岩佐純院長であったが、彼はすぐに東京医学校でのドイツ語による医学教育活動が主務となり、東京府病院は坪井信良(幕府奥医:慶喜侍医、侃斯達篤内科書を翻訳→静岡病院副頭取:明治に医学雑誌を発行)、副院長牧山脩卿(咸臨丸船医→西洋医学館)、事務方は織田信重(旗本→静岡藩中老)となり、米・英・蘭の西洋医(アシミート、マンニング、ブッケマ)を雇う教育病院として機能した。養育院と東京府病院は連携して運用されているが、養育院の財政は営繕会議所に、東京府病院は東京府負担となっている。

養育院は、東京府病院と連携する一方、東京医学校(東大前身)校長の長与専斎から医学教育のための医員受け入れ、解剖教育用遺体の提供などが要請されている。費用分担などいろいろ悶着があったようで、東京医学校は途中で医員を引き揚げている。坪井信良院長の後を、長谷川泰(長岡藩医→東京医学校→長崎・精得館館長)が担っているが、かれは、癲狂院、脚気病院、済生学舎の運営を並行して行っている。

当時の医療対象疾患は、東京府病院の医療統計が参考になる。梅毒およびその慢性期の痴呆・神経・心疾患、脚気、コレラなどが多く、当時の医療事情を反映している。精神疾患に対しては、上野の養育院に狂人病室が設けられたが、東京府病院管理となり、養育院が神田に移転したときに、上野に残置され、その後、癲狂院 → 巣鴨病院 → 松澤病院へと拡大発展している。

従来の薩長史観の近代医学史の中で、東京府病院の存在、養育院との関係は殆ど論じられておらず、今回はそこに重点をおいて言及した。

3 渋沢栄一の社会事業の原点としての養育院の役割

1)渋沢栄一の養育院委任経営と診療体系

明治9年に「養育院」は(営繕)会議所から、東京府に移管されたが、その後開設直後の府会では、困窮者を助

『養育院を語り継ぐ会』について

1999年、東京都議会において「養育院条例」廃止が議決され、東京都政上、「養育院」の規定はなくなった。これを惜しんで、これまで関与してきた事務職(三浦、河西、中村、湊ら)を中心に「養育院を語り継ぐ会」が作られた。長い歴史の中で、養育院に在籍中に亡くなり、引き取り手の無い遺骨は3万柱を超え、谷中の大雄寺、了侒寺、那須塩原の妙雲寺、多磨霊園の合葬塚に葬られて、養育院職員により春秋香華が手向けられてきた。これらの塚の説明碑を建てるための基金計画がたてられた。4つの説明碑ができたが、予算を超える基金が寄せられので、板橋の敷地に養育院本院碑を建てようということになった。それが、渋沢像の傍らの本院碑である。除幕式には、渋沢栄一直系曽孫の渋沢雅英(財団理事長)さん、史料館の井上潤館長にも来ていただいた。その際、渋沢雅英さんのお話の中で、“養育院と渋沢栄一の関係はよく存じ上げていたが、そこで亡くなった人を弔ってきた人がいることは考えたことがなかった”というお話しであった。養育院の長い歴史の中で、こうした業務に直接携わった職員のことを、改めて考えさせられることであった。また寄付金により、講演会、養育院月報復刻版の寄付などをおこなった。千葉県にある関連施設の見学会なども行った。

文責:稲松孝思　東京都健康長寿医療センター顧問

けるのは怠け者を増やすだけで税の無駄使いだとの論が強まり、養育院への支出を認めず、廃止の危機に陥った。それならと渋沢栄一が、養育院の資産を受け継ぎ、その利子、寄付金、バザーなどで運営費を捻出し、委任経営により養育院を維持し続けた。財政的に支える一方、伊達宗城(元宇和島藩藩主、元外務卿)、松平定教(松平定信直系の元桑名藩主)、財界大物などによる養育院委員会を立ち上げた。また、軍医総監・東大教授の橋本綱常に、養育院医長兼任を委託し、東大研修医の派遣を定例化し、養育院は東大医学部の若手医師らの研修の場として定着した。一方、東京府病院は、幹部職員と外人医師のリストラ、救貧病院、避病院への格下げを余儀なくされた。さらに、有志共立東京病院(戸塚文海、高木兼寛、松山棟庵)への貸与、下取りが行われた。その後慈恵会医大へ発展してゆくことになり、養育院との直接の関係は無くなった。随分後の明治40年になって渋沢は有栖川宮慰子妃殿下総裁、徳川家達公爵会長とする大規模な財政援助組織:東京慈恵会を作り、その財政的支援で慈恵会医大は大きく発展した。この組織は今日も続いている。

2)安達憲忠について

渋沢の働きかけの甲斐あって、1889(明治22)年に養育院は東京市の経営になり、渋沢は東京市の無給の委託職員である「養育院院長」となった。この時から、実務を司る幹事として安達憲忠が雇用されて現場の運営にあたっていた。安達憲忠は、僧職⇒新聞記者・自由民権運動家から転じて、養育院幹事として、渋沢の元で養育院の運営の実務を担う。安達憲忠の妻は、日本で初めてロンドンに看護留学した慈恵医院の拝志(林)ヨシネであり、帰国後慈恵医院で看護婦指導に当たるが、25歳で結核死している。安達憲忠のその生き様には、若くして亡くなった妻の影響もうかがえる。経済活動で多忙な渋沢を支え、孤児教育に瓜生岩子を幼童教育掛に招聘している。鰥寡孤独の人を預かる養育院の実務の中で安達は、収容者の実態調査を進め、大塚での養育院本院の建設、用途別の分院建設など養育院の発展をはかった。渋沢にあれこれ上申し、渋沢の指導下で対応策を現実化してゆく。いわば二人三脚の状態で養育院業務を続けている。

2)大塚本院時代

東京市営の養育院は、本院を新たに大塚辻町に建設し、発展の時期を迎える。 安達憲忠は、養育院幹事として、渋沢の元で養育院の運営の実務を担う。また、統計を事とする田中太郎が加わり、養育院月報を発刊、安達、田中、渋沢が慈善事業・福祉領域で論陣を張ることになる。また養育院は、医長の橋本綱常以後、弘田長(東大小児科学教授)→ 三浦謹之助(東大内科講師・助教授)、入沢達吉(東大内科助教授、後にベルツの後任教授)→ 橋本節齋(東大内科助教授、駒込病院院長)→ 。やがて、伊丹繁(東大内科講師)、碓居竜太らが常勤の医長として長く勤務し、東大経由の医師人材確保の体制が維持される。東大医学部などの卒後医師研修の場として養育院は機能する。その研修医の中には、島峰徹(東京医科歯科大学創設者)などがいる。この間養育院は、収容者の分別処遇、分院の建設を進め、東京市の運営する公的福祉施設として、大塚本院⇒板橋本院、井の頭学校⇒萩山実務学校、巣鴨分院⇒石神井学園、安房臨海保養所 → 安房分院などを運営する。昭和6年(渋沢逝去)段階の4施設の収容者は2369人/年に上る。

図に収容者の年齢分布の経過を示したが、渋沢の時代の養育院は、棄児、迷子、問題児などの割合が高く、教育や里子対策が大きな問題となっている。

3)入澤達吉養育院医長のこと

この間の特筆すべき出来事として、入澤達吉養育院医長の時代の事がある。入沢達吉(1865-1938)は、1889(明治22)年、東京帝国大学医科大学を卒業後、ベルツ(Erwin von Bälz)に師事し内科無給助手となる。1890年(明治23)年、ドイツに私費留学、5年後帰国、宮内省侍医局

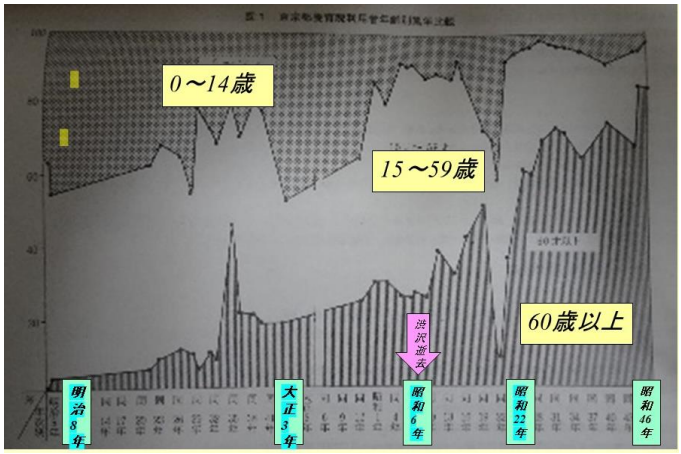


図-1:
養育院収容者の年齢分布の経年変化

勤務後、開業する。1895(明治28)年、母校東京帝国大学医科大学助教授となる。明治30年東京市養育院医長を兼務(1902年(明治35年)12月退任)、5月1日東京市駒込病院医長を兼務(1898(明治31)年11月退任)。1901年(明治34年)5月14日ベルツ後継の東京帝国大学医科大学教授に昇進し内科学第四講座を担当する。養育院医長を兼ねた時、渋沢栄一の求めに応じて、養育院における虚弱児童の対策について具申している。結核等についての統計から虚弱児童の海浜転地療養を提言して房総勝山にて5年間試行している。この間の事情は安達憲忠の記載に詳しい。この経験から著しい死亡率の低下を確認した。このことをさらに拡大するために、渋沢は寄金を求め皇室からの援助もあり、館山の近くの船形に新たに土地を求め、臨海学園→安房分院を建設した。日本における児童対象の結核療養所の早期の成功例である。また、結核患者、ハンセン病患者の専用隔離病室、隔離病棟を大塚本院内に作っている。その後、成人の結核、失禁患者対象の板橋分院を建設している。更に、内房の長浦に国有地の無償提供を受け、大規模な結核療養所建設を計画した。しかし、東京市の結核療養所の野方村・江古田における計画が進んだため、この長浦の計画は、更生農場⇒障害児施設の建設に変更された。また後年 「老人病学」を弟子達とともに出版、日本における老年学の開祖となっている。

4)ハンセン病対策

同様に、同じ抗酸菌による感染症である、ハンセン病対策も進められている。大塚本院に隔離病室、隔離病棟を建設する一方、国の政財界に働きかけ、癩専門の隔離病院である多摩全生病院を独立させ、国の療養所展開の道筋をつけた。この間の結核・癩の対策には、東大病理の山際勝三郎教室から養育院に派遣された若手の医師、光田健輔の活躍が著しい。渋沢の後押し、政財界への働きかけの影響は大きく、日本のハンセン病隔離政策は進展して行く。光田は以後、多摩全生病院、長島愛生園院長としてハンセン病制圧に生涯尽力した。救ライの父と讃えられ、1951(昭和26)年に文化勲章、1961年に国際的なダミアン・ダットン賞を授与されている。先の大戦中、軍隊での感染症蔓延防止のため、ライ患者、結核排菌患者は兵役から除外され、全国的に無ライ県運動が展開され、整備が急がれたライ専用の国立療養所に隔離された。療養所における新生児対策として、収容者間の結婚条件として避妊のための精索結紮手術が行われた。また、施設内での秩序維持に努めた。しかし、戦後になってハンセン病の治療薬が開発された以後も、国際的な隔離解除の機運に乗り遅れ、国家的な隔離政策が緩和されなかった。戦後の、反優性保護思想、民主化思潮の中で、光田は人権保護上の問題が指摘されて、死後も厳しい批判の対象となった。世間の感染症対策としての隔離

義葬塚:大雄寺

明治5年10月、ロシア大公を国賓として迎えるに当たって、急遽収容された浮浪者を本郷の加賀藩上屋敷の空き長屋(現東京大学医学部)に収容した事が、養育院事業のはじめとされる。五日後に収容者は浅草溜に移され、長屋は事務所として使用されたが、その痕跡は無い。明治6年2月、上野の護国院の一部(現東京芸術大学美術学部)を買い取って恒久施設を建設し、大久保一翁府知事が開院時に視察しているが、その痕跡もない。漢方の町医村上正名が任用され、健康問題に対応したが、同年12月までに百余体の引き取り手のない遺骨があり、賄方赤井善蔵の菩提寺、台東区谷中の日蓮宗・大雄寺に葬り、「義葬之冢」が建てられた。高さ151cmの扁平な角柱型の三段墓である。墓石の正面には『義葬之冢』、背面には『明治六年葵酉始養窮民於養育院其死者葬此』と彫ってある。寺の過去帳には104名の記載がある。男81.女22、不明1名で、年齢は記載がない。名前のみで姓はなく、戒名は6名のみに併記されている。

「養育院」の成立は明治5年と古く、文献資料は一部が残されているものの、明治・大正期の建造物など、施設の多くが木造であり、関東大震災、先の戦災、施設の改築、引っ越しなどで形あるものは、ほとんど失われている。同時期に渋沢が関与して創設された富岡製糸場が、今日、世界遺産として残されているのと好対照をなす。

文責:稲松孝思　東京都健康長寿医療センター顧問

が、その後、多剤耐性菌、エイズのみならず、B型肝炎、新型インフルエンザ、新型コロナなど、新たな感染症流行が問題になる度に問題となっている。どのような形でいつまで隔離的対応を行うか、感染症の実害と人権、風評被害などの面から、今日的課題を突き付けられ続けている。

5)渋沢栄一の社会事業の原点としての養育院の役割

渋沢は元来経済人であるが、実際に養育院にかかわったのは、大久保一翁東京府知事に、共有金(7分積金)の運用を託されたことがきっかけである。鰥寡孤独の人の収容施設である、養育院に関係し、その存続が府会で論議されたときに、「これは無くしていけない社会装置」であることを実感し、その存続に働いたことが、終生養育院に深くかかわるようになった理由であろう。組織運営の実務にかかわる安達憲忠との論議の中で深化し、社会事業にかかわる石井十次(岡山孤児院)、留岡幸介(家庭学校)、山室軍平(救世軍)らと接触し経済的支援を行っている。養育院の田中太郎に「養育院月報」の編集を促し、海外事情の視察旅行も援助している。渋沢の欧米福祉思想理解の助けとなっている。

この間、後藤新平の影響下で育った内務官僚の窪田静太郎、井上友一、久米金弥、生江孝之らや、社会事業の実務家である原胤昭、留岡幸助らと貧民研究会を作り、安達憲忠や田中太郎らの養育院幹部も加わっている。これらの人たちとの社会事業についての論議が、渋沢を社会事業家として成長させたのであろう。恤救規則、工場法、救護法、結核予防法、ライ予防法、感化救済事業などの制定にこれらの人たちが絡んでいる。さらにその後の軍事救護法など社会保険の制度作りに貢献した灘尾幸吉らの活動につながり、戦後の国民皆保険の制度化の基盤が、ここで作られているのである。

また、七分積金の制度を作った松平定信への思いが、実業界から退いたあとも、晩年まで養育院に関係し続けた理由であろう。その顕彰活動、楽翁公伝の出版、南湖神社の設立に尽力している。

写真:福島県白河市の南湖神社

4. 渋沢栄一院長の逝去後の養育院

養育院は、満州事変以後の戦時体制の中で、田中太郎や官僚が責任者の立場になる(一時期、盟友大倉喜八郎の長男喜七郎が養育院長を務める)。この時期、職員の出征による人手不足、那須塩原温泉疎開、伊豆島嶼疎開住民の引き受け、本院の米軍空襲による107名の大量死、栃木分院の飢餓問題があった。これらの事は養育院80年誌に詳しい。また、このような中で、人工ペニシリン(碧素)の蜂窩織炎などへの治療投与が試みられている。

5. 戦後の対応

敗戦後の思想的混乱、連合国軍の占領体制、国民的飢餓状態の中で、人々の生命をいかに維持するか多様で困難な課題が養育院に突き付けられた。GHQ(占領軍)政治の影響の中で、旧軍施設の建物などを利用し、押し寄せる難民、重症患者、上野などの浮浪児の収容など多様な対応を迫られ、昭和21年度には13、708人と、史上最多の人数を収容している。死亡者2072人、逃亡者6701人という統計が残されている。医師などの職員は、ひたすら死亡確認と診断書の作成、上野などの浮浪児の関連受け入れ施設への配分、逃亡児対策に追われた様である。ララ物質(米国からの援助物質)による栄養補給、板橋本院移転問題、昭和天皇ご夫妻の行幸、GHQキャロ―女子の提言による板橋における再建などが、この時期の課題となっている。1977(昭和25)年の児童福祉法による養育院の児童対応が大きく変わった。安房分院、石神井学園などの児童施設の民政局への移管などに関しては、養育院80年史に詳しい。この間の医療体制は、以前と同様であった。

天然痘流行時の収容者の種痘、発疹チフスによる職員3名の殉職、赤痢などの流行事件など、それぞれの時代を反映する感染事例の報告がある。

6. 高齢者施設への特化

養育院はその後、老人ホーム、特別養護老人ホーム、東村山の老人施設の拡充など、高齢者援助施設をあれこれ試みるが、養育院付属病院の役割は、施設利用者が主で、一般市民に対しては救貧施療患者の外来のみであった。

1973(昭和48)年には、高齢者を対象とした新たな医療保険体制である老人医療費支給制度が創設され、美濃部都政下で、福祉元年と呼ばれた。革新都政下で養育院附属病院は、一般都民に門戸を開いた高齢医療に特化した専門病院と規定され、大規模な人事異動、施設更新が行われた。村上元孝(金沢大学内科学教授。東大卒、尼子富士夫門下、高齢医学の第一人者)を院長に、医療者の人事枠が大幅に増加した。浴風会尼子富士夫門下の医師や、高齢医学の研修を目的として、吹き荒れた大学紛争の余波の中にある全国各地の大学から多くの医師が集まった。また、東京都

老人総合研究所が併設され、東大病理の太田邦夫教授を所長に、多くの研究者が結集された。従来からの高齢者施設と三位一体の運営が試みられた。この間の活動は、この50年記念誌に詳しいが、小児科と産科以外の各専門課を網羅した一般都民高齢者を対象とする診療活動が行われた。核医学、コンピューター断層撮影（CT）などの新しい検査機械が導入され。また、リハビリテーションの重んじられる医療が行われた。学会活動も活発化し、国際老年学会、国内の老年学関係学会のお世話もした。その後、全国的に研修医制度が進展し、その一翼を担うようになった。1972年から2009年まで、板橋の養育院附属病院―老人医療センターに在籍した医師は1400名を超えている。その活動の内容は、この記念誌に網羅されている。

同時に、公費の効率的な再分配により、70歳以上の高齢者ほぼ全員についてそれまで自己負担であった医療費30%分が無料化された。老人医療費無料化とともに「高額療養費制度」も創設され、まずは被用者保険の家族が対象となり、次いで国保、被用者本人にも広まった。高齢者の医療のための支出は1980年までに1973年以前の4倍以上に膨れ上がり、財源の持続可能性に対する懸念が広がった。『政治的なばらまき福祉』との批判が強く出され、その是正がその後の鈴木・石原都政の大きな課題となった。

1982年に老人保健法が制定された。同法は高齢者に対して少額の自己負担を課すものであり、「老人医療費無料化」の時代を終えることとなった。また、研究所、東京都関連福祉施設の法人化が進められた。この間に医療制度、老人保健法、介護保険法が作られ、今日の高齢者医療の形が作られて行くことになる。

2001年養育院条例は都議会で廃止され、2009年に東京都老人医療センターは地方独立行政法人健康長寿御医療センターに組織と名前を変える事になる。養育院の存続を願って銅像の建設を承諾した渋沢の苦笑いが目に浮かぶ。

「養育院医療の百年のあゆみ」の手書き原稿のコピーが残されている。その巻頭にヒポクラテスの誓いが書いてある。声なき鰥寡孤独の人の医療需要にこたえて来た養育院の医療従事者の思いが凝縮されている気がする

明治初めに養育院が作られたとき、収容者の日常の注意点を書き連ねた養育院掟書の巻頭に、視察後の大久保一翁が、担当の西村勝三に巻頭言を書き送り、収容者に手拭いを配っている。曰「人の万物にすぐれたるは、あい親しみあい助くるの心ある故なれば、常にわが身に費やす衣食住の世の恵みにむくわんと心がけ、何技なりとも世のためとなるべきこと、勤めて怠るまじき事」。勤皇も佐幕もない幕府開明派大久保忠寛・一翁の言う言葉である。これは単に利用者に向けられたのではなく、そこで働くひとにも向けられているのであろうか。渋沢栄一が、生涯にわたって、養育院にこだわり、公益にこだわり続けた理由の一つのように思われる。

【参考文献】

・渋沢栄一述、田中太郎筆記：東京市養育院50周年記念　回顧50年（1922）
・東京市養育院編：養育院60年史　1933
・東京市養育院編：養育院70年史　1943
・東京都養育院編：養育院80年史　1953
・東京都養育院編：養育院100年史　1974
・東京都養育院編：養育院120年史　1995
・養育院月報復刻版全30巻　不二出版　2009
・養育院月報復刻版，続編全12巻　2017
・東京都老人医療センター：東京都老人医療センター36年の軌跡（2009）
・東京都総務局：東京市史稿　救済編第4（1975）
・東京都総務局：七分積金始末（東京都史紀要第7）1961
・豊田勲　編：東京都養育院医療百年の歩み　養育院史料―昭和59年度登録第44号
・横田久：東京府病院　全（東京都公文書館）　昭和13年
・金子吉衛：東京都養育院の事始めと院長渋沢栄一をめぐる人々。季刊養育院737-742　昭和60-62
・村上元孝：日本の老年病学。日本老年医学会雑誌。18：67-72.1981
・宮地正人：幕末維新風雲通信。東京大学出版会　1978
・木村昌人：渋沢栄一；日本のインフラを創った民間経済の巨人　ちくま新書　2020
・樋口雄彦：静岡藩の医療と医学教育　https://rekihaku.repo.nii.ac.jp/?action=repository_uri&item_id=1746&file_id=22&file_no=1
・相川忠臣：出島の医学　長崎文献社　2012
・樋口雄彦：静岡藩ヒストリー　静岡新聞社　2017
・稲松孝思：社会と福祉の視点から。はじめての渋沢栄一　渋沢研究会編　ミネルバ書房　2020
・植田竜一：伊達宗城と維新政権ーもう一つの明治維新　デザインエッグ社　2019
・渋沢青淵記念財団竜門社：渋沢栄一伝記資料（1955-）
・安達憲忠：東京市養育院の沿革及実況現況（1896）
・光田健輔：黎明期に於ける東京都社会事業と安達憲忠翁（1956）

・内藤二郎：社会福祉の先駆者　安達憲忠（1993）
・一番ケ瀬康子：日本の福祉を築いて127年　萌文社
・長沼友兄：異文化体験と近代社会福祉事業の形成。渋澤研究会編。公益の追求者・渋澤栄一。小川出版社1999
・山名敦子：慈善・社会事業と実業の接点。渋澤研究会編　公益の追求者・渋澤栄一　小川出版社　1999
・金澤貴之：障碍児教育―東京養育院を事例として　渋澤研究会編　公益の追求者・渋澤栄一　小川出版社　1999
・平井雄一郎：慈善の実践と思想渋澤研究会編。公益の追求者・渋澤栄一。小川出版社1999。307-319
・大谷まこと：渋澤栄一の福祉思想　ミネルヴァ書房　2011.
・安藤優一郎：江戸の養生所　PHP新書　2005
・大久保一翁著／勝海舟編：櫻園集（1892）
・江戸旧事采訪会：雑誌「江戸」2巻3号，7号（1915）
・松岡英夫：大久保一翁最後の幕臣』中公新書　1979
・古川愛哲：勝海舟を動かした男大久保一翁』グラフ社　2008
・稲松孝思：目付海防掛（蕃書調書総裁）大久保忠寛の「病幼院創立意見」 安政4年（1857）について：日本医史学雑誌第57 巻第 2 号（2011）199頁
・稲松孝思，松下正明：大久保忠寛の「病幼院創立意見」（安政 4 年）と東京府病院（明治 6～14 年）について　日本医史学雑誌　第 58 巻第 2 号（2012）24p
・稲松孝思「明治6-14年の東京府病院について ―東京都公文書館資料より―
・稲松孝思、松下正明。東京府病院（明治7年～14年）における医師の月給。日本医史学会雑誌。　第602号　2014. p.175
・大久保満彦：七分金（共有金）運用の実際　養育院月報復刻版
・武井優：渋沢栄一と社会事業　鳥影社　2022
・青柳精一：近代医療のあけぼの・4.思文閣出版　2011
・宮永孝.プリンス昭武の欧州紀行―慶応3年パり万博使節.東京：山川出版」-：2000
・廣川和花：近代日本のハンセン病問題と地域社会　大阪大学出版会　2011
・山岡道男：太平洋問題研究会に」おける日米関係委員会の活動　社会科学討研究　105;pp99～128. 1990
・渋沢栄一：米国における排日問題の沿革　渋沢栄一伝記資料第34巻　1960. pp 241～244

碧素（国産ペニシリン）物語

養育院の戦争の時代から働いていた看護師MS.さんに、その頃の話を伺った。いろいろの話の中で、「ある日、医長さんに黒い鞄を渡されて、戸山の軍医学校で大切なものを受け取ってくるように言われ、黄色い注射液の入ったバイアルを運んだ。そのころ養育院入所者でよく見られた蜂窩織炎の患者さんに効果があった」という。これは碧素（和製ペニシリン）の話ではないかと思い、確認してみた。

先の大戦のさなかの1943年、英国のチャーチル首相が新開発の青かび由来のペニシリンで肺炎から回復したというフェークニュースが流された。戦時中の日本で稲垣克彦軍医少佐の主導で関係者が集められ、急遽ペニシリン委員会が発足した。アオカビの菌株が集められ、国産ペニシリンの開発がすすめられた。当時学徒動員されていた一校生約20人も開発研究に動員されたという。東大外科から派遣された養育院医長の塩田時夫先生がこのペニシリンの臨床効果を養育院の患者で検討し、1944年10月9日のペニシリン委員会で報告した。この結晶化ペニシリンの効果が確かめられ、その後の大量生産の糸口になったという。開発研究を手伝った一校生の提案で「碧素」と呼ばれたそうだ。当院が日本におけるペニシリン開発の歴史的場所であったことが、旧職員の言葉で確認されたのである。20世紀後半に当院で多くの抗生物質の臨床開発と耐性菌対策に関わった私自身、養育院が碧素（国産ペニシリン）開発の舞台の一つであった事は特別に感慨深い。現在この時に作られた注射液の一本は、国の重要科学技術史資料に登録され愛知県のくすりの博物館に展示されている。

文責：稲松孝思　東京都健康長寿医療センター顧問

⑤ 渋沢栄一の福祉観の形成と養育院

宮本孝一　老年学情報センター　司書

実業家時代より長かった院長

“日本資本主義の父”渋沢栄一の実業家時代は、明治6年（33歳）から大正5年（76歳）に引退するまでの43年間でした。

一方、渋沢による養育院経営は、実業家の職務より10年ほど長く、養育院の直接的な代表者（事務長、3年後に院長に改称）になった明治9年（36歳）から亡くなる昭和6年（91歳）まで55年間です。

実業家引退後は、養育院経営を含むさまざまな社会事業で活躍しながら、独自の福祉国家観を主張しました。

渋沢栄一院長の歩みとその福祉観の形成をたどって、渋沢栄一がなぜ亡くなるまで養育院院長を続けたのか、渋沢栄一にとって養育院とはどういう存在だったかを考えてみます。

商業道徳と困窮者救済

「商業に従事する者は、仁の精神を持つべきで、利益を求めるだけではいけない。」「飢えた人を救い人を殺さないようにするのが人間の道だ」という教え。全国に173の講舎が作られ、広まりました。

渋沢栄一ではありません。渋沢栄一『論語と算盤』（大正5年　初版）に先立つこと200年。石田梅岩の石門心学です。

梅岩の思想は、1700年代半ばから幕末までの百数十年、全国の農民・職人・商人・旗本・大名などさまざまな身分の人々に学ばれたあと、維新後に衰退しました。

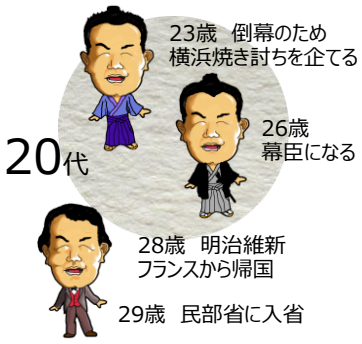
一方、渋沢栄一が儒学に基づく商業道徳をはじめて名言した時期は、記録に残るのは大蔵省を辞職して実業家に転身した明治6年です。渋沢の辞職を思いとどまらせようとした友人に、「商人ノ品位ヲ高フシ人才ヲ駆リテ商業界ニ向ハシメ、商業社会ヲシテ最モ社会ノ上流ニ位セシメ、商人ハ即チ徳義ノ標本、徳義ノ標本ハ即チ商人タルノ域ニ達セシメサル可ラス、予レ従来商業ニ於テ経験ニ乏シト雖モ、胸中一部ノ論語アルアリ、論語ヲ以テ商業ヲ経営シ、両君ノ観ニ供セントス」[1] と言います。

江戸期から続く商業蔑視を打破し、商工業が国家の土台となる国づくりを目指す渋沢は、商人の職業道徳の向上が必要と考え、論語が最適のテキストと考えました。

では、実業家に転身したあと、養育院に関わるまでの渋沢は、梅岩が「飢えた人を救うのが人の道だ」と言ったように救貧事業に関心を持ったり関わったりしていたでしょうか。

大谷まこと『渋沢栄一の福祉思想』では、「渋沢が養育院事務長就任以前から社会事業分野に含まれることに関係していたか、関係していたとしたらそれは具体的にどのような事柄に関するものであったかについては、これまで論じられてこなかった。決定的な史料が見つからない現状にあっては・・・（略）」[2]　と書かれています。

養育院に関わる以前の渋沢は貧困対策には関わっていないようです。



渋沢栄一の人生が養育院経営やその他の救貧事業と接点をもつきっかけは、渋沢の意思ではありませんでした。明治7年に府知事から営繕会議所（養育院などを所管）の経営立て直しを要請されたという間接的なものです。

渋沢自身も後年いろいろな場で「自分が養育院を担当することになつたのは、真に偶然の機会からで、深く思索を遂げた結果でもなく、社会事業に関係することゝなつたのも、言はゞ偶然の行掛りに過ぎない」[3] と言っていました。

救貧事業の必要性を渋沢がはじめて強く主張したのは、養育院院長就任から2年後、東京府会（現在の都議会）で養育院への公金支給停止（つまり養育院廃止）が議案として提出された明治14年でした。

まず明治9年に会議所が廃止され、渋沢栄一は東京府庁から会議所の事業だった瓦斯局と養育院の事務長に任命されます。さらに明治12年、養育院の事務長は院長に改称されました。“養育院　渋沢栄一院長“はここから始まります。

そして、院長就任から2年。渋沢栄一院長は養育院廃止の危機に直面します。

東京府会（現在の都議会）で 「東京の貧民は増える一方で公金での保護はきりがない」「甘やかすことで惰民が増える」という養育院廃止論が噴出しました。

渋沢栄一は親しい議員に「恕（思いやり）や仁愛、憐憫は人の本性。同国民の窮状を傍観するのは人道を捨てる所業。西洋にも救貧事業がある。人道から外れる政治は暴政だ。養育院を廃止すれば必ず後悔する。」と説得

してまわりました。渋沢は養育院廃止をどうしても阻止したかった。

「私は明治七年以来其局に当つて居りましたから、如何にしても養育院を廃することは出来ぬという感が深うござりました。」[4)]

当時の日本では、慈善活動は、お寺のお坊さんか金持ちの道楽かよほどの変人のやること[5)]などと言われていました。渋沢は、「大正時代の社会事業家の扱われ方は明治はじめの商人に対するのと同じ」[6)]と言っていたようです。しかし、大正時代どころか明治14年に渋沢は、養育院事業が世の中の偏見の対象になっている現実に直面しました。

明治6年の実業家転身の時には、商業蔑視を肌で感じながら仁義道徳に基づく商業を主張、養育院廃止の危機では、救貧事業への蔑視の中で仁義道徳に基づいて困窮者を助ける府政を主張。渋沢は実業界転身と養育院の運営で日本社会の2つの差別と闘うことになりました。

渋沢の努力にも関わらず、東京府会で養育院廃止が決まり、渋沢は私営で養育院を5年間続けます(その後東京市営に移行)。

運営資金が乏しいため、自ら寄付金を出すだけでなく富裕な実業家が集まる機会があれば大きな鞄を出して寄付を集め、そのお金を運用して資金を増やしました。渋沢が生涯さまざまな理由で行っていた寄付金集めはこれがはじまりです。どのような説得で寄付を集めたかはわかりませんが、寄付金集めの経験は、のちに『論語と算盤』(昭和2年　87歳)の渋沢のこの考えに繋がっていったのかもしれません。

「富の度を増せば増すほど社会の助力を受けて居る訳だから此の恩恵に酬ゆるに救済事業を以ってするが如きは、寧ろ当然の義務で出来る限り社会の為に助力しなければならぬ筈と思ふ。」[7)]

社会の困窮者を助けるのは、仁義道徳をもつ実業家にとっては当然の行いだと。

これはもうほぼ梅岩の思想といってもよいほどです。

渋沢が石門心学の影響を受けたかどうかはわかりません。ただ、『論語と算盤』の「教育と情誼(じょうぎ)」の章で、「徳川幕府の中葉より行われはじめ、神儒仏三道の精神を合わせ、平易なる言葉を用い、ごく卑近にして、しかも通俗な譬喩を挙げて、実践道徳の鼓吹に力(つと)めたものに、心学というものがある」とし、「石田梅岩」の名前を出しています。そこに書かれているのは親孝行に関するもので、商業や貧民救済の話ではありませんが。

渋沢が人生のどの段階で石門心学を知ったか、渋沢が貧困問題への産業界の関わりを考える上で心学の影響があったかどうか、興味深いところです。

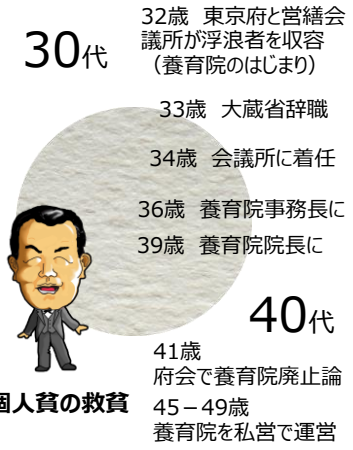
養育院廃止論から養育院私営が終わるまでの養育院存続の危機以降、生涯渋沢は政財官界が貧困問題に関わらなければならないと訴え続けることになります。

個人貧の救貧　社会貧の防貧

渋沢は貧困が生じる原因を個人の問題と考えていました。「社会の役に立とうという気持ちが無く自分中心。怠惰。浪費もする。そういう人間が貧しさで苦しむのは自業自得。甘やかすと怠ける。」という考えです。

この貧困観は養育院廃止論者と変わりません。廃止論者と異なるのは「このままで飢えて凍えるとわかっている者を助けるのは人道である」という点です。これが養育院私営時代までの渋沢の貧困対策の考え方です。

貧困は個人の責だが、その結果で困窮する者を事後的に救済する。このことを大谷まことは“個人貧の救貧”と呼びます。



大谷まことは著書『渋沢栄一の福祉思想』で、養育院が私営から東京市営になり、大塚に移転して養育院の事業規模が拡大した後、渋沢の考え方が“個人貧の救貧”から“社会貧の防貧”に変化したことを示しました。

養育院大塚本院の経営を通して渋沢が目の当たりにしたのは、日清・日露戦争や第一次世界大戦を契機にした重工業の発展と景気変動、それに伴う貧窮者の急増でした。

明治43年に開催された全国感化救済事業大会での渋沢栄一の演説を見てみます。

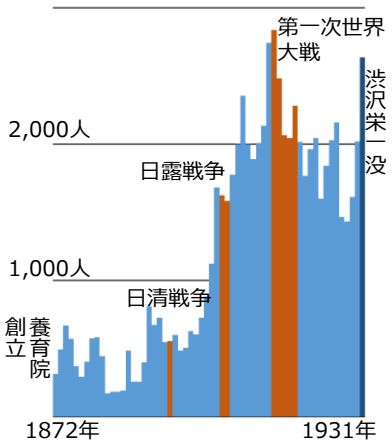
「殊に工業が段々進むに就て、追々に生存競争が烈しくなりて貧富を懸隔せしめ、而して前に申す個人主義が発達したならば、前申した所の美風とか愛情とかいふだけで満足して行けるかどうかとことは大なる疑問であると思ひます。(略)。物質的の進歩が益々進むとしたならば、貧富の懸隔は益々甚しくなることを予期せざるを得ないのである。」[8)]

この演説ではつづいて養育院の開院以来の入所者数の推移を数字を挙げて説明し、「東京市が繁昌して人口が増すと同時に、養育院の収容者を増すことは不思議のやうであるが事実である。」「一国の繁盛は其間に職業を失ふ人を作り出すものであるといふこと

は、争ふ可らざる事実であります。」と語ります。

道徳性の高い商工業を国家の屋台骨にするために実業界に転身した渋沢栄一。近代的な商工業は戦争を契機に大きく発展していきました。

しかし工業化の進行は貧富の懸隔（格差）を広げて貧窮者を生み出すもので、その現実は養育院の入所者数の変動から明白でした。



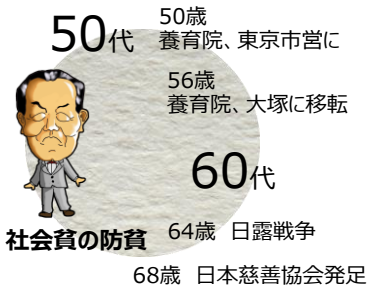
養育院　年間入所者数の推移
「養育院120年史」p490-493より作成

日露戦争（明治37-38年）以降、渋沢は貧困に陥った人を救うだけでなく社会の状況から作り出される貧困を未然に防ぐしくみが必要と主張するようになります。

この考えを大谷は、“社会貧の防貧”と呼びます。

明治41年、渋沢栄一が会長となって発足した半官半民の団体「中央慈善協会」は、全国の慈善団体と連携して防貧の方策を内務省と協議するために設立されました。

大正7年（渋沢78歳）に東京朝日新聞に載った談話で渋沢は、「貧窮救済の必要あるは勿論なれども、斯る貧窮者を生ぜしめざる工夫を予め講じ置くこそ一層必要なりと信ずる」[9]と語っています。また、大正6年の渋沢の訓話では、「本院には現に二千五・六百人の窮民が収容してある。（略）其多くは所謂自業自得の輩である。併しながら彼等を自業自得の者なりとして、同情を以てこれに臨まぬは甚だよろしくない。夫れ吾人の須臾も離るべからざる人道なるものは、一に忠恕に存するものであるから、孰れも其職務に忠実にして而して仁愛の念に富まねばならぬ。」[10]と言っています。明治14年以来の“自業自得の個人貧の救貧”という福祉観は残したまま,“社会貧の防貧”という観点が加わったようです。



商業道徳を超えて

大正5年に実業界を引退して、防貧を各地で主張した渋沢には、商業道徳の範疇を超えて、政治・行政・産業のあり方を見直す発想が必要でした。

「富の偏在を匡正し救済して、国民生活の安固を計るには是非とも国家的事業に俟たなければならないと思ふ。国家が或る程度迄これが救済手段に干渉して、個人の力が及ばぬ処は已むを得ず（国）家の力を借りて、急を救ふのは当然執る可き措（置）である。」[11]

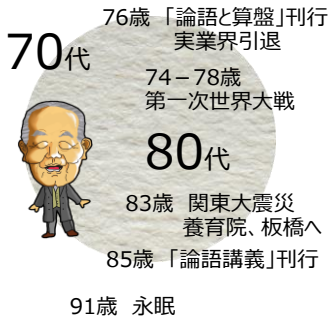
富の偏在（貧富の格差）を是正し、国民の生活が安定するには国家としての取り組みが必要と考えています。

その後も渋沢は養育院院長を続けながら、多くの社会事業にリーダーとして関わり、政治と経済のあり方の批判と提言を続けていきます。

昭和6年、亡くなる半月前から家族以外と接することはありませんでしたが、最後に面会した外来者は病床の渋沢が突如「田中を呼んでくれ」と言って呼び出した養育院幹事田中太郎でした。そこでの渋沢の話は養育院の現況に関する思いや今後の児童の処遇のことでした。

実業界家引退後の渋沢は、社会の改革を唱え、さまざまな社会事業を牽引しました。渋沢栄一を、国家のあり方のビジョンをもつスケールの大きい社会事業家に導いたのは、30代でたまたま行きがかりで関わることになった養育院経営でした。

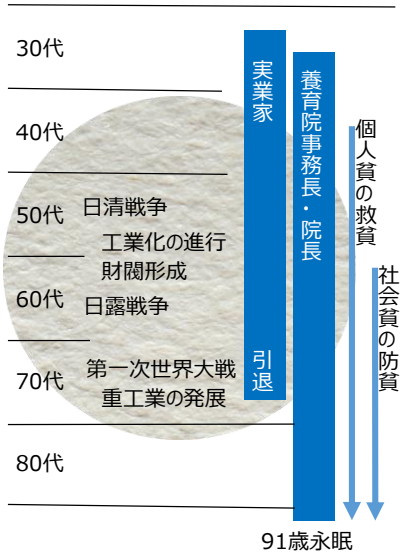
そして晩年、多くの役職から離れた渋沢が、死の直前まで続けた最後の役職が“養育院院長”だったことを養育院幹事田中太郎のエピソードが物語っています。



渋沢が自分は何者であるか、どう生きてきた人生かと顧みたなら、まずは西洋の先進国のような商工業中心の国家づくりであったでしょう。しかし商工業の発展は貧窮者の急増という大きな社会問題を引き起こしました。この問題を解決しないかぎり「自分はこういうすばらしい社会をつくるために生きてきた人間だ」と堂々と言えません。

養育院は、渋沢が目指した理想社会が孕む負の側面を渋沢につきつけるものだったでしょう。養育院などの救貧施設では引き受けきれなくなった貧困問題をなんとかするにはどうしたらよいか、理想とすべき社会の形はどのようなものか、その追求は渋沢のアイデンティティに関わる人生の大きなテーマになりました。

渋沢にとって30代半ば以降の人生の道のりを象徴する存在が養育院だったと思います。亡くなるまで養育院院長でありつづけた理由はそこにあるのかもしれません。



人道と人権

儒教では、政治の理想あるいは聖人の役割として人々の「衣食住」を安定させることが重視されます。

渋沢も著書『論語講義』(大正14年)で「仁政とは人民衣食住安定の道なり」と言っています。

この考えを社会貧の防貧に重ねて考えれば、貧窮者限定の取り組みもさることながら、国民全体にある程度の水準の生活が保障される社会ということになります。 日本国憲法第25条で「すべて国民は，健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」という生存権規定を思い起こさせます。生存権とは、文化的な最低水準の生活は保障されることを国に対して求める権利、人間らしい生活を送る権利です。

しかし渋沢は、「衣食住の安定」を、誰もが窮乏の危機に陥らず人間らしい生活が送れる生活保障の問題ではなく、物流環境の整備や土地・生活必需品などの供給の問題と解釈しました。

「即ち衣食住を満足せしむるを言ふ。尚ほ之れを今日に引き当てて切言すすれば、鉄道、船舶、港湾、道路等の交通設備を完成し、各種の文化施設が能く行届き、土地住宅難もなく、更に日用品の物価を得て、凡百の経済状が順調なるを、衣食住の満足と曰ふなり。」[12)]

賃金が上がらないままでの物価の高騰(インフレ)が生活困窮の大きな要因でしたから、需要に見合う供給によって物価を下げることは、重要な防貧策でした。

では社会保障(国家による生活保障)の根幹である生存権は渋沢の時代はまだ知られていなかったのでしょうか。

渋沢栄一が社会貧の防貧を唱えはじめたのと同時期に活躍していた経済学者福田徳三は、欧米の動向をふまえて生存権論を主張していました。第一次世界大戦によって国内経済が不安定になった欧米では、生存権を規定した最初の憲法(ワイマール憲法)が登場し、国民生活の安定を国家の任務として(福祉国家という)、社会保障制度の整備が始まっていました。

竜門社(渋沢の理念に共鳴した人たちの団体)の集会で福田が講演した記録もあり、渋沢が福田の生存権論を知る機会はあったと思われます。

渋沢栄一の膨大な記録を収録した『渋沢栄一伝記資料』(全58巻、別巻10巻)には、渋沢栄一が生存権に言及した記録がひとつだけ収録されています。

「現代は生存権とか、生活権とか、生きて行かねばならぬとか、生きる道とか、生きねばならぬといふ様な風に、生きるといふ事についてナカナカ八釜しく言はれて来たのは至極尤もな事と思ふ。併(しか)し言葉は怎(ど)う言ひ現はさうとも、タダ衣食住さへ足れば宜いといふ意味に於ての生きることだけでは、甚だ物足りなく感ぜられはしないかと思ふ。もとより現在に於ては、単に生きること―即ち衣食住のみについても頗る困難を感ずる様になつて来て、いはゆる労働問題とか社会問題とかいふ思想が擡頭して来た。それに就ては今茲(ここ)で申さぬが、併し何等の理想もなく抱負もなくタダ生きて行くといふ丈けでは誠に詰まらぬことで、人間としての面白味がなく、又価値もなく、生き甲斐のないことではなからうか。」(読みがな　宮本)[13)]

これは渋沢栄一が91歳で亡くなる年の1月に雑誌に掲載された講演録の冒頭です。青年期の心構えを述べた短い講演で、貧困救済の話題ではないため貧困問題や生存権についてはひとこと触れる程度です。これをみると、貧困が社会問題になっている中で生存権が盛んに主張されている状況を渋沢が知っていたことがわかります。

しかし、渋沢栄一は生存権に基づいた貧困対策・生活保障は主張しませんでした。人権ではなく人道に基づいて救貧・防貧を考える渋沢には生存権論は合わなかったかもしれません。

また、当時の憲法では国民の人権に関する規定が非常に限定的であったことから、生存権は日本の現実に合わないと考えたのかもしれません。

「富の偏在を匡正し救済して、国民生活の安固を計るには是非とも国家的事業に俟たなければならないと思ふ」という渋沢の主張は、戦後日本のような国の責任で行われる社会保障のイメージまでもう一歩というところに到達していました。

渋沢の福祉観がさらに先に進むには、先進国の動向を見ても、人権尊重という理念や生存権に基づく社会保障制度に注目する必要があったでしょう。

また、人権を法で制限する憲法から人権を保障する憲法への転換、憲法での生存権の明文化、生存権の保障を具体化する社会保障制度の整備、実効性のある制度にする財源の確保、といった大変化を日本社会が受け入れる可能性が感じられなければ、渋沢が生存権論を採用することは困難だったでしょう。

■

では、生存権に基づく社会保障が法制度化された戦後の日本で、養育院事業はどのように展開していったでしょう。

この記念誌に掲載しました「150年のあゆみ」で、ぜひたどってみてください。

1)竜門社. 青淵先生六十年史　第1巻.竜門社,明治33(1900),p468-469
2)大谷まこと. 渋沢栄一の福祉思想.ミネルヴァ書房,2011,p128
3)竜門社.竜門雑誌.第481号.昭和3(1928),121-123p
4)東京市養育院. 婦人慈善会に於ける渋沢男の演説.東京市養育院月報.第11号,明治35(1902),p41-47
5)渋沢栄一の福祉思想.p235
6)渋沢栄一の福祉思想.p236
7)渋沢栄一. 論語と算盤.忠誠堂,昭和2(1927).p153
8)竜門社.竜門雑誌.第270号.明治43(1910),p11-19
9)竜門社.竜門雑誌.第365号.大正7(1918),p72-73
10)渋沢院長の訓話.九恵　東京市養育院月報　第167号,大正4(1915),p113
11)竜門社.竜門雑誌.第381号.大正9(1920),18p
12)渋沢栄一. 論語講義(巻之六).二松学舎出版部,大正14(1925),p117-118
13)渋沢栄一,青年は煽りに載れ,実業之世界,第28巻第1号,昭和6年1月【渋沢栄一伝記資料別巻8　p211-214】

皇室と養育院(戦前)

1889(明治22)年の11月、昭憲皇太后(明治天皇の皇后)の命で香川敬三皇后宮大夫(皇后宮の長官)が養育院の視察に訪れた。養育院の職員は院内を「隈なく」(渋沢栄一述「回顧五十年」)案内した。

その年、養育院は渋沢栄一による私営から東京市営に移行したが、まだ市からの運営費支給は無く、渋沢と慈善会による資金集めで運営していた。

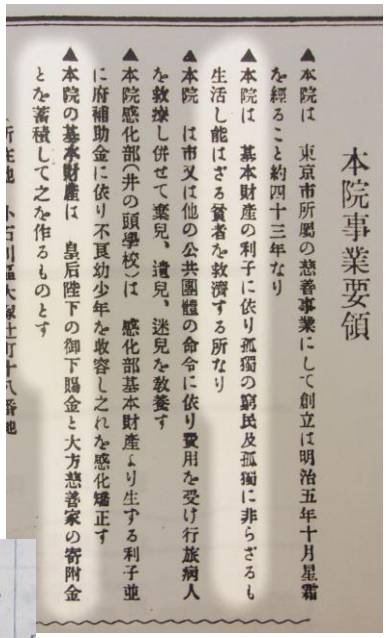
東京府内の貧窮者は増える一方で、本所長岡町の養育院では、定員150人の老朽化した建物に600人以上も収容し、厳しい生活環境になっていた。

皇后宮大夫の視察から8日後、「皇后陛下思召を以て、其府養育院へ一ヶ年六百円下賜せらる」と下賜金の思命が下り、ただちに東京府と養育院に伝えられた。これが養育院への下賜金のはじまりとなった。養育院への毎年の下賜金は貞明皇后(大正天皇の皇后)にも引き継がれ、市営時代いっぱい続けられた。

下賜金開始後、皇室と養育院の関わりが始まった。

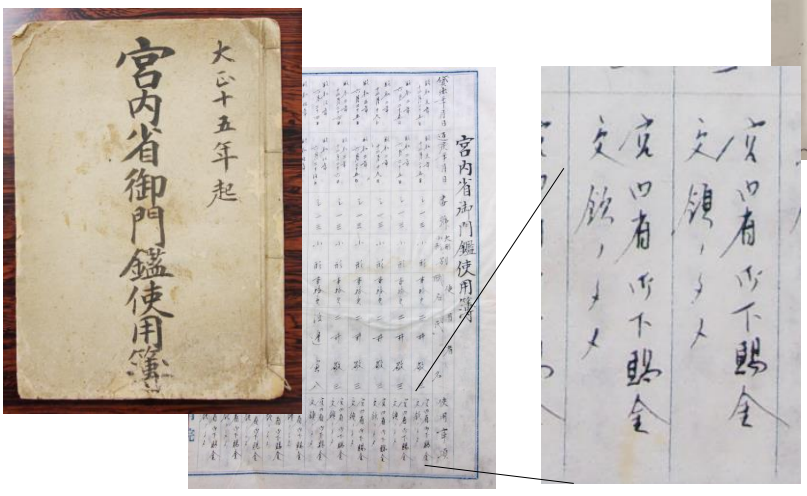
1943(昭和18)年刊行『養育院七十年史』』には、1889(明治22)年から1930(昭和5)年までの41年間に、約30の皇室関連の出来事(毎年の下賜金や、皇族や宮内省の視察、視察後の寄付、土地の下賜など)があったことが記載されている。1931(昭和6)年以降は、1943(昭和18)年までの毎年の下賜金拝受の記載があるのみで、その他の皇室関連の出来事は1件のみと激減している。

文責:宮本孝一
老年学情報センター老年学情報センター司書


本院事業要領

▲本院は　東京市所屬の慈善事業にして創立は明治五年十月星霜を經ること約四十三年なり
▲本院は　其本財産の利子に依り孤獨の窮民及孤獨に非らざるも生活し能はざる貧者を救濟する所なり
▲本院　は市又は他の公共團體の命令に依り費用を受け行旅病人を救療し併せて棄兒、遺兒、迷兒を教養す
▲本院感化部(井の頭學校)は　感化部基本財産より生ずる利子並に府補助金に依り不良幼少年を收容し之れを感化矯正す
▲本院の基本財産は　皇后陛下の御下賜金と大方慈善家の寄附金とを蓄積して之を作るものとす

東京市養育院月報(九恵)157号
1914(大正3)年
巻末
東京市養育院月報
復刻版　不二出版
より



宮内省に下賜金を受け取りに行った記録(東京都健康長寿医療センター所蔵)

⑥ 10年の節目と周年史の刊行

宮本孝一　老年学情報センター　司書

10周年～40周年

■10周年　1882(明治15)年
・本院は神田。
・記念式典や記念刊行物なし。
・養育院廃止案(府費支弁打ち切り)が東京府会で可決。

■20周年　1892(明治25)年
・本院は本所長岡町。
・記念式典・記念刊行物なし。
・「養育院年報」発行開始。
・紡績業や製糸業などの軽工業で産業革命(機械化)。

■30周年　1902(明治35)年
・本院は大塚。
・記念式典・記念誌刊行なし。
・院長職復活　(1890-1901年は委員長)。
・法改正により行旅病人の収容者が数倍に急増。
・日清戦争後、工業化と経済発展が進む。

■40周年　1912(大正元)年
・本院は大塚。
・記念式典・記念誌刊行なし。
・板橋分院用地を取得。
・1905(明治38)～1914(大正3)年は長期の大不況。

■50周年　1922(大正11)年
・本院は大塚　・記念式典開催。『回顧五十年』刊行。　・板橋に本院建設開始。翌年、関東大震災発生。

養育院創立50周年記念刊行「回顧五十年」

1922(大正11)年11月、巣鴨分院講堂で養育院創立50周年記念式典が開催された。

また、式典の参列者には、渋沢が語った養育院の思い出を田中太郎幹事が筆記し、巻末に各種統計を載せた『回顧五十年』(渋沢栄一述　田中太郎筆記　東京市養育院発行　1922)が記念刊行物として贈られた。『回顧五十年』の原稿は、東京市養育院月報の261号と262号にも掲載されている。

当時本院のあった大塚は都市化が進んだため、移転が計画されていた。記念式典の年には、板橋で本院の建設工事が始まった。

『回顧五十年』は、いくつかのトピックスについて簡潔に語ったもので、50年間の養育院経営で渋沢栄一院長にとって特に印象深かった事は何か、その時に渋沢がどういう思いだったか、を知ることができる。

■60周年　1932(昭和7)年
・本院は板橋。　・記念式典開催　『養育院六十年史』刊行。　・前年に渋沢栄一逝去。満州事変。
・田中院長就任2か月で急逝。川口院長就任。

5つの周年史①　養育院六十年史

1933(昭和8)年発行　東京市養育院編。

最初に刊行された養育院の周年史。 院史編纂委員長は川口寛三院長。

本文682ページ、附録90ページの大著だがわずか8ヶ月で脱稿。当時保存されていた文書からの引用が多い。

明治以来の養育院に関する一次資料の多くが戦災で失われたため、創立から昭和7年までの養育院の動向を知る基本的な情報源である。

■70周年　1942(昭和17)年

・記念式典開催、翌年『養育院七十年史』刊行。　・前年に日米開戦。

5つの周年史②　養育院七十年史

1943(昭和18)年発行　東京市養育院編。

太平洋戦争開戦の2年後の昭和18年に刊行。その年、連合軍の反抗が本格化し、国内では国民の招集や勤労動員が拡大された。東京では府・市が廃止され都政が施行された。

『七十年史』は、戦時中の用紙制限や経費節減のため他の年史にくらべ小ぶりの製本で、紙質もあまりよくない。昭和7年度から昭和16年度までの10年間について、社会事業史の観点ではなく事務参考資料として簡略にまとめるという編集方針だった。

本書では、労働力不足と収容者の減少・養育院事業の拡大・空襲に備える防護体制づくりといった、日米開戦前後の養育院の様子を知ることができる。

■80周年　1952(昭和27)年

・記念式典開催　翌年『養育院八十年史』刊行。　・栃木分院閉鎖　練馬分院創立五周年記念式典。

・1950(昭和25)年、国内は戦後の混乱期から復興期へ移行。

5つの周年史③　養育院八十年史

1953(昭和28)年発行　東京都養育院編。

戦後の大転換期に重点を置いてまとめられた。序文で「戦災及び終戦時の混乱のため資料の散逸したものもあり、又諸種の制約もあって、割愛を余儀なくされた部分も決して少しとしないので十全のものとはいい難い」と書かれており、戦争で多くの記録文書が失われたことがわかる。

しかし「達、告示及び上申書によって当時の状況を語らせる」という編集方針で関係資料を網羅的に取り上げており、引用や統計表が多く、終戦直後からの養育院再建の動向を知る上で重要な文献となっている。

■90周年　1962(昭和37)年

・記念式典・記念刊行物なし。　・東京オリンピック開催にむけ都予算は公共投資に重点。養育院予算は縮減。

・1955(昭和30)年から長期の好況が始まる(高度経済成長期)。

■100周年　1972(昭和47)年・記念式典開催　1974年『養育院百年史』刊行

・新付属病院と老人総合研究所を開設。

・高度経済成長期が1973(昭和48)年のオイルショックまで続く。

5つの周年史④　養育院百年史

1974(昭和49)年発行　東京都養育院編。

一番ケ瀬康子教授(日本女子大学)が編集責任者となり、日本女子大学、東北福祉大学、仏教大学、淑徳短期大学、明治学院大学の研究者と大学院生が執筆した。

当初は本文3,000枚+資料の全3巻として作業が進められていたが、インフレによる印刷費高騰などの理由で最終的に本文1,200枚全1巻に縮小された。掲載資料は大幅にカットせざるを得なかったという。

最終章(第9編　画期的な飛躍)では、高齢者医療・福祉・知的障碍者福祉に特化した養育院事業が高度経済成長期に拡大する様子が語られる。この最終章だけは日付が書かれない記述が散見され、養育院事業全体でどんなことが同時並行で起きていたかが見えないという難点がある

巻末の折込ページ「東京都養育院の百年の歩み」は、養育院と諸施設の設置や改組の全体像が見られる便利な図になっている。

第一回今和次郎賞受賞。

■110周年　1982(昭和57)年

・記念式典・記念刊行物なし。 ・老人総合研究所創立10周年記念式典。

・70年代から80年代初頭は、オイルショックによる不況で都の財政悪化。

■120周年　1992(平成4)年

・記念式典開催。1995年『養育院百二十年史』刊行。 ・伊豆山老人ホーム40周年記念式典。

・空前の好景気(バブル経済)の中、諸施設の拡充計画が策定される　しかし1991年バブル崩壊。

5つの周年史⑤　養育院百二十年史

1995(平成7)年発行　東京都養育院編。

養育院職員を中心とした編集委員会により約2年の編纂で刊行された。『養育院百年史』以後の20年間を中心に記述されている。 その20年の間には、オイルショックがもたらした都の財政難による事業の縮小があり、逆に1981年(昭和56)年からの財政改善期では施設の整備・拡充が進められた。財政改善期では、高齢化社会の到来に備えて医療・福祉施設の充実が図られ、老人性痴呆(認知症)の総合的な研究が始められている。

1991(平成3)年のバブル崩壊で長期不況が始まったが、養育院事業への影響は本書ではほとんどみられない。80年代に引き続いて施設の整備・拡張計画の記述が多い。

■130周年　2002(平成14)年

・記念式典・記念刊行物なし。

・1997(平成9)年 【養育院廃止】高齢者施策推進室設置。

・東京都老人医療センター創立30周年記念式典。 30周年記念誌刊行

・経済低迷が長期化する中、都の福祉・医療の制度改革が次々策定される。

■140周年　2012年(平成24)

・記念式典・記念刊行物なし。

・2009(平成21)年　東京都老人医療センターと東京都老人総合研究所を統合して地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが発足。

・都立老人ホームの民営化や廃止が進む。

■150周年　2022(令和4年)

・2023(令和5)年2月　記念式典開催。『東京都健康長寿医療センター病院,研究所開設50年・養育院創立150年記念誌』刊行(東京都健康長寿医療センター)

その他の周年誌（記念誌DVD版に全文PDF収録）

東京都養育院附属病院 医局十年の歩み（昭和四十七年～五十七年） 発行:養育院附属病院医局　1983(昭和58)年

東京都養育院附属病院 最近10年の歩み　発行:東京都養育院附属病院　1983(昭和58)年

東京都老人医療センター 開設20年の歩み　発行:東京都老人医療センター　1992(平成4)年

東京都老人医療センター 36年の軌跡　発行:東京都老人医療センター　2009(平成21)年

※都直営時代の最後の年に刊行

老人研20年史　 発行:財団法人東京都老人総合研究所　1992(平成4)年

老人研30年史　 発行:財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団東京都老人総合研究所　2003(平成15)年

2 150年のあゆみ 養育院本院・分院・専門施設

監修 井藤英喜：東京都健康長寿医療センター名誉理事長
監修 稲松孝思：同上 顧問
調査・編集 宮本孝一：同上 老年学情報センター

構成

周年史（養育院六十年史、八十年史など）はテーマ別に出来事を記述している。この「150年のあゆみ」ではそれらの出来事を時系列で配列し、どんな事業が並行して進んでいたかが見られるようにした。。

1893年（養育院創立の翌年）以降は10年ごとの区切りでまとめている。

・江戸期から1992年（養育院創立120周年）まで

主に養育院の周年史の年表に挙げられた事項をとりあげ、時系列で記述した。内容は周年史（養育院六十年史など）を主な情報源とした。

・1993年以降

東京都公文書館および東京都立中央図書館で所蔵している都庁の部局、養育院、諸施設の事業概要（年報）と公開された報告書類を主な情報源とした。これらの資料では諸施設の出来事に関する具体的な記述がないため、「150年のあゆみ」の1993年以降の記述は、法制度の新設、組織再編、発表された事業計画・答申・報告書といった内容が主になった。

主な参考文献

幕末～1992年

【養育院の周年史】

東京市養育院.養育院六十年史.1933
東京市養育院. 養育院七十年史.1943
東京都養育院.養育院八十年史.1953
東京都養育院.養育院百年史.1974
東京都養育院.養育院百二十年史.1995

【そのほか】

東京市養育院.創立六十周年記念写真帖.1932
池田敬正・ 土井洋一.日本社会福祉綜合年表.法律文化社2000
塩見鮮一郎.貧民の帝都.文藝春秋2008
松山 恵.都市空間の明治維新.筑摩書房2019
下野新聞社編集局.語り継ぐ戦争 とちぎ戦後70年.下野新聞社2016

1993年以降

【都政の主な出来事（年刊）】

東京都公文書館.東京都行政資料収録

【局の事業概要（年刊）】

養育院 高齢者施策推進室 福祉局 衛生局 健康局 福祉保健局 東京都知事本局（平成15年版）

【諸施設の事業概要・年報（年刊）】

東京都老人医療センター 東京都老人総合研究所 東京都健康長寿医療センター 多摩老人医療センター 多摩北部医療センター 板橋ナーシングホーム 東村山ナーシングホーム 富士見ナーシングホーム 板橋老人ホーム 東村山老人ホーム 板橋看護専門学校 東京都安房児童学園・東京都船形学園・東京都那古学園 東京都石神井学園 東京都八街学園 萩山実務学校

【報告書など】

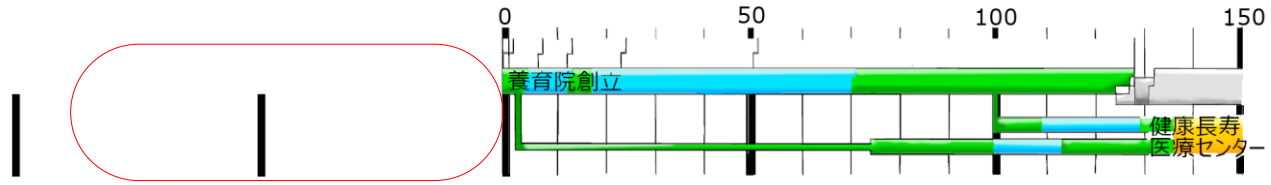
東京都地域福祉推進計画.1994
とうきょうプラン’95.1995
東京都における今後の地域福祉の総合的・計画的推進について 中間答申.1996
生活都市東京構想.1997
高齢者福祉・医療の複合施設運営検討委員会 第一次報告.1997
東京都行政改革プラン.1998
ハートフル東京推進プラン.1998
東京都社会福祉審議会最終答申 東京都における今後の地域福祉の総合的・計画的推進について 平成10
東京都福祉推進プラン’99.1999
都庁改革アクションプラン 都政改革ビジョン1.2000
都立病院改革会議報告書.2001
都立病院改革マスタープラン.2001
都立福祉施設改革推進委員会報告書.2002
都立病院改革実行プログラム.2003
第2次都庁改革アクションプラン.2003
行財政改革実行プログラム.2006
板橋キャンパス再編整備計画.2008
東京の福祉保健の新展開2008.2008
東京都社会福祉審議会意見具申 福祉の将来展望における論点.2010

【そのほか】

社会福祉の動向編集委員会.社会福祉の動向2022.中央法規出版 2022
社会保障入門編集委員会 .社会保障入門2022.中央法規出版 2021
東京都伊豆山老人ホーム.伊豆山老人ホーム五十年のあゆみ.2002

