

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第56回 日本社会医学会総会
講演集

「健康格差の縮小に向けて～社会医学の役割～」

2015年7月25日(土)・26日(日)

久留米大学旭町キャンパス

日本社会医学会 特別号 2015

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第56回 日本社会医学会総会

「健康格差の縮小に向けて～社会医学の役割～」

2015年7月25日(土)・26日(日)

久留米大学旭町キャンパス

目次

| | |
|----------------------------|----|
| ご挨拶 | 1 |
| 学会開催地一覧 | 2 |
| アクセス・キャンパスマップ・会場(教育1号館)案内図 | 3 |
| お知らせ | 6 |
| 日程表 | 8 |
| 総会プログラム | 10 |
| 抄録 | |
| 学会長講演 | 25 |
| 特別講演 | 29 |
| 教育講演1、2、3 | 33 |
| シンポジウム | 47 |
| ミニシンポジウム | 53 |
| 一般講演A | 55 |
| 一般講演B | 88 |

ご挨拶

この度、歴史ある日本社会医学会総会(第56回)を久留米で開催する栄誉を与えていただき感謝申し上げます。九州での開催は第42回(2001年)をご担当された田村昭彦先生以来です。また、私が所属する環境医学講座の第2代教授であられた故高松誠先生が本学会(第22回1981年)を担当されており、今回の久留米での開催に深いご縁を感じます。

本学会のメインテーマを「健康格差の縮小に向けて～社会医学の役割～」としました。健康格差とは、所得や職業などに代表される社会経済的な要因の違いによって、健康状態が異なることを指します。社会医学分野では、以前より様々な社会的要因に着目した健康影響についての調査・研究は多くなされてきましたが、国民全体はもとより一般地域住民における認知度は十分ではなく、対策への取組みも十分とは言えませんでした。健康は、遺伝子や生活習慣だけでなく、その人の社会的要因によっても決定されています。これらの要因を「健康の社会的決定要因」と定義し、2005年にWHOが「健康の社会的決定要因に関する委員会」を設置し、2008年に最終報告書を提出しました。その中で、委員会は健康の不平等の削減に向けて行政レベルで社会的決定要因の格差を是正する対策を促進するよう勧告しました。我が国でも2012年に発表された「健康日本21(第2次)」において、健康格差の縮小への取組みが優先課題とされるなど、健康格差の是正への関心が高まっています。

本学会のプログラムを通して、学会参加者の皆さんが、どの集団にどのような健康格差が存在するのか、どのような社会的決定要因と関連があるのか、政策としてどのような対策が必要かなどを共通の視点として議論が深まることを願っています。健康格差の是正に対するアプローチのひとつに、提案された政策に対して、健康影響を予測し、不利益を最小化し、便益を最大限にするような政策形成に資する方法としてHealth Impact Assessment(健康影響予測評価)があります。本学会では、HIAに関するワークショップを開催します。今後の研究活動展開にお役に立てることを願っています。

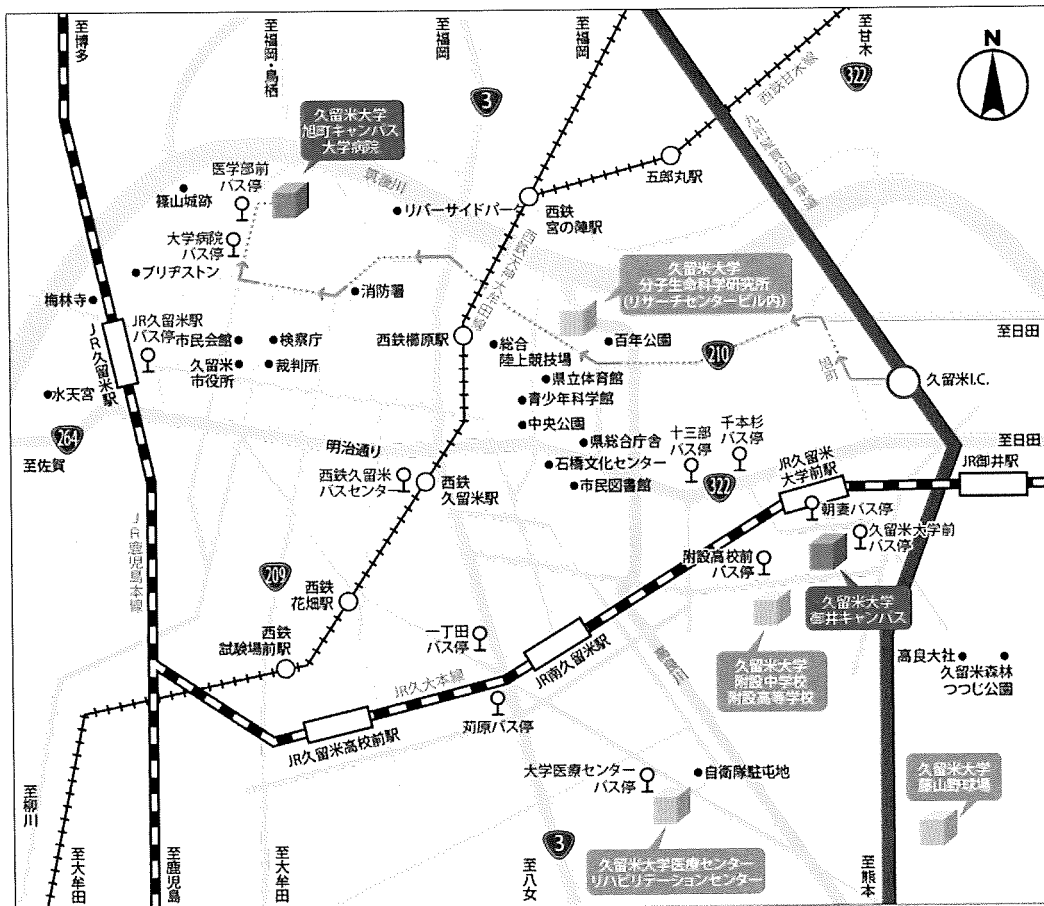
久留米の日本酒、焼き鳥、豚骨ラーメンは自慢です。どうぞ久留米滞在中に是非ご賞味ください。また、久留米は九州のどこに行くにも交通機関が便利です。この機会に九州を楽しんでください。

第56回日本社会医学会総会
会長 石竹 達也
久留米大学医学部環境医学講座 教授

学会開催地：社会医学研究会（第1回～第40回）・日本社会医学学会（第41回～）

| 回 | 年 | 開催地 | 学会長 | 回 | 年 | 開催地 | 学会長 |
|----|------|--------|--------------------|------------------------------|------|---------|------------------------|
| 1 | 1960 | 東京 | 曾田長宗 / 関梯四郎 / 西尾雅七 | 21 | 1980 | 東京 | 芦沢正見 |
| 2 | 1961 | 東京 | 曾田長宗 | 22 | 1981 | 福岡（二日市） | 高松 誠 |
| 3 | 1962 | 京都 | 西尾雅七 | 23 | 1982 | 滋賀 | 渡部 真也 / 細川 汀 |
| 4 | 1963 | 岡山 | 大平昌彦 | 24 | 1983 | 神戸 | 朝倉新太郎 |
| 5 | 1964 | 名古屋 | 井上 俊 | 25 | 1984 | 富山 | 加須屋 美 |
| 6 | 1965 | 横浜 | 矢戸昌夫 | 26 | 1985 | 松山 | 木村 慶 |
| 7 | 1966 | 京都 | 床司 光 | 27 | 1986 | 秋田 | 滝澤 行雄 |
| 8 | 1967 | 箱根 | 曾田長宗 | 28 | 1987 | 名古屋 | 加藤 孝之 |
| 9 | 1968 | 京都 | — | 29 | 1988 | 奈良 | 山下 節義 |
| 10 | 1969 | 名古屋 | 吉田 克己 | 30 | 1989 | 静岡（伊豆） | 上畑 鉄之丞 |
| 11 | 1970 | 長野（佐久） | 若月 俊一 | 31 | 1990 | 札幌 | 福地 保馬 |
| 12 | 1971 | 岡山 | 大平昌彦 | 32 | 1991 | 滋賀 | 渡部 真也 |
| 13 | 1972 | 大阪 | 丸山 博 | 33 | 1992 | 金沢 | 山田 裕一 / 苜 昭三 |
| 14 | 1973 | 東京 | 柳沢 文徳 | 34 | 1993 | 神戸 | 朝倉新太郎 |
| 15 | 1974 | 名古屋 | 水野 宏 | 35 | 1994 | 京都 | 千田 忠男 |
| 16 | 1975 | 熊本 | 野村 茂 | 36 | 1995 | 東京 | 上畑 鉄之丞 / 片平 冽彦 / 菊地 頌子 |
| 17 | 1976 | 大阪 | 朝倉新太郎 | 37 | 1996 | 弘前 | 仁平 将 |
| 18 | 1977 | 東京 | 木下 安子 | 38 | 1997 | 札幌 | 福地 保馬 |
| 19 | 1978 | 京都 | 東田 敏夫 | 39 | 1998 | 名古屋 | 山中 克己 |
| 20 | 1979 | 名古屋 | 山田 信也 | 40 | 1999 | 金沢 | 山田 裕一 |
| 41 | 2000 | 大阪 | 黒田 研二 | 21世紀の社会医学への展望～日本社会医学学会の課題を探る | | | |
| 42 | 2001 | 北九州 | 田村 昭彦 | 人権輝く21世紀に～社会医学の役割 | | | |
| 43 | 2002 | 東京 | 山崎 喜比古 | 政治経済と健康の危機打開の道を求めて | | | |
| 44 | 2003 | 京都 | 山本 繁 / 千田 忠男 | 社会福祉・社会保障の構造改革と国民の生存権・健康権 | | | |
| 45 | 2004 | 山口 | 原田 規章 | 人権としての健康を社会医学から考える | | | |
| 46 | 2005 | 仙台 | 広瀬 俊雄 | 次世代に健康と健康で暮らせる社会をどうしたら伝えられか | | | |
| 47 | 2006 | 徳島 | 樋端 規邦 | 歴史の教訓に学びつつ、今日の社会医学の課題を探る | | | |
| 48 | 2007 | 名古屋 | 久永 直見 | 格差社会の健康を守る社会医学 | | | |
| 49 | 2008 | 東京 | 関谷 栄子 | 健康権の確立と共生社会を目指して | | | |
| 50 | 2009 | 札幌 | 波川 京子 | 生存権・健康権のルネッサンス | | | |
| 51 | 2010 | 大阪（柏原） | 三戸 秀樹 | 貧困と社会医学：時代の変換点にたつて | | | |
| 52 | 2011 | 富山 | 寺西 秀豊 | 地域における、仕事、健康と社会医学 | | | |
| 53 | 2012 | 大阪（高槻） | 高島毛 敏雄 | 社会医学の立脚点～原点から考える～ | | | |
| 54 | 2013 | 東京 | 星 且二 | 個人々の主体性を尊重する支援環境の整備～社会医学の発展～ | | | |
| 55 | 2014 | 名古屋 | 柴田 英治 | 地域から、職場から、我が国の社会医学を考える | | | |
| 56 | 2015 | 久留米 | 石竹 達也 | 健康格差の縮小に向けて～社会医学の役割～ | | | |
| 57 | 2016 | 京都 | 埴田 和史 | | | | |

■ 久留米大学へのアクセス (旭町キャンパス)



アクセス方法

西日本鉄道をご利用の場合

西鉄久留米駅下車



4番のりば

西鉄バス系統番号8 (大学病院、高専方面行にて大学病院または医学部前下車)

<所要時間> 西鉄久留米駅から約17分

JRをご利用の場合

JR久留米駅下車



1番のりば

西鉄バス系統番号8 (大学病院、高専方面行にて大学病院または医学部前下車)

<所要時間> JR久留米駅から約7分

■ 総会会場 (教育1号館)

| | | | |
|-----|------|--------------------------|--|
| 6階 | | | |
| | ホール | *総合受付* | |
| 5階 | 1502 | 第1会場 | 学会長講演 特別講演 教育講演 総会・行事・奨励賞表彰 シンポジウム |
| | 1501 | 第2会場 | ミニシンポジウム |
| 4階 | 1401 | 第3会場 | 一般講演A |
| | 1402 | 第4会場 | 一般講演B |
| | 1414 | 第5会場 | 評議員会 HIAワークショップ |
| | 1415 | | 理事会 |
| 3階 | | | |
| 出入口 | 2階 | *各会場へはエレベーター・階段をご利用ください* | |
| | 1階 | 学生サロン | 情報交換・交流会会場 |

*昼食時の飲食は各教室または1階の学生サロンをご利用ください。

■ 参加者へのお知らせ

【学会参加受付】

すべての参加者は、総合受付で受付をお済ませください。

* 受付場所：久留米大学 医学部 教育1号館 5階

* 受付時間：7月25(土)9:30より

7月26(日)8:30より

当日参加費

| | | | |
|---------------|---------|--------|-------------------|
| 参加費 | 学会員 | 3,000円 | 参加費には講演集代が含まれています |
| | 非学会員 | 4,000円 | |
| | 学生・大学院生 | 2,000円 | 学生証をご提示ください |
| 講演集(抄録集)代(追加) | 1,000円 | | |
| 情報交換・交流会 | 4,000円 | | 事前にお申込みください |

【受付手続き】

1) 事前に参加申込みをお済の方(参加費を納入された方)

受付にて参加証をお渡しいたします。

学会期間中、会場内では参加証を必ずご着用ください。

(参加証フォルダは総合受付にて準備しております。)

2) 当日申込みをされる方

当日参加申込書に必要事項をご記入の上、受付にて参加費を納入してください。

引き換えに参加証をお渡しいたします。

学会期間中、会場内では参加証を必ずご着用ください。

(参加証フォルダは総合受付にて準備しております。)

【学会本部受付】

日本社会医学会本部受付にて、入会の申込みならびに年会費の納入を受け付けます。

(年会費：一般7,000円・学生3,000円)

■ 演者・座長へのご案内

一般講演は、講演10分、質疑・討論5分です。

【演者受付】

演者は、「演者受付」にて事前に受付をお済ませください。

会場に、パソコン、プロジェクタ、スクリーンを用意しております。

スライドの操作は発表者ご自身でお願いします。

ご自身のパソコンをお持ちいただいてもかまいません。Macの場合、Windowsに入れて動作確認を事前にお済ませください。

なお、演者は、講演時間を厳重に守ってください。

【座長受付】

座長は、「座長受付」にて事前に受付をお済ませください。

定刻に開始できるよう座長席にご着席ください。

なお、それぞれ指定された時間を厳守して、定刻に終了してください。

■ その他のお知らせ

【食事について】

*学会期間の昼食等につきましては、会場周辺の飲食店やコンビニエンスストアをご利用ください。(1階に自動販売機あり)。

*昼食時の飲食は各教室、もしくは1階の学生サロンをご利用いただけます。(ゴミ箱は、5階受付に準備しております。)

*総合受付にて、お弁当の注文も承っております。専用受付を設けますので、ご注文ください。また、受付では久留米市のグルメマップを配布しております。

第56回日本社会医学会総会 日程表 (第1日目)

7月25日(土)

5階・ホール(教育1号館)

9:30～ *受付開始*

4階・1415

10:00 理事会

4階・1414

10:30 11:00 評議員会

第1会場(5階・1502)

11:00 開会の辞
○学会長講演
「健康格差社会への対応～HIA(Health Impact Assessment)の活用～」
*演者:石竹 達也(久留米大学医学部 環境医学講座 教授)
*座長:埜田 和史(滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学部門 准教授)

12:00 (昼食)

13:00 ○特別講演
「健康格差の縮小を目指して～『健康の社会的決定要因』と健康格差を巡る動向～」
*演者:近藤 克則(千葉大学予防医学センター 環境健康学研究部門 教授)
*座長:石竹 達也(久留米大学医学部 環境医学講座 教授)

| | 第1会場 (5階・1502) | 第2会場 (5階・1501) | 第3会場 (4階・1401) | 第4会場 (4階・1402) |
|-------|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| 14:00 | ○教育講演1 「地域包括ケア時代と公衆衛生～生活に戻すための医療の推進～」 *演者:榎本 真聿(愛媛大学医学部附属病院総合診療サポートセンター 准教授) *座長:福本 久美子(九州看護福祉大学 看護福祉学部 看護学科 教授) | | 一般講演 A-1 | 一般講演 B-1 |
| 15:00 | ○教育講演2 「住環境が居住者の血圧・活動量・諸症状に与える影響に関する介入調査の概要」 *演者:伊香賀 俊治(慶應義塾大学 理工学部 教授) *座長:市場 正良(佐賀大学医学部 社会医学講座 教授) | | 一般講演 A-2 | 一般講演 B-2 |
| 16:00 | ○教育講演3 「被爆者の心の傷を追って」 *演者:中澤 正夫(代々木病院 精神科) *座長:田村 昭彦(九州社会医学研究所 所長) | | 一般講演 A-3 | 一般講演 B-3 |
| 17:00 | | | | |
| 17:15 | 情報交換・交流会 | | | |
| 19:00 | (1階・学生サロン) | | | |

(第2日目)

| 7月26日(日) | | | | | |
|----------|---|--|-------------------|-------------------|--|
| | 第1会場 (5階・1502) | 第2会場 (5階・1501) | 第3会場 (4階・1401) | 第4会場 (4階・1402) | 第5会場 (4階・1414) |
| 8:30～ | *受付開始* | | | | |
| 9:00 | ○シンポジウム 「危機にある子どもと家族を支援する -子どもの健康を阻む社会的要因と家族-」 *座長: 山本 裕子(福岡市子ども家庭支援 センター「SOS子どもの村」 センター長) 舟越 光彦(九州社会医学研究所 副所長) | | 一般講演 A-4 | 一般講演 B-4 | |
| 10:00 | | | 一般講演 A-5 | 一般講演 B-5 | |
| 11:00 | シンポジスト: *正木 公子(千鳥橋病院 小児科) *石橋 典子(Support of the Child) *松崎 佳子(九州大学 人間環境学 研究院) *橋本 愛美(SOS子どもの村 JAPAN) | ○ミニシンポジウム 「労災・職業病と公害—三池・水俣 にまなぶ—」 座長: 田中 智子(佛教大学 社会福祉学部) シンポジスト: 織田 喬企(元三池炭鉱労働者) 山下 善寛(元新日本窒素労働者) | 一般講演 A-6 | 一般講演 B-6 | |
| 12:00 | 総会・行事・奨励賞表彰 | (昼 食) | | | |
| 13:00 | | | 一般講演 A-7 | 一般講演 B-7 | ○HIA ワークショップ 進行: 渡辺 裕晃 (大牟田市役所) |
| 14:00 | | | 一般講演 A-8 | 一般講演 B-8 | |
| 15:00 | | | | | |
| 16:00 | 閉会の辞 | | | | |

総会プログラム

(久留米大学医学部 教育1号館)

第1日目 7月25日(土) 午前

| | | |
|-------------|------|-------------------|
| 9:30～ | 受付開始 | 5階 ホール |
| 10:00～10:30 | 理事会 | 4階 1415 |
| 10:30～11:00 | 評議員会 | 4階 1414 |
| 11:00 | 開会の辞 | <第1会場> 5階 1502 |

○ 学会長講演

11:00～12:00 (第1会場:5階・1502)

健康格差社会への対応～ HIA (Health Impact Assessment) の活用～

石竹 達也 (久留米大学 医学部 環境医学講座 教授)

座長: 埜田 和史 (滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学部門 准教授)

(12:00～13:00 昼 食)

第1日目 7月25日(土)午後

○ 特別講演

13:00～14:00 (第1会場:5階・1502)

健康格差の縮小を目指して～『健康の社会的決定要因』と健康格差を巡る動向～

近藤 克則 (千葉大学予防医学センター 環境健康学研究部門 教授)

座長:石竹 達也 (久留米大学 医学部 環境医学講座 教授)

○ 教育講演 1

14:00～15:00 (第1会場:5階・1502)

地域包括ケア時代と公衆衛生～生活に戻すための医療の推進～

榎本 真聿 (愛媛大学医学部附属病院総合診療サポートセンター 准教授)

座長:福本 久美子 (九州看護福祉大学 看護福祉学部 看護学科 教授)

○ 教育講演 2

15:00～16:00 (第1会場:5階・1502)

住環境が居住者の血圧・活動量・諸症状に与える影響に関する介入調査の概要

伊香賀 俊治 (慶應義塾大学 理工学部 教授)

座長:市場 正良 (佐賀大学医学部 社会医学講座 教授)

○ 教育講演 3

16:00～17:00 (第1会場:5階・1502)

被爆者の心の傷を追って

中澤 正夫 (代々木病院 精神科)

座長:田村 昭彦 (九州社会医学研究所 所長)

第1日目 7月25日(土)午後

○ 一般講演 (A)

14:00～17:00 (第3会場:4階・1401)

セッション A-1

14:00～15:00

座長 森松 嘉孝 (久留米大学 医学部 環境医学講座)

| | |
|-------|--|
| A-1-1 | 社会調査実施時における追跡調査同意群と非同意群の回答傾向 ○上田菜央、岩垣穂大、扇原 淳 (早稲田大・社会医学)、加瀬裕子 (早稲田大・高齢者福祉) |
| A-1-2 | カネミ油症の医学をめぐって ○下田 守 (下関市立大学名誉教授) |
| A-1-3 | 住みたくなる地域づくり戦略の検討 - 過疎地域の健康と互助からの考察 - ○須永恭子、立瀬剛志、藤森純子 (富山大学・地域連携推進機構)、小林俊哉 (九州大学)、山田広明 (北陸先端科学技術大学院大学) |
| A-1-4 | 英国の「Public Health」と日本の「公衆衛生」の社会医学的考察 ○高鳥毛敏雄 (関西大学社会安全学部) |

セッション A-2

15:00～16:00

座長 黒田 研二 (関西大学 人間健康学部)

| | |
|-------|--|
| A-2-1 | 特定機能病院の高度救命救急センターに搬送される高エネルギー外傷患者・家族と医療ソーシャルワーカー間における支援展開のプロセス ○田川雄一 (広島大学病院 患者支援センター)、眞砂照美 (広島国際大学 医療福祉学部) |
| A-2-2 | 異分野連携に基づく地域健康政策での健康影響評価の効果と課題 -富山県「ふなはしむら健康構想」ワークショップより- ○立瀬剛志、須永恭子、藤森純子 (富山大学・地域連携推進機構)、小林俊哉 (九州大学)、山田広明 (北陸先端科学技術大学院大学) |
| A-2-3 | 情報の非対称性の解消に向けた公共図書館の医療情報サービスの取り組み ○西河内靖泰 (全国肝臓病患者連合会 / 広島女学院大学・図書館学)、石井保志 (健康情報棚プロジェクト / 医科大学図書館員) |
| A-2-4 | 持続可能な地域包括ケアに向けたヘルスプロモーション活動: 第一回みかじま健康まつりの報告 ○竹田元気、横内亮貴、森佳奈子 (早稲田大学人間科学部)、山口直彦 (山口歯科クリニック)、扇原 淳 (早稲田大学人間科学学術院)、みかじま健康まつり実行委員会 |

第1日目 7月25日(土)午後

セッション A-3

16:00～17:00

座長 山崎 喜比古(日本福祉大学 社会福祉学部)

| | |
|-------|--|
| A-3-1 | 海外における HPV ワクチン副反応被害報告と補償・訴訟の実態 (第3報) ○片平 潤彦、榎 宏朗(健和会 臨床・社会薬学研究所) |
| A-3-2 | 生命表～薬害 HIV 感染被害者の平均余命の推定 ○久地井寿哉、柿沼章子、大平勝美(社会福祉法人 はばたき福祉事業団) |
| A-3-3 | B型肝炎被害者の就労困難による「存在の剥奪」 ○岡 多枝子(日本福祉大学・社会福祉学)、三並めぐる(広島国際大学・看護学)、 越田明子(長野大学・社会福祉学) |
| A-3-4 | 集団予防接種等による HBV 感染女性の妊娠・出産・育児体験とその支援 ○三並めぐる(広島国際大学・看護学部)、岡 多枝子(日本福祉大学・社会福祉学部)、 越田明子(長野大学・社会福祉学) |

○ 一般講演 (B)

14:00～17:00 (第4会場:4階・1402)

セッション B-1

14:00～15:00

座長 小橋 元(獨協医科大学 医学部 公衆衛生学講座)

| | |
|-------|---|
| B-1-1 | 若年貧困層の生活史と支援体験に関する考察—京都市の「一時生活支援事業」利用者調査から— ○加美嘉史(佛教大学・社会福祉) |
| B-1-2 | 「貧困と子どもの健康」新生児の社会経済的背景について ○山口英里(千鳥橋病院・小児科)、和田 浩(健和会病院・小児科)、佐藤洋一(生協こども診療所)、 武内 一(佛教大・社会福祉学部) |
| B-1-3 | 「貧困と子どもの健康」外来診療での子育て世代実情調査について ○佐藤洋一(生協こども診療所)、和田 浩(健和会病院・小児科)、山口英里(千鳥橋病院・小児科)、 武内 一(佛教大学・社会福祉学部) |
| B-1-4 | 「貧困と子どもの健康」入院診療での子育て世代実情調査について ○武内 一(佛教大学・社会福祉学部)、和田 浩(健和会病院・小児科)、山口英里(千鳥橋病院・小児科)、 佐藤洋一(生協こども診療所) |

第1日目 7月25日(土) 午後

セッション B-2

15:00~16:00

座長 星 旦二(首都大学東京 都市環境学部 大学院・都市システム科学専攻)

| | |
|-------|--|
| B-2-1 | 被爆体験者に生じた、原爆被爆急性症状をはじめとする健康被害の実態 ○松延栄治、菅 政和(長崎県民主医療機関連合会) |
| B-2-2 | 福島・甲状腺癌の放射線無関係論に不都合な5つの事実の考察 ○郷地秀夫(兵庫民医連・東神戸診療所)、橘 真矢(兵庫民医連・東神戸病院・放射線科) |
| B-2-3 | 玄海原発と白血病の関連の検討 ○森永 徹(元純真短期大学・健康科学) |
| B-2-4 | 原発事故の避難指示解除に伴う帰還者と「新たな自主避難者」の課題 ○岩垣穂大(早稲田大・社会医学)、辻内琢也(早稲田大・医療人類学)、小牧久美子(早稲田大・医療人類学)、 福田千加子(早稲田大・生命倫理学)、赤野大和(早稲田大・医療人類学)、持田隆平(早稲田大・発達行動学)、 石川則子(早稲田大・環境心理学)、桂川泰典(早稲田大・臨床心理学)、増田和高(鹿児島国際大・社会福祉学)、 根ヶ山光一(早稲田大・発達行動学)、小島隆也(早稲田大・環境心理学)、熊野宏昭(早稲田大・行動医学)、 扇原 淳(早稲田大・社会医学) |

セッション B-3

16:00~17:00

座長 武内 一(佛教大学 社会福祉学部)

| | |
|-------|---|
| B-3-1 | 在宅高齢片麻痺者の廃用症候群に対する予防福祉学的アプローチ ○眞鍋克博(帝京科学大学・老年学)、榎 宏朗(帝京科学大学・高齢者保健学)、 片平 冽彦(健和会 臨床・社会薬学研究所) |
| B-3-2 | 独居男性の在宅療養に関わって～在宅死の選択をささえたもの～ ○仙元 藍、谷生 淳、岡田千恵、伊庭あゆ美、安西洋子、松田光恵、梅田道子 (NPO 法人 訪問看護ステーションひなた) |
| B-3-3 | 高齢者施設の住環境と住居者の健康状態及び職員の働く実態に関する研究 ○高 燕(浙江工商大学)、藤井暢弥(首都大学東京)、星 旦二(首都大学東京)、 伊香賀俊治(慶應義塾大学)、伊藤史子(首都大学東京)、安藤真太郎(北九州市立大学)、 白石靖幸(北九州市立大学)、樋野公宏(東京大学)、川久保 俊(法政大学)、櫻井尚子(東京慈恵会医科大学)、 徳田 武(株式会社ライフ出版社) |
| B-3-4 | 退職後の暮らしを支える知識創造の場設定の課題ーケアウィル実践研究よりー ○藤森純子、立瀬剛志(富山大・地域医療・保健支援部門)、中森義輝(北陸先端科学技術大学院大学)、 永田勝太郎(国際全人医療研究所)、本田 徹(ほんだクリニック)、鏡森定信(富山大) |

第1日目 7月25日(土) 午前

17:15～19:00 情報交換・交流会 (1階 学生サロン)

参加費：4,000円 (5階 総合受付にて事前にお申込みください。)

久留米観光コンベンション国際交流協会よりコンベンション開催支援をいただきまして、当日は久留米市の郷土芸能(筑後酒造り唄)をご披露いたします。

《筑後酒造り唄》

筑後地方は灘・伏見と並んで日本三大酒どころと言われ、三瀧杜氏の本場であります。

これら杜氏が歌う作業歌が『筑後酒造り唄』であります。三瀧の杜氏は、冬期は九州各地の造り酒屋に出向いて働きました。

明治17年に酒造りの製法を摂津の灘に学びましたが、灘の水が硬水で筑後川の水が軟水だったため失敗。その後軟水製法を研究して今日に及んでいます。この製法技術の指導を受けた折酒造り唄も一緒に習い覚えたものがあります。

歌の節回し等は、灘の酒造り唄に比べ九州人独特の力強い節回しに変わり、現在の尺八唄には中園牧司・池口森雄の両氏により整えられたものであります。

第2日目 7月26日(日)午前

8:30～ 受付開始 (5階 ホール)

○ シンポジウム

9:00～11:00 (第1会場:5階・1502)

危機にある子どもと家族を支援する -子どもの健康を阻む社会的要因と家族-

座長:山本 裕子 (福岡市子ども家庭支援センター「SOS子どもの村」センター長)

舟越 光彦 (九州社会医学研究所 副所長)

| | |
|-----|--|
| S-1 | 子どもの虐待の予防 「特定妊婦」なかでも若年の母へのサポートについて 正木 公子 (千鳥橋病院小児科) |
| S-2 | DV家庭で育つ子どもと母親への支援 石橋 典子 (Support of the Child) |
| S-3 | 福岡市の『社会的養護あり方検討会』が捉えた子どもと家族の危機 松崎 佳子 (九州大学 人間環境学 研究院) |
| S-4 | 子どもの権利としての「遊び」・心のケアとしての「遊び」 橋本 愛美 (SOS子どもの村 JAPAN) |

○ ミニシンポジウム

11:00～12:00 (第2会場:5階・1501)

労災・職業病と公害 -三池・水俣にまなぶ-

座長:田中 智子 (佛教大学 社会福祉学部)

シンポジスト:

織田 喬企 (元三池炭鉱労働者)

山下 善寛 (元新日本窒素労働者)

ミニシンポジウムでは労災・職業病と公害の原点である三池と水俣をとりあげ、①参加者がこれらを学ぶきっかけをつくる、②教訓を今後にかせるよう将来を展望する、機会にしたいと考えています。

多くの皆さまのご参加をお待ちしています。

(12:00～13:00 昼 食)

総 会・行事・奨励賞表彰 (第1会場:5階・1502)

進行：渡辺 裕晃 (大牟田市役所)

最近ではあらゆる格差の拡大が懸念されており、政策・施策・事業が、住民の幅広い意味での健康(健康、福祉、生活など)にどのような影響を与えるかを様々な角度から評価し、ポジティブな影響を増進し、ネガティブな影響を低減する情報を政策等の決定者に提供するためのツールである「健康影響予測評価(HIA:Health Impact Assessment)」が開発され、欧州諸国(EU)を中心に世界各国に徐々に広がりを見せ、日本でも少しずつ知られるようになってきました。また、人々の健康は、医療や保健政策のみならず、雇用、教育、住宅、食料、環境、経済などさまざまな分野の政策によって大きく影響を受けます。しかしながら、保健医療政策以外の政策分野において、健康に関する配慮を求める機会は限られています。そこで、特に保健医療政策以外の政策分野において、健康配慮を求める社会的なメカニズムとしてHIAが発展してきました。

このようななか筆者らは行政職員有志と大学関係者で、HIAを適用するかどうかをスクリーニングするためのHIAスクリーニングチェックリスト(以下 HIACL)の開発のための勉強会を立ち上げ、具体的な事業をHIACLに模範的に当てはめて試行と改良を繰り返しながら、HIACLを開発しました。

HIAワークショップでは、参加者のみなさまに10人程度のグループに分かれていただき、実際の事例を用いながら、HIACLを体験していただき、HIAやHIACLの活用方法などについて幅広くディスカッションしたいと考えています。

第2日目 7月26日(日) 午前

8:30～ 受付開始 (5階 ホール)

○ 一般講演 (A) 9:00～12:00 (第3会場:4階・1401)

セッション A-4

9:00～10:00

座長 道端 達也(玉島協同病院)

| | |
|-------|---|
| A-4-1 | 高原野菜栽培農家における安全衛生の課題 ○埜田和史、辻村裕次、北原照代(滋賀医大・社会医学講座衛生学部門) |
| A-4-2 | 零細印刷工場における有機溶剤暴露対策の経験(産業医活動5年間のまとめ) ○樋端規邦(徳島・健生石井クリニック) |
| A-4-3 | 大企業勤務者における毎日の歯磨きの回数と生活習慣病リスクファクターとの関連 ○岡田栄作(浜松医大・健康社会医学)、長嶋春樹(浜松医大)、下村麻衣子(浜松医大)、柴田陽介(浜松医大・健康社会医学)、中村美詠子(浜松医大・健康社会医学)、尾島俊之(浜松医大・健康社会医学) |
| A-4-4 | 石川県内の中小企業団体における産業保健の取り組み状況 ○森河裕子(金沢医科大・看護学部)、田畑正司(石川県予防医学協会)、城戸照彦(金沢大学医薬保健研究域)、竹口彰夫、小山善子(石川産業保健総合支援センター) |

セッション A-5

10:00～11:00

座長 中村 賢治(大阪社会医学研究所)

| | |
|-------|---|
| A-5-1 | 過労死等防止対策推進法の成立とその実体化に向けて(試論) ○色部 祐(働くもののいのちと健康を守る東京センター) |
| A-5-2 | 医療・福祉職における離職とその関連要因 ○上原尚紘(医療法人社団いずみ会北星病院)、志渡晃一、西基(北海道医療大学看護福祉学研究科)、三宅浩次(北海道産業保健総合支援センター) |
| A-5-3 | 労働者による職場のメンタルヘルス ○藤野ゆき(常磐会短期大学) |
| A-5-4 | 何故、彼は机の上に足を載せてPCを操作し続けてきたのか? ○辻村裕次、埜田和史(滋賀医大・衛生学)、白星伸一(佛教大・理学療法学)、北原照代(滋賀医大・衛生学) |

第2日目 7月26日(日)午前

セッション A-6

*このセッションのみ終了時間が異なります。

11:00～12:15

座長 高鳥毛 敏雄(関西大学社会安全学部・社会安全研究科)

| | |
|-------|---|
| A-6-1 | 地域住民のQOL 規定要因に関する検討(1): 職業性ストレスおよび社会的ストレスがQOLに及ぼす効果の構造分析 ○田中健吾、高原龍二(大阪経済大学 経営学部) |
| A-6-2 | 地域住民のQOL 規定要因に関する検討(2): QOL 規定要因の地域性 ○高原龍二、田中健吾(大阪経済大学 経営学部) |
| A-6-3 | A Study of Support System Towards Foreign Careworkers in Japan ○Queri,Imelda(社会福祉法人江寿会ケアハウス・アゼリーアネックス、立教大学院コミュニティ福祉学研究所) |
| A-6-4 | 慢性心疾患有病者におけるQOL維持・向上の関連構造 ○久保美紀(帝京科学大学 医療科学部)、山下香枝子(聖隷クリストファー大学看護学部)、 星 旦二(首都大学東京 都市科学研究科) |
| A-6-5 | 初診時にStage III以上の進行・再発乳癌患者が抱える諸問題について ○高崎恵美(千鳥橋病院・乳腺外科) |

(12:15～13:00 昼 食)

総 会・行事・奨励賞表彰 (第1会場:5階・1502)

第2日目 7月26日(日) 午前

8:30～ 受付開始 (5階ホール)

○ 一般講演 (B) 9:00～12:00 (第4会場:4階・1402)

セッション B-4

9:00～10:00

座長 櫻井 尚子 (東京慈恵会医科大学 大学院)

| | |
|-------|--|
| B-4-1 | 地域包括支援センターにおける認知症支援実践とその関連要因 ○黒田研二、澤田有希子 (関西大学人間健康学部)、花家 薫 (堺市長寿社会部高齢施策推進課) |
| B-4-2 | 肢体障害者の二次障害予防実践報告 - 老年期を迎える肢体障害者が抱える課題 - ○白星伸一、越智淳子 (佛教大学・保健医療技術学部)、埜田和史、辻村裕次、北原照代 (滋賀医科大学・社会医学講座) |
| B-4-3 | ビジュアルマニュアルを用いた高齢者介護施設感染対策研修システムの提案 ○松下幸平、青地ゆり、李墨淵、竹田元気 (早稲田大・社会医学)、山路 学 (早稲田大・人総研)、山田文也、斎藤章暢、岸本 剛 (埼玉県衛生研究所)、扇原 淳 (早稲田大・社会医学) |
| B-4-4 | 特別養護老人ホームにおける感染症対策の課題：内容分析による検討 ○青地ゆり、松下幸平、大浦絢子 (早稲田大・人間科学研究科)、篠田大希 (早稲田大・人間科学部)、斎藤章暢、岸本 剛 (埼玉県衛生研究所)、扇原 淳 (早稲田大・人間科学学術院) |

セッション B-5

10:00～11:00

座長 市場 正良 (佐賀大学医学部 社会医学講座 環境医学分野)

| | |
|-------|--|
| B-5-1 | 「調和的問題解決能力」の育成を目的とした高齢者福祉施設職員対象研修プログラムの開発とその評価 ○原田拓郎 (早稲田大・社会医学、社会福祉法人いい穂会)、山路 学 (早稲田大・社会医学)、西田亜希子、築城康之、藤永あゆみ (社会福祉法人いい穂会)、扇原 淳 (早稲田大・社会医学) |
| B-5-2 | 富山県内における地域近接型ゲートキーパー養成事業の課題と展望 ○小林俊哉 (九州大学) 立瀬剛志、須永恭子 (富山大学・地域連携推進機構)、塩谷 亨 (金沢工業大学) |
| B-5-3 | 富山地域の花粉症対策と空中花粉 ○寺西秀豊 (富山医療生活協同組合 富山協立病院) |
| B-5-4 | 屋内外の住環境と身体・精神・社会的健康との関連構造 - 沖縄県A村在住の全高齢者を対象として - ○高城智圭 (京都文教大学・臨床心理学部)、栗盛須雅子 (聖徳大学・看護学部)、高 燕 (首都大学東京・都市環境科学研究科)、平良一彦 (名城大学・総合研究所)、浦崎 猛 (沖縄県立芸術大学)、尾尻義彦 (琉球大学・医学部)、小川寿美子 (名城大学・人間健康学部)、石川清和 (今帰仁診療所)、藤井暢弥 (首都大学東京・都市環境科学研究科)、星 旦二 (首都大学東京・都市環境科学研究科) |

第2日目 7月26日(日)午前

セッション B-6

11:00～12:00

座長 福本 久美子(九州看護福祉大学 看護福祉学部 看護学科)

| | |
|-------|--|
| B-6-1 | 五感力を活用した療育支援技術に関する研究 その2 -発達障がい児支援に関する調査結果を中心に- ○眞砂照美(広島国際大学・医療福祉) |
| B-6-2 | 深夜の街の思春期の少年たちへの聴き取り調査における方法論的考察 - A minority group and / or a vulnerable group? - ○田中 勤(総合病院南生協病院産婦人科、名市大・自然科学)、古橋忠晃(名大・精神健康医学)、 大坂裕子(駒沢女子大・健康栄養)、藪下ももこ(名大・保健)、 秋田智哉(NGO 少年支援保健委員会・Public Health)、青木美樹(滋賀県立大・人間看護) |
| B-6-3 | 医療福祉系高等教育機関に所属する学生のひきこもり親和性と関連要因の検討 ○米田政葉、志渡晃一(北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科) |
| B-6-4 | 若年妊産婦からみえる貧困～医療ソーシャル・ワーカーの視点から～ ○伊規須朋子、岩城敦之、大曲美潮、木村美由紀、栗山未央、下大藪未希、松浦翔平、 宮原 楽、舟越光彦(千鳥橋病院)、安武まみ(福岡市スクールソーシャル・ワーカー) |

(12:00～13:00 昼 食)

総 会・行事・奨励賞表彰 (第1会場:5階・1502)

健康格差社会への対応 - HIA (Health Impact Assessment) の活用 -

石竹 達也 (久留米大学医学部 環境医学講座)

1. はじめに

健康影響予測評価 (Health Impact Assessment、以下HIAと略す) は健康を指標とした行政評価法の一つであり、1990年初頭より欧州を中心にEU諸国で実施され始めた。HIAとは、提案された政策、施策、事業によって生じる可能性のある健康影響や健康事象に関連する要因 (健康の社会的決定要因) の変化、影響を受ける集団及び集団の属性の違いによる影響の違いを事前に予測・評価することによって、健康影響に関する便益を促進し、かつ不利益を最小にするように、提案された政策、施策、事業を適正化していく一連の過程と方法論のことである。健康格差が社会問題となっている昨今、HIAは健康格差の是正を目的としており、行政が提案する政策、施策、事業について事前に健康の社会的決定要因に着目して実施する評価法である。健康の社会的決定要因への対応には保健医療政策の範囲に留まらず、保健以外の多岐に渡る政策分野での取り組みが不可欠である。これまで行われてきた多くの社会医学研究は社会の弱者集団に着目し、まさに健康の社会的決定要因の是正を目的としたものとも言える。それらの評価法として注目されているHIAは今後社会医学研究の分野でも重要となることが予想される。そこで本稿では、HIAの導入背景、具体的手順、実践例について概説する。

2. HIAの導入背景

2.1 HIAの理論

HIAの理論的な起源は、2つの専門的領域からきていると言われている。一つは影響評価、特に環境影響評価 (Environmental Impact Assessment: EIA) であり、もう一つは、政策効果と健康を重視する都市政策 (Healthy Public Policy: HPP) である。環境影響評価 (EIAまたは環境アセスメント) は、1970年初頭にアメリカで誕生した。国家的環境政策として法制度化され、アメリカでは人間活動と環境との調和をはかるための手段として環境アセスメントの仕組みが作られ、連邦政府の様々な段階で意思決定に環境影響評価が適用されてきた (日本では1997年に制定)。中でも1997年のアムステルダム条約が HIAの導入に際して大きな影響を与えた。アムステルダム条約は加盟国民の日常生活に影響を与えるいくつかの問題、つまり消費者保護、公衆衛生、それに特定の社会政策に関してこれまで以上に権限を与えた。その結果、公衆衛生の分野においてEUの活動はより広い基盤を持つようになり、病気や麻薬から身を守るのみではなく、人の健康に対する全ての脅威を防止する活動も含むことになった。さらに加盟国は健康への脅威を防止し、ガン、AIDS、麻薬の常用などの撲滅のためのプログラムや政策の調整をはかることとなった。このようにアムステルダム条約の公衆衛生分野における要請は、個別事業段階よりも上位の計画や政策段階での事前配慮を求めるものであり、このための具体的な取り組みが必要になった。そこで事業段階で行う従来の環境影響評価では不十分であり、別の影響評価 (HIAやSEA: 戦略的環境アセスメント) が必要になってきた。

2.2 HIAと健康格差

「社会格差の是正」や「健康格差の是正」はHIAの大きな目的である。政策によって生じる健康影響は集団特性によって異なり、特に社会的に不利な集団ほど影響を強く受けやすいと言われている。WHOは失業者、安全に配慮されていない職場、都市のスラム街、グローバリゼーション、健康システムへのアクセス不足などが原因で世界各国に健康の格差や不平等を引き起こしていると指摘する。そこでHIAのうち、特に格差に着目したものはHIIA (Health Inequality Impact Assessment) と呼ばれている。日本でも、「健康日本21 (第二次)」の目標の一つに健康格差の縮小を新たに挙げ、「あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現する」としている。このように健康格

差を含めて格差問題は国内外で重要な課題であり、社会全体でその是正に取り組まなければならない。そこで公平性を重視し、健康格差も含めて社会格差を是正する手段としてHIAの活用が提案されたのである。

3. HIAの手順

3.1 HIAの実施方法

HIAのもっとも一般的な実施方法は、EUが2004年に「EPHIA」としてまとめたものである。このEPHIAは、手順(Procedure)として5ステップ(①スクリーニング、②スコーピング、③事前評価、④報告、⑤モニタリング/事後評価)からなり、そのステップの中でもっとも重要なアセスメントの実施については方法(Method)として新たに区分されている。ちなみに、わが国でも日本公衆衛生学会公衆衛生のモニタリング・レポート委員会がわが国におけるHIAの理解と実践技術の普及に資することを目的に2011年にHIAの手順の中でスクリーニングの手引き(ガイダンス)を作成している。

