

第 62 回全国大学保健管理協会 北海道地方部会研究集会 報 告 書



日 程	令和7年8月22日(金)
会 場	アートホテル旭川
主 催	全国大学保健管理協会北海道地方部会
当番大学	旭川医科大学

目 次

1. 研究集会日程	1
2. 開会挨拶	3
3. 講演Ⅰ「思春期青年期患者から教わる生き方のヒント」	5
4. 講演Ⅱ「一単科医科大学保健管理施設のあゆみー過去から未来へー」	21
5. 講演Ⅲ「思春期に糖尿病を発症した患者の内科診療について」	44
6. 研究発表	69
演題1「HPVワクチンを希望する学生の事前知識と副反応に関する不安要素 ーアンケート調査結果から見えた課題ー」	
演題2「本学の新入生における4種感染症(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)の 抗体価の推移」	
7. 閉会挨拶	81
8. 参加者アンケート調査結果	83

研究集会日程

(1) 受付 8:30～9:15 【会場3階・ボールルームⅠ】

(2) 開会式 9:15～9:30 【会場3階・ボールルームⅠ】

挨拶 当番大学 旭川医科大学 学長 西川 祐司
全国大学保健管理協会北海道地方部会代表世話人
北海道教育大学保健管理センター長・教授 羽賀 将衛

(3) 講演Ⅰ 9:30～10:30 【会場3階・ボールルームⅠ】

演題 「思春期青年期患者から教わる生き方のヒント」
講師 市立旭川病院 精神神経科 統括診療部長 武井 明
座長 北海道大学保健センター長・教授 朝倉 聡

<休憩> 10:30～10:40

(4) 講演Ⅱ 10:40～11:40 【会場3階・ボールルームⅠ】

演題 「一単科医科大学保健管理施設のあゆみ ―過去から未来へ―」
講師 旭川医科大学 前保健管理センター長・名誉教授 川村 祐一郎
座長 北海道教育大学保健管理センター長・教授 羽賀 将衛

<休憩> 11:40～13:20

※地方部会役員会 11:50～12:50

【会場3階・ボールルームⅡ】

(5) 講演Ⅲ 13:20～14:20 【会場3階・ボールルームⅠ】

演題 「思春期に糖尿病を発症した患者の内科診療について」
講師 弘前大学大学院医学研究科
内分泌代謝内科学講座 助教 柳町 剛司
座長 旭川医科大学保健管理センター長・講師 北野 陽平

<休憩> 14:20～14:30

(6) 研究発表 14:30～15:00 【会場3階・ボールルームⅠ】

司会 旭川医科大学保健管理センター長・講師 北野 陽平

(7) 閉会式 15:00～15:10【会場3階・ボールルームⅠ】

挨拶 全国大学保健管理協会北海道地方部会代表世話人
北海道教育大学保健管理センター長・教授 羽 賀 将 衛

旭川医科大学保健管理センター長・講師 北 野 陽 平

次期当番大学：小樽商科大学保健管理センター所長・教授
高 橋 恭 子

開会挨拶

全国大学保健管理協会 北海道地方部会当番大学
旭川医科大学長 西 川 祐 司

皆さま、おはようございます。私は旭川医科大学の学長を務めております、西川祐司と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

夏は暑かったですけれども、ようやく秋の日差しが感じられるような時候となりました。今朝、私の家の近くのイチョウの並木を見ていますと、一部の葉っぱが黄色くなっているのを発見しまして、季節が過ぎているんだなと感じました。

本日は第62回全国大学保健管理協会北海道部会研究集会のために、旭川にお集まりいただきまして本当にありがとうございます。当番校を代表しまして、一言ご挨拶申し上げます。

日頃より大学の学生、教職員の健康管理にご尽力されている皆さん方には、心から敬意を表したいと思っております。

本学におきましては、昨年の4月から本学の保健管理センターは、今日は当番大学として世話人をされております、北野陽平先生がセンター長を務めておられます。利用者がどんどん増えておりまして、センターの重要性は増しているというふうに感じています。

特にコロナ禍を契機として、精神の不調を訴える学生が増えておりまして、そして、発達障害を抱える学生も増えてきているように感じしております。本学では市内の病院にご協力をお願いして、公認心理師の方を来ていただいて、対応をしているところです。また、今後、教職員に対しても十分な、センターとして対応ができるように、体制を強化していきたいと考えております。

本学は医育大学ということもありまして、大学病院の医師が兼任で、交代でセンターを運営していただいておりますが、2004年から専任の医師を配置することになりました。その後20年くらいに亘って、今日来られていますけれども、川村祐一郎先生がセンター長を務められました。そして、今日、川村先生からもお話があると思いますが、本学の保健管理センターは、「ホケカン」という愛称で呼ばれているとおり、そこからお察しのとおり、非常に敷居の低い運営がなされているかと思えます。

そして、特にコロナ禍に際しましてホケカンが果たした役割というのは、特に強調されなければならないと思っています。学生の体温とか体調の管理とか、ワクチン接種、そして非常に厳しい状況での健康診断とか、そういう膨大な業務を、川村先生、それからセンターの職員の方々が担当していただいて、これが本学において、学生、教職員の間で大きなクラスターが発生せず、大学病院の安全性が保たれたことの大きな要因の一つだと思っています。

本学の保健管理センターは、50年ぶりの福利厚生棟の改修に伴って、現在、プレハブ棟に仮に移転しておりますが、来年の4月から新たな形で生まれ変わる予定です。財政の危機、財政的な困難など、多くの問題、課題を抱えておりますけれども、それにもめげずに、この保健管理センターの充実に力を尽くしていきたいと思っています。

本日はこの研究集会を、今日お集まりの皆さま方の交流の場にしていただいて、そして相互の連携、協力をこれから強化していくための機会にさせていただければと思います。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

全国大学保健管理協会北海道地方部会代表世話人
北海道教育大学保健管理センター長
羽 賀 將 衛

皆さん、おはようございます。今年もこのように皆さんに集まっていただきまして、お会いできること、大変うれしく思っております。

こうした研究集会は地方部会と、それと全国と2回ありますけども、どちらも皆さんにとって貴重な情報交換の場になるかと思います。今日も昼休み、あるいは途中の休憩時間に、活発な意見交換がされることを期待しております。

本日はどうぞよろしく願いいたします。

講演Ⅰ 「思春期青年期患者から教わる生き方のヒント」(講演録)

市立旭川病院 精神科 統括診療部長 武 井 明

市立旭川病院精神科の武井です。私は 1999 年から 5 年間、旭川医科大学保健管理センターに勤務していました。当時は境界性パーソナリティ障害の人たちが注目されていた時期で、保健管理センターの中で暴れる学生がいて、保健師さんと一緒に学生を抑えてハロペリドールを静注することをしたことがあります。私がいた時には、保健管理センターにハロペリドール注射剤を常に置いていました。たぶん今でもその学生が暴れてできた壁の傷が残っていると思います。

当時、話題になっていたもうひとつの問題は、大学生の不登校でした。学年担当の教官から、2 週間くらい大学に来てない男子学生がいるので様子を見に行ってほしいと言われました。学生課の職員さんと一緒に、男子学生のアパートまで行きました。2 月の寒い時期でしたが、灯油タンクが空になっていてストーブを使えない状態でした。その学生は、こたつの中で新聞紙にくるまって寝ていました。生きていくかどうか心配でしたが、生きていたのでまず一安心しました。仕送りが途絶えて、お金がなく、何も食べていないということでした。それで、その学生と彼と仲の良かった学生を数人引き連れて、高級焼き肉店に行きました。ものすごい量を彼らは一気に食べたので、私はかなりの高額を支払いをした覚えがあります。その後、その学生は何とか大学に通うことできたのですが、最終的には残念ですが、中退してしまいました。

今から思うと彼は多分、自閉スペクトラム症の特性を持っていた学生だったのではないかと思います。当時はまだ大学生の自閉スペクトラム症や発達障害について、あまり話題になっていなかった時期です。スペクトラムという概念が導入される前で、自閉スペクトラム症の診断範囲が狭い時代でした。そのため、はっきりと学生に自閉スペクトラム症の診断をつけることができませんでした。

私が保健管理センターを辞める頃、児童精神科外来に軽度の発達に偏りのある発達障害の子どもたちが増えるようになりました。保健管理センターを辞めてからは、今の市立旭川病院に勤務するようになり、発達障害の子どもたちを診る機会に恵まれました。

今の学生は発達の偏りのある学生が多いのではないのでしょうか。しかし、発達の偏りがあるだけでは相談には行かないと思います。発達の偏りに加えて、複雑性 PTSD やトラウマを抱えている学生が相談に訪れるのではないかと思います。そのために、集団に馴染めない、集団の中で過敏になる、勉強が進まないということで悩むようになります。精神科外来の成人患者も昔のような典型的な統合失調症やうつ病は非常に少なく、発達の偏りとトラウマを併存した患者が多いという印象を受けています。

今日は外来で診ている 10 代後半の子どもたちが話してくれたこと、こんな生き方をすればいいとか、こういうふうに問題を解決すればいいという話を幾つか取り上げてお話したいと思います。そして、私たち大人が、普段の忙しい生活の中で見失っているものがあるのではないかと、10 代の子どもたちがそれを教えてくれているのではないかと、というスタンスで話をまとめたいと思います。

まず、思春期青年期の脳の特徴は、吸収する能力が非常に高いことです。知識、経験、さまざまなスキルについて、成人よりもずっと吸収する能力が高いわけです(スライド)。それから共感性が

高く、感性が鋭いことや他人に対する思いやりも、大人よりもずっとあるような気がします。また、リスクを恐れない無鉄砲さについても、われわれ大人よりもずっとあると思います。ですから、思春期青年期では創造性とか革新性というものも生まれやすいのです。

当たり前ですけど、大人のように既成概念とか常識にとらわれず己の損得で行動しないことも特徴のひとつです(スライド)。われわれ大人のように損得勘定で動かず、高い理想を持ちやすいことで、若者は現実とのギャップでさまざまな葛藤が生じやすいといえます。

年をとって大人になると、脳の働きに柔軟性がなくなって、感受性も低下し、チャレンジする気持ちもだんだんと弱くなります。私自身も、若い時に比べたら何か新しいことをやろうという気持ちがなくなりました。

そう考えると、思春期青年期は昔から子どもから大人への過渡期と言われてきましたが、そうではなくて、特有の何か独立した人生の中の一時期としてとらえ方ができるのではないかと思います。大人は思春期青年期の人たちの未熟さとか足りないところばかりに注目するのではなく、大人にはない柔軟性や感受性といったところにもっと注目すべきだと考えています。

私は現在、市立旭川病院精神科の思春期外来を担当しています。18歳以下の思春期の子どもたちを対象にしている外来で、1999年からの思春期外来開設当初の頃は、子どもたちを予約なしで診ていましたが、受診する子どもたちの数が徐々に増えていきました。少子化なのに思春期外来を受診する子どもたちが増えるというおかしな現象が起きています。きっと今の子どもたちは、学校とか家庭で、とても生きづらさを感じているということが想像されます。現在の思春期外来は予約診察にしており、複数の医師が担当するようになりました。

思春期外来を受診する子どもたちの年齢は、10代後半の子がほとんどを占めおり、中高生が全体の84%を占めています。男女別では女子が62%で、男子よりも女子がやや多いという状況です。

なぜ女子の患者が多いのでしょうか。女子の方が男子よりも、困ったことがあったら誰かに相談

思春期青年期の特性(1)

1. 脳の可塑性が非常に高い思春期の脳は、シナプスの刈り込みと再構築が活発に行われている。新しいスキルや知識を吸収する能力が非常に高く、語学、運動、音楽、感性などの習得において大人よりも有利である。
2. 感情の鋭敏さ・共感性が高く、感情の起伏が激しくなりやすい一方で、他者の感情に敏感になる傾向がある。他者との関係性や「自分とは何か」への強い関心が芽生えることで、深い共感や理想への情熱を持ちやすい。
3. リスクを恐れず、新しいことに果敢にチャレンジしようとする傾向が強い。この「無鉄砲さ」は時に危うい行動を生むが、創造性や革新性の源でもある。

思春期青年期の特性(2)

4. 大人のように既成概念や常識にとらわれず、己の損得で行動しない。
5. アイデンティティを模索するなかで、自分とは何者かを考え始め、様々な価値観・視点を柔軟に取り入れようとする吸収力が旺盛である。
6. 理想主義的な傾向に偏りやすく、社会の矛盾に敏感にもなり、「こうあるべき」という理想を抱きやすい。大人のように「現実との折り合い」をまだ十分に学んでいないため、逆に社会を変える原動力にもなりうる視点と熱量を持っている。
7. 大人になるにつれて、脳の構造が成熟し、経験が蓄積され、社会的役割が増える一方で、「柔軟性」「感受性」「挑戦心」は徐々に薄れていく。つまり、思春期青年期は過渡期ではなく、特有の独立した時期である。

するという行動を取りやすいということがまず挙げられます。だから、女子が精神科を受診することにあまり抵抗がないのかもしれませんが。それから、女子の方が人間関係の中に自分の居場所を求めやすいということもあるかもしれません。そうすると悩み事も当然多くなってきます。悩み事が自分の心の中でうまく処理ができないと、いろんな症状として現れると考えられます。

思春期外来の疾患の内訳ですが、注意欠如多動症や自閉スペクトラム症などの発達障害と診断される子どもたちが増えています。環境との軋轢によってさまざまな症状が現れる神経症性障害の子どもたちが一番多いのですが、これらの子どもたちの背景にも発達障害の診断には至らず、グレーゾーンといわれるような軽微な発達の偏りが存在していることが多い印象を受けます。

発達障害の子どもたちが思春期外来で多くなっていますから、当然、大学に入る学生も発達の偏りを何らかの形で持っている人たちが多くなると思われます。

私が診ている思春期の子どもたちが大学に入りますと、大学生活は何とか送ることができます。しかし、卒業後の就職で大変な思いをする人たちが多いようです。仕事が長続きしない、仕事が覚えられない、仕事に興味を持てない、職場の雰囲気が合わないということで退職し、ひきこもってしまう人たちが少なくありません。

最近、受診した成人患者で、大学院を卒業して、高校の理科の先生になったのですが、職員室で雑談ができないことから、職場での疎外感を強く感じて気持ちが落ち込んで受診した男性がいました。非常に優秀な人なので、軽度の発達の偏りがあるグレーゾーンの人ですが、それでも社会の中で生きていくのは大変なんだとつくづく思いました。

思春期外来を受診する子どもたちの主訴は、全体の3割は不登校です。これは昔も今もそんなに変わりません。中身がちょっと変わってきました。昔は統合失調症の初期で、学校へ行けないということ多かったのですが、最近では発達障害の子どもたちが、集団の中に入ると周囲に過敏になってしまい、まわりの同級生が自分のことを悪く思っていると感じてしまい登校できないという事例が多くなりました。

そういった子どもたちに対する対応の基本姿勢について述べます(スライド)。まず、子どもたちの気持ちはわからないからスタートし、教えてもらおうという姿勢で話を聞きたいと思います。そのためには、受診したことをねぎらうことがまず大切です。私が保健管理センターに勤務

思春期の子どもたちに対する基本姿勢

1. 子どもたちの気持ちはわからない
2. しっかりと話を聞く姿勢
3. ねぎらう
4. 言葉によるやり取りが難しい
5. つながる
6. 「症状」から「困りごと」へ
7. 助けを求めることが苦手
8. 自分を責めずに希望をもつ
9. 子どもたちから学ぶ姿勢を常に忘れない

していた時に、一緒に働いていた保健師さんが、学生が来たら必ずお茶を出して学生をねぎらっていました。「よく相談に來れたわね」ってその保健師さんが声をかけ、その後、私とその学生の話面接室で聞くというやり方で対応していました。学生をねぎらうことは、相談の入り口としてとても大事なんだと思いました。そういう扱いをされると学生の方は、自分を大事にされているとい

う気持ちになるのです。

子どもたちの気持ちはわからないから、まず子どもたちに教えてもらうのです。でも、なかなか10代の子どもたちは話をしてくれません。大学生は自分の気持ちや考えとか、ある程度言葉で表現できますよね。だから、大学生はすごくカウンセリングに向いているなあとと思います。

言葉によるやり取りが難しいということも子どもたちの特徴です。本音を最初からぺらぺらと話してはくれません。大人よりも言語能力が未熟であることがよく指摘されます。それだけではなく、子どもたちは、白衣を着た医者であることだけでは、相手を信用しません。白衣の下の人がどんな人であるのかということを確認めたうえで、ようやく話をしてくれるような気がします。

子どもたちとつながることも大切です。1回の診察で終わる場合も確かにありますが、多くの場合、何回か繰り返して受診してもらいます。診察の中で、子どもたちの話を聞いて、そして励ましたり、慰めたりということが行われます。どうやったらこの子とつながることができるかということが大事なのです。診察室にまた来ようかなと思えるようになってほしいわけです。

思春期外来の場合は母親と一緒に受診するので、母親に病院を気に入ってもらうことも大切なことです。母親をねぎらうことを忘れてはいけないと思います。「お母さん、これまでよくやってきましたね」とか、「大変でしたよね、お一人で」などと言葉をかけます。母親が通院を続けようと思うようになると、大体子どもたちも一緒に来てくれます。

通院が始まって間もない時期は、子どもたちは診察室で不安や抑うつ症状、さまざまな身体症状を訴えます。しかし、繰り返して子どもたちに会っているうちに、話の内容が症状から困り事に自然に変わっていきます。話の内容が変わるまで、相当な時間が必要ですが。

事例を紹介します。

書道に集中する拓真君(仮名)、高1の男子です(スライド)。診断は強迫性障害と自閉スペクトラム症。拓真君は戸締まりの確認が多いため、思春期外来を受診しました。幼稚園時代はお行儀のよい子としてまわりの大人から褒められた。小中学校時代は几帳面で宿題や教科書を

自信を得るためのきっかけ探し

- 強迫症状で苦しんでいた拓真は、書道を通して徐々に自信を得ることができるようになった。
- 拓真の場合、自分に自信がないという心のありようが、確認という強迫行為をして表面に現れていたと考えることもできる。
- 書道によって、自分はこれでいいんだという自信を回復した拓真は、強迫症状が改善されて、日常生活における不安は少なくなった。
- 思春期の子どもたちの治療では、思春期に至って挫折し、そこで失われた自信を回復することが、治療目標のひとつといえる。
- 治療者と回復につながるきっかけを一緒に探したい。

忘れることは一度もありませんでした。高校入学後、夏休み明けの中間試験前から、就寝前に歯磨きを30分、玄関の戸締まりの確認を5～6回繰り返すようになりました。母親にも大丈夫かどうかを確認するようになり、母親に対して命令し、母親が自分の思い通りの対応をしてくれないと暴言を吐くようになりました。

そのため、高1の5月に思春期外来を受診しました。薬物療法で強迫症状はやや改善しましたが、起床時の洗面、歯磨き、着替えなどに長時間を要するため、登校できない状態が続きました。そのため、高校を休学することにしました。休学中は、学校の先生の勧めで書道教室に通うようになり

ます。書道教室は個人指導なので、他人に気を遣うこともなく、緊張せず通うことができました。

書道の最中は、書道のことだけに集中できました。気になる確認のことを忘れることができ、苦しみから短時間ですが解放される時間を持つことができました。教えてくれる書道の先生も、決して拓真君の作品について駄目だと言うことはなく、いつも褒めてくれました。それで拓真君は休学後に書道を続けることができました。

拓真君は結局、高校を中退して、書道教室を通うことを生活の中心に据えるようになりました。今はもう 20 歳過ぎていますが、書道展でしばしば入選しています。最近では出展する作品が毎回入選するようになりました。書道で充実した生活を送るようになってから、拓真君は診察場面で強迫症状が語ることはほとんどなくなり、もっぱら作品を生み出す時の苦労話が中心になりました。

強迫症状で苦しんでいた拓真君は、書道を通して自信を得るようになったと考えることができます。自分に自信がないという心のありようが、確認という強迫行為として表面に現れたと考えることができます。書道によって、自分はこれでいいんだという自信を回復した拓真君は、強迫症状も改善し、日常生活でも不安が少なくなりました。思春期の子どもたちの治療では、思春期に至って挫折し、そこで失われた自信を回復することが治療の目標のひとつではないかと思います。そういった自信を回復するきっかけを、主治医が関わりながら一緒に探せたらいいなあとと思います。

次の事例は沙也加さん(仮名)、中2の女子です(スライド)。沙也加さんはトラウマになるような体験を、これまで繰り返し受けてきた子で、複雑性 PTSD というトラウマになるような体験を繰り返してきました。沙也加さんの母親は夜の仕事に従事していました。小学校時代

しがらみを作ること

- 「しがらみ」は「柵」と書き、木や竹などで編んだ垣根のことを指し、引き留めてまわりつくもの、邪魔をするものという意味。
- 「しがらみ」は、束縛する煩わしい繋がりというネガティブな意味合いの言葉として用いられることが多い。
- 沙也加の場合、当初、自傷はネガティブな「しがらみ」が原因で起こり、数少ない「しがらみ」による関係性がこじれることで自傷に至った。
- 「しがらみ」はその人を縛るものではなく、その人を垣根のように守ってくれる意味合いがあることを示している。

はおとなしい子で、小6時に塾の帰り道で、見知らぬ男性に性的ないたづらをされて、それから学校を休むことが多くなりました。家では両親の夫婦喧嘩が絶えず、父親には厳しく躰けられました。小6時に両親が離婚。中学校入学後から自傷が始まり、中2時に思春期外来を受診しました。

沙也加さんによると、自傷のきっかけは、宿泊研修の班編成で仲良くしていた女子生徒2人が、彼女に内緒で別の班に入ったことだと言います。そのことを母親に話したら、「よくあることだから」「そんなにくよくよ考えるんじゃないよ」「あんたが悪いんじゃないの」と言われたようです。ここで母親がしっかりと気持ちを受け止めてあげたらよかったですけどね。なかなか母親も忙しくて、余裕がなかったのかもしれない。

沙也加さんが全日制高校に入学後から自傷は少なくなりました。しかし、学校が合わないということで、定時制高校に転学しています。高卒後、沙也加さんは夜の仕事に就き、その後、自傷はほとんど見られなくなりました。「夜の仕事は楽にみえるでしょうね。本当は楽ではないんだよ。仕事がオフの日は指名してもらうために LINE をするのが大変なんだから」と述べていました。自傷が

少なくなった理由については、「母親、姉、妹、彼氏、女の友達、職場の同僚など、たくさんのしがらみをつくると自傷がなくなった。みんなに愚痴ることにした。だって、自傷したらみんなに会わせる顔がないでしょう？」と話してくれました。

自傷する子どもたちは誰かに助けを求めたり、相談したりせずに、自分一人だけで苦しい思いを解決しようとするわけです。誰かとつながり、誰かに相談することができたら、自傷に至らずに済んでいたかもしれません。沙也加さんは、しがらみをつくることで自傷が少なくなることを自ら経験したということになります。

しがらみは漢字で書くと、「柵」という字です。木や竹などで編んだ垣根のことを指していて、引き留めてまわり付くもの、邪魔するものというように、ネガティブな意味があります。通常は束縛する煩わしいつながりというネガティブな意味合いの言葉として用いられることが多いようです。しかし、沙也加さんの場合には、しがらみをもっとポジティブなものとしてとらえています。しがらみをつくることで人とのつながりができて、垣根のように自分を守ってくれるととらえているのです。

遥香さん（仮名）は高1の女子です（スライド）。

「明日の自分が解決してくれる」ということを私に教えてくれた子です。これは心理学の本に載っている言葉ですが、遥香さんは本を読んで知ったのではなく、自分で考えたというところがすごいなと思いました。彼女の診断は、

不登校と自閉スペクトラム症です。

幼少期の遥香さんは音に敏感で、小さな物音ですぐに目を覚ます子でした。幼稚園ではお絵描きに夢中で、他の子と遊ぶことはありませんでした。小学校ではおとなしい子でしたが、勉強に熱心でした。放課後は友達と遊ぶことはなく、帰宅してお絵描きをして過ごしました。中学校では教室に一人でいることが多かったのですが、学校の規則をよく守り、学業成績は常に上位でした。高校は進学校に入学しましたが、たくさんの宿題を出す学校で、宿題と翌日の予習のため、夜遅くまで勉強する日が続きました。高校でも友達を作ることはできませんでした。高1の5月の連休明けから、朝になると頭痛とめまいが出現して学校を休むようになりました。内科を受診しましたが、異常はないということで、思春期外来を受診しています。

診察時、私からの質問に遥香さんはほとんど答えることができず、母親が話をしてくれました。母親は「とても真面目で勉強する子でした。私に悩み事を話してくることなどありませんでした。学校でうまくいっているものだったのですが」と述べていました。通院を開始しましたが、毎回、遥香さんは診察室で話をしてくれません。通院を開始して2ヵ月後から、遥香さんはスマホにメモをするようになり、自分の思いとか、考えとか、出来事を書き込むようになりました。そして、

明日の自分が解決してくれる

- 通信制高校に転学後、登校前日の心配ごとに対して、「明日のことは明日の自分が解決してくれる」と考えるようになり、前日に必要以上に心配することを止め、高校も無事に卒業した。
- 明日は現在の延長戦上にあるのではなく、いろいろな可能性があり、思いがけない良いことも起こることがある。
- 精神的に追い詰められた際に考えてしまう「明日」とは、過去の複製でしかなく、不安に満ちたものになりやすい。
- 遥香は、精神的な余裕が生まれることで、今まで思いつかなかった見方ができるようになったのである。

それを私に見せてくれます。10代の子のスマホのメモは、字が小さくて読むのが大変ですが。

彼女のメモには、「登校前日の夜は、明日、学校で同級生と話ができるだろうか、無視されないだろうか、宿題を忘れてはいないだろうか、授業で当てられて答えられないことはないだろうかということが、次々頭に浮かび、不安でしかたない。それで眠れなくなり、一睡もできないまま朝になってしまう」と書かれていました。通院開始4ヵ月後、遥香さんは私にスマホのメモを見せることを続けていますが、高校を全日制高校から通信制高校に転学しています。通院開始6ヵ月後からは、診察中、スマホのメモを使わずに自然に話をしてくれるようになりました。

転学後の遥香さんは、「通信制高校は根を詰めて勉強しなくてもいいので楽です。登校前日の夜にあれこれ心配することは止めました。明日の心配事は明日の自分が解決してくれると考えるようになりました。だから、今日は今日の心配事だけを考えるようにしています。明日になってみないとわからないことがたくさんありますよね。通信制高校ではアニメが好きな友達ができました」などとうれしそうに話をしてくれるようになりました。高卒後はアニメの専門学校に入学しています。

遥香さんは本を読んで学んだのではなく、明日の自分が解決してくれるということを自ら考え、そう考えることで、すごく気持ちが楽になるということを経験しました。明日は現在の延長線上にあるのではなく、いろんな可能性があり、思いがけないことも起きるわけです。でも精神的に追い詰められた時には、明日は過去の複製でしかなくて、不安に満ちたものになりやすいかもしれません。われわれ大人も、遥香さんのように、明日の自分が何とかしてくれると思いながら明日を迎えることができたらいいなと思います。今が幸せなら、将来や未来も変わって見えてくるということかもしれません。

問題行動を減らすために、それに代わる代替行動を見つけるという戦略があります。過食したくなったら雪かきをするということをやり始めた真衣さん（仮名）は、高2の過食症です。食べ過ぎるということで、思春期外来を受診しました（スライド）。診察時には、痩せ願望や肥満恐

代替行動を探す

- 過食や自傷は、モヤモヤしてどうしようもなくなった自分の気持ちの発散手段としての意味合いがある。
- 単にこういった行動を止めるようにといったアドバイスでは意味がなく、かえって子どもたちを苦しい状況に追い詰める
- 自分を痛めることのない気持ちの発散手段を考えることが必要になる。過食であれば、過食しそうになったら酸っぱいものや氷を口の中に入れる、ガムをかむ、運動する、爪の手入れをする、手紙を書くというような方法があげられる。
- 代替行動を一緒になって考えていくことが、症状改善のための第一歩になる。子どもたちの内面に深く入り込むことがないため、通院して間もない子どもたちには受け入れやすいものになるのではないかな。

怖ははっきりとしませんでした。真衣さんはまわりの人から頼まれると、なかなか断れない性格の持ち主でした。

母親によると、父親が教師なので、娘には教師の子どもとして恥ずかしくない振る舞いをするように、これまで言い続けてきたということです。真衣さんが派手な服装や流行りの髪型をしたいと言っても父親はいつも駄目だと言ってきました。そんな対応が真衣さんにとって窮屈だったんでしょうか、と母親が述べていました。

気持ちがもやもやして過食したくなったら、真衣さんは部屋の掃除をしたり、冬なら雪かきをしたりしています。掃除や雪かきに夢中になると、いつの間にかもやもやした気持ちが消えて、過食

したいという気持ちが薄まるんだと述べています。部屋はきれいになるし、家のまわりの雪も片付けられるので、両親からも喜ばれるというのです。真衣さんは自分自身でそういった代替方法を編み出したのです。現在は大学生です。

心理の本には、大人がむしゃくしゃしていらいらした時の対処方法として、食器洗いが薦められています。食器洗いをしている間は余計なこと考えないで、洗うことに夢中になって、洗った後、自分がやった行動の結果がきれいな食器として見ることができます。さらに、家族から感謝され、いいことばかりです。

代替行動を探そうという話は、学生との相談の際にも使えると思います。学生の内面に深く踏み込まないで、こんなことやったらということを提案できるので、相談に来て間もない学生にとっては、話をしやすいテーマかもしれません。

健太君（仮名）は、中1の男子で自閉スペクトラム症と不登校という診断です（スライド）。健太君はポケモンが小さい頃から大好きで、ポケモンを、データを暗記することが得意でした。両親は、この子は天才なのではないかと思ったと言います。小学校に入ってからなかなか友

本業が行き詰った時の趣味の大切さ

- 健太は本業が行き詰った時の趣味の大切さを教えてくれた。自宅で打ち込めるものがあることで、苦しい現実を忘れて、好きなことに没頭し、元気を再び取り戻すことができる。
- 大人にも当てはまる。仕事に行き詰まった時に救ってくれるのは趣味かもしれない。仕事を忘れ、趣味の世界に身を置くことで、自分に幾重にも絡みついている現実の重い鎖から解放される。
- そして、心が自由になり、本来の働きを取り戻し、新たなアイデアが浮かぶようになる。
- 人生はいつも順調ではなく、ハプニングがつきものである。人生が向かい風の時に、自分を助けてくれるものをいつもそばに用意しておきたい。

達を作ることができませんでした。でも、ガンプラに興味を持って、『機動戦士ガンダム』のシリーズのプラモデルをいっぱい作っていました。中学校に入ってから、成績は良かったんですけど運動が苦手で、体育の時には同級生からばかにされ、学校を休むようになりました。

健太君は、初診時はほとんど話をしてくれませんでした。母親によると、健太君の子育てでこれまで困ったことはないということでした。学校を休んで、健太君はガンプラに夢中になってたくさんガンプラを作るようになりました。そのうちガンプラの置き場所に困るようになりました。診察室では、健太君はガンプラについて熱心に語ってくれました。時に、スマホで撮ったガンプラの写真を見せてくれます。

通院開始6ヵ月後、健太君は適応指導教室に通うようになりました。突然どうして健太君が適応指導教室に行くことになったのかというと、「ガンプラの持ち主が不登校だったら、ガンプラがかわいそうだね、ガンダムは強い戦士だから持ち主も強くなくてはいけない。僕は同級生から運動が苦手なばかにされてきた。そんな自分に腹が立ってしょうがなかった。でも今は数十体のガンプラが応援してくれます。このままではいけないので、前へ進みたいと思いました」と述べていました。

自閉スペクトラム症の子どもたちは、相手の気持ちを察することが苦手だと言われています。でも、健太君は人間ではないのですが、ガンプラという物に心があって、ガンプラがこんなふうに思っているのではないかと想像したわけです。これはすごいことだと思います。物にも気持ちがあり、

その気持ちを想像することができたのです。今度は生身の人間と会って、そして相手の気持ちを察したり考えたりできるようになれたらいいなあと思います。

勉強や登校という子どもたちの本業が行き詰まった時の趣味の大切さを健太君は教えてくれました。これは大人にも当てはまるかもしれません。健太君は不登校になってガンブラに夢中になって、そこから回復できましたが、大人は仕事に行き詰まった時に救ってくれるのも趣味や自分の好きなことかもしれません。子どもたちは私に「先生は他人の趣味ばかり聞いているけど、先生の趣味は何なの？」と逆に聞かれることがあります。そういわれると趣味らしいものがないなあと思ってしまいます。私自身、行き詰ったら大変になるかもしれません。

仕事を忘れて趣味の世界に身を置くことで、自分に幾重にも絡み付いている現実の重い鎖から解放される、そんなことが大人にもあっていいのかなあと思います。心が自由になって、本来の働きを取り戻して、新たなアイデアが浮かぶようになるのではないのでしょうか。

人生は順調じゃないですよ。ハプニングがいつも付きもので、向かい風のこともあります。そういった時に、自分を助けてくれるものを、いつも自分のそばに用意しておきたいものです。そういうことを子どもたちから教わっているような気がします。

大輝君（仮名）は、中2の男子で自閉スペクトラム症と不登校という診断です（スライド）。大輝君は不登校のため、フリースクールに通っています。フリースクールの先生から、理科がすごくできるので、小学生に理科を教えてもらえないだろうかという提案がありました。当初は躊躇

人の役に立つこと

- 不登校になった子どもたちは、自分は弱くてダメな人間と考えてしまい、自己肯定感が非常に低くなる。そんな子どもたちは、ゲームに居場所を求め、ゲームで勝つことで一時的に満足感を得ているように見える。
- 大輝は、フリースクールで勉強を教えるという体験を通じて、自分が人の役に立つ存在であることに気づくことで、自己肯定感が高まり、行動が積極的になった。
- 不登校の子どもたちは、人から遠ざかり、ゲームの世界に入り浸るようになるが、現実世界で自分が人の役に立っているんだという体験ができる機会があれば元気になる子どもたちがもっと増えるのではないだろうか。

