

社会医学研究

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

第54回日本社会医学会総会

講演集



2013年7月6日(土)・7日(日)

首都大学東京・南大沢キャンパス

日本社会医学会 特別号2013

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第54回日本社会医学会総会
講演集

個々人の主体性を尊重する支援環境の整備
～社会医学の次の発展に向けて～

2013年7月6日（土）・7日（日）

首都大学東京・南大沢キャンパス

日本社会医学会 特別号 2013

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

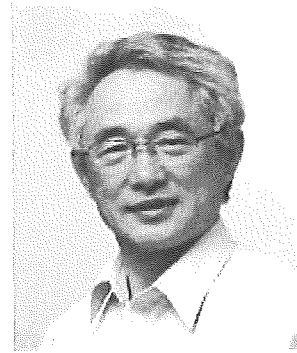
学会長からのご挨拶	1
会場アクセス・案内	2
学会参加者へのご案内.....	4
座長・発表者の方へ.....	6
プログラム（講演・シンポジウム・自由集会・一般口演）・・・	9
講演・シンポジウム・自由集会抄録.....	20
一般口演抄録.....	86

ご挨拶

第 21 回日本健康教育学会学術大会

首都大学東京・大学院・都市システム科学域

教授 星 旦二



テーマ 「個々人の主体性を尊重する支援環境の整備

～社会医学の次の発展に向けて～

第 54 回 日本社会医学学会学術大会を、首都大学東京にて開催させていただくこと、光栄に思っています。

我が国は、世界的に見ても、自殺や過労死がきわめて多く、都市間、都市内部での健康較差、つまり平均寿命や要介護割合の較差が大きく、特有の健康課題を抱えています。事実、都市部の健康度は相対的に低下しています。

基調講演は、前学会理事長の上畑先生をお迎えして、ライフワークとして取り組まれてこられた、「過労死」に関する総括的な話題提供を依頼しています。また、屋内外の環境と健康との関連に関する学際的な研究を、体系的に研究されてこられた、前建築研究所所長でいらっしゃいました村上周三先生にお願いしています。

また、都市部の健康水準、健康較差、大災害を含む健康支援に関する学際的取り組みに注目し、特別講演、シンポジウムを行ないたいと思っています。以下その概要です。

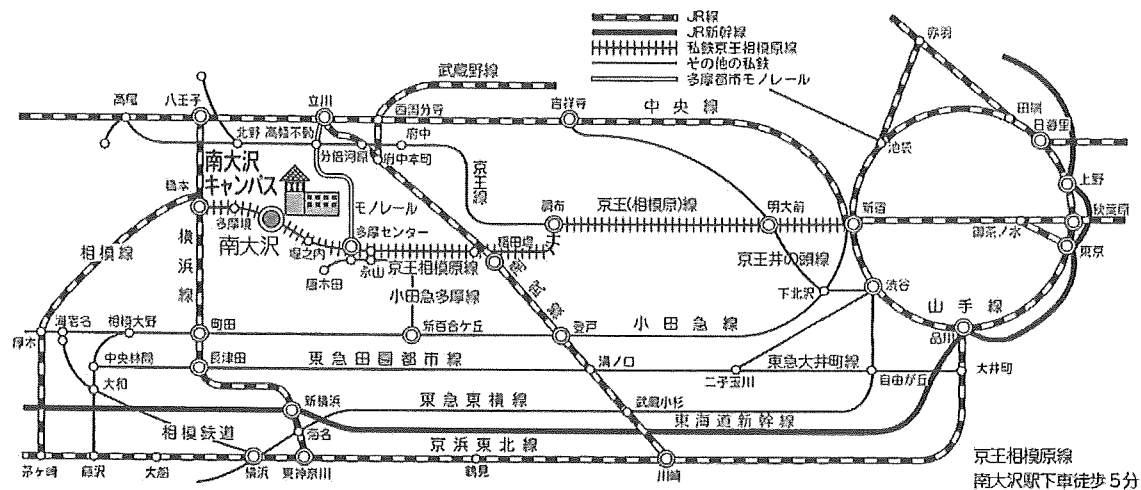
2012 年の日本公衆衛生学会・シンポジウムで取り上げたテーマ「わが国の健康課題と社会医学からのアプローチ」を踏襲し、ここでのシンポジストに再度、内容をさらに進化させてお願いする予定です。

東日本大震災に関する健康支援を続けておられる先生方に、健康支援の現状とその成果と今後の課題についてのシンポジウムも企画しています。

都市の健康水準を明確にされてこられた東京都の保健所長経験者らにお願いし、健康寿命の指標作成プロセスと、その活用についても展望したいと思っています。ヘルスプロモーション活動について、公的責任を踏まえて議論を深めていきたいと思っています。さらに、教育講演として、自主グループ支援活動についても共有していきたいと思っています。

会場へのアクセス

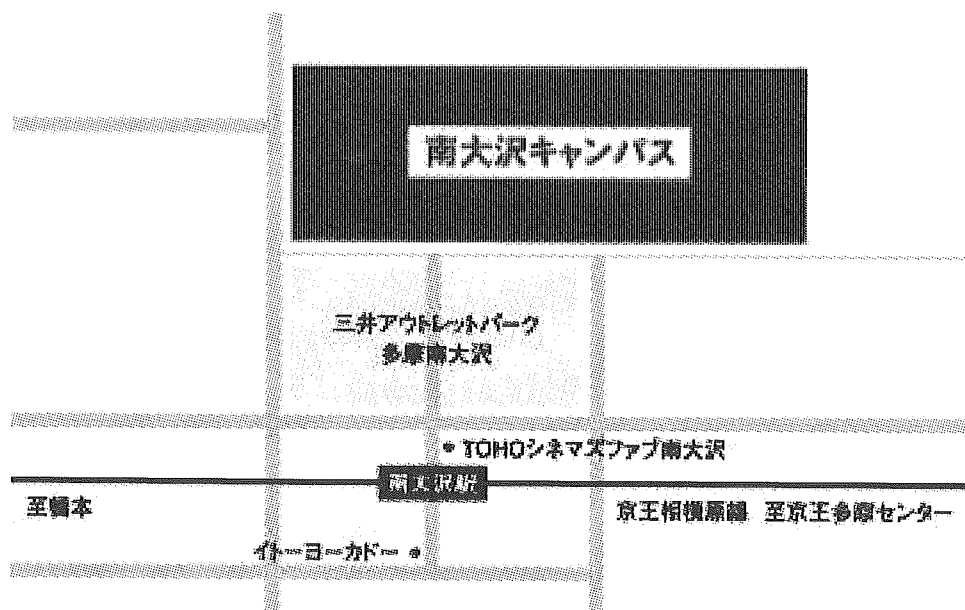
-鉄道交通網-



-交通所要時間の目安-

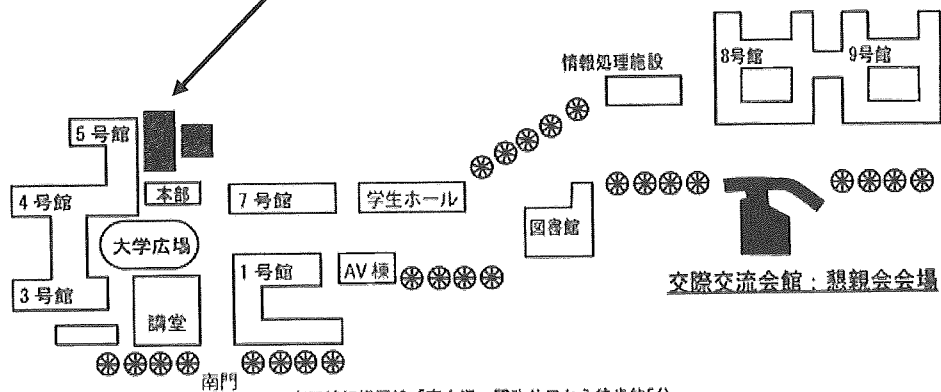
1. 東京駅（JR 中央線）→新宿駅（京王相模原線）→南大沢 約 52 分
2. 横浜駅（JR 京浜東北線）→東神奈川駅（JR 横浜線）→橋本駅（京王相模原線）→南大沢駅約 51 分
3. 新横浜駅（JR 横浜線）→橋本駅（JR 京王相模原線）→南大沢駅 約 38 分

-首都大学東京（南大沢キャンパス）までのアクセス-

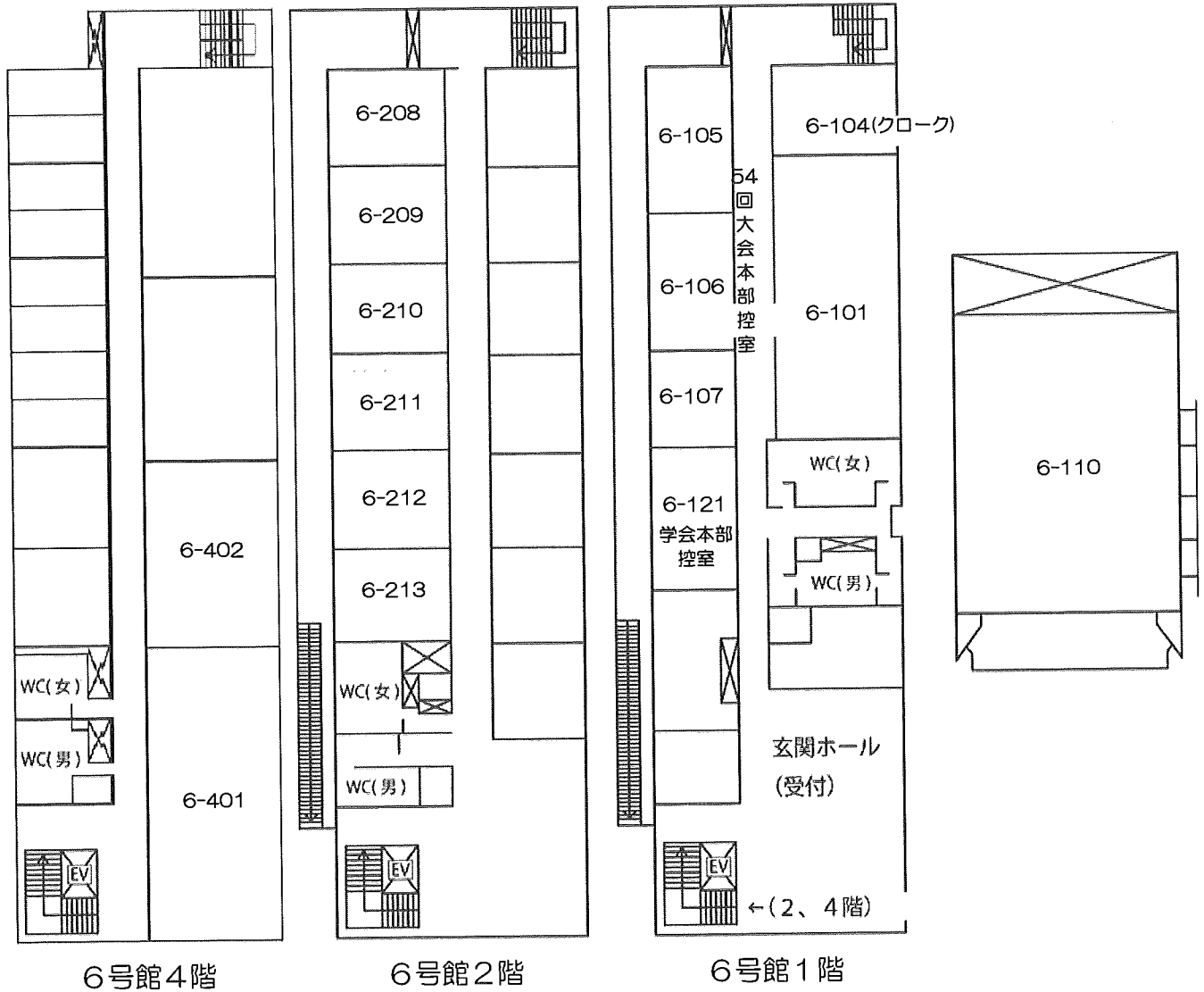


会場案内

首都大学東京 6号館



京王線相模原線「南大沢」駅改札口から徒歩約5分
至南大沢駅 ※改札口を出て右手に緑に囲まれたキャンパスが見えます。



学会参加者へのご案内

1. 参加登録場所・時間

場所：首都大学東京 南大沢キャンパス 6号館 1階玄関ホール

時間：7月6日（土）9:00～17:30

7月7日（日）9:00～16:00

2. 受付

1) 「事前登録」されている方

事前に登録済みで参加費などお支払い済みの方は、受付にて名札と抄録をお渡し致します。

2) 「当日参加申し込み」の方

当日受付にて参加費を納入し、名札と抄録をお受け取りください。

3) 「ご招待」の方

来賓受付へお越しください。名札と抄録をお渡しいたします。

（懇親会参加費をいただく場合がございます）

4) 名札のない方の入場はお断りさせていただきます。

*名札は領収書を兼ねています。

*名札をお受け取りになりましたら、記名して携帯してください。

3. 参加費（当日受付）および抄録集

1) 会員 4,000 円

2) 会員外 5,000 円

3) 学部生 2,000 円

4) 抄録集 一冊 2,000 円

参加費には学術大会講演集を含みます。さらにご希望の方には販売いたします。

4. 懇親会

1) 日 時 7月6日（土）18:00～

2) 場 所 首都大学東京 国際交流会館内 ルヴェソンホール南大沢

3) 参加費 一般、学生ともに 4,000 円

懇親会参加費納入者の名札にはマークをお付け致します。懇親会では名札をお付けください。
尚、懇親会場においても参加受付をいたします。

5. その他

1) 昼食

首都大学キャンパス内、および南大沢駅周辺の施設をご利用ください。

2) 配付資料など

小冊子などの資料配付は、2階ロビーに配付資料デスクを設置いたします。

3) 呼び出し

会場での呼び出し放送はありません。1階玄関ホールに連絡板を用意しますので、ご利用ください。

4) 休憩

2階ロビーをご利用ください。

尚、飲料水などの自動販売機は、1階玄関ロビー外の左側にあります。

5) クローク

1階クロークにて、6日(土)9:00-17:30、7日(日)9:00-16:00までお預かりいたします。

総会のご案内

① 7日(日) 11:30-13:00 に、6号館 101 教室にて開催します。

② 会員の方は、できる限り参加していただきますよう、お願いします。

③ 当日会場にて、弁当を販売をしますが、数に限りがありますので、ご了承ください。

座長・発表者の方へ

—講演、口演、シンポジウムの運営—

① 時間厳守とし、定刻に終了してください。

② 受付時に、座長/発表者であることをお申し出ください。

・基調講演、特別講演、教育講演、シンポジウム1、シンポジウム2、シンポジウム4
メイン会場（110 教室）の方は、メイン会場にて使用メディアの事前準備をお願いいたします。
会場担当者にお声をかけてください。

・シンポジウム3、シンポジウム5の方は、101 教室にて使用メディアの事前準備を開始
10 分前までにお願いいたします。会場担当者にお声をかけてください。

・一般演題発表者は、下記の日時までメディア受付をしてください。

一般演題①②…………… 7月6日（土） 9:00～10:30

一般演題③～⑥…………… 7月6日（土） 10:00～13:30

一般演題⑦～⑩…………… 7月6日（土） 11:00～14:30

一般演題⑪～⑳…………… 7月6日（土） 15:00～16:30

一般演題⑪～⑭…………… 7月7日（日） 9:00～10:00

一般演題⑮～⑳…………… 7月7日（日） 10:30～12:00

尚、規定に時間に受付が困難な方は、担当者にお声をかけてください。

③ 定刻前に各会場内の係に座長・発表者であることをお申し出、ご着席ください。

④ 会場に、パソコン、プロジェクタとスクリーンを用意しています。スライドの操作は発表
者ご自身でお願いします。

⑤ 一般口演は、質疑応答含めて、一演題20分です。各自持ち時間を厳守してください。

⑥ 配布資料がある発表者は、50部程度ご用意の上、配布願います。

スケジュール・会場配置

7月6日（土）

	110教室	101教室	401教室	402教室	211教室	213教室	
9:00～	開場						
10：00-10：59	シンポジウム1						
11：00-11：59			一般演題 ①	一般演題 ②			
12：00-12：59							
13：00-13：59	13:15-14:45 特別講演						
14：00-14：59		シンポジウム3	一般演題③	一般演題 ④	一般演題 ⑤	一般演題 ⑥	
15：00-15：59	一般演題 ⑦		一般演題 ⑧	一般演題 ⑨	一般演題⑩		
16：00-16：59	シンポジウム2						
17：00-17：30							
17：30-17：59							
18:00～	懇親会 （国際交流会館）						

7月7日（日）

	110教室	101教室	401教室	402教室	211教室	213教室
9:00-9:59	9:30-10:15 学会長講演					
10:00-10:59		10:30-11:30 基調講演	一般演題⑪	一般演題⑫	一般演題⑬	一般演題⑭
11:00-11:59						
12:00-12:59		総会				
13:00-13:59	シンポジウム4	シンポジウム5	一般演題⑮	一般演題⑯	一般演題⑰	一般演題⑱
14:00-14:59			一般演題⑲	一般演題⑳		
15:00-15:59	15:10-16:00 教育講演		自由集会1	自由集会2		

講演プログラム

7月6日（土）

10:00～12:00 110教室

シンポジウム1. 「東日本大震災の復興期におけるコミュニティ支援の課題
～コミュニティ支援におけるソフトとハードの交叉面を探る～」

コーディネーター：大木 幸子（杏林大学保健学部）

- ・「災害後のコミュニティ支援におけるソフトとハードの交叉面」
大木 幸子（杏林大学保健学部）
- ・「仮設住宅を中心とした生活支援活動～地域のつながりづくりをめざして～」
西城 宗子（NPO法人生活支援プロジェクトK）
- ・「津波被災地の集落復興プランニングの課題」
市古 太郎（首都大学東京都市環境学部）
- ・「自立住宅再建における専門家の協働支援の特質～気仙沼階上地区、防災集団移転支援～」
連 健夫（建築家・連健夫建築研究室）

13:15～14:45 110教室

特別講演「住宅・コミュニティと健康」

講演者：村上 周三（一般財団法人 建築環境・省エネルギー機構・理事長）

座 長：加藤龍一（JA共済総合研究所 医療研究センター長・理事）

15:00～17:30 110教室

シンポジウム2. 「わが国の健康課題と社会医学の役割」

コーディネーター：星 旦二（首都大学東京）

- ・「社会医学的に見た健康課題とその対応」
高鳥毛 敏雄（関西大学）
- ・「社会経済的な困難生活者・健康課題を有する人々に対する実践的研究」□
逢坂 隆子（NPO法人 HEALTH SUPPORT OSAKA/NPO法人 HEALTH SUPPORT HINATA）
- ・「生活保護被保護者の健康支援活動の方策について」
原 政代（太成学院大学）
- ・「社会的困難に長年向き合う地域における「生活の質」と多様な主体による地域運営」
宮北 隆（熊本学園大学）
- ・「東日本大震災・大津波による複合負担と産業医・産業保健活動の役割」
広瀬 俊雄（仙台錦町診療所、産業医学センター・所長）
- ・「健康の公平と社会医学の役割」
松田 亮三（立命館大学）

14:00～17:30 101教室

シンポジウム3. 「戦争と医学」

コーディネーター：西山 勝夫（滋賀医科大学）、峠田和史（滋賀医科大学）

- ・基調講演「15 年戦争期における日本の医学犯罪」
土屋貴志（大阪市大准教授）
- ・「金沢医科大学と15年戦争(仮題)」
勘 昭三（城北病院名誉院長）
- ・「東北大学医学部教官の15年戦争への加担」
刈田啓史郎（東北大学大学院歯学研究科）
- ・「731部隊関係者の京都大学の医学博士の学位授与」
西山勝夫（滋賀医科大学名誉教授）
- ・全体討論

7月7日(日)

9:30～10:15 110教室

学会長講演「個々人の主体性を尊重する支援環境の整備～社会医学の次の発展に向けて～」

講演者：星 旦二（首都大学東京）

座 長：高島毛 俊雄（関西大学）

10:30～11:30 110教室

基調講演「過労死問題の過去と現在」

講演者：上畑 鉄之丞（過労死・自死相談センター）

座 長：大木 幸子（杏林大学）

13:00～15:00 110教室

シンポジウム4. 「健康寿命指標と自治体現場での活用」

コーディネータ：上木 隆人（公衆衛生活動研究所） 永見 宏行（日赤看護大）

- ・「健康寿命指標の種類と考え方」

尾島 俊之（浜松医科大学・教授）

- ・「東京保健所長会における健康寿命検討の経緯とその確立について」

永見 宏行（日赤看護大学非常勤講師）

- ・「65歳健康寿命（東京保健所長会方式）の計算方法、東京都の実態」

上木 隆人（公衆衛生活動研究所）

- ・「健康寿命を自治体の計画指標として位置付けることへの試み」

南 昌子（東京都荒川区保健所保健予防課検査室）

- ・「台東区における保健師の地域組織活動の取組と健康寿命指標へのつながり」

山田 圭子（東京都台東区台東保健所保健サービス課）

- ・追加発言：渡部 月子（神奈川県立保健福祉大学）

13:00～15:00 101教室

シンポジウム5. 「ヘルスプロモーションの実践活動」

コーディネータ：櫻井 尚子（東京慈恵会医科大学大学院）

- ・「埼玉県坂戸市の健康政策」

三谷 良昭（坂戸市健康増進部）

- ・「熊本県旧蘇陽町の実践から学んだこと：住民が求めている身近な保健師の存在」

福本 久美子（九州看護福祉大学）

- ・「健康日本21地方計画策定・推進において住民と協働した保健師の機能」

高嶋 伸子（香川県立保健医療大学）

- ・追加発言：緑川綾（東京慈恵会医科大学大学院）

15:10～16:00 110教室

教育講演「自主グループ活動のつくり方・育て方」

講演者：栗盛 須雅子（日本保健医療大学・教授）

座 長：櫻井 尚子（東京慈恵会医科大学）

自由集会

15:10～16:00 401教室

自由集会1 「働く人々のいのちと健康を守る運動と研究者・専門家の課題」

世話人：西山勝夫、埤田和史（滋賀医科大学）

座長：道端達也（玉島協同病院）、片平洸彦（新潟医療福祉大学）

15:10～16:00 402教室

自由集会2 「共分散構造分析の魅力－AMOSを活用しよう」

講師：高橋俊彦 都市科学博士（首都大学東京）

一般演題 プログラム 7月6日(土) -1-

7月6日(土) 会場 401教室

11:00-11:59 <セッション①> 座長:巴山玉蓮(群馬県立県民健康科学大学)

1	大学生における農作業が運動量・気分・食意識に及ぼす影響に関する研究 稲木隆一(早稲田大学大学院人間科学研究科)
2	子どもの体力と社会・経済・文化的要因との関連 青地ゆり(早稲田大学人間科学部健康福祉科学科)
3	カザフスタン共和国における児童・生徒の健康・生活習慣に関する検討 岩垣徳大(早稲田大学大学院人間科学研究科)

14:00-14:59 <セッション③> 座長:大野義一朗(東京勤労者医療会 東葛病院)

1	山村過疎地におけるメンタルヘルスのリスクおよびベネフィット 因子～富山高齢地域スタディー第1報～ 須永恭子(富山大学地域連携推進機構 地域医療・保健支援部門)
2	山村過疎地における健康格差と心理社会的因子の関連～富山高齢地域スタディー第2報～ 立瀬剛志(富山大学地域連携推進機構 地域医療・保健支援部門)
3	千葉県東葛地域における派遣村活動の医療支援4年間のまとめ 大野義一朗(東京勤労者医療会 東葛病院)

15:00-15:59 <セッション⑦> 座長:佐分利応貴(京都大学経済研究所 先端政策分析研究センター)

1	日本における社会経済的要因と幸福感、生活満足感、主観的健康感の共分散構造分析 坊迫吉倫(首都大学東京 都市環境科学研究科)
2	行政への社会医学の応用 佐分利応貴(京都大学経済研究所 先端政策分析研究センター)
3	都道府県別の低出生体重児出生率と社会経済的要因との地域相関研究 芹澤加奈(早稲田大学大学院)

7月6日(土) 会場 402教室

11:00-11:59 <セッション②> 座長:加藤龍一(JA共済総合研究所 医療研究センター長・理事)

1	Causal Effect Relationship between Mental, Physical, Social Health and Long-term Care Needs: A Cohort Study on Japanese Elderly Kong F.L.(Department of Urban System Science, Tokyo Metropolitan University, Tokyo, Japan)
2	A structural analysis of prognosis of health among non-institutionalized elderly adults in Japan Shuo Wang((Tokyo Metropolitan University・Urban System Science)
3	Healthy life expectancy in relation to the socioeconomic status and long-term care among Japanese suburban elderly Suwen Yang((Tokyo Metropolitan University・Urban System Science)

14:00-14:59 <セッション④> 座長:久保美紀(首都大学東京 都市環境科学研究科, 帝京科学大学 医療科学部)

1	東京都中野区一般高齢者における認知機能と抑うつ気分について 石濱照子(中野区健康福祉部・東洋英和女学院大学大学院)
2	都市郊外高齢者の食生活別にみた諸要因の関連 藤井暢弥(首都大学東京・都市システム科学域)
3	都市郊外在宅高齢者の循環器疾患有病と社会経済的要因および健康三要因との因果構造 久保美紀(首都大学東京 都市環境科学研究科, 帝京科学大学 医療科学部)

15:00-15:59 <セッション⑧> 座長:渡部月子(神奈川県立保健福祉大学)

1	認知症対応型デイサービス利用中の高齢者にとって居心地の良い環境の要素① 垣尾美帆(姫路赤十字病院)
2	認知症対応型デイサービス利用中の高齢者にとって居心地の良い環境の要素② 中西麻利子(済生会吹田病院)
3	認知症対応型デイサービス利用中の高齢者にとって居心地の良い環境の要素③ 富田貴和子(大阪市立総合医療センター)

7月6日(土) 会場 211教室

14:00-14:59 <セッション⑤> 座長:松田亮三(立命館大学)

1	医療の人口の健康への寄与—二つの接近法の概観 松田亮三(立命館大学)
2	共時的インターグループワークの試み— 支援—被支援関係の再考を含めて— 志賀文哉(富山大学人間発達科学部)
3	テキストマイニングによるインターネット上におけるがん患者の語りの特徴 橋本ひかり(早稲田大学人間科学部)

15:00-15:59 <セッション⑨> 座長:黒田研二(関西大学人間健康学部)

1	認知症の人に対する介護職員の態度—中国大連と大阪における比較— 黒田研二(関西大学人間健康学部)
2	中国大都市における施設と在宅の要介護高齢者の生活実態と介護ニーズの比較研究 陳引弟(立命館大学大学院社会学研究科)

7月6日(土) 会場 213教室

14:00-14:59 <セッション⑥> 座長:高城智圭(首都大学東京 都市環境科学研究科)

1	均等化視点からみた中国新型流動人口の母子健康の支援に関する研究 高燕(中国浙江工商大学 公共管理学院)
2	知的障害児の親のSOC,精神健康と障害児への体罰の関連性の検討 木村美也子(聖マリアンナ医科大学)
3	乳幼児の父親のQOL関連要因 高城智圭(首都大学東京 都市環境科学研究科)

15:00-15:59 <セッション⑩> 座長:久地井寿哉(社会福祉法人 はばたき福祉事業団)

1	血友病保因者の遺伝に関する支援ニーズの検討(第一報)—薬害HIV感染被害者・家族を事例としたパイロット調査について— 柿沼章子(社会福祉法人 はばたき福祉事業団)
2	血友病保因者の遺伝に関する支援ニーズの検討(第二報)—薬害HIV感染被害者・家族を事例とした支援モデルの検討— 久地井寿哉(社会福祉法人 はばたき福祉事業団)
3	血友病保因者の遺伝に関する支援ニーズの検討(第三報)—血友病家系女性の心理社会的課題と健康状況の調査研究報告— 井上佳世(お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科)

一般演題 プログラム 7月7日(日) -1-

7月7日(日) 会場 401教室

10:30-11:29 <セッション⑪> 座長:逢坂隆子(NPO法人 HEALTH SUPPORT OSAKA/HEALTH SUPPORT HINATA)

1	釜ヶ崎に住む単身高齢者の健康生活支援報告 ～訪問看護を通して～ 谷生淳(NPO法人 HEALTH SUPPORT HINATA)
2	ホームレスの結核対策における専門職の団体活動の意義～西成区あいりん地域の活動から～ 井戸武實(NPO法人 HEALTH SUPPORT OSAKA)
3	釜ヶ崎のシンデミック状況に関する医療人類学的アプローチの可能性 西真如(京都大学・グローバル生存学ユニット)

13:00-13:59 <セッション⑫> 座長:筒井秀代(帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講座)

1	高齢者介護施設におけるワーク・ライフバランスコンサルティングと疲労評価による取り組み(第1報) 大浦絢子(早稲田大学大学院人間科学研究科)
2	介護予防とソーシャル・キャピタル―SC向上の実践的研究にむけたアンケート調査― 行貞伸二(大阪体育大学健康福祉学部)
3	医療者と高齢患者とのコミュニケーションの問題の現状と課題:医療提供者側の視点から 筒井秀代(帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講座)

14:00-14:59 <セッション⑬> 座長:井上直子(飯能市役所)

1	住民の暮らしを尊重する健康支援のあり方と保健師の役割について 梶西祐子(呉市保健所 健康増進課)
2	A県中山間地域における保健師活動の現状と課題―駐在保健師を経験した現役保健師への面接調査の結果から― 菊池美恵(高知県立大学 人間生活学研究科 研究員)
3	盲ろう通訳・介助員の活動と健康に関する調査 中村賢治(大阪社会医学研究所)

7月7日(日) 会場 402教室

10:30-11:29 <セッション⑭> 座長:鈴木るり子(岩手看護短期大学地域看護学)

1	東日本大震災住民(大槌町民)におけるソーシャルキャピタルに関する研究 鈴木るり子(岩手看護短期大学地域看護学)
2	自律的なコミュニティ活動を促す社会的要因 ―エージェントシミュレーションとデータ分析による検討 山田広明(北陸先端科学技術大学院大学 知識科学研究科)
3	富山地域のストレス低減を目指したゲートキーパー養成の現状と展望―ソーシャル・キャピタルの観点から 小林俊哉(九州大学)

13:00-13:59 <セッション⑮> 座長:波川 京子(川崎医療福祉大学 保健看護学科)

1	日本人労働者集団における慢性腎疾患(CKD)の蔓延状況 山崎美智子(金沢医科大学医学部衛生学)
2	壮年期男性の急性心筋梗塞発症の誘因と背景 波川 京子(川崎医療福祉大学 保健看護学科)
3	京都市民間社会福祉施設職員の労働関連筋骨格系障害(頸肩腕障害,背腰痛症)に関する健康診断―37年間の取り組みの経験から― 三宅成恒(一般財団法人・京都労働災害被災者援護財団 京都市城南診療所)

14:00-14:59 <セッション⑯> 座長:高島毛敏雄(関西大学・社会安全学部・社会安全研究科)

1	イギリスの公衆衛生制度と専門職の教育 高島毛敏雄(関西大学・社会安全学部・社会安全研究科)
2	中国建築市場における珪藻土の応用現状と展望 馬景輝(中国浙江理工大学)
3	日本とフィリピンの経済連携協定に基づいてフィリピン介護福祉士候補者の教育支援に関する研究 ケリ イメルダ(立教大学大学院コミュニティ福祉研究科)

7月7日(日) 会場 211教室

10:30-11:29 <セッション⑬> 座長:藤原佳典(東京都健康長寿医療センター研究所)

1	東京高裁判決を基本的に追認したイレッサ薬害訴訟最高裁判決の不当性ー科学的・統計学的見地から 片平潤彦(新潟医療福祉大学/健和会臨床・社会薬学研究所)
2	スティグマを伴う病いの経験から社会関係の回復へーアフリカのハンセン病回復者村における医療人類学的調査よりー 姜明江(京都大学大学院アジア・アフリカ地域研究研究科)
3	MMRワクチン導入前後の危険性情報と国対応についてー【第4報】検証されずに風化する薬害、国と専門家はMMRワクチンの検証を！ー 栗原敦(MMR被害児を救援する会、全国薬害被害者団体連絡協議会)

13:00-14:39 <セッション⑭> 座長:大木幸子(杏林大学保健学部)

1	予防接種に関するメディア報道の時系列分析 田口奈於(早稲田大学人間科学研究科)
2	HPVワクチン副作用 報告と健康被害救済給付請求の状況についてー医薬品副作用被害救済制度を国民に 定着させるために【第3報】ー 栗原敦(PMDA救済業務委員、全国薬害被害者団体連絡協議会)
3	薬物使用の課題をもつHIV陽性者への支援に関する経験と支援への認識の関連 大木幸子(杏林大学保健学部)
4	常設夜間休日HIV検査場における陽性者の解析 毛受矩子(四天王寺大学、NPOスマートらいふネット)
5	某都会地域におけるHIV陽性者ピアサポート形成プロセスに関する調査研究 井上洋土(放送大学)

7月7日(日) 会場 213教室

10:30-11:29 <セッション⑮> 座長:西田直子(京都府立医科大学医学部看護学科)

1	駅前での無料街頭相談会の取り組み(アウトリーチ)を通じて見えてきたこと 谷川智行(中野共立病院)
2	車椅子利用者にとっての避難所のバリアフリー環境の現状調査 西田直子(京都府立医科大学医学部看護学科)
3	滋賀県における就労障がい者の二次障がい現状調査報告 白星伸一(佛教大学保健医療技術学部)

13:00-13:59 <セッション⑯> 座長:色部祐(働くもののいのちと健康を守る東京センター)

1	石川県内の復職支援(リワーク)施設の現状と展望 登坂由香(金沢医科大学衛生学)
2	若年陸上自衛官におけるストレス対処能力(SOC)とその関連要因 小林道(北海道医療大学大学院看護福祉学研究科)
3	男性労働者のワーク・ライフ・バランスとその関連要因 上原 尚紘(医療法人社団 いずみ会 北星病院)
4	パワハラによるうつ病等の労災認定基準の問題点-事例を通しての検討- 色部祐(働くもののいのちと健康を守る東京センター)
5	福祉施設における労働環境向上に関する要因の構造分析 山路学(早稲田大学 人間総合研究センター)

講演・シンポジウム・自由集会 抄録

個々人の主体性を尊重する支援環境の整備～社会医学の次の発展に向けて～

首都大学東京・都市システム科学域 星 旦二

【先行研究の考察】

1. WHOヘルスプロモーション

ヘルスプロモーションでは、健康づくり分野として保健医療福祉活動だけではなく、「教育、輸送、住居、都市開発、工業生産、農業の部門を健康に関連づけて優先していく」必要性を示している。

新しい健康支援分野と個人役割

医療と共に、教育、輸送、住居、都市開発、労働、工業生産、農業 by WHO 1991

Additional Factors presented by Hoshi 2005 World Health Promotion Conference in Korea supported by WHO.

1. 口紅、化粧、身だしなみ
2. 主体性を持つ財布の自己管理
3. 歯科医師の主診医を持つこと
4. 夢を持つこと

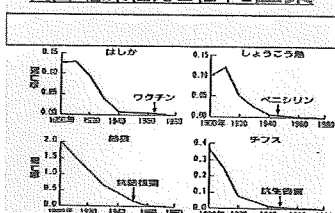
全国自治体16市町村高齢者2.2万人の追跡調査結果から、高齢者の生存維持要因として、口紅化粧身だしなみと連動する外出をし、財布を自己管理し、歯科医師を持ち、それに、「自分は健康だ」と認識できることと、それを支える年収である。

2. 健康寄与要因

米国厚生省によるHealthy Peopleは、健康を規定する4要因として、保健医療福祉活動と生活習慣、そして環境と遺伝が示されている。また、WHOから健康決定要因としてsolid factが提示され、社会医学的要因が提示されている。Healthy Peopleによれば、健康に寄与する保健医療福祉の役割は、10%程度と小さく、生活習慣(50%)や環境(20%)が保健医療より大きい。

主な感染症による死亡率が急速に低下した理由は、医療や薬物による成果というよりも、上下水道の整備や、経済活性化に基づく食の豊かさが背景となっていることが、Mackewonらによって報告されている。また、全国の自治体である市の平均寿命は、標高が高いほど統計学的に有意に長くなっている。このことは、汚染のない水や空気それに緑を含む自然の恵みが、動植物と共に生物である人間の成長やQOLに大きく寄与している可能性が示唆される。また、ダイオキシンによる環境汚染濃度が高い地域では、男女ともに標準化死亡比が高いことが指摘できる。

英国・感染性死亡低下と医薬



3. 健康日本21の目的と課題

我が国の厚生省が示した健康日本21が示す二大目標は、早世予防と、健康寿命

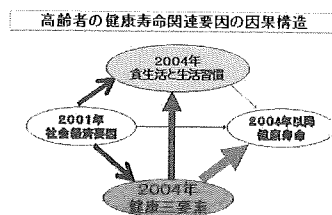
の延伸である。その方法として、ヘルスプロモーションが示されたものの、各論は、医学モデルによる施策が中心であり、社会経済的要因や支援環境の視点が極めて弱いのが特性である。

4. 生活習慣と健康との関連

生活習慣が生存と関連することを明確にしたのは、USAのプレスローらであった。高齢者1.3万人を三年後に再調査し生存を六年間追跡した調査研究で見限り、生活習慣は、結果要因であり、最終学歴と所得を本質的な基盤要因とし、精神的健康や身体的そして社会的健康が望ましいことが、結果的に望ましい生活習慣を支えている可能性が示唆された。健康の基盤は、社会経済的要因であることが明確にされつつある。

5. 生活習慣行動変容は生存を短くするファクターで

実施された介入追跡研究では、行動変容群の方が放置対照群に比べ死亡率がより高まったことが報告されている。JAMA.1991;4:266(9):1225-9. Long-term mortality after 5-year multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle-aged men.



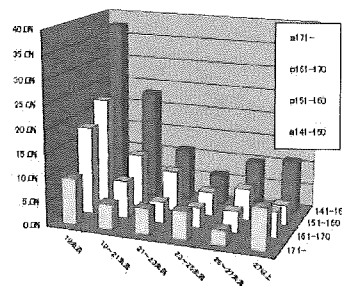
6. 社会的健康は精神的健康が基盤

高齢者において、WHOが示す健康三要素の因果構造をみると、精神的健康度が基盤となり、その三年後の身体的健康に連動し、六年後の社会的健康に連動し、健康長寿につながる可能性を1.3万人を六年間三回追跡調査により明確にした。前向き生きる生活に満足するという精神的健康が基盤であった。

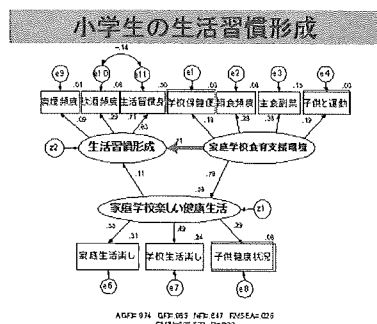
7. 生存は育成期の食育環境の蓄積

高齢者の生存を決定づける独立した要因は、男女ともに低身長であった。

生育期の栄養補給状況を反映する身長が生存維持要因である。



達し習家運動をと規
供まは、に、食てれ、高
子好生活共しなむ経さあ生はて
のい慣族か囲を定夢校に



疾病を予防し、健康を維持回復させる方法を医学だけに限定せずに、各分野との連携によって、プロセスも重視するヘルスプロモーション活動、つまり健康支援と支援環境の整備であるゼロ次予防活動(supportive environment for health)の一層の推進が、公的責任として求められている。

私は、健康を支援する新しい支援基礎理論の一つとして「健理学」の特性と支援方法を提案する。

地域政策環境
 地域文化
 都市と農村
 社会的・自然的支援環境

家族力
 家族の役割
 家族の経済・食育・共育

個人の健康三要素: 精神的健康が源
 精神的要因
 本人の夢
 社会的要因
 身体的要因
 生活習慣
 身体

WHO・ヘルスプロモーション: 医療、教育、運動、労働、住居、工業、都市開発、農業
 本人の夢実現を支援する精神的健康を源とする
 支援環境整備モデル 星 2008 (近藤, 2006・改変参照)

【提案①】 健康に生きる手段の一つに過ぎない血圧の安定化、望ましい生活習慣の獲得は、社会経済要因や、食育や楽しく遊ぶ家族によって規定されている可能性が高い。よって、健康支援に関与する専門家は、結果要因だけに注目するので

はなく、そのような状況に至らしめた家庭や地域や学校、それに職場の支援環境にも注目し、「世代間の貧困感染」を阻止するための、市民や家族のエンパワーメントされる健康支援活動が求められる。早世した人を責（victim blaming）めたり、手段を目標にしてしまう「手段の目標化」を避けなければ、「世代間の貧困感染」を阻止することは困難であろう。

【提案②】 健康理学つまり、「健理学」をりを提案する。以下は、病理学と健理学の特性とともに、健康支援方法を比較したものである。健理学とは、「健理学では、日常の暮らしを重視し、ネガティブなリスク因子よりも、ポジティブなサルート因子を重視し、同時に本人の主体性を尊重した意志決定を促すInformed Choiceを活用し、セルフケア、エンパワメント、SOC（健康生成論）を基礎的な方法として活用し、専門家による価値付けをせず、本人と支援者が相互に学習し、相互に成長していくプロセス重視の健康を支援する基礎理論の一つ」である。

日本社会医学学会は、健康課題を社会科学の視点から追求し、その課題解決に向けて、関係者のエンパワーメントと支援環境を整備する役割を発揮することが期待される。今後、実証的な検証と共に、本理論のさらなる深化と展開が求められる。建設的なご批判をお願いします。

心理学	健康学
・ 医学のモデル ・ リスク Risk ・ マイナス Negative ・ あら探し ・ 専門家 Profession ・ 指導 ・ ふるい分け ・ 形態学 組織学 ・ Powerless ・ その時点、短時間 ・ 非日常 ・ <u>主体性より、客体化</u>	・ 生活モデル ・ Salute Health ・ ポジティブ Positive ・ 良いところ探し ・ 素人 Layman ・ 支援 ・ 分けない ・ 機能学 ・ 力量形成 Empowerment ・ 毎日 ・ 日常 ・ 主体性

治療学	健康学
・薬物療法中心 ・医学が中心 ・治療 ・指導 ・病気の治療 ・二次予防中心 ・Complete Well-being ・その時点での判断 ・Victim blaming ・病気＝悪、悲劇、非国民 ・病気判断＝異常 ・専門家の価値付け	・自然治療力中心 ・統合医療 総動員 ・てあてと予防 ・支援、傾聴、協働 ・病気の受容 ・ゼロ次予防、三次予防 ・Dynamic Spiritual ・Process ・ICF 支援環境 ・病気＝生きている証拠 ・病気判断＝機能で見える ・主体の価値判断

E-mail : star@onyx.dti.ne.jp

過労死問題の経過と現在

上畑鉄之丞（過労死・自死相談センター）

過労死は、1970年代のわが国の経済不況期に一家の大黒柱を失い、生活不安に直面した家族が労災認定を求める運動で用いられるようになった社会医学用語である、演者は約30年前の1978年に初めて過労死の報告をしたが、当時の日本は第一次石油危機のため高度経済成長にかげりのみえた時代で、国の経済は構造的な不況に陥り、企業倒産や労働者の解雇がひろがり、「去るも地獄、残るも地獄」といわれていた時代でもあった。演者は、当時大学の衛生学教室で労働衛生相談活動を試みていたが、職業病患者の相談や働きすぎで在職死亡した遺族からの補償相談も多く、件数も次第に増え、事例の聞き取りを続けるなかで、背景を検討する必要に迫られていた。1978年、「過労死の研究―職種の異なる17ケースでの検討」を松本市で開催された日本産業衛生学会で初めて発表。過労死の定義も明確でなく、単なる事例報告であったが注目された。翌年、大阪で同様の相談に取り組んでいた田尻俊一郎氏も「くも膜下出血発症に及ぼす労働条件の検討」として7事例を報告、1983年には、細川汀・田尻らとの共著で「過労死」（労働経済社）を発刊した。労災補償相談は、1982年には52例、1978年には99名、1999年には203名と増加、事例の特徴も明らかになってきた。当時の論文では、事例のすべては循環器疾患で、脳血管疾患が3分の1を占め、その他に急性心不全、心筋梗塞などの心疾患が3割、関連する労働条件では賃金未払いや過剰残業や休日出勤が大部分を占め、出張過多、過大責任、過大ノルマや過重な深夜労働などの負担要因もみられていることを示している。1976年には、過労死の労災認定に取り組む弁護士や労働組合の活動家たちと「ストレス疾患労災研究会」を結成し定期的な検討会を続けることになり（大阪では6年前に同様の研究会が発足）、1978年には、過労死の予防対策の検討を目的に、多くの労働組合や企業に呼びかけ「ストレスと健康総合調査」を企画、約10名の研究者の参加を得て約25,000名の労働者のストレス状態、労働状態、健康状態の追跡調査を開始した。この調査は、1993年ころまで継続したが、ニュースレターとして「健康と安全」も刊行した（今日まで20年間継続）。また、追跡調査では、長時間労働と高血圧、疲労蓄積と糖尿病等の関連を明らかにするなどの成果を得た。

他方、労災認定を求める運動のひろがりのなかで、過労死の労災認定基準は1980年代後半に一部改訂されたが、1990年代になって認定要件が緩和されることで徐々に増加、2001年には、それまで仕事による疲労蓄積の存在を認めなかった認定基準が一転して改定されることになり、認定件数も当初の年10数件から認定緩和後は80数件になり、さらに、改定後は年300件以上と飛躍的に増加した。また、1989年には、過労死の定義として「過重な労働負担が誘因となり、高血圧や動脈硬化などの基礎疾患が悪化して、脳血管疾患や心筋梗塞などの急性の循環器障害を発症したり、永久的労働不能に陥った状態をいう」を示した。また、1998年には、日本産業衛生学会「循環器疾患の作業関連要因検討委員会」で長時間労働や賃金不払い労働などの法的規制を求める提言をおこなった。

21世紀になって、わが国の自殺死亡が急増した。2001年の自殺死亡は約32,000名と前年より約8,000名増加、この傾向は翌年以降も変わらず、過労自殺として労災申請を求める運動が始まった。そうした流れのなかで約20年間継続したストレス疾患労災研究会は第100回研究会を契機に解散、後継組織として演者ら有志による「過労死・自死相談センタ

ー」が発足した。このセンターの活動には自殺の労災認定の支援も含めており、有力メンバーとして当時埼玉で活動していた精神科医の天笠崇医師も参加した。また、弁護士、過労死遺族や活動家のほか、それまで独自に勉強会を続けていた産業保健師らの有志も加わり、約 20 人の運営委員を中心に 300 人以上の会員で構成、過労死、過労自死の認定支援、とくに、理論的支援などを行った。運営委員会は年 4 回程度の学習会の開催や企画、運営。会誌「健康と安全」の発行やホームページ `karoushi` の企画、発行も行うなど、独自の事務所をもち、非常勤担当者をおいた。なお、過労死と過労自死の要因について、演者は、過労死は、長時間労働に起因することが多いが、過労自死は職場の情動ストレス、特にハラスメント（いやがらせ）に起因するものも多いとした。

自殺の労災認定は 90 年代後半に数件の労災申請がはじまり、99 年に最初の認定事例が出された。その後は認定基準が作成されることで件数は増加したが、基準のあいまいさからしばしば問題が生じ、2011 年に改定されて現在にいたっている。過労死などストレス関連疾患の労災認定件数は、2014 年 5 月の厚労省報告件数（年）は、脳・心疾患（過労死）310 件、自殺 60 件、精神疾患 310 件と報告され、2011 年の認定基準改定で大幅に増加すると期待された精神疾患や自殺の認定件数は増えなかった。また、過労死労災は、死亡者の労災申請は減少傾向にあるが、生存者申請が増加する状況にある。これは、1975 年以降の壮年期（20-60 歳未満）の循環器死亡では、脳血管疾患の減少が著明で、1975 年の約 14,000 名に比較して 2008 年は約 6,200 名に減少、心疾患死亡は微減であるが、労災申請減少の一因になっている。なお、自殺死亡はそれまで 13 年間年 3 万人台（全年齢男女）であったのが 2012 年に約 27,000 人台に初めて減少、とくに、死因としての経済的理由による自殺死亡の減少が注目される。精神疾患の動向は変わらない。過労死問題の歴史を概観したが職場での長時間労働対策の推進や啓蒙がより一層重要である。

参考文献（文中、上畑は、上畑鉄之丞の略）1) 上畑、笹川七三子、職場における急性死亡の事例研究、医学評論、1977;56,1-6 2) 上畑、脳・心血管発作の職業的誘因に関する知見、労働科学、1982;58(6)277-293 3) 上畑、業務上疾病としての循環器疾患、日災医誌、1987;35(6),412-415 4) 上畑、過労死の労働衛生学的研究、社会医学研究、1989;8,35-50 5) 上畑、過労死、医学のあゆみ、1989;150,33 6) Uehata, T. karoshi due to occupational cardiovascular injuries among middle-aged workers in Japan, J Sciece for Labour, 1991;67(1),20-28 7) 上畑、過労死、第 24 回日本医学会会誌Ⅲ、1995,310-311 8) 上畑、関谷栄子、千田忠男、山崎喜比古、斎藤良夫、杉澤あつ子、長谷川吉則、坂野純子、笹川七三子、何頻、日本の産業労働者のストレスと健康総合調査報告書、その 1、研究計画及び初期の成果、ストレスと健康総合調査研究班発行、1992 9) 上畑、関谷、千田、山崎、斎藤、杉澤、長谷、坂野、笹川、何頻、日本の産業労働者のストレスと健康総合調査報告書、その 2、ストレスの断面と追跡結果、1993 10) 上畑、関谷、千田、山崎、斎藤、杉澤、長谷川、坂野、笹川、何頻、日本の産業労働者のストレスと健康総合調査報告書、その 3、学会抄録および論文集、1996 11) 上畑、天笠崇、過労自殺事例からみた自殺要因にかかわる研究、社会医学研究、2006;24,1-10 12) 上畑、過労死・自死相談センターの活動、公衆衛生、2110;74(4)320-324 13) 上畑、自殺防止、公衆衛生、2011;75(3)169-172

住宅・コミュニティと健康

村上周三(一般財団法人 建築環境・省エネルギー機構 理事長)

ヘルスプロモーションと住生活

健康とは病気にならないことだけを指しているわけではない。WHO（世界保健機関）によれば、「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的（physical）、精神的（mental）、そして社会的（social）に完全に良好な状態を指す。」と定義されている。従って、“健康”であるためには、住宅やコミュニティが提供する我々の日常の生活環境そのものが健全でなければならない。

WHO は、上に示した健康の考え方の日常生活における広い実践を推進するため、1986年のオタワ憲章において“ヘルスプロモーション”の概念を提唱している。その要点は次のとおりである。

- ・ 健康とは、毎日の生活の資源とみなされるものである。
- ・ 健康とは、身体的能力だけでなく、社会的・個人的な面での資源という点を重視した前向きの考え方である。
- ・ それゆえに、ヘルスプロモーションとは、ただ保険医療部門にゆだねられる責務というよりは、健康的なライフスタイルを越えて、幸福（ウェルビーイング）にまで及ぶものである。

以上のように、“住まい”や“生活環境”は我々が健康を維持増進するための基盤となるものである。

（一次予防＋ゼロ次予防）と健康住宅・健康コミュニティ

高齢化の進行する日本では、医療費、介護費の増加が深刻な政治・社会問題となっている。政府の予測によれば、2025年の医療費と介護費は、2010年比でそれぞれ約2倍、約3倍に増加すると予想されている。この問題を放置すれば日本の財政が破綻に向かうことは確実である。日本社会が抱えるこの大きな課題の解決のためには、医療分野は当然のこととして、ヘルスプロモーションに関わるあらゆる分野からの参加が求められる。健康的な生活の基盤を提供する建築分野も積極的な貢献を果たすことが求められている。

最近の医学、公衆衛生学では、ヘルスプロモーションを一層深化させて一次予防やゼロ次予防ということが推奨されている。一次予防では個人レベルでの“健康的な日常生活”、ゼロ次予防では社会レベルでの“健康的な環境の提供”が謳われている。従って、一次予防やゼロ次予防においては、住宅やコミュニティの環境整備が重要な役割を果たすことになる。

国土交通省による健康維持増進住宅研究の推進

国土交通省では、健康を支える生活基盤としての住宅やコミュニティの重要性に着目し、このような住宅・コミュニティ整備の推進を政策課題として取り上げている。2007年度～2012年度にかけて、「健康維持増進住宅研究委員会」を設置して、この問題の研究に取り組んだ。2013年度からは、新たに「スマート&スリムハウス研究開発委員会」を設置して、次世代の健康住宅・健康コミュニティの研究を推進している。これらの委員会は、建築学、医学、環境学など幅広い分野の専門家が参加する学際的なものである。

本講演では上記のような状況を踏まえて、住宅やコミュニティを計画、供給、運用するという立場から健康の維持増進に貢献する方策について解説する。

自主グループ活動のつくり方・育て方

栗盛須雅子（日本保健医療大学）

【自主グループとは】

自主（住民）グループとは「同じ目的を共有し、その目的を達成するための活動を自主的、主体的に継続する、経済活動を主目的にしない、家族以外の2人以上の仲間」ととらえられている。自主グループは大きく2つに分けて、法的根拠に基づく行政の関与がある地域保健福祉計画策定委員会、地方計画策定委員会などの委員組織などのグループと、住民が主体的に活動し、住民の役割が重視される趣味活動のグループ、ボランティアグループ、患者会、セルフヘルプグループなどがある。これら以外に、老人会、婦人会、青年会、自治会など地域で受け継がれているグループがある。

【自主グループ活動推進の背景】

健康寿命を長くするための方策として、介護予防事業、特定健康診査、特定保健指導などの予防重視型システムが導入されたといってもよい。2006年4月に介護保険制度の大幅な改定がなされ、2010年8月、地域支援事業実施要綱が定められ、要綱は、高齢者のニーズや生活実態に基づいた継続的かつ総合的なサービスが提供されることとしている。改正により、市町村は独自でさまざまな方策を模索しながら、より住民のニーズに合った介護予防施策を展開しなければならなくなったといえる。さらに、国は要支援1、要支援2を介護保険サービスから外し、地域のボランティアなどを活用した市町村の事業とする方向で検討に入ったとされている。介護予防もさることな

がら、育児の孤立化と育児ストレスの増加、保育所の待機児童数の増加など、子育てを取り巻く環境は厳しくなり、これらのことが少子高齢化や子どもの虐待に拍車をかけていることは否めない。また、壮年期は社会的には管理職や中間管理職の立場にあり、健康づくり（特に運動）の必要性は理解していても、定期的、継続的に時間をとることはなかなか難しい状況にある。このように、世代によって、取り巻く環境は異なり、行政の対応だけでは、十分な支援は困難であることは明らかである。今後は、さまざまな健康課題に対して、住民と地域がエンパワメントされ、自らが健康課題に対して、責任をもって、対処していく必要がある。自主グループはその土台をなすものであり、今後は、自主グループの活動の重要性がさらに高まると思われる。そのためにも住民が主体的に健康課題を解決することができるよう、行政はこれまで以上に支援をしていく必要がある。

【自主グループ活動の意義】

住民の健康課題に対する専門職による質の高い支援は不可欠だが、量的には極めて短時間の支援になりがちである。一方、自主的な自主グループ活動は、日常的に、定期的に繰り返されることから、量的には長い時間になる。自主グループをつくり、育つまでは専門職の支援は不可欠といえるが、住民同士が相互に支援し合い、主体性が発揮され、具体的な問題解決や自信獲得につながることで、活動はより活発になると同時に、継続の可能

性も高まり、優れた成果を生み出すことに繋がる。このような点が自主グループ活動の意義といえる。自主グループが育ち、自主的に活動を継続している段階においても、専門職が側面支援を行うことで、より優れた成果を生み出す。

【自主グループ活動の可能性を広げる保健師の役割】

自主グループ活動の可能性を広げる保健師の役割について、以下に簡単に記す。

・支援すべき対象を定める

問題解決や成長・変化のために援助を求めているグループや個人を特定する。

・メンバーを個別に理解する

グループ支援であっても、個人のニーズや課題に焦点をあて、特に潜在的なニーズを共有し、その課題解決に寄り添うことが大切。

・メンバーとの信頼関係を築く

活動の主体はあくまでもメンバーであり、保健師などの支援者は側面から援助を行う。ただし、メンバーが困ったり、行き詰まったりしたときは、相談相手の役割も求められる。そのような場合のために、秘密の厳守、公平で共感的な態度を基本姿勢に、支援のために必要な知識を身につけて、メンバーとの信頼関係を構築していることが重要となる。

・メンバー同士の相互作用を促進する

グループダイナミクス理論を活用して、メンバーが自由に意見を出せる雰囲気づくりを行い、グループの主体性を高めるよう支援する。また、メンバー間に葛藤が生まれたり、誰かが孤立するような場面では、メンバーの感情を理解したうえで、メンバ

ーとともに問題を解決していく。各メンバーの優れている点を掘り起こし、つなげていく視点が必要。

・グループの評価への支援

グループの今後の活動方針を決定するためには、グループの目標の達成度を確認し、活動の評価を行う必要がある。保健師は、そのための方法や場を設定するといった援助を行う。

・グループの主体性を確立する

グループメンバーの主体性が徐々に発揮されれば、そのグループ活動は軌道に乗ってきたといえる。また、メンバーが自由に発言でき、自分の役割が発揮できるようになると、主体性が確立されたといえる。活動計画の策定や自主的な会報の作成、新規メンバーの獲得、活動資金を得るための活動などについて、メンバーが検討し、実施しているかどうか、グループの主体性確立の指標となる。

【自主グループ活動の成果】

住民グループ活動は、専門職と住民がともに成長し、個人、集団、および地域のエンパワメントが向上する。さらに、地域全体の健康度の向上を目指すポピュレーション戦略としても役立ち、結果として、地域全体の健康感や生活満足度の向上、健康余命（寿命）の延伸につながる。

文献

星旦二, 栗盛須雅子 編集:「住民グループ」のつくり方・育て方, 医学書院, 2010.

栗盛須雅子, 星旦二: 住民グループ活動の可能性を広げる保健師の役割. 保健師ジャーナル, 67 (1), 48-52, 2011.

Mail: kysugako@ybb.ne.jp

シンポジウム 1

シンポジウム「東日本大震災の復興期におけるコミュニティ支援の課題」 ～コミュニティ支援におけるソフトとハードの交叉面を探る～

コーディネーター：大木幸子（杏林大学保健学部看護学科）

【背景】災害により被災された人たちは避難所、仮設住宅、復興住宅と避難場所や居所を、転々と移動することを余儀なくされる。そのたびに人々は、従来の暮らしの場であった「コミュニティ」のつながりから分断され、新たな場で、新たな出会いと新たな関係づくりを必要とされる。そしてそうした作業をしながらの暮らしの再建が求められるのである。阪神大震災でのこうした経験が、災害後の「コミュニティ支援」への注目につながってきた。

しかし、災害後の「コミュニティ支援」に関しては、2つの専門分野から、それぞれに照射した言説が展開されている。ひとつは、地域保健や地域福祉の領域の「地域づくり」であり、もうひとつは、都市計画や建築の領域からの「街づくり」である。

【課題の所在】人々の営みは、世帯単位あるいは個人単位で独立しているものではない。地域にともに暮らす人々との多様なつながりとともに、成り立っている。つながりのありようは、様々である。近隣で行き逢えば、立ち話をするのが、「いつもの風景」である場合もあるだろう。あるいは、軽く会釈をして通り過ぎるつながりもある。仕事帰りに立ち寄るコンビニの店員さんは、いつもの見覚えのある人で、特別に言葉はかわさないが、それが「地元」の気安さである場合もあるだろう。これらの地域での営みの一つひとつの風景が、多様なつなが

りによる「コミュニティ」を構成している。

これらの営みの風景を喪失し、新たな場で、新しい風景を築くことは、想像以上にエネルギーが必要なことである。そうした力をうまく発揮できない場合に、孤立を強いられることにもなる。従来からの人々のつながりを分断せず、継承していくこと、そして、できる限りスムーズに新たなつながりを持てるようにすることは、災害後の生活再建の基盤を支える重要な支援である。阪神大震災以降、地域保健や地域福祉の領域は、人と人がつながりあえる地域づくりを促進し、人々の孤立を防止することを、災害後の支援の重要なテーマとしてきたのは、こうした視座からである。

もうひとつのアプローチは、街づくりからの「コミュニティ」への照射である。人々の暮らしの場である「コミュニティ」は、空間的な場でもある。災害後の街の再建では、商店や住居という直接的機能に注目するだけではなく、生活の習慣や文化、そして未来の暮らし方など多様な機能を視野にいった空間のデザインが求められる。すなわち「コミュニティ」の再建は、人々が安心に安全、快適に暮らせることはもちろん、「コミュニティ」が継承してきた習慣や文化の再生でもあり、そうした協働活動を支える人々のつながりの場の再構築でもある。このように人々が大切にしてきた「コミュニティ」の営みは、「コミュニティ」のもつ空間的な特色と、未分化なものである。そ

して「コミュニティ」の中での人々のつながりも、空間的な特性と融合しながら育まれてきた。すなわち、人々のつながりを促進できるための空間デザインと、そのための人々の対話は、「コミュニティ」の再建の重要な要素である。こうしたコミュニティへのアプローチは、主に都市計画や建築の領域で、議論が重ねられてきた。

【ねらい】 以上のように人と人のつながりと空間デザインについて、それぞれの領域で議論を重ねることで、「コミュニティ」のあり方は多彩に照射されてきた。しかしこれまで、両者の越境しあった議論と実践が、重ねられてきたとは言い難い。そこで本シンポジウムでは、東日本大震災の被災地である気仙沼市での、生活支援と集落再建支援それぞれの取り組み報告をもとに、「コミュニティ」支援の課題ともに、両者のアプローチの交叉面と協働の可能性について、議論をしたいと考える。

【演者】 演者と演題は下記のとおりである。

1. 「災害後のコミュニティ支援におけるソフトとハードの交叉面」大木幸子（杏林大学保健学部）
2. 「仮設住宅を中心とした生活支援活動～地域のつながりづくりをめざして～」西城宗子（NPO 法人生活支援プロジェクト K）
3. 「津波被災地の集落復興プランニングの課題」市古太郎（首都大学東京都市環境学部）
4. 「自立住宅再建における専門家の協働支援の特質～気仙沼階上地区、防災集団移転支援～」連健夫（建築家・連健

夫建築研究室）

まず大木から、災害後のコミュニティ支援の論点を概説する。ここでは、ハードとソフトの両者からコミュニティ支援にアプローチされることの意義について触れたい。

次に、西城氏から、気仙沼市階上地区内の仮設住宅に暮らす人々を中心に、孤立防止と健康支援を目的とした支援活動について、ご報告いただく。階上地区で展開されている居場所や出会いの機会の提供や仮設自治会の支援、さらに支援者のネットワークづくりをとおして、仮設住宅を含めた「コミュニティ」へのアプローチの方策を探る。

続いて、市古氏と連氏からは、気仙沼市階上地区内の小集落再建への支援活動について、ご報告いただく。これは、被災により解散を余儀なくされた集落の住民数件が、集落のそばに戻り、ともに暮らしを再建しようという取り組みへの支援活動である。最初に市古氏から、小規模集落の防災集団移転事業の背景と経緯、防災・都市計画の立場からの「コミュニティ」支援を概説いただく。最後に連氏から、本支援活動をとおして、住まいと集落の再建のプロセスが「コミュニティ」にとって意味するところを、建築家の視座よりご報告いただく。

総括議論では、災害後の「コミュニティ」支援をハードとソフトの専門家がそれぞれ、どのような位相で捉えているかについて相互の理解を深めたいと考える。その上で、両者がどのように協働しあえるか、協働が望まれるかという点について議論したい。そして、それらを踏まえ、平常時からのコミュニティづくりで両者の接点の可能性と展望について探りたいと考える。

Mail address oki-s@ks.kyorin-u.ac.jp

「仮設住宅を中心とした生活支援活動」

～地域のつながりづくりをめざして～

西城宗子（NPO 法人生活支援プロジェクト K）

2011年3月11日東日本大震災で被災した多くの市民は、避難所や応急仮設住宅での生活を余儀なくされ、将来の不安を抱えながらの生活に様々な支援を必要としていました。こうした状況を受け、私達地元の住民が主体となって、被災者の中でも特に高齢者、障害者、孤立、孤独な状況にある人等への総合的な生活支援活動を継続的に展開し、その人らしい生活を少しでも早く取り戻せるよう「生活の再建」のお手伝いをしたいという考えに賛同した地元の保健福祉関係者が集まり、2011年8月28日任意団体「生活支援プロジェクト K」を設立しました。それと同時に、特定非営利活動法人シェア＝国際保健協力市民の会との共同事業として、気仙沼市内に「はしかみ交流広場」をオープンしました。その後2012年2月9日には、特定非営利活動法人として法人格を取得しました。

これまでに生活支援事業として、はしかみ交流広場で行う「なんでも相談」、地域のイベントに参加しての「健康相談」などを開催してきました。プロジェクト K 主催で「健康講話」やシェアのボランティア医師による「心理相談」や「健康講話」なども行っています。また仮設住宅の自治会活動のサポート、プロジェクト K 主催の野菜プロジェクトや、いきいき体操などのイベント、はしかみ交流広場での編み物講座などのサークル活動など多方面からのアプローチにより、住民同士の交流や新たなコミュニティの形成を促進しています。

「津波被災地の集落復興プランニングの課題」

市古太郎（首都大学東京都市環境学部）

平常時の都市計画の意味がかすむほど、非常時の復興都市計画の重要性を、その無力感も含めて痛感させられたのが3.11からの2年間だったと言えるのではないだろうか。本稿では「都市計画のあり方の見直し」への問題提起として、プランニングの可能性と必要性を強く感じているプランナーの1人として、「プランニング・インフラ」という視点から論考してみたい。

「プランニング・インフラ」なんとなく意味が取れるような用語だが、おそらく、少なくとも日本のアカデミックな場において「こなれた（定義済みの）」用語ではない（私が不勉強なだけかもしれないが・）。ところで、これに近い用語として「ソフト・インフラ」がある。「ソフト・インフラ」という用語を私が初めて耳にしたのは、2009年スマトラ島西部地震の被害調査で訪問したJICA現地事務所でのことだ。2006年ジャワ島中部地震からの住宅再建で成果を挙げた近隣住宅再建組合方式（POKMAS）を、果たして西スマトラ州で適用できるだろうか、という話の中で、である。JICAではこの「ソフト・インフラ」という用語を「国や社会の制度や仕組み、それらを担う人材等、国家の運営を支える基盤」として使っている。

ソフト・インフラを改めて意識したのは、2012年末「ニコ論壇時評2012 現代日本の思想～民主主義からネットまで～東浩紀×片山杜秀×萱野稔人×宮台真司」というネット上での討論番組である。社会学者たちが2012年を振り返り、東日本の復興に言及した際、地域から復興を組み立てていく方法論がなかなか見えてこない。本当に住民の意見を聞くことは不可欠なのか、といった議論となり、宮台氏が「ソフト・インフラ的なものが、もともと東日本沿岸部には欠けているのではないか」と指摘したシーンである。これは、東日本の復興プランニングにおいてよく話題となる「阪神・淡路での復興まちづくり協議会的な下地は東日本被災地にはない」という点との類似性をもつが、改めて体系的に掘り下げてみる価値があるのではないかと感じた。そしてその後、野田村、気仙沼階上、石巻旧市街で復興支援に携わり、痛切に感じていた復興まちづくりの問題系を表現する上で、「ソフト」ではなく「プ

ランニング」のインフラ再構築問題として考案するに至っている。

さらに津波防災の首藤先生が指摘される「多重防災」が「二線堤をつくる」という「多重防御」に復興事業レベルにおいて縮小化してしまっていること、同様に「レジリエンシー（強靱性）」がインフラ整備、言い換えれば（単なる）公共事業投資の理由に読み替えられる傾向にある現在、「インフラ」という用語をハードだけでなく「ソフト」さらに「プランニング」の問題として拡張させていく視点は一定の戦略性をもつ、と思われる。

前置きが長くなった。ここでは災害復興にかかる「プランニング・インフラ」が備えるべきと感じている原理を5つ示しておきたい。あくまで試論であり、クリティークいただければありがたい。

1. 計画主体形成論

先に「東日本津波被災沿岸地域に阪神・淡路でのまちづくり協議会的な下地がない」という指摘に触れたが、それは必ずしも、地域としての発意のシステムが存在しない、ということではない。たとえば、気仙沼階上地域では、漁業（主に養殖業）、農業（ひとめぼれ米栽培とイチゴのハウス栽培が盛ん）、観光（岩井崎や御伊勢浜）、それにまた気仙沼中心部で働くサラリーマンといった多様ななりわいをもつ11の町会・自治会からなる「地区連」という組織がある。津波被害からのインフラ再整備にかかる意見集約のしくみとして、トップダウンとボトムアップのバランスを備え、当事者意識に根ざしたシステムになっている（詳しくは、近日中に別稿を予定）。プランニングの専門家として、このような地域固有の計画主体のシステムを見出し、自主自立性に根ざしつつ、行政との関係をコーディネートしていく、いわば計画主体形成の方法論がプランニング・インフラ再構築にとって、まずは大前提となる。

