

鹿児島大学

保健管理センター年報

第 38 号

(平成 28 年度)

鹿児島大学保健管理センター

目 次

はじめに.....	1
本年度の活動	
I. 本年度の動向と活動の特色.....	2
II. 教育・調査・研究	
(1) 講義・講演・学会・論文・地域貢献.....	7
(2) 調査報告.....	9
(3) 学会発表.....	14
(4) 論文.....	26
III. 安全点検／産業保健活動.....	35
IV. プライマリーケア・感染症など.....	39
業務報告	
V. 保健管理センターの利用状況.....	40
VI. 定期健康診断など.....	43
保健管理センターについて	
VII. 保健管理センターの沿革.....	49
VIII. 学校保健計画及び学校安全計画.....	51
IX. 保健管理体制	
(1) 保健管理センター職員.....	53
(2) 保健管理センター運営委員会委員.....	54
(3) 保健管理センター施設（平面図）.....	55
あとがき.....	56

保健管理センターからお伝えしたいこと

- ・タバコの煙は大切な命を奪います。
- ・‘安全でない’セックスは大切な命を奪います。
- ・薬物（ドラッグ）の不正使用は犯罪です。
- ・一気飲みはしない、させない。
- ・‘いじり’も‘いじめ’も被害者にとっては同じです。
- ・受けた人に被害感があれば、それはハラスメントです。
- ・定期健康診断を受けましょう。

はじめに

鹿児島大学保健管理センター
所長 伊地知 信二

平成 28 年 8 月 12 日、昭和 62 年から 6 年間学長を務められた井形昭弘先生が残念ながら逝去されました。世界的・全国的な仕事をいくつもこなされた先生ですが、大変お優しいご性格で、誰もが世界を動かす可能性を持つことを本学で教えてくださったような気がします。私も含めまして、仕事のための仕事に追われ、何のために働いているのか見えなくなってしまいがちな現在の大学職員は、「世界のため」でなくても「学生さんのため」とか「教職員のため」に何をすべきかをもう一度考えてみるべきなのかもしれません。ご冥福をお祈りいたします。

文部科学省から国立大学法人に毎年配分される運営費交付金の減額は今も続いており、その影響はもはや隠しようがありません。教育や研究への影響もあるようですが、学生支援や教職員支援などの業務を縮小せずに維持することが全国的にかなり困難になりつつあるようです。保健管理センターが可能な範囲内での業務縮小を開始したのは、平成 26 年度からです。きっかけは、平成 25 年度の定期健康診断のための準備中に当時間接撮影でおこなっていた胸部 X 線検査の見積もり額が高騰したことでした。平成 26 年度の学生定期健康診断では、それまで全員（約 8,000 人）に行っていた胸部 X 線検査を 5,000 人（新入生と実習予定者など）に減らさざるを得ない状況になりました。続いて、平成 27 年度の学内予算配分額が激減したため、平成 26 年度の年度末から担当部署へのご説明とお願いを開始しました。ところが、「学生を大切に」とするトップダウンの方針があるにもかかわらず、既にこの時点で保健管理センターの支出を必要経費として例外的に認める余裕は学内にはありませんでした。保健管理業務経費を例外としない学内の厳しい状況は、平成 28 年度予算の準備時に再び表面化し、定期健康診断経費は「経常経費（予め決められている減額配分）で」との決定があり（平成 27 年 12 月 3 日）、当初予算配分の不足分を予め請求する手段がなくなりました。この一連の指示により、必要な会議で法的な吟味が進められ平成 28 年度はかなりの業務縮小になりました（新入生のための胸部 X 線検査、検尿中止など）。一方、優先度・重要性の高い業務の検討も平成 26 年度から開始し、留学生増加に対応した結核高リスク者検査や学生特殊健診は、これまで実施していなかったため平成 28 年度から開始しております。今後、診療所機能や健診施設機能維持のための人件費や維持費の確保が困難になることが予想され、保健管理業務の縮小はさらに続きそうです。小さくて残念な目的ですが、学生さんのため、教職員のためにどの機能を残すべきかを考える日々が続きます。

I. 本年度の動向と活動の特色

概要:平成28年4月、障害者差別解消法が施行された。また、労働安全衛生法改正に伴い教職員のストレスチェックが平成28年度から開始され、化学物質の取り扱いに関するリスクアセスメントが本学においても試行された。保健管理センターの業務の適正化を進め、本年度は、学校保健安全法に従い学生定期健康診断時の胸部X線検査の対象を新入生だけとするなど多くの変更を行った。業務縮小だけでなく、定期健康診断時に学生特殊健診や結核高リスク者の採血検査を追加するなど必要な業務については2年前より準備を進め本年度より新しく開始した。感染症については、デング熱の海外発症例やノロウイルスによる食中毒例があった。本年度より結核スクリーニング検査として高リスク学生に採血検査（IGRA）を行い、潜在性結核感染症例が確認された。教育学部での麻疹ウイルス抗体保有率は本年度急に減少した。厚生労働省は受動喫煙による推計年間死亡者数を1万5千人であると発表し話題となった。アナフィラキシーショックの既往がありエピペンを携帯している学生の存在が注目され、教職員を対象とした啓発活動を開始した。

(1) 障害者差別解消法施行

障害者差別解消法は平成28年4月に施行された。入試事前相談の増加、入試時の配慮対象者の増加、支援対象となる新入学生の増加などが全国的に起こったことが予想され、本学も例外ではなかった。これまでは事前相談せずに入學していた状態の学生が、法施行後に配慮願いを出すようになったという場合も含まれてはいるが、大学を受験したくてもできなかった状態の学生が入學を希望できるようになった喜ばしい実例が相次いでいる。平成28年2月の前期入試受験者の中には、試験場近くまでの自家用車の入構、個別控え室の準備、別室

受験時の専用機の準備などを必要とする受験生が含まれており、受験学部を中心に前例のない対応が行われた。保健管理センターも喘息発作時等の対応準備を行った。平成29年1月のセンター試験では、AEDを使ったプライマリーケアが必要となる可能性のある受験生からの別室受験配慮願いが提出された。これに対し、発作時のシミュレーションを含め入念に準備を行い（図1）、何事もなく終了した。時間延長の受験生も増えており、試験時の救護待機もこれまでより長時間となっている。今後もこの傾向が続くことが予想される。受験時の変化に続き、マンパワー的にも予算的にも前例のない規模の障害学生支援が、平成28年度より障害学生支援センターを中心に待ったなしで開始された。障害者差別解消法施行後の最初の年度でもあり、障害度の重い一部の学生に対する本学の対応は、「日本一学生を大切に」とする学長の方針に沿うものとなった。今後は、予算の確保が大きな課題となる。



図1 センター試験のための準備(平成29年1月)

(2) 教職員のストレスチェック開始

労働安全衛生法の改正に伴い（平成27年12月施行）、本年度（平成28年度）より教職員のストレスチェックが開始された。郡元キャンパスでは

実施事務を人事課安全衛生が行い、実施者を外部業者とした。桜ヶ丘キャンパスでは面接指導までを外部委託している。国立大学法人においては、ストレスチェックの実施は義務化されているが、重要な全体解析は努力義務となっており、一次予防のためのコアの一つとされていた全体解析は郡元キャンパスでは行われなかった。保健管理センター（産業医）としては、セルフケアや面接指導と同様に全体解析を重要視していたが、予想された通りに面接指導を希望する高ストレス者は少なく（4人）、今後も全体解析の必要性を産業医の意見として引き続き進言し、個人情報保護を担保して全体解析を実施し、効率的に一次予防につなげるための実施形態を検討する。セルフケアや面接指導の実効性が疑問視され（郡元キャンパスで受検率 60.3%）、「何のためのストレスチェックなのか？」という意見が学内で既に表明されており、‘チェックのためのチェック’や‘義務化のための実施’にならないように今後の試行錯誤が重要であろう。何らかの理由で実施者が行うストレスチェックを受けられなかった教職員のために、保健管理センターにストレスチェックブースを新設した（図 2）。ストレス状態がすぐに印刷され、セルフケアや高ストレスの場合の面談の勧奨が印字されるシステムで、匿名で行われるため今後の需要が予想される。

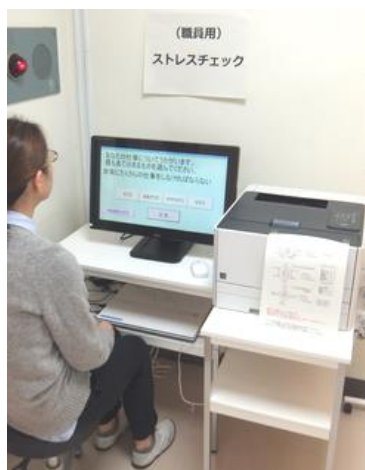


図 2 タッチパネル式ストレスチェック

(3) 化学物質リスクアセスメント

労働安全衛生法の改正により、安全データシート（SDS）の交付義務の対象となる 640 物質に対するリスクアセスメントが事業所に義務化された（平成 28 年 6 月施行）。この改正には、平成 26 年に報道されたジクロロプロパンによる胆管癌の多発や、本年度話題になったオルトルイジンによる膀胱癌の多発事件が関連する。表 1 の場合にリスクアセスメントを行うこととされ、本学では平成 28 年度は一部の研究室での試行となった。使用している化学物質のリスクを関係者に周知し、必要な安全対策を講じることが目的であり、大学においては対象化学物質の変更よりも、それを取り扱う人の方が毎年変わるので、学生への教育の経常化が最大のテーマと思われる。

表 1 法律上の実施義務（リスクアセスメント）

1	対象物を原材料などとして新規に採用したり、変更したりするとき
2	作業の方法や作業手順を新規に採用したり変更したりするとき
3	対象物による危険性または有害性などについて変化が生じたり、生じるおそれがあったりするとき

(4) 業務の適正化と学生定期健康診断

表 2 に示すように、業務の適正化として、法的に可能な業務縮小だけでなく、必要な業務を保健管理センター企画室会議および保健管理センター運営委員会で検討した後開始している（学生特殊健康診断、結核高リスク者の採血検査）。本年度は定期健康診断時の X 線検査をデジタル化（実効被ばく線量が減る）し、学校保健安全法に従い対象者を新入生だけに限定した。実習前の検査については、それぞれの学部が検討し方針を決定・変更する必要があるため、一部の検査（ウイルス抗体価など）については全学的保健管理としては行ってこなかった。実習前 X 線検査についても、対象

者の詳細な検討や代替法の検討が必要となるため本年度より定期健康診断としては行わないこととなった。定期健康診断時に長年行われてきた検尿や新入生の健康調査は、諸事情により本年度より中止となった。

表 2 保健管理センターの業務の適正化

年度	検討・開始した業務	業務縮小
24	桜ヶ丘分室機能について（6月/10月企画室会議）	
25	桜ヶ丘分室保健師常駐開始（8月）・秋健診開始	
26	学校保健安全法に基づく安全点検開始	定健 X 線検査 8000 人から 5000 人に
27	（秋健診受診者急増）	スタッフ減・分室投薬中止・点滴原則中止・インフルエンザ予防接種中止・外来採血検査原則中止
28	定健時学生特殊健診開始・定健時結核高リスク者検査開始・X 線検査のデジタル化	スタッフ減・定健 X 線検査対象者を新入生だけに・X 線検査読影体制を簡略化・定健検尿中止・新入生健康調査中止
29		定健内科診察を新入生と有症状者等に

(5) 感染症について

リオオリンピックで話題となり、各国代表選手が欠場を表明する事態となったジカ熱については本学への直接の影響はみられなかった。平成 28 年 8 月 3 日付けで、外務省は「アジア・大洋州における Dengue 熱の流行」について広域情報を出し、本学から留学中の学生がベトナムで Dengue 熱を発症した（平成 28 年 11 月）。平成 28 年 12 月 10 日

には、複数大学が参加した熊本でのゴルフ大会に出場した医学部学生 19 人中 12 人が嘔吐下痢症（ノロウイルスによる食中毒）を発症した。結核については、留学生を増やすという全学的方針に対応していくつかの対策を講じてきたが、平成 28 年 6 月 14 日に鹿児島市保健所より、「大学間国際交流に伴う結核流行リスク増加に対する対策の徹底について」という依頼文が学長宛に出された。表 3 のような内容でこれまで進めてきた方針を後押しする内容であった。留学生入学時の健康診断証明書提出については、グローバルセンターと連携して検討・改善が開始された。また、平成 28 年度定期健康診断時の結核スクリーニング採血（IGRA）の結果、陽性が 3 名、判定保留が 2 名おり、精査の後その内 3 名が潜在性結核感染症とされた。留学生 1 名については、鹿児島市保健所が直接服薬確認療法（DOTS）の対象と判断し、平成 28 年 7 月 15 日付けで学長宛に DOTS の依頼書が提出され対応した。

表 3 保健所からの依頼内容（平成 28 年 6 月 14 日）

1	学生定期健康診断時の対策（新入生の胸部 X 線検査の適正な実施と結核高まん延国居住歴を問う問診に基づく精密検査）
2	結核高まん延国での居住歴のある学生の入学手続きにおける、胸部 X 線検査結果の確認（胸部 X 線検査結果を含む健康診断証明書の提出）

教育学部が毎年実習前に行っている麻疹ウイルス抗体価の本年度の結果で、抗体保有率の有意な低下が観察され（図 3）、麻疹の集団発生のリスクが全国的に増大していることが考えられた。麻疹・風疹の 3 期（中学 1 年時）と 4 期（高校 3 年時）の定期予防接種は平成 25 年 3 月 31 日に終了しており、平成 28 年度の入学者は第 3 期接種の対象者であり、この抗体保有率の低下には 1 期～3 期の予防接種率の低下が関連している。

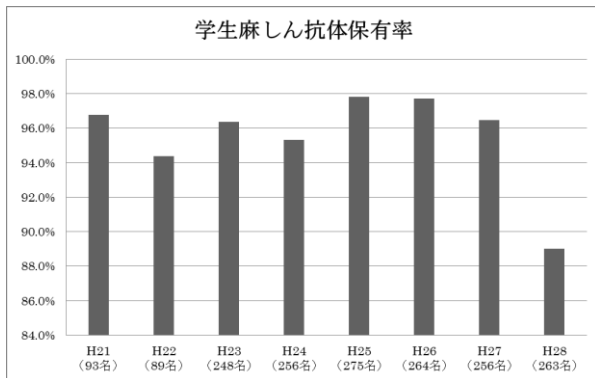


図3 麻疹抗体保有率の低下（平成28年度）

(6) 禁煙について

厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」平成27年度報告書が公表され、日本では受動喫煙が原因で年間1万5千人が死亡しているとする推計が報道された（図4）。残念なことにこの科学的結論に対しJTは、「未だ科学的に説得力のある形での結論は得られていない」とする認識を発表している。本学においてはキャンパス内外において受動喫煙が起きているため、保健管理センターはかなり以前より、周辺道路を含む全面禁煙化を大学に対して産業医として意見しているが、対策はなかなか進んでいないため、今後も啓発活動等を続けていく。

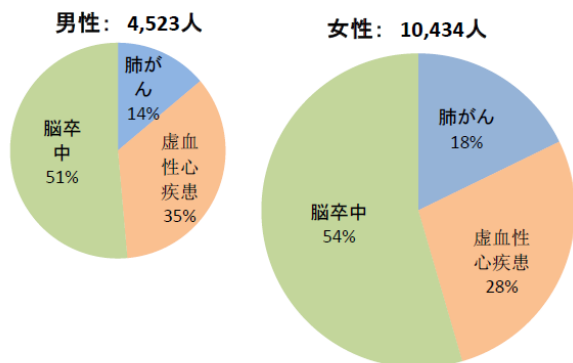


図4 受動喫煙による年間死亡数推計値
肺がん2,484人、虚血性心疾患4,459人、脳卒中8,014人、乳幼児突然死症候群73人 合計で約1万5千人

(7) エピペンについての啓発活動

宮崎で開催された第46回九州地区大学保健管理研究協議会において、九州大学よりアナフィラキシーショックの既往を持つ大学生がかなりキャンパス内に存在し、エピペンを携帯している学生も多い（19名）との報告があった。平成25年の厚生労働省の見解で、教職員のエピペン使用は医師法第17条違反とはならないとされており、本学においても平成28年度より教職員に対する啓発活動を開始した（図5）。この活動は、障害学生支援における病弱・虚弱学生支援の側面を持つ。



図5 巡視時のエピペン講習会

(8) 九州地区国立大学法人安全衛生連絡会

平成28年11月25日に、第7回九州地区国立大学法人安全衛生連絡会が本学において開催された。第17・18回国立七大学安全衛生管理協議会の内容が報告され、また、労働基準監督署の臨検の指摘事項なども情報共有された。

(9) 保健管理センター企画室会議および保健管理センター運営委員会

第1回企画室会議（5月23日）で、学校保健安全法に基づく業務の継続について審議し、その必要性を確認した。また、法定業務のための必要経費に関しても何らかの方法で確保する方向性が了承された。平成29年度学生定期健康診断については、内科診察対象者のしぼりこみ（新入生と有症状者等）が了承され、第1回運営委員会（9月20日）で議決した。第2回企画室会議（3月1日メール会議）では平成29年4月に予定されている国

立大学法人保健管理施設協議会の法人化に伴い、平成 29 年度以降は国立大学法人として入会することが了承され次年度の学校保健計画および学校安全計画は、第 2 回運営委員会（3 月 10 日メール会議）でも了承された。

(10) その他

月 130 時間の残業後に自殺した電通事件が本年度話題となった。産業医の臨時巡視の結果として「面接指導希望者への対応では、労働時間等の勤務の状況を確認することとなっているため（長時間労働者、高ストレス者の面接指導に関する報告書・意見書作成マニュアル、平成 27 年 11 月厚労省）、勤務記録と実際の勤務状況の間に明らかな相違がないよう出退勤記録が適正に管理されていることが重要である」とする意見書を提出した。平成 28 年 12 月 20 日には、学内で外来害虫であるハイイロゴケグモが発見され話題となった(図 6)。本学のタッチパネルアンケートシステムは以前より他大学への無料提供を決めていたが、大分大学

保健管理センターより希望があったため平成 28 年 11 月 25 日に本学においてシステムの説明とコピーの譲渡を行った。



外来生物法ウェブサイトより

図 6 学内で発見されたハイイロゴケグモ

(11) 本年報の変更点

昨年度から本年報はデジタル発行としているが、本年度は、新入生の健康調査の中止に伴い、精神保健活動の項が無くなり、また、休学率・退学率のデータは「鹿児島大学 Fact Book」に毎年詳細に掲載されるため掲載中止とした。

Ⅱ. 教育・調査・研究

(1) 講義・講演・学会・論文・地域貢献

(講義)

- ・ 伊地知信二. 「依頼・介入関係の基礎概念」 共通教育 (後期)
- ・ 川池陽一. 「臨床精神医学」 放送大学 (平成 28 年 12 月)
- ・ 鮫島久美. 「禁煙について」 教育学部新入生オリエンテーション (平成 28 年 4 月 4 日)
- ・ 鮫島久美. 「健康管理」 共通教育 (後期)

(AED 講習会)

- ・ 鮫島久美, 蒲地亜紀代. 附属幼稚園 (6 月 2 日)
- ・ 鮫島久美, 平片 舞. 学童保育に係る事前指導 (7 月 13 日)
- ・ 鮫島久美, 飯島由佳, 平片 舞, 看護実習生. 介護等体験に係る事前指導 (7 月 13 日と 29 日)
- ・ 鮫島久美, 蒲地亜紀代. 鹿児島野外活動カウンセラー協会 (サークル) (8 月 19 日)
- ・ 鮫島久美. 農学部附属農場 (12 月 8 日)
- ・ 鮫島久美, 蒲地亜紀代. 鹿児島野外活動カウンセラー協会 (サークル) (平成 29 年 3 月 10 日)

(エビペン講習会)

- ・ 鮫島久美, 山之口由香. 高隅演習林巡視時 (11 月 21 日)
- ・ 鮫島久美, 蒲地亜紀代. 入来牧場巡視時 (12 月 5 日)
- ・ 鮫島久美, 飯島由佳. 唐湊果樹園・農学部附属農場巡視時 (12 月 8 日)
- ・ 鮫島久美. 指宿植物園巡視時 (1 月 13 日)

(講演・シンポジウムなど)

- ・ 伊地知信二. 「学生のつまずき支援」 鹿児島県立短期大学 FD 講習会 (平成 28 年 8 月 3 日, 鹿児島市)
- ・ 伊地知信二. 「ハラスメント: 被害者を出さない・加害者にならないために」 学外医療機関ハラスメント研修会 (平成 28 年 10 月 25 日, 鹿児島市)
- ・ 伊地知信二. 「周りが変われば子どもも変わる: 親として大事にしたいこと」 NPO 法人鹿児島県自閉症協会「子育てのヒント学習会」 (平成 28 年 11 月 8 日, 鹿児島市)
- ・ 伊地知信二. 「セクシャルハラスメントの被害者を出さない・加害者にならないために」 連合農学研究科教授会 FD (平成 29 年 2 月 10 日, 鹿児島大学)
- ・ 川池陽一. 「カウンセリングとストレスマネジメント」 鹿児島大学事務系・技術系職員主任研修会 (平成 28 年 12 月 15 日, 鹿児島大学)
- ・ 川池陽一. 「大学生に多い睡眠リズムのトラブルと快適な睡眠のコツ」 鹿児島大学農学部学生の心のケア講演会 (平成 29 年 2 月 13 日, 鹿児島大学)
- ・ 鮫島久美. 「喫煙, 飲酒, 薬物について」 サークルリーダーを対象とした講演会 (平成 28 年 9 月 9 日)
- ・ 鮫島久美. 「アナフィラキシーショックの既往がある学生への支援」 平成 28 年度第 1 回障害学生支援のための研修会

(平成 28 年 11 月 24 日)

(学会発表)

- ・ 鮫島久美：潜在性結核感染症(LTBI)の留学生に対する直接服薬支援療法(DOTS)の支援について．第 65 回九州地区大学教育研究協議会（平成 28 年 9 月，鹿児島）
- ・ 吉原正治，古川 卓，川池陽一，平山 暁，永井真由美：大学における障害学生修学支援に関する調査報告について．第 54 回全国大学保健管理研究集会（平成 28 年 10 月，大阪）
- ・ 鮫島久美，飯島由佳，蒲地亜紀代，中村聡子，平片 舞，川池陽一，森岡洋史，伊地知信二：大学生に対する効果的な喫煙防止対策の取り組みについて．第 54 回全国大学保健管理研究集会（平成 28 年 10 月，大阪）
- ・ 永田純子，川池陽一，南崎明日香，今久留主舞依，黒瀬真弓，鮫島久美，森岡洋史，伊地知信二：鹿児島大学における生活習慣と睡眠の現状と問題点～定期健康診断時アンケートより～．第 54 回全国大学保健管理研究集会（平成 28 年 10 月，大阪）
- ・ 飯島由佳，山之口由香，蒲地亜紀代，平片 舞，鮫島久美，川池陽一，森岡洋史，伊地知信二：本学におけるインターフェロン γ 遊離試験（IGRA）を用いた結核流行予防対策．第 54 回全国大学保健管理研究集会（平成 28 年 10 月，大阪）

(論文)

- ・ 伊地知信二，鮫島久美，川池陽一，蒲地亜紀代，平片 舞，飯島由佳，中村聡子，眞邊りみ，黒瀬真弓，今久留主舞依，石田 愛，南崎明日香，四元真弓，田沼利枝，永田純子，今村智佳子，前田雅人，森岡洋史．学生支援の在り方：発達障害者支援から見えてくること．CAMPUS HEALTH 53(2): 181-190, 2016.
- ・ 川池陽一，鮫島久美，伊地知信二，森岡洋史，森 邦彦．(特集：保健管理業務の IT 化) 健診 Web 予約システムにおける予約管理カスタマイズ．CAMPUS HEALTH 53(2): 15-20, 2016.

