

第65回 日本社会医学学会総会

The 65th Annual Meeting of Japanese Society for Social Medicine

プログラム・抄録集

地域と連携して
社会の健康を考える

日本社会医学学会 特別号2024年
Japanese Society for Social Medicine

2024年
8月24日 土・25日 日

会場

久留米大学医学部教育 1 号館
福岡県久留米市旭町 67

会長

石竹 達也

久留米大学医学部環境医学講座 教授

大会長挨拶

第 65 回日本社会医学会総会 大会長 石竹 達也

久留米大学医学部環境医学講座

この度は、第 65 回日本社会医学会総会にご参加いただき、心より歓迎申し上げます。今回の総会は、2024 年 8 月 24 日から 25 日にかけて、久留米大学医学部旭町キャンパスにて開催されます。久留米の地で日本社会医学会総会を開催するのは 2015 年の第 56 回総会以来となります。

今回の総会のテーマは「地域と連携して社会の健康を考える」です。これまで以上に、地域社会との連携を通じて社会の健康を向上させる方法を探求し、その具体的な実践例を共有する場としたいと考えています。

特別講演では、千葉大学の近藤克則先生をお迎えし、ヘルスプロモーションと HPH に関する最新の知見をご紹介します。先生は、今年 11 月に広島で開催される第 30 回国際 HPH カンファレンスのプログラム委員長を務められ、社会疫学のエビデンスに基づく政策提言を積極的にされている方です。

また、教育講演では、慶応大学の伊香賀俊治先生と早稲田大学の吉江修先生をお招きし、それぞれ「住環境と健康」と「コミュニティ・コンピューティングと合意形成」をテーマにお話いただきます。どちらも、現代社会が直面する課題に対する新たな視点を提供する貴重な機会となるでしょう。

シンポジウムでは、「新型コロナウイルス感染症の教訓と課題 将来の健康危機への備え」をテーマに、パンデミックから得た教訓を踏まえた今後の対策を議論いたします。また、もう一つのシンポジウムとして「地域における社会的処方」の展開を予定しており、地域社会の健康と福祉を向上させるための取り組みを深く掘り下げてまいります。

さらに、今回の総会では特に若い世代の参加を促進するために 2 つの特別プログラムを企画しております。まず、「大学生・高校生シンポジウム」では、「海外とつながる社会医学」をテーマに、5 名の高校生および大学生が自身の取り組んでいる活動を報告します。次に、昨年の総会で好評だった次世代委員会企画ですが、今回は「近未来の医療 ～どうなる、どうする～」というテーマで再び開催します。これらの企画を通じて、若い世代が社会医学分野に積極的に関わるきっかけとなることを期待しています。

また、今回の総会では、一般発表をすべてポスター発表とし、会場を 1 箇所に集約することで、多くの方が講演とポスター発表の両方を効率よく聞いていただけるよう工夫を凝らしました。これにより、参加者同士の交流が促進され、より深い議論が展開されることを期待しています。

最後に、この総会を通じて、地域社会の健康課題に対する深い理解と、それに対応する具体的なアイデアや解決策を共有し、議論する場となることを願っております。参加者の皆様が得た知識を地域社会に還元し、より健康で持続可能な社会の構築に貢献できることを期待しております。

会場アクセス

会場：久留米大学医学部教育1号館 〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67 番地



西鉄をご利用の場合

＜所要時間＞ 西鉄久留米駅から約 17 分

- ① 西鉄久留米駅下車
- ② 西鉄バス系統番号 8
(大学病院、高専方面行にて大学病院または医学部前下車)

JR をご利用の場合

＜所要時間＞ J R 久留米駅から約 7 分

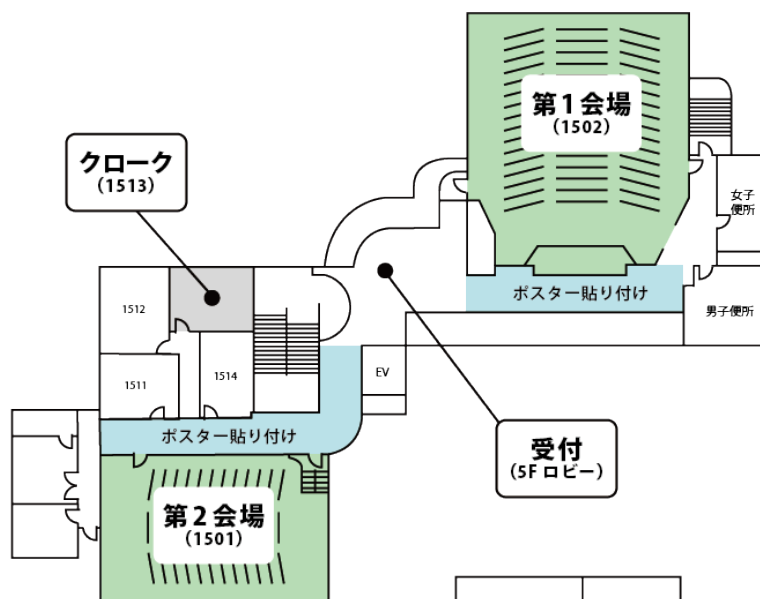
- ① J R 久留米駅下車
- ② 西鉄バス系統番号 18
(高専方面行にて大学病院または医学部前下車)



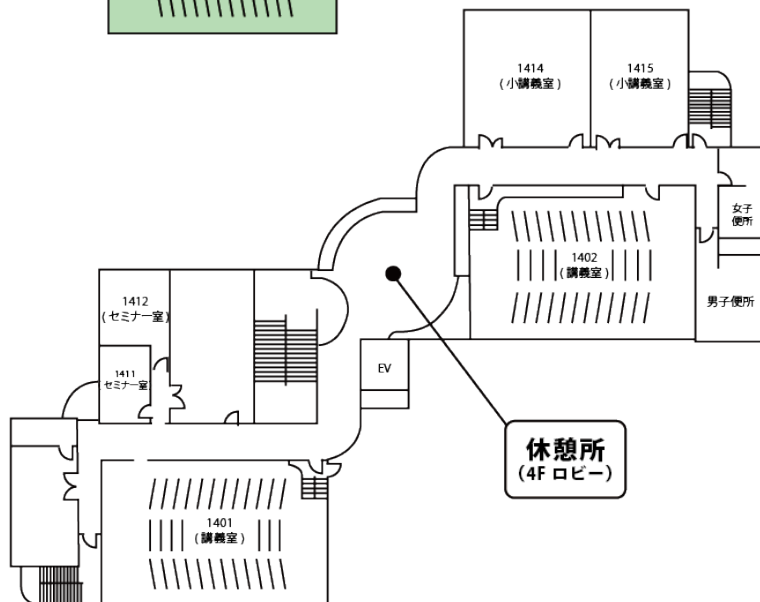
西鉄バス 時刻表

会場案内

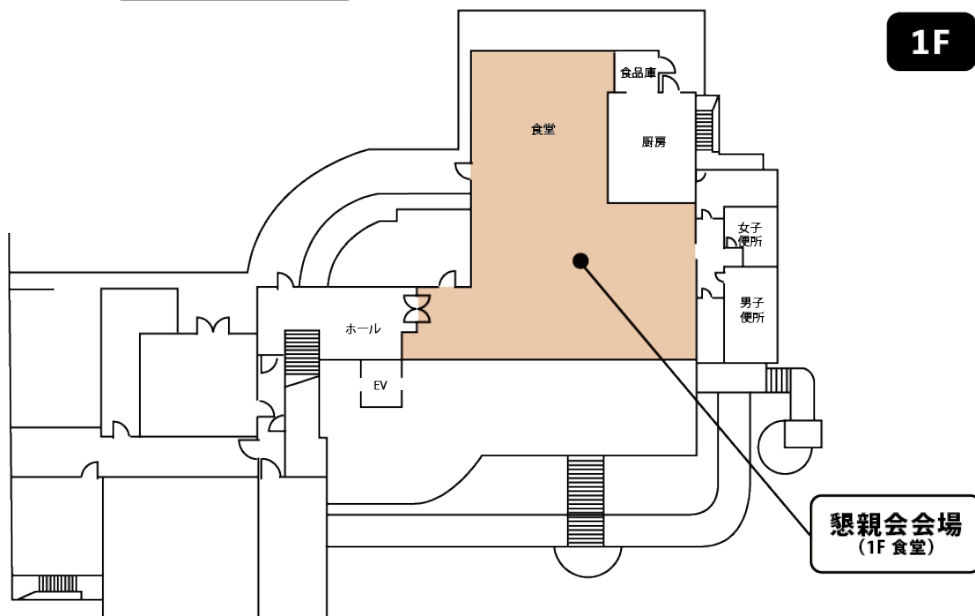
5F



4F



1F



参加者へのお知らせ

1. 開催概要

会 期：2024 年 8 月 24 日(土)・25 日(日)

会 場：久留米大学医学部教育 1 号館 〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67

会 長：石竹 達也 久留米大学医学部環境医学講座 教授

開催形式：現地開催

テ ー マ：「地域と連携して社会の健康を考える」

2. 参加受付について

すべての参加者は、5F 参加受付にて受付をお済ませください。

事前受付をされている方も受付にお越しください。

●受付日時

受付日時	場 所
24 日 (土) 8:20~16:00	5 階 ロビー
25 日 (日) 8:30~10:30	

●学会参加費

参加区分	参加費
会 員	4,000 円 (当日受付: 5,000 円)
非会員	5,000 円
院 生	2,000 円
大学生・高校生	無料

●情報交換会参加費

参加区分	参加費
会 員	4,000 円
非会員	4,000 円
院 生	2,000 円
大学生・高校生	無料

【参加受付方法】

<事前申し込みをした方>

- ① 受付にて振込み完了メールをご提示ください
- ② 参加証、ネームホルダー、領収書をお渡しいたします

<当日受付の方>

- ① 受付にて参加費を納入してください
- ② お支払完了後、参加証、ネームホルダー、領収書をお渡しいたします

<大学生・高校生の方>

- ① 受付にて学生証を提示してください
- ② 参加証・ネームホルダーをお渡しいたします

【参加証について】

受付にてお渡しした参加証にはお名前、ご所属をご記入いただきます。
学会参加中は必ず参加証をご着用ください。

3. クローク

場 所：医学部教育 1 号館 5 階 1513

受付時間：24 日（土）8：20～17：15 まで / 25 日（日）8：30～12：45 まで

4. 食事・休憩所

お弁当を事前にご注文いただいた方は、11：15～12：00 までに 1 階食堂にてお弁当をお受け取り下さい。なお当日会場内では昼食販売は行いません。

最寄りのコンビニエンスストアはローソン久留米大学病院前店です。場所は 2P 会場アクセスのマップをご確認ください。

また 4 階ロビーを休憩所といたしますので是非ご利用ください。

5. プログラム・抄録集について

学会会場でのプログラム・抄録集の配布、販売はございません。ホームページ上でのデータ配布とさせていただきます。なお、プログラム抄録集の閲覧には ID とパスワードの入力が必要となります。参加申込および事前振込みが完了した方には事前に ID・パスワードをお知らせいたします。

当日受付の方には、参加受付時に ID・パスワードをお知らせいたします。

6. 情報交換会

情報交換会を行います。当日受付も行いますので是非ご参加ください。

場 所：教育 1 号館 1 階食堂

日 時：8 月 24 日（土）17：30～19：30

座長・演者へのお知らせ

【座長（口演）の先生へ】

- ・ 座長の先生は、受付時にその旨をお申し出ください。
- ・ ご担当セッションの 10 分前に会場右手前方の次座長席にお越しください。
- ・ 各セッションの進行は座長の先生に一任いたします。時間厳守にて円滑な進行をお願いいたします。

【講演講師およびシンポジストの先生へ】

- ・ 演者の先生は、受付時にその旨をお申し出ください。
- ・ ご発表の 30 分前までに USB フラッシュメモリに保存したデータを PC 受付にご提出ください。データ提出については下記「PC 受付について」をご確認ください。

<PC 受付について>

場 所：医学部教育 1 号館 5 階ロビー

受付時間：24 日（土）8：20～ ／ 25 日（日）8：30～

- ・ 会場 PC の OS は Windows10、使用ソフトは Windows 版 Microsoft PowerPoint2013、PowerPoint 2021 です。
- ・ 動画を使用される場合はご自身の PC をご持参ください。
- ・ 発表のスライドサイズは、16：9（ワイドサイズ）を推奨いたします。フォントは OS 標準のもので作成してください。（MS ゴシック・MS 明朝・Century 等）
- ・ Macintosh および Windows XP 以降以外で作成されたデータを持ち込まれる場合は、あらかじめ PowerPoint のファイルが Windows10：PowerPoint2013、2021 で正しく表示されることをご確認ください。動作確認ができない場合や不具合がある場合はご自身の PC をご持参ください。
- ・ 発表者ツールのご使用はできません。

<ノートパソコン（Windows、Macintosh）持ち込みの場合>

- ・ 外部出力が可能であることを必ず事前にご確認ください。
- ・ 会場に用意するケーブルコネクタの形状は HDMI です。この形状に変換するコネクタを必要とする場合は、必ずご持参ください。また、AC アダプターも必ずご持参ください。
- ・ バックアップ用データとして、USB フラッシュメモリを必ずご持参ください。

【一般演題（ポスターセッション）について】

1. 講演について

- ・本学会の一般演題のご発表はポスター形式といたします。
- ・発表時間は7分、質疑応答は5分といたします。
- ・ポスターセッション時間になりましたら、座長の進行に従って発表を行います。
- ・ポスターパネルにポスター発表者用のリボンと押ピンを準備しています。リボンは、セッション中見える位置に着用してください。
- ・ポスターの貼付、撤去は下記項目の時間にご自身で行ってください。
撤去時間を過ぎても掲示されているポスターは、事務局にて破棄いたします。

2. 座長の先生へ

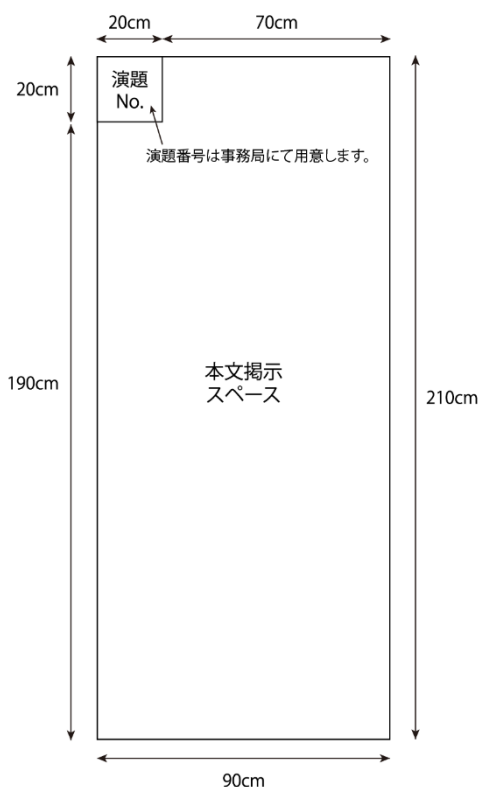
- ・発表が7分経過しましたら、質疑応答の5分間にご移行いただけますようお願いいたします。
- ・座長の先生ご自身の時計、携帯電話等で進行管理をお願いいたします。
- ・各セッションの進行は座長の先生に一任といたします。時間厳守にて円滑な進行をお願いいたします。

3. スケジュールについて

貼 付	24日(土) 9:00～13:00
撤 去	24日(土) 17:00～学会終了まで

4. ポスター作成要項

- ・ポスターパネルの大きさは下の図の通りです。
- ・ポスターパネル左上に、運営事務局が準備した演題番号表示があります。
- ・パネル内に収まるサイズであれば掲載形式は問いません。



日程表

8月23日(金)		8月24日(土)			8月25日(日)						
会場		第1会場	第2会場	ポスター掲示		第1会場／第2会場					
大学本館		医学部教育1号館					医学部教育1号館				
3F		5F					5F				
第1会議室		1502	1501	会場前			1502／1501				
	9:00	8:50～9:00 開会式	第1会場中継		ポスター貼付			9:00	第2会場は第1会場の中継を行います		
		9:00～10:00 教育講演 1 ウェルネスに基づいた建築設計とエビデンス実践 座長：原 邦夫 演者：伊香賀俊治(慶應義塾大学名誉教授)						9:00～10:30 シンポジウム1 新型コロナウイルス感染症の教訓と課題 将来の健康危機への備え 座長：田村昭彦(九州社会医学研究所) 演者：藤田利枝(久留米市保健所) 山本一視(千鳥橋病院) 高島毛敏雄(関西大学)			
	10:00	10:00～11:15 大学生・高校生シンポジウム 海外とつながる社会医学 座長：吉江 修(早稲田大学理工学部) 演者：鄭家 佑(久留米大学・国際文化学科) 藤本玲也(東福岡高校) Anudi Dulakna MANAGE(弘学館高等学校) 中原透也(久留米大学文学部国際文化学科) 丸山新奈(早稲田佐賀高等学校)						10:00		10:30～12:00 シンポジウム2 地域における社会的処方の展開 座長：石竹達也(久留米大学) 演者：杉山賢明(一般社団法人みんなの健康らぼ) 内藤美智子(久留米大学医療センター) 岩垣穂大(金城学院大学) 星真土音(一般社団法人くらしの研究室)	
	11:00	11:15～12:00 休 憩 (昼食販売)						11:00～12:00 評議員会		11:00	
	12:00	12:00～13:00 特別講演 ヘルスプロモーションとHPH 座長：舟越光彦(九州社会医学研究所) 演者：近藤克則(千葉大学／医療経済研究機構)	第1会場中継		ポスター発表			12:00	12:00～12:30 閉会式		
	13:00	13:00～14:30 次世代企画委員会プレゼンツ ラウンドテーブルディスカッション 近未来の医療 ～どうなる、どうする～						13:00			
	14:00							14:00			
	15:00							15:00			
		15:45～16:00 優秀者表彰	第1会場中継		ポスター発表						
	16:00	16:00～17:00 教育講演 2 コミュニティ・コンピューティングと合意形成 座長：森松嘉孝(久留米大学) 演者：吉江 修(早稲田大学理工学術院)						16:00			
17:00～18:00	理事会							17:00			
		17:30～19:30 情報交換会 会場：1F食堂					18:00				
19:00							19:00				

プログラム

令和 6 年（2024 年）8 月 24 日(土) 第 1 日目

8：50～9：00 開会式

9：00～10：00 教育講演 1 会場：第 1 会場

「ウェルネスに基づいた建築設計とエビデンス実践」

座長：原 邦夫

演者：伊香賀俊治（慶應義塾大学名誉教授／一般財団法人住宅・建築 SDGs 推進センター 理事長）

10：00～11：15 大学生・高校生シンポジウム 会場：第 1 会場

「海外とつながる社会医学」

座長：吉江 修（早稲田大学理工学部）

01. 日本人大学生と中国留学生の相互理解の促進に向けた研究

ー互いの印象を調べるアンケート調査を中心にー

久留米大学・国際文化学科 鄭 家 怡

02. インドネシア職業訓練校の現地生徒に対し、日本人高校生が日本語教育ボランティアを行う試み

東福岡高校 藤 本 玲 也

03. 多文化共生を目指す日本の学校現場ー外国にルーツを持つ生徒の心情を PAC 分析で探るー

弘学館高等学校 Anudi Dulakna MANAGE

04. 久留米のドイツ人俘虜（1914～1920 年）

久留米大学文学部国際文化学科 中 原 透 也

06. 再生可能エネルギーによる国際貢献ー発展途上国への持続可能なエネルギー支援の可能性

早稲田佐賀高等学校 丸 山 新 奈

11：00～12：00 評議員会 会場：第 2 会場

12：00～13：00 特別講演 会場：第 1 会場

「ヘルスプロモーションと HPH」

座長：舟越 光彦（九州社会医学研究所）

演者：近藤 克則（千葉大学 予防医学センター／医療経済研究機構）

13：00～14：30 次世代企画委員会プレゼンツ ラウンドテーブルディスカッション 会場：第 1 会場

「近未来の医療～どうなる、どうする～」

14：30～15：45 ポスター発表 会場：ポスター会場

ポスターセッション座長：檜垣 昌也（聖徳大学短期大学部）

S1-1. 厚労省が示す<ひきこもり>支援の現在・多様な支援策とその理念に関する考察・

聖徳大学短期大学部 檜垣 昌也

S1-2. ソーシャルキャピタル及び支援的環境と合計特殊出生率

昭和女子大学 木村美也子

S1-3. 身寄りが無い入院患者に関するパイロット・スタディ

～受入経験を有する機関の医療ソーシャルワーカーへの調査を通じて～

北海道医療大学・社会福祉学 巻 康 弘

S1-4. 身寄りが無い入院患者の死亡関連課題に取り組む MSW の困難感と職場内支援環境との関連

北海道医療大学 米田 龍大

S1-5. 都市部集合住宅における壮年期・中年期住民の互助活動に関する研究

早稲田大学人間科学部 檜垣 ゆかり

S1-6. 中国における緩和ケアに関する家族の意思決定に関する体系的文献レビュー

早稲田大学大学院人間科学研究科 呉 思 穎

ポスターセッション 2

座長：武内 一（佛教大学社会福祉学部／ウメオ大学疫学とグローバル・ヘルス）

S2-1. 子どもの権利条約にある権利に関する 子どもと共に行う研究

- COVID-19 パンデミック下の国際比較 - （第2報）

佛教大学社会福祉学部／ウメオ大学疫学とグローバル・ヘルス 武内 一

S2-2. 高槻市富田町における子ども食堂の食育活動の事例の検討

関西大学社会安全研究科 王 辰 越

S2-3. ラオス農村部乳幼児の食生活とその関連要因に関する研究

早稲田大学人間科学部 矢口 舞

S2-4. 4 か月児健康診査を受診した母親の育児ストレスと父親の育児休業取得との関連について

北海道科学大学 保健医療学研究科 看護学専攻2年 八木 由 梨

S2-5. 常設夜間休日 HIV 検査場における“レディースデー”の取り組みと他組織協働について

特定非営利活動法人スマートらいふネット 毛 受 矩 子

S2-6. 外国人留学生に対する防災支援対策に関する研究

早稲田大学人間科学部 逢野 美 夕

ポスターセッション3

座長：池本 悟（早稲田大学大学院人間科学研究科）

S3-1. データ連携・利活用による骨折予防に向けた取り組み

早稲田大学大学院人間科学研究科 池 本 悟

S3-2. 高齢者における通いの場参加とその後の要支援・要介護リスク・幸福感：

通いの場参加者名簿を用いた西脇市 JAGES2022-2023 縦断研究

千葉大学 井 手 一 茂

S3-2. 高齢者のスポーツ観戦は、スポーツの会新規参加のきっかけとなるか？

「みる」スポーツと、「ともに」行うスポーツとの関連

千葉大学 竹 内 由 夏

S3-4. 農業・園芸活動が血管機能・認知機能にもたらす効果の検証

久留米大学 医学部 生理学講座 脳・神経機能部門 菊 池 清 志

S3-5. 高齢者見守りネットワーク事業所の活動状況と必要な支援

大阪公立大・現代システム科学域 榎 田 聖 子

S3-6. 隣接地域間の平均寿命差からみる日本の健康格差：地理的要因と都市・地方型課題の視覚的分析

独立研究者 久地井寿哉

ポスターセッション4

座長：佐藤 圭（久留米大学医学部環境医学講座／医療法人社団新光会 不知火病院）

S4-1. メンタルヘルス休職者の職場ストレスと抑うつ症状および孤独感の改善による影響

久留米大学医学部環境医学講座／医療法人社団新光会 不知火病院 佐 藤 圭

S4-2. 職業性ストレスおよび社会的ストレスが QOL に及ぼす効果の構造分析：

地域における正規雇用者と自営業者の多母集団同時分析による検討

大阪経済大学・経営学部 田 中 健 吾

S4-3. 電動カート導入による主観的な指標の変化と要介護リスクとの関連：1年間の縦断研究

日本福祉大学 渡 邊 良 太

S4-4. 高齢者における電動カートの走行停止が与える要支援・要介護リスクの検証：

走行前・走行1年後・走行停止3ヶ月後の3時点データを用いた縦断研究

千葉大学 小 林 周 平

S4-5. 体幹前傾角と腰部筋活動の持続時間によるノーリフティングケア実践効果の定量的評価

日本福祉大・介護学 冨田川智志

S4-6. 住環境と主観的幸福感の関連性に関する研究：

健康と住まいの環境に関する全国調査 J-hohec 横断データ

千葉大学 予防医学センター LINGLING

ポスターセッション 5

座長：森松 嘉孝（久留米大学環境医学）

S5-1. 研究者ダイバーによる事故の現状

久留米大学環境医学 森 松 嘉 孝

S5-2. 社会医学系研究における倫理審査に際しての課題

滋賀医科大学医学部附属病院臨床研究開発センター／滋賀医科大学研究活動統括本部倫理審査室
倉田真由美

S5-3. 中国の動画サイトにおける HPV ワクチン関連動画のユーザーおよびコメント特性の分析

早稲田大学大学院人間科学研究科 徐 桜 晗

S5-4. ハンセン病療養所・外島保養院（大阪）の開設・移転経緯の検討

—都市における共生社会の課題を考える—

関西大学大学院・社会安全研究科 前 野 友 志

S5-5. 水俣病によってもたらされた医療と社会へと影響と変化

久留米大 3 年 竹 山 月 渚

S5-6. 求められる医学教育の変化—医療社会学の導入から得た示唆と今後の課題—

昭和女子大学 木村美也子

15：45～16：00 優秀者表彰 会場：第 1 会場

16：00～17：00 教育講演 2 会場：第 1 会場

「コミュニティ・コンピューティングと合意形成」

座長：森松 嘉孝（久留米大学）

演者：吉江 修（早稲田大学理工学術院・大学院情報生産システム研究科）

17：30～19：30 情報交換会 会場：1 階食堂

令和6年(2024年)8月25日(日) 第2日目

9:00~10:30 シンポジウム1 会場:第1会場

「新型コロナウイルス感染症の教訓と課題 将来の健康危機への備え」

座長:田村 昭彦(九州社会医学研究所)

SY1-1. 行政・保健所における教訓と課題

久留米市保健所 藤田 利枝

SY1-2. 医療現場の実態 教訓と課題

千鳥橋病院 山本 一視

SY1-3. 新型コロナウイルス感染症に対処した日本の保健医療の到達度と社会医学の課題

関西大学社会安全学部・社会安全研究科 高鳥毛敏雄

10:30~12:00 シンポジウム2 会場:第1会場

「地域における社会的処方」の展開」

座長:石竹 達也(久留米大学)

SY2-1. 日本プライマリ・ケア連合学会による健康の社会的決定要因と社会的処方に関する
アドボカシー活動

一般社団法人みんなの健康らぼ／東北大学大学院歯学研究科 杉山 賢明

SY2-2. 病院(久留米大学医療センター)でSVSを用いた診療

久留米大学医療センター 内藤美智子

SY2-3. ステイホームダイアリーと社会的処方の展開(名張市の事例)

金城学院大学 岩垣 穂大

SY2-4. 社会的処方としてのコミュニティナース活動:

紫波町における地域健康支援とメンタルヘルス改善の取り組み

一般社団法人くらしの研究室 星 真土 香

12:00~12:30 総会 会場:第1会場

12:30~12:45 閉会式

第65回日本社会医学会総会

地域と連携して社会の健康を考える

【日本社会医学会 次世代企画委員会 プレゼンツ】

ラウンドテーブルディスカッション

近未来の医療 ～どうなる、どうする～

高校生・大学生・大学院生の参加者を大募集！

皆さんが考える「近未来の医療」は、どのようなものですか？
当企画では、次代を担う若い皆さんと研究者がテーブルを囲み、自由な発想で「近未来の医療」について議論を深めます。
どうぞ気軽に参加してください。