2. プランニングがプロジェクトに先行するしくみ

東日本大震災後、各自治体の震災復興計画が競うように策定された。計画書本文には自治体の基本計

画の計画期間に即し、復興事業をどうソフトランディングさせるか、多くの計画で記載が見られる。その一方、岩手、宮城の多くの自治体で、年明け1月の国の予算付け作業に間に合わせるように、2011年12月に復興計画が策定されていた。計画の熟度という点からは必ずしも十分でない。誤解を恐れずに言えば、発災から半年ないし1年を経たずに策定される震災復興計画は従前の計画行政能力以上の機能を発揮することは難しいのではないかと。さらにこの帰結として、震災復興計画と復興事業との関係は本来の姿と逆転してしまっているのではないかと。

復興計画を都市計画・まちづくりの視点からどのような位置づけにしておくか。これは2004年中越地震でも指摘された課題であるが、熟議を要する(deliberate)方向性とライフラインを中心とした迅速な(expedient)復旧事業の予算化という方向性、この両者のバランスが求められる。プランナーの立場として、計画策定プログラム自体を提案し、したたかに計画(プランニング)が事業(プロジェクト)に先行するというフレームワークを構築していくことが求められよう。

たとえば長野県栄村では、2011年3月12日の長野県北部地震からの復興計画策定を2011年12月に間に合わせることなく、復興交付金申請について復興計画策定委員会に諮りつつ「栄村らしい震災復興とは何か」、議論を重ね、2012年9月に震災復興計画を策定している。

3. まちづくり協議会的な地区の発意システムの法定化

1点目の計画主体論と両輪の関係にあるが、地域としての発意のシステムを自治体スケールで作動させていくためには法的ルールが不可欠である。地域、行政、専門家が寄り添いつつも緊張感をもった「協働」を実質化させるために欠かせないものであり、とくに行政内部において、タテ割り主義を連携させていくために有効と思われる。

幸いにも、まちづくり条例として、これまでの蓄積

がある。これらをベースに考えていくことになる。そしてその一方で条例で位置づけられている「地区まちづくり計画」や「復興まちづくり計画」を国の法律に結びつけていくための制度設計を検討する必要がある。

4. 社会的包摂性

「計画」の対極概念は「自由市場」である。言い換えれば、イギリスにおける都市計画誕生を思い返せば明らかなように「計画」の考え方の中に「市場からはこぼれ落ちる階層」への視線がそもそも備わっている。

集落内の富の所有の多寡に関わらず、津波は家族と財産を喪失させた。その一方で住まい再建にあたっては、所有、所得、仕事再建見込みによって大きな格差が生じる。それぞれの家族(生計単位)が思い描く「生活・住まい再建方法」は内容的にも時間軸的にも多様である。問題は、生計力が低く、判断に時間がかかるが、地域で生活を立て直し、地域再建のために貢献しようという「想い」をもった世帯も少なくないという事実である。防災集団移転の事業計画だけでは、こういった世帯を包摂することはできない。ふるさと再生への思いをもつ人間を取りこぼさないこと、そういった社会的包摂性を「プランニング」は有しているのではないかと。

5. 編集デザインの技法

最後に技法の問題がある。東日本において、生活像を後押しするドローイングや表現はいかにあるべきか。現場では、平常時におけるまちづくりや公共施設建設のためのワークショップ手法、すなわち模型、パース、ダイアグラムといった技法が有効である、という話をよく聞く。加えて、家族を、財産を失った方がやっとの想いで生活再建への頭の切り替えをおこなった段階で、そのビジョンを引き出すためにいくつか重要なスイッチがあるように思えてならない。写真でも、模型でも、コトバでもいい、生活再建に向けた想いを「見える化」するための技法が専門家には求められよう。

「自立住宅再建における専門家の協働支援の特質」

～気仙沼階上地区、防災集団移転支援～

連 健夫（むらじたけお、建築家・連健夫建築研究室）

気仙沼、階上地区の自立住宅再建支援に関わるきっかけは、首都大学都市環境学部の市古先生（都市防災）に声を掛けられたことである。2012年2月、仮設住宅に住むS氏にお会いし、現状の問題点についてのヒアリングを、健康・福祉の立場から被災者の生活再建に取り組んでいるプロジェクトKのメンバーである大木先生（杏林大学看護学科、地域保健）と共に実施したのが、専門家の協働支援の始まりであった。

建築家の視点から専門家の協働の特質を階上の支援プロセスを通して浮き彫りにしたい。住宅再建のワークショップを続ける中で、大木先生と首都大学支援グループ（市古先生、学生、連）は毎回、東京で綿密なミーティングを持った。留意したことは（分かりやすさ）と（主体は彼らである）ことで、寄り添いつつ、住宅環境づくりのプランナーとして技術支援をすることである。その寄り添う立場とプランナーの立場のバランスについて、時には声を荒げて議論した。その中で双方の立場を尊重し、どう支援するかという手法の共有ができたのである。学生が関わることの意味、設計を生業としている建築家（専門家）の支援の在り方（役割）、負担や報酬を含め、異なる専門家の協働の意味と課題について情報提供できればと思っている。

我が国の健康課題と社会医学の役割

座長 星 旦二（首都大学東京・教授）

【ねらい】

我が国は世界トップレベルの健康長寿国と言われているものの、先進諸国に比べ、特に男性平均寿命が相対的には低下し、2012年の報告では第八位にまで低下している。また、高齢者の要介護認定割合は、二割に近づこうとしているのが現実であり、様々な健康課題を抱えている。

我が国の優れた公衆衛生活動では、これまでの悲惨な公害問題に対して、様々な対策を行い、一定の課題解決に寄与してきたものの、充分には克服できていないのが現状である。近年では、ニート、フリーターという青壮年での健康課題だけではなく、高齢者間での健康較差も増大している。また、地球規模での環境問題が注目される中、大震災を契機として、復旧復興が叫ばれ、克服すべき新しい課題解決が求められている。

本シンポジウムでは、これらの健康課題の解決をめざし、平和と人権と市民力と公的責任をキーワードにして、社会科学ないし社会医学の視点からその本質を探り、同時にその課題解決のために果たすべき、各専門職種の役割や支援活動を検討したい。

特にわが国の健康課題を総合的に俯瞰し、その本質を明確にするとともに、

諸外国からの学びについても考察したい。個別の課題としては、三大公害の一つである水俣病対策を総括し、これからのあり方を模索したい。また、地域や職場での最新の健康課題を、人権と権利擁護の視点から、公的責任としての責務を基盤に据えて、本人の自立性、主体性を重視した、関係者による協働した健康支援のあり方とその支援環境整備について明確化していく。さらに、日々の暮らしにおける様々な健康課題とその背景について、特に社会経済的な困難生活者、健康課題を有する人に対する支援活動に焦点を当て、専門家が連携して、人々とその家族を中心に据えた健康支援活動の方策を明確にする。このことによって、これからの社会医学の役割と将来を展望したい。また、具体的で効果的な支援活動実践方法を模索したい。

【シンポジスト】

- ・高鳥毛敏雄（関西大学・教授）
 - ・逢坂隆子（NPO HEALTH SUPPORT OSAKA/HINATA）
 - ・宮北 隆（熊本学院大学・教授）
 - ・広瀬俊雄（産業医学センター所長）
 - ・松田亮三（立命館大学・教授）
 - ・原 政代（太成学院大学・准教授）
- 星 star@onyx.dti.ne.jp

社会医学的に見た健康課題とその対応

○高島毛敏雄（関西大学・社会安全学部・社会安全研究科）

1. はじめに

現代社会は、多様な健康課題を有する人々からなる社会となっている。全国画一的な公衆衛生対策だけでは人々の健康問題は解決できなくなっている。人々の健康課題に向き合う活動組織と、それに対応できる能力を有する人を現場に配置した公衆衛生体制づくりが求められている。

しかし、わが国ではむしろ保健サービスは法定事業化され、全国画一に進められる方向に進んできている。むしろ逆方向に向かっていくように思われる。社会経済的な背景を有する人々の健康問題の解決、薬物依存や虐待・暴力、自殺・過労死などの問題、HIV/AIDS 感染症予防対策などにあたっては個別性の高い公衆衛生活動が必要である。英米の公衆衛生制度と比較すると、社会医学的な健康問題解決型の公衆衛生活動の成熟度に大きな違いがある。

2. 報告の材料

米国（ニューヨーク、サンフランシスコなど）、イギリス（ロンドン、リーズ）などを訪問調査してきた。ここ5年はイギリスの Health Protection Agency、Faculty of Public Health の調査と、ロンドン、リーズにおける社会的弱者に対する結核対策をみてきた。わが国の大阪市西成区あいりんにおける結核対策に関わっている。

3. 公衆衛生とは何か

わが国では、公衆衛生とは、国の仕事、行政の仕事と認識されている。しかし、公衆衛生体制の生命線は専門職、プロフェッションとして人々に関わることにある。

公衆衛生関係者が行政職員の意識が強くなることは公衆衛生制度の発展には決して

プラスにはならない。イギリスの自治体の由来を歴史的に辿ると、教会の教区（パリッシュ）であり、教区から宗教色が薄れて近代の自治体が誕生してきた。貧困者、病人の収容施設も宗教施設に由来するが、近代的な施設となっている。つまり、19世紀後半に社会全体の統治システムの中に自治体が形を現し、制度が整えられてきた。

わが国の自治体は明治期に再編されて誕生したものである。強い自治体は分断されたためすべての自治体は国に依存した存在になった。公衆衛生の危機が言われている背景は、実は「公」社会の危機がある。

欧米諸国は個人主義、個人単位の社会であるが、それを支えている「公」の社会的基盤である。人々がまとまる単位として自治体が存在し、ボランティア、助け合い、寄付などのインフォーマルな公の社会が存在している感じがする。ニューヨーク市には底辺の人々に対する公的医療制度と公的医療施設群があることに驚かされるが公的病院の歴史が理解すると理解ができる。

公衆衛生は地域の人々の主体的な参加を基盤とした地域の人々による健康問題解決をめざした実践活動なのである。そのためには地域の力を結集するパブリックな団体か、組織の存在が不可欠である。

4. 公衆衛生制度の土台

イギリスが生み出した公衆衛生の基本要素は、「自治体」(Local authority) とともに、人々の健康問題に対峙する「公衆衛生専門職」(当初は Medical officer of Health) の存在にある。その結果、人々の健康問題を解決できる制度とそれを支える人材が配置されるようになった。わが国も公衆衛生

制度の導入にあたって欧米の公衆衛生の基本要素を踏まえたものを思い描かれていた。しかし、それを支える自治体および専門職の成熟化が伴わず、今日に至っているように思われる。戦後、GHQは、わが国の公衆衛生制度が未成熟とすることを悟り、懸命に医学教育、公衆衛生制度の再構築を促した感じがするが、これもまた独立国との体裁が整うにつれて根付いたものとならないできているように思われる。かろうじて、保健所制度と保健師職の中に受け継がれてきている感じがする。

5. 健康政策の世界の潮流

20 世紀後半となり、医学が進歩し、生活水準が向上してきたにも関わらず、人々の健康や病気の問題の中には解決できないものが多いことに先進国において気づかされるようになってきている。イギリスのみならず、WHO、欧州諸国、最近はわが国でも健康の社会(的)規定因子と言ったり、健康の社会的決定因子 (Social Determinants of Health) として取り上げるようになってきている。

人々の健康は当然のことではあるが、社会的な決定要因の影響を受けている。その点を踏まえた公衆衛生活動の重要性が認識されるようになってきている。特に、イギリスでは、NHS という国営医療制度を創設したのも、格差社会における健康格差の解消をめざしたのもであった。Black report、Acheson review により医療保障制度だけでは改善できない現実を突きつけられた。この現実がイギリスでは 1980 年代後半以降に公衆衛生活動を大きく変化させる背景となった。WHO においても 2008 年に「健康の社会的決定要因委員会 (Commission on the Social Determinants of Health)」が設けられ、報告書として (Closing the Gap in a generation) を出している。わが国は、健康政策で出遅れている感じがする。

6. 英米社会の公衆衛生活動の雰囲気

米国のニューヨークやサンフランシスコの結核対策を視察すると、都市ごとに結核対策の組織や人員配置の仕方が画一的でないことに驚かされる。まさに健康問題解決のために組織形態や職員の雇用や訓練に工夫をして対策が進められている。

自由度が少なそうなイギリスの公衆衛生体制の最近の変革にはめざましいものがある。現場で問題解決にあたる専門組織の強化、そこで働く専門職の専門性と実務能力を高める仕組みの強化、さらに現任研修と継続研修の体制の整備が組織的に波状的に行われている。専門職の背景も多様となっている。英米社会では肥満や糖尿病のような生活習慣病とともに、都市部では移民が増え、貧困問題、ホームレス者、HIV/AIDS 合併者、薬物依存者、犯罪者などの社会的要因が関連した健康問題も大きくなっている。そのために前例にとられない現実に対応した公衆衛生活動の構築に知恵が絞られている感じがする。絶えず制度を作り直していることに驚きを感じている。

7. おわりに

わが国では、国・都道府県などの行政組織、医学部の中から「公衆衛生」の名称がすっかり消えてしまった。代わりに「健康」「安全」「健康づくり」のような曖昧な言葉が目立っている。「健康」が社会的な問題であるとの認識がなくなっていることを示している感じがする。公衆衛生マインド、公衆衛生の思想も古くさいと見なされている。一方で、人々の健康を取り巻く状況を見ると、理不尽な死亡に関わる公衆衛生課題は消え去っているわけではない。また、公衆衛生の存在理由がなくなったわけではない。このギャップはどこにあるのだろうか。わが国の社会は、まだ人を中心に置いた社会づくりに向けた努力が不足しているからではないかと思っている。

我が国の健康課題と社会医学の役割
—社会経済的な困難生活者・健康課題を有する人々に対する実践的研究—

○逢坂 隆子

(NPO HEALTH SUPPORT OSAKA・
NPO HEALTH SUPPORT HINATA)

【はじめに】釜ヶ崎（あいりん）地区では、日雇い労働者の高齢化・経済不況の長期化があいまって、野宿生活を余儀なくされる者が増え、生活保護受給者も急増している。社会医学・公衆衛生関係者が集まり、ホームレスなど社会的経済的弱者が抱える健康・生活問題を明らかにし、解決する方策を探るために、NPO HEALTH SUPPORT OSAKA・NPO HEALTH SUPPORT HINATA を設立し、継続してきた実践的研究について報告する。

【大都市における公衆衛生活動・社会医学の実践的研究】

1. 大阪市の健康指標

平均寿命：政令都市中最下位の持続 結核罹患率（2010 年）：大阪시는 全国の約 2.6 倍 釜ヶ崎は 全国の約 28.4 倍（2000 年は 45.2 倍）

2. 大阪ホームレス健康問題研究会

2001 年より、継続中。原則として釜ヶ崎内の無料の会場・無料の講師・参加費も無料。

3. 大阪市のにおけるホームレスの死亡調査

大阪府監察医事務所と共同で、2000 年の野宿生活者・簡易宿泊所投宿者と確認できた不自然死 294 例を分析。2001 年に調査実施。死亡時平均年齢 56 歳。ミイラ化 1 例・白骨化 6 例・高度腐敗 24 例。餓死 8 例・凍死 19 例。1 割が結核関連死。総じて予防可能

と思われる死因により死亡。必要な医療の提供が不備であるのみならず、生命を維持するために必要な最低限度の食や住さえ保障されない中での死亡。

4. 大阪社会医療センター附属病院（釜ヶ崎内の無料低額診療施設）入院患者聞き取り調査（厚生労働科研補助金 2003 年～2005 年）

対象：2003 年に入院した患者（調査期間内再入院は除く）139 人（全て男性・平均年齢 57 歳）。入院前 1 ヶ月間に野宿経験のある者は 42%。生保受給者・施設入所中の者を除くと、入院前 1 ヶ月間の仕事による収入は、野宿の有無による顕著な差はなく、3 万円以下の者が 78%（うち 5 千円以下の者は 56%）。

家族との縁が薄い人々：全て単身。「肉親（親・きょうだい・子ども）がどこにもいないか、いるかいけないか不明」3 割。「未婚」6 割・「離婚」3 割強。3 割は子どもがいる。教育との縁も薄い人々：中学卒業以下 63% で中退が多い。学校にまったく行っていない者もいる。

歯の状況が極めて悪い：6 割以上が 40 代までに実用に役立たない歯になっている。

身長の高い者が多い：国民栄養調査結果と比して低身長⇒成長期の栄養摂取状況の悪さを示し、幼児期から生活困難を抱えていたことが考えられる。⇒貧困の世代間連鎖

5. 大阪市高齢者特別清掃事業従事者の健康・生活実態調査（厚生労働科研補助金 2003 年～2005 年）

55 歳以上ホームレス対象の公的就労事業従事者（ほぼ 2500 人）に対して聞き取りにより生活状況を把握するとともに結核検診・血圧測定・血液検査・身長体重測定を 3 年間実施。結核要治療は受診者 50 人に 1 人⇒①関係機関・団体との事前調整・連携体制づくり②結核要医療者にはマンツーマンのサポート⇒すべての要医療者を必要な医療につなげ、全員が治療を終了。低栄養・重症高血圧症・肝機能異常・糖尿病の者が多く、要医療は大阪社会医療センター附属病院につなげる。多くの医師・保健師・看護師・学生がボランティアとして参加し、健康相談を継続実施。⇒2 年目・3 年目の血圧平均値が統計的に有意な改善を示す。聞き取り調査結果においても 2 年目・3 年目は問題飲酒者の減少、高血圧症治療者の増加、自動血圧計測定者の増加。検診結果をきちんと折りたたんで大切に保管するものが目立つ。はじめは、「わしらをモルモットにする気か」と怒鳴っていたホームレスが、次第に「世話になったな。ボランティアしたろか。」「この人らはみんなええ人ばかりやな。」と話しかけてくるようになった。さらに健康相談実施中に高齢者特別清掃事業従事者以外の者も相談に来所するようになる。西成労働福祉センターや大阪社会医療センター附属病院外来にも自動血圧計が設置され、労働者たちが自由にいつでも血圧測定できる場が増える。

6. 5 以外のホームレスを対象に調査実施（学振科研補助金 2004 年～2006 年）

大阪で初めて CR 結核検診車を使用（⇒大

阪市保健所は 2006 年 4 月から CR 結核検診車を釜ヶ崎にて運用開始）。「なんでも相談会」と同時に調査実施。250 人以上のボランティアが参加。

7. NPO HEALTH SUPPORT OSAKA 設立（2006 年～）

ホームレスをはじめとする健康弱者ともいえる保健・医療・福祉の手が届きにくい人々の生活を支え、命を守る健康支援活動を推進するとともに、必要な関係機関・団体の協議の場づくり、研究・人材育成を行ない、そのことを通じて市民が健康で安心して暮らせる社会の創造に寄与する活動を継続中。

8. NPO HEALTH SUPPORT HINATA 設立（2012 年～）

訪問看護事業を実施するほか、見守り支援活動・健康相談・居場所づくり・入院支援や退院支援活動なども行なう。

【おわりに】①社会経済的な困難生活者・健康課題を有する人々の実態を科学的に解明、②その結果を基にして効果的な支援方策・健康支援活動を研究的に実践、③誰にでもわかるような形で多くの人々に知らせる（研究会継続・専門学校や大学学生対象講義と釜ヶ崎見学など）、④明らかになった生活課題・健康課題解決のために、関係機関・団体、当事者とともに協議する場づくり・・・まだまだ課題ばかりが見えてくる中、解決への道筋が見えているのかどうかも定かでない。「継続は力なり」という言葉を信じて、多くの仲間とともに、一歩ずつ進んでいくほかないと考えている。

（本研究は多くの皆様と共同して実施したものばかりです。心からお礼を申し上げます。）逢坂 e-mail アドレス

ohsaka0204takako@ares.eonet.ne.jp

シンポジウム2 我が国の健康課題と社会医学の役割

生活保護被保護者の健康支援活動の方策について

原 政代（太成学院大学・准教授）

【発言趣旨】

生活保護制度は、1950（昭和25）年に生活保護法として制定され、第1条には「国が健康で文化的な生活を保障するとともに自立を助長することを目的とする」としているが、「最低生活を保障すること」と「自立を助長すること」を比べると、「最低生活を保障すること」に重きが置かれて日常業務が行われてきた。

2005（平成17）年3月に自立支援プログラムの導入の趣旨、策定の流れ及び運用方針を内容とする自立支援プログラムの基本方針が示された。生活保護制度のこれまでの経済的給付に加え、福祉事務所が組織的に被保護世帯の自立を支援する制度に転換するため、その具体的手段として自立支援プログラムの導入を推進していくこととされた。被保護者の自立をより一層支援するためには、被保護者の抱える多様な課題に対応した幅広い自立支援プログラムの策定と実効性の確保が課題となっている。

しかし、社会経済情勢等の変化に伴い、最低生活の保障や傷病等による医療の確保などを目的に生活保護への申請者が急増してきている。被保護者の最低生活の保障はもとより生きる質（QOL）の権利の保障、生活保護の適正実施が求められている。

生活保護被保護者の約8割が医療扶助の受給者であり続け、傷病を理由に保護を受ける受給者も年々増加傾向にあることから、

行政保健師として疾病の予防、健康管理などの保健的アプローチを通して生活保護の自立の考え方である「日常生活の自立」、「社会生活の自立」、「就労による自立」を促すことをめざして「健康管理支援事業」に取り組んだ。

【支援の特徴と方策】

① チーム編成

生活保護課において「いきいきとした職場づくり」をめざして地区担当ケースワーカー代表、医療相談員、医療扶助担当者、査察指導員、保健師を構成メンバーとする「生活保護適正化支援チーム」を立ち上げ、チーム会議を8回開催し、医療扶助適正化と健康管理を支援する手法と共通認識を高めることをめざして検討を重ねた。

② 調査員への研修及びサポート体制

保健的アプローチと生活実態に応じた個別支援の方策についての知識と技術を高めるため、保健・医療・福祉の学識経験者等による研修会を実施した。

③ 自立支援シートの活用による実態把握と具体的な支援

個々に応じた具体的な支援を行うためには、生活実態を把握し個々の持てる力を活用して具体的な支援計画に基づいた支援を行うことが必要である。そのためには、保健・医療・福祉等における共通言語としてのICF生活機能情報用した自立支援シートを作成して、個々の生活実態をもとに各人

の持てる力を引き出すことに着目しながら援助計画を作成して支援を行うこととした。
④ケースワーカーと医療相談員等との同行訪問による実態把握

ケースワーカーと医療相談員の協働で、医療費データ等から頻回・多重受診傾向で改善等が必要と思われる者及び生活習慣病等で生活改善のための健康管理が必要な者を168人抽出して、同伴訪問または主治医、嘱託医への病状調査等を行った。支援の実際としては、「傾聴」と「受容」に重きをおき、「生活状況」や「社会参加」「自立への思い」などを中心に実態把握を行った。

【生活・受療状況と活動の成果】

支援の結果、ケースワーカーとの協働による支援計画の作成と課題の明確化により具体的な援助計画を作成することに至った。支援開始からわずかの期間で5人(3.0%)の者に行動変容がみられた。なお、行動変容がみられない者については、継続的な支援を行った。

生活実態の中から、孤独や不安のために日常生活の中に意欲や目標がみいだせないでいる状況があきらかになった。これらに対する有効な手立てとして、受容的態度で信頼関係を築いていくことによって、こころが開かれていくことを実感した。

また、受療状況からは、孤独や精神的不安が受診動機となっている傾向や受診そのものが社会とのつながりとなっていることが伺えた。不安や迷いによって適切な服薬や受診につながっていない者については、主治医や薬剤師など関係機関との連携によって支援すべき人々であり、主治医等やキーパーソンによって適切な改善が図れることもわかった。

このように保健・福祉の専門職が協働して、対象者の生活の場に出向いて、受容と承認の欲求に着目したアプローチを行うことで、被保護者とケースワーカーの信頼関係につながり、ケースワーカーのやりがいとともに自立の助長が図れるものとする。

このことは、生活保護の目的である自立助長と生活保護の適正化、医療扶助の適正化につながると考える。

社会的困難に長年向き合う地域における「生活の質」と 多様な主体による「地域運営」

～公式確認から 57 年目を迎えた水俣病事件と水俣・芦北地域の再構築～

宮北隆志（熊本学園大学社会福祉学部教授、同大水俣学現地研究センター長）

1. はじめに

本報告では、公式確認から 57 年目を迎えた水俣病事件を「差別と犠牲のシステム」という視点から検証すると同時に、環境破壊を経験した地域社会の再構築のための新たな統治（住民主体の実践的展開）の可能性について検討する。

2. 水俣病事件：差別と犠牲のシステム

まず、水俣病公式確認の年とされた 1956 年前後の水俣病事件に対する初期対応をめぐる問題について、「差別と犠牲のシステム」という視点から整理する。

1954 年 8 月 1 日、「猫てんかんで全滅 水俣市茂道部落 ねずみの激増に悲鳴」という見出しの記事が、熊本日新聞朝刊の第三面に掲載された。「水俣病の兆候」を初めて伝えた報道とされる。当時、水俣保健所では、チッソ附属病院の野田兼喜医師と細川一院長による患者の届け出（1956 年 5 月 1 日）を受けて、魚介類の摂食に「奇病（当時）」の原因があると推測し、水俣湾の貝や魚をネコに与えて水俣病が発症するかどうかを調べる実験（「ネコ実験」）を行い、1957 年 3 月には水俣病の発症を初めて確認している。そして、同年 7 月、熊本県は、水俣湾の漁獲を禁止する方針を決定し、厚生省（当時）に食品衛生法の適用の可否を照会した。しかし、国は、「水俣湾内の魚介類すべてが有毒化しているという明らかな根拠が認められない」として適用を見送った。¹⁾

一方、1958 年 6 月、東京湾では、本州製紙江戸川工場の排水によって海が汚れ漁獲量の減少が顕著になったことから「浦安漁民騒動」と呼ばれる事件が起きている。国は江戸川工場の一部操業停止の措置を取ると共に、6 か月後の同年 12 月には、いわゆる「水質 2 法」を制定し問題の解決を図るために直ちに動いた。

日本の首都・東京のお膝下である東京湾、一方、東京から遠く離れた水俣湾、これら 2 つの海で起きた同じような事件への対応策にみられる大きな違いは、中央から差別された地方（周辺）に様々な犠牲が押し付けられてきた、「差別と犠牲のシステム」という構図を象徴するものである。

3. 地域再構築のための「概念モデル」（仮説）

図は、個人のレベルにおける QOL（生命・生活・人生の質）と、地域のレベルにおける持続可能性、多様な主体による地域運営と地球生態系との関係を示した概念モデルである。

一人ひとりの生活者の QOL は、その人々が暮らす地域（国/県/市町村）の持続可能性（環境・経済・社会の 3 つの側面を持つ）によって基本的に規定される。しかし、地域社会の持続可能性は所与のものではなく、その地域の多様な主体によるガバナンスと、地域固有の風土・歴史・文化を生み出す当該地域の生態系のあり様によって規定され

ていることを忘れてはならない。²⁾

3. チッソの水俣進出・水俣病事件と地域社会の変容

ここでは、図に示した概念モデルを、1908年の「チッソ進出以前の水俣」、1908年以降の「チッソ城下町としての水俣」、1956年から2009年にかけての「水俣病の発生・拡大から幕引きによって翻弄される水俣」(1956年～2009年)、そして、2009年以降の「国による地域振興策と中央から自立した地域をめざす水俣」にあてはめ、地域社会の変容の過程を検証し、内発的な地域再構築に向けて必要な視点について考察する。³⁾

4. ローカルな問題に多様なメンバーで向き合う：地域戦略プラットフォームの可能性

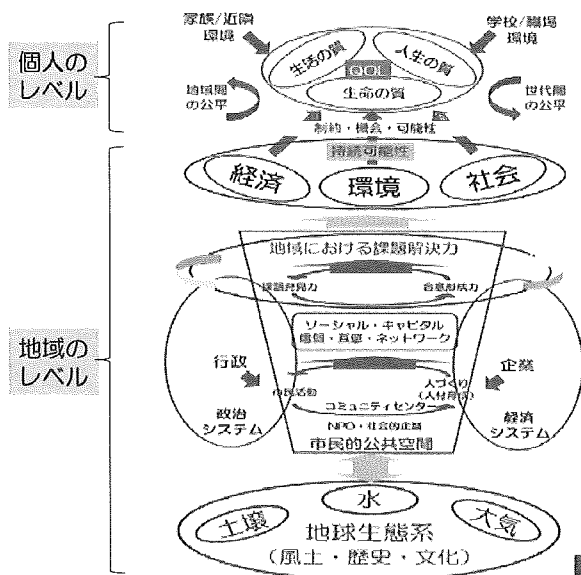
これからの水俣に求められているのは、国/中央から自立し、企業城下町(経済的/精神的依存)から脱却するための、住民主

体の地域運営(ガバナンス)の実現である。公式確認から半世紀以上を経過した今も、被害者が声を上げ続けなければならない水俣・芦北地域において、多様な生活者・関連機関の持続的な交流・相互理解・関係性構築の「場」として、地域の新たな可能性を拓く<知識・情報>の形成・蓄積・発信の「場」として、そして、地域の多様な担い手(社会的アクター)を育成する「場」としての「地域戦略プラットフォーム」の意義と「潤滑油」としての大学(「社会医学」)の役割について述べる。⁴⁾

“Think Locally, Act Globally!”

【参考文献】

- 1) 高峰武編(2008年)「水俣病小史」、熊本学園大学水俣学ブックレット No. 6
- 2) 宮北隆志(1999)クオリティ・オブ・ライフ(QOL)の構成要素と決定因子・修飾因子、日農医誌 48, 583-587
- 3) 宮北隆志(2012年)水俣・芦北の地域戦略、水俣学若手研究セミナー2011「水俣病の現在と水俣学の試み」報告書、水俣学研究センター
- 4) 宮北隆志(2010)「失敗の教訓を活かす～持続可能な水俣・芦北地域の再構築」熊本学園大学水俣学ブックレット No. 8



8

図 生命・生活・人生の質、持続可能性、多様な主体による地域運営と地球生態系

「東日本大震災・大津波による複合負担と産業医・産業保健活動の役割」

仙台錦町診療所・産業医学センター 広瀬俊雄

§ 1 被災地にて事業を展開する A 社労働者への震災影響の現状と課題

東日本大震災による被災は深刻であり広汎でかつ長期的なものである。ある企業対象での調査「第 4 回仕事と健康(実施 2012 年 2 月、回収数 6431 名、回収率 93%)」に産業医が加えた「震災被害と想いの調査(自記入式、回答数 5136 名、回収率 73%)」では、震災に関連した心身の病・不調があったと回答した労働者は 633 名(12%)であり、その中で心の病・不調が 281 名、身体障害は 446 名であった。身体傷害の 2/3 の方が医療機関を受診したのに対し、心の方は 7%にとどまっていた。今回の被災地では医療機関が壊滅的な打撃を被ったが、特に東北地方沿岸における精神科・心療内科の充足率は従来より不十分であったが、震災は更に追い打ちを掛けるものであった。ここに「重なる不足」の実態が起こっていた事が分かる。1 年後では、震災関連での心の病・不調があるとした方が 340 名に対し、身体障害があるとした方 83 名であった。身体の方がは 2 割以下に減っているのに対し、心の病の方は逆に 1.2 倍に増加していた。「震災・災害による心の障害は後発しかつ継続する」との従来の指摘はここにも現れている。これらの心身の不調者が震災直後に誰に相談したか、の問いでは、家族 309 名、友人+知人+同僚が 209 名に対し、医療機関+産業保健職が 114 名と専門職への相談が約半分にも満たなかった。被災 1 年後迄でみると、先に示したように身体不調に関しては医療機関に相談した方が増えているが、心の障害への支援の有り方については未だ々々検討すべき内容が多い。特に 2~3 年を経た現時点での継続的支援の確保は重要な課題として残っている。

上記の調査では、会社や産業医・産業保健職に被災にあたって望むことも聞いているが、その内容は「十分な支援」構築にあたって参考にすべき内容で傾聴に値する意見も多数あった。具体的にはシンポジウムの中で紹介したい。

§ 2 被災地での諸活動から見えてきたことは？

被災地で演者は石綿や他の粉じんの影響とマスクの普及と適切な装着に関する学習会を各医師会の研修会として取り組んできた(瓦礫処理等による石綿や粉塵、微生物等による健康障害については時間の関係で今回は省略する。演者が委員長を務めた日本産業衛生学会震災関連石綿・粉じん等対策委員会報告書冊子版<200 円>を会場におきますのでそちらを求めてお読み下さい)が、その中で「心の病・障害」についてもお話を聞くことがしばしばであったが、そこで共通していたのは「過去に病んでいた方やようやく職場復帰したとか何とか働いていた労働者が余りに厳しい被災そして課題に押しつぶされて再発や再休業に追い込まれていった労働者が多かった」という話であった。あの大災害の後では「個々の労働者にとって必要な配慮」が有り得る話では無かった、ということである。では、「仕方無い」事として諦めなければならないのであろうか？この点も十分検討すべき事柄であろう。その点で、演者が産業医契約している建築関係の会社での心の病再発例の経過と背景をこ

ここで紹介する。

§ 3 震災後心の病を発症した事例とその背景

事例 B 氏は震災時入社 5 年目の調査部門に属す男子、独身の労働者である。この会社の事業は国と地方自体からの公共事業の受注である。通常でも大抵月 100 時間程の残業があり、特に 2 月、3 月は 200 時間を超す。4 月～6 月は健診、職員旅行が予定され残業もかなり抑えられ年度末の疲労を取るような「配慮」がなされていたが、2011 年は、震災によって減るはずの業務が新年度に入っても続き、加えて復興対応の事業が次々と国から与えられ続けられていた。更に、B 氏は全社的に推奨されていたボランティアにも取り組んでいる。6 月頃朝になっても取れない疲労感と不眠がひどくなり、心療内科を受診する。業務負担が自分の病気の主原因と思うがその事に医師が触れようとせず、改善しないと伝える毎に薬が増えるので産業医面談を希望するに至った。面談後「宮城産業医&精神科・心療内科連携の会(演者産業医側代表)」の会員の精神科医師に転院することとした。以来主治医、産業医と連絡を密にして対応してきた。事例 B と同じ班の女子労働者 C も同様に心が病むに至り、支社、本社共に事態を深刻にとらえ産業医の意見を参考にそれぞれ対策を打つに至っている。B 氏は、3 か月のリワークを経て復職し、5 月現在、過重負担による過労を避ける為に「残業しない」を原則として業務にあたっている。

こうした事例を生んだ背景を見ると、①発注者である、国・地方自治体の過重労働を与えてでも期限内に業務を遂行させても仕方無いとする体質、②業界全体にある「過重労働容認体質」、③過重労働は必要悪と捉えている労働者(+家族)の意識、④大震災のような逼迫した事態に生まれる新たな課題(負担)がそのまま荷担されていく「複合負担」、⑤被災地の事業所と家庭双方で労働者を「支える力」の減退、⑥事業所が産業医に期待するのが健診事後措置であり、労働者の健康障害を生んでいる労働強化や受注者による心理的圧迫等に関しての活動が除外されてきていること、⑦大震災後では産業医・産業保健職自体も被災していて活動力が微弱になってしまっていた、等が挙げられる。

§ 4 震災被害を受けた労働者の営業維持の為に「複合負担」の厳しい現実

A 社は演者が 30 年近く産業医を担う C 県全体に展開する購買を中心とする生協である。大震災・大津波による職員死亡は 16 名、2 親当以内の同居家族死亡は 140 名にのぼる。半壊以上の店・事業所 15 か所、労働者の自宅での全壊・全流出は 500 棟、半壊・半流出も 900 棟に達している。生協は災害時に組合員及び周辺住民の支援や物資供給の協定を各自治体と契約しているので、職員は我が身・家族の被災対応をさて置いてもこの役割に誠心誠意奮闘し、大変な評価と感謝を得てきた。しかし「震災に際して事業所の対応への意見は？」の問いには、先の「業務」と自宅の被災の復旧や家族の食糧確保との間の矛盾に苦しんでいる様子が明らかにされている。これらの困難は警察、消防、自衛隊や各自治体労働者、医療機関、報道等に従事する労働者でも共通したことである。更には、自宅を離れて他地域からの被災地支援にきた方も同様である。支援が広汎で長引く大規模災害における過重労働と過労死防止の課題は、今こそ社会全体で考えるべき・考えておくべき課題である。

健康の公平と社会医学の役割

○松田 亮三（立命館大学）

健康の公平(health equity)は、不公平で正義にもとる健康の格差という定義が有名であるが¹、実際的には社会・経済的状态が異なる集団間での健康状態の差異(健康の社会経済格差)がある場合には健康の公平が損なわれているとみなし、政策的対応を行っていくことが課題となる²。

1990年代初頭にWHO欧州地域委員会が健康格差縮小を政策目標として掲げて以来³、この課題はグローバル健康政策において、また各国の健康政策において明確に位置付けられてきた⁴。日本では21世紀に入って研究が活発化した、政策的には「第2次健康日本21」⁵に「健康格差の縮小」が盛り込まれるのを待たねばならなかった。本報告では、健康の公平追求に関わる政策論の立場から、社会医学の課題を検討する。

【健康格差の原因論と政策枠組み】

1990年代以降、健康格差縮小に向けた政策が各国で形成・実施されており、並行して学術的検討も進められてきた。これまでの研究では、所得・職業・人種等など社会・経済的状态が、習慣、ストレス、住居、知識、予防・治療サービスの利用等、健康に関連する事項の差異に影響するなど、さまざまな要因が複合的にからみあい健康の社会経済格差は生じていることが明らかになっている。

ここで注意すべきなのは、これらの要因の多くは、保健・医療部門ではなく他の社会部門に関っていることである。このため、健康格差対策は、こうしたことから、健康格差対策は、教育、居住環境、雇用・労働状況、医療制度、所得

保障、交通など多様な分野を含めて総合的に推進していくことが求められる。

さらに、所得、知識、就労実態等健康格差の発生に関わる諸要因における格差については、むしろ当該の政策領域—たとえば所得再分配、教育、雇用—において検討され、政策対応が立案されねばならない。

Dahlgrenらは、こうした健康格差を生み出す格差を、①権力と資源の差、②健康危害要因への暴露の差、③危害要因の健康影響の差、④ライフ・コース効果、⑤罹患がもたらす社会・経済効果の差、という5つに整理している⁶。これを援用して、政策対応を考えるならば、以下のようなになる。

職場・地域での権力と資源の差は、たとえば、家計の困難によるストレスや職場での努力—報酬の関係や仕事の要求度—コントロールの不均衡についての格差である。これへの介入は、労働安全衛生政策とともに、ワークライフ・バランスに関わる政策が関わる。

事故や長時間労働、職業性ストレス等の健康危害要因への暴露の差は、それぞれに地域・職場で対応が必要である。喫煙等行動が重要である場合には、知識やリテラシーを含めた対応が考えられねばならない。また、危害要因の暴露の健康への影響は、個人の対処能力や社会支援、医療サービスへのアクセスによっても左右されるため、リスクの集積が生じやすい人々に重点的に働きかけることが求められる。

小児期の生活が成年期や高齢期の健康に影響を与えるライフ・コース効果を考慮すると、子供と子育て中の保護者を支援していくことは

戦略的な重要性をもつ。これには、子どもをもつ貧困世帯への支援、就学前児童の保育、義務教育等、多面的な問題が関与してくる。

罹患がもたらす社会・経済効果は均一ではなく、たとえば、病気が失業に結びつく可能性は、雇用の状況によって左右される。これに対して、雇用保険の充実や再就労のための各種の施策の充実が課題となる。

このように、さまざまな「健康格差の要因」の格差を縮小するような、政策形成の介入点(entry point)を定めて、取組をすすめていく必要がある。その際、「健康格差の要因」の格差を縮小しようとする、社会・経済のあり方に踏み込んだ対応が必要となり、それだけ政策形成には多様な関係者が関与してくる。それだけに、社会医学としては、健康格差との関連や有効な対策の効果などを検討し、政策形成に関与していくことが求められよう。

【政策的・実践的取り組みにおける留意点】

健康格差対策では、取り組みの方法によってはむしろ格差を拡大することが指摘されている(intervention-generated inequalities)⁷。特に、メディア・キャンペーンや均質な人口を想定としてサービスの利用を促進する場合には、この陥穽に注意が必要である。

また、政策評価においては、健康格差が複合的要因により生じている点を考慮していく必要がある。要因の複合性と政策対応の総合性から、健康格差縮小に向けた政策の評価は、通常の事業評価のモデルだけでは困難である。もちろん個別事業の取組を中間的指標により行うことは可能であろうが、最終的な目標である社会における健康格差の状態にどう関わっているかを位置付けることは容易ではない。むしろ、健康格差の状況を重要な社会・保健指標として、継続的に把握し、その変化に関わる

諸要因を検討することを、長期的に続けていくことが重要になってくる。こうした取り組みがなければ、「健康格差の縮小」は単なるスローガンに終わってしまうであろう。

最後に、Braveman が指摘するように⁸、幅広い要因に関与する「健康格差」の取り組みは、大規模なものである必要があり、それゆえ政治的対応を必要とする。社会医学は現実の取り組みに生かせる〈学=実〉連関(トランスレーショナル)研究を推進し、貧困・社会排除をめぐる実証的・規範的議論に積極的に参加することが重要であろう。

1 Whitehead, M. (1990) The Concepts and principles of equity in health. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.

2 Braveman, P. and S. Gruskin (2003) Defining equity in health. J Epidemiol Community Health 57(4): 254-258.

3 WHO Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report, World Health Organization

4 Evans, T., M. Whitehead, et al., eds. (2001) Challenging Inequalities in Health: From Ethics to Action. Oxford, Oxford University Press.

5 厚生労働省(2012) 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針。

6 Dahlgren, G. and M. Whitehead (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2. World Health Organization.

7 Lorenc, T., et.al.(2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. Journal of Epidemiology and Community Health, 67(2), 190-193.

8 Braveman, P. A. (2007). We also need bold experiments. Social Science & Medicine 64(7): 1363-1366.

戦 争 と 医 学

コーディネータ 西山 勝夫、峠田和史（滋賀医科大学）

- ・基調講演「15 年戦争記における日本の医学犯罪」
土屋貴志（大阪市大・准教授）
- ・「『戦時体制』と官立金澤医科大学」
蒔 昭三（城北病院・名誉院長）
- ・「東北大学医学部教官の15 年戦争への加担」
刈田啓史郎（東北大学大学院歯学研究科）
- ・「731 部隊関係者の京都大学の医学博士の学位授与」
西山勝夫（滋賀医科大学・名誉教授）

【企画趣旨】

私たちは、2007 年 4 月に大阪で開催された第 27 回日本医学会総会を機に、日本医学会総会として、かつての戦争に日本の医学会・医師会が加担したことや日本の医学者・医師により行われた人道に反する残虐な「人体実験」「生体解剖」等に向きあうように日本医学会総会当局に要請してきました。しかしながら、要請は受け入れられずに今日に至っています。

私たちは、独自に同総会に並行して、かつての「15 年戦争」と日本の医学界・医療界の関わりを検証するパネルを展示し、国際シンポジウムを取り組んできました。

最近の医学・医療の進歩発展は著しく、人類は新たな倫理的問題に直面しています。医学者・医師も自らの問題としてその解決

を求められています。その取り組みに際して、医学・医療のこれまでの歩みを真摯に振り返ることは「医療従事者のみならず一般市民にも開かれた議論の場」における不可欠な重要課題ではないでしょうか。

かつての戦争時の資料の焼却、散逸と残された資料の「未公開」「隠蔽」のために、戦争加担の全貌は未だに明らかではなく、検証は容易ではありません。731 部隊に関しては、当時日本を占領したGHQ（連合軍総司令部）は、関係した多くの医学者・医師に対する訊問をしましたが、その研究成果を得るために戦争医学犯罪を不問とする取引をしました。

日本医師会は、1951 年の世界医師会加盟にあたり、「日本の医師を代表する日本医師会はこの機会に、戦時中に敵国人に対して

行った暴行を非難し、また行われたと主張され、そして 2、3 の場合には実際行われたという患者の虐待行為をとがむ（日本医師会雑誌第 26 巻、71 頁、1951 年）」と声明し、問題は解決済みとしてきました。これは、日本の医学者・医師の戦争中の行為を真摯に反省し、その後目指すべき医療（人間の救命、健康の維持・回復・促進）、人権擁護、人種差別の根絶、人間の尊厳を基調とした日本の医学・医療のあり方を示したものとは、到底いえません。このような日本の医学・医療の風土は、戦後繰り返されてきた数々の医療事故・医療過誤や薬害において幾多の人々が犠牲になったことと決して無縁ではないと批判されてきました。その後も、日本の医学界・医療界は、戦時中の医学者・医師による非人道的行為に真摯に向き合い教訓を活かす取り組みをしないまま、日本は 21 世紀を迎えました。

「過去に目を閉ざす者は結局のところ現在にも盲目となる（ワイツゼッカー、1985 年）」という歴史の教訓に沿い、ナチス時代に精神科医によって死に追いやられた 25 万人以上の精神障害者について謝罪を表明し、会長による追悼講演がなされたドイツ精神医学精神療法神経学会（2010 年 11 月）や「様々な人権侵害の罪を犯したことに対して、深い遺憾の意を表し、我々は深い遺憾の意を表し、「ナチ医学の犠牲者に許しを乞う」宣言を行ったドイツ医師会総会（2012 年 5 月）などに学び、かつての戦争における日本の医学者・医師の非人道的行為について、史実を明らかにし、検証を進めることは、医の倫理の確立やこれからの医学・医療のために不可欠です。その際、日本の医学界・医療界を代表する日本医学

会、日本医師会や関わった学会・大学などが自らの問題として取り組むことは欠かせません。2015 年に京都で開催される次回第 29 回の日本医学会総会では、今度こそ公式の企画が設けられることを願っています。

50 数年前に社会医学関係の学会のあり方を問うて発足した日本社会医学会でも、戦前・戦後の日本医学界の歩みを「戦争」との関連で振り返るシンポジウムなどの企画が総会でなされたことはなく、第 53 回日本社会医学会総会でのミニシンポ「戦争と医学」が初めてです。

そこで、最初に、戦後 70 年近く経った今この問題を取りあげる社会医学的意義を明らかにし、ついでかつての戦争中の史実の概要の紹介を通じて日本の医学者・医師の医学犯罪についての共通の認識を深めます。そして、第 27 回日本医学会総企画展示出展「戦争と医学・医療」展実行委員会が実施した日独の医の倫理に関する教育の実態調査の結果等を参考にしながら、再び医学犯罪を起こさないための倫理教育の方向を検討します。また、最近起きた「人体の不思議展」や東日本大震災を契機にした「研究プロジェクト」を例に医学会のモラル低下と歴史検証の欠如との関連を検討します。最後に、京大の医学博士の学位授与状況の調査を例にして歴史検証の課題が多数に残されていることを提起します。

討論を通じて「戦争と医学」に関する社会医学的アプローチの方向と当面の課題を明らかにできればと願っています。

自由集会では、旧日本軍関東軍防疫給水部隊（731 部隊）の平房の遺跡の状況についてビデオで説明した後、自由闊達な討論をして頂く予定です。

15 年戦争期における日本の医学犯罪

土屋貴志（大阪市大・哲学）

昨年のミニシンポジウムに引き続き、日本が 1932 年から 1945 年までの時期に、主に海外の地で、総計で何千あるいは何万ともいわれる人々を、医学実験の材料や手術の練習台にして殺害した「医学犯罪」の概要を紹介する。文書で確認でき時期を特定できる事例と、その時代背景となる出来事をまとめた年表を再掲しておく。これらは全体のごく一部にすぎず、未だに闇に埋もれたままになっているものが多数あると推定される。

年月日	医学犯罪および関連事項
1925	ジュネーヴ議定書締結（生物・化学兵器の使用を禁止）
1925	石井四郎、生物兵器開発を軍上層部に働きかけ始める
1930	石井、陸軍軍医学校防疫部・防疫学教室教官となる
1931.9	満洲事変。関東軍が満洲を支配下に収める
1932	「満洲国」建国
1932	陸軍軍医学校が防疫研究室（石井機関の中枢）を新設。石井、部員となる
	背陰河に「東郷部隊」発足
1933 秋	東郷部隊で致死的人体実験が開始される
1934.9	東郷部隊で捕虜 16 人が脱走
1935	ハルビン郊外の平房で基地建設が始まる
1935 頃	東郷部隊の菅原敏、中国人捕虜に、水だけ飲ませる実験を実施
1936	東郷部隊、陸軍の正式部隊となる（満洲第 731 部隊）
	満洲医科大学の田崎亀夫、死刑前の「匪賊」に行った鼠蹊淋巴肉芽種痘の接種実験を論文で発表
1937	日中戦争始まる。日本、中国全土への侵攻開始
1938 頃	731 部隊、平房への移転を開始
1938	陸軍、石井式濾水機を正式に採用。北京に 1855 部隊、南京に 1644 部隊、広東に 8604 部隊が新設される
1939.9	ナチス・ドイツがポーランドに侵攻、第 2 次世界大戦始まる
1939	731 部隊、陸軍科学研究所・関東軍技術部化学兵器班と合同で化学兵器の人体実験
1939.8	ノモンハン事件。731 部隊、生物兵器を使用
1940.5	山内豊紀ら、731 部隊にて 20 人の中国人捕虜にコレラワクチン投与実験を実施
1940.6	731 部隊、農安で生物兵器を使用
1940.9	731 部隊、大規模なイペリット（マスタード）ガス人体実験を実施
1940.10-11	日本軍、寧波を生物兵器で攻撃
1941	吉村寿人、ハルビンで「凍傷ニ就テ」講演
1941.1-2	谷村一治軍医少佐ら「駐蒙軍冬季衛生研究」実施。8 人の中国人捕虜を虐殺
1941.5	登戸研究所の伴繁雄技術少佐ら、1644 部隊で約 15 人の捕虜を毒物実験で殺害

1941(?) .6	谷村一治軍医少佐・三浦理平軍医中尉、大同陸軍病院で6人の捕虜を用い「軍陣外科学集合教育」を実施
1941.6	731部隊の安達実験場でペストノミ爆弾の人体実験が行われる
1941.11	日本軍、常德を生物兵器で攻撃
1941.12	日本軍、真珠湾・コタバル・香港を攻撃。太平洋戦争始まる
1942.4.18	米空母より発進した爆撃機が東京を空襲、中国浙江省に着陸
1942.5-8	日本軍、浙贛作戦で生物兵器を使用
1942.8	731部隊長が石井から北野政次に交代
1942	シンガポールに 9420 部隊が設置される
	池田苗夫軍医少佐、黒河陸軍病院で流行性出血熱の接種実験
	青酸ガスの人体実験で捕虜を虐殺
1942-43	満洲医科大学解剖学教室で「最も新鮮にして健康なる北支那人成人男性脳」を用いた人類学的研究を実施
1943 末	731 部隊で 50 人の中国人捕虜にチフスワクチン実験
	731 部隊安達実験場で炭疽爆弾人体実験
1944	笠原四郎、北野政次ら、「猿」を用いた流行性出血熱の病原体確定を論文として発表
1944.8-9	100 部隊の松井経孝、毒物実験により捕虜を殺害
1944-45	第 24 野戦防疫給水部の平野英之助軍医大尉、ラバウルで米国・オーストラリア・ニュージーランドの捕虜を用いて実験
1945.1	731 部隊の安達実験場でガス壊疽榴散爆弾の人体実験
	731 部隊の武藤技師、食塩大量摂取の基礎代謝への影響について人体実験
1945.3	米軍、東京・大阪・神戸・名古屋を大空襲
1945.3	石井四郎、731 部隊長に復帰
1945.5-6	九州帝国大学医学部の石山福二郎教授ら、8 人の米軍捕虜に実験手術を行い殺害
1945.8.6	米軍、広島に原爆投下
1945.8.8	ソ連、日本に宣戦布告。日本軍、731 部隊等で生き残っていた捕虜を全員殺害し施設を破壊、満洲から敗走
1945.8.9	米軍、長崎に原爆投下
1945.8.15	日本、連合国に無条件降伏、終戦
1945.9-10	米陸軍化学戦部隊のマレー・サンダース軍医中佐、来日し日本軍の生物兵器開発について調査。GHQ、石井とその研究者たちに戦犯免責を保証
1946.1-3	米陸軍化学戦部隊の A. T. トンプソン獣医中佐が石井とその研究者たちを調査。致死的人体実験の証拠はつかめず
1946.12	ニュルンベルク国際軍事法廷で「医師裁判」始まる
1947.1	ソ連、石井とその研究者たちの致死的人体実験に関する尋問を要求
1947.4-6	米陸軍化学戦部隊の N. H. フェル主任、致死的人体実験に関して石井とその研究者たちを調査
1947.8	米三省調整委員会極東小委員会が石井とその研究者たちの戦犯免責を容認
1947.8	ニュルンベルク「医師裁判」判決（米国判事団による。→「ニュルンベルク綱領」）
1949.12	ソ連、関東軍・731 部隊・100 部隊の将校と下士官をハバロフスクで軍事裁判にかける（ハバロフスク裁判）。米国、共産主義者の宣伝にすぎないと非難
1956	中華人民共和国、日本人戦犯を軍事裁判にかける（731 部隊幹部の被告は 1 人のみ）
1959	石井四郎、喉頭癌で死去（享年 67 歳）

Email: tsuchiya@lit.osaka-cu.ac.jp

『戦時体制』と官立金澤医科大学

—当時の「教授会記録」の分析から—

蒔昭三（城北病院）

〔目的〕 前の「15年戦争」で「官立金澤医科大学」の教育がどのような影響を受けたかを検討することを目的とした。

〔方法〕 主として金沢大学図書館附属「資料室」に存在する「官立金澤医科大学」の1935年～1945年の「教授会関係書類」等を調査して検討。

〔結果と考察〕

- 1) 教官・職員の「応召」始まる—1937年（昭和12）11月。
- 2) 「金沢医科大学国民貯蓄組合」発足—1938年（昭和13）7月4日。
- 3) 全国の「医学部」の入学志願者が激減—教授会、四苦八苦
- 4) 「臨時付属医学専門部」の設置

1939年（昭和14）3月7日の定例教授会議事録—石坂学長「文部省より去る火曜日の晩電話を以て申し越したるが本学に医学専門部を付属せしむるとの事にて実は当惑し居る次第なり、一学年定員は80名にして四ヶ年間と云ふことなり何と致しても実現する様計画すべしとの事なるが事務官は本省に於いて聴取せる所あるべきにより説述せしむべし」。事務官「・・・医学専門部の件なり、来る四月より本学に付属医学専門部を置き一学年に定員を80名とし4ヵ年制により毎年80名宛を募集のことに文部省より電話を以て申越せるなり 今回文部省に出頭して其の計画を聞きたるが

何れ本月25日迄に議会に追加予算を提出する段取なる故それ迄は内密にとの事なり此点御諒承を乞う而して今計画として申し上げるに就き数字の点は或は明瞭を欠き或は誤聞もあらんと思はるに付予め御聴き入れを乞う 本省の説明にては極秘の事なれども軍部の計画としては畢竟露国と争はざるべからず其の計画の一部として昭和17年度末迄に凡そ2満9千人の医師を要し19年度に至れば5満1千人を要す而して現在の状態に於いて軍の所要に応じ得らるる数は3万人に過ぎざれば目下の大問題として講究中なり・・・」

*その後1939年5月5日の定例教授会で「臨時付属医学専門部設置」を正式に教授会として確認。定員80名、修業年限4年間の医師養成施設。（その後、「勅令第315号」「臨時医学専門学校の設置」が発令）
5) 大学、高等専門学校で1936年（昭和11）より全国的に「日本文化講義」が実施される。*石井四郎—昭和16年4月21日「文化講義」の講師として金澤医大に出席、演題「大陸に於ける防疫に就て」

6) 医学部修業年限の短縮

1941年（昭和16）10月25日定例教授会。「大学及専門学校に於ける在学年限修業年限は・・・今回の勅令にて6ヶ月以内に短縮することを得と定められ・・・更に文部省令にて本年度の卒業生に対して3ヶ

月短縮することに定められたり・・・」

7) 戦時中の学生教課の変化

①配属将校と野外教練

②「防空訓練」 1938年7月4日定例教授会で決定。

③「集団勤労作業運動」 1938年7月4日の定例教授会で論議

④「瓦斯防護衛生要務講義」 1938年10月12日定例教授会で決定

⑤「報国団に関する件」 1941年9月6日定例教授会で決定

⑥「興亜学生勤労報国隊満州建設勤労奉仕隊員派遣」 1942年1月19日決定

⑦「野外演習」「軍事講習」「実包射撃」「教練、行軍査閲」「軍陣医学講座開設」

⑧「医療挺身隊名簿」確認

8) 研究活動の「科学動員体制」への強制

①「科学研究費」(1943年度)の申請

②金澤医科大学科学研究動員委員会結成

③昭和十九年度科学研究費の論議—戦力増強という軍要望の航空医学、潜水艦医学、マラリア治療薬、輸血代用品、熱帯・寒地の栄養問題等の重視が訴えられ、各教室の「研究題目」を確認。

9) 金澤医科大学として「南方進出の件」

—1942年10月19日定例教授会。

[結論]

①1925年頃より、国の軍需産業重視政策等も要因となって、全国的に大学医学部及び医科大学の志望者、応募者が減少し、金沢医科大学でも二、三次募集を実施せざるを得なくなっていた。

② 1937年の日中戦争開始以来、官立金澤医科大学の教育と運営に「軍事教練」「軍陣医学」等の教科が取り入れられ、戦時体制の影響が次第に現れている。軍

医養成を主目的とした1939年の臨時付属医学専門学校の併置は、その最も大きな変化であった。

③ 同時に政府の指示による医学部修業年限の短縮、理科系学生の徴兵延期の中止等は学生、研究員の徴兵増加となる。

④1936年より全国一斉に開始された大学、専門学校における「日本文化講義」の実施も学生・職員の思想教育に大きな影響を与えたことが推定できる。

⑤教授会は1943年度の科学研究費の申請の時点(1942年8月)で、軍部からの研究主題の要請を受け入れて論議し、各教室の研究課題に反映。

⑥「金澤医科大学科学研究動員委員会」が発足したのは、1943年頃である。其の規約により、この委員会が発足してから、原則として毎教授会毎に改めて「動員委員会」の会議を開催している。

⑦1944年度の科学研究費申請時の各教室の研究項目をみると、この年から文部省科学局動員課の指示が貫徹しはじめ、積極的な戦争協力の研究課題となっている。しかし全体的にみると「医学」の研究課題は他の理学、工学部門の研究課題のような「決戦体制」にはなっていない。

⑧1940年頃以降の教授会記録を通読すると、軍部との関係を重視する意見と文部省との協議を重視する意見(石坂学長)が時に議論されているのが印象的である。

(本研究は北陸医史学会30, 31回例会で発表したものを纏め、補足したものである)

東北大学医学部教官の15年戦争への加担

○刈田啓史郎（東北大・歯）

【目的】15年戦争当時、日本の医学者・医師は、軍部が進めていた中国などアジアへの侵略戦争に全面的に加担した。医学界を代表する日本医学会は、4年ごとに開催している日本医学会総会の内容を、15年戦争に加担するもので埋めていた。第10回日本医学会総会（1938年）では、「戦時体制下医学講座」が特別に開講され、それには「戦時外科並に航空及び毒ガス問題」、「満州及び北支の地方病問題」といった戦争と植民地経営に関するテーマが並んでいた。

また侵略戦争を進めていた各地で、人道に反する様々な医学犯罪もおこなってきた。良く知られる日本軍731部隊では、細菌兵器開発の医学研究のために、3000人以上ものアジア人が被験者にされ殺害されている。さらに、日本軍病院では生体解剖が、満州医科大学や九州帝国大学では生体実験が行われた。これら戦争加担の下で行われた医学犯罪は、平然と人間の尊厳を冒し、他民族を蔑視し、人権を侵害することで行われたのが特徴である。

その一方で、戦後の冷戦のはざまの中で、アメリカ政府は、731部隊での医学研究データの入手と引き換えに、戦争医学犯罪を行った医学者・医師を免責にした。また日本政府も、医学犯罪の隠蔽を行った。そのため、実行者である医学者・医師は、何の咎めを受けることなく、戦後医学界に復帰し活躍した。戦後各地の医学部から学位を授与された論文の中に、戦争医学犯罪に関係するものが多数存在していた事実からも、

医学界がこの戦争医学犯罪を医の倫理に反する行為と認識していなかったことが窺われる。戦後日本医学会や日本医師会は、医学犯罪を含め戦争に加担した責任について、真摯に検証しなければならなかった立場にもかかわらず、一貫して沈黙を続け、反省も謝罪もしていない。また、戦争医学犯罪において当時中心的役割を演じた東京大学医学部、京都大学医学部などでも、戦後そのことについて反省や検証がなされずにきている。

一方、「満州国」建設を進めていた関東軍の主力部隊が仙台の陸軍第2師団から派遣されており、満州事変を起こした石原莞爾は仙台の歩兵第4連隊長であった。当時東北大学医学部は、そこでの軍医との繋がりがあり、また満州国建設に寄与していた満州医大との人的繋がりが強かった。さらに、東大、京大に遅れまいと、15年戦争に寄与することで、東北大を発展させようとしていた。現在存続している東北大学の付置研究所の多くが15年戦争時に急遽創設されている。医学関係では抗酸菌病研究所（現加齢医学研究所）、航空医学研究所（廃止）があった。なお、当時の学長の一人が熊谷岱蔵（医師）であった。このように、「満州国」を統治し、侵略戦争を進めていった関東軍の兵士の供給基地でもあった仙台の地の東北大学医学部の戦争への加担や戦争医学犯罪との関わりを調べることは、医の倫理の確立が強く求められている現在、今日的な意義があると思われるので報告したい。

【方法】今回の報告に用いた史料は、東北大学百年史、東北帝国大学報、東北帝国大学医学部教授会議事録および協議録、大学院特別研究生関係綴、東北帝国大学評議会議事要録などである。また当時の河北新報紙、その他戦争医学犯罪に関する著書も参考にした。

【結果と考察】1) 医学者である熊谷岱蔵は、1940年5月に東北大学学長に就任し、1946年2月に退任しており、15年戦争後期の東北大学運営の責任者であった。その熊谷岱蔵は1942年の卒業式の学長告辞で卒業生に、「大君の辺にこそ死なめの決意が、各自の魂の中に脈々と波打つてゐることを信じるものであります」（『東北大学百年史』九）と天皇崇拜と侵略戦争へ加担の言を述べている。また他に、東北帝大の責務として、「米英ヲ徹底的ニ撃滅スベキコトノ決戦ノ年をヘテ、何ヲスベキカ、一切ヲ捧ゲテ戦力増強ノタメニ、驀進、驀進、タダ驀進アルノデアリマス」（『東北帝国大学報』第286号）と述べ、さらに「戦局ノ際緊迫化シタ最近ニ於テハ、研究ノ方向モマタ戦力増強ノ一点ニ集中シテ参ッタコトハ申スマデモナク」、「大学即戦場ノ実ヲ挙ゲル事ニ努メ」（同第298号）とも述べている。しかしながら、敗戦を迎えて後、自分が述べたことへの反省の弁はなかった。

2) 東北大学医学部から教官、医師団等を「満州国」各地に派遣し、中国への侵略である「満州国」の建設をささえた。1932年、「満州国」建国の翌月には、教授会は教授派遣を協議しており、その後何度も教授を派遣している。1931年3月に東北大学から5名の教官が派遣されたが、医学部の山川章太郎教授は視察報告で、「日本中のどの地方よ

りも東北が似ているので、働くには東北人が最も適しているし期待されている」と卒業生が積極的に満州国に医師として赴任することを推奨する所見を述べている。1938年、巡回診療団派遣を、翌年には満州嘱託公社に「臨床研究員」7名を派遣している。また1942年、同仁会の依頼で、無錫に助教授、助手を含め32名の大診療団を派遣したが、これは陸軍省からの要請であった。またペスト菌、コレラ菌の権威である黒屋教授は頻繁に中国に出張していた。

3) 当時の「大学院特別研究生関係綴」には医学部教授の研究指導例として、

- A: 兵器運用上ノ痛覚ニ関スル研究
- B: 強兵健民ノ育成ヲ目的トスル研究
- C: 戦力増強上最モ緊急ナ問題
- D: 航空医学ノ基礎的資料

などが記載されている。

戦後、東北大医学部ではこのような戦争への加担について、残念ながらその責任の自覚は見られていない。たとえば、731部隊で病理を担当し、戦争医学犯罪に加わっていた岡本耕造を1953年から3年間、病理学の教授に迎えている。また満州医科大学の教室内で、新鮮な脳の標本を作成するため学内で数十名の中国人を殺害するのに加担した満州医大の鈴木直吉、照井精任を戦後一時東北大に受け入れている。なお彼らは、その後他大学の教授に赴任している。現在まで彼らの行為や、大学での受け入れに対する反省、謝罪はなされていない。

【結論】侵略戦争に加担しての医学研究や教育、言動、犯した戦争医学犯罪に対して、真摯な反省、謝罪、検証が求められている。

Keishiro.Karita@mc2.seikyoku.ne.jp

731 部隊関係者の京都大学における医学博士の学位授与に関する論考

○西山勝夫（滋賀医大）

【目的】 演者は日本の医学医療のかつての戦争への加担についての調査研究の一環として、昨年の本学会での口演を契機に、旧日本軍関東軍防疫給水部隊（以下、731 部隊）に加担した（とされる）者の京大における医学博士学位論文（以下、論文）を明らかにし、学位授与過程を調査してきた。本稿では、その結果¹⁻³⁾（表 1 に抜粋表示）の学会誌掲載に当たって生じた問題を論考し、今後の調査研究の発展に資したい。

【方法】 編集委員会の査読結果を基に論点と著者の対応を「：」で著し、考察する。

【結果と考察】 1) 検証の研究目的とその必要性を補え：史実の実証自体に意義がある。2) 731 部隊で倫理上問題のある研究を行ったこと、そこに属していたこと自体、そこで行われた研究全体、731 部隊に属していた人間であること自体のどれを問題としているのか：いずれも、論じられるとすれば

【考察】においてである。3) 「戦争医学犯罪」あるいは「医学犯罪」とは、何を意味するかを具体的な事例をあげて明確にし、戦争犯罪の概念の変遷も考慮し、記述すべき：概念や既知に当てはまる資料の抽出を目的としたり、精査したりしていない。4) 731 部隊員の論文に戦後も学位授与されていること、また戦中の学位授与が戦後取消されなかったことを問題にするのなら、何故、731 部隊員の論文の博士学位授与が問題かを、具体的例をあげ、明確にすべき：指摘のような問題の存在は検証結果に基づき可能となろう。5) 731 部隊員であったと

いう人的特性だけを取り上げて、博士学位授与を問題にしているかのように誤解される：戦中の全学位論文を検証することは個人的には不可能なので、「人的特性」を手がかりとして調査対象とした。6) 史料を翻刻し出版する際、許可を得ているか：著者の責任に帰すべきことである。許可の証明が掲載条件であれば、得られた史実は公にならず、検証が阻害されかねない。7) 履歴書 の原籍や現住所は遺族および子孫への配慮から、削除すべき：一括非公開は検証を阻害しかねないと述べたが、削除には応じた。日本の医学医療のかつての戦争への加担についての調査研究は「戦争犯罪及び人道に対する罪に対する時効不適用」という国際的な枠組みでも捉えられる。「個人情報保護」を口実にして史実解明が妨げられることのないように図るべきである。8) 学位授与の取消：取消という方針が論理的帰結かどうかの考察が必要。「不正の方法により学位の授与を受けた事実が判明したときは、学位の授与を取り消し、学位記を返還させ、かつ、その旨を公表するものとする」という規定のみでは取消は容易ではない。

【文献】

- 1) 西山勝夫. 731 部隊関係者等の京都大学医学部における博士論文の検証. 社会医学研究 30(1), 77-83, 2012.
- 2) 西山勝夫. 731 部隊関係者等の京都大学医学博士論文の構成. 15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌 13(1), 9-40, 2012.
- 3) 西山勝夫. 731 部隊関係者等の京都大学

における医学博士の学位の授与過程. 15 年
戦争と日本の医学医療研究会会誌 13(2),
46-70, 2013.

