

Akita Journal of Public Health

秋田県公衆衛生学雑誌

第6巻・第1号

平成20年12月

目次

 特集 地域医療の総合的推進

医師不足問題と医学部の果たすべき役割

本橋 豊 1

地域医療の総合的推進 秋田大学医学部総合地域医療推進学講座の役割

長谷川 仁志 4

地域医療の時代における公衆衛生の貢献

福田 吉治 9

 総説

健康行動を促す保健指導・健康教育 ～いかに「やる気」を育てるか～

松本 千明 16

 報告

秋田県における疾病傾向を探る —死亡統計に基づいた検討—

田中 貴子, 高階 光榮 21

高齢者のうつに対する回想法の有効性の検討

—1988年から2008年までのランダム化比較試験の文献的検討—

湯浅 孝男, 根本 幸恵, 鈴屋 友貴, 高橋 広二 30

 会報

平成20年度秋田県公衆衛生学会報告

37

プログラム

一般演題抄録

(裏面に続く)

秋田県公衆衛生学会

Akita Society for Public Health

(続き)

平成19年度秋田県公衆衛生学会事業報告・収入支出決算・監査報告 47

平成20年度第1回秋田県公衆衛生学会世話人会議事録

平成20年度第2回秋田県公衆衛生学会世話人会議事録

世話人名簿

秋田県公衆衛生学会会費について

平成21年度秋田県公衆衛生学会の予定

秋田県公衆衛生学会運営要項 50

秋田県公衆衛生学雑誌投稿規程

執筆要項

秋田県公衆衛生学会のあゆみ

医師不足問題と医学部の果たすべき役割

本橋 豊
秋田大学医学部長

1. 医師不足問題の背景にあるもの

地域における医師不足が深刻化している。とくに不足しているのは地域中核病院の医師である。そして、地域医療の崩壊という言葉が現実味を帯びて語られるようになった。このような事態をもたらした原因は何か。いくつかの要因が考えられるが、最も重要な要因は1980年代に始まった国の医療費抑制策と医学部入学定員削減策である。

医師抑制策については、医師誘発需要論 (physician-induced demand theory) が政策決定において影響力をもった。すなわち、医師が増えれば医療費は増大するという立論である。国民医療費の増大要因のうち、人件費とそれに伴う需要増大を根拠にもとづいた議論がなされたかが検証される必要がある。米国の医療経済学者ゲッツェンによれば、医療費の増加率は国民所得の増加率で決まる。これは、「医療費の額は社会のパイの中からどれだけ使うかという政治的な判断、つまり医療への政策スタンスで決まる」ということを意味する¹⁾。慶応大学の権丈善一教授によれば、「医療費の額は、結局はどの程度の医療費を予算につけるかという政策決定者の意思で決まる」のである。

日本の医療費は対GDP比でアメリカの約半分である。この数字は国民および政治がその水準を望んでいるからと解釈すべきなのである。また、OECD諸国の人口10万対の医師数と比較して我が国の医師数低いのが、そのような数字で良いとした日本の政治の選択の結果である。医師誘発需要論が日本の医療政策に及ぼした影響は現時点から振り返るとネガティブなものであったと言わざるを得ない。

さらに、平成16年度に開始された新医師臨床研修制度が医師不足問題の直接の引き金になっていることは多くの識者が指摘しておりである。新医師臨床研修制度では、初期臨床研修医と研修プログラムを組み合わせるマッチングが地域偏在を誘発した原因と考えられる。研修プログラムの定員を新卒研修医の数よりも多く設定し、しかも地域偏在を考慮することなく、全国どこでも研修医が選ぶことができる制度としたことは、この制度により地域医療にどのような変化が起きるかを政策立案者が的確に見通すことのできなかったためである。例えば、平成20年度の研修プログラム定員は11,292人であるのに対して、初期研修医は8,416人と過剰である。新規参入医師の人材市場において、売り手優位のシステムを構築したことにより問題の深刻化をもたらしたと考えられる。

この制度の導入により、旧来の地域における医師配置システムは崩壊し、いわば売り手市場の一見自由な医師キャリアシステムが存在することになった。しかし、この制度の本質的欠陥は、医療が社会共通資本であり、節度ある公的規制はユニバーサルな医療サービスアクセスを確保するという社会的公正の実現のために必要であるとの認識が欠如している点である。この制度の政策立案者にはこのような視点が希薄であったと指摘せざるを得ない。その結果、地域における舵取り役を失った医師配置システムは機能不全に陥り、「医療崩壊」と言われる危機的状況が招来された。

2. 新医師臨床研修制度の功罪

新医師臨床研修制度にはもちろん良い点もあり、その評価は公平に行う必要がある。地域の医師偏在をもたらしたという点において、この制度は負の評価となるが、一方において旧来の医学部の医局制度による医師派遣シス

