保健管理センター
危機管理メモ

（支援とプライマリー・ケア）

2020 年改訂版

鹿児島大学保健管理センター

目次

はじめに 1

理念・概念

①臨床の知（The art of clinical knowledge）について 5
②介入のプロの立ち位置 7
③依頼（申し込み）に基づく介入について 9
④個人情報に関する原則 11
⑤合理的配慮が必要な個人差 13
⑥Research Domain Criteria (RDoC) 15
⑦支援の在るべき姿 17
⑧教育的合理的配慮の原則 19
⑨メンタリングとパーソン・センタード・アプローチ 21

現場での初期対応の実際

１．意識消失・心肺停止 25
２．てんかん発作・てんかん様発作 27
３．自傷・自殺未遂・希死念慮 29
４．緊急事態・危機事象後の心のケア（災害時・自死者の周辺など） 31
５．錯乱・ﾊﾟﾆｯｸ・興奮・言動異常・過覚醒・動けない・しゃべれない・過呼吸 33
６．急性アルコール中毒 35
７．アナフィラキシーショック 37
８．実験中の事故など 39
９．外傷 41
10. 感染症 43
11. 感染症流行時の業務継続のために（COVID-19） 45
12. 直接服薬確認療法（Directly Observed Treatment, Short-course: DOTS） 47
13. いじめ・ハラスメント 49
14. 引きこもり・欠席時の安否確認 51
15. 身体的症状（頭痛，腹痛，生理痛，めまい，その他） 53
16. 初期対応後の修学支援について 55

ボックス１：孤立化と self-advocacy skills 3
ボックス２：支援の方向性 5
ボックス３：依頼と権利の競合 10
ボックス４：合理的配慮とすべきでない支援 20
ボックス５：教育的支援の対象状態とテクニカル・スタンダード 20
ボックス６：大学生活への適応可能性・進路適性 23
ボックス７：保健管理センターでの初期対応としての抗生物質の選択 42
ボックス８：ジェンダー・マネジメント 52
ボックス９：専門医の誤解 57
ボックス 10：「がんばれ」という声かけが逆効果になる場合 58
ボックス 11：爽快感と心肺停止 59
ボックス 12：江戸時代からあるラベリング判定法 60

はじめに

支援は，依頼または同意に基づくものでなければ，「煙たがられるおせっかい」になってしまう可能性があります。‘申し込みに応じた援助’（子供の権利条約）を提供するためには，支援を依頼してもらえる雰囲気作りが最も重要で，支援を提供する側が利用者の信頼を得ているか，あるいは利用者に対する癒し効果を提供できているかについて常に自省していなければなりません。もちろん，利用者を甘やかすことではありませんので，本人のために言うべきことは本人にも保護者にも伝えるべきですが，本人のための助言であることが伝わらずにつながりが切れてしまえば元も子もありません。上から目線の指示ではなく，擁護者（advocate）として‘本人の成長をうながす助言’を本人との信頼関係を保ちつつ行える（良き助言者支援：メンタリング）スキルを向上させていきたいものです。

「危機管理にこそ理念が必要」とか「危機管理より大事なことがある」という視点は，看護領域には古くからあるようですが，実際の臨床の現場で正式に表明されたのはハーバード関連病院危機管理マニュアルが最初と思われます。例え介入に関連する有害事象が起こった場合でさえ，ケアを提供する側と受ける側の良好な関係を保つための真摯な努力を続けるべきとされています。支援やプライマリー・ケアの場合も同じですので，この冊子でも，まず関連する重要な理念・概念をご紹介し，後半で現場での初期対応（学内啓発のための情報を多く含みます）についてまとめます。支援の原則は表１のとおりです。

2019 年 11 月に発生した新型コロナウイルスの社会的影響は，大学の保健管理センターの業務にも波及し，本誌に追加予定の内容を急増させました。そのため，2020 年 10 月に一回目の改訂を行いました。

表１　支援の原則（手続き的な業務処理に優先すること）

支援の原則		アウトカム（支援の目的）
①対象者・来談者を支援し癒すことができる関係の維持（しゃべり過ぎない，助言のグッドタイミング，どう受け取るかに配慮）	→	①「また相談に来よう」と思わせる支援（孤立化の防止や孤立化を避けることが最も重要）
②良き助言者（メンター）としての支援（聞き過ぎない）	→	②来談者のためになる支援（教育的支援や行動変容を促す支援を含む）
③周りを変える視点（コーディネーション）	→	③教員・保護者（家族）・ピアとの連携，周りに良き助言者（メンター）を増やす

コーディネーションの重要性　学生支援の場合原則的には保護者との連携は必須で，保護者との連携が不可能な場合は本人の周囲にメンターを増やす試みがカギとなる／修学支援の場合は教員との連携が必須／職員支援の場合も職場・家族との連携を検討（自然発生的にメンターが確保されている場合もある）／個人情報に関する原則に注意

障害学生支援センターとの連携　配慮・支援申請を提出して合理的配慮を検討する仕組みが平成 26 年 4 月から開始されている（障害学生支援センター）。必要であればこの仕組みを利用することを勧奨するが，本メモでは支援に関しては主にそれ以外の場合を想定している（それ以外の場合の方が未だに多い）。もちろん，障害学生支援センターとの連携は非常に重要である。

ボックス１：孤立化と self-advocacy skills

支援フィールドでの self-advocacy の意味は，越えられない壁に直面した時に，必要な援助を他の人に自分で求めることです。①自分の弱点を理解していること，②その弱点をカバーするためにはどんな援助が必要かを知っていること，③それを誰かに適切に依頼するためのコミュニケーション能力の３つが必要になります。これらのスキルが獲得できれば自分を自分で擁護できるため，弱点があっても人的・社会的資源を利用して適応していけます。孤立化が判りにくい要支援ケースでは（外見上は皆の中，場合によっては中心にいる場合），この self-advocacy skills のどれか（あるいは複数）が獲得できていません。そういった場合に，いじめや犯罪に巻き込まれていることもあります。「自分の取扱説明書を書けるか」という表現でも話題になっていますが，孤立化の防止には，周囲の良き助言者（メンター）を確保する方向性の他に，self-advocacy skills を向上させるための教育という方向性があるわけです。self-advocacy skills のことをメンタリングにおいて inner-mentor（自分の中に育った良き助言者）と表現することができます。

（参考資料）

・ユニセフ，子供の権利条約，第 23 条

・Ulrich　L. “The Patient Self-determination Act Meeting the Challenges in Patient Care,” Georgetown University Press, Washington, D.C., 1999.

・Ijichi S. & Ijichi N. Computerized lifelong mentoring support using robot for autistic individuals. Medical Hypotheses 32(3): 493-496, 2007.

・A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. When Things Go Wrong: responding to adverse events, 2009.

理念・概念

理念・概念　①臨床の知（The art of clinical knowledge）について

一方で‘臨床の科学’という言葉があり，臨床の中に法則性を見出したり，できるだけ客観的に評価したりしようとする試みが行われています。しかし，臨床における法則性や客観性には必ず限界が内在することを理解しておくことは非常に重要で，表２のような特殊性が確実に存在しています。臨床の知と臨床の科学の両者をバランスよく認識していないと，臨床の場ではとんでもない勘違いが起こります。そういった勘違いはめずらしいことではなく，学会規模のものまで現存しています。経験的に示唆されることに大事なことが含まれているのは確かですが，示唆された可能性を証明できるのは科学的な手法だけです。心理臨床や発達臨床における標準化された測定値も，多くの交絡因子が介在した複雑形質ですので，その結果や変化の解釈には慎重な考察が必要になります。

ボックス２：支援の方向性

実際の支援や助言の中身は，ケースバイケースということになりますが，共通する支援の方向性には以下のものがあります。
①孤立（化）を避ける（周りを変える視点）：コーディネーション（保護者・友人・教員），居場所提供，助言者を周囲に増やす，来所を繋ぐ
②生活リズムの正常化（増悪因子を減らす）
③特性を活かす
④教育的視点：できることから少しずつ（行動学的手法）／社会的スキルの獲得（支援要請スキル，時間管理スキル，マナー）
（参考資料）伊地知信二，他．修学支援における合理的配慮：教育的支援と周りが変わろうとする姿勢の重要性．教育センター年報第 12 号: 44-51.

表２　臨床の知

臨床とは		臨床の知とは
普遍性・論理性・客観性・法則性がない場合がある	→	Evidence-based でなく narrative-based でなければならない場合がある／case by case でしか対応できないことがある／マニュアルがあてはまらない場合がある／答えがひとつとは限らない／答えがいつもいっしょとは限らない
事物・現象の多義性／みる側の解釈の違い／みる側の立場や方針の違い	→	どちらを優先させるかやどの意見を重視すべきかなどの臨機応変な判断が必要な場合がある／スタッフ間のコミュニケーションが重要／経験に基づく判断が有効であることがある／チームによる裁量（一人で抱え込まない）／見解や立場の相違をどうコーディネートできるかが鍵
わかりにくい人間をわかっていない人間がみる／人の多様性を多様な人間がみる	→	常に謙虚であるべき（知れば知るほど視野が狭くなっていることを知るべき）／正解があるとは限らない／本人のために何ができるかをケース毎に判断する

（参考資料）

・中村雄二郎著「臨床の知とは何か」岩波新書 203, 1992.
・Ijichi S. et al. Ehical fallacies, tricky ambiguities, and the misinterpretation of the outcomes in the cranioplasty for mild trigonocephaly. Childs Nerv Syst 31: 1009-1012, 2015.

