

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第 59 回 日本社会医学会総会
講演集

前を向く社会医学～次代への胎動

2018 年 7 月 21 日 (土)・22 日 (日)

獨協医科大学

日本社会医学会 特別号 2018

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第 59 回 日本社会医学会総会
講演集

前を向く社会医学～次代への胎動

2018 年 7 月 21 日 (土)・22 日 (日)

獨協医科大学

日本社会医学会 特別号 2018

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

大会長挨拶	1
会場アクセス案内	2
学会参加者へのお知らせ	5
演者・座長へのお知らせ	7
日程表	8
プログラム	10
講演抄録	19
シンポジウム抄録	27
一般演題抄録	61
(口演発表演題抄録)	63
(ポスター発表演題抄録)	83
索引	109

第59回日本社会医学学会総会 大会長挨拶

獨協医科大学医学部
公衆衛生学講座
教授 小橋 元



第59回日本社会医学学会総会を栃木県壬生町の獨協医科大学で開催いたします。

本学会は1960年に「社会医学に関する理論およびその応用に関する研究が発展助長すること」を目的に社会医学研究会として始まり、今年の総会が通算59回目となります。一昨年は社会医学の役割を憲法理念から見直し、昨年は社会医学の復権がメインテーマとして掲げられ、社会医学の原点である「人間が人間らしく生きる権利を守ることへの熱い思い」を改めて考えるきっかけとなりました。

学会還暦前夜の今回は、それらの成果を踏まえて、これからさらに前を向いて一步一步未来へ進んでいきたいという強い思いから、メインテーマを「前を向く社会医学 ～ 次代への胎動」としました。

現在の社会は科学技術が進歩した一方で、国際平和、格差社会、少子高齢化・子育て支援などの解決すべき問題が山積しています。また、科学技術の進歩の裏には人間疎外の問題、そして健康に配慮されるべき様々な集団があることを忘れてはなりません。このような状況で、社会医学は「人間が人間らしく生きる」という視点から、科学的で説得力のある具体的な取り組みを進める必要があるでしょう。そのために今回は、以下の2つの「社会医学の基本的なお作法」をあらためて見直してみることにしました。

一つは少しでも説得力のあるエビデンスを作るための「疫学」、もう一つは集団のトップを説得しつつ人々を巻き込むための「アドボカシー」です。疫学については自治医科大学の中村好一教授に、アドボカシーについては東京大学の神馬征峰教授に、それぞれ教育講演をお願いしました。

特別講演・セミナーでは、2人の社会医学的視点と実践を行ってきた、二人の小児社会医学者をお願いしました。千代豪昭先生には「医学概論と社会医学」、山田 真先生には「子どもたちの今（社会医学的視点から）」と題して、次代の医療と小児の問題について、それぞれご講演いただきます。

上畑鉄之丞先生記念シンポジウムでは、先生が生涯をかけて取り組まれた過労死予防、そしてディーセント・ワーク推進の現状と課題を議論します。

また「健康のリプロダクションとライフサイクルを繋ぐ社会医学」、「災害・事故への対応から学ぶ」、「国際的視野の社会医学」、「社会医学課題へ切り込む疫学」、「次代の社会医学を考える」をテーマとするシンポジウムには、当該領域の一流研究者・実践者を多数お招きしています。ぜひこの機会に、関連領域と社会医学学会との連携の輪を広げ、次代の社会医学の方向性や若手育成についても熱く議論できればと思います。

2日間の短い時間の中に、たくさんの内容を欲張って詰め込んだ結果、応募いただいた一般演題の一部が事前審査の結果ポスター発表になりました。セッションの時間が十分に取れず申し訳ありませんが、どうか上手に時間を作り、また学会終了後も継続して、ディスカッションを深めていただければありがたいと思います。

会場の獨協医科大学がある栃木県壬生町は、風光明媚で風通しが良く、社会医学を議論するのに最適なところ です。敷地内には立派なホテルも新しく完成しました。カクテルと餃子の街宇都宮での意見交換会、社会医学の原点の一つである足尾銅山ツアーも皆様をお待ちしております。

2018年の初夏の栃木が、皆様にとって素晴らしい思い出となり、そして新しい出発点となりますように。また今回の総会での胎動が30年後、50年後の「人間が人間らしく生きる社会」に繋がりますように。

スタッフ一同、熱い思いを込めて一期一会の精神で務めます。

どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

◆会場・アクセス案内

【会場】獨協医科大学

栃木県下都賀郡壬生町北小林 880

TEL.0282-87-2133（総会事務局：公衆衛生学講座）

【アクセス】

<電車>

東武鉄道宇都宮線「おもちゃのまち駅」徒歩 15 分

（駅前よりバス利用の場合は「獨協医科大学病院前バス停」にて下車。約 3 分）

<自家用車>

北関東自動車道「壬生 I.C.」から約 3 分

【会場周辺地図】

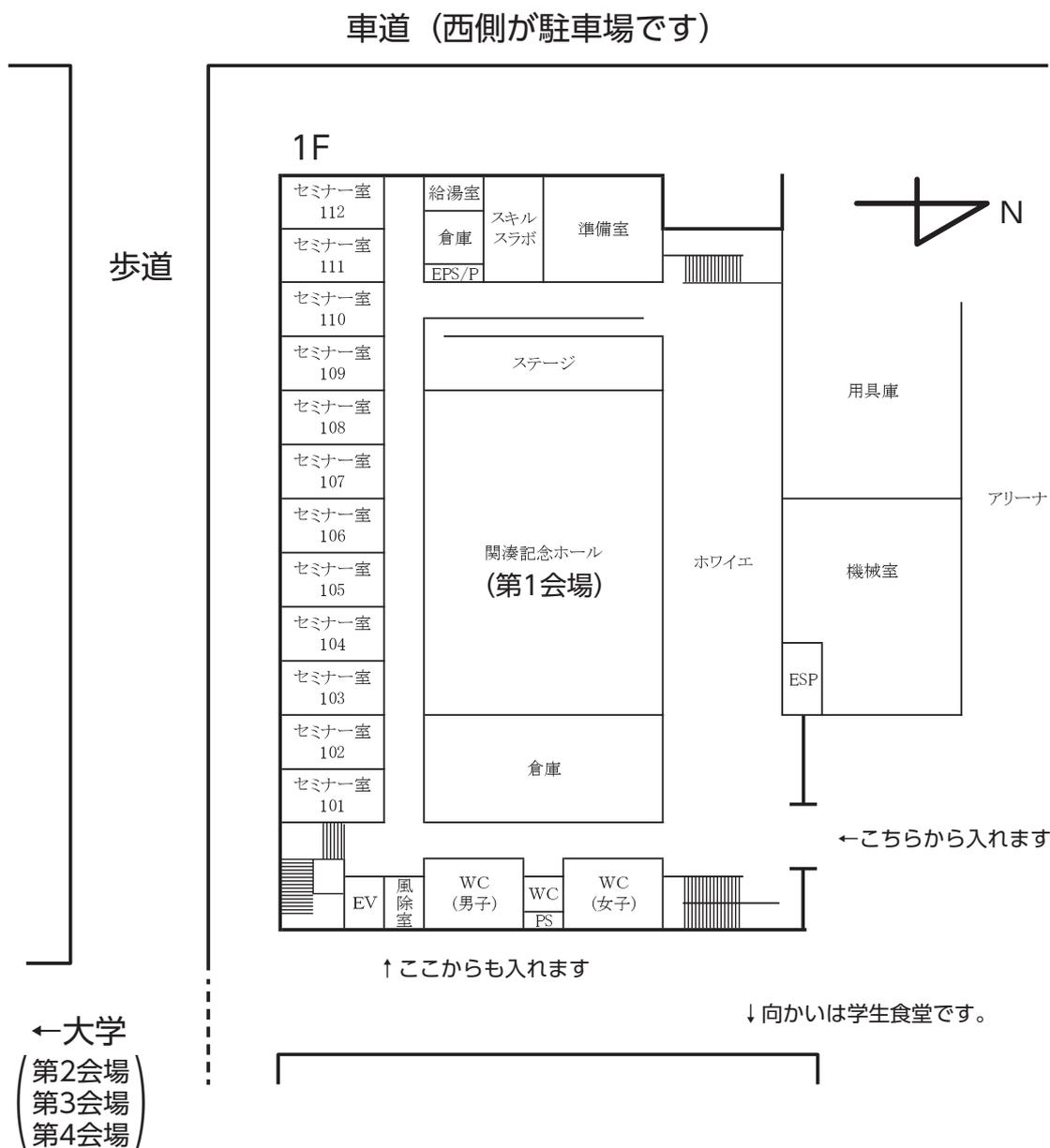


会場は大学棟及び創立 30 周年記念館となります。

当日は教職員駐車場の一部を学会参加者用駐車場で開放する予定です（無料）。

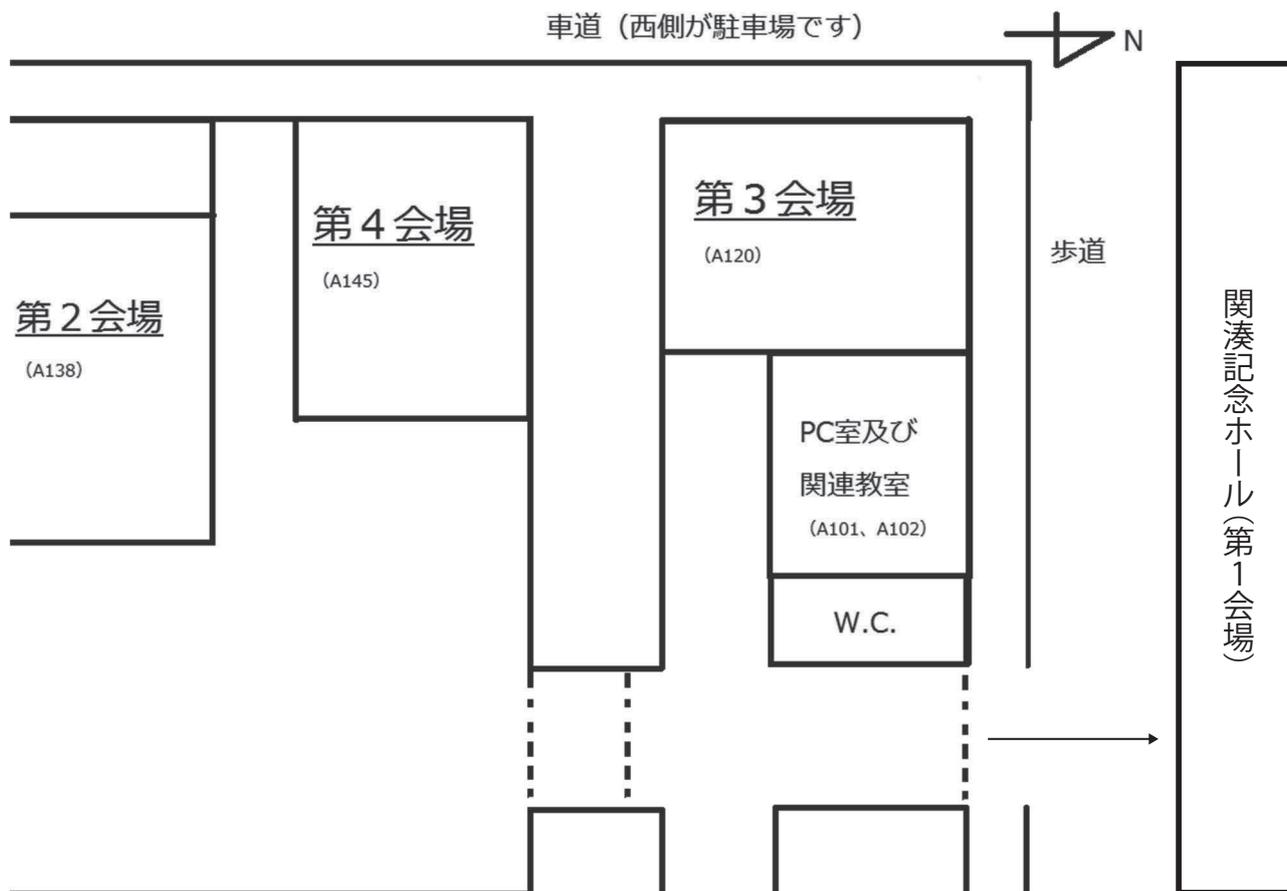
学内は禁煙となっております。ご協力のほど、よろしくお願い致します。

【30周年記念館1階見取り図】



- ・受付はホワイエの出入り口寄りで行います。
- ・クロークはセミナー室 102 です。
- ・コンサートの使える休憩所をセミナー室 101 に用意致します。

(大学1階見取り図)



- ・歩道から建物に入るところにスロープがあります。補助をお求めの際は最寄りのスタッフもしくは受付にお声掛けください。
- ・多目的トイレは30周年記念館側の建物にあります。

◆学会参加者へのお知らせ

【総会参加受付】

すべての参加者は、総会参加受付にて受付をお済ませください。

受付場所：獨協医科大学創立 30 周年記念館 ホワイエ

受付時間：7月21日（土） 8：00～16：30

7月22日（日） 8：00～11：00

学会参加費など（当日申し込み分）

（学会参加費）

- | | |
|------------|--------|
| ・ 学会員、非学会員 | 4000 円 |
| ・ 大学院生 | 1500 円 |
| ・ 学部生 | 無料 |

（その他）

- | | |
|-------------|----------|
| ・ 情報交換交流会 | 6000 円 |
| ・ 講演集（追加購入） | 1000 円/部 |

※日本医師会認定産業医講習会（上畑鉄之丞先生記念シンポジウム）のみ参加の方も、学会参加いただけますようお願い致します。

【受付手続き】

- ・ 事前申し込みをお済ませの方

総会参加受付にて、お名前を確認後、参加証と各種領収証をお受け取り下さい。

- ・ 当日申し込みをされる方

記入事項をご記入の上、当日参加申込書をご提出ください。また、参加費等を納入してください。参加証と各種領収証をお渡し致します。

学会期間中、会場内では必ず参加証をご着用ください。

【本部受付】

日本社会医学会の本部受付にて、新規入会申し込み及び年会費の納入を受け付けています。

【クローク】

30周年記念館・セミナールーム102にクロークをご用意致します。

開設要領は以下の通りとなりますので、荷物をお預けの方は時間内に受け取りを行っていただけますようお願い致します。

クローク：獨協医科大学創立30周年記念館1階 セミナールーム102室

開設時間：7月21日（土） 8：00～17：00

7月22日（日） 8：00～12：30

【会場での呼び出し・落とし物】

会場内での呼び出しは原則行いません。

落とし物につきましては、受付脇に提示致します。総会終了後は総会事務局でお預かりし、その後栃木警察署に届けます。

【1日目昼食のお渡し】

本総会では、事前の参加申込時にお申込みをいただいております参加者に1日目の昼食を用意しています。以下の通りお渡し致しますので、申し込まれた方は受け取りをお願い致します。

会場：獨協医科大学1階 120番教室内

日時：7月21日（土） 11：45～12：15

（昼食後の弁当箱などは同じ場所で12：45～13：15に回収致します）

【情報交換交流会】

本総会では、参加者の皆様にプログラム以外でも学术交流の場を提供させていただきたく、以下の通り情報交換交流会を開催致します。

会場：宇都宮東武ホテルグランデ 6階 龍田の間

日時：7月21日（土） 18：30-20：30

参加費：6000円

（会場での参加申込も可能ですが、できる限り事前に受付をお済ませいただけますようお願い致します）

◆演者・座長の方へのお知らせ

<座長受付>

座長は定刻に開始できるように座長席にお着き下さい。また、定刻での進行にご協力ください。

<演者受付>

講演、シンポジウム、一般演題（口演）にて発表される方は、受付横の PC 受付にてプレゼンテーションファイルを登録いただくようお願い致します。発表の時間帯と受付時間は以下の通りです。

21 日午前発表の方…21 日 8:00～9:00、同日午後発表の方…9:00～12:00

22 日午前発表の方…22 日 8:00～9:00

<口演発表>

【発表時間】

持ち時間は、口演 10 分、質疑応答 5 分の計 15 分です。ベルを鳴らすタイミングは下記の通りです。

回数	タイミング	経過時間
1回	発表終了2分前	8分経過
2回	発表時間終了時	10分経過
3回	質疑応答時間終了時	15分経過

<ポスター発表>

【発表時間】

ポスター貼付は 7 月 21 日（土）8：00～9：00 となります。

また、同日 12：50～13：00 はポスター前にて質疑応答にご対応いただけますようお願い致します。

ポスター撤去は 16：30～17：00 までとなります。撤去時間後にそのままとなっているポスターは事務局にて処分させていただきます。

【ポスターの作成要領】

縦 180cm、横 90cm の範囲でポスターは作成下さい。ポスター内で演題名・演者名・所属の提示をお願い致します。

左上に 20cm 四方の演題番号を掲示致しますので、ご注意ください。

取り付けパネル、画鋲は事務局で用意致します。テープ・糊は使用できません。

第2日目(7/22)

<p>第1会場(獨協医科大学30周年記念館 関添ホール)</p>	<p>第2会場(獨協医科大学1階 138教室)</p>	<p>第3会場(獨協医科大学1階 120教室)</p>	<p>第4会場(獨協医科大学1階 145教室)</p>	<p>ポスター会場(獨協医科大学30周年記念館 ホワイエ)</p>
<p>総会 8:30-9:00</p>				
<p>教育講演2 社会学とアドボカシー:外へ内へ 演者:神馬征峰 9:10-10:10</p>				
<p>シンポジウム4 社会医学課題へ切り込む疫学 座長:星旦二 演者:近藤克則、鈴木貞夫、遠藤源樹、大平哲也、藤原佳典 10:10-12:00</p>	<p>シンポジウム5 次代の社会医学を考える 座長:高島毛敏雄 演者:北原照代、八谷寛、田中勤 10:30-12:00</p>		<p>一般演題:口演4 テーマ:子ども・家族 10:00-11:15</p> <p>一般演題:口演5 テーマ:高齢者 11:15-12:00</p>	
<p>閉会式</p> <p>足尾銅山ツアー 12:10-18:00</p>				

学会長講演

7月21日(土) 9:10~9:50

第1会場(獨協医科大学30周年記念館 関湊ホール)

前を向く社会医学～次代への胎動

座長：櫻井 尚子 (東京慈恵会医科大学大学院医学研究科)

演者：小橋 元 (獨協医科大学医学部公衆衛生学講座)

特別講演

7月21日(土) 10:50~11:50

第1会場(獨協医科大学30周年記念館 関湊ホール)

医学概論と社会医学

座長：黒田 研二 (関西大学人間健康学部人間健康学科)

演者：千代 豪昭 (クリフム夫律子マタニティクリニック)

教育講演1

7月21日(土) 9:50~10:50

第1会場(獨協医科大学30周年記念館 関湊ホール)

楽しい疫学：疫学はすべての社会医学の基礎である

座長：小橋 元 (獨協医科大学医学部公衆衛生学講座)

演者：中村 好一 (自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門)

教育講演2

7月22日(日) 9:10~10:10

第1会場(獨協医科大学30周年記念館 関湊ホール)

社会医学とアドボカシー：外へ内へ

座長：春山 康夫 (獨協医科大学医学部公衆衛生学講座)

演者：神馬 征峰 (東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学教室)

特別セミナー

7月21日(土) 12:00~12:50

第3会場(獨協医科大学1階 120教室)

子どもたちの今(社会医学的な観点から)

座長：広瀬 俊雄 (仙台錦町診療所)

演者：山田 真 (八王子中央診療所)

上畑鉄之丞先生記念シンポジウム

7月21日(土) 15:00~17:00

第1会場(獨協医科大学30周年記念館 関湊ホール)

過労死予防からディーセントワークへ

座長: 埜田 和史 (滋賀医科大学社会医学講座衛生学)

演者: 毛利 一平 (ひらの亀戸ひまわり診療所・
東京労働安全衛生センター)

杉澤 誠祐 (株式会社ブリヂストン那須診療所)

瀬尾 恵美子 (筑波大学附属病院総合臨床教育センター)

齊藤 光江 (順天堂大学医学部乳腺・内分泌外科)

天笠 崇 (代々木病院精神科)

(日本医師会認定産業医講習会: 生涯研修・専門研修2単位)

シンポジウム1

7月21日(土) 13:10~14:50

第1会場(獨協医科大学30周年記念館 関湊ホール)

健康のリプロダクションとライフサイクルを繋ぐ社会医学

座長: 小橋 元 (獨協医科大学医学部公衆衛生学講座)

演者: 藤原 武男 (東京医科歯科大学国際健康推進医学)
岩室 紳也 (ヘルスプロモーション推進センター
(オフィスいわむろ))

西連地 利己 (獨協医科大学医学部公衆衛生学講座)

小尾 晴美 (名寄市立大学保健福祉学部)

シンポジウム2

7月21日(土) 13:20~14:50

第2会場(獨協医科大学1階 138教室)

災害・事故への対応から学ぶ

座長: 田村 昭彦 (九州社会医学研究所)

演者: 尾島 俊之 (浜松医科大学健康社会医学講座)

緒方 剛 (茨城県土浦保健所)

洙田 靖夫 (なめだリハビリテーションクリニック)

田村 昭彦 (九州社会医学研究所)

シンポジウム 3

7月21日(土) 15:20~16:50

第2会場(獨協医科大学1階 138教室)

国際的視野の社会医学

- 座長：千種 雄一 (獨協医科大学医学部熱帯病寄生虫病学講座)
演者：杉下 智彦 (東京女子医科大学医学部国際環境・熱帯医学講座)
 富田 茂 (高田馬場さくらクリニック)
 沢田 貴志 (神奈川県勤労者医療生活協同組合港町診療所)
 田巻 松雄 (宇都宮大学国際学部国際社会学科)

シンポジウム 4

7月22日(日) 10:10~12:00

第1会場(獨協医科大学30周年記念館 関湊ホール)

社会医学課題へ切り込む疫学

- 座長：星 且二 (首都大学東京名誉教授)
演者：近藤 克則 (千葉大学予防医学センター・
 国立長寿医療研究センター)
 鈴木 貞夫 (名古屋市立大学大学院医学研究科公衆衛生学分野)
 遠藤 源樹 (順天堂大学公衆衛生学講座)
 大平 哲也 (福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター)
 藤原 佳典 (東京都健康長寿医療センター研究所)

シンポジウム 5

7月22日(日) 10:30~12:00

第2会場(獨協医科大学1階 138教室)

次代の社会医学を考える

- 座長：高鳥毛 敏雄 (関西大学社会安全学部社会安全研究科)
演者：北原 照代 (滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門)
 八谷 寛 (藤田保健衛生大学医学部公衆衛生学)
 田中 勤 (少年支援保健委員会・Public Health)

口演発表～セッション1～患者・家族～

7月21日(土) 14:00～15:00

第4会場(獨協医科大学1階 145教室)

座長: 道端 達也(玉島協同病院)

O-01 ステイグマ低減のための認知症疑似体験プログラム: レビュー

演者: 佐藤(佐久間) りか

(認定NPO 法人健康と病いの語りディペックス・ジャパン)

O-02 八百津町の障害者における就労実態、および就労へのニーズに関する分析

演者: 西尾 彰泰(岐阜大学)

O-03 患者の経済状態を把握するための、簡易質問項目の開発

演者: 大高 由美(健生病院・総合診療科)

O-04 知的障害のある患者の入院時の困難と支援～親の会アンケート調査から～

演者: 於保 真理(神奈川工科大学ほか)

口演発表～セッション2～公衆衛生～

7月21日(土) 15:00～16:15

第4会場(獨協医科大学1階 145教室)

座長: 志渡 晃一(北海道医療大学)

O-05 日本の結核対策と社会医学の発展との関連

演者: 高鳥毛 敏雄(関西大学社会安全学部社会安全研究科)

O-06 引き続き増加が見込まれる石綿関連被害者の掘り起こしにおける課題

演者: 広瀬 俊雄(仙台錦町診療所・産業医学健診センター)

O-07 世界各国から WHO に報告された HPV ワクチン副反応疑い総数は 85,388 人(2018年4月20日現在)

演者: 片平 洸彦(健和会臨床社会薬学研究所)

O-08 地域診断結果共有・展開ツール「Community Diagnosis Share Tool」の開発

演者：岡田 栄作（浜松医科大学健康社会医学）

O-09 東日本大震災被災者への健康生成的取り組みにおける発達体験の質的研究

演者：安達 晴己（九州大学統合新領域学府ユーザー感性学）

口演発表～セッション3～海外・在日外国人～

7月21日（土） 16:15～17:00

第4会場（獨協医科大学1階 145教室）

座長：会沢 紀子（獨協医科大学看護学部）

O-10 滋賀県内の医療通訳～病院雇用と adhoc な通訳それぞれの課題

演者：石田 正平（滋賀医科大学医学科）

O-11 在滋賀外国人の医療を取り巻く問題― 医療場面における患者と医師の意識調査 ―

演者：島田 ゆうじ（滋賀医科大学医学科）

O-12 留学生のメンタルヘルスとライフスタイル及びソーシャル・キャピタルとの関連

演者：志水 美友（早稲田大学社会医学）

口演発表～セッション4～こども・家族～

7月22日（日） 10:00～11:15

第4会場（獨協医科大学1階 145教室）

座長：武内 一（佛教大学社会福祉学部）

O-13 なぜ子どもを産み育てることが難しいのか？わが国における「母親役割」と求められる支援

演者：木村 美也子（聖マリアンナ医科大学）

O-14 高等教育機関に所属する学生の抑うつ症状と SOC とレジリエンスの関連―質問項目に焦点を当てて―

演者：米田 龍大（北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科）

O-15 子ども達が夜の街に求めているものについて
演者：御宮知 詳浩（少年支援保健委員会・Public Health）

O-16 社会の動向と夜の子供達
演者：田中 尽悟（少年支援保健委員会・Public Health）

O-17 生活困窮者自立支援事業における学習支援事業について～子どもの
貧困の連鎖を断ち切るための実践報告～
演者：井上 直子（飯能市役所・埼玉医科大学医学部社会医学）

口演発表～セッション5～高齢者～

7月22日（日） 11:15～12:00

第4会場（獨協医科大学1階 145教室）

座長：西連地利己（獨協医科大学医学部公衆衛生学講座）

O-18 健康寿命および平均余命に関連する高齢者の生活要因
演者：細川 陸也（名古屋市立大学看護学部）

O-19 独居高齢者の健康教育参加のモチベーションの検討
演者：松尾 泉（青森県立保健大学看護学科）

O-20 認知症高齢者のデータを用いた認知機能と拡大 ADL の因果の方向性
の検討
演者：出井 涼介（地域ケア経営マネジメント研究所）

ポスター発表

7月21日（土） 8:00～17:00（質疑応答 12:50～13:00）

ポスター会場（獨協医科大学30周年記念館 ホワイエ）

P-01 重篤な意識障害患者のソーシャルワーカー医療ソーシャルワーカーに
よる意思決定支援～
演者：田川 雄一（広島国際大学医療福祉学部）

- P-02 患者背景が医師とのヘルスコミュニケーションに与える影響についての探索的質的研究
演者：岩隈 美穂（京都大学医学研究科・医学コミュニケーション学分野）
- P-03 HIV/AIDS と共に生きる方々への支援の検討 ―ケニア共和国の都市で―
演者：会沢 紀子（獨協医科大学看護学部地域看護学）
- P-04 大阪常設夜間休日 HIV 検査場における外国人の受検者動向の分析
演者：毛受 矩子（NPO 法人スマートらいふネット）
- P-05 国際社会小児科学小児保健学会「ブタペスト宣言（*On the Rights, Health and Well-being of Children and Youth on the Move*）」
-当学会の支持表明に国際社会が期待するもの-
演者：武内 一（佛教大学社会福祉学部）
- P-06 「病院からはじまるまちづくりプロジェクト」調査研究 医療費に係る未収金の現状と課題 ―未収金データを使った初期的分析―
演者：宮本 恭子（島根大学法文学部）
- P-07 ビキニ水爆実験被災者の労災申請をめぐる(第2報)
演者：色部 祐（働くもののいのちと健康を守る東京センター）
- P-08 北海道における医療福祉の現場で働く若手職員に対するハラスメント実態に関する検討
演者：田村 優実（北海道勤医労）
- P-09 看護師を対象とした地域連携研修デザインプロジェクト～CBPR の実践報告
演者：記村 聡子（四條畷学園大学看護学部）
- P-10 京都市右京区内の避難所のバリアフリー環境に関する管理者の意識調査
演者：西田 直子（京都学園大学健康医療学部看護学科）

- P-11 HPV ワクチン承認・審査の経緯についての検討
演者：榎 宏朗（健和会臨床社会薬学研究所）
- P-12 身長短縮を予防するための中高年における運動方法についての考察
演者：三浦 康代（奈良学園大学 保健医療学部）
- P-13 特定健診参加者における健康不安の有無と年代別の具体的な内容
演者：乾 明成（青森県中南地域県民局地域健康福祉部保健総室）
- P-14 野宿生活者が居宅移行時に基本的な生活習慣を獲得するまで—訪問看護師の視点から—
演者：中尾 モニカ（訪問看護ステーションひなた）
- P-15 診察室から見た過重労働
演者：毛利一平（ひらの亀戸ひまわり診療所、東京労働安全衛生センター）
- P-16 健康被害救済の困難さの検証と制度の運用改善、見直しの提案にむけて（1報）—予防接種健康被害救済制度と医薬品副作用被害救済制度—
演者：栗原敦（MMR被害児を救援する会：全国薬害被害者団体連絡協議会加盟）
- P-17 零細運送会社アスベスト関連疾患の健康管理・労災補償の考察
演者：小山 朝生（大手町病院）
- P-18 高齢者が大切に思う生活と食事摂取状況との関連
演者：寺西 敬子（金沢医科大学公衆衛生看護）
- P-19 高齢者における新たな支えあい体制づくりのための効果的なニーズ調査の検討
演者：井上 直子（飯能市役所・埼玉医科大学医学部社会医学）
- P-20 高齢者施設でのスタンディングマシン導入による介護労働者の身体負担の変化と機器使用評価
演者：富田川 智志（京都女子大学生生活福祉学科）

- P-21 認知機能低下のある高齢がん患者に対するがん疼痛緩和のための看護実践尺度の開発・看護師による自己評価
演者：櫻庭 奈美（東邦大学看護学）
- P-22 当院もの忘れ外来に求められていること～医療ソーシャルワーカーの受診相談対応を通して～
演者：光廣 良太（千鳥橋病院）
- P-23 ひきこもり経験者が社会参加に至るきっかけに関する事例検討
演者：米田 政葉（北海道医療大学大学院看護福祉研究科）
- P-24 高度情報化に対応した保健情報学の授業実践
演者：梶田 聖子（大阪府立大学現代システム科学域）
- P-25 小学校区別地域環境指標と健康関連指標との関連
演者：高木 さひろ（関西大学大学院 人間健康研究科）
- P-26 大学生の運動習慣及び生活習慣とメンタルヘルスとの関連
演者：岩垣 穂大（早稲田大学社会医学）

大会長講演
特別講演
教育講演
特別セミナー
抄録

前を向く社会医学 ～ 次代への胎動 ～ (心と1次予防の視点から)

○小橋 元 (獨協医科大学医学部公衆衛生学講座)

1980年代、学生だった私は「全人的医療」に興味を持っていた。卒業したら総合診療、心療内科、東洋医学の道に進もうと思っていた。実習では一日中外来や病棟をうろついて患者さんと話をした。話をするうちにこの方たちが病気になる前に会いたかったと思った。健康なお母さんたちと話ができる妊婦健診と母親教室をやりたいと思い、卒業後は産婦人科へ入局した。自分と会うことでお母さんの気持ちや生き方が少しでも前向きになれば、生まれてくる子どもが将来幸せになれるのではないかと生意気なことを考えていた。妊婦はもちろん、すべての女性の心に寄り添おうと一生懸命だった。当然、過重労働で何度も倒れ、点滴のお世話になることとなった。

「社会医学って何ですか？」縁あって公衆衛生に籍を置くようになった頃、恩師に尋ねた言葉である。恩師はただ笑うだけで一言も教えてくれなかった。私はせつかく公衆衛生の領域にいるのにそこで何をすればよいのかわからず焦っていた。職域で生活習慣病や作業関連疾患の予防をすればよいかと、労働衛生の勉強をしてコンサルタントとなったが、まだまだ社会医学の意味は分からないままだった。

一方その頃、高血圧に関わる遺伝子多型に出会った。妊娠中の生活習慣やソーシャルサポートやストレスを同時に調べることで遺伝・環境交互作用が解明できると心躍った。結局、遺伝子多型とストレスの重積で妊娠高血圧症候群が起こることがわかったが、妊産婦のストレスへの介入が簡単ではないことを思い知った。また、遺伝のことを勉強しはじめると、科学の力ではどうにもならない現実があることを再認識した。そしてその現実を受け入れる心に寄り添う心の大切さと、倫理や社会の在り方を決めていく心の大切さを考えさせられた。

2000年、仲間とともにホームレス者の健康調査を行った。彼らに高血圧と糖尿病が多いことを指摘したが、多くの方から「糖尿病は贅沢病だからそんなことはあるはずがない」と言われた。そこで私は、人々が病名を聞いてその病気がどのくらい自分のせいであると思うかの調査を行った。その結果、生活習慣病は平均で75%程度は自分のせいだと思われていた。ちなみに同じ調査を医師に行くと、当時はほとんどが「生活習慣病は100%本人の自己責任」と答えた。その後、医師相手の講演会で何度か同じ質問をしているが、「メタボ」という言葉が定着したおかげだろうか、今では多くの医師が生活習慣病の自己責任割合は半分かそれ以下と答える。

ホームレス者に関わったことで、健康ではない方々、幸せではない方々が、自分が思っていた以上に世の中には多くいることを肌で感じた。これは臨床の立場からではなかなか見えなかったことである。ホームレス者だけではない。臨床よりも多くの人たちの健康に貢献できると思っていた公衆衛生の枠組みですら、まだまだ及ばない、「社会の水面下に潜む」問題はたくさんあるのだということに、ようやく気がついた。

放射線感受性遺伝子研究と重粒子線治療の臨床試験のために放医研に拠点を移した。そこで東日本大震災を経験した。急遽、避難者の行動調査票を作成して、福島県民の被ばく線量を推定して健康を守る調査研究に参加した。しかし疫学研究結果で安心を示すことはとても難しかった。風評被害から福島を守るために、いっそがんを恐くない病気にすればよいかと予防マーカー探索にも挑戦した。人の心を救うための研究をしたいと思った。

私が長い間探し続けた社会医学は、「人の心を動かし、人の心を救う社会医学」だったと気がついた。社会医学の究極の目的は、すべての人が「どんな人にも人間らしく生きる権利がある」という当たり前の事実を認識し、「人間が今後進むべき道を見誤らない」ための正しい知識と能力を獲得することで達成できると思うが、そのためにどうやって人の心を震わせ、心を動かすか。私は教育とカウンセリングが重要なキーワードだと思っている。

また、社会医学において予防は重要である。予防には1次、2次、3次と様々な段階があるが、いずれも常に前を向き、同じ過ちを繰り返さない姿勢が共通である。病気になる前に患者さんに会いたかった私は、なかでも1次予防を目指したい。社会医学における1次予防には、社会の水面下に潜む要因の特異的予防と、日常生活に潜む将来の健康危機の啓発があるだろう。いずれも現場目線から発想した研究による精度の高い将来予測や現場に密着した実践活動につなげねばならない。これからの社会医学には「結果を出す」ことが求められる。

私はこれから、この「人の心を動かし、人の心を救う社会医学」の意義と魅力を、未来ある子どもたちと大人、そしてこれからの社会医学を担う医学生たちに精力的に伝えていきたいと思っている。

【特別講演】

医学概論と社会医学

○千代 豪昭 (ちよ ひであき)

(クリフム夫律子マタニティクリニック (日本人類遺伝学会名誉会員))

【講演要旨】 医学概論という学問をわが国で最初に提言されたのは、京都大学文学部哲学科出身の沢瀉久敬先生である。演者は1967年に大阪大学医学部で3回生を対象に行われた先生の医学概論の最終講義を受講する機会を得た。先生の医学概論は「概論」の中で医道徳に関する思想史を中心とした講義であった。後期からは中川米造先生が交代されたが、中川先生は最初にイギリスの産業革命の話から始められ、医学は単なる自然科学ではなく社会的背景と強い関わりをもつ実践科学であることを強調された。ヨーロッパの結核患者の数が、化学療法剤が実用化される20年も前からすでに減少し始めていたことをエビデンスにされたことを今でも記憶している。その後、医学概論の講義は全国の医学部に広がったが、多くの大学では専任教官を置かず、複数の教員が交代して新入生の「医学へのイントロダクション」的な講義になっていた印象がある。1994年に演者は新設の看護大学に赴任し、「医療概論」を通年にわたり講義をすることになった。医師とは役割が異なる看護師に現代医療を総花的に紹介講義することに疑問を感じ、澤瀉先生や中川先生から教えを受けた、「概論」としての思想を講義に盛り込みたいと考えた。「今後、10～20年の医学と社会の発達を見込んで、どのような医療従事者が求められるか、基本原理を教育したい」というのがその思いであった。基本思想として、1) チーム医療、2) 患者中心の医療、3) 医療の国際化、4) 人口の高齢化、5) 生命倫理 を掲げ、先端医療など派手な医療現場の紹介に偏らないよう注意した。教科書として、医学書院から「学生のための医療概論」を出版したが、共感して参加して下さった多くの先生方の協力で、20年近く、版を重ねながら多くの大学で使用して頂くことになった。振り返って見て、我々の基本思想は間違っていなかったと自負している。現在、全面改訂が計画されているが、これからの20年間に必要な医学概論教育について、議論が行われている。見込まれる高度先端医療の導入を考えると、医療従事者教育の原点として、医学教育で必須科目になっていない生命倫理学教育は欠かすことができないと考えているが、安定化するのに数十年はかかると予想される人口問題にともなう地方の医療システムの変貌やその対策としてAIの導入や外国人医療従事者との活用など、社会と医療技術の変貌を予測した上で、教育戦略を立てねばならないと考えている。

楽しい疫学：疫学はすべての社会医学の基礎である

○中村好一（自治医大・公衆衛生）

疫学は一般的には英国ロンドンにおける John Snow のコレラ対策を嚆矢とする。現在では対象とする範囲を感染症だけでなく慢性疾患や事故、健康増進などにまで拡大している。

疫学の定義はさまざまである。演者は「人間集団における健康状態の頻度・分布の観察」と定義している。その上で疫学の目的として（1）疾病の予防、（2）寿命の延長、（3）QOLの向上の3点を挙げている。人間を対象とする研究なので、動物実験などとは異なり、完全な計画研究は不可能である。しかし一方で疫学から得られた結果は人間（ヒト）に対しての当てはまりが良く（外部妥当性が高い）、EBMにおける最も根拠レベルの高いソースとされている。具体的な疫学の標的は（1）頻度分布の明確化、（2）危険因子の解明、（3）予後の解明、の3点に集約される。

一方の社会医学は、基礎医学、臨床医学と並ぶ現在の医学の3本柱の1つを構成している。個人が健康上の問題を抱えた場合に臨床医学（医療）を求めるという実態のアナロジーとして、社会が健康上の問題を抱えた場合にその解決を求めるのが社会医学であろう。ここで個人と社会の差異は、個人が健康上の問題を抱えた場合には多くの場合で「自覚症状」という形で本人が気づくものであるが、社会が健康上の問題を抱えてもなかなか顕在化しないということがある。これを顕在化させ、課題として取り組むきっかけを作るのが疫学の1つの役割と考える。例えば演者が20年以上に渡って取り組んでいる課題の1つに母乳中のダイオキシン類濃度がある。1990年代後半にはずいぶん騒がれたが、現在ではほとんど問題にされることがなくなった。しかし、1997年に初めて全国的な濃度測定を行い、（1）欧州での濃度と比較してわが国では高値ではないこと、（2）しかし、乳児は大人の1日耐容量を超える濃度を摂取することになること、（3）だが、母乳の効用などを総合的に考えた上で、母乳栄養を控える必要がないこと、等を明らかにした。その後、この母乳を摂取した子供の追跡研究（母乳中の濃度の多寡や摂取量の多寡により成長や発達に差がないことを明らかにした）や、その後の濃度のモニタリング（少子化で若年の経産婦の母乳の入手が極めて困難になってきている）を継続している。関心が下火になったので研究費も削減され、苦しい状況が継続しているが、中止することのできない疫学研究である。

