

平成28年度 第46回
九州地区大学保健管理研究協議会

報告書



主催
全国大学保健管理協会九州地方部会

当番大学
宮崎大学



目 次

1. 開 会 式

開会の辞	宮崎大学安全衛生保健センター長	石 田 康
挨拶	宮崎大学理事（研究・企画担当）副学長	水 光 正 仁
挨拶	九州地方部会代表世話人 佐賀大学保健管理センター所長	佐 藤 武

2. 特別講演 I

本格焼酎の魅力とアルコール体質		
	宮崎大学理事（研究・企画担当）副学長	水 光 正 仁

3. 特別講演 II

特別報告 ～熊本地震を振り返って～		
	熊本大学保健センター准教授	副 島 弘 文
	熊本大学保健センター教授	藤 瀬 昇

4. 講 演 I

障がいのある学生の学びを支える ～社会的障壁を乗り越える力とは～		
	宮崎大学教育学部教授	戸ヶ崎 泰 子
	宮崎大学工学部 4 年	木 下 大 輔

5. 講 演 II

介護・福祉に役立つ医工連携研究		
	宮崎大学工学部教授	田 村 宏 樹

6. 一 般 演 題 I

(1) 薬学生を対象とした短期自律訓練法の心理生理効果		
	第一薬科大学	小 山 進
(2) 留学生の健康診断事後措置における課題の考察		
	九州工業大学保健センター	永 芳 美 香

- (3) 大学生の飲酒状況とそれに関連する生活習慣
九州産業大学健康・スポーツ科学センター 村 谷 博 美 ……………

- (4) 学生・教職員に対する禁煙サポートの現状と問題点
大分大学保健管理センター 工 藤 欣 邦 ……………

7. 一般演題 II

- (5) 九州大学におけるアレルギー・アナフィラキシーの実態調査
九州大学キャンパスライフ・健康支援センター 山 本 紀 子 ……………

- (6) 佐賀大学B型肝炎対策11年間のワクチン接種から ～現状と課題～
佐賀大学保健管理センター 武 富 弥栄子 ……………

- (7) 本学における学生の健康診断受診から健康診断結果返却までの取り組み
名桜大学保健センター 前 川 美紀子 ……………

- (8) ABC 検診後の精密検査受診勧奨の効果と陰性高値について
産業医科大学産業保健学部産業・地域看護学 八 谷 百合子……………

8. 保健・看護分科会

- (1) セミナー I
マインドフルに聴く ～共感的コミュニケーションで築く信頼関係～
宮崎大学医学部教授 横 山 彰 三 ……………

- (2) セミナー II
宮崎大学障がい学生支援室の紹介
宮崎大学障がい学生支援室准教授 楠 元 和 美 ……………

- (3) セミナー III
大学保健管理現場において魅力的な健康支援を導く〇〇
宮崎県立看護大学教授 江 藤 敏 治 ……………

9. プログラム・参加者名簿 ……………

10. 九州地方部会総会議事概要 ……………

11. 役員名簿・規約 ……………

12. 九州地区大学保健管理研究協議会のあゆみ ……………

開 会 の 辞

宮崎大学安全衛生保健センター長

石 田 康

皆様、おはようございます。宮崎大学安全衛生保健センター長の石田でございます。普段は精神科医でございます。よろしくお願いします。

今日は、2日半の日程の2日目ということで、皆様、リオオリンピック観戦の脱力感がある方もいらっしゃると思いますが、ちょっとお勉強していただきたいと思います。失礼ながら、この研究協議会は、少し緩い感じのお勉強をするには最適だと思いますので、よろしくお付き合いください。

唐突ですが、2日前に『シン・ゴジラ』を観ました。映画なんですけど、ご存じでしょうか。是非皆さんにも観ていただきたいと思ひまして、お話をさせていただきますが、ゴジラが東京湾に現れたときの混乱ぶりとか、内閣の初動時の混乱ぶりとか、その辺を5年前に我々日本人が福島第一原発に関して体験した出来事を上手くモチーフにして、すごく良く出来た災害映画でした。

私が生まれる前の話ですけれども、伊福部昭というクラシックの作曲家の方を使って、ゴジラのテーマソングが作られた訳です。今、皆さんの頭の中であの音楽が鳴っていると思いますが、それもきちんとオマージュされていまして、これからいろんな自然災害が起きて、今日も熊本地震のご講演をいただきますけど、そういった時にいかに人間があたふたするかという話が、うまく『シン・ゴジラ』のなかに持ち込まれていて、すごく面白いし、エンターテインメントでありながら、勉強になると思ひながら観ました。

おそらく皆さんのお近くのシネコンで今週末あたりまで上映していると思いますので、チャンスがあればぜひ観ていただきたいと思ひます。

開会の挨拶なんですけど、映画の宣伝になってしまいました。

今日はよろしくお願いいたします。

挨拶

宮崎大学理事（研究・企画担当）・副学長

水 光 正 仁

皆様 おはようございます。ようこそ宮崎においでいただきました。

本来ならば、宮崎大学学長の池ノ上克がご挨拶すべきですが、東京の方で大学学長会議があるということで、急遽私がピンチヒッターで皆様に歓迎のご挨拶をすることになりました。

宮崎といえば皆様どういうイメージをお持ちでしょうか？

まず、私が紹介したいのが、神々の古里宮崎ということであります。天孫降臨の地と言われていますが、裏返してみますとその神々が、優秀な人材を全部中央の方に連れて行ってしまい、残ったのが二番手、三番手だけであるというそういう解釈もできます。

しかし、歴史的に関係のある神社がいっぱいあります。近場では、宮崎神宮、青島神社、鵜戸神社など神々に関係する場所があります。勉強が終わられましたらぜひお立ち寄りいただきたいと思います。

それからもうひとつ、宮崎と言えば、やはり食べものだと思います。宮崎牛を初めとしまして、地鶏の炭火焼き、チキン南蛮は、宮崎が発祥だと言われております。ぜひご賞味いただきたいと思います。

また、宮崎県といえば、基本的には農業県ですが、記憶にまだ残っていちゃる方もあると思いますが、口蹄疫の問題が出てきた時に宮崎は畜産県というのを始めて知りまして、日本全国に牛を提供している場というのがわかりました。そういう意味では、宮崎は残念ながら新幹線は来ておりませんが、自然に恵まれた非常に健康的な牛を飼育しているという県でもあります。

さて、宮崎大学は決して大きくありません。大学としては中規模の大学であり、教育学部、医学部、工学部、農学部、そして新たにこの4月から地域資源創成学部という5つの学部をやっと準備することができました。

教職員総数は、1950名であり、1950名の大企業なんですけど、皆さんのいらっしゃる大学はもっともっと大きいと思います。

大学の執行部としては、1950名を絶対路頭に迷わせないように今、大学運営をやっているところです。

これは大変なことです。文科省は競争社会を作って、どんどん運営費交付金を下げていっています。皆さんの給料を守らないといけないのですが、残念ながら

先が全く読めない、第三期中期目標計画に入ってしまいました。

しかし、それぞれの大学は頑張ると思います。

いずれにしても、ここ6年間、私達大学の教員と保健管理に関する皆さんとで共同して学生を育て、大学を支えていただけたらと思っています。

明日までのこの協議会、大いに勉強していただいてその余った時間はぜひ宮崎の観光、あるいは宮崎のおいしいものを食べていただきたいと思います。

最後に私は、10時半から特別講演を頼まれておりまして、その場でもお話をしたいと思いますが、皆さん、是非今日の懇親会にご出席下さい。私が、九州管内のありったけの焼酎を集めました。全部で90本ほどございますので、懇親会においでいただければ、必ず最後は皆さんに1本ずつ焼酎をお持ち帰りいただけると思いますので、今日の懇親会を楽しみにぜひ最後まで宮崎をお楽しみ下さい。

どうもありがとうございました。

挨拶

九州地方部会代表世話人
佐賀大学保健管理センター長

佐 藤 武

はじめに、本日、宮崎の地で、素晴らしい会場で本研究協議会を開催できることを大変嬉しく思っています。また、宮崎大学のスタッフの方々の心からのご準備に御礼を申し上げたいと思います。

本日と明日の研究集会の内容を拝見しますと、副学長の方からお話がありました「本格焼酎の魅力とアルコール体質」という非常に興味深い内容の講演も楽しみにしております。その後の講演では、不幸な出来事ではありましたが、熊本大震災における熊本大学の対応を知ること、産業医として、どのように対応するのか、勉強したいと思います。

また、一般演題が8演題ありまして、いずれも努力された演題ばかりで、優秀賞の選考が難しいのではないと思っています。その後、副学長からの焼酎の懇親会がございますので、それも楽しみにしているところです。

明日は、最近、大学内で問題となっている内容で、発達障害を含めた「障がい児教育」の専門の先生と実際に障がいを持っていらっしゃる学生さんが、トークセッションをされるという大変興味深い企画が予定されています。皆さん方の寄附を募る箱も設置され、障がい者の方々への心遣いを期待しております。

最後に、現在、重視されている「介護福祉の問題」に関する講演で、この問題は医工連携研究による内容となっています。

昨今、小中規模の大学における経済的な問題が議論の的となっていますが、私達、保健管理センターの教職員は経済的にお金を稼ぐことはできません。したがって、私達の最大のミッションは、学生・教職員が安全で健康であることを支援する。さらに健康を増進してあげることになります。経済的な支援は実行不可能であるため、学生および教職員の健康管理という仕事を誠実に行っていけば、学長および理事の方々も、それでよいだろうと言っただけだと思います。

以上を持ちまして、私のご挨拶といたします。本日は、宮崎大学のスタッフの方々に、このような立派な研究協議会のご準備に対して、心から感謝いたします。

特別講演 I

本格焼酎の魅力とアルコール体質

演者 宮崎大学理事 水光正仁

座長 宮崎大学安全衛生保健センター教授 武田龍一郎

座長：みなさんおはようございます。今日は水光正仁先生に講演をお願いしておりますが、先ほどスピーチで熱い宮崎愛と焼酎愛を語っていただけたので先生のお人柄をわかっていただけたと思います。学歴など少しご紹介したいと思いますが、1979年に九州大学の大学院を修了されて、同じ年に宮崎大学の方に来られて、その後素晴らしい研究教育の実績を重ねられまして、1997年に教授として宮崎大学で指導して下さっております。この間、米国アメリカのロックフェラー大学、テキサス大学等に留学をされ、またオクラホマ大学、テキサス大学、トレド大学の客員教授を務めていらっしゃいます。また昨年ですかね、日本農芸化学会功績賞を受賞され、その他、諸々を受賞ということで、非常に素晴らしい実績をお持ちの先生です。今日は焼酎をテーマにした非常に楽しいお話も伺えると信じています。それでは先生よろしくお願い致します。

演者：はい、武田先生、どうも過分なご紹介ありがとうございます。そしてまたこういう機会に特別講演のチャンスを頂きまして石田先生、武田先生そして関係各位の皆様、本当に心からお礼申し上げます。私も今日のタイトルをどうしようかと思いましたが、ふざけたタイトルだなと思っている方もいらっしゃるでしょう。しかし最後に私はこの保健管理センターと一緒に学生のアルコール体質の検査をやらせてもらえないか提案いたします。唾液でみなさんのアルコールが強いかわかり、また、訓練すると強くなるかが分かります。この話を最後にもってきます。これは遺伝子の診断になりまして、興味を持って最後までお付き合い頂きたいと思っております。今日のタ

イトルは本格焼酎の魅力とアルコール体質ということにさせて頂きました、ほんとに気楽にお聞きください。

先ほど、宮崎大学のことをご紹介しましたが、もう一度復唱しますと教育学部、医学部、工学部、農学部、そして新しく地域資源創成学部というのを作りまして、総勢、教職員数 1947 人、中規模大学ということをご理解頂けると思います。後はそれぞれの大学院があり、そして宮崎大学の特徴は異分野融合ということですね。少しこれは難しいのですが、医学部と農学部獣医学科が組んだ大学院を作っています。医学獣医学総合研究科、それから農学部と工学部と一緒に大学院を作る農学工学総合研究科、これは日本初となっています。今からは、一つの学問だけでは日本を支えていくのはなかなか難しく、他の分野と融合してやっていかないといけないということで先取りをした大学にしております。先ほど武田先生にご紹介いただきましたが、プロフィールを出させて頂きました。私は、先ほどご紹介頂きましたように九州大学農学部の農芸化学科というところを卒業しています。今日のお酒の話そして焼酎の話にしても農芸化学の分野から出てきたものであり、農芸化学の学問は、発酵・醸造、みそ、しょうゆ業界などに関係して、ここの学科を卒業しないとその専門家にはなれません。サントリー、キリン、アサヒ、サッポロビール等、この学科を卒業した人たちが管理者、また研究員・技術者となっている訳です。その他にも食と健康に関する研究領域もあります。実は、ここを出ていると就職はないことは絶対はないと言われていましたが本当にそうでした。私は、有機化学、生物有機化学そして生命化学の分野の専門です

が、一方で、発酵・醸造に関しても研究をやっていたものですから、今日は本格焼酎の話をして頂きたいと思っています。私は、まず 1985 年から 87 年、アメリカ、ロックフェラー大学のリップマン研究室に留学しました。リップマン教授は、コエンザイム A (CoA) の発見によりノーベル賞をとられた先生ですが、この先生の下で研究する機会を得ました。全世界に 300 数十名のお弟子さん達がおられますが、日本にもそうそうたる研究者がおられます。リップマン教授は、1987 年に亡くなられ、私がリップマンの最後の弟子となってしまいました。この先生の下で、「翻訳後修飾としてのチロシン硫酸化」に関する研究を行っていました。遺伝子からたんぱく質が出来るのはご存知だと思います。ところが、ヒトの遺伝子はミミズとか回虫とかその遺伝子と同じたったの約 25,000 個しかないのです。しかし、私たちヒトは 100 万以上のタンパク質の機能が必要なのです。25,000 個から 100 万個の 40 倍をどうやってまかなっているかという研究をやっています。翻訳後修飾とは、タンパク質の飾り付けなのです。同じアミノ酸配列のタンパク質があるとして、その機能は、1 つです。しかしそのタンパク質に例えばリン酸基のような飾り付けが 1 つ付きますとそのタンパク質の機能は変わります。すなわち、同じアミノ酸配列で複数の機能性を持つことになります。次の例が良いかどうか分かりませんが、例えば女性の方は、すっぴんと化粧をした顔では 2 つの顔があります。それにイヤリングを付けると更に 3 人、4 人目の顔になります。それと同じようにタンパク質も飾り付けがあると、2 倍、4 倍と機能性が増え、10 倍近くまで機能を変える事が出来ます。飾り付けの中で、「硫酸化」という先駆けの研究をしておりました。日本の中では非常に珍しい研究で、今やっとそういう時代が来まして、先ほど武田先生からご紹介頂きましたように学会の東京大学等の研究者がやっと認めてくれまして、日本農芸化学会の功績賞を受賞することが出来ました。地方の中規模大学である宮崎大学というのは、

どうしてもローカルになりますから、いつもものの考え方、研究技術を最先端にしておくために、私はいつもアメリカに出て行くことにしていました。ニューヨークを皮切りに 30 年近く、カリフォルニア、オクラホマそしてテキサス、更についで先週まで五大湖のエリー湖に接しているオハイオ州のトレド大学に行って共同研究をしていました。このトレド大学とは宮崎大学との大学間交流協定も結んでいます。もう一つ、米国ワシントン DC に NIH という研究所がありますが、そのサブ機関であります国立環境健康研究所 NIEHS というのがノースカロライナにあります。この研究所とも共同研究をやっています。ここにも今年の 8 月 6 日まで滞在して共同研究の打ち合わせをしました。このように米国の各地に行きますと、東の英語の方言、真ん中の英語の方言、とんでもなく難しいテキサスの方言、西の方言と、英語には方言があることが分かりました。やっぱり英語っていうのは行かないと分からないです。そしてずうずうしくないと英語は上手になりません。ということ何とか今でもアメリカとうまくやっているところです。

さて神々の故郷の話を紹介しましょう。気楽に聞いて下さい。お母さんの方のイザナミノミコトと男神の方のイザナギノミコトのこの二人は、日本を作りました。という神々の話です。淡路四国から九州・壱岐、対馬、佐渡そして本州という風に二人で島を作ったそうです。そして最後に、カグツチの神、火の神と言われる神様もお母さんが産んだのですが、それでやけどをして死んでしまいます。ところがこのご主人のほうがお母さんをどうしても忘れられなくて、黄泉の国まで行くのです。そこでけがれて元の世に戻るのですが、みそぎの池でイザナギノミコトはみそぎを行います。そのみそぎをした時に左目から天照大御神が生まれ、そして鼻から須佐之男そして右目から月読命が産まれたといわれています。これは神話ですよ。そのみそぎの池は、シーガイアの前江田神社の一角にあります。是非時間を作って、行って見て頂きたいと思

います。それから、天照大御神の子供の木花咲耶姫（コノハナサクヤヒメ）の関係する神社である木花神社が宮崎大学の横にあります。そのほか、コノハナサクヤヒメの子供の海幸彦、山幸彦の話の火遠理命が実は青島神社に祭られています。ここに豊玉姫がいますね。また、その子供が鵜葺草葺不合尊であり鵜戸神宮に祭られています。さらにその子供が神武天皇であり、宮崎神宮に祭られています。この神武天皇が宮崎の優秀な人を全部中央に連れていったという話はそこから来ております。皆様をご存知のように神主さんが祓い言葉を言います。古事記の中で出てくる言葉ですけど、「筑紫の日向の橘の小戸の阿波岐原にてかしこみかしこみ」という言葉を使いますが、これらは宮崎の場所なのです。九州の宮崎の橘、町の中に橘通りという言葉が使われて、小戸と言う場所もあります。そして阿波岐原がシーガイアの近くにあり、いずれにしても「神々の故郷」というのがこういうところから使われているのです。

さてお酒の話に入ります。私は1年生の講義科目の「生命科学」を担当しており、最初に自分たちの専門分野を紹介するために、宴会の席で踊りを踊っている女性の漫画を出します。それは、日本神話に発酵の産物、お酒の話が出てくるのです。ご存知でしょうか、先ほどの神々の世界で天照大神が神の組織のトップの時の話です。この時、天照大神が兄弟の須佐之男命（スサノオノミコト）にいじめられていたのです。太古の世界からいじめはあったのです。その結果、天照大神は天岩戸に隠れます。トップのいない世の中は動きません。そこで、どうやってそのトップを引き出すか、八百万の神が知恵を出したのです。大宴会を計画し、お酒を飲んで歌って踊って騒々しくしました。踊り手は、天鈿女命（アマノウズメミコト）です。天照大神は何が起きたのか天の岩戸を少し開けたのです。その瞬間に手力男神（タチカラオノミコト）が天岩戸を開いて、天照大神を引きずり出したという神話があります。このお酒が、私たちの専門分野の発酵醸造学の恵みなので

す。

一昨年、アメリカのオハイオ州トレド大学と大学間交流協定を結ぶため、学長と渡米しました。その時、宮崎大学のお土産として神楽のお面（手力男神）を持って行きました。アメリカ人の反応を楽しみにしていましたが、分からなかったのでしょうか。何も言いませんでした。私が、英語で前述の神話の話をして、このお面が宮崎大学とトレド大学の新しい岩を開いて、2つの大学の新しい世界が今始まったことをいいますと、すごい拍手をいただきました。もちろんそのパーティーは盛り上がり、私たちはビールそしてワインを楽しみました。お酒は、コミュニケーションをとるのに、有効な手段です。さあ、その岩戸を開いた手力男神とダンシングをしていた天鈿女命は、天岩戸が舞台といわれています。そこで、その場所を見たくて天岩戸神社に行きました。その光景は、このスライドの漫画に似ていました。ここに岩戸があるかどうかは確認できませんでしたが、前の方が何となく広がっていました。神聖な場所でした。ということで、高千穂の天岩戸神社に機会がありましたら是非行ってみて下さい。

私は、「タンパク質の翻訳後修飾」という生命の神秘に関する研究を今もずっと続けているのですが、地域貢献ということで、今までの研究技術を応用して焼酎博士を作ることに取り組みました。3名の焼酎博士を作りました。最初は、香りの焼酎博士を作りました。香りは面白いです。お茶と同じように、焼酎をグラスに入れて嗅ぐ香を、立ち香といいます。香りが立ってきて鼻でその香りを楽しみます。口の中に入れますと、唾液の中にその香り成分が溶け込んでしまい、香りが変わりことから、口の中の香りを含み香といいます。立ち香は、お湯割りの温度または自分の体温で、気化する物質ですので、簡素数が4個とか6個ぐらいの小さな化合物の脂肪酸エステルです。脂肪酸とエチルアルコールとのエステルという化合物です。口の中で味わう味は、脂肪酸炭素数が18個とか16個の長い脂肪酸エステルです。香りも味も全て脳に伝達さ

れ、もっと飲もうかとかおいしいという感覚を神経伝達して脳で味わっています。二人目の焼酎博士は、味覚センサーを用いた味の博士を作りました。いろいろなまぼろしの焼酎の味は、味覚センサーで測定すると、特徴が全部分かります。例えば宮崎の百年の孤独や鹿児島森伊蔵などの特徴が分かります。今まで味に関しては、ブレンダーが調合して作っているのですが、今後は機械でも作れることが分かりましたが、これを行うと人が要らなくなってしまいます。そうすると、まぼろしではなくなってしまう。これ等のデータは論文にまとめ投稿そして掲載されましたが、まぼろしが簡単に作れることになりますので、そのことに関しては宣伝しておりません。3人目の焼酎博士は、麹菌に関しての研究です。3人の焼酎博士は雲海酒造の研究開発課の人でした。一方、今日本一の霧島酒造に関しても、共同研究をいろいろやっています。

ということで、今日の焼酎の話は、以上のような実際の研究実績があるからということでご理解いただきたいと思います。まず、本格焼酎の話から入ります。本格焼酎の魅力と唾液を用いて遺伝子診断をして、アルコールが強いのか弱いのかという、アルコール体質の話も最後にご紹介したいと思います。まず、本格焼酎の歴史、作り方、おいしい飲み方、そして料理との組み合わせです。それからお酒を飲んで健康になる機能性についても触れたいと思います。実は、適量のお酒は血栓を溶かすウロキナーゼという酵素を活性化するのです。このような焼酎と健康という話もしたいと思っています。

まずは本格焼酎の歴史です。気楽に聞いて下さい。1400年に、アジアから沖縄・琉球のほうに焼酎の技術が伝わりました。地図をご覧ください。それからその技術が鹿児島のほうに1500年くらいに伝播しております。1700年ごろ鹿児島ではからいも、さつまいもが栽培され芋焼酎がスタートしています。1970年からですけども、今では何でも出来ます。本当に、麦から蕎麦から芋から、なんでも焼酎が出来るようになりました。そして樽貯蔵あるいは瓶貯蔵

などの長期貯蔵が出来るようになり、そのおいしさは格別なものになりました。日本のウイスキー製造について「マッサン」という朝のドラマありましたけれども、あれにも負けないようなおいしい焼酎が出来るようになりました。それから連続式蒸留といいまして、純粋なアルコールを作ることにも出来ます。何度も蒸留していくのです。皆様は、このアルコールをチューハイとして飲んでいきます。

それでは焼酎の分類と性質について紹介致します。蒸留の方法には、先ほど言いましたように単式蒸留と、連続蒸留という2つのやり方があります。単式蒸留は、1回の蒸留ですから原料の味や香りが含まれております。まず、沖縄の泡盛をご紹介します。米が原料です。皆様が毎日食べていますジャポニカ米とは異なり、細長いタイ米を使用しています。麹菌は黒麹菌で、これは東京大学の坂口謹一郎先生という、有名な先生が分離した菌であります。蒸留は1回です。蒸留後のエチルアルコールは、おいしくありません。どちらかというと荒い味で苦みすら感じます。それらの味は長期熟成を行うことで、水とアルコールが馴染み、味はまろやかさそして甘さに変化します。ということで、長期貯蔵というのはちゃんとその理由があります。次に、本格焼酎という言葉ですけども、定義も今からご紹介いたします。今から500年も前から我が国で作られていたという意味で【本格】という冠がかぶせられている蒸留酒のことです。焼酎は、中国では白酒（昔は焼酒）。醸造酒を焼いて造った（蒸留）という意味です。中国で強い酒を酎というところから焼酎の名が生まれました。今では、芋、麦、米焼酎以外で人参、ごま、くり、そしてとうもろこしを原料にしたものも作られています。これらも、樽に貯蔵しますと味が増します。樽は宮崎の都農町というところで作られます。カナダから樽の材料を持ってきました、樽を作っていきます。そして次に中を燃やします。そしてシェリー酒というブランデーに近いものを一回入れましてそれを除きその後で焼酎あるいは

ウィスキーとかそういうのをに入れて貯蔵するのです。その結果、樫の焦げの味と、それから樫が持っている本来の材木の中にあります、成分が抽出されてまろやかさに変わります。焦がしてますから、茶色いウィスキーの色はその焼いたところから出てきます。焼酎はあまり色をつけるとウィスキーになってしまいますから、茶の色は出来るだけつけないようにしています。今では、ウィスキーも焼酎も酒税の差が無くなってきました。一方で、チューハイ等に用いられます連続蒸留で作られる純粋なアルコールのものを甲類焼酎と言っています。最近では、甲類焼中に乙類（本格焼酎）の香り・味を混和した「甲乙混和焼酎」というのも市場に出ています。低コスト低価格が売りです。大手のアルコール飲料会社がこういうのを出しています。お酒の好きな人は安く酔えればいい訳ですから、これは売れています。しかし、私達はやはり本格焼酎をおすすめしたいと思っています。

本格焼酎の伝播経路を紹介致します。わが国への焼酎の伝来については、次の三つの経路が有力であるとされています。まず、琉球経由です。14世紀頃の琉球は明国（中国）、朝鮮、南海諸国などとの海上貿易の拠点となっていました。次は、南海諸国経路です。14～15世紀頃、倭寇（わこう）と称する海賊が朝鮮半島や中国大陸沿岸、さらには南洋にいたる広範囲な海上に進出していた。もう一つは朝鮮半島経路です。15世紀にはわが国は琉球、南海諸国のほか朝鮮、さらには遠く西洋諸国とも活発に交易が行われていた。特に、鹿児島に焼酎技術が入ってきて、焼酎を飲む様になったその証拠は、1959年の出来事にあります。国の重要文化財である鹿児島県大口市の郡山八幡神社の大改修の際、施工主に対して二人の宮大工が木片に、一度も焼酎を飲ませてくれなかった不平の言葉に「焼酎」の文字を残しています。これが、焼酎に関する最古の記録であります。

次は、焼酎の作り方をご紹介します。アルコール発酵の原理です。まずは、原料となる芋や麦などのデンプンが麹菌のアミラ

ーゼ作用により糖化されることから始まります。デンプンはご存知のようにアミロースといわれる直鎖状の多糖類と、時々枝分かれしたアミロペクチンという多糖類からなっています。アミラーゼは、私達の唾液やすい臓の中にもあります。大根の中にもアミラーゼが入っています。このアミラーゼの働きでこの長い鎖はひとつひとつ分解されてしまいます。時には2つとか3個の集合体も作りますが、最後は端っから切って1個のブドウ糖にしてくれます。このアミラーゼは賢い酵素です。焼酎醸造では麹菌が作るアミラーゼを利用致します。その結果、ブドウ糖が作られ、次に酵母の働きによりアルコールが作られます。嫌気的な条件で、ブドウ糖から12段階の酵素反応によりエタノールが作られます。しかし、酵母は、わざわざ私達のためにエタノールを作るのかといいますと、決してそうではありません。この酵母は酸素のない状態で自分が生きるためにエネルギーを作らなければならないのです。1分子のブドウ糖から2個のATPエネルギーを作るために、最終的にエタノールを作るのです。もし好気的な条件にしますと、酵母はエタノールを作らずに、エネルギーを作る代謝を始めます。それで恵みのエタノールを得るのであれば、嫌気的な状態で発酵をさせる必要があります。

単式蒸留の本格焼酎は、先ほども述べましたように、麦、芋、米などが原料で一般的に原料が明確にされています。一切の添加物を加えないことから、お酒に原料の特徴が生きています。飲み方も、お湯割りや水割り、ロックなど焼酎自体の香味を生かす方法で飲まれています。一方、連続式蒸留の甲類焼酎は、原料はサトウキビ糖蜜やとうもろこし、タピオカなどですが、その明示はありません。製造上の特性から、原料の特性は現れず、酒質はほぼ一定です。それらの飲み方は、チューハイ等になっています。

県と焼酎の種類を示しますと、大分、長崎・壱岐は麦焼酎です。いいちこ、二階堂などがあります。鹿児島は頑として芋焼酎、

熊本は米焼酎です。人吉を中心にやはり米がとれるところですから、米焼酎の技術は群を抜いています。宮崎は、何でもあります。蕎麦焼酎、芋焼酎から米、麦何でもあります。福岡、佐賀は、清酒の県です。特に、佐賀は、清酒を絞ったかすを更に蒸留して米焼酎を造っています。これをかすと焼酎といっています。これも意外とおいしいです。それから特徴ある焼酎として奄美大島の黒糖焼酎があります。これは一般にラム酒といわれますが、国税局は黒糖焼酎という言葉を許可しています。黒糖焼酎や他の焼酎を飲むと、甘さを感じます。これは、お砂糖の甘さから来るのではなく、脂肪酸エステルそしてエタノールに由来します。一切お砂糖は入っておりません。

次は、製造工程です。まずは、原料処理です。麴原料を洗浄、浸漬、水切りし、蒸し、冷却します。次は、麴を作る製麴（せいきく）工程です。蒸し米（または麦）と麴菌を混ぜて34～38℃で2日間培養します。そして1次仕込みに入ります。麴に水と焼酎酵母を加えて25～30℃で7日間発酵（発酵に必要な酵母の培養）させます。これを1次もろみといっています。次に、2次仕込みです。1次もろみに主原料および水を加え25～32℃で発酵（芋：8～10日間；米、麦：13日前後）させます。麴による糖化と酵母による発酵が併行に行われますので、並行複発酵と言っています。次は、蒸留です。常圧（大気圧）蒸留と減圧蒸留（風味がまろやか）の2つの方法があります。そして貯蔵です。タンク、素焼きのカメまたは榎樽を使います。最後は、瓶詰めです。本格焼酎の場合、1升瓶（1.8リットル）そして5合瓶（900ミリリットル）となっています。もちろん、化粧瓶（720ミリリットル）のものもあります。焼酎は5合瓶ですが、一般に清酒は4合瓶（720ミリリットル）となっています。

このようにして製造された本格焼酎には、お湯割り、水割り、ロックなどいろいろな飲み方があります。暖まるそしてしみじみ飲む場合は、ストレートが良いでしょう。ビールのように爽快地飲む場合は、お湯割

りや炭酸割りが良いでしょう。また、チューハイのように、フルーツ添えやジュース割りのように低度数で軽く飲む飲み方もあります。また、ウイスキーのように、ロックや水割りで冷やして飲む飲み方、また食後に飲む飲み方もあります。ワインのように、水割りやお湯割りで健康的に飲む飲み方もあります。このように、いろいろなシーンやニーズに合った飲み方が出来るのも本格焼酎の魅力です。焼酎のおいしい作り方ですが、お湯割りは、先にお湯を入れ、その後焼酎をゆっくり注ぐことをお勧めいたします。お湯の温度は、焼酎25度の場合、焼酎6：お湯4の場合は、90℃のお湯を、5：5の場合は、80℃のお湯を、4：6の場合は、70℃のお湯をお勧めいたします。飲む時の温度は、42～45℃がよく、最高の香り・味を楽しむことができます。また、水割りは、味や臭いのついているものは論外で、ロックアイスはじっくり味わえ、クラッシュアイスは爽やかに飲めます。ミネラルは多すぎると味が変わります。鹿児島では、朝、焼酎と水を混ぜて放置し、夕方の晩酌でそれを温め飲む習慣があります。それは、アルコールと水が良く混ざり、まろやかな味になることを応用した飲み方です。

さて、本格焼酎は、一般にはアルコール濃度が25度ですが、宮崎では20度です。この理由は、ヤミ焼酎対策から来たものです。ヤミ焼酎が市場に出て、国の専売品の焼酎が売れなくなり、酒税が入らなくなりました。そこで、国は、直接ヤミ焼酎業者を取締まるだけでなく、20度の酒税を安くしました。ヤミ焼酎と市販の焼酎は同じ価格となり、ヤミ焼酎のメリットがなくなり撲滅をしたのです。賢いやり方です。その文化が未だに残っているということです。

今では、焼酎の香り・味は、変えることが出来ます。まず、麴菌として白麴、黒麴そして黄麴を使うことで、香り・味は大きく変わります。普通、白麴や黒麴は製造過程で、クエン酸を多く作りますので、雑菌が入ってもそれらは酸性のクエン酸のため増殖することは出来ません。温暖な九州・沖縄にとっては、焼酎製造は好都合な発酵

醸造となっています。一方、黄麹は、本来清酒醸造に用いられる麹菌ですが、焼酎製造にも使われます。但し、黄麹はクエン酸を多く作りませんので、雑菌の影響を受けることになり、その焼酎製造は特別な環境でのみ可能となります。しかし、焼酎の香り・味は、まろやかでスムーズです。また、酵母に関しても、いろいろな種類があり、香り・味に大きく貢献します。ワイン風焼酎もこれら酵母の性質を利用したものです。

次は、焼酎と料理との組み合わせです。お酒を飲む順序は、冷たいほうから、暖かいほうへ。それから新鮮なお酒から、熟成したお酒へ。アルコール濃度は低いほうから高いほうへ。香りを楽しむお酒から、味わうお酒へ。淡麗なお酒から濃醇なお酒へ。いずれも低いほうから徐々に、私達の舌を刺激していかなければなりません。それから料理との相性ですが、淡麗なタイプの焼酎には、やはり淡麗な酒蒸あるいはかまぼこ類そして白身の刺身とか豆腐などが合うと思います。それから濃醇なタイプの焼酎には、濃い味の料理(照り焼き、あら煮)が合うと思います。コクのあるタイプの焼酎には、濃厚な味付けや脂っこい料理が合います。ほどよい酸味・キレのあるタイプの焼酎には、幅広い料理が合います。郷土料理には郷土のお酒があうと思います。原料別の焼酎では、麦焼酎は爽やか系、コッテリ系のさばの塩焼／アジのたたき、また、焼き鳥(レモン・塩)ともよく合うと思います。芋焼酎は、旨味成分、油脂成分の多い料理、例えば豚の角煮／さつま揚げ、さばの味噌煮などが合うと思います。米焼酎は、厚みとコクのある料理、例えば馬肉料理／豚生姜焼き、辛子れんこんなどが合うと思います。最後に、そば焼酎は、個性がある食材、例えば地鶏/ささみの燻製や魚介類が合うと思います。さらに、泡盛と豆腐よう、島らっきょう、グルクンの唐揚げも絶妙の組み合わせだと思います。このように、バラエティー豊かな焼酎をいろいろな料理で楽しめるのは日本人の特権でしょう。

次は、焼酎の機能性をご紹介します。これは宮崎大学で証明したデータなのです。

血栓溶解作用があることを、宮崎医科大学時代に須見先生と美原先生が証明されました。焼酎を研究室の学生に飲ませて、血栓溶解酵素ウロキナーゼの活性を調べられました。本格焼酎にはウロキナーゼを活性化するという結果を出されました。その先生方は、一躍焼酎業界のヒーローになられたのです。もちろん、今でもヒーローです。本格焼酎にはこの酵素を飲まない人の2倍活性化するということです。血栓性の病気(脳梗塞・心筋梗塞等)を予防するわけですから極めて価値のある機能性となります。また、焼酎は、糖分ゼロの低カロリー飲料で、酔い覚め爽やかと言われます。一方、清酒はおいしいので飲み過ぎますと二日酔いをする傾向が高いです。ビール、ワインも同じです。これらは、醸造酒なのです。蒸留していませんのでアルコール以外の糖分を含めたいろいろな成分を取り過ぎることによるものです。

それでは、幻といわれる焼酎を紹介しましょう。芋焼酎では、鹿児島県の「森伊蔵」、「伊佐美」、「魔王」、「村尾」それから鹿児島始良郡の「佐藤」という銘柄もあります。宮崎県は「川越」です。これは、ほんの一つであり、この他にもいろいろあります。麦焼酎では、宮崎の「百年の孤独」、日南の「人夢可酒」、福岡県朝倉の「千年の眠り」、大分県の「舞香」、「兼八」また壱岐の「村主」などがあります。米焼酎では、山形市の「十四代」、佐賀県の「逢地」、人吉市の「鳥飼」があります。泡盛では、沖縄那覇市の「春雨」、八重山郡の「泡波」があります。プレミアムがつき値段も高くなっていますが、本当は、誰でもいつでも飲める焼酎であって欲しいものです。

最後に、アルコールに対する体質のお話をします。この分野は、私が30数年研究している分野です。薬物代謝という研究です。薬やアルコールを含めた異物そして食品の機能性成分は、体内に吸収されますと肝臓で、最初に酸化・還元反応といわれる代謝反応を受けます。その一つは酸素と結合することです。そして二番目の反応でグルクロン酸といわれるお砂糖がついたり、硫酸

がついたり、ペプチドのグルタチオンがついたりして、水に溶けやすくします。細胞から、これらの異物、薬物等をトランスポーターという機構を使って排出して捨てます。最初の酸化反応は、みなさんの体質でいろいろと変わってきます。その体質は、遺伝子の塩基の変化により変わってきます。これを一塩基多型(スニップ)といいます。進化の過程で起きたのです。致命的ではないので生き延びます。このスニップにより薬の効き目は変わってまいります。薬がとても良く効く人、まあまあ効く人、薬が全然効かない人、副作用だけが出る人ということで、遺伝子の少しの違いが私達の体質を決めます。例えば DNA 塩基のアデニンがシトシンに置き換わったとします。アデニンはチミンとペアを作るのですが、シトシンに変わったために、グアニンといわれる塩基にペアが変わってしまいます。新しい組合せは、突然変異となります。これが体質の基なのです。例えば皆さんの、DNA の塩基が 1 カ所変わると正常なものに比べて、新しい性質が出てきます。結果的に 2 通りの体質となります。2 カ所で同じような突然変異が起きると、4 通りの体質が出てくるのです。このような体質に合わせた薬の投与をオーダーメイド医療といいます。皆さんの体質にあった薬の投与、あるいは皆さんの体質にあった食品の摂取が将来の世界になると思います。次は、アルコールの代謝です。アルコールは胃の中で 20 パーセント吸収されます。残りの 80 パーセントは小腸で吸収されます。そして肝臓に運ばれ、エタノールは酸化反応でアルデヒド、即ちアセトアルデヒドになります。このアセトアルデヒドは、毒性で、不快な二日酔いの成分となります。酔っ払ってお酒のにおいがするのは、アセトアルデヒドの臭いです。さらに、アセトアルデヒドが酸化されますと酢酸、即ち酢になります。その後は、水と二酸化炭素になり呼吸の呼気や汗に含まれ体外に捨てられます。この 2 つの酸化酵素に突然変異が起きて皆様の様々な体質が出来る訳です。アルコール代謝能の低い人は、日本人では 40 パーセントです。

全然代謝出来ない人も 4 パーセントで、全くアルコールを代謝できません。表の最初の A タイプの人は、アルコール分解の 1 段階の酸化酵素が低い人ですが、2 段階のアルデヒドを代謝できる人で、お酒に強いが抜けにくいタイプです。アルコールが抜けるのに時間のかかる体質です。いい気持ちで長く酔っ払っている人です。次の B タイプは日本人に多いタイプで、50%の人が該当します。1 段階のアルデヒドへの酸化活性が高く、かつ 2 段階のアルデヒドを分解する能力も高い体質です。お酒に強いタイプです。この B タイプの人は、いくら飲んでも酔いません。C タイプは 3%ほどですが、お酒が弱いのに顔に出にくいので、がんリスクが高いタイプです。アルコールからアルデヒドそして酢酸への分解が遅く、酔いやすく、お酒好きの体質です。それから私の D タイプです。顔がすぐに赤くなるタイプで、アルコールからアルデヒドへの分解は速く、少量の飲酒でアルデヒドがすぐに産生され、それが長く留まります。不快感で、慣れると多少飲めるようになります。訓練によって飲めるようになるのはこの D タイプです。最後の E タイプですが、アルコールの代謝が出来ないタイプです。アルデヒドが分解できない、お酒がまったく飲めないタイプです。ごく少量のアルコールで顔面紅潮、眠気、動悸、吐き気など不快感を感じる体質です。下戸といわれる練習しても飲めないタイプです。これらのアルコール代謝のタイプは、唾液や口中の粘膜で遺伝子診断することが出来ます。

ということで最後にご提案です。保健管理センターと大学が協力して、学生諸君のアルコール体質を調べ、大学が責任をもって学生にその結果を知らせることは、極めて重要なことと思います。将来、社会人になった時に変な飲み方をしない教育を大学時代に教えておくことです。このアルコール代謝に対する体質は、薬、異物または食品の機能性にも関わる個人の体質です。私達は九州本格焼酎学生プログラムという活動をしております。宮崎大学、九州大学、鹿児島大学、別府大学、崇城大学、佐賀大学

そして長崎大学の九州の大学の学生に、本格焼酎の歴史、製造から飲み方そして機能性を教え、さらにアルコール代謝体質を唾液で遺伝子診断をして、どのタイプをカードで知らせています。このように、お酒の正しい飲み方を指導しております。平成 28 年度、宮崎大学で 200 人規模のこの講習会そして遺伝子診断を保健管理センターと組んで実施したいと思ってます。もしよろしかったら各大学で学生に対するサービスということで、是非ご検討頂きたいと思っています。もしご希望がありましたら私の方に連絡して頂ければ、検討させていただきます。そのスポンサーは熊本国税局の中にあります本格焼酎協議会です。私達の活動を高く評価してもらっています。時間を超過しましたが、以上で終わります。ご清聴ありがとうございました。

特別講演Ⅱ

特別報告 ～熊本地震を振り返って～

演者 熊本大学保健センター准教授 副島弘文
熊本大学保健センター教授 藤瀬 昇
座長 宮崎大学安全衛生保健センター長 石田 康

座長：それでは特別講演、午前中のプログラムの最後ですが、特別講演のⅡという事で熊本大学の保健センターのお二人の先生にご登壇いただきまして、先の熊本地震を振り返ってということでご講演頂きます。最初に熊本大学保健センターの副島弘文先生に30分ほどお話し頂きたいと思います。副島先生は平成3年に熊大医学部を卒業なられまして、その後、循環器内科医の道を歩まれております。平成18年から熊本大学保健センター准教授、現在、保健センター長、学生支援室長と、かなり多忙なご要職に付かれている方であります。それでは先生よろしくお願い致します。

演者：御紹介ありがとうございます。熊本大学保健センターの副島でございます。熊本はどうなっているんだろう、地震は大丈夫だったのかなというような事で、御心配頂いていると思いますが、やっと数多く必要だった支援からもある程度離脱できてきて、だいたいこういうふうなルートで進んでいきそうだという状況になりました。この中には、熊本まで来て頂いた方、それ以外にもいろんなご支援を頂いた方がおられると思います。この場を借りまして御礼申し上げます。熊本地震を振り返ってということで、地震の初期対応について保健センターは何をしたかという事をご紹介したいと思います。熊本地震は、「平成28年熊本地震」あるいは「2016年熊本地震」というのが気象庁が命名した正式な名称のようです。4月14日21時26分と4月16日1時25分、マグニチュード6.5と7.3という事で、それぞれ震度7が記録されておしま

す。益城町と西原村で震度7が記録されておりまして、マグニチュードからいいますと阪神淡路大震災と同じマグニチュード、同レベルです。この熊本地震の特徴は、初回の震度7が本震と思いまして、これでひと段落ついたかなと、翌日まで思っていたというのが正直なところですが、震度7が2回来たというのは史上初と言われています。熊本県の中央なんですけれども、だいたい市町村合併が進みまして、熊本市が大きくなってしまっていて、震源地はここなんです。ね。もともとは富合町と言われた地域がほんとの震源地ですけれども記録上は熊本市という事になっています。震度が一番大きかったのは益城町と西原村になります。後もうひとつ熊本地震の特徴としまして、マグニチュードが大きかった6.5の14日、6.4の15日、7.3の16日の震源地が赤で示されています。阿蘇地域とか大分県の別府とか湯布院とか離れた地域でも、同時期に地震が起きているというのも特徴とされています。熊本地震、前震が本震と思っていた訳ですけれども、4月14日21時26分、私は帰宅途中で車に乗っておりました。突然揺れ始めたんですけれども、びっくりするような揺れで、前を見ますとテレビで地震の映像を見ているように信号機とか電柱がワイパーのようにこう動いていて「あー地震だ。」と思いました。5、6秒ぐらいで収まったかと思います。前の車がそのまま走り去りましたので、私も走り去りました。家に帰りまして、みんな大丈夫かと声かけしてもどうもなかったようで、家内も何ひとつ落ちてないし、あんまりたいした事ないという状況でした。この時の熊本市の震

度は6弱でありましたが、意外と大丈夫だなと思って安心したという状況でした。しばらくしたら大学の方から連絡がありまして、沢山の方が熊大に避難してきているので、すぐ出て来いという事で、あ、そうかそういうことかという事で出かけていきました。保健センターに寄って救急箱を持って、まあ誰が来たか分からないといけないと思いまして、避難所の体育館へは一応白衣を着て行きました。そうすると、いろんな人が私に声を掛けてきましたが、軽症の人ばかりでした。重症の人は最初から病院に行くかと思いますが、怪我をしたとか、物が落ちてきたとか、結構多かったです。そういう人たちの手当で、氷をくれという事であれば、保健センターまで来てもらい氷をお渡しするという対応をさせて頂きました。深夜2時ぐらいになりまして、体調不良で高熱の方がおられました。どうしようかなと思ったんですけども、このまま非難所に置いとくわけにはいけないという事で、救急病院に電話しましたら、快く受け入れて頂きまして、連れて行ってもらいました。この時は、だいたい体育館の中におりまして、体育館の中でうろうろうろうろしながら、人が声を掛けてくるのを待っていたという状況でした。学生支援部の職員の方、その他の職員の方が来られて備蓄倉庫があったんだという事を私自身もその時に初めて知ったという状況です。そこから乾パンとかビスケットとか飲料水とか、マットとか、毛布とか、物資を提供しまして、避難所のいろんなところにマットとかビニール製のやわらかい物があると非常に便利なんだなと思いました。布団があれば布団に寝るんですけども、布団は持って来られないのでビニール製の非常に軽い、一度に3つずつ持ち運び出来るようなものを置いておきますと、年配の方が避難して来られた際、役に立ちます。そういう方の中には、すぐに腰が痛くなるとか、膝が痛くなる方がいらっしゃるので、そのマットをお渡ししてここに座ってくださいという非常に喜ばれることがあります。4月15日の朝、皆さん出勤して来られまして、

被害がすごく著しいというような話は聞かませんでした。ちょっとした物が落ちた程度で片付けているという事でありました。避難者の方はお昼ぐらいには、かなりの方が自宅へ帰って行かれました。ライフラインは全く問題なかったですね。まあ私の知っている範囲においてなんですけれども、そうだから帰っていかれたと思います。夕方になったらほんとに誰もいなくなったなと思うような状況になっておりまして、保健センターの中で話し合いをしました。私自身はもう同じよう地震は来ないだろうと思っていましたが、そういう時にどうするかという事で、明日から土日でするので、もし土日に起こりましたら、私が駆けつけます。ただずっといることは出来ませんので、看護師さんと協力して24時間体制を必要であれば維持しましょうというふうな話になりました。その日は、私は保健センター出た後、循環器内科の医局に行きましたら、落ちている本がありましたので、医局の先生方に遅れて、私も片づけをして、そして前日と同じような時間に帰りました。興奮冷めやらぬ状況でありまして、あんまり眠れてなかったというのもあるんですけども、この4月16日の0時ぐらいを回ったころでもまだうとうとした状況でした。そして来るはずは無いと思っていた本震がやってきまして、この時、熊本市では震度6強だったようです。前回、車の中で体験した地震とは全然違っておりました。最初ゆっくり、ぐらんぐらんぐらんと来たんですね、あーまた余震が来たなと思っていたんです。ぐらんぐらんぐらんちょっと長いぞ、ぐらんぐらんゴォーっというように、すいませんちょっと大きい声を出してしまいましたけれども、そういうまあ響きといいますか、ものすごい揺れでした。あまりにも揺れがひどかったものですから、ぐっと息をこらえて、多分30秒、1分ぐらいこらえていたんじゃないかと勝手に思ったんですけども、後でデータを見てみますと20秒ちょっとの揺れだったということでした。揺れている間にゴンと音がしました。何か落ちたかなと思いました、実は子供が

階段のところで転倒していて、顔面に大きなとか小さな怪我をしました。怪我自体はあんまりたいしたことはなかったんですけども、動いてはいけない時に動いて負傷をしたという状況でありました。これは大変な事が起こったと実感致しまして、そしてまだ次があるんじゃないかと、家から外に出て行きました。そうしますと、やっぱり隣近所の方も心配になったらしくて、みなさん外に出てあーだ、こーだ、また来るかなとかいろんな話をしながら、ついつい時間が経過していきました。そんな中、そういえば私は保健センターに行くんだとふと気づきまして、向かって行きました。久しぶりに体験しました。山の中にでも行かないと分からない、真っ暗な体験ですね、信号機も含めて、信号は一部ついてたところもあるんですけども、ほぼ真っ暗って状況で、恐る恐る保健センターのほうに向かって行きました。我が家では、翌日中ぐらいには電気は回復したと思います。市内は、21日ぐらいには水道はだいぶ回復しました。ガスは26日くらい。ガスの方は回復にひと月くらい早い所と遅い所で差があり、熊本市内でも復旧に差があったようです。熊本大学は地下水を利用している関係上、水道が全く止まらなくて、電気も使えました。これが熊本大学の北キャンパスです。昔はここを国道57号線と言っていたんですけども、今は県道になっています。赤門を入りまして、保健センターがあります。そしてここを通りこえまして、ここを通ります。ここから入り口がありますけれどもグラウンドがありまして、ここに武道場、そしてここに旧体育館、新体育館があります。このときはここにビニールシートがたくさんひいてありまして、ここに学生さんが中心に避難してきていました。マイ弁当を持ってきている人もいました。こちらの方は周辺住民の方が避難してきていました。いつ誰が数えたかわかりませんが、ピーク時は1200名が避難していたという事がデータとして残っております。金曜日と同じように、やっぱり体育館と保健センターを行ったり来たりして、救急箱を

持って昨日も寝てないし今日も寝てないというのと、このまま寝られないかもしれないと思いながら往復して診療開始しました。体育館の中には、教職員の方で学生ボランティアチームを束ねた方がおられまして、学生さんたちにも多分今度地震が起こったらボランティアしようという機運が高まっていたんだろうと思うんですけども、医療系学生のボランティアチームを束ねる先生方、その他の学生ボランティアチームを束ねる先生方のチームがそれぞれ出来ていまして、私が体育館に行きますと、その学生さんたちが私のところにどんどんこう言ってくる訳です。あの人のところ行って、次はこの人のところ次はこの人のところに行って、だから私はその言われるままにずっとついて回って、お話をしたり処置をしたり、シップを貼ったりとか、氷持ってきたり、というふうな事を致しました。これは、武道場の入り口、これは4、5日たった後に写真を撮りましたので、意外といい感じになっているんですけども、最初は机が置いてあって、学生さんが一人ぽつんと座っているだけでした。ここらあたりに履物を脱ぐところがありまして、この時には3人体制になっているんですけども、ちょっとした問い合わせはこの人が対応、あと何か緊急な場合に、ここ空けなさいというような指示を出していました。物資とか、住民の方の受付もこの方々がしていたと思います。旧体育館の中に入りますと、ここは一般の学生ボランティアがいて、一般の学生を束ねている先生の中に一人、避難者の支援を以前したことがあるという方がおられましたので、その方が中心になって、避難している方に、物資の配給とか、特にお昼ご飯と、晩ご飯の配給をされていました。規律正しく配給されていたのがとても印象的でした。他には学生さんが、午前中だったり午後だったり、ラジオ体操のような運動、まあ血栓予防というようなことですね、運動も毎日しに来てくれていました。こちらの方は、医療系の学生さんがボランティアチームに入っているという事で、この人はここで受付をしているんです