「復刻版 東京市養育院月報」掲載写真の引用 ： 提供 不二出版

1780-1872　七分積金開始　病幼院創立意見　明治維新と貧困問題　養育院の創立



西暦	和暦	月	日 (旧暦)	出来事
1780	安永9			◆幕府が深川に無宿養育所設置。
1783	天明3			◆天明の大飢饉(～1788)。米価高騰につき、江戸では町民が飢人を救済。
1784	天明4			◆幕府、囲穀禁止。江戸の廻船問屋が救小屋設置。
1787	天明7			◆**松平定信**、老中主座となり寛政の改革を始める。
1788	天明8	1	2	◆松平定信、心願書を本所吉祥院聖天に奉納し、民生安定を祈願。
1789	寛政元			◆幕府、各藩に囲穀を指示。
1790	寛政2			◆江戸石川島に人足寄場設置。
1791	寛政3	12		◆松平定信、**七分積金**制定。
1792	寛政4	4		◆囲籾蔵役所名を**町会所**と決定。
		12		◆七分積金開始。
1831	天保2			◆江戸町会所が米価高騰につき救済。
1832	天保3			◆天保の大飢饉(~1839)。江戸町会所が、米価高騰・風邪流行につき救済。
1833	天保4			◆江戸町会所が米価高騰につき救済。
1834	天保5			◆江戸町会所が米価高騰につき救済。
1836	天保6			◆江戸町会所が米価高騰につき救済。
1851	嘉永4			◆江戸町会所が米価高騰・風邪流行につき救済。
1855	安政2			◆江戸町会所が震災につき救済。
1857	安政4	1		◆**大久保忠寛**(蕃書調所頭取　1865年一翁に改名)、**「病幼院創立意見」**を幕府に提出。しかし実現せず。
1858	安政5			◆江戸町会所がコレラ流行につき救済。
1861	文久元			◆幕府、長崎養生所を設立。
1866	慶応2			◆江戸の物価が急騰。救小屋を設立。町会所は七分積金の籾や資金で生活困窮者を救済。
1867	慶応3	10	14	◆大政奉還
		12	9	◆王政復古の大号令
1868	明治元	1	24	◆大久保一翁、幕府の会計総裁に就任。
		3	13	◆会計総裁大久保一翁、陸軍総裁勝海舟、西郷隆盛と江戸開城交渉。
		3	15	◆五榜の掲示「鰥寡孤独廃疾ノモノ憫ムヘキ事」。
		4	6	◆五箇条の御誓文
		4	11	◆江戸城を大総督府が接収(無血開城)。
		5	19	◆町会所の資産(**七分積金**)が官軍に引き継がれる。
		6	4	◆町会所は市政裁判所の管轄になり、七分積金中止。
		9	22	◆東京府庁、開庁。
1869	明治2	1		◆七分積金再開。
		2		◆日田県(大分県)に育児施設日田**養育**館設置。
		3		◆三田に貧院(のち**救育所**)設置。その後9月に高輪、麹町に救育所を設置。生活困窮の老人・子ども、市中の浮浪者に、政府の下賜米と町会所の籾蔵から米を支給。
		9		◆深川に窮民御救小屋を設立。救育所入所まで一時的に収容。
1870	明治3			◆京都に私設療病院設立。
		8		◆東京府、深川に**工作所(受産所)**を設置。その後麹町・下谷にも設置。
		11		◆京都府、窮民授産所を設立。
		?		◆三井組、大蔵大輔井上馨に「市中凡取調書」を提出。
1871	明治4	5		◆大阪府、大貧院を設立。
		6	17	◆行旅病人取扱規則を布達。
1872	明治5			

1871	明治4	6	20	◆棄児養育米給与方、交付。
		7		◆京都府、療病院を設立。
		8	20	◆早矢仕有的ら、横浜に仮病院を設置。貧困者の施療を開始。
			29	◆廃藩置県
		9		◆工学頭・山尾庸三、太政官に盲唖学校の設立を建白。
1872	明治5	5	25	◆**大久保一翁、東京府知事**に就任。
		5	29	◆**町会所**廃止
		8		◆**営繕会議所**設立。町会所の資産を引き継ぐ。七分積金を資金として道路橋梁水道の修繕と新規の営繕事業を行う。
		9		◆営繕会議所、修繕土木事業ではなく東京住民による会議(議会)の役割となることを府に上申。
		9		◆大久保府知事、東京の貧民対策を営繕会議所に諮問。
		10		◆営繕会議所、**救貧三策**を答申。
		10	10	◆**ロシア皇子アレクセイ**来日のため浮浪者一掃を計画。
		10	15	本郷加賀藩邸内に窮民240人を仮収容。**養育院の創立**。会議所附養育院と呼称。
		10		◆**救育所**廃止。
		10	19	収容者を浅草溜に移し、加州邸空き長屋は事務取扱所とした。
		10	28	◆営繕会議所、建設・社会事業等を審議し東京府に上申する組織として会議所に改称。
		11	5	貧民を収容する常住施設の場所を選定。会議所は護国院と交渉。東京府庁と会議所の最終検査のあと土地の引き渡し完了。
		11	12	収容者や貧困失業者を連日雇用して労役に使役させる日雇会社を設立。
		12	2	◆天保暦(旧暦)を廃止。翌日より明治6年1月1日となる。

松平定信「七分積金」制定

養育院創立からさかのぼること80年前。

1792(寛政4)年、老中松平定信は江戸で備荒制度を開始した。

町費(消防、水道維持、祭礼などの自治費用)を節約し、毎年の節約額の7割を積立金や籾として蓄えたことから**七分積金**と呼ばれた。七分積金を管理し、平時の困窮者や災害時の救済事業を行う事務所として**町会所**が設けられた。

養育院の祭典

渋沢栄一養育院院長は、松平定信の善政を偲び、毎年養育院で定信の命日に祭典「楽翁公記念会」を開催した。

楽翁公記念会で講演をする渋沢栄一
大正15年(創立六十周年記念写真帖より)

松平定信の心願書

江戸が飢饉・疫病流行・火災・物価高騰などで混乱する最中に老中に就いた松平定信は、世の平安を願う心願書を本所吉祥院の歓喜天に奉納したという。

心願書は養育院の職員の手で書写され、渋沢栄一の讃とともに額装されて養育院の院長室に掲げられていた。

渋沢栄一は養育院運営に関わるようになってから七分積金の由来や心願書のエピソードを知った。

心願書の写し(右)と渋沢栄一の讃(左)
(東京都健康長寿医療センター蔵)

大久保忠寛「病幼院創立意見」

ペリー来航以降、西洋の情報を収集する必要に迫られた幕府は洋学の研究と教育を行う蕃書調所を設けた。

1857(安政4)年、蕃書調所総裁だった目付大久保忠寛は、西洋の救貧施設(病院・幼院)の情報を元に、江戸に同様の施設を作る案「**病幼院創立意見**」をまとめて幕府に提出した。その直後大久保へ長崎奉行への辞令が出され、西洋式の救貧施設は実現しなかった。

1872(明治5)年に東京府知事に就任した大久保忠寛(一翁)は、七分積金を管理する営繕会議所とともに東京で救貧政策を開始。養育院が誕生する。

明治維新以降は、大久保一翁は渋沢栄一ともつながりがあった。明治のはじめ、渋沢栄一が静岡藩に仕官したとき、一翁は静岡藩の中老だった。1874(明治7)年に会議所の経営立て直しのため渋沢栄一を共有金(七分積金)取締に任じたのも、大久保一翁府知事。

病幼院創立意見の概要

●病院
医長・副医長　医師10名　介保人170名
取締役人(事務長)1名　雑用8名
人件費や食料品、備品の調達にかかる経費も記載

●幼院(300人収容)
牛飼50名　牛100頭　扱い女300名
人件費や夜具・おむつの費用も記載

●資金の調達
江戸の家持町民(約14,000人)より毎年一人1両徴収。
費用の残額は町人に貸し付け、利息収入も運営に充てる。

蘭学者・洋学者が注目していた西洋の病院・幼院・貧院

1637(寛永14)年の島原の乱以降は西洋の書物の入手が困難になった。西洋の情報が中国経由の漢訳書物に限定されると、地図『坤輿万国全図』と地理書『職方外紀』の2つが蘭学の主要テキストになった。キリスト教文化圏の情報が載っている『職方外紀』は禁書とされたが、幕末まで蘭学者の間で広く筆写された。

「職方外紀」に記載された病院・幼院・貧院は蘭学者や洋学者の関心が高く、幕末に欧米に派遣された使節団もこれらの施設を視察した。蘭学で使われていた「病院」という言葉はそのまま日本社会に定着した。

江戸経済の崩壊とあふれる貧民

江戸の人口100万人のうち、半数は武家、半数は町民だった。幕末、将軍徳川慶喜が寛永寺に移り、官軍が江戸に迫ると、江戸市中の武士は各藩に戻り、裕福な商人も江戸を離れた。徳川慶喜が静岡に移ると多くの幕臣も同行した。

これにより、江戸の経済は崩壊。江戸に残された多くの町民や下級武士は職を失って貧民となった。空き家となった広大な武家屋敷は荒廃し、江戸城の中も浮浪者が徘徊する有様だった。

維新後も、貧民対策は政府と東京府の大きな課題となった。

明治始めの頃の浮浪者
(養育院七十年史より)

幕府から新政府に引き継がれた七分積金

幕府が倒れた際に170万両にも及ぶ積立金が官軍に引き継がれた。

1868(明治元)年、七分積金を管理する町会所は鎮台府司法裁判所の所管となった。その年6月司法裁判所は地主の負担を考慮して、七分積金制度を廃止した。

しかし、新政府は資金不足で東京に駐屯する軍の費用を積金から借用せざるを得なかったことや市中の困窮民の増加のため、翌1869(明治2)年に積金制度を再開することとなった。同時に町会所の所管は東京府所属とされた。町会所は蓄えられた籾から困窮者への米の支給を行った。

救育所の設置と廃止

1869(明治2)年、東京府庁は生活困窮者を収容する「貧院」を現・港区の藩邸敷地に設置。20日後に**救育所**と改名された(三田救育所)。その年のうちに、高輪・麹町にも救育所が設けられた。収容者には町会所が管理する籾米(七分積金)を使って食事が出された。深川には救育所に収容される前の一時収容所が設けられた。

1870(明治3)年には、労働可能な困窮者に仕事を与えて労賃が得られるようにする授産所を深川・麹町・下谷に設置した。これは救育所の運営費節減のためでもあった。

籾の蓄えは残り少なく、東京府も財政が厳しいことから、1871(明治4)年から翌年にかけ救育所は廃止された。(3つの救育所を廃止した年・月は史料よって異なる。)

七分積金廃止の提案

1870(明治3)年、三井組が市中凡人取調書を大蔵省井上馨大蔵大輔に提出。七分積金の廃止、および既存の積金を市中に貸し付けた利子での橋梁建設を提案する内容。

棄児養育法公布

1871(明治4)年6月、太政官が**棄児養育法**を公布。15歳以下の棄児に毎年米7斗を支給することとなった。行旅病人はその所在地の官署が救護を行うこととした。

大久保一翁府知事就任と営繕会議所

1872(明治5)年5月、**大久保一翁**が東京府知事に就任。

同月、町会所は廃止。町会所が行っていた米の支給などの救済事業は6月より東京府出納掛が行うこととなった

同年8月、大蔵省井上馨大蔵大輔の内諭により**営繕会議所**が設けられた。

営繕会議所は町会所の遺産(共有金＝七分積金)を引き継いで道路や橋の整備などを行う民間団体で、運営には東京在住の有力商人が選ばれた。

町会所廃止時の資産(七分積金)

1868(明治元)年に官軍に引き継がれた当時の七分積金の内訳と、1892(明治5)年町会所廃止時の内訳。

籾の蓄えは激減したが、玄米や現金は大きく増えていた。

	幕府から官軍へ	町会所廃止時
玄米	296石余	572石
白米	193石余	0
籾	320,701石	39,561石
現金	現金21,195両余 貸付滞金　207,675両 別段貸付金25,000両	金618,196両 洋銀3,383ドル 銭633貫
地所	1,705ヶ所	1,705ヶ所
その他		土蔵15棟　小菅納屋32棟

営繕会議所設立の布告

『東京都史紀要第八　七分積金始末』(東京都総務局文書課昭和26年2月)という謄写版の刊行物がある。

1960(昭和35年)には本書の改訂版『都史紀要7　七分積金』が刊行された。

謄写版『七分積金始末』では、営繕会議所設立に関する各区戸長の布告(明治5年8月　552号)の内容が書かれている(p121-122)。その記述を箇条書きにすると以下の内容になる。

・新政府御用商人のうち東京在住の者を選定して、営繕会議所の運営にあたらせる。
・道路・橋梁・水道の修理は民費で支出すべきだが、維新以来東京市民の困窮が激しいため七分積金から支出する。
・道路などの修理が進めば市民にも便利であるし、土木工事で貧困階級の市民を雇用できるので救済事業にもなる。
・補修工事や新築工事だけでなく、救育所が廃止され永続的救済施設が要望されている折、「旧来の本務たりし貧困者への救済事業を新たに恒久施設を設けて種々行う為」営繕会議所を設立する。
・隅田川の4つの大橋やお堀の浚渫は大蔵省が費用を負担。
・515,767円余を東京府に下附して営繕会議所の事業を行わせる。

営繕会議所設立の趣旨に、都市建設だけでなく、永続的な救貧事業のために救育所に代わる恒久施設を設けることが挙げられている。これは救貧三策(営繕会議所答申)より早い。

救貧三策

営繕会議所が事業を開始して間もない1872(明治5)年9月、ロシア皇子アレクセイが来日することになり(10月予定)、政府と東京府は東京市中に大勢の浮浪者がいることは国の面目に関わるとしてその処置を検討する必要にせまられた。

大久保一翁府知事は営繕会議所に窮民の救済策を諮問。営繕会議所は10月に三策を答申。①会社を興して工作所を作り工員として雇う、②日雇会社を作り、人力車の車夫、草刈り、土木工事などの仕事を与える、③病人、老人、子どもを収容する長屋を設けて医療や教育を行う、という内容だった。

養育院創立

ロシア皇子の訪日が近づいた1872（明治5）年10月13日、東京府の川上大属が会議所に出向き、浮浪者の至急の処置を協議。翌14日、会議所の三野村利左衛門を府庁に呼び出し、収容場所などを協議。本郷の元加賀藩邸の空き長屋に収容することとした。

10月15日、川上大属と会議所数名が空き長屋を視察。さらに川上は囚獄司や長谷部善七と収容方法を協議。大久保一翁府知事は各区に浮浪者の収容を布告。その日から集められた浮浪者は約240人だった。

この日1872（明治5）年10月15日が**養育院創立**の日とされている。

ロシア皇子が東京に着いたのは翌16日だった。

本郷3丁目付近（養育院百年史p28より作図）

養育院創立に関わる営繕会議所の答申

救貧三策の答申

一、明治五年九月**魯西亜皇子の来朝**に先立ち府庁を乞食非人は救済すべき方法を会議所に下問す。会議所は衆議を以て、其三策を献す。

一に曰く、工場を開く。二に曰く、日雇会社を設く。三に曰く、老幼廃疾窮民を救育す。

其言皆嘉納せらる。窮民救済方法の義及衆議候処、左の通決評仕候。

第一

工作場を開くが為に都下に募り有志の者に会社を結ばしめ方法詳細の調書を会議所に出させ、右の窮民等々を工人となして自ら其力に食ましむ。工作場を建るの費等は会社の不足を補ふ為に会議所より若干の金を貸す、年賦を以て返納すへし。

第二

前条の如くすれば全策なれども一朝にして工作場建らるへき者にあらねば先づ日雇会社を結ばしむ、其の法会社を数箇所に建て窮民若干人づつを借し与へ、或は人力車を挽かせ、或は草を苅り掘を鑿等の役に使ふ。此等皆社長の意に任せ、雇銭を以て窮民を養ひ、其余は会社の贏利になすべし、然れども徒罪人を役使すると同様ならしむべからず。会社建築の入費は前条の如く姑く貸すも可なり。

第三

工人雇役等に使ふ可からざる廃疾老幼あるべし。此等は高敞の善地を択みね長屋を建て病者に医薬を給し幼者は師を延て之を教へしむべし。此輩は所謂天下の窮民にして告る無き者なれば都下の財を捐て養ふも理の当然たるべし。

右の通評議仕候　以上

千申十月　　会議所

会議所の建議（明治五年十月十三日）

府下乞食徒逐日増加何分難捨置殊に魯国の親王来朝近きに迫り至急処分の儀相議候様達しに付即ち三野村利左衛門、斎藤純蔵、田畑謙蔵、西村勝三等府庁へ向かつて其所置（非人取集方）を申述す、曰く差向き駆集したる乞食徒をは**本郷救加州邸隙宇**に移し長谷部善七をして其事に従事せしめ、然後**浅草溜**（溜とは旧幕の時病囚の為に設けた監獄なり、善七之に従事す猶初の如し）へ移らしめん。

救貧三策（養育院百年史p27より）

養育院の常設化にむけて

加賀藩邸の長屋では浮浪者の処置に困り、1872（明治5）年10月19日に収容者を浅草溜に移した。空き長屋は引き続き、浮浪者収容の事務取扱所とした。

収容者は子どもから50歳までの男性が多く、女性や老人は少なかった。

会議所（10月28日、営繕会議所から会議所に改称）は、同月中から三策に挙げた日雇会社や工作場、病人・老人・子どもの常住施設収の新設に向けて府と協議を進めた。

11月4日、東京府より常住施設の候補地として駒込・巣鴨・麻生・板橋・白山が通牒された。会議所はどれも不適当として、上野護国院内の地所と建物を購入して補修し、これを**“養育院”**とする旨を上申した。

同月5日には、護国院より地所や建物の買い上げを可とする回答があった。これを受けて府庁掛員、会議所委員が護国院の候補地を視察、引き渡しが行われ、11月17日には代金が支払われた。

11月18日、会議所議員の中から養育院掛10名が選出された。

工作場と日雇会社

1872（明治5）年10月10日、大久保府知事が営繕会議所に**工作場**の設立を提唱した。それに対し、営繕会議所は東京府も会議所も直接工作場を設立するのは困難とし、有志を募って設立することを提案した。その結果、11月7日に会議所（10月28日に営繕会議所から改称）が深川長州邸跡に工作場を設置した。

日雇会社は民間から会議所に対し11月12日に2件設立願いが出された。会議所は「各大区日雇会社方法概略」「会社人足心得」を示してこれを守るよう申し渡し、日雇会社が設立された。

日雇会社には会議所から50～150人の健康な者を派遣。種々の業務に従事させた。日雇会社に加入した者のうち工業に従事したい者は工作場に入所できた。派遣者が病気になったときは養育院で療養した。

“養育院“という名前

養育院という名称が定められた経緯は史料が無く不明。その役割から見れば当時の蘭学・洋学の言葉でいう貧院・幼院・病院に当たる。

近い時期では、福沢諭吉が幕末の遣欧使節団随行の際に書いた記録『西航記』に養育院の記述がある。内容は盲学校の教育で、『西航記』を元に書かれた『西洋事情』では該当箇所は盲院に改められている。

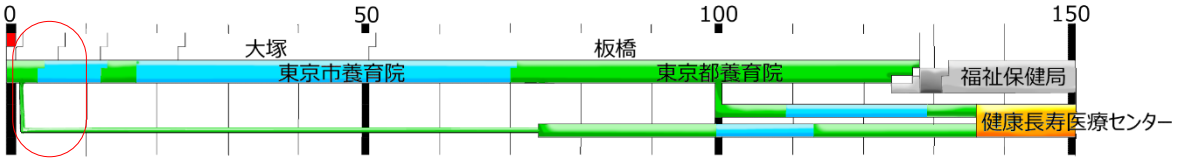
同じ頃、金沢で加賀藩主前田慶寧が貧病院「卯辰山養生所」を設立した。これは『西洋事情』の影響という説がある。明治初年に作られた『金沢町絵図』という地図には、卯辰山養生所は「病院」と書かれ、隣接して「養育院」という建物が描かれている。これがどういう施設かは不明。

1872（明治5）年、大蔵省には井上馨・渋沢栄一・松方正義など、のちに政財官界の中心になる人物が集まっていた。松方正義は大蔵省に入る前、1870（明治3）年まで日田県（福岡・大分）の県知事で、孤児を育てる施設「養育館」を設置した。

これらの施設が養育院という名称に影響したかどうかはわからない。

1971（明治4）年に棄児養育法が公布されたこと、旧加賀藩邸長屋や浅草溜の収容者では男児が多かったことから、当時の救貧事業では成人の失業対策だけでなく子どもの養育の比重も大きいことがわかる。こうしたことも養育院名と関係があるのかもしれない。

1873-1882　養育院上野から神田へ　渋沢栄一院長就任　養育院処分案可決



西暦	和暦	月	日	出来事
1873	明治6	1	8	飯田直之**亟**、養育院院長に任命される。
		2	5	浅草から上野へ移転完了。
		2	6	会議所「養育院」「東京府養育院」の2つの印章を作成。東京府庁に上申。
		2	7	労働可能な健康な収容者を修練して出院させるため、院内で製靴、紙漉きなどの**授産事業**を開始。
		3	3	行旅病人・棄児の収容開始。
		9		◆東京府病院開業。一般患者および貧困患者の施療を行う。
		11		◆共有金(七分積金)が残り少なくなり大蔵省から37,778円借り受ける。
1874	明治7	6	2	日雇会社を廃止し、道路修繕・土木工事・墓地清掃の仕事を与える**養育院力役場**を設置。
		11		渋沢栄一、大久保府知事より会議所の共有金取締役を嘱託。
		12	8	◆恤救規則(じゅっきゅうきそく)制定。
1875	明治8	1	?	養育院医師は府下病院付属となる。
		7	12	◆窮民一時救助規則。
		10		養育院内に精神病者の専用室が設けられ、5人収容。
		12	21	◆渋沢栄一、会議所頭取に就任。会議所の業務を府に引き継ぐことを決定。
1876	明治9	5	11	◆会議所の事務および共有金、府への引継ぎ完了。
		6	6	養育院は東京府養育院と改称。渋沢栄一、**養育院事務長**に就任。
1877	明治10	2	15	◆西南の役
		12	22	**らい病(ハンセン病)**患者を起廃病院に治療委託。
1878	明治11	3	2	◆東京府会開会。
		4	22	小児雑居の悪弊を正すため別居施設につき府庁へ上申。
1879	明治12	7		養育院の経費は地方税支弁となる。
		7	16	養育院事務掌程を制定。
		8	18	養育院事務長を**院長**と改称。渋沢栄一事務長は院長に就任に。
		10	10	上野の本院敷地は博物館建設用地に決定。本院は**神田和泉町**に移転。
1880	明治13	6	15	◆備荒貯蓄法制定。
1881	明治14			
1882	明治15	4		東京府会に院処分案(養育院への府費支弁の打ち切り)が提出され可決。
		8		◆東京府病院廃止。有志共立東京病院設立。貧困者の施療を行う。
		9	30	◆行旅死亡人取扱規則

医療に関する出来事

研究に関する出来事

飯田直之亟(丞)、院長に任命

1873(明治6)年1月、明治5年11月より養育院に勤務していた**飯田直之亟**が養育院の院長に任命された。

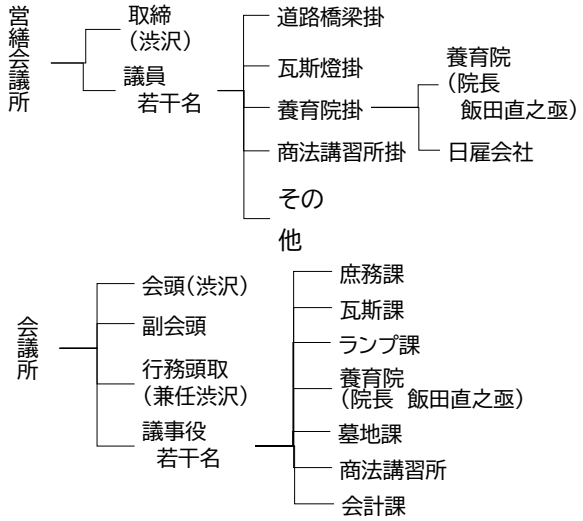
このときの養育院院長は、営繕会議所養育院掛8名の下に位置する役職(会議所の課長級)であった。

院長の位置づけが府営時代以降の「名実ともに院長」(養育院百二十年史)とは異なるため、飯田直之亟は一般的に初代院長とみなされていない。

渋沢栄一、東京会議所会頭に着任

共有金(七分積金)は残り少なく、共有金取締役を委嘱することとなった。**渋沢栄一**らが選ばれ、1974(明治7)年11月より共有金取締役に着任した。渋沢は会議所委員を公選制にして府会(議会)にすることを提案。会議所はこの提案を大久保府知事に上申したが認められなかった。

同年12月、渋沢栄一は**東京会議所会頭**に就任した。



営繕会議所と会議所(養育院六十年史p175より作図)

浅草から上野へ

浅草溜の収容者のうち、身内への引き渡し・日雇会社への斡旋・重病で移動不能な者を除く114名が1873(明治6)年2月に上野の養育院に移った。このころ「養育院」「東京府養育院」の2つの印章が作られた。

同月には**養育院掟書**などの規則が院内巡視に訪れた知事に渡され、**入院条件**が府庁に上申された。

養育院掟書には行動の決まりが具体的に挙げられており、院内の1日の過ごし方がうかがわれる。入院条件では、家族による介抱が困難な病人や身寄りがない困窮者を受け入れの対象とすること、病気や障害によって部屋を分けること、健康な大人は院内作業や道路の修繕に従事すること、児童は院内の筆算所で教育を受けること、の4か条が示された。

養育院に病室を開設

上野への移転に先立ち、1892(明治5)年12月より移転先に病室が建てられた。

翌1873年に収容者が上野に移った翌日から1年間、病室では医師村上正名が病人の治療を行った。同年、東京医学校は解剖のための遺体の譲渡を東京府庁に依頼した。会議所は、無籍者病死体のみとし、運搬は医学校の負担という条件で応じることとした。

1874(明治7)年は医師佐々木東洋が採用された。同年5月に**府下病院(東京府病院)**が設立されると、養育院の病室は府下病院の附属となり、医師も府下病院の所属となった。養育院の収容者で難病の者は府下病院に送られた。

収容者の就労

収容者の労働力を図る会議所と、請負制度をとっていた**日雇会社**とで経営上の食い違いが生じ、1874(明治7)年に日雇会社は廃止された。道路修理や谷中墓地の清掃の請負は新たに設けられた**養育院力役場**に引き継がれた。

院内作業は紙漉き・草鞋作り、網漉が主であったが1876(明治9)年以降は西洋マッチ会社と提携したマッチ箱製作、大蔵省紙幣局抄紙部と提携した雁皮の皮剥ぎ、組糸器械を導入した軍服飾紐や燈心づくりなど、作業の種類が多様化していった。

他県からの入所を抑制

上野での事業を始めた養育院では、行旅病人、棄児、視覚障害者、精神病者などに収容の範囲を拡大したため収容者が増加した。他県民の収容も増加したため、会議所は、他県民の収容を抑制する方針をとることとし、行旅病人を除いて市内在住2年の者とした。

児童の処遇

院内に**筆算所**が設けられ、尋常小学校程度の教育が開始された。 児童の教育には書記1名と幼童世話掛2名が当たった。1878(明治11)年には約40名の児童が筆算所で学習した。

養育院創立当初の児童は、親の収容に伴う収容だった。院内では、親の性別によって分けられた部屋に親とともに居住した。

しかし大人との雑居による児童への悪影響が表面化したため、1878(明治11)年に渋沢院長は府庁に対して児童の別居を上申。院内に児童室を設けて、乳児以外の児童を大人から離した。

恤救(じゅっきゅう)規則の制定

それまで藩ごとに行われていた救貧政策が廃藩置県によって無くなったため、1874(明治7)年12月に全国統一の基準を定めた日本初の救貧法**恤救規則**が制定された。

内容は、極貧者、老衰者、廃疾(不治の病気や障害)者、孤児等のうち血縁・地縁関係による相互扶助が得られない者に対象を限定して現金給付を行うものだった。

困窮者の救済は相互扶助で行うべきものとし、国家による救済の責任はなく恩恵的な給付とされ、金額も最低限の生活を下回る額だったため救済の効果はなかった。

そのため新法案が2度出されたが成立せず、恤救規則は制定から57年後の1931(昭和6)年、**救護法**制定により廃止された。

渋沢栄一、養育院事務長に就任　養育院は府営に

1876(明治9)年1月、会議所は事務を府に移し、議事のみ行うことを提案。大久保府知事より事務の移管が許可され、同年4月には渋沢栄一が**養育院事務長**に、西村勝三が副事務長(幹事)に任命された。

同年5月に養育院を含む会議所のすべての事務は東京府に移され、養育院は会議所付属から東京府直轄の施設となった。

養育院、立ち退きを求められる

養育院が上野に移転してから3年後の1876(明治9)年2月、同敷地について文部省博物館側から博物館設置計画の申し出があり、養育院は立ち退きを求められた。

同年8月、東京府・文部省・博物館事務局の3機関の代表により、養育院の建物は東京府癲狂(てんきょう)院に引き渡すこと、養育院に設けた精神病者専用の部屋(狂人室)の収容者も東京府癲狂院に引き渡すこと、地所は文部省博物館に引き渡すことが決められた。

ハンセン病患者の治療を起廃病院に委託

1877(明治10)年、渋沢事務長は楠本府知事に、らい病(ハンセン病)患者の治療を起廃病院に委託する旨を上申した。

これにより養育院のハンセン病患者は起廃病院に委託入院させることとなった。養育院でのハンセン病患者は1897(明治30)年ごろから増加し、さらなる対応策が必要となった。

東京府会開会と地方税からの養育院運営費支弁

1878(明治11)年、郡区市町村編成法・府県会規則・地方税規則の制定により東京府にも**府会**が設置された。

政府の出先機関だった東京府に自治組織が生まれることになり、財政の議決権を持つようになった。

この結果、府営に移行してからも共有金で賄われていた養育院の運営費は、1879(明治12)年より地方税から支弁されることとなった。

府会は住民の地方税負担を軽減するため、予算の削減を進めた。予算が縮小する一方で養育院の収容者は増加したため、養育院の経営は困難となり、事業の縮小を余儀なくされた。

収容者の医療に関して帝国大学医科大学と協定

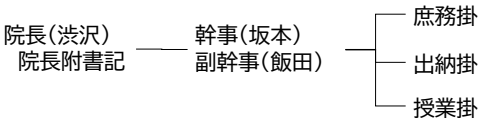
1876(明治11)年、**帝国大学医科大学**は養育院に対し、病人を受け入れて治療する旨を申し出た。医科大学と養育院の間では、賄料・医薬品や患者の移動、衣服等にかかる費用について協定が結ばれた。このため、養育院の病室は府下病院附属のまま、帝国大学医科大学も養育院の医療に関わるという複雑な状況になった。

渋沢栄一、養育院事務長から院長に

上野からの移転が具体化する中、1879(明治12)年8月に養育院の事務長は院長に改称され、渋沢栄一は**養育院院長**に就任した。

同時に新たな事務組織が通達された。2年後の1881(明治14)年、多忙な渋沢栄一は、月2回登院して指示を行うことと平常事務は幹事に分任する旨を松田道之府知事に上申した。

以来、平常業務は幹事が院長代理として運営することとなった。

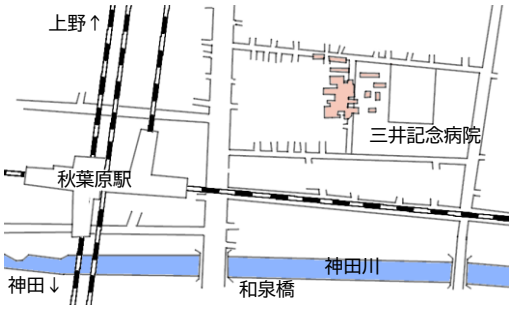


養育院(養育院六十年史p187より作図)

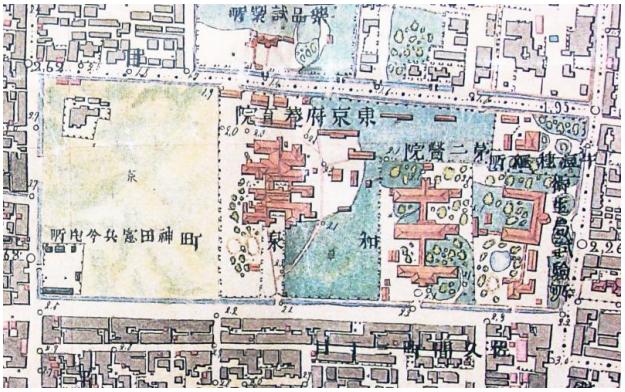
養育院、上野から神田に移転

1879(明治12)年、楠本正隆府知事より移転の見込取調べを行うよう指示があり、養育院の移転が具体化した。

同年8月に府知事より移転を迫る指示が出され、10月養育院は神田和泉町の藤堂和泉守上邸跡に移転した。



養育院の位置(実測東京全図　明治11より作図)



実測東京全図　明治11年　より

帝国大学医科大学、養育院から撤退

1879(明治12)年4月、養育院の移転の移転を契機に、渋沢栄一院長は養育院の医療について①養育院収容の精神病者を東京府癲狂院へ移管、②平病の者は帝国大学で治療、③大患の者は府下病院で治療、という3点の上申を行った。

これを受け、同年6月に帝国大学医科大学は養育院に派遣していた医員を引き払い、府下病院の医員が着任した。

養育院と帝国大学医科大学の関係は、1890(明治23)年まで繋がりが失われた。

東京府会で養育院処分案を可決

1881(明治14)年の時点で全国の救育費の87.9%を東京府、さらにその63.9%を養育院の費用が占めており、東京府の予算編成における養育院の存在は大きなものになっていた。また同時期、自由民権運動の激化に対し、政府は地方制度への介入を行い、財政面でも規制を強化した。こうした状況から松田道之府知事は府会に養育院処分の議案を提出した。

処分案は東京府会で可決。内容は、①1882(明治15)年度より養育院運営への地方税支弁を止めて養育院や元府立病院の蓄積金利子で運営、 ②養育院から退去できない困窮者に関わる費用は15年度に限り地方税より支給、というものだった。

養育院と東京府病院(府下病院)

明治天皇の侍医長、大学東校(のちの東京大学医学部)大博士だった佐藤尚中が皇室に建白書「医院設立仕方」を提出。これを受けて宮内省が東京府に下賜金を出したことで、東京府は1873(明治6)年1月に東京府は公立病院の設置を決定した。

その頃、府庁と東京会議所は常設施設としての養育院を上野に開設する準備を進めている。

新病院は現在の港区に1874(明治7)年に開設。「府下病院」「愛宕下病院」と呼ばれていたが、1876(明治9)年に正式に「東京府病院」と名付けられた。

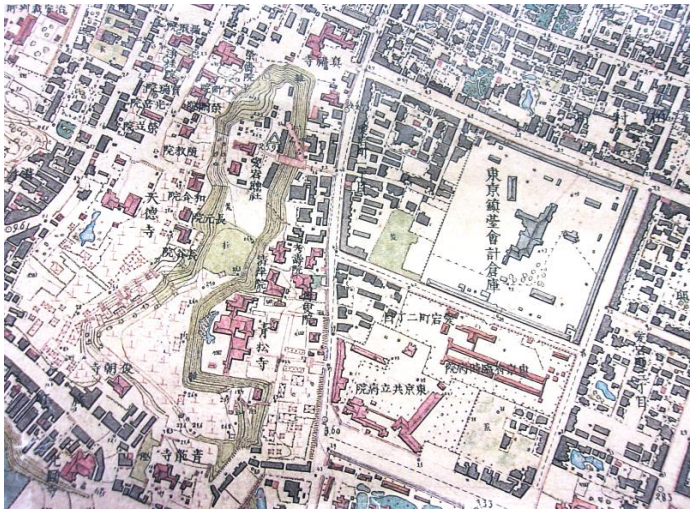
開設当初より養育院の病室は付属とされ、養育院の医師も新病院の所属となった。養育院の重症者は東京府病院に移すこととなった。

東京府病院では入院費を4等級に分け幅広い階層の患者を受け入れていたが、1877(明治10)年からは、府が発行する施療券の給付を受けた者に無料診察を行う貧困者専門の病院となった。

この後、開業医の反発があったことや、1890(明治13)年の東京府会(現在の都議会)に翌年度の予算案が「社会の慈善に待つ人々且之を廃するも一方に養育院の存する以上は差丈なし」(東京府病院を廃止しても、困窮者の医療は養育院があるからよい)という理由で減額された上に、7月までの予算しかつかなかったことから、1881(明治14)年7月に東京府病院は廃院となった。

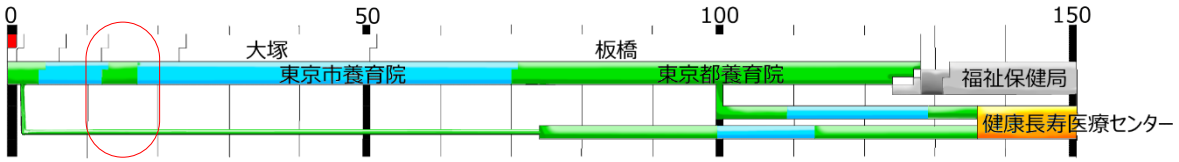
同時に東京府会に養育院への地方税支弁停止・養育院廃止の議案が提出され、院長就任2年目の渋沢栄一は養育院存続の危機に直面することとなった。

東京府病院の建物と設備は有志共立東京病院が1883(明治16)年に引き継ぎ、1887(明治20)年に「東京慈恵医院」に改称。現在の東京慈恵会医科大学へと繋がる。



東京府病院が東京共立病院に(実測東京全図　明治11)

1883-1892　養育院の委託経営　本所長岡町に移転　養育院の市営化



西暦	和暦	月	日	出来事
1883	明治16	1	4	芳川顯正府知事より府下の**行旅病人**を養育院に収容するよう達しあり。行旅病人の救療開始。
1884	明治17	10	31	養育院への府費支弁、打ち切り決定。
1885	明治18	2		渋沢より地方税支弁以外の存続方法を府知事に建議。
		11		府知事の直轄で**養育院委員会**が設けられ、委任によって委員が運営する**委任経営**に移行。
		12	1	神田和泉町より**本所長岡町**に移転完了。
1886	明治19	3	16	高崎五六府知事の達しにより**棄児・迷子**の収容を開始。
		7	7	渋沢栄一、院資増殖のため**養育院慈善会**設立。
1887	明治20	5	20	養育院慈善会、鹿鳴館で第1回**慈善市**開催。
1888	明治21	4	25	◆市制、町村制
1889	明治22	2	11	◆大日本帝国憲法
		5	1	◆市制施行により**東京市**誕生。
		11		皇后陛下の令旨により香川皇后大夫が本院を視察。
		11		皇后陛下、院に金600円御下賜。以後毎年御下賜。
		11	26	高崎府知事の達しにより出獄者の治療を開始。
		12	21	養育院を委任経営から市営に移管する府令発する。
1890	明治23	1	1	東京市養育院に改名。
1891	明治24	3		**瓜生岩子**、幼童世話掛長になる。
		4	1	**安達憲忠**、本院幹事就任。
1892	明治25			

医療に関する出来事

研究に関する出来事

地方税支弁を全廃

養育院処分案が府会で可決された後も、1884(明治17)年まで利子収入に加えて地方税からの補助は続いた。

しかしその間も収容者を減らす目的で地方税からの支出は減り、1885(明治18)年に地方税支弁は全廃された。

地方税支弁なしでの運営方法を建議

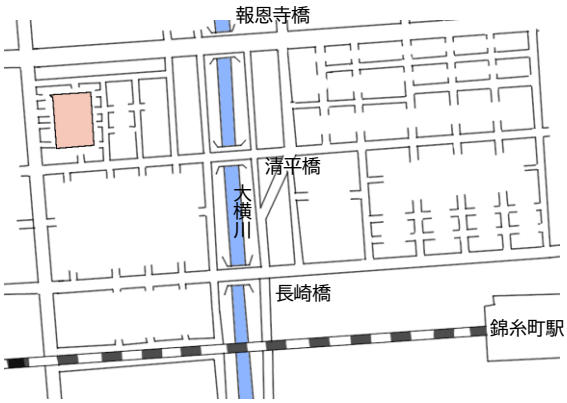
支弁廃止により養育院の前途を憂慮した渋沢栄一院長は、1885年(明治18)年2月に養育院の原資金と現在の建物と土地を売却した代金から生じた利子を養育院の運営費に充てて院を存続させる案を芳川府知事に建議し、認められた。

同月東京府は養育院の移転先として本所長岡町の地所を購入した。渋沢院長の建議以前に移転が決定されていたようだと「養育院八十年史」では推測している(養育院　八十年史　p62)。本所長岡町の院舎は同年11月に完成した。

養育院、神田和泉町から本所長岡町に移転

本所長岡町に院舎が完成した翌月(12月)に、養育院は神田和泉町から本所へ移転した。

移転と同時に、神田の跡地は東京大学医学部附属病院用地や勧工場用地として貸与された。



養育院の位置(塩見鮮一郎「貧民の帝都」より作図)

府営から委任経営へ

1885(明治18)年11月、養育院規定が大きく改正され、養育院を府知事の直轄とし、院の運営は名望のある数人を選んで委員として委託することとなった。

翌12月、10人の委員が委嘱を受け、そのうち渋沢栄一が委員長、橋本綱常が医長に選ばれた。委員はすべて無給奉仕であった。

委員会は毎月1回、院内の委員集会所で開催され、委員会の決議によって養育院の業務全般が統括されることとなった。重要事項は府知事の認可が必要とされた。

棄児の受け入れ始まる

財政上の困難で養育院への受け入れ者を制限していたが、1879(明治12)1月、吉川顕正府知事の指示で行旅病人の収容が開始された。

委任経営に移行した1886(明治18)年9月には渡辺洪基府知事が養育院に対し満4歳以上の棄児の養育を指示した。

児童の処遇改善

移転した本所では、筆算所に代わり**幼童室・教場**・厠が設けられた。また幼童者手洗所の設備も作られた。

養育院慈善会

養育院運営への寄付は上野に養育院を設置したときに会議所議員が費用を拠出したことに始まり、その後も寄付を積極的に受け入れていた。

地方税支弁が打ち切られると寄付金に頼る度合いがますます大きくなった。委員会は資金の調達を慈善家に仰ぐため1886(明治19)年に**養育院慈善会**を設置した。慈善会は委員の婦人を中心とした婦人慈善会であった。翌1887(明治20)年1月に会員を募集すると4月には300人に達した。

同年5月に慈善会は鹿鳴館で第1回慈善市を開催、そこで得られた巨額な収入は養育院の原資金として提供された。

慈善市(養育院百二十年史より)

下賜金

1889(明治22)年11月、**香川皇后宮太夫**は**昭憲皇后**の令旨を奉じて本所の養育院を視察した。同月30日に皇后陛下の命で毎年養育院に下賜金が下賜されることになり、養育院が市営になってからも続けられた。

養育院は皇室からの下賜金やその他の収入、毎年の経費の残額を蓄積して原資金とし各種の公債証書を購入。その利子を運営費に充てた。原資金と利子は年々増殖し、同時に支出も増えていった。

委任経営から東京市営に転換

市制・町村制の施行により、1889(明治22)年5月に東京府の区部を範囲として東京市が誕生した。市制特例という法律により、東京市は市長も市役所も置かず、市長の職務は東京府知事、市役所の業務は府庁が行うこととなった。

同年12月、養育院を東京市に移管する議案が府会で承認され、1889(明治23)年1月より養育院を東京市に移管する東京府令が出された。

ついで東京市会でも同件が可決され、市告示が出された。告示では①東京市養育院と改称すること、②養育院の運営費は市の通常経済とは別にすること、③養育院の事務を管理する常設委員を置くこと、が示された。

渋沢は移管の経緯を「当時同志間の考案は・・・市営事業として永続を図るは、東京市の為めにも養育院の為めにも有益なるべしといふことに決着し、其旨を市に申出で視界の議決を経てついに明治23年1月より市営となり・・・」(回顧五十年)と記している。

常設委員の委員は1890(明治23)年1月に6名が選出された。また同月、参事会員渋沢栄一を**常設委員会**の委員長に任命し養育院事務を委任する旨が告示された。

これにより院長という名称の役職は無くなった。

刑務所出所者の治療

1883(明治16)年に刑務所出所者の厚生・保護のため東京出獄人保護所が設けられたが、服役中に重病に罹患し、治療中で出所して引き取り人のいない者を保護する施設は無かった。そこで1889(明治22)年11月より治療途中の出所者を養育院に収容し、完治するまで治療を行うことになった。

郊外への移転計画

本所長岡町の院舎は事業縮小時の建築のため150人を収容する設計であった。しかし、収容者は増え続け、1890(明治23)年には収容者の数が600人を超えて敷地いっぱいに建物を増築しても収容室で起臥できない状況になった。また一部の建物は古い家屋を修繕したもので腐朽がはげしく、湿地だった敷地は雨が降れば汚水があふれ不衛生であった。

養育院常設委員会は、1891(明治24)年に郊外の衛生的な土地への移転を決定。土地探しの結果、大塚辻町に好適地が見つかった。

安達憲忠の幹事就任と瓜生岩子の採用

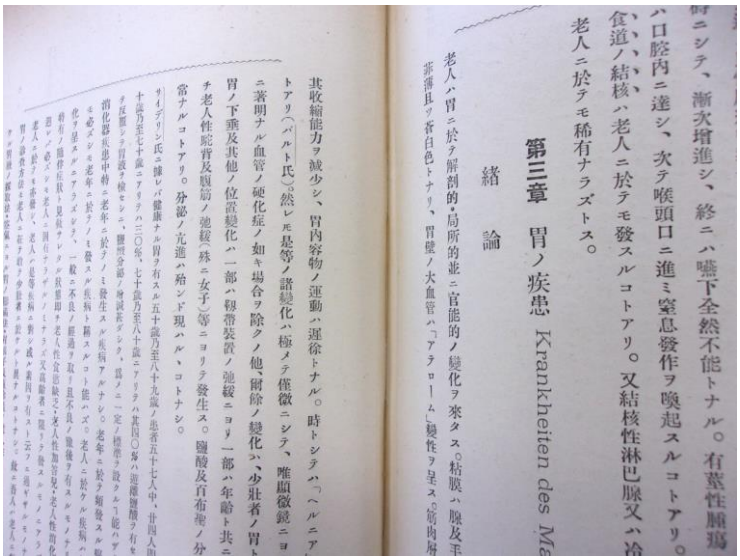
1891(明治24)年、前任者の退職にあたり幹事の後任として勤務を始めた**安達憲忠**は、4月に辞令が下りる前に、渋沢院長が児童の処遇改善に強い関心をもっていたことと、養育院で見た児童がみな不活発であったことから、児童の処遇を改善するため福島で児童保護事業に専心していた**瓜生岩子**を招いた。

瓜生岩子は同年3月より幼童世話掛長として児童の処遇に当たった。翌4月安達は正式に幹事に就任した。瓜生は着任後7か月で養育院を退任して帰郷したが、その間に児童は快活になり、その変化は目を見張るものがあった。

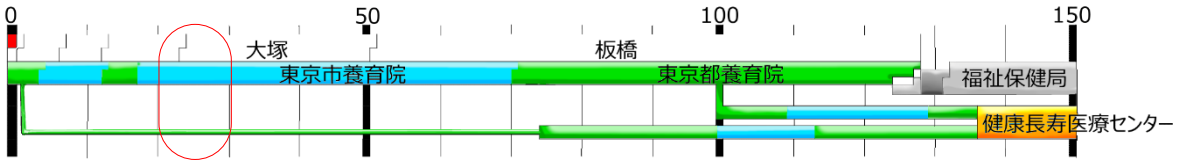
安達憲忠(養育院六十年史より)

入澤達吉「老人病学 上巻 増訂第二版」 1912(大正10)年刊
(東京都健康長寿医療センター所蔵)

養育院の経験に基づいて入澤が著した「老人病学」初版(大正元年)は、日本の老年医学の嚆矢となった。



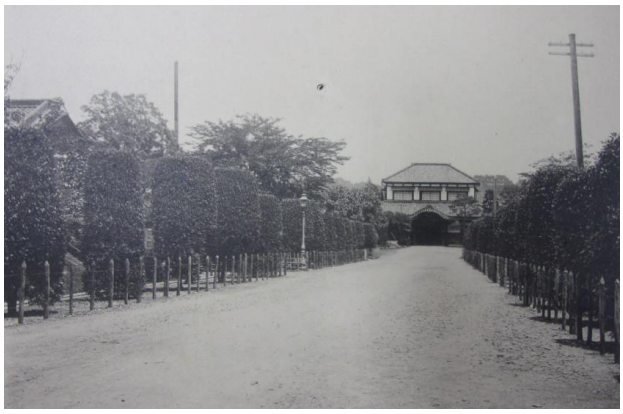
1893–1902　日清戦争　養育院は大塚へ　感化部設置　勝山臨海保養所設置



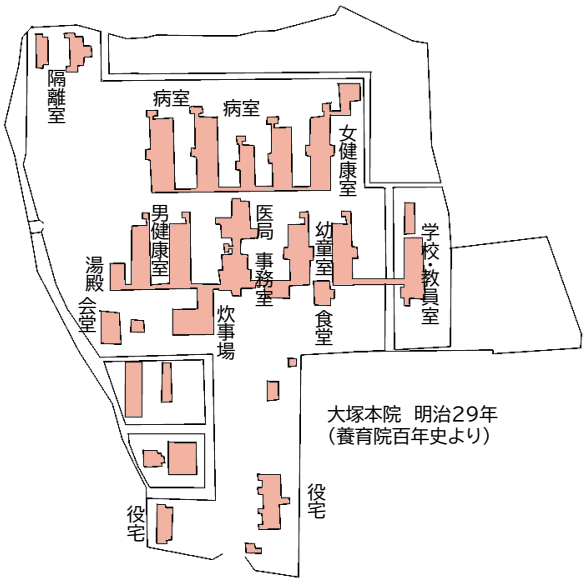
西暦	和暦	月	日	出来事
1893	明治26	3	13	本所長岡町本院は狭隘となったため市議会の議決を経て大塚辻町に土地を購入。
1894	明治27	1	25	皇后陛下、本院移転建築費として金2,000円を下賜。
		5		三多摩地方の行旅病人棄児の収容開始。
		8	1	◆日清戦争（～1895）
1895	明治28			
1896	明治29	3	31	養育院、**大塚**に移転。
		5		**盲唖児教育を開始。**
1897	明治30	7	28	英照皇太后崩御により養育院に金16,900円御下附。これを基本として**感化部**設置を決定。
1898	明治31			東京帝国大学でハンセン病医学を専攻した**光田健輔**、養育院に赴任。
1899	明治32	3	15	皇后陛下からの御下賜は本年より金1,400円となる。
		3	28	◆行旅病人及行旅死亡人取扱法旅死亡人取扱法
1900	明治33	3	10	◆感化法（～1933）
		7	22	**養育院感化部**（萩山実務学校の前身）設立。
		8	5	千葉県安房郡勝山町に**臨海保養所**設立。
1901	明治34	3	10	**東京市養育院月報**創刊。
1902	明治35			

医療に関する出来事

研究に関する出来事



大塚本院　表玄関（東京市養育院寫眞帖より）



大塚本院　明治29年
（養育院百年史より）

大塚へ移転

1893（明治26）年、市会の議決を経て、養育院の移転先として大塚辻町の土地を購入した。

市経済からの繰入に寄付金と皇室から移転新築費として下賜された下賜金を加えて院舎を新築し、1896（明治29）年に600人の収容者が本所から大塚に移った。

交通が不便だったため、本所堅川河岸から大伝馬船数隻で出発。神田川の小石川河岸から大塚まで徒歩で移動した。

同年、本院敷地内に設けた小学校で授業を開始した。小学校の建物は本所の教場を移築したもので、書記1名雇員2名が教員として従事した。収容児童の大半は家庭教育の経験がなく、小学校は学校教育と家庭教育を兼ねる趣旨のものだった。

大塚本院　炭団工場（創立六十周年記念写真帖　東京市養育院　より）

看護婦の養成

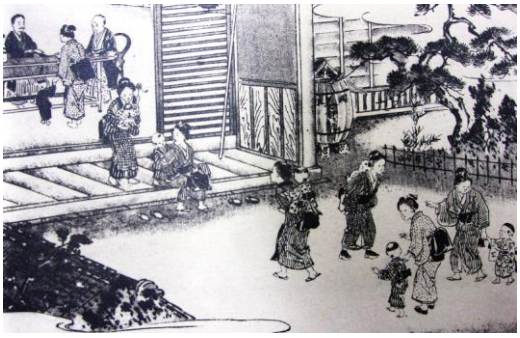
収容者の増加とともに病人が増えたため、看護婦・看護人の育成が必要となった。1895(明治28)年、看護人等89名を選び、養育院の医員による看病学の講習を3か月間実施した。翌1896(明治29)年からは東京帝国大学派出の医員に委託して6か月間の講習を実施したが医員の交代が何度かあって講習が充実しなかったため、1889(明治32)年より帝国大学より看護教育担当を任命することとなり1年間の講習を開始した。看護教育担当者は**光田健輔**と菅井竹吉であった。講習生は18歳以上30歳以下の女子で入学試験の合格者とした。講習生は寄宿舎に宿泊させ食糧と制服を支給した。また、18歳未満の看護婦希望者を対象に予備生制度も設けた。

看護婦養成だけでなく保母講習生や保母予備生の制度も設けて保母養成も進めた。

大塚本院　教会堂会堂式と渋沢院長夫妻　明治32年
(創立六十周年記念写真帖　東京市養育院　より)

児童の院外委託

養育院の児童を養子としてほしいという希望者は以前から多かったが、希望者は貧困者が多く児童の将来にとって不安が大きかった。そこで1896(明治29)年に渋沢院長は、①養育者に支給される養育料は銀行に預け、引き取りから20年後、本人に渡す、②年に1度、養育者は養育院で預金通帳の記入を行う、③通帳記入の際に児童の状況を確認する(20年間)、という建議を行った。これを受けて翌1897(明治30)年に、養育院の幼童縁組と雇預け、養育医療保管手続きについて11条からなる規則が制定された。新しい規則では、養育希望者の性格・家計状況・職業等の審査を行うこと、毎年の養育料は養育院で保管し、児童が13歳になったとき本人に支給されること、などが定められた。



里親へ里扶持を渡す　明治30年ごろ
(創立六十周年記念写真帖　東京市養育院　より)

感化部の設置計画

日清戦争の前後より東京市内に浮浪少年が増加した。安達憲忠幹事は犯罪に染まる浮浪少年の救済を渋沢院長に強く提案し、養育院での受け入れを開始した。

しかし幼童室で他の児童と同居させたところ、普通児童の態度が悪化したため、本院に浮浪少年の専用施設「**感化部**」を設けることとした。

渋沢院長は、1897(明治30)年に英照皇太后崩御により各府県に下賜された慈恵救済資金の一部を感化部設置の資金とすることを市参事会に提案、同年10月に感化部の設置が市会で可決された。

感化部は1900(明治33)年に開設したが、1年余りで同一構内では普通児と分ける効果がないことが分かり、感化部の移転先を探すこととなった。

勝山町に臨海保養所設立

養育院に収容した児童は病弱な者が多く、死亡率が高かった。死亡の主な原因は肺結核だった。

1899(明治32)年、渋沢院長は対策を養育院医長の入沢達吉に相談。入沢は養育院の幼童健康室や幼童病室の状況について調査を行い、欧米の貧民療養所を参考に、翌年**海浜療病所**の設置案を建議した。

その内容は、空気が清浄で湿度が低くて細菌が増殖しにくく、気候が温暖で栄養豊かな食品の輸送にも便利な海浜地域への療養所設置を提案するものだった。候補地として安房勝山町の家屋が選ばれ、松田東京市長に海浜保養所設置の上申を行った。

上申は認められ、1900(明治33)年に、3，4か月間の試験運用として病弱児童、看護婦、保母、保母手伝い(在院の女子)が勝山町に移動した。運用開始後すぐに保養の効果が確かめられ、海浜保養所の事業期間は6か月、1年、5年と段階的に延長された。

5年間の成績から恒久施設化が検討されることとなった。

増加する行旅病人

養育院が大塚に移転した翌年より不況や恐慌が波状に続き、同時に水害による凶作が起きたため、農村から都市部へ人口流入が増えた。このため東京市内の極貧者が急増した。

一方、救貧法は効力の弱い「恤救規則」のままで、恤救法案、救貧税法案、窮民法案、救貧法案と、相次いで出された法案は成立しなかった。

1900(明治33)年、政府は急増する行旅病人(移動中に飢えや病気で歩けなくなり、療養や救護を受けられない状態の者)への対応として、それまでの行旅死亡人取扱規則を改正して行旅病人及行旅死亡人取扱法を制定した。

これにより行旅病人救済は本籍地ではなく、所在地の市町村長が義務を負うこととなった。

入院条件の緩和

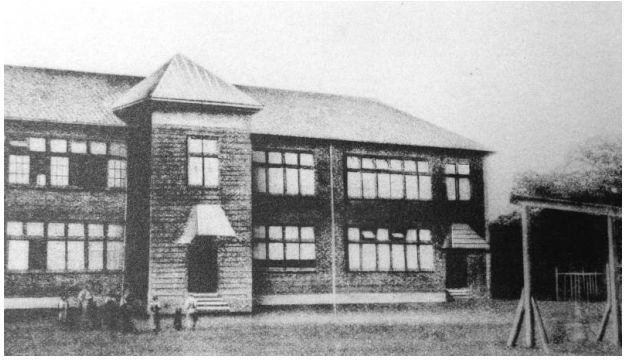
東京市内の困窮者急増により、養育院の入院資格の緩和が望まれていた。

大塚に移転した1896(明治29)年に養育院より入院規則の改正案を上申したが見送られた。

4年後の1900(明治33)年、再び渋沢栄一委員長は、入院条件を緩和してする規則改正案を松田東京市長に対して追申した。この結果改正案は市会に上程され、可決された。

入院規則の改定により、それまでの東京市に本籍を持つ者という入院条件は、「二年以来本市の住民」に緩和された。行旅病人の救済に関する法改正と同様、本籍主義から現住地主義への転換であった。また、入院規則にあった「七十年以上にして老衰し・・・」という文言は削除され、高齢者の年齢制限も無くなった。

入院規則の改正以前の養育院での行旅病人の受け入れ者数は年間400人以下だったが、法改正と入院規則改定以後増加し、1903(明治36)年以降は年間千数百人が常態となった。



養育院附属小学校　明治39年
(創立六十周年記念写真帖　東京市養育院　より)

委員会への委託運営から再び院長制に

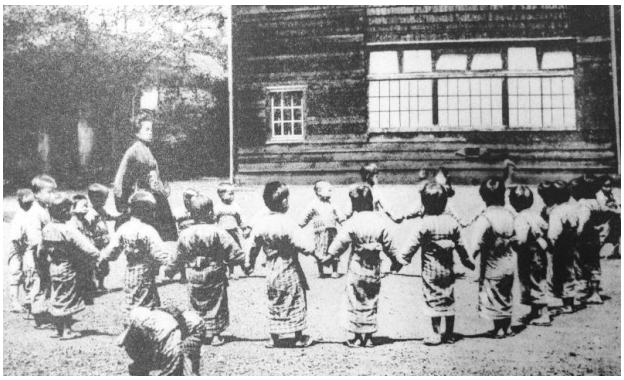
1899(明治32)年、養育院庶務規定が改正され、養育院市営化までまで院長の権限だった事務の監督と人事は、幹事の権限とした。

1890(明治23)年以来、養育院の運営は養育院委員会に委託されていたが、1901(明治34)年に委員会への委託制を廃止し、委員会の外に院長を置くこととなった。

渋沢栄一は院長に、中沢彦吉が委員長に専任された。委員会は市長及び院長の諮問機関という位置づけに変わった。

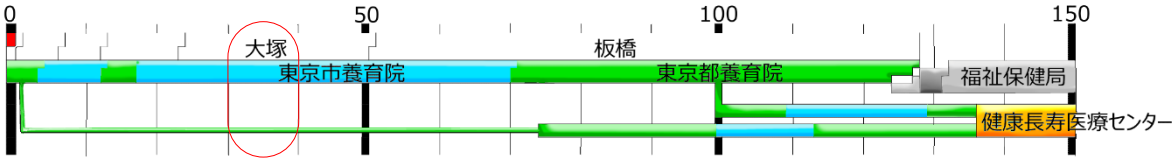
同年、庶務規定も改正され、事務の監督と人事に関する権限は、幹事から再び院長に戻された。

教場　明治39年
(創立六十周年記念写真帖
東京市養育院　より)



幼稚園児　明治40年
(創立六十周年記念写真帖　東京市養育院　より)

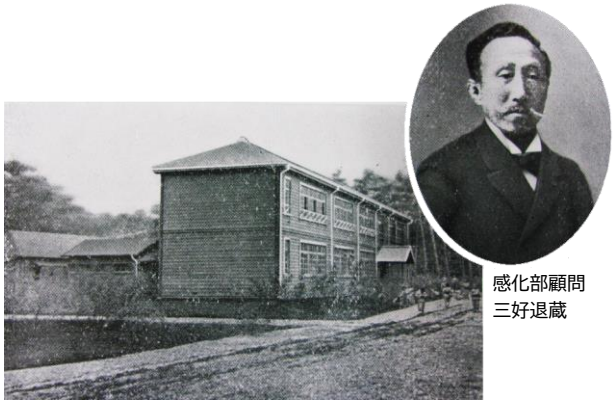
1903-1912　井之頭学校・巣鴨分院・安房分院・小石川職業紹介所開設



西暦	和暦	月	日	出来事
1903	明治36			
1904	明治37	2	17	らい病(ハンセン病)患者収容所設置を建議。
1905	明治38	10	29	井之頭御料地に養育院感化部完成。東京市養育院感化部井之頭学校と改名。
1906	明治39	6	?	いまだ大人こども混在だった大塚本院から大人の悪影響を避けるための子ども専用施設をつくる必要があったが市費での支出は望めなかったため寄付を募ることを目指し渋沢栄一、養育院増殖会設立。
		7	?	臨海保養所移転により船形町に安房分院設立を決定。臨海保養所には毎年何名かの結核児童を派遣。結果が良好だったため施設を永久化すべきということになり船形町への移転を決定。
1907	明治40	3	7	慈善会、臨海保養所恒久化のため船形の土地を寄付。
1908	明治41	10	7	◆中央慈善会 ◆内務省、第1回感化救済事業講習会。
1909	明治42	2	?	◆内務省、民間社会事業に国庫補助。
		3	?	巣鴨分院新設。分院には小学校と幼稚園を附設。
		4	?	安房分院開設。
1910	明治43	5	13	第一回楽翁公記念会を巣鴨分院講堂で開催。以後、毎年楽翁祭を開催。
1911	明治44	11	15	院長の管理に属する職業紹介所を浅草と芝に設置。
1912	大正元	3	?	無料宿泊所を兼ねた小石川職業紹介所を開設。
		8		養育院増殖会、板橋町の土地を板橋分院敷地として寄付。

医療に関する出来事

研究に関する出来事



感化部顧問
三好退蔵

創立当時の井之頭学校(養育院六十年史より)

ハンセン病と肺結核の専用病室設置

1897(明治30)年ごろから、養育院では収容者僧都鵜の増加とともに、らい病(ハンセン病)と肺結核の収容者が増え始めた。

1898(明治31)年、東京帝国大学でハンセン病医学を専攻した**光田健輔**が養育院に赴任した。光田は安達幹事にらい菌を示してハンセン病が感染症であることと、患者を直ちに隔離することを具申した。既存の病室をひとつ専用病室としたが、ただちに満員となった。

1904(明治37)年に渋沢院長は、ハンセン病患者専用の建物の設置を尾崎行雄市長に上申。6月には、ハンセン病患者の収容が困難になったため患者10名を目黒村の私立慰癒(いはい)園に送り、委託治療とした。ハンセン病患者施設の建議の直後に、女子と児童の肺結核患者専用病室1棟の新築を上申した。

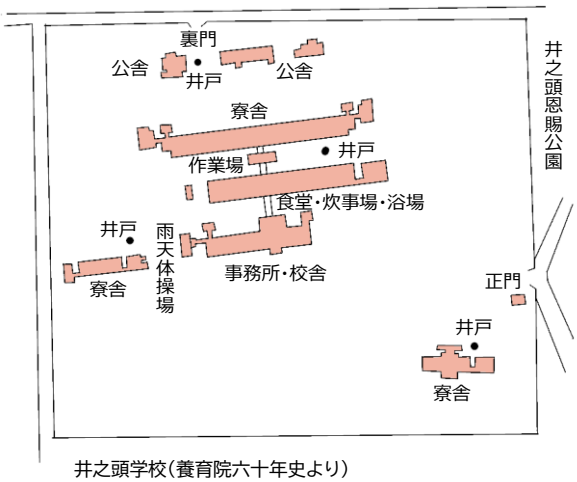
専用病室設置について、同年9月に市長が追加予算案を市会に提出。市会で可決されて、ハンセン病と肺結核患者の専用病室が各1棟新設された。

井之頭学校

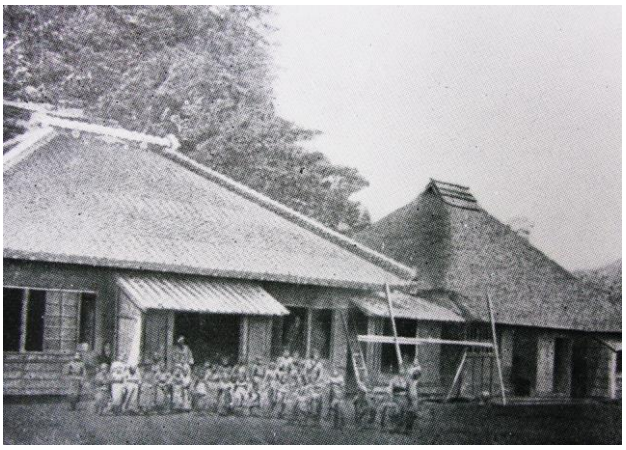
浮浪少年の更生を図るため1900(明治33)年に**感化部**が開設されたが、同一敷地内の普通児への悪影響を防ぐことができず、急きょ感化部移転の適地を探すこととなった。

1901(明治34)年、移転先を**井之頭の宮内省御料地**とすることが松田市長に上申された。上申では、ヨーロッパの感化院にならって農作業を取り入れることとした。上申は市長より市会に議案として提出され可決。市長から御料地拝借の請願を行い移転地が確定した。

建物が完成した1905(明治38)年、新施設は「東京市養育院感化部 **井之頭学校**」と命名され、感化部の児童26名を移して開校した。



井之頭学校(養育院六十年史より)


海浜保養所　勝山町　明治33年(養育院六十年史より)

