

東海公衆衛生雑誌 Tokai Journal of Public Health

第3巻 第1号

平成27年

目次

| | |
|----------------------------|---|
| 第61回東海公衆衛生学会学術大会抄録集 | 1 |
| メインテーマ 「人口減少社会の地域保健活動」 | |
| 会 期 平成27年7月11日（土） | |
| 会 場 岐阜県立看護大学 講義棟 | |
| 学術大会長 黒江 ゆり子 （岐阜県立看護大学長） | |

論文

| | | |
|----------------------------------|---------|----|
| 食生活改善推進員の意識向上と活動内容との関連 | 長幡友実, 他 | 55 |
| 危機管理システムにおける保健師の参画実態 | | |
| －危機管理担当部署に所属する保健師の面接調査より－ | 若杉早苗, 他 | 60 |
| 中学校教員の多忙感, 互惠性及び信頼とメンタルヘルスとの関連 | 水田明子, 他 | 67 |
| 自治体に所属する保健師の事業・社会資源の創出に関する実践上の困難 | 道林千賀子 | 73 |
| －所属・保健師経験年数による違い－ | | |
| 町村障害福祉行政組織における障害者の就労支援の現状と課題 | | |
| －A県の専門職配置の実態調査より－ | 土本千景 | 83 |

| | |
|----------------------------|----|
| 第60回東海公衆衛生学会学術大会の報告 | 90 |
| 東海公衆衛生学会 理事会通信 | 91 |
| 東海公衆衛生学会の歩み | 95 |
| 東海公衆衛生雑誌 投稿規定 | 98 |



ごあいさつ

このたび、第 61 回東海公衆衛生学会学術大会を、岐阜県立看護大学において開催できますことは大変光栄に存じます。

本大会は、東海地域において公衆衛生活動の実践、研究、教育に従事しておられる皆様が交流することを通して、公衆衛生活動の充実や研究の向上に資することを目的として継続されてきております。

さて、今回の大会では、大きな社会の変化をふまえた課題とも言える「人口減少社会における地域保健活動」をメインテーマに取り上げました。教育講演として、日本人口学会に所属しておられる四日市看護医療大学の東川 薫先生に「東海地域の人口変動と今後の地域社会」をテーマにご講演をいただきます。また、シンポジウムでは、テーマを「人口減少・少子高齢社会における地域保健活動」として、5 名のシンポジストの方々に、各地域の現状や参考になる事例を発表していただきます。いずれも、各地域で公衆衛生活動に携わっておられる皆様に、参考にしていただける内容になるものと考えております。

また一般演題には、33 題と多くの応募をいただきました。活発な議論がなされ、議論が深まることを心から期待しています。

最後になりましたが、本大会にご参加いただきました皆様にとって有益な会になりますことを、また東海公衆衛生学会のより一層のご発展と、参加されました皆様のますますのご健勝、ご多幸を祈念いたしまして、ごあいさつとさせていただきます。

平成 27 年 7 月

第 61 回東海公衆衛生学会学術大会 大会長
岐阜県立看護大学 黒江 ゆり子

第 61 回東海公衆衛生学会学術大会 概要

- 会 期** 平成 27 年 7 月 11 日 (土)
10 時 50 分～16 時 20 分 (受付開始 10 時 15 分～)
- 会 場** 岐阜県立看護大学
(住所：岐阜県羽島市江吉良町 3047-1)
- 学術大会長** 黒江 ゆり子 (岐阜県立看護大学長)
- メインテーマ** 「人口減少社会の地域保健活動」
- 参 加 費** 会員：1,000 円、非会員：2,000 円
学生：500 円 (学生区分は大学生及び専門学校
生とし、大学院生は含みません)

* 本学会へ出席された方は、日本公衆衛生学会認定専門家「認定地方公衆衛生学会」への出席として、15 ポイントが得られます。

大会に参加される皆様へ

○ 参加者の皆様へ

- (1) 受付は岐阜県立看護大学講義棟の1階西側入口にて、10:15から行います。
- (2) 参加者の方は、東海公衆衛生雑誌に同封して送付しております「参加受付票」に必要事項をご記入（当日受付でもご記入いただけますが、記入してお持ちいただくとう受付がスムーズです）の上、受付で参加費をお支払いください。参加費は、会員：1,000円、非会員：2,000円、学部等学生（大学院生は除く）：500円です。
- (3) 当日は、事前にお送りした東海公衆衛生雑誌(大会抄録集)をご持参ください。
- (4) 会場内では受付時に配布する参加者用ネームプレートを着用ください。
- (5) 会場周辺には、コンビニや昼食をとることができる飲食店はほとんどありませんので、昼食をご用意ください。昼食は、発表会場でお取りいただけます。ゴミの持ち帰りにご協力ください。
- (6) 会場までは公共交通機関、または自家用車をご利用ください。
- (7) 開会式は行いませんので、ご注意ください。
- (8) 学会総会を13:00から2階講義室201で開催いたします。会員の方はご参加ください。

○ 評議員の皆様へ

- (1) 評議員会を12:10から1階講義室104で開催いたします。
- (2) 事前に申し込まれた方にはお弁当(お茶付、1,000円)を会場に準備いたします。お弁当は6月29日までに学会事務局(名古屋大学予防医学教室)へお申込みいただいております。

座長・発表者の皆様へ

○ 座長の皆様へ

- (1) 講義棟1階西側入り口で会員受付を済まされた後、「座長・発表者受付」にお越しください。座長の受付を行います。担当される演題発表時間の20分前までに受付をお済ませください。
- (2) 各会場において進行をお願いします。演題の発表時間は口演1題10分(発表7分、質疑3分)です。口演の会場では、6分で1鈴、7分で2鈴、10分で3鈴が鳴ります。時間内での進行にご協力ください。
- (3) 質疑では、質問者に所属・氏名を述べてから発言するようご指示ください。

○ 口演発表者の皆様へ

- (1) 講義棟1階西側入り口で会員受付を済まされた後、「座長・発表者受付」にお越しください。発表者の受付を行います。
口演発表をされる方で、
 - ・演題A-1～3、B-1～3、C-1～3の発表者は10:15～10:30
 - ・演題A-4～5、B-5～8、C-5～8の発表者は10:30～10:45の間に受付をお済ませください。
- (2) 口演発表者でパワーポイントを使って発表される方は、「座長・発表者受付」にて、大会事務局で用意したUSBメモリーにファイルをコピーしてください。会場のパソコンは、Microsoft Windows 7、Microsoft Power Point 2010以上を使用しています。受付時に動作確認してください。
- (3) 次演者席を各発表会場の前部に設けます。前演者の発表が始まりましたら、次演者席へ移動してください。
- (4) 進行は座長の指示に従ってください。発表時間は1題10分（発表7分、質疑3分）です。6分で1鈴、7分で2鈴、10分で3鈴が鳴ります。時間厳守をお願いします。
- (5) 追加・訂正資料がある場合は、各自、当日会場へ持ち込んでください。各発表会場で配布できます。

○ 示説発表者の皆様へ

- (1) 講義棟1階西側入り口で会員受付を済まされた後、10:15～10:30の間に「座長・発表者受付」にお越しください。発表者の受付を行います。
- (2) 受付終了後10:50までに、2階講義室202の指定のホワイトボード（縦90cm×横180cm、高さ180cm）に各自資料を掲示してください。資料は、ホワイトボードにメンディングテープで貼っていただく形になります。メンディングテープはご用意いたします。
- (3) 示説発表は、座長はおりません。発表者の方は、指定の時間はできるだけパネルの前において、フロアからの質問にお答えください。
- (4) 13:30以降、掲示物を撤去し、各自でお持ち帰りください。15:30までは撤去し終わるようにしてください。

会場（岐阜県立看護大学）へのアクセス

（新幹線「岐阜羽島」駅、名鉄羽島線「新羽島」駅下車 徒歩15分）



（図は大学HPより）

新幹線の時刻

| | |
|------------------|-------------------|
| 名古屋 — 岐阜羽島 | 岐阜羽島 — 名古屋 |
| 8 : 44 — 8 : 56 | 16 : 44 — 16 : 54 |
| 9 : 19 — 9 : 32 | 17 : 14 — 17 : 25 |
| 9 : 49 — 10 : 05 | 17 : 44 — 17 : 54 |

名鉄名古屋本線：笠松 → 竹鼻・羽島線：笠松—新羽島

| |
|------------------|
| 笠松 — 新羽島 |
| 9 : 10 — 9 : 32 |
| 9 : 25 — 9 : 47 |
| 9 : 40 — 10 : 02 |

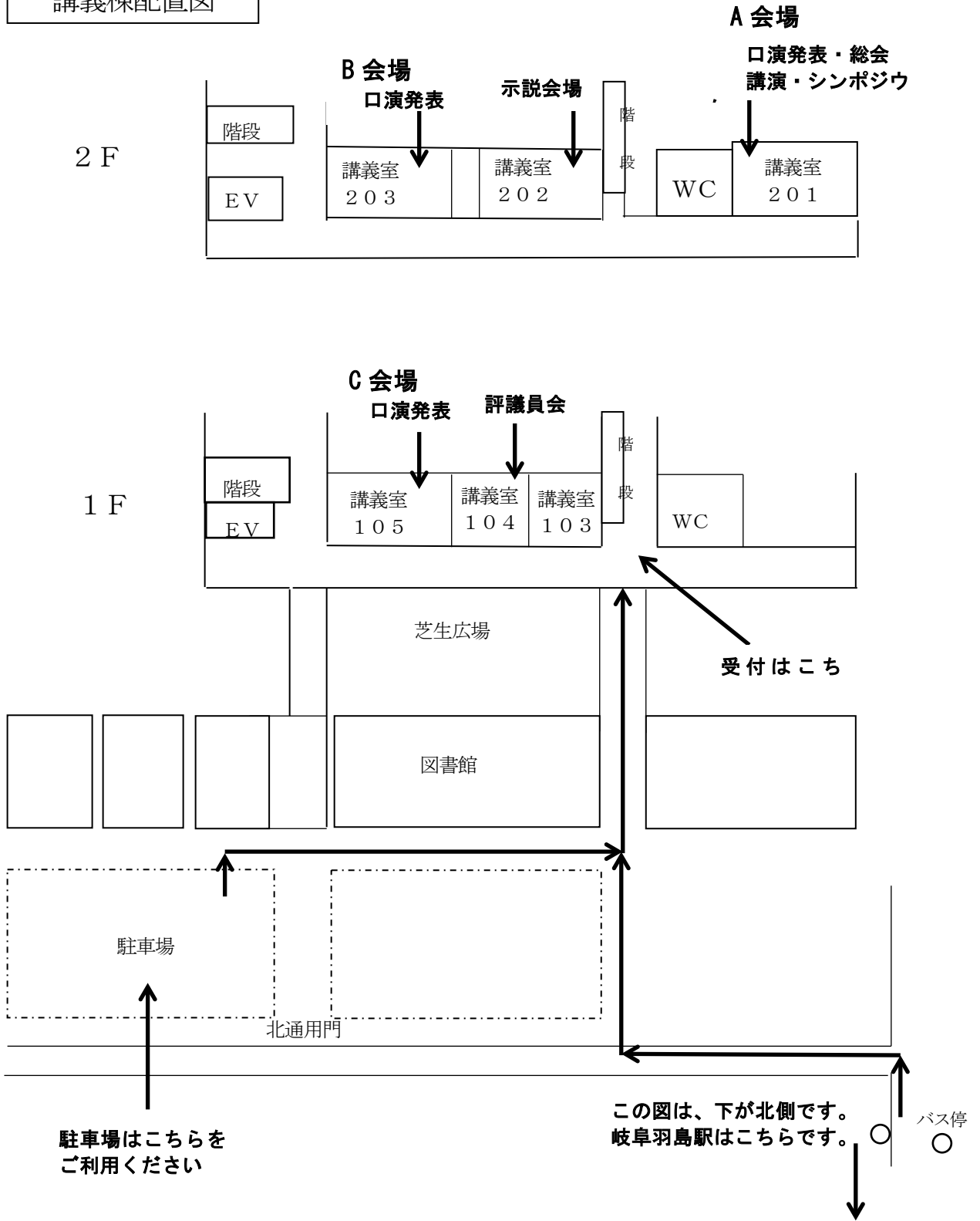
新幹線の岐阜羽島駅南口、あるいは、名鉄新羽島駅からは、徒歩で15分～20分、または、名阪近鉄バス、タクシーをご利用ください。

名阪近鉄バスの時刻

| | |
|-------------------|-------------------|
| 岐阜羽島—県立看護大学 | 県立看護大学— 岐阜羽島 |
| 9 : 10 — 9 : 14 | 15 : 05 — 15 : 10 |
| 10 : 10 — 10 : 14 | 17 : 05 — 17 : 10 |
| | 18 : 05 — 18 : 10 |

自家用車をご利用の場合は、名神高速道路「岐阜羽島」インターを降りてすぐ。北通用門からお入りください。

講義棟配置図



大会プログラム

10:15～ 受付 (研究棟 1階 西側入り口)

10:50～12:00 一般演題発表

口演 (1階 講義室 105、2階 講義室 201、講義室 203)

示説 (2階 講義室 202 : 会場内にホワイトボード設置)

12:00～13:00 昼休憩

12:10～12:50 評議員会 (1階 講義室 104)

13:00～13:30 学会総会 (2階 講義室 201)

13:40～14:40 教育講演 (2階 講義室 201)

「東海地域の人口変動と今後の地域社会」

講師：東川 薫氏 (四日市看護医療大学 准教授)

座長：久保田芳則氏 (岐阜県健康福祉部 次長)

14:50～16:20 シンポジウム (2階 講義室 201)

テーマ：「人口減少・少子高齢社会の地域保健活動」

シンポジスト：

佐藤かおり氏 (名古屋市 子ども青少年局子育て支援部 子育て支援課)

都竹淳也氏 (岐阜県 健康福祉部地域医療推進課 障がい児者医療推進室)

村松由美江氏 (愛知県 豊根村保健センター)

高木幸代氏 (静岡県 浜松市天竜区 水窪保健センター)

佐々木孝治氏 (三重県 健康福祉部 医療対策局)

座長：久保田芳則氏 (岐阜県健康福祉部 次長)

松下光子氏 (岐阜県立看護大学 教授)

会場別日程一覧表

| 時刻 | 会場 | | | | |
|------------------|-------------------|------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| | 岐阜県立看護大学・講義棟 | | | | |
| | 2階 | | | 1階 | |
| | A会場 講義室 201 | 示説会場 講義室 202 | B会場 講義室 203 | 講義室 104 | C会場 講義室 105 |
| 10:15 ~ | 受付 (講義棟 1階 西側入り口) | | | | |
| 10:50 ~ 12:00 | 口演発表 A-1~A-6 | 示説発表 D-1~D-17 | 口演発表 B-1~B-5 | | 口演発表 C-1~C-5 |
| 12:00 ~ 13:00 | 昼休憩 | | | 12:10~:50 評議員会 | 昼休憩 |
| 13:00 ~ 13:30 | 学会総会 | | | | |
| 13:40 ~ 14:40 | 教育講演 | | | | |
| 14:50 ~ 16:20 | シンポ ジウム | | | | |

一般演題（口演）

○ A会場（2階講義室201） 10：50～11：20 「成人保健」

座長：中部学院大学 看護リハビリテーション学部 教授 田中 耕

| 番号 | 演題名 | 発表者 |
|-----|---------------------------|---------------------------------|
| A-1 | BMI と胃がんリスクとの関連：前向きコホート研究 | 田村 高志 岐阜大学大学院医学系研究科疫学・予防医学分野 |
| A-2 | 地域住民における食べる速度と体型との関係 | 佐藤 佑太 浜松医科大学健康社会医学講座 |
| A-3 | 実際の体型と体型意識について | 柴田 陽介 浜松医科大学健康社会医学講座 |

○ A会場（2階講義室201） 11：30～12：00 「高齢者保健・難病」

座長：岐阜大学医学部看護学科 地域・精神看護学講座 教授 石原 多佳子

| 番号 | 演題名 | 発表者 |
|-----|--|-------------------------|
| A-4 | 地域在住高齢者男性のストレス対処能力に関する検討 | 原田 直子 名古屋大学大学院医学系研究科 |
| A-5 | 住民主体の介護予防に向けた取り組みー「介護予防政策サポートサイト」を活用したH市の試みー | 中村 廣隆 愛知県半田市役所 |
| A-6 | 一宮保健所における新たな難病対策について | 木戸 美代子 愛知県一宮保健所 |

○ B会場（2階講義室 203） 10:50～11:20 「成人保健・口腔保健」

座長：岐阜大学大学院医学系研究科 疫学・予防医学分野 准教授 和田 恵子

| 番号 | 演題名 | 発表者 |
|-----|--------------------------------------|---------------------------------|
| B-1 | メタロチオネイン遺伝子 (MT2A) A-5G 多型が腎機能に及ぼす影響 | 服部 雄太 名古屋大学医学系研究科予防医学 |
| B-2 | マグネシウム摂取と糖尿病リスクの関連 | 小西 希恵 岐阜大学大学院医学系研究科疫学・予防医学分野 |
| B-3 | 口腔保健からみた生活習慣病健診と体力データの現状について | 中村 真弓 あいち健康の森健康科学総合センター |

○ B会場（2階講義室 203） 11:30～11:50 「保健医療福祉システム」

座長：岐阜大学大学院医学系研究科 疫学・予防医学分野 教授 永田 知里

| 番号 | 演題名 | 発表者 |
|-----|---|--|
| B-4 | 障害者補装具支給制度について（遮光眼鏡について） | 高柳 泰世 本郷眼科・神経内科、愛知視覚障害者援護促進協議会、藤田保健衛生大学医学部公衆衛生学 |
| B-5 | Social franchising for health services in Myanmar | Su Myat Cho 名古屋大学大学院医学系研究科医療行政学 |

○ C会場（1階講義室 105） 10:50～11:20 「母子保健・メンタルヘルス」

座長：岐阜市立女子短期大学食物栄養学科 准教授 中村 こず枝

| 番号 | 演題名 | 発表者 |
|-----|---|---|
| C-1 | アメリカ、フランス、日本の経口避妊薬の利用の歴史を振り返る | ジョシュア・A・ライヤー 名古屋大学大学院医学系研究科 医療行政学 |
| C-2 | 乳児の第2指・第4指比（2D/4D比）は発達過程における自閉症のリスクを予測するか？ 第1報：幼児の手指測定法の検討 | 榎原 毅 名古屋市立大学医学部 |
| C-3 | 高校生におけるスマートフォンの利用と精神的健康状態との関連 | 田村 晴香 前名古屋大学大学院医学系研究科 博士前期課程 |

○ C会場（1階講義室 105） 11:30～11:50 「環境保健・感染症対策」

座長：岐阜大学大学院医学系研究科 産業衛生学分野 准教授 井奈波 良一

| 番号 | 演題名 | 発表者 |
|-----|------------------------------|-------------------------|
| C-4 | 名古屋市におけるPM2.5質量濃度と炭素成分の経年変化 | 池盛 文数 名古屋市環境科学調査センター |
| C-5 | 披露宴会場におけるノロウイルス食中毒・感染症対策について | 内川 愛弓 名古屋市東保健所 |

一般演題（示説：座長なし）

○ ポスター会場（2階講義室 202）11:00～11:20 「高齢者保健」

| 番号 | 演題名 | 発表者 |
|-----|--|---|
| D-1 | 地域在住高齢者の運動機能と転倒の関連について | 佐野 佑樹 三重大学大学院医学系研究科地域 包括ケア・老年医学 |
| D-2 | 地域在住高齢者におけるBDHQ（簡易型自記式食事歴法質問票）を用いた食事摂取状況と四肢筋量および体脂肪率との関連について | 飯田 蓉子 三重大学大学院医学系研究科地域 包括ケア・老年医学 |
| D-3 | 清須市における体力測定会の取り組み－測定会結果から見えてきたこと－ | 加藤 真弓 愛知医療学院短期大学リハビリテ ーション学科理学療法学専攻 |
| D-4 | 清須市における軽度認知機能低下者把握と介入の取り組み－ファイブ・コグと時計描画テストを用いて－ | 山下 英美 愛知医療学院短期大学リハビリテ ーション学科作業療法学専攻 |
| D-5 | 高齢者における人口減少に関連する要因 ～JAGESプロジェクト～ | 尾島 俊之 浜松医科大学健康社会医学講座 |

○ ポスター会場（2階講義室 202）11:20～11:40 「在宅ケア・教育・メンタルヘルス」

| 番号 | 演題名 | 発表者 |
|------|--|--------------------------|
| D-6 | 嫁介護者の介護の現状と介護負担に関する研究－山間農村部の1事業所利用者の分析－ | 細田 佳奈 岐阜大学医学部附属病院 |
| D-7 | 終末期がん看護に対する訪問看護師の困難とやりがいに関する研究 | 伊藤 由香子 名古屋大学医学部附属病院 |
| D-8 | 愛知県内訪問看護ステーションの小児の受け入れ体制と地域特性 | 新美 志帆 あいち小児保健医療総合センター |
| D-9 | 地域における看護活動の初期体験学習プログラムの実践－プログラム参加前後の認識の変化－ | 小林 和成 岐阜大学医学部看護学科 |
| D-10 | 過疎地域における参加型世代間交流から期待される高齢者・学生の相互効果 | 杉井 たつ子 常葉大学健康科学部 |
| D-11 | 精神障害者が地域生活を継続するための支援体制の検討 | 伊藤 亜古 岐阜県岐阜保健所 |

○ ポスター会場（2階講義室202） 11:40～12:00 「成人保健」

| 番号 | 演題名 | 発表者 |
|------|---------------------------|------------------------------|
| D-12 | 保健所保健師の効き脳とチーム力との関連 | 若杉 里実 愛知医科大学看護学部 |
| D-13 | ソーシャルデータによる疾患の発生予測の試み | 玉井 裕也 国立病院機構長良医療センター臨床研究部 |
| D-14 | 嘔むことに関する意識と肥満の関係 | 平光 良充 名古屋市衛生研究所 |
| D-15 | アロマセラピーによる運動疲労回復の効果 | 宮崎 紗也加 愛知学泉大学家政学部家政学科 |
| D-16 | 若い世代の骨塩測定からみた健診結果について | 立山 美子 愛知県一宮市市民健康部健康づくり課 |
| D-17 | 20-30 歳代女性における鉄栄養不足に関する調査 | 西田 友子 椋山女学園大学看護学部 |

第 61 回東海公衆衛生学会学術大会実行委員会

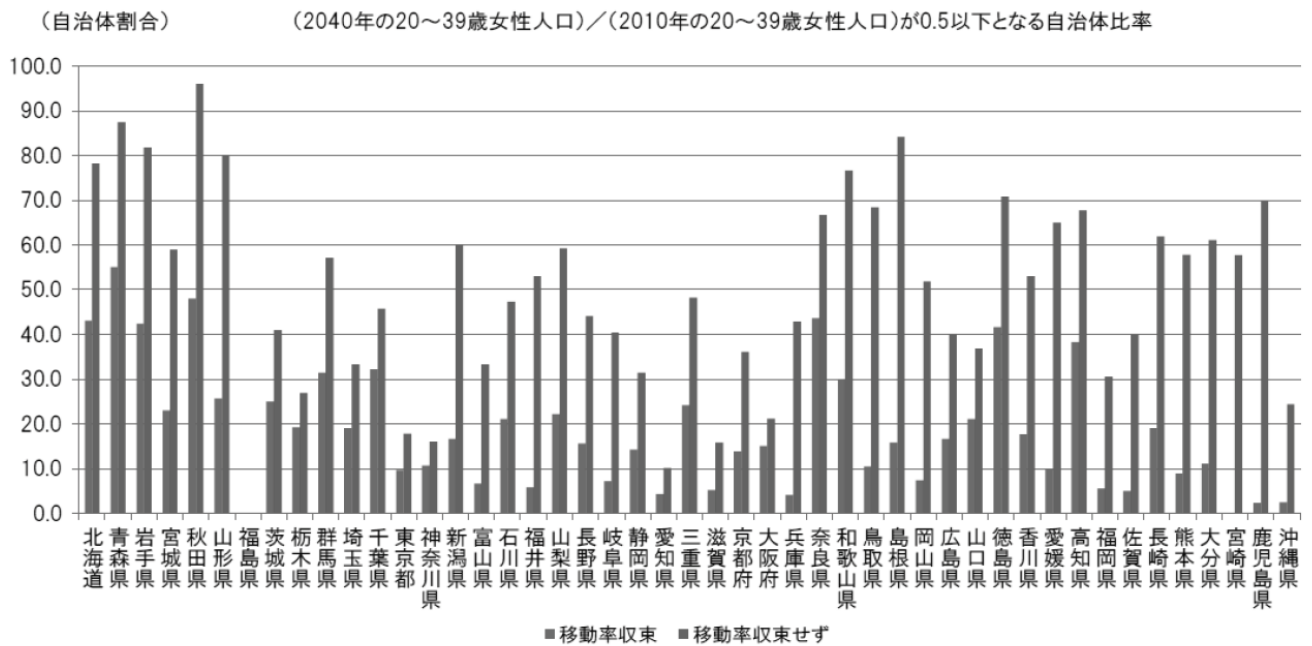
| | 氏名 | 所属 |
|-----|--------|------------------------|
| 会長 | 黒江 ゆり子 | 岐阜県立看護大学 学長 |
| 副会長 | 久保田 芳則 | 岐阜県健康福祉部 次長 |
| 副会長 | 竹腰 知治 | 岐阜県岐阜保健所 所長 保健所長会会長 |
| | 樋口 行但 | 岐阜県保健環境研究所 所長 |
| | 永田 知里 | 岐阜大学医学部 教授 |
| | 磯崎 篤則 | 朝日大学歯学部 歯学部長・教授 |
| | 石原 多佳子 | 岐阜大学医学部 教授 |
| | 北山 三津子 | 岐阜県立看護大学 看護学部長・教授 |
| 監事 | 宇野 秀宣 | 岐阜県立看護大学 参与兼事務局長 |
| 監事 | 山田 美奈子 | 岐阜県健康福祉部保健医療課 保健企画監 |

『東海地域の人口変動と地域社会』 四日市看護医療大学 東川 薫

1. 「増田レポート」とは?

地域人口推計の見直し → 2025 年首都圏における医療・介護ニーズの爆発 →
全国各地から若年女性人口が首都圏に移動 → 地方消滅

2. この地域はどうなるのか?



(備考)国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」及びその関連データから作成

3. 「増田レポート」の問題点

- ・人口推計とストーリーとの分離
- ・「人口ダム」政策と地域包括ケアとの折り合いの悪さ

4. 他のシナリオの可能性は?

- ・シナリオ 1
医療・介護マンパワー不足を補うため、首都圏が医療・介護特区に指定される →
この地域では、若年人口はある程度、名古屋・大阪に移動する
- ・シナリオ 2
同様に 3 大都市圏が医療・介護特区に指定される →
この地域では、外国人医療・介護従事者との協働・共生が不可欠となる

5. いずれのシナリオにおいても、程度の差こそあれ、地域医療・介護の今後の方向性は同じ
多様な職種、多様な人材間の協働・共生が不可欠となる

名古屋市の子育て支援施策 ―少子化の中での保健活動―

さとう かおり (名古屋市子ども青少年局子育て支援部 子育て支援課)

1. はじめに

本市の平成 25 年合計特殊出生率は、1.38 (全国 1.43) となり、前年を 0.02 上回り、平成 23 年と同じであった。出生数は、19,492 人で、前年を 118 人下回った。

内閣府は、現在の少子化の状況は、我が国の社会経済の根幹を揺るがしかねない危機的状況にあるが、少子化危機は、克服できる課題であり、少子化のトレンドを変えるため、直ちに集中して取り組むとして、少子化社会対策大綱～結婚、妊娠、子供・子育てに温かい社会の実現をめざして～(H27.3.20)を新たに策定した。本市も「なごや子ども条例」やそれに基づく「なごや子ども・子育てわくわくプラン 2015」で、すべての子ども・若者・子育て家庭の支援、困難を抱える子ども・若者・子育て家庭の支援を総合的に進めているところである。

2. 取組内容

少子化の中での保健活動として、本市は 16 区に保健所があり、そこに「子育て総合相談窓口」(以下窓口)が設置されている。専任保健師 1 名と囑託の子育て相談員(看護保健職または保育職)1 名がおり、専用の電話回線もある。子育ての不安を解消するため、開庁時間であればいつでも、来所や電話での相談を受けている。また、母子健康手帳交付時に妊婦全数面接を行っており、妊娠期からの切れ目のない支援がここからスタートする。面接や電話相談の内容から、必要に応じ地区担当保健師につないでいる。区役所民生子ども課や保育所、医療機関、児童相談所等、関係機関との連絡・調整・連携も行っている。

3. 考察・課題

16 区の保健所の窓口では、地域診断により、その区において何が強みで何が課題となっているかを捉えていなければいけない。子育て支援の場として、数はあったとしても、重複した役割のものは、一定整理されていくと考える。各々の区やその地域に合わせた子育て支援の場をいかに有効につなげていくかが課題である。また、妊娠期からの切れ目のない支援を推進するため、周産期医療機関や助産師との連携が重要である。どの区でも平等に有効な連携ができるよう、市医師会や県助産師会等と関わっていきたいと考える。

4. おわりに

社会経済の根幹を担う子ども・子育て支援の法整備や施策は、今後ますます進む。限りある財源も考慮し、既存の機関を活用しながら、子育て支援施策を推進していきたい。



岐阜県における人口減少の現状と課題

つづく じゅんや
都竹 淳也（岐阜県地域医療推進課障がい児者医療推進室長）

1. はじめに

岐阜県は本格的な人口減少時代に入っている。人口減少は、その過程において、子どもが減り、高齢者が大きく増加する一方で、それを支える「現役世代」である生産年齢人口が減少していくところに大きな問題がある。特に、働き、稼ぎ、消費する主体である現役世代の減少は、労働力や消費の減少などを招き、地域社会に大きな影響を与える。

岐阜県では、早くから人口減少問題に取り組んでおり、総合計画にあたる「岐阜県長期構想」においても、人口減少に伴って起こりうる課題への対応を県政策の基軸として打ち出している。ここでは岐阜県の人口減少の現状と主な課題について報告する。

2. 人口減少の現状と課題

2000年の国勢調査で210万7700人を記録した岐阜県の人口は、直近の2015年4月の推計人口は203万3千人余と大きく減少している。岐阜県政策研究会では、2040年には157万6千人になると推計しているが、人口減少は長く続くことが見込まれ、少なくとも向こう1世紀は人口減少から脱することは不可能だとみられる。

自然動態（出生数-死亡数）をみると、2014年は△5951人で、その減少幅は年々拡大している。このうち、出生数の減少は母親となるべき世代の女性人口が減少していることが大きな原因だが、これに未婚率の上昇と晩婚化が拍車をかけている。2010年の岐阜県の生涯未婚率は男性15.8%、女性6.8%であるが、今後上昇していくことは確実で、そのまま単身高齢者の増加につながり、地域社会の形を変えていく可能性が高い。

社会動態（転入者数-転出者数）をみると、人口の県外流出が大きく、年間5～6千人単位の人口純流出が続いている。2014年は△5645人と転出超過となっているが、その多くは20代の若者であり、県内に働きたい職場がないことが主な原因となっている。

高齢者の増加も著しい。特に医療・介護を要する75歳以上の高齢者は、2010年の約24万5千人から2030年には34万8千人まで増加すると見込まれ、要介護・支援認定者数も、7万9千人から12万4千人まで増加するとみられる。それに伴って、介護を行う職員数も2万1千人から3万3千人程度まで増やす必要があり、労働力人口が減少する中でその確保は困難になっている。受療率が大きく高まる75歳以上の高齢者の増加に対応した医療の確保、死亡者数の増加に合わせた看取りの場の確保も課題だ。

このほかにも、地域内の消費・売上げの減少や、地域のコミュニティ活動や伝統文化の維持などにも影響が出ることが見込まれる。

3. 考 察

人口は一度減り始めると「人口慣性」と呼ばれる現象が起き、容易には止まらない。少なくとも我々が生きていく間に人口増加に転じることはないと言ってもいい。いますべきことは、少子化対策などに全力を上げつつも、人口減少を所与のものとして受け止め、社会的な構造変化についての冷静な認識を持ったうえで、あらゆる分野において、人口減少社会に合わせた取り組みを行うことであろう。

過疎地域での様々なつながりに支えられた活動

むらまつ ゆ み え
村松由美江（豊根村保健センター）

1. はじめに

当村は、愛知県の北東部に位置し、長野県・静岡県に接し、名古屋市・豊橋市・浜松市まで車で約2時間の場所にある。総面積は155.91km²、9割以上は山林で占められている。平成17年に旧富山村と合併し、人口が1,400人から1,600人に増加したが、その後減少が続き平成27年4月1日現在の人口1,221人、出生数5人(平成26年度)、高齢化率45.9%、世帯数539で、高齢者のみの世帯が半数近くある。

村内の保健・医療・福祉関連施設は少なく、専門職の確保も難しいため職員は1人で様々な役割を兼ねている現状である。移動手段や買い物等生活全般に不便なところは多いが、地域の人助け合いや生活の工夫をすることで、不便さを補っている。

村民一人ひとりがその人らしく生活することを支えるために、限られた人材や社会資源の中で、様々な職種や村民が協力して活動している。ここでは、小さな村だからこそできる、関係者間の連携・協力を活かした活動について紹介する。

2. 活動内容

①保健・医療・福祉関係者との連携

保健・医療・福祉関連施設（保健センター・診療所・社会福祉協議会・高齢者生活支援ハウス）は隣接しており、職員間で情報交換や相談をしやすい環境にある。平成14年からは、各機関の職員による連絡会を週1回行っている。この連絡会は、高齢者が今の生活を続けられるように、一人ひとりの生活の様子や病気の状態、地域資源の活用状況等の生活背景情報の共有と支援方法を相談する場となっている。平成26年度からへき地医療拠点病院の医療スタッフも参加している。

②妊娠時からの連続した子育て支援

村に1か所しかない子育て支援センター・保育園の保育士と保健師は、保育園入園前の親子を対象とした子育て広場、乳幼児健診、発達相談等の事業を、協力して実施し、保育園入園後も継続して情報交換を行っている。

保育園・小学校・中学校は同じ敷地内にあり、日常的に子どもや職員同士の交流ができる環境にある。そのため教職員は、入学前に子どもたちの顔・名前・家庭の状況がほぼわかり、子どもたちはスムーズに新しい環境へ入ることができている。

また保育園・小学校・中学校・保健センター間では、ケース連絡やケース検討を随時行い、時には村外から専門家を招きアドバイスを積極的に受けている。

3. 結果・考察

定期的に保健・医療・福祉や子育て支援の関係者が顔を合わせることで、日常的にも情報交換したり相談したりする関係ができ、気になるケースへ早めに対応することができた。また、村内の機関だけでは不十分なところは多く、近隣市町村とも協力して住民サービスを充実させてきた。

人材の少ないこの地域で村民一人ひとりの暮らしを支えるためには、関係機関の連携・協力に合わせ、村民からの情報提供や地域での声かけや見守りは大きな力になっている。

少子高齢化の進んだ地域における保健事業の取り組み

～大規模合併後の地域の特性を生かした事業展開～

たかぎ ゆきよ
高木 幸代 (静岡県浜松市天竜区健康づくり課水窪保健福祉センター)

1. はじめに

天竜区は、平成17年7月に12市町村が合併した浜松市の北部に位置し、市面積の3分の2を占める。年々少子高齢化が進み、現在、高齢化率40.4%の区である。その中でも水窪地域は、長野県境に面した中山間地域であり、高齢化率54.4%となっている。

合併後、保健事業の平準化や見直しを図っていく中、天竜区における課題を考慮した取り組みの必要性を考え、グループ・ダイナミックスの活用や地域コミュニティの活性化を狙った、住み慣れた土地で安心して自立した生活をするための事業を実施したのでそれを報告する。

2. 取組内容

① 親子すこやか相談でのミニ講話の実施

年間出生数が5名以下の状況の中で、子育ての孤立の解消や母子の交流の場として、個別対応の親子すこやか相談開催時に併設して、集団教育的要素を取り入れたミニ講話を実施(保健師・管理栄養士・歯科衛生士が交替で対応)。さらに、その場には、主任児童委員等の協力も得て、地域で子育てを応援している人と母親たちの顔つなぎの場としても活用。

② 脳健康づくり教室の実施

概ね65歳以上の方を対象に1年間1つの自治会に対し重点的に関わり、認知症予防教室を開催。健康チェック・脳トレ・メインメニュー(苔玉・絵手紙等)様々な内容で実施。

③ 健康運動教室の実施

概ね65歳以上の方を対象とした転倒予防の教室で、10種類の下肢筋力アップ体操と身体を使って行うレクリエーションを取り入れ月2回開催。

3. 結果・考察

子育て支援としての親子すこやか相談でのミニ講話は、先輩ママの子育て体験談が聞け、参加者の子育ての振り返りができ、子育て意欲の向上に繋がっている。

高齢者支援の介護予防事業は、教室を継続することで、運動が習慣化され、年齢を重ねても変わらない生活が維持できている。また、行政が期待した以上に地域のコミュニティの活性化が図れ、自主活動に展開できている。

大規模合併を経て、80万人を超える政令指定都市になり、住民サービス、保健サービスの見直しをする中で、地域特性を考えた取り組みの重要性を強く感じている。

今後も、人口減少や高齢化率の上昇が回避できない状況を鑑み、事業展開を考えていく必要性がある。

三重県における健康づくりの取組

さ さ き こう じ
佐々木 孝治 (三重県健康福祉部医療対策局)

1. はじめに

高齢化が進展する中、国を挙げて健康寿命の延伸がうたわれている。三重県においても、三重の健康づくり基本計画「ヘルシーピープルみえ・21」(平成25年度～平成34年度)の中で、健康寿命の延伸と幸福実感を高めるための心身の健康感の向上を目標として様々な取組を進めている。これらの取組の中で、保健関係者(保健師、栄養士、歯科衛生士、食生活改善推進連絡員等)は重要な役割を担っており、今後一層の期待が高まる。

2. 取組内容・結果

①保健師の地域における活動

特定健診・特定保健指導など各種の健康診断等の事業に取り組むほか、他の職種とも連携しながら、イベント、講演会等による健康づくりに関する普及啓発活動を行っている。地域によっては、自治組織と連携しながら健康づくり活動を進めている。

②事業所の参画

「たばこ煙の無いお店」や「健康づくり応援の店」の登録を進めている。今後、さらに登録数を増やしていき、県民の意識を高めていくことが求められる。

③食の普及啓発活動

社員食堂における減塩モデル事業を実施。味の質を落とさず減塩できる可能性を見出した。今後、全県的な展開を検討する。「食のフォーラム」では、「もう一皿食べたい野菜料理」ということで、コンテスト方式のイベントを開催した。今後、このような参加型イベント方式により、多くの住民の関心を高めていくことが必要である。