したようですが、大輝君は自分より年下の小学生の不登校の子どもたちに理科を教えることを決めました。そうすると、大輝君はそれがすごくやりがいがあって、充実感があるということに実感しました。その後から大輝君は少しずつ元気になって外出することも多くなりました。人の役に立つ経験をするのが、10代の子どもたちに大きな影響を与えるということを教えてくれました。

10代で何らかの挫折体験を重ねて学校に行けたり、病院に来るようになった子どもたちの多くは、自己肯定感が非常に低い子どもたちです。彼らの自己肯定感を高めていくために、人の役に立つことを経験してもらうこともひとつの方法かもしれません。そういった体験を積み重ねていくことに、非常に意味があると思います。大学生もきっとそうだろうなあと思います。今日、お集りの先生方もそうですよね。

子育ての本には、子どもたちを褒めて伸ばそうということが書かれていますが、それは外来に来ている子どもたちについても当てはまると思います（スライド）。

自閉スペクトラム症が背景にあって不登校になった中学生の男子が、小規模の高校に入学しました（スライド）。その学校で唯一の部活であるウエイトリフティング部に入部しましたが、部活の顧

問先生から、「おまえには素質がある」と繰り返し褒められました。そして、高3時には生徒会長として学祭を成功させて、そのことを複数の先生から褒められました。

高卒後は自動車の整備士として働いていますが、就職後に受診した時に、「高校の先生に何度も褒

められてうれしかった。褒められるうちに、今は苦しくてもどうにかやれるんだという気持ちになった。苦しい時にはあれこれと深刻に考え過ぎてしまった。でも褒められると、何とかなる、大丈夫と思えるようになった」と話してくれました。

この男子の話で思ったのは、大人から褒められることで自信をつけるだけではなくて、将来を楽観的に、ポジティブに考えられるようになることです。だから、子どもたちに対して褒めてあげて、ポジティブな評価を与えることは、子どもたち自身が将来に対してポジティブな思考ができるようになることにつながります。大学生にももっと褒めてあげたいものですね。

ファストフード店のバイトを始めて、店長から「すごく頼りになるよ」「今の君はここのお店に必要なんだ」と言われたことで、何をやっても自信がなかった高校生の男子が自信を回復していったことがあります(スライド)。結局、診察を100回続けるよりも、バイトの経験を積むことの方が子どもたちの成長には良い経験になるのではないかと思います。

ほめられること

- 自閉スペクトラム症の子どもたちは皆と同じように行動できず、まわりからできないやつ、ダメなやつと繰り返して評価される。
- 健太は、高校入学後のほめられる体験を通して、失われた自信を回復することができた。
- さらに、自信を回復することで、「将来を楽観的に考える」ことができるようになった。
- 大人が子どもたちに対してポジティブな評価を与えると、子どもたちは今の自分に対しても、将来のことに対してもポジティブな思考ができるようになることを示している。
- 自閉スペクトラム症の有無に関係なく、大人からもっと子どもたちをほめてもいいのではないか。

診察よりも仕事の体験

- 思春期の子どもたちには、100回の診察よりもひとつの仕事体験の方が大きな意味を持つのではないか。
- 子どもたちが変わるきっかけは、「言葉」ではなく、「体験」ではないか。
- 精神的に落ち着いた後には、働くことやアルバイトをいかに援助するかが大事な課題となる。
- 家庭や学校という閉鎖された集団の中では、そこでの評価や立場が子どもたちの心を委縮させてしまう。
- 家庭や学校を超えた広い世界の中で自分をみつめ直す機会が子どもたちの成長を促すのではないか。

子どもたちは診察室の中で、自分の好きな話、たとえば芸能人、アーティスト、スポーツ選手といった人の話やアニメ、マンガ、ゲームなどの話をしていきます(スライド)。琴美さん(仮名)はお笑いが大好きな女子高生です。小中学校時代はおとなしい子で、友達は少なく、ゲームに没頭していました。全日制高校入学後も夜遅くまでゲームに熱中して学校を休むようになり、思春期外来を受診しました。

琴美さんは、売れないお笑い芸人を応援することが好きでした。まだ知らない、無名のお笑い芸人を探して、ひそかに応援することを楽しみにしています。「売れている芸人はみんなが知ってい

るのでつまらない。無名の芸人だと、自分だけがその芸人のことをよく知っているという優越感に浸れる。でも、応援している芸人が売れてしまうと熱が冷める。完成されては駄目なんです。応援していく中で少しずつ成長する姿がいいんだ」と述べています。読書感想文はなかなか

お笑い芸人の応援

- 琴音の推しはまだ売れる前のお笑いの芸人である。未熟で粗削りである芸人が、周囲の応援によって徐々に芸に磨きがかかり、一人前の芸人さんになる。琴音自身が自分を重ねているのかもしれない。
- 将来の自分のモデル探しをしているという見方もできる。芸人と同じように自分にも周囲の人たちの応援が必要であることを琴音もよくわかっているのであろうか。
- 周囲の大人からみると、「そんな時間があれば、勉強しなさい」「お笑い芸人の応援に時間を費やして何の意味があるのか」「将来役に立たないことに熱を上げてどうするのか」と否定的に見られがち。
- 一見、意味のないことのように見える子どもたちの営みを、大人側の物差しで一方的に測るのではなく、子どもたちの成長の速さに合わせて、彼らが自分の興味や関心のある物事にじっくりと取り組める環境を整えたい。

書けないけど、お笑いのライブのレポートなら、いつでもすぐ書けるんだと言っていました。さらに「お笑い好きということは、勉強には全然役立たないけどね」とも言っていました。その後、通信制高校に転学し、アルバイトを始めるようになりました。

大人は子どもたちが興味や関心を持っていることに対して、「そんな時間があれば勉強しなさい」「お笑い芸人の応援に時間を費やして何の意味があるの」「将来役に立たないことに熱を上げてどうするのか」と否定的な見方をしがちです。でも、子どもたちの心の中ではすごく意味があり、将来の自分のモデルを探しているのかもしれないし、芸人さんと同じように、自分にも応援が必要なんだっていうことをまわりに示しているのかもしれないかもしれません。大人側の物差しだけで一方的に見るのではなくて、子どもたちが興味を持っているもの、それがその子にどんな意味があるのかということとをじっくりと考えてあげたいものです。

優奈さん（仮名）は、高1の女子です。ノートを取る時に、字をきれいに書かなくてはどういうことにこだわって、黒板の字を写せなくなって思春期外来を受診しました（スライド）。文字を正確に書けていないということが気になり、何度も書き直します。そのため、勉強が全然はかどらなくなりました。

こだわりを「推し」に

- ASDの子どもたちは、特定のモノや人、手順や日課、物の位置など。日常生活のちょっとしたことがらにこだわりを示す。感覚過敏があるために、なおさら気になってしまう。
- 優奈も軽いASDの傾向があった。高校入学後に文字を正確に書くことにとらわれた。彼女が症状を克服するためにたどりついた方法は、自分の「推し」をみつけて、それに没頭することだった。
- もともと好きなことへの集中力が定型発達の子どもたちよりも優れているので、いったん好きな「推し」をみつけて集中すると、ほかのことを忘れその世界に浸る。その結果、強迫症状は軽くなった
- 彼女は苦痛を伴うこだわりを楽しいものや好きなものに置き換えることができることを示してくれた。

優奈さんの話をよく聞くと、高校入学後からなかなか友達もできなくて、いつも独りぼっちだったということです。彼女はアニメが大好きで、『鬼滅の刃』や『呪術廻戦』がテレビで放映されるようになってからは、その推しになり、コラボしている商品やグッズも購入するようになりました。そして、同じような趣味を持った同級生の友達もできて一緒に映画に行くようにもなりました。

優奈さん自分はいろんなことが気になって心配になるところがありましたが、アニメの推しにな

ってからは、字をきれいに書くことはどうでもよくなって、楽しいことに気持ちが向くようになったと述べています。元々自閉スペクトラム症のようにこだわりがある子どもに対しては、それに代わる何か推しを見つけることができるとこだわりが薄らぐかもしれません。推しを見つけて集中し、その世界に没頭することで、病的な症状が少し軽くなるのではないのでしょうか。

私は 65 歳なんですが、今、人生の中で一番アニメをたくさん観ています。それは、通院している子どもたちから必ず観るようにと言われて、次の診察時にはアニメの粗筋を子どもたちから質問されます。意地悪な子が結構多いんですね。『SAKAMOTO DAYS』『薫る花は凛と咲く』『光が死んだ夏』などを観ています。自宅でアニメを観ていると、妻から「あんた、一体何歳になったの」って言われ、あんまり家族には受けがよくないようです。

次もアニメ好きの智也君（仮名）で、『鬼滅の刃』に救われた子どもです（スライド）。映画でも上映されていましたよね。煉獄さんという人が出てきますが、煉獄さんの台詞が智也君を感激させました。「己の弱さやふがいなさにどれだけ打ちのめされようと、心を燃やせ、齒を食い

マンガやアニメは子どもに感動を与える

- 智也は“鬼滅の刃”と出会い、登場人物の台詞にこころを動かされ、このままではいけないと思うようになった。これはゲームでは得られなかった感覚であった。
- マンガの登場人物の台詞は、子どもたちの考えや行動にも変化を与える可能性を秘めている。
- 大人はマンガやアニメを肯定的には評価しないことが多い。しかし、子どもたちに与える影響は絶大である。もしかすると、大人の言葉よりも子どもたちのこころに響いているのかもしれない。
- 大人も人気のあるマンガやアニメに注目し、子どもたちが求めているものをもっとよく理解したい。

しばって前を向け」という台詞です。「僕の悩みは、怖い鬼に比べたらたいしたことない」と言い出すようになりました。智也君の症状は不潔恐怖で、手を頻回に洗ってしまいます。「手が汚れても死ぬわけではない。煉獄さんの言葉は、僕に対するエールだと思った。このままではいけないと思うようになった」と述べています。このようなことを診察室で言った後は、智也君の不潔症状の症状が少し改善しました。

漫画やアニメの登場人物の台詞に、今の子どもたち、結構感動して、子どもたちの考えや行動に影響を与えるのではないかと思います。でも大人は漫画やアニメに対して肯定的な評価はしていません。今、子どもたちがどういう漫画やアニメに興味を持っているのかについて、もっと大人の方が注目してあげてもいいのではないかと思います。大学生も漫画やアニメが好きですね。今の若い医局の先生たちも、漫画、アニメ、ゲームが大好きです。私をはるかにしのいで、それらに詳しいので、治療に活かすことができたらいいなあと思います。

こんなふうに子どもたちの好きなゲーム、漫画、アニメの話を、ずっと診察室でしていると、文句を言ってくる子もいます（スライド）。ある女子高生ですが、教室に入ると呼吸困難になるということで思春期外来を受診しました。漫画やアニメ好きで、診察室でそれらの話を続けてい

ました。彼女は、自分は出来損ないで不器用で、みんなと同じことができないんだと述べていました。深夜に放送しているアニメを観ている話をしていきます。「音ゲーって知っている？」と言い出して、スマホでそのゲームを見せてあげるよと言ってきて、診察室で音ゲーを披露してくれました。

通院開始1年後になって、彼女は「診察室でアニメやゲームの話しかしていないけど、それでいいんですか？これが診察なの？」と言い出してきました。その一方で、「症状はまだあるけど、うまく付き合っています」と言います。「これでいいんだよ」と私からはアドバイスしました。彼女は、今はもう高校を卒業して、専門学校に行っています。

診察室では、子どもたちの推しの話題に付き合うことになりますが、そのことは、子どもたちの健康な心と付き合うことになります（スライド）。何々が好きだっていうのは、病的な心ではなく、健康な心の動きですよ。子どもたちの心は全てが病的なわけではない

のです。子どもたちの心すべてが発達障害ではないし、不登校でもない。病的な心はごく一部で、健康な部分もたくさんあるわけです。そこに注目して、そこに関わっていくことが大事なことでと思います。

どうしても大人は、子どもたちの病的な部分に対して関心が向きがちですが、もっと健康な部分に目を向けてあげたいと思います。精神医学や心理学の領域では、〇〇療法というものがとても盛んですが、それらはあくまでも病的な心を対象にしたものです。もっと子どもたちの健康な心に目を向けてあげたいものです。

学生についても同じかもしれません。病的な症状だけを取り上げるのではなく、学生の健康な心ともいっぱい関わりを持ちたいものです。健康な部分に注目し、それをもっと伸ばしてあげるよう

健康な心とかかわる(1)

- 子どもたちの多くは、通院開始後しばらくの間は診察室で身体症状や悩みごと訴える。それに対して、主治医が彼らの気持ちをしっかりと受け止めて、支え、慰め、励ます。
- 次第に、症状や悩みごとの話ではなく、自分が今一番関心を持っているモノや趣味についての話題に移る。最近の子どもたちは、ゲーム、アニメ、動画の話題がほとんどである。
- 主治医は何かアドバイスをするわけではなく、「さすが」「知らなかった」「すごいね」「そうなんだ」と感想を述べながら、子どもたちから教えてもらう。そのような診察を続けているうちに、子どもたちは学校や社会に自分の居場所をみつけるようになる。

健康な心とかかわる(2)

- 子どもたちが興味を持っている話題を繰り返して話すことで、心の健康な部分が少しずつ活性化され、それまで大半を占めていた悩みや不安を圧倒し、健康的な部分が占める割合が大きくなる。
- 大人はどうしても子どもたちの病的な部分に対して関心が向きがちであるが、子どもたちの心すべてが病的ではない。いかにして健康的な心の領域を大きくしてあげるのかということが、子どもたちとかかわる際には忘れてはならない。
- 最近の精神医学や心理学の領域では、“〇〇療法”というものがとても盛んであるが、それらはあくまでも病的な心を対象にしている。もっと子どもたちの健康的な心に目を向けてあげたい。

な関わり方があってもいいと思います。

自分の気持ちをまず診察室で大切にされて、そして、自分の好きなことを自由に語れる場があることがとても大切になると思います。しっかりと受け止められることで、子どもたちは気持ちに余裕ができて、漫画の台詞を素直に受け入れてみたりとか、明日の自分が解決してくれるという考えを持ったりします。そういうアイデアが浮かぶわけですから。その結果、子どもたちの心につらさと向き合える勇気が生まれるのではないのでしょうか。

推し活とは推しを応援する活動です。推しの対象は実在の人物や、アニメや漫画のキャラクターとか、人以外の物の場合もあります。いろんなものが推しになるのです。最近、VTuber、バーチャルな YouTuber が推しだという子どもたちもいますが、もはやついていけません。

外来で推し活の話聞いてみると、今の子どもたちがかわいそうだなと思ったことがひとつあります。私が子ども時代はアイドル全盛期の時代だったんですけども、今はアイドルが昔ほどいないような気がします。グループのアイドルはいるかもしれませんが。一人で歌を歌うような、そういうアイドルがいないことで、推しの対象にできないことは寂しいことだと思います。

推し活の効用について考えてみたいと思います（スライド）。将来が不安だ、過去のつらい記憶に圧倒されるということが、推し活をして夢中になっている間は忘れられます。立ち直るきっかけにもなるのではないかと思います。もやもやした気持ちを外

「推し活」の効用

1. 将来が不安でしかたない、過去のつらい記憶に圧倒されるという時に、「推し活」をすることが立ち直るきっかけになる。
2. もやもやした気持ちを外の対象（人やモノ）に映し出し、その対象を通して自分を見つめ直す作業が、子どもたちの救いになっている可能性がある。
3. 「推し」との一体感が生まれ、「推し」のがんばりを見て、自分もがんばるように努力する。
4. ライブやイベントへの参加（ネット上でも）、グッズ収集のための買い物することで、ひきこもりから脱することができる。
5. SNSへの書き込みなどで、「推し」に働きかけることで、自分の気持ちや考えを外に発信するようになる。

て、自分を見つめ直すということもできるのかもしれない。それから、推しの対象との一体感も生まれることでしょう。ライブやイベントに参加することで、ひきこもりから脱することもできるのかもしれない。SNS で書き込み、推しに働きかけることで、自分の気持ちを外に発散することもできます。このような行動の広がりも推し活で生まれるわけです。行動に移すことは、自己効力感にもつながって、自分でもやればできるという思いにつながって、それが自己肯定感の回復にもなってく可能性があります。

子どもたちの推し活の話聞いてみると、それが心の栄養で生活の潤滑油にもなっていて、推し活を通じて生きる喜びとか頑張る理由が生まれ、子どもたちの人生が豊かになっているように思います（スライド）。子どもたちがどのような推し活を選択するのかについては、大人からの評価や一般常識を気にせず、自分のやりたいことを見つけて、そして活動するというところに、意味があるように思います。

推し活に一定期間没頭することによって、子どもたちは不登校から適応指導教室行こうかなあと

考えたり、全日制から通信制の高校行こうかなと考えたりして、一步を踏み出すわけです。でも今の日本は、苦勞や努力することが美德であるとみなされるので、好きなことだけをしている推し活は、ただの浪費とか怠けとか逃避として見られがちです。でも、思春期外来で診ている子

どもたちは、そんなことはなく、子どもたちが自分の好きなことに没頭することによって、少しずつ成長していく姿を見ることができます。

まとめですが、われわれ大人のことですけれども、私たち大人は、本当に自分のやりたいことができてい

るのでしょうか（スライド）。みなさんは仕事をされていますが、今の仕事が本当に自分のやりたいことなんでしょうか。本当にやりたいことはもっと他に

あるのだけれども、嫌々仕事をやっていたりとか、自由な時間がなくて、全て自分の時間をお仕事に費やしたりしている人もいるかもしれません。大人は多忙な日常に流されて、好きなことを諦めて、好きなことに不感症になっているのではないのでしょうか。

先ほども言いましたけれども、人生は逆風の時もあるわけですが、そういう時に備えて、大人こそ推しを見つけて、自分なりの推し活ができるような、そんな生き方をしてもいいのではないかと思います。そのようなことを、思春期外来に来る子どもたちから教わったような気がします。

ご清聴ありがとうございました。

「推し活」の効用

自己効力感

1. 将来が不安でしかたない、過去のつらい記憶に圧倒されるという時に、「推し活」をすることが立ち直るきっかけになる。
2. モヤモヤした気持ちを外の対象（人やモノ）に映し出し、その対象を通して自分を見つめ直す作業が、子どもたちの救いになっている可能性がある。
3. 「推し」との一体感が生まれ、「推し」のがんばりを見て、自分もがんばるように努力する。
4. ライブやイベントへの参加（ネット上でも）、グッズ収集のための買い物することで、ひきこもりから脱することができる。
5. SNSへの書き込みなどで、「推し」に働きかけることで、自分の気持ちや考えを外に発信するようになる。

やりたいことをやる大切さ（まとめ）

- 「推し活」は心の栄養で、生活の潤滑油。「推し」を通じて「生きる喜び」「頑張る理由」が生まれ、人生が豊かになる。
- 子どもたちは、大人からの評価や一般常識を気にせず自分のやりたい「推し活」を自由にするなかで確実に成長する。
- しかし、苦勞や努力することが美德とみなされる日本の世の中では、好きなことだけをしている「推し活」はただの浪費、怠け、逃避としてみなされがちである。

実は、われわれ大人自身が本当にやりたいことを自由にできていないのではないかな。多忙な日常に流され好きなことをあきらめ、好きなことに不感症になっているのかもしれない。大人こそ、「推し」をみつけるべきである（逆風への備え）。

【質疑応答】

藤井：藤女子大学の藤井です。武井先生に久しぶりにいいお話を聞かせていただいて、ありがとうございました。最後の推し活ってという言葉で私が思ったのは、ことわざに、「好きこそものの上手なれ」ってありますよね。やっぱりそれで思ったのは、一番最初に先生が言われた、幸せな精神科医、だからこそいろんなことが分かって、子どもたちと接触できているんだなっていうふうに思いました。

そう考えると、保健センターでわれわれ働いていますけども、本当に幸せに自分たちの仕事をしているかっていうのが問われているっていうか、そのような気持ちもして。本当に推し活っていうのを、もう一度自分のこととして振り返らないといけないのかなっていう、そういうふうに反省させられましたけれども、その反省するっていうのは、深刻に反省するんじゃなくて、笑い飛ばす反省が必要だなということも教えていただいたというふうに思っています。とてもいいお話、ありがとうございました。

朝倉：どうもありがとうございました。武井先生のほうからございますか。

武井：思春期の子どもたちと接していたら、子どもたちのほうから影響を受けるんですけども、結構物事をポジティブに考えるようになりますね。将来何とかなるんじゃないかと、子どもたちの成長を見てもそう思いますし、そういうポジティブな考えを持てることが、子どもたちに対してもいい影響を与えるのかもしれないと思います。生きているだけで親孝行とか、もう生きてるだけでいいよとか、そんな感じですね。

朝倉：ありがとうございました。

まだまだお話伺いたいところでございますけども、お時間でございますので、最後に、武井先生にもう一度拍手のほうをお願いいたします。

講演Ⅱ 「一単科医科大学保健管理施設のあゆみ ー過去から未来へー」

(講演録)

旭川医科大学 前保健管理センター長、名誉教授 川 村 祐一郎

羽賀先生、過分なご紹介ありがとうございました。光栄でございます。

今ご紹介いただきました川村ですが、私はとくに保健管理センターの世界からは足を洗ったようなものなので、新しい話はなかなかできないので、過去を振り返って今後に役立てるというような意味合いでお話を用意しましたが、果たしてそのような上手にお話ができるかどうか分かりませんが、お聞きください。

この写真は旭川医大の保健管理センターで、この看板はすごく古かったんですけど、最近作ったんですけど。実は、さきほど学長からのお話にもありましたが、今リフォームしていて、引っ越しする予定です。だから、今この形ではないんですけど、こんな部屋だったということです。



保健管理センターですが、担当医師、センター長というのが、実は、名前は旭川医大の関係者でなければあんまり意味がないのですが、一応センター長が2年ごとに代わっていて、眼科とか精神科とかあると思いますけど、何が言いたいかっていうと、センター長っていうのは自分の講座があるわけですよ。で、医師がいなかったわけです。

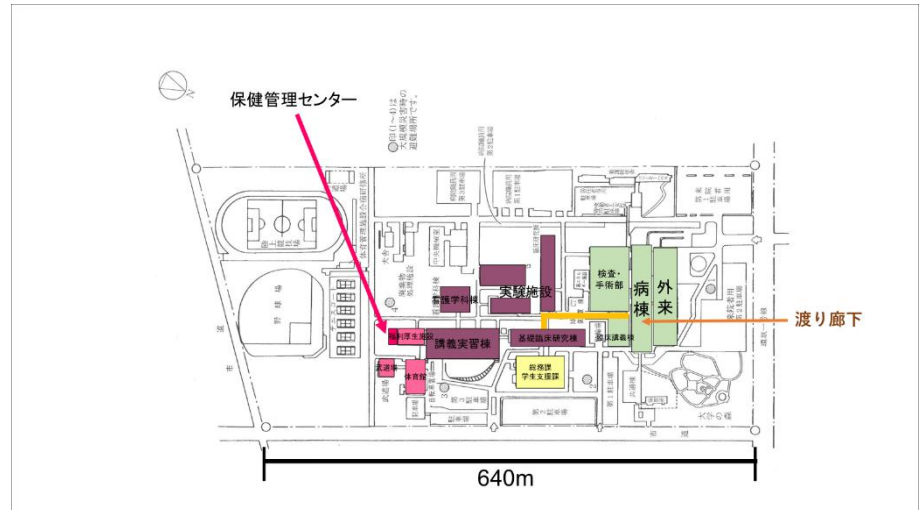
ということは、この先生方が学生を診るのかっていうと、とても自分の教室の仕事がお忙しくて、熱心にやってくれる先生もいましたけど、全くノータッチな先生もいて、大変実動的には非常に困ったところにあった時に、先ほどの、平成10年、私の前にお話しされた武井先生が、常勤の医師として5年間いてくださって、平成16年に私に交代しました。

でも、この時も兼任だったんです。センター長が兼任で、センター長は別のどこかの教授がいて、私がその場にいた。でも、センター長というものを専任にしないと、保健管理センターの運営ってなかなか成り立ちにくいので、当時の学長に依頼して、センター長は専任の医師ということにしてくださいということで、そこから十数年たって、私は定年退職したので、今、北野先生に移ってる。皆さん何か専門があるわけですよ。保健管理センターの専門なんていうものではなくて、何か臓器の専門なんです。内科が多いです。

保健師さんとしては、初代は、皆さん名前をご記憶の方も多いと思いますけど、玉川保健師、それから藤尾さん。それから今の橋本さんと石崎さんと、こういう流れになっております。こっから専任センター長ってことになったわけです。

私が赴任した当初の話ですけど、藤尾保健師、佐々木さんは事務官でした。で、2022年度より、藤尾さんの退職っていうこともあったんですけど、2人の、保健師が倍になったというか、2人の体制にアップしたんですよ。それぐらい学生の健康管理というものは真剣に考えなきゃなんないと、学長も思ってくれたんだろうなと思います。そして、私が退職して、今、センター長が北野先生になって、この2人、3人の体制でやっているということです。

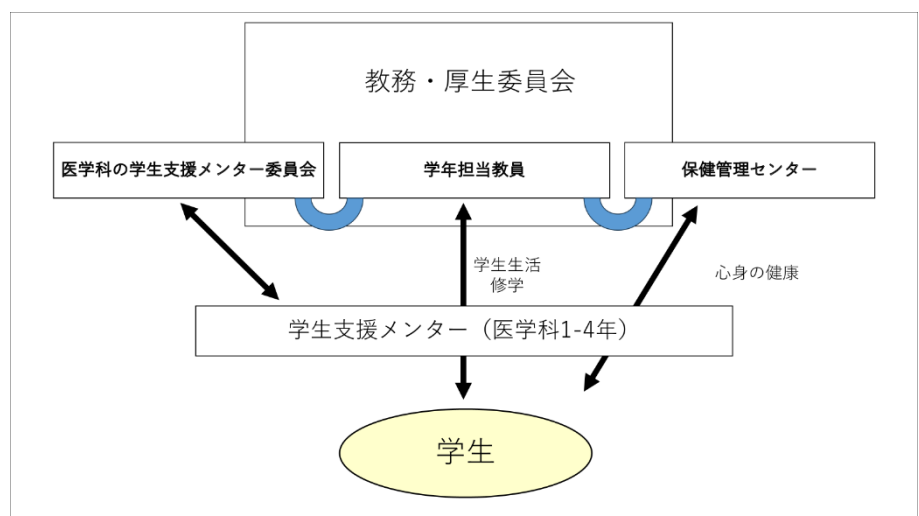
そもそこの保健管理センターって、うちの大学の場合、どこにあるかっていいますと、これ、大学の鳥瞰図っていうか、地図です。こちらに病院があります。外来、病棟ですね。そして、ここに学部が、学生の、要するに大学ですね、講義室とかがあります。そして保健管理センターはここにあり、一番端、病院から見ると。この距離は、ここが640メートルですから、ここ、300メートルぐらいで、私、実は大学病院で内科医もやってたので、先生、患者来ましたといったら、2回呼ばれると1.7キロ歩いてることになって、結構な運動でした。



繰り返しになりますが、現在リフォーム中で、この辺に仮住まいをしてます。だから、病院への距離は少し近くなったと思いますが、私は常勤ではないので、たまにぶらっと来るだけなんです。それで、問題はここに渡り廊下ってあって、大学と病院をつなぐ廊下があるんです。この廊下が近いようで遠いんです。近いようで遠いっていう意味は、これからおいおい話していきます。

繰り返しになりますが、現在リフォーム中で、この辺に仮住まいをしてます。だから、病院への距離は少し近くなったと思いますが、私は常勤ではないので、たまにぶらっと来るだけなんです。それで、問題はここに渡り廊下ってあって、大学と病院をつなぐ廊下があるんです。この廊下が近いようで遠いんです。近いようで遠いっていう意味は、これからおいおい話していきます。

学生を見る時に、システムとして学生を誰が見るかという、学年担当ってありますよね。ところが、学年担当の労力がすごく大きいので、医学科1から4年、臨床行ったらもうあんまり関係ないんですけど、それから看護学科には、看護学科の先生方、結構システマチックに見て



らっしゃるので、医学部の学生は、どちらかというと放置気味なところがあります。

それで、メンターといって、昔の言葉でいうとグループ担任に近いのですが、グループ担任が見て、健康的な問題だったら保健管理センターに回す、進学の問題だったら学年担当委員に回して、

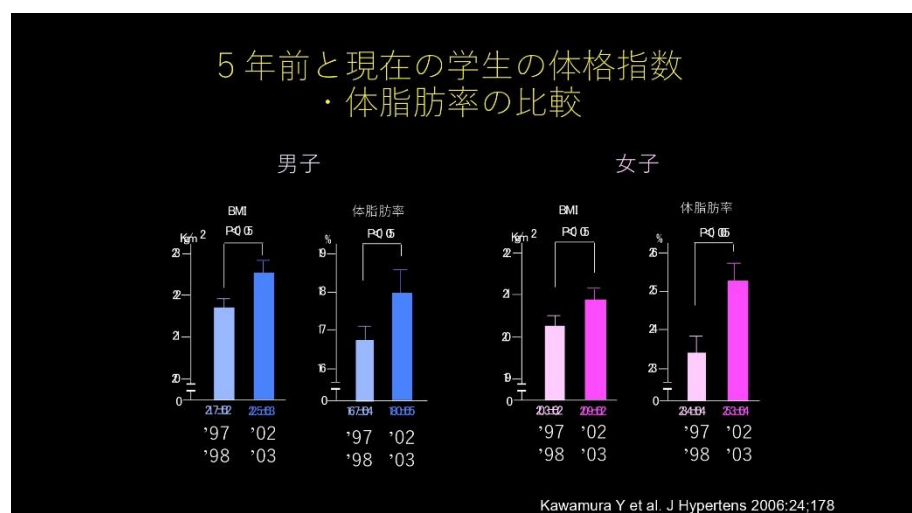
それで、メンター委員会という委員会があって、その委員会につなげていくっていう形になっているのですが、実は学生、健康の問題があったら、このシステムはともかく、保健管理センターのほうに直接来ることが多いです。これらを統括する委員会が、教務・厚生委員会っていうことになりました。

それで、保健管理センターは、昭和 59 年にできたんですけど、その時からとにかく学生が来やすいように、学長がさきほど使われた言葉で「敷居がなるべく低いと」、要するに学生が来やすいと、来にくくならない、また何回でも来れるようなセンター作りっていうのも、当初も、三十何年前から考えてはありました。

あと、医学部ですから、特徴があって、各科の先生がいるわけです。ですから、例えば目が悪くなった、歯が悪くなった、婦人科的な問題となると、その先生方に付き添いで、相談できるようなシステムです。ところが、その相談できる先生というのは、病院あるいは医局にすることが多いので、さっきの渡り廊下が問題で、その渡り廊下が近いようで遠いといった言葉の一つは、その先生方の個人のお考えによるもので、すごく気安く来てくれる先生もいれば、何で行かなきゃなんないんだという先生もいて、なかなか複雑な問題でスムーズにいきませんでした。一応単科医科大学であることの長所を生かして、病院との連携をつくってまいりました。

学生の健康管理においては、当然皆さんもご存じのように、フィジカル、メンタル、いろいろな問題があります。私は循環器内科医なので、当然そちらのほうに目がいくんで、臨床研究的な意味で、まずメタボリックシンドロームに注目したんですけど、これは古いデータですから、5 年前と

言っても今の話ではないのですが、5 年たったら BMI、体脂肪率は、後の学生のほうが有意に多くなってきたということ。要するに、学生はどんどん太ってきたという研究を、1998 年から 2000 年ぐらいまでにやって、今でも多分このことはいえると思うんです。

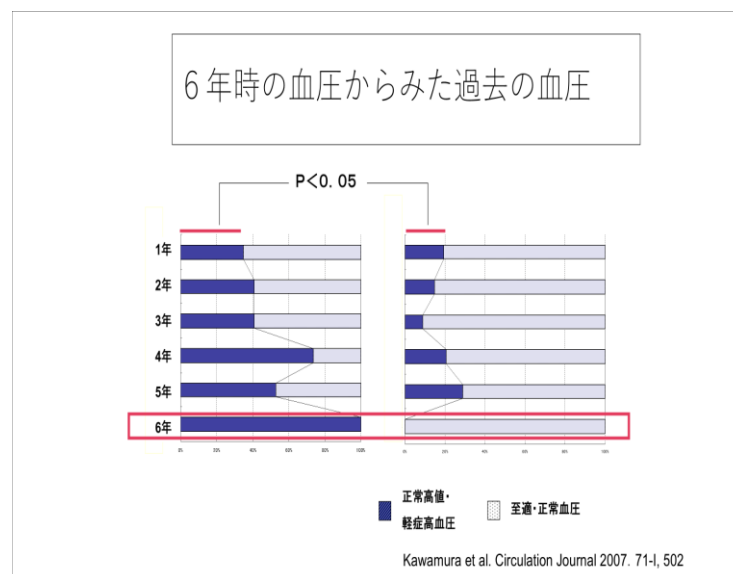
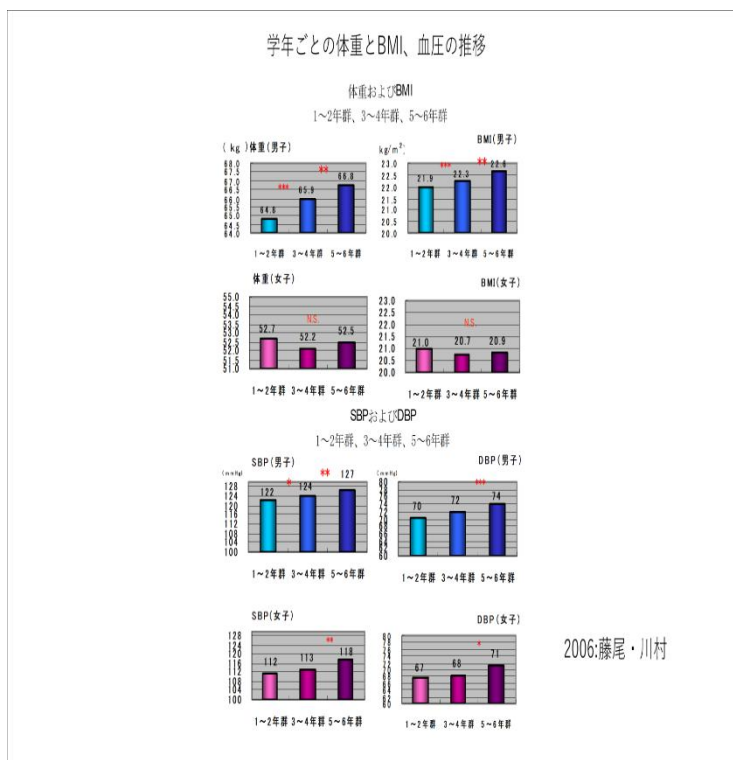


