

横浜国立大学

保健管理センター 年報

第 34 号

(平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月)

横浜国立大学 保健管理センター

Center for Health Service Sciences



YNU C.H.S.S.

2014.4.24

目 次

はじめに

I. 保健管理センターの概要

1. 沿革
2. スタッフ
3. 業務概要
4. センター施設
 - 平面図
 - 外観
 - 受付・待合ロビー
 - 診察室
 - 相談室
 - 処置室・休養室
 - 会議室

II. 学校保健

1. 学生一般健康診断
 - 1) 実施の流れ
 - 2) 実施状況
 - 3) 結果概要
 - ・ BMI
 - ・ 血圧
 - ・ 尿所見
 - ・ 胸部レントゲン所見
 - ・ 内科診察所見
2. 体育系部活動健康診断
 - 1) 実施の流れ
 - 2) 実施状況

Ⅲ. 職域保健

1. 教職員定期健康診断
 - 1) 実施の流れ
 - 2) 実施状況

2. 特殊健康診断
 - 1) 実施の流れ
 - 2) 実施状況

3. 産業医面談
 - 1) 超過勤務者面談実施状況
 - 2) 職場復帰支援面談実施状況

Ⅳ. 診療・カウンセリング業務

外来担当表（図）

1. 一般診療
 - 1) 月別診療件数
 - 2) 疾患別診療件数

2. 精神科診療・心理カウンセリング
 - 1) 月別件数

Ⅴ. 論考

学生のメンタルヘルス

Ⅵ. 研究業績

1. 著書・論文
2. 学会発表等
3. 研究助成金

Ⅶ. その他

講義、講演、委員会 等

おわりに

は じ め に

保健管理センターが、学生センターの1階に移転して2年目となる。今年は、移転してきて以来の念願であった、保健管理センター内および周辺的环境整備・美化を少し進めることができた。保健管理センターの周辺は殺風景であったため、昨年も、センターのスタッフが、折に触れて、購入してきた花などを植えていたのであるが、今年は本格的に花壇の整備を行ったのである（下記写真）。

自然の緑や花に囲まれた空間は心を豊かにするなどの精神の安定化、肉体疲労の回復促進といったストレス解消効果を持ち、心の安定に繋がる。実際、カウンセリングを受ける学生が、植物の成長を楽しみにして来所し、保健管理センタースタッフとそれを話題にして会話するなど、良い影響が出てきているようである。



平成 26 年 3 月 31 日

横浜国立大学保健管理センター
所長 大重 賢治

I . 保健管理センターの概要

1. 沿 革

- 昭和 39 (1964) 年 8 月 横浜国立大学学生健康相談所設置に関する暫定内規 (昭和 39 年 7 月 29 日決議) により、清水ヶ丘地区に学生相談所を設置。
- 昭和 39 (1964) 年 9 月 経済学部保健室、横浜分校保健室を統合整備し、清水ヶ丘地区内に学生健康相談所中央保健室として業務を開始。
- 昭和 39 (1964) 年 9 月 清水ヶ丘地区内に学生健康相談を開設、業務を開始。
- 昭和 40 (1965) 年 1 月 学芸学部鎌倉校舎が焼失したため、清水ヶ丘キャンパスに移転。学芸学部保健室を中央保健室に統合。
- 昭和 48 (1973) 年 4 月 大学保健管理センターを設置。学生健康相談所の業務を保健管理センターに移管、同相談所を廃止。工学部 (弘明寺地区) に分室を設置。
- 昭和 49 (1974) 年 8 月 統合移転により、清水ヶ丘キャンパスから常盤台キャンパスに移転。
- 昭和 50 (1975) 年 3 月 常盤台キャンパス内に、保健管理センターの建物が竣工。
- 平成 11 (1999) 年 1 月 保健管理センター内に、身体障害者用トイレを増設。
- 平成 17 (2005) 年 12 月 保健管理センター内改修工事 (診療室の増設他) を施行。
- 平成 22 (2010) 年 7 月 保健管理センターの英語表記を、それまでの Health Service Center から、Center for Health Service Sciences に変更 (Health Service Center は通称として使用)。
- 平成 23 (2011) 年 4 月 健康診断証明書の自動発行システム導入。
- 平成 24 (2012) 年 7 月 保健管理センターの場所が、キャンパス中央 (S5) に増改築された建物 (学生センター) の 1 階に移転。

2. ス タ ッ フ

所長・教授	大 重 賢 治	(医師)
准 教 授	藤 川 哲 也	(医師)
講 師	福 榮 太 郎	(臨床心理士)
看 護 師	楠 本 多 美	
看 護 師	對 間 梢	
看 護 師	熊 谷 美智代	
非常勤医師	藤 川 美登里	(精神科医師)
非常勤医師	川 越 泰 子	(精神科医師)
非常勤医師	小 西 晶 子	(精神科医師)
非常勤カウンセラー	松 本 菜 智	(臨床心理士)
非常勤カウンセラー	生 田 かおる	(臨床心理士)
非常勤カウンセラー	井 谷 友 子	(臨床心理士)

3. 業 務 概 要

保健管理センターの業務は、大きく三つに分類される。学校保健業務、職域保健（産業保健）業務、そして診療・カウンセリング業務である。

学校保健に関する業務として、学生定期健康診断と体育系部活動等所属学生健康診断がある。学生定期健康診断は、4月に全新入生および全在校生を対象として実施している他、10月にも秋入学の学生を対象として実施している。体育系部活動等所属学生健康診断は、夏に開催される大会に向けて、例年6月に実施している。

職域保健に関する業務として、人事・労務課と協同して、教職員を対象とした一般定期健康診断、有機溶剤や電離放射線の取り扱い者（教職員および学生）を対象とした特殊業務健康診断、超過勤務者産業医面談、休職者の復職支援等の業務を行っている。一般定期健康診断は、例年6～7月に実施し、7～8月にかけて事後措置（有所見者の面談、医療機関紹介等）を行っている。特殊業務健康診断は前期（5～6月）に1回、後期（12月）に1回実施し、結果が出次第、有所見者への面談を実施し、状況に応じて、再検査もしくは医療機関受診の指示を行っている。

一般診療は、常勤医師2名が分担して行っている。精神保健については、常勤臨床心理士1名、非常勤臨床心理士3名、非常勤精神科医師3名の体制で実施している。一般診療、精神保健とも、スタッフそれぞれの専門性を生かしつつ、有機的に連携しながら、診療・カウンセリングを実施している。なお、カウンセリングが長期に及ぶ場合（3か月を超える場合）、保健管理センタースタッフによるカウンセリング会議（カンファレンス）で、状況の確認を行っている。

平成25年度 保健管理センター業務 年間スケジュール

区分 月別	行 事	内 容	対 象
平成25年 4月～5月	学生定期健康診断 (4月3日～17日)	問診票記入、身長・体重、視力検査、聴力検査(会話法)、血圧・脈拍数測定、尿検査、胸部X線間接撮影、内科診察	学生(新入生、在学生)
	事後措置	血圧、尿再検査、聴力検査(オーディオメーター)、胸部X線直接撮影、心電図検査、内科診察、精密検査のための病院紹介、身体的・心理的相談、健康診断証明書発行、保健指導	有所見者
5月～6月	前期特殊健康診断	有機溶剤、電離放射線、紫・赤外線、塵肺、病原体、特定化学物質、その他の有害物質取扱者及びVDT作業者に対する諸検査	教職員、学生(左記有害物質取扱者)
	事後措置	再検査、精密検査のための病院紹介	有所見者
6月	体育系部活動等所属学生健康診断	体脂肪測定、血液検査(血球検査、肝機能、腎機能、血中脂質、血糖)、心電図検査、問診、内科診察	体育系部活動等所属学生(定期健康診断受診者)
	事後措置	再検査、精密検査のための病院紹介、運動可否判定	有所見者
6月～7月	教職員定期健康診断	問診票記入、身長・体重・腹囲測定、視力検査、聴力検査(オーディオメーター)、血圧・脈拍数測定、尿検査、血液検査、胸部X線間接撮影、心電図検査、便潜血検査、上部消化管造影検査、婦人科検診(乳房超音波検査、子宮細胞診)、内科診察	教職員
	事後措置	再検査、精密検査のための病院紹介	有所見者
10月	10月入学生定期健康診断	問診票記入、身長・体重、視力検査、聴力検査(会話法)、血圧・脈拍数測定、尿検査、胸部X線間接撮影、内科診察	学生(10月入学大学院生等)
	事後措置	血圧、尿再検査、体脂肪測定、聴力検査(オーディオメーター)、胸部X線直接投影、心電図検査、内科診察、精密検査のための病院紹介、身体的・心理的相談、健康診断証明書発行、保健指導	有所見者

区分 月別	行 事	内 容	対 象
1 2 月	後期特殊健康診断	有機溶剤、電離放射線、紫・赤外線、塵肺、病原体、特定化学物質、その他の有害物質取扱者及びVDT作業者に対する諸検査	教職員、学生（左記有害物取扱者）
	事後措置	再検査、精密検査のための病院紹介	有所見者
平成26年 1月～3月	各種健康診断結果集計		
	次年度保健管理計画作成		
通年	●年報作成		
	●入学予定者健康診断	書類審査	入学予定者
	●教職員採用時健康診断(毎月)	書類審査、教職員採用時健康診断	採用者
	●一般外来診察・心理相談・保健指導	保健管理センターにおいて、医師、臨床心理士、看護師等によって行う	学生、教職員
	●各種大学行事救護		学生、教職員、一般参加者等
	●心肺蘇生法講習会 (本学労働安全衛生委員会主催、保健管理センター協力)	1年に2回(6月、11月)、1回3時間 保土ヶ谷消防署隊員による心肺蘇生法及び自動体外式除細動器(AED)の使い方の指導	教職員、学生
	●長時間労働者面接指導	産業医	教職員
	●教職員復帰支援	産業医、精神科医、カウンセラーによる休職者の復帰支援	メンタル不調により休職した教職員
	●労働安全衛生委員会	月1回開催 産業医	
●メンタルヘルス部会	月1回開催 保健管理センタースタッフが出席		

4. センター施設

平面図



外観



受付・待合ロビー



診察室 1



診察室 2



相談室



処置室・休養室



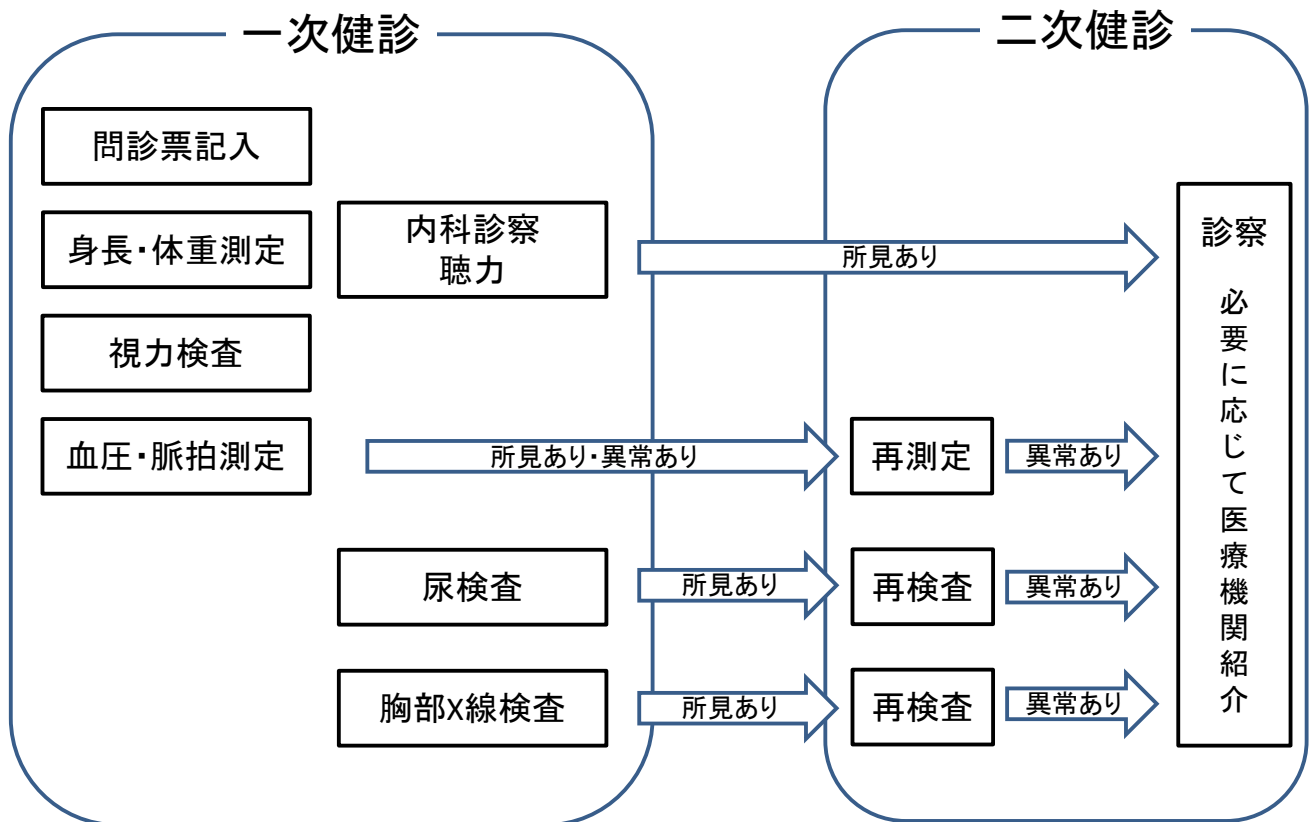
会議室



Ⅱ. 学校保健

1. 学生一般健康診断

1) 実施の流れ



「一次健診で行われる、血圧測定、尿検査、胸部x線検査（間接撮影）にて異常所見が認められたものは、後日、再検査が実施される。再検査においても異常が認められた場合、保健管理センターの医師による診察が実施され、必要に応じて外部の医療機関への紹介がなされる。一次健診での内科診察で再診察が指示された場合も同様に、保健管理センターの医師による診察が行われる」