“本企画参加にあたり、直前にある千葉大学・近藤克則先生の特別講演「ヘルスプロモーションとHPH」は是非聴講してください！”

参加対象：高校生，大学生，大学院生

日 時：2024年8月24日(土)13:00～14:30

場 所：第1会場(久留米大学教育1号館 5階1502)

＊参加費無料

＊全員に参加証授与

＊優れた討論者を表彰します

個人；最優秀賞、大会長賞、理事長賞

グループ；優秀賞、次世代企画委員会賞

＊応募人数多数の場合は先着順となります

参加希望者は下記左のQRコードから参加登録をお願いします

参考：総会HP(<https://conks.jp/socmed65/index.html>)



←参加登録

総会HP→



抄 録 集

特 別 講 演

ヘルスプロモーションと HPH

○近藤克則

千葉大学 予防医学センター / 医療経済研究機構

2024 年 11 月 6-8 日、広島国際会議場において、第 30 回 Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) 国際カンファレンスが「健康の公正性を目指して～医療機関と介護事業所の貢献～」をメインテーマに日本で初開催される。これを機に、ヘルスプロモーションやその重要性が再認識されている背景、HPH ネットワークについて再考したい。

日本では、ヘルスプロモーションは、「健康増進」などと訳され、健康教育による行動変容と狭く捉える誤解が見られる。しかし、ヘルスプロモーションとは「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」(オタワ憲章、1986) である。WHO においてとりまとめを担当したキックブッシュ博士は政治学者であり、「健康は、医師や薬によって創られているのではなく、人々が生活する場所で創られている」「ヘルスプロモーションの最大の敵は貧困であり、究極の目標は平和である」と語っている。このことに象徴されるように、本来のヘルスプロモーションは、社会科学的な視点も入った広い概念である。そこでは、「個人的なスキルの向上」に留まらず「コミュニティの活動強化」、「支援的な環境の創造」「アドボケート」「ヘルスサービスの方向転換」、健康政策に限定されない「健康的な公共政策の確立」をめざす取り組みが重要とされている。

日本でも、医学教育コアカリキュラムの改訂で「健康の社会的決定要因」(social determinants of health, SDH) が盛り込まれ、2024 年度から始まった「健康日本 21 (第 3 次)」で「自然に健康になれる環境づくり」や「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり」など、SDH や支援的環境の重要性が共通認識になってきた。その背景には、平等幻想があった日本社会においても、指標によっては集団間・地域間に 2 倍以上の健康格差が認められている実態やそのメカニズムとしてライフコースにおける社会的排除があることなど、公平性が脅かされていることが明らかにされてきたことがある。これらの

「健康の決定要因をコントロールし改善する」には、SDH への介入が不可欠であり、ヘルスプロモーションの取り組みの重要性が再認識されるべき状況になってきている。

WHO は、人々が暮らす場 (setting) の環境を改善するアプローチを重視しており、ヘルスプロモーションを進める場として、学校 (Health Promoting Schools) やまち (Healthy Cities) などと並んで HPH (Health Promoting Hospitals and Health Services) ネットワークを組織した。「国際 HPH ネットワーク概念、枠組み、組織」によれば、HPH ネットワークは「ヘルスケア組織がヘルスケアの質を改善し、地域や環境との関係を改善し、患者と家族とスタッフの満足度を向上させること」が目的であり、「組織の構造、文化、意思決定とプロセスを改善し向上させることで、病院とヘルスサービスに関わる人たちの健康状態の改善を目指す組織」であり、「患者とその家族 (特に弱い立場にある人々のニーズに取組む)、病院スタッフ、地域住民と環境」に働きかける。

国際比較をすると、先進国の中でも、日本は極めてコロナ禍による超過死亡率が低い国の一つであり、健康寿命を見ても世界一の健康長寿国である。これらのアウトカムからすると、日本は「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」＝ヘルスプロモーションが最もうまく機能している国の一つである可能性がある。その具体的プロセスや、それを可能にしている要因などについて、関係者で振り返り、その到達点や成果を、さらに改善すべき課題と共に振り返る機会として、HPH 国際カンファレンスに多くの人に参加していただけることを願っている。



教 育 講 演

ウェルネスに基づいた建築設計とエビデンス実践

○伊香賀俊治

慶應義塾大学名誉教授 / 一般財団法人住宅・建築 SDGs 推進センター 理事長

1. WHO 勧告と健康日本 21（第三次）

世界保健機関は、2018 年 11 月に WHO Housing and Health Guidelines を公表し、住まいの冬季最低室温 18℃以上、住まいの新築・改修時の断熱工事、夏季室内熱中症対策などを各国に勧告した。これに対して、わが国では「住生活基本計画」改正（2021 年 3 月閣議決定）、「住宅の品質確保の促進等に関する法律」改正による断熱等級 7 までの創設（2022 年 3 月公布）、「建築物のエネルギー消費性能の向上等に関する法律」改正による住宅新築時の省エネ基準適合義務化（2022 年 6 月公布）、住宅省エネ対策に対する補助金・税制優遇・融資の充実などの住宅政策に反映されてきた。また、2023 年 5 月に厚生労働大臣から告示された健康日本 21（第三次）に、「建築・住宅等の分野における取組と積極的に連携することが必要」とはじめて明記された。

2. 住宅の断熱改修前後調査によって得られた知見

前記の根拠として参照されている調査研究が、国土交通省が厚生労働省と連携して、2014 年度から「スマートウェルネス住宅等推進事業調査（以降、SWH 調査）」である。筆者は、医学・建築学の専門家約 90 名で構成される委員会の幹事と調査解析小委員会の委員長を務めている。断熱改修等による住まいの改善が居住者の健康に与える影響に関する 2 千世帯・4 千人規模の全国調査を実施し、2024 年 7 月現在で、医学系原著論文 13 編(1)～(13)と総説論文 1 編(14)が刊行された。WHO 勧告 18℃を満たさない住まいが 9 割を占め、亜熱帯の沖縄県を除く 46 都道府県別の在宅中居間平均室温で最大で 6.7℃の差（北海道 19.8℃、香川 13.1℃）があり、寒冷地ではなく温暖地で室温が低く、省エネ基準適合住宅が普及していない温暖地こそ、断熱改修の推進が求められている。さらに、原著論文を踏まえ、これまで「生活習慣病」として広く認識されてきた高血圧や循環器疾患が住宅の温熱環境に起因する「生活環境病」でもあることを解説論文として明らかにした。

- (1) WHO 勧告 18℃未満の住まいは 9 割、温暖地・独居・低所得ほど低温（Indoor Air. 2020）
- (2) 居間・寝室・脱衣所の室温温度差は平均 4℃、居間の上下温度差や朝晩温度差は約 3℃あり、寒さによる健康被害を受けやすい高齢者ほど寒さを感じていなかった（Env Int. 2024）
- (3) 起床時最高血圧の年齢・性別・生活習慣・室温による推計モデルを構築（Hypertens. 2019）
- (4) 家庭血圧の日内日間変動は室温不安定な住まいで有意に大きい（Hypertens Res. 2021）
- (5) 起床時最高血圧は断熱改修後に平均 3.1mm 低下、健康日本 21 の降圧目標 4mm に匹敵（J Hypertens. 2020）
- (6) 心電図異常所見が見られる人は在宅時居間平均室温 18℃以上に比べ 12℃未満の住まいで 2.2 倍有意に多い（Environ Health Prev Med. 2021）
- (7) 血中脂質が基準値を超える人は在宅時居間平均室温 18℃以上に比べ 12℃未満の住まいで 1.6 倍有意に多い（J Atheroscler Thromb. 2022）
- (8) 過活動膀胱症状を有する人は就寝前居間室温 18℃以上に比べ 12℃未満の住まいで 1.4 倍有意に多い（Urology. 2020）
- (9) 睡眠の質は、寝室が寒く・乾燥している住まいで有意に低い（Nagoya J. Med. Sci. 2021）
- (10) 健康関連 QOL（SF8 身体的・精神的サマリースコア）は、室温・騒音・照度・衛生・安全・防犯の性能が低い住まいで有意に低い（Indoor Air. 2021）
- (11) 住宅内座位時間はコタツに依存せざるを得ない寒冷な住まいで有意に長く、身体活動量も有意に少ない（運動疫学研究 2021）
- (12) 住宅内座位時間は断熱改修による非居室の室温改善で有意に減少し、身体活動量も有意に増加（運動疫学研究 2023）
- (13) 年 2 回以上の住宅内転倒は居間床近傍室温 18℃以上に比べ 12℃未満の住まいで 2.9 倍有意に多い（日老医誌 2024）
- (14) 高血圧・循環器疾患は生活習慣病に加えて生活環境病でもある[解説論文]（Hypertens Res. 2021）

教育講演 1

3. 住宅の断熱改修 5 年後追跡調査で得られつつある知見

前記の SWH 調査では 2020 年度以降、断熱改修 5 年後追跡調査を継続しており、速報として下記のようなことが明らかになりつつあり、今後の調査数の拡充を待って医学系原著論文に投稿予定である。

- ① 断熱改修を実施した住宅では 5 年後の起床時最高血圧上昇が 2.5mm 軽減（血圧上昇が半減）
- ② 断熱改修後の就寝中寝室温が 18℃以上に改善された住宅では 5 年後の脂質異常症発症が 3 割に減少
- ③ 断熱改修後の就寝前居間室温が 18℃以上に改善された住宅では 5 年後の夜間頻尿発症が 4 割に減少
- ④ 断熱改修後の居間床上 1m 室温が 19℃以上・床近傍室温が 16℃以上に改善された住宅では 5 年後のつまずき・転倒発症が 5 割に減少

4. 虚弱高齢者を対象とした横断調査・縦断調査によって得られた知見

このほか JSPS 科研費基盤研究 S (17H06151)「住環境が脳・循環器・呼吸器・運動器に及ぼす影響実測と疾病・介護予防便益評価（研究代表者：伊香賀俊治）」等で得られた原著論文(15)～(19)の概要は以下のとおり。

- (15) 在宅の虚弱高齢者の握力は寒冷的な住まいで冬季に有意に低下（Int J Environ Res Public Health. 2017）
- (16) 在宅の虚弱高齢者の転倒・虚弱リスクは寒冷的な住まいで有意に高い（Int J Environ Res Public Health. 2019）
- (17) 要介護認定年齢は寒冷的な住まい（冬季居間室温 14.7℃）で 77.8 歳、温暖な住まい（冬季居間室温 17.0℃）で 80.7 歳であり、2.9 年の差がある（J Environ Eng. 2019）
- (18) 介護施設入居後の要介護度重度化リスクは、温暖施設（居間 23±2℃、個室 20±2℃）に比べて寒冷施設で 1.5 倍有意に大きく、冬季の相対湿度が 30～50%に比べ 30%未満の過乾燥施設で 2.0 倍有意に大きい（J Environ Eng. 2018）
- (19) 10 年間の高血圧発症確率は起床時室温が 13℃以上に比べ 13℃未満の住まいで 1.8 倍有意に大きい（J Environ Eng. 2022）

5. ひと部屋断熱改修によって得られつつある知見

SWH 調査では、国土交通省から断熱改修工事の半額補助（上限 100 万円／戸）を予定している世帯に対する調査であり、経済的に余裕のない世帯では健康面で望ましいことが理解できたとしても断熱改修を思いとどまることが多いと想像される。そこで、国土交通省では、2023 年度からひと部屋断熱改修補助メニューを追加した。国 4 割＋自治体 4 割の 8 割補助（上限 70 万円／戸）で、20 から 30 万円の自己負担で実施できる優れた補助メニューである。現在、国土交通省補助事業の一部として、ひと部屋断熱改修前後の温熱環境を測定した。居間のひと部屋断熱改修したことによって、24 時間暖房していても 3℃まで低下していた居間室温が 15℃までに 11℃も暖かくなった。夜も 12℃までしか上がらなかった室温が 15℃までに 3℃も暖かくなった。寝室も就寝時に居間との扉を開放することによって、就寝時に 7℃しかなかった寝室が 12℃までに 5℃も暖かくなり、起床時に 5℃まで低下していた寝室が 14℃までに 9℃も暖かくなった。脱衣・洗面所も朝 8℃から 14℃まで 6℃も暖かくなり、夜も 11℃から 15℃までに 4℃暖かくなった。さらに、トイレも朝 9℃から 13℃まで 4℃暖かくなり、夜も 12℃から 15℃までに 3℃暖かくなった。まだ 1 例にすぎないが、WHO 勧告 18℃以上を達成していないものの、SWH 調査の医学系論文成果に照らし合わせると、ひと部屋断熱は、この事例では、起床時最高血圧の上昇を 10mm 程度抑制し、さまざまな疾病の予防にも一定の効果が期待できるものと推察される。

6. ウェルネスに基づく建築設計に向けて

住宅環境と健康に関しても取り組んできた最新の研究成果を紹介した。我が国の居住中の 5000 万戸の住宅のうち現行の省エネ基準を満たしている住宅は 13%（国土交通省調査）に過ぎない。健康面で課題の大きい大多数の既存住宅の断熱改修を推進するためには、健康側と住宅側の関係者の連携が求められる。

コミュニティ・コンピューティングと合意形成

○吉江 修

早稲田早稲田大学理工学術院・大学院情報生産システム研究科

人と人だけでなく、近年ではハードウェア、ソフトウェアもネットワークで結ばれコミュニケーションを行っている。この過程を工学的に解析、合成するのがコミュニティ・コンピューティングの研究の一端を紹介する。本講演ではとくに「合意形成」に焦点を当て、Web3.0、人工知能、DX（デジタル・トランスフォーメーション）といった最新の話題を取り上げ、情報理論の考え方からそれらの過程を整理することが可能であることを述べる。

合意形成は、我々の身の回りいたるところで行われている。交渉、対面での議論、インターネット上のオンライン・オフラインでの情報交換、新たなソリューションを探り出すためのブレインストーミングのような人と人との間だけでなく、情報システムによる情報共有と意思決定、人とロボットの協調作業、ブロックチェーン、深層ニューラルネットワークの内部メカニズムでも、合意形成が行われていると解釈できる場面が多く見受けられる。これらは、複数の意見や情報が混在する状態から、整理されて共通の方向性が見えてくる状態への移行ととらえることができる。したがって、合意形成を解析するためのひとつの方法は、さまざまな制約下での（準）最適化問題として合意形成を定式化することであり、混在の程度を示すエントロピーに着目し、高エントロピーの状態から低エントロピーの状態への移行をとらえることが有効である。

一方で、近年の自然言語処理技術の発展により、自然言語で書かれたテキストをベクトル化することが可能となり、このベクトル空間内でテキストどうしの関係を解析することが容易になった。本講演でもこの技術に着目し、議論解析への適用例について述べる。議論中での発言により参加者に情報が与えられ、その情報量だけエントロピーが減少する。このことにより、どの発言が合意形成に向かうきっかけとなったかを推定することができる。また、合意形成に向かうための発言の生成について、その可能性について議論する。

シンポジウム

シンポジウム
「新型コロナウイルス感染症の教訓と課題 将来の健康危機への備え」
開催にあたって

座長 田村昭彦（九州社会医学研究所）

2019 年末より始まった新型コロナウイルスパンデミックは、日本においても感染者 3,300 万人、死亡者約 7 万 5 千人となりました（感染症法における 5 類となった 2023 年 5 月までの累計）。わが国ではスペイン風邪以来 100 年ぶりの感染症大流行となりました。

新型コロナ感染予防のため「3 密」回避やマスク着用が徹底され、食事でも外食禁止・孤食が推奨されてきました。また何気ない会話・ダベリングは極めて少なくなり、職場・地域での行事も、親戚家族や友人との交流も激減し地域社会とのつながりも減少するなか、人と人との繋がりが希薄化してきました。

患者さんの対応にあたってきた医療・介護事業所や保健所などの行政機関でも、患者受け入れ態勢や医療機関間の連携、感染防止対策、保健所機能の再検討など様々な問題が噴出してきました。

次のパンデミックに備えるために、今回の社会医学会では保健所行政、医療現場、介護現場、の実態を基に社会医学的・公衆衛生的課題と教訓を明らかにし、今後必要な対策について総合討論を行いたいと思います。

【シンポジスト】

- 1) 藤田利枝先生（久留米市保健所） 行政・保健所における教訓と課題

コロナ感染症における保健所機能の実態に関して、人員体制も含めて報告いただきます

- 2) 山本一視先生（千鳥橋病院） 医療現場の実態、教訓と課題

患者受け入れを積極的に行った病院長である山本先生には、感染症に対応できる医療供給体制になっているかどうか。また地域連携の課題も含めて報告して頂きます

- 3) 高鳥毛敏雄先生（関西大学） 新型コロナウイルス感染症と社会医学（総論）

日本における公衆衛生体制とパンデミック対応に関して公衆衛生研究者の立場から、歴史的視点も含め報告して頂きます

各シンポジストからの報告の後、次の 2 つの論点について、討論を行いたいと思います

1. 連携

パンデミックにおける医療、介護・福祉、行政、研究者の情報共有等の連携のあり方

2. ヘルスリテラシー

コロナ禍では様々な情報が飛び交い、混迷を極めた国民も多いと思われます。患者・利用者、家族をはじめ、市民のヘルスリテラシーを向上するためには何が必要か

SY1-1 行政・保健所における教訓と課題

○藤田利枝

久留米市保健所

保健所は、地域保健法において都道府県、政令指定都市、中核市、その他の政令で定める市、特別区が設置することとなっている。保健所の業務には結核や HIV を含む感染症対策があり、地域の健康危機管理の拠点としての機能も求められている。都道府県型保健所は、人口規模や医療圏域など地域の特性を考慮し自治体内に複数設置されているが、市及び区型の保健所では自治体ごとの保健所数は一つとなっている。そのため、保健所あたりの管轄人口には大きな差（最少約 19,000 人から最多約 380 万人）があり、同様に職員数も全く異なる。さらに保健所の組織体制や管轄業務も自治体ごとに異なるという中、新型コロナウイルス感染症（COVID19）（以下、新型コロナ）が発生。同感染症が指定感染症に位置付けられ、全国の保健所が健康危機管理体制として、24 時間 365 日の対応を求められる事となった。

新型コロナは、5 類感染症に変更された 2023 年 5 月までに 8 回の大きな感染拡大時期（波）があった。波を繰り返すごとに感染者数は増加し、全数報告対象者の見直しがなされた 2022 年 9 月まで一日当たりの発生届の数は更新を続けた。保健所ではこれまでも大規模感染症や広域にわたる食中毒対応、自然災害等を経験し、対応マニュアルを作成し危機管理に関する研修や訓練を行ってきたが、新型コロナはこれまでの経験や想定をはるかに超えていた。全国の保健所では、波が起こるごとに前波の経験を踏まえた対策を取り、地方では先行して感染拡大が起こった都市部での対応を踏まえて準備を進めていった。

平時の保健所には、その規模に合わせて一人から複数名の感染症担当職員がおり、普及啓発から発生動向の把握、感染症発生届を受けた対応を行っている。丁寧な聞き取りを行い、接触者等の行政検査を行う積極的疫学調査は、感染源や感染経路を把握し感染拡大を防ぐことが目的である。新型コロナ発生初期は徹底した調査が求められ、感染者一人につき、聞き取りに少なくとも二時間、情報を整理して所内協議を行いそこからさらに接触者への連絡や検査の調整を行うのに半日を要するなど、担当職員のみで対応できる業務量ではなく、保健師などの専門職を中心に業務の応援体制が組まれた。感染症対応は専門職で行うことが必要だとの認識の下、帰国者・接触者相談センターの対応も含めて保健師や行政医師の負担が日ごとに重くなっていった。

また、平時の感染症対応では行わない業務を保健所が担う事となったことは保健所を苦しめた。帰国者・接触者相談センターから帰国者・接触者外来へ（行政検査対象者）のトリアージ、自宅療養者の病状フォローアップ（健康観察）、入院の可否の決定など、通常は医療機関の役割であるものが保健所の役割と位置づけられ、専門職が夜間も携帯電話対応を行い救急要請した患者の入院先を探すなど、心身ともに疲弊し休退職する職員も少なくなかった。

新型コロナの対応では、感染拡大防止が徹底できない状況となった、つまり平時の感染症対応の目的を達成しえない状況になってもなお、保健所には発生当初と同様の業務が求められた。専門職の応援人員を増やし、あるいは総動員しても追いつかない業務量となり、各地の保健所の破綻がメディアに取り上げられる事態にもなった。山積みになる発生届の処理すらままならず、疫学調査も数日遅れで実施するなど、保健所の最前線では拡大防止に役立てる事ができないと思いながら、法に基づく対応を続けた。

保健所の業務ひっ迫を解消するために、国から各自治体に対しては保健所体制の強化が求められ、保健所の全所体制や本庁からの応援職員の動員などが行われるようになった。それまでは専門職が対応すべきと考えていた業務も、真に専門職でなければならない（免許が必要な）業務以外は応援職員に任せるなどの見直しが行われていった。専門職以外の目が入ることで、デジタル化の導入が進んだり、外部委託が進むなどのメリットも大きかった。

IHEAT（Infectious disease Health Emergency Assistance Team）は保健所の体制強化が求められたことを踏まえ、都道府県単位で潜在保健師等を登録する人材バンクを創設し、支援の要請があった保健所

シンポジウム 1

等に対し潜在保健師等を派遣する仕組みとして運用が開始された。新型コロナ対応では OB 保健師や看護師等が IHEAT として活躍したが、地方では人材確保が難しく、制度としての活用に至らないところもあるなど、地域差が大きかった。

新型コロナの波を何度も経験する中で、国からは様々な通知が出され保健所での対応も変更の連続であった。地域によっては都道府県の判断で委ねられた工夫で法の解釈を現状に合わせた運用を行ったところや、医療との役割分担を平時と同じ仕組みへと変えていったところもある。新型コロナは感染症であるが、感染者数が多いため一般医療と並行して対応することが必要であるとの認識を得られた地域では、重症者の医療を優先し、感染症治療に併せて基礎疾患の治療も行えるよう、診療所や介護・福祉施設で感染対策を強化した療養環境の整備が進められた。一方、新型コロナが 5 類になる時まで保健所が医療に介入し続けなくてはならない地域もあるなど、感染症対策においては全国統一のルールでは上手くいかない事が明らかになった。新型コロナは 2023 年 5 月に 5 類へと変更されたが、2023 年 12 月に全国保健所長会の地域保健総合推進事業の中で行われたアンケートでは、全体の約 8 割の保健所長は、遅くとも陽性者の致死率や病床利用率が減った 2022 年末までに 5 類への移行が望ましいと考えていた。

対策の方向性を変える事は容易ではなくそのタイミングも難しい。しかし、最前線の保健所が捉えた地域の状況と集積されたデータを用いて、できる限りタイムリーな方針転換が可能となる仕組みが必要である。また保健所では、次なる新たな感染症の発生を見越した健康危機対処計画を策定しているが、実行性のあるものにするための工夫と努力が不可欠である。保健所には人員に余裕がなく、元来人手不足の状態であり、行政機関では急に職員を増やすことは困難である。保健所職員の資質を向上する事はもちろん必要であるが、保健所がひっ迫を避けるために、地域の中での役割分担を適切に行い、地域の資源を把握し、関係機関との相互理解を進めておくことは重要である。また、自治体内で保健所あるいは保健所長の意見が通る、考えを尊重してもらえる土壌を作る努力も怠らずに継続していくことが重要であると考え

SY1-2 医療現場の実態 教訓と課題

○山本一視

千鳥橋病院

シンポジウムの趣旨に沿って、コロナ禍において医療現場で何が起きたのかを報告する。

医療現場での初期対応は災害対応に近似したものとなった。災害医療においてはC S C A T T T (C 指揮、S 安全、C 情報、A 評価・方針、T トリアージ、T 治療、T 搬送) の対応原則があるが、実際に行ったことは、司令部 (対策本部) を設置して (C)、職員を守り患者にベストを届ける方針を確認 (S)、情報収集と事業所内コミュニケーション促進 (C) をして、事業所全体で統一した対応をできるように整備 (A) して、患者の重症度などに応じた対応方針 (T) をつくり、治療環境整備 (T) にとりくみ、転院搬送力の整備 (T) にとりくんだ。流行状況 (患者増)、ウイルスへの知見集積、地域医療体制などの環境の変化もダイナミックに変化するため、管理方法としてはきめ細かにミーティングをもち、双方向フィードバックを重視し、OODAループ (Observe-Orient-Decide-Action) を回しながら取り組んだ。

1. 病院で何が起きたか～未知・正体未確定のウイルス感染症への対応という側面から

実際のCOVID19流行下での医療活動においては、その診療と同時に、未知のウイルス感染症という側面から、事業所機能保全と職員の安全、医療活動の持続性の確保も求められた。以下、パンデミックのはじまりからを経時的にふりかえりつつ、経験した混乱、困難、問題点を述べてみる。

1) 患者増の状況において、当初の全例入院隔離という国の方針と、医療体制側のキャパシティが乖離した。これは東京オリンピックを控え、流行拡大の可能性を低く見積もった政府の構えも反映したと考える。明らかに入院病床を越える発生があり、地域の病院は、自らの医療機能を守ることを優先させる (=「ステルス入院」させない) という方針にならざるを得ず、疑わしい外来患者はあえて検査しないという矛盾した対応となった。

2) 検査機能・診断について。当初は病院に検査能力が備わっていない中での診療を行う不都合があり、「行政検査」によって、患者は保健所に電話し受診指示をうけ、医療機関を受診し、そこで検査が必要と判断されて、検査検体は保健所が回収、結果を通知という非常に手間のかかるシステムであった。早急に検査機能を拡大することができなかったのは事前の想定がされていなかったのか、疑問が残る点である。

3) 圧倒的なモノ不足で、医療機関も職員もそこにいる患者もすべての安全が脅かされた。ガウンやマスクは極度に不足し、ガウンはリユースのための作業を危険と隣り合わせに行うことになり、また費用手出しで縫製業者に作成を依頼した。一方で感染症診療にあたった職員にだけ直接渡すように使途限定の慰労金が自治体から出され、なんとそれを感染対策の費用に充てることはゆるされなかった。毎週自治体職員による拍手が送られるというパフォーマンスもあり、報奨金を出すから丸腰で戦地に赴けという類のメッセージであった。見せかけだけの respect は要らないと心から思った。

4) 膨大な事務作業による困難である。全例報告には、感染経路把握・疫学調査という要素もあり、これは感染初期には必要で、潜伏期間や感染性を有する期間の解明にも役立ったのだと思う。しかし、その事務作業はあまりに膨大で、なかなか簡素化もされず、そのあまりに負荷の大きさにゆえに検査件数を制限せざるを得ない局面もあった。もちろん、医療機関によってその対応は様々で、一切の制限を設けず、自己犠牲的に長時間の事務作業をおこなった事業所もあった。

5) 職員にかかった過度のストレスである。感染リスクにさらされる職員として、生活者として、技術をもった職能として、過度のストレス、精神的ダメージを被った。感染のリスクの高いケアワーカーであり、同時に生活の主体である職員は、自らの感染・死への不安、また大切な人を感染させる可能性への不安などが過大なストレス (自らを予防隔離する職員も) であった。生活の主体として、コロナ風評にもさらされた。「家族が感染者のように扱われる」経験をした職員も少なくなく (全国を見れば町の一斉マイク放送で感染の事実を、姓名、住所とともに開示された例もあった)、また「一斉休校」により生活者として職場と家庭の両立を脅かされもした。職能としては、平素であれば患者の心身のケアで自らの技能を発揮するところを様々に制限され、亡くなっていく患者に触れることも家族との別れの時間を作ることでもできずに遺体を納体袋に収める作業を行う申し訳なさ、くやしさと深く傷ついていった。同時に、そのような中でも工夫を凝らし、リハビリを実施し、また家族とのリモート面会や、ICU ダイアリーのような本人の記録をおこない、患者中心の医療、その人の尊厳を守る医療・ケアを行った医療者の存在も記録され記憶されるべきである。コロナウイルスが人と人とを分断する中で、職員同士の交流も制限され、ストレスマネジメントに大きな支障があり、各段の努力、とりくみが必要であった。