(地域貢献)

- ・ 伊地知信二．日本児童青年精神医学会特別支援教育協力医師
- ・ 森岡洋史．鹿児島労働局地方労災委員
- ・ 川池陽一．鹿児島県精神科病院実地審査委員，医療観察法精神保健判定医，医療観察法病棟倫理委員会委員

(2) 調査報告①

新入生に対する啓発的アンケート調査

表 1 設問内容

1	性別
2	深夜のスマートフォンやインターネットは不眠の原因になることを知っていますか？
3	朝食を規則正しく摂ることが、睡眠障害やうつ病の予防につながることを知っていますか？
4	飲酒・喫煙が不眠の原因になることを知っていますか？
5	若い時から運動の習慣を作ることがうつ病の発病リスクを低下させることを知っていますか？
6	家族と近況や悩みを共有することが大学生のメンタルヘルスにおいても重要であると知っていますか？
7	悩みや気持ちを相談すること自体にメンタルヘルスへの良い効果があることを知っていますか？
8	薬物（以下「薬物」とはシンナー・覚醒剤・MDMA・大麻・危険ドラッグなどを指す）を使用しなくても持っているだけで罰せられることを知っていますか？
9	たった1回の薬物の使用で、死亡する危険性があることを知っていますか？
10	たった1回のコンドームなしの性行為や、オーラルセックスでも、性感染症に感染することを知っていますか？
11	最近 HIV 感染者は増加していることを知っていますか？
12	HIV 感染の初期(1~3ヶ月)にウィンドウ期間（検査で陰性になってしまう期間）があることを知っていますか？
13	たばこの煙が、今話題のPM2.5であることを知っていますか？
14	分煙しても、流れてくるたばこの煙により、受動喫煙の害を受けることを知っていますか？
15	たばこを吸った部屋の壁やじゅうたんに付着したたばこの成分が、後に揮発・浮遊して人体に害を及ぼすこと（サードハンドスモーク）を知っていますか？

【結果】

例年 4 月に、新入生に向けて啓発的アンケートを実施している。平成 28 年度は、設問を変更しメンタルヘルスについての内容を追加した。その他、薬物・性感染症・たばこに関する設問を行った（表 1）。結果は表 2 に示す。メンタルヘルスにおいては、設問 5 の認知が低かった。また、新入生は飲酒・喫煙する機会がないためか、設問 4 の正解率も低い。薬物・性感染症の設問は、昨年度実施した内容もあるので比較した。設問 8-11 において、昨年度と比較し、少しではあるが正解率が低下していた。たばこについては、設問 13 の「たばこの煙は PM2.5 である」という理解が特に低かった。また、設問 15 の正解率も半数であり、「サードハンドスモーク」の言葉自体、これまで耳にしたことがない学生が多いことが予測される。薬物・性感染症・たばこについての理解が低下していることが明らかであった。

【まとめ】

大学でも、薬物、性感染症、たばこについての教育活動は必要である。この啓発的アンケートに答えることで、今後の健全な大学生活を送るための知識やヒントを得て欲しい。

表 2 設問結果 (■は H27 も同様の設問を実施)

設問	はい(人)	いいえ(人)	正解率(%)	H27年度 正解率(%)
1	男 1230	女 830		
2	1922	150	92.8	
3	1648	424	79.5	
4	1390	682	67.1	
5	1370	702	66.1	
6	1599	473	77.2	
7	1800	272	86.9	
8	2022	50	97.6	99.0
9	1790	282	86.4	91.5
10	1943	129	93.8	97.0
11	1642	430	79.2	84.3
12	1195	877	57.7	56.1
13	569	1503	27.5	
14	1946	126	93.9	
15	1145	927	55.3	

平成 28 年度学生定期健康診断時のアンケート結果

～タッチパネルを用いて～

【はじめに】

平成 24 年度より実施している学生定期健康診断時のタッチパネルアンケートは今年で 5 年目を迎える。今年度は禁煙・薬物等に関する啓発的内容に加え、学生の生活状況についても尋ねた。その結果を報告する。

【方法】

学生定期健康診断時の健診順路内にタッチパネルを男子 4 台、女子 3 台設置した。今回、設問数が増えたため、男子はタッチパネルを 1 台増やし混雑を避けた。

回答は同意を得られた学生のみとし、設問は、喫煙等の啓発的内容に加え、生活形態や朝食摂取、睡眠状況などの設問が 8 問、計 21 問である。

【結果】

アンケート回答人数は 8,118 名、回収率は 93.2%であった。喫煙率は全体で 6.8%、男子 10.3%、女子 0.7%と減少した（図 1）。

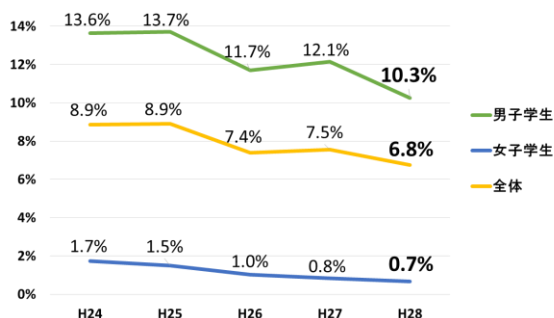


図 1 喫煙率の推移

保健管理センターへ卒煙支援を希望して来所する学生数も喫煙率と同様の経過をたどっ

ている（図 2）。なお、喫煙者は 548 名、卒煙者は 293 名、未喫煙者は 7,277 名であった。

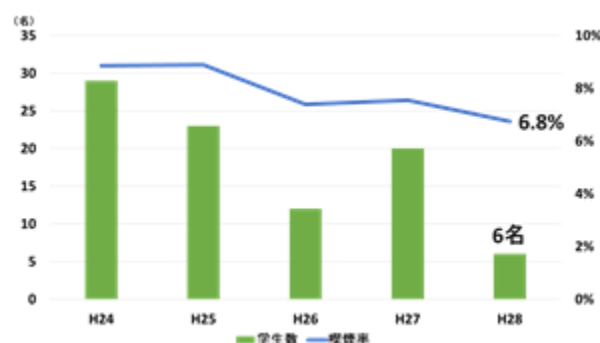


図 2 卒煙支援希望学生数（年度、H28 は 12 月まで）と喫煙率

アンケート終了画面には卒煙支援の案内（図 3）を載せたり、のぼり旗を立てるなど、周知も継続して行っている。

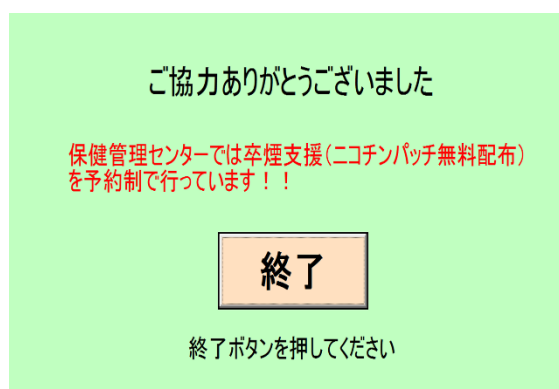


図 3 卒煙支援案内

学年別の喫煙率は、学年が上がるごとに喫煙率が増えるという過去 4 年の傾向と変わらなかった（図 4）。入学時は 1.0%以下の喫煙率も 2 年生になると 3.0%から 6.0%近くまで上り、3、4 年生になるとさらに増えている。

所属別の喫煙率は、水産学部が学部生（10.2%）、院生（19.4%）ともに高かった。また、教育学部の学部生（4.1%）が一番低く、院生（8.9%）は二番目に低かった。教育学部のみ敷地内全面禁煙という環境が影響していることも考えられる。

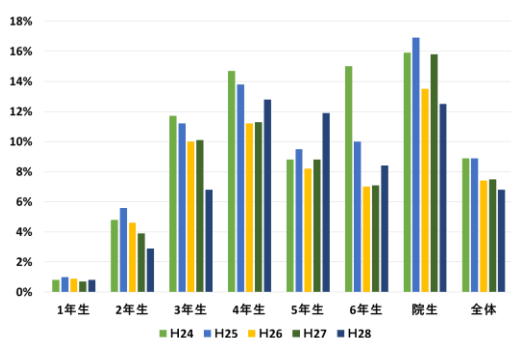


図4 喫煙率の推移（学年別）

喫煙・受動喫煙が原因の死亡について知っているかの設問は毎年実施しているが、「知っている」と回答した学生は喫煙経験者【喫煙者（82.1%）・卒煙者（78.2%）】で多く、未喫煙者（55.5%）で少ない傾向はこれまでと変わらなかった。

学内でタバコの匂いを感じたことがあるかの設問では、64.4%が「感じたことがある」と回答した。そのうち91.5%が未喫煙者であり、昨年度の89.5%よりも増加した。喫煙率は低下しても、受動喫煙は増加していることが伺える。

薬物に関する設問の「本学には薬物の不正使用が存在しますか」では4.6%（374名/8,118名）が「はい」と回答した（図5）。

「県内で薬物の不正使用を誘われたことがありますか」では1.2%（94名/8,118名）が「はい」と回答し、喫煙経験者に多い傾向は例年と変わらず、喫煙経験者は薬物の不正

使用を勧誘されやすい傾向にあった。過去2年間と比較し、今年度変化があった点は、未喫煙者において「はい」と回答した学生の増加、日本人学生において「はい」と回答した学生が増加していた（図6）。

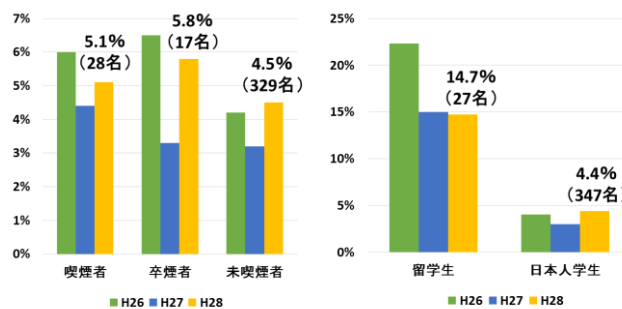


図5 本学で薬物の不正使用が存在すると回答した学生

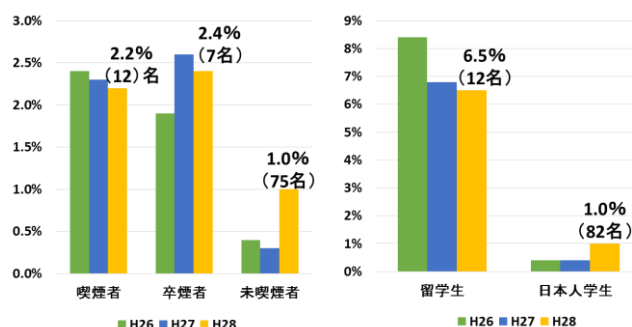


図6 県内で薬物の不正使用を誘われことがあると回答した学生

次に生活形態等と喫煙状況の関連性について報告する。朝食摂取状況においては、喫煙者のうち毎日朝食を摂っている学生は20.6%で、未喫煙者の55.2%の半数以下であり、喫煙者は朝食をとらない傾向がみられた（図7）。

喫煙者の生活形態は実家暮らしでない学生が多い傾向にあった（図8）。また、勉強以外で過ごす時間が多いものとして、喫煙者はバイトをしている者が多く、読書をしている者が少ない傾向であった（図9）。一人暮らしな

ど親の保護から離れ、またバイトで交友関係が広がり、バイト先の環境により喫煙しやすい傾向もあると考えられる。卒煙支援を希望する学生の中には、バイト先の環境によりなかなかタバコがやめられない学生もいた。

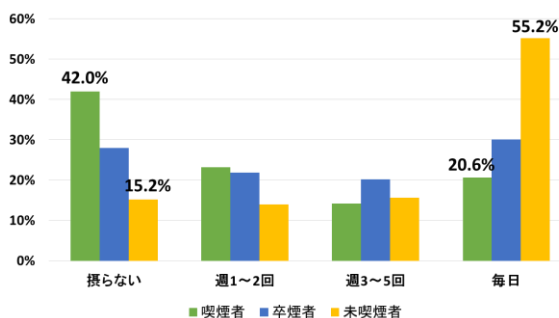


図7 朝食摂取状況と喫煙状況

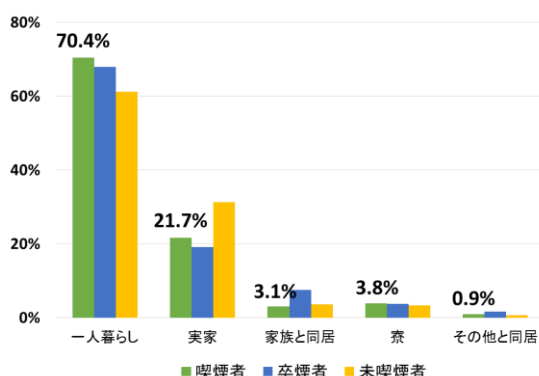


図8 生活形態と喫煙状況

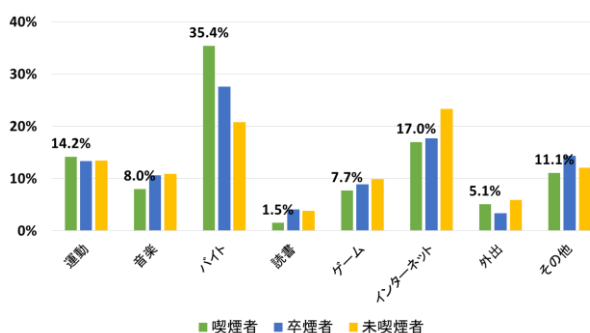


図9 勉強以外の過ごし方と喫煙状況

睡眠の悩みの有無と喫煙状況においては、喫煙者と非喫煙者（卒煙者，未喫煙者）との間に有意な差はみられなかった。

【考察】

今年度は平成 24 年度からの調査の中で最も喫煙率が低く、男女ともに低下がみられた。日本では成人男性の喫煙率は減少し続けており、大学での喫煙率の低下も社会の情勢や風潮が影響していると考えられる。それでもやはり喫煙してしまう学生がいることは事実である。2 年生以上で喫煙率が上がることを考えると、入学時の喫煙防止教育を充実させ、喫煙者になる学生を増やさないことは重要な大学教育の 1 つである。喫煙の有害性を知りながら喫煙をしている者、タバコは吸わないからと無関心な者、両者がタバコについて正しく理解することが必要である。4 年後に控えた東京オリンピックに向けて受動喫煙防止対策も強化される。全国にもその流れが拡がることを期待したい。

保健管理センターでの卒煙支援を希望し来所する学生は、平成 24 年度から減少傾向である。自ら卒煙に取り組めればそれにこしたことはないが、せっかく卒煙をしたいと来所したにも関わらず、支援途中で連絡が取れなくなるケースが多い。特に学生でその傾向が目立ち、「吸ってしまうと来づらい」という声も聞かれた。学生の「タバコをやめたい」という気持ちを大切に、「吸ってしまったら、チャレンジしにまたここへ来たい」と思えるような支援を心掛けていきたい。

薬物と喫煙の関係において、今年度は「県内で薬物の使用を誘われたことがある」と回答した学生のうち、未喫煙者、日本人学生において増加がみられた。タバコはコカイン等

の薬物使用の引き金となる可能性があることから、「ゲートウェイドラッグ」と言われているが、今回の結果よりタバコに関係なく、薬物が身近に存在し、簡単に手をだせる環境にあるのかも知れないということが分かった。啓発的アンケートをはじめとする薬物についての教育を、何度も繰り返すことが必要だと思われる。

今年度より追加した生活形態等に関する設問では、喫煙状況の違いによる差がみられた。喫煙者において、朝食を摂る者が少なく、実家暮らしでなく、バイトをしている傾向にあった。このことより、不規則な生活や生活習慣の乱れが相互に絡んでいることが考えられる。例えば、卒煙支援を行う際に、生活状況も改善できた場合、卒煙の1歩につながるかもしれないし、卒煙が成功すれば、規則正し

い生活への1歩につながるかもしれない。

【結語】

例年、アンケートを実施することで年次推移が比較できたと同時に、今年度は新たな傾向がみられた。

薬物に関しての啓発・教育を強化していかなければならない。ゲートウェイドラッグと言われるタバコにも手を染めないように、喫煙防止教育・卒煙支援を継続していきたい。

また、卒煙支援の際には学生の生活スタイルにも目を向けながら、学生にとってまた来たいと思える雰囲気を提供できるよう心掛けていきたい。



写真 アンケートブース

(3) 学会発表① (第 54 回全国大学保健管理研究集会)

大学生に対する効果的な喫煙防止対策の取り組みについて

鮫島久美, 他

【はじめに】

全国的に敷地内全面禁煙の大学が増えており、現時点で4年制大学の約2割に達している¹⁾。しかし、鹿児島大学は敷地内全面禁煙の教育学部を除き、未だに建物内禁煙のみである。大学の敷地内に喫煙所が設置されており喫煙防止対策は進んでいない。

一方、本学の喫煙率は年々減少しており今年度は7%を切った。他の大学と同様に1年生の喫煙率は1%以下だが、学年が上がるにつれて高くなっている。未喫煙者が在学中に喫煙者になることを防止するために、効果的な喫煙防止教育のあり方を検討し対策をとることは大学の責務と考える。

今回、新入生に対して異なる2つのパターンで喫煙防止講演を行い、結果を比較検討したので報告する。

【対象・方法】

平成27年度と平成28年度教育学部新入生を対象とした。平成27年度より、教育学部新入生に対する「学生生活に関するオリエンテーション」の際に20分の持ち時間で喫煙防止教育の講演をするよう、教育学部より依頼されている。

表1に示す手順に従って行った。「話題にされないタバコの真実」と題しタバコの害に加えて、平成27年度新入生に対しては「最近、建物内禁煙、就業時間中は禁煙、採用時に喫煙者を敬遠する企業が増えているので喫煙者は就職に不利である、またタバコ臭いと恋愛に不利である」ことを強調する就職・恋愛強調型の内容で、平成28年度新入生に対しては「タバコ利権をめぐる、いろいろな機関・団体・企業等が結託し、売り上げ重視の立場を取ることにより、喫煙者はタバコ利権に操られている」とするタバコ利権強調型の内容で、10分程度話をした。話の前後