かつて、「疫学研究が社会にどのような影響を与えてきたか」という課題でまとめよ、というテーマを頂いたことがあった。結論は「影響を与えなかった分野がありますか？」と言うことで、感染症、慢性疾患、難病対策、その他さまざまな分野で疫学の成果が応用されている。

現在の疫学が抱える問題点を3点挙げたい。1つは（特に若い疫学者が）介入研究に走り、記述疫学を含む観察研究を軽視する傾向である。確かにRCTは最強の根拠を提供するが、実施できる状況は極めて限定的である。一方の観察疫学は、開き直って言えば、「倫理審査委員会の承認さえ得れば、何でもできる」と言っても過言ではない。もっと疫学の原点に戻って、観察研究も重視する必要がある（もう少し声を上げて主張しても良いだろう「記述疫学は疫学の基本である」と）。次の2点はむしろ疫学の世界の外の課題だが、「疫学研究は安価にできる」、「疫学研究は誰にでもできる」という都市伝説のはびこりである。遺伝子解析と同様に疫学研究はそれなりに経費が必要だし、実施するためにはそれなりの修練と経験が求められる。適当に配布した調査票を集計したようなものはGIGOであり、疫学ではない。あるいは、現在、厚生労働省の難病の疫学班に関与しているが、難病の患者数を推計する全国疫学調査を実施するのに、患者数や対象診療科の種類に依存するが、研究費は最低でも数百万円必要であるという、驚かれる。

疫学研究をさらに推進・発展させるためには、対内的にも対外的にも解決すべき課題が山積している。

【利益相反（COI）の有無】【軍事関連研究助成の有無】 共に無

社会医学とアドボカシー：外へ内へ

○神馬征峰（東京大学・国際保健）

【目的】 WHO によればアドボカシーとは、「社会から受け入れられ、政治家、官僚からの支援も受けて事業の実現をめざす諸活動」のことである。では社会的にも政治的にも受け入れられ、かつ支援を得るためにはどうしたらよいのか？あるいはそれらが得られなかった場合、どうしたらよいのか？社会医学におけるアドボカシーの今と今後について、国際的視点から伝えたい。

【内容】 1986 年、WHO はヘルスプロモーションの定義、戦略、行動計画を採択したオタワ憲章において、アドボカシーを保健従事者が担うべき新たな役割の一つとして位置づけた。保健分野ではとりわけエイズ対策が成功事例である。その他、結核、マラリア等の分野においてもアドボカシー活動は一定の成功を収めている。わかりやすい一つの成果は活動予算の増額である。非感染症対策としては、たばこ対策が世界各国で成功を収めている。これらに共通する成功の鍵は、「熱心なリーダーシップ」、「連携の構築」、「長期にわたるコミットメント」、「粘り強さ」である。エビデンスに基づいてなされるアドボカシー実践モデルも生まれ、教育・実践ツールとして使われている。しかしながら、社会医学の知見を外に向けて発信するアドボカシー活動はまだ十分とはいえない。

とりわけ政治的支援が得られがたい場合、アドボカシーは容易ではない。しかし、そんな時でも、学術誌への投稿は効果的である。事例としてエルゼビア社の武器ビジネスをやめさせた活動がある。成功の鍵は、最初に Lancet 誌に対してその事実をつきつけたこと。次いで雑誌関連収入が武器ビジネス収入を上回り、武器ビジネスが雑誌収入を減らすリスクになりうる、という、意思決定者にとっても利となるエビデンスを他の学術誌上で示したこと。ソーシャルメディアを介した「同じ志」をもつ仲間とのネットワークも一つの力となった。

一方、内に向けたアドボカシーについても検討する必要がある。社会医学そのものは「社会から受け入れられ、政治家、官僚からの支援も受けて」いるであろうか？特に国内では十分とは言えない。医学の専門領域は形式的には「臨床医学」「基礎医学」「社会医学」の3つに分類されている。しかし、社会医学分野における研究費は少ない。学生の関心も低い。医学部内での力も弱い。比較的「社会医学」関連の教室が多い東京大学においてすら、事務連絡等において「社会医学」は「基礎医学」の内部に組み込まれていることが多い。「社会医学系」教室の教授選考においても、基礎医学系の研究者が重視される傾向が強い。医学部の中で、社会医学の存在意義は十分認識されていない。社会医学系教室の少ない多くの日本の医学部において、その傾向はさらに強いのではないか。このような状況にあって、社会医学の存在意義を高めるため、社会医学のためのアドボカシーを強化すべきである。

【結論】 社会医学はアドボカシー推進のためのツールを獲得している。成功事例もある一方で、その本領は十分発揮しきれていない。外にむけたアドボカシーを一層強化すべきである。政治的に難しいアドボカシーはあるものの、世界に開かれたソーシャルメディアを介したアドボカシーは可能である。最後に、私たちは足元をみつめ、社会医学そのものの存在意義を高めるためのアドボカシーを進めていくべきである。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

子どもたちの今（社会医学的な視点から）

○山田 真（八王子診療所所長）

わたしの医者としての50年は社会医学的実践の日々だったといっているかもしれない。小児科学会改革闘争の中で森永ヒ素ミルク中毒の被害者と出会ったのが始まりで、水俣病患者の支援、スモンなどの医療被害者の支援などを行い、現在は福島原発事故被害者の健康相談活動などを続けている。また医療事故被害者による裁判の証人になったり、障害を持つ子どもの入学運動なども行ってきた。

「医者は患者のために社会と闘わなければならない」と言ったのはフーコーだったのだろうか。わたしが関わってきたどれもこれも、社会のあり方を問い、変革していかななくては解決の道が見えないものとあったからそのために動き続けてきた50年であったといえる。

わたしは0才から90代の人までを診る町医者だが、専門はと聞かれれば小児科と答えてきた。

小児科医としてのわたしの目標は松田道雄さんであり、毛利子来さんであった。

松田さんとは会うことはなく著書の「育児の百科」などから多くを学ばせてもらったのだが、毛利さんとは40年ほど、仕事を一緒にさせていただいた。毛利さんとの最初の仕事は「保育の医学」というようなタイトルの本の改訂作業だったが、改訂のためには保育者数名と集まって1か月に1度語り合った内容は「社会小児医学」と言っているものだったと今、思う。

「保育の医学」をタイトルとした本といえば「幼児がかかりやすい病気についての知識を保育者に伝え、保育所での病気の取り扱いを伝授する」といったものが普通だったが、わたしたちは保育所を子ども、保育者、保護者によって作られる一つの小社会と考え、そこでの子どもたちの健康問題を考えていくという姿勢をとった。

子どもたちの健康を守るためには保育者の健康を保証しなければいけないし、保護者は子どもの病気に際して仕事を休むことのできる“病休制度”がなくてはならない。しかし今の日本では保育所の職員の数は絶対的に足らず（このことは最近、ブレイディー・みかこさんが鋭く告発している）。保護者も“子どもの病休”をとることができない。まずそういうことを考え、どうしたら改善できるかを模索し、そんなことから子どもたちの健康問題を考えていこうとしていた。これは社会小児医学的アプローチといっているのではないか。

私の原点はここにあったと今思う。子どもの生活空間として大きいもう一つは学校であるが、学校については、日本教職者組合の共同研究者をずっと続けていたことで、養護教諭と共に考え発言することができた。例えば最近、学校でも医療ケアということが問題になってきたが、ここでは医療行為という概念があいまいなこと、ほとんどの医療行為を医師が担当し、一般の人の医療行為を禁じていることなどが一つの障害になっている。食物アレルギーでアナフィラキシーを起こした時のエピペンの使用、設置されたもののほとんどが利用されていないAEDの問題なども医療行為の法律的問題が絡むことである。

医療行為が制限されていることで仕事ができないとホームヘルパーの側から発言がされているが、医者側はそれをとり上げて真剣に議論することがされていないのではないだろうか。

こんなふうに社会医学を実践しようとする人たちにとっての議題は沢山ある。日本では医学の中での疫学の位置が低いとか小さいとか、そういった状態にあり、この方面でも社会医学分野の人たちが果たすべき役割はあるのだと思う。

「このごろの子どもはどうなっていますか。変わってきましたか。」とはよく聞かれる。子どもはそんなに変わるものではないだろう。変わるのではなく大人たちに変えられるのだろう。

保育園の子ども達を園医として40年見続けてきた印象でいえば、「おとなしくなった」のひとことだろう。おとなしくなったということは管理が強まったということだろう。

学校も静かになったようだ。管理に抗して行動する子どももいなくなり、不登校で身を守るようになっていく。学校の平和を乱すような子どもは発達障害というレッテルを貼られて教育から排除される。

こんな「学校の平和」は子どもたちにとっていいことなのか。教育と医療をつなげてとらえ考えていくという作業も今、誰かがしなくてはいけないことだと思う。

シンポジウム

上畑鉄之丞先生記念シンポジウム

シンポジウム 1～5

抄録

【上畑鉄之丞先生記念シンポジウム：座長】

上畑鉄之丞先生記念シンポジウム 過労死予防からディーセントワークへ

座長 埤田和史（滋賀医大・社会医学講座衛生学）

2015年に「過労死等に関する調査研究等について定めることにより、過労死等の防止のための対策を推進し、もって過労死等がなく、仕事と生活を調和させ、健康で充実して働き続けることができる社会の実現」することを目的として「過労死等防止対策推進法」が施行された。この法では過労死等を「業務における過重な負荷による脳血管疾患もしくは心臓疾患を原因とする死亡、もしくは業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡、または、これらの脳血管疾患もしくは精神障害」と定義している。

我が国で、1970年代に長時間労働や過酷な交代勤務や過大ノルマなど非人間的な労働負担を背景にした労働者の「突然死」が発生していることに気づいたのは、上畑鉄之丞、田尻俊一郎、細川汀先生である。3人は、東京、大阪、京都で活動し、領域も公衆衛生、労働衛生、臨床と異なっていたが、労働者や労働組合から篤い信頼を得ていたことと社会医学研究会（現日本社会医学会の前身）の中核的会員であることが共通していた。中でも、上畑鉄之丞先生は1978年に日本産業衛生学会で職種の異なる17の過労死事例を報告して以降、過重労働と脳血管疾患や心筋梗塞などの心疾患発症との関係性を事例検討や疫学的検討を通じて追求された。1998年には日本産業衛生学会「循環器疾患の作業関連要因検討会」の座長として、長時間労働や賃金不払い労働などの法的規制を求める提言を行っている。また、労働者の自殺等精神疾患の発生要因として労働時間の長さだけでなく職場や労働がもたらすストレスにも注目され、1976年から弁護士や労働組合関係者と協力して被害者支援や研究活動を展開されてきた。

「過労死等防止対策推進法」は、こうした経過を経て多くの被害者・家族と国民の思いが国会を動かし、全会一致実現したと言える。ただ、現状は法律ができただけで、過労死予防のために実効性のある施策は皆無とも言える。それどころか、「働き方改革」の名の下に、長時間労働にお墨付きが与えられ、労働時間制限さへ無くそうとされている。「過労死等がなく、仕事と生活を調和させ、健康で充実して働き続けることができる社会の実現」のために、シンポジストの発言に耳を傾け、みなさんと意見を交わしたい。

U-01 診察室から見た過重労働

○毛利一平（ひらの亀戸ひまわり診療所、東京労働安全衛生センター）

臨床医として診療所の診察室に座っている限り、労働の現場で過重労働が何をもたらしているかを俯瞰することは難しい。小さな窓から外の世界を除くようなもので、窓の近くにあるものの大きさや形、色などがある程度はわかっても、その先がどうなっているかについては想像するのがやっとだ。しかし、小さな範囲のことであってもたくさんの事例が集められれば、全体を知るための手掛かりにはなるはずだ。診察室、産業医、労災相談と、私がかかわる3つの場で、私が見ている風景を切り取って報告しようと思う。

【大企業の健康相談室で】 「働き方改革」議論の中で、残業時間規制強化が取りざたされるようになったことで、少なくとも大企業の中では労働時間短縮への動きが認められる。36協定特別条項の上限は大幅に引き下げられ、最大年間900時間超えも許容されていた状況は変わりつつある。資料作成の簡略化、会議の効率化、裁量労働制の有効活用などの細かな改善だけではなく、商談の取捨選択という根本的な対策もわずかずつではあるが聞こえてくるようになった。一方で個別に面談を行っている、相変わらずサービス残業、同僚・上司や関連会社への押し付けともいえるような弥縫策が横行している実態も見えてくる。

【福祉労働の現場で】 特に利用者に対する24時間の介入・見守りが必要な施設で、過酷な労働となっている。負荷の大きさが利用者の障害の重さと単純に比例するかといえばそうではなく、グループホームなど自立度の高い施設などで、長時間（しばしば24時間にも及ぶような）に及ぶ、サポートの弱い（一人夜勤を含む）勤務が行われている。そもそも国の運用基準に従えばそうならざるを得ないうえに、人手不足が加わり、病欠などのアクシデントが加わった場合には負荷が極端に強くなるといった問題が生じている。

【診療所の診察室で】 患者のほとんどは高齢者であり、30、40、50歳代の働き盛り世代を診る機会は多くない。産業医としての経験から考えるならば、健康上の問題を抱える労働者は少なくないはずであり、受診する人がもう少しいてもおかしくはない。しかし、多忙を理由に必要な受診さえできない人が少なくない。診療所では、糖尿病でHbA1c 10%超という数字を目にすることはあまりないが、企業の健診結果にむしろそのようなデータを見る機会が多いように思う。

【労災支援の現場で】 診療所と協働するNPO法人東京労働安全衛生センターでは、2017年度に新規と継続、合計約200件の労災相談を扱った。そのうち、過重労働が何らかの影響を及ぼしたと思われるケースは34件ほどあり、外国人（10件）では筋骨格系障害、日本人（24件）ではメンタル不調が多かった。相談内容を見ると、少なくない例でパワーハラスメントが関与していることがわかる。つまり、強いられた過重労働が横行していると考えられる。

様々な場面で様々な事例を見るにつけ、日本の社会における過重労働が構造的であり、解決が困難であることを思い知らされる。たとえ一つの職場が先進的な取り組みとして、思い切って全体の業務量をカットすることで過重労働を緩和できたとしても、そのカットされた業務が必ず行われなければならないものである限り、誰かが引き受け、そこでまた過重労働が発生する可能性がある。

今ここに人手不足という問題が重なっている。人がいれば解決できるし、人を雇う意思はあるのだが、必要な労働者を見つけ出すことができない。それでも必要であれば誰かが無理をしてでもやらなければならない。大企業では時間管理が弱い管理職クラスがとりあえずそうした仕事を引き取っている。福祉労働ではそこにいる労働者が引き受けなければならない。建設労働では外国人技能実習生が動員されている。

根本的な解決策がどこにあるのか、この構造の中から見通すことはできない。

【利益相反（COI）の有無】 有（非常勤産業医） **【軍事関連研究助成の有無】** 無

U-02 交代勤務労働者の健康問題

○杉澤 誠祐（株式会社ブリヂストン那須診療所）

24 時間型社会の拡大は、従来必要とされてきた業種の枠を超えて深夜業を含む交代勤務に従事する労働者の数を増加させてきた。それに伴い以前から指摘されてきた交代勤務に伴う健康問題が、今後改善すべき社会的な課題として再認識されつつある。

本シンポジウムでは、単に交代勤務に伴う健康問題についてだけでなく、その背景としての 24 時間型社会に着目しそこでの労働実態を概観する。その上で健康問題に取り組むための方策についての考察を進めていく。

1. 深夜を含む交代勤務の必要性

交代勤務を必要とする（≒24 時間営業）業種には、医療や警察・消防といった公共サービスを担う業種、従来からの交代勤務の典型例ともいえる、製鉄業や化学工業のような技術的理由で交代勤務を必要とするもの。24 時間型社会を代表する、いわゆる「サービス御三家」といわれるコンビニ、牛丼チェーン、ホテル等がある。

2. 健康への影響

深夜を含む交代勤務による健康への影響としては睡眠障害、発がん、胃腸障害、生活習慣病等がある。健康的な生活の基礎となる「規則正しい生活」を否定することが前提である交代勤務では、むしろ健康問題の発生は必須といえるのではないか。

3. 睡眠障害

交代勤務では抜本的な睡眠障害の改善は難しく、二次的にいかに良質な睡眠を確保するかが、睡眠障害の対策として重要である。また副二次的な課題としてのアルコール問題がある。

4. 発がん

IARC は交代勤務の発がん性を 2 A に分類している。

5. 胃腸障害

代表的なものとして「交代勤務者の職業病」ともいわれる胃・十二指腸潰瘍や便秘がある。特に便秘は逆説的にアルコールとの関連が考えられる。

6. その他

生活習慣に関連するものとしての肥満や生活習慣病、高血圧等の循環器疾患があげられる。また直接の因果関係は不明だが、メンタルヘルス不全も無視できない健康問題である。

U-03 初期研修医の勤務状況とストレス～必修化開始後の変化～

○瀬尾恵美子（筑波大学附属病院・総合臨床教育センター）

初期研修は、医師にとって一生の臨床スタンスを決める重要な時期であり、研修に専念できるよう環境を整えることが望まれる。

必修化前の初期研修医を対象とした調査において、勤務時間が80時間/週を超えると、勤務時間と抑うつ状態との間に有意な関連が認められ、研修医の週80時間以上の勤務はその限界を超える長時間労働であるとの報告もある。

我々が行った「初期臨床研修における研修医のストレスに関する多施設研究」の調査結果（以下に記載）について報告するとともに、指導医養成講習会において実施した指導医のアンケート調査の結果（回答者1,897名、週の勤務時間80時間以上が42.7%、100時間以上が12.0%、17.2%にバーンアウトが疑われる）も含めて、医師のストレスおよびバーンアウトについて検討を行う。

【目的】 研修医の勤務状況、抑うつ状態の実態を把握するとともに、ストレスに関連する要因について、臨床研修制度が国民、指導医にも広く周知された段階（2011年研修医）と制度導入当時（2004年研修医）とで比較検討を行い、必修化による研修医の働き方、ストレス反応の変化について検討する。

【方法】 全国の臨床研修病院250施設で、2011年採用の研修医1,753名に対し、研修開始時と開始3か月後に、抑うつ反応、勤務時間、ストレス要因、ストレス緩和要因などに関するアンケート調査を行い、2004年の同様の調査と比較した。

【結果】 (1) 勤務環境について：2011年の研修医の週労働時間の平均は79.4時間で、2004年の84.7時間と比較し有意に減少していた。週の労働時間が80時間、100時間を超える研修医も60.6%から46.6%、14.5%から8.3%と、2011年は2004年より有意に減少しており、また、睡眠時間、自由時間については2011年の研修医は2004年の研修医より有意に増加していた。(2) 開始後に新規に抑うつ状態を呈した研修医の割合：2011年研修医で、研修開始3か月後に新たに抑うつ状態を呈した者は、243名で全体の19.6%であった。これは、2004年調査の25.2%と比べて有意に少なかった。(3) 研修医のストレス特性：2004年の研修医は、ストレス要因については質的負荷、量的負荷が高く、ストレス緩和要因として裁量度・達成感が極めて低かったが、2011年の研修医は2004年と比較し、量的負荷、裁量度、達成感が有意に改善していた。

【結論】 勤務開始後新たに抑うつ状態となった研修医の割合は、臨床研修制度が導入された2004年より2011年の方が有意に減少していた。しかし依然として多くの研修医が抑うつ反応を引き起こしており、研修環境の更なる改善が望まれる。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

U-04 がん治療と仕事の両立問題

○齊藤光江¹、田口良子^{1,4}、武藤剛²、遠藤源樹³、横山仁²

(順天堂大学医学部乳腺・内分泌外科¹、同大衛生学²、同大公衆衛生学³、鎌倉女子大家政学部⁴)

【背景と目的】多くの癌は高齢者を襲うが、乳癌をはじめとして就労世代が罹患する癌が増加している。事業場に対しては厚生省からのガイドライン示されたり、医療施設に対しては両立支援に保険点数がついたりする最近の行政の指導で、就労と癌治療の両立問題が、解決に向けて動き始めている。我々は、医療施設ならではの実態把握を目的とした調査を行っているが、その中間解析を実施したので報告する。

【方法】2017年3月から1年間、当院の外来化学療法室で化学療法を実施中の各種がん患者（65歳以下で、癌の診断時までは就労していた人）を対象に、就労と癌治療の両立状況を調査するアンケートを実施した。

【結果】計119名（最終的には200名から収集する計画）から回収されたアンケートの中間集計を行った。診断後に退職した患者（以後①とする。計15名）の中には、化学療法以外に手術や放射線治療を受けたことがある人の割合が高かった。就労継続者（以後②とする。計104名）の約2割は、休職中であった。退職者の4分の1強は、いずれ職業に就きたいと考えていた。仕事に支障が出る症状は、①②共通して1位：倦怠感・体力の低下、2位：脱毛、他にしびれ、集中力の低下、重いものが持てない、悪心嘔吐、むくみが続き、就労継続者に、外見の変化が多く、退職者に悪心嘔吐が多い傾向が見られた。がんの治療と就労の両立に関して、医療機関内の相談相手は、両群とも第1位は、主治医であったが、退職組では、がん治療センターがそれと同数であったものの、過半数は、どこにも相談をしていなかった。就労組は、第2位が看護師であり、どこにも相談をしなかった人は、約半数いた。職場での相談は、両群とも第1位が、上司であり、退職組では次に同僚、就労組では人事担当者、同僚が続いた。いずれの群も、産業医や産業看護師の利用はほとんどされていなかった。就労している人も、退職をした人も、主治医と職場関係者が自身の同意のもとであれば、治療や就労に関する情報のやり取りをしてほしいと思っている人の割合は、半数弱であった。やり取りをする必要は無いと考えている人は、退職をした人で約3分の1、就労している人で約4分の1いた。就労をしている患者は、家族の支援に満足をしている人の割合が高く、次に職場の支援に満足をしており、医療側への満足度はこれらを下回っていた。仕事の状況への満足度は、医療側からの支援への満足度に類似していたが、不満に感じている人の割合は、支援への不満を上回っていた。職場は中小零細企業が多いが、退職者で3000人以上の大企業は皆無であった。就労継続者は企業・団体の正社員が最多。退職者は非正規従業員が最多数であった。

就労継続者には、経営・管理職が多かった。就労を継続した人は、過半数が産業医について知っていた。退職をした人は約1/4が知っていた。退職をした人の職場には産業医や産業看護師はほとんどいなかった。産業医がいても、癌に罹患後、産業医と関わらなかった人が過半数であった。産業医との関わりでは面談が最多であった。

【考察】医療施設においては、治療メニューの多い患者サポートが優先課題である。副作用（倦怠感・脱毛）対策・相談窓口設置と周知・支援の整備に向けての議論が必要である。事業場に対しては、上司へのがん基礎知識提供、産業医療職の周知と利用促進、非正規職員への支援が重要。患者に対しては、個別性の高い診療情報は、患者の希望と同意を得て職場と共有し、患者の自己管理能力向上も必須であると考えられた。

職場の理解が無い、もしくは無いと思込むことで、患者は医療費確保のためにがんを患いながらも、場合によっては就労を過剰労働のまま継続しなくてはならないか、または必要な治療を受けずに労働のみを継続することになったりする。そのままでは、いずれ病勢の悪化で就労は継続不可能になり、医療費が十分捻出できないまま医療施設に飛び込むことになるケースも出てくるだろう。今や早期発見と適切な治療で、治癒または延命が可能になった悪性腫瘍もある中で、これらに対処する局面において、就労か治療かの二者択一にならぬようにすべきである。

【結論】医療施設において、治療と就労の両立の現況を調査した。まだ中間集計の結果であるが、課題は、医療施設、職場、患者の各々にあり、その解決法への糸口が示唆された。

【利益相反 (COI) の有無】 無 【軍事関連研究助成の有無】 無

U-05 精神科医の立場からみた「過労死」問題について

○天笠 崇 (代々木病院精神科、(公財) 社会医学研究センター、京都大学医学部大学院
社会健康医学系専攻健康情報学)

【目的】上畑鉄之丞先生が「過労死に関する研究 第1報 職種の異なる17 ケースでの検討」を産業衛生学会で1978年に発表されて36年目の2014年、過労死等防止推進法(以下、法)が制定された。一方本抄録執筆時点で、裁量労働制の対象拡大は削除されたが、高度プロフェッショナル制(ホワイトカラーエグゼンプション)は残されたまま「働き方改革」関連法案が、国会に上程されている。3回目の過労死等防止啓発月間の最中の昨年11月9日、先生は77歳でこの世を去られた。演者は2003年、上畑先生が旧公衆衛生院におられた頃から、研究で、また過労死・自死相談センターの運営で一緒にさせていただいた。先生を偲びつつ、「過労死」のない社会を目指すべく本テーマについて発言したい。

【方法】先行研究ならびに先生と取り組んだ研究を含む演者の研究から「過労死」問題について論ずる。

【結果と考察】

- ・「過労自殺」の症例集積研究；上畑先生が分担研究者である国立保健医療科学院の研究報告「過労自殺事例からみた自殺防止研究(その1)」を基に「過労自殺」22事例の症例集積研究から「過労自殺」の自然経過を報告した(Amagasa, et al. 2005)。続いて、別の37事例の解析の結果ハラスメントが最もストレス強度が強いことを述べた(上畑・天笠、2006)。
- ・長時間労働とうつ状態の因果関係；「過労死」と「過労自殺」は違うというのが上畑先生の見解だった。確かに、脳・心臓血管疾患死に「過労死」を限れば、「過労自殺」とはプロフィールが違う。中年期男性労働者の精神障害ではJob demandとの関係が解明されたがベースライン調査でもコホートでも長時間労働でリスク上昇が解明されなかった(杉澤・上畑ら、1993・1994)。2012年当時、長時間労働とうつ状態・うつ病の関係について先行研究では一貫した結果が得られていなかった。2事業所の既存データを用いて共分散構造分析した結果、Job demandを中間変数として長時間労働はうつ状態に影響する結果が得られた(Amagasa, et al、2012・2013)。杉澤・上畑らで用いたデータで、再解析に快諾いただいていたが、適わないこととなった。
- ・先行研究；日本の研究者による系統的レビューでは、長時間労働はうつ病、不安障害、不眠障害の原因となること、また、長時間労働への変化が不健康行動(飲酒、喫煙、体重増加)の原因になり得ると指摘されている(Bannai・Tamakoshi、2014)。過重労働を産む、仕事の裁量、仕事のストレイン(低裁量で高要求)、ハラスメントとうつ病の因果関係はメタ解析によると確立されたといえ、仕事の要求、職場の支援、努力・報酬不均衡、長時間労働は確立されつつある(Theorell, et al、2015)。しかしTheorellらによると長時間労働のグレードは2である。
- ・成果主義賃金制度とうつ状態；報告予定の演者らの解析では、日本版修正成果主義賃金は長時間労働と仕事の裁量に大きく影響する。その結果、成果主義はうつ状態にほとんど影響しない。

【結論】「長時間労働対策の明記されない『過労死』対策はあり得ない。」 上畑先生は生前そう仰っていた。過労死等防止のためには、法に沿う過重労働対策はもちろん、長時間労働対策が必須であると主張できるだけのエビデンスはすでにあると考える。また、「時間ではなく成果に対して賃金を払う制度」は、演者らの解析の結果、長時間労働化が強く示唆された。したがって、今求められているのは、上畑先生が40年来追及・主張されてきた、長時間労働規制対策である。(当日は、時間が許せば、意見書・鑑定書作成ならびに産業医の経験から、中小企業等における「隠れた過重労働・ストレスフル労働の問題」にも触れたい。)

【利益相反(COI)の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

シンポジウム1 健康のリプロダクションとライフサイクルを繋ぐ社会医学

座長 小橋 元 (獨協医科大学医学部公衆衛生学講座)

【セッションの趣旨】

中高年～高齢期の健康問題の危険要因が、胎児期、幼少期から形成蓄積されていることが、DOHaD 仮説として近年改めて注目されている。母親と父親、さらには周囲の大人が子どもたちを心身ともに健全に育てることができる社会づくりが重要であることは論を俟たない。

一方で、近年の晩婚化と共働き夫婦の増加を背景に就労女性の母性保護、妊娠・育児と就業の両立支援の必要性が謳われている。「母性」とは「すべての児童が健やかに生まれかつ育てられる基盤であり、妊娠・分娩という生物学的特性のみならず、どの年代にも存在する次世代を育てる社会的役割を含む」と定義されている。広義の母性保護の対象には母親だけでなく、父親や家族、そして周囲の社会が含まれることになる。

したがって、人類のリプロダクションには生物学的な面のみならず社会的な面も考えなければならない。このことはこれからの社会医学の大きな課題といえる。具体的には、虐待予防や思春期～妊産婦の健康教育を社会全体に行き届かせる仕組みづくり、育児の専門家である保育士の職場環境問題や健康問題の解決を目指した現場での実践と、社会変革のための取り組み、さらにその根拠となる DOHaD 仮説のエビデンス創出のための疫学研究、「子どもの切実な『声』を世の大人に届ける」アドボカシーなど、様々な課題がある。

今回は、この分野において様々な研究、実践をされてきたシンポジストに、現状と今後の課題についての報告をいただき、会場の方々とともに健康のリプロダクションとライフサイクルを繋ぐ社会医学の今後を展望したい。

【発表内容】

各演者より15分、指定発言者より7分の発表をいただき、その後、総合討論を行う。

① 子どもの貧困と健康：政策介入の可能性

藤原武男 氏：東京医科歯科大学国際健康推進医学

② 若者自身のソーシャル・キャピタルの醸成を念頭に置いた性ところの健康教育の実践

岩室紳也 氏：ヘルスプロモーション推進センター（オフィスいわむろ）

③ Mibu Innovation Cohort Study (MICS)

西連地利己 氏：獨協医科大学医学部公衆衛生学講座

④ 日本における乳幼児期の教育とケアとインフラに対する公共投資の現状

—乳幼児教育職の適切な養成。労働条件の視点から—

小尾晴美 氏：名寄市立大学保健福祉学部

※ 指定発言：田中 勤 氏（少年支援保健委員会・Public Health、南生協病院産婦人科）

S1-01 子どもの貧困と健康：政策介入の可能性

○藤原武男（東京医科歯科大・国際健康推進医学）

【目的】 子ども期の社会環境、家庭環境、特に貧困は子どもの健康を害するのみならず、その影響は成人期、高齢期にまで及ぶことが知られている。しかし、子どもの貧困など子どもをとりまく社会環境を直接変えることは難しい。そこで、子ども期に貧困状況に関わらず有効な健康促進要因を明らかにすることができれば、子どもの社会環境が劣悪であっても子どもの健康を守ることができる。本シンポジウムでは、子どもの社会環境と健康において独立した決定要因を明らかにすることを目的とする。

【方法】 足立区と共同で実施した「足立区子どもの健康・生活実態調査」のデータを用いた。この調査は、無記名アンケート方式により、区立小学校に在籍する全小学1年生を対象に、区が学校を通じて質問票や回答票等の配付・回収を行った。7月に6校で先行調査を行い、実施上の課題を検証したうえで、11月に残る63校で本格実施した。平成27年4月に区立小学校へ入学を予定していた児童から、実際には入学しなかった者、入学後に転出した者、長期欠席者を除き、1学期に実施した学校健診対象者5,355人に質問票を配付した。4,467人から回答票を回収し、このうち調査への同意が得られなかった者と回答票が白紙であった者を除いた4,291人（有効回答率80.1%）を分析対象者とした。

【結果と考察】 本シンポジウムでは、独立した決定要因と考えられた「規則的な睡眠習慣」「留守番習慣がないこと」「野菜から食べる食習慣」「セルフコントロール」に焦点を当て、得られた最新の結果を概説する。

【結論】 子ども期の社会環境、特に貧困であっても外生的に子どもの生活習慣、食習慣、保育園等による介入によって子どもの健康を守ることができることが示唆された。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S1-02 若者自身のソーシャルキャピタルの醸成を念頭に置いた性とこころの健康教育の実践

○岩室紳也 (ヘルスプロモーション推進センター (オフィスいわむろ))

【はじめに】望まない妊娠、HIV/AIDSをはじめとした性感染症、不登校や引きこもり、自殺願望、様々な依存症など、若者たちの「健康の再生産」に危機感を抱いてしまう状況は少なくない。しかし、若者向けの健康教育、健康づくりの多くは、問題を抱えたハイリスク者へのアプローチに終始し、若者自身を取り巻くソーシャルキャピタルの醸成を念頭に置いた対策はほとんど行われていない。現在、性教育、HIV/AIDS 診療、薬物依存症のプライマリケア、自殺予防対策、ヘルスプロモーションの視点からの被災地復興支援に取り組む立場から、いま求められている若者たちの「健康の再生産」のための「性とこころの健康教育」について報告する。

【データから考える社会に蔓延するリスクと対策】

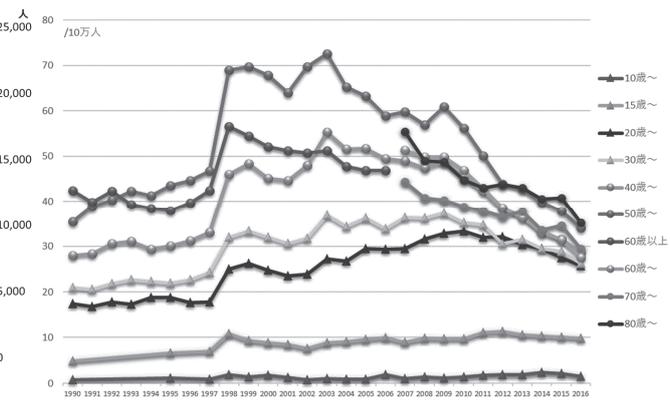
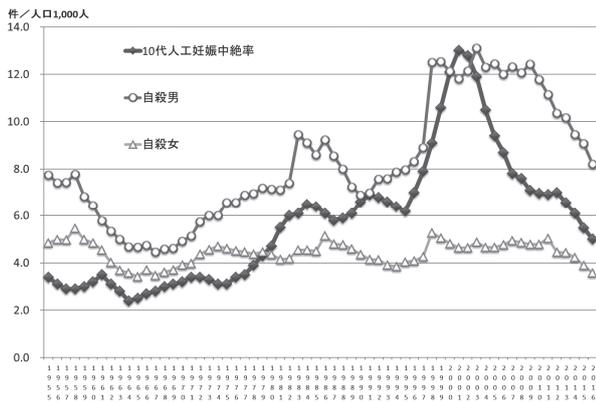


図1 10代の人工妊娠中絶率と男女別自殺者数の推移

図2 年齢階級別自殺率の推移 (男性)

1990年代に10代の人工妊娠中絶率が急増したが、インターネットの普及期と一致したため、多くの関係者は情報の氾濫が性行動に影響を及ぼしたと考えた。同時期に男性を中心として自殺が急増した理由はバブルの崩壊といった経済問題が主要因とされた。しかし、同時期に不登校も、児童虐待も急増した。自殺率の推移を年代別に検証すると、年配者では2000年頃から減少し続けているが、若い世代は2011年頃まで増え続けている。HIV感染は2007年頃まで感染者数は増え続けてきたものの、ここ10年ほどはほぼ横ばいの状況で推移している。

すべての事象において、指標の悪化にも、改善にも共通して影響した社会に蔓延しているリスクとして、関係性の希薄化と喪失、ソーシャルキャピタルの脆弱化や崩壊が考えられた。

介護保険を含め、孤立を解消する様々な施策のおかげで高齢者の自殺率が低下したが、若者に対する同様の施策は実施されなかった。しかし、2011年の東日本大震災をきっかけに「命」を考えたためか自殺は減少傾向になっている。HIVに感染している人の90%近くがMSM (Men who have Sex with Men) だが、LGBTという言葉が一般化し、セクシュアリティへの理解が進んだため、感染拡大がある程度抑制されるようになったと考えられる。

【求められている対策の方向性】様々な問題を抱えている一人ひとりへの支援は不可欠であるが、様々な健康問題を予防するためには、人と人をつなぐことを意識した健康教育と地域づくりが求められている。健康づくり、ソーシャルキャピタルの醸成に際して、次のキーワードが重要となる。人は経験に学び、経験していないことは他人ごと。関係性の再構築。居場所づくり。生きづらさの解消。人は話すことで癒される。自立は依存先を増やすこと、希望は絶望を分かちあうこと。これらの視点を取り入れた若者向けの健康教育の実践について報告する。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S1-03 Mibu Innovation Cohort Study (MICS)

○西連地利己（獨協医科大学・医学部公衆衛生）

【概要】 獨協医科大学は、平成 25 年に地元の壬生町と「壬生町と獨協医科大学との連携協力に関する協定」を締結し、「町民の健康、医学・医療の発展」をテーマとして連携を推進している。筆者らも「みぶまち・獨協健康大学」において基調講演・シンポジウムを行い、大学祭において町民向けの健康イベント行うなど、地域と連携した活動を展開してきた。また、平成 29 年には「壬生町健康寿命延伸事業に関する合意書」が締結され、健診データと介護認定データとのマッチングによる要因分析（研究用 ID を用いた匿名化データによるコホート研究）などの研究を実施している。健診データと介護認定データとのマッチングによる要因分析については、町役場および大学の倫理審査委員会の承認のもとに、各部署から健診、住民基本台帳除票および要介護認定のデータを健康福祉課に集約しデータベース化している。また、それらのデータに研究用 ID を付与したうえで匿名化するソフトウェアを開発し、匿名化データが本学に毎年提出されている。現在、平成 22 年度～平成 28 年度の健康診査データ、平成 20 年度～平成 28 年度の住民基本台帳除票データおよび平成 23 年度～平成 28 年度の要介護認定データが収集されている。

これらのデータを、個人ごとに、平成 22 年度以降で最初に受けた健康診査のデータ、平成 22 年度以降で最初に転出または死亡した日、平成 23 年度以降で最初に要介護度 2 以上の認定を受けた日を選び、匿名化された住民コードでマッチングした。性別と生誕年をマッチさせた多変量条件付きロジスティック回帰の結果、死亡または要介護 2 以上の発生に有意に関連していた項目は、蛋白尿、服薬（脂質）、喫煙、30 分以上の運動習慣および歩行速度であった。もう少し長期間のフォローアップにより、詳細な検討が可能となると思われる。

【今後の展開】 今年度は、妊娠時の健康状態が壮年期・高齢期に及ぼす影響を検討するため、健診時に母子手帳に記載されている項目に関するアンケートを実施しているところである。これにより、壮年期・高齢期におけるハイリスク者の同定における妊娠・出産時の危険因子が明らかになると期待される。

また、小児科との共同で、妊娠期から児が就学するまでの母子コホート研究も企画しているところである。この研究は、壬生町だけでなく、県内の他の市町にも声をかけて実施する予定であり、MICS が発展的に”Municipal” Innovation Cohort Study として展開されることになるとと思われる。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S1-04 日本における乳幼児期の教育とケアとインフラに対する公共投資の現状 —乳幼児教育職の適切な養成・労働条件の視点から—

○小尾晴美（名寄市立大学保健福祉学部）

【本報告の目的】近年、教育研究者に加えて経済学者からも、乳幼児期への公共投資の重要性が大いに支持されている。ノーベル経済学賞受賞者の Heckman は、乳幼児期を人的資本へのまたとない投資機会と考え、「幼児期に投資された1米ドルの投資効果は、後年になって投資された1米ドルの投資効果より高い」と主張する。Heckman によれば、アメリカで行われた諸研究において、質の高い幼児教育プログラムを受けた子どもの群とそうでなかった子ども群とでは、その後の健康、家庭の収入、犯罪率等に大きな差が生じたという結果が報告されている。本報告では、乳幼児期の教育とケアに大きく関わる保育者の現状について明らかにする。