理念・概念　②介入のプロの立ち位置

もちろん原則的に最重視すべきは倫理上の立ち位置（いかにあるべきかという考え）です。訴訟に巻き込まれないようにするための注意，コンプライアンス（法令順守）上の配慮，予算的な限界などいろいろ考えなければならないことはありますが，倫理的な原則から逸脱しないようにする努力が最も重要です。複雑な社会の中で支援者や介入の専門家がどう振る舞うべきかについての結論（善行・無危害・平等）は，驚くべきことに，ギリシャ神話や紀元前のヒポクラテス，江戸時代の貝原益軒（養生訓）もほぼ同じで，この三原則のもとに介入される個人（被介入者）の尊厳を守る姿勢が自己決定権を大切にする現在の風潮につながっています（図１）。自己決定権に関する議論の中でも，介入者の擁護者（advocate）的立場が繰り返し主張されており，本人が成長するために何をすべきかを追求する姿勢（メンタリング）が，支援・介入のプロの倫理的立ち位置ということになります。

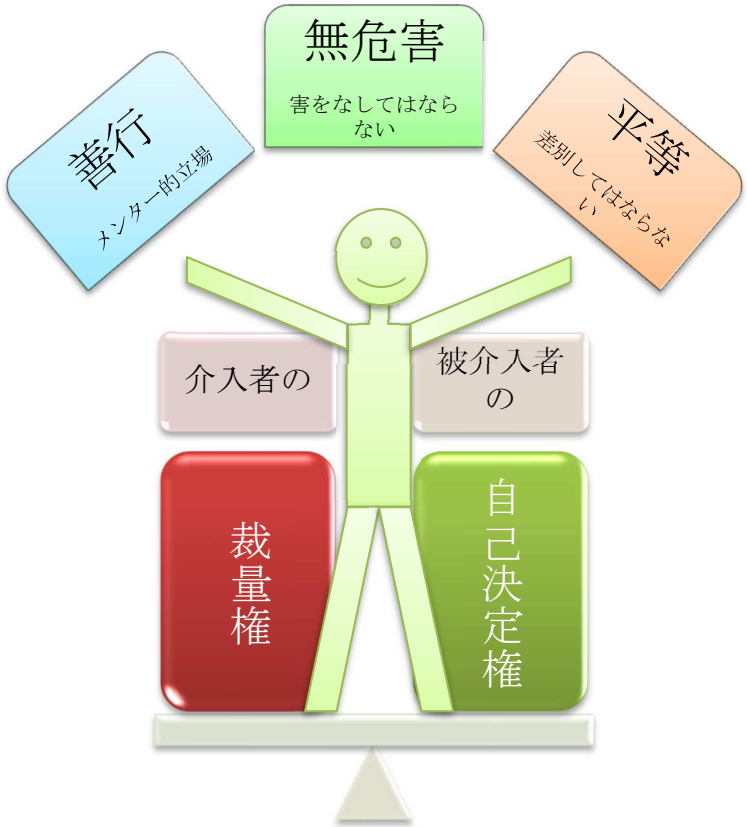


図１　支援・介入のプロの倫理的立ち位置

（参考資料）

・Ulrich L. “The Patient Self-determination Act Meeting the Challenges in Patient Care,” Georgetown University Press, Washington, D.C., 1999.

・松田道雄訳「貝原益軒 養生訓ほか」中公クラシックス J27, 2005.

理念・概念　③依頼（申し込み）に基づく介入について

窓口を訪れること自体が申し込みの表明と解釈できる場合は，申し込みの確認をしたり，インフォームド・コンセント（説明と同意）を厳密に行ったりする必要は通常はありません。しかし，本人が求めている検査や介入についての本人の誤解や理解不足が予想される場合は，わかりやすく説明した上で，本人が理解したことと同意を確認する必要が生じます。特にカウンセリングを希望している場合，求められているものは広義（単なる相談）から狭義（心理療法）までありますので，カウンセラーによる心理療法が求められていることが確認できた場合は，紙面による同意書を取ってカルテに残しましょう。心理療法への過度の期待が深刻な妄想に発展する場合もあります。かんちがいがあれば早いうちに修正しておきましょう。逆に，単なる相談や支援の場合，心理の専門職による介入を希望していない場合（女性スタッフへの相談など）もあるかもしれませんので，本人の希望について初診時などによく話を聞くことが重要になります。求められている支援や介入の内容についても同じで，本人や保護者が何を求めているかが変化することもあるため場合によっては繰り返し確認しなければならないことがあります。本人が説明を理解できなかったり，自分のために適切な判断ができなかったりする場合は，保護者（代理人・後見人）との間でこのステップ（申し込み・説明・同意）を確認します（図２）。緊急の場合（意識障害など）や周囲への影響が大きい場合（感染性の高い感染症など）は，支援者・介入者の裁量で全てのステップを後回しにして必要と思われる介入を試みることがあります。個人情報の学内共有を伴う場合は，原則的には紙面で同意を確認します。

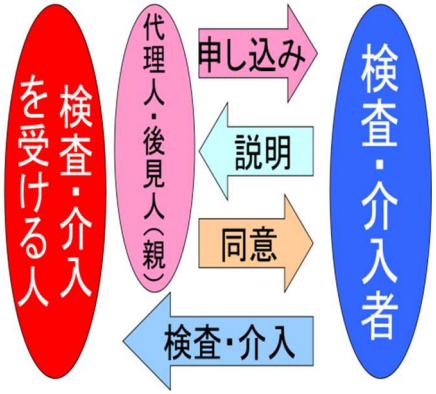


図２　本人が理解・判断できない場合で代理人・後見人（学生の場合は保護者）が確保されている場合（小児への検査や介入と同じ）

（参考資料）

・ユニセフ，子供の権利条約，第 23 条

・Blease C.R. et al. Evidence-based practice and psychological treatments: the imperatives of informed consent. Frontiers in Psychology 7: article 1170, 2016.

ボックス３：依頼と権利の競合

憲法第 13 条には，お互いの人権・幸福追求権を尊重すべきという意味で「公共の福祉に反しない限り」と書いてあります。他の人の犠牲や被害を前提とした人権の尊重はあり得ません。時にこういったことを無視した支援依頼があるため，“公共の福祉”を“公益及び公の秩序”に変更しようとしている現在の動きには大きな問題があります。

理念・概念　④個人情報に関する原則

個人情報の利用目的は，個人が個人情報を提供する時点で個人に提示されていなければなりません。その上で提供された個人情報は，提示された利用目的以外の目的で保有されたり利用されたりすることがないよう法律で決められています。利用目的の変更に関しては，「利用目的を変更する場合には，変更前の利用目的と相当の関連性を有すると合理的に認められる範囲を超えて行ってはならない」と記載されています。例えば，保健管理センターを利用しているかどうかを担当教員が問い合わせてきた時，利用しているかどうかは高度な個人情報ですので，本人の同意なしに担当教員に利用状況を伝えてしまうと本人や保護者からクレームが来る可能性があります。来所した事実だけであっても学内の他部署にもれるようでは保健管理センターの利用者は激減してしまいます。‘合理的に認められる範囲’が判りにくいケースでは，担当者が一人で判断するよりも，検討が必要になった時点でスタッフ皆で一緒に考えて対応しましょう。例外的なケースとしては，危機管理上のやむを得ない事情（本人の安否確認のためなど）で個人情報を教員や学部に伝えることがあり得ます。その場合でも事後に本人・家族への詳細な説明が必要になります。

「教育的配慮のためには，本人の同意がなくても個人情報を学内で共有できる」とする誤解が未だにキャンパス内に存在しています。それと同じではありませんが，最初から，本人と保護者が担当教員に相談し，いっしょに保健管理センターに来所するケースの場合，個人情報の保有者が一同に会して本人・家族と相談するわけですので，個人情報の保有に関する利用目的の説明はことさらに必要なく（同意しているから面談が成立している），細かいことを気にせずに支援を進めることができます。こういった形で始まった支援は，連携により信頼関係を維持できれば，本人への教育的メリットも期待でき，本人のために臨機応変に情報の学内共有を継続することが可能になります（支援者・擁護者間のコーディネーションによる情報共有）。麻しんや結核などで周囲への感染のリスクが高いケースでは，情報共有の方が個人情報保護の原則よりも優先する特殊な場合があり得ます。

個人情報保護の原則		支援の利便性･学内連携による本人へのメリット

右側を重視して支援者・擁護者間で個人情報を臨機応変に情報共有するためには，本人・保護者・支援者の３者面談を継続することが重要

（参考資料）

・行政機関個人情報保護法，第２章，第３条の３

注：以後本誌においては，優先性を検討すべき場合で，ケースバイケースの結論が予測される（どちらを優先させるかは，事例によって異なる）内容については，上図のように天秤の両側に検討すべき内容を記載します。

理念・概念　⑤合理的配慮が必要な個人差

特に発達障害の場合,「個人差と障害の区別は？」という質問をよく耳にします。一つの特性のわずかな差を大きく感じて，自分とそれほど変わらない人を,「病気だ」とか「発達障害だ」とラベリング（レッテル貼り）してしまう教員が後を絶ちませんが，多くの人の特性は，個人差も障害も一連の多様性（正規分布・量的分布）に含まれています（図３）。また，多様性は人間性の根幹でもあります（No diversity, no humanity!)。変化して出現する特性（過覚醒，うつ病など）も，背景にある liability（なりやすさ）は同じく正規分布になります。社会の中での弱さは，極端例で特徴的なため，事例化する（支援の対象になるなど）のは極端例がほとんどで，最終的なキャンパス内での合理的配慮の必要性は本人の自己理解，親の考え，教員との共通理解などが影響して極端例の部分にピークが形成されます（図３の一番下，黒色の小山)。このピークが一見質的に異なるように見えるため，支援や臨床のフィールドでも多様性の全体を見失ってラベリングが行われていることがありますが，量的な分布の極端例が質的に違う一群のように見えているだけです。個人差も障害も同じ多様性の中に存在しているため，障害も単なる個人差とみなすことができます。「個人差には合理的配慮の必要がない」という見方から「合理的配慮が必要な個人差がある」という考え方へのパラダイム転換が求められているのです。

「(診断を）はっきりさせたくなる誘惑や，はっきりと区別できる病態が存在するという幻想に，我々は抵抗しなければならない」と言い切る考え方が理念・概念の⑥で紹介する Research Domain Criteria (RDoC)です。

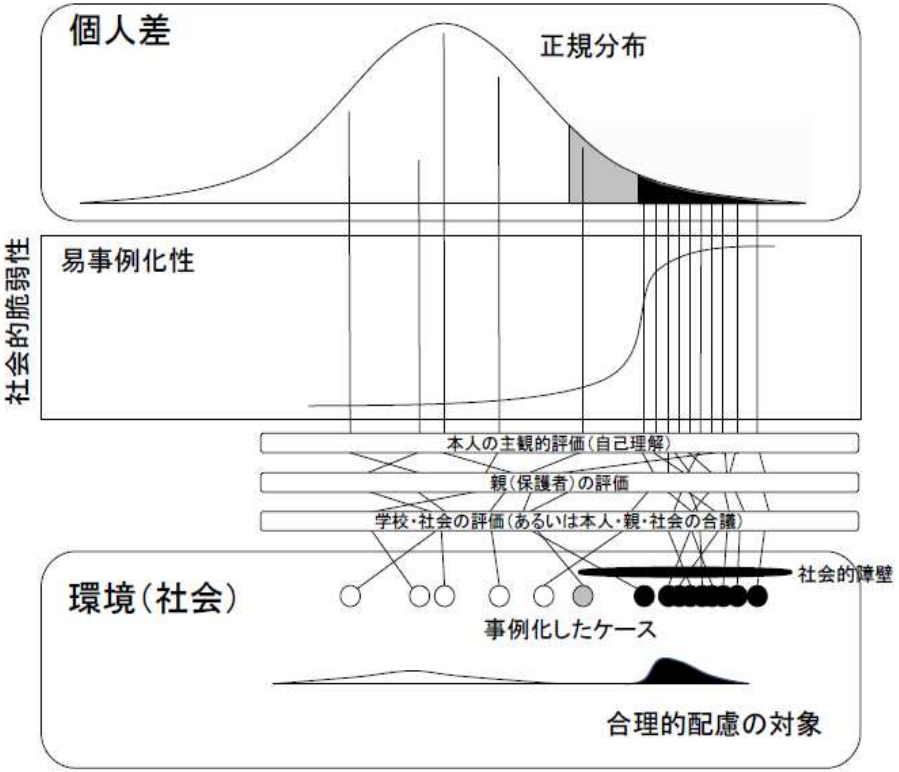


図３　個人差と合理的配慮

（参考資料）

・Ijichi S. et al. Quantitative nature of social vulnerability and autism: an important paradigm shift in the DSM-5 for autism spectrum disorder. ISRN Neurology 2013: 201716, 2013.