シンポジウム 1

6) 経営的問題。民間病院は、平素より補助金もなく、平均利益率 1~2%。すくなくない病院が赤字である。そこにコロナパンデミックとなり、ベッドを閉めて職員を寄せて疑い患者、感染患者の受け入れベッドを創出。4 月 5 月で急速に資金は流出し、このペースでは年度末までに倒産の危機に瀕する事態となった。ほぼ国策として受け入れているのに、倒産してしまいますと声をあげて国に救済を求めなければならない、メディアに訴えなければならない状況であった。「大学病院は守ります」という安倍晋三首相の発言を新聞で読んだときには、民間主体で地域医療を支えている日本の医療の実情、歴史をご存じないのかと訝しみ、新型インフルエンザでの総括があったにもかかわらず、国としてまったく想定外の事態なのだろうと認識。コロナ病床を拡大してほしいと訪ねてこられた県の医監は、「患者受け入れたらお金入るんだからいいでしょう？」と発言。当時、まったく見合わない金額を数日間支払いますという内容で休床への保障もなし。通常の日当円に到底及ばない額で、病院経営に不案内な行政の実情もみえた。

未知のウイルスを解明しつつ命を守るという難しいパンデミック対応とはいえ、結局、備えがあまりにもなかったと言わざるを得ない。検査能力も、国民へのリスクコミュニケーションも、医療機関・職員の保全も。

2. 地域と診察室で、患者・市民に何が起きたか〜社会的疾患としての COVID-19

1) 症例定義としての重症度と生命予後との乖離＝高齢者の致命率の高さ、ケアやりへの制限。とくにオミクロン株で COVID-19 は社会的疾患になった。

2) コロナ禍での事例〜救えたのではなかったか。圧倒的に足りなかったのは、発熱患者の受診先と、コロナ軽症でも入院が必要な（＝命に係わる）患者の療養先・実診療であった。たとえば福岡県の患者診療のフローチャートをみれば、医療を受けられる敷居が通常医療よりも高く設定されており、無理を承知の上での「トリアージ」方針となっていた。「トリアージ」の意味のインフレーションもコロナでの特徴である（香川智晶）。

3) 県の医療機関の情報共有、当番制、役割分担などは一定機能した。しかし、患者数が度を越えてくると、とくに救急医療機能が不十分となり、コロナ以外の急病人にも多大な影響がでた。介護施設では、そこにある医療需要を置き去りにされた。県と市など自治体間の共同のあり方も十分であったかどうか、振り返りが必要であろう。

4) 高齢者のいのちは選別された。医療への、あるいは適切な医療行為へのアクセスを疎外されて亡くなった人が大量にいる。「65 歳以上の挿管はしません」「DNAR なら受け入れます」など各地で報告された。「年齢」「生産性」で人を選別することが、どれだけの悔恨・背徳感・覚悟をもって行われたのか。研究論文がその根拠に恣意的に使われた（「ECMO は 65 歳以上で効果なし」）。Vulnerability を前提・原則にしていらない対策は、社会的弱者、ケアを必要とする人たちを社会的に苦しめた（例；一人で歩けない人はホテル療養できない→医療者の目が届かない）。「一斉休校」もまたしかり。バルセロナ宣言 1998 で示された医療倫理 4 原則（autonomy, dignity, integrity, vulnerability）の適切さを確認する。

5) 補論）介護現場で起きたこと；①医療に比しての介護の扱いの低さ；医療機関への支援のための補正予算の際に当初介護は対象にならなかった。②密着性と対象の特性（認知機能の低下など）から危険性の高い現場に、安全確保なく向かわざるを得なかった。③何よりケアワーカーそのものが高齢者の多い集団だった（当法人関連では平均年齢が 60 歳）。④現場で起こった理不尽；遠隔地家族からの拒否で訪問に行けない独居利用者（在宅死）、ケアワーカーが病原体扱いされ（玄関でファブリーズを自己噴霧させられる）尊厳を傷つけられる。一人暮らし高齢者の発熱にかかりつけクリニックは「介護でなんとかしろ」。発熱外来への受診手配などあらゆることを介護担当者と訪問看護が担わされた。⑤施設に対して「発熱しても極力 119 しないように（関西の都市）」など生活ケアではない「生命のケア」の責任を押し付けられた。⑥クラスターが生じて受け入れてくれる病院なし。一方で、「病状が可能なら慣れ親しんだ当方の施設で安心してもらえるケアをしたい。ここにいてもいいんだよ」と言ってあげられる感染防御の装備がほしい。」という介護ならではの発言も聞かれ、介護と医療の違いを適切に認識しつつ、対策を講ずることが必要だと感じた。

ウイルスの直接の毒性による死亡よりも続発的病態や治療未遂による死亡が断然多く発生した。つまりはとくにオミクロン株以降、社会的疾患としての側面が強い疾患である。社会的対応の不十分さが医学的合理性の不確かな隔離と治療のフローチャートを生み出す一因となった。その経過の中で、「トリアージ」という言葉のインフレーションが起り、また同時に高齢者のいのちの重さは学問的装いもまといながら軽視された。介護現場は政策的にも置き去りにされ、十分なコミュニケーションも知識の伝達もなくいのちの取り扱いの責任を負わされた。コロナ禍は介護という社会の基盤システムに対する政府の認識不足・軽視の事実を改めて明示した。

SY1-3 新型コロナウイルス感染症に対処した 日本の保健医療の到達度と社会医学の課題

○高島毛敏雄

関西大学社会安全学部・社会安全研究科

【はじめに】

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）は、現代社会が有している特徴をフルに使って広がった。

現代社会の特徴とは、①大都市への人口集中、②飲食店・歓楽街・イベントなど密集空間の増加、③学校・会社・工場・病院・施設の集団生活の増加、④国境を超えたヒトとモノの高速大量移動、⑤機密性の高い構造物の増加、などのことである。この特徴がパンデミックを引き起こしたと考えられている。シンポジウムでは、日本の COVID-19 の流行時の保健医療体制の到達点と今後の社会医学の課題について話をすることにする。

【グローバル経済社会における感染症対策】

COVID-19 は、人間がつくったグローバル経済社会によりパンデミックとなった。地域内に人々が留まっていた時代から国境を超えてヒト、モノ、カネが動き、世界が密接につながる社会になった。このような社会に適した病原体が出現すると瞬く間に世界に広がる。COVID-19 のパンデミックが、最初のものではない。すでに 1980 年代以降に HIV/AIDS、腸管出血性大腸菌 O157、BSE、そして SARS、新型インフルエンザが流行している。近年、様々な貿易産品が国境を超えて取り引きされていることから、国際標準化機構（ISO : International Organization for Standardization）、国際電気標準会議（IEC : International Electrotechnical Commission）、FAO/WHO 合同食品規格委員会（Joint FAO/WHO Food Standards Programme Codex Alimentarius Commission）などの機構、会議、委員会が設けられて各国が協働し国際基準や規格がつくられている。農産物の健康と安全についても国際貿易機関（WTO）が「衛生植物検疫措置の適用に関する協定（SPS 協定 : Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures）」を発効している。

感染症のパンデミック対策についても 2003 年の SARS の世界的流行を受けて、2005 年に WHO の国際保健規則（IHR）が改正されている（改正国際保健規則 : IHR2005）。それに基づき地域・国家レベルの国境における日常の衛生管理及び緊急事態発生時の対応に関して最低限の事項（通称 : コアキャパシティ）を規定していた。しかし、コアキャパシティを十分に満たしていた欧米諸国でも COVID-19 の大流行が起こり多くの感染者・死亡者がでた。そのため、WHO は 2020 年の COVID-19 の流行中から次のパンデミックに備え、世界の健康危機管理体制を強化するために IHR2005 の改正を進め、第 77 回 WHO 総会（2024 年 6 月 1 日）に改正案が提出され採択された。

【2024 年改正の IHR の内容】

2024 年に改正された IHR は、IHR2005 で規定した「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」（PHEIC）に加え、新たに「パンデミック緊急事態」を定義している。「パンデミック緊急事態」とは、①地理的広範囲に感染が拡大している、②国内の保健医療システムの対応能力を超える又は超える高いリスクがある、③国際交通・貿易を含む実質的な社会経済的破綻が起こりかつ④政府及び社会全体のアプローチを通じたより強固な国際的協働が求められる状況にある、を満たした事態が発生した場合であるとしている。これに該当するの可否については、専門家の意見等を踏まえ、最終的に WHO 事務局長が判断することとしている。この事態が発出された場合には開国に対する法的拘束力はないが、WHO は各国に勧告を発出することとしている。また、緊急事態発生時において、世界のすべての人々が医薬品等へのアクセスを公平性にできるように加盟国に協力することを強く求めている。

【COVID-19 に対応した日本の保健医療体制の到達点】

日本社会が COVID-19 に対処した保健医療体制は、1874 年 8 月 18 日に医制発布してから下図のような歴史的な段階を経て、ようやく到達したものである。第 1 期、2 期の治療薬がなく、医療体制が確立されていなかった時期には社会防衛を優先し、感染者・患者を確立する政策で対処し、結核が流行し、その対応が必要になった第 3～4 期に国民病であった結核に対し、保健所をゲートキーパーとし、国公立の療養所による医療体制がつけられた。第 5 期は感染症の時代は終わったとした保健体制への移行を進めて

いたが、阪神淡路大震災の発災、新興・再興感染症に対応する体制づくりが求められて感染症の法制度が刷新され、さらに2009年の新型インフルエンザの流行があり、パンデミックに備えて「新型インフルエンザ等対策特別措置法」が制定されていた。2020年のCOVID-19が爆発的に流行した時期には、明治期からつくってきたパンデミックに対処する法制度や社会体制は一応整えられていた。

国家体制と国家衛生

第1期 明治初期・中期 (不衛生、飲食物管理、コレラ)

廃藩置県	内務省・医制	伝染病予防法
------	--------	--------

第2期 明治後期・大正期 (結核の流行、労働者の保護制度の確立)

内務省	農商務省・工場法	結核予防法	療養所
-----	----------	-------	-----

第3期 戦時体制期 (体力増強、人口政策、兵力確保)

厚生省	保健所法	療養所	結核予防会
-----	------	-----	-------

第4期 高度経済成長期 (栄養改善、脳卒中、疾病予防活動の推進)

日本国憲法	厚生省	保健所	療養所・病院	国民皆保険	予防接種
-------	-----	-----	--------	-------	------

第5期 地域保健萌芽期 (生活習慣病対策、健康づくり、要介護高齢者のケア体制の拡充)

国民健康づくり計画	市町村・保健センター・保健師	老人保健法
-----------	----------------	-------

第6期 地域保健法体制 (市町村を基盤とした保健医療福祉サービスの提供、地域における健康危機管理体制の強化)

災害・O157・エイズ	感染症法・特措法	結核再興	医療法改正	地域保健法	介護保険法
-------------	----------	------	-------	-------	-------

第7期 コロナ流行時の到達点 (人間の安全保障、グローバル経済、食品安全、自然災害、パンデミック対応)

UN (SDGs)	WHO (IHR, UHC)	地方自治体	健康危機対応 (All Hazard)
-----------	----------------	-------	---------------------

保健医療体制の確立

国民の健康の保護

19世紀まで古代ギリシャのヒポクラテスが唱えたミアズマ(瘴気)説に基づき感染症に対処していた。このミアズマ説の考え方は19世紀にコレラのパンデミックの発生した時期に根拠に基づく科学に変化する。19世紀末～20世紀にかけて衛生学や公衆衛生制度、社会学が誕生した。本稿では「衛生学」は人間の健康に影響与える原因を化学及び物理学、微生物学的に分析し原因を明らかにする科学としてする。「公衆衛生」については、原因が明らかでなくても健康問題を解決する実践活動や対策が求められる分野とし公衆衛生制度(以下、公衆衛生と記す)とした。「社会医学」は、医学の名称がついているが、人々の健康問題を社会的背景、具体的には政治、行政、経済、労働条件、医療体制、社会制度からみる社会科学とする。この社会医学は、19世紀にミアズマの目に見えない物質や微生物が見えるようにする科学である衛生学として誕生した。社会医学は、20世紀には労働者の健康問題が課題の時代となり、職場環境や労働条件の改善、労働者の健康の保護の科学となり、それをもとに工場法、戦後は労働基準法、労働安全衛生法の法制度が整えられている。近年の社会医学は、地域や家庭や学校や職場における人間の関係性の軋轢により生じる問題への対応が求められている。具体的には、貧困問題など過去から続いているものに加え、新たに過労死・過労自殺、そしていじめ・パワハラ、暴力・虐待、さらに依存症、適応障害などの問題である。ところで、パンデミック発生時にはワクチンの便益や公平性、感染者への偏見・差別・人権、事業者の休業補償・損失補填、医療従事者の保護など、多くの社会医学的な課題がある。

明治初期には内務省と行政により感染症に対応していた。その後の結核に対処するために保健医療体制がつくられてきた。地域保健法の成立により基本的な保健医療サービスは市町村が担うこととされたが、新興・再興感染症への対応や災害時の健康危機管理の強化が必要となり保健所の統廃合は止まっていた。感染症の法制度は刷新され、2009年の新型インフルエンザの流行後に新型インフルエンザ等対策特別措置法も制定されていた。このように COVID-19 の流行した時には日本の保健医療制度が明治期に目標としていたことに到達していたと言える。それなのに COVID-19 の対応に対し、行政や保健所、医療機関、介護福祉施設、学校、事業所などに混乱があった。これはパンデミック時に地域の各組織や各団体や各事業者がどのように連携して一体的に対応する経験がこれまでほとんどなかったためであることが考えられる。これまでの保健所を医療機関受診のゲートキーパーとしたパンデミック対策には限界があることも明らかになった。パンデミックに対し、官公民の関係組織・団体、事業者など社会を挙げて対応する体制をどうつくるのかが今後の重要な課題であると考えている。

シンポジウム「地域における社会的処方」のねらいと目的

座長：石竹達也（久留米大学）

本シンポジウムでは、地域における社会的処方の意義とその実践例を共有し、地域住民の健康と福祉の向上を目指す取り組みを深く理解することを目的としています。各シンポジストが実際のフィールドで行っている社会的処方の活動や研究を通じて、地域における社会的処方の可能性とその効果を具体的に学び、聴衆が自身の地域での実践に役立てることを目指します。

このシンポジウムの目的は大きく次の4つです。

- 1 **社会的処方の概念と意義の理解**：社会的決定要因（SDH）に基づく社会的処方の基本的な概念を理解し、その重要性を認識すること。
- 2 **多様な実践例の共有**：各地域で行われている具体的な社会的処方の取り組みを学び、その成功事例や課題を共有すること。
- 3 **地域医療・福祉の向上**：社会的処方を通じて、地域住民の健康や福祉の向上にどのように貢献できるかを考えること。
- 4 **相互交流とネットワーキング**：同じ関心を持つ専門家や実践者との交流を深め、今後の協力や連携の可能性を探ること。

シンポジストは以下の4名です。

- ・ **杉山賢明氏**：「日本プライマリケア連合学会による健康の社会的決定要因（SDH）と社会的処方におけるアドボカシー活動」
杉山氏は、SDHと社会的処方の基本概念とその重要性を社会疫学と公衆衛生の視点から説明し、参加者が全体像を掴むのに役立つ情報を提供します。
- ・ **内藤美智子氏**：「病院（久留米大学医療センター）でSVSを用いた診療」
内藤氏は、医療現場におけるSVSの活用方法と、多職種連携の重要性、入院患者の健康維持・向上への貢献について具体的な実践例を紹介します。
- ・ **岩垣穂大氏**：「ステイホームダイアリーと社会的処方の展開（名張市の事例）」
岩垣氏は、名張市で導入されたステイホームダイアリーの実践を通じ、信頼関係の構築や社会的つながりの促進、多世代間の絆と心の健康に寄与する効果について発表します。
- ・ **星真土香氏**：「社会的処方としてのコミュニティーナース活動：紫波町における地域健康支援とメンタルヘルス改善の取り組み」
星氏は、地域住民の健康支援とメンタルヘルス改善に取り組んだコミュニティーナースの活動を紹介し、地域での実践方法とその成果を共有します。

本シンポジウムを通じて、参加者の皆さんが社会的処方の具体的な事例とその効果を学び、地域における健康支援の新たな視点を得られる機会となることを願っています。参加者自身が今後の実践に何らかの形で反映していただければ、座長としてこれ以上の喜びはありません。

SY2-1

日本プライマリ・ケア連合学会による健康の社会的決定要因と社会的処方に関するアドボカシー活動

○杉山賢明^{1,2} 坪谷透^{1,2} 近藤尚己³

一般社団法人みんなの健康らぼ¹ 東北大学大学院歯学研究科² 京都大学大学院医学研究科³

健康の社会的決定要因 (social determinants of health: SDH) とは、個人の健康状態に影響を与える経済的・社会的・文化的要因を指し、教育・職業・所得・住環境などの個人レベルの要因から、社会参加およびそれを促す社会的ネットワーク (ソーシャルキャピタル) などの地域レベルの要因が含まれます。本発表では、SDH が健康に与える影響に関する疫学的エビデンスを紹介します。

先般、健康日本21 (第三次) は、SDH による健康格差を是正し、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」をビジョンに掲げました。これに先立ち、筆者らが所属する日本プライマリ・ケア連合学会は、2018 年に SDH に起因する不公正な健康格差への対応を学会員の最重要課題の一つとすることを声明しました。

この声明に基づき、本学会 SDH 検討委員会では、SDH に関する教育セミナーを会員向けに開催するとともに、学会外にも向けた啓発として SDH に関する書籍を発刊しました。本発表では、これら一連の活動について報告します。

また、健康格差是正の一策として注目される社会的処方の取り組み事例を紹介するアドボカシー活動についても報告します。具体的には、本シンポジウム内で紹介される「ソーシャル・バイタルサイン」に関するワークショップを開催しました。これは、医療者が患者の社会的・経済的課題に気づくために開発されたツールであり、社会的処方を実践する契機として有効です。

さらに、筆者らが所属する学会および法人は、宇都宮市医師会が中心になって取り組んだ社会的処方例を YouTube で発信しました。このようにソーシャル・ネットワーク・サービスを用いることで、幅広い層の人々が社会的処方について理解を深めることが期待されます。

最後に、筆者自身の経験例を紹介します。介護者の介護による精神的ストレスは社会課題の一つであり、筆者自身も在宅医療の現場で数多く直面してきました。この解決策の一つが社会参加です。筆者は、介護者の社会参加がストレス軽減に寄与することを大規模データを用いて疫学的に示しました。実際に介護者の社会参加を促したところ、介護者のメンタルヘルスが改善されました。本発表において社会的処方に関する理論と実践の例として報告します。

日本プライマリ・ケア連合学会 健康格差
に対する見解と行動指針



みんなの健康らぼ YouTube : 宇都宮市の健
康格差への取り組みから気づきを得よう



書籍「実践 SDH 診療：できることから始め
る健康の社会的決定要因への取り組み」
(中外医学社)



Oshio, T., & Sugiyama, K. (2021).
Social participation as a moderator for
caregivers' psychological distress: A
dynamic panel data model analysis in Japan.
Applied Research in Quality of Life.



日本プライマリ・ケア連合学会「ソーシャ
ル・バイタルサイン」に関する解説



SY2-2 病院(久留米大学医療センター)で SVS を用いた診療

○内藤美智子¹ 住吉美香² 大場健二² 中島由佳里² 岩佐聖彦³ 中村由紀³ 坂口美紀⁴
伊藤裕子⁵ 白濱清香⁵ 飯田みさき⁵ 丸山紀子⁵

久留米大学医療センター 医師¹ ソーシャルワーカー² リハビリ³ 栄養士⁴ 看護師⁵

久留米大学医療センターの概要：久留米大学医療センターは、17 診療科（内科系 5 科、外科系 3 科など）から成り、230 床のベッド数を持つ中核病院です。全職員数は 400 名、医師数は約 70 名で、久留米市南西部に位置しています。令和 5 年度の平均の 1 日外来患者数は 301 名、1 日入院患者数は 168 名であり、一般急性期、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟を持っています。

プライマリ・地域ヘルスケアセンターの取り組み：当センターでは、健康の社会的決定要因（SDH）に基づいた診療を行っています。入院時には、多職種チームが SVS（ソーシャル・バイタル・サイン）を用いて患者の社会的背景を評価し、具体的なゴール設定を行います。SVS シートは、勤医協苫小牧病院で使用されているものを一部改変して利用しています。

SVS の実施方法：SVS はソーシャルワーカー、リハビリスタッフ、看護師、医師の 4 名で、患者および家族に対して 1 時間程度の問診を行います。家族構成、キーパーソン、仕事や収入、趣味、生きがい、健康観、学歴、食事、住居、交通手段、嗜好品、保健サービス、これまでの ADL 状況、今回の入院に際する患者と家族の思いを詳細に尋ねます。

SVS の成果：2023 年 3 月 30 日から 2024 年 5 月末までに、SVS を実施した入院患者は 44 人（男性 23 人、女性 21 人）で、主に地域包括ケア病棟の患者でした。平均年齢は 73 歳（最高齢 95 歳、最年少 15 歳）、平均在院日数は 45 日でした。要介護者は 29 人（66%）で、要介護 1～2 が 12 人（41%）、要介護 3 が 8 人（28%）、要介護 4～5 が 9 人（33%）でした。合併症はフレイル 22 人、認知症 9 人、嚥下障害 6 人で、多くが重複していました。退院先は自宅が 27 人（61%）、その他は介護老人保健施設、療養型病院、介護医療院、グループホーム、（看護）小規模多機能施設でした。

SVS の効果と今後の展望：入院時に SVS を行うことで、患者、家族、医療スタッフの間で情報共有ができ、次の話し合いの日程や退院予定日を設定することができます。このことは、患者・家族・医療スタッフの目標が明確となり、なにより患者の入院生活のモチベーション向上につながります。また、患者の疾患以外の社会的背景や人間関係、自分や家族の思いなどを丁寧に情報収集することで、退院後も安心して生活を送ることができるようサポートします。今後は、SVS の取り組みを院内に広げ、地域の社会資源（非医療）を活用した社会的処方の実施にも取り組んでいきたいと思います。

SY2-3

ステイホームダイアリーと社会的処方展開（名張市の事例）

○岩垣穂大¹ 西上ありさ² 出野紀子² 本間千尋² 柴垣維乃³

金城学院大学¹ 株式会社 studio-L² 名張市役所³

【ステイホームダイアリーとは】

ステイホームダイアリーとは、3人1組で行う交換日記である。まず、対面のワークショップで3人の仲間と自己紹介をした後、約半年をかけて6回程度日記を回す。日記は毎回オリジナルのテーマが決まっている。2022年度のテーマは、①流れ星に願いを（流れ星にお願いしたくなるようなささやかな願い事について）、②体を動かす（家事、庭仕事、散歩、スポーツ等様々な体を動かす方法について）、③食べる（定番のお土産、行きつけの飲食店、最後の晩餐などについて）、④趣味・推し・はまっていること（楽しくてたまらずハマっていること、推し活動などについて）、⑤掃除（日々の掃除はどうしているか、掃除の知恵や工夫などについて）などであった。メンバー同士で感想やコメントを書き込むことができ、「どんな反応が書かれているのか回ってくるのが楽しみだった」、「日記が届くと友人が遊びにきたような感覚になった」との感想が聞かれた。自由におしゃべりをするページには、イラストを書いたり、写真を貼ったりするなど参加者独自の使い方が生まれていた。

【ダイアリーの効果】

“紙に手書き”というダイアリーの性質上、時間をかけて文章を考え、相手に伝わる文字で記す必要がある。参加者からは「普段面と向かって言えないことを書くことができ、じっくり考えて書けるので良かった」「字を何回か読んでいううちに、表情や気持ちを感じられるようになった」などの感想があり、パソコンやスマートフォンによるコミュニケーションとは異なる時間感覚や文字の温かみに接し、改めて“紙と文字”の魅力を認識するきっかけになっていた。その他、参加者へのインタビュー調査から得られたダイアリーの効果は、「社会参加を促す効果」（つながった仲間とごはんに行った、つながった仲間の活動に参加したなど）、「つながりを広げる効果」（信頼・安心できる仲間ができた、多世代交流ができた、自分の居場所だと感じたなど）、「こころの健康に関する効果」（つながった仲間に悩みを聞いてもらえた、ダイアリーの中にたくさんの笑いがあったなど）であった。回数を重ねて日記に夢中になる中で、メンバーとの信頼関係が築かれ、意識・行動の変化が生じ、これらの効果につながっていったのではないかと考えられる。

【ダイアリーが目指すもの】

英国 Social Prescribing Network の Michael Dixon らが示している社会的処方の基本理念では、「人間中心性」「エンパワメント」「共創」の3つの要素を含むものとされている。本人が中心となり、リンクワーカーのサポートを受けて自ら参加する活動を選択し、周りの仲間と共に作り上げていくプロセスである。ステイホームダイアリーも、メンバー間でお互いを尊重し、対話をしながら励まし合い、共につながりや活動を創る空間となっていた。

SY2-4

社会的処方としてのコミュニティナース活動： 紫波町における地域健康支援とメンタルヘルス改善の取り組み

○星真土香¹ 杉山賢明² 坪谷透²一般社団法人くらしの研究室¹ 一般社団法人みんなの健康らぼ²

筆者は病院や訪問診療での看護師を経験したのち、今までの経験を生かし、岩手県紫波町（しわちょう、人口約 3.2 万人、高齢化率 31.4%、2020 年）の地域の中（医療機関の外側）で活動している。本活動を実践するに至った背景には、アルバイトをしていた居酒屋で顧客から健康や生活について相談される機会が複数回あり、既存の医療機関だけでなく、暮らしの身近な場に医療者が存在することの必要性を痛感した。そこで受講・修了したのがコミュニティナース（Community Nurse ; CN）であった。CN とは、株式会社 CNC が「コミュニティナーシング」という看護の実践からヒントを得て提唱したコンセプトである*1。現在では、ナース（看護師）の資格の有無にかかわらずそれを実践する者自身の専門性を活かしながら、地域の住民や異分野の専門職とつながり、様々な困りごとを有する当事者に対して、中長期な視点で自由で多様なケアを実践する行為・あり方を指す。地域の暮らしの身近な存在として『毎日の嬉しいや楽しい』を一緒に作り、心身そして社会的な健康やウェルビーイングに寄与することを目指している。この理念に共感し、講座「CN プロジェクト」を受講した者は現在までに累積 1,020 名（2024 年 2 月末時点）に上り、筆者はその 9 期生にあたる。その実践の場として、2020 年 2 月、岩手県紫波町の地域おこし協力隊*2に着任し、同町内で CN 活動を展開した。ところが、着任と同時に COVID-19 の流行がはじまり、当初目論んでいた「ナース居酒屋」の実施は極めて困難となった。一方で、複数の住民から基本的な感染対策の相談に応じて欲しいと言う声が寄せられた。筆者はこのニーズに応えるべく、健康相談の機能を持った「くらしの保健室（以下、保健室）」を、町内のカフェと公民館の 2 か所に設置（非常設）した。この保健室活動を行っていく中で、人と交流できる安心な居場所を求める声が多数あったため、公園のように気軽に過ごせる憩いの場「畑多楽縁（はたらくえん）*3,4」も町内の畑に常設し、合わせて 3 か所（現在は公民館と畑多楽縁の 2 か所）を拠点に活動を行ってきた。