3.2 HIAの種類

既述した一連の手順を一つひとつ実施するとなると大幅な資金と時間あるいは労力を要する。より簡易方法として、机上HIA および迅速HIA という方法も、HIAの方法として考えられている。机上HIA は既存のデータを収集し解析する方法で、一人で実施するならば2～6週間で可能な方法である。迅速HIA はもっとも利用される方法で、基本的には既存のデータを収集し解析するとともに、利害関係者や情報提供者のインタビュー等を通じた定性的情報も収集し解析することも加えられる。一人で実施するならば3ヶ月くらい必要とする方法である。それに対し、詳細HIA は包括的なHIA であり、資金、時間および労力の許される中で新しい定量的なデータを含めて収集し解析する方法である。

3.3 HIAを用いた行政の事業評価

これまで多くの国で政策・施策・事業にHIAが実施されている。机上HIA、迅速HIAおよび詳細HIAが様々な形で実施されている。その中で、政策・施策段階で実施され大きな効果が期待されているのが、行政で用いられるHIAであり、さらには全ての政策・施策・事業に適用可能な机上HIAである。民間企業等でも政策や施策を当然検討しているが、行政は人の健康に影響を及ぼす社会制度に関わる政策・施策そして事業を担当する組織である。様々な政策・施策を計画する組織であり、様々な事業を実施する組織である行政が、自らの政策・施策・事業についてHIAを実施するならば、政策・施策・事業が人の健康について配慮されたものとなっていくことが期待される。現在、スウェーデン、ミネソタ大学、スコットランド・ロシアン地区、ニューサウスウェールズ大学などが、HIAを行うかどうかを判断するためのスクリーニング用のチェックリストを公開している。

4. HIAの実践例の紹介(HIAスクリーニング・ツールの開発)

“すべての政策に健康の視点を”という考えが欧州を中心に拡げられている。しかし、わが国の行政事業評価は、多くの場合、行政職員による内部管理型自己評価である。この評価には様々な評価指標が用いられるが、健康への影響を考慮した評価はなされていない。そこで、日本の行政のルーチン・ジョブとしてHIAの手順のうち重要なスクリーニングを短時間で実施可能とするためのチェックリストの開発に取り組んでいるのでここで簡単に紹介する。

ある地方自治体において、行政経験が豊富な市職員らで構成したHIAスクリーニングのためのチェックリスト作成を目的とした勉強会を設けた。HIAチェックリストの試案を用いて実際の事業評価に使用し、その過程で出された意見を参考に最終版の作成を目指すことにした。最終版の条件としては、汎用性があること(多くの行政事業に使用可)、担当行政職員が回答しやすい形式と分量であること、事前評価だけでなく、進行中の事業の改善につながることにした。具体的には「治水事業」、「消防庁舎建設の推進」、「公立保育所の民営化」、「行政評価」等に行なった。最初に提案されたチェックリストは、影響を受ける集団やその影響は予測できたものの、影響の確からしさ・影響の強さに関しては基準が不明確であり点数化する

ことは困難であった。また、行政職員は全ての事業等に対してメリット（便益）を前提としているためデメリット（不利益）の評価は難しいとのことであった。その後、再度改良を重ね、○△による評価をやめ、予想される好影響・悪影響を記述式にしたものでさらに検討を行なった（表1）。複数人で実施することのメリットや広義の健康影響について自由に意見が出やすいとの感想が寄せられた。HIAスクリーニング・ツールは現時点では記述式を取っているが定量的な評価が可能かどうかまだ改善の余地がある。今後は、事業立案者である職員の意識改革につながり、結果としてすべての行政事業に健康の視点が考慮されるよう、行政現場で実施可能かつ有効なツールの開発を引き続き目指している。

表1. 行政における HIA スクリーニングのためのチェックリスト（一部）

1. 本事業に関する目的、主な対象集団、期待される成果をお書き下さい。

1) 事業目的
活動の拠点となる常設施設の確保 → 校区活動拠点の新設

2) 主な対象集団
小学校区住民

3) 期待される成果
集う場所が確保される
高齢者の交流場所が確保され、(病院の通いが減り) 医療費の抑制につながる
活動に関係する資料との保管場所が確保でき、資料の継続性が確保される
会議場所の調整が必要なくなる(日時の調整だけですむ)
校区の様々な組織が交流し、新たなネットワークが構築される
専従スタッフの配置が可能となる
住所(連絡先)が固定されるので、郵便物や連絡が確実に届く
コミュニティビジネスが活性化される
従来は自宅が事務所となっているので、自宅での作業から開放される

2. 本事業の実施により医科の社会的弱者集団へ影響があるかどうかを☑して下さい。
今回は「子育て世代」と「転入者」を対象とした(後半は全体的影響も考慮した)

| 社会的弱者集団 | 影響あり | 影響なし | 社会的弱者集団 | 影響あり | 影響なし |
|-------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 女性 子育て世代 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 単身世帯 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 男性 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 交通弱者(不便な住居) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 乳幼児 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 情報弱者(TV・新聞なし) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 学童 子ども SOS | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 外国人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 中学生 子ども SOS | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 低所得者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 妊産婦 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 身体障害者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 高齢者 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ホームレス | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 要介護者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他 転入者 DV | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

注: 社会的弱者集団に影響ありの☑がある場合は次のページへお進み下さい。

健康格差の縮小を目指して～『健康の社会的決定要因』と健康格差を巡る動向～

近藤 克則(千葉大学 予防医学センター 環境健康学研究部門)

世界第2の経済大国となった日本の高齢者にも、5倍もの健康格差があることに驚き、私が「要介護高齢者は低所得者層になぜ多いか—介護予防政策への示唆」¹⁾ を発表したのは2000年のことである。あれから15年の間に、日本でも研究の蓄積が進み、実態が明らかにされ、2013年から10年間の健康政策「健康日本21(第2次)」では「健康格差の縮小」が基本的方向として明示されるに至った。

本特別講演では、この間の研究や政策巡る動向を概観し、現在、健康格差の縮小を目指して我々が取り組んでいる健康格差の縮小を目指した取り組みを紹介したい。

「健康日本21(第2次)」に至る国内外の動向

社会医学が古くから取り組み、実態を明らかにしてきたテーマの一つが健康格差であった。2000年前後から、我が国でも再び社会格差と健康についての関心は高まり書籍や論文が発表されるようになった^{2, 3)}。「健康の社会的決定要因(social determinants of health, SDH)」委員会の最終報告書(2008)⁴⁾を受け、WHOは2009年総会決議で、加盟諸国や専門職に健康格差対策を呼びかけた。日本公衆衛生学会でもシンポジウムなどで取り上げられ、モニタリング・レポート委員会が対策としての健康影響予測評価⁵⁾などに関わる提言を出すようになった。日本学術会議も提言「わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて」⁶⁾を発表した。

「健康日本21」(2000-2010)の見直しが行われた当時、リーマンショック(2008)の影響も残り、非正規雇用者が増え、相対的貧困率が上昇し、生活保護受給者数は過去最高の205万人を記録していた。もう一つの背景として、熱心に取り組まれてきた健康教育による生活習慣改善には期待されたほどの効果がみられなかったことも重要である。例えば、コクランライブラリーのシステムティック・レビューによると⁷⁾、統合オッズ比は総死亡率で1.00(95% CI 0.96～1.05)、冠動脈疾患による死亡率で0.99(95% CI 0.92～1.07)と、統計学的に有意なものではなかった。これらを背景に「健康日本21(第2次)」の基本的方向として「社会環境の改善を図り、健康格差の縮小を実現できる社会健康格差の縮小」が掲げられるに至った。

WHOの勧告を受けた3つの取り組み

WHOの委員会報告書⁴⁾で示された勧告の一つは、健康格差を測定し、より深く理解し、政策や活動の健康へのインパクトを評価するHealth Impact Assessment(HIA)に取り組むことである。これを日本でも進めようと、1999年度から取り組んで来たAGES(Aichi Gerontological Evaluation Study, 愛知老年学的評価研究)プロジェクトを2010年からJAGES(Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究)プロジェクトへと拡張し、3つのこと—1)健康格差の「見える化」、2)健康格差の生成メカニズムの解明、3)健康格差対策のインパクト評価—に取り組んできた。

1)健康格差の「見える化」:健康格差への取り組みを進めるためには、どこにどの程度の健康格差があるのかを、関係者の間で共有することが必要である。そこで、WHO総会決議を受けてUrban HEART(Health Equity Assessment and Response Tool)を開発したWHO神戸センターとも共同し、JAGES HEARTの開発に取り組んだ。これにより、市町村間に多くの指標で2倍以上の地域間較差があることなどが容易に把握できるようになった。市町村がこれを用いて、課題を抱えた地域への介入を始めた例も生まれ始めている^{8, 9)}。厚生労働科学研究費補助金を受けた研究成果として報告したところ、厚生労働省が地域包括ケア「見える化」システムとして開発運用することとなり、2015年7月にも第1次リリースが行われる見込みである。

2)健康格差の生成メカニズムの解明:健康格差の縮小を図るには、健康格差の実態の把握だけでは不十分である。健康格差の生成メカニズムを解明し、介入可能なエントリーポイントや方法を探し出し、政策や活

動パッケージにできる手がかりを得る必要がある。健康の社会的決定要因は、個人レベル、コミュニティレベル、国レベルなど、重層構造を持っており、ライフコースの影響も受けるなど、多面的な研究を必要とする。さらに因果推論を進めるには、マルチレベルの要因間の関係や内生性を考慮する高度な統計手法も用いる必要がある¹⁰⁾。これら多くの課題や手法に取り組むには数人の研究者では困難と考え、健康の社会的決定要因に関心を持つ研究者に呼びかけJAGESプロジェクトを組織した。多地域間比較が可能となるよう31市町村と共同し調査を2010年に行い、10万人の高齢者からご回答いただいた⁸⁾。さらに因果関係に迫るためには縦断研究が不可欠なので、2013年に同じ対象者を追跡する縦断研究を兼ねる2013年調査を31市町村で行い14万人から回答を得た。現在、これらの縦断データを用いたメカニズムの解明のための研究に取り組んでいる。

3) 健康格差対策のインパクト評価：明らかになってきた要因の中で、介入可能性があると考えられたものの一つがソーシャル・キャピタルである。そこで、ソーシャル・キャピタルを豊かにすることで健康格差の縮小を図ることを目指し、武豊町とともに地域介入研究にも取り組んできた。高齢者が集い、楽しみ、交流できる「憩いのサロン」を開設し、拠点数と参加者数を増やしてきた¹¹⁾。参加群と非参加群を追跡し、地域介入前後のデータを得てサロン参加のインパクトを評価した。介入前の状態を比較すると、より健康な人ほど、サロンに参加していることがわかったので、擬似的なRCT(無作為化対照比較研究)とされている操作変数法を用いた分析を行った。その結果、サロン参加群において、8ヶ月後の主観的健康感の改善¹²⁾だけでなく、5年間の要介護認定率がおよそ半分に抑制されることを実証した¹³⁾。サロン参加者は、低学歴・低所得の人に多いので、その人達の健康水準の向上に寄与したと考えられ、健康格差の縮小にもある程度寄与したと推定される。

健康格差対策の7原則

リスクを解明する研究をいくら蓄積しても、それだけでは、健康格差は縮小できない。WHOの委員会報告書⁴⁾の(3つの勧告の内、上述した勧告以外の)2つの勧告をみても、保健医療政策だけでなく子供の頃からの日常生活に関わる諸条件の改善を図ること、権力、金銭、資源の不公正な分布を是正すること、とある。これらは、厚生労働省や市町村の健康・医療担当者による取り組みだけでは不十分なことは明らかである。そこで、多様な主体による健康格差対策を促すことをめざして、『健康格差対策の7原則 ver 1.1 (2015年版)』¹⁴⁾を出版した。我々が考えた原則は7つである。まず<始める>ための原則として、第1原則で「理念・情報・課題の共有」の必要性を、<考える>ための原則として、第2原則「配慮ある普遍的アプローチ」と第3原則「ライフコース」の視点が求められることを指摘した。<動かす>ための原則として、第4原則「PDCA」、第5原則「重層的アプローチ」、第6原則「縦割りを超える」、第7原則「コミュニティづくり」の視点が重要であることをまとめた。多くの政策立案・実践関係者に論議していただき、関係者の共通認識の形成を促進し、経験を踏まえいずれ改訂されることを期待している。

今後の課題—社会医学の役割

厚生労働大臣告示で「健康格差の縮小」を目指すことが謳われたのは画期的なことである。しかし、単に謳われただけでは、健康格差は縮小できない。WHOは、健康格差縮小には、根本的な原因である権力、金銭、資源の不公正な分布を是正すること、つまり社会経済格差の是正が必要であるとしている。社会経済格差関連指標についての国際比較(平成24年版厚生労働白書)をみると、日本の所得のジニ係数や相対的貧困率などは、すでに先進国の平均よりも高くなっている。青年層で不安定雇用や単身者が増えていることなどが長期間にわたって続けば、むしろ、健康格差が今後拡大していく可能性は高い。

健康格差の拡大を予防し、縮小するには、社会的に困難な状況に置かれた人々の健康状態が悪いことを実証するだけでは足りない。現実の社会環境を変える必要がある。そのために、本学会のメインテーマ「健康

格差の縮小に向けて「社会医学の役割」としてやるべきことは多い。まず健康格差の「見える化」を進め、それが身近にあることや、自分や家族も、富裕層にも関わる問題であることを、多くの国民や関係者に知ってもらう必要がある。健康格差が拡大しないかトレンドを監視し、拡大傾向が現れたら早期警告をし、国民的論議が巻き起こるように「見える化」システムを活用する必要がある。加えて、有効な対策を練るため、健康格差の生成メカニズムを解明し、社会的な総合的で実現可能な健康格差対策を提案することも必要である。さらに、その具体的な政策や実践を導入後に、そのインパクトを評価し、より効果的な対策を明らかにして普及することも望まれる。それらの前提は、「いのちの格差」は基本的人権の視点から見て許容できないという価値観の共有である。『健康格差対策の7原則』にも示した、これらのことが、多くの関係者や国民の間で共有されるような状況を作り出すことが、社会医学の役割ではないだろうか。

文献

- 1) 近藤克則：要介護高齢者は低所得者層になぜ多いか－介護予防政策への示唆。社会保険旬報 6-11, 2000
- 2) 近藤克則：健康格差社会－何が心と健康を蝕むのか。医学書院, 2005
- 3) 近藤克則, 編：検証『健康格差社会』－介護予防に向けた社会疫学的大規模調査。医学書院, 2007
- 4) Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organisation, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
(日本語訳) http://sdh.umin.jp/translated/2008_csdh.pdf, 2008
- 5) 日本公衆衛生学会 公衆衛生モニタリング・レポート委員会：健康影響予測評価 (Health Impact Assessment) の必要性と日本公衆衛生学会版ガイダンスの提案。日本公衆衛生雑誌 58: 989-992, 2011
- 6) 日本学術会議 基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同 パブリックヘルス科学分科会：わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて。日本学術会議, <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-7.pdf>, 2011
- 7) Ebrahim S, Taylor F, Ward K, et al.: Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev CD001561, 2011
- 8) 近藤克則, JAGESプロジェクト：健康格差と健康の社会的決定要因の「見える化」－JAGES2010-11プロジェクト。医療と社会 24: 5-19, 2014
- 9) 鈴木佳代, 近藤克則：見える化システム JAGES HEART を用いた介護予防における保険者支援。医療と社会 24: 75-85, 2014
- 10) 近藤克則：健康の社会的決定要因と医療経済・政策学。医療経済研究 26: 3-21, 2014
- 11) 村山洋史, 近藤克則, 藤原佳典：健康長寿をめざしたソーシャル・キャピタル介入。イチロー・カワチ, 高尾総司, and S.V. スプラマニアン, : ソーシャル・キャピタルと健康政策－地域で活用するために。257-300. 日本評論社. 近藤克則, 白井こころ, 近藤尚己, 監訳, Global Perspectives on Social Capital and Health, 257-300. 2013
- 12) Ichida Y, Hirai H, Kondo K, et al.: Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. Social Science & Medicine 94: 83-90, 2013
- 13) Hikichi H, Kondo N, Kondo K, et al.: Effect of community intervention program promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. Journal of Epidemiology and Community Health 2015
- 14) 医療科学研究所 自主研究プロジェクト：健康格差対策の7原則 第1版 (2015年)。 <http://www.iken.org/project/sdh/index.html>, 2015

地域包括ケア時代と公衆衛生 ～生活に戻すための医療の推進～

櫃本 真幸 (愛媛大学医学部附属病院 総合診療サポートセンター)

<要約>

超高齢社会においては、高齢者を社会的弱者としてケアする行政や医療・福祉を見直し、地域で自分らしい生活を送りさらに社会に貢献するいわゆる“元気高齢者”を、今後の重要な社会資源として育成支援していく体制へ切り替えていく必要がある。そのための「地域包括ケア」であり、ヘルスプロモーションなど公衆衛生の考え方を基盤においた、生活を重視した地域資源総動員の地域づくりが急務である。医療・介護においては、技術の進歩や環境改善の推進の一方で、疾患や障害によって人生や生活が途切れないように、医療・介護の目的を生活継続の観点に転換することが肝要であり、できるだけこれまでの生活に戻す役割が求められている。医療・介護は“生活資源”であることを意識して、“してあげる”から“求められる”医療・介護へ、生活を見据えた“生活に戻す”ことを重視した対応へと展開し、多職種協働による生活支援の体制を整えて、チーム医療・チーム介護の推進を図っていくことが大切である。

1. 地域包括ケアのねらい

地域包括ケアは地域包括ケア時代となり、2025年を目途に少子高齢社会の危機感を共有し、「自分らしい生き方・死に方」を自ら選択し実践する住民の“心構え(覚悟)を基盤に、医療と介護の一体化に限定せず、「介護」「医療」「予防」「住まい」「生活支援」の5大要素の統合化を目指した地域づくりに取り組むこととなった。その実現には、医療は、診断・治療重視から生活支援重視へ、そしてQOL・QODなどこれからの医療の質の重要な指標を物差しとした体制の再構築に向けて、地域特性を重視した“医療を生活資源”としたパラダイムシフトが求められる。医療や福祉だけでなく、地域資源が総動員して、元気高齢者を育成支援するための共通のベクトルに乗って、連携に留まらず統合していくことが大切であり、公衆衛生の考え方を基盤に、これからの医療施策が推進されることを認識して取組まなければならない。

2. 地域包括ケアシステムを必要とする背景

以下に記載した要因等を認識し地域包括ケア構築に取り組まなければならない。

1) 人口問題・・・日本の高齢化は、「人口遷移」と言われるように、1980年頃まで50歳以上が2割程度であったのに、約40年の短期間に6割へと急変する。この急激な変化に対応できるかが命題である。2030年において、65歳以上の働ける時間(要介護者やそのお世話人口を除いても)が、65歳以上の働いている時間を遙かに超える。若い世代は次世代を産み育て国際競争に立ち向かうことに専念し、地域づくりは「元気高齢者」が担うという役割分担が期待される。

2) 経済問題・・・医療費は、高齢者の医療費の伸びを、若い世代の人口減に応じた患者減が相殺し、想定よりもやや低いペースで伸びていくことが推測されている(2030年に現在の3割増し程度)。高齢者の尊厳死等“QOD”を意識した医療が実践されることにより、この伸びをさらに縮小することが期待されている。一方介護費の伸びは著しく、介護保険創設時から25年間で約6倍増と予測されている。要介護者をかえって“お迎え”に行くような従来の制度が見直され、要支援者が介護保険の予防給付から、市町村主導の自由度の高い高齢者の健康づくり施策として、自立促進を図るシステム(生活総合支援事業等)により、介護費の適切な運用へ舵取りが必要である。

3) 健康観 2種類の健康感・・・健康をゴール(目標)としたWHOの健康定義に呼応して、頑強な身体づくりや疾病予防を重視し、出世や豊かな暮らしなどを目指して頑張り抜く健康観が基本だった。しかし定年後にいかに自分らしく生きていくか、限られた時間を意識した高齢者等に共通した新たな健康観が、社会的に認知されていく必要がある。後者の健康観を持つ世代が急速に増えてくることは必至で、この健康感に応じて、彼らを地域に活かしていくための医療や介護そして地域づくりが求められる。

4) 自助・互助・共助・公助 公助依存から共助へ・・・長年の公助主導のために、自助以上に互助・共助が衰退化しており、国民の多くが医療制度も介護制度も公助であると考えている傾向が否めない。これらが共助であることを再認識し、限られた資源をいかに活用していくのか、住民自身が考え実践する環境づくりが不可欠で、賦活化するコミュニティづくり（地域力の向上）が今後の最重要課題となる。

3. ミッションは元気高齢者の育成支援

今後の社会の担い手は、確実に増える「元気高齢者」であり、彼らを育成支援する地域づくりが、地域包括ケア時代のミッションと確信している。元気高齢者とは、例えときどき医療・ときどき介護状態になっても、自分らしく意欲を持って生き地域に貢献できる高齢者等を総称する。元気高齢者が自立し自分らしく生きていきながら、弱った高齢者を支え、さらに子育てや国際競争の中で手一杯の若年層をも支えるといった社会貢献が、日本の将来を左右すると言っても過言ではない。そのために医療は、弱者ケア中心の医療・介護他“してあげる”対策へのシフトを改め、地域生活にできるだけ速やかに戻し、“自ら求める”地域で活動できるよう支援することが何よりも大切である。元気高齢者の活躍の場づくりが、地域の存亡をかけて、地域資源総動員によって推進されることを心から期待している。

4. 医療崩壊の主因

国民皆保険を基盤とした世界最高レベルの医療体制を構築してきた我が国で、まさか“医療崩壊”という言葉が聞くとはい想像できなかったが、財政危機脱却のための医療費抑制策が、僻地医療の弱体化や地域医療格差などを招き、これまで医療に依存してきた住民・患者を、一気に不安に落とし込むことになった。欧米では20世紀後半に、医療者自らが、治療や延命における「医療の限界」を住民に表明してきた経緯があるが、我が国では住民・患者の医療への過剰依存を軽減する策をとることもなく、いきなり医療費抑制を全面に出した医療機能分化や在院日数の短縮化が押し進められたことは、市民にとっても医療者にとっても不幸だったと言わざるを得ない。医師不足や地域偏在化とあいまって、特に病院における医療者の業務負担増や、医療者と患者・家族とのコミュニケーション不足をもたらし、互いの信頼関係の低下や不信感が膨らみ、医療者を肉体的にも精神的にも追い詰め、特に“疲弊”という形で顕著に現れた。“医療崩壊”とされるこの逆境を、医療者確保対策で解決できるとは思えない。医療依存の軽減を図りながら、治療重視の“してあげる”医療から、生活重視の“求められる”医療へ、公衆衛生の観点を十分踏まえて、住民・患者の主体性を引き出しながら地域全体で取組まない限り解決は難しいと思われる。

5. 入院医療の目的のパラダイムシフト

住民・患者は我が国の高度医療体制に依存するあまり、日常生活において生や死について考えることに乏しく、患者も家族も自己決定できないまま、医療に頼るといった事態を招いた。また医療者自身も、入院目的を病気に打ち勝つこととしてきたが、入院前から治癒・寛解が期待できない疾患や合併症・障害の多い高齢者の急増が、その取組みを行き詰まらせている。敗北を前提とした治す医療から、たとえ疾病や障害を持ったままでも、生活に戻すことを目的とした医療が求められている。入院によって機能・体力や生きる意欲が低下し、患者の地域や家族とのつながりが切られてしまい、入院前後の生活が分断されることになるような事態を招かない配慮が大切だ。生活に戻せない医療は見直し、入院をできるだけ短期間に絞り込み、地域生活に速やかに戻すことを目的としたチーム医療が期待される。

在宅医療ケアの推進がなかなか進まない理由は、確かに地域の医療福祉資源不足も要因ではあるが、急性期病院が変わらなければ在宅医療は進まないと言っても過言ではない。「治す・延命するため」と「生活に戻すため」との両輪を、入院当初からミッションに据えて、急性期医療の機能の立て直しを図ることが急務である。医療の機能分化や在院日数の短縮化、在宅医療の推進を、医療費抑制策からでなく、生活重視の医療パラダイムシフトの観点からであれば、医療者や住民・患者に受け入れられるはずだ。

6. つなげる連携から切らない生活継続へ

これまで退院調整等に関わりながら、患者を施設や在宅に“つなげる”ことを考えてきたものの、困難事例に直面する度に、“つなぐ”ことへの疑問や壁にぶつかってきた。今後どのような生活を送りたいのかを考慮する間もなく、退院を目的とした調整に終始することになりがちだ。しかし「入院によって患者の人生や生活が途切れないようにする」ことが重要という、ある意味当たり前の考え方が、この悪循環を断つ大きな原動力となった。診断治療に重点を置いた先進医療活用的一方で、入院による生活の分断を避け生活の継続を目的とした、できるだけ入院前の生活に戻すことを重視した体制整備が必要である。

疾病の特殊性や医師の治療方針だけではなく、「つなぐ」連携よりも、入院前の生活を「分断させない」連携が何よりも重要だ。「分断させない」連携を実現するには、Phase 1 = 患者・家族の意向の掘り起こしと共有化、Phase 2 = 患者・家族の意向に沿った治療方針の明確化、Phase 3 = 患者・家族の意向を実現するための医療チームの構築、Phase 4 = 患者・家族を支える地域資源（かかりつけネットワーク）のマネジメント——という4つの段階でそれぞれの機能を発揮することが求められる。特に困難が予想されるPhase 1の業務に深く関わりつつ各フェーズを確認し、退院相談支援部門に限局しない、全体をマネジメントするセクションを新たに構築する必要性が浮上した。

7. 総合診療サポートセンター（TMSC）の設立

入院前から退院後を見据えた“ミッション：生活に戻すための医療”を実現するためには、疾患対策をターゲットに取組んできた従来の病棟マネジメントを抜本的に見直し、生活を取り戻すための速やかな退院に向けた病院全体のマネジメント体制が必要であった。特定の部門が退院支援のための相談や地域連携を担うのではなく、病院も地域生活の資源の一つあることを認識し、公衆衛生の観点を踏まえて、地域資源とつながりながら、総合的なマネジメント機能を発揮していかなければならない。

愛媛大学病院医療福祉支援センター10周年と新外来棟稼働を契機に新しいシステム構築を検討し、2013年春、生活を分断しない医療を実現するための「総合診療サポートセンター（TMSC）」を設立した。病棟は“シェルター”として位置づけ、生活継続が困難な患者に、速やかな退院に向けた診断・治療・看護を提供することが求められる。できるだけ入院前から関わって、患者・家族とのコミュニケーションを通じて、ナラティブな視点も含めたアセスメントを行うことが、患者の生き方に視点を置いた、生活に戻すためのベクトルを互いに共有し、その実現に向けたチーム医療の推進につながる。入院決定後に速やかに案内される、新外来棟の総合外来に設けられた9つの相談室と4つのブースがそれを象徴している。また副センター長には看護部長（副院長）が就き、看護部が総力を挙げて取組む体制である。入院前から「かかりつけ医」の確保や、院内外の多職種連携等を推進し、“医療を生活資源に”“その人らしい生き方を実現するために”をキーワードに、地域に“統合”されうるチーム医療の推進を目指している。

8. チーム医療のあり方

これまで医療チームのモデルとして、医療者の輪の中心に患者を据えて、各職種から患者に矢印を向けたサークル図がよく紹介されてきた。各々が役割分担して患者にしてあげる体制は、医師主導が特に強い日本の場合、結局は医師の指示のもと各職能機能を提供するといった、チーム医療とは言いがたいものであった。チーム医療のコアは「患者の真のニーズを実現するために協働する」という、医療者側・患者側両者が目指すべき目標（ミッション）を明確化し共有することだ。その実現に向けて、従来の保健・医療・福祉などといった縦割りではなく、地域のあらゆる資源を生活モデルの観点で、共通のミッションの実現に向けてマネジメントすることが大切である。患者を地域生活に戻すための医療であり、医療の都合から、患者を受け入れる新しい資源に活路を見いだすのではなく、むしろ既存の資源や活動を“ミッション”達成に向けたベクトルに乗せて活用できるかがポイントだと言える。互いのミッションを確認して、同じベ

クトルを意識して実践すれば、“顔の見える関係”は既にできているといっても良いだろう。ベクトルの上に、患者・家族が乗っていることを確認しながら、共有した目的達成に向けて、それぞれが取り組んでいることを結集すれば、チーム医療は自ずと実践されると確信している。

9. おわりに

我が国は、総合病院や専門医また入院に重点を置いた先進医療の発展を軸に、世界トップレベルの医療システムを構築してきた。今後も先進医療の進歩を期待することには変わりはないにしろ、もう一方で、超高齢化社会を踏まえて、日常生活の中で医療や介護が安心して受けられ、自分らしい生活をおくり社会に貢献できる、いわゆる“元気高齢者”を支援していく必要性が増しており、生活に軸をおいた医療ケア体制の整備が重要な課題となっている。公衆衛生の向上を基本に、“医療を生活資源に”をミッションにおいて、住民・患者の理解と協力を得て、行政や関係機関とともに、地域づくりとして主体的に推進していきけるよう、人材養成やネットワーク化など日本の医療体制再構築に取り組んで参りたい。

10. 参考文献

- ① 櫃本真聿 (2009) 医療モデルから生活モデルへ転換 OncologyEpoch07 Spring' 09
- ② 櫃本真聿 (2010) 医療崩壊—医療と公衆衛生, 26-36 住民力 80-82 健康なくに, 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター.
- ③ 櫃本真聿 (2010) 地域医療を立て直す知恵と技 —ヘルスプロモーション理念に基づいて— 地域医療を立て直す知恵と技 公衆衛生ブックレット, 29-21.
- ④ 櫃本真聿他 (2010) 急性期病院から在宅医療への推進; 癌と化学療法, 37, 177-179.
- ⑤ 櫃本真聿 (2011) 変わる医療福祉支援センター現場: 医療を生活資源に一病院が変わる, 公衆衛生が変える— 月刊地域医学, Vol. 25 No. 9/2011 別冊, 824-827.
- ⑥ 櫃本真聿, 長谷川敏彦 (2012) 特集 スペシャル対談 公衆衛生を離れて見えた「これからの公衆衛生」の方向 【前編】【後編】 公衆衛生情報, Vol. 41 No. 11, 2-15. No. 12, 2-16.
- ⑦ 櫃本真聿, (2012) 「つなぐ」から「切らない」へ—患者サポート体制と院内連携、医療連携から生活連携へ— 日創研会員制隔月刊誌 地域連携入退院支援, Vol. 5 No. 5, 86-93.
- ⑧ 高橋紘士, 武藤正樹, 櫃本真聿他 (2013) 地域連携論 —医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援—, オーム社.
- ⑨ 櫃本真聿 (2013) 特集 高齢者における健康増進 介護予防と健康づくり・地域づくり, Geriatric Medicine (老年医学) 9月号 Vol. 51 No. 9 2013, 993-936, 株式会社 ライフ・サイエンス.
- ⑩ 櫃本真聿 (2013) 生活を分断しない医療—医療に「依存」する時代から医療を生活支援として「活用」する時代へ, ライフ出版社.

住環境が居住者の血圧・活動量・諸症状に与える影響に関する介入調査の概要

伊香賀 俊治 (慶應義塾大学 理工学部)

【はじめに】

政府の「日本再興戦略(2013年6月14日閣議決定)」に盛り込まれた「国民の健康寿命の延伸」を受けて、国土交通省は関係省庁と連携のもとに、2014年度から「スマートウェルネス(健康・省エネ)住宅等推進事業」をスタートさせた。2014年度から3年間で、全国の住宅2,000軒の断熱改修工事前後の室内温湿度・エネルギー消費量変化と、居住者約6,000名の家庭血圧、身体活動量、症状・疾病状況の変化を調査・分析し、その分析結果を住宅政策の基礎資料として健康・省エネ住宅の整備を推進し、国民の健康確保と国と地域の発展につなげようとするものである。住宅の断熱性能と居住者の健康状態との関係の既往研究としては、ニュージーランドにおける断熱改修前後の住宅室内環境と居住者の健康状態(風邪、不眠、欠勤率などのアンケート調査)の変化に関する4,000人規模の介入調査が実施されている。国内では、岩前篤らが断熱性能の優れた戸建住宅転居経験者2万人を対象に、各種症状・疾病状況の転居前後の変化を問うアンケート調査を実施し、住宅の断熱・気密性能の向上による居住者の各種疾病有病割合変化を明らかにした。さらに森郁恵らは、窓の断熱改修前後の居住者の健康状態の変化に関する追跡調査を行なっている。著者らも国土交通省のスマートウェルネス住宅等推進事業に反映させる先行調査を多数実施してきたが、住宅改修工事に関する大規模な介入調査は同推進事業が始めてである。本稿では同推進事業と著者らによる予備調査の概要を紹介する。

【スマートウェルネス住宅推進事業の概要】

(1) 調査デザイン

本研究事業は、国土交通省のスマートウェルネス住宅等推進モデル事業で改修工事費補助を受ける世帯に調査を依頼し、改修前後の住環境・健康データを収集するものである。比較対象として、改修を実施しない世帯の縦断データの収集も一部認められているが、改修補助を実施する世帯を指定することはできない等、不可避の制約が存在する。制約①「SWH等推進モデル事業で補助を受ける世帯の改修前後の比較を実施すること」、制約②「改修の割付は不可能」、制約③「原則、3年間の比較的短期で評価可能であること」、制約④「サンプリングのポピュレーションは定義できない」などである。これらの制約条件を踏まえた研究フローを図1に示す。ここでは、主に「断熱水準による健康影響(血圧・活動量等)」について検証するためのデザインとなっており、短期的・長期的観点から2つの検証パターンを用意している。その概要を下記に示す。α検証(改修前後スタディ)は、1~2年以内に改修予定の約1,800軒(2014年度は約640軒)の改修前後データを収集し、住宅の省エネルギー対

策基準であるA基準(1992年住宅省エネルギー基準適合相当)に改修した世帯と、その上位基準である、S基準(1999年住宅省エネルギー基準適合相当)に改修した世帯の変化を調べるものである。

β検証(長期コホートスタディ)は、改修工事を終えた住宅と比較対象とのデータについて、今後10年以上の追跡調査を行うことで、断熱水準による健康影響の違いを検証する長期コホート調査である。β検証では改修工事を行わない住宅についても、2015年度に約200軒、2016年度に

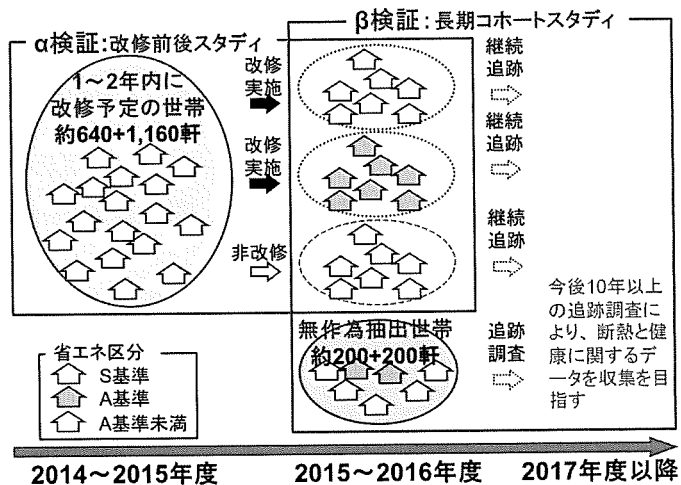


図1 本研究の調査デザインと実施フロー

約200軒程度の無作為抽出・調査することを予定している。

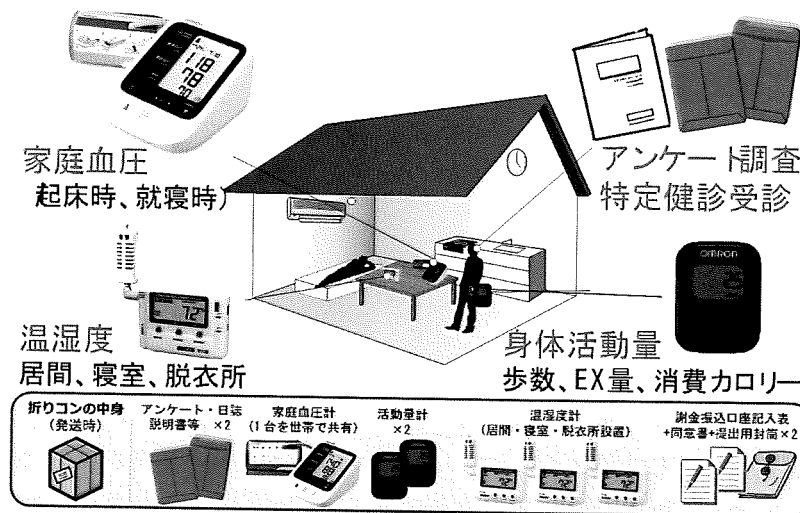


図2 調査項目

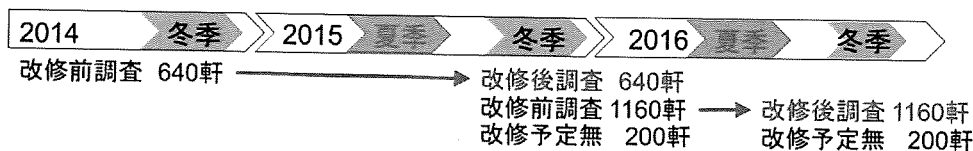


図3 冬季・夏季の改修前後調査軒数

(2) 調査項目

調査項目の概要を図2に示す。本事業においては、対象者の実居住住宅・地域を対象として、実測調査とアンケート・日誌調査の両側面から、室内の温熱環境やエネルギー消費量、居住者の健康状態についてのデータを収集する。これは改修前後など継続的に実施する。また、居住者へのアンケートだけでなく物件を担当する工務店等に依頼し、専門家の観点から自宅の設計仕様についても調査を行う。2015年度に収集するデータについては、図3に示すように、1)～3)の合計約2,000軒の冬季調査を行う。また、2015年度においては、夏季室内の暑熱環境による室内熱中症および循環器疾患予防対策の知見を得るため、上記の冬季調査を実施する住宅の中から任意の調査協力が得られる約400軒を対象として、夏季調査を実施する(工事費補助要件とはしない任意調査)。

- 1) 2014年度に改修前調査を実施し、省エネ改修を完了した住宅の改修後調査(約640軒)
- 2) 2015または16年度に省エネ改修工事を予定している住宅の改修前調査(約1,160軒)
- 3) 比較対象として改修工を行わない予定の住宅の調査(約200軒)

(3) 調査研究体制

本事業は下記1)～3)の三事業が連携し、調査研究については1)のスマートウェルネス住宅等推進調査委員会が担当している。

- 1) 調査事業：全国各地の医学・建築学の学識者で構成するスマートウェルネス住宅等推進調査委員会を設置し、断熱改修等前後の健康状況の比較測定により、省エネルギー化が居住者の健康状況にもたらす効果を調査検証(一般社団法人日本サステナブル建築協会が公募で採択され担当)。

スマートウェルネス住宅等推進調査委員会の体制

- 委員長 村上 周三 東京大学名誉教授、(一財)建築環境・省エネルギー機構理事長
 副委員長 吉村 健清 産業医科大学名誉教授、福岡女子大学教授

吉野 博 東北大学名誉教授、東北大学総長特命教授

荻尾 七臣 自治医科大学教授

幹 事 伊香賀俊治 慶應義塾大学教授

委 員 各都道府県の医学系、建築系の学識者約70名で構成

- 2) 普及啓発事業：住宅の省エネルギー化による居住者の健康状況に対する効果について普及啓発を実施（一般社団法人健康・省エネルギー住宅を推進する国民会議が公募で採択され担当）。
- 3) モデル事業：改修工事前後の居住者の健康状況の変化等に関する調査への協力を前提として改修工事費補助を全国都道府県単位の37協議会を含む47団体が実施。

【住宅内温湿度が居住者の起床時血圧に及ぼす影響に関する予備調査】

健康日本21（第2次）において、「日本国民の血圧の平均値4mmHg低下により、循環器疾患による年間死亡者が約14,000人（脳血管疾患9,300人+虚血性心疾患4,700人）減少する」とされ、高血圧抑制のために生活習慣改善などの個人レベルの対策が盛り込まれている。しかし住宅等の生活基盤整備など社会レベルの対策の影響が明らかでなく盛り込まれていない。このため筆者らは、2012年1月～2014年4月の冬季に、1都16県（高知、山口、山梨を主とし、東京、福島、新潟、群馬、神奈川、石川、三重、和歌山、島根、岡山、徳島、香川、佐賀、鹿児島はそれぞれ少数）の成人男女に、冬季2～4週間の自宅の居間、寝室、脱衣所の床上1.1mの温湿度の10分間隔計測、起床時・就寝時の家庭血圧測定、測定日誌記入、自記式質問紙調査を依頼し、331名から有効データを得た。このうち居住年数10年以上で家庭血圧測定日数が5日間以上の169名（平均年齢60歳・標準偏差14歳）を対象として、起床時の収縮期血圧（SBP）と拡張期血圧（DBP）を目的変数とし、多変量解析統計ソフトSPSS Statistics 22.0を用いてマルチレベル分析を行った。説明変数は血圧測定時の室温実測値のほかに、測定日誌から得られた睡眠時間、質問紙調査から得られた個人因子とした。なお、データは日レベルのデータが個人レベルのデータにネストする階層構造としており、測定値と測定日誌のデータは日レベルの変数、質問紙調査のデータは個人レベルの変数とした。目的変数である収縮期/拡張期血圧、説明変数である室温、睡眠時間、個人因子の記述統計量を表1に示す。血圧とBMIのデータ入力範囲は、厚生労働省の「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」に従い、範囲外の数値は外れ値とした。

表1 起床時における各変数の記述統計量

| レベル | 分類 | 変数 | 単位 | 起床時 | | | | | 備考 |
|-----|------|----------|-------------------|------|------|-------|-------|------------------|-------------------------------------|
| | | | | 平均値 | 標準偏差 | 最小値 | 最大値 | 標本数 | |
| 日 | 血圧 | 収縮期血圧 | mmHg | 133 | 19 | 83 | 213 | 3,331 | 実測値 |
| | | 拡張期血圧 | mmHg | 80 | 12 | 48 | 142 | 3,331 | 実測値 |
| | 温度 | 居間室温 | ℃ | 13.2 | 4.8 | -0.6 | 26.7 | 3,331 | 血圧測定時の室温を抽出 |
| | | 寝室室温 | ℃ | 9.6 | 5.6 | -1.3 | 31.1 | 3,302 | 血圧測定時の室温を抽出 |
| | | トイレ室温 | ℃ | 8.0 | 3.5 | -5.5 | 20.4 | 3,302 | 血圧測定時の室温を抽出 |
| | | 外気温 | ℃ | 2.8 | 3.9 | -6.3 | 19.4 | 3,302 | 血圧測定時の外気温を抽出 |
| | | 居間寝室温度差 | ℃ | 3.6 | 5.6 | -12.9 | 26.7 | 3,302 | (血圧測定時の) 居間室温-寝室室温 |
| | | 居間トイレ温度差 | ℃ | 5.3 | 4.8 | -4.3 | 22.2 | 3,302 | (血圧測定時の) 居間室温-トイレ室温 |
| 睡眠 | 睡眠時間 | 時間 | 7.6 | 1.6 | 1.5 | 14.5 | 2,469 | 日誌の起床時刻と就寝時刻より算出 | |
| 個人 | 個人属性 | 年齢 | 歳 | 60 | 14 | 22 | 90 | 3,324 | アンケート結果 |
| | | 性別 | - | 0.46 | 0.50 | 0 | 1 | 3,324 | ダミー変数 0) 女性, 1) 男性 |
| | | BMI | kg/m ² | 23.1 | 3.0 | 15.3 | 33.6 | 3,245 | アンケート結果より算出 (= 体重/身長 ²) |
| | | 降圧剤服用 | - | 0.23 | 0.42 | 0 | 1 | 3,193 | ダミー変数 0) なし・やめた, 1) あり |
| | | 既往歴有無 | - | 0.26 | 0.44 | 0 | 1 | 3,207 | ダミー変数 0) なし, 1) あり |
| | 生活習慣 | 喫煙 | - | 0.37 | 0.48 | 0 | 1 | 3,091 | ダミー変数 0) なし, 1) やめた・あり |
| | | 飲酒頻度 | - | 1.9 | 0.9 | 1 | 3 | 3,149 | ダミー変数 1) なし, 2) 週1,2日, 3) 週3日以上 |
| | | 味嗜好 | - | 2.1 | 0.6 | 1 | 3 | 3,112 | ダミー変数 1) 薄い, 2) 普通, 3) 濃い・制限している |
| | | 脂物嗜好 | - | 2.2 | 0.6 | 1 | 3 | 2,497 | ダミー変数 1) 嫌い, 2) 普通, 3) 好き・制限している |

起床時収縮期血圧 (SBP) のマルチレベル分析結果を表2に示す。変量効果に着目すると、切片、居間室温の分散がそれぞれ1%水準、5%水準で有意であることから、起床時のSBPの平均値、SBPに対する居間室温の影響度は個人によって異なると解釈できる。次に固定効果のうち、5%水準で有意になった変数に着目すると、年齢を1歳重ねるごとにSBPが0.42 mmHg増加し、BMIが1 kg/m²増加するごとにSBPが1.2 mmHg増加する結果となった。また、ダミー変数で1を割り当てた男性の方が、SBPが6.9 mmHg高かった。居間の室温に関して、日レベルにおいて1%水準、個人レベルにおいて5%水準で有意となり、両レベルとも血圧への影響が確認された。室温が1°C低い環境下でSBPが0.57 mmHg高く、このうち級内効果は0.38 mmHgであり、文脈効果は0.19 mmHgであった。すなわち、ある対象者のSBPは1°C低い環境下で0.38 mmHg高くなり、平均室温が1°C低い住宅に住んでいる対象者はSBPの平均値が0.57 mmHg高い。さらに、年齢と居間室温のクロス水準交互作用も1%水準で有意であることから、高齢になるほど室温がSBPに及ぼす影響が大きくなるという結果が得られた。起床時の拡張期血圧 (DBP) についても表2に示す通り同様の結果が得られた。