④健康づくり研究会の開催

平成26年1月より、県内の保健関係者による研究会を開催している。エビデンスに基づく健康対策について情報共有している。

3. 考察

平成26年に成立した地域医療介護総合確保推進法に基づき、地域における医療提供体制の再構築が進められ、この中で、健康づくりのあり方も見直されることが期待される。また、まち・ひと・しごと創生総合戦略に基づき、人口減少に関する課題に取り組みつつ、安心して暮らせる地域づくりを果たすため、健康対策の推進が求められている。地域に根差し、より多くの関係者と連携していく上で保健関係者の役割はますます重要になっていくと思われる。

| | |
|--|-----------------------------|
| A-1 | BMI と胃がんリスクとの関連: 前向きコーホート研究 |
| <p>○^{たむらたかし}田村高志¹、小西希恵¹、後藤憂子¹、水田文¹、和田恵子¹、永田知里¹ 1) 岐阜大学大学院医学系研究科 疫学・予防医学分野</p> | |
| <p>【目的】 体格指数 (BMI: body mass index, kg/m²) の高値は、大腸がん・乳がん・肝がんなどのリスクを高めることが報告されているが、胃がんリスクへの関連は依然明らかでない。本研究では、前向きコーホート研究によって、日本人における BMI と胃がんリスクについて検討した。</p> <p>【方法】 研究対象者は、1992 年 9 月 1 日に開始された高山スタディの参加者 31,552 名(男性: 14,427 名, 女性: 17,125 名)のうち、ベースライン調査以前にがんに罹患していた者(760 名)および BMI 値の欠損者(1,782 名)を除外した 29,010 名(男性: 13,410 名, 女性: 15,600 名)である。2008 年 3 月末日までを追跡期間とした。BMI は自記式調査票より得られた身長と体重より算出した。得られた BMI 値に基づき、対象者を男女別に四分位群(Q1, Q2, Q3, Q4)に分類した。比例ハザードモデルを用いて交絡要因を調整し、Q1 群を基準群とした男女別の Q2, Q3, Q4 における胃がんリスクを推定した。調整要因として、年齢・喫煙歴・飲酒量・塩分摂取量・エネルギー摂取量・身体活動量・教育歴・糖尿病既往歴を用いた。</p> <p>【結果】 追跡期間中、636 名が新たに胃がん罹患した。男性において Q1 群と比べた Q2, Q3, Q4 におけるハザード比はそれぞれ 1.00 (95% CI: 0.77–1.29), 1.01 (95% CI: 0.77–1.31), 0.76 (95% CI: 0.57–1.02)で、女性ではそれぞれ 0.86 (95% CI: 0.59–1.25), 0.76 (95% CI: 0.52–1.12), 1.07 (95% CI: 0.76–1.53)であった。又、対象者を BMI の低値群(18.5 未満)、正常値群 (18.5 以上 25.0 未満)、高値群(25.0 以上)に分類し、正常値群を基準群として同様の解析を行った場合でも有意な関連は見られなかったが、男性においては高値群でやや有意にリスクが低下した (HR = 0.73, 95% CI: 0.54–1.00)。</p> <p>【考察および結論】 本研究において、BMI と胃がんとの間に有意な関連は見られなかった。本研究の限界の一つとして、ピロリ菌感染についての情報が得られなかった点が挙げられた。</p> | |

| A-2 | 地域住民における食べる速度と体型との関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|----|--|--|---------------|---------------|-------|---|-----------------------------|--------------------|--|-----------------------------|--------------------|---|----------|--------------------|--------------------|--|----------|--------------------|--------------------|
| <p>○佐藤佑太 (さとう ゆうた)¹⁾, 柴田陽介¹⁾, 岡田栄作¹⁾, 中村美詠子¹⁾, 小柳亜紀²⁾, 池田雅美²⁾, 【指導教員: 尾島俊之¹⁾】</p> <p>1)浜松医科大学健康社会医学講座 2)湖西市役所健康福祉部</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>【目的】健康日本 21 では、よく咀嚼してゆっくり食べることを推奨している。食べる速度と体型とは、関連があることがわかっている (Otsuka et al. J Epidemiol 16 (3) : 117-24, 2006). 健康こさい 21 の評価と見直しを行うべく、本研究は、湖西市においても同様の傾向がみられるか明らかにするため、食べる速度と体型との関連について検討を行った。</p> <p>【方法】対象は、20 歳から 74 歳までの湖西市民から無作為抽出された 2,750 人であり、平成 26 年度生活習慣についてのアンケート調査として、自記式によって調査が行われた。有効回答数は 1,462 (有効回答率 53.2%) であった。体型は BMI を用い、痩せは BMI < 18.5、普通は 18.5 ≤ BMI < 25、肥満は 25 ≤ BMI とした。食べる速度の調査項目として、遅い (以下、遅食い) ・普通・速い (以下、早食い) から選択した。体型を目的変数、食べる速度を説明変数としたロジスティック回帰分析を行った。「痩せ」の分析では「普通・肥満」を基準に、「肥満」の分析では「普通・痩せ」を基準にオッズ比を算出した。年齢を共変量とし、解析には SPSS22 を用いた。</p> <p>【結果】分析対象者 1,462 人は、男性 654 人 (平均年齢 ± 標準偏差 : 52.2 ± 15.3 歳)、女性 808 人 (49.8 ± 15.8 歳) であった。男女とも早食いと肥満には正の関連があり、女性では遅食いと痩せにも正の関連がみられた。</p> <p>【考察】男女ともに早食いと肥満とは強い関連がみられた。早食いが肥満につながる可能性が示唆される。女性では遅食いと痩せに強い関連がみられた。女性ではゆっくり食べることで食事量が減り、痩せになった可能性がある。または、痩せの人は痩せでいたいために少量の食事をゆっくり食べている可能性もある。本研究からのみでは、因果関係が不明であるためどちらであるかは分からない。女性は食べる速度だけでなく、食事内容も影響している可能性がある。</p> <p>【結論】早食いと肥満は関連があるという先行研究と同様の結果が得られた。女性では遅食いと痩せにおいても関連がみられた。よって、適切な体型を保つためには、食べる速度といった食行動に関するアプローチを確立していくことも必要と思われる。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">表 体型に対するオッズ比</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th style="text-align: center;">肥満</th> <th style="text-align: center;">痩せ</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th style="text-align: center;">オッズ比 95%信頼区間)</th> <th style="text-align: center;">オッズ比 95%信頼区間)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">食べる速度</td> <td style="text-align: center;">男</td> <td>遅い/普通 速い 0.93 (0.51 - 1.69)</td> <td>0.85 (0.28 - 2.58)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>速い/普通 遅い 1.58 (1.09 - 2.30)</td> <td>0.79 (0.37 - 1.70)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">女</td> <td style="text-align: center;">遅い/普通 速い</td> <td>0.61 (0.30 - 1.23)</td> <td>1.76 (1.06 - 2.94)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>速い/普通 遅い</td> <td>2.95 (2.00 - 4.36)</td> <td>0.45 (0.26 - 0.81)</td> </tr> </tbody> </table> | | | | 肥満 | 痩せ | | | オッズ比 95%信頼区間) | オッズ比 95%信頼区間) | 食べる速度 | 男 | 遅い/普通 速い 0.93 (0.51 - 1.69) | 0.85 (0.28 - 2.58) | | 速い/普通 遅い 1.58 (1.09 - 2.30) | 0.79 (0.37 - 1.70) | 女 | 遅い/普通 速い | 0.61 (0.30 - 1.23) | 1.76 (1.06 - 2.94) | | 速い/普通 遅い | 2.95 (2.00 - 4.36) | 0.45 (0.26 - 0.81) |
| | | 肥満 | 痩せ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | オッズ比 95%信頼区間) | オッズ比 95%信頼区間) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食べる速度 | 男 | 遅い/普通 速い 0.93 (0.51 - 1.69) | 0.85 (0.28 - 2.58) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 速い/普通 遅い 1.58 (1.09 - 2.30) | 0.79 (0.37 - 1.70) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 女 | 遅い/普通 速い | 0.61 (0.30 - 1.23) | 1.76 (1.06 - 2.94) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 速い/普通 遅い | 2.95 (2.00 - 4.36) | 0.45 (0.26 - 0.81) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

A-3

実際の体型と体型意識について

○柴田陽介（シバタヨウスケ）1，佐藤佑太1，岡田栄作1，中村美詠子1，尾島俊之1，小柳亜紀2，池田雅美2 1 浜松医科大学健康社会医学講座 2 湖西市役所健康福祉部

【目的】近年，若年女性の痩せが増加している（平成24年国民健康・栄養調査）。正しい体型意識をもつことは体型改善へのきっかけとなる。大学生を対象に実際の体型と体型意識には相違があることが報告されているが，地域住民を対象にした報告は少ない。そこで本研究は，地域住民を対象に実際の体型と体型意識の関連について検討を行った。

【方法】湖西市で行われた「平成26年度生活習慣についてのアンケート調査」を解析対象とした。この調査は健康こさい21の評価及び次期計画の資料を得るために行われた。平成26年10月に湖西市在住の20-74歳の者を対象に，自記式調査票を郵送し，後日回収を行った。有効回答率は53.2%（n=1,462/2,750）であった。体型はBody Mass Index（BMI）[kg/m²]を用いて評価を行った。体型の評価は，痩せ：BMI < 18.5，普通：18.5 ≤ BMI < 25.0，肥満：25.0 ≤ BMIとした。体型意識は「あなたは，太っていると思いますか，やせていると思いますか」との問いに「太っている，少し太っている，ふつう，少しやせている，やせている」から選択するものであった。前者2つを「太っている」，後者2つを「痩せている」と分類した。全年齢もしくは20歳代について，性別に体型と体型意識のクロス集計を行った。

【結果】データ欠損の無い男性650人（平均年齢±標準偏差：52.2±15.3歳），女性799人（49.8±15.8歳）を解析対象とした。痩せの者で痩せていると認識している者は，男性では94.1%，女性では81.1%であり，20歳代女性では71.4%であった。一方で，普通体型の者で太っていると認識している者は，男性では28.2%，女性では37.2%であり，20歳代女性では47.0%であった。

【考察】マスメディア等でみられる痩せた女性を理想とすることが，特に若年女性で痩せが増加している原因の一つと示唆されている。

【結論】女性は痩せているが痩せていると認識している者は少なく，普通体型だが太っていると認識している者も多かった。この傾向は若年女性で顕著であった。若年女性を中心に正しい体型認識をもつようにアプローチしていくことが必要だと思われる。

表 実際の体型と体型認識のクロス集計（全年齢） ()は%

| | | | 体型認識 | | | 合計 |
|-----------|----|----|------------|------------|-----------|-----------|
| | | | 太っている | 普通 | 痩せている | |
| 実際の 体型 | 男性 | 肥満 | 162 (94.2) | 8 (4.7) | 2 (1.2) | 172 (100) |
| | | 普通 | 125 (28.2) | 232 (52.3) | 87 (19.6) | 444 (100) |
| | | 痩せ | 2 (5.9) | 0 (0.0) | 32 (94.1) | 34 (100) |
| | 女性 | 肥満 | 138 (95.2) | 7 (4.8) | 0 (0.0) | 145 (100) |
| | | 普通 | 202 (37.2) | 283 (52.1) | 58 (10.7) | 543 (100) |
| | | 痩せ | 0 (0.0) | 21 (18.9) | 90 (81.1) | 111 (100) |

| | |
|--|--------------------------|
| A-4 | 地域在住高齢者男性のストレス対処能力に関する検討 |
| <p>○原田直子 榊原久孝（名古屋大学大学院医学系研究科）</p> | |
| <p>【目的】 公的機関が展開する健康づくり事業の参加は男性が少ない傾向が認められている。このような背景をふまえ、地域在住の高齢者男性が多く所属する高年大学の学生を対象に1年間の追跡調査を実施した。高年大学のような社会教育への参加が生きる力となりうるストレス対処能力など身体的・精神的・社会的生活に与える影響を解明し、高齢期における心通いあう有縁社会体制の形成に寄与することを目的とした。</p> <p>【方法】 高年大学1年時に大学より調査票を配布。本研究に同意の得られた対象に調査票を送付し、対象が回答後に投函する郵送自記式調査法を実施した。調査内容として、ストレス対処能力、身体的生活機能、精神的生活機能、社会的生活機能を用いて検討した。</p> <p>【結果】 ストレス対処能力が向上した群（以下、向上群）において、向老感の向上、相談される頻度と禁煙年数の増加、精神安定剤の内服と喫煙本数の減少がみられ、ストレス対処能力を維持していた群（以下、維持群）は、近所付き合いなどのソーシャルネットワークの増加が認められた。ストレス対処能力が低下した群（以下、低下群）では、柔軟性と運動強度の低下、地域役員活動を生きがいに感じる対象と同居家族が減少していた。向上群と維持群において抑うつ状態の改善と特技等を他人に伝える活動を生きがいに感じる対象の増加が認められ、全群において高年大学における友付き合いが増していた。</p> <p>【考察】 ストレス対処能力が向上すると喫煙習慣などの生活習慣の改善や向老感の向上、ストレス対処能力の維持による対人関係の改善、ストレス対処能力の低下により柔軟性と運動強度の低下ならびに友人付き合いの減少が関連していた。ストレス対処能力を維持向上することにより抑うつ状態の改善と特技を他人に伝承する活動を生きがいに感じる対象を増加する可能性が推察された。また、全群において高年大学における友付き合いが増加したことや行政の展開する事業に対する男性の参加が少ない社会背景をふまえ、地域在住高齢者男性は市内広域から集う交流を希求していることが想察された。</p> <p>【結論】 地域在住高齢者が市内広域から参加する高年大学のような社会教育現場において、抑うつ状態を予防する対策や各個人の特技等の伝承できる環境を整備することで、ソーシャルネットワークの増加が図られ、ストレス対処能力の低下を予防できるのではないかと賢察された。ストレス対処能力を良好に保持することにより、地域の希薄化が進む社会において、超高齢社会が創り出す負の社会病理を改善し、地域在住高齢者の自立・自己実現を図りやすくするのではないかと推論された。</p> | |

| | |
|--|--|
| A-5 | <p style="text-align: center;">住民主体の介護予防に向けての取り組み —「介護予防政策サポートサイト」を活用したH市の試み—</p> |
| <p>演者氏名：○中村^{なかむら}廣^{ひろたか}隆（愛知県半田市役所）</p> | |
| <p>【目的】</p> <p>住民主体による介護予防の実施に向けて、介護予防を実践しているボランティアと、地域課題を共有ながら地域活動を振り返り、今後の活動を考えるワークショップを行った。そのプロセスを記述し、参加者アンケートで効果を検証することを目的とした。</p> <p>【方法】</p> <p>全体で2時間、2部構成で講座を実施した。また、小地域で開催するため、同じ内容の講座を3日間、3地域に分けた。第1部は、保健師が講義形式で45分間実施した。内容は、今までの介護予防は身体機能向上に重点を置いていたが、社会参加や役割をもつことが重要であること、参加者はもてなされるのではなく、参加者自身が主体的に活動できる仕組みが必要であることを、ICFモデルを用いて説明した。第2部は、日常生活圏域ニーズ調査から得られた、データに基づく地域診断の結果を住民に示した。加工には、日本老年学的評価研究（以下、JAGES）が開発した「介護予防政策サポートサイト」を活用した。</p> <p>その結果から、H市の課題は「認知機能の低下予防」であり、市内でも優先すべき地域を抽出。これらの地域課題の理解を促し、実践に向けたワークショップを行った。</p> <p>【結果】</p> <p>3日間を通じて101人の参加があった。アンケートでは、8割(85人)から、「地域の課題が明らかになった」「今後の活動に活かせる」と肯定的な意見が得られた。グループ討論では、健康課題が、個人的要因のみならず、地域の歴史や社会環境に触れたものなど影響されているなど、住民から得られる質的なデータも収集することができた。また、他の活動をしているボランティア同士が知り合うことができ、互いの強みをしたことで、何か一緒にできると良いなど話が出た。</p> <p>【考察】</p> <p>地域診断の結果を用いてボランティアと討論をすることで、高齢者が介護予防事業に参加しない理由など、地域課題の背景が質的に地域診断された。また、ボランティアとして活動してきた効果を自分たちで評価を可能とし、活動内容を再検討する機会となり得た。</p> <p>【結論】</p> <p>大規模疫学調査データーを活用した地域診断の結果を、ボランティアと一緒にグループ討論をすることによって、データーの裏付けや背景要因について理解を深められた。また、課題共有することで、今後取り組むべき活動の発見や、ボランティア同士のネットワーク形成の効果も明確になり、住民参加型の地域づくりの手法として活用できることが示唆された。</p> | |

| A-6 | 一宮保健所における新たな難病対策について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|-------|-----|-------|------|------|------|---------------|------------|-----|----------|--------|------|-------|----------|--------|------|---|-----|----|----|---|---|---|---|-----|----|----|-----|---|-----|----|----|---|---|---|---|---------------|-----|---|----|---|-----|----|----|-------|---|---|---|---------------|-----|---|----|---|-----|----|----|-------|---|---|---|---------------|-----|---|-----|---|-----|----|----|---|---|---|---|-----|----|----|----|---|-----|----|----|---|---|---|---|-----|----|----|-----|---|-----|----|----|---|---|---|---|-----|----|---|-----|---|-----|----|----|---|---|---|---|-----|----|----|----|---|-----|----|----|---|---|---|---|-----|----|----|----|----|-----|----|----|---|---|---|---|-----|----|---|----|----|-----|----|----|---|---|---|---|---------------|------------|---|----|----|-----|----|-----|---|---|---|---|-----|----|----|-----|
| ○木戸美代子 ^{きどみよこ} 鈴木沙知子 丹羽永梨香 丹羽恵子 澁谷いづみ (愛知県一宮保健所) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>【目的】 平成 27 年 1 月に施行された難病の患者に対する医療等に関する法律により、難病患者の地域療養支援は都道府県保健所の役割として位置づけられた。そこで、医療ニーズの高い筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）患者の在宅療養状況を把握し、地域の医療関係者と情報交換することによって在宅療養に関する地域支援体制の整備を図ることとした。</p> <p>【方法】 (1)平成 25 年度の特定疾患医療給付申請者（以下、申請者）と平成 26 年度新規申請者の 14 名に対し家庭訪問等を行い、地域の在宅療養状況を分析した。 (2)平成 27 年 2 月 5 日に難病患者地域ケア推進会議を行い、訪問診療に携わる医療関係者等 12 名と管内地域の療養支援体制整備の検討を行った。</p> <p>【結果】 (1)14 名の ALS 申請者中 2 名は 25 年度内に死亡した。在宅療養者は 11 名で、6 名が訪問看護を利用し、そのうちの 4 名が往診を受けていた（表）。課題として、管外の大学病院専門医が主治医であり地域のかかりつけ医をみつけない、訪問看護ステーションが少ない地域では在宅療養が難しい、レスパイト病院が少ない等が挙げられた。</p> <p>(2)会議において ALS 患者の在宅療養状況を報告し、上記の課題について情報・意見交換を行った。その結果、地域の市民病院専門医、地域連携室 MSW より、大学病院専門医と地域かかりつけ医の連携調整の協力ができること、訪問看護ステーション看護師より、患者の状況に応じて対応調整をしていきたいこと、レスパイトについて、C 病院等で相談ができること、D クリニック医師から、往診医は少ないので厳しい状況だが必要に応じた相談可能なこと等を確認できた。また、在宅医療関係者間で相互の情報交換ができたことで、今後の連携がしやすくなったと感想が聞かれた。</p> <p>【考察】 管内の ALS 患者の在宅療養状況の把握により、地域の医療資源や関係者の連携に係る課題の一端を把握することができた。医療依存度が高い難病患者の地域療養支援には医療関係者の連携は欠かせない。病状の悪化や加齢に伴い、福祉、介護関係者との連携や地域包括ケア体制の整備も不可欠である。今後は更に多くの関係機関と情報・意見交換することで協働し、難病患者の在宅療養地域支援体制の整備を進めたい。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 表 状況把握ができたALS患者の在宅療養 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">年代</th> <th rowspan="2">性別</th> <th rowspan="2">療養場所</th> <th colspan="4">医療処置</th> <th rowspan="2">受診先</th> <th rowspan="2">レスパイトの病院</th> <th rowspan="2">訪問看護利用</th> <th rowspan="2">移動方法</th> </tr> <tr> <th>人工呼吸器</th> <th>吸引</th> <th>気管切開</th> <th>胃瘻</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>60代</td> <td>女性</td> <td>在宅</td> <td>×</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>M病院</td> <td>なし</td> <td>なし</td> <td>押し車</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>40代</td> <td>男性</td> <td>在宅</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>×</td> <td>Dクリニック 往診)</td> <td>C病院</td> <td>a</td> <td>担架</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>60代</td> <td>女性</td> <td>在宅</td> <td>○陽圧換気</td> <td>○</td> <td>×</td> <td>○</td> <td>Dクリニック 往診)</td> <td>A病院</td> <td>c</td> <td>担架</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>70代</td> <td>男性</td> <td>在宅</td> <td>○CPAP</td> <td>○</td> <td>×</td> <td>○</td> <td>Dクリニック 往診)</td> <td>C病院</td> <td>a</td> <td>車椅子</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>70代</td> <td>男性</td> <td>在宅</td> <td>×</td> <td>○</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>A病院</td> <td>なし</td> <td>なし</td> <td>徒歩</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>70代</td> <td>男性</td> <td>在宅</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>M病院</td> <td>なし</td> <td>なし</td> <td>押し車</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>60代</td> <td>女性</td> <td>在宅</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>M病院</td> <td>なし</td> <td>b</td> <td>車椅子</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>50代</td> <td>男性</td> <td>在宅</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>B病院</td> <td>なし</td> <td>なし</td> <td>徒歩</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>60代</td> <td>男性</td> <td>在宅</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>M病院</td> <td>なし</td> <td>なし</td> <td>徒歩</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>80代</td> <td>男性</td> <td>在宅</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>B病院</td> <td>なし</td> <td>b</td> <td>担架</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>70代</td> <td>女性</td> <td>在宅</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>Eクリニック 往診)</td> <td>A病院 検討中</td> <td>a</td> <td>担架</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>60代</td> <td>男性</td> <td>入院中</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>F病院</td> <td>なし</td> <td>なし</td> <td>車椅子</td> </tr> </tbody> </table> | | | 年代 | 性別 | 療養場所 | 医療処置 | | | | 受診先 | レスパイトの病院 | 訪問看護利用 | 移動方法 | 人工呼吸器 | 吸引 | 気管切開 | 胃瘻 | 1 | 60代 | 女性 | 在宅 | × | ○ | ○ | ○ | M病院 | なし | なし | 押し車 | 2 | 40代 | 男性 | 在宅 | ○ | ○ | ○ | × | Dクリニック 往診) | C病院 | a | 担架 | 3 | 60代 | 女性 | 在宅 | ○陽圧換気 | ○ | × | ○ | Dクリニック 往診) | A病院 | c | 担架 | 4 | 70代 | 男性 | 在宅 | ○CPAP | ○ | × | ○ | Dクリニック 往診) | C病院 | a | 車椅子 | 5 | 70代 | 男性 | 在宅 | × | ○ | × | × | A病院 | なし | なし | 徒歩 | 6 | 70代 | 男性 | 在宅 | × | × | × | × | M病院 | なし | なし | 押し車 | 7 | 60代 | 女性 | 在宅 | × | × | × | × | M病院 | なし | b | 車椅子 | 8 | 50代 | 男性 | 在宅 | × | × | × | × | B病院 | なし | なし | 徒歩 | 9 | 60代 | 男性 | 在宅 | × | × | × | × | M病院 | なし | なし | 徒歩 | 10 | 80代 | 男性 | 在宅 | × | × | × | × | B病院 | なし | b | 担架 | 11 | 70代 | 女性 | 在宅 | ○ | ○ | ○ | ○ | Eクリニック 往診) | A病院 検討中 | a | 担架 | 12 | 60代 | 男性 | 入院中 | × | × | × | × | F病院 | なし | なし | 車椅子 |
| | 年代 | | | | | 性別 | 療養場所 | 医療処置 | | | | | | 受診先 | レスパイトの病院 | 訪問看護利用 | 移動方法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 人工呼吸器 | 吸引 | 気管切開 | 胃瘻 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 60代 | 女性 | 在宅 | × | ○ | ○ | ○ | M病院 | なし | なし | 押し車 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 40代 | 男性 | 在宅 | ○ | ○ | ○ | × | Dクリニック 往診) | C病院 | a | 担架 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 60代 | 女性 | 在宅 | ○陽圧換気 | ○ | × | ○ | Dクリニック 往診) | A病院 | c | 担架 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 70代 | 男性 | 在宅 | ○CPAP | ○ | × | ○ | Dクリニック 往診) | C病院 | a | 車椅子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 70代 | 男性 | 在宅 | × | ○ | × | × | A病院 | なし | なし | 徒歩 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 70代 | 男性 | 在宅 | × | × | × | × | M病院 | なし | なし | 押し車 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 60代 | 女性 | 在宅 | × | × | × | × | M病院 | なし | b | 車椅子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 50代 | 男性 | 在宅 | × | × | × | × | B病院 | なし | なし | 徒歩 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 60代 | 男性 | 在宅 | × | × | × | × | M病院 | なし | なし | 徒歩 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 80代 | 男性 | 在宅 | × | × | × | × | B病院 | なし | b | 担架 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 70代 | 女性 | 在宅 | ○ | ○ | ○ | ○ | Eクリニック 往診) | A病院 検討中 | a | 担架 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 60代 | 男性 | 入院中 | × | × | × | × | F病院 | なし | なし | 車椅子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|-------------------------------------|
| B-1 | メタロチオネイン遺伝子(MT2A) A-5G 多型が腎機能に及ぼす影響 |
| <p>○服部 雄太(ハトリ ユウタ)、内藤 真理子、篠壁 多恵、須磨 紫乃、川合 紗世、岡田 理恵子、菱田 朝陽、若井 建志・・・名古屋大学大学院 医学系研究科 予防医学 浜島 信之・・・名古屋大学大学院 医学系研究科 医療行政学 佐藤 雅彦・・・愛知学院大学 薬学部 衛生薬学講座 森田 えみ・・・国立研究開発法人 森林総合研究所 環境計画研究室</p> | |
| <p>【目的】金属結合タンパク質であるメタロチオネイン(MT)は、カドミウム(Cd)などの有害重金属、酸化ストレス、発がんおよび脳神経変性疾患に対する生体内防御因子として重要な役割を果たしていることが知られている。MT2A A-5G (rs28366003)はMTのサブタイプ MT2A 遺伝子のプロモーター領域の一塩基多型である。MT2A タンパク質は酸化ストレスや重金属などの曝露により転写誘導される。細胞レベルでは A アレルと比較し G アレルでは転写活性が低く、また、ヒト剖検試料において G アレル保持者の腎臓の Cd レベルが高いことが報告されている。</p> <p>Cd の主要な慢性毒性は腎毒性であり、Cd はコメなどの食品や喫煙を介して生涯にわたって身体に取り込まれるため、Cd の微量長期曝露による腎機能への影響が懸念されている。そこで、本研究では rs28366003 遺伝子多型が腎機能に与える影響を検討した。</p> <p>【方法】日本多施設共同コホート研究 (J-MICC study) 大幸研究の第二次調査参加者 2809 名のうち遺伝子解析に同意した 39 - 75 歳の 2773 名(うち女性 2025 名)を解析対象者とした。調査会場にて採血を行い、自記式質問票にて生活習慣、とくに食事摂取状況と服薬歴についての情報を得た。遺伝子多型は PCR-CTPP 法により決定した。</p> <p>血清クレアチニン(Cr)値から推定糸球体濾過量(eGFR)を算出し、60 mL/min/1.73m²未満を腎機能障害とした。腎機能障害の有無を従属変数とし、性、年齢、BMI、喫煙歴、高血圧既往、糖尿病既往、高脂血症既往、年間米摂取量、遺伝子型を独立変数としたモデルでロジスティック回帰分析を行った。統計解析には R を用いた。</p> <p>【結果】rs28366003 の遺伝子型頻度(%)は AA : AG : GG = 2268 : 484 : 21 (81.7, 17.5, 0.8)であり、Hardy-Weinberg 平衡に従っていた(χ^2検定: p=0.26)。腎機能障害の割合(%)は全体平均、AA、GA、GG 各群でそれぞれ 15.1, 15.3, 13.43, 33.3 であった(Fisher の正確検定: p=0.0445)。各遺伝子型群間の年齢(Kruskal-Wallis 検定: p=0.9991)、性別(Fisher の正確検定: p=0.68)、eGFR (ANOVA: p=0.20)、年間米摂取量(ANOVA: p=0.99)、喫煙状況(Fisher の正確検定: p=0.99)に差はなかった。</p> <p>ロジスティック回帰分析の結果、腎機能障害のオッズ比[95%信頼区間]は AA 群をコントロールとして GA 群、GG 群でそれぞれ 0.84 [0.62, 1.13] および 3.38 [1.28, 8.89]であった。</p> <p>【考察と結論】rs28366003 遺伝子多型の GG 群では有意に腎機能障害のリスクが高いことが示唆された。本研究の限界として、rs28366003 遺伝子多型はマイナーアレル頻度が低い点が挙げられる。GG 群の代表性は検討が必要であり、別の集団での再現性の確認あるいはプール解析が望まれる。</p> | |

| | |
|--|--------------------|
| B-2 | マグネシウム摂取と糖尿病リスクの関連 |
| <p>○小西希恵(こにしきえ)¹⁾、和田恵子¹⁾、田村高志¹⁾、辻美智子²⁾、川地俊明¹⁾、 【指導教員：永田知里¹⁾】 ¹⁾ 岐阜大学大学院医学系研究科 疫学・予防医学分野 ²⁾ 名古屋女子大学 家政学部 食物栄養学科</p> | |
| <p>【目的】 実験研究において、マグネシウムはインスリン抵抗性や血中グルコースの取り込みを改善する働きが報告されている。マグネシウム摂取と糖尿病リスクに関する疫学研究では、一貫した結果が得られていない。本研究では、日本人を対象に食事由来のマグネシウム摂取量と糖尿病発症リスクとの関連について検討した。</p> <p>【方法】 対象は、1992年9月に岐阜県高山市在住で35歳以上70歳未満の男女のうち、食事摂取頻度調査票（FFQ）と生活習慣アンケートで有効な回答を得られた31,552名である。ベースライン時のFFQによりマグネシウム及びその他の栄養摂取量を推定した。2002年にアンケートによる中間調査を行い、追跡期間中の糖尿病の発症を把握した。3分位に分けたマグネシウム摂取量のうち最も低い摂取量のグループを基準として、糖尿病のリスクをCoxハザードモデルを用いて算出した。解析は、年齢、body mass index、教育歴、運動習慣、喫煙歴、高血圧既往歴、閉経状況（女性のみ）、グリセミックロード、脂質摂取量、総エネルギー摂取量、アルコール摂取量、コーヒー摂取量を調整した。</p> <p>【結果】 10年の追跡期間中に、438名が糖尿病を新たに発症した。女性において、最もマグネシウム摂取量が低いグループに比べ、最も高いグループで糖尿病のリスクが39%減少した。一方、男性では有意な関連は認められなかった。</p> <p>【結論】 日本人女性において、マグネシウム摂取量が糖尿病リスクに関連することが示唆された。</p> | |

| | |
|---|------------------------------|
| B-3 | 口腔保健からみた生活習慣病健診と体力データの現状について |
| <p>○中村 ^{なかむら}真弓、三浦 ^{みやま}康平、栄口 由香里、村本 あき子、津下 一代 (あいち健康の森健康科学総合センター)</p> | |
| <p>【目的】 成人の口腔に関する保健指導は、歯周病を中心に実施されている。厚生労働省の調査によると、平均未処置歯数は成人において女性より男性に多く、20 歳～30 歳代で増加するとされている。歯周病および未処置歯と、喫煙習慣、肥満度、臨床検査値、体力測定結果との関連を調査し、今後の保健指導に活用することを目的とした。</p> <p>【方法】 生活習慣改善を目的とした当センターの健康づくり教室に参加した 20 歳から 30 歳代の職域男性 983 人 (31.3±4.5 歳、BMI26.7±3.2kg/m²) を対象とした。当教室ではメディカルチェックの一環として、生活習慣問診、身体測定、血液検査、歯科検診、体力測定を行っている。未処置歯の有無あるいは歯周疾患スクリーニング評価である WHO の地域歯周疾患指数 (Community Periodontal Index、CPI) (CPI コード: 0~4) と喫煙習慣、肥満度 (BMI、腹囲)、臨床検査値 (血圧、トリグリセライド、HDL-C、LDL-C、空腹時血糖、HbA1c (NGSP)、AST、ALT、γ-GPT、尿酸)、メタボリックシンドローム (MetS) 関連リスク保有数 (血圧、脂質、血糖の該当項目数)、体力測定結果 (脚伸展パワー、推定最大酸素摂取量、閉眼外周面積、体前屈、平均反応時間) との関連を調べた。分析方法は、未処置歯の有無により 2 群に分類し、2 群の平均値の差を t 検定、CPI コードにより 3 群 (0、1~2、3~4) に分類し、3 群間の平均の差を一元配置分散分析、その後の検定を Bonferroni 法にて行った。また、未処置歯の有無による 2 群、CPI コードによる 3 群間の喫煙習慣の有無については χ^2 乗検定を行った。さらに、重回帰分析による未処置歯の有無又は CPI3 群間と、有意差のあった検査項目、体力測定項目、生活習慣問診項目について検討をした。</p> <p>【結果】 未処置歯の無い群は、喫煙者の割合、MetS 関連リスク保有数は有意に少なく、脚伸展パワー、体前屈、平均反応時間は有意に良好であった。CPI0 群は、喫煙者の割合、BMI、腹囲、HbA1c が最も低く、脚伸展パワー、推定最大酸素摂取量、平均反応時間は最も良好で CPI1~2 群、3~4 群に比較し有意に良好であった。重回帰分析の結果、未処置歯の有無と関連するのは、喫煙習慣と体前屈であった。CPI と関連するのは、喫煙習慣、BMI、脚伸展パワー、推定最大酸素摂取量、平均反応時間であった。</p> <p>【考察と結論】 若年男性において未処置歯や歯周病のある人は、肥満や MetS 関連リスク保有数が多く体力が低かったことから、生活習慣の中で共通する要因があると考えられた。なかでも喫煙習慣は口腔環境の悪化や肥満、体力低下の共通する因子であると考えられ、禁煙指導を積極的に行うことが必要である。また、口腔の健康状態と体力指標との関連を示すことは、若年世代の生活習慣改善の動機づけに活用しうると考えられた。</p> | |

| | |
|---|--------------------------|
| B-4 | 障害者補装具支給制度について(遮光眼鏡について) |
| <p>○高柳泰世 本郷眼科・神経内科、愛知視覚障害者援護促進協議会、 藤田保健衛生大学医学部公衆衛生学</p> <p>宮尾 克 名古屋大学情報研究科、愛知視覚障害者援護促進協議会</p> <p>坂部 司 岡崎盲学校、愛知視覚障害者援護促進協議会</p> | |
| <p>【はじめに】 補装具とは自立支援に用意されるものである。</p> <p>【目的】 障害者が自立支援のために補装具を要望しても最も適切なものが渡りにくい状況になっているのはなぜか。</p> <p>【方法】 役所に居たが、所属が何処か不明で、名称も頻繁に変わるので、辿り着くのが大変であった。各現状をしらべた。</p> <p>【結果】 漸くたどりついたが、社会福祉協議会の窓口と、役所の窓口が異なり、処方する医師も補装具の事をよく知らない。役所の窓口も良く知らない。マニュアルの解釈の仕方、対応が変わる。困るのは歩き廻される視覚障害者である。自治体により対応が異なる経験をした。</p> <p>【考察】 国で障害者支援法があり、実行は各自治体であるので、地域によって障害者の生活の難易度が変わってくる。視覚障害者団体との連携を密にして、情報を提供し、サポートして行く。</p> <p>【結論】 立法も、運用も、障害者の立場に立ってなされれば、よりレベルの高い生活が期待できると考える。</p> | |

| | |
|---|---|
| B-5 | Social franchising for health services in Myanmar |
| <p>○Su Myat Cho (スー ミヤツ チョー), Nang Mie Mie Htun, Fumiko Aoki, Hamajima Nobuyuki</p> <p>Department of Healthcare Administration, Nagoya University Graduate School of Medicine</p> | |
| <p>【Introduction】 A social franchise is a network of private health providers using commercial franchising strategies to achieve social rather than financial goals. There is growing evidence that social franchising is one of the best known approaches for rapidly scaling up the accessibility to healthcare services in developing countries. We overview the social franchise in Myanmar in a narrative way. 【Methods】 Information published in English and Burmese were collected. 【Results】 In 2012, at least 74 clinical social franchising programs were operational in 40 countries. Myanmar has 51.5 million of population, 70% of which are rural residents. Social franchising started in delivering health services to the low income and vulnerable people in urban, peri-urban and rural areas. Although many nongovernmental organizations (NGOs), international NGOs, and community based organizations in Myanmar have been using social marketing strategies, Population Services International/Myanmar is the only one social franchisor in our country, operating as a fractional franchise in delivery of its health services and health products in peri-urban and rural areas with its 2 networks, Sun Quality Health (SQH) and Sun Primary Health (SPH). They serve in the delivery of (1) contraceptives: male and female condoms, oral contraceptives, injectable, emergency pills, 5-year IUDs and 5-year hormonal implants, (2) cervical cancer screening (through visual inspection with acetic acid) and treatment, (3) provision of clean delivery kits and misoprostol for post-partum hemorrhage, (4) pneumonia services, (5) screening and treatment of sexually transmitted infections, (6) voluntary counseling and testing for HIV and anti-retroviral for treatment of AIDS, (7) malaria testing and treatment and provision of bed nets, (8) provision of safe water services and diarrheal treatment, and (9) treatment of acute respiratory infections and TB. SPH established in 2001 for serving mainly primary healthcare in rural areas has 2,000 active providers in 74 out of 325 township now. SPH providers are community health workers and voluntary health workers such as auxiliary midwives, retired nurses, teachers, farmers, and housewives. Meanwhile, SQH established also in 2001 for serving urban and peri-urban areas is a network of 1,594 private doctors, 57 diagnostic professionals, 2,145 community health workers, and 5 counselors or social workers in 207 out of 325 township. 【Discussion】 Although studies about health social franchising in Myanmar are limited to date, social franchising seems an effective and efficient way for the delivery of cost-effective quality health services in resource-challenged environments.</p> | |

| | |
|--|-------------------------------|
| C-1 | アメリカ、フランス、日本の経口避妊薬の利用の歴史を振り返る |
| <p>ジョシュア・A・ライヤー 名古屋大学大学院医学系研究科医療行政学</p> | |
| <p>【目的】 1998 年に低用量避妊薬（ピル）が認可されたにも関わらず、日本での利用率は 2% を切っている。その理由の一つは、認可からの歴史がまだ浅く、普及される時間がなかったと考えられる。ここでは、日本のピル利用の推移を把握し、これをアメリカとフランスの利用推移と比較し、それぞれの国の歴史的な社会状況を検討した。</p> <p>【方法】 アメリカは最初にピルを認可した国であり、フランスは現在ピル利用率が世界一の国である。それぞれの国の出生率の推移、ピル認可から使用の普及、家族計画の流れ、進学率や就業率等の女性の社会進出を概観し、ピル使用への影響を洞察した。</p> <p>【結果】 認可 10 年後でもなおピル利用率が殆ど上がっていない日本と異なり、アメリカとフランスでは、認可 10 年後にはピルが広く普及し、最もよく使用される避妊方法となった。各国の出生率と社会状況は次のようである。日本はベビーブームのピークが 1947 年で、1950 年代に入ると出生率は劇的に下がり、第二次ベビーブームにより一時右肩上がりとなったが、1975 年以降下がり続けてきている。一方、アメリカとフランスではベビーブームは 1960 年代であり、ピルが認可された 1960 年頃は家族計画の動き顕著でピル使用に大きな影響を与えた。1960 年代の欧米は性革命が起きており、これがピル使用の大きなはずみとなった。日本では、ピルが認可された頃は既に女性の社会進出も少子化もかなり進み、避妊の普及どころか出生率をどうやって上げるかが社会問題となっていた。人工中絶は、アメリカでは 1973 年まで、フランスでは 1975 年まで違法であったので、ピル使用が家族計画に大きな役目をもっていたが、日本では 1948 年に人工中絶は合法化されていた。</p> <p>【考察および結論】 日本でピルが認可された 1998 年頃は、人口抑制のための家族計画の必要もなければ、性革命もなかった。1960 年代のアメリカやフランスに比べ、日本女性は社会進出をある程度果たしているものの、結婚したら仕事を辞めて子供を産み育児に専心する傾向がまだ強い。避妊方法としてピルは優れているが、現在の日本女性にとっては必要なものとなっていないと思われる。歴史的考察であることから、定量的に再現検討することは困難であるが、3 つの国の社会状況を比較する限りにおいては、わが国においてピル使用頻度が低いことの原因がある程度説明できると考えられる。別の国でのピル使用頻度と社会状況を更に検討することにより、わが国のピル使用頻度が低い別の理由が明らかにされる可能性もある。</p> | |

| | |
|---|--|
| C-2 | 乳児の第 2 指・第 4 指比(2D/4D 比)は発達過程における自閉症のリスクを予測するか? 第 1 報: 幼児の手指測定法の検討 |
| ○榎原 毅 (えばらたけし) ¹⁾ 、山田泰行 ¹⁾²⁾ 、榛原梓園 ¹⁾ 、山口知香枝 ³⁾ 、加藤沙耶香 ¹⁾ 、上島通浩 ¹⁾ | |
| 1) 名古屋市立大学医学部、2) 順天堂大学スポーツ健康科学部、3) 名古屋市立大学看護学部 | |
| 【目的】 | |
| 自閉症の要因は児が胎児期に浴びた性ホルモンの濃度であり、その影響を強く受けた者ほど「第 2 指・第 4 指比(2D/4D 比)」が 1 から遠ざかることが知られている。自閉症児の早期診断とその育児支援が求められる中、2D/4D 比は妊娠後 14 週で定まるとする報告もあり、2D/4D 比が早期診断を補完する指標となりえる可能性がある。しかしながら、幼児の手指測定法は未確立である。本発表では、18 ヶ月児を対象とした手形撮影・計測プロトコルを作成し、その信頼性の検討を行ったので報告する。 | |
| 【方法】 | |
| 愛知県内で子どもの環境と健康に関する全国調査 (エコチル調査) に参加している母子の中から、1 歳半健診にて保護者が代諾同意した小児 955 人を対象に手形撮影を行った (2015 年 1 月末時点)。撮影・計測プロトコルの詳細は省略するが、①アクリル製ボックス (300×300×300mm) 内に小型雲台とカメラを設置し、手を乗せて測定する撮影面にメジャーを配置 (x 軸・y 軸)、②幼児の手を開き撮影面に密着させた後、体幹側へ少し手掌をスライドさせる、③ボックス内に固定しているカメラで内側から撮影面を撮影、の手順に従い、両手各 2 枚ずつ撮影した。 | |
| 信頼性の検討には、955 名の中から無作為に 11 枚の手形写真を抽出、男女 13 名 (男: 6 名、女: 7 名、平均年齢: 32.2±6.8) の測定者に左手第 2 指長を順次測定してもらった (11 枚 1 セット)。1 セット測定完了後、再度同様の手順にて 2 セット測定し、計 3 セット分の測定を行った。測定者内の信頼性および測定者間の信頼性を評価するために級内相関 ICC ₁ 、ICC ₃ を求めた。また、1 回目の測定と 2 回目の測定で系統誤差が生じているかどうかを確認するため、Bland-Altman 解析を行った。 | |
| なお、第 2 指長の計測には、成人の人体寸法測定に関する国際標準規格 (ISO 7250) に定義されている測定点を代用した。画像解析には ImageJ 1.48 を使用した。 | |
| 【結果】 | |
| 測定者内の 1 回測定の信頼性 ICC _(1,1) の平均値は 0.963 (min: 0.922 - max: 0.985)、3 回測定の信頼性 ICC _(1,3) は 0.987 (0.972 - 0.995) であった。13 名の測定者が 11 枚の写真を測定した場合の測定者間の信頼性 ICC _(3,13) は 0.992 (95%CI: 0.983-0.998)、1 名の測定者であっても ICC _(3,1) : 0.909 (95%CI: 0.82-0.969) を示した。Bland-Altman 解析においては、13 名中 1 名は [1 回目の測定 - 2 回目の測定] の差 (d) の平均が 0.67mm (95%CI: 0.11-1.21) となり、1 回目の測定を大きめに測定してしまう傾向が示されたが、残り 12 名には測定回数に伴う系統誤差は見られなかった。また測定する長さが小さいほど測定誤差が大きくなるといった比例誤差の存在を調べるために、Bland-Altman plot の偏回帰係数 (β) の 95%CI を算出したところ、比例誤差は認められなかった。 | |
| 【結論】 | |
| 本研究で行った 18 ヶ月児を対象とした手形撮影・計測プロトコルは、任意の 1 名の測定者が 1 回測定するだけであっても、十分な測定者内・測定者間信頼性を担保していることが示された。また測定回数に伴う系統誤差や測定寸法の長さによる比例誤差も認められず、測定者の習熟に影響を受けない測定方法であることが確認できた。今後、本測定手法により、18 ヶ月児の手指測定データを収集し、18 ヶ月児における 2D/4D 比の特徴を検証していく予定である。 | |