けれども、他の2、3人くらいが体育館の中をみまわっていました。また、外国人の学生がお互いに助け合おうという事で、ここにひとりかふたり座って、母国語しかしゃべれない人たちの悩みとかの相談を聞いて、必要があれば我々の方に、依頼をしに来てくれていました。そして16日の朝になりました、だんだん被害情報がはっきりしてきました。益城町の家が壊れが激しいらしい、熊本城も何か壊れているらしい。まあ初めは何も確信できなかったですけど、白川に架かる橋が落ちたという情報、これはデマだったんですけども、こういう様な情報が入ってきました。我々を悩ませたのが、5月の十何日かに、これと同じレベルの地震が起きるというデマが、まことしやかに流れまして、熊本市などからかそういうデマに惑わされないようにという通知が出たというのがありました。そういう様々なうわさが県下全域に広がったという印象を持ちました。朝になり、看護師さんが来てくれて、交代しまして、それから後は、医師1名、看護師3名という体制だったんですけども、避難して来ている方はかなり多いという事で、なんとか24時間体制を取らざるを得ないだろうということで、私がそう思って看護師さんをお願いしたところ、快く引き受けてくださってほんとに看護師さんには感謝しています。22日からは、朝8時半から19時までの体制ということにしました。ボランティアの学生さんたちがいて下さったのはほんとうに助かりました。前震の頃のように、体育館に24時間にずっと居続けるという事になりますと、到底私たちは耐えられなかったんじゃないかなと思います。ボランティアの学生さん達も交代しながら、対応してくださったので、定期的に2時間おきとか、3時間おきぐらいに体育館の中に入って、私たちが案内されて、各患者さんの所に行くということをしておりましてし、保健センターではちょっとだけ休憩ができました。これ以降は、土日も含みまして、ゴールデンウィークもオープンしていました。一人、症例を紹介したいと思います。留学生が、立ったまんま、

みんなの呼びかけに応じず、どうも自本人の枕、マットは置いてあるんですがそこに座りきらずに、休まずにずっと立ったままです。みんな疲れていますのでマットに座ったり、寝転がったりしている方が多かったですけれども、この留学生はどうも聞く耳を持たないというような感じで、このままいくと夜になったら出て行っちゃいそうだということで私が呼ばれて行きました。そしたら、ちょっとここに座ってとお話をしたんですけども、中腰というかしやがんでくれるんですけど、なかなかマットに腰を落ち着かせないため、長期戦になりそうだなということで、臨床心理士の先生と指導教員の先生を呼んできていっしょに話をしました。しばらくして何とか病院に行くという事になり、良かった、これで救急病院に受診だと思いました。しかし、救急病院に電話したら、そのぐらいのレベルでは受け入れられない、うちは3次救急になっていますとの返事でした。まあ確かに前回の震度6弱の時とは違う状況だろうなと思いました。そしたらどうしようかということで、市の方に連絡したら、他の病院がメンタル面のケアをさせていただけるということで、そこに連れて行ってもらうことになりました。後で聞いた話なんですけれども、実はこの留学生は、もう卒業した学生で、後は帰るだけという事で、保険証が切れておりました。そういう人は外来診療はするけれども、入院はさせられないと言われたという事で、連れて行った指導教員が、熊本大学が最後は支払いの面倒を見ると言ったらなんとか入院させてくれたという事でした。非常に印象的だったのは、留学生の国の領事館の方が、すぐその日に留学生のところに来てくださって、われわれに電話も掛けられて、いろいろ対応をして頂いたことです。それで4日後ぐらいには、母国の両親が迎えに来て、最後はすごく感謝をして帰国されたということがありました。今年は、4月になってもインフルエンザの患者さんが結構出ていました。スタートが遅かった分、終了も遅かったというところだと思うんですが、インフ

ルエンザにかかっている学生さんをどうしようかということになったのですが、近所や周辺の病院はぜんぜん開いていないんです。自宅に帰れという訳にもいかないし、避難所にそのまま置いとくわけにもいかないし、という事で、結局は、ひとり、ふたりだからなんとかなるだろうという事で、保健センターの中のベッドに休ませて様子を見るという事になりました。お昼ご飯と晩ご飯は配給があります。その時に、パンを1個だけ余計にもらって、朝ごはんの代わりにしてもらおうという事で対応しました。まあ幸いに1泊もしくは2泊すると、両親もしくは親戚の方が迎えに来て下さったので、なんとかこの態勢で対応することが出来ました。熊本地震で、保健センターは、体育館とか、運動場に避難して来ている人たちの対応に、てんやわんやしていました。しかし、情報を得ないといけないという事で、熊大各地区では、地震対策の会議をやっています、学生支援部の会議は、4月18日から毎日やっておりましてそれに参加して、被害と対応状況の報告を聴きました。まず学生支援部の方が安否確認をするという事で、意外とみなさんネットとかの環境がうまく行き届いているようで、かなりスムーズにいったようなんですけれども、ただ90パーセントくらいまではすーっと確認できたんですけれども、その後がなかなかうまく確認が出来なかったようです。一番難しいのは社会人大学院として登録している方々で、なかなか返事がこなかったと聞いております。最終的には100パーセントになりました。また、ゴールデンウィークが近くなってきた、そろそろ開講をする準備ということで、授業に参加できそうか、学習用具の被害はどうかという問い合わせも学生にされていました。本震が起こった翌日ぐらいには、ゴールデンウィーク明けまでは休校だと一斉に教職員、学生に通知されたようでして、これ非常に良かったんじゃないかと思います。どうせ休みが長いんだから地元に戻ろうというふうに安心して帰れたんじゃないかと思います。保健センターは何をするかということになり

ます。学生支援室、学生相談室といっしょに、メンタル面の相談を受けましょうということになりました。体育館に避難して来ている学生さんはもちろんですが、自宅とか地元に戻っている学生さんも、電話で相談受けますよということで、アナウンスをしました。学生さんにアナウンスしたら教職員にも通知するという事で、教職員にも相談に乗りますという案内を致しました。震災に関連するメンタル面の相談という事で、思ったほどは来ませんでした。もっとたくさん電話が鳴るんじゃないかと思ったんですけれども、避難している学生さんは意外とそんなに相談はして来ませんでした。大学というか熊本に戻ってきてから少し相談が増えたというような状況で、トータル124件、実人数でいきますと、50人ですが、平均すると2.5回くらい相談しているということで、女性の方が少し多かったです。1回で相談が終わったという方は半分ぐらいであります。メンタル面でどんな相談が多かったかというと、不眠と怖いとか、私もまさにそのとおりでありまして、1回目の地震ではそういうことはなかったんですけれども、寝ているときに起こったものですからね、いつもはちょっと呼ぶだけでは起きないと言われるんですけれども、4月中は震度2とか弱震でもぱっと飛び起きていました。1日に2回3回夜中に飛び起きると、というような事もありましたので、怖いんだなと自覚し、そしてそのたびに不眠になるという状況でした。電話相談を受けて必要な方には、心理相談や診療をお勧めして、臨床心理士の面接とか、精神科医の診察を受けて頂きました。症例としては、留学生の方ですけれども、赤ちゃんとおさんとの3人暮らしだったんですけれども、子育てが始まったくらいにちょうど地震が起こって、自国にも帰れないしどうしようということでイライラが募って、だんだんうつ傾向がでてきたということでしたけれども、これは精神科医に診て頂いて、お薬をしっかりと調節して頂いて回復しました。もう一人、日本人の方ですけれども、ちょうどお風呂に入っていると

きに地震が起きたということで、すぐ実家に帰って、そのときはどうもなかったんですけども、熊本に戻ってきて、お風呂に入ったときにまた、地震が起こるんじゃないかという不安が募ってきたそうです。元々そういう性格があるようなんですけども、確認行為が非常に増えたりだとか、身のまわりのことにすごく時間が掛かるようになってしまって、相談に來られました。カウンセリングを繰り返して、元に戻りました。熊本大学の被災の状況ですけども、保健センターは、全く問題ありませんでした。2階建ての建物の1階ですので、建物が低ければ、意外と被害は小さいというふうに実感しました。ほんとにざっくりです。ほんとにきちんと調べたという訳ではなくて、ちょっと人づてに聞いた情報ですけども、黒髪北地区というのは保健センターがある場所で、あまり高い建物はありません。ただ古い建物、五高記念館が壊れたということで、文化資材にも若干支障が出ているというお話を聞きました。南地区は、理学部、工学部、十何階建ての建物がいくつか建っていますけれども、建物の高いところは、被害が大きいですね。工学部1号館というのは50年位前に建てられた1番古い高い建物ですけども、耐震補強もされていましたが、基礎が駄目になったという事で、建て直しというのが確定しました。その他にも、配水管が壊れて、水浸しになって大変な事になったという所があります。本荘の医学部附属病院の病棟の方は、免震構造で、意外と地震を感じる人は少なかったという事です。循環器内科の先生方のなかで、普段は当直をしたがらない先生が、揺れないしお風呂にも入れるしというのがありまして、自分が当直するという方が結構おられたという事を聞いています。臨床研究棟はやっぱりこれも50年位前に建った建物でして、病棟の方は良かったんですけども、医局が入っている研究棟は一時立入禁止になりました。本庄、中地区というところでは、発生医学研究所が壊れているということで、ここに高額な機械がたくさんありましたので、結構壊れて被害が大

きいという話を聞きました。これが、臨床研究棟の入り口のエレベーターです。これで6階まで行っていた訳ですけども、ちょっとタイルがはがれているということで、立ち入りは4、5日で解除されたんですけども、エレベーターは9月30日まで動きませんでした。毎日のように隣にあります階段をずっと6階まで上り下りしまして、循環器内科の先生方はだいぶ健康的になられたという話を聞きました。6階まで上がったらこんな感じなんです。手前側は皮膚科医局になっていまして、奥のほうに循環器内科の局があります。普通には通れないですよ。6階建ての建物なんですけれども、6階と5階が結構壊れていました。だから4階まで上って4階からは循環器内科医局側の階段へ行って、そこから自分の局に行っていたという状況です。こんな感じですね。この中にずらっと先生方の本が並んでいるんですけども、全部落ちていまして、この人のものがここに落ちていたと思ったら大間違いですね、この辺の人のものがここに落ちていたり、こっちの人のものがなぜかこっちで発見さたりというように、箱の中に入れてがしゃがしゃがしゃがしゃってゆすったような状況でありました。工学部もやっぱり同じで、何か倒れていますけれども、みんな落ちてごちゃまぜになっていたという状況です。産業医をしております、いろんな所を回っているんですけども、固定してないところは倒れている、それは当然なんですけれども、ちゃんと固定していても倒れているんですね。こういうラックに入れて、下を固定してというように、内側をしっかり固定していたんですけども、高層階、10階近くなってくると結構倒れていました。5、6階にあるものは、多少固定が甘くてもあんまり倒れてなかったというところもありました。東北大学ではどうだったのかなと思って資料を見てみたら東北大学でも、高層階の方が、物が倒れているという事を書いてありました。それを早く見て、対策を取っておくべきだったのかもしれない。引き戸になっているところは、中からものが落ちないですね。

こちらは落ちているんですけれども、引き出しとか開き戸とかこういうふうな開きの場合は、簡易なロックがあったとしてもがしゃがしゃがしゃがしゃとなって、ぱかっと開いているんですね。大きなもの、本とか、薬品とかはちょっと戸が開きますと、後ろの方からずっとやってきて、バラバラバラって落ちてしまうという事になり、薬品は、引き戸の方がいいなと思います。これ配水管なんですね。漏水は、1、2、3、4箇所ありますね。ずーっと噴出しています。気づいたのが数日後な訳ですから、気づいたときには何でびしょびしょになっているんだろうという所から気付いてって、元をたどって行くところでした。何日後に気づいたのかは知らないんですけれども、階段の所にもエレベーターからも水が流れてきていました。こういう水は拭けばいいんです。綺麗に拭けばいいんです。しかし水漏れしている所、多くの所が水漏れしていて、1週間くらいでカビが一気に広がります。カビがでると、水の重さで天井などの壁が落ちこち始めますので、落ちてきている部分はそれ以上落ちないようにという事ではがしてあります。ひどいところは薬品がこぼれていたりしますと、もとはうす黄色なんです、それが真っ赤に変色した天井でところどころカビが生えているというような、グロテスクな写真がありましたが、それは持って来ませんでした。この辺りの線の下の方からカビがポンと出てくる。まあこれは中に水が入ったかどうか確認はできていませんけれども恐らくは壁と壁の間に水が入ってこんなふうになってしまったのだらうという予測でした。ちょっと取り留めのない話でしたけれども、今日は、お時間 30 分くらいという事で、まとめに入らせていただきます。保健センターとしてこれで十分だったのかどうか分かりませんが、協力してくれた看護師さん、臨床心理士さんの方々には大変感謝しております。夜間対応含めて、保健センターの出来る範囲で対応したというふうに思っております。隔離するべき人が出てきたときは、部屋と人を確保してそこに入れ込むという

ような態勢をもうちょっと増えたらとらなければならなくなっていたらと思うています。医療系、一般の学生さんたちのボランティアチームと一緒にやってやる事が出来て本当に良かったと思います。もし、保健センターのスタッフが夜中ずっと体育館に居続けるというような事だったらなかなか長くは出来なかったんじゃないかと思います。ボランティアをやってくれた学生さん、もしくは関わってくださった先生方に大変感謝をしております。また、震度 6 強ということではこれまでの基準はなかなか役に立たないという部分もありまして、みなさん高層階の建物に研究室があるという所は、ちょっと検討をして頂けたらと思います。配水管の事は、いろんな人と話をしましたが、配水管をなかなか漏れないようにするのは難しいと、もし建設される事がありましたら、こういうふうに水漏れが起きたら大変な事が起きるというふうに頭にいれておいて頂けたらと思います。ご清聴ありがとうございました。

座長：いろいろお尋ねしたいことはあるんですが、ちょっと藤瀬先生のお話をまずいただきまして、そのあとにお二人の先生と少しディスカッションできればいいかと思います。副島先生ありがとうございます。明日からの職場巡視に役立つことがいっぱいでした。それでは藤瀬先生にセッティングしていただいている間に簡単にご紹介したいと思います。藤瀬先生、実は今日お集まりの大学の保健管理部門のお仲間はまだ入ったばかりの先生で、僕と同じ精神科医なのですが、1989 年に熊本大学の医学部をご卒業になりましてその後、精神科の医者として 1990 年に我が宮崎県の県立宮崎病院にもご勤務いただいております。その後、今回、甚大な被害が有りました益城病院の精神科にもお勤めだったということでございます。2007 年から熊大の精神科の講師をお勤めだったのですが、今年 5 月 1 日から、震災のちょっとあと、熊本大学保健センターの教授にご就任でござい

ということで、副島先生と違う立場から少しお話があるかもしれません。よろしくお願いいたします。

演者：石田先生、ご丁寧なご紹介ありがとうございます。熊本大学の藤瀬と申します。ご紹介いただきましたように、私は5月1日から赴任したばかりでして、まだ右も左もよく分からないのですが、一番大変だった時期は副島先生方がきちんと対応されていまして、私はGWの中頃におずおずと出て行った次第です。それで今回は、まだ途中経過なのですが、熊大生に対して地震後のメンタルヘルス調査を行いましたので、その中間報告をさせていただけたらと思って参りました。実は私自身も益城町の住民でして、まさか自分の住んでいる所がこんなことになろうとは夢にも思っていませんでした。これは、先ほど石田先生に触れていただきました益城病院の前震翌日の写真です。私も25年ほど外勤に行っている精神科の病院です。今回の熊本地震では多くの医療機関が被災しましたが、中でも精神科病院の被害はかなり大きいと言われており、こちらの益城病院には、宮崎大学の精神科の先生方を初め九州の各大学の精神科教室から多くのスタッフの方々に応援に駆けつけていただきました。この場を借りまして、改めて感謝申し上げます。とにかく地盤が脆かったようで、上下水の配管の破損が大きく、未だにトイレは仮設です。これは同じ保健所管轄にある希望ヶ丘病院というところの写真です。このようにかなり被害が出ております。この写真は、少し南に行った城南地区のあおば病院の病室ですが、このように天井が落ちてかなりの被害です。これは阿蘇市の一の宮保健センターで、真ん中で正座して頭を掻いていらっしゃるのが石田先生ですね。お世話になりました。改めて御礼申し上げます。

今回のアンケート調査なのですが、大規模な災害のあとでは心的外傷後ストレス障害(Post-Traumatic Stress Disorder;

PTSD)がよく知られています。PTSDはわりと早期から出るというふうに先ほどの副島先生のお話しにも出ていましたが、それに引き続いて、抑うつというのはある程度状況が落ち着いてきてから出やすいと言われてしています。そのような状況の中で私が保健センターに赴任し何かできないものかと思い、精神科医ですので、メンタル面での調査を考えた次第です。大学のポータルサイトを使って、ネットでアンケートに答えられる形を取ることができました。熊本大学の全学部生と大学院生1万人余りが対象ですが、まだまだ回答率が低くて今日はほんの一部をご紹介しますことになります。有効回答者は現時点で615名、全体の7%弱ということになります。この表は回答者の内訳です。ご覧の通り、新入生というのは真面目のようで高い回答率を示しています。被害状況については、「家具、備品が被災」した学生が多く、「建物が半壊以上」という学生も4.4%みられます。メンタル面の評価ですが、今回、災害時に汎用されるK6という抑うつ・不安をスクリーニングする質問票と、PTSD・抑うつをスクリーニングするSQD(Screening Questionnaire for Disaster mental health)という質問票を用いて調査を行いました。

これがK6の質問票です。過去30日間に遡り、6項目について0から4点までの5件法で付けてもらい、合計5点以上で心的ストレスがあるだろうと推測される状態、9点もしくは10点以上は抑うつ・不安障害が疑われ、13点以上だとさらに重度とされています。まず学年と抑うつ・不安(K6)の関係です。入学してすぐに今回の地震だったわけですから、「うちの子が不安定になっていて、大学を辞めさせようかとも思っている」といった内容の電話が親御さんから入ったりしたこともあったようです。そういった訳でおそらく1年生が最も影響を受けやすいだろうと思ったのですが、有意差は付いていませんが予想に反して、今回の調

査結果からは、抑うつ・不安（K6）を示す学生の割合は1年生では意外に少ない結果でした。次に被害状況と抑うつ・不安（K6）との関係ですが、建物が半壊以上では差はなく、各備品が被災した群で、抑うつ・不安（K6）を示した学生の割合が高かったという結果でした。家族なども含めて身体的被害については、有意差はみられませんでした。東北大学の先行調査では、ボランティアに参加すると抑うつ・不安が起きにくかったとする報告がありましたので、今回我々もそれについて尋ねてみましたが、有意差はみられませんでした。

次に PTSD に関して、SQD の実際のアンケート内容はこのようになっております。評価の仕方については、再体験・回避、聴覚覚醒症に関してこのように、抑うつに関してはこのように評価します。まず、SQD のなかでも PTSD について見てみます。先ほどの K6 では性差はみられなかったのですが、PTSD に関しては、女性の方が PTSD の疑われる学生の割合が有意に高い結果でした。SQD の抑うつ成分でも、女性の方が抑うつ（SQD）を示す学生の割合が有意に高い結果でした。学年別では、やはり PTSD についても1年生が有意に PTSD を示す学生の割合が低い結果でした。被害状況との関係では、K6 の結果とは異なり、半壊以上の群で有意に PTSD を示した学生の割合が高かったです。また、今回「震災以前から精神的不調を呈することがありましたか？」という質問を入れてみたところ、震災以前から精神的不調を呈する頻度の多い群で、PTSD や抑うつ（SQD）を示す学生の割合が有意に高い結果が得られました。やはり精神的不調の既往は地震後のメンタル不調のリスクと言えるのかも知れません。ボランティアに関しては、K6 と同様、PTSD についても関連はなさそうでした。以上の結果をまとめたのが、このスライドです。女性において、PTSD/抑うつ（SQD）を示す学生の割合が有意に高かった。新入生において、PTSD（SQD）

を示す学生の割合が有意に低かった。家具・備品が被災した群において、不安・抑うつ（K6）を示す学生の割合が有意に高かった。住居が半壊以上の群において、PTSD（SQD）を示す学生の割合が有意に高かった。「住居が半壊以上」「家具・備品が被災」「外傷などの人的被害」の群において、抑うつ（SQD）を示す学生の割合が有意に高かった。震災以前から精神的不調を呈している群において、PTSD/抑うつ（SQD）を示す学生の割合が有意に高かった。

これらの結果をどのように考察するかはなかなか難しいのですが、性差に関しては、もともと精神的不調というのは女性に多いので、これと同じ結果が得られたのだらうと思っています。それと学年との関係ですが、繰り返しになりますが、1年生において精神的不調を示す学生の割合が有意に低い結果でした。これは1年生が真面目にたくさん回答しているのに対して、高学年はあまり回答していない。その一方で、一般的に高学年では、メンタルヘルス調査に関心の強い人、あるいは現時点で実際に不調のある人が回答しやすい側面が以前から指摘されており、そういった背景が影響しているのではないかと推測しています。ただ今後、アンケートの回答率が上がってくればまた違った傾向が出てくるのかも知れません。ボランティアの参加については東北大学の先行調査とは違い、今回の我々の調査では関連はみられませんでした。今回のアンケート調査では、面談希望の有無についても尋ねておりまして、希望者にはすでに連絡を取って面談を開始しておりますが、中にはすでに保健センターで心理士による面談が行われていたケースもいくつかあったようです。K6 でハイスコアを示している学生に対しては、こちらから連絡を取っていますが、これまでのところ「今は大丈夫です。」と言って面談を希望しない学生が殆どです。今後は、新年度の定期健診時に、できれば今回行ったものと類似の内容であると 2

回くらい調査が出来れば興味深いかなと思っております。私の話は以上です。ありがとうございました。

座長：どうもありがとうございました。ちょっと藤瀬先生にご配慮いただいて、少しお時間いただいたので、これから少し皆さんとディスカッションさせていただきたいと思います。いかがでしょうか。最初にお話の先生どうぞ。

会場：長崎大学の調と申します。副島先生に質問をさせていただきたいのですが、地震が東北の後にも南海トラフや東京と言っているうちに熊本になってしまって、そんなこともあるんだなと思って。長崎にいても、地震はあまりないんですけど。ないって言っていると危なそうな気もするんですが。先生のご経験をお聞きしたいんですけど。熊本大学病院がある中で、体育館の話は、やっぱり保健センター中心にやらないと、という感じになったのでしょうか。保健センターは、学生・教職員と、近隣の住民の人達との構成比はどのようなものだったのでしょうか。

演者：わかる範囲でお答えします。実際の学生さんと近隣の住民の方の構成比というのは、最初の日には学生さんが運動場の方について、体育館の中には周辺住民の方がいて、と分かれていましたがはっきりわかりません。もともと熊本大学は一時避難所として近隣住民を受け入れるということになっておりましたので、学生ボランティアのところに市役所の職員の方も後で顔を出して対応されておりました。費用的な面は保健センターは全く分からない部分ではあるんですけど、支援物資は、熊大生協が少し提供してくれていた部分もありました。最初支援のごはんも美味いんじゃないかなと思ったんですけども、あとでだんだん不味くなっていったんですね。なんでかなと思って聞いてみたら、最初は生協が蓄えているものをけっこう出してくれていたから美味しくて、そのあとは本当の支援物資で、美味しくなくなったというのは失

礼な話ですけれども、生協の食事が後のところで支援物資に食事が変わっていったというところがあります。保健センターはひとりで周辺住民のだいたいの面倒を見なくちゃいけないというところは私もちょっと疑問には思ったんですけども。他の病院はやっぱり結構壊れているんですね。大学病院は3次救急といいますか、そういった病院からもたくさんの人がじゃんじゃん押し寄せてくるというところで人手が足りないと思ってしまいました。すいませんけど…というべきだったのかもしれませんが、とりあえず保健センターとしては保健センターの出来る範囲でやりましょう、ということで対応しました。本当に重患がたくさん出てくれば応援を依頼していたと思います。90代の夫婦が休まれている時には、この人本当に生きているのかなと覗き込んだこともあります。マスクをくばって回っている時、本当に息が止まっている場合があるかもしれないなと思ったこともありました。もっとドラマチックな変化が起これば、もちろんそれは助けを頼んでいたと思うんですけど、今回は何とかやり過ごせたというところが本音だと思います。ありがとうございます。

座長：佐藤先生いかがでしょうか。

会場：佐賀大学、佐藤です。副島先生にご質問です。各大学、毎月1回職場巡視というのを必ず行っているわけですけども、ずっとここ10年くらいやっていて、その巡視の効果について私自身疑問視する部分もあるんですけども。実際地震を体験されて、毎月1回巡視されていることが重要、効果があったと思われますか？

演者：イエスカノーかで言えばイエスです。巡視をしていて、やっぱりここはダメだったでしょ、と。本当はここはダメだったでしょ、と言わないでそこはきちんと改善させるべきなんでしょうけれども。改善してくれているところはやっぱりあるわけなんです。私自身だいぶ昔から巡視をしていますので、当初に比べ

ると薬品の整理の状況とか、あとは危険物の落下防止とか、そのような事はかなり良くなっていました。今回の地震は学生さんがいない時に本震が起こったので、負傷した人はほとんどいなかったんですね。もしいる時だったら巡視をしない場合の状態よりも、巡視をして落下防止とか転倒防止を進めた状態では、学生さんや職員の負傷防止の効果がはっきりしたんじゃないかと思っています。

会場：来月の佐賀大学の合同安全衛生委員会の時に、熊本大学の実態についてスライドでお持ちします。と委員の方に言いましたので、副島先生のお許しがいただければ、今日のスライドを一部いただけないでしょうか。

演者：承知しました。

座長：僕は産業医のライセンスを持っていないので、ただ上から眺めているだけなんですけど。人の命を守る視点での巡視なのか、それとも…。上から言われているからただやっているでは、やりがいがいいし。何のためにやっているかを、もうちょっと目的意識を持ってやるべきなんだとか、人の命を守れるのかという視点は大事だと思います。それ以外のことはそんなに重要視しなくてもいいのかもしれないですね。暴言かもしれません。他にいかがですか。

会場：九州工業大学の落合と申します。副島先生にお尋ねします。九州工業大学でもいろんな工学機器が破損しました。例えばうちの工業大学でも、エックス線とかレーザーとか色んな薬品もたくさんありますから。それが転倒することによって誤作動をしたりとか、あるいは薬品が破損し火災が発生したりとか、重篤な災害等はなかったでしょうか。

演者：火災はうまいことに起こらなかったです。お見せしたように、漏水で壁とか天井が…ということで、漏水があると下の教室は全部が悲惨な状況になっていました。多くの先生たちのお部屋を見ると天井がああいう状態になって、ちょっと悲しいというか残念な気持ちになりま

した。大きな被害を受けた学生というのは全くいませんでした。被害状況の確認をいたしましたけれども、ちょっとした軽いケガはありましたが、大きな負傷したというのはなかったですね。やっぱり発生の時間が関係していたかなと思います。また、前震が9時半くらいだったんですけれども、また来るかもしれないということで、みなさんちょっと気を付けられていたのが良かったのかもしれないですね。お答えできるのは、火災や重篤な災害が起らなかったと断定するのはちょっと難しいですけれども、私が情報を得ている範囲ではありませんでした。燃えてどうかなったという話は全くお伺いしませんでした。

会場：九州産業大学の村谷と申します。学生に対する情報の提供はどういうふうにされたんでしょうか。例えば、GW明けまでは休校しますとか、それをどのような方法で周知したんでしょうか。

演者：メールっていいですか LINE で一斉に、我々にも来ていましたけど、学生さんそれぞれにもそういう通知がなされました。実際に学生に通知された内容は見えておりませんが、HPのこのページを見なさいといった内容だったかもしれないし、休校ですといった通知だったのか正確には分かりませんが、個人個人に通知が行っていました。

会場：その中で保健管理センターからの、機能しています、というような情報も流されたんでしょうか。

演者：保健センターは機能していますという情報を結局は流していないことになるんですけど、メンタル面の電話連絡は受けますということをまず流しました。先生はもしかしたら、地震が起こった翌日にでも保健センターは解放しているので避難している人にも対応しますと言うような通知を出すということをおっしゃっているんだろうと思います。確かにそうですけれども、それが数日間遅れてしまいました。安否確認を開始し、続いて保健センター等でメンタルヘルスの

ほうを対応しますよという情報を流しました。それで遅れてはしまいましたけれども、保健センター対応について情報を流しました。

会場：ありがとうございます。

座長：私の方から、藤瀬先生とちょっとやり取りさせていただければ。藤瀬先生の先ほどのポータルサイトを使ったデータ収集、あの辺にすごくフットワークの軽さを感じたんですが、あれは具体的には大学のどことやり取りをして、ああいうシステムを構築されたんでしょうか。

演者：情報部というのがあって、私もまだ来たばかりでよく分からないんですけど。事務の方に尋ねたらそこがやっていますということで。情報部が事務の窓口で、実際にネットを介した、IT 関係の技術を持っているのは、保健センターの 2 階にイーラーニング機構というのがあるんです。そこが上になるので行こうかなと思ったんですが、内線で尋ねたら情報部に相談してくれということで、そういう手続きをとって。行ったばかりだったので意外にスムーズに行ったのかもしれない。

座長：結局そこに、どんなフレキシブルな人がいるかどうかという話なんでしょうか。

演者：対応はすごく早かったです。

座長：あの混乱の中でよく出来たかと、ちょっと感心していたんですけど。藤瀬先生、前から熊大の中で、朝霧町っていう宮崎県と熊本県の境目あたりで、わりとフィールドワークとして視察されていたので、それをやられていたので、そのノウハウを持ってきた、と思いながら僕は見ていましたけど。新聞報道をされちゃったので隠すこともないんですけど、医者がいない村で、自治体職員が自殺されましたよね。DMAT として石原村に仲間が行った時に、1 か月半くらい自治体職員が休んでない。熊本県の地元の職員が一日も休んでいない。ある種ひどい話だなと。土日休めって言っても、他のメンバーが働いているから悪いと思って

出ていくって言って。最終的に石原村の村長に掛け合って、休ませてくださって言って、2 か月ぶりに、6 月の頭くらいに初めて休めたって。非常に辛い話だったんですけども。熊大の職員は大丈夫ですか。

演者：石原村は特に規模の小さい自治体と聞いています。村長さん自ら全然お休みを取られない。先生にもご援助いただいたり、県の青少年福祉センター、医師会と一緒に、各自治体に、石原村以外にも益城町も。それぞれの自治体が困ったときには、県の医師会長名で東北の時を参考に、とにかく今は危機的状況だから、休養をメインにしてください、という内容を出したのが 1 か月くらい前ですかね。それがどう影響しているかというのはまだ見えてこないというふうに聞いています。

座長：おそらく今日お集まりのスタッフの皆さんが学長とかに掛け合って、この部署はずっと災害でみんな出てきていますよ、やばいですよ、というのを、アラートを出す立場だと思うんですね。今もまだ益城町に何百人かいらっしゃると思うんですけども、本当にお気の毒なんです。ひとは九州全体で知的財産としてこの経験をぜひいろんなところで使わせていただければと思います。今日はある種そういう企画のひとつだったんですが。とういことで、私の時計では少しオーバーしてしまいましたが、ここで特別講演のⅡを締めさせていただきます。みなさんご協力ありがとうございました。

講演 I

障がいのある学生の学びを支える ～社会的障壁を乗り越える力とは～

演者 宮崎大学教育学部教授 戸ヶ崎泰子

宮崎大学工学部 4 年 木下大輔

座長 宮崎大学安全衛生保健センター講師 宮野秀市

座長:おはようございます。それではこれから最終日の最初の講演をさせていただきます。本日はお二人の演者の方にご来場いただいております。お二人のトークセッションのかたちでお話をさせていただく事になっております。演者の方ですが、まず戸ヶ崎泰子先生のご略歴を紹介させていただきます。戸ヶ崎先生は宮崎大学教育学部教授、それから宮崎大学教育学生支援センター学生支援部門長であります。もう一人の方は宮崎大学工学部 4 年生、木下大輔さんです。それではお二人にご登場いただきます。まずお二人に自由にトークセッションの形でお話をいただきまして、最後にまとめて質疑応答の時間をとらせていただきます。よろしく願いいたします。

戸ヶ崎:おはようございます。宮崎大学の戸ヶ崎です。協力してくれるのは木下大輔君です。では早速はじめさせていただきます。本日は障がいのある学生の学びを支えることについてお話をさせていただこうと思っております。こちらがみなさんも良くご存じだと思いますけれども、最近の障がい学生数、大学等で学んでいる障がいのある学生さんとその割合となっておりますが、ここ最近急増しております。特に精神疾患あるいは発達障害のある学生さんの在籍が急増している状況があります。そういった学生さんたちにどういった支援をしていけばいいのかということについては、主に入試時の配慮、あるいは授業の支援、それから大学生活、課外活動の支援。そして進路、就職にあたっての支援。中にはメンタルヘルス

の問題を抱える場合もあるので、時にはカウンセリングも必要になってきます。この内容を進めていくにあたっては、当然教職員の共通理解であるとか、学習環境の整備が求められます。そして、支援をうまく実行していくためには、保護者との連携であるとか、医療機関との連携、時には出身高等学校との連携も求められます。みなさんそれぞれの大学でも支援を行っておられると思いますが、日本学生支援機構の調査では学生が自分は支援をしてもらっていると感じている状況と、大学の方が学生さんに支援を提供していると思っているその認識が必ずしも一致している訳ではなく、この部分については今後の課題として考えていかなければならないと言われています。すなわち、大学等が障がい学生に対してどのような支援を提供すべきかを考えるだけではなく、障がい学生の支援を障がい学生の視点から考えていくということも必要になってくるのではないかと考えています。そんなことを考えて本日は障がい学生本人に来ていただいて、いろいろ話を聞けるといいかと思ひまして、木下君に協力をしてもらいます。木下君は、宮崎大学工学部環境ロボティクス学科の 4 年生で、脳性麻痺があるので下肢が動かないため車いすを利用されています。また大腸全摘出という内部障害もあります。そういった重複障害のある学生さんです。陸上競技部所属で、車いす陸上競技の 100m、200m を専門としています。現在は日本ランキング 3 位とここまでは書かせていただきましたが、2 位になったんだよね。

木下：今年の世界ランキングでは去年まで2位の人によりちょっと順位が上になったので世界ランキング上では2位に相当することになります。直接対決では負けたんですけど。

戸ヶ崎：でもね自分的には負けちゃったからね。

木下：直接対決では負けちゃったので。

戸ヶ崎：現在は 2020 年のパラリンピックの？

木下：今年、強化育成指定選手に入りました。

戸ヶ崎：パラリンピックを目指している学生さんです。彼は中学生の時に陸上競技に出会って、今に至ると言う事です。この写真は中学生の陸上競技を始めた頃ですが、これを見せていただいた時に、何歳かな、小学生かなと思うくらい。内部疾患があるので十分に栄養が取れなかったりして体は大変華奢です。いまでも細いですけど。

木下：ですね。他の選手とくらべたら体重が20 kg違うので、結構その差が大きい競技です。

戸ヶ崎：彼が宮崎大学に入学した経緯ですが、まず、なぜ工学部を志望したのですか？

木下：高校2年の時に、福祉ロボット関係に興味があって、自分が車いす利用者なので、車いすをいじりたいと思った時に宮崎大学の自分が今所属している学科にそういう事ができる研究室があって、2年生の進路指導の3者面談でそういう所を受けたいと言ったところ、先生が、「あなたはそこに行って将来何になるの。何ができるの?」と言われて、それが自分的にはめっちゃくやしくて、見返してやろうと思いました。それが理由の一つです。それに自分自身が車いす利用者なので、車いすを改造したいという思いが強く推入試を受けることになりました。

戸ヶ崎：そういう経緯で志望した訳ですが、進学するにあたってどういったことを心配していましたか？

木下：やっぱり工学部なので実習とかあるのかな、それが自分にどれだけできるのか、通院の時の出席がどうなるのかが不安で、

単位とかそういうのが不安でした。

戸ヶ崎：陸上競技に関しては何か心配をしていましたか？

木下：陸上部に関しては合格したと同時に自分でネットで調べて宮大陸上競技部に連絡させていただいたんで、受入体制といった点では不安はなかったです。

戸ヶ崎：はい、ありがとうございます。受験する時に心配をしていることについて何か大学から説明などがありましたか？

木下：願書を出してから、大学の方から面接の流れの説明をしていただき、時に特に気をつける点とかありますかって事前に聞いていただけたので、自分の不安な面を言ったり、あと合格後は授業の実習とかどうしていったらいいでしょうかと相談が出来ました。そういった面で大学と細かい連絡を取り合えたので大丈夫でした。

戸ヶ崎：今の話をまとめると大学の方からどういった心配がありますかって確認してもらえることが安心につながるということですね。それとそういったことを聞いてもらえると自分の心配事とか要望とかを言ってもいいんだなと思える。時には自分から積極的にアピールすることも大事だということでしょうか？

木下：はい。

戸ヶ崎：無事に合格をして入学をすることになる訳ですけども、入学前にどのような相談がありましたか？

木下：やはり、実習関係でどうしていくのかはわからなかったんで、そういった面で入学前に一回工学部の自分の担任の先生や学生支援課の方と集まって、説明を受けて相談できたので実習等は補助がはいったりすることを事前に知ることができたので安心して学校生活をスタートすることができました。

戸ヶ崎：合格して担任の先生とか、工学部の先生だけではなく、他にどんな人と一緒に話をしましたか？

木下：学生支援課と施設課の人も来てくださって、こういった施設はあるけど、ほかに必要な施設はないのか、こういう設備はあって、こういった設備はないけど必要かと

いうふうに細かく確認してくれたので、自分もそこで要望を出したり、それがあるんだったら大丈夫ですと意見交換が出来たので、設備等にも不安はなくなって、あそこにあれがあって、あそこにはこれがないとわかってる状況でスムーズに学校生活を送ることができました。

戸ヶ崎：現在の障がい学生支援室の楠元先生たちも入ってくださっていた？

木下：はい。

戸ヶ崎：という事は入学後の事、専門科目で実験がありますよとか、こういう実験ですよといったことを教えてもらっておくと、心の準備もできるってことですね。それから通院の話あったよね？

木下：通院は公欠になるのかなと思ったので、それを相談させてもらったところ、通院は特別欠席にならないということでした。でも、大学の授業は3回ぐらい休んでも単位が出ないことはないから、自分でやりくりをして欲しいと言われたので、担当医の先生と相談して曜日をバラしながらやりますというふうに事前相談が出来ました。そういうことを先に言ってもらった方が自分で準備しやすいし周りの人たちにも言いやすいので、そういう部分ではありがたかったです。

戸ヶ崎：そうすると、特別欠席という扱いは出来ないって、出来ないことを伝えてもらうことも大事。私たち大学側からするとやれませんかと言うのは、大変緊張することなんだけれども、そういうことを言っても構わないということですか？

木下：事前に言うていただければ自分で対処できると思うんで、やっぱり事前に言うていただくことが重要なのかなと僕は感じています。

戸ヶ崎：あとは多くの人たち、関連する人たちが一堂に会して話し合いをして共通理解することも大切だね？

木下：はい。

戸ヶ崎：実際に入学した訳ですけども、まず入学すると基礎教育とか教養科目で専門科目とは違う勉強をすることになります。その中に体育もありましたよね。心配して

いた体育はどうになりましたか？

木下：体育は事前に担任の先生から体育の先生に連絡が行っていて、体育の内容についてちょっと相談したいことがあるから、いつ、この研究室に出てこれるかと直接連絡があって、行ったところ、体育をみんなと交ざってやるのか、それともそりす陸上のトレーニングを体育として扱うのか、どっちが僕的には良いのかと問われました。高校時代はみんなと体育をやったので、大学ではもう良いかなって思って、自分のトレーニングの時間に割きたいですって伝えさせていただいてそういう対応をしていただきました。

戸ヶ崎：専門科目の実験・実習の方はどうでしたか。

木下：加工実習というのがあって、切断とかで機械を実際に使う事があるんですけど、出来る範囲内で自分でやりました。でも出来ない部分とかは、そこに先生が入ってくださって、先生がロボットのようになって、自分の指示通りに動いてくださいました。その部分で切断して下さいって言うと、その通りに動いて処置をしてくださったので、自分もしっかり知識的な部分は学べたと思います。

戸ヶ崎：そのところを詳しく教えてくれないかな。先生が実験をやってくれるの？

木下：先生が実験をやってくれる訳ではなくて、自分がここで切断して下さい、こういうふうに切断して下さい、こういう形で切して下さい、このタイミングで離して下さいと言った通りにやってくださったんで、先生が自分の手のかわりになって動いてもらう形で授業は受けました。

戸ヶ崎：なるほど。あなたの指示通りに先生はやってくれる。君は理解することによって学んでいるということですね。他にも何かありました？

木下：科学系の実験はグループでやっていたので、友達がしているのを自分が記録つけたり、計算する係をやったりして、それでレポートをまとめる時は、自分が先に簡単なレポートを作って皆でシェアする形でやっていたので、実際に実験はやっていない

ですけど、メモをするということは自分で内容を把握しとかなないといけないのでちゃんと自分の役割を持って授業に参加することが重要なのかなと思います。

戸ヶ崎：はい、ありがとうございます。体育や実験とか実習についても入学前から心配していたことだから、事前に相談も出来ていましたけど、入学後に気付いた困り事とかもあったでしょう？

木下：はい、大学生活をしていて構内を歩いていると自分にしか気付かないバリアの部分が多くて、そういう部分は、障がい学生支援室が出来て以降は毎年のように話し合いの場を設けてくださって、その時に意見を出す機会が与えられて、先生、こういう所がちょっと不便ですと言えたので大変ありがたかったです。

戸ヶ崎：定期的に言う機会があった。具体的にどんな事に困っていたんですか？

木下：グラウンドを使用しているのですが、グラウンドに障がい者用のトイレがなくて、最近出来たんですけど、出来るまでは工学部までぐるっと回って5分くらいかけて行かなければなりませんでした。そういった部分は苦労しました。

木下：ほかに体育館前に駐車場が無かったので、そういうことも言ったり、あと工学部の駐車スペースに屋根がなくて、雨の日は車から車いすを下ろしたりする際に時間がかかって濡れてしまうことも言ったりしたら、工学部棟前に屋根付きの立派な駐車場を作って下さり、雨の日も濡れないようになりました。やはりそういった部分での配慮は大きかったですね。

戸ヶ崎：ちなみに宮崎大学はそんなにお金持ちな訳ではないのだけれど、言ったらすぐに出来たんですか？

木下：いや、やはりそこは事前に説明を受けていて予算はこれくらいしかなくて、あなただけではなくて他にも障がいのある学生がいるから、意見を総括して優先順位をつけて決める。だけど2、3年以内にはたぶん作れるからといったように言ってくさっていました。最初に予算に限りがあるから優先順位をつけざるを得ないって説明を受

けていたので自分は待つしかないなと思っていました。

戸ヶ崎：はい、ありがとうございます。そうなんですね、どうしても少し時間はかかりますよね。まとめさせていただくと、今、障害者差別解消法で合理的配慮を提供することが各大学に求められるようになってきていますが、その合意形成を図っていくためには、まず、君が要望を出すということが必要ですし、すぐに改善策を講じてもらえるかはわからないということを理解してもらうことが大事ですね。すぐに対応してもらえないからといって、ココの大学はだめだと決めつけたりとかあきらめたりとか、非難するというような姿勢ではなく、伝える、そして待つ。難しいことがあるかもしれないってことを理解してもらうための説明をすることも大事ということですかね。

木下：やはりどういう手順を踏んで、実際に作るまでに至るのか説明していただけると、あっ、こういう手順を踏まないといけないから途中でストップする可能性もあるのかなとわかります。要望を聞いた後に優先順位をつけて学長に持って行って施設課と予算の話をしてっていう手順を詳しく話されたので、仕方ないなと自分も理解できている状況で待つことが出来たので、そういう部分では説明は重要なかなと思います。

戸ヶ崎：ニーズに対してすぐに応えたいという気持ちはあっても応えられないという状況があるということ、その説明をするということが、お互いの理解を図っていくことになり、お互いにとっての「合理的」につながるのではないかなと思います。充分では無かったかもしれませんが、宮大として出来ることを出来る順番にやってきたつもりですけど、そういった対応で君の課外活動のほうも充実しましたか？

木下：しました。ものすごく大変やりやすい環境を作っていただいたので。

戸ヶ崎：おかげで2015年の国際大会、初めての国際大会で。

木下：中国に大学3年の春休みに行かせていただくことができました。

戸ヶ崎：その時に100m、200mそれぞれ

れで銀メダルですか。

木下：はい、一応。

戸ヶ崎：この時に思うことがあったのよね。

木下：この時に、自分と1位の差が100mで3秒ぐらいあって、世界ランキングも10位以内にも入れない状況で、自分は日本国内の大会だとスタートは負けなかったですけど、この1位の人と競った時は3漕ぎ目で置いて行かれて全くついて行けない状況だったので、どういうトレーニングをして、どういうことに気をつけて、どういう技術を用いたら、ここまで速くなれるのかなっていう風に。でも日本の選手は若手が多い障がいのクラスなので、理論もしっかりしていないし、漕ぎ方もしっかりしていないという部分が多かったので、ちょっと海外に行ってみたいなと思うきっかけの一つにこの大会になりました。

戸ヶ崎：これでやっていこうという自分の心が決まったんですか？

木下：やっていきたいな。この人たちと肩をならべて、この人たちに勝ったらものすごい気持ちいいだろうなって思えたんで、そこを突き詰めていこうと思う大会でした。

戸ヶ崎：なるほど。今現在について、バリアフリーの駐車場を作ったり、トイレを作ったり、いろいろ通路を整備したりしてきましたけれども、実際にそういった施設があってどうだったのかということも含めながら、今君が考えている、障がい学生支援の課題について、これからどういうふうに障がい学生を支援していけばいいのか、課題だと思うことについて、少し話をしてください。

木下：やっぱりお互いにちゃんと話し合いの場を設けて、障がい学生支援室の方から事前に詳しい話をしていただけると、学生も理解力はあるし、ちゃんと待つことができると思うので説明が必要だと思います。それと定期的な話し合いは重要な。4年間の学生生活の中で、その人も成長していくと思うので、感じることも変わってくるだろうし、いろいろ活動範囲も変わってくると思うので、そういった部分で定期的に話し合うことは重要かなって思う。それが

ないとやっぱり一方的な考えでやりあってトラブルが起きやすいのかなと考えます。

戸ヶ崎：ありがとう。もうひとつ。バリアフリー、例えば、体育館のそばに駐車場が出来たりとか、あるいは体育館の入口にスロープがあったりとかするよね。そういうものの利用状況はどうですか。

木下：スロープの前に原付を置かれたり、並べられたりしていて、体育館の前に障がい者用の駐車場を作ってくださいっても、スロープまでちょっと遠回りしないといけないので、遠回りプラス原付があったら、さらに遠回りしないといけなくなる。学生支援課の方にも導線を確認していただきたかったなと思ったし、やっぱり導線のことを自分をもっと詳しく話しておくべきだったなと思いました。あと一般の学生にも、スロープを使うから原付をこういう所に置かれたら困るけど、ここには置いて良いよというふうに、駐車範囲をちゃんと学生にも分かりやすく示してあげると、他の学生も動きやすいのかなと思います。

戸ヶ崎：ちなみに君の事を知っている陸上部の仲間とかは？

木下：もちろんその場に原付を置かないし、体育館入口のスロープ前にも靴をひろげない。できるだけボックスの中に置くか、左右の隅に置いたり、遠くの部分に置いてくださるんで、スロープ前に置かない方がよいことを知らなかったり、自分を見たことが無い人たち、自分に関わったことが無い人たちなので、障がい者本人も周りに発信していく力が必要なのかなと大学4年間で感じています。

戸ヶ崎：駐車場のことも教えてください。例えば、雨の日に？

木下：雨の日に屋根付きの駐車場が出来たのは良いんですけど、昼間はちゃんとしてくださっていても、夜にどうしても研究室に行かないといけなかったり、勉強をしたくて学校に行ったりする際に、そこに別の車が停まっていたりすることがあります。その駐車場が使えなくてすごく困りますね。戸ヶ崎：車は停まっていなくても何がおいてあったっけ？

木下：空いているんだけどもカラーコーンがおいてあったことがあって、一般の学生が停めないようにしたと言われたんです。自分は車いすに乗っているんで、そうやって置かれたら自分で移動させることができません。誰かそこにいてくださったらその人に頼むことができるけど、そうやってカラーコーンがあると、停めるために一回車いすを降ろして、乗って、どかしてまた車いすに乗るっていう手順を踏むことになって、やっぱり雨に濡れたりします。だったら別の場所に停めて、遠回りした方がいいかなって感じになります。一般学生が使えないようにすると。僕たちも使えないって思ってもらえるといいなって思います。

戸ヶ崎：よくありますよね。スーパーでも駐車場がちゃんと準備されていて、けれども雨の日に限って、みんな近い所から停めていっちゃって、本当に雨の日に近い所に停めないといけないという人が停められなくなってしまふということがあります。大学の駐車場にカラーコーンが置いてあるのには、

木下：大学のカラーコーンにはびっくりしました。

戸ヶ崎：ということは、大学が、この学生さんのために何をしたらいいだろうかと考えるとき、大学の教職員が考えるだけではなくて、他の一般の学生も障がいのある学生さんを受け入れて、みんなと一緒に学んでいるんだということを理解する、そういった障がい理解を推進していくことが大事。建物を建てるということだけではなくて、そういった人たちと一緒に学ぶ学生さんの理解をいかに高めるかが大事だとまとめていいですか？

木下：はい。

戸ヶ崎：では、あなたの未来。これからいろいろ野望があるんですよね？

木下：10月からトビタテ！留学 JAPAN を利用させていただいて、オーストラリアに5ヶ月ほど陸上の練習に行かせていただきます。帰ってきて来年は世界選手権があるので、卒論も頑張りながら世界選手権に出られるように、競技力を伸ばしたいです。あ

と、障がい者が前に出て行く機会が少ないので、そういう場を作っていけたり、自分が出て行けたらなと考えているので、帰国後はそういうことをやっていきたいなと思っています。

戸ヶ崎：ちなみに何でオーストラリアに行きたいの？

木下：オーストラリアには自分のクラスの世界ランキング2位の選手がいて、またその選手を育てたコーチの方もいらっしゃるというのもあるし、他のクラスの選手もまんべんなく強くしたり、あとすぐ若手交代みたいな感じで若手の選手が出てきて、芽が出やすい環境なので、どういう指導方法をしているのか、また障がいの違う選手にどういった感じで指導しているのかなって思ったのでそれを学んでこれたらなと思って、オーストラリアを選びました。

戸ヶ崎：ちなみにオーストラリアのインクルーシブ社会状況というのは、何か勉強しました？

木下：オーストラリアは電車とかも普通に乗れるらしくて、公共の乗り物に乗る際の費用も掛からないって聞いているので、どういう風な社会構造になっているのかなどを学んでこれたらなと考えています。