2) 実施状況

学部生

		一年生		二年生		三年生		四年生		五年		計
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
経済学部	学生数	183	57	192	52	200	52	279	72			1087
	受診者数	181	57	55	20	119	39	123	40			634
経営学部	学生数	186	102	194	86	217	92	288	102			1267
	受診者数	184	102	82	31	173	81	138	71			862
経営学部(夜間主)	学生数	26	9	21	15	24	13	32	11			151
	受診者数	23	7	8	10	9	5	11	4			77
工学部	学生数							727	96			823
	受診者数							456	73			529
工学部(第二部)	学生数									9	0	9
	受診者数											0
理工学部	学生数	632	150	628	131	672	144					2357
	受診者数	624	149	248	47	338	81					1487
教育人間科学部	学生数	190	198	181	211	200	228	284	285			1777
	受診者数	190	194	144	138	162	192	208	157			1385
教育人間科学部 臨時教員養成課程	学生数	9	17									26
	受診者数	7	16									23
計	学生数	1226	533	1216	495	1313	529	1610	566	9	0	7497
	受診者数	1209	525	537	246	801	398	936	345			4997
	受診率	98.6	98.5	44.2	49.7	61.0	75.2	58.1	61.0			66.7

大学院生（修士・博士前期）

		一年生		二年生		三年生		計
		男	女	男	女	男	女	
教育研究科	学生数	46	62	71	95			274
	受診者数	37	50	25	37			149
国際社会研究科	学生数			100	79	37	10	226
	受診者数			56	51	18	9	134
国際社会科学府	学生数	103	55					158
	受診者数	87	47					134
専門職学位	学生数							0
	受診者数							0
工学府	学生数	333	40	354	31			758
	受診者数	314	36	306	31			687
環境情報学府	学生数	136	42	159	60			397
	受診者数	134	37	113	39			323
都市イノベーション学府	学生数	65	36	83	42			226
	受診者数	61	30	62	37			190
計	学生数	683	235	767	307	37	10	1881
	受診者数	633	200	562	195	18	9	1617
	受診率	93.0	85.1	73.3	63.5	48.6	90.0	86.0

大学院生（博士後期）

		一年生		二年生		三年生		計
		男	女	男	女	男	女	
国際社会研究科	学生数			21	12	56	31	120
	受診者数			11	3	6	7	27
国際社会科学府	学生数	7	4					11
	受診者数	5	3					8
工学府	学生数	22	5	39	1	72	13	152
	受診者数	10	5	20	0	31	8	74
環境情報学府	学生数	27	6	28	9	88	40	198
	受診者数	18	6	13	4	17	9	67
都市イノベーション 学府	学生数	8	4	11	6	9	4	42
	受診者数	7	2	6	4	6	3	28
計	学生数	57	19	99	28	225	88	516
	受診者数	40	16	50	11	60	27	204
	受診率	70.2	84.2	51.0	39.3	26.7	30.7	39.5

非正規生・他

		一年生		二年生		三年生		計
		男	女	男	女	男	女	
研究生	学生数	61	64					125
	受診者数	10	16					26
その他の学生	学生数	95	80					175
	受診者数	7	2					9
連合大学	学生数	2	4	2	2	7	11	28
	受診者数	1	3	2	1	2	2	11
計	学生数	158	148	2	2	7	11	328
	受診者数	18	21	2	1	2	2	46
	受診率	11.4	14.2	100.0	50.0	28.6	18.2	14.0

総計

		男	女	計
総計	学生数	7409	2971	10380
	受診者数	4868	1996	6864
	受診率	65.7	67.2	66.1

学生一般健康診断結果概要

1. 対象及び方法

平成 25 年 5 月 1 日における本学の学部及び大学院在籍者を対象とした。各数値はその分布および取得されうる範囲から明らかに外れる場合は除外した。年齢は平成 25 年 4 月 1 日時点での年齢をもちいた。Body Mass Index (体格指数：BMI, kg/m^2) は体重(kg)を身長(m)の二乗で除して算出した。身体計測、血圧、胸部レントゲン、内科診察所見のデータを有す解析可能なケースを対象とした。年齢については区分を設け、学部学生は 18~24 歳は 1 歳刻み、25 歳以上は一括とした。大学院生は 22~29 歳は一歳刻み、30~34 歳、35 歳以上のカテゴリーを設けた。これらの年齢階層に満たない場合は最も低い階層として扱った。

2. 項目別評価

2. 1 BMI (平均、標準偏差、やせ・肥満の数・割合) — 男女別

BMI は体重と身長から算出される肥満度を表す体格指数である。身長及び体重は自動測定器を用いて計測した。BMI による体格の分類は $18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$ 未満をやせ、 $18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$ 以上 $25.0 \text{ kg}/\text{m}^2$ 未満を普通、 $25.0 \text{ kg}/\text{m}^2$ 以上を肥満とする。

学部学生の性別および年齢階層別の BMI および各体型の割合を表 1-1 に示す。BMI の平均±標準偏差は、男子全体で $21.4 \pm 2.8 \text{ kg}/\text{m}^2$ 、女子全体で $20.3 \pm 2.3 \text{ kg}/\text{m}^2$ であった。性年齢階層別の BMI の平均値では、男子では 18 歳から 22 歳で $21 \text{ kg}/\text{m}^2$ 台であったが、23 歳以降では $22 \text{ kg}/\text{m}^2$ 以上かつ増加傾向を示した。女子では 18 歳から 24 歳まで $20 \text{ kg}/\text{m}^2$ 前後であったが 25 歳以上の階層では $21.1 \text{ kg}/\text{m}^2$ を示した。BMI によって判定した体格の割合は、男子では全体でやせが 12.1%、普通が 78.2%、肥満が 9.7%であった。年齢階層別では、やせの割合は年齢による特定の傾向を認めなかった。一方、肥満割合は 18 歳から 21 歳まで 10%未満であったが 22 歳から増加し 25 歳以上の階層では 32.6%を示した。女子では全体でやせが 19.3%、普通が 77.9%、肥満が 2.8%であった。年齢階層別では、やせの割合は年齢による特定の傾向を認めなかった。肥満の割合は 18 歳から 23 歳まで 5%以下であったが、24 歳以降で増加し、25 歳以上の階層では 10%台を示した。

表 1-1 BMI (kg/m²) 体格の割合 学部学生

性別	年齢	BMI		やせ	普通	肥満
		平均	標準偏差	割合	割合	割合
男	18	21.0	2.6	14.6%	77.7%	7.7%
	19	21.4	2.7	11.4%	78.7%	9.8%
	20	21.2	2.6	10.2%	82.4%	7.4%
	21	21.4	2.9	11.3%	79.8%	8.9%
	22	21.7	3.1	13.1%	74.1%	12.8%
	23	22.1	3.7	14.9%	66.0%	19.1%
	24	22.7	3.4	8.1%	64.9%	27.0%
	25	23.1	4.3	11.6%	55.8%	32.6%
	全体	21.4	2.8	12.1%	78.2%	9.7%
女	18	20.0	2.3	25.9%	71.9%	2.2%
	19	20.5	2.2	15.4%	81.6%	2.9%
	20	20.6	2.3	18.4%	78.9%	2.7%
	21	20.4	2.2	16.9%	80.6%	2.6%
	22	20.3	2.3	18.1%	78.4%	3.4%
	23	20.5	2.0	11.5%	88.5%	0.0%
	24	19.9	3.0	35.3%	58.8%	5.9%
	25	21.1	2.5	7.1%	82.1%	10.7%
	全体	20.3	2.3	19.3%	77.9%	2.8%
総計		21.0	2.7	14.4%	78.1%	7.5%

大学院生の性別および年齢階層別の BMI および各体型の割合を表 1-2 に示す。BMI の平均±標準偏差は、男子全体で $21.7 \pm 3.1 \text{ kg/m}^2$ 、女子全体で $20.9 \pm 2.9 \text{ kg/m}^2$ であった。性年齢階層別の BMI 平均値では男子は、22 歳から 24 歳で 21 kg/m^2 台、25 歳から 29 歳でおよそ 22 kg/m^2 台、30-34 歳で 23 kg/m^2 台、35 歳以上の階層では 25.0 kg/m^2 を示した。一方、女子では BMI の平均値は 22 歳から 29 歳までおよそ 21 kg/m^2 前後であったが、30 歳以降では 22 kg/m^2 以上となった。BMI によって判定した体格の割合は、男子では全体でやせが 10.3%、普通が 77.7%、肥満が 12.0%であった。年齢階層別では、やせの割合は 22 歳から 24 歳で 11~14%であったが 25 歳以降は 10%未満であった。肥満の割合は 22 歳から 29 歳までおよそ 20%未満であったが 30-34 歳で 25.5%、35 歳以上の階層では 48.7%であった。女子では全体でやせが 17.6%、普通が 75.6%、肥満が 6.8%であった。年齢階層別ではやせの割合は 22 歳から 24 歳まで 20%を超えていたが 25 歳以降では 20%以下であった。肥満の割合は 22 歳から 29 歳までおよそ 10%未満であったが、30 歳以降では 13%以上となった。

表 1-2 BMI (kg/m²) 体格 大学院

性別	年齢	BMI		やせ	普通	肥満
		平均	標準偏差	割合	割合	割合
男	22	21.2	2.7	12.1%	80.0%	7.9%
	23	21.4	2.8	11.0%	80.0%	9.0%
	24	21.7	3.1	13.6%	75.2%	11.2%
	25	22.4	3.7	5.6%	77.5%	16.9%
	26	22.3	3.1	9.1%	74.2%	16.7%
	27	21.7	2.4	9.7%	83.9%	6.5%
	28	23.3	3.8	7.4%	74.1%	18.5%
	29	22.7	2.9	0.0%	82.4%	17.6%
	30	23.4	3.1	2.0%	72.5%	25.5%
	35	25.0	3.9	0.0%	51.3%	48.7%
	全体	21.7	3.1	10.3%	77.7%	12.0%
女	22	20.3	2.2	21.1%	76.7%	2.2%
	23	20.5	2.7	23.5%	71.4%	5.0%
	24	20.1	2.2	20.3%	78.1%	1.6%
	25	21.1	2.1	13.5%	78.4%	8.1%
	26	20.4	2.7	18.2%	72.7%	9.1%
	27	21.0	2.2	5.0%	85.0%	10.0%
	28	21.3	2.6	6.3%	87.5%	6.3%
	29	21.7	3.0	17.6%	76.5%	5.9%
	30	23.2	4.8	10.0%	67.5%	22.5%
	35	22.0	2.5	4.3%	82.6%	13.0%
	全体	20.9	2.9	17.6%	75.6%	6.8%
総計		21.5	3.1	12.2%	77.1%	10.6%

2. 2 血圧（平均、標準偏差、血圧高値者の数・割合）－男女別

座位安静下に自動血圧測定器を用いて、収縮期血圧、拡張期血圧を測定した。解析可能な一次検査の測定値を対象とし分析した。高血圧の基準はWHO（1978年）の専門委員会報告の境界域高血圧のレベル（収縮期血圧140～159mmHg、拡張期血圧90～95mmHg）以上とした。日本高血圧学会の高血圧治療ガイドライン2009（JSH）を用いた基準でも評価し、高血圧を正常高値（収縮期血圧130～139mmHg、拡張期血圧85～89mmHg）以上とした。