安房分院の設立

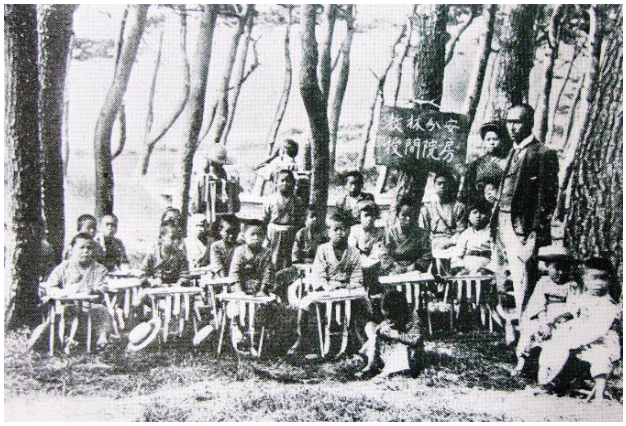
1900(明治33)年に試験的に勝山町に開設した海浜保養所は病弱児童の健康回復に効果が見られ、恒久事業化することとなった。しかし、建物の通風や採光、冬の気候に難があり、移転が検討された。移転先を探した結果、安房船形町に適地が見つかり、安房分院を建設することとなったた。

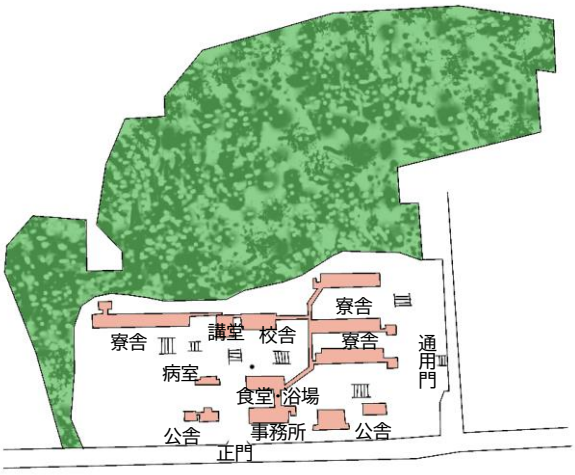
1907(明治40)年には委任経営時代に資金集めのために設立された養育院慈善会が建築資金の寄付を行った。

1909(明治42)年、敷地の造成と建物の建築が完了し、勝山町から児童46名が移って開院式を行った。開校後、施設名は正式に「東京市養育院**安房分院**」と定められた。

分院背後の私有地の山林は土砂流出の恐れがあり、また森林伐採による水源喪失の恐れがあった。開校後の1910(明治43)年に養育慈善会は敷地の造成や植林ができるように山林の一部を買収、養育院に寄付した。

安房分院　大正10年(養育院六十年史より)


安房分院の林間教授　明治43年(養育院六十年史より)



安房分院(養育院六十年史より)

養育院増殖会を設立

渋沢栄一ほか21名が発起人となり、1906(明治39)年に**院資増殖会**が設置された。その趣旨は窮民救助にあったが、施設の専門分化を実現しようとするものだった。増殖会の会員は2000人を超え、口数は2万口以上に及んだ。この増資会の利益により板橋分院と巣鴨分院が設置された。

巣鴨分院

井之頭学校(感化生)と**安房分院**(病弱児童)を設けたあとも、多くの普通児童は大人とともに本院敷地内で生活しており、大人の退廃的な言動は児童に悪影響を及ぼしていた。

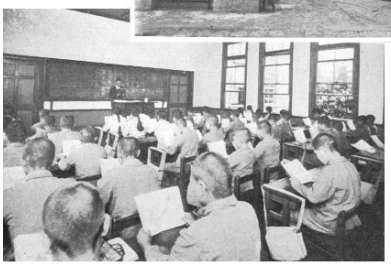
そこで大塚の近隣で普通児施設の適地を求めところ、1908(明治41)年に巣鴨村で清国留学生の学校校舎として使われていた建物(大谷本願寺所有)が借用期限になることがわかり、養育院が交渉して建物を購入することとなった。

翌1909(明治42)年3月、本院から児童を移し、5月に名称を「東京市養育院 **巣鴨分院**」とした。6月には開院式が行われた。

同施設は校舎(分院附属小学校)・講堂・寄宿舎からなり、渡り廊下で連結していた。寄宿舎は3棟あり、7歳以下の児童、8歳以上の男子学童および女子学童に分かれていた。寄宿舎1棟は5室あり、1室(40畳)30人程度が居住した。

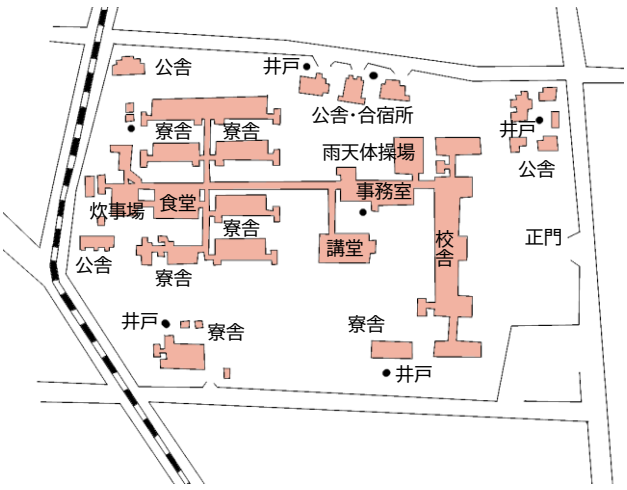
設立当初は学校教育より雇預け(職工の徒弟や商店の使いとして児童を預かり働かせること)を優先していたが、成人しても読み書きができない場合があることがわかり、雇預けは義務教育終了後ととした。

正門　昭和4年



教室　昭和7年

巣鴨分院　(養育院六十年史より)



巣鴨分院　昭和7年　(養育院六十年史より)

ハンセン病患者を全生病院へ

ハンセン病患者の隔離治療を求める世論が高まり、1909(明治42)年1月、東京市より養育院のハンセン病患者の病室を市内の同病患者の一時救護所にする旨の照会があった。

養育院では専用病室には余裕がなく神田起慰院や目黒慰癈院で委託治療を行っている状況のため収容できないと答申した。

同年、1907年(明治40)年制定「癩予防ニ関スル件」により公立療養所第一区府県立**全生病院**が開院され、養育院に収容されていたハンセン病患者は全員全生病院に移された。以後養育院ではハンセン病患者を収容しないこととなった。

水害で臨時施療所を開設

1910(明治43)年、梅雨前線と2つの台風が重なり、東日本の1府15県では河川が溢れ大水害となった。

水害発生後の感染症流行に備え、同年9月に東京市内でもっとも被害が大きい下谷区・浅草区・本所区・深川区に**臨時施療所**が設置された。

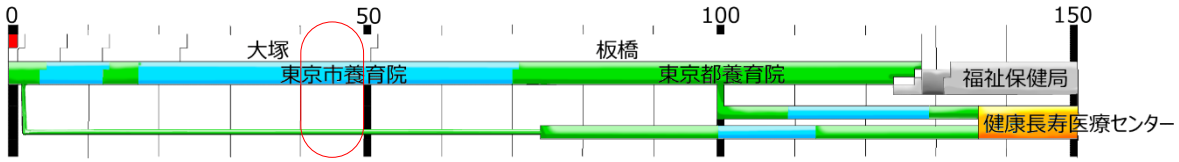
臨時施療所では、1911(明治44)年3月の閉鎖までの7か月間に1日約900人の治療を行った。その際、水災善後会より病室2棟と運営資金の寄付があり、養育院ではその厚意を記念して、病室を第一・第二善後室と命名した。施療所閉鎖後は収容者を養育院で引き取った。

増殖会が板橋分院敷地を寄付

養育院の結核患者および難治の患者を隔離収容する計画がたてられ、1912(大正元)年に院資増殖会が板橋区内の敷地を購入し養育院に寄付した。

巣鴨分院の土地および建物の購入で院資増殖会の寄付金の大部分は使われたが、その後さらに募金を進めて資金を蓄えていた。

1913-1922　板橋分院開設　安達幹事辞任　第一次世界大戦



西暦	和暦	月	日	出来事
1913	大正2	12		12月、養育院増殖会解散。
1914	大正3	4	10	チフス患者激増のため西巣鴨町に**臨時分院**を開設。7月いっぱいまで患者収容を行う。
		7	28	◆第一次世界大戦
		10	24	肺結核および疾病者を隔離治療するため**板橋分院**を開院。
		12		本院移転予定地として板橋町に土地を購入。
1915	大正4	10		**養育院移転助成会**設立。
1916	大正5	12		長浦結核療養所を計画。しかし大正8年に結核予防法が公布され、東京市が野方療養所を新設されることになり長浦の計画は中止になった。(100年史　p73)
1917	大正6	1	16	皇后陛下の令旨により、大森皇太夫本院と巣鴨分院を視察。
1918	大正7	11	11	◆第一次世界大戦終わる。
1919	大正8	4	14	**産婆講習**開始。
		6	11	安達憲忠、幹事を辞任。田中太郎、本院幹事となる。
1920	大正9	5		職業紹介所、東京市社会局に移管。
1921	大正10			
1922	大正11	11	26	**創立五十周年記念式**を巣鴨分院講堂で開催。

医療に関する出来事

研究に関する出来事

板橋分院を開院

院資増殖会より1912(大正元)年に寄贈された板橋町の敷地に、1914(大正3)年6月、病舎の建築を開始。同年10月に完成して開院式を行った。

板橋分院には、本館1棟、診療室1棟、収容室(病室)3棟のほか附属舎11棟が建てられた。

板橋分院　大正3年(養育院六十年史より)

渋沢栄一院長、市参与に

1913(大正2)年、東京市は、市長に代わって養育院の所管事業を処理する権限を院長にもたせるため、渋沢院長を市参与とした。 同年2月、養育院を担当する市参与とする市参与条例が定められた。

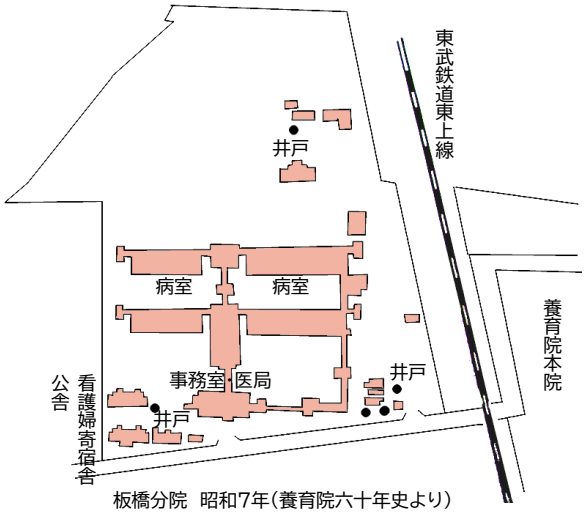
その後、渋沢が死去するまで4年の任期毎に再選が繰り返された。

巣鴨に臨時分院を開設

1914(大正3年)、シラミによって媒介される発疹チフスが流行し、養育院では収容者147名のほか職員も感染した。

行旅病人の受け入れが続いている状況で、新規の入院者が院内で感染する恐れがあり、巣鴨村の真宗大学の校舎を借りて**臨時分**院と命名し、4月より新規の入院者を収容した。

その後、流行は収まり同年7月に臨時分院は閉鎖された。



板橋分院　昭和7年(養育院六十年史より)

板橋で移転予定地を購入

大塚移転の当初は静かな郊外地だったが、東京市の人口が増えるにつれ市街地化した。宅地不足もあり、救済事業のために広大な土地を占めることが困難になった。また収容者の増加で収容室に余裕がなく、建物も老朽化して修理費用がかさむことから移転が検討された。

移転地としては板橋が選ばれ、1914(大正3)年から1916(大正5)年にかけて土地の購入が進められた。

1915(大正4)年、渋沢院長・奥田善人男爵ほか数名が発起人となり本院の板橋移転を助成するため養育院移転助成会が設立された。この助成会に対して皇室からの下賜金や一般有志の寄付金が寄せられ、養育院の経営にとって大きな収入となった。

長浦結核療養所を計画

板橋分院は長期患者の施設だったため初期結核患者は本院に収容されていた。

結核の早期治療が社会復帰に必要と考えた安達憲忠幹事は1914(大正3)年より専門医永田秀太博士とともに初期結核患者専用施設の適地を探した。翌1915(大正4)年に千葉県長浦村に適地が見つかり、1917(大正6)年に収容人員500名としてその土地の無償使用が認可された。ところが1919(大正8)年に結核予防法が公布されて東京市は野方療養所を新設することになり、長浦の結核患者施設の計画は無くなった。

のちに長浦の敷地の用途は変更され、1943(昭和18)年より長浦更生農場として使用されることになった。

院出身児の同窓会

児童保育事業の達成は院内育成だけでなく出院後の補導も欠かせないことから、1916(大正5)年巣鴨分院に**楽栄会**(藪入会)を組織し互助機関とした。名称は松平楽翁と渋沢栄一院長にちなんだ。藪入会は毎年1月と7月に連絡補導を行った。井之頭学校でも同様の同窓会を実施した。

東京市社会局の設置

第一次世界大戦の影響で物価が高騰し、生活苦から1918(大正7)年より米騒動が全国に広がった。

1919(大正8)年、東京市会は、生活の不安を緩和するために日用品販売の公設市場・公設貸家・簡易食堂・児童受托託所などの設置を市に求める建議を可決した。その後日用品の小売市場と簡易食堂は開設されたが、市会は必要な政策は養育院や市の庶務課では十分に実施できないとし、市に社会局の新設を望む決議を行った。

同年12月、社会局庶務規定が制定され、養育院と衛生課に属する事業を除いた社会事業を管掌する部局として社会局が設置された。

組織の再編と庶務規定の改正

1906(明治39)年、感化部井之頭学校が東京府代用感化院に指定されたことから、副幹事・書記・教員・雇人などが井之頭学校の事務を担う必要が生じた。また主席書記は幹事代理として安房分院の事務を監督することになった。これに合わせ1908(明治41)年2月に庶務規定の改正を行った。

また、収容者の増加で医療業務が多忙になったことから副医長を置くことになり、副医長は医員の光田健輔が着任した。これを受けて同年5月に庶務規定に副医長が加えられた。

1913(大正2)年、幹事は主事、副幹事は事務員か授業員(教員)から選ばれることになった。副医長職は無くなった。これにより同年4月に庶務規定改正が行われた。

1916年(大正5)年、養育院本部に看護婦長を置いたこと、副幹事の代わりに井之頭学校と巣鴨・安房・板橋の3分院にそれぞれ主務を置いたこと、巣鴨分院と井之頭学校に保母長、板橋分院に医長をおいたことにより庶務規定が改正された。

庶務規定では本部、学校、3つの分院に別けて職名と人数が記載された。

1920(大正9)年、本部に総務・監護・医務・経理の4課を設け、各課に掛を置いたこと、副幹事職を廃止したことから庶務規定が改正された。

それまで事務分掌は養育院内の細則で定められていたが、この改正で庶務規定に各課・学校・分院の事務分掌が記載され、事務分掌は法的な根拠をもつこととなった。

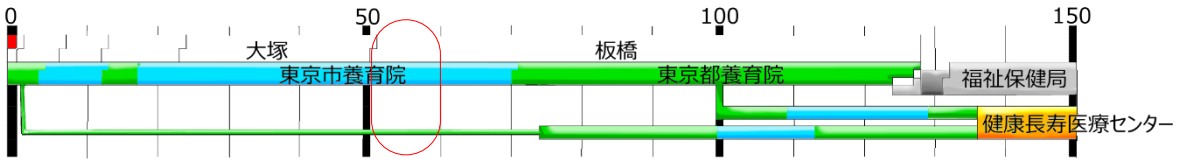
創立五十周年

1922(大正11)年11月、巣鴨分院で創立五十周年記念式典が挙行された。養育院関係官公使、市会議員、寄附者など650人を招待した。

当日は、記念品として渋沢栄一院長の口述による「回顧五十年」と題する冊子が来賓に贈呈された。

また同年12月には、東京キリスト教青年会館で養育院慈善会主催の創立50周年記念講演会が開催された。

1923-1932　関東大震災　板橋へ移転　渋沢栄一逝去　養育院創立60周年



西暦	和歴	月	日	出来事
1923	大正12	9	1	**関東大震災**。大塚本院および安房分院が倒壊。
		9	20	**本院を板橋に移転。**
1924	大正13	3	21	**本院落成移転披露会**挙行。
1925	大正14	4	22	◆治安維持法
		5	5	◆浴風会設立。
		8		◆失業の大量化に伴い、政府は失業救済に関する声明発表し、日雇労働者の失業者救済を実施。
		11	2	**渋沢院長銅像**竣工。
1926	昭和元			
1927	昭和2	-	-	**巣鴨分院**改築。
1928	昭和3			◆治安維持法改正。
1929	昭和4	4	2	◆救護法（～1946）
		10	24	◆世界大恐慌
1930	昭和5	4	2	**合葬塚**を東京市多摩墓地に設置。
1931	昭和6	9	18	◆満州事変（～1932）
		11	11	東京市養育院**院長渋沢栄一薨去。** 十時　尊、院長事務取扱を命じられる。
1932	昭和7	1	1	**救護法**施行。該当者の収容開始。
		4	16	幹事**田中太郎**、養育院院長に就任。
		6	5	院長**田中太郎逝去。** 市主事**川口寛三**院長就任。
		10	15	**創立六十周年記念式**を本院講堂で開催。

医療に関する出来事

研究に関する出来事

震災で倒壊した大塚本院の建物

収容者約1,000人の板橋本院への移動は1日で行われた。養育院月報で幹事**田中太郎**は「工事竣成と同時に大震災に遭遇し、大塚の旧院が大破したので、咄嗟に一千有余の収容者を僅か一日の中に板橋の新院に移送するなど、私も骨身を削づる様な苦労をした」と記している。（東京市養育院月報364号）

板橋本院

敷地の広さは大塚本院15,090坪から板橋26,535坪、建物の面積は建坪大塚3,560坪から板橋5,490坪と大幅に増えた。収容能力は400人増加して1,200人となった。

特に広くなった建物は、病室と普通収容室（健康な者の居室）、看護婦寄宿舎、公舎であった。

医薬局や病棟が採光換気に配慮した洋風建築となり、衛生環境が大幅に改善すると、死亡率は大塚本院に比べ約3割減少した。

板橋分院は、本院移転により分院として独立扱いする理由がなくなったため1932（昭和7）年に本院病室に含めて、分室と改称した。

新築当時の板橋本院

関東大震災の被災

大震災により、大塚本院は寮・育児室・病棟・隔離棟が使用不能となった。気罐場も大破し給食や治療業務が困難になった。本院では負傷者は出なかった。収容の継続は困難となったため、避難を兼ねた板橋への移転を断行し、9月20日に移転を完了した。移転当初は給食設備はまだ稼動しておらず野外で薪を使って食事を作った。

当時安房分院では病弱児童約120名を収容して転地療養を行っていたが、震災で建物が倒壊し児童10名職員1名が亡くなった。

震災復興と人口の急増

関東大震災のあと、大規模な復興事業により東京の住宅地域は近郊に拡大した。1920(大正9)年に約220万人だった東京市の人口は、1923(大正12)の大震災で減少したが、その後急増し、1932(昭和7)年には人口500万人を超える大都市となった。

復興計画での区画整理により、町屋長屋が密集する江戸の街並みは一層され、街路や公園が整備された近代的な街並みが出現した。

東京市社会局は復興期に社会事業の復旧と新設を進めた。

震災後に社会局が設置した社会事業施設は、職業紹介所、託児所並びに児童健康相談所、婦人授産所、簡易宿泊所、食堂、質屋、公衆浴場、普通授産場だった。

渋沢栄一銅像の建立

1924(大正13)年、養育院長渋沢栄一の功績を記念する銅像建設を目的として市長、市会議員、養育院常設委員などによる渋沢養育院長銅像建設會を設立。市民650人から寄せられた寄附金により、1925(大正14)年に彫刻家小倉右一郎に像の作成を委託し付帯工事に着手。11月に青銅座像高さ10尺、花崗岩の台座高さ16尺の像(現在、当センター敷地にある銅像)が完成し、除幕式が開催された。

渋沢栄一の孫昭子(当時11歳)による除幕(東京市養育院月報　第293号【東京市養育院月報　復刻版　不二出版　第17巻】より)

巣鴨分院大改装で児童の処遇を改善

幼児と小学生が大半を占める巣鴨分院では、施設の腐朽と大震災の被害により大改修が行われた。1925(大正14)年鉄筋コンクリート造りの寮が建てられ、衛生状態が大幅に改善し、1926(昭和元)年にかけて家庭的な落ち着いた環境が整えられた。

昭和7年の養育院本院(養育院六十年史より)

渋沢栄一院長の逝去

1931(昭和6)年、渋沢栄一は92歳の生涯を閉じた。

当時の新聞は亡くなる直前の渋沢栄一の様子について「翁は疲労のためうとうとと眠りに陥るが間もなく『田中を呼べ、田中を呼べ』と枕頭に詰めて看護してゐる人を驚かすがまたすぐ「養育院のことはよろしく頼む』と うは言のやうに口走るのである」と報じた。(報知新聞11月3日)

逝去の当日には、渋沢銅像に追悼の花輪が捧げられた。

渋沢栄一の後任には**十字　尊**市助役が院長事務取扱に着任した。

銅像に捧げられた花環
(東京市養育院月報第164号【東京市養育院月報　復刻版　不二出版　第8巻】より)

昭和7年撮影の病室　養育院六十年史より)

養育院の運営が施設収容中心に

1919(大正8)年に東京市社会局が創設された。1932(昭和7)年時点で社会局が担当した事業は、社会事業調査・方面事業・市民館・児童並妊産婦保護事業・教化事業・普通職業紹介事業・労働紹介・公営住宅・市設浴場・授産授業・食堂・質屋・宿泊事業となっている。(養育院百年史p249)

養育院が取り組んできた事業と重なるものもあるが、社会局は居宅保護事業を中心に行っていた。そのため養育院は施設収容での事業中心へと、社会局との分業関係が進んでいった。

1933(昭和8)年の養育院月報では事業を院内救助に明確に位置付けるべきという主張が掲載された。

田中太郎主事、2代院長就任と急逝

1901(明治34)年より養育院月報編集に関わり、1919(大正8)年に養育院幹事に就任。以来渋沢院長を補佐して10数年にわたり養育院の経営に携わった**田中太郎**が1932(昭和7)年4月に2代目院長に就任した。しかし翌5月より病床に伏し、6月に逝去した。

救護法と養育院

この時期に養育院運営に最大の影響をもたらしたのは**救護法**であった。

1932(昭和7)年に救護法が施行され、65歳以上の老衰者・13歳以下の幼者・妊産婦・不具廃疾、疾病、傷痍、その他の理由により労働不能な者を救護の対象とし、市町村の費用負担により医療や生活扶助、助産、生業扶助を行うことが定められた。要救護者の居宅で救護できない場合は養老院・孤児院・病院などに収容することとなった。

同年に養育院でも該当者の収容が始められた。救護法窮民の受け入れにより、行旅病人の減少、生産年齢人口にあたる世代で健康な者の増加、長期疾患患者の増加など養育院収容者の内訳が大きく変化した。

救護法該当者の収容が増えるにつれ、養育院を訪れる面会者が急増した。それまで看護婦と患者しかいなかった寂しい病室に華やかな着物の面会者たちが頻繁に出入りするようになり、院内の雰囲気が変わった。

また、収容者の在院期間が長期化する傾向が見られ、「一時的な避難所」から「生活の場」に養育院の性格が変わっていった。(養育院百年史p257-258)

救護法

1874年(明治7)に生活困窮者の救済のために明治政府が制定した恤救規則は、厳しい救助資格、救助義務者不明、経費負担区分不明、救助方法が不明確、救貧機関や監督機関が不明など、制度上の不備が多かった。

大正時代、海外の生存権思想が知られるようになり、また家族制度の崩壊により恤救規則が前提にしていた隣保相扶(地縁血縁での助け合い)での救済は実情に合わなくなったことから、法改正の動きが始まった。

1926(昭和元)年に社会事業調査会への諮問が提出され、翌年の調査会は「一般救護に関する体系」を答申。この答申を元に救護法がまとめられ、1929(昭和4)年に成立した。

敬老会　大正7年
（創立六十周年記念写真帖　東京市養育院　より）

創立六十周年記念式典

1932（昭和7）年10月15日、本院講堂で記念式典が開催された。宮内・厚生各大臣・府知事の各代理、東京市長、市会議長ほか来会者は500人に及んだ。

六十周年記念式での川口院長の事業報告（養育院六十年史より）

養育院月報

のちに幹事として養育院の経営に携わる田中太郎が渋沢栄一の命で1901（明治34）年に「東京市養育院月報」を創刊。1913（大正2）年「九恵」、1922（大正11）年「東京市養育院月報」、1936（昭和11）年「養育院時報」、1937（昭和12）年「救護事業」と改題した。

出来事の記録、論考、統計、児童の作文や成人の文芸などが掲載され、当時の養育院事業の実態を知る重要な一次資料である。

幹事安達憲忠は愚佛子・愚佛居士、田中太郎は田中無髯（むぜん）・無髯子のペンネームで、入所者調査の結果、江戸時代の救済事業、海外の福祉政策などの記事を養育院月報に多数寄稿した。

養育院月報は1938（昭和13）年、戦争の激化で休刊。1946（昭和21）年、「東京都養育院月報」として再刊し、1976（昭和51）年の713号まで続いた。1976年からは「季刊養育院」が発刊され、1997（平成9）年に休刊となった。

東京都健康長寿医療センターや東京都公文書館などに保存されていた養育院月報の原本より、2008（平成20）年より2017（平成29）年にかけて不二出版より復刻版が刊行された。

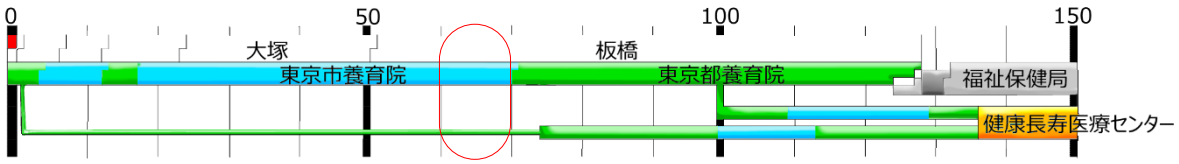
【復刻版】

東京市養育院月報　明治期　全6巻／東京市養育院月報　大正期　全12巻／東京市養育院月報　昭和（戦前）期　全12巻／東京都養育院月報　戦後編12巻

東京市養育院月報
第371号　附「故田中養育院長追悼録」
昭和7年6月25日発行
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

養育院月報復刻版　不二出版
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

1933-1942　老人ホーム設置　児童の保護　戦時体制に移行



西暦	和暦	月	日	出来事
1933	昭和8	2	8	老人病者の病後静養のため本院に**豫後室**増設。
		3	-	**分院児童収容方針**を変更。安房分院は虚弱児童減少のため、尋常3年以下の低学年児童も収容。
		3	31	**養育院六十年史**刊行。天皇皇后両陛下、皇太后陛下に献上。
		4	1	◆児童虐待防止法（～1947）
		5	5	◆少年教護法（～1947）
		8	3	**養育院非常時心得**制定。
		10	-	**老人ホーム恵風寮**と**育児室**竣工。
1934	昭和9	1	29	本院医療施設が診療所取締規則により認可。
		5	12	里預児童の**藪入会**開催。
		10	10	養育院感化部井之頭学校は認可少年救護院となり養育院井之頭学校に改称。
1935	昭和10	9	10	渋沢敬三、市会で養育院常設委員に決定。
		12	1	市社会局方面館の虚弱児童の転任保育開始。
1936	昭和11	4	1	巣鴨分院に虚弱児童が多いことが判明し、安房分院を再び虚弱児中心に切り替え。 巣鴨分院の児童の一部、院外の小学校に通学開始。
		4	10	**外来診療所**を開所。
		5	10	里預児童の藪入会開催。
		6	5	大倉院長、欧米社会事業視察のため渡欧。
		7	18	**養育院非常變歳災防護規定**制定。
		11	-	**虐待防止法**児童の収容開始。
		12	5	職員の研究機関として救護事業研究会創立
1937	昭和12	3	29	礼拝堂落成。
		3	31	◆母子保護法、軍事扶助法
		7	1	養育院時報を救護事業に改題。
		7	7	◆盧溝橋事件　日中戦争始まる。
		7	-	本院医療制度の刷新のため分科制度を実施。
		8	6	養育院非常變歳災防護規定による防護演習実施。
		8	10	**軍事扶助法**による入院者取扱開始。
		8	13	**軍事扶助法**該当者受託。
1938	昭和13	1	11	◆厚生省設置。
		4	1	◆国家総動員法　政府に戦争遂行のために国民生活の全分野を統制する権限が与えられた。
	同日	4	1	◆**社会事業法**（～1951）社会事業の法的な位置づけとなる初の法律。
		5	19	**母子保護法**による受託収容を開始。
1939	昭和14	4	1	養育院井之頭学校を**東京市萩山実務学校**に改称。
		4	14	養育院常設委員条例を廃止。養育院事業の最高諮問機関だった常設委員が無くなる。
		7	7	◆国民徴用令（～1945）
		12	14	厚生省、東京府、警視庁により市内浮浪者を一斉収容
1940	昭和15	5	14	第2回浮浪者収容実施。
		7	?	応急防火班設置。以降毎月訓練を実施。
		8	15	板橋警察署長の指示により特設防護団を設置
		9	27	◆日独伊三国軍事同盟
		10	1	防空訓練実施。
		10	29	萩山実務学校四十周年記念式典挙行。
		11	1	紀元二六〇〇年祝典の前に**浮浪者狩**を実施。
		11	10	紀元二六〇〇年祝典、本院講堂で開催。
1941	昭和16	4	1	点字教育を開始。
		8	10	職員の勤労作業で防空壕を設置。
		9	9	安房分院児童、国民学校へ入学。
		10	1	医療保護法該当者の救療開始。
		12	8	◆**太平洋戦争**始まる。（～1945）
1942	昭和17	1	23	戦時中ならび戦後事業の計画につき改善委員会開催
		3	1	**長浦更生農場**第一次施設を購入。
		3	24	巣鴨分院を東京市**石神井学園**に改称。安房分院を東京市**安房臨海学園**に改称。
		3	31	**大塚生活補導館**開設。
		7	23	萩山実務学校生徒、安房臨海学園に宿泊し海上訓練実施。
		10	15	**創立七十周年記念式**挙行。

医療に関する出来事

研究に関する出来事

分類収容に老人専門施設追加

1933（昭和8）年、本院に老人ホーム恵風寮が設けられた。

老人ホーム建設の計画時期は不明であるが、渋沢栄一存命中に幹事田中太郎が**浴風会**を見学し、「明るき気分にて真に老後を楽しむものの如き情景にいたく感動す」という感想を述べている。（東京市養育院月報第359号）

恵風寮は、健康で自ら用が足せる者とし、救護法該当者であれば65歳以上、行旅病人は70歳以上が対象であった。南面前庭には噴水池・花壇・遊歩道が設けられ、写真を撮る者も多く「板橋御殿」と呼ばれた。

大塚本院時代より、収容者の分類収容は、児童（感化生・虚弱児・一般児、さらに年齢別に、3歳未満、3歳～5歳、5歳～入学まで、小学生、高等小学生）・成人（病人・健康者）・結核及び痼疾患者、に区分されていた。

老人ホームの設置により、分類収容に老人という新たな区分ができ、あらゆる年齢層に対応した分類収容施設が整った。このことについて、1934（昭和9）年刊行の東京市養育院月報第390号「年頭の辞」では、「この二施設の完成を得て、我が養育院施設は一先づ完成した感がある。さてこれからは、他なし、内容の充実、収容者処遇の徹底的改善である」と記されている。

完成した恵風寮
（東京市養育院月報　第389号【東京市養育院月報　復刻版　不二出版　第25巻】より）

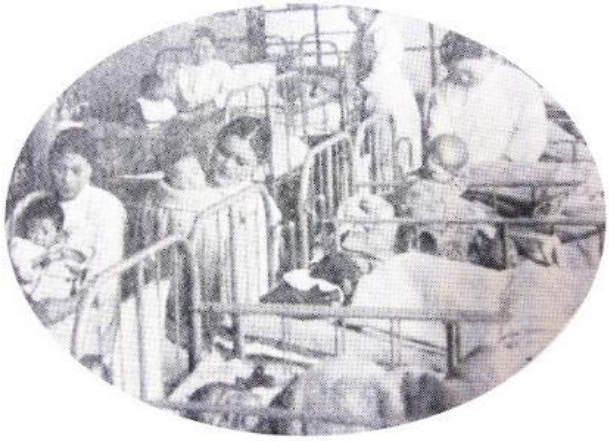
育児室の設置

1933（昭和8）年、本院に**育児室**が設けられた。

子どもの収容については従来は、教護生を除く児童は一旦本院に収容してから5、6歳の児童を巣鴨分院に移した。4歳以下の乳幼児は本院の児童病棟（看護師が乳児の世話）と幼童室（保母が幼児を養育）に収容していた。

育児室が新設されてからは乳児、幼児ともに保母が任にあたることとなった。乳児の人工栄養が困難だったこと豊富な経験を必要としたことから、1937（昭和12）年に初めて有資格の保母を採用した

育児室
（東京市養育院月報　第389号【東京市養育院月報　復刻版　不二出版　第25巻】より）



育児室
（養育院百年史より）

井之頭学校は認可少年救護院に

懲戒的性格の強い感化法に代わり、1933（昭和8）年に少年救護法が公布され、14歳未満の少年に対する教育的保護や少年鑑別機関の設置，少年教護委員の設置，小学校令に準拠した教育を行うこと、感化院から少年教護院への改称、などが定められた。

本人の不良行為による教護救を収容する養育院感化部井之頭学校は認可少年救護院となり、養育院井之頭学校に改称された。

小学校令上の教育施設に転換

1909（明治42）年設立の安房分院には小学校が付設され、同年設立の巣鴨分院とともに収容児童に尋常小学校に準じた教育を行っていた。しかし、安房分院附属の小学校も巣鴨分院も小学校令上の小学校ではなく、不就学児童として扱われ、小学校卒業資格が認定されなかった。

養育院の学校を法令上の学校に位置づけるため検討が行われ、小学校令第36条第1項但書「市町村ノ認可ヲ受ケ家庭又ハ其ノ他ニ於テ尋常小学校ノ教科ヲ修メシムルコトヲ得」という条文により、市町村長の認可を受けることで小学校令上の家庭教育に位置づけることとなった。

安房分院は1936（昭和11）年3月に船形町長（千葉県）、巣鴨分院は同年8月に豊島区長（4月1日にさかのぼり）の認可を受け、収容児童は小学校卒業資格が得られるようになった。

児童虐待法該当児童の収容

貧困地域に住む児童、工場法の適用外である町工場や商店、家庭内で女中や子守りで働く児童など、不就学・不完全就学児童の児童労働が社会問題化し、家庭内での保護者による虐待と貧困による児童労働を防ぐ目的で1933（昭和8）年に**児童虐待防止法**が制定された。子どもの虐待を取り締まることを目的とした日本初の法律である。

1936（昭和11）年、養育院でも児童虐待防止法該当の児童を保護収容することになり、男女各15名まで巣鴨分院で受託することとなった。

府内のほかの7つの受託施設（杉並学園、救世軍芥種寮、福田会など）の収容力は合計で120名ほどであり、巣鴨分院の収容者が最も多かった。

養育院の児童教育

明治6年2月、収容児童の教育のため院内に筆算所が設けられ、上野・神田和泉町時代は筆算所で尋常小学校と同程度の教育を行った。1885(明治18)年に本所に移転した本院では、筆算所に代わって、幼童室と教場が作られた。

1891(明治24)年1月より、大日本図書会社から寄贈された簡易教科書を用いることになった。簡易教科書は尋常小学校の教科書と類似しているが実用を主とし、読書・作文・習字の3科を学ぶものだった。この教科書では2学年以上を同時に教えることができた。

また10歳以上の男女は勤労の習慣をつけさせるため全員手工に従事させた。男子は草履や筵づくり、女子は裁縫を教えられた。

その後、児童の数が増えたことと、成人と児童が本院に同居することの弊害から、1909(明治42年)に開院した巣鴨分院に児童を移した。

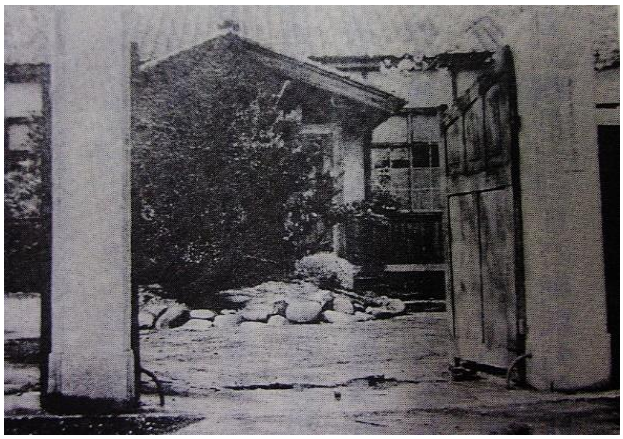
外来診療所の開設

養育院の医療は、洪水被害(1910)や発疹チブスの発生(1914)での臨時的な外来診療以外は、創立以来院内病者の治療に限られていた。

1935(昭和10)年、新任の大倉院長と上原理事は常設の**東京市養育院外来診療所**の開設を決定。1936(昭和11)年、付近の要保護世帯対象の外来診療所を設けるため、東京市養育院入院条例を使用条例と改め、救護法により医療が必要な者や市長が医療救護の必要がある者の診療を行う旨の条項が加えられた。

1936(昭和11)年に板橋分院(養育院の結核診療所)の事務所などを使って外来診療を開始した。

受療の対象者は、市社会局と協定の結果、板橋区・豊島区・王子区・滝野川区の救護法や市方面救助費の該当者とした。



養育院外来診療所(養育院百二十年史より)

院内医療の組織再編

1937(昭和12)年、院内医療の責任者である医長職を廃止し、医長の元で課務を掌理していた医務課長が診療事務を一元的に統括することになった。

同時に分科制度を拡充し、内科・外科・のほかに眼科・小児科・耳鼻科・精神科をおき、1940(昭和15)年には歯科を新設した。

付き添いがいない患者が多く、また重症者も多いことから、普通病院よりも看護婦を要するとし、80～85人だった看護婦を100～110人に増員した。1938(昭和1)年には「病者処遇指針(看護婦ノ心得)」を定め、患者の処遇改善を図った。

軍事扶助法と該当者の保護

1937(昭和12)年に北京郊外で盧溝橋事件が発生すると、政府は出征軍人の遺家族援護のため**軍事扶助法**を制定した。

従来の**軍事救護法**より救護の範囲が拡大し、対象者が増えたため、養育院でも収容委託の申し込みがあれば保護することとした。しかし法では居宅扶助を本旨としていたため利用者は少なかった。

戦時下への移行

1919(大正8)年設立の市社会局は居宅保護事業を中心に行っていたため、養育院は院収容者の保護に重点を移していた。

1931(昭和6)年の満州事変、1937(昭和12)年の盧溝橋事件を経て、戦争の長期化に備えた戦時体制に移行する時期、1935(昭和10)年ごろから養育院事業の対象は院収容者以外に拡張されていった。

1935(昭和10)年、安房分院で市社会局方面館の虚弱児童転住保育(冬期4か月間)実施。1936(昭和11)年には外来診療所を開設、また、軍事扶助法による入院者取り扱いが始まった。

激減する入院・在院者

日中戦争開始以降、養育院本院の入院・在院者は減少し始めた。軍需産業にけん引された戦時好況により労働力不足が生じ、体力のある収容者は仕事を求め、出院が増加した。

しかしこの期間、1939(昭和14)年・1940(昭和15)年は一時的に入院者数が増加した。これは満州国皇帝の来日により市内の浮浪者狩りが行われたためであった。

本院の収容者減少は、入所者の死亡者数の増加により1945(昭和20)年まで続いた。

発疹チフス流行、食糧難による栄養失調、空襲に加え、入所者が病人・老衰・知的障害者・身体障害者など介護を要する人で占められていたことが死亡者数増の原因となった。

井之頭学校の移転

井之頭恩賜公園近辺に茶屋や料理店が増えて教育上憂慮すべき点が多くなったことと井之頭学校の建物の老朽化により、常設委員(養育院の最高諮問機関)は1936(昭和11)年に敷地の選定を開始した。翌年東村山村大字野口字荻山に土地を購入し、新築に取りかかった。戦時期であったため建築は難航した。

1939(昭和14)年、校名を**東京市萩山実務学校**と改称。4月に井之頭学校生徒の移転を完了した。教育の特徴として養育院七十年史は、「健児団を組織し、(略)皇道精神発揚実践を旨として国民生活の訓練をなすもの」と記している。

1944(昭和19)年、萩山実務学校は養育院から民生局に移管された。

母子保護法該当者の保護

恐慌や凶作で生活の窮乏が深刻化する中で母子心中が頻発し、貧困で生計維持と子どもの養育が困難な母子家庭の問題が注目されるようになった。そこで、母子家庭の貧困対策により子どもの健全な成長を図るため、1937(昭和12)年に母子保護法が制定された。

養育院では1938(昭和13)年に、母子保護法該当者のうち母または子どもが病気の場合に受け入れを行うこととなった。別居期間が長い場合は救護法該当とされたため、母子保護法による収容者は少なかった。

長浦更生農場の開設

1914(大正14)年、肺結核療養所の国庫補助に関する法律が公布され、人口30万人の都市には肺結核療養所の設置が義務付けられた。

東京市は養育院の施設として千葉県の長浦町(現　袖ケ浦市)に療養所の設置を計画したが、1919(大正8)年に中野町野方に変更された。

1940(昭和15)年に長浦町の元療養所予定地で森林火災があり、土地ができたことから、同年に50人の救護更生農場の建設を決定。翌年、農場を精神薄弱者および精神薄弱児童の収容施設とする方針が決められた。

長浦更生農場の開墾(養育院百二十年史より)

医療保護法

医療保護事業の運営の合理化を図るため、1941(昭和16)年に医療保護法が施行された。

従来の救護法や母子保護法などの医療はこの法律に含まれることとなり、救護法上の救護施設として認可されていた養育院は、一旦し病院を廃止し、年内に改めて医療保護法による施設として知事の承認を得た。

看護婦養成の位置づけ

養育院では、東京市立病院の看護婦養成とは別に、独自に看護婦を養成していた。

1941(昭和16)年、東京市看護婦養成規定が養育院の看護婦養成に適用され、養育院の看護婦講習生もほかの市立病院の看護婦養成と同一の位置づけになった。

しかし看護講習生が病院に勤務した際の手当は、養育院はほかの市立病院より低い額に定められていた。

大塚補導館の開設

1942(昭和17)年、巣鴨分院が石神井に新築移転する際、年長女子寮のみ残し、養育院から出院した児童の補導機関として利用することとなった。

補導館では、石神井学園・萩山実務学校や里子・職業実習児の出身者の相談業務や生活指導を主に行った。また石神井学園所属で上級学校に通学する児童の通学寄宿舎も兼ねていた。

翌年、東京都行政機構の簡素化のため**大塚補導館**は廃止され、1945(昭和20)年に空襲で全焼するまで養育院職員宿舎として使われた。

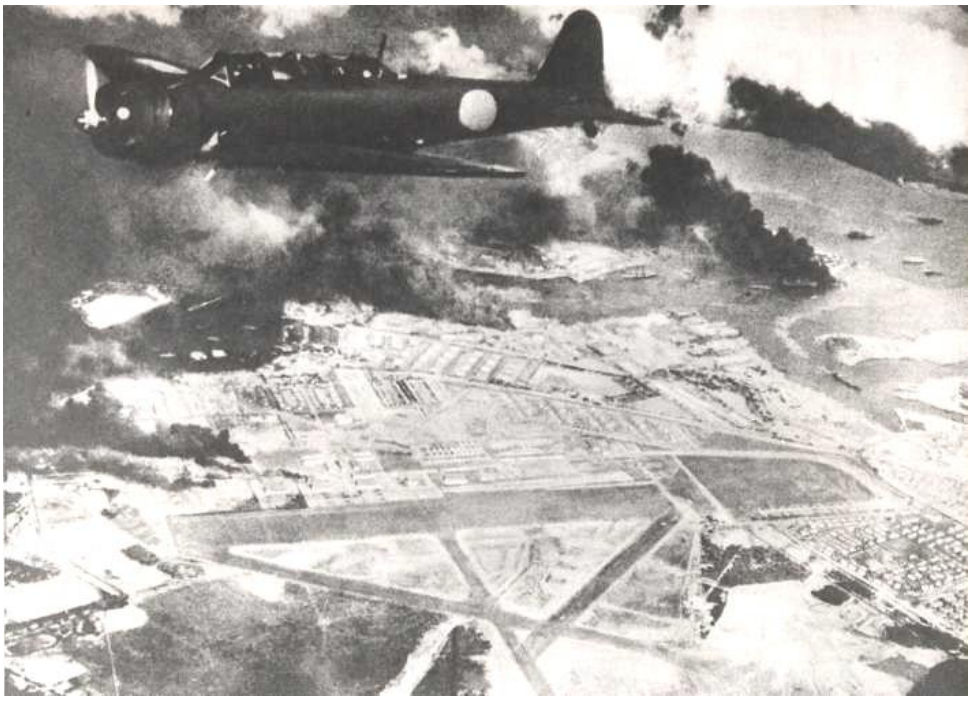
戦時中の養育院財政

1890(明治23)年に東京市営に移行して以来、市営ながら財産収入(公債・信託・預金などの利子収入)によって自給自足的に運営していた。

しかし戦時インフレ下では、財産収入の実質的な価値が低下し、救護法による国庫・府からの補助金もほとんど意味をなさなかった。日中戦争がはじまると民間からの寄付金も激減した。

このため、運営費の不足を市一般会計からの繰入金に依存する経営となった。

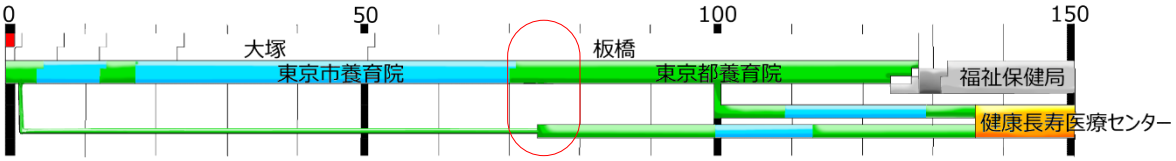
昭和16年以降は市財政からの繰入金の増加が顕著になった。



1941(昭和16)年12月　真珠湾攻撃・日米開戦

Pearl_Harbor-_Nakajima_B5N2_over_Hickam-_80G178985.jpg
1941年12月7日　撮影者不明（米海軍兵または職員による）Official U.S. Navy photograph 80-G-21218　著作権保護満了

1943-1952　太平洋戦争末期　戦後の再建



西暦	和暦	月	日	出来事
1943	昭和18	2	1	◆ガダルカナル島撤退。
		2	5	長浦更生農場、養育院の分院として正式に開所。
		3	29	◆文部省、戦時学徒体育訓練実施要綱通達。男子生徒は卒業後ただちに戦地に赴くことを前提に錬成。
		6	25	◆学徒戦時動員体制確立要綱を閣議決定。学生の勤労奉仕法制化。
		7	1	都政施行により**東京都養育院**に改称。
		10	6	**島しょ引揚**者の収容開始。
		11	13	◆東京都、帝都重要地帯疎開計画発表。
		11	-	**老幼婦女子病弱者の戦時疎開**措置決定。
1944	昭和19	3	-	◆一般都市の人口疎開決定。防空活動に従事できない老人や病人の疎開が進む。
		7	20	那須塩原町の竜泉閣・宮田屋に在院者の送り事業開始。
		6	30	◆学童疎開を閣議決。まず三多摩除く都内の国民学校3年生以上が対象となる。
		8	4	◆学童疎開第一陣（板橋区と品川区内の国民学校）。以降、学童疎開が進められる。
1945	昭和20	2	10	◆B29、120機が関東地域を空襲。
		2	19	◆東京市街地空襲。
		2	22	安房臨海学園、海軍航空隊に明け渡し。
		2	28	安房臨海学園の児童を塩原に**疎開**。
		3	10	◆東京大空襲。空襲で**迷子**になった子どもを収容。
		3	20	本院の乳幼児と病児を塩原に**疎開**。
		4	13	大空襲により**本院分院施設の9割を焼失**。
		4	20	石神井学園の児童を塩原に**疎開**。
		6	23	◆義勇兵役法公布　15-60歳男子と17-40歳女子を国民義勇隊に編入。
		8	15	◆無条件降伏、ポツダム宣言受諾発表。終戦。
		8	30	◆連合軍総司令部（GHQ）設置。
		9	4	安房臨海学園疎開児童、第一次復帰。
1946	昭和21	1	12	看護婦宿舎、育児室として第一造幣蔵大山生徒宿舎を使用。
		1	26	**養育院事業施設復興委員会**を設置。
		5	15	**八街分院**開所。
1947	昭和22	5	3	◆日本国憲法施行。
		7	24	本院処務規定を全文改訂。
		8	9	◆生活保護法（～1950）
		9	11	上野付近で一斉収容。
		12	18	**練馬分院**開院。
		12	22	◆児童福祉法
1948	昭和23	2	3	児童施設を養育院から分離し民政局に移管。
		2	30	長浦更生農場を**東京都養育院長浦分院**に改称。
		3	18	本院、**特別都市計画公園**に指定される。
		7	15	◆少年法・少年院法
1949	昭和24	3	1	天皇皇后両陛下御視察
		4	30	キャロ一女史、現在地での養育院復興を指示。
		6	1	◆労働組合法
		12	26	◆身体障害者福祉法
1950	昭和25	3	31	分室敷地内に**養看護施設**開設
		5	4	◆生活保護法
		6	25	◆朝鮮戦争
		8	3	**保護寮、養看護施設**の新築落成式。
		12	9	上野駅周辺の浮浪者一斉収容。
1951	昭和26	2	20	東京都養育院付属**看護学院**設置。
		3	29	◆社会福祉事業法
		4	1	東京都養育院条例を全面改正し施行。
		11	28	**乙種看護婦養成所**認可。
1952	昭和27	1	25	熱海伊豆山老人ホーム起工式
		4	28	◆対日講和条約発効
		5	19	東村山施設上棟式開催
		7	24	栃木分院閉鎖
		9	1	練馬分院創立五周年記念式開催
		10	15	創立八十周年記念式開催

医療に関する出来事

研究に関する出来事

長浦更生農場、正式に発足

「出院の見込みなき健康なる精神薄弱者」の訓練農場として、予算のないまま養育院入所者によって開墾されていた**長浦更生農場**は、1943（昭和18）年2月、初代場長が任命され、養育院入所者20名を移して、養育院分院のひとつとして正式に発足した。

都政施行と養育院

1943（昭和18）年7月、戦時期行政機構の合理化により東京府と東京市が廃止され、東京都制が施行された。

都制施行により東京市養育院は**東京都養育院**と改称。本院・分院ともに処務規定が改正され、院長の院務掌握は東京市長の指揮下でなく東京都民生局長の命を受けることとなった。

従業員数の減少

1938（昭和13）年と1942（昭和17）年の記録によると、どちらも従業員の数は300名前後。そのうち約100名が看護婦、30~40名が保母であった。ほかに院長嘱託、理事、主事、技師。初期、医員、教諭、消防手などの職員がいた。一方在院者数は2,000人以上で、従業員数があまりに少ないことが指摘されていた。1棟125名あたり看護婦1、2名という状況であった。1944（昭和19）年と1945（昭和20）年は、医師や薬剤師の出征が相次ぎ、看護婦養成も応募者が少なく、養育院の医療は麻痺寸前であった。

渋沢栄一銅像の供出

1943（昭和18）年12月、金属供出のため渋沢栄一銅像は台座から降ろされ、代わりにコンクリート製の像が据えられた。その後、交通事情などの理由で銅像は運び出されないまま終戦を迎えた。銅像は本院敷地の防火壁の場所に置かれていたため空襲による損壊を免れた。

1957（昭和32）年に銅像の移転があり、その際に、降ろされていた銅像は再び台座に据えられた。

く征もんさ澤澁父慈

銅像の供出を報じる当時の新聞記事（読売報知　昭和18年12月22日）

看護婦不足と看護婦養成所

太平洋戦争が苛烈になると看護婦の応募者は激減した。養育院の看護婦が不足したため、1943（昭和18）年に養育院の看護婦養成所に入学した生徒は修学期間を3か月繰り上げ1944（昭和19）年12月に卒業させた。昭和19、20年4月の入学者は臨時措置として修学年限を1年とした。その養成所も1945（昭和20）年の空襲で焼失した。

荻山実務学校を民生局に移管

1944（昭和19）年4月、**荻山実務学校**は養育院から東京都民生局保護課に移管され、東京都立荻山実務学校と改称された。経緯は明らかではないが、養育院事業改善委員会で決選非常措置の方針として移管が決定されている。

塩原町への疎開

1943（昭和18）年末には本土決戦はさけられない情勢となり、都の決戦非常措置に伴って、1944（昭和19）年3月より関東各県での養育院疎開地の選定が始まった。

4月に塩原町への疎開が具体化し、6月に2つの旅館（竜泉閣、宮田屋）を買収。7月より本院老人の疎開が始められた。8月には塩原分院の開院式が行われた。

疎開先として、さらに常盤屋、上富士屋、あかつき（塩釜寮）の3つの旅館も買収した。

大空襲と本院

1945（昭和20）年3月10日の東京大空襲の後「養育院非常時体制に関する件」が出され、印刷や状袋作業といった平時作業を停止して、焼け跡の整理や空き地を使った食糧増産に在院者と職員が取り組むこととなった。

4月13日の大空襲では大量の焼夷弾で本院敷地は火の海となった。職員は防空壕への在院者の誘導や消火活動を行ったが、火勢が激しく、夜中に職員の一時解散が命じられた。養育院八十年史に空襲時の様相が記録されている（p141-146）。

この空襲で本院施設の大半を焼失。本院機能は塩原分院に移された。

この日の空襲による旧板橋町全体での死者数は232名だったが、養育院在院者の死者・行方不明者は107名で、そのうち病者は98名、普通者6名、石神井学童3名であった。

5月には本院の焼け跡整理として、農地化と立木や焼け残った木材の燃料化が決められた。養育院八十年史では「当時の食糧事情と燃料の窮迫化を知ることができる」と記されている。（p149）

大空襲と石神井学園

寄宿舎制の普通児施設巣鴨分院は建物の老朽化と周辺の市街化により上石神井に移転し、1942（昭和17）年に東京市石神井学園と改称された。太平洋戦争が激化すると年長児童は工場労働に動員され、学園出身者は多数出征した。

1945（昭和20）年4月13日の空襲で学園の職員公舎と寮舎が被害を受けたため、急きょ塩原疎開を決定し、翌13日に児童の大部分を一旦本院に移した。その晩、大空襲で本院はほぼ全焼。児童は再び学園に戻り、19日より2回に分けて塩原に疎開した。

疎開後の学園施設は、三宅島からの引き揚げ児童の一時保護や、上野浮浪者一斉収容（6月）での浮浪児、婦人、老人の収容に用いられた。

塩原分院

1944(昭和19)年に養育院から老人の疎開が開始された。翌1945(昭和20)年には安房臨海学園が海軍に明け渡され、学園の児童も塩原に送られた。同年3月の東京大空襲後に本院の乳幼児、4月には石神井学園の児童の疎開が行われた。

4月13日の大空襲はで養育院本院の大部分が焼失したため、本院事業の大半を塩原に移すこととなり、塩原分院に庶務・保育・監護の3部が設けられた。

小笠原などから強制引揚となった島民も塩原分院への収容となり、養育院の疎開者は5月には約700人に達した。

人口3,000人の温泉町塩原は、養育院約700人含め東京からの疎開者10,000人がひしめく状態となった。

温泉街はもともと耕作地が少なく、養育院の食糧は外部からの配給頼みだったが、極度に不足し「朝は釜を洗った湯に米粒が浮いたようなおかゆ、昼はひとかけらのトウモロコシ、晩は小石大のジャガイモ何個か」という日々であった。疎開児童らは栄養失調で苦しみ、体力が著しく衰えた。

塩原分院で飢餓や病気で亡くなった収容者の記録(過去帳)が現地の寺に残されており、それによると疎開開始から1945(昭和20)年12月までの1年半に418人が亡くなっている。そのうち50歳以下は142人、10歳以下の死者は41人にのぼった。

養育院職員と強制疎開で収容されていた小笠原諸島島民は山林を開墾して畑を作ったが、トウモロコシとジャガイモがわずかにとれただけであった。

1945(昭和20)年7月の宇都宮空襲では、県庁にあった都の疎開事務所が稼働不能になり、塩原分院への食糧供給が止まってしまった。そのため、8月に塩原分院の死者数は最大となった。

塩原分院は戦後に栃木分院と改称し、1952(昭和27)年に閉院した。 塩原分院(栃木分院)の開院から閉院までに581人の収容者が亡くなったが、そのうち300人超は終戦までの1年に集中した。

塩原分院
(養育院八十年史より)

龍泉寮　上富士寮
宮田寮　塩釜寮
常盤寮

空襲により焦土と化した東京
両国駅付近上空から南に向かい撮影

After Bombing of Tokyo on March 1945 19450310.jpg
1945年3月10日　米軍撮影
著作権法（昭和45年5月6日法律第48号）附則第2条の規定により、日本での著作権の保護期間満満了

終戦で塩原疎開から引揚

終戦に至る約1年間、院事業の大部分は塩原分院で営まれたが、終戦により疎開という目的が無くなった。

1945(昭和20)年9月に、**安房臨海学園**と**石神井学園**の児童が引き揚げが実施された。本院施設の焼失と戦災者や浮浪者の激増により老人の引き揚げは困難だったため、塩原の宮田寮で養老事業を継続することとなった。ほかの旅館は、塩原町や元所有者の強い要望により払下げとなった。

ララ物資感謝状に対しキャロー女史来院(東京都健康長寿医療センター所蔵)

終戦直後の本院再開地さがし

ほぼ全焼した本院は終戦直後の社会状況により新築再建の見通しが立たず、旧軍用施設での事業再開をめざした。1945(昭和20)年9月には、板橋分院に隣接した**旧陸軍第一造兵廠**(兵器工場)の工員寮のうち**大山至誠寮**の借り受けが決まり、使用が開始された。

また同月、旧陸軍第一造兵廠練馬倉庫についても東京財務局より使用の内諾が得られた(地元側からの競願や米軍の使用通知があり、養育院での使用はすぐには実現せず、2年後に練馬倉庫で分院を開設)。その後も施設獲得の動きは続けられ、視察や交渉が行われた施設は30数か所に及んだ。

1946(昭和21)年2月には**旧陸軍第一造兵廠工員寮**のうち**大山生徒舎**の一部についても使用が許可され、翌月本院焼け跡の育児室に置かれていた本院事務所を生徒舎に移した。

長浦分院児童寮のララ物資給食
(東京都健康長寿医療センター所蔵)

終戦直後の食糧事情

終戦食後は応急米などで賄ったが、それも中止されて三食雑炊または代用食となった。配給食糧は米・麦・豆・甘藷・馬鈴薯であったが遅配や欠配が続き、食糧倉庫に米一粒も無い状態がしばしば生じた。

1946(昭和21)年から1952(昭和27)年にかけて、**ララ物資**が13回交付された。ララ物資とはアメリカのアジア救済連盟から送られたバター、ジャム、缶詰、米、小麦粉、衣服、靴などである。また軍用食料としてストックされていた乾パンや牛缶などの放出物資も数回交付された。

1950(昭和25)年ごろから、配給以外に院内で作った麦・甘藷・馬鈴薯や副食物が加わり、食糧事情はやや好転した。しかし、食事に院収容者(在院者)の年齢や好みが考慮されるようになったのは昭和30年代からであった。

児童の強制収容開始

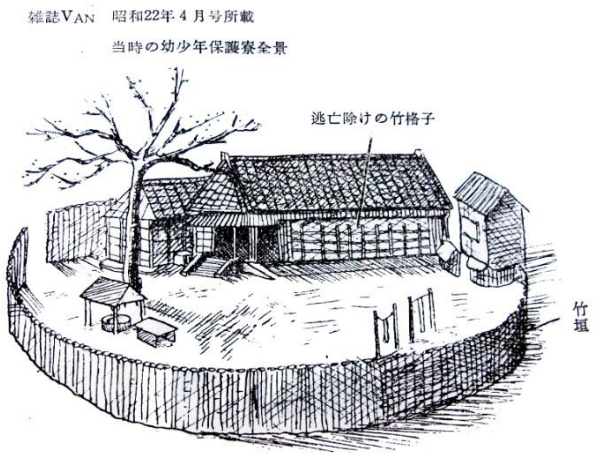
終戦直後後より毎月4、50人の浮浪児が本院に収容されたが、施設の不備や待遇の問題から多くの子どもは逃亡した。

1946(昭和21)年6月、占領当局の命令で保護寮には逃亡防止の柵を設け、浮浪児の強制収容を行うこととなった。

収容した戦災浮浪児は、一般児童、知的障害児、不良化児童、虚弱児に分け、養育院所管の施設(石神井学園、八街学園、長浦更生農場、萩山実務学校、安房臨海学園)や民間の保護施設に送られた。

収容児童の数に対して養育院の施設は狭隘なため、児童保護施設としても旧軍用施設の獲得が目指された。その折東京都財務局より元八街飛行場附属施設の斡旋があり、改修工事を行って、1946(昭和21)年6月に**八街学園**を開所した。

一斉収容（養育院百二十年史より）



幼少年保護寮（養育院八十年史より）

幼少年保護寮（東京都健康長寿医療センター所蔵）

院史上最高の入院者

1946（昭和21）年は、入院者が11,426名を数え、院史上最高を記録した。男女の割合はほぼ2:1であった。出院者は2,600名、無断出院6,701名、死亡2,072名と、出院者数も激増した。1949（昭和24）年ごろから入出院者数が落ち着き、1952（昭和27）年を境に減少に転じた。

養育院附属病院と看護婦養成所の開設

1946（昭和21）年6月、旧陸軍宿舎至誠寮について東京財務局より戦災者収容を目的とした使用の認可が下りた。

養育院は旧**至誠寮**を「**養育院附属病院**」と改称し、7月より在院者および外来者の診療を開始した。

寮の建物は狭隘で、病院機能を十分に発揮できなかったため、1948（昭和23）年までレントゲン室や受電設備、看護婦寄宿舎など、施設設備を拡充していった。

1950（昭和25）年には旧板橋分院跡地に養看護者の収容寮や寄宿舎、浴場が設置された。

看護婦養成も旧至誠寮の一部で再開された。施設環境は十分ではなく改善・整備の要望が出されたが、都財政窮乏により実行されなかった。

旧至誠寮を使用した附属病院（東京都健康長寿医療センター所蔵）

附属病院の乳児室（東京都健康長寿医療センター所蔵）

附属病院の乳児室（東京都健康長寿医療センター所蔵）

栃木分院

塩原分院は1946（昭和21）年6月に栃木分院に改称された。戦後は高齢者と皮膚病患者を収容していた。建物の老朽化や疎開という目的が無くなったことから、1952（昭和27）年に収容者全員を本院に移し、栃木分院は廃止された。

生活保護法の制定と養育院

戦災、引揚、復員、失業などにより公的扶助を必要とする人が急増したため、政府は救護法などの救済法規を一新して総合的な救済法の制定を企図した。同じころ連合軍最高司令部より救済計画の提出と法規の整備が命じられた。これにより統一的救済法規として生活保護法が1946（昭和21）年9月に公布された。養育院は、法的には生活保護法による養老・救護・更生・医療保護を行う総合施設の位置づけとなった。

稼動力のある失業労働者の収容

終戦直後より収容者の中に稼働力のある成人男子が増加し、その処遇をどうするかが問題になった。1947（昭和22）年2月に民生局より品川区にある元港湾局職員宿舎を簡易宿泊所とする旨の連絡があり、養育院は浜川寮と命名した。浜川寮は失業した成人男子の収容を4月からを開始した。浜川寮が養育院所管だった期間はわずか2ケ月間で、その後民生局に移管された。

本院事務所を設置

1947（昭和22）年4月、本院跡地にバラック作りの事務所を設置。5月に落成式を挙行した。それまで事務所は旧陸軍宿舎至誠寮に置かれていたが、事務所移転により旧至誠寮は病院機能のみとなった。

養育院処務規定の改定

1947（昭和22）年7月に養育院処務規定の全面改正が行われた。各学園・事務所別に設けられていた処務規定は一本化され、医務課が統括していた医療を附属病院として病院長の管理下に置くこと、焼失を免れた本院施設を浮浪者・浮浪児の保護所とすること、保護課を設けて児童係と成人係を置くこと、などが新たに定められた。

児童事業を民生局へ移管

戦災孤児や引揚孤児など街頭浮浪児の保護徹底と、全児童を対象として児童福祉を助長する目的で1947（昭和22）年12月に児童福祉法が施行された。

この法律制定の動向を受け、養育院の児童事業も児童福祉法に基づく施設として発足する準備を進めていたが、同時期に東京都民生局児童課でも児童施策を一元化する方針で検討を開始。児童保護施設の所管を養育院と児童課のいずれにするかという所管問題が起きた。

養育院と民生局児童課の半年にわたる協議の結果、1947（昭和22）年に、知的発達障害児を対象にした長浦更生農場と養育院育児室のみ翌年1月より養育院の所管とし、石神井学園・安房臨海学園・荻山実務学校・八街学園は児童課直轄となることが決定した。また、児童課で乳児院を早期に建設して養育院育児室の使用を止めることや、那須農場で行っていた児童の帰農訓練を児童課に引き継ぐことも決められた。

これにより養育院の児童事業は知的障害児対象のみとなった。

板橋区の養育院現地復興反対運動

旧陸軍施設で本院事務所や附属病院が開設された当時、旧陸軍練馬倉庫が本院施設再開の候補地になっていた。しかし練馬倉庫の使用は地元側の要望や米軍の指示で一時頓挫したため、やむを得ず本院跡地での復興計画を進めることとなった。