そこで、藤尾保健師がもう少し後に、学年ごと、1年から2年、3年から4年、5年から6年と分けていってみると、男子はどんどん太ってますが、女子で、3～4年で一回へこむところがあるんです。

これはどうしてかっていうのは、想像ですけど、藤尾保健師の考えでは、3～4年って部活のキャプテンとかやられるようなことがあって、相当ストレスがあるんじゃないかっていう、それが理由ではないか、と言ってました。多分それは男子でも同じことなんですけど、男子にはそういうことがない。女子はここで一回、少し体重減少が起こるということを書いてます。

それから、血圧の問題なんですけど、学生は若いはずなんですけど、中には多浪生とか一回就職した人とかもいるから年齢はまちまちですが、血圧はだんだん年ごとに、やはり高い人が多くなるんですけど、6年生の時、高血圧、正常高値か軽症高血圧だった人と、全く正常だった人を、そのデータをさかのぼって1年生の時に振ってみれば、やっぱり1年生の時から高かったっていう人が有意に多いんです。だから、「梅檀（せんだん）は二葉より……」ではないですけど、元々素因があったところが、6年生になって、さき程から言ってる体重増加が加わり高血圧になってきたんじゃないかなと思います。

最近、2023年、おとししに導入したんですけど、体組成計です。これ、学生になかなか人気があって、皆さんのところにもBMIを測るぐらいとか、体脂肪率を測るぐらい、いろいろあると思うんですが、色々なデータが出て、これを見て、これを宣伝したら、結構学生が、「私、



測らせてください」と言って来るんですよね。これがまた、先ほど最初に話した、保健管理センターの敷居の低さにも貢献してます。それで、測りに来ながら、雑談的にいろんな情報が得られたりもしますしね。

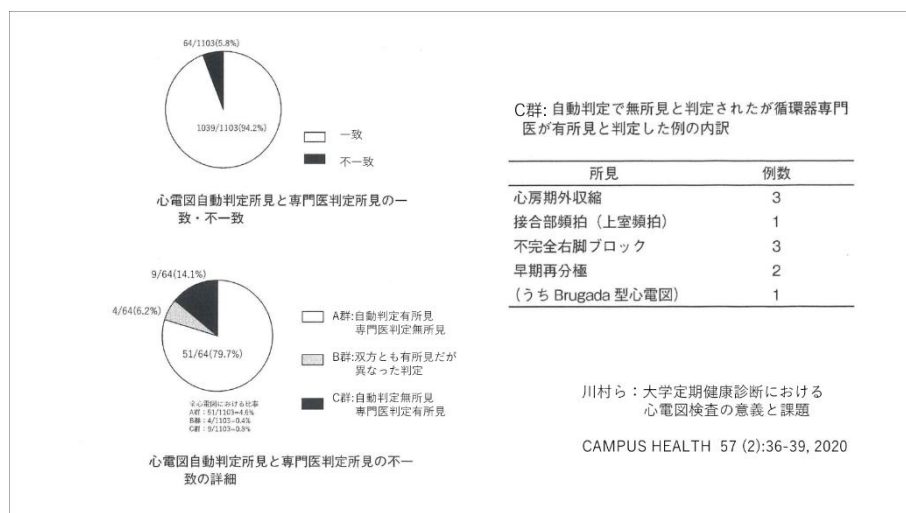
繰り返しますけど、循環器内科医なので、当然、羽賀先生も紹介してくださったように、私は不整脈学者なので、心電図にすごく注目して診るんです。健診心電図なんですけど、健診心電図って、皆さん、どうやって読んでもらうかっていうと、必ずしも循環器の専門の先生が見てるわけじゃないと

思うんです。自動診断って結構当てる、頼りにしているのではないかなと思うんですけど、実は心電図の自動判定と専門医、この専門医って、何を隠そう私のことなんですけど、自動判定と専門医の判定は、94%は一致しますが、5.8%ずれるんです。

そのずれ方が、健診のほうがオーバーに見えて、スクリーニングとして取りこぼしがいないところを専門家が否定するというのであればいいんです。逆に自動判定で無所見だと判定したんだけど、専門家から見ればそうでもないというのが、非常にまれで、全体から見れば1%程度だと思うんですけど、あるんです。その中身を見た時に、そんな重症な不整脈ではないのかもしれませんが、たまにブルガダ症候群という、ご存じの人はご存じだと思いますけど、突然心室細動を起こす病気ですね。そういうのがあったりして、注意が必要だと思います。

これは、『CAMPUS HEALTH』に5年前にこのデータを載せたんですが、心室細動という話でいえば、これまたさきほどの病院と大学の間の渡り廊下が長いっていう話に関わるんですが、病院で当然 AED はたくさん設置、各所、病院の中、全部足したらものすごくあるんですけど、大学側のことを見ててくれなかったから、大学側に一個もなかったんです。それで、平成18年に、一応、ホケカンの予算で購入したという形にして、AEDを大学側に置きました。大学にあるのは、学生ロビーです。今は工事で壊して、改修してますけど、AEDを平成18年に設置したんです。ところが、幸いにして、今のところまだ一回も使われてない。これは幸せなことだと思います。

ちょっと話が横にずれますけど、失神っていう現象があります。失神っていうのは意識を失うことです。一過性の意識消失です。軽いのが眼前暗黒感、立ちくらみ。これは、うちの大学は医学部だってこともありますけど、立って手術を見ていたり、そういうことが多いと、突然



失神（syncope）

一過性の意識消失の結果、姿勢が保持できなくなる。

通常自然に、また完全に意識の回復がみられる。

類似しているがより軽い症状を表す言葉として、**眼前暗黒感（Blackout）**、**立ちくらみ（Faintness）**などがある。

ふわっとくるわけです。

人数的には、ご覧のとおり全利用者の中の1%も毎年ないんですけど、いることはいるんです。

医学部特有じゃなくて、それは教育実習なんかでもあるんじゃないかなと思いますけど、この失神は、もちろん気を失った子がいたら、重症不整脈とか、あるいはてんかんなんかも否定しなきゃならないんですけど、一番多いのは神経調節性失神、neurally mediated syncope—NMS っていうやつで、神経反射の失神です。心臓が徐脈になるか、血圧が下がるか、その両方、混合で、立位姿勢、痛み刺激、ストレスなどが原因となるんです。

採血の時に針を刺すことによる失神、VVR—血管迷走神経反射も、広くいえばこの中に入るといいますが、そもそも人間が立った時にどうやって血圧を調節するかっていうと、立ちますよね。そうしたら脳に血が行きにくくなる。そうすると、脳の眼で交感神経が活性化して血圧を上げると、あるいは脈拍数を増やす。そうすると脳循環が改善するんですけど、あまりに血圧が上昇、心収縮力、心拍数が上がり過ぎることを阻止するために、副交感神経、迷走神経ですね、これが元に戻すという循環を上手にやってる。

これは、例えば、アクセルとブレーキです、車でいうと。アクセルで脈を上げたり血圧を上げたりする。ブレーキでそれを抑える。なんですけど、要するに神経調節性失神の人っていうのはどういう人かという、運転の初心者みたいなもので、すごく下手なんです。

例えば、大概皆さん運転されると思いますが、向こうの信号が黄色になりそうだったら、多分「あ、なるな」と思って、アクセルから足離しますよね。それでだんだんゆっくりになって、着いた時は当然、信号赤だ

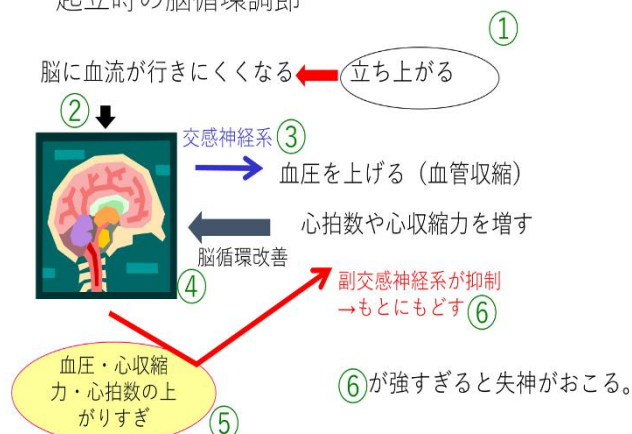
失神関連の来所者数

年度	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	失神関連(人)	利用者数(人)
2015	2	2	0	0	3	2	2	2	2	0	1	1	17	2241
2016	1	1	0	1	0	2	1	3	0	1	2	1	13	2458
2017	2	1	1	6	0	0	3	0	1	2	0	2	18	2121
2018	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	0	4	1881
2019	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4	1695
2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	677
2021	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	1316
2022	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	1	6	3875
2023	3	0	2	0	0	0	4	1	0	0	0	1	11	3060
2024	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	2	0	7	3813

神経調節性失神 (Neurally Mediated Syncope: NMS)

- ・神経反射による失神
- ・長時間の立位姿勢、痛み刺激、ストレスなどが誘因となる
- ・以下の3つに分類される
 - 1) 心抑制型 (徐脈や心停止が主体)
 - 2) 血管抑制型 (血管拡張による血圧低下が主体)
 - 3) 混合型

起立時の脳循環調節



交感神経系 → アクセル



副交感神経系 → ブレーキ



から止まる。そして、またゆっくり動き出すとあって、上手な運転だと思うんですけど、神経調節性失神っていうのは運転の初心者で、が一っと飛ばしておきながら、「あ、赤だ」、ぎゅーっとブレーキを踏むというようなことの繰り返しで、交感と副交感の波がものすごいスムーズじゃないんですよね。そういう人が失神するんです。

医学部は、学生は立位を取る実習が多くて、もちろん貧血、低血糖、脱水、さっき言ったてんかんも否定できないと思いますけど、NMS は多いですね。この人が NMS かってのを診断するのは、ヘッドアップティルトテストといって、胃バリウムの台を使って寝せて、血圧と脈拍と心電図を取りながら、あるいは採血していろんなデータを取るんですけど。胃バリウムの台を立てて血圧が下がるか、脈拍数が落ちるか、というようなことを検査する。ヘッドアップティルトテストというのがあってんですけど、現実にはやるとこんな感じになる。

これ、特殊な台です。でも胃バリウムの検査、昔、最近胃バリウムなんてやらないかもしれないけど、そういう施設だったらやれると思うんですけど。うちの学生、19歳の、医学科1年生の女子だったのですが、心電図で交感神経の指標と副交感神経の指標というのを、これを話すとちょっと長くなるんですけど、心拍変動っていうんです。

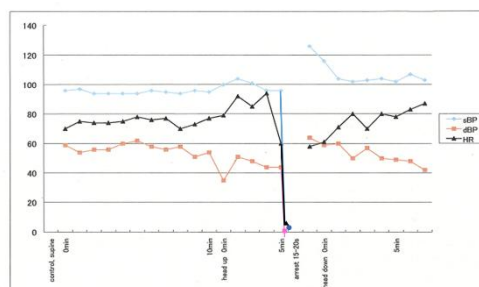
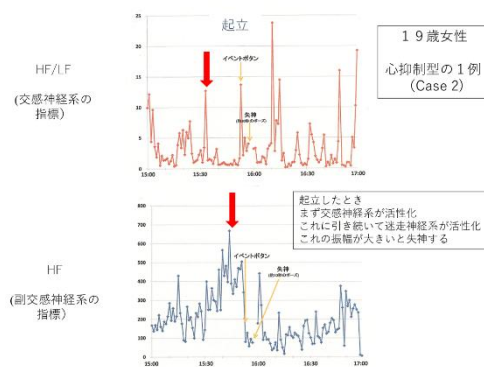
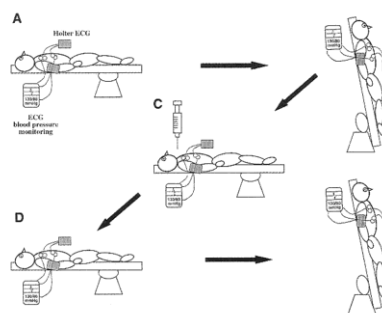
これで見ますと、この子もまず交感神経が、が一っと上がって、それに追いつくような副交感なんですけど、さきほど言ったように、運転が慣れてくると、これがこんながたがたじゃなくて、スムーズなんです。スムーズに出して、こっちもスムーズに出すんですけど、この子はまだすごい若い、19歳の女の子で、交感神経の上がりに追いつく迷走神経が強過ぎて、すんと下がっちゃって、この子はなんと、これ、モニターなんですけ

医学部学生は立位をとる実習（手術見学など）が多く、失神・眼前暗黒感・立ちくらみ等の症状で来所する学生が少なくない。

この中にはもちろん貧血・低血糖・脱水などの病態も含まれるが、NMSも無視できない。

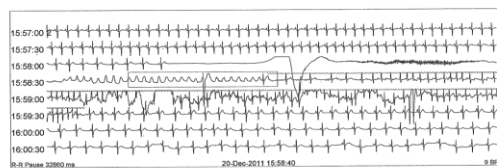


神経調節性失神の診断法：Head Up Tilt Test (HUT)



ど、ホルター心電図で、1本が30秒なんです。ここからここまで心停止してんです。

38秒心停止で、このさざ波は、担当の先生が慌てて心臓マッサージしたということが表れてるせいなんですけど、つまり、ものすごい迷走神経反射ですよ。これで完全に失神してる。この子は何でそもそも検査をしたかという、授業中に突然気を失ったからなんですけど、大概の人、てんかんだと思うんですけど、心抑制だったんです。



ところが、これでいろいろな治療法があるんですけど、じゃあ、38秒心臓止まったならペースメーカーを入れるのかっていうと、そうはならないんです。というのは、くどいんですけど、運転が下手なんで、年取ればだんだん運転上手になってくるんです。こういう発作ってほとんど30歳前に消えちゃいますから、今慌ててペースメーカー埋めたら抜けなくなりますよね。

ですから、だんだん、これはもうちょっと年を、君が現実的に医者になって、社会に出る頃にはまず治まってるよっていうような説明をするんですけど、説明をする時に、じゃあそれまで何もしないで過ごすのかっていうと、ベータ遮断薬なんか出すこともありますけど、起立調節訓練というのがあるんです。下宿でできることで、柱の上に、後ろに寄り掛かるという、壁を利用して、両足を15から20センチほど前方に出すというのは、90度で立って失神したら倒れるしかないの、後ろに寄り掛かる感じで、いざ意識を失っても大丈夫なようなことを、どこのうちでも、下宿でもできるよって言って、壁や柱に背中を当てて、1日1~2回、1回30分ぐらいというのを毎日繰り返してごらんとすると、大概それでよくなって、大人になる頃、卒業する頃にはそんな発作がなくなるという人が多いです。

NMSの治療

- 1) 病態の説明と生活指導
- 2) 起立調節訓練
- 3) 薬物療法
- 4) 心抑制型に対するペースメーカー治療

起立調節訓練

(orthostatic Self-Training またはTilt Training)

- 壁を利用（臀部、背中、頭部を後ろの壁にもたれかけさせる）
- 両足を15~20cmほど前方に出す
- 下肢筋肉は動かさない
- 1日1~2回（1回あたり30分間）
- 毎日繰り返す



さらに話脱線して申し訳ないんですけど、近視が多いです。ところが、近視の中に、ただ近視だけでなく、網膜剥離ってのがすごい多いんです。うちのホケカンの担当の眼科の先生が、石

子先生といって、座長をしている羽賀先生の同期の先生ですけど、眼底のことにすごい興味持っていて、やたら眼底をのぞいていただいて、網膜剥離を発見していただいていたんです。

網膜剥離について詳しく述べませんが、単なる眼科的スクリーニングだけではなくて、網膜を見ていただいて、剥離したらレーザーで固定してくれるというのをずっと繰り返して。網膜病変を有してる者の8割以上は無自覚だと、ただの近視だっていうことで見られてます。

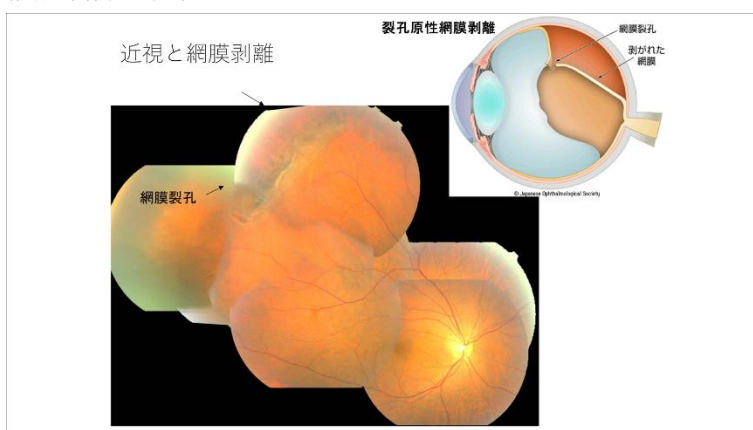
さらに別な研究で、石子先生は論文書いてくださって、私の名前も入れてくれたんですけど、Pressure-Free Yutori Education では、ゆとり世代の子は近視の進行が遅いだろうということで、ゆとり世代って1987年以後生まれのことをいうらしいんですけど、それをここで、これ、眼軸です。眼軸って分かるんです、目の縦の軸。長ければ長いほど近視なんです。眼軸がどんどん長くなっていたのに、この線は1987年。1987年以後生まれの子から、眼軸の伸びというのが年齢とともに伸びるというのが止まっている、真横になっているという。

これは結構いい論文になり、石子先生のおかげで、僕は眼科の学会から演題出さないかと随分言われましたが、私の専門ではないのでと断りました。

さきほど、保健管理センターを担当する先生の中には、そういう攻めの姿勢の人もいれば、全く面倒くさがる人もいるという話しましたが、石子先生なんかほんとに一生懸命やってくださいました。

それはフィジカルな話で、ちょっと脱線しましたが、われわれのテーマですごい重大な問題になる、感染症対策の話をしてします。

まず我々、感染症で、私がいた間に何が変わったかっていう話を続けてみますけど、元々、医学部だから当然で



【背景と目的】

近視の程度は教育レベルに伴い大きくなる事が知られているが、**近視は網膜剥離の危険因子**でもある。

健康診断の一環として旭川医科大学の新入生を対象に屈折度要素の評価と眼底検査を行い、**近視および網膜剥離の前駆病変である網膜裂孔や網膜格子状変性などの網膜疾患の頻度を調査した。**

【対 象】

2010年旭川医科大学医学部新入生、医学科122名(女性30名、男性92名)、看護科61名(女性55名、男性6名)

【方 法】

スクリーニング眼底検査→再受診が必要と判断された学生に眼底検査を再施行。



【結果のまとめ】

眼底検査の結果、注意深い経過観察が必要な**網膜病変を有していたものが、医学科では13%、看護科では12%**であった。

網膜病変を有していた者でも8割以上無自覚で、病変の無い学生と差はない。
網膜病変は網膜周囲にあるため、網膜剥離が生じて進行するまで視力の変化を起こさず、自覚症状も殆どないとされており、検診が重要である。

再検査の結果、3眼は網膜剥離発症の予防ができたが、1眼はすでに網膜剥離が発症しており手術が必要であった。

結核への対応

- 全学年における健診時胸部レントゲン撮影
- 入学時ツベルクリン反応(2013年まで)：結核予防会へ依頼
- 入学時IGRA(QuantIFERON)(2014年から)

すし、皆さんもそうやっているのではないかと思います、全ての学年に胸部レントゲン写真を撮ります、健診で。1年から6年まで。学校保健法とかでは毎年撮る必要は多分ないと思うんですけど、われわれは全部撮ってます。

それからツベルクリン反応を、結核予防会に依頼して2013年までやってたんですけど、2014年からわれわれはクオンティフェロンで、T-SPOT でもいいと思うんですけど、Interferon-Gamma Release Assay に変えました。

それから、抗体検査と予防接種に関する事業ということですけど、当然なんですけど、B型肝炎の抗体価測定、陰性者への3回ないし4回の予防接種を行っております。この4感染症は、陰性者へ、臨床実習前にだから、最初は医学科4年、看護学科3年の時に行い、陰性の人には強く予防接種しなさいと勧めてました。インフルエンザやCOVID は、はやり出してから問題になったことです。

その4感染症のことですが、4年生で行うっていうのが初めてだというよりも、1年生、入学時に行っていたほうがいいのではないかと。入学時に陰性の場合、その後、4年生になった時に陽性になっているのではないかと考えまして、1年生の時に行うっていうのは平成20年から実施しました。

その大きな理由は、割と研究的認識も私は強かったのですが、単科医科大学であると。それから、感染対策を全学年まで押し広げておくべきであり、1年生の時から抗体価を知っておくべきであるということです。みんなに、感染対策という認識を学生に持たせようっていう意味がありました。

それから、1年生の頃がちょうど、基本、現役だったら18歳なんで、その頃、子どもの頃打った抗体価というのは落ちていきます。軒並み落ちてて、陽

抗体検査・予防接種に関する事業

- 臨床実習前学年におけるHBs抗体価測定と陰性者への3回ないし4回の予防接種
- 臨床実習前学年における麻疹・風疹・ムンプス・水痘抗体価測定と陰性者への予防接種勧奨（2008年より、入学時に抗体測定し、陰性者は臨床実習前学年までに予防接種を済ませることを勧奨した）
- 臨床実習前学年におけるインフルエンザ予防接種（2020年より）
- COVID-19予防接種支援および副反応への対応（2021年より）

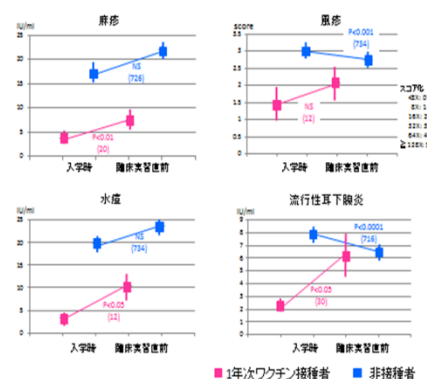


平成19年度より、臨床実習直前学年すなわち医学科4年（現在は3年）、看護学科2年に麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の抗体検査を施行し、陰性者にはワクチン接種を強く勧奨している（接種率ほぼ100%）。

加えて、平成22年度より入学時からの4感染症の抗体検査施行並びに陰性者ワクチン接種勧奨を開始したが、これは、以下の配慮から施行したものである。

- ①単科医科大学という当学の特性から感染対策を全学年まで押し広げておくべきである。
- ②大学1年時頃の年齢より乳幼児期接種ワクチンの効果減弱が始まるため、臨床実習時の抗体陽性率を少しでも高めておきたい。

1年時ワクチン接種者・非接種者別の抗体価の比較



CAMPUS HEALTH 53(1): 280-281. 2016

性、陰性微妙なところなので、ここで一発強くしておこうという考えもありました。実際、1年生の時にこのワクチン打つというのをやると、4年生の時にどうなるかっていう研究を。1年の時にワクチンを接種した人と非接種者で抗体価を調べてみますと、当然1年生の時に接種したら上がります。ところが、非接種者は、最初高かったから非接種者となったわけですけど、やはり4年生になるとちょっと下がっています。部分的には有意だと思います。風疹なんかは有意ですね。

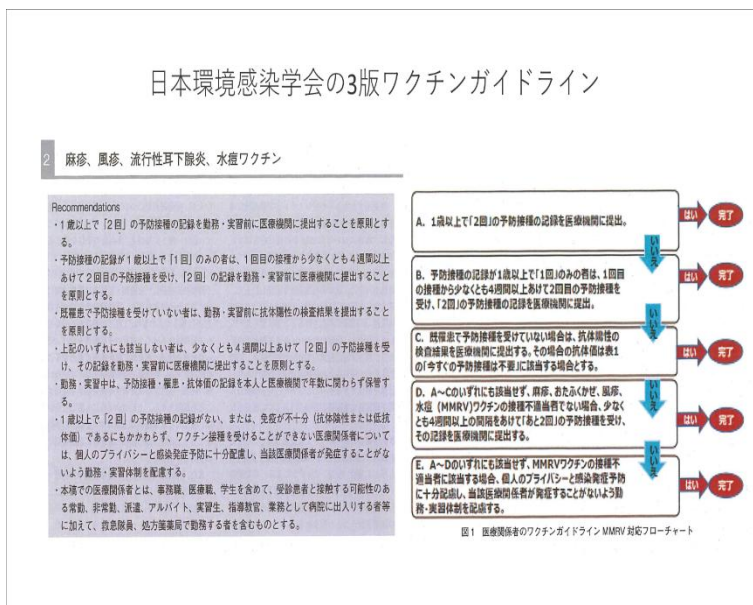
だから、やはり1年生の時と4年生の時に2回調べて、1年生の時から打つということは意味があるのではないかという話で、今回これを演題にしました。2016年ぐらいに演題にしたのですが、実は、皆さんご存じの方が多いと思いますが、日本感染症学会のガイドラインでは、2回抗体、測る・測らないはともかく、2回ワクチン打てば、それでもう、現場に出られるのですね、臨床実習というか、病院勤務ができるかという話で。このガイドラインがあるとしたら、もう、今年の1年生から

始められるのですが、入学前に2回ワクチン打っておいてもらえれば、あと、入学して何もしくなくても実習までいけるんじゃないかと、非常に楽であると。

楽であるというのもあるけど、予防的にもいいんじゃないかという意味もあると思うのですが、だから、2回ワクチンを打ってもらって、あとは何もしない。入学の時に、もう臨床実習の準備は出来上がってるっていう形を取ろうと思っているのですが、ただ、これは保健管理センターの中でも今、議論があって。だけど、さっきの学生にワクチンという、感染症というものの認識を持たせるためには、やっぱり抗体価を調べたほうがいいんじゃないかというのと、もう一つは、18歳で落ちていきますので、それをダブルでチェックして、駄目押しの的にチェックするほうがいいのではないかという。だから、測るか測らないかということで結構、今、どうしようかって迷ってる。これは正解のない問題で、どちらも一理あると思いますけど、決めかねてる場所ではあります。私が言うことではなくて、今の3人の保健管理センターのスタッフが考えるべきことではありますけど、微妙なところ、難しい問題だと思います。

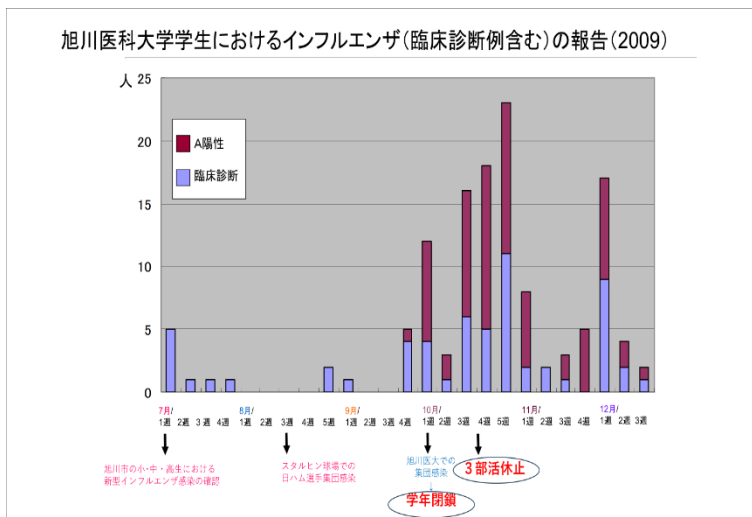
それから、次に、私が新米の保健管理センター長だった時の大問題が、豚インフルといった、要するにH1N1です。新型インフルエンザと当時いていたものですが、これはいきなり、私も忘れられない、私が保健管理センター長になった年に大流行したんですすごい印象が深いんです。

当時の保健管理センター長 大崎先生は私の



1つ先輩で、呼吸器センターというところのセンター長なんですが、それで私は保健管理センター、対職員と対学生というような意味合いで、メディカルミュージアムという、旭川医大の遠隔医療センターというところから、北海道中の病院、希望者、聞きたいという人だけなんですけど、どうしたらいいですかという、座談会というか、インタビューを受けて、この人は専門の、放送関係のアナウンサーなんですけど、をやったことがあります。2009 年です。この年に、今あのウイルスは H1N12009 というんだと思うんですけど、COVID が 2019 ですが、これは 2009 です。というのもやりまして、はやり始めたんです。

スタルヒン球場で流行った時というのがあり、うちの学生もどんどん出てきたので、実は今まで一回も行ったことがない学年閉鎖というのと、部活の休止というのを実施しました。それは、このウイルスの危険性が全く分かっていなくて、対外試合とかでもらってくるということもありました。これは、この時、確か医学科 1 年生だと思ったんですけど、学年でやたら流行ったので、これは止めたほうがいいねという



話にして、学年閉鎖にしました。それから部活を休止しました。こういうことを行ったことはそれまでなかったです。そこまでやるべきなのか、やるべきでないかっていうのもかなり議論したのですが、ここは僕の鶴の一声というか、やろうっていう一言で決まっちゃったようなことがあります。それをやるかやらないかのために会議を開くとか、あんまりにしなかった。一発で決めてしまいました。

これが問題になっていて、公欠制度という、旭川医大はある科目の 1/3 以上休むと、試験が受けられないんです。ということは、1/3 以内に休む、その休むという意味は、本来病気という意味かもしれないですけど、さぼるための休みもあるので、ぎりぎり、テンパっているような子がインフルエンザになったら、出てこれないわけですね。

そうしたら 1/3 超えちゃうわけです。それで、大学側の都合というのは、感染を抑えるために大学側から、あなたは出てくるかと、要するにインフルエンザ陽性、最近ではコロナですね、の人は、公欠といって、1/3 のカウントから外すよということを行いました。

ということで、これは当然、目的は感染予防です。要するにインフルエンザやコロナのまま大学に出てきて、すいません、熱あるんですけどと言っても、もう既に大学出てきてるわけだから、予め連絡して、私は熱があるといったら公欠にするから休めって言うのです。

公欠制度

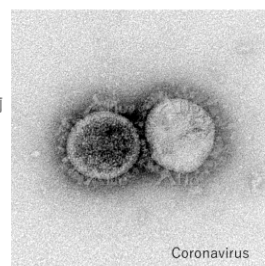
当大学では平成 18 年 12 月 22 日に、教務・厚生委員会において以下を決定した。

- 大学側の都合で授業が出来なかった場合は、**公欠扱いとする(欠席にカウントしない)**。
- **感染性(疑い含む)の病気で出席停止となった場合は、公欠扱いとする。**
- 公欠扱いの場合は、原則補習を行い、補習の形態は各授業担当教員に任せる。

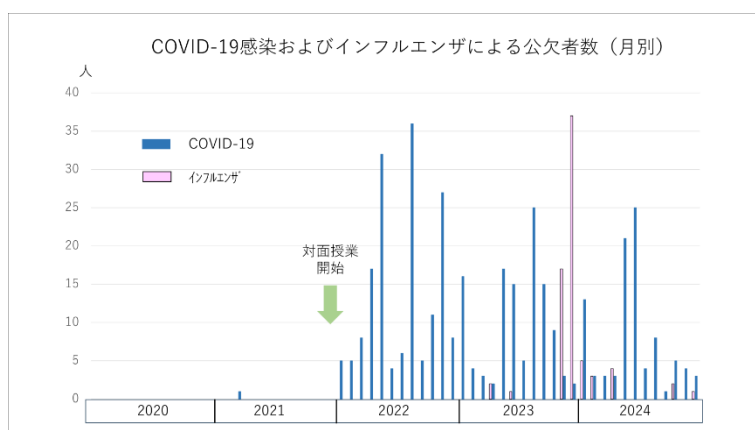
対象疾患は、最近、当然、麻疹なんか流行ったら絶対そうなると思うんですけど、あんまりないので、多いのはインフルエンザとノロと流行性角結膜炎、COVID です。最初、ワクチン接種はやった頃、コロナのワクチンはインフルエンザに比べてすごく痛いので、あまりに痛くて、ワクチンで発熱して出られませんというのも公欠にしました。予防のためにやってることだから、休んでもいいよというよりも、休みなさいって。

実際の公欠対象疾患および状態

- 麻疹
- インフルエンザA/Bおよびこれが疑われる発熱
- ノロウイルス感染症およびこれが疑われる下痢
- 流行性角結膜炎(EKC)
- COVID-19感染症
- COVID-19ワクチン接種後の激しい副反応



公欠者はすごく、当然ここ、いないんです。当たり前で、コロナの話ですけど、2020年と2021年は遠隔講義とか、1時間置きにずらした出席とかを行っていたから、公欠というのはあり得ないっていう方がいますけど、あり得ないんですけど、対面授業を2022年の頭に開始したら、やたら公欠者が多くなりました。ここが青いのはコロナです。月別です。一番ピークの時、ひと月37人コロナ、インフルエンザはひと月38人ということなんです。インフルエンザは全然、コロナに負けて抑えられてたんですけど、この辺から出てきた。



それで、今の話で、出てこれたらもう駄目なんで、出てくる前に連絡しろというのを、私は大学のスマホ持ってて、日曜、とにかくあした月曜だっていう日に発熱したら日曜日ですよ。その時にも、きちんと遠慮しないで電話しなさいと、私は電話を受けまくってたんです。それだったら駄目だ、休みなさいって言いました。そうしないと、月曜日の1校目に間に合いませんと。月曜日の2校目に連絡したら1校目は公欠にならないから、自分待ちの欠席になっちゃうからということで、これ、やったんですけど、かなり大変なので、メール連絡にしました。メール連絡とすると、読むのが月曜の朝になるからちょっと遅いんですけど、それでも今は有効になり、ほんとに携帯の対応は、僕は経験としてはえらい大変でした。

休日の対応

土・日・祝祭日の発熱も、情報収集と翌週の出席停止指示などのため、携帯での連絡を指示した。

その後、メール連絡としたが、即時性がやや薄れた。



それから健康診断なんですけど、健康診断は元々、今日は何年生ってというのは指定するのですが、時間を指定していなかったんです。何時から何時までの間に来てよと。そうしたら、どっ

-

令和に入って: 公欠を「get」して休もうとする
学生が増えた印象がある

A digital thermometer with a white body and a blue tip. The display shows a reading of 36.8°C. The brand name 'TERUMO' is visible on the right side of the device.