| | |
|--|-------------------------------|
| C-3 | 高校生におけるスマートフォンの利用と精神的健康状態との関連 |
| <p>○ 田村 晴香（前名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻博士前期過程） 榊原 久孝（名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻） 西田 友子（椋山女学園大学看護学部）</p> | |
| <p>【目的】 スマートフォンの登場により日常生活のあらゆる場面に影響が及んでいる。その中でも、スマートフォンの使用過多による睡眠習慣への影響は、近年世界規模で注目されている。インターネットの利用が日常生活に与えている影響は、小中学生や大学生、社会人と比較して高校生が最も高いことが明らかになっているが、近年のスマートフォンの急激な普及をふまえた調査は現時点では非常に少ない。本研究では、高校生を対象に携帯電話の利用状況と睡眠状態や生活習慣、精神的健康状態の実態を明らかにし、それらと携帯電話の利用状況との関連性を検討することを目的とした。</p> <p>【方法】 A高等学校に在籍する1～3年の全生徒うち、無回答および不備のある者を除いた293名を分析対象とした（有効回答率86.4%）。調査項目は基本属性、携帯電話・スマートフォンの使用状況、アテネ不眠尺度、睡眠状況、CES-D等とした。分析にはIBM SPSS Statistics (version 22.0 for Windows)を使い、Mantel-Haenszel test for trend（傾向性の検定）、ロジスティック回帰分析を実施した。</p> <p>【結果】 対象者のうち、スマートフォンを利用している者が274名（92.9%）であり、使用時間は1時間未満が40名（13.6%）、1時間以上2時間未満が82名（27.8%）、2時間以上4時間未満が118名（40.0%）、4時間以上が55名（18.6%）であった。携帯電話の利用時間が1日4時間以上の者には、スマートフォンを所持している者が多いこと（$\geq 90\%$）、女性が多いこと（61.8%）、睡眠が6時間未満の者が多い傾向があること（$\geq 50\%$）、深夜0時以降に就寝する者が多いこと（$\geq 50\%$）、不眠症疑いの者が多いこと（$\geq 50\%$）が分かった。抑うつとの関連は認められなかった。不眠との関連を明らかにするため、男女で分けてロジスティック回帰分析を行った結果、男性において不眠と関連のある因子は無かった。一方、女性においては<u>携帯電話利用時間</u>（OR=1.603, 95%CI=1.025-2.507, p=0.038）、<u>睡眠時間</u>（OR=0.501, 95%CI=0.261-0.962, p=0.038）が強く関連しているとわかった。</p> <p>【結論】 スマートフォンの利用時間と性別、睡眠時間、就寝時刻、不眠との間に関連があることが分かった。抑うつとの関連は認められなかったが、二次被害として抑うつ状態に陥る可能性があることが分かった。女性において携帯電話の利用時間と睡眠時間のそれぞれが独立して不眠に影響を及ぼし不眠状態となる危険性を高めることが明らかになった。</p> | |

| | |
|--|-------------------------------|
| C-4 | 名古屋市における PM2.5 質量濃度と炭素成分の経年変化 |
| <p>○池盛文数 (いけもりふみかず)、山神真紀子 所属 名古屋市環境科学調査センター</p> | |
| <p>【目的】 微小粒子状物質 (PM2.5、粒子径が 2.5 μm 以下の大気粒子) は、環境省による疫学調査の結果、その健康影響が明らかとなり、2009 年 9 月に環境基準が告示された。PM2.5 は多くの成分からなる混合物であるため、成分の組成や主要発生源についての調査、研究が急務となっている。今回、2003 年度から 2013 年度までの 11 年間に捕集した PM2.5 に含まれる炭素成分について測定を行い、その経年変動について考察したので報告する。</p> <p>【方法】 PM2.5 の捕集は、名古屋市環境科学調査センターの屋上で、一日ごとに、石英繊維およびテフロンろ紙に 2003 年 4 月から 2014 年 3 月に行った (各フィルター、約 2600 試料)。また元塩公園 (自動車排出ガス測定局) において 2011 年 4 月から 2014 年 3 月に、PM2.5 を一週間連続捕集した (石英ろ紙のみ)。質量濃度測定はテフロンろ紙を、炭素成分分析 (有機炭素 (OC)、元素炭素 (EC)) は石英ろ紙を用いた。</p> <p>【結果】 PM2.5、OC および EC ともに、2003 年から 2010 年にかけて大きく減少していた。また、2010 年から 2013 年にかけて、PM2.5 および OC は横ばい、EC はわずかに減少していた。11 年間で、PM2.5 および OC は 35%、EC は 75% 減少しており、特に EC の減少率が大きかった。また、今回の測定結果から、OC は 2003 年に比べ減少したものの、EC の 2.3 倍の濃度であり、PM2.5 に占める割合が高いことが示された。</p> <p>【考察】 EC は有機物の不完全燃焼で生成する煤であり、ディーゼル車などの移動発生源や工場の排気ガスに含まれていると考えられるが、これまでの研究で、EC の急激な減少は、大型車の排出規制の効果や、交通量の減少が原因であることがわかっている (山神、2011 年)。しかし、元塩公園で捕集した PM2.5 の炭素成分分析結果 (2011 年 4 月開始) から、EC の下げ止まりが確認でき、大型車の排出規制の効果による濃度減少が停滞していることが示唆された。OC は、発生源から直接排出される一次粒子として、移動発生源の他に野焼きなどのバイオマスバーニングの影響が考えられる。また、大気中で揮発性有機化合物が酸化され粒子となる二次粒子も OC の発生源として考えられる。</p> <p>【結論】 2003 年から 2013 年の 11 年間、環境科学調査センター屋上で捕集した PM2.5 について、その減少傾向は 2010 年以降小さく大型車の排出規制の効果による濃度減少が停滞していることが示唆された。環境基準達成のために、今後は、PM2.5 含有率の大きい OC の発生源に関して、調査研究を行っていく必要がある。</p> <p>【引用】 山神真紀子、大原利眞、中島寛則、池盛文数、久恒邦裕、大場和生、名古屋市における PM2.5 の化学組成と高濃度発生パターンの経年変化、大気環境学会誌 46(3), 139-147, 2011</p> | |

| | |
|---|------------------------------|
| C-5 | 披露宴会場におけるノロウイルス食中毒・感染症対策について |
| <p>○^{うちかわ あゆみ}内川愛弓 児玉亮 山村直紀 岩瀧貴子（名古屋市東保健所） 宮内朋子 水野誠士 牧勝則 岡崎淳子 浅井慶太（名古屋市天白保健所）</p> | |
| <p>【目的】</p> <p>ノロウイルスは感染力が強いため、食中毒及び感染症の両面からの対策が必要である。結婚披露宴で提供される食事は手の込んだメニューが多く、また、出席者の年代や職業が多岐に渡ることから、ノロウイルス食中毒・感染症の発生リスクは非常に高いと考えられる。そのため調理場における食中毒対策だけでなく、施設全体における感染症対策を併せて指導・啓発することを本研究の目的とした。</p> <p>【方法】</p> <p>対象施設は東区及び天白区内の結婚披露宴会場を有する飲食店営業 12 施設で、平成 26 年 9 月～12 月にかけて調査等を実施した。まず施設責任者（食品担当・フロア担当）に対して、食品衛生関係・従事者管理・感染症予防関係について 36 項目のアンケート調査を行い、それをもとに各施設に立入り実態調査を行った。そして後日施設責任者を集めてノロウイルス対策衛生講習会を行い、最後に実施後アンケートにて指導効果の把握を行った。</p> <p>【結果】</p> <p>事前アンケート調査及び施設立入調査の結果、食品衛生関係は概ね良好に管理されていた。しかし「フロア従事者の体調管理や手洗いの使用方法などの従事者管理」と「嘔吐物処理方法などの感染症予防関係」は対策が不十分な施設が見られた。その結果を踏まえて講習会では従事者管理と感染症予防関係に重点を置き、説明及び資料の配布を行った。実施後アンケートでは回答のあった 11 施設すべてが参考になったと回答し、改善したことがあったと回答した施設は 9 施設であった。</p> <p>【考察】</p> <p>事前アンケート調査や施設立入調査では調理場内だけでなくフロアにも立ち入ったため、通常業務では監視していなかった部分の実態が把握できた。施設によりノロウイルス対策には差が見られ、調理従事者とフロア従事者の間で衛生意識の差が大きい施設もあることが明らかとなった。また今回の調査結果及びそこから見出した課題について、講習会で施設責任者に対して還元・提起したことで、各施設にとって今後の対策を検討する良い機会となった。</p> <p>【結論】</p> <p>結婚披露宴を行う施設ではノロウイルス対策への関心が高く、保健所の調査や指導に協力的で自主的に改善を検討する施設が多かったため、ノロウイルス食中毒及び感染症の両面から効果的な指導ができた。今後は他の飲食店営業や社会福祉施設等業態に合わせたノロウイルス対策に関する情報提供や注意喚起について、食品獣疫担当だけでなく保健予防課とも連携をより緊密にして保健所全体で取り組んでいきたいと考える。</p> | |

| | |
|--|------------------------|
| D-1 | 地域在住高齢者の運動機能と転倒の関連について |
| <p>演者氏名 ○佐野佑樹（サノユウキ）、石井亜弓、水本洋子、城山真澄、木村圭佑、飯田蓉子、大西丈二</p> <p>所属：三重大学大学院医学系研究科地域包括ケア・老年医学</p> | |
| <p>【目的】 地域在住高齢者の運動機能と転倒の関連について明らかにする。</p> <p>【方法】 75-84 歳の高齢者（要介護認定者を除く）を対象に、2014 年 10 月から 2015 年 1 月、南伊勢町内においての 48 回開催した体力等測定会にて、研究協力の得た 508 名（女性 338 名、66.5%）からデータを収集した。データは測定および記名式アンケートにより、年齢、性別、定量的運動習慣（4 段階）、BMI、握力、片脚立位時間（開眼、最大 90 秒）、3m Timed up & Go (TUG)、四肢の筋量について収集した。筋肉量は InBody230K（Biospace 社）を用いて計測した。統計解析は SPSS 20.0（IBM 社）を使用し、2×2 分割表における有意差検定は χ^2 乗を、2 群の比較には T 検定または Mann-Whitney 検定を、3 群以上の比較には ANOVA を用いた。回帰分析は転倒を従属変数、年齢、性別を強制投入、BMI、握力、片脚立位時間、TUG、四肢筋量、定期的運動習慣をステップワイズ法にて投入する独立変数として行った。すべて有意差水準は両側 0.05 とした。本研究は三重大学倫理委員会の承認（No. 1448）を得て実施した。</p> <p>【結果】 定期的運動習慣は、「週 5 日以上行っている」が 36.0%（185 名）、「週 3-4 日」16.6%（76 名）、「週 1-2 日」16.1%（74 名）、「ほとんど行っていない」27.0%（124 名）であった。過去 1 年間の転倒は男性の 14.4%、女性の 20.8%で認められており、性別および外出頻度（週 1 回以上または 1 回未満）にて有意な差は認められなかった。転倒経験が有る群は無い群に比べ、男性は有意に TUG が遅く（$p = 0.038$）、女性においては年齢が高く、片脚立位時間が短かった（$p = 0.001$）。対象者を 4 分位で分類すると、男性は握力が弱いほど、女性は TUG が長く、片脚立位時間が短い場合に転倒経験率が有意に高かった。転倒経験が有る群と無い群では、筋肉量に有意な差は認められなかった。回帰分析では、片脚立位時間のみ有意であった。</p> <p>【考察】 本研究対象者の約 15-20%が転倒を経験しており、また運動習慣も少ない傾向であった。地域在住高齢者の転倒は、握力やバランス能力、年齢、片脚立位時間と関連が認められ、他の先行研究と同様の結果であった。南伊勢町では、少子高齢化・人口減少による過疎化が進んでいるため、今後も地域在住高齢者の特徴を明らかにし、介入の予知を模索していく。</p> <p>【結論】 南伊勢町の地域在住高齢者（75-84 歳）の転倒有り群の特徴として、男性では握力が弱く、TUG が遅い、女性では年齢が高く、片脚立位時間が短いことが本研究結果より示唆された。</p> | |

| | |
|---|---|
| D-2 | 地域在住高齢者における BDHQ (簡易型自記式食事歴法質問票) を用いた食事摂取状況と四肢筋量および体脂肪率との関連について |
| 演者氏名 ○飯田蓉子、石井亜弓、水本洋子、城山真澄、木村圭佑、佐野佑樹、大西丈二 所属：三重大学大学院医学系研究科地域包括ケア・老年医学 | |
| <p>【目的】地域在住高齢者における BDHQ (簡易型自記式食事歴法質問票) を用いた食事摂取状況と四肢筋量および体脂肪率との関連について明らかにする。</p> <p>【方法】75-84 歳の高齢者 (要介護認定者を除く) を対象に、2014-2015 年三重県南伊勢町において開催した体力等測定会にて、研究協力の同意を得た 278 名 (女性 186 名、66.9%) からデータを収集した。データは測定および記名式アンケートにより、年齢、性別、定期的運動習慣 (4 段階)、残歯数、BMI、血圧、四肢の筋肉量、体脂肪率、そして BDHQ からたんぱく質摂取量、食塩摂取量、摂取/必要エネルギー比率 (%)、脂肪エネルギー比率、炭水化物エネルギー比率を収集した。四肢の筋肉量および体脂肪量は InBody230K (InBody 社) を用いて計測した。統計解析は SPSS 20.0 (IBM 社) を使用した。【結果】男性では筋肉量は右上肢 $2.5 \pm 0.4SD$ kg、左上肢 $2.4 \pm 0.4SD$ kg、右下肢 $6.8 \pm 0.9SD$ kg、左下肢 $6.8 \pm 1.0SD$ kg、一日あたり摂取量は、体重あたりたんぱく質が 1.6g、食塩摂取量 14.1g、摂取/必要エネルギー比率 114%、脂肪エネルギー比率 27.4%、炭水化物エネルギー比率 52.9%であった。BMI に性差は見られなかったが、体重、四肢の筋肉量は有意に男性で重く、体脂肪率は女性で高かった他、女性は食塩摂取量が多く、炭水化物エネルギー比率が低かった。年齢は、男女とも左下肢筋肉量 (男 $r = -0.166$, $p = 0.036$, 女 $r = -0.173$, $p = 0.029$)、右下肢筋肉量 (男 $r = 0.173$, $p = 0.029$, 女 $r = -0.197$, $p < 0.001$) と、男性においては体脂肪率 ($r = -0.176$, $p = 0.026$) と、女性においては右上肢筋肉量 (女 $r = -0.197$, $p < 0.001$)、残歯数 ($r = -0.182$, $p < 0.001$) とも有意に相関した。食塩摂取量は男性において、BMI と有意な正の相関を示した ($r = 0.250$, $p = 0.032$)。女性においては体重あたりたんぱく質摂取量が BMI と有意な負の相関を示した ($r = -0.292$, $p < 0.001$)。年齢および体重を調整変数とした偏相関分析で、四肢の筋肉量は男女とも BMI、体脂肪率、骨量と高い相関を示した。</p> <p>【考察】本研究では、四肢の筋肉量は、BMI、体脂肪率、骨量と高い相関を示したものの、たんぱく質摂取量、摂取/必要エネルギー比率らと有意な関連が示さなかった。一方、男性における食塩摂取量と BMI の正の相関、たんぱく質摂取量と BMI の負の相関が示されたのは、生活習慣など交絡する因子の存在が考えられる。横断調査の限界が示唆され、縦断研究による検討が望まれた。【結論】本研究では、四肢の筋肉量はたんぱく質摂取量、摂取/必要エネルギー比率らと有意な関連を示さなかった。</p> | |

| | |
|--|---|
| D-3 | 演題名 清須市における体力測定会の取組み —測定会結果から見えてきたこと— |
| 演者氏名 ○加藤真弓 (かとうまゆみ) 1)、鳥居昭久 1)、山下英美 2) 古川伊都子 3)、高木智代 3) 1)愛知医療学院短期大学リハビリテーション学科理学療法学専攻 2) 同 作業療法学専攻 3)清須市高齢福祉課 | |
| <p>【目的】本学は官学連携事業として H16 年度から介護予防教室を実施し、終了者を同好会活動に繋げ、また体力測定会(以下、測定会)を実施してきた。今回は、測定会の取組みの紹介とともに、結果から若干の知見が得られたので報告する。</p> <p>【測定会概要】測定会は H18 年度から実施している。H25 年度からは同好会の運動効果測定、介護予防の啓蒙等を目的として、身体機能面に加えて認知機能面の測定を行うこととし「脳とからだの体力測定」と称し実施した。市内 2～3 会場/年行い、定員は会場環境に合わせ 25～40 名/回であり、参加者募集は広報誌や保健師による周知活動等にて行っている。身体機能面は文部科学省の新体力テストの他に TUG、FRT、CS-30 を行い、認知機能面はファイブコグにて測定した。また、質問紙にて現病歴、自覚症状、転倒、外出頻度などを確認した。結果は後日個人宛に郵送し通知している。運営には本学の理学療法士、作業療法士、学生、そして市の保健師が携っている。</p> <p>【方法】今回の分析の対象は、25 年度 84 名(男性 19 名、女性 65 名、平均年齢 72.75±5.13 歳)、26 年度 94 名(男性 23 名、女性 71 名、平均年齢 73.28±5.78 歳)とした(データに欠損のない者)。各年度で、新体力テストの総合評価(A～E の 5 段階)が、現病歴の有無、自覚症状の有無、運動頻度、転倒の有無、外出頻度、仕事の有無により違いがあるかを $m \times n$ カイ二乗検定(イエーツ補正)にて分析した。</p> <p>【結果と考察】半数以上が同好会参加者であり、各年度とも高体力者(評価 A,B)が約 40%、中程度体力者(評価 C)は約 40%、低体力者(評価 D,E)は約 20%であった。現病歴、自覚症状有りの人は約 60～70%、転倒有りは約 30%、外出頻度が 2,3 日以下は約 25～30%であった。現病歴・自覚症状・転倒・仕事の有無、運動頻度および外出頻度と体力の間には差がなかったが、転倒リスク面からは外出頻度の低い者に転倒リスク者の割合が多く、外出が下肢機能維持に繋がることが示唆された。</p> <p>【結論】測定会は体力を知ることができ、体力低下予防や介護予防の一助になる。今後、外出機会を増やす仕組みづくりが介護予防に繋がると考えられた。</p> | |

| | |
|--|---|
| D-4 | 清須市における軽度認知機能低下者把握と介入の取り組み —ファイブ・コグと時計描画テストを用いて— |
| <p>○山下英美（やましたひでみ）：認知症介護研究・研修大府センター 愛知医療学院短期大学 リハビリテーション学科 作業療法学専攻 加藤真弓・鳥居昭久・河野健一： 同 理学療法学専攻 古川伊都子・高木智代：清須市高齢福祉課</p> | |
| <p>【目的】愛知医療学院短期大学では清須市との官学連携事業として、地域高齢者を対象に「脳とからだの体力測定会」を実施し、運動機能に加えて認知機能を測定している。また、一次予防事業「らく楽運動教室」を実施し、教室前後に運動機能と認知機能を測定している。これらの結果から軽度認知機能低下者を把握し、早期介入に繋げることができ、教室の効果も明らかになったため、その取組みを報告する。</p> <p>【方法】「脳とからだの体力測定会」は、H25年度はH26年2月27日、3月27日の2回実施し、参加者は計50名であった。H26年度はH27年3月5日・6日の2回実施し、参加者は計104名であった。認知機能測定には集団認知機能テスト「ファイブ・コグ」を用いた。これは記憶・注意・視空間認知・言語流暢性・思考の5つの領域から構成される。得点は偏差値で表され、それぞれをランク1からランク3に分け、それを合計した総合ランク得点で評価する。「らく楽運動教室」は、第1期（H26年5月1日～7月17日）、第2期（H26年9月25日～12月11日）に実施し、週1回2時間程度の運動と健康に関する講話を全12回行った。参加者は計33名であった。教室前後に認知機能測定として「時計描画テスト（以下CDT）」を実施した。採点にはFreedman法（15点満点）を用いた。</p> <p>【結果】「脳とからだの体力測定会」では、H25年度は参加者の約1/4に軽度認知機能障害の可能性（総合ランク得点11～14点）が示された。H26年度は参加者の約1/3に軽度認知機能障害の可能性が示され、特に得点の低い6名の内4名はCDTの得点も低かった。この内3名は保健師の訪問により医療機関の受診、介護予防教室への参加に結びついた。「らく楽運動教室」の教室前後のデータが揃っている20名のCDTの得点について、教室前後で対応のあるt検定を行った結果、有意な改善がみられた（$p=0.042$）。</p> <p>【考察】地域在住高齢者を対象に認知機能を測定することにより、一定割合の軽度認知機能低下者の存在を明らかにすることができた。さらにその結果を用いて、保健師が訪問し早期介入に繋げることができた。認知機能の測定には、心理的抵抗感が予測されるが、“体力測定”“運動教室”と合同で行うことにより、参加への抵抗感が軽減し、多くの参加者が得られ、結果としてより多くの軽度認知機能低下者の把握に繋がったと考えられる。また1次予防事業「らく楽運動教室」での認知症に関する講話や、同時課題を含んだ有酸素運動が、認知機能の維持向上に効果があったと考えられる。</p> <p>【結論】地域在住高齢者に対して運動機能に加えて認知機能を測定する機会を設け、軽度認知機能低下者を把握し、その結果をもとに保健師が訪問する取り組みや、認知機能向上もねらった運動教室の実施は、地域での認知症の早期発見・早期介入として有意義である。</p> | |

| | |
|---|---|
| D-5 | <p style="text-align: center;">高齢者における人口減少に関連する要因 ～JAGES プロジェクト～</p> |
| <p>○尾島俊之（おじまとしゆき）¹⁾、鈴木佳代²⁾、小嶋雅代³⁾、中村美詠子¹⁾、岡田栄作¹⁾、柴田陽介¹⁾、斉藤雅茂⁴⁾、相田潤⁵⁾、近藤尚己⁶⁾、近藤克則^{7)、4)}</p> <p>1) 浜松医科大学健康社会医学講座、2) 愛知学院大学、3) 名古屋市立大学、4) 日本福祉大学、5) 東北大学、6) 東京大学、7) 千葉大学</p> | |
| <p>【目的】 人口減少は多くの自治体が直面している課題であり、政府はその対応のために 2014 年に「まち・ひと・しごと創生本部」（地方創生本部）を発足させている。また、文部科学省が推進している「地（知）の拠点」（COC+）事業においても、人口減少対策がひとつの柱となっている。人口減少対策は、若者への対策の重要性が高いが、一方で、高齢になっても住み続けることができる地域づくりも重要である。そこで、高齢者における転出に関連する要因を明らかにすることにより、人口減少対策に貢献することを目的とした。</p> <p>【方法】 全国 24 市町村（その後の合併で現在 21 市町村）における要介護認定を受けていない地域在住高齢者を対象に 2010 年に自記式郵送調査を行った。その後、市町村により最長 3.8 年間、転出（死亡以外の介護保険資格喪失）、死亡、要介護認定を追跡した。Cox の比例ハザードモデルにより、転出をイベントとした種々の要因のハザード比を算定した。</p> <p>【結果】 131,468 人を対象に調査を行い、86,055 人（65.5%）から回答が得られた。そのうち、81,810 人について追跡を行うことができ、767 人（0.94%）が転出した。転出割合は性別では男 0.84%、女 1.0%、年齢階級別には一定の傾向は見られなかった。市町村別には 0.0%～2.3%とばらつきがあり、ハザード比は人口密度が 1/10 になる毎に 1.32 倍であった。人口密度（対数）と性・年齢を調整した種々の要因のハザード比は、有意な結果が得たものとして、地域への愛着（ない・どちらともいえない／ある）3.02、1 人暮らし 2.22、老人クラブ参加していない 2.27、スポーツの会参加していない 1.53、趣味の会参加していない 1.32、趣味無い 1.44、等価所得（200 万円未満／400 万円以上）1.35、野菜や果物の摂取週 1 回未満 2.20、肉や魚の摂取週 1 回未満 1.55、主観的健康観良くない 1.40、転倒複数回 1.45、がん治療中 1.43、心臓病治療中 1.37、糖尿病治療中 1.28、体重減少 1.36、たばこ（吸う／吸ったことがない）1.39 であった。なお、高血圧治療中は 0.85 ($p=0.07$) であり転出しにくい傾向がみられた。</p> <p>【考察】 変数間の交絡や、交互作用について詳細な検討が必要であるが、地域の人口密度を調整しても、種々の要因が高齢者の転出に関連していることが明らかとなった。特に、地域の愛着、社会参加、健康状態、所得や食事の状況等が関連していた。一方で、高血圧治療中について負の関連が見られたことは、健康管理の意識や、定期的に通院できる医療機関が重要であることが示唆される。</p> <p>【結論】 高齢者の転出に関する今回の結果から、地域への愛着や社会参加を促すと共に、疾病予防や低所得者への支援などが、人口減少の抑制に寄与すると考えられる。</p> | |

| | |
|--|---|
| D-6 | 嫁介護者の介護の現状と介護負担に関する研究 —山間農村部の 1 事業所利用者の分析— |
| <p>ほそだかな ○細田佳奈¹⁾, 小林和成²⁾</p> <p>1) 岐阜大学医学部附属病院, 2) 岐阜大学</p> | |
| <p>【目的】 本研究の目的は、嫁の立場で義理の父母の介護に当たっている者（以下、嫁介護者）が行う介護の現状、及び嫁介護者が抱える介護負担の特徴を明らかにし、有効な支援のあり方を考える上での基礎資料とすることである。</p> <p>【方法】 1 事業所のサービスを利用しながら在宅で義父、または義母の介護を主に行っている嫁介護者とその他の介護者を対象に、無記名自記式の調査票を用いた郵送調査を実施した。各調査項目の基本統計量を算出し、嫁介護者とその他の介護者別に主介護者の基本属性、及び被介護者の基本属性、介護に対する思いや負担を比較検討した。なお、本研究は岐阜大学医学部看護学科卒業研究に関する倫理審査小委員会での承認後に実施した。</p> <p>【結果】 調査票を 133 人に配布して、嫁介護者 15 人、その他の介護者 63 人の合計 78 人から回収が得られ、全てを分析の対象とした（回収率：58.6%、有効回答率：100%）。嫁介護者の「年齢」は平均 60.7±7.3 歳、その他の介護者の「年齢」は平均 82.1±12.4 歳で有意差がみられた。また、「介護協力者」のいる嫁介護者は 85.7%、その他の介護者は 56.5%と嫁介護者の方で回答割合が有意に高かった。さらに、その他の介護者と比較して嫁介護者の方が介護期間の平均が長く、「働いている」と回答した者が多い傾向を示し、嫁介護者の方がその他の介護者よりも被介護者の ADL の状態が有意に高かった。</p> <p>介護者の「不満」について、嫁介護者の方で回答割合が有意に高かった項目は、『自分の時間がない』、『被介護者からの理解が得られない』、『家族からの協力が得られない』、『家族からの理解が得られない』の 4 項目、「介護を行う中で気になること」では、『自分の精神的健康』の 1 項目であった。「介護についての希望や期待していること」では、『家族からの感謝の言葉』、『家族の介護技術の向上』が嫁介護者の方で回答割合が有意に高かった。</p> <p>【考察】 嫁介護者は、その他の介護者よりも介護協力者がいる割合が高く、介護をしている傍ら仕事をしている現状が明らかになった。また、嫁介護者の介護期間は長く、「自分の時間がない」と回答する者が多かった。これらのことより、介護協力を得られることで介護負担の軽減につながるとは一概には言えず、嫁介護者の生活全体を考慮した支援が必要である。また、介護期間の長期化やレスパイト不足等の状況は疲労を蓄積し、回復し難くするため、家族内外で交代して介護を行ったり、自由な時間を確保したりするような社会資源の活用を促す支援が有効である。さらに、嫁介護者は被介護者や家族から理解を得ることができない等の不満や負担がある中で、介護に対しての希望や期待を抱きながら前向きに介護を行おうとする者が多いことから、介護について相談したり、助言や労いの言葉をもらったりできる専門家等の第三者的な存在が重要であることが示唆された。</p> | |

| | |
|---|--------------------------------|
| D-7 | 終末期がん看護に対する訪問看護師の困難とやりがいに関する研究 |
| <p>演者氏名はここから</p> <p>いとう ゆかこ ○伊藤由香子¹⁾, 小林和成²⁾</p> <p>1) 名古屋大学医学部附属病院, 2) 岐阜大学</p> | |
| <p>【目的】 本研究の目的は、がん終末期ケアを行う訪問看護師が抱える困難、及びやりがいの現状を明らかにすることである。</p> <p>【方法】 1 県のステーション 28 か所で勤務する訪問看護師 146 人を対象に、自記式無記名の調査票を用いた郵送調査を実施した。調査内容は、訪問看護師の基本属性、所属ステーションの概要、在宅看護における終末期がんケアに対する経験と認識（困難・ストレス、やりがいの程度：1 少し感じる、2 やや感じる、3 わりに感じる、4 かなり感じる）とした。各項目の基本統計量を算出し、対象者の基本属性、所属ステーションの概要、及び在宅看護における終末期がんケアに対する経験別に、訪問看護師の終末期がんケアにおける困難・ストレス、やりがいの程度との関係性を分析した。なお、本研究は岐阜大学医学部看護学科卒業研究に関する倫理審査小委員会での承認後に実施した。</p> <p>【結果】 99 人から調査票の回収が得られ、全てを分析対象とした（回収率 67.8%、有効回答率 100%）。年齢は平均 45.3±7.3 歳、性別は「女性」が 97 人（98.0%）と大半を占めた。病棟勤務年数は平均 10.0±6.3 年、ステーション勤務年数は平均 7.4±5.9 年で、雇用形態は「常勤」が 68 人（68.7%）、役職は「スタッフ」が 62 人（62.6%）と多かった。ステーションの設置主体では、「看護協会」が 21 人（21.2%）と最も多く、ステーションに勤務する看護師の常勤人数は平均 5.1±2.7 人、非常勤人数は平均 3.3±2.3 人であった。過去一年間の中で一般のがん療養者を受け持った経験は、「ある」が 87 人（87.9%）と多く、平均 7.1±7.9 人であった。終末期のがん療養者を受け持った経験でも、「ある」が 84 人（84.8%）と大半を占め、平均 8.4±8.7 人であった。一般のがん療養者のケア研修を受けた経験は、「ある」が 55 人（55.6%）と約半数であった。終末期のがん療養者のケア研修を受けた経験でも、「ある」が 58 人（58.6%）とほぼ同様の結果であった。終末期のがん療養者の訪問看護を行う上での困難・ストレスの程度は、「3（わりに感じる）」が 38 人（38.4%）、やりがいの程度でも、「3（わりに感じる）」が 37 人（37.4%）と最も多かった。</p> <p>雇用形態が「非常勤」の者は困難・ストレスの程度が高く、病棟勤務年数が長い者、終末期のがん療養者のケア研修を受けた経験が「ある」者は、やりがいの程度が高い傾向が認められた。</p> <p>【考察】 訪問看護師は、がん終末期ケアを行う中で困難やストレスを抱きながらも、やりがいを実感していることが明らかになった。非常勤職員の立場で、がん終末期ケアに携わらなければならない実情がある中で、病棟での勤務経験を通して構築した基盤の上に終末期がんケア研修を受講することによって、療養者や家族支援に係る理論的な知識を習得したり、有効な実践的介入方法を体得できたりすることが、やりがいにつながる要因となっていることが示唆された。</p> | |

| | |
|--|--|
| D-8 | <p style="text-align: center;">愛知県内訪問看護ステーションの 小児在宅ケア支援と支援体制の充実に向けて</p> |
| <p>○新美志帆¹⁾、山下智子¹⁾、齋藤みゆき¹⁾、浅井洋代¹⁾²⁾、山本由美子¹⁾、小澤敬子¹⁾、佐々木溪円¹⁾、山崎嘉久¹⁾</p> <p>1) あいち小児保健医療総合センター、2) 愛知県新城保健所</p> | |
| <p>【目的】</p> <p>小児への在宅ケア支援の実態調査として、訪問看護ステーション（以下訪看 ST）の背景、小児の受け入れ状況や受け入れ体制等を把握することで、在宅療養児・家族への支援体制の充実を図るための資料とする。</p> <p>【方法】</p> <p>平成 27 年 1 月に愛知県内介護保険事業所一覧に登録のあった 447 件の訪看 ST にアンケート調査を実施した。訪看 ST の地理情報について、地理情報分析支援システムを用いて地図を作成した。</p> <p>【結果】</p> <p>回答数は 151 事業所（33.8%）であった。そのうち 106 事業所が、小児の受け入れが可能であった。受け入れ可能な理由としては、「要望があれば、成人・小児にこだわらない」が一番多かった。また、対応できるケア・リハビリについては、「吸引、経管栄養、在宅酸素療法、胃・腸ろう、気管切開、服薬管理」の順で多く、「行動調整、認知機能改善、感覚面での改善、座位保持装置等の調整、腹膜還流、摂食指導」といった発達障害を含むリハビリ系が少なかった。一方、小児への対応をしない事業所は 44 事業所あった。理由は「小児看護の経験がない」「小児看護の知識・技術の不安」が挙げられた。</p> <p>訪看 ST の地理情報を愛知県地図上に表すことで、その分布を視覚的に把握することができた。</p> <p>【考察】</p> <p>出生数が少なかったり、面積が広い自治体にある訪看 ST は、広く地域住民をカバーしていると推察された。小児病院の保健師として、訪問看護の利用が必要なケースがあった場合は、これまで小児を受け入れていない訪看 ST へも、小児に訪問する機会をつくり、適切な情報提供や病院で実施しているケア・リハビリ見学を計画する等、つなぎ方を意識し、訪問スタッフの不安に配慮する研修や個別支援へのサポートが必要と考えた。</p> <p>医療スタッフでも不安等が生じるようなケア・リハビリを保護者は生活の中で実践していく必要がある現状で、保護者や医療スタッフだけでなく、保健・福祉機関も、お互いが実践していることを知ることで、更なる地域での支援体制の充実につながると考えられた。</p> <p>【結論】</p> <p>現在、小児を積極的に受け入れている訪看 ST の情報は、社会資源の活用促進のための資料として活用していきたい。今後も、在宅ケアに関する多職種が参加できる研修の企画が必要である。</p> | |

| | |
|--|---|
| D-9 | 地域における看護活動の初期体験学習プログラムの実践の試み - プログラム参加前後の認識の変化 - |
| <p>○小林和成¹⁾、石原多佳子¹⁾、瀬瀬朋弥¹⁾、玉置真理子¹⁾、田中健太郎¹⁾、中島美奈子¹⁾、小島ひとみ²⁾、丸茂紀子³⁾、和田美恵子³⁾、後藤忠雄⁴⁾</p> <p>1) 岐阜大学, 2) 元岐阜大学, 3) 郡上市役所, 4) 郡上市地域医療センター</p> | |
| <p>【目的】</p> <p>本学で1年生を対象に実施している初年次セミナーにおいて、地域看護学分野は複数の教員が共同で看護学科の学生が低学年の内から保健師活動に参加し、地域住民等とのふれあいを通して、公衆衛生看護学における理解を体験的に深める初期体験学習プログラムを、自治体の関係者と一緒に展開している。ここでは、平成26年度に行ったプログラムの評価の一環として、プログラム実施前後の参加学生の認識の変化に焦点を当てた報告をする。</p> <p>【方法】</p> <p>記名自記式による質問紙を用いた集合調査をプログラム実施前、実施後、及び半年後に行い、地域での保健・医療活動等への理解や認識の程度の比較を行った。なお、本調査は本学の医学研究等倫理審査委員会の審査承認後に実施した。</p> <p>【結果】</p> <p>当該分野の教員が担当する学生に留まらず、分野外の教員が担当する学生の参加もあり合計15人の学生がプログラムに臨んだ。プログラム実施前と比較して実施後の方で、参加学生の「山間部の地域環境への理解」、「地域住民との交流」、「山間地域の保健・医療への理解」に達成できたと回答する者の割合が有意に高くなった。また、「地域での保健・医療活動への理解」をはじめ、「地域の保健・医療に携わることへの興味・関心」、「山間部の保健・医療に携わることへの興味・関心」、「地域住民の生活への理解」、「地域住民と協働していくことの重要性」、「健康が生活や社会と結びついていることへの理解」、「医師や看護師等の専門性の理解」、「課外学習のプログラム内容への期待」の各々の程度も同様の結果が得られた。しかし、プログラム実施から半年後では、「山間地域の保健・医療への理解」に加え、「山間部の保健・医療に携わることへの興味・関心」、「地域住民の生活への理解」の各々の程度が、有意に低くなっている傾向が認められた。</p> <p>【考察】</p> <p>プログラム実施による学生の認識への効用は短期的なものであり、山間地域の保健・医療や地域住民の生活への認識の程度が低くなった要因として、学生たちは山間部や農村部等で生活を送る人々の姿を想像し難い世代であること、初年次の授業内外で公衆衛生学や地域看護学等に触れる機会の乏しさが考えられる。今回の取り組みの実績を踏まえ、今後は定期的に様々な自治体において、看護職が地域環境や地区特性の強みを活かしながら、地域住民や関係機関と協働して人々の生活や健康等を守っていくことに視点を当てた実践プログラムへと発展させていきたい。</p> | |

| | |
|---|--|
| D-10 | 過疎地域における 参加型世代間交流から期待される高齢者・学生の相互効果 |
| <p style="text-align: center;">すぎいたつこ</p> <p>常葉大学健康科学部 ○杉井たつ子 渡部洋子 青田安史</p> | |
| <p>【目的】過疎地域の高齢者と医療を学ぶ学生の世代間交流をとおして、学生が得られた学びと高齢者に及ぼす健康面での影響について分析する。</p> <p>【方法】学生が地域の「ふれあい・いきいきサロン」に参加し、過疎地域の高齢者と世代間交流をする。交流の効果について、参加した高齢者と学生の両者から次の方法により分析する。</p> <p>対象:①高齢者:事後アンケートによる大学生との交流会の感想と意欲 ②学 生:交流会の参加をとおして変化した高齢者のイメージ</p> <p>【結果】 2014 年 11 月に川根本町のA地区集会所にて交流会を実施し、高齢者(ボランティア 1 名含む)34 名、学生 9 名、教員 3 名が参加した。参加した高齢者の性別は男性 2 名、女性 24 名、不明 8 名で、年齢は 60 歳代 1 名、70 歳代 9 名、80 歳代 13 名、90 歳代 3 名、その他 1 名、不明 7 名であった。参加した学生 9 名は、全て本学看護学科・静岡理学療法学科2年の学生である。</p> <p>①高齢者対象(運営ボランティア 1 名を含む)のアンケート結果</p> <p>参加後の感想は、とても楽しい 27 名(79%)、楽しい 6 名(18%)、無回答 1 名であった。自由回答では、楽しかった・おもしろかった 9 名、若さのパワーをもらった・若くなった気分がした 9 名、交流して嬉しかった 3 名、元気になった 3 名が多かった(複数回答)。今後の交流会の意向は、機会があれば参加 31 名(91%)、内容により参加 1 名(3%)、無回答 2 名(6%)であった。</p> <p>②学生の高齢者イメージの変化</p> <p>事前アンケートでは、学生 20 名(当日参加できなかった学生も含む)のうち高齢者と同居していたのは 9 名(45%)であった。高齢者に関する新聞等の視聴は、あまり見ない 15 名(75%)で、よく見る 4 名、全く見ない 1 名であった。</p> <p>交流会後に、学生はグループワークを実施した。学生から出た＜交流をとおして変化した高齢者のイメージ＞は 35 あり、5つのカテゴリーに分類された。＜元気(明るい+優しい)＞16, ＜社交的＞3, ＜ポジティブ＞3, ＜積極性＞7, ＜活動的＞4, その他は 2 であった。</p> <p>【考察】高齢者は大学生との交流を「楽しかった」と受けとめ、交流会の継続実施を希望した。高齢者の約 6 割が若い世代との交流を望んでいる(高齢者白書)と報告されているが、参加した高齢者は交流についてより積極的な姿勢を示した。また、交流は、高齢者に「楽しさ」だけでなく、「元気」「若くなった」などの精神面の変化をもたらした。今回は単発的で、短期的効果を把握するまでにとどまるが、世代間交流は健康寿命を延伸することの効果期待されている。学生は、交流前は高齢者に関する関心が低かったが、地域で生活している高齢者と交流をとおして、健康的な側面をとらえ、肯定的イメージが多くなった。医療を学ぶ学生は、老化などマイナスイメージを高齢者に抱きやすい。世代間交流は高齢者を理解する有効な体験学習となることが示唆された。</p> | |

| | |
|---|--|
| D-11 | 精神障がい者が地域生活を継続するための支援体制の検討 ～地域移行ケア会議における意見交換より～ |
| <p>○伊藤亜古（岐阜県岐阜保健所） 横山ひろみ（岐阜県関保健所） 中土康代（岐阜県衛生専門学校） 今枝貴子（笠松町福祉健康課） 河村玲子（山県市健康介護課） 岩村龍子 北山三津子 松下光子 山田洋子 大井靖子（岐阜県立看護大学）</p> | |
| <p>【目的】地域関係者（保健所・市町）は、精神状態悪化のため緊急に精神科への受診が必要な事例に対し受診支援を行っている。このような緊急対応事例の中には、適切な治療が継続されていない、退院後早期に服薬中断してしまった、家族関係等に問題を抱えていることなどから、緊急対応を繰り返す事例も見受けられた。よって緊急対応に至る前に適切な支援ができれば、地域での生活を維持・継続できる可能性が示唆されたことから、精神障がい者の地域生活を継続するための支援を検討するため、地域移行ケア会議の場を利用し、前年度までの取り組みから明らかになった課題について、関係者が意見交換をして検討をし、地域における支援体制を明らかにすることを目的とした。</p> <p>【方法】地域移行ケア会議にて、入院前、入院中、退院後の各時期に分けて整理した課題を参加者（精神科病院、地域活動支援センター、市町）に提示し、これらの課題を改善するための各時期・各機関の援助の充実や連携のあり方について意見交換を行った。意見交換の内容は参加者の同意、確認を受けてデータ化した。</p> <p>【結果】参加者は6市町8人、3病院3人、3地域活動支援センター4人であった。</p> <p>（入院前の支援）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診の方策に困った家族からの相談に対応する。 ・本人や家族の状況についてアセスメントを実施する。 <p>（入院中の支援）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院後の早期に地域関係者から病院に連絡を入れ、アセスメントした情報を伝える。 ・病院は、病棟と連携室で情報を共有する。 ・入院中からの地域関係者の支援は退院後のスムーズな支援に有効であり、院内面接やケース会議を開催する。 <p>（退院後の支援）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護や障害福祉サービスの利用が治療中断のリスクの把握につながる。 <p>【考察・結論】精神障がい者が地域生活を継続するための支援は、入院前、入院中、退院後それぞれの時期において切れ目のない継続した支援及び、関係機関の相互理解のもと、アセスメントを実施し支援を進めていくことが必要である。また、各時期において、関係機関が連携を取りながら支援を進めるために、情報を共有することについて本人や家族に対し、了解を取っておくことは必須である。</p> <p>以上の支援方法により、本人・家族との信頼関係が構築でき、地域生活継続に向けた保健師の援助の基盤となるものと考えられる。</p> <p>なお、本研究は岐阜県立看護大学共同研究事業費の助成を得て H25-26 に取り組んだ研究の一部である。</p> | |

| | |
|---|---------------------|
| D-12 | 保健所保健師の効き脳とチーム力との関連 |
| <p>○ ^{わか}若 ^{すぎ}杉 ^{さと}里 ^み美 三好美浩 今野香織</p> <p>(愛知医科大学看護学部) (岐阜大学医学部) (フォルティナ株式会社)</p> | |
| <p>【目的】 保健所保健師の効き脳とチーム力との関連を明らかにすることを目的とする。</p> <p>【方法】 1. 対象者: 2つの県の保健所保健師とする。 2. 調査方法: 「効き脳診断」と「チーム力」に関する2種類の自記式質問紙調査を行った。 3. 調査期間: 平成26年9月～平成27年2月であった。</p> <p>【結果】 保健所保健師 154 名から有効回答を得た。年齢は、20 歳代 43 名、30 歳代 19 名、40 歳代 36 名、50 歳代 56 名であった。</p> <p>1. 保健師の効き脳の特徴: 154 名の効き脳 4 象限 (A: 論理・理性脳、B: 堅実・計画脳、C: 感覚・友好脳、D: 冒険・創造脳) は、効き脳 A は 1 名 (0.7%)、効き脳 B は 2 名 (1.3%)、効き脳 C は 10 名 (6.5%)、効き脳 AB は 11 名 (7.1%)、効き脳 AC は 40 名 (26.0%)、効き脳 AD は 5 名 (3.2%)、効き脳 BC は 26 名 (16.9%)、効き脳 BD は 1 名 (0.7%)、効き脳 CD は 6 名 (3.9%)、効き脳 ABC は 34 名 (22.1%)、効き脳 ACD は 14 名 (9.1%)、効き脳 BCD は 2 名 (1.3%)、効き脳 ABD は 2 名 (1.3%) であった。</p> <p>2. チーム力の保健師年齢別比較: チーム力 29 項目と保健師年齢 4 群 (20 歳代・30 歳代・40 歳代・50 歳代) との一元配置分散分析を行った結果、「分担仕事の進め方」「自分の感情のコントロール」「チーム全体の意見の尊重」「チーム仕事の連帯感」「チーム仕事への貢献」「チームメンバー間の調整」「チーム仕事への自覚と意欲」「チームリーダーになると自分のやりたいことができる」「職場で仕事の夢を語り合う」「職場の満足度」「人間関係満足度」の 11 項目に有意差が認められた。</p> <p>3. 効き脳とチーム力との関連: 効き脳とチーム力 29 項目との一元配置分散分析を行った結果、「分担仕事の進め方」「自分の仕事の進捗状況の確認」「自分の考えの発言」「自分の感情のコントロール」「チーム全体の意見の尊重」「チーム全体のバランスを考えた発言」「チームメンバーの力をかりる」「チームメンバー間の調整」「チームとして行う仕事が楽しい」「チームリーダーになると自分のやりたいことができる」「チームで行う仕事が好きである」の 11 項目に有意差が認められた。</p> <p>【考察】 保健師の年齢別にチーム力を比較すると、20 歳代は分担仕事の細かい手順までの具体的な指示を望んでおり、感情のコントロールを重視して、チーム全体の意見を尊重しながら発言している状態である。また、チームとして仕事をしているという自覚と意欲はもっているが、チームの中で自分がどのように動くべきかがわからない状態である。加えて、職場では仕事全体の夢を語りあっておらず、仕事の満足度、職場の人間関係満足度も低い状態である。一方、50 歳代はよりよい仕事を行うために自分の意見の発言ができており、チームとして仕事をしているという自覚と意欲も他の年代よりも高い状態である。加えて、職場では仕事全体の夢を語りあっており、仕事の満足度、職場の人間関係満足度も高い状態である。効き脳 ABC とチーム力との関連では、分担仕事の細かい手順までの具体的な指示を望んでおり、自分の職位や立場を考えた上で感情のコントロールを重視し、チーム全体の意見を尊重しながら発言している状態である。他方、チームリーダーになることを負担に感じており、個人で行う仕事の方が好きであるという特徴が明らかとなった。</p> | |