テムの弊害を取り除く方向で機能した点は評価する必要がある。旧来の医局制度は、医学部の主任教授が医局に所属する医師の人事権を掌握し、地域の関連病院の要請に応じて、上意下達式に医師派遣を行ってきた。人が行きたがらないような僻地の医療機関にも有無をいわせない形で人を派遣することができたという点で、医局制度は地域医療に貢献していたということもできる。卒業後の医師の養成機能として、臨床と研究をバランス良く経験させ、医局や大学への帰属意識を持たせ、地域医療の隠れた重要な機能を果たしていたと評価することもできる。また、若い時期に学位取得のための研究に従事させ、広い視野から臨床に戻っていくという機能も果たしてきた。

一方で、徒弟制度的な上下関係や不透明な医師のキャリアパスシステムという負の側面もあり、まさに功罪相半ばする部分がある。因習的な人間関係のつながりをソーシャル・キャピタル論では、bonding social capital (結合的ソーシャル・キャピタル) と言うが²⁾、まさしく古い因習的な人のつながりを重視するシステムが医局制度であったと言えるだろう。また、卒業後間もない医師の給与面での処遇やきわめて劣悪であり、アルバイトをしなければ生活できないというようなひどいもので改善が必要であったが、この点を経済面で改善したことは新医師臨床研修制度において高く評価すべき点である。

医師社会の古さを代表するシステムと言える医局制度が、現代的な意味で脱皮すべき要素を多く備えていたことは否定できない。新医師臨床研修制度がこのような古いつながりを重視するシステムを否定した点は、肯定的に評価すべきであろう。

3. 制度の急激な変革は社会システムの機能不全を起こす可能性が高い

経済学の中で比較制度分析論という学問分野があり、制度変革が社会システムに及ぼす影響を研究する³⁾。この比較制度分析論によれば、「従来の制度を破壊するような過激な制度変革は失敗する。漸進的改革が結局は効を奏する」という。このような成果を新医師臨

床研修制度の導入にあてはめると、この制度の導入は漸進的な改革ではなかったとすることができる。医師派遣システムとしての医学部の医局制度が制度疲労を起こしていたのは疑いもなく、改革が必要であったと考えられる。しかし、その改革の方策としては、旧来の医局制度を大きく否定する方向ではなく、漸進的改革の方策がとられるべきではなかったか。旧来の制度を全否定するのではなく、良い部分は残しつつ、改革を進めるという方策が望ましかったのではないか。具体的に言えば、医学部の循環型医師派遣システムを一部温存しつつ、医局制度の弊害を取り除いていくという改革方策が望ましかったのではないか。

結論から言えば、現時点では、急激な制度変革の副作用が大きく出ていると考えられ、その軌道修正を行う時期になっている。文部科学省の事業として、平成20年度に開始された大学病院循環型医師派遣システムの構築はこのような揺り戻しの政策のひとつと考えられる。大学が中心となって地域の循環型医師派遣システムを地方自治体や地域中核病院と再構築していくということが望まれており、その実現へ向けてささやかな努力が始まっている。

4. これからの大学医学部に求められるもの

緊急的な医学部定員増が政策決定され、現時点で(平成21年)、全国の医学部は5~10名程度の入学定員の増員とそれに伴う教育カリキュラムの構築に努力を強いられている。地域枠入学を併用した医学部入学定員増は6年後の地元医師定着にある程度貢献すると予想されるが、即効性は期待できない。それでは、当面の間求められる緊急的対策にはどのようなものが考えられるか?

まずは、財政面における社会保障費の拡大が求められる。医療費抑制策を転換し、安心・安全の社会を確保するために、国民のセーフティーネットとしての医療を国民的合意のもとに拡大していくことが必要であろう。しかし、これは政治的課題であり、現場の医療人や大学関係者にできることは少ない。われわれが現場でなすべき対応には以下が考えられ

る。

- 1) 地域医療に意欲をもつ医学生・若手医師の養成（卒前教育の充実）
 - 2) 地域ごとの適正医師配置数を考慮した新たな制度の導入
 - 3) 病院勤務医の処遇改善
 - 4) 地域の循環型医師派遣システムの再構築
- さて、秋田大学医学部は、地域枠入学者の受け入れにあたって大胆な卒前・卒後教育の改革を行っている。平成20年10月に秋田大学医学部に開設された秋田県からの寄附講座「総合地域医療推進学講座」は、医学生を入学当初から卒後臨床研修終了まで長い期間、地域貢献の気概を持つ医師養成に努めることが使命である。同時に、海外留学や都会への内地留学、大学を中心とする地域循環型医師養成システムの活用、臨床的研究能力を重視した学位取得等、さまざまなインセンティブを附与したキャリアパスを構築し、若い医学生にとって魅力ある研修システムを提示することが医学部には求められている（表）。

秋田県は医師不足が特に深刻な地域であり、あらゆる施策を総動員して医師不足問題および地域医療の充実に取り組む必要に迫られている。医学部としてできる努力を全力で行うことがわれわれの社会的使命であると自覚している。