で無記名自記式のアンケート用紙に回答してもらい、結果を比較検討した。

統計学的処理は、SPSS23を使い、マクネマー検定を行った。

表1 比較試験の手順

喫煙防止講演内容	①喫煙者はタバコ利権に操られている 20分	②喫煙していると就職・恋愛に不利 20分
アンケート	アンケート用紙を配布して説明 講演前の欄に回答	
板書	タバコは依存性のある有害物質。タバコの無い世界を目指すべき！ V. S. 喫煙は大人の嗜み。吸う人も吸わない人も協調して共存できる社会の実現を！	
最初に	お互い相いずい主張 どちらが正しいかを説明する	お互い相いずい主張 どちらに従ったほうが良いのかを説明する
喫煙防止啓発用資料を配布し表面の説明	多くのボックスで静電が操作され世間に伝わらないようになっていることを強調しながら、タバコ利権について触れる	多くのボックスで喫煙していると不利なことが多かったり、立場が悪くなることを強調
表面の説明追加	JTの株を財務省が保有していること、財務省などからJTへ天下りしていることを説明	コンビニでのタバコ販売や喫煙所の提供も、タバコ規制強化の流れから今後はどうなるか疑問であることを説明
表面の説明最後	表の絵を見てもらって、喫煙者がタバコ利権に操られていることを説明	表の絵を見てもらって、喫煙者がタバコの害で不利益を被って立ち上がりづらいことを説明
裏面の説明	喫煙芸能人のがんの原因はタバコであること、ニコチンが猛毒の有害物質であることを説明	
裏面の説明追加	青酸カリより強い、ニコチンの毒性と、タバコの誤飲事故	
結論(板書を指しながら)	JTの立場が間違っている(WHOはタバコを嗜好品として扱っていない)ことを説明	今後は、JTの立場ではいろいろと不利な点が多いことを説明
アンケート	講演後の欄に回答後、回収	
卒煙支援	保健管理センターでの卒煙支援の案内(予約は必要な事)を説明	
最後に	喫煙していると就職・恋愛に不利なことを簡単に説明	喫煙者はタバコ利権に操られていることを簡単に説明

【結果】

有効回答率は、平成27年度は262名/275名(95.3%)、平成28年度は281名/289名(97.2%)であった。

質問1「あなたの大事な人(親・恋人・親友)は喫煙者です。あなたはどうしますか?」に対する回答を、①タバコを吸うか吸わないかは本人が決めることだから放っておく ②「タバコは体に悪いよ」と忠告はするが、最終的には本人の判断にまかせる ①②を消極的介入、③タバコの害について調べ本人

に教え卒業（禁煙）を勧める ④タバコの害について調べ本人に伝え卒業するように説得する ⑤卒業するまであきらめない ③④⑤を積極的介入とし、話の前後で意識の変化を比較した。

就職・恋愛強調型の平成 27 年度、タバコ利権強調型の平成 28 年度、ともに、話を聞く前は消極的介入と回答したが、聞いた後に積極的介入へと意識が変化した学生が増加した（表 2・表 3）。

表 2 質問 1 の結果 就職・恋愛強調型

話を聞いた後 話を聞く前	消極的介入(①②)	積極的介入(③④⑤)
消極的介入(①②)	70名	103名
積極的介入(③④⑤)	1名	88名

*P<0.001

表 3 質問 1 の結果 タバコ利権強調型

話を聞いた後 話を聞く前	消極的介入(①②)	積極的介入(③④⑤)
消極的介入(①②)	80名	109名
積極的介入(③④⑤)	0名	92名

*P<0.001

質問 2「将来敷地内全面禁煙になるとしたらどう思いますか？」に対しても、就職・恋愛強調型の平成 27 年度、タバコ利権強調型の平成 28 年度、ともに話を聞く前は反対・どちらでもないと回答したが、聞いた後に賛成へと変わる学生が増加した（表 4・表 5）。

表 4 質問 2 の結果 就職・恋愛強調型

話を聞いた後 話を聞く前	賛成	反対 どちらでもない
賛成	206名	0名
反対 どちらでもない	28名	28名

*P<0.001

表 5 質問 2 の結果 タバコ利権強調型

話を聞いた後 話を聞く前	賛成	反対 どちらでもない
賛成	196名	0名
反対 どちらでもない	33名	52名

*P<0.001

【考察】

大学生の喫煙率の低下には、大学周辺も含めた敷地内全面禁煙、喫煙者への積極的な禁煙支援、喫煙防止教育が必要といわれている。特に 20 歳以上の学生が多い 3 年生以上で喫煙率が急増する現実を踏まえ、未喫煙者の多い学年に対する喫煙防止教育が重要である。タバコの害に関する知識の提供のみでは学生の関心を得ることは難しく、将来の健康に悪影響を及ぼすことは理解できても、今の自分は病気とかけ離れており他人事である。本学では毎年学生定期健康診断時にタッチパネルアンケートを実施しているが、未喫煙者は能動喫煙の害・受動喫煙の害について喫煙経験者よりも知識がなく、タバコの害に関して無関心なことが伺える結果となっている。

今回、教育学部新入生に対して、タバコの害に加え年度別に 2 パターンの内容を準備し講演した。学生の身近な話題である就職・恋愛強調型（平成 27 年度）と、世間で話題にされにくいタバコ利権強調型（平成 28 年度）ともに話を聞いた後に学生の意識の変化がみられ、新入生に対する喫煙防止教育の効果があつたと考えられることより、未喫煙者の多い新入生のうちに喫煙防止教育を徹底して行う重要性を確認できた。

平成 27 年度の共通教育の授業中に同じ手順で講演をした時の 2 年生以上と、本講演での 2 年生以上について数は少ないが両型で比較してみた（就職・恋愛強調型 17 名、タバコ利権強調型 19 名）。質問 1 で就職・恋愛強調型で意識が変化した学生の増加傾向がみられたことより、2 年生以上に対しては身近な就職・恋愛の話題を提供した方が効果的であることがわかった。

しかし、今年度の 2 年生の喫煙率を学部別に比較すると、平成 27 年度に就職・恋愛強調型の講演を行った教育学部の喫煙率は他の学部と同程度に高くなっており、長期的な喫煙防止効果はみられなかった。やはり卒業するまで喫煙防止教育を継続して行わなければならないことを痛感した。

今後も、さらに効果的な内容を検討し、他の学部

の新入生や2年生以上にも講演する機会を増やすなど、全学的に喫煙防止教育に取り組む必要がある。

【結論】

1. 教育学部新入生にタバコの害に加え2パターン（就職・恋愛強調型とタバコ利権強調型）で喫煙防止教育講演を行った結果、未喫煙者の多い新入生に対しては両型とも効果があった。
2. 喫煙率が高くなる2年生以上に対しては、身近な話題の就職・恋愛強調型で効果がある傾向がみられた。
3. 大学在学中に喫煙者を出さないため効果的な喫煙防止教育の必要性を再確認した。全学で対策に取り組むことが大学の責務と考える。

【参考文献】

1) 日本学校保健学会「タバコのない学校」推進プロジェクト：大学の禁煙・分煙.

openweb.chukyo-u.ac.jp/~ieda/P-university.htm.2016.11.



(写真) 喫煙防止教育

鹿児島大学における生活習慣と睡眠の現状と問題点 ～定期健康診断時アンケートより～

永田純子, 他

【目的】

鹿児島大学保健管理センターの学生相談において、睡眠の悩みに関する相談が近年増加傾向となっている。背景には、スマートフォン・ゲーム・インターネット等による生活習慣の乱れや生活環境の影響が考えられるケースを多く経験する。よって、睡眠衛生指導を実施する上で重要な学生の生活習慣及び生活環境の現状を把握するために、学生定期健康診断時にアンケートを実施した。

【対象】

平成 28 年 4 月時点で本学に在籍する学生

【方法】

平成 28 年 4 月に実施した定期健康診断時に同意が得られた学生に対し、個人情報保護に配慮した上で無記名の個別タッチパネルアンケートを実施した。(統計学的処理には SPSS Ver. 23 を使用)

【対象学生】

同意が得られた 8,372 人のうち有効回答 8,118 人 (97%) 内訳 ; 男性 5,130 人, 女性 ; 2,960 人, 答えたくない 28 人。

【質問項目】

アンケート項目の内容については、以下の通りであった。

- ① 眠り (睡眠) 以外でベッドや布団に入ることがどれくらいありますか。
- ② 今の生活形態は、どれですか。
- ③ 朝食は、摂りますか。
- ④ 勉強 (授業) 以外で過ごす時間で、一番多いのは、どれですか。
- ⑤ 寝だめや昼寝の頻度は、どれくらいですか。

- ⑥ 保護者との連絡頻度は、どれくらいですか。
- ⑦ スマホ, ゲーム, インターネットは、一日でどれくらいしますか。
- ⑧ 睡眠の悩み (寝つきが悪い, 早く目が覚める, 昼間に眠たい等) は、ありますか。

【結果】

各質問項目に対する回答結果は、以下の通りであった。

- ① 毎日あり 16%, 週 3~5 日 13%, 週 1~2 日 37%, 全くない 34%
- ② 一人暮らし 62%, 実家 30%, 家族親戚と同居 4%, 寮 3%, 他の人と同居 1%
- ③ 毎日摂る 52%, 週 3~5 日 16%, 週 1~2 日 15%, 摂らない 17%
- ④ 運動 12%, 音楽 9%, バイト 31%, 読書 3%, ネット 20%, ゲーム 9%, 外出 5%, その他 11%
- ⑤ 毎日する 4%, 週 3~5 日 13%, 週 1~2 日 55%, 全くしない 28%
- ⑥ 毎日する 33%, 週 3~5 日 15%, 週 1~2 日 39%, 全くしない 13%
- ⑦ 5 時間以上 9%, 3~5 時間 25%, 1~3 時間 50%, 1 時間未満 14%, 全くしない 2%
- ⑧ 悩みあり 40%, 悩みなし 60%

【睡眠の悩みとの関係】

質問⑧の睡眠の悩みと各質問との回答結果を比較した結果、質問①では眠り (睡眠) 以外でベッドや布団に入る時間が増えるにつれて、睡眠の悩みが増加する傾向にあった。よって、眠り以外でベッドや布団に入る時間が全くない学生とある学生とを分けて検討したところ、ある学生の方が睡眠の悩みが有意に多くみられた ($p < 0.001$)。

質問②では、一人暮らしの学生が睡眠の悩みを持

つ学生の割合が最も多かったため、一人暮らしとそれ以外の学生とを分けて検討した結果、一人暮らしの学生に睡眠の悩みが有意に多くみられた ($p<0.001$)。

質問③では、朝食を毎日摂る学生が睡眠の悩みの割合が最も少なかったため、朝食を毎日摂る学生と週 5 日以下の学生に分けて検討した結果、週 5 日以下の学生に睡眠の悩みが有意に多かった ($p<0.001$)。

質問④では、一日に占める勉強 (授業) 以外の時間がインターネットと答えた学生が睡眠の悩みを持つ学生の割合が最も多く、2 番目に多いのがゲームであった。一日に占める割合がインターネットまたはゲームである学生とそれ以外が多い学生とを分けて検討した結果、インターネットまたはゲームが最も多い学生が睡眠の悩みを有意に多く抱えていた ($p<0.001$)。

質問⑤では、昼寝や寝だめの頻度が増えるにしたがって睡眠の悩みを持つ学生の割合が増加していった。よって、昼寝や寝だめを全くしない学生と週 1 日以上する学生に分けて検討したところ、週 1 日以上する学生が有意に多く睡眠の悩みがあった ($p<0.001$)。

質問⑥では、保護者への連絡頻度が下がるにつれて睡眠の悩みを抱える割合が増加していた。よって、保護者との連絡が週 3 日以上ある学生と週 2 日以下の学生に分けて検討したところ、週 2 日以下の学生が睡眠の悩みが有意に多かった ($p<0.001$)。

質問⑦では、一日に占めるスマートフォン・ゲーム・インターネット時間が増加するにつれ、睡眠の悩みを持つ学生の割合が増加していた。よって、1 日で 3 時間以上スマートフォン・ゲーム・インターネットをする学生とそれ未満の学生に分けて検討したところ、3 時間以上する学生の方が有意に睡眠の悩みが多い結果となった ($p<0.001$)。

【問題点】

睡眠に何らかの悩みを抱える学生が全体の 4 割も存在していた。さらに、睡眠以外でもベッド等で過

ぎす習慣のある学生が 66%にのぼった。

一人暮らしの学生が 62%で、実家暮らしは 30%であった。

朝食を毎日取る学生は約半数にとどまり、全く摂らない学生が 17%存在した。

全体の 72%の学生が昼寝や寝だめをする習慣があった。

保護者との連絡が週 2 日以下の学生が 52%存在していた。

スマートフォンやゲーム・インターネットを一日に 3 時間以上する学生が 34%にのぼった。

【考察】

定期健康診断を利用してタッチパネルアンケートを実施することで、本学の全学生約 1 万人の 8 割の学生に関する生活習慣と睡眠の現状を把握する機会を得た。

学生の生活環境 (一人暮らし、朝食を摂らない、保護者と連絡を取らない等) も睡眠の悩みにつながるおそれがあると考えられた。

睡眠に関する不適切な習慣 (昼寝や寝だめの頻度が多い、睡眠以外でベッド等に入る時間が増える) がある学生についても、睡眠に悩みを抱える学生が多く存在していた。

スマートフォン・ゲーム・インターネット時間が睡眠や学生生活に与える影響も大きいことが伺われた。

保護者連絡の頻度が少ない学生は、生活習慣が乱れ、睡眠に悪影響を及ぼしている可能性があると考えられた。

これらの現状を踏まえ、今後、本結果を学内全体へフィードバックし、問題意識を共有することが学生の健康度向上に大きくつながると考えられた。

【謝辞】

タッチパネルアンケート作成にご尽力頂いた中村聡子保健師、飯島由佳保健師、平片舞保健師、蒲地亜紀代保健師に心より感謝いたします。

本学におけるインターフェロンγ遊離試験 (IGRA) を用いた結核流行予防対策

飯島由佳, 他

【背景】

結核は、学校保健安全法施行規則¹⁾の‘学校において予防すべき感染症’に含まれており、学内での集団発生を阻止し、学外への感染拡大を予防することは大学の社会に対する責務である。

本学では 2 年前に留学生の結核発病例を経験し、感染拡大の危機感を覚えた。また、留学生が多く在籍し、特に結核高まん延国との交流が多い現状である (表 1)。近年、日本人学生も留学する機会が増え、国際交流が増える一方で結核感染症の流行が危惧された。そこで今回、結核流行予防対策として IGRA の検査を実施したので報告する。

【方法】

対象者は、本学に在籍する全学生とした。方法は、平成 28 年度学生定期健康診断に並行し、健診受検者全員に対し、「最近 1 年間で、結核の高まん延地域にトータルで 1 ヶ月以上居住・滞在したことがありますか?」、「Yes の方は、採血検査を受けるべきですが、受けますか?」これら 2 つのアンケートを行い、希望者に対し IGRA の採血を無料で実施した。今回、IGRA の検査キットは T-SPOT を用いた。T-SPOT 結果が陽性・判定保留の学生は、外部の専門病院へ紹介し精密検査を行った。

【結果】

定期健康診断受検者は 8,708 名、そのうち T-SPOT 採血希望者は 63 名で、留学生が 50 名、日本人学生が 13 名であった。T-SPOT 結果は、留学生では陽性が 2 名、判定保留が 2 名、陰性が 46 名であった (図 1)。T-SPOT 結果が陽性・判定保留の留学生は、中国・韓国・タンザニアの結核高まん延国の出身であった。日本人学生では、陽性が 1 名、陰性が 12 名であった。T-SPOT 結果で所見を認めた 5 名の詳細については、表 2 に示す。判定保留であった 2 名の留学生は、専門病院での再検査で T-SPOT 結果が陽

性化し、合計 3 名の留学生が潜在性結核感染症 (以下、LTBI) の診断を受け内服治療が開始された。症例 3 の学生は、服薬後に倦怠感が出現したため服薬を自己中断し、治療中止となった。この学生は短期留学であり、既に 8 月に帰国している。症例 4 の学生は、母国語以外での対応が困難を要したため、鹿児島市保健所から直接服薬確認療法 (以下、DOTS) の依頼があり、現在当センターで月に 1 回のペースで DOTS の服薬支援を行っている。

表 1 本学における留学生の受け入れ国・人数

アジア地域	インドネシア	18	大洋州地域	オーストラリア	2	北米地域	アメリカ合衆国	1	中南米地域	アルゼンチン	1	ヨーロッパ地域	スペイン	1
	スリランカ	5		ソロモン諸島	1		パナマ	1		ドイツ	3			
	タイ	4		バプアニューギニア	1		ブラジル	4		ハンガリー	1			
	ネパール	3		フィジー	3		ペルー	1		フランス	3			
	パキスタン	2		中近東地域	イラン		1	36カ国		トルコ	3			
	バングラデシュ	20			トルコ		3			301				
	フィリピン	7			単位:名									
	ベトナム	23			結核高まん延国									
	マレーシア	9												
	ミャンマー	3												
韓国	31													
台湾	4													
中国	130													
エジプト	6													

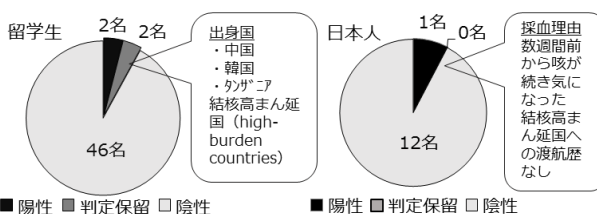


図 1 T-SPOT 結果

表2 T-SPOT 結果 有所見者の経過

	T-spot結果	定健時XP	専門病院での検査結果	診断	経過
留学生	症例1 陽性				* 本人の同意を得られず
	症例2 男性 陽性	異常なし	CT上、病変なし	潜在性結核感染症	イニアジド300mg開始。 副作用等なく、内服継続中。
	症例3 女性 判定保留	異常なし	CT上、病変なし T-SPOT再検査で陽性化	潜在性結核感染症	イニアジド300mg開始。 3日間服用後、倦怠感出現した為、自己中断。本人は「大丈夫、元気だから」と。治療中止となる。短期留学生で8月初旬帰国した。
	症例4 女性 判定保留	異常なし	CT上、病変なし 6月T-SPOT再々検査で陽性化	潜在性結核感染症	イニアジド300mg開始。母国語以外での対応が困難。鹿児島市保健所からDOTS(直接服薬確認療法)を実施するよう依頼あり。現在、保健管理センターにて1回/月のペースでDOTS実施中。
日本人	症例5 男性 陽性		CT上、病変なし 9月T-SPOT再検査でも陽性		4月に続いていた咳は、急性気管支炎の診断で抗生剤等処方され症状は改善した。9月の再検査でも陽性だった為、専門病院で経過をフォローしている。

【考察】

今回、全学生を対象に結核高まん延国での居住歴を問い、IGRAの検査が必要な学生に限定して採血を行った。その結果、LTBIが3例診断され、潜在的な疾患に対し治療を行ったことは、学内における結核流行予防対策として非常に有益であったと考える。本学の特徴として結核高まん延国からの留学生が多く、学内の保健管理を推進する当センターとして集団発生を防ぐ義務は大きい。

LTBI治療の適応は、結核高まん延国出身者に対して最近感染を受けた可能性がある場合、留学生、研修生その他、集団生活をしているなど、発病によって二次感染を起こす可能性が高いものについては、より積極的に治療を検討する²⁾とLTBI治療指針で述べられている。今回、IGRA陽性・判定保留の学生は専門病院を受診し、留学生3名がLTBIの診断を受け治療を開始した一方で、IGRA陽性の日本人学生は経過観察となった。このことから、いつ発病するか予測できないLTBIに対し、可能性の高いと考えられる留学生を汲みとり治療を行うことの重要性が分かる。しかし他方では、留学生の結核治療にあたり国によって結核への理解が異なり、認識も低く、治療内容等の理解を得ることが困難なケースがあった。また、母国語以外での対応が困難な場合もあり、説明に時間を要し、DOTSの服薬指導等の支援等も行った。留学生が異国での生活の中で確実な治療を遂行するためには、保健所や教員など多様な部署と連携をとりやすい保健管理センターのサポー

トが重要である。今回、様々なケースを経験し留学生のサポート体制を検討するための契機であった。

LTBIが新規登録されたことから、鹿児島市保健所より留学生に対する結核予防、その他感染症予防対策における意見書を頂いた。本学では、留学生の入学前の健康診断書(胸部X線検査等)提出が不十分であった為、感染症予防対策として提出の義務付けを担当部署へ依頼し、来年度より一部留学生の入学手続きの一つに加わる。今後、入学前の健康診断書の提出を留学生全員に行うことが求められる。

【今後の課題】

IGRAの検査は、コストの面から多くの学生に実施することは容易ではない。しかし、水際で感染拡大を防ぐためには必要な検査のひとつである。現在、本学では結核予防対策として新1年生に胸部X線検査を行っているが、今後も引き続きIGRA等も併せ予防対策を検討・強化していく必要がある。

【引用・参考文献】

- 1) 文部科学省. 学校保健安全法施行規則: 2016
- 2) 日本結核病学会予防委員会・治療委員会. 潜在性結核感染症治療指針. 結核 2013; 88(5): 2013. 497-512
- 3) 田中ゆり, 鈴木眞理. GPIPSにおけるIGRAを用いた留学生への結核対策. CAMPUS HEALTH 2016; 53(1): 292-293.