理念・概念　⑥Research Domain Criteria (RDoC)

診断によるアプローチの限界は，古くから一部の優れた臨床家により気づかれていたにも関わらず,「区別できる病態が存在するという幻想（参考資料参照)」は未だに専門家の間にまん延しています。診断による分類に一致する検査マーカーが存在しないことは，病理所見，画像診断，採血検査，遺伝子解析など全ての検査法で確認されており，一つの診断に複数の状態が含まれ，一つの状態にいろいろな診断名が付けられているのです。こういった混乱の科学的打開策としてアメリカの国立精神衛生研究所（National Institutes of Mental Health）が提唱したのが RDoC です（図 4)。「精神科的・行動学的状態は，複数のファクターの影響の結果であり，優位性のある単一の指標はない」としており，“from neurons to neighborhoods”（神経細胞からお隣さんとの人間関係まで）を検討する必要があるとしています。それぞれの心理学的特性 (constructs) や介在する内表現型 (endophenotypes) は，５つの行動学的特性（ドメイン）に含まれており，全ての特性が量的な分布を呈し，質的に分離される状態が存在しないことが予想されています。ファクター間の経時的な相互作用が重視され，神経発達が全ての状態の背景にあり，きっかけを作る環境と共に，‘contextual components’と呼ばれています（図４)。それぞれの解析ユニットの相互関係も発達や環境に基づく経験の影響を受け到達点であるドメインに多様性が生じます。これらの視点が，Morioka らが提唱している「全ての派生（精神）状態の背景に発達特性がある」とする unified vulnerability 説と共通していることは大変興味深いことです。

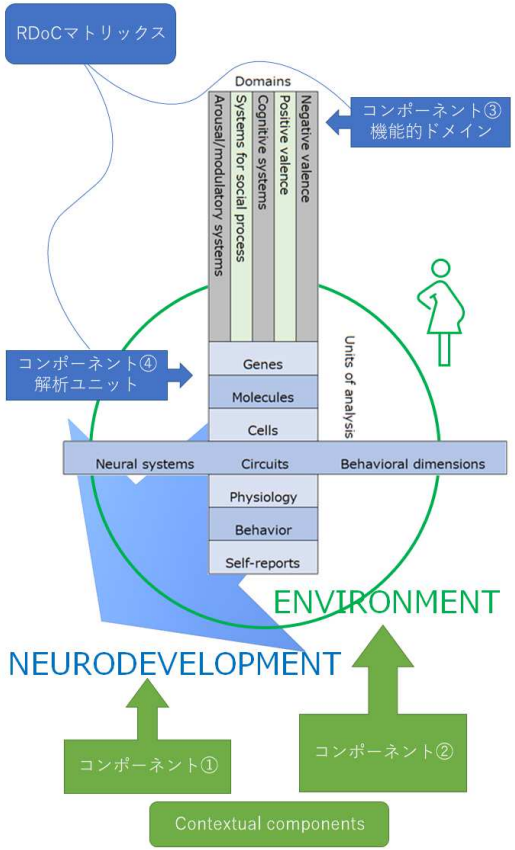


図４　RDoC の概念

（参考資料）

・Clark LA, et al. Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). Psychological Science in the Public Interest 18(2): 72-145, 2017.

・Morioka H, et al. Developmental social vulnerability as the intrinsic origin of psychopathology: A paradigm shift from disease entities to psychiatric derivatives within human diversity. Medical Hypotheses 126: 95-108, 2019.

理念・概念　⑦支援の在るべき姿

障害者差別解消法の施行後，支援の合理性の検討が教育的配慮を伴わずに進められている可能性が全国的に存在します。教育自体が本人の成長を目的としている以上，“平等に教育を受ける権利”に基づく合理的配慮（障害者の権利に関する条約）には，本人の成長につながる教育的配慮という本質が含まれるべきことは明らかです。個別支援の根幹である教育的支援と“周りが変わろうとする姿勢”を抜きにして合理的配慮を検討することはできません。

インクルーシブ教育は 1994 年のサラマンカ宣言で謳われ，“共に学び共に生きる”（共学共生）の理念は 2010 年以降の文科省からの文書に明記されています。日本学生支援機構は，「障害のある学生との共学が周りの学生を育てる」と記載しています。図５は，共学共生をコアとした学生支援の理想像です。コアとなる共学共生は，“周りが変わろうとする姿勢”の重要性を全ての大学構成員が理解することで実現します。学生が変わるためにはまず教職員が変わらなければなりません。共学共生が実現できれば，体制面・財政面の打開策がなくてもほとんどの問題が解決します。コアの次にユニバーサル・デザインの支援環境があり，その外側に易アクセス性のある個別支援があります。支援の主体は，コアにいる学生（ピア）・教員・窓口担当者など全ての構成員であり，日本学生支援機構も 2007 年の苫米地レポートの中で制度化されていない日常的学生支援の重要性を指摘しています（図６）。第１層には，学習指導，研究室運営，ピアサポートやメンタリング（先輩などによる支援）などが含まれ，第２層に担任による教育的支援が含まれています。第３層の専門的学生支援の主な役割は，コーディネーション（連携）ということになります。たまたまその場に居合わせた人が「何かお困りですか」と声かけをして，あたりまえのこととして必要な支え合いが行われる雰囲気は，ひょっとすると昔のキャンパスの方により強く存在していたのかもしれません。効率を重視する社会構造の中で，大学から互助社会の見直しが進むことが期待されます。

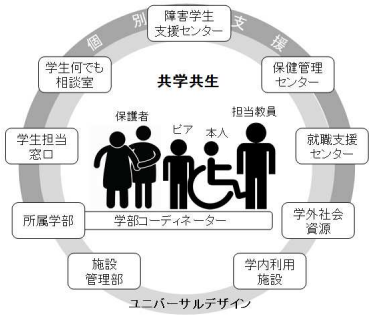


図５　学生支援の在るべき姿

（下記参考資料 Campus Health 編集委員会の許可に基づき転載）

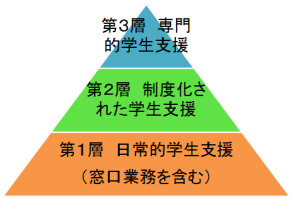


図６　学生支援の３階層モデル（苫米地レポート）

（参考資料）

・伊地知信二　他．学生支援の在り方：発達障害者支援から見えてくること．Campus Health 53: 181-190, 2016.

・【特集】障害学生支援：共生社会の実現．国立大学（国大協広報誌） 44(Mar.): 3-4, 2017.

理念・概念　⑧教育的合理的配慮の原則

支援の必要性がある対象者が，個別支援を申請しない場合でも，ユニバーサル･デザインによるバリアーの除去や心のバリアフリー化（共生共助）がテーマとなります。支援の必要がない対象者が個別支援を求めている様な特殊なケースでは，教育的合理的配慮として支援を行わなかったり，支援の量を調整したりする必要があります（表３）。この様な場合，本人や保護者との前向きの話し合いが不可欠になります。

表３　教育的合理的配慮

支援の必要性	申請／申し込み	支援	関連する規則等
－	－	なし	
＋	－	ユニバーサル･デザイン／心のバリアフリー化（共生共助）	・子供の権利条約（申し込みに応じた） ・障害者差別解消法（意思の表明）
－	＋	教育的合理的配慮として場合によっては支援しない	・大学入学者選抜実施要領 ・JASSO 教職員のための障害学生就学支援ガイド（自立につながる支援）
＋	＋	狭義合理的配慮	・障害者差別解消法 ・障がいのある学生の就学支援に関する検討会報告

ボックス４：合理的配慮とすべきでない支援

1. 本人と保護者で一致した申し込みが確認できない場合
2. 本人への不利益が予想される場合
3. 高等教育の質の維持が担保されない場合
4. 公平性を著しく損なう場合
5. 周囲への明らかな加害性がある場合
6. 大学生活への適応可能性，進路適性への配慮を優先させるべき場合
7. 大学として現時点では対応できないもの（体制面・財政面での正当な理由がある場合）

ボックス５：教育的支援の対象状態とテクニカル・スタンダード

学術的・技術的基準（academic & technical standards）は卒業要件そのものであり，卒業に必要な知識・技能である。最近では倫理観も卒業要件とされる。一方，教育的支援の対象状態は，そもそも卒業判定基準に加えるべきでない人間の多様性である。ところが，社会性・コミュニケーション能力・人間性・卒後の進路適性などの多様性が，ディプロマポリシーの中に記載されている場合が多く，かんちがいを誘発している事例が既に存在する。「君はコミュニケーションが苦手だから卒業は無理」とか「社会人として通用しないので卒業させない」いう判断は，ハラスメント以外の何物でもなく，教育的支援の到達点を卒業判定基準にしてはならない。 通常は，教員が教育的支援の中心となるべきことを啓発しなければならない現状であるが，こういった行き過ぎた例が起こりえることにも注意が必要である。