住宅の断熱水準別に「 Kaplan-Meier法」による生存関数の推定を行った結果を図4に示す。断熱基準が高い (1992年および1999年基準適合) 住宅に10年以上住む居住者と比較して、断熱性能が低い (無断熱および1980年基準適合) 住宅に住む居住者は、高血圧者の割合の加齢に伴う増加が急であり、高齢になった際に高血圧者の割合が高くなることを示唆している。高血圧は生活習慣の積み重ねと共に「室内の寒さ」の蓄積が血圧に影響を及ぼしている可能性が考えられる。すなわち、室内の寒さは血圧に対して、「ある寒い一日に血圧が高くなる」といった急性的な影響のみならず、「寒い住宅に住み続けることで血圧が高くなる」といった慢性的な影響も有する可能性が示唆されたが、今後の追跡調査に基づく分析が必要である。

表2 起床時の収縮期/拡張期血圧のマルチレベルモデル (サンプル数: 3,331)

* p<0.05, ** p<0.01

| | レベル | 説明変数 | 収縮期血圧 SBP | | | 拡張期血圧 DBP | | | |
|------|-------|--------------|----------------------|----------------------|--------|-----------|----------------------|--------|------|
| | | | 推定値 | 標準誤差 | 有意水準 | 推定値 | 標準誤差 | 有意水準 | |
| 固定効果 | 個人レベル | 切片 | — | — | — | — | — | — | |
| | | 年齢 | [歳] | 0.42 | 0.09 | ** | -0.044 | 0.059 | n.s. |
| | | 年齢 (二乗) | [歳] ² | -0.0057 | 0.0046 | n.s. | -0.013 | 0.003 | ** |
| | | 性別 | 0) 女性, 1) 男性 | 6.9 | 2.0 | ** | 4.3 | 1.4 | ** |
| | | BMI | [kg/m ²] | 1.2 | 0.4 | ** | 0.36 | 0.24 | n.s. |
| | | 降圧剤服用 | 0) なし・やめた, 1) あり | -3.8 | 2.6 | n.s. | -4.1 | 1.7 | * |
| | | 居間室温 | [°C] | -0.57 | 0.28 | * | -0.43 | 0.19 | * |
| | 日レベル | 居間室温 | [°C] | -0.38 | 0.07 | ** | -0.20 | 0.05 | ** |
| | | 年齢×居間室温 | [歳]×[°C] | -0.017 | 0.005 | ** | -0.0074 | 0.0032 | * |
| 変量効果 | — | 残差の分散 | — | 95 | 2 | ** | 36 | 1 | ** |
| | | 切片の分散 | — | 161 | 19 | ** | 76 | 9 | ** |
| | | 切片と居間室温の共分散 | — | -1.2 | 0.9 | n.s. | -1.2 | 0.4 | ** |
| | | 居間室温の分散 | — | 0.12 | 0.06 | * | 0.083 | 0.030 | ** |
| | | 赤池情報量基準(AIC) | — | 2.40×10 ⁴ | | | 2.10×10 ⁴ | | |

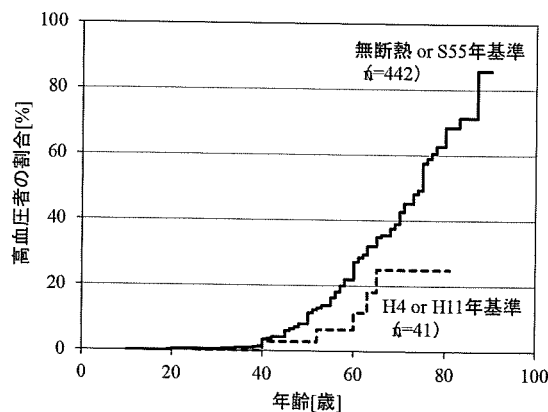


図4 住宅の断熱水準の違いによる年齢別の高血圧者割合

【おわりに】

スマートウェルネス住宅推進事業に資する予備調査として、筆者らは前記の住宅内室温と血圧との関係のほかに、身体活動量、睡眠効率、体温との関係についても調査・分析を行っている。また、住宅新築前後の血圧、睡眠効率、体温、各種症状の変化についても調査・分析を行っているが、誌面の制約上、割愛させていただく。

参考文献

- 1) 藤野善久, 近藤尚己, 竹内文乃: 保健医療従事者のためのマルチレベル分析活用ナビ, 株式会社 診断と治療社, pp. 11-12, 2013. 9
- 2) 海塩渉, 伊香賀俊治, 大塚邦明, 安藤真太郎: 個人因子別の家庭血圧上昇量に関する分析—冬季の室内温熱環境が血圧に及ぼす影響の実態調査—, 日本建築学会環境系論文集, Vol. 79, No. 701, pp. 571-577, 2014. 7
- 3) 海塩渉, 伊香賀俊治, 大塚邦明, 安藤真太郎: マルチレベルモデルに基づく室温による家庭血圧への影響—冬季の室内温熱環境が血圧に及ぼす影響の実態調査(その2)—, 日本建築学会環境系論文集, Vol. 80, No. 715, 2015. 9 (掲載決定)

被爆者の心の傷を追って

中澤 正夫 (代々木病院 精神科)

はじめに

間もなく被曝70周年を迎えます。被爆者の平均年齢は80歳になります。被爆者団体の中心は若い被爆者や二世に移りつつあり、原爆投下時の惨状を語れる人も少なくなりました。「二度とヒバクシャを作らせない、そのため核廃絶と日米両国家の謝罪を求める」被爆者の「戦い」と彼らの受けた「被害記憶」を遺産として継承することが急務になっています。この5年間NPTは成果を上げ得ず、核保有国は増えてしまいました。この現状は4月、この再検討会議に向けて渡米した被爆者50名だけでなく多くの被爆者の「こころの傷」を悪化させています。皆さんには「被爆による心の傷」だけに興味を持たず、被爆者が直面していることは皆さんの問題でもあると思ってください。「こころの問題」とは、被爆したこと、ヒバクシャとして生きたこと、の「意味」「現存在」の自己評価なのです。人類史上、初めて核攻撃を受け、生き残ったこと、生き残るために遭遇したこと、やったこと、生き残ってから待っていたこと(プレスコードや国家救済の遅れ、急性症状死、ケロイド、白血病や癌の発生、貧困、偏見など・・・)に耐え潜り抜けてきた辛さのトータルが被爆者の言う「心の傷」なのです。ヒバクシャの言葉を借りれば「人間らしく死ぬことも、生きることも否定された」です。原爆被害は「からだ・こころ・せいかつ」の凡てにわたるものです。ところがこの優れた見解は、その後の調査・研究・報告の中では問題を矮小化する方向で使われました。被害を「からだ」「こころ」「せいかつ」と分けてアプローチしたからです。かけがえのない一人の人間存在に係ってくる凡てを止揚するという大事な視点を欠き、いたずらに分析的になりました。本日の私の報告もこの三分された、「こころ」の被害についてです。終わりに福島の前帯地の現状に触れます。そこにみるものは「徹底的な分断・分離」感ですが、いまでも広島長崎の被爆者が抱えている「こころの傷」と共通しています。

1. 心の傷は辛い、死ぬまで治らないだろうと被爆者はいう。我々も被爆者が深い心の傷を負っていることを信じて疑わないので‘もっともである’と了解してしまう。それでは具体的に「心の傷」とは何か？と問われると双方ともハタと詰まってしまう。被爆者の語りや手記にも具体的にこれだ！と出てこない。ケロイドや癌並みとは言わないが、もう少し具体的に示せないものか、言葉で「共有できる概念」「構造」を示せないものか・・・これがいまでも続く私の問題意識であり、そのごく一部の試作成果が本日の私の報告です。

2. 被爆者の精神医学的な研究は恐ろしく貧弱です。どの被害報告でもせいぜい一章どまり、研究報告も被爆後15年ほどで終わっています。人類史上初の体験の中から「新しい精神障害」が生まれたのではないかと意識がいつているのがうかがえます。

当時「ぶらぶら病」が注目され、広島の小沼教授らを中心とする一連の研究がありますが「心の病」とすることに否定的でした(骨髄破壊による間接的間脳症としている)。それにも係わらず「ブラブラ病」は被爆特有の精神病として海外にまで広まってしまいました。1971年のリフトンは著書「死の中の生」の中で、被爆者の置かれた現存在を「死の呪縛」「罪の同心円」「精神的麻痺」と説明、アウシュヴィッツの生存者との比較をしています。「生きていることの罪」意識は、「鍵概念」です。ブラブラ病は1997年、私たちが追跡調査で否定するまで続きます。同じころチェルノブイリでリクビタールに同様な症状が多発したこともあり、低線量被爆・内部被爆であることがほぼ確実になりました。

しかし、これまでの精神医学的研究が明らかにしたこと、「被爆者は体験の棚上げ」由来の神経症や心気症のハイリスク・グループであることは確かです。

3. 「心の傷」を論じる場合、被爆者なら誰でも持っているものでなくてはなりません。そこで私は、これ

までのアプローチを変えて、被爆者がみた、聞いた、ことではなく・・・その場に居ながら、見なかったもの、体験しながら忘れていたもの、見ながら蓋をして語ろうとしないものはなにかと考えました。程度の差はあれ誰でも記憶の欠損・時系列の乱れ、が多く、その部分は飛ばし・加工して語られているからです。これはウソを語っているということではなく、あの状況で全部を憶えているほうが不自然なのです。しかし、不思議なことに被爆直後のことは誰でも鮮明に覚えています。それ以後、何が記憶を飛ばしたか・・・「忘却」は人間に備わる自我防衛機構と思いますが、飛ばした記憶が記憶中枢に残っている可能性があります。また必死に蓋をして、締め出しに成功している人も居ます。被爆体験をどう「記憶として処理したか」に見られる現象は「心の傷」の実体に迫る入り口といえます。

4. 次は見捨て体験です。逃げる途中にとった見捨て体験（目の前で焼かれる人を助けず逃げたから、水をあげられなかったにいたるまで）についてのきびしい自己査定は自分が助かって「われ・人間」を取り戻したときに発生してきます。助からないと判っても人としてとるべき「末期の水」さえ与えられなかったという責めです。同じことは死体の処理・それが肉親であろうが、他人であろうが・・・でも生じます。穴に投げ込む、あり合わせももので茶毘に付す・・・通常ではありえないことです。しかもそれを無感情で淡々とやっていた自分に嫌悪するわけです。これらは被爆後しばらくたって生じてくるものです。そしてこのことがR・リフトンの「生きていくことの罪」などの分析の材料となったものです。

5. では、いまも続く・・・今も出血している心の傷とは何か ちょっとした刺激で「あの日」にもっていかれる」ことである ちょっとした刺激とはなにか？音、光、匂い、触感すべてに及びます。

6. そのメカニズムはPTSD と同じです。PTSD；1980 DSM IIIから使われているが「正常反応」 IES-Rは1週間の調査である

7. 今、どのくらいいるか・・・18.3%（中根 1999）中澤（30.3% 2006）、中根・太田（爆心に近い人40%以上、遠い人30% 2004）。もっと多い？でしょう

8. 被爆者に見られるPTSDの特徴 なかなか消えない、60年たっても。スチグマや癌などの後障害を組み合わさってらせん状に強くなっていく傾向さえうかがえる。カテゴリーAは歴史所最強・最悪かつ複合的なものだった。これまでに経験したことがない（爆心地・急性症状・放射能・黒い雨など）ということが重要な意味を持つ（記憶や対処行動に）。生活苦やスチグマにさらされ続けてきた、放射能後障害が追いかけてくるので逃げられない・いつまでも忘れられない。しかし、フラッシュバックするものが変化する傾向がある。はじめは「あの日の惨状」次第に「個人的な見捨て体験へ」となる。なぜか？（イメージ図参照）、いずれにせよフラッシュバックするものは変化してゆく。心の傷を「イメージ図」にしてみると重層的であることがわかります。誰でも、そうだろうと判る壁のほかに半意識下、意識下から噴出してくるマグマに悩まされているということがよくわかります。

9. 心の傷に関連して気になることはサイレントマジョリティです。4－50%の人が被爆者であることさえ黙っています。その理由は図のようですが孤立している、安心してしゃべる場と相手がないことが一番考えられます。殊に全国に散らばっている兵士達。

10. 最近、沖縄地上戦に巻き込まれ、戦った人たちの訴える愁訴を研究していた蟻塚らは「その底にPTSDが横たわっていること」を明らかにしている。集団自決（実態は軍の命令による強制自殺、子殺し、日本軍による殺人も少なくない）。同じことが起こったかつての南方諸国（サイパンやテニアンなど）にも言える

であろう(石川文洋)。満蒙開拓団の逃避行を生き抜いた人たちにも、国内では東京大空襲を生き抜いた人にも・・・。

11. 福島でいま起きていること

浴びた線量は広島と比べ物にならないほど低い、放射能の危険性に対する知識は比べ物にならないほど高い。津波は過去を奪ったが放射能は未来を奪った。いまだ帰村できないでいる。帰村できても第一次産業はやれないことも知っている。そこに生ずるのは、分断分離である。あらゆる形の分断・分離が起こり、村を、近隣を、家族を、兄妹を、親子を、夫婦を分断している。甲状腺被害よりも確実なのは子供の発達の跛行(飛び発達や肥満)、先の見えない辛さからくる、アルコールやギャンブル依存の増加である。

4年目に入ってそれが様変わりした。淡々と飲み食わず痩せてゆくのである。福島では間接死が直接死を超えた。

恐れているのは‘忘れ去られること’と第一原発(廃炉どころか、ガーゼ一枚で大出血が止まっていることよく知っている)の爆発である。線量モニターは風通しのいいところに立っている。カウントしているのはγ線だけ、食べ物の検査もホールボディもγ線だけ見ている。遺伝子を傷つけるのはαβ線である、これから起こる内部被曝は棚上げされて「リスクミ」(「正しく知って正しく怖がろう」運動)が保健師やPSWによって押し進められている。首都圏の電力は福島や新潟に依存している。被爆地の人たちが首都圏に抱く感情は沖縄県民がヤマトンチューに抱くものに酷似している。「旅人」である私は「コオモリ」に似ている、それでも目の前に原発がある地に住んでいて平気でいられる人は、おかしい!と思う。南に行くほど平然としている。USAには、沢山の原発がある。日本列島はカルホルニアにすっぽり収まる。そこに54基の原発があったら、アメリカ人は傍観するだろうか。浪江では被爆者手帳をつくった。*具体的症例提示

12. 被爆者問題で、いまも残っているのは、子供への伝達です。事実の伝達はしているのですが、感情を伴った伝達が出来ていないと考えている。実際はお互いに、いすくんでいる。そして被爆者は「この歳まで生き残らされた意味」を自問している。そして、各自、「ここまで生き遺された意味」を自問している。答えは?・・・最後の「心の傷?」と言えよう。

昨今は、ちょっとしたことが起こると「スクールカウンセラーの派遣!」と叫ばれる時代なのに被爆者のところに駆けつける「こころのケア」のプロはいません。皆さんは被爆者に何をしてもらえるのでしょうか。あなたの身の回りにたくさんいますし、まだ遅くはありません。被爆者の本心を受け止め「記憶・体験」の継承者になることを真剣に考えて欲しい。辛さを受け止め継承する人になってください。被爆者の癒し、とは「国の謝罪」と「核廃絶」です。戦後70年曲りなりに平和であったのは、9条と被爆者の叫びです。被爆者なしで核廃絶の運動を進める時代が間もなく来るのです。

危機にある子どもと家族を支援する —子どもの健康を阻む社会的要因と家族—

座長

山本 裕子 (福岡市子ども家庭支援センター「SOS子どもの村」)、
舟越 光彦 (九州社会医学研究所)

【シンポジウムの目的】

2014年10月、ユニセフは『イノチェンティレポートカード12 不況の中の子どもたち：先進諸国における経済危機が子どもの幸福度に及ぼす影響』を刊行しました。それには、2008年から2012年にかけて、我が国の子どもの貧困の割合は減じているものの(21.7→19.0)、貧困の深刻度が悪化して、「痛々しほどに、明らかな家庭状況の悪化に苦しんでいる」と子どもたちの様子が報告されていました。

わが国では2013年1月、「子どもの貧困対策の推進に関する法律」の施行に基づき、翌2014年8月、「子供の貧困対策に関する大綱」が閣議決定されました。子どもの将来が生まれ育った環境によって左右されることがないように、貧困が世代を超えて連鎖することがないように、貧困対策を総合的に推進するとしています。貧困が子どもたちの健康を阻害し、生命や生活、成長と発達にさまざまな影響を及ぼすことは周知の事実です。

また、家族の危機に伴って実親の養育を奪われ、代替養育である社会的養護の中で暮らす子どもたちも増えています。2014年5月、ヒューマン・ライツ・ウォッチ(国際NGO)は2年余に及ぶ調査を経て、「夢がもてない 日本における社会的養護下の子どもたち」と題する報告書を提出するとともに、国会と日本政府に社会的養護の改善に関する提言を行いました。親と暮らせない子ども達がおかれた社会的養護の実態は、他の先進諸国に類を見ない、我が国の児童福祉施策の貧困をも浮き彫りにしているのです。

2009年11月、国連は「子どもの代替養育に関するガイドライン」(2009)を採択しました。それは、貧困を理由とする親子の分離を禁じており、貧困によってもたらされる危機とは「家族に適切な支援が必要だとするサインに他ならない」と述べて、「危機にある家族への支援—家族を強化するためのサービスの必要性」に言及しています。

私が勤務する福岡市子ども家庭支援センターは、2013年5月に開設された福岡市唯一の児童家庭支援センター(児童福祉法第二種社会福祉事業)です。来談家族は漸増し、暴力、DV、虐待、いじめ、不登校、引きこもり、病気や障害、アディクション、非行、犯罪など、寄せられた問題と苦悩を通して、現代社会が如何に子どもと家族の健康を阻んでいるかを痛感します。この状況を「危機にある子どもと家族」と捉えて、支援を模索してきました。

本シンポジウムは、現代の子どもの苦境を家族を含めた「危機」と捉え、子どもと家族支援の現場から、頭書のテーマを深めるのが狙いです。4人のシンポジストとともに、「子どもの最善の利益」に即した子どもと家族への支援について考えていきます。

こどもの虐待の予防 「特定妊婦」なかでも若年の母へのサポートについて

正木 公子(千鳥橋病院小児科)

当院は福岡市にある336床の総合病院であり、2004年から助産制度を利用した出産の受け入れを行ってきた。(第2種社会福祉事業による入院助産制度：母子保健上必要があるにもかかわらず経済的理由により病院での出産が困難な女性に国と自治体が費用を助成する制度、福岡市では4病院が受け入れ)

2009年から2014年までの6年間の当院の総分娩件数の中で、若年出産(19歳以下)は5.3%。助産制度を利用した出産は総分娩数の22.6%、このうち若年出産は、総分娩数の2.6%(総助産件数の11.7%)であり、若年出産の半数が助産制度を利用していた。10代の出産は日本の全出生の1.26%(2010年)であり、これと比較するといずれも高率である。

若年出産の場合、経済的困難以外にも、父も若年であり就労が不安定、不十分な学歴や低学力、母の知的障害や発達障害、未入籍、父が行方不明、DV、母の喫煙や飲酒、実家との関係不良や父母の育った家庭の機能不全など複数の問題を抱えた事例が多く、今後の子育てに様々な問題をかかえることが予測される。困難さを自覚しておらず支援を求めない事例や、行政や医療機関への不信感が強く、保健福祉センターや児童相談所の支援を拒絶するという事例があった。また理解力や社会経験不足から様々な手続きがうまくいかず、怒りや不信感をつのらせたり威圧的な言動をするなどして、ますます社会的孤立を深める事例もみられた。

子ども虐待による死亡事例の検証結果(第1次～10次報告～第10次報告は2012年4月から1年間)によれば、虐待死事例の46.3%が0歳児であり、0日・0ヶ月(1歳未満)の心中以外の虐待死111人、うち日齢0日94人、月齢0ヶ月17人である。背景として望まない妊娠が約7割であり、日齢0日事例の実母の年齢は19歳以下が27.2%ともっとも多く、若年出産経験も37.2%にみられた。日齢0日事例では全例自宅などの医療機関外での出産であり、89%が遺棄されていた。第10次報告の1ヶ月未満の死亡事例では、未婚のひとり親が77.8%(その他別居中のひとり親、内縁関係、不明など。実父がいないまたは所在不明が9割以上)、家庭状況として経済的困窮、不安定な就労や無職などが背景にあり、9割が妊婦健診未受診、母子健康手帳の未発行だった。

望まない妊娠を防ぐための性教育はもちろん必要だが、子どもの虐待を予防し子どもの健全な成長を保障するためには、とくに望まない妊娠をした母と若年出産の母へのサポートが求められる。厚生労働省も、「特定妊婦に対する支援の充実」と、「地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化」を提起している。(特定妊婦：出産後の子どもの養育について出産前に支援を行うことが特に認められる妊婦。具体的には、若年、経済的問題、妊娠葛藤、母子手帳未発行、妊娠後期の妊娠届、妊婦健診未受診、多胎、妊婦の心身の不調など)

筆者は20年近く、NPO法人ふくおか・こどもの虐待防止センター(F・CAP-C)で活動し、福岡県児童相談所に協力して虐待事例への介入に主にかかわってきたが、予防のための活動が必要であることを痛感し、昨年よりF・CAP-Cのメンバーとともに、産後ケアハウス設立の準備を始めた。「特定妊婦」を専ら受け入れる施設として運営し、産後ケアだけでなく、虐待防止の視点を取り入れたプレ・パパママ教室や、新生児里親をサポートする活動を計画中である。NPOには志があり、マンパワーもそれなりにあり、小回りがきくが、経済的基盤が不安定であり、情報(どこにどのように困っている家族がいるか)を入手しにくいという弱点がある。今後行政と連携して、ささやかながら地域で虐待防止のための活動を続けていきたいと思っている。

DV家庭で育つ子どもと母親への支援

石橋 典子 (Support of the Child)

【動機】 私は福岡市家庭相談員としてDVで苦しんでいる女性の支援に携わって参りました。子どものいる家庭において、母親が別居もしくは離婚を決意し新たな生活を始める準備を進める時、その過程を子どもは知らされないで内密に行われることが多い。子どもにとって、ある日突然今まで過ごした家やお気に入りのおもちゃ、一緒に遊んでいた友達や学校の先生などに別れを告げることなく未知の環境に入らざるを得ない事態が起こることになります。子どもは母親を頼りなく思っているも父親と暮らすことは考えられず母の決定に従わざるを得ないで、不安な気持ちで相談室に連れて来られることになります。相談員は被害者たる母親のほうにだけ目を向け子どもの気持ちを聞くことはありませんでした。

母親にとっては新しい住まいも決まり仕事も含めて新しい環境が確立しだす時期に子どもの行動変化が報告されます。子どもにとって自分自身の安心感が母親への暴力という形で現れたり、無視をしたり、不登校をしたり、兄弟喧嘩がはげしくなったりと様々な反応が見られるようになります。

私たちは、DV被害者支援を考えるとDV家庭で育たざるを得なかった子どもも「忘れられた被害者」という視点で子どものためのケアプログラムが必要と考えました。

【方法】 DV家庭に育つ子どもの多くは、本来子どもとしての感情や感性をはぐくむ時期に緊張、家族の顔色伺いなどしながら生きていかざるを得なくなります。当然のことながら自尊感情や自己肯定感を養う機会に恵まれません。この自尊感情や自己肯定感を回復し、子ども自身がエンパワーしていく方向性を目的に、米国ダギーセンターで実践されている喪失体験を持った子どもへのケアプログラムを指標にし、10年前Support of the Child(以下S.O.C. という)は独自のケアプログラムを考案いたしました。

ケアプログラムの基本は「遊び」をとおして子ども自身の心を開放していくものです。子どもに必要な「遊び」から支配によらない対人関係を学びなおし、安心感を再構築して自己尊重と自己肯定感を取り戻していきます。S.O.C. は、子どもが自ら回復していく力を持つことを信じ、エンパワーしていく環境を創り、徹底的に寄り添う立場をとる方法を採用しました。

【結果と考察】 母子として生活を始めた当初は、自らのことを話したがない態度を怪訝に思われたり、暗い子どもとして仲間に入れてもらえないで孤立していた子どももしだいに学校の友だちとも打ち溶け合えるようになり、学校の部活に入部したり、地域のクラブチームに入ったりしてS.O.C. のプログラムから卒業します。

DV家庭で育たざるを得なかった子どもは、子ども自身がDV被害の当事者としてケアされることで、元来持っている力をエンパワーし、自尊感情や自己肯定感を回復することにより今まで失ってきた自分自身の人生を設計することが可能になるものと思います。

福岡市の『社会的養護あり方検討会』が捉えた子どもと家族の危機

松崎 佳子(九州大学 人間環境学 研究院)

【目的】 親の病気や虐待などにより、親と暮らせない子どもたち、いわゆる社会的養護を要する子どもたちは、全国で約46,000人である。この背景には児童虐待をはじめとするさまざまな家族を取り巻く課題がある。社会的養護を要する子どもやその家族、それを取りまく地域状況の観点から現在の子どもと家族の危機について考える。

【方法】 福岡市において、第4次福岡市子ども総合計画(平成27年度から31年度)の策定にあたり「福岡市における社会的養護のあり方について」の検討会が実施され、それに参画する機会を得た。そのなかで明らかになった子ども家庭福祉の現状、課題や提言を基に子どもと家族の危機について検討する。

【結果】

- ① 児童虐待相談は平成22年度から平成24年度は500から600件と高い水準にあり、社会的養護を要する被虐待児が増加している。
- ② こども総合相談センター(児童相談所)の一時保護所の一泊あたりの平均保護人数は、42人となり、定員超過日数は年間日数の40%以上となっている。また、区保健福祉センターが受け付け、児童養護施設や乳児院で受け入れを行っているショートステイの利用延べ日数が、平成20年度は398日であったが、平成23年度には1,031日、平成24年度には1,383日と急増している。特に育児疲れによる利用が3.8%から54.9%となっており、支援を要する家庭が増加している。
- ③ 社会的養護の受け入れ先である児童養護施設や乳児院などの在籍児童数は平成12年度356人であったが、平成24年度には493人となっている。虐待等を受けた子どものケアにはきめ細やかな個別対応や愛着形成が必要だが、小規模な児童養護施設が市内にない。また、愛着障害や発達障害など専門的ケアを有する子どもについては、情緒障害児短期治療施設がないため、市外の当該施設を活用している状況である。
- ④ 里親制度においては、平成17年度から「市民参加型里親普及事業(ファミリーシップ)」を開始し先進的に取り組んでおり、里親委託率は当初の6.9%から平成25年度は31.9%と、全国一の伸び率となっている。しかし、養育里親の登録数の伸びは鈍化している。また、区や地域における里親の認知度は高いとは言えない。
- ⑤ 母と子で入所する母子生活施設への入所は、平成24年度で97世帯、子どもの数は161人である。母子は、DV被害から逃れているものも多く、心理的ケアや親子関係再構築、退所後のアフターケアなどの支援が必要である。

【考察】

社会的養護を要する、またはその危機にある子どもや家族への支援体制は十分とは言えず、里親の推進や施設の小規模化、専門的ケア体制の構築は急務である。また、危機にある子どもや家族への相談体制や支援施策の強化と有機的なシステムが必要である。

子どもの権利としての「遊び」・心のケアとしての「遊び」

橋本 愛美 (SOS子どもの村 JAPAN)

【目的】「遊び」は子どもにとって無条件に楽しい活動であると同時に、知識・技能をはじめ自主性や思いやりなど、多くのことを自発的に学び取る学習の場であることは、教育学、発達心理学、文化人類学など様々な分野で言われている。また、国連子どもの権利条約第31条にも遊びは子どもの権利であることが謳われている。しかし、社会的養護の下で育つ子どもや、危機的状況にある家庭の子どもの多くは、虐待や不適切な養育などによる厳しい環境を生き抜くことにエネルギーを費やし、自らの感情や希望、意思を表現することを阻害され、のびのびと遊ぶ機会を奪われている。そのような子どもたちにこそ、子どもの権利として「遊び」を保障し、心のケアとしての「遊び」が必要であることを示していきたい。

【方法】SOS子どもの村では、里子のための遊びを通じたケアとして「子どもプログラム」を行っている。専門的なセミナーを受けたボランティアサポーターが支えるこのプログラムがめざすのは、「参加する子どもたちの心と体が守られながら開かれ、一人ひとりが『大切にされている』と感ずることができること」、「子どもの『～したい』という気持ち(主体性)が徹底的に尊重されること」、「そのなかで、楽しいという感覚、達成感や他者とつながることの心地よさを感じられること」である。年3～4回実施している。

【結果】プログラムを3年継続してきた中で見えてきた参加者の変化を以下に記す。

- ・ 里子同士の関係が深まるとともに、サポーターと子どもとの関係が遊びの中で自然な形で形成され、次に会えることを誰もが楽しみにするようになった。里親からは、里子が他の里子やサポーターの名前をよく出して話すようになったと聞く。
- ・ プログラム開始当初は、愛着対象を求めるかのように、サポーターに密着した関わりを求めていた子どもが、次第に子ども同士で遊ぶようになり、一定の枠組みの中で、自由な発想で遊びを創造することができるようになってきた。
- ・ サポーターの「支援が必要な子ども」という里子への認識が、「力強いエネルギーと可能性を持っている子ども」へと変わってきた。

【考察】プログラム中で見られる子どもの変化は、日常の中で子どもの成長を支え続ける里親養育の賜物であることは間違いない。しかし、里親家庭という安全基地を離れ、遊びの中でワクワク・ドキドキ、時には悲しんだり腹を立てたりしながら、心から遊びを楽しみ、他者とそれらを共有する体験は、子どもの権利保障の実践であり、子どもたちの生涯を支える心の土台をつくるという心のケアの機会でもある。社会的養護の下で育つ子どもだけではなく、危機的状況下にある家庭の子どもも、すべての子どもの「遊び」をいかに保障していくのか、大きな課題である。

『労災・職業病と公害-三池・水俣にまなぶ-』

田中 智子 (佛教大学)

ミニシンポジウムでは労災・職業病と公害の原点である三池と水俣をとりあげ、①参加者がこれらを学ぶきっかけをつくる、②教訓を今後にかせるよう将来を展望する、機会にしたいと考えています。多くの皆さまのご参加をお待ちしています。

【シンポジスト紹介】

織田喬企さん

1939年うまれ。'55年三井三池鉱業学校入学。'58年より三池鉱業所本所電気部に勤務。'60年の三池争議では三池労組員としてストライキに参加。争議終結後の'61年より仕繰工として三池鉱業所三川鉱に配置転換される。'63年11月炭じん爆発事故に被災。'64年2月に現場復帰。'69年三池労組三川支部組織部長、'70年同労組本部労働部長を歴任。'73年三池労組が提訴した損害賠償請求訴訟(=マンモス訴訟)原告となる。'85年マンモス訴訟和解を拒否し、三井資本の責任所在をもとめて32名の原告団結成に参加。'93年福岡地裁にて勝訴。94年定年退職。現在、三池CO現地共闘会議の代表として、国や資本責任追及の運動を継続している。荒尾市在住。

山下善寛さん

1940年うまれ。チッソ(株)OB。企業組合・エコネットみなまた代表(せっけん製造・農産品加工販売)。現在水俣病認定(公健法)申請中。水俣市在住。

(現在の主な活動) みなまた地域研究会(水俣の自然観察会、水俣の土壌汚染調査など)

水俣の暮らしを守る・みんなの会 事務局長(水俣病問題、原発問題)、水俣病被害・市民の会 事務局長(水俣病問題は終わっていない)、熊本学園大学・水俣現地センター客員研究員(組合資料・写真等の整理)

(市民運動について) 水俣病対策市民会議会員(水俣病研究会、水俣病患者と支援、共闘)

水俣に産廃はいらない・みんなの会(産廃阻止、風力発電、ダイオキシン)、原発いらない水俣の会(脱原発、玄海、川内原発・再稼働反対)、など。

(労働運動(組合運動)について) 新日本窒素労働組合執行委員('70～'90年・12期委員長)、水俣地域・労働組合連合協議会役員(青年婦人部長、執行委員)、全国化学連合協議会執行委員(80～90年まで3期)。

(労働災害・職業病、ほか) チッソ労働者の健康調査(労災・職業病、水俣病、塩ビ病ほか)、チッソ労働者の過労死について、水俣市の環境汚染問題。

社会調査実施時における追跡調査同意群と非同意群の回答傾向

○上田菜央、岩垣穂大、扇原 淳（早稲田大・社会医学）、
加瀬裕子（早稲田大・高齢者福祉）

【背景・目的】

一般的な社会調査実施時の質問票の回収率の低下が問題となっている。無作為抽出法を用いたとしても、回答率が低い場合、得られた分析結果の解釈は慎重にならざるを得ない。また、縦断調査を行ったとしても、縦断調査にそもそも参加しなかった群と縦断調査に参加した群の傾向を推定し、議論することは重要である。

そこで本研究では、無作為抽出により実施した社会調査において、追跡調査同意群と非同意群について、基本属性および健康状態等について比較検討することを目的とした。

【対象・方法】

A 県 B 市内の 14 の地域包括支援センター管轄区域住民から、無作為抽出をした 40 歳以上の男女 9,099 人に質問票を郵送し、3,143 部回収（回収率 34.55%）した。以降の追加調査に同意し、連絡先を記入した者を同意群（1,273 人、40.4%）、記入のなかった群を非同意群（1,877 人、59.8%）とした。同意群と非同意群の間の、性・年齢、居住地、生活習慣、QOL、社会経済文化的要因の違いの有無について、t 検定、 χ^2 検定、Mann-Whitney の U 検定を行った。分析には SPSS Statistics Output Document22 を用いた。

【結果・考察】

性別では、同意群よりも非同意群の方が女性の割合が統計学的に有意に高かった。同意群の方が非同意群よりも平均年齢が高かった。居住地では、同意群と非同意群の間に統計学的に有意な関連は見られなかった。非同意群よりも同意群の方が統計学的に有意に高かった項目は、QOL 得点、支えあいの意識、主観的健康度、喫煙習慣、飲酒習慣、通院状況、運動習慣であった。一方で、非同意群の方が同意群よりも統計学的に有意に高かったのは、世帯収入であった。学歴については、両群に統計学的な有意な関連は見られなかった。こうした社会調査を実施する際に協力者の特徴を把握することはもちろん、分析結果の一般化を慎重に行う必要がある。なお、本研究は JSPS 科研費（研究課題番号：25285170）の助成を受けたものである。

czecho_rin_ron.7@fuji.waseda.jp

カネミ油症の医学をめぐって

○下田 守 (下関市立大学名誉教授)

【はじめに】

カネミ油症は、北九州市のカネミ倉庫が製造した米ぬか油によって西日本一帯で起きた大規模で深刻な食中毒事件で、PCBとダイオキシン類による化学公害でもあり、長期にわたり深刻な影響を及ぼす大規模な健康被害である。カネミ油症に関わる医学と医療について、経過を踏まえつつ主な問題点について報告したい。

【油症の医学研究について】

1968年10月の事件発覚直後に九州大学を中心に組織された油症研究班(1984年以降は全国油症治療研究班)が今日まで公費による油症の研究・検診の中心的存在となってきた。油症研究班は当初は米ぬか油の汚染と健康被害の実態解明および原因究明に力を注ぎ、その後は診断基準の改訂、治療法の研究、追跡検診および認定に関する診定などに携わり、ほぼ2年おきに『油症研究報告集』を刊行してきた。最近では2008年に九州大学に油症ダイオキシン研究診療センターが設置され、診療、調査、相談などさまざまな活動が行われている。

油症研究班を中心とする研究は当初の実態把握と原因究明などに大きな役割を果たし、その後も厚生省などの油症に関する行政の対応の基礎となる情報を提供したが、問題も少なくなかった。PCB等に汚染されたカネミ油の実態の調査が不十分で時期や地域などで濃厚汚染の範囲を狭く捉えていた。患者の実態把握もきわめて不十分であった。九大病院の医師たちは8月に10数人の患者がカネミ製油を共通に用いたことを把握しながら当局への通知を怠った。事件発覚後も被害の全貌についての調査を行わないで初期に受診した数十人の症状を基に特徴的な症状を中心とする診断基準を作成した。その後は診断基準を満たす患者だけを認定し多様な症状を認めず狭い病像を固定化する傾向があった。今日なお多くの未認定の患者がいると言われる。研究班による追跡検診や臨床研究の対象はほぼ認定患者に限られていて、多様な症状を有する患者の実態に対応するものとは言い難い。

油症研究班以外では、梅田玄勝、原田正純らの研究があった。北九州の梅田玄勝は1970年から1980年代半ばまで、熊本の原田正純は主に2000年以降に、多くの患者を診察してその結果を学会報告や論文などで発表し、裁判での証言も含めて研究班の問題点を指摘していたが、研究班や行政に影響することはあまりなかった。

【油症の医療について】

油症の患者たちは認定・未認定を問わず適切な医療を十分には受けられないでいる。もともと難しい病気であるうへ、厚生行政当局と油症研究班は十分な実態把握をせず狭く偏った病像を固持し、多くの医師は十分な情報がないまま患者に対応してきた。そのため、経験が豊富で信頼できる医師が乏しいという状況が続いている。看護、栄養、介護、薬局、漢方、鍼灸など医療関連の分野でも似たような状況と思われる。

認定患者に対しては医療費のうちの自己負担分をカネミ倉庫が支払うことになっていて、一部の医療機関では受療券を提示すれば自己負担せずに済み、その他の医療機関で受診した場合はカネミ倉庫に領収書を送れば後で補填される。しかし、この仕組みが十分に機能しているとは言い難く、保険以外のさまざまな治療や健康を維持するための給付は、以前に比べても他の公害等の大規模健康被害に比べても、きわめて不十分である。

【おわりに】

多くの油症患者にとってさまざまな症状に苦しむ中で信頼できる医者や相談相手が見つからないことが大きな悩みである。このような悩みは、関東、関西など各地に散在する被害者や過疎地に住む者にとって特に大きい。被害者が身近にいると考えつつ問題に関心をもって取り組もうとする医療関係者が増えることを望みたい。

【文 献】(詳しくは次の論文の末尾の文献のうち油症関係のものを参照:論文は水俣学研究所のウェブサイトにて)

[1] 下田守, 水俣病とカネミ油症 — 共通の問題を中心に, 水俣学研究, 5, 49-64, 2014. 3.

mamoshimo@kyudai.jp

住みたくなる地域づくり戦略の検討-過疎地域の健康と互助からの考察-

○須永恭子、立瀬剛志、藤森純子（富山大学・地域連携推進機構）、
小林俊哉（九州大学）、山田広明（北陸先端科学技術大学院大学）

【目的】

過疎対策には「住みたくなる、住み続けたい暮らし」が必要で、その条件として仕事、子育て環境、住居等に加え、健康な地域であること、コミュニティ機能としての人同士のつながりと助け合い（互助）なども重要な要素となる。行き過ぎた高齢化が伴う人口減少では、つながりの消滅が差し迫っており地域存続への介入が求められるが、既に存在するつながりを生かす又は再生するかは、地元住民が地域の活動や他者をどう捉えているかによる。そこで、本研究では過疎地住民を対象に「人とのつながり」を「地域での活動」や「健康な暮らし」との関連の中でどう考えているかを把握し、住みたくなる、住み続けたいことのポジティブ要素を検討した。

【方法】

対象者は今回調査対象エリアの地域団体関係者からの紹介によって選定された住民のうち調査協力の同意を得た住人8名（男性6名（54-65歳）、女性2名（60代））であった。調査方法は、個別訪問によるインタビューとした。①属性（年齢、出身、居住年等）②既往歴③仕事④地域活動について⑤人間関係について⑥日常生活について⑦健康状態⑧健康な暮らしとは⑨X 地域で生活を続けるために必要なこと⑩地域住民の信頼について⑪X 地域の医療アクセスについて。

インタビュー内容は質的帰納的分析により整理し、今回はその一部を示した。本研究は、富山大学倫理委員会の承認を得た。

【結果と考察】

対象者の特性は、既婚者7名、未婚者1名で、対象地域出身者は4名、居住年は18～39年とばらつきがあった。5名が仕事に就いていた。

(1) 地域活動について：山祭りや草刈といった地域行事には8人中全員が参加していると答えた。地域の役員に就く理由として「やらなければ生きていけないから」などの回答を得た。移住者の人たちからは「外から来たので、自分のイメージをよくするため」という回答もあった。(2) よくお付き合いする人について：ほとんどが近隣の人と付き合いしており、「畑で育てた野菜のやり取りをする」といった関係を築いていた。(3) 日常生活について：その地域での生活が好きと回答した人は8人中5人、好きでも嫌いでもないと回答した人は8人中3名であった。(4) 地域の信頼について：地域住民の信頼は高いと思うと回答した人は8人中7名であった。その理由として「協力しなければ生きていけない」という回答を得た。また「信頼が高いというよりは結束力が強い」という過疎地ならではの信頼の在り方に対する回答を得た。(5) 健康な暮らしについて：健康な暮らしとは何かという質問に対して「健康な暮らしとは身体面ではなくストレスを感じないこと」という回答を得た。これのために「お互いコミュニケーションを大切にする」「互いに当たり前だとももっていることが違うので求めることはない」といった互いの生活を大切にするという回答が得られた。

今回のインタビューで集約された内容は、地域活動への参加を通して、住民同士の助け合いが習慣化していること、地域に根付いた人間関係の中で、それぞれにストレスを感じている部分もあることであった。また、考え方の多様性に対する理解も認められた。

【結論】

以上から過疎地域の人間関係はストレスを伴うが、生活のための互助から信頼関係が生まれ、暮らしを支えているものとして認識されていた。転出を減少させ外からの転入を増やし定住を維持するには、現存の人と人とのつながりの必要性を地元住民が再確認し、転入者にとってはそれが安心感、居心地の良さとなることをアピールしていく必要がある。過疎地というコミュニティが機能し活性化するには、そこに広がる人間関係をうりとして、移住者が入り込める互助の在り方を戦略的に検討すべきと考えられる。さらに、その互助を利用した地域経営の展開も求められる。

sunakyo@med. u-toyama. ac. jp

英国の「Public Health」と日本の「公衆衛生」の社会医学的考察

○高鳥毛敏雄（関西大学社会安全学部）

【目的】わが国の「公衆衛生」は、国体のモデルとして英国、米国とドイツの制度などが検討され、最終的にドイツの国体が採用されたことにより、公衆衛生制度もその色彩の強いものとして出発した。大正時代に貧困問題や労働衛生問題が深刻となり、英米型の公衆衛生も一部導入された。戦後、米国の公衆衛生思想が導入され、社会全体が貧しく、結核が蔓延し、乳幼児死亡率が高かったことが重なり、地域の公衆衛生活動が活性化していった。しかし、社会全体の健康水準が高まるにつれ、日本においては公衆衛生への期待が弱まっている。これに対して、英国においては「パブリックヘルス」に対する期待が高くなってきている。本研究は、英国の「Public Health」と日本の「公衆衛生」との間の違いはどこに起因しているのか、社会医学の視点から比較して考察することを目的とした。

【方法】英国と日本の公衆衛生の違いを検討するために、英国のものについては「パブリックヘルス（Public Health）」、日本のものは「公衆衛生」と表現する。英国のパブリックヘルスについては、1980年代以降に出版されている書籍や文献、及び保健省のレポート（白書）、BMJの論説、FPHのレポートを参考とした。

【結果】1980年代以降の日英の公衆衛生の目標や位置づけには相違点が多い。日英のパブリックヘルスの相違点について、第1点目として英国では公衆衛生組織の独立性を高めてきていることである。従来は自治体行政の中にあったものが1970年代に医療組織に組み込まれた。2000年代に入り、自治体や医療組織とは独立した公衆衛生組織（パブリックヘルス・イングランド）がつけられるに至っている。第2点目として英国では公衆衛生専門職の人材を医療職に限定せず、多様な背景の人々が公衆衛生専門職となれる制度としてきていることがある。その背景には、慢性的な公衆衛生領域の人材不足があった。また、1990年代から英国の公衆衛生の最大の課題として「健康格差の縮小」を掲げてきたが医療職を中心とした公衆衛生専門職だけではこの問題に対応できないことが明らかになったことがある。一方、日本は1980年代から保健所を中心とした公衆衛生体制から自治体行政の中に公衆衛生が組み込まれたものとなり、健康格差に対応しにくい体制となる可能性がある。