潜在性結核感染症(LTBI)の留学生に対する直接服薬支援療法(DOTS)の支援について

鯨島 久美

【はじめに】

学校教育法では、身体虚弱者を含む病弱者は、視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者と共に特別支援教育の対象であり、学校教育法施行令には病弱者の障害の区分に状態の程度が記載されており、平成28年度より障害者差別解消法が施行され日本学生支援機構(JASSO: Japan Student Services Organization)も病弱者を特別支援の対象としている¹⁾。

病弱・身体虚弱という言葉は医学用語ではなく一般的な意味で使われており、病弱とは、学校教育においては心身の病気のため、継続的または繰り返し医療または生活規制を必要とする状態をいう。ここで言う生活規制とは、入院生活上または学校生活上、日常生活上で注意すべき事などであり、健康の維持や回復・改善のために必要な服薬、学校生活上での安静、食事、運動等に関して守るべき事が決められている事をさしており、病弱教育は病気の自己管理能力を育成する指導を中心としている。身体虚弱とは、学校教育においては病気ではないが不調が続く、病気にかかりやすいなどのために継続して生活規制を必要とする状態をいい、身体虚弱という概念は、一定したものではなく時代と共に変化してきている。

日本が結核高蔓延国であった昭和10年から20年頃には、BCG接種を受けなくてもツベルクリン反応が陽転し結核にかかりやすい状態の者、即ち潜在性結核感染症(LTBI: Latent Tuberculosis Infection)が多く日常生活で注意しなければならない者を身体虚弱者として必要な教育支援が行われてきた。10歳代以下の新規結核患者数は減少しているが、全国病弱虚弱教育研究連盟及び全国特別支援学校病弱教育委員会の実態調査によると、病弱者の中に結核などの感染症者が数は少ないものの存在している²⁾。

平成26年に本学においてLTBIから結核を発病し

た留学生の例をきっかけにして結核対策の強化が検討され、平成28年度の学生定期健康診断時に希望者に対して結核スクリーニング検査であるインターフェロンガンマ遊離試験(IGRA: Interferon gamma release assay)を実施した。検査の結果、3名の留学生がLTBIと診断され治療開始となったが、そのうち1名に対する直接服薬確認療法(DOTS: Directly Observed Treatment, Short-course)を鹿児島市保健所より依頼され、当面の間は当センターが担当することになった。

当センターで行っているLTBIの留学生に対するDOTSの支援について報告する。

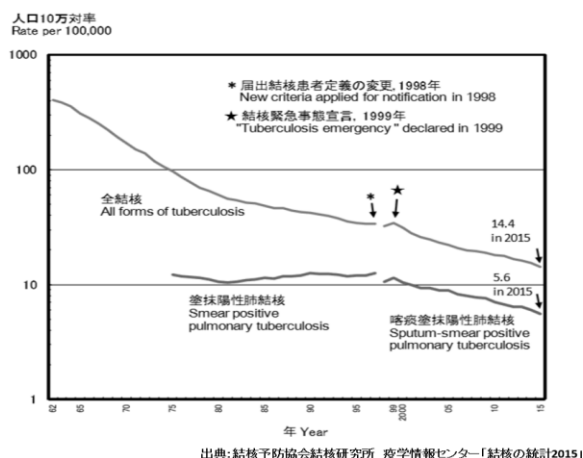


図1 結核罹患率の推移(全結核)

【結核の現状】

日本の結核は戦後、社会経済的安定や発展、公衆衛生の進展、有効な治療薬の開発、強力な結核対策の導入等により最高時の45分の1に減少しており、今は集団発症などで時々話題になるものの、忘れ去られている状況がある。しかし、平成27年の新登録結核患者数は18,280人、結核罹患率(人口10万人対の新登録結核患者数)は14.4で、未だ結核中蔓延国のままである³⁾(図1)。既に日本より20年から30

年前に低蔓延国（WHOの定義：結核罹患率10以下）となった欧米の先進国と比較すると、3～6倍くらい高く、その要因としては、結核が蔓延していた頃に感染した高齢者の発病が多いこと、生活困難者やホームレスなど対策が及びにくい社会経済的弱者の存在、高蔓延国（WHOの定義：結核罹患率100以上）である発展途上国からの外国人の流入、受診や診断の遅れなど結核に対する関心の低さなどが考えられる4)。

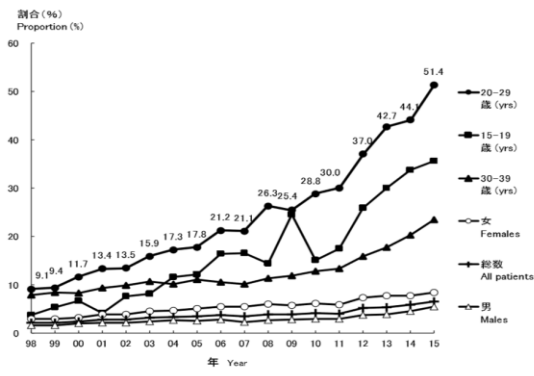


図2 新登録結核患者に占める外国出生者結核患者割合の推移 性別・特定年齢階層別, 1998～

新登録結核患者に占める外国出生者患者の割合の推移³⁾ (図2) をみると、外国出生者の患者数は増加しており、平成27年は1,164人 (6.4%) で、その半数近くが入国5年以内に発病している。特に20歳代・10歳代の若年者層で多く、20歳代は半数が外国出生者で、アジアの結核高蔓延国からの入国者 (特に留学生) が増加していることによる³⁾。

2014年のWHOの統計によると、世界ではアジア・アフリカを中心に約960万人の新規結核患者が発病し約150万人が死亡している。WHOは推定罹患率が高く人口の多い高蔓延国として22か国を指定しており、世界の結核患者の80%以上がこれらの国々で発病している⁵⁾ (図3)。低蔓延国である欧米の先進国では、高蔓延国からの外国人の割合がすでに全患者の5割から9割に達しており、世界の結核が減少しない限りは自国の結核もなくなる状況となっている⁶⁾。日本はまだ6.4%だが、今後、先進国並みに結

核高蔓延国から外国人が増加することが予想され、入国前及び入国早期の健診の促進と母国語による説明や啓発、医療体制等を充実する必要がある。

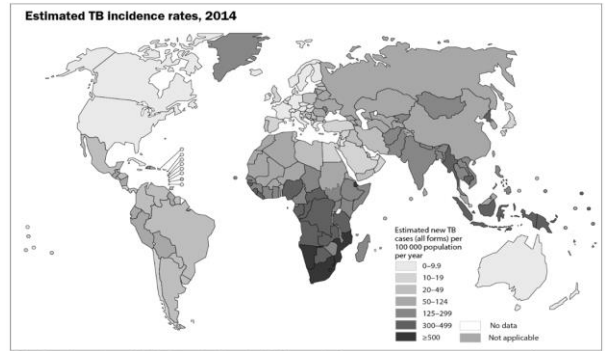


図3 活動性結核推定罹患率(2014年)

【鹿児島大学の留学生】

本学の留学生の内訳は表1のとおりである。表中の灰色枠は、学校における結核対策マニュアルにある結核高蔓延国 (文部科学省はWHO指定の22か国以外にも人口は少ないが推定罹患率の高い国・地域についても高蔓延国と同様に対処するよう通達を出している) である⁷⁾。

表1 本学の留学生受け入れ国・人数

地域	国	人数	地域	国	人数
アジア地域	インドネシア	18	大洋州地域	オーストラリア	2
	スリランカ	5		ソロモン諸島	1
	タイ	4		バブアニューギニア	1
	ネパール	3	フィジー	3	
	パキスタン	2	北米地域	アメリカ合衆国	1
	バングラデシュ	18	アルゼンチン	1	
	フィリピン	5	中南米地域	バハマ	1
	ベトナム	22	パナマ	1	
	マレーシア	9	ブラジル	4	
	ミャンマー	3	ペルー	1	
	韓国	31	ヨーロッパ地域	スペイン	1
台湾	3	ドイツ	3		
中国	130	ハンガリー	1		
アフリカ地域	エジプト	6	中近東地域	イラン	1
	エリトリア	1	トルコ	3	
	ガボン	0	合計36か国	301	
	ジンバブエ	1	単位名		
	タンザニア	2	■ 結核高蔓延国		
	ナイジェリア	1	出典:平成28年度鹿児島大学概要		
ベナン	2				

約9割が中国・韓国・ベトナム・インドネシア・バングラデシュ等アジア地域の結核高蔓延国出身者で、結核に対する病識が低く治療の必要性等についての理解が得られにくい場合がある。

またこれらの国々は日本よりも多剤耐性率が高いことがわかっている。結核の治療は、単剤では感受

性菌のみが消えて耐性菌が増殖し置き換わるので、それを防止するために感受性のある異なった系統の抗結核剤3～4剤を決められた期間服用する必要がある。多剤耐性結核，超多剤耐性結核は，結核に対する不適切な治療や中断が原因で発病し治療に難渋し予後不良となりやすい。

【鹿児島大学の結核対策の経緯】

平成26年4月の胸部X線検査で異常はなかったが、同年秋に結核性胸膜炎を発病し治療開始となった留学生の症例を経験した。母国であるいは日本に入国後に結核に感染したLTBIの留学生が本学入学後に結核を発病したことになる。LTBIとは、結核に感染していても症状がなく、喀痰検査，胸部X線検査やCTなどの画像検査でも異常所見がない，つまり感染はしているが，発病していない状態のことをいい，診断にはIGRAを行う。他人にうつることはないが，放置すると約10～15%が将来結核を発病することが分かっており，治療の対象となる。

本学は入学時に学生に対して胸部X線検査結果を含む健康診断書の提出を義務化していない。毎年4月に学生定期健康診断を行い，新1年生対象に胸部X線検査を実施しているが，この症例のようなLTBIを見逃してしまう恐れがある。今のままでは高蔓延国からの留学生の健康状態の把握など対応が不十分であり，今後本学のグローバル化が進み留学生の増加が見込まれることなどにより，大学全体で結核に取り組み対策を立てる必要性が生じた。

平成27年9月第1回保健管理センター企画室会議・第1回保健管理センター運営委員会にて，LTBIのスクリーニング検査（IGRA）を平成28年度の学生定期健康診断時に実施することが審議了承された。

平成28年4月，学生定期健康診断時に使用しているチェックリストの裏面に，最近1年間で結核高蔓延国にトータルで1か月以上居住・滞在したことがあるか，結核治療歴があるかを問う文言を載せ，一つでもあると答えた学生に対しては，IGRAの検査を受けることを勧め希望者に対してIGRAの一つである

T-SPOTを実施した。なお，長引く咳や痰のある学生に対しては，医療機関を受診するよう促す文言を載せた。

図4はIGRA（T-SPOT）の結果である。301人の留学生のうち50人が検査を受け，結果はT-SPOT陽性2人，判定保留2人ですべて結核高蔓延国出身者であった。これら4人を専門病院に紹介し，受診後最終的に3人がLTBIとして治療開始となった。T-SPOT陽性の日本人学生が1人出たが，専門病院を受診後，結核高蔓延国への渡航歴がないということで，経過観察となっている。

- 鹿児島大学留学生: 301名
- T-SPOT採血者: 63名（留学生50名、日本人13名）

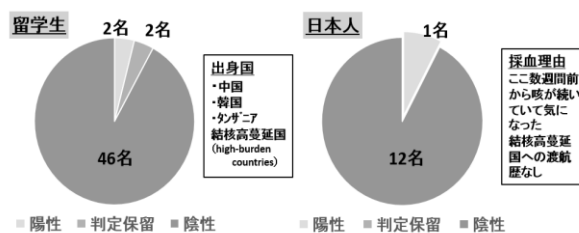
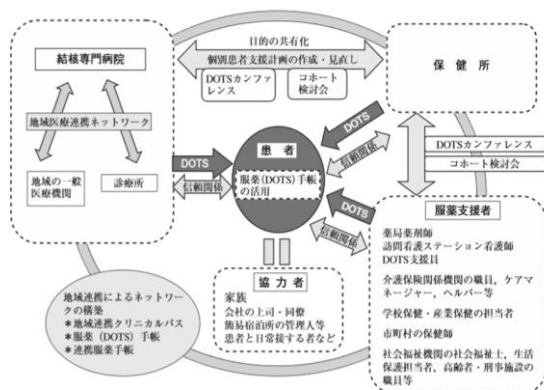


図4 IGRA (T-SPOT)の結果

平成28年6月，IGRAの実施後にLTBIで治療を受けている留学生の存在が明らかとなり，鹿児島市保健所より，学長宛に文書にて結核対策の徹底をするように依頼があった。全国的に大学や日本語学校にて結核の集団感染が発生しており，学校における結核対策マニュアルには，6か月以上高蔓延国での居住歴がある児童・生徒等は入学時または転入時に精密検査を受けるように記載されている⁸⁾。保健所から，学生定期健康診断時の対策として新入生の胸部X線検査の適正な実施と高蔓延国居住歴を問う問診に基づく精密検査をすること，結核高蔓延国での居住歴のある学生の入学手続きにおける胸部X線検査結果の確認として胸部X線検査結果を含む健康診断証明書を提出させるなど，結核流行防止のための対策をしっかりとるように要請された。

平成28年7月、言葉の問題があり母国語以外での会話が通じにくい、電話などでの連絡がうまくいかない、病状や治療の必要性についての理解が得られにくいという理由で、LTBIで治療開始となった留学生のうち1人に対して、鹿児島市保健所よりDOTSの依頼があった。グローバルセンターなど大学の関係機関と協議・検討の上、この留学生に対して、当面は、当センターがDOTSの支援を行うことになった。



出典：地域DOTSを円滑に進めるための指針。結核。2015：90：527-530。

図5 地域DOTSの概念図

【当センターにおけるDOTS支援の取り組み】

DOTSとは、6か月の短期標準治療の期間中、毎日服薬を直接確認するという意味である。結核の治療は最低でも6か月を要し、LTBIにおいても自覚症状がないのに6か月以上服薬する必要がある。結核治療の中断と不完全な治療は、多剤耐性結核菌を増加させる原因になるので、入院中も退院後も確実に服薬を行い結核を完全に治癒することが重要となる。このためにWHOは確実な服薬と治療の継続を保証するDOTSを推奨している。

日本でも、再発及び薬剤耐性菌の出現を防止するために、LTBIにおいては結核発症を予防するために、治療完了を徹底する必要がある、LTBIを含む医療が必要な全結核患者をDOTS対象者とした「日本版21世紀型DOTS推進戦略」が施行されている。入院中の患者に対しては院内DOTS、退院患者と通院患者に対しては退院後・通院中の地域DOTSと、患者を中心にした包括的な支援を行っている。地域DOTSの目的は、患者の確実な治療完了のため、患者の治療中断リス

ク、背景、環境等を考慮し、患者本人にとって最も適切かつ確実な服薬確認の頻度と方法を採用して実施することであり、その際、保健所は必要に応じて、地域の服薬支援者等の関係者とも連携をはかっている⁹⁾(図5)。服薬支援者とは、患者の服薬を見届ける或いは見守る者のことを指し、保健所長が適当と認める者にDOTSの実施を依頼できるので、患者に関わる様々な人が服薬支援者になっている。大学においては、保健管理センター以外にも、学生係、学部の教務課、学部の担当教員、グローバルセンターの教員、教育センターの教員等、患者学生を取り巻く誰でもが服薬支援者となりえる。

前述したように、鹿児島市保健所より依頼のあった留学生に対して、当面は当センターがDOTSの支援を行うことになり、保健師・医師等誰でも対応できるようにチェックリストを作成し、月に1~2回の頻度で来院させ、体温測定後に以下の各項目をチェックしている。

① 服薬日と服薬の有無の確認

本人持参の服薬手帳で服薬日を確認し、飲み切った薬の包装の数を数える。1日に3錠ずつ服薬するので日数×3倍となる数を記載する。

② 副作用の有無

LTBIの治療は、通常、イソニアジドを6~9か月服用するので、原因不明の食欲不振、吐き気、嘔吐や黄疸、手足のしびれ感、長く続く疲労感、皮疹などの副作用があるか、尋ねる。

③ 結核の発症の有無

結核を思わせるような症状の咳、痰、倦怠感などが無いかなを尋ねる。

④ 定期的に病院を受診しているか確認する。

⑤ 次回、当センターを受診する日を決める。

もしも、自分勝手な服薬中断、あるいは副作用の症状等があれば、保健所へ直ぐに連絡をする。今のところ、留学生に対するDOTSの支援は順調に進んでいる。

【今後の課題】

平成28年度の障害者差別解消法の施行により、これまで特別支援学校が主に支援していた病弱者を含む対象者は通常の学校・大学で支援されることが多くなり、結核などの感染症も病弱者に含まれるので学生支援の対象である。当センターは保健所長の依頼により、LTBI留学生のDOTSの支援を行っている。

全国的に留学生の結核は問題になっており、各大学で対策に苦慮している現状がある。入学前に健康診断書を求めても信憑性が不確かな場合もあり、また日本語学校を経て入学すると、胸部X線検査の実施が遅くなり既に結核を発病している場合もある。結核の発病は、感染後1年以内に起こることが最も多く約8割は2年以内であることより、結核高蔓延国に居住・滞在歴のある学生に対しては、定期健康診断時にIGRAの実施を加えることが望ましいと考える。本大学は、結核高蔓延国からの留学生が多く、今後グローバル化が進みさらに多くの留学生を受け入れるのであれば、大学全体で結核防止に取り組み、その対策を強化しなければならない。

結核の蔓延を防止するためには、患者の早期発見・診断・治療の完遂はもちろんのこと、結核を発症しやすいグループへの対策が重要となってくる。外国人（留学生）は、ホームレス、HIV感染者／AIDS患者、刑事施設被収容者、保健師・看護師の次に結核罹患相対危険度が高い⁶⁾ことが報告されている。留学生は母国語以外での対応が難しいことがあり、仮に日常生活で不自由がないとしても、医療用語を含め病状や治療の必要性など結核への正しい理解が困難である場合や、病院受診や通院の際に言語に対する支援が必要となる場合もある。保健所長が適当と認めれば、患者学生の関係者なら誰でも服薬支援者になりうる。特に留学生は前述したように言葉の問題で理解が得にくい場合があるので、DOTS支援を含め幅広い支援を行うことが大学としての責務と考える。

【結語】

1. 病弱者は学生支援の対象であり、病弱者に分類

される結核などの感染症も学生支援の対象である。

2. 今後、留学生（特に結核高蔓延国から）の増加が見込まれるので、大学全体で結核防止に取り組み今まで以上に強化する必要がある。
3. 保健所より結核の服薬支援の依頼がある場合は、DOTS支援も含め幅広い学生支援を行うことが大学の責務である。

【参考文献】

1. 日本学生支援機構：教職員のための障害学生修学支援ガイド（平成26年度改訂版）。東京。2014.
2. 日下奈緒美：平成25年度全国病類調査にみる病弱教育の現状と課題。国立特別支援教育総合研究所研究紀要2015；42：13-25.
3. 結核研究所疫学情報センター：結核年報2015 結核発生動向概況・外国生まれ結核。
<http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/>
4. 下内昭：アジアと世界の結核と外国出生者結核の現況。日本医師会雑誌2016；145(5)：937-941.
5. WHO: Estimated TB incidence rates, 2014.
http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Global_Tuberculosis_2014.p
6. 石川信克：日本の結核その現状と展望。日本医師会雑誌2016；145(5)：933-936.
7. 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課「結核の高まん延国について（訂正）」。平成24年4月25日。
8. 文部科学省：「学校における結核対策マニュアル1学校における結核対策について」。平成24年3月。
9. 厚生労働省健康局結核感染症課長通達「結核患者に対するDOTS（直接服薬確認療法）の推進について」の一部改正について。健感発0521第1号，平成27年5月21日。

学生支援の在り方： 発達障害者支援から見えてくること

伊地知信二¹ 鮫島 久美¹ 川池 陽一¹ 蒲地亜紀代¹ 平片 舞¹
飯島 由佳¹ 中村 聡子¹ 眞邊 りみ¹ 黒瀬 真弓¹ 今久留主舞依¹
石田 愛¹ 南崎明日香¹ 四元 真弓¹ 田沼 利枝¹ 永田 純子¹
今村智佳子² 前田 雅人² 森岡 洋史¹

CAMPUS HEALTH, 53 (2), 181-190, 2016

要旨: No diversity, no humanity! 多様性を認め合い、相互に人格と個性を尊重し合いながら共に学び共に生きる環境は、人間性教育に最良の環境と言える。このような理念を高等教育のレベルで話題にできる状況が我が国において生じている。2016年4月に施行される障害者差別解消法は、共生社会の実現を目的とし、社会的障壁の除去のために必要かつ合理的な配慮の重要性を謳っている。これに伴い学生支援体制の変革が大学にも求められているが、共学共生の理念に関してはキャンパス内であまり話題になっていないのが現状であろう。ここでは、共生社会実現のための唯一の近道である共に学ぶ環境（インクルーシブ教育）について、発達障害者支援から得られたいくつかの視点を紹介し、大学教育や学生支援の在り方について再考する。学生支援のコアとなるべき共学共生が実現できれば、体制面・財政面の打開策がなくてもほとんどの問題が解決し、大学教育に求められている社会貢献というアウトカムに人間性という付加価値を追加することができる。高等教育も本来は共生社会の実現に資するべきであるとする観点も本旨を支持する。