【家族の就業の変化と保育ニーズの拡大】この20年ほどの間に、これまで主たる保育の担い手であった母親の就業率が急増しており、保育所利用者は年を経るごとに増加している。1997年には保育所利用児童は170万1655人であったが、2014年には223万552人、2016年には233万2766人となり、63万人の増加、利用児童数は1.37倍となっているしかし、認可保育所の増加率は20年間で1.1倍程度に過ぎない（以上の数値は「社会福祉施設等調査」による）。施設の増加率に比べ、利用児童の増加率の方が高いということは、既存の施設に対して詰め込み保育等による定員増が進められており、これらは待機児童の解消が現場での保育士の負担に依存してきたことを示すものである。

【保育者の職場環境】1980年より、民間保育所の保育士の月当たり賃金の傾向を調べたところ、保育士の所定内給与は2000年を境に減少し始め、女性労働者全体の水準を下回るようになり、労働者全体の平均とともにその差が広がっていく傾向である（「社会福祉施設等調査」）。また、行政からの保育所への委託料（公定価格）の人件費分を週当たりの開所時間で計算すると、保育所一人当たり1時間あたり750円に過ぎず、開所時間を通じて必要な職員数を確保しようとすれば、最低賃金を同等レベルの水準である。また、保育士の中に非正規雇用が増加しており、2015年の国勢調査によれば、正規雇用者は32万3200人（58%）、非正規雇用者は23万4100人（42%）となっている。2000年代の民間保育所のパートタイムの非正規職員の平均賃金は時間あたりおおよそ900円台後半で推移しており、最低賃金額は上昇してきたことから、パートタイムの平均賃金もまた、最低賃金レベルに近づいている。

サービスを供給する側の保育士のWLB（Work Life Balance）の現状はどうだろうか？筆者が北海道の道北地域で調査した結果からは、正規保育士の80%が残業をしており、72.2%が仕事の持ち帰りをしていることが明らかになった。「時間内に仕事が処理しきれない」と感じているものは、「そうだ」「まあそうだ」を合わせると63.4%である。また、仕事と家庭生活との両立が十分に図られているとは言い難い状況にあることが明らかになった。とりわけ、幼い子どもを抱える正規雇用の保育者の時間外労働や仕事の持ち帰りの実態は、正規職員全体の傾向と変わらないことから、子育て中の職員に対する配慮に課題があるという示唆を得た。加えて、多くの保育者は、妊娠・出産・子育てについて、就業継続にあたり負の影響を感じていることが明らかになった。

【おわりに】現在、深刻な保育士不足が進行しており、保育士の就業継続を後押しする制度的なバックアップは重要な政策課題である。国や地方自治体にまず求められているのは、子どもの発達と親の就労を支える人材を増やし、安定的に育成することが可能な職員配置や労働条件を保障することであろう。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

シンポジウム2 災害・事故への対応から学ぶ

座長 田村昭彦（九州社会医学研究所）

【目的】日本では毎年のように様々な大規模災害が発生しており、2018年6月にも大阪北部を震源とする直下型地震が発生した。各災害で得られた教訓について情報発信し、次の災害時にはよりよい対応ができるようにとする取り組みが進められるようになってきた。

大災害時の公衆衛生活動は救命救急医療と比較して整備が遅れていた。災害に関する様々な体験・経験・知識を共有しシステムを構築していくことが重要である。

今回は、災害や事故の際に医師・現場担当者・研究者・サポーターとして様々な実践をされてきたシンポジストに、その経験から学んだことと、今後起こり得る災害・事故・人災に向けて必要なことについて自由な意見を交わしていただき、社会医学の研究者・実践家に期待される活動についての共有化を図りたい。

【発表内容】

各演者 発表20分（計80分）の報告後、時間的制約からシンポジスト間での総合討論を10分間行う。

① 大規模災害等に対する日本の公衆衛生システムの課題と展望

尾島 俊之氏：浜松医科大学健康社会医学講座

尾島氏には大災害時の公衆衛生マネジメントの具体的課題及び公衆衛生分野の指揮調整機能支援システムである「災害時健康危機管理支援チーム活動要領」（略称、DHEAT）の紹介とシステム運用の展望の報告をいただく

② 災害時感染症に対する行政の取り組み

緒方 剛 氏：茨城県土浦保健所

緒方氏には災害時に被災地、復旧作業および避難所での感染症対策に関して、保健所と行政・住民・ボランティア・医療機関の連携の重要性について報告していただく

③ 災害ボランティアの安全衛生

洙田 靖夫氏：なめだリハビリテーションクリニック・労働衛生コンサルタント

洙田氏には、劣悪な環境のもと奮闘しているボランティアに対する安全衛生活動の重要性に関して、豊富な実践活動の紹介とともに今後の取り組みの提起を行っていただく

④ 大災害時に医療・介護機関の職員の健康をまもる取り組み

田村 昭彦氏：九州社会医学研究所

田村氏には、急増する患者・利用者対応と共に「自らも被災者」であるという2重のストレス状態にある被災地の医療・介護労働者の健康をまもるための産業衛生分野からの支援活動に関して報告していただく。

S2-01 大規模災害等に対する日本の公衆衛生システムの課題と展望

○尾島 俊之（浜松医科大学・健康社会医学講座）

【目的】東日本大震災、熊本地震、種々の水害など、日本は頻繁に大規模災害にみまわれている。公衆衛生システムの課題と展望について報告したい。

【方法】厚生労働科学研究「広域大規模災害時における地域保健支援・受援体制構築に関する研究」（平成 29～30 年度）、全国衛生部長会災害時保健医療活動標準化検討委員会等での検討や、東日本大震災・熊本地震での公衆衛生ボランティアの経験等を踏まえて整理を行った。

【結果と考察】<課題>公衆衛生マネジメント（指揮調整機能）の不足：保健師による健康支援活動、災害派遣医療チーム（DMAT）による災害時医療活動等の個別の現場活動は比較的良好に機能するようになった反面、地域・時間・分野によって公衆衛生活動の空白・重複・混乱が見られる。情報整理及び共有の不足：大規模災害時には膨大な情報が発生し、個々の現場では一定の情報が収集されている場合でも、それらの整理及び共有が不足しており、全体像や他の地域・部署での情報が把握できない状況になりがちである。分野及び組織間連携の不足：保健衛生・医療分野と災害対策本部の連携や、市町村と保健所・都道府県との連携が十分でない状況がある。官民連携の不足：物資の配送において民間事業者が活躍したり、NPO や災害ボランティアが活躍するなどの状況変化はみられているものの、避難所運営等において被災者や地域組織の力を発揮してもらったり、官民のパートナーシップを構築したりという点での連携は不十分な状況がある。情報通信システムの使いがって不足：膨大な情報の共有には情報通信システムの活用が効果的であると一般的に考えられ種々のシステム開発が進められているが、これまでの災害において情報通信システムが十分に威力を発揮したとは言い難い状況がある。広域災害救急医療情報システム（EMIS）の整備等が進められているが、東日本大震災の時点で宮城県が未導入であり活用が困難であった。熊本地震においては、避難所アセスメントシートの入力等が進められたが、現場の対応に貢献するものとはならなかった。一方で、現場の活動者間での情報共有に LINE が有効であったなどの報告もみられた。

<最近の動き>全国衛生部長会の検討結果及び提言を受けて、「災害時健康危機管理支援チーム活動要領」（平成 30 年 3 月 20 付け、厚生労働省健康局健康課長通知）が発出された（略称、DHEAT）。これにより、公衆衛生の指揮調整機能等の応援の仕組みが新しく立ち上がった。それに先立ち、平成 28 年度から DHEAT 研修が全国で行われている。DHEAT は基本的に都道府県等の職員を中心に編成されるが、地域の実情に応じて、非常勤などの地方公務員としての身分を付与することにより関連機関（大学、研究機関並びに病院及び診療所等）の者も構成員に加えることができるものとなっている。また、「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」（平成 29 年 7 月 5 日付け、厚生労働省大臣官房厚生科学課長他 4 局部長通知）が発出されている。これにより、都道府県に保健医療調整本部を設置し、指揮命令系統や情報連携の混乱を避けるために、保健医療活動の総合調整を一元的に担うこととなった。

<今後の展望>DHEAT の制度化が行われたことから、具体的な活動内容等について厚生労働科学研究等で検討が進められている。私見になるが、被災地での膨大な情報について、何を目的に情報収集・整理を行うのか（＝リサーチクエション）の明確化が重要である。また、被災者自身による避難所運営を支援する必要がある、その場合には指揮命令ではなく、一般住民への生活習慣改善指導において必要となるような行動科学や成人学習理論の理解などが重要であろう。被災地外からの情報提供や情報整理支援も重要である。

【結論】大規模災害等の公衆衛生対応において社会医学研究者に期待される役割は大きいと考えられる。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S2-02 災害時感染症に対する行政の取り組み

○緒方剛（茨城県土浦保健所）、中幸栄介（佐賀県唐津保健所）

【目的】 災害時感染症に対する行政の取り組みについて考察する。

【方法】 27年9月10日に発生した関東東北豪雨災害においては、保健所が被災後、茨城県保健所長会では分担して被災保健所に支援を行うこととなり、感染症を担当した。9月20日に、国立感染症研究所、大学、医師会、学会などの参加を得て、「被災地感染症対策連絡会議」を開催した。発生状況の把握とリスク評価を行い、住民への啓発などの対策を行うこととした。その後、レジオネラ、破傷風や黒カビの発生が見られ、管轄保健所では家屋の消毒方法などの啓発を行った。日本環境感染学会と保健所の関係者により現地の対応を視察、確認した。11月24日に第2回「被災地感染症対策連絡会議」を開催した。以上のような行政の取り組みについて、日本公衆衛生協会の地域保健総合推進事業感染症班(中里班)および日本環境感染学会の災害時感染制御検討委員会などで、ご意見をいただきながら、検証した。

【結果と考察】

感染症対策の実施体制については、被災地の保健所長などのもとで、DHEATなどの公衆衛生行政関係者および医療関係者が連携することにより構成される官民を含めた連携体制を構築するとともに、役割分担、情報交換およびリスク評価と対策に関する意見交換を行うことが望まれる。

まず、環境、感染予防、住民・ボランティアなどに関する情報を収集する。感染症発生については、症候群サーベイランス、EBS、地域の発生動向を含めて把握する。これらに基づき、災害や復旧作業および避難所生活により生じる感染症のリスクと対策の効果について、継続的な評価を行う。実際の対策としては、住民およびボランティアに対する標準予防策や予防接種に関する啓発活動、衛生資材の提供、医療機関への注意喚起、市町村への助言、避難所の支援、アウトブレイク対応などがある。

【結論】 感染制御における行政の役割は、災害の程度やリソースに応じてさまざまである。各関係者は、それぞれの資質の特色を理解しながら、連携する必要がある。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S2-03 災害ボランティアの安全衛生

○ 冨田靖夫（なめだリハビリテーションクリニック院長・労働衛生コンサルタント）

日本は今、一応の繁栄はしているものの種々の危機に襲われている。北朝鮮を巡る問題もあれば、南海トラフ地震に代表される自然災害もある。北朝鮮の問題は人為災害であるので、人間の努力によって最悪の事態の発生を防げるかもしれないし、情勢はそうに進んでいると思われる。

一方で、地震などの自然災害はこれを予防することはできない。南海トラフ地震の今後 30 年間の数確率を政府は 80%と予測しているが、これは 30 年の間、地震が起こらなければ良いということの意味しない。

30 年もの間、地震が起こらないということは 30 年分の歪みが南海トラフという巨大断層に蓄積されたということの意味する。歪みはいつか爆発し、巨大地震となる。

日本は、今までに阪神・淡路大震災や東日本大震災をはじめとして様々な地震災害に見舞われたが、そこで活躍したのが災害ボランティアである。ボランティアは、ラテン語のボランタス（自由意志）を語源とする言葉で、自発的に社会貢献活動を行う奉仕者を意味し、自発性もしくは自主性、善意性、無償性、先駆性、自己犠牲を基盤として様々なボランティアがある。災害ボランティアは、地震や津波、火山の噴火、及び風水害などの自然災害に際して、自発的に救助救援や復興復旧活動に奉仕する者や行為そのものである。

多くの災害発生現場では、当然のことながら生活環境が劣悪である。災害が大規模であればあるほど生活環境が劣悪となる。このような時ほど災害ボランティアの自発的な救助救援や復興復旧活動への奉仕は尊い。しかし皮肉なことに、災害ボランティアもまたこのような劣悪な環境にさらされることとなる。そこで私は、以前から災害ボランティアの安全衛生の必要性を唱え、現場で実践活動を続けてきた。

本シンポジウムでは、私が長年取り組んできた災害ボランティアの安全衛生活動を紹介するとともに、災害ボランティアの安全衛生の今後について展望する。私が人生を懸けた実践活動の集大成をお話したい。

【お断り】 私は障害者です。10 年前に脳幹出血を起こし、現在、左半身のマヒと激痛があります。身障手帳 1 級です。ゆえに、私の住んでいる大阪府堺市から、本学会の会場を提供していただいている獨協医科大学のある栃木県壬生町まで移動できません。そのため、LINE のビデオ通話機能を用いて、本シンポジウムに参加させていただくことをお許しください。このような変則的な参加をお認めいただきました学会長の小橋先生に感謝します。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S2-04 大災害時に医療・介護機関の職員の健康をまもる取り組み

○田村 昭彦（九州社会医学研究所）

【目的】大災害時に患者・利用者が急増する被災地の医療・介護従事者は、自らも「被災者」という2重のストレス状態となっている。2016年4月、2回の最大震度7を記録した熊本地震において、被災地の医療機関で、臨時の産業医としてストレス対策を実施し、早期に介入を行う重要性に関する知見を得た。

【経過及び方法】対象の甲病院は一般病床100床の中小規模病院。2016年4月の熊本地震に伴い、震源地に近い甲病院では同月の救急件数283%、時間外235%、新患139%、入院120%（いずれも前年比）と急増。職員235名のうち車中泊44名、避難所16名など、自宅から通勤はわずか79名（4/19現在）であった。産業医は外部医師で震災後は機能していない。地震の揺れでパニックを起こした職員もいたが管理職も、災害時の緊急対応に追われて、職員対応としてどこから手を付けて良いかわからない状況であった。

「本震4日目」：現地入りして臨時の産業医に選任。亜急性期の職員のストレス状況把握のため①簡便性、②迅速性、③総合性、④予防的方針が提供できる、「ストレス・トリアージ票（報告当日供覧）」を独自に作成。

「本震5日目」：「精神科への受診等の必要性」を判断すると同時に、職員を疲労困憊させない対応を目的とする「ストレストリアージ」を全職責者に説明。調査票に基づき職責者が全職員の状況を把握して記載するよう指示。

「本震6日目」：朝までに全職場から調査票回収。午後、緊急性のある職員に精神科医師によるカウンセリング実施。

「本震7日目」：トリアージ報告書を病院長に提出し分類に応じた対応の開始。

「本震10日目」：「適切な休日を与えた」など第1次対応報告書を受け取る。

「7月末まで」週1回の精神科医師による治療・カウンセリングを継続。

並行して同法人の他事業所に対しても同様の介入。

【結果と考察】ストレストリアージ票に基づきA～Fの6群に分類し各々対応策を提示（D～Fは今報告からは除外）**A群**：メンタル面での「症状」も出ており緊急度が高く、医療機関受診・カウンセリング受診を勧め、最低2日間の連続休日を取得させる、**B群**：複数のストレスを抱えており、連休までに休養を取らなければならない**C群**：地震発生直後から休むことなく働き続けており、最低でも週1日の休日の取得を義務付け、2日間以上の連続の「積極的休養」をゴールデンウィーク終了までに取得させる。この群には管理職が多かったが管理職が「積極的休養」をとることが、判断ミスをなくし職員の健康にも配慮した円滑な職場運営を行う上で必須であった。トリアージ結果「A群」8名、「B群」11名、「C群」15名であった

【職員・管理職からの反応】職員の心身の不調の兆候を早期に発見して迅速に対応したことで、家庭の事情での退職者1名を除き全員が仕事を継続できた。職員からは「自分は職場に大事にされている」「職場が自分を守ってくれる」という、信頼や安心感につながった。中間職責者からは「日曜日に休もうと思っていたが、指導されて気が楽になりホッとした」。管理職からは「素早い対応で、どうしたら良いか方向性が示されて良かった」「職員にも声をかけやすかった」との意見が寄せられた。マネジメントの支援として有効であった。

【結論】大災害時に、医療、介護・福祉事業所のインフラ機能の保持は重要であり、各施設で働く職員の健康をまもる活動が必要不可欠である。災害現地の実態に応じた適時、適格、迅速な対応（災害時のステージに応じた対策）が重要である。そのためには不調者の早期発見・治療にとどまらない、総合的予防対策が必要であり、とりわけ過重労働対策が重要となる。外部からの産業医、産業保健職など専門的支援が有効であった。医療介護機関の災害時マニュアルに職員の健康をまもる（まもり抜く）活動の明確化することが重要である。

【利益相反（COI）の有無】 臨時の産業医

【軍事関連研究助成の有無】 無

シンポジウム3 国際的視野の社会医学実践

座長 千種雄一^{1), 2)} (1) 獨協医科大学 医学部 熱帯病寄生虫病学講座

2) 獨協医科大学 国際協力支援センター 国際交流支援室)

【目的】本シンポジウムでは、国内外で国際的視野に立脚して社会医学を実践されている先生方に話題提供をして戴き、現代の日本社会が抱える国際化に伴う医学的・公衆衛生的な問題を考えるとともに、日本が世界に対して医学的・公衆衛生学的に何ができるのかを提言出来ればと考えます。

【方法】本シンポジウムでは、1) SDGsにおける社会医学実践【東京女子医科大学国際環境・熱帯医学：杉下先生】、2) 在日外国人が抱える医療・健康問題【高田馬場さくらクリニック：富田先生】、3) 外国人労働者の医療【港町診療所：沢田先生】、4) 異なる文化をどのように社会は受け止めるか【宇都宮大学国際学部：田巻先生】について御講演を戴き、国際的視野に立脚した社会医学実践について考えたいと思います。

【結果と考察】まず SDGs 時代のグローバルヘルスと社会デザインの観点から、社会の様々な価値体系を包摂するエコシステムの多様性が重要であり、まさにPHC及びUHCの精神は、創造性に満ちたオープン・イノベーションを引き起こし、多様なエコシステムを生み出す社会デザインの可能性があると考えられています。

次に在日外国人の保健医療アクセスの観点から、外国籍住民も同じ社会の一員である認識及び健康は“人権そのもの”である認識の許、外国籍住民が気軽に受診でき、働きながら通院可能な制度設計の必要性が示されています。

続いて在日外国人の健康を守る視点から、外国人自身の人材育成・社会参加を推進し、日本の経済の退潮と格差の拡大に起因する社会的フラストレーションがSocial exclusionをもたらす事に警鐘を鳴らす提言がなされています。

最後に外国人生徒への学びの場の保障の観点から、宇都宮大学国際学部では外国人生徒の高校進学支援事業を通して、多言語による高校進学ガイダンスや教育機関への学習支援のための学生派遣を実施しております。2016年から同学部では日本語を母語としない生徒を念頭に置いた特別入試を国立大学では初めて実施しました。今後は進路保障の意義や役割について多面的な検討が望まれています。

【結論】本シンポジウムでは日本社会が抱える国際化に伴う医学的・公衆衛生的な問題を再認識し、日本が世界に対して医学的・公衆衛生学的に何を発信できるかの道標になると考えます。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S3-01 SDGs 時代のグローバルヘルスと社会デザイン

○杉下 智彦（東京女子医科大学医学部 国際環境・熱帯医学講座）

【目的】 2015年9月、国連サミットにおいて持続可能な開発目標（SDGs）が採択され、グローバル社会は「経済」「社会」「環境」が調和した「普遍的(universal)」で「変革的(transformative)」な取り組みによって、地球の未来のために持続可能な社会を創造することが求められる新しい時代に入りました。保健分野においては、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）」の実現に向けた公正かつ強靱な保健システムの強化という包摂的な取り組みが目標として掲げられ、基本的な保健サービスから「誰ひとり取り残さない」ために、貧困層の人々、妊婦や小児、高齢者や民族的・性的マイノリティなど、社会的弱者に支払い可能で品質が保証された保健サービスを提供することが喫緊の課題となっています。

【考察】 私は20年間にわたり HIV エイズやエボラ出血熱による公衆衛生危機や保健システムの強化に取り組んできました。しかし、アフリカにおいても経済のグローバリゼーションによって都市と地方、富むものと貧しいもの、男性と女性、主要民族とマイノリティなどの間の健康格差は急激に広がりはじめています。一方で、人類発祥の地であるアフリカには豊かな精神世界が広がっています。子供、女性、高齢者、障がい者などの社会的弱者に対しても「命を大切する」共同体意識があります。医療人類学という手法を使って垣間見てきたアフリカの「豊かな社会」。私がこれまで取り組んできたアフリカ各国の現状と課題や新たな挑戦を通して、本当の豊かさとはなにか？アフリカから学ぶことがたくさんあると思っています。



【結論】 UHCの精神は、まさに「人間の尊厳」に基づく「多様性 (diversity)」と「包括性(inclusion)」であると言えます。「誰一人取り残さない」という大きなビジョンを掲げることにより、「人間の尊厳」に立ち返って社会に存在するあらゆるシステムを見直し、「多様性」と「包括性」をキーワードにコミュニティや制度、資源、習慣、思考などを改革し、持続可能な社会を創造することが重要です。疾病構造の変化に伴って新しい価値観やエコシステムを創造していくためには、社会の様々な価値体系を包摂するエコシステムの多様性が重要であり、まさにPHCとUHCの精神は、健康という価値観の多様性が求められる時代において、創造性に満ちたオープン・イノベーションを引き起こし、多様なエコシステムを生み出す社会デザインの可能性に満ちています。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S3-02 地域社会における在住外国人の保健医療アクセスへの課題

○富田 茂（高田馬場さくらクリニック）

【はじめに】 世界的に国際化が進む中、日本国内でも外国人人口の増加傾向が続いており、地域医療の現場では日本語を母国語としない患者とその家族に接する機会が増えている。当院のある新宿区の外国籍住民は4万人を超え、年齢区分別外国人割合は年少人口（15歳未満）で8.5%、生産年齢人口（15歳～64歳）で16.1%、老年人口（65歳以上）で1.7%となっている（2018年5月）。国全体の高齢化が進む中で、地域社会を支える重要な役割を外国人が担っている。国籍の上位は中国、韓国、ネパール、ベトナム、ミャンマー出身者が占め、英語を母語としていない国である。欧米や日本の報告では、移民は言語能力、経済状況、習慣の違いなどから保健医療サービスへのアクセシビリティが低いことが知られている。また、近年の日本の調査では病院側から見た外国人患者受け入れ時の課題として言葉の問題と診療費未収などの経済的問題があげられている。

【活動概要】 高田馬場さくらクリニックではミャンマー、ネパール、タイ、ベトナム人スタッフによる通訳などの多言語対応を行っている。2014年から2017年に66カ国、のべ10,737人の外国人が受診し、ミャンマー国籍が7,012人と最多で以下ネパール、中国、韓国、タイ、ベトナムと続いた。慣れない肉体労働と関連して筋骨格系の問題が多くみられた。また、慢性疾患を抱えていても母国からの薬や売薬による自己治療に頼っていた例も多かった。

日本の重要な公的保健サービスの一つに特定健康診査（区民健診等）があるが受診している外国人は稀であった。受診への壁を低くするために、多言語による情報提供と問診票などの翻訳、通訳を介しての受診支援、有所見者へのリーフレットや多言語版血圧手帳作成などの取り組みを行った。これまで受診歴のない人の受診が増え、さらに家族知人にも広がりが見られた。受診者の有所見率は高く、多くは深夜労働や母国と異なる食習慣などライフスタイルに関連していることが予想された。一方で情報が得られても、勤務状況から受診のための時間を確保できない、また難民申請中のため制度的に受けることができない、等の言葉以外の社会的制約がみられた。

三次予防であるリハビリテーションについても、言葉の壁により実行困難またはリハビリの概念を理解されていないための中断例がみられていた。このため外国人スタッフによる言語支援下のリハビリを行った。その結果として十分な意思疎通によりリハビリへの協力が得られ機能回復へとつながるようになった。また、自己訓練の指導により通院回数も少なくて済むようになった。その一方、無保険者の一部で治療中断例がみられた。

【考察】 傷病に関する早期発見と早期治療、リハビリテーションは医療コストを減らし、健康な社会の維持に役立つことが知られている。多言語による保健医療へのサポートはこの点で有用と思われた。母国と日本の経済格差のある外国人では経済的基盤が脆い場合もあり、傷病が重症化して働けなくなると生活の破綻をきたしてしまいかねない。このことは治療費未収の問題とそれに起因する通院継続困難となる可能性があり未然に防ぐことが必要である。そのためには外国籍住民が日常的に気軽に受診できる場が必要であり、働きながら通院できるしくみづくりが重要である。しかしながら現状では言葉や制度に課題が残り、受療行動の遅れをきたす場面が多く見られている。地域社会において外国籍住民は少数の支援すべき対象ではなく、同じ社会をつくる一員である。健康については支援ではなく人権であることをふまえて、言葉の問題や社会制度の整備について考えてゆく必要がある。

【利益相反（COI）の有無】 無

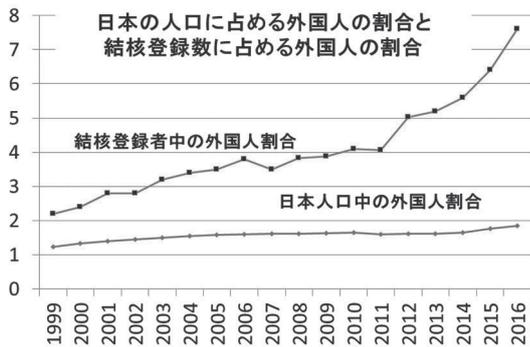
【軍事関連研究助成の有無】 無

S3-03 在日外国人の健康を守るのは誰か～外国人労働者の健康問題から

○沢田貴志^{1,2}

- (1. 神奈川県勤労者医療生活協同組合港町診療所
2. 特定非営利活動法人シェア＝国際保健協力市民の会)

【背景】1990年代、製造業・建設業などの人手不足を反映し多くの外国人が就労するようになった。当時は外国人労働者の4割程が在留資格を持たない非正規労働者だった。健康保険に加入できず受診が遅れ、医療機関にたどり着いた時には重症化しており、生命の危険を伴うことが少なくなかった。こうした状況は結核やHIVなどの感染症の分野で特に深刻であり医療現場に混乱が生じた。非正規労働者の健康問題は、貧困の現場からの脱出を求める開発途上国の労働者と人手を求める労働市場が存在する中で発生した極めて社会医学的な課題であった。



【活動】労働災害事例などでNPOとの連携があった私達の診療所には、言葉や医療費の障壁で受診が困難な外国人が次々に訪れるようになった。日本人に比べて重症者が多く、入院対応を要する受診者が毎週のように現れた。問題の背景を探るために外国人コミュニティに出かける中で、早期受診の必要性を感じ、外国人を含む市民・NPO・行政との連携で健康相談・結核検診を広げていった。やがて医療通訳としての技能を発揮するボランティア達の活動を経験し、自治体との連携で研修・認証システムを持った医療通訳制度の構築に繋げて行った。こうした通訳制度は少しずつ他の自治体に広がり

みせている。

外国人医療の中でもエイズはより深刻であり、受診が遅れ死亡することも少なくなかった。外国人のCBO・NPO等と連携した啓発や支援の構築、行政と連携した拠点病院への研修等で次第に体制が整っていった。こうした対応と出身国側の医療の好転、非正規労働者の流入の減少など様々な要因により、2000年代半ば以降、日本でのエイズ発症者に占める外国人の割合は大きく減少をした。結核についても頭打ちの傾向が見られた。しかし、2012年以降、技能実習生・就労する日本語学校生の増加の中で結核発生が急増するなど新たな困難に直面をしている。

【考察】外国人の健康問題の改善には、言葉の壁を乗り越え、多様な文化・習慣を踏まえて対応することが医療現場に求められる。しかし、外国人を一時滞在する安価な労働力として期待するような施策のもとでは健康格差を生み出す構造は改善されない。問題解決のためには、移民政策を明確にし、外国人自身の人材育成・社会参加の促進などを押し進めること、地域での実践モデルを地方自治体や中央行政と連携して広げるなど、総合的な社会施策が必要である。日本では経済の退潮と格差の拡大に対する社会的フラストレーションを背景に、多様性を否定しSocial exclusionを促進する様な潮流も見られている。こうした流れは、社会の不安定化と非効率化を生み持続可能な開発目標から遠ざかる負の連鎖を生むことが懸念される。外国人の医療の問題は社会のあり方からの影響を極めて受けやすく、多部門間の連携のもとで進めることが重要と考える。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S3-04 外国人生徒への学びの場の保障—多文化共生を担う次世代支援

○田巻松雄（宇都宮大学国際学部教授）

【背景】 日本人生徒の場合、高校進学率は99%近く、ほぼ全員が高校に入学している。日本人生徒に比べて、外国人生徒の高校進学率ははるかに低い。この最大の原因は、高校受験で「適格者主義」が取られている為である。適格者主義とは、高校に入学するに相応しい学力を有する者を選抜するという考えであり、そのために定員に余裕があっても不合格となってしまう。学力試験の点数が低いとしても、かれらの学力が低いとは限らない。確実なことは、母語としない日本語で学力を発揮することが難しいという事実である。

高校で学ぶことが出来るか否かは、将来のキャリア形成に大きな影響を与える。高校へ進学できなければ、外国人生徒は低学歴者として社会に参入することとなり、底辺的な市民層になっていく可能性は極めて高くなる。高校に進学し、さらに大学などの高等教育で学ぶことが出来れば、かれらは2つの言語と文化を有する多文化的・グローバル人材として、日本と母国、日本人と母国にルーツを持つ人との懸け橋となり、日本の多文化共生社会推進に大きく貢献できるだろう。

【活動】 栃木県内のすべての公立中学校を対象とする「外国人生徒進路状況調査」を過去7回実施してきた（現在8回目）。調査では、全体の進学率は8割を超えること（全国平均よりも高い）、しかし、全日制課程を希望しても叶わず定時制に進学するものが相当数いること、学力試験免除や受験教科の削減を軸とする特別措置入試受験者は受験資格要件の「入国後3年以内」が大きな壁となり少数に留まっていることなどが浮かび上がっている。

外国人生徒に対する高校への進路を保障する（学ぶ場を与える）代表的な取り組みは、都道府県単位で実施されている特別定員枠の設定である。文科省資料によると、特別定員枠は12都道府県（北海道、福島、茨城、千葉、東京、神奈川県、山梨、岐阜、愛知、三重、大阪、奈良）で設定されている。直接聞き取りが出来た神奈川県や大阪府では、「定員内不合格は出さない」方針が取られている。受験時に日本語で学力を発揮できない状態でも、不適格者として入学を拒むのではなく、「積極的に受け入れて育てる」という強い精神に支えられている。

進路保障を看板に掲げてはいないが、定時制と通信制の高校は、実質的に外国人生徒に学ぶ場を提供するうえで大きな社会的役割を果たしている。日本語指導を必要とする高校生2,915人（2016年度）の課程別内訳は、定時制1,547（53.1%）人、全日制1,351人（46.3%）、通信制17人（0.5%）となっている。日本語指導を必要とする生徒の半数以上が定時制で学んでいる現実がある。

【成果と課題】 宇都宮大学国際学部は、外国人生徒の高校進学支援に関する事業をいくつか行ってきた。多言語による高校進学ガイダンスや小中高等の教育機関・場への学習支援のための学生派遣などがある。また、国際学部は、2016年度入試から、「外国人生徒入試」を開始した。日本の高校で学ぶ日本語を母語としない生徒と、ブラジル人学校などの外国人学校で学ぶ生徒を念頭に置いた特別入試である。国立大学では初めての試みとなる。高校入試の特別定員枠に大きなヒントを得た。これまで3度の入試で、韓国・中国・ロシア・ブラジル国籍の生徒が入学してきた。

学ボラ派遣や外国人生徒入試等の取り組みは、改善を図っていく。高校進学の見学保障に関する取り組みは地域によって大きく異なっているのが実情で、地域間の相違を視野に入れながら進路保障の意義や役割について多面的な検討を加えていく必要がある。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

シンポジウム4 社会医学課題へ切り込む疫学

座長 星 旦二（首都大学東京名誉教授）

【セッションの趣旨】EBM（Evidence-Based Medicine）の考え方は21世紀に入り急速に広がった。今では、行政の意思決定においても、科学者の行った研究の成果（エビデンス）が広く用いられるようになっており、社会医学の関わる課題もその例外ではない。

本セッションは、社会の抱える課題に対して疫学研究を用いた取り組みを実践している先生方に、どのような手法でエビデンスを作り上げてきたか事例を紹介してもらうとともに、効果的な健康施策に活用していく重要性を再確認していく。個々人の健康志向行動を支える社会経済的要因、屋内外環境要因についても議論したい。

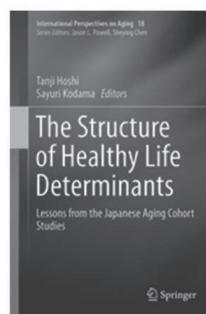
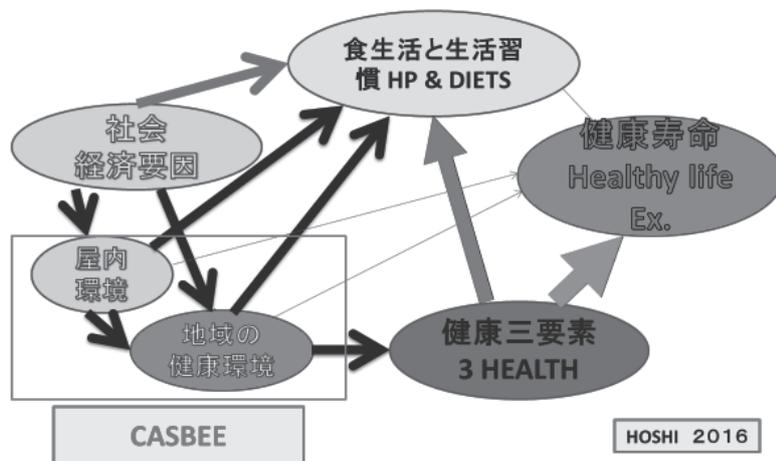
【演者】

- 演者：近藤 克則（千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門）
鈴木 貞夫（名古屋市立大学大学院医学研究科公衆衛生学分野）
遠藤 源樹（順天堂大学公衆衛生学講座）
大平 哲也（福島県立医科大学医学部疫学講座）
藤原 佳典（東京都健康長寿医療センター）

【Key Point】

- ・EBM（Evidence-Based Medicine）
- ・社会の抱える課題
- ・効果的な健康施策
- ・疫学研究実践
- ・行政の意思決定
- ・健康志向行動の支援環境

健康長寿は、社会経済要因と屋内と地域健康環境が基盤となり、その後の食生活と生活習慣と健康三要素を規定することを経由した、社会経済要因が間接因果効果を持つ。生活習慣と社会経済要因から健康長寿への直接効果は極めて小さい可能性。



The structure of healthy life determinants

- Lessons from the Japanese aging cohort studies -

Edited by
Tanji Hoshi, M.D., Ph.D.
Professor Emeritus
Toho Metropolitan University, Japan
and
Sayuri Kodama, RD, Ph.D., MMS
Lecturer, Department of Food and Nutrition Science
Sagami Women's Junior College, Japan

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S4-01 健康格差に挑む社会疫学—JAGES（日本老年学的評価研究）

○近藤克則（千葉大学予防医学センター/
国立長寿医療研究センター老年学・社会科学研究センター）

【目的】健康格差問題に、社会疫学的手法を用いて取り組んできた JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究）プロジェクトの事例を取り上げ、エビデンスを作ってきたプロセスを紹介し、教訓と課題を考察する。

【プロセス】脳卒中患者を多数診ていた臨床医時代に、受け持ち患者に生活保護の患者が多いことに気づいた。豊かになった日本における貧困問題の一形態かもしれないと思ったが、臨床医には、その検証はできなかった。大学に移って市町との共同調査の機会を得て、低所得層に要介護者が5倍も多いことを2000年に発表した。英国留学中に社会疫学という新しい分野ができたことを知った。帰国後に、AGES（愛知老年学的評価研究）プロジェクトを立ち上げ、2003年に15市町村の約3.3万人の高齢者を対象とする調査を行い、健康格差が日本社会にも広く認められることを確認した。先行研究をまとめた「健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか」（医学書院, 2005）でソーシャルキャピタルを紹介し、「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年）で実態を示し、健康格差の縮小の必要性を訴えた。その後、2006, 2010, 2013年に規模を拡大しながら調査を繰り返し、2016/7年には41市町の約20万人が回答する共同調査へと発展させた。50人規模の研究者で大規模データを使った観察研究、地域介入研究、「見える化」システムの開発、政策研究などを進め、累積の発表論文数約350本（うち英文査読論文100超）、書籍10、学会賞37を数えるまでになった。その後「健康日本21（第2次）」（2012年）で「健康格差の縮小」が方向として示され、厚生労働白書（2014）でソーシャルキャピタルが紹介され、2015年から地域包括ケア「見える化」システムが稼働を始めた。そして2018年には都道府県間の健康寿命における健康格差の縮小が確認された。

【考察—教訓と課題】社会医学は、疾患や患者の苦しみの原因を社会・環境の中に見出す。それ故に、その予防や治療、苦痛の緩和を図ろうとすると、住民や社会を巻き込み、メディアや政策を通じて、社会を動かすことを意図することになる。その時に疫学的手法によるエビデンスは有用である。さらに知見をアカデミアの中に蓄積するだけでは社会は動かない。知見を社会や関係者と共に作り、共有する knowledge translation (KT) がもっと追究されて良い。WHO から KT の Good Practice として評価され、分析をして次の7要因が重要であったと考察した。それは、1) 研究者と関係者（市町村・研究助成団体など）の Win-Win の関係、2) 多部門（ボランティア・NPO・市町村や国の介護保険担当者とそれ以外の部門など）の連携、3) 大規模調査データを活用した知見を創出する学際的なチーム、4) コミュニティ参加型研究 (CBPR) 5) 地域マネジメント支援ツールの開発、6) 多様なメディアを通じたアドボケート、7) 継続的な研究資金の確保、である。20年を経ても道半ばで課題は多い。なぜ都道府県間の健康格差が縮小したのか説明できず、共同研究する市町で健康格差を縮小したという成果は確認できていない。得られているデータも、解明できた要因間の関連も、複雑な社会のごく一部でしかない。

【結論】社会を対象とする社会医学が力を発揮するには、疫学研究による知見が有用である。今後の IoT やビッグデータを活用した社会医学研究の進展に期待したい。加えて、関係者や社会と knowledge translation できる仕組みを社会に組み込むことも、社会医学者に課された課題と考える。

【利益相反 (COI) の有無】 有（研究助成：両備システムズ、リソル生命の森、NEC）

【軍事関連研究助成の有無】 無

S4-02 HPV ワクチンと接種後症状との関連について—名古屋スタディの結果と社会的影響

○ 鈴木貞夫 (名古屋市立大学大学院医学研究科・公衆衛生学分野)