D-13

ソーシャルメディアによる疾患の発生予測の試み

玉井裕也 (たまいゆうや)

国立病院機構長良医療センター・臨床研究部

Twitter や Facebook などのソーシャルメディアが普及し、個人がライフログを残すことが日常となっている。また、国・自治体や民間企業などが、さまざまなオープンデータを提供している。それら以外にも、多様なデータが入手可能となっているが、その種類と量は近年ますます増えている。それらのデータには人々の健康や病気に関連する情報も多く含まれているため、それを分析し活用することは、公衆衛生の面からも意義深いと考えられる。今学会では、実例を交えてその試みを紹介したい。

D-14

噛むことに関する意識と肥満の関係

○平光良充（ひらみつ よしみち） 名古屋市衛生研究所

【目的】

食事の際の咀嚼回数が少ないことは肥満の危険因子の一つとされる。肥満は、心疾患など多様な疾患の危険因子となるため、肥満対策を行うことは重要と考えられる。本調査は、「よく噛むこと」に関する意識と肥満の関連について、名古屋市民の実態を性・年齢別に把握することを目的とした。

【方法】

名古屋市が 2014 年 11 月に実施した「食育に関するアンケート調査」のうち、BMI と咀嚼行動に関する回答結果を利用した。当該アンケートは、名古屋市内に居住する 16 歳以上の男女から 3,000 人を無作為抽出し、郵送法による質問紙調査を行ったものである。回収された調査結果のうち性別、年齢がともに記入されていた 1,545 人を有効回答（有効回収割合 51.5%）とした。

肥満の判定は、日本肥満学会の基準に基づき、BMI が 18.5 未満を低体重、18.5 以上 25.0 未満を普通体重、25.0 以上を肥満と区分した。また、咀嚼行動に関しては、「あなたは、食事の時、よく噛んで味わって食べるように気をつけていますか？」という質問に対して、「気をつけている」「気をつけていない」「意識したことがない」の 3 択とし、「気をつけている」と回答した人の割合を分析した。年齢は 10～30 代、40～50 代、60 代以上に区分して分析した。統計分析には Fisher の直接確率法を使用し、有意水準は片側 5% とした。

【結果】

肥満の割合は、男性では 10～30 代で 26.0%、40～50 代で 30.0%、60 代以上で 22.2% であり、女性では 10～30 代で 5.5%、40～50 代で 9.4%、60 代以上で 15.4% であった。10～30 代女性では 24.5% が低体重であった。

40～50 代男性では、普通体重群より肥満群のほうが「気をつけている」人の割合が有意に低かった ($p < 0.01$)。10～30 代男性 ($p = 0.08$)、10～30 代女性 ($p = 0.12$) および 40～50 代女性 ($p = 0.37$) についても、有意な差ではなかったが同様の傾向がみられた。60 代以上男女では、普通体重群と肥満群で「気をつけている」人の割合は同程度であった。

単位 人、()内は%

| 選択肢 \ 体型 | 全体 | | | 10～30代 | | | 40～50代 | | | 60代以上 | | |
|-----------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
| | 低体重 | 普通体重 | 肥満 | 低体重 | 普通体重 | 肥満 | 低体重 | 普通体重 | 肥満 | 低体重 | 普通体重 | 肥満 |
| 男性 | | | | | | | | | | | | |
| 回答者数 | 34 (100.0) | 433 (100.0) | 165 (100.0) | 11 (100.0) | 96 (100.0) | 39 (100.0) | 6 (100.0) | 133 (100.0) | 61 (100.0) | 17 (100.0) | 204 (100.0) | 65 (100.0) |
| 気をつけている | 15 (44.1) | 190 (43.9) | 53 (32.1) | 4 (36.4) | 36 (37.5) | 9 (23.1) | 3 (50.0) | 44 (33.1) | 9 (14.8) | 8 (47.1) | 110 (53.9) | 35 (53.8) |
| 気をつけていない | 19 (55.9) | 236 (54.5) | 111 (67.3) | 7 (63.6) | 58 (60.4) | 29 (74.4) | 3 (50.0) | 87 (65.4) | 52 (85.2) | 9 (52.9) | 91 (44.6) | 30 (46.2) |
| 意識したことがない | 0 (0.0) | 7 (1.6) | 1 (0.6) | 0 (0.0) | 2 (2.1) | 1 (2.6) | 0 (0.0) | 2 (1.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 3 (1.5) | 0 (0.0) |
| 無回答 | 0 (0.0) | 7 (1.6) | 1 (0.6) | 0 (0.0) | 2 (2.1) | 1 (2.6) | 0 (0.0) | 2 (1.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 3 (1.5) | 0 (0.0) |
| 女性 | | | | | | | | | | | | |
| 回答者数 | 146 (100.0) | 629 (100.0) | 98 (100.0) | 54 (100.0) | 144 (100.0) | 12 (100.0) | 48 (100.0) | 221 (100.0) | 29 (100.0) | 44 (100.0) | 264 (100.0) | 57 (100.0) |
| 気をつけている | 85 (58.2) | 330 (52.5) | 50 (51.0) | 27 (50.0) | 88 (47.2) | 3 (25.0) | 25 (52.1) | 103 (46.6) | 12 (41.4) | 33 (75.0) | 159 (60.2) | 35 (61.4) |
| 気をつけていない | 59 (40.4) | 296 (47.1) | 47 (48.0) | 27 (50.0) | 76 (52.8) | 9 (75.0) | 22 (45.8) | 117 (52.9) | 17 (58.6) | 10 (22.7) | 103 (39) | 21 (36.8) |
| 意識したことがない | 2 (1.4) | 3 (0.5) | 1 (1.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (2.1) | 1 (0.5) | 0 (0.0) | 1 (2.3) | 2 (0.8) | 1 (1.8) |
| 無回答 | 2 (1.4) | 3 (0.5) | 1 (1.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (2.1) | 1 (0.5) | 0 (0.0) | 1 (2.3) | 2 (0.8) | 1 (1.8) |

【考察】

よく噛んで味わって食べることと肥満の関連は性・年齢によって異なっていた。40～50 代男性では強い関連がみられた。40～50 代の 30% は肥満であり、よく噛んで味わって食べるように啓発することが肥満対策に有効である可能性が考えられる。60 代以上男女では関連性がみられなかったが、同様の報告が一部の先行研究¹⁾にもみられることから、高齢者では咀嚼回数よりも運動習慣など他の要因が肥満と関連が強い可能性が考えられる。

【限界】

本調査は横断調査であるため、因果関係を断定できない。また、よく噛んで味わって食べることを「気をつけている」ことと実際に咀嚼回数が多いこととは必ずしも一致しない。さらに、運動習慣や食事内容などの肥満に影響を与える可能性のある他の要因を考慮していない。

【文献】

1) 岩崎ら：口腔衛生会誌. 60. p128-138 (2010)

| | |
|---|----------------------------|
| D-15 | アロマセラピーによる運動疲労回復の効果 |
| <p>宮崎紗也加¹⁾ (みやざきさやか), 石川奈美²⁾, 市川博充²⁾, 稲本正³⁾</p> <p style="text-align: right;">【指導教員：柴田清¹⁾】</p> | |
| <p>1) 愛知学泉大学家政学部家政学科 (連絡先：0564-34-1270)</p> <p>2) 名古屋市立大学大学院医学研究科公衆衛生学分野</p> <p>3) 正プラス株式会社</p> | |
| <p>【目的】近年、スポーツアロマセラピーというものもあり、スポーツ現場でのアロマが使用されてきている。そこで、本研究では筋疲労に効果があるとされている BCAA の摂取に加えアロマを用いて、筋疲労・筋肉痛の経時変化を調査し、アロマセラピーが運動疲労の回復にどの程度効果を及ぼすのかを目的とする。</p> <p>【対象】愛知学泉大学管理栄養士専攻に研究目的と内容を説明したうえで同意を得た 23 名(男性 7 名、女性 16 名)を対象とした。</p> <p>【方法】実験開始前に握力測定、背筋力測定、骨密度測定、肺活量測定、体組成測定、及びアンケートによる過去・現在の運動歴の調査を実施した。次に、運動直前に血圧測定、脈拍測定、唾液中アミラーゼ測定、ストレステスト等を実施した。その後、参加者にスクワット 20 回×4 セット以上の運動負荷をかけ、運動直後の脈拍を測定し BCAA 飲料の摂取を行った。その後、運動負荷から 5 日間における筋肉痛と疲労感のアンケートを実施し、痛みや疲労感がある部位にミズメザクラの精油を塗布し、吸引してもらった。約 2 週間後にこれらの対象者にクロスオーバー比較試験を行い、運動による筋肉痛と筋肉疲労の回復効果について精油の効果を検討した。統計解析は EZR を使用し、解析方法は Wilcoxon 符号付順位和検定を用い、0.05 未満を有意とした。</p> <p>【結果】対象者全体の特性(平均値±標準偏差)は、年齢は男性 20.1±0.4 歳、女性 20.4±0.6 歳、身長は男性 172.5±5.5cm、女性 158.9±5.9cm であった。日本語版 Profile of Mood States (POMS)によるストレステストでは、運動前とアロマ使用後で緊張および不安感・抑うつ感・強い疲労感・思考力の低下を表す 4 項目において有意な低下が認められた(p<0.05)。また、活力を表す項目では有意な増加がみられた(p<0.05)。その他の項目および唾液アミラーゼの値では有意な変化はみられなかった。筋肉痛・疲労感のアンケートにおいては、有意な差はみられなかったが、筋肉痛・疲労感の両方においてアロマ使用 3 日目と 4 日目に大きな減少がみられた。</p> <p>【まとめ】今回の研究で、ミズメザクラの精油による筋肉痛と筋疲労の回復効果について調査した結果、精神的ストレスを反映する POMS では緊張および不安感・抑うつ感・強い疲労感・思考力の低下の項目において有意な低下が認められ、活力を表す項目では有意な増加がみられた。これらの結果より、ミズメザクラの精油におけるリラククス効果から精神的疲労感の改善が示唆された。</p> | |

| | |
|--|----------------------|
| D-16 | 若い世代の骨密度からみた健診結果について |
| ○立山美子 <small>たてやまよしこ</small> （一宮市市民健康部健康づくり課） | |
| <p>【目的】</p> <p>高齢化社会が進み、生涯にわたり骨の健康を維持することは重要である。特に女性は閉経後のエストロゲン分泌の低下により、骨量が急激に減少することから骨粗しょう症の要因になっている。骨粗しょう症予防は若い時期からの対策が必要であることから、39歳以下の女性の健康診査受診者の骨密度の結果と健診データに関連があるかを検討する。</p> <p>【方法】</p> <p>対象は、平成26年度39歳以下の女性の健康診査受診者である。健康診査の検査内容は、身体測定（身長、体重、BMI、腹囲、血圧）、尿検査（尿糖、尿たんぱく）、血液検査（ヘモグロビン A1c、中性脂肪、LDL コレステロール、HDL コレステロール、赤血球、白血球、ヘモグロビン、ヘマトクリット）である。平成26年度は、全員に骨密度（踵骨の骨密度を超音波骨評価装置で測定した音響的骨評価値：以下 OSI とする）測定を実施した。骨密度測定の判定結果で異常なし、骨量減少、骨粗しょう症の3群と、BMI、腹囲、血圧、ヘモグロビン A1c、中性脂肪、LDL コレステロール、HDL コレステロール、ヘモグロビンのデータに関連する要因があるか解析を行った。</p> <p>【結果】</p> <p>平成26年度の女性の健康診査を受診した対象者は1050人、そのうち検査未実施4人を除く1046人を解析対象とした。</p> <p>対象者の平均年齢は34.1歳（SD3.9）、そのうち骨密度判定の異常なしは798人、骨量減少は232人、骨粗しょう症は16人であった。OSIの平均は2.599（SD0.255）であり、骨密度判定の異常なしは2.692（SD0.216）、骨量減少は2.312（SD0.066）、骨粗しょう症は2.098（SD0.040）であった。また、BMIの異常なしは21.2（SD3.3）、骨量減少は19.9（SD2.4）、骨粗しょう症は18.4（SD2.2）であった。腹囲の異常なしは73.5cm（SD8.6）、骨量減少は70.9cm（SD6.8）、骨粗しょう症は66.2cm（SD5.6）であった。収縮期血圧の異常なしは108（SD11.8）、骨量減少は106（SD12.7）、骨粗しょう症は104（SD12.1）であった。骨粗しょう症の特徴としてBMIや腹囲が少なく、収縮期血圧が低いという結果であった。</p> <p>【考察】</p> <p>骨粗しょう症は女性に圧倒的に多い病気である。一方、若い女性のやせの割合が増加傾向にある中で、若い女性の骨に関する正しい知識と適切な体重維持の必要性が示唆された。</p> <p>【結論】</p> <p>若い女性の骨密度には、BMI、腹囲、収縮期血圧の要因と関連していた。</p> | |

| | |
|---|---------------------------|
| D-17 | 20-30 歳代女性における鉄栄養不足に関する調査 |
| <p>○西田友子¹⁾、榊原久孝²⁾ 1) 椋山女学園大学看護学部、2) 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻</p> | |
| <p>【目的】 20-30 歳代の女性の栄養問題に注目し調査を行っている。本研究では、血清フェリチン濃度およびトランスフェリン飽和度 (TSAT) から女性の鉄欠乏状態を明らかにし、自覚症状や月経、その他血液検査結果との関連を明らかにすることを目的とした。</p> <p>【方法】 2013 年および 2014 年 10 月愛知県 I 市健診を受診した 39 歳以下の女性に調査の協力を求め、同意の得られた者に対し調査を実施した。調査項目は、健診の結果 (身体測定、血液検査、問診) および追加血液検査 (血清鉄、血清フェリチン、総鉄結合能 (TIBC))、アンケート (妊娠、授乳、月経、自覚症状等) である。本研究では 2 年間のうち初回に受診した結果を使用した。2 年間で 331 人から調査協力の同意が得られ、そのうち治療中疾患のある女性、妊娠中または授乳中の女性を除外した 238 人を対象とした。鉄欠乏状態は血清フェリチン濃度とトランスフェリン飽和度 (TSAT) から判定した。TSAT は血清鉄/TIBC × 100 より算出した。本研究では、血清フェリチン 12ng/ml 未満であり TSAT 20% 以下である状態を鉄欠乏状態とした。</p> <p>【結果】 本研究の対象女性のうち、フェリチン 12ng/ml 未満・TSAT 20% 以下の鉄欠乏状態にある者は 16.8%、フェリチン 12ng/ml 未満・TSAT 20% 以上の潜在的鉄欠乏状態にある者は 18.5% であり、全体の 35.3% が鉄不足の危険を持っていた。ヘモグロビンと比較したところ、鉄欠乏状態のうち 60.0% がヘモグロビン 12g/dl 未満であった。鉄欠乏と自覚症状、月経周期、月経血量等を比較したところ、有意な関連はみられなかった。BMI、血中脂質、HbA1c 等と比較したところ、鉄欠乏群で有意に HbA1c が高く、鉄欠乏状態のうち 60.0% が HbA1c 5.6% 以上であった。その他の項目とは有意な関連はみられなかった。鉄欠乏の有無で 2 群に分け、HbA1c とその他の指標とを比較したところ、鉄栄養正常群では高 HbA1c 群で BMI や血中脂質が高値を示したが、鉄欠乏群では有意な差はなかった。</p> <p>【結論】 本研究では血清フェリチンおよびトランスフェリン飽和度により鉄欠乏状態を判定した結果、35% の女性が鉄欠乏状態にあり、多くの女性が鉄不足を抱えていることが明らかになった。また、鉄欠乏状態は、月経血量や自覚症状等との関連はみられず、本人も気づくことが困難であることが考えられた。今回、鉄欠乏状態で HbA1c が有意に高値を示すことが明らかになり、過体重や脂質異常等を伴わない HbA1c 高値は、鉄欠乏状態がある可能性が考えられた。</p> | |

食生活改善推進員の意識向上と活動内容との関連

長幡 友実* 千賀 典子^{2*} 江口 澄子^{3*}

目的 食生活改善推進員（以下、食改員）の活動内容は多岐に渡る。本研究では、食改員の活動に対する意識向上と活動内容に関連があるかどうか明らかにすることを目的とした。

方法 2012年6～8月、A 県内9市町村で活動する食改員417名（調査時点）に自記式質問紙調査を行った。調査内容は属性および活動に対する意識とした。有効回答であった377件のうち、活動年数と活動回数に無回答であった者と、活動回数が0回であった者を除外した257件を解析対象とした。解析は、活動年数を三分位で1～5年目、6～13年目、14年目以上の3群に分け、活動内容別に3群間で活動に対する意識を比較した。有意差検定には一元配置分散分析、対応のあるサンプルの t 検定を用い、有意水準は $p < 0.05$ を採択した。

結果 活動内容別に活動年数による意識の違いを検討したところ、「小地区で行う活動」と「市町村全体で行う活動」の両者とも、1～5年目と比較して6～13年目、14年目以上において、主体的な活動に関わる項目の得点が有意に高かった。情緒的効果、活かした情報に関わる項目の得点は、「小地区で行う活動」において、1～5年目と比較して14年目以上で有意に高かったが、「市町村全体で行う活動」に関しては、有意差はみられなかった。さらに、活動年数別に活動内容による意識の違いを検討したところ、1～5年目においては、「小地区で行う活動」と比較して「市町村全体で行う活動」で、主体的な活動に関わる項目の得点が有意に高かった。一方、14年目以上においては、「市町村全体で行う活動」と比較して「小地区で行う活動」で、情緒的効果に関わる項目の得点が有意に高かった。

結論 活動を長く続けることで、活動内容に関わらず、主体的な活動をしようとする意識が向上することが示唆された。また、活動年数が短い者では、「市町村全体で行う活動」を通して主体的な活動をしようとする意識が向上し、活動年数が長い者では、「小地区で行う活動」を通して情緒的効果が向上することが示唆された。

Key words : 食生活改善推進員, 地区組織, 活動内容, 活動年数

I 緒 言

現在、我が国では、健康寿命の延伸と健康格差の縮小が最大の健康課題となっている¹⁾。健康日本21（第二次）¹⁾にあるように、国民全体の健康増進のためには、食生活改善推進員（以下、食改員）や運動普及推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康増進のための自助グループの活用が欠かせない。

食改員は「私達の健康は、私達の手で」をスローガンに、住民のバランスのとれた食生活の定着を目的として、自主的な活動と行政への支援活動の両面

から活動を進める、行政（現在は、市町村）育成型のボランティア組織である²⁾。市町村の行う養成講座を修了後、自ら会員として加入した者が活動を行っている³⁾。しかし、近年、新たな会員加入の減少や、養成を行わない市町村の増加等の理由から、全国的に会員は減少傾向にある⁴⁾。

食改員は住民組織の一つであるが、行政が養成しているために、行政への依存度が比較的高い組織であると考えられる⁵⁾。また、自主的な組織活動は住民をエンパワメントし、健康増進につながることを示されている^{6,7)}。したがって、食改員を自主的な活動にすることは地域住民の健康づくりにとって重要であると考えられる。これまでに、河野らの報告において、食改員活動の継続年数が長いと、活動への主体性ややりがい等様々な意識が向上することが示されているが⁸⁾、どのような活動において意識が向上するのかについては検討されていない。そこで本

* 東海学園大学健康栄養学部

2* 蒲郡市市民福祉部健康推進課

3* NPO 法人 LET'S 食の絆

連絡先：〒468-8514 名古屋市天白区中平二丁目901番地 東海学園大学健康栄養学部 長幡友実

研究では、活動に対する意識の向上と活動内容とに
 関連があるかどうか明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1. 対象者と調査方法

2012年6～8月、A 県内で食改員の協議会をもつ市
 町村のうち、調査協力の打診が可能であった9市町村
 で活動する食改員417名（調査時点）に自記式質問紙
 調査を行った。各市町村の食改員活動担当である職
 員（栄養士）を通じて各市町村食改員協議会会長に
 調査依頼を行い、協議会宛てに質問紙を郵送し、各
 食改員に配布していただいた。回答後の調査票は市
 町村ごとにまとめて研究者に返送された。有効回答
 は377件であった（有効回答率90.4%）。

2. 調査内容

調査内容は属性および活動に対する意識とし、後
 者は自己変革尺度（河野ら，2007）を用いた。これ
 は、主体的な活動、情緒的效果、活きた情報の3つの
 尺度から構成される。主体的な活動は、「事業の提案
 など積極的に活動に参加した」、「活動を評価し次の
 活動に活かした」等の5項目の下位尺度からなる。情
 緒的效果は、「活動にやりがいを感じた」、「活動が楽
 しかった」等の5項目の下位尺度からなる。活きた情
 報は、「活動から得た情報・知識がある」、「活動から
 得た情報・知識をほかの活動に活かしている」の2
 項目の下位尺度からなる。以上、計12項目に関して
 「そう思う」、「まあそう思う」、「どちらでもない」、
 「あまりそう思わない」、「そう思わない」の5段階で

の評価とした。

今回の調査では、居住する学校区や民生委員区で
 行う活動（以下、「小地区で行う活動」）、「市町村全
 体で行う活動」、「行政からの委託事業」ごとに先述
 した計12項目について回答を求めた。「小地区で行
 う活動」とは、学校区や民生委員区等の市町村内の小
 地区に居住する住民に対して行う活動とし、小地区
 にある公民館や市民館での健康教室や料理教室等の
 開催を想定している。「市町村全体で行う活動」とは、
 市町村に居住する住民全体を対象とした講演会やフ
 ェスティバルやおまつり等イベントでの出店等を想
 定している。「行政からの委託事業」とは、行政の行
 う離乳食教室や幼児教室等への協力を想定している。
 質問紙には、これらの説明を記載した。なお、今回
 は「小地区で行う活動」と「市町村全体で行う活動」
 の結果のみ報告する。

3. 解析方法

有効回答のうち、活動年数に無回答であった者（13
 件）、「小地区で行う活動」および「市町村全体で行
 う活動」への参加回数に無回答であった者（順に15
 件、26件）、さらに、「小地区で行う活動」および「市
 町村全体で行う活動」への参加回数が0回であった者
 （順に78件、50件）の120件（延べ182件のうち重複62
 件）を除外した257件を解析対象とした。解析は、活
 動年数を三分位で分け、1～5年目、6～13年目、14
 年目以上の3群間で比較を行った。各尺度得点は、「そ
 う思う」から「そう思わない」の順に5～1点として
 算出した。統計解析にはSPSS Statistics 21を用い
 た。活動年数間の有意差検定として、カイ二乗検定

表1 属性による活動年数の違い

| | | 活動年数 | | | p値 |
|-----------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-------|
| | | 1～5年目 | 6～13年目 | 14年目以上 | |
| 年齢 | 50歳代以下 (n=73) | 31 (42.5) | 31 (42.5) | 11 (15.0) | 0.020 |
| | 60歳代 (n=139) | 40 (28.8) | 49 (35.2) | 50 (36.0) | |
| | 70歳代以上 (n=43) | 12 (27.9) | 15 (34.9) | 16 (37.2) | |
| 同居家族 | あり (n=247) | 79 (32.0) | 95 (38.5) | 73 (29.5) | 0.535 |
| | なし (n=9) | 3 (33.3) | 2 (22.2) | 4 (44.5) | |
| 職業 | 専業主婦 (n=152) | 46 (30.3) | 58 (38.1) | 48 (31.6) | 0.338 |
| | フルタイム勤務 (n=7) | 4 (57.1) | 1 (14.3) | 2 (28.6) | |
| | パートタイム勤務 (n=68) | 27 (39.7) | 23 (33.8) | 18 (26.5) | |
| | その他 (n=26) | 5 (19.2) | 13 (50.0) | 8 (30.8) | |
| 食改以外の ボランティア | している (n=126) | 33 (26.2) | 49 (38.9) | 44 (34.9) | 0.080 |
| | していない (n=128) | 49 (38.3) | 47 (36.7) | 32 (25.0) | |
| 居住年数 | 20年以下 (n=34) | 18 (52.9) | 14 (41.2) | 2 (5.9) | 0.003 |
| | 21～30年 (n=45) | 17 (37.8) | 18 (40.0) | 10 (22.2) | |
| | 31年以上 (n=176) | 48 (27.3) | 64 (36.4) | 64 (36.4) | |

n (%), p値 :カイ二乗検定

または一元配置分散分析を行い、一元配置分散分析後の多重比較には Bonferroni 法を用いた。また、活動内容間の有意差検定として対応のあるサンプルの t 検定を行った。有意水準は $p < 0.05$ とした。

4. 倫理的配慮

質問紙の表紙に、研究の趣旨および調査への協力は強制でないこと、質問紙への回答をもって調査協力の承諾が得られたものとみなすこと等を記載した。なお、本研究は、東海学園大学研究の倫理委員会の承認を得て行った（承認番号：研究倫理24-7）。

III 研究結果

表1に、属性別の活動年数を示した。年齢の高い方が、また、居住年数の長い方が有意に活動年数は長かった。同居家族、職業、食改員以外のボランティアにおいては、活動年数の違いはみられなかった。

表2, 3に、「小地区で行う活動」および「市町村全体で行う活動」に対する各尺度得点を示した。「小地区で行う活動」に関しては、主体的な活動において、1~5年目と比較して6~13年目, 14年目以上で有意に得点が高かった。情緒的効果, 活きた情報, さらに合計得点は、1~5年目と比較して14年目以上で有意に得点が高かった。「市町村全体で行う活動」に関しては、主体的な活動において、1~5年目と比較して6~13年目, 14年目以上で有意に得点が高かった。しかし、情緒的効果, 活きた情報, さらに合計得点においては、活動年数間で有意差はみられなかった。

図1, 2に、活動年数別で、活動内容間の意識の違いを検討した結果を示した。1~5年目においては、「小地区で行う活動」と比較して「市町村全体で行う活動」で主体的な活動の得点が有意に高かった。しかし、情緒的効果の得点には有意差はみられなかった。次に、今回データは示していないが、6~13年目では活動内容間の得点の差はみられなかった。14年目以

表2 活動年数による小地区で行う活動に対する意識の違い

| | | 平均点±標準偏差 |
|------------------|---------------|-------------------------|
| 主体的な活動 25点満点) | 1~5年目 (n=70) | 16.4±3.4 ^a |
| | 6~13年目 (n=84) | 18.0±3.6 ^b |
| | 14年目以上 (n=70) | 18.7±3.4 ^{b,c} |
| 情緒的効果 25点満点) | 1~5年目 (n=70) | 19.1±2.9 ^a |
| | 6~13年目 (n=86) | 19.6±2.3 ^{a,b} |
| | 14年目以上 (n=71) | 20.5±3.0 ^b |
| 活きた情報 10点満点) | 1~5年目 (n=71) | 7.4±1.3 ^a |
| | 6~13年目 (n=86) | 7.7±1.2 ^{a,b} |
| | 14年目以上 (n=71) | 8.1±1.3 ^b |
| 合計 60点満点) | 1~5年目 (n=66) | 43.0±6.4 ^a |
| | 6~13年目 (n=75) | 45.3±6.3 ^{a,b} |
| | 14年目以上 (n=65) | 47.5±6.9 ^b |

多重比較はBonferroni法による、異なるアルファベット間で有意差あり

表3 活動年数による市町村全体で行う活動に対する意識の違い

| | | 平均点±標準偏差 |
|------------------|---------------|-------------------------|
| 主体的な活動 25点満点) | 1~5年目 (n=70) | 16.9±3.7 ^a |
| | 6~13年目 (n=88) | 18.4±2.8 ^b |
| | 14年目以上 (n=68) | 18.6±3.3 ^{b,c} |
| 情緒的効果 25点満点) | 1~5年目 (n=71) | 19.5±2.8 |
| | 6~13年目 (n=89) | 19.5±2.7 |
| | 14年目以上 (n=70) | 20.0±3.2 |
| 活きた情報 10点満点) | 1~5年目 (n=74) | 7.4±1.4 |
| | 6~13年目 (n=83) | 7.5±1.2 |
| | 14年目以上 (n=71) | 7.8±1.6 |
| 合計 60点満点) | 1~5年目 (n=67) | 44.1±6.5 |
| | 6~13年目 (n=80) | 45.3±5.8 |
| | 14年目以上 (n=67) | 46.3±7.4 |

多重比較はBonferroni法による、異なるアルファベット間で有意差あり

上においては、主体的な活動の得点には有意差はみられなかった。しかし、「市町村全体で行う活動」と比較して「小地区で行う活動」で情緒的効果の得点が有意に高かった。

IV 考 察

本研究では、食改員の意識向上と活動内容に関連があるかどうか明らかにすることを目的とし、「小地区で行う活動」と「市町村全体で行う活動」において、活動に対する意識を検討した。その結果、「小地区で行う活動」においては、活動年数が短い者と比較し、長い者では3尺度(主体的な活動、情緒的効果、活きた情報)すべての得点が有意に高くなっていった。一方、「市町村全体で行う活動」においては、主体的な活動の得点のみ、活動年数が長い者で有意に高くなっていった。さらに、活動年数別に活動内容に対する意識の違いを検討した。活動年数が短い者では、「市町村全体で行う活動」において主体的な活動に関わる項目の得点が有意に高かったが、活動年数が長い者では、「小地区で行う活動」において情緒的効果に関わる項目の得点が高かった。

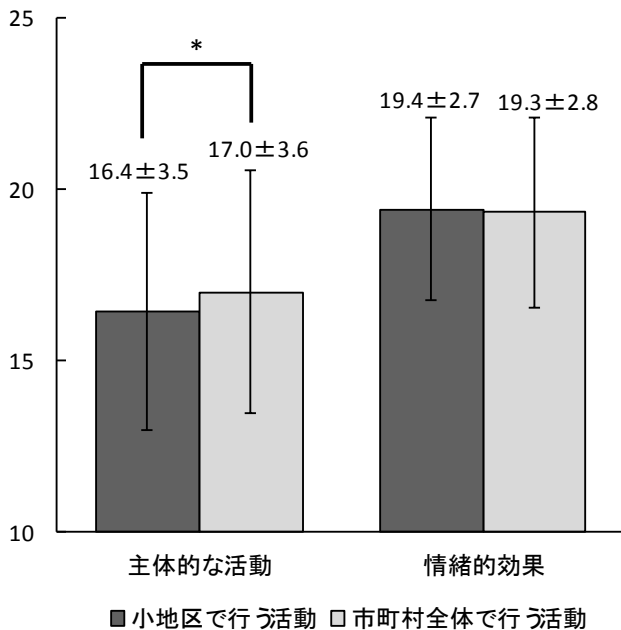
地区組織活動は、その過程において組織や会員がエンパワーされ⁹⁾、それがコミュニティ・エンパワメントにつながると考えられる。秋山ら⁹⁾は、個人のエンパワメントプロセスは、組織での活動や役割の影響により体験と情緒的効果の相互作用が繰り返され、活動継続にしたがって信念が変換され人生の再デザインが起こるものであると述べている。本研

究においては、その考えを基に行われた食改員への調査から開発された河野ら⁸⁾の自己変革尺度を用いた。河野ら⁸⁾は、食改員の活動継続年数が長いと主体的な活動、情緒的効果、活きた情報の尺度得点が高くなる、すなわち活動年数と活動に対する様々な意識は比例して向上することを示している。本研究においても、「小地区で行う活動」では、同様の結果となり、活動年数の長さが意識向上の一因であることが示唆された。また、鈴木ら¹⁰⁾は、食改員の活動年数が長くなると、組織の活動目標や社会的役割の自覚が高まることを報告している。このことから、本研究で検討した活動に対する意識にも組織における様々な自覚の高まりが関与しているかもしれない。

本研究において、「小地区で行う活動」および「市町村全体で行う活動」の両者で主体的な活動の得点は活動年数が長い者で高いという結果であった。この結果から、主体的に活動しようとする意識は、活動内容に関係なく、活動年数が長くなると向上すると考えられる。一方、情緒的効果や活きた情報(情報を活かそうとする意識)の得点は、「小地区で行う活動」では活動年数が長い者が高かったが、「市町村全体で行う活動」では活動年数による違いはみられなかった。したがって、情緒的効果や活きた情報(情報を活かそうとする意識)は、対象者が明確な「小地区で行う活動」では活動が長くなると向上する一方で、対象者が明確でない「市町村全体で行う活動」では向上しないのかもしれない。

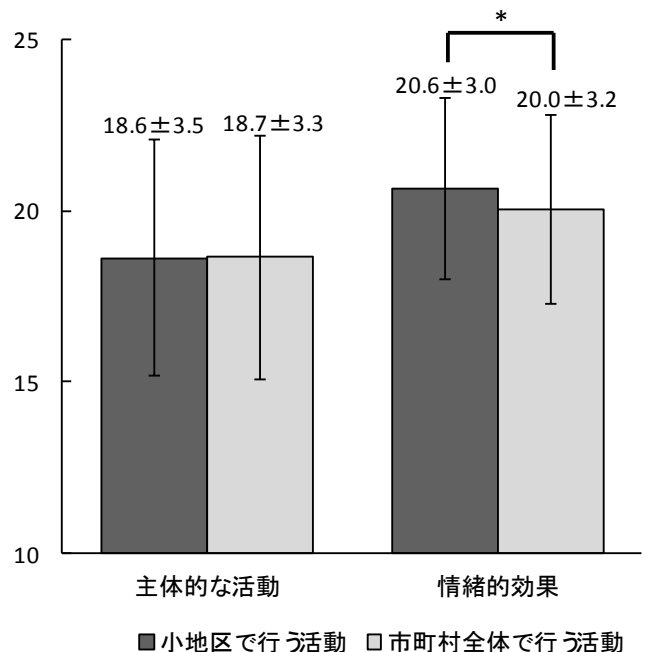
また、活動年数が1~5年目の短い者では、「小地区で行う活動」と比較して「市町村全体で行う活動」

図1 活動年数1~5年目における活動内容間の意識の違い



平均値±標準偏差, *対応のあるサンプルのt検定

図2 活動年数14年目以上における活動内容間の意識の違い



平均値±標準偏差, *対応のあるサンプルのt検定

の方が主体的な活動をしようとする意識が高く、活動年数が14年目以上の長い者では、「市町村全体で行う活動」と比較して「小地区で行う活動」で情緒的効果が高かった。村山ら¹¹⁾は健康推進員の活動意識を経験年数別で比較しており、経験年数が長いほど地域で起こっている問題に関心を持つ、愛着を感じる等の意識が高まるとの報告をしている。したがって、本研究においても、活動年数の長い者ほど、より地域に密着した「小地区で行う活動」で「活動にやりがいを感じた」、「活動が楽しかった」等の情緒的効果が高まったのではないかと考えられる。以上のことをまとめると、食改員としての活動年数が長い者ほど全体として活動意識は向上しているが、その意識は活動内容によって異なり、一様でないことが示唆された。

本研究の限界点として、食改員の活動に対する意識には、活動以外の様々な要因が関与しており、本研究ではそれら要因の関与を考慮していないことがある。例として、活動年数の長い者は高齢であるために、人生経験も多く、それが活動に対する意識に関連している可能性がある。そのため、今後、関連要因を統計的に調整して解析する必要があると考えられる。また、本研究では、活動年数別に活動内容による意識の差を比較したが、有意差検定に対応のあるt検定を用いた。 α エラーの可能性もあるため、今後は分散分析等他の検定も考慮する必要がある。さらに、本研究結果から、食改員の活動年数が長い者ほど活動意識が高く、その意識は活動内容によって影響を受けることが示唆されたが、本研究は横断研究であるため、意識の高さと活動年数の長さ、また、それに関係する活動内容の因果関係については分からない。今後、縦断的に検討を行っていく必要がある。そして、本研究は調査対象地域が限定的であるため、結果を一般化することが難しい。今後、調査対象地域を広げ検討を行う必要もあると考えられる。

V 結 語

本研究から、食改員の活動内容に関わらず、活動年数が長くなると、主体的な活動をしようとする意識が高まることが示唆された。また、活動年数が短い者では、「市町村全体で行う活動」において主体的な活動をしようとする意識が高く、活動年数が長い者では、対象者が明確な地域に密着した「小地区で行う活動」において「活動にやりがいを感じた」、「活動が楽しかった」等の情緒的効果が高かった。このことから、活動内容によって活動意識の向上に及ぼ

す影響が異なることが示唆された。食改員は行政育成型のボランティア組織であるため、行政側はこれらのことを踏まえて食改員を活用、サポートしていく必要がある。

本研究に関し、調査にご協力を頂いたA県内9市町村の栄養士の皆様、並びに食改員の皆様に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省. 健康日本21(第二次). http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kenkounippon21.html (参照 2015-01-03)
- 2) 一般財団法人 日本食生活協会. 食生活改善推進員とは. <http://www.shokuseikatsu.or.jp/kyougikai/index.php> (参照 2015-01-03)
- 3) 財団法人日本食生活協会. 食生活改善推進員教育テキスト. 東京: 一般財団法人 日本食生活協会, 2010; 16.
- 4) 鈴木秀子. 食生活改善推進員に対する市町村の支援のあり方について～食生活改善推進員養成講座が及ぼす影響からの検討～. 会津大学短期大学部研究紀要 2012; 69: 1-18.
- 5) 斉藤進. 地域組織活動をどう強化・活性化させるか 調査結果から行政支援のあり方を考える. 生活教育 2001; 45: 27-31.
- 6) 秋山さち子, 海老真由美, 村山正子. 住民自主組織に所属する個人エンパワメント構造. 日本地域看護学会誌 2004; 7: 35-40.
- 7) 大池明枝, 越田美穂子, 荒谷多香子. 自主的参加による地域組織活動における住民のエンパワメントを支える要因. 日本看護学会誌 2006; 15: 62-70.
- 8) 河野敦子, 吉田亨. 地区組織活動における個人の自己変革とその要因. 日本健康教育学会誌 2007; 15: 207-219.
- 9) Booker VK, Robinson JG, Kay BJ, et. al. Changes in empowerment: Effects of participation in a lay health promotion program. Health Education & Behavior 1997; 24: 452-464.
- 10) 鈴木みちえ, 中野照代. 食生活改善推進員の健康習慣と役割意識に関する調査. 厚生の指標 2009; 56: 26-33.
- 11) 村山洋史, 田口敦子, 村嶋幸代, 他. 健康推進員の活動意識 経験年数別での比較. 日本公衛誌 2007; 54: 633-643.