Mail address: katsunishi@aol.com

表1. 731部隊関係者等の京都大学での医学博士の学位授与記録の総括(西山 ³⁾ より抜粋、通番背景色有:学位記宛先:731関係)					
通番	①著者	②文部省宛の伺文の論文題目	⑦学位記申請年月日	⑧学位記文部大臣認可日	⑨学位記宛先
1	石井四郎	ぐらむ陽性双球菌ニ就テノ研究	1927/3/29	1927/6/24	京都帝国大学医学部微生物学教室
2	中留金蔵	骨質並ニ歯牙ノ生体染色ニ関スル実験的研究	1931/5/12	1931/9/3	東京市牛込区戸山町陸軍軍医学校病理部
3	増田知貞	(沈降反応に於ける沈澱子量の数量的研究)	1931/5/12	1931/9/3	京都市伏見区深草町京都衛戍病院
4	内野仙治	ポリペプチドに対する蛋白分解酵素の作用に就いて	1931/9/20	1932/2/10	京都市左京区東天王町78
5	波多野輔久	色素の染色性の研究、特に「モノ、アツオ」色素の生体染色に関する研究	1932/4/12	1932/7/7	京都市左京区東天王町78北白川小倉町50番地111
6	西郡彦嗣	刺激性瓦斯ノ循環器ニ及ボス影響	1932/7/11	1932/11/11	京都市伏見区深草町直達橋5の333
7	園田太郎	日本住血吸虫ノ感染並ニ發育ノ上ニ及ボス黄疸ノ影響	1933/7/12	1933/11/21	京都府京都市伏見区伏見工兵第16大隊医務室
8	吉村壽人	硝子電極法ニヨル血液水素イオン濃度の研究	1935/12/27	1936/4/7	京都市左京区田中飛鳥井町22番地の2
9	田部井和	ちふす、ばらちふす菌族ヲ以テスル経口免疫ノ実験的研究	1936/1/27	1936/5/4	東京市浅草区花川戸1丁目6番地の1
10	内藤良一	ばくteriおふあーじ研究補遺	1937/1/15	1937/4/8	東京市浅草区花川戸1陸軍軍医学校
11	齋藤幸一郎	ヘモグロビン・メトヘモグロビン系ニ於ケル酸化還元電圧ノ存在ニ関スル疑義	1937/5/13	1937/7/30	京都市上京区寺町広小路下ル東桜町12番地
12	佐々木義孝	急性腹膜炎時に於ける大腸菌の尿中出现に就て	1937/10	1937/12/13	満洲国哈爾濱市石井部隊
13	林一郎	組織呼吸系の色素殊に色素摂取顆粒の意義に就いて	1937/9/20	1938/3/3	長崎市新中川町38番地
14	岡本耕造	組織鉄に関する研究	1937/9/7	1938/3/3	京都帝国大学医学部病理学教室内(富山県富山市星井町96番地を赤線で抹消)
15	石川大刀雄丸	酸化還元電圧ニ関スル研究	1937/12/9	1938/3/3	京都市上京区鷹野花坊町55番地
16	中山英司	先天性梅毒患者の体質人類学的研究	1939/1/16	1939/4/14	京都市左京区吉田上阿達町4番地(赤2重線で転居前住所抹消、樹諸変更届添付)
17	竹廣登	内分泌異常ト血圧トニ関スル実験的研究	1943/1/6	無	京都市上京区東堀川通丸太町上る6丁目217番地
18	山中太木	創傷感染に関する実験的研究	1940/3/17	1940/6/10	大阪高等医学専門学校微生物学教室
19	湊正男	血漿培養基ニ於ケル細菌及ビ「トリパノゾーマ」ニ関スル研究	1940/8/9	1940/12/7	満洲国濱江省哈爾濱市南崗花園街26号の9
20	鈴木啓之	生菌乾燥保存ノ研究	1942/9/22	1943/2/6	満洲国哈爾濱滿洲第七三一部隊
21	杉橋豊次	イペリットノ吸収作用ニ関スル実験報告	1942/11/4	1943/2/22	青森県下北郡大湊町字宇田大湊海軍警備府官舎乙第19号
22	吉村博	北支那ニ於ケル「サルモネラ」症ノ細菌疫学的研究	1944/8/28	1945/4/20	北支那派遣甲第1855部隊
23	野口圭一	弱毒「ペスト」菌ノ凍結真空乾燥法ニヨル生存保存方法ノ研究	1944/10/12	1945/4/20	満洲国哈爾濱滿洲第七三一部隊
24	大月明	から・あざーニ関スル研究	1944/11/7	1945/7/7	大阪府三島郡富田町2514普門寺
25	平澤正欣	イヌノミのペスト媒介能力ニ就テ	1945/5/31	1945/9/26	満洲第七三一部隊官舎
26	大田黒猪一郎	炭疽ニ関スル研究補遺	1945/5/5	1945/9/21	京都市左京区追分町155番地
27	上田正明	粘質ニ関スル細菌生物学的研究	1945/8/24	1946/4/15	石川県金沢市飛梅町15番地の1
28	柴田進	「マラリア」ノ發生ト其ノ防遏ニ関スル研究	1945/11/9	1946/6/4	滋賀県彦根市芹橋1丁目44番地
29	三谷恒夫	グリコール類の微生物学的応用	1946/2/21	1946/7/26	岡山県赤磐郡豊田村景山方
30	田中淳雄	本邦産放線菌ノ生産スル抗菌性物質ニ関スル研究	1947/9/18	1948/2/15	京都市上京区新町通下る春帯町338番地
31	妹尾左知丸	鉄に関する二三の生物学的研究	1948/6/1	1949/1/10	津市大谷町61番地 三重県立医科大学病理学教室
32	宮崎淳臣	破傷風及瓦斯瘡能動免疫に関する研究	1948/8/16	1949/4/1	京都市上京区等持院西町38豊田多久蔵方
33	山田常道	免疫とアレルギーの分離に関する実験的研究	1953/7/15	無	滋賀県野洲郡篠原村大字大篠原1906番地
34	植西忠信	The mode of action of CS ₂	1954/6/21	1954/10/12	徳島県板野郡北島町高房 東邦レーヨン株式会社徳島工場病院
36	出井勝重	コレラ菌及びコレラ類似菌のオキシダーゼ反応に関する研究	1959/9/21	1960/2/11	京都市北区衣笠東御所の内町44

シンポジウム 健康寿命指標と自治体現場での活用

座長 上木 隆人（公衆衛生活動研究所）

永見 宏行（日本赤十字看護大学非常勤講師）

【ねらい】

近年、住民患者の主体性や権利の尊重の流れとともに健康への関心が高まり、それに応えるように健康寿命指標の具体化が大きく進み、特に介護保険法による要介護認定者数を用いた障害率と生命表を活用した健康寿命の算出方法について、多くの研究者が提案している。

政府においては、生活習慣病対策に重点を置いた第2次健康日本21が昨年出され、今年4月から適用されている。この改訂においては、健康寿命の延伸が明言され、最初にそれが述べられている。一次予防としての生活習慣病対策と繋がって一步進んだ健康確保対策となったと言えよう。中では健康寿命の具体的な指標値が計算方法を含めて示され、都道府県計画でもそれを勘案するよう求めている。

これまで東京保健所長会では、介護保険発足前の実態調査を活用した標準化要支援要介護者比を検討報告してきたことから、既に共通認識になりつつあった要介護認定者数を用いた障害者率と生命表を活用する健康寿命計算法を65歳健康寿命（東京保健所長会方式）として確立して来た。

本日のシンポジウムでは、健康日本21にも提唱された健康寿命の延伸に向けて如何に各自治体が実践してい

ったら良いかを考えるために、健康寿命の初歩から解説し、様々な健康寿命指標の考え方、そして65歳健康寿命（東京保健所長会方式）を紹介する。65歳健康寿命の活用事例や考え方も紹介して、健康寿命の改善延伸と自治体活動、保健師活動を考えてみたい。

【シンポジスト】

1. 尾島俊之（浜松医科大学・教授）
健康寿命とは何か、どの様な考え方、方法があるか、世界の健康寿命、健康日本21の健康寿命について
2. 永見宏行（日赤看護大学非常勤講師）
東京保健所長会における健康寿命検討の経緯とその確立について
3. 上木隆人（公衆衛生活動研究所）
65歳健康寿命（東京保健所長会方式）の計算方法、それを用いた東京都の実態、その活用の考え方について
4. 南昌子（東京都荒川区保健所保健予防課検査室）
荒川区における65歳健康寿命を計画に盛り込んできた経緯とその効果について
5. 山田圭子（東京都台東区台東保健所保健サービス課）
保健師の地域組織活動の充実と65歳健康寿命との関連について

追加発言：渡部月子（神奈川県立保健福祉大学）
保健師活動による指標改善

健康寿命指標の種類と考え方

尾島俊之（浜松医科大学健康社会医学講座・教授）

1. 健康寿命の概念と種類

健康寿命は、「健康で」「長生き」を1つの指標で表したものである。英語では、Disability Free Life Expectancy (DFLE)や、Healthy Life Years (HLY)という。従来、総合的な健康指標として平均寿命が用いられることが多かったが、高齢社会の到来に伴って、単に長命、長生きであるだけでなく、健康を伴う長寿を目指す必要があるということが広く認識されるようになり、それを示す指標として用いられるようになった。

関連する指標としては、平均寿命、障害調整生存年数 (DALY: Disability-Adjusted Life Year)、損失生存年数 (YLL: Years of Life Lost)、障害生存年数 (YLD: Years Lived with Disability) などがある。

2. 健康寿命の計算方法

性・年齢階級別の死亡率と不健康割合から健康寿命を計算することができるサリバン法が最も良く用いられる。その際には、チャンの方法により5歳階級別の生命表を用いて算定するのが一般的である。その他に、追跡調査のデータを用いるロジャース法もある。また、65歳からの健康寿命や、0歳からの健康寿命など、種々の年齢からの健康寿命の計算が可能で

ある。

「健康でない」ことをどのように定義するかによって、いろいろな健康寿命が計算できる。健康日本21（第2次）では、国民生活基礎調査による「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。ある／ない」という問いのデータを用いた、「日常生活に制限のない期間の平均」を目標使用に採用している。また、「あなたの現在の健康状態はいかがですか。よい／まあよい／ふつう／あまりよくない／よくない」という問いによる「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意もする必要があるとしている。さらに、厚生労働省から平成19年に出された都道府県健康増進計画改定ガイドラインでは、介護保険データを用いた平均自立期間を健康寿命として算定することを推奨している。特に要介護2以上を健康でないとみなした健康寿命（東京保健所長会方式A法がこれに該当）は、全国の要介護認定の基準がほぼ統一されていることから、かなり客観的に不健康を判定した健康寿命であるといえる。一方で、要支援も含めて健康でないとみなした健康寿命（東京保健所長会方式B法がこれに該当）の算定も可能であり、こちらは、家族のケア力や地域のソーシャルキャピタル

などを加味した健康寿命であるといえることができる。その他に、歯が 20 本未満、うつ、閉じこもりなど種々の事柄を不健康であるとみなした健康寿命の算定が可能である。

3. 種々の健康寿命の特徴

国民生活基礎調査等の一般住民調査による健康寿命と、介護保険データを用いた健康寿命を比較した場合に、それぞれ一長一短の特徴がある。

国民生活基礎調査等を用いた健康寿命の利点は、まず、若年層からの状況で左右される指標となるため、介護予防の指標というよりも、健康増進の指標として用いることができる点がある。また、介護保険制度などの保健医療福祉制度改革の影響を受けにくいという利点もある。さらに、類似の方法が海外で広く使われるようになってきており、国際比較がしやすい利点がある。ヨーロッパとの比較を試みたところ、日本の日常生活に制限のない健康寿命は、フランスより長いものの、スウェーデンより短い結果であった。ただし、客観的には同じような状況の人であっても、特に主観的健康観など、国民性や地域性によって、回答の傾向が異なる点や、訪問面接調査や電話調査が用いられている国との比較では、調査方法による回答の違いがある可能性にも留意する必要がある。

一方で、介護保険データを用いた健康寿命は、特に要介護 2 以上を使用した場合、標準化された客観的な基準による健康寿命であるといえることがで

きる。また、入院、入所中の人や、調査に協力しない人も含めて、介護保険に加入している全ての人のデータを用いることができる。さらに、自治体によって状況が異なる点もあるが、一定の努力をすれば継続的に市町村毎のデータが業務統計として集計可能である点も大きな利点である。

なお、国民生活基礎調査に準じた健康寿命を市町村独自に算定しようと思った場合、健康寿命の 95%信頼区間の片側幅が 1.0 年以下となる精度で算定するためには回収数 10,000 人以上の大規模な調査が必要となる。

4. 健康寿命を延伸させるには

健康寿命の高低は何で決まるであろうか。平均自立期間を念頭においた場合、健康寿命を延伸させるためには、死亡と要介護割合を改善させることが重要ということになる。そのためには、その原因となる疾病異常、すなわち、がん、高血圧、やせと肥満、認知症、骨粗鬆症などを減少させることが重要である。そして、その原因となる生活習慣、すなわち喫煙、栄養、運動、閉じこもりなどを改善させること、さらにその原因となる社会環境として保健福祉施策、ソーシャルキャピタルなどを向上させることが重要であると言える。

健康寿命に関する厚生労働科学研究班の成果は下記のホームページを参照いただきたい。<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>

東京保健所長会における健康寿命検討の経緯とその確立について

永見宏行（日本赤十字看護大学非常勤講師）

1. 介護保険制度発足前の実態調査結果の検討

住民とともに活動する区市町村では、早くから「死亡」に加えて「自立」を現わす指標が求められていた。東京保健所長会は、介護保険制度導入に合わせて、その認定者数が「自立」を現わす指標に活用出来ないかの検討を開始した。

〔要援護高齢者等の実態調査〕

平成 10 年に、全区市町村が介護保険制度（平成 12 年開始）準備のために同一手法で〔要援護高齢者等の実態調査〕をし、各区市町村単位の「要支援要介護者推定数」を算出した。

同調査は、高齢者一般調査、要援護高齢者需要調査（在宅者）、同（施設入所者）の 3 法を基に「自立度から要介護度への換算表」を使用して「要支援要介護者割合」を算定するなど精度の高い調査であった。

〔標準化要支援要介護者比の算出と既存指標との関係検討〕

東京保健所長会は、東京 23 特別区を対象に「区別要支援要介護者比」を算出し（「要支援要介護者比」＝「要支援要介護者推定数」／「期待要支援要介護者数」＊100）（標準化死亡比と同様の手法）、既存の各種保健医療・社会指標との関係を検討した。

〔結果と介護保険認定者数の「自立」を現わす指標への採用〕

「要支援要介護者比」は「65 歳平均余命」と逆比例し、「脳血管疾患およ

び心疾患の標準化死亡比」と比例し、大都市の経済指標である「一人当たり部屋面積」と逆比例した。これらの関係は、東京 23 特別区での「平均寿命」と各種指標の関係と類似傾向である等より、介護保険制度が定着した段階では、その認定結果を標準化することにより、住民・区市町村等関係者に解りやすい指標となると考察した¹⁾。

健康指標		性	相関係数	P 値
65歳平均余命		男	-0.524	0.010
		女	-0.534	0.009
S M R	脳血管疾患	男	0.483	0.019
		女	0.499	0.015
	心疾患	男	0.421	0.046
		女	0.574	0.004
一人当たり部屋面積			-0.499	0.015

2. 「65 歳平均自立期間」算定検討

平成 12 年の「健康日本 21」で「健康寿命の延伸」がうたわれたが、区市町村レベル指評算定方法は確立していなかった。しかし、宮下らが都道府県レベルの算定手法を提起していた²⁾。宮下らは、性・年齢ごとに、生命表における定常人口に（1－要介護者割合）を乗じて、自立した定常人口を求め、生命表の生存数に対する、自立した定常人口の比により各都道府県レベルの「平均自立期間」を算定していた。

（Sullivan 法）

我々は、この手法に準じて区市町村レベルの「介護保険認定結果」を使用した「65 歳平均自立期間」の算定を検討した

〔厚生統計協会提唱の区市町村生命表作成手法の採用〕

国や都道府県レベルに比較して人口規模の小さい区市町村レベルの生命表作成手法を、厚生統計協会がワークシートも含めて公表していた。

〔Chiangの方法〕

我々は、この手法に準じて区市町村レベルの生命表を作成して「65歳平均自立期間」を算定することにした。

3. 住民・区市町村行政等関係者に解りやすい指評の検討

〔「65歳健康寿命（独自）」の定義〕

介護保険は65歳以上の全ての住民を第一次被保険者に定め、申請すれば一定の認定基準で認定される仕組みである。したがって「65歳平均自立期間」は算定できるが「0歳平均自立期間（＝健康寿命）」の算定は出来ない。住民・区市町村行政等、ともに活動するみんなに解りやすい指標とするために「65歳平均自立期間＋65」

（65歳まで生存した人が要介護認定をうける平均年齢）を「65歳健康寿命」と独自に定義した。

〔住民基本台帳人口・全国簡易生命表の使用〕

厚生統計協会提唱の区市町村生命表作成手法（以下厚統協生命表）では、人口規模の小さい影響を少なくするために、中央死亡率や85歳以上定常人口を「国勢調査人口」「全国完全生命表」を使って算出する。したがって、5年に一回の作成である。我々は住民・区市町村行政等とともに活動するみ

んなに解りやすい指標とするために、「住民基本台帳人口」「全国簡易生命表」を使用して毎年算出することとした。

〔過去3年間の死亡数の使用〕

厚統協生命表では、中央死亡率を「前後2年間を含む5年間の死亡数」を使用して算出する。これは、最小でも3年以上過去の結果となる。より早く計算公表出来るために「過去3年間の死亡数」を使用することとした。

4. 65歳健康寿命（東京保健所長会方式）

目的	住民・関係者が理解しやすい区市町村の行政指標	
指標の意味	65 歳まで生存した人が要介護認定を受ける平均年齢	
算出の考え方	65 歳平均自立期間＋65	
単位	歳	
対象地域	区市町村	
健康期間	介護保険認定を受けるまでの期間	
生命表	少人口対応	Chiang の方法
	85 歳以上	85 歳以上でまとめる
	区市町村人口	住民基本台帳人口
	区市町村死亡数	過去 3 年間の死亡数の平均値
	全国生命表	簡易生命表

【参考文献】

- 1) 永見宏行；日本公衆衛生雑誌 49(3), 205-210, 2002
- 2) 宮下光令；高齢者における要介護者割合と平均自立期間、厚生指標 46(5), 25-29, 1999

65歳健康寿命（東京保健所長会方式）の計算方法、東京都の実態

上木 隆人（公衆衛生活動研究所）

【目的】 65歳健康寿命を東京保健所長会方式として確立し（以下、東京保健所長会方式を65歳健康寿命という）、行政指標として更に使いやすくするために改善を行った¹⁾。その方法を用いて、都内区市町村の実態把握を行い、また東京と長野の一地域と比較した結果を報告し、行政指標としての価値について言及する。

【内容】

（1）早期に算出するための改善

自治体にとって行政指標は、毎年、早期に算出できることが望ましい。65歳健康寿命を算出できる時期を考えると、計算対象の年（以下当該年という）の人口と要介護認定者数は当該年内で取れるが、死亡数は、当該年の翌年になる。保健所から厚生労働省へ報告が上がるのは5月であり、最終的に確定して発表されるのは10月となる。簡易生命表の公表は当該年の翌年の8月となる。以上から計算できるのは翌年の10月とした。

（2）指標の妥当性の検討

要介護認定者数を用いる考えは、要介護認定を受けるまでを健康とする考えである。しかし、要支援1の認定をうける介護度で、健康でなくなったと言うことが適切かどうか、介護保険制度が発足してから介護保険認定者数が大きく増え、特に軽い介護度の伸び率が大きいことが指摘されていた

事から、健康寿命指標に適切でない面があった。一方で、介護予防の点からはその指標の必要性があり、これらの検討から、社会的変動の大きい要介護1以下の影響を受けない要介護2以上を指標に取り込む事が適切と考えられ、かつ、健康が傷害されたと自覚できる程度としても要介護2程度であると推測されることから、指標としては、A法-要介護2以上の認定をうけて健康でなくなったとするもの、B法-要支援1以上の認定を受けて健康でなくなったとするもの、の2種類を設けた。

（3）小規模町村の場合の検討

東京保健所長会の計算法の検討対象となった24自治体で最も人口の少ない自治体は、約3200人であり¹⁾、その平均寿命の比較検討では、計算法による較差は5%以下で問題は見当たらなかった。しかし、厚生労働科学研究の橋本班²⁾の報告では、人口13000人未満では適用しないとしていることから、今後更に検討することとした。

（4）東京都の65歳健康寿命の推移

要介護認定者数が著明に増加している平成15年頃まで、65歳健康寿命は低下し、その後伸び始めている。A法の方がB法より安定した推移を示している。

（5）都内区市町村の65歳健康寿命

平成21年度の都内自治体の65歳健康寿命の値（A法、B法）について65

歳平均余命に占める障害期間割合の上位 6 件下位 6 件と男女別に抽出し、65 歳平均余命順に並べたグラフを表に示す。また、65 歳平均余命に占める 65 歳健康寿命の割合を次の表に示す。この結果から、平均余命が長くても健康寿命の割合が少ないところもあり、また平均余命が短くても健康寿命の割合が多いところがある事から、平均余命の長さだけで見るのではなく、その内訳を健康寿命の割合で考えられることの重要性が示された。

(6) 東京と長野の比較

各々の一部の地域（東京 12、長野 11 自治体）の 65 歳及び 85 歳の健康寿命を比較した。65 歳は長野の方が平均余命も健康寿命も長く、85 歳では東京の方が平均余命は長い健康寿命は

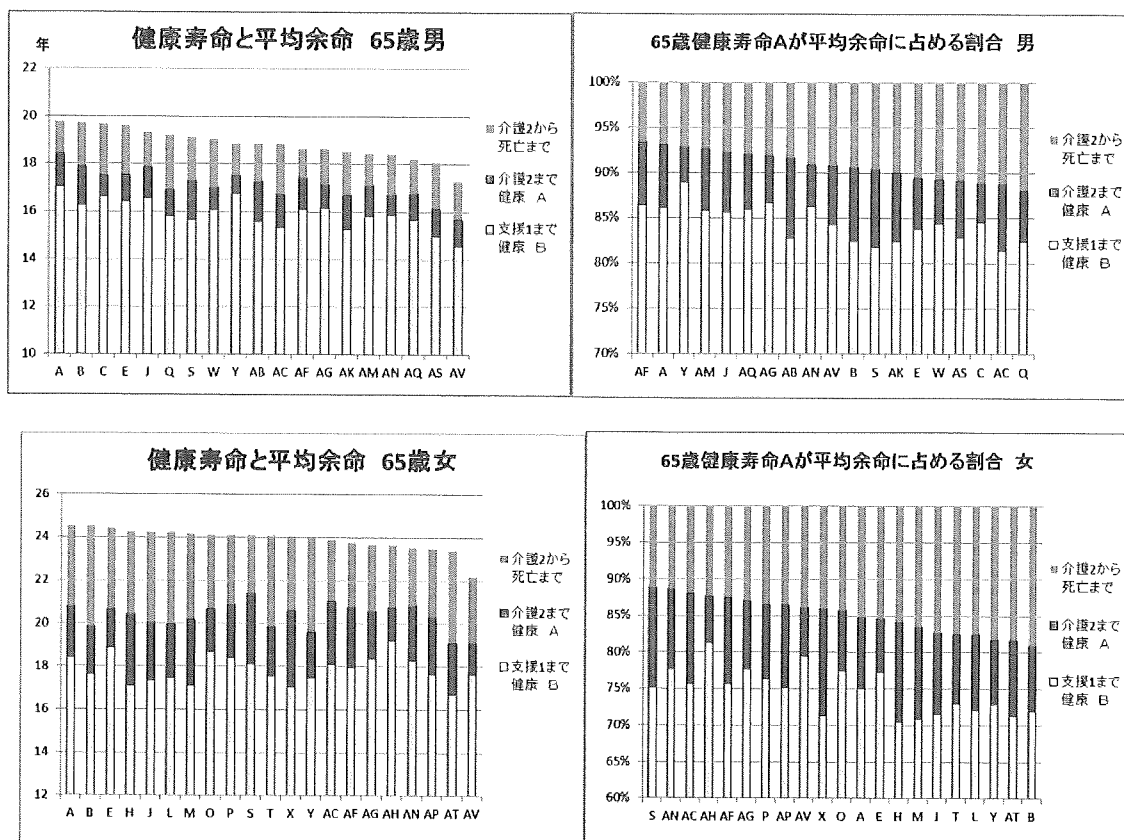
長野が長い事がわかり、長野のピンピンコロリに繋がる実態と考えられた。

(7) 健康日本 21 と 65 歳健康寿命の意義

健康日本 21 に上げられた健康寿命を具体的に 65 歳平均余命に占める 65 歳健康寿命の割合から考えると、これからの健康寿命指標の考え方は、平均余命と共に健康寿命の長さや割合が多いことが重要な指標になると考えられた。

【参考文献】

- 1) 上木隆人. 日本公衆衛生雑誌. Vol 55. No12. 811-821 2008.12
- 2) 橋本修二. 平成 19 年度厚生労働科学研究. 健康寿命の地域指標算定の標準化に関する研究班. 2009.3



健康寿命を自治体の計画指標として位置付けることへの試み

南 昌子（荒川区保健所保健予防課検査室）

【健康寿命を計画指標値とした経緯】

＜健康寿命の位置づけ＞国は平成12年3月、健康寿命の延伸等の実現のため、「健康日本21」を定めた。荒川区はこの年、基本計画の中に区民健康白書の作成、健康指標の策定等を内容とする「地域ぐるみの生活習慣病予防の推進」を計画事業として位置付けた。平成13年3月にはこの基本計画を受けた「区民健康白書」を作成し、区民健康意識調査や基本健康診査等のデータから区民の健康状況をまとめた。この中で、23区として初めて健康寿命を取り上げ、その延伸が「健康日本21」の目標であることを紹介した。平成14年4月には「区民健康白書」の普及版、「荒川区民健康生活実践ガイド」～もっと伸ばそう健康寿命～を作成し、区内関係部署を中心に配布した。

＜区組織内への働きかけ＞これらの動きと並行して、白書作成時のデータのほか、国保の疾病分類統計、人口動態等からの各種指標の算出を試み、これらのデータをグラフ化、図式化してプレゼンテーション資料としてまとめた。これをもとに、当時の保健所長が区上層部をはじめ、関係部署、保健所職員等に対し区民の健康実態と生活習慣改善の重要性を説いて回った。

＜保健所長会での健康寿命算出の検討＞一方、東京保健所長会では介護保険制度導入に合わせ、その認定者数を利用し健康寿命の算出を行う検討会をスタートさせた。筆者は、作業班のような形で所長会の成人部会に参加し、健康寿命の算出

の仕方を学びながら、ここで提唱された計算シートの検証を行った。そして、自区データを使って、健康寿命算出に必要な死亡数、人口、生命表等についていくつかの検討を行った。この検討会に参加したことが、荒川区で早くから健康寿命を区の行政指標として考えるきっかけとなった。

＜西川区長就任とドメインの明示＞平成16年には荒川区健康週間が制定され、同年11月、現在の西川区長が就任した。その後、西川区長は「区政は区民を幸せにするシステムである」という区のドメイン（事業領域）を明示し、その幸福感には健康が重要な位置を占めるとした。平成17年に生涯健康都市戦略本部を設置し、荒川区生涯健康都市宣言を行い、翌18年には生涯健康都市づくり戦略を策定した。

＜基本構想への位置づけ＞平成19年3月に策定された荒川区基本構想は、将来像として「幸福実感都市あらかわ」を掲げ、分野別に6つの都市像を示しているが、その第一番目に「生涯健康都市」～健康寿命の延伸と早世の減少の実現～が掲げられている。

＜健康寿命を指標値に＞同19年3月、「健康日本21」を受け「荒川区健康増進計画」（平成19～23年度）～生涯健康都市あらかわの実現をめざして～を策定した。この中で、重点目標として、「健康寿命を延ばす」「早世を減らす(40～64歳SMR)」「健康状態が良いと感じる人の割合を増やす」を定め、それぞれに指標値の算出を行い、最終年度の目標値を設定した。当

時、健康寿命の算出方法が定まっていなかったため、はっきりと数値としてあらわすことに批判的な声もあったが、荒川区は、健康づくりの大きな目標を「健康寿命を延ばす」ことに定め、それを数値として評価することとした。これは次の24年度からの計画にも引き継がれている。

【他課との連携】

＜介護保険課・情報システム課＞障害期間算出に必要な介護認定者数を、性年齢階級別のデータとして算出してもらっている。自治体によっては、認定者数は性年齢階級別のデータとして集計するものではないため、データの入手自体が難しいケースもあるが、当時、介護保険課が同じ保健福祉部にあったこともあり、連携は非常にスムーズに進んだ。

＜高齢者福祉課＞高齢者プランの基本理念「健康づくりで元気に」の中に、健康寿命の延伸を図り、介護予防事業の充実を図ることが謳われている。

＜全庁的な取り組み＞平成16年に「荒川区健康週間」を制定し、体育の日の前週の土曜日から7日間をその期間と定め、保健所では講演会や健康に関する展示等を行っている。保健所以外の部署についても、所管事業のうち健康づくりに関連のある事業は、この期間に行うよう呼びかけている。

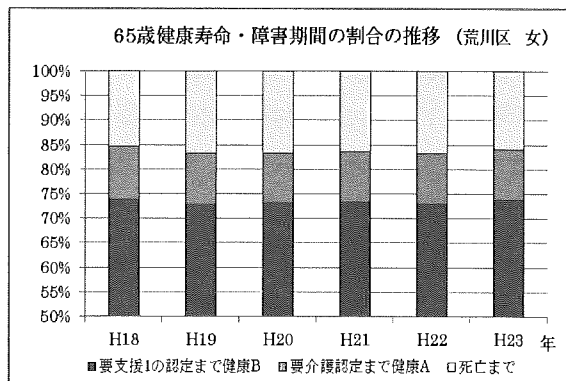
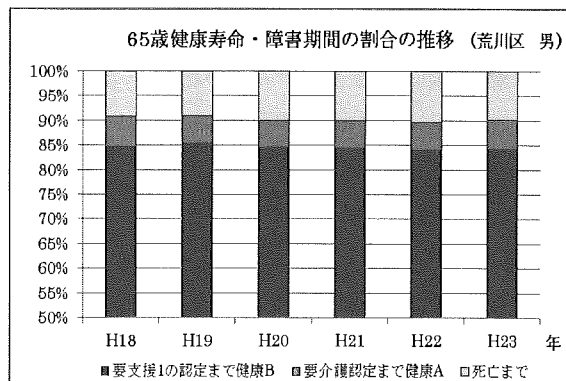
【健康寿命の推移】

平成18年からの健康寿命の推移をグラフで示した。介護保険開始から平成16年あたりまでは認定者数が年々増えているため、健康寿命が短くなっていったが、それ以降は安定している。男女共、平均寿命、健康寿命とも若干伸びているが、

健康寿命と障害期間を平均余命に占める割合でみると、男性は健康寿命の割合が若干下がり、女性は横ばい状態である。

【健康指標の活用】

区民向けの健康講座では、冒頭、荒川区民の健康状況を説明する。平均寿命、早世、死亡原因における生活習慣病の割合等、どの項目も23区の中で比較すると最下位争いをしている状況である。この説明で、会場からは“アー、やっぱり”と落胆のどよめきが起こるという。そこで健康寿命の説明をし、平均寿命が短くても健康寿命との差が短ければよく、荒川区は、この差を縮めるために健康づくりに取り組んでいくと話す。健康寿命と平均寿命との差、つまり、寝たきりの期間を数値として出すことにより、区民一人一人の中にも目的が明確化され、健康づくりの具体的なイメージが作られていく。



台東区における保健師の地域組織活動の取組と健康寿命指標へのつながり

台東区保健サービス課 山田圭子

1. 保健師地区組織活動の取り組み経緯 ＜個への働きかけが中心だった時代＞

昭和 50 年代の保健師活動は、活動の中心が家庭訪問であったが、家庭訪問をどのように地区活動と連動させるかは個々の保健師の裁量に任されていた。ただし当時から都市における地区組織活動のあり方の研究会が保健師を中心に定期開催されるなど、地区組織活動に向けた動きはあった。

＜保健師の新設部署への配置＞

平成 6 年には区の大規模な組織改正により健康部門の部や課が新設された。それに伴い係長級の保健師が保健所保健指導の係から本庁に異動となり、現場のまとめ役である管理期の保健師不足といった問題が生じた。平成 11 年、介護保険導入のため中堅期の保健師も本庁異動となり、保健所保健師は若年層が多くを占める職場になり、新任期保健師の現場指導が不十分となり地区活動の醍醐味を伝えづらい状況になった。

＜保健師が業務分担配置に＞

平成 14 年、地区担当制を敷いていた保健指導担当課係がトップダウンで業務分担配置になり、地区担当保健師が半数に減り、事業運営中心になり、“住民が考え地域特性にあった地区活動を展開する”という視点が希薄になった。

＜保健福祉行政の方向性明確化＞

平成 17 年に保健福祉部に介護予防課ができたことをきっかけに、区の保健医療福祉の基本理念として『いきいき・たいとう推進指針』が策定された。この指針は「全ての区民が住み慣れた地域で、いつまでもいきいきと“その人らしく”暮らしていくこ

とができる」ことを目指すものであり、各分野に共通する理念として計画の上位に位置づけられた。そしてこの理念の下、「自助・共助・公助の考え方に基づき、特に台東区らしい共助の推進を支援する」という考えが、計画策定における関係所管課の方向性として位置づけられた。

これは、どこにいてもぶれることなく立ち返れる保健師活動の指針を模索していた私達にとっての追い風となった。

＜「台東区の保健活動のあり方」の作成＞

この年、『いきいき・たいとう推進指針』の方向性に則りながら保健師活動に具体的に活かす方法を探るため、保健所組織内で「地区活動プロジェクトチーム」（以下「地区 PT」）を立ち上げ、2006 年度（平成 18 年度）にはその基本理念に基づいた保健師としての活動の意義と指針を示した。

2. 「まつり」検討の経緯と実施に向けた取組 ＜あり方図を実践に＞

当時の台東区は 23 区内で高齢化率が最も高く、65 歳健康寿命も東京都と比較すると低く、高齢者の介護予防に取り組むことが重要な課題であった。

あり方図を概念のみに留めず、実践を伴いながら実施評価も行うためにも保健師としてどのように介護予防のための地域づくりを進めたら良いのか悩んでいた。

そこで、健康課題などについて区民と直接やり取りできる機会を座談会形式でできないか。それには区民が参加できる具体的な活動が必要。座談会から区民と共に地域づくりを実践していくことを目指し、台東区は「まつり」という文化が根付いている

ことから、地域包括支援センター単位で「いきいき若返りまつり」という手法を使用し、その目的を介護予防のための知識啓発と地域づくりとした。

3. 「いきいき若返りまつり」の発展

＜包括・区民とともに＞H19年度

「地域でつながりが持ち会えるような働きかけを行うこと」、「地域のことを考える場を持ち、ネットワークを広げる」ということを目標に、保健師や地域包括支援センターが中心となり、行政主導でまつりを実施した。

＜協働実施におけるエンパワーの実感＞

まつりの前後に協力者や地域のキーパーソンを対象に、地域の特徴や課題を話し合う場として地域座談会を発足。その結果、「日頃から閉じこもりがちな高齢者にどのように対応したらよいか」「来年は企画から参加したい」等の声が自然にあがり、地域座談会が区民と話し合う場として位置づけられた。それにより保健師は「大変だけれど楽しい」という実感をもった。

＜ありかた図に合わせ、分析と評価実施＞

まつりについてのアンケート結果、関係者からの聞き取り意見を、ありかた図に照らし合わせ自助・共助・公助ごとに分類・分析し、この実践が地域づくり活動の発展にどのような効果をもたらしているか評価を行った。

＜共助が発展＞ H20年度

地域座談会を定期開催し、座談会の中で地域の共通の課題を意識しながらまつりを企画、実施した。その結果、区民が自主的に近隣の人に声かけをする等、共助が推進し、座談会メンバー同士のつながりもできてきた。

＜関係機関の巻き込み＞ H21年度

共助だけではなく、公助の推進にも目を向け、定期的に地域づくり活動の展開を話し合う庁内の関係機関会議を発足した。保健師だけではできなかったまつりの展開も可能になり、関係づくりにも役立った。

＜各地区特性に合わせた動きに＞H21年度

平成 22 年度からは座談会等により積極的参加が実現できたことにより、それぞれの地区の具体的な課題が評価対象へと変更となった。

4. 65 歳健康寿命の変化と今後の課題

＜まつりの今後に向けた課題＞

今年で 7 年目を迎えた地域座談会やいきいき若返りまつりは、各地区の特色がでてきており、地区の課題解決のため、違う形でまつり（地域づくり）を行おうとする動きもでてきている（会場の変更、若い世代の巻き込み等）。

保健師活動のあり方(自助・共助・公助)を作成したことで行動指標ができ、現在の地域座談会やまつりを行う上での基礎となっている。また、各地区の地域座談会で目的・目標を決め、評価を区民と共に行うことで区民と一緒に地域づくりを実施する実感があり、地域座談会での区民の発言が地域を意識した内容が増えてきている。

＜65 歳健康寿命の推移＞

特に女性については徐々に上昇してきていることが分かる。特にまつりや地域座談会が始まった時期から上昇傾向にあり、区民とともに歩む地域づくりが区民の健康づくりに役立っていると考えられるが、65 歳健康寿命を事業の効果を図る一つの指標として活用し、今後の地域づくり活動との関連、推移をみていきたい。

ヘルスプロモーションの実践活動

コーディネータ 櫻井 尚子(東京慈恵会医科大学大学院・教授)

【ねらい】

ヘルスプロモーション(新しい健康づくり)の必要性をWHOが1986年オタワ憲章として掲げて約30年になろうとしている。日本においては、「健康日本21」として2000年からの政策に導入され、2013年からは「第2次健康日本21」が健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目標に始まっている。

ヘルスプロモーションの最終目標は健康ではなく、個々人がいきいきと楽しみやいきがいを持って暮らすことである。そのためには、健康であることが可能な環境整備と、個人が健康をコントロールする能力を形成することが重要である。

健康日本21の導入により、健康であることが可能な環境整備が、行政責任として認識され、地方自治体の保健計画に明記されるようになった。しかし、すべての公共政策に健康の視点を取り入れているであろうか。健康であることが可能な環境づくりは、医療保健福祉の場だけではなく、住宅・公園・交通・都市整備・学校・産業とも関連して推進していくことが不可欠である。そして、行政のみで企画運営するのではなく、当事者である住民の参画による住民主体の取組が求められる。住民と関係者がエンパワメントするために、行政の役割やどのような意図的な関わりが効果的であるか、ヘ

ルスプロモーションの理念を実践に即したスキルとして展開する方法が模索されている状況にあるといえる。

本日のシンポジウムでは、各自治体のヘルスプロモーションの取り組みや、シンポジストの研究にから得られたエビデンスから、第2次健康日本21に向けて、個々人の主体性を尊重する支援環境の整備のための実践の在り方を考えてみたい。

【シンポジスト】

1. 三谷良昭(坂戸市健康増進部)

市民協働によるプロセス重視の保健計画の策定と推進「地域コミュニティづくり」ー埼玉県坂戸市の実践

2. 福本久美子(九州看護福祉大学)

住民が求めている身近な保健師の存在ー熊本県旧蘇陽町の実践から学んだこと

3. 高嶋伸子(香川県立保健医療大学)

地方計画策定推進における住民と協働した保健師の機能ー香川県国分寺町の実践

追加発言:

緑川綾(東京慈恵会医科大学大学院)

「まめで達者な村づくり」地域活力の再生を図る自主・自立・自考ー福島県鮫川村の実践

坂戸市の健康政策

三谷 良昭（坂戸市健康増進部健康スポーツ推進課 課長補佐）

○市民協働による推進

坂戸市では、市民協働により健康増進計画の策定作業を進めるため、公募の市民メンバーからなる「市民会議」を平成15年度に設置した。この市民会議には30代から70代までの幅広い世代からの応募があり、男女はほぼ同数で総勢22名の会議となった。会議の推進にあたっては、事務局（当時市民健康センター）である市がシナリオは作らず、ワークショップ形式による話し合いを1年間で50回以上の会合を重ねプロセス重視の計画策定を実現させた。（あなたの出番！おいでおいで健康づくり計画）

計画策定後、市民会議と同様に公募市民からなるボランティア団体「元気にし隊」を平成16年度に発足させ、計画の推進強化を図った。元気にし隊では、毎年度行動計画を概ね4つテーマ（食育、運動、こころの健康・社会参加、歯科保健）に則したグループごとに定め、グループ活動を中心に計画の推進を図ってきた。

以後今日に至るまで毎年度市民公募を続け、メンバーの入れ替わりはあるものの概ね毎年度30名程度の市民が関わり、アイデアと行動力を生かした様々な事業展開がなされている。

○推進システムの構築

市民協働による計画策定や事業展開の動きが市長の目に留まり、平成17年度に「健康」が市の重要政策に位置付けられた。当該年度は、庁内研究組織が設置されるにとどまったが、翌18年度に総合政策部（企画部門）に健康づくり政策室が設置され、庁内推進体制の強化が図られた。

健康づくり政策室では、これまでの市民協働の流れを継承しつつ、知的人的資源である市内にある3大学（女子栄養大学・城西大学・明海大学）と「坂戸市民の健康づくりのための連携協力協定」を締結し、専門性を活かした施策の推進体制の確立が図られた。特に、女子栄養大学と共同で取り組んでいる「葉酸プロジェクト」は、この協定がきっかけとなり、幅広い分野を巻き込んだ取り組みに至った。

また、健康増進計画策定時に「地域コミュニティづくり」が健康づくりの重要な要素であるとの意見が市民会議メンバーから数多く寄せられたことから、地域の絆づくりに絡めた事業として、自治会と連携した健康づくりの学びと実践の場、「健康づくり地域寺子屋」の展開が図られた。

○葉酸プロジェクト

平成18年度に坂戸市が実施したセカンドライフアンケート（60歳前後を対象）では、「将来かかることに不安を感じている病気」として、「がん」、「認知症」、「脳血管疾患」がベスト3に入った。

市ではそれらの不安要素に対応するため、女子栄養大学の研究で動脈硬化の危険因子であるホモシステインを低下させ、脳梗塞や認知症などの発症リスクを低減させる効果があるビタミンの「葉酸」に着目し、葉酸プロジェクトを平成18年度にスタートさせた。

葉酸プロジェクトでは、当初、認知症予防と銘打った講習会を公民館単位で開催し、葉酸摂取を呼びかけていたが、一度の講習会では40名程度が受講できるに過ぎず、対10万人市民に対して周知するには時間がかかることから、認知度向上対策としてアメリカなど先進諸外国でパンに葉酸を添加している事例をヒントに、市内にあるパン製造会社と共同で葉酸入りパンの開発に着手し、平成19年4月3日（葉酸の日）に一般販売することに成功した。

開発したパンは「さかど葉酸ブレッド」として市内5店舗のパン屋をはじめ、埼玉・東京の計38店舗で販売され、その後、ドレッシング、レトルトカレー、卵、うどん、かりんとう、ラスクなどの葉酸添加食品が次々と地元企業と共同で開発された。

さらに、葉酸強化メニューを提供する店舗を「食を通じた健康づくり応援店」として坂戸市が独自に認定したことが話題になり、テレビや新聞等のメディアに盛んに取り上げられ、集客や売りに上げに貢献するなど地域産業の振興や観光の振興などにも寄与する取り組みとなった。

○更なる推進に向けて

当初策定した健康増進計画の見直しを機に平成20年度に再度公募による市民会議を設置し、計画の見直し作業に着手した。市民会議ではこれまで実施した取り組みの検証を行うとともに、新たな方向性として食育推進計画の策定も同時並行で進めることとなった。検証作業では、「市民アンケートの回収率が15%ほど上昇した」、「コミュニティ再生に関する指標が大幅に改善した」、「国民健康保険の医療費に節減傾向が見られた」などの効果が指摘された。

新たな計画（健康なまちづくり計画）を策定後、市ではこれまでの実績を更に強化し推進する観点から、平成21年度に健康増進部を新たに創設し、健康づくり政策室を健康政策課として部の筆頭課に昇格させ体制強化を図った。

新たに創設された健康政策課では、市民協働による取り組みを充実しつつ、自治会、地元企業、飲食店、農家、市内3大学をはじめとした教育機関などと連携強化を図り、健康づくり応援店のメニュー開発、小中学校における食育授業の推進や運動リーダー養成など、様々な取り組みを進めてきた。

今後も市民との協働による取り組みを大切にしつつ、様々な機関と連携を図りながら、健康なまちづくりを推進していきたい。

住民が求めている身近な保健師の存在 ～熊本県旧蘇陽町の実践から学んだこと～

福本 久美子（九州看護福祉大学・教授）

旧蘇陽町（現山都町）の事例から、健康な地域づくり活動過程における住民参加の実態と保健師の役割について、学んだことを中心に、以下に述べる。

（１）事例の概要：本事例は、1988年から旧蘇陽町（熊本県）で開始された健康な地域づくりの実践である。蘇陽町は、1988年から1992年まで、県の健康で活力ある地域社会をめざす「くまもと80ヘルスプラン」事業のモデル町指定を受けた。町の健康づくり活動は、「全ての町民が健康で活力に満ちた町づくり」をめざして、高齢者対策を入り口とした活動を展開した。

その結果、住民が健康づくりの計画策定に積極的に参画し、住民の主体的な実践活動が開始した。さらに、町の保健部門の位置づけが高まり、町の基本構想計画（そよトピア）が健康づくりを重視した計画となった。数量的な活動成果としては、一人当たり老人医療費の抑制、人々の主観的健康感の改善、壮年期死亡率の減少、社会的ネットワーク、支援サービスを活用する人の割合、保健婦等のマンパワーの増加等がある。この活動の特徴は、健康づくりから健康な地域づくりへ健康観を転換したこと、理念的な目標と具体的な目標を明記した健康な地域づくり計画を策定・実施・評価・情報提供というプロセスを経たこと、「健康むら長制度^註」という住民参画の仕組みを活用したこと、保健所の支援の特徴等である。

註）健康むら長制度：蘇陽町が昭和63年度より始めた制度であり、山都町に合併（平成17年2月）するまで設置。各自治会の中から、特に健康に関心が薄かった男性を「健康むら長」として選出。行政と住民のパイプ役として、健診の受診勧奨や夜の健康学習会、健康むら長サミットの開催、禁煙推進運動やモロヘイヤの自家栽培等の新しいアイデアを出し、健康な地域づくりへと発展させた。この「健康むら長」の主体的な活動は検診の受診率向上や医療費の抑制等の効果を上げた。

（２）「健康むら長」に対する振り返り調査結果から（2012年）

2012年、町の健康な地域づくり活動時2～12年間「健康むら長」を務めた住民に対し、郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。質問内容は、「健康むら長」を担った動機、その活動内容、「健康むら長」を担ったことによる自分自身・家族・周囲の変化、保健師に求める役割とした。その結果、①地区組織活動の成果を自覚していたこと②地域の健康課題を解決しようと取り組んでいたこと③健康むら長制度自体が社会資源として活動していたこと、「健康むら長」を担ったことによって、自分自身や家族・周囲において何らかの変化が自覚していたことが明らかになった。保健師の役割については、住民への直接的な支援のみを行うのではなく、住民が保健師に期待し、住民にとって身近な存在になっていくことが重要であると回答していた。保健師は、地域の中に出向き、住民と対等に本音で話せる関係をつくり、熱心に地域のことを考えることが大きな推進力になったと言える。

（３）今、なぜ蘇陽町の活動を振り返る必要があるのか

現在、自治体では特定健康診査・特定保健指導が推進されている。これは国民健康保険の対象者を中心とした保健活動である。行政の保健師は、自治体の居住する全ての人々を対象に、予防の看護を担う専門職である。そのためには、保健師が、住民にとって身近な存在として、住民の相談者であるとともに、個人の健康課題から集団や地域の健康課題の解決、健康資源の開発、必要な施策の企画等、保健活動の枠を超えた活動を行うことが必要と言える。

よって、今、まさに、蘇陽町の健康な地域づくり活動のキイである「ヘルスプロモーション」「町民と共に考え作り出す」ことが重要である。さらに、このことが役場内でも地域でもお互いを大切にしようという信頼関係を生み出し、それが保健活動の本質である。

「健康日本21」 地方計画策定・推進において

住民と協働した保健師の機能

高嶋伸子（香川県立保健医療大学・教授）

我が国では、平成12年に健康長寿を目指して健康日本21計画が策定され、地方自治体にも地域特性を生かした策定推進が求められた。さらに平成25年4月に「健康日本21（第2次）計画」が示されたところである。

香川県旧国分寺町（平成17年国勢調査：人口24,029人高齢化率16.4%）では、平成15年3月に「健康日本21」地方計画（以降計画という）が住民参加のもと策定された。計画策定・推進過程から既存の住民組織やグループをつなぐ自主組織が設立された。この計画策定・推進において、保健師の支援活動により住民と保健師とが相互にエンパワメントされていくプロセスであった。旧国分寺町の計画策定・推進の概要は、次のとおりである。まず、年代・地区・健康レベルを網羅するように参加住民を募り、7つのグループに分けて住民の願い（どんな生活がしたいか）を語り合う会を5回開催した。次に住民の代表者を集めて、住民の願いを集約する会を12回開催し計画が策定された。策定後、代表者は推進委員と評価委員に分かれ推進または評価に携わり、平成18年3月に中間評価を行い、同年9月に住民の組織やグループをつなぐ自主組織が設立された。

その住民の願いを語り合う会から願いを集約する代表者会の過程について、住民6人の個人面接、支援保健師4人のフォーカスグループインタビューを行い、質的帰納的に分析した。その結果、住民は、計画策定過程において、保健師への『反発』『理解』『共有』を経て協働意識が醸成されていた。また、住民は計画策定への参加を通じて『組織代表の立場重視で参加』から『本質的語り合いにより仲間意識が醸成』され、『地域全体を視野に入れ住民と協力し合う』ようになり、『保健計画を生み出す素晴らしさと推進できる幸福感を実感』し、『政策提言と住民活動への自信』へとエンパワメントされるプロセスが明確にされた。これは、目的共有が、役割の認識を強化し、組織的な実践行動へと連動されることを示している。

さらに、計画策定・推進の効果評価のために旧国分寺町の高齢者の身体的健康、精神的健康、社会的健康の経年変化を分析した。1999年3月国分寺町在住60歳以上の在宅高齢者全員3,717人を基礎データとして10年後死亡者と転居者を除いた1,796人に追跡調査し回答不備を除いた1070人を分

析対象とした。その結果、10年後は、身体的・精神的健康は低下したものの社会的健康が維持されていた。社会的健康は、10年前の精神的健康が基盤で身体的健康を経由して社会的健康が規定される適合度の高い（NFI=0.977 CFI=0.990 TLI=0.981 RMSEA=0.027）モデルが示された。高齢者の健康づくりは、精神的健康を基盤として位置づけ、身体的健康を維持することを通じて社会的健康へと連動させる支援方法の有効性が示唆された。

以上の結果を踏まえ、新たな「住民と協働する保健師の健康づくり支援機能モデル」を導出した。住民と保健師とをエンパワメントした計画策定推進プロセスから、住民と協働する健康づくりを支援する保健師の実践的な機能として次の5つが重要であることが明らかになった。第1に、身体的健康に焦点をあてた保健師の関わりを、精神的健康に基盤をおいて身体的健康に関わるよう移行することである。第2に、地域の実態に基づいて住民や関係機関などと計画を策定する。第3に、住民の主体性を尊重した語り合う場を設定する。そして、語り合う場で住民の批判的意見を受容することにより、住民は保健師との協働意識が形成され、健康づくりの目的の共有がなされる。さらに、住民の一人ひとりの生活の質を高める目標を健康づくりの目的として共有することである。第4に、健康づくりの活動は、住民を中心とした組織化により推進する。第5に、地域のニーズを行政へ反映させるために、住民と協働して策定した計画を行政計画に位置づけられるように行政に働きかけることである。旧国分寺町の実践から実証的に導き出された実践的な保健師機能は、地域保健における住民への健康支援はもとより、保健師活動とその教育の場に寄与するものと思われる。

自由集会 1

テーマ：働く人々のいのちと健康を守る運動と研究者・専門家の課題

話題提供：福地保馬

北海道大学名誉教授・働くもののいのちと健康を守る全国センター理事長

趣旨：

福地保馬先生は、日本産業衛生学会からこれまでの学会活動の実績から学会の発展に大きな貢献をされていることを評価され本年の総会で功労賞を授与されました。その実績は働くもののいのちと健康を守る全国センター理事長を10年近く務められ、働くもののいのちと健康を守る運動の発展に尽くしてこられたことも含まれているものと思います。

そこで、これを機会に多くの労働者、労働組合と連帯して取り組んでこられた経験から、今、研究者・専門家に期待されていることやその取り組みの方向について話題提供をして頂きます。話題提供を契機に参加者の皆さんとの意見交換を通じて、さらに働くもののいのちと健康を守るための連帯の強化をはかります。

世話人：西山勝夫、埴田和史(滋賀医科大学)

自由集会 1： 7月7日（日）15：10-16：00 401教室

自由集会：“共分散構造分析（Amos）の魅力にチャレンジ” —新世代多変量解析ソフトを活用した、「見える化に」合致したお絵かきソフトの魅力—

はじめに

研究者・行政企画調査部門の人達は、研究目的・仮説に応じて、どんなデータを集めどんな分析をすれば、目的が達せられるかに日々心を砕いています。

現在は、矛盾に満ちた健康常識が溢れており、何が本当のリスク要因でどうすればリスク回避や予防が可能で、効果的な健康増進に役立つ真理究明に辿り着けるかに多くの努力が払われています。

私たちは、研究デザインで難しい理論を、保健統計などで面倒なことを学び、数変数（含む尺度）間の関係性（相関や平均値の違い、リスク比等）を分析する研究手法が多用されていますが、ミクロで単純な相違に拘泥する余り、残念ながら木を見て森を見ない一群盲巨象を撫でる一研究になりがちと思われます。

人間の健康問題に関する複雑な原因（曝露）と結果（アウトカム）の因果関連性を探求することで、真の因果関係を見出すことは困難が伴いがちであり、多くの壁に遭遇すると諦めに近い感情に囚われがちです。

そこには、研究デザインが悪いのか、集めたデータが悪く少ないのか、使用する多変量解析プログラムの機能が不足しているのか、研究者の知識技能が足らず間違っているのかなど多くの疑問・課題が横たわっていると考えられます。

私たちは、ビッグデータ時代と言われ高度な解析手法を駆使できる立場となっているにもかかわらず、優れた先行研究に学び追随するだけで旧態依然とした研究手法に拘り形だけの分析に満足し、先端的な研究手法を応用・チャレンジする事に臆病に成っていないだろうかと思うことが多い。

そこで、新世代の多変量解析ソフトである共分散構造分析（Amos）を使用することで、多変数間の構造やプロセスを、「構成概念を用いたモデル化で間接効果を含む因果関連性の総合的な見える化」がおこなえ、仮説探索的（疫学）研究に適合した手法の重要性に鑑み「Amos の魅力にチャレンジ」コースを開催し、多くの賛同研究者を得るべく研究支援・啓蒙活動を行いたいと存じます。

Amos 初心者講習会への誘い

統計難民にならないために、そして鳥瞰図的な視野で疫学的研究を深められる、Amos 概要講習会に参加してみませんか？

（疫学的調査研究に如何に役立つか、研究デザインの特徴・疫学研究への適応性などの考え方や統計ソフトの機能面の特徴に関する概要説明や質疑が中心の企画講座で、実技講習ではありません）

＜保健福祉関連分野での課題解決に向けて！＞

1. 研究デザイン面

観察研究の限界と疫学

質的研究の量的研究の進め方

仮説探索的研究、データに聞くとは？

社会経済的要因の重要性・ホリスティックな研究とは？

主観的データ・愁訴・ストレス等心理的・精神的データの重要性

コホート研究と対照比較（縦断分析）

医学と医療福祉・保健研究手法の違い？

リスクより予防重視研究への転換には何が必要？

2. 統計（多変量解析）ソフト面

伝統的統計ソフトの限界・仮説検定の信頼性

共分散構造分析（構成概念間の多重回帰分析）、鳥瞰図的視野とは？

仮説の構造化・因果構造の見える化とは？

因果究明とプロセス重視・反事実とは？

質的データの尺度化と構成概念（因子）とは？

妥当性の高い質的研究・標準化偏回帰係数？

妥当性と信頼性・必要十分条件

お絵かきソフト（パス構成図）の思考論理のシンプル化・説得性

探索的因子分析と構成概念・因子相関行列

検証的因子分析と共分散構造分析・マルチレベル分析

直接効果と間接効果（疑似相関・独立）・総合効果とは？

間接効果とプロセス（構造的な理解）

傾向スコア（多重ロジスティック回帰分析）と交絡調整・標準化・比較可能性

ベイズ推定・MCMC など付加機能

3. 自由討議

（場所・時間） 7月7日 15:10-16:00 「自由集会2」 402教室

当日、アンケート調査にご協力ください

講師：高橋 俊彦 都市科学博士（都立大学） blueocean120@gmail.com

参考)

『保健医療データ活用のための SPSS&Amos 研究会』への誘い（首都大・筑波大などで開催中）
毎月 1 回程度、相互研究発表を通じた研究デザインや研究手法の相互研鑽の場として、学域・大学の境界を乗り越えて継続開催しています。

（主催：中山直子 都市科学博士 naoo70569@tbp.t-com.ne.jp）

一般口演 抄録

大学生における農作業が運動量・気分 に及ぼす影響に関する研究

○稲木隆一¹，岩垣穂大²，富沢あやか¹，扇原 淳³

¹ 早稲田大学・人間科学部，² 早稲田大学大学院・人間科学研究科

³ 早稲田大学・人間科学学術院

【背景】我が国では，平成 17 年 6 月に食育基本法が施行され，「食」に関する考え方を育て，健全な食生活を実現するために，生産者との信頼関係を構築し，地域社会の活性化，豊かな食文化に関する理解を深めることが期待されている¹⁾。また，地域活性化の一つの手段として，農業体験学習をはじめとする都市農村交流に力を入れている農山村も出てきている。

現在，農業体験学習は「総合的な学習の時間」で小学校を中心に導入が進んでいる。校内での栽培・飼育という従来の方法を見直して，部分的であっても実際の農業の現場に出向き学習する方法への展開もみられている²⁾。農業の教育力は，対象が生き物であるため，それら生き物に固有な生長パターンを大きく人為的に変えることが不可能で，成育や生長，成熟の過程に着目したときに人間の観察力が研ぎ澄まされるということにある³⁾。

近年，大学をはじめとした高等教育機関においても農山村の現場での問題理解や調査研究の実践技術の獲得，幅広い年代との交流によるコミュニケーション力の向上などを学生に期待し，ボランティア科目や専門科目としての実習が注目されている。

このように教育効果の中心は，農業自体の理解や情緒面の育成であったが，近年，農作業自体の健康影響について検討する報告がみられる。

そこで本研究では，農山村で行われる農

作業が大学生の体力・気分 にどのように影響するのかについて検討したので報告する。

【対象・方法】2012 年 6 月に，中山間地域支援事業の一環として行われた麦刈り作業に参加した大学生 2 人（男：1 人：A，女：1 人：B）を対象として，アクティーマーカー（パナソニック電工製）を用いて，運動強度（以下 METs）と歩数を計測した。さらに作業時間と METs を掛け合わせ，各農作業の運動量（以下エクササイズ）を算出した。さらに，日本語短縮版 POMS を用いて作業前後の気分変化について検討した。

【結果・考察】麦刈り作業は，9 時 30 分から 11 時 30 分の 2 時間の作業であった。当日の天候は，曇り時々晴れ，気温：24℃，湿度 60%であった。

運動量については，A が総歩数 4,601（歩），運動強度 2.1（METs），エクササイズが 3.8 であった。B では，総歩数 2,416（歩），運動強度 1.9（METs），エクササイズが 3.8 であった（表 1）。

表 1 麦刈り作業の運動量

対象	総歩数 (歩)	運動強度 (METs)	エクササイズ
A	4,601	2.1	3.8
B	2,416	1.9	3.8

POMS による気分の変化については，A が，麦刈り作業前後でポジティブ因子の「活気」，ネガティブ因子の「疲労」が大きく増

加した。Bでは、「緊張」「怒り」などのネガティブ因子が大きく減少し、ポジティブ因子の「活気」が増加した。

かねてより作業療法の作業種目の一部として用いられてきた園芸療法の前後では、気分プロフィール検査（POMS）の活気が増加、疲労の低下がみられ、状態―特性不安検査（STAI）では、状態不安、特性不安が低下することが報告されている⁴⁾。

今回の数時間の田植え作業等でも同様の結果が得られたことは注目される。

また、農作業と関わって、森林浴によって人の血液中の免疫細胞であるNK細胞の活性が高まることや^{5,6)}、森林環境にいる時にリラックスすることが示されている⁷⁾、ことから、今後は、生理学的な指標を用いた分析が必要と思われる。

さらに、農作業には、身体的効果として、基本的運動能力の維持・増進、リハビリテーションなど、精神的効果として、達成感、ストレス発散、自尊心の増長などが期待されている⁸⁾ことから、大学生を対象とした農作業プログラムを健康管理対策として組み込む可能性について検討を行う。

なお、本研究の一部は2012年度埼玉県中山間支援地域支援事業による助成を受けて実施された。

【文献】

- 1) 食育基本法と食育推進基本計画について、内閣府 HP, Available at
- 2) <http://www8.cao.go.jp/syokuiku/about/law/law.html>, Accessed March 20 (2013)
- 3) 板倉礼美, 中塚雅也, 宇野雄一「大学生を対象とした農業体験学習の意義と課題: 神戸大学農学部を取り組みを事例として, 神戸大学農業経済, 40: 33-40 (2008)
- 4) 今西純一, 中右麻衣子, 今西亜友美, 今西二郎, 渡邊映理, 木村真理, 森本幸裕, 森林療法, 園芸療法, ヨーガを組み合わせた健康増進プログラムの高齢者への効果, 日本緑化工学会誌, 35(2): 363-369 (2009)
- 5) Li Q, et al. Forest bathing enhances human natural killer activity and expression of anti-cancer proteins. *Int J Immunopathol Pharmacol.*, 20: 3-8 (2007)
- 6) Li Q, et al. Visiting a forest, but not a city, increases human natural killer activity and expression of anti-cancer proteins. *Int J Immunopathol Pharmacol.*, 21(1):117-27 (2008)
- 7) 李宙宮, 朴範鎮, 恒次祐子, 香川隆英, 宮崎良文, 森林セラピーの生理的リラックス効果: 4箇所でのフィールド実験の結果, 日本衛生学雑誌, 66(4): 663-669 (2011)
- 8) 田崎史江: 園芸療法, バイオメカニズム学会誌, 30(2): 59-65 (2006)

Mail address: skybluevoyager@suou.waseda.jp

子どもの体力と社会・経済・文化的要因の関連

○青地ゆり（早稲田大学人間科学部）

芹澤加奈（早稲田大学人間科学学術院）

扇原 淳（早稲田大学人間科学学術院）

【背景】

近年、我が国では、子どもの体力の低下が大きな問題となっている。文部科学省が毎年行っている「体力・運動能力調査」によると、1980年代から子どもの体力・運動能力に関する数値は低下傾向にある。

体力の低下は、生活習慣病の増加やストレスに対する抵抗力の低下などを引き起こす可能性があると考えられている。

この問題に対して、現在政策レベルで多くの対策が講じられているが、外遊びの奨励やスポーツ教室の開催等、個人の生活習慣の変容を直接的に目指すものがほとんどである。しかしながら、子どもの体力の低下は、個人的な要因からのみ生じるものでなく、周辺環境をはじめとした社会や経済、文化的要因の影響が指摘されている。

そこで、今回は、地域行政基礎データを用いて、都道府県レベルで子どもの体力と社会・経済・文化的要因の関連について検討したので報告する。

【対象と方法】

子どもの体力の指数として、文部科学省が行っている「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」の都道府県別体力合計得点（平成22年度の小学5年生と中学2年生の男女）を使用した。これを目的変数として、説明変数には、総務省統計局が公表している「社会生活統計指標—都道府県の指標2012」から63項目、「データでみる県勢2012」から37項目の社会・経済・文化に関するデータ

を使用し、Pearsonの相関係数を算出した。

次に、各性別、年齢段階の都道府県別体力合計得点を目的変数、上記の手順で統計学的に有意な相関が認められた項目から、多重共線性を考慮し抽出した項目を説明変数として、ステップワイズ法により重回帰分析を行った。

なお、有意水準は $p<0.05$ とし、分析にはSPSSStatistic20を用いた。

【結果と考察】

都道府県別体力合計得点に対して、有意な因子として抽出されたものは以下の通りである。また、表1~4に重回帰分析の結果を示した。

《小学5年生男子》

「生活保護費割合（県財政）」「交通事故発生件数（道路実延長千kmあたり）」

（修正済み決定係数=0.184）

《小学5年生女子》

「共働き世帯割合」「日照時間（年間）」

（修正済み決定係数=0.411）

《中学2年生男子》

「共働き世帯割合」

（修正済み決定係数=0.375）

《中学2年生女子》

「生活保護費割合（県財政）」「交通事故発生件数（道路実延長千kmあたり）」

（修正済み決定係数=0.293）

小学5年生男子、中学2年生女子の体力と生活保護費割合・交通事故発生率で負の関連が見られた。生活保護費割合は、所得

格差に関連する指数と考えられ、保護者の経済状況が子どもの体格や体力に影響することは、これまでも幾つかの研究で指摘されているが、地域レベルでも影響する可能性が示唆された。また、交通事故が多い地域では、保護者の心理として戸外で遊ばせるのを躊躇することが容易に想像でき、事故が少ない地域の子どもより、戸外で遊ぶ機会が、心理的要因も影響することで少なくなることが体力に影響している可能性があると考えられる。

小学5年生女子の体力と日照時間で負の関連が見られた。日照時間と体力の関連を示した研究はみられないが、日照時間と慢性的疲労感やうつ病などの健康因子との関連の報告はみられる。また、日照時間が短

いことで戸外での活動時間が減少することが想定されるが、そのような地域では、学校でのスポーツ活動や屋内型の運動施設の充実といった社会政策がとられている可能性があり、今後詳細な分析が必要である。

小学5年生女子、中学2年生男子において、共働き世帯割合と正の関連が見られた。共働き世帯の子どもは学童保育や習い事、スポーツクラブに加入している割合が高いとされ、共働き世帯の子どもがそうでない世帯の子どもよりも戸外での活動時間が長く、そのことが体力に影響を及ぼしている可能性が示唆された。

今後は、更に小地域を対象とした同様の研究を行う予定である。

表1 小学5年男子の体力と社会・経済・文化的要因の関連

	標準化回帰係数	P値
生活保護費割合(県財政)	-0.345	0.013
交通事故発生件数 (道路実延長千km当たり)	-0.315	0.023

R=0.469, 調整済みR2乗=0.184, F値=6.188(p=0.00)

表3 中学2年男子の体力と社会・経済・文化的要因の関連

	標準化回帰係数	P値
共働き世帯割合	0.623	0

R=0.623, 調整済みR2乗=0.375, F値=27.974(p=0.00)

表2 小学5年女子の体力と社会・経済・文化的要因の関連

	標準化回帰係数	P値
共働き世帯割合	0.5	0
日照時間	-0.316	0.011

R=0.661, 調整済みR2乗=0.411, F値=16.701(p=0.00)

表4 中学2年女子の体力と社会・経済・文化的要因の関連

	標準化回帰係数	P値
生活保護費割合(県財政)	-0.486	0
交通事故発生件数 (道路実延長千km当たり)	-0.291	0.023

R=0.569, 調整済みR2乗=0.293, F値=10.526(p=0.00)

【参考文献】

- ・子どもの体力向上のための総合的な方策について(答申), 文部科学省 HP
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/021001.htm
(アクセス日 2013年5月29日)
- ・塚田由佳里, 小伊藤亜希子: 親子の帰宅時間の遅延化と親の生活スタイルが子どもの放課後の生活に与える影響, 日本家政学会誌, 58(5): 231-246 (2007)
- ・平塚儒子: 日光照射がヒトの健康に与える影響に関する健康調査, 医学と生物学, 152(7): 271-275 (2008)

Mail address y-acacia@akane.waseda.jp

カザフスタン共和国における児童・生徒の健康・生活習慣に関する検討

○岩垣穂大（早稲田大学大学院・人間科学研究科・社会医学）

Karzhaubayeva Sholpan (Kazakh National Institute of Healthy Lifestyle Development)

Dikanbaeva Saule (Kazakh National Institute of Healthy Lifestyle Development)

扇原 淳（早稲田大学・人間科学学術院・社会医学）

【背景】中央アジアに位置するカザフスタン共和国（以下カザフ）ではアラル海の環境破壊に伴うエコロジカル・ディジーズに加え、周産期死亡率の高さや HIV 感染拡大などが健康問題としてこれまで取り上げられてきた。

2000 年代からは運動不足や、食の多様化、生活習慣の乱れなどが原因とされる子どもの肥満が多く指摘されるようになった。ファッシーニ, F. (2007) らは、7-18 歳の 4,808 人のカザフに住む子どもを調査した結果、都市部で肥満児の割合が高く、民族によって肥満度が違うこと報告している。

我々は 2007 年からカザフにおける学校健康教育に関わる教材開発に取り組んでおり、今回その一環として児童生徒を対象とした生活習慣の調査を行ったので報告する。

【対象と方法】アルマティ市内の学校 4 校の児童生徒を対象としてアンケートを行い、回収できた 190 人を分析対象とした。

質問項目は前橋らが開発した子どもの生活習慣に関する質問紙をロシア語に翻訳し、使用した。質問項目は、身長・体重、就寝・起床時刻、運動時間、朝食の有無など 27～30 項目であり、調査期間は 2011 年 9 月から 12 月であった。

【結果と考察】対象の学校毎に、性別、学年別（4-6、7-9、10-11 年生）にローレル指数の平均を算出し、基準値にしたがって評価

した（表 1）。その結果、A 校の 4-6 年女子、B 校の 4-6 年女子、C 校の 7-9 年男子、D 校の 7-9 年女子、D 校の 10-11 年男子、D 校の 10-11 年女子が「痩せ傾向」であった。C 校のみ全寮制の学校であり、食事は決められた分量しか与えられないため（おかわり等ができない）、このことが影響している可能性が示唆された。D 校の女子は、容姿への関心の高まりから、食事制限やダイエットを行っていることも考えられた。痩せることによる体脂肪の減少は女性としての生理現象を妨げるなど成長・発育に悪影響を及ぼすため、食育・栄養教育を行うことが必要と考えられた。

次に、生活習慣に関する比較を性別、学年別（4-6、7-9、10-11 年生）に行った（表 2.3.4）。A 校の児童と B 校の児童の起床時間を比較すると、B 校の方が 1 時間以上遅く起床していた。また、A 校の児童は B の児童に比べ、男女共に毎日朝食を食べると回答した児童の割合が半分以下であった（図 1.2）A 校は午前、B 校は午後から授業を行う学校であったためである。カザフでは教員、教材の不足により、午前・午後の二部制で授業を行っている学校が現在でも存在する。しかし、二部制については、学習時間が十分に確保できない、午前中の開始が早過ぎることで朝食をとる時間が確保されない、などの問題点が指摘されており、今

回の結果からも二部制の問題点が浮かび上がった。さらに、家庭学習の時間を比較すると、B校の児童がA校の児童よりも約2倍の時間を割いていた。今後、二部制によって学習成績に違いが生じるかどうかについても検討が必要となった。

また、C校は全寮制の学校であるため、就寝時間、起床時間ともに大きなばらつきは見られなかった。家庭学習の時間を見ると約3時間確保されていた。しかし、D校と比べ、運動時間が少なく睡眠の不調を訴

える生徒が目立った。近年、このような全寮制の学校において、高い学力を身に付ける教育が注目されているが、同時に運動時間や余暇の時間を増やし、生徒の心身の健康を維持するための取り組みが必要と考えられた。D校の7-9年生は男女とも朝に5つ以上の不調を訴える生徒が半数以上であった(図3.4)。そのため、就寝時間を早める、朝食の摂取率を上げるための具体的な対策を講じることが必要であった。

hodai@akane.waseda.jp

	4~6年男子		4~6年女子		7~9年男子		7~9年女子		10~11年男子		10~11年女子	
	A校 (n=15)	B校 (n=12)	A校 (n=13)	B校 (n=12)	C校 (n=10)	D校 (n=16)	C校 (n=25)	D校 (n=8)	C校 (n=18)	D校 (n=12)	C校 (n=27)	D校 (n=2)
ローレル指数	132	125	113	108	111	132	120	105	115	114	119	106
評価	標準	標準	痩せ気味	痩せ気味	痩せ気味	標準	標準	痩せ気味	標準	痩せ気味	標準	痩せ気味

表1. 学校別男女別のローレル指数
* 痩せ過ぎ~100~痩せ気味~115~標準(130)~145~やや肥満~160~太り過ぎ

		就寝時刻	起床時刻	運動時間	テレビ 視聴時間	ネット 利用時間	家庭学習
男子(n=15)	A校	22時35分	6時58分	95分	102分	103分	63分
	B校	22時41分	8時15分	82分	50分	45分	174分
女子(n=13)	A校	22時23分	7時11分	116分	68分	56分	88分
	B校	22時37分	8時54分	95分	68分	67分	169分

表2. 4年生~6年生の生活時間・状況

		就寝時間	起床時間	運動	テレビ 視聴時間	ネット 利用時間	家庭学習
男子(n=18)	C校	22時24分	6時21分	49分	34分	34分	155分
	D校	22時44分	6時18分	116分	73分	70分	181分
女子(n=27)	C校	22時12分	6時06分	93分	39分	48分	222分
	D校	24時30分	6時15分	45分	30分	90分	

表4. 10年生~11年生の生活時間・状況

		就寝時間	起床時間	運動	テレビ 視聴時間	ネット 利用時間	家庭学習
男子(n=10)	C校	21時56分	5時58分	72分	8分	39分	177分
	D校	22時47分	6時11分	103分	103分	63分	124分
女子(n=25)	C校	22時10分	5時49分	54分	32分	40分	184分
	D校	23時52分	6時43分	82分	28分	73分	100分

表3. 7年生~9年生の生活時間・状況

図1. 朝食の摂取状況(男子)

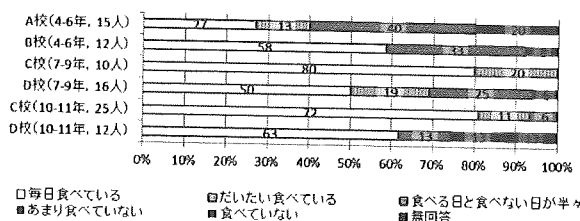


図2. 朝食の摂取状況(女子)

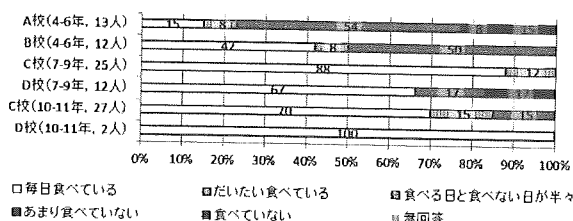


図3. 朝の疲労症状有訴数(男子)

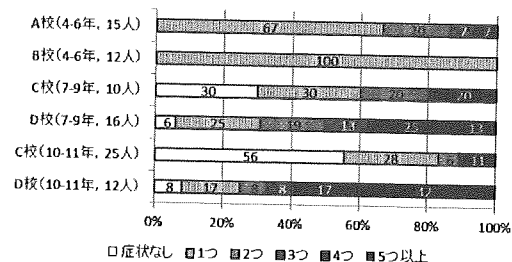
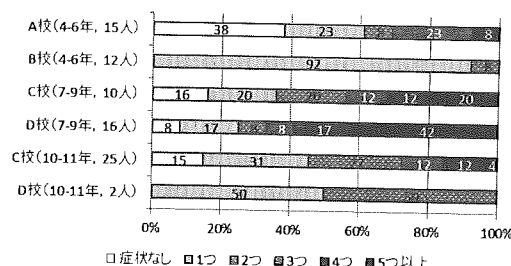


図4. 朝の疲労症状有訴数(女子)



Causal Effect Relationship between Mental, Physical, Social Health and Long-term Care Needs: A Cohort Study on Japanese Elderly

Kong F.L¹, Hoshi T¹, Yang S.W¹, Nakayama N², Wang S¹

¹:Department of Urban System Science, Tokyo Metropolitan University, Tokyo, Japan

²:Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University, Tokyo, Japan

Introduction: WHO defines health as a state of physical, mental and social wellbeing. It is acknowledged that we should recognize chronological relationships between these three health aspects and long-term care (LTC) needs in order to comprehend a quality of life and entire health of the elderly. However, there have been limited detailed evidences that objectively and systematically assessed such an issue. Thus, this study was conducted to explore the causal effect relationships between mental, physical, social health and LTC needs of the elderly.

