

調查・研究報告

1. アルコール感受性検査

アルコール感受性検査について

飲酒に対する啓蒙活動の一つとして平成6年度から行っているが、今回は平成11年度～13年度までの結果について報告する。

(1) 方 法

1) エタノールパッチテスト

70%エタノールを含ませたパッチテスト用絆創膏を前腕の皮膚に貼る（7分間）はがした後、10～15分後に判定する。

判定：皮膚に発赤が出る 陽性（アルコールに弱いタイプ）
 # が出ない 陰性（アルコールに強いタイプ）

2) TASTテスト

アルコール飲料を飲んだときの症状を13項目挙げ、それぞれについて自己分析し点数で表す。合計点数がマイナスなら、アルコールに弱いタイプ、プラスなら、アルコールに強いタイプと判断する。

(2) アルコールパッチテスト受検者数

	H11年	H12年	H13年
男	53	79	51
女	87	98	46
合 計	140	177	97

(3) アルコールパッチテスト・TASTテスト結果

受検者数は総受検者数より、飲酒経験のない者や判定不能者等を除いている。

アルコールパッチテスト

平成11年度

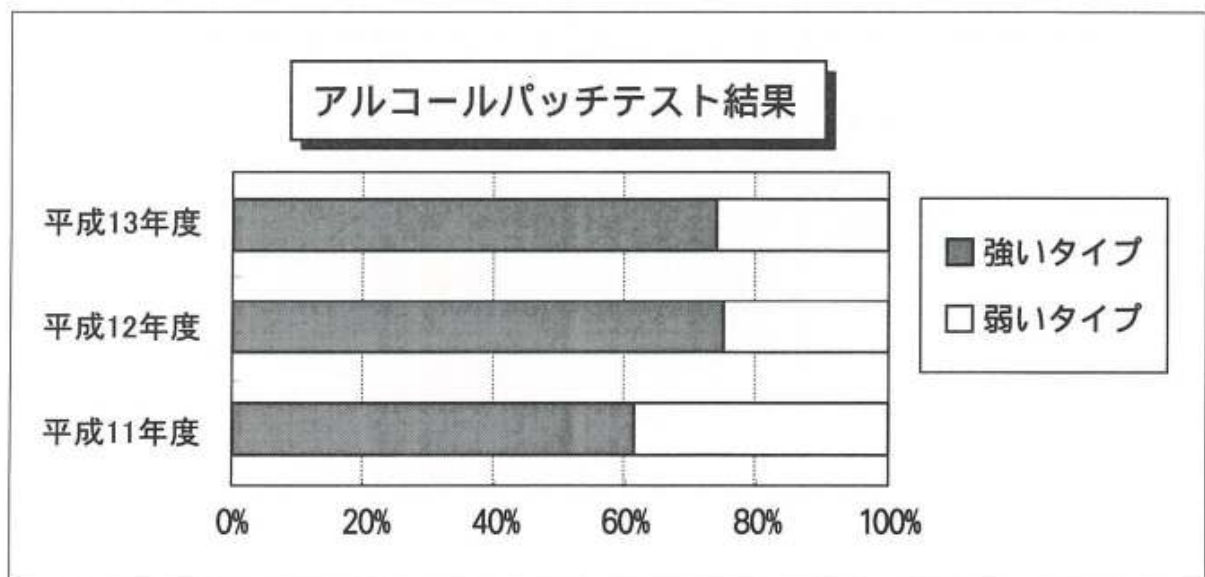
	受検者数	強いタイプ (人)	%	弱いタイプ (人)	%
男	42	30	71.4	12	28.6
女	69	38	55.1	31	44.9
合計	111	68	61.3	43	38.7

平成12年度

	受検者数	強いタイプ (人)	%	弱いタイプ (人)	%
男	75	59	78.7	16	21.3
女	88	63	71.6	25	28.4
合計	163	122	74.8	41	25.2

平成13年度

	受検者数	強いタイプ (人)	%	弱いタイプ (人)	%
男	41	30	73.2	11	26.8
女	39	29	74.4	10	25.6
合計	80	59	73.8	21	26.3



TASTテスト

平成11年度

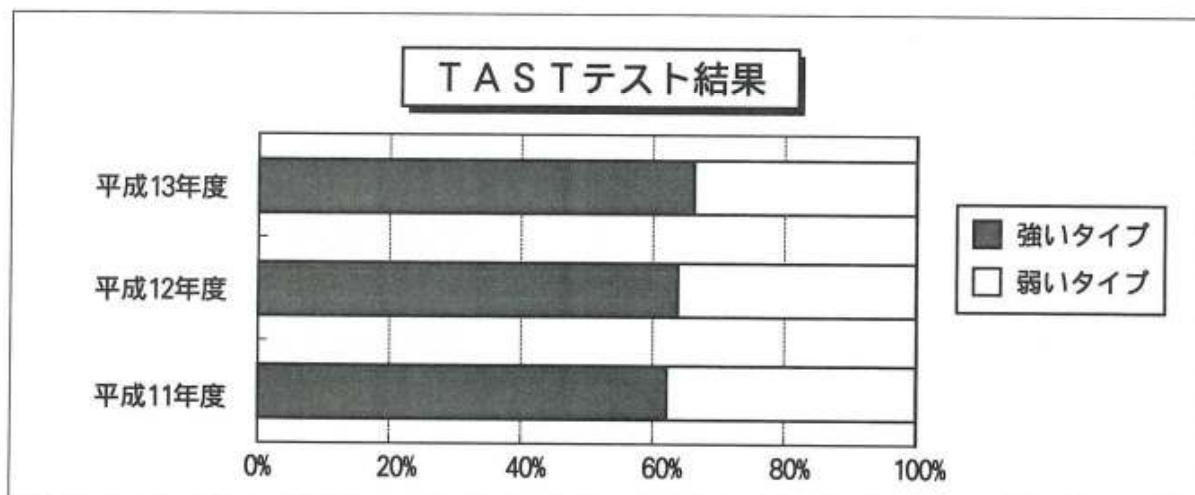
	受検者数	強いタイプ (人)	%	弱いタイプ (人)	%
男	42	31	73.8	11	26.2
女	69	38	55.1	31	44.9
合 計	111	69	62.2	42	27.8

平成12年度

	受検者数	強いタイプ (人)	%	弱いタイプ (人)	%
男	75	45	60.0	30	40.0
女	88	59	67.0	29	33.0
合 計	163	104	63.8	59	36.2

平成13年度

	受検者数	強いタイプ (人)	%	弱いタイプ (人)	%
男	41	25	61.0	16	39
女	39	28	71.8	11	28.2
合 計	80	53	66.3	27	33.8



日本人の約40%はお酒に弱い体質といわれているが、本学学生のテストでは20~30%程度が弱いタイプではないかという結果であった。実際にアルコールパッチテスト実施している時間にTASTテストを行っているが、学生同士で「飲める!」「飲めない!」と話が盛り上がり、「どうしたら強くなれるか?」など質問も出てくる。パンフレットを見ながらお酒との上手なつきあい方について話しあったり、いっき飲みの危険性についても注意を喚起する機会になり健康教育の有効な手段となっている。

2. 体脂肪測定

体脂肪測定は平成9年度から毎年実施している。
平成11年度～13年度までの結果について報告する。

平成11年度体脂肪測定 7月26日(月)～30日(金) (成人モード)

性別	測定者数	体脂肪率平均	BMI平均
男子	60	15.10%	21.4
女子	30	21.90%	19.8

測定条件：着衣、測定時刻9～17時
身長：本人申告またはその場で測定
体重：インピーダンス機による。
体脂肪測定計：TBF-102 (タニタ)

脂肪率による判定

	男子	女子
やせ	27人 (45.0%)	2人 (6.7%)
正常	32人 (53.3%)	27人 (53.3%)
軽度の肥満	0人 (0%)	1人 (1%)
肥満	1人 (1.7%)	0人 (0%)
極度の肥満	0人 (0%)	0人 (0%)

脂肪率の判定基準

やせ	{	男子13.9%以下 女子16.9%以下
適正	{	男子14～24.9% 女子17～29.9%
軽度の肥満	{	男子25～29.9% 女子30～34.9%
肥満	{	男子30～34.9% 女子35～39.9%
極度の肥満	{	男子35%以上 女子40%以上

BMIによる判定

	男子	女子
やせ	14人 (23.3%)	17人 (56.7%)
正常	40人 (66.7%)	13人 (43.3%)
過体重	3人 (5.0%)	0人 (0%)
肥満	3人 (5.0%)	0人 (0%)

BMIの判定基準 (男女共)

やせ	・20未満
正常	・20～24未満
過体重	・24～26.5未満
肥満	・26.5以上

平成12年度体脂肪測定 7月3日(月)～7日(金) (成人モード)

性別	測定者数	体脂肪率平均	BMI平均
男子	87	16%	21.5
女子	67	22.10%	19.4

脂肪率による判定

	男子	女子
やせ	29人 (33.3%)	5人 (7.5%)
正常	57人 (65.6%)	58人 (86.6%)
軽度の肥満	0人 (0%)	3人 (4.5%)
肥満	1人 (1.1%)	1人 (1.4%)
極度の肥満	0人 (0%)	0人 (0%)

BMIによる判定

	男子	女子
やせ	26人 (29.9%)	46人 (68.7%)
正常	50人 (57.5%)	20人 (29.9%)
過体重	4人 (4.6%)	1人 (1%)
肥満	7人 (8.0%)	0人 (0%)

平成13年度体脂肪測定 10月15日(月)～20日(金) 9:00～16:30 (成人モード)

性 別	測定者数	体脂肪率平均	BMI 平均
男 子	60	15.10%	21.4
女 子	30	21.90%	19.8

脂肪率の判定基準

や せ	{	男子13.9%以下 女子16.9%以下
適 正	{	男子14～24.9% 女子17～29.9%
軽度の肥満	{	男子25～29.9% 女子30～34.9%
肥 満	{	男子30～34.9% 女子35～39.9%
極度の肥満	{	男子35%以上 女子40%以上

脂肪率による判定

	男 子	女 子
や せ	27人 (45.0%)	2人 (6.7%)
正 常	32人 (53.3%)	27人 (53.3%)
軽度の肥満	0人 (0%)	1人 (1%)
肥 満	1人 (1.7%)	0人 (0%)
極度の肥満	0人 (0%)	0人 (0%)

BMIによる判定

	男 子	女 子
や せ	14人 (23.3%)	17人 (56.7%)
正 常	40人 (66.7%)	13人 (43.3%)
過 体 重	3人 (5.0%)	0人 (0%)
肥 満	3人 (5.0%)	0人 (0%)

BMIの判定基準 (男女共)

や せ	・20未満
正 常	・20～24未満
過体重	・24～26.5未満
肥 満	・26.5以上

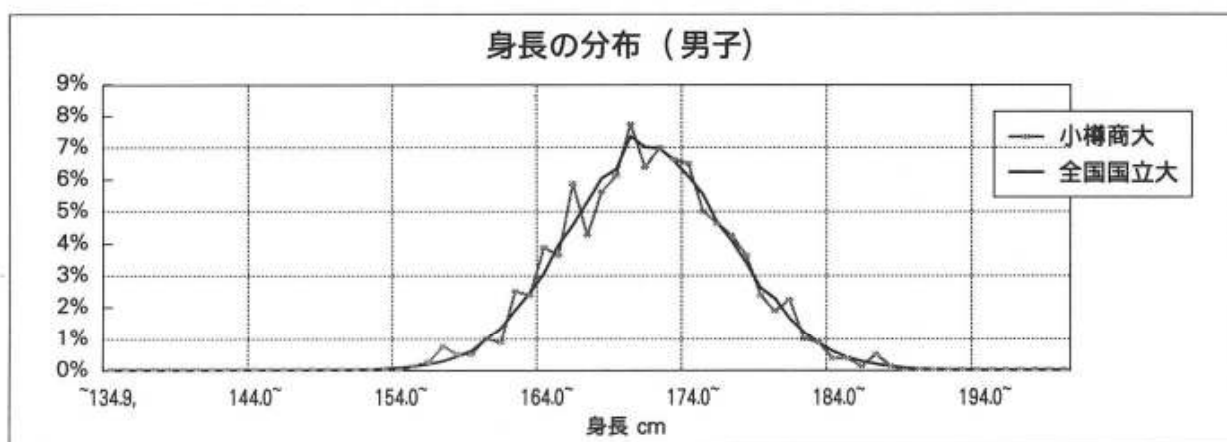
体脂肪測定は、肥満や隠れ肥満の状態を本人が認識し、生活習慣病への予防意識を持つことができるようになる事を期待して行っている。さらに一人一人が、日ごろの食生活や運動習慣を振り返り、自分の健康を考える機会になってもらえるよう、対話を重視して実施している。