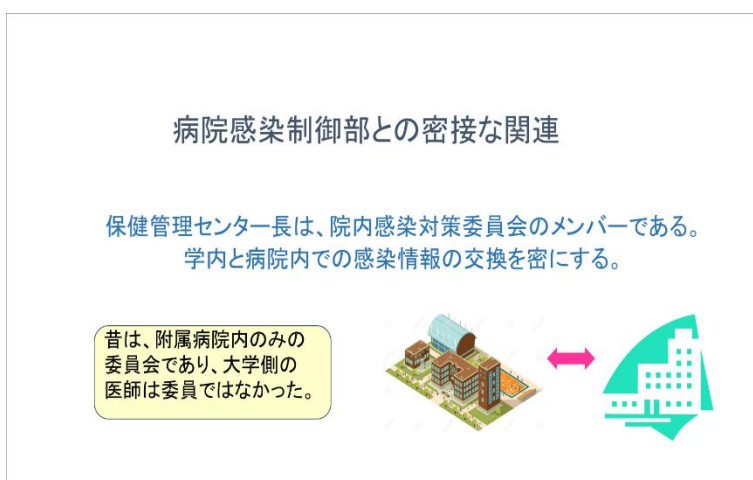
混雑の回避
全員受診の完遂
担当人員の削減



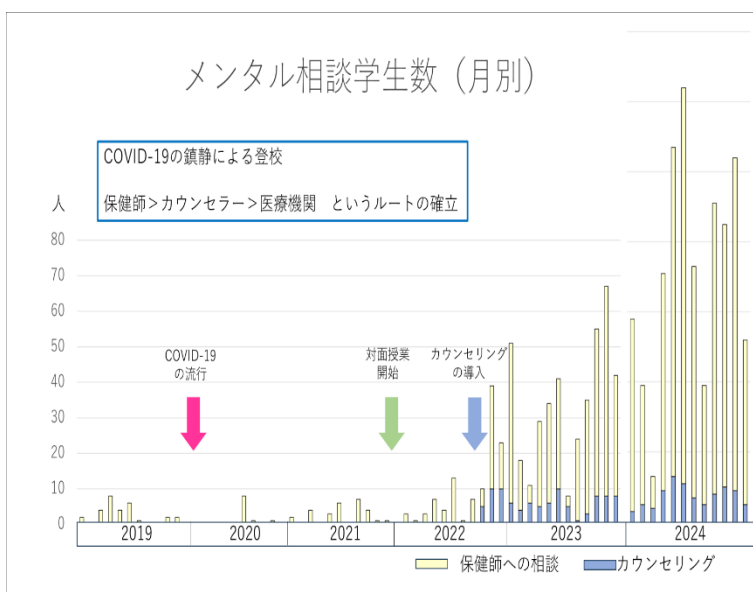
と訪れるんで、混む時にはものすごく混むんです。これはかなり混雑する。もう一つは「君、何時ね」といったら、その時、実習で外にいますとかっていうと困るので、ごめんなさい、失礼。指定した日が遠くの、例えば旭川ですから、遠軽とか、北見とか、富良野とか、そういうところに実習行くわけで、それは来れないことになったから、もうみんなの、とにかく時間を指定すると。1時間10人ぐらいです。10分ごとに区切って、1区画10人までとしたら、すごく健診の時の混み方が少なくなって、これは、元々は感染予防のためですけど、全員受診、遠隔地だということが分かっているのだったら、この日の何時だったら来られるというような連絡をくれば、みんな受けられます。多分これは、ホームページシステムで健診の日にちを学生に決めさせてる大学さんは昔からあって、それだとかこういう問題はあんまりないと思うんですけど、私ら、人数が少ないから、そういうDX化、そこがされてなくて、こちらで指定して行っているわけなんですけど、それで感染予防にはかなりなったと思います。

また病院と大学の連携っていう話ですが、院内感染対策委員会の、保健管理センター長は今のメンバーなんですけど、昔メンバーではなかったです。つまり、院内感染対策委員会というのは病院の中の感染対策の会で、大学の職員は入っていませんでした。だけど、実は臨床実習に行くのが学生である以上、どう考えてもこっちからこっちへ持っていくのがあるはずですから、こ

っちも制御しなきゃならないということで、院内感染対策委員会に、私がセンター長になった少し後に入れさせてもらったっていうか、向こうから入ってくださいっていうふうになったかっていうことで、病院と大学側が密に連絡を取れるようになったと思います。



メンタルヘルス、この話は武井先生がたっぷりしてくださったので、あんまり詳しくはしませんが、メンタルの相談に関して。うちに昔、カウンセラーの関与というのはなかったです。昔というか、2022年までなかったです。コロナの流行で対面授業が開始される前は、相談に来ようがなかったっていうか、大学に入っちゃ駄目だという、君の学年は今回対面授業なしねとなったら来ようがなかったんですけど、それが解除してから当然増えてきますね。

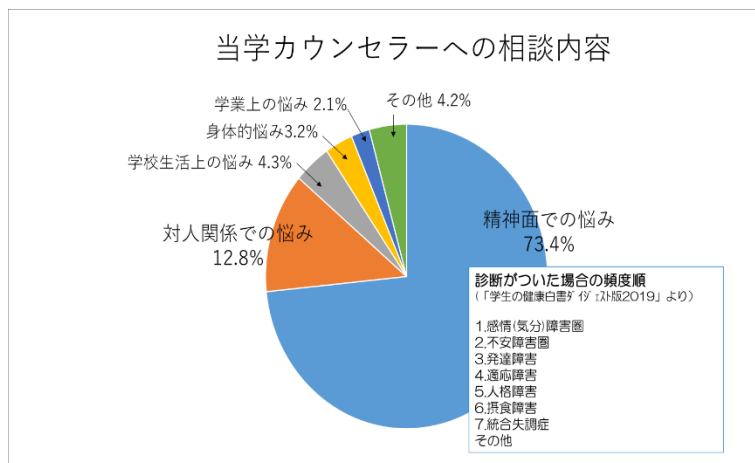


それから、カウンセラーさんを外注というか、某病院のカウンセラーさんに、週に一度来ていただいているのですが、その関与が、そのカウンセラーさんのおかげで、率直にいうと、今の2人の保健師さんが来る前は、藤尾保健師と私でやって。藤尾保健師はその辺が専門ですけど、私は素人なんで、話を聞いてどうするかっていうところが、うまく流れがなかったんですが、カウンセラーさんが来てから、保健師さんがまず聞く。インターカーになって、それから、これはカウンセラーさんに行くべきだ、本人は希望する場合もあるけど、送るべきだ。その中で、これは医療機関にかけろべきだという一つの流れができてから、それは2022年のカウンセラー、この青矢印で、それからすごく相談が増えました。

カウンセラーさんは週に2回でこまめに来ていますから、カウンセラーさんに相談する人間が増えるということはないんですけど、その前段階として、2人の保健師さんが聞いている相談数がすごく増えました。だから、こういうことがベースになったため相談……。これは最初のほうに話した、敷居の低い保健管理センターっていう意味では、非常に意義が大きいことだと思います。

カウンセラーさんの段階の話なんですけど、相談内容は、精神面での悩みって、それは全部そうでしょうと言いたいのですが、初めからそうだと言ってくる人が7割ぐらいで、対人関係の悩みですというのがその次、つまり、この段階でまだメンタルの問題とは本人が捉えてないと。こういう主訴というか訴えで、悩みで来るというのがあるんです。という入り口が多かったです。

さきほどの武井先生の統計は多分思春期で、18歳以前なんで、ちょっと違うんですけど、この疾患に、医療機関にかけた時の診断の、これは『学生健康白書』、皆さんご存じだと思うんですけど、のダイジェスト版から取ったんですけど、こういう順番になっているようです。



ここでまた脱線して、臨床研究的な話なんですけど、イートテストっていう、Eating Attitudes Test っていうんですけど、食べ物を吐くとか、そういう拒食に関するアンケートなんです。

<日本語版 EAT-26 (向井ら)>

指示
各文を讀み、あなたにふさわしくあるものを選択し、横線で、数字に○をしてください。

回答欄

1. 食べたくない
2. たまに
3. たまに
4. しばしば
5. 非常に頻りに
6. いつも

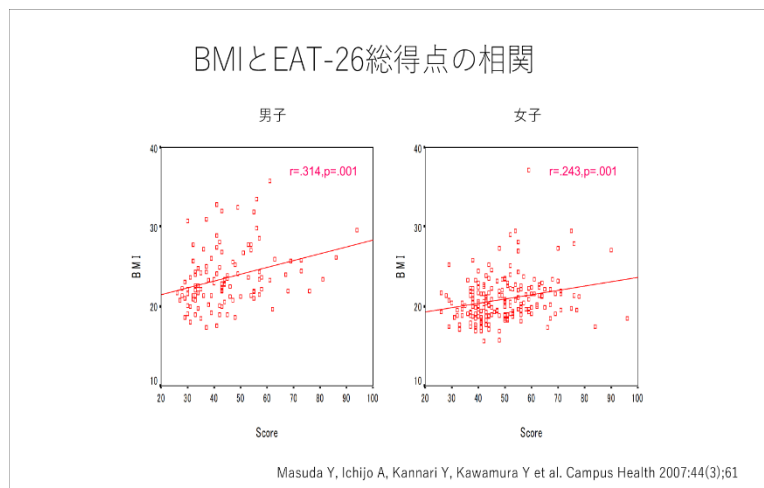
項目

1. 食事を控えることがよくある
2. 食べ物が残ったとき、食べ残しを片づける
3. 食料のことで悩むことがある
4. 食べ物を残さず、残ったものを片づける
5. 食べ物を残さず、残ったものを片づける
6. 食べ物を残さず、残ったものを片づける
7. 食べ物を残さず、残ったものを片づける
8. 食べ物を残さず、残ったものを片づける

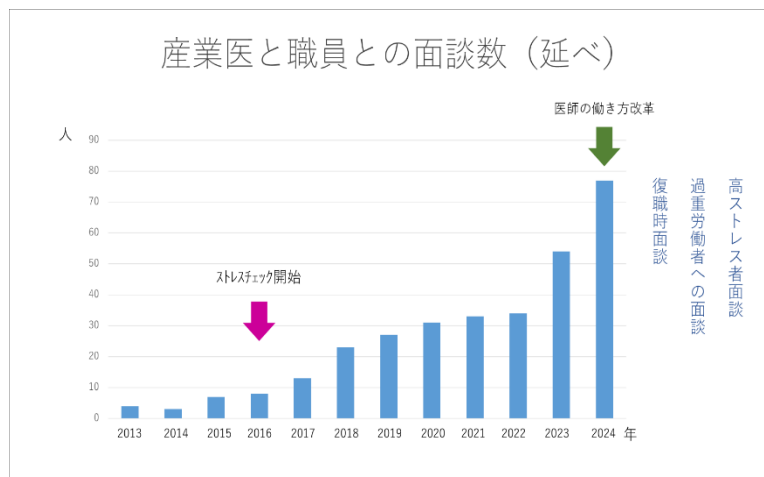
9. 食べた後、吐く
10. 食べた後、嘔吐する
11. 食べた後、嘔吐する
12. 食べた後、嘔吐する
13. 食べた後、嘔吐する
14. 食べた後、嘔吐する
15. 食べた後、嘔吐する
16. 食べた後、嘔吐する
17. 食べた後、嘔吐する
18. 食べた後、嘔吐する
19. 食べた後、嘔吐する
20. 食べた後、嘔吐する
21. 食べた後、嘔吐する
22. 食べた後、嘔吐する
23. 食べた後、嘔吐する
24. 食べた後、嘔吐する
25. 食べた後、嘔吐する
26. 食べた後、嘔吐する

※EAT=Eating Attitude Test

これを、実はうちの看護学科教員で、現在、看護学科長である、升田由美子先生が中心になって、この EAT-26 という問診票の点数と体重の相関を見たら、さきほどの武井先生の話聞いて、過食を抑えるっていう人の、子どもの事例が出てましたけど、なるほど、そうかと。拒食と過食は同じ病態の表裏一体なんだろうと思うので、この EAT-26 の点数が高い、つまり一見、神経性食欲不振、摂食不良みたいに思える子のほうが BMI が高くて、これは有意な関係なんですけど、よく食べるってこと。ある時、きっとすごく食べてるんです。というようなことを臨床、一つの研究として升田先生がまとめてくださいました。

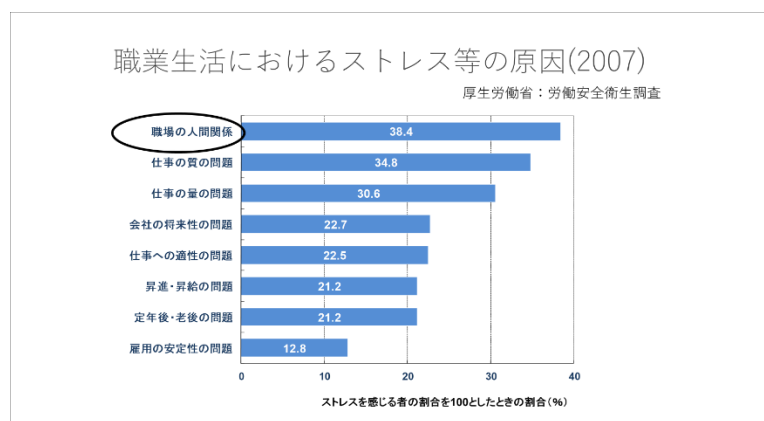


保健管理センターで健診の時にアンケートを取りました。1年生だけ、新入生だけ。実は私は産業医もやってまして、去年から、学長も少し話してましたけど、保健管理センターは元来、学生が対象の組織でしたが、2年前に学生および職員という話になり、それは医師の働き方改革法案と非常に深い関係がありますが、職員も見なさいってということで、職員の相談。それまで



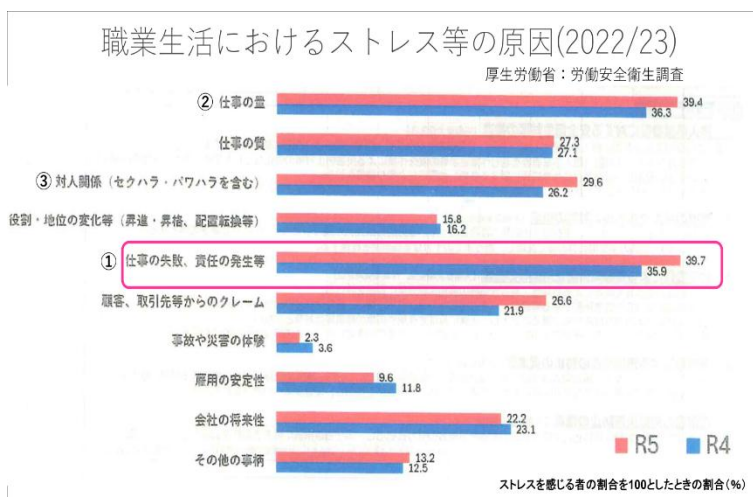
も実は、別に職員を見ないわけではなくて、面談していなくもなかったんですが、だんだん増えてきて、医師の働き方、ストレスチェックというのが2016年に始まってからが、点数が高い、高ストレス者に面談というのが増えてきて、今度、医師の働き方改革になりさらに増えたという形です。私、去年まで、今年は職員の面談に呼ばれることはまずないんですけど、北野先生にやってもらってますが、去年までは、去年跳ね上がったなと感じがします。今年、多分もっと多いんじゃないかなと思います。統計にないですけど。

職場のストレスの原因というのは元々、この資料は2007年ですが、20年近く前は、職場の人間関係が1位。これ、産業医の研修でもらってきたスライド、仕事の質、量も問題っていうのが2位、3位なんですけど。この間、産業医って講習受けないと点数たまらないから、聞かなければならないので



すけど、それで1位だったのは仕事の失敗、責任の発生というところが1位になっています。

だから、仕事の量が2位で、対人関係は3位になっています。微妙な差だから何ともいえないのですが、対人関係というよりも、自分に課された仕事に対する責任感ということがメインになっているのです。だから、社会人のストレスの質も変わってきてるのかなと思います。いずれにしても微妙な差ですから、あまり、どれもこれの1位、2位、3位と、順番が変わっただけといえ、ただなんですけど、ちょっと変わってきている。



実は職員を見ることになり、学生の相談も多くなると、見る部屋が必要なんですけど、実は、これ、センター長室なんです。私の部屋、私がいた頃のセンター長室。私は立場上、他のいろんな教室の教授の部屋に入っていて、ものすごいごちゃごちゃな部屋が多いのですが、その中では、私の部屋は整頓されてるように見えますけど、

でも、ここで面談すると、医学書はあるし、私の机があったりして、すごいストレスを感じるんじゃないかと思います。

それで、新しく来られた橋本さんと石崎さんとも相談して、部屋を整えよう、綺麗にすっきり話せるようにする。カウンセラーさんもここにお呼びするっていう形の部屋を作りました。ところが、再三言いますが、今リフォームで、工事中で、全然別の場所に引っ越していますから、今はこんな部屋にはなっていません。でも、また年度内、順調にいけば来年の3月までにリフォームが成り立つので、またきれいな面談室で皆さんの面談をできる。北野先生もそうですし、保健師さんも、カウンセラーさんもできるようになるのではないかと思います。



最後になりますが、最後の2枚のスライド、旭川医大の保健管理センターの開設当初からのモットーとして、敷居を低くする、みんな入れるようにする。それから各科、皮膚科なら皮膚科、整形なら整形、外科なら外科が、自分のどこが具合悪くても、「膝が痛い」言ったら整形ですねというような、自分たちの後輩が卒業して、いい医者、保健師・看護師さんになってもらうためには、先輩がケアしようよという、ハートのあるようなモットーを作っています。

そこから制度改革して、センター長を専任の医師にしないと物が言えないんです。センター長が借り物の、よその科の先生だと真剣に考えてくれなくて、発言もしてくれないし、先生によります

よ、先生の特性によるんですけど、構わない先生はほんとにノータッチなので。仕事量の関係から保健師を増員させていただきまして、カウンセラーの支援が開始されて、面談室の整備をしてという。そして、働き方改革に伴って職員も対応しなければならないということが、また業務量の増加に拍車をかけてると思います。

それから、感染症対策としては、公欠制度が 2009 年、インフルエンザ、豚インフル、H1N1 の時から始めて、公欠制度を整備したと。それから、結

核はツベルクリンから IGRA 検査に変えた。さまざまあります。4 感染症の、日本環境感染学会のガイドラインに基づいて予防、対応するかについては、さきほども言ったように議論があります。入学前に 2 回ワクチン打ってくれば、もうそれで何もしなくてもいいという考えと、やはり医学生である以上、あるいはちょうど 22~23 歳で抗体が落ちるということを考えると、もう一発駄目押しの的にやっておいたほうがいいんじゃないかと。今それは議論中というか、結論は出てません。

フィジカルヘルスに関しては、私が循環器内科医であるということも関係しますが、絶対 AED が必要だと思って設置しました。あと、健康診断が感染で混み合わないようにしたということ。それから、メタボリックシンドロームの予防という意味合いで体組成計を導入したという考えもありますが、これは期せずして、保健管理センターの敷居を低くする、学生がどんどん、私も測りたいですとかといってやってくる状況になっているということは、いいことなんじゃないかと。

最後ですけど、今、私は、旭川医科大学という一単科医科大学における問題を羅列したから、全ての施設で同じようになるほど、それはわれわれには関係ない、いろいろあると思うんですけど、われわれが関わる問題って正解がない問題なんです。感染をどこまで予防するかにしてもそうですし、メンタルの問題をどうするかっていうのも、それはこうだよとはっきり言える人なんて多分いないので、施設毎に、また、その時代の、時代ごとに、それ

でよかった時代、いや、今はこれが駄目だというのがあるので、その時代のニーズに応じて、今後とも検討を続けていかなければならない課題だと思います。何か皆さんの施設におけるお仕事にご参考になれば幸いです。以上です。

ご清聴ありがとうございました。

まとめ

開設当初からのモットー:

しきいの低いセンター
各科所属の先輩ドクターが後輩の学生を
ケアする(単科医科大学の特性)

制度改革:

セクター長を併任から専任の医師とした(2009)
保健師の増員(2022)
カウンセラーの支援開始(2022)
面談室の整備(2023)
働き方改革に伴う、職員対応への業務拡充
(2024)

感染症:

発熱の報告と公欠制度の整備(2009)
結核健診をツベルクリンから IGRA へ変更(2014)
インフルエンザ ワクチン接種(2020)
COVID-19 ワクチン接種の支援(2021)
日本環境感染学会がガイドラインに基づいた
4 感染症予防への対応(2025)

フィジカルヘルス:

AED の設置(2006)
健康診断の方式改革(2020)
体組成計の導入(2023)

保健管理施設が関わる問題は、いわば”正解のない”問題であり、各施設毎に、またその時代時代のニーズに応じて、今後も検討を続けていかなければならない課題だと思います。

一単科医科大学における経緯をお話ししましたが、少しでも皆様の御参考となれば幸いです。



【質疑応答】

家子：札幌保健医療大学の家子でございます。先生、非常に勉強になるお話ありがとうございました。うちも医科ではないんですけど、単科大学でございまして、参考になるところ、たくさんございました。一つ教えていただきたいんですけども、先生の大学で、健康診断で心電図を取られていますよね。学生の健康診断で心電図がほんとに必要なかどうかということ、循環器内科の医師の立場、それから保健センターの所長の立場と、同じか別か分かりませんが、お教えいただければというふうに思います。

川村：家子先生、ご無沙汰しております。ご質問ありがとうございます。循環器内科医としてというよりも、保健管理センターの職員として言われれば、心電図検査は優先度が低いと思います。というのは、心疾患とかがそんなに多いわけがないんです、年齢から考えましてもそうですし。それと、一つは既往歴っていうか、合格者は自分の体のことを、問診票もそうですし、いろいろデータとしてくださって、多分、入学の学生が持つてするような心疾患は今まで指摘されてるから、そのフォローっていう意味でやってるっていう認識が多いので、新たに疾患を発見するということはほとんどないんです。

だから、例えば全部の、当然全ての大学に循環器専門医がいるわけじゃないから、じゃあ、あなたは心筋症って言われてんだったら、近くの病院にかかりなさい、そこで診てもらいなさいと言えば、心電図を外したら健診が成り立たないかというと、そんなことは全くないと思いますが、心電図は毎年じゃないです。レントゲンは毎年ですけど、心電図、入学の時しか取らないんです。一回は把握しておいてもいいかなっていうところなんです。それが私の考えです。

家子：ありがとうございます。それで、あと、先生のデータの中で、一般的にいわれてることもそうですけども、最近の大学生、私も人のことは言えないんですけども、メタボが増えてきてますので、そういった流れの中で、やはり入学時ぐらいは心電図取っておいたほうがいいということで、と考えてもいいでしょうか。

川村：そうですけど、それだと虚血性心疾患のスクリーニングになるわけですけど、それは。

家子：やり過ぎですか。

川村：ほぼないですね。心筋症のほうが多いんじゃないかなと思います、見つかるとしたら。あるいは不整脈、QT延長とか、さきほど私が言ったブルガダとか、そちらのほう年齢層別にいえば多いかな。

家子：すいません、もう一つよろしいですか。今の件に絡んでなんですけども、いわゆる脂質を健康診断で取ったりすることはございますでしょうか。

川村：ないです。そこ、非常に重要で、実は心電図よりずっと意味があるんじゃないかなと思って、

血糖とか脂質ね。それは結局、メタボ健診っていうか特定健診に、40 歳以上で委ねられるわけなんですけど、だから、この年齢にはあんまり関係ないといえないんですけど。しかも、例えば1型DMだったら、糖尿病だったら、ほとんどの子は既に分かって、「私、インスリン打っています」という子が1学年に1〜2人いるんですけど。それだったら18歳、20歳のところで、それを改めてこちらで採りに行かなくてもいいかなとは思いますが、もしかしたら心電図よりも脂質や糖代謝の、脂肪肝とかのほうが意味はあるかもしれないです。

家子：ありがとうございます。うちの大学で、健診の時の採血をあまり多くなかったので、どこまで取ったほうがいいのかっていうのを、あるいは心電図を含めてどこまでやったらいいのか、いつも迷っております。新しい何か知見ありましたら、お教えいただければと思います。

川村：それこそ答え、正解のない問題っていうか、施設のニーズ、予算とかに合わせてやるしかないと思いますけどね。

家子：ありがとうございます。

城田：北星学園大学の保健師の城田と申します。大変貴重な発表、勉強になりました。先生がお話しされていた中で、公欠制度のこと、おっしゃってたと思うんですけども、私も実感として、学生がゲットしに来るっていうのはすごく日々感じているところです。先生、見直しをかけたほうがいいんじゃないかっていうふうにおっしゃってたので、もし、どのように見直しをしたほうがいいっていうふうに、具体的に考えていらっしゃることがあれば、教えていただきたいなと思っていたんですけども。

ほんとに、例えばコロナでも、2週間ぐらい微熱が続いたからって言って、病院の内科の、出席停止の証明書っていうのを本学では用意してるんですけども、そこに書いてきたのを持ってきたりですか。あと、ほんとにこれは大学に来てはいけないよっていうほどの感染症なんだろうかっていうようなものでも、病院が書いてくれるので、それは受けざるを得ないっていうところで、日々もやもやしたところがありまして、お伺いできればと思っています。よろしくをお願いします。

川村：先生、どうもご無沙汰してます。ご質問ありがとうございます。平たくいえば、そういう診断書を書いてくれるということは、学生は、その診断書の料金払っているということですよ。それは無駄ですね。私はそんなものを書かなくていいと。とにかく、まず発熱というところで、一回公欠ということにするからとしているんです。それで、今のところですよ。結局それが白、コロナでもインフルエンザでもなかったら、その分、受診したことは公欠にするけど、あとは終わりだよ。だから、たった1日ですね。1日あるいは何時間です。というのが今の制度なんですけど、それすら無駄だと思うんです。

つまり、無駄だというのは、それをネタに今日だけ休もうと思ったら、それを言えばいいわけで、それもあんまり私はどうかなと思うし、今これらの、新たに、未来に大変恐ろしい感染症が出たら別ですけど、今、コロナって、私の認識では風邪の親分ぐらいですね。

だから、熱ただけで公欠もらうなよってというのが今の考えで、発熱、ほんとにコロナ、でも今、5類だから、コロナになっても、その診断された日というか、症状を発症した日をゼロとして5日間休まなければならないので、ほんとにコロナだったら法的にそうするしかないんですけど、ほんとはコロナではなかったら全く公欠は要らないのではないかなと思ってます。熱が出たから保健管理センター、少し微熱あるんですけど、といったら、昼休みに保健管理センターへ来て、何か薬をあげるからという程度でいいんじゃないのかなと思ってます。

だから、私の考えは軽い考え方です。だけど、ほんとにもう、ウイルス一匹も入れたくないという組織は、少し熱があっただけでも公欠にするとするんですけど、それがまた両極端で、今は、私はそんなに重要視しなくてもいいと思う。むしろ学生が悪用するのをやめさせたいと思うというのが私個人の考えで、多分それは、もう私の言うべき、私はもう退職しましたので、一民間医なんで、ここで言うことじゃなくて、うちの保健師さん2人と北野先生に考えていただきたいと思ってます。

城田：ありがとうございます。私も同じように思います。どうもありがとうございました。

藤井：藤女子大学保健センターの藤井です。お久しぶりです。過去から未来にかけてってことで、いろんなことを語っていただいて、私も懐かしく思い出しておりましたけれども、一番最後の保健管理センターの在り方として今後考えていけないといけないなっていうふうに思ってることで、医師の働き方改革も含めて、産業医活動っていうのが保健センター長として役割を求められてきてますよね。

そう考えると、保健センターというのは、今までは学生のためというか、視線が学生のほうに向いていて、教職員のほうにあまり向いてなかったというか、成立の過程からいうとそうだと思うんです。ところが今はそうではなくて、学生も教職員も見ていけない時代になってきたのかなというふうに思います。その時に、大学というのは、やはり一般の企業とかと違う特徴というのは、学生と教職員の入り交じっているというか、病院だと、患者さんは置いて、職員とか、会社だと顧客に対する職員という、そういう対立がはっきりしていますけれども、大学は違いますよね。だから、そういう中で、保健センターの今後の在り方という、これに関して、先生、どのように考えておられるのか、聞かせていただけるとありがたいです。

川村：藤井先生、ご無沙汰してます。いろいろ貴重なご質問ありがとうございました。私個人は、特にうちみたく、医学生で、医科大学の職員であって、医者も交ざってるっていうような集団である限り、しかもお互いの、さきほど申しましたように、大学から病院へ、病院から大学への感染とかということもあることを念頭に置くと、学生かつ職員というほうが考え方として正しいと思うんですけど。

ただ、一つは、それだけこなすキャパがあるかということで、職員室が今のままではかなり大変だと思うんで、大学側がそれを理解して、そこがどれほど重要な問題かを理解していただいて、増員するなり、設備投資するなり、資金援助するなりという方向に、もう学長がいいるんですけど、いたらそう申し上げたいところなんですけど、そうしないと成り立たないと思いますが、本来、職員はあんた、学生はこっちっていうよりは、一緒にやったほうがいいと考えて

るのは事実です。

藤井：分かりました。どうもありがとうございます。やっぱり保健管理センターというのは、大学の中における位置付けというのは、もうちょっと変わっていかないといけないんだなっていうか。

川村：格上げしてほしい。

藤井：私もそれが必要なんじゃないかと、そういう努力をお互いにやっていくのが必要ではないかというふうに思いました。ありがとうございます

講演Ⅲ 「思春期に糖尿病を発症した患者の内科診療について」(講演録)

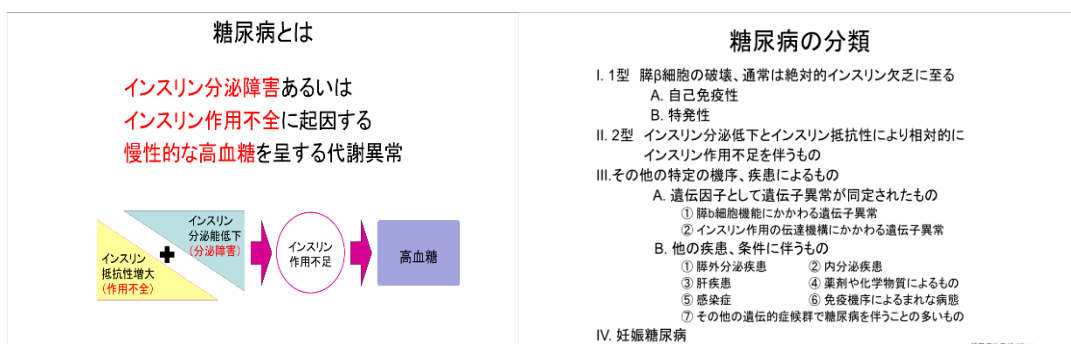
弘前大学大学院医学研究科

内分泌代謝内科学講座 助教 柳 町 剛 司

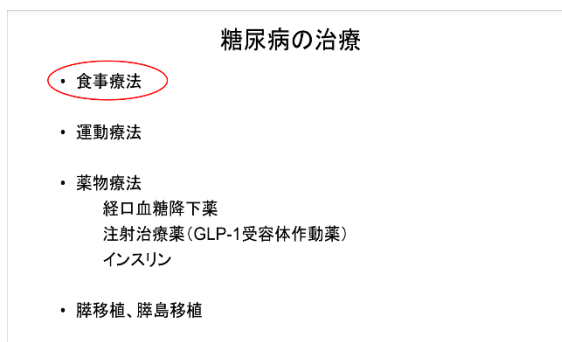
本日はよろしくお願いします。

北野先生には、旭川医大の時に大変お世話になりまして、まさかこういう機会に、またお会いするとは予想外だったんですが、今日、この場で一つお話ししてほしいということでした。普段、僕は糖尿病の診療を行っていますので、その中で少し、比較的若めの糖尿病患者さんについて話したいと思います。

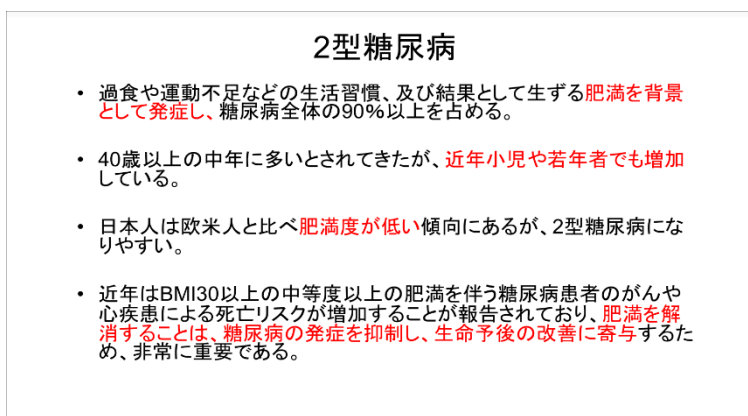
糖尿病の定義ですが、インスリン分泌障害あるいはインスリン作用不足に起因する慢性的に