Method: Among the urban dwelling elderly aged 65 years and over, data were collected through self-reported questionnaire in 2001 and 2004 in Tokyo. Ultimately, 8,126 (3,851 men, 4,311 women) respondents were included in the analysis. Three health-related latent factors were identified by an exploratory factor analysis. A structural equation model (SEM) method was used to analyze the causal effect relationships between mental, physical, social health and LTC needs.

Results: As a result of an exploratory factor analysis, 3 factors, named 'mental health', 'physical health', 'social health', were defined as latent variables, respectively. The SEM analysis indicated significant direct but negative correlations between 'physical health 2001' and 'LTC needs 2004', which meant the three-year earlier physical health significantly affected on the current LTC needs (standardized direct coefficient=-0.73). In contrast, 'mental health 2001' and 'social health 2001' had little direct effects on 'LTC needs 2004' (0.04 and 0.05 respectively). Meanwhile, we also observed that there was an indirect effects of 'mental health 2001' on 'LTC needs 2004' through 'physical health 2001' (standardized indirect coefficient=-0.35).

Discussion and conclusions: This study illustrates that the LTC needs is mainly confirmed by physical health, followed by mental and social health. It suggests that maintenance of good physical health may be entirely crucial to decrease the LTC needs.

Contact information:

Fanlei Kong

Graduate School of Urban System Science, Tokyo Metropolitan University

1-1 Minami-Osawa, Hachioji, Tokyo 192-0397, Japan

Phone: +81-042-677-2355

Fax: +81-042-677-2355

E-mail: kongfanlei@msn.com

Language

English

A structural analysis of prognosis of health among non-institutionalized elderly adults in Japan

○Shuo Wang(Tokyo Metropolitan University • Urban System Science)

Suwen Yang(TMU • Urban System Science), Fanlei Kong(TMU • Urban System Science),
Naoko Nakayama(TMU • Urban System Science), Bin Ai(Minzu University of China • Sociology),
Tanji Hoshi(TMU • Urban System Science)

【Objectives】

The purpose was to inquiry age-gender differences in structural relationship between socio-economic status (SES), social interaction, lifestyle, and prognosis of health among Japanese elderly urban dwellers over a three-year period.

【Methods】

The follow-up surveys which based on a self-administered questionnaire were conducted in 2001 and 2004 with 7,904 research subjects. Correlation analysis and structural equation modeling were used to perform the analysis of data.

【Results】

The structural equation modeling fitted the data reasonably well with NFI=0.960, IFI=0.969, RMSEA=0.015. "Prognosis of health" in 2004 was directly determined by "Social interaction" in 2001 and "healthy lifestyle" in 2004. However, "SES" demonstrated no direct effects on "prognosis of health". Based on standardized total effects, "healthy lifestyle" and "social interaction" exerted much greater effects on "prognosis of health" than "SES" did. Additionally, the relationships existing among the variables studied varied widely by age and gender.

【Conclusion】

Similar to a higher education and income level, a positive personal action and interaction can improve prognosis of health. Social interaction appears to be more important among the older elderly than the younger elderly. Compared to elderly females, healthy lifestyle is more crucial to determining prognosis of health in elderly males.

Mail address: wangshuosweetday@gmail.com

Healthy Life Expectancy in Relation to the Socioeconomic Status and Long-term Care among Japanese Suburban Elderly

○Suwen Yang, Tanji Hoshi, Naoko Nakayama, Shuo Wang, Fanlei Kong
(Tokyo Metropolitan University)

【Objective】 This chronological study aimed to explore the contribution of socio-economic status (SES), physical health, long-term care (LTC) on healthy life expectancy (HALE) among Japanese suburban elderly, and to explore their structural relationships.

【Method】 A questionnaire survey was distributed to all residents aged 65 years and older in Tama City, Tokyo in 2001, a follow-up study was conducted in 2004, and individual vital status data from the municipal residents' registry was tracked until 2007. In all, 7,905 respondents were included for analysis. Data analysis was performed by survival analysis and structural equation modeling (SEM).

【Results and Discussion】 The survival analysis results showed compared with the elderly who did not have physical disability with BADL, IADL, and disease, the people who had disability and disease at different levels had the higher risk of death. LTC needs appeared to be most responsible for the observed survival differences, with a hazard ratio (LTC needs versus no-LTC needs) of 5.23 (95%CI: 3.91-7.00) for men and 4.99 (95%CI: 3.55-7.01) for women.

Four latent variables ("SES in 2001", "physical health status in 2001" and

"physical health status in 2004" and "HALE 2004-2007") and one observed variable (LTC level in 2004) were applied for SEM analyses, and separate models for all participants by gender were calculated. Figure 1 represents the final models of the structural relationships of SES, physical health, LTC level and HALE by gender. The models fitted the data reasonably very well: although the χ^2 values were all statistically significant ($p < 0.001$) due to the large sample size, other indices showed a good fit (NFI= 0.949; CFI=0.952; IFI=0.952 and RMSEA=0.046).

HALE as an endogenous latent variables was found to be well explained by SES in 2001, by physical health in both 2001 and 2004, and by LTC level in 2004 ($R^2=0.38$ for elderly men and $R^2=0.74$ for elderly women). Overall, the SES in 2001 and the LTC in 2004 predicted HALE strongly, LTC was the strongest determinant for men (-0.495) and SES was the strongest determinant for women (0.642).

Compared with men, all standardized effects were much stronger on women. Regarding the gender differences by the pairwise comparison, path coefficients from SES to HALE, LTC level in 2004 and physical health in 2001 were statistically significant at $p < 0.001$ (CR=7.433, CR=4.075

and $CR=-6.193$). However, the path coefficient from LTC level to HALE showed no statistically significant difference by gender with $CR=1.310 < 1.96$.

【Conclusion】 In conclusion, the result of this study revealed that elderly people with higher SES were more likely to live longer with good SRH, via living with lower LTC

level, less chronic diseases and better performance in daily activities, especially for the elderly women. Future research should be done to assess more related factors with HALE and more comparisons between sub-groups, like location.

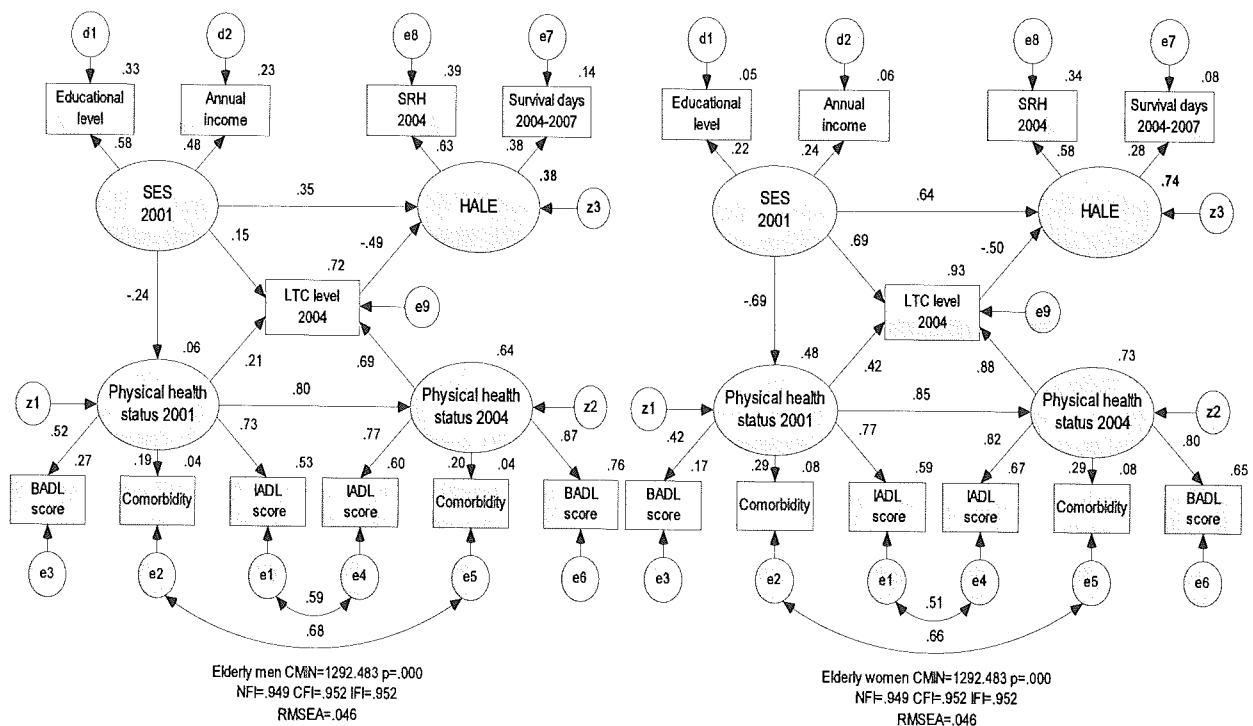


Figure 1: Structural relationships among HALE, SES, physical health status and LTC level for the elderly men (left) and for the elderly women (right).

山間過疎地におけるメンタルヘルスのリスクおよびベネフィット因子

— 富山高齢地域スタディー第1報 —

○須永恭子 立瀬剛志 関根道和（富山大学地域医療・保健支援部門）
 小林俊哉（九州大学科学技術イノベーション政策教育研究センター）
 山田広明（北陸先端科学技術大学院大学）

【目的】

60 歳以上の気分障害（躁鬱病含）は H20 で 38.5%、H23 で 37.9%と全体の 4 割を占めている（厚生労働省：患者調査）。高齢者においてもメンタルヘルス対策は必要である。

メンタルヘルスの外的要因として、他者との交流がある。過疎地は地域特有の人間関係や地縁による共同体が存在し、他者との交流の仕方や捉え方に影響する可能性は高い。したがって、交流がメンタルヘルスの促進・妨げのいずれで作用するかは、個々人の地域との関わりも含め考える必要がある。

本研究では山間過疎地高齢者のメンタルヘルスのリスクおよびベネフィット因子を明らかにすることを目的に、個々の地域との関わりも含め、メンタルヘルスと地域住民間の交流との関連を検討した。

【方法】

A 市山間過疎地の B、D 地区に住民票を有する全成人 1,448 名を調査対象とした。ただし、長期入院者、介護施設入所者、6 か月以上両地域を離れている者は除いた。調査期間は平成 24 年 10 月～平成 25 年 1 月で、無記名自記式調査用紙を配布し、1020 名から回答を得た（回収率 70.4%）。分析対象は 60 歳以上の 573 名（男性 246 名、女性 327 名）とした。

調査項目は、メンタルヘルスの指標として QOL 測定尺度 SF-8 の精神的健康度（MCS）、住民間の交流の指標としてソーシャルキャピタル（以下 SC）の項目（交際深度・交際人数）を用いた。交流に関わる要素として①SC の近隣信頼、地域への貢献、②健康習慣（飲酒・体を動かす）、③慢性疾患、④睡眠、⑤社会生活変数（居住年・家庭裁量、趣味、永住希望）、⑥SF-8 の健康能力 PCS を用いた。上記項目は全てカテゴリ化し、メンタルヘルスの区分は MCS の上位 3 割をメンタルヘルス良好群とした（カットオフ値：51.57）。

メンタルヘルス良好の要因を検討するため、男女別に多重ロジスティック回帰分析（従属変数：

MCS、独立変数：交際深度、交際人数、調整変数：年齢、①～⑥）にて解析した。結果、有意なオッズ比は女性の交際人数、交際深度で認められた。そこで深度と人数を組み合わせた 4 パターン〈深・多〉〈深・少〉〈浅・多〉〈浅・少〉を独立変数とし、他者との交流とメンタルヘルスとの関連を検討した。

倫理的配慮として、回答は無記名式で調査協力は自由意思によるものとした。結果は学術的目的以外には使用しないこと等を明記し、回答をもって承諾を得たこととした。A 市の社会調査委員会にて承認を受けた。

【結果】

対象の年代は、60・75 歳未満（男性 47.2%、女性 43.7%）、75 歳以上（男性 52.8%、女性 56.3%）であった。居住年数 20 年以上は（男性 95.4%、女性 96.5%）であった。メンタルヘルス良好は（男性 41.5%、女性 35.1%）であった。

メンタルヘルスとの関連で女性においてのみ交際深度、交際人数で有意なオッズ比が認められた（表 1）。女性のメンタルヘルスと交際深度・人数の組み合わせ 4 パターンとの関連で有意なオッズ比（基準：〈深い・多い〉）は、〈深い・少ない〉で 3.6 であった（表 2）。

【考察】

60 歳以上の女性において「交際人数が多く、相談や物の貸し借りをするような付き合い」はメンタルヘルスのリスク、「交際人数は多いが、立ち話又は挨拶程度の付き合い」はベネフィットとして作用することが示唆された。周囲との交流がメンタルヘルス良好・不良の直接的原因であるかは不明だが、深度と人数の組み合わせによる交流のパターンが影響していた。今回の結果が地域性、対象特性によるものかの確認、ならびに交流深度の内容について具体的に把握する必要がある。

【結論】

山間過疎地の高齢期女性において、近隣との交流のしかたが精神的負荷となる可能性が示された。過疎地高齢者のメンタルヘルス対策では、住民同

士の関わりの影響も考慮する要素と考えられた。

Mail sunakyo@med.u-toyama.ac.jp

表1 メンタルヘルスと住民間の交流との関連

	男性			女性		
	オッズ比	95%CI	p値	オッズ比	95%CI	p値
年齢						
60-75歳未満	1.00			1.00		
75歳以上	0.93 (0.46 - 1.90)		0.84	0.70 (0.31 - 1.57)		0.38
居住年数						
20年未満	1.00			1.00		
20年以上	0.22 (0.56 - 0.89)		0.03	0.47 (0.10 - 2.27)		0.34
慢性疾患						
あり	1.00			1.00		
なし	1.26 (0.62 - 2.57)		0.52	0.71 (0.33 - 1.50)		0.37
睡眠						
睡眠で休養が取れていない	1.00			1.00		
睡眠で休養が取れている	2.22 (0.62 - 7.89)		0.22	2.84 (0.84 - 9.67)		0.10
外で体を動かす(運動、散歩、畑仕事等)						
毎日30分未満	1.00			1.00		
毎日30分-60分程動く	1.97 (0.45 - 8.62)		0.34	2.05 (0.37 - 11.53)		0.41
毎日1時間以上動く	0.88 (0.20 - 4.02)		0.87	5.88 (0.94 - 36.91)		0.18
趣味						
ない	1.00			1.00		
ある	1.21 (0.56 - 2.63)		0.62	0.50 (0.21 - 1.19)		0.12
飲酒						
飲まない	1.00			1.00		
飲む	1.25 (0.62 - 2.50)		0.54	0.60 (0.01 - 0.51)		0.01
健康能力						
健康を自ら維持していると思わない	1.00			1.00		
健康を自ら維持していると思う	1.17 (0.54 - 2.54)		0.69	1.97 (0.89 - 4.40)		0.10
家庭裁量						
家庭内での決定権がない	1.00			1.00		
家庭内での決定権がある	0.47 (0.20 - 1.12)		0.89	1.54 (0.65 - 3.65)		0.33
近隣信頼						
ご近所を信用できると思わない	1.00			1.00		
ご近所を信用できと思う	2.36 (0.85 - 6.53)		0.10	1.12 (0.44 - 2.82)		0.81
地域への貢献						
地域に貢献していない	1.00			1.00		
地域に貢献している	0.28 (0.85 - 0.89)		0.03	0.93 (0.19 - 4.49)		0.93
永住の希望						
居住する地域に住み続けたくない	1.00			1.00		
居住する地域に住み続けたい	1.24 (0.38 - 4.00)		0.72	1.30 (0.33 - 5.20)		0.71
交際深度						
立ち話をする程度又は挨拶をする程度	1.00			1.00		
互いに相談し、物を貸し借りしたり等生活面でも協力しあう	0.50 (0.21 - 1.19)		0.12	0.31 (0.14 - 0.71)		<0.01
交際人数						
近所の少数の人	1.00			1.00		
近所の半分又はそれ以上の人	0.52 (0.23 - 1.18)		0.12	3.58 (1.47 - 8.70)		<0.01

表2 メンタルヘルスと住民間の交流の深さ・人数との関連

	女性		
	オッズ比	95%CI	p値
深い・多い	1.00		
深い・少ない	3.60 (1.76 - 7.35)		<0.01
浅い・多い	2.14 (0.60 - 7.57)		0.24
浅い・少ない	1.18 (0.59 - 2.38)		0.64

調整変数：年齢、睡眠、飲酒

山村過疎地における健康格差と心理社会的因子の関連 —富山高齢地域スタディー第2報—

○立瀬剛志、須永恭子、関根道和（富山大学地域医療・保健支援部門）、
小林俊哉（九州大学科学技術イノベーション政策教育研究センター）、
山田広明（北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科）

【目的】健康日本 21（第2次）において健康格差の縮小がテーマとして掲げられた。地域における健康格差研究では社会経済状態の低さが健康状態のみならず生活習慣やストレス等心理社会的要因にも関連するという様々な報告があり、健康の地域格差が認められている。今後、健康格差の縮小のための地域格差の改善因子の研究が重要となる中で、ソーシャルキャピタルは地域を支える大きな要素である。また高齢化による地域活力の衰退は全国的な課題であるが、特に山村過疎地における高齢化は単なる地域活力の衰退を超えて地域間の健康格差拡大とソーシャルキャピタルの低下が予想される。今回、生活環境が似通った近接する山村過疎地において1) 地域間の健康格差が存在するか、2) ソーシャルキャピタル要素が健康格差と関連するかを検討する。

【方法】平成16年市町村合併した富山県南砺市における山村過疎地3地区（五箇3村エリア）にて平成22年～24年に3地区の成人を対象（2052名）に自己記入式アンケートによる悉皆調査を行った。調査に回答した1453名にて分析を行い（回収率70.8%）、対象の3地区間で住民の健康感に違いがあるか、また地域のソーシャルキャピタル指標がどの程度地域住民の健康の違いに寄与しているかをロジスティック回帰

分析を用い検討した。分析にはSPSS ver.20を使用した。

【結果】3地区全体では65才以上の割合は男性で42.9%、女性で48%であり、男女間で年齢構成（40才未満、40～65才、60才の3区分）の違いは見られなかった。また3地区間での年齢構成の違いも男女ともに見られなかった。次に各地域間の住民の健康感の違いを主観的健康感の有無（健康－不健康に区分）を用い比較したところ、男女ともに有意な差は見られなかった。

最後に健康感の有無をアウトカムとしてソーシャルキャピタル変数を投入した際の地域差を男女別に検討した（表）。

男性において3地区の違いは年齢調整後も有意でなかったが、ソーシャルキャピタル変数の近隣関係を投入したモデルではリファレンス地区に対して他の2地区におけるオッズ比の差が拡大する方向に変化し、そのうち1地区は有意な差が認められた。一方、ソーシャルキャピタル変数の地域活動への参加変数を投入したモデルでは、3地区間のオッズ比はほとんど変化しなかった。女性においては、近隣関係及び地域活動のそれぞれのソーシャルキャピタル変数を調整した後もリファレンス地区に対する他の2地区のオッズ比はほとんど変化を示さなかった。

さらに慢性疾患を含むすべての変数を投入したモデルにおいて、男女共に月 1 回以上の地域におけるボンディング組織活動への参加が、加えて男性においては近隣信頼の高さが有意に健康感の有無と関連していた。

【考察】今回、高齢過疎化が進んだ隣接地区における健康度の差がソーシャルキャピタルによって説明されるかを検討したところ、単変量及び年齢調整モデルにおいて地域間の違いが示されなかった健康感においては、近隣信頼というソーシャルキャピタルの一つ要素によってより地域差が開く結果となった。このことは、年齢構成の違いによる比較のみでは地域間の健康格差の検討は不十分であることを意味するかもしれない。今回、比較した 3 地区においては年齢構成の地域差は見られず、健康の違いも見られないが、それは近隣信頼というソーシャルキャピタル因子によって保たれていた可能性がある。またソーシャルキャピタル

因子の中でも、近隣信頼や地域活動などといったそれぞれソーシャルキャピタルを構成するいくつかの要素が、独立した健康との関連を示したものの、地区間差の変化に寄与したのは、地域信頼のみであった。このことはソーシャルキャピタルのそれぞれの構成要素において健康及び健康格差における関連が違っている可能性が考えられる。

【結論】今回、近接した高齢過疎地区において、ソーシャルキャピタル変数である近隣への信頼が健康の地域間の違いに関連していた。このことは生活文化が似通った地域であっても近隣信頼の違いによって地域格差が生じる可能性を示唆するものと思われる。地域格差の改善のために、ソーシャルキャピタル変数も考慮することが重要と考える。

tatsuse@med.u-toyama.ac.jp

表. 健康感の地区間差の変化									
性別		年齢調整モデル		近隣関係モデル		地域活動モデル		全変数投入モデル	
		オッズ比	p値	オッズ比	p値	オッズ比	p値	オッズ比	p値
男性	地区TR	1.00		1.00		1.00		1.00	
	地区KTR	0.66	0.061	0.58	0.021	0.66	0.068	0.49	0.008
	地区TG	0.72	0.120	0.68	0.099	0.76	0.203	0.82	0.429
女性	地区TR	1.00		1.00		1.00		1.00	
	地区KTR	1.00	0.992	1.00	0.996	0.98	0.903	0.91	0.690
	地区TG	0.71	0.091	0.69	0.098	0.74	0.144	0.82	0.400
+近隣関係モデル: 地区変数+年齢区分+近隣信頼+近隣交際数+近隣交際深度									
地域活動モデル: 地区変数+年齢区分+ボンディング活動参加頻度+ブリッジング活動参加頻度									
全変数投入モデル: 近隣関係モデル+地域活動モデル+慢性疾患									

千葉県東葛地域における派遣村活動の医療支援 4 年間のまとめ

○大野義一朗（東京勤労者医療会 東葛病院）、上野充弘（東葛ユニオン）

【目的】失業者とくに非正規社員が派遣社員に置き換わり、さらにその不当解雇が増加し社会問題になった 2009 年に日比谷をはじめ各地で派遣村と銘打った支援活動が行われた。

千葉県東北部に位置する東葛地域(柏、松戸、野田、流山、我孫子の 5 市)でも派遣村街頭相談会が実施された。その後もこの活動は継続され 4 年間 6 回の相談活動を行ってきた。

我々はこの活動に対し、医療面での支援を行ってきた。貧困格差が広がるなかで、失業率が上昇、社会保障の切り捨てが進んでいる。社会情勢が健康に与える影響について検討した。

【方法】

東葛地域の派遣村街頭相談会は 2009 年 10 月から 2012 年 12 月までの 4 年間に 6 回行った。

松戸と柏でそれぞれ 3 回で、時期は 12 月に 4 回、10 月と 3 月にそれぞれ 1 回であった。事前に各市に連絡要請しハローワークなどにポスターを張るなど広報を行った。

当日は駅前にテントを置き窓口とし、相談は別に会場を設けた。スタッフは、5 市から病院、法律事務所、労働組合、その他の毎回 14~50 の団体から 49~180 名のスタッフが参加した。また相談員として医師、弁護士、労働問題専門家など各分野から参加した。寄せられた相談は 249 件であった。

これらの相談内容の検討から、健康問題と労働問題など社会的な状況と健康問題の関連について検討した。

【結果と考察】1 回の相談人数は 34 名から 65 名でそれぞれが複数の相談をすることから相談件数は 34~103 件で、6 回の合計は 249 人 372 件の相談があった。2009 年 12 月が最多で 65 件であったが、その後減少したが 2012 年には再び増加した。

性別は男性 129、女性 91、記載なし 29 であった。年齢層は 30 歳未満 10 件、30 代 17 件、40 代 34 件、50 代 28 件、60 代 72 件、70 以上 27 件、記載なし 61 件であった。

相談内容の記載のある 206 件について、相談の内容を仕事関連、生活関連、医療健康の 3 つに分類した。それぞれの件数は、仕事 108 件（全相談者の 52.4%）生活 134 件（同 65%）、医療は 62 件（同 30%）であった（重複あり）。

その内訳をみると、仕事関連では、失業・仕事がない 74 件、解雇 19 件、派遣労働者に関する問題 12 件、賃金未払い 11 件、パワードハラストメント 9 件などがあった。生活関連では、生活費が苦しい 60 件、ローン・多重債務 23 件、住居 22 件、法律相談 19 件、年金 17 件、家族家庭問題 17 件、生活保護 13 件などであった。

医療健康では、具体的な疾患ではメンタルな問題 9 件、次交通事故などの後遺障害、整形外科疾患、糖尿病がそれぞれ 7 件、循環器疾患 5 件、脳血管疾患 4 件などであった。疾患以外の相談では健康保険関連 8、医療費 7、労災 3 などがあった。

医療健康の問題は、多いものではなかった。しかし仕事の問題を抱えている人の 26 人（24%）が医療問題を抱えており、生活

の問題を抱えている人の 32 人 (23.9%) が医療の問題を抱えていた。また医療の問題を抱えている人の 26 人 (42%) が仕事の問題を、32 人 (52%) が生活の問題を抱えていた。

【結論】

街頭相談会で見られた医療の問題は、疾患治療について受診を誘導し、治療を行えば解決するような問題ではなく、慢性疾患や後遺症など長期の治療が必要なもので、制度や経済的な問題で継続的な受診が困難になっていることが問題になっていた。ま

た生活、仕事、健康は密接に関連していた。健康問題が起きると失業・生活困難に陥り、逆に仕事や生活の問題が生じると受診ができず医療健康問題が生じ悪化していた。疾患の治療とともに医療を必要とする人が必要な医療を受けられるための対策が必要である。

発表者連絡先：email oonog@mb.infoweb.ne.jp

東京勤労者医療会 東葛病院

270-0017 千葉県流山市下花輪409

表 1. 派遣村街頭相談会の概要

回	1	2	3	4	5	6	total
実施日	2009	2009	2010	2010	2011	2012	
年月日	10月13日	12月24日	3月30日	12月21日	12月27日	12月25日	
会場	松戸	柏	松戸	柏	松戸	柏	
協力団体	14	50	38	40	29	29	
要員(人)	49	180	84	110	70	70	563
相談の内訳(件数)							
総相談数	37	65	34	47	26	40	249
性別							
男	25	37	17	23	15	12	129
女	7	13	14	23	10	24	91
記載なし	5	15	3	1	1	4	29
年齢							
-29	1	5	2	0	1	1	10
30-39	3	4	4	0	4	2	17
40-49	7	9	4	9	3	2	34
50-59	3	11	2	3	2	7	28
60-69	7	13	8	21	12	11	72
70-	4	3	4	5	2	9	27
記載なし	12	20	10	9	2	8	61
相談内容							
生活関連	26	47	28	45	16	34	196
仕事関連	23	41	21	18	12	9	124
医療健康	11	15	8	4	6	8	52

東京都中野区一般高齢者における認知機能と抑うつ気分について

○石濱照子（東京都中野区健康福祉部・東洋英和女学院大学大学院）

鈴木あゆみ、新井美奈子（東京都中野区健康福祉部）

【目的】区の高齢者の生活機能全般から健康度を知る目的で、高齢者把握事業の悉皆調査を実施したところ、生活機能全般に低下のない4割近くに軽度の物忘れや抑うつ気分が認められたことから、これら的高齢者の自殺予防を含めた今後の支援策について検討する。

【方法】区内 65 歳以上高齢者 61,773 のうち、2012 年度要介護認定されていない 50,038 に「介護予防基本チェックリスト」による生活機能評価を実施した。有効回答数は 38,013、有効回答率 76.0%であった。回答者のうち、チェックリストのいずれの項目も生活機能低下が全く見られなかった者を除き、国の地域支援実施要綱にかかわらず何らかの生活機能低下があった 17,538 人を対象として分析した。

【倫理的配慮】当区の個人情報審議会で承認を得ているほか対象者のサインを求めている。

【結果と考察】有効回答数、前期高齢者 52.9%、後期高齢者 47.1%のうち、チェックリストで生活機能低下が全く見られなかった 20,475 では、前期高齢者 62.4%で、より若い世代に健康状態の良好な高齢者が多いことが推測された。また、生活機能全般低下者（A）9,111 では、後期高齢者 64.3%で、高齢化とともに生活全般の機能低下が起りやすい可能性が高まると考えられる。一方、生活機能全般の低下はなく「外出の状況」、「もの忘れ」、「こころの状況」な

ど心理的側面に関連するいずれかに低下のある者（B）では、（A）と比較して前期高齢者の割合が多いことが読み取れた。

次に、（A）と（B）の心理的側面 3 項目の比較では、「外出の状況」の閉じこもりがちの可能性の高い 2 点の人の生活機能低下との関連が示唆された。1 点では（B）に多く前期高齢者の 4 割強、男性の約半数を占めたが、（A）では後期高齢者が 7 割だった。（B）のより若い世代に軽度の閉じこもりがちな割合が多かった理由については、今後更なる検討が必要と思われる。「もの忘れ」は軽度の物忘れ 1 点では、（B）が

（A）を上回り、また、前期高齢者が後期高齢者を上回った。2 点以上については、いずれも（A）が有意で後期高齢者が前期高齢者を上回った。（B）には、物忘れの重度化している人は少ないが、軽度の物忘れは、（A）より多く、前期高齢者のほうが上回っている点は、着目すべきと考えられる。

「こころの状態」は、1～3 点では（B）が（A）より多く、4～5 点では（A）が有意で、抑うつ気分と運動機能との間に緩やかな相関がみられた研究（石濱他 2009）にも当てはまる結果であった。しかし、軽度の物忘れと抑うつ気分が（A）を（B）が上回ったことは特記すべきことである。

【結論と今後の展望】2006 年度調査では、二次予防対象者の 7 割に抑うつ傾向が認められ、今回の調査では 67.7%であった。一方、基本チェックリストで生活機能全般に

低下のない（B）の 57.9%に抑うつ傾向、また、54.5%に軽度の物忘れが認められた。さらに、抑うつ傾向の 42.1%の男性に軽度の物忘れが見受けられ、抑うつと認知機能との関連にも着目すべきであると考えられる。生活機能全般に低下のある高齢者には、介護予防事業や見守り支援の仕組みが浸透しつつあるものの、低下のない抑うつ傾向者のフォローの仕組みがないのが現状である。今後は、高齢者の自殺予防の観点からこうした潜在的リスクのある高齢者支援の仕組みの構築が急務である。

都市郊外高齢者の食生活別にみた諸要因の関連

○藤井暢弥、星 旦二（首都大学東京・都市システム科学域）

【目的】都市郊外高齢者における各食生活頻度と諸要因との関連を性別、前期・後期高齢者群別に明確にする。

【方法】分析データ：2001年9月から始まった東京都郊外A市に居住する65歳以上の在宅高齢者16,462人全員を対象にした縦断調査。分析項目：食生活頻度14項目。社会経済的要因2項目。健康三要因9項目。生活習慣5項目。医療供給体制2項目。介護状況。分析方法：分析項目間の選択肢の傾向と差異を明確するために、ケンドールの検定とハバーマンの残差分析を用いた。

【結果と考察】傾向検定の結果を以下に示す。食と社会経済的要因との関連で、学歴は男性と前・後期群で高蛋白質群、男性で食習慣と有意差がなかった。等価所得は男性と前・後期群で高蛋白質群、男女と後期群で味付け・料理法群、前・後期群で健康食品群、女性で食習慣と有意差がなかった。食と精神的要因との関連で、主観的健康感 は女性と後期群で食習慣と有意差がなかった。昨年比較元気は男女と前期群で食習慣、男性と前期群で味付け・料理法群と有意差がなかった。食と身体的要因との関連で、治療中疾病数は男女と前・後期群で食習慣、男性と後期群で健康食品群、男性で高蛋白質群、後期群で味付け・料理法群と有意差がなかった。IADLは女性と前・後期群で食習慣、男性で高蛋白質群、健康食品群、味付け・料理法群と有意差がなかった。BADLは男性で高蛋白質群、味付け・料理法群、食習慣と有意差がなかった。食と社会的要因との関連で、外出頻度は後期群で

食習慣と有意差がなかった。近所付合は男性で健康食品群、食習慣と有意差がなかった。趣味活動は男女と前・後期群で高蛋白質群、食習慣と有意差がなかった。食と医療供給制度との関連で、かかりつけ医は女性と後期群で高蛋白質群、味付け・料理法群、女性で健康食品群と有意差がなかった。かかりつけ歯科医は男女と後期群で味付け・料理法群、男性と後期群で高蛋白質群、後期群で食習慣と有意差がなかった。食と生活習慣との関連で、飲酒状況は女性と後期群で健康食品群、前・後期群で高蛋白質群、後期群で味付け・料理法群と有意差がなかった。喫煙は女性で味付け・料理法群と有意差がなかった。睡眠時間は男女と前・後期群で高蛋白質群、味付け・料理法群、女性と前・後期群で健康食品群と有意差がなかった。BMIは男女と前・後期群で高蛋白質群、食習慣、男性と後期群で健康食品群、後期群で味付け・料理法群と有意差がなかった。食と介護状況との関連は、男女と前・後期群で食習慣、男性と前期群で高蛋白質群、男性で健康食品群、味付け・料理法群と有意差がなかった。

有意な関連項目は、差異検定の結果も同様な傾向を示した。

【結論】食生活は諸要因と関連があり、性別、前期・後期高齢者群別に共通点、相違点がみられた。本研究は、食生活、諸要因の複合的な関連、因果について言及できないため、構造モデルによって因果構造を明確にすることが今後の研究課題である。

Mail address fujii-nobuya@tmu.ac.jp

都市郊外在宅高齢者の循環器疾患有病と社会経済的要因 および健康三要因との因果構造

○久保美紀（首都大学東京 都市環境科学研究科，帝京科学大学 医療科学部）
星旦二（首都大学東京 都市環境科学研究科）

【目的】循環器系疾患を有する都市郊外在宅高齢者の有病状況と社会経済的要因および健康状態の身体的・精神的・社会的側面（以下、健康三要因）との因果構造を明らかにすることを目的とした。

【方法】都市郊外に居住する 16,462 人の高齢者に対する郵送自記式質問紙調査で 13,195 人（回収率 80.2%）を基礎的データベースとした。調査は、初回調査と 3 年後に同様の調査を実施し、追跡可能であった 8,162 名を本研究の分析対象者とした。収集データは、循環器系疾患の有病と社会経済的要因および健康三要因との因果構造を共分散構造分析によって分析した。

【結果と考察】分析対象者のうち循環器系疾患のない人の割合は、男性2,228人（57.9%）、女性2,593人（60.2%）であった。一方で、循環器系疾患が3つの人は、男性28人（0.7%）、女性19人（0.4%）であり、米国の報告と同様の結果が明らかになった。社会経済的要因、循環器系疾患状

況および健康三要因の因果は、『社会経済的要因』（『』は潜在変数）が基盤となり『精神的要因』を直接的に、あるいは循環器系疾患有病状況を介して規定していた。また、健康三要因は、『精神的要因』が基盤となり、その3年後の『身体的要因』と『社会活動的要因』を規定していた。『社会活動的要因』の決定係数が、男性で約70%、女性で約60%であり、適合度指数は $NFI=0.936$ 、 $CFI=0.941$ 、 $RMSEA=0.037$ と高い適合度が得られた。

【結論】循環器系疾患を有する都市郊外在宅高齢者の健康状態は、『社会経済的要因』が基盤となり、循環器系疾患の有病を規定し、『精神的要因』を経て『身体的要因』、『社会活動的要因』が規定されることが明らかになった。今後の研究課題は、研究成果を他の世代で検証するとともに、対象地域を拡大し外的妥当性を高めることである。

Mail address : k-mickey@zc5.so-net.ne.jp

表 1. 分析対象者内訳

年齢	65-69歳	70-74歳	75歳以上	合計
男性	1,858	1,097	896	3,851
%	48.2	28.5	23.3	100.0
女性	1,823	1,186	1,302	4,311
%	42.3	27.5	30.2	100.0
合計	3,681	2,283	2,198	8,162
%	45.1	28.0	26.9	100.0

医療の人口の健康への寄与—二つの接近法の概観—

○松田 亮三（立命館大学）

【背景】

平均寿命の延伸や乳児死亡率の低下など、長期的にみて地球規模での人々の健康は改善している。この改善には、社会・経済の発展による生活の改善、公衆衛生活動、医療などの多様な健康の規定要因が関与していると考えられている。では、健康の規定要因の中で、医療は人々の健康の改善にどの程度寄与しているといえるのであろうか？この問題は、福祉国家において医療支出が増大するにつれて、重要な問題となっている。

【目的と方法】

本報告では、「医療が人々の健康に改善にどの程度しているか」という量的な問いへの接近法を理論的検討し、既存の研究を概観し、今後の研究を展望する。本研究は理論的関心から出発したものであり、Pub-Med、Google scholar、Web of Scienceや論文中に引用されている文献を含めたから探索的文献研究を行い、理論的側面と実証的側面にわけて検討した。その際、概況を把握することを重視し、総説論文や単行本を積極的に活用した。なお、ここで医療は予防サービスを含んで考えている。

【結果Ⅰ】人口の健康に対する医療の寄与についての研究—二つの接近法

これまでの研究において、人口の健康に対する医療の寄与の程度を量的に明らかにする研究は、少なくとも以下の二つの接近法を採用している[4,6]。

①治療効果の積算からの接近法

第1の接近法は、臨床的な医療の効果についての評価をもとに人口全体への影響を推測するものである。たとえば、虚血性心疾患についての薬剤治療などの個々の治療的介入の効果についての評価を積み重ね、それをもとに医療サービス全体がどのように人口の健康に影響していくかを推測しようとする。ここではこのような考え方にもとづく推定を、治療効果の積算からの接近と呼ぶこととする。

②医療の概況分析による接近法

第2の接近法は、各国の医療支出等の医療資源と健康状態のデータを用いて、回帰分析によって国・地域の医療と健康との関係を見るものである。この接近法では、ある地域における医療の概況と人々の健康、そしてそれに関わる要因を何らかの理論的枠組みをもちいて検討する。このような考え方にもとづく接近法を、医療の概況分析による接近と呼ぶこととする。

③方法論的検討

どちらの接近法をとるにしても、健康を量的に評価するためには、汎用性のある指標を用いて、なんらかの限定や仮定を設定して測定しなくてはならない[1, 2]。今日においては、健康からみた生活の質等を考慮にいれることが重要となっているが、上記の二つの接近法はさしあたり考慮していない点にも注意が必要である。

【結果Ⅱ】治療効果の積算からの接近法による実証研究

この接近の代表的なものは、1950 年以降死亡率の低下が生じている疾病について、有病率やサービスの利用状況をもとに、15 予防サービス・13 治療サービスがアメリカ合衆国の寿命に対して与えた影響を検討した Bunker らの研究である[3]。この研究では、既存の研究から得られている各サービスの効果とサービスの利用状況を勘案し、延伸した 7.5 年の平均余命のうち 1.5 年分は予防サービスに、3.5 年から 4 年分は医療サービスによるものと推計した。

こうした研究の中でも、特に虚血性心疾患死の低下については、検討がなされており、Nolte らは欧米諸国の 15－20 年の変化を検討した 7 つの論文では、死亡率低下の 40－50%は医療により、23－46%はリスク要因の低下によっていることが示されていることを指摘している[4]。このように、いくつかの分野では、死亡の減少について、著明な効果があったことが明らかになっている[5]。

【結果Ⅱ】医療の概況分析による接近法による実証研究

医療の概況分析による検討では、以下のような問題がある。まず、幅広い社会・経済要因を含むモデル構築、特に文化的要因を含めたそれが難しい[6]。次に、各国で独自に発達してきた統計の比較可能性には未だ留保がある[7]。

こうした限界はありつつも、この接近は試みられており、ニクソンらの検討では、医療支出と健康状態との関連を検討した 16 の先行研究のうち 12 で、医療支出と n 何らかの人口の健康の指標とに正の関係が認められていた[6]。EU 諸国の 1980-95 年の社会・経済状態、栄養状態、医師数等を

用いたパネル・データを用いて分析したところ、医療支出は乳児死亡率には顕著な影響を与えていたが、平均寿命には限定的な影響（男性で 72.7 年のうち 2.6 年、女性で 79.2 年のうち 2.8 年分の寄与）しか与えていなかった[6]。

【結語】

治療効果の積算による接近からは、一定の領域では医療は著明な効果があることが明らかにされているが、医療の概況分析による接近からは、全体とした医療の効果は限定的であることが示されている。

このような知見の落差の要因を明らかにしていくためには、本論中で述べた方法論的課題を含めて、精緻なデータを継続的に蓄積して、検討していくことが望まれる。

【引用文献】

1. McDowell, I. and C. Newell, *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*1996, New York; Oxford: Oxford University Press 258.
2. Kane, R.L. and D.M. Radosevich, *Conducting Health Outcomes Research*2011, Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
3. Bunker, J.P., H.S. Frazier, and F. Mosteller, *Improving health: measuring effects of medical care*. The Milbank quarterly, 1994. 72(2): p. 225-58.
4. Nolte, E., C. Bain, and M. McKee, *Population Health, in Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*, P.C. Smith, et al., Editors. 2009, Cambridge University Press: Cambridge ; New York. p. 27-62.
5. Fuchs, V.R., *Who Shall Live?: Health, Economics and Social Choice*2011, New Jersey: World Scientific Publishing Company Incorporated.
6. Nixon, J. and P. Ulmann, *The relationship between health care expenditure and health outcomes*. The European Journal of Health Economics, 2006. 7(1): p. 7-18.
7. OECD, *Health at a Glance*, 2005, OECD: Paris.

共時的インターグループワークの試み ―支援―被支援関係の再考を含めて―

○志賀 文哉（富山大学・ソーシャルワーク）

【目的】

グループダイナミクスにおけるインターローカリティとソーシャルワーク実践におけるインターグループワークを組み合わせ、さらに共時性に注目した「共時的インターグループワーク」を実践に採用することにより、類似問題の同時解決の可能性を拓く。

【方法】

インターローカリティとは地点と時点が異なる2つのローカルな場が結びつく関係性を示す。たとえばある場所でなされる協同的实践は人物や時代の規定をうけるが、その実践のエッセンスが抽象化されて事実となり、場所や時代を超えて適用が可能になる。またインターグループワークは集団間の相互作用、集団とコミュニティの相互作用が地域発展に影響を与えることを示している。これらの「相互の」関係性に、さらに時間を共にしながら複数の場所で問題解決を図る実践を組んだ「共時的インターグループワーク」をホームレス支援、官民パートナーシップの形成など地域に置ける様々な場面で実践に導入する。

【結果と考察】

生活困窮者に対する社会的な居場所づくりとしての「相談会」の取り組みにおいて、当事者と支援する者が支援―被支援関係ではなく、対等な関係でその場づくりをしていくことが効果を生むことがある。これは、すでにアルコール依存者の治療共同体「アミティ」での実践例が有名である。この相談会は地域の専門職・行政が連携を取って

独自に進めてきたものであり、その相談会を経由し、生活保護の申請・受給に繋がったことも少なくない。また健康相談により健康リスクを本人が自覚するようになり、行動変容のきっかけになったこともある。そしてそのような成果は相談会の場などで共有される。

他地域で実践されている事例を参考にしつつ、協議を行い、行政を含んだネットワークづくりを進めていくことが今後の取り組みである。

そのような成果の一方で、支援―被支援関係が強まるほど依存性が高まり、本人のストレングス(強さ)が縮小してしまうことは否めなかった。この問題は場の大小にかかわらず生じるものであった。

そうした関係の中で確認すべきことは「相互にできることをやる」という極めて基本的なことである。何らかの援助を受ける者はそれを一面としつつ、その効果を十分に得られるように努め、同じ境遇の仲間に関心をもって関わる。他方の支援する者は属性の一つとしてのそれぞれの専門性を連携しながら発揮するということである。支援―被支援の関係性が両者の間の壁にならないように配慮しつつ、今後の場の維持と拡大を図る。

(参考)志賀文哉(2013): 共生するための集団と当事者, 社会的弱者との真の共生を目指して, CEAKS 研究叢書「交響するアジア」3, pp65-77

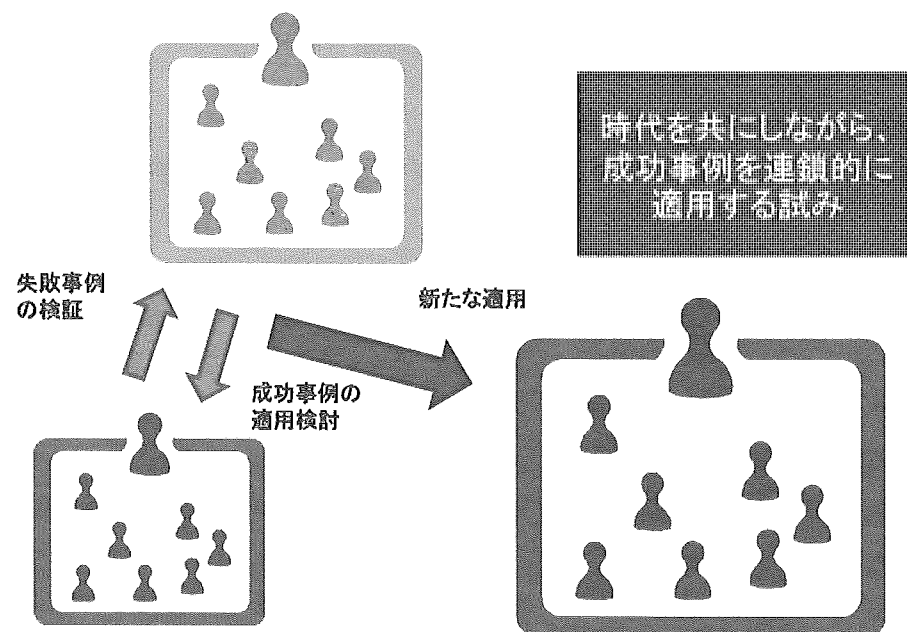


図 1. 共時的インターグループワーク

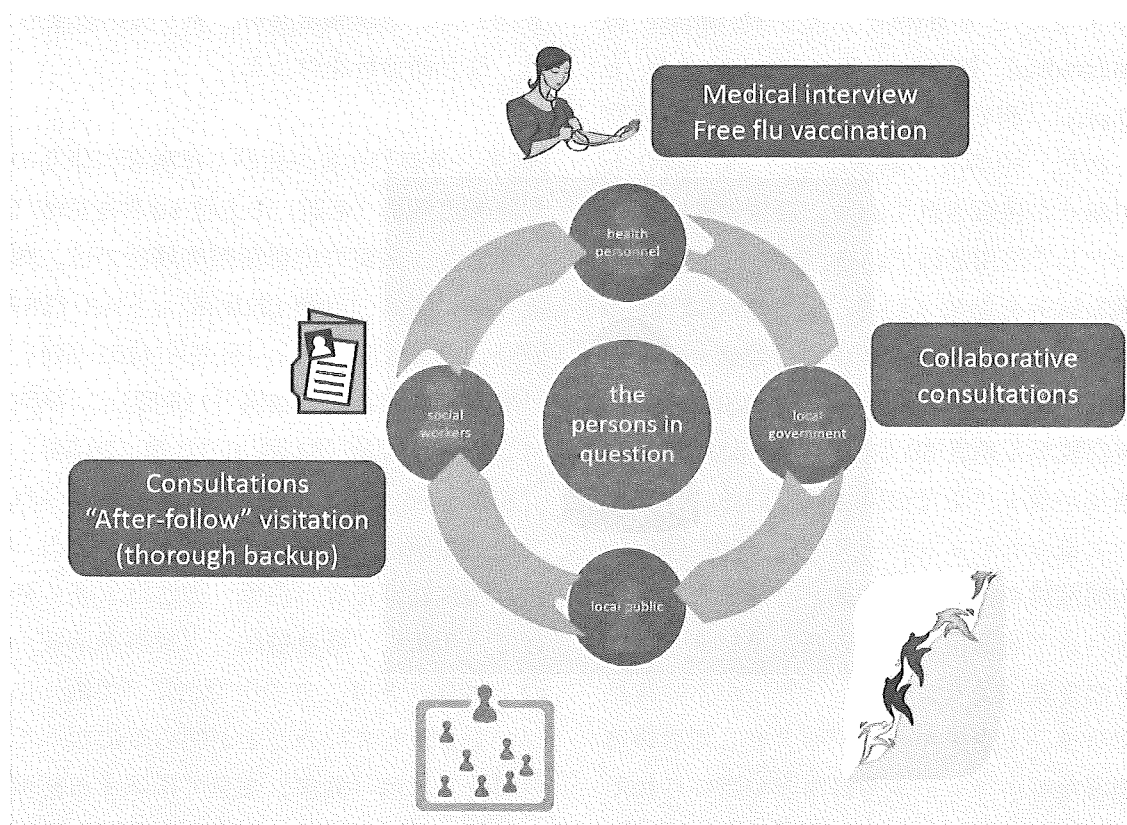


図 2. 相談会の場合

Mail address: fshiga@edu.u-tyama.ac.jp

テキストマイニングによるインターネット上のがん患者の語りの分析

○橋本ひかり¹、布宮友寛¹、岩垣穂大²、扇原 淳³

¹ 早稲田大学・人間科学部 ² 早稲田大学大学院・人間科学研究科

³ 早稲田大学・人間科学学術院

【背景】医療の現場は主に EBM（根拠に基づく医療）中心に行われているが、根拠のあるなしに関わらず、患者の語りを拠り所として実践する、NBM（語りに基づく医療）が注目を集めている。NBM では医療者だけでなく、患者も主体となって治療を進めることができるとされる。2001 年にイギリス、オックスフォード大学で、病気と向き合う勇気と知恵を身につけられるとされるようにすることを目的として、Database of Individual Patient Experience（以下 Dipex）「患者体験のデータベース」が設立された。40 以上の病気について約 2000 人の語りが掲載されており、医療情報源の一つとして活用されている。現在 11 ヶ国が同様の試みを始めている。我が国では 2009 年にこの Dipex をモデルに、「健康と病いの語りディベックス・ジャパン」が設立され、現在乳がん患者 50 名、前立腺患者 49 名の語りがウェブ上で公開されている。一方この大量のテキストデータから、特徴、傾向、相関関係を探し出す技術としてテキストマイニングが活用されている。インターネットの普及により、一般ユーザーからの意見やコメントをテキストデータとして取得可能となり、クレーム分析などで用いられてきたが、近年文学や政治学等にも応用されつつある。本研究では、掲載されている乳がん患者の語りについてテキストマイニングによる分析を行ったので報告する。

【対象と方法】がん患者の語りをデータベース化し、ウェブ上で公開をしている「健康と病いの語りデータベース」の「乳がんの語りウェブページ」

(<http://www.dipex-j.org/bc/> 2013 年 5 月 22 日参照)に掲載されている 49 名の女性と 1 名の男性乳がん体験者 乳がん患者の語りを対象とした。すべての語りを収集し、トレンドサーチ 2008（社会情報サービス社）を用いて、単語頻度解析、係り受け頻度解析、注目語分析を行った。

【結果と考察】50 名の乳がん体験者の語りの単語頻度解析（名詞）の上位 10 件を図表 1 に示した。名詞での単語頻度解析では、頻度の高い順に、「治療（219 回）」、「がん（187 回）」、「手術（154 回）」、「乳がん（131 回）」、「乳房（119 回）」、「自分（116 回）」、「病院（111 回）」、「術（84 回）」、「仕事（70 回）」、「結果（68 回）」となった。最も注目されている事柄は「治療」に関することであった。現在乳がんの「治療」方法は大きく分けて「手術」、「薬物療法」、「放射線治療」の 3 種類であり、この中で主に「手術」について言及していることが明らかになった。「手術」には「乳房」を全て切除する乳房切除術、乳房の一部を切除する乳房温存術があり、病気の進行度によっては患者の意志が尊重される場合があり、このことは今日の結果からも明らかである。

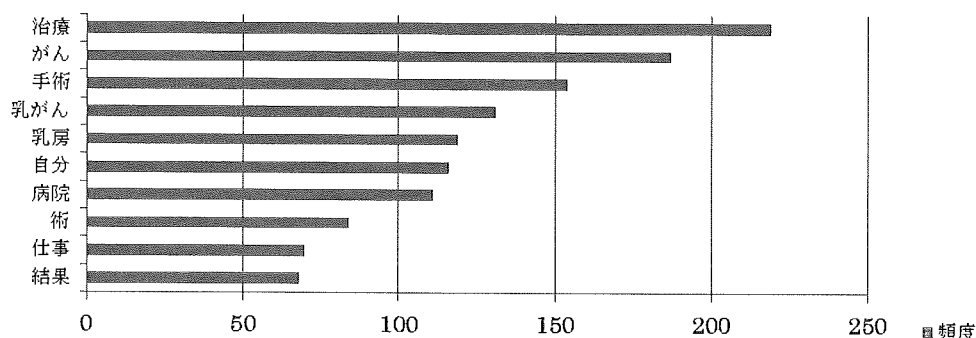
「ホルモン療法」をキーワードに係り受け頻度解析の結果について、上位 20 を図表 2 に示した。大高らは、ホルモン療法は心理的にマイナスのキーワードと強い関連は見られないと報告していたが、本研究では「怖い」という心理的にマイナスの言葉と関連していた。また「術後」という言葉は、ホルモン療法は「術後」に転移・再発の防止のために行われることが多いと考えられるためである。

また注目語分析による言葉ネットワーク図を図 3 に示した。「化学療法」は、「地元」、「一人暮らし」といった場所を表す言葉と

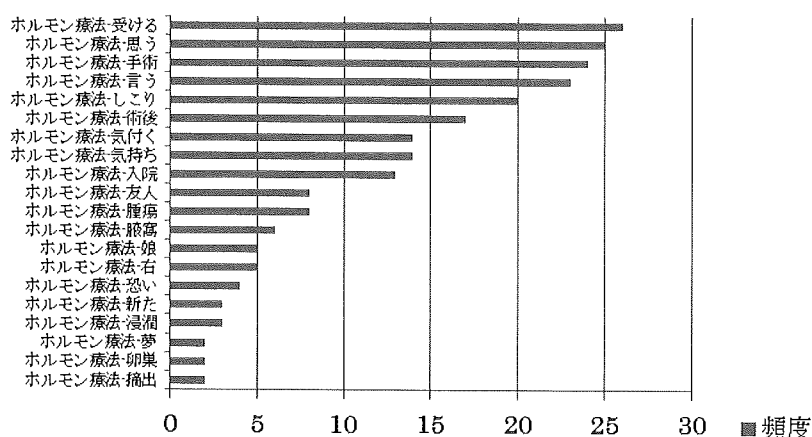
関連が見られた。化学療法による治療は副作用を伴い、家族に心配をかけないため、また心配をされすぎて自分の負担にならないために、治療中は家族と離れて治療を受けることの影響と思われる。一方で、一時的に「地元」に戻り治療を行う場合もあり、「地元」や家族との距離の取り方には個人差が見られた。

今後は治療方法別の語りの更なる分析が必要である。

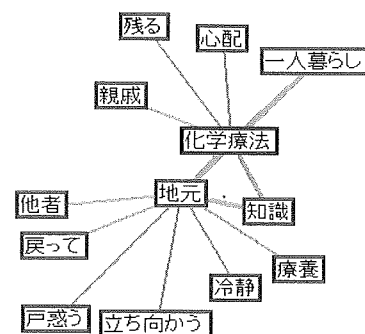
図表1 単語頻度解析



図表2 「ホルモン療法」の係り受け頻度解析



図表3 注目語分析



Mail address: hikari.hashimoto124@gmail.com

均等化視点からみた中国新型流動人口の母子健康の支援に関する研究

高 燕¹ 馬 景輝² 夏 勤³ 严小青³ 曹 咏梅⁴ 中山 直子⁴ 星 旦二⁴

1 中国	浙江工商大学	echo_118@hotmail.com
2 中国	浙江理工大学	mzh58@hotmail.com
3 中国	浙江杭州上城区計生局	
4 中国	浙江杭州經濟技術開發区白楊街道	
5 日本	首都大学東京	star@onyx.dti.ne.jp

1. はじめに

中国は広大な国土と多様な気候・地形、膨大な人口を有している。しかしながら、改革開放政策以降中国では著しい経済成長を遂げてきている。近年、経済格差を背景に農村部から都市部への人口流動が年々増大している。1980年代の国内経済改革解放をはじめ、2010年の統計によると、農村部から都市に働く人の数は約一億四千であり、全国人口の中では一割は“流動人口”という群である。その群の人は、仕事場によって、省や都市・地域の間に関係を連れて頻繁に移動するケースも多い。中国では、都市・農村部の二元化の戸籍制度があることによって、医療、教育、年金保険、社会地位の認識など様々の社会福祉資源の面では都市の一般市民と格差が大きく、弱い立場である。よって、貧困格差を最小限にして、各社会階層の人の社会福祉を改善するのが大きな社会課題とされている。流動人口の母子健康支援は国の人口質に関わり、一つの福祉政策として、注目されている。今の流動人口は“第二代流動人口”という、本研究では、“新型流動人口”と定義している。人口学の視点からみた特徴としては、元々親と一緒に都市に生活しており、年齢は20代前後、農業の経験がまったく、低いレベルの

教育環境に育てられ、基本的な都市ライフスタイルに慣れ、学歴や技術機能の競争力が弱く、都市に自分の価値を強く求めれる。こうした流動人口に対してどのように教育・保健衛生などの公共サービスを提供するかということが新たな課題として浮上している。こうした課題に対応するため、市の財源により、特に都市に流動人口を高密度集める地域や町の“計画生育委員会”に委託し、流動人口を対象として、HIV 検査・一般生殖系疾病検査、妊娠期及び新生児検査など無料に行われる体制強化が急がれている。

2. 研究目的

このような背景に基づき、本プロジェクトは、初回調査は、流動人口約2万人を集めている中国浙江省杭州市經濟技術開發区白楊街道計生課と杭州上城計生局と協働研究によって、調査の協力を求め、区内約600人の流動人口を研究対象として、個人属性、生活習慣、母子健康意識及び行動、サービスの提供側のサービス内容などに関わるアンケートを行った。さらに、二次調査は、母子保健のサービス利用や費用問題などについて、個人や業務担当者との個別訪問を行った。浙江省範囲に流動人口600人を同じ。研究流動人口の

本課題は“中国浙江省 2011 年民生调研协作攻关专项研究课题 (2011XZ06) 研究成果である。

母子保健支援サービスの内容を改善し、サービス提供の評価水準を向上することを目的として実施される。

3. 研究方法

今回の分析方法は、サービス主体の質（サービス意識、専門知識、総合満足度、話の丁寧さ、態度の良さ）、サービスの内容（無料 HIV 検査、無料新生児検査、無料分娩サービス、無料のアイズ検査）個人状況（学歴、年齢、婚姻状態、住居、新婚検査、新婚健康検査）、サービス効果（生殖系の疾病、妊娠期検査、生殖系疾病の治療、結婚前の性行為）の項目について分析した。分析方法は、探索的な因子分析により抽出された因子をもとに潜在変数を命名し、概念モデルを仮説し、共分散構造分析を行い、総合的、構造的な検討を行った。共分散構造分析では、（杭州経済技術開発区）区内と区外に分けられ、同時分析を行い、モデリング改良を繰り返し、パスの方向、標準化推定値、CFI(Comparative Fit Index)NFI(Normed Fit Index)、RMSEA、(Root Mean Square Error of Approximation)、AIC(Akaike Information Criterion)、決定係数を確認しながら、最適モデルを探った。

4. 研究結果

因子分析の分析結果は、因子累積負荷量 61.979 であり、「サービス提供主体の質」、「サービスの内容」、「個人状況」、「サービス効果」4つの因子が抽出された。因子分析結果をもとに、共分散構造分析を行った。NFI=0.789, CFI=0.840, RMSEA=0.044 と示さ

れ高い適合度が得られた。その結果、「サービス主体の質」、「サービスの内容」、「個人状況」、「サービス効果」の間に直接・間接的に関連している構造が明らかになった。関連性が明らかになった。「サービス効果」に対して、「サービス内容」からの規定力は、区内地域以外より、区内のほうが強く、「個人状況」から規定力は区内より区以外のほうが強く、「サービスを提供主体の質」からの規定力は区以外より区以内のほうが強く。よって、流動人口生殖健康支援サービスの効果と「サービス内容」と「サービスを提供主体の質」と強く関連していることが示唆された。また、流動人口の学歴、職種、年齢階層別にも差が見られる可能性が示された。

表1 生殖サービス効果の影響要因の因子分析

	サービス意識	専門知識	総合満足度	話の丁寧さ	態度の良さ	無料HIV検査	無料新生児検査	無料分娩サービス	B超	無料のアイズ検査	年齢	学歴	婚姻状態	住居	新婚検査	生殖疾病検査	妊娠期の検査	生殖疾病治療	結婚前の性行動	α 系数	累計%
サービス意識	0.864	-0.311	0.088	0.105																	
専門知識	0.844	-0.368	0.099	0.041																	
総合満足度	0.836	-0.369	0.095	0.031																	
話の丁寧さ	0.833	-0.350	0.060	0.117																	
態度の良さ	0.829	-0.298	0.113	0.211																	
無料HIV検査	0.351	0.785	-0.096	0.232																	
無料新生児検査	0.373	0.710	-0.184	0.199																	
無料分娩サービス	0.446	0.582	-0.190	0.283																	
B超	0.348	0.476	-0.285	0.099																	
無料のアイズ検査	0.095	0.428	0.252	-0.054																	
年齢	-0.109	0.181	0.758	0.290																	
学歴	0.064	-0.190	-0.733	-0.055																	
婚姻状態	-0.343	0.064	0.608	0.289																	
住居	0.325	0.163	-0.333	-0.254																	
新婚検査	0.383	0.391	0.333	-0.419																	
生殖疾病検査	-0.304	-0.319	-0.291	0.510																	
妊娠期の検査	0.022	-0.182	0.236	-0.407																	
生殖疾病治療	0.499	0.323	0.273	-0.322																	
結婚前の性行動	0.133	0.133	-0.236	-0.246																	
α 系数	0.823	0.675	0.688	0.430																	
累計%	23.2	35.4	47.7	62.0																	

注：因子载荷矩阵累计值为61.9'

知的障害児の親の SOC、精神健康と障害児への体罰の関連性の検討

○木村美也子(聖マリアンナ医科大学・予防医学)

山崎喜比古(日本福祉大学・社会福祉学部)

【目的】 知的障害児の親のわが子に対する体罰体験及びそれらと SOC (Sense of Coherence, ストレス対処能力)、精神健康との関連を検討することを本研究の目的とした。

【方法】 実施期間は 2011 年 2 月～3 月で、首都圏 10 校の特別支援学校(小学校、中学校、高等学校)の PTA 会長、役員らの協力を得、各校の保護者計 1645 名に自記式質問紙調査票と返信用封筒を配布、郵送により 666 名より回答を得た(回収率 40%)。この内、回答者を父母に、障害児の年齢を 20 歳未満に限定し、648 名を分析対象とした。質問項目は親、子の年齢、性別、暮らし向き、子の障害の種類、家庭における障害児の数など属性の他、精神健康には GHQ12 項目版(4 件法)、SOC には SOC スケール 13 項目版(5 件法)を用いた。障害児への体罰に関しては「これまでにご自身の感情がコントロールできず、障害あるお子さまに思わず手をあげてしまったことがありますか？」という質問に対し、「しょっちゅうあった」「たまにあった」「ほとんどなかった」「全くなかった」の 4 件法で回答を得た。健常児への体罰については、上記下線部を「健常児のきょうだい児」に置き換え、同じく 4 件法で回答を得た。

【結果と考察】 障害児に対する体罰体験では、回答者 637 名のうち 87 名 (13.7%) が「しょっちゅう」、357 名 (56.0%) が「たまに」手をあげており、両者を合わせると回答者

の 69.7% に上った。尚、障害児への体罰体験において、父母間に有意な差はみられなかった(表 1)。

表 1 知的障害児に対する体罰体験

	全体 n = 637 n (%)	母親 n = 603 n (%)	父親 n = 34 n (%)	p*
しょっちゅうあった	87 (13.7)	84 (13.9)	3 (8.8)	0.256
たまにあった	357 (56.0)	338 (56.1)	19 (55.9)	
ほとんどなかった	136 (21.4)	130 (21.6)	6 (17.6)	
全くなかった	57 (8.9)	51 (8.5)	6 (17.6)	