3. 2000年（平成12年）全国国立大学健康白書との比較

1) 身長の年齢別平均値

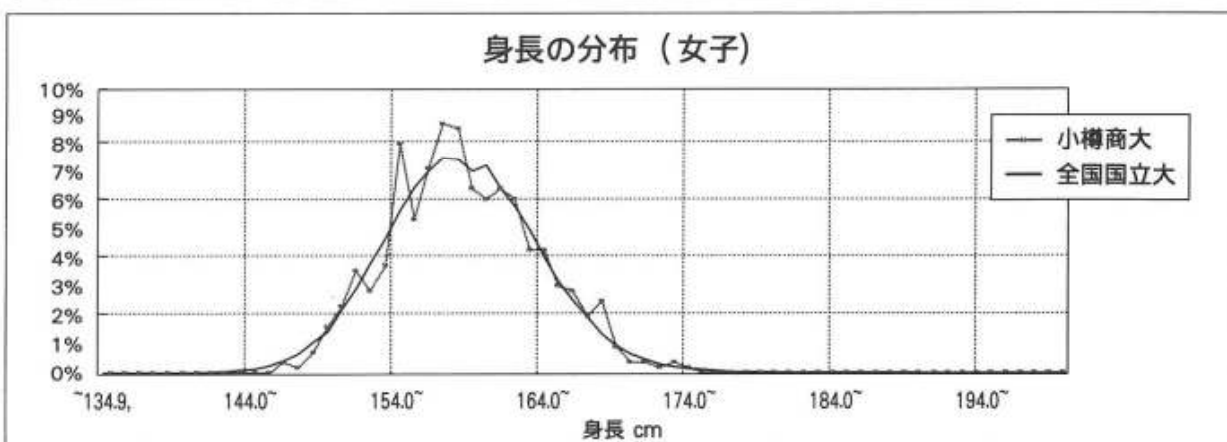
〈男子〉

	小樽商科大学			全国大学		
	対象人数	平均 (cm)	標準偏差	対象人数	平均 (cm)	標準偏差
総数	799	171.6	5.7	196,253	171.7	5.7
18才	41	172.5	7.0	37,961	171.4	5.7
19才	182	171.1	6.0	37,408	171.6	5.7
20才	231	171.7	5.6	34,247	171.8	5.8
21才	115	171.2	5.1	45,827	171.8	5.8
22才	200	171.6	5.3	22,633	171.9	5.8
23才	71	172.0	6.1	9,002	171.7	5.7
24才	30	172.1	5.9	3,859	171.9	5.7
25才以上	28	172.2	5.9	5,316	171.4	5.8



〈女子〉

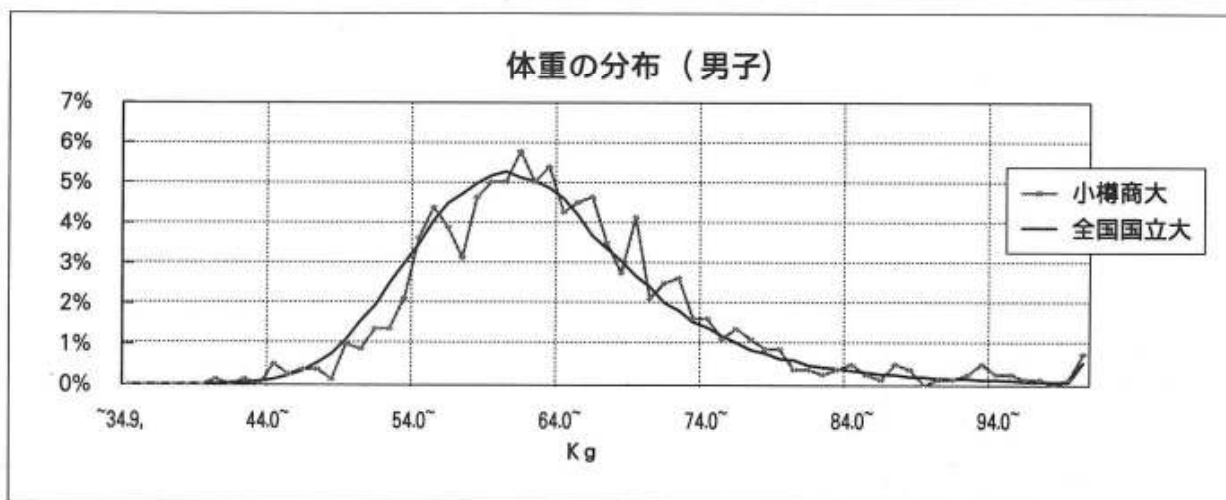
	小樽商科大学			全国大学		
	対象人数	平均 (cm)	標準偏差	対象人数	平均 (cm)	標準偏差
総数	557	158.9	5.1	117,825	158.7	5.3
18才	35	157.4	4.4	25,863	158.5	5.2
19才	29	158.1	5.1	23,798	158.6	5.3
20才	79	159.1	5.1	22,318	158.7	5.3
21才	90	158.6	4.8	29,249	158.9	5.3
22才	153	159.8	5.5	10,023	159.0	5.4
23才	51	159.1	4.0	3,081	150.1	5.5
24才	7	158.8	2.4	1,272	159.1	5.4
25才以上	14	159.9	4.8	2,221	159.1	5.3



2) 体重の年齢別平均

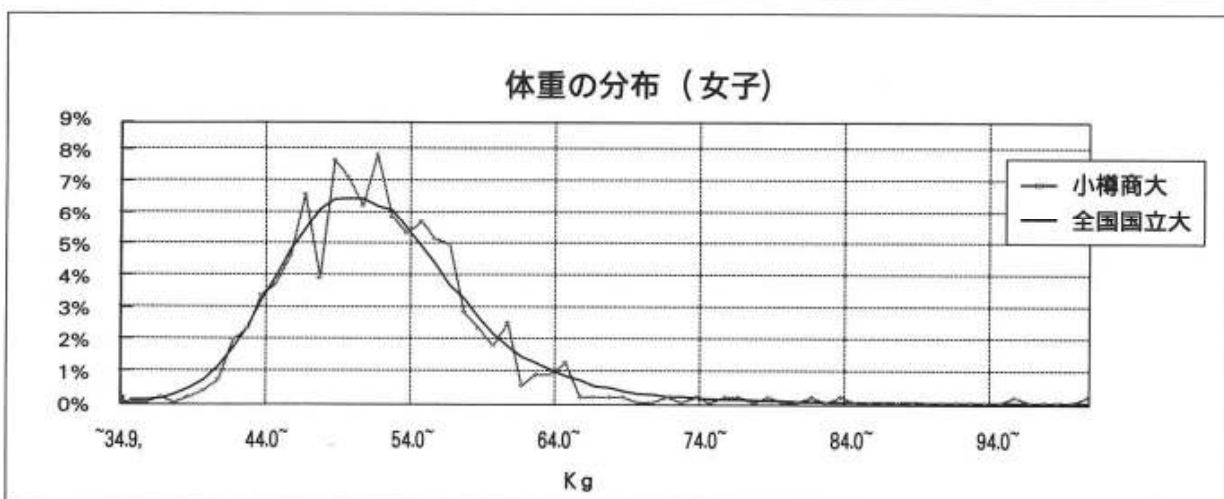
〈男子〉

	小樽商科大学			全国大学		
	対象人数	平均 (kg)	標準偏差	対象人数	平均 (kg)	標準偏差
総数	799	64.4	7.0	193,745	63.3	9.4
18才	41	64.3	8.7	37,072	62.4	9.4
19才	182	64.2	9.1	37,076	62.9	9.2
20才	231	63.4	10.6	34,326	63.1	9.2
21才	115	65.2	12.8	45,095	63.3	9.1
22才	200	63.8	9.0	22,223	64.0	9.5
23才	71	66.0	9.2	8,886	64.6	9.6
24才	30	63.2	6.3	3,798	65.8	10.2
25才以上	28	69.2	11.6	5,269	66.8	10.4

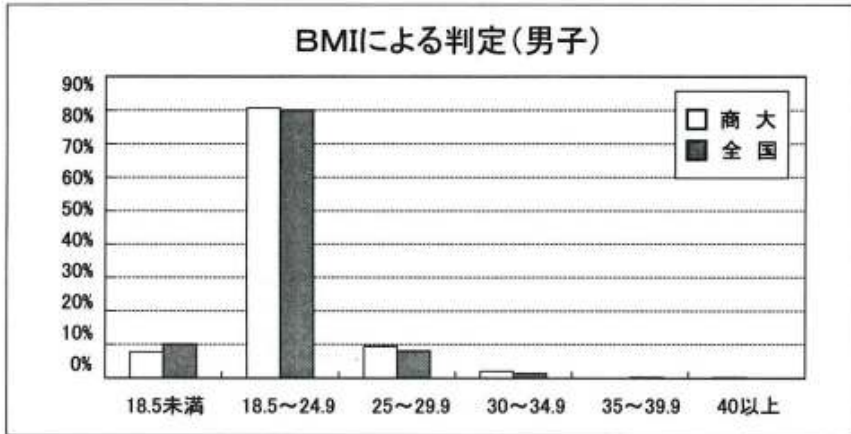


〈女子〉

	小樽商科大学			全国大学		
	対象人数	平均 (kg)	標準偏差	対象人数	平均 (kg)	標準偏差
総数	557	51.6	7.0	114,261	51.6	7.0
18才	35	50.1	6.9	24,843	51.5	7.1
19才	29	51.6	6.9	23,138	52.2	7.1
20才	79	51.9	5.9	21,890	51.8	6.9
21才	90	51.5	5.6	28,264	51.4	6.9
22才	153	52.5	8.8	9,709	51.3	6.9
23才	51	49.5	6.3	2,999	51.1	6.6
24才	7	50.3	4.7	1,241	51.3	6.7
25才以上	14	51.6	3.6	2,177	51.5	6.9

