

秋田県公衆衛生学雑誌

第15巻・第1号

令和元年5月

目次

総説

-
- 高齢者の保健事業 保健・介護予防・医療の一体化を目指して
石崎 達郎 1

原著

-
- 外来処方方向精神薬の等価換算値の性・年齢・地域分布
～第2回 NDB オープンデータベースから～
南園 佐知子 野村 恭子 13

短報

-
- 秋田県と全国の歩数の比較
南園 智人 22

報告

-
- 地域におけるひきこもりの自立支援：
ひきこもり経験者中心にしたピアスタッフシステムの効果検証
Yong Kim Fong Roseline 26

会報

-
- 平成30年度秋田県公衆衛生学会学術大会報告
プログラム
一般演題抄録 31
- 世話人名簿 46
秋田県公衆衛生学会会費について
秋田県公衆衛生学会運営要項・細則
秋田県公衆衛生学雑誌投稿規定・執筆要項

秋田県公衆衛生学会

Akita Society for Public Health

高齢者の保健事業 保健・介護予防・医療の一体化を目指して

石崎 達郎

東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム

1. あらためて「健康寿命」とは

健康寿命の延伸は、健康日本21(第二次)における主要目標である(図1)。平均寿命とは、0歳の平均余命のことで、平均余命は「ある年齢の人が平均あと何年生きることができるのか」を示す指標である。そして、0歳の平均余命が平均寿命である。

平均余命の「生きていること」を「健康でいること」に置き換えたのが「健康余命」で、0歳の健康余命は「健康寿命」と呼ばれている。平均寿命では「生きている状態」の質を考慮しないが、「健康寿命」では、健康という質を評価するため、健康をどのように定義するかで評価方法は異なる。

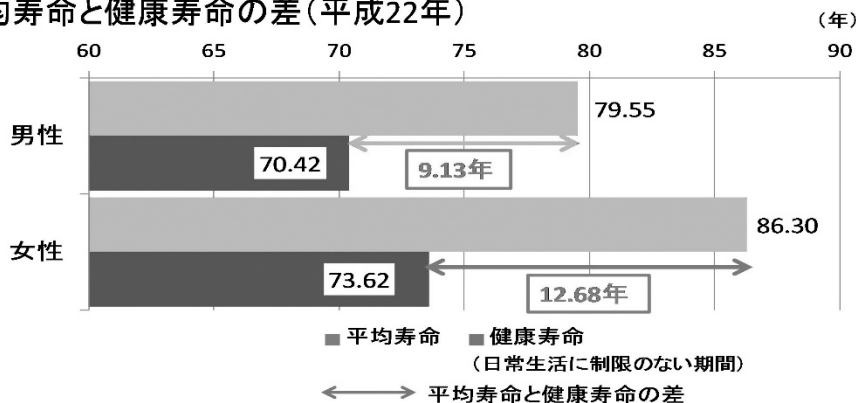
健康日本21で取り上げる「健康寿命」は、3つの定義がある。第一は、「日常生活に制限のない期間」で、国民生活基礎調査のデータから健康寿命を計算する。第二の定義は、「自分で健康であると自覚している期間」で、こちらも国民生活基礎調査のデータから計算する。この二つはどちらも、主観的にとらえた健康状態に基づいている。そして第三の定義は、介護保険制度の要介護認定の結果を使っており、「自立、要支援1・2、要介護1」を「健康」と定義していることから、これは客観的に評価された健康状態に基づいている。

「健康寿命の延伸」を解釈するには、アメ

健康日本21(第二次) 健康の増進に関する基本的な方向

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

平均寿命と健康寿命の差(平成22年)



平成32年度の目標

・平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

上記①の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意することとする。

厚生労働省, 2014.

図1. 健康日本21(第二次):健康寿命の延伸

受付 2019. 3. 11 受理 2019. 3. 12

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 番 2 号

リカの Fries が提唱した「障害期間の短縮仮説 (compression morbidity hypothesis)¹⁻²⁾」を理解する必要がある。Fries によると、障害期間が短縮する速度は、平均寿命が伸びる速度より速いため、平均的にみれば、障害が発生して障害と共に生活する期間は短縮すると考えられる。

図 2 は平均寿命と障害期間との関係を示している。例えば、平均寿命が 80 歳で、平均的な障害の発生時期が 71 歳の集団では、平均寿命のうちの 9 年間は、障害を抱えて過ごす期間となる。この集団の平均寿命が 85 歳まで伸びたとした場合、障害期間については次の 2 つシナリオが考えられる。

シナリオ I は、障害が発生する年齢は以前のまま (71 歳) で平均寿命のみが延長する場合である。ここでは、平均寿命の伸びとともに障害をもつ期間も延長してしまうため、「障害期間の延長 (extension of morbidity)」となってしまう。

次のシナリオ II は、平均寿命が伸びるなか、それより速い速度で障害発生時期が遅延する (78 歳)。この場合は「罹患期間の短縮 (compression of morbidity)」となり、障害を抱えて生活する期間は相対的に短くなる。

Fries は、高齢社会では、単にどれくらい長く生きていられるかではなく、余命のうちの障害のない期間を重要視している。健康増進活動の目標は、生活習慣の改善によって、慢性疾患 (生活習慣病) の罹患発生を

遅らせ、その結果、障害をもって過ごす期間を短縮することで、障害のない活動的な時期を延長させることであると主張した。Fries によって障害期間の短縮仮説が発表されてから 40 年近くが経過したが、この仮説は、高齢期における健康づくりの意味と目標を示す概念として現在も重要である³⁾。

2. 健康余命の推計

われわれは、長野県佐久市の高齢者の追跡調査データを使って、65 歳の健康余命を推計した⁴⁾。ここでは、日常生活動作 (ADL)、手段的日常生活動作 (IADL) が自立状態にある場合を「健康」と定義した。調査対象者は 1992 年に佐久市に住民登録していた 65 歳以上の全員 (10,932 人) である。1992 年に実施した ADL と IADL の自立状況調査において、有効回答が得られた者 (10,098 人) を対象に、翌年同時期に追跡調査を実施し、9,533 人から有効回答が得られた。この一年間の ADL・IADL の自立状況の推移を使って、健康余命を推計した。

平均余命は、性・年齢別の死亡率を用いて生命表法で計算するが、厚生労働省が計算している健康寿命 (余命) は、自立者割合、非自立者割合、死亡率を用いている。

佐久市調査における健康余命の推計法は、追跡研究データを用いており、非自立者の出現割合 (推移確率) を用いて生命表法で計算した (図 3)。推移確率を使った健康余

障害期間の短縮仮説

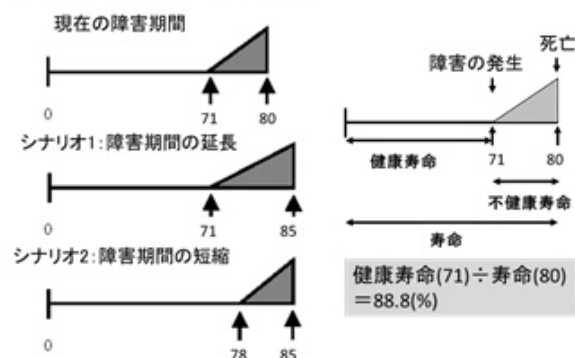


図 2. 障害期間の短縮仮説¹⁻²⁾

健康状態推移の考え方: 健康生命表

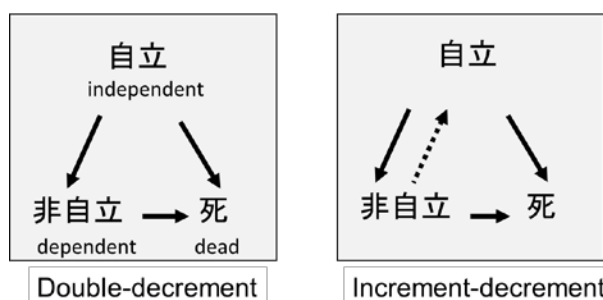


図 3. 健康生命表における健康状態の推移パターン

命の推計は、研究が発表された初期のころ(1980年代、90年代初め)は、健康状態の推移は3通り(自立→非自立、自立→死亡、非自立→死亡)と、健康状態は悪化することだけを設定していた(double-decrement法)。しかしその後、非自立から自立に改善する者が無視できない程度に存在することが明らかとなった。この改善を考慮しないと健康余命が過小評価されてしまうことから、推移確率を用いて健康寿命を推計する場合は、「非自立→自立」を含めた4通りの推移確率を用いることになっている(increment-decrement法)。

長野県佐久市の65歳以上の高齢者を対象に、ADLとIADLのそれぞれについて、各年齢における自立期間(健康余命)の計算した(表1)。65歳の男性では、平均余命が17.3年、ADLが自立している期間は16.0年、IADLの自立期間は12.8年であり、女性では、平均余命は20.7年、ADLの自立期間は18.9年、IADLでは14.6年であった。

平均余命が長くても、自立期間が短い場合は、余命の質は低いと考えられる。そこで、平均余命に占める自立期間(健康余命)の割合が重要な情報となる。佐久市の65歳の男性では、平均余命のうちADL自立期間は92.8%を占め、IADLでは74.1%、女性ではそれぞれ91.2%と70.4%であった。余命の9割以上はADLが自立状態にあったが、IADL自立期間は余命の7割程度であり、改善の余地が大きいと考えられる。

表1. 佐久市における健康余命の推計結果

年齢		男性	女性
65歳	TLE(平均余命)	17.3	20.7
	ADL自立期間	16.0	18.9
	ADL非自立期間	1.3	1.8
	IADL自立期間	12.8	14.6
	IADL非自立期間	4.5	6.1
70歳	TLE(平均余命)	13.0	16.1
	ADL自立期間	11.8	14.4
	ADL非自立期間	1.2	1.7
	IADL自立期間	8.7	10.1
	IADL非自立期間	4.3	6.0

3. 多病とは

高齢社会では、単にどれくらい生きていられるかではなく、余命のうちの障害のない期間が重要であり、生活習慣の改善によって、慢性疾患(生活習慣病)の罹患発生を遅らせることが重要であることを先述したが、75歳以上の後期高齢になると、複数の慢性疾患を抱えている者が多くなる。この「疾患が複数存在している状態」を多病(multimorbidity)と呼んでいる⁵⁾。ただ、どの疾患を多病に含めるのか、また、何種類以上の疾患が併存している場合に多病とするのか、その定義は定まっていない。

併存疾患を表現する場合、一般的に、合併症と併存症の二種類がある(図4)。合併症は「研究で設定した指標となる疾患を有する患者の療養経過中に別途発生した症状・疾患」と定義される。一例として、大腿骨頸部骨折で入院した高齢患者が、入院中、長期臥床を強いられたため、褥瘡や肺炎を発症した場合、これらは大腿骨頸部骨折の合併症と位置付けられる。他方、併存症は、同時に存在している疾患を指す。この「同時」の評価はいろいろであり、一時点で同時に存在している場合や、一定期間内に抱えていた疾患が複数あれば、「同時」に存在していたとみなす場合もある。

多病の存在は、さまざまな問題のきっかけとなる。BMJの総説⁸⁾によると、多剤処方の原因、ケアの複雑化、患者や医療者側に

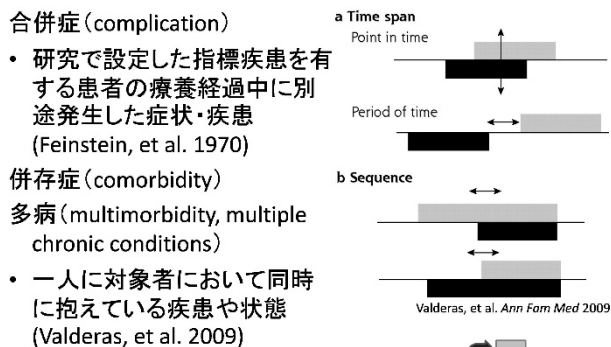


図4. 多病 (multimorbidity) とは⁶⁻⁷⁾

検査、治療、服薬指導等における診療上の負担が生じる。また、生活機能障害を起こしやすく、生活の質が低下しやすいと考えられている。疾患が増えると、当然ながら、医療サービスの利用が増える。

複数の疾患を管理するために、別々の医療機関で医療を受ける場合は、医療機関の間で診療情報の共有が難しくなる。また、退院後に外来診療を受ける場合、反対に、外来診療から入院医療に切り替わった場合、それまでの診療情報が共有されていないと、多くの疾患を抱えている高齢患者では、治療の連続性や連携がうまくつながらず、ケアの調整が低下するために、医療の質が低下することがしばしば認められる。

高齢化が進む現在、多病に対応可能な保健医療システムの構築が必要であり、その為には、地域ベースで、多病の実態把握が可能なシステムの構築が必要である。アメリカ連邦政府は、2009年に多病に対応するための医療政策・戦略枠組みをまとめ⁹⁾、俗にオバマケアと呼ばれている Patient Protection and Affordable Care Act の中で、多病を抱える患者の医療の継続性の保証が盛り込まれている。これを受けて、アメリカの公的医療保険 Medicare では、2013年には退院時の移行期ケア在宅療養のフォローア

ッププログラムが、2015年には複数の慢性疾患に対する疾病管理モデルが保険対象となった。しかし、これらのプログラムは診療報酬が決して高くないため、実施件数は低いレベルにとどまっている¹⁰⁾。

4. 地域における多病の実態把握の必要性

わが国においても、地域ベースで多病を把握し、複数の慢性疾患の包括的管理を促す保健事業を創設し、疾患の重症化を予防する必要があると考える。厚生省の患者調査では、2008年から、メタボリック症候群の中核となる高血圧、糖尿病、脂質異常症の3疾患を対象に、併存疾患が集計されているが、高齢患者では内科系以外の眼科や整形外科疾患も有病率が高いため内科系、外科系疾患を含め、高齢者に多い様々な疾患を対象に、多病を把握する必要がある。

そこで、われわれは、東京都後期高齢者医療広域連合の医科レセプトデータを使用して、多病の実態を把握した¹¹⁾。

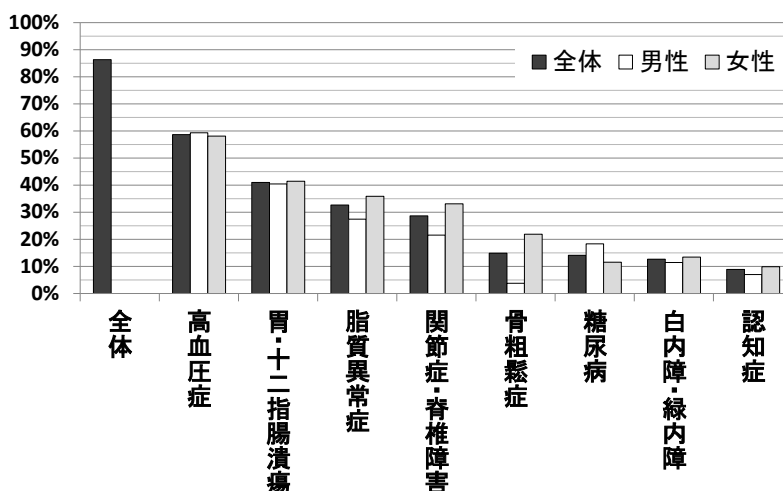
使用したデータは、東京都後期高齢者医療の平成25年9月から平成26年7月のレセプトデータ（医科、調剤）で、有病割合は平成26年9月25日時点の被保険者数を分母に用いた。今回の分析では、後期高齢者に多い重要な疾患（表2）として、薬物治

表 2. 多病の実態把握 (東京都後期高齢者医療広域連合医療費分析) : 後期高齢者に多く認められる重要な慢性疾患のうち、薬物治療を受けていると容易に考えられる 8 疾患を対象とした

対象疾患	対象疾患の同定に用いた医薬品
関節症・脊椎障害	鎮痛薬(アセトアミノフェン・非ステロイド系抗炎症薬)内服薬
高血圧症	降圧薬(Ca拮抗薬、ACE阻害薬、アンジオテンシンII受容体拮抗薬、 α/β 遮断薬、降圧利尿薬)
骨粗鬆症	ビスフォスフォネート製剤
脂質異常症	スタチン、フィブラート系薬
胃・十二指腸潰瘍	プロトンポンプ阻害薬、H2受容体拮抗薬
糖尿病	抗糖尿病薬(インスリン、スルホニル尿素、即効性インスリン分泌薬、ピグアナイド類、 α グルコシダーゼ阻害薬、チアゾリジン誘導体、インクレチン関連薬)
認知症	抗認知症薬(コリンエステラーゼ阻害薬、NMDA受容体アンタゴニスト)
白内障・緑内障	白内障治療薬(点眼薬のみ)、緑内障治療薬(点眼薬のみ)

出典：平成26年度東京都後期高齢者医療広域連合「医療費分析等報告書」

後期高齢者(約135万人)の86%はいずれかの慢性疾患を治療している



出典:平成26年度東京都後期高齢者医療広域連合「医療費分析等報告書」

図5. 疾病別治療患者の割合 (有病率)

療を受けていることが判定可能な8疾患(関節症・脊椎障害、高血圧症、骨粗鬆症、脂質異常症、胃・十二指腸潰瘍、糖尿病、認知症、白内障・緑内障)を対象とした。初めに対象疾患名のあるデータを抽出し、次に、各疾患の薬物治療で用いられる医薬品の処方があるデータを選択した。

図5に示すとおり、75歳以上の者で、8種類の疾患のうちの一つでも抱えていた者は全体の86%にのぼっていた。疾患別には、

最も有病率が高かったのは高血圧症(58.6%)、次いで潰瘍性疾患(41.0%)、脂質異常症(32.6%)、関節症・脊椎障害(28.6%)の順であった。性別にみると、男女間で有病率に10ポイント以上の差が認められた疾患は、関節症・脊椎障害と骨粗鬆症で、どちらも女性の方が高かった。

それぞれの疾患を基準疾患とした場合、もう一つの疾患の併存状況を把握した(表3)。どの基準疾患においても、有病率の高い

表3. 東京都の後期高齢者における2疾患の併存状況

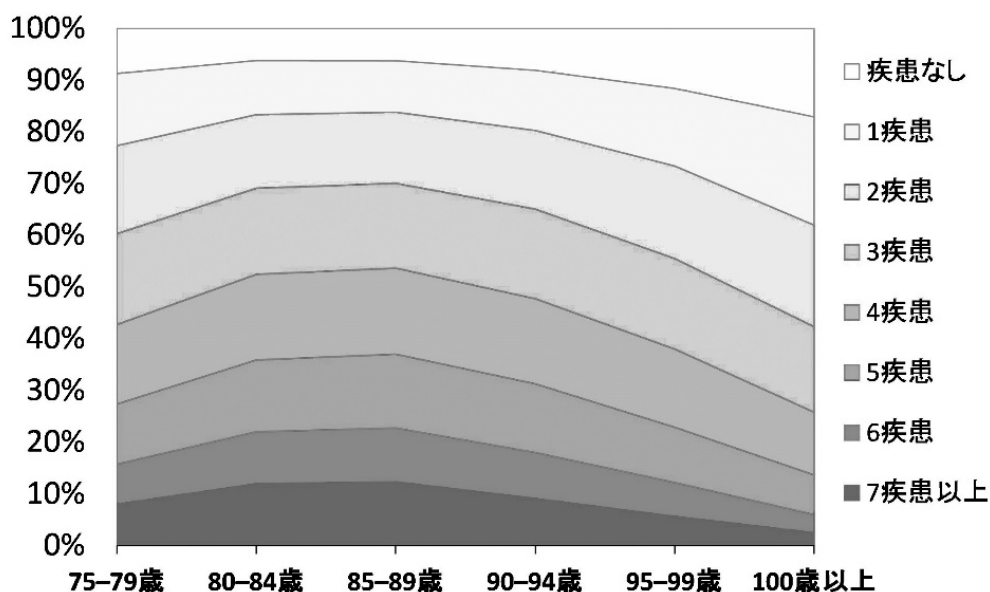
(外来のみ:1,322,599人)