（注）本稿は、平成20年12月14日に開催された秋田大学医学部の総合地域医療推進学講座開設記念フォーラムの講演内容をまとめたものである。

文 献

- (1) 医療クライシス：脱「医療費亡国論」／1かさむ費用. 2008年6月17日. 毎日新聞（東京朝刊）
- (2) 本橋 豊, 金子善博, 山路真佐子. ソーシャル・キャピタルと自殺予防. 秋田県公衆衛生学会雑誌 2005;3:21-31.
- (3) 本橋 豊. ヨーロッパにおける高齢者対策—比較制度分析の視点からの分析. In 田中正敏（編） 高齢社会へのステップ—健康福祉・労働の視点から—. 東京：杏林書院, 2001: 17-34.

**表. 医師不足の解決と地域医療の貢献をめざす秋田大学医学部の
卒前・卒後教育の改革プログラム**

-
- (1) **医学生を入学から卒後臨床研修終了まで長い期間、地域貢献の気概を持つ医師養成に努めること**
(総合地域医療推進学講座を中心にした地域医療学教育の充実)
 - (2) **国際交流基金を活用した海外留学や都会への内地留学の機会の保障**
(学部教育の基礎配属、大学院のインターンシッププログラム)
 - (3) **大学を中心とする地域循環型医師養成システムの活用：新しいつながりの構築**
(大学病院循環型医師養成プログラム、平成20年度～)
 - (4) **臨床的研究能力を重視した学位取得**
(北東北がんプロフェッショナル養成プラン、平成19年～)
 - (5) **さまざまなインセンティブを附与したキャリアパスを構築し、若い医学生にとって魅力ある研修システムを提示すること**
(卒後臨床研修センターを中心にした事業、大学院教育改革プログラム等)
-

秋田大学医学部総合地域医療推進学講座の役割

長谷川 仁志

秋田大学医学部 総合地域医療推進学講座

地域医療問題は複雑であり、各県の状況、各大学のそれまでの役割等によって全く異なっている。秋田県の現状では、まずは各地区の病院における勤務医（総合臨床能力を持った各科の専門医）の充実を得ないで地域医療の充実は困難である。秋田大学医学部総合地域医療推進学講座は、この目標達成のために、各講座・各病院・医師会の先生とともに、小・中・高校生に対する医学部への入学促進、卒前・卒後・生涯教育充実、女性医師支援・勤務医師の労働条件改善等のプロジェクトを多角的に推進していく予定である。そして、これらのプロジェクトを展開することにより県内の医療従事者が統一した意識を持ち、一体化して秋田県の地域医療充実を総合的に推進していく体制を導くことが本講座の役割と考えられる。

1. はじめに

近年、医師不足や日本の医学教育の不備（専門性への偏り・不十分なプライマリケア教育）に起因する種々の地域医療問題が全国各地で毎日のように生じている。様々な学会等で多角的に検討されてきているが、地域医療問題は複雑であり、各県の状況、各大学のそれまでの役割等によって全く異なっていることがわかってきた。将来に向かって確実に前進するには、それぞれの状況に合った方針とシステム化された戦略により、県内の医療従事者が地域医療のために統一した意識を持ち、一体化して総合力を発揮することが重要である。秋田県の現状では、まずは各地区の病院における勤務医（総合臨床能力を持った各科の専門医）の充実を得ないで地域医療の充実は困難と考えられる。さらにその先の一次医療圏に関しては、主にかかりつけ医としての開業医の先生や各地区医師会の先生との地域医療連携を図り、県民の皆様のご協力を得ながらしっかりと維持していく方針が最善である。このような背景から本講座は、各講座・各病院・医師会の先生と共に、すぐれたプライマリケア・総合臨床能力を持ち適切な医療連携ができる各科の専門医

や地域への使命感を持った医師を育成することと、そのための教育・研究を行うこと等により、総合的に県内の地域医療充実を推進していく必要があると考えている。

2. 秋田県・秋田大学の状況

図1に、秋田県各医療圏の10万人あたり医師数（2006）と全国平均、経済協力開発機構（OECD）との比較を示す。OECD平均290人に対し全国平均209人と少なく、日本の医師数は、OECDの平均に対し全国で約12万人不足しているとされる¹⁾。秋田県は、全体では188.9人とOECD平均に対し全県で約1150人不足しており、たとえ毎年100人