危機管理システムにおける保健師の参画実態

—危機管理担当部署に所属する保健師の面接調査より—

ワカスギ サナエ* スズキ トモヨシ ナカムラ ヒデヨシ*
若杉 早苗 鈴木 知代* 仲村 秀子*
イトノ 純子* カワムラ サアユキ*

目的 自治体の危機管理担当部署に所属している保健師の危機管理システムの運用における参画実態を明らかにすることを目的とした。

方法 危機管理担当部署に所属する保健師4名に、危機管理担当の一員として、現在行っている活動について、半構成的面接調査をおこなった。質的帰納的方法を用いて、語りを、保健師の参画実態に焦点化し、分類整理した。倫理的配慮として、聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を得た内容を遵守した。

結果 保健師4名の経験年数は19年～29年、危機管理担当部署の従事年数は6か月～7年であった。抽出されたコアカテゴリーはi.【住民の健康危機問題を分析し優先順位をつける】ii.【保健師が蓄積した地域住民の健康生活情報を危機管理対応に活かす】iii.【公衆衛生看護の知識を危機管理対応に活かす】iv.【公衆衛生看護の立場から住民の減災対策を自治体や関連する組織に提言する】v.【地域住民と保健師との信頼関係を深め、お互いの行動を理解する】vi.【保健師の行政知識を活かして行政組織や地域関係機関と職務関係の人脈をつくる】の6つの概念が導き出され、構造化された。

結論 危機管理担当部署に所属している保健師の危機管理システムにおける参画実態として、保健師は地域住民の身近な存在として、日頃の公衆衛生看護活動や公衆衛生の知識を活用して被災住民の健康危機問題を解決する役割を果たしていること。行政組織や地域関係機関との関係性を広げて人脈をつくることで、公衆衛生の立場から自治体や関連する組織に危機管理活動の提言を行い、総合的な減災対策の立案や実行に繋がっていることが明らかになった。これらの参画実態から、有事の減災対策を確立していくことのできる、保健師の技能を習得していくためには、保健師基礎教育・現任教育が重要であることが示唆された。

Key words : 危機管理システム, 減災, 自治体保健師の参画, 公衆衛生看護

I 結 言

近年自治体では、危機管理に対応する部署として、防災課や危機管理室が中心となり、災害対策基本法に基づく災害対策や地域医療救護対策の整備が急速に進められている。特に、災害など非常の事態が起こった時(以下、有事)には、事態が緊迫した特殊な状況下で、災害等が起きていない時(以下、平時)の保健医療・福祉体制の枠組みを超えた多様な援助ニーズや、状況の変化に臨機応変に対応する事が重

要となる。しかし、実際の東日本大震災における保健活動の実態とその課題¹⁾においても、大規模災害への対応と地域住民への支援という二重構造の中で、常に想定外の事態に対応せざるを得ない実状が報告されている。また、過去の大規模災害における経験から、災害に備えた体制は、被災時における保健活動を想定した平時からの取り組みが基盤²⁾となり、保健師の被災経験の有無などにより差が見られる³⁾ことが課題となっている。

このように、組織的に認識と実践能力の乖離を埋め、自然災害等の特殊性に関する知識や状況判断力など独自のスキル⁴⁾を習得していく必要性が高まる中で、危機管理システムのあり方に関する研究の多くは、被災経過の振り返りや被災地の支援経験から、

* 聖隷クリストファー大学看護学部

連絡先：〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453 聖隷クリストファー大学看護学部

保健師の役割を示した研究が中心となっており、実践に結びつけていくための危機管理システムの運用に、保健師がどのように参画しているかを明らかにした研究は少ない。

そこで、本研究では、自治体の危機管理担当部署に所属している保健師活動を分析し、危機管理システムにおける保健師の参画実態を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

本研究では、文献を参考に用語を次のように定義する。

危機管理担当部署：自然災害に対応する目的で設置された自治体の部署のこと。

減災：災害後の対応よりも事前の対応を重視し、できることから計画に取り組み、災害による被害をできるだけ小さくする取り組みのこと。

II 研究方法

1. 調査期間

2013年9月～12月

2. 調査対象

自治体の危機管理担当部署に配属され、危機管理業務に従事している保健師のうち、同意が得られた者を対象とした。

3. 調査方法

データは、研究参加者に対し、インタビューガイドを用いた半構成的面接により収集した。

インタビューの焦点とした質問項目は、①現在所属する危機管理担当部署においておこなっている保健師の具体的な活動内容、②今まで所属していた保健師部門で実施していた「健康危機管理」と「行政全体の危機管理」活動の違い、③危機管理担当部署において保健師としての活動を遂行する上での困難や課題の3点である。これらの質問項目に対し、研究参加者が自由に語るよう心掛けた。

4. 分析方法

研究参加者の調査はすべて、保健師が勤務する自治体の施設内で実施し、内容は承諾を得て、ICレコーダーに記録し、逐語録とした。

分析は、危機管理担当部署に所属する保健師の活動内容及び危機管理担当部署の中で、保健師に求め

られる役割に関して、意味のある文節を分析単位とし、サブカテゴリー「J」としてコードを作成した。

次に、抽出されたコードは、類似性を基に統合し、カテゴリー『J』、コアカテゴリー【J】に質的帰納的に分類整理した。さらに、これらのカテゴリー間の繋がりを、危機管理システムにおける参画実態として構造化した。

分析の厳密性を高めるために、分析の全過程において質的研究に精通した研究者と共同で検討を重ね、確証性を確保した。また、同意の得られた研究参加者にフィードバックして意見をもとめることで確実性を確保した。

5. 倫理的配慮

研究参加者に対し、研究目的と方法について口頭及び文書にて説明をおこない、研究への参加は自由意志であること、研究協力を拒否しても職務上の不利益はないこと、インタビュー内容は研究目的以外に使用しないこと、プライバシーの保護、秘密保持に努めることを説明した。研究参加者の同意は書面を用いて取得した。本研究は、聖隷クリストファー大学倫理委員会の審査ならびに承認を得た内容を遵守して実施した。

III 研究結果

A県内35市町及び県の危機管理担当部署の所属長宛てに、現在危機管理担当部署に配属され、危機管理対応の業務に従事している保健師の有無を確認し、保健師の配属が確認できた自治体保健師3名及び、B県C市において、危機管理のシステム化を先駆的に実施している保健師1名を対象とした。

危機管理担当部署に所属する保健師4名の経験年数の平均は23.5年。危機管理業務の従事期間は6か月から7年であった（表1）。

表1 研究協力者の基本属性

| I D | 年代 | 性別 | 保健師 経験年数 | 危機管理 従事期間 | 危機管理 業務経験 |
|-----|------|----|-------------|--------------|--------------|
| A | 40歳代 | 女 | 21年 | 6か月 | 有り |
| B | 40歳代 | 女 | 25年 | 2年 | 有り |
| C | 50歳代 | 女 | 29年 | 3年 | 無し |
| D | 40歳代 | 女 | 19年 | 7年 | 無し |

危機管理担当部署に配属された保健師は、自らが積み重ねてきた保健師の活動経験や専門性、公衆衛生看護の知識を活用しつつ減災に対する取り組みをおこなっていた。

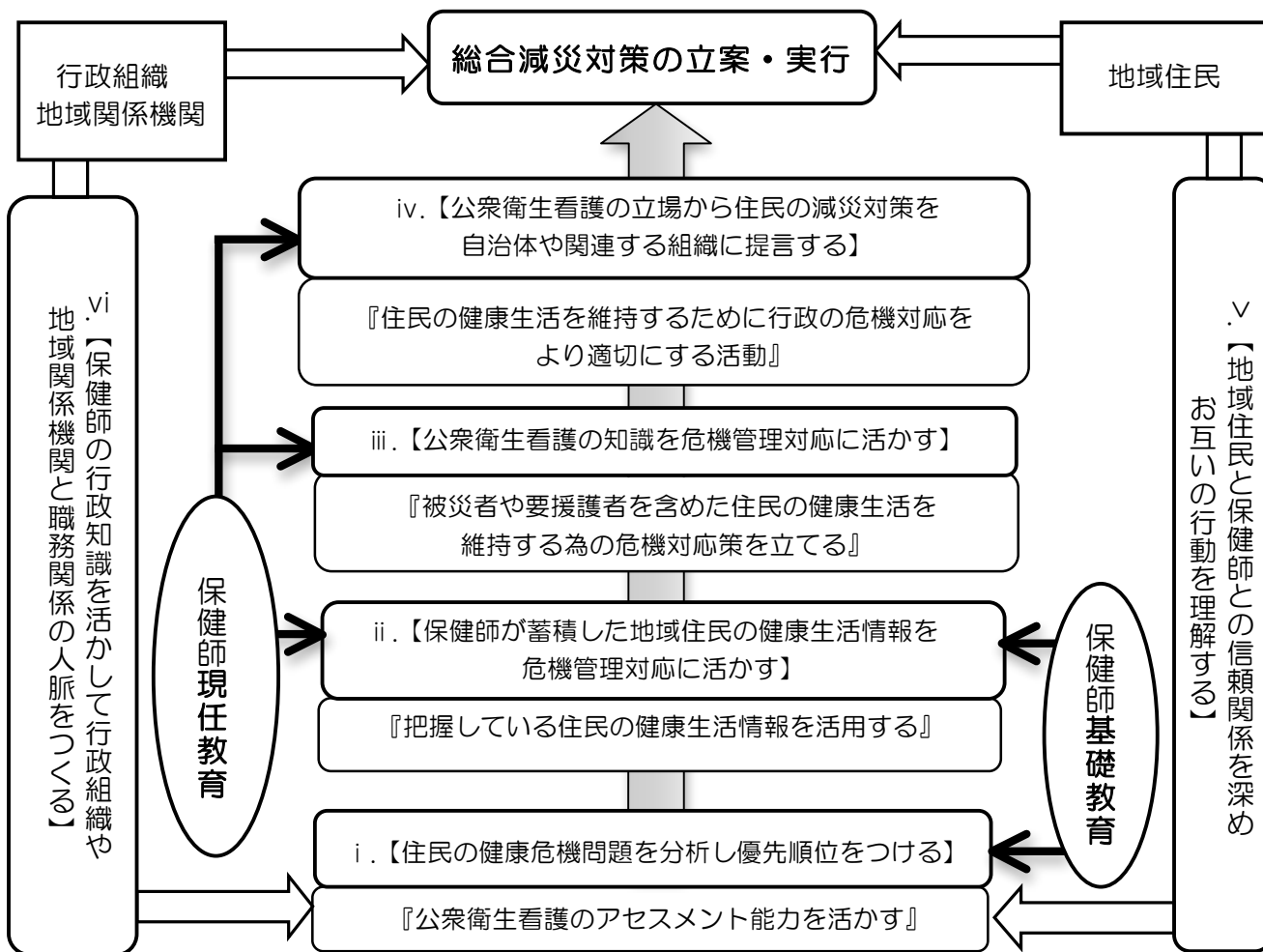


図1 危機管理システムにおける保健師の参画実態 <概念図>

また、2011年に発生した東日本大震災の被災地支援活動から得た経験を、自治体の問題として捉え、公衆衛生の立場から、危機管理体制への提言をしていた。(図1)

抽出されたコアカテゴリーは、i.【住民の健康危機問題を分析し優先順位をつける】ii.【保健師が蓄積した地域住民の健康生活情報を危機管理対応に活かす】iii.【公衆衛生看護の知識を危機管理対応に活かす】iv.【公衆衛生看護の立場から住民の減災対策を自治体や関連する組織に提言する】v.【地域住民と保健師との信頼関係を深め、お互いの行動を理解する】vi.【保健師の行政知識を活かして行政組織や地域関係機関と職務関係の人脈をつくる】の6つであった。(表2)

以下、【】はコアカテゴリー、『』はカテゴリー、「」はサブカテゴリーとした。代表的な対象者の語りをID《》として示し、語りを斜体ゴシック体小文字で記載した。語りの内容がわかりにくい箇所は()内に言葉を補足した。

i. 【住民の健康危機問題を分析し優先順位をつける】

保健師は「住民との雑然的な日常会話から、被災者の情報を収集する」など『抵抗なく住民と話ができる強みを活かし、健康や医療を切り口に被災者の情報を収集する』をしていた。また『有事に情報を冷静に判断し、公衆衛生看護のアセスメント能力を活かす』ことで「被災の影響で体調を崩した人の中で優先的にコーディネートする必要性を判断した」や、「置き去りにされがちな災害要援護者の体制を整備し、管轄する部署と繋ぐ」など、【住民の健康危機問題を分析し優先順位をつける】活動をしていた。

・(被災直後であっても)保健師は、(住民との)雑談的な日常会話から「体調はどうですか。」「血圧測りましょうか。」といった医療面を切り口に(家庭訪問調査に)行ける。被災者(住民)も抵抗感がないし、情報収集能力も高いと思うんです。《D》
 ・(保健師は、今までの)保健事業のバック(経験)があるか配慮する必要のある(高齢者や妊婦などの)対象者を絞る(優先順位を決める)ことができる。《A》

表2 危機管理担当部所に所属している保健師参画の実態

| コアカテゴリ | カテゴリー | サブカテゴリー |
|--|--|---|
| i 住民の健康危機問題を分析し優先順位をつける | 抵抗なく住民と話ができるという強みを活かし健康や医療を切り口に被災者の情報収集する | 被災地の集落の住民から様々な情報をつかみ活用する |
| | | 住民との雑談的な日常会話から、健康や医療を切り口に被災者の情報収集する |
| | 有事に状況を冷静に判断し、公衆衛生看護のアセスメント能力を活かす | 有事に状況を冷静に判断し、高齢者や妊婦など配慮する必要がある対象者を絞る |
| | | 被災の影響で体調を崩した人の中で優先的にコーディネートする必要性を判断した 置き去りにされがちな災害要援護者の体制を整備し、管轄する部署と繋ぐ |
| ii 保健師が蓄積した地域住民の健康生活情報を危機管理対応に活かす | 把握している住民の健康生活情報を活用する | 被災地に支援に入る様々な職種のコーディネイトし、住民が活用できるように支援する |
| | | 保健師は絶妙な上手さをもって、住民との関係性を掴み、コーディネートする |
| | 組織の支持系統を統一するためにつなぎ目をつくり、目指す方向をあわせる | 有事にどこと連携をするかのつなぎ目をつくる |
| | | 災害対策本部の流れを重視した指示系統を統一していくために、目指す方向を合せる |
| iii 公衆衛生看護の知識を危機管理対応に活かす | 被災者や要援護者を含めた、住民の健康生活を維持する為の危機対応策を立てる | コミュニティを崩さない、孤立させない配慮をする |
| | | 医療救護所や避難所の設置は管轄する部署が中心に担当し、回らない所や他の部署と繋ぐ |
| | 危機管理対応が必要な時に保健師の経験してきた情報を伝え、公衆衛生の知識を活かして指示を出し混乱を防ぐ | 保健師の業務で経験してきた情報を伝え、危機管理対応に活用する |
| | | 危機管理対応を議論するための知識や情報を提供することで、判断するための即戦力になる 公衆衛生の知識を提供することで、所属部署の動き方が理解でき、感染症などの混乱を防いだ |
| iv 公衆衛生看護の立場から住民の減災対策を自治体や関連する組織に提言する | 住民の健康生活を維持する為に行政の危機対応をより適切にする活動 | 平時のうちに、被災地になったら何をすべきか整理しておく |
| | | 有事の事態を具体的に推測し、実践につなげていく土台づくりをする |
| | 被災地の支援経験から得た活動を自治体の問題として考える | 大震災の派遣支援での活動内容を報告する |
| | | 保健師が被災地支援から得た経験を自治体の問題として提案していく |
| v 地域住民と保健師との信頼関係を深め、お互いの行動を理解する | 地域住民と協働した避難訓練や避難所運営訓練をおこない「備え」の意識や関係を深める | 津波被害が予測されている地区の住民と一緒に避難計画を作成し、訓練をおこなう |
| | | 被災者や要援護者を含めた住民組織を壊さず、孤立させない配慮をする |
| | 平時の「備え」の意識を行政部署ごとに高める提案をする | 保健事業開催時に行政部署ごとに「災害時にどうするか」を考える |
| | | 平時にこそ「備え」の取り組みを強化するために、被災支援の経験を「備え」の意識強化につなげる |
| vi 保健師の行政知識を活かして行政組織や地域関係機関と職務関係の人脈をつくる | 地域関係機関や行政組織内のコミュニケーションを深め職務関係の人脈を広げる | 自衛隊や建築関係、広域火葬など様々な分野の地域関係機関と関係を深める |
| | | 災害対策本部の指令を通すための隙間を埋めることで、主管課が危機管理担当部署にやってもらった意識せずに活動する |
| | | 危機管理担当部署の中でしっかりとコミュニケーションをとり、保健師の役割の理解と、保健師に任せて良い部分の共通認識を得られるようにした |
| | 保健師に任せる部分の共通認識を得る | 外部から保健分野の業務を客観的に見ることで役割分担を明確にする 保健師ができることを発信し、手を挙げて関係をつくっていく |

ii. 【保健師が蓄積した地域住民の健康生活情報を危機管理対応に活かす】

保健師は、被災地の支援経験をもとに「災害対策本部の流れを重視した指示系統を統一していくために、目指す方向を合わせる」重要性を示し、平時の準備として『組織の支持系統を統一するためにつなぎ目をつくり、目指す方向をあわせる』活動を行っていた。さらに、日頃の公衆衛生看護活動の中で「保健師は絶妙な上手さをもって、住民との関係を掴みコーディネートする」技能を活かし『把握している住民の健康生活情報を活用する』ことで【保健師が蓄積した地域住民の健康生活情報を危機管理対応に活かす】活動に繋げていた。

・(必要な)他機関を巻き込んだり、組織や人を繋ぐ役割も(保健師)は持って(担って)いる。《C》

・(住民から)こんな事が困っているという(情報)を聞いて、(保健師は)瞬時にPDCA(サイクルのプロセスを用いた公衆衛生看護の判断)をやっているんです。《D》

iii. 【公衆衛生看護の知識を危機管理対応に活かす】

危機管理担当部署に所属する保健師は、求めに応じた「公衆衛生の知識を提供することで、所属部署の動きが理解でき、感染症などの混乱を防いだ」など『危機対応が必要な時に保健師の経験してきた情報を伝え、公衆衛生の知識を活かして指示を出し混乱を防ぐ』活動を行っていた。また「コミュニティを崩さない、孤立させない配慮をする」など、過去の大震災の教訓を活かし『被災者や要援護者を含めた住民の健康生活を維持する為の危機対応策を立てる』など【公衆衛生看護の知識を危機管理対応に活かす】取り組みを行っていた。

・危機管理にいる保健師だからこそ、減災へ取り組んで健康被害を減らしていかなくちゃならない。だから「(公衆衛生看護)の判断を遅らせない」といったところ(に関わる)役割があると感じている。《A》

・間違った情報でパニックにならないように、公衆衛生に関する話が出た時には、(必要な)情報を話が(提供)できて、即戦力としても大きかった。前(保健分野)の仕事の経験が活かされていると思う。《B》

iv. 【公衆衛生看護の立場から住民の減災対策を自治体や関連する組織に提言する】

保健師は「有事の事態を具体的に推測し、実践につなげていく土台づくりをする」など、被害を詳細に分析・想定しながら訓練の企画や実施を行っていた。さらに「保健師が被災地支援から得た経験を自治体の問題として提案していく」など『住民の健康生活を維持するために行政の危機対応をより適切にする活動』として【公衆衛生看護の立場から住民の減災対策を自治体や関連する組織に提言する】活動を行っていた。

・(危機管理の)体制を作る、整えるという大きな枠組みで、危機管理局が使えるのではないかと(思った)…。《B》

・今ある現状の課題を見つけて、改善するための企画・実施をしていく…保健師の仕事で今までの経験が活かされている。「必要！」って声をあげていく事って、とてもエネルギーが必要だし、周りに理解してもらう事も大変。特に、自分達(危機管理局に配属されている保健師)のできることを発信していかないと情報はこない。《C》

v. 【地域住民と保健師との信頼関係を深め、お互いの行動を理解する】

保健師は、日頃の公衆衛生看護活動で培われた住民との信頼関係を活かし、津波被害が予測されている地区の住民と一緒に避難計画を作成するなど『地域住民と協働した避難訓練や避難所運営訓練をおこなない「備え」の意識や関係を深める』取り組みを行っていた。さらに「保健事業開催時に行政部署ごとに「災害時にどうするか」を考える」など『平時の「備え」の意識を行政部署ごとに高める提案をする』ことで【地域住民と保健師との信頼関係を深め、お互いの行動を理解する】に繋げていた。

・自治体(行政組織)は縦割りだから、危機管理局だけが「備え」を意識しているように感じる。「備え」は地震災害に限ったことではない。感染症やインフルエンザなど、健康増進に関することにも「備え」はある。《C》

・体制づくりはプロセスが一番大事、…。例えば、「1歳6か月健診をやっているときに、災害がおこったらどうするの？」と…。面倒くさいけど、災害時にどうするかを、みんなで話し合えるかが大切だと思っている。《D》

vi. 【保健師の行政知識を活かして行政組織や地域関係機関と職務関係の人脈をつくる】

危機管理担当部署に配属された保健師は「外部から保健分野の業務を客観的に見ることで役割分担を明確にする」など、客観的に公衆衛生看護の役割を見つめ『地域関係機関や行政組織内のコミュニケーションを深め職務関係の人脈を広げる』取り組みをしていた。さらに「自衛隊や建築関係、広域火葬など様々な分野の地域関係機関と関係を深める」人脈をつくり、行政組織に『保健師に任せる部分の共通認識を得る』ことで【保健師の行政知識を活かして行政組織や地域関係機関と職務関係の人脈をつくる】など、総合的な減災対策の立案や実行に繋げていた。

・しっかりと(行政組織や職務関係者と)コミュニケーションをとっていくと、(実際の災害発生時に)防災危機管理室の中で、「保健師をすぐに(現場に)行かせるのではなく、必要に応じて避難所に派遣しよう。」と言ってくれて、(保健師の必要性を判断した上で)保健師に任せていいんだねとなった。《D》

・(危機管理担当部署に配属される前の)保健所では関連が薄かった、自衛隊や建築関係、広域火葬など様々な分野の(専門職と)関係を深めることができていた。《B》

IV 考 察

1. 危機管理システムの運用における平時の保健師活動のあり方

本研究の調査結果より、危機管理担当部署に所属する保健師は、地域住民を取り巻く環境に、継続的かつ安定的な支援を行なう事が可能な統一化された職種⁵⁾と言われるように、日々の公衆衛生看護活動により【地域住民と保健師との信頼関係を深め、お互いの行動を理解する】関係性を活かし【住民の健康危機問題を分析し優先順位をつける】【保健師が蓄積した地域住民の健康生活情報を危機管理対応に活かす】など、地域住民の身近な存在として、健康危機問題を解決する活動をしていた。

また【保健師の行政知識を活かして行政組織や地域関係機関と職務関係の人脈をつくる】など、行政組織を繋ぐ活動もおこなっていた。

このように、危機管理担当部署に所属する保健師は、公衆衛生看護活動で身につけた技能を用いた【公衆衛生看護の立場から住民の減災対策を自治体や関連する組織に提言する】など、行政の危機対応をよ

り適切にする活動を行い、総合的な減災対策の立案・実行に参画している実態が明らかになった。

しかし、過去の大震災の教訓を生かして、減災対策強化のために、多くの自治体が危機管理担当部署を設置している一方で、災害対策マニュアル等の策定に保健師が関与している割合は47.4%と約半数⁶⁾に留まっていることから、全ての自治体組織において危機管理システムが、十分確立されているとはいえない。このため、平時における減災対策の要である「災害対策マニュアル等の策定」においても、公衆衛生看護の概念を組み込めるよう、保健師の参画を推し進めていく取り組みが必要と考える。

2. 有事の減災対策を支える保健師基礎教育・現任教育の重要性

被災時、被災者の多くは、生活基盤を根底から覆される被災体験に加え、不自由な避難生活を強いられるため、生活全般にわたる不安や不自由さを抱えており、時には健康問題への自覚をもつ余裕すらないこともある。このような被災による影響を加味した多様な住民のニーズを、保健師は、公衆衛生看護の技能を活かし、有事の混乱期においても状況を冷静に捉え、減災活動の優先順位を判断していく必要がある⁷⁾。しかし、多くの自治体に所属する保健師は、災害対策等のマニュアルが整備されていても、めったに発生しない災害に対し、速やかな対処行動をとるのは難しく、災害を想定した訓練においてもマニュアルを確認しないと行動できないのが現状⁸⁾である。

さらに、大規模災害のように、事態が緊迫した状況において行われる判断は、平時の判断力やアセスメント能力に基づいておこなわれるため、平時にできないことは有事の時にもできない⁹⁾。

このため、有事の減災対策を保健師が支えていくためには、保健師基礎教育の段階から、災害看護を基礎として、公衆衛生看護のアセスメント能力や住民の健康生活情報を収集し、活用していくことができる実践力が習得できていることが求められる。

さらに、公衆衛生看護の知識や技能を活かして、自治体の危機管理システムの運用に保健師が参画していくためには、保健師現任教育において、平時から基礎的な能力を確かなものとし、実践経験を深めつつ、減災対策の立案・実行していくための高度な専門性や技能を段階的に習得するなど、計画的な教育体制を整備していくことが重要と考える。

3. 研究の限界と課題

本研究は、調査地域が一部であることや、実際に震災等の被害を受けた経験のない保健師の語りから得た知見であるため、有事の危機管理活動の参画実態は、震災の被害状況を想定・推測した減災活動の範囲に留まっている。

今後さらに、調査の範囲を広域的に広げ、東日本大震災等の大規模災害の被害を受け、健康危機対応を経験した保健師へのインタビュー調査をおこなうなど、減災対策に必要な保健師活動の知見を深める必要がある。

V 結 語

危機管理担当部署に所属する保健師の参画実態として6つの概念が導き出され、構造化された。

保健師は地域住民の身近な存在として、日頃の公衆衛生看護活動や公衆衛生の知識を活用して被災住民の健康危機問題を解決する役割を果たしていること。行政組織や地域関係機関との関係性を広げて人脈をつくることで、公衆衛生の立場から自治体や関連する組織に危機管理活動の提言を行い、総合的な減災対策の立案や実行に繋げていることが明らかになった。これらの参画実態から、有事の減災対策を確立していくことのできる、保健師の技能を習得していくためには、保健師基礎教育・現任教育が重要であることが示唆された。

本研究に関し、調査にご協力くださいました危機管理担当部署に所属する保健師の皆様に、心より深く感謝申し上げます。

本研究は、第73回日本公衆衛生学会総会にて報告した内容を加筆修正したものである。

文 献

- 1) 地域保健総合推進事業報告書.平成 24 年度 東日本大震災における保健師活動の実態とその課題. 2013. 松本珠実, 加藤静子.
- 2) 井伊久美子. 概論 災害時に保健師力を発揮するために(特集 災害時の健康ニーズを考える). 月刊地域保健 2005 ; 36 : 8-13.
- 3) 奥田博子. 自然災害時における保健師の役割. 特集 災害時に保健医療従事者は何をすべきか—期待と現実の Gap. 保健医療科学2008 ; 57 : 213-219.
- 4) 地域における健康危機管理のあり方検討小委員会報告書. 平成17年度 地域における健康危機管理の

あり方—行政組織の中で健康危機管理に保健師の専門性を発揮するために. 2007. 社団法人看護協会.

5) 森永裕美子. 災害時「公衆衛生活動」指針とマニュアルの策定: 保健師が重層的に取り組んだ倉敷市の成果. 保健師ジャーナル2012 ; 68 : 853-859.

6) 若杉早苗, 鈴木知代, 川村佐和子他. 危機管理システムにおける保健師参画実態(第1報): A 県下保健師への質問紙調査. 日本公衆衛生学会総会抄録集 ; 2014 ; 73 ; 539.

7) 奥田博子, 宮崎美佐子, 井伊久美子. 自然災害発生時における保健師の派遣協力に実態と今後に向けての課題. 保健師ジャーナル, 2007;63(9):810-815.

8) 中川 経子, 中尾 邦子, 丸山 嘉一, 他. 災害発生時に看護職員が活用できるアクションカードの考案とその使用経験について. 日本集団災害医学会誌 2010 ; 15 : 210-217.

9) 石井美恵子. 災害看護に必要な知識とスキル. 看護教育 2013 ; 54 : 946-951.

中学校教員の多忙感,互惠性及び信頼とメンタルヘルスとの関連

みずた あきこ こやまひろし やまぐちひさよし たつみ おじまとしゆき
水田 明子* 古山浩志^{2*} 山口久芳^{2*} 巽 あさみ* 尾島俊之^{3*}

目的 教員の多忙感, 教員同士の互惠性及び信頼とメンタルヘルスとの関連を明らかにする。

方法 静岡県の2市にある公立中学校全8校の教員に質問紙調査を行った。教員の属性と多忙感(生徒指導が必要な生徒の増加, 保護者や地域住民への対応の増加), 互惠性(教員同士の力を合わせた問題解決, 教員同士の助け合い), 信頼(人は信頼できる, 人は他人の役に立とうとする)を把握した。メンタルヘルスの指標として気分障害・不安障害のスクリーニング調査票 K6を用い, 多忙感, 互惠性, 信頼との関連について, 性, 年齢, 担当学年を調整したロジスティック回帰分析を行い検討した。

結果 K6, 性と年齢に欠損のない学級担任89人, 学級担任以外24人の合計113人を分析対象とした。K6の平均値は4.5(標準偏差4.1; 範囲0.0-19.0), 5点以上は42.5%であった。生徒指導が必要な生徒の増加, 保護者や地域住民の対応の増加を「感じる」と回答した者は, 其々74.1%と76.1%であった。問題発生時に教員同士が力を合わせて解決しようとする, 教員同士助け合っているについて「思う」と回答した者は, 其々56.6%と54.9%であった。人は信頼できる, 人は他人の役に立とうとするについて「思う」と回答した者は, 其々34.9%と25.9%であった。生徒指導が必要な生徒の増加は K6と正の関連があり, オッズ比が高かった(OR=2.87; 95%CI=0.97-8.53)。信頼は K6と負の関連があり, 人は信頼できる(OR=0.42; 95%CI=0.17-1.01), 人は他人の役に立とうとする(OR=0.37; 95%CI=0.14-1.00) のオッズ比が低かった。

結論 生徒指導が必要な生徒の増加は教員のメンタルヘルスのリスク要因, 信頼はメンタルヘルスの促進要因であることが示唆された。教員のメンタルヘルスのリスク要因と促進要因を明らかにしたことは, メンタルヘルスの取り組みを促進させる。

Key words : 教員, K6, 多忙感, 互惠性, 信頼, 中学校

I 結 言

平成23年度の教職員の在職者に占める精神疾患の割合は0.57%で平成13年度と比較すると約2倍に増加し, 教職員の病気休職者に占める精神疾患による休職者数は61.7%にもものぼる¹⁾。このような現状から, 文部科学省はメンタルヘルス対策としてセルフケアの促進やラインケアの充実, 業務の効率化, 相談体制の整備, 良好な職場環境・雰囲気醸成を掲げている。教職員の休職には学級崩壊や職員間のトラブル, 仕事の多忙が背景²⁾にあり, ストレス要因としては仕事の要求度, コントロール度がある³⁾。しかし, 休職の原因に占める割合の多い精神疾患に至る前のメンタルヘルスに着目した研究^{4,5)}は少ない。

教員のメンタルヘルスは, 生徒の健全な育成と良好な学校環境を保持するために重要である。先行研究では教員に対するメンタルヘルス初期対応の訓練により, 知識の向上, 専門家の行うメンタルヘルスケアへの信頼や, 生徒や同僚への支援提供の意識が高まったことが報告されている⁶⁾。日本の小・中学校の教員の1カ月当たりの平均残業時間は34時間で, 40年前と比較して約4倍増加している。一日の勤務時間の中で多くを占める職務内容は, 児童生徒の指導に直接的に関わる業務(授業や生徒指導等), 児童生徒の指導に間接的に関わる業務(授業準備や成績処理等), 学校の運営に関わる業務及びその他の校務(会議や事務等), 外部対応(保護者や地域対応等)の順に高く⁷⁾, 生徒とその保護者や地域住民への対応の増加はメンタルヘルスのリスク要因となることが予測できる。一方で, 主観的健康度を高めるソーシャル・キャピタル⁸⁾⁹⁾は, 対人援助職である教員のメンタルヘルスの促進要因になると考えた。

我が国の平成26年の人口10万人あたりの自殺者数は20.0で世界的に高い水準にあり, 自殺の原因であ

* 浜松医科大学医学部看護学科地域看護学

2* 静岡大学教職大学院教育学部

3* 浜松医科大学医学部医学科健康社会医学

連絡先: 〒431-3125 静岡県浜松市東区半田山
1-20-1 浜松医科大学地域看護学講座 水田明子

る健康問題の中で多いのは精神疾患である¹⁰⁾。精神疾患の患者数においては気分障害の占める割合が最も高い¹¹⁾ことから、気分障害・不安障害のスクリーニングテストである K6を用いて、メンタルヘルスのリスク要因と、介入可能なメンタルヘルスの促進要因を検討する必要があると考えた。本研究の目的は、教員の多忙感、教員同士の互恵性及び信頼とメンタルヘルスとの関連を明らかにすることである。

II 研究方法

平成24年12月から平成25年1月に静岡県の菊川市と湖西市にある全ての公立中学校8校の教員に調査を行った。文書で説明を行い、同意が得られた者に無記名自記式質問紙調査票を用いて回答を求めた。調査は各教員の都合のよい時間に実施し、調査票は一人ずつ封筒に入れ封をして回収した。

属性として性、年齢、担当学年を把握した。教員の残業時間を多忙化として定義した報告がある¹²⁾。本研究では、多忙化の具体的内容が抑うつリスク要因であると考え、勤務時間の多くを占める職務内容の対人業務から、『生徒指導が必要な生徒が増えた』『保護者や地域住民への対応が増えた』の2項目を作成し、教員の多忙感と定義した。5段階の選択肢で回答を求め、「全く感じない」「あまり感じない」「どちらともいえない」を感じない、「わりと感じる」「感じる」を感じるに区分した。教員同士の関係性については、Grootaert らのソーシャル・キャピタルを6つの側面①グループとネットワーク、②信頼と連帯、③協調行動と協力、④情報とコミュニケーション、⑤社会の結束と一体性、⑥エンパワーメントと政治的行動にわけた質問紙調査¹³⁾から、協調行動と協力の“If there was a water supply in this community, how likely is it that people will cooperate to try to solve the problem?”を参考に『先生の学校では何か問題が生じた場合、教員同士が力を合わせて解決しようとするですか』、信頼と連帯の“In general, do you agree or disagree with the following statements? Most people who live in this village/neighborhood can be trusted”を参考に『あなたは、一般的に人は信頼できると思いますか』を作成した。また、これらの各項目に対応させる項目として、先行研究の“お互いに助け合う協力的な学校文化がある”¹⁴⁾を参考に『先生の学校では、教員同士お互いに助け合っていますか』、“あなたの地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立ちとうとしますか”¹⁵⁾を参考に『あなたは、人は多くの場合、他人の役に立ちとうとしますか』を作成した。そして、教員同士の力を合わせた

問題解決と教員同士の助け合いを互恵性として、人は信頼できると人は他人の役に立ちとうとするを信頼として定義した。互恵性と信頼について各項目内での2つの設問間の Spearman の順位相関係数を算出した。互恵性は高い相関($r=0.78$, $p<0.001$)、信頼は中程度の相関($r=0.54$, $p<0.001$)が確認できた。互恵性と信頼について、4段階の選択肢「そう思う」「どちらかというと思う」「どちらかというと思わない」「そう思わない」で回答を求めたが、「そう思う」と「どちらかというと思う」で9割を占め分布に偏りがみられたため、そう思うとそう思う以外に区分した。

教員のメンタルヘルスについては、気分障害・不安障害のスクリーニング調査票である The Kessler Psychological Distress Scale (K6)¹⁶⁾の日本語版を用いて測定した。合計点の範囲は0-24点で、高得点ほど気分障害・不安障害の可能性が高い。カットオフ値を5点とした場合の感度及び特異度は、気分障害・不安障害及びこのいずれかに対しておおよそ75~80%¹⁷⁾である。先行研究¹⁸⁾にならい K6はカットオフ値5点以上の高値と5点未満の低値に区分し、対象者の特性との関連について χ^2 乗検定を行った。年齢の平均値については、t 検定を用いて K6高値と低値で比較した。次に、K6を目的変数、各特性を説明変数とした単変量ロジスティック回帰分析を行った。さらに、教員の多忙感、教員同士の互恵性と信頼の各項目を説明変数として、年齢、性、担当学年を調整したロジスティック回帰分析を行った。

本研究に使用した分析ソフトは SPSS ver.22.0J (IBM Corp., Armonk, NY, USA)。尚、本研究は、浜松医科大学医の倫理委員会の承認を得て行った(24-147)。

III 研究結果

学級担任93人(回収率95.9%)と学級担任以外の24人(うち特別支援学級2人)、合計117人から調査票を回収した。K6、性と年齢に欠損のない学級担任89人、学級担任以外24人の合計113人(有効回答率96.6%)を分析対象とした。

表1に対象者の特性を示した。K6は平均値4.5、標準偏差4.1、範囲0-19で、K6高値は42.5%であった。年齢は平均値38.3、標準偏差11.5、範囲22-62であった。性別は男が女より多かった。学年は1年生と2年生の学級担任の割合はほぼ同じで、3年生の学級担任と学級担任以外がやや少なかった。生徒指導が必要な生徒の増加、保護者や地域住民への対応の増加について「感じる」と回答した者は、其々74.1%と76.1%

であった。教員同士が問題発生時に力を合わせて解決しようとする、教員同士の助け合いについて「そう思う」と回答した者は、其々56.6%と54.9%であった。人は信頼できる、人は他人の役に立とうとするについて「そう思う」と回答した者は、其々34.9%と25.9%であった。

表2に、対象者の特性別に K6高値の割合を示した。性別にみた K6高値の割合は、有意ではないが女が53.7%と男の36.1%より高く、学年が上がるほど K6高値の割合が低くなった。平均年齢は K6低値(38.7歳)と高値(37.6歳)で有意な差はなかった。生徒指導が必要な生徒の増加を感じる者は感じない者より K6高値の割合が高かった(p=0.029)。人は信頼できる(p=0.029)、人は他人の役に立とうとする(p=0.028)について、そう思うはそう思う以外より K6高値の割合が低かった。

表3にロジスティック回帰分析の結果を示した。Model I の単変量分析の結果、生徒指導が必要な生徒の増加(OR=2.92; 95%CI=1.13-7.58)、人は信頼できる(OR=0.39; 95%CI=0.17-0.90)、人は他人の役に立とうとする(OR=0.32; 95%CI=0.13-0.85)で K6と有意な関連があった。Model II の教員の多忙感、教員同士の互惠性と信頼について性、年齢、担当学年を調整した分析の結果、教員の多忙感は生徒指導が必要な生徒の増加で有意ではないが正の関連であり、オッズ比が高かった(OR=2.87; 95%CI=0.97-8.53)。教員同士の互惠性と信頼は4項目とも有意ではないが負の関連であり、人は信頼できる(OR=0.42; 95%CI=0.17-1.01)、人は他人の役に立とうとする(OR=0.37; 95%CI=0.14-1.00)でオッズ比が低かった。

IV 考 察

生徒指導が必要な生徒の増加を感じる教員で K6高値のオッズ比が高く、指導が必要な生徒への対応は教員のメンタルヘルスのリスク要因となる可能性が示唆された。一方で、人は信頼できる、人は他人の役に立とうとすると思う教員で K6高値のオッズ比が低く、他者への信頼感を高める取り組みは教員のメンタルヘルスの促進に役立つと考えられる。

本研究の対象者における K6高値は42.5%であり、平成19年の国民生活基礎調査のデータを用いた一般国民の29.4%よりも高く、一方で女が男より K6高値が多い傾向は先行研究¹⁸⁾と同様であった。中学校教員は抑うつリスクが高い集団であると言える。生徒指導と保護者や地域住民への対応の増加を過半数の教員が感じている現状があり、生徒指導の増加による多忙感と教員のメンタルヘルスとの有意な関