高血糖を呈する代謝異常状態です。この結果、高血糖になります。糖尿病の分類としては、大きく4つありますが、今日は、まず一番よく見る2型糖尿病、それと、若年の人で比較的多く見られる1型糖尿病、これらについてお話ししたいと思います。糖尿病の治療というのは、大きく分けると食事療法、運動療法、そして薬物療法や、あとは膵移植とありますが、食事療法について、今日はお話ししたいと思います。



まず2型糖尿病についてですが、2型糖尿病というのはいわゆる生活習慣病で、肥満を背景として発症し、糖尿病全体の90%以上と大部分を占めています。中年以降に多いといわれていましたが、近年は小児や若年者でも増加しています。日本人の特徴としては、肥満度の低い、あまり太っていない人でも2型糖尿病になりやすいという特徴



があります。が2型糖尿病の方は肥満を合併していることが多く、肥満を解消することが、糖尿病発症の抑制や生命予後の改善に寄与するため、非常に重要です。よって、2型糖尿病の治療には減量が非常に有効だと考えられます。

若年の2型糖尿病患者の治療ですが、成人と同じように、食事療法や運動療法がまず基本になります。ただし、注意してほしいのは、過度なカロリー制限というのは推奨されません。成長を妨げるようなカロリー制限を行うことが不利益になってしまうので、避ける必要があります。各年齢の食事摂取基準、身体活動のエネルギー摂取を目標に算出し、それを目標に過剰なカロリー摂取を避けた食事というのを考えたらいいいのではないかと提唱されています。

避けたほうがよい食習慣としては、間食や清涼飲料水の摂取、早食い、夜食、脂質の多い食事、濃い味付け、不規則な食事、偏食等が提示されています。このような食生活は避けたほうが望ましいです。そして、一日に目標とする摂取カロリーですが日本医師会のホームページに掲載されている基礎代謝と身体活動レベルから計算して導き出すのが良いのではないかと思います。

身体活動レベルのレベル2が普通と定義されているため、これを使って計算してみます。成人でしたらBMI22というところをまず基準に考え、労作の程度を軽度から中等度とすると30kcalが目安となり、身長165センチの人だと1,800kcalになりますが、もしこれを、同じぐらいの身長の15歳から17歳ぐらいの男性で身体活動レベルを考慮して計算すると、

2,500kcalぐらいになります。代謝がいいので、本来成人で必要と考えられている摂取カロリーよりも多く取ったほうが良いのではないかと考えられます。

2型糖尿病

- 成人と同様、食事療法、運動療法が基本
- **ただし、過度のカロリー制限は不要⇒健全な成長が大事だから**
- 過剰な摂取を、各年齢の食事摂取基準における身体活動レベルⅡ（ふつう）のエネルギー摂取量を目標

2型糖尿病

避けたほうがよい食習慣

- 間食（買い置きしてある）
- 清涼飲料水の摂取
- 早食い
- 夜食
- 脂質の多い食事
- 濃い味付け
- 食事の時間が不規則
- 偏食



1日に必要な推定エネルギー必要量 = ①基礎代謝量 × ②身体活動レベル

参照体重における基礎代謝量

性別	男性			女性		
	年齢	基礎代謝基準値 (kcal/kg 体重/日)	参照体重 (kg)	基礎代謝基準値 (kcal/kg 体重/日)	参照体重 (kg)	基礎代謝量 (kcal/日)
	1-2	61.0	11.5	700	59.7	111.0
	3-5	54.8	14.5	900	52.2	161.1
	6-7	44.3	22.2	980	41.9	219.9
	8-9	40.8	28.0	1140	38.3	274.4
	10-11	37.4	35.6	1330	34.8	363.3
	12-14	31.0	49.0	1520	29.6	475.5
	15-17	27.0	59.7	1610	25.3	519.9
	18-29	23.7	63.0	1490	22.1	510.0
	30-49	22.5	70.0	1570	21.9	533.3
	50-64	21.8	69.1	1510	20.7	540.0
	65-74	21.6	64.4	1390	20.7	526.0
	75以上	21.5	61.0	1310	20.7	493.3

年齢階級別にみた身体活動レベルの区分は（男女共通）

年齢	レベルⅠ(低い)	レベルⅡ(ふつう)	レベルⅢ(高い)
1-2	-	1.35	-
3-5	-	1.45	-
6-7	1.35	1.55	1.75
8-9	1.40	1.60	1.80
10-11	1.45	1.65	1.85
12-14	1.50	1.70	1.90
15-17	1.55	1.75	1.95
18-29	1.50	1.75	2.00
30-49	1.50	1.75	2.00
50-64	1.50	1.75	2.00
65-74	1.50	1.70	1.90
75以上	1.40	1.70	-

目標摂取エネルギー

成人 身長(m)²×22(BMI)×30 kcal

例 身長 165 cm 体重 60 kg

成人 1.65²×22×30 = 1800 kcal

日本医師会ホームページ

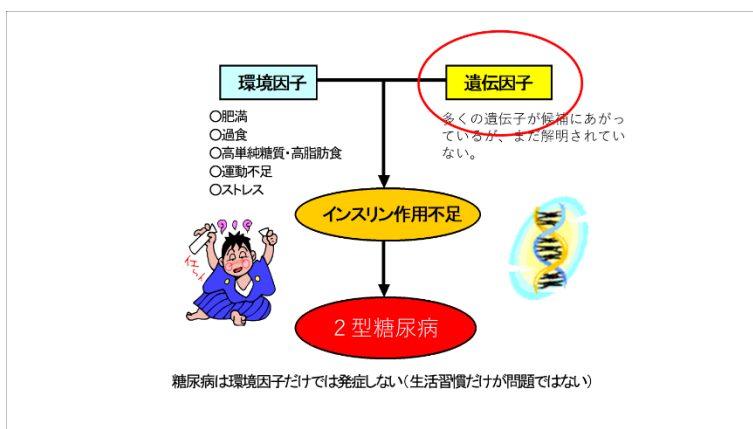
ただ、2型糖尿病の発症には過食などの環境因子だけではなく、遺伝的な因子も関与しています。そのため、2型糖尿病といっても、環境因子だけではなくて、遺伝因子というベースとして糖尿病を発症しやすい要素があるということも認識する必要があります。

実際、糖尿病は遺伝するのか。両親が糖尿病の場合、40%から50%の確率で発症します。あと、一卵性双生児だと41から94%と二卵性双生児よりも糖尿病の発症率が明らかに高いことが報告されています。ただ、遺伝はしますが、生活習慣の改善により発症を抑制することが期待できるため、生活習慣の改善は非常に重要です。

続いて、1型糖尿病についてお話ししたいと思います。1型糖尿病、2型糖尿病と異なり膵臓のβ細胞が壊され、その結果インスリンが出なくなり発症します。発症の年齢ピークは10から14歳と、若年での発症が多くインスリン分泌が高度に低下しているため、インスリン注射が絶対に必要となります。

1型糖尿病も若年で発症すると成長段階にあるため、あまり過度なカロリー制限は望ましものではなく、それぞれの年齢に相当する必要カロリーを摂取することが必要です。先ほどの2型糖尿病と同様に、必要なエネルギー摂取量を計算します。

2型糖尿病の場合は肥満であることが多いため、摂取過剰な面があると予想されるため、ある程度制限が必要だと思いますが、1型糖尿病に関しては、2型糖尿病と異なり、制限よりも必要なエネルギーを取ることを重視したほうが良いのではないかと思います。



糖尿病は遺伝するか？

1. 家族歴を有する人の発症率が高い。両親とも糖尿病の場合65歳までに40-50%の確率で発症する。
2. 1卵生双生児がともに糖尿病となる一致率は41-94%で2卵生双生児(3-37%)より明らかに高い。

遺伝はしますが生活習慣の改善により発症を抑えることができます

1型糖尿病

- ・自己免疫反応などの何らかの理由によってインスリンを産生する膵臓のβ細胞が破壊され、絶対的なインスリン不足で糖尿病を発症する。
- ・発症年齢のピークは10～14歳で、若年での発症が多く、インスリン分泌が高度に低下しているため、インスリン注射が必要となる。
- ・成長段階にある年齢で発症した場合は成長を妨げるような過度のカロリー制限は望ましくないため、各年齢の健常児のエネルギー必要量を目安とすることが推奨されている。

1日に必要な推定エネルギー必要量 = ①基礎代謝量 × ②身体活動レベル

参照体重における基礎代謝量

性別	男性	女性
年齢	基礎代謝量 (kcal/kg 体重/日)	基礎代謝量 (kcal/kg 体重/日)
1 - 2	41.0	39.7
3 - 5	54.8	52.2
6 - 7	44.3	41.9
8 - 9	40.8	38.3
10 - 11	37.4	34.8
12 - 14	31.0	29.6
15 - 17	27.0	25.3
18 - 29	23.7	22.1
30 - 49	22.5	21.9
50 - 64	21.8	20.7
65 - 74	21.4	20.7
75以上	21.5	20.7

年齢階級別にみた身体活動レベルの群分け (男女共通)

年齢	レベル I (低い)	レベル II (中)	レベル III (高い)
1 - 2	-	1.35	-
3 - 5	-	1.45	-
6 - 7	1.35	1.55	1.75
8 - 9	1.40	1.60	1.80
10 - 11	1.45	1.65	1.85
12 - 14	1.50	1.70	1.90
15 - 17	1.55	1.75	1.95
18 - 29	1.50	1.75	2.00
30 - 49	1.50	1.75	2.00
50 - 64	1.50	1.75	2.00
65 - 74	1.50	1.70	1.90
75以上	1.40	1.70	-

ただ、1型糖尿病で必要なエネルギー量を摂取すると、血糖値が上がります。絶対的にインスリンが不足しているので、上がった血糖値を下げるためにインスリン注射が必要です。インスリンを使用し血糖値を適切な状態に保ちます。

ここで、インスリンが不足して慢性

的に血糖値が高いというのはどういう状態なのかということを考えてみたいと思います。血糖値が高いことから、十分に栄養があるのではないかと思うかもしれませんが、血糖が高い状態が続いているということは、食べ物から得たブドウ糖が体内で有効に利用されずに血液中にブドウ糖が存在する状態、すなわちこれが高血糖です。インスリン作用不足などによって起こります。

ここで注目したいのは、体内でブドウ糖が有効利用されていないという点です。利用されていないことは何も食べていないと言うと極端かもしれませんが、特にインスリンが高度に不足している1型糖尿病のような場合だと、全然栄養を取っていない飢餓に近いような状態となります。そのため1型糖尿病で非常に状態が悪いと、どんどん痩せていきますが、このような状態を反映しているからだと考えられます。

本来であれば、筋肉や脂肪、肝臓に必要なエネルギーが取り込まれ、それらが体を構成する上で重要な働きを担い、筋肉の合成等を行うのですが、インスリンが存在しないと、これらの働きが損なわれてしまい、どんどん痩せてしまいます。極端ですが、飢餓状態に近づいていることが想定されます。

特に1型糖尿病というのは、風邪などのウイルス感染を契機となることや、はっきりとした原因がない場合もありますが、突然発症します。発症時に肥満を呈していることはあまりなく、インスリンが不足しており、摂取した栄養を適切に利用できていない状態です。そこで栄養を利用できるようにするために、インスリン注射が絶対必要となります。

1型糖尿病の場合は食事療法というのが必要なエネルギーを摂取することが目的であり、

1型糖尿病

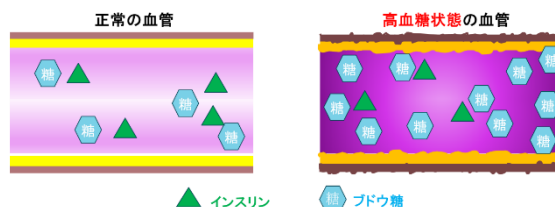
- 必要なエネルギー量を摂取
→ 血糖値が上がる
- 適切な量のインスリンを打つ(血糖値を下げるため)
- 1型糖尿病とは
絶対的にインスリンが不足してインスリン注射が必要

インスリンが不足して血糖値が高いというのはどのような状態なのか？

糖尿病とはどんな病気？

≡ 飢餓
(高度のインスリン不足の場合)

- 糖尿病は高い血糖値が続く病気です
- 糖尿病とは、食物から得たブドウ糖が、体内で有効に利用されずに血液の中に多くとどまって、血液中のブドウ糖(血糖)の量が過剰になってしまう病気のことです。
- この状態を高血糖といい、主にインスリン作用不足などによって起こります。



1型糖尿病

1型糖尿病は突然発症し、
発症時に肥満を呈していることは多くない

- インスリンが高度に不足して栄養を適切に利用できないため、インスリン注射が絶対必要
- 食事療法 ≠ カロリー制限
- 日本小児内分泌学会 入園取り組みガイド
https://jspe.umin.jp/iframe/files/guideline_190726.pdf



必ずしもカロリー制限ではないということになります。

日本小児内分泌学会では小さいお子さんが1型糖尿病発症された場合に、幼稚園や小学校入学時の取り組みガイドが紹介されておりますので、もし興味やお時間があれば、一度参照してみるのもいいかなと思いましたので、紹介させていただきます。

まとめですが、2型糖尿病と1型糖尿病は異なる点があります。2型糖尿病は従来中年で発症することが多かったのですが、若年で発症するが増えています。他には、肥満の改善が有効です。ただし、若年の場合は過度なカロリー制限は不要です。あとは環境因子だけでなく、遺伝因子も半分ぐらいは関係しています

まとめ

2型糖尿病

- ・ 若年者でも増えてます
- ・ 肥満の改善が有効(ただし過度の制限は不要)
- ・ 環境因子だけではなく、遺伝因子も発症に関与

1型糖尿病

- ・ 急に発症し、肥満でないことが多い
- ・ インスリン分泌が高度に低下しているため、インスリン注射が必要
- ・ 成長を妨げないように、必要なエネルギー量を摂取しましょう

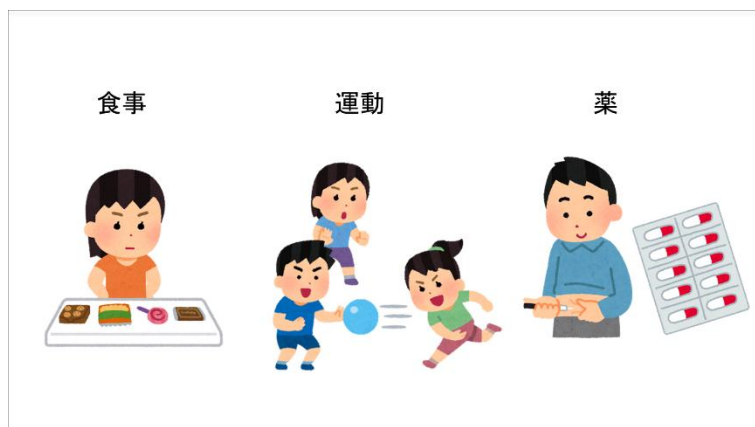
1型糖尿病は急に発症し、発症時点で肥満でないことが多いです。そしてインスリン分泌が高度に低下してるので、インスリン注射は絶対に必要です。成長を妨げないように、必要なエネルギー量は取ることも大切です。血糖値が上がるのが心配だから食べないという選択をするのではなく、血糖値が上がっても、ちゃんと栄養として利用できるようにインスリンを打って、必要なエネルギーを摂取することが大事です。

若年者が糖尿病と診断された場合、サポートが必要になることが予想されます。家庭でのサポート、主に食事の面ではサポートする必要があるが出てくると思います。学校生活でも、糖尿病があるからといって、特に制限は必要なく、できないことはありません。ぜひ周囲も理解してほしいと思います。普通に糖尿病の治療をしていれば、学校生活を普通に送ることはできます。我々医療従事者は病院を受診した際に糖尿病治療がうまくいっているかというのをモニターしながら、この子が普通の学校生活を送り、成長していく過程をサポートできるように若年の糖尿病患者さんに関わっています。



我々医療従事者は病院を受診した際に糖尿病治療がうまくいっているかというのをモニターしながら、この子が普通の学校生活を送り、成長していく過程をサポートできるように若年の糖尿病患者さんに関わっています。

糖尿病の治療ですが、まず食事が挙げられます。食事療法にはカーボカウントという方法もあり、これを行う際には本人の勉強も多少必要になります。それと、運動療法があります。食事療法や運動療法で足りない部分は、インスリン注射などの薬で補うことが



必要になってきます。

現在の糖尿病の治療は、糖尿病のない人と変わらない寿命、QOLを目指すというのが最終的な目標になってきます。

ここ数年問題になっているのは、糖尿病があるということで偏見を持ったり、社会的な不利益を感じさせないようにすることです。糖尿病がある人が引け目を感じないようにし、糖尿病がない人が偏見を抱くことがないような取り組みを行うことが、今、非常

に重要視されています。これによって、成長を妨げることなく、糖尿病がない人と変わらない生活を送り、健康寿命を目指すというのが、今の糖尿病治療の最終的な目標になっています。

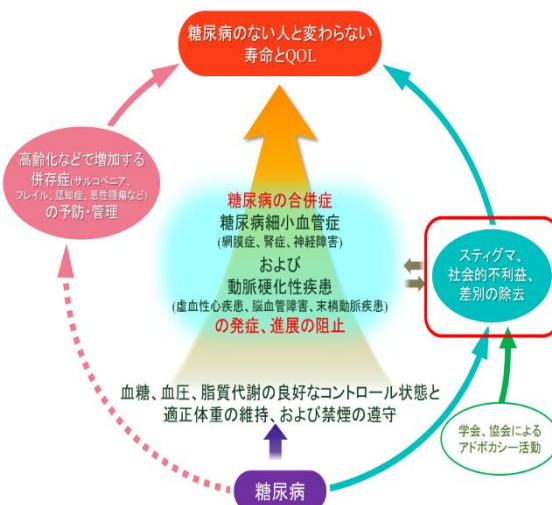
小児期の糖尿病治療は成長を妨げないように行うことが大切ですが、そもそも何故糖尿病を治療しないといけないのかというのが小児科内科に移った時に、お話を伺ってみると、あまり理解していないのではないかと感じる場合があります。

糖尿病は何が問題であるかという、血糖値が高くても、何も起きなければ治療しなくてもいいと思いますが、そうではありません。合併症の予防および進展を阻止するということが糖尿病治療の目標になります。急性の合併症、特に高血糖による昏睡というのは、まず避けなければいけない合併症になります。

高血糖に伴う急性合併症はインスリンが発見されたことによって解決されましたが、インスリンは、1921年にカナダでバンティングとベストによって発見されました。世界で初めてインスリン注射を打った1型糖尿病の方は73歳まで生き、子どもを設けることもできました。

インスリンは最初、瓶から直接注射

糖尿病治療の目標



糖尿病治療ガイド2024

合併症の予防および進展を阻止する！

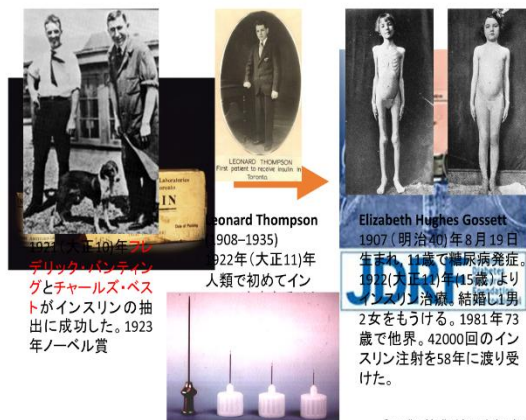
急性合併症

1. 昏睡(高血糖、低血糖に伴う)
2. 感染症

慢性合併症

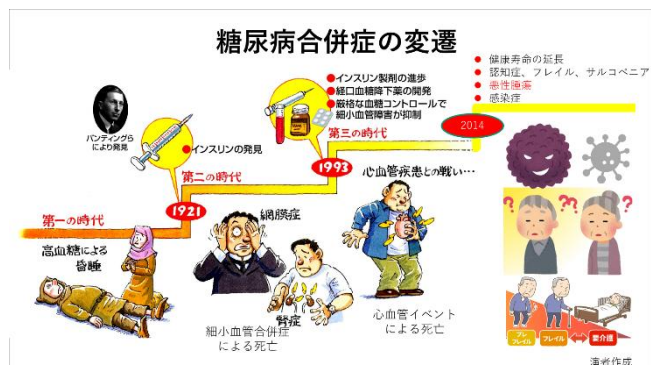
1. 細小血管障害
(網膜症、腎症、神経障害)
2. 大血管障害
(脳梗塞、冠動脈疾患、ASO)
3. その他
認知症、骨塩減少症、歯周病など

インスリン発見100周年(2021年)



Canadian Medical Association Journal (March 1922), p. 143

器で吸って投与していました。針も長いものを使用していました、だんだん短くなっています。今、一番最新の治療としては、血糖値を自動でモニターしそれに合わせてインスリンが自動で注入されるようなポンプ、SAP 療法というものがあります。このように糖尿病治療は進歩してきました。



合併症の予防および進展を阻止する！

急性合併症

1. 昏睡(高血糖、低血糖に伴う)
2. 感染症

慢性合併症

1. 微小血管障害
(網膜症、腎症、神経障害)
2. 大血管障害
(脳梗塞、冠動脈疾患、ASO)
3. その他
認知症、骨塩減少症、歯周病など

インスリンが発見されたことで、高血糖に伴う急性合併症はほぼ無くなりました。しかし、糖尿病自体は、紀元前1500年から存在が報告されており、インスリンはほんのここ100年で見つかったものです。ほんのつい100年前までは、高血糖による昏睡で亡くなっていました。ただ、これが、インスリンが見つかったことによって、劇的に変わりました。

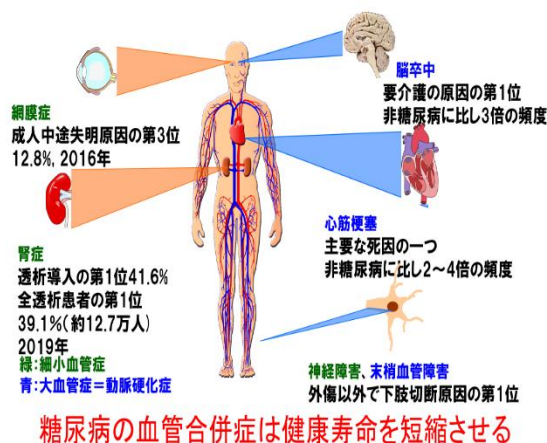
インスリン発見までの歴史

年 代	内 容
B.C.1500	エジプトThebesの墓から発見されたパピルス紙に糖尿病に関する記載あり。
B.C.600	(インド)Susrutaは糖尿病について詳細に記載。糖尿病を“密の尿”と称し、尿が甘いことを発見していた。
1～2世紀	「黄帝内経素問」には糖尿病を消渴と称し、多飲、口渴、るいそう、化膿症、陰萎、美食、肥満との関係が述べられている。
7世紀	「千金方」において糖尿病の症状を記述。食事療法の重要性を説いている。
1674年	Thomas Willis:「昔は少なかったが、酒を飲む機会が増えて日常ありふれた病気になった」、「尿は蜂蜜や砂糖が入っているように甘い」などを記載。
1683年	Johann Conrad Brunner: イヌの尿を取ると口渴が起こることを報告。
1788年	Thomas Cawley: 糖尿病に関する論文を掲載し、尿に原因があるとした。
1889年	Paul Langerhans: 膵島を発見(ただし、その意味は不明のままだった)。
1921年	Frederick Grant Banting, Charles Herbert Bestはイヌの膵からインスリンの抽出に成功した。

そして、現在は慢性合併症の予防というのが大きな問題になっています。微小血管障害や大血管障害、あとはその他、認知症など、これらが今問題になっています。

糖尿病はどのような病気かというと、全身の血管を障害する血管病であると考えるのがよいと思います。例えば目の合併症である網膜症ですが、失明の原因の第3位と非常に多いです。腎臓は、透析導入の第1位。あとは神経障害もあります。他に末梢(まっしょう)血管障害や、心筋梗塞や脳卒中などもあります。このように、糖尿病の血管合併症は健康寿命を短縮させる、QOLが低下することとなります。

糖尿病は全身の血管を障害する血管病である



羽田糖計 糖尿病と血管障害 日本内科学会雑誌 103, 2040-50, 2014改定

慢性合併症の3大合併症として、神経障害、網膜症、腎症の3つが挙げられます。この中で、糖尿病性の神経障害がまず最初に表れ、続いて網膜症、腎症の順番で出現します。

まず、糖尿病の神経障害についてですが、これが最初に出てくる合併症だといわれています。特徴的なのは、初期の頃は足先から症状が表れ、徐々に進んでくると、足だけではなくて手にも症状が出てきます。グローブ・ストッキング型という表現がされ、足先や手先の痛みや感覚低下、しびれ等が表れます。

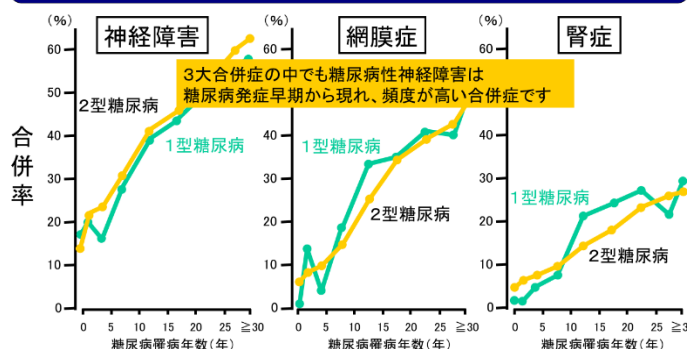
どのような神経の変化が起きているのかというと、糖尿病になると徐々に正常な神経細胞が減り、重度になってくるとほとんど正常な神経細胞が消失してしまいます。このように、糖尿病の神経障害というのは緩徐進行性の変性疾患です。

発症初期の早い段階で表れてくる足の症状は非常に特徴的で、

両方の足の裏や足の指先のしびれや異常感覚、例えばちくちく、むずむず、ひりひりなど個々の患者さんによって色々な表現にはありますが、違和感を自覚することがあります。その他は、感覚が鈍い、ふくらはぎがつりやすい、こむら返り、夜間の増悪など、こういった特徴的な症状を訴える

糖尿病罹病年数からみた合併症の頻度

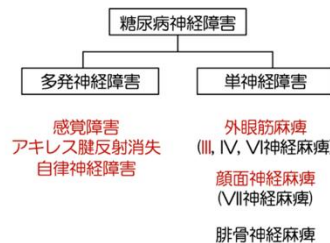
(1型:834例、2型:11,879例、その他:108例)



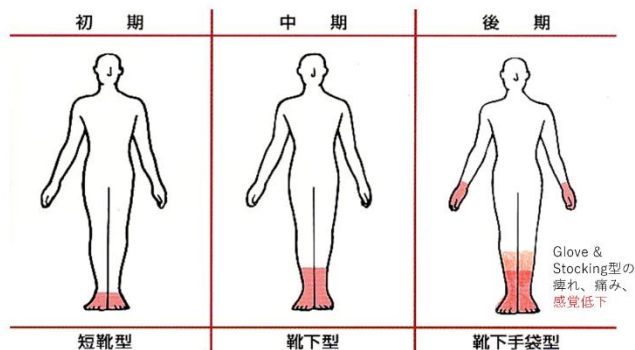
後藤由夫ほか 日本臨床内科医会誌 16(2):181, 2001

糖尿病神経障害

〈病態〉**糖尿病細小血管障害の一つで、網膜症、腎症が生じる前に神経障害が出現する。(神経障害⇔網膜症⇔腎症)**
神経を栄養する細小血管の障害や神経組織(後根神経節など)の代謝異常により感覚神経や自律神経が障害される。



糖尿病性多発神経障害(ポリニューロパチー)の進行と障害範囲



糖尿病性神経障害の発症早期に現れてくる足の症状

1. 両方の足に症状が出やすい
2. 足の裏や足の指先に症状が出やすい
 - しびれ
 - 異常感覚
 - 針で刺すような「ちくちく」感
 - 虫がはうような「むずむず」感
 - 火傷のような「ひりひり」感
 - 長時間正座した時のような「じんじん」感
 - 紙やすりでこすられるような「ざらざら」感
 - 砂や小石の上を歩くような「ごろごろ」感
 - 痛み
 - 感覚低下、感覚鈍麻
3. ふくらはぎがつりやすい(こむら返り)
4. 夜間に増悪することが多い



砂利の上を裸足で歩いているよう



神経障害体験用サンダル

ことが多いです。

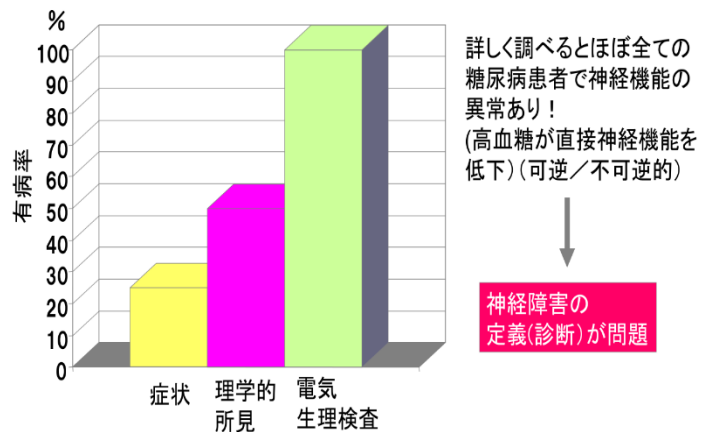
たまに、次のような症状で糖尿病の神経障害じゃないかという相談を受けることがあります。それは、足の太ももぐらいから足先にかけての痺れや、片方の足だけ痺れるというものです。糖尿病は代謝性疾患、血管疾患なので、症状は左右対称に抹消から表れるというのが特徴的なため、今挙げたような症状の場合は腰椎ヘルニア等が考えられ、糖尿病性神経障害では無い可能性が高いことを伝えています。

糖尿病の神経障害の頻度ですが、症状だけだと、大体3割弱で、腱反射等の、理学的所見を取ると、5割から6割ぐらい存在しています。より詳細な電気生理検査を行うと糖尿病患者のほぼ全てが糖尿病の神経障害を有していると報告されています。そのため神経障害の定義、診断がなかなか難しいというのが現状です。

神経障害が存在すると何が悪いのか。特に問題になるのは自律神経障害です。自律神経障害を受けると、生命予後やQOLに影響を及ぼします。例えば低血糖の際に出現する冷や汗等の前駆症状のない無自覚低血糖があります。前駆症状がないため低血糖を検知しにくく、突然低血糖による昏睡を起こしてしまうこともあります。よってこのような自律神経障害が存在することは非常に問題があります。

実際に糖尿病の自律神経障害と死亡率を調べた報告がありますが、自律神経障害があると、自律神経障害がない人よりも、予後が悪いというような結果になっております。よって、糖尿病の神

糖尿病性神経障害の頻度



Vinik A. 1998,

糖尿病性自律神経障害－生命予後とQOLへの影響

	病 態
無自覚低血糖	自律神経の反応不全→低血糖症状出現せず→低血糖の重症化(死に至る可能性あり)
起立性低血圧	起立時の血管収縮反射消失→起立時のめまい
消化器障害	胃排出不安定化→血糖コントロールの不安定化 大腸機能低下→便秘(下痢、便秘)
発汗障害	交感神経障害(汗腺は交感神経支配)→発汗消失・増加
膀胱障害	尿意低下、膀胱収縮力低下→排尿障害(残尿)
勃起障害	自律神経障害によるNO放出低下→陰茎海綿体平滑筋の弛緩不全→勃起不全(DM男性は2-3倍頻度が高い)

糖尿病性自律神経障害と死亡率

	観察期間	死亡率 自律神経障害 (+)	死亡率 自律神経障害 (-)
Ewing	5年	53% (21/40)	15% (5/33)
Sampson	10-15年	27% (20/73)	11% (4/38)
O'Brien	5年	27% (23/84)	8% (7/84)
Jermendy	5年	40% (12/30)	4% (1/23)

↓

糖尿病性神経障害の進行は下肢の自覚症状に依存せず
自律神経症候の出現をもって重篤とする。

経障害の進行は、自覚症状ではなく、自律神経症状・障害があるかどうか、これが非常に重要になってきます。

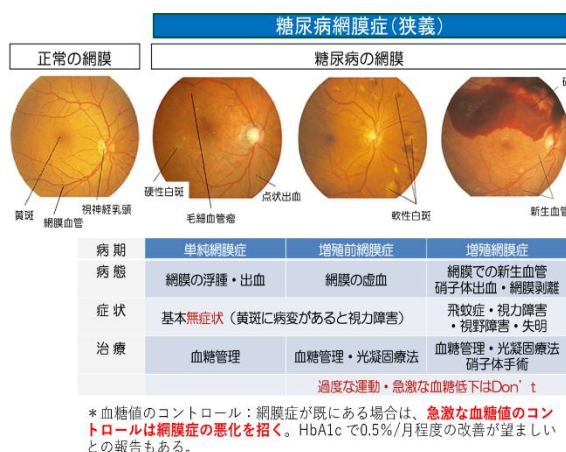
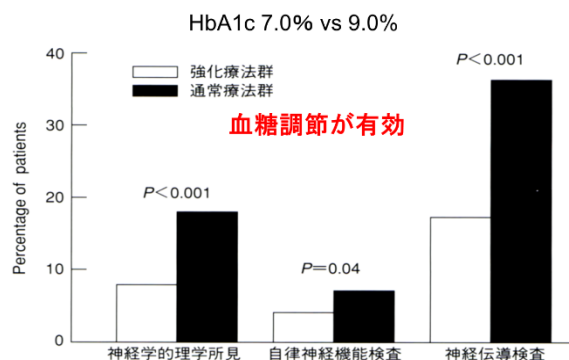
では、このような神経障害に対して、どのように対応したらよいのか。発症を予防することは可能であることが報告されており、HbA1cが低いほうが血糖値が平均して低いことを表していますが、7%未満という血糖値の状態がよいグループのほうが、このような神経障害の発症を予防できるということが報告されています。