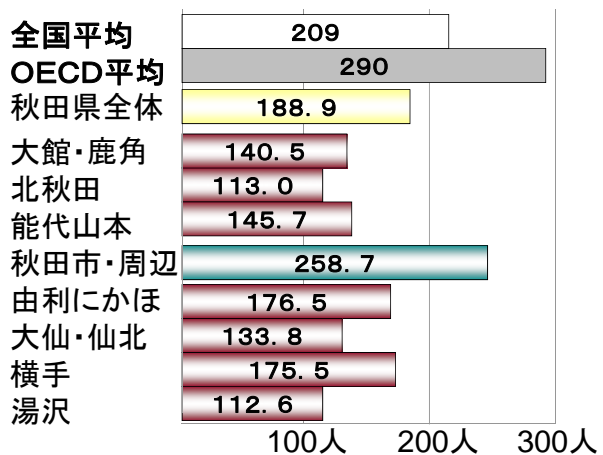


図1 秋田県各医療圏の人口10万対医師数（2006）
OECD: 経済協力開発機構

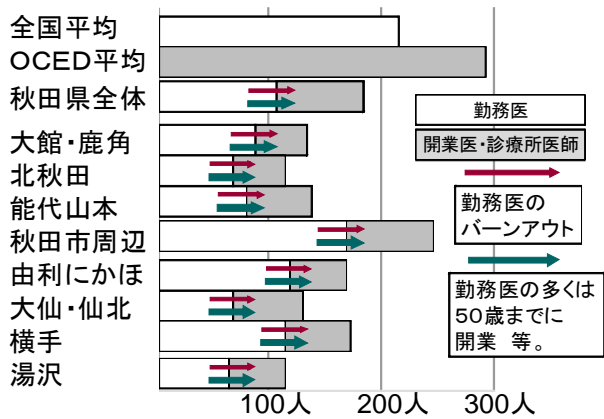


図2 図1（秋田県各医療圏の人口10万対医師数）における勤務医と開業・診療所の比率（平成20年度版秋田県医師会会員名簿から作成）

純粹に増える夢のような想定をもって計算しても10年以上かかる。秋田市・周辺は、258.7人と全国平均は上回っているものの、特にそれ以外の医療圏は医師不足が深刻となっている。しかし、問題なのは秋田市・周辺でもOECD平均には及んでおらず、勤務医数が各科とも十分に安定しているとはいいがたい状況にあること、さらに各科とも県内全域からの重症患者搬送が秋田市へ集中してことである。このような背景で、医師数が比較的多い県庁所在地でさえ勤務医不足、勤務医の過重

労働は避けられないといった悪循環が生じており、全国的にも地域医療問題の原因となっている。したがって、これからの対策は医師数のみではなく、各地区ごとの勤務医と開業医数、フルタイム労働可能実数、各科ごとの医師の年齢分布等を詳細に検討していく必要がある。

図2に、図1における勤務医と開業医師数の比率を示す。医師不足が深刻な医療圏ほど開業医の比率に対し勤務医の比率が低い。医師の年齢分布の解析（図3）によると多くの医師は、40～50歳までに、大学病院をはじめ急性期病院を辞め開業や慢性期を診る各種連携病院勤務となる。すなわち、急性期病院に勤務する専門医も、いずれはほとんど地域医療連携に本格的にたずさわることになる。したがって、秋田県における対策は、まずは病院における勤務医（総合臨床能力を持った各科の専門医）の充実と、そのための勤務医労働条件改善が最優先である。前者の達成はすぐには難しい。後者の特効薬は今のところ地域医療連携充実による病院業務の軽減しかないのが現状である。

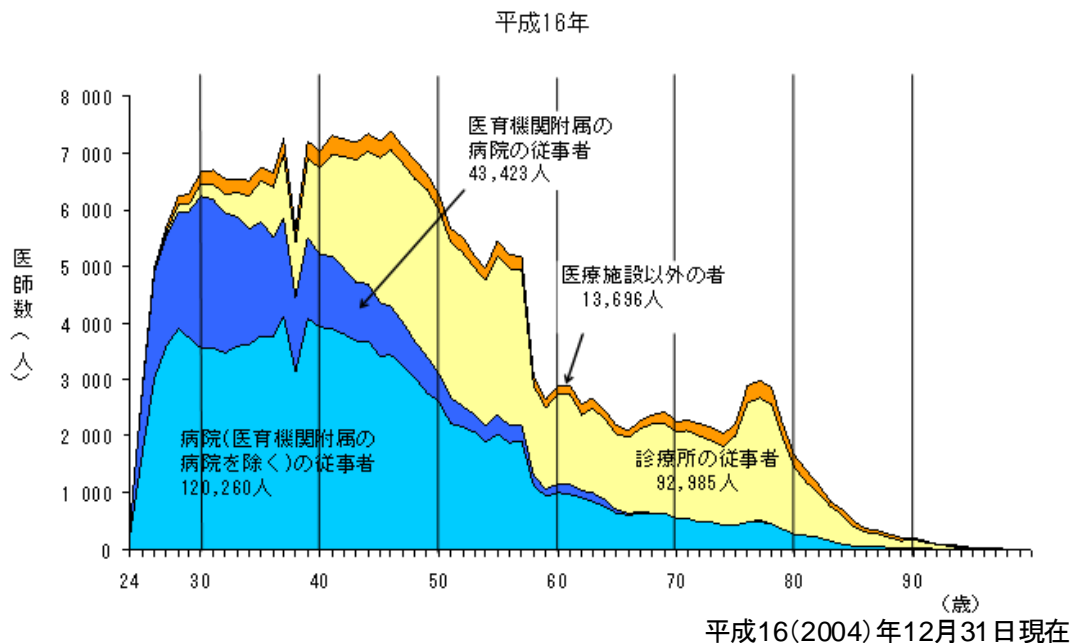


図3 施設の種別に見た医師数（年齢別）のグラフ
厚生労働省資料(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/04/kekka1-2-4.html>)より