戸ヶ崎：ちなみに、補足ですけど、ヨーロッパの障がい者支援と、アメリカの障がい支援というのは、だいぶ形が違っているんです。ヨーロッパは、古くからの歴史ある文化財がたくさんあるので、行かれた方はよくご存じだと思いますが、道路がアスファルトではなくて石畳で、車いすの人あるいは、ベビーカーを押しているお母さんたちにとって、もすごく不便な道路な訳です。だからといってそこを平らなアスファルトにしようっていうことはしないんですね。石畳のままなんだけど、みんな使いにくいとわかっているんで、車いすの人が通るときは、じゃあ、みんなで運んであげようと人が動く形の支援が広がっています。アメリカの方は、段差があって大変だから、それを無くす工事をして、平らにしようっていう、人が手伝わなくてもスムーズに障がいのある人が動けるような施設、設備にしようとい

う発想で取り組みがなされていたりします。ちなみに君はどっちの社会が好き？

木下：自分は日本という国を考えた時に、やっぱり予算がないので、アメリカのやり方も限界があるのかなと思うんで、それより人が動いた方がいいのかな。自分はヨーロッパの方が好きです。

戸ヶ崎：駐車場にカラーコーンが置いてあったり、せっかくスロープがあっても原付がそこにあるという現実を考えると、どう使うかというところが問われるのかなって思います。みんなお金はあった方がいいし、整備はしてもらった方がいいけれども、その上で、人が動いてくれる、気づいてくれる社会を作っていくことが大事だし、それは大学で障がい学生支援をしていく中で、ミニチュアのインクルーシブ社会を作っていくことにつながるんじゃないかなって思います。競技のことについては、日本ランキング2位にもなったし、2020年、四年後の東京パラリンピックで？

木下：自分の専門種目の100mに出場して金メダルを取る予定です。

戸ヶ崎：ちなみにこの写真はどういう写真ですか？

木下：この写真は宮崎大学のトレーニングセンター、ウエイトルームの一角に自分のトレーニング機材を置かせていただいて、宮崎に自分のような選手がいないので、東京・関東とか関西から来ていただいて1週間位ミニ合宿した時の写真です。もう一人の男の人が、自分のクラスの日本ランキング1位の方です。こういった環境と、やっぱり自分をサポートしてくれるメンバーがしっかり整っていたので、本当は東京の方が施設はあるはずなんですけど、宮崎っていいなって言ってくださって、やった！って感じでした。

戸ヶ崎：東京の方が施設も整っているから、東京の人になった方がいいかもしれないんだけど、そうじゃなくて君は宮崎人として金メダルを目指すということ？

木下：やっぱり、ここでやることでロールモデルになるって思うし、環境を言い訳にしている障がい者の方が多いので、だったら

環境面で劣っている宮崎から出ること、宮崎で出来たんだから、おまえらも出来るだろう！みたいな感じのことを示していけたらなって考えています。

戸ヶ崎：一応、スポーツランド宮崎と言うてるよ。

木下：ですね。まあそこは、、、

戸ヶ崎：はい、毎日の練習は？

木下：練習は毎日という訳ではないですけど、休みの月曜日もしらべりに行って、ケアと若干筋トレをするので、ほぼ毎日ですね。

戸ヶ崎：そうですか。練習もきついんですけど。

木下：練習もきついんですけど、練習よりも一番きついのは費用の面が一番きつくて、競技用車いす自体が、100万円位から200万円する機材を買っているし、車輪もメンテナンスをしないといけないし、あと大会自体が関東・関西とかで、九州圏内はなかなか無いので、移動費がかかるのと、移動する際に、荷物が大きくて小さくて安い飛行機は使えないので1回の遠征で10万円とか使ってしまうので、ちょっと学生ではきついなど、そういった部分で毎回悩んでいます。

戸ヶ崎：一人で行く訳にもいかないしね。必ずサポーターも必要なんでしょう？

木下：はい、ですね。

戸ヶ崎：で、育成選手だからといって？

木下：お金が出る訳ではないんですよ。陸連にお金が無いから、またこれが。ねえ、、、

戸ヶ崎：そうですね。どこもマイナーなスポーツはそうですけど、頑張っている選手を応援する、何かこうサポティブなものが需要ということですよ。

木下：はい。

戸ヶ崎：最近の大会もお金が無かったんだよね。

木下：お金が無くて、宮崎大学の先生に相談したところ、クラウドファンディングというネットでお金を集める手段があるよと教えていただいて、じゃ、それをやるしかないと思ってやらせていただいた。結果は目標額を達成したし、目標額プラス2万円でお金が集まったので、そういった方法で前回の大会は工面しました。

戸ヶ崎：それで最後の方どうしてもお金が足りないかもしれないと心配だったから、、
木下：クラウドファンディング自体が、サポーターの分の費用を工面しようと思ったんで。自分は自腹で行くのが選手として当たり前だなって思ったんですけど、サポーターの分を自腹で行かせるのはちょっとどうかなって前から思っていたので、そこを工面したくてクラウドファンディングをやらせていただきました。でも、集める期間が2週間しかなくて、やばいこれは集まらないかもしれないって思って。ちょうどその頃学長表彰をいただいて、表彰式の終わりに学長が困ったことがあったら相談しにおいてと云ってくださって、行くしかないと思って。秘書課に行って、学長室に直接行って遊びにおいて言われたから遊びに来ましたっていうノリで行くしかない。学長室に実際に行って話をして、そうしたら、学長が「じゃ、君は頑張っているから、そのお金はどうにかするよ」と言ってくださったんで、実際、学長からこの間の大会の支援もしていただきました。

戸ヶ崎：でも、いきなり行ったから叱られたでしょ？

木下：学生生活支援課からものすごく怒られました。社長とかのトップにいきなり挨拶するようなものだ。今回は特例中の特例だからな！って。

戸ヶ崎：背に腹は替えられなかったのね。ちなみに出口の所に募金箱を用意してありますので、応援してあげようかなという気持ちがありましたら是非ご協力をお願いいたします。近い大会とかはあるんでしょうか？

木下：近い大会は来年になるんですけど、一応日本国内だと来年の5月か6月に行われる大会が一番近いですね。

戸ヶ崎：その時にまずは日本ランキング、堂々とした2位になれるようにね。

木下：はい、ですね。そこは1位を狙っているって。

戸ヶ崎：じゃ最後に、どうして支援をお願いするために学長室を直接訪ねてしまうような、そういう積極的な木下君になったのか

な？

木下：これはやはり両親の育て方が尋常じゃなく厳しくて。自分小学校3年まで特別支援学校に通ってたんですけど、同じ学級にもう一人女の子がいたんです。学校の参観日に親が来た際、うちの親は厳しいと確信しました。障がい者の親御さんて、やっぱり移動が遅かったら補助してくれて、車いすを押すじゃないですか。実際、女の子のお母さんは押してて、でも、自分のお母さんだけ先生と前をスタスタ歩いて。その頃はまだ移動速度も遅かったし、段差を乗り越えるテクニックも身につけて無かったんで、ちょっとした段差にひっかかったんですよ。そしたら親が振り返って、「あんた遅い。はよせんね！」って言って、嘘やろ！ここで言う？みたいな。横を見たら女の子のお母さんが、「はい、段差超えるね」と優しくしてもらって、何なんだろうこの差はって思って。その頃は、くそー、俺の親！みたいな感じだったんですけど。実際、社会に出てみて、あの頃の育て方があったからこそ今自分はこれだけ自由に動けてるんだなって思うんで、やっぱり両親の育て方が良かったのかなって感じています。

戸ヶ崎：お母さんの信念があったんでしょ。

木下：ま、お母さんは、私が生まれた時に、大腸が無くて、手足が動かない。この子は車いすかもしれないって言われた時に、何でそう考えたのかわからないですけど、この子を税金をいっぱい納められるぐらいの子に育てないといけないというふうに思ったらしくて、それでそういう厳しい育て方をしたらしいんです。何で、税金を納めないといけないって思ったのかちょっと謎なんですけど。

戸ヶ崎：君を育てて行くために、税金をたくさん投入してもらった訳じゃない。小さい時に、手術をしなきゃいけなかったりとか、そういうことで多くの人からたくさんもらったからそれを返せる人にならなければいけない。だから段差も一人で乗り越えないといけない。

木下：一人で何でもしないとけないみたいな。

戸ヶ崎:最後に、言い足りない事があればどうぞ。

木下:言いたい事ですか。本当にこういう場に立てる機会をいただいて、自分が立てると思ってなかったし、自分が立てたのは、本当に周りの方々のおかげで、自分一人じゃないっていうふうに思います。自分一人でここまで大きくなった訳ではないので、本当に育ててくれた方々には感謝をしたい気持ちで一杯です。今日はありがとうございました。

戸ヶ崎:まだまだこれからの人なので、是非応援して、今後どうなっていくのかを楽しみに見守っていただければと思います。ありがとうございます。

木下:ありがとうございます。

座長:戸ヶ崎先生、木下君。大変本質的なお話を非常におもしろく、楽しく聞かせていただきました。大学としては、できる事できない事ははっきり伝えてほしいという話。それから話し合いを継続していくことが大事だということを教えていただきました。それから、カラーコーンの話は、笑い話にはなりましたが、本質的なお話だったと思います。サポートを提供する側がよかれと思ってしたことが、実は全く邪魔でしかなかったという話。私たちの安全衛生保健センターでも、車いすで来られる方のために駐車スペースを確保したんです。けれども、実はそれが全然理にかなっていなかったということがわかって、線を引き直したといった経緯もありました。それでは会場の皆さまからお二人に何かご質問等ありましたら挙手をお願いします。

会場:私、鹿屋体育大学の藤井と申します。学生支援の話とは違う観点から非常に興味を持ったんですけど、要するに競技力ということなんです、車いすで、上肢を使うスポーツなので、かなりコンディショニングが大事だと思うんです。そういう面のサポートっていうのはどういう形で行われているのかっていうのがすごい興味を持ったのと、もう1点、お金の話なんですけど、私も

システムはわからないんですけども、うちの大学は、自転車部が結構有名で、ユニフォームに地元企業のロゴを入れたりして、そこにスポンサーになってもらったりしています。今の写真からは全然ロゴとか載ってなかったんで、そういう意味で、地元の企業からロゴをもらって、あとはマスコミュニケーションに連絡をとって、あなたの練習風景を時々放送してもらおうと、ロゴに提供した企業の宣伝になると思うんで、そういう交渉も大事なんじゃないかなって自分は思ったんですけど、どうなんでしょうか。

木下:質問ありがとうございます。まず1点目のトレーニングのサポート環境については、宮崎大学の陸上部に入った当初は、専属のトレーナーがいてくださって、その方がトレーニングとか栄養関係のことをいろいろ教えて下さいました。現在その方は事情があって沖縄に帰られたんですけど、その方の後輩につないでくださって、整形外科の病院からトレーニングのコンディショニングはサポートをいただいています。もう1点の企業にアピールっていうのは、自分もアピールしたかったですけれども、どういう風に手順を踏んでいいのかわからなくて、そういうことを学長と話した際に学長の知り合いの病院に言ってくださったので、ちょっとアポを取ってお会いしに行って、これから支援をいただけたらなって。今そういう段階に来ています。

会場:確かに病院関係もいいと思います。実際、うちの管内でも病院関係にロゴを入れてもらったりすることもありますし、うちは黒酢とかやっぱ焼酎がメイン企業なのでそういう所もあると思います。あとはいかにあなたがマスコミに自分を露出できるかっていうのがポイントになってくるので、そういうのも問題だと思いますけれども。鹿屋体育大学に来てくれれば、私もサポート出来たらと思います。

木下:ありがとうございます。

会場:肩と肘に関してはかなりフレッシュなので、是非なにかあったら合宿にきていただければ。

木下:ありがとうございます。

戸ヶ崎：彼は、まだ後1年間は大学生をやるんですけど、そのあと卒業してどうして行くかということについては君自身も、まだまだ考えていけなくちゃいけなくて。自立した時にどう資金を得て行くかということについては、是非また先生方からもご助言いただけたらと思います。今回こういう風に木下君にお願いしたのも、アスリートとしてやっていくには、講演会活動して資金を集めたりすることが、きっと必要になってくるから今日は練習だと思ってやってみなさいよと動機付けをさせていただきました。他にございますか？

会場：九州大学の丸山と申します。大変感動いたしました。キャリア形成として今後ですね、障がい者スポーツの方でしばらくはやっていかれると思うんですけども、やはりスポーツマンとしてのライフスパンっていうのは限りがあると思います。いわゆるスポーツ以外の社会人として独り立ちするという意味で、何か今の専門の工学テクノロジーの方を生かされていく道ですとか、あるいは障がい者スポーツにも理解のあるような企業に就職されるとか、何かスポーツ以外の面で考えておられる将来像がありましたら教えていただければと思います。

木下：ご質問ありがとうございます。自分の今のキャリアプランとしては、留学にいった際に、向こうの車いすメーカーの方にインターンシップに行かせてもらって、将来的には競技用車いすの開発に携わってほしいのと、あとユニバーサルデザインの開発にも携わっていきなうって考えています。そういった面で工学部で学んだ知識を生かそうかなと考えているのと、あと向こうでコーチングの方法とかを詳しく学んでくるので、4年後までは自分に集中して、4年後東京パラリンピックが終わったら次世代の選手の育成とか、選手の発掘に携わっていきなうって考えています。

会場：ありがとうございました。貴重なお話でした。クリアなビジョンを持たれて。どんどん頑張ってください。

木下：ありがとうございます。

会場：佐賀大学の佐藤と申します。基本的な質問で申し訳ありません。大学のこれまでの4年間でエレベーターが無いために講義が受けられなかったとかいう苦い思いをされたことはございますでしょうか？

木下：質問、ありがとうございます。宮崎大学は一応全棟エレベーターがあつて、教室への移動も全部導線が確保されているのでそういうことはありませんでした。エレベーターに関して別の思い出を言わせていただくと、宮崎県の古い建物はエレベーターが無くて用事があつて行きたくても、エレベーターが無いことを事前に知らなかったために、ちょっと遅刻したことがあつたので、そういった部分でちょっと苦い思い出というか、事前に調べておかないといけないのかなっていう経験をしたことがあります。

会場：私達もここにエレベーターがありますよという大きな印が学内にしっかり明記されていれば、遅刻せずに講義等が受けられたんじゃないかなという気もします。エレベーター1台つけるためにも相当なお金がかかりますが、そういう設備面の充実をこれから先も図っていかなければならないかなと感じました。

戸ヶ崎：高校は普通高校だったけど、それはどうしていたの？

木下：エレベーターが無くて、自分は若干歩けたので、高校の先生たちも厳しくて、おまえ歩けるんだったら歩けて言われて、つかまり立ちをして階段を上り下りしていました。大学のエレベーターの話に関しては、やっぱり設置する場所が限られてくると思うんです。先生たちと話し合った時に、実際にエレベーターを見に行こうかって言って、全棟のエレベーターまで道案内してくださって、ここにあるから正面から入ってこっちだからって説明していただいたんで、だいたいこの位置にあつてこの距離だったらどれくらい時間がかかるのかなと、自分の中で計算が出来たんで、そのおかげで講義に遅れることはなかったです。

会場：宮崎大学は、非常に充実しているなど感動しました。

戸ヶ崎：でもエレベーターがあれば大丈夫ということではなく、エレベーターがあるから便利だと他の学生が使ってしまっていて、何回も何回も待たないことがあります。やっぱり、あればいいということだけではないと思います。他にどなたかいらっしゃいませんか？

会場：西南学院大学の保健師の牛尾と申します。今日は本当に熱いお話を、うれしかったです。ありがとうございます。二つ質問があります。一つは、身体障がいのある学生さんの相談に今ずっとのってきたんですけども、木下さんは運動をなさっているだけでなく、親御さんの養育の方針でたくさん体験をなさっていると思います。けれども、そういったスポーツの体験もなく、障がいがあるが故にいろんな体験が不足したまま大学生になったような学生さんの場合、アルバイトをしたりとかボランティアしたりといった通常の学生さんが自分を見つめていく作業ができないまま、自信がない学生さんもおられます。そういう時に本学では学内のなにかSAに参加してもらうとか、体験から自分を理解するような経験を作っているんです。曖昧な質問ですけど、何かそういうアルバイトしたいとか、こんな事を自分は体験しているとか、そういうキャリア形成という意味での体験について。もう一つが、昨日、熊本の震災の話を伺う事ができましたが、そういう災害時の導線とか、普段のご不安とかないのかなと思いついて、その辺何かご自分のお考えがあったら忌憚のない所をお聞かせください。よろしくお願いします。

木下：一つ目に関して言わせていただくと、自分の車いすのチームにもやはりそれまで何も経験していなくて、やっぱり動きが悪かったり、自分であきらめてるし、親御さんが手を出す部分が多くて、本人が何かをしようっていう機会が奪われているなっていうふうに見える人がいます。大学はそういう部分で良い機会の一つなので、一つ目の

質問の案としては障がいが無かったら何をしたいかって考えさせて、これがしたいですって言ったら、親以外の人でそれができるような工夫をしていただいて、その中で本人も案を出せるような環境を作っていたら、自分で考えて実際に行動したってことが自信になるのかなと思います。二つ目に関しては、研究室が2階なんですけど、研究室の先生と最初話した際に、地震があったら2階はエレベーターで逃げられないから、そういった場合は、研究室にもう2人学生がいるんですけど、その人たちに、「おまえら地震があったらこいつは逃げられんから、助けてやれよ」って言うてくださっています。2人も理解してくれているので安心してしています。でも普段の生活においては周りに誰もいないことがあります。両親からは東日本大震災があった時に、「あなたはこういう時にはもう死ぬ覚悟をなさ。自分でできる限りのことをして、だめな時はあきらめなさい。あなたを助けて他の人が逃げ遅れることがあってはだめだから、そういった場合には素直にあきらめなさい」って言われたんで、そういった部分では覚悟をしている部分がでかいです。

戸ヶ崎：補足をしておきますと、木下君みたいなご家庭だと、保護者の方が障がいのある学生さんを自立させていく方向に機能してくださっているんですけど、そうではなくて、どちらかというところバリアになって、もう1歩踏み出したと本人が思っているけど、それを閉ざしてしまっている家庭があったりします。例えば、30、40の結構いい年齢の方が、福祉施設を初めて利用しようとして、一人で行かせることを心配される保護者の方がおられます。心配のあまり70、80位のお母さんがのぞき見をして、息子が一人でイキイキしている姿を見て、行かせて良かったと思われるってこともあります。ですから、一歩踏み出すっていう時に、障がい学生の支援だけではなくて、ご家族も含めてサポートしていくことを考えていかないと、なかなかキャリア形成とか、自立っていうところまで、うまくいかないかもしれないです。時には福祉機関の専門家

の方とも協力しながらやっていくことも必要かなって思います。あと、障害の重い子どもに、地震があったらどうするって質問すると、体を動かすことができなくて、電動車いすを利用している子どもが、「机に潜ります」って言うんですよね。自分では机に潜れない状態なのに、災害が、地震があったらどうしますかって聞くと、一般的な知識から答えるんです。そうではなくて、障がいのある学生さんのそれぞれの特性に合わせた避難態勢をオーダーメイドで作っていかないといけないし、この子どもの場合は、身を守る方法よりも、大きな声を出して助けを呼ぼうっていうことを学ぶ方が大切になります。だから、やっぱり一人一人の特性にあわせて考えていくことと、ステレオタイプに考えないということ、そういったことがすごく大事になってくるんじゃないかと思います。

会場：今日はどうもありがとうございました。学長から鹿児島大学時代に陸上競技の短距離の選手だったという話がありましたか？

木下：聞いています。

会場：かなりシンパシーを持ってくれると思います。あと学長自身が、うろ覚えですけども、たぶん地区ガバナー、ライオンズクラブっていう、ある種いろんな所にドネーションするような団体に入っていたと思うんで、その辺のパイプもたぶんあると思います。あと宮崎大学は、さっきちょっと出たスポーツアイランド構想に関わっていて、もちろん学長もメンバーだと思いますけど、整形外科の教授が中心になって、国から助成金をもらって、いろんな企画をやって、その中に広報みたいなメニューもあったりします。先程いろんなアイディアをフロアから出していただき、スポンサーをつけたりとか、そういうのももちろんやっていった方がいいと思うんですけど、宮崎大学の中のそういうプロジェクトもひよっとすると利用できるのかなと思います。今日のプレゼンを見たら、宮崎大学のお金を出す人は、ちょっと興味をもってくれるかもしれないな

と思って見てました。整形外科の教授は僕のお友達です。何かあれば彼に言うておきます。

木下：ありがとうございます。

座長：よろしいでしょうか。お時間も過ぎておりますので、このセッションをここで終了したいと思います。戸ヶ崎先生、木下さん。どうもありがとうございました。会場の外に、募金のコーナーを設けております。木下さんは4年後東京パラリンピックの100mで金メダルを取られる方ですので、是非皆さん、ご協力をお願いいたします。

講演Ⅱ

介護・福祉に役立つ医工連携研究

演者 宮崎大学工学部教授 田村宏樹

座長 宮崎大学障がい学生支援室准教授 楠元和美

座長：最終日最後の講演となります。

演者は宮崎大学工学教育研究部環境ロボティクス学科田村宏樹教授によります「介護・福祉に役立つ医工連携研究」というタイトルでご講演いただきます。田村先生は環境ロボティクス学科担当教員ですので、先程お話されました木下君の所属学科の先生ということになります。

演者：ご紹介ありがとうございます。宮崎大学工学部の田村といいます。今日は「介護・福祉に役立つ医工連携研究」というタイトルで、私どもの研究成果を紹介させて頂いて、近い将来、こういう技術が出てくるかもしれないということをイメージして頂ければと考えております。少し工学系の話になってしまいますが、ご了承下さい。

まず、環境ロボティクス学科というのは一体何なのかということをご紹介させていただきます。新しくできた学科で4年たちました。「近未来の生活環境を創生する」ということを学科の目的としています。研究対象の一つとして、「介護・福祉機器を開発し、人の生活環境に役立つ」を掲げております。

本講演の研究の背景として、昭和45年から平成18年度までの障害者の数の推移のデータがあります。どんどんと右肩上がりにあがっていますが、その中で、65歳以上の高齢者の割合も大きく増えているということがわかります。また障害の種類ですが、肢体不自由者の割合が多い傾向にあるということがわかります。障害者、特に肢体不自由者でALS（筋萎縮性側索硬化症）や筋ジストロフィーなどの患者さんが国内に約2万人おり、また車椅子ユーザーの方も全

国で40万人ほどいるというデータがあります。この方々も自由に行動したいという要求がありますし、いろんなパソコンとか家電製品を制御して、生活の質を改善していきたいという要望がございますので、そういった人達のために何かできないかということを私達は研究として取り組んでいます。

国の研究戦略として、「生活支援ロボットの開発と実用化」を2020年、あと4年後ですけれども、実現すべき成果目標に掲げており、革新的な医療機器や介護ロボットなどの新産業創出を目標にしています。あと4年ほど経てば、介護ロボットなどの参入がある程度本格化していきだろろうと思われます。最近は人工知能（AI）の分野が発展しており、AIも90兆円ぐらいの産業になるといわれており、数的に大きいとの印象はありますが、国としてこういった分野を盛り上げて行こうという動きがいま行われております。

そういった中で、私の研究室では、宮崎県内の企業と宮崎大学医学部とでロコモティブシンドロームの評価を簡単にするシステムの開発と、県内各企業と宮崎大学と県内の病院で重度障害者の生活の質を改善するためのインターフェースの機器を開発しておりますので、それを本講演でご紹介したいと思います。

【ロコモティブシンドローム評価機器】

今から研究の話をさせていただきます。「ロコモティブシンドロームの病態解明と対策」というタイトルで、宮崎大学では研究プロジェクトを立ち上げています、メインは医

学部ですが、工学部も計測機開発の分野で協力しております。皆さんもご存知だと思いますが、日本の平均寿命は、現在男性が 80 歳、女性が 86 歳となっていますが、健康寿命（介護状態にならず、健康で過ごせる年齢）は、男性が 70 歳、女性が 74 歳であります。だいたい 9 年から 10 年くらいの平均寿命と健康寿命のギャップがあります。この約 10 年間は誰かの介護が必要になるということになります。介護が必要となると、介護費が発生するということになりますので、なるべく健康寿命を延ばして平均寿命に近づけるということが目標として挙げられます。

日本整形外科学会では、ロコモティブシンドローム（ロコモ）という言葉をつくり、運動器の機能が低下して、要介護になるリスクを数値化して、啓発を行う活動をしています。ロコモティブシンドロームという言葉はまだ国内で認知が 20%程度というふうに言われております。ただメタボリックシンドロームという言葉は皆さんご存知かと思います。高血圧、糖尿病になるリスクを示すものですが、それと一緒に、ロコモティブシンドロームも要介護になるリスクを数値化して、要介護にならないように予防に活用しましょうというのがその目的にあります。現段階でロコモを評価する方法として何があるのかといいますと、代表的なものが 3 つほどあります。1 つはアンケートです。アンケート 25 項目に答えてもらうというものです。次に椅子からの立ち上がりテストと、大股で 2 歩歩く 2 ステップテストといわれるものを行い、ロコモの状態を判定するために行われています。ロコモのアンケートでは、アンケートを読んで受け取る側の主観によって点数が結構ばらつきがあり、客観性が低い部分があるのではないかと私たちは考えています。また、医者やスタッフがある一定人数診断に毎回行くのは大変ですので、スタッフがいなくても簡単に計測し、ロコモを評価する方法がないかということで研究に取り組んできました。そこで着目したのはモーションキ

ャプチャーシステムを使って、人のバイオリジカルモーション（人の動き）を計測するということを考えました。バイオリジカルモーションの研究自体は 1970 年代から行われており、人の関節対の動きをとらえることで人の行動がある程度推定できるのではないかという研究です。私も過去にロコモの評価の研究をする前は、歩いている動画から歩いている人の感情が推定できないかという研究をおこなっていました。こちら 2009 年に研究の成果を論文として発表しており、悲しんでいるとか喜んでいるとか怒っているときの歩行状態をコンピュータに取り込み、それらの感情を約 80%で判定できますよという報告をさせていただいております。このようにモーションキャプチャーシステムはある程度人の状態が判定できるということがわかっておりましたので、ロコモを評価することにも使おうというふうに考えました。そこで私たちがターゲットしたのは、歩く動作です。ご存知だと思いますが、何もしていないと 20 歳以降は年に約 1%筋肉が衰えていきますので、30 歳では 20 歳の時の筋肉は 90%、50 歳では 70%というふうにいわれています。筋力低下に関して、歩くことが予防に良いといわれています。歩くことで何がわかるのかというと、これは海外の論文で発表されていることですが、歩行速度が速い人ほど生存率が高く、遅ければ生存率が低いということが報告されています。65 歳の男性で、秒速 1.6m で歩けば平均寿命が統計的に 95 歳の人が多く、秒速 0.8m 以下の人は約 80 歳、0.2m 以下の人は 74 歳というふうに歩行速度と平均寿命に関係があるという報告です。また、この結果に男女差はないとも言っています。また、これも一般的と言われていることですが、歩行中の歩幅が重要であり、身長約 45%の歩幅で歩くのが理想的であるというふうに言われています。実際には結構大股ですが、こういった大股で歩くと歩くことによって歩行に関する筋肉が維持できるということだと思います。また別の事前研究ですが、ロコモ患者（運動機能に障害がある患者）と健常者では、

1 歩の歩行中の膝角度で有意に差が見られる所があり、ロコモ患者は膝がしっかり曲がっていない可能性が高いということがわかっています。これらの知見からも、歩くというのは運動機能を評価する上で一つの指標になり得るだろうと考え、歩行動作に着目して研究をしております。

歩行を解析する方法として、モーションキャプチャーシステムで VICON と言われるシステムが一般的に使われています。非常に高価なシステムです。よくスポーツ選手が運動解析をするときに体にマーカーをつけて解析する様子をテレビとかで見たことがあるかと思いますが、それです。健康診

断の現場では大掛かりすぎて、使いづらいであろうと思われます。そこで、最近テレビゲーム用にカメラでモーションキャプチャーできるものが開発されており、マイクロソフト社のキネクトセンサーと言われるものですが、室内であれば、ある程度の動作は特定できます。キネクトセンサーであれば、歩行のような速度であれば計測できるのではないかとということで、事前検証をし、VICON でとった歩行のデータと比較して、普通に歩くスピードであれば、膝角度の変化がピークの所に多少差がありますが、概ねとらえられるということがわかっております。

歩くだけで、ロコモティブシンドロームの状態を計測できる ロコモ計測機器の開発

- ・センサ(カメラ)から歩行時の「歩行速度」、「歩幅」、「膝角度」などを算出
歩行速度、歩幅は VICONと比較して誤差5%
- ・ロコモ25アンケートと関連のあるロコモ評価値を算出
被験者数約400名のアンケートと歩行データを解析

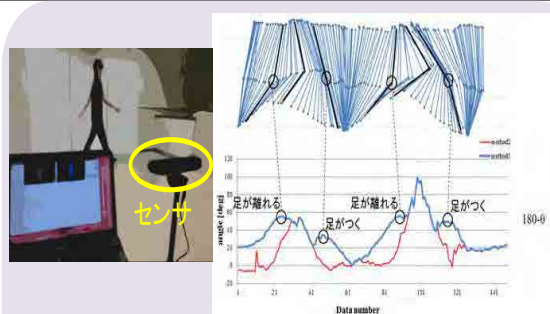


図1: kinectセンサから算出されたひざ関節角度の変化の様子

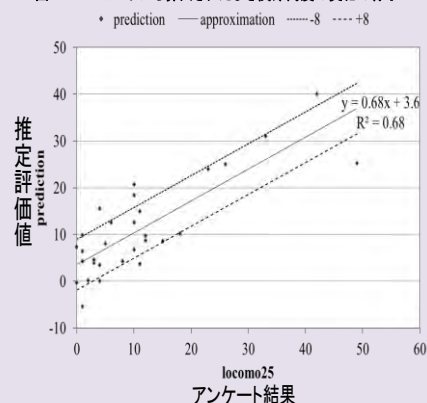


図2: 推定された評価値とロコモ25の指数との関係

発明の名称: ロコモティブシンドロームの評価値算出方法、および評価装置
特許出願: 特願2013-158946
出願人: 国立大学法人宮崎大学
出願日: 2013年7月31日

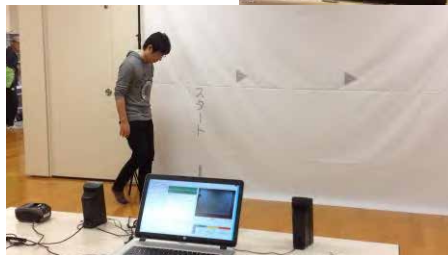
ロコモ計測機器

自動で対象者を認識し、音声案内により歩行状態を計測します。
ロコモ度、アドバイスなどを表示します。



健常者が歩いたとき

ロコモ非該当



患者のように歩いたとき

ロコモ度2



そこで、歩く動作をカメラ（キネクトセンサー）の前で行い、ロコモを評価して、その結果を数値として出力するという研究をおこなっております。400人くらいのロコモのアンケート結果を取りまして、歩行動作の解析結果と相関関係を求め、強い相関関係があるという結果を得ております。システムは、宮崎県内の企業と一緒に作っています。製品プロトタイプでは、カメラ（キネクトセンサー）の前を普通に歩くだけでロコモ計測できるというものになっております。スタートの地点に立つと自動的に音声でガイドが開始されます。歩行し、測定が終了するとパソコンから結果が出てきます。ロコモ推定値と判定基準とコメントが印刷されます。つまり、スタート地点に立ってもらえば自動的に音声でガイドされますので、スタッフがいなくてもその場を歩いて頂ければロコモの評価がすぐできるというものになっております。企業と一緒に、かなり実用レベルになってきております。ロコモ推定結果、数値が高ければロコモになっている状態が高いということです。歩幅と歩行速度が出てきて、それらから分かるコメントが表示されるというふうになっております。

だいたい妥当な結果が出ているなということで、できれば来年くらいからいろんな所で使ってもらえればいいなと思っています。高齢者の方がターゲットになりますが、うちの学生とかでもこの前歩いているのを見ていると、ちゃんと膝を曲げて歩いていないとか、歩幅が短いとかいうのがわかりますので、そういった学生にもある程度コメントを言うこともできるのかなというふうに思っています。意外と若い人でも歩き方が変な人がいらっしゃるので、将来的にはそういったことも判断できるようになればいいと考えています。

このシステムは、できればフィットネスクラブや老人ホームとかの健康診断の場所に置いていただき、自動で計測できますので、どんどん計測していった自分のロコモチェックに活用して頂きたいというのが最終目標です。

【障害者向け生体信号計測装置ファーク】
もう一つは、重度障害者向けの研究もおこなっております。私の研究室2年ほど前ですが、筋ジストロフィーの学生さんがおりました。その学生さんはPCマウスを動か

すことができるので良かったのですが、筋力がだんだん弱っていくと PC マウスは動かせるが、ボタンが押せない（クリックができない）という状況になります。そのような状況になったとしても、簡単にパソコンが操作できるインターフェイスが必要だろうということで研究を行っております。

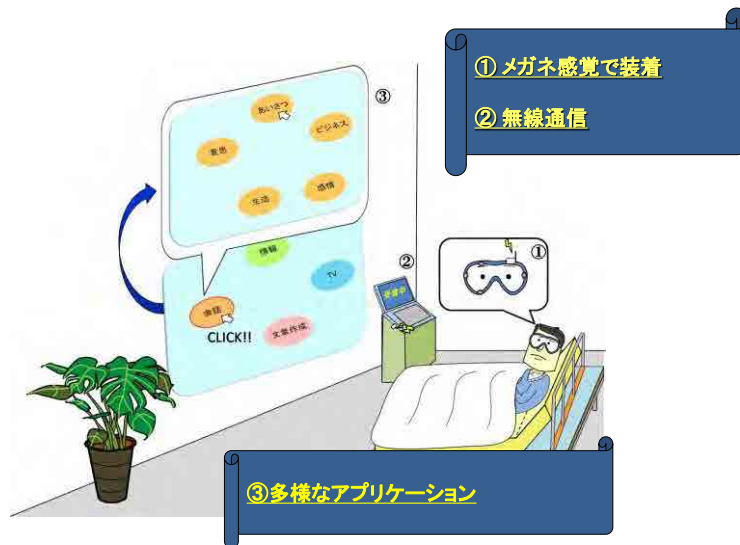
障害者向けの研究としましては、ブレインマシンインターフェイスが有名です。脳波を使っているいろんな機器を制御しましょうというものです。1999 年 Nature に載ったのが、最初のブレインマシンインターフェイスの論文と言われています。ALS 患者の脳波を 2 つの電極で計測し、その信号を用いて、文字入力できたという実験結果を報告したものです。ただし 50 日間 5 万回ほど訓練して、成功率 75% でした。2000 年に入ってくるとアメリカでは、すぐブレインマシンインターフェイスの応用ということ、実際に脳に直接電極を差し込んで、脳の活動を計測し、パソコンのマウスカーソルを制御するという実験を行なっております。国内では倫理的な問題でこういった実験はできないわけですし、アメリカの方でも公表されているのは数少ないです。国内では複数の電極からなるヘッドセット型の脳波計から脳波を計測し、人が左手をイメージしたら車椅子が左に動き、右手をイメージしたら右に動き、両足をイメージしたら直進するように、脳波に対して信号処理して、パターン分析を行い、電動車椅子を制御するという研究を行なっています。これも 7 年程前の研究です。

国内ではまだ研究レベルの段階にあります。私としては 2020 年までに障害者向けのインターフェイスをちゃんと確立したいということを考えて、研究を進めております。脳波を使う問題点には、電極装着の手間があるということと、制御する上でやっぱり個人差が非常に大きく、曖昧な点があるということ、また、訓練が必要であるということ、もっと計測しやすい別の生体信号

を使った意思伝達、コミュニケーションシステムができないかと研究を進めています。「バリアフリー社会実現の為の生活支援技術の開発」というタイトルで研究プロジェクトを立ち上げております。目標は「日本一障がい者が生き生き生活できる宮崎県」を目指しております。私達は、生体信号計測装置ファークという装置を作っております。

筋萎縮性側索硬化症の患者さんでもパソコン操作ができることを目指しており、最終目標としては、メガネ感覚で装着でき、それで生体信号を計測し、無線でいろんな機器と通信して、多様なアプリケーションをもって、家電とかパソコンとかを制御するというのを目標としております。それを生体信号計測装置ファークという、実際に形ある所まで持ってきております。いろんな国内の展示会、インドでの展示会でも発表させて頂いています。ファークで計測しているものは一体何なのかといいますと、筋電位と眼電位です。筋肉が収縮する時に発生する電位を筋電位といい、ファークで計測しています。あと眼電位です。眼球自体が帯電しており、黒目がプラスに、白目がマイナスに帯電しています。そのため、眼球が動くとき皮膚表面上の電極から眼球が動いた変化が電圧として計測されます。ファークは、筋電位も眼電位も同じ電極で計測できるように工夫し、少ない電極で複数の生体信号を計測できています。筋電位で有名なのはロボットスーツ HAL があります。筋電位は筋肉が動く約 0.05 秒前に反応するということがわかっています。ですので、実際に 0.05 秒前に筋電位を計測し、筋肉が動くタイミングでモーターを動かすことができるとストレスなく、パワーアシストをしているという感覚を得ることができます。宮崎大学医学部整形外科にも 2 台あります。このように筋電位を使ったロボットスーツは既に開発され、実用化されております。

最終的な目標



障がい者のための生体信号計測装置 及びそれにより各種機器操作システム



私達は、顔の筋電位と眼電位を計測するゴーグルタイプのセンサーをつけて、顔の表情と目線でパソコンを制御し、コミュニケーションをすることを目標にしております。また、顔の表情から電動車椅子を制御するデモも行なっております。顔の右側をちょっと動かすと電動車椅子が右方向に動き、噛みしめるとストップする。もう一回噛みしめると前進するというかたちで顔の表情の動作で電動車椅子を動かすということを実際に行っております。首から下が全く動

かない人でも、首から上が健常であれば結構スムーズに、初めて使っても制御が可能であるということがわかっております。噛みしめる、右瞬き、左瞬きの3パターンであれば、ほぼ100%に近い成功率で制御が可能です。3パターンありますので、電動車椅子制御以外にもパソコン制御にも使えます。車椅子制御の際に、安全装置を付けています。顔だけで操縦して、壁などに激突してしまうと怖いので、センサーを付けて障害物を検知しながら壁には激突しない

機能を有しています。実際に筋ジストロフィーの患者さんに顔に電極を付けさせて頂いて、顔の筋電位で電動車椅子の制御ができるというのを確認しております。

もう一つは眼電位です。先ほど説明したとおり、眼球自体が帯電していますので、眼が動くことによって、電極で眼の動きをある程度計測することができるようになっております。筋ジストロフィーの患者さんに対して、テレビのリモコンをパソコン上に仮想的に作り、目線の操作でリモコンを操作してテレビのチャンネルを変えたり、スイッチを入れたりするというテストをしております。ソフトウェア自体は私達が作ったのではなくて、ハーティラダというフリーソフトがありまして、それを使わせて頂いております。このように目線で家電製品を制御したり、目線や筋電位を使って、文字を入力したりすることができます。この装置を一人でも使って頂き、生活の質が改善できれば良いなと思っております。

また、Tobii（トビー）という目線追跡装置があります。目線のところにパソコンのカーソルが動いて、そこを一定以上見ると選択されるというシステムです。私の研究室では、研究室で開発した「ファーク」や購入した「Tobii」、「伝の心」がありますので、宮崎市内いろんな施設で、障害者に体験会を開催しております。ベッドに寝ている重度障害者の方で、寝たきりで、手も足も動かない患者さんですけども、目線でシューティングゲームを体験していただいています。介護の方から、大変喜んでいたというふうに言われたので、非常にやりがいがあるなと感じています。このような活動を広めていって、私達の装置ファークも含めて、こんなコミュニケーション装置があるのですよというのを普及していきたいと思っております。

このように私の研究室では重度障害者向けの生活の質を改善するインターフェイスの機器ですとか、ロコモティブシンドローム

の評価をするという研究をおこなっております。実際に必要とする患者さんが必要なものを作るというのは、ものづくりをする工学部として、やりがいがあるなというふうに感じて、取り組んでおります。ただ工学部だけでは残念ながら現場の視点（在宅看護、実際の機器を使う現場のスタッフの意見）が欠けている部分がありますので、医療系のスタッフ、医者と連携が不可欠だと考えています。今後より一層医工連携を深めてやっていきたいと考えております。

以上で私の発表を終わります。ありがとうございました。

座長：田村先生ありがとうございました。

【質疑応答】

人々の生活の質を改善することを目的として、高齢者のロコモ予防とか重度障害者の生活支援ができるような機械とか、いろんな研究の内容が出てまいりましたが、最後に先生と医工連携できるような何か問題提起などありましたら、まずフロアの方から何か提案できるようなものはないでしょうか？

会場：ストレスチェックができる機械や、睡眠時無呼吸症候群を簡単にモニターできる装置はできそうだと感じました。

演者：ありがとうございました。歩行解析の研究は、いろんな工学系の大学が医工連携で行っており、他の大学では、疲れを歩行から計測する研究などもあります。

また、睡眠時無呼吸症候群の簡易的なチェックに使えるような装置の研究も、私の研究室では行っております。呼吸と心拍を計測しながら健康状態をモニタリングするというのが目標です。やっぱりこういったことを考えているのはみなさん一緒に、類似した研究はたくさんありますし、実際に製品に近いものもありますので、そういったものと差別化をし、付加価値をつけていきながら、皆さんに使いたいと思えるものを作っていきたいと考えています。

座長：授業中に居眠りをしている学生さんが相談にきた時とかに睡眠時無呼吸とかも考えないといけないような学生さんの時に簡単にできるような機械があるといいかもしれないですね。

一昨年ですかね筋ジストロフィーの学生さんが卒業されて、先生の研究室におられて、先生の研究室から卒業されたんですよね。その学生さん指導の研究だとか大変だったと思いますが、研究テーマを決める際に大事なこととかそういうのがありましたでしょうか？

演者：実際に重度障害者向けの装置は、ある程度ターゲット、というか、この人に使えるようになってもらいたいと考えて作っていることが多いです。ファークの研究も最初は脳障害の子どもとコミュニケーションを取りたいという具体的なお相談がありました。眼は動いて、お母さんの顔は見る、テレビが見たい時はテレビのほうを見るんだということを言われて、視線でなに操作できるものがないかという依頼があったのが最初です。

試作機を宮崎市内の施設などに持って行って体験してもらおうと、「いいですね」って言ってもらえるのですが、ずっと継続的に私たちが行かなくても使ってもらえる段階までは残念ながらまだ至っていない。そこが鍵というか、大事なことのかなとは思いますが、ほんと必要としている人のために、作るというのを目標に掲げてやっています。

座長：使われる、ニーズのある方の事を考えてされているということで、とてもいい、ほんとに売れて欲しいですけども。

これから医工連携とっても重要な、私たちの暮らしにもどんどん入ってきておりますので、これからも重要なことだと思います。今日は先生どうもありがとうございました。皆さま拍手をお願いします。これで終わらせていただきます。

一般演題 1

薬学部生を対象とした短期自律訓練法の心理生理的効果

第一薬科大学 生命薬学講座薬物治療学分野

小 山 進

はじめに

自律訓練法 (autogenic training: AT) は、ドイツの Vogt の催眠研究を発端として、神経科医の Schults が 1932 年に創始し、Luthe が発展させた心理生理的治療法兼訓練である¹⁻³⁾。座位あるいは仰臥位で閉眼し、6つの身体感覚暗示を与えつつ、自分で深いリラックス状態を生み出す方法である。我が国には、1951年に紹介され、医療、スポーツ、教育の分野で適用され効果を挙げてきた^{1,2)}。ATには、心拍数の減少、末梢血流量の増加、筋緊張の減少などの生理的効果や、不安・緊張の低減、抑うつ改善、疼痛緩和、疲労回復などの心理的効果がある^{1,2)}。

医学生や看護学生に対する AT 施行が、授業や実習時における不安・抑うつを低減し、健康感を増大させることが海外で報告されている^{4,5)}。一般に、ATの習熟には2ヶ月程度が必要とされ、これらの医療系学生を対象とした AT 実施期間も2ヶ月以上である^{4,5)}。一方、日本人大学生を対象にした研究では、2~4週間の AT 施行による心理的あるいは生理的効果を認めている⁶⁻⁹⁾。過密な講義・実習日程をおくる薬学生にお

いては、短期 AT 実施による抗ストレス効果を生むことが必要である。ATの効果が心理的、生理的両側面から明らかにされ、その知見を実践に生かす必要がある。本研究では、薬学部生を対象とした短期 AT 実施による心理生理効果を信頼性の高い複数の指標を用いて評価した。

対象と方法

1. 対象

2015年前期に募集した本学生20名が参加した。対照群は5名(4年生)、AT施行群は15名(4年生10名、6年生5名)であった。AT施行群は、1週間の AT 集団訓練の後、2週間にわたり1日2回の AT 自宅訓練を行った。対照群に対しては何も行わなかった。心理生理指標は、実験開始前後で評価した。

2. AT 実施

(集団訓練)

座位閉眼状態で、背景公式から始めて第1~6公式まで順次遂行した後、再度背景公式を繰り返した。消去動作(手足指の屈伸、背伸び、深呼吸)を行った後、開眼して終了

した^{1,2)}。各公式内容と所要時間は以下のとおりである。

・背景公式:「気分がおちついています」(30秒)

・第1公式:「両腕が重たくなります、両脚が重たくなります」(各30秒)

・第2公式:「両手が温かくなります、両足が温かくなります」(各30秒)

・第3公式:「心臓がゆったりと動いています」(30秒)

・第4公式:「楽に呼吸をしています」(30秒)

・第5公式:「おなかの温かくなります」(30秒)

・第6公式:「額が涼しくなります」(30秒)
(自宅訓練)

各対象者は自宅にて、上記公式を順次施行してもらった。各公式習熟度(4段階評価)を毎日記入してレポートで報告してもらった。

3. 心理生理指標

以下の指標を用いてスケーリング評価した。記入に不備のあったものは、解析に使用しなかった。

・STAI (State-Trait Anxiety Inventory) : 特性不安 (trait anxiety) は比較的安定した不安傾向の個人差と関係し、状態不安 (state anxiety) は緊張と懸念という主観的で意識的に認知できる感情に特徴づけられる状態を示す¹⁰⁾。

・POMS (Psychiatric Outpatient Mood Scales) : T-A (緊張・不安感)、D (自信喪失を伴う抑うつ感)、A-H (不機嫌・焦燥感)、V (元気さ・活力)、F (意欲減退・活力低下)、C (当惑・思考力低下) の6項目から構成される。TMD (Total Mood Disturbance) を以下の式で計算した。TMD の数値が高いほど気分障害が大きい¹¹⁾。

$$\text{TMD} = \text{T-A} + \text{D} + \text{A-H} + \text{F} + \text{C} - \text{V}$$

・CFS (Chalder Fatigue Scale) : 慢性的な疲労度を示す¹²⁾。疲労度が最も高い場合は60点となる。

・PSQI-J (Pittsburgh Sleep Quality Index-Japanese version) : 過去1ヶ月の睡眠の障害度を示す^{13,14)}。睡眠障害度が最も高い場合は21点となる。

4. データ解析・統計

2群間の比較には、Student's t 検定を用いた。繰り返し取得したデータを、対照群とAT 施行群で比較する場合は、repeated-measures ANOVA を用いた。 $P < 0.05$ の場合に有意差ありと判定した。各平均値には標準誤差を付した。

5. 倫理

本研究は、第一薬科大学研究倫理委員会臨床研究倫理審査委員会承認された(承認番号:15008)。AT の対象者には書面による説明を行い、同意書を得た。

結果

介入前の対照群と AT 施行群の構成および心理生理指標を表 1 に示す。

表 1.

	Control	AT	t	df	<i>P</i>
Number	5	15			
Gender (M / F)	2 / 3	4 / 11			
Age (years)	22.8 ± 0.6	23.3 ± 0.5	-0.575	18	0.573
STAI					
trait anxiety	46.0 ± 3.0	51.3 ± 3.3	-0.882	18	0.390
state anxiety	43.0 ± 2.1	43.9 ± 2.5	-0.186	18	0.853
POMS: TDM	219.2 ± 15.1	222.3 ± 11.9	-0.137	18	0.893
CFS	21.0 ± 5.5	28.3 ± 3.5	-1.062	18	0.302
PSQI-J	7.0 ± 1.2	7.8 ± 0.9	-0.475	18	0.644

M, male; F, female. mean ± SEM.

介入前後における対照群と AT 施行群の不安（特性不安および状態不安スコア）、気分障害（TMD スコア）、疲労度（CFS スコア）の経過を表 2 に示す；対照群と AT 施行群に交互作用は認めなかった。

表 2.

	<u>time (week)</u>				<u>interaction</u>		
	pre	1	2	3	df	F	P
<u>trait anxiety</u>					3	1.146	0.329
control	46 ± 3	45 ± 3	46 ± 3	47 ± 5			
AT	51 ± 3	48 ± 3	49 ± 3	45 ± 5			
<u>state anxiety</u>					3	0.732	0.537
control	43 ± 2	40 ± 4	46 ± 4	43 ± 6			
AT	44 ± 3	46 ± 2	47 ± 3	40 ± 3			
<u>TDM</u>					3	0.185	0.832
control	219 ± 15	206 ± 19	209 ± 25	201 ± 25			
AT	222 ± 12	223 ± 13	223 ± 12	212 ± 15			
<u>CFS</u>					3	2.053	0.117
control	21 ± 5	24 ± 6	25 ± 6	22 ± 7			
AT	28 ± 4	26 ± 4	25 ± 3	21 ± 4			

mean ± SEM.