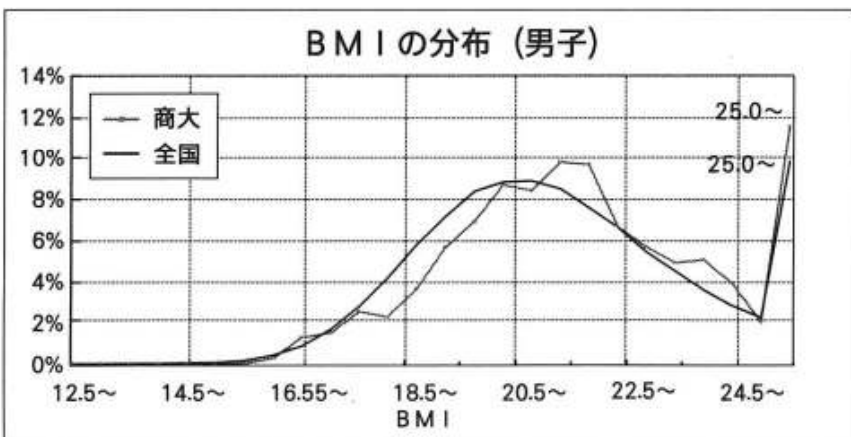
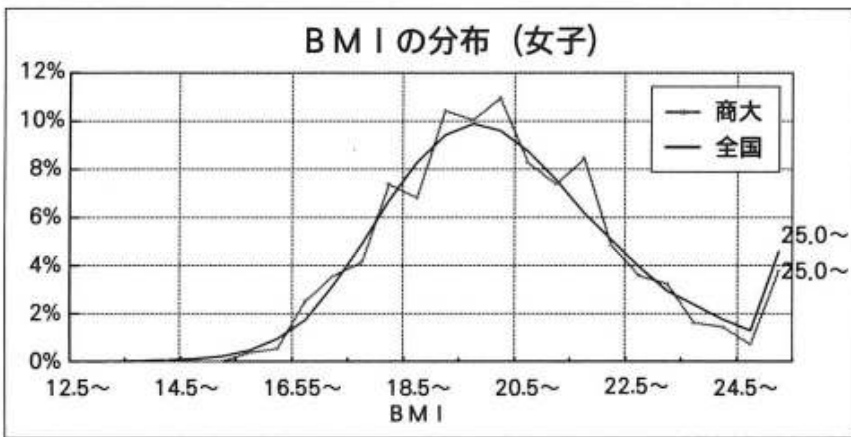
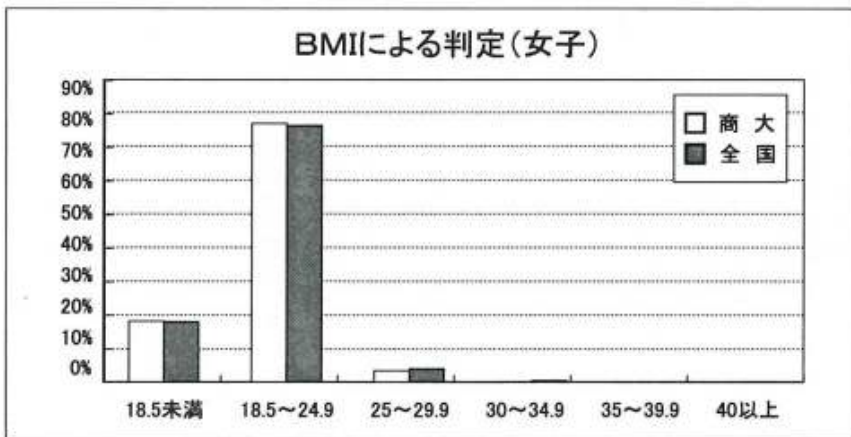


3) BMIの比較



日本肥満学会の基準

- 18.5未満……………やせ
- 18.5~24.9……………ふつう体重
- 25~29.9……………肥満(1度)
- 30~34.9……………肥満(2度)
- 35~39.9……………肥満(3度)
- 40以上……………肥満(4度)



4) 血圧の比較

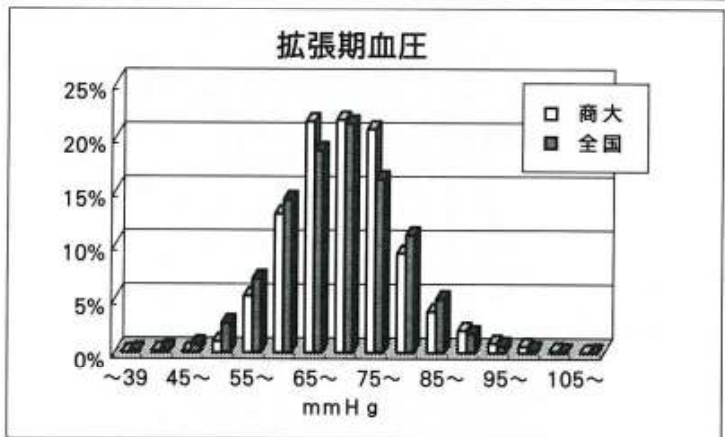
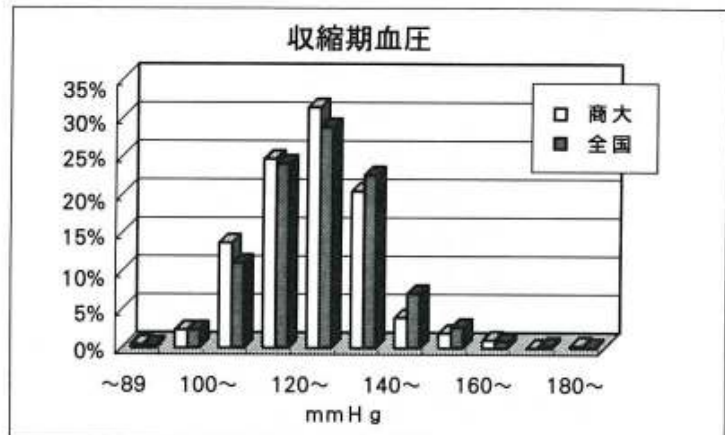
血圧及び脈拍の平均値

	男 子	
	商 大	全 国
総 数	686	165,597
収縮期血圧	122.4	124.0
S D	13.27	13.66
総 数	686	165,566
拡張期血圧	71.85	70.9
S D	9.22	9.68
総 数	685	138,171
脈 拍	76.9	78.8
S D	13.10	14.2

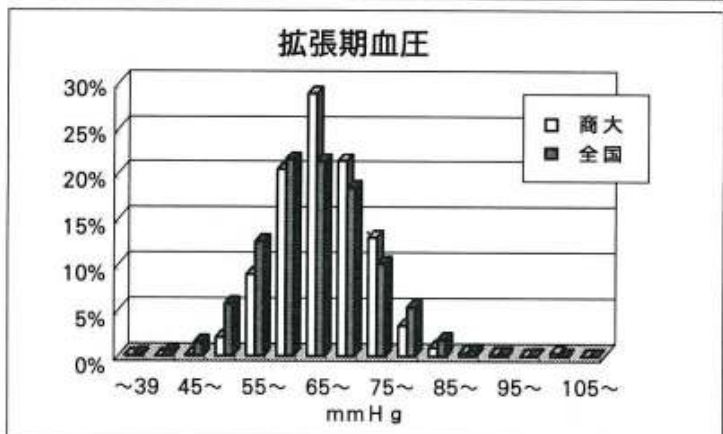
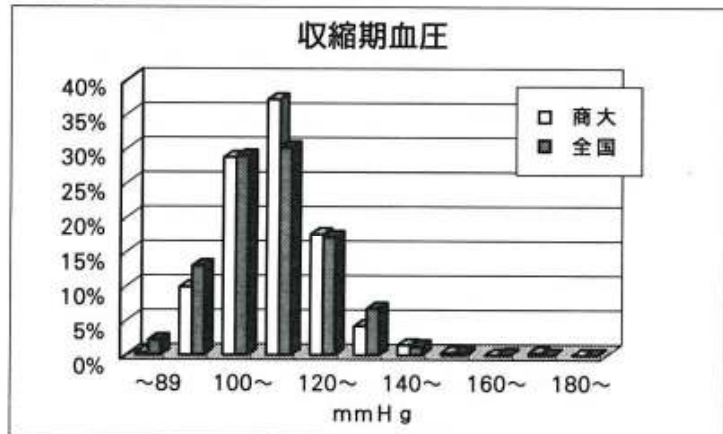
	女 子	
	商 大	全 国
総 数	547	103,371
収縮期血圧	112.9	111.9
S D	11.20	12.49
総 数	547	103,361
拡張期血圧	68.1	66.6
S D	7.30	8.95
総 数	543	87,333
脈 拍	77.3	79.4
S D	11.94	12.99

	全 体	
	商 大	全 国
総 数	1,233	268,968
収縮期血圧	118.18	119.4
S D	13.27	14.47
総 数	1,233	268,927
拡張期血圧	70.2	69.3
S D	8.63	9.64
総 数	1,228	225,504
脈 拍	77.2	79.0
S D	12.60	13.75

<男 子>



<女 子>



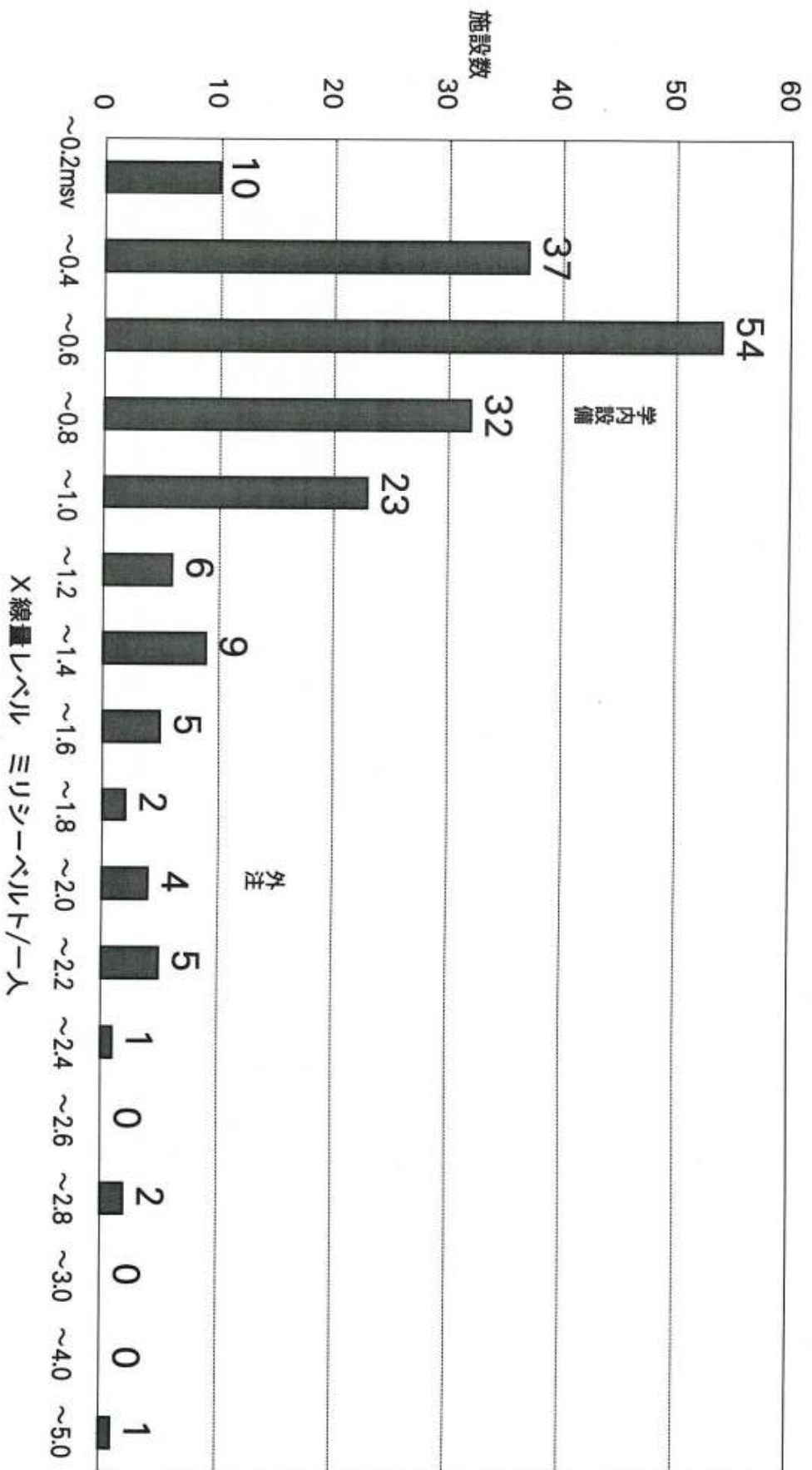
高血压

			小樽商科大学			全国国立大		
血 压			对 象	該当数	%	对 象	該当数	%
男 子	収縮期血压	140~159	686	39	5.69	165,597	16,201	9.78
		160mmHg以上		9	1.31		1,925	1.16
	拡張期血压	90~94		14	2.04	165,566	2,881	1.74
		95mmHg以上		11	1.60		1,705	1.03
女 子	収縮期血压	140~159	547	10	1.83	103,371	1,752	8.07
		160mmHg以上		2	0.37		168	0.17
	拡張期血压	90~94		2	0.37	103,361	544	0.53
		95mmHg以上		3	0.55		293	0.28