【考察】英国のパブリックヘルスは、産業社会、自由放任経済などの中で、都市の貧困者、不衛生、労働者の深刻な健康問題が放置されていた。これに対し、地域の医師、地主などの民間人が中心となり、自治体を中心となり体系化され、それが全国的な制度として発展してきた。英国のパブリックヘルスは社会医学的な色彩が強く、専門職依存型、問題解決型のものとなっている。日本の公衆衛生は、自治体、専門職、民間団体が育っていない中で国が主導して制度を整えてきたこと、しかも医療職の育っていない状況で確立したために行政（官僚）色の強い制度である。社会全体が貧しかった時代においてはすべての人々を対象として、すべての人々の健康水準を底上げすることには威力を発揮してきた。しかし、豊かな社会が実現され、格差社会においては、健康格差問題に対応することについては新しく対応できる体制づくりが必要となっている。低経済成長、超高齢社会となり、人々の経済格差は今後さらに拡大する可能性が高い。日本も健康格差の縮小、健康の公平性を目標とした社会医学的な色彩の強いパブリックヘルスの確立が急がれる。

t_toshio@kansai-u.ac.jp

特定機能病院の高度救命救急センターに搬送される高エネルギー外傷患者・家族と医療ソーシャルワーカー間における支援展開のプロセス

○田川雄一（広島大学病院 患者支援センター）、眞砂照美（広島国際大学 医療福祉学部）

【目的】

3次救急における患者の状態は重篤であり、意識障害となっている患者の意向を確認することが難しく、さまざまな決定が家族の意向をもとに進められていく傾向がある。生命が優先される救命現場では、医療者のパターンリズムも強く存在し、患者との意思疎通が可能になったとしても患者・家族が主体となって方向性を決めていくことが難しい状況も起こり得る。そこで、救命センターという時間的限定の中で、患者・家族が主体的に選択・決定していくために、医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）がどのように支援を展開しているのかを明らかにするため本研究を実施した。

【方法】

救命救急センターで患者の受傷時から退院までを担当する MSW と患者・家族間にどのような相互作用が起こっているのかを明らかにするため、MSW への半構造化の面接を実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach : M-GTA）を用いて分析した。分析焦点者は、特定機能病院の高度救命救急センターに搬送される重症度の高い高エネルギー外傷患者・家族の相談援助を経験したことのある MSW、または高度救命救急センター専属で業務している9名の MSW とした。

【結果と考察】

救命救急センターに運ばれてくる患者の『眼前の思考停止状態となっている家族』に対して、MSW は患者の『刻々と変わる病状の把握』などの状態を<行動しながら確認>しつつ、『ダイレクトな指示で動いてもらう』などワーカー主導の【イレギュラーな支援過程】を展開する。ここでは、患者像を探る『為人（ひととなり）を捉える』ことも忘れない。

次に MSW 本来の【基本のスタンスに戻る】ことで、『家族を通して患者の思いを確認』し、患者・家族を<ありのままに受け入れる>。その後、MSW は<見守りの姿勢>で患者・家族の言葉>を待ち、<予想される問題をキャッチ>するために、あえて《歩みの中で立ち止まる》行動をとる。そうして、患者・家族が『自己選択・決定へのイメージを作る』ことができるように、MSW は患者・家族の【未来を想像】し、『新たな支援へバトンタッチ』して『オープンエンドな関わり』を行っていく。

《 》はコアカテゴリー、【 】はカテゴリー、< >はサブカテゴリー、『 』を概念として示した。

【結論】

先行研究では、高度救命救急センターの MSW は危機介入アプローチを用いるとある。本研究の語りでは、危機介入アプローチで最初に行う「意図的な感情の表出」は、次の基本スタンスに戻るまで一時棚上げをして関わることがあきらかになった。また、介入当初のワーカー主導という本来のソーシャルワークの支援と異なるイレギュラーな支援過程においても、本人の為人を捉えることや家族というキーパーソンを支えるドーナツ状のサポーター機能を探るという心理社会的視点も重視し、MSW の基本スタンスに戻れるように意識して関わっていた。

MSW が患者・家族の思いに寄り添うため転院支援の中で、あえて立ち止まる勇気をもつというコアカテゴリーでは、救命救急センターという時間的制約の中で、転院支援に向けて迅速に動くとしていた先行研究にはない特徴的な動きが提示された。同時に、患者・家族の主体的な選択や決定を優先するために立ち止まることで、MSW のアイデンティティが崩れるような医師からのシャットダウンという事態も生じる場合があることもあきらかになった。救命センターの MSW は介入当初からの支援過程を巧みに変化させながら、ワーカーらしさを取り戻しつつ、患者・家族の歩幅に合わせたスタイルで支援している動きがみられた。

yu-tagawa@hotmail.co.jp

異分野連携に基づく地域健康政策での健康影響評価の効果と課題 —富山県「ふなはしむら健康構想」ワークショップより—

○立瀬剛志、須永恭子、藤森純子（富山大学・地域連携推進機構）、
小林俊哉（九州大学）、山田広明（北陸先端科学技術大学院大学）

【目的】 富山大学では、すべての政策は健康の決定要因に影響を与えるとする Health in All Policy の理念に基づき、異分野の連携に基づく健康事業を支援している。24年度より支援している富山県舟橋村の健康政策では、ソーシャルキャピタルを課題の中心に据え、ヘルスセクター内外が協働する体制を整えてきた。今回、行政職員が担当している事業と健康政策とを関連づける目的で健康影響評価を実施し、特にヘルスセクター外の事業における健康影響評価の効果と課題を検討した。

【方法】 保健セクター含む12名で構成される（全職員22名）のプロジェクトチームによるワークショップを開催し、各自の事業計画を立案の後、それぞれの事業がどのように住民の健康に影響するかを検討するために健康影響評価シートを作成した。作成シートの健康規定要因項目は、個人のライフスタイル・社会的影響・サービスの受けやすさ・その他の項目を設定し、専門家による健康の決定要因と健康影響評価の趣旨等の説明を行ったのちにシートを作成した。今回、保健セクター外の4名が作成したシート内容及び、事前の影響評価が事業に果たした役割についてのインタビュー結果を分析した。

【結果と考察】 作成されたシートを「日本公衆衛生学会版健康影響予測評価ガイドンス」の記載例と比較した際に、全体として Negative を示す内容が少なく、影響の推移に関しては増大の記載が多かった。可能性について個人差があった。同時に、個人のライフスタイル項目では、健康というものを身体的健康に限定する視点と、健康の社会的決定要因といった広い意味で捉えるかで違いが見られた。一方、社会的影響については、住民組織の負担軽減や新たな交流の促進といった住民の繋がりを基本とした舟橋村独自の健康構想全体を踏まえた内容に集約されていた。効果としては、個々の事業の特性に違いが見られても全体テーマに沿った事業ビジョンの設定並びにテーマ共有の促進に役立ったと思われる。またインタビューにより健康影響評価を通じた事業の課題として抽出されたのは、事業実施後の個人への影響についての検証が難しいというものであった。また、事業実施後に想定されるような効果が見られない場合への対処まで検討できないことが挙げられた。一方、シート作成により住民の集団意思を取り入れる必要性を確認した例もあった。これらから、シート作成においては事業策定の際に想定しにくい Negative な結果や影響推移への期待に対して客観的な視点への配慮が必要と思われる。また、事業実施後は PDCA サイクルに見られるような定期的な評価と修正、そしてこれらの下支えとなるシステム思考を促す事業構成図（円環図など）の活用が有効なプロセスになると考える。

tatsuse@med.u-toyama.ac.jp

情報の非対称性の解消に向けた公共図書館の医療情報サービスの取り組み

○西河内靖泰（全国肝臓病患者連合会/広島女学院大学・図書館学）

石井保志（健康情報棚プロジェクト/医科大学図書館員）

【はじめに】

患者にとって医療についての意思決定のためには、わかりやすい情報が不可欠である。だが、現実には医療者と患者の情報の非対称性（情報ギャップ）、患者自身の情報リテラシーのレベルによる情報の格差が多く生じている。患者・家族が相談できる場も充分ではなく、さらには自学自習できる社会インフラもまだまだ未整備である。

【現状】

公共図書館においては、健康・医療情報サービスの取り組みが10年前から始まっている。しかし、まだ発展途上であり、患者の支持を得られるまでには到っていないのが現実である。公共図書館は情報をつなぎ発信する場として、図書・雑誌などの様々な資料をそろえ、市民へ情報提供を行っている。だが、市民が医療に関する情報を求めても、それまでの公共図書館では文学や実用書を中心とした蔵書構成であったため、医療に精通していない公共図書館では、市民の要求に応えるのが現実的には困難な状況であった。

【事例】

そうした中で、口演者が館長として関わった滋賀県愛荘町立秦荘図書館に、2009年10月25日、健康・医療情報コーナー「ほすびたな」がオープンする。「ほすびたな」をつくるにあたっては、医療が必ずしも十分といえない地域で、住民が図書館を媒介して健康・医療情報を手に入れることによってもたらされる成果について、その意義と役割を実証することを意図し、それを実践で見せていく意気込みも込められていた。診療所はあるが総合病院はない人口2万人のこの町では、さらには車がないと遠方の医療機関に行くのは大変な労力を要する。それが地域の置かれた状況だ。医療機関の選択ひとつでも、適切な情報があり、そこへのアクセスが十分確保されていなければ現実の役に立たない。診療所もさらに過疎の地域と比べれば、まだまだましかもしれないが、病気を抱えがちな高齢者にとって、こうした現実はいちど厳しい。さらには、インターネット上の情報に、自らアクセスすることが不得手な中高年層にとっては困難が伴う。だからこそ、図書館という現物のリアルな棚での情報提供が人びとに与える力は大きいのである。「ほすびたな」の中心資料は、医学書や診療ガイドライン、闘病記や介護記で、さらには、いのちの絵本や医療マンガなど、一見、医学的な情報でないものも含まれる。様々な立場や価値観から医療を取捨選択できる情報の環境を整備することを目指していた。患者会資料やパンフレット類は整理され、ファイルボックスに収められている。小冊子やパンフレットは、背表紙がないことが多いため整理が難しいのだが、愛荘町のもうひとつの図書館である愛知川図書館での地域資料の整理手法を使って、探しやすく手に取りやすいように配架されている。

【考察】

小さな町の公共図書館で、「健康・医療情報」を提供する意義についての認識は今後、広がっていくと思われるが、そのためには、医療施設が少ないところでこそ、より適切な情報提供をすることの基本的な立場を理解しておくことがなくてはならない。リアルな現物の資料を提供することの意義は、利用者と司書の両方にメリットがあることを図書館は自覚するべきである。「棚」や「コーナー」をつくりあげていくプロセスを司書が経験することで、利用者のニーズを調査し、資料の選定に智慧を絞るようになっていくのだ。常に利用者に役立ちたいという視点があるからこそ、「資料を見る目」を養うことができる。それは同時に大切な図書館員としての訓練なのである。

【結び】

公共図書館の健康・医療情報の提供というサービスは、まだ始まったばかりである。患者図書室などとともに資料をどう選定し、利用者に手にとってもらえるか探求し、そのノウハウを確立することは私たちに課せられた課題である。「ほすびたな」のような取り組みにはたくさんの新しい試みがあり、全国のモデルケースになるコーナーだ。今後ともさらなる発展を願ってやまない。

nsgouchi@gaines.hju.ac.jp

持続可能な地域包括ケアに向けたヘルスプロモーション活動： 第一回みかじま健康まつりの報告

○竹田元気、横内亮貴、森 佳奈子（早稲田大学人間科学部）、山口直彦（山口歯科クリニック）、
扇原 淳（早稲田大学人間科学学術院）、みかじま健康まつり実行委員会

【背景】 地域で開催される健康まつりは、地域住民の健康に対する意識を高め、日常生活の中で健康づくりのための情報収集や実践へのきっかけづくりとなることが期待される。しかしながら、各地で開催される健康まつりは、開催場所へのアクセスという点から、住民間に格差が生じている可能性がある。今回、所沢市三ヶ島地区では、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らす事が出来るように、地域内での保健・医療・福祉の円滑な連携を目指し、地域包括ケアシステムの構築、地域のさらなる健康づくりを推進して行くことを目的とした健康まつりを開催した。次年度以降、健康まつりを開催するにあたって基礎資料を得るべく来場者を対象としたアンケートを実施したので報告する。

【方法】 2015年5月17日に三ヶ島まちづくりセンターで開催された、第一回みかじま健康まつり参加者のうち、アンケートに回答した66名から、有効回答の58名を分析の対象とした。分析には、「IBM SPSS Statistics 22」を使用した。

【結果と考察】 回答者は男性33%、女性67%だった。年代別で見ると、70歳代と80歳代で64%を占めた健康まつりに関する情報源は、配布されたチラシが最も多く、37.9%であった。来場目的は「健康度測定」が30%、「健康相談」が22%、「近所だったから」が13%であった。参加者の健康に対する意識の変化は、「変わった」「ある程度変わった」合わせておよそ8割とであった。また、健康上の不安について、「不安あり」が41%、「不安なし」が59%であった。「不安あり」と回答した者のうち、その具体的なものは、「運動不足」「体力低下」「体の痛み」などであった。今回の健康まつりで、良かったものとして「健康測定」33%、「健康相談」22%、「販売」17%の順が多かった。一方で、健康相談等での「待ち時間の長さ」が問題点として指摘された。次回希望企画として、「骨密度測定」「健康体操指導」が挙げられた。今後は、関係組織・機関代表者で協議を重ね、指摘された改善を修正し、住民のヘルスリテラシーを高め、ヘルスプロモーションに寄与するイベントとして成長させる必要がある。

npb@toki.waseda.jp, ogihara.a@gmail.com

海外における HPV ワクチン副反応被害報告と補償・訴訟の実態 (第3報)

○片平潤彦・榎 宏朗 (健和会 臨床・社会薬学研究所)

【目的】2013年6月、世界保健機関 (WHO) の諮問委員会 GACVS は、「HPV ワクチンが承認された多くの国において、・・・現在までに懸念事項は示されていない」等とする声明を出した。この問題に関連して、我々は「日本社会薬学会第33年会」(2014年9月)及び「第14回新潟医療福祉学会学術集会」(2014年10月)において、表題の「第1報」「第2報」を報告し、その結果からは、「懸念事項は示されていない」と言える状態ではないと結論した。本「第3報」では、その後入手した諸報告を加えて主要なものを紹介し、HPV ワクチンの副反応被害と補償・訴訟実態を明らかにし、今後必要な対策について考察する。【方法】第1・2報と同様に、以下のサイトを中心に、「HPV vaccine, Cervarix, Gardasil, adverse reaction, death, lawsuit, compensation」等を検索用語として文献調査を行った: Sane Vax[1], Judicial Watch[2], HRSA[3], Natural News[4], Health Impact Daily[5]等。また、Sane VaxのVictims欄に紹介されている被害者の「症状」部分を和訳し、樋口耕一氏の作成したソフトKHCorderを用いてText Miningにかけた。【結果】1)世界各国からの報告の集約:(1) Sane Vax[1]の“Victims”欄には、被害者本人または家族・知人から提供されたとみられる被害者の実態が、報告によっては本人の顔写真付きで紹介されている。2014年10月13日の時点では世界12カ国126人が紹介されていて、その「症状」部分を和訳しText Miningにかけた結果、和訳が出来たGardasil接種の68人では、抽出された症状名の上位5位までは、頭痛(71)、疲労(58)、痙攣(56)、痛み(51)麻痺(37)であった。同じくCervarix29人では、上位5位までの症状名は、痛み・痛む(計17)、頭痛(17)、疲労(17)、関節(16)、歩行(10)であった。注目される報告として、Gardasil接種後イボが激発したという10歳代の少女J.R.についての報告がある。ニュージーランドからの報告で、2008年9月の最初の接種後、両手や皮膚にイボが激発し、イボは2回目と3回目の接種の2週間後イボが再発したという。この少女は、その後様々な症状を示し、2009年8月に風邪をひき、9月22日に死亡している。また、2015年5月27日現在では、“Victims”欄には、世界17カ国107人が紹介されている。この中で注目されるのは、カナダからの症例報告中のコメントに記載されている男子の父親からの報告で、その男子は高卒後マラソンに参加予定だったが、2013年にガーダシル接種後に疲労・発熱・筋肉の痙攣・頭痛・睾丸や膝・関節の痛みなどの症状で1年近く痛みなしに歩けなかったと記載。(2)診断基準は、西岡久寿樹が「HANS症候群」として提唱(2014年)した。(3)治療法は未確立で、いわば暗中模索が続いている。被害者サイドから、VitaminCとGlutathionの静注が良いとする報告(デンマーク、「治療マニュアル」も出されている)、AIのデトックスとしてゼオライトが良いと記しているもの(豪州)、ホメオパシーやゲルソン療法を試みたらどうかとするもの(カナダ)等が散見される。(4)米国VAERS報告:2015年4月現在、有害事象の総数は39,038件で、うち重篤が5,433件、入院が4,017件、未回復が7,729件、死亡が227件、「子宮頸がん」が102件、「子宮頸部形成異常」が265件、死亡が227件などとなっている。(5)死亡例についてはCDCが死因を検討してその結果をWEB上に公表しているが、それによると、2013年10月時点で130人の死亡報告があり、うち43件は「伝聞」、1件は重複、7件はワクチンが関与していないのが明白で、残り79件中「不明」が34件、残りは自殺や心臓病等死因が説明できるとしている。(6)米国での補償は、2013年3月現在、200人が申請し、49人が補償された[2]とあるが、政府の集計表では、2015年5月現在、“Compensable”は76件、うち“Settlement”は67件で、申請「棄却」が88件[3]となっている。(7)国民レベルでの運動として、フランスでは、32人の集団提訴と平行して「ワクチン集団接種の中止を求める」請願書への署名運動がネット上で行われており、署名数は2015年5月27日現在、376,650人となっている[1]。【考察及び結論】以上から、HPV ワクチンの安全性は海外においても確立しておらず、WHO委員会の結論とは逆の事実・事象が海外においても見られることが明らかである。イボ「激発」事例の報告は、HPV感染がイボの原因となることから、HPV ワクチン接種が直接または間接的に関与していると考えられる。男子への接種は、陰茎・肛門・咽喉頭がんの予防等を目的に、米国・カナダ・豪州等で行われているという。しかし、男子の副作用被害報告は今のところ稀である。今後必要な対策としては、種々の「懸念」が示されているHPV ワクチン接種の継続・拡大ではなく、まずは被害者の治療法確立と補償であり、子宮頸がん予防のためには、安全で有効な「検診の確立・拡充」こそが必要と考えられる。

【謝辞】英文和訳にご協力いただいた太田美智子さんに御礼申し上げます。 katahirakiyohiko@gmail.com

生命表～薬害 HIV 感染被害者の平均余命の推定

○久地井寿哉、柿沼章子、大平勝美（社会福祉法人はばたき福祉事業団）

【目的】

近年の薬害 HIV 感染被害者の背景として、現在もなお高い死亡率水準を維持している一方、HIV、HCV、血友病、合併症など複合型進行性病態の多様性があり、多くの治療や生活の困難がある。HIV 感染血友病等患者の長期療養の充実により、健康寿命の延伸と安心の実現の方策が図られようとしている。本報告では、質の高い長期療養実現のための基礎情報として、薬害 HIV 被害発生から 30 年余にわたる生存情報から生命表を作成し、平均余命の推定を行う。

【方法】

対象は薬害 HIV 裁判提訴者（平成 23 年 5 月 16 日現在）1384 名のうち、東京での提訴者を中心とした 840 名。そのうち、薬害 HIV 被害者で血友病の男性 763 名を分析対象とした。生命表の作成には、生年月日、および生存状況または死亡日の判明している 727 名を用いた。生命表に基づき平均余命の推定を行った。Kaplan-Meier 法により生存曲線を求めた。特に薬害 HIV 裁判和解とその後の治療体制の転機となった 1998 年時点での生存群と死亡群による二群比較を行い、生存曲線の log-rank 検定を行った。

【結果と考察】

得られた生命表を表 1 に示す。40 代生存時の 10、20、30 年後の生命表的生存率はそれぞれ、42.7%、11.6%、1.8%であった。生命表に基づく 40 歳時の平均余命は 20.8 年であった。年齢別死亡率については、40 歳以降では生存効果（死亡率が低く算定される傾向）が見られるため、平均余命ならびに将来予測については注意が必要である。1998 年以前死亡群（n=277）の平均生存時間は 31.4 年、中央値で 28.0 年、また 1998 年時点での生存群（n=450）の平均生存時間は 45.2 年、中央値で 44.0 年であった。（2014 年末時点）。Log-rank 検定の結果、二群間の生存曲線には有意な差が見られた。（ $p < 0.001$ ）。

【結論】

HIV 感染血友病患者（被害者）の長期療養対策には、積極的な健康寿命延伸の方策の強化が必要である。

表1 生命表（血友病血液凝固因子製剤によるHIV薬害被害者（抜粋）,2014年末）

| 年齢 | 生存数 | 生存率 (時点) | 死亡数 (期間内) | 死亡率 (時点) |
|-----|-------|-------------|--------------|-------------|
| x | l_x | p_x | d_x | q_x |
| 0 | 727 | 99.3% | 5 | 0.069% |
| 10 | 722 | 91.9% | 54 | 0.743% |
| 20 | 668 | 77.9% | 102 | 1.403% |
| 30 | 566 | 54.5% | 170 | 2.338% |
| 40 | 396 | 23.2% | 227 | 3.122% |
| 50 | 169 | 6.3% | 123 | 1.692% |
| 60 | 46 | 1.0% | 39 | 0.536% |
| 70 | 7 | 0.0% | 7 | 0.000% |

※(社福)はばたき福祉事業団 把握分

※中央値の生存年は41.4年

B型肝炎被害者の就労困難による「存在の剥奪」

○岡 多枝子（日本福祉大学・社会福祉学）、三並めぐる（広島国際大学・看護学）、
越田明子（長野大学・社会福祉学）

【目的】

本研究の目的は、集団予防接種等によってHBV(B型肝炎ウイルス)に感染した人の、闘病と就労困難を巡る被害の実態を解明し、効果的な支援策を考察することである。

【方法】

調査1

- ① 時期：2013－14年
- ② 対象：全国の被害者のうちで各地の協力を得られた111人
- ③ 調査方法：半構造化による面接調査
- ④ 研究方法：KJ法

調査2

- ① 時期：2014年
- ② 対象：全国の被害者のうちで地裁に提訴した11,046人
- ③ 調査方法：郵送法による質問紙調査
- ④ 研究方法：ロジスティック回帰分析

【結果と考察】

調査の結果、被害者の中には、【働く意思】があるにもかかわらず【職場の無理解】によって就労が困難となる人や、病を理由に民間の【保険が組めない】中で、多額の【医療費に軋む暮らし】を余儀なくされる人がいた。また、収入の減少や途絶で家計が【逼迫】し、親密な家族とやむなく【生き別れた】人や、極限状態の中で【死がよぎる】人など、病態悪化に伴って就労困難に陥り、生活の困窮によって「生命・生存の剥奪」という深刻な被害に至る状況が浮上した。一方、闘病と就労の【両立の願い】を叶えて生きる為に、現行の支援【制度への不満】と、【生きる保障を】希求する声も聞かれた。

続いて2014年に、質問紙調査を行い、結果を用いて被害者の「生活の苦しさ」を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。KJ法で関連が示唆された「病態」「就労形態」「収入」の観点から分析するために、独立変数は調査票から関係する項目を選択しダミー変数に設定して採択した。その結果、「病態」では、「肝硬変」と「肝がん」が有意な正の関連を示した。また、「就労形態」では、「正規雇用」が有意な負の関連を、「パート・アルバイト」、「無職」が有意な正の関連を示し、「収入」では、「0~100万」から「500~600万」まで100万円間隔の階級すべての変数が有意な正の関連を示し、オッズ比は年収が増えるごとに減少していた。以上のことから、「病態悪化が就労困難と困窮を引き起こす」被害構造が明らかになり、保健・医療・福祉に関する支援体制の重要性が示唆された。

【結論】

集団予防接種等によってHBVに感染した人は、「病態悪化が就労困難と困窮を引き起こす」ことによって「生命・生存の剥奪」という深刻な被害に至る構造が浮上した。従って、国や社会は、被害者の救済にむけた保健・医療・福祉などの支援体制を早急に整備する必要がある。

集団予防接種等による HBV 感染女性の妊娠・出産・育児体験とその支援

○三並めぐる（広島国際大学・看護学部）、岡 多枝子（日本福祉大学・社会福祉学部）、
越田明子（長野大学・社会福祉学）

【目的】

集団予防接種等により HBV に感染した女性のうちで出産経験のある 22 名のインタビュー調査結果から妊娠・出産・育児体験を明らかにし、その支援を考察することを目的とした。

【方法】

1. 研究期間：2013 年 5 月から 2014 年 4 月
2. 研究協力者：全国 B 型肝炎訴訟弁護団を通じて、同原告団の中から同意を得られた 111 名のうち妊娠出産の経験がある 22 名の女性を対象とした。
3. 方法：研究者が各地（北海道、東北、北陸、関東、甲信越、東海、近畿、山陰、中国、四国、九州）に赴き、半構造化面接調査を実施した。
4. インタビューガイド：「感染判明当初の状況と現在の病態、医療機関や治療の状況と医療費等の負担、妊娠・出産・育児の状況、生活上の困難、国や社会への要望」等を中心に構成した。
5. 分析方法：KJ 法（川喜田 1985）を用いた質的研究を行った。調査協力者の同意を得て作成した逐語録の中から、研究目的に照らして関係があると思われる記述を KJ ラベルに転記し（142 枚）、多段ピックアップによって厳選したラベル（36 枚）を元ラベルとして、狭義の KJ 法（グループ作業）を実施した。
6. 倫理的配慮：調査協力者には調査目的と倫理的遵守に関する内容について文書及び口頭で説明を行い、了承を得て同意書に署名をいただいた上で実施した。なお、研究開始にあたっては日本福祉大学の研究倫理申請委員会の承認を受けた後、実施した。

【結果と考察】

妊娠・出産というライフイベントの只中、自分の肝炎悪化により子どもと自分の身体が秤にかかり、治療を受けるか妊娠を継続するかといった【わが身か子どもか】の選択を迫られていた。また、産科入院中は HBV 感染に気づかれないように病室の人達との会話に気遣いつつ、外来のトイレ使用を強いられたり、「トイレ以外は病室から一步も出ないでください」と指示されるなど【医療現場で差別】を受けていた。母子感染させた子どもが HBV 感染症への偏見で傷ついたり、思春期になった子どもから母親が原因であると問われたり、恋人の親に猛反対で破談になった我が子は独身を通してなど【はね返る苦しみ】の状態にも追い込まれていた。同時に自分が HBV 感染を知らないで産んでしまったが、母子感染させてしまった負い目ですと自分を責め、現在も苦しみを抱えているなど、母子感染が人生に延々とのかかり【苦悩が終わらない】中で、【子の人生こそ】大切にしたいと全力を尽くして細々とでも生きていきたいと語っている。しかし中には、子どもが 10 代で亡くなったというのが親としてはすごく辛く、罪の意識が大きいし、きょうだいの将来が変わるまでは終わりのない時間を過ごすという語りもあった。また、子どもが亡くなったことを誰にも言えず、ソツとお墓を作り地獄だったなど、我が子に【先立たれる苦しみ】に苛まれる人もいた。そして、医療が進んで、子どものウイルスが消える薬の開発と肝炎が治る薬の開発を切望していた。子どもの治療費と生活費が心配で、そのためにコツコツ貯金をしたり、子どもを守る為には命がけで細々とでも生きて、子どものことが解決するまでは終わっていないと「再発防止に向けた活動に参加したい」と語ったりしていた。母子感染の【連鎖を断ち切りたい】思いを胸に、同じ苦しみを味わってほしくないと【再発防止を】願い、地獄のような体験もしたが「子どもの死を体験してどんな事にも耐えられるようになったと【絶望からの一步】を踏み出す人もおり、それぞれの人に最善の対応が必要とされていた。

【結論】

集団予防接種等により HBV 感染した出産経験のある女性は、自らの病態の変化や増悪の中で、治療を受けながら母親としてわが子に母子感染させてしまったことの苦悩や、子どもの将来の結婚や出産への不安、子どもに先立たれた悲嘆など、被害の連鎖が明らかになった。当事者同士が苦悩や気持ちを分かち合うピアサポートの場や、カウンセリングも受けられる公的な支援制度が早急に求められる。また、当時の医療現場での差別的対応の歴史を忘れることなく、保健医療分野の連携により本来の任務である患者の幸せと健康の保持増進が強く期待される。

高原野菜栽培農家における安全衛生の課題

○埴田和史、辻村裕次、北原照代（滋賀医大・社会医学講座衛生学部門）

【目的】

八ヶ岳近郊の高原地域では夏季でも冷涼な気候を活かし、白菜・キャベツなどのいわゆる「巻物野菜」を大規模に栽培している。これらの出荷時期には、前屈姿勢での収穫、重量のある野菜の圃場内の移送作業など、身体負担の大きな作業が連日続く。高原野菜栽培農家における安全衛生の課題を検討する目的で労働と健康に関する実態調査を行った。

【対象と方法】

J A長野八ヶ岳に所属する農家およびその家族を含む農業従事者を対象とし、質問紙法により、農家主調査（営農の形態、栽培作物、規模など）と農業従事者調査（農作業時間、従事する農作業の内容やその負担感、健康と疲労の状態、持病の有無とその病名、身体部位別自覚症状、熱中症や農業災害の経験など）を行った。

本研究は、事前に滋賀医大倫理委員会の承認を得た。

【結果と考察】

J A長野八ヶ岳の協力を得て質問票を268軒に配布し、134軒とその農業従事者349人（男196人、女148人、性別未記入5人、平均年齢51.8歳）より有効回答を得た。平均耕作面積は6.8ha、平均労働時間は収穫期（夏～秋）が男11.5hr、女10.4hrで、収穫前期が男9.1hr、女8.0hrで、収穫後期が男7.1hr、女6.1hrであった。従事している農作業で高率だったのは、男は「収穫（箱詰め・畑からの運び出し）」86.7%、「マルチ張り」83.2%で、女は収穫時の「根切り」81.8%、「定植」76.4%で、男女間で主に従事する作業が異なっていた。持病があると回答した人が163人（46.7%）おり、その内訳は、男では「高血圧」40.2%「腰痛」32.9%「高脂血症」23.2%「ひざ痛」19.5%の順に高く、女では「高血圧」「腰痛」が37.5%と最も高率で、「ひざ痛」30.0%「高脂血症」が12.5%であった。性別年代別に持病の発生状況（図）は、「高血圧」は男女共70.80代で高く、「腰痛」は男で50代、女で40代以降、「ひざ痛」は男で70.80代、女で60代以降が高かった。調査時直近1ヶ月（5～6月）の身体部位別の痛みの有訴率は（「時々」+「いつも」）は、「腰」（男55.0%、女62.0%）、「右肩」（18.3%、26.1%）、「右腕・手」（23.0%、31.0%）、「右膝・足」（31.4%、47.9%）で、持病と同様に「腰」「膝・足」有訴率が高かった。「腰」と「膝・足」の痛みの自覚症状の有無について、性別、年齢（30歳代以下、40～50歳代、60歳代以上群）、作業でよくとる姿勢（「立位で前屈」「しゃがみ」「膝立」）を変数としてロジスティック回帰分析を行なったところ、腰痛は年齢と「立って前屈」姿勢に、膝・足痛は性別（女性）と年齢に有意な関連が認められた。

【結論】

高原野菜栽培農家では農作業と関連して、腰痛や膝・足痛が高率に発生していた。農家を対象とした安全衛生や労災補償体制の整備は不十分な現状があり、農業労働に対応した地域保健の展開が求められる。

本研究は、日本農村医学研究所の協力を得て、平成26年JA共済連委託研究として実施した。

taoda@belle.shiga-med.ac.jp

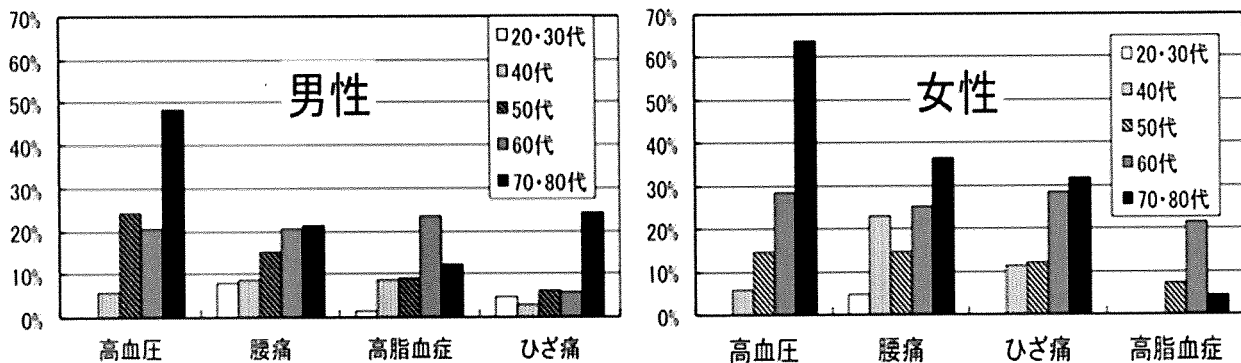


図 性別年齢別持病 (持病のある163人について)

零細印刷工場における有機溶剤暴露対策の経験（産業医活動5年間のまとめ）

○樋端規邦（徳島・健生石井クリニック）

零細な印刷工場における産業医を依頼され、これまでの5年間、この工場において産業医活動を行ってきた。この経験を総括し、有機溶剤暴露対策の課題について考察した。

[印刷工場の概要] ポリエチレン樹脂フィルムにオフセット印刷を行う事業所で、印刷作業従事者は12名、その他に事務・梱包・運送に4名の零細な印刷工場である。印刷工場は当初1棟（現在は2棟）あり、塗料に溶剤を加えて調合、印刷機に充填して印刷する作業である。SDSによると溶剤は濃度60%のトルエンを主体に酢酸エチル等が混合されたものを使用する。印刷作業労働者は有機溶剤取り扱い主任者が1名で、4周6休制であり、概ね平均月60時間程度の時間外労働がある。

[有機溶剤特殊健診と作業環境測定] 過去の有機溶剤特殊健診は健診業者に依頼して、年2回実施してきたが、馬尿酸測定等の厳密さに欠け、全てが「作業注意」の「診断」に留まっていた。また、正規の作業環境測定は創業以来実施したことがなく、時々検知管による自主検査しか行われていなかった。しかも、その濃度は常時許容基準（50ppm）を超えていたようであった。

[産業医から観た問題点] 筆者は、5年前に関連する親会社（樹脂製袋会社）の産業医に選任された際、当印刷工場についても助言を依頼された。社員が50人以下の零細企業であったため、産業医の選任義務はなかった。これまで定期健康診断は実施していたが、特に健康管理上問題になる事はなかった。当初、この事業所には次のような問題点があると評価された。すなわち、①有機溶剤中毒予防規則に従って、作業環境測定は実施されていなかった ②有機溶剤健診は定期的に行われていたが、形式的のものであった ③有機溶剤取り扱い主任者は1名いたが、主任者の役割が明確にされていなかった ④有機溶剤についての社員教育は記録されていなかった ⑤保護具の使用・容器/ウエスの扱いなどは殆ど教育されていなかった ⑥局所排気装置の点検・全体換気装置の有効性などの点検記録はなかった

[5年間の産業医活動の経過・到達点] 産業医として、行った内容は以下のようなものであった。①不定期ながら、安全衛生委員会を開催し、必要な提言をその都度おこなった。②有機溶剤についての労働者教育を毎年実施した。③当初、局排装置のスモークテストが極めて不良であったが、3年目に行った点検で装置のメインダクトにビニール袋が詰まっていることが判明し除去した結果、排気は一定改善した。④大阪の胆管がん発生に触発されて、4年目に初めて環境測定が実施され、「第3管理区分」が確認できた。⑤この結果により、会社は設備の改善を決断し、新たにI棟増築して機械の半分を新棟に移し、新しい機械を導入した。⑥これらの結果、作業環境は著しく改善し、特殊健診で馬尿酸濃度の「分布3」はなくなった。

[まとめ]

大阪のグラビア印刷工場での有機溶剤が原因する胆管がんの発生が有機溶剤暴露の危険を改めて喚起した。今日、我が国での有機溶剤による健康被害の実態は必ずしも明らかでないといわれている。筆者は零細な印刷事業所での有機溶剤暴露の軽減に取り組み、作業環境・特殊健診結果の幾分の改善が得られた。この成果は、社屋の新たな建設・新たな機械の導入による環境改善が最も寄与したと思われ、事業主の理解・協力なくして得られなかったものである。しかし、改善の効果はまだ十分でなく、労働者への教育など、作業環境改善と作業管理をさらに強め、今後も繰り返し援助し続けることが必要であると思われた。

n-toibana@nifty.com

大企業勤務者における毎日の歯磨きの回数と生活習慣病リスクファクターとの関連

○岡田栄作（浜松医大・健康社会医学）、長嶋春樹（浜松医大）、下村麻衣子（浜松医大）、
柴田陽介（浜松医大・健康社会医学）、中村美詠子（浜松医大・健康社会医学）、
尾島俊之（浜松医大・健康社会医学）

【背景・目的】

口腔内の健康を保つことで様々な疾患を予防できる可能性があることが先行研究から示唆されている。イギリス(Cesar, 2010)の研究では、歯磨きの回数が少ない人は心血管疾患のリスクが1.7倍になることが明らかにされており、健康を保つ上で、歯磨きを習慣化することの重要性が述べられていた。歯磨きの習慣化を推奨することは、比較的簡便であるため、企業などでも導入がしやすく、歯磨きの習慣と健康指標との関連を明らかにすることは公衆衛生的にも意義が大きい。そこで本研究では、歯磨きの回数と生活習慣などとの関連、歯磨きの回数と生活習慣病リスクファクターとの関連を調べることにした。

【方法】

2012年時に全国のスズキ健保組合に加入している従業員とその家族を対象とし、歯科検診データ（従業員のみ）と特定健診・生活習慣問診票の項目に回答した40歳から75歳までの6731人を対象とした。分析にはIBM SPSS statistics 22.0を用い、有意水準を $p < 0.05$ とした。歯磨きの回数と生活習慣の関連について、歯磨き回数は1日0~3回の4段階を1回以下と2回以上の2群に分類し、分析を行った。有意性の検討には変数の特性に基づいて、t検定と χ^2 乗検定を用いた。メタボリックシンドローム(MetS)の判定には、国際的な基準である改NCEP-ATP III基準を用いた。判断基準は、腹囲・血圧・血糖値・中性脂肪・HDL-Cの5つの項目のうち3つ以上が基準値を超えた場合にMetSと判定した。

【結果と考察】

基本属性は、平均年齢49.4(±7.2)歳 男女比率は、男性6078人(90.3%)、女性653人(9.7%)であった。歯磨きの回数と生活習慣等の項目の中で、有意な関連があったのは、男性で「喫煙」、「就寝2時間前の夕食」、「朝食欠食」、「生活習慣の改善の意志」、「歯科検診結果」、「運動習慣」($p < 0.05$)であった。女性はすべての項目で関連が見られなかった。歯磨きの回数と生活習慣病リスクファクターの項目の中で、有意な関連があったのは男性で「腹囲」、「血圧」、「中性脂肪」、「HDL-C」、「血糖値」($p < 0.05$)であった。また、MetSの有病者数とも関連が見られた。女性はいずれの項目も関連が見られなかった。

以上の結果から、男性で歯磨きの回数と生活習慣ならびに生活習慣病リスクファクターとの関連が見られ、毎日の歯磨きの回数が多い人は、生活習慣が比較的良く、生活習慣病にもなりにくいことが明らかになった。しかし、女性では関連が見られなかった。本研究は、横断研究であり、因果の関連については言及できない。結果は、記述統計のみの報告であり、年齢などを検討した結果を示していない。本発表では、多変量ロジスティック回帰分析を用いて、交絡調整を行ったMetSの有病オッズ比の結果も報告予定である。

【結論】

男性では、歯磨きの回数と生活習慣ならびに生活習慣病リスクファクターとは関連があり、毎日の歯磨きの回数が多い人は、生活習慣が比較的良く、生活習慣病にもなりにくい。

石川県内の中小企業団体における産業保健の取り組み状況

○森河裕子（金沢医科大・看護学部）、田畑正司（石川県予防医学協会）、
城戸照彦（金沢大学医薬保健研究域）、竹口彰夫、小山善子（石川産業保健総合支援センター）

【目的】

中小規模事業所の産業保健活動を活性化し、労働災害や健康障害を予防し、大企業で働く労働者との差を縮小していくには、中小企業団体等の集団の組織力を生かした取り組みの推進が有効な戦略のひとつになると考えられる。そこで、今後具体的に戦略をたてる基礎資料を得ることを目的に事業組合等を対象に質問紙調査を実施した。

【方法】

石川県中小企業団体中央会の組合員・会員を対象に質問紙調査を実施した。本団体は中小企業の組織化・連携強化により中小企業を支援することを目的に設置された団体である。構成員は、事業協同組合、事業協同小組合、企業組合、信用協同組合、商工組合、協業組合、商店街振興組合及びこれらの連合会、その他の中小企業関係団体である。本団体には事業協同組合 500 団体、個別企業・法人等をあわせて約 600 団体・企業が加入している。このうち、常設の事務所があって調査可能と判断された約 200 団体に対して調査を依頼した。回収数は 86（約 40%）であった。調査内容は、各団体における産業保健活動や事業の実施状況や今後の計画等である。

【結果と考察】

調査協力のあった 86 団体のうち 66 団体は事業協同組合であった。組合員又は会員向けの産業保健活動や事業を実施していたのは 26 団体（30.2%）と低かった。実施した内容をみると、健康診断の共同実施、セミナーや研修会が多かった。また、事業団体が産業保健活動や事業を実施するにあたって石川産業保健総合支援センターや地域産業保健センターを活用したところは 7 団体と少なかった。組合員や会員から団体に対して産業保健に関する活動や事業の要望については、8 団体が要望ありと回答し、要望の内容は研修会、講演会といった単発のものがほとんどであった。団体として今後組合員や会員向けに産業保健活動を実施したいと回答したのは 21 団体であり、研修会・講演会や情報提供を挙げていた。一方、団体として産業保健に関する活動を実施する上で困難や障害があると回答したのは 47 団体（54.7%）であり、会員の関心が低いことや費用や人的パワー不足が多く挙げられていた。

| 実施状況と実施内容 | 件数(%) |
|----------------------|-----------|
| 実施していない | 60 (39.8) |
| 実施した | 26 (30.2) |
| ①産業保健に関するセミナーや研修会の開催 | 14 |
| ②健康診断の共同実施 | 21 |
| ③保健指導、健康相談の場の設定 | 6 |
| ④産業医の共同選任の実施 | 1 |
| ⑤安全や衛生に関する情報提供 | 14 |

【結論】

中小企業団体組織から会員や組合員に対して産業保健活動の支援を行っている割合が低いことが分かった。行っていたとしても、健康診断の場の提供と単発の講演会等であった。産業保健総合支援センター、地域産業保健センターなどの外部機関による啓発および協働が求められる。

※本研究は平成 26 年度産業保健調査研究の研究助成を受けて実施した。

ymjr@kanazawa-med. ac. jp

過労死等防止対策推進法の成立とその実体化に向けて(試論)

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】

過労死等防止対策推進法(以下 過労死防止法)は、2014年6月20日、全会派の賛成で成立し、同年11月施行された。同法は過労死の家族、過労死弁護団、学者・研究者そして支援組織による市民的運動の中で成立させたという画期的なものと評価できる。以降、同法7条「政府は、過労死等の防止のために対策を効果的に推進するため、過労死等の防止のための対策に関する大綱(以降 大綱)を定めなければならない」とあり、過労死等防止対策推進協議会を(以下 協議会)を重ねることにより5月25日の第5回協議会で「大綱」(最終案)が定まった。本演題で過労死防止法は過労死及び過労自死を防止するうえで有効に機能し得るのか、そして「大綱」の内容を検討しつつ過労死等防止の実効あるものにするための試論として提起したい。

【経過の概要】

- 2008. 9. 26 過労死弁護団全国連絡会議で過労死防止法制定を求める決議採択
- 2008. 11. 15 日本労働弁護団で同様な決議
- 2010. 10. 13 「ストップ!過労死院内集会」開催 *以降10回にわたる院内集会を企画
- 2011. 11. 18 過労死防止法制定実行委員会発足 100万署名、賛同議員の結集の取り組み
- 2013. 4. 29 過労死家族の会有志が国連人権委員会(ジュネーブ)訪問し「過労死は国際人権規約違反」を訴える・5.17国連人権委員会が日本政府に過労死防止の勧告
- 2014. 6. 18 超党派議員連盟発足(最終130名)・過労死家族の会員の精力的なロビー活動
- 2014. 6. 20 参議院本会議全会一致で採択 *賛同署名55万筆、自治体意見書121自治体
- 2014. 10. 29 過労死等防止対策推進全国センター結成
- 2014. 11 過労死防止法施行 11月を「過労死防止月間」と定める
- 2014. 12. 17 第1回協議会開催以降5回開催 2015. 5. 25「大綱」(最終案)決まる
- 2015. 5. 23 過労死防止学会設立総会

【結果と考察】

過労死防止法はその第四条に(国の責務等)「国は基本理念にのっとり、過労死防止のための対策を効果的に推進する責務を有する」と謳っている。そして法第三章過労死等防止のための対策として「調査研究等」「啓発」「相談体制の整備等」を挙げている。国の責務を明らかにし、調査・研究等について今まで放置されていた実情から考えれば大きな前進であるが、以下のような不十分さがある。①過労死等を防止する最大の保障である長労働時間の規制措置触れず、②事業主に関して国・地方公共団体の施策への協力にとどめ企業責任の不明確化、③現に企図されている一連の労働法制との関連を無視など