一方、板橋区は1946(昭和21)年に戦災復興のため復興委員会を設置。本院跡地に公会堂・図書館・音楽堂・野外劇場・競技場・プール・児童遊園・テニスコート・公園・第一中学校および文化住宅を建設する計画を作成していた。板橋区長および区会は、養育院の存在がこれまで区発展の一大障害であったとし、建設局長に養育院の現地再建計画に反対するよう申し入れを行った。養育院の立ち退きを求める板橋区と、本院跡地での再建をめざす養育院とで意向が対立した。

数度にわたる交渉の結果、1947(昭和22)年12月、区と養育院の協定書が発表され、現在養育院が計画している応急施設以外は増築しないこと、南側敷地は区の区画整理計画の対象とすること、などがもりこまれた。翌年、協定書にも盛り込まれていた応急的寮舎計画として本院跡地に**明々寮**(養老施設)が建てられた。

練馬分院を設置

養育院は、旧陸軍第一造兵廠練馬倉庫を戦災者など約千名の収容と将来の院事業のために獲得しようとしていたが、米軍の資材置き場とする計画があり分院設置が進められなかった。そこで養育院長が連合国軍を訪問して懇請した結果、倉庫の一部の3棟の使用許可を得て、1947(昭和22)年9月**練馬分院**を開設した。

その後改修を進めて使用していたが、老朽化に加え通風・換気・採光が不十分で、周辺道路からの騒音もはなはだしく、1961(昭和36)年に東村山分院に吸収する形で廃止された。

現地再建までの長い道のり

1947(昭和22)年12月の協定書が原因で、養育院本院跡地は東京都特別都市計画事業施行地区に指定され、1948(昭和23)年12月には本院跡地中央部は特別都市計画公園に指定された。本院跡地は区画整理地域や公園に指定され、さらには浮浪者などを収容する応急施設の建設も認められず、現地での本院再建は困難となった。

養育院は移転先を求め、上板橋中緑地など10数か所を候補にしたが、地元の意向やさまざまな制約でいずれも実現しなかった。

1948(昭和23)年10月、東村山町の元日本医療財団病院建設用地について譲渡の意向が判明。養育院では移転先として獲得する方針を決定した。しかし本格移転用地として十分な広さがないこと、中心機関の所在地としては事業遂行上不便な場所であること、地元側の承諾が得られないことから、用地の獲得は進まなかった。都内の浮浪者や行旅病人の増加とインフレ進行で養育院入院者の出願は増える一方で、各区長に入院制制限を通知して養育院の新規入院を制限せざるを得なくなった。

1949(昭和24)年4月の東京都養育院復興期成委員会の席上で民生局長が、定例軍政部会見で関東地区民事部民生課長代理E・K・キャロ―女史より養育院は現地で復興すべしと指示があったことを報告した。

5月の期成委員会では、東村山の土地取得にむけて予算措置を講ずることと、暫定的な措置として必要な収容施設を本院跡地に設けること、跡地の一部について区立第一中学校用地としての有償譲渡を可とすることが決定された。

板橋区側もこの決定を了承し、養育院は銅像側敷地の一部を区立中学校用地とすることを承認した。本院跡地では収容施設として成人保護寮4棟が設置された。民生局・養育院・板橋区とで方向性が決まったが、収容施設や学校の建設、都建設局による跡地での計画道路建設等は、本院跡地の特別都市計画公園指定が障害となって必要な手続きが進まなかった。

1950(昭和25)年8月、民生局は建設局に対して公園指定の廃止を求めたが、このとき本院跡地を養育院の復興敷地にする必要性を主張したため、板橋区側は反発し、民生局・養育院・板橋区の問題解決にむけた動きは膠着状態となった。

1951(昭和26)年3月、復興期成委員会で、本院跡地と東村山で並行して復興を進めること、銅像の立つ敷地の用途は区長との協議で決めること、公園は小規模とすること、本院跡地には医療機関を中心にした保護施設とするため病院を建設することが決められた。

翌月に区長の改選があり、新しい区長と協議を進めて委員会決定の理解を得ることができた。同年12月、養育院は民生局を通じ、板橋区に対して新施設建設と銅像側敷地の区への譲渡を申し出、区側もこれを了承した。

1952(昭和27)年には新施設(入院寮)が完成。伊豆山老人ホームや東村山分院も発足し、養育院の本格的な復興が始まった。

練馬分院（東京都健康長寿医療センター所蔵）

長浦分院に改称

長浦更生農場は、戦後の食糧危機に対処するため自給または半自給を目的にした拡張計画を立て、1946（昭和21）年に院長宛に提出した。建物獲得のため付近の菜園や旧軍施設の獲得しようとしたが実現せず、既存施設の周辺を造成して児童寮や炊事場兼倉庫を建設した。

1948（昭和23）年、長浦更生農場は**長浦分院**と改称された。施設の増築はその後も続き、1952（昭和27）年に施設整備が完了した。

長浦分院　児童寮（東京都健康長寿医療センター所蔵）

長浦分院の牛小屋　後ろは事務所
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

昭和天皇の行幸

1949（昭和24）年3月、天皇皇后両陛下の都内社会福祉施設の視察が行われた。養育院では**キャロー女史**（養育院復興反対運動の時期に現地再建を指示した）と民政局長が出迎え、両陛下は明々寮と炭団工場を視察された。

天皇皇后両陛下の視察（東京都健康長寿医療センター所蔵）

身体障害者福祉法制定と養育院

終戦で軍事援護的な政策がすべて廃止されたため、身体障碍者と戦災での傷痍者の保護に関わる法制度が無くなった。

1948（昭和23）年に厚生省と都道府県はそれぞれ委員会を設置して身体障碍者の保護対策の検討を開始した。同時に厚生省では新法の制定を検討、1949（昭和24）年12月に身体者障害者法が公布された。これにより養育院に在院している身体障碍者も身障害者手帳の交付を受け、補聴器・義肢などの補装具が支給・貸与されて処遇が向上した。

養育院　観桜会の仮装行列　昭和25年
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

養育院　東寮　昭和25年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

衛生環境の改善

1950（昭和25）年より、衣類寝具の洗濯、蒸気消毒、DDT散布、週1、2回の入浴が実施され、衛生環境が改善された。また定期的な健康診断や予防接種も行われるようになった。

降ろされたままの銅像　昭和25年ごろ撮影
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

養看護施設の設置

附属病院では1949（昭和24）年度ごろから、入院の長期化による病院機能の低下が問題になってきた。そこで1950（昭和25）年3月、板橋分室跡に**養看護施設**を開設した。

養看護施設とは、のちの療養型老人病院のようなもので、高齢患者が増加していた附属病院にとっては必然的な発展であった。

養育院処務規定の改定

終戦まで、養育院設置の根拠となる条例は救護法、医療保護法、行旅病人及行旅死亡人取扱法・少年救護法を基に制定した東京市養育院使用条例であった。終戦で諸法令が改廃されたことから、1951（昭和26）年に東京都養育院条例・同施行規則・東京都養育院管理規定が制定された。

看護婦養成所は附属看護学院へ

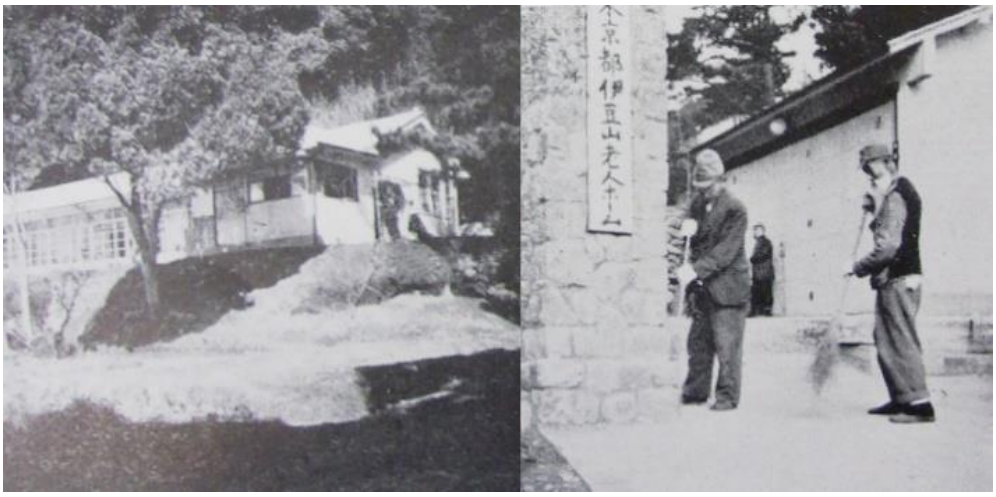
1948（昭和23）年に**保健婦助産婦看護婦法**、1949（昭和24）年に**保健婦助産婦看護学校及養成所規則**が施行され、養育院の看護婦養成所も厚生省の認可が必要となった。そこで施設の整備計画が作られ、1950（昭和25）年に教室・実習室が建てられた。施設整備により、昭和24年度に79名だった入学応募者は25年度は609名に急増した。

1951（昭和26）年2月に看護婦養成所は**東京都養育院附属看護学院**と改称、8月に厚生省より認可された。

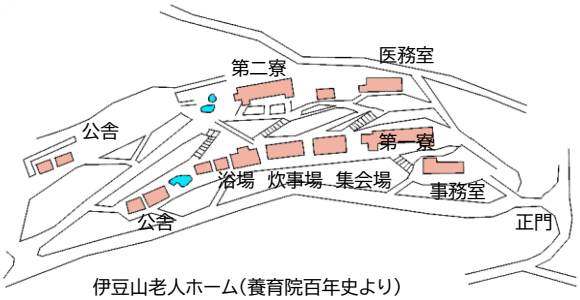
伊豆山老人ホームの開設

養育院は、セルフサポートを重点として老後の生活を保障する施設を企画、1950（昭和25）年に有料老人ホーム設置場所の選定要綱を作成した。

翌年、熱海市長より養老院建設用地寄付の連絡があり、協議の末に、法に基づいた養老施設と有料老人ホームの並置が決定された。一時、都の有料施設計画の延期に対する土地寄付者の反発により土地取得は白紙となったが、さらに協議を続け、土地寄付者の了承を得て老人ホームの建設を開始、1952（昭和27）年8月に**伊豆山老人ホーム**の事業が開始された。



伊豆山老人ホーム(養育院八十年史より)



伊豆山老人ホーム(養育院百年史より)

伊豆山老人ホーム（東京都健康長寿医療センター所蔵）

東村山分院(養育院八十年史)より

創立80周年記念式典

1952(昭和27)年10月、養育院講堂において、厚生大臣、都知事、都議会議長、都厚生委員長、民生局長、旧職員など関係者約700人を招待して記念式典が開催された。

当日は、国会図書館長で法学博士の金森徳次郎氏による「憲法上より見た社会保障制度」と題する記念講演があった。講演の全文は養育院80年史に収録されている。

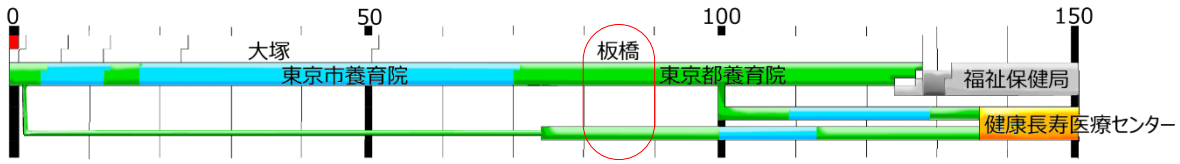
東村山分院の開設

1948(昭和23)年より、養育院用地として取得が進められていた東村山町の敷地で、1952(昭和27)年に第1期工事が完了し、11月より**東村山分院**が開院した。

東村山分院は生活保護法による養老施設として定員90人で出発した。その後、1961(昭和36)年まで寮施設や洗濯室などの付属施設の新築が続いた

創立80周年記念式典の祝宴(養育院八十年史より)

1953–1962　附属病院　練馬分院廃止　有料老人ホームの設置



西暦	和暦	月	日	出来事
1953	昭和28			
1954	昭和29	7	3	本院の特別都市計画公園指定が全面解除。
1955	昭和30	1	17	渋沢栄一銅像、一号公舎の西側に移転。
		3	31	本院事務所本館竣工。
		7	16	◆安房臨海学園(民生局)、東京都安房児童学園と改称。
		8	25	◆箱根児童学園・あずさ園・中井児童学園の整理統合により、東京都第二安房児童学園開設。
1956	昭和31	2	28	本院に都水道をはじめて引き込む。
1957	昭和32	2	2	渋沢栄一銅像復元。
		3	31	**長浦分院**緊急救護施設竣工。
		5	15	東京都養育院長浦分院を東京都養育院千葉分院に改称。
1958	昭和33	3	31	**付属病院**、新築工事竣工。
1959	昭和34	4	16	◆国民年金法
		5	7	**練馬分院**、東村山移転第一次実施。
1960	昭和35	3	31	◆精神薄弱者福祉法
		4	1	◆東京都安房児童学園(民生局)、第二安房児童学園を統合し、船形寮養護第一係・那古寮養護第二係からなる安房児童学園(二級事業所)となる。
		5	2	**千葉分院**、精神薄弱者援護施設竣工。
1961	昭和36	8	26	東京都有料老人ホーム条例公布。
		9	16	有料老人ホーム事業開始。
1962	昭和37	7	11	新恵風寮落成。
		12	30	山谷住民の年末年始特別保護のため民生局山谷福祉センターから一時収容。

医療に関する出来事

研究に関する出来事

東村山分院の事務所　昭和29年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

養育院5ヶ年計画

1956(昭和31)年に、1960(昭和35)年までを期間とする養育院5ヶ年計画が策定された。

その内容は、練馬分院の東村山分院への移転、伊豆山老人ホームの一部有料化とそれに伴う在院者の東村山分院への移管、知的障害者に対する科学的生活指導施設の設置の3点に重点を置くものだった。

長浦分院、千葉分院に改称

1957(昭和32)年、長浦分院は**千葉分院**に改称され、二級事業所に昇格した。知的障碍者を対象とする千葉分院では養育院5ヶ年計画に基づいて児童寮4寮、成人寮として救護施設2寮、緊急救護施設4寮が新設され、大幅な定員増となった。

千葉分院の児童寮　昭和32年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

千葉分院の運動会　昭和32年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

附属病院の建設

旧軍用施設を転用した附属病院は建物が老朽化し、防火上の問題があったため、昭和56(昭和31)年から2か年継続事業として本院構内に新病院と看護婦寄宿舎を建設することが決められた。新病院と看護婦寄宿舎は1958(昭和33)年3月に完成し、4月より病院事業が開始された。

附属病院はもともと在院者の医療機関として設置されたものだったが、新たな病院は生活保護法、児童福祉法、結核予防法の指定医療機関として医療給付にあたることとなった。

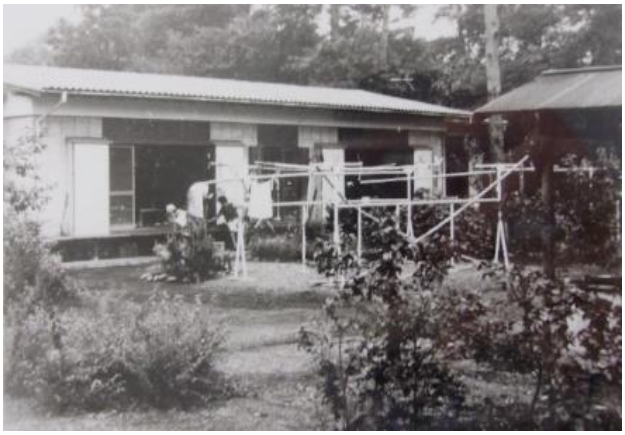
病院の組織は内科、外科、小児科、眼科、歯科、産婦人科、耳鼻咽喉科、放射線科、薬剤科、看護科で、人員は医師20名、看護婦98名であった。このほか精神科、皮膚科の専門医に定期的な診療を委託していた。

附属准看護学院の教室と寄宿舎も板橋分院構内に新築され、1958(昭和33)年9月に完成して移転した。

養老施設の拡張

養老施設に関する国の基準の引き上げで既存の寮舎が基準に適合しなくなったことや、要入院者数の増加により、1958(昭和33)年より3ヶ年計画で養育院の養老施設の拡張が進められた。

1958(昭和33)年から1960(昭和35)年にかけて東村山分院には第9寮～第28寮が新設された。 1961(昭和36)年には東村山分院に夫婦寮が3棟新築され、夫婦分居制は解消された。



東村山分院　昭和34年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

練馬分院、東村山分院へ移転

軍用施設を改修して使用されていた練馬分院は、対象者の減少と施設の老朽化、防火対策の不安などから、養老施設に切り替えて東村山分院に移転されることになった。

移転は1959(昭和34)年より始まり、1961(昭和36)年に練馬分院は廃止された。

有料老人ホーム建設に向けた調査

1959(昭和34)年、養育院は有料老人ホームの建設に向けた調査を実施した。その報告では「低額ではあるが安定した収入をもって軽度の負担に堪えられ、かつ健康等の理由により炊事が出来ないまたは好まない老人夫婦や老人単身者に対して、低廉な経費で住宅とあわせて栄養的な食事を提供する有料老人ホームの建設が切実に要請されている」としている。

東村山分院　昭和34年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

東村山分院　夫婦寮　昭和36年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

精神薄弱者福祉法の制定と千葉分院

1960（昭和35）年3月に**精神薄弱者福祉法**が制定されると、**千葉分院**で建設中だった3寮を精神薄弱者福祉法による「精神薄弱者援護施設」として使用することになり、同年10月に東京都養育院条例及び養育院処務規定の一部が改正された。

この結果、18歳以上の知的障害者の施設は援護施設と生活保護法による救護施設の二本立てとなった。既存の緊急救護施設と精神薄弱（知的障害）児施設とで、 千葉分院は4種の施設からなる知的障害者対象の総合施設となった。

同年12月、**千葉分院**に重症児童寮が4寮、さらに1963（昭和38）年にも1寮新設された。

千葉分院　成人浴場　昭和35年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

千葉分院　児童の学習風景　昭和35年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

千葉分院　援護施設　昭和35年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

養育院長期計画

養育院5ヶ年計画は1961（昭和36）年度以後も引き継がれた。1970（昭和45）年までの計画の内容は、老人対策と精神薄弱者・児（＝知的障害者）対策に大別される。老人対策は、有料・無料の老人ホーム定員増や特別老人ホームの設置によって、既設老人ホームの過密定員の緩和や不良建物の建て替えを図るというものだった。

東村山分院に有料老人ホームを設置

都内で有料老人ホームの利用を望む希望者が増える一方、内閣審議会が行った1960（昭和35）年の調査では都内の老人ホームは7つしかなく、東京都に対しても有料老人ホームの設置が急務となった。養育院では1959（昭和34）年に有料老人ホーム建設のための調査を行い、東村山分院構内での建設を決定した。

東村山有料老人ホームは1961（昭和36）年に完成。ほぼ同時期に東京都有料老人ホーム条例及び同施行規則が公布された。

オリンピック財政

東京オリンピック（1964年）にむけて東京都の財政は道路整備などの公共投資に重点をおいたものになった。養育院の財政への影響は1961（昭和36）年ごろから新規経費の鈍化や落ち込みとなって表れた。長期計画での老人ホームや知的障害者施設の増設は「既定事業の改善」であり、新規経費ではなく既定経費として計上されており、既定経費は増えた。

この時期は、施設増設以外に養育院事業の大きな変化はなく、オリンピックの終了待ちという状況だった。

旧恵風寮　昭和36年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

旧恵風寮　作業風景　昭和34年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

恵風寮の建て替え

1933（昭和8）年に建てられら恵風寮は老朽化が激しく、1961（昭和39）年から翌年にかけて鉄筋コンクリート造りの新**恵風寮**が建設された。

旧恵風寮跡地には1963（昭和38）年より**明々寮**の建設が始まった。

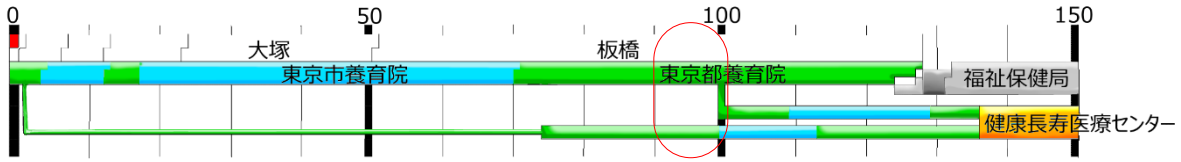
新しい恵風寮　昭和37年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

交番の設置

1962（昭和37）年8月、板橋警察署長から恵風寮角地を交番用地として借用したい旨の申請があった。大山駅付近の飲食店街は深夜にわたって喧噪の地であったので、養育院も申し入れを積極的に受け入れ、**養育院前巡査派出所**が設置された。

1948（昭和23）年撮影の写真より
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

1963-1972　特殊養老寮の開設　千葉分院の運営強化　新病院と研究所の開設



西暦	和暦	月	日	出来事
1963	昭和38	2	6	千葉分院に重度児童寮完成。
		7	11	◆老人福祉法
		10	10	老人福祉法施行による条例改正。従来の有料老人ホームは経費老人ホームに改められる。東村山有料老人ホームは東京都むさしの園に改称。伊豆山老人ホームは養護老人ホームとなる。
1964	昭和39	1	2	◆母子福祉法
		9	7	本院遺骨安置室竣工。
		12	31	千葉分院の救護施設廃止。
1965	昭和40	4	1	◆地方自治法の一部を改正する法律 養育院条例施行。
				◆母子保護法
1966	昭和41	6	30	◆厚生年金法改正
		10	1	◆厚生年金基金
1967	昭和42	8	3	◆公害対策基本法
1968	昭和43	12	2	東京都中期計画策定。養育院が立てた事業計画案も盛り込まれる。
1969	昭和44	3	6	本院で「老人大学」教養講座第1期開講。
		5	16	都立しいの木養護学校開校。
1970	昭和45	4	1	特別養護老人ホーム和風寮事業開始。
		5	3	◆心身障害者対策基本法
1971	昭和46	4	26	板橋高等看護学院開設。
		7	11	軽費老人ホームしまね園開設。
1972	昭和47	3	31	東京都中期計画事業のうち附属病院、老人総合研究所、高等看護学院完成。
		5	13	本院作業リハビリセンター落成式開催。
		6	23	◆老人医療の無料化。老人給食の実施。
		8	13	軽費老人ホームすずしろ園事業開始。
		5	22	附属病院、老人総合研究所、高等看護学院落成記念式典開催。
		6	1	新附属病院業務開始。
		8	13	軽費老人ホームすずしろ園事業開始。
		10	25	創立百年記念式典開催。

医療に関する出来事

研究に関する出来事

本院動物園　昭和39年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

老人福祉法の施行

1963（昭和38）年8月、**老人福祉法**が施行され、養育院の養老施設は同法に基づく養護老人ホームとして再編されることになった。養護老人ホームの対象は、従来の要保護高齢者だけでなく低所得階層の高齢者に拡大された。

有料老人ホームに関する条例の改正

1963（昭和38）年、第74号「東京都有料老人ホーム条例の一部を改正する条例」により、有料老人ホームは「軽費老人ホーム」と改められた。これにより東村山老人ホームは**東京都むさしの園**と改称された。

むさしの園　昭和41年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

特殊養老寮の設置

昭和30年代に入ると、老人ホームで高齢者の虚弱化が顕著になり、健康な高齢者との同居が問題化し始めた。

このため養育院では、介護を要する高齢者を対象とした施設として1955(昭和30)年に静養寮(特殊養老寮)を設置し、業務を開始した。

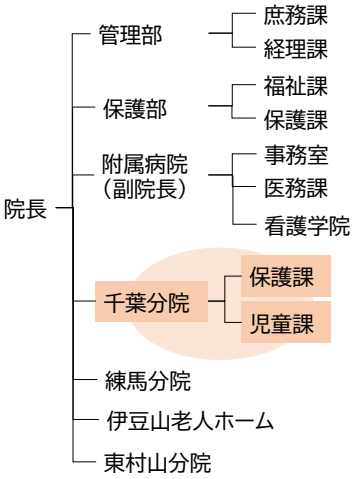
1963(昭和38)年には明々寮の改築に着手し、建物の1階に特別居室(特殊養老寮)を設けた。この特殊養老寮は、老人福祉法上の特別養護老人ホームのモデルにされたといわれている。

千葉分院の運営体制強化

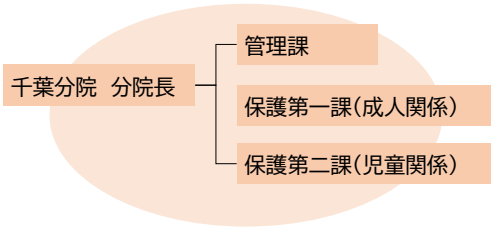
1957(昭和32)年5月、5ヶ年計画を背景として養育院の組織再編が行われた。この再編で千葉分院は二課制になった。

管理運営は保護課が担当したが運営上の支障が大きく、1964(昭和39)年以処務規定を改正して千葉分院に管理課を設け、管理課と保護課の責任体制を明確に区分した。

1957(昭和32)年改定の養育院組織



1964(昭和39)年の千葉分院組織改定



千葉分院の救護施設を援護施設に

知的障害児は18歳になると、受け入れ施設は生活保護法による救護施設しかなく、救護施設の入所は要保護世帯にしか認められていなかった。千葉分院での成人の収容施設は、救護施設と精神病院退院者を主に収容する緊急救護施設の2種類であった。

1960(昭和35)年に制定された精神薄弱者福祉法による援護施設は18歳以上になっても入所が続けられるため、千葉分院の救護施設についても1964(昭和39)年に援護施設への移管を厚生省に申請し、1965(昭和40)年に認可された。

これにより千葉分院では、児童から成人まで一貫した知的障害者の更生保護施設として運営が強化されることになった。

養育院条例の全面改正

1965(昭和40)年4月、「地方自治法の一部を改正する法律」が施行され、従来用いられていた「営造物」の概念に代わり、「公の施設(普通地方公共団体が住民の福祉を増進する目的をもつてその利用に供するための施設)」という規定が設けられた。

これにより、養育院を「公の施設」として設置するため、養育院条例および同施行規則の全文改正が行われた。

条例では「公の施設」に該当する施設を明示しなければならなかったが、改正された養育院条例では、附属病院・分院・老人ホームを独立した施設として明示せず、養育院全体を一つの施設として記載した。

これは、個々の施設を明示すると養育院は個々の施設を総括する管理事務所という扱いになり「公の施設」に該当しなくなるという判断からであった。

実現しなかった老人専門病院

1965(昭和40)年7月に設置された養育院事務事業改善委員会で基幹的重要事業の一つとして老人専門病院が決定されたが、実現しなかった。

乳児院の廃止

乳児院は昭和30年代初頭には約30名の乳児が収容されていたが、規模や設備が十分ではなく、また都衛生局も乳児院を所管していたことから二重行政の弊を改めるため1966(昭和41)年に廃止された。

千葉分院の施設拡張

千葉分院は児童寮、成人寮とも過密定員の状態だったため、1966(昭和41)年に援護施設として3寮、1967年と68年には児童寮が1寮づつ新設された。

本院事務所　昭和43年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

都内老人の医療状況調査

1967(昭和42)年、都知事より養育院に対して都内の老人医療状況について調査するよう指示があった。老人病院の建設が必要という考えを持っていた附属病院長(豊田勲　在任期間:昭和40年12月～昭和47年3月)は「東京都内老人の医療　現状と対策」をまとめて養育院院長に提出した。この報告書は養育院院長より知事に伝えられた。

院内就労

軽作業以上の能力のある高齢者には、院内就労や内職を求める者もあった。そこで健康な者が介護や掃除当番をしたり、職員の業務である炊事場雑役、食事運搬などを行って低額の手当を支払う院内就労が行われていた。このような実態が1966(昭和41)年12月に都議会本会議での質問で明らかにされると、新聞に大きく報道され、内外の批判を浴びることとなった。

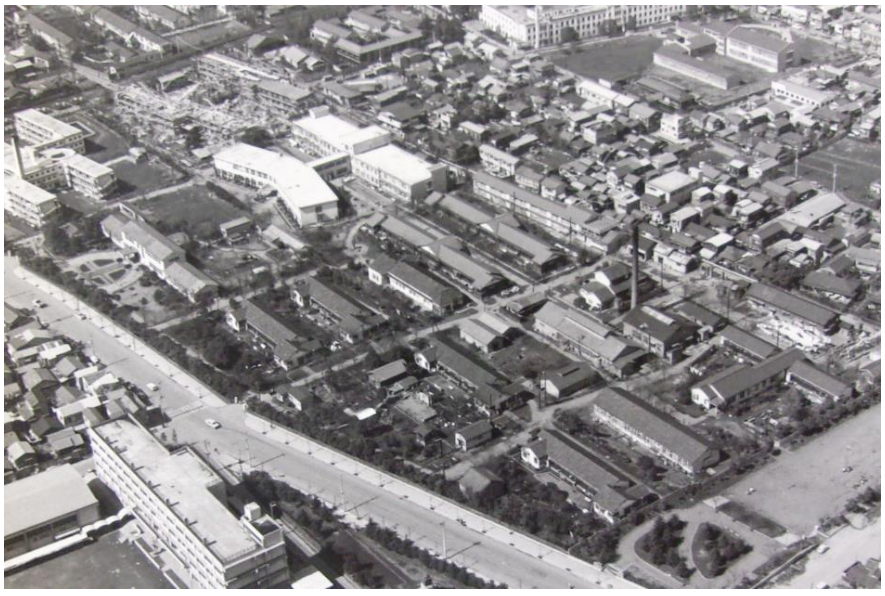
養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備基準

1966(昭和41)年4月厚生省は「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」を決定し、12月に都道府県知事に通知した。設備について、居室は一人当たり3.3㎡、定員は1室4名以内とされた。養育院の養護老人ホームでは一人あたり2畳の水準を確保されたものの、明々寮を除いて大部分が1室5人定員であり、本院の木造4寮には30名の大部屋が残存していた。

研究所を併設した老人総合病院設置の要望

1968(昭和43)年、東京大学医学部教授上田英雄、石川浩一、太田邦夫より、養育院附属病院を基礎とし、研究所を併設した老人総合病院の設置についての要望書が都知事宛に提出された。

これは都内の寝たきり老人2～3万人のうち、緊急を要する5,000人という需要にこたえることを図ったものだった。



板橋構内　昭和39年
(東京都健康長寿医療センター所蔵)

東京都中期計画

1969(昭和44)年、1971(昭和46)年までの3年間を期間とする「東京都中期計画一九六八」が公表された。中期計画策定に際し、養育院は都内の高齢者と知的障害児(者)の現状と医療・福祉の需要、養育院の位置づけに関して案を作成。その内容が中期計画に盛り込まれた。

養育院案の内容は、本院特別養護老人ホームの建設・特別養護老人ホーム寮母と看護婦の宿舎の建設・老人病院建設・共同作業所建設、千葉分院の施設建て替え・増設、東村山分院と伊豆山老人ホームの養護老人ホームの整備、であった。

老人大学の開設

1968(昭和43)年、老人の不安を解消し生きがいを感じさせるためには老人の教育機会が必要という当時の養育院院長大竹武三の考えから、**老人大学**が開始された。

1968年6月から1969年3月までには講演会・映画会・校外授業など13回の催しが開かれた。

千葉分院に設置された都電　昭和43年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

特別養護老人ホームとへ軽費老人ホームの設置

1968(昭和43)年、本院構内で都営として初の特別養護老人ホームが建設された。特別養護老人ホームは、常時介護を必要とし在宅での生活が困難な高齢者を対象とした施設である。養育院からは1963(昭和38)年から毎年予算が要求されていたが、調査費が認められたのは1966(昭和41)年であった。

また、中期計画では軽費老人ホームについても積極的な計画が立てられ、1963(昭和43)年に**東京都むさしの園**で増築、1971(昭和46)年に**しまね園**、1972(昭和47)年**すずしろ園**が開園した。

老人病院設立に関する意見と懇願

1969(昭和44)年、上田英雄、石川浩一、太田邦夫から**老人病院設立に関する意見と懇願**が都知事に提出された。

意見書では、①急性病棟と慢性病棟を備えた、老人病院診断に重点を置く総合病院　②臨床研究の設備を充実　③老人病と老化の基礎研究や老人心理学、老人社会学の研究を行う病院附属研究所の設置　④死亡率の高い脳卒中、がん、心臓病の診療に重点を置く　⑤一般老人の健康診断と集団検診　⑥診療の改善と進歩を目的とする臨床研究　⑦老人総合病院、特別養護老人ホーム、附属研究所という世界で類を見ない理想的な体系になるので世界的水準の規模とすること、などが記載された

都知事のビジョン

1969(昭和44)年5月、企画調整局所管で老人病院問題懇談会が催された。

当日都知事は「老人病院は、それだけで独立したものではなく老人対策の一環として存在するものである。(中略)結局、老人病院、研究所、ハーフウェイハウス、リハビリテーション施設(デイホスピタル)の4機能をもつ病院になると思う。」と発言した。

この懇談会で附属病院と研究所の方向付けがなされた。

老人病院の所管問題

中期計画に挙げられた老人病院は衛生局の所管とされていた。しかし養育院側は「健康な老人、病気の老人を一環して運営できる有機的な老人施設の設置」「地方公営企業法の適用で独立採算制になることを避け、老人福祉の立場で運営」 などを主張し、老人病院を養育院所管とすることを訴えた。

1969(昭和44)年、東京都首脳部会議の部門別会議として発足した都民生活会議で老人病院建設事務は養育院所轄と決定された。同年8月、養育院内老人病院及び老人総合研究所委員会の第1回委員会が行われた。

老人病院新設に対する反対運動

1969(昭和44)年に板橋区医師会、翌年1月には東京都医師会が老人病院新設に対する反対運動を開始した。同年3月、美濃部亮吉都知事と渡辺真言都医師会長とで覚書の交換が行われたことから、両者は歩み寄り、当初のプランを大きく修正して新病院の建設が開始された。

老人病院建設反対運動

1969(昭和44)年8月、板橋区医師会は決起集会を開いて老人病院建設反対の声明書を採択。その決議を養育院に送り、都議会と板橋区議会に請願した。

反対の理由は、①板橋地域は公害地区であり老人によくない、②老人病というものは本来存在せず、成人病の延長であるから現在の成人病施設でよい、③非常災害時の避難などに問題がある、④開業医の生活圏や営利が圧迫される、の4点であったといわれている。

1970(昭和45)年、東京都医師会の幹部を中心とした老人病院建設反対の動きが起こり、医療向上推進東京都医師大会委員長から養育院院長に対して東京都医師会の陳情書が出された。その内容は都立病院計画の見直しを要求するもので、都立病院設立計画は非科学的非近代的であること、都民の医療は地域公私医療機関が相互連携して実施すべきものであり、都立病院は特殊専門病院とすべきこと、が述べられていた。

その後も都医師会は衛生局と民生局で担当している医療福祉関係の各審議会から医師会側委員を引き揚げるなどの方法で強く反対した。

1970(昭和45)年3月、東京都医師会会長と都知事が覚書を交換して歩み寄り、新病院建設に踏み出すこととなった。覚書では、東京都がんセンター設置(老朽化した駒込病院の増改築)と建設中のがん検診センターとの連携、老朽化した養育院附属病院の増改築で増床分はナーシングホーム的な運用を図ることが記載された。

その後、養育院附属病院について①名称は養育院附属病院として老人病院の呼称は用いないこと、②外来は原則として行わない、③入院は、老人福祉施設で医師が必要と認めた者か医師が紹介した患者のみとすること、④地区医師会を含めた協議会を設けること、について、都知事と都医師会長の合意が得られた。

千葉分院に養護学校を設置

千葉分院の児童は学校教育を受けておらず、1963(昭和38)年から毎年の予算要求で特殊学級の開設を要求していたが実現しなかった。

しかし、1967(昭和42)年6月に「1日も通学せずに卒業証書」という新聞記事で千葉分院に教育施設が無いことが報じられたことがきっかけで、千葉分院への養護学校設置の検討が始まり、10月に都教育庁は千葉県教育庁に1969(昭和44)年度に養護学校を設置することを約束した。

1668(昭和43)年に養護学校設置の内示が出され、4月から千葉分院で派遣教諭2名による施設内教育が開始された。

1969(昭和44)年5月には、小学部3クラス、中等部3クラスの**都立しいの木養護学校**が開校した。

千葉分院　昭和44年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

千葉分院の移管問題

1970(昭和45)年1月、千葉分院の民生局への移管準備のための会議が、養育院・民生局・衛生局の関係者により開催された。その後、移管の準備研究会が民生局内に設けられ、2月には養育院本院にも千葉分院移管についての研究会が設けられた。会合は数回重ねられたが、種々の事情により解決をみなかった。

東村山分院の医療

1956(昭和31)年に**東村山分院**に設置された**簡易診療所**は、慢性疾患の患者(特別養護老人ホーム利用者)の入院が増えた上に通院患者を含めると施設内診療としての保健衛生費では存続が難しくなった。

そこで簡易診療所を医療法上の診療所とし、1969(昭和45)年4月に東村山分院内に**東京都養育院附属診療所**が発足した。

附属診療所には、医師2名・薬剤師1名・看護婦11名・事務1名・作業員2名が配置されることになった。同年6月には生活保護法に基づく指定医療機関として認定を受け、特別養護老人ホーム利用者の医療と健康管理に万全を図ることになった。

なお、**伊豆山老人ホーム**では、社会福祉に理解のある開業医と連携して、緊急時に備えていた。

東村山分院簡易診療所　昭和43年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

ナーシングホーム和風寮の新設

昭和30年代、高齢人口の増加により、常時介護を要し、自宅での保護が困難な高齢者の増加が顕著になった。

養育院では特別養護老人ホームの建設にむけ1963(昭和38)年から予算要求を行っていた。

1965(昭和40)年に養育院事務事業改善委員会が設置され、特別養護老人ホームの建設、分室を併せた附属病院統合、ボイラー・厨房・洗濯サービス部門の集中管理、が基幹的重要事業と決められ、予算要求が行われた。この結果、サービス部門の整備を含む特別養護老人ホームの建設が1966(昭和41)年度予算に計上された。

1968(昭和43)年より明々寮跡地で建設工事が始まり、1970(昭和45)年に地下1階地上6階の**和風寮**が開設された。

「利用者」という呼称

養育院の院内生活者は、**収容者・在院者・入院者**と呼ばれていたが、1970(昭和45)年頃から養育院の公式文書で**利用者**という呼称が使われはじめた。

院内生活者には1967(昭和42)年から在院者手帳が交付されていたが、1972(昭和47)年からは利用者手帳となった。

この呼称の変化には、暗い養育院のイメージを一掃して利用希望者の気持ちを明るくしたいというねらいがあった。

1969(昭和44)年からは「明るい老人ホーム」というパンフレットを作成し、福祉事務所などに配布した。同年より養護老人ホームでは、利用者中心の処遇に転換するため、利用者代表(1回7人)と保護部長の懇談を定期的に行い、利用者の要望を集めて可能なことから順次実施された。

院内生活者を表す言葉

養育院に入居している者についての対外的な呼称は、養育院創立当初は「入院者」「在院者」「収容児」であったが、1900(明治33)年頃から成人を「収容者」と呼ぶようになった。また児童については1932(昭和7)年救護法施行後に「被救護者」と改めた。

1938(昭和13)年の処務規程改正では「在院者」「在院児童」「院児」と改称された。

1947(昭和22)年の処務規程改正以降は「被保護者」「保護を受ける者」「在院者」「児童」という言葉が使われたが、侮蔑的な印象を与えるという批判があり、1961(昭和36)年制定の有料老人ホーム条例で「利用者」という呼称を用いることになった。この時は有料老人ホームのみに限られていたが、1972(昭和47)年に特別養護第二課が新設され特別養護老人ホームについても「利用者」が用いられるようになると、養育院事業全体に「利用者」が定着した。

ただ、「利用者」という呼称は養育院側が使用しているもので、養育院以外で作成された公文書には「在籍者」「入所者」の呼称も使われている。

リハビリテーション　昭和45年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

軽費老人ホームの設置

「東京都中期計画-1970年」に小規模分散方式で市街地に軽費老人ホームを設置する計画が盛り込まれた。

軽費老人ホームは完全個室制をとるという点で老人ホームの本命と位置づけられた。

1970(昭和45)年に足立区に足立軽費老人ホーム(仮称)の建設が開始され、翌年**しまね園**として開園した。

中期計画の再編

1971(昭和46)年、中期計画を再編した「東京中期計画1972」が公表された。先の中期計画は物的施設の計画であったが、新しい中期計画では人的サービスの施策も取り上げられた。

中期計画の「老人に関する施策の体系」では、老人専門病院の建設、養護老人ホームの整備のほかに、老人総合研究所・リハビリテーション施設・ナーシングホーム建設、老人ホームヘルパーの派遣が盛り込まれた。

「病気の治療とリハビリテーション」の項目に、養育院附属病院(老人専門病院)と老人総合研究所の建設計画が取り上げられている。

東村山分院整備計画

東村山分院では寮舎の増築ともに、炊事場、洗濯場、浴室などの不備や建物の老朽化が問題になってきた。そこで「中期計画1970」では、寮舎の不燃化、定員緩和、個室化、リハビリ棟建設、暖房設備の充実、集会場の建て替えなどの再建計画が盛り込まれた。東村山分院ではこれをうけて検討会を設置し1971(昭和46)年3月に「分院整備基本計画案」を作成した。

分院整備基本計画案では、第1・第2期は寮舎などの整備、第3期は老人病院およびナーシングホームの建設が計画された。

東村山分院　昭和50年　(東京都健康長寿医療センター所蔵)

高等看護学院の開設

1971(昭和46)年、新しい附属病院に必要な看護婦、および、都内の医療機関・福祉機関に有用な看護婦を養成する目的で高等看護学院が開設された。准看護学院は高等看護学院寄宿舎1階を借り、教室及び寄宿舎をして使用した。

今までの准看護学院寄宿舎は公舎と育児室に使用し、教室は取り壊して高等看護学院の教室を建設した。

高等看護学院の職員には、福祉処遇の充実のため、言葉遣いや態度、院内院外研修、出張視察、生活指導研究会設置など訓練が徹底された。

板橋高等看護学院(養育院百二十年史より)

新病院と老人総合研究所が完成

1969(昭和44)年9月以降、老人総合研究所専門部会が5回開催され、研究所設置計画が策定された。老人に対する医療を中心に実際的な諸研究による総合研究をめざす世界初の研究施設として計画された。

1972(昭和47)年3月、新しい附属病院及び老人総合研究所が完成した。

旧病院は470床だったが新病院は753床となり、養育院以外の都内老人を対象とする病院となった。

老人総合研究所は、「新しい病院の建設を契機にその機能と密接なる連絡を保ちながら医学的見地からのみならず、老人心理、老人社会学などを総合的に研究し、都の老人福祉対策を推進するための科学的背景となる」ものとして発足した。

落成式　昭和47年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

同年5月には本院講堂に置いて、養育院附属病院・老人総合研究所・及び板橋高等看護学院落成式典が行われた。

老人総合研究所と附属病院(東京都健康長寿医療センター所蔵)

軽費老人ホームすずしろ園

1972(昭和47)年、練馬区に軽費老人ホーム**すずしろ園**が開園した。練馬地区が大根の産地であったことから、大根の別称「すずしろ」よりすずしろ園と命名された。

リハビリセンターの開所

1972(昭和47)年5月、リハビリセンター希望棟が開所した。1階は作業室とサロンに分かれ、2階は和室、会議室、図書室、準備室、休養所となっていた。

希望棟の完成によりクラブ活動が盛んになり、毎週曜日を決めて実施されるようになった。

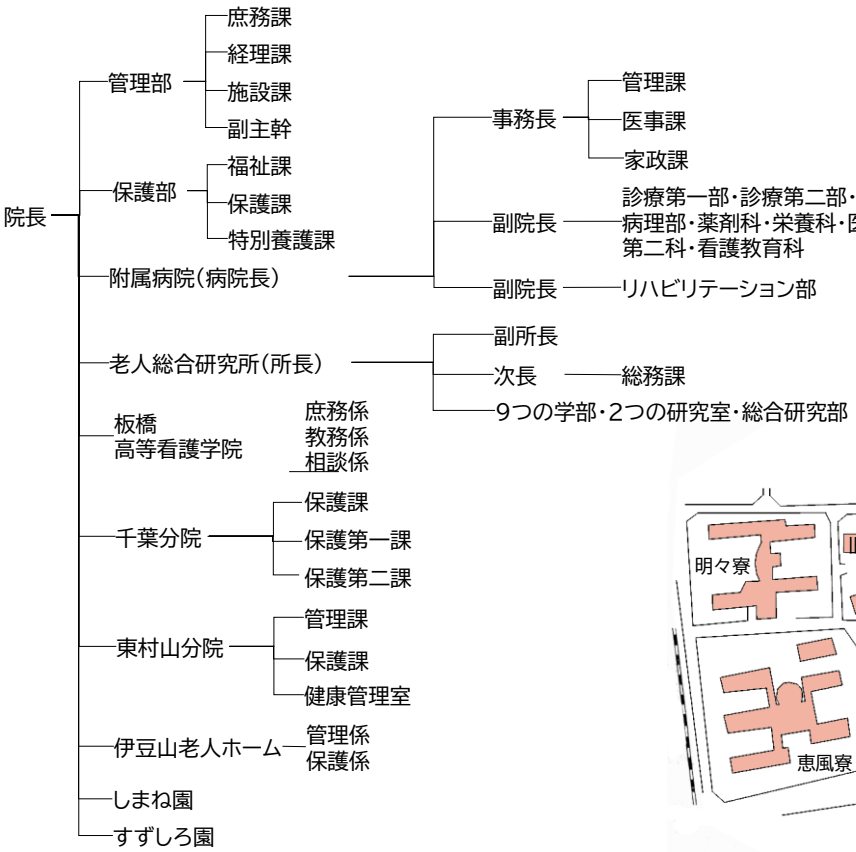
板橋構内（東京都健康長寿医療センター所蔵）

養育院組織の大幅な改正

1972（昭和47）年4月に養育院処務規則の全部改正が行われた。改正では、①院の計画部門の充実、②施設管理の充実、③事務改善、④附属病院の再編、⑤老人総合研究所の新設、⑥准看護学院の廃止、⑦板橋高等看護学院へ教諭制導入、などが盛り込まれた。

養育院の組織機構は図のように改正された。

1972（昭和47）年改定の養育院組織



運営会議の発足

1972（昭和47）年7月、養育院運営会議が設置され、第1回会議が開催された。委員には、養育院担当副知事・民生局長・衛生局長・養育院長・同附属病院長・老人総合研究所所長のほか、老人福祉事業の学識経験者として白木博次（東大医学部教授）、三浦文夫（社会保障研究所第三部長）、田中多聞（悠生園長）、上田　敏（東大リハビリセンター）が任命・委嘱された。

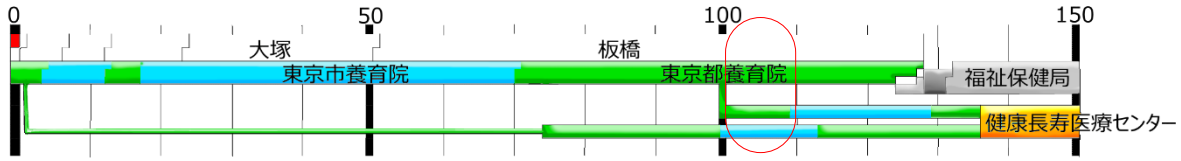
東京養育院本院（養育院百年史より）

養育院創立百周年記念式典の挙行

1972（昭和47）年10月、本院講堂で創立百周年記念式典が開催された。式典には皇太子と皇太子妃がご臨場された。

創立100周年記念式典（東京都健康長寿医療センター所蔵）

1973-1982　板橋ナーシングホーム開設　国際老年学会議開催　老人研の財団法人化



西暦	和暦	月	日	出来事
1973	昭和48	9	7	第1回ゼロントロジー公開講座開催
1974	昭和49	5	19	軽費老人ホームおおもり園入居開始。
1975	昭和50			
1976	昭和51	8	1	板橋ナーシングホーム発足。養育院処務規定改正により、伊豆山老人ホームの分院長の名称が所長に改められる。
1977	昭和52	4	1	軽費老人ホームくぬぎ園開設。
1978	昭和53	6	1	養育院組織改正げ福祉部を廃止し企画部を設ける。養護老人ホームを分離独立させ板橋老人ホームに改編。東京都安房児童学園(民生局)、船形寮・那古寮が分離独立し、東京都船形学園・東京都那古学園となる。
		11	30	院内報よういくいん発刊。
1979	昭和54	1	1	東村山分院を東村山老人ホーム、千葉分院を千葉福祉老人ホームに改称。
		1	10	都知事、東京都社会福祉審議会に「高齢化社会に向けての東京都jの老人福祉施策とそのあり方について」「東京都における心身障害児、者の総合対策について」諮問。
		4	19	第二附属病院(仮称)建設委員会、養育院院長に第二附属病院(仮称)基本構想を答申。
		8	1	3つの軽費老人ホームを特別区に移管。しまね園(足立区)、すずしろ園(練馬区)、おおもり園(大田区)。
1980	昭和55	4	1	東京都富士見台ナーシングホーム開設。
1981	昭和56	10	1	財団法人東京都老人総合研究所発足。
1982	昭和57	4	8	第二附属病院(仮称)建設委員会、第二附属病院建設基本設計答申。 老人総合研究所設立10周年記念式典を本院講堂で開催。
		7	21	千葉福祉老人ホーム、東京都養育院附属千葉診療所として診療報酬請求を開始。
		9	30	都議会で老人医療費の助成に関する条例可決。
		10	7	老人総合研究所創立10周年記念式典開催。

医療に関する出来事

研究に関する出来事

オイルショックと都の財政危機

1973(昭和48)年の**オイルショック**による景気悪化と物価上昇に、都財政も深刻な影響を受けた。財政危機の状況下で、1977(昭和52)年度の**富士見台ナーシング**建設費は全額未執行となり、第二附属病院の完成も1981(昭和56)年度から1985(昭和60)年度にずれ込んだ。また事業整理の一環として、1979(昭和54)年度は、養護老人ホームの利用者の定員や職員定数が削減された。

養育院百年史の刊行

養育院百年史の編纂は外部有識者に委嘱することになり、一番ケ瀬康子日本女子大教授に委嘱。1971(昭和46)年12月に養育院百年史編纂委員会が発足した。

編集委員長であり養育院院長であった吉田千秋は、今までの養育院史が院内史にとどまったことに対して百年史は社会の中に位置づけてほしいということと、戦後の事業の意義を明確にするという編集方針を示した。

養育院百年史は1974(昭和49)年に完成し、9月には関係先に配布された。

軽費老人ホームおおもり園

老人ホームの新しい形態として、都としてはじめての老人世話ホームを大田区に建設し、**おおもり園**と名付けられた。

老人世話ホームは、従来の施設収容主義ではなく、健康な高齢者が自由意思で運営できる軽費老人ホームとして計画された。

軽費老人ホームの移管問題

1974(昭和49)年の地方自治法の一部改正に伴い、「住民生活に密着した事務事業はすべて特別区が処理するのが原則」という都区合意がなされた。その際に107の移管対象事務事業が決定され、1975(昭和50)年に96の事務事業が都から特別区に移管された。残る11の事務事業はひきつづき協議する対象事業とされたが、養育院所管の軽費老人ホームも協議対象に含まれていた。

都から特別区への権限移譲

1974(昭和49)年の地方自治法の一部改正で、東京の特別区の位置づけが大きく変更された。その内容は、①区長公選制の復活、②区長に人事権(任命権)を移譲、③都の配属職員制度(都の職員が区の仕事に従事)の廃止、④それまで都が担っていた一般市の事務について「特別区は法令により都が処理する事務を除き、一般市の事務を処理する」と規定、⑤保健所設置市の事務、建築確認事務など多くの事務権限を都から特別区に移譲、であった。

伊豆山老人ホームの整備計画

伊豆山老人ホームは築20年を経た木造建築のため老朽化が激しく、また法定人員65人対し収容定数は120人と過密の状態であった。

そこで1971(昭和46)年の中期計画では建物の不燃化と個室化が決定された。

また同年の基本構想計画では、養護老人ホームの建設と特別養護老人ホーム(ナーシングホーム)の併設も計画された。

養護老人ホームは1975(昭和50)年に完成。特別養護老人ホームは都の財政悪化のため建設は見送られた。

伊豆山老人ホーム(東京都健康長寿医療センター所蔵)

伊豆山老人ホーム　二人室(東京都健康長寿医療センター所蔵)

板橋ナーシングホームの発足

旧附属病院の移転に伴って、その跡地にナーシングホームを建設することになり、1972(昭和47)年に養育院運営協議会が設置された。

協議会では本院旧附属病院跡へのナーシングホーム建設と、精神科病棟増設の構想が打ち出された。

昭和45年開設の和風寮(1号館)のあと昭和47年に養育院附属病院の一部を暫定的に使用した**第二和風寮**が開設した。

新たに建設した地下1階地上5階建ての建物は昭和51年に和風寮2号館(第二和風寮ではない)として開設。和風寮1号館と2号館は一体で運営されることになり、同年8月、二級事務所として**板橋ナーシングホーム**が発足した。昭和53年、和風寮2号館は光風寮に改称された。

板橋ナーシングホーム(東京都健康長寿医療センター所蔵)

板橋看護専門学校に改名

1977(昭和52)年、**板橋高等看護学院**の教育課程が保健婦助産婦看護婦学校養成所規則の基準を上回り、過密になっていたことから、カリキュラム検討会を学内に設置した。その結果、演習時間を減らし休暇を長くすることになった。またこの年、学院の名称を**東京都立板橋看護専門学校**に変更した。

軽費老人ホームくぬぎ園

1972(昭和47)年、武蔵野市より東京都へ老人世話ホーム建設候補地の斡旋があった。この申し出を受け、1977(昭和52)年、武蔵野市に軽費老人ホーム**くぬぎ園**が開園した。

くぬぎ園(東京都健康長寿医療センター所蔵)

第二附属病院建設委員会

東村山分院では養護老人ホームおよび軽費老人ホームの利用者が高齢化し、東村山分院から本院附属病院に通院する患者が増加した。患者の増加、東村山での地域医療機関での受診が困難であること、附属病院への付添職員の負担が増えたことなどから、1977(昭和52)年、「東京都行財政三ヶ年計画」で東村山分院での老人病院建設計画が決定された。

翌年5月、東京都養育院**第二附属病院**(仮称)建設プロジェクト・チームが編成され、委員会の第1回会議がもたれた。第7回会議では基本構想案が確定し、10月に東京都養育院第二附属病院(仮称)建設委員会の第1回会議が開催された。

第二次組織改革

1978(昭和53)年に、都の政策課題を推進する体制の整備や、組織の複雑化・肥大化を見直す第二次組織改革が実施された。養育院では、養護老人ホームを福祉部から独立させて板橋老人ホームを設置、管理部と福祉部の機能の再編、板橋ナーシングホームの再編の3項目について改正が行われた。

第11回国際老年学会議の開催

1978(昭和53)年8月、学会長村上元孝(初代附属病院院長)・事務局長Dr.Danon,事務局次長折茂　肇(附属病院内分泌科　第5代院長)の下、附属病院が事務局となり、東京で第11回国際老年学会議(国際老年学会とも)International　Congress of Gerontologyが開催された。

45ヶ国から1,852名が参加した。村上元孝は国際老年学協会(IAG)の会長、折茂　肇は事務局長に指名された。

国際老年学会議の開催にあたり、財務委員長を那須宗一(老人総合研究所副所長)、財務副院長・太田邦夫(老人総合研究所所長)、生物学分野・入来正躬(研究所　生理学部部長)、社会学分野・前田大作(研究所社会福祉研究室室長)、全体の庶務と会計を蔵本　築(附属病院副院長,その後第3代院長)が担当した。

国際老年会議　昭和53年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

国際老年会議　村上元孝(東京都健康長寿医療センター所蔵)

国際老年学会議　養育院視察(東京都健康長寿医療センター所蔵)

老年学とは？

老年学（Gerontology ジェロントロジー）の内容には、①生物の誕生から死までの身体的・心理的・社会的な変化、または、発達期を終え成熟後から生じる変化の研究、②中高年が抱える問題とその解決の手立てに関する研究、③哲学・歴史・文学・宗教など文化の観点から行う研究、④①～③の研究の成果を実社会で応用する研究、といった複数の領域が含まれる。

Gerontologyの訳語は「老年学」のほか、加齢学、長寿学、高齢学、熟年学、創齢学、人間年輪学、長寿社会の人間学、人生の未来学、生きがいの科学などさまざまな言葉が使われている。

Gerontologyという言葉は、1903年にロシアのメチニコフ（動物学者 晩年に老化の原因を研究）が提唱した。Gerontは老人を意味するギリシャ語である。

1950年に老年学（老年医学・基礎老化学・老年社会学）の研究と教育を推進する国際組織「国際老年学協会」が設立され、4年に一度国際老年会議が開催されるようになった。

1978（昭和53）年には第11回会議が東京で開催された

1970年ごろまでの老年学研究は、老化を退行・劣化として否定的に考えており「寿命を延ばすこと」が主題になっていた。研究対象も、高齢者一般ではなく、病者や障害者、経済的困窮者に偏っていた。

1980年代より、老後も能力が発達する生涯発達や、社会貢献の能力が注目されるようになった。

また、1961年のThe Gerontologist創刊号（アメリカ老年学会）に掲載された論文「Successful Aging」、1986年のアメリカ老年学会の大会テーマにSuccessful Aging採用、1987年の科学雑誌Scienceで発表された論文 「Human Aging: Usual and Successful」といった流れにより、老年学の目的は寿命を延ばすことからよりよく生きること（サクセスフル・エイジング＝健康維持・自立・社会貢献など）に大きく転換した。

老年学の大きな分野である老年医学（Geriatrics ジェリアトリクス）は、オーストリアの医師イグナッツレオナッシャーが1914年に提唱し、老年医学の教科書が刊行された。

日本での高齢者に関する研究は、心理学・社会科学では1915（大正4）年の穂積陳重「隠居論」、医学では入澤達吉「老人病学 上巻」1912（大正元）年、「老人病学 下巻」1914（大正3）年が嚆矢となった。穂積陳重は明治・大正時代の法学者で、妻は渋沢栄一の長女歌子。入澤達吉は東大助教授と兼任で養育院の安房分院・板橋分院で医療に関わり（医長）、養育院での経験を元に老年医学の教科書「老人病学」を著した。

現代に繋がる日本の老年医学の先駆けとなったのは1926（大正15）年に老人福祉施設「浴風会」の医長に着任した尼子富士郎である。尼子は浴風会病院院長や東京大学の講師として、戦前戦後を通じ老年医学の研究と教育に邁進した。

1972（昭和47）年、養育院で高齢者専門病院としてスタートした附属病院には、村上元孝（初代院長）をはじめ、尼子富士郎の下で老年医学を学んだ専門家が全国から集められ、高齢者対象の医療・医学研究の新拠点となった。

Gerontologyという言葉は1952（昭和27）年ごろから日本でも使われ始め、1956（昭和31）年に日本ジェロントロジー学会が発足。1959（昭和34）年に日本老年学会と改称された。

現在の老年学では、要介護状態に至る前段階であるフレイルや、超高齢社会で生じる社会的な問題（医療のあり方・介護・住居・経済など）が大きな研究課題になっている。

東村山分院は東村山老人ホームへ改称

1979（昭和54）1月、東京都養育院条例が改正され、東村山分院は**東村山老人ホーム**に改称された。

軽費老人ホーム移管問題の解決

軽費老人ホームの区への移管については継続協議とされていたが、職員の身分は処遇はどうするか、施設所在区以外の都民も入居可能とするか、受けられる医療の水準は保たれるか、といった点で都と区の協議が続けられた。

1979（昭和54）年に都区協議会で4項目の協議案が決定され、軽費老人ホームの特別区への移管が開始されることとなった。

軽費老人ホームむさしの園 昭和53年
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

軽費老人ホームしまね園　昭和54年　（東京都健康長寿医療センター所蔵）

軽費老人ホームすずしろ園　昭和53年
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

軽費老人ホームおおもり園　昭和54年
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

都の財政再建の影響

都の財政再建の一環として、養育院では1980（昭和55）年より①清掃・洗濯・巡視などの現業部門を委託化による職員削減、②外郭団体の見直しとして**老人総合研究所**を財団法人化、③軽費老人ホームの使用料の値上げ、などが行われた。

研究所の財団化を求める答申

1980（昭和55）年4月、東京都財政再建委員会は都知事に答申を行った。答申では、ほかの都立医系研究所とともに**老人総合研究所**の財団化を求めた。

千葉分院の改称

1979（昭和54）年、千葉分院は**東京都千葉福祉ホーム**と改称された。東村山分院と千葉分院の改称は、他の事業所の名称と同様の「・・・ホーム」に統一して、住民にわかりやすくするためであった。

恵風寮、明々寮の定員緩和

1977（昭和52）年より恵風寮と明々寮の居住環境改善の検討が初められた。養育院は民生局と協議を行い、翌年「養護老人ホームの居住環境改善計画の修正について」を決定した。

この改善計画では、洋室の設置や和室の定員減が示され、1980（昭和55）年8月までにすべて実施された。

富士見台ナーシングホームの開設

養育院は中期計画事業の一つとして小規模なナーシングホームを地域分散方式で建設する計画を立てていたが、1974（昭和49）年に中野区内で都が土地を取得し、ナーシングホームの建設が決定した。

1977（昭和52）年には地域サービス（短期入所・入浴・食事・機能回復訓練）施設を併設した都市型特別養護老人ホームとする計画に変更され、1980（昭和55）年、富士見台ナーシグホームが開所した。

施設内には、歯科診療設備や練馬区が社会福祉法人武蔵野療園に委託したケア・センターが併設された。

富士見台ナーシングホーム（東京都健康長寿医療センター所蔵）

第二附属病院の建設計画

財政再建のめどがついた1981(昭和56)年に「マイタウン東京' 81-東京都総合実施計画」が策定された。

計画では養育院**第二附属病院**の建設が対象事業となり、「東村山老人ホーム利用者の医療需要に対応し、あわせて多摩地域の老人医療向上に資するため養育院第二附属病院に着手する。」と記載された。

板橋構内　昭和54年（東京都健康長寿医療センター所蔵）

研究所の財団化を決定

1981(昭和56)年の都議会本会議で、都知事は老人総合研究所を財団化する理由として「都立の場合には、人事制度、予算、会計制度等の面で都の制度が適用され、研究機能を十分に発揮していく上で種々の制約があります。このような制約をできるだけ少なくして、より自由で活発な研究が行われ、研究機能を十分に発揮させるため」と述べた。

2月～3月の第1回定例都議会で、養育院が提案した「昭和56年度予算案」「老人総合研究所の助成に関する条例案」が原案通り可決され、**老人総合研究所**は10月1日より財団法人に移行することになった。

認知症に関するプロジェクト研究を開始

1982(昭和57)年、**老人総合研究所**は認知症(当時は痴呆)の**プロジェクト研究**を発足させた。この研究は1985(昭和60)年に終了し、同年12月にプロジェクト研究報告書「老年期痴呆」(1982-1985年度)として発表された。その後も、第2次プロジェクト研究「老年期痴呆の基礎と臨床」(1986-1988年度)、特別プロジェクト研究「老人性痴呆に関する総合的研究」(1989年より10年間)と、認知症の治療のための基礎研究と認知症患者の援助についての実践的研究が続けられた。

都財政の改善

1981(昭和56)年より都の財政の好転により養育院の決算額は大幅に増加した。1985(昭和60)年より1990(平成2)年にかけ、**多摩老人医療センター**や**東村山ナーシングホーム**の建設、**千葉福祉ホーム**や**老人医療センター**、**老人総合研究所**の施設拡充が進められた。 特に東村山構内の整備が著しく進んだ。

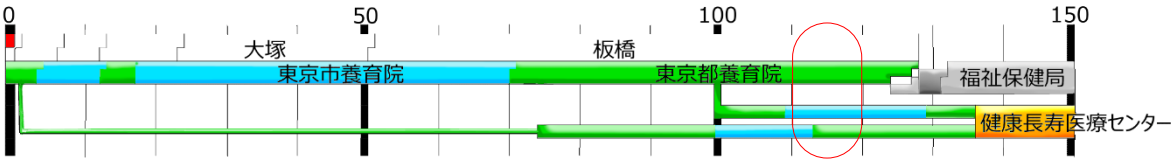
東京都長期計画(第一次)

1982(昭和57)年12月、マイタウン東京構想実現のため、東京都長期計画が策定された。計画は二部構成で、第一部では高齢化社会など都が直面する主要な課題とそれに対処する生活像・都市像が描かれ、第二部で分野別の目標や事業計画が示された。この長期計画策定に先立ち都の企画報道室は養育院にヒアリングを実施、養育院は要介護老人対策として少なくとも11ブロックに1ヶ所は老人専門病院を併設したナーシングホームを設けることが望ましいという長期的課題を提示した。