低血压

			小樽商科大学			全国国立大		
血 压			对 象	該当数	%	对 象	該当数	%
男子	収縮期血压	89mmHg以下	686	3	0.44	165,597	473	0.29
女子			547	2	0.37	103,371	2,282	2.21

4. 全国国立大学保健施設におけるX線被曝線量の分布



2002年度、胸部間接レントゲン撮影による胸部背面での吸収線量。「学内設備」は小樽商科大学保健管理センター内設置。「外注」はレントゲン検診バスによるもの。照射野しほりを使用したときの標準レベルは0.3~0.7mSVである。0.8mSV未満を採ると、全国施設の約70%がこの中に入った。外注ほかではこのレベルを超えるものがあるが、1mSV程度の増加ではがん化の恐れはない。

5. 学内における結核患者発生の対策と経過

結核発生への措置諸関連表

年. 月. 日	患 者	保 健 所	保健管理センター	大学機構
2001年 11月頃	・風邪を引いたようで 咳をしていた ・いくつかの病院を受診 ・授業にはほとんど出席			
2001. 12. 28	・社会保険中央病院へ入院 IⅢ1 ガフキー 5号 ・保健所へ発生届	小樽市保健所で受理		
2002. 1. 15	・患者本人から入院したと 国際交流センターに連絡 ・治療をすでに開始 4者併用 (INH, RFP, PRZ, KM)			・学生課が保健所からの 連絡・指示を受ける
1. 17				・小樽保健所からの 説明とTB対策会議
1. 19 ~20				(入試センター試験)
1. 29		保健所による説明会		
1. 30		結核定期外検診 ツベルクリン反応 胸部レントゲン撮影 計 342名	外国人留学生への 説明会 約10名	
2. 1		ツ反 結果測定		
2. 19		初回検診成績 (化学予防44名)		
2. 20				・北海道新聞に 記事が載る
2. 22			結核の経過を広報へ	
2002年4月	・患者 外来治療へ切り替わる ・登校授業へ復帰		・各連絡は保健管理 センターが窓口 ・予防治療者の把握、 治療の勧め	
7. 1		・新しい化学予防治療者発生		・保健センターH.P.に検診の お知らせ、予防治療の説明
7. 16		6ヶ月定期外検診(第2回) レントゲン撮影 143名 (226)		
8月		検診成績 精検3名		
2003年1月28日		1年定期外検診 (第3回) 127名		

結核についての保健管理センターへの相談

相談者	質問内容	対応法
教官	検診の対象者である	すべて入試センター試験官から除く
学生	風邪が続く。結核になるか心配である。	生活スタイルに注意。病院受診すること
留学生	過去のツ反で陽性だったから、心配ない？	結核に抵抗力があるとはいえない
学生	小樽市以外で検査をうけたい	どこの保健所でもできる
学生	アレルギーがある。ツ反がつよくでるのでは？	T B 特異的である
留学生	喘息がある。結核なら悪くなるか。	喘息の治療をしていれば、心配ない
教官	レントゲン線の被爆量がおお過ぎる？	検査をする便益のほうがおおきい
教官	発病者は結核をしたことがあると聞いた？	ただのうわさである
教授	発病者は前回の定健ではどうだったか	胸膜癒着のみ。正常である
教官	検診対象者でないが検診をうけたい	保健所受診をすすめる
学生	皮膚が弱く大きく陽性にでたようだ	保健所の判定を待つように
学生	ツ反陽性だった。咳がある。	生活スタイルに注意。経過観察
学生	一般病院で検査して強陽性だった	専門病院で化学予防をすべきである
両親・学生	就職などに支障はないか	感染について検査中であること (学生課へ多数あり)
学生	アメリカに留学する。注意点を	診断書作成、CDC 文献を提示
企業	感染者の就業について	(学生課へ多数)
患者本人	他の人に感染させていないか心配だ	発病者はないので、心配せず治療すること
教官	ゼミの学生が化学予防をしている学生への説明法は？	感染の心配はないこと (具体文提示)

教育・広報活動

1. 青年期の恋愛について (HIV感染症) 2000.12.7

小樽市保健所主幹 (医師) 秋野 恵美子

HIV感染をうけた人たちは、10年くらい経つと (全員ではありませんが) エイズになります。10年の間彼らはウィルスを人に移す可能性を持ち続けるわけです。ウィルスが体に入っても、自分では痛くも痒くもないから、ぜんぜんわからないというのがHIV感染の困った点です。

ラブツリー

ラブツリーと呼ばれる図があります。ここに一組のカップルが描かれています。彼にとって彼女は初めての恋愛の対象で初めてのSEX、彼女のほうは、彼は2人目で、彼女だって何人もの男性と恋愛経験があるわけではない。彼女が以前につきあった男性は、彼女を含めて3人の女性とセックスをしたことがある…という風につづけていくと、何人もの人がつながってくるわけです。この中で1人HIVを持っていたとすると、このカップルも、HIVプラスになる可能性がある。目の前の相手が真面目であるとか不真面目であるとかには関係なく、HIVは人から人へと音もたてずに移っていく。ということを示しています。

こういう話を聞くと、(大変幼稚な考え方ではありますが)、こんなにセックスって怖いものなら止めた、というノンセックス派という立場の方がいるかもしれません。エイズも淋病もあるし、クラミジアもあっていろいろ性感染症がある。知識がどんどん入れば入る程、人とセックスなんてしないと言う人もいるのだそうです。まるで交通事故にあうのが怖いので、家から一步も外に出ないと言うのと同じような話です。・・・これでいいのでしょうか？

検査について

生まれつきウィルスを持って生まれた子というのは、日本にはまだあまりないでしょう。だから、今まで生まれてから一度もSEXしたことがないのなら、自分は持ってないというのは、わかるでしょう。ですが相手の方が持ってないかどうかということは？一度でもSEXの経験のある人は？・・・検査を受けることです。検査の方法といっても知らない方がほとんどです。検査は保健所または保健センターで検査します。小樽市の人が小樽でなく札幌へ行ってもかまいません。検査に行く前に電話をする事が必要です。そしてその指示の通りにすれば、エイズのエの字も言わなくてよいように配慮されています。名前も聞かなければ、住所も聞かなければ、検査をしている人が誰の検査をしているのかもわからないようになっています。よく聞かれるのは、「小樽市でエイズの人は、いるんですか？」。保健所で検査をした人が小樽市の人は限らないから、小樽でエイズがあるかどうかは、わかりません。

SEXをしない人には、エイズの話は必要ないとも言えます。自分たちがこれから恋愛をし、セックスをする可能性のある方は、エイズの事を知っておく必要があります。

ウィンドウピリオド

今日検査を受けてHIVマイナスですと言われました。今日、私はHIVを持っていないといえるのでしょうか？

もしも、3ヶ月前にSEXの経験があって、その後3ヶ月の間に、誰とも一回もセックスをしていなければ、これはマイナスと言えます。それ以外は？なんともいえません。これから3ヶ月間たってはじめて、検査が可能になるのです。これをウィンドウピリオドといいます。ふたりが、ふたりだけでつきあっている、という関係であれば、何回も検査する必要はないわけです。

エイズのことでは確かにわかるのは、自分が人に移すかどうかということだけです。自分が浮気をしていない限り、自分は、パートナー以外には移していないといえます。相手が何をしたか、持っているかどうか詮索するのは所詮無駄なことで、自分がどうするのかということだけが検討出来ることです。

エイズになったら、もう終りかという話。

北海道にエイズの患者などいないだろうと思っている方もいるかもしれませんが、います。現在のエイズ患者の数は10年前のHIV感染者の数と合いません。10年前には、HIV感染者はいないと思われていたのです。それが、エイズ状態になった今、初めてわかる・・・それでは遅いのです。

もしもHIVプラスだなんて言われたら、ガーンとなってしまって、もう自分は死ぬしかない。こんなこと言われるのはいやだから検査にはいかない、と言う方がいるかもしれません。そうじゃないんです。薬害エイズで、HIVに感染した子供達があります。彼らはちょっと前までは、どうすることも出来なかったわけです。しかし今、その子供達に三者療法をやることによって、ウィルスを激減させることが出来ます。今、エイズはどうしようもない病気ではなくて、早めに見つけてHIVを減らせば、エイズと言う状態にならずに済むことも可能な時代になってきたのです。恐れず、早くに検査を受けてください。

コンドーム

これから、皆さんの前に現れる人にいちいち、“HIVの検査した？それから3ヶ月、誰ともセックスしていない？”って確認してから恋に落ちますか？そんなことはないですよ。まず、皆、恋に落ちてしまっただけです。それからSEXという経験になってしまうわけ。コンドームをつければちゃんと出来ますよといわれても相も変わらず人から人へと移っていく。性感染症もどんどん移っていく。あるいは、10代の妊娠、人工妊娠中絶、という現実がある。ちゃんと使わないと失敗することがあるということです。

一昔前のパンフレットにはきれいごとでステディセックスとか書いてありました。今は、コンドームの使い方は全部図入りになりました。コンドームのつけ方ぐらいわかっているよ、という人達がほとんどなのになぜエイズがふえるか、の原因のひとつには、コンドームがきちんと使われていない、ということがあります。図入りです。と言っても、いくら時代が進んでも、[エイズ予防のためにコンドーム使いましょう]なんて台詞は絶対できないでしょう。お前は俺を愛していないのかとか、雰囲気ぶち壊しだとか。ということになったり、とか。用意もして来たのに実際使えなかった。あのとき、とっさに使えなかった、そんなこと言うのと遊び人に思われるかもしれない。彼に嫌われるかも知れない。あるいは、面倒くさいよ、“じゃ何か？俺が性感染症を持っているとでも言うのか” そう言う話になってしまって、コンドームのこの字も言えずに、成り行きのまま・・・は十分にある話です。実は、コンドーム使ってよ、と言える良い言い方があるんです。「自分はまだ若いから、妊娠したくないから、今日は、妊娠するかもしれないから、だからセックスするのはいいけれどもコンドームを使おうよ。」・・・妊娠ということを理由にしてコンドームを使う、格好良い言い方がありました。妊娠という話題を出すことによってコンドームを使うことができますね。

男性というのは常に、精子を毎日毎日作り続けている。女性の場合は、卵子は一ヶ月にたった一回。この時に、精子と出会うと受精が成立するわけです。しかし排卵日がいつかということは、女性自身もわからないこと。今日かもしれない。しかし、そこまで考えていない。知らなかったという情けない寝言を言って、責任回避するのはやめましょう。SEXするしないが、良いか悪いかそういう議論をするつもりはありませんが、妊娠したいか、したくないかということだったら、皆、答が出るはずですよ。妊娠を防ぐためにコンドームを使おうよ。ということは、彼女を思っている男性であれば言える台詞だし、自分の体を大切に守れる大人の女であれば、言える台詞です。皆さんご存知かも知れない、マジックジョンソンというバスケットの選手、彼が自分はHIVがプラスだということを皆に言った。彼には奥さんもいるわけですよ。じゃ、マジックジョンソンがHIVプラスなら、夫婦生活はないのかといたら、ちゃんと、コンドームを使ってSEXをする事が出来るわけです。

恋愛論

ノンセックス派の話をしましたけれど、世の中には即セックス派もいます。人と恋に落ちたら、即、セックス。セックスもしない恋愛なんて、恋愛じゃないという方もいるかもしれませんが、セクシャリティという、セックスだけではないですよ。

手を握る、抱擁、キスする、ベッティング、とこうきますよね。手を握るということも、ただの握手で

はなくて、これで十分セクシャリティな訳です。世の中には、SEXをしないカップルもいます。選ぶ自由はあります。手を握るだけ、しっかり抱きしめてくれれば、それでいいじゃない。そして、2人が子供を作るよと心が決まったら、どうぞ、ご自由に。

もう一度言います。HIVの感染は、なったら終りというものじゃない、治す病気ですから、心配になった方は是非検査をまず受けること。相手にも受けることを勧めて、二人揃って保健所に行くなんて格好良いカップルは、まだ見たことありませんが……。これくらい出来るようになったら、2人は何事があっても崩れる人間関係じゃないとおもいます。