【結論】

実効あるものにするための課題 ①労使共同の「過労死防止宣言」の展開 ②「宣言」に基づくリスクアセスメントの実施 ③長労働時間規制の取り組み強化(当面36協定の特別協定の撤廃) ③学校での労働基本権の教育推進 ③過労死等発生企業の公表など

医療・福祉職における離職とその関連要因

○上原尚紘(医療法人社団いずみ会北星病院)、志渡晃一、西 基(北海道医療大学看護福祉学研究科)、三宅浩次(北海道産業保健総合支援センター)

【目的】

北海道札幌市にて勤務している医療・福祉職の離職とその関連要因(労働条件等)を検討する。

【方法】

2014年に北海道の札幌市の労働者を対象に、無記名自記式調査票による留め置き調査を行い、同意を得られた合計1,168名を対象とした。目的変数として、離職経験がある者を離職経験有り群、ない者を離職経験無し群とし、それぞれについて説明変数を仕事の内容等を設定して、分割表を作成し、単変量解析によって要因を検討した。また、各変数において有意な項目でロジスティックモデルを構築し、性・年齢・雇用形態を調整変数として多変量解析を行った。なお、本研究では、離職の有無に無回答であった者を除いた1127名で解析を行っている。

【結果】

離職経験と仕事の内容の関連について検討した。負担度に関する5項目では、単変量解析の結果、離職経験有り群に比べ離職経験無し群において、「ノルマや納期に追われる仕事が多い」(無し群43.1%：有り群31.8%)の1項目が高く、多変量解析の結果、「ノルマや納期に追われる仕事が多い」の1項目が独立した変数として認められた。裁量度に関する3項目で、離職経験有り群に比べ離職経験無し群において、「職場での伝統や習慣がかなり強制的な感じがする」(無し群40.1%：有り群46.7%)の1項目が低かった。多変量解析の結果、「職場での伝統や習慣がかなり強制的な感じがする」の1項目が独立した変数として認められた。支援度に関する6項目では、離職経験有り群に比べ離職経験無し群において、「職場の人間関係は全体的に見て良い方」(無し群77.4%：有り群67.7%)、「仕事の伝達、連絡、報告はよく行われている」(無し群75.7%：有り群66.9%)の2項目が高かった。多変量解析の結果、「職場の人間関係は全体的に見て良い方」の1項目が独立した変数として認められた。満足度に関する6項目では、単変量解析の結果、差は認められなかった。

離職経験と内的統制の関連について検討した。離職経験有り群に比べ離職経験無し群において、「努力すれば立派な人間になれると思う」(無し群67.6%：有り群57.8%)、「努力すればどんな事でも自分の力で出来ると思う」(無し群50.2%：有り群42.3%)、「幸福になるか不幸になるかは、自分の努力次第だと思う」(無し群77.4%：有り群67.1%)の3項目が高かった。多変量解析の結果、「幸福になるか不幸になるかは、自分の努力次第だと思う」の1項目が独立した変数として認められた。

【考察】

本研究は、札幌市の医療・福祉職を対象とし、離職経験の有る者と無い者の関連要因について検討を行った。離職経験のないものは、負担度は高く、裁量度は低く、職場の人間関係は全体的に見て良い方であり、仕事の伝達、連絡、報告はよく行われており、内的統制が取れている傾向が認められた。

離職経験の有る者においては、仕事の負担度は低いと感じている傾向が窺われたが、離職し次の職場に就職した際に、仕事の負担が低い場所を選んだことが推測される。また、以前の職場の仕事量と比較して低い可能性は否めない。離職経験の無い者が、現在の職場に負担を感じている割合が高いことから、ソーシャルサポートによる負担の軽減が必要と考えられた。今後は、性別や年齢、職場の満足度等を詳細に検討し、要因のさらなる検討を行っていく必要がある。

naohiro-u@mail.goo.ne.jp

労働者による職場のメンタルヘルス

○藤野ゆき（常磐会短期大学）

【目的】

職場のメンタルヘルスは企業の取り組み、産業医や産業カウンセラーなどの産業衛生スタッフの活用により充実してきている。しかし、労働者を取り巻く状況が好転しているとはいえない。労働者、労働組合がどのようにメンタルヘルスの問題に向き合ってきたのかを明らかにする。

【方法】

職場のメンタルヘルス事例研究会の議論の変遷と今後の課題について考察する。職場のメンタルヘルス事例研究会は労働者、労働組合によって「メンタル事例検討会」を経て2006年に準備会を開催、2006年5月19日結成したものである。精神科医師、メンタルヘルスに関わる労働組合関係者により構成され、その後、産業カウンセラー、弁護士が参加し、労働者の立場にたった研究を継続している。

【考察】

発足当時の2006年頃は、メンタル不全者の「労働災害としての申請の取り組み」や「職場復帰」が主要なテーマとなっていた。メンタル不全は職場で発生した職業病という認識をもちながらも、本来の職業病の取り組みのように労災認定を求めた上で、職場復帰を進めるということにはならず労災認定補償か職場復帰かという二者択一となっていた。それは認定を求める運動と職場復帰はそれぞれに大きな課題であるため、患者本人、支援者にとっては負担が大きかった。さらに、重要な役割としては「精神疾患への正しい理解」があり、精神科医による学習企画も継続する。そして、メンタル不全への取り組みの難しさから、労働組合でも個別対応になることが多く、支援する者も不安を抱いていたことから、支援者のケアという側面もあった。こうした個々の事例の検討は職場状況を明らかにすることになる。2010年頃には、事例報告に加えて「発達障害」、EAP、産業カウンセラーの活動、保健所の役割、リワーク支援の現状などをテーマとし、弁護士による講演も依頼してきた。再度、個別事例を掘り下げる内容へと展開している。

この10年で職場は大きく変化している。パソコンの導入によりコミュニケーションや働き方は変わり、特に単純労働だけでは働き続けることが困難になってきている。非正規化により、正社員は過重な期待と負荷が課せられ、職場の中にあつた余裕を奪い、非正規労働者が正規労働者への歪んだ感情を抱くようなことも生じている。単なる好き嫌いだけでは語ることはできない、複雑な人間関係も存在している。こうしたことがメンタルヘルス不全の問題を招いていることは明確であり、結果として「まともに働いて食べていける（生活できる）労働」がないことが職場の不全の根底にある。メンタルヘルスへの取り組みは安全衛生の課題でありながら、安全衛生の課題となりきれていないことにも焦点があてられるようになる。

【結論】

近年、研究会では、すべての働く人に対して「果たしてその人の人生の中でいいことなのか」といった問いかけをすることがある。当事者だけに目を向けるのではなく、その人の人生、家族、生活において、今の社会は、職場は労働者の人生を幸せなものにできているのかという視点で考えていくと、非常に難しい問題が山積している。一方で、そうしたことの要因が何かというと、働き方そのものにある。メンタルヘルスを考えながら、結果としては労働者の働き方を変えていかなければならないことに行き着くのである。この到達点を踏まえと職場の安全衛生活動の活性化が今後の課題である。メンタルヘルス不全を発症することで、当事者は苦しむものである。病気をきっかけにした取り組みではなく、病気を発症させないための取り組みが、研究会で進めていきたいことである。

研究会は発足当時から精神科医師、労働者、専門家、そして研究の立場から現場に対して、実践的に寄与できるように努めている。近年では、弁護士が定期的に参加することにより、法的な側面からの議論にも展開している。これからの10年で、メンタルヘルス不全を少しでも減少させ、労働者が働きやすい環境を作りあげていくために、研究会活動を進めていきたい。

fuyuki911@gmail.com

何故、彼は机の上に足を載せて PC を操作し続けてきたのか？

○ 辻村裕次、埤田和史（滋賀医大・衛生学）、白星伸一（佛教大・理学療法学）、北原照代（滋賀医大・衛生学）

【目的】障害者の二次障害とは、成人障害者に見られる既存障害の増悪または新たに発生した障害と定義されており[大井ら]、その発症には、一次障害の原疾患特性や加齢に伴う生体機能の変化、生活・労働の環境や条件の不適合による心身の負荷が関与すると考えられている。その中で、生活・労働の環境や条件については、本人に対して適切に整備することで、二次障害の予防、発現時期の遅延、症状の軽微化が可能となり得る。

我々は就労障害者に対して作業時の身体負担軽減による二次障害予防に取り組んできた。本稿では、足趾で PC 操作を行っている身体障害者に対し、人間工学的な作業環境整備によって負担軽減を図り、その効果を評価した事例を報告する。さらに、障害を有する人の就学時から将来までを見据えた健康教育について考察する。

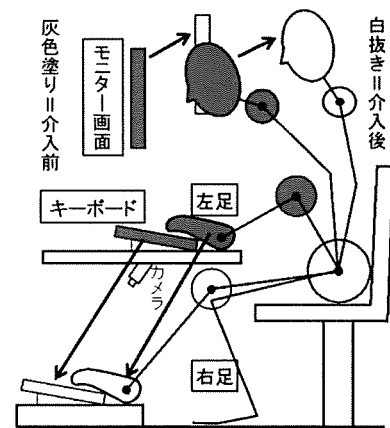
【方法】対象は就労支援 B 型事業所で VDT 作業を行っている 23 歳（評価時）の男性肢体不自由者で、幼少期のインフルエンザ脳症による両上肢の機能障害（不随意的緊張があるため手指での機器操作不可）と弱視がある。キーを見て入力する必要があるため、キーボードとトラックパッドを机上面に置き、主に左足第二趾で操作し、画面に 10 cm 以内に顔を近づけていた。終業時近くでの足腰の痛みや疲れを訴えており、無理な体勢での作業が主な原因と考えられた。足を床に置いて操作できるように、キーボードとトラックパッドを床に置く介入策をとった。机下面にビデオカメラと照明を取り付け、PC モニターの右横にキーボードモニターを設置した。また、PC モニター位置を高くし、手前に移動した。変更前後の VDT 作業で、座圧分布測定、左右の僧帽筋と傍脊柱部筋群 L2 の実効表面筋電図測定、負担感の聞き取り、ビデオ撮影を行った。また、それまでの PC 使用歴を聞き取った。

【結果と考察】変更前後の坐骨結節直下右側の極大荷重(mmHg)変化は、トラックパッド操作時で 220 以上→98.4、矢印キー入力時で 220 以上→68.2 となった。入力操作中で僧帽筋に不随意的筋緊張がないときの平均筋電位(μV_{rms})の変化(左)は、僧帽筋で 14.5→8.6、傍脊柱部筋群で 5.9→2.1 であった。聞き取りによる負担感では「(変更後の方が)やはり楽で、以前のように長時間作業後に腰が痛くなるのがなくなった」、操作性では「キーボードモニター上のキー表示の方が以前より大きくなったので操作しやすい。上のモニターを見ながら床にあるキーボードを操作することの違和感はない」とのことであった。

対象者は小学校 1 年生から机上面高を椅子座面と同じくらいにし、ポインティングにはトラックボールを使用し、PC (NEC PC98) を操作していた。中学生では MS Windows®の拡大鏡機能を使用していた。高等学校通信部を卒業し、18 歳で現在の事業所で就業している。そのときからポインティングにはトラックパッドを使用し始めたが、それら入力機器は机上面(高さ 535 mm)に設置したままであった。近くの福祉施設で週 1 回のリハビリを受けている。入力機器の設置位置を変更したのは 22 歳の時であった。

机の上に足を載せた作業姿勢が大きな負担であることは、だれが見ても明らかである。本人も周囲の方々も、上肢に障害を有するので PC 操作ができるだけで良しとしていたのではなかろうか。以前は、十分な大きさのモニターが現実的には使えなかった、安価で使い勝手の良いビデオカメラがなかったなどの技術上の問題があったにせよ、机上面高を低くする以外にも何らかの負担軽減策がとられていてもよかつたのではなかろうか。学校教員や作業所指導員の責任というわけではなく、二次障害問題の広報と社会化、障害児者に問題がある場合に専門家に相談できる窓口の設置、身体変形・麻痺部位の拡大・筋緊張の増強など二次障害を含めた将来の問題に対する関係者の研修・啓発の場を設けるなど、地域社会としての取り組みが重要と考える。

【結語】足を床に下ろした座位で作業できるようになったことで、身体負担が軽減した。大きな画面のキーボードモニターを利用することで、操作性も向上した。しかし、十数年間も机の上に足を載せた PC 操作姿勢であったことは、コンピューター技術が進歩し、周辺機器も含めて安価で利便性が向上した今後には、あつてはいけないうことであろう。二次障害予防方策のさらなる啓発が求められている。



地域住民のQOL 規定要因に関する検討（1）： 職業性ストレッサーおよび社会的ストレッサーがQOL に及ぼす効果の構造分析

○田中健吾、高原龍二（大阪経済大学 経営学部）

【目的】

国民の健康寿命の延伸に向け、予防医学的視点から疾病構造や生活習慣の急激な変化に対応する取り組みが求められている。取り組みの評価指標としては、生活の質（Quality of Life: QOL）の向上が重要視されており、身体的・精神的健康の両面から QOL を検討する必要があることなどが指摘されている（厚生労働省, 2011）。一方、精神保健学分野では、働き盛り世代の自殺死亡率増加、メンタルヘルス不調による長期休職者の増加等が問題視され、働く世代の QOL 向上を検討する必要性が示唆されている。ところが、就労状態にある地域住民に関して、地域生活と職業生活の両面で発生するストレス要因が、身体的・精神的 QOL にいかに影響しているかについては、実証検討は少ない。そこで、本研究では正規就労状態にある地域住民を対象とし、社会的ストレッサーと職業性ストレッサーが QOL に与える効果について構造的モデルを検討し、影響性を明確にすることを目的とした。

【方法】

調査対象：2014年7月31日現在20歳以上70歳未満の大阪市東淀川区民について住民基本台帳から5000名を無作為抽出し、郵送法による自記式質問紙調査を実施したところ1099名から回答が得られた（回収率22.0%）。このうち、就労状況について、正規雇用と回答した者で、全ての設問に欠損値の無い354名を分析対象とした（20歳代54名、30歳代94名、40歳代95名、50歳代83名、60歳代28名；男性187名、女性167名）。調査時期は2014年9月であった。なお、調査に関する倫理的配慮として、大阪経済大学と東淀川区役所との間で協定を締結し、個人情報取扱や守秘義務等について確認している。

調査材料：(1)職業性ストレッサー尺度：職業性ストレス簡易調査票（下光, 2000）のストレス要因9項目を使用した。また、ストレス緩衝要因としてサポート要因3項目も使用した。(2)社会的ストレッサー尺度：社会的ストレス尺度（植村ら, 1979）を基に、近所づきあい、行政サービス、保健・衛生、夫婦の調和、子どものしつけ、学業成績・勉学意欲、結婚問題、対老親関係、家族の健康に関する22項目を採用した。(3) Quality of Life：日本語版 Medical Outcomes Study – Short Form-36 version 2 (SF-36v2；福原・鈴鳴, 2004)を使用した。マニュアルに基づき、身体機能、日常役割機能(身体)、日常役割機能(精神)、社会生活機能、心の健康、身体の痛み、活力、全体的健康感の8下位尺度36項目の換算点を分析に使用した。

分析方法：先行理論に準拠し、心理的ストレス反応の最終経路として QOL を位置づけ、社会的および職業性ストレッサーが QOL を規定し、ソーシャルサポートがストレッサーの自覚に影響する構造方程式モデルを構成し、共分散構造分析を行った。構成した因果モデルは Fig.1 の通りである。分析には IBM SPSS Amos 22.0 を使用した。

【結果と考察】

Fig.1 に分析の結果を示した（観測変数・誤差変数は、煩雑さを避けるために省略してある）。モデルの適合度を検討したところ、適合度指標は、GFI=.92、AGFI=.88、CFI=.90、RMSEA=.07、で十分な適合度を示しており、構成したモデルがデータの分散共分散行列をよく説明していると判断された。また、職業性ストレッサーが QOL に及ぼす影響は社会的ストレッサーが QOL に及ぼす効果よりも強いこと、およびソーシャルサポートは職業性ストレッサーおよび社会的ストレッサーの両方の自覚を低減する効果を有するが、QOL に直接効果をもたらさないことが示された。この結果より、正規雇用状態にある地域住民については、職場環境適応の観点から QOL を理解する必要があることが示唆された。自営業者や非正規雇用者など正規雇用者よりも地域生活と密接に関わると考えられる就労状況にある地域住民についての詳細な検討、および性差の検討などは、今後の課題である。

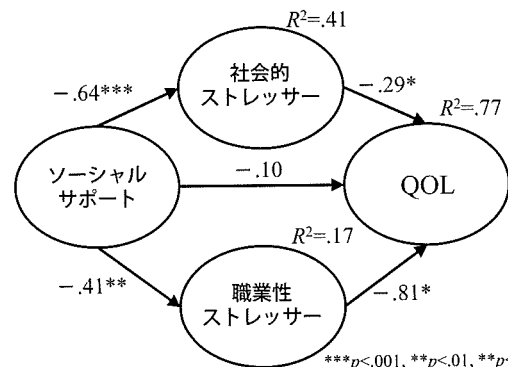


Fig.1 職業性および社会的ストレッサーがQOLに及ぼす影響

地域住民の QOL 規定要因に関する検討 (2) : QOL 規定要因の地域性

○高原龍二、田中健吾 (大阪経済大学 経営学部)

【目的】

地域精神保健の推進には、地域性の考慮が不可欠である。居住環境によって精神的健康が異なる可能性があるためである (Parikh, Wasylenki, Goering, & Wong, 1996)。具体的な施策のためには、こうした地域性やその要因が把握されることが有益であるといえよう。また、分析の観点からも、個人レベルと地域レベルのような階層性を持ったデータについては、その階層性を考慮したマルチレベル分析を行う必要性が指摘されている。そこで本稿では、地域住民の精神的 QOL を規定する要因の 1 つである社会的ストレスナーに関して、地域による一貫性を確認した上で、個人レベルと地域レベルそれぞれの要因を検討したモデルを構築することを試みる。

【方法】

「地域住民の QOL 規定要因に関する検討 (1)」(田中・高原, 2015) と重複する部分は省略する。

分析対象 : 回収された全対象者の回答を分析対象とした。

尺度 : (1) 精神的 QOL : 日本語版 Medical Outcomes Study - Short Form-36 version 2 (SF-36v2 ; 福原・鈴嶋, 2004) を使用した。マニュアルに基づき 3 コンポーネント・サマリースコアを算出し、Mental Component Summary を精神的 QOL の指標として使用した。(2) 社会的ストレスナー : 社会的ストレス尺度 (植村ら, 1979) を基にした 22 項目の因子分析 (最尤法, Promax 回転) から 4 因子 (行政・保健サービス利用不便性、近所づきあいの乏しさ、家族生活の心配、子どもの教育の心配) を抽出し、それぞれの因子に関連の強い項目の平均値を用いた。(3) デモグラフィック : 性別、年齢 (5 歳区分)、身長、体重、最終学歴、婚姻状況、居住形態、就労状況、年収 (100 万円区分)、世帯年収 (100 万円区分)、喫煙経験、飲酒量を使用した。(4) 地域性指標 : 東淀川区役所からの情報や公的統計より、地域ごとの人口、平均年齢、有配偶率、労働力人口率、5 年居住率、1 病院あたりの人口、行政サービス拠点の有無を用いた。

分析 : 級内相関係数 (ICC) により地域性を検証した上で、マルチレベル構造方程式モデリングにより地域性を考慮したモデルを検討した。分析には R version 3.1.3 (multilevel package version 2.5) および Mplus version 7 を用いた。

【結果と考察】

精神的 QOL および社会的ストレスナーについて、17 地域での級内相関係数を求めたところ、行政・保健サービス利用不便性、家族生活の心配の 2 指標で地域による一貫性が確認された。そこで、個人レベルでは精神的 QOL を行政・保健サービス利用不便性、家族生活の心配が説明し、それらをデモグラフィックが説明していると仮定し、地域レベルでは行政・保健サービス利用不便性、家族生活の心配の地域レベルでのランダム切片を地域性指標が説明していると仮定した初期モデルを構築し、モデル検討を行った。家族生活の心配は地域性を説明する要因が発見できず、適合度を下げするためにモデルから除外し、有意なパスのみを残して最終モデルとした。行政サービス窓口の位置が、行政サービスの利用快適性意識を経由して精神的 QOL を規定していることが示された。地域によるサービスへのアクセシビリティ差を考慮した施策が求められているといえよう。

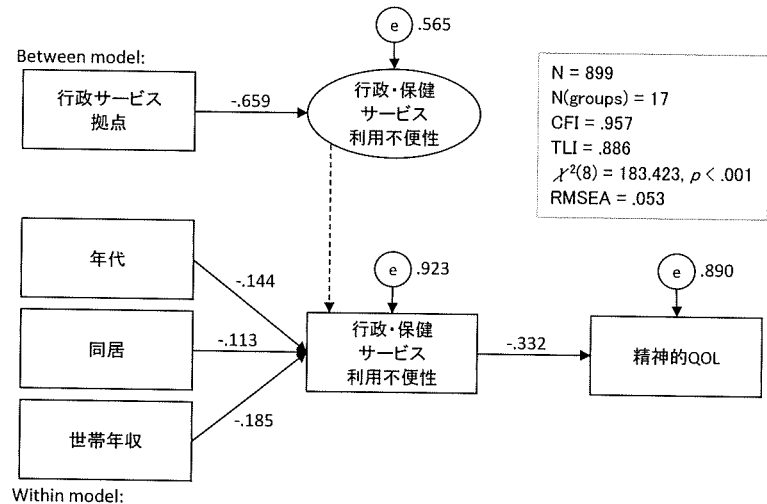


Figure 1 社会的ストレスナーの地域性を考慮した精神的 QOL 規定モデル

takahara@osaka-ue.ac.jp

A Study of Support System Towards Foreign Careworkers in Japan

○Querí, Imelda

(社会福祉法人江寿会 ケアハウスアゼリーアネックス、立教大学院コミュニティ福祉学研究所
College of Community and Human Service, Rikkyo University)

【Purpose】

Based on Economic Partnership Agreement of Japan in the year 2006 to the Philippines, year 2008 to Indonesia, year 2009 to Vietnam, movement of Careworkers would be allowed to practice their profession in Japan provided they meet the necessary requirements. Such as, undergo skills and language training and pass the national examination. To date, the number of accepted Foreign Careworkers in Japan was 1,501 and the number of Careworkers who passed the national examination was 320(21.3% of the total number of accepted Careworkers).

The aim this study was to examine the support system towards Filipinos, Indonesians, and Vietnamese Careworkers under Economic Partnership Agreement.

【Method】

To examine the support system of the Japanese government towards foreign Careworkers, data were gathered through database. Also, interviewed were conducted from organizations to identify their support programs. Furthermore, recent studies and presentations from accepting Institutions were gathered and analyzed.

【Results and Conclusions】

The results of the study indicated that foreign Careworkers in Japan under Economic Partnership Agreement experienced the equality of support from Japanese government and other organizations which more focused on language training program and assisting them on how to pass the national examination.

On the other hand, this study showed that the accepting Institutions implemented different strategies of support towards their foreign Careworkers. Such as allowing them to study the Level 2 Home Helper, letting them experience the lifestyle in Japan through various programs. However, a number of accepting institutions allowed their foreign Careworkers to study by themselves to pass the national examination.

To conclude, these support system of the Japanese government, organizations, and accepting Institutions demonstrate that there has been progress in the field of foreign Caregiving in Japan. However, it is essential to address that other foreign Careworkers were not fully supported by their accepting Institutions. Obviously, the language is a major barrier and intercultural knowledge is indispensable to gradually decrease the challenges of foreign Careworkers in Japan.

It is hoped that this symposium will provide some hints for the future direction of foreign caregiving in Japan.

iquerimel@yahoo.com

慢性心疾患有病者における QOL 維持・向上の関連構造

○久保美紀 (帝京科学大学 医療科学部)、山下香枝子 (聖隷クリストファー大学 看護学部)、
星 旦二 (首都大学東京 都市科学研究科)

【目的】

超高齢社会を迎え疾患構造が慢性かつ併存疾患に変化するなか、慢性心疾患を有する人々が病気と共存し、その人らしく生活するための関連構造を明らかにし、新しい支援方法の構築する事は患者の QOL を維持・向上する上で重要である。本研究は、循環器疾患を有し治療中にある高齢者の主体的な取り組み (以下、QOL) を可能にするための関連構造を明らかにし、今後の支援方法を構築するための基礎資料を得ることを目的とした。

【方法】

1. 研究期間と対象者

調査期間は、2010 年 7 月から 2011 年 4 月に、都内循環器専門病院に通院・入院中で、心不全の診断から 3 年以上が経過し医療専門家が研究協力可能と判断したうえで、研究参加に同意した人 145 人を対象とした。

2. 方法

1) 研究デザイン

ある一時点における調査観察を行った横断研究である。

2) 調査手順

対象条件を満たす人にインフォームド・コンセントを行い、研究の参加に同意が得られた後に自記式質問紙を配布した。対象者の属性データについては、研究者および共同研究者が電子カルテから情報収集を行った。

【結果と考察】

1. 分析対象者属性

本研究の参加に同意が得られたのは 145 人で、そのうち有効回答者数は 116 人 (以下、対象者) であった。対象者の年齢は 32~92 歳、平均 69.7 (SD12.3) 歳であった。心血管イベントが原因の過去 1 年の入院回数 (以下、再入院回数) と年齢、左室駆出率および NYHA 心機能分類の関連性を検討したところ (カイ 2 乗検定)、高齢者 (70 歳以上) および心機能の低い患者で再入院回数が多い傾向はあるものの有意な関連は認められなかった (表 1)。

表 1 再入院回数と年齢、心機能との関係

| | | 再入院回数 | | | | 合計 | 検定 |
|------|-------|-------|-------|------|-------|-----|----------------------------------|
| | | 0~1回 | | 2回以上 | | | |
| 年齢 | ~69歳 | 51 | 52.6% | 6 | 33.3% | 57 | Pearsonカイ2乗 Z=2.249 p>0.05 |
| | 70歳以上 | 46 | 47.4% | 12 | 66.7% | 58 | |
| LVEF | ~40% | 47 | 49.0% | 12 | 66.7% | 59 | Pearsonカイ2乗 Z=1.904 p>0.05 |
| | 41%~ | 49 | 51.0% | 6 | 33.3% | 55 | |
| | 不明 | 1 | | | | | |
| NYHA | I 度 | 71 | 73.2% | 10 | 55.6% | 81 | Pearsonカイ2乗 Z=2.705 p>0.05 |
| | II 度 | 19 | 19.6% | 6 | 33.3% | 25 | |
| | III 度 | 6 | 6.2% | 2 | 11.1% | 8 | |
| | IV 度 | 1 | 1.0% | 0 | 0% | 1 | |
| | 不明 | 1 | | | | 1 | |
| 合計 | | 97 | 100 | 18 | 100 | 116 | |

【結論】

慢性心疾患をもちながら『前向きな取り組み』をするためには、『家族支援機能』が基盤となり『療養行動』を経由して『前向きな取り組み』が規定されることが示された。なおかつ、このモデルは性別、学歴に影響されないモデルであることが明らかになった。

初診時に StageⅢ以上の進行・再発乳癌患者が抱える諸問題について

○高崎 恵美 (千鳥橋病院・乳腺外科)

【はじめに】

当院では初診時に StageⅢ以上の進行・再発乳癌の割合が 28%で、全国乳癌患者登録調査 (2011 年次症例) の 7.3%に比べて約 4 倍 と有意に高い。諸問題により受診が遅れたと考える代表的な 2 例の病態、社会的背景、問題点とその解決策について報告する。

【対象と方法】

2013 年 3 月～2014 年 11 月の 1 年 9 ヶ月間に針生検他の方法で、42 例を乳癌と診断した。全例が女性、年齢は 27-87 歳、平均 62 歳であった。10 例が StageⅢ・Ⅳの進行癌、2 例が再発例で、12/42 例 (28%) が StageⅢ以上の進行・再発乳癌であった。うち 2 例の StageⅢc 乳癌について報告する。

【結果と考察：症例 1】 67 歳、右乳癌 T4N3M0StageⅢc。

背景と現病歴：長距離トラック運転手の息子と二人暮らしだが、ほぼ独居状態。乳房が大きかったため、腫瘤を自覚したのは右乳癌が自壊した時だが、死んだ夫の所に行きたいと思い放置していた。5 ヶ月後に両側下腿の浮腫を主訴に娘に付き添われて内科を初診、すぐに乳腺外科へ紹介された。右乳房から鍾乳洞状に隆起した巨大な乳癌で、抗癌剤しか効かないタイプのトリプルネガティブ乳癌であった。治療：①放射線治療が奇跡的に著効、鍾乳洞状の腫瘍は消失して巨大な胸壁潰瘍となった。②無料低額診療制度が適応となり経済的困難はなかったが、患者の決心がなかなかつかず、放射線治療終了 3 ヶ月後にやっと抗癌剤を開始、著効して胸壁潰瘍は縮小した。③しかし、抗癌剤 4 回目後、副作用の発熱性好中球減少症となるが 4 日間放置して重症化、敗血症性ショック状態で救急搬送された。集中治療により救命されたがほぼ寝たきり状態となり、抗癌剤の継続は困難で、以降はリハビリと緩和治療のみを行った。④5 ヶ月後、歩行器で歩けるまでに全身状態は改善した。抗癌剤を再開したいという患者の強い希望があり、減量して再開したが副作用で再度寝たきりとなり中止、緩和治療のみとなった。問題点：受診が遅れた理由は、本人の頑固な性格と貧困によると考える。また、放射線治療、抗癌剤ともに著効したが、自己管理のための教育や指示、指導が浸透せず、訪問看護も断るという頑固さが、悪い転帰を招いたと考える。

【結果と考察：症例 2】 42 歳、右乳癌 T4N3M0StageⅢc。

背景と現病歴：1 年前から右乳房腫瘤を自覚したが、派遣の仕事で無保険状態であったため病院を受診できなかった。最後の 3 ヶ月間は仕事を解雇されて寮を退去、ホームレス状態であった。右乳癌部の痛みが増強したため、NPO 法人おにぎりの会に助けを求めて、生活保護を申請後に初診した。右乳房全体が癌に置き換わった状態がかつ潰瘍を伴い、抗癌剤しか効かないタイプのトリプルネガティブ乳癌であった。治療：①通常は外来で行う全身精査を、家がないため入院して行った。②住居はシェルターに決まり、退院後は外来での抗癌剤治療に通院した。しかし、初めの頃は教育や指示、指導が浸透せず抗癌剤継続のための管理に難渋したが、1 種類目の抗癌剤 6 コースが著効して潰瘍はほぼ上皮化した。③現在はアパートに一人暮らしで、外来で 2 種類目の抗癌剤投与中であり、腫瘍はさらに縮小傾向である。問題点：受診が遅れた理由は、社会適応が困難で仕事、住居、保険がなかったためと考える。

【まとめ】

①当院は比較的所得者や生活保護世帯が多い地域にあり、貧困や理解力の低さによる受診の遅れがあると考えられる。②無料低額診療制度を行っているため、経済的な困窮者が進行状態となって集まってきている可能性がある。③治療開始後も、教育や指示、指導どおりの自己管理や生活ができず、安全に治療を継続するのが困難な症例が多いため、さらなる対応策を検討して実施しつつある。④地域で無料の啓蒙活動を行ったり、検診受診を勧めて早期発見、早期治療を目指していきたいと考える。

yeh.takazaki@movie.ocn.ne.jp

島根県における近代産婆制度運用に関する研究

○宮本恭子(島根大学・法文学部)

【目的】

現在、母性を育む助産師は、その昔「とり上げ婆さん」ともいわれ、生児をこの世の中に取り上げる権限を持つ人・職業である「産婆」と言われた。この「産婆」は、墮胎行為の周辺に存在するものとしても認識されていた。全国レベルで産婆の墮胎等を禁じた明治維新後も、生児は様々な手段によって産婆の手で処理されていた。本研究では、島根県を対象に、明治期を通じてどのような法規制のもとに産婆があったのかを検討することで、生殖との関連で産婆がどのような存在として認識されていたかを探ることを目的とした。

【方法】

島根県を対象に、明治期を通じて一体どのような法規制のもとに産婆があったのか、島根県が産婆に関してどのような方針で制度運用(規則制定するための改正)を行ったのかを、全国的な流れを踏まえながら、島根県の法令・規則類の変遷と産婆数等の推移等から検討した。

【結果と考察】

島根県は全国レベルの産婆制度の運用と比べ早いスピードで産婆の管理統制を進めた。その背景には、墮胎行為に深く関わる存在である産婆の質の改善を急ぐことで、墮胎の取締を強化しようとする県の方針があったものと推察される。このことは、結果として明治期以降の島根県の産婆の質の向上につながり、その産婆の貢献が医師不在の地域が多い島根県における母子保健の向上に大きく寄与することになった可能性が見いだされた。

【結論】

島根県では、全国的な乳児死亡率の転換が生じる以前から、乳児死亡率の割合は、全国平均をかなり下回るものであったこと、それは、明治期から農村部に近代的な衛生観念を持ち込んできた助産師、すなわち近代産婆の貢献による影響が大きかったことが指摘されている。このような近代産婆の貢献は、明治期からの島根県の産婆の制度運用の展開と深く関わっていたといえよう。

miyamoto@soc.shimane-u.ac.jp

地域づくりを推進する保健活動の事業効果と保健師の役割について

○梶西祐子、渡辺千鶴、柚木聡子、大村千晴（呉市保健所健康増進課）

【背景・目的】 呉市は、人口約 23 万人、高齢化率 32.3%（平成 26 年 9 月末）。平成 17 年に 1 市 8 町が合併。「健康寿命」の延伸に向け、市民が主体的に取り組むことを主眼に、平成 21 年度から地区組織と行政との協働で、「地域に根ざす健康づくり事業」を展開している。市民が自分の健康状態を知り、健康づくりに役立てるため、積極的な健診（検診）受診と、健康づくり事業に参加し健康意識を高めることを目指している。保健師は、直接住民に接して、健康教室を行ったり運動普及推進員事業の支援をしたり、また事業の普及啓発を行ってきた。研究目的は、地域づくりを推進する保健活動の事業効果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。

【方法】 市内 28 地区自治会で、運動普及推進委員会等と共に健康づくり事業を実施。自治会は、事業の計画策定から実施・評価を行い、行政は、地域協働・国民健康保険・健康増進の各部署が連絡・調整し、その支援を行っている。また、地区自治連合会を対象に活動費の交付金を交付。健康増進課は、情報発信や実践をサポートしている。保健師は地区担当制で、事業の計画段階から関わり、直接、住民に対して健康教室の実施や事業の啓発を行った。

【結果と考察】 合併の経緯もあり、まちの歴史や地域づくりの経緯が異なり、地区組織団体の有無や役割も違いがある。自治会ごとに、様々な運営方法で、運動普及推進委員会が中心となりウォーキングや体力測定会等を行うが、運動普及推進委員会がない地区では公衆衛生推進協議会等がその役割を担った。自治会単位での健診を始めた地区もある。顔見知りの自治会長が、地域住民に声をかけながらチラシを配り、市民センターが申込受付をし、受診することにより自治会から特典があった。身近な場所で、同じ地域の人と受ける健診は好評であった。また、小単位の自治会では、ラジオ体操後に参加者で健康づくりについて座談会をしたり、保健師や栄養士、又は地元の人が講師になって学習会を行ったりした。健康まつりや産業祭等のまちづくりイベントとも協働し、市の重点プロジェクト「はじめよう減塩生活」や「健康遊具」の情報提供を行った。さらに、自治会・運動普及推進委員会・老人クラブ・女性会・子ども会等の協働で故郷探訪のウォーキングや防災訓練を実施した地区もある。世代間交流ができ、地域の愛着を育てるとともに、地域の課題を共有し、災害時の対策をも検討する場となった。その結果、毎年、年間約 450 回・2 万人余りが参加し、定例行事として定着しつつある。そこで、平成 27 年 3 月には、保健師・栄養士 44 人に半構造化インタビューを行うことにより、事業効果とともに自分たち専門職の役割を振り返った。地域の状況は様々であるが、活動を通じて住民と関わりができ、信頼が生まれ、活動の蓄積が「地域の愛着形成」につながった。その中心は住民であり、保健師は、住民の力が引き出せるよう支援していく役割があると認識した。事業により、地域に出向くチャンスが生まれて、包括的に地域を捉え、地区診断の基礎となった。行政と市民が「健康寿命の延伸」という目的で事業がシステム化されたことで、市職員や自治会役員の交代があっても継続して事業が展開された。保健師は、住民の力を感じ、住民と共にエンパワメントされ、協働の素晴らしさを知った。まさにヘルスプロモーションの展開であったと認識した。

【結論】 地域づくりを推進する保健活動は、人と人との関係性が基盤にあり、信頼関係・相互扶助の慣行・密度の高い人的ネットワークが人々の協力関係を促し、地域社会を円滑・効率的に機能させる住民主体の健康づくりである。そのプロセスは、「ソーシャルキャピタルの醸成」であったことが示された。保健師の役割は、「地域の人々の健康や幸福の向上」という行政目的を実現するために、①同じ目的をもって行政機関の関係部署および関係者と協働して活動すること、②住民とともに活動をすること、③人々の健康と幸福の向上のための地域づくりを行うことであることが確認された。

参考文献：星旦二、麻原きよみ：これからの保健医療福祉行政論、日本看護協会出版社

松本珠実他：ソーシャルキャピタルの醸成にかかる保健師の能力形成に関する研究、地域保健総合推進事業

梶西祐子：行政の地域づくりを推進する保健活動のあり方と保健師の役割について、第 55 回日本社会医学学会

kajinishi47610@city.kure.lg.jp

マタernalアイデンティティ獲得を促す助産師の援助

○小野智佐子（東洋大学大学院社会学研究科、国際医療福祉大学）

【目的】

我が国において開業助産師は、地域社会に根つき、分娩の介助のみならず、妊娠中から産後の子育てに至るまで、女性に寄り添い、継続的に母子や家族の支援をしてきた。開業助産師によるホリスティックかつ継続ケアが母親のマタernalアイデンティティ獲得に影響すると考える。本研究目的は、開業助産師による援助が母親のマタernalアイデンティティ獲得を促す事柄を質的帰納的に探索し記述する。

【方法】

- 1) 研究デザイン：フィールドワークを通し、開業助産師による援助が母親のマタernalアイデンティティ獲得を促す事柄を質的帰納的に探索する質的記述的研究である。
- 2) 対象：助産所にて研究協力妊婦4名を援助する助産師11名。研究協力妊婦の選定条件は日本語能力を有し本研究に影響がある妊娠異常や合併症がない初産婦であり、現在の家族形態が核家族である妊婦である。
- 3) データ収集期間：2007年6月～12月7日。
- 4) データ収集方法：データ収集方法：開業助産所におけるフィールドワークにより、観察法と面接法によってデータを得た。研究協力妊婦が妊娠第8ヵ月目から産後3ヵ月目までの期間、すべての助産師の援助に立会い縦断的にデータを得た。観察の視点はマタernalアイデンティティ獲得を促す事柄をフィールドノートに記録した。観察法は観察者の立場をとり助産師の援助につながることはしなかった。
- 5) 分析方法：データの分析は質的帰納的分析手法を用いた。フィールドワークによる観察法で得たデータをプロセスレコード形式に記録し、その後意味のあるまとまりに切り取って解釈しコード化した。また面接法を用いて得たデータも解釈しコード化した。その後カテゴリー化し、大項目のカテゴリーに分類した。
- 6) 用語の操作的定義

本研究におけるマタernalアイデンティティとは、母親の自我が安定し子どもを育てる喜びをもちながら母親役割を遂行できることをいう。

7) 倫理的配慮

研究対象者に対し、文書を用い研究の主旨および目的、方法、プライバシーの保護、倫理的配慮等について、口頭で説明し、同意書に署名を頂き調査の協力を得た。所属大学研究科倫理審査委員会の承認を得て行った。

【結果と考察】

- 1) 質的帰納的分析の結果、マタernalアイデンティティにつながる援助のコードが930、サブカテゴリーが26、カテゴリーが5抽出された。
- 2) ストーリーライン：助産師の熟練した指導によって、母親は「育児技術力を獲得し母親としての自信」を得ており、ならびに助産師の「ケアリングにより母親の自我が強化」され、マタernalアイデンティティ獲得を支援していた。

「育児技術力を獲得し母親としての自信」のカテゴリーは、〈育児の場を共にして技術力を支援〉、〈タイムリーに承認・賞賛することにより自己効力感〉であった。「ケアリングにより母親の自我が強化」のカテゴリーは、〈数居の低い親しみのある対等な状況〉、〈妊娠中から継続的に信頼し合う関係〉、〈心身の安寧を支援したケア〉であった。

【結論】

マタernalアイデンティティにつながる開業助産師の援助は、「育児技術力を獲得し母親としての自信」を与えると同時に「ケアリングによって母親の自我が強化」され、マタernalアイデンティティ獲得を促す支援をしていた。本研究により、開業助産師によるマタernalアイデンティティ獲得を促す援助の要素が明らかになった。しかし要素間の相互関係は明らかになっていない。

chiono@iuhw.ac.jp

ハローワークで行った司法書士・保健師・精神保健福祉士による「生活・法律・こころの相談会」

○野口晶子、田中優紀、江上有佳、大津 香、山口はるか、月足利枝、田原由起子、藤島喜久子、浦部富士子、笠 幸則、宮本敬子、星子美智子（久留米市保健所）

【目的】

我が国の自殺者数は近年減少傾向にあるが、働き盛りの男性の自殺者は依然として多く、その原因・主な動機については「経済・生活問題」やうつ病などの「健康問題」がある。久留米市では平成26年3月から自殺の要因となりうる失業、解雇、借金問題、多重債務などの社会的問題を抱えた人が訪問する場所の一つであるハローワークにおいて、司法書士・保健師・精神保健福祉士による「生活・法律・こころの相談会」を開催している。本研究では相談者の属性、相談内容などの実態を調査し、今後の相談会の在り方を考える。

【方法】

自殺予防週間・自殺予防月間である3月と9月にハローワーク久留米において、司法書士と保健師・精神保健福祉士による「生活・法律・こころの相談会」を開催した。開催前に市広報誌にて周知をはかるとともに、当日ハローワークに来所した人に対して相談会のチラシを配布して利用を呼びかけた。相談者に対しては受付担当者が相談趣旨を聞き取り、司法書士または保健師・精神保健福祉士、あるいは両者へ繋げ、相談者の性別・年齢・住所（市内、市外）を任意で聴取し、面談を実施した。相談会終了後には解決案に関して全員でフィードバックを行った。

【結果と考察】

平成26年3月に2回、同年9月に2回、平成27年3月に2回の合計6回にわたり開催し、合計35名が利用した。相談者は本人28人（80%）、家族6人（17%）、婚約者1人（3%）であり、相談者の性別は女性21人（60%）、男性14人（40%）であった。当事者の年代別割合は10代1人（3%）、20代2人（6%）、30代5人（16%）、40代11人（34%）、50代10人（31%）、60代以上3人（9%）であり平均年齢は47歳であった。当事者のうち延べ9人には精神疾患があり、内訳は高次脳機能障害疑い1人（同一者が2回来所）、うつ病・躁病2人、統合失調症3人、強迫神経症1人、軽度発達障害1人であり、強迫神経症で引きこもり・ゲーム依存がある1人以外は本人が来所した。保健師・精神保健福祉士単独の面談は10件、司法書士単独の面談は16件、両者とも面談したのは9件であった。相談内容についてみると、家族からは、子供の引きこもり・ゲーム依存、金銭問題、金銭問題とパチンコ依存症、金銭問題と遺産相続、子どもの発達障害、姉の認知症問題がそれぞれ1件ずつであった。本人からは、解雇を含めた仕事関係が9件（32%）と最も多く、続いて金銭問題6件（21%）、障害者の就職活動と手続きが3件ずつ（11%）等であった。相談を受けた者別にみると、司法書士のみへの相談内容では解雇を含めた仕事関係が6件（38%）と最も多く、次に金銭問題3件（19%）、手続きが3件（19%）等であった。保健師・精神保健福祉士のみへの相談内容は離婚後の生活や病気に対する不安が2件（20%）、介護疲れや引きこもり・ゲーム依存などが1件ずつ（10%）等であった。司法書士と保健師・精神保健福祉士両方への相談内容は障害者の就職活動、金銭問題、仕事関係がそれぞれ2件ずつ（22%）等であった。解決案としては、傾聴とアドバイスが最も多く20件（57%）、特に金銭問題・障害者の就職活動などの相談内容に多く見られた。次に弁護士や法テラス等専門機関の紹介や保健所が実施している心の健康相談への紹介などであった。特に本人・家族が抱えている問題が大きい2件に関しては、保健師・精神保健福祉士が電話によるフォローアップを行い、情報提供や傾聴を継続している。

ハローワークで相談会を開催したことで、普段保健所には訪れない様々な社会的問題を抱えた人々へのアプローチが可能となり、傾聴や見守りだけでは解決できない金銭や仕事の問題に対して具体的に司法書士がアドバイスを行うことできた。一つの機関だけで対応するのではなく、複数の機関が連動して支援を行うことにより、より効果的な自殺予防につながると思われる。