理念・概念　⑨メンタリングとパーソン・センタード・アプローチ

地域支援の議論の中で，支援の輪を拡げていく時に必要とされているのが‘専門家ではない良き助言者（メンター）’という人的社会資源です。特別な研修が必要なわけでもなく，特殊なノウハウがあるわけでもない，通常の良質な子育て・療育・教育と変わらない立ち位置です（表４：メンタリング）。一方，心理の専門家が提供するパーソン・センタード・アプローチも，重要な点はメンタリングとほぼ同じです（表４）。保健管理センター的な支援は既に多くの大学でメンタリングになっていることが予想されます。その理由は，大学キャンパスというフィールドが生活や活動の場として地域や職場との共通点を多く持っているからです。保健管理センターから教員，教員からピアへと増殖するメンター達とメンティー（支援を受ける人）がいっしょにキャンパスライフをおくるという状況があるわけです。メンターは支援の専門家ではありませんが，支援の輪を拡げるための要員であり（周りを変える視点），メンタリングが共生社会の実現のための唯一の方法であることは言うまでもありません。支援の専門性は，支援が行われる場所と支援の担い手を限定して実践されている分離支援につながりがちですが，そういった閉塞的な支援ではいつまでたっても共生社会につながらないことは地域支援の実際が示しています。支援の専門家は支援の輪を拡げる（メンターを増やす）ために中心となる専門家であるべきなのです。

表４　メンタリングとパーソン・センタード・アプローチ

	メンタリング（療育・支援フィールド）	**パーソン・センタード・アプローチ**
尊重	＋善意（親心，パターナリズム，友情）	無条件の肯定的尊重
担い手	メンター（専門家ではない良き助言者）	通常は一定のノウハウを持つ専門家
依頼・説明・同意	本来はない（応用としてはある）	介入としてはある
関与のスタンス	誘導的・助言的なこともあり，逆に非指示的なこともある／お手本を示す場合もある／必要な場合は注意・忠告もする	一貫して非指示的（解釈や指示や助言を与えることではない）
方法	行動学的（ほめる，段階的目標）	人間性心理学
目的	本人の成長	発達の過程としての自己実現（成熟）
待ちの姿勢	＋＋（待たない場合もある）	＋
ぼけの姿勢	＋（時にあっていい）	－
ｱｸｾｼﾋﾞﾘﾃｨｰ	イージー（孤立を避ける）	それほどｲｰｼﾞｰでない
多様性	多様性を認め合う姿勢，特性を活かす	非指示性→個性の尊重
共生社会・周りを変える視点	メンターが増えることで実現	「相違を乗り越えた相互の尊重と共同」

（参考資料）

・Ijichi S. & Ijichi N. Computerized lifelong mentoring support using robot for autistic individuals. Medical Hypotheses 32(3): 493-496, 2007.

・佐治守夫・飯長喜一郎編「[新版]ロジャーズ クライエント中心療法：カウンセリングの核心を学ぶ」有斐閣，2011.

・Ijichi N. & Ijichi S. TEACCH should be inclusive. Autism 10(5): 526, 2006.

ボックス６：大学生活への適応可能性・進路適性

文科省は，“大学入学者選抜実施要項について”で，「入学志願者の健康状態については，原則としては入学者選抜の判定資料としないものとし，大学において健康状況の把握を必要とする特別の事由がある場合には，募集要項に具体的に記載する。この場合であっても，健康の状況を理由として不合格の判定を行うことについては，疾病などにより志望学部等の教育の目的に即した履修に耐えないことが，入学後の保健指導等を考慮してもなお明白な場合に限定し，真に教育上やむを得ない場合のほかは，これらの制限を廃止あるいは大幅に緩和する方向で見直す」と毎年各大学に通知しています。“入学後の保健指導等を考慮してもなお明白に履修に耐えない健康状況を理由に不合格の判定を行う場合があり得る”ということですので，大学生活への適応可能性や進路適性を無視して入学させることの本人への負担やリスクを重視した教育的見解と思われます。履修に耐え得るかとか，進路適性があるかとかを予見することは実際には困難なことがあり，そのような場合は，教育的支援としては結論を急がずに本人・家族との話し合いを十分に行い，最終的には本人の自己決定権を重視し，また手続き的には主治医等の学外専門家の判断を参考にする必要があります。

現場での初期対応の実際

初期対応　１．意識消失・心肺停止

☑現場でのチェックポイント（医療従事者）

- ☐ 周囲の安全確認（サージカルマスクとフェイスシールド着用・人員制限）
- ☐ 「大丈夫ですか？」
- ☐ 「誰か来てください」（呼吸と脈のチェック→なければ）「119 番通報お願いします」
- ☐ 「AED 持ってきてください」
- ☐ 胸骨圧迫とﾊﾞｯｸﾞﾏｽｸ（30：2）：小児で救助者が 2 名なら 15：2
- ☐ AED が届いたら使用

☑現場でのチェックポイント（一般人）

- ☐ 周囲の安全確認（サージカルマスク着用）
- ☐ 「大丈夫ですか？」
- ☐ 「誰か来てください」「119 番通報お願いします」→スピーカー機能をオン（倒れている人の口と鼻にマスクや布を被せる）
- ☐ 「AED 持ってきてください」
- ☐ 正常な呼吸がなければ胸骨圧迫~~と息吹き込み（30：2）~~

~~トレーニングを受けていない場合は胸骨圧迫のみ~~

- ☐ 119 番の指示に従う（AED が届いたら使用）

㊟赤字は新型コロナウイス対策

（アメリカ心臓協会のガイドライン 2015：2015 年 10 月 15 日発表）旧ガイドライン 2010 との違いは，最初の手順として周囲の安全確認が強調されている点，人を集めるための「誰か来てください」が手順中にはいっていること，特に一般人では呼吸の確認が 119 番通報と AED の依頼の後になった点，一般人の場合 119 番通報以後通話を続けて指示を受けるよう指導している点，などです。また，一般人の場合人が集まらなければ，正常な呼吸がない場合の胸骨圧迫を優先して，人が集まってから AED を手配することになっています。人を集めることの優先性ははっきりしていて，医療従事者の場合でさえ呼吸と脈のチェックの前に行うことになっています。

周囲の安全確認の内容としては，交通事故や転落などの２次災害を避けるための安全確認です。危険な場所に倒れている場合は，２次災害防止策を優先させることになります。実技練習などでは，「周囲の安全ヨシ！」などと声に出して確認します。床や地面が水で濡れていても，AED の電極を貼る皮膚が濡れていなければ AED の使用は可能とされています。電極が濡れるほど水に浸かってしまう場所では救助者の感電は起こらないにしても，効果的な電気ショックが得られない可能性があるため，場所を移動させましょう。

図７　感染を心配した場合（一般人が行う場合）

初期対応　２．てんかん発作・てんかん様発作

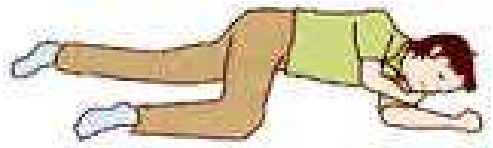
☑現場でのチェックポイント

（発作中）

- □ 周囲の安全確認（転落・交通事故・水難・火傷の可能性があれば移動／危険物の除去）
- □ 呼吸のチェック／必要なら気道確保（やさしく頭部後屈あご先挙上・嘔吐あれば側臥位・衣服をゆるめる）
- □ あわてない・刺激しない（大声で話しかけない／体をゆすらない／口に物を突っ込まない）
- □ 会話が不可能なら救急車手配（119）／会話が可能なら本人の意向も考慮
- □ 反応のない状態で歩き回る→後ろについていっしょに動いて危険から守る（無理な抑制は禁）
- □ 人が余っていたら，状況・経過を細かく記録／保護者・家族への連絡
- □ 発作を繰り返す時は救急搬送

（発作後）

- □ 発作後眠っている場合は回復体位



- □ 発作の後のもうろう状態で水などを飲ませない
- □ 保護者・家族がすぐに来れない場合は発作後であっても病院への搬送を検討

（冷静な対応が重要）

居合わせた人が，その発作が‘てんかん’かどうかを判断する必要は当然ありません。実際の臨床では‘てんかん’かどうかの判断は専門医でも難しいため，いつもの行動や会話ができない状態に変化した場合の初期対応です。前述の‘意識消失・心肺停止’に対する初期対応と同じで，呼吸をしていればあわてる必要は全くありません。上記の安全確認と呼吸のチェックで問題がなければ，なるべく静かな環境で救急車や家族の到着を待つようにしましょう。周りが大騒ぎになったり，本人の近くで複数の人間が対応を相談したりすることは避けましょう。

（支援としての発作時の座薬挿入）

本人のプライバシー保護に十分な配慮が担保されていることを条件に，①主治医からの指示があり，②保護者から学校へ依頼があり，③担当教職員が手袋をするなどの留意点を守り，④使用後に保護者又は教職員が本人を医療機関に受診させる，の４つを満たす場合に学校現場でてんかん発作時の座薬（抗てんかん薬）使用が認められています。大学でもあり得る支援です。

（参考資料）

・Xu Y. et al. Frequency of a false positive diagnosis of epilepsy: a systematic review of observational studies. Seizure (Epub ahead), 2016.

・文部科学省初等中等教育局事務連絡（平成 28 年 2 月 29 日）

初期対応　３．自傷・自殺未遂・希死念慮

☑現場でのチェックポイント

- □ 意識消失の場合は意識消失・心肺停止のチェックポイント参照
- □ 生命の危険が切迫している場合は救急車手配（119）
- □ 生命の危険が切迫している場合は警察へ連絡（110）
- □ 生命の危険が切迫している場合は保護者・家族へ連絡（この場合は本人の了解は不要）
- □ 切迫していない場合：可能であれば保護者に連絡することについて本人の了解を得る（通常の手続きであることを優しく説明）

保護者連絡の原則

本人が拒否する保護者連絡を強行した場合のデメリット（本人との関係）

- □ 切迫していない場合でも警察への連絡をどうするか保護者と検討

（現場での出血への対応）

止血が必要な場合は，出血部を直接圧迫して止血します。救助者の手に傷がある場合は血液が救助者の傷に触れないように注意しましょう（スタンダード・プリコーション：血液や体液に直接触れたりしないようにする原則→手袋が間に合わない場合はビニール袋を手にかぶせるなど）。

（保護者への連絡の重要性）

当事者だけでなく，その場にいた人や第一発見者も一人にしないことが重要なので，原則，保護者に連絡します。再発防止のための対策のためにも保護者の判断が必要になります。

（体に不自然な傷がある場合）

リストカットを含む自傷行為が初めて露見した場合は，本人の安全を最優先に考え，速やかに保護者に連絡しましょう。安全のために本人の孤立化を避けるためには家族との連携を優先させるべきですので，保護者への連絡について本人を優しく説得しましょう。保護者への連絡が逆にデメリットになる場合（DV など）は，警察への連絡も検討します。デート DV やいじめ被害が考えられる場合は，保護者と連携して必要な通報を検討しましょう。

（危険ドラッグ等の関与の可能性）

自傷や自殺行動に違法薬物や危険ドラッグ等が関与している可能性があれば，可及的速やかに保護者と連携して必要な通報（警察など）を検討しましょう。危険ドラッグ等の影響で本人に判断能力がない場合があります。本人の命を守ることは，全ての手続きに優先します。

（抗うつ薬内服時の飲酒）

特に若年者が抗うつ薬（SSRI）を内服している場合は，家族の擁護下で禁酒とすべきです。アルコールの併用でさらに自殺のリスクが増加するとされています。

（参考資料）

・Bridge J.A. et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 297(15): 1683-1696, 2007.