2023 年度におけるそれぞれの利用者は、畑多楽縁でのべ 1,740 人/年（29.5 人/日）、保健室でのべ 318 人/年（26.5 人/日）であった。2024 年度は、畑多楽縁で 32.8 人/日（2024 年 7 月末時点）、保健室では新たに「共食」の機能を設けたことで 61.3 人/日（2024 年 7 月末時点）と増加している。また、無料で利用いただいているが保健室で食事をする方のみ 300 円の材料費を頂いている。

参加者の中には、町内外の社会福祉協議会や障がい者相談支援専門員から、人との交流や居場所を目的として紹介されてきた方々がいる。また、病気や障がいを抱えた本人が自ら参加することもあり、時にはその家族の参加も見られる。さらに、何らかの理由で学校に登校できない子どもや、認知症の方が社会参加の場として参加しているケースもある。

活動開始から 4 年が経過する中で、この活動が、社会的孤立やメンタルヘルスの改善に寄与していると感じている。本発表では、社会的処方の一環としての CN 活動の成果と課題、そして地域の健康とウェルビーイングに対する具体的な寄与についてご報告する。



* 1 コミュニティナースポータルサイト



* 2 総務省 地域おこし協力隊



* 3 畑多楽縁の Instagram



* 4 本活動の【視察対応についてご案内】

大学生・高校生シンポジウム

01 日本人大学生と中国留学生の相互理解の促進に向けた研究 —互いの印象を調べるアンケート調査を中心に—

○鄭家怡

久留米大学・国際文化学科

近年、日本の大学における中国からの留学生（以下、中国留学生）の増加に伴い、日本人大学生との異文化間の相互理解がますます重要となっている。一方で、異なる文化的背景を持つ両国学生同士の交流には、誤解や偏見が生じることもしばしば見られる。しかし、先行研究では異文化接触、協働的活動に焦点を当てているものの、互いに持っている印象についてはほとんど触れていない。

そこで、本研究では、日本人大学生と中国留学生の相互理解を促進することを目指し、両者が互いについて持っている印象を明らかにすることを目的とした。具体的な調査では、A県にあるB大学に在籍する日本人学生20名と中国留学生20名を対象に、アンケート調査を実施し、両国大学生の相違点、互いに対する印象、理解度、相手に対して興味のあることについて調べた。その結果、互いの印象については、ステレオタイプと考えられるものからはじめ、様々な印象を持っていることがわかった。詳細には、日本人は優しいが時には人間関係が希薄であり、中国人は社会性が強いというような印象があった。また、相手の国で一番興味があることに関しては、中国留学生は日本のアニメやファッションに、日本人大学生は中華料理、中華メイクに最も興味があることが明らかになった。今回の調査から、互いに共通の興味や目的を持つ活動を通じ、相互の理解が深まる可能性も示された。これらのことを踏まえ、両国学生が互いの文化や価値観を尊重し、より良い関係を築き、互いの文化に対する理解を深めるためには、ワークショップや交流イベントの開催、日常的なコミュニケーションを促進するためのサポート体制の整備などが重要であることを提案したい。

02 インドネシア職業訓練校の現地生徒に対し、日本人高校生が日本語教育ボランティアを行う試み

○藤本玲也¹ 今井孝治¹ 田中辰美² 片桐睦菜² 原野聖士³ 金森彩³ 大矢野隆嗣⁴

東福岡高校・自彊館コース¹ SAWAYAKA FUJINDO INDONESIA²

さわやか倶楽部³ 熊本県立私立幼稚園連合会会長⁴

『背景・目的』

日本に住む私たちの側からみて、就労目的で来日する外国人労働者の母国での日本語教育の全体像は十分に把握できていない。そこで、彼らと年齢に近い日本人高校生（私）が、現地の日本語教育を直接視察し、さらに、日本語授業の補助ボランティアを試みることで職業訓練校の学生の不安感を理解し、この活動によって学生たちの気持ちに変化が生じるのか調査した。

『方法』

2023年7月24日から8月4日の間、インドネシア国ジャカルタ首都特別州の職業訓練校で日本人高校生が日本語授業の補助ボランティアを行った。授業参加の背景情報を収集し、日本語教員資格を有しないボランティアから日本語を教わることに對する彼らの不安がどのように変化したかについてアンケート調査を行った。アンケートは無記名とし、日本人高校生から日本語を習うことに對する不安感を4段階の選択肢から選んでもらい、インドネシア語での自由記載欄を設けた。

『結果』

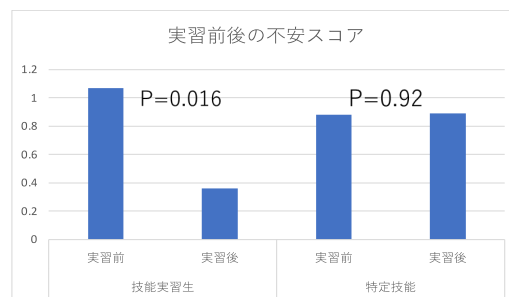
授業に参加した生徒は特定技能外国人として農業従事予定の9名と技能実習生としてホテル清掃業に従事予定の14名で、後者は全員女性であった。平均年齢は前者が23.5歳、後者が18.9歳で、日本語教員資格を持たない高校生である私から日本語を習うことは全く心配でない、と全体の1/3が回答した。私から日本語を習うことに関する不安を4段階に分けた設問では、技能実習生クラスの学生ではボランティア終了後の不安スコアが有意に改善し、特定技能クラスの学生では有意な変化を認めなかった。

『考察』

今回のボランティア活動前、日本語教員資格を有さない日本人高校生の私が、授業の補助を行うことに對し大きな不安を抱いている人はいなかった。むしろ日本語を母国語とする日本人との直接交流に對する期待が大きかった。ボランティア終了時、現地日本人教員は、私がクラスへ入ったことで雰囲気が変わり、学習意欲が高まった結果、これまでのクラスよりも彼らの日本語が早く上達したと感じていた。その動機づけは、日本語を母国語とする相手へ自分たちが学ぶ言葉が実際に通じたこと、日本の最新の文化情報を手に入れたこと、そして私が年下であったため本音を伝えやすかったことと思われた。これまで日本語学習最大のモチベーションは日本の漫画やアニメという報告があるが、これはインドネシア国内高等教育機関における日本語学科学生を対象とした調査結果である。職業訓練校の学生達は、日本で働くことの本当の目的はお金を稼ぐことであると打ち明けてくれ、日本文化への興味は彼らにとって重要なモチベーションではなかった。ベトナムの技能実習生を対象とした高校生によるWebを用いた日本語学習ボランティアでは、高校生であっても日本語教育に貢献できると述べられている。日本語教員資格を有さない日本語を母国語とする日本人の若者がWebと直接交流の双方の利点を生かすことで、短期間であっても特定技能外国人や技能実習生の日本語学習意欲を促進させる可能性がある。

表1 対象者の背景

人数	9	14
男女比	男性8女性1	女性14
平均年齢	23.5±4.4	18.9±1.4
在留資格	特定技能	技能実習生
日本で予定される職業	農業	ホテル清掃業
日本語検定保有率	100.0%	0%



本調査は第64回日本社会医学会 大学生・高校生ポスターセッション ヤングリサーチ部門奨励賞を受賞し、社会医学研究第41巻2号への掲載が受領された。

03 多文化共生を目指す日本の学校現場 —外国にルーツを持つ生徒の心情を PAC 分析で探る—

○Anudi Dulakna MANAGE

弘学館高等学校

文部省が令和 3 年に実施した「外国人の子供の就学状況等調査」によると、学齢相当の外国人児童生徒数（住民基本台帳上の人数）は、小中学校のみで 133,310 人に達しており、これは令和元年の調査と比較して 7.7%の増加を示している。さらに、高等学校のデータを加えると、この人数はより増加することになる。このように、日本の小中高等学校では、外国にルーツを持つ児童生徒数が顕著に増加している。それに伴って、多様化が進み、異文化交流の機会が増える一方、外国にルーツを持つ児童生徒が、勉強についていけない、学校に上手く適応できないなどの事例や課題点も浮き彫りになってきている。しかし、これらの課題について、その児童生徒の視点から明らかにする研究はあまり見られず、外国にルーツを持つ児童生徒に関連する課題の具体的な内容や解決策といったものも十分には検討されていない。

そこで本研究では、外国にルーツを持つ児童生徒が、学校生活において抱いている感情や考えを明らかにすることに焦点を当てた。調査方法は、日本の公立中学校に通う生徒を対象とした、個人別態度構造 (PAC) 分析である。PAC 分析とは、個人が特定のテーマや対象に対して持っている態度・意見、価値観・信念、意思決定のような心的状況とその構造、それらに影響を与える要因を明らかにするための研究技法である。

調査の結果、防寒具についての厳しい規定など、変更してほしい校則があること（クラスター1）、先生たちの行動や態度に対して外国にルーツを持つ児童生徒が嫌な気持ちや不満を持っていること（クラスター2）がわかった。他方で、彼らにとっては、部活や友達関係が楽しく、息抜きとなっていることも明確になった（クラスター3）。これらのことから、日本の学校は外国にルーツを持つ児童生徒も楽しく通いやすくなるように、時代の変化に合わせた校則の見直しに加えて、外国人児童生徒を含む全ての生徒を公平に扱うなど、先生たちの行動や態度も変える必要性が示唆された。したがって、先生たちには外国にルーツを持つ児童生徒の心情をより理解するための研修や現場実践を通しての改善が必要であること、日本人と外国にルーツを持つ児童生徒が共同活動を行えるような場や機会を増やすことを提案したい。外国にルーツを持つ児童生徒が増えている今日、どなたに対しても、小さい頃から偏見をなくし、相手を理解できるような教育を提供することで、日本社会がよりよいものとなるだろう。

04 久留米のドイツ人俘虜（1914～1920 年）

○中原透也

久留米大学文学部国際文化学科

第一次世界大戦時、久留米には多くのドイツ人俘虜がいた。2022 年冬に久留米大学文学部三十周年を記念し、久留米市と共同で開催された企画展「久留米俘虜収容所の風景—あるドイツ将校の写真帖でたどる—」では、この俘虜の一人であるエドゥアルト・ヴィルが撮影した写真が御井図書館に展示された。発表者はこの企画展の訪問後、本年度のゼミの演習で、全国 12 箇所にドイツ人俘虜が収容され—後に 6 箇所にまとめられる—、彼らの一部が技術面、芸術面において日本に大きな影響をもたらしていたことを知った。例えば久留米では、ゴム産業の発展にこのドイツ人俘虜が大きく関わったと言われている。青島攻略の主力であった陸軍部隊の駐屯地は、当時久留米にあった。このため、久留米には比較的大きな俘虜収容所が作られることになる。この収容所は、現在の久留米大学医療センター付近に建設され、収容者数は合計 1319 名にのぼり、当時全国屈指の規模となった。その結果、久留米俘虜収容所関連の史料は久留米市内にも多く遺されている。これらの史料の中には、収容所内の生活を写した写真に加え、ドイツ人俘虜が書き残した日記、ポストカードなどがある。母国や中国にいる家族に宛てたポストカードには、「絵描き歌」から「なぞなぞ」までユーモア溢れる内容が書かれている。発表者は現在、ドイツ人俘虜が遺した写真や日記などを参考にしつつ、主にポストカードに描かれるドイツ人俘虜と家族のやり取りを分析し、ドイツ人俘虜の心境や当時の日本とドイツの文化的背景を検証しようとしている。

今後は、久留米大学が所蔵しているエドゥアルト・ヴィル旧蔵資料や、俘虜たちのポストカードを主要な研究材料とし、写真を通して確認される収容所での俘虜の生活の様子や、久留米市民との交流、収容所内で開催されていたスポーツ大会や演劇、音楽会などについて情報を整理していく。その際、ドイツのパスサウ大学が所蔵しているアルベルト・オーダーマンの日記も活用する。本年度の前期に参加したドイツのパスサウ大学との同時双方向型オンライン授業では、パスサウの歴史学科の学生たちが、これらの日記やポストカードに書いてある筆記体のドイツ語をあらかじめ活字化してくれた。その上で、活字化された日記の内容や文化的背景について、パスサウと久留米の学生が意見交換をする機会に恵まれた。本年度の後期は、ドイツ人学生が活字化したポストカードを日本語訳し、当時収容所にいた俘虜たちの状況を、カードに書かれた内容をふまえて明らかにしていく。日記やポストカードに書かれていることを、当時の日本やドイツの文化・歴史に関する文献を参照しつつ解説し、久留米のドイツ人俘虜の新しい側面を見出していきたい。

05 再生可能エネルギーによる国際貢献 ー発展途上国への持続可能なエネルギー支援の可能性

○丸山新奈

早稲田佐賀高等学校 1 年

【背景】私は唐津市という、石炭産業から原子力発電、風力発電、太陽光発電など、多様なエネルギー供給を担ってきた地域で育ち、エネルギー問題への関心を深めてきた。再生可能エネルギーの中でも、太陽光発電は森林伐採という環境破壊の可能性を伴い、地熱発電は発電効率が低い。風力発電や波力発電は、人材育成や環境負荷が少なく、短期間で安定的なエネルギー供給を実現できる。一方、原子力や火力発電は災害リスクや環境負荷が大きい。特に、原子力発電の高レベル放射性廃棄物問題を目の当たりにした経験から、持続可能なエネルギー供給の重要性を痛感している。世界には、電気が使えない人が 10 億人以上存在し、その多くは発展途上国の人々である。発展途上国への電力を普及させることは、医療やインフラ整備などの分野の国際協力にも貢献する。

【目的】再生可能エネルギーを活用した発展途上国へのエネルギー支援の可能性について、唐津市の再生可能エネルギー事情を調査し、考察する。

【方法】インターネットを用い、“再生可能エネルギー”、“貧困国支援”で検索した。

【結果】2020 年のデータより、日本は 19.8%なのに対して、ドイツは 43.6%、原子力が主に使用されているフランスでも 23.8%アジアでは中国が 27.7%と日本の再生可能エネルギーの普及は他の先進国に比べると低い。唐津市はカーボンニュートラルシティに向け 2050 年までに二酸化炭素の実質排出量 0 を目指し、風力発電をはじめとした再生可能エネルギーに力を入れている。

【考察】唐津は原子力のイメージがある人も多いが、原子力は設備投資や環境に左右される部分が大きく、放射能の問題もあり支援には不向きと考える。一方、風力発電の問題点である台風や雷は、日本が長年対峙してきた災害であり、それに対応したものを高い技術力をもって作ってきた。また、漁業を盛んに行ってきた日本だからこそ、波力発電などにおける、他業種との折り合いのつけ方などをグローバルスタンダードとして作っていけると思う。太陽光発電は、民間レベルの供給増加が、2050 年までのカーボンニュートラルにおいて必要とは考えていますが、廃棄されるパネルの問題や、日照量の問題があり、地域次第などところがあるのではないかと考える。

エネルギー分野における国際協力は、日本の国際化を推進し、世界に貢献する新たな道を切り開く可能性を秘めており、唐津市の強みである風力発電や波力発電を中心としたエネルギー支援を行うべきだと考える。本発表が、再生可能エネルギーによる国際貢献への関心を高め、未来の持続可能な社会の実現に繋がることを願う。

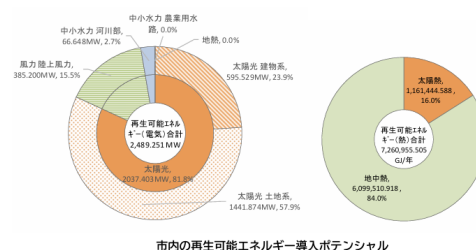
参考文献

資源エネルギー庁 energy_in_japan2022.pdf (meti.go.jp)
01saienekeikakuhonpen.pdf (karatsu.lg.jp)



(1) 導入ポテンシャルの概要

本市の再生可能エネルギーの導入ポテンシャルのうち、電気については 2,489MW で、太陽光発電が 81.8%と 8 割以上を占めています。次いで、風力発電（陸上発電）が 15.5%、中小水力発電が 2.7%となっています。また、熱については太陽熱が 16.0%、地中熱が 84.0%となっています。前章で算出した市内のエネルギー消費量と導入ポテンシャルの比較について、電気に関しては消費量に対してポテンシャルが約 5.6 倍、熱に関しては約 1.5 倍となっています。



※推計年度：太陽光、中小水力、太陽熱は令和 4 年度、風力は令和 3 年度、地中熱は令和元年度

一般演題

S1-1 厚労省が示す<ひきこもり>支援の現在 -多様な支援策とその理念に関する考察-

○檜垣昌也

聖徳大学短期大学部

【目的】

<ひきこもり>の“問題化”し、厚労省が<ひきこもり>は支援対象と“宣言”してから 20 年が経過している。

厚労省が示した<ひきこもり>支援は、「ひきこもり支援推進事業」として各自治体の方針を示しているが、この「ひきこもり支援推進事業」のような<ひきこもり>という文言を冠した施策の他にも、<ひきこもり>を支援の対象として示した事業はいくつかある。その一つに、近年厚労省は、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を各自治体に指示し、各自治体はこのシステムの構築に向けて個々の自治体の状況を鑑みながら取り組みが始まっている。

「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築」（通称“にも包括”）は、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らせる地域をつくるため市町村を中心として構築されるものである。

しかし実際には、自身居住地域「以外」の相談支援機関に足を運ぶ者も少なくない。

【方法】と【倫理的配慮】

本報告では、厚労省が示した<ひきこもり>施策の二次資料分析から抽出・例示するため、内容分析を行う。

報告者は、<ひきこもり>という言葉に親和性を持つものが集まる場を運営しているが、本報告ではこの場の参加者を研究対象とはしない。その対象者が<ひきこもり>を指し示すために例示するケースを扱うことにより、倫理的配慮を担保した研究法とする。

【結果】

“にも包括”が目指す理念は「誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたもの」である。

『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き・地域共生社会を目指す市町村職員のために』（詳細版：令和 4 年 3 月）によれば、「地域保健の推進のためにはメンタルヘルスの視点を持つ」ことが重要とされ、「メンタルヘルスの支援では、地域保健でもよく言われる一次予防、二次予防、三次予防の区別」と「それぞれへの対応が大切である」こと、そしてその対象として、<ひきこもり>が組み込まれている。その根拠としては「支援が必要だがニーズが不明確な人」であり、ライフサイクル上は「成人精神保健・福祉」の対象として、状態像としては「メンタルヘルス不調・行動の障害」として提示されている。

これらのこと、他の施策でも例示されており、（他の状態像にもいえることであるが）“にも包括”に組み込まれることの、意義や利点は見いだせない。

【考察】と【結論】

複雑多重問題を抱えた人、治療導入が困難な人などのライフサイクル上、壮年期・更年期にある対象者には既存の施策に合致しない者も多く、この“にも包括”でも<ひきこもり>という言葉の定義もしくは運用上の概念も明確なものは見当たらなかった。問題化してから 20 年、<ひきこもり>という言葉が示す状態像も、曖昧なまま運用することが当たり前になっている。

“にも包括”施策に対応する職員は、多種多様な状況の対象者を想起して対応に当たる。<ひきこもり>についてもその明確な状態像の把握は対応する職員の判定に任されるものになると思われる。

これはこの施策が対象とする他の状態像として挙げられたもの（ヤングケアラー支援、性別異和、気分障害など）にもいえる。その支援者としての判定ならびに解決の方向性は“地域共生社会”にむけてのものとなる。その“地域共生社会”がどのようなものなのか。それが対象となる状態像を示すものたちに有益なものであるのか再考する必要がある。

S1-2 ソーシャルキャピタル及び支援的環境と合計特殊出生率

○木村美也子

昭和女子大学

【目的】2023年の合計特殊出生率は1.20と、1947年に同指標が算出されるようになって以来、最も低い数値となっている。国を挙げての子育て政策が展開される中、それでも子育て世代のニーズに見合った支援に辿り着いていない可能性が指摘されている。一方、かねてよりソーシャルキャピタルの豊かな地域ほど出生率が高いという報告もなされており、子育て世代を地域につなげてゆくことが重要とされてきた。しかし、近年は共働き家庭が増加し、地域との関わりも希薄になりつつあり、地域による格差も広がっていると考えられる。そこで本研究では、ソーシャルキャピタル及び支援的環境の地域差を明らかにし、さらにそれらと合計特殊出生率の関連を検証することを目的とした。

【方法】2020年2月に全国47都道府県（各100人、計4,700人）の未就学児を養育する母親（20歳～49歳）を対象にインターネット調査を実施した。ソーシャルキャピタルは「ご近所の人々はお互いに信頼し合っていると思う」（信頼）、「ご近所の人々はお互いに助け合っていると思う」（助け合い）、「この地域で今後も子育てをしていきたい」（地域愛着）の3つの構成要素について尋ねた。また、支援的環境は「（住まいの地域の）相談窓口相談しても適切な支援は受けられないと思う」という質問項目を用いた。回答は、それぞれ「そう思う」～「そう思わない」の4件法で得、さらに「そう思う」「どちらかといえばそう思う」を「該当」とみなし、その割合を求め、1）記述統計によって地域差を示し、2）合計特殊出生率との相関をスピアマンの順位相関係数によって検討した。

【結果】各質問項目について該当したのは、「ご近所の人々はお互いに信頼し合っていると思う」が33%～64%で自治体によって31%の開きがあった。また、「ご近所の人々はお互いに助け合っていると思う」も32～65%と33%の開きがみられた。しかしこれらの指標と合計特殊出生率との間に有意な関連はみられなかった。一方、「この地域で今後も子育てをしていきたい」に該当した者は70～87%で、他の指標に比べて地域差は17%と少なかったが、合計特殊出生率とは有意な正の関連がみられた（ $p=0.401$, $p=0.005$ ）。支援的環境については、「（住まいの地域の）相談窓口相談しても適切な支援は受けられないと思う」に該当したのは31～53%で地域差は22%であったが、合計特殊出生率とは有意な負の関連がみられた（ $p=-.346$, $p=0.017$ ）。

【考察】ソーシャルキャピタルと合計特殊出生率の関連はこれまでも指摘されてきたが、項目別に検討すると地域差が大きいものもあり、合計特殊出生率との関連も異なっていた。「この地域で今後も子育てをしていきたい」（地域愛着）という思いを有する女性が多い地域ほど、合計特殊出生率が高いという結果から、地域への愛着が深まるような一層の取り組みが望まれる。一方で、「（住まいの地域の）相談窓口相談しても適切な支援は受けられないと思う」と考える女性が多い地域ほど合計特殊出生率が低いことから、具体的にどのような対応や支援がこうした思いに結びついているのかを探索し、支援者と受援者間でミスコミュニケーションが生じないような対策を検討する必要があるだろう。また、融通性があり、現代の子育て世代のニーズに見合った支援の提供の仕方を模索してゆくことも重要であると考えられる。

本研究は調査当時勤務していた大学の倫理審査の承認を得て実施し、JSPS 科研費 JP17H02612, JP22H03429, JP23K24687 の助成を受けた。利益相反はない。

一般演題

S1-3 身寄りがない入院患者に関するパイロット・スタディ ～受入経験を有する機関の医療ソーシャルワーカーへの調査を通じて～

○巻康弘¹ 米田龍大¹ 亀田千絵² 保科健² 橋本恭尚³ 不動宏平³ 志渡晃一⁴

北海道医療大学・社会福祉学¹ 斗南病院・医療ソーシャルワーカー²

真栄病院・医療ソーシャルワーカー³ 日本医療大学・公衆衛生学⁴

【目的】 本研究の目的は、身寄りがない入院患者の死亡に関連する医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）による支援の実態を把握することである。少子高齢化・単身家族の増加を背景に、山形・田宮・武藤ら（2019）による「身寄りがない人の入院および医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン（以下、ガイドライン）」が策定され、厚生労働省（2019）より発出されている。ガイドラインでは、「身元保証・身元引受等」の機能・役割として、①緊急の連絡先、②入院計画書、③入院中に必要な物品の準備、④入院費等、⑤退院支援、⑥（死亡時の）遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関すること。が示されている。八枝（2023）は、「医療費の未収問題と死後事務問題は国ガイドラインの浸透だけでは解決が不十分」と指摘している。亀田・保科（2024）は、MSW への調査をもとに、死亡を予期した段階から様々な経済的・社会的課題に対して「多くの MSW が死亡を視野に入れた支援を行っていた」と報告している。そこで、本研究では「⑥（死亡時の）遺体・遺品の引き取り・葬儀」等に関する事例に着目し、死亡を予期してから死後までの支援局面に焦点をあてた。

【方法】 山縣・田宮・武藤ら（2019）は、ガイドラインの対象とする人について、「身寄りがない人に加え」、「家族や親類へ連絡がつかない状況にある人」、「家族の支援が得られない人」を想定するものとしている。MSW の業務の方法には「患者の主体性の尊重」（厚生労働省、2002）が示されており、患者の意向も重要要素である。このため、本研究における身寄りがない入院患者の定義は、「①天涯孤独（家族・親族なし）、②家族・親族はいるが本人が頼ることを希望しない、③家族・親族からの支援が得られない、のいずれかに該当する者」とした。対象は、北海道所在の病院（544 機関）のうちの MSW 配置機関（425 機関／MSW1427 人）の中から、機縁法にて抽出した病院のうち、身寄りがない入院患者の受入経験が確認できた 73 機関の MSW354 名とした（73 機関は電話時点で身寄りがない入院患者の受け入れをしていた）。2024 年 6～7 月に Web フォームを用いた無記名自記式調査を実施した。回収数は 332（回収率 93.8%）で、得られたデータの記述統計学的分析を行った。北海道医療大学看護福祉学倫理審査委員会の承認（承認番号 24N015013）を得ている。本報告に関連し開示すべき COI 関係にある企業等はない。

【結果】 身寄りがない入院患者の担当経験「あり」は約 9 割であり、経験 3 年以上は 96.2%であった。さらに、死亡に関連する課題（以下、死亡関連課題）の支援経験は「あり」が 7 割以上だった。死亡時に備えた本人の意向確認の主な担当者として、医師（78.3%）、MSW（75.9%）、看護師（62.7%）と医師に次ぐ職種として位置づいていた。

身寄りがいないとの事前情報を踏まえて行う「身寄りの再確認」について、MSW の約 8 割が「行う」ものの、患者の約 7 割が「希望しない」状況にあった。「身寄りの再確認」を行う関係者は、「生活保護担当課」、「居宅介護支援事業所」、「患者が把握している親族」約 9 割、「市町村の戸籍担当課」約 6 割などであった。

死亡関連課題に対する支援に対して 8 割以上の MSW が「困難」と捉えていた。課題別の困難感は、「経済的課題」99.0%、「本人への意向確認」94.8%、「行旅死亡人または墓地埋葬等に関する法律申請を所管する行政窓口の確認」81.0%などであった。「本人への意向の聴き取り」を阻害する要因は、「理解力低下や意識の低下」98.1%、「患者の急変」90.9%、「患者が希望しない」63.4%、「死後の話をすることが難しい」63.0%などであった。

【考察】 本研究で採用した機縁法的、有意抽出調査は回収率が高く、結果の妥当性も高い。専門職能団体を対象としたパイロット調査として有用であると考えられた。身寄りがない人の支援は、MSW の普遍的な業務であり、「経済的課題」「本人の意向確認」等の諸課題に困難感をいだきつつも本人の意向を頼りに支援している実態が確認された意義は大きい。ガイドラインでは「本人にとっての最善」が基本的な考え方として示されているものの、死亡時の医療費や死後対応は、十分な法整備がなされていない。すべての人が尊厳を有し価値ある存在として生をまっとうし死を迎えられるよう、社会科学的立場から支援する MSW の役割を行政や他の専門職と共有し、個別支援に加え身寄りの有無が影響を及ぼしている社会の有り様についても、連携・協議していくことが急務である。