キーワード: 学生支援, 共学共生, 教育的支援, 合理的配慮, 良き助言者

はじめに

障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（以下、障害者差別解消法）の施行（2016年4月）に伴い、多くの大学の教育現場に戸惑いが生じている。特に合理的配慮が義務化される国立大学法人では、「求められた支援は全て提供しなければならない」や「申請された支援内容の中で可能なものだけを提供すればいい」などの極端な解釈や、「支援のための組織・規則を整備することが最重要」とか「専門的業務なので専門家にまかせるべき」などの使い古さ

れた見解を含む多彩な意見がキャンパス内に存在する。ここでは、このような戸惑いを含むいくつかの話題に関し考察を加え、大学における学生支援の在り方を再考する。また、障害者差別解消法施行後は、全国の大学に入学する障害学生がさらに増加することになるが、ここでの提言は、彼らが周りに及ぼす教育的効果が大学における教育や学生支援体制をどう変化させるのかについての予測でもある。

¹ 鹿児島大学保健管理センター ² 鹿児島大学障害学生支援センター
(著者連絡先) 伊地知信二 鹿児島大学保健管理センター 〒890-8580 鹿児島市郡元1-21-24

I. 発達障害と学生支援

学生支援の対象の中で、発達障害学生は全国的に順調に頭角を現しつつある(図1)¹⁾。高校までの支援が功を奏して大学に入学できる発達障害者が増えているのか、発達障害者の数が単に増加しているのか、これまでも存在していた発達障害学生が注目され始めたのか、元々受験勉強(反復学習)が得意な発達障害者とその認知特性から潜在能力を発揮できる機会を得るようになったのか、地域社会や教育環境の変化が影響しているのか、ここではどのファクターが大きいのかについては触れないが、多様なファクターが関与してこの状況が進みつつあるのは確かであり、障害者差別解消法施行後はさらにこの傾向は強まると予想されている²⁾。

発達障害学生の特徴は多彩であり、また特殊である。以下に主な発達障害である自閉症スペクトラムを中心に述べる。第1に、発達障害学生と健常発達学生の違いは質的なものでなく量的なもの(程度の違い)である³⁾。米国精神医学会のDiagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)が定義する軽度の自閉症スペクトラム(レベルI)と診断に至らない例の間の本質的な違いは、支援が必要かどうかだけなので、互助なのか支援なのかという捉え方の違いが診断に影響する³⁾。互助的な社会環境や本人の社会的スキルが発達しやすい教育環境で支援が必要なつまずき学生は減少し、非互助的な社会環境や本人の社会的スキルが発達しにく

い教育環境でつまずき学生は増加する。この特徴は、支援の具体的目標が‘孤立の防止’であることにつながるが、友人が多くても互助的な関係を築くことができないケースも存在する。第2に、診断の不確実性がある。支援の必要性の有無という社会的環境で決まる境界線以外で、健常との絶対的境界線は存在しない³⁾。従って、支援の必要性を考慮していない診断は専門医の間でも一致するとは限らない。それだけではなく、全く発達の側面を考慮せずに他の診断名だけが確定していることが未だに多い⁴⁾。この現状の背景には発達評価自体の非客観性の問題が大きく、「大学に入るまでは全く普通でした」とする親や教師の評価でさえも特性の潜在性を意味するかもしれない—主観に過ぎない。第3の特徴は、特性が必ずしも障害につながる点で、特性が非常に極端でも支援が必要かどうかは決まるわけではない。支援環境の影響を除外してもなお、特性の複雑性が表現型を多様化する。自己理解能力や支援要請スキル(self-advocacy skills)を本人が獲得しているだけで極端な特性があっても障害としてラベルする必要はなくなる。そういったケースでは、こだわりや反復行動などはむしろ長所として表面化している場合が多い。特性は中間表現型(endophenotype)の多重構造を伴い⁵⁾、それぞれの表現型形質は複雑な相互関係を持ち、一つの特性と社会的到達点の関係が直線的であることは少ない。第4の特徴は、才能との二面性で

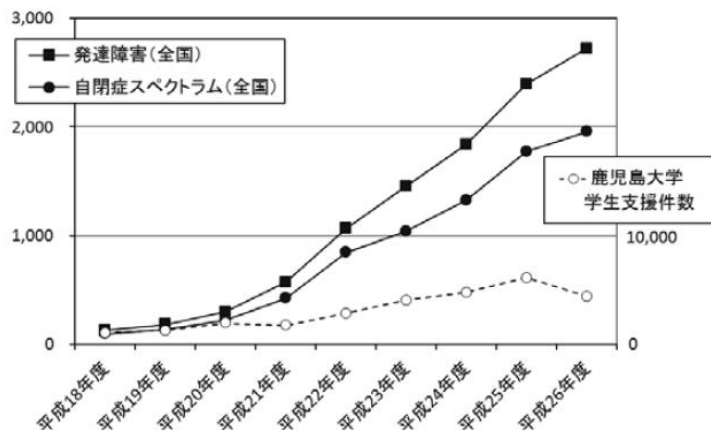


図1 発達障害学生支援の動向と鹿児島大学における学生支援：発達障害と自閉症スペクトラムについては日本学生支援機構による全国調査の結果¹⁾を転載(障害があることが明らかな場合のみ)。発達障害には、高機能自閉症(重複例以外)の他、attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), learning disorder (LD), 重複例が含まれる。鹿児島大学における学生支援件数はのべ件数のため、スケールを調整した(右軸)。

ある。自閉症スペクトラム者の知的能力は、低いと評価された場合でも 'high intelligence, low IQ' であることが指摘されており、潜在している能力の一部を表出できるケースは多くの専門分野ですばらしい才能を発揮している⁶⁾。潜在能力を発揮できるか否かを決定づける必然的要因は知られておらず、全く同じ特性を持っていたとしても、退学して社会に適應できずにホームレスになる場合もある一方、研究者や教授として活躍する場合もあり得る⁶⁾。第5の特徴は、入学時につまずきを予測して予防することができるかについてである。これまでに述べた特徴も発達障害者のつまずきを予測することが困難であることを示唆しているが、少なくとも高校まで支援を必要としなかった場合は、入学時にその後のつまずきを効率的に予測することはできない。このような発達障害の特徴は全て、支援の要否を診断の有無や特性の評価結果だけで決めることを困難にしており、実際的な発達障害学生支援は、多くの大学でつまずき支援の形にならざるを得ない。また、このような背景から、発達障害という表現自体が使いにくく、'発達の偏り' という表現が用いられる。

鹿児島大学保健管理センターにおける学生支援は、学生担当の職員の間で「あなたにだけ特別な対応はできません」というような発言がまだ見られた頃（約10年前）から、「障害の有無に関係しないユニバーサルデザイン（全ての学生に特別な対応）での学生支援」・「スタッフ皆で取り組む学生支援」として開始された。当初より支援対象学生の主体が発達に偏りがある学生であったことが、この支援スタイルを決定づけた。いつの時代でも実際のケースから教えられることは、「個々の成長を見守る」姿勢の重要性であり⁷⁾、具体的な支援方針を決めるために汎用性のある机上の理論は少ない。学生が困っていること、乗り越えることができないことを本人と一緒に探り、それに対する対応策を保護者と連携して検討し、本人の気づきや成長のための助言や環境を提供する形の個別支援に必要なものは、専門的な理論や手順ではなく、'理解（配慮）と工夫' だけであることを平成18年度のFD（faculty development）講演会から学内啓発している。前述した発達障害の特徴から、学生のつまずき度・困り度も結果的に量的分布となるが、特性の表面化の程度とつまず

き度・困り度が必ずしも相関しないため、支援が必要だからといって特性が明瞭であるとは限らない。全国集計の報告は「障害があることが明らかな場合のみ」となっているため、学生支援の規模が大きい大学では、報告数よりはるかに多い（4～5倍の）特性のはっきりしない支援例を抱えている。全国集計が氷山の一角に過ぎないことを意味しているが、本学の場合、そのような集計でも、学生総数に対する支援学生数の割合では、全国平均の約10倍の数を登録している（平成22年度と23年度）。図1の右軸で示した支援件数は、記録可能な本学における支援件数ののべ数であるが（全国調査には反映されない）、年間4,000件を超える数字も実際の支援業務全てを計上している訳ではない。

多くの大学で調査や集計で把握することができない学生支援の実態が、実は昔から存在している。高校までは発達の偏りが表面化せず、本人も家族もその特性に気づいていないことがあるため、障害者差別解消法施行前は、そのほとんどの事例が発達の偏り・発達障害ということになる。学生の出身地域の互助的気風の有無にもよるが、自然発生的に行われる学生同士の助け合いによるこの学生支援（ピア・サポート）は、支援対象者にとっても支援者にとっても、最も有意義で最も理想的な学生支援である。教員主導型も存在し、学部単位だったり、ゼミ単位だったり、あるいは個人のレベルで、安否確認、保護者への連絡、登校支援、適切な助言（メンタリング）などが、場合によっては当然のこのように行われているようである。体系的ではないことが多いが、学部の方針で支援体制が続いていることもあり得る。本学では、最近少なくなっているが、保護者の代わりに駆けつけてくれて自宅まで送ってくれる友人がいるケースや、本人・保護者・教員の3者面談時に、友人がいつも参加してくれるケースを経験することがある。また、本学卒業後に自閉症スペクトラムの特性のために本学における就労支援が必要となったケースでは、在学中のピア・サポートと教員による自然な配慮が卒業を契機になくなったことで就労後に発達障害が表面化していた。このケースは、前述の '互助的環境では表面化しない' ことの実例である。

Ⅱ. 発達障害者支援とインクルーシブ教育

1989年の子どもの権利条約（ユニセフ）では、'申し込みに応じた援助'が謳われ、1994年のサラマンカ宣言（ユネスコ）では、支援を必要とする児も必要としない児も共に普通学校でいっしょに学び（インクルーシブ教育）、必要な支援は普通学校で提供されるべきことが採択された（文献8にレビュー）。分離教育のための教育インフラであった特別支援学校を小学校から高等科まで全国に配備している我が国では、このような理念法の趣旨は残念ながら長期にわたって無視され続け、文科省がサラマンカ宣言の方向性に初めて賛同したのは2010年12月のことであった⁸⁾。それ以前の中教審答申では、インクルーシブやノーマライゼーション（脱施設化、個人を変えるのではなく社会環境を変えること）などの表現を文章中に使いながら、ノーマライゼーションの意味を「障害者が施設の中から社会参加したり自立すること」であるかのような記載を意図的に繰り返し、分離教育の継続を容認していた。ところが一転して、「（共に学ぶことで）個人の価値を尊重する態度や自他の敬愛と協力を重んずる態度を養うことが期待できる」とまで言及し、その後、2012年の分科会報告では、「就学先決定については、障害のある子どもは特別支援学校に原則就学するという従来の仕組みを改める」と方向転換したことを明記している⁸⁾。

文科省が2010年までこだわり続けた分離教育のしくみを考え直さざるを得なかった背景のひとつに、発達障害者の存在がある。先に述べた発達障害の特徴のために、分離教育下でも普通学校の通常の学級にも学習面又は行動面で著しい困難を示す発達障害児がかなり存在してしまうのである（6.3～6.5%）⁹⁾。この通常の学級の発達障害児への対応を迫られたことから、それまで普通学校内の'特殊教室'に分離されていた児童の所属を通常の学級に変更するという移行措置が2003年に行われた¹⁰⁾。発達障害児の存在が普通学校内での分離を意味のないものにしたことになる。その後、2006年に障害者の権利に関する条約（国連）が全ての教育レベルでのインクルーシブ教育システムを保障したことが最終的なきっかけになり、我が国においても2010年の大転換につながった。

分離教育では分離環境で必要な支援を提供する'障害者の発達保障'という立場も確かに存在したが、そういった立場もマジョリティーの教育能率の優先という大前提を容認して初めて成立する。ところが、この分離教育の大前提がマジョリティーである健常者にも多大な悪影響を及ぼしていたのである¹¹⁾。健常者の教育能率を優先して分離すればするほど、健常者は発達障害の極端例を含む人の種内多様性に接する大事な機会を逸することになり、障害者に対する偏見や多様性への誤解（多様性の意義に関する無知）が社会にまん延する。このことに世界の教育者たちが気づいたことが障害者の権利に関する条約の動因である¹¹⁾。「君は発達障害かもしれないので、保健管理センターで治してもらってからゼミに参加しなさい」とか「カウンセリングで治してもらいなさい」などの教職員のラベリング発言（レッテル貼り・烙印押し）や、「障害学生の修学支援は専門スタッフやアルバイト学生にお願いすればよい」などの分離主義的傾向は、実は分離教育の弊害であり、地域社会においても同様の弊害がもたらされている。

用語の狭義に関しては諸説あるが、インクルーシブ教育に向かう途中に統合教育がある。普通学校内に特別支援教室を設ける学校レベルの統合や、学校内での特殊教室と通常の学級の統合などがその実例である。統合教育は、障害の有無により区別した上で、健常児に対する教育の場の中に障害児を入れて教育を行うこと（メインストリーミング）とされ、一方インクルーシブ教育では、障害の有無によらずに共に学び合う姿勢がより強調されている。もちろん、「共に学び、共に生きる」という教育理念においては、統合教育もインクルーシブ教育も同じ方向性で、統合教育では知的障害者に対する別枠入学制度などの試みさえ存在した¹²⁾。しかし、当然のことながら、学士・修士・博士の資格取得を伴う高等教育（大学教育）においては、入学試験に合格することや必要な単位履修・論文提出などのハードルがあり、このハードルの高さに関しては健常学生との公平性・平等性が求められる（高等教育の質の維持）¹³⁾。そのため、入試をパスできない者に対する大学での統合教育については当面は話題になりそうもない。一方、前述したように、最初のハード

ルである入学試験を易々と超えてしまう発達の偏り者・発達障害者の存在は、これまでも大学におけるインクルーシブ教育の需要を存在せしめた。反復学習や単純記憶が得意で、高校までの教室固定型の教科書教育ではつまづくことはなく、むしろ優秀な成績で大学に入学できた学生の中に、議論に参加できない、テーマを決められない、優先順位が判らない、卒論が書けないなどの特性を表面化させる学生が以前からいたのである。支援環境がなければこういった学生は卒業できないが、自然にあるいは良き助言者の周りに発生した互助的・支援的環境においては、教職員を含む支援者と被支援者の両方が成長して貴重な人材が生まれることもあった。もちろん、この現象は初等・中等教育の普通教室において起こったものと同じである¹⁴⁾。この、時に偶発的で潜在的なインクルーシブ環境は、依頼や専門的な支援スキルに基づく介入ではなく、完全なボランティア的環境である。初等・中等教育の場合でも、高等教育の場合でも、支援が必要な人と支援が必要でない人が、同じ場で共に学ぶと必然的に萌芽するこの環境こそが、全ての障害の修学支援の基盤となるべき共学共生のプロトタイプなのである¹⁵⁾。また、この環境が出現する時の、支援を受ける者の周りが変わっていくプロセスこそが、ノーマライゼーションそのものである。

大学における教育的支援の重要性を教えられるのもまた発達の偏り者・発達障害者の存在である^{15,16)}。「薬や心理療法などでの介入で治せるのでは」という教職員の意見を未だに耳にするが、成長を加速させる薬や手術は現時点で存在せず¹⁷⁾、依頼に基づくカウンセリングも依頼者本人の気づきや成長を促しているに過ぎない⁷⁾。行動や認知の偏りを変容させ得る環境として、教育的支援やメンタリング（良き助言者支援）があり¹⁷⁾、視野の広い心理療法の知識は支援における信頼関係の構築・維持に大変有用である。

Ⅲ. 教育の本質論と高等教育

これまでは、大学での障害者の受け入れは散発的であったため、教育が本来多様性を対象とするものであることを、大学が全学的に話題にすることは例外的であった。しかし、前述のように、教育の本質論の中では、健常者教育と障

害者教育を別のものとする見解は、多くの教育者の長きに渡る努力の結果、理念上は既に歴史的なものになっているのである^{11,14,18)}。功利主義的・能率主義的価値観や、学力・結果至上主義の学校評価が、教育現場からなかなかなくなる現実（受験戦争・少子化問題が背景）が続いている状況で、本質を見失った施策はさらに状況を悪化させる。障害者差別解消法の施行は、大学における教育の本質論の再考を迫っているのである。

そもそも論ではあるが、教育が育む本人の成長の先に人間性の成熟があるべきであれば、大学が得意とする情報へのアクセスや学習環境・研究環境の提供だけが教育の中身であるはずはない。学び方や方向性や倫理観に関する指導や導きも当然高等教育に含まれていなければならない。確かに、各教育レベルで提供される中身は変化するが、教育の本質が変わることはない。教育者の役割が本人を成長に導くことである以上、教育的配慮や指導は学生の障害の有無に関わりなく教員の役割である¹⁶⁾。つまづかない学生への教育的支援が教育であるのと同様、つまづき学生への教育的支援も教育なのである。このことは本学では既に9年前から啓発しているが、全学的共通理解までの道のりは遠い。さらに、学生に対する個別支援の核心も教育的支援であるべきなので^{8,15)}、健常学生支援と障害学生支援を別のものとする見解もまた、理念上は既に存在しない。障害の有無や診断書の提出に基づく障害学生支援は手続き上のものであって、教育的配慮に基づく個別支援自体は、誰もが必要な時に利用できるユニバーサルデザインであるべきなのである。

Ⅳ. 大学教育と共学共生

次に高等教育の中身について、「大学に何が求められているか」という視点で考察する。最近では多くの大学が、国際的通用性（国際貢献）と地域貢献を高等教育のキーワードとしている。人材育成による社会貢献が大学に求められているわけで、そのため当然のことながら学識だけでなく、人格や人間性も重要なテーマとして掲げられている。机上やスライドで行われる人格教育や人間性教育の実効性の無さは既に多くの良識ある大学人が気づいているようで、サークル活動やボランティア活動・非営利社会

貢献を奨励する試みなどが散見される。しかし、国際貢献や地域貢献が可能な人格者を効率的に輩出するための全学的教育環境の具体策となると、多くの大学が苦慮しているのも現実である。大学の人格教育や人間性教育のための教育環境が全学的なものではなく、とても十分なものとは言い難い現状は、全国的に次から次へと表面化する大学教職員・学生の不祥事の発覚が物語っている。レポート・卒業論文のコピペ問題や、研究者による論文ねつ造事件は氷山の一角に過ぎない。ガンジーの7つの社会悪（人間がおちいり易い落とし穴）の中の「人格なき学識」と「人間性なき科学」は、大学の現状を表現していると言われても反論が難しい。

人格形成のためには幅広い視野が培われなければならない。幅広い視野を持つためには、量的および質的に多様な人々と共に学ぶことが最も実効性のある教育環境となる。日本学生支援機構も、「障害のある学生との共学が周りの学生を育てる」としている¹³⁾。また、人間性と多様性の関係は、切っても切り離せないものであり（No diversity, no humanity!）、表現型としての疾患（遺伝性でないものを含む）や極端例にとどまらず、障害の原因として生き残っている遺伝子変異自体も、人類が生き残るために必要な進化の遺産である^{19,20)}。このことを認識することができずに、功利主義的・能率主義的価値観で人の存在に優劣をつけること（優生思想・優生学）には人間性のかげらも存在しない。共に学び共に生きるキャンパス環境が、大学教育に人間性教育を定着させるための、ブレークスルーなのである。

日本学生支援機構は、「障害のある学生への支援は障害のない学生をも育てる教育活動であると位置づけることによって、障害のある学生への支援経費が多くの学生の利益につながる経費であることの説明が可能になります」と記載している¹³⁾。確かに、ユニバーサルデザインの施設整備や合理的配慮としての個別支援については、財政面での懸念が生じるのはやむを得ないことではあるが、マジョリティーである支援を必要としない学生への教育効果を社会全体の経済効果として重視したこの視点は非常に重要である。インクルーシブ教育が、健常者にとっても理想的な共に生きる社会実現のために最も効率的で最も経済的な手段であることは、

1994年のサラマンカ宣言の趣旨である¹¹⁾。そもそもボランティア精神に基づく互助的環境自体は、必要経費ゼロで支援者と被支援者の両方を成長させ得る。個別支援のための体制作りが、理解者や良き助言者の増加を伴っていないければ、期待される費用対効果は得られず、ピア・サポートへの参加を報酬で誘導する試みは、呼び水の価値はあるが、場合によっては理想的な互助的環境の実現を遠ざけるリスクを持つ。

V. 合理的配慮の目的からみた教育的支援

「合理的配慮には教育的支援は含まれない」という誤解や、合理性の検討が教育的配慮を伴わずに進められる可能性が全国的に存在する。しかし、繰り返しになるが、教育的支援は、個別支援の核心であり^{8,15)}、特定の場合において必要とされ（障害者の権利に関する条約）、個々の学生の状態・特性に応じて提供される（障がいのある学生の修学支援に関する検討会報告）合理的配慮においても無視できない大前提となる。合理的配慮の目的である‘平等に教育を受ける権利’については、前述のように教育が本人の成長を目的としている以上、「変えるべきでない教育の本質」に本人の成長につながる教育的支援という側面が含まれるべきことは自明である。合理的配慮は、‘適当であり’、‘個々の学生の教育的ニーズに応じた’ものであるべきとされるが、こういった記載の中に教育的支援の重要性が含まれていると読み取らな