【結論】

今後も関係機関と連携し、こちらから出向いていくという活動を展開することで更なる自殺対策に取り組んでいきたい。

aknoguch@city.kurume.fukuoka.jp

色覚検査は「行動制限予測」検査であってはならない

○高柳泰世（本郷眼科・神経内科、藤田保健衛生大学）、宮尾 克（名古屋大学）

【目的】従来の色覚検査は私が調査した 1986 年では国立大学の半数が、「成績の如何に拘わらず色覚異常者は不合格とする」との人権侵害が堂々に行われてきたが、その非を訴え続け、年々半減し、5 年後にはほぼ改善された。1990 年以降、2014 年現在まで国立大学で 2 校、私立大学で 1 校のみ、いずれも海洋・航海系に制限の記載がある。

一般緑内障学会の折、視野検査の結果、視野欠損者に行動制限予測をしているが、社会的背景、経済的背景などを見て、個々にアドバイスをすべきであるとの演者の報告を聴いて、この表現は正に色覚問題にも通じると感じたので、社会医学会で情報提供をすることを目的とした。

一般に色覚検査の対象は男女両性であるが、仮性同色表である石原式色覚異常検査表は徴兵検査用として男子を対象に作られたものであり、伴性劣性遺伝形式をとる色覚異常に関しては女子の陽性的中率は非常に低くなる（約 50%）ためスクリーニングとしては使えないと考える。女子の場合はスクリーニングの後アノマロスコープ検査により診断しなければ、確定診断は出来ない。1958 年に学校保健法が公布された折、定期健康診断の項目に視力、聴力などと同列に何故色覚を入れたのか理由がわからない。義務教育制の日本では 2003 年まで、全員が石原表で色覚のスクリーニングを受けたが、アノマロスコープ診断まで行きついたものは 0.1%もいなかったと推測される。

【方法】私は 1973 年に本郷眼科を開設し、同年学校医を委嘱された。その折、養護教諭から、「色覚検査により男子は将来の職種が狭まり、女子は結婚話がなくなるので、あの検査はしたくありません。」との話を聞き、調査研究を始めた結果、1986 年の入試要項に国立大学の半数が『成績の如何に関わらず色覚異常者は不合格とする。』と記載されていた。一冊の色覚検査表によって希望する大学、学部には入れない、すなわち凄まじい行動制限予測がされていたものであった。医学部を初め理系大学にその表現がみられ、卒業後の就職にも石原表誤読者は障害者扱いで拒否されてきた。

【結果と考察】各制限大学の学長或いは入試担当教授に電話あるいは手紙で問い合わせ、石原表誤読者が修学出来ない理由を問いただしていくうちに、制限は年々半減し、5 年でほぼすべての大学（前記の 3 大学以外）で入試要項から制限の表現はなくなった。2001 年に労働安全衛生規則の改正により雇入時の色覚検査は廃止された。2003 年学校保健法施行規則の改正で定期健康診断から色覚検査は削除となった。然るに文部科学省は平成 28 年度から「特に、児童生徒等が自身の色覚の特性を知らないまま不利益を受けることのないよう、保健調査に色覚に関する項目を新たに追加するなど、より積極的に保護者等への周知を図る必要があること」とした。

【結論】労働安全衛生分野では色覚の特性は、職務遂行に支障がなければ可となっている。学校保健分野での行動制限予測の色覚検査は反って無意味な差別を醸成することになる。色覚検査は自ら必要と認めた時に受ける検査である。

yataka@yacht.ocn.ne.jp

40歳以下2型糖尿病患者の臨床像に関する多施設調査(MIN-IREN T2DMU40 Study) -多重ロジスティック回帰分析による1年後のHbA1cに影響する要因の解析-

○ 蒔 也寸志 (石川勤労者医療協会城北病院内科)、伊古田明美 (勤医協中央病院糖尿病内分泌科)、
伊藤浩一 (中野共立病院内科)、松本 久 (わみず病院 内科)、 沖本久志 (坂総合病院糖尿病代謝科)、
清水信明 (上伊那生協病院内科)、辻村文宏 (医療法人社団田中医院内科)、福田 洋 (順天堂大学医学部
総合診療科)、舟越光彦 (千鳥橋病院内科)、宮城調司 (立川相互病院内分泌代謝科)、三浦次郎 (吉祥院病院内科)、
大澤さやか (筑波大学総合診療科)、大澤 亮 (筑波大学総合診療科)
全日本民医連暮らし・仕事と糖尿病調査班

【目的】

20歳以上40歳以下の2型糖尿病患者の血糖コントロールの良否に影響する社会経済的要因を分析した。

【方法】

全日本民主医療機関連合会加盟の96の医療機関に受診中の20歳以上40歳以下の2型糖尿病患者782(男525/女257)人を対象として、2012年6月から7月に診療録の調査とアンケートを実施した。さらに、2013年6月から7月に診療録の調査を実施した。

2013年6月から7月時点でのHbA1c7%未満を血糖コントロール良好群、HbA1c 7%以上を血糖コントロール不良群とし、HbA1cの良・不良に関係する要因をロジスティック回帰分析によって調べた。説明変数は、診断年齢、年齢、性別、BMI、糖尿病の家族歴、2か月以上の無受診、糖尿病の治療方法(食事療法、経口血糖降下剤またGLP-アナログ製剤、インスリン療法)、運動習慣、食事習慣(朝食抜き、22時以降の食事)、1日の睡眠時間、飲酒、喫煙、ソーシャルサポート(相談できる家族と家族以外の支え)、雇用形態(正規、非正規雇用)、週労働時間(無職、1-35時間、36-59時間、60-79時間、80時間以上)、最終学歴、1カ月の収入(本人、家族)、医療費に対する負担感、生活保護、主観的健康感(非常によい、よい、普通VS悪い、非常に悪い)、ヘルスリテラシー(自分の健康状態、情報収集、情報の選択、情報の理解・伝達、情報の信頼度、健康改善の計画行動)とした。

【結果と考察】

年齢34.7(男34.8/女34.5)歳、診断期間(診断から調査までの期間)は、男5.9年/女7.1年、HbA1cは2012年7.68%、2013年7.70%で、HbA1c 7.0未満の比率は、2012年39.2%、2013年38.0%。2012年の治療方法は、食事91人、経口剤(GLP-1アナログ製剤含む)413人、インスリン107人。

ロジスティック回帰分析では、血糖コントロール不良となる要因として、経口血糖降下剤(オッズ比3.5)、インスリン療法(オッズ比6.1)、朝食抜き(オッズ比1.3)、22時以降の食事(オッズ比1.5)、週労働時間60-79時間(オッズ比2.0)、週労働時間80時間以上(オッズ比2.8)、医療費に対する負担感(オッズ比1.3)、主観的健康感の悪さ(オッズ比1.5)、健康改善の計画行動の弱さ(オッズ比1.3)が有意となった(すべて、 $P<0.05$)。以上から、1年後の血糖コントロール不良に関係していたのは、1)糖尿病の薬物療法、2)食事習慣、3)長時間労働、4)医療費に対する負担感の強さ、5)主観的健康感の悪さ(悪い、非常に悪い)とヘルスリテラシーの中の健康改善に向かう計画行動の弱さであった。

【結論】

長時間労働が血糖コントロールを不良にする要因となっていることが判明した。

カザフスタン共和国における馬乳酒（クムス）の摂取と健康状態との関連

○扇原 淳、上田菜央、井上明日美、岩垣穂大（早稲田大・社会医学）、
AMANTAY Zhanar、KADIKOVA Samal、齋藤 篤（カザフ国立大・東洋学）、
SHARMANOV Toregeldy（カザフ国立栄養研究所）、下田妙子（天使大・栄養学）

【目的】馬乳酒（クムス）に含まれる乳酸菌には、腸内環境を整え、消化を助ける作用があるため、カザフ人は馬乳酒を飲むことで健康を維持してきた。これまで、馬乳酒の栄養学的な特徴を明らかにした研究は多く蓄積されているが、摂取頻度と健康状態との関連を明らかにした研究は見られない。そこで、本研究では馬乳酒の摂取と健康状態との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】カザフスタン共和国の 3 大学に通学する大学生とその親、祖父母を対象として、機縁法により質問紙 500 部を配布し、そのうち 324 部を回収した（回収率 65%）。調査期間は 2014 年 3 月から 6 月であった。質問項目は、基本属性、身長・体重、食習慣、主観的健康感、健康状態、通院状況、馬乳酒の摂取頻度と摂取量とし、馬乳酒の摂取状況と主観的健康感等との関連について χ^2 検定を行った。分析には、IBM SPSS Statistic 22 を用いた。

【結果】回答者の性別は、男性 142 名(43.8%)、女性 178 名(54.9%)であった。年代は 10・20 代が 147 名(45.4%)、30・40 代が 99 名(30.6%)、50 歳以上が 77 名(23.8%)であった。性別ごとに χ^2 検定を行ったところ女性では、馬乳酒摂取群の方が、健康と感じている割合が高い傾向にあった。また、年齢別では、30・40 代において馬乳酒摂取群の方が通院をしていると回答する割合が高い一方で、50 代以上では、馬乳酒摂取群の方が通院をしていないと回答する割合が高い傾向にあった。

【考察】本研究では、女性において馬乳酒摂取群の方が健康であると感じている割合が高い傾向にあった。小長谷ら(1997)は、馬乳酒がモンゴル飲膳療法の中で用いられ、乳酸菌の疾病治療効果を報告しているが、今回の健康感の違いも馬乳酒に含まれる乳酸菌が影響している可能性が考えられた。また、30・40 代と 50 歳以上の群で通院状況との関連が逆転していた理由としては、疾患の治療目的として馬乳酒を飲んでいて結果として通院が少なかったという 2 つのメカニズムが考えられた。今後、更に詳細なデータを得るため介入研究を計画する必要がある。

aogi@waseda.jp

常設夜間休日HIV検査場における6年間の受検者から見る性感染症の動向

○毛受矩子（四天王寺大学・NPO 法人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 法人スマートらいふネット）、落合世津子（藍野大学・NPO 法人スマートらいふネット）

【目的】大阪府における HIV 陽性率・陽性者数は平成 22 年をピークにほぼ横ばい状態にあったが、平成 25 年には急激に増加傾向に転じ、現在も相変わらず高い水準にある。

本稿は常設夜間休日 HIV 検査場「chot CAST なんば」における開設から 6 年間の受検者について HIV およびその他の性感染症（STI）陽性者の動向を解析することで、HIV 感染予防と早期発見・早期治療への繋がりを確実にするための検査・相談体制の課題を明らかにすることができると思う。

【方法】対象者は、「chot CAST なんば」における平成 20 年 8 月から平成 27 年 3 月末までの 6 年間における総受検者数 31454 名について解析した。対象項目は検査受付時の検査申込書記載事項の 3 項目①男女別、②年齢、③初回検査か否かおよび検査結果から解析を行った。クロス集計等については χ^2 検定を行った。なお、倫理的配慮は匿名のため不要とした。

【結果】

1) 受検者数の推移

「chot CAST なんば」では平成 20 年 8 月から通常検査を開始した。さらに平成 23 年 7 月より即日検査も開始し、受検者数は平成 22 年度の約 1.8 倍と増加傾向となり、HIV およびその他の性感染症（STI：通常検査は HBV、梅毒、即日検査は HBV）発見に大きく寄与している。

2) 陽性率

(1)HIV 陽性率は平成 20 年度「chot CAST なんば」開設時が最も高かった。その後、男女合計ではほぼ横ばいの 0.6%を示している。しかし、総受検者数の増加に伴い HIV 陽性者数も増加し、平成 20 年度の 12 名から平成 26 年度には 40 名となった。(2)HBV の陽性率はほぼ横ばいである。(3)梅毒の陽性率も横ばいできていたが、平成 25 年度から急激に増加してきており、平成 26 年度は 3.0%で、平成 24 年度の 2.2%の 1.4 倍となっている。また、HIV 陽性率と比較すると梅毒の陽性率は 5 倍と高い率を示している。(4)男女別で見ると、HIV 陽性者の 99%、HBV 陽性者の 78%、梅毒陽性者の 91%が男性で、女性に比較し男性の陽性率が圧倒的に高い。

3) 陽性者の年齢

HIV 陽性者の平均年齢は平成 24 年度 37.0 歳であったが、平成 26 年度には 32.4 歳と年々低年齢化してきている。とりわけ 20 歳代が全体に占める割合は最近の 3 年間では 15.1%であり、陽性者の 6 人に 1 人が 20 歳代で低年齢化の傾向にある。梅毒陽性者も同じく低年齢化してきている。HBV 陽性者は若干高齢化していた。

4) HIV とその他の性感染症

クロス集計の結果 HIV 陽性は陰性に比べ STI 陽性も有意に高かった ($P<0.01$)。HIV 感染防止のために STI 感染の防止が重要であることが示唆された。

【考察】STI は HIV 感染率を高めることから STI 感染予防のための広範な指導の重要性、また陽性者の低年齢化から感染予防のためにより早期からの性教育の必要性、低年齢化してきている陽性者を医療に確実につなぐための心理的、社会的課題への働きかけが求められる。また女性の発見率が低いことからハイリスク層への受検勧奨のための広報活動が求められている。

<表-1>

| 項目/年度 | H20 年度 | H21 年度 | H22 年度 | H23 年度 | H24 年度 | H25 年度 | H26 年度 |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 受検者数 | 1066 | 2440 | 2911 | 5209 | 5518 | 7077 | 7233 |
| HIV 陽性率 | 1.1% | 0.6 | 0.8 | 0.6 | 0.3 | 0.6 | 0.6 |
| HBV 陽性率 | 0.7% | 0.6 | 0.4 | 0.5 | 0.3 | 0.4 | 0.4 |
| 梅毒陽性率 | 2.5% | 2.4 | 2.5 | 2.3 | 2.2 | 2.6 | 3.0 |

注) 男・女・その他を合わせた全体の数値

menju@shitennoji.ac.jp

若年貧困層の生活史と支援体験に関する考察 —京都市の「一時生活支援事業」利用者調査から—

○加美嘉史（佛教大学・社会福祉）

【目的】本研究が対象とする京都市の「一時生活支援事業」は、2014年度まで「シェルター事業」と呼ばれ、国のホームレス対策として行われてきた事業である。2015年度からは生活困窮者自立支援法に位置付けられ、住居を喪失した生活困窮者を対象に実施されている。京都市のシェルター事業（一時生活支援事業）には路上生活者のみならず、スクリーニング前の多様な生活困窮者が利用し、いわば「駆け込み寺」としての機能を担っている。本研究はシェルター事業を利用する多様な生活困窮者の中から特に若年層に着目し、その生活史から生活困窮者の形成過程と支援課題を明らかにすることを目的としている。

【方法】京都市のシェルター事業として実施されていた2012年4月1日～2013年3月31日に借り上げ型の簡易旅館を利用した597名のケース記録を抽出した。今回は特に40歳未満の若年利用者146名（男120名、女26名、うち学童3名）に焦点化し、その育成歴・家族関係などの生活史およびこれまでの支援施設・生活保護の利用経験に関するデータを抽出・数値化し、統計的分析を行った。あわせてケース記録に記載された各事例の質的データについての考察を行う。量的・質的データの分析を通して若年貧困層の生活史から支援課題を明らかにし、今後の対策・支援のあり方を探っていく。なお、本研究の調査実施にあたり事前に佛教大学「人を対象とする研究」倫理審査委員会による審査を受け承認を得た。データはすべて匿名化したうえで統計的処理し、個人が特定できない方法で公表するなど倫理的配慮を行っている。

【結果と考察】

- (1) 出身家庭の家庭状況：40歳未満利用者のうち「親の離婚経験あり」は30.1%であった。子ども時代の虐待・ネグレクト経験及び児童養護施設など入所経験ありは8.9%、子ども時代に親もしくは本人が収監（刑務所・拘留所・少年院等）された経験のある者は19.9%であった。最終学歴は「中卒・高校中退」が43.8%であった。
- (2) 成人後の家族形成と家族関係：①40歳未満利用者（学童除く）の「結婚歴あり」は、男性17.5%、女性38.5%であった。女性の方が結婚歴のある者が多い傾向にある。「結婚歴あり」の場合もその後、離婚や別居を経験しているケースが多かった。②親との連絡状況は「音信不通」が48.6%で最も多い。③シェルター入所直前の居住場所は、男性は路上生活、ネットカフェ・ファーストフード店が多いが、女性は「知人宅・実家に身を寄せる」、アパート・市営住宅が多い。④シェルター利用直前の職種（直前職）は、男性が「建設技能・建設作業」や「生産工程」などが多いが、女性は「無職」（29.2%）や「サービス業」（25.0%）が多い。⑤精神疾患・精神障害の症状がある者は35.6%と多いが、若年女性の比率はとりわけ高い。

(3) 支援施設および生活保護の利用経験

40歳未満利用者のうち生活保護施設、自立支援センター、更生保護施設、DV支援施設などの支援施設を利用した者は24.7%であった。このうち自立支援センターの退所理由は「センターのルール・規則になじまず退所」や「就労自立」、「職員とトラブル」などであった。また、成人後に生活保護を利用したことがある者（学童除く）は30.1%（43名）であった。そのうち「保護廃止」経験者は38名で、廃止理由は「不明」28.9%、「就労自立」15.8%、「逮捕・収監」15.8%、「失踪・家出」13.2%、「家賃滞納」10.5%、「辞退」7.9%であった。

【結論】

今回の調査から若年貧困層の形成過程において家庭崩壊や家族関係の悪化が影響を及ぼしていることが確認された。住居喪失という深刻な生活困窮に陥る背景には出身家庭における家庭崩壊、教育機会の剥奪といった困難の上に、成人後の不安定な労働環境、精神疾患など健康問題の悪化、家族関係の悪化、社会的孤立といった問題が重なり合い、貧困化に影響を与えていると考えられるが、その要因については男女で相違が見られた。

若年利用者のうちシェルター入所前に生活保護や支援施設を利用していた者は約3割あった。「保護廃止」理由には「就労自立」が一定数あったが、生活基盤が不安定な状態で保護廃止となっていた。また「失踪・家出」には無料低額宿泊所でのトラブルによるものや知的障がいがあることが要因と考えられるケースが少なくない。「失踪・家出」や「家賃滞納」の背景には居宅生活を継続するための適切な支援の欠如という構造的問題があるといえる。

kami@bukkyo-u.ac.jp

「貧困と子どもの健康」新生児の社会経済的背景について

○山口英里（千鳥橋病院・小児科）、和田 浩（健和会病院・小児科）、
佐藤洋一（生協こども診療所）、武内 一（佛教大・社会福祉学部）

【はじめに】

2012年の子どもの貧困率が16.3%に達し、ひとり親家庭の貧困率がさらに悪化したことなどが明らかになった。周産期の日常診療においても経済的問題が医学的問題に繋がっているケースは少なくない。今回、共同研究『脱貧困プロジェクト』の一環として、新生児を対象に妊娠中から1ヶ月健診までの医学的問題と社会経済的背景について多施設共同調査を行った。貧困と出産や新生児の健康について考察し報告する。

【対象・方法】

2014年4月から2015年3月までの1年間に全国5医療機関（千鳥橋病院、あおもり協立病院、川崎協同病院、耳原総合病院、沖縄協同病院）で出生し、保護者の承諾が得られた児についてアンケートを実施した。本調査に際しては大学及び協力医療機関全ての倫理委員会で承認を得た。

1) 妊娠分娩歴、今回の出産経過、利用した医療助成制度や健康保険、1ヶ月健診時の状況について

2) 家族構成、住居、就労、世帯年収、母親の学歴や喫煙・飲酒歴などの生活背景について

1) は医療スタッフ、2) は母親が回答、2012年の国民生活基礎調査の貧困線と世帯収入をもとに世帯収入が判明しているものを貧困群、非貧困群にわけて比較検討した。

対象；479名 貧困群198名（41.3%）非貧困群281名（58.7%）（ただし2014年12月までの出生児分）

【結果】

現在アンケート集計中であり、中間分析の傾向を示す。

1. 妊婦について

貧困群の出産年齢は若く、特に若年妊娠（19歳以下）歴のあるものは25%（非貧困群5%）、中絶歴も28%（非貧困群12%）に認めた。初回妊婦健診が20週を過ぎているもの、両親学級不参加のものが少なくなかった。妊娠経過の異常に差はなかったが、異常があるものの中では性感染症や精神疾患、妊娠高血圧症候群が多かった。妊娠時の喫煙については43%（非貧困群23%）、月1回以上の妊娠中の飲酒は5%（非貧困群2%）であった。

2. 新生児について

貧困群では在胎38-40週の児における低出生体重児、低血糖、感染症が多かった。1ヶ月健診の時点では、貧困群の母乳栄養の比率はやや低く、育児困難などの問題があるケースを20%（非貧困群10%）に認めた。

3. 社会経済的状况について

貧困群に生保・助産制度、国保の利用者が多かった。シングルマザーは17%（非貧困群3.6%）、過去に別のパートナーがおり、子どもが4人以上いる世帯の比率も高かった。生活がやや～大変苦しいと答えたものは、貧困群の50%（非貧困群の2倍以上）を占めた。母親の最終学歴は貧困群の26%が中学卒業または高校中退で、妊娠前の仕事は77%が非正規雇用（非貧困群41%）であった。

【まとめ】

貧困世帯では経済的な面だけではなく複雑な家族構成なども絡み、無事出産を迎えること自体困難な状況におかれている妊婦は多い。母親の生育歴も含め貧困背景が児の生育環境に負の要因として深く関与する可能性が考えられ、継続的な社会的支援が必要である。

「貧困と子どもの健康」外来診療での子育て世代実情調査について

○佐藤洋一（生協こども診療所）、和田 浩（健和会病院・小児科）、
山口英里（千鳥橋病院・小児科）、武内 一（佛教大学・社会福祉学部）

【はじめに】

子どもの貧困率が2012年では16.3%と報道され、子どもの貧困が社会問題として注目されている。小児保健分野で検討する試みは不十分である。今回、共同研究『脱貧困プロジェクト』の一環として、外来診受診された小中学生を対象に子ども・保護者の医学的問題と社会経済的背景について多施設共同調査を行った。貧困と小中学生の健康について考察し報告する。

【対象・方法】

全国53医療機関で2015年2月に外来受診した小中学生の子どもを持つ家庭を対象に無記名アンケート調査を行った。調査協力者には趣旨を説明し、文書にて承諾をとった。アンケートの設問は子どもの状態（健康状態、体格、慢性疾患、受診の状況など）、保護者の状態（健康状態、生活実感、最終学歴、喫煙など）、社会経済状況（家族構成、住居、世帯収入など）について41項目あり、保護者が記載した。相対的貧困世帯（以下、貧困層群と略）とそうでない世帯（以下、非貧困層群と略）で比較検討を行った。貧困層群の判定は、2012年の国民生活基礎調査の貧困線と世帯収入をもとに行なった。記載不十分で世帯収入が不明な場合には対象から除外した。本調査に際しては佛教大学の倫理委員会承認を得ている。

【結果】

アンケートのデータを精査中であり、現時点での概要を示す。

対象；710世帯 貧困層群152世帯（21.4%）非貧困層群558名（78.6%）以下、貧困層群を非貧困層群と比較した。

1. 子どもの状況について

貧困層群では、「子どもの健康状態が悪い」と答えたのは、貧困層群では11.1%（非貧困層群7.0%）と多かった。肥満は、貧困層群では13.9%（非貧困層群5.3%）と多かった。発達障害の罹患も貧困層群で11.2%（非貧困層群7.0%）と多かった。経済的事由による受診控えは、貧困層群では9.5%（非貧困層群3.5%）と多かった。朝食を食べない子どもは貧困層群で4.8%（非貧困層群1.7%）と多かった

2. 保護者の状況について

一人親世帯の貧困世帯は75世帯中47世帯であり、貧困率は62.7%であった。「生活実感も苦しく」、「不幸と感じ」、「健康状態も悪い」と答えた保護者が貧困層群に多かった。母親の喫煙も貧困層群21.9%（非貧困層群11.2%）と多かった。保護者の最終学歴は貧困層群の58.1%が高卒以下（中退含む）であった。（非貧困層群27.0%）

3. 社会経済的状況について

貧困層群に国保の利用者が43.8%（非貧困層群24.0%）と多かった。持ち家も貧困層群に少なく、ワンルームで暮らすのが貧困層群では4.6%（非貧困層群0.4%）と多かった。2世帯以上で暮らしているのが貧困層群では32.4%（非貧困層群12.8%）と多かった。

【まとめ】

貧困世帯では保護者も子どもも健康状態が悪く、医療機関にかかりにくい。この調査結果から、貧困の健康に与える影響とその背景の一端が浮き彫りになった。新生児、入院調査と併せ、今後問題点を整理したい。

「貧困と子どもの健康」入院診療での子育て世代実情調査について

○武内 一 (佛教大学・社会福祉学部)、和田 浩 (健和会病院・小児科)、
山口英里 (千鳥橋病院・小児科)、佐藤洋一 (生協こども診療所)

【目的】

子どもの貧困率が2012年16.3%と報道され、社会問題となっている。しかし、小児保健分野での検討は不十分である。そこで貧困が子どもの健康に与える影響を検討する目的で、「新生児」「外来部門」とともに、入院児を対象に子どもと家族の医学的・社会経済的背景について多施設共同で調査を行ったので報告する。

【対象・方法】

2014年4月からの1年間、全国11医療機関に入院した児の保護者に趣旨を説明し、文書にて承諾が得られた児を対象にアンケートを実施した。調査票は、家族が記入する19項目と、医療機関が記入する10項目で構成されている。相対的貧困世帯(以下、貧困群)とそうでない世帯(以下、非貧困群)に二分し、比較検討を行った。相対的貧困世帯の判定は、2012年の国民生活基礎調査の貧困線と世帯収入に基づいた。記載不十分な場合は対象から除外した。本調査に際し、佛教大学及び協力医療機関の倫理委員会において承認を得ている。

【結果と考察】

アンケートのデータを精査中であり、現時点での概要を示す。

731世帯の中で、収入および世帯構成の記載がある656世帯を、貧困群168世帯(25.6%)と非貧困群488世帯(74.4%)に分けて比較検討をおこなった。

①家族構成：貧困群では母子世帯および母方家族世帯が38/168世帯(22.6%)で、非貧困群21/488世帯(4.3%)に対し、5倍以上を占めた。母子世帯の22/37世帯(59.5%)と母方家族世帯を含む母子世帯全体の38/59世帯(64.4%)が貧困群であった。②入院回数：4回以上の入院の割合は、貧困群27/168世帯(16.1%)で、非貧困群40/479世帯(8.4%)に比べて約2倍頻回入院例が多かった。③母親の喫煙：貧困群30/154世帯(19.5%)と、非貧困群39/467世帯(8.4%)の2.6倍であった。④医療保険：貧困群での生活保護(生保)を含む国民健康保険(国保)の割合は93/156世帯(59.6%)で、非貧困群には生保はなく国保の割合は135/468世帯(28.8%)となっており、貧困で2.1倍国保世帯の割合が高い。⑤任意接種：2歳以上6歳未満児のムンプスワクチン接種の状況は、貧困群の48/62(77.4%)が未接種と、非貧困群の89/167(53.3%)に比べて1.5倍であった。同じ傾向は定期接種でもみられた。⑥喘息入院：喘息発作での入院は、貧困群20/165(12.1%)に対し、非貧困群12/458(2.6%)と、貧困群は非貧困群の4.7倍であった。貧困群では大発作が15%を占め8割が中・大発作であったが、非貧困群の発作は1/3が中発作で残る2/3はすべて小発作と重症度に両者で違いがあった。⑦入院時間帯：22時以降午前9時の深夜帯とその前後の割合は、貧困群22/157(14.0%)非貧困群33/466(7.1%)で、貧困群で2倍多かった。⑥⑦の結果から、貧困な場合適切な受診が出来ず夜間悪化しての入院が想像された。

【まとめ】

入院児から貧困世帯の特徴がいくつか確認された。更なる分析が必要だが、貧困問題をかかえる家族の入院に至る背景や経緯を明らかにすることで、診療現場で家族の生活の困難を推測し配慮した対応ができる可能性と、どういった貧困対策に関わる政策が子どもの健康悪化を防ぎうるかについて、いくつかの示唆が得られた。

11の協力医療機関(勤医協札幌病院、わたり病院、高崎中央病院、川崎協同病院、健和会病院、城北病院、耳原総合病院、鳥取生協病院、高松平和病院、国府生協病院、沖縄協同病院)に深謝します。

takechanespid@gmail.com

被爆体験者に生じた、原爆被爆急性症状をはじめとする健康被害の実態

○松延栄治、菅 政和（長崎県民主医療機関連合会）

【目的】

被爆体験者とは、原爆投下時に爆心から12km以内の地域のうち、被爆者援護法に指定されていない、「被爆未指定地域」（爆心から6.7km～12km）で被爆した住民を指す。現行の被爆者援護行政では「被爆者」と区別され、精神疾患とその合併症についてのみ医療費が給付される。これは、被爆体験者は爆風・熱線や放射線によって健康被害を受けたのではなく、もっぱら原爆被爆による精神的影響が原因であるとする理由からである。

私たち長崎県医連で取り組んできた被爆地域拡大証言調査の調査結果の中から、被爆体験者が訴える被爆直後の急性症状やその後の健康状態について、集計結果とそれに関する考察を報告する。

【方法】

有効回答数：被爆体験者 193 名・非被爆者 152 名

調査方法：調査票に沿ったインタビュー形式で聞き取り

各回答項目については、ピアソンのカイ 2 乗検定を行い、有意水準を求めた。

倫理的配慮：調査対象者には、調査趣旨や個人情報保護に関する説明をし、同意書に署名いただいた上で調査を実施。集計の際には、匿名のデータを使用した。

【結果と考察】

1. 急性症状に関する集計比較

下痢・脱毛・歯茎の出血など、「急性症状があった」とする被爆体験者の回答は、症状ごとに4.7%～24.4%。いっぽう非被爆者の場合は0.7%～4.6%と、著しい差がある。統計検定の結果では、質問した13種類全ての症状で、明らかに有意差がある。また、一人あたりの急性症状数についても、急性症状を発症した非被爆者は13.8%にとどまるのに対し、被爆体験者の場合、56%がなんらかの急性症状を訴えており、39%は複数の急性症状を訴えている。統計検定の結果でも、明らかな有意差が認められた。また、被爆体験者については、被爆後半年以降にも急性症状が続いたとの証言が93名あるものの、非被爆者にはこのような証言はひとつもなかった。

2. 現在の病歴に関する集計比較

調査では、これまでの病歴を細かく聞き取ってきた。質問した21種類の疾患のうち、17種類の疾患で、被爆体験者の回答率が高い。特に、心臓病、関節・腰痛、眼科・耳鼻科など11種類の疾患で、統計検定の結果、被爆体験者の回答率が有意に高かった。また、1人あたりの疾病数も、被爆体験者の方が明らかに多い。1人あたりの平均疾病数は、被爆体験者が7.8、非被爆者が5.8であった。11種類以上と答えた被爆体験者は、実に20.7%に及ぶ。

【結論】

原爆後の急性症状やその後の疾患に関する回答結果は、被爆体験者と非被爆者では明らかな差がある。この回答の違いは、原爆による放射線被曝が主たる原因であろう。これまで、被爆未指定地域など遠距離の被爆に対しては放射線の影響を無視・軽視する知見が多く、それら知見が被爆者援護の制度設計にそのまま反映し、被害者の切り捨てにつながっている。被爆体験者の急性症状発症原因として、当時の衛生状態・食糧事情の劣悪さを指摘する見解もあるが、そうであれば、被爆体験者と非被爆者に大差があるとは考えにくい。また、被爆体験者には原爆被爆による精神的な影響も確かに考えられるが、仮に現在のストレス度が同程度である場合でも、被爆体験者の方が非被爆者より各疾患の罹患は多く、被爆体験者の健康被害は、精神的な影響のみでは説明できない。今日では、被爆未指定地域やさらに遠方であっても、原爆由来の放射線が測定されていたことが明らかになりつつあり、低線量内部被曝の危険性も、以前より注目されるようになった。こうした研究成果・知見と合わせ、「被爆未指定地域に、多くの急性症状が発生していた」「多くの病気を患ってきた」という、被爆体験者自身が語る証言の事実こそ、重要視すべきではなからうか。

matsunobu@kenyukai.or.jp

福島・甲状腺癌の放射線無関係論に不都合な5つの事実の考察

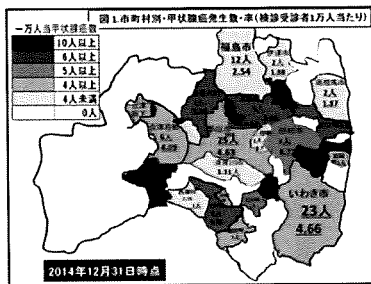
○郷地秀夫（兵庫民医連・東神戸診療所）、橘 真矢（兵庫民医連・東神戸病院・放射線科）

【目的】 福島県民健康調査で多数発見されている甲状腺癌に関して、政府は「放射線との関係はない」としているが、その論拠の不確実性を論じる。また、「関係ないとは言えない」5つの知見を文献等から検討し、紹介する。このことを通じて、「福島原発事故は、初めての経験で有り、先入観や政治的影響を受けず、白紙の状態で見守り、研究していくことこそが科学的姿勢であり、専門家としての社会的責務である」ことを主張し、訴える。

【方法】 政府が説明している、「福島の甲状腺癌は放射線の影響ではない（以下一不関係論）」の5つの科学的根拠について、文献的考察、検討を行う。またそうした主張とは矛盾する研究報告について考察し、言及する。

【結果と考察】 政府の無関係論の5つの根拠

- ① 甲状腺癌の発生率は、放射線汚染度の異なる4地域の比較で差は認められなかった。
- ② 福島の子供達の甲状腺被曝線量は、等価線量で10～30mSvの低線量であり、甲状腺癌は起こらない。
- ③ チェルノブイリでは、甲状腺癌は4才までの子供に多発しているが、福島では5歳以下は1人もいない。
- ④ 福島と日本の他の地域との比較及び大学生等の健診における甲状腺癌発見率と比較しても大差ない。
- ⑤ チェルノブイリでも甲状腺癌が増加したのは事故後、4年目移行であり、被曝の影響は2-3年ではない。



不都合な5つの事実（上記の①～⑤に科学的根拠はない）

① 第18回県民健康調査・検討委員会では、福島県を「浜通り」、「中通り」、「会津地方」、「避難区域」の4地域に分け検討し、甲状腺癌の発生率に地域差は認めないとしている。しかし、左図のように市町村ごとに甲状腺癌の発生率を色分けすると、放射線汚染地図と似通った分布になる。さらに、西側1/3の地域では、甲状腺癌の発生を見ていない。

② 内閣府と文科省など関係6省の発行している「放射線リスクに関する基礎的情報—平成27年2月版」には、甲状腺被曝線量は等価線量で100mSv以下とされている。環境省が主催した「放射線と甲状腺がんに関する国際ワークショップ」でも等価線量は最大30mSv程度とされる報告がなされている。しかし、これらの線量を求めた方法論の中心は、NaI(Tl)シンチレーターで測定したもので、不確実性が高い。本来、個人の線量評価やリスク評価に使用しないものである。基本的には大気中の放射性ヨウ素濃度の汚染状況から甲状腺被曝線量を推定する方法が推奨されている。この方法を用いた、SPEEDIによる計算では、100mSvの被曝量を超える地域が福島市、いわき市まで広がっている。また、原発から116km離れている核燃料サイクル研究所は、大気中I-131濃度を測り続けた計算から、つくば市での甲状腺等価線量を20mSvとしている。また、これらはI-131だけによる甲状腺被曝を計算したもので、同量近く放出されたI-132の被曝は殆ど無視されている。ICRPの内部被曝の算出法では、I-132はI-131の1/100程度の被曝線量となる。しかし、甲状腺濾胞細胞には、I-132の方が、逆に10倍の被曝量になるという研究もNCRPレポートNo.159に紹介されている。

③ チェルノブイリで乳幼児に甲状腺癌が多発しているのは、放射性ヨウ素に汚染されたミルクを大量に飲用したためとされている。また、100mSv以下とされる地域でも甲状腺癌が多発している。福島では対策が十分にされた影響で汚染食品は一程度、回避できたと評価できる。ただ、福島の甲状腺癌の被災時平均年齢は年度ごとに低下している。平成23年度15.7才、24年；14.9才、25年度；14.4才、26年度本格検査；13.1才である。

④ 福島県では、299,233人中、111人の甲状腺癌で、1万人に3.71人、環境省が行った対象調査で弘前、甲府、長崎の子供達4,365人中甲状腺癌1人で、1万人に2.29人。対象地域は5歳以下の構成比率が低いと、6歳以上で比較すると対1万人で福島は5.23人で対象地域は2.39人。福島県外の高校、大学生等と比較した報告では、15,064人中6人の甲状腺癌で1万人当；3.98人。対象を同じ年代で見ると、福島県の被災時年齢16-18歳の子供達は34,324人中、甲状腺癌が80人で1万人当；23.31人。対象の岡山大は1,320中3人だが、0人の年もある。

⑤ チェルノブイリは3年間、広島・長崎は被曝後5年間、大規模の本格的・系統だった調査はされていない。発がんの進展過程は多段階有り、そのいずれにも放射線の関与が考えられる。26年度本格検査の15人の甲状腺癌の内、3年前の先行検査では8人が異常なしA1判定、その中には1.7cmの甲状腺癌の子供も含まれている。

【結論】 真実に真摯で、被災者の立場に立った研究者の姿勢をこそ祈念します。

hg1995tm@yahoo.co.jp

玄海原発と白血病の関連の検討

○森永 徹 (元純真短期大学・健康科学)

【目的】玄海原子力発電所の稼働差し止めを求める訴訟が起こされており、原告側は差し止めを求める理由の一つとして玄海町での白血病死の増加を挙げている。これに対し被告の九電側は、白血病の増加は高齢化によるものであると反論している。この点に関して科学的に検討したものは現時点では見当たらないようであり、各種データをもとに検討した。

【方法】白血病による死亡数は人口動態統計によった。また、PubMed、医学中央雑誌、J-STAGE 等で文献検索をするとともに、国勢調査などの公表されたデータから検討した。

【結果と考察】まず、佐賀県内 20 自治体毎の 2001～2012 年の年平均白血病死亡率(人口 10 万対)と玄海原発から各自治体までの距離の関連をみた。距離は玄海原発から各自治体庁舎までの距離とした。結果は、両者の間には相関係数 $r = -0.809$ と強い負の相関がみられた(図 1)。次に、玄海町、唐津市、佐賀県、全国の玄海原発稼働前からの 8 年毎の年平均白血病死亡率の推移をみた。玄海原発 1 号機の稼働は 1975 年 10 月であるが、トリチウム被曝と白血病発症までには 3 年のタイムラグがあるという指摘があり (Richardson & Wing, : *Am J Epidemiol.* 2007)、1976 年までを稼働前に含めた。単年度で見ると、玄海町と隣接の唐津市では 1983 年から増加傾向がみられ、1985 年からは高止まりしている(図 2)。

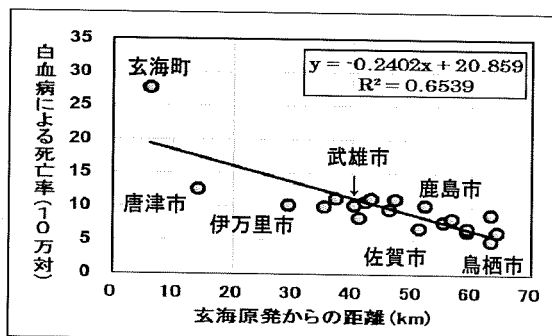


図 1) 佐賀県自治体の玄海原発からの距離と白血病死亡率

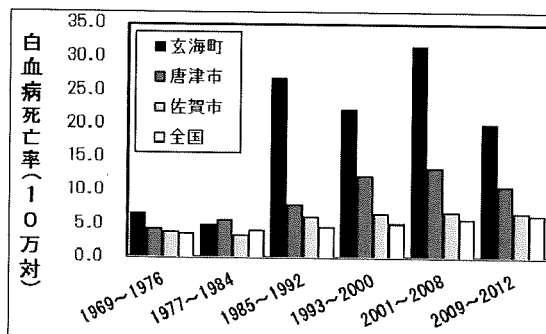


図 2) 玄海町、唐津市、佐賀市と全国の白血病死亡率の推移

高齢化の影響に関しては玄海町の高齢化率上昇の傾向自体は全国と変わらず、白血病死増加の要因とは考え難い。さらに、九州南西部がその原因ウイルス (HTLV- I) の高浸淫地域である成人 T 細胞白血病 (ATL) の影響を、諸藤らによる唐津・東松浦地区の HTLV- I 抗体調査 (感染症誌, 1990)、Roucoux らによる HTLV の夫婦間感染の調査 (*J Infect Dis.* 2005) などにより推定したが、玄海町の ATL による死亡数は年間 0.5 人程度あり、大勢に影響はなかった。また、玄海原発は原子力施設運転管理年報によると全国一トリチウムの放出量が多く、トリチウムは動物実験では白血病を誘発する傾向がある (Daher, et al. : *Carcinogenesis.* 1998) ことから、トリチウムと白血病の関連が示唆された。

【結論】玄海町における白血病死は、高齢化や ATL の影響を考慮しても全国的傾向よりも多く、この要因として玄海原発の存在が強く示唆された。

原発事故の避難指示解除に伴う帰還者と「新たな自主避難者」の課題

○岩垣穂大（早稲田大・社会医学）、辻内琢也（早稲田大・医療人類学）、
 小牧久美子（早稲田大・医療人類学）、福田千加子（早稲田大・生命倫理学）、
 赤野大和（早稲田大・医療人類学）、持田隆平（早稲田大・発達行動学）、
 石川則子（早稲田大・環境心理学）、桂川泰典（早稲田大・臨床心理学）、
 増田和高（鹿児島国際大・社会福祉学）、根ヶ山光一（早稲田大、発達行動学）、
 小島隆也（早稲田大・環境心理学）、熊野宏昭（早稲田大・行動医学）、
 扇原 淳（早稲田大・社会医学）

【目的】 東日本大震災の発生から 2015 年 3 月で丸 4 年が経過し、国が 5 年と定める集中復興期間の終了まで残り 1 年をきった。それに伴い、避難指示区域が解除されることによって、新たにいわゆる「自主避難者」が増加することが懸念されている。本研究では、事故より半年後の 2011 年 9 月に避難指示が解除された旧緊急時避難準備区域の住民を対象に、既に帰還した住民（以下、帰還者）と、現在も避難を続ける住民（以下、継続避難者）の年齢や家族形態、放射線被ばくに対する意識、経済状況にどのような差が生じているのか明らかにすることを目的とした。

【方法】 本調査は、NHK 仙台放送局と共同で 2015 年 1 月～2 月に実施した。対象は福島県の 8 市町村から県内外に避難している 16,686 世帯であった。各市町村の協力のもと、主に自治体から被災者へ毎月届けられる広報誌に自記式質問票を同封した。分析には HALBAU7(株式会社ハルボウ研究所)を用い、 χ^2 検定を行った。有意水準は $P < 0.01$ とした。なお、本研究は早稲田大学研究倫理審査委員会の承認を受けた(申請番号【2013-131】)。

【結果】 回収した 2862 部（回収率 17%）のうち、避難指示の解除によって区域外となった住民からの回答 273 部を分析の対象とした。帰還者は男性 83 人、女性 44 人、平均年齢 63.27 歳であった。また、継続避難者は男性 80 人（55.6%）、女性 63 人（43.8%）、平均年齢 56.40 歳であった。 χ^2 検定の結果、継続避難者は、帰還者に比べて小学生以下の子どもを持つ割合が有意に高く、また放射線被ばくに対して心配している、経済的に困窮している割合が有意に高かった。一方、帰還者は継続避難者に比べ、年齢が 60 歳以上である割合が有意に高かった。

【考察】 紺野ら（2014）は、福島県から秋田県へ避難している母子避難者に対するインタビュー調査において、母親が子どもの放射線被ばくを心配して自主避難に至った経緯と、二重生活による経済的な困難を報告している。本研究の結果からも同様のことが明らかになり、更に若い子どもを持つ世代が帰還をせずに新たな自主避難者とされていく危険性が示された。今後、次々と避難区域が解除され、帰還が強く推進されることが想定される。そこで、一方的に帰還を推進するだけでなく、継続避難者への新たな経済的支援とみなし仮設住宅等の住宅支援の継続が求められる。

hodai@akane.waseda.jp

在宅高齢片麻痺者の廃用症候群に対する予防福祉学的アプローチ

○眞鍋克博(帝京科学大学・老年学)、榎 宏朗(帝京科学大学・高齢者保健学)、
片平冽彦(健和会 臨床・社会薬学研究所)

【目的】

リハビリテーションを中心とした社会資源の不足から引き起こされる所謂「寝たきり」や車いすに「座ったきり」による廃用症候群等の社会的疾病は、通常は起きてしまった場合に事後的な対処を余儀なくされる。しかしながら、最善の策は事前の予防である。これは片平によって提唱されている予防福祉学の考え方である。もし、その人を被害者たらしめている要因を究明・除去し、抑止する要因を増強すれば、事前の予防は可能である。これが本研究の枠組みである予防福祉学的アプローチである。廃用症候群は、過度の安静を要因とする疾病である。特に在宅高齢者片麻痺者の場合、廃用症候群は生活環境によって引き起こされることが指摘されている。過度の安静とは「寝たきり」もしくは、車いすに「座ったきり」の語が指すように、在宅高齢片麻痺者の日中における臥位・座位などの姿勢の継続時間と換言できる。そこで本研究は、在宅高齢片麻痺者の日中における姿勢の時間と環境要因との関連性を明らかにし、有効な支援方法を考察することを目的とした。