【目的】名古屋市からの依頼を受け、HPV ワクチンと接種後症状との関連について分析疫学研究を行った。

【方法】対象は名古屋市に 2015 年 8 月 12 日に住民票のあった女性で、1994 年 4 月 2 日から 2001 年 4 月 1 日までに生まれた 7 学年の 71,177 人。無記名の調査票を全員に送付し、回答と返送を求めた。調査票の内容は市を通じて患者会と調整し、以下のものとした。記入者、年齢 (7 学年)、小学校 6 年から現在までの「症状」の有無 (主アウトカム)、症状による医療機関の受診の有無、現在の症状の有無と頻度 (いつも、ときどき、ほとんどない、ない)、症状による学校での勉強、勉強以外、就職などへの影響、ワクチンの回数と時期 (やめた場合はその理由)、ワクチンの種類 (サーバリックス・ガーダシル)。症状は次の 24 症状を使用した。1) 月経不順、2) 月経量の異常、3) 関節やからだがかたくなる、4) ひどく頭が痛い、5) 身体がだるい、6) すぐ疲れる、7) 集中できない、8) 視野の異常、9) 光を異常にまぶしく感じる、10) 視力が急に低下した、11) めまいがする、12) 足が冷たい、13) なかなか眠れない、14) 異常に長く寝てしまう、15) 皮膚が荒れてきた、16) 過呼吸、17) 物覚えが悪くなった、18) 簡単な計算ができなくなった、19) 簡単な漢字が思い出せなくなった、20) 身体が自分の意思に反して動く、21) 普通に歩けなくなった、22) 杖や車いすが必要になった、23) 突然力が抜ける、24) 手や足に力が入らない。それぞれの症状について、年齢調整オッズ比を算出し、関連を観察した。

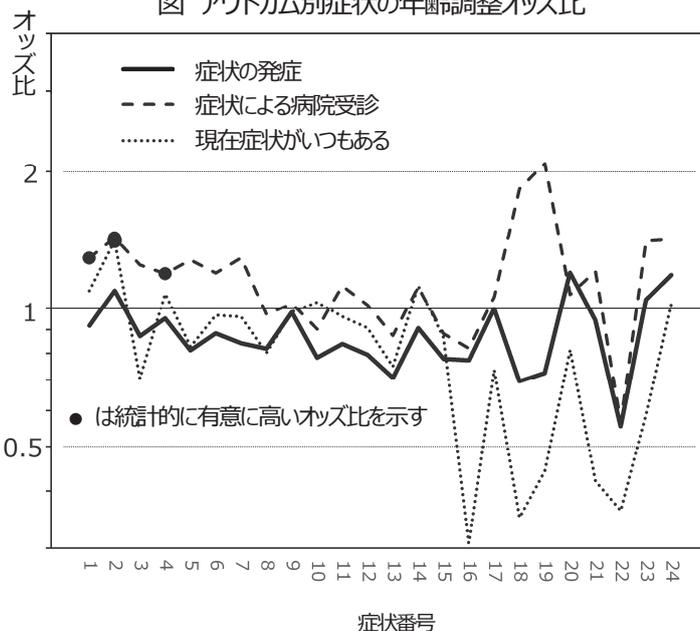
【結果と考察】有効発送数 70,960 通のうち、返送が 30,793 通あった (回収率 43.3%)。年齢と HPV ワクチン接種の情報のある 29,846 人を解析対象とした。図にそれぞれのアウトカム別に症状の年齢調整オッズ比を示した。主アウトカムである症状発症について、有意に高いオッズ比を示したものはなかった。病院受診では、月経不順 (オッズ比: 1.29, 95%CI: 1.12-1.49)、月経量の異常 (オッズ比: 1.43, 95%CI: 1.13-1.82)、ひどく頭が痛い (オッズ比: 1.19, 95%CI: 1.02-1.39) の 3 項目で、現在の症状では、月経量の異常のみが高いオッズ比 (1.41, 95%CI: 1.11-1.79) を示した。病院受診は全般的に発症より高いオッズ比を得たが、現在の症状についてはその傾向はなく、病院受診は症状が重いからというより、ワクチンとの関連を心配した受診行動が理由と思われた。これらの結果は、2015 年の 12 月に名古屋市が速報として発表した。その後、この解析結果は削除され、生データと集計結果が現在アップされている。2018 年 2 月に、この結果を含む論文が出版された。これまでの取材や講演の依頼は、学会関係が 8 件、ネット関係が 2 件、テレビ 2 件、新聞 1 件、その他 1 件であった。なお、薬害オンブズパーソン会議より、鈴木論文の結論は誤りであるとする旨の「見解」が出されている。

【結論】この研究を含め、エビデンスとしては HPV の安全性は確立されたと考える。しかし、社会的に注目度の高い題材についての発信は、科学性のみが重要ではなく、注意深く行う必要がある。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

図 アウトカム別症状の年齢調整オッズ比



S4-03 『治療と就労の両立支援』に切り込む疫学と社会活動

○遠藤源樹（順天堂大学公衆衛生学講座）

15歳から64歳までの「生産年齢人口」の割合は、1990年頃から減り続けており、日本の労働人口は、今後50年でほぼ半減することが推定されている。急速に少子高齢化が進む日本において、労働者ががんや脳卒中などの疾患に罹患する事例は今後益々増えていくことが予想され、治療と就労の両立支援は産業保健の重要課題として認識されつつある。

欧米（特に米国とオランダ）では、がんサバイバー研究等が盛んに実施されているが、日本においては、労働者の病休と復職、復職後の経過などに関するコホート研究は極めて乏しい状況であった。本研究は、日本で初めての、「メンタルヘルス不調と就労」「がんと就労」「脳卒中と就労」「心筋梗塞と就労」「不妊治療と就労」等に関する大規模病休・復職コホート研究である。治療と就労の両立支援における疫学的知見と就労上の配慮について、このシンポジウム内でその一部を紹介する。

（主な内容）

『がん治療と就労の両立支援』

- ・がん全体の病休日数の中央値は203日、病休開始日から一年後のフルタイム復職率は62.3%
- ・病休制度と短時間勤務制度の重要性
- ・復職後の5年勤務継続率は51.1%
- ・復職後2年間は、がん治療と就労の両立上、最も重要な時期
- ・がん治療等による体力低下（Cancer-related Fatigue）が最大の就労阻害因子
- ・両立支援のキーワードは、「事例性/疾病性に分けた実務対応」「利害関係の調整」
- ・中小企業実態調査等と日米蘭共同がんサバイバーシップ研究の進捗
- ・厚労科研遠藤班「がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究」等の進捗等

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S4-04 震災・放射線事故関連の疫学研究 ～福島県県民健康調査～

○大平哲也（福島県立医科大学・放射線医学県民健康管理センター）

【目的】 世界では毎年のように地震、津波等の災害が発生しており、わが国においても阪神淡路大震災、新潟県中越地震、東日本大震災、熊本地震などが発生し、災害の影響について疫学調査が行われてきた。特に東日本大震災では、地震・津波による大災害に加え、東京電力福島第一原発事故に伴う広大な環境汚染と甚大な社会影響を引き起こした。福島県では、震災による直接死に比べてその後の関連死が多く、それには放射線による避難の影響が関連している可能性がある。そのため、県民全体の健康管理を長期に実施するための健康管理調査事業（以下、県民健康調査）が震災後に立ち上げられた。今回、県民健康調査における疫学的な評価を中心として、福島県の健康課題を身体的、心理的、社会的面から現状を報告し、災害時における疫学研究のあり方について考える機会としたい。

【方法】 県民健康調査は、福島全県民を対象とした基本調査と詳細調査である①震災当時0-18歳の約36万人の子ども達への甲状腺検査、②避難区域住民21万人を対象とした健康診査と③こころの健康度・生活習慣に関する調査、及び④福島県内の毎年の妊産婦約1万5千人への妊産婦調査を実施している。基本調査については福島県民全体を対象として、震災後4か月間の行動記録を基に推定した外部被ばく実行線量の評価を行っている。甲状腺検査は20歳になるまでは2年に1度、20歳を超えてからは5年に1度超音波を用いた甲状腺の評価が行われている。健康診査とこころの健康度・生活習慣に関する調査は毎年実施されているが、健康診査については震災前の健康診査データと震災後の健康診査データの比較も行っている。妊産婦調査は妊娠初年度の調査に加えて、回答者には4年後のフォローアップ調査が行われている。

【結果と考察】 身体面については、健診受診者では、震災後1～2年において、避難区域住民を中心として肥満・過体重が増加し、それに伴い、高血圧、脂質異常、糖異常、肝機能異常、多血症、心房細動等を持つ者の割合が増加した。さらに、これらの震災後の新規発症には避難したことが影響していた。次に、震災後5年間の身体状況を検討した結果、震災後に増加した肥満者の割合に低下はみられず、高血圧、脂質異常、糖異常を有する者の割合はさらに増加していたが、肝機能異常者は減少傾向がみられた。小児についても同様に震災後に過体重の増加がみられ、その傾向は震災の影響がなかった他県に比べて顕著であることも報告されている。さらに甲状腺検査の結果、平成30年3月現在197人のがん及びがん疑い例が発見されているが放射線との関連は明らかではなく、放射線に対する不安の解消には至っていない。心理的には、16歳以上においてKessler6 (K6) によって判定された精神的不調を訴える者 (K6の得点が13点以上) の割合は平成23年度調査では14.6%と高値を示した。また、精神的不調を訴える者の割合は平成24年度調査以降年々低下傾向を示してきたが、震災後6年以上が経った現在でも一般集団と比べると高い値であり、長期間の避難生活及び放射線への不安等が影響している可能性が考えられた。小児のこころの健康度についてはStrengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)を用いて評価した結果、支援を必要とする者 (SDQの得点が16点以上) の割合は、非被災地域と比べて高かった。平成24年度以降その割合は年々低下傾向がみられているものの、未だ非被災地域と比べて高い状態が続いている。社会的には、震災後に避難を余儀なくされ、住居形態、家族構成の変化に加え、失業・転職、経済状況の悪化等がおこり、それぞれが身体的健康やこころの健康に影響を及ぼしていた。

【結論】 震災後の住民においては身体的、心理的、社会的課題がお互いに影響し合っており、これらを包括するような疫学研究が必要である。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S4-05 ライフコースに応じた高齢者の社会参加の枠組みと健康

○藤原佳典（東京都健康長寿医療センター研究所社会参加と地域保健研究チーム）

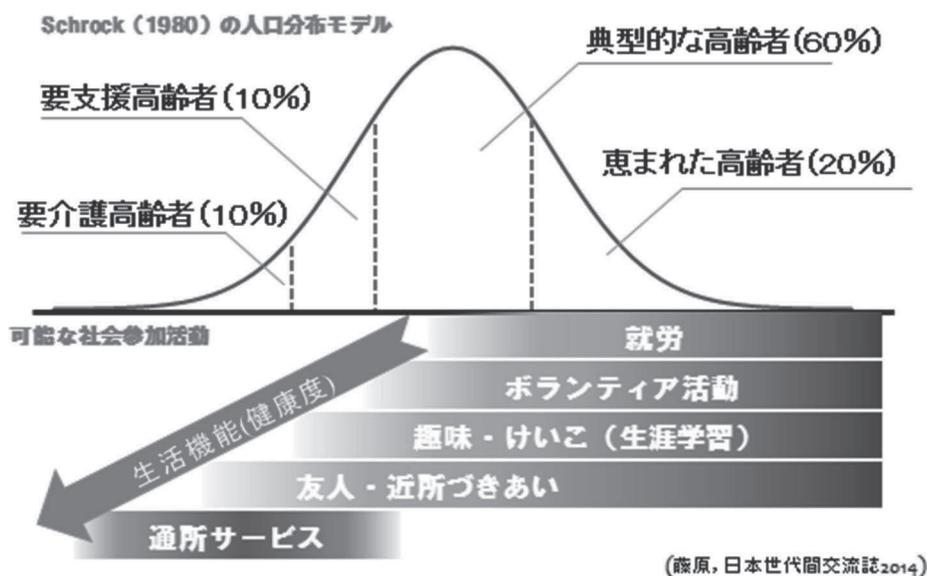
【背景】 少子高齢社会が進行する我が国では、高齢者は心身の健康面や社会経済的側面から最大多数の弱者となり得る。一方で、高齢者は持続可能な共生社会の実現をめざす上では、就労やボランティアといった有償・無償の社会参加・社会貢献の担い手としても期待される。

【社会参加の枠組み】 「社会参加」(social participation)についての統一された語義はないが、実践的な活動を想定した場合には、「他者との相互関係を伴う活動に参加すること」(Levasseur, et al. 2010)と定義すると考えやすい。高齢者の健康度を生活機能の側面から見るとその低下に伴い社会参加の様相は就労からボランティア・自己啓発活動、更には、近所づきあい等のインフォーマルな交流へと徐々に推移することが多い。

そこで、本発表では、高齢者の社会参加・社会貢献を productivity の理論(Kahn, 1983)に基づき (1)就労、(2)ボランティア活動、(3)自己啓発(趣味・学習・保健)活動、(4)友人・隣人等とのインフォーマルな交流、(5)要介護期のデイ(通所)サービス利用の5つのステージに分けて操作的に定義する。

【ライフコースに応じた社会参加と健康】 これらの社会参加のステージは重層的であり、求められる生活機能により高次から低次へと階層構造をなす。例えば、金銭的報酬による責任が伴う就労を第一ステージとすると、就労が困難になった高齢者の主な社会参加のステージは、次に原則として無償の社会貢献である第二ステージのボランティアへ移行する。他者への直接的な貢献に負担を感じるようになると第三のステージである自己啓発(趣味・生涯学習・健康づくり)活動へと移行する。趣味・稽古ごとといった自己啓発活動は原則として団体・グループ活動である。更に、生活機能が低下すると、これらの制約に縛られない第四ステージの友人・知人などとの私的な交流や近所づきあいへと移行することが望ましい。更に、要支援・要介護状態に進むと受動的な社会参加も可能である第五ステージの通所サービス(デイサービス)や地域のサロン、カフェの利用へと移行する。

こうした移行のプロセスは、社会的責任とそれに伴う活動継続における難易度という視点からも妥当であると考えられる。本発表では、高齢期の社会参加について、ボランティア活動や生涯学習というようにライフコースに応じて社会参加が健康に及ぼす影響について実証研究のエビデンスをもとに総括する。



(藤原, 日本世代間交流誌2014)

図. 高齢者の生活機能に応じた社会参加の枠組み

【利益相反(COI)の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

シンポジウム5 次世代の社会医学を考える

座長 高鳥毛敏雄（関西大学・社会安全学部・社会安全研究科）

【はじめにーこれまでの社会医学ー】

日本の社会医学の必要性は古くからあったものと思われる。江戸初期の日本は世界有数の金、銀、銅の産出国であり鉱山採掘が活発に行われていたことが知られている。足尾銅山も1550年（天文19年）に発見され採掘がはじまっている。明治以前に労働災害や環境問題があったものと思われる。日本の社会医学研究としては、石原修が内務省より「工場衛生調査」を委託されまとめた論文「衛生学上より見たる女工之現況」（1913年）が有名である。労働環境と疾病の関係を明らかにし、工場法制定や産業医学会設立につながっている。1947年に日本国憲法が施行され、それに基づき労働基準法、新保健所法、生活保護法、地方自治法、医療保険制度など社会医学を支える社会制度が整えられいくことになる。しかし、日本社会医学会の前身の社会医学研究会が定期的に開催されるようになったのは戦後になってしばらくたってからのことである。戦後の経済復興過程において発生した環境汚染、公害・薬害、食品汚染、職業病・労働災害などが噴出する中で社会医学研究会の歴史が刻まれてきた。現在、戦前に産まれた会員が少なくなり、公害や薬害のことを知るものも少なくなっている。過去の歴史も忘れることはできない。しかし、日本社会医学会設立後半世紀を過ぎ次世代の社会医学を模索しなければならない。

【シンポジウムの構成ー次世代の社会医学ー】

一見すると、現在、環境汚染、薬害、食品汚染、職業病などが目につきにくくなっている。しかし、社会の奥底をみると、子どもを中心に貧困問題がなくなったわけではなく、また労働現場においては非正規雇用者の割合の増加、外国人の技能実習生の増加、長時間労働・過労死・過労自殺の働かせられ方の問題、乳幼児や高齢者に対する暴力・虐待、パチンコやギャンブル依存症、社会的孤立の問題への対応が迫られている。豊かな社会の社会医学の確率が求められている。そういう状況にあることから、小橋元学会長のご要望もあり本シンポジウムを進めさせていただくことにする。シンポジストとして立場の異なる次世代の会員にお願いさせていただくこととした。

シンポジストの皆さんには「次世代の社会」について自由にご報告をしていただくようお願いしている。会員の皆さんも社会医学については様々な理解をしているものと思う。シンポジウムの時間の許す限り、会員の皆さんと自由闊達に議論したいと思っている。本学会は、若い会員を増やしていくことがとても大切となっている。「社会医学とは何か」、「社会医学にはどんな魅力があるのか」、一緒に考える機会としたいと思っている。

シンポジウムにおいては、下記の3人の会員の方に、下記のような内容のご報告をいただく予定である。

1) 北原照代（滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門）

1991年に社会学研究会に参加してから「社会医学とは何か」とずっと考えてこられていると聞いている。大学で、医学生に社会医学フィールド実習を担当し、学生の社会医学の受けとめ方が変わることを経験してきているとのことである。これまでの社会医学会とのお付き合い、医学生を通じて社会医学の受けとめ方を経験していることから、次世代の若い会員に対するメッセージをしていただけるものと考えている。

2) 八谷寛（藤田保健衛生大学公衆衛生学）

公衆衛生・疫学の立場、また医師の立場から、社会医学の道に入られ、循環器疾患の予防や生活習慣病対策に取り組んでこられていると聞いている。その立場から、公衆衛生学会、疫学会がある中で、社会医学会を担うべきこと、また社会医学のあり方について、お話しいただけるものと考えている。

3) 田中勤（南生協病院産婦人科・医師）

臨床現場で思春期外来を行うとともに深夜の街に出かけて思春期の若者の調査を行っている。米国の公衆衛生学会に参加し、日本の公衆衛生とは異なり、社会的公正や社会格差に関する報告や議論が多かったと感じ、社会医学はボーダーレスな分野と理解し、それに基づいて日本の社会医学の将来について言及していただけるものと考えている。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S5-01 社会医学への思い

○北原照代（滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門）

【はじめに】 私が初めて社会医学会総会に参加したのは、27年前、1991年に渡部眞也先生（当教室初代教授）が担当し大津で開催された第32回総会だった。当時研修医1年目で、翌年に滋賀医大大学院に進学して渡部教室に入る予定だった私は、要員として参加させてもらった。テーマは「ふたたび社会医学とは何かを考える」・・・「ふたたび」って、何だろう？ そもそも社会医学って何？ 訳がわからないまま、シンポジウムや口演発表を聴いた。手元にある抄録集には、ところどころ下線をしたり書きこんだりしているから真面目に聴いていたと思うが、消化不良だったと思う。今、抄録集に目を通すと、もう一度聴いてみたい発表がたくさんある。これまでに振り返って、自分は諸先輩方のような「社会医学的な」発表をしてきたか。反省するところが多い。

【なぜ社会医学の道に？】 高校生の時、私は、「将来、福祉の仕事をしたい」と思っていた。ところが、当時医学生だった姉から「福祉学部に行く方法もあるけど、医学部へ行って福祉の勉強をするのもいいんじゃない？」と言われて心が動いた。和歌山医大を受験したとき、面接で「公衆衛生の仕事をしたい」と言ったら、面接担当の某臨床教授から「今からそんなことを考えるなんて！」と怒られた。どうして怒られるのかと思ったが、「普通の医者」にはなりたくなかった。ふと「手話ができる医者になったら、聞こえない患者さんと直接お話しできる」と思い立ち、「普通ではない医者」を目指して、手話を学ぶことにした。地元の手話サークルに行ったり、聴覚障害者団体の事務所に入りたりして、「手話の世界」に引き込まれていた頃、「手話通訳者の頸肩腕障害」がマスコミで取り上げられた。和歌山でも手話通訳者を対象とした頸肩腕障害予防の学習会が開催され、その時の現・埴田准教授の講演は、大学の授業で聴いたことがなく、「目からウロコ」だった。「これだ！」と思って当教室の門を叩き、現在に至る。

【「その発表のどこが社会医学？」】 前身の社会医学研究会（社医研）時代も含め、本学会の演題×切時期が近づくと、何をエントリーしようか教室で議論をする。私たち教員は、渡部先生からも、西山勝夫先生（当教室2代目教授）からも、「その何が社会医学なんだ？」「なぜ社医研（社会医学会）で発表するんだ？」と問いかげられ、しばしば返答に窮した。「こういうところが社医研で発表するに値すると思います」といった回答は、正直、した覚えがない。しかし、産業衛生学会でもなく、公衆衛生学会でもなく、社医研・社会医学会で発表することの意味を、一旦考えてから、エントリーする習慣がついた。そして、発表の時に誰かから飛んでくるかもしれない「どこが社会医学なんですか？」との質問に備えるべく、教室で議論してから学会に参加するのが、わが教室の「伝統」である。

【滋賀医科大学医学科の社会医学フィールド実習】 滋賀医大では、医学科4回生が、現実社会における健康に関わる諸問題を体験的に学び考察することを目的として「社会医学フィールド実習」を行う。過去のテーマは、労働衛生、環境衛生、障害福祉、地域医療ほか、多岐にわたる。報告書を見直してみると、今もなお社会的に問題になっている健康課題があり、医学生に教育する意義を見出すことができる。近年はカリキュラムの都合で実習時間が圧縮され、学生と深く関わるができなくなっているが、それでも、熱心に取り組んで本学会で発表する（今回も2演題あり）、あるいは論文に投稿する学生もいる。実習開始当初は面倒くさそうな顔をしていた学生が、実習先で現場の声を聞き、学内で議論しながら実習を進めるうちに、みるみる表情が変わっていくのを見るのは、教員冥利につきる。学生が作成する実習報告書を、公開可能なレベルにまで添削指導するのはかなり労力を要するが、同実習は、学生に社会医学の魅力を伝えることができる貴重な場でもあり、今後も大切に関わっていきたい。なお、実習報告書は、当教室のホームページからダウンロードできる。

(<http://www.shiga-med.ac.jp/~hqpreve/kyouiku/index.htm>)

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

S5-02 医師養成教育における社会医学の重要性

○八谷 寛、太田充彦（藤田保健衛生大学医学部公衆衛生学）

【私と社会医学】 私は、1996年に医学部を卒業、翌年に出身大の公衆衛生学教室の大学院生となり、豊嶋英明前教授の指導により生活習慣病の疫学研究を専門とするに至りました。職域（自治体職員）をフィールドとして、データベース化した質問紙調査や検査の結果を統計学的に分析し知見を得ようとするものですが、元教授の山田信也先生からは、職場へ実際に行って一人一人の職員の生活や悩みを聴き、何が問題か一緒に考えることが大事ですと、しばしば助言を頂きました。恩師の一人であり、同じ時期に教室に在籍した玉腰浩司先生は、腫瘍を専門とする産婦人科医でしたが、診察室を訪れる多くの進行がん患者を、「どうしてもっと早く来なかったのか」と責める医師の姿に対し、予防や早期発見のために医師自らが地域や職域に出ていくことの重要性に気付かれ、社会医学に転向されたと教わりました。

【社会医学とは】 2018年3月30日発行の「社会医学会レター」に掲載された埴田和史先生の「私と『社会医学』」に端的にまとめられている社会医学とは何か、そして社会医学会の学会としての歩みに関する記事に感銘を受けました。埴田先生は、「聴覚障害者がコミュニケーションや情報から閉ざされた社会に放置されていることに端を発して、手話通訳者が頸肩腕障害を発症するとの、社会的な要因を踏まえた、手話通訳者の健康障害発生の構図でした。臨床医時代には見えなかった、患者の健康障害の背景でした。」と社会医学の本質を、さらに「生活や労働の場に発生している事実を出発点に、その健康に係わる事象を科学的に多面的に把握・分析し、その発生構造を対策に結びつけてきた歩みでした。健康や生活を脅かされる国民と多様な専門家との共同によって、疾病の予防や生活の改善を実現させる『社会医学』の可能性を強く感じました。」と社会医学会という学問に関して考察されています。

【医師養成教育における社会医学の重要性】 医師の役割・義務の一つに、診断書・証明書の作成があります。私たちは、診断や証明の「社会医学」的な洞察が重要であると考え、高柳泰世先生の協力のもと、色覚特性を題材にグループワークを実施しています。色覚のスクリーニング検査である石原式色覚異常検査表を用いて診断や証明を行うことの問題点把握を通じて、学業や職務の遂行能力は学校や現場の実情に基づいて評価すべきこと、医師の診断・証明が患者の社会参加を閉ざしてしまう可能性があることを学ぶのが目的です。

また、訪問看護ステーションの協力を得て、在宅サービスを受けている高齢者を定期的に訪問し話をする実習（名古屋大学在籍当時）では、生活をしている人の視点から、医療、介護福祉、行政サービスなどへの意見や要望を聞いたり、さらに家族の状況や他の社会的繋がりへ視野を広げるきっかけを得ることを目的としました。

【日本社会医学会に期待すること】 表層的なプロフェッショナルイズム教育でない、本当の社会医学教育が、医師の専門性に求められており、そのための貢献が本学会に期待されます。

S5-03 社会医学をみんなのものに — ボーダーレスの社会医学を築くために

○田中 勤 (少年支援保健委員会・Public Health (NGO)、南生協病院産婦人科)

【概要】 私は、臨床では産婦人科医として思春期臨床に携わり、看護専門学校での公衆衛生学の教育、そして深夜の街での思春期保健活動を行っている。大学病院に勤める同級生たちは、医師として精力的に臨床・教育・研究をこなしているので、私も臨床・教育・活動を自分に課そうとこれまでやってきた。特に、深夜の街での思春期保健活動(夜回り活動)は、大人の社会に夜の街のこどもたちの声を伝えるケース・スタディとして、私自身のささやかな存在意義となっている。

研修医だった20年前、婦人科思春期外来で17才の少女に出会った。彼女は風俗で働かされ、覚醒剤漬けにさせられていた。そんな状況にあっても、彼女は学校に行きたいという思いを話してくれた。今後を一緒に考えていこうと思い、次の受診予約を入れた後、彼女は消息を絶った。警察に保護されたのかもしれない。その時、私が思ったのは、診察室で待っているだけではいけないということだった。そこで、私は2007年9月についてに勇気を振り絞って一步を踏み出し、名古屋の深夜の繁華街でのこどもたちへの声かけ・聴き取り活動を開始した。チャールズ・ディケンズの小説に出てくるような、不公正な社会から搾取されるこどもたちに数多く出会い、衝撃を受けた。そして、夜の街のこどもたちの生の姿・生の声を2009年の本学会で初めて紹介した。本学会の先生方から励ましを受け、感激したのを今も忘れない。その後、活動をともにする仲間も増え、傾聴・共感・見守りを基礎として、こどもたちの声を大人社会に届け、彼らのために何ができるのか考え、変遷する時代の流れのなかで悩みながら、終わりのない格闘を続けている。たとえ対象が一人しかいなかったとしても、効率性を理由にそれを見て見ぬふりをすることは不正義である。歴史的には、疾病や貧困に苦しむ人々や虐待・酷使されるこどもたちというマイノリティや社会的弱者に手をさしのべてきたのが公衆衛生の原点だ。

医療系の臨床を志向する学生たちにとって必修科目となっている。公衆衛生は行政や研究だけの世界ではなく、臨床や市民生活とも強く結びつき、さらに広い世界で生起する事象を見つめる、極めて現実的かつ実践的な分野である。公衆衛生を含め、社会医学を発展させるためには、すべての人による参加という原則が不可欠である。

私は、昨年秋にアメリカ公衆衛生学会 (APHA: American Public Health Association)、そしてこの3月にアメリカの思春期学会 (SAHM: Society for Adolescent Health and Medicine) に参加した。APHA では、Socialist Caucus という活動グループが古くから社会の問題と取り組んできた。Socialist といっても、その主張は社会運動家、あるいは社会変革主義者という印象のグループであり、人々のメンタルヘルスに影響を与える racism や police violence との対峙を掲げ、”RESIST!” と書かれた赤いリボンをバッジにつけ勇ましかった。一方、SAHM では、私の専攻分野の Juvenile Justice や Runaway/Homeless Youth に取り組むグループがあり、子どもたちへの支援を病院の外に向かって積極的に展開していこうという姿勢に刺激を受けた。また、グローバルには、難民・移民の問題に直面し、平和の問題に取り組もうというグループも醸成しつつあった。世界の公衆衛生の流れでは、疾病の原因だけではなく、原因の原因という健康の社会的決定要因について目を向け始めている。日本社会にも、不正義・不正義・社会格差など、目を背けてはならない問題が山積している。人文・社会科学分野も含めた幅広い視野と議論が必要であることは言うまでもない。

すべての人々の幸せを求める社会医学はボーダーレスな分野である。すでに日本社会医学には、独自とも言える立ち位置がある。社会格差や貧困、戦争などのテーマに早くから取り組んでおり、時代の先端を歩んでいる特徴がある。昨年の北海道での本学会総会では、夜回り活動グループの若手メンバーたちも参加し、総会から大いに刺激を受けたようで、学び、考える感激を口にしていった。出会い、感じ、考えることで、社会医学の魅力が伝わる。日本社会医学の特徴を活かし、われわれもさらに一步踏み出してみる。それはわれわれ会員が日本の社会医学をリードするという志を共有し、広く人々に向かって熱く語りかける、その情熱から始まる。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

一般演題抄録

口演	・ ・ ・ ・	63 頁	～	82 頁
ポスター	・ ・ ・	83 頁	～	108 頁

0-01 スティグマ低減のための認知症疑似体験プログラム：レビュー

○佐藤（佐久間）りか（認定NPO 法人健康と病いの語りディペックス・ジャパン）

小橋元（獨協医科大・公衆衛生）

【背景と目的】 認知症の人に対する社会的スティグマは、本人や家族の生きづらさにつながるだけでなく、早期受診の妨げとなり、本人の生活の質が損なわれる前の介入を困難にする。認知症の早期発見・早期対応には認知症に対するスティグマの低減が必要である。先行研究から認知症のスティグマには当事者との接触レベル、認知症への理解度、学習体験の機会が関与していることが明らかになっている。また、障害者や高齢者への共感を育てる手段としての疑似体験学習の効果についても数多くの先行研究があるが、認知症に特化したものはまだ多くない。

近年、ヘッドマウントディスプレイを使った Virtual Reality (VR) を通して当事者の感情や感覚を迫体験させるような学習プログラム（長寿社会文化協会「トイレ探し」体験やシルバーウッド「VR 認知症」など）の開発も進んでいることから、認知症疑似体験プログラムに関する先行研究をレビューして、そのスティグマ低減効果の可能性について検討する。

【方法】 まず Google Scholar を用いて、「認知症」「疑似体験」の2語を、英語は“dementia”と“simulated experience(以下 SE)”もしくは“virtual experience (以下 VE)”を検索語として、2014年以降の英語と日本語の文献を検索した（特許や引用部分は含めない）。医中誌 WEB でも同様の条件で日本語文献を、PUBMED では“dementia” “experience”の2語に“simulated (S)”もしくは“virtual (V)”を加えて英語文献を検索した。

【結果】 Google Scholar では96件の日本語文献と SE を含む54件、VE を含む73件の英語文献が抽出された。医中誌 WEB では3件、PUBMED ではS を含むものは1件、V を含むものが21件という結果であった。その中から認知症当事者の体験のシミュレーションに関するものであることを精選の条件として、視聴覚や四肢の可動域を制限するような一般的な高齢者疑似体験や模擬患者を用いた看護や介護の疑似体験を除いて対象文献を選定した。その結果、6件の日本語文献と7件の英語文献が選定された。その結果、先行研究における「疑似体験学習」と呼ばれるものの多くはロールプレイや模擬患者を用いた演習であり、VR型の疑似体験学習についての評価研究は国内では学会報告のみで、海外でもまだ数少ないことが分かった。

【考察】 今回検討した論文はシナリオを用いた認知症の疑似体験のプラス面に言及したものが中心となっていたが、視聴覚や運動機能を制限したり、幻覚を迫体験させるような障害疑似体験に関する既存研究では、参加者に「怖い」「大変だ」という強い印象を与え、過剰な不安や一方的な同情の念を抱かせるなど、むしろスティグマを強化するようなマイナスの効果があることも指摘されている。VR型の疑似体験学習では、疑似体験のインパクトの強さが逆に差異の強調につながってしまう可能性もあり、これらのプログラムのスティグマ低減効果について、さらなる研究が必要である。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

【口演発表～セッション1～患者・家族～】

0-02 八百津町の障害者における就労実態、および就労へのニーズに関する分析

○西尾彰泰、堀田亮、小林和成、三好美浩、山本眞由美（岐阜大学）

【目的】本報告は、八百津町における「障がい者計画・障がい福祉計画策定のためのアンケート調査」の結果のうち、18歳以上65歳未満の障害者における就労や収入に関するデータを抜き出し、八百津町における障害者の就労実態や就労へのニーズについて分析したものである。

【方法】本調査は、平成29年8月1日を基準日として、八百津町に住む身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳の所持者を対象とした。調査票は、郵送にて配布・回収された。このアンケート結果のうち、18歳以上65歳未満の障害者における障害者の就労や、収入の状態、日中の過ごし方に関するデータについて分析を行った。また、障害や年齢による違いを比較する際には、Fishserの正確確率検定を用いた。

【結果】本調査の対象は、身体障害58人、知的障害30人、精神障害29人の計117人であった。精神障害において給与・賃金を得ている者の割合が、身体障害や知的障害に比べて著しく低かった。また、知的障害者においては、18-39歳では給与・賃金を得ている者が53.8%と多いが、40-64歳では11.8%と低く、工賃を得ているものが58.8%と多いことが特徴であった。いずれの障害でも、給与・賃金所得者は、男性において女性よりも多かった。収入については、最も収入が少ないのが40-64歳の知的障害者であった。各障害における日中の過ごし方を分析したところ、精神障害において、身体障害や知的障害と比較して、家庭内で過ごしている者が有意に多かった（いずれも $P<0.05$ ）。日中どのように過ごしたいかを尋ねたところ、精神障害においては、「今の暮らしを続けたい」と回答した者の割合が身体障害に比べて有意に低かった（ $P<0.05$ ）。また、「仕事につきたい」「どのような形でもいいので働きたい」という就労への希望を示した精神障害者は、身体障害と知的障害に比べて有意に多かった（ $P<0.05$ ）。

【結論】八百津町では、精神障害の就労率が低く、就労へのニーズが高かった。今後、精神障害者を受け入れる就労継続支援事業所や、就労移行支援事業所が八百津町で展開されるか、近隣自治体と緊密な連携を取ることで、それらのサービスが提供されることが望まれる。また、研究者が市町村で実施されている福祉計画に関するアンケートの分析に積極的に関与する例は極めて希である。今後、地域の市町村において、研究者が政策立案に貢献することが求められるのではないかと考える。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

【口演発表～セッション1～患者・家族～】

0-03 患者の経済状態を把握するための、簡易質問項目の開発

○大高 由美 (健生病院・総合診療科)、舟越 光彦 (千鳥橋病院・予防医学科)、
尾形 和泰 (札幌病院・総合診療科)、伊藤 真弘 (健生病院・外科)、
福庭 勲 (埼玉協同病院・HP 推進センター長)、結城 由恵 (西淀病院・内科)、
大矢 亮 (耳原総合病院・総合診療科)、中司 貴大 (千鳥橋病院・総合診療科)、
近藤 尚己 (東京大・健康教育・社会学分野)、近藤 克則 (千葉大・予防医学センター)

【背景】 貧困は代表的な健康の社会的決定要因 (SDH) であり、あらゆる疾患のリスクであることが知られている。また疾病の治療を困難にする要因でもある。貧困はセンシティブな個人情報であるため、医療現場ではほとんど把握されていない。

【目的】 今回、貧困を外来や入院時に容易にスクリーニングする、質問しやすく、感度の高い質問項目の開発を試みた。

【研究デザイン】 5 施設 (札幌病院, 健生病院, 埼玉協同病院, 西淀病院, 千代診療所) による多施設横断研究。

【対象】 2017 年 9 月 11 日から 12 月 29 日の間に外来受診または入院した連続症例で、研究参加の同意を本人から文書で取得した 20 歳以上の患者。

【介入または主たる要因】 国内外の先行事例から社会経済状況の把握が可能な候補となる質問項目を選び、質問紙調査をした。

【主たるアウトカムの指標】 貧困線以下であることに対する各質問項目のスコアカットオフ別の感度および特異度。世帯所得は質問紙で同時に把握し、斎藤らが報告した相対的剥奪状態へのリスクが急激に高まる等価所得 200 万円および国民生活基礎調査による 122 万円、全国消費実態調査による 132 万円を貧困線とした。

【統計解析方法】 分割表による推計。解析ソフトウェアは SPSS である。

【結果と考察】 265 名 (男性 134 名) の患者から得た質問紙を解析した。貧困線を 200 万円とすると、最も感度が高い質問項目は「現在の暮らしの状況は経済的に見てどのように思われますか。」であり、感度 95.7% (95%信頼区間 91.6-98.1%)、特異度 18.7% (95%信頼区間 14.9-20.9%) であった。その他の値を貧困線とした場合も、ほぼ同様の結果であった。

【結論】 貧困線以下の患者を把握する感度の高い質問項目を見出した。特異度を高める工夫と、より大きなデータを使った精度の向上がさらなる研究課題である。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

0-04 知的障害のある患者の入院時の困難と支援 ～親の会アンケート調査から～

○於保真理（神奈川工科大学ほか非常勤）

【目的】 知的障害のある人が、入院治療という医療サービスにアクセスする必要があるときに、どのような困難があるのか、どのような支援があれば助かるのか、親の会アンケート調査の結果から整理する。また、自由記述を質的に分析し、実際に入院することになった知的障害のある子ども（成人）の親の声から、1）知的障害のある人が入院患者となったときの困難を整理し、2）必要な支援に関する示唆を得る。

【方法】 自記式アンケート調査を行った。月に一度の親の会代表者達の集まりで、担当ごとにアンケート用紙を配布し、それを次の会で回収した。回収に際しては、あらかじめ配布しておいた封筒に個別に入れ封をして提出してもらった。時期は、2015年2月～3月、回答数は、364人（回収率37.4%）であった。回答者の障害のある子ども（成人を含む）の年齢は6歳から60歳まで平均21.9歳であった。男性249名、女性108名であった。設問項目は、大項目が全部で6項目であり入院に関する設問は一つであった。

【結果と考察】 入院経験については、あると答えた人は、143人（39.0%）であった。入院経験のあると答えた人のうち、入院した時困ったことやつらい体験（n=139）について答えた人は、「多くあった」41（29.5%）、「たまにあった」33（23.7%）、「あまりなかった」43（30.9%）、「なかった」19（13.7%）であった。

具体的に困ったことは、《入院不許可》「病棟への入院許可がなかなか下りなかった」、《手術》「全身麻酔で手術を行った」、《コミュニケーション》「言葉のコミュニケーションが出来ない為、付き添いが必要で負担が大きい」、《付き添い》に関しては「障害があるという事で24時間の付き添い」を求められ「ベットからはなれることができなかった」や「看護を交替してくれる人がいなかった為、一週間へとへとだった」。付き添い無しの場合は「看護師さんにベルを何回も押し、迷惑をかけた。これも親が家に帰った後」であった。《兄弟》「姉が小さかったので。父に早く帰ってもらったり、友人に預けたり」面倒をみる必要があった。《夜間》は「夜寝ないので、ずっとだっこで廊下を歩いていたが、誰も声を掛けてくれなかった」ということもあった。《病院食》「食事は全く合わず食べない（お腹がすいても食べない）」。入院中の《検査・治療》は、「治療器具を外してしまう」、「点滴をぬこうとする」ことがおこり、本人も「無理に検査や点滴をして押さえつけられたりのが切れたり長い期間トラウマになった」上、《問題行動》「パニックが多発した」。対応として《個室》「会話が通じないだろうと思って個室入院にし、母親がずっとついて通訳しておりました」をしていた上、《経済的負担》「発達障害上、個室をとらないと迷惑になるので料金的にも負担が大きく連日泊まりこみできつかった」