↓基準疾患(あり)の者における併存疾患(あり)の割合

↓基準疾患	人数	有病割合	高血圧症	胃・十二指腸潰瘍	脂質異常症	関節症	骨粗鬆症	糖尿病	白内障・緑内障	認知症
高血圧症	774,889	58.6%		47.4%	40.8%	31.9%	15.8%	17.8%	13.4%	8.9%
胃十二指腸潰瘍	542,722	41.0%	67.7%		39.2%	37.9%	19.2%	16.4%	14.0%	8.6%
脂質異常症	431,737	32.6%	73.3%	49.3%		33.1%	17.8%	21.6%	14.3%	8.0%
関節症	378,789	28.6%	65.2%	54.3%	37.8%		27.1%	14.1%	15.4%	7.6%
骨粗鬆症	196,259	14.8%	62.6%	53.0%	39.1%	52.3%		11.2%	15.9%	8.7%
糖尿病	186,052	14.1%	74.2%	47.9%	50.2%	28.6%			14.4%	8.7%
白内障・緑内障	167,188	12.6%	62.2%	45.3%	37.0%	35.0%	18.7%	16.0%		6.5%
認知症	115,789	8.8%	59.8%	40.5%	29.7%	24.7%	14.8%	14.0%	9.3%	

出典:平成26年度東京都後期高齢者医療広域連合「医療費分析等報告書」(一部改変)

約8割が慢性疾患を2疾患以上併存(多病) 90歳以上で、併存疾患数が減少



Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, Shimizu S, Ito H. Preventing Chronic Disease (in press)

図 6. 年齢階級別にみた併存慢性疾患数の分布 (N=1,311,116)

高血圧や潰瘍性疾患との併存割合が高かった。認知症（115,789人）を基準疾患とした場合は、各種疾患の併存疾患を併発している割合は、他の基準疾患の場合よりも少ない傾向にあった。具体的には、基準疾患が認知症の場合の高血圧の併存割合は59.8%であったが、脂質異常症（431,737人）を基準疾患とした場合の高血圧の併存割合は73.3%、糖尿病（186,052人）を基準疾患とした場合は74.2%であった。

先行研究では、年齢階級が上がるにつれて、併存疾患数は増加するという研究が多数報告されている。しかし、このような先行研究は、年齢階級を75歳や80歳、85歳以上で一括りにされている。後期高齢者が増加する高齢社会では、80歳以上、90歳以上の特徴を適格に把握する必要がある。そこで本研究では、75歳以上を5歳刻みで100歳以上までに区分すると、先行研究と異なった結果（図6）が示された¹²⁾。

85～89歳で併存疾患数はピークに達し、90～94歳、95～99歳、100歳以上と、併存

疾患数は減少していた。100歳以上では、慢性疾患保有数は少ないという先行研究もあるが、慢性疾患がとても多かった者は、100歳に達する前に寿命が来てしまったため、より高齢な者では併存疾患数は少なくなった可能性が考えられる。

5. 地域における多剤処方の実態把握

多病は多剤処方を招くが、わが国では地域住民を対象とした多剤処方の実態把握も遅れている。そこで、多病の把握の際に用いた同じレセプトデータ（期間は2014年5月から2014年8月診療分までの4か月間）を使って、多剤処方を把握した。

対象者は東京都に在住する75歳以上の者で、対象医薬品の処方があった者（1,077,659人）を分析対象とした。対象とした医薬品は、高齢者に多く認められる慢性疾患に対する治療薬128種類、5024剤である。複数の医薬品が処方されていても、成分が同じ場合は一種類として、患者一人当たりの処方薬5種類以上の場合を「多剤処

方」と定義した。

一人あたりの処方薬剤数の分布は図7の通りで、5種類以上の処方があった者は全体の42%を占めていた。

多剤処方の割合を年齢階級別にみると(図8)、75~79歳群は39%、80~89歳群は45%、90~99歳は38%、そして100歳以上

では21%であり、多剤処方のピークは80歳代であった。

受診医療機関数別による多剤処方者の割合は(図9)、受診医療機関数が増えると多剤処方者割合は増加し、1施設では23%、2施設では60%、そして3施設以上では89%であった。

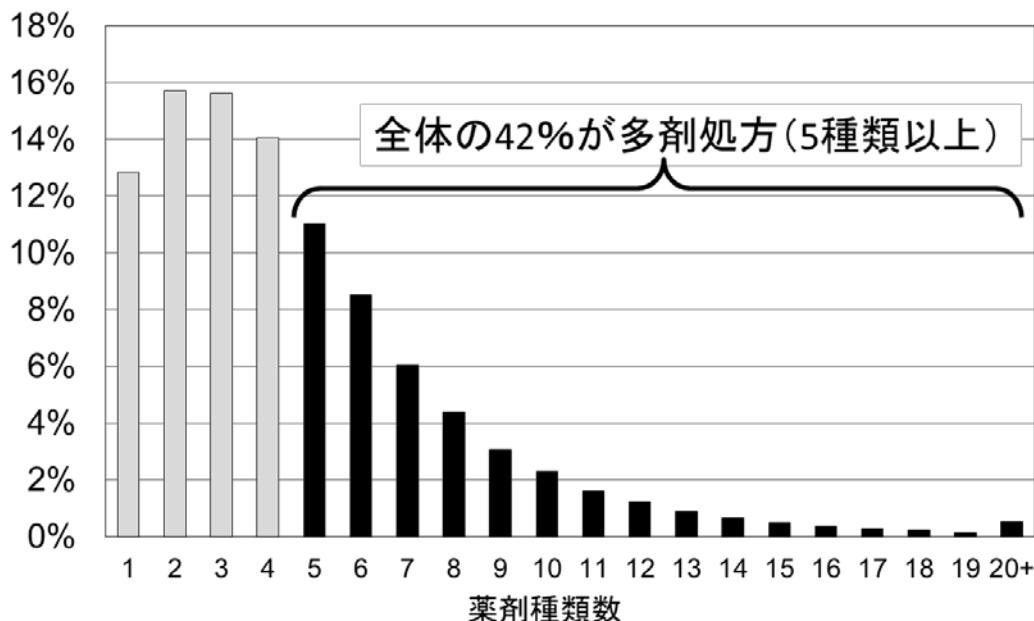


図7. 処方薬剤数の分布 (n=1,077,659) : 対象薬剤 (外来処方) に限定 (2014年5月~8月診療分)

- 全体で42%が多剤処方
- 80歳代がピーク

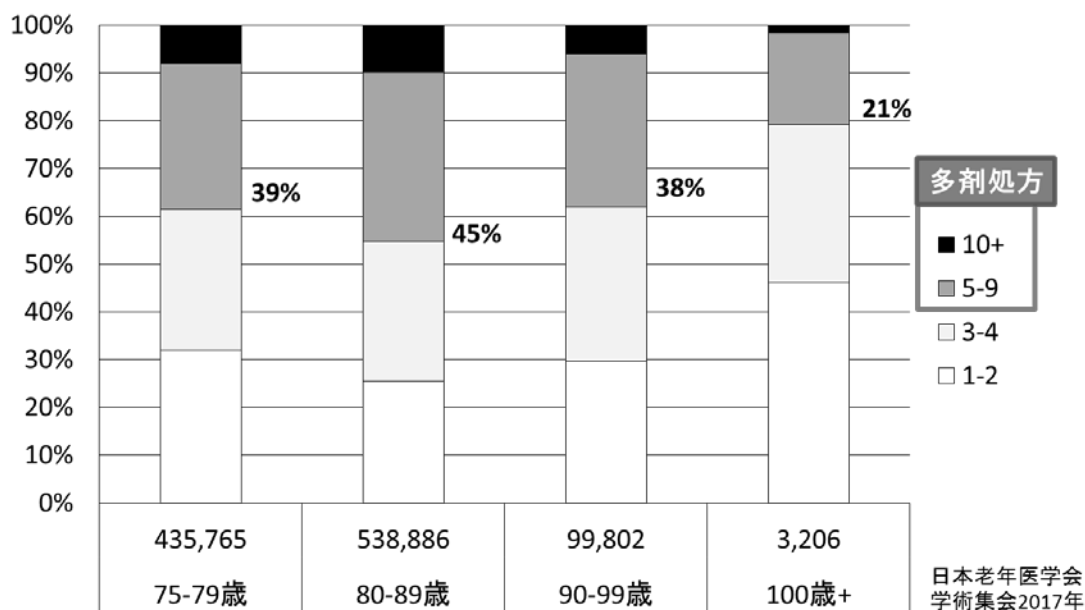


図8. 年齢と多剤処方の関連 (n=1,077,659) : 「対象医薬品の処方あり」の者に限定 (2014年5月~8月診療分)

多剤処方の割合は、慢性疾患の種類によって異なっており（図10）、うつ病では76%が多剤処方となっていたが、高血圧では52%であった。

診療の質の向上のために、「科学的根拠に基づく診療ガイドライン」が編纂されている。診療ガイドラインは、一つ一つの疾患について作成されているため、複数の疾患を同時に抱えている多病患者に対し、個々の診療ガイドラインを機械的に適用すると、自ずと処方医薬品数は増え、多剤処方を招

いてしまう。

また、診療ガイドライン編纂の際は、科学的根拠ということが無作為化比較試験に基づく知見が重要視されている。しかし、無作為化比較試験では、介入効果を厳密に把握するために、高齢患者や併存疾患を抱えている患者は除外されることが多い。したがって、無作為化比較試験で確認された効果（厳密には、効能 efficacy）が高齢患者や併存疾患を抱えている患者に外挿できるかどうか確かではない。

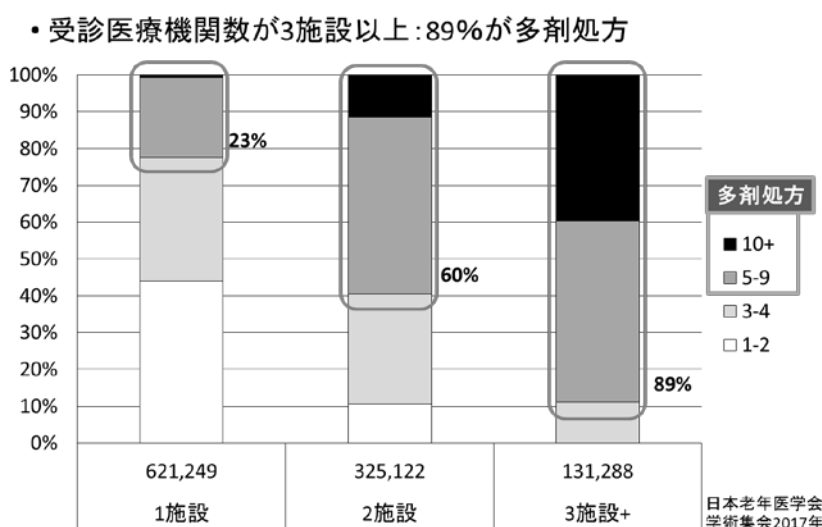


図9. 受診医療機関数と多剤処方 (n=1,077,659) の関連：
「対象医薬品の処方あり」の者に限定 (2014年5月～8月診療分)

- ・疾患種類によって多剤処方の割合は異なる
- ・うつ病(76%)～高血圧(52%)

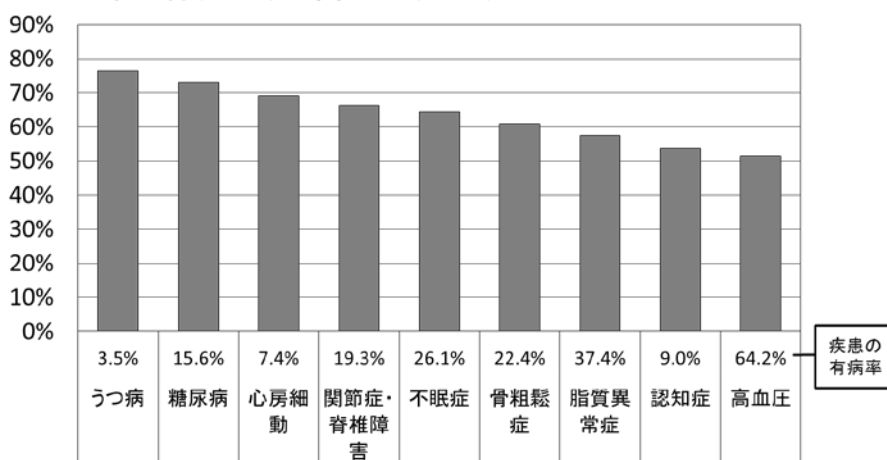


図10. 慢性疾患の種類別に見た多剤処方者の割合
(n=1,077,659) (2014年5月～8月診療分)

処方薬剤数が多いと、服薬管理の煩わしさ、複雑さが増して、アドヒアランスの低下、飲み忘れが増えやすい、残薬が増えやすいと言われている。また、薬剤間の相互作用によって、薬剤有害事象の発生リスクが高まると言われている。

高齢者や併存疾患を考慮した診療ガイドラインは、国内外において開発の諸にある。日本糖尿病学会が日本老年医学会と合同で、高齢糖尿病患者の診療ガイドラインを編纂し、高齢患者の血糖管理目標を示した（図11）¹³⁾。ここでは、一律に目標を設定するのではなく、生活機能や認知機能、そして、使用している抗糖尿病薬の種類に応じて、目標を設定している。血糖管理は5年、10年、若い患者では20年後の血管合併症予防をゴールとして、管理目標が設定されてきたが、70歳以上の高齢患者では、数十年後の合併症予防よりも治療中における生活機能の自立維持を中心に設定されている。高齢患者における厳格な血糖コントロールは、予後を悪くするというエビデンス、低血糖発作による認知機能の低下促進というエビデンスから、高齢者特有の血糖管理が提唱

された。

6. 保健・介護予防・医療の一体的提供を目指して

これまで記述してきたように、高齢者の中でも、特に75歳以上の後期高齢者の健康管理は、中高年齢者と同じ対応では、期待された効果が必ずしも得られないことが、国や実地医家の間で浸透しつつある。わが国の保健事業では、2008年に40～74歳を対象とするメタボリック症候群の予防を目的とする特定健康診査が導入され、それから10年が過ぎた。75歳以上の後期高齢者の健康診査も同時期に開始され、74歳以下の特定健診と同じ目的で、メタボリック症候群の一次予防、二次予防である。

後期高齢者では、高血圧や脂質異常症、糖尿病で既に薬物治療を受けている者が少なからず存在しているため、後期高齢者の健康診査の目的が特定健診と同じでよいのかどうか内容が問われている。そのような中、厚生労働省は高齢者の特性に適した保健事業のあり方を目指し、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」¹⁴⁾を作成し、

高齢者糖尿病診療ガイドライン2017(日本糖尿病学会・日本老年医学会合同委員会)

血糖コントロール目標(HbA1c)

- 患者の特徴(年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制など)や健康状態(認知機能、ADL、併存疾患など)を考慮して個別に設定
- 加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}		カテゴリーI	カテゴリーII	カテゴリーIII
		①認知機能正常 かつ ②ADL自立	①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下、基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など)の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり ^{注3)}	65歳以上75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)
			8.5%未満 (下限7.5%)	

【重要な注意事項】 糖尿病治療薬の使用に当たっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」を参照。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

図 11. 高齢者糖尿病の血糖管理目標

2018年度から低栄養防止・慢性疾患の重症化予防を目的とする保健事業（図12）を提供している。本格実施の前段階として、厚生労働省は、2016年と2017年にモデル事業「低栄養の防止・重症化予防等の推進」を実施した。これは、低栄養、筋力低下等による心身機能の低下、フレイルの予防、生活習慣病の重症化予防のための保健指導である。保健担当の専門職が、薬局や医療機関、訪問看護ステーション、医師会や薬剤師会、栄養士会等と連携して、包括的な保健事業を提供しようとするものである。

「フレイル」とは、健康と要介護状態との間の中間の状態である（図13）。フレイルの状態を放置しておくとも心身機能が低下して要介護状態に陥るところを、市町村による保健介入によって健康な状態に改善させようとするものである。健康診査の後に、必要な保健事業があるか評価して、フレイルの予防、生活習慣病の重症化予防や心身機能の低下予防、多剤処方者に対する服薬指導等、対象者に適した保健指導を提供する（図14）。高齢者の問題は、食生活、口腔機

能、運動、多剤服用等、様々な問題が複合的に関与しているため、複合的なアプローチ、保健指導が必要となり、最終的には、在宅で自立した生活の維持が保健指導のゴールとなる。

東京都ではほとんどの健康診査が医療機関で実施されている。服薬指導の対象者を抽出する際、処方状況を把握する必要があるが、患者の服薬情報はお薬手帳や薬剤情報提供書等に記録があるので、それらから情報収集する。しかし、多忙な外来診療では、薬剤情報を収集することは時間的にも厳しく、また、二か所以上の医療機関で薬の処方を受けている場合も含めて、全体を把握する必要がある。

多剤処方者に対する服薬指導は、処方された薬剤情報と服薬状況、残薬の有無と数、などを把握することが基本となろう。可能であれば、処方薬の中から、服用に当たって注意が必要な薬が含まれているかどうか、日本老年医学会が編集したガイドラインを使って、慎重な投与を要する薬剤をチェックし、処方されている場合は、処方薬の相互

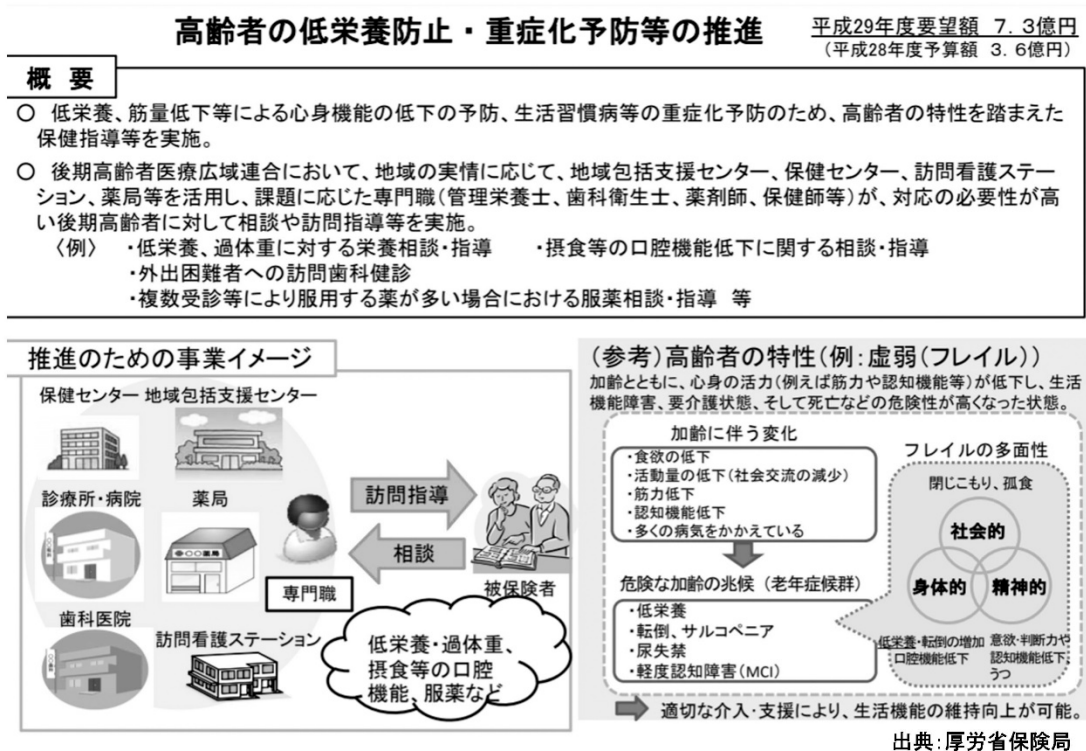


図12. 高齢者の保健事業に関するモデル事業(厚生労働省)