学部学生の血圧の平均値および標準偏差を表2-1に示す。性別の血圧の平均値±標準偏差は、男子学生全体で収縮期血圧120.0±10.6mmHg、拡張期血圧67.0±8.5mmHg、女子学生全体で収縮期血圧108.1±10.0mmHg、拡張期血圧63.7±8.0mmHgであった。年齢階層別の血圧平均値では、男子学生の収縮期血圧は18歳から20歳まで120mmHg未満であったが、21歳以降は120mmHg以上であった。拡張期血圧は18歳から24歳で70mmHg未満であったが、25歳以上の階層では74.3mmHgを示した。女子学生の収縮期血圧は18歳から25歳以上の階層にかけておよそ110mmHg以下であった。拡張期血圧は18歳から21歳まで65mmHg未満であったが、22歳以上では65mmHg以上であった。

WHO基準を用いた収縮期血圧での血圧高値を示した学生の割合は男子学生で0.46%、女子学生で0.13%であり、女子に比べ男子でおよそ3.5倍高頻度であった。拡張期血圧高値の割合は男子で0.20%、女子で0.06%であり、女子に比べ男子でおよそ3.3倍高頻度であった。女子と比べて男子で、血圧高値を示す割合は収縮期及び拡張期のいずれでも高かった。JSH基準を用いた収縮期血圧が正常高値以上を示した学生の割合は、男子で19.9%、女子で2.0%であり、女子に比べ男子でおよそ10倍高頻度であった。拡張期血圧が正常高値以上を示した学生の割合は、男子で2.6%、女子で1.1%であり、女子に比べ男子でおよそ2.4倍高頻度であった。低血圧域とした収縮期血圧100mmHg未満を男子で3.4%、女子で20.5%に認め、男子に比べ女子でおよそ6.0倍高頻度であった。

表 2-1 収縮期血圧 拡張期血圧 (mmHg) 学部学生

性別	年齢	収縮期血圧		拡張期血圧	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差
男	18	119.2	10.4	65.9	8.2
	19	119.8	10.7	66.7	8.6
	20	119.9	10.5	66.6	8.0
	21	120.5	10.8	67.4	8.4
	22	120.3	10.0	68.1	8.7
	23	120.8	10.6	68.8	8.1
	24	120.3	10.9	69.4	8.9
	25	125.7	10.6	74.3	11.1
	全体	120.0	10.6	67.0	8.5
女	18	107.3	9.5	63.1	7.7
	19	108.3	9.9	63.2	7.6
	20	107.1	10.0	63.1	8.5
	21	109.5	10.3	64.5	7.8
	22	108.3	9.5	65.6	7.5
	23	109.8	12.0	66.2	8.6
	24	105.2	8.9	67.1	7.4
	25	110.5	9.6	66.1	7.8
	全体	108.1	10.0	63.7	8.0
総計	116.2	11.8	65.9	8.5	

大学院生の血圧の平均値および標準偏差を表 2-2 に示す。性別の血圧の平均値±標準偏差は、男子学生全体で収縮期血圧 121.0±10.4mmHg、拡張期血圧 69.3±8.8mmHg、女子学生全体で収縮期血圧 109.7±10.4mmHg、拡張期血圧 65.3±8.4mmHg であった。年齢階層別の血圧平均値では、男子学生の収縮期血圧は 22 歳から 34 歳までおよそ 120mmHg 前後であったが、35 歳以上の階層では 124.5mmHg を示した。22 歳と比べて 35 歳以上の階層で男子の収縮期血圧は 3.6mmHg の上昇を示した。拡張期血圧は、男子では 22 歳から 27 歳まで概ね 70mmHg 未満であったが 28 歳以降で上昇傾向となり 35 歳以上の階層では 78.5mmHg を示した。22 歳と比べて 35 歳以上の階層で拡張期血圧の平均値は 10.2mmHg の上昇を示した。女子学生の収縮期血圧は 22 歳から 24 歳までおよそ 110mmHg 未満であったが、25 歳以上では概ね 110mmHg 以上を示した。22 歳と比べて 35 歳以上の階層では、収縮期血圧は 5.4mmHg の上昇を示した。拡張期血圧は、22 歳から 24 歳まで 65mmHg 以下であったが、25 歳以降で上昇傾向となり 29 歳以降では 68mmHg 以上を示した。22 歳と比べて 35 歳以上の階層では、拡張期血圧は 5.0mmHg の上昇を示した。

WHO 基準を用いた収縮期血圧での血圧高値を示した学生の割合は男子学生で 0.74%、女子学生で 0.65%であった。拡張期血圧高値の割合は男子で 0.52%、女子学生で 0.65%であった。男女間で明らかな差は認めなかった。JSH 基準を用いた収縮期血圧が正常高値以上を示した学生の割合は、男子で 22.0%、女子で 3.9%であり、女子に比べ男子で 5.6 倍高頻度であった。拡張期血圧が正常高値を示した学生の割合は、男子で 5.2%、女子で 1.7%であり、女子に比べ男子で 3 倍高頻度であった。低血圧域とした収縮期血圧 100mmHg 未満を男子で 2.1%、女子で 16.6%に認め、男子に比べ女子の頻度が 7.9 倍高頻度であった。

表 2-2 収縮期血圧 拡張期血圧 (mmHg) 大学院生

性別	年齢	収縮期血圧		拡張期血圧	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差
男	22	120.9	9.6	68.3	8.2
	23	120.4	11.1	67.9	8.5
	24	121.2	9.5	69.9	8.5
	25	122.1	8.6	71.0	8.5
	26	120.6	9.8	69.5	8.1
	27	119.1	11.7	69.9	9.0
	28	121.1	10.3	72.0	8.2
	29	119.2	10.3	71.2	7.7
	30	122.7	11.1	73.0	10.2
	35	124.5	12.7	78.5	9.4
	全体	121.0	10.4	69.3	8.8
女	22	109.0	9.4	63.9	7.3
	23	108.1	9.4	65.0	8.2
	24	108.7	10.0	63.7	6.1
	25	112.2	10.6	67.2	6.5
	26	108.1	10.7	63.5	8.8
	27	111.0	10.0	65.8	7.3
	28	111.1	12.9	66.0	11.4
	29	112.8	11.6	68.7	9.0
	30	111.9	11.7	68.0	11.5
	35	114.4	10.5	68.9	8.7
	全体	109.7	10.4	65.3	8.4
総計		118.1	11.5	68.3	8.8

2. 3 尿所見

尿検査は受診時に採尿した随時尿に対し、臨床検査技師が Siemens 社「ライフステイックス」を用いて施行した。検査結果は尿糖、尿蛋白、尿潜血のいずれも、陰性(-)および偽陰性(±)は「-」、陽性は「+」、「++」、「+++以上」のカテゴリーで集計した。「+」以上の判定結果を示すものを陽性者とし、異常所見ありとした。一次検査で異常所見を呈した場合、早朝尿を検体とした二次検査の所見を結果として用いた。学部学生、大学院生の性および年齢別の検査結果は表 3-1~3-3 の通りである。

学部学生で、尿糖検査に関して+以上を呈した陽性者の割合は、男子学生で 0.12%、女子学生で 0.00%であった。尿蛋白陽性者の割合は、男子学生で 0.78%、女子学生で 1.03%であった。尿潜血陽性者の割合は、男子学生で 0.55%、女子学生で 1.81%であった。大学院生で、尿糖陽性者の割合は、男子学生で 0.15%、女子学生で 0.00%であった。尿蛋白陽性者の割合は、男子学生で 0.45%、女子学生で 0.45%、尿潜血陽性者の割合は、男子学生で 1.27%、女子学生で 2.23%であった。

表 3-1

尿糖										
学部・大学院	性別	-		+		++		+++以上		全体
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
学部学生	男	3440	99.9%	3	0.09%	0	0.00%	1	0.03%	3444
	女	1549	100.0%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1549
	計	4989	99.9%	3	0.06%	0	0.00%	1	0.02%	4993
大学院生	男	1341	99.9%	0	0.00%	0	0.00%	2	0.15%	1343
	女	448	100.0%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	448
	計	1789	99.9%	0	0.00%	0	0.00%	2	0.11%	1791
総計		6778	99.9%	3	0.04%	0	0.00%	3	0.04%	6784

表 3-2

尿蛋白										
学部・大学院	性別	-		+		++		+++以上		全体
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
学部学生	男	3417	99.2%	21	0.61%	5	0.15%	1	0.03%	3444
	女	1533	99.0%	11	0.71%	5	0.32%	0	0.00%	1549
	計	4950	99.1%	32	0.64%	10	0.20%	1	0.02%	4993
大学院生	男	1337	99.6%	4	0.30%	1	0.07%	1	0.07%	1343
	女	446	99.6%	1	0.22%	1	0.22%	0	0.00%	448
	計	1783	99.6%	5	0.28%	2	0.11%	1	0.06%	1791
総計		6733	99.2%	37	0.55%	12	0.18%	2	0.03%	6784

表 3-3

尿潜血										
学部・大学院	性別	-		+		++		+++以上		全体
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
学部学生	男	3425	99.4%	7	0.20%	7	0.20%	5	0.15%	3444
	女	1521	98.2%	16	1.03%	6	0.39%	6	0.39%	1549
	計	4946	99.1%	23	0.46%	13	0.26%	11	0.22%	4993
大学院生	男	1326	98.7%	6	0.45%	4	0.30%	7	0.52%	1343
	女	438	97.8%	7	1.56%	3	0.67%	0	0.00%	448
	計	1764	98.5%	13	0.73%	7	0.39%	7	0.39%	1791
総計		6710	98.9%	36	0.53%	20	0.29%	18	0.27%	6784

2. 4 胸部レントゲン所見

胸部レントゲン検査で異常所見を有す有所見者の人数およびその割合を、学部学生・大学院生、男女別に表 4 に示した。全体における有所見の主たるものは肺野異常影(34.4%)、骨異常影(32.8%)、胸膜異常影(4.1%)であった。学部学生の有所見割合は男子学生で 1.48%、女子学生で 2.46%であった。女子学生でやや有所見割合が高かった。大学院生の有所見者の割合は男子学生で 1.71%、女子学生で 1.57%であった。男女間で有所見割合に明らかな差はなかった。

胸部レントゲン検査で有所見を認め、かつ要精検と判断された者は 11 名であった。所見の内訳は肺野異常影が 8 名、自然気胸 2 名、肺のう胞が 1 名であった。

表 4

胸部レントゲン					
学部・大学院 性別	受診者	有所見者		要精検・受診	
	人数	人数	割合	人数	割合
学部学生	5036	90	1.79%	7	0.14%
男	3448	51	1.48%	4	0.12%
女	1588	39	2.46%	3	0.19%
大学院生	1791	30	1.68%	4	0.22%
男	1344	23	1.71%	4	0.30%
女	447	7	1.57%	0	0.00%
総計	6827	120	1.76%	11	0.16%