【結論】 知的障害の親の会の回答者のうち約四割に入院経験があり、困ったことが「多く」と「たまに」あった人は五割を超えた。困ったことの中には、食事や夜間といった日常生活とは異なる入院生活を送るうえでの困難もあった。経済的負担や残された兄弟の心配もあり、医療面以外の支援も求められる。

0-05 日本の結核対策と社会医学の発展との関連

○高島毛敏雄（関西大学・社会安全学部・社会安全研究科）

【目的】イギリスの公衆衛生はコレラが流行により確立されたとされている。これに対し、明治期にコレラ等に対応するために日本の衛生行政制度は確立されたものの、今日につながる保健所と厚生省の専門行政組織、医師・保健師等の専門職を担い手とした公衆衛生体制が確立されたのは結核が死亡原因第1位となってからのことである。都市部において結核相談所など今日の保健所につながる組織がつけられたことがモデルとなり、1937（昭和12）年には保健所法制定、また厚生省創設がなされ、次第に全国的な公衆衛生体制の整備につながったと考えられる。戦後になるとGHQにより公衆衛生思想が持ち込まれ、1947（昭和22）年に新保健所制定、1951（昭和26）年に新結核予防法が制定され、1953（昭和28）年に結核実態調査がなされ、結核対策は、定期検診、患者登録、感染防止、患者指導、治療など体系的なものとなった。また、貧困者を含めたすべての国民を対象として社会医学的な疾患対策として発展してきている。保健所を拠点とした結核対策は日本の公衆衛生のみならず、社会医学にも大きな影響を与えてきたと考えられることからその関係について整理し、検討して、報告をする。

【方法】「医制100年史」、「結核病学会誌・抄録集」、「日本社会医学会総会抄録集」、「日本公衆衛生学会誌・抄録集」、全国一結核罹患率の高い大阪市西成区において行ってきた「厚生科学研究成果研究報告書」をもとにした。

【結果と考察】

1. 結核対策の歴史

- ①明治期：明治中期以降結核死亡者数が増加し、1904（明治37）年に「肺結核予防ニ関スル件」が公布された。
- ②大正期：結核死亡者数が年間10万人以上の状況が続き1919（大正8）年に「結核予防法」が制定された。
- ③昭和期―戦前―：1937（昭和12）年に「結核予防法」改正、感染性結核患者届出制度、保健所創設。
- ④昭和期―戦後―：1951（昭和26）年に「結核予防法」が新しく制定され、結核治療医学の進展を取り入れた結核予防体系が図られはじめた。その後、定期検診、患者登録、感染防止、患者指導、治療などが体系化された。
- ⑤平成10年まで：その後、1973（昭和48）年までは国、都道府県、保健所、さらに結核予防婦人会など多くの民間団体の協力を得て結核対策が進められてきた。その後、結核罹患率の減少速度以上に結核対策が縮小されてきた。
- ⑥平成11年以降：結核罹患率低下速度が鈍化して中で1998年に増加に転じ、結核緊急事態宣言発令に至った。結核予防法改正、保健所を中心とした結核対策強化、結核患者に対する服薬支援が行われるようになった。

2. 結核対策と保健所制度の関連

結核死亡率が低下し始めるとともに1956年頃より「公衆衛生黄昏論」が流布されるようになった。その後順調に結核死亡率・罹患率が低下したことから、1994（平成6）年の保健所法改正され地域保健体制に移行している。

3. 大阪市西成区あいりん地区における社会医学的結核対策の実践とその成果

市町村行政をもとにした地域保健体制に移行する時期より「あいりん地区」の結核罹患率は低下しない状況に陥った。2002（平成14）年の結核予防法改正により患者支援・患者中心の対策、地域特性に応じた対策への転換がなされ、2003（平成15）年の改正で「日本版21世紀型DOTS戦略」が全国的に進められるようになった。このような流れの中で社会学的な結核対策が可能となり、西成区あいりん地区においても結核罹患率が低下し始めた。

【結論】日本の公衆衛生や社会医学の産み、育ての親は結核と言っても過言ではないと考えている。結核問題が深刻化したことにより、1930年代より保健所、厚生省、結核予防会などの組織の整備、また公費医療費負担制度、公的結核療養所の整備などがなされてきた。労働者、地域住民、学校の児童生徒など全国民を対象とした対策と発展している。結核対策が後退する状況となると、結核罹患率の低下速度の鈍化がはじまり結核緊急事態宣言が発令された。保健所を拠点とした社会医学的な結核対策の強化が図られるとともに結核罹患率は低下に転じている。日本の結核対策は社会医学的な公衆衛生対策を要求する重要な対策であると認識する必要がある。

【利益相反（COI）の有無】 無 【軍事関連研究助成の有無】 無

0-06 引き続き増加が見込まれる石綿関連被害者の掘り起こしにおける課題

○広瀬俊雄¹⁾²⁾ 斎藤慶史¹⁾、日比野恵子¹⁾、富士和子²⁾、本庄美也子²⁾、瀬戸口夏²⁾、庄司淳³⁾、佐藤知佳子³⁾

1)公益財団法人 宮城厚生協会 仙台錦町診療所・産業医学健診センター¹⁾ 2)同 古川民主病院(以下F病院)、
3)坂総合病院(以下S病院)

【目的】 当法人では、演者の属する仙台錦町診療所・産業医学健診センターと演者が担当しているF病院塵肺・石綿外来で診療・職場健診、労災申請等、S病院では、石綿手帳健診(県内東北労災病院と2か所)を実施している。当診・センターには、宮城県アスベストセンターと宮城県アスベスト患者・家族の会(2006年創立)の事務局も置かれている。本年3月17日には「第10回患者・家族の会と相談会」が開催された(現在の会員は約30人)。こうした取り組みを通じて感じるのは、石綿健康被害者への啓蒙の不十分さ、事業所と医療側の努力不足である。

【方法】 最近の事例、手帳健診、相談事例の特徴を検討する

【結果と考察】

§ 事業所、医療機関での対応上の問題

事例① 58歳男性 中学卒業後、自動車整備会社(石綿+)、墓石工場(石綿-)、自動製造会社(石綿+)他多くの職場を転々した上で、無職に。昨年介護していた母亡くなり生保申請し、福祉事務所から「稼働年齢であり、体調が悪くて働けないのであれば病院に行って診断を受けるように」の指導でF病院受診され、塵肺・石綿外来が担当した。上記事業所の健診で異常を指摘されたこと無し。本人一部で石綿暴露の自覚あるも問題提起せず。事例② 80歳男性 0市民病院で右足背皮膚腫瘍手術の際の術前胸レントゲン検査で胸膜プラークが見つかり「石綿暴露の可能性もあり」とF病院塵肺外来に紹介された。ダム建設、国内外の石油タンク建設、原子力発電所建屋内配管据え付け等で長年石綿暴露されていた。在職中の健診で石綿肺所見の指摘を受けたことはない。本人石綿暴露自覚あるも問題提起せず。事例③ 享年69歳女性。F病院で28年6月肺癌と診断され、翌年6月死去。同年9月娘から「テレビで『夫が石綿肺で労災認定受け、妻も石綿健康被害救済給付を受けた』という人がいた。父6年前に石綿肺癌で労災認定受けているが、母も該当するか」と相談あり。家族暴露が確認され、環境再生保全機構から演者に評価の依頼あり。

①②は、事業所での石綿暴露の影響の確認は無く、③では、診療過程で石綿暴露に関する確認が欠落していた。

§ 手帳健診にみる現状 現在71名を担当中、所属事業所の所在地では、県内42名、県外26名、県内外3名、不明2名。産業別には、建築・設備10名、電力9名、造船・海運、鉄道7名等であり、職種では、吹き付け、断熱・被覆、切断、配管、ボイラー等が多い同一事業所に複数いるのは2か所のみであった。

§ 最近の受診・相談事例の特徴 多くは、全国や県内での「相談会」や「患者会」のマスコミ報道や特集番組を通してである。患者が元同僚を連れて来る事も少なく無い。加えて、自らホームページで探して受診される方も散見される。医療機関や監督署等からの紹介も増えており、日常的な相談活動やその広報活動、医療連携・行政との連携も大切に思われる。しかし、3事例に見るように、健診や診療の中での遅れがある。

【結論】 「石綿健康被害は未だ山すら越えていない」「掘り起こしから十分な補償が今こそ必要」と叫ばれているが、その取り組み自体は、極めて限定的であると言わざるを得ない。事業所や行政への働き掛けと、診療の場や健診活動で石綿暴露の存在を念頭におき、既に受けている手帳健診からも石綿暴露者の影響評価の機会を拡げることが求められている。これまでも有効な役割を果たしてきた各種相談会、マスコミ通じての周知、地域での広い連携の一層の促進が望まれている。

【利益相反(COI)の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

**0-07 世界各国から WHO に報告された HPV ワクチン副反応疑い総数は 85,388 人
(2018 年 4 月 20 日現在)**

○片平冽彦、榎 宏朗 (健和会 臨床・社会薬学研究所)

【目的】2006 年以降、米国を初めとして世界各国で承認・使用中の HPV ワクチンについては、その有効性・安全性をめぐる国際的な論争が行なわれている。本演題では、安全性に関して、WHO のウプサラ・モニタリングセンター (UMC) が行なっている「国際副作用モニタリング」を通じて現在までに構築された公開のデータベースである VigiAccess に集約されている副作用疑い症例の報告実態を紹介し、その特徴・問題点につき考察した。

【方法】インターネットの検索エンジンで VigiAccess と入力すると、利用上の注意書が出るので、その注意を了承した旨のチェックを入れると、データベース検索画面が出る。その画面に HPV Vaccine と入力すると、以下のようなデータが記されていた：1) ワクチンに含まれる活性成分の名称と報告された総人数 2) 性別 3) 年齢別 4) 報告年別 5) 地理的 (大陸別) 報告人数 6) 副作用病名。

【結果と考察】以下、4 月 20 日現在の数値を記す。1) 活性成分名は HPV ワクチン。報告総人数は 85,388 人。2) 性別：女性 74,844 人 (88%)、男性 10,192 人 (12%)。3) 年齢別：0～27 日=55 人 (0%)、28 日～23 カ月=182 人 (0%)、2～11 歳=8996 人 (11%)、12～17 歳=45705 人 (54%)、18～44 歳=16944 人 (20%)、45～64 歳=270 人 (0%)、65～74 歳=17 人 (0%)、75 歳以上=12 人 (0%)、不明=13,205 人 (15%)。4) 報告年別：2006 年=1 人、2007 年=0 人、2008 年=1732 人、2009 年=2097 人、2010 年=23439 人、2011 年=6392 人、2012 年=6944 人、2013 年=7961 人、2014 年=9693 人、2015 年=8362 人、2016 年=4911 人、2017 年=11045 人、2018 年=2811 人。5) 地理的 (大陸別) 報告人数：南北アメリカ=45970 人 (54%)、欧州=20511 人 (24%)、アジア=13664 人 (16%)、オセアニア=5111 人 (6%)、アフリカ=132 人 (0%)。6) 副作用病名：全身的異常と注射部位局所反応=46,562 人、神経系の異常=37,725 人、胃腸障害=15,385 人、筋・骨格・結合組織障害=14,460 人、皮膚と皮下組織の異常=14,285 人、調査中=13,029 人、損傷、中毒、手技上の合併症=12,209 人、呼吸、胸郭、縦隔の異常=5696 人、血管異常=5471 人、精神異常=5091 人、その他=30,863 人。

以上の数値は、サリドマイド事件を契機に WHO が 1968 年から発足させた国際モニタリング制度 (PIDM) の協力機関として 1978 年にスウェーデンのウプサラに設立されたウプサラ・モニタリングセンター (UMC) が中心となって実施している国際データベース VigiBase の要約版で、2015 年 4 月に立ち上げられた VigiAccess による数値である。この数値は、(1) WHO 加盟各国は、ワクチン接種と症状との因果関係を誰がどのように判断して報告したのか？(2) 副作用名が大分類で記されているが、その判断を誰がどの段階で行なったのか？(3) HPV ワクチンの場合、製剤名別の集計がされておらず、この DB では製剤別の特徴が把握できない、等の疑問・問題点がある。然しながら、このデータは世界の HPV 副反応疑患者の概要を知る手がかりになる唯一の公的な公表データであり、その意味で貴重なデータであると言える。上記の結果から、以下のことが言えよう。1) 地域別では日本を含むアジア大陸の数値は、北米・南米、欧州に次いで第 3 位であり、「日本からの報告数が突出して多いということは無い」と言える。2) 患者の性・年齢別では、明らかに「10 歳代の少女が多い」と言える。3) 副作用名別では、「神経系の異常」が第 2 位であり、また、日本の臨床医が報告している「多様な副反応症状」「症状の重層化」「記憶障害、学習障害」といった特徴は、WHO データでは、副作用病名の合計が 18 万人を超え、報告患者数の 2 倍以上となっていることや、上位 10 位に「精神異常」が記されていることに示されていると考えられること、等のことが言えよう。今後の課題は、VigiBase の閲覧と、その要点の紹介である。

【結論】以上から、WHO に報告された HPV ワクチンの副作用疑い報告の総数は約 8.5 万人で、大陸別では南北アメリカ、欧州に次いで日本を含むアジアは 3 位であること、副作用病名では「神経症状」が第 2 位であり、また、「多様な副反応症状」「症状の重層化」等の実態が示唆されていることが判明した。

【参考文献】 田中大祐：WHO 国際医薬品モニタリング制度、薬剤疫学 21(2)：77、2016 年 12 月。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

0-08 地域診断結果共有・展開ツール「Community Diagnosis Share Tool」の開発

○岡田栄作（浜松医大健康社会医学）、杉田恵子（NPO法人フューチャー北海道）、
櫻木正彦（NPO法人フューチャー北海道）、近藤克則（千葉大学予防医学センター・国立長寿研）、
尾島俊之（浜松医大健康社会医学）

【目的】 地域包括ケアを構築するための介護・医療関連情報の「見える化」も自治体に浸透し始めており、地域診断の重要性も広く認識されてきた。しかし、地域診断の重要性は認識されてきているものの、地域診断の結果を住民と共有する方法には課題があり、居住地域の健康格差が見逃されている可能性がある。そこで本研究では、地域診断の結果を一般の高齢者に説明し、結果を共有するためのツール「Community Diagnosis Share Tool（以下CDST）」を試作して、地域診断結果を共有するワークショップ（以下WS）を行い、その中で見えてきた本ツールの活用上の利点と今後の課題について明らかにした。

【方法】 2017年12月に研究協力自治体である余市町に協力を頂き、WSを行った。WSの目的は、高齢者が住み続けることができるまちづくりのために、地域診断システムを使って、まちの「強み」、「弱み」を具体化することで、今後実施すべき施策を決定し、さらに、決定した試作の具体的内容を明らかにしていくための機会とするためのWSである。CDST試用版は主に3つのシートからなる。1つ目は自分の地域についてのイメージを数値化してもらうための事前シート、2つ目は要因探索シートでJAGESの地域診断書の項目を大きく6つの項目に分類して、それぞれの地域診断指標の自分の市町の数値をそのシートの中に書き込んでもらいながら、JAGESの地域診断書についての理解を促すためのシートである。3つ目は2つのシートの結果をまとめ、その結果を参加者と共有するためのシートである。

（倫理面への配慮）研究参加者には、事前に口頭にて研究の主旨や調査目的と内容の説明を行い、同意を得た。

【結果と考察】 CDSTを試用し、ワークショップを行ったところ、2014年に実施した地域診断ワークショップの時よりも地域診断書の内容が頭に入ってきてやすいという意見があった。特に要因探索シートに関しては、地域指標が分類されており、具体的なイメージが湧きやすいという意見があった。一方でこの探査シートの6つの分類は専門家が暫定的に分類したものであり、分類の学術的根拠については、今後の検証が必要である。また、CDSTのシートにイラストがついていることで地域診断指標に興味を湧きやすくなったという意見もあったが、逆にイラストにイメージが引っ張られてしまうという意見もあったので、健康や介護予防についての適切なイラスト作りも本ツールの開発課題として残った。

【結論】 地域診断の結果を一般の高齢者に説明し、結果を共有するためのツールCDSTを試作し、北海道余市町で、CDSTを試用し、ワークショップを行ったところ、2014年に実施した地域診断ワークショップの時よりも地域診断書の内容が頭に入ってきてやすいという意見があり、共有ツールとしての成果が得られた。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

0-09 東日本大震災被災者への健康生成的取り組みにおける発達体験の質的研究

○安達 晴己 (九州大学統合新領域学府ユーザー感性学博士課程)

南 博文 (九州大学統合新領域学府ユーザー感性学)

【目的】 著者は、2011年の東日本大震災後、2012年から年に1回約2週間の親子合宿を福岡県福津市において5年間行った。合宿の目的は、低線量被ばくの心配の不要な福岡で安心して遊ぶことと、教育的芸術的医療的な体験の中で自らより健康になっていくという健康生成的な体験をすることであった。その合宿を通して、参加者が主観的・多角的に「元気」になっていく様子が見られた。東日本大震災は、地震・津波という自然災害の被害も甚大であったが、福島原発事故による放射線被ばくの不安も加わっている。こうした被害や不安な生活のなかで、合宿参加者がどのように健康を回復したのかを知るためには、参加者は(1)合宿で何を体験したのか、(2)合宿の体験において何が発達促進的に作用したか、(3)それを個人がどのように意味づけたのか、を知ることが必要だと思われた。そのために参加者にインタビューを行い、質的に解析した。

【方法】 半構造化インタビュー (クヴェール, 2016) を参加者4人におこなった。解析は、修正版グラウンデッド・セオリー (木下, 2007) を参考にして、体験内容のカテゴリー化を個人ごとに行った。

【結果と考察】 一次カテゴリーとして、語りの具体的な内容を生かしたカテゴリー化を行った。

・全員に共通する内容の一次カテゴリーまとめ：「現在でもリアルに語られる震災直後の不安・悲しみ」「身体的健康より心理社会的な健康を重視するという変化、放射線量の高いと思われる食べ物に以前より受容的になった。」

・3人に共通する内容の一次カテゴリーまとめ：「子どもは自信がつくという変化を示した」、「未来への指針、これがあるから大丈夫と思えるものを得た」

・各人に特徴的な一次カテゴリーの内容を表現する言葉：

〈参加者1〉 安心感、健康的な生活、生活リズム 〈参加者2〉 前向き、自分は自分でいい、気持ちは健康になった、合宿では子供に光が当たる 〈参加者3〉 見守られる感じ、自分は強くなった、社会が良くなる、精神面の健康 〈参加者4〉 自分の成長、体験が生きる、手足が伸びる感覚、子どもはこんなに遊びたかったんだ

参加者1は、様々な局面での安心感を語った。言い換えれば多層的な不安があることが読み取れる。合宿で健康的な生活、特に生活リズムを守ることを学び、今も実践している。合宿で体験した健康的な生活への信頼が、不安への抵抗力となっていたと思われた。参加者2は、合宿の経験から前向きになったとインタビューの中で繰り返し語っている。しかし時折語られる厭世的な言葉など、総合的に見えるのは前向きな姿ばかりではない。前に進みたいという強い志向性をもったと解釈できる。また、合宿では子供に光が当たる、という言葉からは教育の場としての合宿を信頼し、震災前から持つ子どもへの不安を支えられたことが読み取れる。参加者3は、震災直後はずっと涙が出ていて不健康だったと自覚している。合宿でよかったことは見守られたことであり、スタッフが連携して一人一人を把握していること、ちゃんと見ていることはその人の力になると語った。また震災後の経験を通じて、一人一人が育っていくことで、社会が健康になるという考えに至っている。ここには困難に直面したとき、支えられることで乗り越え、さらに大きく成長する姿がみられる。参加者4は、震災直後の花や植物を触れられない拒絶する閉じた気持ちから、合宿で手足が伸びる感覚を感じ、子どもはこんなに遊びたかったんだと気づいたと語っている。震災によって深く傷ついたことが癒されていると読み取れる。また毎年参加することで気持ちが楽になり、自分が成長できたと自覚している。現在の仕事にもその体験が生きていると語っている。

【結論】 インタビューとその解析によって、抽出されたカテゴリーの構成から、4人の参加者がどのように合宿を体験し、意味づけ、その後の人生に関与させているのかを読み取ることができた。本合宿が、教育的芸術的医療的に行われ、さらに毎日のスタッフミーティングで全体に共有されるという多層的な構成であったことが、それぞれの経験につながっていると思われた。各参加者が異なる体験から自分の核となる志向性をもつようになる様子が分かる。このことから健康が回復する過程に、自己性が育まれる必要があることが読み取れた。

【利益相反 (COI) の有無】 無 【軍事関連研究助成の有無】 無

0-10 滋賀県内の医療通訳～病院雇用と adhoc な通訳それぞれの課題

○石田正平、牧野愛、古屋亮、佐々木周、坂本珠梨、北川奈津子（滋賀医科大学・医学科）
大村寧、井田健（公立甲賀病院）、北原照代（滋賀医科大学・衛生学）

【背景と目的】 海外からの観光客増加や、2020年のオリンピックに向けて、旅行者を想定した医療体制の整備が注目される中、医療通訳者についても議論されている。現在、医療通訳者には統一された公的な資格や養成課程が存在せず、雇用条件等の待遇についてばらつきがある。実際の医療現場でどのように患者や医療従事者を支援するかについても、立ち位置が明確化されていない。

滋賀県は、人口約140万人のうち約26500人が外国籍居住者である（2017年12月現在）。特に日系ブラジル人は、長浜市（1600人）、甲賀市（1254人）、湖南市（1323人）、東近江市（1285人）と集住する地域が複数存在し、医療サービスにアクセスする上で、言語が障壁となるケースが想定される。滋賀県では、かつて複数の病院で医療通訳者を雇用して通訳サービスが提供されていたが、同サービスを中止した病院もある。そこで、外国籍居住者が医療にアクセスする時のコミュニケーション問題や、医療通訳者の立ち位置について検討することを目的に調査を実施した。

【方法】 外国籍居住者集住地域の多文化共生支援センターで介護事業研修を受講していた外国人およびカトリック教会の外国語（英語、スペイン語、ポルトガル語）ミサ参加者を対象とし、各言語に翻訳した自記式質問紙を用いた調査を実施し、同時に対象者から聴き取りも行った。同調査にあたっては、個人は特定されないこと、調査不参加による不利益は生じないこと及び調査の目的について翻訳したものを配布し、教会では、ミサ終了後に、教会側の担当者に該当する言語での説明を依頼した。質問項目は、性別、出身国、年齢、家庭で使う言語、日本滞在期間、所有する保険の種類、居住地、自身の日本語習得の認識、通院体験の有無、最終通院時の同伴者有無と種類、診察への理解、通院時に理解できなかったこと、医療機関の良い点・良くない点などとした。同様の調査を、医療通訳を雇用している某病院において、通院患者を対象に行った。また、医療通訳に対する医療従事者側の意識について、同病院の医師、薬剤師、栄養士を対象に質問紙調査を行った。質問項目は、医療通訳を介する医療行為の経験有無、通訳者の訳の省略の有無、医師からみた患者の説明の理解の様子、通訳者が訳しやすいようにする工夫、医療通訳は漏れなく訳すべきか・要点をまとめて簡潔に伝えるべきか、などとした。

【結果と考察】 外国籍居住者150人、患者17人、医師34人、薬剤師19人、栄養士4人から回答を得た。日本での居住期間が10年以上の外国籍居住者108人のうち、日本語習得度について「日常会話で不自由はない」との回答は23%であった。居住期間の長さは必ずしも日本語習得度に反映されておらず、医療通訳者の存在は医療へのアクセスに欠かせないものと考えられた。直近の通院にて「誰か（通訳者、家族、友人など）が同伴」した76人のうち31人（41%）は、診察が「ほとんど／まったく理解できなかった」と回答し、理解できなかった事項として、「病気の説明」「病名」「検査」などが挙げられた。同伴者の通訳、いわゆる adhoc な通訳者の場合は、診療場面での理解が進まず、通訳内容の質が低いケースが少なくなかったことが伺われる。対象者への聴き取りにおいても、自身で通訳者を手配した時のコスト負担や、症状を伝えることの難しさなどが訴えられた。一方で、医療通訳者を雇用している病院の患者では、82%が「医師の説明は理解できた」、88%が「言いたいことは言えた」と回答していたことから、同病院雇用の医療通訳者は、医療的な内容について十分に援助を行っていると考えられた。また、一緒に働いている医療従事者の回答からは、医療通訳者は診療上欠かせない存在であることが伺え、増員の希望も複数見られた。コミュニケーションの質については、「通訳を介しても必ずしも完全な理解に繋がらない」としている医師の存在や、医師・薬剤師・栄養士間で通訳の逐語訳や要約に対する意見の差があった。

【結論】 外国籍居住者の高齢化が進行するに伴い、医療ニーズは増え、医療通訳の重要性もますます増していく。地域医療の中での医療通訳サービスへのアクセスを確保していく必要がある。また、医療通訳の質と、雇用状況の改善については、今後も重要な課題である。

【利益相反 (COI) の有無】 無 **【軍事関連研究助成の有無】** 無

0-11 在滋賀外国人の医療を取り巻く問題 — 医療場面における患者と医師の意識調査 —

○島田ゆうじ、野村綾子、川崎 翠、五十川賢司、洲崎ゆう、田埜郁実、呉 方舟（滋賀医科大学・医学科）、
大村 寧、井田 健（公立甲賀病院）、北原照代（滋賀医科大学・社会医学・衛生学）

【目的】 滋賀県は人口に占める外国人の割合が全国的に見ても高いが、医療現場における医療通訳士は県内で普及しているとは言い難い。医療通訳士の有無が患者の受診行動にどのような変化を与えるか、また医療通訳士がいることで診療そのものに与える影響について検討した。

【方法】 在日外国人の日本の医療に対する意識に関する質問紙調査を、長浜市にある在日外国人が多く働いている某企業の従業員や教会等の施設で協力が得られた在日外国人（主に労働者）計200人（以下、企業調査）、及び医療通訳士を配置しているA病院において調査日に受診した在日外国人患者27人（以下、患者調査）を対象に実施した。調査項目は出身国や日本語習得度などの患者背景、日本の医療機関を受診へのためらいや医療機関に対する満足度などとした。質問紙は、ポルトガル語、スペイン語、英語に翻訳したものを用意した。また、A病院勤務の医師75人を対象に、外国人患者の診察で工夫している点や、医療通訳士に対する満足度、医療通訳士の養成の是非などについて、質問紙調査を実施した（以下、医師調査）。統計的解析は χ^2 検定を用いた（有意水準5%）。

【結果と考察】 質問紙の回収数は、企業調査133人（回収率67%）、患者調査27人（同100%）、医師調査64人（同85%）であった。日本の医療機関を受診に「ためらいがある」と回答したのは、企業調査51%、患者調査41%であり、ためらう理由は、いずれも「言葉が通じないこと」が最も多かった。日本語習得度による「ためらい」の有無をみると、患者調査と企業調査を合わせた「日常会話で不自由なく話せる人」のうち「ためらいがある」と回答した人の割合は33%であったのに対し、「あまり話せない人」では56%と高かった（ $p=0.01$ ）。また、企業調査において、通訳士を活用できている人のうち「ためらいがある」と回答した人の割合は41%であったのに対し、通訳士を活用できていない人では56%であった（ $p=0.058$ ）。活用できていない理由としては、「通訳士利用の制度の仕組みを把握していないこと」や「通訳士の質が低いこと」が挙げられた。また、患者調査において、「通訳士をおいている病院やクリニックがもっと増えてほしい」との回答は96%であった。企業調査で「医師とのコミュニケーションが不十分」という指摘は45%あり、母国の医師と比較した日本の医師への不安点は、「話をじっくり聞いてくれない」（17%）、「自分の意見を言いにくい」（25%）、「親身になってくれない」（13%）という意見が多かった。

医師調査の結果、「外国人患者の診察が大変だと感じることもある」との回答は86%に達し、その理由として、「時間がかかる」、「医学的情報を伝えることが難しい」、「医学的情報以外のコミュニケーションが難しい」が多かった。外国人患者の診察で工夫している事としては、「医療通訳士にもわかりやすい言葉を使う」（80%）、「図や絵を使って説明する」（33%）、「診療の時間を長く確保する」（31%）が挙げられた。また、64%が「A病院に医療通訳士は足りていない」と回答し、医師側からも通訳ニーズの高さが伺える。一方で、30%が「医療通訳士を介した診療に不安を感じることもある」とし、その理由として「医学的な情報が正しく伝わっているかが分からない」が最も多かった。72%が「地域や国として医療通訳士の養成にもっと取り組むべき、取り組んだほうがよい」と回答し、具体的には「医療通訳士などの専門職の養成」を挙げていた。

病院への医療通訳士配置は、在日外国人患者の日本の医療機関受診に対するためらいを軽減させる効果があると同時に、患者により高い満足度をもたらすことが明らかになった。また、医師側も医療通訳士がいることで安心して診療にあたることができ、専門職の養成を求めていることがわかった。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

0-12 留学生のメンタルヘルスとライフスタイル及びソーシャル・キャピタルとの関連

○志水美友, 王 鴻, 岩垣穂大, 齋藤 篤, 扇原 淳 (早稲田大・社会医学)

【背景・目的】日本では、政府が提唱した「留学生 30 万人計画」を受け、留学生の受け入れ数拡大に向けた動きが活発化している。現在も増え続ける留学生であるが、母国を離れ、日本という慣れない環境で生活を送るにあたり多くの困難を抱えており、メンタルヘルスが阻害されやすい傾向にあることが指摘されている。しかしながら、留学生を対象としたメンタルヘルス研究は、日本人学生を対象としたそれと比較して十分な知見の蓄積があるとはいいがたい。

そこで本研究では、留学生の中で最も多い中国語圏からの留学生を対象として、留学生のメンタルヘルスとその関連要因について明らかにすることを目的とした。

【対象・方法】日本の大学に在籍する中国語を母語とする留学生を対象にweb アンケートを実施した。調査期間は2017年11月から12月であった。質問項目は、属性、日本語能力、生活習慣、ソーシャル・キャピタル、メンタルヘルスに関する項目から構成した。生活習慣の評価にはブレスローの7つの健康習慣に基づく健康習慣指標HPIを用い、合計得点が0-4点を「健康度低群」、5-7点を「健康度高群」とした。メンタルヘルスの測定には気分・不安障害調査票(K6)を用い、13点をカットオフ値とした。分析にはIBM SPSS Statistics24, HALBAU7 (ハルボウ研究所)を用いた。

【結果】アンケート調査では、204名の有効回答を得た。K6では、全体の23.5%がうつ傾向(カットオフ値13点以上)であった。ロジスティック回帰分析の結果、日本への滞在期間が2年以上の学生は、2年未満の学生に比べうつ傾向が統計学的に有意に高かった。留学生団体への参加が全くない学生は、年に数回以上ある学生に比べてうつ傾向が統計学的に有意に高かった。健康習慣得点における健康度高群と比較して、健康度低群はうつ傾向が統計学的に有意に高かった。

【考察】本調査の結果、うつ傾向と日本滞在期間、留学生を対象とした団体への参加有無、健康習慣得点の間に統計学的に有意な関連が認められた。佐藤ら(2014)は、日本人大学生について、基本的な生活習慣が定着している者、他人と関わりを持ちながら行う活動へ参加している者はメンタルヘルスが良好であると報告している。本調査の結果からは、留学生にとっても日本人大学生と同様、メンタルヘルスを保持・増進する上で健康的な生活習慣や社会参加が重要であることが示唆された。

現在、高等教育機関で行われている留学生を対象としたサポートの一例として、日本人チューター制度や他の留学生や日本人学生、教職員や地域住民との相互交流によるソーシャル・キャピタル醸成を目的としたイベントやプログラムが提供されている。今後は、こうしたサービスの利用の有無とメンタルヘルスとの関連の検討が求められる。加えて、これまで同様に、留学生対象の健康生活習慣に対する支援の継続・充実と効果の検証が求められる。

0-13 なぜ子どもを産み育てることが難しいのか？ わが国における「母親役割」と求められる支援

○木村美也子（聖マリアンナ医科大学）、山崎由美子（川崎市立看護短期大学）、
山崎喜比古（日本福祉大学）

【目的】待機児童問題が社会的な関心を集めているが、子の預け先がないことに困っているのは、働く女性だけではないであろう。これまでに実施してきた障がい児の母親を対象とした質的調査において、大半の母親が働くことも叶わず、ほぼ一人で子育てに従事せざるを得ない状況であること、緊急時に子を預ける場所がないこと、それ故に障がい児に続く妊娠・出産・その後の育児が容易でないことを報告してきた。しかし昨今は、障がい児よりむしろ健常児きょうだいの預け先がないことが問題であるとの声も聞かれるようになってきている。そこで今回は、障がい児と健常児きょうだいをもつ母親を対象とした量的調査の二次分析、未就学児をもつ母親を対象とした質的調査の一部から、障がいという特別なニーズのない子どもの居場所を確保することの難しさを報告したい。

【方法】下記1～2を対象として二次分析を行った。3に関しては、逐語録から求めているのに得られない支援（unmet support needs）に関連する語りを抽出し、類似する内容ごとに分類し、カテゴリー名を作成した。

調査期間と分析対象	調査方法
1 2011年2月～3月 都内特別支援学校（知的障がい児対象）の児童・生徒の母親できょうだい児（健常児）も養育している457名	自記式質問紙調査
2 2016年1月～3月 全国の障がい児の母親できょうだい児（健常児）も養育している702名	自記式質問紙調査
3 2017年12月～2018年3月 神奈川県、東京都在住の未就学児の母親20名（調査時就業なし）	インタビュー調査

【結果と考察】<研究1>では、肉親以外で緊急時に「障がい児の世話を頼める場がない」と回答した母親は60.7%、「健常児の世話を頼める場がない」と回答した母親は85.9%と、特に健常児の預け先がないことが示された。双方の預け先がないと回答した者を除く187名を比較したところ、「健常児の世話を頼める場」が「ない」母親は「ある」母親に比べ、体力が極限状態であると感じた割合が高い（ $p<0.1$ ）傾向が示された。

<研究2>では「障がい児の居場所がない」と回答した母親が70.1%、「健常児の居場所がない」と回答した母親は65.9%で、「障がい児の居場所がない」との回答がやや多かった。双方の居場所がないと回答した者を除く207名を比較したところ「健常児の居場所」が「ない」母親は「ある」母親に比べ、主観的ソーシャルキャピタルスコア（ $p<0.01$ ）、信頼感（ $p<0.001$ ）が低く、不公平感（ $p<0.05$ ）、孤立感（ $p<0.05$ ）が高いことが示された。

<研究3>では、未就学児（健常児）の母親を対象としたが、最も多くみられたunmet support needsは「柔軟性のある保育の受け入れ」「母親の実状に即した子育て支援」であった。例えば産後うつ状態で「本当にしんどくて、もう自分消えちゃいたいぐらいだった」母親が、「わらにもすすがる思い」で一時期保育に申込みをしたところ、就業していないことを理由に断られ「奈落の底に突き落とされた」など、極限状態でも子を預けることができない状況について詳述された。また、支援を提供する側からの「ママだから」「ママじゃない」という言葉は、「重し」「ストレス」「孤独を感じる」ものとして母親らに受け止められていた。こうした言葉や「母親にとって一番（大事なこと）は子育てでしょう」との論し、そして子どもの預け先がない状況等から、母親たちは「子育ては母親の役割」とする役割分業志向を感じ取り、「全部私がやらなきゃいけないの？」との反発を生み出していた。

わが国では、子育てを妻の役割と考える分業志向が強く、20～49歳の男女の6～7割がこうした育児役割意識をもっているという（内閣府、2015）。就業していない（できない）母親であれば尚更、一人でこの役割を担わざるを得ない状況であろう。しかし核家族で夫のサポートも望めない母親も多く存在する現在、就業の有無に関わらず、保育所の一時預かりや放課後児童クラブの受け入れ等、融通ある支援も必要なのではないだろうか。

【利益相反（COI）の有無】 無 【軍事関連研究助成の有無】 無

*本研究はJSPS科研費JP17H02612, JP 26380716, 公益財団法人三菱財団平成22年度助成金の助成による。

0-14 高等教育機関に所属する学生の抑うつ症状とSOCとレジリエンスの関連 —質問項目に焦点を当てて—

○米田龍大(北海道医療大学大学院・看護福祉学研究科修士課程), 児玉壮志(北海道医療大・リハビリテーション科学部), 安藤陽子(札幌保健医療大・保健医療学部), 小川克子(札幌保健医療大・保健医療学部), 木口幸子(北海道文教大・人間科学部) 志渡晃一(北海道医療大学大学院・看護福祉学研究科)

【目的】 高等教育機関に所属する学生の抑うつ症状の予防として, 首尾一貫感覚(Sense of Coherence ; 以下SOC)とレジリエンスが注目されている. SOC とレジリエンスは先行研究において近似概念として扱われている. 両者の類似点と相違点について主に質的手法を用いた研究が行われている. しかし, 抑うつ症状とSOC及びレジリエンスについて量的手法を用いて同時に検討した研究は十分に行われているとは言い難い. さらに, 項目によって抑うつ症状と関連する強さが異なる可能性が考えられるものの, 項目レベルで抑うつ症状との関連を検討した研究は見当たらない. そこで本研究では抑うつ症状とSOC及びレジリエンスの質問項目に焦点を当て, 関連を検討することを目的とした.

【方法】 2017年5月～7月に北海道内の高等教育機関に所属する学生763名を対象として, 無記名自記式質問紙票による集合調査を行った. 調査項目は, 1) 基本属性(性・年齢など), 2) 米国国立精神保健研究所疫学的抑うつ尺度(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale ; 以下CES-D)20項目, 3) SOC日本語版13項目, 4)精神的回復力尺度(Adolescent Resilience Scale ; 以下ARS)21項目とした. 分析にあたり, CES-D得点16点以上を「高うつ群」, 16点未満を「低うつ群」とし目的変数とした. 説明変数は, SOC及びARSの各項目とした. SOCは7件法で質問し, 各項目1～3点以上を「該当群」, 4点以上を「非該当群」とした. ARSは5件法で質問した. 各項目4～5点を「該当群」, 4点未満を「非該当群」とした. 解析にあたり, Spearmanの順位相関分析, Fisherの直接確率検定, ロジスティック回帰分析(ステップワイズ法)を用いて関連を検討した.

【結果】 回答に不備のあるものを除外した680名(有効回答率89.1%, 男性195名, 女性485名)を分析対象とした. 高うつ群の該当率は51.8%(352名)であった. SOCとARSの項目について相関分析を行なった結果, 項目により関連の強さに強弱が示された. CES-DとSOC, CES-DとARSについてロジスティック回帰分析を用いて関連を検討し, SOCは13項目中9項目, ARSは21項目中7項目で独立した関連が示された.

下表にCES-Dと各尺度内で独立性の認められた16項目についてロジスティック回帰分析を用いて関連を検討した結果を示した. SOCでは9項目中, 「自分の周りの出来事をどうでもよいと思うことがある」など6項目, ARSでは7項目中「自分の感情をコントロールできる方だ」など4項目で独立した関連が示された.

表. CES-DとSOCおよびARS各項目の関連(最終変数選択モデル)

独立変数	OR	95C.I.		P
		下限	上限	
1) 自分の周りの出来事をどうでもよいと思うことがある	1.70	1.14	2.52	0.01
5) 不当な扱いを受けているという気持ちになる	3.23	1.88	5.54	<0.01
7) 毎日していることは喜びと満足を与えてくれる	0.42	0.29	0.63	<0.01
8) 気持ちや考えが混乱することがある	2.03	1.36	3.02	<0.01
12) 日々の生活で行っていることは意味がないと感じる	2.24	1.36	3.68	<0.01
13) 自制心を保つ自信が無くなることはある	2.26	1.40	3.64	<0.01
2.自分の感情をコントロールできる方だ	0.65	0.43	0.97	0.04
6.将来の見通しは明るいと思う	0.25	0.16	0.37	<0.01
14.気分転換がうまくできない方だ	2.29	1.44	3.64	<0.01
17.つらい出来事があると耐えられない	1.67	1.07	2.60	0.02

ロジスティック回帰分析(ステップワイズ法. 調整変数として性・年齢を投入)
OR(Odds Ratio) : 低うつ群を1としたときの高うつ群出現率.
N: SOCの質問項目. N.: ARSの質問項目.