表1. 対象者の特性

| | 人 | % |
|----------------------|----|------|
| K6 | | |
| 5点未満 | 65 | 57.5 |
| 5点以上 | 48 | 42.5 |
| 性 | | |
| 男 | 72 | 63.7 |
| 女 | 41 | 36.3 |
| 担当学年 | | |
| 1年生 | 30 | 26.5 |
| 2年生 | 33 | 29.2 |
| 3年生 | 26 | 23.0 |
| 学級担任以外 | 24 | 21.2 |
| 生徒指導が必要な生徒の増加 | | |
| 感じない | 29 | 25.9 |
| 感じる | 83 | 74.1 |
| 保護者や地域住民対応の増加 | | |
| 感じない | 27 | 23.9 |
| 感じる | 86 | 76.1 |
| 問題発生時に力を合わせて解決しようとする | | |
| そう思う以外 | 49 | 43.4 |
| そう思う | 64 | 56.6 |
| 教員同士で助け合っている | | |
| そう思う以外 | 51 | 45.1 |
| そう思う | 62 | 54.9 |
| 人は信頼できる | | |
| そう思う以外 | 74 | 65.5 |
| そう思う | 39 | 34.5 |
| 人は他人の役に立とうとする | | |
| そう思う以外 | 83 | 74.1 |
| そう思う | 29 | 25.9 |

表2. 対象者の特性別K6高値の割合

| | 5点以上 | | p |
|----------------------|------|------|-------|
| | 人 | % | |
| 性 | | | |
| 男 | 26 | 36.1 | 0.078 |
| 女 | 22 | 53.7 | |
| 担当学年 | | | |
| 1年生 | 16 | 53.3 | 0.405 |
| 2年生 | 14 | 42.4 | |
| 3年生 | 8 | 30.8 | |
| 学級担任以外 | 10 | 41.7 | |
| 生徒指導が必要な生徒の増加 | | | |
| 感じない | 7 | 24.1 | 0.029 |
| 感じる | 40 | 48.2 | |
| 保護者や地域住民対応の増加 | | | |
| 感じない | 10 | 37.0 | 0.656 |
| 感じる | 38 | 44.2 | |
| 問題発生時に力を合わせて解決しようとする | | | |
| そう思う以外 | 24 | 49.0 | 0.253 |
| そう思う | 24 | 37.5 | |
| 教員同士で助け合っている | | | |
| そう思う以外 | 23 | 45.1 | 0.703 |
| そう思う | 25 | 40.3 | |
| 人は信頼できる | | | |
| そう思う以外 | 37 | 50.0 | 0.029 |
| そう思う | 11 | 28.2 | |
| 人は他人の役に立とうとする | | | |
| そう思う以外 | 41 | 49.4 | 0.028 |
| そう思う | 7 | 24.1 | |

p=X 二乗検定

表3. K6高値のオッズ比

| | Model I | | | Model II | | |
|----------------------|---------|---------------|-------|----------|---------------|-------|
| | OR | 95%CI | p | OR | 95%CI | p |
| 年齢 | 0.99 | (0.96 - 1.02) | 0.591 | | | |
| 性 | | | | | | |
| 男 | ref | | | | | |
| 女 | 2.05 | (0.94 - 4.47) | 0.071 | | | |
| 担当学年 | | | | | | |
| 1年生 | ref | | | | | |
| 2年生 | 0.64 | (0.24 - 1.74) | 0.388 | | | |
| 3年生 | 0.39 | (0.13 - 1.17) | 0.092 | | | |
| 学級担任以外 | 0.63 | (0.21 - 1.85) | 0.395 | | | |
| 生徒指導が必要な生徒の増加 | 2.92* | (1.13 - 7.58) | 0.027 | 2.87 | (0.97 - 8.53) | 0.057 |
| 保護者や地域住民対応の増加 | 1.35 | (0.55 - 3.28) | 0.513 | 1.59 | (0.56 - 4.48) | 0.384 |
| 問題発生時に力を合わせて解決しようとする | 0.63 | (0.29 - 1.33) | 0.222 | 0.66 | (0.29 - 1.48) | 0.311 |
| 教員同士で助け合っている | 0.82 | (0.39 - 1.74) | 0.609 | 0.76 | (0.33 - 1.72) | 0.505 |
| 人は信頼できる | 0.39* | (0.17 - 0.90) | 0.028 | 0.42 | (0.17 - 1.01) | 0.052 |
| 人は他人の役に立とうとする | 0.32* | (0.13 - 0.85) | 0.021 | 0.37 | (0.14 - 1.00) | 0.050 |

OR: オッズ比, 95%CI: 95%信頼区間, *p<0.05

Model I: 単変量ロジスティック回帰分析

Model II: 性、年齢、担当学年を調整したロジスティック回帰分析

連が明らかになった。当該県の教職員の精神疾患による病欠休職者数は都道府県別で上から13位である¹⁾。教員のメンタルヘルスの向上のためには、生徒指導や保護者への対応を支える体制づくりによって多忙感を軽減する必要がある。社会環境の変化により生徒や保護者の意識は複雑で多様化し、情報化社会の進展による生活習慣の乱れ¹⁹⁾、いじめ²⁰⁾や睡眠障害を合併した不登校²¹⁾などが問題となっている。生徒の実態を把握して社会の変化を視野に入れた指導や相談を行うためには、専門機関や医療機関との連携が不可欠であると考え。日本の教員の1週間当たりの勤務時間は、Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)の参加国の中で最長(日本53.9時間、参加国平均38.3時間)²²⁾である。本研究では勤務時間の中で多くを占める職務内容のうち対人業務の増加による多忙感について調査を行ったが、学級運営や事務などに関しても抑うつリスク要因として検討する必要がある。

職場における労働者同士の理解や助け合い、助言者への信頼には主観的健康感を高め²³⁾、うつに対する緩和効果²⁴⁾があることが明らかにされている。本研究で教員においても他者への信頼はK6の高値と負の関連がみられた。ポジティブ心理学的介入(positive psychology interventions)は、ポジティブな感情、行動、認知を高めるための活動を通じてwell-beingを実現する有効な方法²⁵⁾である。他者への信頼感の構築は、ポジティブな側面からの介入可能なメンタルヘルスの促進方法であると考え。教員と生徒の結びつきの強さと成績との関連²⁶⁾や、生徒に対する支援の無さ、不快なクラス、学校でのスト

レスは生徒の抑うつに影響する²⁷⁾ことが明らかにされている。教員と生徒や保護者、地域住民、教員同士の関係において信頼関係の構築による教員のメンタルヘルスの促進は、学級運営を円滑に進め、生徒のメンタルヘルスを良好に保つためにも重要である。本研究では教員の互恵性にメンタルヘルスと直接的な関連がなかった。助け合いというサポートがあっても多忙感が解消されていないことが考えられるため、今後、メンタルヘルスに対する助け合いと多忙感の交互作用の影響についても検討が必要である。ソーシャル・キャピタルの構成要素には規範、信頼、ネットワークがあるが、研究目的により調査項目数の設定は様々である²⁸⁾。本研究の結果は、中学校教員を対象に、簡易ではあるが互恵性及び信頼とメンタルヘルスとの関連について基礎的な推定が可能であると考え。しかし、さらなる研究で規範、信頼、ネットワークを網羅したソーシャル・キャピタルの尺度を用いて教員のメンタルヘルスに関連する学校の環境要因を明らかにする必要がある。

本研究の限界の1つめは、横断研究であり因果関係には言及できないことである。2つめは、限定された地域での調査であるため結果を一般化することはできない。K6高値の有所見割合は身体健康や世帯構成、就労タイプなどの個人要因と関連し、年齢や性別により関連が異なることが報告されている¹⁷⁾。より正確な傾向を把握するためには、標本数を増し交絡因子を調整した検討が必要である。しかし、静岡県2市にある全ての公立中学校の教員から得られたデータであり、ある程度の代表性は確保できていると考えられる。3つめは、信頼性と妥当性が確立して

いるソーシャル・キャピタルに関する既存の質問紙票がないため、独自の質問項目を用いたことである。一方で、一問でみた場合に質問の意味を取り違える可能性は低く表面的妥当性が高いと考えられる。

本研究により K6高値と教員の多忙感、ソーシャル・キャピタルの信頼との関連が明らかになった。本研究の結果は、メンタルヘルスのリスク要因である教員の多忙感の改善と、信頼の構築によるメンタルヘルスのポピュレーションアプローチに貢献できる。

V 結 語

生徒指導が必要な生徒の増加は教員のメンタルヘルスのリスク要因、信頼はメンタルヘルスの促進要因であることが示唆された。

本研究に関し、ご協力を頂いた2市の公立中学校の教員の皆様、学校長、教育委員会の皆様に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 文部科学省. 教職員のメンタルヘルス対策について 平成25年3月25日教職員のメンタルヘルス対策検討会議. 2013.
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/088/
- 2) 十川博. 公立学校教員におけるメンタルヘルスについて. ストレス科学 2011; 26(1): 39-44.
- 3) 堀匡, 大塚泰正. 中・高等学校教員の抑うつと仕事の要求度, コントロール度, ソーシャルサポートとの関連. ストレス科学 2010; 25(3): 221-229.
- 4) 中尾剛久. 教員の抑うつ症状と職業性ストレスの関連について. 大阪市医学会雑誌 2011; 60(1-2): 9-16.
- 5) 忠井俊明, 金井秀子. 女性教員の抑うつとその要因に関する研究. 学校保健研究 1993; 35(2): 79-87.
- 6) Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG, et al. Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. BMC psychology 2010; 10: 1-12.
- 7) 文部科学省. 教員勤務実態調査(小・中学校)報告書 2007.
- 8) Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey of Russians. Social Science & Medicine 2000; 51: 1421-1435.
- 9) 日々野由利, 高木二郎, 神林康弘, 他. ソーシャル・キャピタルと主観的健康感 JGSS(日本版総合社会調査)データから. 日本予防医学会雑誌 2011; 6(1): 7-16.
- 10) 内閣府. 平成26年中における自殺の概況.
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/h26.html>
- 11) 厚生労働省. 平成23年患者調査の概況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/index.html>
- 12) 国民教育文化総合研究所 教員勤務の「多忙化」解消に向けた提言 教育行財政改革をすすめるための有識者会議. 2013.
<http://www.kyoiku-soken.org/official/activity/2013/11/19110912.php>
- 13) Grootaert C, Narayan D, Jones VN, et al. Measuring social capital: an integrated questionnaire. Washington, DC: The World Bank, 2003; 33.
- 14) 国立教育政策研究所 OECD 国際教員指導環境調査(TALIS) 2013 教員質問紙.
<http://www.nier.go.jp/kenkyukikaku/talis/>
- 15) 埴淵 知哉, 近藤 克則, 村田 陽平, 平井 寛. 「健康な街」の条件-場所に着目した健康行動と社会関係資本の分析. 行動計量学 2010; 37(1): 53-67.
- 16) Kessler RC, Andrews G, Colpe J, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological Medicine 2002; 32: 959-976.
- 17) 川上憲人. 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究 平成16年度厚生労働省科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) 「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書.
- 18) 橋本英樹. 今後の国民生活基礎調査のあり方についての一考察(第2報). 厚生指標 2010; 57(5): 1-7.
- 19) 徐広孝, 小澤治夫, 山下大輔, 他. ニューメディアが中学生及び高校生の生活習慣に及ぼす影響とその二次的影響について. 東海大学紀要体育学部 2010; 39: 19-27.
- 20) 寺戸武志, 永浦拓, 富永良喜. 中学生における情報機器の利用状況およびいじめ経験の実態調査. 発達心理臨床研究 2010; 16: 89-105.
- 21) 増田彰則. 不登校と睡眠障害について. 心身医学 2011; 51(9): 815-820.
- 22) 文部科学省. OECD 国際教員指導環境調査(TALIS2013)のポイント.
http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/_icsFiles/afieldfile/2014/06/30/1349189_2.pdf
- 23) Oksanen T, Kouvonen A, Kivimaki M, et al. Social

- capital at work as a predictor of employee health: Multilevel evidence from work units in Finland. *Social Science & Medicine* 2008; 66: 637-649.
- 24) Kouvonen A, Oksanen T, Vahtera J, et al. Low workplace social capital as predictor of depression The finnish public sector study. *American Journal of Epidemiology* 2008; 167(10): 1143-1151.
- 25) Sin NS, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 65(5): 467-487.
- 26) Crosnoe R. Social capital and the interplay of families and schools. *Journal of Marriage Family* 2004; 66:267-280.
- 27) Undheim AM, Sund AM. School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2005; 14(8): 446-453.
- 28) 井上智代, 片平伸子, 平澤則子, 他. 日本におけるソーシャル・キャピタルと健康に関する文献研究. *新潟県立看護大学紀要* 2013; 2: 10-15.

自治体に所属する保健師の事業・社会資源の創出に関する 実践上の困難

-所属・保健師経験年数による違い-

みちばやし ちかこ
道林千賀子*

目的 自治体に所属する保健師（以下、保健師）の活動において、個別支援のみならず地域のニーズや健康課題の解決のために既存事業の見直しや不足している社会資源を新たに創出するなどの事業・社会資源の創出に関する実践は、専門職でありかつ行政職である保健師の特徴であり、その能力強化は重要な課題である。本研究では、保健師の事業・社会資源の創出に関する実践上の困難の現状を把握し、所属ならびに保健師経験年数による違いを明らかにする。

方法 A県の保健師590人を対象に無記名自記式質問紙による郵送調査を行った。事業・社会資源の創出に関する実践上の困難（以下、実践上の困難）について、先行研究に基づき21項目選定し、実践上の困難の状況を所属・保健師経験年数別に示した。さらに、実践上の困難の「あてはまる」と「あてはまらない」の回答について所属・保健師経験年数別の違いをみるため、Kruskal-Wallis検定（下位検定はBonferroni法多重比較補正）により中央値の差を比較した。

結果 回答が得られた336人（回収率56.9%）のうち不備を除いた313人（有効回答率93.2%）を分析した。所属は、市町村76.7%、保健所設置市14.7%、都道府県8.6%であり、年齢は平均40.8±標準偏差10.1歳、保健師経験年数は平均16.4±10.5年であった。実践上の困難は、すべての所属ならびに保健師経験年数群で、「マンパワー不足である」が最も多かった。所属別では5項目で有意な差が認められ、「行政執務について不慣れで時間がかかる」は市町村と保健所設置市、「組織のビジョンが曖昧でどこに向かっているのか分からない」「事務職や他職種と意見が食い違い折り合いがつかないことがある」「関与できないところで基本的方針が変更されたり決定されて戸惑う」「保健師の仕事や役割が周囲に十分理解されていない」は保健所設置市の保健師が困難を抱えている度合いが高かった。保健師経験年数別では5項目で有意な差が認められ、「事業・社会資源の創出に関するノウハウが分からない」「事業・社会資源の創出に関して苦手意識がある」「事業・社会資源の創出に関する実践の機会が少ない」は1年目～5年目、「保健師間で話し合う時間や機会が十分でない」は26年目以上、「上司に相談しても適切なアドバイスがもらえない」は16年目～25年目と26年目以上が困難を抱えている度合いが高かった。

結論 実践上の困難は、「マンパワー不足である」が最も多く、実践しにくい状況であることが示唆された。所属では保健所設置市の保健師の困難の度合いが高く、保健師経験年数では1年目～5年目は実践機会の不足や実践に関する知識や技術に関する困難、16年目～25年目と26年目以上は組織・環境的なことがらに関する困難の度合いが高いことが明らかとなった。

Key words :自治体, 保健師, 保健師活動, 事業・社会資源の創出, 専門能力, 困難

I 緒 言

保健師は、専門職でありかつ行政職としての公的責任を併せ持ち、個別支援のみならず住民ニーズや

地域の健康課題に対し、既存事業の見直しや不足している社会資源や仕組みを新たに創出するなど組織的に課題解決を図るために、保健師の専門性を活かした事業・社会資源の創出に関する能力の発揮が求められる^{1)~2)}。

* 岐阜医療科学大学保健科学部看護学科
連絡先：〒501-3892 岐阜県関市市平賀字長峰795-1 岐阜医療科学大学保健科学部看護学科
道林千賀子

また、地方分権の推進に加え、健康格差の縮小や地域包括ケアシステムの構築、健康危機管理体制の整備など、昨今の社会的ニーズや法改正に基づき、各自自治体においては独自の保健政策の実現が大きな

課題となっており、行政組織の中で、公衆衛生の専門職である保健師による公衆衛生看護活動に対する期待は増々高まっている。

我が国の保健師の専門能力の強化や人材育成においては、佐伯ら(2003)³⁾の研究をはじめとしてコンピテンシーの概念が導入され、専門能力の解明や尺度の開発⁴⁾が進められている。コンピテンシーとは、「組織の成功につながる個人の成果、貢献を生み出すもとなる知識、スキル、行動特性」である⁵⁾。事業・社会資源の創出に関する能力の実態については、保健師の専門能力の中で政策や社会資源を創出するコンピテンシーの達成度は低く^{6)~7)}、A県の保健師を対象とした2014年の先行研究においても、事業・社会資源の創出に関するコンピテンシーは全体的に低いことが明らかとなっている⁸⁾。

2003年に保健師の行政能力の強化の必要性が示された⁹⁾のち、能力向上に向けたいくつかの試みがなされ^{10)~11)}ているが、各自治体レベルにおいて事業・社会資源の創出に関する能力強化に向けた現任教育体制が十分に整備されているとはいえない。

また、事業・社会資源の創出に関する実践上の課題や解決策が示唆されている^{12)~16)}が、報告は少なく、所属や保健師経験年数による違いは十分に明らかにされていない。現場の保健師が直面している事業・社会資源の創出に関する実践における困難の現状を明らかにすることは、事業・社会資源の創出に関する能力向上のための効果的な現任教育等のあり方を検討する一助となる。

そこで、本研究は、保健師の事業・社会資源の創出に関する実践上の困難の現状を把握し、所属ならびに保健師経験年数による違いを明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1. 用語の定義

本調査で用いる用語を、以下のとおり定義した。

1) 事業・社会資源の創出

塩見ら(2009)⁴⁾の定義を参考に、本研究では、「事業・社会資源の創出」とは、住民の健康ニーズに基づき、不足または未整備の保健事業や地域組織などの社会資源を新たに創り出すことに課題認識と創出意思をもって関与することであり、既存事業の見直しやトップダウンの事業の地域特性に応じたアレンジも含むと定義した。

なお、本研究における事業・社会資源の創出に関する保健活動は、政策(狭義)・施策・事業の一連の政策体系¹⁷⁾における事業・施策レベルの取組である

と位置づける(図1)。自治体における保健師活動の具体例として、健康日本21(第2次)に基づき生活習慣病対策として展開されている『たばこ対策』を例にあげた場合、自治体の総合計画を踏まえ地域の健康課題を解決するために策定された健康増進計画が「政策(狭義)」、『たばこ対策』など計画の目的を実現するために健康課題別の複数の保健事業(受動喫煙の防止、禁煙支援・治療、喫煙防止など)を体系化したものが「施策」、禁煙支援講座など施策を具体的に推進するための各種保健事業が「事業」である。

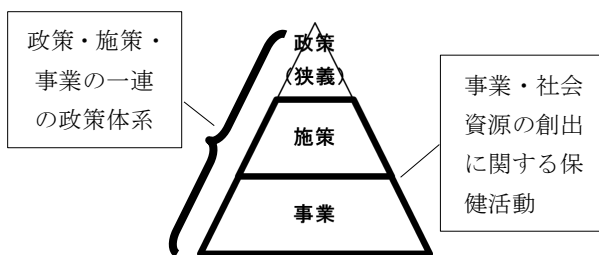


図1 政策体系を踏まえた事業・社会資源の創出に関する保健活動の位置づけ

2. 調査対象と方法

調査対象は、A県の自治体に所属する常勤保健師590人すべてとした。ただし、現状として地域保健の現場で従事していない育児休業中の者と都道府県の保健師のうち専門学校配属の者は、本研究の目的と合わないため対象者から除いた。内訳は、都道府県(本庁および保健所7か所他)66人、保健所設置市(1市)75人、市町村(20市19町2村)449人である。

調査方法は、郵送法による無記名自記式質問紙調査であり、2014年1月~2月に実施した。質問紙の送付は、市町村は各自治体の保健衛生所管部署、都道府県は県庁ならびに各保健所あてに想定される調査対象者数分の依頼文書、質問紙、返信用封筒を一括して送付し、所属長または所属長を経由して統括的役割を担う保健師から調査対象者への配布を依頼した。質問紙の回収は、専用の返信用封筒により、調査対象者が直接個別で研究者に返送する方法とした。

3. 調査項目

調査項目は、保健師の事業・社会資源の創出に関する文献検討^{12)~16)}に基づき作成した質問項目をもとに、所属と経験年数の異なる保健師経験者6人ならびに保健師の基礎教育教員等3人からスーパーバイズを受け、質問項目の精選や文言の修正等を行い、内容的妥当性を高めた。

1) 属性

性別、年齢、所属、保健師経験年数、保健師の基礎教育、現在の職位、保健活動体制、事業・社会資源の創出に関する実践経験、事業・社会資源の創出

に関する研修受講の9項目を質問した。

2) 事業・社会資源の創出に関する実践上の困難
先行研究^{12)~16)}を参考に、事業・社会資源の創出に関する実践の上で困難と感じることとして21項目を選定し、「あてはまる」「あてはまらない」「実践経験がないので分からない」の3件法で回答を求めた。

4. 分析方法

分析は、属性ならびに事業・社会資源の創出に関する実践上の困難について基本統計量を算出し、実践上の困難は、所属別、保健師経験年数別に示した。分析に際し、所属は市町村、保健所設置市、都道府県の3群、保健師経験年数は1年目～5年目、6年目～15年目、16年目～25年目、26年目以上の4群に分けた。

事業・社会資源の創出に関する実践上の困難について、所属ならびに保健師経験年数の違いを検討するため、単変量解析として Kruskal-Wallis 検定を行った。Kruskal-Wallis 検定の結果、有意であったものについては、群間の差を明らかにするため Bonferroni 法による多重比較を行った。なお、Kruskal-Wallis 検定では、「あてはまる」に1、「あてはまらない」に2の数値を割り当てランク付け(順位化)を行い、中央値の差を検定した。平均ランクは、各群のランク付けの平均を示しており、本研究の場合、「あてはまる」の回答が多い群は平均ランクが低値、「あてはまらない」の回答が多い群は平均ランクが高値となる。

分析には統計解析ソフト SPSSVer19.0J for Windows を用い、統計学的有意水準は両側検定で $p < 0.05$ とした。多重比較において、3群間の差は $p < 0.016$ 、4群間の差は $p < 0.008$ とした。

5. 倫理的配慮

本調査は、岐阜大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文倫理審査小委員会の承認を得た。各施設長ならびに調査対象者への依頼文書には、研究の目的、方法、調査協力における自由意思の尊重、個人情報保護などを明記した。また、質問紙の返送をもって対象からの同意の意思確認とした。

III 研究結果

1. 回答者の属性

分析対象は、回答が得られた336人(回収率56.9%)のうち欠損値の多い者を除いた313人(有効回答率93.2%)とした。回答者の属性を表1に示した。

対象の性別は、女性308人(98.4%)、男性5人(1.6%)であった。年齢は、平均40.8±10.1歳であり、年齢を4区分した場合、30～39歳が89人(28.4%)で最も多かった。

所属は、市町村が240人(76.7%)と最も多く、保健所設置市が46人(14.7%)、都道府県が27人(8.6%)の順であった。保健師経験年数は、平均16.4±10.5年であり、保健師経験年数を4区分した場合、6年目～15年目が105人(33.5%)と最も多く、26年目以上が81人(25.9%)、16年目～25年目が75人(24.0%)、1年目～5年目が52人(16.6%)の順であった。

保健師の基礎教育は、専門学校(保健師養成機関)が196人(62.6%)で最も多く、大学卒以上の者は29.7%であった。現在の職位は、係員(スタッフ)が192人(61.4%)と最も多く、係長以上の何らかの役職を有する者は38.6%であった。保健活動体制は、地区担当制および業務担当制の併用が175人(55.9%)で最も多く、業務担当制が106人(33.9%)、地区担当制が23人(7.3%)の順であった。

事業・社会資源の創出に関する実践経験は、実践経験があると回答した者は169人(54.0%)であり、事業・社会資源の創出に関する研修受講は、あると回答した者は75人(24.0%)で少なかった(表1)。

表1 回答者の属性 (n=313)

| 項目 | n | (%) |
|-------------------------------|------------------|------------|
| 性別 | 女 | 308 (98.4) |
| | 男 | 5 (1.6) |
| 年齢 (M±SD :40.8±10.1歳) | 29歳以下 | 58 (18.5) |
| | 30歳～39歳 | 89 (28.4) |
| | 40歳～49歳 | 84 (26.8) |
| | 50歳以上 | 82 (26.2) |
| 所属 | 市町村 | 240 (76.7) |
| | 保健所設置市 | 46 (14.7) |
| | 都道府県 | 27 (8.6) |
| 保健師経験年数 (M±SD :16.4±10.5年) | 1年目～5年目 | 52 (16.6) |
| | 6年目～15年目 | 105 (33.5) |
| | 16年目～25年目 | 75 (24.0) |
| | 26年目以上 | 81 (25.9) |
| 保健師の基礎教育 | 専門学校(保健師養成機関) | 196 (62.6) |
| | 短期大学専攻科 | 24 (7.7) |
| | 四年制大学 | 92 (29.4) |
| | 大学院 | 1 (0.3) |
| 現在の職位 | 部長もしくはそれと同等 | 1 (0.3) |
| | 課長もしくはそれと同等 | 22 (7.0) |
| | 課長補佐もしくはそれと同等 | 41 (13.1) |
| | 係長もしくはそれと同等 | 57 (18.2) |
| | 係員(スタッフ) | 192 (61.4) |
| 保健活動体制 | 地区担当制 | 23 (7.3) |
| | 業務担当制 | 106 (33.9) |
| | 地区担当制および業務担当制の併用 | 175 (55.9) |
| | その他 | 6 (1.9) |
| 事業・社会資源の創出に関する実践経験 | 不明 | 3 (1.0) |
| | 実践経験がある | 169 (54.0) |
| | 実践経験がない | 139 (44.4) |
| 事業・社会資源の創出に関する研修受講 | 不明 | 5 (1.6) |
| | ある | 75 (24.0) |
| | ない | 234 (74.8) |
| | 不明 | 4 (1.3) |

2. 事業・社会資源の創出に関する実践上の困難

1) 全体の概要

事業・社会資源の創出に関する実践上の困難は、「マンパワー不足である」と「日々の業務に追われ多忙で余裕がない」の2項目について、所属では都道

府県、保健師経験年数では1~5年目を除く各群において8割以上の者が「あてはまる」と回答した。そのうち、「マンパワー不足である」はすべてにおいて最も多かった。加えて、所属ならびに保健師経験年数の各群において、上記2項目以外で「あてはまる」と回答した者が多かった上位3位に入る項目は、「行政執務について不慣れで時間がかかる」、「統計処理の方法がよく分からない」、「事業・社会資源の創出に関して苦手意識がある」、「前例やモデルがなく新たなことに取り組む負担感が大きい」、「業務量が多くオーバーワークになりやすい」であった(表2)。

2) 所属別・保健師経験年数別の比較

実践上の困難について、所属別ならびに保健師経験年数別に比較した結果を表3に示した。

所属別では、5項目で有意な差が認められた。多重比較では、「行政執務について不慣れで時間がかかる」(p=0.012)は、都道府県に比べ市町村と保健所設置市の平均ランクが有意に低く、困難度が高かった。「組織のビジョンが曖昧でどこに向かっているのか分からない」(p=0.018)、「関与できないところで基本的方針が変更されたり決定されて戸惑う」(p=0.033)は、市町村に比べ保健所設置市の平均ラ

ンクが有意に低く、困難度が高かった。「事務職や他職種と意見が食い違い折り合いがつかないことがある」(p=0.024)、「保健師の仕事や役割が周囲に十分理解されていない」(p=0.011)は、都道府県に比べ保健所設置市の平均ランクが有意に低く、困難度が高かった。

保健師経験年数別では、5項目で有意な差が認められた。多重比較では、「事業・社会資源の創出に関するノウハウが分からない」(p=0.002)、「事業・社会資源の創出に関する実践の機会が少ない」(p=0.005)は、26年目以上に比べ1年目~5年目の平均ランクが有意に低く、困難度が高かった。「事業・社会資源の創出に関して苦手意識がある」(p<0.001)は、6年目~15年目と26年目以上に比べ1年目~5年目の平均ランクが有意に低く、困難度が高かった。「保健師間で話し合う時間や機会が十分でない」(p=0.026)は、1年目~5年目に比べ26年目以上の平均ランクが有意に低く、困難度が高かった。「上司に相談しても適切なアドバイスがもらえない」(p=0.003)は、1年目~5年目に比べ16年目~25年目と26年目以上の平均ランクが有意に低く、困難度が高かった(表3)。

表2 事業・社会資源の創出に関する実践上の困難

| 項目 | カテゴリ | 市町村 (n=240) | | 保健所設置市 (n=46) | | 都道府県 (n=27) | | 1年目~5年目 (n=52) | | 6年目~15年目 (n=105) | | 16年目~25年目 (n=75) | | 26年目以上 (n=81) | |
|--------------------------|----------------|-------------|--------|---------------|--------|-------------|--------|----------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|---------------|--------|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 事業・社会資源の創出に関するノウハウが分からない | あてはまる | 120 | (50.0) | 21 | (45.7) | 11 | (40.7) | 26 | (50.0) | 53 | (50.5) | 39 | (52.0) | 34 | (42.0) |
| | あてはまらない | 73 | (30.4) | 18 | (39.1) | 15 | (55.6) | 6 | (11.5) | 31 | (29.5) | 25 | (33.3) | 44 | (54.3) |
| | 実践経験がないので分からない | 43 | (17.9) | 7 | (15.2) | 1 | (3.7) | 19 | (36.5) | 19 | (18.1) | 10 | (13.3) | 3 | (3.7) |
| | 不明 | 4 | (1.7) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 2 | (1.9) | 1 | (1.3) | 0 | (0) |
| 行政執務について不慣れで時間がかかる | あてはまる | 151 | (62.9) | 33 | (71.7) | 11 | (40.7) | 33 | (63.5) | 63 | (60.0) | 55 | (73.3) | 44 | (54.3) |
| | あてはまらない | 73 | (30.4) | 12 | (26.1) | 16 | (59.3) | 13 | (25.0) | 34 | (32.4) | 19 | (25.3) | 35 | (43.2) |
| | 実践経験がないので分からない | 14 | (5.8) | 1 | (2.2) | 0 | (0) | 5 | (9.6) | 7 | (6.7) | 1 | (1.3) | 2 | (2.5) |
| | 不明 | 2 | (0.8) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| 統計処理の方法がよく分からない | あてはまる | 164 | (68.3) | 35 | (76.1) | 16 | (59.3) | 40 | (76.9) | 68 | (64.8) | 53 | (70.7) | 54 | (66.7) |
| | あてはまらない | 60 | (25.0) | 10 | (21.7) | 11 | (40.7) | 6 | (11.5) | 30 | (28.6) | 20 | (26.7) | 25 | (30.9) |
| | 実践経験がないので分からない | 13 | (5.4) | 1 | (2.2) | 0 | (0) | 5 | (9.6) | 6 | (5.7) | 1 | (1.3) | 2 | (2.5) |
| | 不明 | 3 | (1.3) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 1 | (1.3) | 0 | (0) |
| 事業・社会資源の創出に関して苦手意識がある | あてはまる | 160 | (66.7) | 29 | (63.0) | 15 | (55.6) | 38 | (73.1) | 69 | (65.7) | 50 | (66.7) | 47 | (58.0) |
| | あてはまらない | 56 | (23.3) | 14 | (30.4) | 10 | (37.0) | 1 | (1.9) | 25 | (23.8) | 23 | (30.7) | 31 | (38.3) |
| | 実践経験がないので分からない | 23 | (9.6) | 3 | (6.5) | 2 | (7.4) | 12 | (23.1) | 11 | (10.5) | 2 | (2.7) | 3 | (3.7) |
| | 不明 | 1 | (0.4) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 0 | (0) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| 資料化するのが難しい | あてはまる | 160 | (66.7) | 32 | (69.6) | 13 | (48.1) | 36 | (69.2) | 65 | (61.9) | 49 | (65.3) | 55 | (67.9) |
| | あてはまらない | 64 | (26.7) | 13 | (28.3) | 13 | (48.1) | 9 | (17.3) | 30 | (28.6) | 26 | (34.7) | 25 | (30.9) |
| | 実践経験がないので分からない | 14 | (5.8) | 1 | (2.2) | 1 | (3.7) | 6 | (11.5) | 9 | (8.6) | 0 | (0) | 1 | (1.2) |
| | 不明 | 2 | (0.8) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| 事業・社会資源の創出に関する実践の機会が少ない | あてはまる | 153 | (63.8) | 26 | (56.5) | 18 | (66.7) | 38 | (73.1) | 67 | (63.8) | 48 | (64.0) | 44 | (54.3) |
| | あてはまらない | 60 | (25.0) | 20 | (43.5) | 9 | (33.3) | 6 | (11.5) | 27 | (25.7) | 21 | (28.0) | 35 | (43.2) |
| | 実践経験がないので分からない | 24 | (10.0) | 0 | (0) | 0 | (0) | 7 | (13.5) | 10 | (9.5) | 5 | (6.7) | 2 | (2.5) |
| | 不明 | 3 | (1.3) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 1 | (1.3) | 0 | (0) |
| 保健師間で話し合う時間や機会が十分でない | あてはまる | 137 | (57.1) | 26 | (56.5) | 12 | (44.4) | 20 | (38.5) | 56 | (53.3) | 47 | (62.7) | 52 | (64.2) |
| | あてはまらない | 95 | (39.6) | 20 | (43.5) | 15 | (55.6) | 30 | (57.7) | 45 | (42.9) | 26 | (34.7) | 29 | (35.8) |
| | 実践経験がないので分からない | 6 | (2.5) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 3 | (2.9) | 2 | (2.7) | 0 | (0) |
| | 不明 | 2 | (0.8) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| 日々の業務に追われ多忙で余裕がない | あてはまる | 197 | (82.1) | 40 | (87.0) | 21 | (77.8) | 39 | (75.0) | 88 | (83.8) | 66 | (88.0) | 65 | (80.2) |
| | あてはまらない | 39 | (16.3) | 6 | (13.0) | 6 | (22.2) | 11 | (21.2) | 15 | (14.3) | 9 | (12.0) | 16 | (19.8) |
| | 実践経験がないので分からない | 3 | (1.3) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 2 | (1.9) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| | 不明 | 1 | (0.4) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 0 | (0) | 0 | (0) | 0 | (0) |

表2 事業・社会資源の創出に関する実践上の困難 (続き)

| 項目 | カテゴリ | 市町村 (n=240) | | 保健所設置市 (n=46) | | 都道府県 (n=27) | | 1年目~5年目 (n=52) | | 6年目~15年目 (n=105) | | 16年目~25年目 (n=75) | | 26年目以上 (n=81) | |
|--------------------------------|----------------|-------------|--------|---------------|--------|-------------|--------|----------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|---------------|--------|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 上司に相談しても適切なアドバイスがもらえない | あてはまる | 69 | (28.8) | 13 | (28.3) | 8 | (29.6) | 7 | (13.5) | 23 | (21.9) | 30 | (40.0) | 30 | (37.0) |
| | あてはまらない | 154 | (64.2) | 31 | (67.4) | 18 | (66.7) | 40 | (76.9) | 73 | (69.5) | 43 | (57.3) | 47 | (58.0) |
| | 実践経験がないので分からない | 15 | (6.3) | 2 | (4.3) | 1 | (3.7) | 4 | (7.7) | 8 | (7.6) | 2 | (2.7) | 4 | (4.9) |
| | 不明 | 2 | (0.8) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| 予算不足で新規の取組が難しい | あてはまる | 143 | (59.6) | 26 | (56.5) | 18 | (66.7) | 24 | (46.2) | 67 | (63.8) | 46 | (61.3) | 50 | (61.7) |
| | あてはまらない | 76 | (31.7) | 14 | (30.4) | 9 | (33.3) | 14 | (26.9) | 31 | (29.5) | 25 | (33.3) | 29 | (35.8) |
| | 実践経験がないので分からない | 18 | (7.5) | 5 | (10.9) | 0 | (0) | 12 | (23.1) | 7 | (6.7) | 3 | (4.0) | 1 | (1.2) |
| | 不明 | 3 | (1.3) | 1 | (2.2) | 0 | (0) | 2 | (3.8) | 0 | (0) | 1 | (1.3) | 1 | (1.2) |
| マンパワー不足である | あてはまる | 200 | (83.3) | 45 | (97.8) | 24 | (88.9) | 40 | (76.9) | 89 | (84.8) | 69 | (92.0) | 71 | (87.7) |
| | あてはまらない | 34 | (14.2) | 1 | (2.2) | 3 | (11.1) | 9 | (17.3) | 14 | (13.3) | 5 | (6.7) | 10 | (12.3) |
| | 実践経験がないので分からない | 5 | (2.1) | 0 | (0) | 0 | (0) | 2 | (3.8) | 2 | (1.9) | 1 | (1.3) | 0 | (0) |
| | 不明 | 1 | (0.4) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 0 | (0) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| 業務量が増えることに同僚の抵抗感がある | あてはまる | 142 | (59.2) | 34 | (73.9) | 17 | (63.0) | 30 | (57.7) | 57 | (54.3) | 46 | (61.3) | 60 | (74.1) |
| | あてはまらない | 74 | (30.8) | 11 | (23.9) | 9 | (33.3) | 14 | (26.9) | 39 | (37.1) | 21 | (28.0) | 20 | (24.7) |
| | 実践経験がないので分からない | 23 | (9.6) | 1 | (2.2) | 1 | (3.7) | 7 | (13.5) | 9 | (8.6) | 7 | (9.3) | 1 | (1.2) |
| | 不明 | 1 | (0.4) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 0 | (0) | 1 | (1.3) | 0 | (0) |
| 事務的作業が多く保健師としての専門性とのずれに悩む | あてはまる | 154 | (64.2) | 33 | (71.7) | 13 | (48.1) | 31 | (59.6) | 64 | (61.0) | 50 | (66.7) | 55 | (67.9) |
| | あてはまらない | 70 | (29.2) | 12 | (26.1) | 13 | (48.1) | 17 | (32.7) | 32 | (30.5) | 21 | (28.0) | 25 | (30.9) |
| | 実践経験がないので分からない | 14 | (5.8) | 1 | (2.2) | 1 | (3.7) | 3 | (5.8) | 8 | (7.6) | 4 | (5.3) | 1 | (1.2) |
| | 不明 | 2 | (0.8) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| 計画とおり円滑に進まず自信をなくすことが多い | あてはまる | 121 | (50.4) | 26 | (56.5) | 16 | (59.3) | 27 | (51.9) | 49 | (46.7) | 39 | (52.0) | 48 | (59.3) |
| | あてはまらない | 92 | (38.3) | 19 | (41.3) | 10 | (37.0) | 17 | (32.7) | 45 | (42.9) | 28 | (37.3) | 31 | (38.3) |
| | 実践経験がないので分からない | 24 | (10.0) | 1 | (2.2) | 1 | (3.7) | 7 | (13.5) | 10 | (9.5) | 7 | (9.3) | 2 | (2.5) |
| | 不明 | 3 | (1.3) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 1 | (1.3) | 0 | (0) |
| 前例やモデルがなく新たなことに取り組む負担感が大きい | あてはまる | 151 | (62.9) | 36 | (78.3) | 18 | (66.7) | 32 | (61.5) | 63 | (60.0) | 52 | (69.3) | 58 | (71.6) |
| | あてはまらない | 64 | (26.7) | 9 | (19.6) | 9 | (33.3) | 11 | (21.2) | 31 | (29.5) | 18 | (24.0) | 22 | (27.2) |
| | 実践経験がないので分からない | 22 | (9.2) | 1 | (2.2) | 0 | (0) | 8 | (15.4) | 10 | (9.5) | 4 | (5.3) | 1 | (1.2) |
| | 不明 | 3 | (1.3) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 1 | (1.3) | 0 | (0) |
| 業務量が多くオーバーワークになりやすい | あてはまる | 160 | (66.7) | 34 | (73.9) | 19 | (70.4) | 27 | (51.9) | 69 | (65.7) | 55 | (73.3) | 62 | (76.5) |
| | あてはまらない | 67 | (27.9) | 12 | (26.1) | 8 | (29.6) | 20 | (38.5) | 30 | (28.6) | 18 | (24.0) | 19 | (23.5) |
| | 実践経験がないので分からない | 10 | (4.2) | 0 | (0) | 0 | (0) | 3 | (5.8) | 5 | (4.8) | 2 | (2.7) | 0 | (0) |
| | 不明 | 3 | (1.3) | 0 | (0) | 0 | (0) | 2 | (3.8) | 1 | (1.0) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| 組織のビジョンが曖昧でどこに向かっているのかわからない | あてはまる | 115 | (47.9) | 34 | (73.9) | 13 | (48.1) | 24 | (46.2) | 46 | (43.8) | 43 | (57.3) | 49 | (60.5) |
| | あてはまらない | 103 | (42.9) | 11 | (23.9) | 12 | (44.4) | 19 | (36.5) | 50 | (47.6) | 27 | (36.0) | 30 | (37.0) |
| | 実践経験がないので分からない | 19 | (7.9) | 1 | (2.2) | 2 | (7.4) | 8 | (15.4) | 8 | (7.6) | 4 | (5.3) | 2 | (2.5) |
| | 不明 | 3 | (1.3) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 1 | (1.3) | 0 | (0) |
| 事務職や他職種と意見が食い違い折り合いがつかないことがある | あてはまる | 84 | (35.0) | 23 | (50.0) | 5 | (18.5) | 15 | (28.8) | 36 | (34.3) | 27 | (36.0) | 34 | (42.0) |
| | あてはまらない | 130 | (54.2) | 20 | (43.5) | 20 | (74.1) | 27 | (51.9) | 58 | (55.2) | 40 | (53.3) | 45 | (55.6) |
| | 実践経験がないので分からない | 23 | (9.6) | 3 | (6.5) | 2 | (7.4) | 9 | (17.3) | 10 | (9.5) | 7 | (9.3) | 2 | (2.5) |
| | 不明 | 3 | (1.3) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 1 | (1.3) | 0 | (0) |
| 関与できないところで基本的方針が変更されたり決定されて戸惑う | あてはまる | 125 | (52.1) | 34 | (73.9) | 13 | (48.1) | 24 | (46.2) | 54 | (51.4) | 45 | (60.0) | 49 | (60.5) |
| | あてはまらない | 88 | (36.7) | 9 | (19.6) | 11 | (40.7) | 18 | (34.6) | 40 | (38.1) | 21 | (28.0) | 29 | (35.8) |
| | 実践経験がないので分からない | 24 | (10.0) | 3 | (6.5) | 3 | (11.1) | 9 | (17.3) | 10 | (9.5) | 8 | (10.7) | 3 | (3.7) |
| | 不明 | 3 | (1.3) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 1 | (1.3) | 0 | (0) |
| 自分の構想と上司や組織の方針とのずれがある | あてはまる | 90 | (37.5) | 22 | (47.8) | 6 | (22.2) | 10 | (19.2) | 38 | (36.2) | 32 | (42.7) | 38 | (46.9) |
| | あてはまらない | 119 | (49.6) | 18 | (39.1) | 19 | (70.4) | 28 | (53.8) | 55 | (52.4) | 34 | (45.3) | 39 | (48.1) |
| | 実践経験がないので分からない | 27 | (11.3) | 5 | (10.9) | 2 | (7.4) | 13 | (25.0) | 10 | (9.5) | 8 | (10.7) | 3 | (3.7) |
| | 不明 | 4 | (1.7) | 1 | (2.2) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 2 | (1.9) | 1 | (1.3) | 1 | (1.2) |
| 保健師の仕事や役割が周囲に十分理解されていない | あてはまる | 125 | (52.1) | 32 | (69.6) | 9 | (33.3) | 26 | (50.0) | 50 | (47.6) | 48 | (64.0) | 42 | (51.9) |
| | あてはまらない | 98 | (40.8) | 13 | (28.3) | 17 | (63.0) | 21 | (40.4) | 46 | (43.8) | 25 | (33.3) | 36 | (44.4) |
| | 実践経験がないので分からない | 14 | (5.8) | 1 | (2.2) | 1 | (3.7) | 4 | (7.7) | 8 | (7.6) | 1 | (1.3) | 2 | (2.5) |
| | 不明 | 3 | (1.3) | 0 | (0) | 0 | (0) | 1 | (1.9) | 1 | (1.0) | 1 | (1.3) | 1 | (1.2) |