【方法】

対象者の日中における臥位、座位、立位、歩行の総時間を計測し質問用紙で調査した内容との関連を分析した。

1. 対象者は本研究の主旨に同意した在宅に居住する訪問リハ・サービス利用者でおよび高次脳機能障害等により日常生活に支障がなく、またそれに影響を及ぼす薬物を服用していない維持期脳卒中片麻痺者 10 名(男性:8 名、女性:2 名、69.7±3.2 歳)である。対象者の属性は脳卒中片麻痺、Brunnstrom Stage: 下肢Ⅲである。
2. 姿勢・動作時間は生活活動度計(Activity Monitoring and Evaluation System: A-MES™)を用いて測定した。測定回数は2回(2日間)で測定時間は午前9時～午後5時までの8時間である。測定日の条件は①身体運動の活動性が制限されないような温暖な平日②雨天でない日③気温はおよそ17℃以上④大きなイベントがない毎日繰り返されるごく普通の日⑤訪問リハ・サービスを利用しない日とした。
3. 質問紙による調査項目は生活活動機能に関する評価(日常生活自立度、Barthel Index、BMI、握力)、E-SAS(JPTA版)、生活の広がり(LSA)、歩くチカラ(TUG)、連続歩行距離の利用者の身体要因と生活環境調査(居室部屋数、同居生活者数)である。
4. A-MESによって計測された情報をもとに専用の解析ソフトによりすべて秒に換算した。各動作について、歩行・立位姿勢を活発姿勢、座位・臥位を不活発姿勢と定義し合算した上で総時間を算出し、利用者の身体要因と生活環境要因との関連をSpearman順位相関係数を用い分析した。有意水準は5%とした。

【結果および考察】

分析の結果、活発姿勢(歩行・立位)の総時間は歩くチカラ(TUG)と統計学的に有意な負の関連($r=-0.66$ $p<0.05$)が、同居生活者数は正の相関($r=0.70$ $p<0.05$)を示した。不活発姿勢(座位・臥位)の総時間は生活の広がり(LSA)と統計学的に有意な負の関連($r=-0.85$ $p<0.01$)を、また、居室部屋数も有意な負の関連($r=-0.70$ $p<0.05$)を示した。このことから廃用症候群を予防するための支援としては、バランス機能練習、下肢筋力増強練習の必要性がある。また、同居生活者数は日常生活を支える人員と考えるられることから配偶者のみならず家族全員に対する支援の周知が有効であることが示唆された。

【結論】

在宅高齢片麻痺者の姿勢時間と生活環境要因との関連が部分的に明らかになった。今後、他の要因も含めた多変量解析と直接的因果関係を示す事例からの分析が必要である。

独居男性の在宅療養に関わって ～在宅死の選択をささえたもの～

○仙元 藍、谷生 淳、岡田千恵、伊庭あゆ美、安西洋子、松田光恵、梅田道子
(NPO 法人 訪問看護ステーションひなた)

【目的】 私たちが訪問看護で主に活動している釜ヶ崎は、日雇い労働者の町として有名だが、現在は「高齢者の街」に様変わりしている。この地域に住む人々の多くが身寄りのない男性で、生活保護を受給し、元簡易宿泊所を転用したアパートなどで暮らしている。高齢で、病気を持った人が多く、孤独に亡くなるケースも少なくない。今回、最期まで在宅療養を希望し、在宅死を実現した事例を通して、「支えるもののほとんどいない独居の高齢者を、在宅で看取ることができた要素とは、大切なものとはなにか」を考えてみたい。

【方法】 「家で死にたい」と希望し、実現できた事例について、訪問看護の依頼を受けた 2013/10/29 から、2014/7/16 までの約 9 か月間の訪問を振り返り、考察した。

【結果と考察】 H 氏、76 才、男性。若いころから家族と疎遠で、日雇い労働やホームレスを経験しながら一人でこの地域で生き、数年前から生活保護で暮らしていた。中皮腫（アスベストが原因）の診断を受けてからは、月に 1 度の抗がん剤治療が始まり、訪問介護、看護の介入も開始。療養ができるように、ただ寝るだけのような古くて狭い殺風景なアパートの一室から、ワンルームマンションに転居する。その後、「食欲が落ちてしんどい」と抗がん剤治療の中止を自己決定される。予後の意思確認で「最後まで家で過ごしたい」と希望され、医師の往診を依頼。それからは、痛みと戦いながらも自宅でのんびりと自分の時間を過ごされた。その間に、疎遠になっていた家族（妹）と約 20 年振りの再会を果たすこともでき、つらく、しんどい時間もあったが、家人に見守られながら自宅で最期を迎えられた。H 氏の場合は、元々孤独だった日々から、介護・看護の介入で毎日誰かが家に訪問してくるようになり、一緒に買い物に行ったり、私たちが玄関先やベランダから見送ってくれたり、と「人との関わり、たのしみ」ができたこと。また、引っ越して家具・家電も揃い「生活が整った」こと。そこで、家電の使い方を覚えたり、毎朝ポストにスポーツ新聞を取りに行ったり、と「生活をのんびりと自分らしくたのしんで過ごした」こと。それらが、H 氏の自宅での時間を豊かにし、死に場所として選ぶことができた要素だったのでとは考える。また、その選択を実現できたのは、つらさや不安がのしかかる、特に夜の一人の時間を耐えた「本人の強い意志」と、「あきらめていた家族と再会でき、定期的な訪問で一緒に家で過ごせた」こと。また、同居者がいない分、ケアマネージャー、ヘルパー、看護師などが、H 氏の状態変化にタイムリーに対応できるように、「関係者同士で丁寧な情報交換をおこない連携を図った」ことも、不可欠だったと考える。

ns.hinata@grace.ocn.ne.jp

高齢者施設の住環境と住居者の健康状態及び職員の働く実態に関する研究

○高燕（浙江工商大学）、藤井暢弥（首都大学東京）、星旦二（首都大学東京）、伊香賀俊治（慶應義塾大学）、伊藤史子（首都大学東京）、安藤真太郎（北九州市立大学）、白石靖幸（北九州市立大学）、樋野公宏（東京大学）、川久保俊（法政大学）、櫻井尚子（東京慈恵会医科大学）、徳田武（株式会社ライフ出版社）

【目的】 高齢者の生存維持と要介護予防には、本人のセルフケアに加えて、同居する家族や有料老人ホーム等における施設職員からのケア及び住環境整備が重要である。そこで、本研究では、施設に居住する高齢者の生活状況と関わる施設温湿度含む建築実態を明確にする。さらに、望ましい職場環境の改善に役立てるエビデンス（根拠）を明確にすることも本研究の目的である。

【方法】 大阪府(20カ所)・長野県(3カ所)・山梨県(4カ所)、27カ所の高齢者施設を選定した。票施設調査票、B票入居者調査票、C票施設職員調査票と三種類のアンケートを用意し、施設調査票と職員調査票では自記式質問紙調査を実施し、入居者調査票では高齢者の身体機能に配慮の上、他記式質問紙調査を実施した。A票27カ所(回収率100%)、B票1320人(回収率96%)、C票は750人(回収率約85%)の回答を得た。A票の調査項目は施設の開設年数、入居人数、建物の構造、断熱材の使用、光熱費など、B票の調査項目は属性、身体機能・精神的状況など、C票の調査項目は基本状況、勤務内容、職場の労働環境、生きがい支援環境である。統計ソフトはSPSS ver. 22、を用いた。統計有意水準は5%に設定した。首都大学東京研究安全倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果と考察】 施設の窓が二重構造であることは、入居者の車椅子の利用自立度 ($\chi^2=54.94$)、身体機能の改善 ($\chi^2=31.64$)、食事行為の自立度 ($\chi^2=45.68$)、口腔衛生の自立度 ($\chi^2=57.51$)、排泄行為の自立度 ($\chi^2=55.12$)、入浴行為の自立度 ($\chi^2=74.53$)、体を動かす頻度 ($\chi^2=73.39$)、主観的健康感 ($\chi^2=17.80$)、認知機能の改善 ($\chi^2=28.63$) と統計上有意な関連が示された。施設木材・断熱材の使用は、排泄行為の自立度 ($\chi^2=17.48$)、入浴行為の自立度 ($\chi^2=13.04$)、体を動かす頻度 ($\chi^2=22.28$)、主観的健康感 ($\chi^2=20.76$) と統計上有意な関連が示された。

施設の窓が二重構造であることは、職場労働環境満足度 ($\chi^2=20.63$)、腰痛自覚症状 ($\chi^2=7.04$)、疲労感 ($\chi^2=7.91$)、イライラする感 ($\chi^2=14.85$)、不安感 ($\chi^2=12.08$)、落ち着かない感 ($\chi^2=19.28$)、することに間違い多い ($\chi^2=20.14$)、やる気が出ない ($\chi^2=13.26$)、以前と比べ疲れやすい ($\chi^2=9.80$) と統計上有意な関連があった。施設の木材・断熱材使用と以前と比べ疲れやすい ($\chi^2=27.66$)、職場労働環境の温かさ・涼しさへの満足度 ($\chi^2=25.79$)、職場残業労働への不満日常生活のゆとり ($\chi^2=19.58$)、主観的健康感 ($\chi^2=9.73$) と統計上有意な関連が示された。

全体的にみて、高齢者施設の窓が二重構造、ないし断熱性能が優れている施設では、入居者の身体的・認知的な機能や自立度を一定程度維持・やや改善すると関連がみられ、施設担当者から見た入居者の主観的健康感が維持される傾向が示された。高齢者施設が木材ないし断熱材を使用している場合では、入居者の身体的・認知的な機能や自立度を一定程度維持ないしやや改善することと関連し、施設職員から見た入居者の主観的健康感が維持される可能性が示された。高齢者施設の窓に複層ないし二重サッシなどを使用することによって、職員の労働環境の快適性が維持され、仕事に関連する自覚症状も軽減される可能性が示された。同時に、木材ないし断熱材を使用する高齢者施設では、職員の労働環境の快適性が向上し、疲労など自覚症状も軽減させ、同時に職員の主観的健康感も維持される可能性が示唆された。

【結論】 以上から、有料老人ホームにおける断熱性が高いほど、入居者の健康性が望ましい状態に維持される可能性と共に、職員の健康感を維持させる可能性も明確にされた。

○本論は平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金の支援により有料老人ホーム等における居住環境と高齢者の健康状態等の関係性に係る調査研究事業に関する研究結果の一部である。

○本論は 2014 年中国国家公派訪問学者留学基金項目研究結果の一部である。

退職後の暮らしを支える知識創造の場設定の課題-ケアウィル実践研究より-

○藤森純子、立瀬剛志（富山大・地域医療・保健支援部門）、中森義輝（北陸先端科学技術大学院大学）、永田勝太郎（国際全人医療研究所）、本田 徹（ほんだクリニック）、鏡森定信（富山大）

【目的】富山大学では、退職世代（退職前後）の男性に着目し、生きがいや人生の質を支える関係性の再構築を実存的な視点から支援するための講座プログラムを作成し実施してきた。また、24年度からは、講座修了生による相互学習を通じた知識創造の場の設定および継続支援を行なってきた。今回、退職期における学び合いの場の設定課程における課題とその対処方法について検討を行なった。

【方法】「退職後の自分らしい暮らしのために今から始めるケアウィル講座」（厚生労働科学研究に基づき平成23～25年度に3回実施）に、同意を得て参加した退職世代の男性54名（定年退職前後5年以内・55歳-68歳）が設定した学び合いの場「富山ケアウィル勉強会（以下、勉強会）」においてアクションリサーチを行なった。

勉強会の設置にあたり、初回は大学で開催案内等の準備を行ない、活動内容、運営方法等については参加者の協議の元に決定することとし、参加は任意とした。大学が月に一度参与する会として位置づけ、研究の一環としてのデータ収集を目的に録音すること、データの公開は個人を特定しない条件で行なうことについて了承を得た。24年～26年にかけて収集した録音データおよび講座参加時に得たアンケート結果を分析した。

【結果と考察】ケアウィル講座修了生は、23年度23人、24年度18人、25年度13人（うち勉強会参加者は、23年度16人、24年度13人、25年度11人）であった。参加者の多くは、経済的な困難を持たず、心身の衰えは感じつつも年齢相応に健康だと感じていた。勉強会への主な参加動機は、退職を機に感じる不安や生きづらさを共有しながら明るい将来像も共有できる仲間意識、生活の知恵に対する学び合い、楽しみへの期待など Positive なもので、孤立予防などの Negative な動機は一部であった。勉強会参加者は大学主催のケアウィル講座を通じて、学び合う仲間の必要性が認識できており、勉強会は、参加者がお互いに感じた「我々世代は」という意識の下に共に成長し合う場として期待された。主な関心は、ケアウィル講座の際に作成した行動計画（ケアウィルライフプランニング）のお互いの実施状況、夫婦・親子関係や地域活動参加への壁の克服など自分を取り巻く環境における関係性の再構築に関すること、加齢に伴う身体的な衰えや親の介護の経験から健康維持や自らの死に関するものであった。そうしたニーズを反映し、勉強会の活動は、1) ケアウィル講座修了生に閉じたもので、2) ケアウィルライフプランニングの実施状況報告、生活課題の検討、学びの共有を目的とした抄読会が設定された。

勉強会への参加動機の多くは自分へのケアにあったが、一部の者は自分や仲間にとって有意義な会を存続させるための維持機能が必要であるとの考えに至り、設置から半年ほどで事務局と役員会が自発的に立ちあがった。

会員相互の学び合いを進める内に、多くの者が地域活動を開始し、その中で役割を見出し活躍している様子が報告される一方、3年目において毎月行なわれる定例会への参加頻度は減少し、会員同士の情報は得たいものの積極的な勉強会への参画はできないという人が増えつつある。そうした状況下で勉強会に対する参加者の意識の差が認識され、参加者は全て同じような退職期の課題を持つ仲間であり、会の運営については対等の立場にあるという前提の元に進められてきた運営体制について検討され始めた。同時に、閉じられた活動から社会に公開できる活動への転換が必要であるとして、今後の活動内容が再検討されている。

参加者それぞれにとってのケアウィル（老後の豊かな暮らしに向けた意志）は極めて個別的で、その課題解決を勉強会全体の明確な目的とすることは難しい。また、社会に対する明確な目的が無い状態において、仲間意識のみで知識創造のための組織として機能することは難しく、それらが会の継続や集団での学びの困難を生んでいる。ただし、ケアウィル講座という学習を通して一連の学びを得たことで自身の退職期に役立ったことは参加者に共通しており、現在の継続活動の動機づけになっている。

今後、勉強会でのこれまでの対話に見られた退職期における参加者の身体・心理・社会・実存的変容事例を整理し、モデル化することで、社会に開かれた学びの活動に発展することが重要と考える。

fujimori@ctg.u-toyama.ac.jp

地域包括支援センターにおける認知症支援実践とその関連要因

○黒田研二、澤田有希子（関西大学人間健康学部）、花家 薫（堺市長寿社会部高齢施策推進課）

【目的】 2015年1月の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）によれば、認知症の有病者数は2012年に462万人（65歳以上人口の15.0%）、2025年には675万人（同19.0%）になると推計されている。認知症の人を地域で支えていくための体制作りは喫緊の課題である。地域包括支援センター（以下センター）には、認知症支援を含めて、日常生活圏域に地域包括ケアを実現するためのコーディネート役が期待されている。本調査は、地域包括支援センター職員の認知症の人への支援の状況と、支援を促進する要因を検討することを目的とした。

【調査方法】 S市の全センター28か所とそこで働く3職種全員を対象に、2014年12月に質問紙調査を実施し、全センター及び106名の職員より回答を得た。調査票は、センター管理者が記入するA票と、各職員が回答するB票から構成される。A票では、センターの特性の他、「センターにおける業務運営（6項目）」「地域との連携・協力に関する業務の実施（5項目）」「医療との連携・協力の実施（4項目）」を質問。B票では、回答者の基本属性の他、「認知症に関わる支援業務の実施（13項目）」「認知症の人の支援のための医療機関等との連携の実施（5項目）」「認知症の医療の現状についての考え（12項目）」「認知症ケースの支援に伴う支援困難感（9項目）」を質問した。対象者には調査の趣旨を文書で説明し、同意を得て回答してもらった。個人情報回答は含まれておらず、また、B票は記入者が封筒に入れて封印して回収することで、回答を他の人が見ることができないように配慮した。

【分析方法】 各項目は4件法で質問しており、回答に1点から4点を付与して、質問領域ごとに合計点数を算出して変数を合成した。A票から得られる「センター業務運営」「地域との連携・協力」「医療との連携・協力」の各得点を基に、センターを2群（高位、低位）に分け、B票から得られた「認知症支援得点」を群間で比較した（t検定）。また、「認知症支援得点」を従属変数として、B票から得られる他の変数、およびA票の3変数を独立変数として、重回帰分析を行った。

【結果】

表「認知症支援得点」を従属変数とした重回帰分析

| 独立変数 | 標準化係数 | t 値 | 有意 確率 |
|-----------------|---------|--------|----------|
| | β | | |
| 医療との連携の実施 | .692 | 8.583 | .000 |
| 医療の現状についての考え | .007 | .079 | .937 |
| 支援困難感 | -.101 | -1.185 | .240 |
| 年齢（3区分） | -.135 | -1.542 | .127 |
| 高齢者支援総勤務年数（3区分） | -.010 | -.120 | .905 |
| センター業務運営得点（2区分） | .244 | 2.787 | .007 |
| センター地域連携得点（2区分） | -.204 | -2.129 | .037 |
| センター医療連携得点（2区分） | .055 | .544 | .588 |

調整済み $R^2=0.501$ F 値=11.182 ($p<.0001$)

A票から得られる3変数と認知症支援得点の関係では、「センター業務運営得点」高位群に所属する職員では認知症支援得点が高い傾向がみられた ($p=.085$)。

認知症支援得点を従属変数とした重回帰分析では、「医療との連携の実施」「センター業務運営」「地域との連携」が有意な関係を示した。

すなわち、「病院・診療所にて、病状の説明を受ける」「認知症の人の自宅への訪問診療・往診に同伴する」「かかりつけ医と電話、Fax等で情報交換を行う」など医療との連携の実施得点が高いほど、認知症支援得点が高かった。

また「支援困難事例について、センター内で相互に相談している」「3職種が共同で、定期的に事例検討を行う」「地域の居宅介護支援事業所と意見交換、協議を定期的に行っている」などのセンター業務運営の得点が高いセンターに属する職員の認知症支援得点が高かった。

【考察と結論】 認知症に関わる支援（認知症の人の自宅を訪問して様子を確認する、本人または家族に一般の医療機関の情報を紹介する、専門医療機関の情報を紹介する、入院治療後の退院支援を行う、認知症の在宅介護の具体的な方法についての相談に応じる、精神症状・行動障害の対応方法について助言する、等13項目）の実施には、医療機関との連携を欠かすことができず、連携の度合いが支援実践を規定している。また、センター内での3職種間の連携や定期的事例検討など、業務運営の方法が、認知症の人の支援実践に影響すると考えられる。

kkuroda@kansai-u.ac.jp

肢体障害者の二次障害予防実践報告 —老年期を迎える肢体障害者が抱える課題—

○白星伸一、越智淳子（佛教大学・保健医療技術学部）、
埜田和史、辻村裕次、北原照代（滋賀医科大学・社会医学講座）

【目的】 二次障害とは、疾病や病態に直接起因する一次障害の発生時には存在せず、経過に引き続いて発現してくる障害をいう。我々は2013年度に二次障害予防を目的として、森永ヒ素ミルク被害者の救済機関「ひかり協会」が実施した訪問調査に参加した。その結果、肢体障害を有する被害者の多くに二次障害と考えられる症状があることが判明した。そこで、2014年度は訪問調査を実施した事例からハイリスク者を抽出し介入を実施した。これらの実践から、本稿では老年期を迎える被害者への支援に関する課題とその対応について報告する。

【対象と方法】 対象はひかり協会東近畿ブロックが担当する被害者で、二次障害予防実践について協力を得られた4事例。方法は（1）聞き取り調査；現在の二次障害の状況、過去の経緯について聞き取りを行い、リスク因子を分析。（2）訪問調査；身体機能・日常生活活動・生活環境評価を行い、問題点を分析。（3）分析結果から二次障害のリスク因子を抽出し、身体負担軽減、日常生活活動改善を目的とした介入を実施。一定期間を経て、その効果を判定した。本調査は佛教大学の人を対象とする研究倫理委員会の承認を受けて実施した（承認番号H24-19）。

【結果と考察】 [事例1]50代女性、脳性麻痺（アテトーゼ型）、変形性股関節症、変形性頸椎症。調査期間は2013年5月～2014年6月。二次障害予防策として①日常生活活動における身体負担の高い動作を抽出し、身体負担軽減を図った。②家庭でできる運動を指導することで身体機能が改善した。③電動車いす購入に際して、機種選定と座位姿勢調整を行った結果、安全に屋内移動が行え、座位姿勢も改善した。本事例から在宅でのリハビリテーションサービス制度の活用について情報提供が必要であることがわかった。介護保険対象外の65歳未満の人には訪問リハビリテーションを利用できない。そこで、訪問マッサージ制度を活用し、マッサージ師と連携を図ることで機能改善が得られた。その他、設置後10年以上経過した階段昇降機が故障したが、メンテナンス契約も結んでいないため修理ができないとの相談があった。交渉により修理費の補助制度を利用することができた。今後、設置後長期間経過した機器の修理や購入に関する制度の整備が必要である。[事例2]50代女性、精神発達遅滞、てんかん。調査期間は2013年6月～2014年10月。介入は、住宅改修後の介助方法について検討した。複数の事業所から15名のヘルパーが関わっていた。知的障害者の中には介護方法の違いによる戸惑いから、動作遂行能力低下や転倒リスクの増加を招く事例も少なくない。介護・介助方法について情報を共有し、方法を統一することで介助負担および転倒リスクの軽減が図れた。今後、介護保険制度への移行に伴い、サービス低下を招かない制度利用方法の検討が必要である。[事例3]60代男性、脳性麻痺（アテトーゼ型四肢麻痺）、調査期間は2013年6月～2014年7月。約20年施設に入所しており、変形性頸椎症による手足のしびれ、多関節拘縮など二次障害が出現していた。身体機能の変化に伴い、生活様式の見直し、福祉用具の変更が必要であったが適した環境設定や福祉用具の選定などが困難な状況にあった。電動車いすの選定、医療機関の受診を実施し二次障害予防を図った。課題として、現状、施設入所者は屋内用の他に屋外用車いすの交付が認められていない。しかし、屋外移動手段が確保できないと生活範囲が狭小化し、生活の質の低下に繋がる。今後、屋外移動用の車いすの申請に向けて、行政担当者に理解を求める取り組みが必要である。[事例4]50代男性、脳性麻痺（アテトーゼ型四肢麻痺）。自動三輪車を運転中に転倒し大腿骨を骨折した。その後、電動車いすの交付を申請したが、不随意運動により駆動操作ができないため申請が却下された。不随意運動を軽減するために電動車いすの肘置き部に前腕支持具を取り付け手指操作性の向上を図った。結果、安全に駆動できるようになり交付が認められ、生活圏の拡大が図れた。課題として適切な情報と教育機会の提供体制整備が必要である。

【結論】 肢体障害を有する被害者の多くは老年期を迎えるにあたり身体機能や生活環境の変化により、二次障害が出現しており、新たな生活環境の設定が必要であった。今回の調査から、福祉機器の修理、購入に関する補助制度の整備、在宅リハビリテーションを実施する際の制度利用、適した福祉用具の選定、使用方法に関する情報提供など二次障害予防策を実施する際の支援制度の整備が求められていることがわかった。

sirahosi@bukkyo-u.ac.jp

ビジュアルマニュアルを用いた高齢者介護施設感染対策研修システムの提案

○松下幸平、青地ゆり、李墨淵、竹田元気（早稲田大・社会医学）、山路 学（早稲田大・人総研）、山田文也、斎藤章暢、岸本 剛（埼玉県衛生研究所）、扇原 淳（早稲田大・社会医学）

【目的】

高齢者介護施設における感染対策は感染リスクの高い高齢者にとって重要な課題となっている。感染対策として特に感染対策の知識や技術を教える研修が重要である。そこで本研究は、高齢者介護施設における職員向けのビジュアルマニュアルを用いた新たな研修システムを提案する。

【方法】

本研究では、ビジュアルマニュアルを用いた研修システムの在り方を検討する。検討内容は以下の2点である。1点目は、ビジュアルマニュアルを感染対策の研修として適切に使用できるか、2点目は、オンデマンドシステムを用いた研修の在り方について検討を行う。対象は、感染対策研修として特別養護老人ホームにおける職員を想定する。そして、ビジュアルマニュアルやオンデマンドコンテンツを作成し、研修プログラムを立案する。

【提案するシステムの概要】

ビジュアルマニュアルは、アニメーションやナレーション、ビデオ映像などを活用するマニュアルである。また、オンデマンドは、インターネットを利用して動画配信が行えるシステムとなっている。この二つを組み合わせた研修システムの開発を行う。

そこで、本研究は、ビジュアルマニュアルを用いた研修として、次の2点の研修方式を採用する。1点目は知識を習得する座学研修である。2点目は、実技を修得する技能研修である。この2つの研修方式にビジュアルマニュアルを導入した研修システムの開発を行う。はじめに座学研修に関して、従来行われてきた座学による研修にビジュアルマニュアルを導入する。視覚で覚えることができるのでイメージトレーニングが行える。そして、次に座学研修の後に技能研修を行う。この技能研修時にもビジュアルマニュアルを用いた研修を行うことで座学研修時に抱いたイメージと実技との乖離を解消できるからである。また、技能研修ではビジュアルマニュアルでより詳細な技能の注意点やチェックポイントなどの伝授ができる。さらに作業の流れを動画で見ることにより、視覚的認知を行うことができ、必要不可欠な技能を身につけられる。

従来、研修内容を現場でフィードバックする際に未受講者への教え方が不透明でバラつきがあった。しかし、ビジュアルマニュアルを用いることにより、研修を受けた指導者の教え方の統一が図れ、伝達のバラつきが解消される。また、ビジュアルマニュアルをはじめとしたオンデマンドコンテンツを使用することにより、現場だけでなく自宅でも知識や技能の確認を行い、フィードバックが可能である。オンデマンドの双方向性を利用して、講義者は学習者の習熟度を確認できるだけでなく、研修そのものの評価も行え、適宜、研修内容やオンデマンドコンテンツの修正が可能である。

【今後の課題】

今後は、オンデマンドに対する抵抗感の払拭と業務負担による学習者のドロップアウトの防止方法を検討する必要がある。また、導入した研修システムの評価を行い、現場との乖離を解消するための聞き取り調査を行う必要がある。

kouhei369@fuji.waseda.jp

特別養護老人ホームにおける感染症対策の課題：内容分析による検討

○青地ゆり、松下幸平、大浦絢子（早稲田大・人間科学研究科）、篠田大希（早稲田大・人間科学部）、
齋藤章暢、岸本 剛（埼玉県衛生研究所）、扇原 淳（早稲田大・人間科学学術院）

【目的】

本研究では、特別養護老人ホームにおける感染症対策についての課題を分析し、より実践的かつ効果的な感染症対策を実施するための情報を提示することを目的とした。

【方法】

2013年11月時点で、WAMNETに掲載されている全国の特別養護老人ホーム6,576施設のうち、FAXによる調査依頼に同意のあった183施設と、183施設を除き無作為に抽出した1,000施設の計1,183施設を対象に郵送法による質問紙調査を実施した。回収された質問紙439部について、集団感染発生施設（168部）と未発生施設（40部）ごとの「感染症対策の課題」について、ベルソンの内容分析の手順に従って分析した。

【結果と考察】

集団感染発生施設については、全記述内容から168文脈単位と207記録単位が抽出された。207記録単位のうち、問いに当てはまらない、または解釈が困難な7記録単位を除いた200記録単位を分析対象とした。分析の結果、それらは5カテゴリ、【職員に対する課題】、【感染経路対策】、【感染症に対する考え方・体制】、【施設が抱える課題】、【入所者への対応】に分類された。

5つのカテゴリのうち、記録単位数が最も多かったのは、【職員に対する課題】（記録単位数：63, 31.5%）であった。このカテゴリは、〈感染管理意識の不足（手指衛生、清掃、健康管理）〉、〈介護職員の感染対策に対する課題〉、〈スタンダード・プリコーション〉などの23サブカテゴリから構成されており、職員の感染管理に対する意識の低さを示しているといえる。また、「職員の中には手洗いがきちんとできていない人がいて困っています」など、手指衛生に関する課題が散見された。このことから、手指衛生に関する教育を定期的に行い、職員に徹底させていく必要があるといえる。

集団感染未発生施設については、全記述内容から40文脈単位と52記録単位が抽出された。52記録単位のうち、問いに当てはまらない2記録単位を除いた50記録単位を分析対象とした。分析の結果、それらは5カテゴリ、【感染症に対する考え方・体制】、【職員に対する課題】、【感染経路対策】、【施設が抱える課題】、【入所者への対応】に分類された。

5つのカテゴリのうち、記録単位数が最も多かったのは、【感染症に対する考え方・体制】（20記録単位：40.0%）であった。このカテゴリは、〈感染症発生時の対応〉、〈マニュアル〉、〈職員に知識を定着させる方法〉、〈研修〉などの6サブカテゴリから構成されており、感染管理の考え方と体制に課題があるといえる。また、「感染委員会は設置しているが、定期的な会議を行うことが出来ていない」など、定期的な見直しや内容が徹底されていないといった記述が散見された。このことから、研修内容の検討に加えて、定期的な研修の実施体制の構築が必要と考えられた。

【結論】

特別養護老人ホームが抱える感染症対策に関する課題として、「感染管理意識の不足」、「感染管理体制の不整備」が抽出された。各施設は、集団感染を防止するために、職員に対するエビデンスに基づいた感染症対策に関する研修の実施と研修の効果測定が必要と考えられた。なお、本研究は早稲田大学特定課題研究（研究課題番号：課題番号：2013C-379）の助成を受けたものである。

y-acacia@akane.waseda.jp

「調和的問題解決能力」の育成を目的とした 高齢者福祉施設職員対象研修プログラムの開発とその評価

○原田拓郎（早稲田大・社会医学，社会福祉法人いひ穂会）、山路 学（早稲田大・社会医学）、
西田亜希子、築城康之、藤永あゆみ（社会福祉法人いひ穂会）、扇原 淳（早稲田大・社会医学）

【目的】

本研究では、「調和的問題解決能力」の育成を目的とした高齢者福祉施設職員対象の研修プログラムを開発し、その評価・分析を行うことを目的とした。

【方法】

A 県 B 市の社会福祉法人（デイサービス，特別養護老人ホーム，ショートステイ，ケアハウスなどを運営，職員数 101 名）のデイサービス職員 22 名を対象とした。2014 年 3 月～2015 年 3 月に，月 1 回の頻度で毎回 120 分の研修を 12 回行い，最終研修で成果報告会を行う。約 30 分間の座学の後，各グループで，デイサービスにおける取り組むべき課題を明確にするため，連関図法を用いた活動を行う。ここで得られた課題を，各グループが有効性，実現可能性，発展可能性を考慮して取り組むべき課題を選定し，改善案を立て実施する。研修前後に特性的自己効力感尺度，自尊感情尺度，および研修後に自由記述によるアンケートを実施した。

【結果・考察】

課題抽出のための連関図（図 1）を作成した結果，一日のプログラムの見直し，機能訓練における機材配置見直し，入浴介助，デイサービスにおける空間デザイン見直しが課題として挙げられた。

機能訓練における機材配置見直しでは，利用者の訓練室内での滞在時間や，どの時間帯にどの程度，人が集中するかを調査し，訓練の適正時間との差異を比較した。できるだけ適正時間に近づけるために，リハビリ機材の配置を見直し，利用者のリハビリ室内での待ち時間を減らし，人の流れをスムーズにする取り組みを行った。その結果，待ち時間を約 20%減少することができた。他のグループの課題に関しても所与の成果が得られた。

特性的自己効力感尺度と自尊感情尺度を用いて，この研修の効果の測定を行った結果，研修前に比べて，研修後の数値が向上しており，また，自由記述の回答でも，研修を評価する旨の意見が多く出ており，研修の効果が得られたと考えられる。

【結論】

今後は，半年に一度程度，定期的に，施設全体での事例報告会を行い，表彰することで，組織内で活動を行うことを定着させることが必要となる。さらに部署内だけでなく，他部署や他施設に関わる課題に取り組んでいくことで，さらなるサービスの質の向上を図っていくことが重要である。

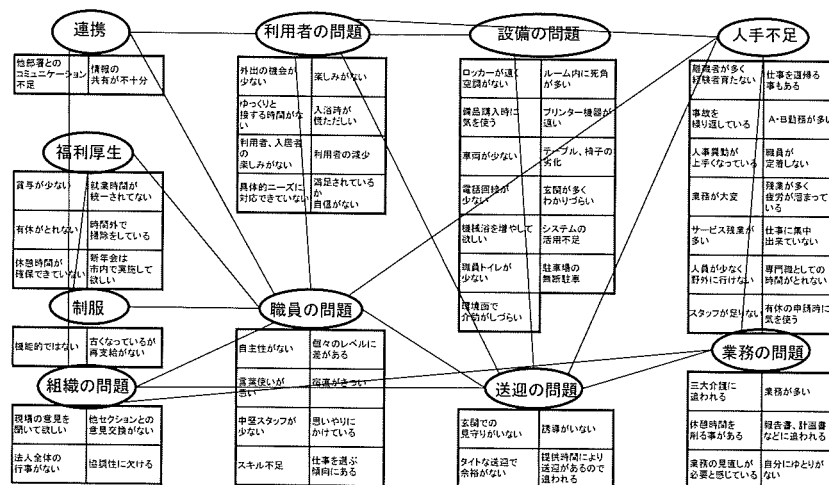


図 1. デイサービスにおける課題抽出連関図

富山県内における地域近接型ゲートキーパー養成事業の課題と展望

○小林俊哉（九州大学）、立瀬剛志、須永恭子（富山大学・地域連携推進機構）、
塩谷 亨（金沢工業大学）

【目的】「富山地域ストレス研究会」は、平成 24 年度より「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教育プログラム「ゲートキーパー応用講習会」を富山で実施している。3 年目の平成 26 年度は 25 年度に続き、「地域近接型」を意識し富山市と高岡市の 2 か所で応用講習会を実施し、併せて受講者の交流会を展開した。同応用講習会における自殺対策支援のニーズの抽出と効果の検証を目的とするアンケート調査を実施した。その結果を報告する。

【方法】本応用講習会は、富山県内各自治体が主催するゲートキーパー講習会を受講した方、または地域での心の支援に興味のある方を対象に実施した。内容は 25 年度と同様ゲートキーパー実践への応用的な講習とワークショップ方式による課題検討会の 2 部構成とした。実施日は高岡会場が平成 26 年 11 月 30 日、富山会場が 12 月 21 日であった。2 回の参加者 61 名を対象とした同応用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収集し分析した。

【結果と考察】本ゲートキーパー応用講習会は、元来各自治体が企画する養成者を対象としたアドバンスコースとして開講した。しかし実際には 26 年度受講者の 51%が初期講習を受けていなかった。これは近年のゲートキーパー活動の普及啓発の進展により県民の関心が高まり、未受講者の関心をも引き付けたという背景が考えられる。次にゲートキーパー活動の実情を伺った。「どのような方から相談を受けることが多いか」という質問には、友人・知人関係が 44 件と、仕事関係（18 件）や活動団体関係（16 件）を上回った（複数選択）。相談を受ける頻度であるが、月に 1～2 回程度と 1 回以下を合算すると全体の 60%であった。その一方で「ほぼ毎日」、「週に 3～5 回」という高頻度で相談を受ける受講者も 12%（実数 7 人）いた。実際の相談内容はどのようなものか質問したが、仕事の間人関係（17%）、健康問題（15%）、親・兄弟・親戚（13%）、仕事そのもの（12%）が挙げられた。支援活動で困ったことはあるかという質問には、「いいえ」という回答が 44%と「はい」の 46%とほぼ拮抗した結果であった。今後の応用講習会等への参加の意思の有無を問う質問では、83%の受講者が「はい」という回答であった。日常のゲートキーパー活動で困難を感じている割合が半数弱で相談の頻度も月 1 回程度が過半数であることから応用講習会へのニーズは余り高くないのではないかと想定していたが、実際には高いことが分かった。この結果は受講者の支援活動への不安から、より高度なスキル・知識を求めているとも考えられる一方で、支援活動を通じた地域活動への高いモチベーションが背景にあるとも考えられる。そのため、地域活動に力点を置いた応用講習会の運営が重要となることが考えられる。

kobayashi.toshiya.303@m.kyushu-u.ac.jp

富山地域の花粉症対策と空中花粉

○寺西秀豊（富山医療生活協同組合 富山協立病院）

【はじめに】花粉症増加こともない、スギ花粉飛散に関する情報活動が取り生まれ、国民の関心の高い情報の1つになっている。富山県では、富山県医師会が中心となり花粉情報システムが構築され、予防と治療に役立つ「花粉症情報」が提供されている。現在一般的に行われている花粉情報には、十分な科学的エビデンスの無いものも多く、その結果、不適切な情報もみうけられる。花粉症を真に予防する総合的対策とは何なのかを明らかにするとともに、花粉症患者にとって必要な情報とは何なのか検討することが必要になっている。

【方法】富山大学では1983年以来、ダーラム法による空中花粉観測が行われている。また、1997年より富山県医師会花粉症対策委員会の協力を得て、耳鼻科医(約16定点)および眼科医(約14定点)に毎年2月1日から3月31日の2カ月間に来院した花粉症発症患者数を調査した。得られたデータをもとに、年次推移を検討するとともに、スギ花粉飛散数と花粉症患者数の関連性を検討した。得られた結果をもとに、花粉症予防のための総合的対策と花粉症患者にとって必要な情報とは何なのか考察した。

【結果と考察】富山大学の1983年以来の花粉観測データの年次推移を検討すると、飛散開始日が早まる傾向にあり、花粉飛散数は増加する傾向が示された。また、花粉数と花粉症患者数の関連性を検討すると、花粉数の多い年には花粉症患者数も増加することが明らかになり、スギ花粉とともに患者数も増加するという量反応関係が示唆された。そのため、今後もスギ花粉は増加し、花粉症患者も増加するものと推定される。

1989年から2012年には花粉症研究会が組織され、地域における空中花粉測定とスギ花粉の飛散予測法を確立した。花粉症研究会は北陸3県の花粉症情報システムの基礎を築くのにも大きく貢献した。また、1992年には無花粉(雄性不稔性)スギを発見し、花粉症の環境対策を考えられる上で重要な出来事とされた。無花粉スギは多くの県の林業試験場等で地域独自の品種に開発、普及されつつある。空中花粉観測も従来の顕微鏡による観察(ダーラム法等)から花粉自動測定器を用いた全国的なモニタリングに移行しつつある。しかしながら、現時点では花粉自動測定器を用いたモニタリングだけでは、不適切な表現や不正確な情報に陥りやすい危険性ははらんでいる。今後、地域での地味な空中花粉調査や学術的成果を総合的花粉症対策(図1)に活用することが期待される。

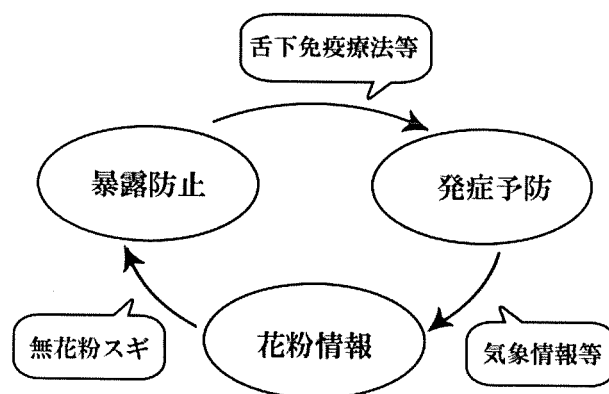


図1. 総合的花粉症対策の1例

【結論】富山地域での空中花粉調査や学術的成果を今後の花粉症情報に活用することが期待される。

teranishi@toyama-hcoop.com

屋内外の住環境と身体・精神・社会的健康との関連構造 -沖縄県A村在住の全高齢者を対象として-

○高城智圭 (京都文教大学・臨床心理学部)、栗盛須雅子 (聖徳大学・看護学部)、
高 燕 (首都大学東京・都市環境科学研究科)、平良一彦 (名桜大学・総合研究所)、
浦崎 猛 (沖縄県立芸術大学)、尾尻義彦 (琉球大学・医学部)、小川寿美子 (名桜大学・人間健康学部)、
石川清和 (今帰仁診療所)、藤井暢弥 (首都大学東京・都市環境科学研究科)、
星 且二 (首都大学東京・都市環境科学研究科)

【目的】

オタワ憲章では、健康のための前提条件として住環境の整備が挙げられている。しかし我が国において、健康と住環境との関連はまだ十分に明らかにされていない。そこで本研究では、住環境と身体・精神・社会的健康との関連構造を明らかにすることを目的とする。

【方法】

2012年、沖縄県A村在住の65歳以上の全高齢者を対象に、調査員による訪問面接調査を実施した。回収が得られた1,846人(回収率76%)を分析対象とした。分析に用いた調査項目は、屋内CASBEE健康チェックリスト6項目、屋外CASBEEコミュニティチェックリスト12項目、主観的健康感などの精神的健康4項目、外出頻度など社会的健康5項目、要介護度など身体的健康2項目である。『住環境』(『』は潜在変数を示す)、『身体的健康』、『精神的健康』、『社会的健康』の4つの潜在変数を用いて仮説モデルを設定し、共分散構造分析を行った($p < 0.05$)。分析にはSPSS ver. 22、Amos ver. 22を用いた。

【結果と考察】

対象者の性別は、男性742人(40.2%)、女性1,104人(59.8%)、年齢分布は、65~69歳278人(15.1%)、70~79歳727人(39.4%)、80~89歳603人(32.6%)、90歳以上238人(12.9%)であった。仮説モデルを検証した結果(図)、『住環境』が基盤となり、『精神的健康』、『身体的健康』を経由して『社会的健康』を規定するモデルが得られた。本モデルの適合度は、RMSEA=0.047、CFI=0.906、TLI=0.865と高く、決定係数は、男性0.80、女性0.83であった。男女別で多母集団同時分析を行った結果、『住環境』から『社会的健康』への標準化直接効果は女性が男性よりも有意に高かった。

本研究結果から、屋内外の住環境が、身体的、精神的、社会的健康に直接ないし間接的に影響することが示唆された。先行研究からは、身体、精神、社会的健康の3要因の中では精神的健康が基盤となり、他の2要因を規定することが明らかとなっているが、本研究結果から健康3要因の基盤となる精神的健康が、屋内外の住環境に関連している可能性が示唆された。追跡調査により因果関係を明らかにすることが今後の課題である。

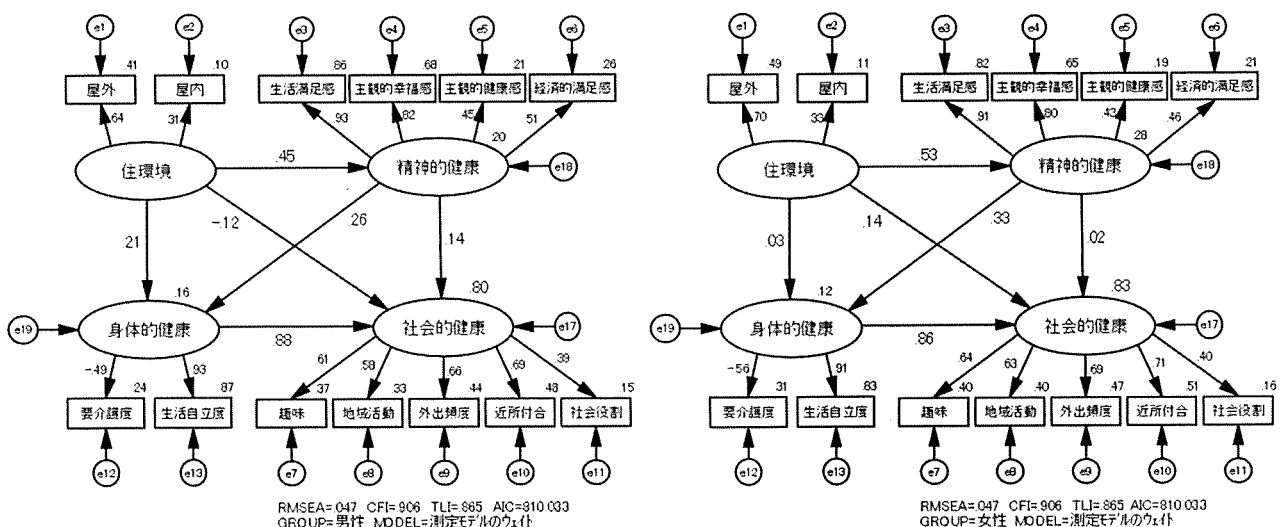


図 住環境と身体・精神・社会的健康との関連構造モデル (左: 男性、右: 女性)

五感力を活用した療育支援技術に関する研究その2 —発達障がい児支援に関する調査結果を中心に—

○眞砂照美（広島国際大学・医療福祉）

【目的】

県内の児童発達支援事業所・放課後等デイサービス事業所（以下 事業所）における発達障がい児への支援の現状について明らかにするとともに、五感力と発達障がい児についての研修を受講した指導員（保育士を含む）が自分の五感を意識することによって、児童への支援がどのように変化していくのかを明らかにする。

【方法】

1. 広島県内の事業所の児童発達支援管理責任者に発達障がい児支援に関するアンケート調査を行った。
2. 事業所の指導員に対して筆者が「五感力と発達障がいの子どもに関する研修」を行い、研修後に療育支援に関するインタビュー調査を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下 M-GTA）で分析した。分析焦点者は、研修を受けた後に五感を意識しながら発達支援を行っていると思われる指導員の7名である。

【結果と考察】

1. 広島県内の事業所 160 ヶ所にアンケート調査票を郵送し、宛先不明等で戻ってきた4通を除き62通の回答が得られた（回収率39.7%）。事業所における登録児童のうちの発達障がい児の割合は、未就学児で7割強、就学児で7割弱を占めていた。配置している職員では、8割弱の事業所が児童指導員を、7割強の事業所が保育士を配置していた。発達障がい児の支援にあたって必要な研修についての自由記述では、発達障がいの特性の理解、発達障がい児に有効な支援法、家族への相談技術などが多数あげられており、発達障がい児の支援について専門的な研修が必要であると考えていることが分かった。調査結果の詳細については、当日報告する。
2. 「研修受講後、事業所の指導員はどのように発達障がい児の支援を行っているのか」という分析テーマでM-GTAによる分析を行った。その結果、五感を意識してかかわる指導員が自分の【近似の感覚体験を語る】ことで、【思いと行動が変容】し、【複数感覚で児童の状況を捉え】、【児童の社会性を育む支援】を行っていくプロセスが明らかになった。

五感力と発達障がいの子どもについての研修を受けた後の指導員が自分の中にある苦手な感覚体験を、まるで再現フィルムのように語る【近似の感覚体験の語りのフェーズ】から、子どもの異感覚体験を想起し、過去の自分の支援の吟味をしたり、五感力活用の試みを行うなど行動が変化する【思いと行動の変容のフェーズ】に移行する。次に、指導時間以外の生活感や親子の距離感とニーズを〔遠近法で見る〕ことや自分の感覚体験を語ることによって子どものつらさを共感できる〔肌で感じる〕こと、さらに非言語コミュニケーションや小さな成長の瞬間も見逃さないように【複数感覚で捉えるフェーズ】に移行する。その後、ライフステージを考えて早期療育の意味を再確認し、発達障がいの子どもがもつ異感覚体験によって社会で孤立することがないように、子どもとのやりとりを大事にするなど【社会性を育む支援のフェーズ】に移行していく。結果図や分析ワークシート等の詳細は当日提示する。

【文献】

・大阪市福祉局障害者施策部障害福祉課（2012）「児童発達支援／放課後等デイサービス事業所における発達障がい児支援の現状—実施状況アンケートの結果と分析について—

謝辞 本研究は、独立行政法人日本学術振興会 JSPS 科研費 25590150「研究課題名：五感力を活用した療育支援技術に関する研究（研究代表：眞砂照美）」の助成を受けて行った研究の一部です。

t-masago@hw.hirokoku-u.ac.jp

深夜の街の思春期の少年たちへの聴き取り調査における方法論的考察 — A minority group and/or a vulnerable group?