【結論】 抑うつ症状の予防要因であるSOCとレジリエンスについて, SOCの6項目, ARSの4項目で抑うつ症状と独立した関連が示された. これらの項目は抑うつ症状の予防に向け, 特に有効である可能性が示唆された.

【利益相反(COI)の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

0-15 子ども達が夜の街に求めているものについて

○御宮知詳浩、小坂井秀幸、田中尽悟、上田浩詞、秋田智哉、藪下ももこ、藤城里帆、八橋一真、四ツ橋宏紀、小川大地、川内恭士郎、水野慧一、田中勤（少年支援保健委員会・Public Health）

【目的】 日本の社会の子ども達の現状として夜の街に関わる思春期の子ども達がいる。このことについて一般社会への不適合や日々の活動場所に居場所がないため夜の街にいるのではないかと考えた。そこで、夜の街の子ども達の本当の想いを知るために、なぜ彼らが夜の街にいるのかを明らかにしていく必要がある。実際に夜の街にいる子どもに関わる活動を通して得られた、彼らの現在置かれた状況について記述したい。

【方法】 2016年10月～2018年4月の期間で、名古屋市内繁華街を土曜日の深夜に2、3人程度の活動チームで巡回し、思春期の男女少年について傾聴・共感・見守りを主体とする声かけ活動を実施した。彼らに対しては、「学生か」「何歳なのか」「学校には通っているのか」「どういう経緯でその場所にいるのか」「なぜそこで働くようになったか」「将来どうしたいか」といった基本的な聞き取りをまず行った。また何週にもかけて声かけを継続し、彼らの思いに寄り添い関係を築く中で、彼らの本当の想いを表出してもらった。

【結果と考察】 17歳～21歳の男子11人と関わることができたが、歓楽街の路上での交流を通しての聞き取りとなった。彼らが夜の街に求めているものとしては、「お金を多く稼ぐことができる」が最も多かった。また、彼らと関わり始めた時はわからなかったが、夜の仕事の組織に所属することで居場所を見つけることができているように感じ取れた。しかし、一方では夜の仕事の組織という居場所が彼らを縛りその組織から抜けることが困難になっていることが彼らの会話や表情から窺えた。その中で二人の子ども（AとBとする）と多くの交流機会を持てた。A（19歳）と出会った頃は、Aが18歳の時で通信高校に通っていた。学校卒業後は「美容師かな」と当初は話しており、卒業後は夜の仕事を辞めると話していた。しかし、高校卒業後の現在も「なかなか辞めれない」や「仕事は楽しいです」と話しながら夜の仕事を続けている。B（18歳）はAの学校の後輩で夜の仕事の後輩でもある。彼も他の男子と同様「お金を稼げるから仕事している」と話しているが、自分の意思しっかり持っており、自分のやりたいことをやり、やりたくないことは断ることができる男子である。また、単位不足で学校を留年してしまっているが、現在もしっかりと「学校へ登校している」と話している。

彼らは目標さえあれば仕事や学びに打ち込む力を持っていることがわかった。また、彼らの中には今の状態からのステップアップや異なる仕事を見つけたいという思いをもっていることもわかった。このため私たちに求められる援助としては彼らに自分の目標を見つける手助けを行うこともひとつではないかと考えられた。しかし、彼らが日中の仕事に就きたいと思った時、お金を基準に考えてしまうと、どうしても他の地道な仕事や学業に時間の無駄を感じたり、満足できないこともあるのだろう。ここに拝金主義的な夜の街の怖さがあり、お金に対する価値観の変化が一般社会への不適合を生じさせてしまうことが推察されよう。また、子ども達の言動で印象的だったのは、「困ったことがあれば自分で解決します」と、彼らの多くが自立してやっていきたいと考えていた。彼ら自身は社会支援を必要とせず、重要性を感じていないと思われた。しかし、その反面、「学校へ行くためのお金がない」「年の差を感じて学校を辞めてしまった」「高校を卒業する意味を感じない」「仕事を紹介してほしい」という発言もみられ、やはりこれらの問題に対して何らかの支援が必要であると思われた。

【結論】 一連の活動で、子ども達が夜の街に求めているものとして、お金や居場所、将来性という目的を持っており、ただ漠然と街にいるわけではないということがわかった。しかし、その一方で彼らがみつけた居場所そのものが彼らの足かせにもなっている現状も窺える。そのため、社会支援のさまざまなツールがあることを子ども達も含めた社会全体に周知させる必要があるだろう。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

0-16 社会の動向と夜の子供達

○田中 尽悟 (少年支援保健委員会・Public Health (以下PH))、
御宮知 詳浩 (PH)、古橋 忠晃 (名大・精神保健医学・PH)、上田 浩詞 (PH)、秋田 智哉 (PH)、
藪下ももこ (名大・国際開発、PH)、青木 美樹 (PH)、八橋 一真 (PH)、田中 勤 (PH)

【目的】 われわれ少年支援保健委員会・Public Health は、医師・会社員・看護師・学生などで構成される NGO チームである。2007年9月より、深夜の街にいる思春期男女 (以下「少年」とする) への声かけと、彼らの声を社会に届ける調査活動 (以下「夜回り活動」) を実施してきた。昨年、日本社会医学会で夜回り活動について Case series で報告をした。そして、さらに1年以上にわたってそれらの少年達の一部との継続的対話が実現できた。今回の発表では、夜の街の現場から見えてきた社会の動向と夜の子供達との関係について論じたい。

【方法】 名古屋市内繁華街において、毎週土曜日深夜23時以降、日曜日午前2時ごろまでの間で、2017年3月から2018年3月までに、夜回り活動で出会った少年達との対話を重ねてきた。この対話の中で、出会った少年達からわれわれが考え、感じたことを社会の動向との関係で社会医学的検討を加えた。

【結果と考察】 深夜の街では、翌朝近くまで営業しているカラオケ店や飲食店がたくさん見られた。そして、公園や広場に子供達の姿はあまり見られなかった。夜回り活動のメンバーの1人は、「数年前は公園や広場に子供達がたくさんいたんだよ」と言っていた。安価な料金で朝まで遊べる店舗があり、野外よりも天候や気温に左右されない屋内に子供達が集まるようになったのではないかと思われる。

夜回り活動を通じて3人の少年達と出会った。何度も少年達と関わっていくうちに、私達に笑顔で話しかけてくれたり、腕組みをして話しかけてきたりするようになった。会話の内容も親密な内容が増え、徐々に彼らとの距離が近くなっているのを感じた。夜回り活動を通して、彼らと信頼関係を少しずつ構築することができた。少年達は、夜の仕事以外にやりたいことがあると話をしていた。夜の仕事をしている高校生の1人は、「高校卒業と同時に夜の仕事は辞めようと思う」と言っていた。しかし、「社長がなかなか辞めさせてくれない」や、「辞める話をきいてもらえない」と夜の仕事のグループから抜け出しにくい様子であった。また、同じ系列の仕事をしている成人に話を聞くと、「17歳頃から夜の仕事をしていた」と言っていた。夜の仕事をしている少年達がそのまま大人になって、今のグループが形成されている可能性がある。このことから、夜の仕事のグループを抜け出そうと思っても、少年の家族など周りの大人が後押ししてくれない家庭環境や、夜の仕事を簡単に辞められない夜の街のシステムによって、自分の夢に進みにくい環境・状況になっているのではないかと思われる。

【結論】 深夜まで営業している店が多くあり、公園や広場で子供達を見る機会も少なくなったが、夜の街にいなかったわけではない。屋内にいる可能性もあるし、夜の仕事をしていることもある。夜回り活動で出会った少年達は、いずれも自分の将来について考えているようだった。しかし、具体的な目標はなく、今の夜の仕事を辞めて次に進みたい印象もあった。以上のことから、彼らを取り巻く環境が、少年達のこれからの夢ややりたいことを阻害しているのではないかと思われる。夜回り活動は、傾聴・共感・見守りに尽きるが、活動を通して彼らと関わっていくことで、少しずつ心の距離や信頼関係を深めていくことができる。親や先輩ではないからこそ話すことができる内容もある。夜回り活動を通して、彼らの声を聴き彼らに寄り添うことで彼らの夢をサポートする力に少しでもなれたらと願い、今後も夜回り活動を続けていきたい。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

【口演発表～セッション4～こども・家族～】

0-17 生活困窮者自立支援事業における学習支援事業について ～子どもの貧困の連鎖を断ち切るための実践報告～

○井上 直子（飯能市役所・埼玉医科大学社会医学）

【目的】平成27年に施行された「生活困窮者自立支援法」には、必須事業と任意事業がある。特に、任意事業における学習支援事業は、全国で3割の自治体でしか実施されていない。今回、任意事業の子どもへの学習支援事業を実施したので、その活動内容と結果について報告する。

学習支援事業の目的は、子どもの貧困の連鎖を断ち切るために、高校受験のための進学支援、学校の勉強の復習、宿題の習慣づけ、学び直し等である。また、一方で、子どもたちが健全な心と体を培い、すべての国民が心身の健康を確保し、生涯に渡り、生き生きと生活できるよう、豊かな人間性を育み、生きる力を身に着けるために「食」は何よりも重要である。そこで、学習教室参加生徒に対して、食育講座、子ども食堂も実施した。

【活動内容】本市では、本事業を直営方式で実施した。参加対象生徒は生活保護世帯と修学支援を受けている世帯、里親世帯の中学1年生から3年生であった。学習教室における教員は、教員OBを公募した。その他に学生ボランティアとして、地域連携協定のある市内大学の教育実習を終えた4年生が毎回2名参加した。教室は毎週2回夕方2時間、11月からは3年生には、3回開催した。教科は国語・数学・英語・理科・社会の入試5科目である。入学試験直前には、模擬面接も2回実施した。

食育講座は、保健センターと協力し、管理栄養士と食生活改善委員による食育講話と食事会を1回実施した。

さらに、平成28年12月より市内飲食事業者有志の方々により、本事参加者に「子ども食堂」が開かれた。

【活動評価】学習教室は平成27年度、実施回数80回（7月から3月）、参加生徒16人・延べ621人、教員10人・延べ438人、大学生ボランティアは28人・延べ82人。平成28年度実施回数96回（4月から3月）、参加生徒19人・延べ850人、教員13人・延べ724人、大学生ボランティア34人・延べ83人であった。高校合格者は平成27年度3人、不合格1人。平成28年度合格者6人であった。平成29年度は、実施回数107回、参加生徒16人・延べ789人、教員19人・延べ848人、大学生ボランティアは5人・延べ68人、合格者は6人だった。

参加生徒のアンケートでは、「授業でわからないことを丁寧に教えてもらい、良かった」という声がほとんどだった。教員のアンケートでは、「教える教員が毎回変わるのではなく、一貫して教えたい」という声や、「生徒の希望する教科を教えると、偏りが出る」という声もあった。

食育教室は、生徒10人、教員8人、食生活改善委員5人、管理栄養士1人が参加した。

管理栄養士の講義「バランスの良い食事を理解し、楽しく食べましょう」を30分実施した後、食生活改善委員が調理した食事を食べた。

アンケート結果では、参加生徒教員全員が「とても良かった」と回答した。記述式では、「すごくおいしかった」「たくさん、食べれた」という声があった。

子ども食堂は3回実施され、運営側からは、「いただきます」「ごちそうさま」が言えない子に驚いたとの声があった。

【今後の課題】学習教室に参加しない生徒、途中で辞めた生徒へのフォロー対策を具体的に構築することが必要である。さらに、高校の中退防止のための教室の開催も必要である。

また、食育を通じて規則正しい生活習慣の獲得と、子ども食堂と食育講座の連携もさらなる課題である。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

0-18 健康寿命および平均余命に関連する高齢者の生活要因

○細川陸也¹⁾、尾島俊之²⁾、近藤克則^{3,4)}

1)名古屋市立大学看護学部, 2)浜松医科大学医学部, 3)千葉大学予防医学センター,
4)国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター

【目的】 「健康寿命の延伸」は、健康日本 21 の中心課題であり、その指標として平均寿命と健康寿命（日常生活に制限のない期間）の差に着目している。平均寿命と健康寿命の差は、健康上の理由で日常生活に制限のある不健康な期間（介護等を要する期間）を意味し、その差が拡大するほど、本人および家族のQOLが低下し、医療費や介護給付費等の社会保障費の増大にも繋がる。2010年の調査では、全国平均の平均寿命は、男性79.55年、女性86.30年、健康寿命は、男性70.42年、女性73.62年であり、その差は、男性9.13年、女性12.68年であった。また、健康寿命を都道府県別にみると地域差がみられ、最も長い地域と最も短い地域を比較すると最大3年程の格差がみられた。しかし、健康寿命の地域格差が生じている背景は十分に明らかとなっておらず、効果的な取り組みを実施していくためには、その要因を探ることが重要である。本研究は、健康寿命および平均余命に関連する高齢者の生活要因を地域レベルで検証することを目的とした。

【方法】 本研究は、JAGESプロジェクト（Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究）の一環として、2013年に全国92市町村の日常生活圏域ニーズ調査等に参加した要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者273,124名を対象とし、高齢者の生活習慣の特徴と健康寿命・平均余命との関連を分析した。地域レベルの指標として、高齢者の生活習慣の特徴〔スポーツの会の参加割合（月1回以上）、趣味の会の参加割合（月1回以上）、老人クラブの参加割合（月1回以上）、外出の割合（週1回以上）、うつ傾向の割合〕を市町村単位で算出し、また、健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均＝要介護2以上でない期間）・平均余命は、健康寿命の算定プログラム（厚生労働科学研究費補助金による「健康日本21（第二次）の推進に関する研究班」）を使用して市町村単位で算出した。人口は2015年国勢調査、死亡数は2012～2016年人口動態統計、要介護者数は2015年の介護保険事業状況報告を用いた。健康寿命・平均余命を従属変数、高齢者の生活要因を説明変数、各市町村の特性（後期高齢者・独居・配偶者同居割合）を調整変数とし、男女別に、重回帰分析を実施した。

【結果】

表. 健康寿命および平均余命に関連する高齢者の生活要因

	健康寿命					平均余命				
	B	SE	β	p	Adjusted R ²	B	SE	β	p	Adjusted R ²
男性										
スポーツの会の参加割合	.083	.017	.474	.000	.246	.096	.018	.510	.000	.283
趣味の会の参加割合	.122	.020	.592	.000	.325	.142	.021	.636	.000	.374
老人クラブの参加割合	.056	.028	.222	.048	.070	.053	.031	.195	.084	.063
外出の割合	.307	.066	.489	.000	.224	.370	.069	.544	.000	.272
うつ傾向の割合	-.073	.028	-.282	.010	.098	-.086	.030	-.304	.005	.110
女性										
スポーツの会の参加割合	.028	.020	.189	.173	.030	.041	.022	.248	.071	.054
趣味の会の参加割合	.041	.020	.289	.043	.056	.058	.022	.368	.009	.093
老人クラブの参加割合	.015	.025	.065	.549	.013	-.003	.028	-.013	.906	.016
外出の割合	.052	.042	.176	.218	.024	.093	.045	.284	.045	.063
うつ傾向の割合	-.017	.027	-.072	.518	.011	-.015	.029	-.056	.613	.020

Note: 後期高齢者割合, 独居割合, 配偶者同居割合で調整. B: 回帰係数, SE: 標準誤差, β : 標準化回帰係数, Adjusted R²: 決定係数

【結論】 スポーツの会、趣味の会、老人クラブへの参加、外出の機会の多い地域ほど、健康寿命・平均余命が長く、一方、うつ傾向の高い地域ほど、健康寿命・平均余命が短い傾向がみられた。これらの健康寿命・平均余命に関連する地域の生活要因の特徴に関与することは、健康寿命・平均余命の延伸を図る効果的な取り組みに寄与できると考える。

【謝辞】 本研究は、JAGESプロジェクトのデータを使用し、厚生労働科学研究費補助金、AMED 長寿科学研究開発事業などの助成を受けて実施した。

0-19 独居高齢者の健康教育参加のモチベーションの検討

○松尾泉、山田真司、細川満子（青森県立保健大学看護学科）、
川口徹（青森県立保健大理学療法学科）、西沢義子（弘前大学大学院保健学研究科）

【目的】地域で生活する独居高齢者が健康教育に参加するための要因を明らかにする。

【方法】A県B市で実施されている地区社会福祉協議会主催の独居高齢者の閉じこもり予防事業において、ボランティア学生による健康教育を夏期・冬期に開催した。

1) 研究対象：2015年8月と、2016年3月に2回目開催の健康教育に参加し、回答の得られたB市C地区在住の独居高齢者29名（男性6名、女性23名）、および2016年9月（1回目）開催、2017年9月（2回目）開催の健康教育に参加し、縦断的に回答の得られた、B市D地区在住の独居高齢者21名（男性7名、女性14名）。

2) 調査方法：健康教育参加時に文書及び口頭で同意を得られた者に会場で自記式アンケート用紙を配付し留置法にて回収した。調査項目は、年齢、性別などの基本属性と、複数選択可能な健康教育への参加理由6項目、および健康教育で楽しみにしている事6項目である。本研究は所属機関の倫理委員会の承認を得て実施した。

3) 解析方法：2回目の参加の有無と「健康教育の参加理由」6項目、および「健康教育で楽しみにしている事」5項目についての分割表の独立性の検定をフィッシャーの正確検定により行った。

【結果と考察】第1回参加者のうち第2回にも出席したのはC地区では13名（男性4名、女性9名）、D地区では6名（男性2名、女性4名）であった。2回目の参加の有無と関連のあった1回目の参加理由はなかったが（表1）、1回目の「健康教育で楽しみにしている事」ではNo8、No9、No11がそれぞれ両側5%で有意となった（表2）。有意となった3項目のうち、2回目でNo8を選択していたのは10名で、その内7名は1回目でもこの項目を選択していた。同じく、2回目でNo9、No11を選択していたのはそれぞれ9名と8名であり、1回目でもこの項目を選択していたのはそれぞれ6名と4名であった。

表1. 健康教育の参加理由と2回目出席の独立性の検定両側p値

No.	健康教育の参加理由	C地区(n=29)	D地区(n=21)	C+D地区
1	民生委員に誘われたので	.410	.291	1.000
2	回覧物を見て	-	-	-
3	地域の人に誘われて	.573	-	.549
4	学生に会えるから	.144	-	.062
5	以前から参加しているから	.270	1.000	.199
6	食事が楽しみだから	.632	.500	.404

- : 2回目出席者なし

表2. 健康教育で楽しみにしている事と2回目出席の独立性の検定両側p値

No.	健康教育で楽しみにしている事	C地区(n=29)	D地区(n=21)	C+D地区
7	他の参加者と過ごせること	.226	.331	.076
8	健康に関する知識を得られること	.025	.361	.019
9	健康に良い過ごし方を身に付けられること	.016	1.000	.027
10	民生委員の方に会えること	.192	0.071	.018
11	学生に会えること	.026	.184	.004

【結論】1回目の参加者50名中2回目も参加した19名（男性6名、女性13名）について、参加した理由と健康教育に期待しているものを調べた。この結果、健康教室に対し、「健康に関する知識を得られること」「健康に良い過ごし方を身に付けられること」「学生に会えること」を期待している参加者が継続的に参加していることが分かった。参加者に健康に関する知識と健康を維持するための方法をしっかりと提供できるような健康教育を行うことが継続的な参加を促すものと思われた。本研究は平成28年度科研費（基盤C代表松尾泉）を得て実施した。

【利益相反 (COI) の有無】 無 【軍事関連研究助成の有無】 無

0-20 認知症高齢者のデータを用いた認知機能と拡大ADLの因果の方向性の検討

○出井涼介、曾根悠太郎、鷺田武雅、佐藤寛明、山梨敦也、中嶋和夫
(地域ケア経営マネジメント研究所)

【目的】本研究は、認知症高齢者の縦断的な調査データを用いて、認知機能と拡大ADLの因果の方向性を検討することを目的とした。

【方法】調査は、全国43か所の介護老人福祉施設に入所する要介護者2,946人を対象に行った。調査内容は、基本属性(性別・年齢)、認知症の診断の有無と原疾患、認知機能、拡大ADLで構成した。基本属性については、それぞれの施設で保管している介護記録から収集した。認知症の診断の有無と原疾患については、医師の診療録あるいは前記施設に勤務する看護師から入手した。認知機能については、研究者らが観察法で測定する12項目を用意し、施設に勤務する生活相談員等の職員に調査を依頼した。拡大ADLについても、研究者らが観察法で測定する25項目を用意し、施設職員に調査を依頼した。前記すべての調査内容について、2017年9月に調査(初回調査)し、認知機能と拡大ADLについては2018年3月に追跡調査を実施した。統計解析では、潜在変数を導入した交差遅延効果モデル(cross-lagged effects model)を仮定し、構造方程式モデリングを用いてモデルのデータに対する適合性と変数間の関連性を検討した。パラメータの推定には、重み付け最小二乗法の拡張法(WLSMV)を採用した。以上の解析には、研究所が所有する統計解析ソフトMplus7.3を使用した。本研究では、追跡調査が実施できた916人分のデータのうち、分析に必要なすべての変数に欠損値を有さない、かつ、初回調査時点で認知症の原疾患が明らかになっている認知症高齢者328人分のデータを集計対象とした。

【結果】集計対象となった認知症高齢者の性別の内訳は男性91人(27.7%)、女性237人(72.3%)であった。年齢は平均86.2歳(標準偏差:7.55、範囲:65-105)であった。認知症の原疾患は「脳卒中」が最も多く207人(63.1%)、次いで多いのは「アルツハイマー病」が98人(29.9%)であった。認知機能測定尺度と拡大ADL測定尺度の妥当性を確認的因子分析で検討したところ、因子構造モデルの初回および追跡調査時データに対する適合性は、統計学的に許容される範囲内にあった。認知機能と拡大ADLの因果の方向性を交差遅延効果モデルで検討した結果、モデルのデータに対する適合性は統計学的に許容される範囲内にあった(図1)。変数間の関連性に着目すると、認知機能(初回調査時)と拡大ADL(追跡調査時)間に統計学的に有意な正の関連性が認められた。一方で、拡大ADL(初回調査時)と認知機能(追跡調査時)の間には、統計学的に有意な関連性が認められなかった。

【結論】本研究では、認知症高齢者の認知機能は拡大ADLに影響を与える一方で、拡大ADLは認知機能に影響を与えないことを明らかにした。この結果は、国際生活機能分類(ICF)が相互作用モデルを採用していることに関する議論に一石を投じるものと推察される。

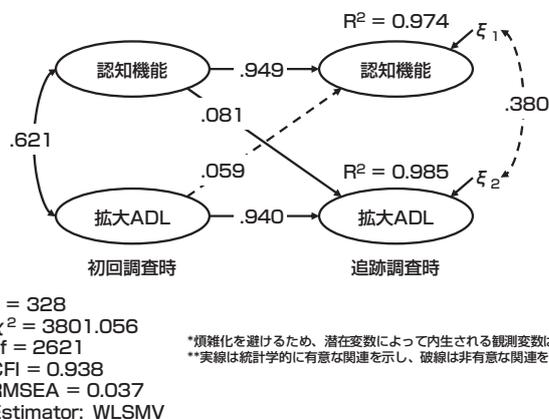


図1 認知症高齢者の認知機能と拡大ADLの関係(標準化推定値)

P-01 重篤な意識障害患者のソーシャルワーク —医療ソーシャルワーカーによる意思決定支援—

○田川 雄一（広島国際大学 医療福祉学部）

【目的】 救急医療の提供体制は、1次救急・2次救急・3次救急と分類され、特に重症度の高い患者が搬送される3次救急では、複数の診療科に対応し、緊急性のある重度外傷・脳卒中・心筋梗塞など高度医療の提供がなされている。突然の出来事は患者の人生・家族の人生を大きく変える出来事となる。救命救急医療の現場では、搬送される患者に対し、家族の思いは強い不安と現状を整理できない状態に陥る。一命を取り留めたとしても、後遺症や障害によりショックと絶望を突きつけられる事態は将来の見通しも立たない状況となる。

そのような救命救急医療の医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker : MSW）には、高い技術や豊富な知識が必要とされているが、患者の意思疎通が困難な場合や、家族がパワーレスになっている場合に、MSWの重要な役割として、意思決定を支援する作業過程にも注目する必要があると考える。

近年、急性期医療でのMSWの業務は、退院支援を早期におこなうことが主流となっているが、退院までに家族の思いを受け止めながら家族の力を取り戻す過程が重要となる。

本研究は、意思疎通困難な患者にどのようにアプローチをして意思決定支援をおこなえばいいのか、そのソーシャルワークの過程や方法を考察することを目的とした。

【方法】 実際の症例をもとに考察をおこない、全国遷延性意識障害者・家族の会による調査データや文献により比較検討をおこなった。

【結果と考察】 短期間の中ではあるが、入院時から退院時までにおこなわれる家族との関わりでは、そのプロセスが重要である。悲惨な体験の中にも、MSWが患者・家族の意思決定支援へ介入することで、家族の力を戻すきっかけや問題・課題を自ら跳ね返す能力（レジリエンス）を身に付けていくのではないかと考えた。全国遷延性意識障害者・家族の会が、調査をおこなっているが、その中でも介護者（家族）の「こころ」が萎えそうになった時の対処法について、「一人で抱え込まないこと」「命が助かったことを思い出し原点に戻る」「一人ではないと思う」という回答が得られており、調査内容からはMSWとしても心理社会的にアプローチしていくことができると考えた。

患者の意思疎通が難しい場合、家族への働きかけとして、患者本人のことを悩み考えている環境をつくり出すこと、患者の代弁者となる家族への積極的なアプローチが重要である。また、必要な情報を提供しながらも、物事を判断しにくい状況にある家族には、課題を整理するための優先順位を設定し、家族の役割を提示していくことも必要である。また、危機への介入でもあるため、不安や疑問を吐露することのできる環境設定も合わせて必要である。最終的に、救命救急医療ではパターンリズムがある中での早期転院や、DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）の確認など家族の心理的ダメージは非常に大きいため、必要な場合はオープンエンドで支えていく姿勢は必要である。

MSWは、ミクロレベルからメゾレベルでの働きかけを意識的におこなうことで、患者の意思決定をしなければならぬ家族を支えていき、「今」という現実に向き合える力を獲得するきっかけづくりを担う重要なポジションにいるのではないかと考える。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

【ポスター発表】

P-02 患者背景が医師とのヘルスコミュニケーションに与える影響についての 探索的質的研究

○岩隈美穂（京都大学医学研究科・医学コミュニケーション学分野）

【目的】 患者の「語り」（ナラティブ）に関心が高まっている。単に「患者の話を聞く」というだけでなく、ナラティブを聞き出すことのメリットに関しての研究も進んでおり、エビデンスベーストメディシン（EBM）に加えてナラティブベーストメディシン（NBM）という言葉も聞かれるようになった。これまでのヘルスコミュニケーションの研究から、患者とのコミュニケーションの内容や質が、患者の終末期のQOLの向上、不安感の軽減、病への心理的適応、治療効果、医療費の削減などに関係することが分かってきており、医療者から患者に一方に情報を伝えるだけでなく、患者から「情報を引き出す」双方向のコミュニケーション能力が医療者には求められている。そこで本研究では、医師たちが心理社会的情報を含む患者背景についてどのように考え、またどのようにして患者から背景について聞き出しているのか、について探索的にインタビュー調査を行った。

【方法】 13人の医師に、半構造化インタビューを行った。インタビューの長さは45分から90分で、インタビュー後逐語録を作成しテーマ分析を行った。

【結果と考察】 13人の医師たちの専門は、家庭医、精神科、眼科、救急などで、年齢は30～40代であった。39のコードが現在抽出されており、主なものとして「病と疾病」、「患者背景と協働意思決定」「患者背景の重要性への気づき」、「患者背景ききとりの障壁」、「ジェンダーと患者背景」などが挙げられている。これからさらに分析を進めることで、いくつかのテーマに収束していく予定である。ほとんどの医師が患者背景のヘルスコミュニケーションにおける重要性を認識しているが、診療において物理的・時間的な制約があり心理社会的情報を聞き出すことに難しさを感じている。「患者背景をなぜ・どうやって聞き出すか」について、学部生や研修医時代にトレーニング、あるいは同僚医師との情報交換は十分ではないことが明らかになった。

【結論】 本研究は分析途中であり、今回の発表は途中経過であるが、既にもうずっと存在する問題とつきあっていて、定期的な外来でここ最近の変化などについて聴きたい、あるいはだんだん症状が悪化してきた時に、もっと悪化した場合にどうしたいか確認しておくために聴きたい、といった臨床でよくあるコミュニケーション場面に対応できる知見が得られる可能性がある。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

P-03 HIV/AIDS と共に生きる方々への支援の検討 —ケニア共和国の都市で—

○会沢紀子（獨協医科大学看護学部 地域看護学）

【目的】東アフリカのケニア共和国では、1993年をピークに新たなHIV感染者は減少を続け、現在感染者の64%はARVにアクセスができていますが、2000年の180万人をピークに未だ160万人余りがHIVと共に生きている状況にある(UNAIDS, 2016)。本報告は2007年に、ケニアの都市の医療施設2か所でHIV感染者及びAIDS患者に対しWHOQOL-HIVを用い構造的インタビューを行った際に得た自由コメントから、困難に感じていることと必要な支援についてまとめ検討したものである。

【方法】対象者はケニアの都市2地域に住む、18歳以上のHIV感染者及びAIDS患者で、医療施設のスタッフにより本調査の対象者として適切と判断され、コミュニケーションが可能でインタビューへの回答に承諾を得た178名であった。調査は英語でケニア人の調査員と共に行った。

【結果】対象者うちデータ分析可能であった159名の背景は以下の通りである。

性別	人(%)	年齢	人(%)	学歴	人(%)	宗教	人(%)	健康認識	人(%)
女性	130(81.8)	29-39歳	103(64.8)	初等教育	78(49.1)	キリスト教	145(91.2)	良好	84(52.8)
男性	29(18.2)	40-64歳	56(35.2)	中等教育以上	64(40.2)	イスラム教	12(7.5)	どちらでもない	55(34.6)
				なし・不明	17(10.7)	なし	2(1.3)	不良	20(12.6)

感染段階	人(%)	内服状況	人(%)	CD4数	人(%)	医療支援施設	人(%)	支援への参加や行動	人(%)
症状なし	141(88.7)	内服あり	99(62.3)	200未満	21(13.2)	政府施設	11(6.9)	支援的カウンセリング有	140(88.1)
症状あり	17(10.7)	内服なし	60(37.7)	200-499	72(45.3)	それ以外	133(83.7)	サポートグループ参加有	146(91.8)
AIDS発症	1(0.6)			500以上	50(31.4)	なし・不明	15(9.4)	HIV陽性診断の告白有	151(95.0)
				不明	16(10.1)				

自由に語られた、困難な状況や支援が必要な内容としては(複数回答)、「ビジネスや雇用の機会や資金が必要」(23名)、「HIVと合併症の治療、ワクチンの開発」(19名)、「家族が最も影響を受けて辛い」(11名)、「子供に十分な教育を与えられない」(9名)、「食事・栄養が十分に取れない」(8名)、「情報が欲しい」(3名)であった。HIV/AIDSと共に生きるうえで大切な事は「HIVの管理」(4名)、「HIV感染を受け入れポジティブに生きる」(15名)、「NGOやサポートグループを通じた支え合い」(14名)、「VCT(自発的なカウンセリングとテスト)や教育」(14名)、「差別をされず権利が守られる」(7名)、「神にゆだね祈る」(5名)、「健康である」(2名)、「HIV陰性の若者は予防を」(2名)、「母子感染予防」「HIV感染を他者に告白する」「スピリチュアルな専門的サポート」(各1名)が挙げられた。そして、調査を通して話を聞くことは、「訪問が励ましや力づけ」になる(34名)と、コメントされた。

【考察】本調査に参加したHIV感染者は、無料でARVを得ていたが、医療施設までの交通費や合併症など他剤購入費、体力を維持する十分な栄養や食費に困難をきたしていた。家族を養う資金も必要であり、HIVの管理をして収入を得る機会を求めている。参加者の95%はHIV陽性を他者に告げており、約9割の者は支援的なカウンセリングを受けサポートグループに参加し、HIV感染の状況を受け入れ、神にゆだね祈る信仰により前向きに生きていたといえる。また、HIV感染者の人権擁護を求め、教育、予防、VCTの重要性を発信していた。

【結論】HIV感染者への支援には、治療薬ARVへのアクセスのみならず、栄養をとり治療を続けられる資金、家族の教育、人権が守られ雇用を得る機会といった包括的な体制の支援が必要である。さらに、信仰やサポートグループ、支援者による支えはHIV感染を理解し受け入れて生きていくために重要であることが示された。

【利益相反(COI)の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

P-04 大阪常設夜間休日 HIV 検査場における外国人の受検者動向の分析

○毛受矩子 (NPO 法人スマートらいふネット)

【目的】大阪常設夜間休日 HIV 検査場「chot CAST(大阪検査相談・啓発・支援センター)」は開設から 10 年を迎えている。今、全国の保健所等の HIV 受検者数は減少傾向にある。当検査場も受検者数は年々微減しつつあるが、一方で外国人の受検者は近年微増しつつある。また国の数も増してきている。今後一層グローバル化が予測される中で、本稿は大阪常設夜間休日 HIV 検査場「chot CAST」の最近の 3 年間における外国人受検者の動向に着目し分析を行った。今後の外国人受検者への HIV および他性感染症予防と早期発見、早期医療への繋ぎに対する取り組みの課題を明確にすることにある。

【方法】対象者は、当検査場における平成 27 年度から平成 29 年度の 3 年間の総受検者 14127 名とその内の外国人受検者 482 名について分析した。対象項目は①国籍別人数、②陽性者の詳細である。なお、倫理的配慮は検査者匿名のため不要とした。

【結果と考察】1) 受検者数の推移：当検査場は開設当时には通常検査のみであったが平成 23 年 7 月より即日検査も開始している。平成 27 年度をピークに即日検査の受検者は定員を上回るものの、通常検査受検者数は減少傾向にあり、総受検者数は微減傾向に転じている。(表-1)3 年間の男女別受検者割合は男性が 75.6%、女性 24.1%、他 0.3%であり、女性は年々減少傾向にある。一方で外国人受検者数は平成 27 年度 2.9%から平成 29 年度 3.8%と微増傾向にある。(表-2) 受検者の国籍で最も多い国は中国、米国であるが、昨年度は台湾、ベトナム等東南アジア系も増加し、受検者の国数は 36 か国にも及んでいる。言語は英語を中心に多言語に拡大してきている。増加しつつある外国人受検者の中で HIV 感染者も発見されてきている。(表-2) 2) 陽性率：検査項目は HIV、HBV、梅毒を無料、匿名で実施している。当検査場における HIV 陽性率は近年横ばいである。受検者の 3 年間の平均 HIV 陽性率は 0.53%である(表-1)。男女別陽性率は男性 0.7%、女性は 0.03%であり、HIV 陽性者は男性が 99.7%を占めていた。一方、外国人の受検者の 3 年間平均の HIV 陽性率は 2.1%であり(表-2)、男性が 100%を占めていた。外国人受検者の陽性率は受検者全体の陽性率の約 3 倍の高さであった。3) 外国人の陽性者内訳：3 年間の外国人 HIV 陽性者の年齢は 20 歳代が 70%を占めていた。性的指向は MSM が 80%であり、1 名は結果返し未来所者であった。職業は学生が 40%を占めていた。陽性者は 20 歳代、学生が多いことからパートナー検診、医療への確実な繋ぎへのきめ細かい支援や、また生活経済への丁寧な支援、言語理解への対応が求められている。

【結論】今後益々グローバル化が進む中で外国人に対する安心して利用できる無料・匿名の検査相談・啓発・支援センターの役割の重要性が一層期待されていると考える。併せて今後も継続的に外国人受検者がもつ課題等に注目した支援の強化が求められていると考える。利益相反：開示すべき利益相反はありません。

<表-1> 常設夜間休日 HIV 検査場 3 年間の受検者数

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
通常検査(火・木曜日)受検者	2609	2328	2227
即日検査(土曜日)受検者	2357	2222	2384
受検者全体	4966	4550	4611
HIV 陽性者(率)	29 (0.6%)	20 (0.4%)	26 (0.6%)

<表-2> 常設夜間休日 HIV 検査場 3 年間の外国人受検者数

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
外国人受検者(総受検者に対する率)	144 (2.9%)	165 (3.6%)	173 (3.8%)
外国人 HIV 陽性者(率)	4 (2.8%)	3 (1.8%)	3 (1.7%)
国籍数	32 カ国	33 カ国	36 カ国

【ポスター発表】

P-05 国際社会小児科学小児保健学会「ブダペスト宣言(On the Rights, Health and Well-being of Children and Youth on the Move)」 -当学会の支持表明に国際社会が期待するもの-

○武内 一 (佛教大学・社会福祉学部)

【はじめに】2017年10月に開催された国際社会小児科学小児保健学会 (ISSOP) 総会のテーマは、「Children on the Move: rights, health and well-being、移民あるいは難民状態にある子どもたち:権利、健康そしてwell-being」であった。この総会で採択されたブダペスト宣言は、難民の子どもたちの権利、健康とwell-beingを擁護するために私たち医療関係者が取り組むべき課題を示し、その支援を行動に移すことを謳っている。

日本の医療や福祉現場の関係者、社会医学研究者にとって、移民および難民の問題はやや遠い課題と思われるが、世界規模でみた場合、特に難民の拡大は国際社会に突きつけられた大きな課題となっている。そして、こうした移民あるいは難民の子どもたちの問題とその解決への道筋は、東日本大震災とそれに伴う原発事故被災者家族の子どもたちにも共通点が少なくなく、この宣言から我々自身も多くを学ぶことができる。

【ブダペスト宣言】このブダペスト宣言を和訳し、宣言への支持を本学会に依頼し承認された。現在、本学会を含め、国際小児虐待およびネグレクト防止学会、ヨーロッパ小児科学会、アイスランド、ドイツ及びスペイン小児科学会、国際小児科学会、ラテンアメリカ小児科学会など11の国と地域の団体が、本宣言への支持を表明している。

本宣言では、課題を13項目に整理し、それらに対して大きく6項目の解決への道筋を示した。各道筋に関する具体的な手立ては3-6項目ずつ個々に示されている。13項目とは、(1)武力紛争、貧困、自然災害によって、国内外で子どもたちが移動しており、(2)そうした変化は人生に悪影響を及ぼしている。つまり、(3)子どもたちは弱い立場にあるにも関わらず、(4)子どもの権利が剥奪されているため、(5)子どもの権利を保障するアプローチが求められる。そのためには、(6)学際的な見地に立った医療関係者の役割があり、(7)グローバルな視点と、(8)公的対処の必要性があるが、(9)先進的な国の中にも多くの障壁があり、その一つに(10)年齢を恣意的に決定する考え方がある。しかし、(11)WHOの健康の定義を理解し、(12)子どもの権利条約に従って政策を展開し、(13)この宣言が生かされているか検証していく、とされる。

それらを解決すべき道筋の最初は、(1)子どもの権利条約の核となるいくつかの条項への具体的な関わりであり、次に(2)身体的精神的なリスク回避への役割であり、そのために(3)言語や文化的な障壁を超えたケアの重要性を挙げ、さらに(4)子供達の権利擁護へのリーダーシップ発揮の必要性に触れ、(5)将来にわたる普遍的なシステムづくりとその政策化の重要性を強調し、最後に(6)そうしたプログラムの実践とその評価と普及について言及している。