平成14年度	57名(各科入局)
平成15年度	40名(各科入局)
平成16年度	
平成17年度	
平成18年度	29名(3年目からの各科専門医研修医)
平成19年度	20名(3年目からの各科専門医研修医)
平成20年度	31名(3年目からの各科専門医研修医)

図4 秋田大学 専門医研修医採用 年次別推移

図4に、秋田大学における専門医研修医採用数の年次別推移を示す。卒後臨床研修制度開始前のダイレクト入局当時に比べ、研修制度開始後は平成16年、平成17年と2年間各科への専門医研修医（以前の入局）がなかったのは制度上仕方がないが、さらにその後3年目以降に各科の専門医研修として大学を選択する医師は平成18年29名、平成19年20名と減少した。このような大学の状況が、それまでどおりに関連病院への医師派遣ができなくなる結果につながり、全国的にも医療崩壊を加速した。幸いなことに平成20年は31名と回復傾向にあるが、大学での専門医研修

医数は地域医療再生の生命線の一つであり、下記プロジェクトの今後の展開が期待される。

3. 秋田県の地域医療充実のための本講座のプロジェクト

このような背景から、本講座は、秋田県における医師数増加と医師の偏在改善のために、各講座・各病院・医師会の先生、秋田県、コメディカル、県民の皆様と共に、秋田での初期・専門医研修医の増加、勤務医労働環境改善、女性医師支援の推進が重要と考え、下記のプロジェクト（図5）を考案・計画している。

1) 秋田県内、東北、全国の小・中・高校生に対するプロジェクト

医師という仕事の魅力、秋田大学医学部の魅力、秋田県内における医療の魅力についての情報を様々な手法で効果的に提供し学生のモチベーションをアップすることなど、秋田県への使命感を持った優れた生徒が、より多く秋田大学医学部に入学するような活動を推