エイズ患者さんについて

もう1つ、ちょっとエイズ患者さんのことを考えてあげて欲しいと思います。ごく一部の遊び人だけになる病気で、うちら普通に恋愛している連中は関係ない、と思う方かもしれないけれど、そうではないのです。

エイズになった人達は免疫機能がないですから、たちどころに病気になってしまう。友達がエイズになったらどうする？ご飯を食べに行くときにも、刺身など生ものは食べちゃだめ。ありとあらゆることに弱い。免疫機能がないという人達というのは、抗癌剤の治療のときとか、無菌室に入る。エイズの患者さんも守られるべきなのに。小樽でもエイズキャンペーンをやっている時に、ある女性が、「自業自得で病気になった人と私達は関係ないでしょう」と言いました。「恋をして、SEXした。そしてエイズになった。」が「自業自得」？そうじゃないです。なった人達というのは、毎日、いかに自分が細菌から身を守るか汲汲として暮らしている。そして治療のためには毎月数万円のお金がかかる。仕事も首になって、アルバイトもしなくちゃいけなくなった。何時死ぬかわからない。誰にも言えない、助けてもらえない。という苦悩の中にいるのです。サポートが必要なのです。

「神様もう少しだけ……」

「神様もう少しだけ……」は、エイズを扱ったドラマ。主人公の女の子は3人の男性とSEXをしました。高校生の同級生の男の子。援助交際の相手。フィアンセ。彼は有名なアーティストで、彼女は彼のコンサートに行きたいがために、1回だけ援助交際をやって、お金をもらったのです。……。彼女は、けがをした。そして病院へ行きました。病院で針刺し事故が起きた。看護婦さんが採血した時に間違っ自分の腕に針を刺したのです。それで、HIVの検査をした。患者さんがプラスだということになったら針刺し事故の看護婦さんは、即、治療が始まるわけですから。ところが、本人は知らなかった。で、何も知らずにと病院に行ったら、HIVプラスです。その後ですね、彼女はこの3人のうちの誰から移ったかということ考えた。真っ先に考えたのが“援助交際するような男、あの人から移ったに違いない。”……。これを偏見と言います。この20代の男性はですね、それこそ、たった1回だけソープランドへ行った。HIV(+)となっていたことを、その人は知らなかったんですね、そのとき。でも、この人はもう目の前にいないです。次に彼女が考えたのは、自分が移したかどうかということ。で、同級生の男の子に、検査してと頼んだ。で、友達だから、ま、お前が言うなら受けてやるよ、と。彼は保健所で検査して何ともなかったよ、と教えてくれるんですね。これで解ることは、HIV感染と言うのは加害者であり、被害者であるわけです。人から貰って、人へ移すのです。こんなようなわけで、彼女は、次に移さなくて良かった、と心底ほっとしたのです。普通の方が何もわざと遊びに行ったわけではない。普通に恋愛をして、ほんとに大好きな人だからセックスをした。ただそれだけなのに気が付いたらエイズになっていた。10数年経ってエイズになっていた。自分は10数年の間に何人の人に移してきただろうか。そういう後悔の念と、もう元に戻れないという後悔の念のなかで自分は死ななくちゃいけない。そういう状況で生きているのがエイズの方なんです。もしここにエイズの患者さんが出てこられたら、絶対皆さんに言うでしょう。「コンドームを使わずに、セックスすると言うようなバカなまねは止める。恋愛するのは大いに構わない、セックスするのも構わないけれども、コンドームくらい使え、検査くらい受けろと。俺の二の舞はするな」と。

今日はいろんな言い方をしましたけれど、今、カクテル療法があるから、治す時代になってきているこ

とをしっかり覚えていただきたい。その上で、なっても治せるということを前提の基で、検査を受けにきていただきたい。保健所に行って検査をする事がエイズの検査であって、健診を受けに行つて、病院に風邪で行ったら血を採られた、だから調べているだろう。これは違うんですね。

献 血

もうひとつ、献血すれば、もしエイズプラスだったら結果を教えてくれると思うかも知れませんが、それは間違いでHIVプラスであってもそのことは教えずに、黙って血液を捨てます。

私達が結果を伝える時には、私達も充分じゃないですけど、その方が医療機関に結び付くために、心をこめて話をします。検査は保健所だけでやることになっています。

今日は、いろいろな事を言いましたけれども、とにかく、HIV感染という問題は北海道で現に起こっています。そして、北海道の人達は、エイズの事を身近な問題と考えていませんから、危険です。なったか、ならないかわからない方は一番不安ですから、検査を受けたほうが良いと思います。エイズの事を、彼と彼女で話が出来るとな二人であれば、何があつたって何でも乗り越えていける。コンドームつける、つけて、と言えないぐらい物も言えない2人であれば、風が吹いたらひょっと壊れてしまう人間関係かも知れない。それよりも、エイズという大変な病気だけれど、これを巡って人と人の付き合いの大事さとか、人を信じるというのはどういうことか、自分に責任を持つというのはどういうことか、あるいは、セクシャリティについて考えるチャンスになるという意味があるのではないかと考えています。

いろいろなセクシャリティ

ホモセクシャリティの人達に対する偏見はまだありますよね。セクシャリティは3つに分けられます。ヘテロセクシャリティとホモセクシャリティとトランスセクシャリティ。ヘテロセクシャリティは男と女のセックスですけども、これは3つある中の一部に過ぎないということです。少なくともエイズの事を取り扱っている人々は決して、ヘテロが正常であつて残りが異常だという言い方をしません。人間には、ヘテロセクシャリティもあれば、ホモセクシャリティもあれば、トランスセクシュアリティもある。その中の1つに過ぎない。ということですね。ホモセクシャリティは男性と男性、もしくは女性と女性の恋愛・セックスですけども、トランスセクシャリティはもうちょっとややこしい。体は女であっても、自分は男として生きるのが一番びったりする、あるいはその逆。これがトランスセクシャリティです。ある事例ですけども、ホモセクシャリティの男の子がいたのですね、この子が僕は思春期になって中学生くらいになった時に、素敵な男の子に会つたとんだか胸がドキドキして、ぼーと熱くなるけれど、どんな女の子に会つても何にも感じなかった。どうしてかなと、思っていたけれど、自分は、ホモセクシャリティだったと後になってわかつた。ホモセクシャリティは育ち方がおかしいとか、異常であるとか、そういうことは通用しないのです。トランスセクシャリティについて考えるなら、身体が男であっても女として生きるのが一番びたりくるのであれば、女として生きるのは当然。こういう時代の中で、こういうふうな物事を公平に捉える大人の眼を持っていないと、エイズの事なんかとてもできない。ホモセクシャリティの人達を異常だと見ている人に、誰が安心してものをしゃべりますか。ですから、私達は、徹底的にこれを訓練されました。もっと大人の眼で、科学的な眼で世の中を見るなら、エイズというのはただの病気に過ぎない。病気であるならば、防ぎかたと治療の仕方と検査の仕方をイーブンにきちっと知識として持つことが大事で、それを行動で表すのです。

これで終りにしたいと思います。

以上

2. 日本の移植医療事情 -腎移植について- 1999.7.12

市立札幌病院腎移植科 平野哲夫

私は、本来、泌尿器科医ですが、途中から腎臓移植を専門とし、1984年市立札幌病院に移りました。浅沼先生とは、北大の学生時代に下宿が同じだったという縁で今日、呼んでいただいた訳です。私は本日、皆さんに臓器移植の現状を知っていただきたい事が1つと、あくまでも臓器移植というのは提供する人と、もらう患者さんとの両方がなければ成り立たない・・・、あくまでも個人の選択として成り立つということをお話としてお話をしたいと思います。

腎不全の治療

たとえば、みなさんの机の上にペットボトルが置かれその量は500ml位だと思うのですが、慢性腎不全で腎臓が決定的にだめになって尿が外に出せない患者さんは、一日に食事以外に中に塩分が入ってない純粋な水として500ml、この水一本しか飲んではいけません。慢性腎不全の患者さんは透析を受けていますから、薬や粉薬を一日に3回飲むだけで、500mlの水を飲んでしまう。そういう環境のなかでの医療だということです。皆さんはいつ患者さんの側になるかもしれないし、いつ提供者側になるかもわからない。そう言うお話をしていきたいと思います。

臓器移植と言うと特殊に聞こえるかもしれませんが、私たちの所では15年くらい腎臓の移植をやっている腎移植科と名乗っているくらいですから、普通の治療として行っている医療です。

私自身は腎臓をやっているわけですが、他の臓器のことについても触れながら、基本的には腎臓のことをお話ししたい。移植というのは、腎臓とか肝臓、心臓という臓器がありますが、それが究極的に機能として働かなくなる。たとえば、腎臓であれば、尿を出すとか、体の中に取り込んだ塩分を外に出すとか、そういった作用があるわけです。その機能が停止した場合どうするのか。慢性糸球体腎炎というような病気で尿毒症となりどうしても治療法がなければ、腎臓の場合は血液透析という方法があります。血液透析は全国で22万人くらい、北海道でも1万人の患者さんが週3回の血液透析をやりながら生活しています。けれども、食事の制限とか、腎臓が悪くなることで貧血が進んで息切れがするとか、週3回4時間ずつ血液の浄化、洗濯をやらなければならない。時間的な制約などが必須になってくる。それを死ぬまで一生やらなければならない。そういう代用臓器があるのだけれど、これは根本的な治療法ではないわけですから、根治的治療で生活できるようになりたいという願望が強くあるわけです。患者さんにとって移植の最終目標は根治的な治療法だということです。肝臓とか心臓は代替療法がありませんから、移植しか命を守る方法がないことが今の大きな問題なわけです。

移植医療の条件

移植には絶対に必要なことが幾つかあります。提供者がいなければいけない。腎臓であれば、ヒトが持っている腎臓は二つありますから、そのうちの1つを提供する血縁生体腎移植、肝臓も一部分を移植するのですが、心臓は一つしかありませんから、亡くなる方からしか提供を受けられない。

もうひとつは、人の体の中に細菌などが入った時に防御する免疫反応というのがありますから、それによって起きる拒絶反応を防がなければならない。それを防ぐ薬、免疫抑制剤を飲み続けなければいけない。この問題も大きいことですが、これはごく一般的な医療行為です。最近一般的医療で患者さんに治療法を

幾つか説明、提示して患者さんが選ぶということがだんだん必要になってきています。けれど、臓器の売買は禁止するとか、法制化して約5年半になる脳死移植の場合は、本人の文書による意思表示と家族による文書による承諾がなければいけない。こういうふうに医療としてきちんと決められているということが移植における特徴です。

36年前に、昔、札幌医大で和田心臓移植というのが行われて、かなり話題になったのですが、その頃の移植というのは綱渡りの側面があったわけです。ちょうど、36年前というと私が大学の6年目の時で、それ以来すごい勢いで移植医療というのは進歩してきた。この進歩の背景にはいわゆる組織適合性、型合わせの検査の進歩と、拒絶反応を抑える免疫抑制剤の開発、それからもうひとつは、患者さんを上手に診察できるようになってきた。こういう進歩があります。型合わせでは赤血球型はどんなに分けてもA型、B型、O型、AB型の4つにしか分かれないうですね。これを基本的に合わせるの大事ですが、もっと大事なのは白血球の型合わせなのです。白血球の型合わせは非常に複雑で、赤血球型では4つしかなくて、O型の人には誰にでもよいか、AB型の人にはAB型にしかあげられないとか4つのパターンしかありません。白血球の型というのは複雑で、ヒトの第6番目の染色体に乗ってまして、ヒト白血球の型をHLA型といいます。その中にはA座、B座、C座、DR座があり、一人で8つの型を持つというのが普通です。遺伝形式から言えば、父親がいて母親がいれば、子供は白血球型的には父親の半分と母親の半分を持つてくるというのが基本です。パターンとすれば、兄弟で半分あうこともあるし、そっくり合うこともあるのだけれど、兄弟でも全く赤の他人になってしまう場合もある。これは白血球の型ですから実際に採血しリンパ球を調べなければわからない。一般的に言えば、血縁生体腎移植とか、血縁の肝移植の場合には、親子であれば半分合っているとということが前提になって話が進むわけです。