作用の評価まで踏むこむ必要がある。もちろん、処方内容に切り込む場合は、主治医との間で保健指導の実施とその内容、服薬指導実施に関する承諾を事前に確認しておく

必要がある。また、主治医、かかりつけの薬剤師、医師会や薬剤師会との協力がなければ実施できない。

40歳から74歳の糖尿病を抱える者に対

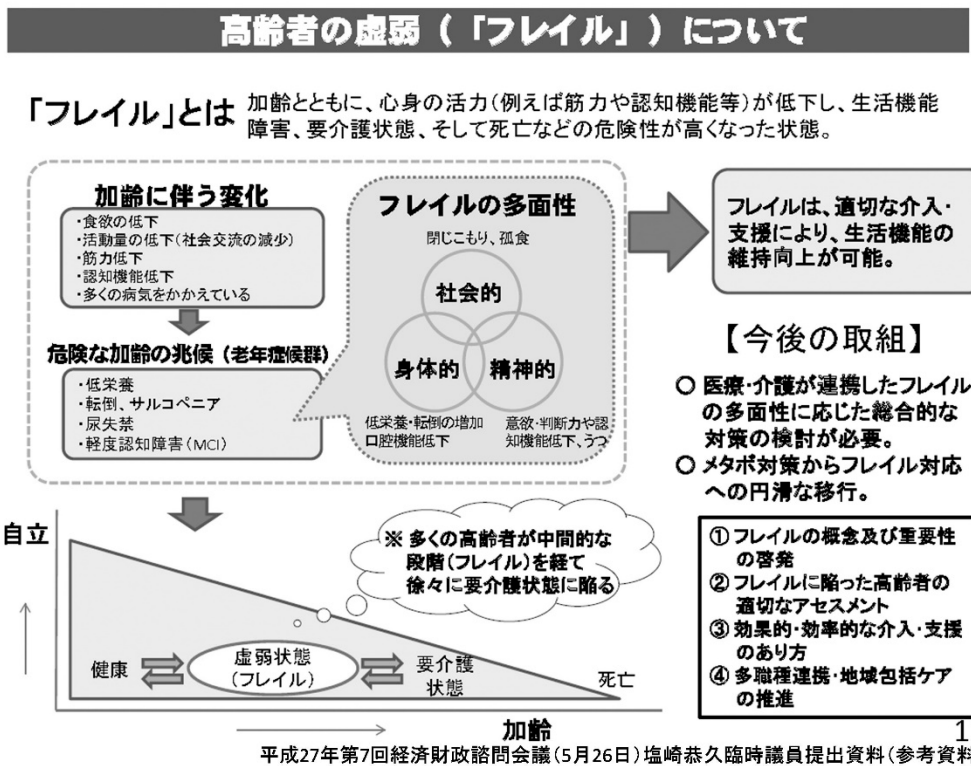
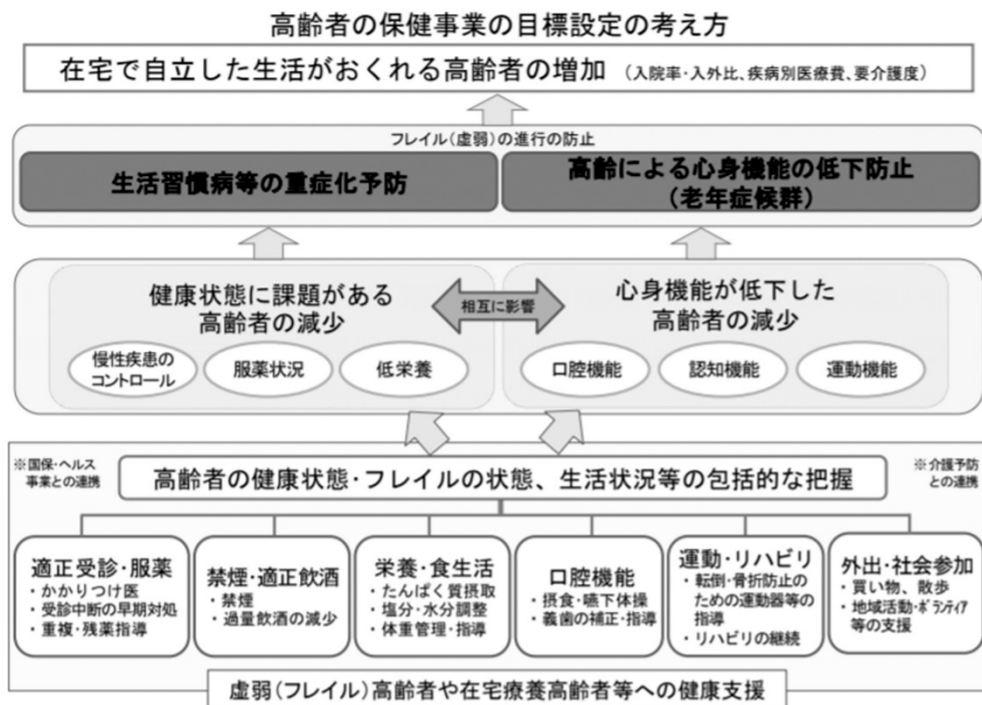


図 13. 高齢者の虚弱（フレイル）(厚生労働省)



出典：厚生省保険局「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」2018.

図 14. 高齢者の保健事業の目標設定の考え方 (厚生労働省)

する保健事業として実施されている「糖尿病の重症化予防」は、対象者の診療を行っている主治医とのコンタクトと情報提供、そして保健事業で実施する内容に関する相互理解といった連携が構築されていなければ適切で効果的な保健事業にならない。多病を抱えている者が多い高齢者を対象とする保健指導も同様であり、医療管理との関わり、主治医との連携が構築できなくては保健事業を提供できない。その意味においては、高齢者の保健事業は、慢性疾患管理を担っている医療を支えるという位置づけの共通理解、相互理解が当事者間で必要である。

平成30年6月に示された骨太の方針2018には、介護予防・フレイル対策や生活習慣病の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県と連携しつつ、市町村が一体的に実施できる仕組みを検討するとされている。

現在、国の組織は、フレイル・疾病予防担当は保険局高齢者医療課、介護予防は老健局老人保健課が担当している。都道府県においても、保健担当と介護予防担当課が別であるところはほとんどである。後期高齢者の保健事業は、介護予防と重なるところがあり、また、医療対応も考慮しなければならない。後期高齢者が増加するわが国の今後の健康政策は、保健担当部署、医療担当部署、介護予防担当部署との間で部局横断的に一体的に提供される政策に再構築される必要がある。

参考文献

- (1) Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine* 1980; 303: 130-135.
- (2) Fries JF, Green LW, Levine S. Health promotion and the compression of morbidity. *Lancet* 1989; 8636: 481-483.
- (3) Swartz A. "James Fries: Healthy Aging Pioneer". *American Journal of Public Health* 2008; 98: 1163-1166.
- (4) Ishizaki T, Kai I, Kobayashi Y, Imanaka Y. Functional transitions and active life expectancy for older Japanese living in a community. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2002; 35: 107-120.
- (5) Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Review* 2011; 10: 430-439.
- (6) Feinstein AR. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease* 1970; 23: 455-468.
- (7) Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals of Family Medicine* 2009; 7: 357-363.
- (8) Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ* 2015; 350: h176.
- (9) Parekh AK, Goodman RA, Gordon C, Koh HK; HHS Interagency Workgroup on Multiple Chronic Conditions. Managing multiple chronic conditions: a strategic framework for improving health outcomes and quality of life. *Public Health Report* 2011; 126: 460-471.
- (10) Agarwal SD, Barnett ML, Souza J, Landon BE. Adoption of Medicare's Transitional Care Management and Chronic Care Management Codes in Primary Care. *Journal of American Medical Association* 2018; 320: 2596-2597.
- (11) 東京都後期高齢者医療広域連合. 東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書
[http://www.tokyo-ikiiki.net/_res/projects/default_project/_page/_001/000/884/bunseki_kekkahoukoku.pdf] (2019年3月11日アクセス)
- (12) Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, Shimizu S, Ito H. Patterns of Co-Occurrence of Chronic Disease Among Older Adults in Tokyo, Japan. *Preventing Chronic Disease*. 2019; 16: E11.
- (13) 荒木厚, 井藤英喜. 「高齢者糖尿病診療ガイドライン2017」を踏まえた治療の要点と展望. *日本老年医学会雑誌* 2018; 55: 1-12.
- (14) 厚生労働省. 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000205007.pdf> (2019年3月11日アクセス)

外来処方向精神薬の等価換算値の性・年齢・地域分布 ～第2回 NDB オープンデータベースから～

南園 佐知子 野村 恭子

秋田大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学講座

目的 日本の精神医療においては、向精神薬の多剤併用大量投与が問題視されている。本研究の目的は外来処方による向精神薬の全国的処方状況を明らかにし検討することにある。

方法 厚生労働省にて公開されている第2回 NDB オープンデータ（レセプト情報・特定健診等情報データベース）のうち、平成27年度に院内・院外で外来処方された経口向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬・睡眠薬、気分安定薬の一部）について、それぞれの向精神薬の主たる治療効果について稲垣・稲田（2017）による向精神薬の等価換算値を用いて、chlorpromazine 換算（以下 CP 換算）、imipramine 換算（以下 IP 換算）、diazepam 換算（以下 DAP 換算）を行い、性・年齢階級別に合計し、総 CP、IP、DAP 換算、炭酸リチウム量（以下 Li）を集計した。また、地域の処方傾向を調べるため、都道府県を単位として間接法にて年齢調整を行い、標準化向精神薬換算比を算出し、各種指標との相関分析を行った。

結果 外来で処方された経口向精神薬の CP・IP・DAP 換算、Li の人口一人当たりの年間換算値はそれぞれ、681.7mg、413.2 mg、152.4 mg、221.4 mgで、Li を除くと女性の処方が多かった。年齢階級別の人口一人当たりの年間換算値は、CP・DAP 換算・Li は男女ともにそれぞれ40代、80代、50代をピークとしていたが、IP 換算は男女ともに40代、80代の2峰性分布を示した。各向精神薬換算値の都道府県別の人口一人当たりの標準化換算比をみると地域ごとにばらつきが認められ、4種の標準化換算比が全て高い地域は5都県（秋田、東京、島根、岡山、広島）、すべて低い県は4県（埼玉、岐阜、奈良、鹿児島）であった。

考察 外来処方の経口向精神薬には性別・年代、地域で偏在が認められ、地域により処方の仕方に違いがある可能性が示唆された。今後、適正処方について疾患別有病率などの個人的要因と、診療科、医療機関などの医療提供者の要因の両側面から検討を行う必要があると考えられた。

背景

日本の精神科医療において、精神病床の過剰、向精神薬の多剤併用大量投与が問題視されている。日本では、かつて多剤併用療法が一般的とされてきており¹⁾、現在でもアジア諸国における国際比較から、日本は高用量抗精神病薬の処方が多いと報告されている²⁾。また、向精神薬は精神科以外

での処方も多く行われており、日本のある大学病院におけるベンゾジアゼピン処方のうち、3割近くが内科で処方されていたことが報告されている³⁾。特にベンゾジアゼピン系の処方 は日常的に行われており⁴⁾、診療科により処方傾向も異なっていることが指摘されている⁵⁾。一方、日本における向精神薬の研究は、精神科等の限られた診療科、一部の向精神薬、特定の疾患、加齢に伴い薬物動態に変化の生じる後期高齢者の含まれていないレセプトデータなどで集

計が行われているものの、日本全体、特に地域別の処方状況は明らかではない。

本研究の目的は本邦における向精神薬の全国的処方状況を明らかにし検討することにある。本検討により、今まであまり把握されていなかった後期高齢者の処方状況、さらに地域毎の処方実態を明らかにし、今後の向精神薬処方適正化に向けて精神医療・政策のための基礎資料とすることを目的とするため、性別・年代別・都道府県別に検討を行ったので報告する。

方法

厚生労働省にて公開されている第2回 NDB オープンデータ (レセプト情報・特定健診等情報データベース) のうち、平成27年度の一年間に院内・院外で外来処方された経口向精神薬のうち、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬・睡眠薬、気分安定薬について集計を行った。今回の集計では、主要処方目的が精神疾患に限らない抗てんかん薬、抗精神病薬による錐体外路症状の副作用発現時処方されることの多い抗パーキンソン病薬は対象から除外した。薬剤データのうち、催眠鎮静剤、抗不安剤、精神神経用剤に分類されている200薬剤から院外処方では、配合剤2種と今回の集計対象とならない薬剤6種を除いた192薬剤、院内処方では、配合剤2種と集計対象とならない薬剤4種を除いた194薬剤を集計対象とした。向精神薬の主たる治療効果について抗精神病薬は chlorpromazine 換算 (以下 CP 換算)、抗うつ薬は imipramine 換算 (以下 IP 換算)、抗不安薬・睡眠薬は diazepam 換算 (以下 DAP 換算) し、総投与量を算出した。さらに、性・年齢階級別に合計し、総 CP,IP,DAP 換算値、炭酸リチウム量 (以下 Li) を集計した。4種の各向精神薬の等価換算には、稲垣・稲田 (2017) による向精神薬別の等価換算表⁶⁾を用いた。向精神薬別の等価換算表は、それぞれの向精神薬の主

たる治療効果 (抗精神病薬は抗精神病作用、抗うつ薬は抗うつ作用、抗不安薬・睡眠薬は不安障害や睡眠障害に対する治療効果) を評価しており、抗精神病薬による鎮静作用や抗不安薬・睡眠薬による離脱症状の治療効果などはこの等価換算表では評価の対象にはなっていない。また、患者の服用する向精神薬概算服用量の一元化や日常臨床においては多剤併用療法を受けている精神疾患患者の概算服用量の把握や、向精神薬の切り換えの際の投与量設定の目安として使用することが期待されており、換算値を用いた精神医療研究も近年行われてきている^{7,8,9)}。

抗精神病薬に関して、非定型抗精神病薬の CP 換算値に占める割合、抗うつ薬については、新規抗うつ薬 (選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI), セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI), ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬 (NaSSA) の IP 換算値に占める割合をそれぞれ集計した。地域の処方傾向を調べるため、都道府県を単位として間接法にて年齢調整を行い、47都道府県の平均を1とした場合の標準化向精神薬換算比をそれぞれ算出した。

ナショナルデータについては、欠損値のある薬剤 (CP 換算対象薬剤: 院外2剤、院内7剤、IP 換算対象薬剤: 院外1剤、院内4剤、DAP 換算対象薬剤: 院外4剤、院内8剤、Li 対象薬剤: 欠損なし) を除外し、CP 換算: 院外30剤、院内30剤、IP 換算: 院外32剤、院内28剤、DAP 換算: 院外116剤、院内114剤、Li: 院外6剤、院内3剤について集計を行った。

さらに、都道府県別の標準化向精神薬換算比と医療資源、労働・経済状況に関する指標、精神疾患患者数 (平成26年度患者調査) と自殺率との相関を Spearman 順位相関係数にて算出し評価した。具体的に各指標の算出について、医療資源は、医師数、

表1. 向精神薬年間換算値の性別人口一人当たりの外来処方量 (mg)

向精神薬の種類	男性	女性	男女比
DAP 換算値 (diazepam)	122.3	176.1	0.69
CP 換算値 (chlorpromazine)	632.5	643.9	0.98
IP 換算値 (imipramine)	343.8	465.5	0.74
Li (炭酸リチウム)	228.7	214.5	1.07

DAP 換算値: 院外 116 剤、院内 114 剤について集計

CP 換算値: 院外 30 剤、院内 30 剤について集計

IP 換算値: 院外 32 剤、院内 28 剤について集計

精神科医師数 (平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査)、診療所数、精神病床総数 (平成 27 年度医療施設調査・病院報告)、精神科外来デイケア実施件数 (第 2 回 NDB オープンデータ) にて、労働・経済状況は一人当たり県民所得 (平成 27 年度県民経済計算)、ジニ係数 (平成 26 年度全国消費実態調査)、精神疾患外来患者数 (平成 26 年度患者調査) と年齢調整自殺率 (平成 27 年度人口動態調査と昭和 60 年モデル人口)、人口には総務省統計局「平成 27 年国勢調査結果」を用いた。オープンデータ収集の年と同年に調査がされていないものについては、前年の結果を用いた。

結果

平成 27 年度に外来処方された経口向精神薬の CP・IP・DAP 換算、Li の人口一人当たりの年間換算値はそれぞれ、681.7mg、413.2 mg、152.4 mg、221.4 mg であった。表 1 より、男女比 (男/女) はそれぞれ、0.98、0.74、0.69、1.07 と Li を除くと女性の処方が多かった。

図 1 に性別・年齢階級別、人口一人当たりの向精神薬年間換算値を示す。年齢階級別の人口一人当たりの年間換算値は、CP・DAP 換算・Li は男女ともにそれぞれ 40 代、

80 代、50 代をピークとしていたが、IP 換算は男女ともに 40 代、80 代の 2 峰性を呈し、男性が 40 代、女性は 80 代をピークとした分布を示した。

各向精神薬換算値に関して全国平均を 1 としたときの都道府県別の人口一人当たりの標準化向精神薬換算比をみると地域ごとにばらつきが認められ、4 種の標準化向精神薬換算比が全て 1 より高い地域は 5 都県 (表の順に秋田、東京、島根、岡山、広島)、全て 1 より低い地域は 4 県 (表の順に埼玉、岐阜、奈良、鹿児島) であった。また、CP 換算における非定型抗精神病薬の割合は、全国平均 90.7%、高い地域 95.4%、低い地域は 86.3% であった。また IP 換算における新規抗うつ薬の割合は、全国平均 86.8%、高い地域 90.5%、低い地域では 83.7% であった。ばらつきの面では、標準化 Li 比は低い県 (0.642) と高い県 (2.345) のばらつきが特に大きかった (表 2)。

また、表 3 にて標準化向精神薬換算比、非定型抗精神病薬と新規抗うつ薬の割合と、地域の各指標との Spearman 順位相関による地域相関分析を行った。結果は、DAP 換算は人口 10 万対精神科医師数 ($r_s=0.343$)、総精神疾患外来患者数 (行動及び精神の障害) ($r_s=0.314$)、統合失調症、統合失調症型

障害及び妄想性障害患者数 ($r_s=0.327$)と有意な正の相関を認めた(すべて $p<0.05$)。同様に、CP換算は人口10万対精神科医師数 ($r_s=0.332$, $p<0.05$)、診療所数 ($r_s=0.293$, $p<0.05$)、精神病床総数 ($r_s=0.405$, $p<0.01$)、総精神疾患外来患者数 ($r_s=0.385$,