長期計画では、事業目標として「ナーシングホームを3ヶ所設置する」とし、東村山ナーシングホームと**城東ナーシングホーム**(仮称)の設置が記載された。

第一次長期計画では**城東ナーシングホーム**建設は実現しなかったが、その後に別の観点から第3次長期計画で老人専門病院とナーシングホームの建設が計画された。

1983-1992　多摩老人医療センターと東村山ナーシングホームの開設



西暦	和暦	月	日	出来事
1983	昭和58	1	28	板橋キャンパスで砲弾などが出土。
		12	28	養育院事務事業検討委員会発足。
1984	昭和59	1	9	老年学情報センター開所。
		12	1	附属病院医事事務の電算処理開始。
1985	昭和60	6	11	第二附属病院(仮称)建設委員会、最終答申を養育院院長に提出。
		9	13	第1回養育院将来計画検討委員会開催。
		9	22	◆プラザ合意。急速な円高で円高不況に直面。円高対策の低金利政策により地価・株価の高騰が始まる。(バブル経済)
1986	昭和61	4	1	東京都養育院附属病院を東京都老人医療センターに改称。第二附属病院(仮称)を東京都多摩老人医療センターとして発足。
		9	27	皇太子殿下、同妃殿下、板橋ナーシングホーム・板橋老人ホーム行啓。
		11	22	三原山噴火で避難した大島老人ホーム利用者と在宅老人を多摩老人医療センターに受け入れ。
1987	昭和62	8	27	第1回養育院事業推進検討委員会開催。
1988	昭和63	4		◆新都庁舎(新宿)の建設始まる。
		4	7	老人医療センターMR棟完成。
		6	30	東村山老人ホーム開所。
		7	1	富士見台ナーシングホーム、中野区に移管。
		9	14	養育院事業推進検討委員会、中間報告を養育院院長に提出。
1989	平成元	7	1	養育院事業推進検討委員会、最終報告を養育院院長に提出。
		12		◆厚生省, 大蔵省, 自治省の三省合意で〈ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進10カ年戦略)策定。在宅福祉・施設福祉などの事業について十か年の目標とその水準を示した。
				◆合計特殊出生率が過去最低の1.57に低下し、1.57ショックと呼ばれる。政府が少子化対策の検討を始める。
1990	平成2	6	29	◆老人福祉法等の一部を改正する法律(福祉8法改正法)公布。
		7	2	老人医療センターで医療総合情報システム稼働。
		9	26	ポジトロン医学研究施設開設。
1991	平成3	1		◆地域福祉推進計画事業で高齢者福祉・医療の複合施設や老人ホームの分散改築について方針が示される。
		3		◆老人保健法改正。老人訪問看護制度の創設。老人医療費の自己負担額を引き上げ。
				◆新都庁舎完成。4月開庁。
				◆バブル経済の崩壊。景気後退始まる。
1992	平成4	9	14	伊豆山老人ホーム四十周年記念式典開催。
		10	12	養育院創立120周年記念式典開催。

医療に関する出来事

研究に関する出来事

マイタウン'83東京都総合実施計画

1983(昭和58)年、「マイタウン'83-東京都総合実施計画」が発表され、1983(昭和58)年度-1985(昭和60)年度の三ヶ年施策展開が示された。養育院事業については老人専門病院とナーシングホームが、長期計画と同様に計画されている。

ナーシングホームについては、①特別養護老人ホームのうち養育院の施設のみナーシングホームと呼び、都が公立施設として受け持つ、②一般の特別養護老人ホームは民間社会福祉法人等が受け持ち、都は運営費等を助成する、③ナーシングの運営には公設民営化の要請があるが社会福祉法人や社会福祉事業団への委託は直営に比べて困難がある、④富士見台ナーシングについては区への移管が望ましい、という考え方が示された。

1984(昭和59)年発表の「マイタウン'85-東京都総合実施計画」でも、同様に老人専門病院とナーシングホームの建設が計画された。

砲弾の発掘　昭和58年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

付属病院　外来　昭和58年(東京都健康長寿医療センター所蔵)

管理部門の強化

1984（昭和59）年、都が進めていた組織改正を受け、養育院でも12月に組織改正が実施された。

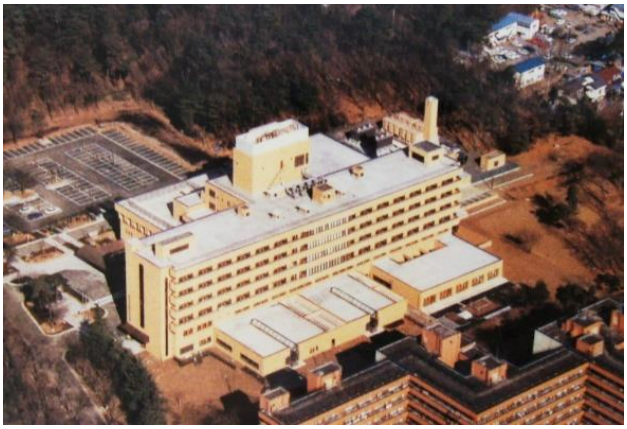
養育院では施設運営や調整機能を強化するため、計画課・事業調整課・経理課が廃止され、企画課・調整課・事業部が新設された。

養育院将来計画検討委員会

1985（昭和60）年、養育院の管理部長、管理部・事業部各課長、事業所所長による養育院将来計画検討委員会が設けられた。委員会では、老朽化した板橋老人ホームの将来のあり方がとくに大きな課題とされた。

1986（昭和61）年、委員会は「養育院のあり方について」を決定、養育院の基本方針と各施設の具体的な整備計画が示された。また、区部南部もしくは東部への第3キャンパス設置を検討することが記載された。

多摩老人医療センター（東京都健康長寿医療センター所蔵）



多摩老人医療センター（東京都健康長寿医療センター所蔵）

養育院附属病院の改称

1986（昭和61）年の4月、養育院附属病院は**東京都老人医療センター**に改称された。

改称は第2代付属病院長豊倉康夫の「国際的に通用する病院名に」という提案によるものだった。（「東京都老人医療センター36年の軌跡」p139）

第二付属病院の建設

1981（昭和56）年の「マイタウン東京’81-東京都総合実施計画」で対象事業となった養育院第二附属病院は、1985（昭和60）年に完成した。

第二付属病院は**多摩老人医療センター**と命名され、1986（昭和61）年に7月より診療を開始した。

東村山分院の附属診療所は同年6月に多摩医療センターに吸収合併された。

千葉福祉ホームの高齢化・重度化問題

千葉福祉ホームの知的障害児の年齢超過は6割におよび、年齢超過児童の処遇が問題になった。

1984（昭和59）年に養育院管理部・企画部・千葉福祉ホームの各課長による調査検討委員会が設置され、児童施設の成人施設への転換・重度障害者向け新棟建設・施設利用率向上・社会復帰の促進・成人の高齢化対策、を内容とする「千葉福祉ホームの課題と当面の対策」が提出された。この報告を具体化するため1985（昭和60）年に「千葉福祉ホーム整備計画（五ヶ年計画）」が策定され、1986（昭和61）年に児童寮は成人施設に改修された。

老人総合研究所は、1986-87年に千葉福祉センターの調査を行い、1987（昭和62）年「千葉福祉ホームにおける利用者高齢化の実態とその処遇および施設整備のあり方」をまとめた。

第二次東京長期計画

1986(昭和61)年、高齢化・技術革新・情報化・国際化といった都政をとりまく状況の変化に合わせ、10ヶ年計画の「第二次　東京都長期計画マイタウン東京-21世紀への新たな展開」が策定された。

養育院事業については、**ナーシングホーム**の建設・**痴呆性老人対策**の拡充・**千葉福祉ホーム**の整備が計画化された。

伊豆大島三原山の噴火

1986(昭和61)年11月、三原山が噴火して全島島外避難という大災害となった。養育院では大島老人ホーム(特別養護老人ホーム)の利用者と職員を**多摩老人医療センター**で受け入れた。

大島からの受け入れ　多摩老人医療センター
(東京都健康長寿医療センター所蔵)

マイタウン東京'87　東京都総合実施計画

1987(昭和62年)、第二次長期計画の推進を図るため、計画期間3年の「マイタウン東京'87　東京都総合実施計画」が発表された。

この計画では、多摩老人センター・老人総合研究所・ナーシングホーム・千葉福祉ホームの整備や拡充が継続事業として挙げられたほか、新規事業として老人医療センターの拡充が加えられた。

老人医療センターの拡充計画

「マイタウン東京'87-東京都総合実施計画」では、老人人口の飛躍的増大や医療機器の大型化、医療水準の向上に対して、老人医療センターでは建物の狭隘化や設備の陳腐化が進んでいることから、大規模整備工事が課題として挙げられた。

具体的な対応策として、手術室・ICU・CCU・呼吸器系疾患特殊治療室・脳卒中患者特別治療室などの整備、未開床病棟の開設、老人性痴呆病床の確保、コンピュータ情報処理システムの導入などが記載された。

東村山ナーシングホーム開所

1982(昭和57)年の「東京都長期計画-マイタウン東京21世紀を目指して」で東村山ナーシングホームの建設計画が発表され、翌年より養育院ではナーシングホーム及び既存の養育院施設について老人福祉施設の検討を開始した。この検討では、ナーシングホームを「特養対象者の中で特に手厚い介護と医療を必要とする老人」ための施設として位置付けた。それまで都のナーシングホームの概念は明確ではなかった。

1988(昭和63)年に**東村山ナーシングホーム**が開所し、ホーム内のリハビリテーション訓練室で開所式が行われた。

東村山ナーシングホーム　開所式典(東京都健康長寿医療センター所蔵)

東村山ナーシングホーム(東京都健康長寿医療センター所蔵)

東村山ナーシングホーム（東京都健康長寿医療センター所蔵）

富士見台ナーシングホームを中野区に移管

1985（昭和60）年、養育院院長の諮問機関「要介護施設等に関する調査委員会」は、**富士見台ナーシングホーム**について「所在血の中野区あるい1987（昭和61）年にはケア・センターを共同設置した練馬区に移管して、地域の老人に身近な老人ホームとして運用がすることが望ましい」との提言を行った。

養育院は関係局・区などに意向を打診、1986（昭和61）年、養育院院長と中野区長との間で覚書が交換され、翌年3月には富士見台ナーシングホーム移管に伴う養育院条例の改正が都議会で可決された。

1988（昭和63）年、富士見台ナーシングホームは中野区に移管され、中野区かみさぎ特別養護老人ホームとして再出発した。

マイタウン東京’89　東京都総合実施計画

1988（昭和63年）の「マイタウン東京’89-東京都総合実施計画」では、整備が完了した多摩医療センターと東村山ナーシング開設したナーシング計画が除外され、老人医療センター・老人総合研究所・千葉福祉ホームの拡充が継続して計画の対象となった。

養育院の今後のあり方を検討

1987（昭和62）年、第1回養育院事業推進検討委員会が開会され、養育院院長は①老人の福祉及び医療施設需要の長期展望と養育院事業の方向、②板橋と東村山キャンパスの整備方針、③各施設の適正かつ効率的な管理・運営のあり方、についての検討を依頼した。

1988（昭和63）年、委員会は中間報告「21世紀に向けての養育院のあり方と当面の対応策について」を養育院院長に提出した。中間報告では、①板橋と東村山両拠点に加えてさらに新しい拠点づくり、②老朽化した**板橋老人ホーム**と**むさしの園**の改築、③**長寿社会福祉財団**（仮称）を発足させて軽費老人ホームと養護老人ホームの運営を委託、が提言された。

板橋看護専門学校「老年看護学」新設

1989（平成元）年、保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の教育課程の改正がなされ、**板橋看護専門学校**に**老人看護学**という専門科目が新設された。

いきいきとした高齢社会を創る

1988（昭和63）年4月、東京都対策本部「いきいき対策本部」が設置され、1989（平成元）年に最終報告「東京の明日『ゆとり型社会』-いきいきとした高齢社会を創るために」が発表された。

養育院については①老人医療センターの充実、②老人性痴呆に関する総合的な研究（痴呆制圧10年計画）の強化、③各種老人ホーム・老人医療センター・老人総合研究所を三位一体とした連携体制、が記載された。

養育院事業推進検討委員会の最終報告

1989（平成元）年、養育院事業推進検討委員会の最終報告「21世紀に向けての養育院のあり方」がまとめられた。

最終報告では中間報告と重複する内容は記載しないこととし、①板橋老人ホームは老朽化や機能劣化が激しいため分散改築を図ること、②介護福祉養成施設の設置、③板橋・東村山に続く新拠点は、ナーシングホーム・老人医療センター・**痴呆対策総合センター**（仮称）とすること、④痴呆対策総合センターは、相談・介護・医療・研究に一体的に取り組むモデル施設を目指すこと、などが記載された。

第三次東京都中期計画

1989(平成元)年11月、東京都は「第三次東京都中期計画　マイタウン東京-21世紀をひらく」を策定した。

養育院については①板橋ナーシングホームの増改築、②痴呆制圧10ヶ年計画の推進と老人総合研究所の拡充、③高齢者福祉・医療の複合施設の建設、④千葉福祉ホームの整備、が計画された。老人専門病院の整備は、計画内容を再検討するため非計画事業となった。

痴呆性高齢者対策のモデル施設構想

1988(昭和63)年、福祉局局長の諮問機関として「痴呆性老人対策検討委員会」が設置され、1989(平成元)年11月に最終報告「東京都における痴呆性高齢者対策の総合的推進について」が提出された。

養育院の新規事業である**痴呆対策総合センター**(仮称)は、痴呆性高齢者対策の支援と地域ケアシステムのネットワークづくりの拠点となり、その後の対応を検討するためのモデル施設となることが期待された。

ポジトロン医学研究施設

1985(昭和60)年に、認知症研究の有力な手段であった**ポジトロンCT**の導入が検討され、ポジトロンCTは老化、老人病研究、臨床診断に有効と判断された。専用施設は旧分室構内に建設され、1990(平成2)年に**ポジトロン医学研究施設**が開設した。

ポジトロン医学研究施設　落成式当日(東京都健康長寿医療センター所蔵)

老化モデル動物開発施設

老化研究を目的とした実験動物を確保するため、1978(昭和53)年動物舎が建設され、翌年より老化動物の安定した供給が可能になった。その後、認知症、骨疾患、循環器疾患の研究のため、疾患モデル動物やヒトに近いサル類などの実験動物を開発する必要性が高まり、新たな老化モデル動物開発施設が建設され、1990(平成2)年に施設開きが行われた。

動物開発施設　開所式当日(東京都健康長寿医療センター所蔵)

マイタウン東京'91　東京都総合実施計画

1991(平成3)年、長期計画の推進を図る「マイタウン東京'91　東京都総合実施計画」が発表された。養育院については、①老人医療センターの整備、②板橋ナーシングホームの増改築、③痴呆制圧10ヶ年計画の推進、④高齢者福祉・医療の総合施設の建設、⑤千葉福祉ホームの整備、が挙げられた。

老人総合研究所の拡充は、計画期間に対象計画が無いため記載されなかった。

地域福祉推進計画事業

1988(昭和63)年の養育院事業推進検討委員会中間報告をうけて1991(平成3)年1月に地域福祉推進計画事業が発表された。

①**高齢者福祉・医療の複合施設**の建設

人口の高齢化に伴って増加する痴呆性高齢者および看護・介護を必要とする高齢者のあらゆるニーズに対応できる先駆的・モデル的施設として「高齢者福祉・医療の

複合施設」を建設。痴呆性高齢者専門の相談・診断・治療・看護・介護機能を持ち、相互に連携して一貫した総合サービスを提供する「痴呆総合ケア機構」を設置する。

②**板橋ナーシングホーム**の増改築

居住環境の改善などのサービス向上のため、板橋老人ホームとの合築により増改築を行う。新棟の建設と光風寮の改修。

③**千葉福祉ホーム**の整備（精神薄弱者・児施設の整備）

知的発達障害児の重度化、知的発達障碍者の高齢化・重度化、施設の老朽化に対応するため、居住施設や訓練施設などを整備。生活棟・生活関連施設・訓練施設を順次整備する。

④**板橋老人ホーム**の分散改築

板橋老人ホームは老朽化し、居室3-5人と気にの基準も満たさない。定員はそのままで、板橋老人ホームを規模縮小し、板橋、吉祥寺老人ホーム、大森老人ホーム（平成9　開設予定）、潮見老人ホーム（仮称　平成13年度開設予定）、新しい板橋老人ホーム（平成15年度　開設予定）の4ヶ所に入所者を分散する。居室の個室化など生活環境のレベルアップを図る。

⑤**痴呆制圧10か年計画**の推進

1989（平成元）～1998（平成10）年度を研究期間とし、老化メカニズムの解明、老人性痴呆の原因究明等、高齢者の痴呆に関する未解決分野の諸問題を解決するため、治療・予防を含めた総合的な研究を行う。

⑥**中年からの老化予防総合的長期追跡研究**

1991（平成3）-2000（平成12）年度を研究期間として、中年期から高齢期に至る過程について、医学的、社会・心理的な側面から追跡調査し、老人病や老化そのものの予防について総合的な研究を行う。

板橋老人ホームの分散改築計画

板橋老人ホームは老朽化が激しく、また、養護老人ホームは地域に身近な施設として設置することが望ましいことなどから、数ヶ所に分散して建て替えることが予定された。板橋老人ホーム跡地は分散設置の一つとして老人ホームを規模を縮小して建設し、空く土地には板橋ナーシングホームの新棟建設が計画された。

1991（平成3）年、養育院職員によるプロジェクトチームを設置。現在地（板橋）・大森・吉祥寺・潮見の4ヶ所に老人ホームを分散建設する計画が作られた。

高齢者福祉・医療の複合施設

板橋と東村山とは別の場所に、21世紀に向けた新たな視点による福祉・医療関連施設を建設する構想がたてられた。

構想では、①老人専門病院の中に痴呆対策総合センター（仮称）を併設、②ナーシングホーム内に緊急対応施設を併設、③デイケア施設を設置、④臨床的・実践的研究、広報、情報提供機能を一体化した痴呆対策、が挙げられた。

建設場所は区部東部地域とした。

複合施設の建設計画を具体化するため、1991（平成3）年に養育院職員による「高齢者福祉・医療の複合施設建設調査委員会」、翌年に関係局幹部職員による「高齢者福祉・医療の複合施設建設連絡会議」が設置された。

バブル経済の崩壊と少子高齢化

養育院創立120周年の前年、それまで高騰していた株価と地価が下落に転じ、急速に景気が後退した。

株価や地価の高騰で過去最大の好景気となった（バブル経済）は、1985（昭和60）年のプラザ合意によって起きた円高不況の対策として1987（昭和62）年に公定歩合を引き下げたことから始まった。

異常に過熱した資産価格を抑えるため1990（平成2）年に金融政策が実施されると、地価や株価が大暴落し、予想を超えた急激な景気後退（バブル崩壊）となった。

東京都は景気後退による地方税減収と景気対策としての減税で税収が減少する一方、国の経済対策に合わせた公共事業の実施などでの高い水準の歳出が続けた。財源不足を補うために都債が大量に発行されたが、都債償還のため後の年度に公債費が増大した。

これらの要因により東京都の財政は悪化し、1998（平成10）年度決算では実質収支が過去最大の1,068億円の赤字を計上するなど、都は財政再建団体転落の危機に直面した。

少子高齢化は確実に進行し、経済の大きな成長は見込めず、また社会保障の負担は増大が予測されたため、国も都も福祉や医療など社会保障制度の再構築を進めた。その影響は当然養育院とその所管施設にも及ぶこととなった。

1991（平成3）年から2010（平成22）年までの名目経済成長率は年0.5%で、バブル崩壊後も日本経済の停滞は続き、「失われた20年」と呼ばれた。

マイタウン東京’93　東京都総合実施計画

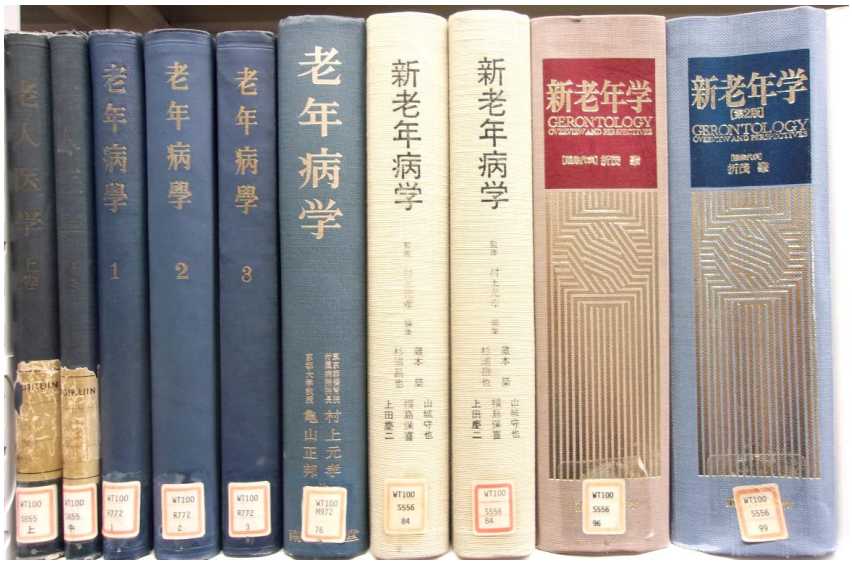
1992(平成4)年11月、「マイタウン東京’93　東京都総合実施計画」が発表された。養育院については、「マイタウン東京’91」の5事業が継続して計画化された。高齢者福祉・医療の複合施設の運営は、「公設民営方式も含めて検討」とされた。

養育院創立120周年記念式典

1992(平成4)年10月、養育院講堂で養育院創立120周年記念式典が開催された。また都庁第二本庁舎では、9月に年表、パネル、板橋・東村山キャンパスの建築模型、老人ホーム利用者の作品などが展示された。

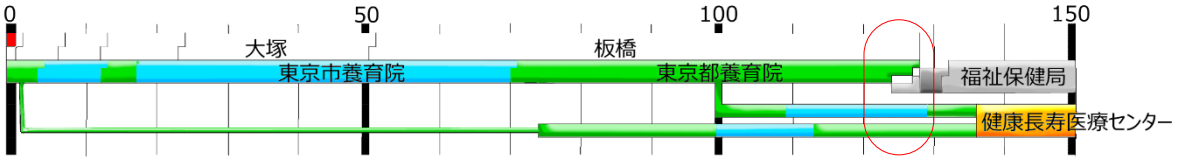
創立120周年記念式典(東京都健康長寿医療センター所蔵)

祝賀レセプション　渋沢家当主渋沢雅英氏祝辞
(東京都健康長寿医療センター所蔵)



老年学情報センターの蔵書
2022(令和以4)　年

1993-2002　高齢者福祉・医療の複合施設計画　養育院の廃止　介護保険法の制定



西暦	和暦	月	日	出来事
1993	平成5	4		萩山実務学校(福祉局)、女子一般寮開設。
		7		◆都衛生局、都立大久保病院と民間施設の公私一体型健康施設東京都健康プラザハイジア完成。
		10		◆都衛生局、都立病院運営基本指針策定。
1994	平成6	3	31	◆東京都高齢者対策推進会議(委員長鈴木俊一都知事)が、東京都地域福祉推進計画・高齢者福祉の現状と目標発表。
		4		養育院、高齢者福祉・医療の複合施設基本構想策定。
		4		吉祥寺老人ホーム開所。運営は社会福祉法人至誠舎が受託。
		7		軽費老人ホームくぬぎ園を武蔵野市に移管
		8		◆都内すべての区市町村で地域福祉計画または老人保健福祉計画を策定。
		9	9	◆路上生活者問題に関する都区検討会が都区共同で冬期臨時宿泊事業を実施するなどの検討結果を発表。
		12	1	吉祥寺老人ホーム、板橋老人ホームの入所者を吉祥寺老人ホームへ移転開始。
		12	18	◆政府、新ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進10か年戦略の見直し)策定。
		12		◆文部省・厚生省・労働省・建設省の4省の合意で少子化対策ガイドラインエンゼルプラン策定。
				◆厚生労働大臣の私的懇談会である高齢社会福祉ビジョン懇談会が21世紀福祉ビジョンを提言。
				軽費老人ホームすずしろ園、練馬区社会福祉事業団に運営委託。
				◆高齢化率が14%を超える。
1995	平成7	1	17	◆阪神・淡路大震災発生
		3	16	◆東京都福祉のまちづくり条例制定。
		3	30	養育院、医療センター運営基本方針策定。
		4		東京都船形学園(福祉局)、組織改正に伴い3級事業所になる。
		4	9	◆青島幸男都知事就任。
		7	4	◆福祉局、東京都福祉のまちづくり推進本部設置。
		11	15	◆高齢社会対策基本法公布。同年12月施行。
		11		◆とうきょうプラン'95　東京都総合3か年計画　策定。
		12	18	◆障害者対策推進本部(本部長:内閣総理大臣)、障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略～
1996	平成8	5	24	養育院、高齢者福祉・医療の複合施設基本計画を策定。
		5		東村山ナーシングホーム、特別養護老人ホーム松寿園の閉園により5名の利用者を受け入れる。
		7		多摩老人医療センター、7月4・5日に10周年記念行事を開催。
		11	19	◆社会保障関係審議会会長会議、社会保障構造改革の方向(中間まとめ)を発表。
		12		◆東京都社会福祉審議会、東京都における今後の地域福祉の総合的・計画的な推進について(中間答申)を提出。
1997	平成9	2		◆生活都市東京構想策定。
		2		大森老人ホーム開設。板橋老人ホームの定員は220名に縮小。
		3	31	船形学園(福祉局)の磨崖碑、修復工事完了。
		4	23	◆都の高齢者対策推進室を東京都少子高齢社会対策推進室に改組。
		5		◆福祉局高齢福祉部政策課、高齢者福祉推進プラン97発表。
		5		養育院、高齢者福祉・医療の複合施設運営検討委員会　第一次報告を提出。
		7	16	福祉局、衛生局の高齢者施策部門と養育院を統合して高齢者施策推進室設置。
		8	26	多摩老人医療センター、東京都災害時後方医療施設及び災害拠点病院に指定される。
		11	5	高齢者施策推進室、痴呆性高齢者に対する総合的な支援システムの構築を提出。
		12	17	◆介護保険法制定。
1998	平成10	1	8	◆福祉局、東京都福祉のまちづくり推進計画決定。
		1		◆福祉局、ハートフル東京推進プラン策定。
		2	23	◆東京都社会福祉審議会、最終答申東京都における今後の地域福祉の総合的計画的推進についてを提出。
		3		多摩老人医療センター「10周年のあゆみ」刊行。
		4		船形学園(福祉局)、児童福祉法が改正され、同法に基づく児童養護施設となる。萩山実務学校(福祉局)は児童自立支援施設となる。
		5	1	高齢者施策推進室、医療センター運営基本方針策定。
		5	29	高齢者施策推進室、高齢者福祉推進プラン'98発表。
		6	11	◆東京都社会福祉事業団設立。都福祉局は町田福祉園を運営委託。柔軟で弾力的な運営を図るのが目的。
		12	15	◆都衛生局、東京都保健医療計画改訂。
		12		◆東京都行政改革推進本部、東京都行政改革プラン策定。
		12		東村山ナーシングホーム、開設10周年記念誌を発行。
				東京都八街学園(福祉局)、児童福祉法の改正により児童養護施設へ。
				◆社会福祉法人東京都社会福祉事業団設立。
				◆東京都、平成10年度の決算で過去最大の赤字を記録。
1999	平成11	4	1	◆衛生局、東京都臨床医学総合研究所・精神医学総合研究所・神経科学総合研究所を財団法人東京都医学研究機構に統合。
		4		千葉福祉園・東京都八街学園、東京都社会福祉事業団に運営を委託。
		4		東京都那古学園(福祉局)、4級事業所として船形学園の分園となる。
		4	23	◆石原慎太郎都知事就任。

1999	平成11	4		◆福祉局、東京都社会福祉事業団に都立障害者施設・障害児施設12施設10か所を運営委託。
		5	1	高齢者施策推進室医療センター運営基本方針を策定。
		5		高齢者施策推進室、高齢者福祉・医療の複合施設運営検討委員会報告。
		5	31	高齢者施策推進室、高齢者福祉推進プラン'99発表。
		7		高齢者福祉・医療総合施設の新高齢者専門病院、建設工事着工。
		8		◆福祉局、福祉施策の新たな展開を作成。
		12		都議会で東京都養育院条例を廃止する条例を可決。都庁から養育院の名称が無くなる。
		12		◆政府、ゴールドプラン21(今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向)発表。
		12		◆福祉局、福祉改革ビジョン策定
2000	平成12	1		大塚病院・豊島病院・老人医療センター共同で地域医療連携を開始するための協議会を設置。
		3		東京都那古学園(福祉局)は廃止になり。児童5名は船形学園に措置変更。
		4		◆福祉局、所管の児童養護施設の運営を東京都社会福祉事業団に委託。
		4		◆介護保険制度創設。高齢者福祉は「措置から契約へ大転換。
		4		◆地方分権一括法の成立により、社会保険業務は国の直接執行事務に。そのため福祉局の社会保険管理部と社会保険指導部が国に移管。
		4		高齢者施策推進室、東京都高齢者保健福祉計画を策定。
		4	1	多摩老人医療センター、居宅介護支援事業を開始。
		4		板橋ナーシングホーム、介護老人福祉施設と介護老人保健施設の2施設構成になる。
		5		◆高齢者施策推進室、高齢者福祉推進プラン2000策定
		6		◆東京発の医療改革の基本方針を発表。都立病院改革会議を設けて都立病院の再編整備を検討することとした。
		8	24	多摩老人医療センター、三宅島噴火災害に対し、看護職員を派遣。
		9		◆知事の諮問機関、都立病院改革会議設置。
		10		萩山実務学校(福祉局)、百周年記念行事を開催(～12月)
		12		多摩老人医療センター、介護保険法施行に伴い、居宅介護支援事業を開始。
		12	21	◆都庁改革アクションプラン―都政改革ビジョンⅠ策定。
		12	25	福祉局と高齢者施策推進室は、東京都福祉改革推進プラン-利用者指向の「開かれた福祉」をめざしてを策定。
		12		高齢者福祉・医療総合施設内の新高齢者専門病院の運営を民間により行うことを決定。
		12		軽費老人ホームむさしの園、新規入所を停止。
2001	平成13	1		◆厚生労働省発足。
		1		板橋ナーシングホーム、介護老人保健施設を拡大。
		3	30	◆政府・与党社会保障改革協議会、社会保障改革大綱発表。
		4	1	高齢者施策推進室を福祉局に統合。 萩山実務学校(福祉局)、公教育導入により施設内に東村山市立第三中学校萩山分校を開設。小学部は廃止。
2001	平成13	4		高齢者福祉・医療総合施設内の高齢者専門病院・介護老人保健施設・特別養護老人ホームの運営事業者を決定。
		7		軽費老人ホームくぬぎ園(武蔵野市に移管)、入居者募集を停止。
		7	13	◆都立病院改革会議、今後の都立病院のあり方を知事に答申。
		10		高齢者福祉・医療総合施設内の高齢者専門病院の名称を「東京都江東高齢者医療センター」に決定。
		11	2	潮見老人ホーム開所(運営　社会福祉法人長寿村)。伊豆山老人ホームの利用者を異動。
		11	27	◆都と特別区は大田区に路上生活者緊急一時保護センターを開設
		12	21	衛生局・福祉局、都立病院改革マスタープランを発表。
2002	平成14	1		◆1991年から続いた不況が景気回復に転じる(いざなみ景気)
		2		◆TOKYO福祉改革STEP2策定。
		3	1	財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団を設立。
		4	1	◆都の組織改正により健康局と病院経営本部を設置
		4	1	板橋看護専門学校、福祉局から健康局に移管。伊豆山老人ホーム(福祉局)廃止。
		4	1	財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団事業開始。
		4		東京都江東高齢者医療センター(公設民営)開設。
		5		高齢者福祉・医療総合施設内の特別養護老人ホーム(民設民営)開設。
		6	27	◆福祉局、都立福祉施設改革推進委員会報告書提出
		7		◆福祉局、福祉サービス提供主体の改革への取組について」を発表。
				東京都老人医療センター30周年記念式典開催。
		10	1	◆老人保健法の改正。対象年齢を75歳以上に引き上げ。
				板橋老人ホーム、新規入所を停止。

医療に関する出来事

研究に関する出来事

東京都都地域福祉推進計画

1994（平成6）年3月、東京都高齢者対策推進会議（委員長鈴木俊一都知事）が、東京都地域福祉推進計画・高齢者福祉の現状と目標を発表した。

施設の整備方針としては、板橋老人ホームの分散改築、老人医療センターの充実、高齢者福祉・医療の複合施設の整備など9項目が示された。

- **板橋老人ホーム**の分散改築・・・老朽化した板橋老人ホーム（養護老人ホーム）を地域に分散させ改築する。
- **老人医療センター**の充実・・・増大する高齢者医療ニーズに対応するため、老人医療センターを改修し、高齢救急患者・重症患者診療体制の整備と高度専門病院としての機能の拡充を図る。
- **高齢者福祉・医療の複合施設**の整備・・・痴呆性高齢者の相談・診断から、判定・ケアなどを一貫して行うモデル施設、特に手厚い介護・看護を提供するナーシングホーム、これらの施設と密接に連携する高齢者医療の専門病院からなる複合施設を新たに整備する。

板橋老人ホームの分散改築

1994（平成6）年12月、板橋老人ホームの分散改築計画に基づいて**吉祥寺老人ホーム**を開設。

分散改築とは、板橋老人ホームについて、都内3か所に新たに老人ホームを建設し、板橋老人ホームは建て替えをして、入居者を4ヶ所に分散しする計画。

1988（昭和63）年、養育院事業推進検討委員会の中間報告で、昭和30年代に建設され老朽化した板橋老人ホームの将来計画として、老人ホームは家族や知人の住む地域に密着した小規模施設が望ましいという提言を受けて立案された。

新設として計画された老人ホームは、吉祥寺老人ホーム・**大森老人ホーム・潮見老人ホーム。**

板橋老人ホームは、恵風寮跡地に板橋ナーシングホーム増改築で合築する計画だったが、2000（平成12）年以降は都の福祉のしくみが根本的に改められ、2002（平成14）年に板橋老人ホームを廃止して東村山老人ホームに統合する方針が示された。

新ゴールドプラン

1994（平成6）年12月、大蔵・厚生・自治3大臣合意の新ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10か年戦略の見直し）を発表。ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10か年戦略）1989（平成元）年策定以降高齢化の急速な進行でゴールドプランを大幅に上回るサービス整備の必要性が明らかになったことや2000（平成12）年の介護保険制度による需要増加に対応するため、在宅介護強化の整備目標が大幅に引き上げられた。

東京都福祉のまちづくり条例・ハートフル東京推進プラン

1995（平成7）年3月、高齢者や障害者などが円滑に利用できる施設整備やサービス向上を計る東京都福祉のまちづくり条例を制定。

1998（平成10）年には福祉のまちづくりを実現するための全庁横断的な推進計画としてハートフル東京推進プランが策定された。プランは、①福祉のまちづくりの啓発、②行政主導ではなく都民・事業者・行政の協働、③歩道・交通機関の改善、④施設内設備の改善、⑤住宅の整備の5つの内容で構成されている。

養育院医療センター運営基本方針

1995（平成7）年3月、養育院は**養育院医療センター**（東京都老人医療センターと多摩老人医療センター）**運営基本方針**を策定。方針に基づきり経営改善委員会が発足、平成7年度から11年度までの5か年間にわたり目標管理方式を導入して毎年ごとの具体的な目標設定と到達状況の評価により経営改善を行うこととなった。

また運営基本方針により1995年4月1日より受託研究の決定権は養育院長から各センター院長に権限移譲された。

とうきょうプラン’95

1995（平成7）年11月、「とうきょうプラン’95　生活都市東京をめざして　東京総合3か年計画」が発表された。

高齢者に対する保険・医療・福祉サービスという章では、在宅サービスの充実、施設サービスの充実、痴呆性高齢者対策の推進、福祉機器サービスの充実、生きがいと社会参加の促進の5つの方針と数値目標の引上げが示さ、3か年事業計画には、板橋ナーシングホームの増改築や高齢者福祉・医療の複合施設の建設が挙げられた。

高齢者福祉・医療の複合施設(江東区新砂)の建設計画

高齢者専門病院320床
老人保健施設200床
ナーシングホーム100人
看護婦養成施設320人
痴呆総合ケア機構・・・痴呆性高齢者に対して、専門の相談、診断、治療、看護、介護機能を有し、相互に連携して一貫した総合サービスを提供。

多摩老人医療センター10周年

1996(平成8)年7月4・5日、多摩老人医療センターで10周年記念行事を開催。10周年業績集と開設10周年記念高齢者教育ビデオ10巻が製作された。

社会保障構造改革の方向(中間まとめ)

1996(平成8)年11月、社会保障関係審議会会長会議は「社会保障構造改革の方向」(中間まとめ)を発表した。

バブル崩壊後に経済が低成長基調に変化し財政も深刻化する中で、社会保障に投入できる財源の大幅な増加は望めない一方、少子高齢化が急速に進行していること等から、今後の社会保障についての国民の不安が強まっているとし、社会保障構造改革の方向として、①経済との調和　②在宅サービス重視　③民間活力の導入促進　という方針が示された。

東京都における今後の地域福祉の総合的・計画的な推進について（中間答申）

1996（平成8）年12月、東京都社会福祉審議会は「東京都における今後の地域福祉の総合的・計画的な推進について」（中間答申）を提出した。

中間答申では、都財政の深刻な状況や右肩上がりの経済が期待できない中、行政の予算の枠に拘束された措置という制度では飛躍的に増大する福祉ニーズへの対応には限界があるとした。

福祉サービスの質の改善と量の拡大を図るには、政府が検討している介護保険制度をふまえ、利用者を行政施策の対象者ではなくサービスを選択する消費者・購入者と捉えて、サービス供給主体を多元化した福祉システムを検討することが重要とした。

とくにシルバービジネスについては、新たな産業分野として確立する重要性を指摘している。

生活都市東京構想

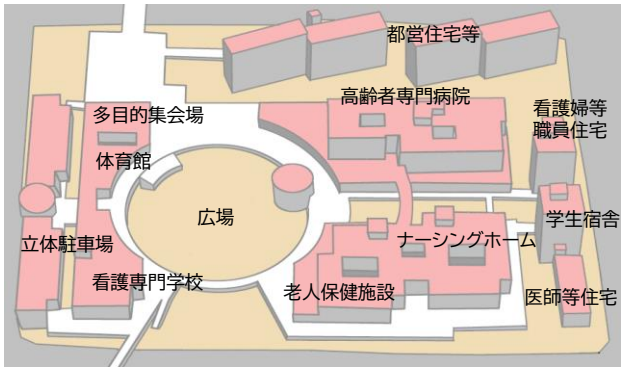
とうきょうプラン’95で示した都政の基本的な考え方をふまえ、今後10年間の課題と施策の内容を明らかにするものとして1997(平成9)年2月「生活都市東京構想」が策定された。

この計画の「高齢者に対する保健・医療・福祉サービス」という項目では、国が検討中の介護保険制度をふまえて、行政措置から多様なサービス提供機関の選択・利用に転換を図ることが示された。

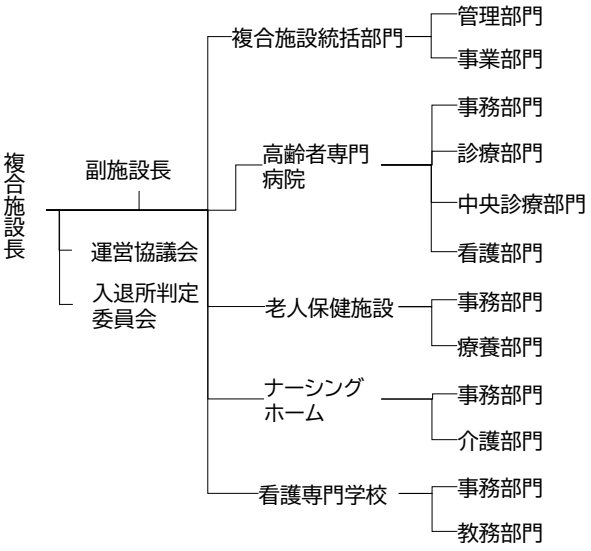
痴呆性高齢者対策の推進としては、高齢者福祉・医療の総合施設(江東区新砂)の建設が挙げられている。

高齢者福祉・医療の総合施設(江東区新砂)の計画

高齢者福祉・医療の複合施設運営検討委員会　第一次報告(1997年5月)より。



第一次報告　模型写真より作図



第一次報告　複合施設組織図より作図

介護保険法の制定

バブル経済が崩壊し経済が停滞する一方で、高齢者の社会保障給付が増加する一方で税収は落ち込み、高齢者の医療と介護に関する制度の抜本的な改革が求められるようになった。

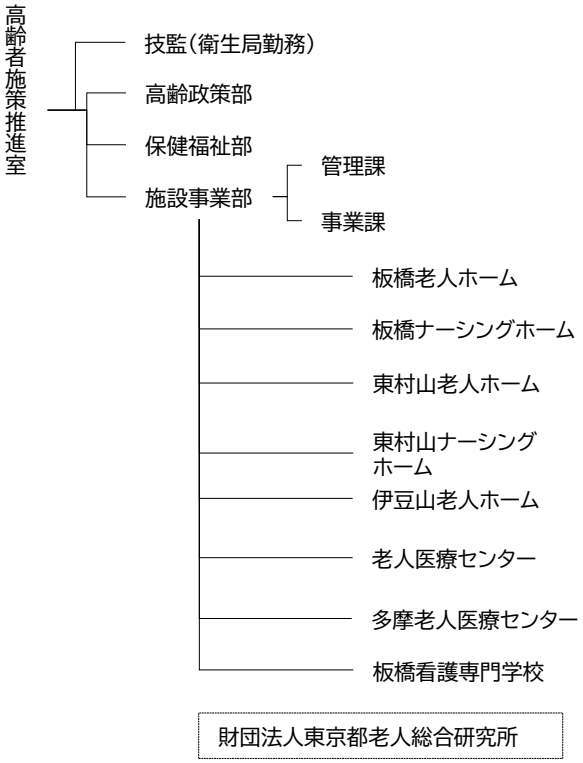
そこで、1997(平成9)年、利用者の選択により、保健・医療・福祉にわたる介護サービスを利用できるよう必要な保険給付を行う新たな制度(**介護保険制度**)を定めた介護保険法が制定された。

養育院の廃止

1997(平成9)年7月、介護保険制度の導入に向け、東京都は保健・医療・福祉が連携した総合的なサービス提供の体制を築くため、福祉局、衛生局の高齢者施策部門と養育院を統合し、**高齢者施策推進室** を設置した。

養育院の業務は推進室に移行し、養育院は廃止された。

千葉福祉ホームは、養育院から福祉局に移管され、東京都**千葉福祉園**に改称した。



大森老人ホーム開所

1997(平成9)年9月、板橋老人ホームの分散改築計画に基づいて**大森老人ホーム**を開設。

大森老人ホーム開所式当日(東京都健康長寿医療センター所蔵)

東京都における今後の地域福祉の総合的計画的推進について(最終答申)

1998(平成10)年、東京都社会福祉審議会は、最終答申「東京都における今後の地域福祉の総合的計画的推進について」を提出した。

答申では、規制緩和や介護保険の導入で企業や非営利民間団体などが福祉サービスに参入することが予想されることから、東京都の役割として①技術的・財政的支援など区市町村支援、②公正な競争や安定したサービス提供を図る育成的支援、③情報提供や利用者保護の3項目が挙げられている。

東京都行政改革

1998(平成10**プラン**」)年12月、東京都行政改革推進本部は東京都行政改革プランを策定した。

この計画の中で、全庁的な事務事業を点検し、民間委託・民営化を行うとしたものは順次実施するとした。

福祉局については、直営福祉施設(障害者施設、児童養護施設など)、児童会館、障害者福祉会館の委託化、**高齢者施策推進室**は直営高齢者施設の運営の見直しが挙げられた。

監理団体の再編としては、**財団法人東京都老人総合研究所**の経営の再構築及び他団体との統合の検討、財団法人東京都神経科学総合研究所・東京都精神医学総合研究所・東京都臨床医学総合研究所の3研究所の統合が挙げられた。

財団法人老人総合研究所は、2002(平成14)年に財団法人東京都地域福祉財団と統合された。

養育院条例

東京都養育院条例　昭和26年

第一条　東京都養育院（以下院という。）は、都内居住者で次に掲げる者のうち、収容を必要とする者を入院させて保護するとともに、その自立の助長又は独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする。

一、老衰のため独立して日常生活を営むことのできない者

二、身体又は精神に位置ぢるしい欠陥があるために独立して日常生活の用を弁ずることのできない者

三、身体又は精神上の理由により用語及び補導を必要とする者

四、医療を必要とする者

五、行旅病人及び行旅死亡人取扱法により都下の区、市、町、村、の長から送致せられたる者。

六、都下の児童相談所から送致を受けた児童

七、窮迫した理由により一時保護を必要とする者

第二条　知事は、入院しようとするものが次の各号の位置に該当するときは、収容を拒絶することができる。

一、収容人員の定数を超過したとき

二、収容保護の必要がないと認めたとき

三、その他収容保護を不適当と認めたとき

第三条　知事は、入院している者が次の各号の位置に該当するときは、退院を命ずることができる。

一、院の管理規定を守らないとき

二、保護の日露尾がなくなったとき

三、知事が保護を不適当と認めたとき

第四条　入院者の扶養義務者が扶養能力を有するようになったとき又はこれを扶養することのできる者が判明したときは、直ちに入院者を扶養義務者に引き取らせなければならない。

第五条　収容保護に用する費用は、法令で別段の定がある場合の外は、徴収しない。

第六条　この条例施行について必要な事項は、知事が別に定める。

東京都養育院条例　昭和40年

東京都養育院条例（昭和二十六年四月東京都条例第五十八号）の全部を改正する。

第一章　養育院

（設置）

第一条、東京都の区域内における社会的に恵まれない者を収容して保護することにより、その福祉を図るため、他の条例で定める施設のほか、東京都養育院（以下「養育院」という。）を東京都板橋区栄町三十五番地の二に設置する。

（事業）

第二条、養育院は前条の目的を達成するため、次の各号に掲げる事業を行う。

一　身体上若しくは精神上または環境上の理由及び経済的理由により居宅において用語を受けることが困難な老人で、老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第十一条第一項第二号の措置を受けたものを収容し、養護すること。

二　身体上または精神上著しい欠陥があるため独立して日常生活の用を弁ずることのできない者で、生活保護法（昭和二十五年府尾率第四十四号）第三十条第一項の措置を受けたものを収容し、生活扶助を行うこと。

三　乳児で、児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第二十七条第一項第三号の措置を受けたものを収容し、養育すること。

四　精神薄弱の児童で、児童福祉法第二十七条第一項第三号の措置を上たもの収容し、保護するとともに、独立自活に日露尾な知識技能を与えること。

五　十八歳以上の精神薄弱者で、精神薄弱者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）第十六条第一項第二号の措置を受けたものを収容し、保護するとともに、その更生に必要な指導訓練を行うこと

六　前各号のほか、知事が特に保護を必要と認めた者を一時収容し、保護すること

2　前項の事業の業務を行う場所は、別表の通りとする。

（費用の徴収）

第三条　知事は、前条第一項第六号の規定により保護した者またはその者に対して扶養の義務を有する者から、その負担能力に応じ、保護に要した費用の全部または一部を徴収することができる。

第二章　付属施設

第一節　病院

第四条　養育院の付属施設として、病院を置く。

2　病院の名称及び位置は、次のとおりとする。

名称　東京都養育院付属病院

位置　東京都板橋区栄町三十五番地の二

（業務）

第五条　病院において行う業務は、次の各号に掲げる通りとする。

一　養育院に収容保護している者で、医療を必要とするものの診療を行うこと。

二　前号に掲げる者のほか、知事が必要と認めた者の診療を行うこと

（使用料及び手数料）

第六条　病院を利用する者は、次の使用料及び手数料を収めなければならない。

一　使用料　診察料（略）

二　手数料　診断書及び証明書　一通につき百円

2（略）

（減免）

第七条　知事は、特別の理由があると認めるときは、前条の使用料及び手数料を減額し、または免除することができる。

第二節　准看護婦養成所

（設置）

第八条　養育院の付属施設として、准看護婦養成所（以下「養成所」という。）を置く。

2　養成所の名称及び位置は、次のとおりとする。

名称　東京都養育院付属准看護学院

位置　東京都板橋区仲町一番地の一

（入所資格）

第九条　養成所に入所することのできる者は、次の各号に該当し、かつ、知事の行う入所試験に合格した者とする。

一　学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第四十七条の規定に該当する者

二　十五歳以上十八歳未満の女子で、配偶者のないもの

（修業年限等）

第十条　養成所の修業年限、姓との定数及び学科は、知事が定める。

（入所試験料等）

第十一条　養成所の入所試験料、入所料、授業料及び寄宿舎料は、無料とする。

第三章　補則

（委任）

第十二条　この条例の施行について必要な事項は、知事が定める。

いこの条例は、昭和四十年四月一日から施行する。

2　この条例の施行の際現に存する東京都養育院並びにこれに付置されている病院及び看護学院は、それぞれこの条例により設置された養育院、病院及び養成所となり、同一性をもって存続するものとする。

別表（略）

※「もの」と「者」が混在しているが原文のまま）

東京都養育院条例を廃止する条例

平成11年

東京都養育院条例（昭和四十年東京都条例第五十一号）は、廃止する。

附則

この条例は、平成十二年四月一日から施行する。

東京都、過去最大の赤字を計上

都は、1998（平成 10）年度決算において、過去最大の1,068 億円の実質収支の赤字を計上。その後も毎年巨額の財源不足が生じる見通しとなり、財政再建団体に転落する危機に直面した。

1999（平成11）年度以降、都は二次にわたる財政再建推進プランを策定して財政再建に取り組み、2005（平成17）年度決算で黒字に転換した。

高齢者福祉推進プラン’99

1999（平成11）年5月、東京都施策推進室は高齢者福祉推進プラン’99を発表した。

この中で高齢者の福祉の課題として、高齢者像の変化（高齢人口の割合の拡大）、高齢者福祉施策予算に占める給付事業費の増大（老人福祉手当や医療費助成などが占める割合が増え、新たなニーズに合わせた事業に充てる予算が減少）、区市町村が主体となるべき福祉サービスと類似のサービスを都も今だ実施、民間事業者が行える事業を公共機関も実施、介護保険制度の円滑な実施のための体制整備や人材育成が必要、という6項目が挙げられ、直営施設については運営改善を検討するとした。

養育院廃止条例

1999（平成11年）12月に東京都議会で**養育院廃止条例**が可決され、2000（平成12年）3月で都庁組織から「養育院」という名称は無くなった。

福祉局「福祉施策の新たな展開」

1999（平成11）年8月、福祉局は2000（平成12）年の介護保険制度開始に合わせ、「福祉施策の新たな展開」を作成。

措置制度から契約に基づき利用者がサービスを選択できるシステムに転換すること、多様なサービス提供主体の参入を進め、都民が安心してサービスを選択・利用する仕組みを構築すること、サービス提供者の適正な競争によりサービスの質と効率性の向上が図られる仕組みをつくること、福祉に関わる権限をできる限り区市町村に委譲すること、区市町村と協力して地域福祉の推進を図ること、などが方針として示された。

福祉改革ビジョン

2000（平成12）年の介護保険制度施行や障害者の支援費支給方式導入（平成15年度）で、「行政が決定する福祉」から「都民が選択する福祉」へと福祉制度が大きく転換しつつあるとして、福祉局は1999（平成11）年12月、「福祉改革ビジョン」を作成。

「行政が決定する福祉」から「都民が選択し、利用する福祉」として、3つの目標と4つの戦略を掲げた。

安心してサービスを利用できる仕組みの構築、子ども家庭サービスや障害者の自立支援の新展開、新しい福祉を支える基盤の整備が戦略として挙げられている。

児童養護施設の運営委託

2000（平成12）年、児童養護施設（**東京都八街学園、東京都石神井学園、東京都船形学園**）の運営が社会福祉法人東京都社会福祉事業団に委託された。

介護保険制度

2000（平成12）年4月、社会保険方式による**介護保険制度**が開始され、要支援者・要介護者に対して介護費用を一部給付することになった。保険給付に必要な費用は税金（公費）50%と保険加入者（40歳以上、但し特例を除き利用は65歳以上）の保険料50%で賄う。制度の発足で、高齢者福祉はそれまでの措置制度から契約制度に転換した。

措置制度と契約制度

措置制度は税金が資源。主な対象は低所得者。利用者負担は応能負担（事前に所得調査があり、利用者の収入に応じて、高所得者の負担が多くなるように設定）。国や自治体がサービスを提供（対象者について、行政が必要な施設やサービスを決定）。生活困難に陥った人に対しては、行政が保護介入。

契約制度は、40歳以上が支払う保険料が資源。主な対象はサービスを受けたい高齢者。利用者負担は応益負担。利用者と事業所が直接サービスを契約。利用者が自由にサービスを選択する。

介護保険法施行と多摩老人医療センター、ナーシングホーム

2000(平成12)年4月、介護保険法施行に伴い、**多摩老人医療センター**は居宅介護支援事業を開始。

板橋ナーシングホームは介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)として指定を受け、光風寮5階に設けられていたハーフウエイハウスは「介護老人保健施設」としての許可を受け、合計563名の定員で運営を開始。板橋ナーシングホームは介護老人福祉施設と介護老人保健施設の2施設構成となった。

東村山ナーシングホームは、一般介護棟と特別介護棟を介護老人福祉施設に移行。また、1階リハビリ介護棟すずかけの50床を介護老人保健施設に転換。通所リハビリテーションも開始。

介護保険法上の施設になったことから、利用形態は措置から契約へ、施設運営財源は措置費(税金)から介護報酬に変わった。

東京発の医療改革

2000(平成12)年6月、東京発の医療改革の基本方針が発表され、**都立病院改革会議** (知事の諮問機関)を設けて都立病院の再編整備を検討することとした。

TOKYO福祉改革STEP2

2002(平成14)年、「TOKYO福祉改革STEP2」が策定され。多様な主体の参入により公立・社会福祉法人中心の供給体制を改革し、都はサービス提供者から、福祉サービスのインフラ整備や利用者保護システムの維持に役割を転換する方針が示された。

板橋ナーシングホームは2002(平成14)年度から2008(平成20)年度までの期間に6人部屋の大部屋解消など居室改善を図ると同時に、介護老人福祉施設の定員を毎年を削減することとなった。

都庁改革アクションプラン―都政改革ビジョンⅠ

2000(平成12)年、都庁改革アクションプラン―都政改革ビジョンⅠが策定された。

改革アクションプランでは、民設民営方式の活用として、**高齢者福祉・医療の総合施設**(高齢者専門病院・特別養護老人ホーム・老人保健施設・職員住宅)が記載された。その後、江東高齢者医療センターは、2002・2003(平成14・15)年度は民間が管理運営、2004(平成16)年度以降は民間の自主運営に移行することとされた。軽費老人ホームB型のむさしの園は平成16年度末に廃止する方針となり12月で新規入所を停止した。

都立病院については衛生局から病院事業を専管する組織を設置するとして、**東京都老人医療センター・多摩老人医療センター**はこの専管施設への統合も含め、運営を検討するとしている。

潮見老人ホーム(2001年開設予定)は民間福祉法人による運営とし、板橋・東村山ナーシングホームは民営化を目指して運営方法を見直すとしている。

東京都福祉改革推進プラン

2000(平成12)年12月、**福祉局と高齢者施策推進室**は東京都福祉改革推進プラン-利用者指向の「開かれた福祉」をめざしてを発表した。 都の政策では、このプランではじめて福祉改革という言葉が明確に定義されて用いられた。

推進プランでは。介護保険制度の導入で公共セクター中心の措置制度から民間企業の活力などを利用し市場の中で質の高いサービスを提供していく手法に変わったが、現状ではまだ十分に機能していないとし、さらに福祉改革を推進していく必要があるとした。

都立の福祉施設については、福祉改革の推進に則したものに改めていくことが示された。

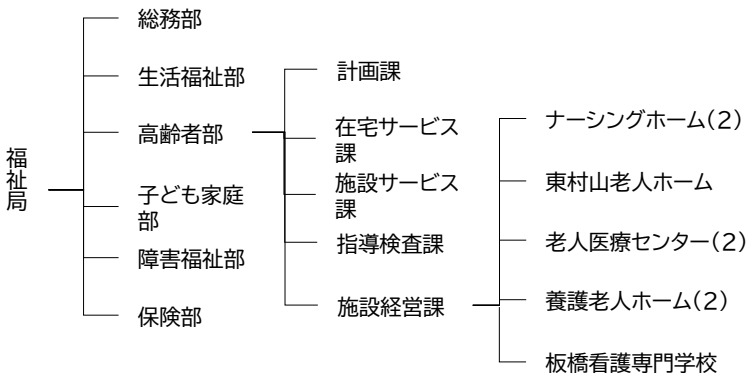
社会保障改革大綱

2001(平成13)年3月、政府・与党社会保障改革協議会は「**社会保障改革大綱**」を発表し、経済の伸びを大きく上回る社会保障の負担増大が見込まれ、国・地方の財政が厳しい状況に陥る現状で持続可能な社会保障制度を再構築するための社会保障改革の基本的な考え方を示した。具体的推進方策は協議会にワーキングチームを設けて協議するとした。

福祉局と高齢者施策推進室を統合

福祉改革を本格的に推進するため、2001(平成13)年4月に**福祉局と高齢者施策推進室**を統合して、6部体制の新しい福祉局が発足した。福祉局には高齢者部が設けられた。都立高齢者施設(医療センター、ナーシングホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)は高齢者部施設経営課に属することとなった。

高齢施策推進室統合後の福祉局(平成13年8月1日現在)



板橋ナーシングホーム　施設の拡大

2001(平成13)年1月、**板橋ナーシングホーム**の**光風寮**4階と5階を介護老人保健施設として全面開設。これにより介護老人福祉施設の定員を485名、介護老人保健施設の定員を78名に変更。併せて通所リハビリテーション定員20名の運営を開始した。

都立病院改革マスタープラン

2001(平成13)年7月、**都立病院改革会議**(衛生局・福祉局)は、今後の都立病院のあり方を知事に答申。16の都立病院は民営化や廃止も視野に入れて検討、**東京都老人医療センターと豊島病院の統合・民営化**、老人医療センターの敷地に民間による介護療養型医療施設を設置、**多摩老人医療センター**は財団法人東京都保健医療公社に経営を委ね、小児科を設置して地域医療支援病院化、といった方向性が示された。

同年12月、衛生局と福祉局は「**都立病院改革マスタープラン** -21世紀の新しい都立病院の創造-」を発表。**老人医療センター**の機能は豊島病院の施設に2004(平成16)年度に統合・民営化を目指すスケジュールが示された。**多摩老人医療センター**は2005(平成17)年度を目途に公社に運営を移管し、地域医療病院を目指すこととした。

都立病院改革推進をマネジメントする組織としては、衛生局と分離して病院局(仮称)を設置することがが示された。

老人総合研究所、新財団に

2002(平成14)年3月、**財団法人東京都老人総合研究所**と財団法人東京都地域福祉財団の事業を再構築した**財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団**が設立され、4月より東京都老人総合研究所(板橋区栄町)と飯田橋事務局(新宿区神楽河岸)で事業が開始された。

老化・老年病に関する基礎科学的及び医学的研究並びに高齢者問題に関する社会科学的研究を総合的に行い、福祉サービスの質の向上、利用者のサービスの選択、利用者に関する支援を行う。

高齢者福祉・医療の複合施設の開設

2001(平成13)年、**高齢者福祉・医療総合施設**内の諸施設の運営事業者が決定、2002(平成14)年以降にそれぞれ開設された。

高齢者専門病院・・・学校法人順天堂
2002年4月開設
特別養護老人ホーム・・・社会福祉法人三井記念病院
2002年5月開設
介護老人保健施設・・・医療法人和風会
2003年5月開設

都立福祉施設改革推進委員会報告書

2002(平成14)年7月、福祉局は個々の都立福祉施設の廃止や民間委託化に関する「都立福祉施設改革推進委員会報告書」を提出した。

ナーシングホーム・・・廃止に向けて順次規模縮小を図るのが適当

養護老人ホーム・・・板橋老人ホームは廃止して東村山老人ホームに統合するのが適当。東村山老人ホームは順次規模を縮小。ほかの民間委託老人ホームは早期に委譲をおこなうのが適当。

軽費老人ホーム(むさしの園)・・・早期に廃止するのが適当

都外児童養護施設(船形学園、八街学園など)・・・施設中心の養護施設を、養育家庭制度やグループホームなど家庭養護重視へ。

都内児童養護施設(石神井学園など)

・・・民間移譲が適当。

板橋老人ホームの統合方針

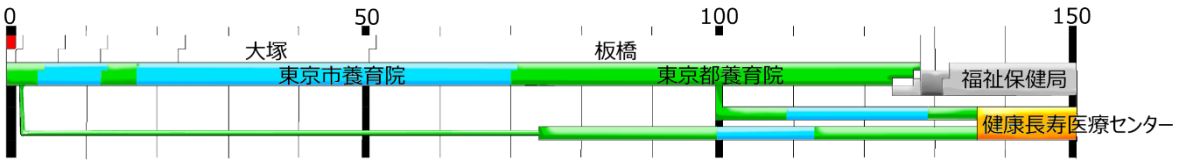
2002(平成14)年7月、福祉局は「福祉サービス提供主体の改革への取組について」を策定。 都立福祉施設を民間移譲する方針を示して、施設改革を開始した。

老朽化が進んだ板橋老人ホームは、東村山老人ホームに統合する方針が示された。統合時期は2007(平成19)年度とされた。

同年12月、板橋老人ホームの新規入所が停止された。

養育院老年学会　1994(平成6)年　(東京都健康長寿医療センター所蔵)

2003-2012　都立病院改革　板橋キャンパス再編整備計画
東京都健康長寿医療センター発足



西暦	和暦	月	日	出来事
2003	平成15	1		◆病院経営本部、都立病院改革実行プログラム公表。
		4		◆障害者福祉制度も、従来の措置制度から利用者自らがサービスを選択する支援費制度に移行。サービス提供体制の変化によりサービス利用者が急増。
		4		板橋ナーシングホーム、平成15年度以降は介護老人福祉施設の定員を段階的に削減。
		5		高齢者福祉・医療総合施設内の介護老人保健施設（民設民営）開設。
		7	16	◆地方独立行政法人法公布。
		9	2	◆地方自治法の一部改正で、指定管理者制度施行。
		11	27	◆第2次都庁改革アクションプラン発表。
		11	28	多摩老人医療センターと東京都保健医療公社、公社移管後の提供医療や地域医療連携のあり方などを検討する多摩北部地域病院運営協議会準備会開催。
				福祉局、都立高齢者施設入退所計画（平成15年度～平成19年度）を策定。
2004	平成16	4		東京都江東高齢者医療センター、学校法人順天堂の自主運営に。
		8		福祉局と健康局を統合して福祉保健局発足
				吉祥寺老人ホーム、大森老人ホームを民間移譲。
2005	平成17	3		軽費老人ホームむさしの園廃止。
		4	1	多摩老人医療センター、多摩北部医療センターとして開設。
		4		萩山実務学校、退所児童の相談・援助を目的とした通所事業を開始。
		4		◆経営基盤の強化のため公社病院全体で組織する公社病院経営会議とその下部組織多摩北部医療センター経営改善委員会が設置される。
		5		東村山ナーシングホーム、東京都東村山老人ホーム（診療所）と医療等に関する提携を結ぶ。
		6		◆多摩北部医療センター、小児科開設
		10		◆介護保険法改正・・予防重視型システムへの転換、食費居住費の自己負担、地域密着型サービスの創設。
2006	平成18	2		◆福祉・健康都市　東京ビジョン策定。
		4		◆医学系3研究所（東京都臨床医学研究所・精神医学総合研究所・神経科学総合研究所）の統合整備基本構想策定。
		4		東京都船形学園・東京都八街学園・東京都石神井学園、東京都社会福祉事業団の指定管理施設となる。
		7		◆東京都、行財政改革実行プログラム発表。
2007	平成19	2		板橋キャンパス再編整備基本構想発表
		3		板橋老人ホーム廃止。
2008	平成20	1		◆社会保障国民会議設置。
		2		板橋キャンパス再編整備計画を公表。
		2	24	福祉保健局、東京都小平福祉園と東京都多摩療園の運営事業者を決定。
		4	1	◆健康保険法等の一部を改正する法律を高齢者の医療の確保に関する法律に改正。75歳以上の高齢者などを対象とする後期高齢者医療制度を創設。
		9	15	◆世界的な金融・経済危機、リーマンショック始まる。
				福祉保健局、「東京の福祉保健の新展開2008~福祉・健康都市の充実に向けて」策定。
2009	平成21	1	4	◆年越し派遣への緊急支援として、中央区の2か所の区民施設と東京都石神井学園体育館などを開放。
		4	1	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター発足。
		10	30	船形学園（運営委託）、100周年記念式典を実施。船形学園100年のあゆみを刊行。
2010	平成22	1		◆社会保険庁に代わり、日本年金機構設立。
		2		東村山老人ホーム、入所の受付を終了。東村山老人ホームを民間移譲する事業者の公募を開始。
		2	28	東村山ナーシングホーム、一般棟入所の措置連絡票の受け入れを停止。
		8		東村山老人ホームを民間移譲する運営事業者を決定。
		10		◆都と特別区は、ホームレスを一時的に保護し、心身の健康回復と今後の処遇方針の検討を行う新型自立支援センターを開始。25年3月までに5か所のセンターを開設。
2011	平成23	3	11	◆東日本大震災発生。
		3	30	板橋ナーシングホーム、大震災被災者受け入れの整備を図る。
		3		板橋ナーシングホームの民間後継施設として整備・運営する事業者の公募開始。
		4	1	東京都医学総合研究所開設。
		7	1	◆社会保障・税一体改革成案を公表。
2012	平成24	2	17	◆社会保障・税一体改革大綱を閣議決定
		3	31	板橋ナーシングホーム、新規申し込み受付を終了。
		4		◆地域包括ケアを推進する改正介護保険法の施行。
		7		さくらコート青葉町完成。東村山老人ホームからの転居を開始。
		8	22	◆社会保障改革推進法成立。
		9	30	板橋ナーシングホーム、新規入所を終了。

医療に関する出来事

研究に関する出来事

都立病院改革実行プログラム

2003(平成15)年1月、病院経営本部は「都立病院改革実行プログラム」を公表。

多摩老人医療センターは、すべての年齢を対象とした地域病院とし、2005(平成17)年度に公社化、2007(平成19)年度に小児科診療開始というスケジュールが示された。

東京都老人医療センターと豊島病院は、2004(平成16)年度以降は都立病院として運営しつつ運営委託に移行、周産期医療・感染症医療・緩和ケアは他の都立病院に移転するとした。老人医療センターの敷地に整備する民設民営の療養型医療施設については今後検討とした。

豊島病院については、2004(平成14)年に板橋区が区への移管に関する協議を都に要望したため、豊島病院の区立病院化の協議に留意しつつ老人医療センターと豊島病院の再編整備を検討することとなった。

東京都船形学園・東京都八街学園・東京都石神井学園、指定管理施設に

2003(平成15)年、地方自治法の一部改正で、**指定管理者制度**が施行された。公の施設の管理・運営を、株式会社をはじめとした営利企業・財団法人・NPO法人・市民グループなど法人その他の団体に包括的に代行させることができる制度。以降、全国で公営組織の法人化・民営化が急速に進んだ。