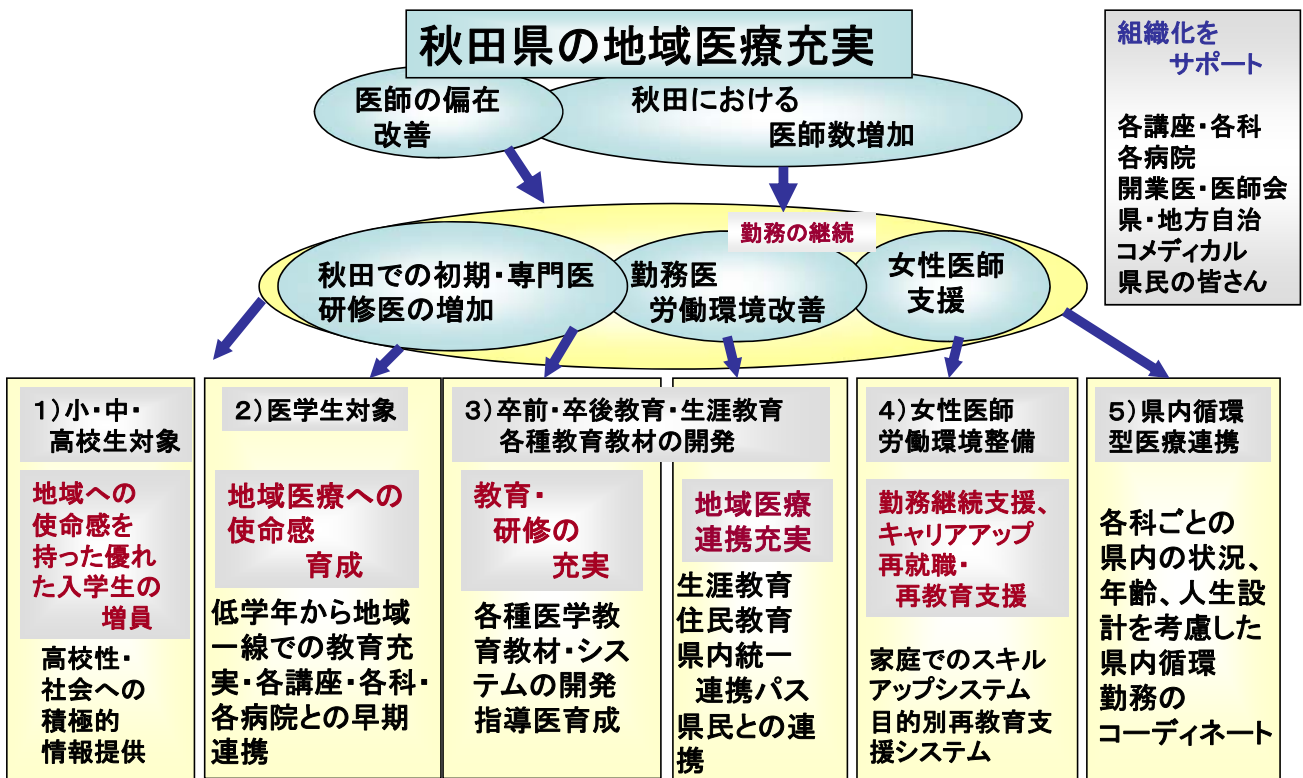


図5 総合地域医療推進学講座のプロジェクト

進する。

2) 医学生に対するプロジェクト

医学部入学直後の1年生の4月から本講座が講義を受け持ち、医学生としての心構え、最新の医学教育理論、広義のチーム医療を充実するための人間性・コミュニケーション能力開発、医療安全・インフォームドコンセント教育など医師として大切な姿勢を持ち患者中心の医療を実践できる医療人の育成教育を推進する。また、各講座・各病院・医師会の先生と協力して、一線の医療現場における基本診療・プライマリケア教育を1年生から積極的に導入し、低学年から繰り返しより多くの症例・臨床現場をしっかりと経験することにより人間性を磨き、医学学習への圧倒的モチベーションアップを促すとともに、秋田県への使命感、早期からの各科・各病院との連帯感を育成する。さらに、各学年一歩進んだ学習経験を積ませる有志のクラブ活動として、医学スキルアップクラブを立ち上げ、このメンバー中心に各学年クラス全体の意識を高め、人間的にも医学的にも日本トップクラスの医学生集団となれるような一貫したモチベーションアップ教育を各講座・各病院・医師会の先生とともに推進する。

3) 卒前・卒後教育、生涯教育に関するプロジェクト、各種教育教材開発プロジェクト

これまで我々は、教育学・教育理論を学習する機会に恵まれていなかった。しかし現在は、すべての医師は指導医として、臨床的にも人間的にも教育者であるべき時代である。最近の成人教育理論を基盤とした医学教育の実践とその教育の連鎖により、秋田大学および県内の各医療機関に学生や研修医の皆さんの将来のはばたきを心から願う熱意と愛情に満ちた指導医があふれることが重要であり、このマインドこそが地域医療充実の生命線と考えられる。その結果集まってくるキャリア形成を目指す皆さんの初期および専門医研修医の皆さんに対し、県内すべての医療従事者が県民の皆さんと一体となって親身の指導を提供する姿勢が大切である。本講座は、各

講座・各病院・医師会の先生、秋田大学医学部附属病院卒後臨床研修センター・医師キャリア形成支援センター（大学病院連携型高度医療人養成推進事業）とともに、この教育の連鎖達成を重視した教育システムをコーディネートし、各科横断的に県内各分野の卒後および生涯教育をサポートする。

その際、各領域におけるプライマリケア e-Learning 教材、効果的シミュレーション教材、ロールプレイ教材、PBL 教材、DVD 映像教材など、効率的教育教材の開発・作成を各講座の先生とともに推進する。特に、次の①～⑤を重視した教材の開発・普及により、何科に進むにも大切なプライマリケア・インフォームドコンセント等に関する各科必須重要事項を効率よくかつ取りこぼしなく教育し、さらには県内の医療従事者間で情報を共有することにより地域における医学教育および医療連携充実に寄与することを目的とする。

①「総合診療能力を備えた各科専門医育成のための初期研修・専門医研修教育連携システム」

総合臨床能力をしっかりと備えた各科専門医を育成する教育連携システムの開発研究、(主に、研修医、学生対象の教育)

②「一次二次医療圏諸機関と秋田大学各診療科が一体となった医学教育・生涯教育システム」

地域医療連携を重視した生涯教育システム、指導医養成システムの開発研究(主に、開業医、勤務医、指導医対象の教育)

③「患者・家族、医療スタッフとのコミュニケーション能力教育法の開発」

各科で現実にかかる教育的な 50 場面を想定した臨床現場における多人数ロールプレイ・シミュレーション教材、地域医療連携に重要な広義のチーム医療理論や人間行動科学に基づいた新たな患者・家族・医療スタッフとのコミュニケーション能力・インフォームドコンセントに関する効率的シミュレーション・ロールプレイ・PBL 教育教材の開発研究(主に、学生対

象の教育)

④「信頼される地域医療連携に必要な医療側・患者側の意識改革システム」

医療の不確実性の周知など医療の透明化を推進し、現在の医療のかかえる問題点を共有いただき、県民と医療従事者が一体となって地域の医療を育てるための意識を展開するような情報発信システムの開発研究（主に、県民、各種医療従事者対象の教育）