$p<0.01$)、統合失調症等患者数 ($r_s=0.550$, $p<0.01$)と有意な正の相関を認めた。また、非定型抗精神病薬の処方割合は、人口10万対精神科医師数 ($r_s=0.334$, $p<0.05$)、診療所数 ($r_s=0.347$, $p<0.05$)、精神病床総数 ($r_s=0.450$, $p<0.01$)と有意な正の相関を認

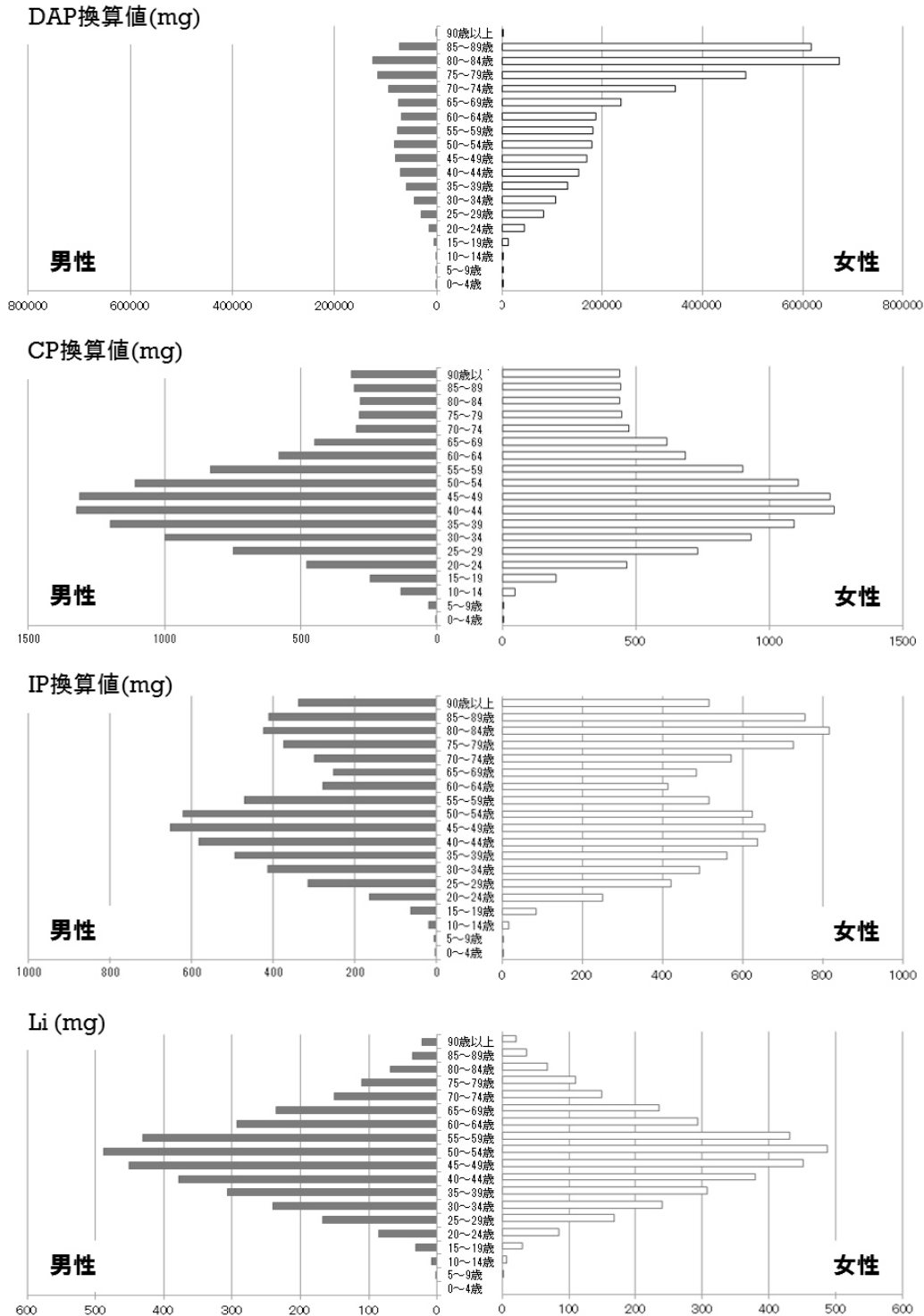


図1. 性別・年齢階級別 人口一人当たりの向精神薬年間換算値

表2. 都道府県別標準化向精神薬換算比

	DAP 換算 標準化比	CP 換算 標準化比	IP 換算 標準化比	Li 標準化比	非定型 向精神薬割合 (%)	新規 抗うつ薬割合 (%)
全国	1.000	1.000	1.000	1.000	90.7	86.8
北海道	1.266	1.032	1.108	0.900	92.7	85.6
青森県	1.025	1.132	1.013	0.763	93.6	86.0
岩手県	0.943	1.081	1.097	1.316	93.2	88.9
宮城県	1.040	0.855	0.959	0.642	90.9	84.9
秋田県	1.245	1.108	1.192	1.031	91.0	85.1
山形県	1.059	1.026	0.960	1.243	94.5	85.6
福島県	1.134	1.095	1.176	0.944	93.3	83.7
茨城県	0.898	1.040	0.834	0.730	88.7	85.9
栃木県	1.106	1.030	0.998	0.898	87.5	86.9
群馬県	1.057	1.046	0.873	1.090	89.1	84.9
埼玉県	0.876	0.900	0.825	0.782	88.6	86.3
千葉県	0.876	0.971	0.963	0.910	88.0	84.8
東京都	1.088	1.067	1.221	1.198	89.2	86.8
神奈川県	0.903	0.906	1.018	0.779	88.3	86.2
新潟県	0.949	1.066	1.119	1.049	92.0	87.7
富山県	0.887	1.093	0.874	1.354	92.6	83.7
石川県	0.862	1.157	0.980	2.345	95.2	88.5
福井県	0.857	1.183	0.998	1.236	94.6	90.5
山梨県	0.938	1.425	1.049	1.257	90.7	87.7
長野県	0.988	1.443	1.104	1.145	90.0	84.5
岐阜県	0.892	0.901	0.935	0.941	91.3	89.7
静岡県	0.887	1.041	0.959	0.885	89.0	89.0
愛知県	0.971	0.875	1.093	1.056	92.5	88.3
三重県	0.974	1.018	0.961	0.992	93.5	87.9
滋賀県	0.853	0.881	0.886	1.371	89.6	82.9
京都府	0.995	0.990	1.029	1.409	90.3	84.4
大阪府	1.023	0.893	0.919	0.971	91.9	88.5
兵庫県	1.004	0.840	0.805	1.034	92.1	86.8
奈良県	0.897	0.775	0.790	0.902	87.7	86.9
和歌山県	1.160	1.036	0.868	0.973	91.5	87.4
鳥取県	0.939	1.263	1.134	1.418	93.3	84.4
島根県	1.012	1.338	1.188	1.322	91.0	86.4
岡山県	1.020	1.103	1.028	1.178	91.6	87.9
広島県	1.074	1.108	1.132	1.212	91.1	85.2
山口県	1.012	1.300	1.134	0.999	93.2	88.2
徳島県	0.914	1.196	0.979	1.070	94.4	89.6
香川県	0.943	1.009	0.877	0.689	93.0	89.4
愛媛県	0.997	1.113	0.947	1.082	89.4	88.9
高知県	0.984	1.178	1.127	1.190	91.0	87.7
福岡県	1.103	0.868	0.896	0.899	91.5	87.4
佐賀県	0.997	1.038	0.838	0.837	86.3	89.0
長崎県	1.010	1.104	1.029	0.648	92.6	88.5
熊本県	0.929	0.965	1.028	0.674	92.6	89.0
大分県	1.086	1.101	0.997	1.293	92.3	86.7
宮崎県	1.023	1.001	0.920	0.822	91.5	87.8
鹿児島県	0.891	0.917	0.811	0.902	91.6	88.2
沖縄県	1.116	1.245	0.801	0.894	95.4	88.0

DAP: diazepam

CP: chlorpromazine

IP: imipramine

Li: 炭酸リチウム

表3. 地域相関分析
標準化向精神薬換算比と地域指標の相関

独立変数 (N=47)	標準化向精神薬換算比との Spearmanの順位相関係数			
	DAP換算	CP換算	IP換算	Li
医療資源(人口10万人対)				
総医数	0.211	0.236	0.103	0.248
内科医数 ^{a)}	0.154	0.235	0.053	0.229
精神科医数 ^{a)}	0.343*	0.332*	0.195	0.055
診療所数	0.201	0.293*	0.012	-0.210
精神病床総数	0.262	0.405**	0.127	-0.097
精神科デイケア(外来) ^{b)}	-0.038	0.021	-0.182	-0.055
労働・経済				
一人当たり県民所得(千円)	-0.210	-0.211	-0.033	0.161
ジニ係数	0.253	0.061	0.165	-0.225
自殺率				
年齢調整自殺死亡率(男性)	0.282	0.286	0.101	-0.045
年齢調整自殺死亡率(女性)	0.211	-0.109	0.092	0.090
精神疾患外来患者受療率(人口10万人対)	0.314*	0.385**	0.196	0.028
総精神疾患患者数(精神及び行動の障害)	0.327*	0.550**	0.180	0.076
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	0.265	0.203	0.194	0.208
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)				
標準化向精神薬換算比				
DAP換算	—	0.122	0.248	-0.112
CP換算	—	—	0.516**	0.411**
IP換算	—	—	—	0.356*
Li	—	—	—	0.186

*p<0.05, **p<0.01

SD:標準偏差

DAP: diazepam

CP: chlorpromazine

IP: imipramine

Li: 炭酸リチウム

a)主たる診療科名

b)総精神疾患患者数(患者調査)当たりの精神科外来デイケア実施件数

医師数、内科医師数、精神科医師数:平成26年度医師・歯科医師・薬剤師調査

診療所数、精神科診療所数:平成27年度医療施設調査・病院報告

精神科デイケア:第2回NDBオープンデータ 精神科外来デイケア実施件数

一人当たり県民所得:平成27年度県民経済計算

ジニ係数:平成26年度全国消費実態調査

自殺率:平成27年度人口動態調査

精神科外来患者数:平成26年度患者調査

めた。同様に、新規抗うつ薬の処方割合は、人口10万対診療所数(rs=0.429, p<0.01)と正の有意な相関があった。また、向精神薬間での相関については、CP換算とIP換算(rs=0.516)とLi(rs=0.411)のそれぞれに(p<0.01)、IP換算とLi間(rs=0.356,

p<0.05)に、非定型抗精神病薬割合とCP換算間(rs=0.313, p<0.05)にそれぞれ有意な正の相関を認めた。DAP換算、新規抗うつ薬の処方割合は他の向精神薬換算と有意な相関を認めなかった。また、年齢調整自殺率と向精神薬換算との相関では、男

性年齢調整自殺死亡率は非定型抗精神病薬割合 ($r_s=0.297$, $p<0.05$) と有意な正の相関を認め、DAP 換算 ($r_s=0.282$, $p=0.055$)、CP 換算 ($r_s=0.286$, $p=0.052$) と有意ではないものの正の相関傾向を認めた。同様に、女性年齢調整自殺死亡率は新規抗うつ薬割合 ($r_s=-0.363$, $p<0.05$) と有意な負の相関を認めた。

考 察

外来処方されている経口向精神薬には性別・年代、地域でばらつきが認められた。地域別の標準化向精神薬換算比については、地域の医療資源や年齢調整自殺死亡率、精神疾患患者数との相関が認められた。向精神薬の CP・IP・DAP の年間換算値は男性に比べ女性で処方が多く、DAP 換算は男女ともに、IP 換算では女性のみで 80 代に多く処方されていた。

医療の地域差研究は多く、地域間の医療提供、医療プロセスおよび医療費の違いが観察されている。日本においても、周術期の眼科手術の抗菌薬投与方法¹⁰⁾、慢性腎臓病診療における検査項目・治療方法¹¹⁾、大腿骨近位部骨折における骨粗鬆症診断・治療の有無¹²⁾ など多くの診療科で地域差が報告されている。本研究でも都道府県レベルで向精神薬の処方異なることが明らかとなった。日本全国の統合失調症患者への抗精神病薬処方パターンから適正な使用法から外れている可能性のある抗精神病薬の処方がナショナルデータベースの活用により、診療現場で多く見られることが報告されている¹³⁾。向精神薬の適正処方の是非に関しては 2018 年度診療報酬改定にてベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の 12 ヶ月以上の処方、向精神薬の多剤処方時の処方料・処方箋料・薬剤料に対し減点となり、上記状況の患者に対し薬剤師との連携の上、向精神薬の減薬により加算改定といった、多剤併用療法改善のための政策誘導が行われている。

向精神薬の多くは、高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物リストに該当している¹⁴⁾。また、日本の高齢者における潜在的に不適切な薬剤処方の頻度を調べた報告によると、特に向精神薬の処方が多いことが明らかとなっている^{15),16)}。高齢者における向精神薬の処方では以前より転倒のリスクが高まること¹⁷⁾、ベンゾジアゼピン系がアルツハイマー病の発症リスクとなることが報告されており^{18),19)}、適正処方に警鐘が鳴らされている。本研究では、DAP 換算値が性別では女性に多く、また男女共に高齢者で多かった。特に、女性の 65 歳以上で高く、80-84 歳が最も多く男性の 5.4 倍多いという結果であった。また、健康保険組合の医療レセプトを用いた 20 歳～74 歳の一般人口における各向精神薬の処方に関する報告では、抗不安薬・睡眠薬の処方率は年齢と共に増加し、65 歳以上では女性は男性に比べ処方率は高くなり、一人当たりの処方力価は女性に比べ男性で多かった²⁰⁾。本研究では高齢者における人口一人当たりの DAP 換算値の男女差が非常に大きいことから、高齢女性へのより高頻度、長期間、あるいは 75 歳以上になると多量の処方がされている可能性が考えられる。ベンゾジアゼピン系薬の問題点として依存性、副作用としての眠気・筋肉に力が入りにくくなる・健忘・認知障害などがあり、これらの副作用は高齢者により出やすい傾向がある。そのため、抗不安薬等は原則として短期間や頓服での使用が推奨されているにも関わらず、特に後期高齢者への適正処方が行われていない実情が示唆された。また、ナショナルデータベースを用いた外来診療における抗不安薬・睡眠薬の処方は、精神科では外来処方の 54.6%で、非精神科では、14.4%の患者に処方されているという報告²¹⁾、ベンゾジアゼピンの連続する重複処方は加齢と共に高まるという健康保険組合の医療レセプトを用いた報告もされている²²⁾。高齢者に対しては、すべての診療科におい

て効果と有害作用とのバランス、薬物動態に基づいたより慎重な向精神薬の処方が必要とされる。

本研究の限界点について述べる。本研究は、ナショナルオープンデータを利用しており、10未満のデータは含まれていない。「薬剤データ」は、患者一人に複数回算定されるため、処方量が多いことが一個人への多量処方なのか、処方されている人数が多いのか、あるいは処方内容の変更が数回行われているのかについては不明である。また今回の集計では、配合剤2種、欠損値のある薬剤で特に欠損薬剤の多いCP換算については換算値全体の6.9%が除外されており結果の解釈は慎重を要する。また、向精神薬処方において地域との相関を調べるのに用いた変数のうち、医師数、精神科医師数、ジニ係数、精神疾患患者数については、当該年度に調査が行われていないため、前年度の調査の結果を用いた。向精神薬処方量自体が年度毎に大きく変化しにくく、医師数、精神疾患患者数の年度変化も小さいことから、年度による相関結果への影響は小さいと考える。

本研究の結果、女性、高齢者における処方の一部の向精神薬で高いことについて考察する。日本の精神疾患の疫学において統合失調症は40代以降減少し、うつ病は、性別比で女性が2倍以上高く、日本では、若年者だけでなく、高齢者の有病率が高いと報告されている²³⁾。しかしながら本研究は個人データを扱っているものではないため、精神疾患の有病率が本当に高齢者で高いのか、医療提供側のポリファーマシーの影響を評価しながら慎重に検討する必要がある。同様に、本研究で認められたDAP換算は精神疾患総外来患者数と、CP換算は精神科医療資源、統合失調症等外来患者数、非定型抗精神病薬割合、IP換算、Liとの相関がみられた。また、精神病床総数が多くなれば、一般的には向精神薬の人口当たりの外来処方量が少なくなることが想定されたが、本

研究結果では異なっていた。また、年齢調整自殺率と向精神薬換算と一部相関が認められたが、本研究は47都道府県レベルのecological study(生態学的研究)であり、今後、精神科医療資源の供給と需要のバランスの適切性については個別データにて検討の余地がある。こうしたecological fallacyは認められる一方で、本研究の結果は一般的な向精神薬の処方パターンも確認された。本研究では抗精神病薬の非定型抗精神病薬の処方割合は9割と高かった。副作用の多い定型向精神薬に比べ、最近では非定型の処方が一般的であり世の中の処方趨勢に沿っていた。統合失調症入院患者の153施設患者2500人の処方内容を検討した研究⁷⁾では、非定型抗精神病薬の処方割合は2006年から2011年にかけて年々増加しており2011年で84.5%と本研究結果と類似の結果であった。

まとめ

外来処方による経口向精神薬には性別・年代、地域で偏在が認められた。地域別の標準化向精神薬換算比については、地域の精神科医療資源や精神科患者数との相関が認められた。また、経口向精神薬のCP・IP・DAPの年間換算値は男性に比べ女性で処方が多く、80代の高齢者への処方は、DAP換算では男女ともに、IP換算では女性で多く処方されていた。今後、適正処方について疾患有病率などの個人的要因と、診療科、医療機関などの医療提供者の要因の両側面から検討を行う必要があると考えられた。

参考文献

- (1) Takei N, Inagaki A. JPSS-2 research group: Polypharmacy for psychiatric treatments in Japan. *Lancet* 2002; 360(9333): 647
- (2) Park YC, Yang SY, Chong MY, Kanba S, Sartorius N, Shinfuku N, et al. Differences in High Dose Antipsychotic Prescriptions in Patients with Schizophrenia in Asian Countries/Areas: Findings from the REAP-AP Study. *Psychiatry Investig* 2018; 15(10): 1007-1008