脳 死

脳死・脳死状態という言葉よく聴くと思いますが、脳死はあくまでも今の医学が進歩してきたなかで出てきた状態なわけです。よく脳死と言いますが、人間が死ぬ時に脳死状態で死亡するというのは100人に一人もいないだろうと言われてます。もうひとつは、人間が植物状態に近いような状態になった時との区別が非常に重要です。今の臓器移植では本人が脳死の診断を受けるという意思表示する、皆さんにお配りした意思表示カードがあって、家族が承諾して、家族が書面による承諾した時にはじめて成り立つということだけは是非覚えておいてください。どれが欠けても絶対脳死からの提供はない。これまで過去数十年にわたって行われてきた心停止後の腎臓移植の場合には、本人の意思がなくても、家族の承諾のみ出来ますので、その大きな違いがわかると思います。

人間が亡くなる時というのは、瞳孔が開いて、当然呼吸をしない、心臓は動かない。この3徴候で死亡を判定していた。それが、従来の死の定義でしたが、人工呼吸器が出てきて深い昏睡になっている、瞳孔も固定している、対光反射とかいわゆる神経的反射がなくなっている。脳波が平坦である。当然自分では呼吸が出来ないというのが非常に特徴的なことなのですけれども、これが脳死の今の定義です。いわゆる植物人間では、自発呼吸があるとか、脳波は当然あるわけで、神経の反射も一部、全部ではないが残っているということがひとつの大きな特徴なのです。

今の救命の処置として人工呼吸器があるために、自分で呼吸出来なくても人工呼吸器を装着すれば、外からは普通の人間が寝て呼吸をしているような状態に見える、というようなことがある。当然、除外条件もあります。医者が二人以上で別べつに診断するとか、6時間後にもう一回再確認をするなどですね、こういったことが必要とされ、かなり慎重にやられていると考えてください。けれども脳死判定は今の法律では、前提条件として脳死を本人が認めることを生前に文書で認めていない限り、脳死判定の実施はありえないのです。当然原疾患が確定だとか、血圧だとかちゃんとした治療を全部やったかとか、こういう状

態がきちっと確認されているということが前提になって脳死の判定は行われなければいけないと決められています。

もう1つは、除外項目でたとえば6歳未満の子供さんはやってはいけない。薬物中毒とか、いわゆる低体温状態で呼吸が止まったとか、こういう除外条件があるのも事実です。

移植医療のシステム

従来の医療は、受け持ちの医者と看護婦、医療スタッフと患者さん、その家族の間のコンタクトだけでやっています。移植医療というのは、特に死後に腎臓を提供される場合には、公平公正中立な組織がなかだちすると決め、社団法人日本臓器移植ネットワークがあり、そこで働いている人が移植コーディネーターという、患者さんの立場に立って家族を擁護しながら、提供者側ともらう患者さんとの間の仲立ちをする中立的な役割を担っている組織です。その中では、きちっと説明をして提供意思の最終確認をする。ある日突然、事故などで、脳死状態になったと説明を受けた時に、患者さんの家族は悲嘆にくれているわけで、そういうことに対する精神的サポートとか、いろいろな手配をするというのがコーディネーターですが、コーディネーターの役割が非常に重要です。

脳死でなければ、絶対使えない臓器があります。心臓、肺、肝臓、小腸こういった臓器です。心停止後でも可能な腎臓、脾臓があります。角膜はかなりゆるいもので、心停止後8時間後くらいまで提供可能です。北海道で腎臓や角膜を提供した家族の方が答えたアンケートでは、他人の役にたつとか、コーディネーターが熱心に勧めてくれたから、最後のお役にたてばよいなどありますが、実際体の一部が移植された患者さんのなかでずーっと生き続けているという思いが一番強く提供者の家族の方は持たれている。

移植の実際

慢性腎不全・尿毒症で、人工腎臓で透析療法をしなければ生きながらえない患者さんは、全国で22万人、北海道でも1万人います。そのなかで腎臓移植は年間750例、献腎という死体腎移植は年間150例くらい。一人から2つ腎臓が提供されますから、提供者としては75人。臓器移植法が成立したあとも数は増えていません。生体腎移植も増えないのですが、献腎移植を希望しても希望する患者さんは年1%くらいにしかあたらなない。

実際に私たちのところで腎臓移植をした数は218例に達していますが、圧倒的に多いのは血縁生体腎移植。母親、両親、兄弟です。死体腎移植は少なくて15%くらい。血縁生体腎が成立する根拠は、2つある腎臓の1つを提供しても問題がないという理由です。献腎移植については、諸外国では献腎移植が7~8割から9割を占め全く日本と逆で、献腎移植しかやっていない国もある。そして血縁生体腎が15%とか日本とは反対の状況にあります。

腎臓の移植の実際は、自分の腎臓は2つとも残したまま3つめの腎臓を、右の下腹の所にいれるというのが原則です。動脈と動脈を繋いで、静脈と静脈を繋いで提供者の尿管を膀胱に繋ぐ手術。手術自体は5時間で、腎臓を植える手術だけなら医者2人と看護師1人のチームでできるかなり一般化した手術です。翌日から立って歩け、日本でも年間750例行われている手術で、今後はさらに数が増えるかどうかが一番の問題になります。

ところで大きな課題は、先にも述べた拒絶反応の克服です。たとえば、AB型の腎臓をO型の患者さんにいれて全く処置しないと、すぐに植えた腎臓が真っ黒になる超急性の拒否反応で、腎臓は拒絶され働きません。それに対して、1週間目くらいから起きてくる急性拒否反応は、平均一人平均すれば0.4回です。これは早く見つけて治療すれば腎機能としては問題ない。更にもう1つは移植後6ヶ月後くらいから起きてくる慢性拒否反応。これは徐々に進行して、やがてはまた透析・人工腎臓に戻らざるをえない。心臓移

植とか肝臓移植は一度植えたのがだめになると、再度次にすぐ植えなければ患者さんの命はありません。私たちのところで218例の腎臓移植をやったうち、13例の方が2回目の移植を受けている。腎臓の場合には人工腎臓がありますから、どうしてもだめであれば、透析に戻って、再度移植を待つことも可能だということです。

移植を受けた後の問題があります。免疫抑制剤を使いますと、抵抗力が落ちて感染を起こしやすくなる。普段は悪さをしないヒトの中に常在するウィルスだとか真菌などが動き出す日和見感染症・糖尿病などが出現することがあります。移植後3ヶ月経つと月に一回の通院になりますので、慢性腎不全の患者さんは血液透析を週3回4時間ずつパーマネントにやるわけですが、腎移植は非常に快適な日常生活が可能になります。自己管理はどうしても必要になり、外来に月1回しか通院しないわけですから、そのあいだ慢性の拒否反応とか、薬による合併症のために病気が起きるとか、免疫力が落ちていてガンの発生率が普通の人より高いとかで定期的な健康チェックをやらうということが問題になってきます。

世界での統計的な事を示しますと、心臓移植はちょっと古い資料ですが97年3月のですけれど、アメリカで年間2298例、日本の海外での移植数、33例です。肝臓移植は、日本ではほとんど生体肝移植ですが522例。脳死でアメリカで行われているのが年間3400くらい。日本でも海外へ行って肝移植をやったというのが150例くらいです。

肝臓移植の成績は、心臓移植よりやや良いかなというところで、だいたい5年で6割生存という数字がでています。

98年の統計で移植を受けた患者の1年目と5年目の生存率をみますと、角膜移植は移植したそのものがつかなくても命にかかわることがないので100%。その次に腎臓移植は、1年95%、5年で80%です。肝臓が1年で約8割、5年で6割。心臓が1年で83%、5年で67%です。腎臓は数字として定着した内容だということをご理解いただけたと思います。

従来は腎臓のみが、本人の意思表示を受けドナーカードによる登録制だったのですが、北海道で数年前まで約1万5千人がドナーカードを持っていました。その中で腎臓を提供できる状態で亡くなられた方は1人しかいなかった。3年前にその方から提供を受けました。そもそもこのカードを持っていて普通の生活をしている人が、脳出血とか交通事故の頭の出血だけで亡くなる率というのは1万とか10万人に1人だろうといわれている。1万5千人の登録があってもそういう状況なので、もっと身近に皆さんの提供の場を作ろうということで、現在の意思表示カードのシステムが作られたわけです。1つは自分が脳死提供、脳死の判定を受けるということで、脳死後に以下の臓器を提供しますということを表示する。脳死の場合には、これがなければ絶対に脳死の判定をすることはできないというのが今の取り決めです。そのうえで、家族の方による提供を承諾する書面による承諾がなければならない。5年前に高知で脳死提供があった時に非常に大きな問題になりましたが22例の提供が実現しており、一部の提供された方は、高知の提供があって感銘して、積極的にカードに記入された方だということです。まずこれがなければ絶対成り立たない。従来から心停止後に、家族の承諾があれば、腎臓を提供することも角膜を提供することも出来る。もう1つ、私たちが重視しているのは、自分は臓器を提供しませんという項目も選択としてあるという考えです。あくまでも患者さんの意思表示であって、強制できるものでないということです。

移植の意味

従来の医療から考えると、移植は特殊な位置付けです。肝臓移植、心臓移植にあれだけの莫大なお金を使うことが本当に良いことなのか異論もありますが、肝臓、心臓の場合には移植しか生きる道がないとしたら、患者さんの命そのものを経済的なお金のことだけで判断してよいものかどうか、という問題が議論の論点だと思います。私たちは、患者さんが希望しそれが実現できる体制があるならば、支えてあげるのが

我々の任務だろうと考えている。移植医療というのは、法律的な側面と国民的、市民の支持がなければ、成り立たない医療です。

皆さんはあまり今、関心がない事かもしれません。自分の身の回りで透析を受けている人がいないかもしれませんが、病気とか、人間がいろいろな困難を抱える時というのは、自分自身がその場にぶち当たらないと理解できないという側面があります。しかし、慢性腎不全で人工透析を受けている患者さんが年間2万人ずつ増えているのは大きな問題です。たまたま、入学の時とか、職場での健康診断で蛋白尿が見つかって、数年で慢性腎不全になって人工透析に移っていく人もかなりいます。こんな病気になるとは思わなかった。血液透析にはって週に4時間3回の血液透析を受けながら、仕事をしてがんばってこられて移植を受ける。移植を受けた最大のメリットは、海外旅行に行けるとか、普段の仕事を十分出来るとか、家族と団欒出来るとか、人間としての基本的な当たり前のことが一番だろうと私たちは考えています。人間が人間らしく生きられることが臓器移植のなかで実現するわけです。もちろん全てがバラ色ではないですし、亡くなる患者さんもいるわけですから、私たちは十分配慮して今後成績を向上していかなければいけない。そのために日夜努力しています。今後皆さんがこんなことに遭遇する可能性はあるものだと考えていただければと思います。

質疑応答

Q 腎もそうですけれども、家族兄弟の方からの提供が圧倒的に多い。欧米では逆だと思う。そのあたりの理由を。

A 日本で血縁生体提供が多いのは、日本で死体腎移植が増加しないということが決定的な理由なのです。肝臓移植をとってみればわかりますが、血縁の方からの肝移植をしているのはほとんどが日本です。日本では臓器移植法がようやく成立して動き出しているのですが、心停止後の腎臓提供さえ少ないということで、待ってられないという状況が患者さんの間にはある。アメリカですと、年間2500例程度の提供者がいて、腎臓であれば、2倍の5000出るわけで、それが移植に結びついているというのが現状です。