⑤「地域医療連携・教育を重視した医療情報伝達システム」

必要な患者情報を、連携機関で伝達し、医療連携を相互に充実させる伝達システムの普及のための体制整備

4) 女性医師労働環境整備プロジェクト

女性医師（あるいは勤務医）の勤務の継続が容易になるようなこれからの労働環境を改善するシステム、妊娠・育児・休職中医師のための家庭でのスキルアップシステム、現場復帰を目指す医師のための目的別再教育支援システムの開発研究を行う。

5) 県内循環型医療連携プロジェクト

各科ごとの県内の病院の状況、年齢、個々の人生設計を考慮した県内循環勤務のコーディネートをサポートする。

これらのプロジェクトを展開することにより県内の医療従事者が統一した意識を持ち一体化して秋田県の地域医療充実を総合的に推進していくことをサポートしていくことが本講座の役割と考えられる。

4. おわりに

日本の医師数は諸外国に比べて極端に少なく、これが全国的に重篤な医療崩壊の原因となっている。しかし、勤務医の急速な増員、過重労働状態の改善はすぐには難しい。これはこの数十年の医療政策の誤算が原因であり、国の存続にかかわる大問題である。本講座は前述のプロジェクトのほか、これからの若手医師の将来ために、さらには国民のために日本の医療政策の改善も含めた各種調査・研究活動も推進していかなければならないと考えられる。

文 献

東北大学大学院医学研究科地域医療システム学（宮城県）寄附講座編. 医師不足と地域医療の崩壊. 東京：日本医療企画, 2008: 45-6.

地域医療の時代における公衆衛生の貢献

福田 吉治

山口大学医学部地域医療学

地域における医師不足等を背景にして、医学教育や臨床研修での地域医療の重要性が高まっている。従来の公衆衛生や衛生の領域が地域医療（もしくは地域保健・医療）の枠組みの中で整理される傾向がある。公衆衛生と地域医療は、それぞれ集団・社会・環境的介入と個人的介入（治療）と異なる方法を主な手段としているが、理念（マインド）や研究基盤で共通するところが多い。地域医療の課題のみならず、地域における多様な健康課題を解決するためには、公衆衛生マインドおよび地域医療マインドを持った医療人の養成が必要である。そのためには、地域医療・地域保健を持続的に研究し、教育し、実践する体系的な仕組みを構築しなければならない、その中で公衆衛生の専門家が果たす役割は大きい。

1. はじめに

著者の所属する山口大学医学部地域医療学講座は、平成20年4月、山口県の寄附講座として開設された。その役割は、広域的な医療機能連携、山口県内における医師の確保と効率的配置、過疎地の医療を担う総合診療医の養成、広域的な救急医療の支援等に関して研究を行い、政策提言を行うことである。端的に言えば、山口県の医師不足の解消、医師を含む医療資源の効率的な配置と連携等により、県民が安心して質の高い医療を受けることのできる環境を作ることを目標にしている。

地域における医師不足を背景に、自治体による地域医療関連の寄附講座が、平成17年の東北大学を皮切りに、平成20年12月現在、14大学で開設された。（なお、東北大学医学部地域医療学は3年間の設置年限を終了した後、総合診療部内で地域医療関連の活動を継続している。寄附講座の性格上、設置年限以降の継続あるいは設置年限の延長が共通の課題である。）後述するように、医学教育や臨床研修において地域医療が重要視され、地域の医師不足等の逆境の中で、地域医療の時代がいよいよ到来したとも言える。

地域医療学関連講座のスタッフの多くは、

臨床医、特に、総合医（その定義・名称は一樣ではないが、プライマリ・ケア医や家庭医を含む）の専門家である。その中で、キャリアのほとんどを公衆衛生分野で過ごしてきた私が、地域医療学講座を主幹しているのはまれなケースである。講座に与えられたミッションを達成するのにこれまでの公衆衛生畑でのキャリアは十分に活かされているが、公衆衛生（あるいは公衆衛生学）と地域医療（あるいは地域医療学）の関係について整理する必要性を感じている。そこで、本稿では、しばらく続くであろう地域医療を重視した医学教育・研修の中で、地域医療と公衆衛生の関連性、公衆衛生が地域医療において果たす役割について考えてみたい。

2. 医学教育における地域医療と公衆衛生

現在の医学教育は「医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—」をもとに実施されている¹⁾。このいわゆる“コアカリ”は、平成13年3月に提示され、平成19年度に改訂された。改訂にあたり、特に地域医療に関連した内容が拡充され、公衆衛生・社会医学の分野である「F 医学・医療と社会」に「地域医療」の中項目が加わった。