- (3) Nakao M, Takeuchi T, Yano E. Prescription of benzodiazepines and antidepressants to outpatients attending a Japanese university hospital. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2007; 45(1): 30-35
- (4) Kroll DS, Nieva HR, Barsky AJ, Linder JA. Benzodiazepines are Prescribed More Frequently to Patients Already at Risk for Benzodiazepine-Related Adverse Events in Primary Care. *J Gen Intern Med* 2016; 31(9): 1027-1034
- (5) Nomura K, Nakao M, Sato M, Yano E. Regular prescriptions for benzodiazepines: a cross-sectional study of outpatients at a university hospital. *Intern Med* 2006; 45(22): 1279-1283
- (6) 稲垣中, 稲田俊也, 藤井康男, 八木剛平. 向精神薬の等価換算 2017年版 <http://jsprs.org/toukakansan/2017ver/index.php> 2018.5.24 アクセス
- (7) 吉尾隆. 抗精神病薬の多剤併用大量処方の実態—精神科臨床薬学研究会 (PCP研究会) 処方実態調査から—. *精神経誌* 2012; 114(6): 690-694
- (8) 落合 英伸, 大坪 徹也, 猪飼 宏, 今中 雄一. 統合失調症外来患者における抗精神病薬大量処方の関連因子 広域レセプトデータの活用. *日本医療・病院管理学会誌* 2014; 51(4): 183-191
- (9) 野田 幸裕, 天正 雅美, 宇野 準二, 黒沢 雅広, 高橋 結花, 加藤 剛, 他. 統合失調症入院患者の薬物療法に関する処方実態調査 (2011年) 全国149施設の調査から. *日社精医誌* 2015; 24(4): 349-359
- (10) 松浦 一貴, 宮本 武, 田中 茂登, 上松 聖典, 森 隆史, 須藤 史子, 他. 日本における周術期の抗菌薬投与の地域差. *日眼会誌* 2017; 121(7): 521-528
- (11) 内藤 毅郎, 大谷 晴久, 小林 一雄, 宮崎 正信, 山田 宏治, 菅原 正弘, 他. わが国における慢性腎臓病診療と地域連携の現状と地域差 かかりつけ内科医を対象とした全国アンケート調査結果 (第1報). *日腎会誌* 2013; 55(8): 1391-1400
- (12) 宮腰 尚久, 萩野 浩, 遠藤 直人, 山本 智章, 谷 俊一. 大腿骨近位部骨折に対する地域連携パスの運用実態 全国調査による地域差の検討. *整形・災害外科* 2013; 56(8): 991-998
- (13) 奥村泰之, 野田 寿恵, 伊藤 弘人. 日本全国の統合失調症患者への抗精神病薬の処方パターン ナショナルデータベースの活用. *臨床精神薬理* 2013; 16(8): 1201-1215
- (14) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015. 日本老年医学会 https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170808_01.pdf 2018.12.2 アクセス
- (15) Onda M, Imai H, Takada Y, Fujii S, Shono T, Nanaumi Y. Identification and prevalence of adverse drug events caused by potentially inappropriate medication in homebound elderly patients: a retrospective study using a nationwide survey in Japan. *BMJ Open*. 2015 Aug 10; 5(8): e007581
- (16) Kimura T, Ogura F, Yamamoto K, Uda A, Nishioka T, Kume M, et al. Potentially inappropriate medications in elderly Japanese patients: effects of pharmacists' assessment and intervention based on Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions criteria ver. 2. *J Clin Pharm Ther*. 2017 Apr; 42(2): 209-214
- (17) 重面雄紀, 小池真菜美, 萱野勇一郎, 深津祥央, 石塚良子, 杉原玄一, 他. 薬剤師の介入による向精神薬適正使用と転倒・転落事故数への影響. *医療薬学* 2016; 43(3): 174-184
- (18) de Gage SB, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: casecontrol study. *BMJ* 2014; 349: g5205
- (19) Lucchetta RC, da Mata BPM, Mastroianni PC. Association between Development of Dementia and Use of Benzodiazepines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmacotherapy*. 2018 Oct; 38(10): 1010-1020
- (20) 三島和夫. 診療報酬データを用いた向精神薬処方に関する実態調査研究. 厚生労働科学研究費補助金・厚生労働科学特別研究事業「向精神薬の処方実態に関する国内外の比較研究」平成22年度分担研究報告書
- (21) 荒川 亮介, 奥村 泰之, 池野 敬, 金 吉晴, 伊藤 弘人. ナショナルデータベースを用いた外来診療における抗不安薬・睡眠薬の処方実態の検討. *臨床精神医学* 2015; 44(7): 1003-1010
- (22) Yasuyuki O, Sayuri S, Toshihiko M. Prevalence, prescribed quantities, and trajectory of multiple prescriber episodes for benzodiazepines: A 2-year cohort study. *Drug Alcohol Depend* 2016; Jan(158): 118-125
- (23) 川上憲人. こころの健康についての疫学調査に関する研究 平成16~18年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学事業) 心の健康についての疫学調査に関する研究 総合研究報告書 (主任研究者川上憲人). 2007; 1-21

秋田県と全国の歩数の比較

南園 智人
秋田県横手保健所

要 旨

秋田県は第2期健康秋田21計画を策定し、健康寿命日本一を目標として栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する具体的目標値を設定している。その中の一つである身体活動・運動分野では、日常生活における歩数を目標項目として設定している。歩数は日常的に測定・評価できる身体活動量の客観的指標であり、歩数の減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であるばかりでなく、高齢者の自立度の低下やフレイルの危険因子である。高齢化が進展する秋田県においてフレイル予防は重要であり、歩くことを推奨する重要性は高いが、秋田県民の歩数についての現状把握は十分でない。そのため、秋田県と全国の歩数を比較し、今後の研究、健康施策に資することを目的とした。

平成28年国民健康栄養・調査および県民健康・栄養調査の結果を用いて、性・年齢階級別の歩数の状況、男女別の20歳以上の年齢調整値を算出した。

秋田県の平均歩数は男女とも全ての年齢階級で、第2期健康秋田21計画の目標値を下回った。70歳以上では男女ともに秋田県の歩数は全国より有意に少なかった。年齢調整値では、男性は全国より有意に少なかったが、女性では有意差は無かった。

秋田県の平均歩数は男女とも全ての年齢階級で、第2期健康秋田21計画の目標値を下回り、特に高齢者の歩数が全国と比較して少なかった。このことは、秋田県高齢者の身体活動が活発でないことを示唆している。今後の取組として、運動習慣の改善のみならず、社会参加を含むフレイル予防の要素に着目した対策が必要と考える。

緒 言

秋田県は第2期健康秋田21計画を策定し、健康寿命日本一を目標として栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する具体的目標値を設定している¹⁾。その中の一つである身体活動・運動分野では、日常生活における歩数を目標項目として設定している(20-64歳男性9,000歩/日、20-64歳女性8,500歩/日、65歳以上男性7,000歩/日、65歳以上女性6,000歩/日)¹⁾。歩数は日常的に測定・評価できる身体活動量の客観的指標であり、歩

数の減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であるばかりでなく、高齢者の自立度の低下やフレイルの危険因子である²⁾。高齢化が進展する秋田県においてフレイル予防は重要であり、歩くことを推奨する重要性は高いが、秋田県民の歩数についての現状把握は十分でない。そのため、秋田県と全国の歩数を比較し、今後の研究、健康施策に資することを目的とした。

方 法

平成28年国民健康栄養・調査、県民健康・栄養調査の結果を用いて、性・年齢階級別の歩数の状況、社会活動の状況、男女別の20歳以上の年齢調整値を算出した。国民健

健康・調査は、調査対象は層化無作為抽出した1道府県あたり10地区（人口規模が大きい東京都のみ15地区）、調査事項は身体状況調査票、栄養摂取状況調査票及び生活習慣調査票からなり、調査は調査地区を管轄する保健所が毎年11月中に実施している³⁾。一方、県民健康・栄養調査は、調査対象を国民健康・調査で指定された10地区と秋田県が追加で無作為抽出した2地区の計12地区、調査事項は国民健康・調査の調査事項に尿中ナトリウム比を追加し、調査は調査地区を管轄する保健所が国民健康・栄養調査と同日同会場で行っている⁴⁾。秋田県と全国の地域間比較には、健康・栄養調査を用いた各種計画の評価のための統計解析法（横山徹爾 国立保健医療科学院）を用いた⁵⁾。はじめに秋田県と全国の平均歩数の差を計算し（平均の差=秋田県の平均歩数-全国の平均歩数）、次に差の標準誤差を計算し（差の標準誤差= $\sqrt{[\text{秋田県の標準誤差}^2+\text{全国の標準誤差}^2]}$ ）、最後に差の95%信頼区間（平均の差 ± 1.96

\times 標準誤差）を計算した⁵⁾。年齢調整値の計算には、「重み付け平均を計算するためのワークシート」（健康・栄養調査を用いた各種計画の評価のための統計解析法）⁵⁾を用いた（年齢調整値= $\Sigma[\text{観察集団の平均歩数} \times \text{基準集団の年齢階級別人口}] \div \text{基準集団の総人口}$ ）。年齢調整値の基準人口には平成22年日本人人口を用いた。

結 果

秋田県の平均歩数は男女とも全ての年齢階級で、第2期健康秋田21計画の目標値を下回った（表1）。秋田県と全国の平均歩数を比較すると、秋田県が全国を上回ったのは、男性は60代、女性は40代のみで、その他の年齢階級は全国を下回った。69歳以下では男女とも秋田県と全国の歩数に有意な差はなかったが、70歳以上では男女ともに秋田県の歩数は全国より有意に少なかった（表1）。男性の20歳以上の平均歩数の年齢調整値は、秋田県が6457歩/日、全国が7300歩/日で、秋田県男性は全国より有意

表1 性・年齢階級別秋田県と全国の1日平均歩数

性	年齢階級(年)	秋田県			全国			秋田県-全国の差	
		調査人数	平均	標準誤差	調査人数	平均	標準誤差	平均	(95%信頼区間)
男	20-29	12	8207	1244	662	8583	195	-376	(-3136, 2383)
	30-39	25	6847	956	1122	8127	132	-1280	(-3176, 615)
	40-49	43	7508	654	1492	7800	109	-292	(-1709, 1126)
	50-59	34	6169	764	1396	7478	106	-1309	(-2748, 129)
	60-69	46	6841	841	2182	6721	77	120	(-1255, 1495)
	70以上	59	3488	460	2393	5338	74	-1850	(-2624, -1075)
	20以上 (年齢調整値)	219	6040	438	9247	6984	43	-944	(-1547, -342)
女	20-29	13	6789	1290	724	7418	160	-629	(-2860, 1603)
	30-39	29	5933	904	1294	6521	99	-588	(-1971, 795)
	40-49	36	7700	978	1732	6847	82	853	(-902, 2609)
	50-59	48	6337	456	1701	6854	74	-517	(-1537, 502)
	60-69	54	5587	269	2557	6181	60	-594	(-1415, 226)
	70以上	83	3466	419	2981	4274	53	-808	(-1551, -64)
	20以上 (年齢調整値)	263	5441	243	10989	6029	32	-588	(-1077, -98)

に少なかった(表1)。女性の20歳以上の平均歩数の年齢調整値は秋田県が5732歩/日、全国が6147歩/日で、秋田県女性は全国より少なかったが有意な差は認められなかった(表1)。秋田県と全国の高齢者の社会活動の状況を比較すると、秋田県が全国を上回ったのは、60代男性のみで、60代女性、70代男女は全国を下回った(表2)。

考察

秋田県の平均歩数は男女とも全ての年齢階級で、第2期健康秋田21計画の目標値を下回り、特に高齢者の歩数が全国と比較して少なかった。また、70歳以上では、男性3488歩/日、女性3466歩/日と目標値の約半分にとどまっている。このことは、秋田県高齢者の身体活動量が低いことを示唆している。高齢期の身体活動量の不足は、関節の障害やサルコペニアを引き起こす要因となり、フレイルや介護状態に至るリスクが高まることが指摘されている^{6,7)}。第2期健康秋田21計画の中間評価では、日常生活における歩数は20-64歳では増加したが、65歳以上では減少している⁸⁾。この状況に対して、秋田県では今後の取組として、運動習慣の改善を目指している⁸⁾。しかし、新開らは、地域での身体活動向上をはかるポピュレーションアプローチは、運動習慣の獲得をつうじて下肢機能を維持する、といった個々のリスクに対する一次予防的アプローチではなく、社会参加の促進や日々の生活行為の活性化を支援するべきで、身体活動は社会参加に付随して増大すると報告している⁹⁾。第2期健康秋田21計画では、高齢者で何らかの社会活動(就業、老人ク

ラブ、町内会、趣味のサークル、ボランティア活動など)を行っている人の割合を2022年に60%を目標としているが、2012年は31.8%、2015年は31.4%と低迷している(秋田県健康づくりに関する調査)⁸⁾。また、平成28年国民健康栄養・調査³⁾、県民健康・栄養調査⁴⁾における高齢者の社会活動の状況は、秋田県の60代男性は全国を上回っていたが、秋田県の60代女性と70歳以上の男女は全国を下回っていた(表2)。秋田県の70歳以上の高齢者の社会活動が全国を下回っていたことは、歩数と同様に70歳以上での身体活動が全国より低いことを示唆している。秋田県では高齢者の身体活動向上のために、特に70歳以上の高齢者の社会参加を促す環境作りが必要と考える。

年齢階級別にみると、特に秋田県男性の70歳以上が全国と比較して歩数が少なかった(秋田県男性70歳以上:3488歩/日、全国男性70歳以上:5338歩/日)。筆者は、以前に秋田県高齢男性は要介護認定率が高く、高糖質低脂質食であることを報告した^{10,11)}。高齢者が脂質目標量を下回る場合、たんぱく質摂取量の低下から筋力の低下が懸念されている¹²⁾。秋田県の食事指導は減塩や野菜摂取が中心であるが¹⁾、高齢者の筋力維持に減塩や野菜摂取が有効とは言えない¹²⁾。高齢化が進行した秋田県では、高齢者の筋力を維持し、フレイル予防につながる食事指導が必要と考える。

厚生労働省は、市町村が中心となり、介護予防の「通いの場」などを活用しながら、フレイル予備軍の高齢者を支援するよう求めている¹³⁾。フレイル予防については、先

表2 性・年齢階級別高齢者の社会活動の状況(%)

回答	男				女			
	60-69歳		70歳以上		60-69歳		70歳以上	
	秋田県	全国	秋田県	全国	秋田県	全国	秋田県	全国
働いている・なんらかの活動を行っている	83.3	74.6	60.7	69.6	43.8	51.7	33.7	44.2
いずれも行っていない	16.7	25.4	39.3	30.4	56.2	48.3	66.3	55.8

平成28年国民健康栄養・調査、県民健康・栄養調査

進的な取組を進めている自治体において、運動、口腔、栄養、社会参加等といった保健事業の取組を拡大しているが¹³⁾、秋田県では十分に広がっていない。秋田県では、運動習慣の改善のみならず、社会参加を含むフレイル予防の要素に着目した対策が必要と考える。

文 献

- (1) 秋田県 第2期健康秋田21計画
[<http://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/3125>]
- (2) 厚生労働省 健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料
[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf]
- (3) 厚生労働省 国民健康・栄養調査
[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyouchousa.html]
- (4) 秋田県 県民健康・栄養調査結果(平成28年)について
[<https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/29760>]
- (5) 横山徹爾 国立保健医療科学院 健康・栄養調査を用いた各種計画の評価のための統計解析法
[<http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/download/eiyocalc/syukeihou.pdf>]
- (6) 厚生労働省 運動基準・運動指針の改定に関する検討会 報告書
[<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002xple-att/2r985200002xpqt.pdf>]
- (7) 松元隆秀, 東恩納玲代, 永山寛, 吉田剛一郎, 隅野美砂輝, 山本直, 他. 自立女性高齢者における健康日本21(第二次)の目標歩数達成状況と体力・生活機能の関連. 生涯スポーツ学研究, 2017; 14(1): 1-12.
- (8) 秋田県 第2期健康秋田21計画の中間評価報告書
[https://www.pref.akita.lg.jp/uploads/public/archive_0000035835_00/中間評価報告書.pdf]
- (9) 新開省二. 高齢者にとっての身体活動および運動の意義, 老年学の立場から. 日本公衆衛生雑誌, 2009; 56(9): 682-687.
- (10) 南園智人. 秋田県と要介護認定率の比較. 秋田県公衆衛生学雑誌, 2018; 14(1): 10-14.
- (11) 南園智人. 秋田県と全国の脂肪エネルギー比率の比較. 秋田県公衆衛生学雑誌, 2017; 13(1): 1-7.
- (12) 厚生労働省「日本人の食事摂取基準(2015年版)策定検討会」報告書
[<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000041824.html>]
- (13) 厚生労働省 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議報告書
[<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000428884.pdf>]

地域におけるひきこもりの自立支援： ひきこもり経験者中心にした ピアスタッフシステムの効果検証

Yong Kim Fong Roseline

秋田大学大学院 医学系研究科 衛生学・公衆衛生学講座

はじめに

ひきこもりの背景には様々な成長や健康の要因があるが、ひきこもりの社会復帰には心理的に「自分がここにも良い」と思える心の「居場所」が欠かせない¹⁾。最近では、ひきこもり支援センターや総合相談窓口のほか、ひきこもりを対象とした「居場所づくり」の実践も広がりを見せており、ひきこもりの経験者をピアサポーターとして養成するプログラムもひきこもり支援対策の一つである。ひきこもり支援策としてピアサポーターを活用するメリットには、支援者（サポーター）と被支援者（ひきこもりの状態にある本人）が同様の経験をしているため、共感しやすいということがあげられる。

「ふらっと」とは

大仙市に拠点を置く「ふらっと」は、居場所兼自立訓練の場で、「ふらっと」の最大の特徴は利用者もスタッフも共にひきこもり経験者である点である。筆者はひきこもりの経験者を運営主体とする居場所づくりを考え、2013年9月末に大曲で空き店舗を借り、当時ひきこもりを経験していた3名のひきこもり当事者とペンキ塗りから始め、チラシの製作や配布も共に行い、同年11月にオープンした。当時、筆者の研究活動に関わった3人のひきこもり経験者は、ひきこもりから自立したい気持ちはあるものの、

何をどうしたらよいか、そもそも何をしたいのか分からない状態であった。家から外への一歩を踏み出すためには、居場所が大切である。立ち上げた居場所を「ふらっと」と名付けたその意味合いは、気遣いなくいつでもふら〜っと立ち寄れる場所であるということ、スタッフと利用者の壁がなく全員平等であり、対等な立場で居られるということである。また、ひきこもりを音楽のマイナー調である²⁾にたとえ、その曲調が陽気ではないが寂しい曲でもなく、日本人の心によく合う心に響くものであるという意味も含んでいる。

ピアスタッフシステムの効果検証

「ふらっと」は従来の支援体制とは異なり、医療関係者や福祉士、心理士、教師の資格がある者ではなく、ひきこもりの経験者が運営の主体となっている。筆者のこれまでの研究から、ひきこもり経験者のみのサポート体制の効果として、お互いの安心感につながる、落ち着く・ほっとする、ありのままの自分でいられる、自分も誰かの役に立つ・必要とされている・満たされていると感じることができるといったことが示された²⁾。ピアサポートにより、ひきこもりの症状に改善に効果がみられると一方で、利用者側は就職についてネガティブな義務感に縛られ、就職したい気持ちがあったとしても就職を避けている場合がまだ多いこともわかった。

ひきこもりの者の就職にあたっては、中間のステップが必要である³⁾ことから、筆

受付 2019. 4. 14 受理 2019. 5. 14
〒010-8543 秋田市本道 1-1-1

者は次の2つの方法を検討した。第一に、趣味を伸ばす一興味があることをスキルアップし、将来の仕事として考える一方法、そして第二に責任感を伴うピアスタッフシステムを導入する方法である。本研究はその方法の有効性を検証し、ピアスタッフシステムを導入した居場所の雰囲気をはじめ利用者の気持ちの変化を観察した。