Q 生体移植というのはリスクがあると思いますが？

A 確かに生身の健康な方にメスをいれるのは、私たちにも非常に抵抗があります。実際に、最近経験したことは、50才のお母さんで腎臓はちゃんと取れたのですが、手術後に皮下に膿瘍を作ってしまった。それもMRSAという黄色ブドウ球菌の抵抗性で一般の抗生物質が効かないような感染を起こした。提供したお母さんのもう元気になりましたが、一時的にかなり全身状態が悪くなった。あまりやらなくていいことをやっているわけですから、私たちはそう言うリスクは常に頭に置いています。その患者さんが今までで一番きびしくて、今まで189例の血縁生体の提供を受けてほかに大きなトラブルを起こしていません。慎重にやりつつ大きな問題はないだろうと考えています。もう1つは、日本の場合、血縁で母親の提供が圧倒的に多い。母親というのは自分の子供が病気になったということに、育てる過程で責任があるのではないかという意識もないことはない。それが提供の1つの動機になっていて、男性の場合、仕事があるとかで実現しない。

もう1つは、兄弟間の場合には、積極的に提供する場合と、家族会議などでお前だせと決まるときがある。心理的な隔たりがあって、表面的にはだしてもいいとは言うけれども、後で電話がかかってきて提供したくないという話が出ることもあるので、なかなかむずかしいところだと思います。血縁は決める過程の中でじっくり話し合っておかないと後でトラブルがあっという間にいろいろな問題が起きる可能性がある。私たちが一番注意しているところです。日本で一部の外国でやられている臓器

の売買を絶対やってはいけないというのは、そういう発想から出てお金のやり取りをすると、必ず大きな問題が起きてくるだろうと考えて、日本の移植学会では臓器の売買を禁止している。

Q 日本ではないでしょうが最近アメリカで、臓器提供の方に非常にわずかな額ですけれどもお金を差し上げる話がありましたね。タガがはずれないように注意しているでしょうが、どこかの文化の違う国では売買というか露骨なこともあるのでは？

A たとえば、インドだけを例にだすのはいけないですが、北大の医学部の医学問題研究会が調べてきたインドの村の中で、2,3割の人が片方の腎臓がないという村があるのです。それは腎臓1つ出すと家族を2,3年養えるくらいのお金が稼げる。インドがなぜ腎臓移植が盛んかという、人工腎臓というのはお金がかかる医療なのです。日本で今、人工腎臓やりますと、年間だいたい1人月に3~4十万円、多い人で5~60万、年間500万くらいのお金がかかる。日本ではこれが全部保険や身体障害者の扱いで、基本的には本人の負担がない。諸外国ではほとんど自費で払わなければいけない。そうすると、移植で自分の命を支えるほうが透析を受けるよりもずっと安いということがある。もう1つ、人工腎臓の医療水準として、成績が一番悪いのがアメリカ合衆国。なぜかという、アメリカ合衆国では医療費はいろんな保険があるけれど、かなり自己負担があるのです。従ってなにをやるかという、人工腎臓で血液をウォッシュする時間を、日本でやっているように4時間でやると医療スタッフとか場所を占めてお金がかかるので、1時間半で2リッターの水をひいて洗ってしまおうと考えるわけです。そうすると、心臓に対する負担などが非常に強い。日本では1回で捨てている人工腎臓の透析膜を10何回再使用するというので、保険のなかで行なわれている。アメリカでも反省が起きているのですが、医療経済の問題は日本よりもそろばんづくですから、そんなことが今大きな問題になっている。従って、移植を受ける機会が多くなっていくのも1つの理由だろうと考えています。

Q ドナーカードの注意は？

A 意思表示カードは、自分が書いて持たれていることと、おそらく家族の中で話をするとかかなり反対する方もいらっしゃるし、本人の意思だけでは絶対成立しませんので、もし記入して所持していただくのであれば、家族内で知っておいていただくのが非常に大事だと考えています。

3. カウンセリングから垣間見られた学生の悩み

カウンセラー（非常勤講師） 秋 谷 博 夫

平成10年度から保健管理センター内学生相談室において、隔週一回(半日)精神衛生相談を行ってきた。その中で学生の悩みにじかに触れた印象を述べる。

今まで大学生の悩みを聞く機会が医療の現場以外ではなかったことなので、どのような相談依頼があるのか心配ではあった。また限られた時間の中で何ができるのか不安が常に存在した。しかし初年度からさまざまな相談依頼があり嬉しい反面、中には「こんな重たい悩みを一人で抱えるのは辛いだろうに、今まで相談する機会がなかったのか」と考えてしまうことが多々あった。相談回数は1回で終了するものから年間を通してかかわりを持ったものまで様々である。

平成10年度は「不安・不眠・抑うつ傾向」などの心理療法的なアプローチが必要なケースから「サークル内の対人関係」「一人暮らしの問題」などが学生生活上の問題などの様々な相談がよせられた。

平成11年度には、医療との連携が必要な重篤なケース、逆に病院に行きたくないから保健センターに来たという学生もいた。

平成12年度には、医療サイドから本校の学生なのでカウンセリングを保健管理センターで行ってほしいという依頼があったり、親子間の問題で相談に訪れる学生がいた。

平成13年度に特徴的なのは、対人関係特に友人関係にかかわる内容が多かった。

4年間を通して人間関係に悩む学生が多かったと思われる。そこまで考えなくてもいいのにとと思われることでも悩みすぎてしまう傾向にあるようで、特に他者の言動を気にするあまりどうしたらよいのからなってしまう学生や、その結果眠れなくなったり抑うつ気分がまるで陥ったり、自分本来の行動が取れなくなり、友人への接し方で悩んでしまい保健管理センターに来所する学生が多かったような印象がある。対人関係に敏感すぎるために少しの考え方の変化で気持ちが楽になるところまで考えられないのかも知れない。まだまだ同じように悩んでいる学生は多く存在していると考えられる。今後一層の相談機関の充実や学生が気軽に利用できるようなものが必要になるだろう。

4. 保健管理センターホームページについて

平成14年7月5日より保健管理センターのホームページを公開している。内容は保健管理センター利用案内、健康情報、リンク集などの他、新着情報として、定期健康診断の結果や、体脂肪測定の結果などを掲載した。また、緊急情報として、結核定期外健康診断のお知らせや、注意点などについて載せている。今後は、学生定期健康診断の日程のお知らせに加えて、内容をさらに充実させ、学生にとって有用な情報の掲載に努めていきたい。

<http://www.otaru-uc.ac.jp/hgaku1/hoken/>

商大保健管理センター

本学の保健管理センターは、学生及び教職員が心身の健康を保持・増進できるよう支援すると共に、セルフケアへの啓発に努めています。
現在、医師1名、非常勤カウンセラー1名、看護師1名で定期健康診断・応急処置・心身の健康相談等を行っております。
学生の皆さんがより充実した学校生活を送れるよう、健康面から支援しますので積極的に利用して下さい。

はげ・熱病 気道の病巣
熱病 下痢・食あたり

こんなときは迷わず救急車を！

- 突然倒れて意識が弱い
- 大やけどを負った
- 多量の出血がある
- 激しい吐きけ・嘔吐が繰り返している
- 突然に激しい胸痛・腰痛が出現した

救急隊のような症状がある 等

- 救急が近い所まで行って、119を呼び出す
- 呼吸が止まっている
- 呼吸が弱く、息が浅い(呼吸が浅く、浅く浅く)
- 意識が、昏倒している
- 意識が、失神している

救急車を呼ぶと同時にするべきこと！

救急が近いところまで行って……

救急隊が到着するまで、呼吸が止まっている、呼吸が弱く、息が浅い(呼吸が浅く、浅く浅く)の場合は、救急隊に到着するまで人工呼吸を行います。

気道の病巣(熱病)を伴って、呼吸が止まっている、呼吸が弱く、息が浅い(呼吸が浅く、浅く浅く)の場合は、救急隊が到着するまで人工呼吸を行います。

人工呼吸は、呼吸の補助の目的で、呼吸が止まっている、呼吸が弱く、息が浅い(呼吸が浅く、浅く浅く)の場合は、救急隊が到着するまで人工呼吸を行います。

定期健康診断

対象者

実施時期

実施場所

結核情報

結核情報

結核情報

5. 保健管理センター図書一覧（一部：1998－2002）

	書名	著者	出版社
医学辞典	新版 精神医学事典	加藤正明 ほか編	弘文堂
	医学生物学大辞典		クワンソウ社
	産業医実践ガイド'98	和田 功	文光堂
	保健医療六法		中央法規
	メルクマニュアル医学情報（家庭版）	Robert Berkow	日経BP社
	寄生虫・害虫マニュアル	辻 守康	杏林書院
	ネッター解剖学図譜	相磯貞和	丸善株式会社
	メイヨークリニック セルフケアガイド	法研	法研
	The Oxford Illustrated Companion to Medicine	S. Lock	丸善
心理学事典	フランク・J・ブルノー	OXFORD University Press	
資料	基本医療六法 平成11年版		中央法規
	クワリ・オブ・ライフの評価尺度	Heinrichs DW	星和書店
	現代医学の基礎 全15巻		岩波書店
	新健康管理論	岡田晃	南江堂
	Imaging of Diseases of the Chest	Armstrong	Mosby UK
	Evidence Based Health Care	Greenhalgh T	EBM Publishing Group
	国民衛生の動向2000年	47巻9号	厚生統計協会
	Cecil Textbook of Medicine 21ed vol1	Goldman&Bennett	Saunders
	体脂肪分布-腹部型肥満の基礎と臨床-	下方浩史	杏林書院
DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル	American Psychiatric Association	医学書院	
予防医学	奪われし未来	シー・コック・イン・ダイン・ダロス	翔泳社
	気づき、学び、育てる保健活動	神奈川県予防医学協会編	ライフ・サイエンスセンター
	現代の結核	森 亨	ニュートンプレス選書
	旅行医学	海老沢 功	日本医事新報
	お酒の健康科学	栗山欣弥・他	金芳堂
	禁煙支援ハンドブック	高橋祐子	Kじほう
スポーツ医学	運動適応の科学	竹宮	杏林書院
	持久力の科学	石河年寛	杏林書院
	身体組成のコントロール-子供からアスリートまで-	北川 薫	杏林書院
	水中ウォーキング健康法	野村武男	講談社
	登山の医学ハンドブック	松林公蔵ほか	杏林書院
	歩くこと・足そして靴	清水昌一	風涛社
	慢性病とスポーツ	ED, Lubs	オーム社
アトピーにおけるセキシュアル・ハラスメント	柏木 宏	解放出版社	
医学評論	医学は何ができるか	スミス	晶文社
	医療事故	Mennis, R-Audly	ナカニシヤ出版
	性の著名	ジョン・マナー	人文書院
	脳のなかの幽霊	VSラマチャンドラ, サンドラ・ブレクスラー	角川書店
	四千万人を殺したインフルエンザ	ビート・デイクス	文芸春秋
一般医学	代替療法の医学的根拠	米国医師会編	泉書房
	学生と健康 改訂2版	国立大学等保健管理施設協議会	南江堂
	C型肝炎	フレッド・K・アスカ	青土社
	糖尿病治療ガイドブック	日本糖尿病学会	
科学評論	生命から生命へ「臓器移植」	鈴木盛一	海竜社
	セクシュアリティ	ジェフリー・ウィークス	河出書房新社
	保全生物学のすすめ	リチャード・B・ブリック	文一総合出版
	職場のセクシュアル・ハラスメント	奥山明良	有斐閣
	セクシュアリティの歴史社会学	赤川学	keiso shobo
	銃・病原菌・鉄 上・下	ジヤコブ・ダイモント	草思社
	責任という原理	ハンス・ヨナス	東信堂
	自然の文化人類学	松井健	東京大学出版会
漢方	漢方医学 基礎と診療	西山英雄	創元社
	現代医療の漢方製剤	深谷 忠	医歯薬ジャーナル
精神医学	アレキサイミア・感情制御の障害と身体疾患	ゲレム・T・ティラゼ	星和書店
心理学	L/Dと医療	上野一彦、中根晃	日本文化科学社
	現代社会とストレス・生命とストレス	H・セリエ	法政大学出版局
	最終講義 分裂病私見	中井久夫	みすず書房
	実例心理学辞典	フランク・J・ブルノー	青土社
その他	心療内科入門	末松弘行監修・野村 忍編集	金子書房
	人生の四季・その他	ボート・トルキ全集	ヨルダン社
	戦争とプロパガンダ	E・Wサイド	みすず書房
	星投げびと	ローレン・アイズリー	工作舎
	身体の知恵 上・下	ジャック・B・ヌラド	河出書房新社
最新 脳科学	GAKKEN・MOOK最新科学シリーズ	学習研究社	