2006(平成18)年、**東京都船形学園・東京都八街学園・東京都石神井学園**が、東京都社会福祉事業団の指定管理施設となった。

財団統合の方針

2003(平成15)年に発表された「第2次都庁改革アクションプラン」で、福祉と医療のニーズに応える一体的な研究体制を整備するため、財団法人東京都齢者研究・福祉振興財団と財団法人東京都医学総合研究機構を統合する方針が示された。

財団法人東京都齢者研究・福祉振興財団・・・2002(平成14)年、**東京都老人総合研究所**と東京都地域福祉財団を統合。

財団法人東京都医学総合研究機構・・・1999(平成11)年、東京都神経科学総合研究所・東京都精神医学総合研究所・東京都臨床医学総合研究所を統合。

都立高齢者施設入退所計画

2003(平成16)年、福祉局は都立高齢者施設入退所計画(平成15年度～平成19年度)を策定。

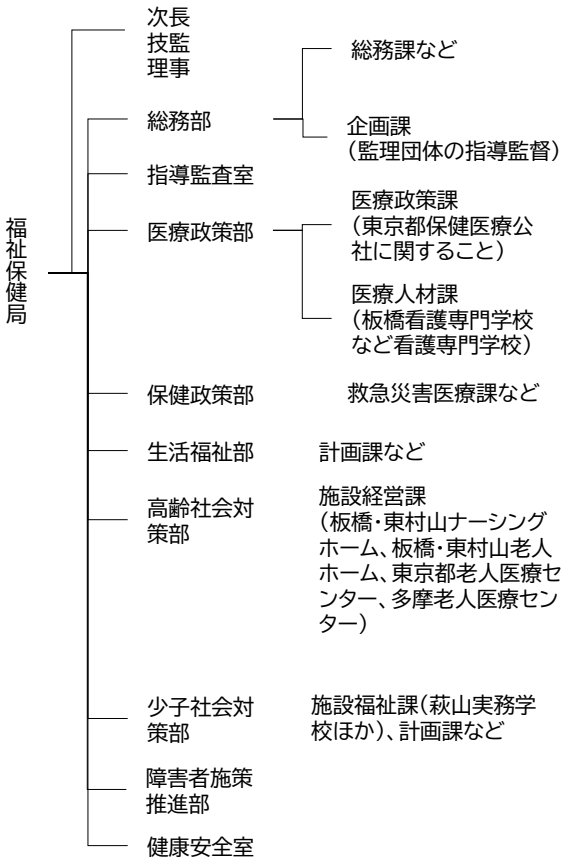
東村山ナーシングホームは一部屋当たりの利用定員や一人当たりの居住面積を国基準に合わせることとし、利用者定員を漸減することになった。

東京都江東高齢者医療センター、運営委託から自主運営化

2004(平成16)年、**東京都江東高齢者医療センター**の開設者を都知事から 学校法人順天堂に変更。名称は**順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター**となる。

福祉局と健康局を統合して福祉保健局発足

2004(平成16)年8月、**福祉保健局**発足。



【監理団体】
財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団(東京都老人総合研究所)
財団法人東京都医学研究機構
財団法人東京都保健医療公社
社会福祉法人東京都社会福祉事業団(石神井学園、船形学園、八街学園、千葉福祉園など)
ほか

老人ホームの民間移譲

2004(平成16)年8月、運営委託していた**吉祥寺老人ホーム**と**大森老人ホーム**は、設置運営者を社会福祉法人に変更し、民設民営の施設となった。

吉祥寺老人ホーム･･･社会福祉法人至誠舎

大森老人ホーム･･･社会福祉法人東京蒼生会

多摩老人医療センター、多摩北部医療センターに

2005(平成17)年、**多摩老人医療センター**を東京都保健医療公社に移管し、北多摩北部保健医療圏の中核病院として多摩北部医療センターを開設。診療対象は小児から一般成人及び高齢者に拡大された。

豪年5月、**東村山ナーシングホーム**は、多摩老人医療センターに代わり東京都東村山老人ホーム(診療所)と医療等に関する提携を結んだ。

福祉･健康都市　東京ビジョン策定と、東京都老人医療センター計画の変更

福祉と保健医療の両分野を貫く、初めての基本方針である福祉･健康都市　東京ビジョンが2006(平成18)年2月に策定された。

福祉保健局発足により都立「福祉」施設改革から、都立施設改革へと対象施設を拡大することとなった(福祉保健局所管の公の施設等80施設)。

板橋及び東村山ナーシングホームは、規模を縮小、児童自立支援施設(誠明学園、**萩山実務学校**)は、児童福祉法施行令により、民間移譲できないため、都が引き続き運営、板橋老人ホームは**東村山老人ホーム**へ統合、東村山老人ホームも規模を縮小。**老人医療センター**は、豊島病院等の統合民営化ではなく、板橋キャンパス全体の関連施設のあり方も含めた検討に方針転換した。

医学系3研究所の統合計画

2006(平成18年)、福祉保健局は「医学系3研究所の統合整備基本構想」を策定。財団法人東京都神経科学総合研究所･東京都精神医学総合研究所･東京都臨床医学総合研究所の3研究所を統合し、 松沢キャンパス内に医学系総合研究所(仮称)」を平成23年度に開設する計画が立てられた。

行財政改革実行プログラムと老人医療センター･老人総合研究所の地方独立法人化

2006(平成18)年、東京都の行財政プログラムで、**東京都老人医療センターを東京都老人総合研究所**を一体化して、**地方独立行政法人化**する方針が示された。平成18年度に基本構想、平成19年度より基本計画･実施計画策定というスケジュールも示された。

社会保障国民会議設置

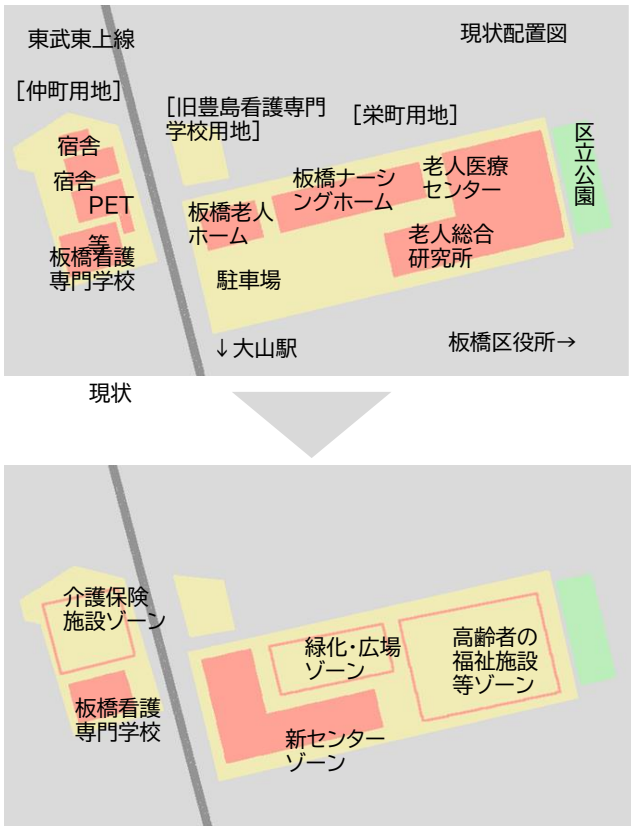
2008(平成20)年、少子高齢化の進展で社会保障費用が増大する一方で済成長率の上昇が望めなくなった経済状況から税収は大幅に不足しためため、社会保障政策を広く討議する有識者会議として社会保障国民会議が設置された。以降は消費税の引き上げを前提とした社会保障制度改革(社会保障･税一体改革)に関する議論が盛んになった。

板橋キャンパス再編整備構想･計画

2007(平成19)年5月に「板橋キャンパス再編整備基本構想」が、2008(平成20)年2月に「板橋キャンパス再編整備計画」が公表された。

それらの中で、**東京都老人医療センター**と**東京都老人総合研究所**は一体化する形で2009(平成21)年4月に**地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター**を設立すること、施設の老朽化、狭隘化を解消し、病院、研究所機能のより一層の充実、高度化を図る目的で2012(平成24)年度内を目途に新施設を建設する構想･計画が表明された。

また、**板橋ナーシングホーム**の後継施設は、仲町エリア(宿舎跡地)に民間の介護保険施設を2013(平成25)年度に開設(民設民営)すること、センターの跡地には高齢者の福祉施設等の設置を検討し2017(平成29)年度に開設する計画であることも公表された。



新たな板橋キャンパスのゾーニング図

板橋キャンパス再編整備計画(2008年)より作図

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター発足。

2009(平成21)年4月、東京都老人医療センターと東京都老人総合研究所を経営統合し、**地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター発足。**

東京都老人総合研究所の移管により、財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団財団法人東京都福祉保健財団に改称された。

東村山老人ホーム・東村山ナーシング、入所受付を終了

2010(平成22)年2月、**東村山老人ホーム**は入所の受付を終了した。また、東村山老人ホームを民間移譲する公募が開始され、8月に社会福祉法人三篠(みささ)会に決定した。

同月、**東村山ナーシングホーム**も一般棟入所の措置連絡票の受け入れを停止した。

板橋ナーシングホームの民間後継施設

2011(平成23)年3月 **板橋ナーシングホーム**の民間後継施設として整備。・運営する事業者の公募が開始された、9月に事業者が決定した。

特別養護老人ホーム…社会福祉法人明東会

介護老人保健施設…医療法人社団明芳会

東京都医学総合研究所の発足

2011(平成23)年、財団法人東京都神経科学総合研究所・東京都精神医学総合研究所・東京都臨床医学総合研究所の3研究所を松沢キャンパスに移転・統合し、財団法人東京都医学総合研究所が発足した。翌2012年4月に公益財団法人に移行した。

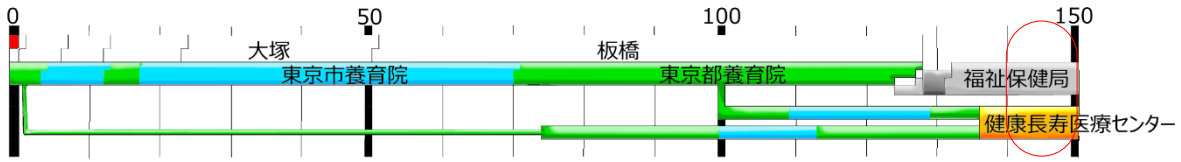
東村山老人ホーム、利用者の転居

20121(平成24)年7月、東村山構内にさくらコート青葉町が完成。**東村山老人ホーム**からの転居が開始された。

板橋ナーシングホーム、新規入所を終了

板橋ナーシングホームの指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)は3月末をもって新規申し込みを終了した。また9月末にはて新規入所を終了した。

2013-2022 老人ホーム・ナーシングホームの廃止



西暦	和暦	月	日	出来事
2013	平成25	4		東村山ナーシングホーム、東村山老人ホーム(養護老人ホーム)と組織統合。
		12	5	◆持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律成立。
		12	13	◆社会保障制度改革プログラム法施行。リーマンショック以降、生活保護の被保護世帯の増加が顕著になったことから、生活困窮者自立支援法公布。
2014	平成26	4	1	◆消費税率8%に引き上げ。増収分をすべて社会保障の財源に充てることになった。
		3	31	板橋ナーシングホーム、介護老人保健施設、通所リハビリテーション施設などを廃止。
		6	25	◆医療介護総合推進法の成立。
		6		東村山ナーシングホームを民設民営施設に転換する方針が出される。8月施設整備・運営者の公募開始。
		11	17	◆福祉保健局が所管する都立施設14施設の指定管理者を決定。指定期間は平成27年4月1日以降。 ◆福祉保健局、都有地を利用した社会福祉施設建替え促進事業開始。
				板橋に介護施設クローバーのさと開設。
2015	平成27	1	27	◆厚生労働省、他省庁と共同で「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)策定。
		3	5	◆福祉保健局、これまで指定管理者が運営していた障害者施設5カ所の民間移譲に決定。
		3	27	◆福祉保健局、東京都における高齢者の総合的基本的計画として「東京都高齢者保健福祉計画(平成27年度～平成29年度)策定。
		3	30	福祉保健局、東京都東村山ナーシングホーム(特養)の民設民営化に向け、運営事業者を決定。
		3	31	板橋ナーシングホーム廃止。軽費老人ホーム武蔵野市くぬぎ園廃止。
		4		◆厚生労働省、生活困窮者自立支援制度創設。
		5	1	東村山老人ホームからさくらコート青葉町(社会福祉法人三篠会)への転居完了。
		5	25	◆福祉保健局、東京都医療・介護連携型サービス付き住宅事業を開始。
		6		◆改正介護保険法施行。一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ(平成27年8月)。
2016	平成28	1		◆福祉保健局、都有地(世田谷区上北沢)の貸し付けによる特別養護老人ホームの整備を行う事業者を公募開始。
		2	25	◆福祉保健局、都立障害者施設3カ所(指定管理者運営)を民間移譲に決定。
		3	31	東村山老人ホーム(養護老人ホーム)廃止。
		5	12	◆福祉保健局、都有地(葛飾区亀有)の貸し付けによる特別養護老人ホームの整備を行う事業者を公募開始。
2016	平成28	7	28	◆福祉保健局、都有地(東村山市)の貸し付けによる介護老人保健施設の整備を行う事業者を公募開始。
		7	31	◆小池百合子都知事就任。
		8	1	◆福祉保健局、医療法第30条4に基づき東京都地域医療構想策定。
				◆全国の出生数が初の100万人割れ
2017	平成29	3	31	◆社会福祉法の一部を改正する法律、公布。
		6		◆地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律、公布。
		6	28	東村山ナーシングホーム(老健)を民間移譲する事業者を決定。
		10	20	◆福祉保健局、都有地を活用した社会福祉施設立替え促進事業の一環として、清瀬小児病院跡地を事業者に貸し付けることに決定。
		12	21	◆福祉保健局、杉並区成田東の都有地での養護老人ホーム整備を行う事業者を決定。
2018	平成30	3		◆生活困窮者の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律、公布。
		6	8	東村山ナーシングホーム廃止。
2019	令和元	9		◆政府、全世代型社会保障検討会議を設置。
		10	1	◆消費税率10%に引き上げ。
		12		◆小池都知事、都立病院と東京都保健医療公社の病院計14病院を一体的に地方独立行政法人に移行する方針を表明。
				◆出生数が初の90万人割れ
2020	令和2	1	24	◆都内で初めて新型コロナウィルス感染者を確認。新型コロナウイルスの世界的大流行。
		6		◆地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律成立。
2021	令和3	9		◆都議会第3回定例会で地方独立行政法人東京都立病院機構の定款を可決。
2022	令和4	3	25	◆都議会第1回定例会で都立病院廃止条例を可決。

医療に関する出来事

研究に関する出来事

東村山ナーシングホームの廃止計画

2013(平成25)年4月、**東村山ナーシングホーム**は**東村山老人ホーム**(養護老人ホーム)と統合された。

2014(平成26)年には東村山ナーシングホーム(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設)を民設民営施設に転換する方針が出された。

特別養護老人ホームについては8月に施設整備・運営者の公募が開始された。敷地は軽費老人ホームむさしの園の跡地。東村山ナーシングホームの現入所者は、2017(平成29)年度末に開設予定の第一期施設で受け入れ、受け入れ終了後にナーシングホームを廃止する計画が立てられた。

2015(平成27)年3月、福祉保健局は、東京都東村山ナーシングホーム(特養)の後継民営施設の事業者を社会福祉法人三篠会に決定した。2017(平成29)年には東村山ナーシングホーム(介護老人保健施設)の後継民営施設の事業者を医療法人社団美誠会に決定した。

14施設を指定管理者施設に

2014(平成26)年11月、福祉保健局が所管する都立施設14施設の指定管理者が決定された。指定期間は2015(平成27)年4月1日以降とされた。

板橋ナーシングホームの民間後継施設開設

2011(平成23)に板橋ナーシングホームの民間後継施設の事業者として決定した医療法人社団明芳会と社会福祉法人明東会が、2014年(平成27)年、介護施設クローバーのさとを開設。

板橋ナーシングホームの廃止

板橋ナーシングホームでは2014(平成26)年3月に介護老人保健施設、通所リハビリテーション施設、介護予防通所リハビリテーション施設、短期入所療養介護(ショートステイ)を廃止、2015(平成27)年3月に板橋ナーシングホームは廃止された。

また同年3月軽費老人ホーム武蔵野市くぬぎ園も廃止された。

東村山老人ホームの廃止

2015(平成27)年5月、**東村山老人ホーム**からさくらコート青葉町(社会福祉法人三篠会)への転居が完了。5月27日にさくらコート青葉町で東村山老人ホームお別れ式が開催された。東村山老人ホームは2016(平成28)年3月に廃止された。

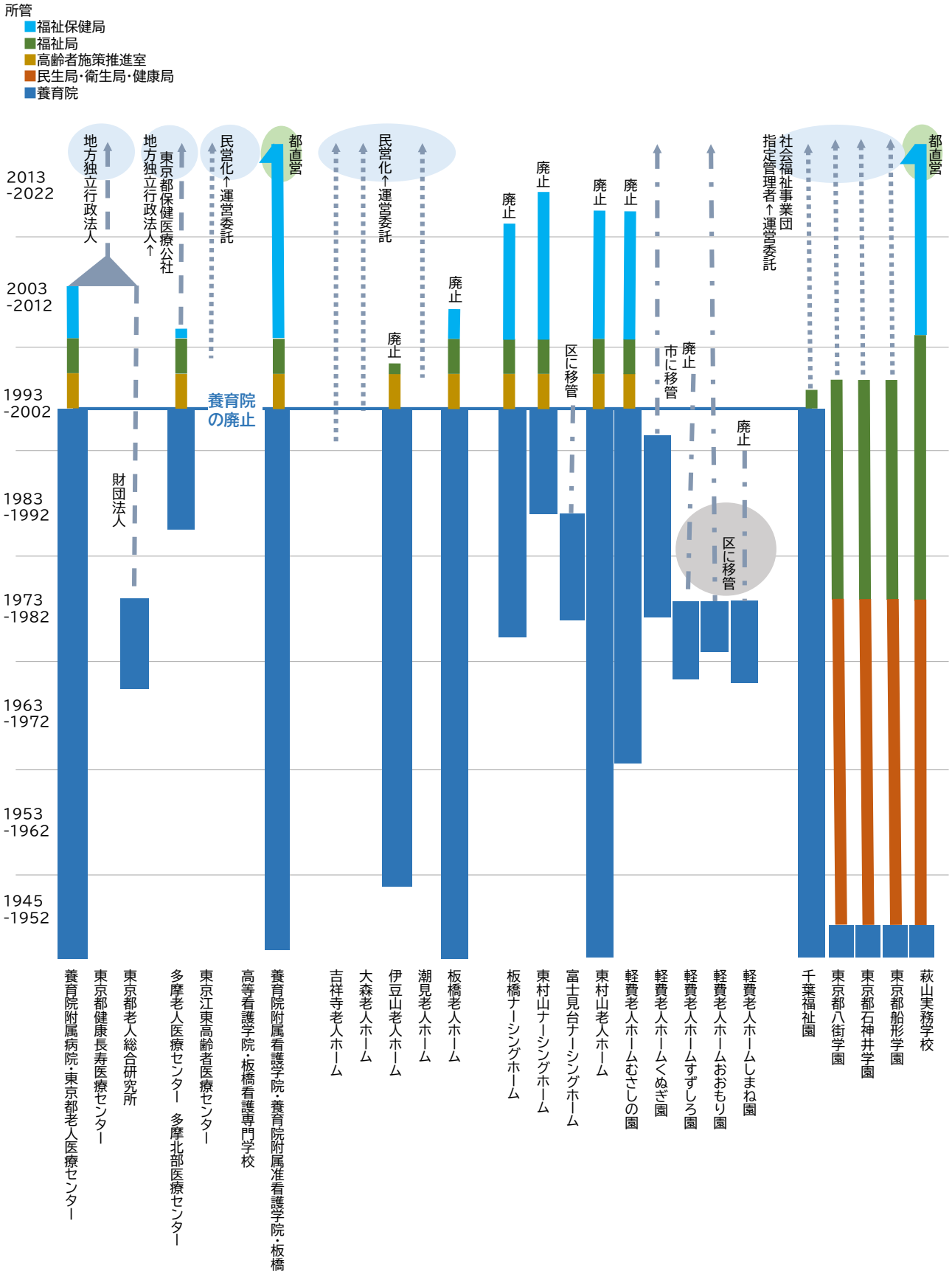
東村山ナーシングホームの廃止

2018(平成30)年、社会福祉法人三篠会が特別養護老人ホームさくらテラス青葉町を開設し、同時に**東村山ナーシングホーム**は廃止された。

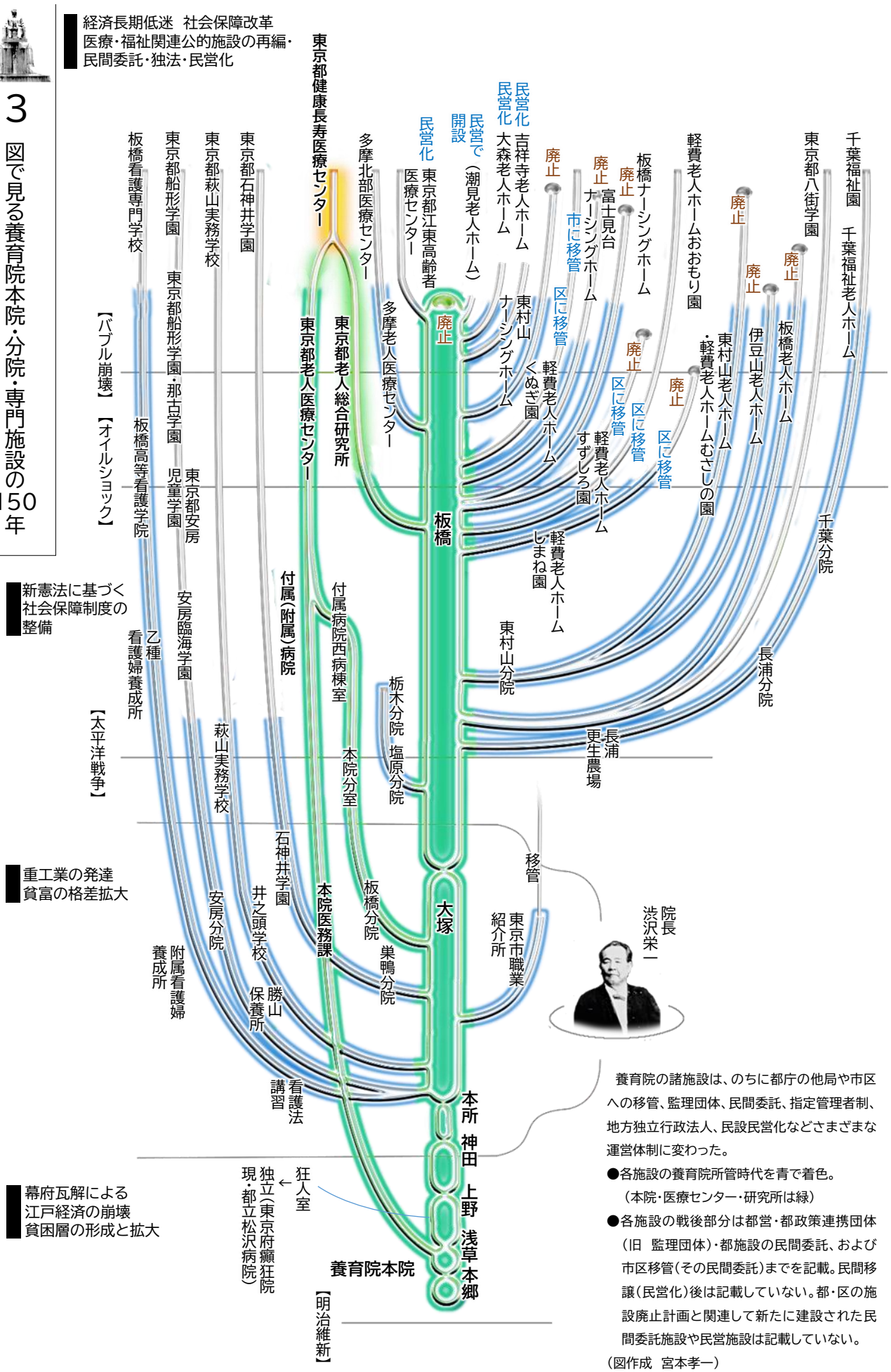
東村山ナーシングホームの医療

東村山老人ホーム(診療所)が廃止されたことから、2016(平成28)年4月より多摩北部医療センターの内科系医師と皮膚科医師が東村山ナーシングホームの配置医師として派遣されることになった。

戦後の養育院所管施設　養育院廃止その後



3 図で見る養育院本院・分院・専門施設の150年



養育院の諸施設は、のちに都庁の他局や市区への移管、監理団体、民間委託、指定管理者制、地方独立行政法人、民設民営化などさまざまな運営体制に変わった。

●各施設の養育院所管時代を青で着色。
（本院・医療センター・研究所は緑）

●各施設の戦後部分は都営・都政策連携団体（旧　監理団体）・都施設の民間委託、および市区移管（その民間委託）までを記載。民間移譲（民営化）後は記載していない。都・区の施設廃止計画と関連して新たに建設された民間委託施設や民営施設は記載していない。

（図作成　宮本孝一）

第３章　メッセージ

在職中の思い出―養育院附属病院の頃

林　恭史
原宿リハビリテーション病院名誉院長

新人医師となった1965年頃の大学病院整形外科では斜頸、内反足、先天性股関節脱臼などへの小児整形外科診療で多忙な毎日でした。入局時には整形外科医が医局から出て話しながら廊下を歩いているとX線像計測中の老年病科講師から「静かに」と注意されるほど整形外科と老年病科の医局は近いことから老年病科には親近感がありました。

その頃、東京都知事選挙で戦後復興を成就して豊かな首都に、を掲げた候補者に対して進捗する高齢化社会への対応首都に、を掲げた美濃部都知事が当選され、数年後には立派な老人専門病院と老人総合研究所が創立されました。

小児整形外科志向の私には東京都政の動向は無関心でしたが、医局近くの大学内中華料理店で昼食中の私の前に着席された老年病科の折茂先生（東京都老人医療センター元院長）から「今後の高齢化社会では老人医療が中心となるので新しい老人専門病院で共に働こう」と誘われ、「はい」と答えて1972年4月に養育院附属病院に就職しました。

新老人専門病院が整備される1972年夏までの3カ月間勤務し、また創立前に手術のため数回訪れた旧養育院附属病院には「新しい病院にはロカビリーをする体育館が備わるのでしょう」と大声で話す口達者な寝たきり高齢患者様で満床でした。7月に完成した11階建ての新養育院附属病院は3～11階に18の入院病棟を有し、外来部門は高齢者病院受診の患者様が有しがちなフレイルを1階のリハビリテーション医療で治した上で希望する患者様は2階の専門科外来を受診するというコンセプトの構造をしていました。そのため、1階の広い診療フロアーには患者様が期待していたロカビリーではなくリハビリテーション医療のため広い理学療法訓練室、静かな作業療法室、防音2重ガラス構造の言語聴覚室、臨床心理室、広い作業場を有する義肢装具室、隣接する芝生の屋外訓練場などが備わっていました。一方、タクシー送迎によるデイホスピタル患者様は日中滞在中にベッド臥床が出来て給食を戴き、何回でもリハビリテーション訓練を受けて身体機能を向上させていました。

最近の高齢患者様は様々な病気治療のため大病院の複数の診療科を受診して臨床検査や画像検査後に専門科治療を受けられますが、新養育院附属病院創立期の高齢者医療では「人を治して病気を治す」との基本理念を有し、理念を実現できる高齢者医療に誘って戴いて良かったとの感謝の気持ちが養育院附属病院に関わる思い出です。

東京都老人総合研究所に育てられた私の人生

柴田　博
東京都老人総合研究所　名誉所員（元副所長）　　桜美林大学名誉教授

1. 養育院への入職

私は1965年から1年間インターンのため在籍した東京大学医学部付属病院分院の第四内科学講座がスタートさせていた循環器疾患の疫学研究に興味をもち、入局して6年間在籍した。この講座（医局）は、東京都庁職員の定期健診の仕事を請負っていたため、東京都の動向を一早く察知できる立場にあった。1972年養育院100周年記念事業として病院と研究所を擁立する巨大なセンターが出来ることは早くから知らされており、疫学研究グループの先輩松崎俊久氏が研究所の室長として赴任することが、やがて決定した。

私は、疫学研究を続けたいけれども臨床を棄てて研究所に籍を置く思いきりはなかった。病院の健康管理室に籍を置き、養育院の傘下にあった特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームの入居者の健康管理を主業とした。循環器の心音図検査の責任者も務めるなど、二足のワラジを履きながらの病院勤務となった。

2. 研究所の非常勤時代
－1972～1981年－

私は、1972年に病院に籍をおいたが、すぐ研究所の兼務研究員となった。別稿で述べているように、1972～3年の研究所主導の百寿者調査にも調査員として加わった。また、私が病院の一員として責任をもっていた養護老人ホーム入居者の追跡調査も、主戦力は研究所の疫学部などのスタッフであった。このように、私は公式（的）には病院のスタッフでありながら、アイデンティティーは研究所に

あった。私は1975年から7年間養育院以外の機関に勤務したが、その間も研究所の非常勤研究員を兼務した。

3. 研究所常勤時代
―1982～2000年－

先に述べたように、研究所設立後10年間は兼務あるいは非常勤研究員として仕事をした。

1982年に財団法人化した研究所の第一号職員として、常勤スタッフとして勤務することとなった。就任した年の12月、研究所の最初の地域における学際的追跡研究である小金井研究のリーダーの役を仰せつかった。リーダーであった簇野脩一疫学部部長が国立公衆衛生院に転出されたためである。この小金井研究は、WHOの世界でもっとも優れた4つの研究の1つに選ばれ、1988年都知事賞を受賞した。そのためもあり、1991年より長期追跡研究をスタートさせることができた。2000年、7年間務めた副所長を最後に定年退職した。研究所は私の人生を育ててくれた。定年後、2002年日本で初めての学際的老年学の大学院を桜美林大学に創設することが出来たのも、2006年日本応用老年学会（現在一般社団法人）をスタートさせることが出来たのも、研究所時代の経験のお蔭である。老年学は医学、心理学、社会学をコアとする学際的な学問であるが、日本の老年学は1960年代にスタートした老年医学の講座に代表されるように医学が中心となり発展した。私は東京都老人総合研究所での研究および、その関連で、諸外国における学際的な老年学の研究と教育のあり様を学び、研究所を退職した後も活動を続けることができた。将に研究所に育てられた人生であった。

老年科医・老年科医療職の仕事とその養成

井藤英喜
名誉理事長

東京都健康長寿医療センターが開設50周年を迎えることとなった。知り合いであった副院長の斎藤紀仁先生からお誘いを受け当センターに来て、そのまま50年の医師人生のすべてを当センターで過ごすこととなった。実に居心地のいい病院であった。

センターに過ごす間に、老年医学とは何か、高齢者医療とは何かということを絶えず考えてきた。

センター開設当時は、後期高齢者の数も少なく、要介護になる人の大半は脳卒中、大腿骨頸部骨折など病気らしい病気が背景にあった。したがって、老年医学は脳卒中予防、脳卒中後のケアのあり方、骨折予防、骨折後のケアのあり方といった成人への医療の延長線上で考えれば良いという考え方が主流であった。

しかし、生活習慣病や骨粗しょう症の治療やリハビリテーション医療が進歩し、脳卒中や骨折予防の筋道がある程度明らかになってきた（とはいってもまだまだ未解決の問題は山積しているのであるが・・・）。さらに、後期高齢者人口、高齢者夫婦2人世帯や高齢者の一人世帯などが増えてくるにつれ、病気らしい病気がなくても、運動不足、低栄養あるいはひきこもり・孤立といったことが要介護の大きな原因と考えられる高齢者が多くなってきた。そうなると、高齢者の医療では、高齢者の病気を診るのみでは不十分で、現在の身体機能、精神・心理機能、社会的機能なども同時に評価し、要介護に陥ることを予防していくことが重要となってきた。

このような、病気の評価とは別に高齢者の自立した生活を営むための機能を評価し、適切に対処することが老年科医、あるいは老年科医療職の腕の見せ所ということになってきたのである。

後期高齢者人口が増加しつつある今日老年科医、老年科医療職の必要性は益々高くなってきている。しかし、大学では老年科が廃止されるところがあるなど、大学は老年科医の育成に熱心といえる状況にはない。まことに残念なことである。しかし、東京都健康長寿医療センターにとっては、チャンスといえる状況なのかもしれない。厚生労働省、日本老年医学会、国立長寿医療研究センターなどと協力し、若い医師のみでなく、中高年医師、看護師などの医療職や介護職に対するプログラムを充実させ、教育センターといった機構を立ち上げ老年科医、老年科医療職の養成をセンターの一つの柱にしたらと思っている。

養育院100周年目の改革：高機能病院と新研究所

安藤 進
東京都老人総合研究所在職:1971.7～2004.3
東京都老人総合研究所名誉所員:2004.4～
現職:IMSグループ「クローバーのさと」施設長

美濃部東京都知事が養育院の大山の敷地に高齢者専用の新病院の建設を打ち出した。病院には東京都老人総合研究所(老人研)が附置されていて、私は1971年その建設準備室に配属された。1972年4月に開設され、同年10月には養育院創立100周年の記念行事が皇太子ご夫妻をお迎えして執り行われた。老人研は社会系と医学系で構成され筆者は医学系の生化学部門に属した。生化学部門は基礎生化学第1、第2室、臨床生化学第1、第2室からなり、大学ならば4講座に相当する規模であった。付属施設として、医学系全体に実験動物室、生化学系の中央機器室、病理系の電子顕微鏡室が整備され、後にポジトロン研究施設が別棟に建設され病院との臨床研究が大きく展開されることになる。研究業績は研究者当たりの論文数で国立がんセンター研究所に次ぐレベルと評価された。その後東京都の行政改革が行われて徐々に変質の歴史を辿ってきたと思われる。

筆者はもう一面の体験をしている。老人研建設準備室にいたころ、東京都からイギリスのある論文の翻訳を依頼され、Halfway Houseを紹介することになり、その何年後かに国内初の「ハーフウエイハウス」(病院退院後帰宅できるか病院へ戻るかまでの中間施設)が養育院に出現し、全国へ広がっていった。2000年に施行された介護保険法の受け皿として、既存のハーフウエイハウスが介護老人保健施設(通称"老健")に生まれ変わることになった。筆者は老人研の定年後、IMSグループの老健の世話になり、その数年後なんと旧養育院の敷地に建てられた老健・特養複合型介護施設「クローバーのさと」に収まった。ハーフウエイハウスというものを知り、その発展型の老健の世話になり、養育院を出て養育院へ戻るという不思議な流れに身を任せてきたことを振り返っている。

東京都が歴史ある養育院の名前を消し去ったのはなぜなのか。養育院は100周年を迎えたころは東京都の「養育院外局」が所管していた。その後福祉局に編入され、しばらくして養育院の名前はなくなった。高齢者の医療と研究を世界に先駆けて展開してきた東京都老人医療センターと老人研の建物は取り払われ、2013年東京都健康長寿医療センターとして生まれ変わった。高齢者の生活する特養などの施設は民営化され、撤去された跡地に立つ渋澤栄一像で養育院がしのばれる。

ウクライナを想う

丸山直記
元研究所副所長

この文章が公開される時点でロシアに侵略されたウクライナがどうなっているのかとても気になります。1988年(昭和63年)9月にウクライナ医学アカデミー老年学研究所(当時はソビエト連邦医学アカデミー)と研究協力覚書が交換されました。故木谷健一先生が主導されて実現しました。木谷先生の専門が生理学であったことからキーフ(旧キエフ)の研究所も老化の生理学が中心であったようです。私の記憶では研究所からは2度の訪問し先方からは1度ありました。私も1992 年(平成4年)第2回目の訪問団に加わりました。あの旅はそれまでの外国訪問とは比較にならないほど私にとっては鮮烈でした。今、ロシアに侵略される事態になり、その思い出が増幅されています。ミーティングは向こう岸が見えないドニエプル川を船で下りチェルカッシの街で行いました。今のところ戦火に見舞われていない様です。

現在、交流したウクライナの研究者たちがどう過ごしているのかがとても気になっています。我々の老人研を訪れたのは所長のベズルーコフ先生、フロルキス先生、そしてフェルカラツキー先生でした。

ベズルーコフ先生はロシア人ですが奥様はウクライナ人で複雑な立場と想像しています。個人的に最も印象的であったのはフェルカラツキー先生でした。ウクライナ訪問した時に先生が「お前は芸術に興味があるので我が家に来い」と誘ってくれたのです。お宅を訪問すると狭い家の中に多くの美術品が飾られていた。医師であった父親が集めたり、自分で描い

たものでした。お父さんはウクライナ語の医学書を初めて執筆したとのことでした。次に少女と喪服と着た老婦人との写真を見せてくれた。「俺のお袋は小さい頃、このおばあさんと暮らしていたんだ。誰だと思う？」その老婦人は若い頃なら皆が振り返ったであろう上品な人だった。「この人は大蔵大臣の娘で実はこの人こそアンナ・カレーニナのモデルなんだ。アンナ・カレーニナのモデルはプーシキンの妹となっているがね。」お母さんはロシアの貴族出身でピアニスト志望だったとのこと。チャイコフスキーの友人である歴史的な大ピアニストのルビンシュタインに習っていたとのことで、革命後は小児科医になったそうです。彼らの年齢からすると銃を持つことはないでしょうが無事であることを願っています。そしてロシアの侵略には泉下の木谷先生が怒り狂っていると想像しています。

先日ある演奏会でウクライナの作曲家の曲を演奏する機会がありました。なんとその演奏に聴衆の数人が涙していました。ウクライナの現状と重なったのでしょう。

28年目の現在進行形

遠藤玉夫
東京都健康長寿医療センター　シニアフェロー

平成6年8月に老人研に奉職以来、今日に至るまで28年間の長きに渡りお世話になっている。老人研は創立50周年、私はその半分以上の時間をここで過ごしている。あまりにも思い出が多く、というのが実感である。

研究所に最初の一歩を記した平成6年8月1日は、暑かった。早めに到着し暑さの中スーツネクタイ姿で渋澤榮一像を見上げた事を鮮明に覚えている。当時渋澤像は今とは異なる位置に座しており、道路側を向いていた。渋澤像の移設は、病院と研究所の新施設への引っ越しに伴うもので、この大イベントは皆の総力を上げてつつがなく終えたことは良き思い出である。

まず感謝したいことは、長きに渡り研究生活を進めさせて頂いた（正しくは頂いている、と現在進行形）ことである。糖鎖と老化や疾患に関する研究を自由にさせてもらった。自由な発想で好奇心を満たす研究を行えること、それが研究の醍醐味であり研究者である、とよく言われるが、現実にはなかなかその通りではないことは多い。幸い私の場合は、上司、同僚、後輩、さらに事務の皆さんを含め研究環境に恵まれた時間を過ごすことができた。感謝のみである。 さらに、失敗が続き成果が出ない時も皆さんに励まされた。昨今短期間での成果を求められる傾向にあるが、失敗が次につながることも多い。なぜそんな結果になったのか深く考えることや皆で議論することが偶然の発見、serendipityに繋がることもある。

老人研で社会科学系の皆さんと知り合えたのは得難い経験である。それまで生化学や基礎医学系の発想しか持ち合わせていなかったが、社会科学系の皆さんと議論することで「目から鱗」が何度もあった。2020年第6期科学技術・イノベーション基本計画の対象に自然科学だけでなく「人文・社会科学の振興」が追加され、自然科学と人文・社会科学の融合による社会変革が目標として掲げられた。老人研では50年前から実施されていたことである。先達の慧眼に改めて敬意を表し、こうした環境のもとで研究ができることに感謝申し上げたい。

当センターの目標達成には様々な困難があると予想されるが、これからもサイエンスを楽しみ優れた研究を進めて都民の健康と福祉に大いに貢献して頂きたい。

渋沢栄一銅像（東京都健康長寿医療センター所蔵）

渋沢栄一の一言「そりゃあいかんよ」

高橋龍太郎
元研究所副所長

亀山正邦教授（元養育院附属病院副院長、その後京大老年科教授）に教えられて養育院に就職したとき、不思議とその古めかしい名前に馴染めました。昼休みや帰りがけに渋沢栄一像の傍らを通るうち、徐々に養育院の由来や渋沢栄一の人となりを知るようになり、深谷市血洗島にある生家に行ったり飛鳥山の渋沢資料館を訪れるようになりました。600もの社会事業に関わったことにもまして35歳から92歳で亡くなるまで58年もの間、養育院長を務めたことは衝撃的です。何よりも、多くの銀行や企業の立ち上げに打ち込みながら、同時に、孤児・遺児の生活援助やハンセン病者、結核患者の療養、救貧活動といった“福祉”に情熱を傾け続けたという事実です。「論語と算盤」という講話集のタイトルをみるとなんとなく納得しそうになりますが、簡単ではありません。ハンセン病者への理解は、幼い頃、近くの共同浴場でハンセン病者の背中を流していたという母ゑいの影響を感じますが、世俗的実践家ともいえる渋沢が遺した講話や言葉の中に彼を支えた思想的根拠を見つけることはできそうにありません。ドイツの社会学者マックス・ヴェーバーの著した「プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神」は、資本主義の発展にプロテスタントの倫理観が重要だった、というのではなく、プロテスタントの倫理的宗教生活が資本主義を発展させたことを明らかにしたといわれます（大澤真幸著「＜自由＞の条件」）。しかし、「「論語」とはうまいものを見つけなさったよ。あれが聖書だったら、てんで守れっこないものね」と母に言わしめた渋沢には、プロテスタントの“世俗内禁欲”は無縁です（武井優著「渋沢栄一と社会事業」）。

渋沢栄一の社会活動を支えたものは何か、一つヒントになるエピソードがあります。関東大震災で世の中が大混乱に陥り、千葉県にあった養育院安房分院の子供たちを避難させるため海軍の助けを借りてはとの意見に対して、「そりゃあいかんよ」と即座に否定したそうです。渋沢の力をもってすれば何とかなるだろうという考えを拒否したのです。ここで思い出すのは、村上元孝初代養育院附属病院院長が病床にあったとき、重篤な病状にあった昭和天皇に対して毎日大量の輸血が施される報道をテレビで見て、「ありゃあいかんよ」と言った一言です。二人のこの一言は、二人とも養育院の普遍的意義を共有していることを示しているでしょう。それは“公共と公平”という大切な生活原理です。

地域疫学研究に近道はない

新開省二
元研究所副所長　女子栄養大学教授

研究所で1998年から2020年まで22年間お世話になった。最初の17年間は研究室長および研究部長として、最後の5年弱は社会科学系副所長として。この間、大病もせず、仕事に思い存分打ち込むことができた。まずは、家族に感謝したい。また、退任のあいさつで述べたことであるが、本当によき上司、よき同僚、よき後輩に恵まれた22年であった。職場の方々には大変感謝している。研究所に来る前は、母校の愛媛大学医学部で助教授（公衆衛生学）をやっていたが、遠くにいても「機会があれば老人総合研究所のようなところで働きたい！」と思っていた。当時、高齢者の疫学研究、特に追跡研究は国内では老人総合研究所の独壇場であったからである。縁あって「研究所に来ないか」とお呼びがかかった。割愛のため来られた木幡陽所長（当時）を自家用車で松山空港まで送迎したことを昨日のように思い出す。

研究所に来た頃は、都の財政事情がかなり悪く、都が管理する外郭団体の整理統合あるいは規模縮小が求められていた。大変なところに来たものだと思った。骨を埋めるつもりで来て、自宅を新築した頃でもあった。家族は大層心配した。しかし、根は楽観主義であり、同僚と愚痴を言いながらも、どうすればよい研究ができるだろうかとだけ考え行動した。諸外国と比較すると、わが国では疫学研究は進めやすい。保健所（がんセンターの多目的コホートなど）や行政（久山町研究など）とタイアップすれば、地域住民を対象とした疫学データが、安いコストで継続して入手することが可能である。この利点を生かしてこれまで群馬県草津町、新潟県与板町、埼玉県鳩山町、兵庫県養父市、東京都大田区に

おいて大規模コホート研究を立ち上げた。その多くは現在も継続されており、研究所の財産となっている。また、社会科学的な調査データだけでなく、医学研究のための生体試料も保存してきた。社会科学系のみでなく自然科学系でもこれら財産を大いに活用してほしい。

研究所を退職して3年目になる。現在は大学での生活が主であるが、研究所にも週1日出勤している。この立場を生かして研究所と大学との間で包括連携協定および大学院連携協定を締結させていただいた。この2年間COVID-19の拡大があり、研究フィールドの維持がなかなか難しいという声を聞く。顔なじみの行政職員がリタイアしたところでは、次の職員の研究に対する理解が乏しいらしい。ただ、昔も研究に理解のある行政職員は少なかった。そこを研究者も住民の健康づくりに汗を流しながら、行政職員や住民の理解を求めていったのである。地域疫学研究に近道はない。後輩にはこのことを心にとめて頑張ってほしい。

老人研に支えられた私の基礎老化研究半世紀

後藤佐多良
東京都健康長寿医療センター研究所 協力研究員

私の老化研究は、大学院進学に際し微生物生化学専門の恩師水野傳一先生から、君は老化の研究をやり給え、と言われたことに始まる。少々唐突な指示は、先生が東京都老人総合研究所(以下老人研)の太田邦夫初代所長と懇意だったことや幅広い興味をお持ちだったためのようだ。初めて聞く分野に面食らって、半世紀以上が経つ。東京都健康長寿医療センター研究所の前身老人研および老人医療センター創立七年前のことである。以来、老人研および新旧・医療センターの先生方には、限られたスペースでは語り尽くせない多くのお世話になった。

生化学・分子生物学専門の今堀和友先生(老人研・第二代所長)には、研究分野が近いこともあり、日本基礎老化学会総会やシンポジウムで、手厳しい、しかし的を射た指摘を受け、大いに励まされた。折茂 肇先生・小澤利男先生(共に東京都老人医療センター病院・元院長) :折茂先生には、会長をされていたアジア・オセアニア老年学会のお手伝いを通じて、小澤先生には幾冊もの著書を頂き、老化の臨床研究について伺った。老年病の疫学研究に造詣の深い柴田 博先生(老人研・元副所長)からは、マウス・ラットのカロリー制限の抗老化作用メカニズムを研究する上で有益な著書やアドバイスを頂いた。歯に衣着せぬ発言で“一匹狼”的存在だった木谷健一先生(老人研生理学部門・元室長、元国立健康長寿医療研究センター長)には、老化研究の考え方や国際基礎老化学会での海外研究者との交流などを通じて数々の教えを受けた。佐藤昭夫先生(老人研・元副所長)には、Associate EditorをされていたNeurosciece Lettersの投稿論文の査読を依頼され専門外の勉強をする機会を与えて頂き、また日本基礎老化学会活動について指導を受けた。井藤英喜先生(東京都健康長寿医療センター・前理事長)には、老人医療センター病院医長時代に大学研究室の卒業生を研究補助員に採用していただいた、等々。

字数が尽きかけたが、共同研究や助言等でお世話になった老人研の方々(一部だが)のお名前をあげて、感謝の気持ちを表したい:特に松尾光芳・加治和彦・金子孝夫・本田修二・佐々木徹・丸山直記・遠藤昌吾・石井賢二の諸先生。

終わりに、私事にわたるが、大学定年後引っ越した近くで開業されていた目黒和子先生(世田谷区目黒医院院長・元東京都老人医療センター麻酔科医長)には現在も一老年病患者として大変お世話になっている。記してお礼申し上げる。

老年学公開講座
1996(平成8)年
(東京都健康長寿医療センター所蔵)

東京都老人総合研究所創立50周年を記念して
－世界に開かれた小さな研究室－

佐藤優子
筑波技術大学・人間総合科学大学名誉教授

振り返ると、世界大戦の戦禍から立ち直り、人々が生きる喜びに満ちていた時代でした。東京都が板橋に創設した東京都老人総合研究所に集った科学者の一人、佐藤昭夫について記します。

1972年春、佐藤昭夫は38歳で研究所・第二生理学部門・室長に着任しました。北海道を発ち、米国、ドイツでの研究を経て6年ぶりの帰国でした。

基礎、臨床4室の各生理学室長達は意欲に溢れ、科学の未来を信じる方達が温かく支えて下さっていました。小さな研究室には大学を飛び出した女性研究者、学生、病院の医師がつどいました。共同研究に参加した国は20を越えます。海外の研究者とその家族は大山の街を散歩し、行き交う人達との片言会話を楽しみました。

存続の危機には都庁に座り込みをしながらも、小さな部屋はいつも平和でした。実験室から自律神経が発する数マイクロボルトの情報が流れる傍で、テーブルを囲み、商店街から取り寄せたお弁当を楽しみながらの討論は賑やかでした。在職中、世界に発した共同研究論文は100を超えます。

初代研究所長の太田邦夫先生が研究の自由を尊重して下さり、自律神経研究を続けることが出来た佐藤は、皮膚刺激で各内臓が変化する仕組みを自律神経の直接記録によって解明しました。さらに脳血流を調節する自律神経様神経系を見出しました。

退職時の検診で肺癌が見つかりました。全てを設計し、一番大切だった研究室を訪れることはなく、71歳で生涯を終えました。老人総合研究所での23年間は研究者として最も充実した幸せな時期だったと思います。小さな部屋で学んだ女性研究者達は、現在自律神経生理学を担って活躍しています。

夫婦が同じ職場にいる事は禁忌でしたが、太田先生が良い研究をするようにとの一言で私を助手に採用して下さいました。研究所に12年間在職した者に戴いた、この機会に感謝申し上げます。

ボルチモア市の名誉市民

川上菊夫
元養育院長／局長

平成四年(1992年)に、鈴木都知事から、養育院長の辞令を受け、その際に、渋沢栄一が創設した歴史の深い施設であるので、しっかり頼むとの命があった。

院長室には、渋沢栄一の「書」があり、松平定信公の七分積金のおかげで成立した精神を引き継ぎ事業を発表させるようとの趣旨が記されていた。

この年が、創立百二十年にあたり、記念式典など盛大に行われた。

私は、院長として三十代目にあたるわけであったが、渋沢栄一院長は、六十年間(百二十年の半分)生涯務められた。

この間、実業家の父としての大功績があったにもかかわらず、財閥の道を選ばず、当時、差別と偏見の多かった、福祉の道を終生尽くしたことに、改めて感動をもたらした。

在職中は、外国からの来訪者が多く、特に老人総合研究所では、多くの研究者との交流があった。

米国国立老化研究所と研究協力の協定更新を交わすため、積田老人総合研究所長と共に渡米した。

その折、当院が、福祉、医療、研究の三位一体と評価され、地元のボルチモア市長から名誉市民の称号を一行全員がいただいた。

当地の老人施設を見学した時、廊下に、絵画等が展示されていて、又、軽音楽が静かに流れており、あたかも美術館のような雰囲気を醸し出していた。

また、隣接する建物は、見舞いに来た家族等が宿泊出来る施設で、ボランティアが運営にあたっていることであった。公私の協調を感じた。

現在、東京都健康長寿医療センターに、渋沢記念コーナーが設けられ、その運営が、ボランティアによって行われていることは喜ばしいことである。

現在にも引き継がれる養育院の志

茅野祐子
元養育院長

私が故郷を離れ上京し始めて暮らした場所は、板橋区大山にある旧陸軍造兵廠工員寮活用の学生寮であった。道路を隔てた古い木造建物が養育院の一部であると聞いていた。

そして、戦後50年を経た平成7(1995)年、養育院長として、再び出発の地で勤務することになった。当時の養育院は、高齢者福祉施設、高齢者専門病院、看護専門学校の他、知的障害児・者施設を運営し、老人総合研究所(財団法人)に助成する福祉・医療・研究三位一体の基盤的施設であり、院全体の利用者は4,500人余、職員(派遣を含む)約2,500人であった。

院長室での定例会議では、常に院内各部門が情報共有に努め、利用者のQOLを議題とした。そのために四季折々の行事も企画された。老人医療センターでは、全国各地から志を持って集まった医師、医療従事者の食堂での定期的な集いの活気に驚かされた。板橋看護専門学校入学式・載帽式での学生の若さと卒業式の期待に満ちた厳かな雰囲気も印象深い。米国ボルチモアのNIA(国立老化研究所)との研究協力協定に基づき、老人総合研究所は、医療センターとの連携チームで渡米し、平成6年11月、3日連続の合同シンポジウムに参加し、活発な議論を展開した。糖尿病、骨粗鬆症等の疾病で、文化的生活環境面の日米両国比較を興味深く感じた。本部NIH訪問で、米国衛生関係予算は、国内関係機関、関連学会の組織的集約意見を反映し策定されると伺い参考になった。

平成9年7月16日、高齢者施策推進室発足に伴い、養育院の高齢者部門は新組織の一翼を担うことになり、私は最後の養育院長となった。急速な高齢化の中で、高齢者介護は社会的課題であり、介護保険法が平成9年に制定(平成12年4月施行)され、地域福祉の考え方に基づき、実施主体は区市町村となり「措置」から「契約」へ、また民間の力の活用策検討など、養育院事業も時代の節目を迎えた。施設及び事業に係る所要規定を整備したが、養育院の名称は残した(養育院条例廃止は平成11年)。

養育院の思い出は尽きないが、養育院組織を支えたのは人財である。養育院が培ってきた先導的試行が高齢者施策に具現化していることを実感している。旧職員有志の声掛けで、「養育院を語り継ぐ会」が発足し、ともに活動した。現在、地域保健医療組織や社会福祉法人に関与している私は、高齢者専門医療、老年学研究機能を併せ持つ健康長寿医療センターの基幹施設としての役割に期待している。

1986(昭和61)年頃 (東京都健康長寿医療センター所蔵)

超高齢社会を安心で健やかに

幸田昭一
元東京都福祉保健局長

令和4年に創立来東京都健康長寿医療センター病院・研究所50周年・養育院150年を迎えられますことを心からお喜び申し上げます。

この間幾多の成果を積み重ね高度高齢者専門医療施設・老年学研究センターとして確固たる地歩を築かれてこられました。これも偏に歴代の院長・理事長を先頭に職員の皆様のたゆまぬ努力の賜であり心から敬意を表します。

平成12年に施行された介護保険法は、我が国の社会保険制度の要の一つであり、保健医療の向上、福祉の増進を目的としています。福祉局長に着任した平成15年は、3年毎の介護保険法見直しの最中でした。区市町村はもちろん関係各団体などから見直しについての意見・要望などを伺いとりまとめを進めるなかで、老人医療センター、老人総合研究所、ナーシングホームにお邪魔をして、介護保険事業を実施・研究している立場から「地域の重視」「介護予防の重視」などの率直かつ具体のお話は、意見集約する上で大変参考になりました。

老人研究所では、後期高齢者の日常歩行速度を計測することにより、早期に老年症候群の兆しを見つける研究や、国に先立ち運動機能向上を重視した介護予防体操を開発し介護予防人材の育成に努められ、今では全国47都道府県に介護予防指導員として4万人に迫る養成数と聞いており、誠に心強い限りです。

今や日本に限らず世界的にも医学的・社会的課題の一つであるアルツハイマー型認知症を完治させる手段は見つかっていません。神経疾患の病理診断確定は、剖検による脳全体の評価が必須です。それには脳を用いた研究を広く行っていくことが必要不可欠なことからオープンリソース型の脳バンク設立に向けて研究員の皆さんが大変な努力をされたと聞き及んでいます。当時から高齢者脳、アルツハイマー病の脳バンクとしては質量とも我が国のトップクラスと伺いました。 蓄積された脳リソースを元にして具体的な研究成果を幾多挙げています。ブレインバンクの脳リソースは、国内外の施設にも提供され評価も高く、疾患克服に向けた最先端の研究に幅広く活用されています。

今後とも健康長寿医療センター病院と研究所が密接に連携しながら脳科学研究を継続的に推進されるとともに、より一層柔軟で学際的・総合的な体制を整備され、板橋からの脳科学の発展を願ってやみません。

ＣＧＡ（総合機能評価）について

小澤利男
東京都老人医療センター　名誉院長

平成2年から5年までの4年間、老人医療センター（当時の名称）の院長となりました。それまでは高知医科大学（現高知大学医学部）の老年病科・循環器内科の教授を12年間つとめたのです。そこで老年医学的総合機能評価ＣＧＡ（Comprehensive Geriatric Assessment）を開発し、地域で実践しました。高齢者では生活機能を被験者の立場に立って身体的、精神心理的、社会的に評価することが重要であると認識し、老人医療センターでも実践しようと思いました。

しかしCGAなどと言っても誰も理解する人はいません。そこで院長が主宰するCGA検討委員会を設け、毎週1度勉強会を実践しました。またセンター内にCGA病棟を設けました。CGA医療はチーム医療です。すべてのものが職種を越え同じ場に立って患者の問題点を評価することが重要です。

こういう面では英国が発達しております。そこで英国医師会、英国老年学会などが共著で発行しているマニュアルを取りよせ、検討を重ねました。

都立病院では都の衛生局のもとにあって毎年衛生局学会が開催されていますが、養育院ではこうした組織はありません。そこで私は養育院学会を創設し、養育院に所属する人たちが参加し、相互に意見を述べる場を設けました。すべての職種が紙上発表にも参加し、正午の時間に討論するようにしました。また実地に即した特別講演、シンポジウムなども設けました。

学問というものは職種が違い、意見も違う人たちが集まって腹蔵なく平素思っているところを問いただすところから出てくるものです。研究所と病院が併設していながらこうした

特典が何も出て来ないということはおかしいと思います。

私はこのほかにも毎週、老年介護研究会を開催し、さまざまなテーマをとりあげてふだん気が付かなかったことを議題として討論を重ねました。センターは老年病院でありながら内部は循環器、神経内科、血液科というように臓器別・機能別に分化しています。しかしCGAの立場からするとどの科でも認知症や動けないものがおります。臓器ではなく、認知機能や歩行障害、ADLのような生活機能からみると、各診療科とは違った変化を共通してみることができます。山田英夫らがこれを「日老医誌1998:35;44－52」としてまとめました。

現在では健康長寿医療センターとして近代的な急性期対象の施設に変わりましたが、常に学会に重きをおかれるようなよい施設として発展されることを祈念いたします。

折茂 肇
公益財団法人骨粗鬆症財団理事長

私は平成9年4月1日から平成14年9月30日まで第五代院長として老人医療センターの運営にかかわってきたので、その当時の思い出について述べたいと思う。

Ⅰ. 高齢者医療には理念を具体化する戦略が必要

21世紀の高齢者医療では①延命治療からQOLを重視する医療、②これまでの臓器別医療から全人的医療、③医師の経験に基づいた医療から根拠に基づいた医療、④疾病の治療から予防医学、といった4つのことが重要である。

老人医療センターで積極的に導入している戦略は、①高齢者の身体的・精神的・社会的な項目について、それぞれの指標やアセスメントツールを用いて評価する「総合的機能評価（CGA）」の導入、②クリティカルパスの活用、③地域を視野に入れた医療連携の促進―の3つである。特に、パスについては全診療科に導入したことで大きな成果を上げてきた。2001年現在、当病院で導入されているパスは59疾患。「個人差が大きく非定型的な症状を示す高齢者にはパス適応は難しい」と指摘されるなか、2000年11月の一か月間で219人の患者に実施し、在院日数を23日まで短縮させている。

Ⅱ. 老人医療センターの新しい役割

日本の医療は現在、大きな危機に直面しており、私たち医療関係者は国民に対して、納得できる良質な医療を提供するシステムの構築を迫られている。介護保険が施行されてから、医療機関の役割が大きく変わっていくことが予測される。開業医は、軽症の患者、在宅医療、慢性患者の管理等が主な仕事となり、病院は急性期または長期療養型病院として機能することがその主な役割となると思う。このような状況では、お互いの医療機関がそれぞれの役割分担を明確にして協力し合い、地域医療に携わることが極めて重要である。

最近、病院を取り巻く経済環境は急速に悪化しており、多くの中小病院（100～200床）は経営上の理由から養育型病院に移行する傾向にあり、療養型病院の数が急速に増加しつつある。療養型病院では要介護者を主な対象とするために急性期病院に比し医師、看護職員の数が少なく、質の高い医療を行うことが不可能である。このような情勢下で老人医療センターは、高齢者の高度専門医療を行う急性期病院として運営することがその果たすべき役割であるとの判断のもとに、この理念が平成11年度の運営基本方針として打ち出された。更にまた慢性疾患をかかえた長期療養の必要な高齢者に対しては、「地域の高齢者の健康は地域全体で守る」との理念のもとに、地域連携システムを構築して対応する方針が立てられた。すなわち東京都の各地域における病診、病・病連携、福祉施設との連携を推進し、長期療養の必要な人には在宅医療、訪問介護の必要な人には在宅医療、訪問介護等の医療サービスが受けられるような体制を整備し、在宅の高齢者が要入院となった際には可及的速やかに老人医療センターに入院できるような救急医療体制を整備することにした。大変幸運なことに板橋区及び板橋区医師会は病診連携の推進に深いご理解と関心を示され、平成9年12月には老人医療センターと板橋区及び板橋区医師会の三者からなる地域・保

健福祉医療三者協議会が発足した。平成11年度にはこの病診連携体制の成果が出始め、急性期病院としての老人医療センター再生の第一歩を踏み出すことができた。病診連携の目的とするところはこの三者が緊密な連携を図りながら、地域全体の高齢者のQOLを第一義的に考えた保健・医療・福祉を一体化して供給できる体制を確立することにある。具体的にはセンター入院患者の在宅医療へのスムーズな移行、在宅患者が入院を要する際のセンター側のスムーズな対応が最大の課題となっている。これらの連携体制は練馬区、豊島区、北区、文京区、中野区の5区においても進められており、さらにまた平成12年1月にはこれら二次医療圏での連携体制を推進するために老人医療センターのみならず、都立豊島病院、都立大塚病院の都立三病院がお互いに協力して6区での、区西北部二次保健医療圏等医療連携協議会を立ち上げる運びとなった。

このように板橋区から芽生えた医療、福祉連携体制は今や都内の6区にまで拡大し、東京都における医療連携システムのモデルとして注目されている。

渋澤翁とシーボルトに導かれて

中村彰吾
公益社団法人医療・病院管理研究協会　理事

2007年6月の誕生日で、永年勤務した聖路加国際病院を定年退職し、11月から学)東京女子医科大学病院の院長補佐に就任した。12月ごろ一本の電話が東京都から入った。

「なぜ東京都から？なぜ女子医大にいることが分かった？」など疑問を持ち電話に出ると、「都立老人医療センターが地方独立行政法人化するが、理事候補になってもらいたい」との内容で、内心(本命候補の当て馬)と思い内諾した。誰が私を推薦したのか疑問が残った。

2008年、地独法化に向けた設立準備会議に出席し、第1期中期計画の策定、新病院の病床規模、看護単位の病床数、回復期リハ病棟を持つのかなどの、協議に参加した。

2009年4月、地独法化した東京都健康長寿医療センターの理事・経営企画局長に就任した。まず経営担当理事として、旧都立老人医療センターの経営上の問題点を洗い出した。「医業収入」は、①入院・外来収入単価が都立病院の下位。②急性期医療を提供しているとの自負だが、DPC病院でない③同じく7対1看護体制でない④分娩、健診、室料差額など保険外収入がない⑤新病院に向け病床数削減で、大きく入院収入が減る。「医業費用」は、①給与費率が高い②院外処方だが材料費率が高い③委託費率が高い④建物が古いので経費、減価償却費率が低いなどの改善が必要であった。

以上から、「自分が果たすべきミッションは何か」を熟考し、ミッションとして①健全な経営基盤の確立②新病院建設計画の推進③新病院への患者の安全移送、開院、開院後に速やかな病床稼働を掲げた。また「私の日常行動フィロソフィー」として、高齢者医療のブランド病院創設のため①質の高い医療提供を医療側に求める②最新鋭医療機器を配備する経営③快適な療養環境の提供④健全経営による内部留保財源確保の実践に注力した。

在任期間3期6年ですべてクリアーしたと自負している。

今もってなぜ私が選ばれ、数々のミッションを与えられたか、謎は解けてないが、自分なりに得心するのは、渋澤翁は勤務していた聖路加国際病院の、初代評議員会議長であった縁、また内科の稲松先生が「中村君、渋澤翁が遣欧視察団で行った時の通訳は誰か知っている？」実はシーボルトの息子だったそうである。

私の故郷は長崎で、少年時代の遊び場は、シーボルトの「鳴滝塾跡」であった。

2人のご縁に導かれたことを天命と感じ、なぞが解けたと思う。

養育院附属病院から
東京都健康長寿医療センターへの変遷

山田英夫
橘光葉会三条東病院

私と養育院との最初の関わり

大学院修了後1年間外勤するとの医局の決まりに従って、昭和38年4月より1年間、昭和33年に現在の大山キャンパスに新設された東京都養育院附属病院に勤務しました。当時は、内科と外科があり、それぞれ入院病床を持ち、放射線設備も一般撮影、断層撮影、透視撮影装置があり、カセットを連続で送ることにより血管動態撮影も可能でした。勿論内視鏡検査、手術も行え、当時としては先端的な設備、内容を有し、内科は常岡先生、外科は中村先生(？)が部長でした。学会活動もなされていました。患者は施設入所者が主たる対象で、少し勿体ない感じでした。

養育院附属病院から老人医療センターへ

その後私は、核医学を日本へも導入することを目的とした教室の方針もあり、核医学を勉強するためアメリカへ留学しました。その間、東京都でも寝たきり老人の増加など、高齢者の医療とその対策が問題視されるようなり、養育院附属病院を一般都民に開放し、老化・老年病の研究をも行えるような新しい施設が昭和47年に開設されることになりました。私たちは、非観血、低侵襲性のX線診断(CTを中心とする)、核医学検査(SPECT)は今後高齢者の臨床診断、臨床研究の上で必須であると考え、X線診断、核医学,放射線治療(体外、体内照射可能)を運営できる放射線部の設立を提案し、導入され、新病院へ勤務することになりました。その後、MRI装置の導入が認められ、放射線部は一応の完成を見ました。
その間、病院長は村上先生から豊倉先生に代わり、養育院附属病院から老人医療センターへと名称も変わりました。