評価方法

「ふらっと」の経営母体は特定非営利活動法人光(ひ)希(き)屋(家)(や)である。光希屋(家)はひきこもりに明るい漢字をあて、光と希望に満たされたひきこもりの家といった意味合いを表現したものである。光希屋(家)は大仙市子供・若者総合相談センターから業務を委託され、ピアサポートの形で2017年4月からピアスタッフ輪番制を始めた。新たにピアスタッフ自立支援プログラムの参加者の中から、就職意欲がありピアスタッフの仕事に興味を持つ者を募集した。ピアスタッフ自立支援プログラムの参加者が決めた時間に居場所に通うことを条件に、開店閉店についての責任を与え、仕事は主に居場所で一緒にいること、相談にのること、居場所の活動を企画することとした。二人当番制で、お互いの時間や業務の調整はピアスタッフ同士で行うこととし、研究期間は、2017年4月から2018年9月とした。ピアスタッフを含めて居場所の利用状況、継続性や活動の概要として、2017年度の実施回数と利用者延べ数を整理した。居場所を利用する利用者の内訳(ひきこもり当事者、家族、その他)、基本属性(性別、年齢)、利用目的、利用頻度、過去における他の居場所の利用の有無、通院の有無、統合失調症の診断の有無、ピアスタッフの役割の有無、ひきこもり症状の発症年齢、継続利用者(2017年4月前からの利用)、新規利用者(2017年4月からの利用)について分類した。さらに、メーリングリストに登録された利用者4名の自由記載

式のアンケート(ピアスタッフシステムの利点、欠点、反省と提案)を実施し(2018年3月に実施、アンケートの協力可否は利用者の自由)、ピアスタッフシステムがピアスタッフと利用者にも与える影響を分析した。

利用者の状況

2017年度4月から2018年3月までの利用者実人数は総計231人、延べ人数1952人であった。その内、当事者(実数56:内新規29、延べ数1373)、保護者(実数15:内新規12、延べ数61)、学校関係(実数10:内新規9、延べ数19)、一般(実数84:内新規50、延べ数283)、業務・研修・見学・取材関係者(実数66:内新規45、延べ数216)であった。当事者の男女の割合はほぼ半数ずつで、年齢構成は10代(3人)、20代(10人)、30代(20人)、40代(9人)、50代(4人)、不明(6人)、住所は大仙市(26人)、県南地域(横手、湯沢、六郷、仙北など)(9人)、秋田市(19人)、県外(2人)となっていた。

2017年1月前から本施設に通う利用者のうち、8名がピアスタッフに挑戦した。その中でピアスタッフと認定されたのは7名であり、残り1名は研修スタッフとなった。途中でやめた者は3人であった。やめた理由としては精神状態の事情(1名)、自分と合わなかったから(1名)、別の施設に就労する準備をするため(1名)であった。5月から3月まで続けてきたピアスタッフ5名のうち、2019年度も継続するピアスタッフは3名となった。継続しない理由としては、1名は住まいが遠方であるため、もう1名は就労準備に移行するためであった。ピアスタッフプログラムを希望した利用者は全員がひきこもりの期間は5年以上であった(表1)。

当事者のうち、精神科に受診していた者は24人(43%)、そのうち8名が統合失調症と診断されていた。通院していなかった者は15人(27%)、他の17人(30%)につ

表1. 当事者のひきこもり経歴・時期・病歴の構成割合

	ピアスタッフの役割がある利用者	ピアスタッフの役割がない利用者
ひきこもり開始時期		
不登校から	2	8
大学・大学院	4	10
成人	2	4
不明	0	15
ひきこもりを認めない	0	11
ひきこもり期間		
6ヶ月以内	0	13
6 - 12ヶ月	0	1
1 - 2年	0	1
2 - 5年	0	4
5 - 10年	3	3
10年以上	5	6
不明	0	19

いては病歴は不明であった。継続利用者(27人)の内訳は、居場所としての利用者(48%)が最も多く、次は元ひきこもりの利用者(33%)、アウトリーチやメールの相談のみの利用者(11%)、他支援機関と併用した利用者(8%)であった。新規利用者(29人)の内訳は、アウトリーチやメールとカウンセリング相談のみの利用者(45%)が最も多く、見学のみの利用者(21%)、居場所としての利用者(17%)、元ひきこもりの利用者(10%)、他支援機関と併用した利用者(7%)であった。そのうち、復職した者は1人、大学に進学した者は1人だった。

自由記載式アンケート調査結果の概要

メーリングリストに登録されていた利用者は35人であった。協力した利用者は13人、回答率は46.2%であった。回答者はピアスタッフ6人(46.2%)、ひきこもり当事者5人(38.5%)、一般利用者2人(15.4%); 男性8人(61.5%)、女性5人(38.5%)で

表2. ピアスタッフシステムについて自由記述調査

	ピアスタッフの役割がある利用者	ピアスタッフの役割がない利用者
利点	<ol style="list-style-type: none"> 1. 責任感がつく 2. 役割が得られる 3. 賃金をもらえる 4. 人との話す機会が増える 5. 外出の頻度が増える 6. 交流や悩みの共感共有ができる 7. 心が元気になる 8. 活動に趣味を生かす自信が持てる 9. 人との繋がりが増える 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 同世代の人が多く、友達感覚 2. 気が楽 3. 真実を話せる 4. 安心感が持てる 5. 会話が楽しい
欠点	<ol style="list-style-type: none"> 1. 気疲れする 2. 距離感がはかりづらい 3. 自由時間がなくなる 4. 時間の使い方の工夫が必要 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ピアスタッフの体調が特に心配
感想	<ol style="list-style-type: none"> 1. ピアスタッフに感謝の気持ち 2. 刺激を受けて成長できた 3. 自分の苦手分野を気づく 4. 回復したように見せることをした 5. スタッフ同士の悩み共有の大事さ 6. 重心が低くなった 7. 人間関係の苦労は人間らしいこと 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ふらっと行けるのはありがたい 2. 安心して過ごせた 3. ピアスタッフの仕事量が心配 4. 他施設とのコラボや交流を望む 5. 定期的に指導、研修が必要 6. 理解とサポートしてくれる 7. 共感が多く、自然でいられる

あった。ピアスタッフと利用者が記載したピアスタッフシステムの利点、欠点と感想を表2にまとめた。

ピアスタッフシステムに関する提案には「ピアスタッフ自身がしんどくなってしまわないようなあり方を望む。そのため、ピアスタッフの気持ちの負担を和らげる工夫が必要。」「自分の中でピアスタッフはどんな存在なのか考えて、自分のやりたいピアスタッフをやれば良い」、「ピアスタッフのサポーターが必要。二人のペアであれば各々の意見や知恵をもっと出し合うことができる」などが挙げられた。

まとめ

本システムでは、利用する当事者にとって対等な立場のスタッフがいることで、互いに共感を得やすく、安心感に繋がっていた。ピアスタッフは役割を持ち、賃金を得ることで責任感と自信につながっていた。利用者にとってピアスタッフシステムは、共感と安心感から人との交流を楽しく感じられるようになる利点がある一方で、気遣うことで逆に気疲れを感じてしまう欠点も認められた。

ひきこもりの人の中には常に気を使う人が少なくなく、自分の気持ちを素直に表現することができず、困難があっても口に出せない人が多い。また、一般社会のルールから外れた自分を恥ずかしく感じ、支援される立場ではないとの思い込みを持っている人も多いため、「ふらっと」では、支援されていることを感じさせないような居場所づくりを心がけ、「支援らしくない支援」の体制づくりに取り組み続けた。趣味や雑談のほか、定期的に自分の状況をテーマとして話し合う活動を行うことで、自分の今の気持ちは自分一人だけが感じているものではないということに気づくことができる。同じ痛みを持っている人がそばにいることで、お互い鏡になり、励まされるところもあれば、そこに自己を発見することも多く

ある。自分一人ではない、一人でいる必要もない、人との会話が楽しいということに気づくこと、それは自らが自分の状況や気持ちを客観的に考察することでできた、という“エンパワーメント”の効果が認められた。

ピアスタッフも人との会話の機会が増え、良い刺激になった。また、スタッフ同士協力する機会が増えて、お互い苦手なところをフォローしあい、スタッフ間の交流で悩みを共感し共有することで、自分と他人との間に存在する新しい一面に気づくことができた。役割が増え、その報酬を得ることで自信を持つことができた。ピアスタッフシステムにより、人間関係で気を使いすぎて疲れてひきこもり状態となった人に、何を話さなくても良い、ありのまま自分のペースで時間を過ごして無理なく自分と他の利用者と向き合いながら自分自身の成長に繋げていくことができる場所を提供できた。

一方で、ピアスタッフシステムには課題も残る。デイケアの利用者や社交目的での利用者も訪れるようになり、ピアスタッフやひきこもりの利用者の対応に苦慮する(話さなくてはいけない、付き合っていかなければならない)ジレンマが発生していた。ひきこもりの背景のない利用者や相談者に対しては、ピアスタッフのみの対応には困難があると考えられる。また、ピアスタッフシステムの良さを追求されることで、今まで利用者同士お互い支えあう居場所であったはずが、ピアスタッフとして自分が回復したように(実際は回復していないのに)見せかけ、自分の中に上下関係を作ってしまう、利用者同士とふらっとな関係を築けなくなる事例が見られた。また、役割と報酬を得たことで自立に自信を持ったものの、決められた時間に居場所に居続けることによって、居場所の居心地よさが義務感に変化してしまった例や、三人のピアスタッフ途中で辞めてしまい、二人のピアスタッ

フ当番制から一人当番制なったことで、気持ちの負担を分担してくれる人がなくなり、困難が生じた例なども見られた。利用者側の課題では、ピアスタッフの気持ちを配慮して相談しない場合や、あるいはピアスタッフの働きを一般化して要求する場面が見られた。全員にとってベストな形を模索しつつ、今後も「ふらっと」の特徴を保ちながらピアスタッフも利用者も共に安心して利用出来るような工夫が必要と考えられる。

ピアスタッフシステムを改善していくためのいくつかの提案について述べる。まず、ピアスタッフと利用者の安心感を保つために、居場所の体験や初めての利用の際は面接等によって利用者の状況を把握できるようにすることが必要である。初回面接では、利用者のひきこもりの原因による区分を行う（社会的ひきこもり、精神障害から生じたひきこもり、等）。利用者の状況やニーズに合わせて、居場所利用のスケジュールや自立プログラムを作成する。ピアスタッフや利用者が困ったとき相談するために、居場所にカウンセリングの時間を設けることやその時間にひきこもりに理解のあるカウンセラーを置くことも一つの工夫として提案される。

結 論

ピアスタッフシステムは利用者の居場所に対する安心感や楽しさを促進する効果があることがわかった。一方、ピアスタッフに挑戦する側にはポジティブ、ネガティブ両面の影響があることに注意する必要がある。報酬と役割を発生させることで、ポジティブな責任感と自信や趣味を通じた楽しさにつながる一方で、ピアスタッフは無理に自分を良く見せようとする場合もある。ピアスタッフの意義およびピアスタッフシステムの有効性を、ピアスタッフ自身も実感できるようになる工夫がさらに必要であると思われた。

引用文献

- (1) 川北稔. ひきこもり経験者による空間の獲得：支援活動における空間の複数性・対比性の活用. 日本社会学会. 2014;65(3):426-41
- (2) Yong KFR. 地域におけるひきこもりの自立支援—居場所の在り方：ひきこもりから踏み出す一歩：安心、仲間、つながり. 秋田県公衆衛生学雑誌. 2017;13(1):14-23
- (3) 齋藤万比古. 厚生労働科学研究（こころの健康科学）「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療 支援システムの構築に関する研究」, 平成20年度研究報告書, 2009

会報

平成30年度 秋田県公衆衛生学会学術大会報告

ごあいさつ

本日は、ご多忙中にもかかわらず多数の皆様のご参加をいただきまして、誠にありがとうございます。どうぞございます。

本学会は平成10年に発足した秋田県地域保健研究会を前身として、平成15年10月9日に設立されました。以降、県内の保健医療関係者、行政、学術関係者、NPO等の幅広い英知を結集し、学術的基盤にのっとり、地域の多様な実情を具体的に分析、議論し、実践を促進するための活動を行っております。

学術大会は、その時々注目される公衆衛生上の課題について、特別講演により研鑽を深めるとともに、この1年間における公衆衛生活動の発表の場として毎年開催しております。

今回の特別講演では、高齢者の地域生活支援のための研修活動を展開する東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チームの研究部長である石崎達郎先生をお迎えし、深刻な高齢化が進む本県において一層重要となる高齢者に対する保健事業についてご講演いただきます。また、公衆衛生研究および活動に関する一般演題では、例年より盛況の10題について発表がございます。

本日もご参加いただいた皆様におかれましては、新たな情報を得るだけでなく、積極的な討議の場として、議論を深めていただきたいと存じます。学術大会を通じて、今後の秋田県における公衆衛生学分野の更なる発展につなげていただくことを御期待申し上げます。ごあいさつといたします。

平成30年11月13日
秋田県公衆衛生学会長
秋田市保健所長
伊藤千鶴

第15回 秋田県公衆衛生学会学術大会プログラム

学会長： 伊藤千鶴 秋田市保健所長

I. 開催概要

1. 日時：平成30年11月13日(火) (午後1:00~4:30)
2. 会場：秋田県ゆとり生活創造センター「遊学舎」会議棟
(秋田市上北手荒巻字堺切24-2)

II. プログラム

13:00~13:05 学会長挨拶

13:10~14:40 特別講演 座長 伊藤千鶴 秋田市保健所長
高齢者の保健事業：保健・介護予防・医療の一体化を目指して
石崎達郎 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

14:40~14:50 休憩

14:50~15:40 一般演題1 座長 野村恭子 秋田大学大学院医学系研究科 教授

1. 秋田県と全国の歩数の比較
南園智人
2. がん検診の継続受診に向けた取組について
～秋田市独自の割引制度とコール・リコールの実施～
木曾智裕, 沼倉春市, 田村茉莉, 工藤優香, 安藤功毅, 田近京子, 伊藤千鶴
3. 養介護施設における看護職の高齢者虐待に関する認識
永田美奈加, 鈴木圭子
4. 秋田県内で分離された結核菌株のVNTR法を用いた分子疫学解析について
高橋志保, 今野貴之, 熊谷優子
5. 妊婦歯科健診の受診行動に与える要因について
堀井美樹子, 高橋ひとみ, 星宮結, 池田真菜香, 小西まどか, 古谷享子, 佐々木智美
大仙市健康福祉部健康増進センター職員一同

15:40~16:30 一般演題2 座長 伊藤善信 秋田県健康福祉部 参事

6. 自治体職員のメンタルヘルスと職場のソーシャル・キャピタルとの関連
高橋ひとみ, 米山奈奈子, 佐々木久長
7. 都内某大学病院で正期産単胎を出産した母親の分娩後半年間の追跡調査：
分娩後1, 3, 6か月の母親の栄養摂取状況、授乳法が与えるこどもの体重増加への影響
湊隆文, 野村恭子, 朝倉比都美, 服部綾香, 平池春子, 日野優子, 磯島豪, 児玉浩子
8. 母親の誤ったBMI認識が及ぼす産後の体重の戻りと栄養摂取状況への影響
日置梓, 野村恭子, 南園佐知子, ロザリン・ヨン, 朝倉比都美, 服部綾香, 平池春子,
日野優子, 磯島豪, 児玉浩子
9. 都道府県別の人工妊娠中絶と各種指標の相関分析による人口妊娠中絶比に影響を与える要因の検討
南園佐知子, 煙山菜月, 野村恭子, ロザリン・ヨン
10. 地域公衆衛生の現場：研究と実践の循環 - 長期ひきこもりの社会復帰に関する壁
ロザリン・ヨン, 佐々木久長

16:30 閉会の辞

特別講演

高齢者の保健事業： 保健・介護予防・医療の一体化を目指して

東京都健康長寿医療センター研究所

石崎 達郎

いしざき たつろう

講師略歴

<学歴>

- 1988年 帝京大学医学部 卒業
- 1992年 帝京大学大学院医学研究科 修了・博士（医学）
- 1996年 ハーバード大学大学院 修了・Master of Public Health

<職歴>

- 1992年 帝京大学医学部・助手（公衆衛生学講座）
 - 1996年 東京都老人総合研究所・研究員（疫学部門）
 - 2000年 京都大学大学院医学研究科・助教授（医療経済学分野）
 - 2009年 京都大学大学院医学研究科・准教授（健康情報学分野）
 - 2011年 東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長（福祉と生活ケア研究チーム チームリーダー）
- 現在、京都大学非常勤講師、帝京大学客員教授、筑波大学客員教授を兼務

<受賞歴>

- 1994年 日本公衆衛生学会奨励賞受賞

<専門医等>

- 日本公衆衛生学会認定公衆衛生専門家
- 社会医学系指導医・専門医

<公的機関の委員等>

- 厚生労働省 高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ構成員（2016年～現在）
- 東京都国民健康保険団体連合会 保健事業支援・評価委員会委員（2018年～）
- 東京都板橋区 地域ケア運営協議会委員（2016年～現在）

講演要旨

わが国の75歳以上の高齢者（後期高齢者）の健康診査は、特定健康診査と基本的に同じ内容であるため、メタボリック症候群がターゲットとなる。東京都の後期高齢者の中で平成25年度に健康診査を受けた者のうち、高血圧・脂質異常症・糖尿病のいずれかについて内服治療を受けていた者は過半数を占めていた。このことから、メタボリック症候群の一次予防、二次予防という観点において、後期高齢者の健康診査の内容は、その目的に適っているとは言い切れず、後期高齢者の身体特性に適合した健康診査が求められている。

後期高齢者の特徴の一つに、複数の慢性疾患が併存する多病（multimorbidity）の割合が高いことが挙げられる。多病の存在はさまざまな負のアウトカム、例えば、医療資源消費の増加、入院リスクの増加、生活機能低下リスクの増加、医療・介護ケアの連続性低下などに強く関与する。

多病は処方される薬剤数の増加につながり、その結果、後期高齢者では多剤処方（polypharmacy）を生じやすいことはもう一つの特徴である。5種類または6種類以上の内服薬が処方されている場合を多剤処方と定義すると、厚生労働省の社会医療診療行為別調査（平成26年度）では、多剤処方（内服薬に限定）となっていた処方箋の割合は、年齢階級が上がるにつれて増加し、55～64歳で15%、65～74歳は20%、75～84歳は30%、そして、85歳以上では40%を占めていた。

以上のことから、後期高齢者に対する保健事業・健康診査では、多病や多剤処方への対応もターゲットに含まれることが必要である。そのためには、後期高齢者一人ひとりについて、疾患名や処方薬剤名に係る診療情報の全体像が把握可能となるシステム構築が求められる。その第一歩として、例えば、健康診査の場において、受診者の慢性疾患や処方薬剤に関する情報を収集・統合し、健康診査の結果表に記録することは、後期高齢者の医療全体の把握、ひいては、慢性疾患の重症化予防戦略においても、有用な情報源となりうることが期待される。

老化とは個人差の拡大であり、後期高齢者では健康状態の個人差がとても大きい。日常生活が自立していて地域活動の盛んな者から、要介護状態で入院・入所している者まで、幅広く存在する。後期高齢者の特性を評価する際は、疾患や処方薬剤に関する情報だけではなく、生活機能や認知機能の自立度の評価、フレイルや低栄養などの評価が重要である。

生活機能・認知機能やフレイル・低栄養に対する取り組みは、介護保険制度（介護予防事業）で実施されているが、保健事業としての対応も重要である。平成30年夏、厚生労働省は保険局と老健局が合同で「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」を立ち上げ、一体的実施に関する検討を開始した。多病や多剤処方に対する保健事業は、かかりつけ医との連携なしにはうまく進まないため、医療も含めた「一体的対応」が必要である。