睡眠の質に関しては、介入前と実験終了時の 2 回評定した。対照群においては、PSQI-J が 7.0 ± 1.2 点から 7.8 ± 0.9 点に変化した ($n=4$)。AT 施行群においては、PSQI-J が 8.3 ± 0.8 点から 6.1 ± 0.8 点に変化した ($n=9$)。対照群と AT 群の間に交互作用を認めた ($df=1$, $F=12.594$, $P<0.01$)。睡眠の質の改善度 (PSQI-J スコアの減少) は、対照群に比べて AT 施行群が有意に高かった ($P<0.01$) (図 1)。

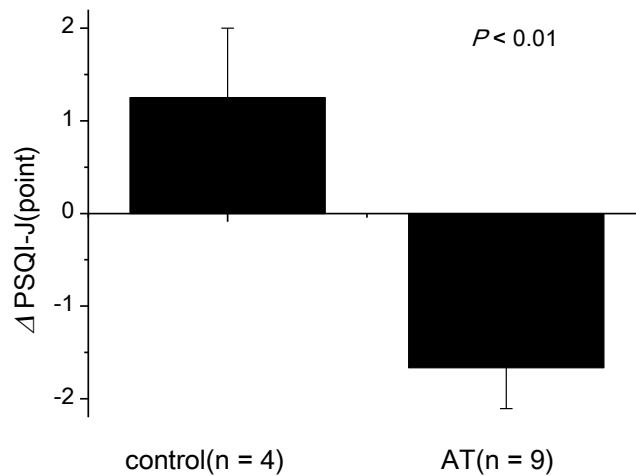


図 1

考察

本研究において、薬学生を対象とした 3 週間の AT 実施は睡眠の質を改善した。しかし、3 週間の AT 実施では、不安、気分障害、疲労の改善効果は得られなかった。

日本人大学生を対象とした 2 週間の AT 実施において、STAI 評価による抗不安効果が報告されている⁶⁾。結果の相違は、研究デザインによるものと考えられる。先行研究が AT 指導の前後で効果を判定しているのに対し⁶⁾、本研究は対照群と AT 施行群の間で効果を比較した。日本人大学生・大学院生を対象とした 2 週間の AT 実施において、心拍間隔変動 (CV_{R-R}) 評価による自律神経調整効果が報告されている⁷⁾。本研究で認めた AT の睡眠改善効果との関連が推測されるが、先行研究では比較対照群をとっていない⁷⁾。日本人短大生を対象とした 4 週間の AT 実施において、睡眠改善効果が

報告されている⁸⁾。この研究では比較対照群をとっているが、睡眠の質の評価には一般健康度調査 (General Health Questionnaire: GHQ) が使用されている⁸⁾。GHQ では睡眠障害を 5 段階評価するのみで¹⁵⁾、PSQI-J にみられる睡眠に関する詳細な質問項目は含まれていない。本研究では、介入前の対照群の PSQI-J スコアは 7.0 点であり、AT 施行群のスコアは 8.3 点であった。PSQI-J スコアは 5 点を超えると睡眠の質が低いとされるため¹⁴⁾、薬学生は睡眠に何らかの問題を抱えていた可能性がある。日本人大学生を対象とした他の AT 研究では、過敏性腸症候群の腹部症状の改善 (4 週間実施) や対人恐怖などの社会不適応の改善 (約 21 週間実施) が報告されている^{9, 16)}。

本研究においては、3 週間という比較的短期の AT 実施による睡眠の質の改善がみられた。睡眠とは対照的に、疲労回復、気分

の改善、抗不安効果が現れるためには3週間を超えるAT実施が必要なのかもしれない。本研究の標本数は少なく学年構成が同一でなかったため、より多くの同学年生を対象として、疲労、気分、不安に対するATの効果を再検討する必要がある。今後は、体温、心拍数、皮膚電気抵抗、脳波などを観察して自分のリラックス状態を客観的に知ることが可能なバイオフィードバック装置を使用して、短期間で効率的にATを習得することにも挑戦したい。

結語

薬学部生を対象とした3週間のAT実施は睡眠の質を改善する。

COI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関して申告なし。

参考文献

1. 松岡洋一, 松岡素子. 「自律訓練法」改訂版, 日本評論社, 2009.
2. 佐々木雄二. 「自律訓練法の実際」, 創元社, 1976.
3. J. H. シュルツ, 成瀬悟策. 「増訂 自己催眠」, 誠信書房, 1963.
4. Wild K, Scholz M, Ropohl A, Bräuer L, Paulsen F, Burger PH. Strategies against burnout and anxiety in medical education--implementation and evaluation of a new course on relaxation techniques (Relacs) for medical students. *PLoS One* 2014; 9: e114967.
5. Lim SJ, Kim C. Effects of autogenic training on stress response and heart rate variability in nursing students. *Asian Nursing Research* 2014; 8: 286-292.
6. 日高三喜夫. 臨床心理学実習における自律訓練法の短期練習効果の検討. 久留米大学心理学研究 2011; 10: 16-21.
7. 近藤育代. 自律訓練法標準練習と空間感覚練習の生理的効果の比較. 早稲田大学教育学部学術研究 (教育心理学編) 2008; 56: 25-34.
8. 宮松直美, 祖父江育子, 松田宣子, 早川和生, 上羽康之. 高ストレス状態の大学生における自律訓練法によるストレス過程の変化. 神大保健紀要 2004; 20: 11-20.
9. 林 愛恵, 松本千景, 桜木惣吉. 過敏性腸症候群に対する自律訓練法の効果の性格傾向による違いについて. *Bulletin of Aichi Univ. of Education* 2014; 63: 75-79.
10. Spielberger, CD, (構成) 水口公信, 下仲順子, 中里克治. 「日本版 STAI Form X 使用手引」, 増補版, 三京房, 2012.
11. 横山和仁, 荒記俊一. 「日本版 POMS 手引」, 金子書房, 1994.

12. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, Wallace EP. Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research* 1993; 37: 147-153.
13. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989; 28: 193-213.
14. Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, Okawa M, Kim K, Shibui K, Kamei Y. Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. *Psychiatry Research* 2000; 97: 165-172.
15. 中川泰彬, 大坊郁夫. 「日本版 GHQ 手引き」, 日本文化科学社, 1985.
16. 長谷川浩一, 福井くみ子, 清水幹夫. 学生相談における自律訓練法の有効性. *教育心理学研究* 1983; 31: 59-62.

筆者の連絡先

〒815-8511

福岡市南区玉川町 22 番 1 号

第一薬科大学生命薬学講座薬物治療学分野

電話 : 092-541-0161 (内線 421)

Fax : 092-553-5698

E-mail : s-koyama@daiichi-cps.ac.jp

一般演題 2

留学生の健康診断事後措置における課題の考察

九州工業大学保健センター

永芳美香、福盛文恵、荒川令、
平埜和子、山崎暁子、落合秀夫

九州工業大学学生総合支援室

菊池悌一郎

【はじめに】

九州工業大学保健センターでは、これまで4月と10月に日本人学生と同時に留学生の定期健康診断を実施してきたが、健康診断実施時点で未入国の留学生が多く、入学後3か月以内の健康診断受診が徹底できていない現状があった。そのような中、本学入学後に留学生が肺結核を指摘されたことを受け、平成26年度からは医療機関と委託契約し「通年健康診断」と称して、年間を通して健康診断を受診できるようにしたことで、新入生の受診率100%を徹底することが可能となった。

しかしながら、受診率は向上したものの、健康診断事後措置において外部医療機関での精密検査受診に抵抗を示す留学生が多く、受診勧奨に苦慮する現状がある。

今回、九州工業大学若松キャンパスの留学生が、外部医療機関での精密検査受診に抵抗を示す要因と健康診断事後措置における支援の現状と課題について検討したので報告する。

【対象と方法】

九州工業大学若松キャンパスは、生命体工学という新しい分野を創生し、学部をもたない大学院大学として、開学以降多くの留学生を受け入れている。平成28年4月現在において、学生総数427名中62名(14.5%)の留学生が在籍している。

出身国としては、中国、インド、マレーシアなどアジア系が9割を占めている(図1)。

若松キャンパスにおける平成25年度～平成28年度学生健康診断の結果、紹介状が発行された件数は22名であった(図2)。

このうち日本人学生の全14名は紹介状発行より1か月以内に医療機関を受診したが、留学生の全8名は1か月以内の受診に至らなかった。

今回、健康診断事後措置において外部医療機関受診の抵抗がみられた留学生8名に対し、受診に抵抗を示す理由についてヒアリング調査を実施した。調査によって得られた19個の発言を共通する理由ごとに分類し、ネーミングすることで、受診に抵抗を示す要因とした。

さらに、受診勧奨のための支援内容について受診に抵抗を示す要因ごとに分け、今後の課題について検討した。

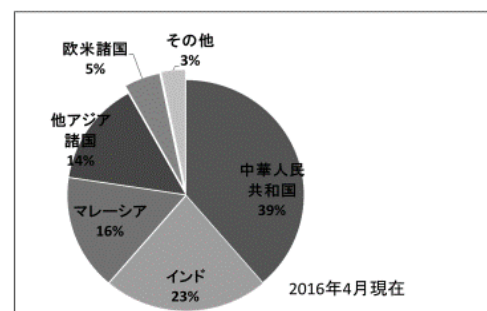


図1. 留学生の出身国別割合

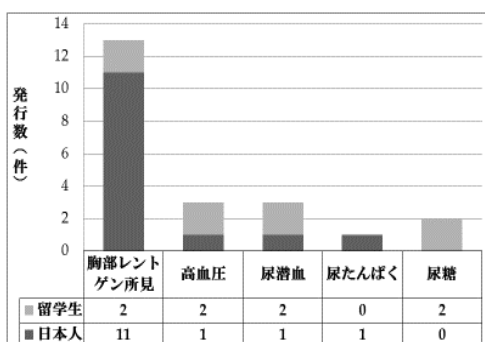


図2. 平成25年度～平成28年度健康診断における紹介状発行数および内訳

【結果】

1. 受診に抵抗を示す要因について

表1. 受診に抵抗を示す要因について

要因	内容	人数	割合
無自覚群	・症状がないので受診したくない(×6) ・ひどい症状ではないので大丈夫 ・自国で異常を指摘されたことはない	8	100.0%
自己管理群	・食事と運動でコントロールしたいので定期的に保健センターで測定したい(×3) ・気を付けることを教えてほしい	4	50.0%
多忙群	・バイトと研究で忙しい ・時間がない	2	25.0%
言語不安群	・来日したばかりで日本語が分からない ・チューターは英語ができないから付き添いを頼みたくない	2	25.0%
経済的理由群	・どれくらい費用がかかるか分からない ・お金が心配	2	25.0%
文化的観念群	・親から日本の薬が心配なので自国で治療するように言われた	1	12.5%

表1は、精密検査のための外部医療機関への受診に抵抗を示す理由についての発言を内容ごとに分類し、まとめたものである。「無自覚群」「自己管理群」「多忙群」「言語不安群」「経済的理由群」「文化的観念群」の6つに分類でき、各群を「受診に抵抗を示す要因」とみなした。

対象者ごとに様々な内容の回答がみられたため、個人で複数の群に属しており、特に「無自覚群」は対象者全8名が該当した。

2. 受診勧奨のための支援の現状について

表2. 6つの要因ごとの支援内容について

要因	支援内容
無自覚群	・学校医より所見や今後のリスクについての説明 ・身体症状出現時に受診勧奨 ・留学生担当職員・指導教員より「他の学生に迷惑をかけるため大学のルールとして受診が必要」との説明。
自己管理群	・保健指導の実施 ・保健センターでの定期測定(体重・血圧・血糖値・尿検査等) ・定期測定による経過観察後、改善がみられない場合に受診勧奨
多忙群	・優先順位の整理 ・受診可能な日時に関して指導教員との連携
言語不安群	・チューター・学生へ医療機関受診の付添いを依頼 ・留学生担当職員へ通訳を依頼
経済的理由群	・国民健康保険加入の確認 ・留学生のための医療費補助申請の案内
文化的観念群	・帰省時に自国で検査を行うなど学生自身が納得できる対応の模索

表2は、6つの「受診に抵抗を示す要因」ごとに行った支援内容をまとめたものである。表にまとめることで、保健センター内での支援以外に、留学生担当職員や指導教員との連携、チューター学生への依頼、留学生の医療費補助制度の活用などを行っていることを確認できた。

以上の受診勧奨のための支援の結果、受診に抵抗を示した8名中、高血圧1名、尿潜血1名を除く6名が最終的に受診につなげることができた。

【考察】

留学生は日本人学生に比べ、健康診断事後に係る精密検査受診に抵抗を示す傾向がみられ、「受診に抵抗を示す要因」について検討した結果、6つの要因に分けることができた。なかでも「無自覚群」は全ケースにあてはまり、留学生の多くは、これまで健康診断を受ける習慣が少なく、早期発見・早期診断など予防の概念が定着していないことが一因にあり、リスクの説明などの保健指導を徹底する必要があると考える。

「自己管理群」は半数のケースにみられ、受診抵抗に関する言い訳の側面の一方、自分で何とかしたいという積極的な

自己管理への意欲とも捉えることができる。尿糖所見の留学生が自力で何とかしたいという意欲から、生活習慣の改善に加えて体重測定や血糖測定を続けたところ、自己管理だけでは血糖値が改善しないことを自覚することで、受診につながった事例があった。その一方、高血圧のため、定期的に血圧測定を行っていた留学生に繰り返し受診を勧奨することで、定期計測が中断した事例もあった。これらの事例より、押しつけの支援にならないように留意しつつ、「自己管理群」にみられる「自分で何とかしたい」という積極性を活かして、保健指導を継続的に行うことが効果的と考える。

また、個々のケースによって、多様な要因が組み合わさっていることも把握できたため、個別的に「受診に抵抗を示す要因」を探り、根気よく介入することが必要である。

ただし、肺結核などの感染症を疑う場合は、一刻も早く受診につなげ、精密検査を受ける必要がある。結核予防会の報告では「結核患者 262 人の 8 割以上が留学生で 7 割以上が 20 代である。患者数は年々増加している」¹⁾とあり、有所見者が早期に精密検査を受けることが重要である。今回の胸部レントゲン有所見の事例では保健センターのみの関わりでは受診につなげることが困難であったが、留学生担当職員や指導教員より「結核などの感染症であれば、周りの学生に迷惑がかかるので学校のルールとして受診してください。」との説明で留学生は納得し受診につながった。留学生の支援にあたっては、組織間での連携が重要である。

これまで、留学生の健康管理、健康支援の必要性は高まっているものの、現場では試行錯誤の苦労がある現状が報告

されている²⁾。本研究では精密検査受診への抵抗の要因について検討することで、試行錯誤を繰り返しながらも支援の糸口を探ることができた。

【今後の課題】

1. 健康診断事後措置における学内ルールの取り決め

本学の現状として、健康診断において要精密判定までのフローチャートを作成しているが、今後は要精密判定の学生が外部医療機関を受診しないケースも想定して、緊急度などの所見リスクに対応したフローチャートを検討する必要がある。

また、留学生の健康診断事後措置において、大学レベルでの役割分担や就学上の措置について明確化されたものがないため、日頃から保健センターと関わりのある職員や指導教員とは連携がとれやすいものの、組織間の連携が難しい現状がある。留学生の特徴を配慮しながらも、日本人学生と区別しない学内ルールの明確化が課題である。

2. 留学生支援体制の強化

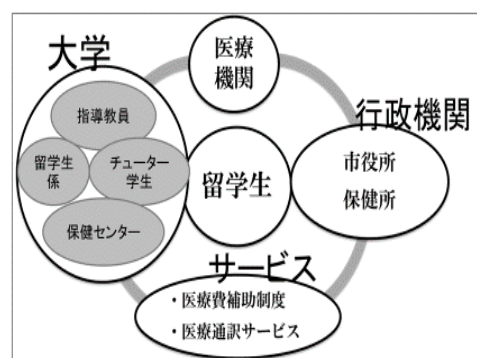


図3. 留学生の支援体制について

留学生の健康管理において保健センターだけでの支援では限界があるため

学内での組織間の連携のみに限らず、外部機関やサービスの活用も視野に入れ、支援の中心に留学生をとらえた支援体制(図3)を強化する必要がある。既に留学生支援ネットワーク体制を整備している大学もあり³⁾、今後ますます留学生が増加することが予想される中、本学でもスムーズに連携がとれる体制づくりをすすめることが課題と考える。

文献

- 1) 高柳喜代子. 外国人結核相談事業－第一健康相談所における外国人結核診療の現状と課題－. 複十字 2015 ; 364 : 28
- 2) 山本眞由美, 河邊博史, 佐藤武, 他. 留学生の健康管理実態調査の報告－国際連携委員会・国際交流特別委員会合同調査の結果より－. CAMPUS HEALTH2015 ; 52 (1) : 467-468
- 3) 小島奈々恵, 内野悌司, 磯部典子, 他. 保健管理センターにおける留学生支援－学内外の他機関・他職種との連携について－. CAMPUS HEALTH2015 ; 52 (1) : 296

筆頭筆者連絡先

永芳美香

九州工業大学保健センター

〒808-0196

福岡県北九州市若松区ひびきの 2-4

TEL : 093-695-6017

FAX : 093-695-6017

E-mail:nagayoshi-m@jimu.kyutech.ac.jp

一般演題 3

大学生の飲酒状況とそれに関連する生活習慣

1：九州産業大学健康・スポーツ科学センター、

2：九州産業大学学生部学生相談室

3：九州産業大学学生部保健室

村谷博美¹、幸地英理子²、木村奈都美²、原田京子²

芳賀史江³、濱田やえみ³、太田美枝子³、新海保代³

はじめに

大学生を対象とした飲酒に関連する生活指導は、一気飲みやアルコールハラスメントの禁止など、飲酒事故の防止に力が注がれてきた¹⁾。一方、習慣的飲酒や普段の飲酒量に関する指導は不十分であったかも知れない。昨年、4年生の男子学生が、多量飲酒の習慣を断ち切りたいと希望し、通学時に酎ハイを飲むのが止められないと訴えてきた。アルコール依存を強く疑って、精神科受診と断酒会への参加を勧めたが、断られた。学医の担当する授業でも、ほぼ連日、3合以上飲酒する学生が複数名いることがわかった。

これらの経験から、学生の飲酒状況をきちんと把握して、健康教育に反映させることが必要だと考え、定期健康診断と同時に実施している生活習慣調査の成績を分析した。

対象と方法

平成27年度の定期健康診断を受診し、生活習慣調査に回答した学部生を対象とした。男性7,231人、女性2,203人で、学年別の内訳と平均年齢は、表に示した。

生活習慣調査は、自記・記名式の質問紙法によった。定期健康診断の会場で受付時

に質問紙を渡し、その場で記入するよう求めた。分析に供したのは、性、学年、年齢のほか、飲酒頻度と一回の飲酒量、朝食摂取と運動習慣、喫煙習慣、居住・通学の形態、身体的ならびに精神的な健康度の自己評価である。

質問紙への記載事項はEXCELに入力し、アドインソフトであるエクセル統計2015（社会情報サービス）を用いて統計解析を行った。主にクロス表分析を行い、分布の偏りについては χ^2 二乗テストを用いて検定した。統計学的な有意水準は、 $P < 0.05$ とした。

結果

飲酒行動：1) 飲酒頻度 入学時は、男性の72.1%、女性の84.2%が、一切飲まないと答えた。2年進級時にも一切飲まない学生が多かったが、3年生になると男女とも1割程度に減った。週4日以上飲む学生は学年とともに増え、特に3年進級時の増加が明らかであった。4年生になると男性の12.7%、女性の8.9%が、週4日以上飲み、卒業延期者ではさらに増えた（表）。実数では、男性502人、女性92人が週4日以上飲んでいて、

2) 飲酒量 一切飲まない学生は回答不要

と伝えたうえで、1回の飲酒量を調べた。各学年とも、1合未満という学生が最も多かったが、3合以上飲む学生も存在し、その割合は学年とともに増えた。4年生では男性の13.9%、女性の8.4%が3合以上飲んでおり、その割合は卒業延期者でさらに高くなった(表)。3合以上飲む学生数は、男性569人、女性73人であった。

表 学年別、男女別に見た対象者の人数、年齢、飲酒頻度と1回の飲酒量の分布(%)

男子学生											
	対象者 (人)	平均年齢 (歳)	飲酒頻度				1回の飲酒量*				
			回答数	一切 飲まない	たまに飲む	以前は よく飲んだ	週4日以上 飲む	回答数	<1合	1~2合	3合以上
1年生	1,982	18.2	1,960	72.1	24.4	2.2	1.3	608	72.9	19.7	7.4
2年生	1,814	19.3	1,805	96.7	36.0	3.5	3.8	813	66.4	22.5	11.1
3年生	1,696	20.2	1,686	10.2	74.0	5.5	10.3	1,474	56.2	29.6	14.1
4年生	1,481	21.3	1,467	9.3	72.1	5.9	12.7	1,292	56.7	29.4	13.9
卒業延期者	258	22.4	258	7.0	64.0	10.5	18.6	236	55.5	24.6	19.9
女子学生											
	対象者 (人)	平均年齢 (歳)	飲酒頻度				1回の飲酒量*				
			回答数	一切 飲まない	たまに飲む	以前は よく飲んだ	週4日以上 飲む	回答数	<1合	1~2合	3合以上
1年生	572	18.4	569	84.2	14.8	0.7	0.4	105	86.7	13.3	0.0
2年生	554	19.5	550	71.6	25.6	1.1	1.6	159	84.9	11.3	3.8
3年生	521	20.4	512	11.3	77.7	5.1	5.9	428	75.9	18.5	5.6
4年生	517	21.4	508	9.3	74.0	7.9	8.9	442	68.6	23.1	8.4
卒業延期者	39	22.6	39	7.7	64.1	12.8	15.4	34	64.7	17.6	17.6

* 1回の飲酒量については、一切飲まない学生は回答不要である旨を伝えたが、飲まないと答えたにもかかわらず飲酒量を書いた学生がいた。表には、そのような学生の回答も含めた値を記載した。

3) 飲酒頻度と飲酒量の関係 頻回に飲む学生は、しばしば沢山飲んでいて(図

1)。すなわち、週4日以上飲む学生では、男性の34.3%、女性の13.9%が1回の飲酒機会に3合以上飲んでいて、たまに飲む学生で3合以上飲むのは、男性の9.6%、女性の4.0%であった。週4日以上、3合以上飲む学生数は、男性167人、女性24人であった。

他の生活習慣と飲酒行動との関係: 1) 喫煙習慣 男性では、週4日以上飲む学生の58.9%が習慣的喫煙者で、逆に、一切飲まない学生の95.8%は非喫煙者であった(図2)。3合以上飲む学生の45.4%が習慣的喫煙者で、1合未満の学生では、67.2%が非喫煙者であった(図3)。喫煙習慣と飲酒行動との関連は、女性でも同様に認められた(図2, 3)。

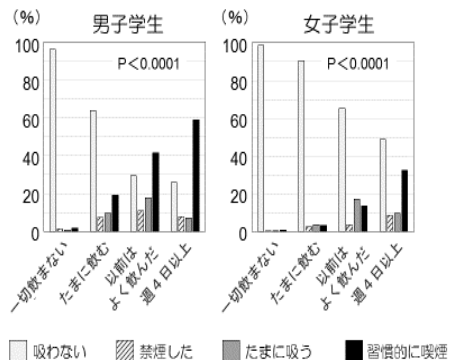


図2. 喫煙頻度と飲酒頻度との関係

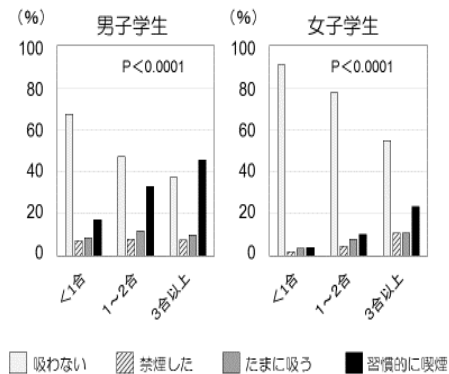


図3. 喫煙習慣と飲酒量の関係

2) 朝食摂取の習慣 男性では、週4日以上飲む学生の36.8%が朝食を殆ど食べていなかった。週2~3日しか食べない学生まで含むと、男性の55.4%が朝食をきちんと摂っていなかった。一方、一切飲まない学生の58.8%がほぼ毎日朝食を摂っており、殆ど食べないのは15.0%であった(図4)。また、3合以上飲む学生では38.0%が朝食を殆ど食べていなかったのに対し、1回の飲酒量が1合未満だと、殆ど食べない学生は22.4%で、46.9%がほぼ毎日朝食を摂っていた(図5)。朝食摂取の習慣と飲酒行動との関連は、女性でも同様であった(図4, 5)。

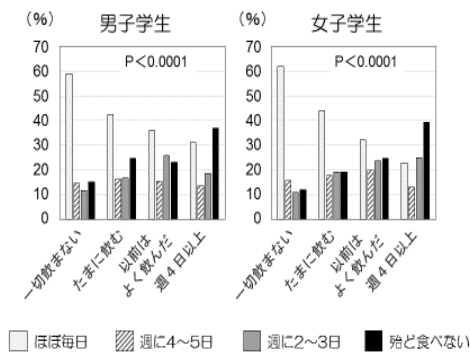


図4. 朝食摂取の習慣と飲酒頻度の関係

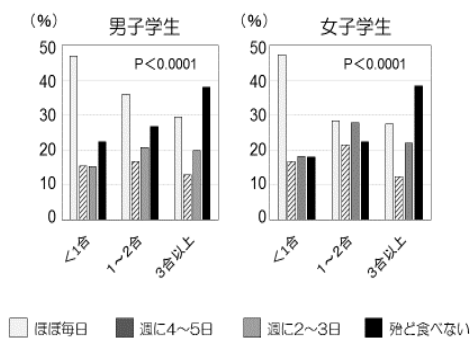


図5. 朝食摂取の習慣と飲酒量の関係

3) 運動習慣 男性では、週4日以上飲むか、以前はよく飲んだという学生では、40.9%が運動習慣を持っており、15.9%が運動していなかった。一切飲まない学生では、運動習慣を持っているのが37.4%、持たないのが18.7%で、運動習慣と飲酒頻度は有意に関連した ($P < 0.01$)。しかし、飲酒頻度に対する運動習慣の影響は、喫煙習慣や朝食摂取の習慣に比べて、明らかに小さかった。これは、女性でも同様であった。

4) 居住形態 男女ともに、頻回に飲酒する群や1回に3合以上飲む群では、アパートや下宿で一人暮らしをしている割合が、一切飲まないか、飲むとしても1合未満の群に比べて高かった。図6は女性の成績である。週4日以上飲む群では、アパートや下宿に住む割合が52.2%、一切飲まない群で

は63.3%であった。また、3合以上飲む群ではアパートや下宿から通学している割合が51.4%、1合未満の群では41.5%であった。

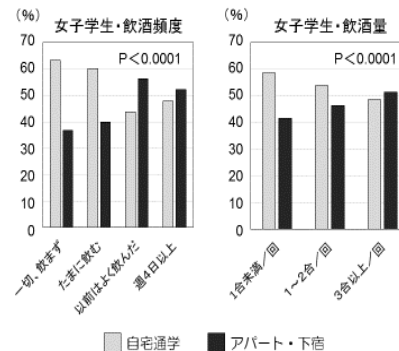


図6. 居住形態と飲酒頻度や飲酒量との関係

健康度の自己評価と飲酒行動との関係：

1) 身体的な健康度 図7に男性の成績を示した。週4日以上飲む群や1回に3合以上飲む群では、自分の身体的な健康度をやや悪い～非常に悪いと評価した学生が、6.6%、6.4%を占めた。一切飲まない学生や飲んでも1合未満だという学生(3.7%、3.4%)と比べ、有意に ($P < 0.002$) 高かった。女性では、週4日以上飲む学生で、身体的な健康度をやや悪い～非常に悪いと自己評価した割合が11.0%で、一切飲まないか、たまに飲む学生に比べて有意に高かった(それぞれ3.5%、 $P < 0.01$)。女性では、飲酒量と身体的な健康度の自己評価との関連は有意ではなかった。

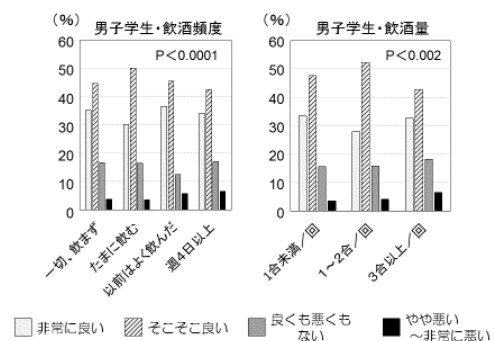


図7. 身体的健康度の自己評価と飲酒頻度や飲酒量との関係

2) 精神的な健康度 図8も男性の成績である。週4日以上飲む群では、精神的な健康度をやや悪い～非常に悪いと自己評価している学生が他の群より多く、7.6%を占めた。しかし、3合以上飲む学生でも、精神的な健康度の自己評価が他群と同等だった。女性でも、精神的な健康度の自己評価は週4日以上飲む群で低かったが ($P < 0.05$)、飲酒量との関連は有意ではなかった。

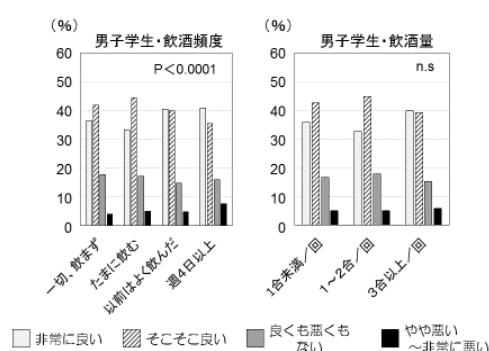


図8. 精神的健康度の自己評価と飲酒頻度や飲酒量との関係

考察

習慣的飲酒と多量飲酒：中日本自動車短期大学の男子学生 625 人での調査によれば、週4回以上の飲酒者が2.4%、毎日飲酒している学生が1.8%を占めた²⁾。我々は、週4日以上飲酒と毎日飲酒とを分けなかったが、短大生と同年代の2年生男子学生についてみると、3.8%が4日以上飲むと回答していた。飲酒頻度に関しては、先行研究²⁾と大きな差はないと考える。

飲酒量については、茨城大学における調査で³⁾、学年を問わず6ドリンク（純エタノールで54~72 g）以上飲むのは男子学生の43.4%だと報告されている。九州産業大学の3、4年生は、1~2合（純エタノールで27~54 g）飲む学生と3合以上飲む学生を合わせて43%であったので（表）、多量飲酒者が特に多いわけではないと思われる。

中日本自動車短期大学の成績には飲酒量

の具体的な記載がなく²⁾、茨城大学の報告では飲酒頻度の詳細が不明である³⁾。我々は、大学生で習慣的に多量飲酒を続けている者の頻度を明らかにした。すなわち、週4日以上、3合以上飲む学生は、男性167人、女性24人で、男性は調査対象者全体の2.3%、女性でも1.1%を占める。一切飲まない学生を除くと、男性4.0%、女性2.2%となった。この全員が毎日飲むわけではないだろうが、大学生の中にも相当数のアルコール依存症予備群がいると考えたほうがよい。

他の生活習慣と飲酒：大石らは大学生

1,111人を対象にした調査で、全体の19.3%が喫煙習慣と飲酒習慣の双方を有していたことを報告した⁴⁾。彼らの調査対象の男女比はおおむね3対2で、結果は男女を分けずに算出された。我々の調査で「たまに吸う」や「たまに飲む」をそれぞれ喫煙習慣あり、飲酒習慣ありに分類し、さらに「以前はよく飲んだ」も飲酒習慣ありとみなせば、両者が重複する割合は男性21.7%、女性6.3%となる。先行研究⁴⁾と大きな差はないと思われた。我々は飲酒量と喫煙習慣との関連も調べ、3合以上の多量飲酒者で習慣的喫煙者の比率が高いことを確認した。

笠巻は1,323人の大学生を対象にした調査を実施し、一人暮らしの学生は男女とも朝食の欠食率が高く、非一人暮らしの学生に比べて飲酒量・頻度も高いことを報告した⁵⁾。彼の報告では飲酒行動と朝食欠食の関連は述べられていない。我々は、週4日以上飲酒の習慣的飲酒者や3合以上の多量飲酒者では、朝食をきちんと食べない学生が多いことを確認した。さらに、習慣的飲酒者や多量飲酒者には一人暮らしが多かった。家族とともに暮らすことが適切な生活習慣の維持に役立っている可能性がある。

健康度の自己評価と飲酒行動：習慣的かつ多量に飲酒する学生は、特に身体的な健康度の自己評価が低下する割合が高かった。習慣的な多量飲酒が健康を損なうことは常識である。今回の成績では、飲酒歴の短い大学生でも健康度の自己評価が低下していたことを強調したい。ただ、彼らがそこに飲酒の影響を見ているかは明らかでない。今回のような具体的なデータを示して教育する必要がある。

結語

習慣的かつ多量に飲酒する学生が少なくない。そのような学生は、しばしば習慣的喫煙者であり、朝食をきちんと食べる習慣を持っていない。その背景要因の一つが、一人暮らしであることが窺われた。彼らは、アルコール依存だけでなく、各種生活習慣病発症に関しても高リスク者だと考えられる。入学時から、飲酒、喫煙、朝食摂取などの生活習慣に関する総合的な健康教育が必要である。

文献

- 1) 2016 イッキ飲み防止連絡協議会. ASK ホームページ 大学生の飲酒事故と対策.
http://www.ask.or.jp/ikkialhara_student.html (平成 28 年 7 月 29 日接続確認)
- 2) 水野敏明、大塚三雄、橋本真弓：大学生の飲酒とストレスに関する調査研究. 中日本自動車短期大学生について. 中日本短期大学論叢 1998; 28: 103-112.
- 3) 青木大地：学生の飲酒行動・意識・知識に関する研究—アルコールハラスメントに着目して—

sport.edu.ibaraki.ac.jp/semi/2010/02aoki.pdf (平成 28 年 7 月 29 日接続確認)

- 4) 大石和男、安川通雄：男性大学生の喫煙・飲酒習慣とタイプ A 行動様式. 日本生理人類学会誌 2002; 7: 155-160.
- 5) 笠巻純一：大学生の食・飲酒・喫煙行動の分析による健康支援策に関する研究：性・年齢・居住形態別による生活習慣病リスク要因の検討から. 日衛誌 2015; 70: 81-94.

筆頭筆者連絡先

福岡市東区松香台 2 丁目 3 番 1 号
九州産業大学健康・スポーツ科学センター
muratani@ip.kyusan-u.ac.jp
電話番号 092-673-5896
FAX 番号 092-673-5393

一般演題 4

学生・教職員に対する禁煙サポートの現状と問題点

大分大学保健管理センター

工藤欣邦，河野香奈江，堤隆，

木戸芳香，加隈哲也

【はじめに】

大分大学保健管理センターでは，平成 26 年 9 月より学長裁量経費による学生・教職員を対象とした無償の禁煙外来を開始した。今回，禁煙外来の状況および禁煙成功に関与する因子や今後の課題について報告する。

【対象と方法】

大分大学の学生および教職員を禁煙外来の対象とした。受診者に対し初診時に，喫煙本数，喫煙開始年齢，行動変容ステージなどの問診を行った。禁煙外来はニコチンパッチ，ニコチンガムを用いて平成 26 年 9 月より開始した。本研究では治療開始後 8 週間を経過した時点から遡って 4 週間禁煙を達成できたケースを禁煙成功者とし，禁煙を達成できなかったケースまたは治療の途中で受診しなくなったケースを禁煙不成功者とした。

【結果】

禁煙外来開始から 1 年間の新規受診者は学生 47 名（男性 46 名，女性 1 名），教職員 17 名（男性 12 名，女性 5 名），計 64 名であった。禁煙治療は禁煙指導のみが 1 名で，44 名がニコチンパッチ，19 名がニコチンガムを用いて開始した。副反応などで治療を中止した 3 名を除いた 60 名中，禁煙成功者の割合は学生 44 名中 15 名（34.1%），教職員 16 名中 11 名（68.8%）であり学生の成功率が有意に低

かった。行動変容ステージが準備期にあった割合は，学生 21 名（47.7%），教職員 15 名（93.8%）であり学生が有意に低かった。また，学生の禁煙成功群は禁煙不成功群と比較して，行動変容ステージが準備期にある割合が有意に高かった。一方，先行研究で報告されている TDS スコア，喫煙本数，喫煙開始年齢¹⁻³⁾において有意差は認めなかった。

【考察】

今回の検討では，教職員と比較して学生の禁煙成功率が有意に低かった。禁煙成功に関する因子については，行動変容ステージにおいてのみ有意差が認められた。学生と教職員との間で禁煙成功率に大きな差が出たことは，行動変容ステージの差によるものと考えられる。今回対象となった学生は，禁煙を強く考慮すべき基礎疾患を有していたケースが皆無であったことや禁煙補助薬の提供が無償でなされたため，行動変容ステージが低かった可能性が強いと推察された。また，禁煙に失敗した男子学生からは「友人から喫煙を勧められて断れなかった」「飲み会で吸ってしまった」などの声が多く聞かれた。本多らは，友人集団の喫煙が喫煙行動に影響を与え，友人集団の喫煙率が高いほど喫煙行動が促進されやすいことを報告している⁴⁾。また，飲酒は喫煙歴と強い関連を認めることや，喫煙習慣のある学生は飲酒に関する健康指数が低い

ことも報告されている^{5), 6)}。学生の禁煙に対する行動変容ステージを高めることや飲酒と喫煙の関連については、今後、教育啓発活動を強化することが重要と考えられる。更に、学生を指導する立場にある教員の来所者が少ないことは今後の課題と考えられ、学生のみならず教員への啓発活動も重要と考えられた。

【結語】

平成 26 年 9 月から行ってきた一連の取り組みにより、学生・教職員の禁煙に対する意識が高まり、平成 25 年度までと比較して禁煙外来への来所者も大幅に増加したが、未だに禁煙外来を受診していない喫煙者も多いため、関連部署との連携のもと学内の啓発活動を粘り強く継続してゆく必要がある。更に、行動変容ステージの低い学生を禁煙成功に導くための禁煙教育や、再喫煙に至った学生に対する行動パターン変更法や環境改善法など、吸いたい気持ちをコントロールするための教育を強化する必要があると考えられる。

【文献】

- 1) 澤山智之, 桑畑俊子, 村上ことみ, 他. 短期及び長期禁煙率に与える因子に関する検討. 通信医学 2011 ; 63 : 48-55.
- 2) 谷口千枝, 田中英夫, 板倉安希, 他. 禁煙治療終了前 4 週間の禁煙継続に関連する要因. 禁煙会誌 2011 ; 6 : 34-40.
- 3) 高橋英孝, 山門實, 中館俊夫. 喫煙ステージ別の禁煙率. 人間ドック 2005 ; 20 : 43-46.
- 4) 本多妙, 福島倫子. 大学生の喫煙行動に影響を与える要因の検討. 生老病死の行動科学 2005 ; 10 : 47-59.
- 5) Reed MB, McCabe C, Lange JE, et al. The relationship between alcohol consumption and past-year smoking

initiation in a sample of undergraduates. Am J Drug Alcohol Abuse 2010 ; 36 : 202-207.

- 6) 角田英恵, 桂敏樹, 星野明子, 他. 男子大学生の喫煙に関連する要因－喫煙者と非喫煙者の比較から－. 健康科学 2011 ; 7 : 37-42.

筆頭著者の連絡先

工藤欣邦

大分大学保健管理センター

〒870-1192 大分市大字旦野原 700 番地

TEL : 097-554-7476

FAX : 097-554-7479

E-mail: kudou-yoshikuni@oita-u.ac.jp

一般演題 5

九州大学におけるアレルギー・アナフィラキシー の実態調査

九州大学キャンパスライフ・健康支援センター¹⁾、九州大学基幹教育院²⁾
山本紀子^{1) 2)}、松園美貴¹⁾、戸田美紀子¹⁾、松本桃子¹⁾、田中朋子¹⁾、
今井知美¹⁾、武吉ひとみ¹⁾、宮川ミチコ¹⁾、山川直子¹⁾、池本恵美¹⁾、
五島由乃¹⁾、野中奈月¹⁾、梶谷康介^{1) 2)}、眞崎義憲^{1) 2)}、永野純^{1) 2)}、
入江正洋^{1) 2)}、丸山徹^{1) 2)}、一宮厚^{1) 2)}

【はじめに】

2011 年にエピペン®が保険適用となってから 5 年が経過し、エピペン®を所持する学生が大学へ入学するケースが増えてきている。そこで、九州大学におけるエピペン®携帯やアナフィラキシーについての実態調査を行い、それをもとに大学でのアナフィラキシー発症時の支援体制について検討を行ったので報告する。

【対象と方法】

入学時・進級時のアンケート調査に、アレルギー・アナフィラキシーの既往・エピペン®の有無についての項目を追加した。新入生はエピペン®携帯学生またはアナフィラキシーの既往ありと回答した学生、在校生はエピペン®携帯学生を対象に、学生定期健康診断会場にて、個別面談による聞き取り調査を行った。

平成 28 年度エピペン®携帯学生は全学で 19 名（大学院生・研究生を含む）、アナフィラキシーの既往はあるがエピペン®携帯をしていない学部 1 年生 42 名、合計 61 名

を対象とした。（参考：平成 28 年度 1 年生 2705 名、学部合計 11,758 名、大学院生 6,901 名、研究生等 546 名）

【結果】

①アナフィラキシー発症年齢

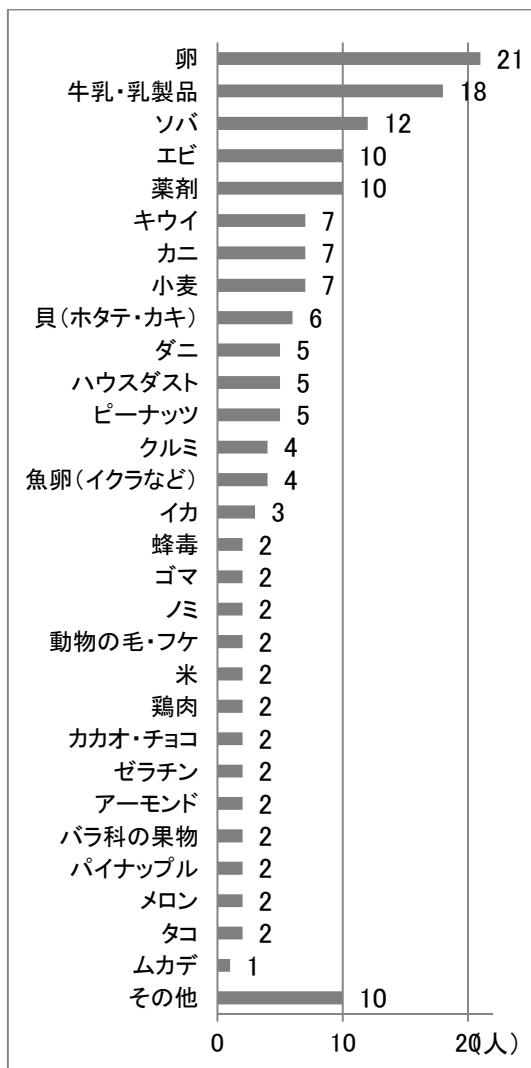
アナフィラキシー発症年齢は乳児(0 歳) 9.9%、幼児(1～5 歳) 32.4%、小学生 29.6%、中学生以上 28.1%で、幼児期が最も多く、小学生までの発症が大部分であったが、中学生以上で初発の人もみられた。

②アナフィラキシーの症状

アナフィラキシーの症状としては 9 割以上の人に息苦しさなどの呼吸器症状がみられた。一方で血圧低下などの循環器症状や意識障害の出現は半数以下であった。循環器症状やショックなどの全身症状を伴う場合も多くは呼吸器症状を伴っており、血圧低下や意識障害が単独でみられることは稀で、呼吸器症状単独もしくは呼吸器症状に循環器症状や全身症状を併せ持つケースに二分された。以上より、アナフィラキシーのスクリーニングとしては呼吸器症状が妥

当と考えられた。

(図 1) アレルゲン一覧 (全年齢)

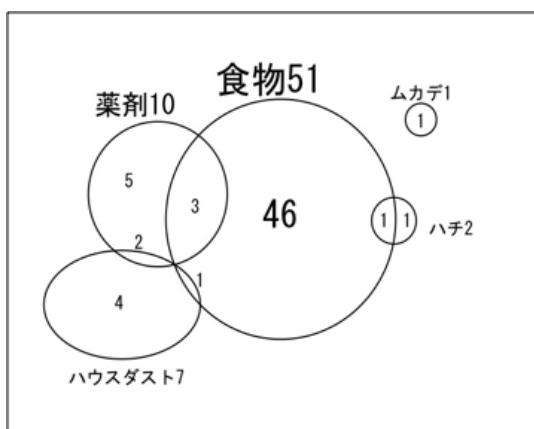


③アナフィラキシーの原因

全年齢でのアレルゲンは、卵・牛乳・小麦といった小児期の三大アレルゲンが多くみられ(図 1)、他にはエビ・カニなどの甲殻類やイクラなどの魚卵、イカ・貝類などの魚介類、ソバが多くみられた。アナフィラキシーの原因は食物が圧倒的に多かったが、薬剤やハウスダスト、蜂毒やムカデ毒も一部みられ、重複する人もいた(図 2)。

アナフィラキシーの既往がある人の中には、成長とともに減感作されて現在はアレ

(図 2) アナフィラキシーの原因物質：対象 61 人



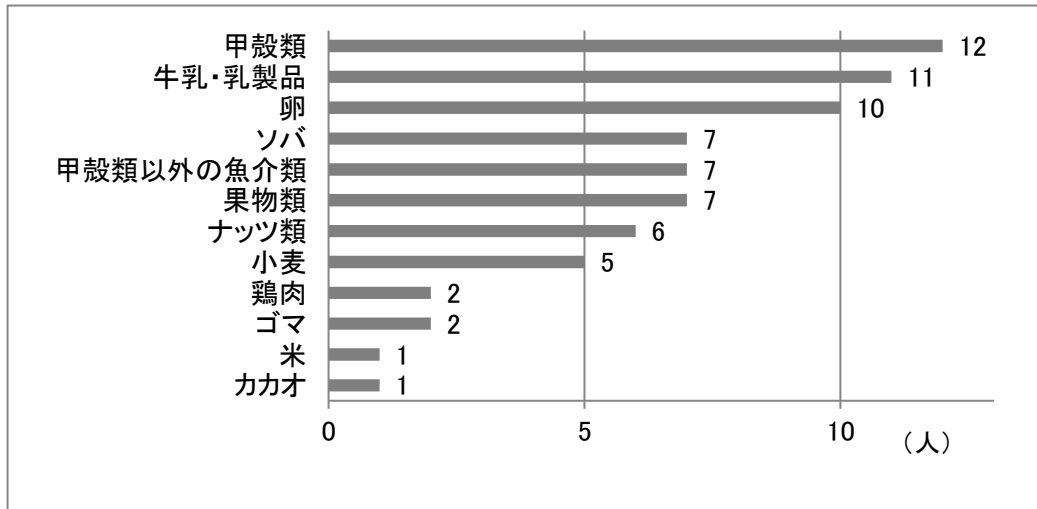
ルギー症状のない人も含まれている。そこで、現時点でもアレルギー症状のある 54.1%(33 人)の人についてみると、最も多いのは甲殻類で、ソバ、ナッツ類、果物類など成人の食物アレルギーに多くみられるアレルゲンが多い傾向がみられた(図 3)。

アンケートおよび個別面談の結果、学生のアレルギー・アナフィラキシーの理解は概ね良好であったが、誤摂取によるアナフィラキシーの既往も散見された。とくにナッツ類、ゴマ等での誤摂取が多かった。

④食物依存性運動誘発アナフィラキシー

平成 28 年度 1 年生で食物依存性運動誘発アナフィラキシーが 11 名おり(アナフィラキシーの既往のある 1 年生 44 名のうち 11 名=25%)、アレルゲンは甲殻類が圧倒的に多かった。エビ・カニなどの甲殻類 7 名、小麦 1 名、牛乳 2 名、ソバ 1 名、クルミ 1 名：重複回答あり。このうちエピペン®を携帯しているのは 1 名のみであった。ほとんどの学生がこれまでも体育の授業や部活動には問題なく参加してきた、誤摂取しても

(図3)現在もアレルギー症状が継続する33人(54.1%)におけるアレルゲン



動かなければ大丈夫なので問題ないと回答した。学生自身のアレルギー・アナフィラキシーについての理解は良好であるが、1年生の健康・スポーツ科学実習（体育実技実習）ではとくに注意が必要と思われた。

⑤エピペン®携帯学生

全学では19名のエピペン®携帯学生を把握し、健診未受診の学生もいることから実際にはもっと多いと思われる。エピペン®携帯学生19名の内訳は、医学部5名、歯学部3名、芸術工学部3名、法学部2名、農学部1名、工学部1名、理学部1名、文学部1名、総合理工学府（大学院）1名、統合新領域（大学院）1名であった。19名のうち大学院2名、留学生2名であった。

エピペン®携帯学生は、今年の新入生は2名で、昨年・一昨年の5～6名に比べると少なかった（2名/平成28年度1年生2705人＝0.07%）。エピペン®携帯学生は循環器症状や意識障害など重篤なアナフィラキシーの既往がある人が多い傾向はあったが、必ずしも症状の軽重によらず、主治医や本人

の意向による部分も大きいものと考えられた。また、医系学部学生のエピペン®所持率が有意に高く、これは医系学部の学生は親も医療関係者であることが多いことも一因と思われる。エピペン®携帯学生のアレルゲンは牛乳、卵が最も多く、ナッツ類、小麦、果物類、甲殻類、甲殻類以外の魚介類、ソバ、ゴマと続き、全年齢でのアレルゲンと同様の傾向を示していた。ハチ毒、ムカデ毒によるアナフィラキシーや、薬剤によるアナフィラキシーでエピペン®を携帯している学生もそれぞれ1名ずついた。

⑥アナフィラキシーの支援体制

高校までと違って大学は敷地面積が広く活動時間も長いため、アレルギー・アナフィラキシーの対応は自己管理が極めて重要になる。一方でアナフィラキシーの症状が急速に進行して自己注射できなくなる可能性もあるため、迅速な対応には周囲の理解と協力が不可欠である。平成28年4月1日からの障害者差別解消法の施行に伴い、大学でも様々な障害や疾病等を持つ学生の

修学支援を行っている。その一環として、アナフィラキシー発症時の緊急対応について全学的な取り組みを行った。学生本人に対しては、エピペン®携帯の情報開示と、自己注射できない場合の教職員によるエピペン®代理接種について予め同意を得た。その上で授業担当教員に対してエピペン®携帯学生の情報把握と、本人がエピペン®を接種できない場合の代理接種について依頼した。

⑦アレルギー関連疾患の合併

アレルギー関連疾患と呼ばれる気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎・結膜炎と食物アレルギーの合併について調べたところ、食物アレルギーに加えてこれら3つの疾患全てを併せ持つ学生が約2割(19.7%)いた。参考として、一般人口の有病率を調べた報告によると¹⁾²⁾、13～14歳の年齢層における3つのアレルギー疾患を重複する人は1.1%であり、食物アレルギーを有する人のアレルギー関連疾患の合併率は有意に高いことが分かった。

【考察】

エピペン®携帯の1年生は今年度は2名と少なかったが、例年5～6名(0.1～0.2%)おり、高校生のエピペン®携帯率(0.1%)とほぼ一致していた。(文部科学省「学校生活における健康管理に関する調査」平成25年)³⁾。保育所や小・中学校・高等学校の現場でエピペン®携帯や接種が広く普及してきていることを考えると⁴⁾⁵⁾、大学にも毎年一定数のエピペン®携帯学生が入学してくると考えられる。大学におけるアレルギー・アナフィラキシーの対応は自己管理が極めて

重要になるが、アナフィラキシーによる死亡事故を防ぐためには周囲の理解と協力が不可欠である。⁶⁾⁷⁾⁸⁾

今年度よりエピペン®携帯学生に対するアナフィラキシー発症時の緊急対応について授業担当教員に依頼を行ったところ、エピペン®接種により有害事象が生じた場合の責任は大学が負うのか、それとも教員自身の責任が問われる可能性があるのか、という質問が教員より上がった。非医療従事者によるエピペン®接種は医師法第17条に違反しないという公式見解があり、また、人命救助のためやむを得ず行った行為は刑事・民事上の責任も問われないという見解がある(刑法37条：緊急避難、民法698条：緊急事務管理)。一方で、エピペン®を接種しなかった場合の責任は問われるのか?との質問もあった。アナフィラキシーに限らず、授業中の学生の急病に対して授業担当教員が何も対応を取らなかった場合、刑事罰はないものの民事上の個人責任を問われる可能性はあり得ると考えられる(授業中の教員と学生の関係性は、市中での急病人とbystanderの関係より強いと考えられる)。大学の教員は小中学校と違って教職課程を経ておらず、自身が研究者であるという認識で、講義を行うことは職務であるが、学生が急病の際に対応しなければならないという意識が希薄な教員もみられた。また、学生側にも、大学では高校までと違って自己管理が基本であるという認識を持ってもらう必要がある。以上をふまえたうえで、今後学内での講習会等を定期的に開