病棟改築とCGA病棟の開設

私は放射線科診療をしながら、主な仕事は放射線部門の管理から病院全体の管理へと移り、蔵本病院長の下では引き受けた病棟改築、腎透析室の取り扱いが主な仕事でした。
小澤先生がお出でになり、高齢者診療における高齢者総合機能評価CGAの重要性が強調され、CGA評価病棟を造ることになりました。病院長室で毎週CGAの勉強を行い、私の老年病、高齢者の日常生活機能などの評価に対する考え方に大きな影響を与えました。

終わりに

振り返ってみるとこの間、高齢者医療・医学の歩みとともに、病院も変わってきたことがよくわかります。そして今、健康で長寿であることが問題となり、当然CGAからフレイルの予防という流れが主たるテーマとして取り上げられます。ここでは健康長寿医療センターという名称が素直に受け入れられるのだと思います。 養育院創設から150年、渋沢栄一先生をはじめ多くの先生方のご努力により、健康長寿医療センターまでの長い歴史の一時にでも関われたことを心から感謝したいと思います。

東京都老人医療センター
(東京都健康長寿医療センター所蔵)

在職中の思い出
老年病学の視点から-高齢者の要介護期間とアルツハイマー認知症ヘルペスウイルス原因説

松下 哲
元副院長

私が東京都養育院附属病院へ赴任するよう、蔵本築先生のお手紙を頂いたのは米国留学中の時だった。東大第三内科に入局してから、尼子富士郎先生のいらっしゃる浴風会病院に非常勤で患者を診たり、その後は土曜日ごとに伺っていた。尼子先生は老年学を比較生物学、比較老年学の視点からヒト老化の実態を追求される立場をとっておられた。その流れを継いだ村上元孝先生も同様で、文献の渉猟があらゆる分野にわたっていたことは、繰り返し弟子たちが記している。

養育院附属病院に来てみると、医局員は100人を超え、医局は一箇所で各科の先生が日常顔を合わせ、議論をし、よく連携が取れていた。病院の使命は老年病学を体系化し、加齢の実態を把握することにあると思われた。第三者からみてもその使命に応えられたと思う。

小生は高齢者の要介護期間に興味を持ち死亡例について調べた。中央大学統計物理学松下貢先生を老人研今堀和友先生を通じて知ることを得、要介護に陥った患者は、粒子がブラウン運動をしながらある点に到達する方程式に従って死ぬことがわかった。これは、自然の生命力は生殖初期に最高に達した後、緩やかに減少し、死はランダムに起こるという現代生物学の老化説に合致する。

退職してからは足立区の民間病院、次いで習志野市にある特別養護老人ホームの診療にあずかった。特別養護老人ホームでは認知症がほぼ六割を占めていた。特養で多数の認知症をみたことが縁となって病理診断科新井冨生先生の許可を得て、健康長寿医療センターの一万例の剖検例につき認知症の病悩期間を調べた。ところが文献を調べるうちに、欧米では剖検を前提とした地域ぐるみのコホート研究が盛んに実施されているのを知り、とてもかなわないと思った。文献を渉猟するうちに前に出版した老化の本の認知症の部分を改訂しなければと思い、2021年に別の本として出版した。そこでは不治の病いとされるアルツハイマー認知症はヘルペスウイルス感染症にほかならず、感染時に抗ウイルス薬を処方すれば後年の発病を予防でき、また不幸にして発病しても早期に抗ウイルス薬を処方すれば進行を止められる可能性を記した。その後、米国老化研究所より早期アルツハイマー認知症に対する抗ウイルス薬治験の中間報告がなされ、本剤の投与を受けなかった人は、認知能が15%低下したのに対し、投与された人は認知能低下がなく、またPETでも有意の差がみられた。

新しい革袋には新しい酒を－集まる人材－

山之内博
東京都老人医療センター元副院長

私は1972年、新病院となった「東京都養育院付属病院」で働きはじめ、以後33年間この病院に勤務しました。新しい病院がスタートした頃のことを書きます。

1960年代の後半、当時の美濃部都知事は、東京都民全体に開かれた老年者のための本格的な病院を造りたいとの構想をもち、今のこのキャンバス内に約700床の当時としては画期的な老人専門病院を建設することが決まりました。

器だけでは動きません。組織は人です。病院の場合、もちろん医師だけでやれるわけではありませんが、ポイントはどれだけ優秀な医師が集まるかにかかっています。まずはトップの人事。院長として適切な人はいないか。杉並区に浴風会病院という老人専門の病院が以前からあります。当時、そこの病院長は尼子富士郎先生（尼子城主の末商）で、この人は日本の老年医学の基礎を築いたとさえ言われた人です。美濃部知事は小さい時からの学友だった尼子先生に相談したところ「村上元孝しかいない」と当時、金沢大学の教授だった村上先生を強く推薦されたと聞いています。他にも相談されたでしょうが病院長は村上先生に決まりました。

村上先生は浴風会病院でおもに脳卒中を診療、研究していた亀山正邦先生（後、京都大学教授）を副院長として指名しました。

あの村上元孝先生が来るのかと新しい病院へ部長・医長クラスの優秀な医師が集まりました。

各診療科の責任者（部長・医長、一部旧病院からの人も含む）を見ますと、内科系では循環器科は東大第二内科から、消化器科は東北大、呼吸器科は東大第三内科、内分泌科は同第三内科、感染症科同第一内科、神経内科は同神経内科、血液科は群馬大、精神科は東京医科歯科大、放射線科は東大と横浜市大、研究検査部門は東大第三内科、など。そしてリハビリテーション科には久留米大出身で長くアメリカで活躍された人が赴任しました。

外科系では、外科（消化器外科）は東大第一外科、整形外科は東大、脳神経外科は東京医科歯科大、眼科東大、皮膚科東大、泌尿器科東大、耳鼻咽喉科日大、麻酔科日本医大、歯科口腔外科は東京歯科大から、と記憶しています。

部長・医長クラスは東大が多いですが、若手の医師は全国から集まりました。新病院数年間の若手医師の出身を見ますと、北から、北大、岩手医大、東北大、福島医大、新潟大、群馬大、金沢大、筑波大、東大、東京医科歯科大、日大、慈恵医大、順天堂大、日本医大、岐阜大、京大、徳島大、広島大、九州大、長崎大、熊本大、鹿児島大、等です。自分から求めて来た人と、良い病院だからそこで研修させたいと大学から派遣された人、そして医長にくっついて来た人もいます。自分からやってきた人が割に多かったと記憶しています。私は当時、村上先生の教室に在籍していましたが、村上先生を慕い、そして亀山先生の下で脳卒中を勉強したくて上京しました。まだ、実績のない病院にこれだけの人材が集まったという事は当時、画期的なことでした。

村上病院長は新病院の発足に際し、「皆が勉強する病院、勉強できる病院」であること、そして「病理解剖を重視する」ことを主な目標として掲げました。前者についてはそのためにも研究所が併設され、互いに交流できるようにしました。そして病院と研究所合同で内容の充実した図書館が創設されました。当時、病院がこれだけ立派な図書館を持つということは珍しいことで、これは大きな財産でした。

病理解剖は旧養育院附属病院時代から重視され継続されていました。これを引き継ぎ、内容をさらに充実させました。病理学的に調べて、はたして生前の診断は正しかったか（CTやMRI等の検査機器はなかった時代です）、治療はこれでよかったのか、さらには主病変以外の副病変を見落としていなかったか、など、臨床医にとっては審判の場に立つようなものです。さらには、生前の診療が適切かつ納得されるものでなければ、病理解剖させてほしいと頼んでも遺族側は了承しないでしょう。こうしたプレッシャーによって医師個人の診療レベルは向上するでしょうし、病院全体としてもレベルが高くなるはずです。もちろん、病気そのものがどんな特徴を持っているのか、その本態を深く追求すること、さらには加齢にともなう各臓器の変化を調査することも大きな目的です。病院全体としては月に2回、各2症例ずつ、臨床病理検討会が開催されました。今も続いていると思います。最初の頃は剖検率が80%程度と高かったのですが、その後、徐々に低下してゆきました。この低下にはいろんな理由があるのでしょうが、残念です。以上。

東京都老人医療センター　ロビー演奏会
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

東京都老人医療センターの思い出

森　眞由美
元副院長

1979年　昭和54年に東京都養育院に血液科医長・ 血液検査科医長として赴任しました。38歳の時です。一緒に三輪哲義先生（s51年卒） 間もなく 池淵健二先生（s53年卒）が加わり、開設当初から高齢者血液疾患に携わっていた村井義郎先生　市橋（深山）牧子先生とで、30歳台2人後は全員20歳台のとっても若いチームで出発しました。間も無く悪性リンパ腫や急性白血病の患者が入院され、大学で行っていた治療をそのまま意気揚々と行いました。白血病細胞はみるみる減少、寛解に入りそうと期待しましたが、正常細胞が回復せず感染症で死亡。最初の悪性リンパ腫患者は、リンパ節が全て消失し、お正月に一時帰宅していただきましたが、高熱・肺炎を発症して帰院。顆粒球減少が著しく、まもなく死亡。剖検で、細菌ばかりでなくウイルス性の肺炎も認められ、愕然としました。高齢者は若い患者と同じ治療ではダメなのでは‥と初めて自覚して、論文にあたりました。ところが、高齢者血液疾患の論文はどれをみても50歳以上が対象で、年齢中央値が60歳前後。65才以上のみ診ている我々には全く参考になりません。自分たちで高齢者用のプロトコールを確立するしかない。高齢者の骨髄そのものの変化も明らかにしなければ‥という事になり、減量療法のドーズ決定のために都内の有志で治験を行う事、剖検時の骨髄を見せていただく事、高齢者造血幹細胞の研究をする事に決定し、各々動き始めました。病棟の仕事を終え、いったん帰宅し家族と過ごし、23時に集合して実験、ブレインストームと称してお互いの仕事を話し合うこともしばしば。独身の三輪先生は、朝駆け夜駆けで、当直の看護師さんたちに“血液疾患治療時の看護について”を根気よく講義。高齢者を知り尽くしている村井先生と　若者きり知らない私とはしばしば言い争いながら知識を高め合意し、1年後には病棟が一丸となって治療にあたり、寛解し退院なさる患者様も増えてきました。治療中に齲歯の悪化や口内炎で苦労する患者さまが多く、ナースは看護研究として毎日の口腔清掃を取り上げ、歯科の先生方の協力を得て化学療法前に口腔の治療をしていただくシステムも出来上がりました。暮お正月に帰宅できない患者様のために、病棟のホールで医療スタッフばかりか患者さまも歌ってくださり（たまたまオペラ歌手が入院していました）、副院長の上田慶二先生の許可を得て、希望者にはビールを少々提供し楽しい会を行うこともできました。

やりたい放題の医師生活だったと思っています。先輩の先生方の愛のこもった叱責と援助、CPCや毎週行われていた症例検討会、医局で話し合われていた何気ない医療に関する雑談が、今の私の医師としての能力を育ててくれたと感謝しています。

養育院バレーボール大会

森　眞由美
元副院長

1979（昭和54）年血液科医長として赴任しました。

その当時、養育院（老人医療センター）では毎日バレーボール大会が行われており、東村山老人ホームなど養育院関係の他の施設からも参加があり、大々的なものでした。

お話を聞くと、ほとんどのメンバーが男性であるリハビリチームや放射線科がいつも優勝しているとのこと。

何にでも夢中になるわが血液科医師団は（何しろ医長が38歳、30代は二人だけ。後は全員20代の血気盛んな若者医師）、よーし、病棟チームで初めて優勝しようという事になりました。

幸い最年長の私と身長の高い三輪哲義先生が学生時代にバレー部、村井喜朗先生と池淵健二先生は運動神経抜群。それに売店の一条君に入ってもらい、5人は確保。渋々の看護婦さん達を三輪先生の巧みな弁舌で誘い込み、毎日夕方5時から練習開始。日のある間はパスやアタックの練習で、日が沈んだ後は、特養の明かりでボールが見えなくなるまでサーブの練習です。終わると売店のアイスクリームを食べ、検査室でギターを弾きながら皆で歌い、その後病棟を周り、そして実験開始という楽しい日々でした。女性陣は皆、前腕内側に青痣が出来ていましたが、誰も脱落無し。

さて大会は板橋看護学校の体育館です。ルールは9人制で女性はどこからアタックしてもいいが男性は後ろからのアタックだけ許可。チーム編成の条件は女性が1人以上入っていることだったと思います。

我がチームは男性4人、後は女性で

したが、練習の成果と病棟からの応援団のおかげで優勝決定戦まで進出。相手はほとんどが男性のリハビリチームでした。

試合は一進一退でますます白熱状態。私の後ろにフェイント気味のボールがきました。思わず昔取った杵柄で後ろを向き半回転しながらボールに飛びつきました。いわゆる回転レシーブです。

その途端、左足首で鈍い音。立とうと思っても立てないのです。これがアキレス腱断裂かと思い、床を叩いてタイムと声を出しましたが、我がチームの面々は試合に夢中になっていて誰も気がついてくれません。

やっと審判が気づき、メンバーチェンジ。アクシデントで気落ちしたのか、残念ながら我がチームは準優勝になってしまいました。でも病棟チームが優勝に絡んだのは初めてということで、大いに溜飲を下げました。

私はそのまま整形外科に入院。翌日手術をしていただきました。
後日麻酔科の医長目黒先生が、先生の名前カードが男性になっていたわよと嬉しそうにお話になっていたことを思い出します。

バレーボール大会が行われた看護学校
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

“朝”改革の断行～管理職としての思い出

桑島 巖
NPO法人臨床研究適性評価教育機構 理事長

昭和48年(1973)に入職して以来、49年間奉職した東京都健康長寿医療センターを令和4年3月に離れた。約半世紀に渡る奉職期間を通じて特に管理職に就いてからの思い出を記してみたい。

当院の前身は、明治5年(1872)の創設であるが、来るべき高齢化時代を見越しての高齢者医学研究を担う大規模な高度医療機関として生まれ変わったのは、創設後100年を経た昭和47年(1972)のことである。以来、養育院付属病院から老人医療センター、健康長寿医療センターへの名称変更を経て今日に至っている。

その間日本社会は高度成長からバブル崩壊を経て、低成長時代に突入すると、当病院にもそれまで医療の世界にはタブー視されてきた経営の概念が導入され、効率的な医療経営が不可欠となった。

発足当初は学園闘争に荒れる大学病院を離れた若手医師が水を得た魚のごとく研究を競っており、老年医学の発展に大いに貢献した。しかし診療体制としては、大学病院の古い体質がそのまま持ち込まれていた。しかし社会の変化とともにより効率的な勤務体制への体質改善が迫られるようになった。

平成9年(1997)、循環器部長に就くとまず、その勤務体制の刷新に乗り出した。

1.医師の勤務体制の改革

発足当初から長い間、医師の勤務状況は、大学病院の雰囲気そのままに医師の多くは朝9時頃おもむろに出勤して病棟に上がり、看護師から受け持ち患者の前夜の報告をうけ、それに対して個々に対応するような状況であった。そこで循環器部長に就いた際には、毎朝8時に循環器科スタッフ、研修医、レントゲン技師がCCUに集合して、当日の心カテ症例を担当医が提示し、その後CCU部長による回診を行うことと、夜間救急外来を受診した症例について、研修指導スタッフが、行った処置と今後の対応について全員で検討するよう改めた。

2.回診の改革

副院長に就任した平成18年(2006)年3月に、林病院長と森副

院長が突然異動となり、運営に空白が生じた。新しい病院長が赴任して院内状況を把握するまでの期間を、時代に即した勤務体制へと変えるチャンスと捉え、思い切った回診の改革を断行した。

新設以来34年間、水曜日の午前中は院長、副院長の全診療科の総回診に当てられていた。したがって、水曜日午前中は多くの診療科が実質的に外来診療を休診か、非常勤医師に委ねていた。しかし週の真ん中の貴重な時間帯を効率的に活用すべきと考え、回診は診療部長の責任において、研修医指導も兼ねて午前9時までに終え、水曜午前の外来診療は通常通り行うように改めた。

3.早朝の幹部会議

当院では、夜勤看護長が翌朝8時30分から看護部門の幹部に対して前日の救急患者や夜勤時の診療体制などについて引き継ぐことが長年、看護科の恒例行事として行われていた。しかしこの引き継ぎ行事には、医師側幹部も当然に参加し、情報共有するべきと考え、副院長に就任直後の平成17年(2005)から私も参加した。1年ほどしてもう一人の大田副院長や井藤病院長も参加するようになり、ついには当時の松下理事長や事務長も参加し始めた。さらに理事長の指示で医師の当直責任者も参加するようになり、病院における重要な情報共有の会議として定着し今日に至っている。

4. 心臓外科の導入

当院は発足当初から高齢者には冠動脈や弁膜症などのカテーテルや外科などの侵襲的治療は無理という考えがあり、循環器疾患の治療においては大学病院には大きく遅れをとっていた。しかし今世紀に入り本格的高齢化時代が到来すると、総合病院としては心臓外科の設置は不可欠となった。ある日、心臓外科の権威として名高い旧知の許俊英先生から、埼玉医科大を急に退職することになったとのメールを受け取った。そこで井藤病院長に許先生の招聘を提言、予算をなんとか確保して実現にこじつけ副院長に就任してもらった。当初は様々なトラブルに悩まされたが、数年後にようやく軌道に乗り始めた。

その他、当直制度や研修制度などでも抵抗を押し切って改革を断行したが、あえて恨まれ役に徹した。組織は常に改革し挑戦し続けなければ、社会の流れに取り残されることは東芝やシャープなど大企業が海外企業に遅れをとり、衰退していった教訓がある。現状維持は停滞である。今後も時代の変化とともに当院がますます発展することを願ってやまない。

新センター新築工事と渋沢栄一銅像　2012(平成24)年
(東京都健康長寿医療センター所蔵)

学びの26年間

木田厚瑞
医療法人社団　至心医療会　呼吸ケアクリニック東京　臨床呼吸器疾患研究所　理事長

母校、金沢大学を卒業したのは1970年。遅れて始まった大学紛争のさなかだった。卒業する前から呼吸器専門医になりたいと決めていた。母校では血液内科兼呼吸器内科の標榜があったが実際には指導者不在だった。臨床各科は、とても勉強ができる環境ではない。教室が落ちつくまで基礎の教室で研究生活をおくりながら落ち着いたら臨床へ戻らないか、と説得され大学院生として病理学教室に籍をおいた。間質性肺炎の発症初期病変を電子顕微鏡で解明する、という研究テーマだった。診療と研究を合わせた生活で5年過ごした後、呼吸器の臨床修行を行うために派遣されたのが養育院附属病院だった。

1976年春に赴任した。2年間、学んでくるようにといわれた。村上元孝先生は、紛争時代の病院長であり、事情をよく理解していただいた。赴任した日、院長室は開け放されて、中から、入れ、と大声で呼ばれたときにはと

ても驚いた。金沢時代には教授室が明け放された状態は考えられなかった。福島保喜先生の下で指導を受けたが2年経ったがとても自立できるとは思えない。たまたま、手にとった英文雑誌に、研究者を求むという小さな広告を発見。COPDの病理学的な研究では、著明なサールベック教授がカナダで研究者を求めているというものだった。これまでの研究と臨床の両立生活を書き、希望を書いたところ思いがけなくも研究担当の講師として迎えるという手紙をもらった。その代り「移民」として来るように、という条件つきだった。

カナダでは、約束通り、研究生活と臨床医の両立生活だった。毎週、呼吸器病棟で助教授と二人で回診を行っていた。2年が経ったころ、福島先生が、遊びに来られたがその時、初めて発つときに預けてあった辞表が提出されていなかったことを知った。村上先生の伝言で帰国するようにとのことだった。迷ったが取りあえず半年だけ延長してもらい帰国した。間もなく、福島先生が東邦大学に赴任され、水上陽真先生(故人)も転出されたので一人になった。母校にも戻れなくなってしまった。数年間は大変だったが、知遇を得た全国の各医局から教室員を派遣してもらうことになった。ほぼ2年間で、学位論文を完成し、帰局するというパターンで約20人の学位論文を完成させた。その間に岩波新書、「肺の話」などを出版した。

在職中に2つの社会的貢献ができたと思っている。1つは、肺炎球菌ワクチンの普及活動である。村上先生の励ましもあり全国に講演して回った。「クローズアップ現代」の生放送で国谷キャスターと語った。当時はワクチンに反対する人も多く、雑誌、文芸春秋の論文の中で、名ざしで非難されたこともあった。しかし、その後、費用対効果の主張が認められ自治体の補助がつくことになり全国に広がった。2つ目は在宅酸素療法の普及活動であった。また、当時に始まったメディア関係との付き合いはいまでも続いている。2003年に誘われて日本医大に転出するまで延べ26年間を過ごした。医師生活の前半の学びの生活を過ごしたことになる。

澁澤栄一養育院初代院長の思いを糧に勤務した5年間

古田愛子
元看護部長

東京都直営組織から地方独立行政法人としてスタートした2009年4月に、私は看護部長として赴任した。

公務員から独法職員としての身分の変化による採用活動の苦慮、新病院建設に向けた基本設計及び実施設計の検討、電子カルテの導入、緩和ケア病棟の絵画制作時の美大生達の情熱と活気、北京老年医院からの一か月近くにわたる研修受け入れ、マルタ共和国や韓国ソウルでのICN学術集会におけるポスターセッション参加、高齢者看護に関するテキスト作成やDVD作成等々、濃厚な5年間が甦ってくる。学会発表やデータ分析等、研究所の先生方の助言をいただくたびに、病院と研究所の統合の強みを実感していた。

全職種での退院支援委員会活動、訪問看護ステーション訪問や合同学習会、認定・専門看護師による相談窓口の設置等の活動も懐かしく思い出される。

様々な活動の原動力になったのは、日赤看護大学山崎准教授(当時)と板橋看護専門学校高橋教諭(当時)と共に活動した「養育院を語り継ぐ会」で知った養育院初代院長の澁澤栄一氏の養育院や患者への熱い思いであった。養育院の歴史を調べている中で、澁澤院長が病院職員や設立した看護学校の学生への「親切第一」を説いた訓示等から、社会的弱者への慈悲の心に胸を打たれた。谷中や那須塩原の養育院慰霊塔の前では、さらにその思いが深まった。明治時代の設立の理念を私達も継承していかなければ、との思いを都立板橋看護専門学校文化祭で講演させていただいた。看護職員への講演、採用者オリエンテーション等で養育院の歴史とセンターの未来を熱く語った日々が甦ってくる。

新病院への移転にあたって、これを機に更に看護の質を高めたいと考え、国立長寿医療センターや東京大学病院等沢山の病院に研修でお世話になった。新病院移転は引き渡しが大幅に遅れて、移送シミュレーションも十分に実施できなかったが無事終了し、翌日の電子カルテ導入も予定通り実施できた。職員の尽力の賜物であり、移転計画作成の礎となった病院移転を見学させていただいた他病院関係者のお陰と、改めて感謝の思いを新たにしている。東京都健康長寿医療センター創立50周年、養育院設立から150年。国内外の高齢者医療を牽引してきたセンターの益々の発展を祈念している。

高齢者看護への思い

黒坂眞理子
元看護部長

東京都健康長寿医療センター創立50周年、養育院創設150周年おめでとうございます。

私は、平成26年4月にセンターに入職いたしました。その半年前に新施設に移転し、設備・機能ともに充実した高齢者専門の急性期病院として、地域の医療機関・介護施設や住民の方々などから大きな期待を寄せられていると感じました。

平成21年4月に東京都直営組織から地方独立行政法人となり、センターで勤務していた看護師は、10年間で全員東京都に戻るため、固有職員の採用が喫緊の課題でした。

人材を確保するために、総務課人事係の方たちと手分けして就職説明会の参加や院内見学会などを行い、その甲斐あって高齢者看護をしたいと意欲のある新人看護師が多く採用されました。しかし、専門的知識を持った先輩看護師が毎年東京都に戻ることで、高齢者看護の質を低下させないよう人材育成が必要でした。様々な問題を抱えた高齢者の微妙な変化に気が付かないと、病状の悪化や医療事故に繋がります。指導者も経験が浅く新人看護師をどう育てるか、看護師長と協力し新人個々の成長に合わせた実践指導に力を入れました。「高齢者に寄り添ったQOLを支える質の高い看護の提供」を目指して、看護師がやりがいを持って温かな看護ができるよう活動してきました。

急性期病院として在院日数短縮が進む中で、退院後の患者さんに継続して適切な医療を提供するために、地域の医療機関や訪問看護ステーションの方々との連携強化が重要です。看護相談室や認定看護師を中心に勉強会を開催し、お互いの能力向上と意見交換などを行い良好な関係が築けたと感じています。

平成28年には、12年ぶりに病院機能評価を受審しました。センターの職員が一丸となって医療の質向上を図るために、課題の洗い出しと業務改善に取り組み、無事認定を受けることができ安堵したことを思い出します。

他にも、院内の医師や多職種協同のチーム医療の推進、看護師の働きやすい職場環境の整備、電子カルテの更新など様々な課題に対応してきましたが、看護部だけでなく他部門の方々のご支援・ご協力により解決できたことに感謝しております。

長い歴史の中で一時でも参加できたことを誇り思い、今後ますます高齢者医療に対するニーズが高まる中で、東京都健康長寿医療センターの更なる発展をお祈りいたします。

東京都老人医療センターにおける出会い

横手幸太郎
千葉大学医学部附属病院長
千葉大学大学院医学研究院 内分泌代謝・血液・老年内科学 教授

私は、大学卒業後2年目の1989年4月から2年間、東京都老人医療センターで研修させて頂きました。当時、日本の高齢化率はまだ10%そこそこでしたが、その増加が確実視される中、私の目には老年医学がとても「ホット」な領域に映りました。国内随一の高齢者総合病院でイロハを学びたいと思い、所属する千葉大学第二内科の吉田尚教授にお願いして、先生の東京大学第三内科の同門でいらした蔵本築副院長を通じ、内分泌科の井藤英喜先生をメンターとして受け入れて頂いた次第です。赴任後、大学の医局では与えられることのなかった個人用の仕事机をもらい、大変嬉しかった半面、その部屋が病院敷地内の板橋ナーシングホーム(光風寮)の中にあったことから、独特の「におい」に慣れるのにはしばらく時間がかかったことを記憶しています。

内分泌なら内分泌、循環器なら循環器という「ストレート研修」が一般的な時代だったと思います。内科医の素養として「頭・胸・腹」の診療を学びたい、というわがままを井藤先生がお聞き下さり、消化器科(深沢俊男先生、都留正典先生)、循環器科(大川真一郎先生、桑島巌先生)、神経内科(葛原茂樹先生、山之内博先生)のもとを数カ月ずつローテートし、充実した2年間を過ごさせて頂きました。上部消化管内視鏡や注腸造影検査に携わらせて頂いたのは、後にも先にもこの期間だけです。ブレインカッティングには息を呑みましたし、豊倉康夫先生の病院長回診も大変に印象深いものでした。それぞれの病棟で日本老年医学会雑誌の論文を1報ずつと

葛原先生には人生初の英語論文をご指導頂き、その後の医師・研究者生活の礎となりました。葛原先生には、三重大学へご栄転の後も、私が専門とする早老症の難病指定やAMED研究プロジェクトの展開などで永くご指導を仰ぎました。

その頃、千葉県内の大学の関連病院は、所属する医師のほとんどが千葉大の医局出身者で占められていました。これに対して、老人医療センターには、思い返すだけでも金沢大学、京都大学、杏林大学、群馬大学、帝京大学、東京大学、長崎大学、浜松医科大学、横浜市立大学等、全国から同年代の医師が集まっており、大きな刺激を受け、視野を拡げる上でまたとない経験となりました。将来は基礎研究にも従事したいと思い、東京都老人総合研究所の丸山直記先生にご相談したところ、石川直先生をご紹介下さり、LewinのGenes IVを教材に研修医仲間との輪読会をご指導頂いたことも懐かしい思い出です。

一方で、仕事の後には、循環器科の坂井誠先生と剣道に励み、そう言えば、東京武道館で開催された東京都職員剣道大会の個人戦三段の部で優勝したこともありました。病棟対抗のバレーボール大会なども行われ、みんなでTシャツをあつらえて参加するなど、和気あいあいとした職場でした。あれから早いもので30年以上が経過し、私も来年は還暦を迎えます。現在は、研究所の外部評価委員なども務めさせて頂いており、今後も微力ながらご恩返しができればと思います。日本が世界で前例のない超高齢社会を迎えた今、次の50年100年へ向けて、東京都健康長寿医療センター病院・研究所のさらなる発展と職員の皆さまのご健勝を心より祈念いたします。

養育院附属病院時代のバレーボール大会

中原賢一
元研究検査科医長
和光会恵寿病院　院長

養育院創設150年／健康長寿医療センター50周年、お慶びを申し上げます。これは組織内外の多くの皆様の継続的な努力の成果だと思います。

私は長崎大学を昭和54年に卒業し、長崎大学第3内科（橋場邦武教授）に入局、昭和55年に養育院附属病院の松下哲先生が医長であった6西病棟（循環器）に配属されました。この病棟で初代院長の村上元孝先生の回診を受け、多くの先生と知り合うことができました。養育院附属病院時代に3年余り勤務、2回目は老人医療センター時代に8年勤務させていただき、私の医師としての基礎は全てこの板橋の地で得ることができました。

東京時代の資料を眺めていて、1枚の写真に目が止まりました。写真には養育院講堂、左奥に旧病院、右奥に旧研究所が写っていますが、私にはバレーボールのネットの向こうにこの景色が見えています。当時の都庁には養育院局があり、そこに板橋キャンパス施設群だけでなく、東村山、千葉、伊豆山などの施設が属していました。毎年5月頃に養育院局全体で、親睦バレーボール大会（9人制）が行われていました。私の記憶では60チームほどの参戦があり、大会は写真のグランドで行われました。

4月ごろになると、病院内の熱心なチームは夕方このグランドで練習を開始しました。6西チームも負けずと、泥まみれになり、膝を擦り剥いたりしながら、毎日暗くなるまで練習をしました。当時院内で強いチームはリハビリと、血液内科でした。男性が多いリハビリチームは常に優勝候補でした。一方血液内科チームの中心は、もと東大バレー部であった三輪哲義先生でした。三輪先生は中衛センターで、毎回強烈なスパイクを打ち込んでこられました。血液内科チームは優勝も経験した強いチームで、6西チームは強くはありませんでしたが、練習の成果で何とか満足する成績をあげることもありました。

この練習や試合の中で、多くの職種間の交流ができ、病院全体の連携や雰囲気がとても良かったことを覚えています。この頃は養育院附属病院が新病院になって10年目頃で、病院として成熟してきた時期でした。

老人医療はチーム医療であり、そのチーム連携の基礎が自然にできていたと思います。自分には昨日のことのようですが、もう40年前のことです。

現在私は長崎県内の老人病院の管理職として地域医療に携わっています。病院という組織は多くの人の気持ちの集合体です。病院の雰囲気は多くの人の間で自然に醸成されるもので、工夫が難しいものです。昔を思い出しながら院内のチーム連携の雰囲気作りに努めて行きたいと思っています。

阿部弘樹
衆議院議員・医学博士

私が前身の東京都老人医療センターに在籍したのは、昭和63年6月から平成2年3月までの研修医時代です。熊本大学医学部を卒業したばかり、当時養育院附属病院出身の岡部紘明博士が、熊大病院臨床検査医学講座教授に就任されたばかりで、熊大第二内科高月清教授と2人の推薦により、研修医時代を過ごさせて頂きました。当時の病院長は東大名誉教授豊倉康夫博士、血液内科森真由美先生を中心に感染症科稲松孝思先生、外科黒岩厚二郎先生、麻酔科目黒先生に臨床指導頂きました。後半の1年は、森真由美先生の指導のもと、臨床治療はもとより骨髄診断や病理解剖結果と臨床診断カンファレンス参加など、振り返ると充実した研修医時代を過ごしました。当時のスタッフは、森先生、黒沢晋一郎先生、川上睦美先生、熊川寿郎先生、平井真希子先生、堤久先生と最高の布陣。クリーンルームを備え、化学療法と感染症対応で忙しく過ごしたことを覚えています。熊大高月教授は、成人T細胞白血病の発見者。臨床講義でも多くの患者さんに触れていました。老人医療センターに80歳代貧血を主訴とする九州出身の女性が入院。軽度の歩行障害が認められました。末梢血像に異形リンパ球が見られ、HTLV−1抗体陽性。歩行障害を神経内科に相談し、HAM(HTLV−1関連脊髄症)と診断し、豊倉院長回診で褒めて頂いたことを覚えています。森先生には、研究発表もご指導頂き、臨床血液1990；31 1868−1871「ATLと思われる皮膚の悪性リンパ種を伴った多発性骨髄腫」を発表させて頂きました。バレーボール同好会にもお誘い頂き東京都局職員大会で、第3位になったことがよい思い出です。外科の研修医伊藤先生、織間先生とも楽しい時間を過ごしました。都老人医療センターを離れた後は、熊大大学院に進学し、高月教授、岡部教授の指導のもと血液学を研究し、院2年で米国血液学会雑誌「Blood」に論文掲載されウィーン大学へ2年間政府招聘留学致しました。院修了後は、厚生省課長補佐、39歳で地元津屋崎町長、福岡県議3期を経て昨年10月、日本維新の会衆議院議員に当選し、総務委員会、法務委員会、災害対策特別委員会に所属しています。臨床医学のスタートをご指導頂き心から感謝致します。

東京都養育院付属病院時代の思い出
−老年学情報センターの誕生まで−

後藤久夫
元養育院附属病院医事課　司書

医事課の飛び地―図書・カルテ室

昭和46年(1970)、既存の病院を700床規模の病院に改築し、併せて老人総合研究所を開設し、来るべき高齢化社会に備えるということになり、昭和47年(1972)4月に「養育院」に採用されました。

初めて新築の研究所棟に入り、4階に行き、図書室と掲示のある扉を開けてみました。すると、そこには約百坪ほどの部屋がガランとあり、隣接してコンクリートを少しばかり厚く盛ってある30坪ほどの書庫もありました。そこには既に二人の女性(相原弘子さん、宮下ツルさん)がいて、カルテを床の上に並べ、ダンボールに座って、何やら作業をしています。図書と診療録等(カルテ)の整理・利用を同じ部屋・組織にすることなど、全く想定もしていませんでした。

図書室は、発令された原課とは1階と4階とに離ればなれで、日常的に課長の指示を受けたり、相談をしたりすることもできないような、飛び地であるということも理解できました。

セットアップに向けて
―先進的病院の見学―

まず、なんとか図書・カルテ室の形だけは整えないことには、自分達が執務する場所や文具、什器すらもありません。用度係長のところに行きましたが、こちらもオープンのための準

備で大忙し。それでも何もわからないので、困っていますと泣きを入れたところ、とにかく夏までに図書室をオープンできるようにしましょうといってくれました。

次が業務の組み立てです。院内で指導してくれないのなら外に求める以外に方法はありません。図書室関係では聖路加国際病院、虎ノ門病院、国立第二病院、佼成病院、厚生年金病院、それと国立がんセンター図書館、カルテ関係では聖路加国際病院と東京警察病院等を紹介してもらい、教えを請いました。

図書予算―雲散霧消した書籍購入費

図書室には、外国の専門雑誌や書籍類が必要になります。ここの図書室の運営は「研究所と病院で共通に必要となる図書室については、予算及び運営の面で両施設の共同管理とする」と計画段階で合意されていました。そのため、外国雑誌の購読数は、臨床医学のみならず、基礎医学、生物・医学系、更には生化学系も含め200種近く、その金額は約1千万円余で、当時、新設された医科系単科大学の図書館に匹敵するほどでした。予算は十分に用意してあると何度もいわれてはいたものの、医療機器(材)の初度調弁の中で雲散霧消してしまったのか？辞書や辞典類を多少とも買った程度でした。それ以外では、各種の書架やキャレルデスクなど図書館什器を配置したりして、とにかく7月にはオープンにこぎつけました。

図書・カルテ室の業務量の増加

病棟が段階的に開くにつれ、院内での各種会合(臨床病理検討会、臨床検討会など)も定例的に開催され、併せて各科のカンファレンス、読書会なども活発になってきました。院長回診が終ると、若い先生が3、4人必ずメモを手にして、「これあるかなー」と聞いてきます。そこには村上病院長の手慣れた万年筆の文字で、参考文献が幾つか書いてありました。所蔵を調べて、ないことがわかると「よかったー、これでゲンコウ(村上元孝院長の愛称)さんに追及されなくて済む」などと不埒なことをいっていました。こんなところにも村上先生の厳しさが垣間見られるようでした。

図書室の運営は、記述したように、病院と研究所の共用となっていたので、研究所が逐次開室して研究員が増えるにつれ、当然のことながら利用者は増えました。

老年学情報センターの設立

研究所の4階でスタートした図書・カルテ室も独立棟の建設となりました。ただこれは研究所の財団法人化にともなうスペースの等積交換というのが表向きの理由で、それ以上の説明は何もありませんでした。

そうした中、ある日突然、本院の施設課だったと思いますが「研究所4階代替施設(案)」のような紙を用意して、こういう建物を作るからと意見を聞きにきました。当方は、事情を呑み込めないまま、こちらの希望を伝え、何回かやりとりした結果、それなりに満足のいく図面になりました。

ただ相変わらず建物の名称が付いていない状況だったので、“養育院構内の案内板”にも名前がない建物なんて、後で困りますよと働きかけ「老年学情報センター」という名称を付けさせてもらいました。この名称は、養育院内には、医師以外にも沢山の専門職(特に当時は病院内に看護教育課もありましたし、多くのリハビリテーション職員、コ・メディカル職員、福祉指導など)がいて、情報ニーズが旺盛だったこと。その一方、開設以来、研究所では、特に非実験系の研究室では先行研究の調査を兼ねて沢山の書籍を購入していたにも関わらず、それらの書籍の多くの文化系大学の研究室のように囲い込まれてしまっていたことから、それらを広くなった書庫や閲覧室、会議室などを持つ「老年学情報センター」に集約し、利用できるようにすれば、大きな教育資源になると考えました。

更にその頃から、社会的にも老人・高齢化問題に対する関心も高まって来たことから、マスコミやオピニオンリーダー等へも情報提供し、高齢化社会への理解を深めてもらうような機能をもたせられるものならと思い、付けたものでした。ただ、建物は作っても、人は勿論のこと、予算も増やしてもらえるわけではないので、せめてもの思いとして「老人医療センターのあり方について」(昭和63年(1988)12月、老人医療センター発行、19Pに“教育機関としてのあり方”)にその思いを載せてもらいました。

臨床研修病院

私が入都した昭和47年(1972)当時、医師の育成については、戦後、長く続いたインターン制度が、大学紛争の後、昭和43年(1968)に廃止となり、新たに臨床研修制度が創設され、数年後でした。昭和47年の開院時から村上病院長は「勉強する病院、勉強ができる病院にすることが僕の役割」とおっしゃっていましたし、亀山副院長は医学系単科大学の図書館ほどの資料費に私がびっくりした様子を見せると、「その程度で勉強してくれれば、安いもんですよ」とおっしゃったのが、印象に残っています。なお、老人医療センターは、昭和62年に「病院群による臨床研修を行う病院」として認定を受けたと、「開設20年史」には出ております。

一方、適切かつ直接的な指導を院内で得られない私は、主として都内の主要民間病院(入都したてに見学

した病院等）で図書室業務に関わる人達と昭和55（1976）年に病院図書室研究会を結成し、自主的な勉強会や研修会を開く一方、関西地方で結成された研究会などと連携し、日本病院会にある病院内の各職能グループ研究会の一つに「図書室部会」を位置付けてもらうなど、働きかけをしました。こうした活動の結果は、平成16年（2004）から始まることになった新医師臨床研修制度の「臨床研修病院の指定基準及び指定基準の運用のうち、第一　施設、人員等に関する基準の9　研究、研修に必要な施設、図書、雑誌の整備及び病歴管理が十分に行われていること、研究、研修活動が活発に行われていること」の規定などに多少は反映できたものと思います。

伏線の生き方

入都して10年、どんな組織でも中堅ともなれば、一応、将来への展望などを考えるもの、私も例外ではありませんでした。ただ“士や師”でなければ病院内の管理職にはなれないこと、また当時は司書職の多い教育庁との人事交流はほとんどなかつたので、庁内の昇任試験を受けることにし、昭和62年（1987）に合格し、翌年には、養育院を去ることになりました。

合格したら即、“事務屋”となり、文字通りの四十の手習い同然で、それなりの苦労はありました。都庁人生の約30年間のうち、前半の15年を養育院という1局1課の中で過ごし、後半の15年は5局7か所ほどを都庁の管理職として過ごしました。

特に最後に望んで行った職場、都立中央図書館では、「国民のがん情報不足感の解消に向けた「患者視点情報」のデータベース構築とその活用・影響に関する研究（代表；中山健夫先生）」の活動の中で知り合った東京医科歯科大学図書館の石井保志さんと一緒に「闘病記文庫」を設置しました。これは一般都民を対象とした医療情報についてのサービスモデルで、間違いなく養育院時代の知識・経験を元にしたものであり、私なりに司書職としての専門性を貫いたものとなりました。こうした伏線の生き方ができたのも、都庁ならではなのかもしれません。

養育院記念講堂　撮影時期不明
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

渋沢栄一銅像の移転工事
1982（昭和57）年
（東京都健康長寿医療センター所蔵）

第 4 章　資 料

1 統計

外来患者数の推移

年度（西暦）	外来延患者数	初診再掲	1日当り
昭和47年度（1972）	37,336	－	196
昭和48年度（1973）	69,586	－	234
昭和49年度（1974）	79,123	－	307
昭和50年度（1975）	94,597	－	365
昭和51年度（1976）	107,526	－	372
昭和52年度（1977）	121,151	－	393
昭和53年度（1978）	126,323	－	412
昭和54年度（1979）	132,589	－	417
昭和55年度（1980）	141,953	10,829	479
昭和56年度（1981）	153,724	10,513	518
昭和57年度（1982）	158,012	10,752	532
昭和58年度（1983）	161,198	11,270	541
昭和59年度（1984）	161,522	10,298	546
昭和60年度（1985）	176,245	7,768	593
昭和61年度（1986）	192,266	7,156	650
昭和62年度（1987）	201,098	7,189	675
昭和63年度（1988）	210,905	7,022	715
平成 元年度（1989）	214,912	7,270	729
平成 2年度（1990）	218,470	6,492	746
平成 3年度（1991）	221,801	6,477	749
平成 4年度（1992）	224,435	7,010	758
平成 5年度（1993）	22,956	8,124	779
平成 6年度（1994）	236,949	9,451	803
平成 7年度（1995）	241,143	8,729	817
平成 8年度（1996）	247,358	7,751	847
平成 9年度（1997）	246,644	7,463	839
平成10年度（1998）	266,452	9,181	903
平成11年度（1999）	279,076	10,273	946
平成12年度（2000）	277,442	13,366	944
平成13年度（2001）	277,553	14,673	947
平成14年度（2002）	246,239	15,610	838
平成15年度（2003）	243,487	14,960	825
平成16年度（2004）	220,626	14,143	793
平成17年度（2005）	220,721	13,055	751
平成18年度（2006）	215,821	14,416	734
平成19年度（2007）	211,005	13,757	718
平成20年度（2008）	197,483	13,041	674
平成21年度（2009）	196,672	11,950	671
平成22年度（2010）	200,359	12,135	681
平成23年度（2011）	206,835	13,405	701
平成24年度（2012）	208,334	13,456	711
平成25年度（2013）	201,059	14,193	703
平成26年度（2014）	220,759	14,781	753
平成27年度（2015）	235,697	15,966	801
平成28年度（2016）	238,896	15,298	815
平成29年度（2017）	238,600	15,907	814
平成30年度（2018）	235,248	16,029	808
令和 元年度（2019）	230,199	16,162	794
令和 2年度（2020）	205,600	15,231	699
令和 3年度（2021）	217,026	17,873	741

（－）：データなし
初診：初診料算定患者数
昭和47年～昭和56年：「東京都養育院附属病院―最近10年のあゆみ」
（但し、1日当たり外来患者数は「東京都老人医療センター36年の軌跡」より）
昭和49年～昭和54年：昭和54年度医事業務統計
昭和55年～令和3年度：各年度の年報
昭和55年～令和3年度：各年度の年報

新規予約患者数の推移

年度（西暦）	患者数（人）					比率（%）			
	60歳未満	60-69歳	70-79歳	80歳以上	計	60歳未満	60-69歳	70-79歳	80歳以上
昭和47年度（1972）	850	481	612	155	2,098	40.5	22.9	29.2	7.4
昭和48年度（1973）	905	645	683	217	2,450	36.9	26.3	27.9	8.9
昭和49年度（1974）	1,329	975	1,082	312	3,698	35.9	26.4	29.3	8.4
昭和50年度（1975）	1,508	1,091	1,215	356	4,170	36.2	26.2	29.1	8.5
昭和51年度（1976）	1,378	1,012	1,251	414	4,055	34.0	25.0	30.8	10.2
昭和52年度（1977）	1,474	988	1,199	392	4,053	36.3	24.4	29.6	9.7
昭和53年度（1978）	1,385	941	1,055	395	3,776	36.7	24.9	27.9	10.5
昭和54年度（1979）	1,451	1,084	1,212	497	4,244	34.2	25.5	28.6	11.7
昭和55年度（1980）	1,463	1,181	1,487	568	4,699	31.1	25.1	31.7	12.1
昭和56年度（1981）	1,310	1,090	1,457	645	4,502	29.1	24.2	32.4	14.3
昭和57年度（1982）	1,335	999	1,464	611	4,409	30.3	22.6	33.2	13.9
昭和58年度（1983）	1,182	1,019	1,411	649	4,216	27.7	23.9	33.1	15.2
昭和59年度（1984）	982	990	1,428	715	4,115	23.9	24.0	34.7	17.4
昭和60年度（1985）	1,026	1,059	1,411	794	4,041	23.9	24.7	32.9	18.5
昭和61年度（1986）	840	915	1,367	671	3,793	22.1	24.1	36.0	17.7
昭和62年度（1987）	738	886	1,300	714	3,638	20.3	24.4	35.7	19.6
昭和63年度（1988）	846	958	1,254	669	3,727	22.7	25.7	33.6	18.0
平成 元年度（1989）	1,013	896	1,203	678	3,790	26.7	23.6	31.7	18.0
平成 2年度（1990）	1,119	978	1,276	793	4,166	26.9	23.5	30.6	19.0
平成 3年度（1991）	987	990	1,186	727	3,890	25.4	25.4	30.5	18.7
平成 4年度（1992）	798	851	1,087	633	3,369	23.7	25.2	32.3	18.8
平成 5年度（1993）	759	947	1,072	628	3,406	22.3	27.8	31.5	18.4
平成 6年度（1994）	665	1,250	1,567	812	4,294	15.5	29.1	36.5	18.9
平成 7年度（1995）	622	1,013	1,289	796	3,720	16.7	27.2	34.7	21.4
平成 8年度（1996）	600	1,045	1,415	949	4,009	15.0	26.1	35.3	23.7
平成 9年度（1997）	556	1,141	1,567	1,040	4,304	12.9	26.5	36.4	24.2
平成10年度（1998）	676	1,487	2,035	1,277	5, 4	12.3	27.2	37.2	23.3
平成11年度（1999）	778	1,492	2,288	1,349	5,907	13.2	25.3	38.7	22.8
平成12年度（2000）	932	1,560	2,602	1,653	6,747	13.8	23.1	38.6	24.5
平成13年度（2001）	1,064	1,813	2,882	1,87.1	7,630	13.9	23.8	37.8	24.5
平成14年度（2002）	1,123	1,803	3,200	1,995	8,121	13.8	22.2	39.4	24.6
平成15年度（2003）	1,029	1,691	2,896	2,087	7,703	13.4	22.0	37.6	27.1
平成16年度（2004）	891	1,543	2,991	2,180	7,605	11.7	20.3	39.3	28.7
平成17年度（2005）	976	1,553	2,861	2,159	7,549	12.9	20.6	37.9	28.6
平成18年度（2006）	954	1,455	2,763	2,238	7,410	12.9	19.6	37.3	30.2
平成19年度（2007）	978	1,441	2,512	2,134	7,065	13.8	20.4	35.6	30.2
平成20年度（2008）	935	1,281	2,256	1,943	6,415	14.6	20.0	35.2	30.3
平成21年度（2009）	894	1,229	2,045	1,863	6,031	14.8	20.4	33.9	30.9
平成22年度（2010）	991	1,299	2,110	1,776	6,176	16.0	21.0	34.2	28.8
平成23年度（2011）	1,552	1,536	2,443	2,022	7,553	20.5	20.3	32.3	26.8
平成24年度（2012）	2,233	1,590	2,463	2,294	8,580	26.0	18.5	28.7	26.7
平成25年度（2013）	2,147	996	1,096	1,047	5,286	40.6	18.8	20.7	19.8
平成26年度（2014）	1,852	683	827	937	4,299	43.1	15.9	19.2	21.8
平成27年度（2015）	2,498	752	746	883	4,879	51.2	15.4	15.3	18.1
平成28年度（2016）	1,845	568	631	790	3,834	48.1	14.8	16.5	20.6
平成29年度（2017）	2,082	584	628	851	4,145	5.02	14.1	15.2	.20.5
平成30年度（2018）	1,924	774	1,034	1,095	4,827	39.9	16.0	21.4	22.7
令和 元年度（2019）	1,697	1,331	2,478	2,288	7,794	21.8	17.1	31.81	29.4
令和 2年度（2020）	1,904	1,085	2,074	2,000	7,063	27.0	15.4	29.4	28.3
令和 3年度（2021）	2,044	1,163	2,243	2,367	7,817	26.1	14.9	28.7	30.3

昭和48年～53年：施設利用者を除外した数値
昭和47年～昭和53年：「東京都養育院附属病院―最近10年のあゆみ」
昭和54年：昭和54年度医事業務統計

救急患者数の推移

年度（西暦）	総数(人)	再掲								
		患者数(人)			比　率(%)			休日		
		入院	救急車	時間外	入院	救急車	時間外	時間内（昼）	時間外（夜間）	計
昭和47年度（1972）	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
昭和48年度（1973）	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
昭和49年度（1974）	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
昭和50年度（1975）	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
昭和51年度（1976）	466	126	—	299	27.0	—	64.1	59		59
昭和52年度（1977）	623	162	75	316	26.0	12.0	50.7	65		65
昭和53年度（1978）	433	113	68	280	26.1	15.7	64.7	48		48
昭和54年度（1979）	1,357	326	176	248	24.0	13.0	18.3	117	31	148
昭和55年度（1980）	1,672	1,312	325	388	78.5	19.4	23.2	136	90	226
昭和56年度（1981）	2,109	1,438	405	572	68.1	19.2	39.8	201	181	382
昭和57年度（1982）	2,213	1,479	381	692	66.2	17.2	46.8	275	233	508
昭和58年度（1983）	2,128	1,523	372	497	71.6	17.4	23.4	474	163	637
昭和59年度（1984）	2,229	1,530	483	597	68.6	21.7	26.8	401	213	614
昭和60年度（1985）	2,529	1,487	326	644	58.8	12.9	25.5	203	148	351
昭和61年度（1986）	2,940	1,502	380	732	51.1	12.9	24.9	245	165	410
昭和62年度（1987）	2,916	1,524	332	842	52.2	11.4	28.9	198	162	360
昭和63年度（1988）	3,773	2,137	808	1,070	56.6	21.4	28.4	289	230	519
平成　元年度（1989）	3,689	2,095	608	1,114	56.8	16.5	30.2	257	240	497
平成　2年度（1990）	3,267	1,792	518	1,031	54.9	15.9	31.6	259	204	463
平成　3年度（1991）	2,790	1,209	434	927	43.3	15.6	33.2	266	174	440
平成　4年度（1992）	2,577	1,125	606	859	43.7	23.5	33.3	279	165	444
平成　5年度（1993）	2,395	1,087	551	815	45.4	23.0	34.0	256	191	447
平成　6年度（1994）	3,173	1,499	793	1,024	47.2	25.0	32.3	291	221	512
平成　7年度（1995）	3,780	1,678	953	1,198	44.4	25.2	31.7	228	220	448
平成　8年度（1996）	4,301	2,150	1,214	1,433	50.0	28.2	33.3	354	263	617
平成　9年度（1997）	4,447	2,462	1,336	1,516	55.4	30.0	34.1	346	303	649
平成10年度（1998）	5,195	2,689	1,701	1,813	51.8	32.7	34.9	548	385	933
平成11年度（1999）	6,117	3,558	2,271	2,350	58.2	37.1	38.4	666	420	1,086
平成12年度（2000）	7,323	4,578	2,750	2,834	62.5	37.6	38.7	657	502	1,159
平成13年度（2001）	7,839	4,812	3,273	3,560	61.4	41.8	45.4	812	570	1,382
平成14年度（2002）	8,221	5,155	3,525	4,206	62.7	42.9	51.2	816	687	1,503
平成15年度（2003）	8,700	5,406	3,918	4,483	62.1	45.0	51.5	895	658	1,553
平成16年度（2004）	8,294	4,821	3,458	3,918	58.1	41.7	47.2	894	553	1,447
平成17年度（2005）	8,059	4,714	3,596	4,239	58.1	44.6	52.6	758	678	1,436
平成18年度（2006）	8,672	4,373	3,534	4,473	50.4	40.8	51.6	878	632	1,510
平成19年度（2007）	8,174	4,031	3,357	4,388	49.3	41.1	53.7	858	676	1,534
平成20年度（2008）	7,802	3,872	3,258	4,203	49.6	41.8	53.9	733	628	1,361
平成21年度（2009）	7,305	3,444	2,906	3,754	47.1	39.8	51.4	616	641	1,257
平成22年度（2010）	6,607	3,105	2,618	3,388	47.0	39.6	51.3	595	470	1,065
平成23年度（2011）	7,365	3,587	2,971	3,657	48.7	40.3	49.7	647	564	1,211
平成24年度（2012）	8,012	3,799	3,447	4,333	47.4	43.0	54.1	786	720	1,508
平成25年度（2013）	7,974	3,507	3,434	4,521	44.0	43.1	56.7	833	712	1,545
平成26年度（2014）	9,200	4,293	3,986	5,560	46.7	43.3	60.4	924	985	1,909
平成27年度（2015）	10,102	4,709	4,371	5,990	46.6	43.3	59.3	915	943	1,858
平成28年度（2016）	9,860	4,492	4,399	5,744	45.6	44.6	58.3	902	990	1,892
平成29年度（2017）	10,218	4,697	4,497	6,021	46.0	44.0	58.9	971	73	1,944
平成30年度（2018）	9,782	4,558	4,247	5,193	46.6	43.4	53.1	934	928	1,862
令和　元年度（2019）	9,667	4,338	4,143	5,549	44.9	42.9	57.4	940	889	1,829
令和　2年度（2020）	8,683	3,689	3,575	4,690	42.5	41.2	54.0	684	697	1,381
令和　3年度（2021）	10,339	4,413	4,333	6,036	42.7	41.9	58.4	755	845	1,600

※（　　）は年度内の比率(%)である。

(—):データなし
昭和51年～53年:「東京都養育院附属病院―最近10年のあゆみ」
昭和54年:昭和54年度医事業務統計
昭和55年～令和3年度:各年度の年報

入退院患者数の推移

年度（西暦）	入院	退院 生存退院	退院 死亡	退院 計
昭和47年度（1972）	738	468	159	627
昭和48年度（1973）	1,204	917	244	1,161
昭和49年度（1974）	1,534	1,227	226	1,453
昭和50年度（1975）	1,893	1,588	310	1,898
昭和51年度（1976）	2,134	1,810	295	2,105
昭和52年度（1977）	2,377	2,085	292	2,377
昭和53年度（1978）	2,166	1,869	326	2,195
昭和54年度（1979）	2,819	2,441	351	2,792
昭和55年度（1980）	3,126	2,675	413	3,088
昭和56年度（1981）	3,361	2,941	393	3,334
昭和57年度（1982）	3,566	3,104	446	3,550
昭和58年度（1983）	3,728	3,273	431	3,704
昭和59年度（1984）	3,967	3,546	455	4,001
昭和60年度（1985）	3,987	3,536	435	3,971
昭和61年度（1986）	4,153	3,697	445	4,142
昭和62年度（1987）	4,125	3,726	430	4,156
昭和63年度（1988）	4,516	4,026	442	4,468
平成 元年度（1989）	4,616	4,205	444	4,649
平成 2年度（1990）	4,311	4,063	393	4,456
平成 3年度（1991）	3,860	3,522	351	3,873
平成 4年度（1992）	3,664	3,320	332	3,652
平成 5年度（1993）	3,789	3,446	328	3,774
平成 6年度（1994）	4,692	4,147	402	4,549
平成 7年度（1995）	5,196	4,806	390	5,196
平成 8年度（1996）	5,861	5,380	464	5,844
平成 9年度（1997）	6,135	5,686	426	6,112
平成10年度（1998）	7,085	6,668	440	7,108
平成11年度（1999）	8,550	8,032	522	8,554
平成12年度（2000）	9,712	9,242	515	9,757
平成13年度（2001）	10,063	9,551	542	10,093
平成14年度（2002）	10,069	10,511	531	11,042
平成15年度（2003）	11,587	11,065	541	11,606
平成16年度（2004）	11,067	10,527	522	11,049
平成17年度（2005）	11,373	10,913	471	11,384
平成18年度（2006）	10,648	10,193	507	10,700
平成19年度（2007）	9,978	9,507	447	9,954
平成20年度（2008）	9,346	8,916	470	9,386
平成21年度（2009）	8,816	8,916	405	9,321
平成22年度（2010）	9,013	8,609	414	9,023
平成23年度（2011）	9,150	8,760	414	9,174
平成24年度（2012）	9,494	9,098	396	9,494
平成25年度（2013）	9,569	9,145	447	9,592
平成26年度（2014）	11,576	11,112	456	11,568
平成27年度（2015）	13,053	12,512	517	13,029
平成28年度（2016）	13,179	12,642	539	13,181
平成29年度（2017）	13,135	12,680	566	13,246
平成30年度（2018）	12,605	12,105	534	12,639
令和 元年度（2019）	12,470	11,934	500	12,434
令和 2年度（2020）	10,552	10,132	443	10,575
令和 3年度（2021）	11,337	10,786	525	11,311

昭和47年～昭和53年：「東京都養育院附属病院―最近10年のあゆみ」
昭和54年：昭和54年度医事業務統計
昭和55年～令和3年度：各年度の年報

病床利用率の推移

年度（西暦）	延入院患者数（人）	病床利用率（%）	
		予算定床	実稼動病床
昭和47年度（1972）	133,162	64.7	96.1
昭和48年度（1973）	151,706	65.1	94.0
昭和49年度（1974）	180,533	74.7	94.6
昭和50年度（1975）	189,460	78.3	92.5
昭和51年度（1976）	195,792	77.0	90.4
昭和52年度（1977）	205,237	79.9	86.5
昭和53年度（1978）	150,847	58.7	78.9
昭和54年度（1979）	197,853	77.0	81.2
昭和55年度（1980）	202,103	78.8	83.5
昭和56年度（1981）	220,569	87.9	90.3
昭和57年度（1982）	227,945	88.8	91.2
昭和58年度（1983）	229,478	89.2	91.5
昭和59年度（1984）	230,882	90.0	92.3
昭和60年度（1985）	231,833	90.3	93.2
昭和61年度（1986）	233,671	91.1	93.5
昭和62年度（1987）	236,450	91.9	94.3
昭和63年度（1988）	234,450	91.3	93.7
平成 元年度（1989）	235,046	91.6	94.0
平成 2年度（1990）	224,573	90.4	91.4
平成 3年度（1991）	178,757	92.9	94.6
平成 4年度（1992）	176,875	91.7	93.2
平成 5年度（1993）	180,106	91.5	93
平成 6年度（1994）	218,293	88.7	92.3
平成 7年度（1995）	237,109	92.9	94.3
平成 8年度（1996）	245,196	97.2	97.3
平成 9年度（1997）	245,154	99.2	97.0
平成10年度（1998）	250,243	99.2	97.0
平成11年度（1999）	243,125	96.1	94.0
平成12年度（2000）	236,746	93.9	91.7
平成13年度（2001）	221,742	91.9	89.8
平成14年度（2002）	226,917	90.0	87.9
平成15年度（2003）	217,686	86.1	84.1
平成16年度（2004）	208,652	88.5	86.4
平成17年度（2005）	218,025	92.5	90.2
平成18年度（2006）	207,477	88.0	85.9
平成19年度（2007）	211,153	89.3	87.2
平成20年度（2008）	198,613	86.4	85.0
平成21年度（2009）	184,179	-	88.7
平成22年度（2010）	182,937	-	88.2
平成23年度（2011）	178,414	-	85.7
平成24年度（2012）	175,572	-	84.5
平成25年度（2013）	160,888	-	79.7
平成26年度（2014）	162,276	-	80.8
平成27年度（2015）	173,510	-	86.2
平成28年度（2016）	175,503	-	87.4
平成29年度（2017）	172,483	-	85.9
平成30年度（2018）	175,011	-	87.2
令和 元年度（2019）	167,020	-	83.0
令和 2年度（2020）	141,327	-	78.5
令和 3年度（2021）	144,738	-	86.7

（ー）：データなし
昭和47年～昭和53年：「東京都養育院附属病院―最近10年のあゆみ」
昭和54年：昭和54年度医事業務統計
昭和55年～令和3年度：各年度の年報

平均在院日数の推移

年度（西暦）	一般病棟	精神科	眼科(再掲)	リハビリ(再掲)	病院全体
昭和47年度（1972）	―	―	―	―	105.0
昭和48年度（1973）	―	―	―	―	94.0
昭和49年度（1974）	―	―	―	―	89.0
昭和50年度（1975）	―	―	―	―	102.0
昭和51年度（1976）	内科系:128.9 外科系:47.1	―	―	―	92.3
昭和52年度（1977）	内科系:112.1 外科系:51.3	―	―	―	86.3
昭和53年度（1978）	内科系:88.7 外科系:40.3	―	―	―	71.2
昭和54年度（1979）	内科系:81.8 外科系:49.1	―	―	―	69.7
昭和55年度（1980）	内科系:70.7 外科系:50.7	―	―	107.3	65.0
昭和56年度（1981）	内科系:72.8 外科系:48.7	―	―	114.6	65.9
昭和57年度（1982）	内科系:68.1 外科系:51.2	―	―	105.2	64.1
昭和58年度（1983）	内科系:66.2 外科系:47.8	―	―	113.8	61.8
昭和59年度（1984）	内科系:62.3 外科系:43.9	―	―	111.4	58.0
昭和60年度（1985）	内科系:62.2 外科系:45.1	―	―	110.3	58.3
昭和61年度（1986）	内科系:58.5 外科系:43.7	―	―	129.3	56.3
昭和62年度（1987）	内科系:58.1 外科系:49.0	―	―	114.6	57.1
昭和63年度（1988）	内科系:53.1 外科系:45.2	―	―	101.7	52.1
平成 元年度（1989）	内科系:52.0 外科系:42.8	―	―	110.8	50.7
平成 2年度（1990）	内科系:54.7 外科系:39.5	―	―	98.2	51.2
平成 3年度（1991）	内科系:49.6 外科系:35.7	―	―	102.3	46.2
平成 4年度（1992）	内科系:50.5 外科系:39.2	―	―	114.4	48.4
平成 5年度（1993）	内科系:49.2 外科系39.3	―	―	109.7	47.6
平成 6年度（1994）	内科系:50.2 外科系:37.0	―	―	91.7	47.2
平成 7年度（1995）	内科系:49.1 外科系:35.2	―	―	86.4	45.6
平成 8年度（1996）	内科系:44.5 外科系33.5	―	―	74.9	41.9
平成 9年度（1997）	内科系:42.8 外科系:32.0	―	―	65.9	40.0
平成10年度（1998）	内科系:36.9 外科系:28.9	―	―	76.7	35.3
平成11年度（1999）	内科系:29.8 外科系:23.3	―	―	61.6	28.4
平成12年度（2000）	内科系:25.7 外科系:19.6	―	―	56.0	24.3
平成13年度（2001）	内科系:24.4 外科系:18.3	―	―	52.4	23.0
平成14年度（2002）	19.9	39.4	4.1	47.7	20.5
平成15年度（2003）	18.1	46.0	4.1	47.3	18.8
平成16年度（2004）	18.1	50.2	3.9	48.7	18.9
平成17年度（2005）	18.5	50.9	4	46	19.2
平成18年度（2006）	17.9	36.6	3.2	44.9	18.4
平成19年度（2007）	19.5	48.0	3.3	45.6	20.2
平成20年度（2008）	19.7	43.5	2.8	49.2	20.2
平成21年度（2009）	19.2	51.7	2.1	46.8	19.9
平成22年度（2010）	18.7	41.6	2.0	51.1	19.3
平成23年度（2011）	17.9	38.6	1.8	42.5	18.5
平成24年度（2012）	17.0	36.5	1.8	48.0	17.5
平成25年度（2013）	15.1	32.7	1.7	48.4	15.8
平成26年度（2014）	12.3	31.6	0.9	37.5	13.0
平成27年度（2015）	11.7	30.6	0.9	29.8	12.3
平成28年度（2016）	11.4	32.0	1.0	24.9	12.3
平成29年度（2017）	10.9	34.5	1.0	17.8	12.1
平成30年度（2018）	11.7	32.3	1.0	26.7	12.9
令和 元年度（2019）	11.2	29.9	1.1	26.8	12.4
令和 2年度（2020）	11.1	34.1	1.0	21.2	12.4
令和 3年度（2020）	10.7	38.5	1.0	17.5	11.8

（―）:データなし
昭和47年～昭和53年:「東京都養育院附属病院―最近10年のあゆみ」
昭和54年:昭和54年度医事業務統計
昭和55年～令和3年度:各年度の年報