2. 5 内科診察所見

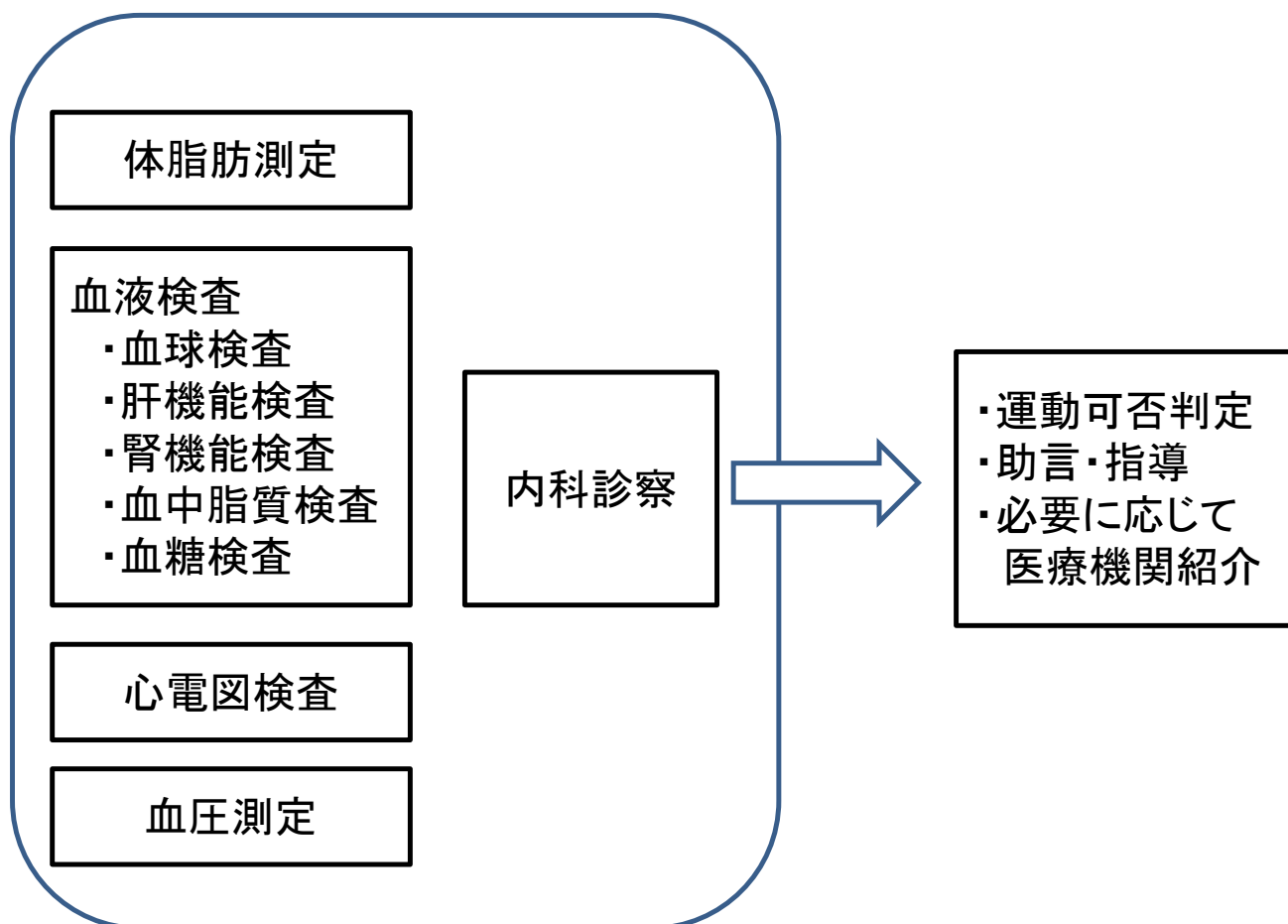
内科診察所見で異常を有す有所見者の人数とその割合を、学部学生・大学院生、男女別に表5に示した。診察項目は貧血、甲状腺、前頸部軟部組織、皮膚所見等であり、一つ以上の異常所見があることを有所見とした。学部学生の有所見割合は男子学生で0.61%、女子学生で2.33%であった。大学院生の有所見割合は男子で0.74%、女子で2.83%であった。学部学生と大学院生において、男子学生と比べ女子学生で有所見割合が高かった。学部学生と大学院生間で、全体、男女別とも有所見割合に明らかな差はなかった。

表5

内科所見有無			
学部・大学院 性別	受診者	有所見者	
	人数	人数	割合
学部学生	5037	58	1.15%
男	3448	21	0.61%
女	1589	37	2.33%
大学院生	1803	23	1.28%
男	1344	10	0.74%
女	459	13	2.83%
総計	6840	81	1.18%

2. 体育系部活動健康診断

1) 実施の流れ



《保健管理センターにて、血圧測定、心電図検査、血液検査および医師による内科診察を実施し、運動の可否を判断。専門医の判断等が必要な場合、外部医療機関へ紹介》

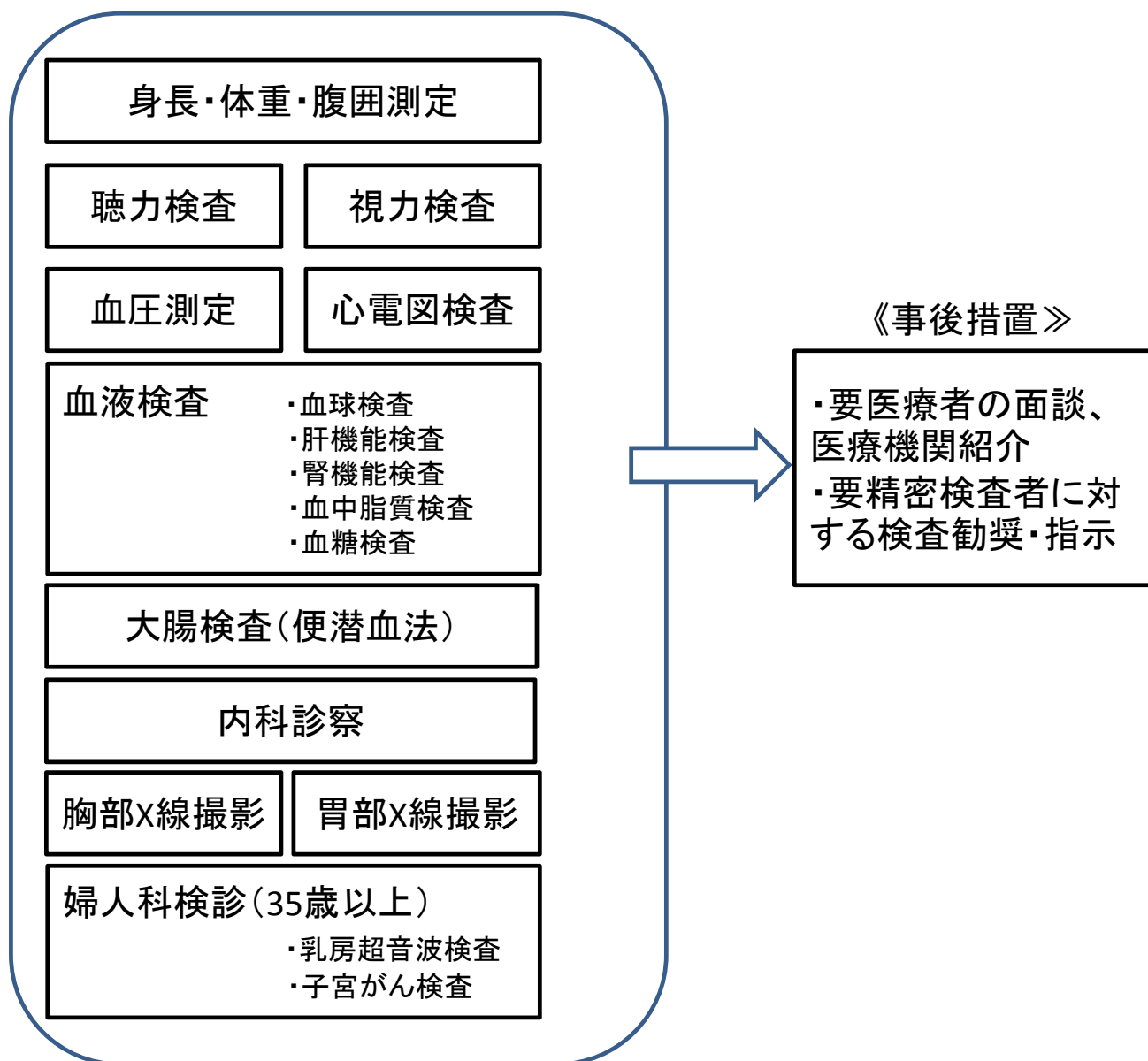
2) 実施状況・結果

部名	受診数(人)	運動可(人)	運動不可(人)
アメリカンフットボール部	43	42	1
柔道部	8	8	0
空手部	10	7	3
計	61	57	4

Ⅲ. 職域保健

1. 教職員定期健康診断

1) 実施の流れ



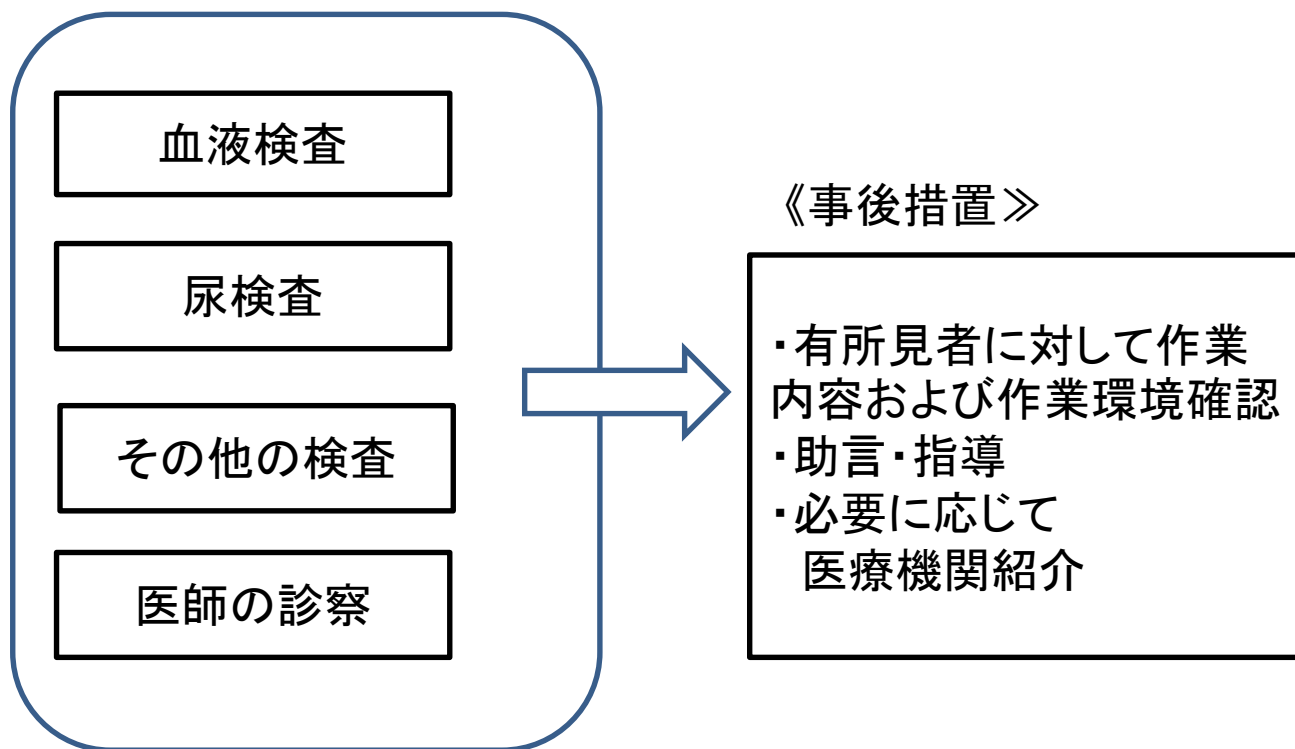
《学内（校内）に契約業者が入り、健康診断を実施。保健管理センター医師が内科診察に参加。要医療者の面談、要精密検査者に対する検査勧奨・指示などの事後措置を保健管理センター医師が実施。教職員は、事業所内で実施される定期健康診断の代わりに人間ドックでの健診の選択も可能》

2) 実施状況

	対象者数(人)	実施医療機関別人数			受診率(%)
		本学(人)	外部医療機関(人)	計(人)	
常盤台地区	1126	760	154	914	81.2
附属学校	161	138	14	152	94.4
計	1287	898	168	1066	82.8

特殊健康診断

1) 実施の流れ



《学内に契約業者が入り、健康診断を実施。有所見者に対して保健管理センター医師が作業内容および作業環境を確認し、助言・指導を行う。必要に応じて、外部医療機関紹介》

2) 実施状況－教職員

		受診者数(人)	有所見者数(人)	有所見率(%)	有害物質の曝露による 又は、その疑い(人)	
粉塵検診	前期	1	0	0.0	0	
	後期	0	0	0.0	0	
	計	1	0	0.0	0	
電離放射線	前期	42	3	7.1	0	
	後期	33	3	9.1	0	
	計	75	6	8.0	0	
鉛検診	前期	0	0	0.0	0	
	後期	1	0	0.0	0	
	計	1	0	0.0	0	
有機溶剤検診	前期	30	1	3.3	0	
	後期	24	0	0.0	0	
	計	54	1	1.9	0	
特定化学物質検診	前期	26	1	3.8	0	
	後期	29	1	3.4	0	
	計	55	2	3.6	0	
指導勧奨による 特殊健康診断 (労基署報告件数)	行政通達検診	前期	10	0	0.0	0
		後期	5	0	0.0	0
		計	15	0	0.0	0
	行政通達(VDT)検診	前期	18	5	27.8	0
		後期	13	3	23.1	0
		計	31	8	25.8	0
その他の健康診断	前期	29	4	13.8	0	
	後期	31	0	0.0	0	
	計	60	4	6.7	0	
石綿検診	前期	0	0	0.0	0	
	後期	0	0	0.0	0	
	計	0	0	0.0	0	
特定業務健診	前期					
	後期	22	2	9.1	0	
	計	22	2	9.1	0	
合計	前期	156	14	9.0	0	
	後期	158	9	5.7	0	
	計	314	23	7.3	0	