催し、丁寧に説明する必要があると考えられた。AED や心肺蘇生法などと比べるとエピペン®の認知度は未だ低く、「注射」という行為に対する心理的な抵抗を示す教職員も多いのが現状である。今後も繰り返しエピペン®やアナフィラキシーについての啓発に努める必要があると思われた。

【結語】

新1年生は初めて一人暮らしを始める学生が多く、早期の状況把握と支援が必要と思われることから、4月に行う健診会場での面談は有用であった。アナフィラキシーの既往のある学生のうち食物依存性運動誘発アナフィラキシーが11名(25%)おり、体育実技実習には十分注意が必要である。アナフィラキシー発症時の緊急対応について、アナフィラキシーやエピペン®の講習会を定期的に行い、啓発に努める必要がある。

【文献】

- 1) Asher MI, Montefort S, Björkstén B, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *The Lancet* 2006; 368(9537):733-743.
- 2) J. Mallola, J. Crane^b, E. von Mutius^c, et al(the ISAAC Phase Three Study Group). The International Study of Asthma and Allergies in Childhood(ISAAC) Phase Three: A global

synthesis. *Allergol Immunopathol*

2013;41(2):73-85

- 3) 文部科学省「学校生活における健康管理に関する調査」平成25年

- 4) 日本アレルギー学会「アナフィラキシーガイドライン」2014年

- 5) 日本小児アレルギー学会「食物アレルギー診療ガイドライン」2012年

- 6) 土橋紀久子 学校におけるアレルギーの取り組み 教育と医学 2013; 61(9):748-756

- 7) 藤村智子、林弘子、武田弘子他. 信州大学におけるエピペン携帯学生の実態調査。CAMPUS HEALTH 2013; 51:382-383

- 8) 林弘子、藤村智子、武田弘子他. 信州大学におけるエピペン携帯学生の実態調査 第二報。CAMPUS HEALTH 2014; 52:194-196

筆頭筆者連絡先

山本紀子

福岡県春日市春日公園6-1

TEL (092)583-7685, (FAX) (092)592-2866

mtbooksn@artsci.kyushu-u.ac.jp

一般演題 6

佐賀大学B型肝炎対策 11 年間のワクチン接種から～現状と課題～

佐賀大学 保健管理センター

武富弥栄子 尾崎岩太 古川早苗
小川康子 福島雅子 木道圭子 佐藤 武

【はじめに】

大学医学部学生の感染症対策は、学校保健安全法などに定められてはいない。しかし、医療現場の感染管理は、医療安全管理の一環として、医療系学生の実習生受入れの必須項目となっている医療機関が増加している。従来、佐賀大学医学部では B 型肝炎ワクチン接種学年を実習前の学年である医学科 4 年生・看護学科 2 年としてきたが、カリキュラム改正により、早期医療体験実習が導入され、2014 年からは、新入生へ B 型肝炎ワクチン接種時期を変更する対応を行った。今回過去 11 年間の入学時のデータと B 型ワクチン接種の結果について検討を行った。また、1 年生からのワクチン接種移行に当たって、実務の見直しも行った。

【対象と方法】

1、対象

1) 入学時抗体検査：入学時の抗体検査結果については、2005 年～2015 年の医学部新入生の医学科 1,113 人、看護学科 663 人を対象に入学時に HBs 抗原・抗体検査を受身赤血球凝集（PHA）法で定性検査を行った。
2) B 型肝炎ワクチン接種対象者：2008 年～2015 年の B 型肝炎ワクチン接種対象学生の医学科 4 年生 741 名、看護学科 2 年生 415 名、新入生は医学科 1 年 219 名、看護学科 1 年 120 名、総数 1495 名であった。医学科

4 年生については、4 月の健康診断時に再度 PHA 法で血液検査を行い、B 型肝炎ワクチン対象の判定を行った。看護学科 2 年生と新入生は入学時の抗体検査結果で B 型肝炎ワクチン対象の判定とした。

3) B 型肝炎ワクチン接種後：B 型肝炎ワクチン接種対象となり、B 型肝炎ワクチン接種を 1 シリーズ（3 回）HB ワクチン接種を終了した学生に、化学発光酵素免疫測定（CLIA）法で抗体価を定量し、10mIU/mL 以上を抗体陽性とした。1 シリーズ 3 回接種で抗体陽転しなかった対象者には、B 型肝炎ワクチン倍量 1m l を 1 回接種し、そのひと月後に倍量 2 回目接種を行い、その後 CLIA 法で抗体価の最終確認を行った。この方法であれば、1 年間で追加接種および確認検査ができるため、医学部 5 年生の実習までに確認検査ができた。最終的に抗体が陽転しなかった対象者を、「ワクチン不応者」とした。

表1 B型肝炎ワクチン接種対象者

接種年度	医学科4年	看護学科2年	医学科1年	看護学科1年	総計
2006年	83	59			142
2009年	94	60			154
2010年	93	60			153
2011年	86	58			144
2012年	94	58			152
2013年	92	60			152
2014年	106	60	114	60	340
2015年	93		105	60	258
合計	741	415	219	120	1495

2、B 型肝炎ワクチンスケジュールと接種方法

2013 年までは、医学科 4 年と看護学科 2 年にワクチン接種を行った。2014 年から新入生へ B 型肝炎ワクチン接種を順次移行した。在學生は 4 月と 5 月と 9 月に三回接種を実施し、新入生は 6 月 7 月 11 月の 3 回接種を実施した。12 月に抗体の確認検査を実施した（表 2）

表2 B型肝炎ワクチンスケジュール

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
医学科4年生		1回目接種 在學生 採血申込	2回目接種				3回目接種	ワクチン後採血		倍量接種1回目	倍量接種2回目		倍量接種後確認採血	5年生の学習開始
新入生	合格通知とともに関係書類案内	採血・小児感染科・ワクチン接種	申込・1回目接種	2回目接種				3回目接種	ワクチン後採血	倍量接種1回目	倍量接種2回目		倍量接種後確認採血	

B 型肝炎ワクチンの種類は、2008 年の 2 回目の接種までは、B 型肝炎ワクチンは明治乳業の「明乳」を使用していたが、2008 年の 3 回目接種から MSD 株式会社「ヘプタバックスⅡ」を使用した。B 型肝炎ワクチン 1 回 0.5ml（10 μ g）を上腕に皮下注射した。

【結果】

1. 入学時の抗体の陽性率

HBs 抗原検査では、2005 年から 2015 年までの医学部学部学生新入生の抗原陽性は全員が陰性だった。

医学科 1 年の平均年齢は 18.79 $\pm$ 2.40 才で、看護学科 1 年は 18.47 $\pm$ 2.15 才であった。

入学時の HBs 抗体陽性者は、医学科 1 年の場合は、1113 人中 HBs 抗体陽性は 27 人。抗体陽性率は 2.5%であった。看護学科 1 年の場合は、663 人中 HBs 抗体陽性は 3 人。

HBs 抗体陽性率は 0.5%であった。

HBs 抗体陽性の理由としては、母子感染予防対策として出生時に B 型肝炎ワクチン接種を受けた場合。海外留学経験があり海外で予防接種を受けた場合。抗体陽性の理由が不明の場合などが挙げられた。入学時は、学生自身の医学的知識が乏しいことと、幼少期のため学生本人は詳細が分からないことが多く、保護者からの情報提供が必要であった。入学時の血液検査結果を受けて、学生へワクチン接種等の再確認と情報提供を依頼した。また、2016 年からは、HBs 抗体陽性の場合は、精密検査対象とし、状況を確認することにした。

2. B 型肝炎ワクチン接種学年の陽性率

実際の B 型肝炎ワクチン接種対象は、2008 年～2015 年の医学科 4 年 741 名、2008 年～2014 年の看護学科 2 年 415 名、2014 年～2015 年の医学科新入生 219 名、看護学科新入生 120 名とした。ワクチン接種総数は 1495 名であった。

3. B 型肝炎ワクチン接種後の HBs 抗体陽転率

B 型肝炎ワクチン接種で、3 回ワクチン接種を行い、確認検査まで終了した学生は、医学科 4 年 727 名、看護学科 2 年 415 名、医学科新入生 333 名であった。

医学科 4 年生 727 名の結果は、男性 410 名：平均年齢 22.3 $\pm$ 2.11 才、女性 317 名：平均年齢 21.7 $\pm$ 1.6。92.4%の 672 名が抗体陽転した。陽転しなかった 55 名には、倍量 2 回追加接種を行い、55 名中 67.3%の 37 名が陽転した。

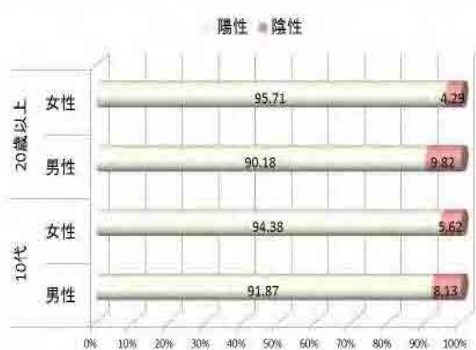
看護学科 2 年生 415 名の結果は、男性 22 名：平均年齢 19.5 $\pm$ 1.71 才、女性 391 名：平均年齢 19.3 $\pm$ 1.45 才。94.9%の 392 名が抗体陽転した。陽転しなかった 21 名に追加

接種を行い、陰性者の 52.4%の 11 名が陽転した。

2014 年～2015 年の医学科 1 年生と看護学科 1 年生 333 名の結果は、男性 129 名：18.9+1.06 才、女性 204 名：平均年齢 18.5+0.96 才。93.4%の 311 名が抗体陽転した。陽転しなかった 22 名のうち 21 名が倍量接種を受け、47.6%の 10 名が陽転した。1 名については、3 回接種のところ、1 回目と 2 回目の接種間隔があいた上に、2 回接種となったため、追加接種の対象外とした。全学生の 1 クール終了後陽性率 93.3%であった。1 クール後の追加倍量接種後陽性率は、59.8%であった。

10 代と 20 代および男女別で抗体の陽転率に変化があるか比較を行った（図 1）。

図1 10代と20代の陽性・陰性比較



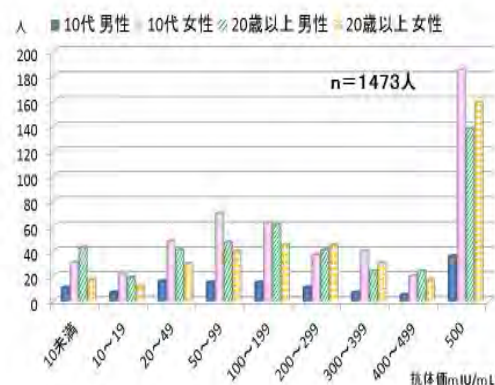
10 代男性の抗体陽転率は 91.87%、10 代女性の陽転率は 94.38%であった。20 歳以上の男性陽転率は 90.18%、20 歳以上の女性の陽転率は 95.71%あった。結果では明らかな男女差は認められなかった。

4. B 型肝炎 1 クール終了後の HBs 抗体価の分布

抗体結果は CLIA 法で 10mIU/mL 以上が陽性となり、最大値は 500mIU/mL 以上であった。対象者 1473 名の結果は、（図 2）のとおりとなった。抗体価として、500m I

U/mL 以上の対象者は 518 名、全体の 35.1%あった。

図2 B型肝炎1クール後HBs抗体価結果



また、1 クールで陰性だった 97 名に 2 回接種を実施し、追加ワクチン接種後抗体価は、97 名中、59.8%の 58 名が陽性に変化した（図 3）。しかしながら、HBs 抗体の基準値は 10mIU/mL 以上の陽性であるが、抗体価の分布は全体的に低い価に集中し、100 mIU/mL 以上の抗体獲得したのは、10 名（17.2%）に留まった。また、1 クールのワクチン接種と追加接種を行った結果の、ワクチン不応者は 39 名（40.2%）となった。

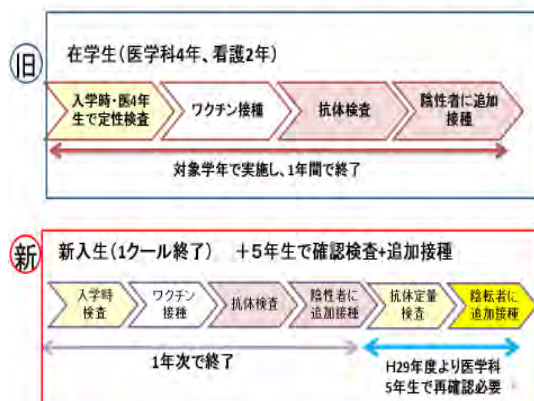
図3 倍量接種後のHBs抗体結果



5. B型肝炎ワクチン接種の接種対象学年変更に伴うスケジュールの変化

新入生にワクチン接種を移行することで、これまで行ったワクチン接種の見直しを行った（図4）。

図4 ワクチンスケジュールの変化



医学科4年生、看護学科2年生にワクチン接種を行う場合は、①検査 ②ワクチン接種（1クール3回接種） ③HBs 抗体確認検査 ④陰性者に倍量追加接種の4段階で行った。新入生にワクチン接種対象学年を変更したことで、医学科の場合、臨床実習までに4年以上経過することになる。そのため、これまでのワクチンスケジュールを見直し、平成29年度の医学科4年生（新5年生健康診断）に対して、⑤実習前にCLIA法で検査と、⑥検査を基に陰転化した学生を対象に追加ワクチン接種を予定することになった。検査費用として、大学在学中の医学科4年生の健康診断時お血液検査をPHA法から医学科新5年生の健康診断をCLIA法に変更したため、大学健康診断の検査費用は一人当たり約1,800円増加することになった。また、一度抗体価が陽転しても陰性化した場合は、追加ワクチン倍量1回接種を予定。このためには追加ワクチン代金として約5,000円のワクチン自己負担

が必要となっている。

【考察】

B型肝炎ワクチン接種1クール3回接種することで、接種後のHBs抗体は85～95%がHBs抗体陽性に転化するとされている。¹⁾ 今回の検討では、1シリーズ後のHBs抗体陽転者が93.3%であった。1シリーズ後の抗体陰性者に対する追加の1シリーズ（3回）接種による抗体獲得率は30～50%とされている²⁾。今検討では、倍量2回接種を行うことで59.8%が抗体陽性に転化した。また、種対象学年により、明らかな陽転率に差はなかった。新入生に接種を行うことで、早期医療実習への対応はできたと考えられる。

倍量2回ワクチン接種を行うことで59.8%が陽転した。追加ワクチン接種方法にはいくつかの方法があるが、ワクチン3回接種から2～3か月で追加倍量接種を行うことで、抗体獲得率も高く、追加接種を半年かけて2クール実施よりも抗体の獲得率は上がった。また、実習開始前に、確認検査まで実施することで、実習中の感染防止策にも有効であると考えられた。

また、ワクチン接種前検査でHBs抗体陽性判定の中に、HBc抗体陽性の学生が1名認められた。これは、母子感染予防のために予防策が行われたが、HBVが感染したものの発症しなかった例であった。そのため、今後は入学時の抗体検査陽性の場合も、聞き取りと母子手帳の確認と、精密検査を実施するようマニュアル化した。

【今後の課題】

これらのワクチン接種にかかる費用は、学校保健安全法の対応外で、学生の場合、教育機関それぞれの対応になり、費用面の大学の補助がないのが現状である。佐賀大

学ではワクチン接種に関しては、1 クールについては後援会の補助があるものの、医学科 5 年次の追加接種の費用負担はないため、今後は学生との個別対応を行い、追加接種について希望する学生にワクチン費用の個人負担で接種を検討することになる。

10mIU/mL 以上の HBs 抗体価を獲得した者が、数年で HBs 抗体が陰転した場合の対応について、米国の疾病管理予防センター (CDC) は、その後抗体が 10mIU/mL 未満に低下しても接種の必要はないとされている。日本では、日本環境感染学会のガイドラインで、B 型肝炎ワクチン接種により抗体陽性となった者がその後陰性化したものについては、追加のワクチン接種は必須としないとされているが、明確な規定がないのが現状である⁴⁾。現在のところ、該当する学生に対しては、倍量 1 回接種を行う予定である。

早期実習に対応するために、接種時期を新入生へ移行したものの、医学部、特に医学科の場合、臨床実習までに B 型ワクチン接種後最短で 4 年経過することになり、実習時の抗体価の保有状況の変化が問題となってくる。新入生にワクチン接種後、H29 年度の実習前に HBs 抗体 CLIA 法を実施予定しているため、抗体価の減少状況についても継続検討していく予定である。

また、新入生にワクチン接種を移行したものの、多くが未成年である。これまで、ワクチン接種において、大きな健康問題は認められていないが、医学部入学にあたっての、包括同意書等を検討し、入学時からの本人及び保護者への感染対策は必要不可欠と考えられた。

【文献】

- 1) 白木和夫：B 型肝炎ワクチンと母子感染防止. モダンメディア 2004 ; 50 : 279-85

- 2) Hadler SC, Francis DP, Maynard JE, et al.: Long-term immune-genicity and efficacy of hepatitis B vaccine in homosexual men. N Eng J Med 1986;315:209-14
- 3) 日本感染環境学会:院内感染対策としてのワクチンガイドライン. 環境感染学会誌 2009 ; 24 (Suppl) :S1-3
- 4) 田代隆良、浦田秀子、山崎真紀子、入山茂美、岩永喜久子、松本正：看護学生における沈降 B 型肝炎ワクチン接種後の HBs 抗体価の検討. 保健学研究 2007 ; 19 (2) 21-25
- 5) 青野淳子、四柳宏、森屋恭爾、小池和彦：看護学生に対する B 型肝炎ワクチン接種の評価. 環境感染誌 2012 ; 27 : 253-258
- 6) 向野穂子、白畑孝子、阿久沢比左江、米山啓一郎：B 型肝炎ワクチン接種後の HBs 抗体獲得率と追加接種に関する検討. CAMPUS HEALTH 2015. 3. 52 (1) : 226-227

筆頭筆者の連絡先

武富 弥栄子

佐賀大学保健管理センター分室

〒849-8501

佐賀市鍋島 5-1-1

電話 0952-34-3215

FAX0952-34-2008

E-mail takedoy@cc.saga-u.ac.jp

一般演題 7

本学における学生の健康診断受診から健康診断 結果返却までの取り組み

名桜大学保健センター
前川美紀子 金井絹代
具志堅時乃 上原瑠莉

はじめに

本学は、1学群・1学部で在学生数2000名余の大学である。本学の健康診断は、身長・体重・BMI・腹囲・視力・胸部レントゲン・血圧・検尿・採血と“元気生活チェック”項目を合わせた健診項目で、学生の心身の健康状態把握に努めている。しかし、平成25年度までは健診受診率は75%で低迷していた上、生活習慣関連項目で10%程度の学生が要精査の状況で推移していた。そこで、平成25年度より健診受診率向上の取り組みと同時に、手渡しによる健康診断結果返却を実施した。ここでは、これまでの保健指導等取り組みを検証し、今後の健康支援のあり方について検討することを目的とする。

対象と方法

1) 対 象

名桜大学学生1年次～4年次。

(H25: 2013名 H26: 1962名 H27: 1950名 H28: 2050名)

2) 方 法

- ①本学の健診に向けての取り組みと健診受診率との関係を比較検討する。
- ②手渡し健診結果返却の効果について検討する。

結 果

1) 健診受診率向上について

本学の健診期間は、4月上旬で、入学式後の翌週の2週間である。健診日程に関して、入学生・在学生オリエンテーションで通知を行うと同時に、学内掲示や保健センターだよりで周知を行っている。また、全学的な受診行動へつながるよう、学群長や学部長、学群・学部サポート委員、学年担当、ゼミ担当教員へメール配信を行った。また、健診委託業者と4月の健診日程を調整の上、さらに未受診学生には、受診可能（費用弁償）の機会を与える措置を行った。その結果、平成25年度は、83.2% (1674/2013人)、平成26年度、90.9% (1783/1962人)、平成27年度94.4% (1841/1950人)に、受診率が向上した。

平成28年度は、これまでの取り組みに加え、SNSや、今年度から学内設置された電子掲示板、保健室来室学生への声掛け、健康診断の周知徹底を行った。また、健診日は、学群・学部を分けることなく、学生が日程調整をして健診が受けられるようにした。保健室では、健診がスムーズに進むよう、健診時のレイアウト、健診待ち時間短縮のために、事前に健診の間診票配布、学生の時間割把握を心がけた。その結果、平成25年度83.2%から平成28度は98%に受診率が向上した(図1)。

2) 手渡し返却について

平成 25 年度までの健診結果は、委託業者より郵送にて本人に返却されており、要精査の学生を学校医面談につなぐことや、病院受診促進までとなっていた。そこで、保健管理業務のひとつである学生への十分な健康指導を行う手続きとして、平成 25 年度から健診結果返却は、保健室で手渡し返却を行った。その際学生面談は、5 分から 10 分程度で、返却申し込み時に健康指導票(図 2、図 3)に記載された情報と健診結果を併せて、学生自身で、健康上の課題把握が可能となるような保健指導を行った。しかし、健診返却の再三の促しに反応しない学生も存在し、昨年度までの返却率は 75%以下であったが、平成 28 年度は、健診受診率向上のための取り組み同様(図 1)、学生や教員の周知徹底の結果、返却率が 87%に向上した。

健診結果手渡しの効果としては、要精査学生のデータが改善されたことにある(平成 27 年度 25%から平成 28 年度 20%に減少)。また、年度初めに、心の不調学生を速やかに学生相談へつなげられることと、生活指導ができること、さらに、こころとからだに関心を持つ学生のぴあ活動が発足したことである。

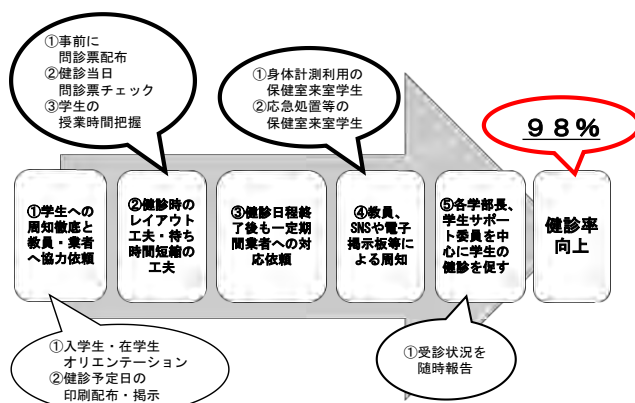


図1 健診結果受診率向上取り組みの経過

平成 28 年度 大学定期健康診断後の健康指導票

健康結果: (A) B C

学年 部 科: [] 受診日: 月 日 () 時 分

学校種・年次: [] (年齢: 才)

氏名: (姓・名)

*昨年度健診受診状況: ①受けた ②受けていない

*一日の食事状況: ①朝・昼・夜 ②朝・昼 ③朝・夜 ④昼・夜
⑤朝のみ ⑥昼のみ ⑦夜のみ ⑧調査で済ませる

*食事時間: 朝食 時 分 昼食 時 分 夕食 時 分

*就寝時間: 時 分 起床時間: 時 分

以下、看護師記入

有所見: バイト通い

指導・助言: 食事・運動面 / 睡眠面 / メンタル面

タバコ・飲酒について 目覚めの質の向上
→ タバコをやめること! ストレッチ・ヨガの
その他: 20分/day → 2~3分/day 使用

※この調査は保健指導に役立てる目的で行っています。
最終データは個人が特定されることはありません。

図2 手渡し返却の流れ(健康指導票)

① 返却の際に、左記に記載する



② 健診結果の内容および大学定期健康診断後の健康指導票記載内容の確認 (所要時間: 1人当たり5分から10分程度)



③ 要精査の学生は、早急に医療機関受診しその後結果報告をする様に指導(保健室へ入室促す)

※ 再検査後に必要に応じて学校医へつなぐ。

また、学生相談(精神科医・カウンセラー)へつなぐ。

図3 手渡し返却の流れ

考 察

平成 27 年度までの受診率向上の取り組みとして、健診日を学部・学科別、学年別など調整を試みたが、学生からは時間割の都合等で、調整が難しいとの声も上がった。今年度の健診日は、学群・学部を分けることなく、学生が日程調整し健診が受けられるようにした。また、保健室では、健診がスムーズに進むよう、健診時のレイアウト、健診待

ち時間短縮のため、事前に健診の問診票配布、学生の時間割把握を心がけた。それらの改善アクションが、健診をスムーズに進めることにつながったと考える。健診率向上には、学生への周知徹底のための SNS や電子掲示板等活用や健診委託業者との連携、さらに重要なことは、学群長、学部長、学生サポート委員や学年担当、ゼミ担当教員の健康診断受診に関する認識に加えて、学生のこころとからだの健康に対する、全学的な健康意識の高揚にある。

本学では、平成 28 年度から体育実技登録学生は健康診断受診が義務付けられた。今後、さらに学生や教員の健康診断に対する意識が高まるよう働きかけを行い、健康診断受診率向上を推進したい。

学生への健診結果返却は、保健センターで学生に手渡し返却を行い、顔色や様子、所作を観察しながら、健康指導を行っている。主な内容は、食生活、睡眠、生活リズム、メンタル面、家庭問題、性に関する事など様々である（図 4）。保健室で継続的に関わっていく学生もいるが、学生相談室につながるケースもある。年度初めに学生の心身の不調に気づくことで、早期に支援できる体制へつなげられている。保健センターでの対面で行う指導返却によって、前年度の要精査が改善されるケースもあり、手渡し返却は効果的であると考えている。しかし、受診結果受け取り状況をみると、学生の健康行動は確立されていないと考える。学生が、自身の健康に関心を持つ取り組みをびあのメンバーと検討し、全学的な保健管理のよりよい運動へつなげていくことが今後の課題である。

- | | | |
|---|---|---|
| <p>① 食生活について</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 3 回 / 日 摂取
(特に朝食摂取について) ◇ バランスの取れた食事 ◆ 摂取速度 ◇ 摂取時間 ◆ 間食 |  | <p>③ 生活リズムについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ アルバイトの時間 ◇ 学業 (単位に関する事・進路等) ◆ クラブ活動 (部活・サークル) |
| <p>② 睡眠について</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 適切な睡眠時間 ◆ 睡眠の質 (携帯や PC との関係) ◇ 適切な寝具の選択方法 ◆ 寝る前の行動 |  | <p>④ 精神面について</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 夜 眠れない ◆ 落ち着かない ◇ 人間関係の悩み |
| | | <p>⑤ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 家庭の問題 ◇ 性に関する事 ◆ 病院の紹介・受診の方法 |



図 4 返却時に行っている主な内容

結 語 (まとめ)

学生の健診受診率向上には、適切な健診情報の提供、学生の健康意識向上、教員の認識向上も重要である。今後保健室から情報発信を行いながら、学生のセルフメディケーション確立への取り組みが重要と考える。

筆頭筆者の連絡先

前川美紀子

公立大学法人名桜大学保健センター

〒905-8585

沖縄県名護市為又 1220-1

電話 0980-51-1066

FAX 0980-51-1026

mikiko@meio-u.ac.jp

一般演題 8

ABC 検診後の精密検査受診勧奨の効果と陰性高値について

- 1) 産業医科大学 産業保健学部 産業・地域看護学
- 2) 産業医科大学 保健センター

八谷百合子 1)、柴田美雅 2)、榎田奈保子 2)、
工藤智美 2)、加藤寿子 2)、田尾香織 2)、野原由
美子 2)、岡山聡子 2)、松村愛 2)、中田光紀 1)、
酒井昭典 2)

「はじめに」

胃がんには、*Helicobacter pylori*（ヘリコバクター・ピロリ，以下ピロリ）菌感染がかかわっており，ピロリ菌感染により胃粘膜萎縮が進むほど，胃がんが発生しやすくなると言われている¹⁾．近年，ピロリ菌感染の有無と胃粘膜萎縮の有無の検査（PG法）を血液で測定するABC検診が可能となった．井上らの報告²⁾によれば，ピロリ菌陰性およびPG陰性のA群からは，胃がんは1件も発見されず，ピロリ菌陽性およびPG陰性のB群からは受診者の0.20%，ピロリ菌陽性およびPG陽性もしくはピロリ菌陰性およびPG陽性のC群からは受診者の2.34%の胃がんが発見されている．以前は，ピロリ菌陽性およびPG陽性をC群，ピロリ菌陰性およびPG陽性をD群と4群に分けていた．D群に該当する人はハザード比で121倍と非常に高率で胃がんが見つかるが，受診者の1%以下と少ないため，煩雑化を防ぐためにC群とD群を合わせてC群としている．このABC検診（図1）を使い，胃がんを予防する方法が提案されている．

ABC検診はピロリ菌除菌の対象者をスクリーニングできる胃がんの予防に着目し

たリスク検診である．胃透視の検査費用6730円（産業医科大学における算定）に比べABC検診は1400円（外注による検査費、産業医科大学における算定）と安価である，受診者は放射線に曝露されない，ABC検診は採血のみであるため受診者の負担が少ない，実施側は採血者1名でありスタッフの負担が少ないなどの利点がある（図2）．そこで，産業医科大学保健センターは，1984年度より2012年度まで毎年行って来た胃透視検査を終了し，2013年度より職員健康診断（誕生月健診）項目にABC検診を追加し，胃がんのリスクの高いB・C群の職員に精密検査を勧奨し，胃がんの予防を行った．その結果，B・C群に精密検査を勧奨することができたが，精密検査の受診率が25.2%と低かったため，その後受診勧奨方法を改善した．

また，近年の調査によればピロリ菌陰性のA群に偽陰性がみられ，この偽A群にピロリ菌現感染や既感染が混在し，特にHP IgG（ヘリコバクター・ピロリ IgG）抗体価陰性高値（3.0～9.9 U/mL）に多く含まれることが分かってきた³⁾．そこで，ABC検診後の受診勧奨の効果と共に，HP IgG抗体価陰性高値についても調査したので報告する．

「対象と方法」

産業医科大学職員のうち、2013 年度および 2014 年度の誕生月健診において、40 歳以上でありかつ ABC 検診を希望するものを対象とした。方法として、対象者の誕生月健診の血液検査に ABC 検診を追加した。次に、受診日より 1 か月後において、誕生月健診結果に ABC 検診結果を記載し、同時に B・C 群には主治医宛の精密検査ご依頼書を送付し、精密検査を勧奨した（図 3）。その後、精密検査ご依頼書の返信がなかった職員には、受診日より 4 か月後において、精密検査の受診勧奨用紙を送付した。その後も返信がなかった職員には、受診日より 1 年後において、誕生月健診の保健指導中に保健師が受診勧奨を行った。また、HP IgG 抗体価の調査においては、A 群の HP IgG 抗体価を 3.0 U/mL 未満と陰性高値の 3.0~9.9 U/mL に分け、B・C 群を 10.0 U/mL 以上とした。

「結果」

胃透視の受診率は、2011 年度 22.3%、2012 年度 21.2%といずれも 20%台だったが、2013 年度の ABC 検診は 65.9%と胃透視に比べ受診率が上昇した（図 4）。次に ABC 検診の群別結果では、A 群は受診者の 75.1%、B 群は 14.6%、C 群は 10.3%であった（図 5）。B 群および C 群を合わせた結果は、受診者の 24.9%であり、ピロリ菌除菌の対象者は 111 人であった。B 群および C 群該当の 111 人に対して、精密検査（胃カメラ）を勧奨し、ピロリ菌の除菌を勧めた。

2014 年 8 月時点、B 群および C 群該当の 111 人のうち、精密検査の受診者が 25.2%の 28 人、除菌を行った人が、16.2%の 18 人であった（図 6）。その後、1 年間の精密検査の受診勧奨を行った結果、2015 年 5 月

時点、B 群および C 群該当の 49.5%の 55 人が精密検査を受診し（図 7）、抗生剤に対するアナフィラキシーの既往がある 1 人を除いて 54 人全員が除菌を行った。精密検査受診者およびピロリ菌除菌者数は 2014 年 8 月時点に比べ上昇した。除菌を行った者は、今後 ABC 検診対象者から除外することにした。なお、2012 年度胃透視受診者 144 人のうち、要精密検査は 7 人、要治療該当者は 1 人だった。胃カメラを受けた者は 5 人であり、そのうち 1 人のみピロリ菌の除菌を行った。その他 4 人については異常がなかった（図 8）。

次に、2013 年度の ABC 検診受診者の HP IgG 抗体価について調査した。その結果、2013 年度は、A 群は 345 人（受診者の 74.7%）、B 群は 68 人（受診者の 14.7%）、C 群は 49 人（受診者の 10.6%）であり、A 群のうち、陰性高値は 18 人（A 群の 5.2%）であった。2014 年度は、A 群は 352 人（受診者の 83.8%）、B 群は 43 人（受診者の 10.2%）、C 群は 25 人（受診者の 6.0%）、陰性高値は 9 人（A 群の 2.6%）であった（表 1）。2013 年度の HP IgG 抗体価陰性高値者の 18 人のうち、2014 年度もしくは 2015 年度の ABC 検診にてピロリ菌陽性となった者は、4 人であった（表 2）。そのうち、抗菌薬を内服者していた者が 1 人、後日ピロリ菌を除菌した者が、1 人含まれていた。また、陰性高値者の 18 人の中には、10 年前にピロリ菌を除菌していた者も混入していた。

「考察」

ABC 検診の受診率は胃透視よりも高く、ABC 検診によってピロリ菌陽性者 111 人を抽出できた。2014 年 8 月時点では、B・C 群該当者の 16.2%の 18 人がピロリ菌の除菌を受けたが、胃がんの予防を行えたとい

うまでの精密検査受診率ではなかった。しかし、精密検査受診勧奨体制を強化し、精密検査未受診者には受診勧奨用紙を送付し、加えて保健師から直接受診勧奨することにより、2015年5月時点では、B・C群該当者の49.5%の55人が精密検査を受診し、54人は除菌することができた。これは、文書による勧奨や保健師による直接的な受診勧奨が有効だと推測され、精密検査の受診勧奨を継続することにより胃がんの一次予防を行うことができ、予防効果が上昇したものと考えられる。2012年度の胃透視による検診では、ピロリ菌除菌の対象者を抽出できるシステムではなく、最終的にピロリ菌の除菌まで実施できた受診者は、1人のみであった。胃がんの予防を行うというよりも、胃がんの早期発見に努めた結果であった。産業医科大学職員健康診断にABC検診を導入したことにより、胃がん検診が二次予防から一次予防へシフトしたと推測される。よって、一次予防を可能にするためには、精密検査を勧奨するシステムと保健師が継続して直接本人に勧奨することが重要だと考える。

次に、2013年度および2014年度のABC検診の受診者のHP IgG抗体価の結果において、A群に占める陰性高値の割合が5.8%および2.8%と「ABC分類運用ワーキンググループ2015（以下WG）」報告⁴⁾の陰性高値2.3%と同様な傾向を示した。ピロリ菌抗体価陰性高値者の中に、2014年度もしくは2015年度のABC検診において陽性と判断された者が4人存在し、抗菌薬を内服者していたピロリ菌現感染も含まれ、偽陰性の可能性が見受けられた。HP IgG抗体価の偽陰性化に影響する因子として、胃切除後、腎不全、内視鏡検査後などの急性ピロリ菌感染直後、HP IgG抗体価のグレーゾーン(3 U/mL以上10 U/mL未満の陰性高値)、除

菌を目的としない抗菌薬使用による副次的なピロリ菌除菌、プロントンポンプ阻害剤の服用、長期のピロリ菌感染によるピロリ菌の自然消失例、一部のヨーグルトやハチミツなどによるピロリ菌排菌例が指摘されている³⁾。本調査においても、除菌を目的としない抗菌薬の内服例が見られた。また、ピロリ菌抗体価陰性高値者には既にピロリ菌を除菌していた者も混入していたことより、問診にて内服や除菌歴を確認し内服歴は判定の参考にすること、除菌者はE群に移し胃カメラにて経過観察をすることが重要と思われた。

「まとめ」

産業医科大学のABC検診において、精密検査の受診勧奨を3つの方法にて3回に渡って実施したため、受診率が上昇し胃がんの予防効果が得られたと考えられる。また、HP IgG抗体価陰性高値にピロリ菌現感染や既感染などが含まれる可能性が推測された。ABC検診を行う際には、問診にて内服や除菌歴を確認し内服歴は判定の参考にすること、除菌者はE群に移し胃カメラにて経過観察をすることが重要と思われた。

「文献」

- 1) Uemura N, et al. *Helicobacter pylori* Infection and the Development of Gastric Cancer. *N Engl J Med*. 2001; 345(11): 784-789.
- 2) 井上和彦. 【胃癌高危険群に対する効果的な検診法】背景胃粘膜からみた胃がん高危険群と低危険群の設定と効果的な胃がん検診(解説/特集). *消化器科*, 2006; 43: 104-109.
- 3) 胃がんリスク検診(ABC検診) マニュアル改訂2版, 南山堂, 2014:40
- 4) ABC 分類運用ワーキンググループ. 胃

がんリスク評価 ABC 分類の正しい運用のために、2016年5月27日第89回
日本産業衛生学会ランチョンセミナー 17,
2016

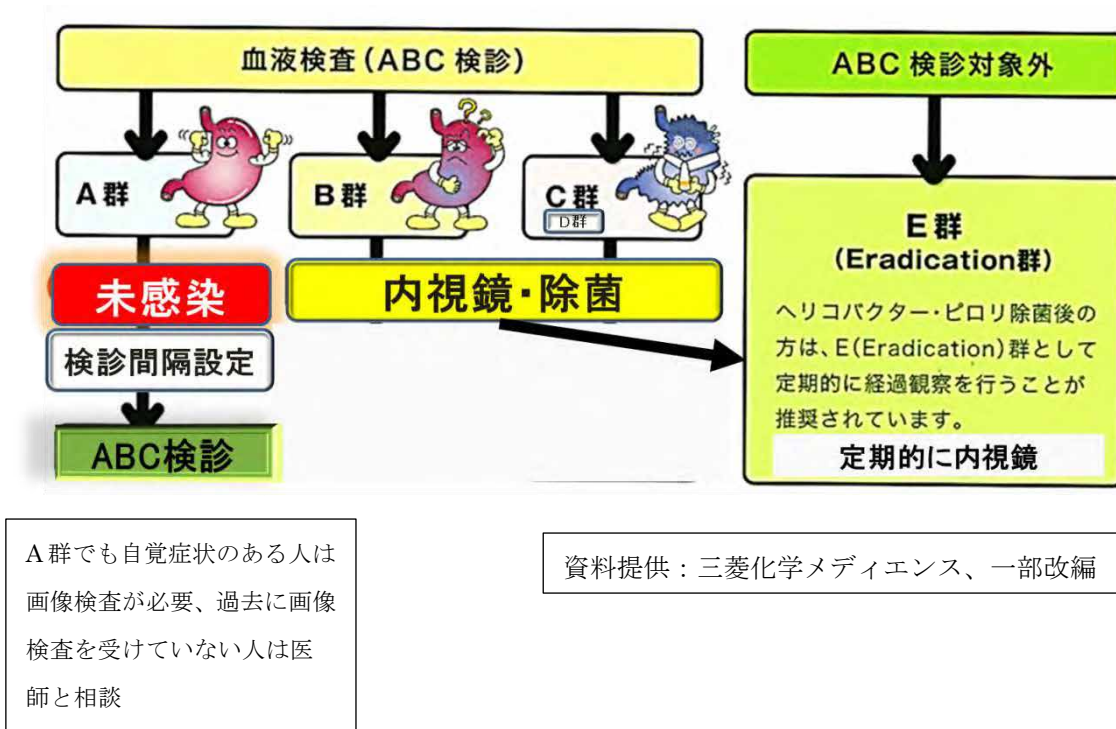


図1 ABC 検診の流れ

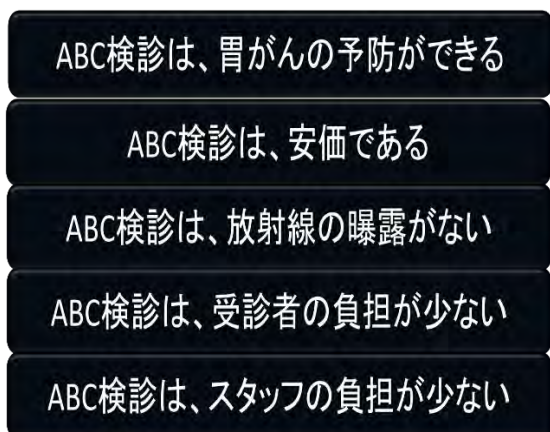


図2 ABC 検診の利点

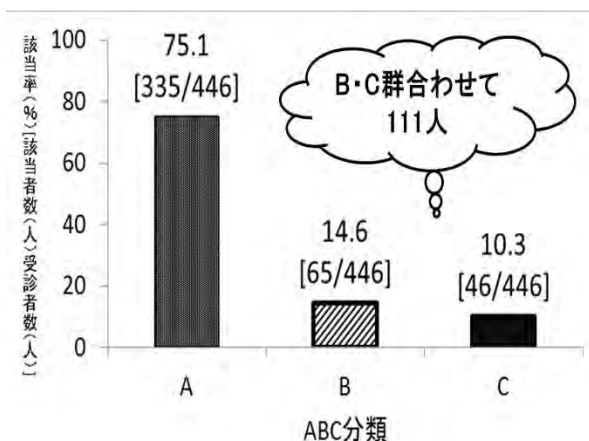


図5 ABC 検診の群別結果

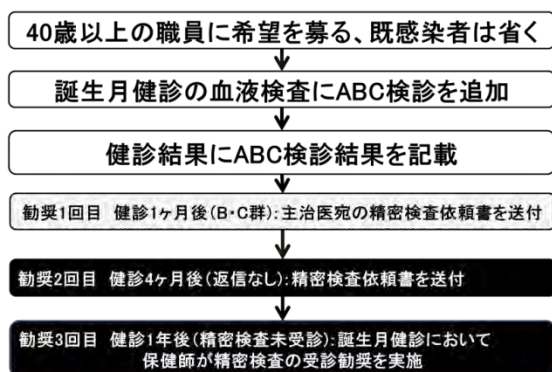


図3 精密検査の勧奨方法

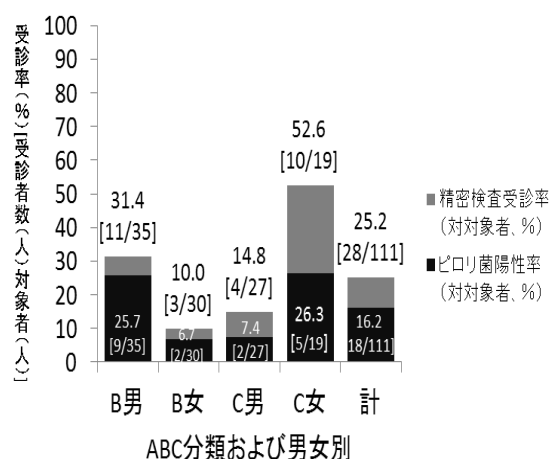


図6 精密検査受診率とピロリ菌陽性率
(2014年8月)

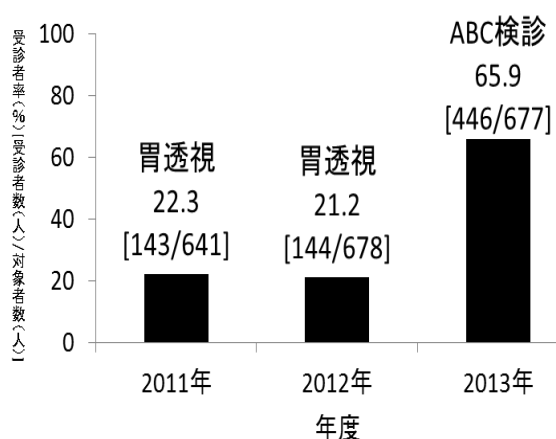


図4 胃透視およびABC 検診の受診率

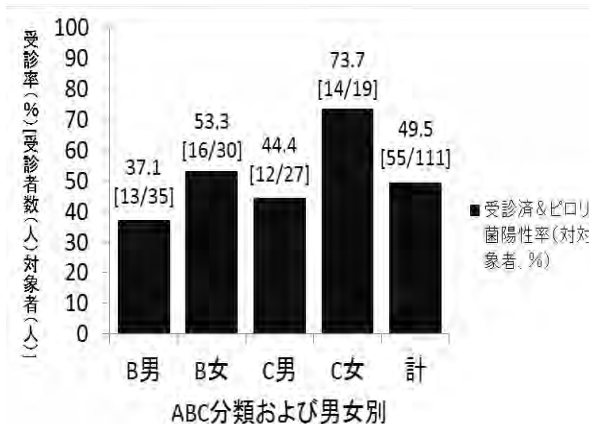


図7 精密検査受診済およびピロリ菌
陽性率(2015年5月)

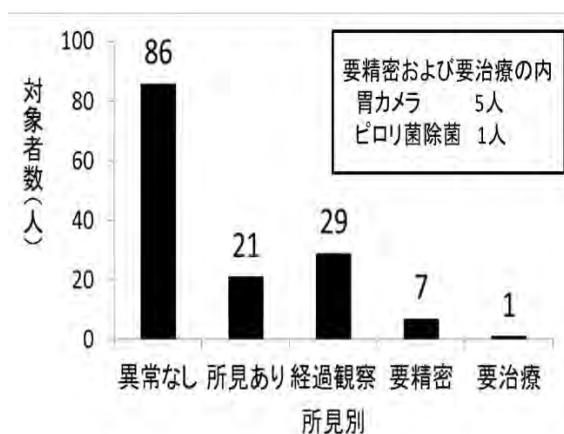


図8 2012年度の胃透視の結果

表1 2013年度および2014年度における
ABC 検診受診者の HPIgG (ピロリ菌)
抗体価

2013年度

群別	ピロリ菌抗体価 (U/mL)			合計 (人)	群別割合 (%) 対合計	陰性高値率 (%) 対A群
	3未満 (人)	3.0-9.9 (人)	10 以上 (人)			
A	327	18	0	345	74.7	5.2
B	0	0	68	68	14.7	—
C	2	0	47	49	10.6	—
合計 (人)	329	18	115	462	—	—
抗体価別 割合 (%)	71.2	3.9	24.9	100	—	—
対合計						

2014年度

群別	ピロリ菌抗体価 (U/mL)			合計 (人)	群別割合 (%) 対合計	陰性高値率 (%) 対A群
	3未満 (人)	3.0-9.9 (人)	10 以上 (人)			
A	343	9	0	352	83.8	2.6
B	0	0	43	43	10.2	—
C	2	0	23	25	6.0	—
合計 (人)	345	9	66	420	—	—
抗体価別 割合 (%)	82.1	2.1	15.7	100	—	—
対合計						

表2 2013年度ピロリ菌抗体価陰性高値
18人のうち、2014年もしくは2015年
ピロリ菌陽性と判断された4人のピロリ
菌抗体価の推移

番号	2013年			2014年			2015年			胃カメラ 実施の有 無	除菌の有 無	除菌を目的 としない抗 菌剤内服の 有無
	群別	判定	ピロリ菌 抗体価 (U/mL)	群別	判定	ピロリ菌 抗体価 (U/mL)	群別	判定	ピロリ菌 抗体価 (U/mL)			
1	A	(-)	9	B	(+)	17		未検査		(+)	2014年 除菌	(-)
2	A	(-)	8	A	(-)	8	B	(+)	16	(+)	他検査でピ ロリ菌(-)	(-)
3	A	(-)	7	A	(-)	6	B	(+)	14	(-)	(-)	(-)
4	A	(-)	9	B	(+)	17	B	(+)	12	(-)	(-)	(+)

筆頭執筆者の連絡先

〒807-8555

北九州市八幡西区医生ヶ丘 1-1

電話番号：093-691-7160

FAX 番号：093-692-0259

電子メールアドレス：

hachiya@med.uoeh-u.ac.jp

セミナーⅠ

マインドフルに聴く

～共感的コミュニケーションで築く信頼関係～

演者 宮崎大学医学部社会医学講座教授 横山彰三

座長 宮崎大学安全衛生保健センター教授 武田龍一郎

座長：セミナーⅠでは宮崎大学の医学部社会医学講座の横山彰三先生をお招きして「マインドフルに聴く～共感的コミュニケーションで築く信頼関係～」ということで、メンタル対応ももちろんですが、おそらく異文化の留学生の方を相手にする際に、まずコミュニケーションに入る時のマインドといえますか、そういったところで皆さんの参考になるお話が伺えると確信しております。それでは、横山先生のご紹介をさせていただきますと思います。横山先生は宮崎の御出身であられまして、熊本大学の大学院を修了され、専門は言語学ということでございまして、現在、宮崎大学医学部の方では医学英語によるコミュニケーションとか、あるいは医療におけるコミュニケーション学といったものの教育から研究に携わっておられます。御所属の学会等では大学英語教育学会、日本医学英語教育学会、日本オリエント学会等々に御参加されておられますし、また、NPOの活動もなさってて、おそらく後程ご紹介があると思いますが、言語学にとどまらず、臨床心理学に近い部分であったり、そういった所にもアクティブに活動されている先生です。県内の小中学高校あるいは官公庁でもご指導的な立場でいらっしゃいます。それでは横山先生宜しくをお願いします。

演者：武田先生、御紹介ありがとうございます。みなさん、こんにちは。御紹介頂きました横山です。宮崎大学の医学部に所属しておりますが、医者ではありません。専門は言語学です。元々の専門はイランとかアフ

ガニスタンとか、中近東の言語をやっておりました。そんな中で大学に職を得て、言語を中心として教えていますが、色んな御縁がありまして、今は先ほど紹介ありましたNPOでは、がん患者さん向けの心理療法にも関わっています。そこで患者さんにカウンセリングを提供したりしています。

＜医療分野の異文化コミュニケーション＞

ここで講演するのは初めてです。先ほど講師控室に入りましたら、建物の隣が公園になっていました。ちょっとした雑木林があるんです。広くて箱庭的な。外は暑いみたいです。34度くらいです。でも、見ていただけでとても気持ちの良い所でした。そういう時って体に変化が起きるんです。呼吸が変わり深くなります。

さて、皆さんが業務のなかで日常に行われていらっしゃることは、精神・心理相談、カウンセリングという学生のメンタルケア、あるいは留学生の対応では異文化との関わり。この異文化に関して、実はアメリカ、イギリスの医学部の教育の中でカルチュラルコンピテンシー、日本語で異文化能力と訳しますが、その教育をやりなさいと、AAMC（アメリカ医科大学連盟）という米国医学教育のトップ組織が異文化対応能力教育をきちんとしなさいというふうに打ち出しました。ご存知の通りアメリカっていうのはアジア系、ムスリム、ヒスパニック、ネイティブアメリカンもいる、いろんな人種や民族が生活しています。その中で医者が医療を提供する時に「エビデンスに基づいて、切

って手術した方がいいからしなさい」というだけでは聞いてくれない場合があります。例えば六歳ぐらいの子で、心臓手術をしなければいけない時に「今は大丈夫だけど大人になったら大変だから、小さい頃にやっておいたほうがいいですよ」と提案したとする。ところがその子供さんの家族がアジアからの移民で、信心深い仏教徒だったらおばあちゃんなどは反対するんです。何故かという体には傷をつけるという事はいわゆる魂に傷が入る事だと。輪廻転生を信じているものとしてはダメなんですね。文化を知らずに医療を提供するということは大変難しい。同様に皆さんが、色んな現場の対応で感じる大変さというのは英語だけに限らないと思います。ことば以上に文化が絡んだ困難な事がたくさんあると思います。そういうことも含めて話をします。