* 母親と父親の比較はマン・ホイットニーの U 検定による。

次に、障害児と健常児のいる家庭の親 499 名を分析対象とし、両者への体罰体験を比較したところ、障害児への体罰体験は健常児への体罰体験に比べ、有意に高かった($p < 0.001$) (表 2)。

表 2 障害児と健常児に対する体罰体験の比較 n = 499

	対障害児 n (%)	対健常児 n (%)	p
しょっちゅうあった	69 (13.8)	26 (5.2)	<0.001
たまにあった	275 (55.1)	196 (39.3)	
ほとんどなかった	105 (21.0)	153 (30.7)	
全くなかった	50 (10.0)	124 (24.8)	

ウィルコクソンの符号順位検定

最後に、障害児への体罰と SOC、精神健康との関連性を検討するため、多重ロジスティック回帰分析を行った(表 3)。従属変数は障害児に対する体罰の有無で、障害児に対して手をあげたことが「しょっちゅうあ

った」「たまにあった」と回答した群を「体罰あり」(1)、「ほとんどなかった」「全くなかった」と回答した群を「体罰なし」(0)とした。また、説明変数側(共変量)には、GHQ、SOC の他、単変量解析(χ^2 検定)で障害児への体罰体験に有意差がみられた子の年齢($p<0.001$)、障害の種類($p<0.05$)も投入した。オッズ比は、親の GHQ4 未満(精神健康良好)に対し、4 以上(精神健康に問題あり)で 1.6(95%CI 1.1–2.5、 $p=0.029$)、SOC 高群(46 以上)に対し低群(35 以下)で 2.1(95% CI 1.2–3.8、 $P=0.014$)と、いずれも有意な体罰傾向がみられた。この他、子の年齢 16–19 歳に対し、12 歳以下で 1.7(95%CI 1.1–2.7、 $P=0.012$)と、より年齢の若い群で有意

な体罰傾向がみとめられた。

親が感情をコントロールできなくなるほどに追いつめられる状況を回避するためにも、また障害ある子の健やかな成長を促すためにも、親のニーズに合った支援体制、及び日常的に相談できる場の提供が望まれる。

【結論】知的障害児の親の 7 割弱に体罰体験がみられ、健常児よりも障害児に対し、より体罰が行われていることが明らかになった。また、子の年齢が幼く、親の精神健康が良好でないこと、SOC が低いことがこうした体罰行動のリスク要因になる可能性が示唆された。

E-Mail: mkimura@marianna-u.ac.jp

表3 知的障害児の親の SOC, 精神健康と体罰の関連性の検討 n=580

		体罰あり n(%)	オッズ比 (95% CI)	p
GHQ	≥4	226 (78.7)	1.6 (1.1–2.5)	0.029
	<4	203 (62.1)	Reference	
SOC	低群 (≤35)	164 (80.0)	2.1 (1.2–3.8)	0.014
	中群 (36–45)	152 (70.4)	1.4 (0.9–2.3)	
	高群 (≥46)	111 (57.2)	Reference	
子の年齢	≤12	196 (76.3)	1.7 (1.1–2.7)	0.012
	13-15	122 (70.1)	1.4 (0.9–2.3)	
	16-19	126 (61.2)	Reference	
子の障害	自閉症/広汎性発達障害	233 (74.2)	1.3 (0.9–1.9)	0.124
	ダウン症/その他知的障害	200 (65.8)	Reference	

多重ロジスティック回帰分析

乳幼児をもつ父親の QOL と構造的にみた関連要因

○高城 智圭 星 旦二 (首都大学東京 都市環境科学研究科)

【目的】従来の父親研究は、父親の育児参加が母親や子どもにとってどのような影響が与えられるかを検証した研究がほとんどであった。近年、父親自身を対象とした研究がなされるようになってきたが、それらの多くは父親の育児ストレスに関する研究であり、父親の Quality of life (以下、QOL) の関連要因を検討した研究は数少ない。父親の QOL 関連要因が明らかになることは、母親だけでなく、父親も含めた子育て家庭の QOL の向上につながる支援を考える一助になると考えられる。

そこで本研究では、乳幼児期の父親の QOL に関連する要因を明らかにすることを目的とする。

【方法】対象：データは第 3 回全国家族調査 (以下、NFRJ08) データを用いた。NFRJ08 の対象者は 2009 年 1~2 月に 28~72 歳であった全国の男女で、層化 2 段無作為抽出法によって抽出された 10,000 人のうち、有効回答のあった 6,302 人である。このうち 28~47 歳までを対象とした若年調査のうち、0~5 歳の子どもをもつ男性 290 人を分析対象とした。

調査項目：父親の属性 (年齢、就業の有無、年収、学歴)、配偶者の属性 (年齢、就業の有無、年収)、さらに先行研究を参考に、夫婦の満足度、夫婦の関係性、家事育児役割を本調査の調査項目とした。夫婦の満足度は「子育てに対する配偶者の取り組み方 [以下、満足 1]」「家事に対する配偶者の取り組み方 [満足 2]」「夫婦関係全体 [満足 3]」の

3 項目 4 件法、夫婦の関係性は「配偶者は私の心配事や悩み事を聞いてくれる [関係 1]」「配偶者は私の能力や努力を高く評価してくれる [関係 2]」「配偶者は私に助言やアドバイスをしてくれる [関係 3]」の 3 項目 4 件法、夫婦の会話量 (平日+休日)、家事育児役割は「食事の用意 [家事 1]」「食事の後片付け [家事 2]」「食料品や日用品の買い物 [家事 3]」「洗濯 [家事 4]」「掃除 [家事 5]」「子どもと遊ぶ [育児 1]」「子どもの身の回りの世話 [育児 2]」の 7 項目 5 件法である。QOL は「生活に満足している [生活満足度]」(4 件法)、「この 1 週間のうち毎日が楽しいと感じたこと [毎日が楽しい]」(4 件法)、「健康である [健康状態]」(5 件法) の 3 項目を用いた。

分析方法：QOL、父親の属性、配偶者の属性、夫婦の満足度、夫婦の関係性、夫婦の会話量、家事育児役割の項目を用いて、 χ^2 検定を行い、QOL とそれぞれの項目の関連を確認した。その後、探索的因子分析を行い、因子分析の結果を参考に潜在変数を設定した。「父親の QOL は家事育児役割、夫婦の関係性、夫婦の満足度と関連する」と仮説を立て共分散構造分析を行い、最適モデルを探索した。有意水準は $p < 0.05$ とした。分析には、SPSS19.0、Amos19.0 を用いた。

【結果と考察】父親の属性は表 1 の通りである。探索的因子分析の結果を参考に、「関係 1」(「」は観測変数とする)「関係 2」「関係 3」と「会話量」の 4 項目からなる『夫婦の関係性』(『』は潜在変数とする)、「満

足1」「満足2」「満足3」の3項目からなる『夫婦の満足度』、「家事1」「家事2」「家事3」「家事4」「家事5」「育児1」「育児2」の7項目からなる『家事育児役割』、「生活満足度」、「毎日が楽しい」、「健康状態」の3項目からなる『QOL』の4つの潜在変数を設定した。それぞれの Cronbach の α 係数は、0.510、0.786、0.934、0.411 である。4つの潜在変数を用いて、最適モデルを探索した結果、図1に示すモデルが得られた。本モデルの適合度は RMSEA=0.052、NFI=0.868、CFI=0.937、TLI=0.920、決定係数は 0.58 であった。『夫婦の関係性』から『QOL』への標準化直接効果は 0.22、『夫婦の満足度』から『QOL』への標準化直接効果は 0.58 であり、いずれも有意であった。『夫婦の関係性』から『夫婦の満足度』を経由した『QOL』への標準化間接効果は 0.37 であり、『家事育児役割』を経た標準化間接効果は 0.03 であった。この結果から、父親の QOL は、配偶者が話を聞いてくれるなどのプラスと捉えられる夫婦の関係性が基盤となり、夫婦の満足度に関連し、QOL を高める方向に影響する可能性が示唆され

た。また、『家事育児役割』は『QOL』と直接関連しない可能性が示されたが、父親のウェルビーイングと育児参加の関連をみた先行研究でも同様の結果が報告されており、本研究結果も先行研究を支持した。

本モデルを用いて、配偶者の就業の有無別に多母集団同時分析を行った結果、『夫婦の満足度』から『家事育児役割』への標準化直接効果は就労あり群が 0.29、就労なし群は -0.35 であり、配偶者の就労あり群が就労なし群よりも有意に大きな値を示した。また、『夫婦の関係性』から『夫婦の満足度』を経由した『QOL』への標準化間接効果は、就労あり群 0.60、就労なし群は 0.26 であり、就労あり群が大きな値を示した。配偶者(母親)の就労の有無は父親の QOL 関連要因に影響を与えることが示唆された。

内的、外的妥当性を高めることが今後の研究課題である。

【謝辞】二次分析に当たり、東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センター SSJ データアーカイブから第3回全国家族調査(NFRJ08)(日本家族社会学会全国家族調査委員会)の個票データの提供を受けました。

Mail ; c-takagi@ks.kyorin-u.ac.jp

表1 対象者の属性

		人数	%
父親	年齢	平均35.6 (SD4.4)歳 range28-47歳	
	最終学歴	中学校/高等学校	115 39.7
		専門学校/短大	58 20.0
		大学以上	110 37.9
		無回答	7 2.4
	就業の有無	就いている	280 96.6
		休職中	2 0.7
		就いていない	4 1.4
		無回答	4 1.4
	就業形態	常時雇用	243 83.8
母親		臨時雇用	13 4.5
		自営業	29 10.0
		非該当	4 1.4
		無回答	1 0.3
	年収	300万円以下	37 12.8
		300~600万円	162 55.9
		600万円以上	87 30.0
		無回答	4 1.4
	配偶者の有無	配偶者あり	286 98.6
		配偶者なし	4 1.4
母親	年齢	平均34.0 (SD4.3)歳 range23-46歳	
	就業の有無	就いている	113 39.0
		休職中	10 3.4
		なし	162 55.9
		非該当	4 1.4
		無回答	1 0.3

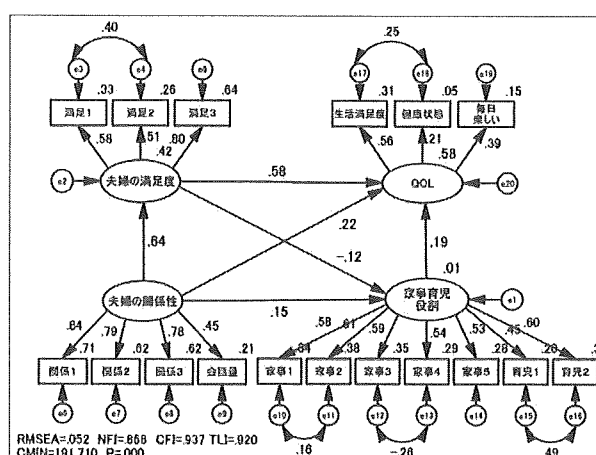


図1 父親のQOLの関連要因モデル

日本における社会経済的要因と幸福感、生活満足感、主観的健康感の 共分散構造分析

○坊迫吉倫、星旦二（首都大学東京・都市環境科学）

【目的】内閣府により 2012 年に実施された「第 1 回生活の質に関する調査」の個票データを用い、『教育歴』、『収入』の社会経済的要因と『幸福感』、『生活満足感』、『主観的健康感』の主観的指標との関連を共分散構造分析を用いて明らかにする。

【方法】2012 年 3 月に全国の 15 歳以上の男女 10,440 人を調査対象とし 6,451 名の回答が得られた。本研究の分析対象は、使用した以下の項目に欠損のない計 5,380 名である。分析に用いた調査項目は、性、年齢、`社会経済的要因`（` ` は潜在変数）として『教育歴』、『収入』（` ` は観測変数）、主観的指標として『幸福感』、『生活満足感』、『主観的健康感』である。分析には、Amos による共分散構造分析を用いて、『教育歴』、『収入』の`社会経済的要因`から、『主観的健康感』への、標準化間接効果、標準化直接効果、標準化総合効果を検討した。信頼区間の推定にはブートストラップ法を用いた。間接効果（= 媒介効果）の分析には、重回帰分析を繰り返して行う Baron らの手法が多く用いられるが、本モデルのように媒介変数が複数あるモデル（Three-path mediated effect model）の場合、共分散構造分析を用いる方が簡便である。

【結果と考察】男女別に多母集団同時分析した結果、男性、女性ともに、『主観的健康感』に対する`社会経済的要因`の標準化総

合効果が統計的に有意であった（男性 $\beta = 0.19$ 、95% 信頼区間 [CI] $0.132 - 0.247$ $P=0.001$ 、女性 $\beta = 0.15$ 、95% 信頼区間 [CI] $0.105 - 0.203$ $P=0.002$ ）。男性、女性ともに、『主観的健康感』に対する`社会経済的要因`の標準化直接効果が統計的に有意であった（男性 $\beta = 0.11$ 、95% 信頼区間 [CI] $0.054 - 0.169$ $P=0.001$ 、女性 $\beta = 0.09$ 、95% 信頼区間 [CI] $0.046 - 0.143$ $P=0.002$ ）。また、男性、女性ともに『生活満足感』『幸福感』を介した標準化間接効果が統計的に有意であった（男性 $\beta = 0.08$ 95% 信頼区間 [CI] $0.059 - 0.105$ $P=0.002$ 、女性 $\beta = 0.06$ 95% 信頼区間 [CI] $0.043 - 0.073$ $P=0.001$ ）。

【結論】`社会経済的要因`は、男性、女性とも『主観的健康感』と関連があった。また、`社会経済的要因`は、男性、女性とも『生活満足感』『幸福感』を介して『主観的健康感』と間接的に関連があった。社会経済的要因と健康の関連研究において、媒介効果を持つ変数である『幸福感』および『生活満足感』の重要性が示唆される。

Mail address: bosako@stars-lab.com

表 1. 記述統計と相関行列

	Mean	SD	1	2	3	4	5	6
1 年齢	53.6/54.8	16.4/17.1	1					
2 教育歴	10.0/9.1	4.8/4.0	-0.23**	1				
3 等価収入	277/252	161/152	-0.15**	0.36**	1			
4 生活満足感	5.7/6.3	2.2/2.2	0.10**	0.10**	0.24**	1		
5 幸福感	6.4/6.9	2.0/2.0	-0.03	0.15**	0.22**	0.75**	1	
6 主観的健康感	3.5/3.5	1.1/1.1	-0.19**	0.13**	0.17**	0.26**	0.31**	1

(男性/女性) 下三角 = 男性, 上三角 = 女性

** $P<0.01$, * $P<0.05$

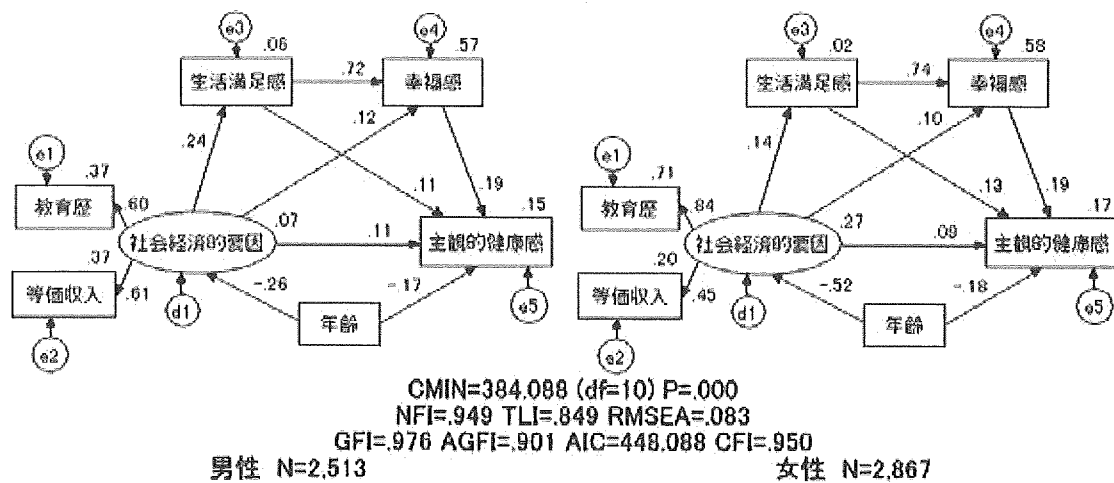


図. “社会経済的要因” と主観的健康指標の共分散構造分析 (男女別)

表 2. “社会経済的要因” から『主観的健康感』への標準化効果

	標準化 推定値	95%CI	P 値
男性 N=2,513			
標準化総合効果	0.191	0.132 - 0.247	$P=0.001$
標準化間接効果	0.081	0.059 - 0.105	$P=0.002$
標準化直接効果	0.110	0.054 - 0.169	$P=0.001$
女性 N=2,867			
標準化総合効果	0.150	0.105 - 0.203	$P=0.002$
標準化間接効果	0.056	0.043 - 0.073	$P=0.001$
標準化直接効果	0.094	0.046 - 0.143	$P=0.002$

行政への社会医学の応用

○佐分利応貴（京大・経済研）

【目的】

現在の政策立案、実施、評価過程の改善に、社会医学の知見の導入が有効であることを明らかにすること。

【方法】

現在の政策立案、実施、評価までの一連の手法を評価するため、比較対象となる他分野の手法として医学的手法を採り上げ、比較検討を行った。

【結果と考察】

社会も人体も、ともに「複雑系」、すなわち多くの要素からなり、部分が全体に、全体が部分に影響しあって複雑に振る舞うシステムである。政策とは、社会の問題解決のための政府による社会への介入（intervention）・制御（control）であるが、これは医学における疾患への措置（治療：treatment）に相当する。

複雑系における問題解決（制御）のためには、①構成の構造や動きに関する理解（複雑系に関する理解）、②問題の発生要因に関する理解、③制御に関する理解、④予防に関する理解、などが必要である。

人体を対象とする近代医学の発展とともに開発された概念や手法は、複雑系の問題解決の先駆である。具体的には、ヴェサリウスに始まる解剖学、ハーヴェイやベルナールによる生理学の発達により人体

に関する構造や相互作用が徐々に明らかにされ、ウィルヒョウらによる病理学の発達により問題発生要因（内因、外因）が明らかにされてきた。制御手段についてはウィザリングやジェンナーらによる薬理学の発達、パレらによる外科学の発達、制御手法についてはアウエンブルガーらによる診断学・内科学、ナイチンゲールらによる看護学の発達、予防に関してはジェンナーらによる免疫学・予防医学の発達があった。これら各分野は医学として体系化・統合化され、その人材育成についても医学部・看護学部等カリキュラムが整備されており、理学療法士・作業療法士などのコメディカルも養成されている。

一方、社会の制御については、①構造や相互作用については社会学や経済学、②問題発生要因については犯罪学や経済学、③制御については法学、経済学、社会学、社会システム工学、④予防についてはリスク・マネジメント論などが、それぞれの一部を取り扱ってはいるものの、体系化・統合化はなされていない。また、社会の制御を職務とするのは公務員だが、公務員の採用試験では一般教養と専門科目（事務官の場合、行政学、法律学、経済学から一分野を選択）が出題され、複雑系の制御知識や能力は問われない。

	人体	社会
①対象(複雑系)に関する理解	解剖学、生理学など	社会学、経済学など
②問題の発生要因に関する理解	病理学など	犯罪学、経済学など
③制御に関する理解	薬理学、診断学、看護学など	法学、経済学、社会学、システム工学など
④予防に関する理解	免疫学、予防医学など	リスクマネジメントなど

2004 年以降、専門職育成を目的とする公共政策大学院が設置されている大学もあるが、教員面の制約から、カリキュラムは学部と大きな差は見られない。

複雑系の制御に関する知見の欠如は、政府の行う政策評価に端的に表れる。政策評価の基本指針となっている平成 17 年の「政策評価の実施に関するガイドライン」（平成 24 年一部改訂）では、「各行政機関は、評価に要するコスト等も勘案の上、評価の目的、評価対象の性質等に応じた適用可能で合理的な評価手法により政策評価を実施するものとする」と、運用の具体性に欠けるものとなっている。

このため、各府省の政策評価報告書において、外務省は実施結果を 5 段階評価しているが（目標を達成した＝5、目標達成に進展が見られなかった＝1 ただし外部有識者による評価であり客観的基準に基づくものではない）、他府省はこうした絶対評価を行っていない。例えば、農林水産省の平成 24 年度の公共事業完了後評価結果では、153 件すべて「一定の事業効果の発現が認められる」と同じ記載がなされているなど、疫学的検証に耐えられない内容となっている。

税金の投入という介入を行えば、当該地域に何らかのインパクトがあるのは当然であり、その投入効果を測るにはランダム化比較研究（RCT）が必要だが、政策では対照群は設定されておらず、生産性の向上が税金の投入（公共事業）によるものなのか、天候によるものなのか、品種改良によるものなのか等の比較も行われない。

医学では、1991 年に登場した Evidence Based Medicine において、臨床的専門技

能（clinical expertise）と利用可能な最善の外部根拠、患者の価値と期待を統合する「医療技術の科学（the science of the art of medicine）」が定義され、①必要な情報の列挙、②これら情報の根拠の探索、③根拠の妥当性の吟味、④臨床行為への適用、⑤臨床行為の評価、のプロセスが提唱された。こうした動きに倣い、政策関係者にも Evidence Based Policy の必要性を唱える者もいるが（Jon Baron, 2007: 岩田一政, 2012 他）、政策現場には導入されていない。このため、現場で公務員が、問題解決のためにどのような支援制度を適用すべきか等の判断も、形式要件や本人の経験等に左右されてしまう。

【結論】

行政は、人体と同じ複雑系であり、介入には慎重な判断が必要である。先進科学は後進科学をリードするが、社会という複雑系の制御には、人体という複雑系の先進的な制御の手法の導入が可能である。国及び地方財政の危機的状況が叫ばれるなか、社会問題の解決につながらない政策に税金を投入している余裕はない。現在の「患者（社会）の問題解決につながらない医療（政策）」を改善するため、行政の役割である社会への介入・制御手法につき、社会医学の知見を取り入れつつ抜本的に改める必要がある。

なお、京都大学経済学部・公共政策大学院では、昨年度より「社会的病理の解決手法」として、学生に対し社会医学の知見を活かした社会制御の手法を研究しており、各方面からのご助言をお願いしたい。

Mail address saburi@kier.kyoto-u.ac.jp

低出生体重児出生率と生物社会経済指標に関する地域相関研究

○芹澤 加奈（早稲田大学大学院人間科学研究科）

扇原 淳（早稲田大学人間科学学術院）

稲葉 裕（順天堂大学医学部衛生学教室）

【目的】低出生体重児は、2000年代以降急速に増加している。低出生体重児は、成長後生活習慣病をはじめとしたいくつかの疾患のリスクが高いことが報告されている。我々は、低出生体重児の出生について、地理的空間的について分析し、いくつかの都道府県で特に増えていることを明らかにしたり、さらに、低出生体重児の出生因子に関する体系的文献レビュー²⁾を行い、生物社会経済文化的要因28項目を抽出した。

そこで今回、地域行政基礎データを用いて低出生体重児出生率と生物社会経済的要因との関連について検討したので報告する。

【方法】都道府県別の低出生体重児(2500g未満出生児)出生率は2009年厚生労働省統計局統計の窓口 e-stat より、デジタル化された人口動態統計データベースを使用した。体系的文献レビューで抽出された28因子をもとに、e-stat から関連のある44項目を抽出し、低出生体重児出生率との単相関分析を行った。統計学的有意水準は $p < 0.05$ とし、多重共線性を考慮するために、相関係数 ≥ 0.7 となった因子は除外した。

続いて、低出生体重児出生率を従属変数、その他の変数を独立変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。独立変数は、単相関分析の結果を基に因子を選定した。解析には SPSS Statistic 20 を用いた。

【結果と考察】単相関分析の結果、都道府県別低出生体重児出生率と統計学的に有意

に関連のあった因子は、母親の年齢が40～44歳の出生率、40～44歳の女性未婚者割合、45歳～49歳の女性未婚者割合、人口千人当たり離婚率、出生数千人当たり死産率、ジニ係数であった。

重回帰分析の結果については、都道府県別低出生体重児出生率に対して有意な標準回帰係数として抽出された因子が、「ジニ係数」のみであった。（重回帰分析1： $R^2 = 0.192$ ）そこでジニ係数を独立変数から削除し再度解析を行った（重回帰分析2）。その結果抽出された因子は、「母親の年齢が40～44歳の出生率」、「最終学歴が大学・大学院卒者の割合」、「女性の睡眠の平均時間」であった。（ $R^2 = 0.245$ ）

分析1ではジニ係数のみが低出生体重児出生率に影響を与えている因子として抽出された。他の因子が抽出されなかった理由としては、都道府県別の低出生体重児出生率は経済格差の多大な影響を受けていることが挙げられる。父母の社会経済的状態が低いこと、つまり低収入の家庭には低出生体重児が発現しやすいという報告が幾つかされている^{3,4)}。しかし、我が国における経済格差と低出生体重児の発現との関連についての研究は少ない。

また、ジニ係数を削除して再解析を行った結果、低出生体重児出生率に影響を与えている因子として、母親の出産年齢（高）、大学卒・大学院修了者割合（低）、女性の睡

眠時間（少）が抽出された。高齢出産が低出生体重児出生のリスクとはすでに報告されている^{5,6,7)}。また、女性の睡眠時間が短いことを、休息の時間が少ないと考えると、Abeyseena ら⁸⁾による結果を支持するものであった。

低出生体重児の出生に母体側の生物学的な要因よりも学歴や所得などの影響が強く

表れることが考えられたが、本研究ではそれらの項目が抽出されなかった。その要因として、都道府県という比較的広域を対象としたことが考えられ、今後は市区町村といった小地域レベルの分析が必要と考えられた。

Mail : serizawa-kana@fuji.waseda.jp

表 1 重回帰分析結果 1

	標準回帰係数	偏相関係数	P値
ジニ係数	0.458	0.458	0.001
R=0.458	Adjusted R Square=0.192	F値=11.956(P=0.001)	

表 2 重回帰分析の結果 2

	標準回帰係数	偏相関係数	P値
母親の年齢が40～44歳の出生率	0.535	0.508	0.000
最終学歴が大学・大学院卒者の割合	-0.670	-0.426	0.004
女性の睡眠の平均時間	-0.463	-0.316	0.034
R=0.542	Adjusted R square=0.245	F値=4.771(P=0.034)	

【引用文献】

1. 芹澤加奈, 扇原 淳, 稲葉 裕: GIS を用いた低出生体重児に関する地理的空間的分析. 日本公衆衛生雑誌, 59(10): 415 (2012)
2. 芹澤加奈, 扇原 淳: 低出生体重児の発現要因に関する体系的文献レビュー. 第 53 回日本社会医学会総会講演集, 259 (2012)
3. Anja Poerksen, Diana B. Petitti: Employment and low birth weight in BLACK WOMEN: Soc. Sci. Med.33(11): 1281~1286: 1991
4. Lise Dubois, Manon Girard: Determinants of birthweight inequalities: Population-based study: Pediatrics International,48:470~478:2006
5. 馬場園常子 低出生体重児の発現要因に関する疫学的研究:岡山医誌, 102,549~558:1990
6. Ching-pyng Kuo, Shu-Hsin Lee, et al. : Birth outcomes and risk factors in adolescent pregnancies:Pediatrics International 52:447~452:2010
7. S. Ganesh Kumar, H.N. Harsha Kumar, et al.: Determinants of Low Birth Weight: A case control study in a district hospital in Karnataka: Indian Journal of Pediatrics.77: 87~89:2010
8. Chirshantha Abeyseena, et al. : Effect of psychosocial stress and physical activity on low birth weight: A cohort study: J.Obstet. Gynaecol.Res 36(2):296~303:2010

認知症対応型デイサービス利用中の高齢者にとって居心地の良い環境の要素①

○垣尾美帆（姫路赤十字病院）、中西麻梨子（済生会吹田病院）、
富田貴和子（大阪市立総合医療センター）、臼井キミカ・速水裕子・
兼田美代（甲南女子大・看護）、矢澤久子（デイサービスつむぎ）

【目的】認知症対応型デイサービス A において、認知症高齢者にとって居心地が良いと感じる環境の構成要素を明らかにする。

【方法】対象：認知症対応型デイサービスの利用者、及び職員とデイサービスの環境。施設の利用者は 22 名（男性 7 名、女性 15 名）で年齢 53～92 歳（平均年齢 79.5 歳）であり、認知症高齢者の日常生活自立度ではⅡとⅢランクの人が多く、要介護度は 1～5 まで全ての人を利用しており、平均要介護度は 2.7 である。1 日平均利用者数は 10 名である（平成 24 年 9 月 5 日現在）。

観察日時：平成 24 年 10 月の 3 日間のいずれも 9 時 30 分から 16 時まで。

観察方法：利用者とコミュニケーションを取りながら利用者にとって良いと感じた環境や場면을デジタルカメラで撮影し、キャプションカードにその内容を書き記す。キャプションカードの内容は、「場面/ということについて/と思った/利用者の反応/評価（5 非常によい、4 よい、3 まあまあよい、2 少しよい、1 ふつう）」とする。

データ分析：撮影した写真とキャプションカードの内容を PEAP の次元別にまとめる。キャプションカードの「思った」に記した文字データを Text Mining Studio 4.1 for Windows を用いて分析する。

倫理的配慮：施設代表者・職員へは研究目的・内容・方法を文書と口頭で説明し書面で同意を得た。利用者には撮影時に口頭で

説明し承諾を得て、代諾者として家族の同意を得た。

【結果と考察】撮影した写真枚数は 134 枚。その内、キャプションカードを作成した枚数は 67 枚であったが、PEAP の 8 つの次元で整理すると一つの観察場面は複数の次元を含むため、それぞれの次元に配置すると延べシーン数は 97 シーンとなった。

Text Mining のことばネットワークを用いて文字列を分析した。その結果、「音・におい・食欲・湧く・楽しみ」、「親密感・さり気ない・見守る・コミュニケーション・気軽」、「家庭・長年・やってくる」、「安心できる・寄り添う・犬・休む・空間」、「安全・入浴できる・デザイン・利用しやすい」、「自分・選択できる」、「役割・持てる・見つける・準備・家庭」などの文字同士のつながりから 7 つのクラスターに分けることができ、次のようなネーミングを行った。

① 感覚刺激を受けることができる

施設では、利用者の目の届くところで調理をしていた。調理の音や「におい」により食欲を感じることができ、視覚・聴覚・嗅覚刺激を受けることで食事の時間だと認識できる。また、見晴らしの良い施設構造は自分の居場所を把握できる。良質な刺激は時間や空間の見当識へ働きかけることができる考える。

② 親密感を感じることができる

施設では、職員が調理をしながらさりげ

なく利用者を見守ることができ、利用者も容易に職員を探すことができる構造や雰囲気を観察できた。職員が声をかけてくれる、自分の存在が認められているなどの見守られている安心感は、居心地の良さにつながると考える。また、職員の余裕のある対応はせきたてられない穏やかな時間を送ることができ、認知症高齢者の心の安らぎにつながると考える。

③家庭でやってきたことを継続できる

施設では、食事の準備や家事など家庭でやってきたことを行うことができ、慣れ親しんだ生活様式を継続できる環境であった。多くの場合、認知症高齢者はできる可能性があり「自分でできる・やりたい」と思っていることでもやらせてもらえないという現状がある。持っている力を最大限に引き出し、QOLを高めるポジティブアプローチの観点での自立支援が必要である。

③ 心でできる

会話や生活音などの良質な音やブランケットや犬の毛などの柔らかな素材の提供、職員の目が届き、犬が近寄ってくるなど一人ではないと感じる環境、他の利用者や職員・犬とのふれあいの促進などが観察できた。居心地の良い場所には、一人になり安らげる空間の確保と同時に、孤独を感じさせない空間が必要である。

⑤安全に生活できる

施設では、手すり・階段のライトの設置やトイレの広いスペースなど安全な生活環境が確保されていた。認知症高齢者は認知機能とともに身体機能の低下もみられるため、このような環境整備は利用者の物理的安心につながっていると考えられる。

⑥自分で選択できる

施設では自分の席が決まっておらず、どこに居るかを選び、さまざまな個人レクリエーションから自分がしたいと思うことを選ぶ。また、職員は毎日の食事のメニューの決定には利用者の希望を聞いている。生活場面で様々な選択肢を用意し、自己選択できる環境を整える必要があると考える。同時に、レクリエーションや家事の手伝いなどは止めたい時に止めることができる雰囲気も重要である。人としての尊厳を守るためには日常の些細な選択を尊重できる環境が必要である。

⑦役割を持つことができる

施設では犬2匹とインコ1羽を飼っており、多くの人がかつて行ってきた子育てのように世話をする役割を継続できる。また、食事の準備では誰もが人のために働くという役割を持つことができる。役割を認められることは存在意義を認められるということであると考える。「私がいなくてこの施設は困るんだ」という気持ちにさせるための工夫をし、施設での役割を獲得することで、1人ひとりにとって施設に来ることの意味が見出せる。そうすることで、施設を居心地の良い場所とすることができる。この役割はかつて行っていたことのみに限定せず、新しいことに挑戦し、そこで新たな役割を獲得することも意味がある。

【結論】 認知症対応型デイサービスを利用する高齢者にとって居心地の良い環境の構成要素は①五感刺激を受けることができる②親密感を感じることができる③家庭でやってきたことを継続できる④安心できる⑤安全に生活できる⑥自分で選択できる⑦役割を持つことができるの7要素である。

Mailaddress: snn0v0le8311@docomo.ne.jp

認知症対応型デイサービス利用中の高齢者にとって居心地の良い環境の要素②

○中西麻梨子（済生会吹田病院）、垣尾美帆（姫路赤十字病院）、
富田貴和子（大阪市立総合医療センター）、臼井キミカ・速水裕子・
兼田美代（甲南女子大・看護）、矢澤久子（デイサービス・つむぎ）

【目的】認知症対応型デイサービスにおいて、認知症高齢者にとって居心地が良いと感じる環境の場면을抽出し、認知症高齢者にとって居心地の良さに繋がる環境要素を明らかにする。

【方法】認知症対応型デイサービスAの環境とその利用者及び職員を対象とし、平成24年10月に3日間訪問して対象者とコミュニケーションをとりながら過ごす。その中で「居心地が良い」と判断した環境をデジタルカメラで撮影し、その場面ごとにキャプションカードを作成する。カードに記載する内容は①場面 ②内容 ③思ったこと ④利用者の様子 ⑤メモ（施設職員のコメント等）⑥居心地の良さの5段階評価である。次に撮影した写真とキャプションカードをPEAP日本版3の次元別に分類し、表を作成する。分類表からわかることや、気づきを記録する。分析にはText Mining Studio 4.1 for Windowsを用いて、認知症高齢者にとって居心地の良さに繋がる環境要素を明らかにした。

倫理的配慮：施設代表者・職員へは研究目的・内容・方法を文書と口頭で説明し書面で同意を得た。利用者には撮影時に口頭で説明し承諾を得て、代諾者として家族の同意を得た。

【結果と考察】撮影した313枚の写真のうち、データとして用いた枚数は165枚、PEAPの8つの次元で整理すると一つの観察場面

は複数の次元を含むため、それぞれの次元に配置すると延べ枚数は172枚であった。また、居心地の良さの評価は筆者の主観に基づくものであるため、評価の信頼性を高めるために、抽出したキャプションカード172枚のうち、評価4以上に該当する92枚を分析対象とした。

キャプションカードの「思ったこと」欄に記した頻出単語（5回以上使用している単語）を抽出した。さらにデータとして使える言葉に絞り、関係が深かったり、類似する言葉をまとめた結果（以下要素という）、「楽しい、楽しみ、楽しめる」が24回と最も多かった。次いで、「生活感」が20回、「家、施設感がない、抵抗がない」が12回、「維持、維持できる」が11回、「役割感、役立ち感」「安心、不安にさせない」が各10回、「犬」が6回、「意欲」「季節」が各5回であった。この「」で括った9つを居心地の良さの要素とした。

さらに、居心地の良さの9つの構成要素の関係を図1に示した。各要素は互いに関連し合っているが、最も単語頻度の多かった「①楽しい、楽しみ、楽しめる」は一番重要な要素であり、9つの要素のどれにも関わることで中核をなすものだと考え図の中心に位置づけた。また、各要素の基盤として土台に該当する要素は「⑥安心、不安にさせない」と考えた。認知症対応型デイサービスAでは、一人ひとりの利用

者に合わせる配慮と温かい雰囲気があり、利用者が生き生きと過ごしているのは安心や不安にさせない環境づくりの影響が大であるととらえた。「③家、施設感がない、抵抗がない」から「②生活感」を感じられ、また、その人が持っている能力の「④維持、維持できる」に繋がると考えた。さらに「⑧意欲」は「②生活感」や「⑤役割感、役立ち感」から生じていた。さらに「⑦犬」を世話することで「⑤役割感、役立ち感」が持て、「⑨季節」を感じることは見当識の「④維持、維持できる」に繋がると考えた。これらの考えを踏まえて関係がより深いと考えられる要素をより近くに配置した。

通常のデイサービスでは、介護者と高齢者の関係は、高齢者はケアを受ける存在であることが多くを占め、高齢者が優位に立てる場があまり存在しないことが多い。認知症対応型デイサービスAでは犬2匹とインコ1羽が飼育されており、犬の存在によって高齢者が介護されるのみの存在ではなく、犬を撫でて可愛がったり、褒めたり、気かけたり、しつけや世話をしたりする

ことで、優位の存在であることが出来る。また、犬がいることで話題が広がる場面がみられ、このことから高齢者と介護者、及び高齢者同士の円滑な交流、関係づくりに貢献していると考えた(図2)。また、高齢者と職員は食事を一緒に準備したり、買い物に行ったりすることなどを日常的に行い、自然に互いに協力し合う環境が作られており、さらに高齢者同士も助け合う場面が多く見られた。このような関係の形成や潤滑油として犬の存在が少なからず影響しているのではないかと考えた。

【結論】認知症対応型デイサービスAにおいて、認知症高齢者が居心地が良いと感じる環境要素は「①楽しい、楽しみ、楽しめる」「②生活感」「③家、施設感がない、抵抗がない」「④維持、維持できる」「⑤役割感、役立ち感」「⑥安心、不安にさせない」「⑦犬」「⑧意欲」「⑨季節」の9つであった。

Mail address :

f_nakanishi1234@ezweb.ne.jp

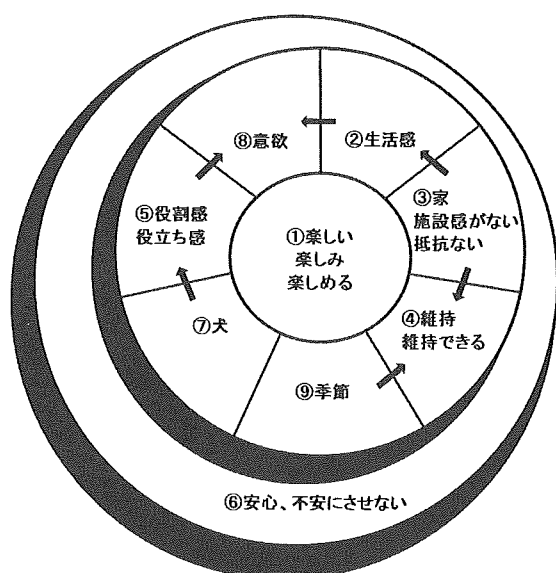


図1 居心地の良さの構成要素とその構造

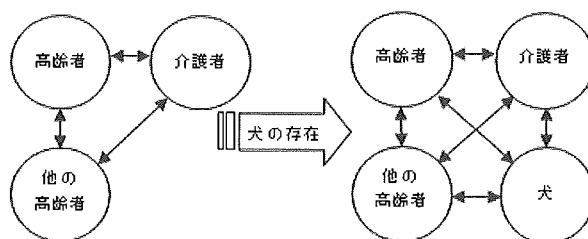


図2 犬の存在の効果

認知症対応型デイサービス利用中の高齢者にとって居心地の良い環境の要素③

○富田貴和子（大阪市立総合医療センター）、垣尾美帆（姫路赤十字病院）、
中西麻梨子（済生会吹田病院）、臼井キミカ・速水裕子・兼田美代
（甲南女子大・看護）、矢澤久子（デイサービスつむぎ）

【目的】認知症対応型デイサービス A において、認知症高齢者にとって居心地が良いと感じる環境の構成要素を明らかにする。

【方法】対象：認知症対応型デイサービスの利用者、及び職員とデイサービスの環境。施設の利用者は22名（男性7名、女性15名）で平均年齢は79.5歳、認知症高齢者の日常生活自立度はⅡ:10人、Ⅲ:7人、Ⅳ:4人、Ⅴ:1人である。要介護度は1:5人、2:6人、3:5人、4:2人、5:4人であり、平均要介護度は2.7である。なお、1日平均利用者数は10名である（平成24年9月現在）。
観察日時：平成24年10月の3日間のいずれも9時30分から16時までで、観察者は1日2名ずつとした。

観察方法：利用者とコミュニケーションを取りながら利用者にとって良いと感じた環境や場面をデジタルカメラで撮影し、キャプションカードにその内容を記載する。キャプションカードの記載内容は、①場面②ということについて③と思った④利用者の反応⑤評価（5非常によい、4よい、3まあまあよい、2少しよい、1ふつう）の5段階評価で記載する。

データ分析：撮影した写真とキャプションカードの内容をPEAPの次元別（表1）にまとめる。キャプションカードの「思った」に記した文字データをText Mining Studio 4.1 for Windowsを用いて分析する。

倫理的配慮：施設代表者・職員へは研究目

的・内容・方法を文書と口頭で説明し書面で同意を得た。職員と利用者には撮影時に口頭で理解しやすい言葉で説明し承諾を得て、代諾者として家族の同意を得た。

なお、認知症対応型デイサービス A は住宅街に位置し、やや広い面積の一般住宅（二階建て）であり、デイサービスでは主に1階部分を使用している。図1は1階部分の簡単な見取り図である。

【結果と考察】撮影した写真枚数は全体で638枚であった。その内、重複しているものや、分析の要素を満たしていなかったものを除いた結果、データとして用いた枚数は278枚であった。PEAP日本版3に基づき8つの次元で別に写真を分類すると、複数の次元に分類できる写真もあったため、分析に用いた延べ枚数は355枚であった。

図1 認知症対応型デイサービス A の
1階部分の見取り図

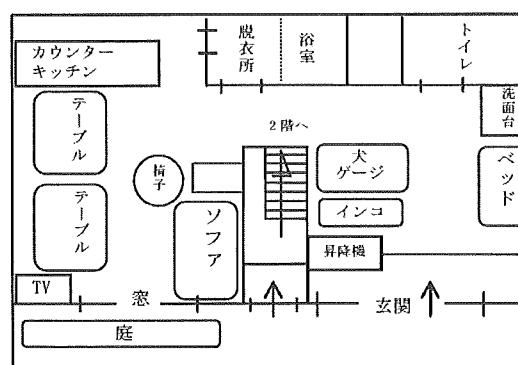


表1 PEAP 日本版3の8次元

次元	項目
1	見当識への支援
2	機能的な能力への支援
3	環境における刺激の質と調整
4	安全と安心への支援
5	生活の継続性への支援
6	自己選択への支援
7	プライバシーの確保
8	入居者とのふれあいの促進

表2 観察者別次元別の写真枚数

次元	A	B	C	計
1	11	23	9	43
2	20	19	12	51
3	21	28	15	64
4	13	11	12	36
5	13	35	13	61
6	6	16	6	28
7	4	5	6	15
8	9	35	13	57
計	97	172	86	355

注) A, B, C は評価者

表3 観察者別次元別の写真の割合 (%)

次元	A	B	C	計
1	11.3	13.4	10.5	12.1
2	20.6	11.0	14.0	14.4
3	21.6	16.3	17.4	18.0
4	13.4	6.4	14.0	10.1
5	13.4	20.3	15.1	17.2
6	6.2	9.3	7.0	7.9
7	4.1	2.9	7.0	4.2
8	9.3	20.3	15.1	16.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0

注) A, B, C は評価者

表2に観察者別 PEAP 日本版3の8次元別の写真の枚数、表3にその割合を観察者別に示した。全体では最も多かったのは次元3：環境における刺激の質と調整、次いで次元5：

生活の継続性への支援であった。逆に最も少なかったのは次元7：プライバシーの確保、次いで次元6：自己選択への支援であり、最も多かった次元と少なかった次元では4.3倍の開きがあった。また、次元ごとの割合では、観察者によって「居心地が良い」と感じるか否かは多少異なっていた。なお、次元7のプライバシーの確保の枚数は、共通して少なかったものの、表4に示した PEAP 日本版3の各次元ごとの評価では、「非常によい」の割合が最も多くを占めていた。

表4 PEAP日本版3の次元ごとの評価割合 (%)

次元	評価	ふつう	少しよい	まあまあよい	よい	非常によい	計
1		2.3	20.9	25.6	20.9	30.2	100.0
2		3.9	11.8	17.6	27.5	39.2	100.0
3		0.0	9.4	31.3	18.8	40.6	100.0
4		0.0	5.6	38.9	22.2	33.3	100.0
5		1.6	8.2	24.6	18.0	47.5	100.0
6		3.6	14.3	7.1	35.7	39.3	100.0
7		0.0	6.7	0.0	33.3	60.0	100.0
8		0.0	10.5	22.8	17.5	49.1	100.0
計		1.7	11.5	24.5	23.4	43.1	100.0

次元7や次元6の枚数が少ない要因として、他の次元と比較して観察や撮影しにくいことが考えられたが、観察者の評価の信頼性を確認するために、利用者、職員に撮影した写真を見ていただき、観察者との評価の一致率を確認作業中であり、学会発表の場で報告する予定である。

今回、デイサービスの居心地の良さを利用者の立場に立って確認することを試みたが、これらの一連の過程は、環境を客観的に評価し、認知症高齢者が楽しみや、やりがいを感じながら通所することができ、ひいては可能な限り住みなれた家や地域で住み続けることを支えることにつながる可能性があると考えている。

Mailaddress : k.t.0205.m@gmail.com

認知症の人に対する介護職員の態度—中国大連と大阪における比較—

○黒田 研二（関西大学人間健康学部）、陳 引弟（立命館大学社会学研究科）

【研究目的】 認知症の人が安心して生活を継続するためには、回りの人々が認知症について理解を持ち認知症の人に対して受容的な態度で接することが重要である。特に介護施設の職員においては認知症の人に対する態度が介護の質に直接的に影響を及ぼす。本調査は、日中両国の介護施設の介護職員を対象に認知症の人に対する態度を調べ、その態度にどのような要因が関連しているのかを明らかにすることを目的とした。

【方法】 2010年に大阪府の特別養護老人ホームの介護職員を対象に調査を行い、同じ調査票を用いて、2012年に大連市の高齢者入所施設の介護職員を対象に調査を行った。調査票は、介護職員の特性に関する項目、認知症に関する知識(15問)、認知症の人に対する態度(15問)、高齢者イメージ(12問)から構成されている。大阪の調査では、郵送法によって特別養護老人ホーム 44 施設の 1087 名の介護職員から回答を得た。大連の調査では、同市内の高齢者入所施設 12 施設を対象に留め置き式で、269 名の回答を得た。いずれの調査でも、調査票の回答は無記名式で行い、回収の際には本人が封筒に入れ密封したうえで施設の担当者に提出してもらい、施設単位に回収した。

【結果】 (1) 介護職員の特性に関する項目：大連では女性が 8 割以上を占め、年齢は 40 歳代 (34.0%) が最も多かった。介護の仕事の経験年数は「5 年以上」が 36.0%。最終学歴は「中学」が 39.1%と最も多かった。雇用形態は「正規職員」が 39.2%。職場以外に認知症の人との関わりの経験の「あり」の人は 34.62%、認知症の人と同居経験の「あり」の人は 34.0%を占めた。取得している資格は「介護士初級」が 42.5%と最も多かった。仕事に関する現在の心境は「やりがいがある」61.5%、「楽しい」6.8%とポジティブな回答が 68%を占めた。大阪

では女性が 66%を占めた、20 歳代 (37.4%) が最も多かった。介護の仕事の経験年数は「5 年以上」が 49.4%。最終学歴は「高校」が 32.1%と最も多かった。雇用形態は「正規職員」が 74%。職場以外に認知症の人との関わりの経験の「あり」の人は 54.2%、認知症の人と同居経験の「あり」16.6%。資格は「介護福祉士」が 60.0%と最も多かった。仕事に関する現在の心境は「やりがいがある」42.1%、「楽しい」22.5%とポジティブな回答が 65%を占めた。

(2) 認知症の人に対する態度：回答は 4 件法で選択してもらい、点数が高いほどポジティブ（受容的）な回答になるように各項目に 1 点から 4 点を付与し、合計点数 (15 点から 60 点) を求めた。大連では、「否定的な態度」を表す 8 項目に関しては平均値が 2.5 点を下回るものが 6 項目あり、「認知症の人は周りの人を困らせることが多い」「認知症の人は何をするかわからない」に、「ややそう思う」「そう思う」と回答とした人は 8 割を占めた。大阪では、「否定的な態度」を表す 8 項目に関して平均値が 2.5 点を下回るものは 2 項目。「認知症の人は周りの人を困らせることが多い」、「認知症の人はいつ何をするかわからない」に「ややそう思う」「そう思う」と回答した人が 7 割を占めた。認知症の人に対する態度の合計得点の平均値 (±SD) は、大連は 40.3 (±5.2)、大阪は 45.6 (±5.5) で、大阪の介護職員の方が大連の介護職員より、認知症の人に対して受容的な態度がより強く認められた。

(3) 認知症に関する知識：選択肢は「そう思う」「そう思わない」「分からない」の 3 つで、「正答」を 1、「誤答」と「分からない」を 0 とし、15 点満点とした。大連では、15 問のうち 4 問の正答率は 8 割を上回っていた。正答率が 50%を下回ったのは「(認知症は) 脳の老化によるものなので、歳を

とると誰もがなる」「(「そう思わない」39.2%)であった。大阪では、15問のうち9問の正答率は8割を上回っており、50%を下回るものはなかった。認知症に関する知識の合計得点の平均値(±SD)は、大連では10.6(±2.8)、大阪では12.0(±2.4)で、大阪の方が認知症に関する知識得点が高かった。

(4) 高齢者イメージ：選択肢は形容詞対XとYについて「とてもX」、「ややX」、「どちらでもない」、「ややY」、「とてもY」の5段階。ポジティブなイメージほど点数が高くなるよう1点から5点を付与し、合計点数(12点から60点)を求めた。大連では、いずれの項目についても、中立的な「どちらでもない」より、ポジティブなイメージを選択する人が多く、6割以上を占めていた。大阪では、12項目中9項目で「どちらでもない」が4割以上を占めていた。高齢者に対するイメージ合計得点の平均値(±SD)は、大連は44.50(±8.0)、大阪は、39.57(±5.9)で、大連の方が大阪よりも高齢者に対するポジティブなイメージが強いことが窺われた。

(5) 認知症の人の態度に関連する要因：重回帰分析(表1)によると、大連と大阪に共通して、高齢者イメージの合計得点が認知症の人への態度得点と最も関連が強く、高齢者イメージがポジティブな人ほど、認知症の人に対する受容的な態度の合計得点が高かった。その他、年齢が低い人、仕事の経験年数が5年以上の人、介護の仕事に対する心境が積極的な人において、認知症の人に対する受容的な態度得点が高いという関連がみられた。大阪での調査では、その他、認知症に関する知識の合計得点が高い人、女性において、認知症の人に対する受容的な態度の合計得点が高いという関連がみられた。

【考察と結論】両国に共通に、高齢者に対するポジティブなイメージと認知症の人に対する受容的な態度との間に最も強い関連が見られた。専門職の老人観はサービスの質に影響し、ポジティブな老人観はサービスの質の向上、ネガティブな老人観は質の低

下を招くことがすでに報告されている。本調査の結果は、高齢者に対するイメージの向上が認知症の人に対する受容的な態度につながることの裏づけとなった。年齢については、年齢が低いほど認知症の人に対して受容的な態度を示した。社会に存在する認知症に対する偏見の影響を受け否定的な態度を示す傾向は、若い人ほど少ない可能性がある。仕事の経験が長く、さまざまな高齢者に接する機会が増えることで、認知症についての理解が進み受容的な態度が強まるものと思われる。介護の仕事に対する心境については、心境が前向きである職員の方が認知症の人への態度が受容的であった。一方、大連の調査では、認知症に関する知識と認知症の人に対する態度の間に関連が認められず、認知症についての知識の関連という点では、大阪とは異なった結果が得られた。認知症についての知識を持つことは、否定的な態度を緩和することに有効だと考えられるが、大連の介護職員においては日本の介護職員よりも認知症に対する否定的な態度が強いことも明らかになった。認知症の人に対する否定的な態度を変えていくための知識の普及という点で、中国においても今後の取り組みが重要だと考えられる。

本研究は、日本学術振興会科学研究費(平成22～24年度基盤研究(C))の助成を得て行われた。

連絡先: kkuroda@kansai-u.ac.jp

表1 認知症の人に対する態度合計得点を従属変数とした重回帰分析

独立変数	大連(n=191)		大阪(n=1029)	
	β	p値	β	p値
性別(女=0、男=1)	-.120	.086	-.059	.039
年齢 ²⁾	-.191	.022	-.107	.001
仕事の経験年数(5年未満=0、5年以上=1)	.155	.033	.081	.009
学歴(中学・高校・その他=0、専門学校以上=1)	.057	.508	-.021	.487
雇用形態(非正規・非常勤=0、正規職員=1)	.029	.711	.011	.732
認知症の人と暮らした経験(なし=0、あり=1)	.103	.138	.040	.148
仕事への心境(消極的=0、積極的=1)	.148	.038	.218	.000
認知症に関する知識の合計得点	.013	.855	.189	.000
高齢者イメージの合計得点	.274	.000	.281	.000
R ²	0.251***		0.214***	

***p<0.001 統計学的有意水準をp値5%とし、有意なp値を太文字とした

1) 点数が高いほど受容的

2) 10歳代=1、20歳代=2、30歳代=3、40歳代=4、50歳代=5、60歳代以上=6

中国大都市における施設と在宅の要介護高齢者の生活実態と介護ニーズの比較研究

○陳引弟（立命館大学大学院社会学研究科） 黒田研二（関西大学人間健康学部）

【研究目的】本研究は中国大都市における要介護高齢者の生活実態と介護ニーズおよび関連要因を、施設入所者と在宅の者の比較を基に明らかにすることを目的とした。中国は、1999年に高齢化社会に入り、2010年末現在総人口に占める60歳以上の高齢者割合が13.3%、65歳以上の高齢者割合が8.9%に達した。2010年末に介護が必要な高齢者は3300万人に達し、人口高齢化のピークは2030年前後に訪れ、ピーク時の60歳以上の高齢者人口は4億人を超え、高齢者の割合は総人口の25%を超えると予測されている。高齢者の扶養、介護問題が注目を浴びている。

【方法】1. 調査対象および方法：本調査は、遼寧省A市の施設と在宅における要介護高齢者を対象とした。施設においては、国営施設5箇所、集団経営施設2箇所、民営施設8箇所の施設の要介護高齢者を対象として、400通の調査票を配布し、294通の有効回答（有効回答率73.5%）を得た。在宅においては、4区の社区服務センターに依頼したが、在宅介護サービスに積極的に取り組んでいるところは一つの区しかいなかったため、在宅の調査対象は一つの区に限定した。350通の調査票を配布、292通の有効回答（有効回答率83.4%）を得た。調査項目は、基本属性（居住環境と介護者の状況を含む19問）、ADL（12問）、IADL（5問）、生活実態（11問）、介護ニーズ（1問多重選択）で構成した。なお、施設の基本属性の一部は入所する前のことを聞いた。2. 倫理的配慮：調査の際に、本調査は学位論文の

ためであり、匿名で公表することを説明し、了承を得た。3. 調査時期：2012年9月5日～9月20日

【結果】1. 基本属性および居住環境：性別については、施設と在宅が同じく女性6割を占め、男性4割を占めていた。年齢については、施設は85歳以上が22.0%を占め、在宅より8ポイント高かった。学歴については、施設は高卒以上が20.8%を占め、在宅より10ポイント高かった。月収については、施設は2000元以上が27.1%を占め、1500元以下が31.0%を占め、両方とも在宅より高かった。子供の数については、施設は3人以上が在宅より低かった。家族構成については、施設は独居が一番高く48.6%を占め、在宅より18ポイント高かった。主介護者については、施設は「いない」が一番高く33.2%を占めていたことに対して、在宅は夫婦が一番高く22.5%を占めていた。

持家と自分の寝室の所持率は施設入所者と在宅両方とも、「持っている」が高く8割以上を占めていたが、施設の割合は在宅より10ポイントほど低かった。トイレの種類については、施設入所者は和式（便器の高さが低いトイレ）が23.9%を占めており、在宅より17ポイント高かった。屋内階段の有無については、施設はありが23.7%を占めており、在宅より21ポイント高かった。2. 生活能力および生活実態：ADLの項目は、「自立」「見守り」「一部要介護」「全介護」で聞いた。歩行、立位、座位、更衣については、全介護は施設が2割前後占めており、在宅より高かった。一部要介護は在宅が2

割～3 割前後を占めており、施設より高かった。施設の入所者は全介護と自立合わせて 8 割以上を占めていた。食事については、在宅は自立が一番高く 73.0%を占め、施設の 61.1%より高かった。在宅の全介護はみ守りと並べ 5.0%を占め、施設は 12.3%を占めていた。排泄については、在宅は自立が一番高く 76.8%を占め、施設の 54.8%より高かった。在宅の全介護は一番低く 5.3%を占め、施設は二番目に高い 16.5%を占めた。清潔と洗顔も排泄と同じような傾向がみられた。

掃除、洗濯は、「自分」「一部自分」「介護職員若しくは家族」で聞いた。買い物、診療補助、金銭管理は、「自分」「家族」「介護職員」で聞いた。掃除と洗濯については、同じような傾向がみられ、在宅は一部自分が一番高く 60.0%を占めていた。施設は全部介護職員若しくは家族が一番高く 55.7%を占めていた。買い物については、在宅と施設は大きな差がみられなく家族が一番高く 5 割強を占めていた。診療補助については、大きな差がみられなく家族が一番高く 7 割弱を占めていた。金銭管理については、在宅と施設とも家族が一番高く 4 割～5 割前後占めていた。

一日の生活内容については、家事、買い物、外出、家族との会話、テレビ、ラジオ、新聞、マージャン、昼寝、何もしないに、施設と在宅の間に有意差がみられた。在宅の活動力が明らかに施設より高いとみられるものの、テレビ、ラジオ、家族との会話、昼寝が中心であった。施設では何もしないが 17.6%を占めていた。生きがいについては、子供の成長、友達との交流、ラジオ・テレビ、本や新聞、娯楽・学び、何もないに有意差がみられた。施設では何もないが 33.0%をも占めていた。唯一在宅より高かったのが娯楽・学びで、23.2%を占めてい

た。

3. 介護の希望：介護の希望については、往診、地域医療、訪問リハビリ、訪問看護、食事の配達、掃除、調理、買い物介助、通院補助、潜在能力の引き出し、施設利用料の軽減、希望なしに有意差がみられた。施設は、施設利用料の軽減と潜在能力の引き出し、希望なし以外すべての項目が在宅より低かった。在宅は潜在能力の引き出しと希望なし以外すべての項目において 3 割～6 割前後が「提供してほしい」若しくは「改善してほしい」と回答した。

【考察】1. 要介護高齢者の基本属性からみた介護ニーズ：入所している者は在宅に比べ、85 歳以上、高卒以上、月収 2000 元以上、子供 1 人～2 人、独居の比率が高かった。入所には年齢、学齢、収入、要介護者の確保といった要因が影響していると考えられる。2. 居住環境からみた介護ニーズ：入所している者は、和式トイレを持っている割合と家の中に段差がある割合が著しく在宅より高かった。居宅環境整備が在宅で生活できるかどうかに影響する一つの要因であると考えられる。3. 日常生活動作からみた介護ニーズ：歩行、立位、座位、更衣の自立度は在宅と施設とも自立が 5 割前後を占めていたが、食事、排泄、清潔の保持、洗顔の自立度は在宅が施設より高かった。施設入所者の一部には、歩行、自立、座位の自立度が高くても介護をしてもらっていることが明らかになった。4. 生活内容と生きがいからみた介護ニーズ：生活の内容を全体的みれば、在宅の方が充実しているが、テレビ、ラジオ、家族との会話等に限定されている、生きがいをもっても子どもの成長や友達との交流等に限定されている。高齢者の生活の活性化特に施設の高齢者の生活の活性化が緊急の課題である。

筆者連絡先：Email:gr0047hp@ed.ritsumi.ac.ed

血友病保因者の遺伝に関する支援ニーズの検討（第一報） —薬害 HIV 感染被害者・家族を事例としたパイロット調査について—

○柿沼章子（1：(社福) はばたき福祉事業団）、久地井寿哉¹、
井上佳世（2：お茶の水女子大学・院・人間文化創成科学）、大平勝美¹

【目的】薬害HIV感染被害者・家族等の現状と困難経験については、血友病・HIVと関連した病気の受け止めやその後の意思決定・将来計画について顕著な困難を継続していることが明確化しつつあり、準備性支援の欠如が課題となっている。血友病家系の女性に対する支援は、慢性疾患・遺伝子性疾患特有の家族問題等に対応できる遺伝相談体制、自己決定に関する情報共有に課題があり、世界的にもアウトリーチの重要課題である（MARK W. SKINNER, Haemophilia, 2012）。

そこで、本研究は、血友病家系女性、特に血友病保因者の心理社会的影響や、保因者自身の健康状態についての十分な調査が我が国では十分に行われていない現状を踏まえ、まず、保因者女性に対してパイロットスタディとしてインタビュー調査を実施する。一連の健康史を把握したうえで、課題を抽出し、遺伝相談に関わる支援ニーズについて分析と検討を行う。

【方法】

1) 調査準備

遺伝・血友病はケースセンシティブなテーマであり、調査目的、意義、調査内容の説明に慎重な配慮を要する。そこで、説明内容、対応について事前検討した。

2) 聞き取り調査

対象 1：全国の薬害HIV感染被害者母親

(n=19)および全国の血友病患者母親(n=10)への面接調査：調査期間 2010 年 5 月～10 月：質問項目は、薬害HIV感染被害にかかわる生活史、および家族、医療、サポート関係者（親族・医療・福祉等）との関係史について、時系列を縦軸、関係性に関する要因を横軸とする二次元半構造化面接を行った。

対象 2：パイロットスタディとして、機縁法により参加同意の得られた 7 名の血友病家系女性（保因者）に対して半構造化インタビュー調査を実施した。質問項目は、遺伝および血友病の保因に関わる生活史、および検査・告知に関わる出来事、情報の共有・開示範囲、開示意图等について尋ねた。

3) 分析

複数の研究者、遺伝カウンセラー、医療従事者、当事者によって、対象者の支援特性について検討を行う。準備性支援においては、ケース対応を基本にし、協働により支援研究のありかたや、支援の仕組みについても検討を行う。

（倫理面への配慮）

本研究は、「疫学研究に関する倫理指針」等を遵守する形で、社会福祉法人はばたき福祉事業団倫理審査委員会に諮り、平成 21 年 4 月 12 日承認を得た上で、研究を実施した（承認番号 1）。

【結果と考察】

1) 薬害 HIV 感染被害者および家族の現状

薬害H I V感染被害者・家族等の現状を、対象 1 の全国の薬害H I V感染被害者母親(n=19)および全国の血友病患者母親(n=10)の計 29 件の質的面接法に基づく面接調査により明らかにした。

H I V薬害の被害発生、拡大そして東京・大阪H I V訴訟と和解による救済に至る一連の過程において、1) H I V薬害被害発生時から一貫して、本来なら、血友病患者・家族として将来計画や生活の質向上に向かうべき生活資源は、もっぱら生存とH I V差別偏見への対処のために奪われた。

2) 多くは家庭内関係・社会関係の困難が重なり、特に母親に突出した形で大きな社会心理的負担が家族内に集積していた。3) 包括的な成育医療・教育などの環境整備・自立支援・将来計画策定支援などの社会的支援の不足、相談環境・情報共有の場の不足・未整備があった。これらは、現状の生活上の困難の重要な背景要因となっていることが示唆された。また、血友病に係わる遺伝の問題解決の困難から派生した、将来に対する無力感、否定感が生活の質や生きる意欲の低下の根底にあり、これらは医療従属、自責の念につながっていることが示唆された。

2) 薬害H I V被害者および家族に対する血友病に係わる支援ニーズ

薬害H I Vの被害経緯として医療現場から説明・告知・情報開示、事実の共有からの

疎外が、長期的な影響としても前述のような困難につながっていることを踏まえ、当事者の自立性と能力を尊重した支援のあり方・方法を支援ニーズとして得た。

さらに調査によって得られた支援概念として、家族内関係構築と、社会関係構築という高次の概念を得た。

3) 血友病家系女性（保因者）に対する支援ニーズ

1) 家族内関係構築のニーズとしては、医療からの自立性の確保、事前的・予見的な意思決定の支援としての情報支援が必要である。2) 特に、遺伝問題は、薬害エイズ事件を契機に親子関係、夫婦関係、きょうだい関係、親類縁者に影響し、結婚、生殖の問題などに影響していることが示唆された。

一方、遺伝疾患は大きなスティグマとして機能し、社会的な二重生活による負担とその経験が語られた。また、今なお支援疎外にいるケースが見られた。これらは本研究による新たな視野であり、血友病家系女性の支援課題として、さらなる検討の必要があると考えられた。

【結論】

本報告では、保因者における支援ニーズについて焦点化し、分析と検討を行った。支援の構造的課題として家庭内多重役割、特に血友病家系女性・血友病保因者への支援課題を得た。今後、保因者の支援特性を多角的に明らかにし、今後の課題克服・支援に必要な科学的・論理的・実践的な枠組みを提供したい。

血友病保因者の遺伝に関する支援ニーズの検討（第二報） —薬害 HIV 感染被害者・家族を事例とした支援モデルの検討—

○久地井寿哉（1：（社福）はばたき福祉事業団）、柿沼章子¹、
井上佳世（2：お茶の水女子大学・院・人間文化創成科学）、大平勝美¹

【目的】

血友病家系の女性に対する支援は、慢性疾患・遺伝子性疾患特有の家族問題等に対応できる遺伝相談体制、自己決定に関する情報共有に課題があり、世界的にもアウトリーチの重要課題である（MARK W. SKINNER, Haemophilia, 2012）。先天性遺伝疾患は、未解明な機序も多く、研究の進歩が望まれる一方、患者・保因者・家族は、不安や恐れ、差別偏見、秘密の保持、人生設計など、心理社会的課題を多く抱えており、当事者の支援準備性段階での課題も多いとみられる。そこで本研究では、パイロット研究として、薬害 HIV 感染被害者・家族を事例集団として、支援準備性課題の分析および支援モデルの検討を目的とする。

（本研究での用語の定義）

準備性とは

血友病・遺伝に関する個別の課題に対し、意思決定する前段階（無関心期※・関心期※・準備期※）のことを示す。トランスセオレティカルモデル（Prochaska, 1983）の用語を採用した。また、支援理論としては、予防行動採用モデル（Precaution Adoption Process Model : PAPM (Glanz, et al., 2008)におけるステージ 1.2 を想定した。

【方法】

自記式質問紙調査（郵送法）を実施した。

調査時期：2013 年 1 月～2 月

調査対象：血友病家系女性（含む保因者）、30 名、機縁法）

質問項目：属性・特性：性別、年齢、居住地、家族背景、生活歴、血友病に関する意識・知識、支援ニーズ

本報告における分析項目：1) 血友病に関する知識(5 項目)、2) 血友病に関する受け止め(7 項目)

（倫理面への配慮）

本研究は、「疫学研究に関する倫理指針」等を遵守する形で、社会福祉法人はばたき福祉事業団倫理審査委員会に諮り、平成 21 年 4 月 12 日承認を得た上で、研究を実施した（承認番号 1）。

また質問紙調査については、「生物医学的研究に関する倫理指針」等を遵守する形で、お茶の水女子大学生物医学的研究の倫理特別委員会に諮り、平成 24 年 12 月 13 日承認を得た上で、研究を実施した。（通知番号 第 24-20 号）

【結果】

1) 分析対象者の属性

性別：女性(n=30)

年齢：20 代(n=1、3.3%)、30 代(n=6、20.0%)、40 代(n=5、16.7%)、50 代(n=2、6.7%)、60 代(n=13、43.3%)、70 代 (n=3、10.0%)

婚姻状況：既婚(n=23、76.7%)、未婚(n=3、10.0%)、死別(n=3、10.0%)、離別(n=1、3.3%)

2) 血友病に関する知識

2-1 血友病は男性患者だけでなく女性患者もいる／知っている(n=26、86.7%)

2-2 保因者女性が血友病男児を出産する確率は出生時の 1/4 である／知っている(n=22、73.3%)

2-3 保因者女性の中には出血症状等のある人がある／(知っている(n=22、73.3%)

2-4 遺伝カウンセリングは遺伝や保因者のことを相談できる／知っている(n=16、53.3%)

2-5 血液凝固活性検査では保因者の確定診断にはならない／知っている(n=18、60.0%)

3) 血友病に関する受け止め

3-1 病気というよりも、一つの特徴・個性である／そう思う(n=15、50.0%)

3-2 血友病は重症な病気であり育てていくことは大変である／そう思う(n=21、70.0%)

3-3 社会的な差別がある／そう思う (n=25、83.3%)

3-4 血友病患児の出産・育児の環境が整っている／そう思う(n=7、23.3%)