○田中 勤 (総合病院南生協病院産婦人科、名市大・自然科学)、古橋忠晃 (名大・精神健康医学)、大坂裕子 (駒沢女子大・健康栄養)、藪下ももこ (名大・保健)、秋田智哉 (NGO 少年支援保健委員会・Public Health)、青木美樹 (滋賀県立大・人間看護)

【目的】

われわれは2007年9月から深夜の街にいる思春期男女(以下、「少年」とする)へ声をかけ、その声を社会に伝える調査活動(以下、「夜回り調査」とする)を実施してきた。この調査活動において心がけてきたことは、単に学術調査にとどまらず、調査という機会に子どもたちの抱えている問題に応えること、そして、少年たちとの交流を深めることである。しかし、深夜の街という現場では、その特殊性から活動の困難に直面することも多々あった。そこで、今回はわれわれが直面した調査研究活動における困難さについて方法論的側面から考察を加え、さらなる調査研究の発展に役立てたい。

【方法】

2014年度までに実施された夜回り調査において出会った18歳以下の少年たちの声を紹介するとともに、対象者との接触において認められた調査方法論的問題について指摘し、考察を加える。聴き取り調査は、生活歴、メンタルヘルス、リプロダクティブヘルス、将来の目標や夢などについての質問を含めた自記式の質問紙をベースに、調査者が半構造化面接による補足的質問を加えて完成させた。

【結果と考察】

夜回り調査の過程で、われわれは以下のような困難があった。それは、必ずしも内面的な問題に限らない。

1. 大人に不信感を抱いていると思われるケース(それでもインタビューに応じてくれる)。
2. 警察活動と重なったケース(調査の打ち切りを要請される)。
3. 時間的な制約があった場合(終電に間に合うようなら帰す必要がある)。
4. 継続性が確保できない(気軽に話してもらうため、本人のIDを明確にしていない。そうすると、夜の街で再び出会わない限り以降の支援ができない。ただし、夜の街に来ないことじたいは良いことだ)。
5. 支援的対応を優先させることが必要だったケース(相談活動が中心となり、インタビューまで至らない。少年にとっては、問題が解決したのならそれが一番いいことだ)。
6. 夜の街で声をかけられることじたいが警戒の対象となる(声かけを拒否されたケース。これは多数ある)。
7. 深夜の街で少年は補導対象となっていて発見しにくいところにいるため、そもそも少年たちに出会えない(見つけられていないだけかもしれないというのが問題だが、少年たちが本当に街にいないのならそれはそれで良いことだ)。

以上の困難は、活動の性質上不可避の問題かもしれない。深夜の街において調査者は少年たちにとって見ず知らずの人であり、少年たちが警戒するのは正常な反応と思われる。一方で、見ず知らずの人だからこそ気軽に話してしまいやすいこともある。親や教師、職場の先輩たちのようなふだんの援助者には良好な関係を保とうと気遣うあまり話せないこともある。また援助者に対する不満などは立場的にも口に出すことが難しいこともある。調査の機会に、思っていることを調査者に吐き出すという行為が、少年たちにとって自らを考え、整理する機会になることも考えられよう。

夜の街にいる少年たちは、本来夜の街にすることが許されておらず、その限りにおいて minority group であるといえる。一方で、夜の街に出てこなければならなかった理由もあり、そういう意味では vulnerable group といえることができる。深夜の街では少年たちとの接触機会が極めて少ないため、調査という機会を得た者は、その貴重な機会における唯一の接触者であり、唯一の援助者となりうる。われわれはこの貴重な機会を単なる調査としてではなく、援助者としての責任と使命を担っていることを自覚し、少年たちと真摯に向かい合う必要がある。

医療福祉系高等教育機関に所属する学生のひきこもり親和性と関連要因の検討

○米田政葉、志渡晃一(北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科)

【目的】

北海道内の医療福祉系高等教育機関に所属する学生のひきこもり親和性(以下 親和性)と日常生活習慣、学業と普通の生活のバランス、首尾一貫感覚(Sense of Coherence : 以下 SOC)との関連を明らかにする。

【方法】

北海道内の医療福祉系高等教育機関に所属する学生を対象に、2014年7月～8月及び2015年5月に無記名自記式質問紙票による集合調査を行った。回答を得た382名のうち白紙や不備を除いた353名(有効回答率92.8%、男性70名、女性283名、平均年齢19.4±1.4歳)を対象とし解析を行った。調査項目は、1)基本属性4項目、2)親和性4項目、3)SOC日本語版13項目 4)日常生活21項目である。親和性得点15点以上をひきこもり親和群(以下親和群)、14点以下を一般群とし、これを目的変数、他の変数を従属変数とし、 χ^2 二乗検定、Fisherの直接確率検定にて関連を検討した後、多変量解析としてロジスティック回帰分析にて独立性を検討した。

【結果】

1. 親和群の割合は14.4%であった。男性12.9%、女性14.8%であり男女間で有意な差は見られなかった。
2. 表1にひきこもり親和性と関連要因について示した。一般群と比較し親和群では、「週5日以上飲酒する」「喫煙習慣」「普段朝食を食べない」「人より悩みがある」「趣味がない」「SOC 低値群」の該当率が有意に高かった。多変量解析の結果、「喫煙習慣」「人より悩みがある」「SOC 低値群」が独立した変数として検出された。

表1 ひきこもり親和性と関連要因

| | 一般群 | | 親和群 | | p | OR(95%CI) | n(%) |
|---------------------------------|-----|--------|-----|--------|------|-------------------|------|
| | 302 | (100) | 51 | (100) | | | |
| 現在健康ではない | 37 | (12.3) | 10 | (21.3) | 0.06 | | |
| 1回30分以上の汗かく運動を週2回以上、1年以上実施していない | 238 | (79.6) | 44 | (86.3) | 0.34 | | |
| 週5日以上飲酒する | 2 | (0.7) | 3 | (5.9) | 0.02 | | |
| 喫煙習慣 | 13 | (4.3) | 7 | (13.7) | 0.02 | 4.14 (1.40-12.24) | |
| 平均睡眠時間(5時間以下または8時間以上) | 223 | (73.8) | 35 | (68.6) | 0.50 | | |
| 普段朝食を食べない | 71 | (23.5) | 22 | (43.1) | 0.01 | | |
| 栄養バランスを考えない | 110 | (36.4) | 20 | (39.2) | 0.75 | | |
| 人より悩みがある | 41 | (13.7) | 20 | (39.2) | 0.01 | 2.90 (1.45-5.78) | |
| 趣味がない | 9 | (3.0) | 6 | (11.8) | 0.01 | | |
| ダイエットをしていない | 120 | (39.9) | 19 | (37.3) | 0.76 | | |
| 学業と普通の生活のバランスが取れていない | 155 | (51.3) | 32 | (62.7) | 0.17 | | |
| SOC 低値群*1 | 162 | (54.5) | 45 | (88.2) | 0.01 | 4.78 (1.93-11.85) | |

*1:13項目7件法版にて質問し、13～51点を低値群、52～91点を高値群とした

OR:各質問項目に該当しない群を1とした場合、該当する群の親和群の相対出現率(性・年齢で調整)、 $p < 0.05$ で有意なもののみ記述

【考察】

喫煙、普段朝食を食べない、人より悩みがある、趣味、SOCとの関連については先行研究と同様の結果が得られた。週5日以上飲酒との関連は本研究で新たに明らかとなった。本研究の限界として、医療福祉系学生のみを対象としていることがあげられる。今後、学部別などに横断研究を行い、詳細な検討を行う事が課題である。

pataliro1@yahoo.co.jp

若年妊産婦からみえる貧困 ～医療ソーシャル・ワーカーの視点から～

○伊規須朋子、岩城敦之、大曲美潮、木村美由紀、栗山未央、下大菌未希、松浦翔平、宮原 楽、
舟越光彦（千鳥橋病院）、安武まみ（福岡市スクールソーシャル・ワーカー）

【目的】当院は助産施設（児童福祉法第 22 条/経済的困難を抱えた妊産婦の出産費用を公費で負担する）であり、社会的困難をかかえる妊産婦の受診や相談が、日々数多くよせられる医療機関である。中でも近年 10 代の妊産婦からの相談が増加し、3 年前の 3 倍以上となっている。

日本では若年出産は 20 歳未満の出産と定義され、2013 年の 10 代女性の出産数は 12,964 件、全出産数の 1.3%。10 代の出産数は 1990 年代後半から増加していたが、2002 年をピークに減少傾向と報告されている。（母子衛生研究会）。しかし、2014 年度の当院産婦人科出産件数は 264 件、その内若年出産は 22 件。全出産件数の 8.3% であり、全国平均の 6.4 倍となっている。若年での妊娠や出産は、母子ともにその後の生活に大きな社会的リスクを抱えていく可能性が高い。今回、若年妊産婦への MSW 援助事例を通して、若年の妊娠・出産に関する実態や問題点を考察することとした。

【対象と方法】対象：2014 年度に当院で社会的困難をかかえ MSW が援助した若年妊産婦 31 人

方法：MSW の面接と診療録により情報を収集した

- 【結果】 1) 年齢：13 歳～19 歳 2) 婚歴：①未婚/28 人②既婚/1 人③離婚歴あり/2 人
3) 医療保険：①無保険/2 人②生活保護/16 人③国保/8 人④社保/5 人（親扶養 4 人/夫扶養 1 人）
4) 生育家庭：①祖父母・親戚家庭/4 人②母子家庭/16 人③父子家庭/1 人④両親/5 人⑤不明/5 人
（①～⑤のうち、施設入所経験あり/6 人）
5) 教育歴：①中学生（不登校）/3 人②高校中退/7 人③通信制高校在学/2 人④全日制高校在学/2 人
⑤専門学校在学/1 人⑥大学在学/1 人⑦通学なし・不明/15 人（内 18 歳以下 7 人）
6) パートナー年齢：①10 代/21 人②20 代/6 人③50 代/1 人④不明/3 人
7) 相談・支援内容：①助産制度関係/10 人②出産受け入れ・費用相談/6 人③中絶希望・費用相談/5 人
④社会的ハイリスク支援/4 人⑤飛び込み分娩・初診遅れ/3 人⑥妊娠確認・費用相談/3 人⑦ビザ確認/1 人

【考察】

- ・医療保険からは、無保険や生活保護が半数以上であり、経済的に厳しい状況の妊産婦が多くみられた。
- ・9 割の妊産婦が未婚、すでに別離している場合も多く、経済的な基盤や人的支援体制も脆弱であった。
- ・生育環境は、被虐待経験や精神疾患等のため心身ともに不安定な親との生活、不本意な施設や親戚家庭での生活など、安心でき安定した生活をおくることが困難であった。妊娠・出産に関わる経済的、精神的サポートを家族に期待することは難しい状況におかれていた。
- ・多くの妊産婦は、妊娠前から通学していない状況にあった。またパートナーも、聴取できた範囲からは、妊産婦と同様な困難を抱えた生育環境、教育歴であり、妊産婦へのサポートはほとんど困難であった。

【結論】

当院で支援した若年妊産婦の多くは、自らの生育環境のなかでも「貧困」であった。経済的なことだけではなく、教育からも遠ざかり、本人にとって有益な情報につながりにくい状況、困った時に頼れる人がいない状況等、安心・安定した生活ができるための様々なセーフティネットから阻害された状況であった。そしてまた、今回の若年出産を経て、次世代にも「貧困」が連鎖していく可能性が非常に高いことが予想された。この“貧困の連鎖”を打ちきるためには、「自己責任」であると個別の問題としてみるのではなく、社会的不利をかかえるなかで妊娠・出産に至った若年妊産婦とその子どもたちへ、継続した温かな社会的支援が必要である。

tm-igisu@fid.jp

路上生活者の年末年始医療支援活動で見たもの 『ふとんで年越しプロジェクト2014』から

○西岡 誠、中村あずさ、高桑郁子、森川すいめい（世界の医療団）、谷川智行（川島診療所）、
椎野 綾（東京民医連）、大西 連、松山 晶（認定NPO法人自立生活サポートセンターもやい）

【目的】福祉事務所、医療機関など公的施設が休日に入る年末年始、路上生活者・生活困窮者への医療支援、個室シェルターを提供した『ふとんで年越しプロジェクト』の紹介ならびに医療相談データの分析。

【方法】福祉事務所、医療機関など公的施設が休日に入る年末年始、路上生活者・生活困窮者への医療支援、個室シェルターを提供するため、都内の各支援団体、医療団体の共同支援プロジェクトが『ふとんで年越しプロジェクト2014』である。2014年12月27日から2015年1月2日の間、プロジェクト医療班は池袋と渋谷とで医療相談会を合計6回開催した。医療相談会は支援団体の炊出し・配食会場で行い、1回当たり約2時間程度、無料で相談者を受け付けた。どのような相談、どこからの紹介でも断らず、原則、全員が医師の診察を受けた。医療相談では、相談者の氏名、年齢、性別、相談内容を聴取し、バイタルサイン、診察所見、診断などを医師が専用シートに記録した。記録されたデータを元に、相談者数、相談者属性、相談回数、相談理由・診断名などを集計した。また血圧を測定した相談者については、高血圧の有無、重症度、治療の有無を集計した。これら集計結果に若干の考察を加えた。

【結果と考察】2014年12月27日から2015年1月2日の間、医療相談者数は延べ150人（男：125人、女：2人、性別記載なし：23人）、実数117人であった。平均年齢は 59.5 ± 10.6 歳（28歳～76歳）、65歳以上の相談者が47人（31.3%）と、高齢者が3割以上を占めていた。期間内の相談回数は、1回のみが92人（78.6%）、2回が18人（15.3%）、3回が6人（5.1%）、4回が1人（0.9%）で、診察に加えOTC薬、マスク、カイロなども全て無料にも関わらず、頻回受診する相談者はほとんどいなかった。相談内容・疾患は、上気道炎などの呼吸器疾患が68件（32.7%）、胃腸炎などの消化器疾患33件（15.8%）、腰痛症などの整形外科疾患30件（14.4%）が上位で、これらの相談・疾患が6割以上を占めていた。以下、高血圧などの循環器疾患29件（13.9%）、皮膚疾患8件（3.8%）、精神疾患6件（2.9%）と続いた。血圧を測定した相談者は26名で、正常血圧2人（7.7%）、正常高値3人（11.6%）、高血圧21人（80.8%）であった。高血圧の相談者21人のうち、軽症高血圧6人（28.6%、平均： $146 \pm 3.3/86 \pm 7.0$ mmHg）、中等症高血圧4人（19.0%、平均： $164 \pm 10.8/96 \pm 4.9$ mmHg）、重症高血圧11人（52.4%、平均： $192 \pm 17.3/105 \pm 18.4$ mmHg）で、重症高血圧が5割以上であった。高血圧であった相談者21人のうち、治療中と確認できたのは1人だけであった。なお、期間中に相談会へ参加した医師は延べ26人、看護師10人、サポーター16人であった。

【結論】路上生活者・生活困窮者への医療相談会では、年末年始の寒冷環境下にも関わらず、高齢者のニーズが高かった。相談者全員が医師の診察を受け、OTC薬、マスク、カイロなども無料提供されたにも関わらず、頻回受診はほとんど無く、いわゆるモラルハザード的な受診行動は見られなかった。血圧測定した相談者の8割以上が高血圧基準を満たし、心血管病ハイリスクの重症高血圧が半数以上を占めた。また高血圧治療が確認されたのは1人だけで、多くの人が危険な状態のまま、困窮生活を送っていることが判明した。

nskmedac@gmail.com

シェルター利用者より考察する路上生活者の現状 『ふとんで年越しプロジェクト 2013/2014』から

○高桑郁子（横浜国立大学大学院/世界の医療団）、大西 連（もやい）、谷川智行（川島診療所）、
中村あずさ（世界の医療団）、西岡 誠（世界の医療団）

【目的】

2013 年より実施する「ふとんで年越しプロジェクト」のシェルター利用者の事例を振り返ることで、現在のホームレス問題の動向と今後の支援の方向性を問い直す。

「ふとんで年越しプロジェクト」；年末年始に公的機関が閉庁する機関、必要な方に宿・医療などを提供し、年明け後に公的機関等につなげることを目的とする。

【方法】

2013/2014 年に実施した年末年始の「ふとんで年越しプロジェクト」において、簡易ホテルをシェルターとして準備し、必要と判断した方々に提供し利用をしてもらった。その方々の性別・年齢・症例等を振り返り考察をする。

調査期間；2013 年 12 月 28 日（土）～2014 年 1 月 6 日（月）

2014 年 12 月 27 日（土）～2015 年 1 月 5 日（月）

【結果と考察】

2013 年シェルター利用者数；20 名（男性 20 名）

年齢別；30 代以下 3 名、40 代 6 名、50 代 5 名、60 代 2 名 70 代以上 2 名、平均年齢；46.2 歳
2014 年シェルター利用者数；26 名（男性 20 名、女性 6 名）

年齢別；34 歳以下 5 名、35～49 歳 10 名、50 歳～64 歳 5 名、65 歳以上 4 名

平均年齢；47.7 歳 最年少 25 歳、最高齢 76 歳

2013 年より実施した「ふとんで年越しプロジェクト」において、2013 年にはいなかった女性利用者が、2014 年はシェルター利用者全体の 23.1%と多くの女性が利用する結果であった。日々の活動においても女性路上生活者の増加は顕著であり、今後も女性の動向を観察していく。

2014 年において 65 歳以上の高齢者の方は 4 名おり、中には重篤な疾患を治療放置した状態で認知症状の一つと思われる排せつの自立が困難な方も見られた。排せつ問題は自尊心に直結する問題であり一般的に隠す傾向にある。路上生活者の高齢化が進む中、今度は認知症状や排せつ問題にも視野に入れた対応が必要になってくる。

最後に厚生労働省の全国調査による野宿者の平均年齢は 59.3 歳である¹が、池袋におけるシェルター利用者は 47.7 歳であり、昨年²の調査においても 46.2 歳と比較的若かった。大西²は「住まいを失った生活困窮者の実情が国の定義の「ホームレス」だけでは不十分であることを如実にあらわしています」とし、ホームレスの現状が変化してきていることを示唆する。

【引用文献】

1. 厚生労働省『ホームレス実態に関する全国調査（概数調査）結果』2012 年
2. 大西連『ふとんで年越しプロジェクト 2014 報告～路上をとりまく状況の変化に着目して～』2015 年

ikurin@yahoo.com

当院における無料低額診療制度利用者の実態

○松浦翔平、伊規須朋子、岩城敦之、大曲美潮、木村美由紀、
栗山未央、下大菌未希、宮原 楽、舟越光彦（千鳥橋病院）

【目的】

格差と貧困が広がるなか、診療現場では受療権が侵害されている実態が数多くみられている。当院では2002年度から「無料又は低額診療事業（社会福祉法第2条第3項）」を実施。受療権を守る取り組みのひとつとして積極的にとりくんできた。今回、2014年度に当院で無料低額診療制度（以下、無低制度）を利用した患者の実態を調査し、この事業の意義を考えるとともに今後の課題を検討することとした。

【対象と方法】

対象：千鳥橋病院 MSW にて実施した面接記録及び診療記録を用いて、無低制度利用者 405 名の実態分析を行った。

【結果】

- 1) 性別：男性 237 名(58.5%)／女性 168 名(41.5%)
- 2) 年代：10 代以下 4 名(1.0%)／20 代 13 名(3.2%)／30 代 31 名(7.7%)／40 代 46 名(11.4%)／50 代 75 名(18.5%)／60 代 141 名(34.8%)／70 代 64 名(15.8%)／80 代 28 名(6.9%)／90 代以上 3 名(0.7%)
- 3) 職業：無職 253 名(62.5%)／日雇い土木 11 名(2.7%)／パート・アルバイト 52 名(12.8%)／派遣・契約 13 名(3.2%)／自営業 25 名(6.2%)／会社員 48 名(11.9%)／その他 3 名(0.7%)
- 4) 医療保険：無保険 11 名(2.7%)／国保 260 名(64.2%)／後期 60 名(14.8%)／健保本人 36 名(8.9%)／健保家族 33 名(8.1%)／生保 1 名(0.2%)／その他 4 名(1.0%)
- 5) 主病名：糖尿病・内分泌 62 名(15.3%)／歯科疾患 46 名 (11.4%)／悪性腫瘍 43 名(10.6%)／心疾患 35 名(8.6%)／整形疾患 34 名(8.4%)／呼吸器疾患 33 名(8.1%)／高血圧 31 名(7.7%)／消化器系疾患 31 名(7.7%)／脳血管疾患 28 名(6.9%)／精神疾患 17 名(4.2%)／肝機能疾患 14 名(3.5%)／腎臓機能障害 10 名(2.5%)／産婦人科 8 名(2.0%)／耳鼻科疾患 3 名(0.7%)／皮膚疾患 3 名(0.7%)／難病 3 名(0.7%)／その他 4 名(1.0%)

【考察】

- ・男女比 6：4。60 代利用者が 35%と最も多かった。また 20～50 代の稼働年齢層の利用者は全体の約 4 割 (39%)。働いても医療費を工面することが難しい、数多くのワーキングプアの実態があった。
- ・就労形態も不安定であった。年金受給者も含めるが、無職が約 6 割 (62%) と最多。その他、日雇いやパート、派遣など非正規雇用が約 2 割 (19%)。特に稼働年齢層では、自営・派遣契約・パートアルバイトなど非正規雇用が多くを占めていた。近年、非正規で働かざるをえない労働者が 4 割近くまで増え続けている状況のなか、今後も無低制度の相談は増えていくことが予想された。
- ・医療保険では、国民健康保険（短期証含む）が 65%で大半を占めていた。近年、加入世帯主の約半数が無職となっており、国保加入世帯の所得が大幅に低下している状況で、医療費の支払いが困難になっている実態が多くみられた。また後期高齢は 15%。主に年金世代で今後も収入増加は見込めず、生活保護基準は若干上回るものの経済的に全く余裕なし、無低制度の利用なくしては病院に受診できない状況が固定化している実態があった。

sc-chidori@fid.jp

ホームレス状態に陥った人を対象としたシェルターの役割と ソーシャルワークについての検討 -A市の実践から-

○中野加奈子（大谷大学文学部社会学科）

【目的】

2008年のリーマンショックを契機とした派遣労働者の失業などの社会問題化を背景に、厚生労働省は「セーフティネット支援策等事業」の「社会的包摂・『絆』再生事業」の一つに「ホームレス緊急一時宿泊事業（シェルター事業）」（以下、「シェルター事業」）位置づけた。A市においては、従前より生活保護施設（更生施設）を活用した1週間単位のシェルターを実施していたが、それに加えて2009年秋よりシェルター事業を実施するに至った。このシェルター事業では、市が借上げた簡易旅館3カ所で実施されており、「借上げ方式」と呼ばれる。この間、シェルター事業は単身男性だけではなく家族、女性、障害を持つ人等、多様な人たちを受け入れ、生活の再構築に向けた支援を展開してきた。

2013年12月に生活困窮者自立支援法が成立し、2015年4月に向けて法の実施準備が整えられた。その経過の中で、従来の「ホームレス自立支援法」における施策やシェルター事業については、生活困窮者自立支援法で実施されることになった。

本研究では、2015年4月施行後のシェルター事業の変化を追いながら、ホームレス状態に陥った人を支援するシェルターの機能及び支援を展開するソーシャルワークについて検討し、改善すべき課題を明らかにする。

【方法】

1. A市のシェルター事業の特徴を整理し、シェルター機能の定義を検討する
2. 生活困窮者自立支援法による事業とホームレス自立支援法等、ホームレス状態に陥った人への支援策の整合性について検討する
3. 生活困窮者自立支援法施行後の実態について相談件数の推移等の整理を行い、実践における課題を明らかにする

【考察】

A市のシェルター事業は、市が借上げた旅館3カ所で実施された。利用者に対しては別法人に委託された「訪問相談事業」により相談員が派遣され、生活相談を実施した。いわゆる「衣食住」の提供と「相談機能」を分離して提供する形式である。従来の入所型施設のような「衣食住」と「相談機能」がパッケージ化されたものではないところに特徴がある。

A市のシェルター事業では個室対応ができること、原則七泊八日の利用だが延長が可能であり、利用者のニーズにある程度合わせた対応が可能であった。そのため、女性、家族、何らかの疾病・障害を抱える人の受け入れも可能となり、生活再建に向けた支援が実施できた。こうしたことから、A市のシェルター事業を通して潜在化しやすい「広義のホームレス」の実態が確認された。

しかしながら、利用者の生活状態は当初想定されていたものとは異なっていること、ホームレス支援における居宅支援の原則の不十分さ等から「衣食住」及び「相談機能」のいずれにも様々な課題があった。さらに、シェルター事業は、2015年4月施行の生活困窮者自立支援法の「一時生活支援事業」に移行することになり、アセスメント機能の強化等が図られるようになったことなどから、新しい課題も浮かび上がってきている。

具体的な課題については報告時に説明を行いながら、今後求められるシェルター機能とソーシャルワークについて検討を行う。

nakano@res.otani.ac.jp

名古屋市におけるホームレス調査から得られた精神障害、知的障害の有病率

○渡邊貴博（みどり病院精神科）、西尾彰泰（岐阜大学保健管理センター）、
松浦健伸（城北病院精神科）、天笠崇（代々木病院精神科）、水谷聖子（日本福祉大学看護学部）

【はじめに】

厚生労働省の調査では路上で生活する名古屋のホームレスは 2003 年をピークに 7 分の 1 にまで減少していると言われている。しかし、支援団体ではその数倍規模の存在を指摘し、近年ではネットカフェに「居住」するなど、従来よりも実態が把握しにくい状況がある。長期化するホームレスには精神障害の指摘もあり、実態を明らかにすることが課題となっていた。日本におけるホームレス精神保健調査は、2008 年に森川らが行った池袋の精神疾患有病率調査が唯一であり、日本全体のホームレスの心身健康状態は明らかにされていない。

【目的】

名古屋におけるホームレスの心身健康状態を明らかにすることが主要な目的だが、本報告では、調査対象者における精神疾患、知的障害の有病率を解明したい。加えて、精神疾患・知的障害を初めとしたどんな要因がホームレス期間・回数に関連しているのか解明することが目的である。採血も含めた内科医による身体検診、歯科医による歯科検診、精神保健福祉士（PSW）による問診を実施し、身体疾患との関連も明らかにする。

【方法】

2014 年 11 月 3 日実施。ホームレスの定義は世界基準に照らし、厚生労働省の実態調査で定められている路上生活者の定義に加え、一時保護施設入所者も対象として加えた。炊き出しや相談支援の場で調査協力団体である支援団体が参加者を募った。調査に協力した定義に該当する名古屋市内のホームレス 114 人（路上生活者 79 人、一時保護施設 35 人）を研究対象とした。面接調査には Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) による質問紙と生活状況について尋ねる問診票を用いて聴取した。

最終的に精神科医が International Classification of Diseases (ICD-10) の診断基準に則って精神疾患の診断をした。身体診察は内科医および歯科医による健診、一般健診項目での採血検査を実施した。臨床心理士によって Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-3) 簡易版（大六式）を用いて知能指数を算出し、精神科医が Japanese Adult Reading Test (JART) を用いて過去の知能指数との照合を行い、知的障害の診断を行った。

【結果と考察】

平均年齢は 54.1±12.6 歳、性別は男性 106 人(92.9%)、女性 8 人(7.1%)であった。精神疾患ありの診断は 48 人(42.1%)で、内訳は 20 人(17.5%)が気分障害、16 人(14.0%)が物質関連障害、5 人(4.4%)が精神病性障害であった。WAIS-3 簡易版、JART による知的障害の診断では 39 人(34.2%)が該当し、うち中等度以上の知的障害は 16 人(14.0%)であった。精神疾患および知的障害のいずれかに該当する者が 71 人(62.3%)であった。路上生活者(79 人)では高血圧が 54 人(68.3%)で一時保護所(35 人)の 9 人(25.7%)と比して有意に多かった。糖尿病疑いは両群とも約 18%に認められ、一般人とも差は認められなかった。知的障害では「路上から抜け出したい気持ち」が低く、「家族との関係が悪い」と答えたものが多く、路上期間の長期化との関連が示唆された。精神疾患の当事者では「人間関係が苦手」と感じ、生活保護手続きへの忌避感とアパート保証人が得られないと感じていることが路上回数の増加との関連が示唆された。2008 年の池袋調査と同様にホームレスの中に精神疾患、知的障害の比率が高いことが明らかになり、本邦におけるホームレスの特徴であると結論付けられる。また、それらの特性毎に路上生活から抜け出せない要因がうかがわれ、より包括的な支援が必要であることが示唆された。

【結論】

本邦のホームレスには精神疾患と知的障害を有する者が数多く存在し、障害特性に応じた個別かつ包括的な支援が必要であり、医療、福祉、行政含めたきめ細かい対応が急務である。

seishin@gifu-min.gr.jp

あいりん地区の住民との関わりを通して考える訪問看護職の役割

○有村祐亮（滋賀県東近江保健所）、太田小百合（藍野大学短期大学部）

【目的】

大阪市西成区あいりん地区の訪問看護ステーション利用者との関わりを通し、あいりん地区住民に対する訪問看護職の役割を社会的包摂及び社会的排除の視点から考察する。

【方法】

- ① 2014年8月8日～11月14日の期間に計3回、訪問看護ステーションひなた利用者の自宅に家庭訪問し、対象者の生活史について半構造的インタビューを毎回3時間程度行った。
- ② インタビュー結果の分析は「社会的排除に至るプロセス—若年ケーススタディからみる排除の過程—」を参考に社会的排除に至る潜在リスク及び支援の提言を踏まえた上で、D氏の生活史上のリスク要因の分析や、訪問看護職の役割について考察を行った。

【結果】— D氏（男性・60歳代）の言葉と生活史

・「父親も継母も憎かった。それで子どものときからやんちゃなこといっぱいした。刺青も入れた」

D氏は生まれてまもなく、父親の不貞が原因で両親が離婚し、継母に虐められて育ってきた。中学時から非行に走り、学校へはほとんど通わなかった。ラーメン屋台にて生計を立てるが若い時から賭博癖があり借金を繰り返す。妻子には逃げられ、以降一度も会っていない。借金が原因でやがて住居を追われ、あいりん地区に辿りつくが、脳梗塞を発症し就業が困難になり生活の危機に。その時に立ち寄った健康相談会で訪問看護ステーションひなたのスタッフと出会う。初めは字が書けないことがきっかけでスタッフに対して声を荒げるなどの様子があったが、支援の中で生活保護申請し、その後訪問看護サービス等の支援を受けるようになる。

・「母性を求めている。だから訪問看護師とかヘルパーは女の人に来てもらおうと安心する」

・「3年くらい前から気持ちが変わってきた。今は心の中から、父親、ほんとうの母親に会いたいって思う。育ての母にいじめられたけど、あの人も父にだまされたんやと思うし、かわいそうや。今は憎い気持ちはない。そんな気持ちが心の中から湧き上がってくる。もうすぐ父親に会える」

・「博打が好き。今こんななってるのは自分の責任。やりたい放題やってき、そのつけが今来てる」

その後D氏は肺がんを患うが、ひなたのスタッフの支援の中、自分の過ちを認め、他者を許し、肯定的に過去を捉えなおすことで、穏やかに人生の最期の準備をしている。

【考察】

D氏の生活史は、生活史上の潜在リスクを抱えており、社会的排除に至るプロセス類型は「家庭環境の問題」に分類できた。包摂政策の提言を踏まえると、D氏はNPOの支援の中で安心して生活できる「場」である生活拠点を確認でき、またひなたはD氏が求めていた母性を満たし、安心できる「居場所」をD氏に提供していた。そのような環境が自らの人生の振り返る機会と、肯定的に捉えなおす変化をもたらしていたと考える。D氏が支援の中で変わっていったことや筆者自らの関わりを振り返ると訪問看護職はその人生のありのままを知ろうと関わっていくことが大切である。その関わりを継続していくことで少しずつ人間関係が築かれその結果、その人が社会の中で居場所を感じられる支援に繋がっていくと感じた。

【結論】訪問看護職は、その人のありのままを受け止めながら関わりを継続することで、社会の中で居場所をつくる役割も担っている。

大阪市西成区で潜在性結核感染症 (LTBI) の診断・治療を行う多様で重要な意義

○黒川 渡 (くろかわ診療所 医師)、富樫トモ子、岡田広美、安尾 彩 (くろかわ診療所 看護師)、川島 亮、山中小百合、岩戸博子 (くろかわ診療所 事務員)、白水倫生 (くろかわ診療所 医師)、石原正光 (くろかわ診療所 臨床検査技師)、江頭真由美 (訪問看護ステーション鶴見橋)、井戸武實 (大阪公衆衛生協会事務局長)

【目的】

従来の活動性結核患者の発見と治療、保健所を中心とする公衆衛生行政の取り組みから、一步踏み込んだ潜在性結核感染症 (以下 “**LTBI (Latent Tuberculosis Infection)**”) 患者の発見と治療を保健行政、臨床医療機関、地域の諸セクターが一体となって取り組むことの重要性を明らかにする。

【方法】

- 1) 統計資料より大阪市西成区の結核罹患率のさまざまな影響を検討する。
- 2) 大阪市・府での結核患者の取り扱いの現状 (診療圏の視点からの検討)。
- 3) “**LTBI**” の概念と取り扱いの現状と課題を明らかにする。

【結果と考察】

1. 大阪市西成区菰之茶屋地域の肺結核罹患率は 10 万対 400 を超える水準で中央アフリカ、ジンバブエの水準である。排菌患者は長期間の入院を必要とし、肺結核後遺症・続発性呼吸器疾患などにより QOL の低下も認める。また、検査・投薬・治療を含め高額の治療費が必要となる。接触者健診は、人口の流動性が高いという課題のため、新たな結核患者を発生させる可能性を残す。
2. 結核病床を有する病院は大阪市には、公立 1 件・民間 1 件であり、圧倒的に少ない。地域の医療機関が肺結核患者を発見した場合などは、大阪府下にある結核病院に搬送することが多い。このように、結核に関わる医療の実状は、地域医療計画策定の根拠になる通常の診療圏の枠組みを超えた医療機関の連携が中心である。その結果、西成区の医療機関従事者に、高罹患率である結核が地元の特有な疾病構造を反映したものとして理解されても、予防対策を含めた地域医療の日常的で優先度が高い実践的な課題として意識されにくくなる背景がある。
3. 結核予防対策は、医療保険上の制約があるため医療機関で扱うことはなく、もっぱら保健行政機関に負っている。地域の医療機関の従事者は、日常診療で結核罹患率を低下させることを自覚しても、結核既往歴のある患者のフォローアップ、高齢患者の免疫機能低下を防止するための生活習慣病治療等々の診療に集中せざるをえないため、予防の意識が日常化しにくい。
4. “**LTBI**” は、既感染者で発病していない不活動性結核である。診断法は、未だ検討が必要だが感度・特異度が高いとされるインターフェロン-遊離試験 (IGRA) は信頼度が高く、広く用いられている。治療は、一般に年齢、背景疾患、免疫能に影響を与える治療を受けている者など発病リスクを考慮し行われる。“**LTBI**” 治療はイソニアジド (肝障害リスクの観察をし、薬剤変更もある) により、結核発症予防の可能性を著しく高めることができる。現在、自治体ごとに基準・方針が一致しない状況があるが、公費医療による治療の可能性の拡大と要望が高まっている。

【結論】

大阪市西成区での、“**LTBI**” の診断・治療は、公衆衛生・臨床を横断し、罹患率の低下と新たな呼吸器後遺症を少なくし、医療費の軽減と本邦の結核罹患率を減少させる有効かつ重要な結核対策となる大きな可能性がある。

wk21ha@doc-net.or.jp

釜ヶ崎で暮らす現野宿者および元野宿者の現在歯数の状況

○三浦康代 (明治国際医療大学)

【はじめに】2002年のホームレス自立支援法施行後、釜ヶ崎においても行路死亡人数は減少した。しかし、2012年の全国ホームレス調査によると、野宿者が最も困っていることのトップが「食べ物が十分でないので困っている」(37.3%)であった。先行研究では、現野宿者および元野宿者を対象とした現在歯数状況は把握されていない。

【目的】釜ヶ崎の現野宿者および元野宿者の現在歯数状況を把握し、健康支援について検討することを目的とした。

【方法】2013年6月の3日間、西成市民館およびふるさとの家の利用者計38名を対象とした健康相談において、歯ブラシを配付した口腔指導を実施した際に、問診および視診による現在歯数の確認を行った。同時に身長・体重測定等を実施した。現在歯数10本未満(A群)と10本以上(B群)の2群間で食生活等の比較検討を行った。

【倫理的配慮】本研究は、明治国際医療大学研究倫理審査委員会の承諾を得て実施し、対象者の匿名性を保証した。

【結果および考察】対象者は全員男性で、平均現在歯数は40歳代26.0本、50歳代16.6本、60歳代8.4本、70～80歳4.8本であった(表1)。2011年の全国男性の現在歯数は50歳代25.1本、60歳代22.0本、70歳代16.5本であったことより、対象者の現在歯数は、50歳代で全国の6割、60歳代で4割、70歳代で3割の本数しかなく、入れ歯を装着している者も皆無であったことより、対象者の口腔機能の低下は著しいと推測された。現在歯数別では、A群23名(うち0本7名)、B群15名で、表2の全項目で2群間に有意な差はみられなかった。しかし、対象者全体では絶対的な食事摂取不足や野菜不足があると推測された。また、対象者の喫煙率は76.3%であり、2013年の日本の男性平均喫煙率は32.2%であったのに対し明らかに高いと言える。歯科未受診、栄養不良や喫煙により、現在歯数が悪化したと推測された。

【まとめ】釜ヶ崎で暮らす現野宿者および元野宿者の現在歯数状況は全年代で明らかに悪化し、口腔機能の低下が著しいと推測された。今後、専門家による口腔指導の必要性が示唆された。

表1. 年齢別、平均現在歯数

| 年齢 | 人(%) | 平均現在歯数 |
|--------|-----------|-----------|
| 40～49歳 | 2(5.3) | 26.0±8.5 |
| 50～59歳 | 7(18.4) | 16.6±11.3 |
| 60～69歳 | 16(42.1) | 8.4±8.6 |
| 70～80歳 | 13(34.2) | 4.8±5.6 |
| 全体 | 38(100.0) | 9.6±9.8 |

表2. 現在歯数別(A群・B群)、BMI・住まい状況・食生活状況・喫煙状況の比較

| | 全体(n=38) 人(%) | 現在歯数 | | フィッシャーの 正確確率検定 |
|------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------------|
| | | A群(n=23) 0～9本 | B群(n=15) 10～32本 | |
| 住まい状況 | | | | |
| 現野宿者(野宿・シェルター) | 9(23.4) | 5(21.7) | 4(26.7) | 0.282 |
| 元野宿者(ドヤ・アパート・施設) | 29(76.4) | 18(78.3) | 11(73.3) | |
| BMI | | | | |
| 22未満 | 17(44.7) | 11(47.8) | 6(40.0) | 0.235 |
| 22以上 | 21(55.3) | 12(52.2) | 9(60.0) | |
| 平均BMI | 22.0±4.2 | 21.7±3.9 | 23.5±4.4 | |
| 1日の食事回数 | | | | |
| 1～2回 | 20(52.6) | 11(47.8) | 9(60.0) | 0.202 |
| 3～4回 | 18(47.4) | 12(52.2) | 6(40.0) | |
| 1週間のうち1食も食べられない日 | | | | |
| なし | 32(84.2) | 19(82.6) | 13(86.7) | 0.337 |
| あり(3日以上/週) | 6(15.8) | 4(17.4) | 2(13.3) | |
| 野菜摂取日数/週 | | | | |
| 4日以上/週 | 11(28.9) | 7(30.4) | 4(26.7) | 0.278 |
| 4日未満/週 | 27(71.1) | 16(69.6) | 11(73.3) | |
| 喫煙 | | | | |
| あり | 29(76.3) | 16(69.6) | 13(86.7) | 0.158 |
| なし | 9(23.7) | 7(30.4) | 2(13.3) | |

【謝辞】本研究の実施に際しまして、西成市民館の河崎洋充氏、ふるさとの家の吉岡政子氏に全面的なご協力を賜りました。ここに感謝の意を表します。

miura@meiji-u.ac.jp

<敬称略>

企画運営委員会

委員長 石竹 達也(久留米大学医学部環境医学講座)
委員 田村 昭彦(九州社会医学研究所)
舟越 光彦(九州社会医学研究所)
市場 正良(佐賀大学医学部社会医学講座)
福本 久美子(九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科)
田中 智子(佛教大学社会福祉学部)
渡辺 裕晃(大牟田市役所企画総務部)
宮北 隆志(熊本学園大学社会福祉学部)
山本 裕子(福岡市こども家庭支援センター「子どもの村福岡」)

学会事務局長 森松 嘉孝(久留米大学医学部環境医学講座)

学会事務局 森 美穂子(久留米大学医学部環境医学講座)
松本 悠貴(久留米大学医学部環境医学講座)
久篠 奈苗(久留米大学医学部環境医学講座)
井上 都(久留米大学医学部環境医学講座)
佐々木 恵美子(久留米大学医学部環境医学講座)
倉岡 佐知子(久留米大学医学部環境医学講座)

第56回日本社会医学会総会講演集

平成27年7月発行

編集 第56回日本社会医学会総会事務局(学会長 石竹達也)

〒830-0011 福岡県久留米市旭町67

TEL 0942-31-7552

日本社会医学会 理事長 山田裕一

事務局

名古屋大学情報科学研究科 宮尾研究室

〒464-8603 名古屋市千種区不老町

TEL/FAX 052-789-4363

【学会事務局】

久留米大学医学部 環境医学講座

〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67

TEL : 0942-31-7552

学会期間中 TEL : 0942-35-3311 (久留米大学代表) (内線 3060)