<マインドフルネスと共感的コミュニケーションの親和性>

演題の「マインドフルに聴く」と「共感的コミュニケーション」というこの言葉、NVCともいいます。ノンバイオレント・コミュニケーション、非暴力的コミュニケーションと訳されますが、これから日本でどんどん広まっていくと思います。大学でも小学校でも、だんだん取り入れる。マインドフルって最近良く聞きますよね。マインドフルネス花盛りみたいでマインドフルネスコーチングとか、なんでもかんでも付け加えていますが、もともとマインドフルというのは漢字で書くと「念」という字にあたるそうです。念っていうと「おおっ」て思いますけども、よく見ると“今の心”と書くんですね。つまり今ここに、今この瞬間に気付いているというそのことです。先ほどの異文化の話もそうですが、特に異文化、ムスリムの人の話を聞いたりする、あるいは全然知らないアフリカの人の話をしたり聞いたりする時に、知らないこと日本的に考えると「そりゃないでしょう」みたいなことがたくさん出てきますね。そういう時に我々はすぐに“判断”、ジャッジをします。「これはおかしい」とか「こうあるべき」。でもそれをやら

ずに思考を空っぽにして聴く、そういうことを今日は共感的コミュニケーションで紹介します。まず、マインドフルネスをざっと説明しますと、ジョン・カバッド・ジンというアメリカのマサチューセッツ大学教授が宗教色を取り去った気づきの瞑想を提唱されています。アメリカのメジャーな医学部では、宗教色を取り去ったマインドフルネスセンター、そこで瞑想をするというものを始めています。グーグルやマイクロソフトでも取り入れています。おそらく五年後くらい、日本の医学部で流行っていると思いますね。私が一人で思っているんですけど、宮崎大学医学部は来年から入れようと思っています。

(スライド) さて“今この瞬間に帰る”とか“気づく”といってもどうすればいいのって思われるかもしれません。実はこれはとてもシンプルです。呼吸に戻る。今まで蔑ろにしてきた呼吸に戻るということです。ちょっとやってみましょうか。人間っていうのは話を聞きながら、だいたいその三倍の速さで自分と会話をしているらしいのです。過去の記憶に立ちもどったりしながら。(数秒時間を空ける) 今ちょっと間を空けたけどその瞬間は約六倍の速さで過去の記憶にアクセスしていると言われます。要は人の話を聞くのはとても難しいってことです。本当に聴くっていうのはとっても難しい。これは、是非今日お持ち帰りください。人の話を聞くのは非常に難しいということ、呼吸に戻るってことです。これは絶対お持ち帰りください。じゃあそのままでいいですので深い呼吸をやってみましょう。呼吸をする時、自分にむかって吸う時に「吸ってー」、吐く時に「吐いてー」と心で唱えながらちょっと一分ぐらい。この状態がマインドフルな状態とされています。つまり今この瞬間に自分の呼吸と共にある。そして共感的コミュニケーションではこの状態で、批判や分析を一切手放すという聞き方です。これも今日お持ち帰り下さい。

<ロゴス・パトス・エトス>

(スライド) それではこの少年。今日は暑いので雪の風景をお届けします。スノーボードで転んだのでしょうか、この少年は何と言っていますか、あるいはどんな気持ちでいるか想像してみましょう。お隣の方とどうぞシェアしてみてください。ちょっとどなたか聞いてみましょう。会場：「雪投げするって難しいな」。ありがとうございます。少年はどんな気持ちですか？会場：「残念」。残念、残念そうにしている。あなたはどうか？会場：「楽しい」。はい、ありがとう。楽しいって感情を持っているだろうなと思う人ちょっと手を挙げてください。はい、ころんで残念かもしれないけど楽しいなという満面の笑顔ですよね。しかも楽しいと言っていないのにわかりますよね。人間がコミュニケーションする際に、例えば「あいしてるよ」と言うでしょ。コミュニケーションの中でその言葉そのものをどれくらい聞いているか、皆さんちょっと考えてください。夫婦の会話、子どもとの会話、同僚との会話の中で自分は“言葉そのもの”をどれくらい聞いているか。何割ぐらい聞くか。半分以上聞いているという人手を挙げてください。半分以下は？じゃあ四割ぐらいという人。三割ぐらい。二割。一割。えー！ちゃんと聞いてくださいね、今日の話は(笑)。ある研究によれば、実は一割ぐらいだそうです。じゃあ後の九割は何しているかというと、六割は表情などからの視覚情報、あとの三割が声のトーンにフォーカスしている。そして聞きながら過去の自分の記憶にアクセスして、「あ、今日この先生メイクがきついな」とか「先生のネクタイ派手な柄だな」とか「柄といえば・・・」と次々他のことを考えてしまう。コミュニケーションのポイントっていうのは言葉自体も大切ですが、それ以外の部分がとても大きなウェイトを占めます。有り様とか感情も。アリストテレスが彼のニコマコス倫理学だったかな、その中で言葉の重要な要素を三つあげています。一つはロゴスです。ロゴスというのはロジック、言葉。二つ目はパトス。パトスというのはパッションですね、感情。「この人にこれ絶対伝えたい。あなたのためにこれを伝えたい」。

これ感情ですよ。三つ目、エトス。これはエシックス、倫理とかあるいは徳ともいえます。「この人が言うんだったらきっとそうだろうね。仕方ないよね」ということです。ですから言葉というのは言葉だけでは伝わらないということ、これは覚えておいてください。

<共感的コミュニケーションとは>

皆さん、今日は女性の方多いですね、お母さんの方もいらっしゃると思います。(スライド) さていきなりですが「ねえお母さん、自殺したいって思ったことある？自殺について考えたことある？」。もし、皆さんのお嬢さん、息子さんがこんな風に皆さんに問いかけたとします。皆さんだったら何と答えますか？あるいはどうやって繋がりますか。実はNVCではこういう問いかけの奥には、命の泉から湧き出る美しいものがそこにあると考えます。否定的には捕らえない。それはいったい何なのか。これは今日の最後にやりましょう。(スライド) では次のワークやってみましょう。皆さんの業務のなかでこれは最悪だと思える経験、そんなこと過去にひとつやふたつじゃないと思います。今思い出しても腹が立つことを簡単にちょっと振り返ってみてください。配付資料にありますね。どんなことがありましたか。原因は何だと思いますか。そのコミュニケーションの責任は誰ですか。コミュニケーションに関しての質問です。「ちゃんとやったじゃない！」とかね。どなたか勇気を出してシェアしてもらえるとすごく助かります。

(中略) 色んなことが過去にあったと思いますが、そのコミュニケーションでミスが起きたとか、その責任がどちらにあるとか、往々にして私たちは相手のせいだと考えます。あるいは自分が悪かったと。色んなパーソナリティータイプがありますから、自分を責める人もいれば、相手を責める人もいます。ですが、コミュニケーションというのは基本キャッチボールです。どんなコミュニケーションでもそうですから、片方だけ悪かったということはありえない。コミュニケーションの責任は両方にあるとい

うことも覚えておいてください。

＜思いやる気持ちを妨げるコミュニケーション＞

NVCはマーシャル・ローゼンバーグという人が始めました。残念ながら彼は二年ぐらい前に亡くなりました。ローゼンバーグはいろんなことを研究したみたいです。その中にはマザーテレサとか、ガンジーとかそういった人たちのコミュニケーションパターンを全部分析しています。ノンヴァイオレントのヴァイオレント（暴力）について、ローゼンバーグはこう言っています。

「私たちはいわゆるフィジカル、物理的な暴力はだめだと知っているしやらないようにしている」。まあやることもありますけどね。「でも実はその暴力に我々は加担している」と言っています。それは“決めつけ”と“命令”だと。これは暴力の一種だと。「あなたって大したことないのね」「今これやんなさいよ」とか。なぜそれが暴力になるかというと、我々はみんな本質的に自由だからです。自由意思を持っているからです。それに対して決めつけ、あるいは命令するということは、奴隷であるということですね。奴隷になりなさい、これはもう暴力、ローゼンバーグはそう語っています。彼によれば、私たちは頭で判断、批判、分析、取引などをすぐやってしまいます。私もすぐやります。皆さんは学生支援業務の中で学生話を聞きますね。私のところにも相談に来ますが、気がつくとき聞きながらアドバイスを考えています。アドバイスって基本は上から目線です。夫婦ネタになりますが、夜子どもが寝静まってゆっくりしたいな一っと思っている時に、奥さんが「ちょっといいかなあ」と話にきたりします。なぜか本能的に「あ、ヤバ」とか思っちゃうんですが、何だろうと思っていると、「今日こういうことがあってさー、私ももう本当どうしたらいいんだろう」とか色々言います。そこで男性は聞きながら頭の中のグーグル検索フル回転で考える。「それはこういう理由だから、かくかくしかじか、だからこうすればいい」と完璧なアドバイスを伝え奥さんから感謝のことばを待つ

のですが、相手はあんまり嬉しそうじゃない。それどころか「いや、でも、だって、、、」と否定しにかかる。夫は「え、だってどうしたらいいかなって言ったじゃんか!」。男はつついこうやっちゃう。でもそれは奥さんが求めているものじゃないんです。言葉の上では「どうしたらいいかな」と言うけれどアドバイスを求めているわけではない。ひょっとしたら理解のニーズかもしれないし、あるいは自分の考えが混乱しているので明確さが必要なのかもしれない。単に聴いてほしいだけかもしれない。そんな風にして私たちは他人話を聞いていません。聞くのが下手です。

もう少し具体例を挙げます。共感的ではないコミュニケーションとは何かというと、たとえば「今日さ、財布落としてさ」「え、どうしたの?いくら入っていたの、2000円?大丈夫よ、それぐらい。私、お昼おごってあげるから。私もそういうこと前あったけど、すぐ忘れるわよ」。こんなふうに相手の発言の機会を奪ったりすることもそうです。それから、決めつけ、命令、批判、評価、判断。特に命令、決めつけ、これは人間が一番嫌なことです。子どもも大人も大嫌いです。また、思いやる気持ちを妨げるコミュニケーションとしては道徳を持ち出すこともあげられます。もうこれやられるとうんざりしますね。道徳が悪いといっているのはありません。あるいは比較をする。「花子さん、ちゃんとしているじゃないの、あなたも頑張りなさい」とか。NVCが大切にしていること、それはお互いが大切にしていることを尊重しあうことです。心を空っぽにして聞き、繋がりを作り出すこと。NVCと共感的コミュニケーションは同じ意味です。

(スライド) キリンとジャッカルというのはNVCの象徴で、キリンは共感的なマインドでジャッカルは私たちがつつい感情の波に飲み込まれて従来やっている習慣のパターンということです。人に罰を与える、自分のやり方を通すことなどつついやりがちですね。いっぽう相手に対して心を開いて話を聞くのがキリンです。このNVC

のスキルをこれから紹介しますが、非常に簡単です。プロセスはとても簡単です。私は二年前に九日間の合宿に参加しました。国際合宿でいろんな国から参加していました。その経験から“NVCを生きる”と人生がとても生き生きとしてくると感じています。その一方でちょっと面倒なところもあります。なぜかというと言葉を尽くすんですね。このNVCのベースは西洋とくにアメリカですから、言葉（ロゴス）をとっても大事にする。人間が本当に分かり合うためには、ここまで言葉を尽くす必要があるのかって何度もため息が出ました。同時に、だからこそ本当にお互いが分かり合えるということもつくづくわかりました。面倒なのでやらないっていう手もあるんです。ただどちらがいいのか。自分と他者と繋がって人生をいきいきと生きるためには。

＜私たちが“話す”目的＞

コミュニケーションの目的とは一体何でしょうか？話す目的って何でしょう。知るため？何かを知るため。伝えるため？伝えるというのは手段です。話す目的ではありません。話す目的とは自分にとって価値ある何かを手に入れること、それが目的です。これ意外と気づかないです。どんな会話でもそれには目的がある。バーや居酒屋ではホッとする時間が欲しいのかもしれないしね。例えば靴屋に行って靴を買うとき、店員と色やサイズの会話を交わしますよね。そこでは自分に似合った素敵な靴を手に入れたいという目的をもって話しています。これをニーズと呼びます。あるいは大切な価値感とか本音でもいいです。みなさんは留学生あるいは日本人の学生と話しますが、彼らには何かのニーズがありますし、同時にみなさんにもニーズがあります。他にもたとえば愚痴や自慢話はどうでしょうか。聞いていてイライラする、自分も「あーまたやっちゃった」と後悔する。嫌だけど愚痴や自慢話をする時がありますね。何で言っちゃうかという、理解してほしい。これ一番多いのですが承認欲求と言いますね。それを得たいために愚痴や自慢話をしてしまうこ

とが多い。でも本当の自分の気持ちに気づいていれば言う必要はないかもしれません。愚痴じゃない方法があるんですよ、自分のニーズに気づくだけ。そして愚痴の奥にあるつらさに対しては、うんうんと話を聞くだけで、肩や背中に手を置いてあげたりするだけで相手のニーズは満たされるかもしれません。逆に、思いやりを持って相手を理解しようとしたのに、気が付くとやっぱり腹が立っている事ないですか。これ自分の中でこういう事が起こっているかもしれません。つまり、受け入れているふり、物わかつのいい人を装うってやつです。日本人これ多いですね。自分の怒りの背後にある大切な声を押し殺している。それは例えば、何か職場でちょっと嫌なことあって「まいっか」と大人の対応で一応そこは収めて仕事を終え帰宅した。そうしたら子どもが散らかし放題。それを見た瞬間、爆発ですよ。

「何だこれは、こんな豚小屋みたいに散らかして！」って言いたくもない言葉が出てしまう。これはなぜか？「まいっか」と自分のニーズにそこで蓋をしてしまったからなんです。そして「その声を無視し続けると人格が歪められ、知らない間に誰か他人をこっさり蔑むことを正当化し始める」。これローゼンバーグの言葉です。つまり人間というのはニーズが満たされなければ「はいそうですか」とは取り下げない。無意識に他人のニーズを邪魔したりコントロールし始めることで自分のニーズを満たそうとします。そういうわけで抑圧し続けてそれが投影されたりし始めるわけです。まずは自分が一番大事。私は医者でないので話半分に聞いてもらえばいいですけど、自分のニーズが分からなくなると鬱になるのではないかと思います。自分が本当に大切なものがわからない。でも本当に大切なものは探さないとわからないんです。自分ではわかっているつもりが、深くみていくと思ってもみなかったものが出てきます。無意識のニーズが存在していることが行動の源になっている。それを満たそうとして言わなくてもいいことが思わず漏れ出たりしますよね。

＜共感的コミュニケーション：四つのステップ＞

ではみていきましょう。NVCの四つのステップその1は【観察】からものを言います。つまり決めつけをしない。「私から見たらこうです」とか「私が聞くとこではこんな感じなんだけど」などの表現になります。例えば家族でお母さんがちょっと糖尿の気があるかもしれない。「お母さん、お医者さんから控えなさいって言われたのに、いつも甘いもの食べている。いつも」。これを観察から言うと「私からみたらいつも食べているようにみえるんだけど」。ステップ2は【感情】を伝えます。この感情っていうのがポイントです。感情はそこにニーズがあるということを知らせてくれる目覚まし時計です。ステップ3は自分の【ニーズ】を伝える。そして最後のステップ4で【お願い】する。

先ほどの糖尿の気のあるお母さんと娘さんの会話を例に取ります。よくある、「またお母さん甘いもの食べて。いつも食べてる。お医者さんからあれだけダメって言われたのに、死ぬよ？」こんなコミュニケーションは多いですね。もう親子だったらおそろくこういう感じになると思います。これをNVC的に言うと、「お母さん、最近私ちょっと思うんだけど」「感じているんだけど」でもいいです。自然な日本語に変えたほうがいい。ともあれ、「ちょっと甘いものが多いすぎるような気がする。それ見ているとすごく心配になるんだよね。それはお母さんには長生きしてほしいから、お母さんには健康でいてほしいから、たぶんそれが心配なんだよね。だから甘いもの減らしてくれない？」こんな感じです。そうするとお母さんはですね、まあそんなの大概聞きません。「何いってんの、あんた、あたしちゃんと自分で考えて一日これぐらいとかね、あるいは二日に1回とか、そんなふうにして食べているよ！」まあこんな感じになる。そこでカチンときて習慣的パターンに戻ってしまいがちですがそこはぐっと堪えて「そうか、お母さんは自分ではコントロールしている

と思ってるんだね」。ここら辺はオウム返しに入ってきます。NVC、共感的コミュニケーションの目的は、相手を自分の思い通りにさせることではありません。これは絶対に機能しません。NVCは相手と繋がりを作っていくためのコミュニケーションの方法です。なので、そこでどう繋がるか。「あ、お母さんは自分ではちゃんとコントロールしていると思っているのね」、オウム返しです。そうするとお母さんから何かが返ってきます。こんな風にして繋がっていきます。最後にお母さんに対してが「じゃあこうしてくれる？」とお願いをしますが「ノー」が帰ってくることはありえますね。まさに「ノー」と言われてもOKという余地を作っておくことが大切です。「お母さん心配だからもうちょっと甘いもの減らしてね」、「いやいや、私はちゃんと自分で考えているから減らそうとは思わないわ」「あ、そうなんだ。自分できちんとコントロールしていると考えているんだね」。そこで「いやいや、絶対減らした方がいいわよ」とあくまでこのお願いに固執することは命令なんです。こういうこと良くやるんですよ。例えば「このコピーちょっと取ってくれる」「あー、今ちょっと忙しいから無理だ」「え、なんで？暇そうじゃん、やってよ」って。ノーを許容できないお願いは命令です。私たちはお願いの皮を被った命令をしていることが多い。

＜感情がグラッときたらチャンス＞

さて、感情をコントロールするというのはどういうことでしょうか？例えば怒りのコントロール。怒らないとか怒りを感じないようにするという意味ではもちろんありません。怒りの感情は、最初にお話した自分の命の泉から湧いてくる大切なものに気付かせてくれる目覚まし時計です。色んな感情ありますよね、嬉しい、悲しい、楽しい、腹がたつ、イライラする、もやもやする、わくわくする。プラスの感情だけが良いわけではありません。もしいわゆるマイナスの感情、悲しみ、怒り、そういった感情を味わうことなく嬉しい楽しいだけだったら、どんなにこの人生が味気ないものか。もちろ

ん出来れば楽しいことがたくさんあった方が良いでしょうが、悲しみ、イライラ、苦しみ、怒りなどの感情は人生のとても大切なものを教えてくれるアラームです。ですから、今度皆さん何かイライラした時にはまず深い呼吸をしてください。深い呼吸をして自己共感をします。とても大切なことなの、覚えておいてほしいのは、心を空（から）にして相手に共感をする前に必要なこと。それは自己共感です。自分のニーズと深く繋がっている状態です。また余談ですが、相手が怒っているのはあなたが原因なのではありません。怒りの原因（ニーズ）は自分の中にあります。相手が引き金になることはあります。でも原因は自分の中にあります。ちょっと考えてみてください。「あなたお綺麗ですね」っていわれて、怒る人いるのです。びっくりですね。皆さんは言われたらちょっと謙遜しながらでも嬉しそうにしますか？たぶんね。でも怒る人いるんですよ。まあ、ほんとに綺麗なんでしょうけれど、いつも言われているから「ふん、どうせ下心あるんでしょ」と怒る人はいるのです。だから同じこと言われて、怒る人もいれば怒らない人もいる。原因は自分の中にあるんです。

話しの続きに戻ります。これを実践すると怒りの感情がゼロにはならないかもしれませんが約半分になるので覚えておいてください。まず、感情の揺れに正直に気付きます。これって普段押さえつけているから意外と難しいんです。感情の揺れに気づくんですね、イラッ！です。そして深い呼吸を一回します。その時には深い呼吸を「ふう～」として体の変化に気付きます。そこでとらえた体の変化は例えば何か胸が苦しいなとか、肩がぎゅっとなっているなとか、あるいは何か腕に力が入っているな、かもしれません。お釈迦様は「心が何かつかんだときには必ず体のどこかに変化が現れる」と仰っているそうですが「あっ、自分はこうなっている」と気づく。そうするとその段階で、それを眺めている別の自分が出来上がるんですね。私は怒っているぞ、ではなく怒ってい

る私を見ている私が出来るんです。メタ認知とも言います。次に、感じている感情にラベル付けをします。怒りなら怒り、イライラならイライラと名前をつける。人間一番困るのは得体のしれないものなんです。だから怒りとかイライラを認める、それを認められないと苦しみが生れますね。大脳辺縁系でうろうろしているその感情に名前をつけることで新皮質（理性）の処理が始まります。「私怒っているんだ」と認識してください。日本人は出来ない人が多いです。怒っちゃいけないって言われているから、小学校の時からずーっと。あの教育はやめたほうがいいですね。「相手も苦しかったんだから」とか、そんなの知ったこっちゃないよね。怒っているんだから。そして怒りに罪悪感をもつ人は以外に多いですね。私もそうでした。大人げないからとか。大人だろうが子どもだろうが怒りを感じます。それでも自分が怒っていることを認めるのが苦しい人は「私は怒りを感じる自由がある」と自分に言ってください。私には怒りを感じる自由がある。だって私たちは自由ですから。すべての感情は美しいものです。否定的な感情はダメ、プラスの感情ばかり持たなければいけない、これは非常に不自然で自然の摂理に反しています。そしてこの時のポイントは相手を責めないこと。自分が怒っている、ただそれだけ。

＜いちばん大切な自己共感＞

そして感情を味わい尽くした後に、自己共感をします。じゃ、私が大切にしている何が損なわれていてこんなに怒っているの、と。では具体例を見ましょう。昨日、我が家の小学校3年生の次女、この共感の話で必ず登場する自由人。我が家の天使の一人なんです。時として全く言うことを聞きません。夏休みの宿題、なんと半分以上残っていました。イライラします。なぜでしょうね、私の宿題じゃないのに何でイライラするんでしょう。でもイライラしちゃう。はい、深い呼吸、深い呼吸、イライラ、何かこうもぞもぞする感じをしっかりとキャッチします。感情をとらえて名前をつける。そして自己共

感。何が損なわれているの、自分に聞くんです。娘本人の問題なのに。そこでよく繋がって気づいたのは、自分に害が及ぶからなんです。私の時間が取られるからなんです。付き合っただけ宿題やらせなきゃいけないんですね。そこに正直に繋がる。あ、そうか、自分の大切にしていること、例えば今日の講演の準備とか、まあだいたい終わっているけれども、もう一回見直したいなと思っていました。それは、明日の講演を成果のあるものにしたいという思いです。それがわかった瞬間「ふーっ」と少し身体から力が抜ける感じです。そこに繋がらないで単に「娘がやってない、このグータラな奴め」とか原因を相手に求めるともうダメなんです。外に向かわず自分の深いところに戻っていく。自分の心の中に深く潜っていきます。仏教では怒りに対しては、否定せずに抱きしめなさいと言います。お釈迦様は、人間が怒っている状態というのは母親を求めて大泣きしている赤子のような状態だと仰っているそうです。そして怒りのために水をやらない、エネルギーを注がないことの大切さを仏教では教えています。NVCはこの仏教の考えにとっても近いなと思います。

<話はそもそも伝わらないもの？>

そもそも話しですべてが伝わるものなのかということですね。基本的には話は伝わらないという前提で考えた方が良いでしょう。ある人が体験を話すとその段階で表現者、つまり客観的記述から遠ざかることになります。例えば昨日一冊の本を読みました。その本について全部しゃべったらこれ大変ですよ。だから話したいことを選びます。心に残ったあの場面、そしてこの場面。それを組み立てます。言葉を探します、どういう表現にしようか。身体表現にも変換します。「これ面白かったのよ！」と少し大げさかもしれません。そしてそれが相手に渡って行く段階では、聞く側のモードが「あ、この人の話聞きたいな」それとも「早く終わらせてくれないかな」はたまた「こうゆう奴の言うこと聞けるか」などによって思いっきり入力も変わってきます。さらに聞き手も自分の

体験に基づいて話を解釈します。例えば、お茶という一言を聞いても、皆さんの中に出てくるお茶のイメージは千差万別ですよ。それぞれにお茶の話、ストーリーがあるわけですよ。それを考えると驚きですよ。つくづく人間ってすごいことやっているなと思います。こんな自分の解釈だけで社会生活がなんとか成り立っているなんて。でも基本はなかなか通じないということを前提にして、丁寧に相手に繋がっていくことが大切です。共感的に表現するとはつまり「そう言われると〇〇〇な気持ちになるんだよね。それは、私〇〇〇を大事にしているから」と、相手に向かうのではなく原因はここにある、と表現すること。

<生きることを味わう>

さて、人生の目的って何でしょうか。(スライド) この方はアメリカ人でチベット仏教の僧侶、ダライラマ十四世の主治医でもあるバリー・カーズィン先生です。れっきとした正統派の西洋医学を修めた医師でもあります。彼によれば人生の目的は「生きることを味わうこと」。つまり今この瞬間に繋がっているということだと仰っています。バリー先生のお話しの中で印象に残ったのが、*Be selfish and take care of others.* つまり「自分中心でいなさい、そして他者をケアしなさい／他者に思いやりを持ちなさい」ということばです。セルフフィッシュって自分勝手とか自己中心という意味です。日本人は良いところもたくさんあると思いますが、自分中心はダメだっていうのがちょっと強すぎますよね。だから自分がホントにしたいこと言えないことも多いのではないかな。そしてこれも仏教の言葉でNVCに近いと思うのは「苦しみとはエネルギーであり、そこに叡智が含まれている」と。つまりエネルギーがそこにあるわけですね。何とかしたいこの苦しみ、怒り。満たされていないものがそこにある。生き生きとしたものがそこにある。皆さんもちろん、私もそうです。大人も子どももおじいちゃんおばあちゃん、そしてテロリストだってそうです。あのテロリストたちも彼らなりに何らかの

理念—おそらく崇高な理念—を持っているわけですが、これは確かに驚くべきことです。この地上に自らの信念に基づいた楽園を作りたいと彼らなりに考えている。ただ、手段は悲劇的です。私たちはそういう手段ではなくて言葉という手段で思いやりを持って繋がっていきたいんですよね。

<今、この瞬間に繋がる>

ちょっと練習しましょう。(スライド)「何度言ったらわかるんだ、何でいつも服脱ぎ散らかして漫画ばかり読んで、お父さんお前の召使じゃないんだぞ。もう漫画は禁止だ」って。この召使じゃないんだぞ、というのはお父さんが片付けてくれるってことです。典型的な決めつけ、命令ですが私はこのお父さんの気持ちがよくわかります。さてNVCのプロセスでは「服を脱いだままにしてある、これ見たらお父さんはホント嫌になる」と観察から言います。そして「ホントに嫌になる、ホントにイライラする(感情)。なぜならお父さんはゆっくり過ごしたいんだよ、家で。ごろごろとか寝たりして、ゆったりと過ごしたいんだ(ニーズ)。漫画読み終わったら片付けてくれないか(お願い)」と。でも、普通は聞きません子どもは。「え～え！」ってね。とはいえ子どもの場合割とアプローチしやすいんです。ポイントは相手が何を大事にしているかということ。相手が一番大切にしていること、興味を持っていること。子どもが今一番大切にしていること何ですか。そう漫画です。漫画が面白くてたまらないですね。彼らのニーズはおそらく「楽しみ」のニーズです。あるいはゆったりおバカになるニーズ、そんな感じですよ。そこにアプローチしますが、なかなかそれが難しいんですよね。自分のニーズが分かってないといけない。私のニーズは「ホントにゆったりしたい。ごろんとしたい。疲れて帰ってきているからね」。そこがわかっているれば感情がちょっとゆったりします。子どもの方も「え～え！」という反応が「あそうなんだ」くらいに変化する。あるいは「今ちょっと無理、漫画面白いから」って繋がる可能性もある。

そうきたら「面白いの、漫画?」「うーん、まあ」「何の漫画」「うーん、〇〇〇」と繋がっていきます。「へー、何が面白いの」「うん、まあいろいろね」。こんな感じです。「いろいろね。ふーん、お父さんもちょっとゆっくりできたら読みたいな」。あるいはちょっとその場から離れます。やっぱりコミュニケーションというのはタイミングがあります。

お母さんが糖尿の例がありましたけれども、相手が「ノー」という時、私は話したくないという時、よくあります。それには「わかった」と一旦離れる勇気が必要です。その際には感情的に「もういいから、あなたなんか顔もみたくないからあっち行って」って言われた時に、こちらも刺激—反応パターンで答えてしまうと繋がりが途切れる。そこでさらに自己共感つまり、自分はそれでもずっと繋がってお互いに理解をし合いたい、と最低限それを伝えます。例えば、「あ、今はそういう感じじゃないんだね、わかった。でも私はあなたと分かりあいたいと思っているよ。だからもし、いいタイミングができたなら、教えてくれると嬉しいな」以上!ですね。そんな繋がりを作ったあとでも相手はまだ怒っているでしょう。でも、繋がりを作りつつ離れる場合とそうでない場合とでは、その後のコミュニケーションの質に確実に変化が訪れます。相手の心に何かの変化が芽生えるはず。最近の脳科学は「共感回路」と名付けられる回路が私たちの脳の視床下部の一部に存在すると推測しているようです。fMRIなどで研究されているようですが、共感する能力が生きる上でも必要不可欠だと科学的に証明されてきつつある。ですから皆さんのところに来られた学生と繋がって何かを共感し「あ、そう思うんだね」というその一言があるだけでも、その後の行動におそらくいい影響を及ぼすんじゃないかなと思います。

<自分の心の深海に深く潜る>

(スライド)では練習してみましょう。家の中でのパートナーとの会話。朝干してって

言っというのに、帰ってみたら洗濯物はそのまま。「出かける時、洗濯物干しといてってちゃんとやったよね、何で干してないの？信じらんない、最悪」。隣の人とワークやってみてください。まずは観察からでしたね。「私から見て」なんていちいち日本語で言わないから、「あれ、洗濯物そのままだね」こんな感じでしょうか。次に感情です。観察、感情、ニーズ、リクエストですがこの場合リクエストはなくてもいいです。ニーズは、こうして欲しかったなあです。本音、大切にしていること、価値観、あるいはこうなったら嬉しいなと思っていることです。独身の方はパートナーがいる感じでどうぞ。会場：「洗濯物を干してないみたいなんだけど、干しといてもらいたかったんだけどなあ」。いいですね。決して責めてないですね。普通こういうときって責めるんですよ。あと例えば「洗濯物干しといてって言ったと思うんだけど干してないみたい。ちょっとビックリしちゃうよ」とかね。たぶん帰宅してビックリするんです。僕なんか弱いからイライラするとか言いにくいですが、奥さんには。「あれ、まだここにある、ちょっとビックリしちゃった。何かあったの、何か急用できた？」とかそんな感じかもしれませんね。「干していてくれると嬉しかったんだけど、もう一回やんないと臭くなっちゃったりするんだよね。夏だからさ」とか。起こってしまったことはしょうがないので、基本は相手を責めることなく自分の中をみて欲しいのです。「清潔なものを着たい」それでおしまい。責めモードに入ると次から次へと尾ひれがついて「この前もそうだったでしょ」とか、過去に遡ります。今、ここです。マインドフルっていうのはそういう意味です。今この瞬間に自分の中で起こっていることに対して自分がどういう感情を抱いて、それは～が大切だから。過去にも未来にも行かない。

これは相手のメッセージを受け取る場合も同じです。例えば、今日先生に叱られちゃったと子どもが帰ってきました。「あーあ、今日先生に叱られた」。そこで親は「何、何や

ったの？ちゃんと謝ったの？」。このようにすぐ手段に走りがちです。大切なポイントは、すぐ手段に走らないことです。特に「お願い」をする際も相手の気持ちに深く繋がると、相手も自分自身に繋がりますからお願いをと聞いてくれる確率は高まります。でも繰り返しますがそれは目的ではない。目的は繋がりを作り出すことです。さてそこで、がっかりしている子どもに対して「あ、先生に叱られちゃったんだ」の後は必ず感情にアプローチしてください。「がっかりしているの？」「うん」「それは先生から認められなかったから？」相手が自分の心の中を覗き込むように聞いてください。「別にそうじゃない。てかさ、僕しゃべっていたのに先生聞いてくれないんだよ、しゃべっているのに“うるさい”みたいな言いかたでさ。命令するような感じで」「あーそうなんだ。じゃあ先生はあなたが言いたいことを言い終わる前に、勝手にしゃべっちゃったんだ。あなたは自分の言いたいことを全部言い切れなかった、だから悔しいの？」「うーん、それもある」こんな感じで繋がるかもしれません。その先生が良い悪いの話ではなく、自分の中に何があるのか探す手伝いをします。その子は自分の思いを相手にきちんと伝えることをとても大切にしているのかもしれませんが。子どもは表現の選択肢も少ないし混乱していることも多い。それはまるで、ことばの森を子どもと手をつないで一緒に大切な宝物を探す、そんな感じでしょうか。

他には例えば、今日は何かのお祝いで、夜は大好きなすき焼きにしよう。お父さんも「ケーキを買って早く帰ってくるよ」って言ったのに、七時になっても帰ってこない。子どもは「お腹すいたよ」と言っている。八時半になってやっと玄関ががらっと開きました。お母さん「何時だと思っているの！電話くらいしてよ！」こんな感じになるでしょうか。これもニーズに翻訳すると「何かあったのかな？」とか「こんなに遅いからすごく心配したんだよ」とか“安心”がほしいんですよね。「電話できるんだったらしてくれると安心できたのよ。私は、安心したかったの」。

もうそこだけなんです。ローゼンバーグは「私たちは話をするとき基本的には“ありがとう”と“お願い”しか言っていない」と語っています。時として私たちは相手への批判や攻撃を口にしますが、それらとて「満たされないニーズの悲劇的な表現である」とも。

<相手が大切にしていることに興味を持つ>

(スライド) はい、じゃあ次練習していきましょう。デートの時に十分遅れた。こういった時イラッときたらすぐに深い呼吸をして、私が大切にしているもの何だ、いま怒っているのは何が損なわれたから、と自分の中に聞くんです。主だったニーズはプリントの最後にありますから確認してください。実に多様なニーズがあります。健康のニーズもあれば食欲なんかもニーズです。これらは普遍的なものですが、何を大切にしているかっていうのは人によって大きく異なります。例えば親子の会話なんかで、小さい子が「ねーお父さん、お母さん、聞いて」とか大人にはどうでもいいことしゃべってくる。でも、こっちは忙しい。あるいは、子どもが「これってこうなんだよー」とか知ったかぶりしてくるけれど、ちょっと違ったりしますね。そこで親は訂正します。「いや、それは違う、正しくはこうだよ」って。でも子どもは「いや違うよ」ってムキになって言い返します。明らかにここにはニーズの違いが存在しています。おそらくそういった時の子どものニーズって“繋がり”なんです。親との繋がり、何気ない繋がり。それを確認したいために、話したりじゃれたりしてくるみたいですね。でも親にはおそらく“正確さ”のニーズがある。正確なことを子どもに伝えたいニーズがあるのです。ですから共感的な振る舞いとは、この人は何を大切にしているんだろうという興味を持つことです。ハーバード大学のビジネススクールって世界で一番、超エリートのとこなんです。そこで、コミュニケーションスキルで何を教えているか？あるいはFBIとかで人質交渉とかあるでしょ。人質犯に「(ファーストネームで) トムと呼んでいい

かい」とか映画でやってるの。ああいう切った張ったの世界で何を教えているかという、共感の仕方です。つまり全部質問なんです。「あ、そうか君はこういう風に感じているのかな」とか「こういう大変なことがあってこんな思いしているのかな」って、ずーっと相手に興味を持って聞くんです。ハーバードのビジネスなんて相手の言葉尻を捉えて論理的に追い詰めていくような、そういったことを教えているのかと思ったら全然違うんです。とにかく聞くんですね、それも「ひょっとしてこう思っているの」とか「こう感じているの」とか積極的に聞いていきます。こんなことやっているんですね、とにかく徹底的に共感する。

<ほめることの危うさ>

褒めることの危うさってありますけど、過去に褒められて違和感があったことある人いませんか。例えば、歌が上手な人が「歌、上手ですね」とミニコンサートなんかで言われて何となく違和感があるとかそういう人いませんか。僕は何回かありますね。褒めるというのは基本的には評価です。褒めること自体はもちろん悪いことではないんですが、



場合によって例えば小さいお子さんとかは、その子を条件付きで認めるということになる。(スライド) この絵、クリムトが描いた絵、というのは冗談でうちの次女が描いた絵です。この絵を褒める時「あら、上手だね」でダメというわけではないのですが、NVC的にはこの絵を見て自分の何が満たされるのかを伝える手法を取ります。例えば「あ、この右側の花、なんかこう花び

らの色がこっちと微妙に変わっているよね。中の水色、こんな色の花びらがあったの？」「いやいや咲いてないよ」「へえ、ひょっとしてこんな風にマーちゃんには色の変化が映ったのかな？」「うーん、ていうか、こういう風に色々あるの楽しいかなって」「あーそういうことか。お父さんここ、なんかおもしろくて好きなんだよね。それと柔らかな感じがホッとする」など具体的に満たされたニーズを伝えます。

具体的でちょっと思い出したので“お願い”について。例えばよく耳にする「ちゃんとして」という表現ですが、彼女が交際相手の彼に向かっては「ぷー太郎やってないでちゃんと定職につけ」という意味かもしれないし「結婚するのকাশないのかはっきりして」という意味かもしれないし「人前で恥ずかしがらないでもっとはっきりしゃべって」とかそういうことかもしれない。ですからお願い（リクエスト）は具体的に。

＜絶望の奥にある人生で最も美しいもの＞
さて最初の例に戻ります。この娘さんの問いかけ「ねえお母さん、自殺したいと思ったことある？自殺について考えたことある？」という、この問いかけの奥にある美しいもの、あるいは人生の中でこの娘さんが本当に大切にしているものって何でしょうか。おそらくこういう問いかけをするというのは、深い信頼関係ができていますよね。私だったらまず「ありがとう、何か大切なこと聞いてくれているみたいだね」「ありがとう、聞いてくれて嬉しいよ」と感謝を伝えます。それから「ひょっとして今、何をどうやっていいかわかんない、道に迷ってしまっている、そんな気持ちでいるの」と繋がるかもしれません。心配のあまりすぐ事実関係を確認しようとしがちですが、まずは感情にアプローチしていきます。「何か大きな壁が立ちはだかっているような感じがするのかな、何が起って何があったのかわからなくて混乱している？」と相手が自分の中を見るような質問。そうすることによって、彼女は自分が大切にしていることに入ってい

くことができます。事実関係の確認に向かうとニーズとは別のところにいってしまいます。知識や思考によって失われてしまう大切なことが人生には沢山あるんですね。

＜「感じる」という能力＞

我々は始終考えています。皆さん今話を聞いてくださっていますが、その間もあれこれ考えています。考えて悩み悩んで、考え疲れて。“決めつけ”もそうですね。雨ってこんなもの、妻、夫とはこんなもの、社会、人生ってこんなものっていう思考が先にたって、それが自分の本当の気持ちを邪魔したり見えなくしたりすることがありますよね。うちの長女が何歳だったかな、二歳の頃かな。にわか雨が降り出して普通傘さしますよね。だけど走り出て行って雨の中を嬉しそうに踊る？跳ねているんですね。「うわーっ！」とか言いながら。それ見てこっちの気持ちもうわーってなりました。命が躍動しているってね。雨って濡れるし嫌なものって我々は先入観ができあがっている。でも子どもはそんな風に思わないで、突然降り出した雨をこの瞬間、カラダ全体で感じています。我々の会話も同じです。まったく同じです。先入観なしで聞くというのは、相手とダンスをするのに例えられます。あるいは合気道。合気道は相手の力を利用して攻撃を押さえる、あるいは居着かない、つまり状況に応じて自分の位置を流れるように変化させます。今日お伝えしたところは、まさにその場で自動化された思考に飲み込まれないようにする手段のひとつです。

エピソードをもう一つ。次女は好き嫌いははっきり表現します。ある時、まだ幼稚園生の時でしたが、ちょっと風邪を引きまして、嘔吐下痢で二、三日絶食状態でした。快復しゆっくり復食になり、夕食はほんの少しのおかゆと味噌汁、具の豆腐も一切れくらい。ところがなんと、その日他の家族三人は餃子だったんですね。次女も大好きですが我慢して食べませんでした。そしておかゆと味噌汁を食べ終わった次女が「デザートは？」ときたんです。「デザート？ダメだよ、

三日間も食べていないで急にデザートなんて。食べたからお腹を壊してまた戻るだろ」と私。その直後、爆発してね、うわーっと、泣きながら椅子は蹴るはぶつかるはで手がつけられない状態です。いつもの私だったら「いいかげんにしろ！」とか言って向こうの部屋に行くんですが、ここはひとつ試してみようと思って、初めてNVCを使ってみました。まず、感情にアプローチします。「悲しい？泣きたいよね、悲しいよね、辛いよね、腹立つよね、腹立っているかな。悲しい、泣きたいよね、うんうん」こんな感じで5分くらいずっと続けていました。そうすると、結構落ち着いてきたんです。

＜感情を味わい尽くしてニーズに繋がる＞
そこで「悲しいよね、悔しいね。それは何、餃子が食べられなかったから？」と尋ねたんです。そうすると「ちがう」って言うんです。「あ、そうか、じゃあデザートだめって言ったから？」と言うと「うん」。「あ、そうか、でもデザートとかはまたお腹悪くなるよね。悪くなったら大変だよ。んーでも食べたいんだ。じゃ、どうしてデザート食べたいの？」って尋ねたらね「ご褒美」って言うんですよ。えっ？ちょっと混乱しました。さらに尋ねて「ご褒美ってじゃあ何のご褒美？」「我慢した」。本人は餃子食べたいけどそれを我慢して頑張ったご褒美だったんです。ここに繋がったとき、なんだかとても美しくて愛おしいものに触れた気がして、私はちょっと涙が出ました。そうなんだ、ご褒美、そういう風に思ってたんだ。ありがとう、教えてくれて。でも今はデザートじゃちょっとまずいのはわかる？って聞いたら、「うん」。そうか、柔いものもいいな。こんなにやく畑ってあるけどどうかなって言いましたら、後ろの方から妻が、そんなもん食べさせたら繊維がいっぱいでだめでしょ！と。そこで妻が、味噌汁のお豆腐はどうって聞くんです。いやいや、お豆腐デザートになんないだろうって思ったんです、私は。ところが当の本人はそれでいいというわけ。「えっ、じゃあ、デザートのお豆腐一個でいい？」「・・・」「二個は？お母さんがあんまり食べ過ぎた

らだめって言ってる。じゃあね、三個にしようか？」そしたら「うん！」。とても小さな三切れのお豆腐を食べまして、あとはもうコロッと大笑いで遊ぶんです。ご褒美といえど何かこう甘いものとか、そういう自分の決めつけに私はとらわれていたんです。え、それでいいんかい？こんな感じでした。ですから相手のニーズってのはとことん聞いて挙げ句に、そうだったんだ、みたいなことも多い。

＜他人に正直ではなく自分に正直に生きる＞
NVCは良い人になるためのツールではありません、むしろちょっとわがままになります。自分とそして相手のニーズに繋がろうとするからでしょう。僕は素晴らしいなと思う。今この瞬間に繋がり、過去にも未来にもいかない。「あーあ、またやってる」そういうモードにも入らない。(スライド)これ、西洋のことわざです。「一日幸せでいたければ床屋に行け。一週間幸せでいたければ車を買え。一ヶ月幸せでいたければ結婚しろ」まあ、一ヶ月も持つかな？続きが有ります。「一年幸せでいたければ家を買え。一生幸せでいたければ、、、」何だと思います？物を買ってもねえ。もうおわかりですよ、そう「自分に正直でいることだ」です。一生幸せでいたければ自分に正直でいることだ。つまり自分が本当は何を一番大切にしているかっていうのをーそれが叶ったかどうかは関係ありませんーそれが何であるかに自分ではっきり気づいていることはとても大事ですね。もし明確に気づいていたら、人間ってそれが実現するようにあとは行動するんです。

座長：ご講演ありがとうございます。あっという間ですか、非常に引き込まれてですね、つい聞き入ってしまいました。非常に日常的にあるエモーションに反応してしまうという場面もいかに、人間らしく豊かにコミュニケーションするにはというお話だった気がいたします。今日のお話に感銘を受けたんですが、どうすれば、そもそも先生がですね、言語学をベースにしながらも、こう

いった我々、まあ言ったらヒューマンサービス、他人を相手にする、他人を支援することを仕事にしている、ヒューマンサービスの職業の人たちの根幹に係わるコミュニケーションの部分、こういったところに先生は強く今思いを持って研鑽を積まれている何かきっかけといたしますか、ご自身のきっかけをお伺い出来ればなと思います。

このNVCまた機会があればお願いしたいと思います。今日は本当に貴重なご講演ありがとうございました。

演者：コアな部分のご質問をありがとうございます。正直に言いますと、私、自分自身がほんとに嫌だったことがあったんです。家族とのコミュニケーションも、妻とのコミュニケーションもそうでした。子供とのコミュニケーションもそうでしたけども、そもそも、こういうコミュニケーションを学び始めたのはがん患者さんのため心理療法の中で、自分の不健全な思い込みや信念を転換するという認知行動療法の一つ、ビリーフワークをやったのがきっかけです。その中で自分の嫌だと思う部分に向き合うことができました。そのプログラム自体は患者さん向けですが、まずはトピック全部自分で取り組みなさいと。そこでですね、色んな体験と気づきがありまして、ああ、結局、人生は自分次第だなと。自分の軸を持ってないと、あるいは自分のことを本当に愛せていないと、大切にしていないと、何にもうまくいかないなと骨の髄まで思い知ったわけです。その中でコミュニケーションのこと、NVCもそうですし、実践心理学のことも自分なりに理解してくると楽になってきたんです。変な話ですが、自分がほんとに嫌（いや）、こんな人生嫌だというのが出発点でしょうか。ペルシャの詩人、ルーミーの詩の中に“善悪の思考を超えたところに野原が広がっています。そこで逢いましょう”という一節があります。素敵なことばです。そこに行ってみたいなと。

座長：ありがとうございます。むしろ高尚な学問的なというところではなくて、我々それぞれが持っているリアルな人生という観点からこういう方面に広がるということで、すごく逆に共感しやすかったですね。では、

セミナーⅡ

宮崎大学障がい学生支援室の紹介

演者 宮崎大学障がい学生支援室准教授 楠元 和美

座長 宮崎産業経営大学看護師 長瀬 由美

座長：では、ただ今からセミナーⅡ宮崎大学障がい学生支援室の紹介ということで、宮崎大学障がい学生支援室、楠元和美先生にお願いいたします。講演に先立ちまして、先生の御学歴を紹介させていただきます。楠元和美先生は宮崎市の出身で宮崎医科大学医学部を卒業され 2010 年に宮崎大学大学院医学研究医学博士を取得されています。職歴と致しまして、宮崎医科大学産婦人科教室をはじめ、宮崎県内の病院、産婦人科、小児科、内科勤務をやられまして、2013 年より宮崎大学安全衛生保健センター講師、2015 年より現在の障がい学生支援室准教授をされています。先生は産婦人科専門医でいらっしゃるしまして、日本医師会認定産業医でもあられます。日本障がい者スポーツ協会、公認障がいスポーツ員、等の資格もお持ちです。所属学会等は日本産婦人科学会、日本周産期新生児医学会、日本ウイルス学会、日本人類遺伝学会等です。楠元和美先生は 4 人のお子様のお母様でもあられます。先生よろしくお願い致します。

演者：長瀬様どうもありがとうございます。只今ご紹介頂きました宮崎大学障がい学生支援室の楠元です。九州地区大学保健管理研究協議会の皆様、宮崎へようこそおいで下さいました。本日は、宮崎大学の障がい学生支援室についてお話するように仰せつかりましたので、大変恐縮ですがこの場からお話させて頂きたいと思えます。まず宮崎大学はここから 30 分くらいの宮崎市郊外に位置しており、木花と清武にキャンパスを有します。キャンパス間は自家用車で 5 分から 10 分くらいの所です。学部がいくつかありまして、教育学部、医学部、工学

部、農学部が古くからあります。また今年度より、地域資源創成学部が誕生しております。各学部等で構成された研究科が 6 つ、専門職大学院が 1 つあります。学生数は学部生が 4286 人、大学院が 802 人、中規模の大学です。職員数は 1885 人です。

次に自己紹介をさせていただきます。1971 年生まれの宮崎市育ちです。宮崎医科大学を卒業して、産婦人科へ入局しました。産科婦人科、新生児集中治療室、内科小児科などを経験しております。2011 年から保健管理センターに勤務させて頂きまして、2015 年から障がい学生支援室の専任教員となりました。実は 4 児の母でありまして、長女は脳炎後遺症による知的障がいとてんかんがあります。これまでに取得したものを列記してみました。障がい学生支援に関係のあるものは、2014 年の障害学生支援実務者育成研修会だけかもしれませんが、2012 年障がい者スポーツ協会公認障がいスポーツ医も取っております。また臨床遺伝専門医の研修中であります。障がい学生支援室安全衛生保健センターの中にありますので、診療が必要な時には可能であれば手伝いが出来るようにしております。

では、本題へ入ります。本日は宮崎大学の障がい学生支援室の話をするのにこのような流れでお話させて頂く予定です。まず本学の過去の障がい学生支援についてお話します。過去の支援例はいろいろあるのですが、先日障がい者支援センターの職員の方とお話をした際に、その方が宮崎大学の卒業生でした。その方のまとめです。1990 年代ですが、工学部に肢体不自由の女子学生が入学されました。入学当初は送迎も介助もお母様がされていました。介助につい

ては移動支援だけで良かったようなんですけれども、次第に友人が出来て介助は友人がしてくれるようになりました。でも半年は孤独だったということです。つらかったという事でした。これがどうしてつらくなかったのかとお聞きしましたところ、大学祭の実行委員に立候補されたことがきっかけだったようです。そうする事で友達がたくさん出来て、とても楽しい大学生活を送ることが出来たとおっしゃっておられました。また 2009 年には、教育学部の木村准教授を中心に聴覚障がい学生の就学支援が始まりました。初めは教育学部の重度難聴の学生、ついで農学部、農学部、農学部の重度難聴の学生が入学され、授業でのノートテイク支援、ホワイトイヤーの対応、また卒業式での手話通訳、パソコン要約筆記、同時にノートテイク養成講座や、年度末の反省会等が行われております。また学部の教職員向けの研修会なども実施され、活発な取り組みがなされるようになりました。さらに 2011 年以降になりますと、筋ジストロフィーの肢体不自由の学生さんが入学されて、初めはボランティアによる介助がつくことによって就学支援がされていまして。しかし熱心なそのボランティアの方や本人の家族の努力などにより、県と市の補助を受けて介助員が配置されるようになりました。このように過去の宮崎大学の障がい学生の就学支援は本人や家族の努力及び、ボランティアというものが必須で、熱心な教員、熱心な学科、研究室レベルでの対応となっておりました。またバリアフリーの整備状況についてなんですが、とてもすばらしいスライドを保健センターの貴島さんが作ってくれました。赤いものが年代を表しております。上のほうから古いもの、緑が平成 27 年以降というものになっていますけれども、昭和の時代にはこのような形、平成の初期になると青いものですね、ピンクが平成 20 年頃、また黄色が平成 24 年から 26 年、緑が平成 27 年以降とこのようにたくさんの箇所がバリアフリー化されて、整備がなされていきます。このようにすこしずつ環境整備されて、将来学生が入学するたび