【宣言と日本との関係】宣言は、現在問題となっているアフリカやアフガニスタン、中東からの難民の子どもたちを強く意識して発表されたものであり、我々にとって国際社会に目を向ける重要な意味がある。一方、この問題は、日本国内で自然災害などに被災した家族の子どもたちへのアプローチとの共通点が多く、より普遍的にすべての子どもたちの権利を尊重し、よき健康とwell-beingのために実践すべき課題と繋がっている。そして、本宣言への支持を表明したことは、本学会が国際社会の一員として役割を果たすとの意思表示であり、その意義は大きい。

【行動計画に策定に向けて】現在、ISSOP内に本宣言に基づく行動計画を作成する作業部会が設けられ、今年1年間を4期に分けた行動計画の策定が始まっている。こうした取り組みに連動して、日本国内でも宣言の周知と日本国内の課題との関係を記事配信元、新聞社などに示して報道されるよう努力するとともに、支持表明の先にある本学会としての具体的なさらなる行動に関しても、本発表を通じて議論が深まることを期待したい。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

【ポスター発表】

P-06 「病院からはじまるまちづくりプロジェクト」調査研究
医療費に係る未収金の現状と課題—未収金データを使った初期的分析—

○宮本恭子(島根大学・法文学部)

【目的】 医療機関を受診した後に、患者が窓口で一部負担金を支払わないケースが問題となっている。本研究では、「病院の未収金はだれに、どのように発生するのか」を分析することを通じて、未収金が発生する背景には何があるのかを探るとともに、未収金問題の緩和を推進するために、どのような環境整備が必要であるのかという点について検討することを目的とした。

【方法】 松江生協病院から提供を受けた2016年度未収金データを解析した。性別、年齢、保険種類別、自己負担率、診療科名、未収残高の6つのカテゴリカルデータに対して件数と割合を表記する。連続量データである未収残高に対して中央値[四分位範囲]を表記する。未収金発生者の特徴を分析するため、「75歳以上に該当する群」と「75歳未満の群」について、群間の比較検定を行う。次に、「松江生協病院(入院・透析外来・救急外来)患者群」と「ふれあい診療所の患者群」に対して、保険種類別の未収金の発生率を算出し、群間の比較検定を行う。解析ソフトはSPSS for Windows Ver22.0を用いた。

【結果と考察】 75歳以上の群では女性の未収金発生が多い。本人・家族については、75歳以上の本人の未収金の発生割合が多い。未収残高は、75歳以上が75歳未満と比べ有意に低い。このことは、75歳以上の後期高齢者医療は窓口での患者負担率が少ないため、支払いがしやすいことに起因すると思われる。全体の未収金発生率は、件数が少ない資格証明書を除いて高い順に、生活保護、自賠・労災、協会健保、国民健康保険、後期高齢者医療、組合健保であった。大企業の従業員が加入する組合健康保険の未収金発生率は低く、中小企業の従業員が加入する協会健保は、未収金の発生率が高いという結果であった。

【結論】 75歳以上の女性の未収金発生に効果的な環境整備を検討するためには、世帯類型等の属性を分析することが必要である。また、組合健康保険の未収金発生率は低いが、協会健康保険に加入する就労者の未収金発生率は高いということが分かる。企業規模に比例する所得の違いが保険種類別の未収金の発生に関連している可能性が考えられる。

P-07 ビキニ水爆実験被災者の労災申請をめぐる(第2報)

○色部 祐(働くもののいのちと健康を守る東京センター・社会保険労務士)

はじめに—問題意識に代えて— 一昨年の当学会において同一演題名で第1報として報告をした。その後、新しい局面を迎えたので第2報として報告をさせていただく。60数年を経た事件ゆえに、労災としての認定や一方で国の責任(行政の不作为)をめぐるの国賠訴訟も高知地裁で係争中であるがいずれも厳しい局面に遭遇している。広島・長崎、ビキニそして福島原発被害、日本における核被害をこれ以上起こさないためにもビキニ被災者の労災認定と損賠請求裁判の勝訴は大きな影響を持つだろうと確信している

ビキニ水爆被災者の労災申請に関わる経緯

- ・2016年2月26日 高知県の元マグロ漁船員及び遺族等が全国健康保険協会船員保険部に労災申請を提出 10人その後1人加わる11名の請求者となる(高知-10人、宮城-1人)
- ・船員保険部の中に有識者会議(代表 明石真言・量子科学技術開発機構執行役)が組織され、以降当該会議が計6回開催される(この間、請求者及び代理人は学者・研究者による意見書・資料等を有識者会議に提出してきた)
- ・2017年12月11日 有識者会議が報告書提出
- ・2017年12月25日 請求者10人に対し、全国健康保険協会船員保険部長名で不承認及び不支給決定を発する。(その後、後から請求した事例も不承認)
- ・2017年12月28日 請求代理人らが船員保険部に赴き不支給理由について質問し意見交換を行う
- ・2018年1月29日 関東信越厚生局に11人が全員審査請求を行い受理される。11人の審査官が配置される→その後記者会見を行う
- ・2018年4月2日 請求人と代理人(弁護士、社労士)が星 正治広島大学名誉教授を招いて学習会を行う 講演テーマ「ビキニ水爆実験による放射線量の評価の方法と有識者会議報告書の問題点」(注)
- ・4月2日関東信越厚生局社会保険審査官に「ビキニ水爆実験被災者の審査請求にあたっての質問と要請事項」提出し審査官(11人)と意見交流

不承認及び不支給決定の内容とその理由

◇船員保険資格喪失後の療養の給付請求→不承認 6名(傷病病名 ①前立腺癌 ②肝機能障害③胃癌・肝細胞癌 ④洞不全症候群 ⑤心筋梗塞 ⑥急性腎盂腎炎)

不承認理由→乗船中に被ばくした放射線量を評価したところ、放射線による健康障害が現れる程度の被ばくがあったことを示す結果は確認できなかった。

◇船員保険遺族一時金→4名不支給

不支給理由→乗船中に被ばくした放射線量を評価したところ、放射線による健康障害が現れる程度の被ばくがあったことを示す結果は確認できなかった。よって請求の原因となった死亡は、職務上の事由に起因するものとは認められない。

今後の取り組みについて

- 1、請求者と支援組織「ビキニ核被災検証会」、弁護士、社労士等の協力体制と連携の強化
- 2、船員保険部「報告」の批判の徹底(星論文を含め科学的医学的批判の強化)
- 3、審査官の請求者への聞き取りの実現、請求者側の見解を聞く場の複数回の保証
- 4、ビキニ被災問題をより広く社会的に広げていくこと

P-08 北海道における医療福祉の現場で働く 若手職員に対するハラスメント実態に関する検討

○田村優実(北海道勤医労)、米田政葉(北海道医療大学大学院・看護福祉)、
池森康弘(北海道医療大学・看護福祉)、伊藤龍磨、石崎龍之介、笠松大輔、岩崎唯(北海道勤医労)

【目的】 本研究は、北海道における医療・福祉の現場で働く若手職員のハラスメント実態について検討することにより、より職員が働きやすい現場に向けた示唆を得ることを目的とした。

【方法】 2017年3月から9月に北海道の医療・介護・福祉の現場で働く若手職員700名を対象として無記名自記式質問紙を用いた託送調査を実施した。回収数は287名(回収率41.0%)であり、有効回答数は273名(有効回答率95.1%)であった。調査項目は基本属性7項目セクシャルハラスメント(以下、セクハラ)の経験1項目、パワーハラスメント(以下、パワハラ)の経験1項目、パワハラ経験の内容に関する19項目、他の計69項目とした。なお、パワハラの内容については複数回答可とした。①全体及び性別、年代ごとのセクハラ、パワハラ経験、②パワハラ経験者におけるパワハラの内容について検討を行った。なお、解析にあたりFisherの直接確率検定を用いた。

【結果と考察】 対象集団の基本属性について性別は男性82名(28.9%)、女性202名(71.1%)であった。年代については19歳以下4名(1.4%)、20～25歳113名(39.4%)、26～30歳91名(31.7%)、31～35歳70名(24.4%)、36歳以上5名(1.8%)であった。

セクハラ経験について、あると回答したものは全体で41名(14.3%)、性別に見ると男性3名(3.8%)、女性36名(18.5%)であり、女性でセクハラ経験が有意($p < 0.01$)に高かった。年代別にみると19歳以下2名(50%)、20～25歳13名(12.0%)、26～30歳16名(18.2%)、31～35歳8名(11.8%)、36歳以上0名(0%)であり、年代別で有意差は見られなかった。

パワハラ経験について、あると回答したものは全体で63名(22.0%)であり、性別に見ると男性12名(17.9%)、女性51名(28.0%)であり、性別で有意な差は見られなかった。年代別では19歳以下1名(25.0%)、20～25歳20名(20.2%)、26～30歳27名(33.3%)、31～35歳14名(23.3%)、36歳以上5名(1.8%)であり、差は見られなかった。パワハラの内容について該当率20%以上の項目をみると、「適切でない表現で指示・指導を受けた(人格否定発言、差別的発言等)」21名(33.3%)、「陰で悪口を言われた」17名(27.0%)「年休など正当な権利行使を認められなかった」15名(23.8%)、「管理職が正しいと思うことを一方的に押し付けられた」15名(23.8%)、「無視された」14名(22.2%)となっていた。

【結論】 本研究の結果、セクハラの実態については男性と比較し、女性で経験が多いという結果であった。また、パワハラについては性別で有意差はみられなかったが、女性の被害経験が多い傾向がみられた。このことから、女性を中心としたハラスメント対策が重要であると考えられる。本研究の有効性は、北海道の医療福祉現場における若手職員へのハラスメントの実態を明らかにした点である。本研究の限界として、回収率が低いこと、セクハラの内容について質問していないことがあげられる。今後、聞き取り調査の実施も含め、各種ハラスメント被害についてさらに詳細に検討するとともに、ハラスメントを減らすための方策を検討する事が課題である。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

【ポスター発表】

P-09 看護師を対象とした地域連携研修デザインプロジェクト～CBPRの実践報告

○記村 聡子（四條畷学園大学看護学部）、大野原 ひとみ（四條畷第1地域包括支援センター）、
高垣 真知子（訪問看護ステーションるうてる）、田中 尚美（暁生会脳神経外科病院）

【目的】研究の目的は、看護師が住民や多職種とパートナーシップを形成し、「高齢者が住み慣れた地で自分らしく暮らし続ける」ための看護を推進することである。今回は、「看護師を対象とした地域連携研修」をデザインするCBPRプロセスでの、「パートナーシップ」について示唆を得ることができたため、ここに報告する。

【方法】本研究は、アクションリサーチの中でも参加型のCBPR(Community-Based Participatory Research)を用いる。アクションはStep1:研究参加者・研究者が協働して地域の課題を明確にする、Step2:地域連携研修プログラムをデザインする、Step3:活動の評価、普及の3段階で構成する。研究期間は2017年11月に研究組織を作り現在に至る。原則1カ月に1回ワークショップを開催する。本報告は、Step1プロセスのCBPR記録をデータとして扱う。

本研究は、千葉大学看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施している。

【結果と考察】

メンバーを集める

最初に地域連携研修デザインチームの核となる組織づくりを行った。メンバーを集める時には、研究の趣旨を理解し主体的に取り組む意識、地域包括ケアシステム構築に向けた理念の共有、本音で語り合う関係性を重視した。核メンバーは、研究者を含む4名で構成した：地域包括支援センター保健師、訪問看護師、看護師、研究者。

研修テーマを決定する

初回ワーキングでは、研修テーマの検討を行った。メンバーは、研修企画者と受講生間に思いのズレが生じやすいことを確認した。

「傾聴研修を企画した時に、2回目以降は看護師の参加率が下がった。」「研修で『傾聴する姿勢がない』と言われたが、そうではない。傾聴する時間が持たずに苦しんでいることを理解して欲しい。」

さらに、退院支援に苦慮する看護師の姿が見えてきた。そして、地域の専門職は退院後の受け皿としての体制整備について語った。

「患者と家族に『退院』を切り出すのがとても怖い。」「退院させられる」と言われてしまう。」「地域には私たちがいるから、任せて。とは、まだ思ってもらえていない。がんばらないといけない。」

この地域は、地域資源のネットワーク構築が進んでおり、互いに顔の見える関係性ができている。人々の「生きること、死ぬこと」「医療」への思いが大きく作用しているのではないだろうか。

「特に高齢の方の終末期、死、老いについて、本人や家族と話し合いができていません。摩擦が生じるような気がして、一歩踏み込むことができない。」「本人が意思決定できる時に、死や老い、その人の価値について語り合う文化がないのかもしれない」「専門職として、老いや死と、どのように向き合っていくのかを、もっと、深めていく必要がある。」「大事なテーマですね。皆で語り合いたい。」

そこで、研修テーマをアドバンス・ケア・プランニングに決定した。住民・多職種をメンバーに迎え入れ、ACPについて人々が語り合える環境づくりをめざし、研修を企画することになった。

CBPRにおけるパートナーシップ

日本人は、互いのまなざしを気にかける傾向がある。また、「パートナーシップ」という言葉を日常的に使う人は少ないと考え、このチームでは「自律したメンバーの集合体」であり、「一人ひとりがリーダーシップを発揮する存在である」という考えを共有した。このチームのように、活発に意見を出し合い、かつ、プロジェクトを推進する力を発揮するためには、日本人の特徴をふまえたパートナーシップの在り方を検討する必要がある。

【利益相反(COI)の有無】 無 【軍事関連研究助成の有無】 無

本研究はJSPS 科研費 JP17K12434 の助成を受けたものです。

P-10 京都市右京区内の避難所のバリアフリー環境に関する管理者の意識調査

○西田直子¹⁾，江頭典子¹⁾，村田優子¹⁾，山下 敬²⁾，辻村裕次³⁾，埜田和史³⁾

¹⁾京都学園大学・健康医療学部・看護学科，²⁾滋賀医科大学・看護学科，

³⁾滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門

【目的】 今日，東南海沖地震や河川による水害などの発生に関する危機情報が流れているが，高齢者や車いす利用者が災害時に避難所に避難する場合に，当該施設への移動や避難所の生活環境におけるバリアフリー情報を得ることが困難な状況にある．我々は，2013年に「中京避難所マップ」(<http://nakagyo-hinan.kyoto.jp/>)を作成し，中京区の指定避難所のバリアフリー環境を公表した．今回は，京都市右京区内の高齢者や車いす利用者が災害時などで避難所へ避難することを想定し，現時点での生活環境としての適切性や必要とされる備品や環境が整備されているかについての管理者意識を明らかにすることを目的として，調査を行った．

【方法】 調査の依頼状を京都市教育委員会と右京区に送り，承諾を得て避難所の住環境について調査した．対象は，右京区の第1次避難所としての指定避難所（以下，指定）65か所と，福祉避難所（以下，福祉）32か所の施設管理者である．調査内容は，災害時避難所としての理解，車いす利用者の理解，避難所としての適切性，高齢者や車いす利用者への適切性（4段階：とても，まあまあ，あまり，まったく），対策や改修（有無），各施設の有無と適切性（4段階）とし，応答結果を指定と福祉で比較した（ χ^2 検定，有意水準5%）．本研究は，京都学園大学倫理審査委員会の承認を受けた（承認番号29-9）．

【結果と考察】 調査は2017年9月20日～10月10日に行った．回収数は指定40か所（回収率61.5%），福祉20か所（回収率62.5%）であった．回答者は，指定で校長14名（35%），教頭20名（50%），事務長1名（2.5%），その他5名（12.5%），福祉で施設長18名（90%），事務長1名（5%），その他1名（5%）であった．防災研修を受けた者は，指定28人（46.7%），福祉14人（23.3%）であり，防災研修年数は指定3.1年，福祉2.8年であった．「車いす利用者の援助への理解」は「とても」が指定より福祉が多かった（ $p=0.001$ ）．指定よりも福祉の方で評価が高かったのは，当該施設の適切性においては「避難所が高齢者において適切か」（ $p=0.004$ ），「避難所が車いす利用者において適切か」（ $p=0.001$ ），「車いす利用者への対策を講じているか」（ $p=0.003$ ）．また，施設の有無では「身障者対応部屋」（ $p=0.003$ ），「入口のスロープ」（ $p=0.021$ ），施設の適切性については「エレベーター」（ $p=0.001$ ），「身障者対応部屋」（ $p=0.007$ ）「オストミー対応トイレ」（ $p=0.034$ ），「身障者トイレ」（ $p=0.049$ ）であった．近年，指定避難所の増加とともに，福祉避難所も増加し，マニュアルを有しているところが増えつつあるが，「救援物資の体制が整っているか」では「はい」が指定や福祉で36.5%，40%であり，6割以上が「いいえ」「わからない」であった．自由記述では指定で「身障者トイレがあっても入口に段差がある」「段差が多い」，福祉では「多数の車いす利用者の場合は難しい」「当該施設利用者のみ受け入れ」「多くの受け入れは難しい」などが記されており，バリアフリー環境への対応について対策の必要性が示された．高齢者や車いす利用者が避難する場合にどこが適切なのか，どこがバリアフリー環境なのかという情報を今後提供していくことが求められる．

【結論】 京都市右京区内の避難所は，現時点ではバリアフリー環境として不十分であり，施設管理者も不安を感じていることから，対策の必要性が示された．

【謝辞】 調査にご協力いただいた皆様に感謝します．

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

本研究は，文部科学省の補助金（基盤研究C）を受けて実施した（17K12192）．

P-11 HPV ワクチン承認・審査の経緯についての検討

○榎 宏朗、片平洸彦（健和会・臨床社会薬学研究所）

【目的】 HPVワクチン（Cervarix・Gardasil）を接種後、全身の疼痛、知覚障害、運動障害、記憶障害等の深刻な副作用被害が発生するという現象が社会問題となっている。この現象はわが国だけでなく、海外においても確認されている。その要因とされているサーバリックス・ガーダシルの2薬剤の承認・販売開始は我が国に先立ち、海外、特に米国で行われ市販されていた。薬害の未然防止・早期発見のためには、前臨床ないし臨床試験でそのリスク（シグナル）を解明し、適切な対処をすることが最善であるが、それらが出来なかった場合、市販後監視システムによって、早期の発見・指摘により適切な対処をすることが肝要である。HPV ワクチンの場合、第4層試験ともいえる米国における市販後の安全性に関する知見が生かされていたのか明らかにされていない。そこで、本研究では米国における市販後の安全性に関する報告を検討しわが国における審査への影響を検討した。

【方法】 文献研究とした。(1) 日米における Cervarix と Gardasil の承認審査、販売および副反応疑い報告の実態を時系列に整理するとともに(2) 特に安全性に関する報告書の根拠となる副反応疑い報告の実態、特に症状(病名)を分析し、(3) それらの結果から上記両薬剤の審査内容への影響を検討した。

【結果と考察】 (1) 米国において Gardasil は2006年6月、Cervarix は2007年5月に承認されている。尚、米国では National Vaccine Information Center (NVIC) が2006年6月に「メルクのガーダシルワクチンは少女への安全性が証明されていない」という文書を、2007年8月に『HPV ワクチンの安全性』と題する文章を公表していた。また、2008年6月に法律家の団体 Judicial Watch (JW) が情報公開法に基づき FDA から提供された4セットの文書、及び8,864の VAERS 報告の分析をもとに24頁にまとめて特別報告『FDAのHPV ワクチン記録の検証』を公表していた。(2) 上記の安全性に関する報告書のうち、『HPV ワクチンの安全性』『FDAのHPV ワクチン記録の検証』の根拠となる副反応疑い報告の根拠は米国 FDA の VAERS (ワクチン有害事象報告システム) であり、わが国で発生している副反応疑い報告の症状である「意識消失・失神・失神寸前」「神経・筋肉と協調運動」「痙攣と中枢神経系」等を含んでいる。(3) 上記の報告後にわが国で行われた審査であるが、サーバリックス・ガーダシルの審査報告書、企業から提出される提出資料概要に影響は見られなかった。併せて、薬事・食品衛生審議会の議論の俎上に挙げられていなかった。これは、申請が製薬会社から提出された資料によって行われる点、それらの資料は主に臨床試験の結果である点、VAERS 報告は患者・家族の申告も含むデータである点から、審査に影響を及ぼさなかったと考察される。しかしながら、医薬品の被害は市販後に現れるが過去の薬害の歴史からあきらかであり、市販後の安全性に関する情報を重視することは国民の健康や薬害の予防の観点から必要である。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

P-12 身長短縮を予防するための中高年における運動方法についての考察

○三浦康代（奈良学園大学保健医療学部）、志野泰子（大和大学保健医療学部）

【目的】筆者らが身長短縮に関する文献レビューを行った結果、「骨密度」「関節の変形」「骨格筋量の減少」の3つの因子は相互に関連しながら影響を受け、「身長短縮」および「肥満度」の関連因子であること、また、50歳以上の女性800名を対象に、筆者らが身長短縮の割合と肥満度との関係を分析した結果、女性では肥満群が正常群より有意に身長短縮割合が大きく、肥満者にとって骨密度や筋肉割合が、脊柱や膝関節等の変形に影響し、身長短縮の要因になることが示唆された（日本社会医学研究にて研究報告済み）。身長短縮は呼吸機能や消化器機能の低下および、腰痛等の諸症状を起し、QOLの低下や健康寿命の短縮につながることに着目し、身長短縮を防ぐための中高年の運動方法について、文献レビューにより検討することを目的とした。

【方法】医学中央雑誌Web版、Pub Med、CiNii等により、原著または総説・解説で、キーワード「身長短縮」「肥満」「骨密度」「メタボリック症候群」「骨格筋量」「運動」として、近年の文献の検索を行った。

【結果と考察】先行研究を抽出し、原著31件、総説・解説6件、報告4件の計41件の文献を検討した結果、図1に示すように、「骨密度」「関節の変形」「骨格筋量の減少」の3つの因子は相互に関連しながら「身長短縮」および「肥満度」の関連因子となっていた。女性の骨格筋量の減少は、50歳頃を境に加速し、80歳までに40%程度低下し、大腿四頭筋や腹筋の筋量も加齢に伴い大きく減少するとされている。一方、骨格筋は、酸素を筋肉に貯蔵するミオグロビンの量が豊富な赤筋(I型)、乏しい白筋(IIb型)、両者の中間の性質を示す中間筋(IIa型)に分類される。赤筋(I型)は、姿勢の維持に働く大腰筋や脊柱起立筋、腹筋、ヒラメ筋に多く含まれており、活動量が減少しても、赤筋は使われるので消失しにくい。白筋が多い側広筋などは消失するとされている。赤筋(I型)の割合の高い者は細胞内のミトコンドリアが多く毛細血管が発達し、基礎代謝が高く肥満しにくく、有酸素運動に適している。I型とII型の割合は遺伝子の違いにより生じるが、持久系のトレーニングにより、白筋(IIb型)から中間筋(IIa型)への変化を起こすことは可能で、中間筋(IIa型)でも赤筋(I型)以上に毛細血管密度が上昇するとされている。中高齢者の運動としては、高齢者の1年間の歩数と日常生活強度を測定した中之条研究の結果から、青柳は、ある程度の筋肉量を維持し、歩行能力の低下を防ぐには、「1日8000歩・うち3メッツ以上の中強度活動時間20分」が健康のために最も適した活動量だと導き出した。また、原田らは、サルコペニアの予防・改善には、最大筋力の49%までの低強度運動が推奨されると述べている。一方、奥見は、骨格筋量が多い人ほど筋の収縮時に骨に対する負荷が大きくなるため骨の強度が高まると報告しており、日本骨粗鬆症学会は、骨密度を高めるためには運動療法を行うことが不可欠であると述べている。以上の文献レビューより、持久系のトレーニングは、白筋(IIb型)から中間筋(IIa型)へ変化させ、基礎代謝を上昇させ、肥満を予防し、関節の変形や身長短縮を予防するためにも有効であると考えられた。また、姿勢を保つ骨格筋量と骨量の双方の維持を目的とした低強度の筋力トレーニングが必要と考えられた。中高年の運動方法としては、低強度の筋力トレーニングを含む有酸素運動の継続が重要であることが示唆された。

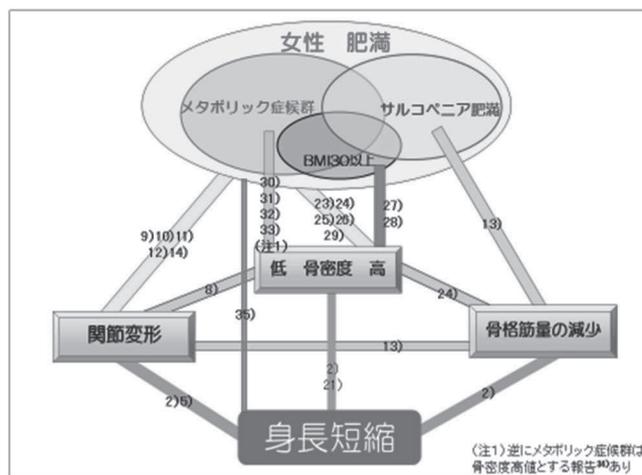


図1 レビューによる女性の身長短縮と肥満に関する要因の枠組み

【結論】文献レビューの結果、身長の短縮を予防するためには、姿勢を保つ骨格筋量と骨量の双方の維持、及び関節の変形を防ぐための肥満の予防が必要と考えられ、中高年の運動方法としては、低強度の筋力トレーニングを含む有酸素運動の継続が重要であることが示唆された。

【利益相反 (COI) の有無】 無 【軍事関連研究助成の有無】 無

【ポスター発表】

P-13 特定健診参加者における健康不安の有無と年代別の具体的な内容

○乾 明成^{1, 2)}、三上貴瑛¹⁾、山口久美子¹⁾、山中朋子¹⁾（青森県中南地域県民局地域健康福祉部 保健総室）
佐藤竜光³⁾、佐々木貞子³⁾、舘岡孝志³⁾（藤崎町福祉課健康係）

【目的】平成 28 年版厚生労働白書によると、高齢期において最も不安に感じることとして「健康」があげられている。特定健診・特定保健指導は、行動変容ステージとして関心の程度を把握することが求められている。われわれの知る限り、特定健診に参加した地域住民の健康不安について検討した報告はみられない。そこで今回、青森県某町の特定健診参加者へ健康不安について調査したので報告する。

【方法】平成 29 年度実施の青森県某町実施の特定健診へ参加した 109 名を対象に、自記式調査質問票を用いて調査を実施した。調査項目として、健康不安について「健康に関して何らかの不安をお持ちですか。」との質問を行い「はい」（健康不安あり）または「いいえ」（健康不安なし）で回答を求めた。また、具体的な内容について自由記載による回答を求め、質的な分類を行った。

【結果】対象者は平均年齢 59.9 歳、男性 52 人（47.7%）、女性 57 人（52.3%）であった。健康不安ありと回答した者は 109 名中 41 名（37.6%）であった。健康不安ありと回答した年代別の割合では、60 歳代が 45 人中 23 人（51.1%）と最も高かった。自由記載には 36 人が回答し、質的な分類をしたところ 44 件の内容となった。運動器の症状が 44 件中 14 件（25.0%）と最も多く、高血圧が 44 件中 8 件（18.1%）と続いた。なお、運動器の症状の 14 件中、7 件は運動器の疼痛に関する内容であった。

【考察】同町の青森県国民健康保険疾病分類統計表（平成 29 年 5 月分）によると、保険者のレセプト件数で高血圧性疾患が第 1 位である。本研究で高血圧の回答件数が多い結果は、患者数を反映したものと考えられる。一方で、ストレスは高血圧に影響する可能性もある。いずれにしろ、高血圧の不安に対しては、療養指導の際に血圧のコントロール法に留意し、不安を抱く際の相談体制など社会環境の整備が重要と考えられた。また、運動器の症状に関しては、予防を目的とした運動指導の普及啓発が重要と思われた。

【結論】特定健診参加者を対象に、健康不安の有無や具体的な内容を調査した。地域住民の約 4 割が健康に関して何らかの不安を持っていた。特に加齢変化、運動器の症状や高血圧を考慮した保健指導や社会環境の整備が効果的な可能性が考えられた。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

P-14 野宿生活者が居宅移行時に基本的な生活習慣を獲得するまで
— 訪問看護師の視点から —

○中尾モニカ 安西洋子 伊庭あゆ美 黄瀬理世子 木村彩架 草井彩子 松田光恵
梅田道子（訪問看護ステーション ひなた）

【背景】野宿生活者が居宅を得た時、居宅生活に馴染めないことがある。整理、整頓、掃除ができない、入浴、炊事ができない等の基本的な日常生活ができないことが理由の一つである。横着やぐうたらという言葉で安易に片づけることが多いが、幼少期の家庭環境から必要な生活習慣が元々ない人や、学習障害や知的レベルの問題を抱えている人もおり、ただ居宅に入るだけでは不十分な場合が多い。

【目的】野宿生活者が居宅移行時に基本的な生活習慣を獲得することを支援し、病状の安定をはかった事例を、訪問看護師の視点から検討する。

【方法】事例Aとの関わりの中で基本的な生活習慣の獲得をはかるまでの支援のあり方について検討する。
事例A：67歳男性。2歳（妹0歳）の時母を亡くし父親によって育てられた。優しい父親だったという。工場で働いていたが、25歳の時父が45歳の若さで他界。それを機に大阪の釜ヶ崎に出てきた。日雇いで生活しており、野宿をしたり、シェルターを利用していた。二年前、軽度の脳梗塞で入院。退院後訪問看護、訪問介護が開始。高血圧症、糖尿病あり。妹とは音信不通。

【結果と考察】住居はマンションの2階。八畳ほどの部屋で、キッチン、バス、トイレ付である。清潔に対する概念が乏しく室内からは異臭が漂い、マンションのエントランスまでその臭いが漂っていた。入浴や服を洗濯する習慣がなかった。9度目の訪問で、それまで拒否されていたシャワー浴介助をやっと行うことができた。その時、給湯器のスイッチの入れ方、水と湯の蛇口の調整方法、湯で流すだけでなく石鹸で洗うこと等を知らないことに気づき説明しながら一緒に行った。洗濯の習慣もなく、洋服や下着は着られなくなるまで着て穴が開くと捨てていた。服が汚れている事や臭いがすることも伝え、ヘルパーと一緒にコインランドリーへ行き、洗濯方法を教えてもらった。入浴や清潔な衣服は気持ちが良いということに気づくことができた。ボタンはいつも掛け違えており、ズボンのファスナーは開いたままだったので、声をかけ直すようにした。掃除機の使用も一緒に行うことで出来るようになった。食事もインスタントラーメンは何か作っていたが、野菜を入れたり、味噌汁を作ったりすることをヘルパーと一緒にしながら覚えていった。ヘルパーと連携しながら指導した結果、今では、異臭はなくなり、定期的な入浴、洗濯ができるようになった。ズボンのファスナーも閉まっている時が多い。

根気よく話を聞くことで関係構築ができ、わからないことを訪問看護師やヘルパーに伝えてもらえるようになった。問題点が見えるようになったため、できないことを一緒に行うことができ、本人の自信につながっていった。それは、ヘルパーや看護師など多くの人が関わることで、自分のことを気遣ってくれる存在に気づき、これまでできなかったことができるようになり、自信を持つことで自分の存在意義を知り、肯定的にとらえられるようになっていったと考えられる。

【結論】本来、基本的な生活習慣は家庭生活の中で、親がしていることを見て、やってみて、注意されながら自然に身につくものである。しかし、その機会がなかったり、野宿生活の中で崩れてしまったりした場合、基本的な生活習慣を獲得するには、言葉で説明するだけでなく、実際にやって見せ一緒にやってみるということ、それぞれにあったやり方で丁寧に支援することが必要である。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

P-15 診察室から見た過重労働

○毛利一平（ひらの亀戸ひまわり診療所、東京労働安全衛生センター）

臨床医として診療所の診察室に座っている限り、労働の現場で過重労働が何をもたらしているかを俯瞰することは難しい。小さな窓から外の世界を除くようなもので、窓の近くにあるものの大きさや形、色などがある程度はわかっても、その先がどうなっているかについては想像するのがやっとだ。しかし、小さな範囲のことであってもたくさんの事例が集められれば、全体を知るための手掛かりにはなるはずだ。診察室、産業医、労災相談と、私がかかわる3つの場で、私が見ている風景を切り取って報告しようと思う。

【大企業の健康相談室で】 「働き方改革」議論の中で、残業時間規制強化が取りざたされるようになったことで、少なくとも大企業の中では労働時間短縮への動きが認められる。36協定特別条項の上限は大幅に引き下げられ、最大年間900時間超えも許容されていた状況は変わりつつある。資料作成の簡略化、会議の効率化、裁量労働制の有効活用などの細かな改善だけではなく、商談の取捨選択という根本的な対策もわずかずつではあるが聞こえてくるようになった。一方で個別に面談を行っている、相変わらずサービス残業、同僚・上司や関連会社への押し付けともいえるような弥縫策が横行している実態も見えてくる。

【福祉労働の現場で】 特に利用者に対する24時間の介入・見守りが必要な施設で、過酷な労働となっている。負荷の大きさが利用者の障害の重さと単純に比例するかといえばそうではなく、グループホームなど自立度の高い施設などで、長時間（しばしば24時間にも及ぶような）に及ぶ、サポートの弱い（一人夜勤を含む）勤務が行われている。そもそも国の運用基準に従えばそうならざるを得ないうえに、人手不足が加わり、病欠などのアクシデントが加わった場合には負荷が極端に強くなるといった問題が生じている。

【診療所の診察室で】 患者のほとんどは高齢者であり、30、40、50歳代の働き盛り世代を診る機会は多くない。産業医としての経験から考えるならば、健康上の問題を抱える労働者は少なくないはずであり、受診する人がもう少しいてもおかしくはない。しかし、多忙を理由に必要な受診さえできない人が少なくない。診療所では、糖尿病でHbA1c 10%超という数字を目にすることはあまりないが、企業の健診結果にむしろそのようなデータを見る機会が多いように思う。

【労災支援の現場で】 診療所と協働するNPO法人東京労働安全衛生センターでは、2017年度に新規と継続、合計約200件の労災相談を扱った。そのうち、過重労働が何らかの影響を及ぼしたと思われるケースは34件ほどあり、外国人（10件）では筋骨格系障害、日本人（24件）ではメンタル不調が多かった。相談内容を見ると、少なくない例でパワーハラスメントが関与していることがわかる。つまり、強いられた過重労働が横行していると考えられる。

様々な場面で様々な事例を見るにつけ、日本の社会における過重労働が構造的であり、解決が困難であることを思い知らされる。たとえ一つの職場が先進的な取り組みとして、思い切って全体の業務量をカットすることで過重労働を緩和できたとしても、そのカットされた業務が必ず行われなければならないものである限り、誰かが引き受け、そこでまた過重労働が発生する可能性がある。

今ここに人手不足という問題が重なっている。人がいれば解決できるし、人を雇う意思はあるのだが、必要な労働者を見つけ出すことができない。それでも必要であれば誰かが無理をしてでもやらなければならない。大企業では時間管理が弱い管理職クラスがとりあえずそうした仕事を引き取っている。福祉労働ではそこにいる労働者が引き受けなければならない。建設労働では外国人技能実習生が動員されている。

根本的な解決策がどこにあるのか、この構造の中から見通すことはできない。

【利益相反（COI）の有無】 有（非常勤産業医） **【軍事関連研究助成の有無】** 無

**P-16 健康被害救済の困難さの検証と制度の運用改善、見直しの提案にむけて（1報）
— 予防接種健康被害救済制度と医薬品副作用被害救済制度 —**

○栗原敦（MMR被害児を救援する会：全国薬害被害者団体連絡協議会加盟）

【目的】今回は、広島県が保有する、1970年閣議了解による救済措置の開始以来、予防接種健康被害救済に関するすべての認定通知199件、及び3件の審査請求に係る裁決書を分析する。

【方法】広島県においては、1970年予防接種健康被害の救済措置（旧制度）、77年から救済制度（新制度）が運用開始されて以来の認定通知等が全て保存されており、2016年5月に202件の開示を受けたので、おもに被害認定の理由（特に否認の場合の理由説明）等を中心に分析してみる。

【結果と考察】45年間に199件、うち180件を認定、19件が否認された（表1）。否認の理由説明は、旧制度下では「予防接種に起因したものと認められない」と結論だけが記載されていた。新制度下では、具体的な説明が次第に増え、近年、政権交代の時期から否認理由の説明文字数が飛躍的に増大していることが確認できる。一方、国の審査結果により市区町村（処分庁）が支給、不支給の決定通知を发出するが、それを承服しがたい場合、上級庁である都道府県知事に審査請求を行うことができる。広島県では否認19件のうち3件であった。

【結論】1994年予防接種法改正前の公衆衛生審議会での議論（その背景に集団訴訟）、民主党政権下の国会質疑を背景に、否認の理由説明が充実する方向に動いてきた。今後、他府県の事例を加えて検討を進めたい。

表1 予防接種健康被害給付別認定状況（広島県、1970～2015年度）作成：栗原（2018.6）

	旧制度：S45(1970)～S52(1977)				新制度：S52(1977)～H28(2016)				合計
	死亡	障害	疾病	計	死亡	障害	疾病	計	
通知件数	19	23	18	60	2	49	91	139	199
認定件数	17	18	18	53	1	46	80	127	180
否認件数	2	5	0	7	1	3	11	12	19

表2 最新の「予防接種（定期接種）健康被害認定者数」（2018.4公表、厚労省webより）

ワクチン	給付の種類				
	総数	医療費・医療手当	障害児養育年金	障害年金	死亡一時金・遺族年金・遺族一時金・葬祭料
痘そう	285	43	0	202	40
D	2	1	0	1	0
P	4	0	0	3	1
DT	42	41	0	0	1
DP	34	3	0	24	7
DPT	239	169	11	41	18
DPT-IPV	12	8	3	0	1
IPV(不活化ポリオ)	3	3	0	0	0
ポリオ(経口生ポリ)	179	44	22	102	11
麻しん	141	104	5	18	14
MMR	1,041	1,030	2	6	3
風しん	69	62	2	2	3
インフルエンザ(臨)	132	94	0	20	18
インフルエンザ(定)	32	28	0	3	1
肺炎球菌(小児)	16	13	2	0	1
肺炎球菌(高齢者)	28	27	0	0	1
日本脳炎	213	157	13	32	11
腸チフス・パラチフス	1	0	0	0	1
BCG	658	651	2	3	2
Hib	13	10	2	0	1
MR	59	49	7	1	2
HPV	21	21	0	0	0
水痘	9	6	2	0	1
合計	3,233	2,564	73	458	138

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

P-17 零細運送会社アスベスト関連疾患の健康管理・労災補償の考察

○小山朝生（大手町病院・医療ソーシャルワーカー）、田村昭彦（九州社会医学研究所）

【はじめに】2005年アスベストの健康被害が工場に勤めていた従業員だけでなく、周辺住民にアスベスト疾患が発生していると報道したことを契機にアスベスト健康被害が社会的に大きな問題となったクボタショック。以後、2015年最高裁判決が出された大阪泉南アスベスト訴訟始め各地で訴訟が起こりアスベスト健康被害はまだまだ終息していない状況が続いている。2017年11月20日に現在治療中の原発性肺がんと労働の因果関係についてセカンドオピニオンのため主治医からの紹介状と胸部CTを持参され当院受診したN氏。N氏本人、本人家族より職歴等の詳細な聞き取りを行う。また、N氏の勤めていた会社社長夫婦もアスベスト関連疾患ではないかと不安を抱き当院外来受診している。事例を通じて考察したことを報告したい。