ければ、それこそ教育の本質を見失ってしまうことになる。教育的支援は発達障害者の支援で強調されてきたが^{15,16)}、日本学生支援機構は、「障害のある学生の自立につながる支援をすることが大切です」と明記し、教育的支援が全ての学生支援の基本であることを強調している¹³⁾。

VI. 求められた支援は全て提供しなければならないのか？

前記のように、合理的配慮には教育的視点が必要となる。求められた支援を教育的配慮なしにただ提供することで、本人が次のステップに進むことを阻害するようなことがあってはならない⁸⁾。居場所提供や遠隔講義などの個別支援も避難場所の確保として実施されることもある

表1 合理的配慮とされない支援（文献8を一部改変）

<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人と保護者で一致した申し込みが確認できない場合 2. 本人への不利益が予想される場合 3. 高等教育の質の維持が担保されない場合 4. 公平性を著しく損なう場合 5. 周囲への明らかな加害性がある場合 6. 大学生活への適応可能性、進路適性への配慮を優先させるべき場合 7. 大学として現時点では対応できないもの（体制面・財政面での正当な理由がある場合）

が、基本的には学生が次のステップへ進むための布石である。合理性の合意形成は、本人、保護者、大学の間で対話により成されるべきで、本人・保護者間の申し込みの不一致がある場合、単位取得が困難な状況につながる配慮（入試だけの時間延長など）、入学後の支援等を考慮してもなお明白な履修不適性がある場合（平成28年度大学入学者選抜実施要項について：文科省通知）などについては本人への不利益を回避できなければ合理的とすることはできない。本人への不利益を予見できなければ、場合によっては大学の責任を問われる可能性もある。表1に現時点で合理的配慮とすることができない場合をまとめる。

VII. 教職員・専門職スタッフの役割

共学共生のキャンパス環境を得るためには、まず率先して教職員が変わる必要がある。現時点で互助的環境を理想とし、実践している教職員の数は残念ながら多くはない。先に述べたように、人格教育や人間性教育の場になるように大学を変えていくのであれば、そのためには教職員の多様性に対する視野がまず広がらなければならない。学生の場合と同じく、机上やスライド上の理念に頼るのではなく、支援の輪に加わることで変わるべき教職員は減少する。

障がいのある学生の修学支援に関する検討会報告（文科省）は、「大学等全体として専門性のある支援体制の確保に努めることが重要」としている。本人に不利益が生じないようにするための適性判断、履修に耐え得る健康状態か否かの判断、病弱・虚弱者への医学的対処、依頼に基づくカウンセリングなど専門職スタッフの役割は確かに大きい。しかし、これまでに述べた理由から、「合理的配慮は専門職スタッフが担当する」ではなく、専門職スタッフの主な役

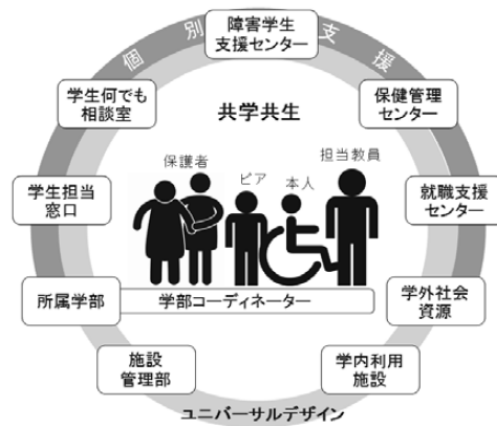


図2 学生支援の在るべき姿

割は大学の構成員全員が教育的支援のための良き助言者となるためのコーディネーションである⁸⁾。

VIII. 学生支援の在り方

上記の考察から、学生支援の在るべき姿を提案する（図2）。まず、コアとなる共学共生は、'周りが変わろうとする姿勢'の重要性を全ての大学構成員が理解することで実現する。多くの学生が互助に参加するためには、まず教職員が変わる必要がある。この一番重要なコアを作り出すために、組織・規則の変更は不要で、コアを強固なものにするために財政面の負担はなく、啓発活動や実践でできあがるコアの部分だけでほとんどの問題が解決する。コア部分での

コーディネーターは支援を受ける学生の所属学部の担当者が当たる（国大協対応要領雛形案：監督者）。コアの次にユニバーサルデザインの支援環境があり、その外側に易アクセス性のある個別支援がある。教育的支援や良き助言者支援（メンタリング）は、3層全ての原則であり、これにより大学キャンパスが「障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会」となる。コアが成長しなければ、いくら2層目と3層目だけをお金をかけて整備しても、支援が必要な学生や孤立させてはいけない学生は、キャンパス内で孤立したままになり問題が減ることはない。

おわりに

ここでの結論は、体制面・財政面の課題を未だに解消できない地域支援の在り方に関する試行錯誤の中で、10年以上の議論が尽くされた結論と同じである。体制面・財政面の抜本策を待たずとも、支援が必要な人の周りに、理解者や支援者が増えていくことでほとんどの問題が解決するのである。そういった社会は共生社会と呼ばれ、いくつかの理念法に既に目標として記載されている（サラマンカ宣言、障害者差別解消法）。しかも、障害の有無に関係なく共に学ぶことだけで、人格と個性の相互尊重が自然に生まれることは、既に離島・へき地などで多くの実例が証明している。しかし、残念ながらいくつかの行政策は、結果的に隔離・分離の仕組みの後押しをしてしまっており、共生社会の実現を逆に遠いものにしていく感がある。既に、障害者差別解消法の施行をきっかけに、体制面・財政面の課題が全国の大学で注目されていることが予想されるが、共生社会の実現という目標を絵に描いた餅にしないこと以外に、交付金減額という厳しい現実を抱える大学にとって抜本的な打開策は存在しない。障害学生と健常学生が助け合いながら本当の意味で共に学び、相互に人格と個性を尊重し合う関係を築くことができれば、大学は共生社会の構成員たる人材を毎年直接社会に卒業生として供給し共生社会の実現を加速することになる。この学生支援の理念が理念のまま終わるのか、あるいは、大学が存在意義をひとつ追加できるのかは、障害者支援の担い手が大学構成員全員であるという共通認識を得られるか否かにかかっている。障害者差別解消法の制定に並行して、障害者雇用促進法も障害者の権利に関する条約に則して改正される。障害の有無や立場の違いを超えて全ての大学構成員が今よりもさらにお互いを尊重し合えるようになれる好機とも言える。

引用文献

- 1) 日本学生支援機構. 平成26年度(2014年度)大学、短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援に関する実態調査結果報告書. 2015. http://www.jasso.go.jp/tokubetsu_shien/chosa1401.html
- 2) 佐野(藤田)真理子, 吉原正治, 山本幹雄. 高等教育における障害のある大学生の支援 – その全体像. CAMPUS HEALTH 2015; 52 (2) : 15-20.
- 3) Ijichi S, Ijichi N, Ijichi Y, et al. Quantitative nature of social vulnerability and autism: an important paradigm shift in the DSM-5 for autism spectrum disorder. ISRN Neurology 2013; 2013: 201716.
- 4) Morioka H, Kawaike Y, Sameshima H, et al. Behavioral and cognitive core domains shared between autism spectrum disorder and schizophrenia. Open Journal of Psychiatry 2013; 3: 26-31.
- 5) Ijichi S, Ijichi N, Ijichi Y, et al. The origin of population diversity: stochastic interactions between a modifier variant and the individual genetic background. Natural Science 2015; 7: 255-265.
- 6) Mottron L. Changing perceptions: the power of autism. Nature 2011; 479 (7371) : 33-35.
- 7) 佐治守夫, 飯長喜一郎 編. [新版]ロジャーズクライエント中心療法: カウンセリングの核心を学ぶ. 有斐閣; 東京: 2011.
- 8) 伊地知信二, 伊地知奈緒美, 伊地知由貴奈, 他. 修学支援における合理的配慮: 教育的支援と周りが変わろうとする姿勢の重要性. 鹿児島大学教育センター年報 2015; 12 : 44-51.
- 9) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課. 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査委結果について. 2012. http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1328729.htm
- 10) 佐藤克敏. 特別支援教室って何? 実践障害児教育 2003; 362 : 22-25.
- 11) 嶺井正也, シャロン・ラストマイアー. インクルーシヴ教育に向かって: 「サラマンカ宣言」から「障害者権利条約」へ. 八月書館; 東京: 2008.
- 12) 楠 敏雄. 大阪における知的障害児の普通高校別枠入学制度の意義と課題. 解放教育 2005; 10 (No.455) : 14-19.
- 13) 日本学生支援機構. 教職員のための障害学生修学支援ガイド(平成26年度改訂版). 2015.
- 14) 伊藤隆二. 全包括教育の思想: 社会的不利


- をなくす道. 明石書店；東京：1998.
- 15) 大坪 治彦. 発達障害学生の理解と支援.
In：教職員のための学生理解と個別支援マニュアル：個別支援を必要とする学生への対応について. 鹿児島大学. 2011.
- 16) 高橋知音. 高等教育機関での発達障害学生支援における課題. CAMPUS HEALTH 2015；52（2）：21-26..
- 17) 伊地知信二, 伊地知奈緒美, 伊地知由貴奈. 自閉症治療（セクレチン, 軽度三角頭蓋手術, オキシトシン）から学ぶべきこと：ピグマリオン効果による行動変容.
（日本自閉症協会いとしご増刊）かがやき 2016；10：36-44.
- 18) 嶺井正也, 国祐道広 編. 公教育における包摂と排除. 八月書簡；東京：2008.
- 19) Ijichi S, Ijichi N, Ijichi Y, et al. For others: epistasis and the evolutionary survival of an extreme tail of the quantitative distribution of autistic assets. Medical Hypotheses 2008；70：515-521.
- 20) Nesse RM, Williams GC. Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine. Vintage；New York：1995.



Ⅲ. 安全点検／産業保健活動

学校保健安全法に基づく安全点検および労働安全衛生法に基づく臨時職場巡視の報告書

報告書①

巡視日時	平成 28 年 4 月 29 日（金） 11 時 30 分		
巡視者	保健管理センター 伊地知（産業医）		
立会者			
指摘事項 No.	巡視場所	指摘事項・意見	現状
1	学生サークル会館Ⅱ-1（教育学部敷地内）入口	出入口のすぐ横に新しいタバコの吸い殻が多数ポイ捨てされている。新入生を含む利用学生の受動喫煙が想定される。また、サークル活動を志す未成年の新入生が喫煙を開始するきっかけを提供している可能性も考えられる。喫煙学生健康被害を一人でも減らし、非喫煙者の受動喫煙による健康被害をなくするためには、学内のルール順守と共に、タバコの害に関するさらなる学内啓発活動が必要と思われる。マナーの悪い喫煙を他の多くの学生が目にして現状は、大学自体がマナーの悪い喫煙者を生み出すことにつながる。全てのキャンパスでの敷地内全面禁煙および大学関係者の周辺道路での禁煙を早急に実施し、喫煙者を一人でも減らすことが大学の最優先の社会貢献と考える。	


報告書②

巡視日時	平成 28 年 10 月 25 日 (火)		
巡視者	保健管理センター 伊地知 (産業医), 鮫島 (産業医)		
立会者			
指摘事項 No.	巡視場所	指摘事項・意見	現状
1	全学	<p>休養室 (所) および休憩設備の設置状況調査の必要性について</p> <p>労働安全衛生規則第 618 条および事務所衛生基準規則第 21 条には、 「事業者は、常時 50 人以上又は常時女性 30 人以上の労働者を使用 するときは、労働者が臥床することのできる休養室又は休養所を、男 性用と女性用に区別して設けなければならない」とある。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>保健管理センター関連の現在の休養室 (学生定期健康診断時には郡 元地区の 4 床は利用できない)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 郡元地区保健管理センターに 4 床 (1 階の 3 床はパーテーション で 2 つに区分, 2 階に畳 1 床) ・ 桜ヶ丘分室に 1 床 </div> <p>また、労働安全衛生規則第 613 条および事務所衛生基準規則第 19 条 には、「事業者は、労働者が有効に利用することができる休憩の設備 を設けるように努めなければならない」とされている。休憩室がある 場合の有効利用のためには、職員間のコミュニケーションや相談室に 利用できるかどうかも重要である。</p> <p>上記のことから、以下の点について調査を要する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健管理センター以外の休養室 (臥床することができるスペース) の全学的設置状況 (床数) および区分利用可能な休養室の有無 ・ 休憩設備 (座ることができるスペース) の全学的設置状況およびそ の相談室機能の有無 <p>また、以下の点について検討を要する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 休養室 (所) の床数が個室を持たない労働者の数に見合っているか (保健管理センターから遠い場合は、部局に休養室が必要 / 個室を持 つ者は休養のために自室を利用できるため検討のための対象人数に 含まない) 	不詳

報告書③

巡視日時	平成 29 年 1 月 4 日 (水)		
巡視者	保健管理センター 伊地知 (産業医), 川池 (産業医), 鮫島 (産業医)		
立会者			
指摘事項 No.	巡視場所	指摘事項・意見	現状
1	全学	<p>勤務記録と勤務状況について</p> <p>保健管理センターでは、疲労の蓄積が認められる過重労働者に、産業医の面接指導を受けることを勧奨している。</p> <p>(http://hsc.kuas.kagoshima-u.ac.jp/oshirase/kajyu28.pdf)</p> <p>面接指導希望者への対応では、労働時間等の勤務の状況を確認することとなっているため (長時間労働者, 高ストレス者の面接指導に関する報告書・意見書作成マニュアル, 平成 27 年 11 月厚労省), 勤務記録と実際の勤務状況の間に明らかな相違がないよう出勤記録が適正に管理されていることが重要である。</p>	

報告書④

巡視日時	平成 29 年 3 月 8 日（水） 14 時 30 分		
巡視者	保健管理センター 伊地知（産業医）		
立会者			
指摘事項 No.	巡視場所	指摘事項・意見	現状
1	学内喫煙所	学内喫煙所周辺の、通路等で、タバコの匂いを確認した。喫煙者のタバコからの副流煙による二次受動喫煙と、灰皿等からの残留物からの三次受動喫煙が近くを通る非喫煙者で起きている現状である。巡視日は前期入試の合格者発表日でもあり、未成年者である高校生が喫煙所の横を通ることで受動喫煙の被害にあっている。	
2	学習交流プラザ	学習交流プラザの生協書店横の通路に新しいタバコの吸い殻を確認した。マナーの悪い喫煙を他の多くの学生が目にしてている現状は、大学自体がマナーの悪い喫煙者を生み出すことにつながる。全てのキャンパスでの敷地内全面禁煙および大学関係者の周辺道路での禁煙を早急に実施し、喫煙者を一人でも減らすことが大学の最優先の社会貢献と考える。	

IV. プライマリーケア・感染症など

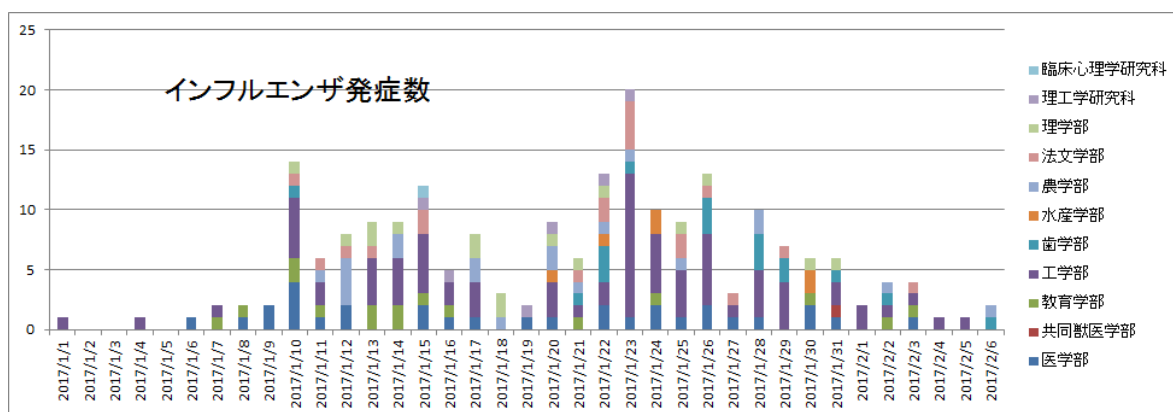


図 平成 29 年 1 月の A 型インフルエンザの流行状況 (感染症 Web 登録システムより)

インフルエンザの流行について

平成 29 年 1 月に A 型インフルエンザの流行がみられた。全国的な流行に続き感染症発生動向調査における鹿児島県のインフルエンザ定点医療機関当たりの患者報告数 (定点当たり報告数) が、平成 29 年第 2 週 (1 月 9 日～1 月 15 日) において 11.22 となり、流行発生注意報発令の基準である 10.00 を超えた。これにより、1 月 19 日に鹿児島県のインフルエンザ流行発生注意報が発令された。第 4 週 (1 月 23 日～1 月 29 日) にはこの値は 38.05 となり、2 月 2 日に流行発生警報となった。鹿児島大学では、成人式の 2 日後に最初のピークがみられ (図)、発

症者 14 人中 2 年生が 11 人で、成人式に関連する集まりでの感染拡大があったと思われる。2 番目のピークは、センター試験前日の休校日 (1 月 13 日) の 2 日後であった (12 人中 2 年生が 7 人)。3 番目のピークは 1 月 23 日に起こり、発症者 20 人の中で工学部建築学科の 2 年生と 3 年生が 11 名おり、21 日 (土曜日) に発症者との集団的接触 (課題提出) があり感染が広がったことが考えられる。インフルエンザ流行時期に発症者を自宅安静に誘導し、有症候者のマスク着用や咳エチケットを徹底できれば大学での流行はかなり抑制できる可能性が再確認できた。流行時期の啓発活動が重要である。

V. 保健管理センターの利用状況

はじめに

学生の診療に関し、保健管理センターの医師の他に、本学医学部および歯学部より多くの医師の助勢をいただいている。一部予約診療も含まれ、このような学生診療に対する医学部・歯学部からの支援体制は全国的にも例が少なく、鹿児島大学の特色のひとつとなっている。

本誌編集時期の都合により、例年どおり利用状況については前年度までの集計とする。本年度の特色については、重要な点を「平成 28 年度の利用状況について」として述べる。

1. 利用状況（平成 27 年度までのまとめ：表 1～3 と図 2, 3）

近年の全国的な業務内容の変遷から、保健管理センターの業務は 3 つの柱に集約されつつある（図 1）。急速に増大しつつある需要の多くは、diversity management と呼ばれる多様性に対する対応であり、学生支援・職員支援の中身が複雑化し、年々その量も増えている。この 1 番目の柱には、学習支援、受講支援、対人関係支援、ハラスメント事例の当事者たちへの支援、などが含まれ支援需要のかなりの部分は現時点でも潜在している。従来から、保健管理センターの主要な業務のひとつであった学生・職員のメンタルヘルス

に関する対応も、重要なのは治療や個人の排除ではなく、支援であるという考え方からそのほとんどが diversity management に含まれる。第 2 の柱には、①病気や怪我の治療を目的とした総合診療、②特別健康診断や臨時健康診断、③定期健康診断（定健）による要精密検査者の精密検査（精検）、④健康指導・健康相談、⑤就職・進学等用の健康診断書発行、⑥救急薬品の借用等、⑦禁煙相談・卒煙支援などが含まれる。第 3 の柱は産業医としての業務で、喫煙対策なども含む。利用状況の集計は、以前より主に ICD-10 による疾患分類に従っており（表 1）、支援件数は便宜的に精神障害と心理相談に含まれている。従ってメンタルヘルス支援、学習支援、生活支援、対人関係支援等の全てを含む件数は、図 2 のようになる。職員支援は図 3 に示す。

2. 平成 28 年度の利用状況について

学生定期健康診断時の結核ハイリスク者の採血検査（IGRA）で潜在性結核感染症と診断された学生の直接服薬確認療法（DOTS）の依頼が保健所よりあり実施した。職員に関しては平成 28 年度よりストレスチェック制度が実施された。郡元事業所では、受験率 61.8% で、高ストレス者は 55 人（6.8%）おり、面接指導は 4 名に行った。