に増えていくような状況でした。しかも作られたものは永久的に残りますので、現在ではたくさんの箇所が整備されています。しかし、まだ必要な部分もありまして、まだ少しずつバリアフリー化を行っているところです。ここで最近反省すべき事例を経験したので提示したいと思います。こちらは当大学の体育館の前に作られた障がい者駐車場です。奥に見えるのがスロープなんですけれども、このスロープの入り口が左側の方にありまして、車から降りて、回り込まなければなりません。これが入り口になります。しかもここから植え込みがあります。よく見るとここに自転車が停まっています。このように導線がとても長くなってしまっている状況となっております。また体育館の利用が多数あった時には、このように原付バイクや自転車が並んでしまい、この植え込みの所まで並べれますと今度は、緑が植え込みなんです、植え込みをかなり遠回りして体育館に入るという状況になってしまう、ということで、これは無いほうがよいとその本人には言われました。こういうレイアウトを考える時には、スロープと駐車場はセットで考えて、当事者の意見も取り入れながら作っていく事が大事だなと考えさせられました。障がいのない私たちには全く関係のないような事ではあるんですけれども、障がいのある学生さんからすると、とても不便な事で、我慢している場面は多々あるのではないかとこの事も考えられます。これまでの話を掲示的に並べてみました。障がい学生、教育、農学部、工学部の話をしましたが、これだけでなくもっとたくさんおられますが、過去には熱心な教員が個別に対応しているというような状況でした。このままでは継続するのがなかなか困難で、学部間の温度差があった状況だったと考えられます。そして 2014 年度に障がい学生支援室が設置されました。この頃の障がい学生支援室の体制整備についてお話する前に、ここで障がい者政策の推進に関わる事について簡単に説明させていただきます。まず、障がい者権利条約というものが 2006 年に国連で採択されまし

た。この条約の重要なところというのは国の適切な立法、行政措置が一般的だとされている点であります。日本はやっと整備が整えられ、やっと 2014 年に批准する事が出来ました。これによって障がい者は排除されずに、他のものと平等に合理的配慮を受けて、自由に社会に参加出来るという事になります。また以前からありました、障がい者基本法が 2011 年に改正されました。この法律に合理的配慮という文言が出て参ります。しかし、この法律はまだ理念法としての位置づけでありました。その後やっと障がいを理由とする差別の解消推進に関する法律、通称、障がい者差別解消法が 2013 年に交付、2016 年に施工されました。この法律は行政機関等は必要、かつ合理的な排除をしなければならない。とより実行力のある、法律が登場してきます。掲示的に表すとこのような感じでバラバラに行われていた支援でしたが、法律化、整備されてきた事で加速度的に、全学的な支援体制として、障がい学生支援室が設置されました。宮崎大学では、教育担当副学長による、強力なリーダーシップの元に様々な学生に対する支援体制が構築されています。学生なんでも相談室やカウンセリングルーム、さらに学生支援フォーラムの開催、障がい学生の修学支援連絡会等が整備されています。また学生支援カンファレンスというのも定期的に現在開かれています。個人情報の取り扱いに注意しつつ、学生本人の了承を得た上で、教職員間で情報を共有しあうようなカンファレンスを定期的に開いております。また 2014 年に障がい学生支援室の設置、さらに 2015 年に障がい学生のための修学支援ガイドラインを設置しました。9 月に専任教員の私が任命されました。障がい学生支援室は全学的な支援体制の支援の拠点として設置されました。独立した組織ではありますが、安全衛生保健センターと学生支援部と連携できるように設置されています。また障がい学生の支援内容の標準化、情報の共有などを行っていく事、となっております。実際のところ障がい学生支援室には 2 名の専任教職員がおります。

一人は専任教員の私で、もう一人、専任職員が 1 名おります。専任職員は学生支援部の所属となっております。また障がい学生支援室の専任は 2 名ですが、室長は学生・教育担当副学長で理事、副室長は安全衛生保健センター長の石田康教授です。さらに兼任教員、兼任教職員として、各学部から選出された教員、さらに保健センターの武田教授や宮野講師も、ここに入って参ります。さらに障がい学習支援室が設置されてから、まず、障がい学生支援のマニュアル作りを行いました。各学部の教職員と障がい学生支援に係わる教職員からなる総勢 23 名でワーキンググループを作り、1 年間かけて作成しました。会議を重ねて、各学部の意向が取り入れられたものに仕上げております。ガイドラインの内容は次のようなものからなっております。ガイドラインの具体的なところですが、障がい学生が入学してきた場合、支援の申請があれば合格後相談を学部の方で開催してもらいます。ここで必要な配慮について、十分な合理形成と共通理解を行い配慮願いを決定して、配慮願いの文章を作成し、障がい学生支援室長名で事業担当教員へ送付するという事になっております。これを半期ごとに繰り返す形となっています。ガイドラインが出来て、障がい学生の支援体制はより具体的になってきました。ガイドラインの作成のためのワーキンググループはそのまま障がい学生支援室運営委員会となり、障がい学生支援室の運営だとか、基本方針、規則、予算等の全学的な調整が必要な事項について、審議決定しております。障がい学生支援室は支援の拠点となりますが、学生は学部には所属しておりますので、学部の方では基本の支援体制が出来ております。学部の方には運営委員会の委員とさらにそれを補佐する部員がおりまして、授業担当教職員との調整をお願いする事があります。このようにして徐々にガイドラインも作成され、支援体制もさらに充実していき、どの学部に入っても支援が受けられるというような体制が整ってきました。ちなみに対応要領に関してはガイドラインを制定する前に人

事課で作成された基本方針がありましたので、昨年度 2 月にこれを改正する形で出しております。次に現在の障がい学生支援室について、今度は事例を交えてお話ししたいと思います。現在主に行っていることはこのようになります。職員向けには昨年度ガイドラインの説明の周知を行いました。また障がい学生が入学したのであれば学生支援フォーラムのように少人数フォーラムを開催しております。また昨年度より、障がいのない学生向けに障がい者支援入門を開講しています。障がい学生に対して定期的な面談も行っております。少人数フォーラムの内容を提示しますが障がい者差別解消法についてまず説明をします。それから、その学部に入學する問題となる対象学生の障がいの一般的な理解をお話し、対象学生にどのような対応をしたらいいのかというものをお話します。その後に意見交換を行う形をとっております。例えば対象学生への具体的な対応についての説明ではこのように学生の特徴を提示します。広汎性発達障がいだとか、経過を説明し、苦手な事はこのような事ですという説明をします。そして、配慮願いはすでに出しているのですが、この事項をもう一度説明し、具体的な説明を致します。なぜ配慮が必要なのかという事を理解して頂くために、このフォーラムは大変効果的なものとなっております。また障がい者支援入門に関しては支援学生を増やすという目的で 1 年生の後期に開講しております。聴覚障がい、視覚障がい、肢体不自由、精神疾患等の疾患の理解、支援の技術、実践という内容で行っています。また災害時の支援なども含めまして、幅広い知識、技術を身につける様な構成となっております。講師は整形、精神科ドクターや支援学校の先生、言語聴覚士の先生などで構成されております。工学部の障がい者支援技術の先生、工学部の田村先生も入っておられます。明後日の講演をして頂く予定になっております。など、いろんな分野の先生方に来て頂いております。教育学部の木村先生は 2009 年から多くを立ち上げて頂いた先生なんですが、群馬の方へ異動に

なられましたので、新しく宮崎の要約筆記問題研究会の大澤先生が本年度から来てくださることとなっています。次に現在の宮崎大学の障がい学生についてお話ししたいと思います。平成 28 年度 8 月時点で登録されている障がい学生総数は 23 名です。内訳はこのスライドの通りです。この数は本人の支援の申請があったものだけです。これ以外にもボーダーの発達障がいの学生など本人は自覚も無く支援を受けていないという例もあります。それから障がい学生一人一人に支援計画を作成し所属部局と障がい学生支援室と他の関係部局の間で共通理解をするようにしています。これは半期ごとに見直しております。

次にいろんな事例がありましたので、お話させて頂きたいと思います。まず、問題となった事例、肢体不自由ですけれども、就学支援、移動支援をどうするか通学支援、放課後支援をどうするか、介助をする方は、専属の介助員がいいのか、それともボランティア、もしくは有償の学生がいいのか、また学生においては同姓の介助を希望してくる事もあります。就学支援、移動支援に関しては、これまでボランティアの方がついて下さって、その後、県と市の補助もあり、介助員がついたということで、そのまま続行されている形となっております。本年度も介助員を配置しております。通学支援、放課後支援に関しては、現時点では提供しておりません。この上の 2 つに関しては、海外では公共のサービスで受けられるようになっているという事で、将来的にはいろんな福祉サービスで利用できるといいのではないかと考えていますが、学生が落착いて勉強できるような環境を作るためには、就学支援、移動支援の部分では介助員の配置が必要であると考えております。また介助員が学生でもいいのか、という点に関しては、あの先ほど最初にお話した工学部の女子学生等は、介助がついてなかったもので、半年後からお友達が出来ている。ただこれまで介助員の方がずっとついていないという現状もありまして、どちらがい

いのか、まだ分からないところではあります。ただ本人と保護者の意向だとか、そういうものを踏まえながら、相談して考える事が大事なのかなと考えています。費用負担の面も、ひとりかふたりであればなんとかなるんですけども、この介助が必要な方が10名とか20名とかになった場合には維持出来るんだろうかという心配もしております。同姓介助の希望に関しては、自宅から通学されている障がいのある方には多い傾向があるようです。ただ介護の現場の現状としては、やはり日勤帯の業務になりますので、女性が多いような現状があったりして、なんとか男性を探すのですが、女性の方が人材が多い状況となっています。次に発達障がいの事例を出します。週1日から2日の登校で単位取得を認めてほしいというお願いだとか、支援の必要性を感じません、と言われる発達障がいの学生さん、また履修計画の突然の変更で動揺される学生さん、がありました。また教員の方では、受け入れ態勢が非常に硬かったりだとか丁寧な対応をすることが困難であったりという先生方もおられます。まず学生ですが、週1、2の登校で単位取得を認めてほしいという事に関しては、週1、2の登校は出来なくはないんですけども、その単位取得では卒業は困難であるという風に説明しております。この学生さんは人ごみが大変苦手で、都会のほうから、田舎の宮崎大学を選ばれて来られたんですけども、高校生の時に調子が悪くなってしまって週1、2の登校でうまく卒業できたと、いう体験があるためか、週1、2の登校というのが自分には必要だと考えておられたのではないかと思います。なかなか考えを切り替えるのが難しい子達ですので、この辺に関しては保護者とも本人ともじっくり相談しまして、やはりこのままでは卒業は難しいと、来年度から宮崎大学はクォーター制にもなったりしますので、余計に短縮が難しくなりますというお話をしまして、しかも大学は高校ほど密な講義ではありませんので、そういうことも考えてみてはという事でお話しました。ところが、ではなんとかやってみま

すという事で、自分で、時間割を一生懸命考えられて、疲れない範囲の登校で今頑張っておられます。また支援の必要性を感じないという学生さんに関しては見守りをして行くしかないかなと思うんですが、自己理解だとかキャリア支援ということに関して、教員の先生と密に連携を取りながら、本人にアドバイスをしていくと、いう事しております。また履修計画の突然の変更が出来ないという学生さんなんですが、希望者が多い場合抽選になってしまい、抽選に落ちて、授業を受けることが出来なくなってしまうというアクシデントがありました。本人は非常に動揺してしまい、教務の方に聞きに行く事が出来ないと、ご家族がそれをみつけて、障がい学生支援室に連絡が来ました。一緒に計画を練り直し、ゆっくり説明すれば理解してくれる子達なので、何とか落ち着きました。また、教員の方ですが、教員側の受け入れ体制が硬いと、特に週1、2の学生の場合、そういうことで、卒業できるのか、卒業して大丈夫なのか、就職してもやって行けないじゃないとか、そういう子に教えて意味があるのかなど、ネガティブな考えの教員の先生方がおられたりしました。委員会の話し合いや、支援後の学生の成長、こういう学生はとてもひたむきでとても熱心な学生なんです。などとお話しをした上で、支援した後、結果に期待する事だとか、そういう話を何度かさせて頂きました。本人の様子を見て先生方もだんだんと考えが変わってきている、というような印象があります。また丁寧な対応をすることが困難というのは、説明すると、教員の先生方、研究が大変忙しいので、授業の連絡事項などメールで一斉に配信されたりするのですが、その内容に不備があったり、分かりにくかったり、すると発達障がいの学生は、言葉通りに受け取りますので、間違いが生じてしまったりします。そういう場合には学生に説明したりだとか、フォローをすることが必要になってきます。続きまして内部障がいの場合はこのような症例があります。クローン病では授業欠席時の録音の配慮願ひ、ワクチン接種の配慮

などがありました。特発性過眠症という学生は、授業中に録音させてほしいという事でした。過敏性腸症候群の学生は、体調不良時の特別欠席を認めて下さいと、いう事でした。まずクローン病に関しては、医学部でしたので、教職員の理解もあり、ワクチン接種に関しても、安全衛生保健センターで対応しておりますので、これも容易に行う事が出来ました。将来的に免疫抑制剤を使いだすとワクチン接種が出来なくなりますので、早めにワクチン接種をした方が良いでしょうと、今のうちにしておいて下さいという主治医の意見もありましたので、早めに予防接種しています。また特発性過眠症に関しては、授業中に寝てしまいますので、授業中に寝ながら録音しているというのは周囲の理解がやはり得られにくいだろうという事が考えられましたので、相談しまして録音機器を授業はじめに担当の先生に手渡しして、録音してもらうという事にしております。また過敏性腸症候群に関しては授業15回のうち3回以上欠席すると試験が受けられないという決まりがあり、4回目の欠席の時に、特別欠席させて下さいと、いう事を申請されて来られました。しかし、過敏性腸症候群の腹痛の為に特別欠席にするというのは困難であるという事で、この授業に関してはまたその後も欠席がありましたので、結局単位が取れませんでした。単位取得よりも体調管理についてフォロー、改善を目指すという事に主眼をおいて、授業中の離席のみ配慮願いをしましょうということにして、今進行中であります。こういう事例を経て、障がい学生への合理的配慮の中で話題となった事、まだ決まっていな事なんです、特別欠席の対応をどうするか、長期履習制度についてもどうするか、さらに人ごみが苦手な発達障がいの学生さんに遠隔治療の方がいいのか？などについてこう考えたりしていますが、この件に関してはいずれも保留としております。現時点では、認められない事、対応できないという事となっております。ただ合理的配慮というのは時代とともに変わっていく可能性もあるのではないかなあと考え

ております。また進行中の事例なんです、多指症の障がい学生がおられます。指はしっかり動くので身体障がい者手帳はありません。医学部なので将来手袋が必須となって参ります。で入学した当初から教員の先生は心配されていたのですが、本人の希望などもなかったので、見守っておりました。4年生になって実習が増えてきたので相談がありました。このように、指が4本になってます。右が4本目の指に小さな指がついています。5本あるのでこの指は大事に取っておかれると、というような学生さんです。よくみるとこの、3番目の指がとても大きくなっていて、この指に合わせて手袋を選ばなければならないので、手はMサイズくらいなんですけれどもLサイズの手袋をしなければならなくなります。そうすると指はもちろん埋まるんですが、ちょっとぶかぶかで。なかなか業務が出来ないと、というような状況になっておりました。そこでこういう相談があり、何とかこの手にある手袋を作るにはと調べました。そうすると日本のグローブを作っておられる会社で構成された、日本グローブ協会というのがありまして、こちらに相談しましたところ、とても良く対応してくださり、企業を紹介して下さいました。でこの企業が自費ですがその手の型を作成してくれるということになっております。これはその企業がずっと前に作った事があるという手袋をつけていたところなんです。ちょっと小さかったのでパンパンなんです、ここにある型を少し大きくすれば使えそうだという事になっております。なので右手だけ型を作ればいいのかという話になっております。でグローブ、出来上がったグローブの購入は病院負担の予定です。また特徴のある障がい学生、本人の同意を得て作っております。この学生さんも明後日にこの研究協議会の講演に来て下さる予定になっている、木下君という男の子なんですけれども、工学部の男の子です。脳性麻痺によって、両足の痙性麻痺という事で車イスに乗っておられます。合併症としてヒルシュスプルング病がありまして大腸は全摘して小腸機能障が

いもあります。食事はラコールを飲んでいるという事なのですが、車イス陸上選手です。小さいころから結構負けず嫌いだったということで、野球をした事もあるという事です。いろんな事があり、野球は家族に説得されて断念したというお話もあります。それで、でもやっぱりスポーツがやりたいんだという事で、いろいろ調べて陸上競技を、車イス陸上を選ばれて、今このように、車イスの前のほうに車輪がついているようなレーサーと言うのですが、これで陸上されています。こんな感じの男の子です。非常に前向きな子で、入学した当初はバリアフリーでなかったりしたのですが、自分でどんどん動いて、エレベーターがなければ階段をよじのぼったりとかされていました。なので、障がい学生支援室が出来た時には、かなり自立されておられて、何か困っている事は無いかと言った時にお金がないという事だったので、アルバイトを紹介したりとか、後、車イス陸上されているので、リオに出られるかもしれないと、言った時には、メディカルチェックの病院を探したりとか、後、これからなんですが、ヒルシュスプルング病の管理が必要ではないかなと、考えているところです。お金がないと言いましたが、競技用の車椅子が、すごく高価なようです。1台が30万から100万という話です。また、レーサーのメンテナンスだとか、体のケアですが、脳性麻痺なので筋肉が拘縮しやすいので、定期的に医学療法を受けておられるという事なんですが、これにもお金がかかるという事で、どこからか補助がある訳ではありません。自費になって、いろんな遠征に行く時も介助の方を二人ぐらい連れていかねばならないとのことです。それに関しては介助の方が自費で行ってくださるらしいのですが、やはり維持するのにとても費用がかかるみたいです。みなさんよろしければ是非寄付をお願いいたします。ここまでは在学している学生さんのお話になります。

次に、今度は大学に入学してくる障がい学生に関してお話をさせていただきます。現在、特別支援教育が結構進んで来ていますが、

入学してくる学生さんというのは様々な困難を乗り越えて来た方々かなと考えています。ポジティブな人たちが多いのかなと考えておりますが、やはり疾患の理解、障がいの受容というのは、外見では分からない部分もあるのかなと感じています。まあ疾患の受容が、妥協としての受容だったり、断念としての受容だったり、プラスの受容ではなく、マイナスの受容であるという傾向があります。また保護者の過保護であったり、学生の保護者に対する強度な依存傾向、その他などがあつたりという傾向があり、自己決定する経験が、乏しいと思われます。大学で自尊感情や社会性が身についていくといいのではないかなとは思っているんですが、どんな風にすればマイナスからプラスにいくのかということを考えていたりしているところです。こういった考えもあり、入学前に高校生に伝えていく為にパンフレットを作りました。このような事を記入しております。大学と高校の違いを知ってくださいという事と自分の障がいを説明できるようにして下さい。自分の生活をコーディネートする必要があります。入学後の生活を想像して下さいなど、具体的に進路を考えましょう、卒業した後に自分の障がいがあるままで、目指している仕事出来るのかとか、そういうことも考えつつ選んでもらいたいという風に考えております。また福祉サービスの支援の活用ですが、活用されていない学生さんもいたりしますので、その辺も支援を活用してほしいと、思っているところです。

以上のような事を、入学前に確認してほしいという事で伝えるようにしております。まあ今後はいろんな学生が入学してくると考えています。いろんな支援例を蓄積して安心して就職が出来るようにしていきたいと考えています。そして活躍出来るような障がい者になってほしいというのが願いです。また今後の障がい学生支援室の課題について、このように健康保健領域に用いられている手法を使って探してみました。この方法は、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチという手法を用いて行わ

れているというのを図式化したものです。この横軸が個人、右側が全体という事で、そのアプローチする対象が横軸になっています。縦軸がリスクになります。上がリスクが大きく、下が小さいという事になります。健康管理、健康保健領域であればこれは疾患のみなんです、障がい学生支援となると、疾患のみではなくて、履修や卒業だとかいろんなことが入ってきます。こういった流れで、いろんな職種の連携のイメージというのはこのような感じになると思います。さらにいろんな対策をこれに載せていってみると、個人にアプローチするところ、緊急時に個人にどうするかとか、個別の支援計画また、キャリア支援というのも課題になってきます。現在やっている少人数フォーラムというのはこのあたりになると思っております。またガイドラインとか、学生支援フォーラムとか、障がい者支援入門というのはいろんな部分へアプローチしていく問題と思っております。今後はキャリア支援、災害時さらには各課学部、での中規模のグループの強化ということが課題だと考えているところです。

以上宮崎大学の障がい学生支援室の事情をお話してまいりましたが、皆様へお伝えしたいこと、お願いしたいことをスライドにしてみましたので読ませていただきます。保健管理部門の方々に対してですが、障がい学生の可能性というものに対して保健管理部門のスタッフの助言というのは大変影響がありますので、将来を見据えた情報提供をお願いしたいと思っております。また産業衛生、産業医をされている先生等に、キャリア支援だとか、職場巡視をされた際に施設、環境整備の問題点を指摘しやすいのではないかと思っておりますので、このあたりも加味して助言して頂けると、良いと思います。障がい学生支援室というのはこれからどんどん変わっていくと思っております。その時に保健センターの方々の協力というのは大変重要になってきますので、よろしくお願いします。さらに合理的配慮を決定する過程というのはいろいろあると思うんですが、是非、九州地区の大学間で情

報を交換して合理的配慮の標準化みたいなものがあるといいのではないかと考えております。以上です。ありがとうございました。

セミナーⅢ

大学保健管理現場において魅力的な健康支援を導く〇〇

演者 宮崎県立看護大学教授 江藤敏治

座長 宮崎大学安全衛生保健センター保健師 加知由香

座長：それではセミナーⅢ、「大学保健管理現場において魅力的な健康支援を導く〇〇」というテーマで、宮崎県立看護大学大学院教授の江藤先生から講演をいただこうと思います。

先生のご経歴とご活動内容を簡単にご紹介いたします。先生は宮崎県串間市出身で、平成元年宮崎医科大学卒業後、同大学大学院入学、平成6年から平成9年ハーバード大学医学部マサチューセッツ総合病院 GI unit に留学をされ、串間市民病院内科部長、宮崎大学安全衛生保健センター准教授を経て平成25年4月より現職に就かれています。「医学を社会に還元、宮崎、日本、世界を元気に」をテーマに、全国で年間150回ほどの命の授業、エイズ予防講義、禁煙啓発、予防医学、安全衛生、産業医学、保健指導セミナー等の啓発講演をなさっています。それでは、江藤先生よろしくお願いします。

演者：皆さんこんにちは。あいかわらず元気ですね。今日はですね、お隣さん同士で話す事が多くなるんですね。ですから、ちょっとお隣同士で偶数の方が良いですよ。ちょっとお隣の方を探して、隣がいないという方は移動してもらおうと良いかなと思います。どうぞ今から30秒で動いて下さい。

パートナーを決めて、パートナーの方よろしくお願いしますと。結構話しますよ。だから後ろ前では、腰痛が、首の痛みも。僕が講演をするときは、すぐ自分から動く人は認知症にならないというね。自分から開いていくわけですね。お隣さん同士、大丈夫ですか。隣がいないという人、

手を挙げて下さい。はい、じゃ今日はですね、隣同士でよろしくお願ひしますと握手で。名刺交換してもらってもかまいません。実際に名刺交換されている方とかありますね。

なぜ、こうするかと言いますとですね、やっぱりたしかに開いてないですよ。学生は開かないですよ。閉ざされている子も結構います。そう感じている子がですね「ああ、ここに来てよかったな」なんて思うよう皆さんオープンで、どんと来いというような気持ちで動いておられるかどうかが一番大切な事だと思います。

ということで、始めましょうかね。皆さん宮崎へようこそおいでくださいました。本日はどうぞよろしくお願ひいたします。どこからともなく拍手が舞い上がりましたけれども。さて、今日のネクタイはですね、くまもんのネクタイ締めてきました。熊本頑張れという事で。見えますか。大きな体がちっちゃな「くまもん」という事で。見えますか？

これはスライドが長くなっていますけども東国原さんの顔が長いんですね。彼が知事の頃から健康施策という事で一緒に話し合ったりしていました。ラジオ番組やったりですね、テレビ番組、あと宮大に勤めていた時は、こういうテレビ番組に出たりしていました。今は産業医という形で、ストレスチェックの事で話したり。ストレスチェックのメンバーは結構大変ですね。今、学部でやっていますけれども、皆さんも受ける方というような事で。産業医というのとはまたちょっと違うのかもしれませんが

れども。

今、ラジオ番組を2年ほどやっています。土曜日の朝8時15分からです、音楽というのは人の気持ちを豊かにするという事で、「Dr.江藤と伊豆謡子のミュージックサブリ」という、すごくおもしろい番組です。ぜひラジオを聞いてもらえるといいかなと思います。

また、少し前ですが、ヤフージャパン、とりあえずそのトップをですね飾ったのが中学生の喫煙率、親が吸うと喫煙率約2倍だという事で、子どもの喫煙問題というのは、親からやっぱり、何とかアプローチしないといけない。大学などでも色んな問題がありますけれども、結局それも保護者が関係しているというのが、もしくはトラウマとかね、たくさんあります。そういう所にアプローチをかけるような寄り添いをすると、学生が心を開いて定期的に通ってくれるようになります。保健関係・学生が来てくれているうちは大丈夫ですね。来なくなった時が一番問題ですね。ちょっとホッとできるようなオアシスの場所を提供できるかどうかというのが一番だと思います。

さて、保健指導で、こんな人いませんか。いくつか例をどうでしょうか。皆さん、保健指導、学生も含めてやっているという人どれぐらいいますか？保健指導、健康相談、健康支援、やっている。していますよね。当然ね。健康診断の後とかね。事後指導とか、ちなみに、「私、健康相談とか保健指導を得意だ」という人いませんか？こんなところで手を挙げられない。目をつぶって挙げてもらっても良いですね。私に相談した学生とか職員は、何かわからないけど、みんな元気になってくる。すくすく、太っていくんじゃないかとね、理想の体型に、そういう指導をしているような気がするなという人。まったくいう事を聞いてくれないですか。どっちですかね。そりゃ、だいたいこういう風にですよ、難しく考える人もいますね。人によるわよね、とか。全部が全部、そういうわけではないですね。

でもですね、例えばこの中に、わたし、なんか行事があったら間違いなく晴れる。

晴れ女だわ。もしくは晴れ男だわという気がするという方、手を挙げて下さい。そんな気がする。私がいると大概晴れる、晴れ男、晴れ女だという方。これは挙げてもおかしくないですよ。はい、何人か挙がりました。逆に私雨女なのよね。たいがい雨が降るという人。これも何人かですね。確率的な話でいけばですよ、晴れ女だと思っている人が天気を晴れにできる筈が無いですよ。ごめんなさいね。要するにどういう事かという、自分がそう思えば幸せだと、いうところが結構大きいのではないかなと。そう思っている人にサポートしてくださると結構プラスになっていくんじゃないかなと。雨女だからといって雨を降らせる力が巫女さんみたいにあるわけじゃない。だから、そういう意味では思い込みっていうのも結構大切だななんて。

じゃちょっとここに何例かあげました。お隣さん同士でですね、こういう人いるわとか、私こういう人は得意よと、ちょっと話してみして下さい。1番、危機感がない。2番、開き直ったタイプ。お酒をやめるぐらいなら太っていた方がましだ。結構いますね。健康診断をなぜ受けるんですか。毎年確認するためです。何もしなくても痩せるという人はやばいですね。糖尿病がものすごく悪くなっているとか、なんか他の変なものが出来るとかいうふうな。あと自分勝手なタイプ。自分の人生なので好きにやらせてくれと、もう良いじゃないかと。太く短く生きるんだって。よく喫煙者は言われますよね。太く短くでいいんじゃないですか。細く長くなったらですね、寝たきりとかがね。だから、そうじゃないのよとか言わなきゃいけないですけど。あと、早く終わらせたい。何でも「はいはい、わかりました」って。さあ、どうでしょうか。四つのタイプ出しましたけれども、皆さんこのタイプ得意ですか。ちょっとお隣同士で話して下さい。

さ、皆さんよろしいでしょうか、こっち見て下さい。皆さん結構学生相手にいろんな健康支援講座とか開かれたりすると思うんですけど、話してねと言ったらよ

くザワザワザワって、話が決まらない事があるでしょう。そういう時はですね、指示動作をするんですね。はい皆さんこっちを見てっていうと、やっぱりなかなか止まらない。なぜかという楽しいから、話しているとですね。でも指示動作でこっちを見て下さいと言うと止まります。いいでしょうか。

じゃこの中、例えば「僕なんかメタボのなかでも軽症でしょ？」軽症だと思ってますか。どうですか、重症でしょうか。こういう方の時に例えば何をポイントに話をするか聞いてくれるでしょうか。今日の講演のテーマは魅力的な健康支援を導く〇〇という。冗談でつけたのではない。皆さんに持って帰ってもらいたいと思います。一番最後のスライドではこの〇〇に僕なりのものを入れて、さあどうでしょうか。保健指導といったら目の前にデータがありますね。γ-GTPが高いとかね。だからといってもう遅いとかありますけど、そんな事言ったらだめですけど。僕はこういう方はですね、むしろ数字よりも問診票の方を中心に話をしたりしますね。数字は結果ですからね、あくまでも結果だという風な事で、それが良ければそれで良いと言うわけではない。

いま宮大の学生の健康診断の通知表、それもたぶんそういう形になっていると思います。こういう方が、「ああ、あなたの健康相談来て良かったわ」と言われるようになると何か嬉しいですね。「今日はありがとうございました」みたいなね。結論から言うわけこう大変ですよっていう事なんですけど。人はですね行動を変えると。やっぱり運動しようかな、痩せよう。EBMとNBM。この二つあるんですけども、皆さんご存じでしょうか。隣の方と「EBMって何、NBMって何。」ちょっと話してみして下さい。EBM、どうでしょうか。わからない。じゃわかるまで聞きましょうかね。「エビデンスベースドメジデンス」要するに訳はなんでしょう。「エビデンスに基づくメジデンス。」すごい、今、ベースだけ訳しましたね。「根拠に基づく医療」とかね、根拠という

のがいわゆるデータになるわけですよ。例えばγ-GTPが200あると、で、問診でお酒の量が結構多いと、それだったらお酒が原因じゃなかろうとか、その中のものには原因があるんだって言うのはエビデンスベースドメジデンス。ひと頃ものすごく叫ばれましたね。

EBMに基づいた、でもEBMに基づいたら、味気ない。それがホントにどうなのかという、エビデンスに基づいた医療で人が治るんなら、もうとっくの昔に治るんですね。要するにここからコンプライアンスを重視するという、法令遵守という言葉ですか。でもそれではやっぱり主体性がないという事で、そこで、NBMという考え方が導入されたわけではないですね。もともとそういうふうなマインドを持ってる人がたくさんいます。だからアメリカとかはですね、そういう言葉に置き換えるのが好きですね。

NBMは何でしょうか。エビデンスベースド、EBMが根拠に基づいたものであれば、「ナラティブに基づいた医療」の、「ナラティブ」ってなんだと思いますか。ちょっと隣同士で話して下さい。どうぞ。EBMのEがエビデンスであれば、「ナラティブ」と言うのはですね、これは「組織の生活史」とか「歴史、物語」とか「価値観」とかそういう風な訳し方されてますね。いろんな医療もそう、看護もそうですけれども、何かが人が行動を起こすというときに、私がそれやりたいと思った事、主体的にできるかどうかというのはそれぞれ価値観にあっているかどうかで変わってくる。その価値観というものの、主体性というものを引っ張り出そうというのでNBMという考え方がある。そういうマインドを持っているって本当に多いです。やっぱり最近はEBMを包括したNBMという事で話をしたいと思います。エビデンスは絶対必要なんです。エビデンスがなかったら、これはもう本当にね、宗教と一緒にからね。ご飯を炊いてね、魚を炙るわけではないんですけどもね。そういう風な事で、そこでエビデンスという証拠ですね。保健指導のモデルにいくつもあ

ります。例えば、健康信念モデルですね。これは行う事で、より健康になる、行わない事のデメリットとの差で、さあ自分はどっちを選ぶかっていうのが健康信念モデルです。

社会的認知理論もあります。自分はこれは出来るぞっていう風に思うかどうか、思わなければやらないわけですから。出来るかも、自分なら出来るという風な思いを持たせるような。あれですね。保健師さんとか医療関係者には自己効力感、これを持たせるような例えば声かけとか、こちらの態度というのは絶対大切になってくると思います。行動変容ステージモデル理論とはなんでしょうか。だいたい皆知っているかな。

ヒントはですね、皆さん健康診断を受けるときに、それ答えていますね、問診のところで。「あなたはもし行動をかえるとしたらそれを受ける気持ちはありますか」「半年以内に変えてみたいと思いますか、一ヶ月、行動を変えて一ヶ月過ぎましたか」とかね、「半年以上続いていますか」というね。

たとえば禁煙というような事でいけばね、もう全然やる気も何もないというのがいわゆる無関心期、いろいろ言われてきたからやめようかなと思うのが関心期。じゃ実際いつからやめようかな、一ヶ月位のうちにやめたいなと思っていろいろ準備しているのが準備期。そして実際にやめるのが行動期で、やっぱり人の習慣、人の細胞もなんでもそうですけども半年で入れ替わるんです。半年間とにかく続けるとそれは習慣となると言う事で維持期と。

それぞれにどういうふうなサポートが必要かというような事もステージ毎にある程度決まっているわけです。決まっているといてもそれは後からとってつけたようなものです。皆さん、ここでこの勉強をされるのはすごく役に立つ。これは本が色々ありますので、一回成書を読まれる事をお勧めします。それはなぜかと言いますとですね、自分が得意とする保健支援、保健指導のどこが強くてどこが足りなかったかというのが、こういう理論の元に細分化するとわかってくるんですね。あ、これちょっと

加えてみようかなっていう気持ちになると意外と上手くいくってね。

その他、計画的行動理論。オープン理論ですね。どういうふうにその問題だと思っているのを解決するのに、問題に焦点をあてるか、それとも自分の気持ちに焦点をあてるか、というようなオープン理論というのあれば、ソーシャルサポートと、コントロール所在。このような保健指導モデルもあるんですけども、理論は理論で、僕たちが全部できるわけではないと。加えて言えば、理論が先行した保健指導と言うのは、窮屈になる。サポートされている側は、人間によっては感じにくいというふうなのもあると思うんですね。

ではここで皆さんに質問です。魅力的な健康支援を導く〇〇。一番最初にタイトルで出しました。ちょっとお隣さん同士で、魅力的な健康支援を導く私の〇〇。さあなんでしょう。ここに当てはめるとすれば何を当てはめるか隣同士で話してみてください。手元に白紙があれば、その〇〇、キーワードを書き出してみてください。私の魅力的な健康支援を導く〇〇、何が入ってくるか。

隣同士で話しをさせる事で大概みんな問題なく話をされているので、良いと思うんですけども、僕たち心を開くと言う事が学生のためには絶対必要。だいたい初めて見る学生の顔も多いですし、今日隣がね、初めての人になかなか話にくいという場合はもっと開いて。隣の人が、なんかシャイな感じだなと思ったら、オープンマインドで受け止めてもらえるとより話が進むと思いますね。話をする事で、あ、自分が気付かなかったこういう事もあるんだっていう風な事を感じてもらえると良いのかなと思います。

特にですね、看護師さん、保健師さんと言う方は、そういう気持ちがあふれ出てると思うんですけども、保健センターのポイント、学生がね、もしくは職員がよく来てくれるかどうかというのは、そこを担当する職員の方の心の開き方っていうのが大きく左右する事があります。その方が単な

る自分は今年度事務方として回ってきたからっていう気持ちでやっていると、それって凄く学生、教職員が来にくい雰囲気を作ります。もうそこに配属されたからには、私が主だと、私が保健師だというような気持ちで受け入れる、ていうような心持ちを示していただくともう思いっきり変わりますっていう風に思いますね。そういう意味では皆はしっかりしているような気もしますが、さあ〇〇なにがあるのでしょうか。座長に聞くわけにはいかないですよ。どうでしょうか。「想像がなかなかつかなくて」〇〇が、タイトルを見たときに何だろうと思ったでしょう。一番早く思ったはずよ。座長ですから。さあどうでしょうか。

「雰囲気」なんかいい雰囲気、言葉からしても。はいどうでしょう。覚悟して下さい。この列。「魅力的な健康支援を導くわたし」わたし！それはパーフェクトな答えですね、ようするに全人格としての受け入れという事です、全人格ですよ、全人格ですよ、「わたし」というのは。はい、どうでしょう。「ここがけですか」ここがけ。いいですね。ここがけ。ここ、やっぱここに勝るものはないと思いますよ。さあどうでしょう。「魅力的な健康支援を導く姿勢」姿勢。それはいわゆる椅子に座った姿勢じゃなくて、ありようですね。はいどうでしょう。「話し方」話し方。そうですね、話し方でもだいぶ変わります。同じ事を話すのでも、ぶっきらぼうに話すのと、慮るような話し方でも大分違いますね。はい、どうでしょう。「配慮か心くばり」いいですね。心くばり。さあどうでしょう。「アドバイス」アドバイス。魅力的な健康支援を導くアドバイス。すべて、正しいと思いますね。それぞれの人に対して十人十色のいろんなサポートの仕方があるわけですが、僕自身も考えました。こういうのがあるのかなと思って。

やっぱり、一つはですね、全体的にいうと人間味というのは大きいと思いますね。技術とか、これも大切といえば大切です、さっきの会話力というものもここに入ってくるのかもしれませんが、で、知識、経験。こ

の経験はですね、じゃベテランになればなったほど良いのかというと、それはそれなりの味が出るんですね。ベテランであればこそわかる、醸し出せる味がありますからね。でも若手はだめなのか、若手は一生懸命時間をかける事が多いですから、かえってそれが良かったりもする。という事で、すべて良い方向に動くという風に思うんですね。僕はこれに加えて大切なのは何かというと、やっぱり愛。そうですね写真を撮るトコですね。ありがとうございます。

女優、アクトレス。保健支援とかサポートされる方はですね、やっぱ女優になってもらいたいなと思うんですね。私の事をこれくらい考えてくれている人がいる、ここにいるんだ、自分はここに来ていいんだと、思わせてくれるような。そういうものを感じられるような、魅力的な、といったらやっぱり愛というふうに感じます。だからまあ愛なんてね、なかなか大人になったら恥ずかしいですけども、でもやっぱり出さないとわからない事がありますよね。思っているだけでは伝わらない。やっぱり、愛しているよと言える、言ってもらえると、言葉だけでもずいぶん違いますけど。あとまあ、自己肯定とかね。これは大切ななという。

僕自身 10 年間、保健管理の世界で生きてきた時にですね、僕たちを必要としている子供たちというのはそういう自己肯定感が、薄いもしくはそういう事を感じられていないって言う子が本当に多かったですね。だから、その所をいかにあげてあげるか。あげるといっても無限にあげる必要はないですよ。まあそういう自分に気付いてもらって、そこからまた新たに成長してもらう。やっぱり成長過程ですからね、学生はね。欠如じゃないですよ、成長過程だって言うところを感じて、いろんなサポートをしてあげるっていうのが一番大切だったなと言うふうな事で、魅力的な健康支援はなにかといったら、愛、と自己肯定だという風に僕は思っています。

ちなみにですね、ちょっと話しは飛びますが、皆さん今年のリオオリンピック。

楽しかったなという人。楽しかったなと。いやあ、ちょっとリオオリンピック、日本選手の頑張りはいいんですけど、なんか知らないけど1時くらいからね、2時3時くらいまで、それか朝の4時から5時6時とかね。もう職場に行ったときがピークでね、テレビがつくところはまだ良いですけどね、音を大きくしないで小さくしてね。無いところもありますから、このリオオリンピック。エビデンスというのは何でもいいんですけども、例えば学生、職員結構いるですよ、「なんか寝るのは勿体ないです」やっとな自分の時間ができて、っていう。今からが楽しいですよ。10時くらいに寝られない。1時2時になって次の日眠くなってまた怒られるとかね。

もう本当に早く寝たらと言っても寝られないという人がいるんですけども、じゃ睡眠不足の学生とか教職員の方がいるとします。で、その人に、睡眠不足ってね、なるんだよ。どうなんだよ。皆さんの知っている睡眠不足が引き起こす、いろんな不具合、エビデンスよりも愛だっている事は言いました。魅力的な事とかね。でもベースにはエビデンスがないと、やっぱりだめなんですよね。医療の世界って、病因を知らない想像のしようがない。だから知識っていうのが大切なんです。睡眠不足が引き起こす体への問題、どんな事があると思うか、ちょっと隣同士で話し合ってください。

それでは、それぞれでどういうのがあるか書き出してみてください。あれこれそれっというふうに。書き出す事が大切ですね。話してみてくださいって言うときにお互いの意見とか、自分が本当に思っている事しか話せないで、それを認識してもらって、ここにちょっと書き出してもらおう。ここに書いてあるものを皆さんが書いていなければ、皆さんの会話の中にその事はガツンと欠如しているという事ですね。そういう意味合いで書いてもらおうといいかなと思います。はい、書かれました。もうこれ以上いくら絞ってもでてこないといった場合には言ってください。いいでしょうか。じゃこっちを見て下さい。

何があるかというです。睡眠不足で引き起こされる。これはまあ短期だったらどうって事ないですけど、慢性的な睡眠不足というのは何を引き起こすか。一つは肌に悪い。皆さんにとっては絶対ですね。肌に悪い。どんな化粧品を使おうが、やっぱり寝ないとだめね。寝ないと肌がぱさぱさ。肌に悪い。これに反応する人結構いるんですよ。こういう40代から50代の方はこれでもう寝ようとなりますよね。いくらこう馬の脂をつけてもですね、温泉とか行っても馬の脂のシャンプーとかリンスとかなんかたくさんありますね。うちの家内が買ってきていて今洗ってますけれども、なんか臭いそうだな。きれいになりますけどね。後は何があるかというです。アルツハイマー、認知症ですね。ベータアミノイドの沈着が5時間睡眠と8時間睡眠と優位に差があるというデータが出てます。

ま、確かに考えたら、そんな気がしますよね、寝てる間にいろんなものを排泄していくというふうに。あと何か。糖尿病、糖尿病の発症にも関係してくる。これも後からデータで出てきます。あと発ガン。これも睡眠5時間と8時間で優位に差があるという事で、免疫力低下、あと心筋梗塞。狭心症とか。その発症も有意に差が出る。で、一生懸命寝る時間を割いて頑張っているのに、という事ですよ。あと、不安とか被害、メンタル系ですね。写真はまだ早いですよ。まだいくつか出てきます。この下の方まだ空いていますのでね。記憶障害ですね、扁桃体の影響というのがあります。一夜漬けというのは本当に1回か2回しか利きません。もう、すぐ忘れますからね。あと何があるかという、肥満、食欲亢進。これは睡眠時間が減るとですね、食欲を増すっていうホルモンですね、グレリン。これが急激に増える。食欲を抑えるというレプチン。これが減ると。食欲を増えるのが増えて、減らすのが減るんだから、ますますそうなるというね。

だから寝るに限るという事ですよ。また人というのは面白いですよ、睡眠時間が短くなるとですね、早死にするんですよ

ね。これはどういう事かと言うと、神様はやっぱり上手い事作ってるんですね。起きてる時間はみんな一緒なんじゃないかなと。たくさん寝てれば起きてる時間も短いですし、そういう事なのかな。となればやっぱりしっかり眠る。せめて7時間から7時間半、これが大切。だってそれでいろんな生活習慣病が収まれば、いろんな例えばメンタルケアにも、やっぱり影響あるんですね。閾値が下がりますのですぐカッとなってしまふ事とかが起きたりします。睡眠っていうのは一番基本なのかな。じゃこういう風な睡眠不足がある方に皆さんは「こういう方法がありますよ、これをしてみたらどうですか。」と結構言うでしょ、そういう風な事を色々言います。どんな事を言いますか。隣同士で、ちょっと話してみてください。そして、話した事を書き出してみましよう。どうぞ。

職員さんが睡眠不足、気になってチェックしだしたら、「あーして下さい、こうして下さい」さあどうでしょうか。実際書き出してみてください。これ大切です。スマホをやめる。ブルーライトがね、結構問題になったりしますね。さあどうでしょうか。昼間に運動をする。やっぱり体を動かす。ここ考えてみてください、どんなのがあるのかなという事ですね。どうしても昼寝をする習慣がある場合は15分間寝ましょう。これはやっぱり集中力が増すし、午後からの仕事も大丈夫です。

休日の寝だめは8時間まで。学生とか多いですね。10時間寝られる。そうすると、かえってリズムが狂うという事で、せいぜいやっぱり寝られるとしても8時間。夜のテレビとかパソコン、画面を暗くするなどですが、寝る前1時間ぐらいいはしない方が良くとかって言いますね。そして朝日を浴びるという事ですかね。朝日を浴びるとその15時間後にはやっぱりドーパミン出ますから眠くなるという事ですね。ほかに体を温めるですね。人肌程度ですかね、人肌って言うのはなんか熱燗みたいですね。眠る前のお酒は要注意という。2時間ぐらいで目が覚めるんですかね。アルコールの

影響なんですけれども。マッサージも効果的でしょう。

こういう事をやっぱりいろいろ言うわけですね。遮光カーテンがいいんじゃないとか、遮光カーテンはかえって朝日が入ってこないの、ちょっとよろしくないと言うところはありますよね。さあ、皆さん、こういう事は言われると思うんですけども、これ以外でもこういう事もあるんじゃないかという人手を挙げて。どうでしょうか。これ以外でもし言う事があるとすればどんな事か、ちょっと隣同士で、話し合ってみて下さい。

もっと言えばですね、これはですね、従来の健康診断。方法論です。ではなくて、魅力的な健康支援、睡眠不足の方に対するサポート。どういうふうな事が出来るか。ちょっと隣同士で話してみてください。「運動をするとか」運動をするのも良いですね、それも方法論です。はいどうでしょう。ヒント、ヒントは体のなかにある。なんかよく言われます。一回言ってみたい。あなたの中に答えがあるというね。あんな事言われたってわからないよね。さあどうでしょう。

やっぱり僕はですね、保健師さんというのは女優になったほうがいいと思うんですよ。は一、もう言いたくない事も言わなきゃいけない。愚痴とか何も言わない、言ってください。喜ぶはず。どうでしょう。「寝る前に自分を誉めてみる」寝る前に自分を誉めてみる。さあどうでしょうか。はいこっち見て下さい。では実際に睡眠不足の方に寝る前に自分を誉めてみられたらどうですかと言った事があるという人手を挙げて。

実際に言った事がある、一人。どうですか一人、言った、言ってみた。そうやって言われた。ちょっと拍手。拍手がなんか小さい、疲れてる。どういう感じで。「私は心理職でカウンセリングをしているときだったので、眠れないという悩みを聞いて、寝る前にいろいろ反省とか考え事をずっとして寝れないという方にそうやって話をしました」案内をした。どうでした。「やれたらやっていますと言われました」相当重傷で

すね。それやれたらやっています。

なんかいきなり、こう現実に突き返されたみたい。僕は通常外来でやってますね。自分で認める作業を寝る前にする。ほんとそうなんです。眠れないっていう人の、だからこれって本当に方法論じゃないですか。でも、眠れないという悩みを抱えていたり、考えれば考えるほどどんどん不安になってしまうという風な事が多いんですね。

そして、不安になる事もそうですけれども、自分自身を認めて下さいと言う事も多くて、だからそういう意味ではですね、寝るときには1つ2つ、10ある内の9良い事があっても、1つ悪い事があると、その悪い事だけで集中、ではなくて。例えば、10の内9悪い事があったとしても、1つ良い事があれば、その1つ良い事があったな。無事で良かったなとか。感謝。寝る前に感謝で起きて反省の方がいいかな。起きたらやっぱりやる事たくさんありますからね。反省ばかりしてられないしね。朝、歯も磨かない、顔も洗わない、と言う事で、こういう事を僕は通常の外来で使う、実際にそうやって話をします。そして、どうしても寝れないという場合は、睡眠導入剤とか安定剤を勧めています。ちょっと、騙されたと思って習慣化しましょうかという形で話をすると、ほとんどの方が上手くいきますね。だから、やっぱり僕はここだと思うんです。

この感覚、魅力的。方法論ではないという。その人の背景に心を配れるか。背景が人、様々です。そういったような気持ちって大切なのかなって。そういう意味ではですね、僕自身どういうふうな講座を開いているかという、企業とか自治体を対象にですね、幸せな自己肯定感を導く未来アップ講座ですね。なんか良さそう。あ、これを写真撮ってもらって。ありがとうございます。これちなみに僕が今通っている宮崎県立看護大学、きれいですよ。すごくいい環境です。そこで考えると、学生とか教職員の方、そういう方をサポートする自分たち。皆さん自身の職場環境というのがめちゃくちゃ大切なんです。みんなが元気じゃ

ないと始まらない。みんなが疲れた、暗いって思ったらそれはね、やっぱり。あそこにいるとなんか暗くなるよね。なんか電気を消しているだけじゃない、この暗さはみたいなね。そういう風になったら大変なんですね。じゃ、ちょっとみんなに聞いてみましょう。自分の職場は楽しい、やりがいがあるという方。はい、ありがとうございます。ま、ほぼ全員と言う事にしておきましょうね。でもそれはね、自分の心持ちでも変わってくるし。じゃ皆さんの考える元気な職場とはどういう職場かちょっと隣同士で話してみてください。どういう職場が元気でしょうか。

僕自身もですね、考えてみました。職場に行って、朝一番、なんて言いますか。「おはよう」「おはようございます」やっぱり元気な挨拶。これは元気な職場には大切だなと思う人手を挙げてください。はいOK。じゃ、自分の挨拶を聞いた人、自分がおはようって言ったその相手、その日一日、幸せに過ごせるであろう、そういう挨拶をしていますという人はどうですか。あ、ひとり。ふたり。おられた。ま、でも、皆さん、元気な挨拶しているって事ですよ、やっぱり挨拶ってお金がかからないしね。こう気持ちで違いますよね。「おはようございます↑」というのと、「おはようございます↓」ん、誰？今の？空気みたいな挨拶、たまには良いのかもしれませんが、その元気があるの、何があればそんな元気があるのってね。これは昔の人はよく言いますけれども。さあ。どうせなら元気な挨拶、という事で元気な挨拶にテーマを絞ったら、どんな挨拶だったら元気でしょうか。

例えば。「笑ってる」笑ってる。ちょっとずれましたね。僕のスライドとちょっとずれましたね。冗談ですけどもね。一つはまあ、どこよりも声が大きい、やっぱり声が大きい方が良いですけどね。次が笑ってるだった。惜しい。あとは、笑顔で目を合わせる。ありがとうございます。そうですね目を見て、目を合わせる。もう一つあるんですね。これは何かと言いますとですね。ラ音、ライオンではなくて、ラ音の挨拶。

さあラ音の挨拶。どんな挨拶でしょうか。隣同士で、話してみてください。ラ行じゃないですよ。ラリルレロのラですよ。ヒントはですね、「おん」というのは漢字で「音」になります。と言う事はこれはラの音。ド、レ、合ってますかね。せーの、ド、レ、ミ、ファ、ソ、みんな言ってる。ラ、ラ、もう一回いこう、せーの、ド、レ、ミ、ファ、ソ、ラ、ラ、ラ、ラ。これに「お」を重ねましょう。「おー」。言ってる？「おー」。では、「おはようございます」と言ってみましょう。せーの、「おはようございます！」なんか誰か今ハモらなかった。ラ音の挨拶というのはですね、聖路加国際病院、日野原重明先生、104歳、もうすぐ105歳の日野原先生がですね、一緒に「命の授業」で講演活動をさせてもらっているんですけれども。そこで日野原先生が、「江藤先生どこで講演するのでも、何のタイトルでも、これを言って下さい、伝えて下さい」と言われたのが、ラ音の挨拶なんですね。