【結論】 MSW は、身寄りがない入院患者の死亡前から死亡後にかけて支援する主要な役割を担っていた。MSW は、患者と社会環境との間に生じている困難に対応するため、行政や他の専門職とさらに連携する必要がある。

一般演題

S1-4 身寄りがない入院患者の死亡関連課題に取り組む MSW の困難感と職場内支援環境との関連

○米田龍大¹ 巻康弘¹ 不動宏平² 橋本恭尚² 亀田千絵³ 保科健³ 志渡晃一⁴

北海道医療大学¹ 真栄病院² 斗南病院³ 日本医療大学⁴

【目的】 本研究では、身寄りがない入院患者の死亡関連課題に取り組む医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）の感じる困難感と身寄りがない入院患者の死亡関連支援についての職場環境との関連を検討することを目的とした。

【方法】 調査期間・方法は 2024 年 6～7 月に Web フォームを用いた無記名自記式調査を実施した。調査対象者は、北海道所在の病院(544 機関)のうちの MSW を配置している 425 機関（MSW1427 人）の中から機縁法で抽出した。身寄りがない入院患者の受入経験がある 73 機関の MSW354 名（回収数 332 名；回収率 93.8%）から回答を得た（機関における受け入れ経験の確認は電話にて実施した）。分析対象について、記述統計では 322 名、質的分析では自由記述に回答した 165 名とした。

本研究では、調査データのうち「身寄りがない入院患者の死亡関連課題に対する支援への困難感」1 項目と、「医療ソーシャルワーカーに対する職場での支援環境」に関する 2 項目および、「身寄りがない入院患者の死亡に関する支援について職場環境」に関する自由記述を使用した。分析にあたり、該当項目に関する記述統計的分析を行ったのち、自由記述については KH Coder3 を用いて、テキストマイニングを行った。本研究では、山縣・田宮・武藤ら（2019）のガイドラインを参考に、「身寄りがない入院患者」を「①天涯孤独（家族・親族なし）、②家族・親族はいるが本人が頼ることを希望しない、③家族・親族からの支援が得られない、のいずれかに該当する者」と操作的に定義した。北海道医療大学看護福祉学倫理審査委員会の承認（承認番号 24N015013）を得ている。本報告に関連し開示すべき COI 関係にある企業等はない。

【結果】 記述統計の結果、困難感は、「とても感じる（71 名、47.0%）」と「まあまあ感じる（54 名、35.8%）」が約 8 割を占めていた。また、「身寄りがない入院患者の死亡時の対応について所属機関内の規定（マニュアル）」があると回答した者は 123 名（38.2%）、「身寄りがない入院患者の対応について、所属機関内で相談できる仕組みや機能」があると回答した者は 256 名（78.3%）であった。質的分析の結果をみると、テキストマイニングの結果について、単語頻度分析について会話のキーワードである名詞をみると【マニュアル】【環境】【病院】【ケース】【病棟】が上位 5 位であった。

次に、共起ネットワーク（語の取捨選択：最小出現回数 5 回）を用いて、困難感と自由記述内容との関連をみると、困難感について「とても感じる」および「まあまあ感じる」の回答者の自由記述の特徴としては、【マニュアル】【医療機関】【MSW】【支援】との関連が示された。それぞれの文章を見ると、[マニュアル化して複数で対応、確認する仕組みは必要だと感じる]、[医療機関としての支援方針や支援の指標がない。現場が困っていても、いつもケースバイケースでなんとか対応している]、[基本的には MSW 内での相談となり、組織的に環境が整っているものではない]、[誰も関わりたがらない。MSW 任せ]、[元々身寄りがない方や経済的困難を抱える方が多い医療機関なので対応には慣れており、かなり踏み込んだ支援もしているが、逆に規定などがなく何かあった場合に不安がある] などがあつた。他方で、困難感を「あまり感じない」と回答した者では【職種】【理解】【Dr】など、困難感を「まったく感じない」と回答した者では【仕組み】【整う】との関連が示された。具体的記述として、[ここ 5 年くらい、身寄りのない入院患者の対応が増えており、支援を行うことは決して珍しいことではないため、Dr をはじめ、病棟や MSW、退院支援 Ns、事務、各関係機関等と相談しながら対応できる環境は医療機関やこの地域にはあると感じている] [Dr・Ns とともに協力的でとても助かっている] [仕組みはないが、都度相談して一緒に考えてくれる環境はある] などの記述が示された。

【考察】 本研究の結果、方法論では困難感と自由記述の内容には一定の関連が示唆されており、今後も質的データから数量データの予測を行える可能性が示唆された。結果についてみると、職場内にマニュアルや支援・連携体制があることは、困難感の低減に寄与する可能性が示唆された。これは田中・望月（2015）の MSW の業務全般について行った研究と類似する結果であった。具体的な支援体制の実現に向けて、多職種連携を促進するとともにマニュアルや規定等の整備が必要である可能性が示唆された。

一般演題

S1-5 都市部集合住宅における壮年期・中年期住民の互助活動に関する研究

○檜垣ゆかり¹ 岩垣穂大^{2,3} 扇原 淳⁴

早稲田大学人間科学部¹ 金城学院大学人間科学部²
早稲田大学人間総合研究センター³ 早稲田大学人間科学学術院⁴

【目的】

諸外国に例をみない速さで高齢化が進行しているわが国では、社会的孤独・孤立の問題が注目されている。その対策のひとつとして、高齢期になってからではなく、壮年期・中年期からのソーシャル・キャピタル（以下、SC）の醸成が欠かせないものと考えられている。

本研究では、互助活動に着目し、都市部集合住宅を対象とした住民意識調査と合わせて、アクションリサーチの手法を用いて SC 醸成について検討したので報告する。

【方法】

1. 非営利活動団体の設立と自治体の助成申請

2022 年 5 月に非営利活動団体の設立を行った。そのうえで、自治体に助成を申請し、活動を円滑に行える基盤を整えた。

2. 住民意識調査

調査地と対象者は、地方中枢都市かつ政令指定都市の中心部にある一集合住宅に居住する 20 歳以上の全住民 245 人を対象とした。回収数 146 通（回収率 59.6%）有効回答は 144 通であった。調査方法は、無記名自記式質問紙調査を 2022 年 6 月に一戸ずつ手渡しで配布を行い、回収は集合住宅の 1 階に 3 か所回収ボックスを置いた。

調査項目は、基本属性（8 項目）、地域活動（8 項目）、SC（近所づきあい）（4 項目）、および自由記述とした。分析は、基本統計量の算出と χ^2 検定を行った。分析には、IBM SPSS version28 を用いた。自由記述については、内容分析を行った。

3. アクションリサーチの手法での住民参加型ワークショップ、イベントの開催

住民意識調査の分析をし、1 年目は「多世代交流」のワークショップを実施した。2 年目からは多世代交流目的のワークショップに加え、「防犯防災の取り組み」について、助成申請した自治体の協力が得られた。そこで中年期の成人と児童の交流を目的としイベントを実施した。

【結果】

住民意識調査により、地域活動に期待することとして、最も多かったのは「防犯防災の取り組み」、二番目は「多世代での交流」であった。また、 χ^2 検定を行った結果、男性の方が女性より有意に「防犯防災の取り組み」に期待していた。地域活動への考えについては 65 歳未満／以上で比較した。結果、「地域活動への関心」、「マンション互助活動に参加したい」、「今後の近所づきあいを活発にすべき」、において統計学的な有意差はみられなかった。今後近所づきあいを活発にしたい人は、65 歳未満／以上ともおよそ 90% と高かった。年齢層による SC との関連については、構造的 SC および認知的 SC いずれも年齢層との間に統計学的に有意な関連はみられなかった。自由記述については防災・緊急時関連が最も多く、次いで交流の提案が多かった。1 年目に行った「多世代交流」のワークショップでは 30 歳代から 70 歳代が参加したが、男性へのアプローチが必要という課題があがった。2 年目以降は専門家による防災イベントを行い、10 歳未満から 80 歳以上の男女の参加があった。中年男性については、複数家族が子どもとともに参加した。

【考察】

今回実施したワークショップや防災イベントでは、多世代が集まったこと、また、これらをきっかけにして非営利活動団体の認知度が上がり、自治会としての活動も展開していくことになるなど、交流機会の提供によって SC 醸成が可能であることが示唆された。高齢期の男性は女性に比べて社会的孤独・孤立になるものが多いと考えられているが、他者と信頼関係を築くために中年期から地域活動に参加することが望ましい。今回、男性に期待度が高かった防災イベントは、来年度以降も定期開催することが決定した。今後、中年男性が中心となり活動する場が必要となっているが、調査対象の近隣地域で「祭り」のチームや「おやじの会」などで男性が主体的に活動している地域があり、こうした団体との交流を通じて男性の互助活動への参加を促す仕組みについて検討する必要がある。

S1-6 中国における緩和ケアに関する 家族の意思決定に関する体系的文献レビュー

○呉思穎¹ 尹恵¹ 徐桜哈¹ 岩垣穂大^{2,3} 周思宇^{2,4} 扇原淳⁵

早稲田大学大学院人間科学研究科¹ 早稲田大学人間総合研究センター²
金城学院大学人間科学部³ 杭州師範大学公衆衛生学部⁴ 早稲田大学人間科学学術院⁵

【背景・目的】

中国におけるがんの新規患者数および死亡者数は世界で最も多く（中国国家がんセンター，2024），がんに対する社会的関心の高まりに応じて、制度的対応が求められている．同様に，緩和ケアに対するニーズも高まっているものの，患者やその家族の疾患や治療に関連する知識不足等の影響により，緩和ケアへの移行についての意思決定の遅れが指摘されている（劉ら，2024）．

本研究では，中国における緩和ケアについて，家族の意思決定に関する文献レビューを行い，その特徴を明らかにすることを目的とした．

【方法】

中国の文献情報データベースである CNKI を用いて，2017 年 2 月から 2024 年 7 月までに発表された論文を検索した．検索キーワードとして「安宁療護（緩和ケア）」「家庭（家族）」「決策（意思決定）」「終末期療養（終末期ケア）」「癌患者（がん患者）」を設定した．文献の属性を「原著論文」「抄録あり」に限定したところ，176 編の文献が得られた．次に，新たに検索キーワードを「安宁療護（緩和ケア）」「家庭決策（家族の意思決定）」に絞り込んで検索を行ったところ，34 編の文献が得られた．この 34 編の論文について重複文献を除外した上で，表題，要約，本文を確認し，「家庭決策（家族の意思決定）」の記述が明確に含まれていた 12 編の論文を最終的な分析対象とした．先行研究（加藤ら，2017）を参考に，対象論文について，出版年，研究対象者の背景，家族の意思決定の概要（4 項目）について抽出・分析を行った．

【結果・考察】

対象論文の出版年と論文数は，2017 年から 2021 年まで各 1 編，2022 年以降増加し，2022 年と 2023 年は各 3 編，2024 年は 1 編の研究がみられ，当該分野の知見が蓄積されていた．研究対象者の背景については，患者との続柄として，子ども 327 人，配偶者 326 人，親 113 人，その他の家族 123 人が含まれていた．終末期の高齢者に代わって意思決定をしている家族は，成人した子どもが最も多く，次いで配偶者であった．終末期高齢者における家族の意思決定の概要として，決定事項については，医療選択 8 件，日常的ケア 4 件，症状のコントロール 2 件，緊急時対応 1 件であった．家族の意思決定プロセスについては，「家族が患者の病状を知ることになる段階」，「意思決定の段階」，「患者に意思決定の結果を伝える段階」の 3 段階に分けられた．家族の意思決定に影響を与える要因としては，孝道文化，緩和ケアに対する理解度，患者との関係性，患者の信仰宗教の 4 つにまとめることができた．

中国は，伝統的な「家本位」の儒教の影響を受けているとされ，緩和ケアをはじめとした医療選択場面で家族の果たす役割は大きい．しかしながら，緩和ケアでは，患者の治療の目的が何かを正しく把握することが求められるが，家族であっても患者の意思を推定することの困難や不確かさがある．また，患者と家族の意思決定が一致しないことも少なくないことから，患者の意思と権利を尊重することを基本原則として，家庭間での意見交換の機会創出とその支援が必要と思われる．

今後は，中国における緩和ケアに関する意識やその関連要因についての実証的な検討が求められる．

一般演題

S2-1 子どもの権利条約にある権利に関する 子どもと共に研究 - COVID-19 パンデミック下の国際比較 - (第2報)

○武内一^{1,3} 佐藤洋一² マゼン バラウディ³ 千恵蘭⁴ トウング マラレ⁵

佛教大学社会福祉学部¹ 和歌山生協病院² ウメオ大学疫学とグローバル・ヘルス³

ウイズコミュン協同組合⁴ ムヒンビリ健康科学大学開発研究科⁵

【はじめに】国連子どもの権利条約（CRC）の条文に掲げられている子どもたちの権利は、コロナ禍に対する政策により侵害された。そこでスウェーデン、韓国、タンザニアの研究者と協力し、日本を含む4か国で、子どもたち自身がCRCの条文に謳われた権利の現状を明らかにし、その権利を享受するための政策提言をまとめる取り組み、グローバル子どもの権利対話（=GCRD）を2022・23年に実施した。中間報告は、昨年の本総会にて報告した。

【目的】各国の子どもたちは、各条文にある権利を前に進めるための政策提言を示した。そこで、提言の各国間の共通点及び相違点を明らかにし、4か国の政策あるいは社会のあり方との関係性を考察する。

【方法】4か国で実施されたGCRDには、9歳から18歳の子ども・若者が参加し、子どもたち自らが話し合いを進めた。権利条約の条文から10を選び、1グループ、1-2の条文を各々1時間程度話し合った。流れは、子どもたち向けに作成した条文の趣旨を参加者と共有し、相互の意見交換を通じてその権利が守られるための政策提言を目指した。

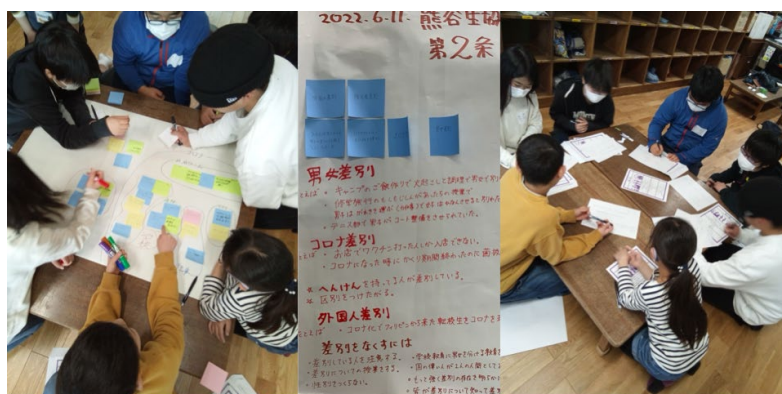
【結果】日本38回、韓国22回、スウェーデン20回、タンザニ18回GCRDが実施できた。実際に実施されたGCRDの10の条文およびその実施回数（○で表示）を表に示した。タンザニアでは1グループ1つの条文を、その他の国では、1グループ2つの条文を、各条文に1時間程度の時間をかけて話し合った。

The GCRDs in four countries

Article number	2	3	6	12	23	24	26	27	28+29	31
Japan	○○ ○○	○○ ○	○○ ○○	○○ ○○	○○ ○○	○○ ○○	○○ ○○	○○ ○	○○ ○○	○○ ○○
South Korea	○	○○	○○ ○	○○ ○	○○	○○	○○ ○	○○	○	○○ ○
Sweden	○○	○○	○○	○○	○○	○○	○○	○○	○○	○○
Tanzania	○○ ○	○○	○○	○○	○	○	○○	○○	○○	○

【考察】印象的だったのは、タンザニアの子どもたちは、コロナ禍にあって女兒の家事労働の負担および家族および近隣住人からの性被害に対する政策対応を求めている。また、韓国では子どもたちの立ち入れない公共施設の問題改善が指摘され、日本からは性別の問題で性別そのものをなくすよう提案された。一方で国内法をCRCに適合させた最初の国スウェーデンの子どもたちは、声を上げ特定のメッセージを政府に広める必要性を感じないとまとめている。

【結論】どの国の子どもたちにも、自分たちの言葉で自らの権利を前に進める政策提言をする力がある。子どもの権利条約第12条の意見表明権を前に進めるために、各国に子どもたち自身が子どもに関わる政策決定に関与できる仕組みが必要である。



GCRD in Japan

本研究に関わるCOIはありません。

研究助成：ファイザーヘルスリサーチ財団；国際共同研究2021年度、佛教大学総合研究所；共同研究2022、科学研究費助成事業；基盤C（22K01994）

本研究は、カナダ、ビクトリア大学に拠点を置くGCプロジェクトにおけるGCRDの取り組みの延長で実施された。

一般演題

S2-2 高槻市富田町における子ども食堂の食育活動の事例の検討

○王辰越¹ 岡本工介² 廣川空美³ 高鳥毛敏雄⁴

関西大学社会安全研究科¹ 一般社団法人タウンスペース WAKWAK²

関西大学社会安全学部・社会安全研究科³ 関西大学社会安全学部・社会安全研究科⁴

【目的】

日本では、2005年に「食育基本法」が制定され、食育の活動が進められている。しかし、中国では食育に関する法律がまだ未整備な状況にあり、「食育」という言葉すら聞いたことがない。食は私たちの生活と密接な関係があり、この食の問題について中国でも取り組むためには、日本の「食育」について学ぶ必要がある、食育に関する内容は多岐にわたるものであるため、本研究では、高槻市富田町で行われている「NikoNiko ひろば」の具体的な活動を調査分析し、その内容と課題を明らかにする。さらに、「NikoNiko ひろば」のような日本の食育活動の事例を参考にして、中国に適した食育の制度や政策の推進につなげることを目的とする。

【方法】

一つ目は、高槻市富田町の「NikoNiko ひろば」に参加し、参加者、活動内容、実施体制などの現状を調査し、更に、一般社団法人タウンスペース WAKWAK 事務局長へのインタビュー調査を行った。二つ目は、全国で勧められている「第4次食育推進基本計画」に基づく、16項目の「食育推進に当たっての目標」に照らし合わせて、「NikoNiko ひろば」の活動を食育の観点から評価した。

【結果】

1、「NikoNiko ひろば」の活動内容

第四中学校区の小学生を対象に、毎週月・水・金曜日の午後に活動が開催され、水曜日だけみんなで料理を作って食べている。活動の目的は子どもたちの第三の居場所作り、子ども食堂、学習支援としている。

2、「第4次食育推進基本計画」との関係

「第4次食育推進基本計画」には16の推進目標が挙げられているが、NikoNiko ひろばの活動では、「食育に関する関心度を高める」、「地域等で共食する」、「栄養バランスに配慮する」、「食品ロス削減の行動をする」、「食品の安全性に関心を持つ」という5つの目標に関わる活動と評価することができた。



図1：地域で共食している活動風景



図2：食品の安全性に関心を持つ活動風景

【考察】

日本においては全ての子どもを対象として、学校給食が行われているが、地域においては全ての子どもが豊かな食生活を営まれているわけではない。そのため、「NikoNiko ひろば」のような地域における第三の居場所づくりや子ども食堂などの活動が求められている。また、全国的に食育の推進が図られてきているが、「NikoNiko ひろば」の活動は食育推進基本計画の16の目標の内、5つ以上の目標達成に寄与するものであった。中国においても、学校給食が行われているが、地域における食育活動については全国的に推進されていない。今後中国でもこれらを参考に食育活動を考案したい。

【結論】

「NikoNiko ひろば」の活動を「第4次食育推進基本計画」に基づき評価を試みた。中国においても中国に適した食育の制度や政策や活動の推進をしていくことがこれからの課題であると考えられる。

一般演題

S2-3 ラオス農村部乳幼児の食生活とその関連要因に関する研究

○矢口舞¹ 佐藤優² 松葉剛³ 徐桜晗⁴ 扇原淳⁵

早稲田大学人間科学部¹ NPO 法人 ISAPH² 早稲田大学人間総合研究センター³

早稲田大学大学院人間科学研究科⁴ 早稲田大学人間科学学術院⁵

【背景】

21 世紀の現代においても、栄養改善の課題は国際保健医療協力の分野において主要なテーマとなっている。発展途上国、先進国共通に、飢餓、栄養不良、肥満などの対策の必要性が指摘されている。これらの課題に対処するためには、適切な栄養教育や健康的な食事へのアクセスの向上が必要であり、地域に応じた食糧生産の促進や貧困層への支援が重要となる。ラオスは、全土的な栄養改善課題を有しており、特に農村部では妊産婦や乳幼児の栄養不良改善が課題となっている。

そこで、本研究では、ラオス農村部の乳幼児の食生活とその関連要因について検討することを目的とした。

【方法】

2020 年に、ラオスの村である Phakhong, Pakouay-Dong, Pakouay-Thong に居住している児童とその保護者を対象にインタビューによる質問紙調査を実施した。調査項目は、子どもの基本情報・食生活・栄養状態、保護者の学歴・就労状況、世帯収入など 46 項目で構成した。214 人（6 ヶ月以上 60 ヶ月未満）について、基本統計量の算出、 χ^2 検定、t 検定、分散分析等を行った。

【結果】

分析の結果、WI (Wealth Index) と IDDS (Individual Dietary Diversity Score) との間に統計学的に有意差が認められた(χ^2 検定, <0.001)。母親の学歴と IDDS との間および母親の学歴と WFA(weight for age) との間に統計学的な有意差が認められ関連性が示唆された(χ^2 検定, <0.05 、母平均値の差の検定, <0.05)一方で、父親の学歴、IDDS および WFA との間には統計学的な有意差は認められなかった。また、IDDS、WFA と世帯人数との間にも統計学的な有意差は認められなかった。村別の分析では、Phakhong でのみ、世帯人数と WFA との間に統計学的な有意差が認められた(母平均値の差の検定, <0.05)。なお、食用昆虫を喫食しているものが 18 人であった。

【考察】

本研究の結果から、IDDS と WFA の関連性が示唆されたように、ラオスの慢性的な栄養不足の要因として、伝統的な自給自足農業で得た産物が主となる偏った食材のみの摂取が考えられた(ISAPH,2024)。しかしながら、このような環境下においても、地域社会に根ざした健康教育や調理実演の継続が住民の食生活の多様性や栄養状態の改善に効果をもたらし、さらに、農業や食品強化アプローチなど、多分野連携型のアプローチが栄養改善に必要とされている (Sato Y.et al.,2024)。また、世帯人数と WFA との間の関連が、村によって異なったが、地理的要因か社会経済文化的要因による影響かどうかは、更なる検討が必要である。今後は、栄養改善の観点から、健康教育や昆虫食の喫食状況、その関連要因についての分析・検討を行い、それらに関わると予想される妊産婦死亡率の改善やプライマリー・ヘルス・ケアサービス供給体制についても都市部と農村部の違いなどに着目して、調査・分析する予定である。

S2-4 4 か月児健康診査を受診した母親の育児ストレスと父親の育児休業取得との関連について

○八木由梨¹ 伊藤久美子²

北海道科学大学 保健医療学研究科 看護学専攻²年¹

北海道科学大学 保健医療学研究科 看護学専攻²

【目的】日本は他国と比べ、母親の家事・育児時間が極めて長い。そのため、母親の産後うつや子どもの虐待予防の観点から家事・育児負担を軽減するために、夫婦協働で家事・育児をすることが重要である。そこで、父親の育児休業（以下、育休）と母親の育児ストレスとの関連に注目した。本研究の目的は、母親の育児ストレスと父親の育休取得状況との関連を明らかにし、看護職によるペアレンティング教育や役割分担調整の支援に関する示唆を得ることである。

【方法】2024年6月7日から7月7日まで、S市の4か月児健康診査を受診した母親を対象に、無記名でGoogle フォームを使用したWeb 調査を実施した。倫理的配慮は、メールアドレス、IP アドレスは収集せず、個人を特定できないように設定した。アンケートの参加は自由意志で、不参加でも不利益を被らないことを書面で説明した。本研究は北海道科学大学保健医療学倫理委員会の承認を得て実施した（第726号）。調査内容は、基本属性、母親の育児ストレス短縮版尺度（2010、清水ら、以下、育児ストレス尺度）、父親の育休取得の有無、父親の行う家事・育児の満足度、妊娠中や出産後の家事・育児分担の話し合いの満足度などである。各項目を記述統計し、母親の育児ストレス尺度は3因子構造（第1因子「心身の疲労」、第2因子「育児不安」、第3因子「夫の支援のなさ」）に分け、因子毎に得点を算出する。父親の育休取得の有無とその背景について χ^2 検定を実施した。母親の育児ストレス3因子と各項目は、t検定を実施した。有意水準は5%とし、分析は、SPSS Statistics ver.25を使用した。

【結果】293部配布し、75名から回答があった（回答率25.5%）。育児ストレス尺度で無効回答の4名を除き、71名を分析対象とした（有効回答率94.7%）。母親の平均年齢は32.7歳、職業ありは48名（67.6%）、職業なしは23名（32.4%）であった。母親が育休取得中の者は45名（63.4%）、復職している者は3名（4.2%）であった。子どもの人数は1人が36名（50.7%）と最も多く、次いで2人で28名（39.4%）であった。父親の平均年齢は、34.0歳、父親の職業は会社員55名（77.5%）、公務員12名（16.9%）、自営業3名（4.2%）であった。今回、父親が育休取得した者は29名（40.8%）で、父親が現在、育休取得中の者は5名（7%）であった。家族構成は核家族が65名（91.5%）、世帯年収は600万円以上1000万円未満が33名（46.5%）と最も多かった。育児ストレスの3因子の平均得点は、第1因子「心身の疲労」19.5点（SD 5.1）、第2因子「育児不安」10.3点（SD 4.4）、第3因子「夫の支援のなさ」8.0点（SD 3.5）であった。父親の育休取得の有無と関連がある項目は、父親の職業・企業規模・父親の休日日数/週、妊娠中の話し合い「子どもが生まれてからの家事分担」・「子どもが生まれてからの育児分担」の満足度に有意な差が認められた。母親の育児ストレスと関連がある項目は、第1因子は、現在の父親の家事・育児満足度、妊娠中の話し合い「子どもが生まれてからの家事分担」・「子どもが生まれてからの育児分担」の満足度、出産後の話し合い「家事分担」「育児分担」の満足度に有意な差が認められた。第2因子は、睡眠時間の長さであった。第3因子は、父親の休日日数/週、現在の父親の家事満足度、妊娠中の話し合い「子どもが生まれてからの家事分担」・「子どもが生まれてからの育児分担」の満足度、出産後の話し合い「家事分担」・「育児分担」の満足度に有意な差が認められた。父親の職場の企業規模は、3因子全てで有意な差が認められたが、父親の育休取得の有無と母親の育児ストレスに有意な差は認められなかった。

【考察】父親の育休取得の有無には、職業・企業規模に有意な差が認められた。これは、育休法の改定や育休取得推進に向けた国家プロジェクトの成果であると考えられる。母親の育児ストレスでは、父親の育休取得の有無は、3因子ともに関連はなかった。第1因子「心身の疲労」と第3因子「夫の支援のなさ」では、妊娠中からの家事・育児分担の話し合いの満足度、父親の家事・育児に対する満足度が影響していた。そのため、妊娠中から家事・育児分担について話し合いをすることや産後に父親の家事・育児に満足できることは心身疲労の軽減につながる可能性がある。また、第2因子で、睡眠時間の長さが産後の育児不安に影響していた。そこで、看護職者による妊娠期の保健指導として、妊娠中からの家事・育児分担について話し合う機会をもうけ、産後も家庭環境に応じた家庭内役割分担調整できるように支援することが重要である。今回の研究では、分析対象者が少なかったことや特定の地域での調査研究であるため、一般化が難しい。今後は、対象地域、サンプル数を増やし、母親の育児ストレスと父親の家事・育児状況について、さらなる調査・分析をしていく必要がある。