IV 考 察

本研究では、事業・社会資源の創出に関して保健師が抱える実践上の困難について、所属ならびに保健師経験年数の違いを明らかにした。

1. 回答者の属性について

回答者の所属の比率は、A 県の所属の割合とほぼ同様であり A 県の代表性は保たれていると考える。年齢と保健師経験年数の平均について、本調査の平均年齢40.8歳、保健師経験年数の平均16.4年は、「保健師の活動基盤に関する基礎調査」¹⁸⁾の回答者

全体の平均とほぼ同様だった。

保健師の基礎教育について、四年制大学の割合は先行研究¹⁸⁾と比較するとやや多く、約3割を占めるという状況であった。保健師の教育的背景が多様化し、若い世代に卒業時の実践能力の不足が指摘されている保健師看護師統合カリキュラムによる教育課程¹⁹⁾による大卒者が増加していることから、保健師の能力強化や現任教育体制の検討を行う際にはこの層に重点を置くなどの考慮が必要であると考えられる。

また、事業・社会資源の創出に関する実践経験のある者は約5割、事業・社会資源の創出に関する研修受講がある者は約2割強であり、日頃の保健師活動の中で実践経験を積む機会は限られており、事業・社会資源の創出に関する研修受講体制も十分に整っていない状況が明らかとなった。

2. 事業・社会資源の創出に関する実践上の困難について

事業・社会資源の創出に関する能力向上のためには、実践経験が重要であることが先行研究により示されている²⁰⁾。しかし、本調査において、実践上の困難として「マンパワー不足である」「日々の業務に追われ多忙で余裕がない」の2項目について約8割以上の者が困難を抱えていた。この結果は、吉岡ら(2013)¹⁶⁾の研究結果と一致する。実践経験が重要である一方で、自治体の行財政改革による人員削減の影響や、保健師活動を取り巻く法制度の改正や社会的ニーズにより多種多様な業務に日々追われ、事業・社会資源の創出に関する実践を行う上で人的・時間的ゆとりがなく実践には厳しい状況であることが改めて示唆された。実践しにくい状況であることを保健師自らが認識し、意図的に実践を積み重ねていけるような現任教育体制の構築が求められる。

所属による違いとして、有意な差が認められた項目は、行政運営に必要な行政能力、組織としての活動の理念や意思決定、関係者間の合意形成などに関することであった。

「行政執務について不慣れで時間がかかる」の困難度は、都道府県が低く、市町村と保健所設置市が有意に高かった。業務内容の違いにより、都道府県の保健師の方が行政運営に必要な行政執務に関する経験が多く²¹⁾、日頃の業務を通して必要な技術を習得しやすい状況にあることが推察される。

「組織のビジョンが曖昧でどこに向かっているのか分からない」、「関与できないところで基本的方針が変更されたり決定されて戸惑う」の困難度は、市町村に比べ保健所設置市が有意に高かった。本調査において保健所設置市は1市のみであったが、人口規模や保健師等の職員数が多い組織体制の中で、組織全

体の方向性の見えにくさや、首長の交代による方針変更の影響が大きいことが推察される。事業・社会資源の創出に関する実践を行う上で、組織としての取り組みの位置付けや目的、相互の役割を明確化し、取り組みの動向を含めて組織内外の関係者間で共通認識を図っていくことが重要となる。

「事務職や他職種と意見が食い違い折り合いがつかないことがある」、「保健師の仕事や役割が周囲に十分理解されていない」の困難度は、都道府県が低く、保健所設置市が有意に高かった。本調査において、都道府県の対象としては保健所に所属する保健師が多く含まれていた。保健所の職員の職種は、保健医療に関する専門職が多く、保健所設置市や市町村は、保健所に比べ事務職などの保健医療に関する専門職以外の職種の職員が多い。事業・社会資源の創出に関する実践において、保健医療に関する専門職以外の職種が多い組織体制の中で、合意形成や保健師の役割の理解を促進していくことの難しさがあることがうかがえる。

保健師経験年数による違いとして、有意な差が認められた項目は5項目であり、1年目～5年目と16年目～25年目または26年目以上では、実践上の困難の内容が異なっていた。1年目～5年目の新任期は事業・社会資源の創出の実践に関する知識や技術に関して困難を抱えていた。新任期は、事業・社会資源の創出に関する実践経験や研修受講の機会が相対的に少ないことから事業・社会資源の創出に関する知識・技術を十分に習得できておらず困難を感じており、苦手意識にもつながっていると推察される。

また、16年目～25年目の後期中堅期と26年目以上の管理期は、組織的に活動を進める上で、合意形成を図る機会や、実践に際し様々な問題に直面した時に助言を得ることができないなど実践する上での組織・環境的なことがらに関して困難を抱えていた。既存事業の見直しや新たな取り組みを実現していく際には、保健師間での目的や方法等の共通理解を図り、実施に向けて上司や組織内での理解を得ていくことが不可欠となる¹⁵⁾。16年目～25年目の後期中堅期以降の保健師は、事業・社会資源の創出に関する実践や役割の発揮を求められる機会が増加し、特に、26年目以上の管理期には、各部署の代表として組織の意思決定に関与する度合いがさらに強くなる。先述のとおり、実践上の困難として約8割以上が「日々の業務に追われ多忙で余裕がない」と回答していた。このような多忙な状況に加え、分散配置や業務担当制の進展などの保健活動体制の変化¹⁸⁾により、話合う機会の不足や上司から適切な助言を得られにくい状況にあることが推察される。組織内での話合いの

機会の設定や、困った時に上司から適切な助言を得ることができる環境整備が必要である。

以上のことから、事業・社会資源の創出に関する実践の促進や能力向上に向けて、所属ならびに保健経験年数の違いにより生じやすい実践上の困難の解決を含めた現任教育体制を構築していく必要がある。

本研究の限界は、A 県の全数を対象とした調査であるが一地方の地域に限られたデータを基にした横断研究であることに加え、所属ならびに保健師経験年数により回答者の割合が異なることから一般化に

は問題が残ることである。また、日頃の業務との差異から特に経験年数の浅い保健師は自分とは関係の薄い課題であるとの認識により最初から回答しなかったことが推察され、選択バイアスの可能性は否定できない。

今後は、対象者を広げた調査や実践上の困難と事業・社会資源の創出に関する実践やコンピテンシーとの関連の検討などを行い、事業・社会資源の創出に関する能力向上に向けた現任教育のあり方の検討に役立てることが課題となる。

表3 事業・社会資源の創出に関する実践上の困難の所属別、保健師経験年数別の比較

| 項目 | 所属 | n | 平均 ランク | p値 | 多重 比較 | 保健師経験年数 | n | 平均 ランク | p値 | 多重 比較 |
|---------------------------------|--------|-----|-----------|-------|------------------|-----------|-----|-----------|---------|----------------------|
| 事業・社会資源の創出に関するノウハウが分からない(n=258) | 市町村 | 193 | 125.3 | 0.122 | | 1年目～5年目 | 32 | 100.7 | 0.002 | ** |
| | 保健所設置市 | 39 | 136.0 | | | 6年目～15年目 | 84 | 124.1 | | |
| | 都道府県 | 26 | 150.9 | | | 16年目～25年目 | 64 | 126.9 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 78 | 149.3 | | |
| 行政執務について不慣れで時間がかかる(n=296) | 市町村 | 224 | 146.2 | 0.012 | * * * * | 1年目～5年目 | 46 | 139.8 | 0.082 | |
| | 保健所設置市 | 45 | 137.5 | | | 6年目～15年目 | 97 | 149.9 | | |
| | 都道府県 | 27 | 185.7 | | | 16年目～25年目 | 74 | 136.0 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 79 | 163.6 | | |
| 統計処理の方法がよく分からない(n=296) | 市町村 | 224 | 147.6 | 0.217 | | 1年目～5年目 | 46 | 127.3 | 0.113 | |
| | 保健所設置市 | 45 | 140.9 | | | 6年目～15年目 | 98 | 153.3 | | |
| | 都道府県 | 27 | 168.3 | | | 16年目～25年目 | 73 | 148.5 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 79 | 154.8 | | |
| 事業・社会資源の創出に関して苦手意識がある(n=284) | 市町村 | 216 | 139.3 | 0.264 | | 1年目～5年目 | 39 | 106.1 | p<0.001 | ** ** ** ** |
| | 保健所設置市 | 43 | 148.7 | | | 6年目～15年目 | 94 | 140.3 | | |
| | 都道府県 | 25 | 159.3 | | | 16年目～25年目 | 73 | 147.2 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 78 | 158.9 | | |
| 資料化するのが難しい(n=295) | 市町村 | 224 | 145.1 | 0.078 | | 1年目～5年目 | 45 | 132.5 | 0.389 | |
| | 保健所設置市 | 45 | 145.6 | | | 6年目～15年目 | 95 | 149.6 | | |
| | 都道府県 | 26 | 176.8 | | | 16年目～25年目 | 75 | 154.1 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 80 | 149.1 | | |
| 事業・社会資源の創出に関する実践の機会が少ない(n=286) | 市町村 | 213 | 139.3 | 0.123 | | 1年目～5年目 | 44 | 118.5 | 0.005 | ** |
| | 保健所設置市 | 46 | 161.2 | | | 6年目～15年目 | 94 | 140.1 | | |
| | 都道府県 | 27 | 146.7 | | | 16年目～25年目 | 69 | 142.5 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 79 | 162.4 | | |
| 保健師間で話し合う時間や機会が十分でない(n=305) | 市町村 | 232 | 150.4 | 0.347 | | 1年目～5年目 | 50 | 179.5 | 0.026 | ** |
| | 保健所設置市 | 46 | 154.3 | | | 6年目～15年目 | 101 | 155.9 | | |
| | 都道府県 | 27 | 172.7 | | | 16年目～25年目 | 73 | 142.3 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 81 | 142.6 | | |
| 日々の業務に追われ多忙で余裕がない(n=309) | 市町村 | 236 | 155.0 | 0.595 | | 1年目～5年目 | 50 | 163.5 | 0.378 | |
| | 保健所設置市 | 46 | 149.7 | | | 6年目～15年目 | 103 | 152.0 | | |
| | 都道府県 | 27 | 163.8 | | | 16年目～25年目 | 75 | 148.0 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 81 | 160.0 | | |
| 上司に相談しても適切なアドバイスがもらえない(n=293) | 市町村 | 223 | 146.7 | 0.983 | | 1年目～5年目 | 47 | 170.2 | 0.003 | ** ** ** ** |
| | 保健所設置市 | 44 | 148.7 | | | 6年目～15年目 | 96 | 156.9 | | |
| | 都道府県 | 26 | 146.9 | | | 16年目～25年目 | 73 | 131.8 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 77 | 134.9 | | |
| 予算不足で新規の取組が難しい(n=286) | 市町村 | 219 | 143.6 | 0.989 | | 1年目～5年目 | 38 | 146.7 | 0.889 | |
| | 保健所設置市 | 40 | 144.1 | | | 6年目～15年目 | 98 | 139.2 | | |
| | 都道府県 | 27 | 141.7 | | | 16年目～25年目 | 71 | 144.4 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 79 | 146.5 | | |

表3 事業・社会資源の創出に関する実践上の困難の所属別、保健師経験年数別の比較 (続き)

| 項目 | 所属 | n | 平均 ランク | p値 | 多重 比較 | 保健師経験年数 | n | 平均 ランク | p値 | 多重 比較 |
|---------------------------------------|--------|-----|-----------|-------|----------|-----------|-----|-----------|-------|----------|
| マンパワー不足である(n=307) | 市町村 | 234 | 157.3 | 0.066 | | 1年目~5年目 | 49 | 163.2 | 0.272 | |
| | 保健所設置市 | 46 | 138.3 | | | 6年目~15年目 | 103 | 155.9 | | |
| | 都道府県 | 27 | 152.1 | | | 16年目~25年目 | 74 | 145.4 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 81 | 154.0 | | |
| 業務量が増えることに同僚の抵抗感がある(n=287) | 市町村 | 216 | 146.2 | 0.434 | | 1年目~5年目 | 44 | 142.7 | 0.176 | |
| | 保健所設置市 | 45 | 132.1 | | | 6年目~15年目 | 96 | 155.3 | | |
| | 都道府県 | 26 | 146.7 | | | 16年目~25年目 | 67 | 142.0 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 80 | 132.9 | | |
| 事務的作業が多く保健師としての専門性とのずれに悩む(n=295) | 市町村 | 224 | 146.6 | 0.106 | | 1年目~5年目 | 48 | 152.7 | 0.910 | |
| | 保健所設置市 | 45 | 139.8 | | | 6年目~15年目 | 96 | 149.7 | | |
| | 都道府県 | 26 | 174.3 | | | 16年目~25年目 | 71 | 144.1 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 80 | 146.6 | | |
| 計画とおり円滑に進まず自信をなくすことが多い(n=284) | 市町村 | 213 | 143.3 | 0.898 | | 1年目~5年目 | 44 | 136.9 | 0.631 | |
| | 保健所設置市 | 45 | 142.0 | | | 6年目~15年目 | 94 | 150.0 | | |
| | 都道府県 | 26 | 136.6 | | | 16年目~25年目 | 67 | 141.3 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 79 | 137.7 | | |
| 前例やモデルがなく新たなことに取り組む負担感が大きい(n=287) | 市町村 | 215 | 145.7 | 0.356 | | 1年目~5年目 | 43 | 139.7 | 0.705 | |
| | 保健所設置市 | 45 | 131.7 | | | 6年目~15年目 | 94 | 150.3 | | |
| | 都道府県 | 27 | 150.8 | | | 16年目~25年目 | 70 | 139.9 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 80 | 142.5 | | |
| 業務量が多くオーバーワークになりやすい(n=300) | 市町村 | 227 | 151.3 | 0.894 | | 1年目~5年目 | 47 | 170.8 | 0.105 | |
| | 保健所設置市 | 46 | 146.1 | | | 6年目~15年目 | 99 | 152.5 | | |
| | 都道府県 | 27 | 151.4 | | | 16年目~25年目 | 73 | 144.0 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 81 | 142.2 | | |
| 組織のビジョンが曖昧でどこに向かっているのかわからない(n=288) | 市町村 | 218 | 149.5 | 0.018 | *] | 1年目~5年目 | 43 | 145.1 | 0.210 | |
| | 保健所設置市 | 45 | 116.7 | | | 6年目~15年目 | 96 | 156.5 | | |
| | 都道府県 | 25 | 150.6 | | | 16年目~25年目 | 70 | 137.0 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 79 | 136.2 | | |
| 事務職や他職種と意見が食い違い折り合いがつかないことがある(n=282) | 市町村 | 214 | 142.2 | 0.024 | *] | 1年目~5年目 | 42 | 147.1 | 0.866 | |
| | 保健所設置市 | 43 | 122.1 | | | 6年目~15年目 | 94 | 143.5 | | |
| | 都道府県 | 25 | 169.3 | | | 16年目~25年目 | 67 | 140.7 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 79 | 136.8 | | |
| 関与できないところで基本的方針が変更されたり決定されて戸惑う(n=280) | 市町村 | 213 | 144.3 | 0.033 | *] | 1年目~5年目 | 42 | 146.5 | 0.516 | |
| | 保健所設置市 | 43 | 115.8 | | | 6年目~15年目 | 94 | 146.1 | | |
| | 都道府県 | 24 | 150.7 | | | 16年目~25年目 | 66 | 131.0 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 78 | 138.6 | | |
| 自分の構想と上司や組織の方針とのずれがある(n=274) | 市町村 | 209 | 137.5 | 0.050 | | 1年目~5年目 | 38 | 160.4 | 0.088 | |
| | 保健所設置市 | 40 | 121.2 | | | 6年目~15年目 | 93 | 140.5 | | |
| | 都道府県 | 25 | 163.6 | | | 16年目~25年目 | 66 | 130.1 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 77 | 128.9 | | |
| 保健師の仕事や役割が周囲に十分理解されていない(n=294) | 市町村 | 223 | 148.1 | 0.011 | *] | 1年目~5年目 | 47 | 149.2 | 0.315 | |
| | 保健所設置市 | 45 | 126.0 | | | 6年目~15年目 | 96 | 153.9 | | |
| | 都道府県 | 26 | 179.6 | | | 16年目~25年目 | 73 | 133.8 | | |
| | | | | | | 26年目以上 | 78 | 151.3 | | |

注) Kruskal-Wallis 検定

注) 多重比較はBonferroni法による

* : p<0.016 ** : p<0.008

V 結 語

本研究は、一地方の限られたデータであったことから一般化には限界があるが、A 県に所属する保健師を対象にした全数調査により、事業・社会資源の

創出に関する実践において保健師が抱える困難について、以下の知見が得られた。

1. 事業・社会資源の創出に関する実践において保健師が抱える困難は「マンパワー不足である」が最も多く、実践しにくい状況であることが示された。

2. 所属では5項目で保健所設置市の保健師の困難の度合いが有意に高かった。

3. 保健師経験年数では1年目～5年目は実践機会の不足や実践に関する知識や技術に関する困難、16年目～25年目と26年目以上は組織・環境的なことに関する困難の度合いが有意に高かった。

以上のことから、事業・社会資源の創出に関する実践は重要であるにもかかわらず実践しにくい状況であることを踏まえ、所属や保健師経験年数の違いにより生じやすい実践上の困難を解決し、事業・社会資源の創出に関する能力向上に向けた現任教育の方策の検討や体制整備が求められる。

本研究は、岐阜大学大学院医学系研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。結果の一部は、第60回東海公衆衛生学会学術大会で発表した。

本研究に関し、多大なるご協力をいただいたA県の保健師の皆様ならびに関係者の皆様に心より感謝申し上げます。また、論文作成にあたり、ご助言をいただきました岐阜大学医学部看護学科の石原多佳子教授、小林和成准教授に心より感謝申し上げます。

文 献

1) 佐伯和子. 社会の現実をエビデンスとした保健事業展開と政策提言. 日本地域看護学会誌 2010 ; 13 (1) : 7-12.

2) 平野美千代, 佐伯和子. 保健師の政策形成能力とは. 地域保健 2012 ; 9 : 54-59.

3) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 他. 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の測定用具の開発. 日本地域看護学会誌 2003 ; 6 (1) : 32-39.

4) 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織. 事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発 - 信頼性・妥当性の検討 -. 日本公衛誌 2009 ; 56 (6) : 391-401.

5) 本寺大志. コンピテンシー・マネジメント. 東京: 日本経団連出版, 2000 ; 24-36.

6) 岡本玲子, 塩見美抄, 鳩野洋子, 他. 今特に強化が必要な保健師の専門能力. 日本地域看護学会誌 2007 ; 9 (2) : 60-67.

7) Reiko Okamoto, Misa Shiomi, Saori Iwamoto, et al. Relationship of experience and the place of work to the level of competency among public health nurses in Japan. Japan Journal of Nursing Science 2008 ; 5 : 51-59.

8) 道林千賀子, 小林和成, 石原多佳子. 行政機関に所属する保健師の事業・社会資源の創出にかかるコンピテンシーの現状 - 所属別・保健師経験年数別の比較 -. 岐阜看護研究会誌 2015 ; 7 : 23-38.

9) 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会. 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会報告書. 2003.

10) 星田ゆかり, 岡本玲子. 自治体保健師の施策化における説明力の向上を目指した学習成果創出型プログラムの実施と効果 - A 保健所管轄内中堅期保健師研修会を通して -. 日本地域看護学会誌 2013 ; 15 (3) : 51-61.

11) 関美雪, 石崎順子, 頭川典子. 保健師の保健計画・施策化能力 - 中堅保健師の事業評価および評価結果の活用に関する能力 -. 埼玉県立大学紀要 2007 ; 9 : 35-39.

12) 細谷紀子. 市町村中堅保健師が獲得している施策化に関わる技術・能力とその獲得に影響を与えた経験の特徴. 千葉看護学会誌 2009 ; 15 (2) : 9-17.

13) 佐伯和子, 大野昌美, 織田初江, 他. 保健福祉計画策定過程における保健師が認識する困難. 北陸公衆衛生学会誌 2006 ; 33 (1) : 42-46.

14) 田中久恵. 保健婦の施策への関与状況を調査して - 具体的な取り組み事業から -. 保健婦雑誌 1995 ; 51 (11) : 890-899.

15) 村山正子, 丸山美知子, 山崎京子, 他. 集合研修プログラム案及び職場内教育(OJT)の方法の開発 - 保健婦の保健計画・施策化能力の育成のために -. 保健婦雑誌 2000 ; 56 (3) : 215-223.

16) 吉岡京子, 村嶋幸代. 保健師が事業化する際の困難およびその解決策と事業提供経験との関連 - 保健師勤務年数群別の比較 -. 日本公衛誌 2013 ; 60 (1) : 21-29.

17) 総務省行政評価局. 政策評価に関する標準的ガイドラインに基づく政策評価の実施状況等に関する報告書. 2002.

18) 日本看護協会. 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書. 2011.

19) 公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会. 公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」中間報告. 日本公衆衛生雑誌 2005 ; 52 (8) : 756-764.

20) 吉岡京子, 村嶋幸代. 日本の市町村保健師による事業化プロセスの経験とその関連要因. 日本公衆衛生雑誌 2007 ; 54 (4) : 217-225.

21) 厚生労働省. 保健師活動領域調査活動調査. 2012.

Practical difficulties experienced by public health nurses working in municipalities in relation to the development of projects and social resources

- Differences due to the affiliation and period of experience as public health nurses -

Chikako Michibayashi*

Key words: Municipalities, public health nurses, public health nursing, development of projects and social resources, competency, difficulties

Purpose The present study aimed to identify practical difficulties experienced by public health nurses working in municipalities in relation to the development of projects and social resources, and examine differences in these difficulties according to the period of experience as public health nurses and their affiliation.

Methods The subjects were 590 public health nurses working in Prefecture A, and anonymous, self-completed questionnaire forms were sent to them by mail. Descriptions of practical difficulties in relation to the development of projects and social resources were grouped into twenty-one items, based on the results of previous studies, to present the status of practical difficulties according to the period of experience as public health nurses and their affiliation. The Kruskal-Wallis test (Bonferroni's multiple comparison correction as the subordinate test) was conducted to examine the relationships between practical difficulties experienced by public health nurses and differences in their affiliation and period of experience.

Results Responses were obtained from 336 public health nurses (response rate: 56.9%), and 313 valid responses (response rate: 93.2%) were analyzed, excluding those that included defects. Regarding their affiliation, the most common answer was "municipalities" (76.7%), followed by "municipalities with public health centers" (14.7%) and "prefectures" 8.6%. The mean (\pm standard deviation) age was 40.8 ± 10.1 years old. The mean period of experience as public health nurses was 16.4 ± 10.5 years. The largest numbers of public health nurses in all groups of affiliation and experience stated that they had practical difficulties because of "a lack of manpower". A significant difference was found in five different items according to both the affiliation and public health nurses years of experience classifications.

Conclusion The most common issue in the practice was "a lack of manpower", and it resulted in an environment that the practice is difficult to perform. Public health nurses affiliated to municipalities with public health center reported practical difficulties more frequently. The most common practical difficulties in public health nurses with 1-5 years of experience were the lack of chances to practice, and lack of knowledge and skills; and in those with 16-25 years and more than 26 years of experience were organizational and environmental issues. It would be necessary to help public health nurses address these practical difficulties associated with their affiliation and period of experience as public health nurses in order to promote their practice and improve their practical skills in relation to the development of projects and social resources.

* Department of Nursing, School of Health Science, Gifu University of Medical Science

町村障害福祉行政組織における障害者の就労支援の現状と課題

—A県の専門職配置の実態調査より—

ツチモト チカゲ
土本 千景

目的 障害者総合支援法の中では、身近な市町村が責任を持って一元的にサービスを提供し就労支援を抜本的に強化するとあるが、相談体制や社会資源は市部と町村部の間に格差が生じている。本研究は、障害福祉行政の組織体制とくに専門職（保健師、社会福祉士、精神保健福祉士）配置と就労支援の現状について、A県の町村を中心に分析し、専門職配置の検討を通して、町村障害福祉行政の課題を明らかにすることを目的とする。

方法 A県内21町村の障害福祉担当者に対する郵送による「自記式アンケート調査」（2013年9月）と、その結果を踏まえた「聞き取り調査（6町村：専門職を配置している1町村、配置していない5町村）」（2013年10月～12月）を実施した。

結果 「アンケート調査」の回収数は16町村、回収率は76.2%であった。町村福祉担当職員の配置人数は1人配置が7町村（43.7%）、経験年数は1年目から3年目が約9割を占めた。専門職の配置をしている2町村を含む13町村（81.3%）が、専門職の配置について肯定的な回答をした。15町村（93.8%）が関係機関への紹介を町村福祉担当職員の役割として回答した。

次に専門職が配置されていない5町村の「聞き取り調査」より、精神障害の方に対する相談支援等において、保健センターの保健師と連携をとっている（5/5町村）こと、また実際の窓口支援は就労支援より生活支援の相談事例が多いことがわかった。さらに町村窓口の役割として、ケアマネージャーのような役割、コーディネート機能の認識も聴取された。（2/5町村）。

考察 職員の少人数配置と短期間での人事異動、障害福祉業務以外の業務の兼務による継続支援の困難さは、町村障害福祉行政の課題であるが、現状では機関連携によって対応されている。相談技術や障害福祉の知識を持った専門職の配置や委託相談事業所との協力も求められる。さらに、保健センター等に配置されている保健師が、障害福祉行政と協力できる体制整備が、今後の選択肢として考えられる。

Key words : 町村障害福祉行政, 就労支援, 専門職配置, 保健師

I 緒 言

2006（平成18）年に障害者自立支援法（同法に代わって2013年からは障害者総合支援法。以下、障害者総合支援法）が施行され、身近な市町村が責任を持って一元的にサービスを提供し、就労支援を抜本的に強化することになった。しかし、相談体制や社会資源は市部と町村部の間に格差が生じている。

本研究はA県の町村を中心に町村障害福祉行政の組織体制とくに専門職（保健師、社会福祉士、精神保健福祉士）配置の現状に注目し就労支援の課題を明らかにすることを目的とした。

その背景としては次の2点がある。第1は、筆者が

人口約19,000人のA県E町（表3参照）の障害福祉行政に保健師として従事する中で見えてきた課題の存在がある。すなわち、年々障害者の生活支援や就労支援の相談は増加し、身体、知的、精神の障害、難病と多様な相談内容に応じた支援をしなくてはならないにもかかわらず、基礎自治体（町村）の多くは専門職の配置が少なく、各部署の配属人数が少なく職員1人1人が抱えている担当業務量が多いために相談業務専任が困難といった状況がある。

第2は、社会資源のレベルにおいて、町村部は市部に比べ大きな格差があり、就労を希望する障害者が増えても十分に対応ができない状況がある。特に、就労移行支援事業所や就労継続支援事業所、障害者相談事業所の数の格差は大きい。

2006（平成18）年に施行された障害者総合支援法の中では、身近な市町村が責任を持って一元的にサー

岐阜県御嵩町役場 福祉課

日本福祉大学大学院社会福祉学研究科（研究生）

ビスを提供し就労支援を抜本的に強化することとあるが、相談体制や社会資源は、市町村により格差がある。

障害福祉行政の市町村担当者の役割に関する先行研究として、二見(2012)¹⁾は、実践報告の中で、自治体職員が果たす役割として、「ケアマネジメントと援護の実施者」と述べている。

松山ら(2007)²⁾が行った調査では、「障害福祉担当者が少ない市町村の場合相談業務の内容が多岐にわたることもあり、障害福祉担当者は、障害福祉に関する広範な領域、自閉症等の発達障害に関する相談、関係機関との調整、および専門的知識を要する相談業務について理解しているという認識を持つにはかなりの困難さが伴うことが考えられる」と述べている。また、「障害福祉担当者は相談業務の多くについて理解の程度が低いと認識していること、自閉症等発達障害に関する相談の理解の程度はさらに低いと認識していることが明らかになった。また、障害福祉担当者3人以上の市町村と2人以下の市町村を比較すると、2人以下の少ない市町村における相談業務の理解の程度が低いと認識しているのが見られた。このため障害福祉担当者が少ない場合相談業務についての理解を深めることが求められる。ただし、市町村規模が小さいことによる財政難の問題を抱えているため、相談支援の技量の向上を図るための創意工夫をすることが不可欠」と述べている。このように障害者総合支援法によって障害者が地域で安心して暮らせる施策はできたが、それを進めていく基礎自治体、特に小規模人口の町村が相談事業を十分に果たせていないのが現状である。

II 研究方法

1. 調査の方法：

(1) 「自記式アンケート調査」(2013年9月)

A県内の全21町村の障害福祉担当職員対象に実施した。アンケート回答者は各町村の担当者のうち代表1名が回答し、郵送回収とした。

アンケートの調査項目は、①障害福祉担当職員配置、②障害福祉担当職員の属性、③障害福祉担当職員の役割、④障害福祉行政における専門職の必要性、⑤障害者の就労に関する資源、⑥障害者の相談件数、内容とした。選択肢の項目は単純集計した。

(2) 「聞き取り調査」(2013年10月～12月)

上記の自記式アンケート調査の項目を補完する目的で実施した。対象者は、アンケート調査に回答し、聞き取り調査の同意を得られた障害福祉担当「事務職員」である。

聞き取り調査の項目は、アンケート調査項目について補完的に聞き取りをし、特に専門職の必要性と、障害福祉担当職員からみた課題について調査した。

方法は、筆者が各町村に訪問し、障害福祉担当職員より個別に聞き取りをした。

2. 倫理的配慮：調査データの活用については、個人の情報が特定されないことについて同意を得ており、日本福祉大学大学院の倫理ガイドラインに沿った倫理的配慮を行っている。

III 研究結果

1. アンケート調査結果：

(1) 回答状況：

16町村の障害福祉担当職員より回答が得られた。回答割合は、76.2%であった。

(2) 町村障害福祉担当職員の配置と属性(勤務年数と障害福祉担当年数等)：

町村福祉担当職員の配置人数は、1人配置が最も多く7町村(43.7%)であった。2～3人配置が5町村(31.3%)、4～5人配置が4町村(25.0%)であった。

表1の通り、障害福祉担当者(40人)の経験年数は1年目17人(42.5%)、1年目～3年目は34人(85.0%)であった。

障害福祉経験年数は短い役場勤務歴10年以上の配属職員は、27人(67.5%)であった。特に20年目以上の職員の配置が13人(32.5%)と多く、役場経験年数の長い職員が配置されていた。

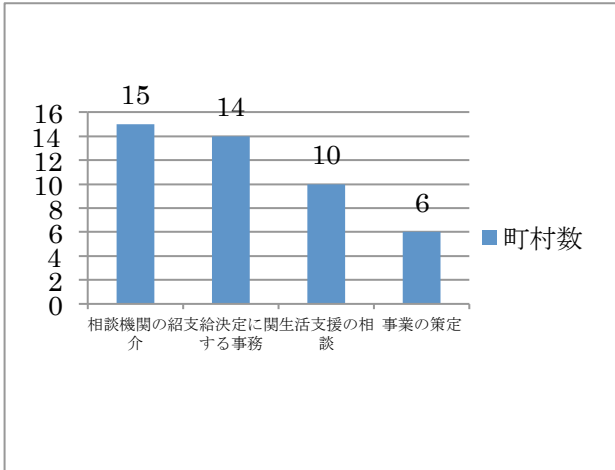
表1 障害福祉担当年数と役場勤務年数

| | 障害福祉担当歴 | | | | | | | | 割合 | |
|------|---------|-------|-------|------|------|------|------|--------|----|--------|
| | 年数 | 1年目 | 2年目 | 3年目 | 4年目 | 5年目 | 6年目 | 7年以上 | | 合計 |
| 役場勤務 | 1年目 | 3 | | | | | | | 3 | 7.5% |
| | 2年目 | | 1 | | | | | | 1 | 2.5% |
| | 3年目 | 1 | 1 | 1 | | | | | 3 | 7.5% |
| | 4年目 | 1 | 1 | 1 | 2 | | | | 5 | 12.5% |
| | 5年目 | 1 | | | | | | | 1 | 2.5% |
| | 6～9年目 | | | | | | | | 0 | 0.0% |
| | 10～14年目 | 3 | 1 | 1 | | 1 | | | 6 | 15.0% |
| | 15～19年目 | 1 | 3 | 2 | 1 | | 1 | | 8 | 20.0% |
| | 20年目以上 | 7 | 4 | 1 | | | | 1 | 13 | 32.5% |
| | 合計 | 17 | 11 | 6 | 3 | 1 | 1 | 1 | 40 | 100.0% |
| 割合 | 42.5% | 27.5% | 15.0% | 7.5% | 2.5% | 2.5% | 2.5% | 100.0% | | |

(3) 町村障害福祉担当職員の役割：

図1の通り、町村窓口の役割としては、相談機関への紹介との回答が15町村(93.8%)、支給決定に関する事務との回答が14町村(87.5%)からあった。

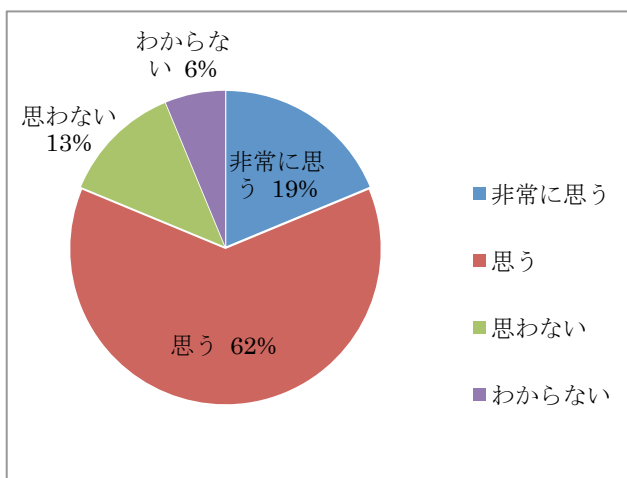
図1 町村障害福祉担当職員の役割



(4) 町村障害福祉担当職員の専門職の必要性：

専門職の配置については、現状で実現している町村は16町村のうち2町村(12.5%)のみで、それらは正職員で保健師の配置をしている。職員数の5%(40人中2人)が専門職で、保健師以外の精神保健福祉士や社会福祉士の専門職の配置はない。専門職が配置されている町村は、専門職の必要性について「非常に思う」または「思う」と回答している。この2町村を含め13町村(81.3%)が専門職の配置について肯定的な回答をした。(図2)

図2 専門職の配置の必要性についての意見



専門職の配置について「非常に思う」「思う」の自由意見としては、表2のとおり、人事異動してすぐの事務職員では、制度の複雑化や専門知識がないため対応が難しいといった意見があった。また、障害福祉については、専門的な知識が必要となるといった意見もあった。

表2 専門職の配置について「非常に思う」「思う」の自由意見

- ・支援希望者に的確にアドバイスができると思われるので配置が可能であれば望ましいと考える
- ・制度が改正される等、人事異動のある事務職員等では対応が難しい
- ・福祉に携わっていない職員が異動で担当になると用語から勉強する必要があり時間を要するため
- ・支援内容が専門的な内容のため
- ・専門的な立場で支援が可能になるため
- ・制度が複雑で長い経験が必要
- ・一般職では専門知識がないため
- ・就労支援希望者が多い地域では必要と思うが小規模地域では専門機関と連携し活用することが必要

2. 聞き取り調査結果：

(1) 回答状況：

アンケート調査に回答し、聞き取り調査の同意を得られた障害福祉担当「事務職員」、6町村(専門職を配置している1町村、配置していない5町村)より回答が得られた。(表3)

表3 障害福祉担当者聞き取り調査の対象者

| 町村規模 | 対象町村 | 障害福祉経験年数 | 職種 | 職員配置人数 (専門職人数) | 専門職の必要性 |
|------------------|------|----------|-----|-------------------|---------|
| 3000人未満 | A | 3年目 | 事務職 | 1(0) | 思う |
| 3000~5000人未満 | B | 2年目 | 事務職 | 1(0) | わからない |
| 5,000~10,000人未満 | C | 1年目 | 事務職 | 1(0) | 思う |
| 10,000~15,000人未満 | D | 1年目 | 事務職 | 1(0) | 思う |
| 15,000~20,000人未満 | E | 2年目 | 事務職 | 4(1) | 非常に思う |
| 20,000~25,000人未満 | F | 5年目 | 事務職 | 5(0) | 思う |

(2) 町村障害福祉担当職員の配置(障害福祉担当年数) :

障害福祉の担当業務だけでなく、生活保護や高齢福祉、福祉医療、民生児童委員といった担当も兼務している1人配置の町村もあった。

障害福祉担当者が一人配置の町村職員からは、現状では難しいが、「ある程度複数の担当者がいるとよい」といった意見があった。経験年数については、「長期の方が、障害者やその家族等とも信頼関係が出来、制度についても把握できるので、3年以上、できれば5年、10年担当としていることが望ましい」、「5年は絶対必要で、その間に後輩を育てる」、「人間関係やコミュニケーション、判断の面において、新人職員の配置は障害福祉においては難しいところがある」といった意見があった。

また、E町においては保健師も、保健センターで何年か経験を積み、経験のある保健師の配属が望ましいと述べていた。

(3) 町村障害福祉担当職員の役割に関する意見 :

町村窓口の実態としては、就労支援より生活支援の相談事例が多く、また、働く意欲がないため、就労支援の相談までに至らない事例もあるといった意見があった。町村窓口の役割としては、ケアマネージャーのような役割、コーディネート機能が必要、と認識していた。(2/6町村)

また、関係機関のことを知らないと連携が取れないのでお互いの役割を知る事が、住民サービスにつながるという意見もあった。

(4) 町村障害福祉担当職員の専門職の必要性に関する意見 :

専門職が配置されていない5町村については、特に精神障害の方に対する相談支援等において、保健センターの保健師と連携をとっていた。(5/5町村)

また、相談は、精神障害の方の相談が年々増加し、他の障害より多い。特定の障害者の方からの電話相談等で対応に苦慮している担当者も多かった。「精神障害者の方は、事業所に行くことによって、状態が悪くなり中断される方もいるため、利用開始の時や利用中の支援は必要である。」といった意見もあった。

近年は就労継続支援A型事業所が増え、精神障害者の利用が増加している傾向があること、相談としても精神障害者の相談が多いといった意見があった(5/6町村) また、専門的な知識、対応が障害福祉担当窓口においては必要であるため、専門職配置、職員のレベルアップが必要であるといった意見もあった。(2/6町村)

その他に、専門職が必要という意見には「精神保

健福祉士や社会福祉士などの相談のエキスパートがいるとよい」、「障害者や病気の知識だけでなく相談のスキルを持った人が必要」、「精神障害の専門的知識が必要」、「専門職を置いた方がネットワークを取りやすい」、「医療、介護の横のつながりもわからなくてはいけない」といった意見があった。「事務職では一から覚えなくてはいけないが、専門職(保健師、社会福祉士等)の方が、養成課程において学んできたこともあり予備知識があるのではないか」、「事務職から見ると、保健師は町村内にいたので役割をイメージしやすいが、社会福祉士や精神保健福祉士は、町村に配属されていることも少なく役割が良くわからない」といった意見もあった。

現時点で専門職は必要ないという意見には、「保健師と同じフロアにいたので、専門職の確保は必要ない」、「専門職でなくても、長く配属されれば、対応ができる」といった意見があった。