このラの音と言うのはですね、ものすごく面白い音なんですね。オーケストラをしている人はわかる。音楽とかしている人はわかると思います。最初にオーケストラで、ファーってするでしょ。あれでみんな私に注目してって、一つにあわせましょうって。あれラの音です。例えばピアノの調律のA、最初の基本となる音。これラの音なんですね。世界各国どの地方に行っても、このラの音で始まるおめでたい事があります。さあ何だと思います。日本、フランス、ドイツ、ベルギー、オランダ、中国、韓国。新しい命の誕生のときに、なんと言いますかね。「おぎゃー↓」低いですね。なんかお姉様が出てきたような。「おぎゃー↓」普通は、「おぎゃー↑」と産まれてくる。「おぎゃー↑」って。この「お」がどこの国でもラの音。要するに「おぎゃー」と産まれてきた、私を見て、私を世話してというかね。みんな、そうなるよね、はあ良かったとなるわけでしょ。赤ちゃんの泣き声でイライラするって言うのは相当にストレスが溜まっていると思った方が良いでしょう。

やっぱりそれって、そういう所に居ると

いう事で、このラ音の挨拶と言うのを職場に広めてもらうといいかなというふうに思っています。で、僕の学校の友達が言うんですね。「江藤君、ラの音ってほんと面白い」皆さん口をですね、「ん〜っ」て、への字にしてください。それでラの音だしてみてください。ドレミファソラ、ラの音出せますか。出にくいんですよ。口の構造上、口角が上がらないとラの音は出ない。どういう事かというと、口角が上がると言う事は笑顔ですよ。笑顔でおはようという自然とラの音。という事で、ラ音の挨拶を是非ともね、広めてもらえるといいかなと思いますね。

それこそこの前、協会けんぽ宮崎の中でも話したんですけど、保健師さんとか看護師さんとか、常に笑顔って難しいかもしれませんが、笑顔があるとほっとしますよね。でも元々の顔ってみんなそれぞれやっぱり違いますよね、への字の人もいるんですよ。でも、そのへの字をですね、変える方法がある。どうするかというとですね、皆さんボールペン、ちょっと手元にあります？これをですね、ちょっと咥えろと。咥えろとですね、口角は自然に上がるんですよ。これめっちゃくちゃ自分で嫌な感じのときとか怒っているときに、騙されたと思って、割り箸でも何でも咥えるんですよ。そしたらなんか怒りすぎるのが馬鹿らしくなる。

本当、何で怒っていたとかね、何でいらしていたかとかなるんです。脳科学って言うのはものすごく単純で、笑顔が出る時って嬉しいときでしょ。で、逆に笑顔になっていると、嬉しい事しか考えられない。だから、是非とも試してみてください。夫婦喧嘩しているときとかね、彼氏と喧嘩しているときとかね。ちょっと待ってねって割り箸を口にくわえる。そして、喧嘩って収まる。

さて、知識は人を助けます。これは間違いない。やっぱり僕たちは保健管理の中でずっと生きていて、学生に伝えたい、職員に伝えたい、知識は伝える事が大切だと。これは間違いないですけどね、大学はみんな出来たよね。アレやろうよ、これや

ろうよ、みんなで減量プログラムとかやろう、とかね。そういう事も出来ますし、禁煙を頑張ろうよとかね。僕は宮大でやるときには5年間で2000人の学生たちが自分の禁煙支援を成功させてくれました。みんなで、一致協力してできるのも大学の面白いところです。皆さんの腕の見せ所だというふうに思うんですね。

あともうひとつ本当に大切な事って何かと言うと、そういう知識を持つ、知るっていう事が大切。でも知るという事だけでは人は動かない。だから、皆さんはそれをどう伝えるか。皆さんの魅力で聞いた人が、感じる事ができる。感じるためにはやっぱり人間だと。人が感動するのは純粋な愛情、これはやっぱり大切になってきます。それがやっぱり動くというような事に繋がるという風に思います。

保健指導というのは難しいですよ。どういう意味で難しいかという事です。やっぱりそれぞれ価値観が違うんですよ。さっき言ったように、どうでもいいんだと思っている人もいれば、わかっているんだけどできない、それが出来るように学長に自分の時間をつくらせるように、もうちょっとゆっくりさせてくれ、仕事を誰かに任せてくれ、という人も多い。そういう人の価値観っていうのを、琴線っていいですけども、琴の線ですね。琴線に触れるような保健支援、健康支援ができるかどうかっていうのが全てなんです。

例をあげましょう、例えば、皆さんにとっての健康、皆さんの立場でちょっと聞きたい、健康。でも健康だけでは人は動かないからですね。ある意味、逆に言えば幸せ。皆さんにとっての幸せってどういうものか。私、これがあると幸せだな。私これがあると幸せって感じる。美味しい食べ物があると幸せ。色んなのがあると思うんです。それぞれ考え方は違うんですね。例えばね、やっぱり健康とか幸せとか、病気じゃない、それから体に関してもそう、心に関してもそう、もしくは友達がいてこそ幸せだ。場合によっては家族、僕は家族はやっぱり基本ですね。仕事、そしてやっぱり遊びも充

実していたいよな。いろんな価値観がある。

こういった話しをしていると、やっぱりこういう人もいますね。健康に注意して、健康のために生きる、健康のためなら死んでもいいというね、本当。100歳近くなるとね、90歳、結構たまにいますけども90歳すぎるとこういう気持ちになる。なにが幸せかと、朝目がさめたら幸せと、目覚めんかもしれん。目覚めたときにどこも痛くない、それが幸せだと。やっぱりそういう事を考えると幸せっていうのは、当たり前前に思う事、当たり前前の事を当たり前って思うか。それをありがたいって思うかで大きく変わってくるんだなというふうに思ったりもしますけれどもね。

じゃここでもうひとつ皆さんに質問です。皆さんの健康、幸せのために必要な六つカテゴリーに表しました。やっぱり生き方が大切だよな、もしくは運動とか食、これが大切だよ。もしくは、やっぱり生き甲斐がないと幸せとは言えない。また、人間関係。人間関係がこじれているとか不幸せだ。もしかしたらゆとり、もうゆとりがない。検査データ。ヘモグロビンエーワンシーが。さあどうでしょう。皆さんの健康、幸せのためにはどれが自分にとって大切だ、全部大切だと思うんですけど、ここから2つ選ぶとしたらなんですか。ちょっと隣同士で。はい、ちょっと聞いてみましょうかね。これだと思う人は手を挙げて下さい。いいでしょうか。気持ちよくパッと手を挙げてね。こう小さくじゃなくてね。

はい、じゃまず、自分の健康、幸せの為には生き方大切だなって、生き方。はい、結構おられますね。1割ぐらいですか。生き方が大切。じゃ、運動とか食が大切だ。あ、多いですね。ちなみにここで手が挙がるのはですね、いろんな講演会をしてですね、特徴があります。ここはよく挙がる。食改善グループですね。運動推進委員の講演会でもよく挙がる。ちなみに僕らの医師の研修会では誰一人挙がらないですね。一般の時にはなかなか挙がらない。

生き甲斐、これはどうでしょう。あ、結構多いですね。生き甲斐。やっぱりそうで

すよね。生き甲斐大切だと、はい。人間関係。あの一人 2 回までですからね、3 回 4 回あげてもらっては困ります。次は人間関係。そうですねこれも多い。ゆとり、なんかこのあたりすごいまとまってませんか。はい、検査データ、検査データ少ない。あ、そうですね、検査結果。挙げりました、ありがとうございます。皆さんどこで挙がるかな。こちら辺で挙がるんじゃないかなって思ったんですね。検査データは 3 人ぐらいしか挙がらない。検査データで挙がる人は本当に危ない状況の人だけです。この数字を何とかしたいって思ってる人の場合には挙がるっていうのがありますけど。

ほら思い出してください。健康診断で皆さんは検査データから話していませんか？体重が、腹囲が、血糖値が。響かないんですよ。要するに価値観っていろんな問題があります。ここに出したものはみんな大切です。全て大切なんですよ。でも人って全てを選んで行動できないでしょ。例えば、検査データが大切だと思っている人も、人間関係も大切。「疲れているときに電話があれからかかってきた、仕方ないわ」って、また飲みに行く。そういう生活をしているわけです。となると、魅力的な健康支援というのは、エビデンスとしてのデータっていうのは大切だけれども、本当にその人が心を揺るがすような、震えるような、ですね。価値観が大切ですね。それって多分、皆さんが、やっぱり心開いてその人との信頼関係ができた上でそれを引き出すという事こそが一番大切なんじゃないかな、なんて思うんですね。

そういう意味において心が通じるコミュニケーション、これがやっぱり全てだというふうに思ったりもします。コミュニケーション能力の重要性、みなさん自分の思いや考えが 100% 齟齬なく相手に伝わっているのでしょうか。ま、そこでですね皆さんにひとつ。隣同士いろいろ話したでしょ。「ああ、この方こういう風な事を考えられているんだ、面白いなみたいな。」もしくは、ネックレス、イヤリングが可愛いとか、ね、いろんな見方があるとおもうんですけれど

も、ちょっと隣同士でじゃんけんして下さい。じゃんけん。最初はグー、じゃんけんぽん。はい、じゃんけん勝った人。あいこの場合はするのよ、まだ。最後までね。じゃんけん勝った人、手を挙げてみて下さい。

はいじゃんけん勝った人はですね、負けた人をちょっと見てください。それでは、今からですね、1 分間、じゃんけん勝った人はですね、じゃんけん負けた人を誉めて下さい。いいでしょうか、はいどうぞ。ゆっくりでいいです。大丈夫です。はい、ありがとうございます。では、褒められてうれしいですね。拍手。やっぱり褒められて嬉しいな。嬉しかったという人、手を挙げて。はい、じゃ、嬉しい気持ちをありがとうございますに込めてありがとうございますってたくさん言つて。

ありがとう、良いですね。ありがとうって言えない人がたまに居るんですね、褒められたら江藤先生に褒めろと言われたけど何をそんなに褒めるんだらうというね、客観的な冷めた目で見ると人もいますけどもね。なかには褒められ慣れてないと、いやいや、いやいや。あの 3 回もいやいやって言ったら、褒められないですね。そろそろやっぱり、褒められ慣れていない。さあどうでしょう。皆さん。褒められると気持ちがいいわけですよね。じゃ自分はなにかこう、人に頼まれたというとき、褒められながらの方が好きか、けなされながらの方が好きか、どっちか一方。けなされた方がやる気が出る人。あ、良かった。手が挙がったの。けなされながらの方がいいですか？びっくりしました。

じゃ、褒められながらの方が気持ちが良い、やりがいがある人。はい、ほぼみんなですね。やっぱりそうだと思うんですよね。誉められた方がやっぱり人はやる気が出ます。じゃ、自分は結構人を褒める方だという人。おー、3 分の 1 ぐらい。大変ですね。褒められるのがみんな好きなのに、一人で 3 人 4 人褒めないといけない。褒めるという事に対してやっぱり人って、教育の関係なんですかね、抵抗を感じる人もいますね。何かっていうと、人を褒める程の

者ではないみたいな。結局自分を謙遜してしまう、人を褒めるっていうと、上の者が下の者を褒めるみたいな、そんな印象を持っている人もいます。でも中にはですね、自分が自分自身を認められてないと人を褒められないという方も。

例えばですね、僕は今日、午前中は外来診療して、その後車飛ばして 40 km、60 km 離れたところから帰ってきました。今日は 3 年ぶりに見る顔もたくさんあるだろうなと思いながら、今日も頑張ろうかなと朝起きたんですね。歯を磨いて顔を洗って、髪の毛をかきあげながら、「今日も決まってるな」と言って、朝起きたわけですけども、毎朝「決まっているわ」とか、「かわいいわ」と、もしくは夜寝る前に言っているという人。良いんですよ、自分を褒めてあげるとい人。はい、手が挙がりました。挙がると思いました。よかったです、挙がってくれて。

僕思うんですね、誰を褒めるわけでは無いんですよ。自分が自分の事を褒めて天狗になる人って九州にはいない。東京あたりはいるかもしれない。九州はまだね、そこまでの人はいないでしょ。でも自分を褒める事はなかなかしないって言われるかもしれないけれども、例えば、中にはね、本当に謙遜される、自分自身一生懸命やってる。自分はこのレベルになりたいけど、まだここだから、まだまだなんだ、まだまだまだまだと言われる。そうすると自分自身がやっぱりかわいそうですよ。例えば自分の目標にまだ届いてないとしても、目標に向けて頑張ろうと思っている自分っていうのを一番知っているのは自分自身なんです。そういう時に、例えば寝る時に、自分を褒める。良い事があったらそれを認めるみたいな、今日もこういう良い事があったな。何も無かったら、今日は江藤先生に会えて良かったなみたいなね。次はいつだろう。わかんない、ね。次は、九州大学で、呼ばれれば行きますけどね。その時はストレスチェックの話をしよう、まあいいか。

だから、色んな当たり前の事を当たり前と思えない。当たり前である事がありがた

いなって思える。だって、ありがたいという事を、学生にも話すんです。色んな話をします。無難な人生がいいか、もしくは難のある人生が良いかって。困難な人生が良いか、どっちがいいか。学生はみんなそれはね、無難な人生が、やっぱり今はあまりこう、波瀾万丈なのは良くないとかね、あまり自分はそういう人生には求めたくないという人は結構いるんですけど、難があるっていうのはですよ、難がある、有り難いですよ。意味がわかった。フォローできました。フォローできないという方は今日の夜、飲み会の場がありますので来てもらおうと。まあいいです。という事でですね、やっぱり、自分自身をいかに認められるか。一番大切なのは自己肯定感を我々がもっているかどうかっていうのが、学生にとってめちゃくちゃ大事なんです。

自分の事を認められないとですね、他の人を認められるわけがない。心の底から。下手するとね、自分を認めてない場合に、他の人が良い事をしたときに、自分を認められないというのがベースにあると、下手すると、「あの人ばかり」、嫉みの気持ちがやっぱり出てくる。自分の物差しが他の人じゃなくて自分の中にある場合は、他の人が頑張って良い事をやったら本当にみんな認めている、良かったねと手放しで喜んでくれる。そういうのはやっぱり、言葉よりも変わってくる。

自分自身をいかに認めるかっていうのが大事で、認められるようになると、相手に良いとこ、本当にね、そうなってくると。例えば通勤の途中。それこそ今まで車で通っていたんですね。今ですね、ちょっと気持ちが変わって、自転車通っています。大学までの 5.5 km。去年の 12 月から、雨の日以外は自転車を通うんですね。今、10 ヶ月近く経つんですよ。おかげさまで。健康診断事後指導呼ばれなくて。超嬉しい。なんか、超嬉しい。嬉しいなあとかそういうふうに、こうして空を見たりですね、青いな、気持ちいいな、今日なんか良い事あるかな、本当思えるんですよ。良い事があったら、良いねって言える。そういう素直

なわくわくした気持ちにやっばりなれるんですね。

という事で、是非とも今日から、皆さんですね、自分を誉めて。良かった、今日こんな良い事があったっていうふうな習慣をつけて、それを学生に伝えてもらえるといかなあという風に思います。いいでしょうか。はい、じゃあちょっとお互い向き合ってください。だってほら、じゃんけん負けた人だけが褒められてね、勝った人は褒められてないでしょ。と言う事でお互いに向き合って。負けた人はですね、勝った人をめいっぱい褒めてあげてください。そして褒められたらありがとうって、それよりも大きな声で言って下さい。はいどうぞ。

はい、ありがとうございます。お互いがね、褒めて褒められて嬉しいですね、拍手で。時間もあと 6 分になっちゃいました。あっという間ですね 1 時間半なんてね、2 時間 3 時間はざらで、この前、横浜で研修会があってね、10 時間話しました。朝から。新潟歯科大学の時は、1 年生から 6 年生、衛生管理の歯科衛生の学生が 1 年、2 年、3 年、病院の職員、朝の 8 時半から終わったのが 21 時までですね。声は枯れませんでした。その後のカラオケの時でした、枯れたのは。あの話をするときにはですね、腹の底から、カラオケと一緒にですね腹式。で話をするといくら喋っても声は枯れません。音程は変わりますけどね。

最後に、口癖が変わると色々と人生が変わってきます。どんな口癖。難しいこつある、大変やわ、忙しい、疲れた、宮崎では「だれた」とか言いますがね。なんかこう、ネガティブな言葉というのは、自分も疲れさせる、周りも疲れさせる。ものの捉え方によってはいくらでも変わる。例えば、「難しい」というのは、「面白いね、やり甲斐があるわ。元気だ」、「楽しいね」、「難しい」というのを「楽しいね」「一緒にやれて嬉しいね。」やっばりポジティブな気持ちっていうのが、顔の表情にもでる。

どうせ、自分の命を使って、自分の時間を使って、今の場所で頑張る。そこで、花を咲かせるのであれば、良い花を咲かせよ

う。楽しいなと思える、それが楽しいなと思えるかどうかは自分の気持ち次第です。辛いなあと思うか。例えばコピーを 1 つ取る。「はあ、またコピーが来た。」って思うか。もしくは、このコピー。チラッと見たら面白い、もう 1 枚コピーしていい。自分のものにしようとかね。いやいや、いくらでもあるんですよ。そう、いくらでも勉強の時間っていうのはある。

一回、産業医の職場巡視で宮大で聞いた事があるんです。留学生係の人にね。「仕事楽しいですかどうですか」って聞いたら、どうやって返ってきたかという、「何で聞くんですか、そういう事を」、「えっ」て、思いました。「楽しい方がよいね、自分の大切な時間を使ってやっているんだから、楽しいほうが良い」って言ったら「考えた事はありません」「なんで」「いや、あの、仕事の一貫としてやっています」と。それはねやっばり、イメージーションだと思いますよね。例えば自分がその留学生の仕事をやり返る。間違いなくスムーズに行けば、留学生は問題なくその支援を受けられる。楽しい学園生活が待っているわけですよ。そういう自分の仕事は歯車の 1 つだと思うか、もしくは私の仕事がこの事を生み出す、っていう風に思うかで、考え方で人の気持ちっていうのは全然変わる。「そうだよ」って言ったら、「ああ、そういう考え方もあるんですね」みたいな形で言われた事を覚えています。

最初に皆さんに聞いた、魅力的な健康支援を導く〇〇。これはですね僕は、愛だと思っています。特に、肯定愛かなというふうに思えるんですね。こういう言葉はありません。自分で作った。自己肯定、愛情表現。肯定愛。と思います。大学保健はですね、素晴らしいと思うんです。本当に素晴らしい職種だと思います。夢にあふれた学生、もしくは夢がまだ見つからない学生、その子をどうやって導くか、一緒にサポートして考えるか、それでその子の人生変わります。その子の家庭も変わる。その生活も変わります。その職場の、こういった職場にいるかわかりませんが、その子

たちが与える影響っていうのは、本当に僕たちの思いというのが、少しでも携わっていれば、それはすごくありがたいなと、そういう立場に居させてもらえるっていうのは本当に、幸せな事なのではないかなというふうに思います。

そのためには、やっぱり夢があふれる職場が大切だと思います。自分自身の中にこそあふれる愛情というものが、あふれたものが伝わっていくというふうに思います。そうなるとうまう皆さんは魅力的に、保健支援っていう魅力的な人生を生きていくんじゃないかなと思いますね。人というのはやっぱり一人ではやっぱり生きていけないですね。多くの人がそこに集まって、大学というのは特にそうだと思います。そしてその人は輝く、大事なものはですね、人と人との縁であり絆であろうと考えます。ここにこうやってお集まりいただいて、お話聞いていただいて、それも縁で、絆であるかなと感じますね。

今回は宮崎にお越しいただき、誠にありがとうございました。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。後ろに電話番号(職場 0985-59-7711、e-mail: eto-t@mpu.ac.jp)書いておりますので、お電話いただければよろしいかと思います。今日はですね、佐賀大学の佐藤先生もいらしているだろうと。今夜一緒にと思っておりますので、どうぞよろしくお願い致します。終わります。

座長：江藤先生ありがとうございました。
セミナーⅢ「大学保健管理現場において魅力的な健康支援を導く〇〇」と言う事で江藤先生の方にご講演いただきましたけれども、代表の方で江藤先生の方になにか質問とかお聞きしたい事、あと、感想などでもよろしいんですが、何かありませんでしょうか。以前、一緒に安全衛生の保健センターでお仕事させていただいて、しばらくお会いしてなかったんですけど、今日久しぶりに顔を見て、スマートになられたかなと思いました。職場に自転車に通ってらっしゃるという事で、先生だいぶ痩せられたんじゃないんですか？っていう話をしまし

た。いつも私たち保健指導を学生とか職員にしているんですが、やっぱり先生がおっしゃられるようにデータから、悪いのでこうしてくださいとか、こうした方が良さですよ、っていう風な話し方になってしまっていて、なかなか言う事を聞いてくれないというか、それだけではやっぱり難しいなと感じる事もあって、自分に置き換えると自分が他の人にそう言われても、なかなか響かないというのは感じていたので、今日の先生のお話聞いてなるほどなあと思いました。やっぱり、まず自分たちも健康にならないといけないし、職場が暗かったりすると、そういう立場で学生とか職員の方にも話できないなと感じました。実践的にいろいろ使える、コミュニケーション術みたいな話を聞けたので皆さんも職場の方で実践していたたければいいかなと思いました。個人的に何か先生にご質問とかある方は、電話で問い合わせただけなら良いかなと思います。

今日は江藤先生どうもありがとうございました。

プログラム

■ 第1日目 8月24日(水) 保健・看護分科会

1. 開 会 式 9:45 - 10:00

開会の辞	宮崎大学安全衛生保健センター保健師	鬼 束 直 美
挨拶	宮崎大学安全衛生保健センター教授	武 田 龍一郎
挨拶	九州地方部会保健・看護分科会会長	
	宮崎大学安全衛生保健センター保健師	加 知 由 香

2. セミナー I 10:00 - 11:30 (90分)

演 題	「マインドフルに聴く ～共感的コミュニケーションで築く信頼関係」	
演 者	宮崎大学医学部社会医学講座教授	横 山 彰 三
座 長	宮崎大学安全衛生保健センター教授	武 田 龍一郎

3. 九州地方部会保健・看護分科会総会 11:40 - 12:20

4. セミナー II 13:20 - 14:20 (60分)

演 題	「宮崎大学障がい学生支援室の紹介」	
演 者	宮崎大学障がい学生支援室准教授	楠 元 和 美
座 長	宮 崎 産 業 経 営 大 学 看 護 師	長 瀬 由 美

5. セミナー III 14:30 - 16:00 (90分)

演 題	「大学保健管理現場において魅力的な健康支援を導く〇〇」	
演 者	宮 崎 県 立 看 護 大 学 教 授	江 藤 敏 治
座 長	宮崎大学安全衛生保健センター保健師	加 知 由 香

6. 閉 会 式 16:00 - 16:10

閉会の辞	宮崎大学安全衛生保健センター保健師	内之倉 成 美
------	-------------------	---------

■ 第1日目 8月24日(水) 九州地方部会幹事会 16:30 - 17:50

■ 第2日目 8月25日(木) 保健管理研究協議会(1日目)

1. 開 会 式 9:45 - 10:00

開会の辞	宮崎大学安全衛生保健センター長	石 田 康
挨拶	宮 崎 大 学 理 事	水 光 正 仁
挨拶	九州地方部会代表世話人	
	佐賀大学保健管理センター所長	佐 藤 武

2. 特別講演 I 10:00 - 11:00 (60分)

演 題	「本格焼酎の魅力とアルコール体質」	
演 者	宮 崎 大 学 理 事	水 光 正 仁
座 長	宮崎大学安全衛生保健センター教授	武 田 龍一郎

3. 特別講演 II 11:10 - 12:10 (60分)

演 題	「特別報告 ～熊本地震を振り返って～」	
演 者	熊本大学保健センター准教授	副 島 弘 文
	熊本大学保健センター教授	藤 瀬 昇
座 長	宮崎大学安全衛生保健センター長	石 田 康

4. 九州地方部会総会 13:40 - 14:10

5. 一般演題 I 14:25 - 15:25 (60分)

座 長	佐賀大学保健管理センター長	佐 藤 武
-----	---------------	-------

(1) 「薬学生を対象とした短期自律訓練法の心理生理効果

第一薬科大学	○小山 進
--------	-------

(2) 「留学生の健康診断事後措置における課題の考察」

九州工業大学保健センター	○永芳美香、福盛文恵、荒川 令、 平埜和子、山崎暁子、落合秀夫
九州工業大学学生総合支援室	菊地悌一郎

(3) 「大学生の飲酒状況とそれに関連する生活習慣」

九州産業大学健康・スポーツ科学センター	○村谷博美、幸地英理子、木村奈都美、 原田京子、芳賀史江、濱田やえみ、 太田美枝子、新海保代
---------------------	--

- (4) 「学生・教職員に対する禁煙サポートの現状と問題点」
大分大学保健管理センター ○工藤欣邦、河野香奈江、堤隆、
木戸芳香、加隈哲也

6. 一般演題 II 15:40 - 16:40 (60分)

座長 鹿児島大学保健管理センター助教 鮫島久美

- (5) 「九州大学におけるアレルギー・アナフィラキシーの実態調査」
九州大学キャンパスライフ・健康支援センター
○山本紀子、松園美貴、戸田美紀子、
松本桃子、田中朋子、今井知美、
武吉ひとみ、宮川ミチコ、山川直子、
池本恵美、五島由乃、野中奈月、
梶谷康介、眞崎義憲、永野 純、
入江正洋、丸山 徹、一宮 厚
- (6) 「佐賀大学 B 型肝炎対策 11 年間のワクチン接種から
～現状と課題～」
佐賀大学保健管理センター ○武富弥栄子、尾崎岩太、小川康子、
福島雅子、木道圭子、佐藤 武
- (7) 「本学における学生の健康診断受診から健康診断結果返却までの取り組み」
名桜大学保健センター ○前川美紀子、金井絹代、具志堅時乃、
上原瑠莉
- (8) 「ABC 検診後の精密検査受診勧奨の効果と陰性高値について」
産業医科大学産業保健学部産業・地域看護学
産業医科大学保健センター ○八谷百合子、中田光紀、
柴田美雅、榎田奈保子、工藤智美、
加藤寿子、田尾香織、野原由美子、
岡山聡子、松村 愛、酒井昭典

7. 演題総括 16:55 - 17:25 (30分)

■ 第3日目 8月26日(金) 保健管理研究協議会(2日目)

1. 講演 I 9:30 - 10:30 (60分)

演題 「障がいのある学生の学びを支える
～社会的障壁を乗り越える力とは～」

演者 宮崎大学教育学部教授 戸ヶ崎 泰子
工学部 4年 木下 大輔
座長 宮崎大学安全衛生保健センター講師 宮野 秀市

2. 講演 II 10:40 - 11:40 (60分)

演題 「介護・福祉に役立つ医工連携研究」

演者 宮崎大学工学部教授 田村 宏樹
座長 宮崎大学障がい学生支援室准教授 楠 元和美

3. 閉会式 11:40 - 12:00

閉会の辞 宮崎大学安全衛生保健センター長 石田 康

参 加 者 名 簿

○ : 第一種会員

* : 第二種会員（個人会員）

《 国 立 大 学 》						(50音順)					
大分大学 ○						九州工業大学 ○					
保健管理センター	教授	工藤 欣邦	*			保健センター	教授	落合 秀夫	*		
保健管理センター	准教授	堤 隆				保健センター	保健師	永芳 美香			
保健管理センター	保健師	河野 香奈江				保健センター	保健師	荒川 令			
保健管理センター	保健師	木戸 芳香				学務課	課長	松浦 文明			
学生支援課	課長	那須 純次									
鹿児島大学 ○						熊本大学 ○					
保健管理センター	所長	伊地知 信二	*			保健センター	准教授	副島 弘文	*		
保健管理センター	助教	鮫島 久美				保健センター	教授	藤瀬 昇			
保健管理センター	保健師	平片 舞				保健センター	臨床心理士	奥田 清香			
保健管理センター	保健師	蒲地 亜紀代									
保健管理センター	保健師	飯島 由佳									
保健管理センター	保健師	山之口 由香									
鹿屋体育大学 ○						佐賀大学 ○					
保健管理センター	所長	藤井 康成	*			保健管理センター	センター長	佐藤 武	*		
保健管理センター	教授	安田 修				保健管理センター(鍋島分室)	看護師	武富 弥栄子			
学生課	課長	池ノ上 勇三				学生生活課	課長	河野 美奈			
						学生生活課	副課長	田中 信行			
						学生生活課	係長	七村 智子			
九州大学 ○						長崎大学 ○					
キャンパス・健康支援センター	教授	一宮 厚	*			保健・医療推進センター	教授	調 漸	*		
キャンパス・健康支援センター	教授	丸山 徹				保健・医療推進センター	准教授	林田 雅希			
キャンパス・健康支援センター	准教授	眞崎 義憲				保健・医療推進センター	准教授	古林 正和			
キャンパス・健康支援センター	准教授	山本 紀子				保健・医療推進センター	保健師	前田 真由美			
キャンパス・健康支援センター	准教授	梶谷 康介				保健・医療推進センター	総務係長	樋口 信博			
キャンパス・健康支援センター	保健師	松園 美貴									
キャンパス・健康支援センター	保健師	山川 直子									
キャンパス・健康支援センター	保健師	池本 恵美									
キャンパス・健康支援センター	保健師	野中 奈月									
学生支援課	課長	黒岩 由美									
学生支援課	課長補佐	徳吉 透									
学生支援課学生支援係	係長	中村 晃子									
学生支援課学生支援係	主任	東 優希									
福岡教育大学 ○						福岡教育大学 ○					
						健康科学センター	教授	貫名 英之			
						健康科学センター	保健師	白石 裕子			
						学生支援課	課長	牛尾 憲一			

《 国 立 大 学 》 (50音順)	《 公 立 大 学 》 (50音順)
琉球大学 ○ 保健管理センター 所長 大屋 祐輔 保健管理センター 教授 古川 卓 * 保健管理センター 看護師 宮城 正枝 学生部学生課 課長 渡邊 一史	大分県立看護科学大学 ○ 教務学生グループ保健室 保健師 工藤 優 沖縄県立看護大学 ○ 保健管理専門員 吉本 せつ子 長崎県立大学 ○ 学生支援課保健室 保健師 深江 浩子 学生支援課保健室 保健師 中村 由香里 福岡県立大学 ○ 学生支援班保健室 看護師 三島 聡美 福岡女子大学 ○ 学務部学生支援班 保健師 伊東 美希 宮崎県立看護大学 ○ 保健室 看護師 山本 恵子 宮崎公立大学 ○ 保健室 保健師 中原 由起子 学生・就職支援室学生係 室長補佐兼学生係長 梶原 佐智子 学生・就職支援室学生係 主任主事 川嶋 彩 名桜大学 ○ 保健センター 准教授 前川 美紀子 保健センター 看護師 金井 絹代

《 私 立 大 学 》				(50音順)			
鹿児島国際大学 ○				熊本保健科学大学 ○			
学生課保健室		養護主任 此内 佳子		教育支援センター保健室		保健師 那須 知広	
鹿児島純心女子大学 ○				産業医科大学 ○			
学生支援課		事務職員 荒谷 めぐみ		産業保健学部		准教授 八谷 百合子	
				保健センター		保健師 榎田 奈保子	
活水女子大学 ○				志學館大学 ○			
学生生活支援課保健室		保健師 森 郁子		保健室		学務課主任 山口 康子	
九州栄養福祉大学 ○				西南学院大学 ○			
保健室		看護師 徳永 厚子		学生部学生課保健管理室		主幹保健師 牛尾 幸世	
九州看護福祉大学 ○				西南女学院大学 ○			
保健管理センター		センター長 齋田 和孝		福祉学科		教授 平田 健太郎 *	
保健管理センター		保健師 松山 さおり		学生課 保健室		看護師 大内田 知英	
九州産業大学 ○				崇城大学			
健康・スポーツ科学センター		教授 村谷 博美		学生厚生課		看護職員 岩尾 典子 *	
学生部厚生課保健室		看護師 濱田 やえみ					
学生部厚生課		課長 坂井 英治					
近畿大学産業理工学部 ○				第一薬科大学 ○			
学生支援課		永岡 則子		薬物治療学分野		教授 小山 進	
				情報教育分野		助手 小川 寛子	
熊本保健科学大学 ○				東海大学 ○			
教育支援センター保健室		保健師 那須 知広		健康推進センター 熊本健康推進室		看護師 古川 千夏	

《 私立大学 》				(50音順)
長崎国際大学 ○		福岡女学院看護大学 ○		
キャンパスライフ・ヘルスサポートセンター	保健室室長	内田 裕子	教授	山崎 不二子
キャンパスライフ・ヘルスサポートセンター	キャンパスソーシャルワーカー	阿比留 美冬		
キャンパスライフ・ヘルスサポートセンター	助教	細野 広美		
長崎総合科学大学 ○		福岡女学院大学 ○		
学生課	課長補佐	吉田 美津子	学生課保健室	看護師 岩佐 美津子
中村学園大学 ○		福岡大学 ○		
生活支援課	係長	井上 紀子	健康管理センター	診療所長 森戸 夏美
			健康管理センター	事務室長 吉田 廣利
			健康管理センター	事務職員 郷原 有太
			健康管理センター	保健師 花井 美佐江
			健康管理センター	保健師 池田 沙織
西九州大学 ○		南九州大学 ○		
学生支援課	職員	田中 まり子	宮崎キャンパス保健室	保健師 長瀬 朱美
短期大学部学生支援課	課長補佐	中村 妙美	都城キャンパス保健室	保健師 田中 淳子 *
日本赤十字九州国際看護大学 ○		宮崎産業経営大学 ○		
学生支援委員会	助教	小手川 良江	保健管理センター	看護師 長瀬 由美
日本文理大学				
学生支援担当保健室	保健師	竹尾 美紀		
福岡工業大学				
学生課	保健師	佐久間 晴美		
福岡国際大学				
学生支援課保健室	養護教諭	杉 理恵 *		

《 私立短期大学 》 (50音順)	《 国立高等専門学校 》 (50音順)
鹿児島純心女子短期大学 ○ 生活学科（兼保健室） 養護教諭 岩本 愛子	鹿児島工業高等専門学校 学生課学生係 看護師 南田 直子 *
鹿児島女子短期大学 ○ 学生支援課 養護職員 上大園 暁子	佐世保工業高等専門学校 学生課 看護師 苑田 三鈴
長崎短期大学 保健センター 養護教諭 木寺 友紀 *	都城工業高等専門学校 学生課学生係 看護師 森岡 みどり *
西日本短期大学 ○ 保健室 養護教諭 手嶋 孝子	

平成 28 年度全国大学保健管理協会九州地方部会総会議事概要

日時：平成 28 年 8 月 25 日（木）13：45～14：10

場所：ニューウェルシティ宮崎

1. 議長選出

議長の選出について、「公益社団法人全国大学保健管理協会九州地方部会規約第 6 条第 3 項に基づき、代表世話人が議長となることとされているため、代表世話人である佐賀大学佐藤保健管理センター長が選出された。

2. 議長挨拶

議事に入る前に議長から挨拶があり、正会員現在数の過半数の出席があるため本総会は成立する旨の発言があった。

3. 議 事

（1）平成 27 年度九州地方部会事業報告について

代表幹事（庶務）から、平成 27 年度九州地方部会事業について、資料 1 に基づき報告があった。

（2）全国大学保健管理協会総会および委員会報告について

議長から、第 53 回全国大学保健管理研究集会、公益社団法人全国大学保健管理協会大 8 回総会及び同第 9 回総会について、資料 2 に基づき報告があった。

続いて、機関誌編集委員の工藤先生から機関誌編集委員会について報告があった。

また、ウェブ情報委員会については、九州地方部会からの選出はない旨の報告があった。

（3）九州地方部会の役員について

代表幹事（庶務）から、九州地方部会の役員について、資料 3－1 に基づき説明があった。

なお、平成 28 年 9 月からの役員について、資料 3－2 のとおり再任の提案があり、審議の結果、承認された。

引き続き、議長から、世話人 3 名、代表幹事（会計）及び監事 2 名の推薦依頼があったが、推薦がなかったため、世話人 3 名については、九州大学一宮先生、大分大学工藤先生及び久留米大学吉田先生にお願いしたい旨の提案があり、承認された。

また、代表幹事（会計）１名については長崎大学樋口総務係長、監事２名については、大分大学那須学生支援課長と鹿児島大学上蘭学生生活課長にお願いしたい旨の提案があり、承認された。

なお、代表世話人については、公益社団法人全国大学保健管理協会九州地方部会規約第５条第１項に基づき、世話人３名による互選の結果、九州大学一宮先生に決定したことが報告された。これに伴い、代表幹事（庶務）については、幹事に関する申し合わせ第３に基づき、九州大学黒岩学生支援課長にお願いすることが併せて報告された。

次いで、『幹事に関する申し合わせ』の一部改正について説明があり、審議の結果、承認された。

（４）公益社団法人全国大学保健管理協会役員（理事・評議員）の推薦について

代表幹事（庶務）から資料４－１に基づき、全国大学保健管理協会役員（理事・評議員）について、今年度任期満了となる理事・評議員の後任の推薦が必要になる旨の説明があった。

また、評議員については、久留米大学の豊増評議員が平成２８年３月末で退任されたため、公益社団法人全国大学保健管理協会「理事、監事及び評議員の配置数等に関する申し合わせ」が定める評議員の選出枠が１０名のところ、１名欠員となっているとの説明があった。

引き続き、議長から、理事については、佐賀大学佐藤先生と九州大学一宮先生を再任、評議員については、九州工業大学落合先生、大分大学工藤先生、長崎大学調先生、宮崎大学武田先生、鹿児島大学森岡先生に再任を依頼したいとの提案があり、審議の上、承認された。

次に、欠員の評議員について、私立大学の方をどなたか推薦をお願いしたい旨の提案があったが、推薦がなかったことから、昨日の幹事会で協議された福岡大学か久留米大学の先生の内から推薦することが提案され、審議の結果、承認された。

なお、議長から名誉会員の資格について確認後、平成２９年３月末に定年退職等により退任する方で名誉会員の資格に該当する方がいるかどうか確認願いたい旨の発言があり、確認した結果、該当者なしで全国大学保健管理協会に報告することで、了承された。

（５）九州地方部会平成２７年度決算及び平成２８年度予算（案）について

代表幹事（会計）から、九州地方部会平成２７年度決算について、資料５－１に基づき説明があり、次いで監事から、監査の結果、正確かつ適正に処理されていた旨の報告があった。

審議の結果、本件を承認した。

続いて、鹿屋体育大学から、第45回九州地区大学保健管理研究協議会の決算について、資料5-3に基づき説明があったが、幹事会にて疑義があり調査して修正したことが説明された。次いで監事から、修正された決算を監査の結果、正確かつ適正に処理されていた旨の報告があった。

審議の結果本件を承認した。

続いて、代表幹事（会計）から、九州地方部会平成28年度予算（案）について、資料5-2に基づき説明があった。

審議の結果、本件を承認した。

続いて、宮崎大学から、第46回九州地区大学保健管理研究協議会の予算について、資料5-4に基づき説明があった。

審議の結果、本件を承認した。

（6）九州地区大学保健管理研究協議会の次期当番校について

代表幹事（庶務）から、資料6-1及び6-2に基づき、平成29年度から平成30年度における当番大学について、説明があった。

また、平成31年度の当番大学を大分大学にお願いしたい旨提案され審議の結果、本件を承認した。

議事終了後、これまで3年間代表世話人の佐賀大学佐藤先生より挨拶があった。

公益社団法人 全国大学保健管理協会九州地方部会役員名簿

任期 平成25年9月1日～平成28年8月31日（3年間）

役 員 名	所 属 ・ 職 名	氏 名
代 表 世 話 人	佐賀大学保健管理センター長	佐 藤 武
世 話 人	久留米大学保健管理センター長 ※	吉 田 典 子
〃	鹿児島大学保健管理センター所長	伊地知 信 二
代表幹事(庶務)	佐賀大学学務部学生生活課長	河 野 美 奈
〃 (会計)	鹿屋体育大学学生課長 ※	池ノ上 勇 三
監 事	福岡教育大学学生支援課長	牛 尾 憲 一
〃	熊本大学学生支援部学務ユニット長 ※	磯 田 信 一
幹 事	福岡教育大学健康科学センター副センター長	貫 名 英 之
〃	九州大学キャンパスライフ・健康支援センター長	一 宮 厚
〃	九州大学学務部学生支援課長	黒 岩 由 美
〃	九州工業大学保健センター所長	落 合 秀 夫
〃	九州工業大学学務部学務課長	松 浦 文 明
〃	福岡大学健康管理センター診療所長	森 戸 夏 美
〃	福岡大学健康管理センター事務室長 ※	吉 田 廣 利
〃	九州産業大学健康・スポーツ科学センター教授	村 谷 博 美
〃	九州産業大学学生部厚生課長	坂 井 英 治
〃	久留米大学総務部長 ※	高 木 一 希
〃	長崎大学保健・医療推進センター准教授	林 田 雅 希
〃	長崎大学保健・医療推進センター総務係長	樋 口 信 博
〃	熊本大学保健センター長	副 島 弘 文
〃	大分大学保健管理センター所長	工 藤 欣 邦
〃	大分大学学生支援部学生・キャリア支援課長 ※	那 須 純 次
〃	宮崎大学安全衛生保健センター教授	武 田 龍一郎
〃	宮崎大学企画総務部安全衛生保健管理室次長	大 野 え り
〃	宮崎大学安全衛生保健センター保健師	加 知 由 香
〃	鹿児島大学学生部学生生活課長	上 蘭 和 郎
〃	鹿屋体育大学保健管理センター所長 ※	藤 井 康 成
〃	琉球大学保健管理センター所長	大 屋 祐 輔
〃	琉球大学学生部学生課長	渡 邊 一 史
〃	琉球大学保健管理センター看護師	宮 城 正 枝

※印は、新規に役員となった者（平成28年6月現在）

公益社団法人全国大学保健管理協会九州地方部会規約

(設置)

第1条 公益社団法人全国大学保健管理協会定款（以下「定款」という。）第36条の規定に基づき、公益社団法人全国大学保健管理協会九州地方部会（以下「地方部会」という。）を置く。

(構成)

第2条 地方部会は、定款第37条第1項の規定に基づき、福岡県、佐賀県、長崎県、大分県、熊本県、宮崎県、鹿児島県、及び沖縄県（以下「九州地方」という。）に所在する公益社団法人全国大学保健管理協会（以下「協会」という。）の正会員をもって構成する。

(目的及び事業)

第3条 地方部会は、定款第37条第2項の機関として、九州地方における定款第3条の目的を達成するため定款第4条に定める事業を行う。

(世話人)

第4条 定款第37条第3項及び第4項の規定に基づき、地方部会に世話人1名以上3名以内を置く。

2 世話人は、地方部会の業務を処理する。

3 世話人は、地方部会の正会員の互選により選出し、協会の代表理事が委嘱する。

4 世話人の任期は3年とし、再任を妨げない。ただし、連続で6年を超えることはできない。

(代表世話人)

第5条 定款第37条第3項の規定に基づき、世話人のうち1名を代表世話人とし、世話人の互選により選出する。

2 代表世話人は、地方部会を代表し、地方部会の業務を総括する。

(総会)

第6条 総会は、地方部会の正会員（以下「正会員」という。）をもって構成する。

2 総会は、毎年1回開催する。ただし、必要があるときには臨時にこれを開催することができる。

3 総会は、代表世話人が招集し、議長となる。

4 総会は、地方部会の事業及び運営等に関する重要事項を審議し、決議する。

5 総会は、正会員現在数の過半数の出席をもって成立し、その議決は出席者の過半数をもって行う。

- 6 委任状を提出して代理人によって議決権を行使した者は、総会に出席した者とみなす。
- 7 総会に出席できない正会員は、議決権行使書をもって議決権を行使することができる。
この場合において、その議決権の数を第5項の議決権の数に算入する。
- 8 総会に関する必要な事項は、総会において別に定める。

(幹事会)

第7条 地方部会の運営を円滑に行うため、幹事会を置く。

- 2 幹事会は、世話人及び幹事で構成し、地方部会の事業及び運営等に関する重要事項について審議する。
- 3 幹事は、地方部会の正会員の互選により選出し、代表世話人が委嘱する。
- 4 幹事の任期は3年とする。ただし、再任を妨げない。
- 5 幹事会は、必要に応じて代表世話人が招集する。
- 6 幹事に欠員が生じた場合の補欠幹事の任期は、前任者の残任期間とする。
- 7 幹事のうち2名を代表幹事とし、1名は庶務を、1名は会計をそれぞれ総括する。
- 8 幹事会に関する必要な事項は、幹事会において別に定める。

(専門委員会及び分科会)

第8条 地方部会に必要に応じて専門委員会及び分科会を置くことができる。

- 2 専門委員会及び分科会に関する必要な事項は、幹事会において別に定める。

(監事)

第9条 地方部会に、監事2名以内を置く。

- 2 監事は、地方部会の会計を監査する。
- 3 監事は、地方部会の正会員の互選により選出し、代表世話人が委嘱する。
- 4 監事の任期は3年とし、再任を妨げない。ただし、連続で6年を超えることはできない。
- 5 監事に関する必要な事項は、幹事会において別に定める。

(顧問)

第10条 地方部会に顧問若干名を置くことができる。

- 2 顧問は、代表世話人の諮問に応じ、地方部会の運営等の助言を行う。
- 3 顧問の選任又は解任は、幹事会において決議し、代表世話人が委嘱する。
- 4 顧問に関する必要な事項は、幹事会において別に定める。

(費用)

第11条 地方部会の事業及び運営等にかかる費用は、協会から配分される事業費及び地方部会の収入をもって充てる。

(事務局)

第12条 地方部会の事務局は、代表世話人の属する大学内に置く。

2 事務局には、事務(連絡)責任者を置き、代表世話人の属する大学の保健管理施設を担当する事務局の長をもって充てる。

3 事務局に関する必要な事項は、幹事会において別に定める。

(規約の変更)

第13条 地方部会は、総会の決議をもって規約の変更をすることができる。

(委任)

第14条 この規約に定めるもののほか、地方部会の運営に関する必要な事項は、幹事会の議決を経て、代表世話人が別に定める。

附 則

この規約は、平成24年8月23日から施行し、平成24年4月1日から適用する。

九州地区大学保健管理研究協議会のあゆみ

第 1 回	九 州 大 学	S46. 11. 10～11	代表世話人	九州大学学生部長 健康管理センター所長	徳 本 鎮 池見 西次郎
第 2 回	長 崎 大 学	S47. 09. 27～28	代表世話人	九州大学学生部長 健康管理センター所長	徳 本 鎮 小 路 敏 彦
第 3 回	福 岡 大 学	S48. 07. 26～27	代表世話人	九州大学学生部長 健康管理センター所長	長谷川 一夫 平 野 春 逸
第 4 回	鹿 児 島 大 学	S49. 09. 26～27	運営委員長	保健管理センター所長	篠 原 慎 治
第 5 回	熊 本 大 学	S50. 08. 27～28	運営委員長	保健管理センター所長	徳臣 晴比古
第 6 回	佐 賀 大 学	S51. 08. 26～27	運営委員長	保健管理センター所長	原 田 嘉 文
第 7 回	福岡教育大学	S52. 08. 25～26	運営委員長	保健管理センター所長	森 崇
第 8 回	大 分 大 学	S53. 08. 24～25	運営委員長	保健管理センター所長	中 村 晋
第 9 回	九州工業大学	S54. 08. 21～22	運営委員長	保健管理センター所長	長 田 英 世
第10回	宮 崎 大 学	S55. 08. 07～08	運営委員長	保健管理センター所長	宮 本 成 章
第11回	九 州 大 学	S56. 08. 27～28	運営委員長	健康科学センター長	緒 方 道 彦
第12回	琉 球 大 学	S57. 07. 22～23	運営委員長	保健管理センター所長	松 浦 正 輝
第13回	九州芸術工科大学	S58. 08. 24～26	運営委員長	保健管理センター所長	田 邊 員 人
第14回	長 崎 大 学	S59. 08. 22～24	運営委員長	保健管理センター所長	小 路 敏 彦
第15回	福 岡 大 学	S60. 08. 21～23	運営委員長	保健管理センター所長	宮 野 成 二
第16回	鹿 児 島 大 学	S61. 08. 20～22	運営委員長	保健管理センター所長	瀧 川 守 国
第17回	熊 本 大 学	S62. 08. 19～21	運営委員長	保健管理センター所長	出 田 透
第18回	佐 賀 大 学	S63. 08. 24～26	運営委員長	保健管理センター所長	原 田 嘉 文
第19回	福岡教育大学	H01. 08. 23～25	運営委員長	保健管理センター所長	碓 浩 一
第20回	九州工業大学	H02. 08. 22～24	運営委員長	保健管理センター所長	原田 統之介
第21回	宮 崎 大 学 宮崎医科大学	H03. 08. 21～23	運営委員長	保健管理センター所長 保健管理センター所長	宮 本 成 章 松 倉 茂
第22回	琉 球 大 学	H04. 08. 19～21	運営委員長	保健管理センター所長	高 良 宏 明
第23回	九州芸術工科大学	H05. 08. 18～20	運営委員長	保健管理センター所長	木 村 英 子
第24回	九 州 大 学	H06. 08. 24～26	運営委員長	健康科学センター長	山 田 裕 章
第25回	長 崎 大 学	H07. 08. 23～25	運営委員長	保健管理センター所長	石 井 伸 子
第26回	福 岡 大 学	H08. 08. 21～23	運営委員長	保健管理センター所長	新 開 輝 夫
第27回	大 分 大 学	H09. 08. 20～22	運営委員長	保健管理センター所長	寺 尾 英 夫
第28回	熊 本 大 学	H10. 08. 19～21	運営委員長	保健管理センター所長	出 田 透
第29回	佐 賀 大 学	H11. 08. 18～20	運営委員長	保健管理センター所長	原 田 嘉 文
第30回	福岡教育大学	H12. 08. 23～25	代表世話人	保健管理センター所長	碓 浩 一

第31回	九州工業大学	H13. 08. 23～24	運営委員長	保健管理センター所長	平田 健太郎
第32回	琉球大学	H14. 08. 21～23	運営委員長	保健管理センター所長	高良 宏明
第33回	宮崎大学	H15. 08. 20～22	運営委員長	保健管理センター所長	亀井 健二
第34回	鹿屋体育大学	H16. 08. 18～20	運営委員長	保健管理センター所長	齋藤 和人
第35回	九州大学	H17. 08. 17～19	運営委員長	健康科学センター長	上園 慶子
第36回	長崎大学	H18. 08. 23～25	代表世話人	保健管理センター所長	石井 伸子
第37回	鹿児島大学	H19. 08. 22～24	運営委員長	保健管理センター所長	森岡 洋史
第38回	福岡大学	H20. 08. 20～22	運営委員長	健康管理センター長	瓦林 達比古
第39回	熊本大学	H21. 08. 19～21	運営委員長	保健センター長	岸川 秀樹
第40回	佐賀大学	H22. 08. 18～20	運営委員長	保健管理センター所長	佐藤 武
第41回	久留米大学	H23. 08. 17～19	運営委員長	健康・スポーツ科学 センター教授	豊増 功次
第42回	福岡教育大学	H24. 08. 22～24	代表世話人	保健管理センター所長	宮田 正和
第43回	琉球大学	H25. 08. 28～30	運営委員長	保健管理センター所長	古川 卓
第44回	九州工業大学	H26. 08. 20～22	運営委員長	保健センター所長	落合 英夫
第45回	鹿屋体育大学	H27. 08. 19～21	運営委員長	保健管理センター所長	齋藤 和人
第46回	宮崎大学	H28. 08. 24～26	運営委員長	安全衛生保健センター長	石田 康