入院患者の年齢別内訳の推移

年度（西暦）	患者数(人)					比率(%)				平均年齢(歳)		
	60歳未満	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計	60歳未満	60～69歳	70～79歳	80歳以上	男	女	計
昭和47年度（1972）	60	154	342	182	738	8.1	20.9	46.3	24.7	74.2	76.5	75.5
昭和48年度（1973）	123	279	500	302	1,204	10.2	23.2	41.5	25.1	74.4	74.6	74.6
昭和49年度（1974）	214	344	637	339	1,534	14.0	22.4	41.5	22.1	71.1	74.1	—
昭和50年度（1975）	234	416	830	413	1,893	12.4	22.0	43.8	21.8	—	—	—
昭和51年度（1976）	248	499	944	443	2,134	11.6	23.4	44.2	20.8	71.1	74.1	—
昭和52年度（1977）	230	542	1,080	525	2,377	9.7	22.8	45.4	22.1	76.8	73.7	—
昭和53年度（1978）	232	443	913	578	2,166	10.7	20.5	42.1	26.7	72.3	73.9	—
昭和54年度（1979）	288	580	1,210	741	2,819	10.2	20.6	42.9	26.3	70.9	73.6	72.4
昭和55年度（1980）	289	662	1,363	812	3,126	9.2	21.2	43.6	26.0	71.6	75.0	73.4
昭和56年度（1981）	281	688	1,523	869	3,361	8.4	20.5	45.3	25.8	72.3	73.5	73.0
昭和57年度（1982）	373	610	1,523	1,000	3,566	10.5	18.8	42.7	28.0	68.3	73.7	71.2
昭和58年度（1983）	351	717	1,583	1,077	3,728	9.4	19.2	42.5	28.9	72.0	73.9	73.1
昭和59年度（1984）	305	714	1,759	1,189	3,967	7.7	18.0	44.3	30.0	72.6	74.4	73.6
昭和60年度（1985）	322	671	1,787	1,207	3,987	8.1	16.8	44.8	30.3	73.0	74.8	74.0
昭和61年度（1986）	306	699	1,831	1,317	4,153	7.4	16.8	44.1	31.7	73.7	74.6	74.2
昭和62年度（1987）	235	695	1,774	1,421	4,125	5.7	16.8	43.0	34.5	74.5	75.4	75.0
昭和63年度（1988）	273	780	1,838	1,625	4,516	6.0	17.3	40.7	36.0	74.8	75.2	75.0
平成 元年度（1989）	277	783	1,901	1,655	4,616	6.0	17.0	41.2	35.8	74.5	75.7	75.2
平成 2年度（1990）	223	724	1,816	1,548	4,311	5.2	16.8	42.1	35.9	74.9	76.1	75.6
平成 3年度（1991）	239	614	1,539	1,468	3,860	6.2	15.9	38.9	38.0	75.2	76.0	75.7
平成 4年度（1992）	210	630	1,424	1,400	3,644	5.7	17.2	38.9	38.2	74.6	76.5	75.7
平成 5年度（1993）	178	634	1,540	1,437	3,789	4.7	16.7	40.7	37.9	75.1	76.5	75.9
平成 6年度（1994）	162	800	1,866	1,864	4,692	3.5	17.1	39.7	39.7	75.6	77.1	76.5
平成 7年度（1995）	173	873	2,047	2,103	5,196	3.3	16.8	39.4	40.5	75.9	77.1	76.6
平成 8年度（1996）	210	962	2,291	2,398	5,861	3.6	16.4	39.1	40.9	75.7	77.1	76.5
平成 9年度（1997）	180	1,000	2,483	2,472	6,135	2.9	16.3	40.5	40.3	75.7	77.7	76.8
平成10年度（1998）	228	1,165	2,915	2,777	7,085	3.2	16.4	41.1	39.2	75.7	77.4	76.7
平成11年度（1999）	303	1,385	3,518	3,349	8,550	3.2	16.4	41.1	39.2	75.5	77.4	76.7
平成12年度（2000）	353	1,325	3,966	4,069	9,712	3.6	13.5	40.8	41.9	75.2	77.8	76.7
平成13年度（2001）	336	1,404	4,122	4,201	10,063	3.3	14.0	41.0	41.7	75.4	78	76.8
平成14年度（2002）	372	1,437	4,632	4,628	11,069	3.4	13.0	41.8	41.8	75.6	78.1	77.0
平成15年度（2003）	380	1,506	4,617	5,084	11,067	3.3	13.0	41.0	41.7	75.7	78.6	77.3
平成16年度（2004）	315	1,424	4,375	4,953	11,067	2.8	12.9	39.5	44.8	76.2	78.6	77.5
平成17年度（2005）	330	1,344	4,468	5,251	11,373	2.9	11.7	39.3	47.5	76.2	78.9	77.7
平成18年度（2006）	274	1,090	4,225	5,059	10,648	2.6	10.2	40.3	47.5	76.6	79.2	78.1
平成19年度（2007）	279	1,076	4,024	4,599	9,978	2.8	10.8	40.3	46.1	76.6	79.0	77.9
平成20年度（2008）	250	1,082	3,612	4,402	9,346	2.7	11.6	38.6	47.1	76.3	79.0	77.8
平成21年度（2009）	252	972	3,088	4,504	8,816	2.9	11.0	35.0	51.1	76.4	80.0	79.3
平成22年度（2010）	316	1,063	3,233	4,399	9,011	3.5	11.8	35.9	48.8	76.3	79.3	77.9
平成23年度（2011）	300	1,085	3,242	4,523	9,150	3.3	11.9	35.4	49.4	76.4	79.3	78
平成24年度（2012）	305	1,085	3,178	4,860	9,488	3.2	12.1	33.5	51.2	76.6	79.5	78.2
平成25年度（2013）	356	1,145	3,326	4,693	9,552	3.7	12.3	34.8	49.1	76.5	79.5	78.1
平成26年度（2014）	501	1,177	4,117	5,650	11,576	4.3	11.3	35.6	48.8	76.5	79.3	78.0
平成27年度（2015）	669	1,308	4,428	6,418	13,053	5.1	11.8	33.9	49.2	76.1	79.3	77.8
平成28年度（2016）	723	1,538	4,163	6,538	13,179	5.5	13.3	31.6	49.6	76.3	78.9	77.7
平成29年度（2017）	767	1,755	4,297	6,450	13,135	5.8	12.3	32.7	49.1	76.2	79.1	77.7
平成30年度（2018）	716	1,621	4,062	6,333	12,605	5.7	11.9	32.2	50.2	76.2	79.4	77.9
令和 元年度（2019）	823	1,494	4,229	6,200	12,470	6.6	9.8	33.9	49.7	76.3	79.4	77.9
令和 2年度（2020）	779	1,218	3,496	5,190	10,552	7.4	10.3	33.1	49.2	75.6	79.1	77.4
令和 3年度（2021）	1,136	1,274	3,506	5,421	11,337	10.0	11.2	30.9	47.8	73.8	78.9	76.4

（—）：データなし

昭和47年～昭和53年：「東京都養育院附属病院―最近10年のあゆみ」

昭和54年：昭和54年度医事業務統計

昭和55年～令和3年度：各年度の年報

手術件数の推移

年度（西暦）	手術	緊急手術
昭和47年度（1972）	298	ー
昭和48年度（1973）	680	ー
昭和49年度（1974）	766	ー
昭和50年度（1975）	883	27
昭和51年度（1976）	994	74
昭和52年度（1977）	1,076	91
昭和53年度（1978）	1,047	73
昭和54年度（1979）	1,273	96
昭和55年度（1980）	1,326	232
昭和56年度（1981）	1,591	223
昭和57年度（1982）	1,525	198
昭和58年度（1983）	1,571	244
昭和59年度（1984）	1,563	242
昭和60年度（1985）	1,525	233
昭和61年度（1986）	1,536	283
昭和62年度（1987）	1,318	220
昭和63年度（1988）	1,349	256
平成 元年度（1989）	1,364	195
平成 2年度（1990）	1,346	120
平成 3年度（1991）	1,233	99
平成 4年度（1992）	1,185	97
平成 5年度（1993）	1,116	91
平成 6年度（1994）	1,415	125
平成 7年度（1995）	1,735	108
平成 8年度（1996）	1,841	118
平成 9年度（1997）	2,090	91
平成10年度（1998）	2,586	115
平成11年度（1999）	2,894	152
平成12年度（2000）	2,985	164
平成13年度（2001）	2,966	173
平成14年度（2002）	3,049	149
平成15年度（2003）	3,042	167
平成16年度（2004）	3,023	108
平成17年度（2005）	3,115	118
平成18年度（2006）	3,275	131
平成19年度（2007）	2,932	137
平成20年度（2008）	2,986	166
平成21年度（2009）	3,064	173
平成22年度（2010）	3,357	157
平成23年度（2011）	3,382	142
平成24年度（2012）	3,573	176
平成25年度（2013）	3,744	167
平成26年度（2014）	4,068	219
平成27年度（2015）	4,307	237
平成28年度（2016）	4,683	204
平成29年度（2017）	4,666	228
平成30年度（2018）	4,663	206
令和 元年度（2019）	5,163	248
令和 2年度（2020）	4,199	215
令和 3年度（2021）	4,315	194

年報 部門別業務状況 手術・麻酔件数
→ 手術件数総計と再掲緊急手術総計より作成

決算状況　［歳入］

東京都 老人医療センター 年度（西暦）	総収入(円) (A+B+C)	医療費収入(円) A	その他収入(円) B	一般財源充当額(円) C
昭和47年度 (1972)	1,552,680,000	531,806,000	1,675,000	1,019,199,000
昭和48年度 (1973)	2,286,963,000	834,694,000	962,000	1,451,307,000
昭和49年度 (1974)	3,021,690,000	1,572,965,000	646,000	1,448,079,000
昭和50年度 (1975)	3,793,992,000	2,146,511,000	855,000	1,646,626,000
昭和51年度 (1976)	4,445,562,000	2,480,319,000	1,967,000	1,963,276,000
昭和52年度 (1977)	4,820,065,000	2,698,863,000	1,752,000	2,119,450,000
昭和53年度 (1978)	5,006,243,000	2,776,903,000	2,837,000	2,226,503,000
昭和54年度 (1979)	5,571,699,000	3,202,623,000	7,126,000	2,361,950,000
昭和55年度 (1980)	6,075,790,000	3,487,478,000	19,119,000	2,569,193,000
昭和56年度 (1981)	6,690,625,000	3,919,082,000	20,063,000	2,751,480,000
昭和57年度 (1982)	6,883,541,000	4,279,530,000	23,035,000	2,580,976,000
昭和58年度 (1983)	7,222,764,000	4,473,281,000	26,893,000	2,722,590,000
昭和59年度 (1984)	7,531,269,000	4,841,516,000	42,997,000	2,646,756,000
昭和60年度 (1985)	7,776,619,000	5,117,393,000	54,763,000	2,604,463,000
昭和61年度 (1986)	7,873,795,000	5,459,591,000	67,151,000	2,347,053,000
昭和62年度 (1987)	8,044,607,000	5,830,408,000	63,600,000	2,150,599,000
昭和63年度 (1988)	8,418,429,000	5,808,627,000	68,402,000	2,541,400,000
平成 元年度 (1989)	9,019,545,000	6,159,746,000	82,254,000	2,777,545,000
平成 2年度 (1990)	9,388,164,000	6,176,319,000	74,556,000	3,137,289,000
平成 3年度 (1991)	9,294,664,000	5,516,536,000	138,321,000	3,639,807,000
平成 4年度 (1992)	9,818,949,000	5,615,403,000	80,737,000	4,122,809,000
平成 5年度 (1993)	9,902,793,000	5,643,964,000	85,887,000	4,172,942,000
平成 6年度 (1994)	11,010,493,000	6,818,429,000	96,136,000	4,095,928,000
平成 7年度 (1995)	11,504,417,000	7,084,604,000	100,367,000	4,319,446,000
平成 8年度 (1996)	12,056,768,000	7,768,780,000	87,623,000	4,200,365,000
平成 9年度 (1997)	12,129,284,000	7,919,417,000	89,814,000	4,120,053,000
平成10年度 (1998)	12,326,774,000	8,519,658,000	96,389,000	3,710,727,000
平成11年度 (1999)	12,632,052,000	9,358,645,000	155,535,000	3,117,872,000
平成12年度 (2000)	12,400,674,000	10,093,906,000	167,201,000	2,139,567,000
平成13年度 (2001)	12,334,219,000	10,232,362,000	157,808,000	1,944,049,000
平成14年度 (2002)	12,190,818,000	9,700,149,000	150,750,000	2,339,919,000
平成15年度 (2003)	11,767,200,000	9,591,639,000	261,016,000	1,914,545,000
平成16年度 (2004)	11,777,725,000	9,072,568,000	178,056,000	2,527,101,000
平成17年度 (2005)	11,466,352,000	9,438,141,000	161,455,000	1,866,756,000
平成18年度 (2006)	11,630,970,000	8,870,849,000	157,693,000	2,602,428,000
平成19年度 (2007)	11,816,879,000	9,227,418,000	144,750,000	2,444,711,000
平成20年度 (2008)	11,794,733,000	7,487,831,000	154,610,000	4,152,292,000

地方独立行政法人 東京都 健康長寿医療センター 年度（西暦）	総収入(円) (A+B+C+D)	医療費収入(円) A	運営費負担金(円) B	新型コロナウイルス感染症関連補助金 等(円) C	運営費交付金・その他収入(円) D
平成21年度 (2009)	16,061,443,000	9,282,262,000	2,537,148,000	0	4,242,033,000
平成22年度 (2010)	18,607,510,000	9,978,353,000	2,972,156,000	0	5,657,001,000
平成23年度 (2011)	20,706,587,000	10,302,419,000	2,364,489,000	0	8,039,679,000
平成24年度 (2012)	25,642,877,000	10,931,107,000	2,293,696,000	0	12,418,074,000
平成25年度 (2013)	21,253,423,000	10,868,007,000	2,358,163,000	0	8,027,253,000
平成26年度 (2014)	16,520,820,000	11,316,417,000	2,368,162,000	0	2,836,241,000
平成27年度 (2015)	17,799,711,000	12,691,819,000	2,519,144,000	0	2,588,748,000
平成28年度 (2016)	18,813,386,000	13,000,531,000	2,852,670,000	0	2,960,185,000
平成29年度 (2017)	19,673,964,000	13,304,015,000	2,802,900,000	0	3,567,049,000
平成30年度 (2018)	19,173,292,000	13,347,021,000	2,597,441,000	0	3,228,830,000
令和 元年度 (2019)	18,653,706,000	13,069,153,000	2,583,970,000	1,991,000	2,998,592,000
令和 2年度 (2020)	20,918,149,000	12,145,503,000	2,793,754,000	1,881,239,384	4,097,652,616
令和 3年度 (2021)	23,976,923,000	13,693,668,000	2,760,506,000	3,808,115,236	3,714,633,764

●平成21年度以降は、研究部門(旧東京都老人総合研究所)や経営部門を含む数値となっており、地方独立行政法人化以前(平成20年度以前)とは異なる集計条件によって各項目の数値を記載しています。

●新型コロナウイルス感染症関連補助金 等は、内部管理している集計条件による数値のため、他施設等が公表する数値と定義が一致しない可能性があります。

●新型コロナウイルス感染症関連補助金 等は、人件費相当額以外も含めた数値となっています。

決算状況　［歳出］

東京都 老人医療センター 年度（西暦）	総支出(円) D	人件費(円) E	人件費比率(%) (E／(A+B))	収支比率(%) ((A+B)／D)
昭和47年度（1972）	1,552,680,000	898,856,000	168.5	34.4
昭和48年度（1973）	2,286,963,000	1,317,699,000	157.7	36.5
昭和49年度（1974）	3,021,690,000	1,715,844,000	109.0	52.1
昭和50年度（1975）	3,793,992,000	2,203,096,000	102.6	56.6
昭和51年度（1976）	4,445,562,000	2,663,808,000	107.3	55.8
昭和52年度（1977）	4,820,065,000	2,784,144,000	103.1	56.0
昭和53年度（1978）	5,006,243,000	2,894,204,000	104.1	55.5
昭和54年度（1979）	5,571,699,000	3,066,536,000	95.5	57.6
昭和55年度（1980）	6,075,790,000	3,257,177,000	92.9	57.7
昭和56年度（1981）	6,690,625,000	3,514,859,000	89.2	58.9
昭和57年度（1982）	6,883,541,000	3,910,101,000	90.9	62.5
昭和58年度（1983）	7,222,764,000	4,114,214,000	91.4	62.3
昭和59年度（1984）	7,531,269,000	4,306,820,000	88.2	64.9
昭和60年度（1985）	7,776,619,000	4,438,811,000	85.8	66.5
昭和61年度（1986）	7,873,795,000	4,472,829,000	80.9	70.2
昭和62年度（1987）	8,044,607,000	4,522,060,000	76.7	73.3
昭和63年度（1988）	8,418,429,000	4,699,791,000	80.0	69.8
平成 元年度（1989）	9,019,545,000	5,037,883,000	80.7	69.2
平成 2年度（1990）	9,388,164,000	5,325,659,000	85.2	66.6
平成 3年度（1991）	9,294,664,000	5,341,507,000	94.5	60.8
平成 4年度（1992）	9,818,949,000	5,641,912,000	99.0	58.0
平成 5年度（1993）	9,902,793,000	5,816,532,000	101.5	57.9
平成 6年度（1994）	11,010,493,000	6,498,572,000	94.0	62.8
平成 7年度（1995）	11,504,417,000	6,664,156,000	92.8	62.5
平成 8年度（1996）	12,056,768,000	6,725,505,000	85.6	65.2
平成 9年度（1997）	12,129,284,000	6,719,458,000	83.9	66.0
平成10年度（1998）	12,326,774,000	6,808,281,000	79.0	69.9
平成11年度（1999）	12,632,052,000	6,533,951,000	68.7	75.3
平成12年度（2000）	12,400,674,000	6,350,096,000	61.9	82.7
平成13年度（2001）	12,334,219,000	6,379,864,000	61.4	84.2
平成14年度（2002）	12,190,818,000	6,390,993,000	64.9	80.8
平成15年度（2003）	11,767,200,000	6,161,208,000	62.5	83.7
平成16年度（2004）	11,777,725,000	6,199,028,000	67.0	78.5
平成17年度（2005）	11,466,352,000	6,077,950,000	63.3	83.7
平成18年度（2006）	11,630,970,000	6,221,997,000	68.9	77.6
平成19年度（2007）	11,816,879,000	6,352,287,000	67.8	79.3
平成20年度（2008）	11,794,733,000	6,164,887,000	80.7	64.8

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 年度（西暦）	総支出(円) (E+F)	医業支出(円) E	その他支出(円) F	医業人件費(円) G	※医業人件費比率(%)	※医業収支比率(%)
平成21年度（2009）	13,522,181,000	10,297,508,000	3,224,673,000	5,787,181,000	49.0	114.8
平成22年度（2010）	16,213,420,000	10,900,513,000	5,312,907,000	5,898,193,000	45.5	118.8
平成23年度（2011）	17,649,867,000	10,998,302,000	6,651,565,000	5,987,642,000	47.3	115.2
平成24年度（2012）	29,102,466,000	11,480,123,000	17,622,343,000	6,343,265,000	48.0	115.2
平成25年度（2013）	23,006,586,000	11,797,384,000	11,209,202,000	6,753,360,000	51.1	112.1
平成26年度（2014）	15,706,928,000	11,550,214,000	4,156,714,000	6,970,254,000	50.9	118.5
平成27年度（2015）	16,593,723,000	12,227,464,000	4,366,259,000	6,981,087,000	45.9	124.4
平成28年度（2016）	18,047,869,000	12,762,811,000	5,285,058,000	7,060,001,000	44.5	124.2
平成29年度（2017）	18,799,433,000	13,321,988,000	5,477,445,000	7,385,599,000	45.9	120.9
平成30年度（2018）	19,536,192,000	14,656,132,000	4,880,060,000	7,846,818,000	49.2	108.8
令和 元年度（2019）	19,224,508,000	15,239,971,000	3,984,537,000	7,884,885,000	50.4	102.7
令和 2年度（2020）	19,909,113,000	15,005,629,000	4,903,484,000	7,891,603,000	46.9	112.1
令和 3年度（2021）	20,492,186,000	15,346,894,000	5,145,292,000	8,144,176,000	40.2	132.0

※医業人件費比率(%)･･･(G／(A+B+C))

※医業収支比率(%)･･･((A+B+C)/E)

●平成21年度以降は、研究部門(旧東京都老人総合研究所)や経営部門を含む数値となっており、地方独立行政法人化以前(平成20年度以前)とは異なる集計条件によって各項目の数値を記載しています。

診療実績の推移

年度（西暦）	入院			外来		
	入院 診療実績(円)	入院 診療単価(円)	年間延入院 患者数(人)	外来 診療実績(円)	外来 診療単価(円)	年間延外来 患者数(人)
昭和47年度（1972）	ー	3,873	133,162	ー	2,231	57,982
昭和48年度（1973）	ー	5,390	151,706	ー	2,751	69,586
昭和49年度（1974）	ー	8,289	180,553	ー	3,659	90,789
昭和50年度（1975）	ー	9,565	189,460	ー	4,458	108,421
昭和51年度（1976）	ー	10,239	195,792	ー	4,959	110,489
昭和52年度（1977）	ー	10,708	205,237	ー	5,365	116,793
昭和53年度（1978）	ー	13,106	150,847	ー	6,224	122,403
昭和54年度（1979）	2,641,302,080	13,350	195,647	747,762,680	6,042	123,771
昭和55年度（1980）	2,727,787,580	13,497	202,103	879,968,850	6,199	141,953
昭和56年度（1981）	3,222,550,740	14,610	220,569	856,371,520	5,571	153,724
昭和57年度（1982）	3,452,253,560	15,145	227,945	905,992,530	5,734	158,012
昭和58年度（1983）	3,638,197,480	15,854	229,478	999,454,920	6,200	161,198
昭和59年度（1984）	3,763,436,820	16,300	230,882	1,091,611,690	6,758	161,522
昭和60年度（1985）	4,012,644,010	17,308	231,833	1,205,001,920	6,837	176,245
昭和61年度（1986）	4,256,187,370	18,214	233,671	1,387,439,360	7,216	192,266
昭和62年度（1987）	4,294,388,160	18,162	236,450	1,553,141,620	7,723	201,098
昭和63年度（1988）	4,297,007,630	18,349	234,181	1,611,911,890	7,643	210,905
平成 元年度（1989）	4,427,524,230	18,837	235,046	1,793,255,500	8,343	214,912
平成 2年度（1990）	4,309,991,440	19,191	224,573	1,882,197,730	8,615	218,470
平成 3年度（1991）	3,548,194,730	19,849	178,757	2,006,418,910	9,046	221,801
平成 4年度（1992）	3,875,573,170	21,922	176,875	1,863,542,890	8,303	224,435
平成 5年度（1993）	3,894,653,690	21,624	180,106	1,743,031,720	7,613	228,956
平成 6年度（1994）	4,908,369,990	22,485	218,293	1,685,912,160	7,115	236,949
平成 7年度（1995）	5,457,351,160	23,016	237,109	1,649,687,880	6,841	241,143
平成 8年度（1996）	6,123,423,790	24,974	245,196	1,683,484,290	6,806	247,358
平成 9年度（1997）	6,264,939,270	25,555	245,154	1,683,923,290	6,827	246,644
平成10年度（1998）	6,781,108,400	27,098	250,243	1,729,897,770	6,492	266,452
平成11年度（1999）	7,474,238,350	30,742	243,125	1,913,020,290	6,855	279,076
平成12年度（2000）	8,066,063,510	34,071	236,746	2,051,472,060	7,394	277,442
平成13年度（2001）	8,055,689,890	34,761	231,742	2,222,146,890	8,006	277,553
平成14年度（2002）	7,662,247,170	33,767	226,917	2,049,881,610	8,325	246,239
平成15年度（2003）	7,637,567,370	35,085	217,686	1,991,726,740	8,180	243,487
平成16年度（2004）	7,248,876,600	34,741	208,652	1,876,957,280	8,049	233,191
平成17年度（2005）	7,543,164,870	34,598	218,025	1,921,205,270	8,704	220,721
平成18年度（2006）	7,028,237,130	33,875	207,477	1,889,826,980	8,756	215,821
平成19年度（2007）	7,282,124,190	34,448	211,153	1,950,904,020	9,246	211,005
平成20年度（2008）	7,106,979,010	35,783	198,612	1,891,214,390	9,576	197,487
平成21年度（2009）	7,166,213,610	38,909	184,179	2,003,903,450	10,189	196,672
平成22年度（2010）	7,758,472,970	42,410	182,938	2,127,962,870	10,621	200,359
平成23年度（2011）	7,944,388,000	44,528	178,414	2,264,964,670	10,951	206,835
平成24年度（2012）	8,494,364,370	48,381	175,572	2,393,638,890	11,489	208,334
平成25年度（2013）	8,221,413,440	51,000	160,888	2,172,448,622	10,805	201,059
平成26年度（2014）	8,675,188,973	53,459	162,276	2,336,455,984	10,584	220,759
平成27年度（2015）	9,460,489,954	54,524	173,510	2,582,284,331	10,956	235,697
平成28年度（2016）	9,673,230,826	55,517	175,503	2,703,737,211	11,318	238,896
平成29年度（2017）	9,792,870,815	56,776	172,483	2,912,001,911	12,205	238,600
平成30年度（2018）	9,756,599,040	55,748	175,011	2,958,704,346	12,577	235,249
令和 元年度（2019）	9,573,420,217	57,319	167,020	2,952,492,904	12,826	230,199
令和 2年度（2020）	8,740,270,817	61,844	141,327	2,882,687,421	14,021	205,600
令和 3年度（2021）	9,680,226,763	66,881	144,738	3,417,878,490	15,749	217,026

（ー）：データなし

昭和47年～昭和53年：「東京都養育院附属病院―最近10年のあゆみ」

昭和54年：昭和54年度医事業務統計

昭和55年～令和3年度：各年度の年報

診療実績の推移　（入院・外来　合計診療実績）

年度（西暦）	入院・外来 合計診療実績(円)	入院診療実績/ 合計診療実績
昭和47年度（1972）	531,806,000	ー
昭和48年度（1973）	834,694,000	ー
昭和49年度（1974）	1,572,965,000	ー
昭和50年度（1975）	2,146,511,000	ー
昭和51年度（1976）	2,480,319,000	ー
昭和52年度（1977）	2,698,863,000	ー
昭和53年度（1978）	2,776,903,000	ー
昭和54年度（1979）	3,389,064,760	0.78
昭和55年度（1980）	3,607,756,090	0.76
昭和56年度（1981）	4,078,922,260	0.79
昭和57年度（1982）	4,358,246,090	0.79
昭和58年度（1983）	4,637,652,400	0.78
昭和59年度（1984）	4,855,048,510	0.78
昭和60年度（1985）	5,217,645,930	0.77
昭和61年度（1986）	5,643,626,730	0.75
昭和62年度（1987）	5,847,529,780	0.73
昭和63年度（1988）	5,908,919,520	0.73
平成 元年度（1989）	6,220,779,730	0.71
平成 2年度（1990）	6,192,189,170	0.70
平成 3年度（1991）	5,554,613,640	0.64
平成 4年度（1992）	5,739,116,060	0.68
平成 5年度（1993）	5,637,685,410	0.69
平成 6年度（1994）	6,594,282,150	0.74
平成 7年度（1995）	7,107,039,040	0.77
平成 8年度（1996）	7,806,908,080	0.78
平成 9年度（1997）	7,948,862,560	0.79
平成10年度（1998）	8,511,006,170	0.80
平成11年度（1999）	9,387,258,640	0.80
平成12年度（2000）	10,117,535,570	0.80
平成13年度（2001）	10,277,836,780	0.78
平成14年度（2002）	9,712,128,780	0.79
平成15年度（2003）	9,629,294,110	0.79
平成16年度（2004）	9,125,833,880	0.79
平成17年度（2005）	9,464,370,140	0.80
平成18年度（2006）	8,918,064,110	0.79
平成19年度（2007）	9,233,028,210	0.79
平成20年度（2008）	8,998,193,400	0.79
平成21年度（2009）	9,170,117,060	0.78
平成22年度（2010）	9,886,435,840	0.78
平成23年度（2011）	10,209,352,670	0.79
平成24年度（2012）	10,888,003,260	0.78
平成25年度（2013）	10,393,862,062	0.79
平成26年度（2014）	11,011,644,957	0.79
平成27年度（2015）	12,042,774,285	0.79
平成28年度（2016）	12,376,968,037	0.78
平成29年度（2017）	12,704,872,726	0.77
平成30年度（2018）	12,715,303,386	0.76
令和 元年度（2019）	12,525,913,121	0.76
令和 2年度（2020）	11,622,958,238	0.75
令和 3年度（2021）	13,098,105,253	0.74

（ー）：データなし
昭和47年～昭和53年：「東京都養育院附属病院―最近10年のあゆみ」
昭和54年：昭和54年度医事業務統計
昭和55年～令和3年度：各年度の年報

職員数の推移　（医師・看護師）

年度（西暦）	常勤医師	常勤歯科医師	研修医(非常勤) 初期研修医	研修歯科医	専門臨床研修医	計	医師総計	看護師	看護助手
昭和47年度 (1972)	66	2	—	—	—	—	68	333	—
昭和48年度 (1973)	72	3	—	—	—	—	75	290	10
昭和49年度 (1974)	98	3	—	—	—	—	101	334	—
昭和50年度 (1975)	98	3	—	—	—	—	102	334	32
昭和51年度 (1976)	99	3	—	—	—	—	102	351	34
昭和52年度 (1977)	99	3	—	—	—	—	102	352	34
昭和53年度 (1978)	99	3	—	—	—	—	102	356	34
昭和54年度 (1979)	99	3	—	—	—	—	102	356	34
昭和55年度 (1980)	99	4	—	—	—	—	103	357	34
昭和56年度 (1981)	100	4	—	—	—	—	104	365	34
昭和57年度 (1982)	101	4	—	—	—	—	105	365	34
昭和58年度 (1983)	101	4	—	—	—	—	105	377	34
昭和59年度 (1984)	101	4	—	—	—	20	125	383	34
昭和60年度 (1985)	101	4	—	—	—	20	125	389	27
昭和61年度 (1986)	101	4	—	—	—	20	125	392	25
昭和62年度 (1987)	101	4	—	—	—	23	128	395	24
昭和63年度 (1988)	101	4	—	—	—	21	126	398	23
平成 元年度 (1989)	101	4	—	—	—	26	131	401	22
平成 2年度 (1990)	97	4	—	—	—	23	124	351	15
平成 3年度 (1991)	101	4	—	—	—	21	126	398	23
平成 4年度 (1992)	97	4	—	—	—	22	123	358	12
平成 5年度 (1993)	97	4	—	—	—	17	126	359	12
平成 6年度 (1994)	101	4	—	—	—	22	127	442	12
平成 7年度 (1995)	101	4	—	—	—	24	129	441	12
平成 8年度 (1996)	101	4	—	—	—	26	131	443	12
平成 9年度 (1997)	101	4	—	—	—	25	130	443	10
平成10年度 (1998)	101	4	—	—	—	24	129	442	8
平成11年度 (1999)	100	4	—	—	—	24(歯科1)	129	442	6
平成12年度 (2000)	100	4	—	—	—	25(歯科1)	130	442	4
平成13年度 (2001)	100	4	—	—	—	24(歯科1)	128	443	3
平成14年度 (2002)	100	4	—	—	—	20(歯科1)	124	442	3
平成15年度 (2003)	100	4	—	—	—	20(歯科1)	124	442	3
平成16年度 (2004)	100	4	8	—	13	22(歯科1)	126	421	0
平成17年度 (2005)	100	4	16	—	16	32	136	415	0
平成18年度 (2006)	100	4	23	1	8	32	136	419	0
平成19年度 (2007)	100	4	20	2	8	30	134	419	0
平成20年度 (2008)	100	4	17	2	8	27	131	429	0
平成21年度 (2009)	95	4	15	2	11	28	127	410	0
平成22年度(2010)	101	4	17	2	8	27	132	398	0
平成23年度 (2011)	98	4	16	2	10	28	139	450	0
平成24年度 (2012)	100	4	17	2	18	37	141	469	0
平成25年度 (2013)	104	4	15	2	18	35	145	487	0
平成26年度 (2014)	106	4	14	1	24	39	149	486	0
平成27年度 (2015)	117	4	18	1	18	37	158	471	0
平成28年度 (2016)	123	4	22	2	24	48	175	464	0
平成29年度 (2017)	122	4	21	2	26	49	175	465	0
平成30年度 (2018)	125	4	20	2	30	52	181	488	0
令和 元年度 (2019)	111	4	20	2	32	54	169	492	0
令和 2年度(2020)	112	4	21	2	34	57	173	495	0
令和 3年度 (2021)	111	4	20	2	35	57	172	509	0

(ー):データなし、但し初期臨床研修医制度は平成16(2004)年4月、研修歯科医制度は平成18(2006)年4月に創設された。当センターは 記録上昭和59年から老年医学の普及のため多くの研修医を受け入れてきていた。

昭和47年～昭和53年:「東京都養育院附属病院―最近10年のあゆみ」より
昭和54年:昭和54年度医事業務統計より
昭和55年～令和3年度:各年度の年報より

平成21年地方独立行政法人開設とともに病院と研究所の事務部門は統合された(平成20年以前の事務職員数は病院のみの数値)

職員数の推移　（医療技術員）

年度（西暦）	医療技術員　その1											
	福祉MSW	心理	言語聴覚士	補装具制作	薬剤師	放射線技師	歯科衛生士	歯科技工士	理学療法士	作業療法士	臨床検査技師	管理栄養士
昭和47年度（1972）	3	2	4	1	10	16	3	1	20		46	4
昭和48年度（1973）	3	2	4	1	10	16	3	1	10	10	46	4
昭和49年度（1974）	3	2	4	1	10	16	3	1	15	10	47	4
昭和50年度（1975）	3	2	4	1	10	16	3	1	15	10	47	4
昭和51年度（1976）	3	2	4	1	10	16	3	1	15	10	47	4
昭和52年度（1977）	3	2	4	1	10	16	3	1	15	10	47	4
昭和53年度（1978）	3	2	4	1	10	16	3	1	15	10	47	4
昭和54年度（1979）	3	2	4	1	10	16	3	1	15	10	47	4
昭和55年度（1980）	3	2	4	1	10	17	3	1	15	10	47	5
昭和56年度（1981）	3	2	4	1	11	17	3	1	15	10	47	5
昭和57年度（1982）	3	2	4	1	11	17	3	1	15	10	47	5
昭和58年度（1983）	3	2	4	1	11	17	3	1	15	10	43	5
昭和59年度（1984）	3	2	4	1	11	17	3	1	17	8	43	5
昭和60年度（1985）	3	2	4	1	11	17	3	1	17	8	43	5
昭和61年度（1986）	3	2	4	1	11	19	3	1	17	8	43	5
昭和62年度（1987）	3	2	4	1	12	21	3	1	17	8	43	5
昭和63年度（1988）	3	2	4	1	12	21	3	1	17	8	43	5
平成　元年度（1989）	3	2	4	1	12	21	3	1	17	8	43	5
平成　2年度（1990）	3	2	4	1	12	21	3	1	17	8	42	5
平成　3年度（1991）	3	2	4	1	12	21	3	1	17	8	43	5
平成　4年度（1992）	3	2	4	1	13	21	3	1	17	8	42	5
平成　5年度（1993）	3	2	4	1	13	21	3	1	17	8	42	5
平成　6年度（1994）	4	2	4	0	14	21	3	1	17	8	42	5
平成　7年度（1995）	4	2	4	0	14	21	3	1	17	8	42	5
平成　8年度（1996）	4	2	4	0	14	21	3	1	17	7	42	5
平成　9年度（1997）	4	2	4	0	14	21	3	1	17	7	42	5
平成10年度（1998）	4	2	4	0	14	21	3	1	17	7	41	5
平成11年度（1999）	4	2	4	0	14	21	3	1	17	7	41	5
平成12年度（2000）	4	2	4	0	14	21	3	1	17	7	41	5
平成13年度（2001）	4	2	4	0	14	21	2	1	16	7	40	5
平成14年度（2002）	4	2	4	0	14	21	2	1	16	6	40	5
平成15年度（2003）	4	2	4	0	14	21	2	1	16	6	40	5
平成16年度（2004）	4	2	4	0	14	21	2	1	16	6	40	5
平成17年度（2005）	4	2	4	0	14	21	2	1	16	6	40	5
平成18年度（2006）	4	2	4		14	21	2	1	16	6	40	5
平成19年度（2007）	4	2	4		14	21	2	1	16	6	40	5
平成20年度（2008）	4	2	3		14	21	2	1	15	6	38	5
平成21年度（2009）	5	2	3		14	20	1	1	13	6	36	4
平成22年度(2010）	5	4	3		17	20	1	1	13	5	41	5
平成23年度（2011）	6	5	4		20	22	1	0	12	6	42	7
平成24年度（2012）	8	6	4		23	25	1	0	14	7	37	7
平成25年度（2013）	11	7	4		28	25	1	0	14	7	37	8
平成26年度（2014）	9	8	4		34	27	2	0	14	7	42	7
平成27年度（2015）	10	9	3		36	29	2	0	16	7	45	7
平成28年度（2016）	9	9	4		36	30	2	0	17	6	43	7
平成29年度（2017）	11	9	5		36	28	2	0	18	8	46	8
平成30年度（2018）	12	10	5		37	29	2	0	18	8	44	8
令和　元年度（2019）	12	10	4		38	30	2	0	17	9	44	8
令和　2年度(2020）	13	12	4		37	31	3	0	14	6	41	8
令和　3年度（2021）	12	10	3		33	30	2	0	17	7	41	7

職員数の推移　（医療技術員ほか）

年度（西暦）	医療技術員　その2					調理士	調理、清掃、用務などの作業	事務	司書	常勤職員総計
	臨床工学技士	視機能訓練士	技能（電気、理工など）	写真	計					
昭和47年度（1972）	0	0	5	1	113	26	ー	54	2	653
昭和48年度（1973）	0	0	5	1	113	26	60	53	2	631
昭和49年度（1974）	0	0	6	1	120	26	ー	53	2	740
昭和50年度（1975）	0	0	6	1	120	26	68	53	2	740
昭和51年度（1976）	0	0	6	1	120	26	68	53	2	760
昭和52年度（1977）	0	0	8	1	122	28	68	53	2	768
昭和53年度（1978）	0	0	8	1	122	28	71	53	2	771
昭和54年度（1979）	0	0	8	1	122	28	71	53	2	771
昭和55年度（1980）	0	0	7	1	123	28	69	53	2	772
昭和56年度（1981）	0	0	7	1	127	28	51	54	2	765
昭和57年度（1982）	0	0	3	1	123	23	51	54	2	757
昭和58年度（1983）	0	0	3	1	119	23	29	48	2	737
昭和59年度（1984）	0	0	1	1	117	23	23	48	2	735
昭和60年度（1985）	0	0	1	1	117	23	12	44	2	719
昭和61年度（1986）	0	0	1	1	119	19	6	44	2	712
昭和62年度（1987）	0	0	1	1	122	19	5	40	2	712
昭和63年度（1988）	0	0	1	1	122	19	5	40	2	714
平成　元年度（1989）	0	0	1	1	122	19	5	37	2	713
平成　2年度（1990）	0	0	1	1	121	18	5	37	2	650
平成　3年度（1991）	0	0	1	1	122	19	5	40	2	714
平成　4年度（1992）	0	0	0	1	121	18	5	35	2	652
平成　5年度（1993）	0	0	0	1	121	18	5	37	2	653
平成　6年度（1994）	0	0	0	1	123	18	5	37	2	743
平成　7年度（1995）	0	0	0	1	121	18	4	37	2	739
平成　8年度（1996）	0	0	1	1	122	18	3	37	2	740
平成　9年度（1997）	0	0	1	1	122	17	3	37	2	737
平成10年度（1998）	0	0	1	1	121	17	3	37	2	733
平成11年度（1999）	0	0	1	1	121	17	3	37	2	729
平成12年度（2000）	0	0	1	1	121	17	1	38	2	727
平成13年度（2001）	0	0	1	1	118	15	1	37	1	721
平成14年度（2002）	0	0	1	1	117	13	1	36	0	716
平成15年度（2003）	0	0	1	1	117	13	1	36	0	716
平成16年度（2004）	0	0	2	1	118	13	1	36	0	693
平成17年度（2005）	0	0	2	0	117	13	1	36	0	686
平成18年度（2006）	0	0	2	0	117	13	1	36	0	690
平成19年度（2007）	0	0	2	0	117	13	1	39	0	693
平成20年度（2008）	0	0	3	0	114	0	0	39	0	676
平成21年度（2009）	5	0	0	0	110	0	0	53	0	672
平成22年度(2010)	6	1	1	0	123	0	0	56	0	682
平成23年度（2011）	7	1	1	0	134	0	0	58	0	744
平成24年度（2012）	6	1	2	0	141	0	0	69	0	783
平成25年度（2013）	11	2	1	0	156	0	0	72	0	823
平成26年度（2014）	12	2	1	0	169	0	0	68	0	833
平成27年度（2015）	14	2	1	0	181	0	0	71	0	844
平成28年度（2016）	14	2	1	0	180	0	0	74	0	845
平成29年度（2017）	14	2	1	0	188	0	0	81	0	860
平成30年度（2018）	16	2	1	0	192	0	0	79	0	888
令和　元年度（2019）	15	2	1	0	192	0	0	87	0	886
令和　2年度(2020)	16	2	1	0	188	0	0	95	0	894
令和　3年度（2021）	17	1	1	0	181	0	0	98	0	903

研究所の実績

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター業務実績に係る参考値一覧
項目12　老年学研究におけるリーダーシップの発揮

年度	共同研究・受託研究・受託事業・学術指導実施件数	研究機関からの研究員・留学生等の受入人数	論文発表数	学会発表数　総数	学会発表数（国際学会での発表数）	研究員一人あたりの学会・論文発表数	科研費新規採択率
平成26	75件	54名	612件	905件	-	16.3件	34.9%
平成27	55件	52名	678件	1,377件	203課題/336件	22.3件	27.0%
平成28	67件	46名	604件	1,431件	198課題/337件	22.1件	37.8%
平成29	56件	34名	805件	1,933件	273課題/493件	28.8件	35.7%
平成30	59件	41名	739件	1,707件	194課題/333件	26.9件	28.8%
令和 元	61件	50名	672件	1,578件	227課題/365件	24.7件	37.9%
令和 2	70件	37名	762件	1,095件	60課題/96件	19.3件	31.9%
令和 3	75件	40名	868件	1,266件	73課題/138件	22.7件	37.6%
令和3目標値	-	-	600件	1,200件	-	-	33.0%

研究所における外部研究費等の受入状況

年度（西暦）	A. 受託研究・共同研究・特例研究（奨学寄附金）・助成金（国庫補助・民間助成）		B. 科研費等計（文科・厚労・その他）		C. 受託事業・学術指導		合計（A+B+C）		常勤研究員1人当たり外部研究費受入額
	件数	金額（千円）	件数	金額（千円）	件数	金額（千円）	件数	金額（千円）	金額（千円）
平成10年（1998）	36	127,207	56	121,600	ー	ー	92	248,807	ー
平成11年（1999）	47	83,958	66	166,200	ー	ー	113	250,158	ー
平成12年（2000）	61	159,386	81	204,100	ー	ー	142	363,486	ー
平成13年（2001）	59	103,445	84	204,100	ー	ー	143	307,545	ー
平成14年（2002）	60	101,654	84	262,885	ー	ー	144	364,539	ー
平成15年（2003）	84	160,311	80	270,822	ー	ー	164	431,133	ー
平成16年（2004）	89	244,619	73	246,504	ー	ー	162	491,123	ー
平成17年（2005）	99	280,236	76	265,705	ー	ー	175	545,941	ー
平成18年（2006）	81	286,378	67	192,500	ー	ー	148	478,878	ー
平成19年（2007）	84	336,165	80	211,218	ー	ー	164	547,383	ー
平成20年（2008）	79	308,218	93	251,296	ー	ー	172	559,514	ー
平成21年（2009）	83	273,247	109	267,376	17	16,265	209	556,888	6,257
平成22年（2010）	65	201,019	132	316,759	21	90,154	218	607,932	6,754
平成23年（2011）	68	182,379	145	350,105	22	78,549	235	611,033	6,500
平成24年（2012）	75	204,884	161	377,707	32	62,656	268	645,247	6,721
平成25年（2013）	75	256,594	153	371,938	27	60,625	255	689,157	7,254
平成26年（2014）	68	194,738	149	379,345	44	96,359	261	670,442	7,209
平成27年（2015）	54	160,550	133	318,013	29	105,107	216	583,670	6,344
平成28年（2016）	80	293,848	150	363,874	40	134,238	270	791,960	8,608
平成29年（2017）	78	316,099	146	390,547	33	261,678	257	968,324	10,192
平成30年（2018）	76	351,841	163	367,363	31	259,166	270	978,370	10,751
令和 元年(2019）	72	284,754	165	419,056	33	279,256	270	983,066	10,802
令和 2年(2020）	68	279,338	199	527,838	43	269,027	310	1,076,203	11,210
令和 3年(2021）	67	211,806	204	579,601	47	272,521	318	1,063,928	11,318

※平成10年から20年にかけて、「C. 受託事業・学術指導」および「研究所常勤研究員1人当たり外部研究資金獲得額」の正確なデータがないため（ー）と記載した。
「C. 受託事業・学術指導」加わると、平成10年から20年にかけての、外部研究費受入総件数および総額（A+B+C）はもう少し高くなると考えられる。

2 老年学・老年医学公開講座 開催実績

回数	年度	開催日	タイトル	会場
1	昭和48	73年 9月13日(木)	百歳老人のプロジェクト研究	養育院講堂
2	昭和49	74年 7月 6日(土)	老年期の高血圧と心臓疾患	板橋区産業文化会館
3		74年10月28日(月)	老後の保健と医療の問題点をさぐる	養育院講堂
4	昭和50	75年 5月17日(土)	老年期の感染疾患と抵抗のしくみ	安田生命ホール
5		75年10月 3日(金)	養護老人ホーム利用者の現状と問題点	都庁第一ホール
6	昭和51	76年 5月29日(土)	老人の住居をめぐる諸問題	安田生命ホール
7		76年10月 1日(金)	リハビリテーションにおける 機能回復訓練の実際	安田生命ホール
8	昭和52	77年 6月15日(水)	積極的な老後生活	安田生命ホール
9		77年11月10日(木)	寝たきり老人の看護と予防	都庁第一ホール
10	昭和53	78年 5月20日(土)	婦人の老後の幸せのために	安田生命ホール
11	昭和54	79年 6月 1日(金)	特別養護老人ホームをめぐる 諸問題と今後のあり方	安田生命ホール
12		79年11月10日(土)	人はなぜとしをとるのか　－老化と寿命の生物学－	朝日生命ホール
13	昭和55	80年 5月21日(水)	老化と能力　－衰えるもの・熟するもの－	安田生命ホール
14		80年11月21日(金)	動脈硬化と老人	安田生命ホール
15	昭和56	81年 5月29日(金)	在宅老人の医療と福祉	安田生命ホール
16		81年11月 5日(木)	脳の動脈硬化を理解するために	安田生命ホール
17	昭和57	82年 5月28日(金)	大都市老人の健康と生活 －K市70歳老人の追跡調査から－	安田生命ホール
18		82年11月10日(水)	老人の心臓病をめぐって	安田生命ホール
19	昭和58	83年 6月 7日(火)	老年期痴呆の科学	安田生命ホール
20		83年12月16日(金)	老化とホルモン	安田生命ホール
21	昭和59	84年 5月25日(金)	ストレスと老化　－心とからだの健康のために－	安田生命ホール
22		84年11月 7日(水)	老人とくすり	朝日生命ホール
23	昭和60	85年 6月 7日(金)	いま老人の食生活を考える　－基礎から実際まで－	安田生命ホール
24		85年11月 8日(金)	健康と運動　－健やかな老い－	安田生命ホール
25	昭和61	86年 6月13日(金)	これからの施設ケアの方向を問う －老人保健施設の制度化をめぐって	朝日生命ホール
26		86年11月21日(金)	老人の骨折　－その予防と治療－	朝日生命ホール
27	昭和62	87年 6月12日(金)	失禁　－その成因と対策－	朝日生命ホール
28		87年11月13日(金)	老人病と免疫　－病気とたたかう体のしくみ－	朝日生命ホール
29	昭和63	88年 6月 3日(金)	老化と白内障	朝日生命ホール
30		88年11月11日(金)	寿命　－過去・現在・未来－	朝日生命ホール
31	平成 元	89年 6月 9日(金)	痴呆はどこまでわかったか	朝日生命ホール
32		89年11月10日(金)	歯と健康と長寿	朝日生命ホール
33	平成 2	90年 6月 5日(火)	健康長寿をめざして　－100歳高齢者の科学－	朝日生命ホール
34		90年11月 2日(金)	年齢とともに変わる脳	朝日生命ホール
35	平成 3	91年 6月 7日(金)	高齢と血圧	朝日生命ホール
特別		91年 9月10日(火)	高齢者の健康と食生活	都庁大会議場
36		91年11月 8日(金)	老後生活への軟着陸	朝日生命ホール
37	平成 4	92年 6月7日(金)	がんと老化	朝日生命ホール
38		92年 9月21日(月)	痴呆性老人の介護をめぐって	安田生命ホール
39		92年11月10日(火)	高齢者の糖尿病	小金井市公会堂
40	平成 5	93年6月4日(金)	脳を視る	朝日生命ホール
41		93年9月7日(火)	人生80年時代　－からだと住まい－	朝日生命ホール
42		93年11月5日(金)	骨は生きている	朝日生命ホール
43	平成 6	94年 6月10日(金)	高齢者と薬　－薬は安全に使いましょう－	国分寺いずみホール
44		94年 9月 7日(水)	健康なくらしと運動 －活動的な老後を過ごすために	朝日生命ホール
45		94年11月11日(金)	在宅高齢者の食と栄養 －健やかな高齢期を過ごすために－	朝日生命ホール
46	平成 7	95年6月9日(金)	高齢者の眼の病気　－よい視力を保つために－	国分寺いずみホール
47		95年9月7日(木)	充実した老後をめざして －高齢者のQOL を考える－	都庁大会議場
48		95年11月20日(月)	動脈硬化と病気	朝日生命ホール
49	平成 8	96年6月21日(金)	あなたの骨は大丈夫ですか －高齢者の骨折を防ぐために－	国分寺いずみホール
50		96年9月9日(月)	いま、在宅ケアを考える	朝日生命ホール
51		96年12月3日(火)	老化の断面をみる －見えない老化がこわい－	朝日生命ホール
52	平成 9	97年6月13日(金)	疾病予防のためのライフスタイルと食生活 －年はとっても、病気にならないために	国分寺いずみホール
53		97年9月19日(金)	老年期における生活の場の選択 新しい施設ケア	朝日生命ホール
54		97年11月14日(金)	痴呆のいろは　その正しい理解と対応	朝日生命ホール

回数	年度	開催日	タイトル	会場
55	平成10	98年6月26日(金)	青壮年とは違う高齢者のがん	国分寺いずみホール
56		98年9月18日(金)	高齢者のためのまち・いえ・道具	朝日生命ホール
57		98年11月27日(金)	お年寄りのコミュニケーションを考える	朝日生命ホール
58	平成11	99年6月25日(金)	生活習慣病としての糖尿病	国分寺いずみホール
59		99年9月17日(金)	中高年からの老化予防 －10年間長期追跡研究－	朝日生命ホール
60		99年11月26日(金)	介護保険のもとでの 福祉サービス・医療サービス	朝日生命ホール
61	平成12	00年6月29日(木)	高齢者の歩行と健康 －歩きつづけていつまでも若々しく－	パルテノン多摩
62		00年9月22日(金)	寿命と遺伝子 －寿命はのばせるのか？ 遺伝子から考える－	朝日生命ホール
特別		00年11月2日(木)	高齢者の歩行と健康 －歩きつづけていつまでも若々しく－	都庁大会議場
63		00年11月25日(土)	中年から老年にかけての豊かな生活 －定年からのお金とくらしと健康－	板橋区文化会館
64	平成13	01年5月24日(木)	痴呆はどこまで防げるか どこまで良くなるか	板橋区文化会館
65		01年9月14日(金)	生きたまま分かる脳の老化 －画像診断の進歩－	千代田公会堂
66		01年11月16日(金)	痴呆はどこまで防げるか どこまで良くなるか	ルネこだいら
67		01年12月14日(金)	パーキンソン病とたたかう	都庁大会議場
68	平成14	02年6月21日(金)	がんの発生と治療の最前線	板橋区文化会館
69		02年7月18日(木)	がんの発生と治療の最前線	調布グリーンホール
70		02年9月27日(金)	あなたの知らないコレステロールの話	朝日生命ホール
71		02年12月4日(金)	高齢者にやさしい住まいを考えよう	きゅりあん大ホール
特別		02年12月9日(月)	痴ほうを地域で支えるために －早期発見、対応、そして予防－	中野サンプラザ
72	平成15	03年5月31日(土)	めざせ介護予防！ －健康で自律した老いの秘訣－	清瀬市民センター
73		03年7月18日(木)	めざせ介護予防！ －健康で自律した老いの秘訣－	江戸川区総合文化センター
74		03年9月27日(金)	がんを治す、傷を治す！ －健康を支える糖鎖－	江戸東京博物館
特別		03年12月1日(月)	良くなる痴呆を見逃さないために －早期診断の意義－	日本教育会館一ツ橋ホール
75		03年12月4日(水)	長寿社会を生き抜く！ －85歳までのコツ、85歳からのコツ－	板橋区文化会館
76	平成16	04年5月18日(火)	高齢者に多い慢性閉塞性肺疾患(COPD) －今からでも遅くない禁煙の勧め－	板橋区文化会館
77		04年9月17日(金)	おっと危ない！ －安全・快適ライフの秘けつ－	タワーホール船堀
78		04年10月28日(木)	知らなかった！筋肉の不思議 －中高年からの暮らしに活かす筋トレ－	江戸東京博物館
79		04年11月8日(月)	めざせ介護予防！2004 －健康で自律した老いの秘訣－	北とぴあ
特別		04年11月15日(金)	三浦家の長寿の秘密を探る －介護予防にむけて－	文京シビックホール
80	平成17	05年7月21日(木)	地域への軟着陸 －退職後も社会参加でイキイキと－	セシオン杉並
81		05年9月27日(火)	あなたの身近な介護予防 －口のケアから足のケアまで－	調布グリーンホール
82		05年10月20日(木)	ゲノムで知る長寿の謎	江戸東京博物館
83		05年11月29日(火)	地域への軟着陸 －退職後も社会参加でイキイキと－	銀座ブロッサム
84		05年12月15日(木)	あなたの身近な介護予防 －口のケアから足のケアまで－	赤羽会館
特別		06年2月1日(水)	高齢期の生き方とメンタリティ	文京シビックホール
特別		06年2月8日(水)	考えよう！認知症にならないまちづくり	大田区民ホールアプリコ
85	平成18	06年7月26日(水)	老化予防のABC －ビタミン摂るならC, D, E－	板橋区文化会館
86		06年9月28日(木)	認知症に強いまちを作ろう！	調布グリーンホール
87		06年10月19日(木)	散歩のための第一歩 －無理せずできる老化予防－	江戸東京博物館
88		06年12月12日(火)	老化予防のABC ビタミン摂るならC, D, E	なかのZEROホール
89		07年1月17日(水)	散歩のための第一歩 －無理せずできる老化予防－	板橋区文化会館
90		07年2月2日(金)	認知症に強いまちを作ろう！	ティアラこうとう
特別		07年2月15日(木)	食生活とサクセスフルエイジング	文京シビックホール
91	平成19	07年7月5日(木)	百寿をめざして脳と心臓を守る －あなたの体質にあった生き方－	板橋区文化会館
92		07年9月5日(水)	介護予防 －健康長寿の第一歩－	北とぴあ
93		07年10月15日(月)	老化予防第三のキーワード！ －栄養、健康、次は社会参加－	タワーホール船堀
特別		07年11月9日(金)	認知症はここまで治せる！防げる！	調布グリーンホール
94		07年12月13日(木)	介護予防 －健康長寿の第一歩－	メルパルクホール
95		08年1月18日(金)	老化予防第三のキーワード！ －栄養、健康、次は社会参加－	杉並公会堂
96		08年2月14日(木)	百寿をめざして脳と心臓を守る －あなたの体質にあった生き方－	ルネこだいら

回数	年度	開催日	タイトル	会場
97	平成20	08年7月10日(木)	もっとよく知る認知症　－最新の診断方法と治療－	文京シビックホール
98		08年9月5日(金)	いつまでも動ける体づくり －老化と筋肉の不思議な関係－	北とぴあ
99		08年10月8日(水)	高齢者の食を考える　－食は体を表す－	調布グリーンホール
100		08年11月20日(木)	身につけよう！長寿社会を生きる知恵 －健康長寿をめざして－	板橋区文化会館
101		08年12月15日(月)	高齢者の食を考える　－食は体を表す－	なかのZEROホール
102		09年 1月23日(金)	いつまでも動ける体づくり －老化と筋肉の不思議な関係－	調布グリーンホール
103	平成21	09年　7月23日(木)	水に流せない話 －出ない！もれる！排尿のトラブル－	練馬文化センター
104		09年　9月　2日(水)	PET(ペット)、パッと見てわかる －健康と病の画像を究める－	北とぴあ
105		09年10月　8日(木)	老いと向き合う　－こころのバランスを大切に－	文京シビックホール
106		09年11月12日(木)	老いと向き合う　－こころのバランスを大切に－	調布市グリーンホール
107		09年12月　8日(火)	PET(ペット)、パッと見てわかる －健康と病の画像を究める－	板橋区立文化会館
108		10年　2月26日(金)	水に流せない話 －出ない！もれる！排尿のトラブル－	調布市グリーンホール
109	平成22	10年　7月　8日(木)	いくつになっても介護予防	練馬文化センター
110		10年　9月　2日(木)	いくつになっても介護予防	北とぴあ
111		10年10月12日(火)	好腎好日(こうじんこうじつ) －腎臓をいたわり、長生きする－	文京シビックホール
112		10年11月24日(水)	世界を広げる知覚 －視る、聴く、味わう喜びをいつまでも－	調布市グリーンホール
113		10年12月14日(火)	世界を広げる知覚 －視る、聴く、味わう喜びをいつまでも－	板橋区立文化会館
114		11年　2月　9日(水)	好腎好日(こうじんこうじつ) －腎臓をいたわり、長生きする－	調布市グリーンホール
115	平成23	11年 7月　8日(金)	介護予防と認知症予防のABC	練馬文化センター
116		11年　9月28日(水)	介護予防と認知症予防のABC	北とぴあさくらホール
117		11年10月25日(火)	記憶の整理学　－昔取った杵柄(きねづか)－	文京シビックホール
118		11年11月16日(水)	健康のための匙加減　－クスリはリスク－	調布市グリーンホール
119		11年12月14日(水)	記憶の整理学　－昔取った杵柄(きねづか)－	調布市グリーンホール
120		12年2月2日(木)	健康のための匙加減　－クスリはリスク－	板橋区立文化会館
121	平成24	12年7月19日(木)	あきらめない介護予防	練馬文化センター大ホール
122		12年9月13日(木)	活性酸素の光と影 －からだのサビは、老化のかなめ－	文京シビックホール大ホール
123		12年10月24日(水)	あきらめない介護予防	北とぴあさくらホール
124		12年11月14日(水)	あなたに合った人生のしめくくりを	調布市グリーンホール大ホール
125		12年12月13日(木)	活性酸素の光と影 －からだのサビは、老化のかなめ－	ルネこだいら大ホール
126		13年2月7日(木)	あなたに合った人生のしめくくりを	板橋区立文化会館大ホール
127	平成25	13年4月27日(土)	認知症の克服に向けて	タワーホール船堀
特別		13年6月20日(木)	新センター開設に伴う記念講演会 今後の高齢者医療と研究について －新センターの目指すもの－	板橋区立文化会館大ホール
128		13年7月25日(木)	あなたならどうする？ 認知機能の衰えを予防する三つの方法	練馬文化センター大ホール
129		13年9月17日(火)	計算された高齢期の身体の鍛え方	文京シビックホール大ホール
130		13年10月29日(火)	あなたならどうする？ 認知機能の衰えを予防する三つの方法	北とぴあさくらホール
131		13年11月20日(水)	計算された高齢期の身体の鍛え方	調布市グリーンホール大ホール
132	平成26	14年7月25日(金)	介護予防は生活習慣の改善から	練馬文化センター大ホール
133		14年9月4日(木)	ヒートショックから熱中症まで －季節変化と健康危機－	板橋区立文化会館大ホール
134		14年10月21日(火)	介護予防は生活習慣の改善から	北とぴあさくらホール
135		14年11月20日(木)	ヒートショックから熱中症まで －季節変化と健康危機－	調布市文化会館たづくり くすのきホール
136		15年1月26日(月)	テロメアから解き明かす高齢者のがん	文京シビックホール大ホール
137		15年3月3日(火)	テロメアから解き明かす高齢者のがん	狛江エコルマホール
138	平成27	15年5月29日(金)	ヒトの老化に挑戦する再生医学	練馬文化センター大ホール
139		15年9月11日(金)	紹介します！　高齢者にやさしい最新医療	板橋区立文化会館大ホール
140		15年11月2日(月)	医療と介護の今を支える最先端テクノロジー	北とぴあさくらホール
141		16年1月19日(火)	認知症にやさしいコミュニティ	文京シビックホール大ホール
142	平成28	16年5月31日(火)	これだ！　健康長寿の食生活	練馬文化センター大ホール
143		16年9月12日(月)	薬のイロハ！　これを聞けばあなたも薬博士	文京シビックホール大ホール
144		16年11月16日(水)	今日からできる！サルコペニア・フレイル予防法　－筋力低下と虚弱を防ぐ－	北とぴあさくらホール
145		17年1月20日(金)	105歳まで生きるには	板橋区立文化会館大ホール

回数	年度	開催日	タイトル	会場
146	平成29	17年6月2日(金)	認知症、でも大丈夫	練馬文化センター大ホール
147		17年10月3日(火)	高齢期こころ豊かに －百寿者からのメッセージ－	文京シビックホール大ホール
148		17年11月29日(水)	健康長寿に必要なビタミンC！D！K！	北とぴあさくらホール
149		18年2月5日(月)	がんになっても 寿命をまっとうできる時代がきた	板橋区立文化会館大ホール
150	平成30	18年5月30日(水)	ストップ！　その生活習慣は本当に大丈夫？	練馬文化センター大ホール
151		18年9月6日(木)	ご存知ですか？　健康長寿新ガイドライン ポイントを押さえて！あなたも健康長寿	文京シビックホール大ホール
152		18年11月28日(水)	『フレイル』ってなに？　－自立した老後を過ごすための予防診断、対策－	北とぴあさくらホール
153		19年1月25日(金)	自分で気付く・家族で守る －認知症と向き合うために－	板橋区立文化会館大ホール
154	令和　元	19年5月29日(水)	今、筋肉が熱い！？ －あなたの知らない筋肉の世界－	練馬文化センター大ホール
155		19年10月2日(水)	認知症、こうすれば予防できる！？	文京シビックホール大ホール
156		19年11月20日(水)	ここまでわかった！　高齢者がんの予防と治療	北とぴあさくらホール
157		20年1月29日(水)	腎臓を守って、認知症を予防！ めざせ、健康長寿！	板橋区立文化会館大ホール
	令和　2	開催無し		
158	令和　3	21年9月12日(日)	コロナ禍でも元気にすごす －感染を防止し健康を保つ秘訣とは－	YouTubeライブ配信
159		21年11月12日(金)撮影	食べて、祈って、耕して －食と寺院と農園が創る認知症共生社会－	YouTubeオンライン配信
160		22年1月26日(水)	あなたの息切れは肺の病気でしょうか？ 高血圧症や弁膜症による心不全かもしれません	板橋区立文化会館大ホール
161	令和　4	22年7月1日(金)	健康長寿の秘訣！ フレイル予防を学びましょう！	YouTubeオンライン配信
162		22年10月3日(月)	認知症医療の現場は今 －進化する診断・治療・共生－	YouTubeオンライン配信
163		22年11月25日(金)	認知機能の最先端基礎研究 －病理・嗅覚・糖鎖からわかること－	北とぴあさくらホール
164		23年1月24日(火)	消化器がんの健診から内科的治療、 外科的治療、研究の最前線まで	板橋区立文化会館大ホール

編集委員会

	鳥羽研二	理事長
	許　俊鋭	センター長
病院部門	原田和昌	副院長
	荒木　厚	副院長
	時村文秋	副院長
	岩切理歌	総合内科・高齢診療科
	金澤伸郎	外科
	金丸晶子	リハビリテーション科
	増田義重	臨床検査科
	新井富生	病理診断科
	太田日出	看護部長
	加納江利子	副看護部長
	髙岡祐子	臨床工学科
研究部門	重本和宏	副所長（自然科学系）
	粟田主一	副所長（社会科学系）
	石神昭人	老化制御研究チーム
	三浦ゆり	老化機構研究チーム
	遠藤昌吾	老化脳神経科学研究チーム
	堀田晴美	老化脳神経科学研究チーム
	石井賢二	神経画像研究チーム
	藤原佳典	社会参加と地域保健研究チーム
	金　憲経	自立促進と精神保健研究チーム
	石崎達郎	福祉と生活ケア研究チーム
事務部門	越阪部剛	事務部長
	多賀谷章生	総務課　契約管財係
編集委員会 事務局	井藤英喜	名誉理事長　■編集委員長■
	石神昭人	老化制御研究チーム
	稲松孝思	顧問医
	吉澤聖子	総務課　広報担当
	有間桃子	総務課　広報担当
	小林美恵	総務課　広報担当
	西　葵	総務課　広報担当
	宮本 孝一	老年学情報センター

東京都健康長寿医療センター
病院、研究所開設50年・養育院創立150年記念誌

2023年2月　発行

編集・発行　　地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター
〒173-0015　東京都板橋区栄町35番2号
代表03-3964-1141

印刷・DVD制作　有限会社日本メディア・アート
〒171-0043　東京都豊島区要町1-24-4
03-3974-5448