一 般 演 題 抄 録

1. 秋田県と全国の歩数の比較

南園智人
秋田県横手保健所

【目的】身体活動不足は、生活習慣病発症、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子である。身体活動の中でも歩数は、多くの国民にとって日常的に測定・評価できる身体活動量の客観的指標であり、また、健康日本 21（第二次）では歩数の増加を目標項目として設定している。高齢化が進展する日本において歩くことを推奨する重要性は高いが、秋田県民の歩数についての現状把握は十分でない。そのため、秋田県と全国の歩数を比較し、今後の研究、健康施策に資することを目的とした。

【方法】平成 28 年国民健康栄養・調査、県民健康・栄養調査の結果を用いて、性、年齢階級別の歩数の状況、男女別の 20 歳以上の年齢調整値を算出した。年齢調整値の基準人口には平成 22 年日本人人口を用いた。

【結果】秋田県の平均歩数が全国を上回ったのは、男性は 60 代、女性は 40 代のみで、その他の年齢階級は全て全国を下回った。特に 70 歳以上では、男女ともに歩数は全国より有意に少なかった。年齢調整値では、男性は全国より有意に少なかったが、女性では有意差は無かった。

性	年齢階級(年)	秋田県			全国			秋田県－全国の差	
		調査人数	平均	標準誤差	調査人数	平均	標準誤差	平均	(95%信頼区間)
男	20-29	12	8207	1244	662	8583	195	-376	(-3136 , 2383)
	30-39	25	6847	956	1122	8127	132	-1280	(-3176 , 615)
	40-49	43	7508	654	1492	7800	109	-292	(-1709 , 1126)
	50-59	34	6169	764	1396	7478	106	-1309	(-2748 , 129)
	60-69	46	6841	841	2182	6721	77	120	(-1255 , 1495)
	70以上	59	3488	460	2393	5338	74	-1850	(-2624 , -1075)
	20以上	219	6040	438	9247	6984	43	-944	(-1547 , -342)
	20以上(年齢調整値)	219	6457	340	9247	7300	48	-843	(-1516 , -171)
女	20-29	13	6789	1290	724	7418	160	-629	(-2860 , 1603)
	30-39	29	5933	904	1294	6521	99	-588	(-1971 , 795)
	40-49	36	7700	978	1732	6847	82	853	(-902 , 2609)
	50-59	48	6337	456	1701	6854	74	-517	(-1537 , 502)
	60-69	54	5587	269	2557	6181	60	-594	(-1415 , 226)
	70以上	83	3466	419	2981	4274	53	-808	(-1551 , -64)
	20以上	263	5441	243	10989	6029	32	-588	(-1077 , -98)
	20以上(年齢調整値)	263	5732	264	10989	6147	35	-414	(-937 , 108)

【考察】健康長寿新ガイドラインエビデンスブック（東京都健康長寿医療センター）では望ましい 1 日歩数として、前期高齢者では 7,000 歩、後期高齢者で 5,000 歩を提案しているが、秋田県高齢者の平均歩数はこの値を下回っている。秋田県高齢者の歩数が少ないことは、筋力の衰えからの身体的フレイル、人間関係や社会とのつながりが乏しい社会的フレイルに陥っている可能性を示唆する。秋田県は健康寿命日本一を目標に生活習慣病予防が中心の対策を行っている。今後は、フレイルに着目した予防活動も必要と考える。

2. がん検診の継続受診に向けた取組について ～秋田市独自の割引制度とコール・リコールの実施～

木曾智裕, 沼倉春市, 田村茉莉, 工藤優香, 安藤功毅, 田近京子, 伊藤千鶴
秋田市保健所

【目的】 一生涯で日本人の約2人に1人ががんに罹患し、約3人に1人の死因ががんであるなど、がん対策は日本の重要課題である。そのため、各自治体においてがん検診を推進しているところであるが、全国的にその受診率は伸び悩んでいる。その受診率の向上を主な目的として、国は無料クーポン事業を平成21年度から実施した。これにより、本市においても大幅に初回受診者が増加したものの、5歳刻みの年齢を対象とした事業であることから、「継続的な受診に繋がらない」という傾向が見られるようになり、早期発見のために国が指針で定めている適切な受診間隔（年1回又は2年に1回）との乖離が生じてしまっていた。そこで、より効果的、効率的に継続受診に繋げるため、「秋田市独自のがん検診割引制度」を平成28年度から実施した。

【対象と方法】 国の指針に基づく5種類のがん検診のうち、肺がんを除く胃がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの4検診を割引制度の対象とした。それぞれのがんについて、本市の『罹患が増える年代』もしくは『その手前の年代』をターゲットとし、継続受診に繋がる受診間隔として『概ね2年に1回』を自己負担金の割引対象および受診勧奨通知の送付対象とした。割引後の自己負担額については、低料金で受けやすいワンコイン（500円）をベースにした。また、1検診1通知として、検診別に主体カラーを青・緑・オレンジ・ピンクに色分けしたフルカラーの圧着ハガキを作成し、対象者全員に対して6月上旬に個別通知（コール）し、12月上旬には未受診の者に再度通知（リコール）した。

【結果】 いずれの検診も実施前より受診者数が増加した。特に、女性特有のがん検診である、乳がん検診は1.8倍、子宮頸がん検診は2.5倍となり大きく増加した。受診月別では、7月と2月の受診者が他の月と比較すると1.5～2倍と最も多かった。

また、胃がん検診の2年連続受診者数について、平成28年度に割引対象となった市民（50～59歳男女）のうち、実施前の平成26・27年度の連続受診は333人であったが、平成28・29年度の連続受診は618人と約2倍となり、継続受診に繋がっている傾向も見られた。

【考察】 4検診全体でも約1.8倍に受診者が増加するなど、一定の成果はあった。コール・リコールについては、受診率向上に効果があると国で推奨する手法ではあるが、本市においても個別通知後に受診者が増えたことから、やはり効果は高いといえる。また、自己負担額の割引や視覚に訴えるようなフルカラーの通知は、男性よりも女性に対して効果的であったと考えられる。

この取組の主たる目的は、継続受診に繋げることであることから、長期に渡って実績をみていく必要がある。したがって、今後も短期の事業評価を繰り返しながら、適宜、取組の改善に努めていくことが重要である。

また、割引対象以降の年代になった際に、割高感を覚えて受診を控えたり、個別通知が届かないことで受診しなくなる市民が少なからずいると思われることから、その対策についても検討していく必要があると考える。

3. 養介護施設における看護職の高齢者虐待に関する認識

永田美奈加, 鈴木圭子
秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻

【目的】厚生労働省の報告では、看護職を含む養介護施設従業者等による高齢者虐待の相談・通報件数は、平成23年度687件から平成28年度には1,723件と増加している。虐待行為が行われていても虐待と意識されない事例も存在することから、高齢者虐待は多く潜在している可能性がある。養介護施設の看護職の高齢者虐待については、その報告自体が少なく、十分に状況が把握されているとはいえない。そこで、養介護施設に勤務する看護職の高齢者虐待への認識について調査を行ったので報告する。

【方法】A県養介護施設529施設の看護職を対象とした無記名の質問紙調査。各施設管理者に文書にて調査への協力と看護職への調査票配布を依頼した。310の回答（回収率58.6%）のうち、回答に不備のない284（53.7%）を分析対象とした。調査内容は、1) 高齢者虐待の認識として、①虐待に該当する行為の経験の有無と内容（自由記述）、②日常的ケア場面15項目における虐待の判断（「虐待である・虐待かもしれない・虐待とは考えにくい」）で回答、高齢者の権利擁護や虐待防止研修で使用されているチェックリストの一部。2) 基本属性とした。自由記述は、意味内容の類似性に基づき、カテゴリー化した。本研究は所属機関の倫理審査を受け実施した。

【結果】分析対象者は、女性91.2%、看護職経験20年以上65.5%であった。虐待に該当する行為の経験があると回答した者は約3割で、具体的内容は、心理的虐待（32件）、身体的虐待（30件）、介護・世話の放棄・放任（11件）、性的虐待（1件）の順に多く、その他、虐待ではないが不適切な行為と認識している行為（11件）が挙げられた。日常的ケア場面について、100%虐待であると判断した項目はなかった。7割が虐待であると判断したのは、利用者への否定的態度や私物を取りあげる・金銭要求等の経済的虐待に該当する項目であった。約2割が虐待とは考えにくいと判断したのは、利用者に友達感覚で接する、異性職員によるケア、声をかけずに居室に入る・介助を行う等の心理的虐待に該当する項目であった。

【考察】対象者の3割が虐待に該当する行為の経験があると認識しており、心理的・身体的虐待が多かった。日常的ケア場面における虐待の判断については、心理的虐待に該当する項目への認識が低かった。虐待の背景には個人の職業倫理や組織的な合意等、複雑な要因がある。高齢者虐待防止への意識を高めるために、基礎教育や現場での継続的な教育の必要性が示唆された。

4. 秋田県内で分離された結核菌株の VNTR 法を用いた分子疫学解析について

高橋志保, 今野貴之, 熊谷優子
秋田県健康環境センター 保健衛生部

【目的】厚生労働省は、2020年までに日本の結核罹患率を人口10万人あたり10以下とすることを目指している。結核統計によると、平成28年の結核罹患率は13.9で、徐々に欧米諸国の水準に近づきつつある。都道府県別で見ると、秋田県は平成25年には10.3であったが、平成28年は8.5となっており、全国で4番目の低まん延県である。しかしながら、高齢化が進んでいる本県では、平成28年の新登録結核患者中65歳以上が占める割合は84.9%と高く、高齢者の場合、過去に受けた感染が内因性再燃により発症することもあるため、患者の発生は今後も継続することが想定される。その際、早期の受診や診断のほか、分離された菌株の分子疫学解析を実施することで迅速に関連性を見いだすことが、新たな患者の発生を抑えることにつながると考えられる。

各保健所管内で登録された結核患者から分離された結核菌株について分子疫学解析を行うことは、疫学調査から得られた情報に菌株そのものの遺伝子型という科学的根拠を付与し、感染源や伝播経路を推定するのに役立つ可能性がある。さらに、データを蓄積することにより、県内における流行状況の把握につながることが期待される。

今回は、当センターで実施している分子疫学解析から明らかとなった県内の結核菌の系統的な特徴と、解析上の注意点について報告する。

【対象および方法】平成25年7月から施行された秋田県結核菌分子疫学調査実施要領に基づき、秋田県各保健所管内で登録された結核患者から分離され、平成25年7月から平成29年3月までに受領した結核菌株269株を対象に、結核菌遺伝子中の反復配列多型 (Variable number of tandem repeat : VNTR) 解析を行った。

結核菌 DNA は、QIAamp DNA Micro Kit を用いて抽出した。VNTR 解析は、前田ら (2008) が報告した VNTR 分析法に従った。Japan Anti-Tuberculosis Association (JATA) (12)-VNTR 分析法によりプロファイルが一致した場合は、JATA (15)-VNTR 解析に該当する残りの3領域と、超可変(Hypervariable : HV) 領域 (3領域) の解析を行った。さらに、Seto, et al.(2015) の方法に従い、最大事後確率推定法による遺伝系統解析を行い、遺伝系統を推定した。また、プロファイルが全領域一致した菌株同士を同一クラスターとし、JATA (12)、JATA (15)、JATA (15)+HV 領域それぞれでのクラスター形成率を比較した。

【結果と考察】269株中でプロファイルが一致したのは、JATA (12)-VNTR 法では78株29組 (29.0%) であった。また、遺伝系統解析の結果から、北京型が183株 (68.0%)、非北京型が86株 (32.0%) であった。北京型株を系統分類すると、新興型が34株 (18.6%)、祖先型が149株 (81.4%) であり、祖先型はさらに4つの遺伝系統に分類され、ST3、STK、ST25/19、ST11/26の順に多かった。

クラスター形成率の比較を行ったところ、JATA (15)-VNTR 法では58株22組 (21.6%)、JATA (15)-VNTR+HV 法では23株11組 (8.6%) であった。解析する領域を追加することでクラスター形成率が減少し、識別能が高くなった。さらに、遺伝系統ごとの各 VNTR 法のクラスター形成率を比較すると、北京型では32.2%から5.5%に大きく減少したが、非北京型は JATA (15)-VNTR 法ではまったく変わらず、HV 領域での違いのみで、それほど減少しなかった。

今回の解析から、JATA (12)-VNTR 法で一致するプロファイルが得られた場合には、解析領域を追加することで、関連性の有無を推定するのに役立つデータが得られることがわかった。

今後も、管轄する保健所の結核担当者と連携し、解析結果を感染経路の解明につなげていきたい。

5. 妊婦歯科健診の受診行動に与える要因について

堀井美樹子, 高橋ひとみ, 星宮結, 池田真菜香, 小西まどか, 古谷享子, 佐々木智美,
大仙市健康福祉部健康増進センター職員一同
大仙市健康福祉部健康増進センター

【目的】 母子歯科保健対策の入り口である妊婦歯科健診について、健診の必要性の認識が受診行動に与える要因を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】 大仙市のこんにちは赤ちゃん訪問対象（産後 2 か月頃）の産婦に、訪問時に口頭で趣旨説明を行い、同意が得られた産婦に調査票の記入をお願いした。調査内容は、児の出生体重・出生順位・妊娠期間・妊婦歯科健診の必要性の認識、妊婦歯科健診の受診者には「受けるきっかけ（11 項目）」、未受診者には「どんな働きかけがあれば受けたと思うか（6 項目）」とした。受診の有無と児の出生体重・出生順位・妊娠期間・妊婦歯科健診の必要性の認識、更に、妊婦歯科健診の必要性の認識と受診者の受けるきっかけ・未受診者への働きかけの各項目でロジスティック回帰分析を行い、受診や健診の必要性の認識との関連を分析した。

【結果】 訪問対象者 235 名に調査依頼し 217 名から回答が得られた（回収率 92.3%）。ロジスティック回帰分析の結果、受診に関連している要因は「初産」に対し「経産（OR=2.03、95%CI=1.07-3.38）」、健診の必要性の認識が「ある」に対し「ない（OR=5.43、95%CI=2.72-10.86）」で、経産と健診の必要性の認識がない場合、歯科健診を受診しない傾向にあった。健診の必要性の認識はなかったが妊婦歯科健診を受診したきっかけでは、妊娠前からむし歯があり受診しようと思っていたとの回答「なし」に対し「あり（OR=6.92、95%CI=1.39-24.74）」で、妊娠前からむし歯があり歯科受診しようと思っていた場合、健診の必要性の認識がなくても妊婦歯科健診を受診する傾向にあった。健診の必要性の認識がなかったがどんな働きかけがあれば妊婦歯科健診を受診したかでは、妊娠中はホルモンの関係でむし歯や歯周病になりやすいという回答「なし」に対し「あり（OR=0.27、95%CI=0.08-0.90）」、妊婦健診時に産科医や助産師からの勧めに回答「なし」に対し「あり（OR=5.57、95%CI=1.79-17.33）」で、妊婦歯科健診を受診しなかったが健診の必要性の認識がある場合「妊娠中はホルモンの関係で虫歯になりやすいという説明」、認識がない場合「妊婦健診時に産科医や助産師からのお勧め」が影響していた。

【考察と結論】 妊婦歯科健診の受診と、児の出生体重、妊娠期間との関連はなく、出生順位（初産・経産）と受診の必要性の認識が関連していることから、個々の妊婦の特性を把握することが重要となる。更に認識の違いによる受診のきっかけや働きかけが異なったことから、個々の認識をアセスメントし、個に応じた支援をすることの重要性が示唆された。「妊娠」は女性のライフイベントの大きな節目であり、母子保健対策の入り口である母子健康手帳交付時の妊婦相談は、口腔衛生をふくめた自身の健康の振り返りと向上、将来の子の口腔衛生、健康について考える機会として重要であると考えられる。

6. 自治体職員のメンタルヘルスと職場のソーシャル・キャピタルとの関連

高橋ひとみ¹, 米山奈奈子², 佐々木久長²

¹ 大仙市健康福祉部健康増進センター, ² 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻

【目的】自治体職員のメンタルヘルスの実態を明らかにし、職場のソーシャル・キャピタル（以下 SC）や労働環境が与える影響を検証することを目的とした。

【対象・方法】対象は A 県内自治体の長宛に研究趣旨説明及び調査協力依頼を行い、協力が得られた 2 つの自治体に職場を通して調査票を配布し、調査協力者（課長級以下）から郵送法で個別回収した。調査内容は属性、職業性ストレス簡易調査票、職場の SC、職場の健康管理、職場の人とのつながり、そして職場に対する思い・仕事と家庭の満足度に関する項目である。職業性ストレス簡易調査票のストレス判定結果と職場の SC 得点を Mann-Whitney の U 検定で差を比較した。また、性別や年齢の影響を調整し、「ストレス判定結果」と「職場の健康管理」「職場の人とのつながり」「職場に対する思い・仕事と家庭の満足度」の 3 つの枠組でロジスティック回帰分析を行い、ストレス判定と個人・職員間・職場全体との関連を分析した。

【結果】1,031 名から回答が得られ、有効回答数は 932 名（有効回答率 63.5%）で、高ストレス者 8.9%、低ストレス者 9.0%であった。ストレス判定（高ストレス者とそれ以外、低ストレス者とそれ以外）と職場の SC 得点の比較では、下位項目の「職場の一体感」「職場での協調」「上司の公正な態度」全てにおいて高ストレス者が低く、低ストレス者が高かった。ロジスティック回帰分析の結果、高ストレス者と低ストレス者の両方に関連していた項目は「職場の人に相談できる/できない」「仕事以外の付き合いある/ない」「仕事満足度ある/ない」であった（いずれも低ストレス者は肯定的な関連）。高ストレス者にのみ関連していたのは「労働安全衛生規定の認知度（知らない・知っているが見てない）」「相談窓口（ない）」「飲み会や食事会（ない）」「職場への愛着（ない）」「職場の人への信頼（ない）」であった。低ストレス者のみに関連していたのは「年齢（50 歳以上）」「家庭満足度（ある）」であった。

【考察・結論】自治体職員では約 1 割の高ストレス者がおり、職場の SC や人間関係、そして職場や家庭状況が影響していた。高・低ストレス者とも属性との関連はなく、各職場に高ストレス者は一定数おり、個人のメンタルヘルス不調のリスクを低減するため、自治体の特性にあった対策の実践が求められる。職場の SC に焦点を当てたメンタルヘルス対策に加え、職場の人への相談・職場の人とのゆるやかなつながりと、仕事・家庭満足度の向上につながる職場環境整備が、職場のメンタルヘルスを向上させる可能性がある。

7. 都内某大学病院で正期産単胎を出産した母親の分娩後半年間の追跡調査： 分娩後1, 3, 6か月の母親の栄養摂取状況、授乳法が与えるこどもの体重増加への影響

湊隆文¹、野村恭子¹、朝倉比都美²、服部綾香²、平池春子³、日野優子⁴、磯島豪⁴、児玉浩子⁵

¹ 秋田大学医学部公衆衛生学講座、² 帝京大学医学部附属病院栄養部、³ 帝京大学医学部産婦人科学講座、⁴ 帝京大学医学部小児科学講座、⁵ 帝京平成大学健康メディカル学部健康栄養学科

【目的】 本研究では妊婦のやせが問題視されている中で、分娩後のこどもの体重増加量と母親の栄養摂取状況、母乳栄養割合との間に相違があるかを検討することを目的とした。