3-5 娘や孫は保因者かどうか分かっていたほうがよい／そう思う (n=9、30.0%)

3-6 保因者ならば、結婚や出産はやめたほうがよい／そう思う (n=25、83.3%)

3-7 保因者の支援は充実している／そう思う (n=2、6.7%)

【考察】

1) 血友病に関する知識について全ての項目で、「知らない」者が一定数おり、特に遺伝検査および遺伝カウンセラーへの相談など

の支援情報について約半数が非準備期層であるとみられる。

2) 血友病への受け止めについて

血友病に関し、保因者であることの受け止め、妊娠・出産、社会的な差別・偏見の存在などの項目で、消極的・否定的な態度をとる者が一定数おり、社会関係性（特に世代間コミュニケーション）の脆弱性が示唆される。これは、意思決定の回避、延期を示唆しており、医療従事者・遺伝カウンセラー等への専門的な支援に必ずしも直接結びつかない現状や、準備性に対し何らかの支援が必要であることを示唆している。

3) 新たな視点：準備性支援の重要性

血友病家系女性の支援としては、専門的な支援に加え、家族関係性の支援ならびに気づきの支援（情報・教育・コミュニケーション）、また社会関係性の支援として、アウトリーチ、エンパワーメント、アクションを考慮に入れる必要があるだろう。当事者参加型の支援により、専門家の支援を準備性の側面から非専門家が補完する支援を行う必要がある。また、同時に血友病コミュニティの中で家族、特に血友病家系女性が疎外されてきたこれまでの経緯から、新たな制度、社会資源の問題、また倫理的問題（家系、保因者への配慮）についても包括的な支援モデルを作成する必要がある。

【結論】

血友病家系女性、特に、保因者への支援を新規に構築する必要があり、相談機会の創出、機会へつなげるための準備性支援としての情報提供を通じて、遺伝問題を取りまく差別偏見に関した社会モデルの支援が必要である。

血友病保因者の遺伝に関する支援ニーズの検討(第三報) ー血友病家系女性の心理社会的課題と健康状況の調査研究報告ー

○井上佳世¹・柿沼章子²・久地井寿哉²・大平勝美²・沼部博直¹

1.お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科

2.社福)はばたき福祉事業団

【目的】血友病 A・B は、血液凝固第Ⅷ因子（血友病 A）、第Ⅸ因子（血友病 B）の欠乏あるいは異常の疾患で、一旦出血があると血が止まりにくく出血が続くといった症状を呈し、出血の頻度や程度は重度から軽度までさまざまである。また、X 連鎖性遺伝性疾患で、X 染色体上にその原因遺伝子があり、次世代に受け継がれていく遺伝性疾患である。罹患児のほとんどは男性であり、女性保因者から受け継いだ遺伝子変異によって男児の 1/2 の確率で罹患する。保因者女性たちは、子にその遺伝子を継ぐことに、罪悪感や責任感、情緒的ストレスを感じており、パートナーも血友病の子どもが生まれた時に普通の子どもの出来ることが困難であると知って失望したといった報告がある(Thomas, S, 2007)。我が国においても、血友病家系の女性が、結婚出産に悩む女性がいることが指摘されている(花房, 2005)。近年世界的には、保因者女性自身の健康管理の重要性が提唱されており、月経過多や異常出血などの出血症状に悩まされてきたケースや血友病症状を呈する場合が報告されている。このような健康上の問題は医療的リスクや、心理的なストレスにもなり得る。しかし、

日本における、保因者女性の研究はほとんどなく、現状は把握されていない。

【方法】血友病保因者女性の実態を把握することを目的として、井上の作成した「血友病家系の女性の現状と健康の実態について」の調査票と、心の健康自己評価質問紙(SUBI)を用いて、機縁法で抽出した血友病家系患者の母親、その姉妹に郵送にてアンケート調査を実施した(2013.1月～2月)。その結果から保因者の健康状態(身体的・心理的)の実態を評価する。

【結果と考察】血友病家系女性の 30/32 名から回答を得た。現在分析中でありその一部について報告する。

本研究は「疫学研究に関する倫理指針」等を遵守する形で、社会福祉法人はばたき福祉事業団倫理審査委員会に諮り、平成 21 年 4 月 12 日承認を得て(承認番号 1) 実施されたものであり、質問紙調査研究においては、「生物医学的研究に関する倫理指針」等を遵守する形で、お茶の水女子大学生物医学的研究の倫理特別委員会に諮り、平成 24 年 12 月 13 日承認を得た上で実施した。(通知番号第 24-20 号)

kayo_inoue1209@yahoo.co.jp

釜ヶ崎に住む単身高齢者の健康生活支援報告 —訪問看護を通して—

○谷生淳、岡田千恵、伊庭あゆみ、安西洋子、松田光恵、梅田道子
(NPO 法人 HEALTH SUPPORT HINATA)

【はじめに】

2012年4月釜ヶ崎の高齢者に対し同じ想いの看護師が集まり釜ヶ崎での訪問看護活動を行うために NPO 法人 HEALTH SUPPORT HINATA を12月に設立し、訪問看護事業を立ち上げた。当法人が活動対象地域とした釜ヶ崎は、日雇労働や野宿の経験を有する男性単身高齢者が多く、健康意識も一様ではなく、生活条件の制約も多い状況の中で、人々は病気を持ちながら生活している。近年、長引く不況と高齢化が進み、活気に満ちた労働者の街は高齢者の街、生活保護受給者の街に変わっている。全国の中で、保健・医療・福祉の充実が最も求められている地域となっている。地域の特徴と課題は、①男性単身高齢、②4人に1人が生活保護受給者、③野宿経験者、④家族と音信不通となっている者、⑤人々とのコミュニケーションが苦手、⑥住居は(3～4畳一間でトイレ、風呂共同)と劣悪な環境である。住環境と健康については、「人の性格や考え方はその人の居場所によって成立している」と早川和男教授が述べている。狭い部屋で暮らすとイライラしてゆとりがなく気持ちが閉鎖的になる傾向になる。これらの要因が絡み合い「生きがいがない・生きる張り合いがない」ことから閉じこもりやアルコール依存などの様々な健康問題に繋がっていると思われる。これらの特徴を踏まえると釜ヶ崎の簡易宿泊所(ドヤ)に生活する人、釜ヶ

崎周辺のアパートで生活する人が、釜ヶ崎を第二の「ふるさと」、終の棲家として生きている。これらの人々を支えるためには、看護職として行うべき活動が沢山ある。地域で人々と直に触れあい、その命と向き合い、その生を支えることは、看護職の本来業務につながるものである。具体的には、野宿を余儀なくされている人々に対し、「健康相談」、「見守り支援」を行う中で地域における新たな看護活動をめざして活動をはじめた。今回は事例を通じて地域の看護活動の意義を報告する。

【目的と方法】

釜ヶ崎の訪問看護活動の中で関わった患者の事例をもとに、社会的弱者に対する訪問看護職の役割と活動の意義を考察した。

【事例】

事例：70歳男性、野宿経験1年 ドヤ転用型アパート在住。風呂、トイレ、炊事場共同。病名：肺癌(ステージⅣ)、経緯：健康相談に來所。最近体がだるく、咳も出ると來所。受診を勧めるが拒否。理由を問うと、「日雇いの仕事にあふれ、借金をした。返せなくて他人に迷惑をかけた。そのうえお国の世話になってまで生きたくない。」と言う。結核の可能性も考えられることを説明し同伴受診した。肺癌で、リンパ転移ありのステージⅢと診断された。即入院し治療が開始されたが「入院したら主治医が変わっていた。自分が生活保護だからや、もう

入院したくない」と自己退院する。ドヤの管理人から連絡あったので、入院先の看護師に無断外泊理由を説明して、病院に戻ってもらい入院治療を再開してもらった。抗がん剤治療中にお見舞いに行くと、「あんたらに迷惑かけられないから治療してるけど、生きていてもじゃないと思っている」となげやりな態度であった。退院後は、週1回の訪問看護を行い、患者の気持ちの理解に努めた。病状は落ち着き、看護師が確実に訪問してくれる安心感が出てきたためか、気持ちが少しずつほぐれ、幼少の頃のことを話してくれるようになった。「継母に育てられ、3歳ごろから薪割や水汲みなどさせられ、いつもお腹が空いていた。近所に優しいおばさんが居て、その人が生みの親だったと思う。会いに行ったら親父に殴られた。継母も親父も怖かった。一人っ子なのに修学旅行にも行けなかった。中学に入ってからぐれ、ほとんど行かなくなったので字もまともに書けん。ズーッと親父と継母を恨みながら生きてきた。親父たちの嫌がることならなんでもやってやろうと思った。47歳の時に親父が死んだが悲しい気持ちにはなれなかった。学生の時に刺青した。へたくそで恥ずかしくて見せられん」と笑う。過酷な生い立ちに言葉もなく傾聴するだけであった。6か月が経過、週1回の抗がん剤の注射に通院治療を続けている。貧血などの副作用に苦しみながらも不思議と笑顔で明るい。「この頃、親父も継母も、なんの憎しみもなくなった。それより継母がかわいそうに思う。親父に騙されて家にきて子供がいるとは知らなかったらしいからかわいそうに思えるようになった。会いたいとは思わないけどどうしているかと思うことがある。母親には会いたいけど」と穏やかに笑う。無断外泊後は、訪問看護により医療に復帰し、信頼関係が出来き、療養に専念できる

ようになった。

【考察】

借金苦から解放され、支援者と信頼関係ができたことが内省力を引き出し癌と向き合うことができるようになったと思われる。現実の過酷なドラマのような人生に驚かされたが、人間は死ぬまで成長していくということを実感させられた事例である。釜ヶ崎の人々はこれまでの人生の過程で社会に見捨てられ、バカにされているとの思いをもっている者が多い。また、仕事にもあぶれ、生活保護受給に至り国の世話にしなければならないことに自尊感情が傷つき、孤立している現状にあった。周囲に、この思いや不信感を言葉に出して聴いてもらうことにより、“自己を見つめ”、自分の人生を整理することにつながり、それまで自己否定してきた“原因”に気づくことになる。これを繰り返しの中で次第に自尊心を取り戻してくれたように思う。“権威的な対応をしない”、“禁止や命令的や否定的な言葉”を慎み、一緒に考え悩み、寄り添いながら生活や病気の観察を続けることが大切であることを認識させられた。訪問看護の重要な点は、信頼を元にした人間関係の構築であり、対象者自らが行動変容していくことのサポートにあることではないかと考えさせられた。

[mail qqqx2zb9k@wonder.ocn.ne.jp](mailto:qqqx2zb9k@wonder.ocn.ne.jp)

ホームレスの結核対策における専門職の団体活動の意義 ～西成区あいりん地域の活動から～

○井戸武實¹ 大宮陽子¹ 難波邦子¹ 高田佐土子¹ 小林由美子¹ 松田光恵¹

安西洋子¹ 山本 繁¹ 坂井芳夫¹ 黒田研二^{1,2} 高鳥毛敏雄^{1,2} 逢坂隆子¹

1) NPO HEALTH SUPPORT OSAKA 2) 関西大学

【目的】

あいりん地域は日雇い労働者の街であったが、失業者の増加、労働者の高齢化により、高齢生活保護受給者の街になりつつある。ホームレスの人数は減少傾向にある。全国調査では、全国 9,576 人、大阪府 2,417 人（2012 年 1 月）、あいりん地域 612 人（2010 年 9 月）であった。また結核罹患率が全国一高い街である。平成 23 年の患者数は 128 人、結核罹患率は 426.7 で、全国の 24 倍の高さである（表 1）。あいりん地域のホームレス者の健康問題、特に結核問題解決のため 2006 年に NPO HEALTH SUPPORT OSAKA（以下 HESO と略す）を設立した。

結核対策は保健所に医師、保健師、放射線技師などが配置されて、保健所固有の事業であるが、我々は専門職からなる NPO が設立し、大阪市保健所の活動を支えるとともに、独自に創意工夫して活動を添加してきた。これがどのような意味を持っていたのか検討が必要と考えた。

【大阪市保健所と HESO の関係】

大阪市は 2001 年より市独自に結核対策基本指針を作成し、高い目標を掲げて結核対策を進めはじめた。しかし、結核健診の実施体制や実績に変化がなく、発見した患者の治療につなげることは改善されていない状況であった。我々は大阪市とは別に 2003～2005 年に研究事業としてホームレ

ス者の結核健診を行い、ホームレス者に対する結核健診のやり方について知見を得ることができた。この知見をあいりん地域の結核対策に生かすために大阪市に対して健診、患者支援のあり方について提案を行ったところ受け入れてくれた。この提案を実行するために 2006 年より大阪市保健所と HESO と協働して結核対策を進めることになった。HESO は保健所勤務歴のある医師、保健師、看護師、放射線技師からなり、結核対策を自立的に行えるスタッフを擁する専門職からなる団体である。

【対象と方法：HESO の結核事業】

あいりん地域における HESO の結核事業は地域の人々を結核健診につなげ、発見患者を治療につなげる支援活動、及び地域で結核治療を継続する患者に対する服薬支援活動の 2 つであった。今回は 2007～2012 年の HESO の事業報告書、及び訪問型 DOTS のケース訪問記録に基づきまとめた。

【結果】

1. あいりん結核健診：健診は、月 3 回の定例健診、高齢者特別清掃事業就労者登録者対象の健診、冬季臨時宿泊施設入所者に対する健診がある。健診は年間 40 回程度実施され、受診数は年間 3,000～4,000 人で推移し、この 6 年間の受診者数は 19,850 人であった。患者発見率は約 1%であった。

2. 訪問型 DOTS：大阪市から委託の訪問型

DOTS患者実数は78人(2006年4月～2012年7月)であった。訪問者は保健師、看護師で、訪問は土日を除く祝祭日を含む毎日の実働1,352日、延4,583回であった。

3. 訪問ケースの分析：78人のうち訪問記録がある64名について紹介する。

- ①年齢階級：60歳以上の者が52人(81%)。
- ②住居の状況：簡易宿泊所転用アパート23人(36%)、木造貸間13人(20%)、炊事・トイレ風呂付20人(31%)、自宅8人(12%)。
- ③排菌状況：発見時菌所見は陽性41人(64%)、陰性14人(22%)、不明9人(14%)。
- ④治療歴：初回治療者50人(78%)、再治療11人(17%)、不明3人(5%)。再治療者の中に4回目の治療者が1人いた。
- ⑤合併症・他疾患の有無：糖尿病14人(22%)、胃疾患9人(14%)、肝疾患9人(14%)、高血圧9人(14%)。疾病数が1つの者9人、重複合併者32人であった。
- ⑥薬の管理状況：結核薬に加えて、他疾患治療のための薬剤を処方され、本人だけで服薬管理できない者がいた。DOTS訪問時に結核以外の薬剤の服薬支援を実施した。
- ⑦生活状況：単身者が52人(81%)。食事は自炊31人(48%)、外食7人(11%)、惣菜購入5人(8%)、弁当7人(11%)、複合6人(9%)、不明8人(12%)。風呂は銭湯15人(23%)、共同風呂18人(28%)、自室14人(22%)、デイサービスで2人(3%)、不明15人(23%)。

介護保険利用者は14人(22%)、なしは36人(56%)、不明14(22%)であった。

【考察】

HESOの活動実績をもとにあいりん地区結核対策の課題を考察する。あいりん地域では、積極的疫学調査を強化して健診を実施しなければならない。健診により新たな結核患者を早期発見し、治療に導くことが必要である。QFT検査で結核に感染したことが明らかな者に対する潜在性結核症対策を行うことが必要である。現状は結核と診断されたホームレスの人々は結核菌の排出の有無に関係なく郊外の結核病床のある病院で治療が開始されることとなる。しかし60%の人々は菌塗抹陰性であり他へ感染はなく、外来で治療ができる。外来治療は、今までの生活を継続でき、筋力低下予防にもつながり、治療完了後の就労も容易となる。外来で治療ができる拠点の構築が是非とも必要である。あいりん地域ではホームレス者が少なくなったとは言え、高齢、単身の生活保護受給者などの社会的支援が必要な人々が増えてきており新たなやり方を模索し、創意工夫が必要である。西成特区構想有識者座談会報告書にあるプライマリーケアセンターと結核センターの早期の実現ができればHESOの6年間の活動が形となると、その発展に期待している。

井戸武実 Mail : ido@heso.or.jp

1 結核罹患率（10万対）の推移

	全国	大阪府	大阪市	あいりん
H18年	20.6	27.1	57.0	676.7
H19年	19.8	25.4	52.9	653.3
H20年	9.4	24.9	50.6	623.3
H21年	19.0	23.3	49.6	550.0
H22年	18.2	21.1	47.4	516.7
H23年	17.7	22.0	41.5	426.7

表2 あいりん結核検診実施状況（大阪市）

	受診者数	患者数	発見率(%)
H19年	4,151	62	1.5
H20年	4,454	62	1.4
H21年	3,851	36	0.9
H22年	3,570	37	1.0
H23年	3,017	18	0.6
H24年	807	13	1.6

(患者数：HESOで再計算した数値)

釜ヶ崎のシンデミック状況に関する医療人類学的アプローチの可能性

○西真如(京都大学・グローバル生存学ユニット)

姜明江(京都大学大学院アジア・アフリカ地域研究研究科)

【目的】社会的な孤立や経済的な困窮、種々の疾患や依存症、そして暴力といった問題は、それぞれ単独でも私たちの健康を悪化させる要因となりうるが、これらの問題を同時にいくつも抱え込んだ人々の生活の質を支えようとする取り組みは、著しい困難を伴う。

シンデミクス(syndemics)とは、社会格差や健康格差が顕著な条件下で、ある集団において互いに関連する複数の流行(epidemics)が同時に発現し、結果としてその集団の疾病負荷(disease burden)を極端に悪化させる傾向を説明する目的で提起された概念である。ふたつ以上の疾患が共存する状態は comorbidity という用語でも表せるが、comorbidity は通常、病態やその診断に注目する概念であるのに対して、シンデミクス・アプローチは健康問題の背景にある社会問題(孤立、困窮、暴力)や、それに関わる人びとの経験にも目を向けるのが特徴である。

本報告では、大阪市西成区のいわゆる釜ヶ崎(あいりん地区)で生活する元日雇労働者が直面しているシンデミック状況を理解するためのモデル構築の可能性について考察する。

【方法】シンデミクス理論に関する既存の文献のレビューと、釜ヶ崎で元日雇労働者の生活の質を支える活動をおこなっている医療・福祉従事者や地域住民への聞き取り調査にもとづき、釜ヶ崎におけるシンデミック状況のモデル構築に向けた考察をおこなう。

【考察】釜ヶ崎(あいりん地区)における結核

罹患率は、2011年の統計で10万人あたり427と、世界的に見ても突出した水準にある¹。釜ヶ崎の結核罹患率は端的に「アフリカなみ」といわれることもあるが、WHOによればアフリカ地域の罹患率は10万人あたり262であり、釜ヶ崎よりはいくぶん良好な数値となっている²。ただしアフリカには、南アフリカ共和国の993、ジンバブエの603、ボツワナの455など、結核罹患率が突出して高い国も存在する。こうした国の多くに共通するのは、国民のHIV罹患率が極端に高いという背景を有することである。

ある集団において複数の疾患が同時に流行し、その集団の疾病負荷を極端に悪化させる傾向を説明するために用いられるのがシンデミクスという概念である³⁻⁶。アフリカ南部諸国では上述のとおり、結核とHIV感染症のシンデミックが人々の健康を極端に悪化させ、保健医療対策を困難にしている⁷。

高所得国の都市における健康問題を検証した例としては、サンフランシスコ湾岸地域におけるHIV感染症と暴力のシンデミック状況を明らかにしたDistefanoとCayetanoの研究がある⁵。Distefanoらは、同地域で働く保健・福祉従事者に対する聞き取りを実施し、一定の質的調査分析手法にもとづくシンデミック・モデルを構築することで、暴力とHIV感染症という、一見すると独立した健康問題の背景に、薬物依存、精神疾患、性産業の関与といった共通の要因があること、またその健康問題は、貧困や社会的排除といった「構造的暴力」とも関係

していることを明らかにした。

釜ヶ崎で暮らす元日雇労働者の健康・生活支援に取り組む医療・福祉従事者や地域住民であれば、高い結核罹患率の背景に、アルコール依存や精神疾患といった健康問題があることを、直ちに指摘するであろう⁸⁻¹⁰。報告者らはこれまでに、釜ヶ崎で結核検診と服薬指導、訪問看護などの活動に取り組んでいる保健医療従事者から予備的な聞き取り調査をおこなった。服薬指導に携わる関係者への聞き取りでは、社会的な孤立やアルコール依存が結核治療へのアドヒアランスを阻害し、結核の治療が困難になるケースが指摘された¹¹。このことから、釜ヶ崎の元日雇労働者が単に複数の健康問題を抱えているだけでなく、それらの要因が互いに影響し合うことで相乗的に疾病負荷を悪化させる場合があることが示唆される。

重複した健康問題を抱える者の生活の質を支える取り組みには、著しい困難を伴う。釜ヶ崎では2000年ごろより、一部の地域住民がサポーターハウスを運営している。これは元日雇労働者に対して種々の生活支援を提供するサポート付共同住宅の一種である。サポーターハウスのスタッフは、生活保護の受給や要介護認定にはじまる行政上の諸手続きに加え、医療・福祉従事者との橋わたし、日常の服薬見守りなど、入居者の生活の質を支えるための種々の支援をおこなう。入居者の中にはアルコール依存症と同時に結核に罹患していたり、他の深刻な疾患を抱えているケースもあるが、スタッフの努力にも関わらず、こうしたケースを受け入れる適切な医療機関が見つからないまま健康状態が悪化してしまう例があとを絶たない¹¹。

アルコール依存を抱えた結核患者のようなケースは、既存の医療機関や公衆衛生行政

の窓口においては、しばしば対応が難しい「特殊な」ケースと見なされがちである。人々が重複した問題を抱えている状況こそが、釜ヶ崎における健康問題の本質であることを示すシンデミック・モデルの構築を通して、より現実に即した公衆衛生政策の立案に貢献できる可能性がある。

【結論】結核を始め釜ヶ崎の元日雇労働者が抱える健康問題を理解するためには、地域で活動する医療・福祉従事者やサポーターハウスの運営に携わるスタッフへの聞き取り調査を実施し、重複する健康問題が人々の健康を相乗的に悪化させる過程を理解する必要がある。またその背景にある社会的な格差などの問題を考慮に入れる必要がある。このような理解を促進する手法として、シンデミクス・アプローチは有効であると思われる。

参考文献

1. 高鳥毛敏雄, 原昌平. 結核対策. (鈴木亘編) 西成特区構想有識者座談会報告書. 2012. pp. 110-9.
2. WHO. Global Health Observatory Data Repository [Internet]. [cited May 28 2013]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main>
3. Singer M, Clair S. Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. *Medical Anthropology Quarterly*. 2003;17(4):423-41.
4. Singer M. Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
5. DiStefano AS, Cayetano RT. Health Care and Social Service Providers' Observations on the Intersection of HIV/AIDS and Violence among Their Clients and Patients. *Qualitative Health Research*. 2011;21(7):884-99.
6. Mustanski B, Garofalo R, et al. Psychosocial health problems increase risk for HIV among urban young men who have sex with men. *Annals of Behavioral Medicine*. 2007;34(1):37-45.
7. Getahun H, Raviglione M, et al. the TB/HIV Syndemic. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2012;61(26):484-9.
8. 入佐明美. 健康づくりは生活づくり. 日本健康教育学会誌. 2009;17(4):274-9.
9. 逢坂隆子. は一とふる一釜ヶ崎における支援団体活動ききり調査報告書. 2011.
10. ヘルスサポート大阪. 西成の健康・生活支援ネットワーク構築事業. 2013.
11. 報告者らの聞き取りによる.

東日本大震災被災住民（大槌町民）における ソーシャルキャピタルに関する研究

○鈴木るり子（岩手看護短期大学地域看護学）
横山由香里（岩手医科大学衛生学公衆衛生学）

【目的】

本研究では、岩手県で最も人口当たりの被災者の多い大槌町民のソーシャルキャピタル（以下 SC）について、「ネットワーク（以下 SN）」「信頼」「互酬性」の3要素から成るとする putnam の「SC」の定義に基づき、東日本大震災で被災した大槌町民の「SN」と「周囲への信頼感・互酬性」について検討した。さらに被災後の「SC」の高低を左右する要因を明らかにし、今後の地域づくりに向けた支援策への示唆を得ることを目的とした。

【方法】

平成 23 年度にコホート調査に同意が得られた 18 歳以上の住民 2,085 人を対象とした（同意率 96.0%）。調査は平成 23 年 12 月に行った。

性別、年齢、自覚症状の有無、避難所を含む転居回数、経済的な暮らし向き、震災の記憶、SC の変数を分析に用いた。年齢は、39 歳以下、40 代、50 代、60 代、70 代、80 代以上とした。避難所を含む転居回数について、「0 回」「1 回」「2 回」「3 回」「4 回以上」という選択肢で尋ね「0 回」「1-2 回」「3 回以上」3 値にした。経済的な暮らし向きは「大変苦しい」「やや苦しい」「苦しい」「ふつう」の選択肢によって回答を得たのち、「大変苦しい」「やや苦しい」「苦しい」をまとめ「苦しい」とした。震災の記憶は、「思い出したくないのに思い出す」「思い出

すと気持ちが動揺する」「思い出すと体の反応が起きる」の 3 項目について、あてはまるかどうかを尋ねた。

SC は、「SN」と「周囲への信頼感・互酬性」に分けて検討した。SN の指標には、日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版（LSNS-6）を用いた。得点が高いほど、SN が大きいことを示す。12 点未満が社会的孤立に相当するとして、スクリーニングに用いられることもある。本研究における信頼性係数は $\alpha = 0.85$ であった。

「周囲への信頼感・互酬性」の項目には、「まわりの人々はお互いに助け合っている」「まわりの人々は信頼できる」「まわりの人々はお互いにあいさつをしている」「何か問題が生じた場合、まわりの人々は力を合わせて解決しようとする」の 4 項目を「強くそう思う」～「全くそう思わない」の 5 件法で尋ねた（各項目点数は 0～4 点）。得点が高いほど、「周囲への信頼感・互酬性」が高いことを表す。本研究における信頼性係数は $\alpha = 0.85$ であった

【結果と考察】

本研究は SC の構成要素である「SN」と「周囲への信頼感・互酬性」に着目した。

1. 対象者の特性

女性が 62.2% であった。過半数が 60 代以上であった。避難所を含めた転居回数は、「一度も転居していない」「1～2 回」「3 回以上」が約 3 分の 1 ずつを占めた。約半数

は経済的な暮らし向きを「苦しい」と回答した。

2. SN

LSNS-6 尺度で 12 点未満だった対象者は 42.4%で、平均得点は 13.0 点 (標準偏差 6.2) であった。大槌町と同一県内に位置する大迫町で行われた栗本らの研究では、地域在住高齢者 (平均年齢 67.0 歳、男性 34.5%) において平均 16.2 点 (標準偏差 5.1) であることが示されており、大槌町民の SN は低い水準となっている可能性がある。東日本大震災では、被災地域一帯に地震・津波の被害が及び、家族や友人といった「手助けを求められる人」を失った住民が多い。また、被災者間での遠慮などから「手助けを求められる人」に対しても手助けを求めなくなっている可能性が考えられる。

SN は、60 代に比べ、50 代で低値であった。また、「女性」、経済的な暮らし向きが「苦しい」と回答した者でも SN が乏しいことが示された。単変量解析では震災の記憶のうち「思い出すと体の反応が起きる」という群で、そうした経験がない群に比べ SN が乏しいことが示されたが、多変量解析では有意な違いは見られなかった。

3. 周囲への信頼感・互酬性

「周囲への信頼感・互酬性」の平均値は 15.6 点であった。得点の比較は難しいものの低い数値ではないと考えられた。これは、大槌町が従来から地域のつながりが保たれている地域であり、災害後も比較的、周囲への信頼感や互酬性を維持しやすかったことが影響している可能性がある。

「周囲への信頼感・互酬性」の関連要因を検討したところ、60 代に比べ、70 代、80 代以上で得点が高かったが、50 代では得点

が低かった。また、「男性」、「自覚症状あり」、「思い出すと体の反応が起きる」、暮らし向きが「苦しい」と回答した群で得点が低かった。避難所を含む転居をしていない群に比べ、転居回数が多い群で、得点が低かった。男性や、心身症状のある住民の他、震災後、転居した住民では「周囲への信頼感・互酬性」が感じにくい状況にあることが推察されるため、重点的な支援が必要と考えられた。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は SC を構成する SN と「周囲への信頼感・互酬性」の 2 側面に着目した。

本研究には、SC が低く孤立している住民が調査に参加していないというサンプリングバイアスが考えられる。

しかし、本研究は被災者の方々の協力を得て行われた数少ない大規模調査である。本研究では、大槌町の住民において SN が限られていることや、男性や転居者、若年者で「周囲への信頼感・互酬性」が低いことを示した。被災後の生活再建の基盤としての SC に着目し、そのデータに基づいた支援方法を考えることは、今後の大規模災害時の、避難所設営から応急仮設住宅の入居方法、さらには被災者住宅設営については、SC を高める環境を整えることが重要である。被災者が新しい地域社会を創造していくためにも、SC を考慮に入れた政策的な取り組みが必要である。

【謝辞】本研究は、東日本大震災被災者を対象としたコホート研究 (厚生労働科学研究費補助金) の助成を受けた。

Mail address r_suzuki@iwate-nurse.ac.jp

自律的なコミュニティ活動を促す社会的要因 -エージェントシミュレーションとデータ分析による検討-

○山田広明、橋本敬（北陸先端科学技術大学院大学 知識科学研究科）、
立瀬剛志、須永恭子（富山大学 地域医療・保健支援部門）

【目的】住民の自律的な意志に基づくコミュニティ活動の実現は重要である。住民主体の活動の発生と拡大は、長野県の保健補導員コミュニティの例（今村 10）のように事例ベースではいくつか見られるが、いかにすればそれを引き起こせるかまでは明らかではない。

近年、社会ネットワーク上で人々の行動が伝播する現象が実証的(Christakis 07)、実験的(Centola 10)に確かめられている。行動伝播現象の視点から自律的なコミュニティ活動の形成を理解できよう。今村が指摘するように、自律的なコミュニティ活動が広がる過程ではお互い様の価値観が共有されるなど人々の意識の変容が起こる。従って、単にネットワーク構造や行動模倣だけでなく、集団の中で形成される交流の様式（文化）や交流の過程で醸成される信頼や互酬の規範などの共通意識（制度）の働きに注目する必要がある。

本研究では、自律的なコミュニティ活動を促す社会的要因を検討する。具体的には、自律的なコミュニティ活動の活発さに地区差がある地域において、地区差を説明する社会的要因（交流様式と近隣住人への意識）を検討する。またエージェントシミュレーションの結果を踏まえその背景にあるメカニズムを考察する。

【方法】平成 23 年時点で富山県 A 村に住民票を有する、介護施設への入居者を除いた全成人 2159 名を調査対象とした。自己記入式質問紙による全数調査を行い、1534 名から回答を得た（回収率 71.05%）。分析対象は居住地区（行政区）を回答した 1054

名（48.81%）とした。

A 村行政職員から、町内会（つまり行政区）単位でコミュニティ活動の活発さや自主性に差があること、その原因は住民の流入と年齢層の偏りと推察されることが伝えられた。そこで、まず地域内での自律的なコミュニティ活動に地区差があるかを確認した。次に、自律的なコミュニティ活動を促す社会的要因を検討するために、性別・年齢・居住期間を調整変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。分析には R version 2.15.3 を使用した。

【結果】本研究では、自治会・消防会・商工会などの地域の暮らしを支えるための団体活動をコミュニティ活動と定義する。更に、当の活動への参加が自主的か義務的かを聞いた質問に対して、自主的と答えた者を自律的動機での参加者と定義する。

自律的動機でコミュニティ活動に参加する者の割合は行政区で差が見られた（図 1）。

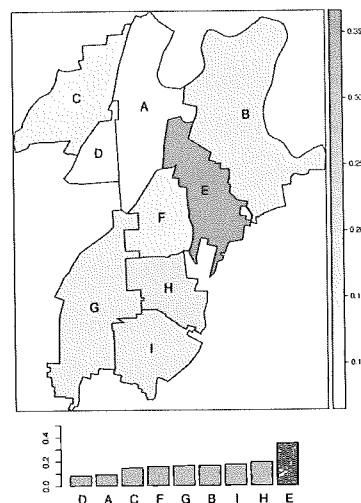


図 1 行政区毎での自律的動機で
コミュニティ活動へ参加する者の割合

行政区間での自律的参加者の割合には有意差が見られた (χ^2 検定, $p<.05$).

次に、自律的参加の有無をアウトカムとして、交流様式と近隣住人に対する意識の変数を投入した際の、自律的コミュニティ活動が活発な地域と活発でない地域の差を検討した。ここで、自律的コミュニティ活動が活発な地域は自律的参加の割合がとりわけ多かった E 地区を、活発でない地域は E 以外の地区と定義した。

性別・年齢・居住期間の調整のみを行った物を「モデル 0」とし、加えて交流様式の指標として、①交際深度を投入した物を「モデル 1」、②交際人数を投入した物を「モデル 2」、隣人住人に対する意識の指標として、③近隣信頼を投入した物を「モデル 3」、④近隣への期待を投入した物を「モデル 4」とした。それぞれのモデルで多重ロジスティック回帰分析をした結果が図 2 である。値は E 以外の地区をリファレンスとした際のオッズ比である。

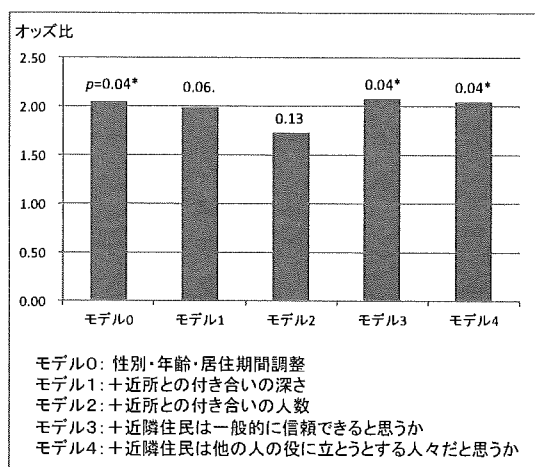


図 2 E 以外の地区に対する E 地区の自律的参加割合についての調整オッズ比

性別・年齢・居住期間を調整した場合でも (モデル 0), E 以外の地区に対する E 地区での自律的動機参加のオッズ比は有意に高い。近隣との交際深度を投入したモデル 1 では地域変数は有意傾向に変化し、近隣との交際人数を投入したモデル 2 では有意

差は消えた。近隣に対する信頼と近隣に対する期待を投入したモデル 3, モデル 4 では地域変数の有意差は消えなかった。

【考察】自律的参加の有無の地域差は、近隣との交際深度を投入した場合は有意傾向に変化し、近隣との交際人数を投入した場合は有意性は消えた。一方で、近隣に対する信頼と近隣に対する期待を投入した場合は、地域差は依然として有意なままとなった。更に、交際深度と交際人数を同時に投入したモデル (モデル 0 + 交際深度 + 交際人数) を検討したところ、交際人数でのみカテゴリ間のオッズ比に有意な差が現れ、交際深度では有意差は現れなかった。以上から、自律的参加の有無の地域差を生じさせる重要な変数として、近隣との交際人数が在ることが示唆される。

交際人数が多いことだけで、地区の自律的なコミュニティ活動が促進されることは考えにくい。なぜなら、我々が行っているエージェントシミュレーションの結果から、行動伝播を通して一つの行動が広がるためには、選択的な交流 (例えば意識が高い者とより頻繁に交流するなど) が重要であることが示唆されているからだ。したがって E 地区には、交際人数が多いことに付け加えて、意識が高い者が集まるコミュニティやそれに類する何かしらの機会が存在する可能性が高い。もしくは、交際人数が多いだけでなく、交際相手に何かしらの偏りがあるのかもしれない。

最後に、今回の検討では地域への信頼と地域への期待は、自律的参加の有無の地域差を説明しなかった。しかし、質問紙で聞けていない互酬性の規範の影響は未だ明らかでない。その他の規範の共有が及ぼす影響は、エージェントシミュレーションを用いれば予備的に検討可能である。

Mail: h.yamada@jaist.ac.jp

富山地域のストレス低減を目指したゲートキーパー養成の現状と展望 ーソーシャル・キャピタルの観点から

○小林俊哉（九州大学） 立瀬剛志 須永恭子（富山大学）

【目的】「富山地域ストレス研究会」は、平成 24 年度富山県厚生部健康課「自殺対策先導的取組支援事業」の助成を得て、「地域における心の健康」を基調テーマとした事例検討会も含むメンタルヘルス 6 次予防教育プログラム「ゲートキーパー講習会（応用編）」を富山で実施した。同講習会における保健専門職集団と、地域活動支援者集団の違いに着目した自殺対策支援のニーズの抽出と効果の検証を目的としたアンケート調査を実施した。

【方法】平成 25 年 2 月 24 日と 3 月 10 日の 2 回開催した講習会にて参加した 43 名に対し、同講習会の満足度や参加動機並びに意見・感想なども含めた講習会へのニーズと評価を匿名での自己式質問票による調査で、アンケートに回答した 40 名（回収率 93%）を分析対象とした。

【結果】回答者のうち 20 代は 10.3%、30 代は 20.0%、40 代 15.4%、50 代 20.5%、60 才以上が 33.3%という年齢構成であった。過去のゲートキーパー講習の受講経験は「あり」が 22.5%、なしが 77.5%であった。自由記述項目の結果からもゲートキーパーの育成はまだ始まったばかりであり、講習は受けていないが興味があったので受講したという人も多かった。同講座の満足度は、午前の座学（基礎講習と事例対応紹介）と午後の検討会（自殺対策支援に向けたグループワーク）でそれぞれ評価し、午前は満足が 97.4%、不満が 2.6%であった。

午後は満足が 80.9%であり、残りは不明（午前のみの受講予約者）であった。

また参加者は保健職 14 名、メンタル支援関連職 12 名（行政含む）、その他一般その他 17 名から構成されており、仕事として支援を行っている人が半数以上を占めた。そのため、対象者を行政（及び専門職）と一般（地域住民）のニーズの違いを明確にするため、行政と一般とに分けてクロス集計を行った。その結果午前の講習では行政関係者の満足が、一般の参加者の満足より高い割合であり、午後は一般の参加者の満足が行政関係者の満足よりも高い割合だった。このことから、今回初の試みであった、午後の講習での「四画面思考法」を用いた自殺対策支援活動のグループワークも参加ニーズがあったことが示された。また本講習会を知った理由は 22 名が（行政からの）チラシによるものであり、次いで知人の紹介、その他であった。

その他、講習の感想、検討会の感想、参加者の動機、講習会全体に対する意見や要望に関しての自由記述の結果から以下のような課題や評価が今後の検討事項として抽出された。

「講習の感想」より：多くの事例とその繋ぎ先の紹介は役に立ったが、事例を絞ってより詳細な対応を学ぶ講義が必要（ゲートキーパー自身の経験談なども有効）と思われる。また講習内容を地域のゲートキーパーのネットワークをまとめるコアゲートキ

キーパーに絞り必要なスキルを提供することが午後の検討会にも繋がりより有効的と考えられる。事例報告においては繋ぎ先である自治体や財団の紹介のほか、自殺対策活動をしている団体の名簿などもあったほうが、今後のゲートキーパー活動に役立つと考えられる。

「検討会の感想」より：単に個人の活動を振り返るだけでなく、今後ゲートキーパー活動をしていくという前提でのグループワークが望まれる。その際に、コアゲートキーパーの役割（地域のネットワークを活用したゲートキーパー活動）を明確にして、その目的のための具体的な行動計画を作るということを、チラシ等で事前に参加者に伝わる工夫が必要と思われる。今回、「四画面思考法」という特殊なツールを用いて活動計画の整理とそれに基づくグループ内での交流を行ったが、参加者間での交流も午後の検討会での評価の高い理由であったため、プログラム終了後に、交流会を設け、策定した活動計画に基づいて参加者間のネットワークを図ることで、参加者自身の活動に対してよりフィードバックがなされることが考えられる。

「参加の動機」より：仕事に関連する事業に役立てたいとした人と、社会貢献の一貫としてゲートキーパーに参加したい人に分かれたが、どちらにもニーズがあることが分かった。一部、ゲートキーパーのメンタルヘルスに関するニーズもあったが、「見守り」「支え」「（専門機関に）繋ぐ」という今回のテーマに加え、「共同」というアロン・ベックが示した認知行動療法の基本となるような視点も交えた講習にブラッ

シュアアップする必要があると思われる。また関係者とつながるために参加したという人も多く、今後互いのゲートキーパー活動が協力し合えるような場の設定（例えば上記2での終了後の交流会）もニーズとして挙げられた。また保健職の若手のスキルアップなども参加動機として挙げられた

「講習会全体に対する意見・要望」より：次年度の活動に繋がる評価として以下の具体的な課題3点が挙げられた。①事例を検討する際に、相手への声掛け方法や何に注意をおけばよいかについても具体的に説明する必要がある（認知行動療法などの視点から具体的なコミュニケーション法や希死念慮のある人への対応なども学習目標に取り入れる）、②多くの方が、考え・参加・行動できるよう地区センターにて研修できるような講習会であってほしいという要望に応え、地区別での講習会として展開する（今後、活動を地域展開しより多くの人に参加してもらえる機会を作る）。③今後も参加したい、次も開催してほしいという要望が多い（1度きりの講習の予定であったが、検討会など随時スキルアップに役立つプログラムが入っていたからと思われる）ため、継続性のあるアドバンスコースも今後のプログラムとして検討する必要がある。

【結論】これらの結果から、今後受講者ニーズを広く取り入れさらにブラッシュアップするとともに、ゲートキーパーの継続的な地域教育（や地域啓発）も兼ね各地区センター等での研修とし広く地域で展開し、地域で多くの人がつながれる場の設定も兼ねた応用講習会として継続していくことが重要と思われる。

E-Mail kobayashi.toshiya.303@m.kyuhyu-u.ac.jp

東京高裁判決を基本的に追認したイレッサ薬害訴訟最高裁判決の不当性 — 科学的・統計学的見地から

○片平洸彦（新潟医療福祉大学／健和会臨床・社会薬学研究所）

榎宏朗（新潟医療福祉大学大学院）、中島 晃（市民共同法律事務所）

【背景・目的】抗がん剤イレッサによる被害者が2004年にアストラゼネカ社（A社）及び国を被告として起こした訴訟は、東京地裁では間質性肺炎の致死性を警告として添付文書に記載しなかった被告らの責任を認めた[1]が、東京高裁は、添付文書作成時に当該有害事象と医薬品投与との間に「因果関係がある」とまで言える症例は存在しなかったとして、被告らの責任を否定した[2]。片平は、この判断は従来の薬害訴訟でなされた「予見可能性」の有無の判断を考慮していない等の問題を指摘し、批判した[3]。

上告審の最高裁は、2013年4月12日に下した判決（以下「判決」）[4]で、この「予見可能性」に関しては、「予見しうる副作用の危険性が上記処方者等に十分明らかにされているといえるか否か」という観点から判断すべきもの」として、この点については東京高裁判決の考え方を是正したが、事実関係の認定は基本的に追認し、原告側全面敗訴の判決を確定させた。本報告は、この「事実関係の認定」について、科学的・統計学的見地から検証することにより、判決の科学性・妥当性を検証することを目的とした。

【方法】判決文の「理由」記載の「原審の適法に確定した事実関係の概要」中、以下の記載の科学性・妥当性を検討した：「以上の臨床試験及びEAP副作用情報における間質性肺炎発症例において、イレッサ投与後発症までの期間は2～148日、イレッサ投与との因果関係が否定されない死亡症例における発症から死亡までの期間は0～30日であり、全体として、早期に発症し急速に進行する間質性肺炎が副作用として存在することをうかがわせるものではなかった。」

（判決6頁）。大谷・大橋両判事の補足意見にも「イレッサには副作用として急速に重篤化する間質性肺炎が存在すること、このような副作用は本件輸入承認時点までに行われた臨床試験等からこれを予見し得たものといえないことは法廷意見の判示することからも、前記の認定が判決のキーポイントとなっていると言える。そこで、前記数字の出典を調べた結果、東京地裁判決[1]の認定（第Ⅲ分冊57～129頁）と概ね一致していることが判明したので、その認定数字等を元に、判決6頁記載の科学性・妥当性を「統計的推定」の算定により検証した。

【結果】

- 1) 東京地裁が承認前の副作用症例と認定した23例のイレッサ投与後発症までの日数は、(2, 10, 12, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 26, 26, 40, 40, 48, 48, 51, 53, 53, 68, 82, 86, 148, 167)であり、範囲は2～167だが、平均値は45.96であった。これらの数字から、標本比率を算出し、母比率の推定を行った。
 - ① 4週以内が11例(47.8%)。この標本比率から、母比率の95%信頼区間(95%CI)=29.2～67.0%で、上限値は67%。すなわち、母比率は、最大では67%と予測されることが、95%の信頼度で言えることになる。
 - ② 3週以内が9例(39.1%)。母比率の95%CI=22.2～59.2%で、上限値は59.2%
 - ③ 2週以内では5例(21.7%)。母比率の95%CI=9.7～41.9%で、上限値は41.9%
- 2) 同様に、発症から死亡までの日数から、標本比率を算出し、母比率の推定を行った。

n=13 (0, 4, 5, 7, 7, 8, 9, 11, 11, 18, 20, 21, 30)で、範囲は前記の通りだが、平均値は11.6で、

 - ① 4週以内が12例(92.3%)。この標本比率から、母比率の95%CI=66.7～98.6%とな

り、上限値は 98.6%。最大では 98.6%と予測されることが 95%の信頼度で言えることになる。

②3 週以内が 12 例 (92.3 %)。母比率の 95%CI=66.7~98.6%で、上限は 98.6%

③2 週以内が 9 例 (69.2 %)。母比率の 95%CI=42.4~87.3%で、上限は 87.3%

④1 週以内が 5 例 (38.5%)。母比率の 95%CI=17.7~64.5%で、上限は 64.5%

3) 厚生労働省の文書「承認までに報告された副作用症例報告一覧」[5]における「審査センターの判断」では、死亡 22 例のうち、「急激な転帰」との記載があるのは 16 例で、72.7%。この標本比率から、母比率の 95%CI=51.8~86.8%となり、上限値は 86.8%。すなわち、母比率は最大では 86.8%と予測されることが、95%の信頼度で言えることになる。

【考察】判決が「予見可能性」の有無を考慮していない高裁判決を、その点では是正したのは当然であり妥当だが、前記のように、判断の結論は高裁判決を肯定している。判決は、添付文書第 1 版の記載の適否についての検討で、A 社が「イレッサには発現頻度及び重篤度において他の抗がん剤と同程度の間質性肺炎の副作用が存在するにとどまるものと認識」し、この認識に基づいて「重大な副作用」に記載したのであるとして A 社を擁護しており、後は肺がん治療を行った医師の問題であるかのような記述をしている（判決 11 頁）。しかし、前臨床及び臨床試験等のデータが集積する A 社及び国に「予見可能性」がないとしながら、医師には「イレッサ投与により間質性肺炎を発症した場合には致命的となり得ることを認識するのに困難はなかったことは明らか」であると断言するのは、公正で科学的な判断と言えるであろうか。

そして、その「予見可能性」であるが、今回の母比率の 95%CI の数値算定結果からは、発症までの期間の「2 週以内」を除き、母比率の 95%CI の上限値はいずれも 50%を超えていた。特に、発症から死亡までの日数(標本平均値=11.6 日)は、1 週以内でも最大 64.5%と予測でき、母平均値の

95%CI の下限値は 6.55 日であった。承認前の標本数は少数であっても、これらの予測数値からは、承認後に「早期に発症し急速に進行する間質性肺炎が副作用として存在することをうかがわせるものではなかった」とは到底言えないと考えざるを得ない。今後、薬害問題等で『薬害の防止』や『予見可能性』を検討する際は、以上のような統計学的検討も考慮して判断を下すことを検討すべきであろう。

【結論】以上から、判決が、承認前の間質性肺炎発症報告例のデータを根拠として「全体として、早期に発症し急速に進行する間質性肺炎が副作用として存在することをうかがわせるものではなかった。」とまとめるのは、科学性・妥当性を欠くと結論できる。

【文献・URL(2013 年 5 月 28 日閲覧)】

1.イレッサ訴訟東京地裁判決

<http://iressabengodan.com/data/%E6%9D%B1%E4%BA%AC%E5%88%A4%E6%B1%BA%E7%AC%AC%EF%BC%93%E5%88%86%E5%86%8A%28%E3%83%9E%E3%82%B9%E3%82%AD%E3%83%B3%E3%82%B0%29%5B1%5D.pdf>

2.イレッサ訴訟東京高裁判決

<http://iressabengodan.com/data/%E8%96%AC%E5%AE%B3%E3%82%A4%E3%83%AC%E3%83%83%E3%82%B5%E6%9D%B1%E6%97%A5%E6%9C%AC%E8%A8%B4%E8%A8%9F%E3%80%80%E6%9D%B1%E4%BA%AC%E9%AB%98%E8%A3%81%E5%88%A4%E6%B1%BA.pdf>

3.片平冽彦「日本の科学者」47 (10) 52-57、2012.

4.イレッサ訴訟最高裁判決

<http://iressabengodan.com/data/%E6%9D%B1%E3%83%BB%E4%B8%8A%E5%91%8A%E5%AF%A9%E5%88%A4%E6%B1%BA.pdf>

5.厚生労働省「ゲフィチニブ安全性問題検討会」配布資料 No.9、2003 年 5 月 2 日。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/05/s0502-1.html>

Mail Address katahira@nuhw.ac.jp

スティグマを伴う病いの経験から社会関係の回復へ
ーアフリカのハンセン病回復者コミュニティにおける医療人類学的調査からー

○姜明江（京都大学大学院アジア・アフリカ地域研究研究科）

西真如（京都大学グローバル生存学ユニット）

【背景と目的】疾患はときに患者やその家族に健康上の問題だけでなく、社会的な苦しみをもたらすことがある。この社会的な苦しみとは、政治や社会・文化の制度といった力がそれらの人びとに加えられることによって生み出される苦痛である¹。とりわけスティグマ（負のレッテル）を伴う病いにおいては、教育や就労の機会の剥奪、住む場所の制限や隔離といった、社会集団からの断絶を引き起こすことがある。疾患による身体的なダメージだけでなく、社会から生存をさらに脅かされるのである。本報告では、病いにより、家族や地域社会といった関係から疎外され、同時に政策や外部からの支援といった社会や制度にも手の届かない人びとの経験を、医療人類学的な視点から理解することを試みる。そして、そのような経験のなか、どのような新たな社会関係を築きあげてきたのか考察する。

【方法】ザンビア共和国東部州にあるハンセン病回復者村（L村）において、長期フィールド調査をおこなった。ハンセン病回復者とその家族を対象に聞き取り調査と日常実践の観察をおこなった。フィールド調査は2007年より断続的におこなっている。文献レビューの結果を補助的に用いた。

【結果と考察】ザンビアにおけるハンセン病治療は、そのほとんどを海外の支援団体が担ってきた。現在は、ハンセン病治療薬に関しては、製薬会社の支援により WHO

を通じて無償提供されている。しかし、有効な治療薬のなかった時代の発症者や、医療へアクセスできなかった人たちの多くが、治癒後も障害を抱えることになった。ザンビアには、回復者やその家族が集まって暮らす回復者村が点在している²。L村は、治療を終えた回復者たちが1950年代につくりあげた村である。当時の乏しい医療状況のなか、ハンセン病療養所には患者がザンビア各地から集まってきた。一方で治療終了後、故郷の村から拒絶される回復者や、障害が残ったため医療施設から離れることに不安を感じる人たちが多くいた。そこで回復者たちは、その地域の民族の首長に定住地を与えてほしいと嘆願し、L村を開いた。そうして、治療後の回復者やその家族が、継続してL村に移ってきたのである。

これまでの人類学研究では、アフリカ農村部では相互扶助といった助け合いの関係が発達し、高齢者、病人など脆弱な人びとの社会保障となる事例が報告されてきた。しかし、本調査から、ハンセン病発症者は、互助のシステムから疎外された様子が明らかになった。現在L村に住む70代の女性は、幼少にハンセン病を発症した。すると村人たちは村から離れた森に小屋をつくり、彼女を追いやったという。しばらくすると、海外の団体が彼女を訪れ衣類や食料の援助をはじめた。すると村人たちは物資を手に入れようと彼女の家に盗みに入る始末であ

った。彼女の状況は首長に報告され、その使者のもと医療施設へ送られた。最終的に故郷の村から約 200km 離れた L 村近郊の療養所に搬送され、数年後、療養所にいた患者男性と結婚し L 村に移住した。このような経験は他の回復者からも聞かれ、発症時の年齢や性別に関係なかったという。

一方で、L 村に移住した回復者には、療養所を運営する海外の団体より、食料や衣類といった十分な支援がおこなわれていた。近隣村の人びとは、回復者との接触を避けていたが、援助物資を目当てに回復者のもとで働く者がはじめ、そのことをきっかけに交流が進んだ。それは、障害を持つ回復者にとって、掃除や家の修理といった日常作業を補う意味もあったと考えられる。しかし、1980 年代に突然、援助団体が療養所の縮小と援助の打ち切りを決定する。後遺症を抱える回復者たちであったが、突如の自立を余儀なくされたのである。

現在も回復者たちは、障害を抱えながら L 村で生活している。報告者の調査によると、L 村の人口は 380 人、うち 33 人が回復者で、平均年齢は 60.8 歳であった（2008 年）。全回復者の後遺症による障害レベルを判定したところ、24 人（72%）が WHO 分類で重度（G2）とされた。そのような回復者への支援は、現在も政府を含め外部からはおこなわれていない。回復者以外の村民は、多くが回復者の子孫である。過去、日本においてはハンセン病と診断された人たちは、政策により子どもを持つことが禁止されたが、ザンビアにはそのような法律はなかった。そのため回復者が結婚し子どもを持つことは自然なことであった。

現在の回復者たちの生計や日常生活は、

回復者どうしの連帯、宗教を基盤にした若者中心のサポートグループ、血縁や世代を超えた子どもたちのサポートによって支えられていた。回復者どうしで障害による動作の困難を補い、日雇い労働や家事をおこなっている。全回復者による、行政への援助をもとめる請願運動もみられた。また、ケアの連帯は世代や血縁を超えてもみられた。子どもたちは生活の支えとなるだけでなく、病院や葬祭につきそい回復者を社会と結びつける役割も果たしていた。これらのつながりは、援助の打ち切りに加え、療養所での治療経験、子どもの存在といった要因を加味しながら形づくられていった。ただし、日常生活において回復者たちは多くの問題に直面していることも明らかになった。後遺症の知覚まひを持つ回復者が調理時に火傷を負う例は頻発している。潰瘍などの後遺症ケアも医療に関する知識の乏しい自身や子どもたちでは限界があり、悪化させているケースも見られた。回復者のつくりあげる連帯や子どものサポートは、かれらの生活を支えてはいるが、医療専門家やコミュニティ・ヘルスワーカーなどによる介入の必要性が明らかになった。

独自ともいえるケアのつながりが、回復者の生活を支えている。それは、回復者どうしの中だけではなく、子どもたち、地域社会、医療や援助といった社会関係の中で築かれたものであった。またそこからは、回復者の問題は決して特殊なものではなく、地域や国、その社会のあらゆる問題を包摂し映し出していることがわかる。

1. Kleinman, A. et al. 1997. Introduction. In A. Kleinman, V. Das, & M. Lock eds., *Social Suffering*. Berkeley: The University of California Press. pp.iv-xxv.
2. International Journal of Leprosy. 1961. "Leprosy Institutions in Northern Rhodesia." *International Journal of Leprosy* 29(3): 366-368.
Email: kyo@jambo.africa.kyoto-u.ac.jp

MMR ワクチン導入前後の危険性情報と国の対応について

ー【第4報】検証されずに風化する薬害、国と専門家はMMR ワクチンの検証を！ー

○栗原 敦（MMR被害児を救援する会）

（全国薬害被害者団体連絡協議会）

【はじめに】89年4月接種開始、93年4月当面接種見合わせまで無菌性髄膜炎を中心に2,000人を超える被害（任意接種MMR、おたふくかぜを含む）が発生、国は予防接種史上最大、1,041人の被害を認定した（MMR ワクチン薬害事件）。原告の実質勝訴で2006年10月、訴訟は終結した。しかし、法廷で検証されなかった課題が残り、また、厚生労働省内の行政資料の廃棄が進行するなか、真相未解明のまま風化しつつある。08、10、12年の本学会総会での発表に次いで、その後の調査結果を報告し、今後の国や専門家による検証に寄与したい。

【目的】1989年3月までにPCRによるウイルス株鑑別法を完成させた国立予防衛生研究所（予研）が、かつてブラックサイズ法により野生株由来の髄膜炎と判定された症例の多くが実はムンプス（MMR 治験）ワクチン由来だったことを明らかにした。その後、予研・地方衛生研究所（地研）・企業、そして厚生省薬務局生物製剤課（事件当時）が、ワクチン由来の髄膜炎発生に関する情報をどのように共有したか、また89年8月までの厚生省（主に薬務局）の対応が適切だったのかについて検証する。

【方法】2010年に開示請求を行ない、翌11年に開示された厚生労働省医薬食品局保管のMMR関連文書の閲覧および関連する文献の調査による。

【結果と考察】1989年3月までに予研は、それまで野生株とされてきた8例をワクチン株と判定した。

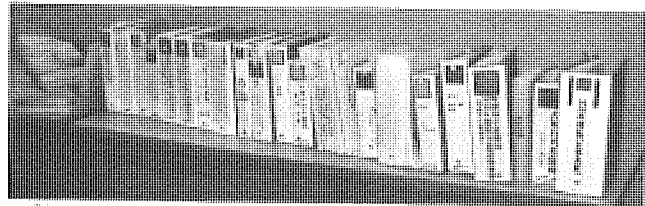
同年3月、予研の要請で阪大微研会から予研に25例が提供され、6月までに、同会自社株MMR（2例）を含み、多くがワクチン由来と判明。さらに、5月下旬から6月下旬にかけて、企業（北里研究所）、徳島保健環境センター、群馬県衛生研究所（群馬衛研、現在の群馬県衛生環境研究所）等から予研にワクチン株の症例情報が集まる様子が明らかになった（表1）。

厚生省薬務局は、7月5日までに同月13日に予研ムンプス室長らが、秋田市でPCR法の完成に関する発表の予定・内容を知り、同日より調査を開始、8月24日に「おたふくかぜワクチン接種後の無菌性髄膜炎について」なる文書（記者会向けか？）が作成されている（表2）。その経過から、1989年3月予研ムンプス室長らの発表をうけてただちに対策会議としての予防接種委員会、生物製剤調査会開催に向けた調査を開始すべきだったと考えるのが自然である。つまり、4ヶ月のタイムラグが指摘される。事件当時の生物製剤課課長補佐として情報収集にあたった元職員が2010年6月に「PCRは寝耳に水だった」と語った。また、阪大微研会が25例のPCR結果を8月19日に国に報告、8月25日、予研究室長から国に「念のため手元の情報全て」FAX送信等々（表2）、情報共有の迅速さがみられないことにも疑念が生じる。

【結論】国の初動に大きな遅れがあったことは明白で、その責任は重大といえる。

（演者連絡先 mmr@osaka.email.ne.jp）

【結果】に関する資料



▲訴訟記録以外の多くが廃棄された厚労省健康局文書 11.12.21 撮影/栗原

表 1：国立予防衛生研究所の情報収集（1989 年 3 月～6 月）

時 期	髄膜炎の情報収集、厚生省への報告
3 月	《予研ムンプス室長ら予防接種研究班総会にて PCR 法完成を発表、監視の提言》8 例
xx 日	予研・部長：分離ウイルス提供を要請 → 阪大微研会
xx 日	阪大微研会：25 例（自社株 MMR の 2 例を含む）を提供 → 予研
3～6 月	予研で 25 例の PCR 実施、多くがワクチン株と判明、微研会へ報告
5 月 25 日	徳島保健環境センター・山本→ムンプス室長：PCR 鑑別依頼（ムンプス単味症例）
6 月 7 日	（同上、ムンプス室長から徳島へ TEL で回答：PCR 陽性、後に文書で回答）
6 月 16 日	北里研ウイルス部→ムンプス室長：ワクチン後症例の分離ウイルス分与 11 例
6 月 xx 日	（日付なし）群馬衛研・中村→ムンプス室長：PCR 鑑別依頼（MMR 症例）
6 月 19 日	某診断医→ムンプス室長：PCR 鑑別依頼（タケダ MMR 症例）
6 月 xx 日	前橋の髄膜炎情報 → 厚生省
7 月 13 日	《ムンプス室長ら衛生微生物技術協議会第 10 回研究会で PCR 法発表、秋田市》 この前後に厚生省がそれを知ったという（法廷証言） → 情報収集開始へ
7 月下旬	予研所長、渡米に際し米国製薬工業界関係者に症例の有無を尋ねた（8 月中旬に回答）
8 月 19 日	微研会→厚生省：自社株 2 例、PCR によりワクチン株と判明
8 月 25 日	ムンプス室長：「手元の情報全て」fax → 生物製剤課課長補佐
8 月 29 日	CDC「Urabe が原因」とする回答文書：予研 fax → 生物製剤課

徳島：山本(保男)、群馬：中村(忠義) 主な出典:2011 開示厚労省医薬食品局文書 2013.5 作成：栗原

表 2：厚生省の初動（1989 年 3 月～9 月）

時 期	厚生省の動向
3 月 xx 日	予研ムンプス室長ら、予防接種研究班総会で発表《PCR 完成、髄膜炎監視提言》 「Polymerase chain reaction を用いたムンプスウイルス株の鑑別」（研究班報告書 1989.3）
4 月 1 日	法定接種に MMR 導入、「使用の手引」に髄膜炎情報ないまま開始
4 月 5 日	後に髄膜炎を発症し被害認定をうける症例の接種（東京・兵庫、髄膜炎症例の第 1 号）
6 月 xx 日	前橋市医師会の髄膜炎情報 → 厚生省
7 月 5 日	（この日までに結核・感染症対策室より、ムンプス室長らの 7/13 発表予定・内容を知る：生物製剤課課長補佐法廷証言）メーカー、予研を通じて発生頻度の調査（資料は未確認）
7 月 13 日	《ムンプス室長ら衛生微生物技術協議会第 10 回研究会で PCR 法発表、秋田市》 （元生物製剤課課長補佐「寝耳に水だった」2010.6.21 談、監視指導麻薬対策課にて）
7 月 17 日	以後、2 回にわたり専門家による検討（具体的な内容を示す資料は未確認）
8 月 19 日	阪大微研会：自社株 2 例、PCR によりワクチン株と判明した旨報告 → 厚生省
8 月 24 日	厚生省「おたふくかぜワクチン接種後の無菌性髄膜炎について」公表（9 月 8 日に予防接種委員会を開催する予定）←8/23NHK ニューストゥデイ「髄膜炎 3 例」
8 月 25 日	予研ムンプス室長「念のため手元の情報全て」FAX 送信 → 生物製剤課課長補佐
9 月 8 日	公衆衛生審議会予防接種委員会【保健医療局】
9 月 11 日	中央薬事審議会副作用調査会【薬務局】 中央薬事審議会生物製剤調査会【薬務局】

《初の対策会議》

主な出典:2011 開示厚労省医薬食品局文書 2013.5 作成：栗原

駅前での無料街頭相談会の取り組み（アウトリーチ）を通じて見えてきたこと

○ 谷川智行、伊藤浩一、西村りえ（中野共立病院・医局）、渋谷直道、飯島大樹、小山百合子（中野共立病院・医療社会室）、原由絵（中野共立病院・看護部）、山添志野（中野共立病院・医療サービス課）、松本明彦、横山由希子（中野共立診療所）

【目的】医療費の窓口負担引き上げ、年金支給額の引き下げ、国民健康保険被保険者資格証明書発行などが行われるなか、経済的な理由により、医療機関への受診を控える傾向（受診抑制）が強まっている。体調不良を感じても医療機関への受診を控えたり、治療を途中で中断するなどの実態は、医療機関での日常業務だけではなかなか見えてこない。

我々は、無料の街頭相談会を通じて、医療提供者が医療機関の外で活動すること（アウトリーチ）の意味を考えるために、相談会データを後方視的に分析した。

【方法】2008年秋のリーマンショックに端を発した派遣切りなどから、人々の命を守るため、2008年から2009年にかけての年末年始、日比谷公園に開設された年越し派遣村で医療活動を行った職員が中心となり、2010年10月より無料の街頭相談会（何でも相談会）を月1回、1時間半程度開催している。

①この相談会の記録を集計し、分析を加えた。集計期間は、2010年10月（第1回）から、2012年5月（第29回）。相談内容の分類は、東京都の「医療社会事業等実績調査」の分類に準じて行った。

②相談会にスタッフとして参加した職員に、この活動に参加した感想を聞き取った。

【結果と考察】中野駅前等で行った街頭相談会には、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、医療事務など、10～20人強の職員がスタッフとして参加した。弁護士、区

議会議員へも協力を要請し、ご協力いただくことができた。

相談件数は合計346件、1回あたり平均11.9件であった。相談件数は、相談会の場所や時間帯、曜日、天候、季節などにより大きなばらつきがあった（2～25件）。具体的には、悪天候、寒い季節、駅から相談会場までの距離が長いことが相談件数減に、逆に日中より夕方から夜間の時間帯、駅から近く人通りの多い場所、スタッフの人数が多いことが、相談件数増につながる傾向が伺えた。相談内容の分析が可能なデータは、

表1
相談会開催時期・曜日・時間帯と相談数、スタッフ数

	開催時期・時間帯	相談数	スタッフ数
第1回	2010年10月（土）午後	10	23
第2回	2010年11月（土）午後	8	15
第3回	2010年12月（土）午後	5	17
第4回	2011年01月（土）午後	9	17
第5回	2011年02月（土）午後	9	9
第6回	2011年04月（土）午後	25	22
第7回	2011年05月（土）午後	13	12
第8回	2011年06月（土）午後	10	10
第9回	2011年08月（土）午後	12	11
第10回	2011年09月（土）午後	14	14
第11回	2011年12月（土）午後	2	10
第12回	2011年12月（月）夕方	5	15
第13回	2012年01月（土）午後	8	15
第14回	2012年02月（土）午後	8	13
第15回	2012年03月（土）午後	6	12
第16回	2012年04月（土）午後	11	15
第17回	2012年05月（土）午後	11	14
第18回	2012年06月（土）午後	2	12
第19回	2012年07月（火）夕方	20	16
第20回	2012年08月（木）夕方	21	19
第21回	2012年09月（水）夕方	21	19
第22回	2012年10月（水）夕方	7	15
第23回	2012年11月（水）夕方	21	19
第24回	2012年12月（水）夕方	10	23
第25回	2013年01月（水）夕方	14	22
第26回	2013年02月（水）夕方	17	22
第27回	2013年03月（水）夕方	16	23
第28回	2013年04月（水）夕方	8	18
第29回	2013年05月（水）夕方	23	18

計 346

244 件で、内訳は図 1 に示す通り、療養上の相談（医療・介護等の相談）が半数以上を占めたが、その他に、経済、就労、生活に関わる相談も多く寄せられた。直接、生活保護申請につながった事例が 3 件あり、今後生活保護申請が必要となる可能性がある判断し、制度の紹介や説明を行った事例が、その他に 6 件あった。

我々が相談会で出会った事例は氷山の一角にすぎず、地域住民の受療権、生存権を守るためには、一医療機関の取り組みでは限界がある。行政による相談業務の充実、社会保障制度自体の抜本的拡充が望まれる。スタッフへの聞き取りでは、「我々は患者さんのこと、医療機関に来ない人のことを知らなさすぎる。病院や診療所で待っているだけではダメだ」「最近、相談待ちの行列ができることもあり、求められている活動だと感じる」「経済的な理由で受診できない人が少なくないことに驚いた。社会保障制度を充実させる必要を感じた」「病院では忙しくてイライラしている自分が、ここでは『たくさんの人に相談に来てほしい』と思うのはなぜだろうと考えさせられる」「医療従事者としての原点にかえることができ

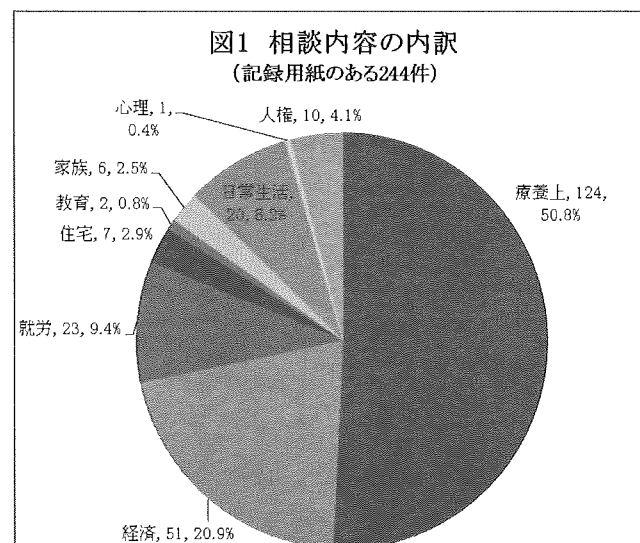
る」などの声が聞かれた。

相談会に参加することで、スタッフの多くが、地域住民の生活実態の一端を知ることができると感じ、自身の原点に立ち返る大切な機会と捉えていることが分かった。

【結論】①中野駅前等で行った、無料の街頭相談会（月 1 回、1 時間半）には、約 2 年半、29 回で、346 件の相談が寄せられた。生活保護受給につながった事例が 3 件あった。②医療機関の中で待っているだけでは地域住民の医療要求に十分応えることができず、アウトリーチの活動が求められている。③相談会に参加したスタッフの多くが、地域住民の生活実態の一端を知り、自身の原点に立ち返る機会と捉えていた。

【結語】さまざまな事由により、医療機関の受診を控えたり、躊躇している地域住民は少なくない。医療機関の中にも見えてこない実態があり、アウトリーチの活動が求められている。今後も相談会を継続するとともに、行政に対し相談窓口の開設・充実、社会保障制度の拡充を求めていきたい。

mailaddress:tanigawa952127@yahoo.co.jp



車椅子利用者にとっての避難所のバリアフリー環境の現状調査

○西田直子¹⁾, 岩脇陽子¹⁾, 山本容子¹⁾, 室田昌子¹⁾, 埤田和史²⁾, 辻村裕次²⁾, 鈴木ひとみ³⁾

¹⁾京都府立医科大学医学部看護学科, ²⁾滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門,

³⁾神戸常盤大学保健科学部看護学科

【背景】

今日、東南海沖地震の発生への危機感が高まっており、発災時の速やかな避難と避難所での生活への準備が課題となっている。しかし、毎年4万人も増加し続けている車椅子利用者が災害時などで避難所に避難する場合に、避難所への移動や避難所の生活環境は、すべてが安全でバリアのない環境であるとは限らず、その情報は容易に得ることができない。車椅子利用者が安全にかつ身体的負担の小さい移動と生活環境を確保することは急務で意義深いと考える。

著者は「脊髄損傷患者の社会生活支援プログラム開発に関する研究」において、脊髄損傷者との面接調査や質問紙調査から、自宅や地域での移動動作に対する困難感を報告した¹⁾²⁾。また、災害時における生活行動の不安や対策について脊髄損傷者の社会生活への影響は膨大であることに気付かされた。さらに、K市内の道路やトイレなどのバリアフリー状況を調べた中で、車椅子利用者が災害時に避難所を利用する場合に、本当に安全で安楽なのか、整備する側が避難所を生活環境として理解しているのか疑問を感じた。

【目的】

K市の指定避難所に車椅子利用者が避難する場合に、施設として必要な設備が整い、適切な環境であるのかを明らかにすることを目的とした。

【方法】

手続きは、K市内で避難所の現状に関する調査の依頼状をK市教育委員会とK市N区に送り、承諾を得て、質問紙調査を行った。対象はN区の第

1 次避難所として指定されている各学区の小学校13校、中学校6校、高等学校6校、その他7ヶ所、計32ヶ所の避難施設である(2カ所は統廃合)。各施設に質問紙を郵送し、施設管理者に回答を求めた。質問内容は、防災・避難所としての理解、車椅子利用者の理解、避難所としての適切性、想定車椅子利用者への適切性、対策や改修、バリアフリー設備の有無と適切性とした。

【結果と考察】

調査を9月20日～10月15日の間で行い、回収は28施設であった。

「防災についての理解」では、とてもできる27.6%、まあまあできる65.5%、「避難所で必要な設備の理解」では、とてもできる13.8%、まあまあできる65.5%、「避難所で必要な援助の理解」では、とてもできる6.9%、まあまあできる51.7%、あまりできない41.4%、「車椅子利用者の必要な援助の理解」では、とてもできる7.1%、まあまあできる39.3%、あまりできない50.0%、まったくできない3.6%であった。車椅子利用者に対する理解があまりなかった。

「地域の避難所としての適切性」では、まあまあある67.9%、あまり28.6%、まったくない3.6%、「地域の避難所としての期待」では、とてもある41.4%、まあまあある51.7%、「高齢者にとっての適切性」では、とてもある3.4%、まあまあある27.6%、あまりない58.6%、まったくない10.3%、「車椅子利用者にとっての適切性」では、まあまあある35.7%、あまりない46.4%、まったくない17.9%、「車椅子利用者のために講じた対策」で

は、まあまあある51.9%に対し、あまりない22.2%、まったくない25.9%であった。車椅子利用者への対策は進んでいなかった。「避難所として改修されたか」では、あまりない92.9%、まったくない7.1%であった。改修がないと回答したのは10年以内に建てられた施設であり、「まったくない」は数年前に建設された施設であった。

「避難所の設備の有無」でありと回答したのは、「避難施設（体育館など）」が100%であった。「入口スロープ」は69%、「点字ブロック」46.3%、「障害者トイレ」82.8%、「洋式トイレ」93.1%であり、「オストミトイレ」は7.1%と少なかった。また、「エレベータ」は41.4%で、「部屋の引き戸」は71.4%であった。「車椅子移動用通路」は67.9%であった。「身体障害者対応の部屋」は6.9%と少ないが、シャワールームは44.8%あった。

上記の問いでありと回答したものを母数にした「避難所の設備の適切性」の回答率は、「避難所施設が適切か」との問いでは、とてもよい7.1%、まあまあよい53.6%、あまりよくない35.7%、まったくよくない3.6%であった。「入口スロープが適切か」との問いでは、とてもよい20.0%、まあまあよい80.0%であった。「点字ブロックが適切であるか」との問いには、とてもよい8.3%、まあまあよい83.3%、あまりよくない8.3%であった。「障害者トイレが適切であるか」の問いには、とてもよい20.8%、まあまあよい66.7%、あまりよくない8.3%、まったくよくない4.2%であった。「洋式トイレが適切であるか」の問いには、とてもよい18.5%、まあまあよい63.0%、あまりよくない18.5%であった。「オストミトイレが適切であるか」と答えた施設は2施設でとてもよいが1施設であった。「エレベータが適切か」との問いにはとてもよい33.3%、まあまあよい58.3%、あまりよくない8.3%であった。「引き戸が適切か」のとの問いには、とてもよい5.3%、まあまあよい42.1%、あまりよくない42.1%、まったくよくない10.5%であった。「車椅子移動用通路が

適切か」との問いに対して、とてもよい11.1%、まあまあよい44.4%、あまりよくない33.3%、まったくよくない11.1%であった。「シャワールームが適切か」の問いに対しては、まあまあよい28.3%、あまりよくない33.3%、まったくよくない8.3%であった。バリアフリー設備はあると答えても、その適切さについてはあまりよくないという回答が多く、車椅子利用者にとっての適切性に課題が残った。

【まとめ】

28施設の中で避難所環境が車椅子利用者にとって十分なバリアフリーとはいえない施設もあり、さらなる整備の必要性が示された。さらに避難所は車椅子利用者だけでなく、高齢者や様々な障害者などあらゆる住民が避難する可能性があるため、どのようなバリアフリーの生活環境としていくかの検討が必要である。

（調査にご協力いただいた皆様に感謝します。）

文献

- 1) 岩脇陽子, 松岡知子, 滝下幸栄, 西田直子, 山本容子, 鈴木ひとみ, 長谷齊: 脊髄損傷者の居宅と戸外での移動動作の現状とQOLとの関係. 京都府立医科大学看護学科紀要, 18: 19-28 (2009) .
- 2) 滝下幸栄, 鈴木ひとみ, 西田直子, 岩脇陽子, 松岡知子, 山本容子: 女性脊髄損傷者が体験している移動動作に関連した生活上の困難. 京都府立医科大学看護学科紀要, 18: 29-38 (2009) .
- 3) 西田直子, 山本容子, 岩脇陽子, 滝下幸栄, 松岡知子, 鈴木ひとみ, 久保秀一: 脊髄損傷者のトイレへの移動動作の方法による筋電図の分析. 京都府立医科大学看護学科紀要, 18: 65-72 (2009) .
- 4) 西田直子, 山本容子, 岩脇陽子, 滝下幸栄, 松岡知子, 鈴木ひとみ, 久保秀一: 脊髄損傷者の車椅子からベッドへの移動動作の筋電図の解析. 京都府立医科大学看護学科紀要 19: 73-79 (2010) .