初期対応　４．緊急事態時・危機事象後の心のケア

（災害時・自死者の周辺など：本人の申し込みがない場合の対応）

☑グループ支援のチェックポイント

- □ 支援・ケアの必要性の妥当性を常に検証（組織の意向を有効利用）
- □ ユニバーサル・デザインで個別支援を希望する人に情報提供
- □ 支援の原則（孤立の回避と日常生活の維持）を伝えるための機会
- □ 相談先のオプションを複数提示（家族・友人・教員・ホケカン・学外など）
- □ 「余裕がある時はお友達の話を聞いてあげて」（利他的行動は視野を拡げる）
- □ 被害者・自死者への配慮（予め献花など）

㊟緊急事態時の個別支援は感染症流行時でも原則対面（マスクと眼の防護は必要）

（伝える内容の例）

緊急事態時の心のケアのために（6 tips for your good health）

1. 気晴らし，気分転換が大事です
（Take it easy. Have a good time to switch off.）
2. 家族や友人や先生などいろいろな人に相談
（Chat and laugh with your friends and/or teachers.）
3. 睡眠時間を十分に（Sleep well.）
4. 健康的な食事と水分摂取（Healthy eating and tea break）
5. 運動も（Exercise）
6. 薬物（ドラッグ）やタバコはだめ（No drug! No smoking!）

☑原則やってはいけないことチェックリスト

- □ 押し付けにならない・強引な強要・誘導を避ける（他部署の非礼は早めにチームとして詫びる）
- □ 個人情報は，グループ面談では話題にしない（フラッシュバックの予防：文科省緊急対応の手引きとは異なる）
- □ グループ面談対象者に対するデブリーフィング等の言語化を促す対応は基本的に控える（日本学生相談学会学生の自殺防止のためのガイドライン）
- □ 教訓的な内容や「命を大切に」などのありきたりの表現は原則避ける（文科省緊急対応の手引き）
- □ だれかの責任を追及したり，避難したりすることになる発言にならないよう気を付ける（文科省緊急対応の手引き）
- □ 誘導的な文言は原則避ける（この点については見解が分かれる）

（大学生を対象とするグループ面談の注意点）

強引な誘導や上から目線の指示は，その後の学生との関係性に悪影響を残します。危機事象の規模が大きいと，複数の部署が関係するため，早めに現場に出かけて，対象者に「聞いてもらいたいことがある」という趣旨を「話を聞いてくださり感謝します」という姿勢で伝えましょう。そのため，グループ面談の場所は臨機応変に決めるべきことがあります。

（参考資料）

・文部科学省．子供の自殺が起きた時の緊急対応の手引き．平成 22 年 3 月．

・日本学生相談学会．学生の自殺防止のためのガイドライン．

初期対応　５．錯乱・パニック・興奮・言動異常・過覚醒・動けない・しゃべれない・過呼吸

☑現場でのチェックポイント

- □ 本人の安全確認，周囲の人の安全確保→生命の危険が切迫している場合は救急車手配（119）
- □ 自傷他害，器物損壊，違法薬物や危険ドラッグの可能性は警察通報（110）
- □ 他の体調不良（顔色不良，手が冷たい，力が入らないなど）を伴っている場合は病院受診を優先させる（通常は保護者に連絡）

精密検査で基礎疾患が判明する 不必要な病院紹介は避ける

- □ 優しい声かけ（注意・忠告も優しく）
- □ 可能であれば保護者に連絡することについて本人の了解を得る（通常の手続きであることを優しく説明）
- □ 不必要に多人数で取り囲まない

多人数での対応による悪化 複数での対応の方が安全な場合

急性アルコール中毒は，後述

（保健管理センターでの対応）

バイタルチェック（SpO2，血圧，脈，体温，血糖など）が必須で，over diagnosis（念のための病院紹介など）が基本です。しかし，明らかに不必要な病院紹介は，基礎疾患によっては症状の固定化・遷延化の原因になります。

（過呼吸・過換気の基礎疾患）

低酸素による過呼吸（心疾患，肺疾患，血液疾患）を見逃さないようにしましょう（必ず SpO2 をチェック）。基礎疾患の有無に関わらず，対応者があわてたり大勢で対応すると通常は症状が悪化するため，低酸素状態でなければ原則１人のスタッフによる落ち着いた対応が有効です（紙袋やビニール袋の使用でかえって換気量が増えることがあります→使用はｹｰｽﾊﾞｲｹｰｽで）。ｱﾙｶﾛｰｼｽが進むと意識がなくなり無呼吸になります。この時にﾊﾞｯｸﾞﾏｽｸで無理に換気量を増やすと悪化することがあります。重症者は SpO2 を確認しながら救急車を待ちます。

（自己免疫性神経疾患とヒステリー）

ﾋｽﾃﾘｰは DSM-5 では変換症／転換性障害と呼ばれていますが，自己免疫性神経疾患（多発性硬化症，ギランバレー症候群，自己免疫性脳症）との鑑別が困難な場合があり，現在でも多くの誤診が存在しています。専門医が症状の固定化・遷延化の原因を作ってしまうことがあるという現実を踏まえた上で必要な紹介を行わなければなりません。

（選択性緘黙）

発達障害の２次障害ですが，DSM-5 では不安症／不安障害に分類されています。本人のためには，行動変容をうながす支援が重要ですが，過度の寛容や逆に過度の指導（強制）が症状の固定化につながってしまうことがあります。

（安定剤による過覚醒）

安定剤や眠剤で，もうろう状態になって暴れたり，過覚醒状態になることがあります。

初期対応　６．急性アルコール中毒

☑現場でのチェックポイント

- □ 本人の安全確認（交通事故・水難などの可能性があれば安全な場所にとりあえず移動）
- □ 生命の危険が切迫している場合は救急車手配（119）
- □ 酒乱（病的酩酊），違法薬物や危険ドラッグである可能性があれば警察通報（110）
- □ 動けない場合は保護者に連絡して病院受診
- □ 優しい声かけ（注意・忠告も優しく）：起こす時は通常は大きな声でないと起きない
- □ 可能であれば保護者に連絡することについて本人の了解を得る（通常の手続きであることを優しく説明）

（救急搬送を検討すべき状況）

①仰向けでの嘔吐と咳き込み→吐物による窒息や肺炎は致命的な場合があります。

②血液を吐いている→Mallory-Weiss 症候群：初めての飲酒でもあり得ます。嘔吐反射による食道下部の裂傷です。

③異常な呼吸→呼吸抑制，呼吸筋麻痺，舌根沈下などがあり得ます。

④脈の異常→不整脈の有無をチェックする必要があります。急に心室細動に変化する可能性があります。

⑤体温→低体温は不整脈特に心室細動の原因になります。

⑥全身倦怠感・起き上がれない・歩けない→急性心不全・脱水・電解質異常・低血糖などの可能性があります。

（圧迫による末梢神経障害）

酩酊状態で寝ている場合は，手や足が圧迫された状態でしびれてきても本人は気が付かずにそのまま同じ姿勢で寝ていますので，後遺症として麻痺が残ることがあります。お尻の部分での圧迫を放置すると坐骨神経麻痺になって片足が動かなくなる可能性もあります。発見された時に麻痺があれば，保護者に病院受診を勧めましょう。

（常習者について）

急性アルコール中毒を繰り返しているケースの中には，アルコール依存で低栄養状態が合併していることがあります。学生であっても低リン血症があれば，救急外来での糖分が入った点滴を受けた時に，refeeding 症候群（糖の代謝でさらにリンが低下）を起こし，心室細動に発展します。また，ビタミン B1 欠乏状態があれば意識障害が遷延する（Wernicke 脳症）可能性があります。低リン血症やビタミン B1 欠乏の可能性がある場合は，紹介先に伝えましょう。

（保健管理センターで様子をみる場合）

バイタル（SpO2，血糖値など）に問題のない場合で，保護者の同意があることが原則です（保護者には急変の可能性があることを伝えましょう）。心電図モニターが必須です。

☑現場でのチェックポイント

- □　安全確認（周囲の安全を確保，蜂の場合は避難）
- □　救急車手配（エピペン使用後であっても原則救急搬送）
- □　本人がエピペンを持っているか確認（自己注射可能なら補助，不可能なら代行）
- □　保護者への連絡
- □　（救急車到着まで）仰向けで足を高く・嘔吐があれば側臥位・仰向けで呼吸ができない時は上半身を起こして足も高くする

（大学でのアナフィラキシーショック）

循環不全（血圧低下・意識障害），呼吸困難（喉頭浮腫・喘息），蕁麻疹などが誘発される原因は，食物，運動負荷，蜂咬傷，薬などがありますが，現場での支援が想定されるのは，上記のように予め本人がアナフィラキシーショックを予測していてエピペン（エピネフリン筋注用簡便キット）を持っている場合です（図８）。ショックになったことを本人が自覚していても，エピペンを自己注射できなければとりあえずエピペンを現場で本人以外の者（通常は教員）が使用して救急車を待つことになります。

図８　ｱﾄﾞﾚﾅﾘﾝ自己注射薬（エピペン）の資料より（ﾌｧｲｻﾞｰ）

（保健管理センターでのエピネフリン使用）

救急車手配を確認し，必要と判断したらアドレナリン（エピネフリン）注 0.1%シリンジ（1mg／1ml）を大腿部に筋注します（最大量：成人 0.5mg，小児 0.3mg，必要に応じて 5～15 分毎に再投与）。下肢挙上／酸素投与／点滴を実施し救急車を待ちます。紹介先にアドレナリンの投与時間と投与量を伝えます。

（エピペンの管理）

15～30℃での保存が望ましいとされていますので，冷蔵庫には入れません。30℃を超えた状態で保存した場合は使用しないことになっています。エピペンには使用期限がありますので，期限切れを使用した場合は記録と紹介先病院に報告が必要です。

初期対応　８．実験中の事故など

☑現場でのチェックポイント

- □ 安全確認（火災や二次被害・二次ばく露の予防・緊急シャワー使用例では床の水に注意）
- □ 外傷も熱傷も化学熱傷もとりあえず流水洗浄（熱傷・化学熱傷は15 分以上流水洗浄）
- □ 生命の危険が切迫している場合は救急車手配（119）
- □ 実験中の事故は学生部教務課長に連絡（課外活動中の事故は学生部学生生活課長に連絡）
- □ 保護者への連絡