※その他の健康診断：アンモニア・フェノール・酸・病原体取扱者

実施状況－学生

		受診者数(人)	有所見者数(人)	有所見率(%)	有害物質の曝露による 又は、その疑い	
粉塵検診	前期	5	0	0.0	0	
	後期	8	0	0.0	0	
	計	13	0	0.0	0	
電離放射線	前期	139	13	9.4	0	
	後期	115	8	7.0	0	
	計	254	21	8.3	0	
鉛検診	前期	0	0	0.0	0	
	後期	3	0	0.0	0	
	計	3	0	0.0	0	
有機溶剤検診	前期	222	16	7.2	0	
	後期	219	18	8.2	0	
	計	441	34	7.7	0	
特定化学物質検診	前期	196	16	8.2	0	
	後期	242	17	7.0	0	
	計	438	33	7.5	0	
指導勸奨による 特殊健康診断 (労基署報告件数)	行政通達検診	前期	37	0	0.0	0
		後期	21	0	0.0	0
		計	58	0	0.0	0
	行政通達(VDT) 検診	前期	46	5	10.9	0
		後期	36	10	27.8	0
		計	82	15	18.3	0
その他の健康診断	前期	233	12	5.2	0	
	後期	255	13	5.1	0	
	計	488	25	5.1	0	
石綿検診	前期	2	0	0.0	0	
	後期	0	0	0.0	0	
	計	2	0	0.0	0	
特定業務健診	前期					
	後期	214	23	10.7	0	
	計	214	23	10.7	0	
合計	前期	880	62	7.0	0	
	後期	1113	89	8.0	0	
	計	1993	151	7.6	0	

※その他の健康診断：アンモニア・フェノール・酸・病原体取扱者

3. 産業医面談

1) 超過勤務者面談実施状況

産業医受診予定者

- ①超過勤務時間が月 90 時間を超える場合
- ②超過勤務時間が月 60 時間を超える月が 2 カ月連続した場合
- ③超過勤務時間が月 45 時間を超える月が 5 カ月連続した場合

実施月	受診者数
4 月(1 月期)	1
(2 月期)	8
5 月(3 月期)	9
6 月(4 月期)	11
7 月(5 月期)	6
9 月(6 月期)	1
(7 月期)	2
10 月(8 月期)	1
11 月(10 月期)	1
1 月(12 月期)	1
2 月(1 月期)	5
合計	46

2) 職場復帰支援面談実施状況

	月別回数
合計	0

IV. 診療・カウンセリング業務

外来担当表

	時間	月 Monday	火 Tuesday	水 Wednesday	木 Thursday	金 Friday
内科・一般診療 General clinic	09:00-12:30	大重 医師 Ohshige K, MD	大重 医師 Ohshige K, MD	藤川(哲) 医師 Fujikawa T, MD	藤川(哲) 医師 Fujikawa T, MD	
	14:00-15:30	大重 医師 Ohshige K, MD	大重 医師 Ohshige K, MD	藤川(哲) 医師 Fujikawa T, MD	藤川(哲) 医師 Fujikawa T, MD	
心療内科・精神科診療 Mental clinic (予約制)	10:00-13:00			藤川(美) 医師 Fujikawa M, MD (月1回)		小西 医師 Konishi A, MD
	14:00-17:00	川越 医師 Kawagoe Y, MD (月1回)				小西 医師 (隔週)
心理カウンセリング Counsering (予約制)	10:00-13:00	生田 臨床心理士 Ikuta, Therapist	松本 臨床心理士 Matsumoto, Therapist	福榮 臨床心理士 Fukue, Therapist	福榮 臨床心理士 Fukue, Therapist	松本 臨床心理士 Matsumoto, Therapist
		井谷 臨床心理士 Itani, Therapist			井谷 臨床心理士 Itani, Therapist	
	14:00-17:00	生田 臨床心理士 Ikuta, Therapist	松本 臨床心理士 Matsumoto, Therapist	福榮 臨床心理士 Fukue, Therapist	福榮 臨床心理士 Fukue, Therapist	松本 臨床心理士 Matsumoto, Therapist
		井谷 臨床心理士 Itani, Therapist			井谷 臨床心理士 Itani, Therapist	

1. 一般診療

1) 月別診療件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
学生	43	89	58	56	15	12
職員	5	13	6	9	8	10
	48	102	64	65	23	22

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
学生	55	50	43	36	20	12	489
職員	4	6	7	9	4	5	86
合計	59	56	50	45	24	17	575

2) 疾患別診療件数

利用者	疾患	一般診療																	合計	外部医療機関紹介	休養		
		内科				外科						耳鼻咽喉科	眼科	歯科	皮膚科	産婦人科	泌尿器科	その他				精神科・精神相談	健康相談
		呼吸器系	循環器系	消化器系	その他	創傷	捻挫・打撲	骨折・脱臼	熱傷	腰痛・関節痛	その他												
学部生	男	31	2	12	18	36	21	0	0	6	30	1	0	0	3	0	2	33	1	196	44	7	
	女	21	0	7	28	16	14	0	0	0	4	0	0	0	3	8	0	9	15	0	125	3	18
	計	52	2	19	46	52	35	0	0	6	34	1	0	0	6	8	0	11	48	1	321	47	20
大学院生	男	17	2	8	19	13	11	0	0	4	6	2	0	0	1	2	12	7	1	105	10	10	
	女	9	1	5	5	7	4	1	1	0	1	0	0	1	3	7	1	2	15	0	63	5	4
	計	26	3	13	24	20	15	1	1	4	7	2	0	1	4	7	3	14	22	1	168	15	14
教職員	男	6	0	5	7	3	1	0	0	2	1	0	0	0	1	1	4	16	0	46	6	3	
	女	4	0	4	1	1	2	0	0	3	1	1	0	0	1	1	1	0	19	1	40	3	1
	計	10	0	8	8	4	3	0	0	5	2	1	0	0	1	1	2	4	35	1	86	9	4
合計		88	5	41	78	76	53	1	1	15	43	4	0	1	11	16	5	29	105	3	575	71	38

2. 精神科診療・心理カウンセリング

1) 月別診療件数

	担当	4月	5月	6月	7月	8月	9月
学生	常勤医師	4	5	9	3	0	0
	非常勤 精神科医	5	2	5	3	3	2
	(小計)	(9)	(7)	(14)	(6)	(3)	(2)
職員	常勤医師	0	2	0	2	2	1
	非常勤 精神科医	3	3	2	1	3	2
	(小計)	(3)	(5)	(2)	(3)	(5)	(3)
合計		12	12	16	9	8	5

	担当	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
学生	常勤医師	1	0	1	1	1	11	36
	非常勤 精神科医	8	3	1	6	6	1	45
	(小計)	(9)	(3)	(2)	(7)	(7)	(12)	(81)
職員	常勤医師	1	2	0	1	2	1	14
	非常勤 精神科医	1	2	2	1	1	1	22
	(小計)	(2)	(4)	(2)	(2)	(3)	(2)	(36)
合計		11	7	4	9	10	14	117

2) 月別カウンセリング件数

	担当	4月	5月	6月	7月	8月	9月
学生	常勤 カウンセラー	46	29	17	25	2	13
	非常勤 カウンセラー	18	56	45	53	5	30
	(小計)	(64)	(85)	(62)	(78)	(7)	(43)
職員	常勤 カウンセラー	2	3	1	3	0	2
	非常勤 カウンセラー	1	5	0	6	1	0
	(小計)	(3)	(8)	(1)	(9)	(1)	(2)
合計		67	93	63	87	8	45

	担当	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
学生	常勤 カウンセラー	30	26	30	31	27	19	295
	非常勤 カウンセラー	56	55	52	56	41	34	501
	(小計)	(86)	(81)	(82)	(87)	(68)	(53)	(796)
職員	常勤 カウンセラー	0	3	1	1	1	2	19
	非常勤 カウンセラー	2	2	3	2	2	0	24
	(小計)	(2)	(5)	(4)	(3)	(3)	(2)	(43)
合計		88	86	86	90	71	55	839

V. 論考

大学生におけるサークル集団の特性とそのリスク

福榮 太郎

I : はじめに

大学の部活やサークル（以下、サークル集団と表記）は、所属しない学生も一定数いるものの、大学生活における一つの重要な要素である。2013年に発表されたベネッセの調査¹⁾によると、およそ57.2%の学生が、何らかのサークル集団に所属している。この数値は調査時点でサークル集団に所属している学生の数を示しているものである。そのため何らかの理由で、所属したものの辞めてしまった、参加しなくなった学生は、この数値には含まれないことになる。このことからサークル集団に関与した経験を持つ学生は、この調査の値よりも一定程度を多くなると推測される。

サークル集団は、所属率の多寡だけではなく、学生の生活に与える影響も小さくない。大学のサークル集団は、その規模や活動内容、達成目標に様々な違いがあり、その様相は多種多様である。このため一概には言えないが、大学生活の多くの部分をサークル集団の活動が占めるような場合もある。最も極端な例は、スポーツ推薦などを用いて大学に入学した学生であろう。これらの学生は、大学に所属することとサークル集団で競技活動を行うことは不可分なものとなりやすく、そのためサークル活動が大学生活の中心になることすらある。またスポーツ推薦で入学しなくとも、熱心にサークル活動に参加するほど、サークル活動が学生生活に占める割合は大きくなるであろう。またサークル集団は、何らかの目的を持って活動するだけではなく、集団内の人間関係も大きな意味を持つ。例えば、恋人や親友ができれば、そのサークル集団に所属することは、その学生にとって大きな意味を持つことになる。

このように大学におけるサークル集団は、半数以上の学生が所属し、また活動、対人関係上も大きな意味を持つ集団となる可能性がある。重要な集団で起こる出来事は、個人のメンタルヘルスにも大きな影響を与える。大学在学中に、一定の競技成績を収めようと入学してきた学生にとって、サークル活動での挫折はそのまま人生の大きな挫折になりかねない。また所属学部の人間関係よりもサークル集団での人間関係に魅力を感じている学生にとって、そこでの対人関係のトラブルは、大学での居場所を失うことになりかねない。このように個人にとって、ある集団が特別に大きな意味を持つということは、一方でそれだけリスクも生じるということになる。そして大学におけるサークル集団は、全ての学生に共通するわけではないものの、ある割合の学生にとって“特別に重要な集団”となる可能性を持っている。これらのことから大学生活におけるサークル集団の特性やリスクを把握し、適切な運営、リスクマネジメントを行うことは重要な課題であると考えられる。そこで、本稿ではサークル集団の健康度と特性、それに付随するリスクについて概観する。

II : 集団の健康さ：一般システム論の観点から

集団の心理に関する知見は、1930年代ごろから社会心理学者によって様々な報告がなされている。例えばLewinのグループ・ダイナミクス理論²⁾や、集団の意思決定に関するJanisの知見³⁾、Aschの同調実験⁴⁾やMilgramの権威への服従の実験⁵⁾など、様々な実験が考案され、施行された。これらの研究が行われた社会的背景の一つには、戦争が挙げられる。戦時中の極端な政治的決断や残虐な行為がなぜ生

じたのかという疑問が継起となり、集団心理学という分野が発展した。集団心理学の実験は、ユニークな実験デザインが多い。例えば、Zimbardoによって行われたスタンフォード監獄実験と呼ばれる一連の研究は、ドイツで映画化され、日本でも公開されている（原題「Das Experiment」、邦題「es」）。また権威への服従について実験を行った Milgram は、スモールワールドという実験も行っており、このスモールワールド実験は、インターネットなどに代表される、現代のネットワーク理論に影響を与えている⁶⁾。

このようにユニークな実験の多い集団心理の分野であるが、集団が個人のメンタルヘルスにどのような影響を与えるかという点に関しては、精神医学や臨床心理学の分野で実践や研究が行われている。実践では、クライアントを集め、人為的に集団を作り、その集団に対して支援を行う様々な集団療法が開発されている。例えば、行動療法を理論背景にしたソーシャルスキル・トレーニング⁷⁾、来談者中心療法を理論背景にしたエンカウンター・グループ⁸⁾、ソシオメトリーを理論背景にしたサイコドラマ⁹⁾、精神分析を理論背景にした精神分析的集団精神療法¹⁰⁾、¹¹⁾などが挙げられる。一方、日常の生活場面にすでに存在する集団に対してアプローチを行う集団療法として家族療法¹²⁾が挙げられる。他の集団療法が人為的に作ったグループを対象にするのに対して、家族療法は「家族」という既存の集団に対して支援を行う。このことから、既存の集団の特性を理解する場合、家族療法は非常に優れた技法論を持っているといえる。家族療法も、様々な理論背景を持つ諸派があるが、その中でも本稿ではシステム論的な観点からサークル集団を理解する。