続いて、2つ目の合併症、網膜症についてお話しします。糖尿病網膜症は失明の原因の多くを占めるものですが、正常の網膜が高血糖に曝されることで障害を受け、出血します。広範囲に出血が広がると初めて症状を自覚します。内科的には、最初の2段階目、単純網膜症までであれば、内科的な治療だけで改善は見込めますが、それ以降に進行してしまうと、眼科的な処置が必要になります。

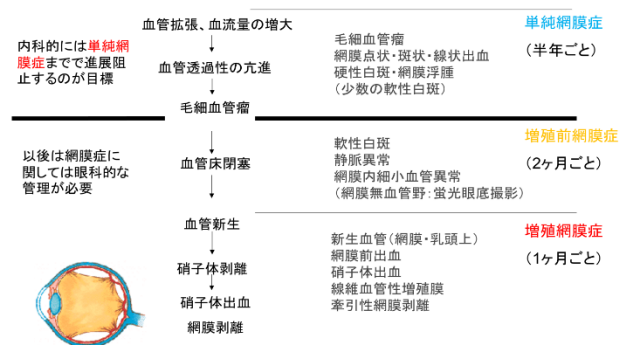
網膜症は糖尿病が発症してからかなりの時間経過を経てから発症してきます。単純網膜症までは内科的な治療で改善が期待できますが、それ以降になってしまうと眼科的な処置が必要です。早い段階でしたら光凝固、レーザー治療で改善が見込めますが、さらに進行した状態では手術が必要になります。

網膜症の失明の割合は徐々に減ってはきてはいるのですが、いまだに失明原因の上位を占めています。最近では3位に、少し順位は下がってきましたが、失明の原因として糖尿病網膜症は非常に多い状況です。

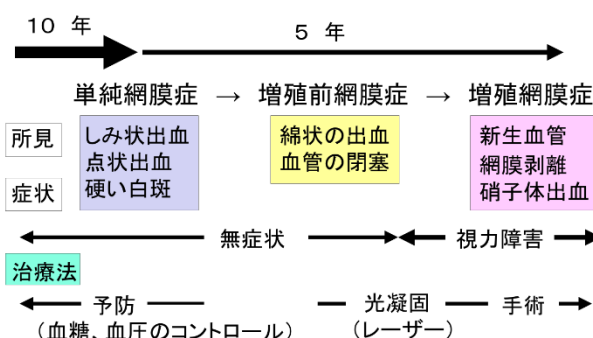
治療：血糖値改善による神経障害発症の予防効果



糖尿病網膜症の進展とDavis分類



糖尿病網膜症の進行



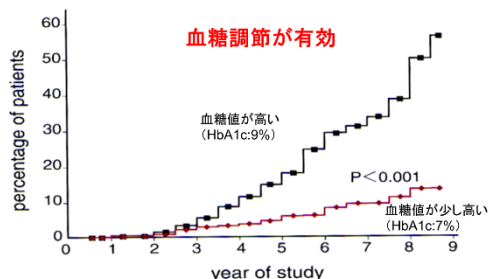
糖尿病網膜症による失明割合は減少している



- ・ 血糖管理の改善、網膜症(黄斑症)治療の向上
- ・ 眼科受診率の向上
- ・ 糖尿病は失明原因1位の緑内障のリスクでもある。

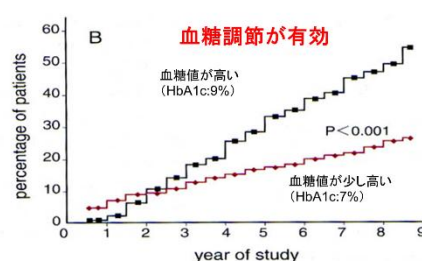
糖尿病網膜症の発症する割合

一次予防(網膜症が無い人に発症する割合)



糖尿病網膜症の発症する割合

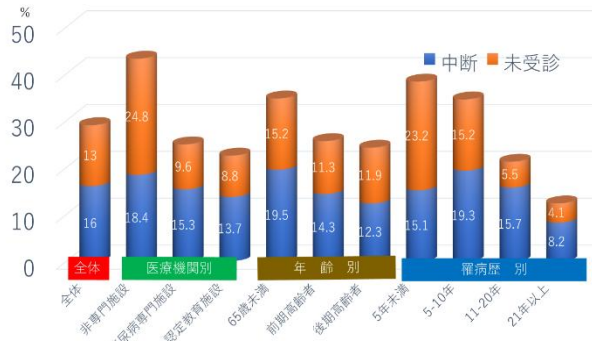
二次予防(網膜症が既にある人で増悪する割合)



では網膜症に対してはどうしたらよいか。神経障害と同様に、予防することができます。これもやはり HbA1c が低いほうが発症を予防することができますと言われています。さらに、二次予防といって既に網膜症がある方であっても、A1c を下げる、糖尿病のコントロールを厳格に行うことで、進展を抑えることができるということが分かっています。

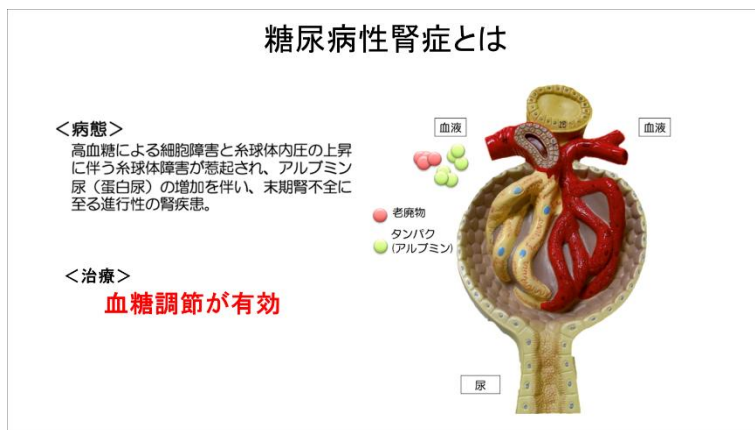
こちらは、以前旭川市内の病院の協力を得て、眼科の受診、中断、未受診率を聞き取り、どのような特徴があるのか調べたものになります。2021年に発表したものですが、非専門施設、いわゆる糖尿病専門がない医療機関を受診している方や、比較的若い方、罹病期間の短い方が眼科を受診していない傾向がありました。若くて症状がなければ、受診の必要性をなかなか感じにくいのではないかと想像されます。今後改善していかなければいけない点であると思います。

眼科未受診率と受診中断率



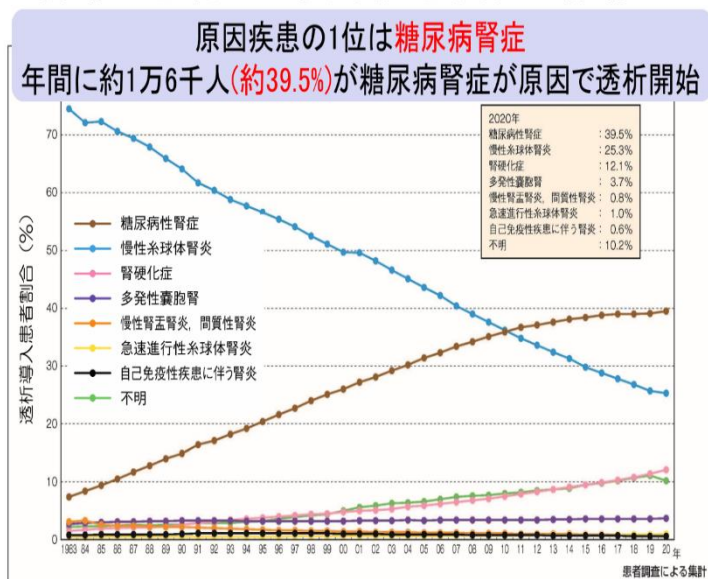
Fujita Y, Haneda M. Diabetol Int. 2021 Nov 26;13(3):493-502

合併症の3つ目は腎症についてです。糖尿病によって腎臓にも負担がかかります。これは高血糖が原因でタンパク尿が増え、腎機能が低下し、進行すると最終的には透析へと至ります。腎症に対してもやはり血糖の管理が有効です。



これが現在の、透析導入患者さんの推移ですが、この青いグラフが最初是非常に多いのですが、これは慢性の糸球体腎炎、腎疾患です。一方で、糖尿病腎症は1980年代、透析導入の割合は少なく、圧倒的に慢性糸球体腎炎のほうが多かったのですが、時代が進むにつれて徐々に割合は増え、2010年ぐらいには逆転し、それ以降は糖尿病腎症が透析の導入原因疾患の第1位

年別透析導入患者の主要原疾患割合の推移(1983-2020)

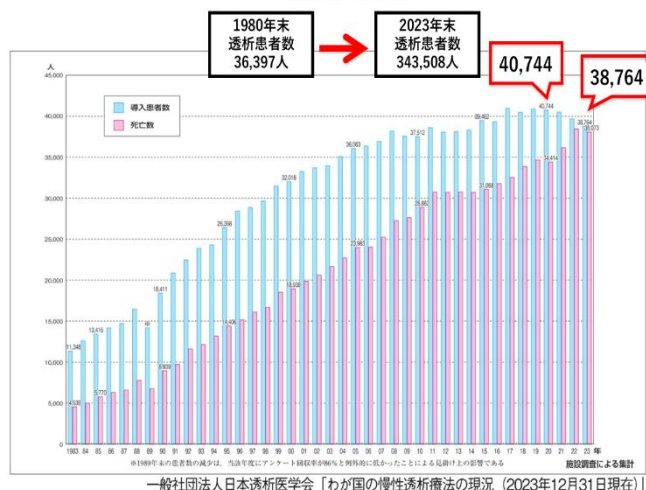


一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2020年12月31日現在)」

になりました。今でも大体年間に1万6,000人の方が、糖尿病腎症が原因で透析を開始しているとの報告があります。

透析を導入した患者数ですが、2020年では4万人でしたが、一番新しい2023年の報告では少し減りましたが、まだ3万8,000人、4万人近くの方が透析を導入しています。透析患者数の総計も随分増えており、1980年代、この時はまだ3万6,000人だったのが、2023年の年末には34万人と、非常に透析患者さんが

透析導入患者数および死亡患者数の推移 1983-2023



増えています。その中でも糖尿病腎症というのが透析導入の第1位を占めているので、腎症の発症・進展予防がとても重要です。

腎症はどうやって診断するのか。尿にタンパクが出てくるのは腎臓に負担がかかっていることを表しているの、尿のタンパクを調べればいいのではないかな。確かにそのとおりですが、より早い段階から見つけることが重要です。尿アルブミンというタンパクを調べ、グラムよりも小さい単位のリリグラム、1,000分の1のオーダーで見つけることができます。尿のアルブミンを測ることで早期に腎臓の障害を見つけることができます。

腎症の診断:尿検査

まず、尿アルブミンを測る！！

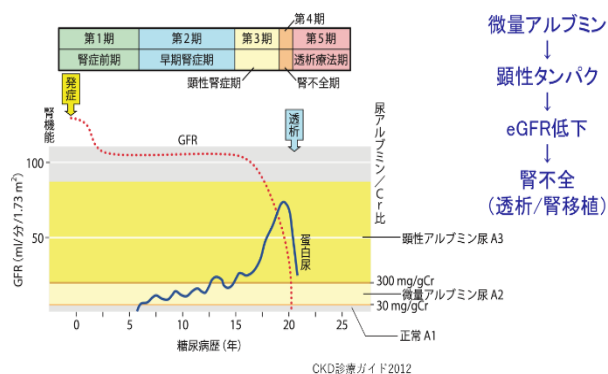
アルブミン尿	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
尿アルブミン排泄量 (mg/日)	<30	30~299	≥300
尿アルブミン/クレアチニン比 (mg/gCr)	<30	30~299	≥300
蛋白尿	正常	軽度	高度
尿蛋白排泄量 (g/日)	<0.15	0.15~0.49	≥0.50
尿蛋白/クレアチニン比 (g/gCr)	<0.15	0.15~0.49	≥0.50
試験紙法での目安	(-)~(±)	(-)~(2+)	(1+)~(4+)

尿蛋白(±)でも約60%が微量アルブミン尿相当以上の蛋白尿を認め、心不全リスク増加

CKD診療ガイドライン2023

糖尿病腎症というのは、糖尿病を発症してしばらくの間、腎機能は維持されています。しかし、尿タンパクは腎障害が出てくるよりも前から尿に出てきます。最初は微量のアルブミンですが、進行するとタンパク尿としてしっかり測れるだけ出てきます。尿にたくさんタンパクが出ている時点では、腎機能が維持できなくなります。そして、どんどん病気が進み、腎機能が下がっていくと、最終的に透析になります。

古典的2型糖尿病性腎症の臨床経過と病期分類



今説明したのは、古典的な糖尿病腎症についてですが、それとは違うタイプの腎症というものも、あるのではないかと最近は言われています。尿にタンパクが出てないけども、腎不全に至るような糖尿病患者さんが一定数いるというのが分かってきました。それで、腎症の概念も、古典的な糖尿病腎症という diabetic nephropathy – 糖尿病性腎症という概念から、このようなタンパク尿が出ない腎症、略して DKD と言いますが、糖尿病性腎臓病という新しい概念ができました。

糖尿病患者でアルブミン尿のないCKDの存在する

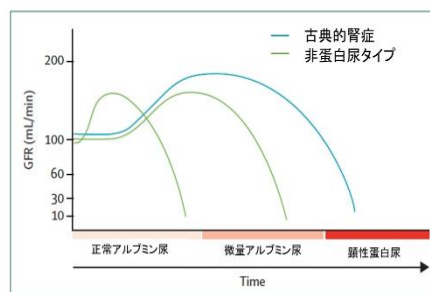


Figure 2: Evolution of renal function in the classic versus non-proteinuric phenotype of diabetic renal disease
Increase and subsequent decrease of glomerular filtration rate in patients with type 2 diabetes and normoalbuminuria, or proteinuria.

Perini E et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2015; 3: 382-91

これはどういうことかという、タンパク尿が出てなくても、腎機能が悪化してきたら、糖尿病腎症の第4期、腎不全期として対応していきましょう、というふうに、糖尿病腎症の概念も変わりました。以前は、糖尿病腎症の進展を予防するために、血糖のコントロールが必要だと提唱されていました。これはもちろん変わらないのですが、それと同じくらい血圧の管理も大事であるというふうなことが分かってきました。

ここに提示した糸球体の病理象は、腎不全のかなり進んだものです。1型糖尿病で、インスリンがほぼ出ていない方に、膵臓を移植してインスリンが出る状態になると、腎臓の病理所見が改善しています。ここまでの効果はありませんが、内科的な治療で顕性タンパク尿、ここまででしたら、血糖値の管理と血圧の管理で、顕性タンパク尿第3期から、微量アルブミン尿第2期、さらに第1期の正常なアルブミン尿、尿タンパクが非常に少ない状態まで改善することが期待できます。全ての人がとは言いませんが、内科的な治療でも改善が期待できるということが、色々な臨床研究の結果から分かってきました。

糖尿病性腎臓病(糖尿病関連腎臓病)



GFR<60 2型糖尿病患者のうち顕性アルブミン尿を伴わない患者は72.5%であった

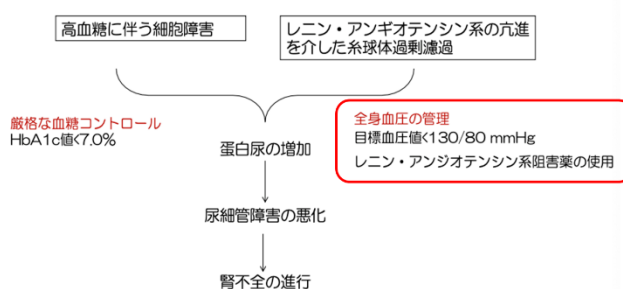
エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018 より

(改定)糖尿病性腎症病期分類

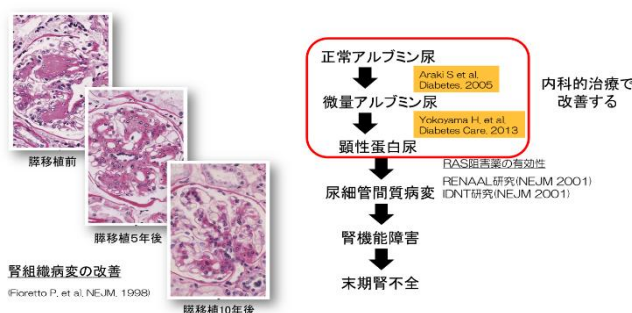
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 ^{※2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{※3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{※4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{※5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

1. 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。本分類は、厚労省研究班の成績に基づき予後(腎、心血管、総死亡)を考察した分類である
2. GFR 60 ml/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。
3. 微量アルブミン尿を認めた症例では、糖尿病性腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行った上で、早期腎症と診断する。
4. 顕性アルブミン尿の症例では、GFR 60 ml/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。
5. GFR 30 ml/分/1.73m²未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿蛋白値に拘わらず、腎不全期に分類される。しかし、特に正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病性腎症以外の腎臓病との鑑別診断が必要である。

糖尿病性腎症の治療の原則



治る糖尿病性腎症



滋賀医科大学 久米昌司教授より

さらに、腎症の進展予防というものが期待できる新しい薬が出てきてまして。SGLT2 阻害薬というのは、本来糖尿病の治療薬として開発されたお薬なんですけど、このお薬を飲んでると、腎臓の悪くなるスピードを抑えることができるということが分かってきました。このように、新しい糖尿病腎症に対する治療法というのでも出てきております。

合併症の予防に血糖や血圧をコントロールしたほうが良いというのは、大規模臨床研究を行って明らかになってきました。まず1型糖尿病に対して行った大規模臨床研究ですが、血糖コントロールを厳格に行ったほうが細小血管障害、糖尿病の合併症を抑えることができるのではないかと予想して行ったものです。1次予防は、発症を抑制できるか、2次予防は、既に合併症を併発しているが、進展を抑えることができるかを調べたものです。網膜症、腎症、どちらも A1c7%未満を目標にした強化治療群のほうが、良い結果が得られています。

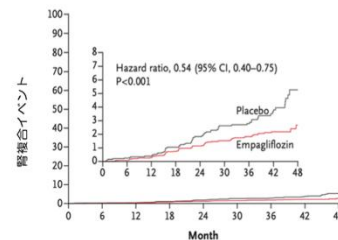
新しい糖尿病性腎症へのアプローチ

SGLT2阻害薬の薬理作用：
近位尿細管細胞でのブドウ糖再吸収を抑制し、血糖改善をもたらす治療薬



血糖改善を超えた腎保護効果も示され、腎臓病治療薬として保険適応になった。

EMPA-REG OUTCOME研究
SGLT2阻害薬



大規模臨床研究が示す血糖コントロールの重要性

1型糖尿病—Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)—

目的 インスリン依存性糖尿病(1型糖尿病)における強化インスリン療法による**厳格な血糖コントロールが、細小血管障害の発症および進展を予防するか**を検討。

対象 インスリン依存性糖尿病患者1441例(ただし、高血圧、脂質異常症、重篤な合併症・疾患がないもの)。

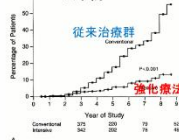
方法 一次予防群(罹病期間1～5年、網膜症なし、尿中アルブミン排泄(UAE)量<40 mg/日)726例

二次介入群(罹病期間1～15年、非増殖網膜症あり、UAE量<200 mg/日)715例を、それぞれ**強化療法群**(1日3回以上のインスリン注射あるいはポンプによるインスリン皮下持続注入療法、1ヶ月毎の通院と頻回の指導)と**従来療法群**(1日1～2回のインスリン注射、3ヶ月毎の通院)に割付。

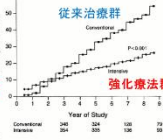
大規模臨床研究が示す血糖コントロールの重要性

1型糖尿病—DCCTから—

一次予防



二次予防

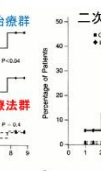
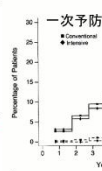


網膜症について

一次予防群、二次介入群ともに強化療法群で有意なリスク減少を認めた。

腎症について

一次予防群にて微量アルブミン尿の発症を、二次介入群にて腎症の進展を、ともに強化療法群で有意な抑制を認めた。



2型糖尿病に関しても同様に大規模臨床研究は行われています。これは熊本スタディーといって、日本で行われたものですが、血糖コントロールをしっかり行ったほうが、合併症の進展を予防できるか調べたものがあります。

結果ですが、網膜症、腎症ともに、HbA1c7%未満、空腹時血糖だと大体120 ぐらい、食後2時間血糖だと大体180 ぐらいに相当しますが、血糖の状態が良いところを目指して治療すると合併症の発症や進展を抑制することができるということを証明した、日本で行われた臨床研究の結果もあります。

これはイギリスで行われた臨床研究ですが、最初は1997年に行われました。強化療法、今みたいにA1c7%を目指すような治療を行ったほうが、脳卒中だけは有意差はありませんでしたが、色々な合併症の発症を抑制できるという良い結果が出ました。

その人たちを追跡して10年後、もう治療の介入は行っていない時点ですが、10年後でも早期に強化療法を行った群のほうが、脳卒中も含めて、全て予後良好な結果が得られています。このような効果をレガシーエフェクトといって、早期治療の有効性というのが示されました。

さらに厳格なコントロール、血糖値だけではなく、血圧や脂質も含めて、より厳しく管理したらどうなるんだという臨床研究が日本で行われました。結果を見ると、脳血管イベント、腎症、網膜症、全てのイベントが抑制できる結果でした。よって、今まではHbA1c

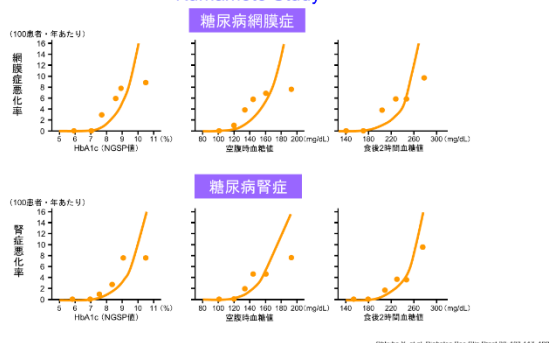
大規模臨床研究が示す血糖コントロールの重要性

2型糖尿病—Kumamoto Study—

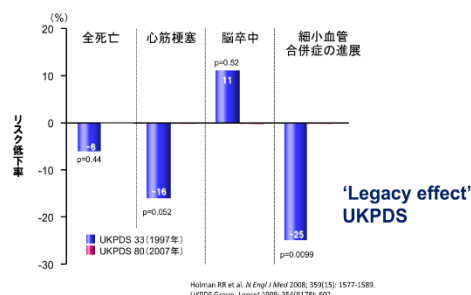
- 目的** インスリン非依存性糖尿病(2型糖尿病)における強化インスリン療法による厳格な**血糖コントロールが、細小血管障害の発症および進展を予防するか**を検討。
- 対象** インスリン治療中のインスリン非依存性糖尿病患者(中間型インスリン朝1回又は朝タ2回)110例(ただし、網膜症はないか単純網膜症、UAE量<300 mg/日、血清クレアチニン<1.5 mg/dl、治療を要する重篤な神経障害がない。)。)
- 方法** 一次予防群(網膜症なし、UAE<30 mg/日)55例
二次介入群(単純網膜症あり、UAE量<300 mg/日)55例
それぞれ**インスリン頻回注射療法群**(1日3回以上のインスリン注射)と**従来療法群**(1日1~2回の中間型インスリン注射)に割付。

大規模臨床研究が示す血糖コントロールの重要性

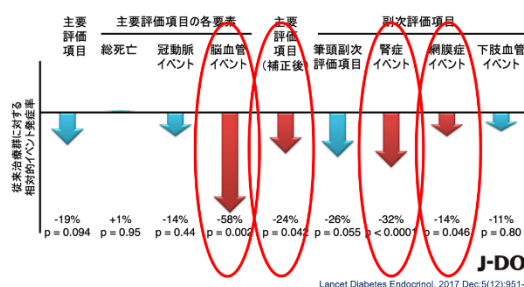
Kumamoto Study



発症早期からの良好な血糖コントロールによる10年後の心血管イベント抑制効果 (2型糖尿病)



厳格な血糖・血圧・脂質のコントロールは合併症の発症をさらに抑制する (HbA1c<6.2%, 血圧<120/75 mmHg, LDL-C<80 mg/dl)



7%を目標にしてきましたが、さらに厳格な管理をすることで、よりよい結果が得られるということが報告されました。

このような結果から目標値を以下のように設定しています。まず熊本スタディーの結果から、合併症予防のためにはHbA1c 7%、ここが大事なんだということが分かりました。さらに 7%を達成できる人で、無理なく、低血糖を起こすことなくできるのであれば6%未満を目指します。今回のお話の中には出てきませんが、ACCORD 試験という臨床試験の報告では、低血糖を頻回に起こすような場合は予後が悪く、低血糖も起こさないけど、そんなに悪くない状態を目指すということで、治療強化が困難な場合は8%未満でいいのではないかということになりました。そこで現在我々はそれぞれ個々の患者さんの状態に合わせて、6%、7%、8%というのを糖尿病の治療管理目標として使用しています。



新しい薬とかも出てきて、日本人の糖尿病の予後は良くなって、1970年代や80年代は、血管障害で亡くなる糖尿病患者さんというのが非常に多かったのですが、徐々に治療が進歩するにつれ、血管障害で亡くなる患者さんの数は減ってきて、悪性新生物、がん、そして感染症で亡くなる方の死亡率が上がってきました。

このように、非糖尿病、糖尿病ではない方々の死因に糖尿病の方の死因が近づいてきたという背景があります。これが今の日本の死因になりますが、悪性新生物が1位で、2番目が心疾患で、脳血管疾患。このように糖尿病の方も悪性新生物で亡くなる方が増えています。

日本人糖尿病の死因統計

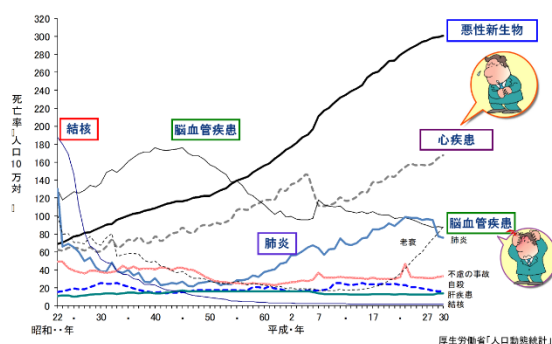
死因	1971～1980年	1981～1990年	1991～2000年	2001～2010年	2011～2020年
	日本人一般 (n=695,941)	日本人一般 (n=793,041)	日本人一般 (n=970,331)	日本人一般 (n=1,197,066)	日本人一般 (n=1,372,648)
血管障害	31.70%	24.60%	22.70%	18.80%	14.40%
腎障害	1	2	1.8	2	2
虚血性心疾患	6.6	6.4	7.3	6.5	4.9
脳血管障害	24.1	16.2	13.5	10.3	7.5
悪性新生物	21.60%	25.90%	31.00%	29.50%	27.60%
感染症	6.20%	8.40%	9.20%	12.10%	10.30%
その他	40.50%	41.10%	37.10%	39.60%	33.70%

糖尿病患者の死因は血管障害による死亡が減っている。
悪性新生物や感染症による死亡が増加している。

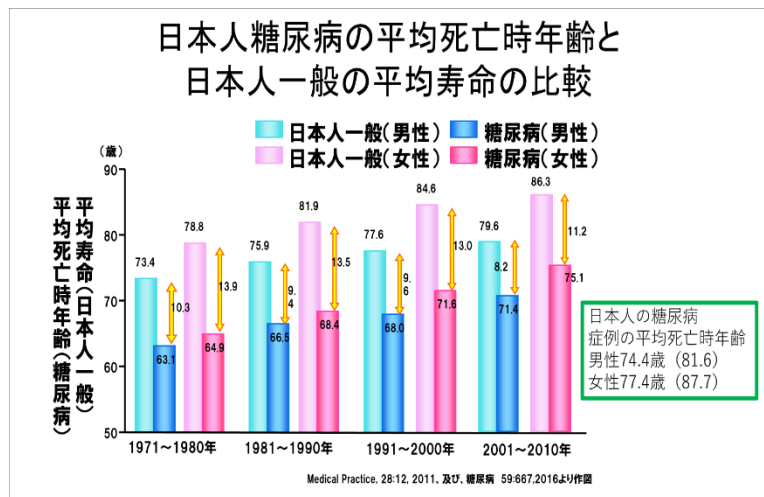
非糖尿病に近づいてきた

中村二郎 糖尿病, 2024

日本人の疾患別死亡数の推移

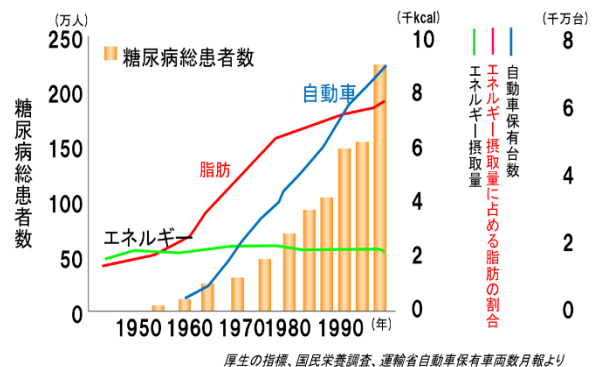


糖尿病の方も非糖尿病の方とかなり近づいてきたのですが、平均寿命を比べてみると、まだ差があります。1970年代、80年代、この辺りはまだ糖尿病の治療法が今ほど進んでなかったこともあります。10歳以上の差が開いていましたが、徐々に差は詰まってきました。今一番新しいところでは、男性だと、糖尿病のない方の平均寿命は81.6歳ですが、糖尿病患者さんだと74.4歳。女性は糖尿病のない方の平均寿命は87.7歳ですが、糖尿病患者さんだと77.4歳です。男性だと7歳くらいで、女性だと10歳ぐらいの差がまだあります。



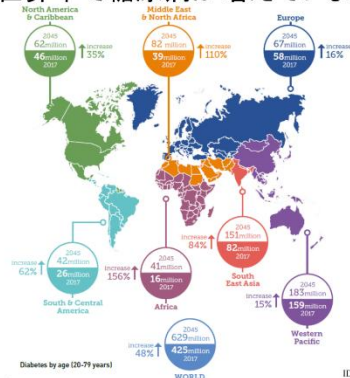
日本人の糖尿病患者数は増えており、50年間で約30倍に増加したといわれています。車の保有台数も増えており、関係してるかもしれません。ただ、エネルギーの摂取量は、ここ50年間でほとんど変わっていませんが、その中で一つ増えてるものがあり、エネルギー摂取量に対する脂肪の割合が非常に増えており、これがどうも糖尿病の発症と関係しているのではないかという報告もあります。

日本人の糖尿病患者数は50年間で約30倍に増加した !!