就労障がい者の二次障がい現状調査報告

○白星 伸一¹⁾、辻村 裕次²⁾、北原 照代²⁾、埜田和史²⁾

1) 佛教大学保健医療技術学部、2) 滋賀医科大学社会医学講座

【はじめに】就労障がい者において、作業による種々の要因が健康に悪影響を及ぼしたと考えられた二次障がい事例が報告されている。二次障がいに関しては、心身機能低下と作業・生活環境との関係について不明な点が多く、医療、労働、社会的側面から総合的に検討し、予防策を示すことが重要である。その基礎資料として就労障がい者の二次障がいの現状と課題を明らかにすることを目的として、調査を行った。

【方法】滋賀県内の就労移行／継続支援事業所や生活介護作業所に通所している障がい者を対象として、健康状態、作業と身体症状および二次障がいとの関係性、医療との関わりなどを把握するための質問紙調査を郵送法により事業所を通じて実施した。

【結果と考察】配付は 2489 部、有効回答数は 587 部（回収率 24%）であった。回答者は男性 341 名（58%）、女性 240 名（41%）、平均年齢 39.7 歳（18～80 歳）であった。以下、[肢体障がいあり] 155 名（26%）と[肢体障がいなし] 385 名（66%）に分けて比較する。尚、[肢体障がいあり]の原因傷病別および男女別の人数は図 1 に示す通りである。

1. 現在ある症状

[肢体障がいあり]では「肩こり」(32.9%)、「腰痛」(27.7%)、「疲れて横になりたくなる」(25.2%)、「足もとがふらつく」(25.2%)、「時々、身体が強く緊張する」(22.6%)の順で回答が多く、運動器に関わる症状の占める割合が高かった。

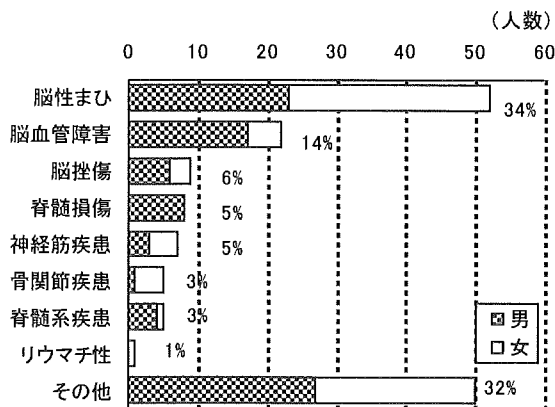


図 1 原因傷病別および男女別人数

特に、肩こり、腰痛については 20 歳代から訴えが多く、加齢とともに増加する傾向がみられた。これらの結果から、早期からの予防対策が必要であると思われる。

一方、[肢体障がいなし]では「虫歯、歯周病」(21.3%)、「いらいらする」(20.1%)、「疲れて横になりたくなる」(14.8%)、「腰痛」(14.6%)、肩こり(12.7%)が多く、口腔内の衛生や精神的疲労が上位を占めた。

2. 仕事に関する要因

(1) 作業内容

[肢体障がいあり]では「工業部品の製造・加工等」(38.1%)、「コンピュータ作業」(21.9%)、「創作」(11.9%)の順であった。[肢体障がいなし]では「工業部品の製造・加工等」(38.4%)、「食品の製造」(15.0%)、「創作」(7.9%)であった。

(2) 作業姿勢・作業状況

作業姿勢は[肢体障がいあり]では「椅座位」(75.5%)が大半であり、「立位」は 7.7%と少なかった。[肢体障がいなし]では「椅座位」

位」(45.8%)、「立位」(27.8%)、「しゃがみ姿勢」(9.3%)の順であった。作業状況では両群とも「細かな作業」、「反復作業」の回答が多かった。

【肢体障がいあり】では椅座位での細かな作業が多く、このことが肩こりや腰痛の訴えと関係していると思われる。

(3) 仕事時間

就労日数、就労時間、休憩回数、休憩時間、昼休み時間の平均値を表1に示す。仕事時間に関する項目では両群で大きな差はなかった。これら仕事時間の設定は労働基準に準じて設定されているものと推測する。しかし、特に、肢体障がいがある人にとって疲労の出現や回復は個人差が大きく、詳細な調査が必要であると考ええる。

表1 仕事時間に関する項目

	肢体障がい	
	【あり】	【なし】
就労日数／週	4.7 日	5.0 日
就労時間／日	5.2 時間	5.5 時間
休憩回数／日	1.9 回	1.9 回
休憩時間／回	15.0 分	15.9 分
昼休み時間／回	59.6 分	58.0 分

3. 二次障がいについて

【肢体障がいあり】では「二次障がいがある」と感じていた人は48.4%、【肢体障がいなし】では22.7%であった。二次障がいの症状および活動能力変化のうち、回答の多かった項目を表2に示す。

二次障がい予防として行っていることは両群とも「十分な睡眠をとる」、「食事気をつける」など一般的な対応が多かった。また、「何もしていない」が約15%あった。定期健診を受けている人は両群とも80%を超えていたが、二次障がい医療機にか

表2 二次障がいの症状と活動能力変化(%)

【肢体障がいあり】 (n=75)		【肢体障がいなし】 (n=92)	
体力低下・ 易疲労	41.3	体力低下・ 易疲労	37.0
姿勢の悪化	40.0	体重増加	34.8
筋力の低下	36.0	姿勢の悪化	20.7
関節動き悪化	36.0	筋力の低下	18.5
体重増加	36.0	寝つきが悪く なった	14.1
肩こりの増強	30.7	動作困難増強	13.0

かっている人は【肢体障がいあり】でも50%に満たなかった。二次障がいの原因を把握し、適切で具体的な支援を実施できる体制の整備が必要であると思われる。

「二次障がいに関して相談先がある」が【肢体障がいあり】では47.7%、【肢体障がいなし】では34.0%であった。相談先がない理由として、【肢体障がいあり】では「どこに相談していいかわからない」(42.1%)、「適切に相談できるところがない」(17.5%)という回答が多く、相談事業の整備が急務と考える。

【おわりに】個々の障がいに応じた二次障がい予防対策を実施するためには、医療に関わる専門家が身体特性と作業状況、作業環境を評価し、負担軽減策を提案することが不可欠である。今後、当事者、事業所職員、関係機関との連携に基づく支援体制づくりが必要であると考ええる。

謝辞 調査にあたりご協力いただいた皆様に心から感謝申し上げます。

Mail address sirahosi@bukkyo-u.ac.jp

高齢者介護施設におけるワーク・ライフバランスコンサルティングと 疲労評価による取り組み（第1報）

○大浦絢子（早稲田大学大学院・人間科学研究科）

大西徳雪、一之瀬幸生（セントワークス株式会社）

鈴木雅博、宍倉健史、高橋大和、西垣絵梨子

（社会福祉法人康和会オレンジガーデン）

扇原淳、町田和彦（早稲田大学・人間科学学術院）

【背景・目的】近年、我が国では高齢化に伴い、高齢者介護施設において提供されるサービスの質向上に関心が集まっている。しかしサービスを提供する側の職務環境は、高い離職率や平均賃金の低さのみならず、職員同士の人間関係の問題、ケアの評価の難しさなどといった点から、十分に整備されているとはいえない現状にあり、これらの課題は働く職員のストレスや疲労を増幅させる要因にもなっている。ところで近年、経済の低迷や共働き世帯の増加による労働環境の変化に伴い、特に民間企業ではワーク・ライフバランス(以後 WLB)への関心が高まっている。取り組みの効果について、「業務の質向上」、「従業員満足度の向上」、「人材育成の高密度化」など、さまざまな報告がされているが、学術的な文献を含めても、国内における当該事例に対する高齢者介護施設における導入と客観的評価の報告は過去に例がない。そこで、本研究において WLB プロジェクトと称し、高齢者介護施設における WLB の取り組みの導入の記録と、その効果を主観的および客観的指標によって評価することを目的とした。プロジェクトは 2013 年 4 月より開始され、今回はその第 1 報として、プロジェクト全体のデザインと取り組みの経過を報告する。

【対象】対象施設は千葉県内の高齢者介護施設、社会福祉法人康和会オレンジガーデンで、ケアハウス、事務、デイサービス、ケアプラン・地域連携室、特別養護老人ホーム・ショートステイ勤務の全 71 名の職員を対象とした。

【方法】2013 年 5 月より 1 年間、セントワークス(株)による WLB コンサルティングを導入し、導入前(2013 年 5 月)、中間期(2013 年 10 月)、導入後(2014 年 4 月)に取り組みの評価として、疲労測定と心理尺度による質問紙調査を用い、主観的および客観的評価を実施する。質問紙調査の内容は基本情報に関する 6 項目と生活習慣に関する 10 項目に加え WHO QOL26 と日本産業衛生学会産業疲労研究会撰「自覚症しらべ」により構成した。客観的指標としては、唾液中コルチゾール値の測定(Salimetrics Oral Swab、Swab Storage Tube)、フリッカー値測定(フリッカー値測定器Ⅱ型(自動型)、竹井機器工業株式會社)、作業活動強度の測定のためにライフコーダ(生活習慣記録機ライフコーダ GS/PLUS、スズケン)を採用した。1 回の測定期間は職員の勤務状況を考慮し、最初のセミナーから 2 週間とした。表 1 はプロジェクト全体のスケジュールである。

表 1. WLB プロジェクト全体のスケジュール

	2013 年										2014 年			
	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	4 月	
事務局設置	●													
疲労測定		①②	③④					●					●	
心理尺度質問紙調査		①②	③④					●					●	
職員満足度アンケート	●							●					●	
セミナー(目標設定)		①②	③④											
朝・夜シート			①②	③④	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
カエル会議				①②	③④	●	●	●	●	●	●	●	●	
月イチ面談					●	●	●	●	●	●	●	●	●	
WLB 定例会					●	●	●	●	●	●	●	●	●	

① デイサービス、②ケアハウス・事務・ケアプラン、③特養・医務、④特養

【プロジェクト開始前の打ち合わせ】2013 年 4 月 15 日、オレンジガーデン施設内におけるプロジェクト先導役として事務局を設置した。次に対象職員を部署ごとに 4 チーム(①デイサービス、②ケアハウス・事務・ケアプラン、③特養・医務、④特養)に分けた。4 月 22 日より現状把握と WLB コンサルティングの方向性を調整する目的で、セントワークス(株)による職員満足度アンケートが実施された。アンケート集計結果から、部署間による回答傾向の相違が大きく示されたことを受け、セミナー実施の方法とチーム編成について微調整を行った。疲労測定の手順についても、職員の勤務時間を考慮して調整した。

【WLB コンサルティング導入前の疲労測定と質問紙調査】第 1 回目の疲労測定は、6 月 2 日までの 2 週間の期間を介入前評価の期間と定め、5 月 20 日より最初の測定を開始した。唾液検査は当日の問診から対象者のスクリーニングを行い、14 時～14 時半の間に対象者の唾液採取を行った。採取した唾液はその場で 15 分間、3000rpm で遠心分離を行い、ドライアイスで保管後、専用フリーザーによる -40℃で凍結保存した。フリーザー値測定は 1 人 3 日分(1 日の内、出勤時、休憩時、退勤時の 3 点で up-down 両方

を 2 回ずつ)測定した。ライフコーダは翌日より 2 週間、出勤から退勤の間装着してもらい、蓄積されたデータを回収した。また同時に心理尺度に基づく質問紙調査を実施した。これらの測定結果は 6 月 2 日に回収された。

【WLB コンサルティング開始】5 月 20 日、22 日に、①・②グループへの最初のセミナーが実施された。この時、職員へ向けたプロジェクト概要と評価測定に関する説明を行い、セントワークス(株)より WLB に関する講義と、「目標設定」のワークショップが実施された。セミナー実施時間は約 1.5 時間、対象職員の出勤日に合わせて開催された。セミナーに参加した職員からは、不安はあるものの、プロジェクト全体に対して肯定的な意見を伺うことができた。

【今後の予定】本報告では、WLB コンサルティング開始前の疲労測定の結果および WLB コンサルティングの取り組み経過について 2013 年 4 月～7 月までを第 1 報として報告した。引き続き表 1 のスケジュールに沿って取り組みを進め、途中経過とともに長期の WLB コンサルティング導入の成果を示したい。

Mail address : ayako.oura3@gmail.com

介護予防とソーシャル・キャピタル
— SC 向上の実践的研究にむけたアンケート調査—

○行貞 伸二（大阪体育大学 健康福祉学部）
後上鐵夫、曾根裕二、竹内亮、松崎保弘、横井光治（同）

【目的】ソーシャル・キャピタル (Social Capital) (以下、SC という。)) とは、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴であり、共通の目的に向かって協調行動を導くものとされ、いわば、信頼に裏打ちされた社会的な繋がりあるいは豊かな人間関係と捉えることができる概念であるとされる。欧米では政治学、経済学、法学、社会学、社会開発学、公衆衛生学などの分野で 1980 年代からその有用性に関する研究が進み、日本においても、内閣府から報告書『ソーシャル・キャピタル—豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて』(2003 年) が刊行され、SC の豊かな地域ほど、失業率が低い、住民の平均余命が長い、犯罪が少ないなどと報告されている。

先行研究において大阪府は SC 指数が低い地域であるとされるが、本研究では大阪府に所在する A 町を対象地域とし、介護予防活動を通じた地域への意図的な介入によって SC を向上させることは可能かどうかを検討するために、まずは A 町における SC の現状を調査するものである。

【方法】アンケート調査を実施した。A 町内の 65 歳以上居住者 800 名 (2013 年 4 月現在の全数は 4,100 名あまり) に対し、「郵送法」により調査票の配布および回収を行った。調査基準日は 2013 年 4 月 25 日、回収率は 43.9%であった。

先行研究との比較のため、代表的なものとして内閣府の調査を取り上げ、これに調

査項目を合致させた。具体的には、①近所づきあいの程度、②つきあっている人の数、③友人・知人との職場外でのつきあいの頻度、④親せきとのつきあいの頻度、⑤スポーツ・趣味・娯楽活動への参加状況、⑥一般的には人は信頼できると思うか、⑦近所の人々への信頼度、⑧友人・知人への信頼度、⑨親戚への信頼度、⑩ボランティア・NPO・市民活動への参加状況などである。

A 町は大阪府南部に位置し、人口およそ 1 万 8 千人、高齢化率は約 23%、要介護・要支援認定率は約 19%である。

【結果】いまだ集計の途中であり研究成果として現段階で示すことのできるものはほとんどないが、回答者の属性は次に示すとおりである。

①性別

男性：40.2%、女性：59.8%

②同居の世帯人数

単身：13.8%、2 人：55.1%、3 人以上：31.4%

③A 町での居住年数

30 年以下：20.9%、それ以上：79.1%

④要介護度

自立：87.5%、要支援 1：3.6%、要支援 2：2.1%、要介護 1：2.7%、要介護 2：1.8%、要介護 3：1.5%、要介護 4：0.9%

結果の分析を通じ、A 町における SC の現状を明らかにし、SC 向上に向けた実践的研究につながる示唆を得たい。

Mail address yukisada@ouhs.ac.jp

医療者と高齢患者とのコミュニケーションの問題の現状と課題：
医療提供者側の視点から

○筒井秀代（帝京大・衛生学公衆衛生学）原岡智子（活水女子大・看護学）
村田千代栄（長寿研・老年社会）

【目的】医療者と高齢患者とのコミュニケーションの問題の原因を明らかにする。

【方法】大学病院に勤務する医療ソーシャルワーカー2名，老人保健施設（老健施設）に勤務する支援相談員4名の計6名に対して，2012年10月から2013年1月にかけて，次の内容について聞き取り調査を行った。①医師と患者，もしくは家族とのコミュニケーションに問題があった事例について，②①の問題が生じたと思われる原因（患者側の視点と医療者側の視点から），③①の問題を解決するための方法，④高齢者に説明する際に気を付けていること，⑤高齢者に特徴的であると思われること。面接調査の結果は逐語録にし，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行った。

【結果と考察】結果の全体像は，ストーリーラインを用いて示した（生成したカテゴリーは<>，概念は『』，具体例は「」で示す。なお，（）は筆者による語りデータの補足である）。

医師と患者・家族との関係が悪化する要因として，①『施設機能の理解不足から患者に生じる医療者への不信感』，②『医療知識の差から生じる相互の不信感』，③『患者側の問題による医師との関係の悪化』の3つの概念が考えられた。これらの3つの概念が，『医師と患者・家族関係の悪化による治療への悪影響』を

もたらし，＜患者の独断による治療中断＞などの状況を生み出していると考えられた。このような医師と患者・家族のとの関係悪化を防ぐために，『医療者からの高齢者とその家族への説明の工夫』を行い，両者の関係の改善，および問題発生の防止に向けて努力をしている様子が見えた。

以下に，見出した概念ごとに分析結果を説明する。

『施設機能の理解不足から患者に生じる医療者への不信感』では，「老健という施設が病院のような治療をできない施設であることを理解できないまま入所するケースがある」ために，「他院で点眼薬をもらってきてしまった入所者がいた」や「近くに病院（親病院）があるのに，なぜ処方できないのか」といった入所者の誤った言動につながった事例や，「急性期病院を理解していない高齢者は多い」ために，「治っていないのに，なぜ転院しなければならないのか?」といった患者の疑問など，＜異なる施設機能への理解不足から生じる患者の希望とは異なる医療者側の対応＞から，患者や家族に医療者に対する不信感が生じてしまったと考えられる。しかしその一方で，「仕組み自体が複雑なので仕方ないのかもしれない」，「医師個人の説明力というより，介護保険法と医療保険法の狭間というか，その

辺りが一番の問題点」といった法律や制度の煩雑さが、双方の関係を悪化させている原因だと指摘する声もあった。

『医療知識の差から生じる相互の不信感』では、「医師は異常値ではないので、このままでよい、でも家族は異常値だから薬を出してほしい。医師は必要ないということで処方をしなかったの、ここ（老健施設）を出て行かれた」のように、＜患者、家族、医師の3者の「異常」の基準の違いによる求める治療水準の差＞が生じ、それが医師に対する不信感につながったと考えられた。

『患者側の問題による医師との関係の悪化』では、「認知症ではなかったが、患者の理解力はあまりよくなかった」、「自分でがんについて勉強するようなことはなかった。投げやり感があった」、「患者自身の性格。頑固で思い込みが強い」など、＜患者の理解力や性格の問題による医師との関係の悪化＞が指摘された。

『医師と患者・家族関係の悪化による治療への悪影響』では、「（医師は）素っ気ない説明しかしなかった。（医師の）説明が十分ではなかった」や「（医師が）家族がわかるような理解できるような説明ができていなかったのかもしれない。言葉足らずだったのかもしれない。「大丈夫」の一言で済ませてしまったのが、家族には不安だったのかもしれない・・・大丈夫の言葉1つだけだと、何がどう大丈夫なのかわからないので、家族も本人も不安が高まるだけ」、「医師に嘘を言う入所者がいた・・・家族も同じように嘘を言った。そのため、それ以上の治療や服薬の変更などができなかった」など、お互いが求

めている言葉とは異なる言葉でのやり取りが＜医師と患者・家族関係の悪化＞につながったと考えられた。そのことが＜患者の独断による治療中断や医師の治療方針変更の妨げ＞に影響を及ぼしたと考えられた。

『医療者からの高齢者とその家族への説明の工夫』では、「専門用語は使わない・・・なるべく砕いて分割してお話をする」や「一度にたくさん話しても理解できないので、一番重要なことを最初に伝えて、まずそのことだけを理解してもらう」、「ゆっくり、わかりやすい言葉で話すようにしている。カタカナ用語は使わない・・・簡単な言葉に置き換えて話すようにしている」、「普段話している言葉で話す・・・その方に応じた言葉づかいを心掛けている」など、医療者が高齢者に対して、＜専門用語を使わない噛み砕いた分割での説明＞を心掛けていることが明らかとなった。その一方で、「高齢者に限らず、その方の理解力をみながら、その方の顔色をみながら話をしている」との回答があった。高齢者に限らず、すべての患者や家族に対して、先述のような対応をすることは、良好な医師・患者関係づくりにつながるのではないかと考えられる。

以上の分析結果から、疾患や医療制度に関する知識不足が医師・患者関係の悪化をもたらし、それが治療に悪影響を及ぼしていることが示唆された。患者への疾患や医療制度に対するわかりやすい説明の仕方の工夫の必要性が示唆された。

Mail address :
htsutsui@med.teikyo-u.ac.jp

日本人労働者集団における慢性腎疾患（CKD）の蔓延状況

○山崎美智子、登坂由香、石崎昌夫、山田裕一（金沢医大・医・衛生）

【目的】日本の慢性腎疾患（CKD）はその保有者が1,330万人、成人の13.3%と推計される Common disease である。しかも、CKD は慢性腎不全（End Stage Kidney Disease: ESKD）の前駆病変であるばかりでなく心血管疾患（Cardiovascular Disease: CVD）の高リスクとなることが明らかされ、改めてその意義が注目されている。特に、タンパク尿（アルブミン尿）がCVDの発症に強く関連する。

2012年、日本腎臓学会（JSN）は国際的動向に沿ってタンパク尿（アルブミン尿）の存在を重視する新しいCKD重症度分類を提唱した。そこで、この新分類を基準として労働者集団におけるCKDとその重症度の分布を明らかにすることを試みた。合

わせて、横断的観察ではあるが、この分布に関連する要因を検討した。

【方法】石川県のある健康診断機関が実施した2,227の事業場の定期健康診断で、血清クレアチニン（Cr）が測定された18～74歳の男性労働者25,815人、女性労働者15,087人から、データ欠損者を除いた男性25,785人、女性14,574人（それぞれの平均年齢45.0と45.4歳）が対象である。健康診断での推算GFR（eGFR）と試験紙法でのタンパク尿からCKDとその重症度を判定した。そして、その分布と性、年齢、肥満度、高血圧、糖尿病、脂質異常の有無、飲酒、喫煙および職種などの対象者の基本特性との関連を多重ロジスティック回帰分析により検討した。

表1 年齢別、性別のタンパク尿と重症度別CKDの保有状況

年齢	性	No.	タンパク尿		全CKD		軽度CKD		中等度CKD		重度CKD	
			n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
18～29	M	2,077	34	(1.64)	37	(1.78)	30	(1.44)	6	(0.29)	1	(0.05)
	F	1,236	28	(2.27)	41	(3.32)	39	(3.16)	2	(0.16)	0	
30～39	M	6,875	114	(1.66)	277	(4.03)	240	(3.49)	29	(0.42)	8	(0.12)
	F	3,242	38	(1.17)	144	(4.44)	132	(4.07)	8	(0.25)	4	(0.12)
40～49	M	7,795	182	(2.33)	912	(11.7)	827	(10.6)	56	(0.72)	29	(0.37)
	F	4,632	65	(1.40)	559	(12.1)	529	(11.4)	20	(0.43)	10	(0.22)
50～59	M	6,125	225	(3.67)	1,323	(21.6)	1,151	(18.8)	123	(2.01)	49	(0.80)
	F	4,095	62	(1.51)	953	(23.3)	905	(22.1)	41	(1.00)	7	(0.17)
60～74	M	2,913	109	(3.74)	880	(30.2)	770	(26.4)	83	(2.85)	27	(0.93)
	F	1,369	32	(2.34)	442	(32.3)	402	(29.4)	35	(2.56)	5	(0.37)
合計	M	25,785	664	(2.57)	3,429	(13.3)	3,018	(11.7)	297	(1.15)	114	(0.44)
	F	14,574	225	(1.54)	2,139	(14.7)	2,007	(13.8)	106	(0.73)	26	(0.18)

【結果と考察】

1. CKD およびその重症度の分布 (表 1)

タンパク尿は男性 2.6%、女性 1.5%で、20 歳代女性を除く男女で年齢とともに増加した。全 CKD は男性 13.3%、女性 14.7%で女性に多いが、CVD リスクの高い中等度及び重度の CKD は男性に多く 1.6%、女性では 0.9%だった。全 CKD は男女とも 40 歳台で 10%、50 歳台で 20%、60 歳以上で 30%を超える。中等度、重度の「高リスク」CKD は 50 歳台男性で 3%、60 歳以上で 4%に見られた。

2. タンパク尿および高リスク CKD に関連する要因

表 2 に 40 歳以上の男性において、多重ロジスティック回帰分析の結果、タンパク尿および高リスク CKD と有意に関連した基本特性を示した。タンパク尿には年齢、BMI が 30 以上の高度肥満、高血圧、糖尿病、高

TG および 1 日 1 箱を超える重喫煙が有意に関連した。1 日エタノール 60ml 未満の飲酒者にはタンパク尿が少なかった。高リスク CKD には喫煙以外の上記要因が有意に関連した。飲酒者では量に関わらず高リスク CKD が少ないという結果であった。

事務、管理/専門、販売/サービス、機械・車両運転、その他の 5 職種間で比較したが、タンパク尿、高リスク CKD の頻度に差は見られなかった。表には示していないが、女性でのタンパク尿および高リスク CKD はともに糖尿病とのみ有意に関連した。

【結論】日本人労働者集団の CKD 頻度は男性 13.3%、女性 14.7%であった。中年男性では年齢、高度肥満、高血圧、糖尿病、高 TG、重喫煙がタンパク尿に、喫煙以外の同じ要因が高リスク CKD に関連した。

yamami@kanazawa-med.ac.jp

表 2 40 歳以上の男性でのタンパク尿、高リスク CKD の関連要因

要因 (参照群)	タンパク尿			高リスク CKD		
	OR (95% C.I.)	<i>p</i>		OR (95% C.I.)	<i>p</i>	
年齢 40~49 歳 : 50~59 歳	1.47 (1.19~1.81)	< 0.001		2.43 (1.85~3.18)	< 0.001	
60~74 歳	1.48 (1.14~1.92)	0.003		3.33 (2.46~4.51)	< 0.001	
BMI 18.5~24.9 : 30.0~	2.93 (1.57~5.45)	0.001		2.60 (1.07~6.34)	0.036	
健康状態 : 高血圧症	2.37 (1.96~2.21)	< 0.001		2.38 (1.91~2.97)	< 0.001	
糖尿病	3.20 (2.60~3.94)	< 0.001		2.23 (1.73~2.87)	< 0.001	
高 LDLc	1.05 (0.86~1.28)	0.619		1.09 (0.86~1.37)	0.477	
高 TG	1.39 (1.13~1.70)	0.002		1.69 (1.33~2.14)	< 0.001	
低 HDLc	0.82 (0.59~1.76)	0.219		1.13 (0.80~1.61)	0.492	
非喫煙 : 過去喫煙	1.01 (0.78~1.31)	0.941		1.34 (1.00~1.78)	0.049	
1 日 1 箱以内	1.20 (0.92~1.56)	0.176		1.01 (0.74~1.39)	0.940	
1 日 1 箱より多い	1.66 (1.22~2.27)	0.001		1.07 (0.71~1.62)	0.738	
非飲酒 : 1 日 29ml まで	0.66 (0.52~0.83)	< 0.001		0.67 (0.52~0.87)	0.003	
1 日 30~59ml	0.69 (0.55~0.88)	0.003		0.50 (0.37~0.67)	< 0.001	
1 日 60ml 以上	0.78 (0.57~1.06)	0.115		0.55 (0.37~0.82)	0.003	

壮年期男性の急性心筋梗塞発症の誘因と背景

○ 波川京子（川崎医療福祉大学・保健看護）

【目的】心疾患は男性死因の2位をしめ、中でも急性心筋梗塞による死亡率は55~59歳が29.8、60~64歳は41.7に達している（2010年）。高血圧や糖尿病などの生活習慣病、寒暖差などが発症の誘因とされ、発症予防のための生活習慣改善が課題となっている。

そこで、急性心筋梗塞を発症し、死に至った60歳男性の事例から生活習慣改善と発症の誘因となるもの、労災申請準備の留意などを考察する。

【方法】対象事例の病歴、主治医診療カルテ、職務従事状況、発症時の事実証明書、救急搬送先カルテなどから急性心筋梗塞発症までの経過と発症時の状況を辿る。事例開示に対し、対象者の家族の同意を得た。

【結果】大学卒業後民間企業を経て教員となる。30年間自宅通勤可能な小学校で教員・校長を歴任するが、退職2年前に、自宅通勤困難な小学校に校長として赴任する。住居は校区の校長用宿舍に空きがなく、隣の小学校区の単身用教員住宅（外気温がそのまま室内気温となる非断熱プレハブ様住宅、エアコンなし）に入居する。学校行事等予定がない週末は自宅に帰宅し、日曜日午後に勤務地に戻る。性格はまじめで温厚。

病歴

47歳（1998年）職場健診で糖尿病を指摘
51歳（2002年）食事療法（1200cal/日）開始

し、68Kg→56Kgに減量し、以降維持する。

54歳（2005年）糖尿病内服治療開始、喫煙10本/日、血圧122/60、BMI22%

55歳（2006年）人間ドックで右腎臓腫瘍発見、右腎臓全摘（11月9日）、A1C6.3

56歳（2007年）月1回術後経過健診、血圧110/60、BMI23%、A1C6.4

57歳（2008年）尿路結石の疑い、高脂血症指摘、血圧114/66、BMI23%、A1C6.8

58歳（2009年）職場でのストレスを訴える、血圧100/67、BMI23%、A1C6.8

59歳（2010年）単身赴任4か月目の血圧94/54、BMI23%、A1C6.8

60歳（2011年）右腎臓全摘4年半経過、腎機能正常、血圧102/65、BMI23%、A1C6.4%

60歳（2012年2月）冬1番の冷え込み（最低気温-4.8）の朝に、発症し、急逝する。

発症前1か月間の職務従事状況

職場作成の書類には出勤時間8時、旅費の付く外勤は記載されているが、休日に開催されることが多い旅費の出ないPTAや地区行事での参加は記述されていない。

発症時の事実証明書

7:00 日曜参観日のため通常の時間に出勤（通勤時間；車で15分、通勤距離11.2km）

7:20 職員室で新聞を読みながら事務職の入れたコーヒーを飲む（毎日）

7:30 同敷地に隣接する中学校に電話し、日曜参観用のスリッパを借り、渡り廊

下を通過して中学校校長室に行く。中学校校長・教頭と5分ぐらい談笑した後、スリッパ箱を抱えて、行きと同じように渡り廊下を歩いて体育館に向かう。

7:40～45 体育館で遊んでいる児童に声をかけ、入り口の上がり段にスリッパの箱を置く。体育館に劇の道具を持ってきた4年生3人が、「ああ～」と言いながら、後ろ向きに倒れる校長を目撃する。尻餅をつくように腰から落ち、玄関のコンクリートに後頭部をぶつける。子ども達も「校長先生どうしたか？」と声をかけるもゴーゴーといびきをかいているようで反応がなく、急いで30m離れている職員室に、「校長先生が倒れた」と駆け込む。職員が駆けつけると、カエルをひっくり返したような姿勢で、白目をむいた状態で倒れていた。すぐに119番に通報し、脈、鼻呼吸ともあったため、救急車到着まで、毛布と布団で体を温めながら手足をさすっていた。

7:50 脈がなくなったため、心臓マッサージと人工呼吸開始、空気を送り込むと胸が膨らみ朝食を吐く。体育館にAEDは設置されていたが、厚着のため使用せず。

8:05：救急車到着、AED装着し心臓マッサージをしながら病院へ搬送する。

救急搬送先カルテ

<S>学校教職員、午前7時45分頃、児童の前で倒れ、その後5分くらい蘇生の呼吸をしていたが、その後呼吸停止したため、同僚の手により心臓マッサージ開始、救急車8時4分到着時には心

停止。車内でVF様波あり、一度除細動施行、心肺蘇生しながら8時31分病院到着。到着時心停止

<O>来院時心肺停止、心停止、瞳孔散大、LRなし、心肺蘇生施行しつつ気管挿管8mm 22cm固定、ボスミン計64投与しつつ心肺蘇生継続するも心停止変化なし。家族の同意にて蘇生処置中止、9時15分死亡宣告する。

<A>来院時心肺蘇生、発見が比較的早く、BLS施行されるも反応なし。BaseにDMあり、おそらくはAMIなどのACSが一番考えやすい。急性心筋梗塞の疑い。

<P>ソルラクト輸液500ml 1回、ボスミン注1mg 静脈内注射6回、人工呼吸45分、液化酸素450L、非開胸的心マッサージを施行。

【考察】カロリー制限、服薬、体重コントロールはできていても、基礎疾患として糖尿病があり、喫煙しているため、発症リスクは高かったと考えられる。起床から1時間の間に室内、教員住宅と通勤車内、校庭、職員室、渡り廊下、体育館を出入りし、急激な気温の変化に体が適応できない状況にあったと考えられる。

体育館にAEDが設置され、職員は使用方法の研修を受けているにもかかわらず、第一発見の段階で使用されていなかった。冬場のため厚着をしており、容易に脱衣できなかったことが予測される。AEDの装着と使用の研修に、冬場の脱衣方法も加える必要があると考える。

namikawa@mw.kawasaki-m.ac.jp

京都市民間社会福祉施設職員の労働関連筋骨格系障害（頸肩腕障害、背腰痛症）
に関する健康診断

— 37年間の取り組みの経験から —

○三宅成恒 永田文雄 門脇一郎 姫野純也 細川 汀

（一般財団法人）京都労働災害被災者援護財団 京都市城南診療所

【はじめに】2013年3月、京都市は、1977年から37年間、継続してきた京都市内の民間社会福祉職員に対する頸肩腕障害、背腰痛症に関する健康診断を中止した。その事業に関わった者として、京都市独自の施策の経過を辿り、その成果を検証、提示し御批判を仰ぎたい。

【取り組みの概要】

1. 健診に至る経過： 1960年代半ばに、滋賀県の重症心身障害児（者）施設の施設保母、指導員に「背腰痛症」が多発した。70年代前半に、京都市内でも保育所等で背腰痛症、頸肩腕症候群（当時）が多発し、73年には11カ園、11人の保母、給食調理員等が「業務上」の判断を求めて労災申請を起こした。76年の京都「労災保険審査会」の「業務外」の決定を受け、うち8名が中央審査会に再審査を請求し、81年に6名が「業務上」と決定された。

一方、運動を起した労働組合（私保労のちの福保労）は、福祉施設長の代表と京都市民生局に対して、これら健康障害の実態把握と障害多発の原因究明そして罹病者に対する救済策と予防施策（健康実態調査、健康診断、予防体操の指導など）を求めた。

2. 対策の実施主体： 以上の要求を京都市が受け入れ、京都市民生局の指導のもと、1976年に、各施設（保育施設、老人＜長寿＞福祉、障害者保健福祉、児童家庭福祉など4分野）の代表によって「健康管理

協議会」が構成され、組合代表および健康調査と健康診断を担当する医療機関として当財団が加わり「健康管理協議会」が構成された。

3. 実施内容： 「健康管理要綱」に基づく施策が1977年から具体的に開始された。（1）頸肩腕障害、背腰痛症に関する健康診断（毎年1回）、（2）健康調査（アンケート調査とそのデータ解析）、（3）調査結果の報告書と啓蒙パンフの作成、（4）研修会、ストレッチ体操指導など。また重症の故に休業を余儀なくされ、労災認定が難渋した者に対する援助施策も整備された。

4. 実施対象： 当時、これら民間社会福祉施設は、京都市内で約200施設、職員数は2200ないし2300人を数え、1988年で286施設、4419人、2012年で約400施設、約5700人とされた。当時はその施設と職員構成は保育所関係が4分の3を占めたが、今日、保育所の施設数は変わらないものの職員数は減少し、割合として2分の1、一方、老人福祉施設は職員が倍加し、15%から30%へと、その比率が相対的に高くなってきている。

5. 健康診断の実施： 開始当初は、2200人全員を受診対象（「全員健診」）に行い、検討を経て、4年後より、基本調査を基に「ピックアップ健診」方式を定着させ実施してきた。また新入職員は全員を対象とした。すなわち、開始当初では、全22

00人を、今日では5700人を対象に予備問診調査を含め障害を抽出する何らかのチェックをかけるようにした。

6. 健診方式： 演者らは、70年代当初、産業衛生学会の「頸肩腕障害研究会」専門委員会に所属し基準作りに加わり、70年初頭、近畿圏の自治体立の保育所の健診を多く手掛けた経験がある。開始当初3年間は、京都工場保健会と方式をすり合わせ検証した。腰痛健診の方式を導入し、頸肩腕障害とともに把握し、各人に総合判定を下し経過を見ることのできる方式を採用した。

7. 医学医療上の問題点と立脚点： 70年代、演者らは、多くの重度の頸肩腕障害、背腰痛の症例を経験し、学会でも症例提示したが、当時、整形外科学会では産業衛生学会の基準は否定された（後に容認）。

また一般に事務機械作業者の発症とは違って、発症が医学的にも整理されていなかったことから対策が遅れた。

それらのこと背景に、発症に多因子が関わって慢性に病像が形成され治療に難渋するこれらの障害に対して、自治体を含め京都の各界の協力を得て、独自に疾病、障害の背景を総合的な調査で明らかにし、障害を早期に発見し対策が取れないかと考えた。

【健康診断の継続実施による成果】

1. 健診結果の概要： 37年間の継続実施によって障害の減少と軽症化がはかられた。すなわち開始当初の数年間は対象者2200人ないし2300人のうち要治療者は70～85人（3.2～3.7%）を数え、今日、2007年ないし9年では約5700人中、35～55人（0.6～1.0%）である。90年代初頭の5～6年間は10名以下が続いた。開始当初は、「健康

管理対策費」の支給対象者が数名いたが近年は皆無となり制度は廃止された。

2. 健康アンケート調査と啓蒙パンフ： 年齢別、職種別、経験年数別自覚症状、病気の起こる発症要因（仕事や生活の背景）の調査と、頸肩腕障害や背腰痛症の発症要因と発症過程についての啓蒙、健康管理についてのポイント等、調査結果をパンフにして流布した。

3. 調査と健康診断： 集団学習が総合的に予防効果を発揮したと考える。開始当初は受診者や各施設長においても当施策に対する認識のずれ、偏見が認められたが、次第に払拭され健診自体が定着した。京都労働局も通達を流し、受診促進をはかった。

4. 医学的見解： 70年代においては保育士の仕事は、一つには重症心身障害児（者）の施設保母に比して、腰部に対する負担は相対的に軽く、腰痛を起こすリスクは低いとされ、二つ目には事務機械化作業とは違って頸肩腕障害を引き起こす特有な作業はないとされた。

また厚生省（当時）の通達においては、労災認定されたとしても、一般には3カ月で治癒する、治癒しないものは他の疾患が考えられると等閑視され、疎外された。

昨年、演者らの経験を日韓シンポジウムにて発表した。

【まとめ】

1960年代、70年代に施設に働く多様な職種の、重度の障害を多く経験したことを起点にして、何とかそれらの障害をなくせないものかと、健康診断等予防対策を基本に、集団教育も含め、総合的に介入し、今日、結果として障害を軽症化、減少させたと言える状況を迎えることができた。

予防接種に関するメディア報道の時系列分析

○田口 奈於, 河内 健輔, 薛 天, 扇原 淳
早稲田大学・人間科学・社会医学

【背景】

わが国の予防接種は、1994年6月に行われた予防接種法改正によって、義務接種が廃止された。そして、定期接種と任意接種の二つへと移行された。予防接種は疾病の流行防止に関して重要な役割を果たしており、社会全体の健康を維持するために、可能な限り、高い接種率が求められる。

わが国では、予防接種率を高める取り組みの一つとして、各自治体で助成金制度を実施している。しかしながら、自治体によって金額や対象者が異なり、充実度が接種率に影響している可能性がある。一方、アメリカやイギリス、フランス、ドイツでは、ムンプスやB型肝炎など、わが国では任意接種となっている予防接種も無料で受けることができる。

予防接種率の影響要因として、経済的要因と心理的要因が挙げられるが、特に、心理的要因に影響を与えるものとしてメディア報道が考えられる。

メディア報道における健康情報について、赤松ら(2004)は、対象を食品中アクリルアミドに関する記事に限定し、複数の新聞記事を比較している。そして、新聞社によって報道内容が異なること、同じ新聞社でも、地域によって記事の内容や構成が異なることを報告している¹⁾。

本研究では、予防接種に関するメディア報道の中でもデータベース分析が可能な新聞媒体を対象とし、予防接種報道の内容に

ついて、実証的に明らかにすることを目的とした。

【対象・方法】

読売新聞データベース「ヨミダス歴史館」と朝日新聞データベース「聞蔵Ⅱビジュアル」を用いて、「予防接種」をキーワードとする記事を抽出した(期間:1984-2010年)。記事数の推移をグラフ化し、それぞれの記事数に影響を与えた事柄について、記事内容から抽出・検討した。次に、1994年の予防接種法改正前後での記事内容の比較を目的に、期間A(1990-1994年)と期間B(2006-2010年)の記事について、テキストマイニングを行った。分析には、トレンドサーチ2008(社会情報サービス社)を用いた。

【結果・考察】

予防接種に関する記事数は、読売新聞が4336件、朝日新聞が6788件の合計11124件であり、年々増加傾向にあった。特に、1999年以降は読売新聞の記事数が著しく増加し、2009年の新型インフルエンザ流行の際は、読売新聞だけで1392件に上った。

また、予防接種に関する事件や事故、疾病の流行があった年は特に記事数の増加が顕著であった。例えば、九州予防接種禍訴訟(1993年)の際は322件、麻疹流行(2007年)の際は646件、新型インフルエンザ流行(2009年)の際は1850件と、前後の年と比較して記事数が増加していた。

次に、期間A(1990-1994年)と期間B

(2006 年 - 2010 年) を比較した結果, 期間 A で抽出された記事は 556 件, 期間 B で抽出された記事は 1684 件であった.

テキストマイニングを行うと, 期間 A では「九州予防接種禍訴訟」に関連する単語,

期間 B では「助成」「新型インフルエンザ」に関連する単語がみられた.

今後, 各都道府県の予防接種率の変化や, 国内だけでなく海外の国との予防接種率や制度に関する比較を行う予定である.

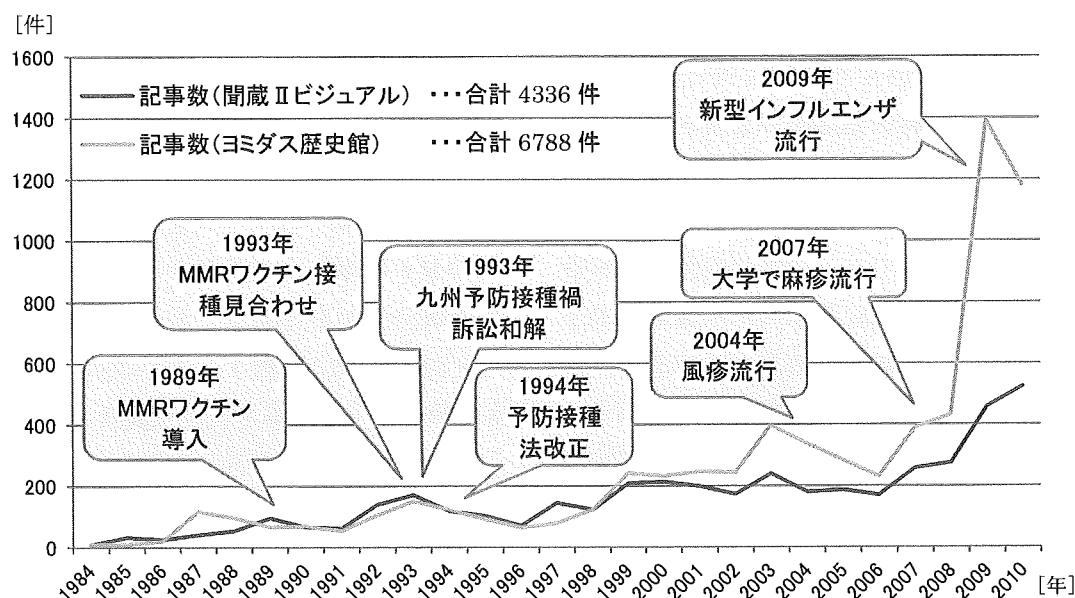


図 1 予防接種に関する新聞記事数の推移 (1984 - 2010 年)

引用文献

- 1) 赤松利恵ら (2004), メディア報道における健康情報の基礎的検討～単語出現頻度による新聞記事の比較～, 日本保健医療行動科学会年報, Vol.19 240-252.

Mail address: naopu3@gmail.com

HPVワクチン副作用報告と健康被害救済給付請求の状況について －医薬品副作用被害救済制度を国民に定着させるために【第3報】－

○栗原 敦（PMDA救済業務委員）
（全国薬害被害者団体連絡協議会）

【はじめに】過去2回の本学会総会において、①副作用患者の内、本制度を利用する割合が極めて低いのではないかと推定し、制度利用を阻害する要因の分析と対策が必要である事を指摘し、また、②被害救済は、医療の質や安全を考える一つの指標であり、2011年1月30日付、医政局医療安全推進室長と医薬食品局医薬品副作用被害対策室長連名で事務連絡「医薬品安全管理責任者が行う従業者に対する研修資料について」、及び病棟薬剤業務に関する診療報酬改訂（2012年度から実施）、同時に日本病院薬剤師会が作成したマニュアル「病棟薬剤業務の進め方」を評価した。今回は、①の事例研究として、副作用の多発と安全対策が問題視される子宮頸がん予防ワクチン（以下、HPV）をとりあげることとする。

【目的】HPVワクチン市販開始から直近までの副作用報告の状況と救済制度における実績を対比することで、救済制度の利用状況を把握し、救済を促進する上の課題について考察する。

【方法】平成25年度第1回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会（2013年5月16日合同開催、以下、第1回副反応検討部会等という）で公表されたデータと、医薬品医療機器総合機構提供の救済決定に関するデータを対比する。

【結果と考察】企業報告と医療機関報告中の重篤報告例を合計すると、2013.3.31現在で878件となる（表1、2）。制度利用率はわずか2.3%と試算される（表3、4）。

さらに、先ごろ5月28日に公表された、「因果関係が否定できない」として去る3月26日の添付文書改訂（サーバリックス）の根拠症例、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、ギラン・バレー症候群（GBS）の関連症例8例（表6）は、PMDAの決定事例（表5）には含まれていないことがわかる。

PMDA発足前後より、制度広報等の取り組みが深化しつつあるにもかかわらず、HPVワクチン関連の請求が極めて少ない現状について、被害関係者への調査、関係各界の議論が必要である。

（演者連絡先 mmr@osaka.email.ne.jp）

【結果と考察に関する資料】

表1：HPV副反応報告件数（2013.3.31現在）

製品名	報告総数 A+B	A 企業報告	B 医療機関報告	C（Bの重篤）
サーバリックス	1,705 件	704 件	1,001 件	91 件
ガーダシル	263 件	68 件	195 件	15 件

出典：第1回副反応検討部会等 資料6-6「各ワクチンの副反応報告件数」より抜粋

表 2：重篤な症例の件数（ただし、重篤度には幅があると考えられることに注意を要す、特に表 1 の C）

製品名	表 1 の A+C	被接種実人数	発生率
サーバリックス	795 件	258 万人	3,245 人に 1 人
ガーダシル	83 件	70 万人	8,434 人に 1 人
合計	878 件	328 万人	3,736 人に 1 人

出典：第 1 回副反応検討部会等 資料 6-6「各ワクチンの副反応報告件数」より作成

表 3：PMDA へ提出された HPV による救済給付請求件数など

請求件数 2013.5.23 現在	支給決定件数 2013.4.30 現在	未決定件数 2013.5.23
20 件	14 件	6 件

出典：請求件数は同日 PMDA 調べ、決定件数は Web 公開データから抽出

表 4：HPV による健康被害患者の救済制度利用率の推計結果

D 副作用報告の重篤例	E 救済給付請求件数	救済制度利用率 E/D×100%
878 件	20 件	2.3%

表 5：HPV の副作用被害救済給付請求に対する決定事例（2013. 4. 30 現在、作成：栗原）

整理番号	性別	請求時年齢	副作用名称等	請求費目	決定年月	支給/不支給	No.
11-0343	女	20～29	疾病：発熱	医療費、医療手当	h23-7	支給	1
11-0630	女	10～19	疾病：アナフィラキシー（様）ショック	医療費・医療手当	h23-10	支給	2
11-0981	女	10～19	疾病：アナフィラキシー（様）ショック	医療費・医療手当	h24-2	支給	3
11-1064	女	10～19	疾病：蕁麻疹型薬疹	医療費・医療手当	h24-3	支給	4
11-1071	女	10～19	疾病：薬物性ショック	医療費・医療手当	h24-3	支給	5
12-0049	女	10～19	疾病：アナフィラキシー（様）反応	医療費・医療手当	h24-4	支給	6
12-0447	女	10～19	疾病：多形紅斑型薬疹	医療費・医療手当	h24-9	支給	7
12-0456	女	10～19	疾病：急性小脳失調症	医療費・医療手当	h24-9	支給	8
12-0570	女	10～19	（難治性疼痛）	医療手当	h24-11	不支給	9
					（理由）判定不能		
12-0656	女	10～19	疾病：意識消失、発熱	医療費・医療手当	h24-11	支給	10
12-0828	女	10～19	（子宮頸癌ワクチンの副反応）	医療費・医療手当	h25-1	不支給	11
					（理由）投与された医薬品により発現したとは認められない		
12-0875	女	10～19	疾病：無菌性肩関節炎	医療費・医療手当	h25-1	支給	12
12-1145	女	10～19	疾病：血小板減少性紫斑病	医療費・医療手当	h25-3	支給	13
12-1168	女	10～19	疾病：頭痛、発熱	医療費・医療手当	h25-3	支給	14

注 1：整理番号左 2 桁は請求年度（西暦）と思われる（要確認） 注 2：副作用名称等の（ ）つきは、不支給事例で診断書にあった記載 注 3：前例共にサーバリックスであり、ガーダシルによる請求はない 注 4：不支給事例は別の表に記載されているものを併記した

出典：PMDA <http://www.pmda.go.jp/kenkouhigai/help/information.html>

【参考】表 5 の事例 No.9 の請求者に対する不支給理由の説明（2012. 11. 7 付通知より抜粋）

不支給の理由

本事例について、請求において医薬品の副作用としている症状（難治性疼痛）については、接種後から疼痛が起きようになったとの訴えであるが、接種部位以外に不定期に疼痛が現れており、疼痛の発症要因について、器質的病変を含め不明の状態であることから、医薬品の副作用によるものか判断できず、判定不能とせざるを得ません。したがって、本事例の疾病に対する副作用救済給付の対象とすることができません。

注：この記述は、2013.5.17 フジテレビ「特ダネ」の映像から筆者した（栗原）

表 6：サーバリックス添付文書改訂指導（2013. 3. 26）の根拠症例（医薬品・医療機器等安全性情報 No. 301 2013. 5. 28）

関連が否定できない副作用名称	例 数	備考（入院の有無）
急性散在性脳脊髄炎関連症例	3 例（うち死亡 0 例）	紹介された 1 例は入院 11 日間
ギラン・バレー症候群関連症例	5 例（うち死亡 0 例）	紹介された 2 例とも入院

注：急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群ともに表 5 の決定事例に含まれていない。

薬物使用の課題をもつ HIV 陽性者への支援に関する経験と 支援への認識の関連

○大木幸子、高城智圭(杏林大学保健学部)、阿部幸枝(東京都立多摩総合精神保健福祉センター)、生島嗣(NPO 法人ふれいす東京)、岡野江美(東京女子医科大学病院)、中澤よう子(神奈川県福祉保健局保健医療部)、野口雅美(東京都多摩府中保健所)、古屋智子(川崎市多摩区保健福祉センター)、谷部陽子(筑波大学/世田谷区世田谷総合支所)

【目的】本調査の目的は、薬物使用の課題をもつ HIV 陽性者へのエイズ診療拠点病院の看護師・ソーシャルワーカー等の支援経験と支援への認識の関連を明らかにすることである。

【方法】調査対象者は、全国のエイズ治療プロック拠点病院・中核拠点病院と、東京都内の拠点病院の HIV 診療科に携わる看護師及び医療相談室のソーシャルワーカー各1名、合計 160 名である。なお、東京都内の拠点病院は、東京都が公表している平成 23 年度の月平均外来受診者数で、50 人以上の医療機関とした。データ収集方法は、郵送調査法による自記式質問紙調査で、調査期間は平成 24 年 12 月～平成 25 年 2 月であった。調査項目は、薬物使用の課題をもつ HIV 陽性者への支援経験、支援の自己効力感、支援の困難さの認識、薬物使用者へのスティグマ得点等である。本調査は、杏林大学倫理委員会にて承認を得た。(承認番号 24-38)

【結果と考察】 1. 回収数及び回答者の属性：回収部数は 96 部(回収率 60.0%)で、有効回答は 95 部(有効回答率 59.3%)であった。回収施設数は 64 施設(回収率 80.0%)であった。回答者の職種は、看護師 47 名(49.5%)、医師 1 名(1.1%)、ソーシャルワーカー 45 名(47.4%)、臨床心理士 2 名(2.1%)であった。

2. 薬物使用の課題をもつ HIV 陽性者支援の経験：HIV 感染症で通院している患者が「薬物使用者/依存症」とわかった経験は、看護師・医師

では、「経験あり」26 件(54.2%)であり、経験事例数は、1～2 例で 12 件(46.2%)、3～9 例で 9 件(34.9%)、10 例以上で 5 件(19.2%)であった。ソーシャルワーカー・臨床心理士では、44.7% (21 件)で「経験あり」と回答し、経験事例数は、1～2 例で 8 件(38.1%)、3～9 例で 13 件(42.9%)、10 例以上は 9 件(19.0%)であった。

薬物使用の課題をもつ HIV 陽性者への支援経験では、看護師・医師では「あり」で 18 件(38.3%)みられ、経験した事例数は、1～2 例で 9 件(47.4%)、3～9 例で 6 件(31.6%)、10 例以上で 3 件(15.8%)であった。ソーシャルワーカー・臨床心理士では、「あり」で 20 件(43.5%)であった。経験事例数は 1～2 例で 10 件(42.6%)、3～9 例で 8 件(38.1%)、10 例以上で 2 件(9.5%)であった。

3. 薬物使用の課題をもつ HIV 陽性者支援への認識：薬物使用の課題をもつ HIV 陽性者の薬物相談にかかわる必要があると思うかを 5 段階で尋ねたところ、「まあそう思う」で最も多く 39.8%、「とても思う」で 30.1%であり、7割は比較的積極的にかかわりを必要と認識していた。一方、「思わない」は 3.2%であり、その理由では、「一市民として通報すべきだ」という意見がみられた。薬物使用に関する相談に対して困難さがあると思うかを、4 段階で尋ねた。「とても思う」で 70.3%と最も多く、「少し思う」の 28.6%を合わせると、98.9%の回答者で困難さがあると認識しており、「全くそう思わない」は、回答がなかった。

4. 薬物使用の課題をもつHIV陽性者支援への認識と経験の関連：表に示したように、薬物使用に関する相談にかかわる必要性への認識では、職種や薬物使用者へのスティグマ得点との関連は有意ではなかったが、通院患者に薬物使用がわかった経験、薬物使用の課題をもつHIV陽性者への支援経験のあり群はなし群に比して、有意に高かった($p<0.01$)。また、薬物使用の課題をもつHIV陽性者への支援の自己効力感は、職種や薬物使用者へのスティグマ得点との関連は有意ではなかったが、通院患者に薬物使用がわかった経験、薬物使用の課題をもつHIV陽性者への支援経験のあり群はなし群に比して、有意に高かった($p<0.01$)。

しかし、薬物相談への困難さの認識は、職種、通院患者に薬物使用がわかった経験、薬物使用

の課題をもつ HIV 陽性者への支援経験、薬物使用者へのスティグマ得点のいずれとも有意な関連はみられなかった。

【考察】エイズ診療拠点病院での HIV 診療にかかわる看護師・ソーシャルワーカー等の薬物使用の課題をもつ HIV 陽性者への支援への自己効力感は、支援経験により高まると考えられる。しかし、困難さについては経験だけでは解消されないことが推測された。今後、支援の準備性を高めるためには、院内の体制整備や薬物使用に関する研修の充実、地域との連携体制が課題であると考えられる。

本調査は、平成 24 年度厚生労働科学研究補助金 エイズ対策研究事業「地域において HIV 陽性者等のメンタルヘルスを支援する研究」の一環として行った。

Mail address oki-s@ks.kyorin-u.ac.jp

表 薬物使用の課題をもつ HIV 陽性者への支援の認識と職種、経験、スティグマ得点の関連

		職種 ^a			患者の薬物使用がわかった経験 ^b			HIV+薬物相談支援経験 ^b			薬物使用者へのスティグマ得点 ^c	
		Ns・Dr	SW・CP	P	あり	なし	P	あり	なし	P	Y	P
性薬物相談にかかわる必要の認識	とても思う	15	13	.678	22	6	.011	17	11	.003	-.081	.448
	思う	32.6%	28.9%		46.8%	13.0%		44.7%	20.4%			
	まあ思う	16	21		18	19		16	21			
	う	34.8%	46.7%		38.3%	41.3%		42.1%	38.9%			
	少しは思う	11	9		5	15		4	16			
	思う	23.9%	20.0%		10.6%	32.6%		10.5%	29.6%			
	ほとんど思う	4	1		1	4		1	4			
	思わない	8.7%	2.2%		2.1%	8.7%		2.6%	7.4%			
性薬物相談にかかわる必要の認識	思わない	1	2	.696	1	2	.000	0	2	.008	.022	.840
	思わない	2.2%	4.4%		2.1%	4.3%		0.0%	3.7%			
	十分対応できる	1	0		1	0		1	1			
	できる	2.2%	0.0%		2.2%	0.0%		2.6%	2.6%			
	まあ対応できる	3	4		6	1		4	4			
	できる	6.5%	8.7%		13.0%	2.2%		10.5%	10.5%			
	少しは対応できる	22	25		28	19		23	23			
	できる	47.8%	54.3%		60.9%	41.3%		60.5%	60.5%			
性薬物相談にかかわる必要の認識	ほとんど対応できない	16	15	.244	9	22	.688	10	10	.335	-.073	.497
	対応できない	34.8%	32.6%		19.6%	47.8%		26.3%	26.3%			
	対応できない	4	2		2	4		0	0			
	対応できない	8.7%	4.3%		4.3%	8.7%		0.0%	0.0%			
	とても思う	35	29		38	26		28	34			
	思う	74.5%	65.9%		80.9%	59.1%		73.7%	66.7%			
	少し思う	11	15		8	18		9	17			
	う	23.4%	34.1%		17.0%	40.9%		23.7%	33.3%			
性薬物相談にかかわる必要の認識	あまり思う	1	0	.244	1	0	.688	1	0	.335	-.073	.497
	思わない	2.1%	0.0%		2.1%	0.0%		2.6%	0.0%			
	全く思う	0	0		0	0		0	0			
	思わない	0%	0%		0%	0%		0%	0%			

a: X² 検定 b: Mann-Whitney 検定 c: Spearman の相関

「常設夜間休日HIV検査場における陽性者の解析」

○毛受矩子（四天王寺大学・NPO スマートらいふネット）、前川厚子（名古屋大学大学院医学系研究科・NPO スマートらいふネット）、落合世津子（藍野大学・NPO スマートらいふネット）

【目的】わが国における HIV 検査数は近年減少傾向にあるが、若者を中心として HIV/AIDS の発生数は多く、依然として感染予防と早期発見のための啓発教育、検査体制の拡充は緊急な課題である。本稿は常設夜間休日 HIV 検査場（chot CAST なんば）における陽性者の動向を解析することで、今後の HIV 感染予防と早期発見・早期医療への繋ぎをより確実にするためのシステム上の課題および受検者や陽性者への相談対応の課題を明らかにすることができる。と考える。

【方法】対象者は、本 HIV 検査場における平成 23 年 5 月から平成 25 年 3 月末までの 2 年間の通常検査・即日検査の総受検者 10724 名のうちの陽性者 52 名について解析した。通常検査は、火、木曜日の夜間と土曜日の午後の計 3 回／週実施し、検査項目は HIV、梅毒、HBV 検査である。即日検査は、日曜日の 1 回／週で、検査項目は HIV、HBV 検査である。

検査受付時の検査申込書に記載する内容は①男女別、②年齢、③検査回数の 3 項目で、受検は匿名、無料である。検定は 3 項目のクロス集計等で χ^2 検定を行った。

【結果】

I 【通常・即日検査について】

1) 受検者数

本 HIV 検査場における検査 1 回あたりの平均受検者数は、平成 23 年度は 29.3 人、平

成 24 年度は 27.7 人で減少傾向にある。

2) 受検者の男女・年齢

平成 23～24 年度の 2 年間の受検者全体の男女別割合は、男性 69.1%、女性 30.8%で、平均年齢は男性 33.8 歳±9.8、女性 28.3 歳±7.3 であった。

3) 受検者の検査回数

2 年間の受検者全体の検査回数は、初回 58.5%、継続 41.5%であった。年次別では平成 23 年度は初回 59.5%、継続は 40.5%、平成 24 年度は初回 57.6%、継続が 42.4%で継続が多くなってきている。

II 【陽性者について】

1) 陽性者数・率

平成 23 年度の陽性者数は通常・即日検査合計で 33 名、陽性率は 0.63%、平成 24 年度は陽性者数 19 名、陽性率は 0.34%であった。検査種類ごとの陽性率は、通常検査では平成 23 年度 0.61%、平成 24 年度 0.32%であった。即日検査では平成 23 年度 0.68%、平成 24 年度 0.40%であり、即日検査の方が若干陽性率は高かった。即日検査は毎回定数（40 名）の 1.5 倍の受検希望者がある。

2) 陽性者の男女別と性的嗜好

陽性者 52 名の内訳は男性は 51 名（98.0%）、女性は 1 名（2.0%）で圧倒的に男性が多かった。陽性者 52 名の性的嗜好として、男性同性間性的接触 78.9%、両性間性的接触 9.6%、不明 11.5%で、男性同性間性的接触（MSM）が多かった。

3) 陽性者の年齢

陽性者は20歳代(30.8%)、30歳代(40.4%)、40歳代(25.0%)、50歳代(3.8%)であった。20・30歳代が最も多かった。最年少は22歳、最年長は51歳であった。

4) 陽性者の検査回数(初回・継続検査)