システム論とは、ウィーンの生物学者 Bertalanffy¹³⁾、¹⁴⁾の提唱した一般システム論を、集団に応用したものであり、家族療法の中では特に家族システム論として知られている。Bertalanffy の一般システム論では、システムを「互いに影響し合う要素の複合体」として捉える。そして、そのシステムでは情報やエネルギーなどが循環しており、その循環がシステムの内部だけで留まる場合は閉鎖系システム、外部の環境とも相互作用を持つ場合には開放系システムとして捉える。このシステム理論の説明によく用いられるメタファーとして細胞が挙げられる。細胞は、外部から必要な物質を得、システム内で消費し、生じた老廃物を外部へ排出する必要がある。そして外部へ老廃物を排出すると同時に、必要な物質の過不足を外部環境にフィードバックし、適切な量の物質を再び外部から得るという循環を繰り返す。この循環が生じているシステムが開放系システムとなる。一方、外部との循環が絶たれたシステムは閉鎖系システムとなる。細胞のメタファーをそのまま用いると、補給－排出の循環が止まった場合、細胞は基本的には死滅せざるを得ない。そのためシステム論では、システムは一定程度開放されている必要があると考える。しかし、完全な開放状態とは、解体とほぼ同義になってしまうため、システム論ではシステムの持つ境界 (boundary) も重要視する。再び細胞でたとえると、細胞壁や細胞膜が境界になる。この境界が破綻した場合、細胞内の物質は外部に漏洩し、やはり細胞は死滅することになる。つまり細胞のメタファーでは、細胞壁が外部の刺激からシステムを守る防護壁としての境界となり、選択的透過性を持つ細胞膜が循環を適切に保つ境界ということになる。

この考え方を家族や集団に応用した考え方が家族システム論である。適切な開放システムを保っている家族の経済活動を例にとると以下ようになる。父親が会社という外部集団 (外部システム) に、労働力を提供し、給与を得、家族の元に戻ってくる。母親は、父親が外部で得てきた給与を持ち、地域 (外部システム) に出て、給与を消費する代わりに食糧を得て帰ってくる。母親は、その食糧を調理し、食卓に並べ、父親に提供することで、父親の次の労働力が生成される。また食事は子どもにも提供され、

子どものエネルギーも充当されることになる。子どもは、学校（外部システム）に行き、金銭やエネルギーを消費する代わりに、体験や知識を得、成長する。このように健全に保たれた家族では、外界との間で金銭、エネルギー、物、情報、人などがスムーズに循環していることになる。

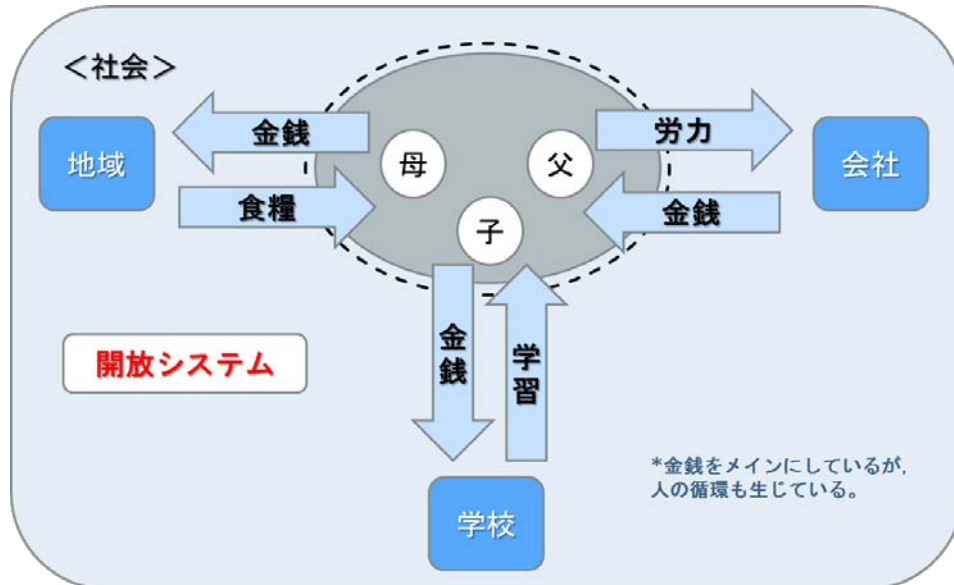


Figure 1. 開放システムにおける経済的循環

またシステムにおいて境界が重要であったように、家族においても境界は重要な役割を果たす。例えば、建物としての家は、家財を保管したり、メンバーを風雨から守ったりする役割がある。また家の中に見知らぬ人が無断で上り込んできた場合、我々の緊張度は一気に高まる。これは、家というものが物理的にも、概念的にも重要な境界であることを示している。このように家族においても、明確な境界と適切な循環が、システムを維持するには重要となる。

では、開放システムにあるサークル集団とはどのような状態なのだろう。まずサークル集団で循環するものとして、人、物、金銭、情報、活動が挙げられる。具体的には、メンバーの適切な加入脱退、部費の適正な使用と物品の管理、所属大学の関係部署や他大学との連絡や情報共有、適度な試合やコンクールへの参加などが指標になるであろう。次にサークル集団の境界として、名前、場所、時間、メンバーなどが挙げられる。大学から公的に部活・サークルとして承認されていれば当然そのサークル集団には外部から認められた「名前」があり、他の集団と識別される。つまり概念的な境界が明確になる。また部室の有無もその集団が占有している場所として境界の一部となる。この他にも週単位で設定されている活動があるかどうか（ex：毎週水曜日の〇〇時は、練習を行うなど）、メンバー同士が所属しているメンバーを把握しているかなども、自分たちの集団と他の集団を識別する場合に重要な指標となる。

これらの循環と境界が一定程度適切に機能している理想的な状態を考えると、一つの集団としてのアイデンティティが確立されてお、周囲と適切な相互交流を行いながら、自発的、また積極的に活動を行っている集団がイメージされるであろう。この状態がサークル集団における開放システムであると言える。では、開放システム以外の状態にある集団とはどのようなものであろうか。以下に閉鎖システムとバウンダリーレスについて提示を行う。

閉鎖システム

閉鎖システムとは、すでに述べたように外部との循環が滞った状態を指す。家族では、虐待を行っている家族などでこの状態に陥ることが多い。例えば、映画「誰も知らない」（監督：是枝裕和、主演：柳楽優弥、2004）では、出生届も出されていない4人の子供たちの生活が描かれている。子どもたちの母親は“住居を借りられなくなるから”という理由で、子どもたちに周囲に存在を気付かれないと告げ、姿を消す。母親という唯一の外部との繋がりを失った子供たちの生活は、次第に逼迫していき、最終的には一番下の妹が亡くなってしまふ。この映画は、児童虐待の中でも、養育の放棄を意味するネグレクトを扱ったものであり、秘密を守るため外部との関わりを遮断しようとする閉鎖システムに置かれた家族像を描き出している。このように外部との繋がりを不適切に制限すると集団内部は、危機的な状況に陥る可能性が高くなる。

では、サークル集団において閉鎖システムとはどのような状態を指すのであろうか。「誰も知らない」をそのまま例にとると、届け出もなく、存在も周囲に察知されないように活動している集団が、閉鎖システムということになるが、大学内のサークル集団では、これほど秘密主義的な集団は少ないであろう。ただ外部に母体を置く集団からの勧誘は、届け出もせず、勧誘の実態を大学に知られたくないというような場合もある。健全な集団であれば、外部に母体を置く集団であっても、大学に許可を取り、勧誘を行うであろうことから、大学内で許可なく勧誘を行う集団は、一定程度の注意が必要であろう。一方、実際のサークル集団が閉鎖システムに陥る場合、何らかのタブーが生じていることが多い。例えば、いじめなどの対人トラブル、暴力などの触法行為、金銭や物品に関する経理上のトラブル、この他にもドラッグ、性的トラブルなどがタブーになりやすい。そもそも集団がこのようなタブーを抱えないように、健全に運営されることが望ましいが、仮に上記のようなトラブルが生じると集団は閉鎖的になり、問題は解決されず、悪循環に陥りやすい。

バウンダリーレス

バウンダリーレスとは、文字通りシステムの境界がなくなる、もしくは機能しなくなる状態を指す。例えば、お笑い芸人の田村裕が2007年に発表した「ホームレス中学生」¹⁵⁾では、借金で家が差し押さえられ、父親の「解散」という言葉で家族が離散し、その後著者がどのように生活していったかが綴られている。田村はその後兄弟と再び暮らすことになるが、その間の1ヶ月は文字通りホームレス中学生であった。つまりこの本の中では、家族機能を維持する親という存在がいなくなり、住居という物理的境界が失われることで、家族という集団が余りにも容易に解体する様子が描かれている。また兄弟が力を合わせ、兄弟だけの生活を再建する場面では、新たな境界が作り出され、外部との適切な相互交流が開始され、開放システムに落ち着いていく様子が描かれている。つまりこの本では、物理的な境界の喪失が集団に与える影響を如実に示していると言える。

また家や両親といった物理的な境界は保持されているもの、事実上境界が機能していない場合もある。特に家族においては、家族システムを維持する親の役割は大きい。例えば、父親も母親も浮気をしていて、ほとんど家にいないとする。このような家庭に子どもだけが残されると、子どもも家に居続けることは困難になり、外部集団に疑似家族を求めて出て行ってしまふ。その外部集団の多くは、非行集団になることが多い。このように例示した家族には、物理的な住居や概念的な家という枠組みは存在するも

の、メンバーは離散しており、事実上の境界は機能していないことになる。これがバウンダリーレスの状態である。

では、サークル集団におけるバウンダリーレスの状態とはどのような状況を指すのであろうか。すでにサークル集団の境界を形成するものとして、名前、場所、時間、メンバーなどを挙げた。特に定期的な活動の場所、時間が定まっていないサークル集団は、境界が不安定になる可能性が高い。また活動の少なさや、逆に規模が多きすぎるため、サークル集団のメンバーが不明確になることもある。規模が大きすぎる場合は、集団の分裂のリスクが上がり、活動が少ない場合は、集団としての存続が危ぶまれる。これらのバウンダリーレスなサークル集団では、サークルのリーダーに負荷がかかることが多い。つまり集団は解体し始めているにも関わらず、リーダーはその社会的責任から集団を離れることができず、機能していない集団内に留まり続ける必要が生じる。家族の例をとると、両親のいない家に居続けなければいけない子どもの立場になる。このような場合、サークルリーダーのメンタルヘルスのリスクは非常に高くなると想像される。

以上のことからサークル集団の健康さは、名前、場所、時間、メンバーなどの境界がどの程度設定され、機能しているか。またそのような周囲との境界を保ちつつも、人、物、金銭、情報、活動などを通して、外部との相互交流がどの程度なされているかが指標になると考えられる。

Ⅲ：集団のリスク：凝集性の視点から

これまでは集団の健康さについて検討を行ってきたが、次に集団の特性から生じる精神面でのリスクについて検討を行う。ここで述べる集団のリスクとは、その集団の活動が、メンバー個人のメンタルヘルスに与える影響を意味する。つまり集団での出来事や課題が、個人の心に負荷を与えやすい場合は、その集団のリスクは高くなるということになる。集団が、個人のメンタルヘルスに強い影響力を持つ場合、集団の凝集性が高い場合が多い。凝集性とは、Lewin¹⁶⁾が提唱した集団のまとまりを示す概念である。つまり、凝集性が高いほど、個人はその集団に留まろうとする。一般的に考えても、“留まりたい集団” “離れたくない集団”とは、その個人にとって重要な集団である可能性が高い。そして、離れがたく、重要な集団での活動は、メンバー個人に良い意味でも、悪い意味でも大きな影響を持つことになる。このため凝集性の高い集団で起こる出来事は、個人のメンタルヘルスに大きな影響を与えることになり、凝集性の高い集団は、リスクの高い集団となりやすい。

また集団の凝集性は、2つの側面に分けられている¹⁷⁾。第一は、課題達成的な側面であり、第二は社会情緒的な側面である、第一の課題達成的凝集性は、集団の目標とする課題を達成することを目的に集団が凝集することを意味し、第二の社会情緒的凝集性は、集団内での対人関係に魅力を感じ、そこでの仲間同士の交流による情緒的な満足感を得ることを目的に集団が凝集することを意味する。以下で、課題達成的凝集性、社会情緒的凝集性の特徴とリスクについて概観する。

課題達成的凝集性の高い集団の特徴とリスク

課題達成的凝集性の高い集団の例としては、警察、消防、自衛隊などが挙げられる。これらの集団は、警察であれば防犯、消防であれば防災、自衛隊であれば防衛というように、課題が非常に明確であり、またその課題達成の重要度も高い。これらの集団において課題の達成は、集団内の個人の感情や意図、利益よりも優先され、場合によっては個人の生命よりも優先される可能性すらある。このためこれらの

集団では、課題を達成するための規範が、厳格に決められていることが多く、この規範をメンバーに遵守させるために厳格な縦社会が形成されている。大学のサークル集団では“試合に勝つ”、“競技でよい成績を収める”といった明確な目標設定のある体育会系のサークル集団や“金賞を取る”などの課題を持って活動する文化系サークル集団で、課題達成的凝集性が高まりやすい。