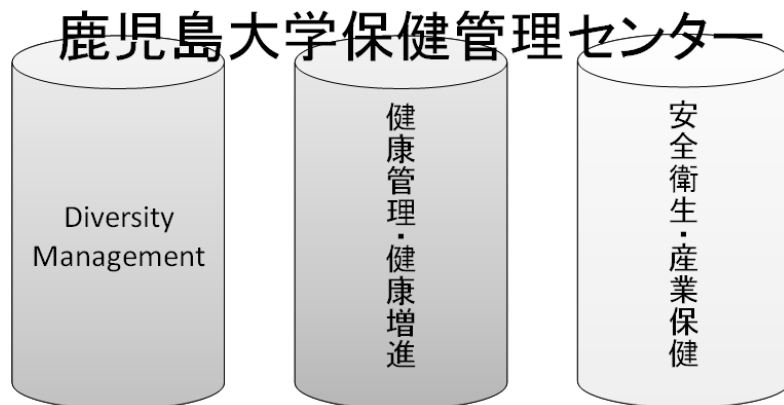


図 1 保健管理センターの業務

表1 保健管理センター利用状況（全学生）

項目	23	24	25	26	27
感染症	227 (219)	244 (224)	251 (237)	233 (219)	229 (220)
新生児	3 (3)	4 (4)	4 (4)	3 (2)	4 (4)
血液疾患	5 (5)	7 (7)	9 (6)	5 (3)	4 (4)
内分泌、栄養および代謝疾患	21 (19)	17 (17)	27 (25)	32 (31)	14 (14)
精神障害	3,595 (158)	4,565 (173)	6,055 (186)	4,251 (160)	3,316 (135)
神経・感覚器系の疾患	115 (109)	102 (89)	93 (85)	79 (75)	70 (70)
循環器系の疾患	23 (21)	13 (11)	16 (14)	13 (13)	13 (13)
呼吸器系の疾患	1,525 (1,426)	1,534 (1,429)	1,334 (1,216)	1,032 (926)	1,123 (1,022)
消化器系の疾患	95 (84)	95 (89)	89 (86)	73 (68)	59 (59)
皮膚・皮下組織の疾患	165 (129)	140 (120)	125 (103)	84 (79)	96 (84)
筋骨格系の疾患	92 (83)	89 (85)	74 (71)	66 (64)	57 (55)
尿路性器系の疾患	66 (64)	62 (60)	56 (55)	59 (57)	46 (45)
先天奇形	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
症状・診断不明確	138 (130)	120 (109)	141 (135)	99 (95)	132 (125)
損傷・中毒	527 (415)	595 (373)	634 (369)	368 (270)	324 (245)
傷病および死亡の要因	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
保健サービスの利用	220 (100)	398 (118)	213 (76)	149 (95)	251 (126)
心理相談	465 (28)	207 (19)	66 (26)	160 (33)	229 (47)
小計	7,282 (2,993)	8,192 (2,927)	9,187 (2,694)	6,706 (2,190)	5,967 (2,268)
健康診断（電離放射線）	415	405	439	440	437
健康診断（一般）	129	146	127	119	131
健康診断（臨時）	589	430	234	227	234
健康後の精検	330	369	375	201	225
健康調査面接	113	137	156	119	76
インフルエンザ予防接種	222	269	268		
A E D講習会		168	111	177	75
アルコールパッチテスト		10	8	19	14
小計	2,063	1,934	1,718	1,302	1,192
診断書発行(保健管理センターに来所)	930	674	522	377	643
(自動発行機)	6,117	6,618	6,627	2,373	4,594
(ネット発行)				1,232	217
合計	16,392	17,418	18,054	11,990	12,613

()内は新規利用者

*統計処理変更のため、空欄になっている箇所があります。

*インフルエンザ予防接種はH26年度より未実施

表2 保健管理センター利用状況（職員）

項目	23	24	25	26	27
感染症	27 (26)	46 (42)	19 (18)	35 (33)	20 (18)
新生児	2 (2)	1 (1)	2 (2)	4 (2)	2 (2)
血液疾患	1 (1)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (2)
内分泌、栄養および代謝疾患	1 (1)	6 (4)	12 (5)	7 (7)	5 (5)
精神障害	157 (30)	239 (34)	128 (23)	159 (22)	132 (24)
神経・感覚器系の疾患	27 (26)	25 (19)	18 (17)	23 (21)	15 (14)
循環器系の疾患	11 (10)	13 (10)	5 (5)	1 (1)	15 (6)
呼吸器系の疾患	152 (126)	188 (153)	189 (140)	147 (120)	163 (137)
消化器系の疾患	25 (20)	24 (18)	19 (19)	15 (14)	16 (14)
皮膚・皮下組織の疾患	15 (15)	14 (13)	24 (21)	14 (13)	16 (15)
筋骨格系の疾患	31 (29)	24 (23)	34 (31)	21 (19)	15 (13)
尿路性器系の疾患	6 (4)	5 (5)	5 (5)	7 (7)	13 (8)
先天奇形			1 (1)	1 (1)	1 (1)
症状・診断不明確	25 (24)	36 (23)	23 (18)	20 (20)	21 (18)
損傷・中毒	78 (50)	68 (53)	75 (49)	45 (37)	34 (30)
保健サービスの利用	118 (42)	97 (35)	91 (32)	46 (20)	61 (27)
心理相談	1 (1)	0 (0)	2 (2)	8 (8)	5 (4)
小計	677 (407)	788 (434)	647 (388)	553 (345)	536 (338)
健康診断（一般）	1,019	1,127	1,281	1,265	1,351
特殊健診（有機溶剤）	103	99	98	105	103
特殊健診（特定化学物質）	28	62	62	61	74
特殊健診（有機リン）				33	38
健康診断（電離放射線）	89	164	166	175	181
健康診断（チェンソー）	19	18	20	20	22
健康診断（V D T）	5	11	3	2	1
職員健診の事後措置	137	104	104	98	124
インフルエンザ予防接種	559	619	656		
麻疹予防接種		165	32		
A E D講習会				4	20
小計	1,959	2,369	2,422	1,763	1,914
診断書発行	13	21	23	21	14
合計	2,649	3,178	3,092	2,337	2,464

()内は新規利用者

*統計処理変更のため、空欄になっている箇所があります。

表3 平成27年度 特別・一般および臨時健康診断等（学生）

分類		月別												合計
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
特別	R I 取り扱い者		220							217				437
一般	小型船舶免許申請				3	9	5				5	4		26
	就職等		3	3	7	48	2	3	4	17	2	9	7	105
臨時	工学部海岸測量実習			38										38
	柔道部			7										7
	獣医師国試免許申請												27	27
	歯科医師国試免許申請												32	32
	医師国試免許申請												51	51
	保健学科国試免許申請												79	79
診断書 作成・発行 のみ	保健学科臨床実習		91	237	4	78			103					513
	医学科臨床実習		93	233	4	122								452
	歯学部臨床実習						54							54
合計		0	407	518	18	257	61	3	324	17	7	13	196	1821

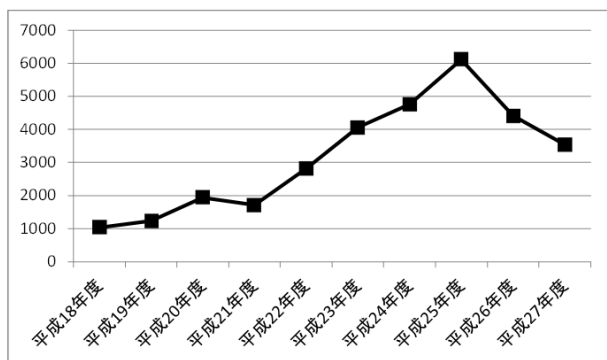


図2 学生支援件数の推移

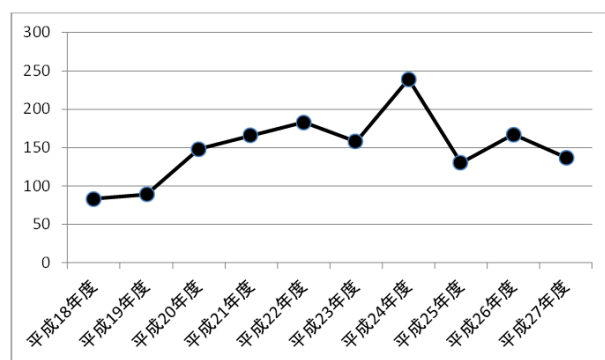


図3 職員支援件数の推移

VI. 定期健康診断など

はじめに

学校保健安全法施行規則は、大学における結核健診の時期を第一学年としているため、定期健康診断で実施する胸部 X 線撮影については、新入生以外は法的な必須検査ではない。平成 26・27 年度は、実習前検査として胸部 X 線検査が必要な学生を含め実施したが、平成 28 年度からは新入生のみを実施した。本学では現在、インターネットを介した予約登録システムを利用し（図 1）、定期健康診断を実施している（図 2）。内科診察医師については、本学医学部・同附属病院および学外医療機関等より多数の医師の協力をいただいている。胸部 X 線検査結果の読影については、平成 28 年度より外部委託のみとした。ここでは、学生定期健康診断に加え、平成 23 年度より本学歯学部によって行われている歯科健診（表 1）、定期健康診断時に行われる採血検査（平成

28 年度より）、および秋健診（表 6）について記載する。平成 28 年度より検尿は中止となり、また眼科・耳鼻咽喉科のスクリーニングは内科診察ブースで行った（図 2）。そのため、眼科・耳鼻咽喉科の要精検者のデータは理学的所見（内科）に含まれる。

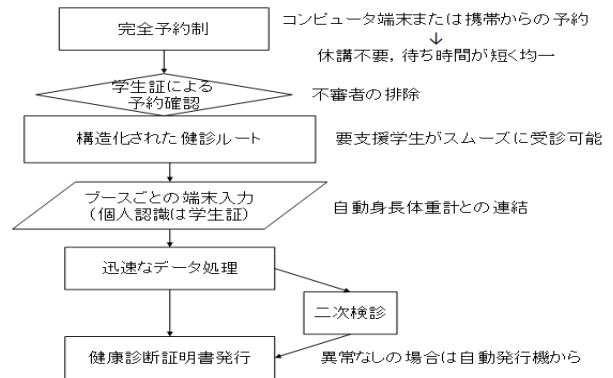


図 1 完全予約制による学生定期健康診断

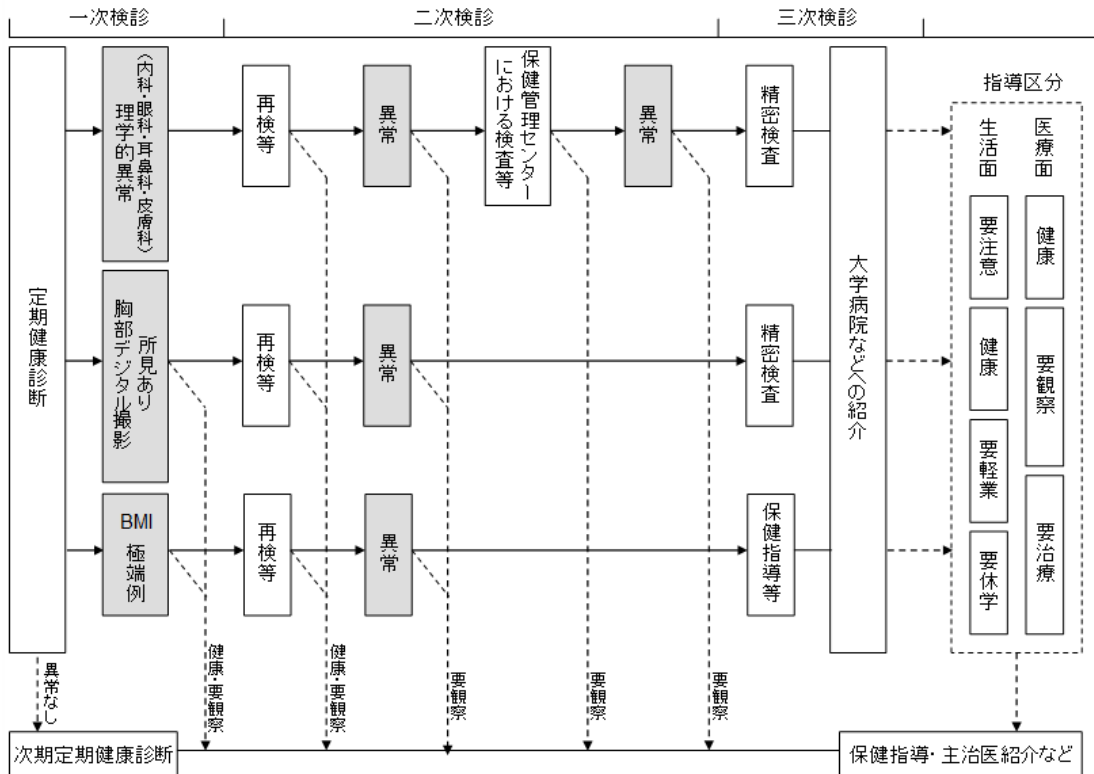


図 2 定期健康診断で異常と判断された対象者の指導区分決定までの過程

表1 歯学部による歯科健診

	日付	時間	受診者数	
1	4月12日(火)	9:30~11:30	96	222
		13:30~15:30	126	
2	4月13日(水)	9:30~11:30	74	191
		13:30~15:30	117	
3	4月14日(木)	9:30~11:30	156	301
		13:30~15:30	145	
4	4月15日(金)	9:30~11:30	132	240
		13:30~15:30	108	
5	4月18日(月)	9:30~11:30	112	220
		13:30~15:30	108	
6	4月19日(火)	9:30~11:30	127	127
		13:30~15:30		
7	4月20日(水)	9:30~11:30	125	240
		13:30~15:30	115	
8	4月21日(木)	9:30~11:30	66	66
		13:30~15:30		
9	4月22日(金)	9:30~11:30	93	134
		13:30~15:30	41	
総数			1741	

表2a 定期健康診断受診率(学部学生)

	2012	2013	2014	2015	2016
検診対象者	8935	8993	9008	8953	9025
受診者	8083	8277	8017	7808	7717
受診率(%)	90.5	92.0	89.0	87.2	85.5
法文学部	88.4 (1531/1731)	89.7 (1565/1745)	84.4 (1479/1752)	84.1 (1461/1738)	82.5 (1457/1765)
教育学部	94.8 (1159/1223)	95.1 (1152/1211)	94.7 (1139/1203)	95.4 (1138/1193)	94.0 (1134/1206)
理学部	86.4 (703/814)	90.7 (737/813)	85.4 (696/815)	81.0 (657/811)	77.8 (633/814)
医学部	93.3 (1094/1173)	96.0 (1138/1185)	97.2 (1169/1203)	97.3 (1169/1201)	97.0 (1174/1210)
歯学部	95.7 (312/326)	95.0 (304/320)	96.6 (308/319)	94.7 (302/319)	96.3 (308/320)
工学部	87.9 (1753/1994)	89.0 (1814/2038)	85.9 (1751/2038)	81.9 (1651/2016)	78.7 (1598/2030)
農学部	91.5 (962/1051)	92.9 (945/1017)	89.2 (891/999)	85.8 (831/969)	84.7 (787/929)
水産学部	90.9 (538/592)	93.0 (559/601)	87.5 (511/584)	87.9 (509/579)	82.8 (490/592)
共同獣医学部	100.0 (31/31)	100.0 (63/63)	76.8 (73/95)	70.9 (90/127)	74.2 (118/159)

表 2b 定期健康診断受診率（大学院生等）

	2012	2013	2014	2015	2016
検診対象者	1707	1611	1569	1545	1516
受診者	1026	989	969	996	975
受診率(%)	60.1	61.4	61.8	64.5	64.3
人文社会科学研究科	53.9 (41/76)	52.6 (41/78)	62.0 (49/79)	70.4 (57/81)	73.7 (56/76)
教育学研究科	78.8 (63/80)	82.7 (62/75)	79.2 (61/77)	79.2 (61/77)	75.0 (57/76)
保健学研究科	8.3 (6/72)	5.8 (4/69)	20.0 (12/60)	29.7 (19/64)	30.4 (21/69)
理工学研究科	86.2 (580/673)	87.4 (556/636)	85.7 (541/631)	88.0 (584/664)	85.1 (555/652)
農学研究科	85.9 (110/128)	86.8 (112/129)	92.2 (106/115)	96.0 (97/101)	90.3 (93/103)
水産学研究科	86.1 (62/72)	95.7 (67/70)	88.6 (70/79)	97.3 (71/73)	95.2 (60/63)
医歯学総合研究科	18.3 (73/398)	18.5 (69/372)	14.5 (53/365)	13.8 (47/340)	18.6 (61/328)
連合農学研究科	28.6 (38/133)	29.8 (36/121)	32.1 (35/109)	24.5 (25/102)	34.8 (40/115)
司法政策研究科	74.1 (20/27)	60.0 (12/20)	66.7 (10/15)	55.6 (5/9)	0.0 (0/4)
臨床心理学研究科	100.0 (32/32)	100.0 (29/29)	100.0 (32/32)	96.8 (30/31)	100.0 (30/30)

表 3a 理学的所見による要精検者（学部学生）

		2012	2013	2014	2015	2016
一次検診	検診対象者	8935	8993	9008	8953	9025
	受診者	8083	8277	8017	7808	7717
	受診率(%)	90.5	92.0	89.0	87.2	85.5
精密検診	精検対象者	114	78	77	72	81
	受診者	72	41	42	39	44
	受診率(%)	63.2	52.6	54.5	54.2	54.3
一次検診 確定診断	要観察者	50	43	33	42	42
	要医療者	96	111	107	110	121
精検後 確定診断	要観察者	0	13	12	18	10
	要医療者	0	2	3	2	6

統計処理変更のため一部実際と異なる表示があります。

表 3b 理学的所見による要精検者（大学院生等）

		2012	2013	2014	2015	2016
一次検診	検診対象者	1707	1611	1569	1545	1516
	受診者	1026	989	969	996	975
	受診率(%)	60.1	61.4	61.8	64.5	64.3
精密検診	精検対象者	13	6	5	6	10
	受診者	7	3	4	4	4
	受診率(%)	53.8	50.0	80.0	66.7	40.0
一次検診 確定診断	要観察者	4	6	7	5	7
	要医療者	11	17	17	16	22
精検後 確定診断	要観察者	0	2	0	0	1
	要医療者	1	0	0	0	1

統計処理変更のため一部実際と異なる表示があります。

表 3 c 理学的所見による要観察者と要医療者

	要観察者		要医療者	
	学部学生	大学院生	学部学生	大学院生
腺腫様甲状腺腫	2	0	1	0
アトピー性皮膚炎	0	0	2	0
橋本病	4	0	0	0
のう胞性甲状腺腫	1	0	0	0
起立性低血圧	1	0	0	0
薬剤性鼻炎	0	0	1	0
収縮期雑音	1	0	0	0
びまん性甲状腺腫	2	0	0	0
濾胞性甲状腺腫	0	0	1	0
コリン性蕁麻疹	0	0	1	0
バセドウ病	0	1	0	1
計	11	1	6	1

表 4 a 胸部 X 線検査による要精検者（学部学生）

		2012	2013	2014	2015	2016
一次検診	検診対象者	8935	8993	9008	8953	9025
	受診者	8077	8276	4772	4747	2083
	受診率(%)	90.4	92.0	53.0	53.0	23.1
精密検診	精検対象者	94	68	35	31	15
	受診者	94	68	35	31	15
	受診率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
一次検診 確定診断	要観察者	2	3	0	0	0
	要医療者	2	1	0	0	0
精検後 確定診断	要観察者	1	4	0	1	2
	要医療者	0	1	0	1	0

統計処理変更のため一部実際と異なる表示があります。

表 4 b 胸部 X 線検査による要精検者（大学院生等）

		2012	2013	2014	2015	2016
一次検診	検診対象者	1707	1611	1569	1545	1516
	受診者	1023	987	590	626	491
	受診率(%)	59.9	61.3	37.6	40.5	32.4
精密検診	精検対象者	12	12	2	5	5
	受診者	12	12	2	5	5
	受診率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
一次検診 確定診断	要観察者	0	0	1	0	0
	要医療者	0	0	0	0	0
精検後 確定診断	要観察者	0	0	0	0	1
	要医療者	0	0	0	1	0

統計処理変更のため一部実際と異なる表示があります。

表 5a BMI 值 (学部学生男子)

学年	BMI值	2012	2013	2014	2015	2016
1年生	30 以上	36	37	36	29	32
	15 以下	1	0	0	0	2
2年生	30 以上	20	25	26	21	22
	15 以下	0	0	0	0	1
3年生	30 以上	29	28	21	29	25
	15 以下	1	1	1	0	0
4年生	30 以上	31	35	36	31	36
	15 以下	1	1	0	1	0
5年生	30 以上	5	3	5	1	2
	15 以下	0	0	0	0	0
6年生	30 以上	1	5	4	6	3
	15 以下	0	0	0	0	0

表 5b BMI 值 (学部学生女子)

学年	BMI值	2012	2013	2014	2015	2016
1年生	30 以上	1	3	9	5	7
	15 以下	2	1	0	4	2
2年生	30 以上	6	2	3	8	4
	15 以下	2	1	1	0	1
3年生	30 以上	5	6	4	1	10
	15 以下	2	2	1	2	0
4年生	30 以上	12	6	9	3	4
	15 以下	1	3	1	0	1
5年生	30 以上	1	0	1	1	1
	15 以下	0	0	0	0	0
6年生	30 以上	0	1	0	2	2
	15 以下	0	0	0	0	0

表 5c BMI 值 (大学院生男子)

学年	BMI值	2012	2013	2014	2015	2016
1年生	30 以上	13	11	11	12	15
	15 以下	0	0	1	1	0
2年生	30 以上	11	18	11	11	11
	15 以下	0	0	0	1	1
3年生	30 以上	1	0	2	1	1
	15 以下	0	0	0	0	0

表 5d BMI 值 (大学院生女子)