（保健管理センターでの対応）
重傷者は外部医療機関へ紹介します。化学熱傷は，化学物質ごとにMSDS を確認して処置します。

（緊急シャワーの危険性について）
化学薬品が置いてある学内のほとんどの建物に緊急シャワーが設置されています。化学薬品が広範囲に付着した場合などに利用すべきですが，排水口が小さかったりなかったりする場合があるため，化学薬品によっては浸水した床が危険な状態になります。

（リスクアセスメントで最も重要なこと）
平成 28 年の労働安全衛生法改正内容に，化学物質の取り扱いに関するリスクアセスメントの義務化が含まれています。作業工程などの変更によりリスクの変化が生じた時などに行うこととなっており，取扱者

の入れ替わりがあれば定期的に実施すべきです。大学では実験内容が変更されることはそれほどないと思われますが，毎年取り扱う学生が変わるため，学生への毎年の安全教育が最も重要です。

（救急搬送が必要な実験中の事故①）

フッ化水素酸（フッ酸）による化学熱傷

強い腐食性があるため，皮膚に付着した場合は直ちにすべての汚染された衣類を脱ぎ，多量の水と石鹸で洗います。十分な水洗を救急搬送に優先させなければならない場合が指摘されています。搬送後に低カルシウム血症を起こし，テタニーや意識障害を起こすため，搬送先にフッ化水素酸のばく露であることを伝えなければなりません。

（保健管理センターでの対応）可能であれば救急車を待つ間にグルコン酸カルシウム 2.5～10%ゲル（ゼリー）を患部にすり込みます。

（救急搬送が必要な実験中の事故②）

モノクロロ酢酸（クロロ酢酸）による化学熱傷

腐食性強く，皮膚に付着した場合，直ちに汚染された衣類，靴などを脱がせます。皮膚を速やかに多量の水と石鹸で洗います。ばく露直後は調子が良くても数時間後に低血糖を起こし重篤になることがありますので，原則救急搬送して搬送先にモノクロロ酢酸ばく露であることを伝えます。

（参考資料）

・国立大学法人鹿児島大学危機管理マニュアル（平成 19 年 3 月）

初期対応　９．外傷

☑保健管理センターでの初期対応のためのチェックポイント

- □ 骨折の有無（有れば整形外科へ紹介）
- □ 異物の混入（ブラッシングなどでできる限り異物を除去した後水道水でよく洗浄。異物がかなり残っている場合は外科へ紹介）
- □ 汚染の有無／咬傷かどうか（汚染があれば洗浄後開放処置，原則フィルムは使わない→ガーゼ）
- □ 挫滅／表面の化膿（必要ならデブリッドメント）
- □ 傷の深さ／深部の化膿（場合によってはドレナージ・切開開放）
- □ 皮膚・粘膜の欠損面の露出（テープ固定等で欠損面の露出を最小にして保湿処置）
- □ 縫合の必要性（テープ固定で代用できないか検討，無理な場合は外科へ紹介）
- □ 熱傷（痛みが軽減するまで流水で冷やす／原則水泡は穿刺）
- □ 止血困難（圧迫で止まらない場合やそぎ切りではカルトスタットなどのアルギン酸塩被覆材を使用／動脈性出血は外科へ紹介）
- □ 神経損傷（疑われる場合は，原則外科あるいは形成外科へ急いで紹介）
- □ 保護者への連絡

（保健管理センターでの対応）

外傷の受傷直後に受診せずに，不自然なほど時間を経てから受診した場合は，できるかぎり詳しく受傷時の状況を聞き取ります。外傷の背景に違法薬物や危険ドラッグの影響が考えられる場合は本人の安全を最優先に考え保護者・警察への通報を考慮します。

（保湿処置の原則）

皮膚欠損部があれば，保湿処置が原則ですが，化膿している場合は，保湿フィルムの端から排膿できるようにフィルムを小さ目に使い上にガーゼを被せます。汗をかきやすい部位の保湿処置は，蒸れてしまって治癒が遅れる可能性があります。その場合もフィルムを小さくしてその上をガーゼで覆いましょう。アルギン酸塩被覆材（カルトスタットなど）による止血も保湿が原則です。ある程度圧迫止血してからゲンタシン軟膏などで被覆材を固定しその上を大きめのフィルムで覆いその上から適度に圧迫固定します。出血が止まらない時は再受診か病院を受診するよう説明が必要です。

ボックス７：保健管理センターでの初期対応としての抗生物質の選択

- 汚染がひどい外傷→ペニシリン系
- 咬傷→ペニシリン系
- 破傷風のリスク→ペニシリン系
- 歯科領域感染症→ペニシリン系
- A 群β溶連菌感染の可能性（扁桃炎，頸部リンパ節炎）→ペニシリン系（EB ウイルスを疑ったらペニシリンは禁）
- マイコプラズマや百日咳の可能性→テトラサイクリンなど
- 皮下膿瘍→ペニシリン系
- 耳鼻科領域→ペニシリン系，セフェム系，テトラサイクリン
- 尿路感染症→ニューキノロン（クラミジアを疑ったらテトラサイクリン）
- 食中毒・旅行者下痢症→ニューキノロン

（注）集団食中毒などの場合，抗生物質使用の前にサンプリングが必要。

初期対応　10．感染症

☑受診前の電話相談が必要な感染症（来所させない・来所した場合は他の利用者を速やかに退避させる）

- □　麻疹または麻疹疑い
- □　結核（排菌が疑われる場合）
- □　特殊なコロナウイルス感染症または疑い（COVID-19 を含む）
- □　エボラウイルス感染症またはエボラウイルス感染症疑い

（麻疹）

感染性が非常に高く，抗体保有率が下がると流行し易くなり一部の症例が重症化します。そのため，2007 年（平成 19 年）の流行時には大学においても全国的に休講を含む感染対策が行われました。修飾麻疹（予防接種による軽症化）であっても感染源になるため，流行時には感染者の適切な選別・自宅隔離と濃厚接触者を含む学生の体調管理（熱発したら自宅安静）が最も重要です。接触３日以内の緊急予防接種や休講措置による三次感染予防の妥当性については今後は検討が必要になります。

（結核）

未治療の排菌例からの感染の拡がりを阻止しなければなりせん。結核高まん延国からの留学生・入国者で，スクリーニング検査（IGRA：interferon-gamma release assay）陽性者と偽陽性者は専門医療機関へ紹介しますが，咳や痰などの呼吸器症状がある場合は排菌例である可能性を考えて対応する必要があります。

（特殊なコロナウイルス感染症・エボラウイルス感染症）

コロナウイルス感染症である中東呼吸器症候群では，２週間以内に流行地域に滞在した発熱・咳嗽患者が，エボラウイルス感染症では３週間以内に流行地域に滞在したかぜ症状患者が検査の対象者となるため，流行時の検査機関への誘導は原則本人との接触を避けて行います。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は，高齢者や病弱者での致死率が高く，大学生の感染者では症状がない場合が多く，大学が地域の感染流行の媒介をしないための対策が必要となります。

（水痘・帯状疱疹）

水痘症例の感染性は高いことが知られていますが，水痘として受診する大学生が少ない上に感染感受性者が周囲にいないため水痘としての流行は大学ではほぼ前例がありません。免疫力が低下した場合の帯状疱疹は大学生でもあり得ますが，大人からの場合感染性がそれほど高くありません。実習などで子供との接触がある場合は通常の感染対策が必要です。

☑蚊の時期に国内感染があり得る輸入感染症

- □　デング熱
- □　チクングニア熱
- □　ジカ熱

（デング熱，チクングニア熱，ジカ熱）

流行地では，ネッタイシマ蚊が媒介しますが，日本ではヒトスジシマ蚊が媒介する可能性があります。大学関係者が流行地で感染して輸入感染症として持ち帰った場合の急性期に蚊の存在に注意しましょう。

初期対応　11．感染症流行時の業務継続のために（COVID-19）

☑チェックポイント

- □ 感染の拡がりを阻止することを最優先に考え，業務を見直す
- □ 来所者の検温，体調チェック，県を超える移動歴のチェック
- □ 感染の可能性があれば，緊急対応以外は電話かメールで対応（その時の学内のルールではなく，業務継続を優先する）
- □ テレワークが可能な時期は，利用して動けるスタッフを温存する
- □ 受診者や来談者がサージカルマスクを外す可能性がある場合は，スタッフはサージカルマスクの着用と眼の保護を実施
- □ 対象者が多い場合（健診など）もスタッフはマスク＋眼の保護

（眼の保護と就業制限）

マスクをしていない感染者と 15 分以上接触すると，眼の保護をしていない医療従事者はその日から 14 日間就業制限を受けます（表５）。診察や面談の対象者がマスクを外す可能性があれば，スタッフはマスクの着用に加え，念のために眼の保護を実施します。

表５　医療従事者の防護と対応（15 分の接触）

新型コロナウイルス感染者がサージカルマスクを着用		
サージカルマスクなし	眼の保護なし	14 日間の就業制限
サージカルマスク着用	眼の保護なし	就業制限なし
サージカルマスク着用	**眼の保護あり**	就業制限なし
新型コロナウイルス感染者がサージカルマスクを着用していない		
サージカルマスクなし	眼の保護なし	14 日間の就業制限
サージカルマスク着用	眼の保護なし	14 日間の就業制限
サージカルマスク着用	**眼の保護あり**	就業制限なし

㊟就業制限は最後の曝露日から

（眼の保護について）

新型コロナウイルスの場合，眼の粘膜からの感染が確認されており，感染者の飛沫から目を保護する必要があります（眼鏡では不十分）。眼の保護の方法には，ゴーグルやフェイスシールドの着用，アクリル板やビニールカーテンによる遮蔽（図９・10）などがあります。

図９　外来受付のビニールカーテン

図 10　診察室の医師・患者間のビニールフィルム

（参考資料）

・日本環境感染学会．医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド（第３版）2020 年５月７日

初期対応　12．直接服薬確認療法

（Directly Observed Treatment, Short-course: DOTS）

（なぜ大学の保健管理センターで DOTS が話題になるのか）

WHO が提唱している結核抑圧戦略の一つである DOTS は，結核患者が薬を飲み忘れないよう医療従事者の前で内服することを原則としており，日本では平成 12 年に「21 世紀型日本版 DOTS 戦略」が発表され，平成 15 年 2 月に厚生労働省健康局感染症課長通知として「今後の結核対策の推進･強化について」で強調され実施されています(図 11)。患者がハイリスクグループ（高まん延国出身者等）やデインジャーグループ（発症すると二次感染を生じやすい職業）であるか否かに関わらずとはしておりますが，「患者の確実な治癒のため，・・・保健所長は必要に応じ，・・・ハイリスクグループが一定以上の頻度で通う施設，・・・に対して，地域 DOTS の実施を依頼することができる」としています。この施設に学校が含まれている上に，服薬確認をする服薬支援者には，医療従事者だけでなく学校の職員まで含まれるようです。従って留学生の多い大学への（学長あての）DOTS 依頼が今後は増加することが予想されます。