これらの集団のリスクは、課題達成が最優先されるために厳しい練習や厳格な上下関係など、集団が個人に課す課題は多い一方、個人の精神状態などは軽視されやすい。そのため集団からメンバーに要請される課題を、個々人が達成できない場合、無力感や罪悪感、不全感などが喚起され、個人のメンタルヘルスにネガティブな影響を与えるようになる。このことから課題達成的凝集性の高い集団では、集団、個人の双方において課題が一定程度達成されている場合は好循環を生じやすいが、達成が困難になると、悪循環に陥りやすくなる。

社会情緒的凝集性の高い集団の特徴とリスク

社会情緒的凝集性はその集団の対人関係に魅力を感じることによって生じる。つまり社会情緒的凝集性の高い集団とは、気の合ったメンバーの集団ということになる。例えば、クラスの中の仲良し集団（ピア・グループ）や各種サークルなど、よりプライベートな集団において、高い社会情緒的凝集性が見られる。社会情緒的凝集性の高い集団は、気の合う仲間が集まっているので、大きなリスクはなさそうであるが、集団に留まる個人のモチベーションが対人関係であるため、この対人関係においてトラブルが生じると、リスクは高くなる。例えば、メンバー間で恋愛が生じ、そのカップルが不仲になると、他のメンバーも巻き込まれ、集団が二つに分かれて対立するような場合がある。このような対人関係のトラブルから、集団が混乱することを未然に避けるため、適切か不適切かは別にして、課題達成的凝集性の高い集団では、部内の恋愛を禁止する場合もある。つまり個人の感情よりも集団の課題達成が優先されているのである。しかし、社会情緒的凝集性が高い場合、恋愛などの対人関係を含めて凝集性が形成されているため、恋愛を禁止することは難しいであろう。このように社会情緒的凝集性の高い集団では、対人トラブルがリスクとなる可能性が高い。また余談であるが、カップルが別れて、どちらかが未練なく、その集団から脱退できる場合、本質的にその集団の凝集性は高くはないと言えるであろう。つまり、集団から自然に脱退できるのであれば、リスクはさほど高くないのである。対人関係のトラブルが起こっており、強いストレスを感じながらも、高い凝集性のためその集団から脱退できない場合に、リスクは高くなっていくことになる。

2つの凝集性の観点から

この課題達成的凝集性と社会情緒的凝集性を組み合わせると、その集団のリスクが明確になる。最も集団が機能しやすい状態は、集団が目指す課題をメンバーが共有しており、その上でメンバーが集団に愛着を持っている状態である。このような集団は健全に機能しやすく、集団が得られる成果も大きくなるため、メンバーの自己効力感も大きくなる。ただ同時に凝集性も高まるため、何らかの理由で個人が集団の持つ課題にコミットできなくなると、その集団に居続けることはストレスフルとなる。所属し続けられない場合、脱退するという選択肢が出てくるわけだが、その個人にとって高い凝集性を持つ集団から脱退するという事は、大きな挫折体験や喪失体験につながる可能性がある。

次に、課題達成的凝集性が高い一方、社会情緒的凝集性が低い場合が挙げられる。このような集団の

特徴は課題を達成しなければならないという“タスク”はあるものの、集団への愛着は低いため、不本意に感じながら厳しい課題に取り組むような状況が生じやすい。このような場合、最も個人のメンタルヘルスのリスクは高くなりやすいと推測される。

課題達成的凝集性が低く、社会情緒的凝集性が高い状況は、前述したように対人関係上のトラブルがリスクとなりやすい。

最後に、課題達成的凝集性も社会情緒的凝集性も低い集団は、共有される課題もなく対人魅力もないために、集団を存続させる必要性そのものが低くなる。この状況は集団の境界が不明確になるバウンダリーレスの状況に似ている。このためこのような集団では、すでにバウンダリーレスの項で述べたように、集団を存続させる責任を負いやすいリーダーにリスクが生じやすくなる（Figure 2.参照）。

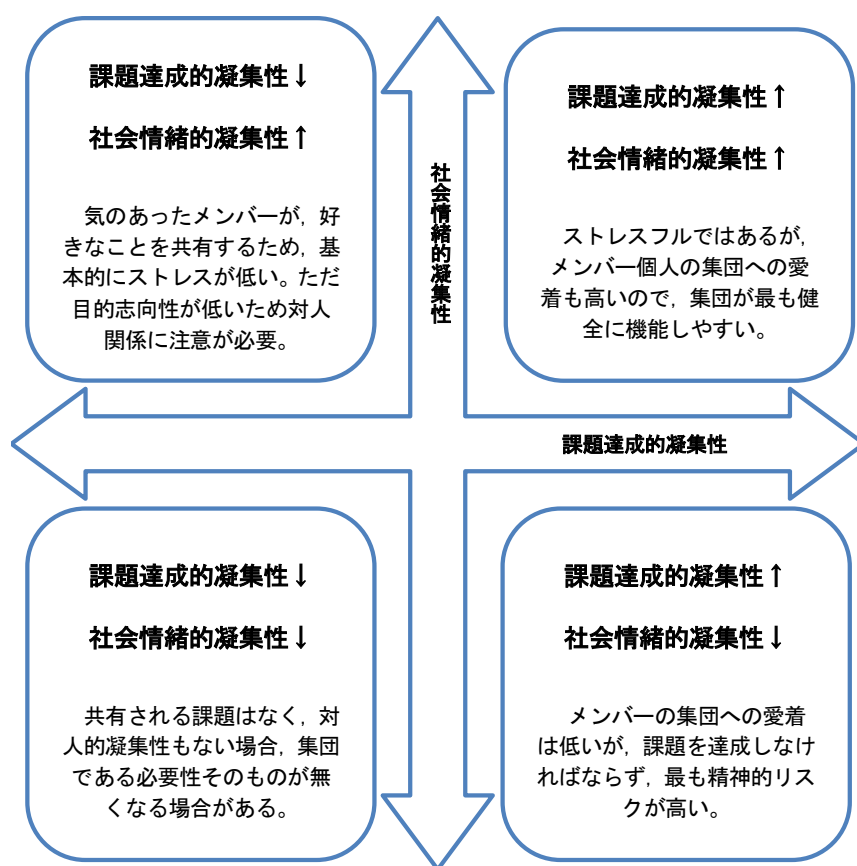


Figure 2. 集団における凝集性のバランス

IV：まとめ

これまでサークル集団の健康度とリスクについて概観してきた。集団の健康度については、開放システムが保たれているかが重要となる。境界が曖昧な場合、集団はいつも解体の危機を抱えることになるため、その集団の責任者のリスクは高まる。また閉鎖システムにある場合、集団内部での問題が深刻化しやすく、外界からの刺激もないため、悪循環に陥りやすくなる。このことから集団を適切に運営するにあたっては、人、金銭、物、情報、活動などの循環に注意を払う必要がある。ネガティブなサインとして、集団で何かを隠蔽したいと感じた場合は、その集団は閉鎖システムに陥っている可能性がある。

また特に定まった活動のルールや場所が不明確で、メンバーの把握も充分になされていない場合、その集団の境界は不安定であり、バウンダリーレスの状態になる可能性が高い。

次にリスクの高い集団についてであるが、本稿ではリスクの高い集団が不健全であると言っているわけではない。明確な目標を持ち、目的に向かい集団が活動することは素晴らしいことだろうし、密な対人関係を作ることも大学生活では重要な要素になり得る。特に課題達成的凝集性と社会情緒的凝集性の双方が高い集団において、その集団から個人が得る心理的報酬は大きなものである。しかし、すでに述べたように凝集性が高くなればそれだけリスクも高まっているということになる。その自覚を持ち、集団が自らの状態を把握する、セルフモニタリングを行い、リスクマネジメントをしつつ、サークル集団が運営されることが重要であろう。

最後になるが本稿は、個人ではなく集団の健康さとリスクについて述べてきた。実は、集団において最もリスクの高い個人は、その集団を代表するリーダーである。すでに家族を例に挙げたがサークルリーダーは、その集団の保護者的な役割を担う場合が多く、内的にも外的にもその集団を象徴的に代表する人として認識されやすい。そのためリーダーは、メンバーに弱音もはけず、ましてやめることもできず、様々な責任を一手に引き受ける状況に陥りやすい。このためサークルリーダーは、集団のマネジメントをしつつ、自分のストレスマネジメントも同時に行う必要があるであろう。

また一定の規模を持つ社会的集団がほぼ必ず保持している執行部の形成は、サークル集団においても重要であると考えられる。集団の中に小集団を作り、責任やストレスを分散させることで、リーダー個人の負担は一定程度軽減される。ただ執行部の運営も、集団での意思決定という難しい課題を孕んでいるため、必ずしも容易ではない。ただリスクの高い集団では重要な機能であると思われる。このような小集団がうまく機能すると、リーダーはいつもより弱音を吐け、責任を分散でき、ストレスが緩和されるものと思われる。

そして、本当に解決困難なトラブルが生じた場合は、閉鎖的にならず、最も身近な外部機関である、大学や当センターに相談していただければ、何らかの建設的なフィードバックができることもあるのではないかとと思われる。

【文献】

- 1) Benesse 教育研究開発センター：第2回 大学生の学習・生活実態調査. ベネッセコーポレーション. 2013
- 2) Lewin, K : Field Theory in Social Science. Harper & Row. 1951. 猪股佐登留 (訳) : 社会科学における場の理論. 誠信書房. 1979
- 3) Janis, I. L: Groupthink: Psychological Studies of Policy Decisions and Fiascoes. Houghton Mifflin School. 1982
- 4) Asch, S. E : Effects of Group Pressure upon the Modification and Distortion of Judgments, Guetzkow, H. (ed.), Groups, Leadership and Men. Carnegie Press. 1951.
- 5) Milgram, S : Obedience to Authority: An Experimental View. Harper. 1974. 山形浩生 (訳) : 服従の心理. 河出書房新社. 2008
- 6) Buchanan, M : Nexus: Small Worlds and the Groundbreaking Science of Networks. W. W. Norton

- & Company. 2003. 阪本芳久（訳）：複雑な世界、単純な法則 ネットワーク科学の最前線. 草思社. 2005
- 7) 佐藤幸江, 岩田和彦, 熊谷直樹, 天笠崇：読んでわかる SST ステップ・バイ・ステップ方式 2DAYS ワークショップ. 星和書店. 2008
 - 8) Rogers, C : Carl Rogers on encounter groups. Harper & Row. 1970. 畠瀬稔, 畠瀬直子（訳）：エンカウンター・グループ：人間信頼の原点を求めて. 創元社. 2007
 - 9) Moreno, J.L : Psychodrama. Beacon House. 1964. 増野肇（監訳）：サイコドラマ 集団精神療法とアクションメソッドの原点. 白揚社. 2006
 - 10) Bion, W. R : Experiences in Groups and Other Papers. Basic books. 1961. 池田数良（訳）：集団精神療法の基礎. 岩崎学術出版. 1973
 - 11) Ganzarain, R : Object Relations Group Psychotherapy: The Group as an Object, a Tool, and a Training Base. Universal Press. 1989. 高橋哲郎（監訳）：対象関係集団精神療法—対象・道具・訓練の基礎としてのグループ—. 岩崎学術出版. 2000
 - 12) 中村伸一：家族療法の視点. 金剛出版. 1997
 - 13) Bertalanffy, L : General system theory : foundations, development, applications. George Braziller. 1968. 長野敬, 太田邦昌（訳）：一般システム理論：その基礎・発展・応用. みすず書房. 1973
 - 14) Davidson, M. : Uncommon sense : the life and thought of Ludwig von Bertalanffy, father of general systems theory. Penguin Putnam. 1983. 鞠子英雄, 酒井孝正共（訳）：越境する巨人ベルタランフィ：一般システム論入門. 海鳴社. 2000
 - 15) 田村裕：ホームレス中学生. ワニブックス. 2007
 - 16) Lewin, K : Psychology and the process of group living. Journal of social psychology, 17 : 119-129. 1943
 - 17) Carron, A. V : Cohesiveness in Sport Groups : Interpretations and Considerations. Journal of Sport Psychology, 4 : 123-138. 1982