糖尿病の患者数は日本で増えていますが、これは日本だけに限らず、世界中で見られる現象です。アジア地域の日本が属するのは western pacific になりますが、年間15%の増加と報告されています。増加率が非常に多い地域だと、例えばアフリカは156%、南アジア、インドだと84%と非常に増加率の大きい地域もあります。世界的に糖尿病患者が増えており、現在世界的に取り組まれている課題です。

世界中で糖尿病が増えています



日本の糖尿病患者数は世界何位？



- ・A 1位～5位
- ・B 6位～9位
- ・C 10位 以下

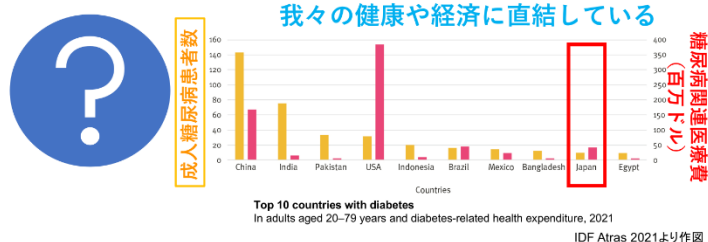
このように日本の糖尿病患者数は増えていますが、世界で第何位でしょう

か。

A：1位から5位、B：6位から9位、C：10位以下。現在、日本の糖尿病患者数は第9位、かなり上位にいたことが分かります。そして、糖尿病関連医療費、こちらの赤い棒グラフになりますが、これが大体 2021 年時点で 5,000 万ドルです。今の日本円にすると 75 億円ぐらいです。かなりの医療費を、この糖尿病関連医療費として支出していることになります。経済的にかなり費用がかかっていることが分かります。

日本の糖尿病患者数は世界何位？

Ans: B 9位



今、私は青森県にいます。青森県は短命県と言われています。糖尿病の患者数はどの程度か調べてみましたが、人口当たりの糖尿病通院患者さんは全国平均よりも高く、日本一でした。2型糖尿病は環境因子が影響しており、運動不足からの肥満が北海道も含めた雪国特有のものもあるのではないかと思いますし、都道府県別にみたBMIで青森県のBMIもかなり高いというのも糖尿病の発症及び患者数に寄与してるのではないかと思います。

糖尿病の死亡率は何位か。これも調べてみたら、青森県は1位でした。10万人当たり22.3人。2位の秋田県が20人ぐらいですが、秋田県と比べてもかなりの差をつけて多いです。一番少ないのは愛知県で、8.3人。全国平均が13人ですので、青森県では糖尿病で亡くなっている患者さんの数はかなり多いことが分かりました。

青森県の糖尿病の実態ですが、全国平均に比べて数はかなり多いのですが、症状が進行してから受診する方が結構いますし、実際受診している方も、かなり進行してるケースが多いです。あ

青森県は糖尿病患者が多いのか？

人口あたりの糖尿病通院患者数が日本一（6.18%）

全国 4.19%

*令和元年国民生活基礎調査より算出



2型糖尿病⇔環境因子

運動不足からの肥満（雪国の特徴）
都道府県別BMI 男性5位、女性6位

体格指数：BMI (body mass index) 体重 (kg) ÷ 身長 (m)²

青森県の糖尿病による死亡率は何位？

A: 青森1位 22.3人/10万人
(愛知 8.3人、全国13.0人)



青森県の糖尿病の実態は？

全国に比べて病状の進行したケースが多い

病状が重篤化してから、生活習慣を改善したり、糖尿病の情報を収集している人が多い

3大合併症を発症している人の割合が全国と比べて高い

→ 糖尿病や高血圧の治療を中断する

→ 「糖尿病」に対する地域住民の関心が低い

青森県 平成18年度に行った糖尿病調査 改変

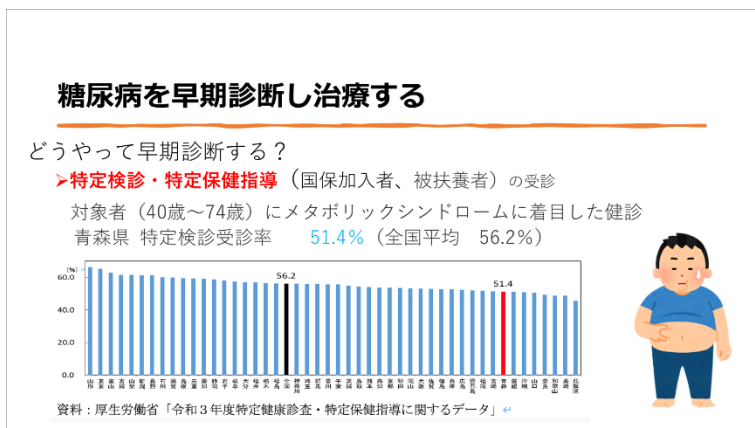
と、重篤化してから生活習慣の改善や糖尿病の情報収集を行っている。先ほどの臨床研究の結果からいくと、早期発見、早期治療が効果的であると報告されているのですが、進行してから何とかしようとしている傾向があります。よって、3大合併症を発症してる割合が、全国と比べて高くなります。

あと、糖尿病や高血圧の治療を中断してしまう、糖尿病に対する地域住民の関心が低い点があります。ここをどうやってフォローアップしていくか、改善していくかというのが今後の重要な課題だと考えています。

ではどうやって糖尿病を早期に診断し、治療したらいいのか。早期診断ですが、特定健診で糖尿病を早期に拾い上げていくのが良いのではないかと思います。しかし、青森県の特定健診の受診率は51.4%と、やはりこれも全国平均よりも低いです。

順位では下から数えて8番目です。受診率は全国平均の56.2%と比べても、かなりの差があります。実は北海道が一番低かったという結果でした。北海道も低いほうにあるかもしれないなと思っていましたが、青森よりも低かったので、ちょっと驚きました。そして青森県のメタボリックシンドロームの罹患率ですが、これも全国平均の16.6%より高い18.7%でした。

こういう方をどうするか。早めに医療機関を受診してほしいのですが、そのためにはやはり糖尿病というものを知ってもらう必要があると思います。早期治療、そして治療中断を防ぐ。今、日本だけでなく世界で行われている取り組みですが、11月14日を世界糖尿病デーとして、ブルーサークル、青い輪を糖尿病のシンボルとして、世界糖尿病連合—IDFで採用されていますが、ブルーライトで、建物をライトアップして、糖尿病の啓発活動を行っています。他に日本糖尿病協会が糖尿病の治療中断を防ぐためのポスターを作製しています。ポスターにA1cの目標値、6%、7%、8%、それぞれの目標値にどのような意味があるのかをポスターでお知らせしています。こうやって啓蒙活動を行っています。



青森で糖尿病を啓発する

早期治療・治療中断抑制を目指す

11月14日の世界糖尿病デー (WDD)

world diabetes day
14 November

▶ 世界糖尿病デー in 八戸
(ブルーライト点灯)
11/11(月) (公開講座 11/14 (木))
八戸市総合保健センター

▶ 世界糖尿病デー ブルーライト点灯
11/14(木)
青森県観光物産館アスパム

弘前でのイベント

ブルーライト点灯 11/11-11/14
弘前市 青森銀行記念館

市民公開講座 11/14(木)
土手町コミュニティパーク
コミュニケーションプラザ 多目的ホール
13:00から (予定)

とちやうでやめちやうで
糖尿病治療は中断することなくしっかりと。

6.0% 7.0% 8.0%

日本糖尿病協会 青森県糖尿病協会

世界糖尿病デー IN 弘前

World Diabetes Day

～市民公開講座～
11月14日 木曜日
13:00～14:00
土手町コミュニティパーク
コミュニケーションプラザ
A1c (V)

13:00～14:30
血糖測定、体組成測定、ペジチェック、健康相談
14:30～ 講演会
司会：藤田 征弘 教授

1) 「正しく知る糖尿病」 田辺壽太郎 先生
2) 「食事にまつわるワソ・ホント？」 藤田裕恵 先生
3) 「正しく歩くための身体の準備(仮)」 佐藤卓哉 先生、佐藤優子 先生

※当日は動きやすい服装・靴で来てください
終了後、ライブアップ撮影(旧 青森記念館)で記念写真撮影します

連絡先：弘前大学大学院医学研究科 内分泌代謝内科学講座 担当：松野 雅利
TEL:0172-39-5062 FAX:0172-39-5063 E-mail:sama@hro.ac.jp

陸奥新報2024/11/12↑

東奥日報2024/11/12⇒

第五十九銀行ライトアップ

これは昨年、弘前で11月14日の世界糖尿病デーに合わせて市民公開講座を行いました。そして、ブルーライトで照らした青森銀行、地方銀行の記念館ですが、こうやってライトアップしたものを、地方の新聞に取材に来てもらい、糖尿病というものを青森県の方にも広く認知してもらうために、このような活動を地道に今続けているところです。

まとめです。糖尿病という疾患がどのようなものであるか、今日何回かお話ししましたが、全身の血管に障害が起こる疾患です。血管の合併症が起こることによってどのような問題が起こるのかというと、健康寿命が短縮してしまうという点があります。年数が経過すると徐々に進行していきますが、ただ、ちゃんと治療すると合併症の進行は抑制できます。先ほども A1c7% という数値を何回も強調しましたが、ちゃんと治療することで、合併症の進行は抑制できます。

さらに大事なのは、進行してから治療を開始してもなかなか厳しいです。早い段階から介入し、治療を開始したほうが予後は良いです。レガシーエフェクトという概念があるように、10 年たっても最初の段階でしっかり治療しておけば、良い効果が続いているという報告がありますので、いかに早期に診断して治療を開始するのかというのが大事です。

以前に比べて糖尿病患者の平均寿命は延びてきましたが、非糖尿病の方と比べると、まだまだ短いです。日本では男性だと 7 歳、女性だと 10 歳位の大きな開きがあります。ここを如何にして縮めていくかということが今後の課題です。

糖尿病患者は日本だけでなく、世界的に増えています。もちろんこれも問題です。糖尿病患者は増えているため、糖尿病を発症する前、如何にしてその段階からこちらから介入していくのか、これが今後非常に大事になるのではないかと考えています。

最後になりますが、糖尿病というのは一回罹って、すぐ治るものではなく、残念ながら、ずっと付き合っていかなければいけない病気です。そのため、大事なことは、中断せずに治療を継続することです。それによって、適切にコントロールできているのか、今の自分の状態はどうなのかということを知ることができます。

恐らく皆さんは保健管理センターや、健康診断のデータを確認していると思うのですが、高校から大学に進学し、その後、いろいろ生活

まとめ

- 糖尿病は全身の血管に障害が起こる
- 血管合併症によって健康寿命は短縮
- 年数が経過すると徐々に進行
- 糖尿病を治療すると合併症の進行は抑制できる
- 早期診断、早期治療が重要
- 平均寿命は延びてきたが、非糖尿病と比べると短い
- 糖尿病患者は世界的に患者数が増えている
- 前糖尿病の状態から介入して行くことが必要

結語

- 糖尿病は慢性疾患
- 中断することなく治療を継続することが大事



環境が変わり、今まで糖尿病で通院していたけど、通院を中断していないか。あと、健康診断では尿糖検査もしていると思うのですが、尿に糖が出てくる状態は、何らかの異常が起きているかもしれません。特に今回はお出ししませんでした。1型糖尿病以外にも、若年で発症するミトコンドリア糖尿病とか、MODY というちょっと特殊な糖尿病とかもありますので、健診の結果で尿糖陽性などの異常所見があった際には、医療機関の受診につなげていただけると、われわれとしても早期に介入できると思いますので、ぜひよろしくお願いします。以上になります。ご清聴ありがとうございました。

【質疑応答】

奥村：北見工業の奥村でございます。旭医 29 期です。今日は遠いところをありがとうございます。また、大変充実したご講演、感謝いたします。正直なところを申し上げますと、あまり、実は、大学の保健管理をしていて、患者の DM のマネジメント、直接われわれが携わることって、実はあまりないかなってというのが正直なところなんですけども、演者の先生に大変失礼に聞こえてしまうかもしれないんですが、実はとっても印象に残った症例が一つございまして、それはわれわれ保健管理側、結構主体的に関わらないと駄目だったというケースで、それに関して少しヒントを頂ければと思って手を挙げさせていただきました。

皆さんもどういう症例が、われわれ大学保健管理で DM に関わるか、ちょっと想像力を働かせていただければと思うのですが、留学生になります。アフリカからの留学生で、大学院生として来られた方で、最初の健診で尿糖 2+ か、何かで引っ掛かって、われわれのほうに来て FBS で 220 ぐらい。なので、病院につなぐってというのが普通のルーティンなんですけども、アフリカの黒人の留学生で、文化的な背景も違ければ食事も違うと。で、そういう方に対して、紹介先の病院から、治療は無理だと、家族もアフリカにいて、単身で来ていて、かつ、学業することすさまじいプレッシャーがかかる環境、ストレスかかって、この方はまだまだ若くて先があるんで、国に返さないと駄目ですっていうお返事が来まして。それで、じゃあわれわれ、どう関わろうかと大変困った症例です。

結論としては、ほぼ突き返されたようなお手紙のおかげで、われわれ、あと、本人も多分火がついて、真面目に治療するので、どうにか先生のところでコントロールつけてくれないかと、もう一度お願いをした。で、その結果、どうにか本格的な治療が始まり、学業続けられたっていう症例なんですけども、そこでお伺いしたいことは 2 点ございます。1 点目は、今申し上げたように、食事とか遺伝子的な背景が全く違う留学生の DM 対応に対して、われわれは今回、うまい具合にいい先生に当たったので、面倒見ていただけたんですけども、何か先生側でわれわれにヒント頂ければいいなというのが一点で。

もう 1 つは、そもそも、われわれ医療従事者は、患者さんに対して受容的に接するように振る舞うものだと思うんですけども、今回、その先生、「いや、こんなの駄目だから、とっとと返せ」と大変厳しいことを言われたことが、結果的に患者さんのためになったっていう点で、とても印象的な症例でした。その点、DM の症例扱われてこられて、受容的に接さない、厳しく接することが、逆にその方のためになったなっていう症例なりご経験、もしあれば、それもまたわれわれのヒントになると思いますので、ご教示いただければと思うんですけど、2 点い

かがでしょうか。

柳町：後半の厳しく対応っていうか、受容的なというよりは、そういう、ケース・バイ・ケースかなと思うんですけども、やはり自覚されてないのかな、糖尿病というものがどういう、最終的な、未治療でいくとどのような末路に至るのかっていうことを説明した時に、ちゃんと理解していただけるかどうかっていうところで、ちょっと変わってくるのかなと。

最初から治療に対して協力的な方であれば、もちろんこちらも苦労はしないんですけども、ほんとにこの人、病院、次来るのかなとか、ちょっと心配になるような人もいますが、少し強めに言うこともあります。なので、そこは、ただ、突き返すほどのことをやるかといわれると、ちょっとそれは極端かなとは思いますが、やはり患者さんの反応とか、まず一回治療開始してみて、2回目の時の数字、どれぐらい改善しているのかなとか、その辺の反応性見て徐々に、この方にはどうやって関わっていったらいいのかなっていうところで、対応を変えているっていうことは確かにあるかなというふうに思います。

で、最初のほうですね。なかなかそういう、遺伝的な背景とか食生活とかも違って、確かにそういう留学生の方の対応っていうのは非常に苦労する。もちろん言葉の面でも苦労するなっていうところはあって、非常に苦労するんですが、取りあえず、今日本にいて、どのような食生活か、少なくとも日本、この辺りで手に入るようなものを食べて暮らしているっていうことを考えると、その時にまた炭水化物の割合とか、食事のまず割合、栄養素の割合、炭水化物の摂取が。

前いたのが、中国の方とかで、日本の米すごくおいしいって言って、めちゃくちゃ炭水化物取っていたんで、まずそれを是正してくださいって言うだけで、かなりよくなった方もいますので、食習慣っていうもの、今現在どういう食事の内容を取ってるのかっていうのを確認してみるのが、一つ大事なかなっていうのは感じています。

奥村：ありがとうございます。やはり食習慣っていう生活の根本的なところが違うと、病院側単独でどうにかするっていうのも限界があるところだと思うんで、われわれの出番が出てくるのかなと感じたところでした。先生の今のお言葉にかなり近いところだと思いますので、ヒントになります。ありがとうございました。

北野：血糖の上昇のことだけ考えると、糖質を取るよりも脂質を取ったほうが上昇が緩やかなんで、あまり糖尿の悪化に結び付かないような印象があるんですけども、先生のスライドだと、脂質の摂取量が上がってるから糖尿が増えてるようなスライドがあったんですけど、あれはどういうことなんでしょうか。

柳町：脂質の中でも、特に動物性の脂質っていうのが、ああいう糖尿病の発症と関係してるというような報告が複数されています。これが植物性のものとか、同じような油でも、魚をメインにしたような油とかだと、あまりそういう、同じような結果じゃないとか、反対にちょっと抑制するようなものだったりとか。

まだ結果は、見解は一致してないところはあるかもしれませんが、動物性の脂質に関しては、これは取り過ぎるとよくない、糖尿病の発症を増加させるっていうことははっきり分かってま

す。なので、飽和脂肪酸なのか不飽和脂肪酸なのか、多分そういう脂質の種類によって、体に及ぼす影響ってというのは異なってくるんだらうってことは予想されます。

北野：酔っぱらいのスライドもありましたが、飲酒自体も糖尿病には、やっぱり駄目なんですか。

柳町：飲酒、適量であればいいとは思いますが、結局エネルギーとして取っても、他の食品ですと、炭水化物と脂質、タンパク質が、食品交換表を使って入れ替えたりしたりとかも、そういう工夫、ちょっとできるかなっていうところはあるんですけども、アルコールに関しては、全くそういう代わりになるものがなくて、ただ、無駄なエネルギーといったらあれなんですけども、体にとって必要なエネルギーでないということもありますので、アルコールの摂取は控えたほうが。特に肝臓にとって、肝臓ってというのは糖の取り込みの重要な器官だっていうところもありますので、肝臓に負担をかけないという面においても、アルコールの摂取ってというのは控えたほうがいいかなと思います。適量で。

北野：分かりました。

藤井：藤女子大学の保健センターの藤井といいます。糖尿病について改めて詳しく勉強し直して、勉強になりました。その中で、全体を聞いていて、血糖値が高いってというのは根本的によくないってというのは分かるんですけども、なぜ血糖値が高いと駄目なのかっていう、血管障害を起こしてくるっていう、あるいは糖尿病の合併症、いろいろありますけれども、血糖値が高いことで、そのような合併症を、皆同じような原因、機序で起こるのではないんじゃないかなってというのが一つ。

例えば SGLT2 という治療薬によって、血糖値をただ同じように下げるだけじゃなくて、効果があるっていうことを考えても、やっぱりそういう機序があるのかなってことを考えることと、そのような違いっていうのを、もうちょっと患者さんの治療に生かしていけないのかなっていうのと。

もう一つは、奥村先生の質問と関係するかもしれませんが、例えば保健センターで、糖尿病の患者さんに対して、学生とか、教職員でもいいんですけども、何かアドバイスをする時に、こうしたら駄目だっていうのは言いやすいんですけども、なかなかモチベーションが上がらないというか、患者さんの。むしろ精神疾患の治療のように、相手を褒めて、ある意味ではモチベーションを上げるような、そういう形のアプローチがあれば、また違う方向に行くのかなと思うんですけど、その点についてはいかがでしょうか。

柳町：ありがとうございます。

2つ目のほうのやつでは、僕も実際に、どのようにしているかという、褒めて伸ばす的なのが結構多いです、個人的には。少しでも、ちょっとでもよくなっているところがあれば、まずそこは、もちろんいいですねと言いますし、最低限、まず A1c 悪くなってない、現状維持できたっていうところから受け入れてあげるってというのは、僕は大事なかなとは思ってます。

それによってモチベーションを上げてもらうとか、ちゃんと病院に来てもらう。で、ちゃんと薬、治療に取り組んでもらうっていうところを、いかにその人にやってもらうのかっていうのを常に考えながら、そこはやってます。やらないほうがいいよっていうよりは、これをやったほうがいいですねっていうふうな表現に変えてみるっていうのが。

例えば間食しないっていう同じ結果でも、間食駄目ですって、もちろんそのまま、ストレートに言う人もいますけど、間食の量を抑えたほうが、よりここの数値がよくなりますよとかいう感じで、ちょっと表現を変えてやるほうが、受け入れがよさそうな人とかもいますんで。ほんとこそは、最初の質問にもありました、どのような患者さんなのかなっていうところによって、こちらのアプローチも変えてみるっていうのは、やはり必要なんじゃないかなと、非常に思っております。

1つ目のほうです。確かに合併症っていうのは、高血糖はもちろん起こるんですけど、インスリンが不足して起こるのか、インスリンが効きにくくて起こるのか、確かにちょっと、とか、そういうのはあると思いますし、実際に。網膜症に関しては、とにかく高血糖がよくない。網膜症はほんとに高血糖がよくないっていうのが分かってるので、とにかく血糖値を下げればいい。ただ、腎症に関してはどうかっていうと、必ずしもそうではないのかなと。インスリンがあってもなる。どちらかというところ、インスリンが効きやすいっていうほうの状況をつくったほうが、糖尿病性腎症に関してはよくなるのかなっていうのがあります。

なので、確かにインスリンが不足してるのか、インスリンが効きにくいのか、高血糖が悪いのか、何をほんとの、そこの臓器に対しての問題になってるのかっていうのを考えながら、治療するというのが大事かなと思います。そういう、糖尿病の治療薬っていうのが複数あって、もちろんインスリン分泌を促す薬っていうのもありますが、インスリンの抵抗性を解除するお薬で、今、最後の腎症のところであった SGLT2 阻害薬が、糖の尿糖からの排せつを促進して、インスリン分泌を介さずに血糖を下げる薬。

抵抗性解除とか、また別の機序で血糖値を改善するお薬なので、やはりそういう薬それぞれの機序によって、どこの臓器によりいい結果が出るっていうのは変わってくると思うので、病態を考えて薬を使い分けるっていうのが非常に大事なところだと思います。

ありがとうございます。

研究発表

司 会 旭川医科大学保健管理センター長 北 野 陽 平

演題1 「HPVワクチンを希望する学生の事前知識と副反応に関する不安要素
－アンケート調査結果から見えた課題－」

日本医療大学 保健室 本 間 美 恵

演題2 「本学の新生における4種感染症(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)の抗
体価の推移」

旭川医科大学保健管理センター長 北 野 陽 平

演題1 「HPVワクチンを希望する学生の事前知識と副反応に関する不安要素 －アンケート調査結果から見えた課題－」

日本医療大学 保健室 本 間 美 恵

よろしくお願いいたします。

本研究は、本学の女子学生を対象に、HPV（ヒトパピローマウイルス）ワクチンに関する事前知識と、接種希望者を対象とし、文書による同意を得てアンケート調査を行いました。公費接種世代を中心とした学生の意見を抽出し、接種希望の学生と接種を希望しない学生の調査結果から、副反応に対する不安要素を項目別に抽出しました。希望した学生数を算出し、隣接する大学病院と協力体制を構築して、集団ワクチン接種実施の結果、課題を報告します。

研究調査期間ですが、2024年7月1日から12日まで、対象は本学在籍の女子学生1,136名、回答者407名、無回答者729名、回答率35.8%でした。倫理的配慮、個人情報保護法に基づき、個人を特定しないことを明記し、全員の同意を得ました。利益相反はありません。

Ⅱ.研究期間

- 1) 調査期間：2024年7月1日～12日まで
- 2) 対象：本学在席の女子学生1136名
- 3) 回答者：407名 無回答者729名 回答率35.8%

Ⅲ.倫理的配慮

個人情報保護法に基づき個人を特定しないことを明記し
全員の同意を得た。
利益相反はない。

アンケート調査までの経過です。全学生1,884名、対象は女子学生1,136名です。経過ですが、6月初旬、HPVワクチン接種実行委員会を臨時に設置しました。構成メンバーですが、大学総長、看護学科長、保健室看護師、学生支援事務員計4名です。

2番目、6月末、大学病院との交渉と調整を行いました。7月、HPVワクチン

ンに関する事前説明会を開催しました。これは全学科対象とし、直接総長（内科医師）の講義と、動画を作りまして、各直接講義以外は全て動画で撮影したもので説明をしております。最後にアンケート調査を実施し、集計いたしました。

アンケート調査までの経過（全学生1884名、対象：女子学生1136名）

1)6月初旬:HPVワクチン接種実行委員会設置

構成メンバー:大学総長(医師),看護学科長、保健室看護師、学生支援事務員 計4名

2)6月末:大学病院との交渉と調整

3)7月:HPVワクチンに関する事前説明会:全学科対象(直接講義と動画撮影含む)

4)アンケート調査実施・集計

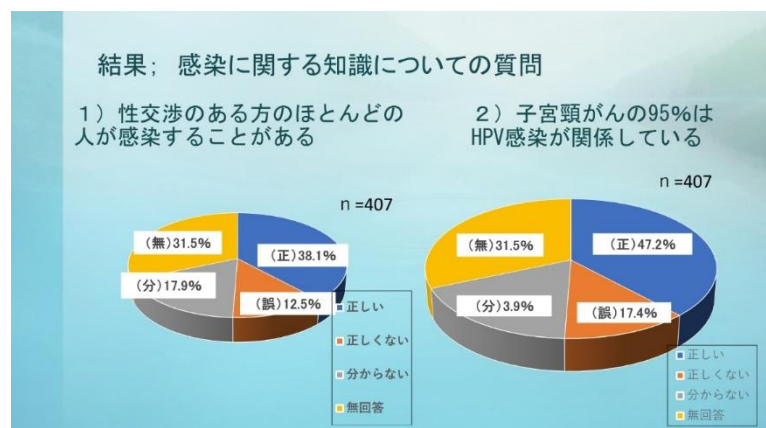
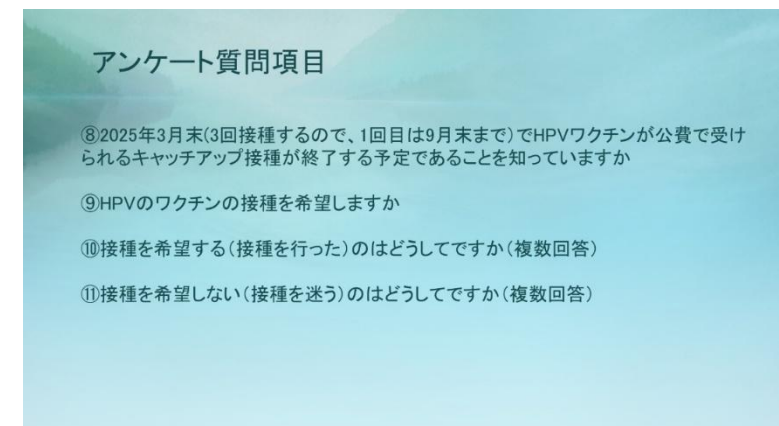
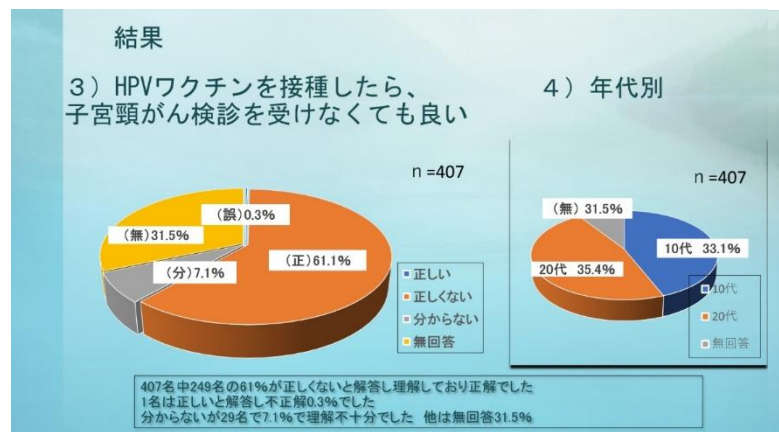
学科/学年	1年	2年	3年	4年	計
看護	156	159	161	143	593
放射線	116	111	95	89	398
理学療法	82	98	99	78	357
作業療法	22	24	27	29	102
検査	67	47	60	68	242
臨床工学	26	19	32	23	100
社会福祉	22	22	17	19	80
介護福祉	1	1	3	7	12

アンケートの質問項目に関してですが、Google フォームで作成しております。1 番目、同意文書を得ました。2 番目、HPV は性交渉の経験がある方のほとんどが感染することがあるという質問に対して、正しいか正しくないか、分からない、無回答の 4 択で質問しております。3 番目は、子宮頸がんの 95% は HPV 感染が関係している。4 番目、HPV ワクチンを接種したら子宮頸がん検診を受けなくてもよい。5 番目、あなたの年代を教えてください。6 番目、あなたの誕生日は 1997 年 4 月 2 日から 2008 年 4 月 1 日に当てはまりますか。7 番目、HPV ワクチンキャッチアップ接種について知っていますかという項目です。次に 8 番目は、2025 年 3 月末、3 回接種するので、1 回目は 9 月末で、HPV ワクチンが公費で受けられるキャッチアップ接種が終了する予定であることを知っていますか。9 番目、HPV のワクチンの接種を希望しますか。10 番目、接種を希望する、接種を行ったのはどうしてですかということ複数回答にしました。11 番目、接種を希望しない、接種を迷うのはどうしてですか、の項目も複数回答としました。質問項目は以上です。

結果です。感染に関する知識についての質問項目についてですが、1 番目の、性交渉のある方のほとんどの人が感染することがあるかという質問に関しては、正しいと答えた学生が 38.1%、正しくないとした学生は 12.5%が誤りでした。次に分からない、その他が無回答で 31.5%でした。

2 番目の、子宮頸がんの 95% は HPV 感染が関係しているかという質問に関しては、正しいと答えた回答者が 47.2%で半分弱でした。正しくないと答えたのが 17.4%、他は分からない、無回答でした。

次に、3 番目の、HPV ワクチンを接種したら子宮頸がん検診を受けなくてもよいという質問



に関しては、正しくないと答えたのが正解で、61.1%で50%以上の方が正解でした。誤りが0.3%の1名で、分からないが29名で、7.1%が理解不十分でした。他は無回答の31.5%。年代別では10代が33.1%、20代が35.4%、他は無回答でした。

5番目、誕生日とキャッチアップ期間の知識については279名、69%が理解しておりました。6番目 HPV キャッチアップ接種について知っていますかという質問に関しては、よく知っているというのが20%弱で19.6%、聞いたことがあるが38.8%でした。その他、聞いたことがない、4.5%で、その他、分からないが5.6%、無回答が31.5%でした。

7番目のキャッチアップ接種の対象であることを知っていますかについては、知っているが53.8%で、対象ではないと答えたのが0.2%、分からないが14.5%で、その他、無回答でした。キャッチアップ接種期間について知っていますかという期間についてですが、知っているという回答者が56.5%、半分以上が知っていました。その他、知らないが7.9%、全く分からないが4.1%、その他、31.5%が無回答でした。

結果 ワクチン接種する上での不安要素

- ① 副反応が怖い
- ② 親・周囲の人が否定的な意見
- ③ 副反応が怖い、判断材料がない、自己負担があるから
- ④ なんとなく
- ⑤ 注射が怖い、副反応が怖い

結果 希望する要因として

- ① 親に勧められたから
- ② 公費で接種できるから
- ③ 親に勧められたから公費で負担できるから
- ④ 医師など医療関係者から勧められ公費負担でできるから
- ⑤ 公費でできるからなんとなく

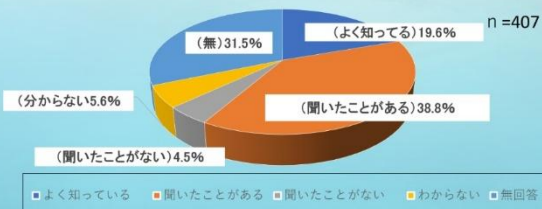
回答者：407名（札幌市内268名）希望者141名

結果

5) 誕生日とキャッチアップ期間の知識

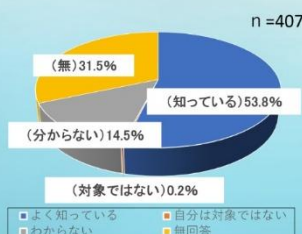
279名 69%が理解していた

6) HPVキャッチアップ接種について知っていますか

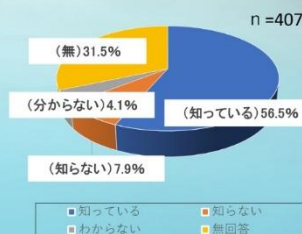


結果

7) キャッチアップ接種の対象であることを知っていますか



8) キャッチアップ接種期間について知っていますか



結果です。ワクチン接種する上での不安要素に関しては、上位5項目を挙げております。これは複数回答で答えていただきました。5項目の1番目が、やはり副反応が怖い。2番目が、親、周囲

の人が否定的な意見である。3番目、副反応が怖い、判断材料がない、自己負担があるから。4番目、何となく。5番目、注射が怖い、副反応が怖いという項目でした。

希望する要因としては、親に勧められたから、一番多かったです。2番目は公費で接種できるから。3番目、親に勧められたから、公費で負担できるから。4番目、医師などの医療関係者から勧められ、公費負担でできるから。5番目、公費でできるから何となくという項目が上位項目に挙げられておりました。回答者が407名中、札幌市内が268名で、大学の希望者が141名でした。

考察です。今回の結果から、学生は親の勧めが影響していることが判明しました。体験したことのない副反応に対する不安要素が、決断するまでに影響しているものと思われます。ワクチンの知識や情報の活用が課題であると考えます。事前に開催、説明を行っている時には、既にこの答えは説明しておりました。しかし、ふたを開けてみれば、なかなか知られていないというのが現状でありました。

まとめとして、この取り組みを行い、予防効果のあるワクチンを接種できたことは、感染防止に役立つと考えます。また、隣接する大学病院の協力が得られたのは、非常に大きな成果であったと考えております。

ご清聴ありがとうございました。

考察

今回の結果から学生は親の勧めが影響していることが判明した。体験したことのない副反応に対する不安要素が決断するまでに影響しているものと思われる。ワクチンの知識や情報の活用が課題である。

まとめ

この取り組みを行い予防効果のあるワクチンを接種できたことは感染防止に役立つと考える。また、隣接する大学病院の協力が得られたのは大きな成果であった。

【質疑・応答】（敬称略）

家子：ありがとうございます。札幌保健医療大学の家子でございます。私たちも去年、このキャッチアップ接種のことでだいぶ苦労しまして、今日のお話、非常に参考になりました。考察のところで、先生お話しされていましたが、事前の説明っていうのはどういうことだったか、もう一遍、お話ししていただけますでしょうか、具体的に。

本間：うちの大学は総長がドクターなので、たまたま大学の学生の中に、この疾患（子宮頸がん）を患った学生がいて、総長（内科医師）として関わったという経験も一つ理由としてあったのと、この HPV ワクチンの集団接種というのも勧められた一つの結果だったので、総長と話をしまして、総長が作成しました。国家試験に出るような項目も含めた形で、興味を持たせるように、講義の一部の時間を使って、HPV ワクチンに関すること、子宮頸がんに関することの中身を説明して、親とよく話し合いをして、同意書を取って、希望するというような形の文章を一枚作りまして、30 分ぐらいの講義をいたしました。

家子先生：この子宮頸がんですけども、先進国の中では日本が一番多い。そして、HPV ワクチンしてる率も、日本が一番低いというデータもありますので、そういったところをご説明していただいているのかなというふうに思います。大切なのは、そういった課題の中から、今度どうするかということになると思うんですけども、私らも今、それに悩んでいて、その HPV ワクチンの効果を周知する方法として、先生方、次回どのようなことをしようというふうに考えてらっしゃいますか。

本間：まだ具体的には進めてはいないのですが、外国の文献を見ましたら、やはりかなりこのワクチン、効果的で日本が8から9年間のブランクがありますので、その間、子宮頸がんの疾患が増えているのも非常に影響しています。新潟大学で出されていた文献を見ましたところ、それは結局、ワクチンを接種した後の結果を出されていた先生の文献がありましたので、そういうのも含めると、これからは、要するに接種した結果どうだったのかというような追跡調査も必要性があるのではないかと考えております。

家子：ありがとうございます。親御さんをどういうふうに理解してもらうか、それも大きな問題だと思いますので、何かいいアイデアがありましたら教えていただければというふうに思います。ありがとうございます。

奥村：北見工大の奥村でございます。この件、大変有意義な取り組みで、敬意を表します。ただ、それを踏まえた上でなんですけど、ちょっと酷な質問になってしまうのを承知でお伺いしたいのですが、アンケート調査として一番大事なところが、3 ページ目に回答率の数字がございました。われわれ、こういうデータ見る時に、アンケート調査だと、絶対レスポンスレートを確認せざるを得ないんですけど、36% ぐらい。これだけかなりの準備をして、かつ、アンケート