【結論】母親の育児ストレスと父親の育休取得の有無に関連は認められないが、妊娠中から産後の家事・育児分担についての話し合いに関する支援の必要性が示唆された。

一般演題

S2-5 常設夜間休日 HIV 検査場における“レディースデー”の取り組みと他組織協働について

○毛受矩子¹ 熊本光代¹ 上林孝子¹ 大角順子¹ 徳永羊子¹ 折井由美子¹ 宮本伸枝¹
若狭明美¹ 鎌田美恵子¹ 沢田恵美子¹ 藤本佳子¹ 高田由紀子¹ 福岡里紗²

特定非営利活動法人スマートらいふネット¹ 大阪市立総合医療センター感染症内科²

【目的】コロナ禍で近年全国の保健所等が実施する HIV 受検者数は 2019 年と比較すると大きく減少した。国の動向によると現在は回復しつつあるが未だコロナ禍前には達していない。当「常設夜間休日 HIV 検査場」においては、2021 年度より即日検査に予約システムを導入した結果、2023 年度の受検者数は 7235 名とコロナ禍前を上回り回復してきた。

しかし、女性受検者の割合に関しては開設当初は全体の約半数を占めていたが年々減少し、2023 年度には総受検者数に占める割合は 20.4%と減少してきている。一方、近年女性の梅毒増加傾向の中で先天性梅毒の発生も増加傾向にあることから、女性が安心して検査が受けられる体制づくりを急務として行政と共に取り組んできた。2 年前の本学会で「常設夜間休日 HIV 検査場におけるレディースデー5 年間の取り組みについて」として「女性スタッフによる女性だけの HIV 含む性感染症検査“レディースデー”」の経過を報告してきた。

引き続き本稿では、更に続く梅毒増加傾向の中でより広範に「感染不安を持つ女性ハイリスク層」への検査の呼びかけを目的として、行政と共に地域の組織団体への検査勧奨の広報協力呼びかけを行い、女性受検者増加に繋げた経過と検査結果等を報告する。今後一層検査機関として感染リスクを抱えた幅広い若い女性層ニーズに対応した検査体制構築をしていきたいと考える。

【方法】1) 調査期間はコロナ禍前の 2019 年度から 2023 年度までとした。2) 「常設夜間休日検査場」の匿名検査申込書から女性受検者数の割合の推移と検査結果、3) コロナ禍前の 2019 年度から 2023 年度の「レディースデー」の総受検者数の推移と検査結果、4) 行政と共に地域の組織団体への検査勧奨の広報協力依頼を行った 2023 年度「レディースデー」受検者の検査結果、5) 2023 年度レディースデー受検者のアンケート結果を解析、クロス集計等については χ^2 、検定を行った。なお倫理的配慮は検査者匿名のため不要とした。

【結果】1) 「常設夜間休日検査場」における女性受検者割合と検査結果：総受検者に占める女性受検者の割合は 2008 年の開設当時は 45.8%あったが年々減少し、2019 年度は 23.5%、2023 年度はさらに減少し 20.4%であった。2019 年度から 2023 年度の 5 年間の女性の検査陽性率は、①HIV は 2020 年度のみ 0.1%で他は 0.0%、②HBV は 0.0%から 0.1%を推移、③梅毒は 2019 年度 2.1%から 2023 年度 1.6%と減少傾向にあった。④女性梅毒陽性者の 2023 年度の年齢層は 20 歳代が 75%を占めていた。2) 「レディースデー」における受検者数と検査結果：1 回あたり受検者平均数は 2019 年度 29 名あったものがコロナ禍で半減した。しかし 2023 年度は組織団体の幅広い広報や行政の広報がありで 36 名と大きく増加した。「レディースデー」における受検者の陽性率は①HIV は 0%、②HBV は 0%、③梅毒は 2019 年度 1.7%から 2023 年度 2.8%と増加傾向にあり、定例検査の梅毒の陽性率より高かった。④レディースデーのみに実施しているクラミジア検査結果は 2019 年度 10.2%から若干減少したものの 2023 年度は 10.1%と増加傾向にあった。これは全妊婦検査時（公益社団法人日本産婦人科医会）のクラミジア検査陽性頻度 2.3%より高い傾向にあった。

3) 2023 年度「レディースデー」受検者のアンケート結果から、①過去に性感染症既往をもつ女性が 56.4%あった。②2023 年度「レディースデー」受検者で「お金をもらってセックスをしたか」は 21.2%が「あり」で、この内 80.0%が性感染症既往症をもっていた。「性感染症既往症」の有無と「お金をもらってセックスした」の有無とはクロス集計の結果有意の差が認められた。

【考察】今再び梅毒の増加傾向を受けて ①次世代を生み出す若い女性受検者にとり安心安全な無料匿名の検査体制の構築が重要である。若い女性の梅毒増加を受けて②成長発達に応じた性教育の場の必要性等も求められ、教育機関との協働体制が必要である。③また性感染症ハイリスク層への受検勧奨のため、幅広い組織団体等との協働した広報活動も求められていると考える。常設夜間休日検査場として受検者固有の背景を理解しながらニーズに対応した検査体制構築を築いていきたい。

【結論】梅毒をはじめ他性感染症の早期発見のため若い女性ニーズに応えた安心安全で受けやすい検査体制構築が求められていると考える。

S2-6 外国人留学生に対する防災支援対策に関する研究

○逢野美夕¹ 徐桜吟² 岩垣穂大^{3,4} 扇原淳⁵

早稲田大学人間科学部¹ 早稲田大学大学院人間科学研究科² 早稲田大学人間総合研究センター³
金城学院大学人間科学部⁴ 早稲田大学人間科学学術院⁵

【目的】

2023 年現在、日本の在留外国人数は約 341 万人である（出入国在留管理庁、2024）。このうち外国人留学生は約 28 万人（法務省、2024）であり、前年と比べて増加している。一方で、日本は災害大国ともいわれ、南海トラフ地震や首都直下型地震への備えが叫ばれる中、防災に対する社会的注目が集まっている。そもそも防災には、ソフト防災とハード防災があり、それぞれの地域内でこの 2 つを相互に関連させた取り組みが必要となる。ソフト防災には、避難訓練、防災教育、情報活用などがあるが、母国での経験や文化、日本語レベルなどの違いから、外国人留学生に対して、各大学で防災支援に取り組む必要がある。本研究は、日本国内の大学における外国人留学生向けの防災支援について比較検討し、現状と課題について明らかにすることを目的とした。

【方法】

外国人留学生の数や地域性を考慮し、首都圏 3 大学（国立大学 A、私立大学 B、C）、関西圏 2 大学（国立大学 D、E）の計 5 大学を対象として、web サイト上に公開されている各大学の外国人留学生向け防災支援策について、10 項目（留学生ハンドブック中の防災関連情報、オリエンテーションでの防災関連情報、地震発生時マニュアル、防災イベントの実施、オリジナル防災動画、防災アプリ紹介、緊急時ポケットガイド、SNS を活用した災害時情報発信、内閣府防災情報リンク集、自然災害発生時に役立つリンク集）を比較した。

【結果・考察】

結果を表 1 に示した。今回調査したすべての大学で実施されていた項目は、留学生ハンドブック中の防災関連情報記載、オリエンテーションでの防災関連情報の提供であった。このうち E 大学では、3 か国語による留学生ハンドブックが制作・配布されていた。一方で、SNS を活用した災害時情報発信は A 大学のみであった。防災イベントは B、C、D 大学で、それぞれ独自の取り組みを行っていた。大学における防災訓練について、参加者の少なさについても指摘されており（角田、2022）、大学独自の取り組みと合わせて、地域防災事業との有機的な連携も課題となる。今後は、外国人留学生を対象とした防災関連知識・行動に関する調査を計画しており、その結果と合わせた分析・検討を行う予定である。

表 1 日本国内大学における外国人留学生向け防災支援対策

		A大学	B大学	C大学	D大学	E大学
留学生ハンドブック中の 防災関連情報		○	○	○	○	○
	英語	○	○	○	○	○
	中国語	—	—	—	—	○
	韓国語	—	—	—	—	○
オリエンテーションでの 防災関連情報		○	○	○	○	○
	対面	○	○	○	○	○
	オンライン	○	—	—	—	○
地震発生時マニュアル		—	○	○	○	○
防災イベント		—	○	—	○	○
オリジナル防災動画		—	○	—	○	○
	学内限定	—	○	—	○	—
	一般公開	—	—	—	—	○
防災アプリの紹介		○	—	○	○	—
ポケットガイド		—	—	○	—	○
	緊急時情報	—	—	○	—	—
	防災関連情報	—	—	—	—	○
SNSを活用した災害時情報発信		○	—	—	—	—
	Facebook	○	—	—	—	—
	X	○	—	—	—	—
内閣府防災情報リンク集		—	—	—	○	—
自然災害時に役立つリンク集		○	—	—	—	—
外国人学生数合計		4,950	6,085	2,171	2,300	1,291
学生総数		27,637	47,266	33,741	22,426	15,871

※学生総数：AおよびC大学は2024年5月1日現在、B大学、D大学およびE大学は2023年5月1日現在の数値

一般演題

S3-1 データ連携・利活用による骨折予防に向けた取り組み

○池本悟¹ 駒田翔² 鄧鴻¹ 徐桜哈¹ 叢瑞晨¹ 増田幸夫² 黒澤栄則^{3,4} 青木陽子³
嶋田佐代子³ 赤根歩³ 宮本雄司⁴ 金群⁵ 西村昭治⁵ 扇原淳⁵

早稲田大学大学院人間科学研究科¹ アイネス総合研究所² 皆野町役場³

早稲田大学人間総合研究センター⁴ 早稲田大学人間科学学術院⁵

【背景・目的】

小規模自治体の多くは、手元にデータはあるもののデータ分析を行うマンパワーの不足に加えて、ビッグデータを含むデータ分析の手法や結果の利活用に関する知見や経験が不足している。同様に、データヘルスの推進が叫ばれているもののレセプトデータをはじめとした保健医療福祉介護データの利活用が課題となっている。データベース間の突合の困難性に加えて、保健医療福祉介護データの多くは、秘匿性の高い個人情報を含むため、高度なセキュリティ対策が求められる。

埼玉県皆野町では、産官学連携でレセプトデータを中心にした自治体が保有するデータの突合および分析を行い、その結果に基づいた地域課題の解決に取り組んでいる。

本研究では、骨折に着目し、その特徴について明らかにすることを目的とした。

【対象・方法】

平成28年から令和4年の7年分のレセプト管理システム（医科・DPC・歯科・調剤）23万件、特定健診等データ管理システム3万件、TASKクラウド健康管理システム6千5百件、TASKクラウド介護管理システム1万件について、データ間突合を行った。データベースの主要な情報は、傷病情報、診療情報、医薬品情報、調剤情報、健診受診状況、要介護認定状況、介護予防事業参加状況とした。このうち、7年間で骨折発生件数1,275人を分析の対象とし、年齢分布、性別部位別発生数、2次骨折件数、入院回数・期間、薬剤使用について分析を行った。

【結果】

2年連続で骨折したものは184人（14.4%）であった。年齢分布でみると、65歳から増え始め80歳代が最も多かった。部位別でみると腰椎圧迫骨折が285人でもっと多く、男性が92人、女性が193人であった。入院日数が22日以上（入院期間の第三四分位点）の傷病でみると、医療資源を最も投入した傷病では、大腿部頸部骨折が誤嚥性肺炎と並んで最も多かった。2年連続で骨折した人の骨折の種類でみると、腰椎圧迫骨折が43人で最も多く、大腿骨頸部骨折23人、大腿骨転子部骨折17人であった。骨折する順序別の各部位の骨折数（1度目→2度目→3度目）では、腰椎圧迫骨折257人→腰椎圧迫骨折92人→大腿骨頸部骨折15人、大腿骨頸部骨折92人→大腿骨頸部骨折33人→胸椎圧迫骨折13人であった。最初の骨折として圧迫骨折になりやすく、特に腰椎圧迫骨折が多い傾向がみられた。薬剤使用と2次骨折との関連でみると、活性型ビタミンD3剤の服用非服用と1次骨折と2次骨折との間に統計学的に有意な関連がみられた。

【考察】

転倒などを契機に骨折してしまう高齢者は多く、大腿骨近位部骨折の骨粗鬆症患者では生命予後が不良で、初回骨折が二次骨折のリスク因子要因となることやその後の介護度が高くなること、また、自治体にとっては関連する医療介護費の抑制が課題となっている。今回の分析から、大腿骨骨折に対する対策が必要であることが明らかとなった。今回薬剤使用との関連については、服薬管理も含めた詳細な検討が求められる。また、今回、産官学連携の取り組みによって、データ分析・評価可能な職員数が増加しており、庁内のDX化が実質的に進んでいることは高く評価できる。

一般演題

S3-2 高齢者における通いの場参加とその後の要支援・要介護リスク・幸福感：通いの場参加者名簿を用いた西脇市 JAGES2022-2023 縦断研究

○井手一茂¹ 渡邊良太² 斉藤雅茂² 河口謙二郎¹ 松村貴与美¹ 近藤克則^{1,3} 中込敦士¹

千葉大学¹ 日本福祉大学² 医療経済研究機構³

【目的】高齢者における通いの場は日本における介護予防の中心施策であり、PDCA サイクルに沿って推進するためには通いの場の開催様式などを把握することが求められている。通いの場のアウトカム指標には、健康寿命と幸福感が掲げられており、健康寿命に関連する要支援・要介護認定（以下、要介護認定）に関する先行研究は散見されるが、幸福感に関する先行研究はない。また、通いの場の開催様式などがわかる参加者名簿を用いた評価はデータ構築が難しく、これまで報告は少ない。そこで、本研究では、西脇市の通いの場参加者名簿と非参加者を含む前後のアンケートを活用し、開催様式別の通いの場参加と要支援・要介護リスク評価尺度（以下、リスク尺度、幸福感の関連を検証することを目的とした。

【方法】本研究は、西脇市における日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）2022-2023 年度のデータと通いの場参加者名簿を用いた縦断研究である。2022 年 12 月に、無作為抽出した要介護認定を受けていない高齢者 2,000 人に加え、通いの場参加者 500 人に自記式アンケートの郵送調査を実施し、1,534 人（回収率 61.4%）より回答を得た。2023 年 12 月にこの回答者について、会場にタブレット（通いの森®）を配置できた通いの場ではタブレットでの回答を求め、他の回答者には自記式アンケートを郵送し、追跡した。最終的に 1,108 人（うち、タブレット回答 226 人）が分析対象となった。目的変数は 2023 年度調査のリスク尺度（0-48 点、点数が高いほどその後 3 年間に要介護認定を受ける可能性が高い）、幸福感（0-10 点、点数が高いほど幸せ）とした。説明変数の通いの場開催様式は西脇市内の 62 箇所の通いの場参加者名簿（2023 年 9-12 月）を用いて定義した。参加者名簿はタブレットで参加者個人に配布した 2 次元バーコードを読み取ることで作成した。通いの場の開催様式は、①ご当地体操のみ型、②ご当地体操＋独自体操型、③ご当地体操＋茶話会型、④講話・イベント型（西脇市のご当地体操はおひめ体操）の西脇市における 4 つの分類を採用した。調整変数は 2022 年時点の性別、年齢、教育歴、等価所得、就労、独居、婚姻、治療中疾患、日常生活自立度、通いの場参加、通いの場以外の地域組織参加、それぞれの目的変数を調整した。線形回帰分析を用い、非標準化係数 B、95% 信頼区間、p 値を算出した。本研究は千葉大学の倫理審査の承認を得て実施した。

【結果】通いの場参加者数（割合）と期間中の参加回数の平均±標準偏差は①ご当地体操のみ型 61 人（5.5%）、16.5±9.8 回、②ご当地体操＋独自体操型 137 人（12.7%）、11.6±3.6 回、③ご当地体操＋茶話会型 32 人（2.9%）、8.6±5.2 回、④講話・イベント型 137 人（12.4%）、4.1±2.9 回であった。それぞれの非参加者を参照群とした線形回帰分析の結果（表 1）、リスク尺度は①ご当地体操のみ型、②ご当地体操＋独自体操型で低く、幸福感は、③ご当地体操＋茶話会型で高かった。

表 1：開催様式別通いの場参加状況とリスク尺度・幸福感

	リスク尺度				幸福感			
	B	95%信頼区間	p		B	95%信頼区間	p	
①ご当地体操のみ型	-1.06	-1.63 -0.49	0.005		0.62	-0.02 1.25	0.054	
②ご当地体操＋独自体操型	-1.44	-2.12 -0.76	0.003		0.46	-0.06 0.99	0.074	
③ご当地体操＋茶話会型	-0.73	-2.48 1.02	0.342		0.57	0.31 0.83	0.002	
④講話・イベント型	0.00	-0.56 0.57	0.985		0.03	-0.26 0.31	0.829	

B：非標準化係数

【考察】①ご当地体操のみ型、②ご当地体操＋独自体操型では参加回数が多く、高頻度で体操という身体活動を実施したことがリスク尺度低下につながったと考えられる。③ご当地体操＋茶話会型では、参加回数が少なめではあったが、茶話会での交流が幸福感向上に寄与した可能性がある。

【結論】通いの場開催様式により参加とその後のリスク尺度、幸福感に差があった。PDCA サイクルに沿って通いの場を推進するにあたり、参加回数や開催様式別の分析が可能となるデータ整備とその分析・フィードバックに関する産官学連携が容易となる仕組みの構築が必要となると考えられる。

【COI 開示】井手一茂、近藤克則（トーテックアメニティ株式会社、共同研究費の提供）

一般演題

S3-3 高齢者のスポーツ観戦は、スポーツの会新規参加のきっかけとなるか？ 「みる」スポーツと、「ともに」行うスポーツとの関連

○竹内由夏¹ 飯塚玄明¹ 井手一茂¹ 河口謙二郎¹ 辻大士²
金森悟³ LINGLING¹ 近藤克則^{1,4} 中込敦士¹

千葉大学¹ 筑波大学² 帝京大学³ 医療経済研究機構⁴

【目的】第2期スポーツ基本計画では、「する」のみならず「みる」スポーツへの参画人口の拡大という方針を経て、第3期スポーツ基本計画では、新たな視点として「あつまり」、スポーツを「ともに」行い、「つながり」を感じることが重視されている。高齢者において「する」スポーツと健康の関連を調べた研究は多く存在し、さらに「ともに」行うスポーツに着目し、「一人で」するよりも、死亡リスクが低減する可能性があることが報告されている。一方、先行研究では、「みる」スポーツと健康との関連についての報告は少なく、うつ傾向のリスク低下や友人とのつながりや地域への愛着といったソーシャルキャピタルが醸成される可能性が、横断研究にもとづき指摘されていることに留まる。「みる」スポーツが第3期スポーツ基本計画で重視されている「ともに」行うスポーツにつながるかどうかは検討されていない。そこで、本研究では、スポーツの会に参加していない高齢者を対象に、「みる」スポーツとその後のスポーツの会新規参加(「ともに」行うスポーツ)の関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】日本老年学的評価研究 (Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES) の2019-2022年の調査データを使用した縦断研究である。対象は、JAGES2019-2022年の両方の調査に回答した要支援・要介護認定を受けていない高齢者のうち、2019年度でスポーツの会に参加していない6,787人(平均年齢:73.3±5.7歳、女性48.6%)とした。目的変数は2022年度のスポーツの会参加有無とし、スポーツの会参加頻度を参加なし、年数回、月1-3回、週1回以上で尋ね、年数回以上をスポーツの会参加ありと定義した。説明変数の「みる」スポーツは、スポーツ観戦頻度とした。対象者に「直接現地」「テレビ・インターネット」での過去1年間のプロスポーツに限らない、地域のスポーツクラブ・団体や部活動などの観戦も含めたスポーツ観戦頻度を尋ね、この回答を観戦なし、年数回、月1回以上でカテゴリー化した。調整変数は、性、年齢、運動・スポーツ実践頻度、教育歴、等価所得、婚姻、独居、就労、飲酒、喫煙、疾患、BMI、手段的日常生活動作とした。同時投入法によりロジスティック回帰分析を実施し、オッズ比、95%信頼区間、p値を算出した。有意水準は0.05とした。

【結果】対象者のうち、2022年度でスポーツの会新規参加者は585人(8.6%)であった。2019年度に直接現地で観戦しているものは、年数回986人(14.5%)、月1回以上128人(1.8%)、テレビ・インターネットで観戦している者は年数回1,506人(22.1%)、月1回以上3,744人(55.1%)であった。ロジスティック回帰分析の結果、観戦なしを参照群としたスポーツ新規参加のオッズ比(95%信頼区間、p値)は、直接現地観戦年数回1.72(1.34-2.23、<0.001)、月1回以上1.99(1.10-3.59、0.023)、テレビ・インターネット観戦年数回1.18(0.80-1.73、0.399)、月1回以上1.20(0.84-1.70、0.312)であった。

【考察】2019年時点でスポーツ観戦していない人と比較し、現地観戦を年に数回以上している人では、スポーツの会に新規参加する可能性が高いことが確認された。なお、テレビ・インターネットによる観戦では3年後のスポーツの会への新規参加との関連はみられなかった。これらの理由として、現地観戦では、会場に足を運び、友人・知人に会うことで、勧誘や情報収集の機会となっている可能性が高いことが考えられる。先行研究からも、高齢者が通いの場に参加するきっかけとして、友人・知人の勧誘、ボランティアや市町村職員の勧誘が挙げられている。現地観戦により、人と会い、当事者どうしがつながることで、スポーツの会の新規参加へ波及するのではないかと考える。

【結論】「みる」スポーツは高齢者の「ともに」行うスポーツのきっかけとなる可能性が示された。「みる」スポーツを促すことで、「ともに」行うスポーツの実施者を増やすという新たな戦略となるかもしれない。

一般演題

S3-4 農業・園芸活動が血管機能・認知機能にもたらす効果の検証

○菊池清志¹ 高田聖也^{2,3} 大塚章太郎⁴ 塩見直人⁵ 牧迫飛雄馬⁶ 西脇雅人⁷

久留米大学 医学部 生理学講座 脳・神経機能部門¹

国立研究開発法人 理化学研究所 生命医科学研究センター ゲノム解析応用研究チーム²

鹿児島大学 医歯学総合研究科 運動機能修復学講座 整形外科³

大分大学 福祉健康科学部 福祉健康科学科⁴

滋賀医科大学 救急集中治療医学講座⁵

鹿児島大学 医学部保健学科理学療法学専攻 基礎理学療法学講座⁶

大阪工業大学 工学部 総合人間学系教室⁷

【目的】

農業・園芸活動は、心血管疾患や認知症の代替マーカーを改善する可能性があるが、実際に予防効果を持つのか、依然として不明である。本検証の目的は、4つの異なるアプローチを用いて、心血管疾患と認知症の代替マーカーに対する農業・園芸活動を包括的に検証することである。

【方法・結果】

研究 1 (横断的研究)では、地域に住む高齢者 704 名が評価の中で農業・園芸活動を実施した 30 名と、年齢・性別・客観的な活動量をマッチングさせた農業・園芸活動をしていない対照群 30 名を横断的に比較した。農業・園芸活動群は対照群と比較し、動脈硬化(脈波伝播速度)が進行しておらず、手指の巧緻性(ペグボードテスト)が高かった。研究 2 (横断的研究)では、医療機関の高齢患者データ 161 人(農業・園芸活動群 79 人 および 農業・園芸活動をしていない対照群 82 人)を横断的に比較した。農業・園芸活動群は対照群と比較し、頭部 MRI 上の白質病変が少なく、脳卒中発症率も低く、認知機能も高かった。研究 3 (実験的研究)では、模擬農業・園芸活動条件は実施後、動脈硬化低下、実行認知機能増加、 $\alpha 2$ プラスミンインヒビター・プラスミン複合体増加(PIC)、NOx 増加、脳由来神経栄養因子(BDNF)増加がみられた。研究 4 (介入研究)では、農業・園芸活動群は対照群(健康講座受講のみ)に比べ、頭部 MRI 上の白質病変増加の進行を抑える傾向があることを確認した。

【考察・結論】

農業・園芸活動群は、白質病変進行抑制・脳卒中予防・認知機能低下抑制・認知機能低下抑制を起こす可能性がある。このことは、農業・園芸活動群は一般的な運動に比べ、同等か、それ以上の線溶系亢進・動脈硬化抑制に対する強い効果を持つことによる可能性がある。

一般演題

S3-5 高齢者見守りネットワーク事業所の活動状況と必要な支援

○梶田聖子

大阪公立大・現代システム科学域

【目的】認知症の発症率は65歳以上の高齢者では6人に1人であり、高齢者数がピークを迎える2040年には65歳以上の46.3%が認知症になると推計されている（総務省，2022）。地域で高齢者が安心して生活できるよう、各地で多くの高齢者見守りネットワーク登録事業所（以下、登録事業所）が高齢者見守り活動に協力し、支援を必要とする高齢者の発見や専門機関とのつなぎ役となっている（山井，2016）。今後も見守りが必要な高齢者が急増すると予測され、登録事業所の協力は欠かせない。しかし、登録事業所の活動状況や課題、必要な支援に焦点を当てた研究は少ない。本研究では、登録事業所の認知症高齢者等の見守り活動や課題、必要な支援を検討するための基礎資料を得るために、A市B区における認知症高齢者等高齢者見守りネットワーク事業所交流会の参加者への質問紙調査を行った。

【方法】対象者：A市B区基幹型地域包括支援センターからの案内に申し込みを行った高齢者見守りネットワーク登録事業所交流会の参加者35名とした。交流会：前半に、登録事業所による実践報告、高齢者見守りに関する講話、後半はグループワークと発表を行った。グループは、業種ごとに分け、1グループ5～6名とした。参加者は、グループで見守り活動の状況や課題について話し合い、発表をとおして学びや気づきを共有した。

倫理的配慮：本研究は、大阪公立大学情報学研究科研究倫理委員会の承認を得て行った（情報倫第2023-017号）。依頼書と質問紙調査票は、研修会終了後参加者に配布、研究の趣旨と倫理的配慮、データの取り扱い等を文書及び口頭で説明した。質問紙調査票の記入・提出によって同意を得たこととした。

【結果】質問紙調査票の回収率は35名（100.0%）であった。参加者の主な業種は、薬局7名（20.0%）、介護サービス事業所6名（17.1%）、郵便局（2名）であった。質問紙調査結果：参加者の日頃の見守り活動は、本人の様子および生活の様子を確認していた。本人の様子では、「同じ話をする」26名（74.3%）、「身だしなみ」21名（60.0%）「歩き方が危ない」19名（54.3%）、「薬を飲み忘れる」と「道に迷っている」14名（40.0%）が多かった。生活の様子では、「時間や場所の感覚がない」14名（40.0%）、「大切なものを失くす」13名（37.1%）、「新聞や郵便物がポストにたまっている」12名（34.3%）が多かった。参加者のうち、26名（74.3%）は認知症サポーター養成講座を受講していた。参加者の33名（94.3%）は「認知症の人に対応したことがある」とし、「会話が成り立たない」、「連絡先がわからない」、「本人が支援を求めない」ため、20名（57.1%）が困った経験を有していた。高齢者を見守るために、事業所での情報共有が「ある」と答えたのは、26名（74.3%）であった。情報共有は、事業所のLINEや口頭、連絡ノート、申し送り、会議、何気ない会話をとおして行われていた。