VI. 研究業績

1. 著書・論文

- ① Itoh Y, Fujikawa T, Toya Y, Mitsuhashi H, Kobayashi N, Ohnishi T, Tamura K, Hirawa N, Yasuda G, Umemura S. Effect of renin-angiotensin system inhibitor on residual glomerular filtration rate in hemodialysis patients. *Ther Apher Dial.* 2013 Apr;17(2):243
- ② Ohsawa M, Tamura K, Kanaoka T, Wakui H, Maeda A, Dejima T, Azushima K, Uneda K, Kobayashi R, Tsurumi-Ikeya Y, Toya Y, Fujikawa T, Umemura S. Addition of aliskiren to Angiotensin receptor blocker improves ambulatory blood pressure profile and cardiorenal function better than addition of benazepril in chronic kidney disease. *Int J Mol Sci.* 2013 Jul 24;14(8):15361-75.
- ③ Kanaoka T, Tamura K, Wakui H, Ohsawa M, Azushima K, Uneda K, Kobayashi R, Fujikawa T, Tsurumi-Ikeya Y, Maeda A, Yanagi M, Toya Y, Umemura S. L/N-type calcium channel blocker cilnidipine added to renin-angiotensin inhibition improves ambulatory blood pressure profile and suppresses cardiac hypertrophy in hypertension with chronic kidney disease. *Int J Mol Sci.* 2013 Aug 16;14(8):16866-81.
- ④ Azushima K, Tamura K, Wakui H, Maeda A, Ohsawa M, Uneda K, Kobayashi R, Kanaoka T, Dejima T, Fujikawa T, Yamashita A, Toya Y, Umemura S. Bofu-tsu-shosan, an oriental herbal medicine, exerts a combinatorial favorable metabolic modulation including antihypertensive effect on a mouse model of human metabolic disorders with visceral obesity. *PLoS One.* 2013 Oct 9;8(10):e75560.
- ⑤ Yokomatsu A, Fujikawa T, Toya Y, Shino-Kakimoto M, Itoh Y, Mitsuhashi H, Tamura K, Hirawa N, Yasuda G, Umemura S. Loss of Amino Acids Into Dialysate During Hemodialysis Using Hydrophilic and Nonhydrophilic Polyester-Polymer Alloy and Polyacrylonitrile Membrane Dialyzers. *Ther Apher Dial.* 2013 Nov 10. [Epub ahead of print]
- ⑥ Kakimoto-Shino M, Toya Y, Kuji T, Fujikawa T, Umemura S. Changes in Hepcidin and Reticulocyte Hemoglobin Equivalent Levels in Response to Continuous Erythropoietin Receptor Activator Administration in Hemodialysis Patients: A Randomized Study. *Ther Apher Dial.* 2014 Jan 24. [Epub ahead of print]

- ⑦ Tarao K, Ohkawa S, Miyagi Y, Morinaga S, Ohshige K, Yamamoto N, Ueno M, Kobayashi S, Kameda R, Tamai S, Nakamura Y, Miyakawa K, Kameda Y, Okudaira M. Inflammation in background cirrhosis evokes malignant progression in HCC development from HCV-associated liver cirrhosis. Scand J Gastroenterol. 2013 Jun;48(6):729-35.
- ⑧ 福榮 太郎, 藤川 哲也, 楠本 多美, 對間 梢, 熊谷 美智代, 大重 賢治 食行動尺度による肥満関連因子の評価とその妥当性の検討 Campus Health 2014; 51(1); 415-417
- ⑨ 福榮太郎. APA 心理学大辞典 翻訳協力 2013年9月 陪風館
- ⑩ 福榮太郎. 子どものこころの理解援助 集団力動的視点から 共著 日本評論社 2013年9月
- ⑪ 福榮太郎, 福榮みか, 石束嘉和. Japanese Adult Reading Test (JART) と認知機能障害との関連. 総合病院精神医学会. 25(1):55-62, 2013.
- ⑫ 助川明子, 大重賢治, 坂梨薫, 新井涼子, 平原史樹, 宮城悦子: ヒトパピローマウイルスワクチンのキャッチアップ接種世代における子宮頸がん予防の知識と態度. 思春期学, 31(3):316~326, 2013.

2. 学会発表等

- ① Kuji T, Fujikawa T, Kakimoto-Shino M, Shibata K, Toya Y, Umemura S. Changes in Hepcidin and Reticulocyte hemoglobin Equivalent Levels in Response to Continuous Erythropoietin Activator Administration in Hemodialysis Patients 50th ERA-EDTA (European Renal Association - European Dialysis and Transplant Association) congress, Turkey May 2013
- ② 金岡 知彦, 田村 功一, 大澤 正人, 涌井 広道, 前田 晃延, 小豆島 健護, 畝田 一司, 藤川 哲也, 戸谷 義幸, 梅村 敏 慢性腎臓病合併高血圧患者における血圧・心拍関連指標と心臓機能障害の関連性についての検討 第2回日本高血圧学会臨床高血圧フォーラム 東京 2013.05
- ③ 柳 麻衣, 田村 功一, 藤川 哲也, 小堀 浩幸, 梅村 敏 アンジオテンシン受容体拮抗薬オルメサルタンのCKD合併高血圧患者における24時間血圧と腎機能に対する効果 第56回日本腎臓学会学術総会 東京 2013.05
- ④ 大澤 正人, 田村 功一, 金岡 知彦, 涌井 広道, 前田 晃延, 小豆島 健護, 畝田 一司, 藤川 哲也, 戸谷 義幸, 梅村 敏 高血圧合併CKDに対するアリスキレン追加投与がCKD進行および心血管系障害に与える影響について 第56回日本腎臓学会学術総会 東京 2013.05

- ⑤ 小豆島 健護, 田村 功一, 涌井 広道, 前田 晃延, 金岡 知彦, 大澤 正人, 畝田 一司, 出島 徹, 藤川 哲也, 戸谷 義幸, 梅村 敏 肥満高血圧モデル KKAY マウスに対する防風通聖散の降圧機序に関する検討 第 56 回日本腎臓学会学術総会 東京 2013.05
- ⑥ 金岡 知彦, 田村 功一, 藤川 哲也, 戸谷 義幸, 梅村 敏 CKDにおける24時間自由行動下血圧測定 (ABPM)による血圧・心拍関連指標と腎機能障害増悪との関連についての研究. 第 56 回日本腎臓学会学術総会 東京 2013.05
- ⑦ 久慈 忠司, 藤川 哲也, 篠 みどり, 戸谷 義幸, 梅村 敏 透析患者のヘマトクリット残差標準偏差と関連因子 第 58 回日本透析医学会学術集会・総会 福岡 2013.06
- ⑧ 小豆島 健護, 田村 功一, 涌井 広道, 小林 竜, 畝田 一司, 大澤 正人, 金岡 知彦, 前田 晃延, 藤川 哲也, 戸谷 義幸, 梅村 敏 メタボリック症候群モデルマウスに対する防風通聖散の多面的効果についての検討 第 36 回日本高血圧学会総会 大阪 2013.10
- ⑨ 新居田 翔子, 小林 雄祐, 藤川 哲也, 小林 英雄, 富田 啓人, 奥山 由紀, 鈴木 将太, 藤田 恵美, 藤原 亮, 坂 早苗, 谷津 圭介, 橋本 達夫, 平和 伸仁, 戸谷 義幸, 梅村 敏 起立性低血圧における動脈硬化指標 CAVI と自律神経機能の関連の評価 第 36 回日本高血圧学会総会 大阪 2013.10
- ⑩ 富田 啓人, 小林 雄祐, 藤川 哲也, 新居田 翔子, 奥山 由紀, 鈴木 将太, 藤田 恵美, 藤原 亮, 坂 早苗, 谷津 圭介, 橋本 達夫, 平和 伸仁, 戸谷 義幸, 小林 英雄, 梅村 敏 脂質異常症症例における CAVI を用いた動脈硬化の進展程度評価とその関連因子の検討 第 36 回日本高血圧学会総会 大阪 2013.10
- ⑪ 福榮 太郎, 藤川 哲也, 楠本 多美, 對間 梢, 熊谷 美智代, 大重 賢治 食行動尺度による肥満関連因子の評価とその妥当性の検討 第 51 回全国大学保健管理研究集会 岐阜 2013.11
- ⑫ 石束嘉和, 福榮太郎, 福榮みか, 嶋津奈, 武藤仁志, 谷頭, 池井大輔, 田中健三郎, 川元茉莉乃, 諏訪淳哉. 認知機能検査バッテリーの継時的変化についての研究. 第 26 回日本総合病院精神医学会総会 (優秀ポスター賞受賞)
- ⑬ 石束嘉和, 福榮太郎, 福榮みか, 嶋津奈, 日野恒平, 武藤仁志, 谷頭, 田中健三郎, 川元茉莉乃. Japanese Adult Reading Test(JART)と認知機能障害との関連. 第 28 回老年精神医学会
- ⑭ 江頭利恵, 音成日出男, 川崎典子, 大石浩隆, 志田知之, 大重賢治. 健診受診者における脂肪肝関連因子の検討. 全国病院学会, さいたま 2013, 11 月.

3. 研究助成金

- ① 大重賢治. 厚生労働科学研究費補助金. がん臨床研究事業. 「地方自治体および地域コミュニティー単位の子宮頸がん予防対策が若年女性の意識と行動に及ぼす効果の実効性の検証」(分担) 100 万円.
- ② 大重賢治. 横浜市消防局受託研究「119 番通報に対する緊急度・重症度トリアージプログラム・ビジュアルベーシック版の導入」(代表) 131 万 400 円 (直接経費 100 万 8000 円 間接経費 30 万 2400 円)
- ③ 福榮太郎. 科学研究費補助金. 「認知機能検査バッテリーを用いた認知障害の鑑別に関する研究」(代表) 143 万円
- ④ 藤川哲也. 平成 25 年度厚生労働省科学研究補助金. 「多様なニーズに対応するための新たな保健指導方法の開発に関する研究」(分担)

Ⅶ. その他

1. 講義・講演等

講義：

大重賢治. 「救命救急と情報通信技術」 教養講義：情報通信技術が培う近未来医療 2013.10.17.

藤川哲也. 「人体の体と仕組み」 教養講義：情報通信技術が培う近未来医療 2013.10.31.

講演：

福榮太郎. 教育実習研究. 横浜市立大学 2013.6.24, 26

福榮太郎. 平成 26 年度免許更新講習「臨床心理学」. 横浜国立大学. 2013.8.20, 21

福榮太郎. 「学生生活における心のバランス」サークルリーダー研修会. 横浜国立大学 2013.2.17

2. 学内委員会等

- ・ 労働安全衛生委員会
- ・ 労働安全衛生委員会メンタルヘルス部会
- ・ 疫学研究倫理専門委員会
- ・ 臨床研究倫理専門委員会
- ・ 遺伝子組換え実験安全専門委員会
- ・ 未来情報通信医療社会基盤センター 運営委員会
- ・ 留学生センター留学生支援小委員会

お わ り に

本学における平成 25 年度の年報を昨年に引き続き無事に作成することができました。学生の健診の評価を中心に携わりましたが、保健管理センターの業務は多岐にわたることを実感しています。保健管理センターの業務の主体は、学生保健管理、職域保健衛生管理、診療・相談業務です。学生保健管理では、健康診断の実施および評価、健康診断書の発行、急病やけがの応急処置、心と体の健康相談を行っています。各分野の状況をまとめることは実務全体を俯瞰することにつながります。

近年、肥満者の割合の高まりを背景に、中高年以降で生活習慣病の増加が問題となっています。生活習慣病は高血圧症、糖尿病、脂質異常症からなり、心臓疾患、脳血管疾患といった動脈硬化性疾患を引き起こします。命にかかわることもあり対処すべき疾患です。保健管理センターは、学生を中心に教職員まで幅広い年代を対象とし、若年成人領域から中高年まで全年齢をカバーして健康を主体とした管理を実施しています。肥満者の割合は年齢が上がるにつれ増加していきませんが、大学という組織においても同様です。

定期健康診断では肥満指標として Body mass index (BMI) を算出します。肥満は中年期以降の生活習慣病につながる身近なリスクの一つです。学生の生活において肥満を引き起こす食習慣や食行動は不規則な生活と関連があるように思います。肥満に限りませんが、適切な生活習慣によって生活習慣病リスクをコントロールできるようにしておくことは、将来にわたって健康面での財産となることでしょう。年齢を経て、生活習慣を良いものに変え、維持することはときに難しいことがあります。学生のころから良い習慣を身に付けることは生活習慣病を予防するうえでより有効な対策といえます。

大学という組織で十分に能力を発揮するためには、前提として健康であることが大切です。適切な生活習慣により規則正しい日常生活を送り健康を維持していく必要があります。しかし、ときに体調が良くないこともあるでしょう。私たちは心身の健康に関する問題や心配ごとに対して、病気の予防、早期発見につとめ、また、心身に関する健康相談を提供します。専門的なサポートを精神科医、カウンセラー、保健師・看護師の体制のもと提供し、必要に応じて外部の適切な診療機関への紹介も行います。大学の皆さんにとって支えとなり、学生、教職員の健康管理を通じて大学全体のアウトプットに貢献できるような保健管理センターを目指しています。

平成 26 年 3 月 31 日

横浜国立大学保健管理センター
准教授 藤川 哲也

横浜国立大学保健管理センター

平成 25 年 4 月 24 日 発行