【対象と方法】 2016年7月20日から2017年12月31日までに、帝京大学附属病院産婦人科（東京都、板橋区）で単胎を出産した母親に調査協力を求めた。分娩後約1か月、3か月、6か月の時点における母親の栄養摂取状況を食物摂取頻度調査（Food Frequency Questionnaire:FFQ）を用いて評価した。母親の基礎属性、母子の体重、授乳法、生活習慣歴等を分娩後1か月、3か月、6か月時点で自記式質問票にて尋ねた。本研究集団と国民健康栄養調査の比較、分娩後のこどもの体重増加量と母親の栄養摂取状況の解析にt検定を用い、分娩後のこどもの体重増加量と母乳栄養との関係の解析に χ^2 二乗検定、Fisherの正確検定を用いた。統計ソフトSASを用い、有意水準を5%とした。

【結果】 本調査で同意を得た129名の中で解析対象集団としたのは、分娩後1か月、3か月、6か月で、それぞれ84人、57人、48人である。対象者の平均年齢は34歳、1か月後の平均BMI値は21.8 (kg/m²)、1か月後時点でのBMIが18.5未満のやせ群は全体の9%であった。自記式質問票の結果を解析したところ、子供の体重増加は出生後1か月、3か月、6か月でそれぞれ、1.1kg、3.7kg、4.4kgであった。また、国民健康栄養調査による授乳婦と食物摂取頻度調査による本研究集団の栄養摂取状況を比較検討したところ、本研究集団の分娩後1か月、3か月、6か月すべてにおいて、脂質とカルシウムの摂取が有意に多かった。さらに、出生後1か月、3か月、6か月において子供の体重増加が集団の25パーセント未満の群と、25パーセント以上の群に分け、その母親の栄養摂取状況、母乳栄養割合の相違を調べたところ、6か月の人工乳を与えた群においては母乳を与えた群に比して、こどもの体重が有意に増加し、それ以外の項目においては有意な差はみられなかった。

【考察】 子供の体重増加量と母親の栄養摂取状況との間に有意な関係はみられなかった。

8. 母親の誤った BMI 認識が及ぼす産後の体重の戻りと栄養摂取状況への影響

日置梓¹, 野村恭子¹, 南園佐知子¹, ロザリン・ヨン¹, 朝倉比都美², 服部綾香², 平池春子³, 日野優子⁴, 磯島豪⁴, 児玉浩子⁵

¹ 秋田大学医学部公衆衛生学講座, ² 帝京大学医学部附属病院栄養部, ³ 帝京大学医学部産婦人科学講座, ⁴ 帝京大学医学部小児科学講座, ⁵ 帝京平成大学健康メディカル学部健康栄養学科

【目的】本研究では、妊婦のやせが問題視されている中、分娩後1か月、3か月時点における母親の体重に関する認識と実際の BMI における体重との間に相違があるかを検討する。そして、母親の BMI 認識の正誤が及ぼす、産後の体重の戻りのスピードや栄養摂取状況への影響を検討する。

【対象と方法】2016年7月から2017年12月までに、帝京大学附属病院産婦人科において正期産で単胎を出産した母親に調査協力を求めた。分娩約1か月後、3か月後の時点における母親の栄養摂取状況を食物摂取頻度調査 (Food Frequency Questionnaire:FFQ) を用いて評価した。母親の基礎属性、体重を分娩後1か月、3か月時点で自記式質問票にて尋ねた。本研究では BMI 値に関して日本人女性の平均 BMI を考慮し、やせ群 (BMI<18.5)、標準体重群 (18.5≤BMI<23)、過体重・肥満群 (23≤BMI) の3群に定義、分類する。母親の BMI 認識の正誤について、やせ群及び標準体重群に属する者のうち、太っていると認識している群を BMI 誤認識群、認識していない群を BMI 正認識群と定義した。BMI 認識の正誤と産後の体重の戻り、栄養摂取状況との有意差をカイ二乗検定を用いて行った。統計ソフトは SAS (version 9.4 for windows ; SAS, Cary, NC, USA) を用い、有意水準を5%とした。

【結果】本調査で同意を得た129名のうち、分娩後1か月、3か月で、それぞれ62人、41人が解析対象集団となった。1か月後時点における BMI 誤認識群は43名 (69%)、正認識群は19名 (31%)、3か月後時点ではそれぞれ21名 (51%) と20名 (49%) であった。BMI 認識の正誤と、産後の体重の戻りに関して1か月後時点でのみ、BMI 誤認識群は正認識群に比べて、産後の体重の戻りが多かった (中央値 2.4 (1.1, 3.6) vs. 中央値 1.5 (0.4, 2.4), p=0.024)。また栄養摂取状況においては、1か月後、3か月後時点ともに、BMI 誤認識群は BMI 正認識群に比べて、多くの栄養素の摂取量が少なかった。

【結論】母親の自分の体重に対する誤った認識があると、食事の摂取量が少なくなる傾向が認められた。

9. 都道府県別の人工妊娠中絶と各種指標の相関分析による人口妊娠中絶比に影響を与える要因の検討

南園佐知子¹, 煙山菜月², 野村恭子¹, ロザリン・ヨン¹

¹ 秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座, ² 秋田大学医学部医学科

【目的】 日本の人工妊娠中絶件数は、1955 年をピークに減少を続けてきたものの、いまだに中絶に対する決定的な対策に欠いているのが現実で、若年層の中絶、中絶のリピーターなど様々な問題を抱えている。中絶率を低下させるためには、中絶の現状を分析し、女性のニーズを把握することが重要である。本研究では、中絶の現状把握を目的に地域別・年代別の人口妊娠中絶率に重要な影響を与える要因を検討することを目的とした。

【方法】 衛生行政報告例より人工妊娠中絶件数を年齢 6 階級別に出生数で割った人工妊娠中絶比を用いて年次推移集計した。平成 28 年の人工妊娠中絶比と各種指標（進学率、年代別進学率、人口 10 万人対産科・産婦人科医師数、所定内労働時間数、1 人あたり県民所得、所定内給与額、地域別最低賃金、ジニ係数、第一次産業就業者割合、第二次産業就業者割合、第三次産業就業者割合、妊娠 11 週以内の妊娠届け出割合）との相関を調べ、人工妊娠中絶に影響を与える指標について考察を行った。

【結果】 都道府県別の年齢調整中絶率は、東京や大阪など人口密度が高い地域だけでなく、鳥取県、熊本県なども高かった。人工妊娠中絶比の推移をみると 20 代・30 代を除く年代で減少傾向にあるも、19 歳以下の妊娠中絶比は他の年代と比較してもまだ高かった。人工妊娠中絶比を 19 歳以下、20 - 24 歳、25 - 39 歳、40 歳以上の 4 階級に分けて、各種指標との相関を調べた結果、20 - 24 歳では、進学率と有意な正の相関が見られたが、25 - 39 歳、40 歳以上では進学率と有意な負の相関が見られた。また、経済的な指標（所定内給与額や地域別最低賃金）についても進学率と同様に 20 - 24 歳で有意な正の相関、25 - 39 歳、40 歳以上で有意な負の相関が見られた。出産に関わる指標としては、25 - 39 歳では、妊娠 11 週以内での届け出割合と負の相関がみられた。

【考察】 人口妊娠中絶比は、年代別・地域別に異なっていることが明らかとなった。また、年代別相関分析結果より、20 - 24 歳では学業や仕事の両立を充実させる支援、25 - 39 歳、40 歳以上では経済的な要因が大きく関わっている可能性があり、妊娠出産だけでなく子育てへの支援の強化の必要があると考えた。また、秋田県では、19 歳以下の人工妊娠中絶比が他の年代や他県と比較して高く、若年者への教育の強化の必要性が考えられた。

10. 地域公衆衛生の現場： 研究と実践の循環 — 長期ひきこもりの社会復帰に関する壁

ロザリン・ヨン¹，佐々木久長²

¹ 秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座，² 秋田大学大学院医学系研究科基礎看護学講座

本研究では、公衆衛生学の視点で、居場所づくりの大切さを検討し、長期ひきこもりの社会復帰に関する壁を報告する。筆者は平成18年からひきこもりの研究を着手し、当事者と家族の視点で質的研究を行ってきた。ひきこもりは家庭・社会・医療・福祉を交織した社会現象であり、介入を及び予防とも公衆衛生のアプローチが最適と考える。また、当事者のニーズや希望を合わせた介入が有効と考えられる。研究から得られた知見を用いて現場に実践し、平成25年から大仙市に当事者ととも居場所を作り、愛称は「ふらっと」とする。気楽にいつでも立ち寄れる、縦割り関係なし、同じ屋根の下に共存し、マイナーのキーで心に響く曲を弾かれる、四つの意味である。平成29年度では、居場所を利用したひきこもりの当事者は56名、年齢は17-48歳、ひきこもり期間6-20年。そのうち、年間4回以上居場所を利用した者は32名、進学や就職（バイトを含む）した者は10名であった。居場所の運営は当事者の自主性を大事にするピアコンセプトを用いた。今回の発表では、ピアサポートの効果を検討し、また長期ひきこもりの社会復帰に関する壁を考察する。

平成30年度 秋田県公衆衛生学会 世話人名簿

(平成30年7月1日現在)

氏名	所属	役職
監事 石川 隆志	秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻	教授
学会長 伊藤 千鶴	秋田市保健所	所長
伊藤 善信	秋田県健康福祉部	参事
工藤 聖子	秋田県健康福祉部 保健・疾病対策課	課長
佐藤 浩	秋田県歯科医師会	理事
佐藤 廣道	秋田県健康環境センター	所長
佐藤 道子	秋田県看護協会	副会長
鈴木 明文	秋田県医師会	常任理事
鈴木 圭子	秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻	教授
永井 伸彦	山本地域振興局福祉環境部	部長
南部 泰士	日本赤十字秋田看護大学	准教授
野村 恭子	秋田大学大学院医学系研究科医学専攻	教授
保坂 学	秋田県健康福祉部	部長
編集委員長 村田 勝敬	秋田大学大学院医学系研究科医学専攻	教授
安田 哲弘	秋田県薬剤師会	専務理事

(50音順、敬称略)

秋田県公衆衛生学会会費について

秋田県公衆衛生学会の会費は、4月1日より翌年3月31日まで、以下のとおりです。

A 会員（団体会員）1口 10,000円

B 会員（個人会員）1000円

(振込先) 郵便振替の場合
銀行振込の場合

記号 18670 番号 16557901

銀行名：ゆうちょ銀行

店名：868（ハチロクハチ）店番：868

口座番号：普通 1655790

口座名義：アキタケンコウシュウエイセイガツカイ

秋田県公衆衛生学会運営要項

- 第一条 本会は秋田県公衆衛生学会（Akita Society for Public Health）と称する。
- 第二条 本会は秋田県の公衆衛生の向上に寄与することを目的とする。
- 第三条 本会は前条の目的達成のために次の事業を行う。
1. 学術大会、セミナー等の開催
 2. 会員間の相互交流
 3. その他本会の目的達成に必要な事業
- 第四条 本会の目的に賛同する個人は誰でも会員になることができ、学術大会に発表し討議に参加することができる。
- 第五条 本会の運営に関して必要な事項を討議するため学会世話人を置く。
- 第六条 学会世話人会は秋田県内の公衆衛生・医療分野の関係者、秋田県の衛生行政担当者、国の厚生労働行政経験者、学識経験者等から成る若干名の者で構成する。
- 第七条 学会世話人の任務を次のように定める。
1. 学会世話人は世話人会に出席し、本会の運営に必要な事項を討議する。
 2. 学会世話人の任期は2年とし、再任を妨げない。
 3. 学会世話人会は原則として年1回、学術大会開催に際して招集される。
 4. 学会長は学会世話人会において決定する。
- 第八条 学会長はその年の学術大会の運営及び諸般の事項を担当する。学会世話人会議長は学会長が担当する。
- 第九条 学術大会は原則として年1回開催される。学術大会では会員の研究発表と討議を行う。
- 第十条 必要に応じて、セミナー等を行うことができるが、本会の名において行われるセミナー等は学会世話人会の承認を受けなければならない。
- 第十一条 本会は学術大会やセミナー等の開催にあたって、必要な経費を参加費として徴収することができる。
- 第十二条 本会の事務局の所在は、秋田大学大学院医学系研究科環境保健学講座に置く。

附則 本運営要項は平成15年10月9日より発効する。

平成20年6月9日改正

平成22年6月4日改正

平成28年7月25日改正

秋田県公衆衛生学会運営要項細則

(会員)

第一条 会員の種別は次のとおりとする。

1. A会員は、この学会の趣旨に賛同する団体を対象とした会員である。
2. B会員は、この学会の趣旨に賛同する個人を対象とした会員である。

(年会費)

第二条 会員の年会費は次のように定める。

1. A会員の年会費は一口10,000円で一口以上とする。一口につき、1名が学術大会に参加し、学会誌3部の配布を受けることができる。
2. B会員の年会費は1,000円とする。B会員は学術大会に参加し、学会誌1部の配布を受けることができる。
3. 会費を滞納した者に対しては2年間、案内などの送付を継続するが、学会誌は送付しない。

(学術学会の参加費)

第三条 学術大会の参加費は500円とする。

(会計年度)

第四条 学会の会計年度は4月1日から翌年の3月31日までとする。

(監事の選任)

第五条 学会世話人会の中に監事1名を置く。監事の職務は、学会の財産の状況を監査すること、学会世話人の業務執行の状況を監査することである。

(編集委員会)

第六条 本学会に秋田県公衆衛生学雑誌を編集するために編集委員会を置く。

第七条 編集委員会の任務は次の事項とする。

1. 投稿原稿の査読結果の検討および採否の決定
2. 投稿原稿の依頼
3. 投稿規定の作成
4. その他編集に関すること

第八条 編集委員会の組織・構成は編集委員長1名ならびに編集委員10名以内とする。編集委員長は学会世話人会の議を経て、学会世話人会が委嘱する。編集委員長および編集委員の任期は2年とし、再任を妨げない。

第九条 編集委員会は年1回以上開催する。

(付則)

本細則は、平成16年7月10日より施行する。

平成18年6月9日改正

平成20年6月9日改正

平成30年7月20日改正

秋田県公衆衛生学雑誌投稿規程

1. 秋田県公衆衛生学雑誌は秋田県公衆衛生学会の機関誌であり、公衆衛生全般にわたる総説、原著論文、短報、報告、その他の投稿を受け付けます。
 - 1) 総説： 公衆衛生に関する諸問題を客観的な資料・考察に基づいて広い視点から論じたもの。
 - 2) 原著論文： 独創性のある理論的または実証的な研究で、完成度の高いもの。
 - 3) 短報： 独創性、緊急性のある萌芽的研究で、発展性の期待できる研究を手短にまとめたもの。
 - 4) 報告： 公衆衛生活動に役立つ実践報告や事例報告など
 - 5) その他： 論壇、随想、意見など編集委員会で必要性を認めたもの。
2. 原稿は邦文でも英文のいずれも受け付けます。
3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとしします。
4. ヒトおよび動物を対象にした研究論文は、1975年のヘルシンキ宣言（2000年修正）の方針に従い、必要な手続きを踏まえたものとしてください。
5. 投稿原稿の査読、採否および掲載順序などは編集委員会において決定し、編集委員長の名で著者に連絡します。
6. 原則として、投稿原稿は別に定める「執筆要項」に従って下さい。
7. 投稿原稿は、秋田県公衆衛生学雑誌編集委員会宛に送付して下さい。また、書面に総説、原著、短報、報告、その他のいずれの категорияとして投稿するのかを明記して下さい。
8. 掲載された現行の著作権は秋田県公衆衛生学会に属します。ただし、執筆者が使用する場合、本会の承諾を必要としません。冊子体刊行後、電子化および公開を行います。原稿中に他の著作権者による図版、写真、記事等がある場合はその著作権者に電子化公開の許可を得てください。
9. 投稿先
秋田県公衆衛生学雑誌編集委員会事務局
秋田大学大学院医学系研究科環境保健学講座内
〒010-8543 秋田市本道1-1-1
(E-mail) hygiene@med.akita-u.ac.jp
(TEL) 018-884-6085 (FAX) 018-836-2608

執 筆 要 項

1. 原稿はワープロソフトを用い、A4版、横書き、新かな使い、常用漢字の明朝体で記載する。句読点および括弧は一字とする。ワープロソフトはワード等のWindows系のソフトで送付すること。段組など特別な書式は用いないこと。
2. 外国語の人名、地名、学名はカタカナでもよい。
3. 和文・英文のいずれの原稿でも、氏名、所属、連絡先を英文でも記載する。原著論文の場合には緒言 (Introduction)、方法 (Methods)、結果 (Results)、考察 (Discussion) として見出しをつけて記載すること。
4. 原稿の1頁目には、表題、著者名、所属機関名、別刷請求先、連絡先住所、表および図の数などを記載すること。
5. 図表は必要最小限にとどめること。図は白黒とする。図表は不都合なときには、使用ソフトなどについて編集委員会がその都度指示する。図説明文は別頁とする。
6. 本雑誌の単位符号は原則としてSI単位を用いる。(JIS Z8203 参照)
例：長さ、面積、体積 km, m², cm³
7. 引用文献は引用順，肩括弧数字 (1, 2,3-5) など) とし，末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。

雑誌の場合、全著者名 (7名以上の場合は6名まで記し、以下は英文の場合 et al.、日本語の場合 他. とする)。表題. 雑誌名 年号; 巻数: 頁-頁. の順に記す。

(1) 田島静, 千々和勝己. 初夏に某小学校で発生した小型球形ウイルス (SRSV) による集団食中毒事例. 日本公衆衛生雑誌 2003; 50: 225-233.

(2) Adamson J, Hunt K, Ebrahim S. Socioeconomic position, occupational exposures, and gender: the relation with locomotor disability in early old age. J Epidemiol Community Health 2003; 57: 453-455.

単行本の場合、編・著者名. 書籍名. 所在地: 発行所, 発行年: 頁. の順に記す。

引用頁は全般的な引用の場合には省略することができる。

(3) 川上剛, 藤本瞭一, 矢野友三郎. ISO 労働安全・衛生マネジメント規格. 東京: 日刊工業新聞社, 1998.

(4) Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002.

(5) 川村治子. リスクマネジメント. 高野健人他編, 社会医学事典. 東京: 朝倉書店. 2002; 98-99.

(6) Detels R, Breslow. Current scope and concerns in public health. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002; 3-20.

秋田県公衆衛生学雑誌編集委員会

編集委員長 : 野村恭子 (秋田大学大学院医学系研究科教授 衛生学・公衆衛生学講座)
副編集委員長 : 石川隆志 (秋田大学大学院医学系研究科教授 作業療法学講座)
編集委員 : 伊藤善信 (秋田県健康福祉部参事)
鈴木圭子 (秋田大学大学院医学系研究科教授 地域生活支援看護学講座)
前田恵理 (秋田大学大学院医学系研究科講師 衛生学・公衆衛生学講座)

秋田県公衆衛生学雑誌
第15巻第1号
令和元年5月31日発行

発行人 秋田県公衆衛生学会
編集委員長 野村 恭子

事務局 秋田大学大学院医学系研究科 衛生学・公衆衛生学講座内
〒010-8543 秋田市本道1-1-1
Tel: 018-884-6087 (ダイヤルイン)
Fax: 018-836-2609

印刷 秋田ワークセンター