の対象自体が医療従事者の卵ですよ。なぜ、意義も分かっているはずの相手にこれだけ準備して、真面目にやっている調査に対してレスポンスこれだけ低いっていうのは、何か理由があったのでしょうか。その分析が欠けているように感じて、もし感じるどころとか、理由はこうじゃないかっていう推測でも結構ですので、ヒント頂ければありがたいのですが。

本間：ありがとうございます。このアンケートは Google で作成しました。学内のユニパで流しています。アンケート調査を。ユニパで大学生が確認して、開いて、毎日いろんな連絡があったりするものですから、非常に、ちょっと言いにくいのですが、うちの学生の回答率は結構低くて、先生方のアンケートに関することについても 30%後半から、良くて 40%いくかいかないかというような現状にあるそうです。それで、このアンケートに関しては結構啓発しましたので、うちの大学としてはまだいいほうかなという感じの現状です。今後はもう少し上げていきたいというのが望みのところではあります。以上です。

奥村：ありがとうございました。

演題2 「本学の新入生における4種感染症(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)の抗体価の推移」

旭川医科大学保健管理センター長 北 野 陽 平

旭川医科大学のほうからも1題。本学の新入生における4種ウイルス感染症の抗体価の推移の検討です。

目的ですけども、本年も海外からの持ち込みと思われる麻疹の散発例の報告があって、あと、感染経路が分からないような報告もありましたが、日頃から感染症への対策を怠ってはならないと実感します。本学の現状を知るために、4種ウイルス感染症の抗体価について検討しました。

目的

本年も海外からの持ち込みと思われる、麻疹の散発例の報告があり、日頃から感染症への対策を怠ってはならないことを実感する。
本学の現状を知るため4種ウィルス感染症の抗体価について検討した。

対象は、2021年度から2024年度までの本学の新入生565名です。21年度だけは100名と少ないのは、看護学科、卒業してしまったので、今回、対象から外しました。なので、21年度だけは男性の比率が高かったり、平均年齢がほんの少し高い集団になっていますが、あとは大体男女比が2対3で、女性のほうが多いような集団です。

対象

2021年度から2024年度までの本学の新入生565名(女性325名)

入学年度	学生数	男性	女性	平均年齢
2021	100	56	44	20.3
2022	152	62	90	18.4
2023	158	57	101	18.8
2024	155	65	90	18.6
全体	565	240	325	18.9

2021年度は卒業により看護学科生を除いたため、男女比、平均年齢が異なっている

方法は、カルテ情報を基に後方視的に検討しました。日本環境感染学会の医療関係者のためのワクチンガイドライン、先ほど川村先生もスライドで出していましたが、それを参照して、入学年度別に陰性、基準値未満陽性、以下陽性と記述します。あと、基準値以上の陽性、以下、強陽性と記述し、その割合を算出しました。また、EIA法の抗体価の平均値を年度間で比較してみました。

方法

カルテ情報を元に後方視的に検討した。
日本環境感染学会の医療関係者のためのワクチンガイドライン(第3版)の基準を参照し、入学年度別に陰性、基準値未満陽性(以下陽性)、基準値以上陽性(以下強陽性)の割合を算出した。また、抗体価(EIA法)の平均値を年度間で比較した。

ワクチンのガイドラインの表ですが、うちはEIA法で、赤で囲ってる部分です。2未満が陰性っていうのは基準値どおりで、2以上あれば陽性になります。医療関係者は暴露される頻度が高かったり、病気で弱ってる人に移したりするとまずいというので、発症防止レベルよりもさらに高い、感染を防止するレベルを見込んで、さらに高い抗体価が望まれるということで、麻疹においては16以上、風疹においては8以上、水痘とムンプスにおいては4以上が望ましいということにされていて、そこを強陽性としました。その間を陽性と記載しています。

結果ですが、麻疹に関しては、陰性の人は同じ1%ぐらいで、あまり変わらないのです。しかし、強陽性の比率が年度別にだんだん下がってきまして、平均値の差で見えますと、21年度が12.5から徐々に下がって、24年度で7.5ぐらいになりまして、24年度は前の年のいずれと比較しても、有意に低いというような結果でありました。

こちらは風疹ですが、風疹も陰性者の数が年々、少し増えてる傾向にあるのかなというのと、あと、強陽性の数、うがった見方をすると、5割、4割、3割と、だんだん減ってるような感じがしまして、実際、数字で平均値で見ると、21年度の15.1から24年度の8.4まで、だんだん下がってきまして、これも麻疹と同じように、24年度が前年度のいずれと比較しても低いのと、あとは、21年と23年の間には一応有意差が出ておりますので、これも年々下がってきているということは

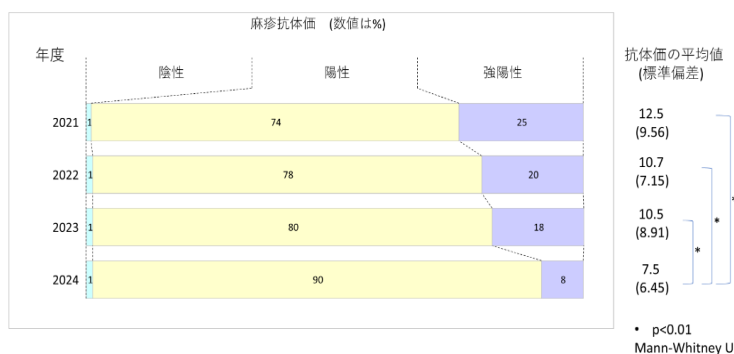
抗体価と必要予防接種回数

疾患名	検査方法	陰性	陽性	強陽性
		あと2回の予防接種が必要 種が必要 (-)	あと1回の予防接種が必要 種が必要 (±) ~ (+)	今すぐの予防接種は不要 (+)
麻疹 (はしか)	EIA法-IgG	2.0未満	2.0~15.9	16.0以上
	PA法	16倍未満	6倍、32倍、64倍、128倍	256倍以上
	NT法	4倍未満	4倍	8倍以上
風疹 (三日はしか)	HI法	8倍未満	8倍、16倍	32倍以上
水痘 (水ぼうそう)	EIA法-IgG※	2.0未満	2.0~7.9	8.0以上
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	EIA法-IgG	2.0未満	2.0~3.9	4.0以上

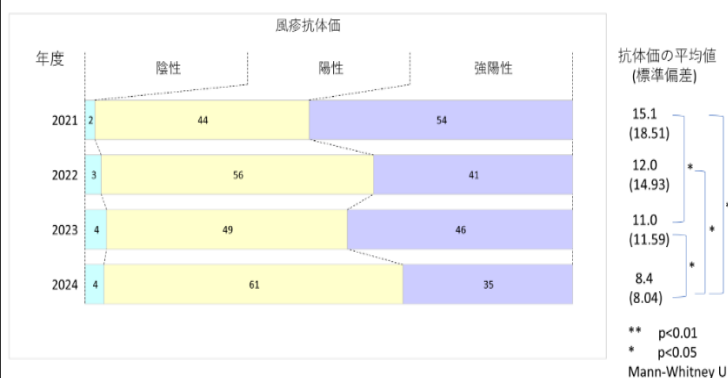
日本環境感染学会
医療関係者のためのワクチンガイドライン(第3版)

結果

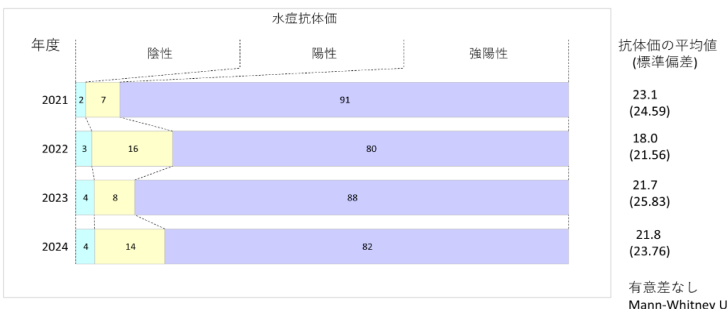
麻疹



風疹



水痘

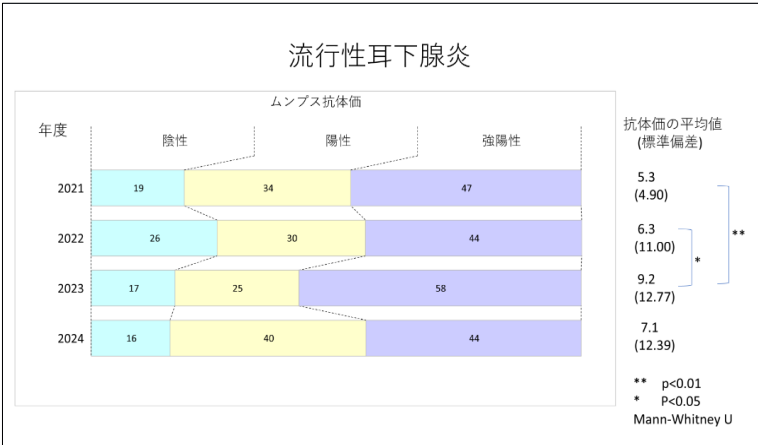


言えると思います。

水痘に関しては、高い強陽性を保っているという状態で、こちらに関しては、年度間の差などはありません。

ムンプスに関しては、陰性者が22年でちょっと多いのかなとか、あるいは強陽性者が23年度でちょっと多い印象がありますけれども、数字で見ますと、こちらは23年度が高かったようで、その前の年と比べて有意差が付いてます。少なくとも、こちらは年々下がってきてるようなことを危惧する状態にはないと思います。

抗体価に影響を与えそうな罹患歴をカルテ上調べてみましたが、麻疹は学年、実数が数字で、括弧内がパーセンテージで表していますが、総数のほうはそれほど変わらないかなという印象で。風疹に関しては、21年度と24年度で見ると、4対0でちょっと減ってるのかなとは思いますが、先ほどの検討では、23年度とか22年度との間にも、24年度は差がありましたので、抗体価の年度差に影響を与えるほどの罹患歴の差はないんじゃないかなと思います。水痘に関しては、年度により差はありますが、高めで推移しておりまして、ムンプスに関しては、先ほどの高かった23年度で、むしろ罹患率が低かった印象があります。



罹患歴

年度 (対象数)	麻疹既往あり 人(%)	風疹既往あり	水痘既往あり	ムンプス既往あり
2021 (100)	2(2)	4(4)	70(70)	33(33)
2022 (152)	1(0.66)	1(0.66)	76(46.2)	76(46.2)
2023 (158)	3(1.9)	3(1.9)	94(59.5)	45(28.5)
2024 (155)	2(1.3)	0(0)	95(61.3)	38(24.5)

少数のまま着かない 減少傾向？ 年度間に有意差をもたらすほどではない印象 年度により差があるが高めで推移 むしろ後半の方が罹患率が低い印象

ワクチン接種歴

経年的に減っているわけではない

年度 (対象数)	麻疹 (人(%))			風疹 (人(%))		
	0または不明	1回	2回以上	0または不明	1回	2回以上
2021 (100)	3(3.0)	10(10.0)	87(87.0)	5(5.0)	10(10.0)	85(85.0)
2022 (152)	8(5.3)	144(94.7)		10(6.6)	142(93.4)	
2023 (158)	2(1.3)	17(10.8)	139(88.0)	3(1.9)	19(12.0)	136(86.1)
2024 (155)	3(1.9)	15(9.7)	137(88.4)	3(1.9)	16(10.3)	136(87.7)

年度 (対象数)	水痘 (人(%))			ムンプス (人(%))		
	0または不明	1回	2回以上	0または不明	1回	2回以上
2021 (100)	45(45.0)	53(53.0)	2(2.0)	38(38.0)	56(56.0)	6(6.0)
2022 (152)	82(53.9)	70(46.1)		59(38.8)	93(61.2)	
2023 (158)	61(38.6)	94(59.5)	3(1.9)	48(30.4)	103(65.2)	7(4.4)
2024 (155)	68(43.9)	85(54.8)	2(1.3)	55(35.5)	94(60.6)	6(3.9)

あともう一つ、抗体価に影響を与えそうな要素として、ワクチン接種歴も見直してみましたけども、麻疹も風疹も、やはり2回の定期接種世代なんで、85%以上は2回の接種歴がありますし、あ

とは、0 または不明として一番左の欄も、少なくとも年々増えてる傾向にはなくて、むしろ年度を追うごとに、打ってない人っていうのは減ってるんじゃないかと思います。

あと、ムンプスに関しては、23 年度の抗体価が高かった年に関して、トータルで7割ぐらいの方が予防接種打ってましたので、少し予防接種率は高かったかもしれません。

まとめますと、ワクチン2回定期接種世代が多数を占めている本学の新入生におきまして、麻疹と風疹の抗体価は近年はっきり低下してる傾向にあると思います。麻疹では強陽性者がわずか8%しかいませんでした。水痘の抗体価は横ばい、ムンプスは23年度がそれ以前と比較して有意に高値でありました。麻疹とか風疹では、罹患歴やワクチン接種回数は、抗体価に年度間の有意差をもたらすほどの変化はない印象でありました。ムンプスでは、23年入学生のワクチン接種率がやや高い印象でした。

考察ですが、ワクチンによって獲得される免疫は抗体価が低くて、持続も短いということがいわれています。ワクチン制度が充実した環境下では、ウイルス疾患の罹患数自体が減るため、その暴露によるブースター効果が期待しづらくなります。既に日本は2015年に麻疹の排除国となっています。そのような状態が続くと、抗体陽性率、抗体持ってる人は高くなるけども、集団として保有する抗体価は経時的に下がるとする報告がありまして、麻疹と風疹では、まさに本学もそういう傾向にあると思います。排除国となっている麻疹においては、特に今後も注視する必要がありますと思われる。以上になります。

結果のまとめ

- ✓ ワクチン2回定期接種世代が多数を占める本学の新入生における検討で麻疹、風疹の抗体価が近年低下している(麻疹では強陽性がわずか8%)
- ✓ 水痘の抗体価は横ばい、ムンプスは23年度がそれ以前と比較して有意に高値であった
- ✓ 麻疹、風疹では、罹患歴やワクチン接種回数は抗体価に年度間の有意差をもたらすほどの変化はない印象であった。
- ✓ ムンプスでは23年のワクチン接種率がやや高い印象であった

考察

- ✓ ワクチンによって獲得される免疫は抗体価が低く、持続も短いことが知られている
- ✓ ワクチン制度が充実した環境下では罹患数が減るため、ウイルスへの暴露によるブースター効果が期待しづらくなる(日本は2015年に麻疹の排除国となっている)
- ✓ 上記の状態が持続すると抗体陽性率は高くなるが、集団として保有する抗体価は経時的に下がる傾向にあるとする報告があり、麻疹、風疹(特に前者)においては今後も注視する必要があると考えられる

文献)
Takemoto K. Japanese Journal of Infectious Disease (2024)
Kurata T. Vaccine 40 (2022)

【質疑・応答】（敬称略）

藤井：藤女子大学の藤井です。抗体価の検査、興味深く拝見いたしました。最後の考察のところで、これ、とても大事なことだと思うんですけども、集団として保有する抗体価っていう、こういう概念、これが経時的に下がっていくっていうのは、コロナのことを考えても同じようなことが、集団としての抗体価ってのは下がってきているのかなという、そんなふうにも思うんですけども。ところで、集団として保有する抗体価っていうのはどういうふうに定義されるんでしょうか。

北野：今回は、全員分の抗体価を足して、それを人数分で割った平均値で出してみたのですが、果たしてそれで感染に弱い集団になってるかどうかっていうと、それだけでは多分いえないっていう話もあり、ワクチンによって誘導される抗体の質がよければ、低くても大丈夫だろうとか。あるいは、ここの抗体価で見てるのは、液性免疫の一部しか示されていないので、他の免疫の機序もあるんじゃないかっていうのがあるので、これだけで、麻疹が入ってきたらすぐみんなに広がっちゃう集団だとはいえないんですけども。しかし、10年ぐらい麻疹が廃絶される頃の文献と比べると、確か5割ぐらいが強陽性者だったりする文献が、日本の文献でごろごろあったので、ひとつ気を付けたほうがいいんじゃないかなと思って、今回出してみました。

藤井：分かりました。どうもありがとうございます。

閉会挨拶

全国大学保健管理協会北海道地方部会代表世話人
北海道教育大学保健管理センター長
羽 賀 将 衛

皆さん、今日は朝からどうもお疲れさまでした。この研究集会の準備ならびに運営にご尽力くださいました、旭川医科大学の関係者の皆さま、改めてお礼を申し上げます。どうもありがとうございました。

こうした研究集会の目的としまして、講演等を聞いて知識を得るというだけでなく、やはり皆さんの横のつながりを強くすると、そういったことがあると思います。これからも皆さん方、普段からぜひ連絡を取り合いながら情報交換等して、何か困ったことがあった時にはすぐ誰かに相談できるような、そういう関係をぜひ築いていただければと思います。

前回旭川で開催した時は、次の年の当番大学がうちだったものですから、来年また札幌で会いましょうって、そういうふうに出場であいさついたしました。来年は当番大学、小樽商科大学ですけども、会場は札幌になりますのでということで、来年また札幌で会いましょう。本日はどうもお疲れさまでした。

全国大学保健管理協会北海道地方部会当番校
旭川医科大学保健管理センター長
北 野 陽 平

当番校を代表しまして、一言ごあいさつを申し述べます。皆さん、本日は朝早くから本研究集会に参加いただきまして、誠にありがとうございます。

ようやく閉会式までたどり着きまして、胸をなで下ろすような心持ちでおります。いろいろ至らないところも多数あったと思いますけども、何分不慣れなことゆえ、お許しいただければと思います。

私個人としましては、本日のいずれの講演も、研究発表も、興味深く拝聴しておりましたけども、皆さまはいかがだったでしょうか。何か一つでもあしたからの業務に役立つような情報を持って帰っていただければ、開催した私どもとしては何よりうれしいことであります。本日講演を賜りました話者の皆さんと、座長の労を執っていただきました先生方、研究発表して下さった施設の皆さま、また、出席して下さった皆さまに改めてお礼を申し上げて、私のごあいさつとさせていただきます。

次年度は当番校を小樽商科大学に引き継ぐことになっておりますので、保健管理センター所長の高橋先生、一言よろしく願いいたします。

全国大学保健管理協会北海道地方部会次期当番校

小樽商科大学保健管理センター所長

高 橋 恭 子

次年度当番大学の、小樽商科大学の保健管理センターの高橋と申します。本日は旭川医科大学の北野先生をはじめ、このような素晴らしい研究集会を開催していただきましてありがとうございました。

そして、この次の年と思うと、内容の充実したこの会の次と思うと、非常にプレッシャーを感じているところですが、できるだけ皆さまのお役に立てるような内容をこれから準備しまして、皆さまをお迎えしたいと思っております。

小樽商科大学が当番校ですが、小樽でなかなか会場の適当なところが見つからないということもありまして、来年は 2026 年 8 月 28 日の金曜日、札幌の、今のところアスティ 45 を会場として予定しております。札幌駅からは直結しておりますので、便利はいいかと思います。残念ながら、小樽の海を皆さまに見ていただくことができなくて、ちょっと残念なんですけれども、ぜひ皆さま、今から手帳や Google カレンダーに入れていただいて、保健管理センターを閉める準備をしていただいて、ぜひいらしていただければと思います。皆さまのお越しをお待ちしておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

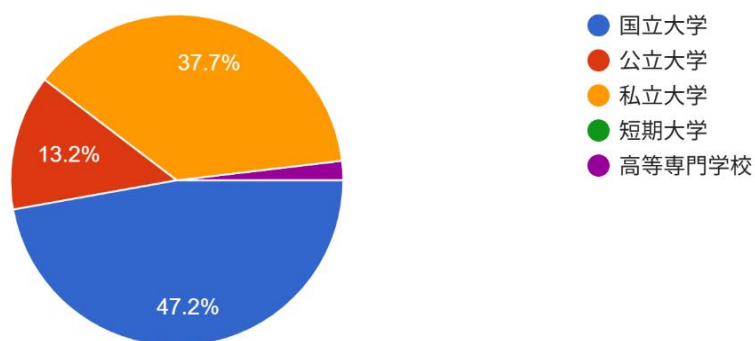
第 62 回全国大学保健管理協会北海道地方部会研究集会 アンケート調査結果

令和 7 年 8 月 22 日に開催した研究集会のアンケート調査結果を報告します。

当番大学 旭川医科大学

1 所属大学

53 件の回答

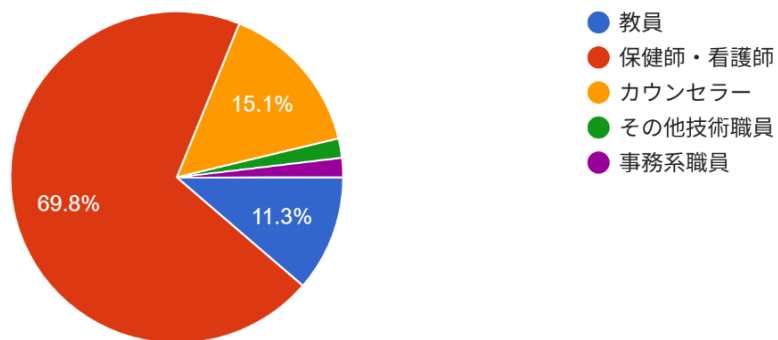


1 つだけマークしてください。

- ☐ 国立大学 (25 件)
- ☐ 公立大学 (7 件)
- ☐ 私立大学 (20 件)
- ☐ 短期大学 (0 件)
- ☐ 高等専門学校 (1 件)

2 職種

53 件の回答



1 つだけマークしてください。

- ☐ 教員 (6 件)
- ☐ 保健師・看護師 (3 7 件)
- ☐ カウンセラー (8 件)
- ☐ その他技術職員 (1 件)
- ☐ 事務系職員 (1 件)

3-1 開催時期について

53 件の回答



1 つだけマークしてください。

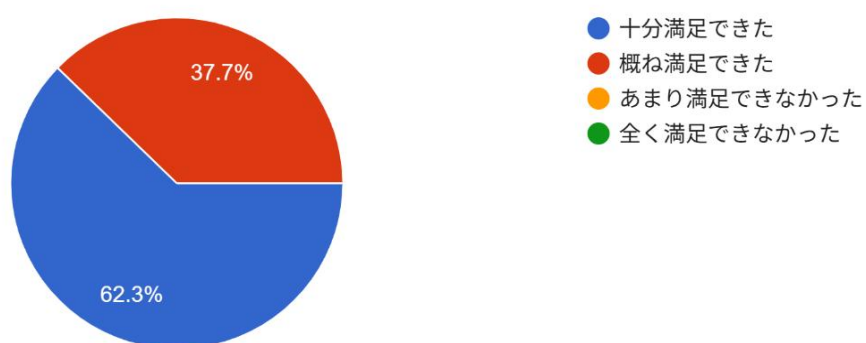
- ☐ 適当である (5 3 件)
- ☐ 不適當である (0 件)

3－2 「不適當である」と回答された方は、希望開催時期をご記入してください。

無

4－1 タイムスケジュールについて

53 件の回答



1 つだけマークしてください。

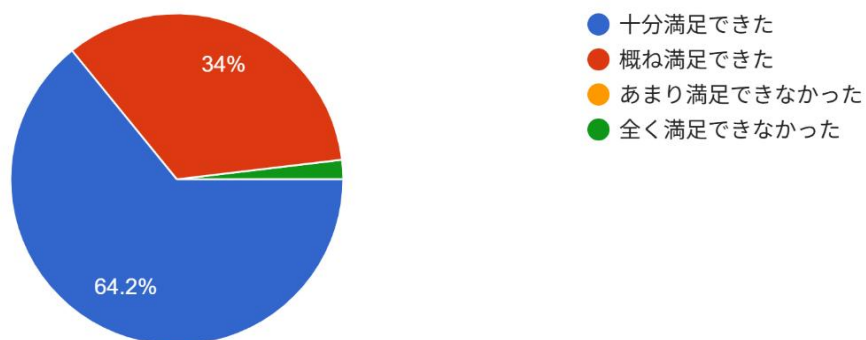
- ☐ 十分満足できた (3 3 件)
- ☐ 概ね満足できた (2 0 件)
- ☐ あまり満足できなかった (0 件)
- ☐ 全く満足できなかった (0 件)

4－2 「全く満足できなかった」と回答された方は、その理由をご記入してください。

・参加者の交流の場（機会、例、懇親会）

5－1 会場について

53 件の回答



1 つだけマークしてください。

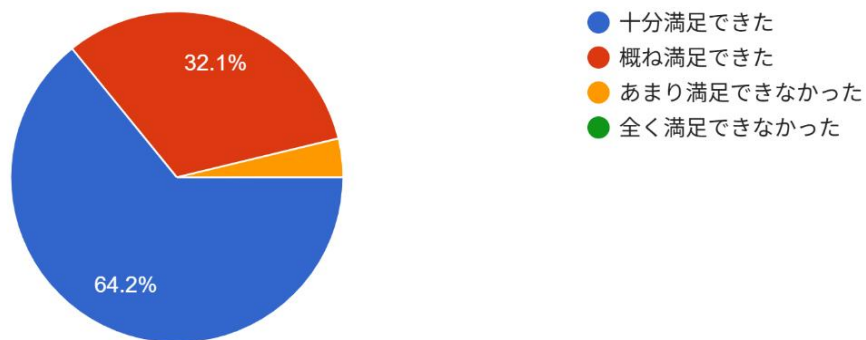
- ☐ 十分満足できた (3 4 件)
- ☐ 概ね満足できた (1 8 件)
- ☐ あまり満足できなかった (0 件)
- ☐ 全く満足できなかった (1 件)

5－2 「全く満足できなかった」と回答された方は、その理由をご記入してください。

- ・会場の空調が熱中症予防の域を超え、寒すぎました

6－1 運営(案内、資料、会費徴収、進行など)について

53 件の回答



1 つだけマークしてください。

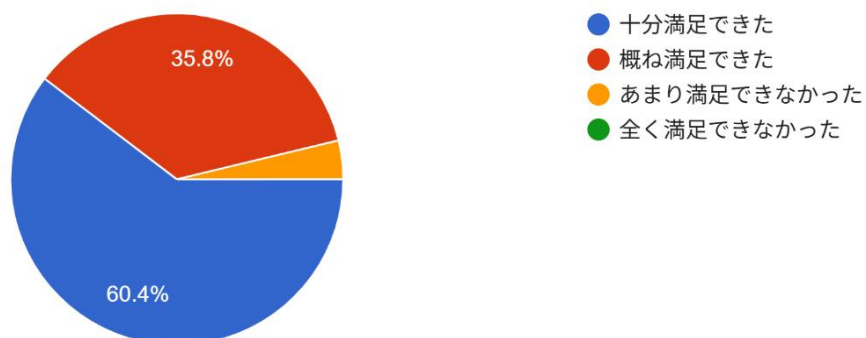
- ☐ 十分満足できた (3 4 件)
- ☐ 概ね満足できた (1 7 件)
- ☐ あまり満足できなかった (2 件)
- ☐ 全く満足できなかった (0 件)

6－2 「全く満足できなかった」と回答された方は、その理由をご記入してください。

- ・配布資料（パワポ資料）の文字が小さく見えずらかった。
- ・オンラインでの開催を希望します。
- ・配布資料の文字がもう少し大きければ読みやすかったです。

7-1 講演について

53 件の回答



1 つだけマークしてください。

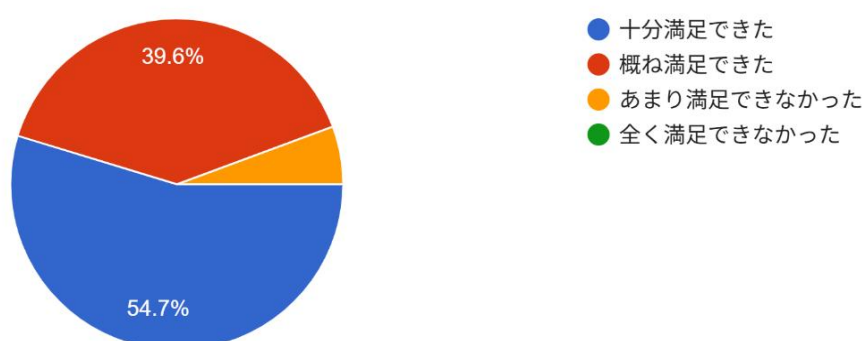
- ☐ 十分満足できた (32 件)
- ☐ 概ね満足できた (19 件)
- ☐ あまり満足できなかった (2 件)
- ☐ 全く満足できなかった (0 件)

7-2 「全く満足できなかった」と回答された方は、その理由をご記入してください。

無

8－1 今回の研究集会への全体的な評価について

53 件の回答



1 つだけマークしてください。

- ☐ 十分満足できた (29 件)
- ☐ 概ね満足できた (21 件)
- ☐ あまり満足できなかった (3 件)
- ☐ 全く満足できなかった (0 件)

8－2 「全く満足できなかった」と回答された方は、その理由をご記入してください。

無

9 今後、取り上げてほしい内容やご関心のあるテーマがございましたら、ご記入してください。

- (1) LGBTQ への大学としての対応、救命処置（心肺蘇生法＋AED 使用）
- (2) 保健管理部門として独立していないような規模の医務室では、その働きは評価されにくいと思われます。医務室の状況を報告するにあたり、基本的な分析方法等をお教えいただけると嬉しいです。

- (3) 学生の AI 利用（悩み相談に使われていると知り、メンタルヘルスへの功罪について知りたい）
- (4) 学生・職員のメンタルヘルス支援活動について
- (5) 保健管理センターが、教育、研究の場である大学との関り方について知りたいです。
- (6) ①マインドフルネスについて（学生や教職員のセルフケアや援助者としてのセルフケアの一つの方法として学びたい）
②最近の大学生への効果的な健康教育について（IT、SNS 等活用なども含めて）
- (7) 発達障害が疑われる学生の対応など
- (8) 頭痛・偏頭痛
- (9) 今回は精神科領域の講演があり、とても充実しておりました。今後も同様なプログラムだと嬉しいです。
- (10) ご講演についてですが、多職種やそれぞれの施設規模、興味も違うので、前年度と比べて違う内容の講演があれば嬉しいです。
- (11) 合理的配慮の対応例などについて取り上げていただきたいです。
- (12) 生命の危機状況にある学生・教職員への対応、発達障害学生への対応
- (13) テーマに分かれてのグループディスカッション(情報交換企画)
- (14) 大学生の薬物乱用等の事例等の対応についての講演
- (15) 各大学の健康診断の検査項目や検査の根拠のなどの一覧表があったら参考になるので 5 年に 1 回くらいは出していただきたいです。
- (16) 発達障害や合理的配慮について
- (17) 合理的配慮を受ける学生の適切な範囲と支援内容について
- (18) 学生の健康管理としての取組み、学生の抱える疾患で多いものとそれに対する関りなど
- (19) 包括的性教育、トラウマ
- (20) ・ AI を保健センターの活動でどう活かしていくか
・ 就学支援の各大学の対応の状況について

10 その他のご意見・ご要望などありましたら、ご記入してください。

- (1) 保看会の交流会は非常にありがたい企画でした。プログラムにも記載いただけると、より分かりやすかったと思います。
- (2) とても参考になる講演ばかりで、大変勉強になりました。ありがとうございました。
- (3) 武井先生のご講演から、学生の持っている健康な部分を大切にすることを日々忘れないように業務にあたりたいと強く思いました。ご準備いただいた旭川医科大学のみなさま、お忙しい中多くの学びを得る貴重な機会をいただき誠にありがとうございました。
- (4) 保管会でお話する時間がとれてよかったです。
- (5) 参加者の交流の場（懇親会）がなかったのは残念である
- (6) 余裕あるスケジュールで、集中力も保てる良い内容だったと思います。大変お世話になりました、ありがとうございました。
- (7) お飲み物まで用意して頂き、ありがとうございました。
- (8) 研究集会を開催いただき、ありがとうございました。様々なテーマの講演や研究発表をお聞きでき、知識を深めることができました。
- (9) 開催ありがとうございました。
- (10) 参加者との意見交換会等の次間を設けて頂ければ情報交換しやすい パネルディスカッション等
- (11) （感想）初めて参加しましたが、横の繋がりができた大変貴重な機会となりました。参加して良かったです。運営ありがとうございました。
- (12) 会場によっては通常の出退勤と大きく時間が変わる（早朝に自宅を出て、帰宅も遅くなる）ため、子育てや介護など家庭の事情がある場合は、困難を感じます。オンラインまたはハイブリッド開催を検討いただけるとありがたいです。
- (13) ないです。
- (14) 研究集会の準備から当日の進行まで、大変お疲れ様でした。講演内容もとても勉強になる内容でした。北野先生を始め運営された皆様に感謝申し上げます。ありがとうございました。
- (15) 旭川医科大学の皆様 ありがとうございました。

- (16) ここ数年、研究集会が一日だけになっているせいか、質疑応答の時間も少ないように感じます。二日間開催の時は、余裕を持って講演も聞けていたように感じます。講演を聞くだけではなく、グループワーク等取り入れて参加者も一緒に考える時間が持てるといいかもしれません。
- (17) 研修会の企画、運営大変お疲れ様でした。プログラムが過密でなかったのも、疲労しすぎることなく講義に集中できました。 質疑応答についてですが、その場ではなかなか質問が思い浮かばないことも多いため、事前に抄録を配布いただき、事前に質問を投稿できる仕組みがあれば、もう少し質疑応答時間が活発になるのではと思いました。
- (18) 集会準備・運営等、お疲れさまでした。興味深い講義が多く、他部署の職員とも情報共有していきたいと思います。ありがとうございました。 1点、「思春期青年期患者から教わる生き方のヒント」武井 明 先生の講義内で、終了近くに、道内ではトラウマ治療をしているところが少ないとの発言をされていました。学生からの訴えがあった場合、専門治療が可能な病院はあるのだろうか、安易に近医でよいのだろうかと思ったことがあります。道内で対応している病院など、可能であれば伺いたかったです。

以上



旭川医科大学

Asahikawa Medical University