見守りをして「良かったと思うことがある」と答えた参加者は、19名（54.3%）であった。その内容は、「喜ばれた」、「感謝された」、「命を助けることができた」、「交流が持てて、得意分野や人脈ができた」であった。見守りを継続する上で必要と感じていることについては、「登録事業所を増やす」、「登録事業所同士の交流や連携」、「地域の絆」、「見守りに関する啓発」、「見守る側の心のゆとり」、「地域の人の気づき」などであった。

【考察】登録事業所で働く参加者の多くは、認知症サポーター養成講座を受講し、認知症の症状のある高齢者を多く見守っていた。見守りが必要な高齢者については、事業所内で複数の方法を使って情報共有し、地域での生活を継続できる支援が行われていた。参加者は、支援が状況の改善につながった場合には、見守りをして良かったと充実感を感じる反面、日頃の業務で困っている具体的な点も明らかになった。情報共有に関しては、登録事業所内での情報共有となっている状況から、参加者は、登録事業所を増やすことや、登録事業所同士、関係機関、地域との情報共有や連携が必要と考えていた。

【結論】A市B区の高齢者見守りネットワーク登録事業所交流会の参加者を対象に、質問紙調査を行い、登録事業所の認知症高齢者等の見守り活動や課題、必要な支援を検討した。参加者は、認知症の症状を有する高齢者が地域での生活を継続できるよう支援を行っていた。今回の調査で、参加者が高齢者の見守りで対応に困った具体例や支援に必要な内容が明らかになった。今後は、見守り活動経験を登録事業所間および地域で共有し連携できる方法を検討していく。地域で情報共有・連携した高齢者見守りができると、見守り手の負担軽減、地域のつながりができると考える。登録事業所を増やすことに関しては、参加者の見守りをして「良かったと思うこと」を参考に、見守り手のメリットについても明らかにしていきたい。

S3-6 隣接地域間の平均寿命差からみる日本の健康格差： 地理的要因と都市・地方型課題の視覚的分析

○久地井寿哉

独立研究者

【目的】日本全国の都道府県単位の健康格差の実態について、隣接地域間の寿命差の分析を行い、近接する地域間での寿命の違いを明確にし、その地理的要因をを考察するための基礎資料を提供することを目的とする。日本全体の健康水準の向上と、地域ごとの健康格差の是正のため、健康政策の改善や、地域ごとの特性に応じた介入策、地域連携の再構築を検討するための重要なデータとなる可能性があると考えた。

【方法】都道府県別平均寿命都道府県別生命表は、死亡状況を都道府県単位で比較分析するため、国勢調査による日本人人口（確定数）と人口動態統計（確定数）による日本における日本人の死亡数、出生数をもとに、昭和40年から5年（国勢調査年）ごとに作成されている。令和2年都道府県別生命表の概況（厚生労働省,2020）の都道府県平均寿命（0歳時点平均余命）の男女別都道府県別の平均値を用い、以下の分析を行った。1）平均寿命について、各都道府県別値と平均寿命の全国平均値との差を男女別に算出し、日本地図上にヒートマップを作製した。2）隣接地域間の平均寿命差は、各都道府県別の平均寿命行列に対し、標準化隣接行列（各都道府県について、隣接する場合1、非隣接の場合0とし、標準化を行ったもの。これにより、都道府県単位での隣接地域の平均寿命の平均が求められる。）をかけあわせて算出した。各都道府県値と隣接する都道府県の平均値との差を男女別に算出し、日本地図にヒートマップを作製した。

【結果】令和2年度の平均寿命は男性81.5歳、女性87.6歳。都道府県別の隣接地域の平均寿命との差の分布（男性、女性/単位:年）は、第1四分位数（25th Percentile）: -0.32, -0.25、第2四分位数（Median, 50th Percentile）: -0.13, 0.02、第3四分位数（75th Percentile）: 0.22, 0.29であった。男女共通する特徴として、関東地方全体では、隣接地域との平均寿命差が比較的小さい傾向がみられた。また、東北地方の最北端の青森県、青森県の南に隣接する秋田県、東海地方に位置する静岡県、近畿地方の大阪府、紀伊半島に位置する和歌山県、中部地方に位置する島根県、中国地方に位置する山口県、四国地方の南側に位置する高知県、九州地方の北部の福岡県、南部に位置する宮崎県、鹿児島県は、隣接地域と比較して平均寿命が短い傾向がみられた。

【考察】近隣地域と比較した場合の平均寿命が短い都道府県は、地理的に山間部や半島部に位置することが多く、医療アクセスや生活条件が影響を及ぼしている可能性がある。大阪府や福岡県は他の地域と比較して医療アクセスが良い一方で、都市特有の生活習慣や社会的要因が平均寿命に影響を与えている可能性がある。視覚的分析により、都市型の健康課題集積地として大阪府や福岡県が抽出され、また、地方型健康課題集積地として、青森県や秋田県、山口県、高知県、島根県、宮崎県、鹿児島県など、地理的に半島部や山間部に位置する地域が抽出された。

【結論】本研究では、日本全国の都道府県単位で隣接地域間の平均寿命差について、ヒートマップを用いて視覚的に分析し、健康格差の地理的なパターンを可視化し、都市型および地方型の健康課題集積地を抽出した。今後は、これらの地域での詳細な調査を行い、医療資源の再分配や地域間の健康格差を解消するための具体的な施策を立案・実施することが求められる。

一般演題

S4-1 メンタルヘルス休職者の職場ストレスと抑うつ症状 および孤独感の改善による影響

○佐藤圭^{1,2} 松下満彦² 石竹達也¹

久留米大学医学部環境医学講座¹ 医療法人社団新光会 不知火病院²

【目的】メンタルヘルス疾患のため休職に至った勤労者の職場ストレスの傾向と、そのストレスが症状の回復の過程でどのように変化するか明らかにする。

【方法】2023年9月1日から2024年7月31日に精神科病院の急性期病棟（ストレスケア病棟）へ入院した勤労者に対して入院時と退院時の2度に亘り下記の検査を実施し、統計的分析を行う。

〔検査内容〕①NIOSH 職業性ストレス調査票（23項目版）の「ストレス反応」を除いた改訂版（1～4で回答し低いほど高ストレスとなる）②SDS（自己評価式抑うつ性尺度）③UCLA 孤独感尺度（10項目短縮版）

【結果】30名を分析対象とした。そのうち27名がうつ病圏の診断であった。入院時の職業性ストレス調査では、「仕事の量的負担」が最も低く1.89であった。個々の回答でも7割以上が高いストレスを示した。一方で「仕事のコントロール」「上司のサポート」「同僚のサポート」「満足度」はすべて2.5以上であり、高ストレスも5割以下であった。入院時と退院時の全体の比較では有意差はみられなかった。SDSは55.6から45.3、孤独感は26.7から24.5と変化しており、有意差が認められた。入院時は抑うつ感、孤独感いずれも高く、これらが治療によって改善したことを示している。そして、抑うつ感の変化は全体の職業性ストレスの変化と有意に逆相関していた。また、孤独感の変化は仕事の量的負担の変化と相関していた。

【考察】メンタルヘルス疾患を発症した勤労者の多くは仕事の量をストレスに感じる傾向にあった。一方で強い抑うつ状態、孤独感を抱える状態でも一定程度仕事をコントロールし、周囲のサポートを受けていると感じていた。抑うつ症状の回復によって職場のストレスを高く感じる傾向があり、うつ状態の自己否定的な思考が減じて、状況を本来の認知でとられていることが影響しているのではないかと考えられる。一方で、孤独感が減ることで、自分だけが頑張らなければならないという感覚が減少している可能性がある。

【結論】抑うつ症状の改善だけでは職場ストレスは軽減されない傾向を理解する必要がある。

一般演題

S4-2 職業性ストレスおよび社会的ストレスがQOLに及ぼす効果の構造分析：地域における正規雇用者と自営業者の多母集団同時分析による検討

○田中健吾

大阪経済大学・経営学部

【目的】 国民の健康寿命の延伸に向け、予防医学的視点から生活の質（Quality of Life: QOL）の向上が重要視されており、身体的・精神的健康の両面から QOL を検討する必要性が指摘されている（厚生労働省，2011）。一方、精神保健学分野では、働き盛り世代の自殺死亡率増加、メンタルヘルス不調による長期休職者の増加等が問題視され、働く世代の QOL 向上を検討する必要性が示唆されている。ところが、就労状態にある地域住民に関して、地域生活と職業生活の両面で発生するストレス要因が、身体的・精神的 QOL にいかに影響しているかについての実証検討は少ない。また、就労状態にある地域住民については、企業に雇用されている者と自営業者との違いにも注目する必要がある。自営業者は事業不振や負債および収入や年金などの経済的問題の影響を受けやすく、ワークライフバランスも被雇用者と比べて仕事面に偏りが生じやすいが、こうした特性に着目した研究は少なく、心身健康状態の規定因についても不明な点が多い。そこで、本研究では正規就労状態にある地域住民を対象とし、社会的ストレスと職業性ストレスが QOL に与える効果について構造的モデルを検討し、多母集団同時分析の手法で、被雇用者と自営業者との間の影響性の違いを検討することを目的とした。

【方法】 調査対象：2014 年 7 月 31 日現在 20 歳以上 70 歳未満の大阪市東淀川区民について住民基本台帳から 5000 名を無作為抽出し、郵送法による自記式質問紙調査を実施したところ 1099 名から回答が得られた（回収率 22.0%）。このうち、就労状況について、正規雇用と回答した者で、全ての設問に欠損値の無い 354 名を分析対象とした（20 歳代 54 名、30 歳代 94 名、40 歳代 95 名、50 歳代 83 名、60 歳代 28 名；男性 187 名、女性 167 名）。調査時期は 2014 年 9 月であった。なお、調査に関する倫理的配慮として、大阪経済大学と東淀川区役所との間で協定を締結し、個人情報取扱や守秘義務等について確認している。調査材料：(1)職業性ストレス尺度：職業性ストレス簡易調査票（下光，2000）のストレス要因 9 項目を使用した。また、ストレス緩衝要因としてサポート要因 3 項目も使用した。(2)社会的ストレス尺度：社会的ストレス尺度（植村ら，1979）を基に、近所づきあい、行政サービス、保健・衛生、夫婦の調和、対老親関係、家族の健康などに関する 22 項目を採用した。(3) Quality of Life：日本語版 Medical Outcomes Study – Short Form-36 version 2 (SF-36v2；福原・鈴嶋，2004) を使用した。マニュアルに基づき、8 下位尺度 36 項目の換算点を分析に使用した。

【結果】 分析方法：先行理論に準拠し、心理的ストレス反応の最終経路として QOL を位置づけ、社会のおよび職業性ストレスが QOL を規定し、ソーシャルサポートがストレスの自覚に影響する構造方程式モデルを構成し、以下の 3 つのモデルに対する多母集団の同時分析を行った。モデル 0：制約なし（全係数が被雇用者/自営業者間で異なる）。モデル 1：潜在変数から観測変数への係数が被雇用者/自営業者間で等値である。モデル 2：モデル 1 の条件に加えて、潜在変数間のパス係数が被雇用者/自営業者間において等値である。

適合度指標と情報量規準による結果を総合的に比較して、「配置不変」を表すモデル 0 を採択した（Table 1）。最終的に採択された多母集団同時分析モデルの概要は、Figure 1 に示した通りであった。

Table 1. 各モデルの主な適合度指標と情報量規準

モデル	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	AIC	RMR
モデル 0	.91	.86	.91	.05	469.40	11.03
モデル 1	.89	.85	.90	.03	487.49	27.46
モデル 2	.89	.85	.89	.04	491.70	30.99

【考察】 多母集団同時分析モデルの適合度指標は十分な値を示しており、QOL 規定因として、自営業者では社会的ストレスの、被雇用者では職業性ストレスの影響が強いこと、およびソーシャルサポートは職業性ストレスおよび社会的ストレスの両方の自覚を低減する効果を有するが、QOL には直接効果をもたらさないことが示された。この結果より、自営業者の地域住民について、社会的ストレスの観点から QOL を理解する必要があることが示唆された。

【結論】 被雇用者と自営業者とで、QOL を規定するストレスが異なることが示唆された。

* 利益相反開示；本発表について開示すべき COI 事項は無い。

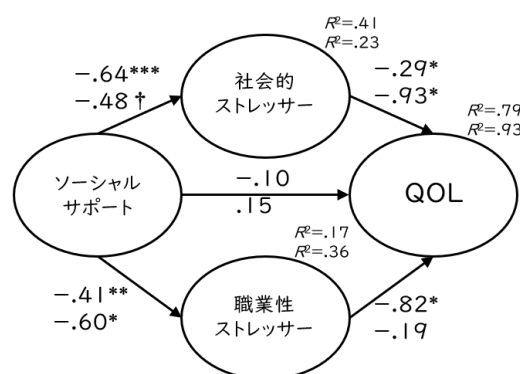


Figure 1. 職業性および社会的ストレスがQOLに及ぼす影響の多母集団同時分析モデル
(上段= 正規雇用者, 下段= 自営業者 *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$)

一般演題

S4-3 電動カート導入による主観的な指標の変化と要介護リスクとの関連： 1年間の縦断研究

○渡邊良太¹ 斉藤雅茂¹ 小林周平² 井手一茂² 福定正城¹ 近藤克則²

日本福祉大学¹ 千葉大学²

【目的】国土交通省は、時速 20km 未満で公道を走ることができるグリーンスローモビリティ（以下、電動カート）の導入を推進している。電動カート導入地域において高齢者の外出，社会的行動，ポジティブ感情に関わる主観的指標が増加すると報告されており，将来的な介護予防効果も期待されている。そこで，電動カート導入によって生じる主観的指標の変化と要介護リスク低減との関連を検証する。

【方法】研究デザインは縦断研究である。河内長野市および王寺町で 2022 年 7～8 月より電動カートを運行している。走行前およびその 1 年後の 2 時点で 65 歳以上高齢者を対象に自記式郵送調査を配布し，有効回答のあった 726 人（河内長野市 385 人，王寺町 341 人）を分析対象とした。目的変数は 1 年後の要介護リスクとし要支援・要介護リスク評価尺度（転倒歴や外出などの 12 問，48 点満点（点が高いほど高リスク）；以下，リスク点数）を用いた。説明変数は電動カートをきっかけとした主観的指標の変化とした。主観的指標の変化を定義するためにまず「約 1 年前と比べて下記のような機会に変化はありましたか。」と尋ね，外出（3 指標），社会的行動（5 指標），ポジティブ感情（4 指標）の 12 種類それぞれで「1. 増えた（電動カートきっかけ），2. 増えた（電動カート関係なし），3. どちらでもない，4. 減った」から回答を得た。次に電動カートきっかけで増えた 12 種類の主観的指標項目および増加した指標の種類数を使用した。調整変数はベースライン時点の性，リスク点数，教育歴，主観的経済状況，就労，日常生活活動動作，婚姻状況，同居の有無とした。欠損値は多重代入法で補完し（ $m=20$ ），線形回帰分析を行い，非標準化係数（ B ），95%信頼区間， p 値を算出した。

【結果】主観的指標が増加した者は，外出：71～77 人（9.8～10.6%），社会的行動：19～120 人（2.6～16.5%），ポジティブ感情：79～107 人（10.9～14.7%），種類数 0 個：507 人（69.8%），1～5 個：111 人（15.3%），6 個以上：74 人（10.2%）であった。表 1 に 1 年後のリスク点数と主観的指標の変化の関連を示した。王寺町において，電動カートきっかけに日常生活における楽しみ，生きがいを感じる，気持ちが明るくなると感じた者や増加した指標の数が 6 個以上の者はそうでない者と比較して 1 年後のリスク点数が低かった。

表1. 電動カート導入による主観的指標の変化と1年後のリスク点数の関連（線形回帰分析）

		河内長野市 (n=385)				王寺町 (n=341)			
		95%信頼区間				95%信頼区間			
電動カートきっかけに増加した指標		B	下限	上限	P	B	下限	上限	P
外出	外出*	0.1	-0.8	0.9	0.836	-1.3	-3.4	0.8	0.225
	行動範囲*	0.5	-0.4	1.4	0.258	-0.8	-3.0	1.3	0.451
	歩く*	0.3	-0.6	1.3	0.458	-0.8	-2.5	0.8	0.323
社会的行動	家族と話す*	0.6	-0.3	1.4	0.175	-0.6	-2.3	1.1	0.470
	家族以外の人と話す*	-0.2	-1.0	0.5	0.563	-1.2	-2.6	0.1	0.077
	助け合い*	0.2	-0.7	1.2	0.643	-1.0	-2.8	0.7	0.250
	地域活動に参加する*	0.6	-0.7	2.0	0.376	-1.5	-3.3	0.3	0.102
	他者と食事*	0.4	-1.3	2.2	0.625	-1.0	-3.8	1.8	0.477
ポジティブ感情	日常生活における楽しみ*	0.4	-0.4	1.2	0.362	-1.9	-3.3	-0.5	0.010
	生きがいを感じる*	0.5	-0.4	1.4	0.243	-2.0	-3.7	-0.4	0.013
	声を出して笑う*	-0.2	-1.1	0.7	0.693	-1.3	-2.9	0.3	0.113
	気持ちが明るくなる*	0.2	-0.5	1.0	0.54	-1.5	-2.8	-0.2	0.023
増加した指標の数	1～5個	0.2	-0.6	1.0	0.568	0.2	-1.1	1.5	0.787
	6個以上	0.4	-0.5	1.4	0.378	-2.0	-3.6	-0.3	0.019

*増えた（電動カート関係なし），どちらでもない，減ったのいずれかに回答した者を参照群とした。

【考察】調査対象地域によって主観的指標とリスク点数との関連に相違が認められた。1 年後調査時に王寺町では電動カート運行継続していたのに対し，河内長野市では電動カート運行が中止されていた。調査時点での電動カート運行状況が結果に相違を及ぼした可能性がある。

【結論】電動カートをきっかけにポジティブ感情が増加していた者でそうでない者と比較し，1 年後の要介護リスクが低減していた。電動カートは移動支援のみならず交友関係やポジティブ感情を生み出すという所見に再現性が確認され，高齢者の介護予防に寄与する可能性も新たに明らかとなった。

S4-4

高齢者における電動カートの走行停止が与える要支援・要介護リスクの検証：
走行前・走行1年後・走行停止3ヶ月後の3時点データを用いた縦断研究○小林周平¹ 井手一茂¹ 渡邊良太² 福定正城² 花里真道¹ 斉藤雅茂² 近藤克則¹千葉大学¹ 日本福祉大学²

【目的】時速 20 km未満で公道を走るグリーンスローモビリティ（以下、電動カート）の導入は利用者の外出や社会的つながりを促進すると報告され、要支援・要介護リスクの低減が期待されている。一方、地域で導入された電動カート走行が停止された場合には、逆に利用者の外出や社会的つながりを減少させ、要支援・要介護リスクが高まる可能性がある。そこで、本研究では電動カートの走行停止 3 ヶ月後に利用者の要支援・要介護リスクが高くなるのかを検証することとした。

【方法】研究デザインは縦断研究である。電動カートは定員 7 名、走行は定時定ルートで週 4 日、1 日 5 便であった。調査では、走行前調査、走行 1 年後調査、走行停止 3 ヶ月後調査の計 3 回自記式郵送調査を送付した。対象は河内長野市に居住し、1 年後調査で電動カートを月 1 回以上の頻度で利用していると回答した 65 歳以上の高齢者 85 人（女性：69.4%，平均年齢 77.4 歳）である。調査内容は、走行前調査で性、年齢、教育歴、就労状況などを、走行 1 年後調査で走行中の電動カート利用頻度について回答を得た。3 時点とも目的変数は介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の必須項目 10 問（外出の機会、15 分以上の歩行など）と性・年齢によって 3 年以内の要支援要介護認定の発生を予測する要支援・要介護リスク評価尺度点数（以下、リスク点数、48 点満点、高得点ほど高リスク）を評価した。説明変数は 3 時点の調査時期（走行前・走行 1 年後・走行停止）とした。調整変数は走行前の性、教育歴、婚姻状況、就労状況、経済的困窮感、独居、日常生活動作とした。統計分析は、混合効果モデル（レベル 1：調査時期、レベル 2：個人）で非標準化係数 B、95%信頼区間、p 値を算出した。電動カートの利用頻度が高いほど走行停止の影響を受ける可能性を考慮し、利用頻度別（週 1 回以上、月 1-3 回）で層別分析を実施した。本研究は千葉大学の倫理審査の承認（M10065）を得て実施した。

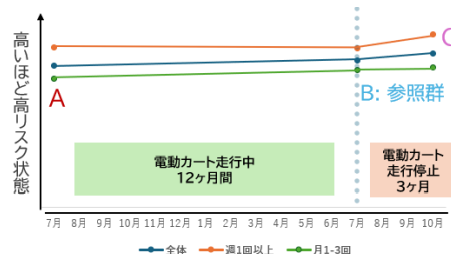


図1：調査時期別のリスク点数の平均値の推移

表1 走行1年後を基準とした調査時期別のリスク点数（混合効果モデル）

	全体				週1回以上				月1-3回			
	B	95%CI	p		B	95%CI	p		B	95%CI	p	
走行前	-0.62	-1.39 0.15	0.115		0.06	-1.26 1.38	0.926		-1.12	-1.98 -0.27	0.010	
走行1年後	Ref.				Ref.				Ref.			
走行停止	0.85	0.08 1.61	0.030		1.70	0.40 3.00	0.010		0.15	-0.71 1.01	0.736	

目的変数：要支援・要介護リスク評価尺度点数

説明変数：走行前調査、走行停止調査、参照群：走行1年後調査

全体：目的変数+説明変数+性+教育歴+婚姻状況+就労状況+経済的困窮感+独居+日常生活動作

Abbreviations: CI, confidence interval Ref, Reference

【結果】走行前・走行1年後・走行停止調査の3時点でリスク点数を算出する項目に回答した者は85人で、各調査時のリスク点数は19.1点、19.8点、20.7点（ $p=0.443$ ）だった。電動カート利用頻度別では、週1回の者36人で21.6点、21.5点、23.3点（ $p=0.515$ ）、月1-3回の者49人で17.3点、18.5点、18.8点（ $p=0.635$ ）だった（図1）。走行1年後調査を参照群とした走行前のB -0.62（-1.39～-0.15, $p<0.115$ ）、走行停止では0.85（0.08～1.61, $p<0.030$ ）だった。電動カート利用頻度別では週1回の者では走行前で0.06（-1.26～1.38, $p<0.926$ ）、走行停止で1.70（0.40～3.00, $p<0.010$ ）だったが、月1-3回の者で関連はみられなかった（表1）。

【考察】1年後調査と比べて走行停止後にリスク点数は高く、層別分析では、週1回以上の利用者で高く、月1-3回の利用者では差が小さかった。走行1年後調査から走行停止調査までの3ヶ月間でリスク点数が1-2点程高くなることは、加齢よりも電動カート走行停止が要支援・要介護リスクを高くする可能性がある。

【結論】電動カートの走行停止により、利用者の要介護リスクが高まっている可能性がある。今後、要介護リスクが高まった要因についても検討することで、電動カートの継続的な運行の意義を示す必要がある。

S4-5 体幹前傾角と腰部筋活動の持続時間による ノーリフティングケア実践効果の定量的評価

○富田川智志¹ 辻村裕次² 北原照代² 埤田和史³

日本福祉大・介護学¹ 滋賀医大・衛生学² びわこリハビリテーション専門職大・理学療法³

【目的】

持続的筋活動は、作業関連性筋骨格系障害の危険因子の一つであることが指摘されている。「ノーリフティングケア（以下、NLC）」^{*}は、多くの先行研究で介護労働者の腰痛（以下、LBP）リスクの低減に効果があることが報告されており、国際的に推奨されている。しかし、NLC 実践における持続的筋活動に関する実証研究は見あたらない。そこで本研究では、LBP リスクの増加と関係のある持続的筋活動の時間割合は NLC を導入することで減少するとの仮説を立て、NLC 導入前（以下、導入前）と NLC 導入から 1 年後（以下、導入後）に測定した介護作業時の体幹前傾角（以下、IAT）と腰部筋活動の持続時間を比較した。

^{*}福祉・医療分野における労働安全衛生の視点に基づいた LBP リスクを低減・回避させるための組織的な取り組みのこと

【方法】

対象は某介護保険施設に勤務する 20 代女性と 30 代男性の介護労働者（各 1 名）とした。研究プロトコルは、①2019 年 11 月に日勤帯の 1 日（昼休憩 1 時間を含む約 9 時間）を調査（3 回/人）した。調査では IAT と両側の傍脊柱部筋群 L3-4（以下、腰部筋）の表面実効筋電図〔傾斜角計搭載実効値変換型筋電計：YS_BioMeas(RMS4G)、標本化周波数 50samples/s、ゆうい工房〕を使用（以下、sEMGrms）を測定した。②同年 12 月に NLC キックオフ研修（講義：厚生労働省「職場における腰痛予防対策指針（以下、指針）」に基づいた組織的な LBP 予防の考え方や NLC 実践の好事例紹介等、実技：人間工学の視点に基づいた作業姿勢・動作、移動・移乗介助法）を開催及び移動・移乗補助具/機器を設置した。③2020 年 2 月にフロア巡視及びフォローアップを実施、④同年 7 月に第 2 回 NLC 研修（研修用 DVD 視聴、介護職リーダーによる指導等）を開催した。⑤同年 11 月に導入前と同項目の調査を実施した。解析は身体的負担感が高い介護作業である「入浴介助」の時間帯（準備・片付けを含む）のデータを抽出し、基本統計量を算出した。腰部筋活動は始業前に記録した体幹 30 度前屈位時の実効筋電位を Reference Voluntary Contraction（以下、RVC）として測定実効筋電位を RVC で除した %RVC で評価した。

本研究は京都女子大学臨床研究倫理委員会から承認（許可番号 2019-9-変更 1）と研究参加者全員からインフォームド・コンセントを得て実施した。本発表に関連し、共同研究者を含めて開示すべき COI 項目はない。

【結果】

対象施設では入浴用リフトは設置されなかったため、研究参加者は導入後も徒手にて入浴介助を行っていた。本抄録では男性介護労働者の調査結果を示す。導入前に入浴介助時間は 1 時間 27 分 3 秒、導入後は 1 時間 13 分 30 秒であった。

体幹前傾 20 度以上（以下、不良姿勢）の時間割合は、導入前が 55.2%、導入後は 41.0%であった。不良姿勢の平均持続時間（S.D.）は、導入前が 9.7（±14.2）秒、導入後は 6.6（±8.4）秒であった。不良姿勢の最長持続時間は、導入前が 130 秒、導入後は 60 秒であった。不良姿勢が 30 秒以上持続した 1 時間あたりの出現頻度は、導入前が 11.0 回、導入後は 3.3 回であった。

100%RVC 以上の腰部筋活動の時間割合は、導入前が左 53.1%・右 57.2%、導入後は左 12.6%・右 33.5%であった。同筋活動の平均持続時間（S.D.）は、導入前が左 10.5（±13.6）秒・右 10.7（±16.2）秒、導入後は左 2.7（±3.0）秒・右 6.0（±7.8）秒であった。同筋活動の最長持続時間は、導入前が左 89 秒・右 147 秒、導入後は左 27 秒・右 75 秒であった。同筋活動が 30 秒以上持続した 1 時間あたりの出現頻度は、導入前が左 13.1 回・右 14.5 回、導入後は左 0 回・右 2.4 回であった。

【考察】

研究参加者は導入後も徒手にて入浴介助を行っていたが、不良姿勢と 100%RVC 以上の腰部筋活動の時間割合はいずれも導入後の方が短くなっていた。腰部筋活動は IAT の程度や不良姿勢の持続時間に比例して増加することから、本結果は NLC 導入によって入浴介助時の作業姿勢・動作が改善されたことによるものと推察する。本実証研究の結果は、リフトの使用だけが LBP リスクを軽減させるのではなく、働き方の改善にも繋がり、安全衛生の向上に結びつくということが示されたものであり、先行研究と同様、NLC 実践は LBP 予防策として有用であるという考え方を支持している。移動・移乗補助具/機器が適切に使用できれば、腰部筋活動はさらに軽減することが見込まれる。