☑大学に対する保健所からの服薬支援依頼（チェックポイント）

- □　患者が結核高まん延国出身者である場合（留学生）
- □　日本語による説明が正確に伝わらない場合（留学生）
- □　結核治療の重要性を感じない患者（留学生の一部）
- □　家族の協力が得にくい場合（留学生）
- □　外来・地域 DOTS である場合（大学生の場合は通常外来治療）

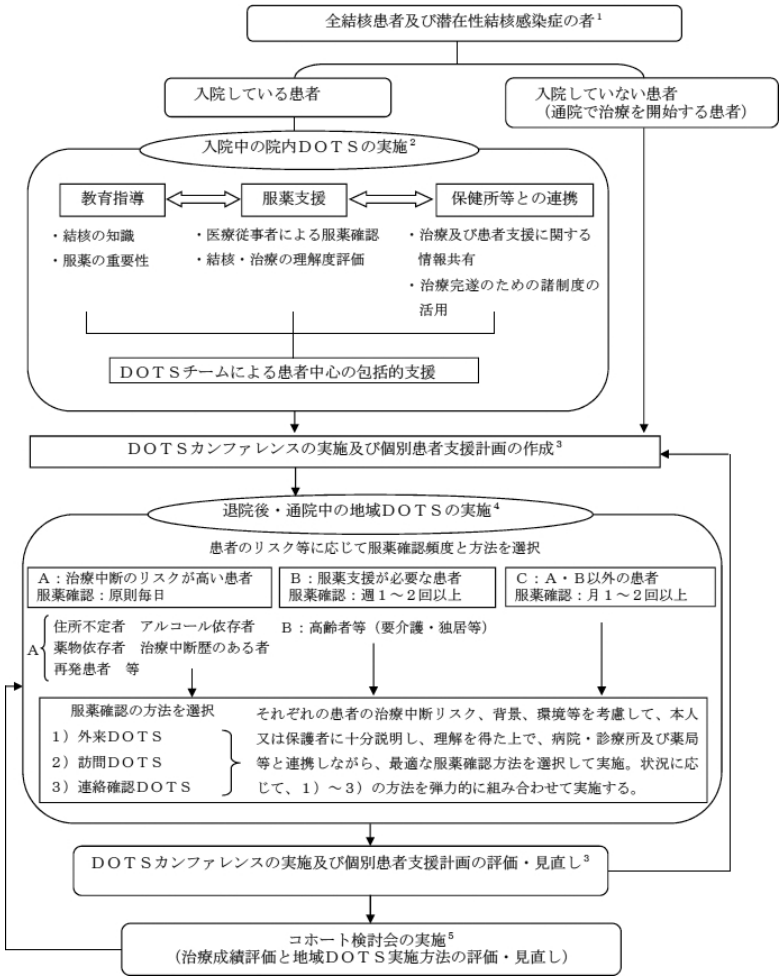


図 11　日本版 21 世紀型 DOTS 戦略推進体系図

（参考資料）

・厚生労働省健康局結核感染症課長通知．平成 16 年 12 月 21 日

初期対応　13. いじめ・ハラスメント

☑チェックポイント

- □ 来談者がいじめ・ハラスメント被害者ではないかという視点（いじめやハラスメント被害について隠している可能性）
- □ 保健管理センターに行くよう指示した教員によるラベリングや無理解で本人の立場が悪くなっていないか？
- □ 特にセクシャル・ハラスメントの場合は，同性者が対応し，同じ内容を繰り返し話させることを避ける（フラッシュバックの予防）
- □ 保護者・担当教員・学生係との連携
- □ 加害者が相談に来る場合は，被害者と出くわさないよう注意

☑確実なハラスメント行為の例

- □ 「君は研究者（教育者）には向かない」といって辞職を強要
- □ 「コミュニケーション能力が不十分だから」とか「社会に出たら通用しないから」などの多様性を理由に卒業させない
- □ 教職員がしない掃除を学生に強要

（被害者への対応）

傾聴に続き，ハラスメントとしての対応（調査・調停）を希望するか確認する必要があります。本人がハラスメントとしての対応を希望する場合は，手続き等はハラスメント相談員が行います。全国的には，ハラスメント相談員が指示的になって，ハラスメントの実態を隠匿することに加担してしまっているケースが問題になっています。ハラスメント相談員も支援の原則（2 ページ）や個人情報保護の原則（11 ページ）を守らなければなりません。

（加害者への対応）

調査等はハラスメント調査委員会の仕事ですので，加害者とされている人が相談に来た場合でも，通常の対応（傾聴）に心がけましょう。特殊な場合があり，お互いにダメージを与えあって，どちらも被害者として来談することさえあります。被害者と加害者がはっきりしていれば，原則は被害者支援を優先させます。

（加害者を出さないための啓発活動）

唯一の予防策は，学内での啓発活動や各教職員の自己啓発です。

☑ハラスメントをしないために必要な資質・知識

- □ 相手が傷ついたことに気づく・ハラスメント（図 12）になっている可能性を認識できる（感受性の個人差を知る）
- □ 立場・職種への偏見がない，長所・尊重すべき点に注目，苦手な点を支援し合う
- □ 相手を成長させるための（学生や部下を育てるための）行動変容の知識，モチベーションを持続させる方法

ハラスメントの定義（保健管理センターでの事例から）

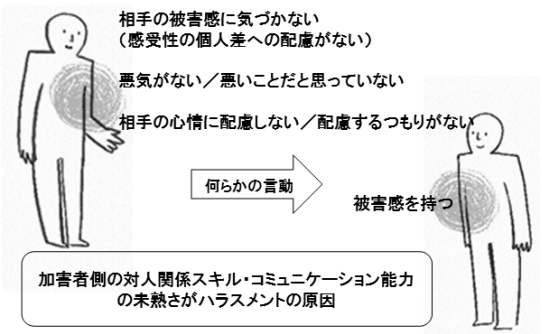


図 12

初期対応　14. 引きこもり・欠席時の安否確認

☑現場でのチェックポイント

- □ 本人の安全確認・安否確認が必要であれば手配（通常は保護者）
- □ 安否確認のための家庭訪問では，近隣住民への配慮要（あまり大きな声で呼びかけない）
- □ 生命の危険が切迫している場合は救急車手配（119）
- □ 保護者・担当教員・学生係との連携

（誰が安否確認をするか）

連絡が取れない場合の安否確認は，友人や同級生，担当教員などが既に行っている場合もありますので，連携が取れている場合は臨機応変に連絡を取り合い，安否が確認できていれば保護者に報告します。原則的には安否確認は保護者の仕事ですが，保護者が遠方に住んでいてすぐに来ることができない場合など，誰も安否を確認できない時は，保護者の依頼に基づき（連絡して安否確認の依頼を確認します），担当教員や学生担当者等に安否確認を依頼します。担当教員等がすぐに対応できない事情がある場合は，本人の安全を第一に考え保健管理センターからスタッフが出動します。男性の安否確認には男性スタッフが，女性の安否確認には女性スタッフが理想的ですが，無理なら複数人で対応します。

ボックス８：ジェンダー・マネジメント

社会的性認識（女らしさ・男らしさ）と個人的性認識が同じと思われていたのは既に過去の話で，個人的性認識は非常に多様化しています。また遺伝学的性と身体的性差が一致するとは限りません。身体的性差（性特徴）はホルモン動態に依存しますが，現在では性ホルモンの投与により身体的性特徴をある程度後天的に変更することが可能になっています。また性認識が決まれば性指向が決まるわけでもなく，身体的性差だけで性指向を確実に推測することもできません。こういった性の多様性への対応を包括的にジェンダー・マネジメントと呼ぶことができます。

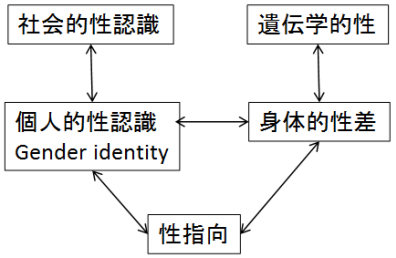


図 13

「男子学生の安否確認のための自宅訪問は男性スタッフが」とか，「女性の来談者の対応は女性スタッフの同席を」という原則も考慮すべき場合は当然あるのですが，現状の多様化にジェンダー・マネジメントの根幹である“性で区別しない”こと（ユニバーサル・デザイン）で対処すると，「必要な場合は複数人で対応」ということになります。本学においては，“通称名使用願”や“別性使用願”を平成 27 年 7 月より申請できるようになっており，ジェンダー・マネジメントに関しては全国的にも先進的な体制が取られています。

初期対応　15．身体的症状（頭痛，腹痛，生理痛，めまい，その他）

☑チェックポイント

- ☐ 生命の危険が切迫している場合は救急車手配（119）
- ☐ 症状が深刻な場合は学外医療機関受診を優先させる（通常は保護者に連絡）

精密検査で基礎疾患が判明する

不必要な病院紹介は避ける

（病弱・虚弱者の急変）

喘息発作，誤嚥，肺炎（疑い），事故による外傷，などでは，Over diagnosis の原則に従い，早めに，あるいは念のために，保護者と連携の上，外部医療機関の受診を手配します。

（極端なやせ）

特に体調不良を伴う場合は，保護者に連絡することについて本人の了解を得てから（通常の手続きであることを優しく説明）保護者を呼んで外部医療機関の受診を勧めます。親子間のコミュニケーションのきっかけを作る意味でも極端なやせ（あるいは体調不良）の背景について，問題点をいっしょに検討します。この際，本人や親を責めることがないよう注意しましょう。極端な低栄養の場合は，低リン血症や低体温で心室細動になる場合もあります。そのため緊急避難的に入院を勧める場合は紹介先に念のため refeeding 症候群（点滴や食事でさらにリンが低下）の可能性があることを伝えます。

（片頭痛・頭痛）

典型的な片頭痛でも‘もやもや病’や脳腫瘍などが潜在していることがありますので，精密検査を受けたことのないケースは，一度は脳外科受診を手配します。過剰な検査や治療の試みが，症状を固定化する可能性を理解した上で，適切な紹介手配を行います。頭痛で血圧が上昇していれば頭蓋内空間占拠性病変が疑われますので，必ず脳外科を受診してもらいましょう。