6. 刊行物・会議・研究会

小樽商科大学 保健管理センター報告書 (25周年記念) 平成10年12月

ヘルシーライフ. ジャーナル (学内広報誌に連載中)

- No32 「結核にご注意」 平成11年4月
過去の病気ではない。平成9年から新規患者が増加。若い人に多く発病。健診でレントゲン検査を。
- No33 「成人病から生活習慣病へ」 平成12年4月
なぜ生活習慣病というように変わったか。生活習慣を重視するわけ。ライフスタイルを改善するために
- No34 「大学生の健康な生活」 平成13年4月
健康診断の最大の目的。身長・体重のバランス。検尿一慢性腎炎。既往症の告知。メンタルな問題
- No35 「体力の意義」 平成13年10月
Physical Fitness. 大学保健研究集会のシンポジウムテーマとなった。運動活動を保証する。フィールド・地域性。糖、脂肪代謝も改善する。学生は精神面も意識している。日常生活の動きのなかで。
- No36 「ご存じですか?・・「学生相談室」・・」 平成13年12月
「相談室」は保健センターの中にある。相談の申し込みはE-mailで。軽い問題でもよい。どんな悩みがある? 治り方について。
- No37 「結核の予防: 集団感染について」 平成14年4月
結核の症状は? 定期外検診をする。ツベルクリン反応の判定。潜在性結核がある。化学予防の必要性。BCGについての議論
- No38 「健康食品」 平成14年9月
やせ薬も健康食品か?。日本健康栄養食品協会の基準。食は健康のもと。サプリメント。医食同源とは。肥満治療の薬

会議・研究会

- 第37回全国大学保健研究集会 北海道大学 平成11年10月
シンポジウム「大学生における体力の意義」(企画・司会)
- 第11回国立大学等保健管理施設協議会
当番小樽商科大学 議事概要 平成12年2月
- 第37回大学保健協会北海道支部会研究集会 北海道大学 平成11年
- 第15回大学保健協会北海道支部業務職員研修会 室蘭工業大学 平成11年
- 第38回大学保健協会北海道支部会研究集会 藤女子大学 平成12年
- 第16回大学保健協会北海道支部業務職員研修会 帯広畜産大学 平成12年
- 第39回大学保健協会北海道支部会研究集会 北海道大学 平成13年
- 第17回大学保健協会北海道支部業務職員研修会 旭川医科大学 平成13年
- フィジカル・ヘルス研究会 名古屋 平成10年3月
- フィジカル・ヘルス研究会 東京 平成11年3月
- フィジカル・ヘルス研究会 奈良 平成12年3月
- メンタルヘルス研究会 弘前 平成13年1月
- フィジカル・ヘルス研究会 松本 平成13年3月

施設・管理体制

1. 関係委員会・現関係職員

委 員

(平成15年2月1日現在)

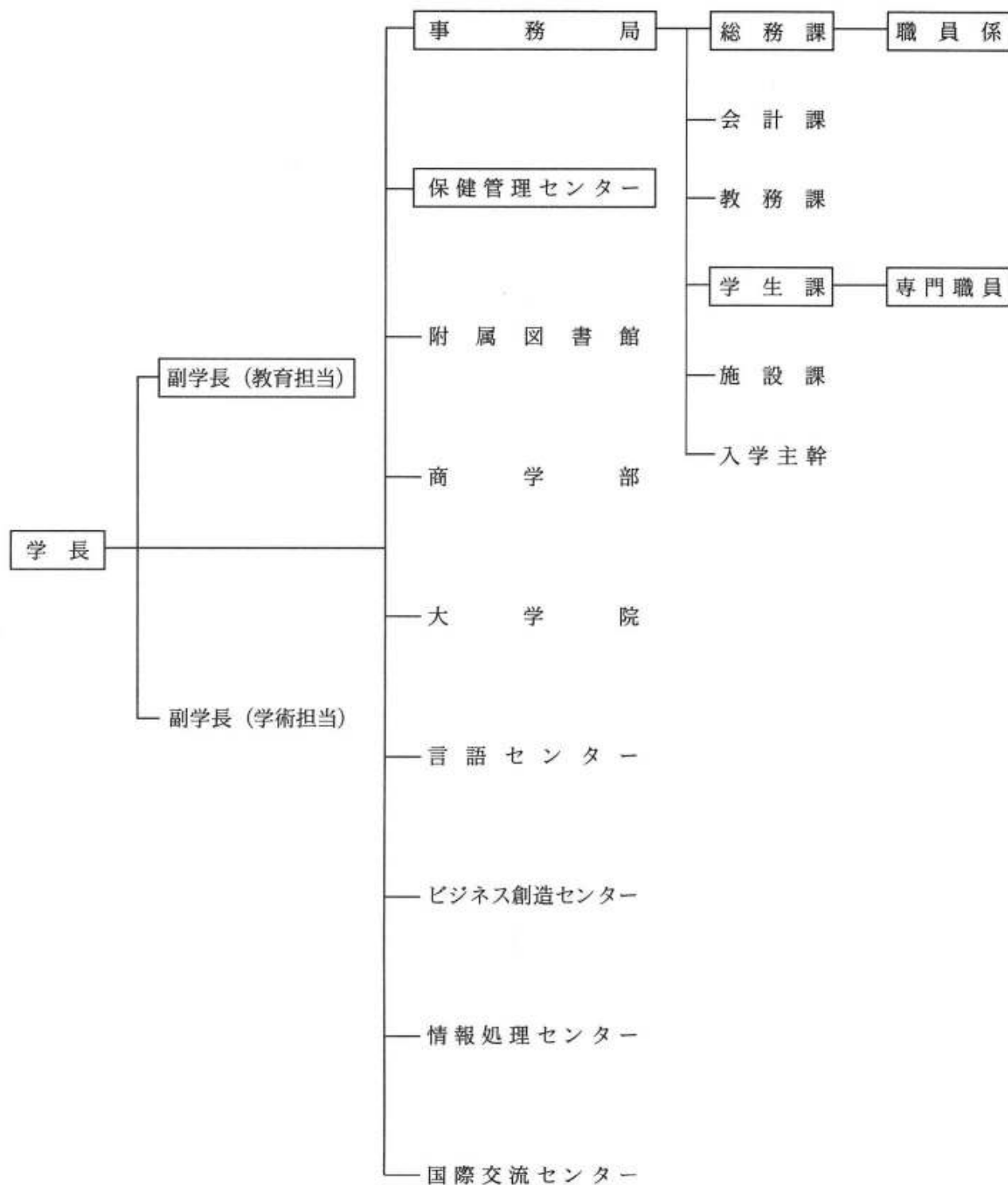
学生委員会	委員長	副学長	教授	和田健夫
	委員	所長	〃	浅沼義英
		経済学科	助教授	和田良介
		商学科	〃	梶原武久
		企業法	〃	本久洋一
		社会情報学科	〃	三谷和史
		一般教育系	〃	中村史
		言語センター	〃	副島美由紀

職 員

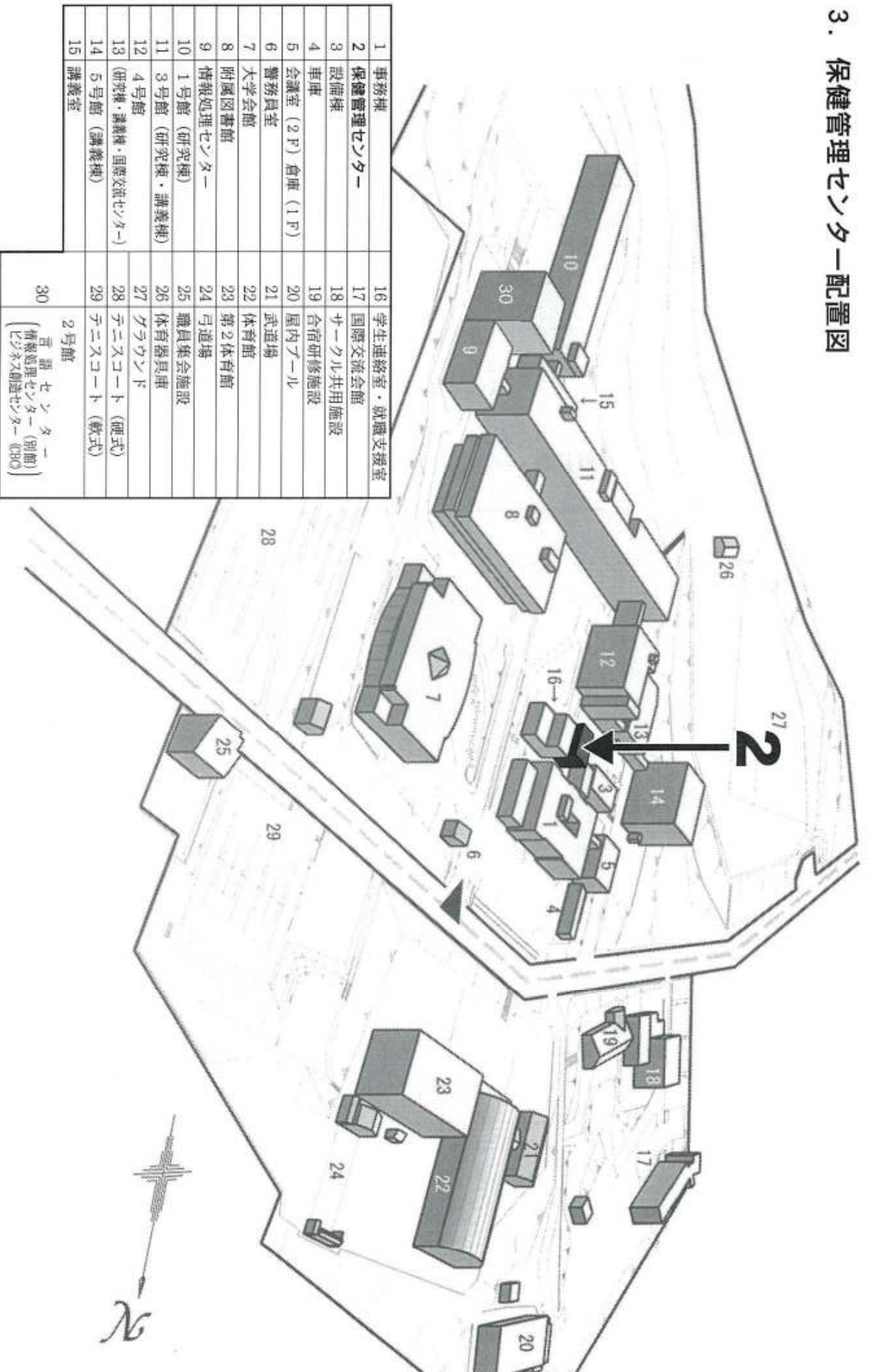
(平成15年2月1日現在)

保健管理センター	所長	教授	浅沼義英
	カウンセラー	[臨床心理士](非常勤)	秋谷博夫
	看護師		佐藤希代巳
	事務補佐員		浪岡久美子
関係事務職員	学生課長		大倉毅
	課長補佐		田中勝彦
	専門職員		青坂藤雄
	総務課長		湊公夫
	課長補佐		高塚恵
	職員係長		吹田耕一

2. 保健管理機構図



3. 保健管理センター配置図



小樽商科大学保健管理センター報告書
平成11年度～平成13年度

発行日 平成15年3月

編集・発行

小樽商科大学保健管理センター
〒047-8501 小樽市緑3丁目5番21号
TEL 0134-27-5266(ダイヤルイン)
E-mail yananuma@res.otaru-uc.ac.jp