学年	BMI值	2012	2013	2014	2015	2016
1年生	30 以上	2	4	3	2	1
	15 以下	0	0	0	1	0
2年生	30 以上	4	4	4	2	0
	15 以下	0	0	0	0	1
3年生	30 以上	1	2	1	0	0
	15 以下	0	0	0	0	0

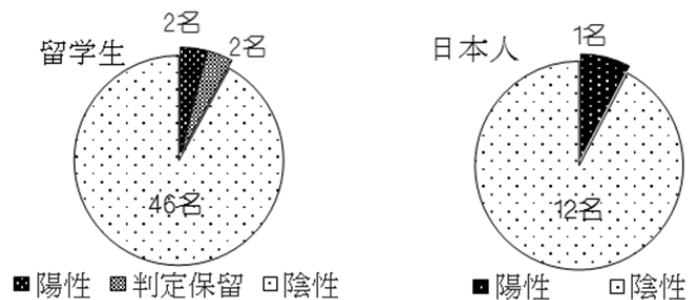


図3 結核高リスク者（問診）の結核スクリーニング（IGRA：T-Spot）結果

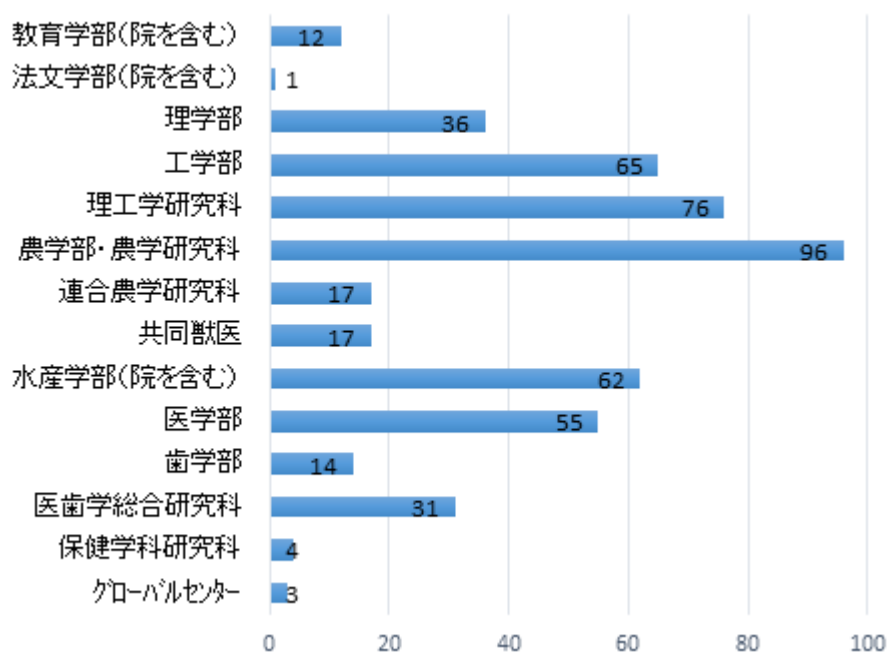


図4 学生特殊健診（化学薬品を取り扱う学生の採血検査）受検者数（計489名）

表6 秋健診（10月）：胸部X線検査のみ

		2013	2014	2015	2016
1次検診	受診者	9	3	53	63
	免除者	1	0	0	2
精密検診	精密対象者	0	0	1	0
	受診者	0	0	1	0
最終診断	要観察者	0	0	0	0
	要医療者	0	0	0	0

※免除者：3ヶ月以内に胸部X線検査を受けたことが証明できる学生、妊娠中の学生等

VII. 保健管理センターの沿革

昭和 29 年		鹿児島大学保健診療所設置
昭和 40 年		鹿児島大学学生相談室設置
昭和 47 年	2 月	鹿児島大学保健管理センター設置準備懇談会発足，世話役 宮司祐三学生部長
昭和 47 年	5 月	国立学校設置法施行規則の改正（省令第 11 号）により，本学に保健管理センター設置 新規講師定員 1 名及び看護婦定員 1 名 保健管理センター所長事務取扱に宮司祐三学生部長（併任）就任
昭和 47 年	12 月	鹿児島大学保健管理センター規則，鹿児島大学保健管理センター所長及び教員選考規則制定
昭和 48 年	1 月	保健管理センター所長に医学部篠原慎治教授（併任）就任 医学部（神経精神医学）川池浩二助手，保健管理センター講師就任
昭和 50 年	5 月	診療所開設（厚生省認可）
昭和 51 年	3 月	保健管理センター新庁舎落成
昭和 51 年	9 月	新庁舎で業務開始
昭和 51 年	10 月	教授定員 1 名純増
昭和 52 年	1 月	医学部（神経精神医学）新里邦夫助教授，保健管理センター教授就任
昭和 52 年	6 月	川池浩二講師，附属病院へ配置替え
昭和 52 年	11 月	医学部（第二内科学）美坂幸治助手，保健管理センター講師就任
昭和 55 年	4 月	美坂幸治講師，教育学部教授に転出
昭和 55 年	11 月	医学部（第一内科学）前田芳夫助手，保健管理センター講師就任
昭和 56 年	1 月	保健管理センター所長に新里邦夫教授就任
昭和 57 年	4 月	前田芳夫講師，助教授就任
昭和 57 年	11 月	新里邦夫所長，保健管理センター所長退任，県立鹿児島保健院長に転出 保健管理センター所長事務取扱に岩熊三郎学生部長（併任）就任
昭和 58 年	1 月	医学部（神経精神医学）瀧川守国助教授，保健管理センター教授就任
昭和 58 年	6 月	保健管理センター所長に瀧川守国教授就任
平成 6 年	8 月	瀧川守国教授，保健管理センター所長退任，医学部（神経精神医学）教授に転出 保健管理センター所長に前田芳夫助教授就任
平成 6 年	9 月	前田芳夫助教授，教授就任
平成 6 年	11 月	医学部（神経精神医学）野間口光男助手，保健管理センター講師就任
平成 8 年	7 月	野間口光男講師，鹿児島県立始良病院医長に転出 医学部（神経精神医学）上山健一助教授，保健管理センター助教授就任
平成 9 年	10 月	第 35 回全国大学保健管理研究集会開催（於：鹿児島市民文化ホール）

平成 10 年	3 月	上山健一助教授，鹿児島県立始良病院院長に転出
平成 10 年	4 月	医学部（神経精神医学）森岡洋史講師，保健管理センター助教授就任
平成 15 年	3 月	前田芳夫教授，鹿児島大学教員定年規則により退官
平成 15 年	4 月	保健管理センター所長事務取扱に種村完司副学長（併任）就任
平成 15 年	6 月	森岡洋史助教授，保健管理センター教授ならびに所長（併任）就任
平成 15 年	10 月	医学部（第三内科学）榮樂信隆助手，保健管理センター助教授就任
平成 18 年	1 月	河村 裕医師，保健管理センター助手（産業医）就任
平成 18 年	3 月	榮樂信隆助教授退任
平成 18 年	4 月	鹿児島赤十字病院（内科）伊地知信二部長，保健管理センター助教授就任
平成 19 年	4 月	職名変更（助教授→准教授，助手→助教）
平成 21 年	3 月	河村 裕助教退任
平成 21 年	11 月	鮫島久美医師，保健管理センター助教就任
平成 23 年	3 月	森岡洋史教授，保健管理センター所長退任
平成 23 年	4 月	伊地知信二准教授，教授・保健管理センター所長就任
	4 月	森岡洋史教授，特任教授就任
平成 24 年	4 月	医学部（神経科精神科）川池陽一助教，保健管理センター准教授就任
平成 25 年	7 月	障害学生支援室（平成 26 年 4 月からセンター）との連携開始
平成 26 年	3 月	増築改修工事開始
平成 27 年	1 月	増築改修工事終了
平成 27 年	12 月	ストレスチェック制度施行（労働安全衛生法改正）
平成 28 年	4 月	障害者差別解消法施行

Ⅷ. 学校保健計画及び学校安全計画

平成 29 年度

	行 事	内 容	教育活動	安全点検
4	<ul style="list-style-type: none"> ・一般定期健康診断（附属特別支援学校職員） ・入学式 ・学生定期健康診断 ・学生化学物質取扱者（有機溶剤取扱者）採血検査 ・学生結核の採血検査 	<p>身長・体重、腹囲、視力、聴力、血圧、検尿、胸部X線間接撮影、血液、心電図、大腸ガン、内科一般救護待機</p> <p>4月11日～26日</p> <p>胸部X線デジタル撮影（新入生のみ）、内科、身体計測、皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科問診</p> <p>4月11日～26日</p> <p>4月11日～26日</p>	禁煙講演	随時実施
5	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回電離放射線健康診断（学生・教職員） ・学生定期健康診断受診者への精密検査通知 ・一般定期健康診断（附属幼・小・中学校職員） ・健康診断証明書発行開始（自動発行機、Web発行） ・麻疹抗体検査（教育学部） ・体育系サークルの健康診断 ・学生定期健康診断の事後措置 	<p>眼、皮膚、血液、問診</p> <p>要精密検査者名簿作成</p> <p>身長・体重、腹囲、視力、聴力、血圧、検尿、胸部X線間接撮影、血液、心電図、大腸ガン、内科一般</p> <p>心電図、聴打診、血圧、検尿</p> <p>要精検者に個別指示（胸部X線検査）</p>	AED講習 卒煙支援 禁煙講演 Eピポソ講演	
6	<ul style="list-style-type: none"> ・学生定期健康診断の事後措置 ・学生化学物質取扱者・結核の採血後の事後措置 ・工学部（海洋土木科）海岸測量実習生の健康診断 ・就職試験用健康診断証明書発行 ・職員定期健康診断事後措置 ・ストレスチェック（職員） 	<p>要精検者に個別指示（内科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、その他）</p> <p>要再検者に個別指示</p> <p>血圧</p>		
7	<ul style="list-style-type: none"> ・水産学部乗船実習生の健康診断 ・平成30年度学生定期健康診断日程（案）計画 ・就職試験用健康診断証明書発行 ・卒業生のカルテ整理・保管 ・チェーンソー取扱者健康診断（職員） ・医学部保健学科看護学専攻学生 臨床実習 	<p>血圧、血液検査、聴力、視力、検尿、問診</p> <p>日程調整・レントゲン車調整</p> <p>血圧、握力、診察等</p>		
8	<ul style="list-style-type: none"> ・第47回九州地区大学保健管理研究協議会 ・学生定期健康診断精密検査結果処理 ・就職試験用健康診断証明書発行 ・職員一般定期健康診断 ・第1回特定業務従事者健康診断（職員） ・有機溶剤取扱者健康診断（職員） ・特定化学物質取扱者健康診断（職員） ・有機リン剤取扱者健康診断（職員） ・有機溶剤・特定化学物質・有機リン剤取扱者健康診断事後措置 	<p>8月23日～25日（当番：九州大学）</p> <p>身長・体重、腹囲、視力、聴力、血圧、検尿、胸部X線間接撮影、血液、心電図、大腸ガン、内科一般</p> <p>身長・体重、腹囲、視力、聴力、血圧、検尿、胸部X線間接撮影、血液、心電図、大腸ガン、内科一般</p> <p>尿中代謝物検査等</p> <p>全血比重、胸部X線直接撮影等</p> <p>コリンエステラーゼ</p>		

	行 事	内 容	教育活動	安全点検
9	<ul style="list-style-type: none"> ・就職試験用健康診断証明書発行 ・ストレスチェック事後措置（産業医面談等） 		AED 講習 卒煙支援 禁煙講演 Eビブ講演	随時実施
10	<ul style="list-style-type: none"> ・職員定期健康診断事後措置 ・10月入学者健康診断 ・第1回保健管理センター運営委員会 	胸部X線デジタル撮影 平成30年度学生定期健康診断実施計画（案）		
11	<ul style="list-style-type: none"> ・VDT作業従事者健康診断（職員） ・第2回電離放射線健康診断（学生・教職員） ・職員定期健康診断事後措置 ・チェンソー取扱者健康診断（職員） ・第55回全国大学保健管理研究集会 	視力、握力、問診 眼、皮膚、血液検査、問診 血圧、握力、診察等 11月29日～30日（当番：琉球大学）		
12	<ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度国立大学法人保健管理施設協議会 	12月1日（当番：佐賀大学）		
1	<ul style="list-style-type: none"> ・健康相談日年間計画表作成 ・大学入試センター試験 	平成30年度学医及びびカウンセラー 救護待機		
2	<ul style="list-style-type: none"> ・前期日程個別学力検査 ・第2回特定業務従事者健康診断（職員） ・有機溶剤取扱者健康診（職員） ・特定化学物質取扱者健康診断（職員） ・有機リン剤取扱者健康診断（職員） ・有機溶剤・特定化学物質・有機リン剤取扱者健康診断事後措置 ・実習前麻疹抗体検査 	救護待機 身長・体重、腹囲、視力、聴力、血圧、検尿、胸部X線間接撮影、血液、心電図、内科一般尿中代謝物検査等 全血比重、胸部X線直接撮影等 コリンエステラーゼ		
3	<ul style="list-style-type: none"> ・第2回保健管理センター運営委員会 ・センター利用者年間統計資料作成 ・保健管理センター年報原稿作成 ・棚卸 ・卒業生の診療カルテ整理・保管 ・第20回フィジカル・ヘルス・フォーラム ・後期日程個別学力検査 ・共同獣医学部国家試験受験者健康診断 ・歯学部国家資格免許申請のための健康診断 ・卒業式 	平成30年度学校保健計画・学校安全計画（案） 日程未定 救護待機 神経精神科 神経精神科 救護待機		

IX. 保健管理体制

(1) 保健管理センター職員

(平成 29 年 1 月現在)

所長	教 授	伊地知信二	(内科)
	特任教授	森岡洋史	(精神科)
産業医	准教授	川池陽一	(精神科)
産業医	助 教	鮫島久美	(内科)
保健師		中村聡子 (育休)	
保健師		飯島由佳	
保健師		平片 舞	
保健師		蒲地亜紀代	
保健師		山之口由香	
カウンセラー		永田純子	
カウンセラー (非常勤講師)		田沼利枝	
カウンセラー (非常勤講師)		石田 愛	
カウンセラー		南崎明日香	
カウンセラー		今久留主舞衣	
ソーシャルワーカー		黒瀬真弓	
事務補佐員		本村奈津美	
事務補佐員		羽生裕子	

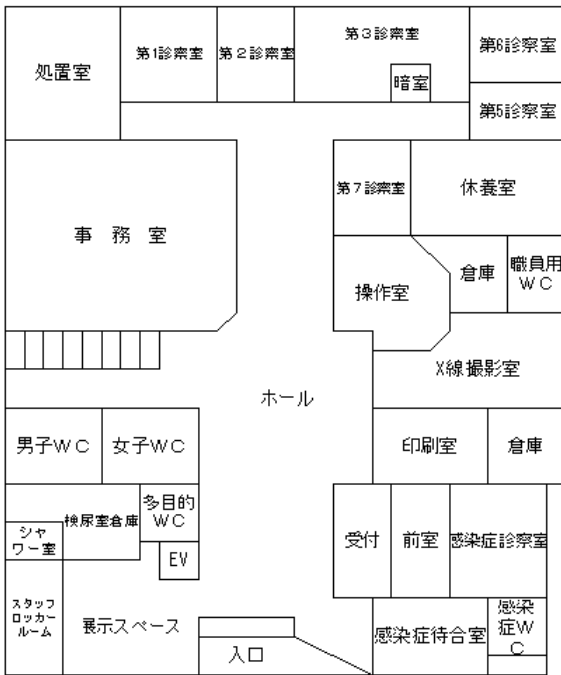
(2) 保健管理センター運営委員会委員

(b) 平成 28 年度

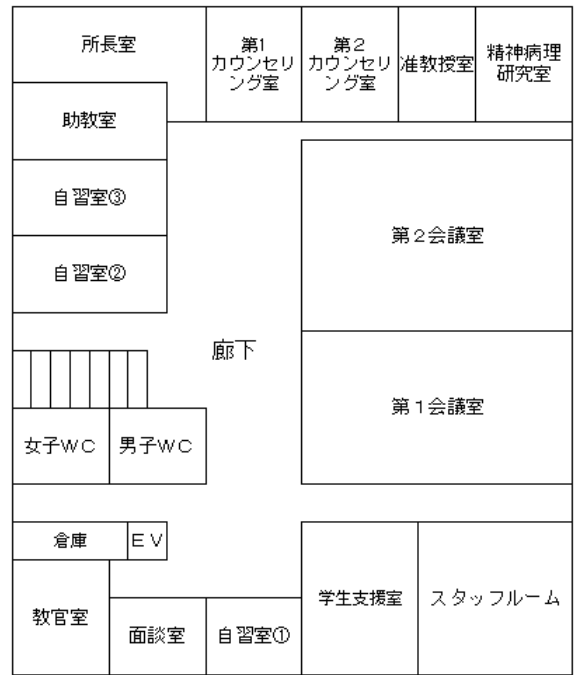
(平成 29 年 1 月現在)

	学 部 等	職 名	氏 名	備 考
1	セ ン タ ー	教 授	伊 地 知 信 二	委 員 長
2	〃	特任教授	森 岡 洋 史	委員会が必要と認めた委員
3	〃	准教授	川 池 陽 一	専 任 教 員
4	〃	助 教	鮫 島 久 美	専 任 教 員
5	法 文 学 部	教 授	井 原 慶 一 郎	学 部 等 選 出 委 員
6	教 育 学 部	教 授	前 田 雅 人	〃
7	理 学 部	教 授	笠 井 聖 仙	〃
8	医 学 部	教 授	沖 利 通	〃
9	歯 学 部	教 授	於 保 孝 彦	〃
10	工 学 部 理 工 学 研 究 科	教 授	浅 野 敏 之	〃
11	農 学 部	准教授	下 田 代 智 英	〃
12	水 産 学 部	准教授	吉 川 毅	〃
13	共 同 獣 医 学 部	教 授	桃 井 康 行	〃
14	医 歯 学 総 合 研 究 科	准教授	中 村 雅 之	〃
15	学 術 情 報 基 盤 セ ン タ ー	教 授	森 邦 彦	委員会が必要と認めた委員
16	医 歯 学 総 合 研 究 科	准教授	中 村 雅 之	神 経 科 精 神 科
17	医 ・ 歯 病 院	講 師	渡 邊 修	神 経 内 科
18	医 歯 学 総 合 研 究 科	助 教	指 宿 敦 子	皮 膚 科
19	医 ・ 歯 病 院	助 教	富 永 博 之	整 形 外 科
20	医 ・ 歯 病 院	助 教	山 下 高 明	眼 科
21	医 歯 学 総 合 研 究 科	助 教	原 田 み ず え	耳 鼻 咽 喉 科
22	医 ・ 歯 病 院	准教授	長 谷 川 麻 衣 子	麻 酔 科
23	医 歯 学 総 合 研 究 科	助 教	長 田 恵 美	歯 科
24	法 文 学 部	准教授	飯 田 昌 子	カ ウ ン セ ラ ー
25	教 育 学 部	准教授	藤 田 勉	カ ウ ン セ ラ ー
26	学 生 部	部 長	内 山 修 一	委 員

(3) 保健管理センター施設



1 階



2 階

あ と が き

かつて織田裕二主演の「お金がない」という人気ドラマがありましたが、当センターを舞台にしたドラマ「お金がない」の方も水戸黄門並みの長編ドラマの様相を呈しており、昨年度からはこの年報も予算削減のためPDF版に変更になりました。ここ数年は毎年スタッフが減り、以前はできていた処置も減り続けており、予算不足の影響は学生相談、支援業務や診療業務にも及んでいます。そのため、どの業務は続けなければならないか、あるいはどの業務は整理せざるを得ないかといった業務の効率化についての緊急ミーティングを、この1、2年繰り返し行っています。中でもメンタルヘルス担当のスタッフ数の減少が著しいため、以前行っていた送迎支援、付添支援や、遠隔講義システム機器の設置など、マンパワーを必要とする支援業務は事実上こなせなくなってきており、またモーニングコールも同時間帯に集中する性質上、現在のスタッフ数では対応に限界があり、なるべく保護者の方に行ってもらいようをお願いするようにしている現状です。限られた人員でも、効果的な支援やカウンセリングを提供していきたいと試行錯誤していますが、メンタルヘルス不調に関する新規の相談依頼件数は依然として高い水準のままで推移しておりますので、今後も試行錯誤は続きそうです。

愚痴っぽいあとがきになってしまいましたが、緊縮財政は当センターのみならず全学的、いや全国的な悩みですので、現実と向き合いながら、前向きに取り組んでいきたいと思えます。そしてそんな中でも、本年度も多くの学生たちが当センターの支援業務やカウンセリングを利用してくれていて、彼らが力強く成長していく姿を見せてくれたことが、我々のモチベーションになり、「お金がなくても、限られた人数でもできることはある」という、今後の希望になっています。

ドラマ「お金がない」は貧乏な青年が成功するサクセスストーリーですが、ドラマのように金持ちになることは難しくても、充実した保健管理業務を安定して提供できるようになればいいなと思う今日この頃です。

(川池 記)

鹿児島大学保健管理センター年報 第38号

平成29年3月31日発行

発行 鹿児島大学保健管理センター

〒890-8580 鹿児島市郡元一丁目21番24号

電話 (099) 285-7385