【事例】

事例1) N氏 年齢78歳 性別男 疾患名肺がん 職歴昭和41年頃～平成12年まで運送会社勤務。運転手として働き、石綿スレート製品の運送作業に従事した。運送会社の事務所は石綿スレート工場の敷地内にあり石綿スレートの製品倉庫・切断作業場と近接していた。トラック運送ほか倉庫内でフォークリフトを用いて石綿スレートの積み込み作業にも従事していた。石綿スレートが保存された倉庫は天井が低くフォークリフトが動くと粉塵が舞い上がりもうもうとした環境であった。さらにスレートの切断作業に従事することもあった。スレート工場の社員がヘルメット・防塵マスクを着用していたのと異なりN氏はマスク着用せず、またマスク着用の指導もなかった。クボタショック以降にもアスベスト関連疾患の知識も全くなかった。労災認定基準である「石綿セメント製品製造作業に5年以上従事」していたものとみなせること及び胸部CTにおいて胸膜プラークを認め、労災申請の援助を行った。

事例2) 運送会社社長 年齢83歳 性別男 職歴昭和41年～現在まで運送会社社長
運送会社社長であるが従業員と同じ作業をしていた。事例1の患者と比べるとトラックに積み込まれた石綿スレートをユーザーへ運搬する作業が主であったため倉庫内でのアスベストばく露時間は短い。元々運動が好きで体力に自信があったが、自覚症状として数年前より息切れなどが多くなっていた。平成29年に実施された環境省の石綿曝露患者の健康管理に係る試行調査でCT撮影をした。そこで胸膜プラークを指摘されるまで、アスベスト関連疾患に罹っているとは思わず、疾患があるかもしれないと分かってから不安になり労働衛生外来のある当院を受診。

【考察】アスベストばく露に対する危険性の指導が運送会社には全くなく、アスベスト製品製造工場の運転手は、工場労働者と同様若しくはそれ以上のアスベストばく露を受けていた。零細の運送会社の社長も同様の作業に従事しアスベスト関連疾患に罹患している。厚労省が発表している石綿ばく露作業による労災認定等事業場一覧のうち、労災認定を受けている平成17年～平成26年までの建設業以外の事業数3654のうち、運送・運輸業関連の労災認定事業所数は104件であり非常に少ない。その要因として、今回の事例のように運転手自身もアスベストの直接作業者としての認識が乏しいこと、運送会社の規模でも零細企業が多く健康管理体制や労災等の補償制度の周知徹底が不十分である事等があげられる。今後アスベスト運送に従事した運転手に対する周知徹底が重要である。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

P-18 高齢者が大切に思う生活と食事摂取状況との関連

○寺西敬子（金沢医科大・公衆衛生看護）、稲垣尚恵（富山福祉短期大学看護学科）、柴田由加（富山福祉短期大学看護学科）、今川孝枝（富山福祉短期大学看護学科）、中田智子（富山福祉短期大学看護学科）、成瀬優知（元富山大学）、伊井みず穂（富山大学・成人看護）、茂野敬（富山大学・成人看護）、安田智美（富山大学・成人看護）

【目的】 高齢者の食事摂取状況と高齢者が大切に思う生活との関連を明らかにすること。

【方法】

1. 調査対象者：A町3地域での教室やサロンに参加する65歳以上の高齢者
2. 調査時期：平成29年9月
3. 調査方法：半構成的面接法を実施。地域での教室やサロンに参加している高齢者に対し、調査員が調査票を用いてインタビューを行った。調査内容は属性、食事摂取状況、今の時期も対象者本人の毎日の生活の様子、対象者が居住する地域の今の時期のお祭りや活動の様子、対象者が毎日の生活で大切にしていること、対象者が地域の生活で大切にしていることとした。
4. 分析方法：属性や食事摂取状況については地区別に集計を行った。それ以外の内容については語られた意味内容を変えないように要約レコードを作成し、類似性に基づいてカテゴリーを抽出した。
5. 本研究は富山福祉短期大学倫理審査委員会（承認番号 福短H29-005号）の承認を受けて実施した。

【結果と考察】 調査を実施出来たのはX地区10人、Y地区6人、Z地区21人であり、平均年齢は順に81.3才、83.8才、77.0才であった。対象者のほとんどが高齢者に不足しがちな動物性・植物性たんぱく質の摂取頻度はある程度保たれていた。中でもY地区ではほぼ毎日牛肉や豚肉を摂取している人も含まれるなど他の地区に比べて動物性たんぱく質を摂取していた。

「今の時期の毎日の生活の様子」では家の中で過ごすことも含まれるが、【畑・庭仕事】、【外出して運動】、【外出して活動】など体を動かし、【友人との交流】や【ご近所づきあい】を楽しんでいた。「住まいの地域でのお祭りや活動の様子」ではまずは【お祭り】としてお獅子のことやみんなが参加している状況が多くの人から述べられ、【町内での活動】として町内会や地域でのボランティア活動が行われていることが語られた。「毎日の生活で大切にしていること」では【健康的な生活習慣】、【疾病・障害予防】といった健康づくり、【今の生活】や【家族との生活】を大切に、さらに【趣味の活動】や【地域での活動】を大切にしていることが明らかとなった。「地域の生活で大切にしていること」では【思い浮かばない】人もいたが、【人との交流】、【集う場への参加】、【健康づくり】が語られた。これらより今回の対象者ではたんぱく質の摂取頻度も高く、人との交流や屋外での活動を楽しみ、そのためにも健康を大切にしている様子がうかがえた。

一方で、今回の対象者は教室やサロン参加者であり、独居者も含んでおり、これらの影響も考えられる。またわずかな人数、調査に協力してくれた人である分析対象者からの情報でしかない。高齢者の大切に思う生活と食事摂取状況との関連をとらえるための一つの情報として扱い、さらに多くの人々の状況を加えていくことが求められる。

【結論】 教室やサロンに参加する高齢者はたんぱく質の摂取頻度もたもたれ、家の外での活動、中でも人との交流を大切にすることが示された。今回は地区の中でもサロンや教室に参加した人たちの結果であり、さらに多くに人の情報を加えていく必要がある。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

P-19 高齢者における新たな支えあい体制づくりのための効果的なニーズ調査の検討

○井上 直子（飯能市役所・埼玉医科大学医学部社会医学）

本橋 千恵美 亀井 美登里（埼玉医科大学医学部社会医学） 星 且二（首都大学東京）

【目的】 我が国の超高齢社会対策として自治体中心に構築が進められている「地域包括ケアシステム」は社会保障費の増加に伴う財源、人材等の課題が山積である。特に、介護サービスが増加する中で介護保険等の公的サービス中心の従来型公助から地域の社会資本（Social Capital）を活用した自助、互助の力をいかに引き出すかが求められている。そのひとつが、「総合事業」と呼ばれているもので、市民がサービスの担い手になることを想定している。このことは、高齢者の社会参加が健康寿命の延伸の要因であることが明らかになっていることを具現化しようとしたものである。

しかし、住民相互の「ささえあい組織」は遅々として、進んでいないのが現状である。

そこで、前期高齢者の健康度・特性および社会参加のニーズ等を調査し、地域包括ケアシステムにおける社会資本のとしての可能性について研究するために、高齢者の支え手に関するニーズ調査を実施し、これらの課題等に取り組む科学的知見を得ることを本研究の目的とした。

【方法】 本研究は、飯能市健康福祉部介護福祉課と協力しながら実施する。飯能市（飯能中央地区・精明地区の2地区）に住居登録のある65歳以上75歳未満の高齢者で要介護認定を受けていない介護保険の被保険者を研究対象者とする。本研究は、郵送による自記式調査を行う。研究対象者は、飯能市介護福祉課が抽出し、対象者へ説明文・同意書・調査票を送付し、回収する。本調査研究の対象者は調査研究の趣旨に同意することを記名した者である。飯能市は、同意の得られた住民の個人情報を匿名化する。本調査研究の同意書は飯能市で保管し、匿名化された調査票を埼玉医大に送付する。埼玉医大がデータ解析を行い、研究結果について学会発表等を行う予定である。

研究対象者の選定方針については、飯能市介護保険の65歳以上75歳未満の被保険者で、2018年5月1日現在で要介護認定を受けていない者とする。

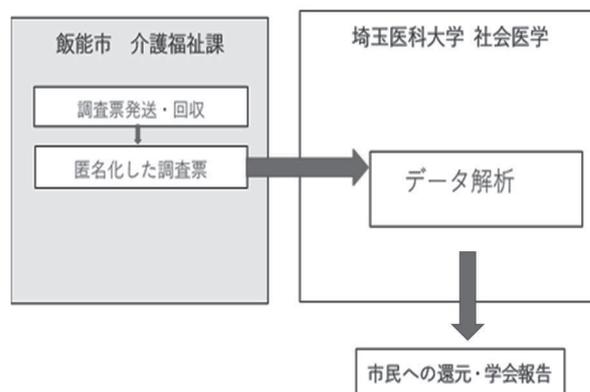
調査対象地区は市内の飯能中央地区（人口の多い商業地区）、精明地区（農村地区）の2地区を対象地区とし、概ね5,200名程度の規模で行う。

【考察】 高齢者に対する様々な施策の実施については、まだまだ科学的な知見が少ないのが現状である。特に各自治体が単独で、調査研究を実施することは、費用の面や学術的にも限界がある。今回、大学と自治体との間で包括協定を締結することにより、本事業が実施できることとなった。今回の調査研究により、世界に類をみない高齢社会となる我が国における「地域包括ケアシステム」構築のための科学的知見が得られることを期待したい。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

概念図



P-20 高齢者施設でのスタンディングマシーン導入による 介護労働者の身体負担の変化と機器使用評価

○富田川智志（京都女子大・生活福祉）、辻村裕次・北原照代・埴田和史（滋賀医大・衛生学）

【目的】高齢者施設にスタンディングマシーン（以下、StdM）を導入し、StdMの導入による介護労働者の身体負担の状況を明らかにすることを目的に、実地調査を実施した。

【方法】StdMを導入していない某介護老人福祉施設において、リーダー的位置づけにある女性介護労働者1名と男性介護労働者2名の計3名を対象とした。StdMは吊り上げ式リフトSKYLIFT SL-2009U及びエアスリングAS-201（いずれもアイ・ソネックス株）を採用した。StdM導入前後の複数の日で、光学式心拍計Polar OH1（Polar）を上腕部、3軸加速度計測型活動量計HJA-750C Active style Pro（オムロン株）をベルト位置に装着してもらい、日勤帯と遅出勤務帯の心拍数と10秒毎の活動強度（METs）を測定した。また、StdM導入の利点と欠点（1：そう思う、2：少し思う、3：あまり思わない、4：思わない）及びStdMの使用状況（1：全く使用できていない、2：あまり使用できていない、3：まあまあ使用できている、4：とても使用できている）について質問紙への記入を求めた。行事等の特別な業務がある日については測定日から除外した。本調査は、京都女子大学臨床研究倫理委員会の許可（許可番号29-13）を得て、2017年12月～2018年3月に実施した。

【結果と考察】当施設の日勤は8時間25分拘束、遅出は8時間15分拘束であった（いずれも休憩1時間）。StdM導入前後における対象者の日勤帯及び遅出勤務帯の心拍数は、3名いずれも導入後に減少する傾向にあった。特にStdM使用に習熟したと考えられる導入1ヶ月後には大きく減少した事例があった（代表例、図1）。活動強度では、75%ile値、25%ile値、最小値が横ばいであるものの、最大値は3名いずれも導入後に減少する傾向にあった（代表例、図2）。

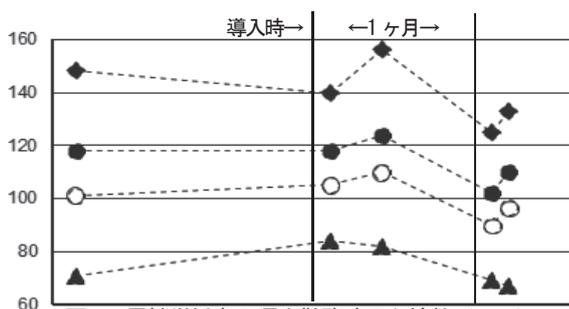


図1 男性労働者の遅出勤務時の心拍数 (bpm)

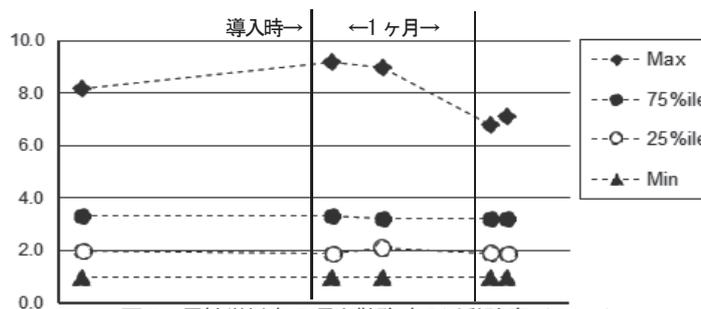


図2 男性労働者の遅出勤務時の活動強度 (METs)

StdM導入の利点として、「介護者の腰部の負担が減らせる」「介護者の上肢の負担が減らせる」については、全員が導入直後及び1ヶ月後ともに「そう思う」と評価した。また、「要介護者の下肢関節の柔軟性が増す（拘縮予防）」についても、全員が「そう思う」もしくは「少し思う」と評価した。欠点として、「吊り具の装着に手間・時間がかかる」については、全員が「そう思う」もしくは「そう思う」と評価した。「吊り具の装着が難しい」「リフト本体の操作に手間・時間がかかる」「リフト本体の使用環境が限られる」「適用要介護者の選定基準・判断が難しい」については、2名が「そう思う」もしくは「そう思う」と評価した。StdMの使用状況については、「とても使用できている」と回答した者はいなかった。上記の欠点が積極的なStdM使用に支障を来したものと考えられる。

【結論】StdM導入によって介護労働者のエネルギー消費が減少する可能性が示された。自覚的な負担軽減感、要介護者の拘縮予防の評価は高かった一方、作業の手間や時間がかかること、適用要介護者の選定の難しさ、使用環境の制限があることが積極的なStdM使用に支障を来すことも示された。要介護者の福祉の向上、介護労働者の健康・安全・人材確保のために、StdMが十分に活用されるよう、商品の改良及び操作方法の開発、適用要介護者の選定・判断基準を記した明確なマニュアルが求められる。

【謝辞】本調査は、大阪ガスグループ福祉財団「平成28年度 高齢者の福祉および健康づくりに関する調査・研究助成」を受けて実施した成果の一部である。本調査にご協力くださった皆様に感謝致します。

【利益相反 (COI) の有無】 無 【軍事関連研究助成の有無】 無

【ポスター発表】

P-21 認知機能低下のある高齢がん患者に対するがん疼痛緩和のための看護実践尺度の開発 —看護師による自己評価

○櫻庭奈美（東邦大学・看護学）、石田賢哉（青森県立大学・社会福祉学）、
浅田孝章（済生会小樽病院）

【目的】 近年、がん患者の高齢化が進み、認知症のような併存疾患のある高齢がん患者の報告が増えている。中でも高齢がん患者に対する痛みの過小評価、過少治療の指摘、さらには看護師による疼痛アセスメントの困難さも報告されている。そこで本研究では、認知機能低下のある高齢がん患者に対するがん疼痛緩和のための看護実践における困難感を測定する尺度を開発することを目的とした。

【方法】 認知機能低下のある高齢がん患者へのがん疼痛緩和に向けた看護実践の困難に関する文献検索、検討を行い、看護実践における困難感尺度原案を作成した。実務経験のある看護師を対象にプレテストを実施し、併せてがん看護専門看護師2名、緩和ケア認定看護師2名の助言を受けながら内容的妥当性の検証を行った。その後、認知機能低下のある高齢がん患者への看護実践経験のある看護師を対象に、本尺度を用いてアンケート調査を実施した。本尺度の構成はがん疼痛緩和のための看護実践に対する自信度に関する設問1問と、がん疼痛緩和のための看護実践上の困難を問う項目群（「判断する」に関する領域16問、「把握する」に関する領域14問、「患者に直接介入する」に関する領域9問、「予測する」に関する領域5問、「気づき」に関する領域、「他者と判断をすり合わせる」に関する領域各2問 計48問）から構成されている。回答法は、自信度は「自信がない」を0、「自信がある」を10とした11段階評価とし、行動を問う項目は、「困難」=5～「容易」=1として、5段階で回答を求めるリッカートスケールとした。調査にあたっては北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学部研究科の研究倫理委員会（承認番号16N032031）、各施設の倫理委員会（平成29年度29-13, H29-32, 000123）の承認を得て実施した。得られたデータから看護実践上の行動を問う領域ごとのCronbachの α 係数を算出した。

【結果と考察】 配布数69部（回収率100%）であった。各領域の欠損値などの不備を除いた有効回答（有効比率）は、「判断する」に関する領域63（91.3%）、「把握する」に関する領域60（87.0%）「患者に直接介入する」に関する領域65（94.2%）、「予測する」に関する領域63（91.3%）、「他者と判断をすり合わせる」に関する領域65（94.2%）、「気づき」に関する領域68（98.6%）であった。平均年齢35.4歳（SD±10.1）、男性2名（2.9%）、女性66名（97.1%）であった。がん看護経験年数は平均8.8年（SD±7.69年）、認知症看護経験年数は10.0年（SD±8.65年）であった。がん疼痛緩和のための看護実践に対する自信は「低い自信群（0-3）」46名（67.6%）、「中程度の自信群（4.5.6）」21名（30.9%）、「高い自信群（7.8.9.10）」1名（1.5%）であった。各困難領域のCronbachの α 係数は「判断する」に関する領域0.903、「把握する」に関する領域0.805、「患者に直接介入する」に関する領域0.86、「予測する」に関する領域0.658、「他者と判断をすり合わせる」に関する領域0.697、「気づき」に関する領域0.721であった。Cronbachの α 係数はすべての項目において0.6を超えていることから、行動を問う領域にはまとまりがあることが明らかになった。

【結論】 看護師の自己評価における認知機能低下のある高齢がん患者に対するがん疼痛緩和のための看護実践尺度について、表面的妥当性、内容妥当性が認められた。本調査からは構成概念妥当性は一定程度支持された。今後は、調査対象を増やし確証的因子分析を行い、構成概念妥当性を検証する必要がある。さらに、基準関連妥当性についても検証する必要がある。本尺度開発と並行して、認知機能低下のある高齢がん患者に対するがん疼痛緩和のための看護実践に関する困難性克服のための研修プログラム等の開発もおこなっていく。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

本研究は、JSPS 科研費 JP26870519 ならびに JP17K17447 の助成を受けたものである。

P-22 当院もの忘れ外来に求められていること ～医療ソーシャルワーカーの受診相談対応を通して～

○光廣良太¹⁾、伊規須朋子¹⁾、田原莉茄子¹⁾、宮原楽¹⁾、舟越光彦²⁾
千鳥橋病院 1) 医療ソーシャルワーカー 2) 医師

【目的】当院では、認知症の早期発見・早期治療を目的に、平成24年にももの忘れ外来を開設。当院もの忘れ外来（以下、「もの忘れ外来」）では、医師、看護師、リハビリスタッフ、事務職員、医療ソーシャルワーカーが配置され、多職種が診療に関わっている。医療ソーシャルワーカーは受診相談窓口としての役割を担い、受診の繋ぎ役として診療の援助をしている。今回、「もの忘れ外来」への受診相談を振り返り、「もの忘れ外来」に求められていることは何かを相談窓口の視点で考察する。

【対象と方法】平成29年度に新規受診相談のあった62名に対して、「年代」「かかりつけ医」「相談の主訴」「家族構成」「相談者」「家族構成ごとの相談者」「受診状況」「非受診となった理由」について調査をおこなった。

【結果】「年代」は、40代1名（1.6%）、50代1名（1.6%）、60代7名（11.3%）、70代25名（40.3%）、80代25名（40.3%）、90代3名（4.8%）。「かかりつけ医」は、法人内診療所44名（71%）、他医療機関15名（24.2%）、かかりつけなし3名（4.8%）。「相談の主訴」は、認知機能の検査や治療50名（80.6%）、制度申請のための検査7名（11.3%）、認知機能低下により介護や対応が困難5名（8.1%）。「家族構成」は、夫婦世帯25名（40.3%）、2世帯20名（32.3%）、独居17名（27.4%）。「相談者」の上位は、配偶者13名（21%）、子13名（21%）、本人11名（17.7%）であった。

「家族構成ごとの相談者」の内訳は、独居では本人4名（23.5%）が最も多く、次いで在宅サービス事業所3名（17.6%）、法人内診療所・他医療機関・子・配偶者や子以外の親族・行政機関がそれぞれ2名（11.8%）。夫婦世帯では、配偶者11名（44%）が最も多く、次いで本人5名（20%）、子4名（16%）。2世帯では、子7名（35%）が最も多く、次いで法人内診療所5名（25%）、他医療機関・本人・配偶者がそれぞれ2名（10%）であった。

「受診状況」は、新規受診51名（82.3%）、非受診11名（17.7%）。「非受診となった理由」は、診療スケジュールに合わない5名（45.5%）、認知機能低下が重篤3名（27.3%）、本人と家族の受診意向の相違・入院のため受診不可・家族からの連絡なしがそれぞれ1名（9.1%）であった。

【まとめと考察】「もの忘れ外来」への受診相談は、70・80代が中心であり、約8割はもの忘れを中心とした認知機能の検査や治療を希望されていた。独居の方においては、他の家族構成に比べ、在宅サービス事業所や行政機関からの相談が多くあった。独居の方の認知機能低下や生活変化に気づくのは難しいと考えるが、在宅サービス事業所や行政機関との繋がりを持つておくことで相談窓口への繋ぎとなることが示唆された。

受診相談の主訴は、主には認知機能の検査や治療であったが、中には認知機能低下による在宅介護や対応が困難との相談もあった。そのような受診相談のうち約2割がもの忘れ外来に繋がっておらず、当院の診療スケジュールに合わないことが主な理由であった。重篤な認知機能低下の場合には専門治療機関を紹介しているが、多くは紹介で留まっており、認知症状で悩む方やその家族が問題解決に向けてなんらかの繋がりを持っているのかは不明であった。特に、非受診であった方の内1名は、定期通院先が他医療機関であり、経過が追い難い状況にあった。こういった方が、認知症状の問題を抱えたまま地域の中で孤立してしまうのではないかと予測され、相談窓口の課題と考えられた。

相談窓口としては、受診の繋ぎ役だけでなく、認知症状で悩む方やその家族が地域の中で孤立しないように、様々な機関と繋がり合うことが求められていると考えられた。

P-23 ひきこもり経験者が社会参加に至るきっかけに関する事例検討

○米田政葉、志渡晃一(北海道医療大学大学院・看護福祉研究科)

【目的】 ひきこもりとは、「様々な要因の結果として社会的参加を回避し、原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態を指す現象概念である」と定義され、国内に51万名程度存在するとされている。

近年では、その長期化や高齢化が社会問題として指摘されている。長期化することにより心身の機能低下及び、知的能力や社会スキルの低下が起こることが示唆されている。このことから、早期の社会復帰に向けた支援が重要であると考えられる。そこで本研究では、ひきこもり経験のある男性へのインタビューデータの分析を行い、社会参加に向けた支援のための示唆を得ることを目的とした。

【方法】 調査期間は2017年6月であり、半構造化面接によるインタビュー調査を行った。質問項目は1)基本属性、2)ひきこもり開始時期及び期間、3)社会参加したきっかけ、他6項目とした。インタビュー内容についてICレコーダーに録音し逐語録を作成した。社会参加したきっかけ焦点を当て、質的記述的方法にて検討を行った。

本研究は北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究科倫理委員会の承認を得て行った(承認番号:16N040039)。

【結果と考察】 ケース概要:男性、40代、職場での挫折がきっかけとなり20代中盤からひきこもる。なお、高機能自閉症の診断を受けている。

インタビューデータから得られたストーリーラインは次の通りである。「ひきこもりから6年程度経過した後、父親からの助言により保護者と一緒に支援機関を利用し始める。また、支援機関の医師の診断により高機能自閉症と診断名が付く。同時に1年程度当事者グループに参加する。その後、若者の就労に向けた機関を1年程度利用する。利用開始から数か月後に当該機関の支援員から就労に関する面談をされると言われ、急であると感じる。また、就労意識がない中で思いがけずそのようなことを言われ、驚愕し困惑する。タイミングの合わない支援に違和感を感じ支援機関の利用を取りやめる。利用取止め後1年程度ひきこもり状態となる。その後、法事のため家族で遠出する。その際に親戚の子供より現在の状況について聞かれ、無職であると伝えることに強い抵抗感を感じる。また、無職であること、ひきこもっていることに強い自責の念を覚え、意識の変化が起きる。その後、生活習慣を自ら変化させるなど、ひきこもりからの脱却を開始し、自らの意思で、保護者と一緒に支援機関への通所を開始する。」

【結論】 本研究の結果から、ひきこもり状態にあるものが社会参加を行うためには、保護者をはじめとする周囲からの働きかけのみならず、本人が現状を変えようとする意思が重要である可能性が示唆された。また、本人の準備が整っていない段階での就業に向けた声掛けは社会参加を抑制する可能性が示された。このことから、ひきこもりの社会参加に向けて、周囲からの声掛けのみならず、待つ姿勢についても重要であると考えられる。

本研究の限界は、1例報告である点である。今後さらに対象者数を増やし社会参加のための支援方法について検討することが課題である。

【利益相反 (COI) の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

P-24 高度情報化に対応した保健情報学の授業実践

○榊田 聖子(大阪府立大・現代システム科学域)

石垣 恭子、西村 治彦(兵庫県立大学・応用情報科学研究科)

【目的】 近年、情報化の進展によって特定健康診査データやレセプトデータを活用した効果的な保健事業が期待されている。このような状況を踏まえ、保健医療職には情報や情報手段を目的に応じて選択、活用する情報活用力とデータ分析から得た課題を共有するための発信力が求められる。そのため、保健医療職としての情報活用力と発信力を育成する授業カリキュラムが必要である。これまで、保健医療職に必要な情報活用力を育成する科目として保健統計学が位置づけられていたが、データ処理に重点が置かれていた。そこで、保健医療職に必要な保健医療福祉に関する情報活用力と発信力を育成するために行った保健情報学の授業実践とその効果について報告する。

【方法】 対象：A大学看護学科2年生186名(2013年88名、2014年98名)。

保健情報学のカリキュラム：1～9回目では、講義で公的統計のデータの読み取りを学んだのち、実社会との関連の理解や既習の専門知識と結びつけるためにディスカッションを行った。10～12回目は、演習でインターネットへのアクセスを体験しながら保健医療職として必要なICT活用、データの分析方法、効果的な情報伝達方法を学んだ。13～15回目はグループワークとし、自分たちの関心のあるテーマについて調べてまとめ、看護職として必要な取り組みを発表した。

質問紙調査の質問項目：本カリキュラムでは、看護職に求められる情報活用力と情報発信力の育成に関して、20項目の設問を作成して授業前後の比較を行った。質問項目の分析は、授業前データを用いて因子分析(最尤法、Promax回転)によって因子構造を確認した。さらに、授業開始時の「学びたいこと」、授業終了時の「学んでよかったこと」の自由記述内容をテーマごとに分けてカテゴリー化した。

倫理的配慮：研究実施にあたっては、著者らが所属する機関の研究倫理委員会に申請、承認を得た(2013年5月)。授業前後の質問紙調査への参加は自由意思で、成績とは無関係であることを文書と口頭で説明した。

【結果と考察】質問紙調査票の回収状況：授業前2013年75名(86.2%)、2014年88名(89.8%)の計163名(86.2%)、授業後2013年64名(72.4%)、2014年69名(70.4%)の計133名(70.4%)であった。

質問紙調査項目の因子分析：20項目を解析した結果、因子Ⅰ「情報発信・説得性・価値共有」、因子Ⅱ・Ⅳ「適切なデータ活用」、因子Ⅲ「全体把握・課題設定・価値共有」に分かれ、質問紙調査票を構成する際に想定した因子構造が得られた。

授業前後の質問紙調査票の項目得点の比較：質問項目の20項目中18項目で授業後の得点に有意な向上が見られた。

グループワークによる学びの内容：全グループで適切に選択・収集した情報を用いたデータ分析を行った結果、データ理解が深まり実践可能な看護職としての取り組みを情報発信・価値共有できていた。

「学びたいこと」(授業開始時)と「学んでよかったこと」(授業終了時)の内容：「学びたいこと」の内容で多かったのは『現場でのデータ活用方法』、「学んでよかったこと」の内容で多かったのは『統計の見方、グラフや表の読み方』、『効果的なプレゼンテーション』であった。「学びたいこと」に比べて「学んでよかったこと」の方が具体的記述および件数が多く、全コード数も増加していた。

【結論】 高度情報化に対応するためA大学看護学生に行った保健情報学のカリキュラムは、保健医療職に必要な情報活用力と発信力の育成に効果的であることが確認できた。

【利益相反(COI)の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

P-25 小学校区別地域環境指標と健康関連指標との関連

○高木さひろ（関西大学大学院・人間健康研究科）、黒田研二（関西大学・人間健康学部）、
今津 弘子、花家 薫、(堺市長寿社会部・地域包括ケア推進課)

【目的】 2014年の介護保険法改正によって、介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）が位置づけられた。要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等が可能となるように、地域の実情に応じた事業を市町村が中心となって進めていくことが規定された。こうした取り組みを効果的に進めるためには、住民がより身近に感じることのできる生活圏域の実情を分析したうえで、ニーズに対応していくことが求められる。このような状況を踏まえ、A市において小学校区（93か所）を単位に高齢者の介護予防に関連すると思われる健康関連指標と地域環境指標を指標化することによって地域相関分析を行うこと、地域相関分析の結果より、地域における効果的な健康づくり活動を展開するためには各校区でどのような取り組みが必要かを検討することを研究目的とした。

【方法】 A市は、高齢化率26.9%、要介護等認定率21.9%（平成28年9月現在）、人口約84万人の政令指定都市である。要介護等認定率は、同時期に報告された全国の要介護等認定率18.0%と比較しても高い状況にあり、平成44年まで上昇することが見込まれている。基礎データとして、平成28年にA市が市内の要介護等認定を受けていない65歳以上の住民9,611名を無作為抽出して実施した「高齢者等実態調査（一般高齢者調査）」の調査データ（有効回収数7,009通、有効回収率72.9%）を使用した。調査データより、アンケートの記入者が回答者本人であり、かつ回答者の年齢、居住地の小学校区名が記載されているもの5,564名のデータを抽出して使用した。本調査では、小学校区を単位として、各変数の平均値を基に、健康関連指標（生活・運動機能低下、主観的健康度、幸福度等）と、健康関連状況に影響を与えると仮定される地域環境指標（情緒的・手段的サポートの授受、各種地域組織への参加、主観的経済状況）を算出し、地域相関分析により、健康関連指標と地域環境指標との関連を調べた。相関分析は前期高齢者（3,622名）、後期高齢者（1,942名）に分けて相関分析を行った。

【結果と結論】 分析の結果、多くの地域環境指標と健康関連指標間で有意な相関が認められた。前期、後期高齢者（以下、一般高齢者）に共通する傾向として、「主観的幸福感」に対し、「スポーツ関係・クラブなどの地域組織への参加が月に1～2回（以下、スポーツへの参加）（ $r=0.444$, $p<0.01$ ）」や「主観的経済状況（ $r=0.778$, $p<0.01$ ）」が関連を示し、「主観的経済状況」と「転倒に対する不安感」との間には負の相関（ $r=-.554$, $p<0.01$ ）が認められた。前期、後期高齢者別に確認すると、前期高齢者のほうが後期高齢者より、より多くの指標間で有意な相関が認められた。後期高齢者では「主観的健康感」に対し、「情緒的・手段的サポート授受」、「スポーツ関係（ $r=0.304$, $p<0.01$ ）」や趣味関係（ $r=0.305$, $p<0.01$ ）の地域組織への参加」が正の相関を示した。

一般高齢者では、地域住民のスポーツ等への参加機会が多いこと、主観的経済状況が高いことが主観的幸福感に関連し、主観的経済状況が高い校区ほど、転倒不安感が減少する。後期高齢者では、情緒的・手段的サポートの授受や、スポーツや趣味関係やクラブへの参加が多い校区ほど、主観的健康感が高い。身近な地域で低額で参加することのできるスポーツや趣味活動の場づくりが、健康づくり推進に寄与すると考えられる。また、情緒的・手段的サポートの授受を豊かにする住民同士の関係づくりが、住民の主観的健康感を高める可能性がある。

【利益相反（COI）の有無】 無

【軍事関連研究助成の有無】 無

P-26 大学生の運動習慣及び生活習慣とメンタルヘルスとの関連

○岩垣穂大, 郷田愛結, 齋藤 篤, 扇原 淳 (早稲田大・社会医学)

【目的】「スポーツの実施状況に関する世論調査」(スポーツ庁, 2016)によると, 20代の運動実施率は12.1%と他の世代に比べ低く, 運動不足が課題となっている。またメンタルヘルスにおいても「平成27年度版自殺対策白書概要」(内閣府, 2015)において大学生の自殺者数は428人であり, うつ病が男女共に自殺理由の上位を占めている。

これまで中年期の成人や高齢者を対象とした研究では, 運動習慣及び生活習慣とメンタルヘルスの関連について一定程度のデータの蓄積が見られる。一方で, 大学生を対象とした同様の研究はあまりない。そこで本研究では, 大学生の運動習慣及び生活習慣とメンタルヘルスとの関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】2017年11月から12月にかけて, 大学生を対象としたWEBアンケートを実施した。回収できた356名の回答のうち, 有効回答323名分を分析の対象とした。調査項目は身体活動量, 生活習慣, メンタルヘルス及び基本項目とした。身体活動量の測定には, 村瀬らの「国際標準化身体活動質問票 (IPAQ) Short Version 日本語版」を使用し, 18-64歳の身体活動の基準である23 Mets・h/週以上, 未満で「運動習慣あり群」, 「運動習慣なし群」に区分した。また, 運動仲間の有無について, 「ひとりで行うことが多い」, 「誰かと一緒に行うことが多い」, 「運動はしていない」の3件法で質問を行った。生活習慣の測定については, 徳永の「DIHAL. 2健康度・生活習慣診断検査」を利用し, 健康度, 運動, 食事, 睡眠の各項目の合計得点によって「良好群」, 「不良群」に区分した。メンタルヘルスの測定には, 米国のKesslerの「K6」の日本語版を利用し, 13点をカットオフ値とした。

運動習慣及び生活習慣とメンタルヘルスとの関連について多重ロジスティックモデルによる分析を行い, オッズ比と95%信頼区間を算出した。統計解析はIBM SPSS Statistics24, HALBAU7 (ハルボウ研究所) を用いた。

【結果】回答者は323名 (男性132名, 女性191名, 平均年齢21.03歳) であった。運動習慣について, 「運動習慣あり群」は45.2%, 「運動習慣なし群」は54.8%であった。運動仲間の有無について, 「ひとりで行うことが多い」25.7%, 「誰かと一緒に行うことが多い」54.5%, 「運動はしていない」19.8%であった。生活習慣について「良好群」34.4%, 「不良群」65.6%であった。

運動習慣に関する各項目とメンタルヘルスとの関連について多重ロジスティックモデルによる分析を行ったところ, 年齢, 性別で調整しても「運動習慣なし」の学生は「運動習慣あり」の学生に比べ1.785倍 (95%CI:1.050-3.036) 抑うつ・不安状態の出現リスクが高いことが明らかになった。また, 生活習慣について「不良群」は「良好群」と比べ3.211倍 (95%CI:1.871-5.511), 抑うつ・不安状態の出現リスクが高いことが明らかとなった。

【考察】本研究の結果, 運動習慣及び生活習慣とメンタルヘルスに有意な関連が得られた。川尻ら(2015)は大学生における運動とストレス対処の関連について検討し, 運動習慣がある学生はメンタルヘルスが良好であり, 運動を習慣として生活に取り入れることで精神面も安定した生活を送ることができると指摘している。本研究の結果からも, サークル活動やボランティア活動等の学生生活の中で運動習慣を維持していくことが大学生のメンタルヘルスの安定に重要であると考えられた。また, 小橋ら(2011)は, 集団運動は精神機能賦活に効果があり, 個別運動に比べて集団運動の方が運動の継続率が高いことを報告している。今回の調査でも半数以上の学生が個人ではなく誰かと一緒に運動を行っていたことから, メンタルヘルス対策として, 仲間と共に運動する機会の提供とその充実が求められる。生活習慣について, 片山ら(2014)は平均睡眠時間が長く, 食生活, 栄養バランスなどの生活習慣の良い学生はストレスが少ない一方で, 生活習慣が悪い学生は憂鬱であると感じている者の割合が有意に高かったことを報告している。大学生は一人暮らしや友人との付き合いを原因とする食生活の乱れ, 過度なアルバイトによる睡眠時間の減少など生活習慣を崩しやすい環境にある。今後, 大学の食堂と連携した食生活指導や大学保健センターによる保健指導, ホームルーム活動等を活用した横断的・包括的なメンタルヘルス対策が重要であると思われる。

講演者・シンポジスト・演題発表者 索引

演者・発表者名	抄録ページ	演者・発表者名	抄録ページ
会沢 紀子	85	瀬尾 恵美子	32
安達 晴己	71	埜田 和史	29
天笠 崇	34	高木 さひろ	107
石田 正平	72	高鳥毛 敏雄	56, 67
乾 明成	95	田川 雄一	83
井上 直子	79, 101	武内 一	87
色部 祐	89	田中 尽悟	78
岩垣 穂大	108	田中 勤	59
岩隈 美穂	84	田巻 松雄	49
岩室 紳也	37	田村 優実	90
榎 宏朗	93	田村 昭彦	40, 44
遠藤 源樹	53	千種 雄一	45
大高 由美	65	千代 豪昭	22
大平 哲也	54	出井 涼介	82
岡田 栄作	70	寺西 敬子	100
緒方 剛	42	富田 茂	47
尾島 俊之	41	富田川 智志	102
小尾 晴美	39	中尾 モニカ	96
於保 真理	66	中村 好一	23
御宮知 詳浩	77	洙田 靖夫	43
片平 洌彦	69	西尾 章泰	64
北原 照代	57	西田 直子	92
木村 美也子	75	広瀬 俊雄	68
記村 聡子	91	藤原 武男	36
栗原 敦	98	藤原 佳典	55
小橋 元	21, 35	星 旦二	50
小山 朝生	99	細川 陸也	80
近藤 克則	51	榎田 聖子	106
齊藤 光江	33	松尾 泉	81
西連地 利己	38	三浦 康代	94
櫻庭 奈美	103	光廣 良太	104
佐藤(佐久間)りか	63	宮本 恭子	88
沢田 貴志	48	毛受 矩子	86
島田 ゆうじ	73	毛利 一平	30, 97
志水 美友	74	八谷 寛	58
神馬 征峰	24	山田 真	25
杉澤 誠祐	31	米田 政葉	105
杉下 智彦	46	米田 龍大	76
鈴木 貞夫	52		

第 59 回日本社会医学会総会

大会長 小橋元

実行委員会

委員長 小橋元

委員 春山康夫、西連地利己、梅澤光政、長尾匡則、松下宗洋

企画運営委員会

委員長 小橋元

委員 会沢紀子（獨協医科大学看護学部）、田中久子（女子栄養大学）

益川順子（宇都宮短期大学人間福祉学科）、扇原淳（早稲田大学人間科学学術院）

根岸好男（群馬大学大学院保健学研究科）、毛利一平（ひらの亀戸ひまわり診療所）

内山浩志（獨協医科大学国際協力支援センター）、松下宗弘（東海大学体育学部）

総会事務局

事務局長 梅澤光政

事務担当 今井陽子、中西寛太郎

社会医学研究

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

特別号 2018 第 59 回日本社会医学会総会講演集

2018 年 7 月 10 日発行

編集

第 59 回日本社会医学会総会事務局（大会長 小橋元）

日本社会医学会 理事長 高鳥毛敏雄

学会事務局

〒520-2192 大津市瀬田月輪町

滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学部門内

TEL/FAX : 077-548-2187/2189

E-mail : office@jssm.mail-box.ne.jp