本研究は JSPS 科研費（基盤研究(C)課題番号 18K02175）を受けた研究成果の一部である。

S4-6 住環境と主観的幸福感の関連性に関する研究： 健康と住まいの環境に関する全国調査 J-hohec 横断データ

○LINGLING¹ 中込敦士¹ 近藤克則¹ 井手一茂¹ 河口謙二郎¹
嶋谷圭一¹ 岩山遼太郎^{2,3} 鈴木規道¹

千葉大学 予防医学センター¹ 千葉大学大学院医学薬学府² 積水ハウス（株）総合住宅研究所³

【目的】WHO が提唱する Healthy City（健康都市）の概念は、全世代が健康で幸せに暮らせる環境を提供することを目指している（WHO,2003）。これまでの研究では、生活環境（物理的及び社会的環境）と主観的幸福感の関係が検証されてきた（Kevin 2003; Singh S et al, 2023）。住環境は生活環境の重要な部分であり、住環境の夏と冬の室内温度、部屋のサイズ、安全性などは個人の幸福に関係していることがわかっている（Martin 2012）。しかし、居住者の住環境に対する満足度や社会的要因とその主観的幸福感との関係は検証されていない。さらに、その関係が年代別に違う可能性が考えられ、かつ検証した研究もない。そこで、本研究では、日本在住の 5,000 人の横断データを用い、年代別に住環境の満足度や社会的要因への評価と主観的幸福感との関係を検討することを目的とした。

【方法】2023 年 1 月より開始した「健康と住まいの環境に関する全国調査」の第 1 回調査（回答者 5,460 人）のデータを用いた。分析対象者は、性別不明の 90 人を除外し、5,370 人（男性 3,631 人、平均年齢 51.05 ± 13.01 歳）とした。目的変数は主観的幸福感（0～10 点：点数が高くなるほど幸福度が高い）、説明変数は住環境の満足度や社会的要因への評価とした。説明変数について、以下の 6 項目を用いて評価した。それぞれ「項目 1.自分らしさ」、「項目 2.こだわったポイントがある」、「項目 3.近隣関係が良好」、「項目 4.家族会話が生まれやすさ」、「項目 5.安心安全に暮らせる」、「項目 6.夏冬快適に感じる」であり、すべての項目は「1.あてはまる、2.ややあてはまる、3.どちらともいえない、4.あまりあてはまらない、5.あてはまらない」の 5 段階で評価した。目的変数と説明変数は連続値として用いた。整変数は性、家族構成、教育歴、経済状況、外出頻度など 14 変数を用いた。同時投入による線形回帰分析（係数）を実施し、95%信頼区間を算出し、年代別（データの分布に基づき年齢を 20～39 歳:n=1,224、40～49 歳:n=1,312、50～59 歳:n=1,283、60 歳以上:n=1,551）に示した。

【結果】対象者 5,370 人において、全体の主観的幸福感の平均値と標準偏差（SD）は 7.68 ± 1.66 で、年代別では、20～39 歳（ 7.95 ± 1.65 ）の主観的幸福感の平均値は、他の年代に比べて高い（40～49 歳： 7.65 ± 1.70 、50～59 歳： 7.48 ± 1.72 、60 歳以上： 7.66 ± 1.55 ）。住環境の満足度や社会的要因への評価と主観的幸福感の関連性に関して、全体的に、自分らしさ（係数 0.19、95%CI:0.16-0.22）、近隣関係が良好（0.07、0.04-0.09）、家族会話が生まれやすさ（0.26、0.23-0.29）、安心安全に暮らせる（0.05、0.02-0.08）、夏冬快適に感じる（0.03、0.01-0.06）人では、そうではない人より主観的幸福感が有意に高かった。また、年代別に見ると、20～39 歳と 40～49 歳の群では、自分らしさ（0.22、0.21）、家族会話が生まれやすさ（0.29、0.33）；50～59 歳の群では、自分らしさ（0.19）、近隣関係が良好（0.10）、家族会話が生まれやすさ（0.27）；60 歳以上の群では、自分らしさ（0.16）、近隣関係が良好（0.07）、家族会話が生まれやすさ（0.17）、安心安全に暮らせる（0.06）、夏冬快適に感じる（0.07）と感じている人は、そうではない人に比べて、主観的幸福感が有意に高かった（図 1）。

【考察】本研究の結果は、住環境の満足度や社会的要因への評価と主観的幸福感に関連することがわかった。WHO の「Age-friendly City」ガイドラインが示すように、良好な住環境は高齢者を含む全住民の生活の質を向上させる重要な要素である。本研究の結果も、住環境は居住者の幸福感向上に寄与することが示めされた。また、年代別の主観的幸福感における、住環境の満足度や社会的要因が違うことがわかった。これは、年代毎に個人のアイデンティティや社会的つながり、家族関係が異なることが考えられる。

【結論】居住者の主観的幸福感を高めるために住環境の異なる側面における質を向上させることが重要な要素であると考えられる。

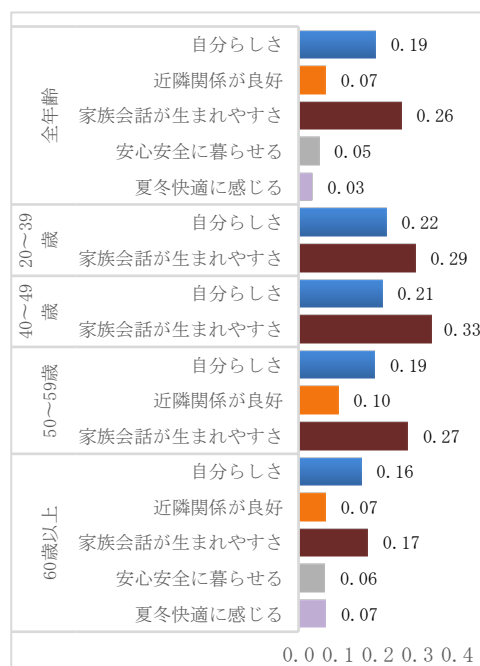


図 1 年代別に示した住環境と主観的幸福感の回帰分析の結果

S5-1 研究者ダイバーによる事故の現状

○森松嘉孝¹ 中野義昭² 村田幸雄³ 野澤徹⁴ 望月徹⁵

久留米大・環境医学¹ 日本サンゴ礁学会² 国際潜水教育科学研究所³
DAN JAPAN⁴ 東京慈恵会医科大学⁵

【背景】ヒトが高気圧という特殊な環境に曝される潜水および潜函作業に従事する者は、潜水土免許を取得しなければならない。潜水に対する適応は個人差が大きいため、例えば新入社員全員に潜水土免許を取得させ、個々人の適正をみながら潜水作業現場へ適正配置を行なっている事業所もある。一方、海中生物を対象とする生物学者や、海中遺跡を研究対象とする研究者も職業性潜水作業者であるが、潜水は彼らの主たる目的ではないことから、特に学部生などが潜水土免許を取得せずに調査潜水へ同行している実態がある。調査潜水における規範や潜水プロフィールは主に各施設に委ねられているが、調査研究潜水では死亡事例も起こっている。そこで、2023年より日本サンゴ礁学会調査安全委員会は研究者ダイバーの現状を把握し、調査潜水の安全性向上のための活動を開始した。

【目的】これまでに発生した研究者ダイバーに関する事故事例を収集し、研究者ダイバーが置かれている実情を報告する。

【対象と方法】インターネットを用い、調査・研究に関する潜水事故事例を収集した。また、潜水を必要とする研究が行われている学会のHPを閲覧し、情報を収集した。なお、潜水訓練にてしばしば報告される消防の潜水訓練事故事例についても収集した。

【結果】1996年以降、10件以上のフィールド調査事故事例が報告されていた。死亡事例は必ずしも潜水深度が深いわけではなく、浅瀬で藻類の調査潜水を行っていた事例もあった。また、潜水ではないが、植物採取のために川を渡った際に流され、死亡した事例もあった。事故の原因は、引率者が目を離した隙や、バディ潜水（安全のため潜水は二人コンビで潜ること）を行っていなかった際に発生しており、無理な潜水計画が原因であったという記録はなかった。さらに、海中生物学者の中にはレジャーダイビングに必要なCカードを取得していない学部生を引率して調査潜水を行なっているという情報もあった。

【考察】研究者ダイバーの主たる目的は調査であることから、目的を達成するために海象が不良でも無理な潜水を行う可能性を秘めている。我々の検証では、熟練したインストラクターダイバーでさえ海象不良時はストレスホルモンであるコルチゾールが上昇している。研究者自身が調査対象物を間近に観察することは研究にとって極めて重要である。次世代の研究者を育成するという観点からも学部生のうちに調査潜水へ同行するという事は極めて重要であるが、潜水適正や高い職位者からの圧力によって潜水に同行している可能性も否定できず、その場合はストレスがかかっており、事故の発生率が高まる。各大学や研究室では、独自の倫理基準が設けられているが、一度事故が起これば資料の収集を調査潜水専門潜水土へ委託するという考えに傾く。まずは現在の各施設の倫理、調査潜水の状況、ヒアリハットに代表される情報を収集・分析することで、研究者自身がより安全に調査潜水を行う法を含めた環境を整備する必要がある。

S5-2 社会医学系研究における倫理審査に際しての課題

○倉田真由美^{1,2} 樋野村亜希子²

滋賀医科大学医学部附属病院臨床研究開発センター¹ 滋賀医科大学研究活動統括本部倫理審査室²

【問題の所在・目的】

日本国内において、人の生体試料や情報を用いて健康に関する事象を研究する場合は、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」（以下、医学系指針）を遵守して実施することが義務付けられている。この医学系指針では「生命科学・医学系研究」を“人を対象として国民の健康の保持増進又は患者の傷病からの回復若しくは生活の質の向上に資する知識を得ることを目的として実施される活動”と定義しており、医学系の大部分の研究は医学系指針に基づき承認を得て実施することになる。

前述の医学系指針制定以前は、「疫学研究に関する倫理指針」と「臨床研究に関する倫理指針」と個別の指針があったが、2015年に統合され「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」となり、薬品や医療機器の安全性・有効性を検証する臨床研究と、社会・集団の健康を衛ることを主眼とする公衆衛生学研究や、同じく集団を対象に疾病の発原因や予防策を追究する疫学研究などの社会医学系研究が同一の指針で倫理審査を受審することになった。指針が統合され10年を迎えようとしているが、介入や研究に伴う侵襲による被験者保護の観点から倫理審査を行う臨床研究と、社会や集団を対象とし社会的理解の促進や信頼の獲得が倫理的課題である社会医学系研究とが同一の医学系指針で倫理審査の承認を得ることが強いられているが、研究の対象もアウトカムも異なる研究が、ひとつ指針で審査を行うことにこれまで問題は生じていないのだろうか。そこで本研究では、社会医学系研究が医学系指針で倫理審査を受審する運用における課題を明らかにすることを目的とする。

【研究の概要】

1) 本学における医学系指針での倫理審査状況について、社会医学系研究及び非医学系研究に着目し、指針統合の変遷と審査件数を突合し経年の推移を明らかにするとともに、審査過程において生じた問題について取り纏める。

2) 下記の指針について比較検証を行い、社会医学系研究の倫理審査において不足していると考えられる項目について抽出する。

- ・「疫学研究に関する倫理指針」（平成25年4月1日改正）文部科学省・厚生労働省

- ・「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成26年12月22日）文部科学省・厚生労働省

- ・「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」（令和3年3月23日）文部科学省・厚生労働省・経済産業省

3) 社会医学系研究及び非医学系研究における倫理審査の問題について、先行研究における指摘事項を抽出・類型化し可視化する。

【結果・考察】

1) から 3) までの調査により、社会医学系研究を現行の医学系指針で審査を進めるにあたり、以下の問題点が見いだされた。医学系指針の本質は、介入研究や研究に伴う侵襲から被験者を保護することにある。このため侵襲を伴わない研究や介入を行わない研究については迅速審査で可能な建付けになっており、運用上、社会医学系研究の多くは迅速審査で回付されていた。このためヒアリング審査等で議論を尽くす機会が臨床研究に比して略された状況にある。社会的合意形成が重要な社会医学系研究であることを踏まえ、考慮が尽くされているかについて、臨床研究とは異なる視点で十分な審議をする必要性がある。この他、臨床研究と同一の医学系指針で審査することにより生じている弊害として、倫理審査において作成が必須の申請書の一つである研究計画書について、医学系指針第7（研究計画書の記載事項）の項目に準じ計画書を作成することを義務付けているが、社会医学系研究では記載がそぐわない事項が含まれており、倫理審査を経て承認を得るためには記載整備が求められることから苦慮している実態が明らかになった。社会医学系研究の領域は疫学や公衆衛生学のほか、今日では法医学や医療情報学、医学統計学、医療倫理学なども包含し、これらの領域に取り組む研究者は医師のみならず人文社会科学系の研究者も従事しており、非常に多岐の領域に渡る研究者が社会医学系研究に取り組んでいる。社会医学系研究の推進のためには、審査の視点を整理し、適正な倫理審査による承認が得られるような倫理審査の適正化とともに、より迅速・円滑に審査ができるシステムの構築が必要である。

S5-3 中国の動画サイトにおける HPV ワクチン関連動画のユーザーおよびコメント特性の分析

○徐桜吟¹ 叢瑞晨¹ 阪口昌彦² 片山佳代子³ 金群⁴ 西村昭治⁴ 扇原淳⁴

早稲田大学大学院人間科学研究科¹ 大阪電気通信大学情報通信工学部²

群馬大学情報学部³ 早稲田大学人間科学学術院⁴

【背景・目的】

ヒトパピローマウイルス（以下、HPV）ワクチンは、子宮頸がんを予防できる唯一のワクチンとして推奨されており、その有効性と安全性については多くの研究で検証されている。中国では、2017年に二価ワクチンが発売されて以降、社会的にも注目されている。HPV ワクチン接種行動に関連する個人要因としては、子宮頸がん関連知識があるが、近年、健康情報源としてインターネットが多く使用され、そこでの情報が人々の健康行動に影響していることが報告されている（Scott & Mars, 2020）。インターネット動画コンテンツには、多くの場合コメント欄が付随しており、コメント欄を通じた視聴者の動画への理解度や考え方を把握することや、投稿者へのフィードバックによりコンテンツの改善に繋げることが可能となっているものの、HPV ワクチン関連動画についてそれらを検討したものはあまりない。

そこで、本研究では、中国で利用者数が最も多い動画サイトである「Bilibili.com」を対象に、HPV ワクチン関連動画と動画に対するコメントの特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】

動画サイト「Bilibili.com」で「HPV ワクチン」をキーワードとして、Bilibili.com の Application Programming Interface（以下、API）と Python 3.10.12 を用いて関連動画を収集した。2024年7月1日までに、視聴回数順の上位1,000本の動画（サイト規制により検索結果は上位1,000本まで表示される）の動画ID番号、視聴回数とコメント数を自動収集した。収集された動画の中でタイトルに「HPV ワクチン」を含まない動画を抽出し、動画内容を確認した上で、関連動画ではないものを除外した。次に、APIを用いて、各動画のコメントに含まれるユーザーIDとコメント内容を収集した。データ分析では、ExcelとPythonを使用し、記述統計量の算出とテキストマイニングを行った。

【結果】

自動収集された動画のうち、最終的に828本の動画を対象とした。収集された動画に対するコメント46,197件、コメントに対するコメント69,045件、合計115,242件のコメントがあった。コメント有の動画は761本（91.91%）、コメント数の中央値は10.0件であった。コメント数が最も多かった動画は、産婦人科医によるもので、4,185件のコメントがあった。

コメントは70,549人のユーザーによって発信され、コメント2件以上を投稿したユーザーは17,725人（25.12%）で、計62,418件（54.16%）コメントを投稿した。ユーザーの性別では、女性18,909人（23.99%）、男性13,655人（17.32%）、非回答が最も多く46,263人（58.69%）あった。最もコメントを発信したユーザーは、医師で、自身が投稿した1つの動画に合計218件のコメントを投稿していた。収集したコメントの内容をノイズ除去と分かち書きの前処理をし、テキストマイニングを行った結果、最も出現頻度の高い名詞は「疫苗（ワクチン）」15,986回、形容詞は「好（良い/とても）」9,549回、動詞は「打（打つ）」37,136回であった。

動画に対するコメントについての感情分析では、ポジティブ23,307（50.45%）、中立的7,194（15.57%）、ネガティブ12,977（28.09%）であった。性別と感情分析得点の関連では、女性ユーザーが男性と非回答のユーザーよりもHPV ワクチンに対する態度が積極的であった（順位和検定、 $p=0.004$ ）。

【考察】

本研究結果から、ネガティブな内容が含まれていない動画でも、ネガティブなコメントがみられ、投稿者と視聴者の間で認識のギャップが存在する可能性が考えられた。健康情報に関するコンテンツ制作において、投稿者が意図したメッセージが、必ずしも視聴者に正確に伝わらない可能性があること、また、意図した内容とは異なる主義主張を持つ者によるコメントの投稿やその影響についても検討が必要である。

HPV ワクチンに対する態度が、男性ユーザーは女性よりも有意的に低かったが、世界的にみても、男性のHPV ワクチン接種の普及は進んでいないとは言えない。ワクチン接種によって予防可能な中咽頭がんの男性罹患数では、日本と中国で増加傾向にあることから、特に若年男性へのHPVに関する健康教育やHPV ワクチン接種促進に向けた意思決定支援が必要であり、今後、SNSを活用した新しい支援方策が益々重要となると考える。

一般演題

S5-4 ハンセン病療養所・外島保養院（大阪）の開設・移転経緯の検討 —都市における共生社会の課題を考える—

○前野友志

関西大学大学院・社会安全研究科

【目的】大阪にはかつてハンセン病療養所・外島保養院があったが、岡山県長島に邑久光明園として移転されている。先行文献では、室戸台風による外島保養院の壊滅と住民の反対運動があったことにより、大阪で再建できなかったとされている。住民の反対運動以外の、大阪で再建されなかった社会的要因があるのではないかと考察した。

【方法】西淀川区・大阪市・大阪府・尼崎市の地方史誌を参照した。邑久光明園の資料館を訪問し、学芸員・入所者から外島保養院の説明を受けた。

【結果】

1. 西淀川区の変容

外島保養院が置かれた現在の西淀川区中島は、大阪湾に注ぐ河川が運搬した土砂の堆積によって形成された地域である。外島保養院は 1909 年に開院した。当時の西淀川区域の人口は約 4 万 4 千人であった。水害対策と大阪築港のために淀川改修工事が行われた。大阪市は工業化が進み、中心市街地から周辺部へと人口が増加した。関東大震災後を経て大阪にはさらに人口が流入した。1920 年代、大阪市は人口・面積・工業生産額において全国第一位の大都市となり、「大大阪」時代を迎えた。1922 年～1925 年の間に西淀川区域には 53 の工場が創業された。西淀川区域の人口は 1925 年に 12 万人となり、大阪市第二次市域拡大に伴って大阪市に編入された。

2. 都市計画と外島保養院の移転計画

第二次市域拡大後に構想された総合大阪都市計画では、外島保養院を大阪南部・泉北地域へ移転させ、その跡地に公園を整備することが構想された。しかし、泉北地域の住民が療養所設置反対運動を起こし、外島保養院は移転されなかった。泉北地域の反対運動の理由には、ハンセン病療養所が地域の産業・観光・軍事に悪影響を与えることが挙げられた。一方、保養院があった西淀川区・大阪市、近隣の尼崎市でも住民と市議員によって反対運動が行われた。西淀川区・大阪市、尼崎市の反対運動の理由には、外島保養院が西淀川区に存在し続けることは大阪市・阪神地域の経済発展の障害になることが挙げられた。

【考察】明治以降の大阪の工業化に伴って、西淀川区域は産業・住人の構成が変化し、さらなる人口の増加と工業化が期待される大大阪の発展に重要な地域へと変容した。淀川改修・関東大震災による間接的影響と室戸台風による直接的影響を受けて、外島保養院は大阪に再建されなかったと考えた。外島保養院の経緯から、都市には経済活動に直接的に寄与しない施設を排除する作用があると考えた。現在は共生社会の実現が目標となっている。共生社会の実現には、医療・福祉分野に加えて、企業や産業政策・都市計画に関係する人と連携する必要がある。

一般演題

S5-5 水俣病によってもたらされた医療と社会へと影響と変化

○竹山月渚¹ 延命賢一² 牧下晃大² 白濱勇斗²

久留米大3年¹ 久留米大2年²

【目的】水俣病の被害が拡大した原因と水俣病によって変化した環境問題への意識や法制度を知る。水俣病を通して、また、原因不明の疾患や既存の疾患に分類できない症状が出現した際、医療の初期対応としてふさわしい行動を明らかにする。

【方法】水俣協力病院院長高岡滋先生、水俣病不知火患者会事務局元島市朗様、熊本民医連水俣病担当原田敏郎様へのインタビューと現地視察を行ない、水俣市立水俣病資料館にて情報を収集した。

【結果】水俣病は、保健所への報告から原因判明まで12年も要していた。初期対応は、地域病院間での情報共有と保健所への報告が適切であった。保健所による原因追及にかかる時間を短縮することは困難であるため、いかに早く保健所に報告するかが重要であった。また、被害拡大の最大の原因は原因企業であるチッソが企業の利益を優先するために隠蔽したことであった。サイクレーターを建設するがサイクレーターには水銀除去能が無いことを隠し、チッソ付属病院での実験結果も公表しなかったことで被害拡大へとつながった。その結果、公害対策基本法や水質汚濁防止法が制定された。

【考察】疾患の重さは個人によって異なるため、同じ原因や疾患であっても症状が異なる。初期対応として患者個人を診ることを考慮すると、誤診を防ぐためにセカンドオピニオンを勧め、病診連携を測る必要がある。同じような症状が複数人に認められた場合、保健所への報告から原因追及へと動くことができる。患者個人から地域全体へと視野を拡大することによって保健所へのより早い報告が可能となる。また、公害の発生により高度経済成長で経済発展を優先する考えから、生活環境保全を優先する考えへと移行し、法制定により企業の協力が義務化された。疾病は未然に防ぐことが第一であるが、何かが起きてからでないと対応や防止策を考えることは困難である。以上より、最も大切なことは初期対応と拡大防止である。

【結論】水俣病被害拡大の最大の要因は経済成長を優先したことによる、企業の無責任な隠蔽行為であった。水俣病によって環境保全を優先する動きが高まり、法制度が成立され企業が公害予防に努める義務が課される環境へと変化した。原因不明の疾患への初期対応としては、病院間の連携と迅速な保健所への報告である。

S5-6 求められる医学教育の変化 —医療社会学の導入から得た示唆と今後の課題—

○木村美也子¹ 望月篤²

昭和女子大学¹ 聖マリアンナ医科大学²

【はじめに】

近年、わが国においても国際基準に対応した医学教育認証制度が確立され、医学教育の現場では大きな変化がみられている。医学教育モデル・コア・カリキュラム（以下、コアカリ）の平成 28 年度版では、「社会と医学・医療」に「医師に求められる社会性」が登場し、そのねらいとして「臨床実践に行動科学・社会科学の知見を生かすことができるよう、健康・病い・医療に関する文化人類学・社会学（主に医療人類学・医療社会学）の視点・方法・理論について、理解を深める」ことが掲げられた。さらに令和 4 年度版では、「総合的に患者・生活者をみる姿勢」が新たに追加され、その「社会の視点とアプローチ」のねらいとして、「文化的・社会的文脈のなかで生成される健康観や人々の言動・関係性を理解し、文化人類学・社会学（主に医療人類学・医療社会学）の視点から、それを臨床実践に活用できる」ことが掲げられた。つまり医療社会学のような学問を、実践の場に活かすための教育が求められているといえるだろう。令和 3 年度に聖マリアンナ医科大学で「医療社会学」を開講し（2・3 年生対象）、3 年が経過したことから、本報告では医療社会学の導入から得た示唆と今後の課題について論じたい。

【報告】

1. 医療社会学の導入から得た示唆

医学部の公衆衛生学や予防医学の講座では医療と社会との関連について取り扱っているが、これは基本的に「集団の健康」を目指すものであり、社会学の視点から医療をみる医療社会学とは似て非なる側面も多い（医療社会学が公衆衛生学を批判的に論じることもある）。医療社会学の講義では医療をめぐる様々な理論、批判、患者の声を取り上げているが、学生はすでに自らを医師の立場に置き、こうした批判的な視点に身構え、反論から始めることもしばしばであった。医療者の中にいる彼らにとっては当然の反応でもあるが、これまで考えたこともなかった視点での医療に対する批判や多様なものの見方、感じ方、時にわかり合えないこと等について学び、議論することで、正解のない医療社会学という学問や、患者、家族、市民の言動への関心が少なからず深まっているようである。納得するしないは別として、理解しようという姿勢がみられることが、1 つの成長であると考えている。

また講義では、理論等の説明の後、問題を提起し、学生たちが各々の意見を述べる形をとっているが、回が進むに連れ、積極的な発言が増え、時に辛辣な意見も取り交わされる。「同年代の学生がそんなことまで考えているのか」という驚きは他の学生への刺激となっているようでもある。一方で、発言が苦手な学生への対応も含め、毎回の講義の最後にレポート提出を義務としている。こちらも講義を重ねるにつれレポートの記載内容が増え、「初めのころは数行書くのも難しかったけれど、最後の頃は配布された用紙に書き切れなくなった」等の記述もみられるようになっていく。また自身の個人的な体験を記載したり、医師になった際にこうしたことには注意したいなど、臨床の場への応用についても考えることが増えてゆく。このような学生の変化を見るにつけ、問い、答えを模索し、時に憤り、共感するという時間の共有が、コアカリの目指す「医師に求められる社会性」「総合的に患者・生活者をみる姿勢」の習得に有用なプロセスの 1 つなのではないかと考えるに至っている。

2. さらなる視点

令和 4 年度版のコアカリでは「患者の健康観や病いに対する価値観を理解するうえで、健康に関わる知識（定義、健康寿命、健康生成論、ウェルビーイング、QOL、SDH、ICF、UHC 等）を活用し、健康問題に対する包括的アプローチが実践できる」「健康の社会的決定要因とアドボカシーの概要について理解している」という学修目標も新たに加えられたが、これらの多くも自身の医療社会学の講義の中で扱っている内容である。例えば、近年は薬害エイズについて知らない学生も多いことから、学生と同年代の薬害エイズ被害者の語り、国を動かした社会活動について紹介し、アドボカシーについての理解を深めるようにした。すると「街頭募金でさえも全く興味がなく通り過ぎていたけれど、今回、社会活動の重要性が初めてわかった」等、人々が声を挙げること（挙げざるを得ない状況）に共感する学生の声が多く聞かれ、アドボカシーと医療についても深い議論が展開され、驚かされた。

3. 課題

上記で示してきたように、医療社会学の導入は、学生の同学問や人々の言動、考え等への理解を深めるのに大変有用であると考えられるが、それを臨床実践に活用できているかどうか、（大いに期待はしているものの）実際に見届けることはできていない。学生が臨床の現場で指導を受けるのは各科の医師であり、その医師たちがどれだけ医療社会学に理解を示しているかも結果を大きく左右するだろう。コアカリに掲げられた目標は画期的な内容であるが、それを実現するには臨床の指導者へのアプローチも必要であり、願わくば医療に関わる方々には広く医療社会学について知っていただきたいと考える。

*本発表に関し、利益相反はない。