平成23~24年度の全受検者の検査回数は、初回58.6%、継続41.4%、陽性者については初回51.9%、継続48.1%で、陽性者のほうが継続が高い傾向にあった。男女については男性が初回54.9%、継続45.1%、女性は初回67.0%、継続33.0%で男女間に有意の差が認められた($P<0.001$)。

5) 陽性者の検査種類(通常・即日検査)

平成23~24年度の陽性者について、通常検査では陽性率は0.46%、即日検査では陽性率は0.53%で即日検査の方が若干高いが有意の差は認められなかった。

6) 陽性者の医療機関紹介先

上位から第1位は〇国立病院(75.0%)、2位医科病院(5.8%)、3位公立病院(3.8%)他病院であった。受診不明者は即日検査陽性者の方に多かった。

【結論】常設夜間休日 HIV 検査場は利便性が高く、学校・仕事帰りの幅広い年齢層が受検している。そして陽性率が高いことから、他行政機関が実施している HIV 検査受検者と比較して感染リスクの高い層が受検していると考えられる。今後以下の点を視野に入れて受検者ニーズに応えていく事が求められている。

1) 早期発見のための受検者拡大にむけて

平成23~24年度で1回あたりの平均受検者数は減少しており、また、陽性率も低下している。しかし、若年層の陽性者数は多く、感染リスクを抱えた層への早期発見のための受検者拡大のための広報が求められる。また、即日検査のニーズが高いことから、即日検査回数の拡大が求められる。

2) 陽性者を確実に医療に繋ぐ重要性

陽性者は男性同性間性的接触者(78.9%)が多いことから、人権に配慮した陽性告知とその対応が求められる。また、陽性者は20~30代が最も多い(71.2%)ことから、告知場面では必要に応じて他 NGO/NPO との連携・コラボレーションで、陽性者が安心できる「検査から受療・医療継続・生活支援」への一貫した支援の繋ぎの視点が必要である。

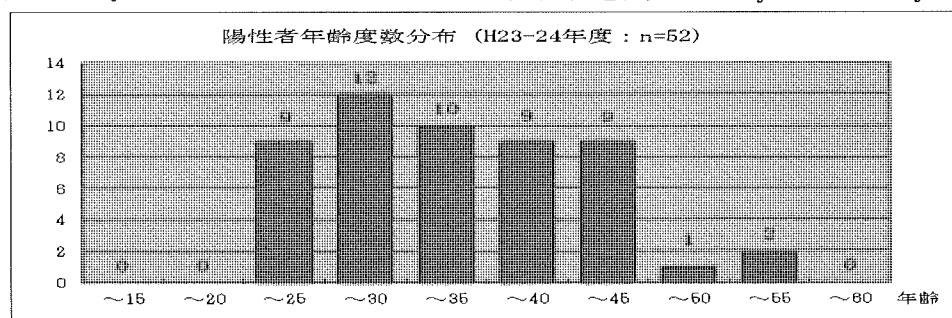
3) 安心・安全な検査体制の確保

陽性者は継続検査受検者に多く発見されていることから、検査環境の整備と常に安心・安全で信頼できる検査体制への拡充が求められる。とりわけ対応スタッフの人権に配慮した対応と質の向上を図ることが重要であると考ええる。

4) 紹介先医療機関の拡大

陽性者の紹介先医療機関が限定されている。今後、医療機関情報を収集して、陽性者が安心して、継続的治療ができる紹介先医療機関の拡大を図りたい。

発表者連絡先: menju@shitennoji.ac.jp



某都会地域における HIV 陽性者ピアサポート形成プロセスに関する調査研究

○井上洋士（放送大学）

矢島嵩（日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス、ふれいす東京）

高久陽介（日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス）

桜井啓介（新宿区勤労者・仕事支援センター）

高山智子（国立がん研究センターがん対策情報センター）

【研究目的】

HIV 陽性者間でのピアサポートの課題が顕在化した某都会地区の HIV 陽性者ピアサポートについて、1990 年代以降の経時的推移について焦点をあて、そのキーパーソンを対象にヒアリングを行い、その結果をもとにピアサポートや医療機関との連携での課題や問題を抽出すること。

【対象と方法】

同地区の HIV 陽性者の患者会活動のキーパーソン 4 名を対象にヒアリング調査を実施した。調査は、研究者と対象者の個別面接とし、場所は対象者の希望を聞き、選定した。面接時間は各々約 90 分。研究者側が用意したインタビューガイドに基づいて半構成的に質問し、関連した事項を自由に語ってもらう形をとった。

ヒアリング調査内容は録音をせず、パソコンにその場で内容を打ち込み、フィールドノートとしてまとめ、分析対象とした。調査対象者 4 名の概要は以下の通り。X 氏：男性、50 歳代、HIV 陽性判明後約 20 年、Y 氏：男性、30 歳代、HIV 陽性判明後約 8 年、Z 氏：男性、50 歳代、HIV 陽性判明後約 15 年、O 氏：女性、30 歳代。

分析は、全ケースをもとに横断的・経時的に整理しなおす形をとった。また分析結果について調査対象者に member checking をし、妥当性確保につとめた。

倫理面への配慮として、調査対象者に調査協力を依頼する際には、研究目的などについて口頭およびメールにて十分な説明を行い、同意を得た場合に限り、ヒアリング調査を実施した。プライバシーの保護という観点からは、まず個人が特定されないように、フィールドノート作成の際には、匿

名化を図るなどを通じて十分な配慮を行った。さらに、結果のまとめにおいても、継続して匿名化をした。

【結果】

語りを再構成したものを以下に示す。

1) S 会

同地区での最初の患者会である。この会は、治療や生活に関する情報不足を強く感じ、それを解消したいと考えていた A 氏が中心となって数名で勉強会として始められた。1995 年当時、別の団体にも HIV 陽性者向けのミーティングがあったが、アメリカのものをそのまま持ち込んだという色彩が強く、それに違和感を持っていた人が中心となった。感染経路を問わず。広報は口コミオンリーであった。当事者 3 人で話し合って方針などを決めていた。年に 5 回ほどの勉強会を開催し、だいたい毎回 15 人くらいが参加していたが、1998 年の勉強会を最後に途絶えることとなった。その理由として語られていた事項は、個人情報 の 拡散防止のために A 氏がすべての情報を管理する一元化の形態をとったこと、そのため A 氏一人がマネジメントをすることとなり大きな負担になってきたこと、勉強会では新しい人が加わるたびに同じ治療の話の繰り返しになるので、「結局また同じ話か」と離れていく人が増えていき運営が難しくなってしまったこと、A 氏以外の当事者が運営から抜けてしまったことなどであった。

A 氏以外の当事者から、勉強会ではなく、交流会を開いたらいいのではないかという動きがあり、S の名称を存続させるという動きもあった。しかしながら、実際には S という名称は使われず、またその交流会も 3 回程度で終了した。

2) T 会

ネット上の個人ページが流行った時期であり、それらのオフ会から発展した。

創設は 2004 年に B 氏による。S 会終了以降、情報不足の状態に陥り、他の陽性者とのつながりもなく孤独を感じていた B 氏が、交流会をやりたいと立ち上げたものである。B 氏がノウハウを持ち合わせていないため、当事者ではない O 氏が最初から側面支援をしていたが、あくまでも相談役・黒子の立場に留まっていた。立ち上げのときに東京の支援団体とコンタクトを取り相談するなど、かなり入念な準備がなされていた。

当初 T 会の人は根底には「国は予防にしかお金を出不さい、陽性者支援にはお金を出してもらえない」と考えており、そういう流れのもと、メジャーにならずに、なおかつ自分たちの居場所を創ろうとしていた。

2 年ちょっとくらいで B 氏はやめ、その活動に来ていた人が 5 人くらいで継続運営することになった。現在も、その流れの中で活動を行っている。

3) U 会

U 会は、立ち上げ準備が 2006 年最初。T 会が若い人たちで占められ、ミドル層が行きにくい環境にあった。そこで、ポップではない人が行ける雰囲気サポートグループを作ったほうがいいのではないかという話になり、C 氏が中心となって 5 人くらいで集まった。当時は、HIV 陽性者向けの SNS も立ち上がっており、そちらに行く人も多かったが、SNS と異なりグランドルールを設けたピアサポートグループという位置づけを明確にして U 会が行われることになった。また T 会ではカバーできていないものを創ろうということが念頭にあった。最初は、少人数制のグループミーティングということで、車座になって好きなことを話しましょうという形式をとった。お花見や勉強会、個別相談もやっていた。出席者は概ね 15 人くらい。

しかしながら、C 氏が都合により抜けて、残りのメンバーで活動を続けていたものの、いったん活動をやめるということになり、

2008 年に終わっている。

4) V 会

V 会は、ピアグループミーティングに似たようなものをやりたいと D 氏がかなり前から言っていたことから開設されることになった。D 氏には、HIV 陽性とわかった最初の時期の過ごし方が大事だという思いが強かった

これまでの経験から D 氏は、「個人商店にはしない」「当事者だけにはしない・支援をするという人を中に入れてやる」「個人に対する責任は限定させる」ということを、当初から念頭においていた。U 会立ち上げのときの C 氏も当初はかかわっていた。準備検討会で、東京で陽性者支援をしているメンバーや、S 会にかかわりその後患者会とはかかわりを持っていなかった当事者なども参加することになった。

準備期間を経て、2009 年に本格的な立ち上げがなされた。

【考察】

いずれの会も、個人が、自身の経験に基づく強い思いから発生している。したがって、個人の思いの表現法として患者会がそれぞれ存在する。その意味で、結果に詳細は示していないが、他の会に対する嫌悪感・排他的な感覚も自然発生的に生じている。また、会を存続させていくなかで、会の運営が個人として負担になり、そのために活動中止になる会が多い。しかし、各会発足までには、それまでの他の会の活動状況を見据えつつ、必然性を持って発足している。こうした状況からすると、患者会に対して、医療関連情報だけでなく、患者会のマネジメントスキルを獲得できる場やツールを創出することも重要と考えられる。さらにそうした場やツールは、医療者が患者会と目標を共有することにもつながるため、より連携的なムーブメントとサポート体制を構築することにもつながるといえる。

【謝辞】本研究は、平成 24 年度厚労科研がん臨床研究事業「相談支援センターの機能の評価と地域における活用にかんする研究」の助成を受けたものである。

Mail address: yinoue@ouj.ac.jp

石川県内の復職支援（リワーク）施設の現状と展望

○登坂由香^{1, 2}、石崎昌夫¹、山田裕一¹（¹金沢医大・衛生、²社会医療法人（財）松原病院）

【はじめに】うつ病など気分障害で休職している労働者が復職する際、復職準備性を高めるリハビリテーションとして、復職支援（リワーク）プログラムがある。実施しているのは、各県に設置されている障害者職業センターのほか、医療機関があり、「うつ病リワーク研究会」に登録されている施設は121か所（平成25年5月現在）あり、実際に全国の9割の都道府県で、リワークが行われている。北陸地方には、医療機関のリワーク施設が現在7か所あり、そのうち石川県には3施設が稼働しており、それぞれ開設して数年が経過した所である。

【目的】一地方都市のリワーク施設の現状分析を行い、地方の特徴評価や大都市圏との比較、検討を目的として調査を行った。

【対象と方法】石川県の医療機関が併設しているリワーク施設へ聞き取り調査を行い、分析した。

【結果】

1) 施設について

開所日はいずれも週5日の平日に行われていた。またプログラムは共通して2～3か月を1クールとしているが、利用期限は6か月から期限無しまで、さまざまであった。また、利用定員も少人数制から、定員無し、まで、幅があった。利用の条件としては、関連医療機関に主治医がいることを条件としている施設が多く、他院通院中の方は、主治医の変更が必要であった。スタッフは、いずれの施設も、ソーシャルワーカー、作業療法士、心理士、看護師、医師など、複数の職種が介入

していた。また、プログラムは、作業療法、自律訓練法、認知行動療法、運動療法、健康教育、心理教育、芸術活動など各施設の多様な取り組みが確認された。

2) 利用者について

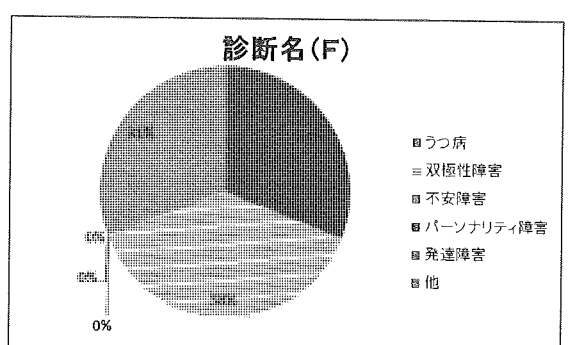
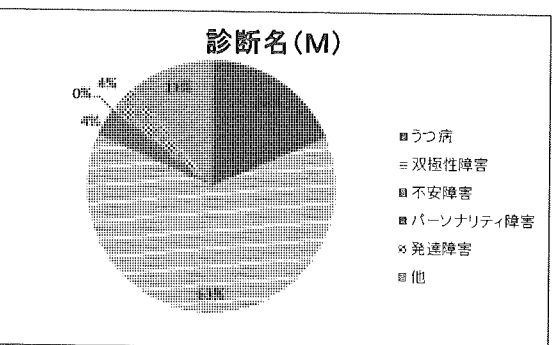
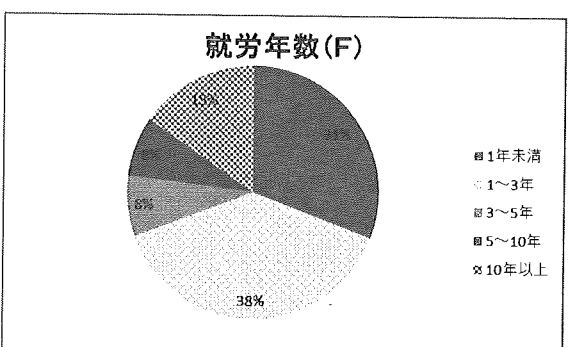
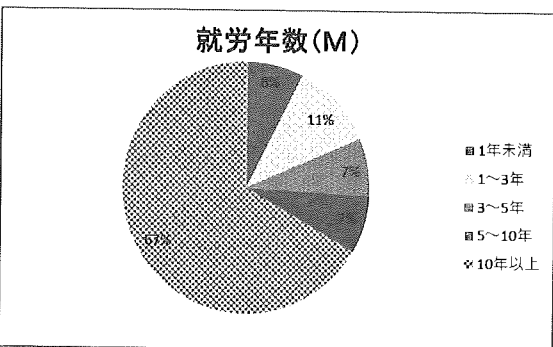
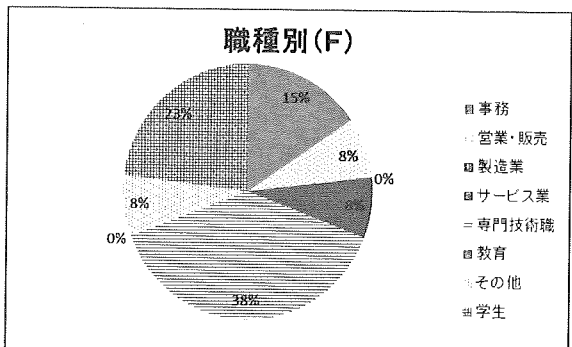
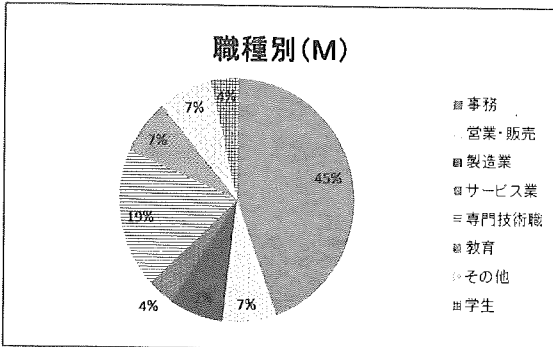
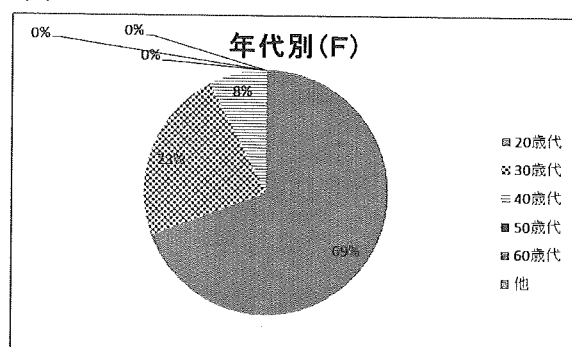
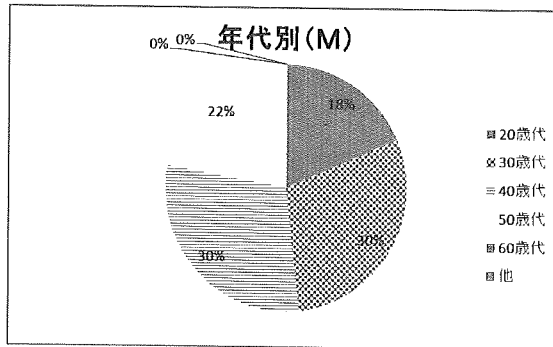
2施設で約1年間の利用者は、男性27名、女性13名であった。男女別の年代、職種、就労年数、診断名の分布は図のようであった。

【考察】リワーク利用者の背景は、男女差による違いが大きい事があらためて分析された。また、診断名は双極性障害も多く含まれており、復職の際の支援にはさらに多様性が求められることが示唆された。

メンタル不調による休職者の復職にあたっては、症状そのものの回復の上に、職場への適応性、柔軟性を求められることが多く、いわゆるリワークにより復職準備性を高める必要がある。さらに主治医だけでは復職の判断は難しいことが多く、リワークを通して、他職種による総合的な客観的評価を職場や産業医に対しては提示することができる。また、現在リワークの標準化や有効性の評価が行われているが、地域による、利用者や職域の多様性があり、画一化と並行してそれらの分析、評価が必要になると思われ、今後リワークに求められる都市と地方の違いについて検討していきたい。

e-mail: y-nobo@kanazawa-med.ac.jp

図



若年陸上自衛官におけるストレス対処能力(SOC)とその関連要因

○小林 道、志渡 晃一（北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科）

【目的】入隊1年以内の若年陸上自衛官を対象とし、ストレス対処能力（Sense of Coherence：SOC）とその関連要因について検討すること。

【方法】2012年12月～2013年1月に北海道内の駐屯地勤務の2012年4月に新規採用された陸上自衛官472名中、調査の同意が得られた256名に無記名自記式質問紙調査を行った。うち女性20名は例数が少ないため除外し、男性236名のうち回答の不備がない223名を解析対象とした（有効回答率：94.5%）。

質問項目は、1) 性別、年齢等の基本属性に関する6項目、2) 現在の健康状態と悩みやストレスに関する2項目、3) 入隊前の生活習慣に関する16項目、4) ソーシャルサポート12項目、5) ワークライフバランス1項目、6) CES-D日本語版20項目、SOC日本語版13項目の計69項目とした。

解析方法は、目的変数をSOC得点とし、「SOC低値群」、「SOC標準群」、「SOC高値群」の3群に分類した。単変量解析では2群に分類した他の項目を説明変数として分割表を作成し、 χ^2 検定を用いて関連の有意性を検討した。多変量解析では単変量解析で有意差が認められた変数を説明変数として設定し、独立性を検討した。

【結果】表1に3群に分類したSOC得点と有意性が認められた項目を示した。現在の健康状態では、「主観的健康感（よい）」及び「悩み（なし）」の割合が低値群と比較して標準群、高値群で有意に高かった。入隊前の健康生活習慣では、「朝食を毎日食べて

いる」の割合のみ低値群（47.4%）と比較して標準群（59.3%）、高値群（69.5%）で有意に高かった。同様に生活習慣改善意識でも、「食べ過ぎないようにしていた」、「睡眠を充分にとるようにしていた」、「気分転換・ストレス解消をするようにしていた」、「お酒を飲みすぎないようにしていた」の割合が低値群と比較して標準群、高値群で有意に高かった。ソーシャルサポートでは「気軽に話しができる」、「困った時に頼りになる」の項目で、上司、同僚、家族で低値群と比較して標準群、高値群で“非常に”、“かなり”の該当率が有意に高く、「個人的な問題を聴いてくれる」では、上司、同僚で低値群と比較して標準群、高値群が有意に高かった。「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」では、“そうである”、“まあそうである”の該当率が低値群（47.4%）と比較して標準群（76.7%）、高値群（80.5%）で有意に高かった。

多変量解析では、「食べ過ぎないようにしていた」、「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」、「主観的健康感（よい）」、「上司が個人的な問題の相談を聴いてくれる」の4項目が独立性の高い変数として検出された。（表2）

【考察】SOCが低値から標準・高値になるにつれ、よりよい生活習慣や周囲のサポートが存在することが明らかとなった。多変量解析の結果から、低値と比較して標準値では「食べ過ぎないようにしていた」、「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させてい

る」、低値と比較して高値では「主観的健康感（よい）」、「上司が個人的な問題の相談を聴いてくれる」と、それぞれ独立性が検出された項目が違ふことは興味深い結果である。今後の課題として、入隊直後に調査を

実施し、SOC を高める要因を縦断的に検討することが挙げられる。これについては、現在 25 年 4 月に入隊した隊員へ調査を実施中である。

表 1 単変量解析の結果（有意性が認められた項目のみ）

項目	SOC 低値 57(100.0)	SOC 標準値 86(100.0)	SOC 高値 82(100.0)	p 値
悩み(なし)	15(26.3)	45(52.3)	67(81.7)	<0.001*
主観的健康感(よい)	35(61.4)	57(66.3)	72(87.8)	0.001*
朝食の欠食(なし)	27(47.4)	51(59.3)	57(69.5)	0.032*
食べ過ぎないようにしていた	11(19.3)	41(47.7)	34(41.5)	0.002*
睡眠を充分にとるようにしていた	31(54.4)	59(68.6)	64(78.0)	0.013*
お酒を飲みすぎないようにしていた	29(50.9)	61(71.8)	59(72.0)	0.015*
上司と気軽に話しができる	4(7.0)	18(20.9)	24(29.3)	0.006*
職場の同僚と気軽に話しができる	35(61.4)	57(66.3)	67(82.7)	0.012*
家族と気軽に話しができる	48(84.2)	79(91.9)	79(96.3)	0.040*
自分が困った時に職場の同僚は頼りになる	29(50.9)	56(65.9)	61(74.4)	0.023*
自分が困った時に家族は頼りになる	43(75.4)	76(89.4)	77(93.9)	0.004*
上司が個人的な問題の相談を聴いてくれる	26(46.4)	51(59.3)	63(76.8)	0.001*
家族が個人的な問題の相談を聴いてくれる	48(84.2)	78(90.7)	80(97.6)	0.019*
仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている	27(47.4)	66(76.7)	66(80.5)	<0.001*

数値は人数(%), 欠損値は除外した。*: $p < 0.05$ (χ^2 検定)

表 2 多変量解析の結果（有意性が認められた項目のみ）

項目	SOC 標準値 86 (100.0)	SOC 高値 82 (100.0)
食べ過ぎないようにしていた	3.63 (1.39-9.43)	-
仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている	2.90 (1.09-7.72)	-
主観的健康感（よい）	-	3.63 (1.27-10.38)
上司が個人的な問題の相談を聴いてくれる	-	3.17 (1.13- 8.86)

多項ロジスティックモデル, 参照カテゴリは SOC 低値群 (n=57) 年齢, BMI で調整

男性労働者のワーク・ライフ・バランスとその関連要因

○上原尚紘¹⁾、志渡晃一²⁾、西 基²⁾、三宅浩次³⁾

1) 医療法人社団いずみ会北星病院 2) 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科

3) 北海道産業保健推進センター

【目的】

北海道及び東北地方で勤務する男性の労働者において、ワーク・ライフ・バランスとその関連要因(労働条件等)を検討すること。

【方法】

2010年11月～12月に北海道・東北の労働者を対象に、無記名自記式調査票による留め置き調査を行い、同意を得られた8246名をのうち、男性4894名を対象とした。仕事の内容のワーク・ライフ・バランスに関する「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」の2群(「良好」群を1、「不良」群を2と変数化)を目的変数とした。説明変数を仕事の内容等を設定して、分割表を作成し、ワーク・ライフ・バランスと個々の変数間の関連を検討した。なお、欠損を除いた4,685名を解析の対象としている。

【結果】

表1に雇用形態別におけるワーク・ライフ・バランスとの関連を示した。ワーク・ライフ・バランス良好群の全体の割合は68.8%であった。正規労働者で68.0%、非正規労働者では75.2%であり、非正規労働者の良好群の割合が高かった。

表2に仕事の内容とワーク・ライフ・バランスとの関連について示した。仕事負担度に関する5項目では、単変量解析の結果4項目で良好群と不良群における差が認められた。多変量解析の結果3項目が独立した項目であり、「次の日まで疲れが残る」の項目が最も関連が強かった(オッズ比:0.40)。裁量度に関する3項目では、単変量解析の結果3項目全てで良好群と不良群における差が認められた。多変量解析の結果3項目全てが独立した項目であり、「仕事の方針や目標ははっきりしている」の項目が最も関連が強かった(オッズ比:

2.12)。支援度に関する6項目では、単変量解析の結果6項目全てで良好群と不良群における差が認められた。多変量解析の結果3項目が独立した項目となり、「職場の人間関係は全体的に見て良い方」の項目が最も関連が強かった(オッズ比:2.00)。満足度に関する6項目では、単変量解析の結果6項目全てで高うつ群と低うつ群における差が認められた。多変量解析の結果5項目が独立した項目となり、「現在の仕事は自分に適している」の項目が最も関連が強かった(オッズ比:2.56)。

【考察】

良好群の特徴として「負担度が低く、裁量度が高く、支援度が高く、満足度も高い」ということが明らかになった。

満足度に関する「現在の仕事は自分に適している」が全体の項目の中で最も関連が強かった(オッズ比:2.56)。男性労働者の働き方を考えた際に、裁量度やソーシャルサポートはもちろん必要だが、仕事への満足度がワーク・ライフ・バランスへ大きな要因として働いていることは興味深い。

今後ののは、ワーク・ライフ・バランスの関連要因を雇用形態別に検討していく予定である。

【謝辞】

本研究は北海道・青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島産業保健推進センターの共同研究によるデータベースを使用させていただきました。以下の共同研究者の方々に謝意を申し上げます。三宅浩次、西基、中路重之、小野田敏行、菊池武烈、佐藤祥子、千葉健、伏見雅人、東谷慶昭、五十嵐敦(敬称略)。

表1 雇用形態別におけるワーク・ライフ・バランスとの関連 N(%)

項目	正規職員 N=4177	非正規職員 N=508	p
良好群	2,839 (68.0)	382 (75.2)	*

* : p<0.05 単変量解析(Fisher の直接確率検定)

表2 仕事の内容とワーク・ライフ・バランスとの関連

N(%)

仕事の内容	良好群 N=3,221	不良群 N=1,464	有意差	OR	95CI
負担度					
1.からだを動かす仕事である	1,629 (50.7)	716 (49.0)			
2.仕事の量がとても多い	2,123 (66.2)	1,098 (75.2)	*		
3.次の日まで疲れが残る	1,719 (53.7)	1,111 (76.5)	*	§ 0.40	(0.35-0.47)
4.勤務時間中はいつも仕事のことを考える	2,131 (66.5)	1,130 (77.3)	*	§ 0.78	(0.66-0.91)
5.ノルマや納期に追われる仕事が多い	2,088 (65.1)	1,099 (75.4)	*	§ 0.82	(0.70-0.95)
裁量度					
6.仕事の方針を決め、意見を反映できる	1,887 (58.8)	649 (44.4)	*	§ 1.38	(1.20-1.58)
7.仕事の方針や目標ははっきりしている	2,471 (77.1)	842 (57.6)	*	§ 2.12	(1.85-2.50)
8.職場での伝統や習慣がかなり強制的	1,592 (49.6)	826 (56.7)	*	§ 0.81	(0.71-0.92)
支援度					
9.職場の人間関係は全体的に見て良い方	2,400 (74.8)	775 (53.2)	*	§ 2.00	(1.72-2.32)
10.困ったときには上司が助けてくれる	1,976 (61.8)	685 (47.0)	*		
11.困ったときには同僚が助けてくれる	2,170 (67.7)	757 (52.0)	*	§ 1.61	(1.38-1.85)
12.仕事の伝達、連絡、報告はよく行われている	2,289 (71.3)	779 (53.4)	*	§ 1.56	(1.35-1.81)
13.職場内で男女間に差別がある	1,179 (36.9)	603 (41.4)	*		
14.職場内で私生活の話はあまりしない	1,501 (46.8)	756 (51.9)	*		
満足度					
15.やりがいのある仕事である	2,322 (72.2)	711 (48.7)	*		
16.努力に見合った評価を受けている	1,692 (52.7)	489 (33.5)	*	§ 1.40	(1.21-1.63)
17.現在勤めている企業の将来は明るい	1,284 (40.0)	310 (21.3)	*	§ 1.47	(1.23-1.72)
18.自分の仕事はおおいに社会に役立っている	2,419 (75.2)	801 (54.9)	*	§ 1.47	(1.28-1.72)
19.現在の仕事は自分に適している	2,245 (70.1)	550 (37.9)	*	§ 2.56	(2.22-3.03)
20.現在の勤めをやめたいと思う	1,447 (45.1)	985 (67.5)	*	§ 0.67	(0.58-0.77)

※ワーク・ライフ・バランス：「仕事と仕事以外の生活を両立できている」の①②を良好群、③④を不良群とした。

* : p<0.05 単変量解析(Fisher の直接確率検定) ; 良好群 VS 不良群

§ : p<0.05 多変量解析(ロジスティックモデル(年齢・職種・雇用形態によって調整))

OR : オッズ比。各質問項目に該当しない群を1とした場合、該当する群における良好群(ワーク・ライフ・バランス)の相対出現率

パワハラによるうつ病等の労災認定基準の問題点 ～事例を通しての検討～

○色部祐(働くもののいのちと健康を守る東京センター)

「目的」

パワハラによるうつ病などの精神疾患が増大しているが、2011 年 12 月に厚生労働省発出の「心理的負荷による精神障害の認定基準」(以下 認定基準)は、はたして被災者を救済し得ているのか。どのように改定を求めていくのか事例を通じて検証する。

「方法」

演者の関わったパワハラが有力な原因の精神疾患労災申請事例のうち、2012 年度内に労災申請の結論が出た 3 事例について検討する。事例 1,2 は認定事例であり、事例 3 は不認定事例である。3 事例の特徴を紹介しつつ、①認定・不認定事由の検討、②「認定基準」の問題点の解明、③「認定基準」の改定方向 について述べる。

なおここで演者が使用しているパワハラ(パワーハラスメント)とは「認定基準」との関連では、次のように定義づける。「認定基準」は職場での出来事として「ひどい嫌がらせ、いじめ、または暴行を受けた」を心理的負荷強度Ⅲ(I～Ⅲ:Ⅲが一番強い)とし、労災認定につながる心理的強度「強」となる具体事例として「部下に対する上司の言動が、業務指導の範囲を逸脱しており、その中に人格や人間性を否定する言動が含まれ、かつ、かつそれが執拗に行われた」となっている。

「結果と考察」

(認定事例 1)

- 1、事案名 K氏(男性 47 歳) 電子機器製造業 M 社(職種は営業) 傷病名: うつ病
- 2、事案の経過・労災申請までの概要
 - ・ 2007 年 3 月 いくつかの事業所勤務を経て M 社入社
営業推進課に配属。推進課は大手ユーザー対応と新規開拓部門に別れ、K.M さんは新規開拓部門に配置される。
 - ・ 業務内容は朝から夕方まで新規開拓のために「テレアポ」の作業する日と一日中、営業訪問し客先開発し、その後、帰社して事務処理をする日とある。
- 3、うつ病発症の原因と労災申請
 - ・ 過大なノルマを課せられ、その達成のため長時間労働を余儀なくされる。1 か月 80 時間以上の時間外労働が続く。・ 2010 年 10 月頃からノルマ未達に関しての社長からの叱責、パワハラがエスカレート。・ 2011 年 10 月 「抑うつ状態」の診断書により休業を申し入れるが会社は拒否、就労を続ける 2012 年 5 月に労災申請 →12 月 3 日労災認定通知

(認定事例 2)

- 1、事案名 I氏(男性 31 歳) 老人福祉施設での訓練業務 傷病名: 反応性うつ病

2、事案の経過・労災申請までの概要

- ・2010年3月 有料老人ホーム、ショートステイ、グループホーム、ディサービスを運営している株式会社Mに入職
- ・機能訓練指導員として入居者の筋力及び日常生活動作能力維持・向上のための訓練業務に従事
- ・S施設長から入職間もない時期から人格蹂躪のひどいじめ・嫌がらせを受け、かつ執拗に継続した。
- ・2010年5月「反応性うつ病」発病 同年6月より12月まで自宅療養を余儀なくされる。その間も 恐喝・恫喝、退職強要なども続く
- ・2012年7月労災申請 同年12月13日認定される

(業務外事例 3)

1、事案名 I氏(女性 24歳) 外資系保険会社の総合職 傷病名：うつ病

2、経過・労災申請までの概要

- ・2006年4月外資系最大契約数の生保会社に総合職として入職 新社員研修時飛び込み契約額23人中1位の成績
- ・本社商品開発本部に配置→当時の金融業界の情勢(サブプライムローン破綻、リーマンショック)下で、先行き見通しが立たず事業所でのモラルや士気の低下がはなはだしく、I氏の仕事の意欲に対して上司からのいじめ・嫌がらせ(指導なし、無視)される
- ・社長あてに改善求めた文書提出が裏目に出て組織挙げての攻撃をうける
- ・2010年2月 うつ病発病により休業に入る
- ・2011年休職期間満了による退職が迫り職場復帰の診断書を出す→産業医、保健師、人事担当者による徹底したいじめ「あなたのことはみんな嫌がっている」「復帰する職場がない」と実質的退職強要を受ける。
- ・労災申請 2012年2月 労災申請 同年9月不支給決定

事例1は、パワハラとともに、「認定基準」の「1か月に80時間を以上の時間外労働を行った」、「達成困難なノルマを課せられた」と出来事が複数あることも総合的に評価されて認定に至った。事例2は、請求人が上司からのパワハラをICレコーダーに録音しており、実態がリアルに再現できたことと、また職場の同僚が勇気をもってパワハラの実情を「意見書」として提出してくれたことが認定につながった。事例3は、パワハラ実態について請求人本人の訴えは、パワハラを行った当人の否定、職場の同僚も自己保身も関係しての否定に遭遇、また発病後のパワハラについての評価をされず、「客観的裏付けが取れなかった」との理由で不支給となる。

「結論」

新基準の改定要求として①発病後の心理的負荷の出来事を正当に評価すること、②職場が厳しく統制されていればいるほど、パワハラの実態は隠蔽されてしまう実態を改め、請求人本人の「訴え」を最大限汲み取る制度的保障、③業務指導の範囲であってもパワハラの実態はありうるとすること。

福祉施設における労働環境向上に関する要因の構造分析

○山路学（早稲田大学・人間総合研究センター）、
大浦絢子（早稲田大学・人間科学研究科）
扇原淳（早稲田大学・人間科学学術院）

【背景】 現今，他の先進諸国と比べ日本の高齢化率は急速に増加している．こうした高齢社会に対応するため，2000 年から施行された介護保険法では，措置・委託により与えられる福祉から，サービス利用者が主体的に施設を選択する福祉へと制度が移行した．このため，経営者や施設職員のサービスの質に対する考え方や実際の取り組みが施設の業績に大きく影響するようになった．このサービスを行う人材を確保，定着させ，より高度なサービスを提供するためには，顧客満足と同様に職員満足を検討していかなければならない．サービスの質を上げるためには，その担い手である介護従事者が，生きがいを持って業務を遂行できる環境を整備することが重要である．

【目的】 施設経営者と職員の労働環境に関する考え方の違いを明確にし，より良い環

境を作り上げていくために，福祉施設における職員の労働環境を向上させるための要因を検討すること．

【方法】 2011 年 10 月 10 日時点で，独立行政法人福祉医療機構の運営する「WAMNET」に登録されている，埼玉県内の介護老人福祉施設 267 件および老人保健施設 147 件，計 414 の施設を対象とし，郵送法による質問紙調査を行った．調査対象は，1 施設につき，施設長（施設経営に携わる者）1 名と職員 3 名の計 4 名，アンケート形式は 7 件法による選択式とした．返送数は 124 件（30%）であった．

これらの回答データは，単純集計および SPSS による統計解析（因子分析，共分散構造分析）を行った．因子分析は主成分分析，回転法は Kaiser の正規化を伴うバリマックス法を用い解析を行った．因子分析

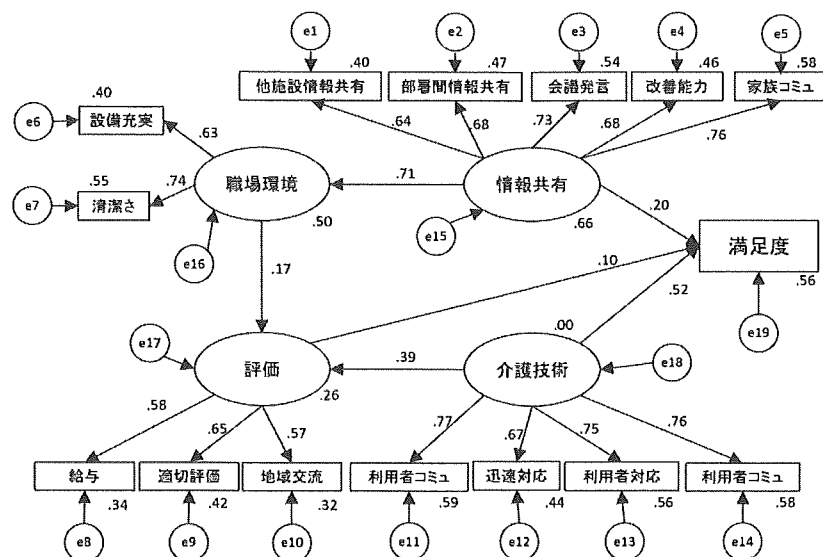


図 1. 施設長の考える職員満足要因モデル

の際、項目削除のための因子負荷量の目安は 0.5 以下とし、因子負荷量と全分散率及び因子の解釈可能性を考慮したうえ、各因子内の変数の内容的妥当性を確認した。次に、質問項目を簡略化し、共分散構造分析を用いて最適モデルを繰り返し探った。モデル適合度の採択基準は、GFI を 0.80 以上、RMSEA を 0.09 以下とした。

【結果】施設長に関する質問票は 105 通、職員は 320 通が回収された。筆者らが作成した職員満足度調査の 22 項目を用いて探索的因子分析を行った。その結果、施設長が職員に満足を与える要因として 4 因子抽出され、累積寄与率は 62.2%であり、職員が満足を感じる要因として 5 因子が抽出され、累積寄与率は 58.2%であった。

職場の環境に関する因子を比較すると、施設長は設備や清潔さといったハードウェアが職員に満足を与えると考え、職員はシフトや会議での十分な発言を重要視していることが分かった。

それぞれの満足度を構成する諸要因を検

討するため、得られた因子を用いて共分散構造分析を行い、修正を繰り返し最も高い適合度のモデルを探った。施設長のモデルでは、適合度が GFI= 0.821, AGFI= 0.771, RMSEA= 0.088 となるモデルを採択し、職員のモデルでは GFI= 0.888, AGFI= 0.858, RMSEA= 0.071 となるモデルを採択した。結果を図 1, 2 に示す。

【考察】職員は、環境が満足度に直接影響していることがわかる。一方で、施設長は給与などの評価や、介護の技術の向上、情報共有が直接満足度に影響していると考えている。職員の考える環境は、会議での発言やシフトの自由度であり、施設内における自身の地位の確保が満足度に影響していると考えられる。その間接効果として、給与などの評価や自身の技術が要因であるといえる。施設長と職員の考える満足度の要因には違いがあり、今後これを踏まえて職場環境を改善していく必要がある。

Mail address: yamaji@aoni.waseda.

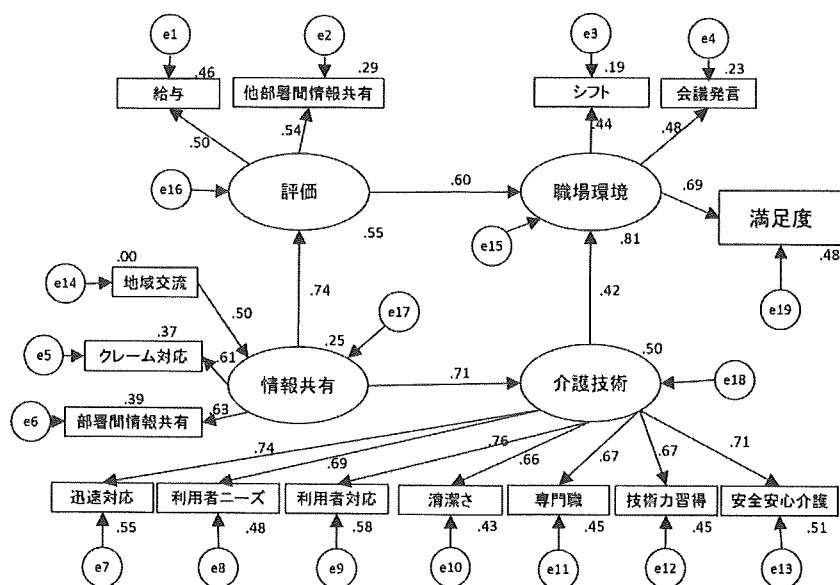


図 2. 職員の考える職員満足要因モデル

住民の主体性を尊重する健康支援のあり方と保健師の役割について

○ 梶西 祐子（呉市保健所 健康増進課）

【背景・目的】

呉市は、市民の「健康寿命」の延伸に向け、『人づくり・地域づくり・都市づくり』をキーワードに地域ぐるみで健康づくり活動の支援を重点的に取り組んでいる。現在、人口約 24 万人。65 歳以上人口は 7 万人余りで全体の約 3 割を占め、少子高齢化が進んでいる。

また、平成 15（2003）年度から 10 年間の計画期間とする呉市健康増進計画「健康くれ 21」では、ヘルスプロモーションの理念に基づき、豊かな人生を目指して、住民参加をキーワードに、社会全体で支援する環境づくりを推進してきた。そして、平成 25（2013）年 3 月には、次期計画が策定された。

さらに、平成 22 年度からは、自治会や運動普及推進委員会などの地区組織と行政との協働で、より地域に根ざした住民主体の健康づくり事業をスタートさせた。これは、第一に、市民が自分の健康状態を知り、健康づくりに役立てることを目的に、積極的な健診（検診）受診を目指している。第二にウォーキング、健康教室などの健康づくり事業に参加して健康づくりの実践経験と健康意識を高めることを目指している。

近年は、高齢者の閉じこもり予防や筋力アップを目的に公園の健康遊具の整備も行われ、積極的に利用を呼び掛けている。

保健師は、地区担当制と業務担当制の 2 つの軸で稼働している。地区担当制においては、乳幼児から高齢者までの訪問をはじめ、女性会や老人クラブ等の健康教室に出向くなど、日々担当地区と関わりをもっている。

今回、A 地区（195 世帯）自治会長から「ワク

チン」の話を踏まえた内容の健康教室依頼があり、教室開催の運びとなった。A 地区では、毎年このような自治会主体の健康教室を開催している。

研究目的は、住民の主体性を尊重しつつ、行政がかかげる健康施策を推進していく上での健康支援のあり方と保健師の役割について、活動事例を踏まえて、明らかにすることである。

【実施】

教室開催にあたり事前に、A 地区自治会長と内容の打ち合わせを行った。自治会が希望する「ワクチン」の情報と併せて、保健師から市の健康づくり施策である健診受診勧奨・健康遊具活用等の情報提供について提案し、話し合いの結果、日常生活に視点を当て、演題は「感染症予防の生活」に決定する。

日時：平成 25 年 1 月 19 日（土）

1 時 30 分から 2 時 30 分（1 時間）

場所：A 地区自治会館

参加者：A 地区住民 25 名

広報活動：自治会で教室開催のチラシを作成して回覧。自治会による地域の放送。

スタッフ：自治会役員

講師：地区担当保健師

テーマ『感染症予防の生活について』

内容とねらい

1. 「感染症とは？」

感染症の大まかなイメージをもつ。

2. 「ワクチンの役割とワクチンで防げる病気」

子どもの予防接種や高齢者のインフルエンザ予防接種等のワクチンが有効なものを知る。

3. 「ノロウイルス予防について」

流行の時期にあるノロウイルスについて正しい知識を得る。

4.「インフルエンザ予防について」

同様に流行が始まるインフルエンザについて正しい知識を得る。

5.「感染症に負けない身体づくり」

日々の生活と結びつけ、自分の健康管理へとつなげる。

①「十分な栄養が免疫をつくる」

感染症対策として、ワクチン接種と薬物療法は重要だが、それ以前に「適切な栄養を十分にとることの大切さ」を知る。食事バランスガイドにて確認。

②「地域ぐるみで楽しく、健康づくり」

地域のコミュニティを重視した既存の地区組織活動と連携した健康づくり行事を推進。

③「健康遊具を使った健康づくり」

地域の公園に設置される「健康遊具」について紹介。高齢者が多い地域性を踏まえた遊具であり、閉じこもり予防とコミュニティの視点を入れる。

④受けてほしい特定健診・がん検診！

地域みんなで進める健康づくりとして健診（検診）の受診勧奨。

【結果】

参加者は、「ワクチン」の話を糸口に、感染症予防も日頃の健康づくりが基本であることを認識できた。「どんな人が元気ですか？」という保健師からの質問には、基本的な生活習慣に加え、生きがいをもって生きていることや社会的ネットワークを大事にするなどの答えが返ってきた。A地区に健康遊具が設置されることも、筋力アップに活用するだけでなく、地域のコミュニティを期待し、地域ぐるみの健康づくりが大切であると関連付けて考えることができた。

同時に参加者は行政が様々な施策を通して、市民の健康を支援する環境づくりを行っていることも身近に感じたようだった。

また、参加者の中には運動普及推進委員会や女性会で活動している人もいた。資料の持ち帰りも多くあり、隣人や知人への波及効果が期待されるところである。

【考察】

保健師の健康支援のあり方として、健康教室では、単に情報提供にとどまらず、参加者自らが自己決定できるようなプログラムの設定が求められる。そのためには、これまでの地区の情報を活かすことや、何よりも参加者の暮らしや主体性を重視し、参加者とともに教室を創っていくことが重要と考える。

行政保健師の活動は、「人々の幸福と健康のための地域づくり」を住民に近いところで、具体的に行う活動であり、「自治」を構成する住民との関わりが、「行政」に反映されるというサイクルを意識して活動する役割があると思われる。

【結論】

行政が担う保健活動において、住民の主体性を尊重しつつ、健康施策を推進していく上で、住民の暮らしに視点をおき、行政と住民が協働して創造していく意義が大きいことが明確にされた。

保健師が地域に出かけ、住民の暮らしぶりを踏まえた関わりをもつことで、住民は行政の施策を自分の暮らしに活用することができることが示された。また保健師は、このような住民との関わりのなかで、行政施策の重要性を再認識するとともに地区診断やモニタリングができるという相互作用が生まれ、このような一連のプロセスにおいて、保健師自身も住民から学び、力量形成されていくことが示された。

保健師は、住民の暮らしと想いを重視し、市民の幸せと健康のために日頃の活動に取り組みながら、力量形成していく意義が確認された。

Mail address

kajinishi47610@city.kure.lg.jp

A県中山間地域の保健師活動の現状と課題

～駐在保健婦を経験した現役保健師への面接調査の結果から～

○ 菊池 美恵（高知県立大学 人間生活学研究科 研究員）

【背景と目的】A県では、昭和23年から、48年間、駐在保健婦制度による保健活動が行なわれ、全国的にも注目されていたが、平成9年4月地域保健法施行と同時に、駐在保健婦制度は廃止となった。その後16年が経過し、保健・医療を取り巻く社会の著しい変化の中で、駐在の経験者は激減し、保健師活動の経験者の引継ぎも難しくなっている。そこで、過去に駐在保健婦を経験し、現在も現場の第一線で活動している保健師の視点から、現在の保健師活動の現状や課題を明らかにすることは、今後の保健師の活動を考える上で意義あることと考え、この研究を行なうこととした。

【方法】1)研究デザイン：過去の活動と現在の活動を比較して保健師活動の現状と課題を分析することから、質的帰納的アプローチを用いた。インタビューにより収集されたデータを整理し解釈し考察行なった。また一部、視覚的アナログ尺度（Visual Analogue Scale:VAS）を用いて、主観的満足度を評価した。2)対象：過去に駐在保健婦を5年以上経験し、現在も現場の第一線で活動しているA県内中山間地域（中核市を除く）の県保健所保健師9人、市町村保健師8人、合計17人とした。また、対象者が、一部の地域に偏らないように配慮した。3)データ収集方法：個別に、半構造化インタビューを実施した。4)データ分析方法：録音したインタビュー内容を逐語録にまとめ、質的分析を用いて、カテゴリーを抽出した。

【倫理的配慮】条件に合致する保健師に対して、研究目的を伝え、研究参加の同意が得られた対象者に、文書にて協力を依頼した。個別面接調査によるデータ収集に際しては、研究目的と方法、秘密の保持、データの取り扱い方、情報提供を拒否する権利について説明した上で、改めて研究協力者の意思を確認し、同意書にて署名を得た。

【結果と考察】調査対象者の平均年齢は、50.5歳、平均面接時間67.1分、平均駐在年数13.1年、平均駐在箇所数4.1ヶ所であった。

①保健師活動の現状

平成8年3月発行の、A県地域保健問題検討委員会報告書「地域保健の先進県をめざして」から、特に保健師活動と関連する、a「駐在保健師廃止」b「県と市町村の役割の明確化」c「多職種専門チームによる出前サービスの実施」d「保健・医療・福祉、県・市町村の連携強化」の4項目を対象者が、現在どのように捉えているかを分析した結果、以下のようなカテゴリーを抽出した。a.「駐在制廃止」については、県保健師からは、【時代の流れで仕方がない】【良い部分は残すべきであった】市町村保健師からは、【市町村が主体的になったが、市町村格差とマネリ化が生じた】【保健師同士の連携が低下】【駐在制廃止後は、保健所の支援が得られ難くなった】【駐在制廃止は、保健所保健師には、デメリット】等、保健師は、駐在制廃止は、時代の流れと受け止めつつ、複雑な思いの中で活動してい

た。b「県、市町村の役割の明確化」については、県保健所、市町村保健師共に、【保健所の専門的役割発揮は不十分】【保健所と市町村の間に距離ができた】となっていた。また、市町村保健師は、【保健所は、危機管理対応では役立つ】と保健所の専門機能を評価しつつも、【県保健師のモチベーションの低下】を指摘していた。c「多職種専門チームによる出前サービスの実施」について、【専門チームによる出前サービスは機能不全】となっていた。d「医療・保健・福祉の連携、県と市町村の連携の強化」では、【市町村と保健所の連携は希薄になった】となっていた。

②現在の保健師活動の課題

県・市町村保健師共通の課題は、【保健師のアイデンティティの揺らぎ】【業務量の増大・人員不足】【保健師の力量アップ】【保健所の専門性の強化】【保健所と市町村の連携】【保健師同士の連携】であった。また、県保健所の課題は、【地域全体が見えない】【保健師間のジェネレーションギャップ】【保健所と市町村の狭間のジレンマ】【保健所の人事配置】、市町村保健師は、【地域で保健師の活動が見えない】となっていた。

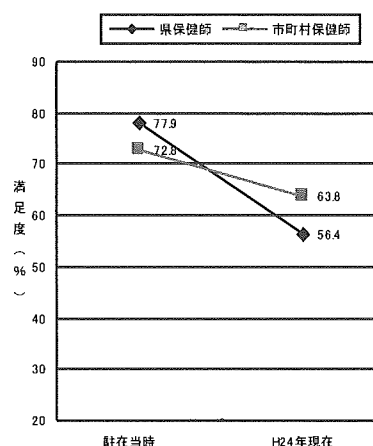
③保健師活動の視覚的アナログ評価の結果

対象者の主観的満足度の平均値を、視覚的アナログ評価（VAS）で見ると、所属別では、現在、県保健所保健師 56.4% 市町村保健師 63.8%、駐在当時、県保健所保健師 77.9% 市町村保健師 72.8%となり、現在の主観的満足度が、駐在当時より低かった。また、県保健所保健師が、市町村保健師より、主観的満足度が低下していた（図1）。

保健師の達成感・満足感は、【住民に近い所での個別支援ができた時】【目的を共有してチームで仕事できた時】であったが、地域保健法の施行や駐在制廃止等で、住民

への直接サービスやチームで連携する活動が減少し、主観的満足度が低下したと考える。

図1 駐在当時と現在の主観的満足度



また、県保健所保健師は、業務が地区分担から業務分担制となり、【地域全体が見えない】【保健所の専門的役割発揮は不十分】【保健師のアイデンティティの揺らぎ】から、主観的満足度の低下と関連していると考えられる。市町村保健師は、次々と身近な保健サービスが市町村に降りてくる中で、事業をこなすことに追われ、【地域で保健師の活動が見えなくなり】主観的満足度が低下していると考えられる。

【結論】

（1）A県では、駐在制廃止と地域保健法が同時に施行された結果、保健所と市町村の求める役割・期待に齟齬が生じ、県と市町村間の連携が希薄になっている。

（2）駐在制を経験した保健師の現在の主観的満足度は、駐在当時より低下していた。

（3）今後の保健師活動充実には、市町村と保健所の連携強化や保健所の専門性の構築等の組織体制の整備や、保健師の意欲向上のための人材育成や現任教育が重要である。

Mail address

kikut1130@triton.ocn.ne.jp

盲ろう通訳・介助員の活動と健康に関する調査

○中村賢治、重田博正（大阪社会医学研究所）

北原照代、埤田和史（滋賀医科大学社会医学講座衛生学）

【はじめに】昨年の本学会で、盲ろう者への通訳・介助作業の負荷要因について、兵庫県で行ったパイロットスタディの結果を報告した。この中で、通訳・介助員の作業負荷は、一般の手話通訳に比べても大きいと想定されると述べた。また、通訳・介助員の頸肩腕障害症例も報告された。しかし、通訳・介助員には「専任」はおらず、登録制度で活動しており、手話通訳者に比べると活動頻度は高くないと予想された。したがって、作業負荷は大きくとも作業頻度が低いことで、通訳・介助員全体としては健康状態が保たれている可能性も考えられた。本調査は、通訳・介助員の活動状況や健康状態、これらに関連した通訳・介助員の特徴や通訳・介助活動に対する思いなどについて明らかにし、することを目的に行ったので、報告する。

【対象・方法】対象者は、各都道府県にある通訳・介助員派遣事業所に登録している通訳・介助員で、およそ月 1 回以上の派遣実績のある者を選定した。最終的に、全国で 940 名の通訳・介助員が選ばれた。

方法は、無記名式の質問紙調査とした。

2012 年 5 月に、各派遣事業所を通じて対象者に調査票を郵送し、直接返送させた。締め切りは 7 月末とした。統計学的検定には SPSS ver. 17 を用い、群間の比較には χ^2 検定を行った。有意水準は 5% とした。本研究は、滋賀医科大学の倫理委員会で承認を得た（承認番号 24-2）。

【結果】575 名から回答があった（回収率 61.2%）。基本属性については、表に示した。

通訳・介助活動の頻度は、平均が月 4.0 回（ ± 3.5 ）で、月 8 回以上と答えた者は 13.2% であった。最多の者は月 24 回、次に多かった者は月 21 回であった。派遣 1 回あたりの平均時間の平均は、3.2 時間（ ± 1.6 ）で、最短は 30 分、最長は 9 時間であった。派遣 1 回あたりでは最長 19 時間という回答があった。通訳・介助による実収入は、月あたり中央値で 10,000 円、派遣 1 回あたり手当の中央値が 4,500 円、派遣 1 時間あたり手当の中央値が 1,429 円であった。派遣 1 回あたり 1,000 円未満の者は 2.8%、時間あたり 1,000 円未満の者は 21.2% であった。

表 基本属性 (n = 575)

性別	男性	8.9%	女性	91.0%				
年齢	平均(SD)	56.2(9.7)	最小-最大	23-80	60才以上	40.2%		
登録年数	平均(SD)	6.6(4.4)	最小-最大	0-25	5年未満	43.1%		
他の仕事	手話通訳者	26.8%	介護職	14.6%	事務職	10.3%	その他	19.3%
就業形態	正規雇用	10.6%	期間契約	8.7%	パート	20.2%	派遣	19.1%
子供	いない	19.7%	いる・高校生以上	70.8%			なし	28.5%
要介護家族	いない	75.8%	いる・別居	10.3%	いる・同居	13.7%	その他	10.4%
障害	視覚	0.7%	聴覚	12.3%	その他	0.7%		
他の活動	手話通訳	42.1%	要約筆記	7.3%	ガイドヘルパー	9.7%	サークル・ボランティア	62.8%
コーディネーター	している	11.0%	していない	87.5%				

部位別自覚症状で、いつも、もしくは時々痛むと回答した者の割合は、肩が 49.4%、頰が 38.4%、背が 29.8%、腕が 31.9%、手指が 21.7%、腰が 52.9%であった。派遣頻度が月 2 回以下の低頻度群 (n=241)、月 2 回を超え 4 回以下の中頻度群 (n=158)、月 4 回を越える高頻度群 (n=153) に分け、年齢調整した痛みや疲労の訴え率などを 3 群間で比較したところ、年齢や睡眠時間、派遣 1 時間あたりの手当では差を認めなかったが、高頻度群ほど通訳・介助した日の疲れや、肩、頰、背、腕、手指の痛みの訴え率が高く、有意な差が認められた。

通訳・介助活動で、97.7%の人が、嬉しい・楽しいと感じたことがあったと答えた。嬉しかったことは、「盲ろう者からの感謝の言葉、盲ろう者が楽しそうにしていた」が最も多く、次いで「盲ろう者が社会参加できた」であった。82.6%の通訳・介助員が辛い・悲しいと感じたことがあったと答えており、「上手く伝えられなかった」が最多の回答であった。通訳・介助活動が続けたいと思う者にその理由を尋ねたら、「やりがいを感じるから」という答えが最も多かった。通訳・介助活動が続けられないかも、もしくは続けないと答えた者にその理由を尋ねたら、「体力や健康上の理由」が最多であった。通訳・介助活動を続けるために必要と感じることとして、最も多くの者が答えたのは、「通訳・介助技術に関する研修会」であった。

【考察】通訳・介助員の年齢構成は、60 才

以上が 40%以上と、労働者としては高齢の者が多い。一方、年齢に比べて登録年数は短く、一定の年齢に達してから通訳の勉強や活動をはじめたという背景があると思われる。

通訳・介助員の健康状態では、特に痛みの訴え率は、専任手話通訳者の訴え率 (1990 年調査) より高かった。また、派遣頻度が高いと、症状の訴え率も高くなっている傾向にあった。そのため、通訳・介助員の筋骨格系障害予防のためには、派遣頻度の管理が一次予防対策として重要だと考えた。また、健診制度や教育制度など、手話通訳者に準じた予防対策も必要と考えた。

通訳・介助員には、「専任」は存在しない。また、通訳・介助活動に対する報酬も、「手当」として扱われており、賃金という扱いではないし、そもそも雇用契約はない。したがって、筋骨格系の症状の訴え率が高いにもかかわらず、通訳・介助員が頰肩腕障害や腰痛に罹患した場合、労災などの補償は受けられないことになる。通訳・介助活動に対する思いから、盲ろう者のためにと、研鑽を続けている通訳・介助員の姿が想像できた。通訳・介助活動は、筋骨格系障害の要因である可能性が示唆されたことから、通訳・介助活動によって生じた筋骨格系障害については、労災制度による補償がなされるべきと考えた。

この研究は、日本学術振興会の科学研究費補助金 (課題番号 23730518) を受けた。

イギリスの公衆衛生と専門職の教育

○高鳥毛 敏雄（関西大学・社会安全学部・社会安全研究科）

1. 目的：

イギリスでは 19 世紀末に不衛生に起因する健康問題を解決するために自治体を形づくり、そこに公衆衛生医師 Medical officers of Health (MOH) を配置したことにより公衆衛生制度が誕生したとされている。20 世紀後半はイギリスでも公衆衛生が見えにくいものとなっていた。健康格差問題、感染症問題に対応できない状況となっていた。このことが社会問題となり、公衆衛生の再興がはじまった。まず、感染症を担当する公衆衛生医師の養成を始められた。Consultant of Communicable Disease Control (CCDC) である。2004 年には Health Protection Agency という専門機関が設けられた。自治体、医療機関、学校、警察などとの連携して国民の健康保護するための体制が立て直された。2013 年に新たな公衆衛生体制 (Public Health England) に移行している。イギリスの公衆衛生制度改革が実効性があるのは、制度改革と専門職の教育訓練プログラムを連動させることができていることがある。わが国は地域保健法の下で制度改革が進められてきているが、専門職の卒前・卒後教育訓練のシステムはなかなか連動させることができていない。イギリスの制度の長所、欠点を考えてみる。

2. 方法：

イギリス政府の報告書、論文、資料、及びイギリスにおいて過去 5 年にわたる訪問調査の内容をもとに報告する。

3. 結果

1) 公衆衛生医師の教育制度の誕生

イギリスが公衆衛生専門職教育は 450 年の歴史を有する医師職のプロフェッション

団体である Royal College of Physician (England、Scotland、Wales の 3 つの RCPs) が母胎となって 1972 年に Faculty of Community Medicine が設けられた。NHS 制度発足に伴う医師の教育改革とあわせて、公衆衛生医師の教育体系が明確とされた。医師職集団の中で公衆衛生医師が位置づけられた点にイギリスの公衆衛生医師や専門職の強さがあるように思われる。

2) 公衆衛生専門職を中心とした制度

イギリスの公衆衛生医師は当初は、Community Physician と名称が与えられた。これは公衆衛生業務を担う医師としての自負心をもつ名称としては適切ではない。1989 年に Public Health Doctor の名称に戻された。公衆衛生医師の教育訓練を行う Faculty の名称は Faculty of Public Health Medicine と改められた。感染症の専門医師として Consultant in Communicable Disease Control (CCDC) が育成された。1997 年には医師以外の者に対する公衆衛生教育訓練プログラムが設けられた。健康格差問題に対するには公衆衛生の教育を受けた幅広い人材が必要と考えたためである。それに伴い、Faculty の名称が Faculty of Public Health (FPH) とされた。NHS のプライマリケアトラスト (PCT) の公衆衛生統括者 (Director of Public Health (DPH)) は公衆衛生の専門教育を受けた者でなければならないとされた。

3) 公衆衛生医師が担う新たな専門職

イギリスでは公衆衛生プログラムへの医師は募集人数を常に超える状況にある。医師に限定されている専門職として Consultant in Communicable Disease Control

(CCDC)がある。バイオテロ、グローバル感染症、環境問題、食品安全、結核の再興に対応できる専門職として CCDC が多く雇用され、2004 年に全国的に設置されはじめた Health Protection Agency (HPA) の中心となり専門性を高めている。

4) 公衆衛生専門職教育の意味

公衆衛生の目標は、市民一人ひとりを守ることだけではなく、地域社会全体を守ることでもある。そのために危機に備えて市民の強い信頼を得れる能力を有する人材が配置される必要がある。専門職の教育と質の維持ルールが明確でない状況に放置しておかれると、公衆衛生制度の信頼が失われることになる。公衆衛生専門職の配置が必要となる2つの主要領域がある。1つは健康危害から市民の健康保護に関わる領域 (Health Protection) である。たとえば感染症対策や環境保健対策である。もう1つは、実態や根拠に基づいた公衆衛生対策を実施することと保健医療資源を適切に配分 (Evidence-Based Resource Allocation) に関わる領域である。そのために、イギリスでは「公衆衛生専門職の質の保証」「市民の健康保護 (危機管理) に関わる専門組織の強化」「保健医療サービスの公平性の確保」を柱とした専門職の登録・規制と継続教育の義務かが図られている。

4. 考察とまとめ

わが国では公衆衛生領域の専門職員は保健所における現任研修と、国立公衆衛生院や結核研究所などにおける専門教育に支えられてきたことは、イギリスと似ている感じがする。イギリスの専門職団体は、専門職の自治の長い歴史を有している。イギリスの公衆衛生医師は医師専門職団体に強く支えられて発展してきている点はわが国と少し異なっている。わが国の医師は国に保護されて今日まできている感じがし、まだプロフェッションの団体としての社会的な

影響力は強いとは言えない。イギリスの公衆衛生制度は専門職に専門職らしい仕事をすることを求めている。わが国でも保健所制度は、従来の行政とは特別な厚生省 (現厚生労働省)、都道府県庁、保健所の体制の中では、専門職に専門職らしい仕事を期待していたように思われる。地域保健法の体制では公衆衛生専門職は自治体職員としての位置づけにウエイトがおかれてきている。ややもすると専門職として能力を高めることが難しくなっている。保健師も、市町村職員に身分が一元化されている。保健所も地方分権の下で、指定都市、中核市の行政組織となってきた。行政組織は専門職の行動パターンとは論理で業務を行うことを求められる。公衆衛生活動にはリーダーシップが求められるがそのような人材の育成が難しく、悪循環に至っている。資本主義経済下においては市民の健康保護の上で公衆衛生の役割は極めて大きい。専門職のアイデンティティの失墜と専門性の劣化は公衆衛生の存在意義を問うものである。いずれ市民の信頼を失うことにつながりかねない。

5. 参考文献

- 1.Katie Cole et al. The Evolution of Public Health Education and Training in the United Kingdom: Public Health Reviews, Vol.33, No., 87-104; 2012.
- 2.Black D. Inequalities in Health. Public Health. 1991;105:23-7.
- 3.Acheson D. Public health in England. Report of the committee of inquiry into the future development of the public health function. London: HMSO; 1988.
- 4.Faculty of Public Health. FPH Training Curriculum. 2010.
- 5.Department of Health. Review of the Regulation of Public Health Professionals London: HMSO; 2010.

中国建築市場における珪藻土の応用現状と展望

馬景輝(中国浙江理工大学)

日本とフィリピンの経済連携協定に基づいてフィリピン介護福祉士候補者の 教育支援に関する研究

ケリ・イメルダ

立教大学大学院コミュニティ福祉研究科

【目的】

日本とフィリピンの経済連携協定（JPEPA）に基づき、2009年5月11日に来日したフィリピン介護福祉士候補者が、2012年度第25回日本介護福祉士国家試験が始めての受験であった。フィリピン介護福祉士候補者の初受験数が138人中42人が合格した（30.4%）。そのための、フィリピン介護福祉士候補者にさまざまな支援を検討し、分析した。フィリピン介護福祉士候補者のニーズを明確にし、どのような支援が行われているのかについて明らかにした。介護福祉士受験勉強及び日本語の勉強のサポートを把握し、今後の支援体制の在り方に関して検討した。

【方法】

アンケート調査の結果を基にして、ヒアリング調査を行った。第一回目就労コースにおいて受け入れ機関で就労・研修を受けているフィリピン介護福祉士候補者が10名である。方法としては、事前に受け入れ機関の担当者とフィリピン介護福祉士候補者に了解を得て、ヒアリングの目的を説明し、協力を得た。その後、訪問し、直接ヒアリングを一人につき30分程度を行った。

【結果と考察】

介護福祉士受験勉強及び日本語の勉強に関してはさまざまな支援方法が行われている施設もあり、行われていない施設もある。フィリピン介護福祉士候補者がまだ日本語が十分に話せない、漢字も読めないし、書くことも出来ないが仕事をしながら、介護福祉士国家試験の勉強も同時にする必要がある。勉強の内容は13科目で、これらの試験内容を理解するために相当多くの時間を費やさなければ、介護福祉士国家試験に合格はとても難しいことである。

フィリピン介護福祉士候補者が介護福祉士国家試験の合格率を上げるための方法として就労・研修の内容が体験できる構成にする必要があると思われる。日本語の能力を伸ばすことや日本の文化を学ぶよりも先ず、介護福祉士受験対策を第一義に作成することが非常に必要である。そのためにフィリピン介護福祉士候補者むけの受験勉強用の教材を作ることが必要であると考えます。

Mail address: iquerimel@yahoo.com

第54会日本社会医学会総会・事務局委員

学会長	星 旦二（首都大学東京）
副学会長（事務局長）	櫻井尚子（東京慈恵会医科大学）
事務局	星野由起子 稲山貴代（首都大学東京） 秦希久子（首都大学東京）
運営委員	大木幸子（杏林大学） 渡部月子（神奈川県立保健福祉大学） 高城智圭（杏林大学） 久保美紀（首都大学東京） 菅原まり子 藤原佳典（東京都健康長寿医療センター） 井上直子（飯能市役所） 加藤龍一（JA 共済総合研究所） 巴山玉蓮（群馬県立県民健康科学大学）

社会医学研究

BULLENTINE OF SOCIAL MEDICINE

特別号 2013 第 54 回日本社会医学会総会講演集

2013 年 7 月 1 日発行

- ☐ 1 部定価 2,000 円
- ☐ 編集 第 54 回日本社会医学会総会 事務局（学会長 星 旦二）
〒192-0397 東京都八王子市南大沢 1-1
首都大学東京 都市環境科学研究科 都市システム科学域
TEL : 042-677-2355
FAX : 042-677-2352
e-mail : star@onyx.dti.ne.jp
- ☐ 日本社会医学会 理事長 山田裕一（金沢医科大学）
事務局
〒464-8603 名古屋市千種区不老町
名古屋大学情報科学研究科 宮尾研究室内
TEL/FAX : 052-789-4363
mail : miyao@nagoya-u.jp