（子宮頸癌ワクチン接種後の身体症状等について）

慢性疲労症候群・脳脊髄液減少症・慢性疼痛症候群・線維筋痛症に類似した症状や，健忘・記銘力障害・学習障害などが子宮頸癌ワクチン接種後に出現することが知られています。また，このような症状を自己免疫性脳症で説明しようとする試みも報告されています。初期対応や専門医の診療が，人間の‘病は気から’の部分を刺激・増長しないよう配慮しながら，適切な対応を試行錯誤することになります。慢性疲労症候群・脳脊髄液減少症・慢性疼痛症候群・線維筋痛症などは，疲労閾値の低下，疼痛閾値の低下などで説明することが可能で，前向きの姿勢や適切な助言が閾値を増加させ得ることが知られています。専門医が症状の固定化・遷延化の原因を作ってしまうことがあるという現実を踏まえた上で必要な紹介を行わなければなりません。

（イレウス）

腸管が動いていない嘔吐・腹痛は，原則外部医療機関を受診してもらいましょう。ノロウイルス感染症，尿路結石，虫垂炎，憩室炎，子宮筋腫などでも重症のイレウスを伴うことがあります。

初期対応　16．初期対応後の修学支援について（必要な場合のみ）

☑チェックポイント（通常の支援とほぼ同じ）

- ☐ 本人の就学意欲と支援に対する同意の有無（保護者の同意の有無）
- ☐ 休学を含む一旦の休養（実家）の必要性を検討
- ☐ 決められた就学期間（学部学生の４年間など）に合わせずにゆっくり修学する選択肢の検討

同期のピアサポートが期待できるか

時間をかけることによるストレス軽減

- ☐ 支援の easy accessibility は可能か

（本人の就学意欲・学習意欲について）

支援に関する初期対応の後も，就学意欲・学習意欲がなければ修学支援は通常はうまくいきません。本人と保護者でよく相談してもらい，まず大学で勉強する意志があるかどうかを確認してもらう良い機会と考えましょう。通常は，担当教員，本人，保護者の三者面談で確認作業を行います。保健管理センターがお手伝いすることもあります。

☑初期対応後の支援に関連するチェックポイント（通常の支援と同じ）

- ☐ Self-advocacy skills（助けを求める能力）の有無→ボックス１
- ☐ 自己管理能力（食事，睡眠，清潔，手続き）の有無：自宅通学の場合は家族による支援が期待できる
- ☐ 生活リズムの重要性を指摘し対策を立てる
- ☐ 感覚過敏や認知の偏りの有無（聞き障害，読み障害を含む）
- ☐ 不注意の有無
- ☐ 学習障害の有無（読み，書き，計算）
- ☐ 強いこだわりによる行動障害の有無／活かせるこだわりの有無
- ☐ 優先順位の判断，善悪の判断に問題があるか
- ☐ ネット情報制限の必要性，ゲームへの没頭の制限の必要性
- ☐ 得意なことを利用／不得意なことを学ぶ姿勢の重要性を指摘し戦略を練る

ボックス９：専門医の誤解

「疾患概念が確立している」という専門医の見解をよく耳にしますが，実は「確立している」は誤解です。疾患概念が変化したり，一つの疾患単位自体がなくなったりする状況は現在も続いています（例：DSM の変遷，RDoC）。診断する専門家が変われば，AD/HD，学習障害，アスペルガー症候群，自閉症，双極性障害，統合失調症などの診断名が入れ替わりで付けられることがあることは以前から知られており，「診る先生で捉え方・考え方が違う」と表現されており，一部の専門医はこの現状を認めています（精神科セカンドオピニオン）。健常な状態や他の状態との境目にはっきりとした境界線を引くことができないことが指摘され，あるいは予想され，疾患概念自体がなくなってしまうかもしれない状態もまだあります。健康な時には存在しない症状を伴う場合でも，liability（出現リスク）という指標を使うと健常との境目がなくなるものも含みます。こういった状態では，過剰な検査や過剰な治療にならないように，常に自省しながら適切な紹介を行う必要があります。

（参考資料）

・Haslam N. et al. Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. Psychology Medicine 42: 903-920, 2012.／Turner D.P. et al. Are migraine and tension-type headache diagnostic types or points on a severity continuum? An exploration of the latent taxometric structure of headache. Pain 156: 1200-1207, 2015.

・笠陽一郎，他．精神科セカンドオピニオン．Signe, 2008.

・Clark LA, et al. Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). Psychological Science in the Public Interest 18(2): 72-145, 2017.

ボックス 10：「がんばれ」という声かけが逆効果になる場合

「うつ状態・うつ病の人にがんばれという声かけは禁忌」という話をよく耳にしますが，それほど人間は単純なものではないので，「そういう状況があり得る」とか「時期によっては禁忌」程度の解釈が妥当かと思われます。「この人だけには言われたくない」場合もあるでしょうし，逆に「あの人に励ましてもらったら・・・」という願望がある場合もあるかもしれません。励ましの効果も結構複雑です。ここでは，うつの状態に関係なく，「がんばれ」という声かけが支援にならない例を考えてみます。

①がんばっている人に「がんばれ」：ものすごく頑張っている時に，弱音を吐いてみたり，一息ついたりすることもありますが，そのタイミングで「がんばれ」と声をかけられたら，たいていの人はモチベーションを削がれる可能性があります。「がんばっているのに，わかってもらえない」となってしまい自己肯定感がゆらぎます。「役に立っていない」とか「評価が低い」と考えてしまうと自尊感情が適度に保てなくなり，積極的に動けなくなるかもしれません。「がんばっているね」とと言えるタイミングを逃さないようにしたいものです。

②「がんばれは禁句」と思い込んでいる人に「がんばれ」：「うつ病の人にがんばれは禁句」という表面的な知識が中学校や高校で一般的に紹介されているようで（メンタルヘルス・リテラシー），大学生の中には，「自分はうつなのに，がんばれとは何事だ！」と怒ってしまうケースが増えています。「がんばれと言われたので，さらに落ち込んだ」と自己誘導的に被害感を持ったり，「がんばれと言う人はうつ病のことを知らない」などの勘違いに発展していて本人のための助言が困難になる可能性があります。励ました方が効果的と思われるケースに多いようなので，注意が必要です。

ボックス 11：爽快感と心肺停止

働き盛りの教職員や学生の突然死が知られています。特に持病もなく，健康診断で異常を指摘されたことのないケースが含まれており，こういったケースを健診で事前に見つけ出すことができないかというテーマに，多くの大学の保健管理センターが取り組んでいますが，なかなか効果的な方法が見つかりません。心電図検査で何も指摘されたことがなくても，①突然の意識消失発作（または特発性心室細動）の既往や②家族に意識消失発作や突然死などがある場合，心電図を再確認しJ 点上昇などの所見があれば専門病院での精密検査に誘導しています。こういったケースの中に，Brugada 症候群や Brugada 様心電図所見が見つかることがありますが，突然の心室細動が確認できなければ，結局埋め込み型除細動器の手術は見送られる場合が多く，以下のような不整脈防止のための一般的な注意を啓発して経過を観察しています。交感神経緊張状態から副交感神経優位状態への移行期に心室細動などの不整脈が起こりやすいのではという仮説に基づく注意事項ですが，突然の心室細動が夜間に多い事実や，ストレス後の休息時の突然死の例があることが根拠となっています。不整脈防止のための一般的な注意事項としても重要と思われます。

原則は，「身体を急に冷やさない」です。

①運動の前後は，ウォーミング・アップ／クール・ダウンを

②運動・作業後で，身体が熱いときに，急に冷やさない

- 急にプールに飛び込まない
- 冷えた飲み物などを急に摂らない
- サウナの後に冷泉に飛び込まない
- 急に冷たいシャワーを浴びない
- クーラーなどで急に体を冷やさない

ボックス 12：江戸時代からあるラベリング判定法

対人関係や社会との軋轢で生じる本人の苦しみや悩みが支援の課題であって，背景にある本人の特性自体は本当は変える必要はありません。本人が対人的・社会的スキルを獲得できれば，長期的な支援につながるため，特性を尊重した成長がメンタリングやカウンセリングの目標になります。レッテル貼り・stigmatization・ラベリングには狭義から広義までいろんな意味があるため混乱が生じていますが，個人の特性を「自分たちとは異なるもの／異質・異常な状態」として一方的に「あるべきでないもの／ネガティブなもの」と決めつける意味でのラベリングについて考えてみます。残念ながら，多くの専門家が自分がラベリングしていることを自覚していません（DSM-IV-TR，PDD）。通常は少数派の特性に対してラベリングが生じるのですが，このことを利用したラベリング判定法が江戸時代から知られています。

・・・一ツ目小僧に遭った話を聞いた香具師（やし）．さっそく一ツ目を捕まえて見世物にしようと地図を頼りに旅に出た．話のとおり「おじさん」と呼ぶ子供の声．さあこの一ツ目をさらおうと脇に抱えたとたん，子供の大声で大人たちが集まってきた．代官所に引っ張られた香具師が周囲を見渡すと・・・（一眼国：「落語百選　夏」ちくま文庫）

多数派と少数派が逆転するとラベリングの対象がひっくり返ることで，ラベリングの存在を確認することができます。その特性による本人の社会的デメリットを考えずに，自閉症，妄想，幻覚などを多数派の特性に変換し，人間はどちらを治療するか考えてみてください。全てにラベリングがあることを気づかせてくれる判定法です。

（参考資料）

Ijichi S, et al. Are aliens medically disordered? (Web letter 2010, http://www.bmj.com/rapid-response/2011/11/02/are-aliens-medically-disordered)

鹿児島大学公式マスコットキャラクター

さっつん

発行時のスタッフ：

伊地知信二，森岡洋史，川池陽一，鮫島久美，
中村聡子（育休），飯島由佳，平片　舞，蒲地亜紀代，山之口由香，
永田純子，田沼利枝，石田　愛，南崎明日香，今久留主舞衣，
黒瀬真弓，本村奈津美，羽生裕子

2020 改訂時のスタッフ：

伊地知信二，森岡洋史，川池陽一，鮫島久美，
中村聡子（育休），山口由佳，平片　舞，蒲地亜紀代，田中靖子，
永田純子，田沼利枝，石田　愛，入角千晶，冨宿小百合，
黒瀬真弓，水口夏代，鮫島順子

2017 年 3 月 31 日発行

2020 年 10 月 31 日改訂

発行元：鹿児島大学保健管理センター
〒890-8580　鹿児島市郡元 1-21-24
電話：（099）285-7385
Fax：（099）285-7384
E-mail：hoken@kuas.kagoshima-u.ac.jp