(5) 就労支援を充実させるために必要なことは何かに関する意見 :

1) 関係機関との連携が必要であるという意見

専門的な助言がほしい時は、障害者相談支援事業所に連絡しているという町村(4/6町村)と、障害相談支援事業所が、遠方で利用しにくいといった町村(2/6町村)があった。「町内に障害者相談支援事業所があるとよい」といった意見もあった。(3/6町村)

また、障害者就業・生活支援センターとの連携については、専門職が配置されているE町については連携をとっていた。専門職が配置されていない5町村においては、ほとんど連絡していないといった意見だった。その理由として、「役場内の保健師や作業所の職員が対応している」(2/5町村)、「遠方のため(車で30分から1時間半かかる)福祉担当者から紹介しづらい」(2/5町村)、「障害者就業・生活支援センターの内容を担当者が良くわからないため紹介できていない」(1/5町村)、「障害者就業・生活支援センターより町内の障害者相談支援事業所に連絡することの方が多い」(3/5町村)などがあった。また「同じ町村内の障害者相談支援事業所の相談がしやすい」、「福祉担当職員としても顔が見える関係になった障害者相談支援事業所や関係機関への相談がしやすい」といった意見もあった。

2) アクセス、社会資源に関連した意見

アクセスが困難な町村においては「通える就労支援事業所が少ない」といった意見があった。(4/6町村)

また、「交通費が高くて事業所に通えない、辞めた」、「各町村の近く、特に30分以内の所に就労移行支

援事業所、就労継続支援A型、B型事業所があることが望ましい」(3/6 町村)といった意見があった。

町村の交通費助成についても必要と4/6の町村が答えているが、現状としては、財政の問題もあり困難といった意見があった。

町村単独事業として交通費助成がある町村は、公共交通機関を利用した場合半額助成をする方法や、ガソリン代を負担する助成方法がある。(3/6 町村)ただし、町村単独事業は将来的には財政的に継続が困難といった指摘もあった。(2/6 町村)

IV 考 察

アンケート調査と聞き取り調査の結果より下記の4点が町村障害福祉行政の課題としてあげられる。

第1に、専門職の配置の必要性である。アンケート調査の結果、81.3%の町村が専門職の確保が必要と述べている。その理由としては、制度が複雑化し、専門知識も要するため、人事異動してすぐの事務職員では対応が難しいことが指摘された。聞き取り調査からも、精神障害者からの相談が増え、障害特性に合わせた対応が必要であることが判明した。障害者総合支援法の中では、身近な市町村が責任を持って一元的にサービスを提供し、身体、知的、精神障害、難病といった障害の種別を超えてサービスを提供することとなっている。そのための相談技術や障害理解を有する専門職の配置が必要であると考えられた。

第2に、障害福祉制度の理解、障害の理解、本人や家族との信頼関係の構築等のために、障害福祉業務の経験年数は長いほうがよいことが理解された。

現状では、アンケート調査の結果より、障害福祉担当者が一人配置の町村が43.7%で、1年目～3年目は34人(85.0%)であり長期の障害福祉職員としての配属は困難な状況である。しかし、聞き取り調査からも、「長期の方が、障害者やその家族等とも信頼関係が出来、制度についても把握できる」といった意見があった。

第3としては、就労支援に関する資源が少ない町村においては、各町村にない資源とつながるためのネットワークが必要であることである。専門職が配置されていない町村の障害福祉担当事務職員に対する聞き取り調査の結果からは、障害者就業・生活支援センターと連携ができていない町村はなかった。障害者就業・生活支援センターの役割を町村職員が十分に理解しておらず活用できていないことと、遠方であることが理由にあげられている。南(2010)³⁾の調査では、「障害者にとって身近な福祉関係者の存

在は就労への足がかりであり最も頼りになる存在だ」、「福祉関係者が身近な相談窓口たる力量を高め、就労支援サービスの質を担保していくことが極めて重要なことである。その業務の要となるのは相談支援であり、それも、雇用と福祉が一貫した支援を実現するソーシャルワークが行われる必要がある」、「個別支援が有効に働くためには関係機関のネットワークを基盤として構築することが重要である」と述べている。全国的にも就労支援ネットワークの先駆的な実践例は少なく、各地でのネットワーク構築が課題ともいわれている。

ネットワークを作るには、障害福祉の知識、ニーズを引き出す相談支援の技術、関係機関につなげるコーディネーターの役割の技術が必要になる。また、関係機関の役割について理解し地域にある就労支援の資源を十分に活用できるよう住民に情報提供することが必要である。

第4は、基礎自治体においては資源が少なく交通の便も悪いため、資源の開発と、就労支援に関する交通費助成が検討される必要があることである。

聞き取り調査より、相談事業所や、就業に関する事業所は居住地から近い場所であることが求められていることがわかった。しかし、町村単独事業は財政的に将来にわたっての継続が困難といった指摘もあるため、町村としての障害者の就労支援のあり方については検討する必要がある。

以上のことより、社会資源が少ない町村、特に就労支援においては、関係機関との連携を強化する必要がある。そのために、コーディネーター機能や相談技術や障害福祉の知識を持った専門職の配置は必要であると考ええる。

先行文献では、秋山(2007)⁴⁾が社会福祉専門職の実態調査で社会福祉士が向かうべき職務内容と役割は、「コーディネーター」が最も多いと述べている。また、山下ら(2012)⁵⁾は、精神保健及び精神障害福祉の相談に対して、より適切に対応できる体制を確立するための課題の一つとして、相談員については、精神保健福祉相談員としての配置に限定しないとしても、専門職の配置は必須と考えるべきと述べている。

専門職として社会福祉士や精神保健福祉士は上記の通り必要ではあるが、町村においては町村障害福祉担当職員として配属人数に限りもある。そのため、町村に必ず配置されている保健センターの保健師との協力体制の強化や、障害福祉行政へ保健師を活用し予防的な視点から就労支援においても検討していく必要があると考える。

地域福祉辞典(2006)⁶⁾では、保健師について「あ

らゆる年齢と健康レベルにある人を対象に、健康上の問題やニーズを把握し、健康の保持増進をめざしている。」と説明している。また、保健師が福祉職とともに仕事をする際、互いに理解をしておかなくてはいけないこととして、「保健師の本来持っている予防活動への取り組み姿勢をどう生かすかということがある。福祉活動は、ともすると申請されてきたもの、問題が起こっている者にアプローチすることが多いが、保健師は、地域のなかで問題を発掘したり、問題が起こらないようにするという予防活動に視点をおいて活動してきた経緯がある。」と述べている。すなわち、保健師にはマネジメントする役割が求められ、福祉サービスの申請の前からの継続的な関わりができることが望ましいと考えられる。

障害者と保健師の活動については、標(2006)⁷⁾が、「保健師が地域の住民の健康生活を守る担い手であるならば、直接福祉の部署にいらなくても、福祉と連携しながら障害者を支援していく必要がある」と述べている。現状の障害者に対する保健師の関わりについては、「身体障害児、知的障害児の場合、障害の診断から就学に至るまでの間、乳幼児健診や家庭訪問を通して出会い、療育への橋渡しや生活上の支援をしている。就学後は教育や福祉にバトンタッチするかたちで支援が途絶えてしまうことが多く、養護学校卒業後の成人期以降はほとんど出会いがないといっている。これは保健師の立場からの支援が必要ないということではなく、制度上の問題でもある。一方、精神障害者はその発症から退院後の生活支援まで、家庭訪問や生活教室などを通して継続的な支援を行う機会がある。」「障害者の自立した生活を支えるのは、福祉サービスの提供だけでは不十分である。障害者と家族を含めた健康と生活への支援が必要である」と述べている。また、障害者総合支援法における保健師の役割としては、「保健師は福祉との連携を強化しながら、個別の相談や訪問だけでなく、グループホームや作業所、障害者団体と協働し、地域で生活している障害者の声を聞き、その生活実態を把握して問題を提起していく役割がある」と述べている。

地域における保健師活動としては、平成25年4月19日付厚生労働省健康局長の地域における保健師の保健活動についての「地域における保健師の保健活動に関する指針」の中で、予防的介入の重視として「保健師は、あらゆる年代を対象に生活習慣病等の疾病の発症予防や重症化予防を徹底することで、要医療や要介護状態になることを防止するとともに、虐待などに関連する潜在的な健康問題を予見して、住民に対し必要な情報の提供や早期介入等を行うこ

と」、また地域特性に応じた健康な町づくりの推進として、「保健師はライフサイクルを通じた健康づくりを支援するため、ソーシャルキャピタルを醸成し学校や企業等の関係機関との幅広い連携を図りつつ、社会環境の改善に取り組むなど地域特性に応じた健康な町づくりを推進すること」⁸⁾と述べている。

以上のように保健師は予防的介入を重視するという専門性があり、障害者を地域で支えていくには、予防的な視点から就労支援を考えていくことができるために、保健師と障害福祉担当者が連携することもひとつの手段であると考えられる。嶋澤(2009)⁹⁾の事例調査においても、「保健師はすべての事例において、在宅精神障害者のセルフケア行動獲得・継続経験の積み重ねに沿って援助を変化していたことを獲得していた」と、行政保健師の援助について述べているように、特に精神障害者支援については保健師の専門性が発揮できる。

しかし、筒井ら(2006)¹⁰⁾が行った研究において「前項の保健師の連携は、保健分野における連携はされているものの、福祉等の近接分野に対する連携には個人差が大きく、職務を遂行する能力との関係性が高い」、「障害者福祉および精神福祉関係の部署との連携は密ではなかった」という指摘もあるため、保健師の研修等が今後必要であろう。

V 結 語

少人数配置と短期間での人事異動による継続支援の困難は、町村障害福祉行政の課題であるが、主として関係機関との連携によって対応されている。町村の障害福祉行政の窓口には相談技術や障害福祉の知識を持った専門職の配置や、委託相談事業所の充実が求められる。しかし、小規模町村においては財政的に困難なこともある。

保健センターに配置されている保健師や地域包括支援センターに配置されている保健師が障害福祉行政と協力し、コーディネーター機能の補完的役割が1つの代替的な対応ということができるところから、今後の選択肢として考えられる。

VI 謝 辞

行政保健師として従事する中での、多くの住民の方々との出会いが、この論文の執筆の動機となっています。論文を執筆するにあたって、A県の町村障害福祉担当者の皆様には、調査にご協力いただきありがとうございました。

文 献

- 1) 二見清和. 障害者自立支援法と自治体の住民福祉行政. 障害者問題研究 2012;39 (4) : 297-302.
- 2) 松山郁夫, 大石浩. 地域生活支援事業の障害相談業務に対する市町村担当者の理解: 佐賀大学文化教育学部研究論文集 2007;11 (2) : 327-334.
- 3) 南多恵子. 障害者の就労支援における課題と展望-大阪府交野市におけるニーズ調査を通して-: 夙川学院短期大学研究紀要 2010;39 : 51-59.
- 4) 秋山智久. 社会福祉専門職の研究: ミネルヴァ書房 2007.
- 5) 山下俊幸, 黒田安計, 有海清彦, 他. 相談対応における行政機関の役割と連携に関する研究 (厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業) 2012;1-60
- 6) 日本地域福祉学会. 新版地域福祉辞典: 中央法規 2006.
- 7) 標美奈子. 障害者自立支援法と保健師 からだの科学 増刊 これからの保健師: 日本評論社 2006;66-70.
- 8) 厚生労働省健康局長. 地域における保健師の保健活動について: 2013.
- 9) 嶋澤順子. 在宅精神障害者の自立を促す行政保健師の援助の構造: 千葉看会誌 2009;15:35-42.
- 10) 筒井孝子, 東野定律. 全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する調査: 日本公衆衛生雑誌 2006;53:762-776

＜第 60 回東海公衆衛生学会学術大会の報告＞

1. 大会の概要

第 60 回東海公衆衛生学会学術大会は、「健康寿命の延伸をめざして ～健康づくり活動の新たな展開」をメインテーマに、平成 26 年 7 月 19 日（土）、名古屋市立大学医学部において開催した。大会長は瀧瀨敬吾名古屋市健康福祉局長、大会事務局は名古屋市健康福祉局健康部保健医療課が担当した。

午前是一般演題発表と教育講演を開催した。一般演題の口演発表は 3 会場で行い、「成人保健・難病」、「高齢者保健・メンタルヘルス」、「母子保健・アレルギー」、「結核・感染症制御・救急」、「環境衛生・食品衛生」、「医療廃棄物・教育・その他」の 6 分科会で 23 題の発表を、示説発表は 1 会場で 21 題の発表をいただいた。いずれも活動実践者や研究者が集い、互いの立場から活発な議論が展開された。教育講演は名古屋市立大学大学院医学研究科医学・医療教育学分野の早野順一郎教授に、「地域と育む未来医療人『なごやかモデル』」と題して講演をいただいた。住み慣れた土地で豊かに老いを迎え、その人らしく暮らすことのできる社会作り（エイジング・イン・プレイス、AIP）と、質の高い AIP を支える医療人材の育成を目的として、超高齢化の先行する名古屋市緑区鳴子地区で進められている「未来医療研究人材養成拠点形成事業」についてわかりやすくご紹介いただき、高齢社会における地域保健・地域医療を考える上で、たいへん参考になった。

午後は、総会、特別講演、シンポジウムを開催した。特別講演は地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター アドバイザーの岩永俊博先生に「住民との協働による健康づくり ～誰もが健康やかに暮らせる地域をめざして～」と題して講演をいただいた。熊本県の保健所長や国立保健医療科学院研修企画部長を歴任された岩永先生に住民との協働による健康づくり活動の考え方や進め方について問題提起をして頂き、今後の実践活動について考える貴重な機会となった。シンポジウムは「健康づくり活動の新たな展開」をテーマに、4 県 1 市の 5 人のシンポジストに発表していただいた。藁科仁美氏（静岡県藤枝市健康福祉部健康企画課）から「ふじえだ健康マイレージの取り組み 健康・予防日本一ふじえだプロジェクト」、水野靖子氏（岐阜県多治見市市民健康部保健センター）から「たじみ健康ハッピープランにおける健康づくり活動の新たな取り組み ～ 脇之島モデル地区の試み～」、島田晃秀氏（三重県松阪保健所）から「三重県松阪地域におけるソーシャルキャピタルを醸成する取り組みの紹介とその課題について」、岡田恵子氏（名古屋市瑞穂保健所保健予防課）から「住民主体の健康づくり ～「健康ささえ隊」の育成～」、仲田はるえ氏（株式会社豊田自動織機安全健康推進部健康管理室）から「企業における健康づくり活動 ～自助努力支援～」についての発表がなされた。それぞれの地域や職域で、健康づくり活動に積極的に取り組まれた好事例の紹介であり、とても参考になる点が多かった。発表の後、特別講演の講師をお務めいただいた岩永先生にコメントターとして加わっていただき、意見交換を行った。

大会参加者は 169 名であり、内訳は学会員 112 名、非学会員 33 名、学生 9 名、その他 15 名、地域別では愛知県 69 名、岐阜県 22 名、三重県 7 名、静岡県 9 名、名古屋市 59 名、その他 3 名であった。

なお、大会の開催にあたっては日本公衆衛生学会から助成をいただくとともに、多くの方々にご尽力、ご支援を賜った。

2. 参加者へのアンケート調査結果

45 名から回答を得た。大会全体の評価は「良かった」58%、「普通」24%、「良くなかった」0%（無回答 18%）と概ね良好であり、公衆衛生活動・研究に対する「知識が向上した」と回答した者が 96%、「意欲が向上」が 89%、「自信が向上」が 76%等であった。回答者の 73%が本学会の学会員、69%が日本公衆衛生学会の学会員であり、日本公衆衛生学会の認定専門家、あるいは認定を目指している者は 11%であった。



平成 26 年度 各理事からのメッセージ

東海公衆衛生学会理事長
名古屋大学大学院医学系研究科医療行政学 教授
浜島 信之

インフラにあった公衆衛生

名古屋大学医学系研究科医療行政学講座に異動致してから 2 年が経ちました。文部科学省の奨学制度である Young Leaders' Program (YLP) という 1 年間の医療行政修士コースを、学内外の講師の支援を受けながら担当することが、この講座の使命です。対象国 15 カ国のうち、これまでにポーランドを除く 14 カ国を訪問しました。

本年 10 月にはアフガニスタンにも初めて出かけ、その自然の美しさと戦争による荒廃、戦時の生活を 3 日だけ経験しました。カブール市内での攻撃(自爆テロ、銃撃、ロケット弾)は平均週 1 回ですが、2 泊の滞在で 3 回の攻撃がありました。大使館が雇用している軍人は機関銃を携帯しており、大使館から出るときには警備してくれました。その軍人から、自分は medic (衛生兵) であり、受傷時の応急キットは準備されていること、手に負えない場合にはすぐに軍の飛行機で海外に移送される手はずが整っているので心配ないこと、ここからまっすぐの道路を使うと狙撃される可能性があるので回り道をするとも説明してくれました。大使館に着くと、保安担当者から攻撃を受けた場合の対応について説明を受けました。24 時間トランシーバーを携帯し、大使館外では防弾チョッキとヘルメットの着用をしました。

戦時と平時での医療システムは当然違いますので、日本の医療システムは戦時での医療にはあまり役立たないであろうと感じました。平時であっても、食品、住居、衛生がある程度確保されてから、初等教育、プライマリーケアと政府の対応は進みます。高等教育、福祉、高度先進医療は更に先ということになります。多くの貧しい地域で富裕層が世界標準の医療を求めて海外に出かけますが、貧しい国での医療を目の当たりにすると、標準的な医療を求めるのは仕方のないことのように思えます(私もそうします)。

インフラの違う地域で、どのように公衆衛生を実践し医療を提供したらよいかというのは、なかなか想像力を必要とする課題です。国際保健を専門とし、低開発国での生活を体験したことがある研究者は容易に理解できることが、日本での体験しにくいと理解できないことが多くあります。日本政府が低開発国への支援を加速させている中で、私たちのまわりにも低開発国から多くの研修生がくるようになります。それらの人に適した公衆衛生分野の研修を企画するためには、より多くの日本人公衆衛生専門家が海外に出向き、多くの事実を体験する必要があります。

＜事務局より＞

2005 年度より年一回理事会通信を発行しています。

今年度も各地区各分野から選ばれた公衆衛生のエキスパートである理事の先生方から会員の皆様へのメッセージをお届けいたします。ぜひ、理事会通信を通して東海公衆衛生学会ならびに理事の先生方の活動を身近に感じていただけたら幸いです。

◆メールアドレス登録のお願い◆

通信費の削減のために、事務局から会員のみなさまへの情報提供は、ホームページ：<http://tpha.umin.ac.jp> およびメールマガジンを通して行なっております。メールアドレスを未登録の方は、事務局 tokai-ph@med.nagoya-u.ac.jp までご連絡下さい。

目次

| | |
|----------------------------------|---|
| 浜島信之 事務局より | 1 |
| 明石都美 五十里明 犬塚君雄 | 2 |
| 尾島俊之 澁谷いづみ 津下一代 | 3 |
| 永田知里 松原史朗 東海公衆衛生雑誌 投稿案内 | 4 |



東海公衆衛生学会
事務局

名古屋大学大学院
医学系研究科
予防医学教室

〒466-8550

名古屋市昭和区鶴舞町 65

TEL: 052-744-2132

FAX: 052-744-2971

E-mail:

tokai-ph@med.nagoya-u.ac.jp



名古屋市保健所 所長 明石 都美

インセンティブ

「顧客満足をテーマにしているマーケティングは健康づくりに有用」「健康づくりでの成功の2つのポイントは、①人はインセンティブに反応する ②結果に影響を与える要素は、インセンティブ、コスト、環境、登場人物である」これらは、平成26年「公衆衛生情報」10月号に、青森県むつ保健所長 平紅氏が書かれているものです。

健康づくりと経済学については、過去にも読んだことはあったのですが、今回は「インセンティブ」という言葉に反応し、読む内に大いに納得をしてしまいました。現在、ある住所不定の結核患者さんが、服薬のため、月曜日から金曜日まで毎日保健所に来ています。人とのコンタクトができず、受診からも逃げ出していた彼が、毎日来所する習慣ができたのは、缶詰等のインセンティブがきっかけです。今では「病院の人たちも、保健所など行政の人たちも怖くて理解不能の人たちばかりではない」と初めて実感したらしく、受診からも逃げ出さず、回りの住所不定の人たちへも笑顔をみせるようになったとのことです。個別対応では、どのようなインセンティブなら来てもらえるか、真剣に考えることができるのに、健康づくりなどの公衆衛生の施策には生かせていないと感じています。

「経済学は人を幸せにするのか」(宇沢弘文)、遅まきながら、勉強したいと思っています。

学校法人中西学園 名古屋学芸大学管理栄養学部 教授 五十里 明
「年末に向けて」

秋も早々と終わり、寒い冬が到来しています。ゆとり教育世代の学生と向き合いながら、慌ただしい毎日を送っていますが、来年度からは新カリキュラムによる学生を迎えることになり、その変化を注意深く見守りたいと思います。

今年、栃木県で第73回日本公衆衛生学会が「連携と協働：理念から実現に向けて」をメインテーマに開催されました。各分野間、職種間の連携の重要性を誰もが認識しつつも、多くの壁があることも再確認させていただきました。

また、栃木へ向かう東北新幹線で、これから除染作業に従事するという70歳の男性と同席になり、会話の中から未だ変わらない福島の現状を垣間見ることになり、帰りには、こちらも変わらない奥日光の晩秋を散策して来ました。

公衆衛生を取り巻く課題も多く、来年も新たな対応を求められることもあろうかと思われませんが、会員の皆様のご活躍をご期待致します。

豊橋市保健所 所長 犬塚 君雄

「健康づくり」から「健康なまちづくり」へ

本年4月に地元豊橋市の職員となり、健康部長兼保健所長を務めております。自身3か所目の中核市保健所勤務であり、住民により身近な基礎自治体での保健活動に強い魅力を感じていたことと、「自分が住んでいる豊橋市のことをもっと知り、何かお役に立てれば。」との思いから豊橋市へ転身しました。

豊橋市でも高齢化が着実に進み、2025年問題は避けられません。地域包括ケアへの具体的な取り組みも始まったばかりです。健康部としては今年度、広く市民、企業にも働きかけて「歩く」ことに着目した「地球周回チャレンジ事業」を行っています。「来年の2月末までに登録していただいた市民全員で地球を何周できるかチャレンジしよう。」というもので、多くの市民が一緒になって健康づくりの楽しさを体感し、習慣化を目指す事業です。さらに健康寿命の延伸を目指して「健康づくり」から「健康なまちづくり」へ発展させるため全庁的なプロジェクトを立ち上げるとともに、「健康なまちづくり」につながる様々な取り組みを模索しています。皆様からもアイデアをいただければ幸いです。

東海公衆衛生学会
役員名簿

(2015年1月現在)

理事長

浜島 信之

理事

(五十音順)

明石 都美

五十里 明

犬塚 君雄

尾島 俊之

小林 章雄

澁谷 いづみ

鈴木 貞夫

笠島 茂

竹内 浩視

津下 一代

永田 知里

松下 光子

松原 史朗

和田 文明

監事

小嶋 雅代

八谷 寛

評議員

伊藤 求

井奈波 良一

加藤 昌弘

金田 誠一

小嶋 雅代

子安 春樹

櫻井 令子

柴田 和顯

下方 浩史

田島 和雄

田中 耕

長坂 裕二

中村 こず枝

中村 美詠子

橋本 修二

服部 悟

日置 敦巳

平田 宏之

藤岡 正信

古川 馨子

松本 一年

村田 真理子

八谷 寛

山崎 嘉久

若井 建志



**東海公衆衛生学会
事務局スタッフ**

私たちが担当しています
よろしくお願いたします

名古屋大学大学院医学系研究科
医療行政学
浜島信之 教授

名古屋大学大学院医学系研究科
予防医学
渡邊優子 事務局秘書

◆◆事務局通信◆◆

2014 年は私にとって、人生
優しくない！と痛感した1年
でした。でもそうやって悲し
んだり、悩んだりして苦し
みを乗り越え、人の優しさ
や痛みが分かる人間に少し
だけなれた気がします。

“患者は成功に溺れ、賢者は
危機を経て成長する” いくつ
になっても強烈な好奇心、探
究心を忘れず、前向きでいた
いと思います。

事務局として6年、不手際
で皆様に色々ご迷惑をお
かけした事も沢山ありまし
た(申し訳ありません!)が、
初心も学んだ事も決して忘
れず、これからきめ細やか
な仕事ができるよう、精一杯
励みたいと思います。

事務局：渡邊優子

浜松医科大学健康社会医学講座 教授 尾島俊之
健康格差に対応できる人材の育成

健康の社会的決定要因に関する研究班で、そのような課題に対応できる人材を育成するためにどのようなことが重要かという検討を行っています。獲得すべき資質としては、知識、態度、技能に大別できると考えられます。人材育成のための取り組みとしては座学型の研修会によって「知識」を向上させる取り組みが行われることが多い現状があります。一方で、実際にある人が活躍するかどうかは、「態度」に左右される部分が大いように思います。態度を活性化するためには、感動的な出会いが重要でしょうか。「技能」については、健康格差などを分析する技能や、また組織を動かして施策化を進める技能などが求められます。すべての資質について優れている人はいないと考えられ、ある部分が得意な人や、また別のある部分が得意な人がいるように思います。人々の健康を向上させるためには、多様な人々が、それぞれ自分の得意分野を發揮しながら力を合わせる必要があります。東海公衆衛生学会の活動が、ひとりひとりの得意分野や不得意分野の資質向上に寄与していくことを願っています。

愛知県一宮保健所 所長 澁谷 いづみ
公衆衛生、地方会の意義

11月に第73回日本公衆衛生学会が開催され多くの参加者があったが、毎年参加するのは自治体職員にとってかなり難しい。自身、今回は地衛研フォーラムの座長やシンポジウムの演者等があり出席できたが、やはり遠方の学会は難しい。

東海公衆衛生学会には、地域から様々な立場の多くの方が出席できる工夫もしていければと考える。一般公開プログラムや専門職のクレジット以外にも何かの単位になるとか、話し合っていければと思う。

また、日々の活動の評価をする場として、当学会は身近な研鑽の場である。地域に根ざした保健活動を発表する場として、他県の仲間とも情報交換できる。PDCAサイクルを回すのに一役買う、そんな学会として意識し活用してほしいと願う。

発表者もそれを指導する者も地域を見つめ直し、業務を見直し、新たな仕組みづくりや人材育成に寄与できるよう、独立した地方会ならではの役割を果たせることを期待したい。

あいち健康の森健康科学総合センター長 兼あいち介護予防支援センター長 津下 一代
動き出したデータヘルス計画～PDCAを回した保健事業へ

今年の大きな成果として、特定健診・特定保健指導のNational Data Base (NDB)を分析し、保健指導が健診データ・保険診療費に及ぼす効果を発表できたことです。介入研究のような特殊なセッティングではなく、日常の大量の保健事業データを分析することにより、その効果を検証できるようになったことは、公衆衛生の一步前進につながるのではないかと考えます。

医療、介護、健診データをはじめ、さまざまな保健統計が活用できる基盤が整ってきました。これらを分析して健康課題の全体像を整理したうえで、保健事業の優先順位づけ・対象者の選定・効果の分析をおこない、より効果的・効率的で波及性・継続性のある保健事業を組み立てていく。この動きを強力に推進するのが、データヘルス計画です。

そこには、実践活動に結びつく分析能力が求められます。結果を真摯に受け止め、より広く、より効果的な保健事業を進めていきたいというマインドも大切です。

来年も、一步でも前進できれば、と思っています。



岐阜大学大学院医学系研究科 疫学・予防医学分野 教授 永田 知里

大学で私が担当する履修科目は地域・産業保健、いわゆる公衆衛生です。当大学は少人数能動型学習の一つであるチュートリアル教育をいち早く導入したことで有名ですが、このコースもグループディスカッションに講義や演習を組み合わせた形で行われています。公衆衛生は、それまでの知識の蓄積に頼るというより、常識に基づき考察、問題解決に結びつけるという点で、他の科目よりチュートリアル教育に相応しいと考えられます。ところが実際は、massを扱うより個々の事例を取り扱う科目に慣れた学生達には、こちらの意図が伝わらないことが多々あります。当たり前過ぎて何を勉強するのか見当がつかないという感じを持つようです。講義では、疫学の見方、公衆衛生の見方という観点で他科目との差異を強調していますが、センスの有無よりそもそも興味がないのかもしれないと気落ちすることもあります。このコースが基礎、臨床を一通り習った時点で開設されるのが望ましいのですが、2年生時での学習となっている点も不利な点です。とはいえ、学生に少しでも公衆衛生マインドが養われるよう、教育者として努力を怠らず精進していきたいと考えています。

名古屋市健康福祉局 参事 松原 史朗

今年度の第60回東海公衆衛生学会学術大会は平成26年7月19日に名古屋市立大学医学部において開催しました。169名の方にご参加頂き、一般演題では44題のご発表を頂きました。多くの皆様のご協力で盛会のうちに終了できましたことを、心よりお礼申し上げます。

さて今年度はデング熱やエボラ出血熱など輸入感染症に注目が集まっています。名古屋市でも蚊のウイルス保有状況を調べたり、エボラ出血熱を発症した方を病院に搬送する訓練を行ったりしました。健康危機における保健所や生活衛生センター、衛生研究所の重要性を改めて痛感しています。世界がグローバル化している今日、他の国の感染症も対岸の火事ではありません。感染症対策につきまして、引き続き充実に努めていきたいと考えています。

<東海公衆衛生雑誌 第3巻第1号への投稿のご案内>

東海公衆衛生学会では、会員の皆様からの研究調査論文を平成25年7月に発行されました東海公衆衛生雑誌第1巻第1号（第59回学術大会抄録集）より掲載いたしております。これは会員の皆様が実施された貴重な調査研究結果を資料として保存し、また東海地域の研究活動の活性化に寄与することを目的としています。HP (<http://tpha.umin.ac.jp>) にあります投稿規定2015をご覧ください、東海公衆衛生学会事務局宛にメール (tokai-ph@med.nagoya-u.ac.jp) にて原稿をお送り下さい。締切は2015年2月末（必着）です。振って投稿頂きますようお願い申し上げます。

東海公衆衛生雑誌編集委員会

投稿・メールでの問合せ：tokai-ph@med.nagoya-u.ac.jp（東海公衆衛生学会事務局：浜島、渡邊）

電話での問合せ：058-230-6411（岐阜大学大学院医学系研究科 疫学・予防医学分野：永田知里）



理事会通信お楽しみいただけましたでしょうか。

理事会通信に関するご意見、ご感想等がございましたら、是非事務局までお寄せ下さい。

各理事へのご質問・ご相談も承ります。また、東海公衆衛生学会の活動全般、学術大会のあり方等への要望などもお待ちしております。

事務局一同
東海公衆衛生学会事務局
名古屋大学大学院医学系研究科予防医学教室
〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町65
Tel: 052-744-2132 Fax: 052-744-2971
E-mail: tokai-ph@med.nagoya-u.ac.jp



学術大会開催地および学会長(第1回～第50回)

| 回数 | 開催年月日 | 開催地 | 学会長 | 会場 |
|------|------------|-----|------------------|----------------|
| 第1回 | 1955/12/13 | 愛知 | 鯉沼荪吾 名古屋大 | 名古屋大学医学部 |
| 第2回 | 1956/7/14 | 三重 | 阪巻市雄 県衛生部長 | 津市 |
| 第3回 | 1957/5/19 | 名古屋 | 六鹿鶴雄 名市立大 | 名古屋立大学医学部 |
| 第4回 | 1958/6/14 | 岐阜 | 永田捷一 岐阜県立医大 | 岐阜市 |
| 第5回 | 1959/6/13 | 愛知 | 岡田博 名古屋大 | 名古屋大学 |
| 第6回 | 1960/6/18 | 三重 | 吉田克己 三重大 | 津市 |
| 第7回 | 1961/7/1 | 名古屋 | 曾我幸夫 市局長 | 名古屋市 |
| 第8回 | 1962/5/18 | 静岡 | 須川豊 県衛生部長 | 静岡市中央公民館 |
| 第9回 | 1963/6/7 | 愛知 | 井上俊 名古屋大 | 愛知県中小企業センター |
| 第10回 | 1964/6/12 | 岐阜 | 館正知 岐阜大 | 岐阜市 |
| 第11回 | 1965/7 | 名古屋 | 奥谷博俊 名市大 | 名古屋市 |
| 第12回 | 1966/7/1 | 三重 | 松井清夫 三重大 | 津市 |
| 第13回 | 1967/8 | 名古屋 | 水野宏 名大 | 名古屋市 |
| 第14回 | 1968/7/19 | 静岡 | 春日斉 県衛生部長 | 県民会館/静岡産業会館 |
| 第15回 | 1969/7/11 | 愛知 | 六鹿鶴雄 名市大 | 愛知県産業貿易館 |
| 第16回 | 1970/7/3 | 岐阜 | 井上裕正 県衛生研究所所長 | 岐阜県医師会館 |
| 第17回 | 1971/9/23 | 愛知 | 岡田博 名古屋大 | 愛知産業貿易館 |
| 第18回 | 1972/10/6 | 三重 | 野村新爾 県保健衛生部長 | 津市商工会議所ビル |
| 第19回 | 1973/9/14 | 愛知 | 奥谷博俊 名市大 | 愛知県中小企業センター |
| 第20回 | 1974/9/6 | 静岡 | 長瀬十一太 県衛生部長 | 県医師会館/静鉄保健会館 |
| 第21回 | 1975/9/23 | 愛知 | 井上俊 名古屋大 | 愛知県中小企業センター |
| 第22回 | 1976/7/30 | 岐阜 | 宮田昭吾 岐阜大 | 岐阜産業会館 |
| 第23回 | 1977/7/1 | 愛知 | 島正吾 保衛大 | 愛知県産業貿易館 |
| 第24回 | 1978/9/22 | 三重 | 吉田克己 三重大 | 農協会館/県勤労福祉会館 |
| 第25回 | 1979/6/22 | 愛知 | 加藤孝之 愛知医大 | 愛知県婦人会館 |
| 第26回 | 1980/6/27 | 静岡 | 松下寛 浜医大 | 浜松市民会館 |
| 第27回 | 1981/6/12 | 愛知 | 青山光子 名市大 | 愛知県婦人会館 |
| 第28回 | 1982/6/18 | 岐阜 | 吉川博 岐阜大 | 岐阜産業会館 |
| 第29回 | 1983/6/24 | 名古屋 | 青木国雄 名古屋大 | 北区役所/市総合社会福祉会館 |
| 第30回 | 1984/6/22 | 三重県 | 坂本弘 三重大 | 四日市市文化会館 |
| 第31回 | 1985/6/30 | 愛知 | 大谷元彦 保衛大 | 藤田保健衛生大 |
| 第32回 | 1986/6/29 | 三重 | 櫻井信夫 浜医大 | 浜松市民会館 |
| 第33回 | 1987/6/21 | 愛知 | 大島秀彦 愛知医大 | 愛知医科大学 |
| 第34回 | 1988/6/18 | 岐阜 | 岩田弘敏 岐阜大 | 岐阜大学医学部 |
| 第35回 | 1989/6/23 | 名古屋 | 大野良之 名市大 | 中小企業振興会館 |
| 第36回 | 1990/6/15 | 三重 | 今井正之 三重大 | 北勢地域地場産業振興センター |
| 第37回 | 1991/6/7 | 名古屋 | 山田信也 名古屋大 | 名古屋大学医学部 |
| 第38回 | 1992/7/10 | 静岡 | 竹内宏一 浜松医大 | 浜松市民会館 |
| 第39回 | 1993/7/30 | 愛知 | 大谷元彦 保衛大 | 藤田保健衛生大 |
| 第40回 | 1994/7/29 | 岐阜 | 井口恒男 県保健環境研究所 | 県民ふれあい会館 |
| 第41回 | 1995/7/21 | 愛知 | 堀部博 愛知医大 | 愛知医科大学 |
| 第42回 | 1996/7/19 | 三重 | 山内徹 三重大 | 三重大学医学部 |
| 第43回 | 1997/7/18 | 愛知 | 井谷徹 名市大 | 名古屋市立大学医学部 |
| 第44回 | 1998/7/17 | 静岡 | 青木伸雄 浜医大 | アクトシティ浜松 |
| 第45回 | 1999/7/24 | 愛知 | 竹内康浩 名古屋大 | 名古屋大学医学部 |
| 第46回 | 2000/7/22 | 岐阜 | 清水弘之 岐阜大 | 岐阜大学医学部 |
| 第47回 | 2001/7/28 | 愛知 | 田邊穰 金城学院大 | 金城学院大学 |
| 第48回 | 2002/7/27 | 三重 | 青木龍哉 県健康福祉部長 | 三重大学医学部 |
| 第49回 | 2003/7/25 | 静岡 | 土居弘幸 県理事兼健康福祉部技監 | アクトシティー浜松 |
| 第50回 | 2004/7/31 | 名古屋 | 勝見康平 市健康福祉局医監 | 名古屋市立大学医学部 |

学術大会開催地および学会長(第51回～第61回)

| 回数 | 開催年月日 | 開催地 | 学会長 | 会場 | |
|------|-----------|-----|-------|---------------------|--------------------|
| 第51回 | 2005/8/6 | 岐阜 | 西寺雅也 | 多治見市長 | 多治見市文化会館 |
| 第52回 | 2006/7/22 | 愛知 | 藤岡正信 | (財)愛知県健康づくり振興事業団理事長 | あいち健康の森健康科学総合センター |
| 第53回 | 2007/7/28 | 三重 | 西口裕 | 県健康福祉部医療政策監 | 三重大学医学部 |
| 第54回 | 2008/7/26 | 静岡 | 青木伸雄 | 県厚生部理事 | 県男女共同参画センター「あざれあ」 |
| 第55回 | 2009/7/25 | 名古屋 | 長谷川弘之 | 市健康福祉局長 | 名古屋市立大学医学部 |
| 第56回 | 2010/7/24 | 岐阜 | 平山宏史 | 岐阜県健康福祉部次長 | 岐阜大学医学部 |
| 第57回 | 2011/7/23 | 愛知 | 津下一代 | あいち健康の森健康科学総合センター長 | あいち健康の森健康科学総合センター |
| 第58回 | 2012/7/21 | 三重 | 村本淳子 | 三重県立看護大学学長 | 三重県立看護大学 |
| 第59回 | 2013/7/20 | 静岡 | 松井三郎 | 掛川市長 | 掛川市徳育保健センター・小笠医師会館 |
| 第60回 | 2014/7/19 | 名古屋 | 瀧瀬敬吾 | 名古屋市健康福祉局長 | 名古屋市立大学医学部 |
| 第61回 | 2015/7/11 | 岐阜 | 黒江ゆり子 | 岐阜県立看護大学学長 | 岐阜県立看護大学 |

東海公衆衛生学会賛助会員様

- ◇ 一般財団法人 愛知健康増進財団
- ◇ 一般社団法人 半田市医師会健康管理センター

(順不同・敬称略)

東海公衆衛生雑誌 投稿規定 2015

1. 論文形式の投稿について、査読を行った上で有料にて、東海公衆衛生雑誌（東海公衆衛生学会抄録集）に掲載します。
2. 投稿の種類としては、研究報告、公衆衛生活動報告、総説、論壇等とします。分量は種類に関わらず、刷り上がりの状態で原則として2ページ以上、10ページ以内とします。1ページは概ね2,000文字弱に相当します。ある地域・集団における調査の記述的な報告や、公衆衛生活動の実践的な報告を歓迎します。
3. 投稿する言語は、日本語または英語とします。
4. 第1著者は東海公衆衛生学会会員とします。また、別に連絡著者がいる場合には、そちらも東海公衆衛生学会会員とします。
5. 他誌に発表された原稿（印刷中、投稿中も含む）の投稿は認めません。同じ年度の東海公衆衛生学会を含めて、学会発表との重複は差し支えありません。
6. 投稿は、原稿を編集委員会にメールで送付して下さい。休日を除いて3日以内に原稿受領の返事が無い場合には編集委員会にお問い合わせ下さい。2月末までに投稿された原稿について、その年の掲載についての査読等を行います。
7. 投稿原稿の執筆要領は、引用文献の書き方なども含めて日本公衆衛生雑誌に準じます。なお、刷り上がりの体裁での投稿も歓迎します。原稿は、原則としてWORDファイルでお送り下さい。図表については、EXCELファイルやJPEGファイルでも結構です。
8. 投稿された原稿は、査読者および編集委員会による査読を行います。投稿に当たって、査読候補者1名を、所属、メールアドレスを付記して推薦して下さい。査読者による査読期間は2週間とじていますので、その旨の査読候補者の内諾を得ておいて下さい。
9. 編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがあります。修正を求められた原稿は指定された期限までに再投稿して下さい。その際には、指摘された事項に対応する回答を別に付記して下さい。
10. 投稿料は不要ですが、掲載料は刷り上がり1ページ当たり1万円とします。採択通知の後、指定された期限までに払い込みをして下さい。
11. 掲載用にレイアウトした原稿を、採択通知の後、指定された期限までに編集委員会に送付して下さい。編集委員会ではページ数等のみを付加した上で、原則としてそのままの状態での印刷します。なお、白黒印刷のみとし、カラー印刷はできません。
12. 雑誌全体についてPDF形式で東海公衆衛生学会ホームページに掲載します。また、医学中央雑誌、国立国会図書館に送付します。
13. 論文の別刷りは編集委員会では作成しません。必要な場合は、ホームページ掲載のPDFファイルから著者が作成下さい。
14. 掲載論文の著作権は東海公衆衛生学会に帰属します。著作権委譲承諾書を提出していただきます。

平成26年11月21日制定

<東海公衆衛生雑誌編集委員会>

投稿・問い合わせ先：tokai-ph@med.nagoya-u.ac.jp【東海公衆衛生学会事務局：浜島、渡邊】

電話（平成27年発行担当）：058-230-6411

【岐阜大学大学院医学系研究科 疫学・予防医学分野：永田知里 教授】