表1に、「F 医学・医療と社会」の中項目と「地域医療」の一般目標と到達目標を示し

た。地域医療には、地域医療の総論、へき地・離島での医療、医師の偏在などとともに、保健・福祉領域（その連携のことであるにせよ）が含まれている。つまり、地域医療は、社会医学の中の一つの柱として、地域保健を含む領域として確立されたといえよう。（社会医学の中と位置付けることに異議のある方もおられるかもしれない。）なお、「F」の中では、「(1) 社会・環境と健康」が社会医学総論と環境保健、「(3) 疫学と予防医学」が疫学・衛生統計、「(4) 生活習慣と疾病」が予防、「(5) 保健、医療、福祉と介護の制度」が厚生労働行政を主な内容とする。コアカリの臨床実習の中にも「地域医療臨床実習」が加わり（表2）、今後の医学教育の中では地域医療とその実習が必須化されたことになる。到達目標に疾病予防や健康維持増進活動への参加が含まれ、また、実習形態に保健所が含まれていることから、従来の公衆衛生の実習で行われていた保健所等での実習は、地域医療実習の一部として実施することもできる。

一方で、コアカリの中には“公衆衛生”と“衛

生”という言葉はない。また、医学部の中で“公衆衛生”と“衛生”という言葉と講座（講座名という名目上であるにせよ）が少なくなっている。大学院化の中で、より専門分野化したこともあるが、二つの講座の合併など、実質上の縮小も少なからず見られる。コアカリ、共用試験、客観的臨床能力試験（OSCE）、臨床研修制度等を契機に、多くの医学部で卒前教育の改変が行われており、従来からの「公衆衛生」「衛生」のカリキュラムが縮小、もしくは、地域医療のカリキュラムに包含される可能性がある。

承知の通り、卒後の初期研修においては、地域保健・医療が必須となっている。表3に示したように、臨床研修においては、必須項目に含まれる現場の経験として、各現場における到達目標のうち一つ以上経験することとなっている²⁾。伊藤らの調査（平成18年度）によると^{3,4)}、回答のあった390の保健所のうち180か所（46.2%）で平均8.3人の研修医を受けていた。研修修了者1805人のうち、公衆衛生医に興味を持った者は136人

表1 医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける地域医療関連部分¹⁾

F 医学・医療と社会

(2) 地域医療

一般目標：

地域医療の在り方と現状および課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を身に付ける。

到達目標：

- 1) 地域医療に求められる役割と機能および体制等、地域医療の在り方を概説できる。
- 2) へき地および離島における地域医療の現状と課題について説明できる。
- 3) 医師の偏在（地域及び診療科）の現状について説明できる。
- 4) 地域における、保健（母子保健、老人保健、精神保健、学校保健）・医療・福祉・介護の分野間の連携及び多職種間の連携の必要性について説明できる。
- 5) 地域医療の基盤となるプライマリ・ケアの必要性を理解し、実践に必要な能力を身に付ける。
- 6) 地域における、救急医療、災害医療、在宅ターミナルの体制を説明できる。
- △7) 災害救急医療におけるトリアージを説明できる。
- △8) 地域医療に積極的に参加・貢献する。

△印をつけたものは、卒業時までの到達目標として提示されたもの

表2 医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける地域医療臨床実習¹⁾

一般目標：

地域社会（へき地・離島を含む）で求められる医療・保健・福祉・介護の活動について学ぶ。

到達目標：

- 1) 地域のプライマリ・ケアを体験する。
- 2) 病診連携・病病連携を体験する。
- 3) 地域の救急医療、在宅医療を体験する。
- 4) 多職種連携のチーム医療を体験する。
- 5) 地域における疾病予防・健康維持増進の活動を体験する。

実習形態：

学外の地域病院、診療所、保健所、社会福祉施設など

症例：

地域病院あるいは診療所などの状況に応じた症例

表3 臨床研修における地域保健・医療の到達目標²⁾

地域保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 保健所の役割（地域保健・健康増進への理解を含む。）について、理解し、実践する。
- 2) 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。
- 3) 診療所の役割（病診連携への理解を含む。）について理解し、実践する。
- 4) へき地・離島医療について理解し、実践する。

必須項目：へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等への地域保健・医療の現場を経験すること

(7.5%)にとどまっていた。保健所業務に関する知識が乏しく、研修への積極的な期待も少ないこと、研修が形式的な研修に終始する可能性が問題とされている。研修医の多くは、少なくとも初期研修の2年間は臨床、それも初期診療（プライマリ・ケア）を学びたいのであって、公衆衛生を学ぶ姿勢は強くない。また、地域保健・医療の臨床研修により卒前の保健所実習が減少した結果、総じて公衆衛生教育が低下しているようである。私的な経験を言えば、卒前の公衆衛生学・衛生学実習は、公衆衛生の道に進む大きなきっかけとなっただけに、これらの実習の縮小は公衆衛生・社会医学を志す者の減少につながるものが心配される。

人材の確保の問題は、公衆衛生学の分野に

限ったことではなく、すべての基礎医学・社会医学の講座に共通する。新臨床研修制度後、医学部卒業生がほぼ全員臨床研修を行うことで（以前もそれに近いが）、臨床医指向が強まり、基礎医学・社会医学の研究に進むものは少なくなっているようである。この傾向は研修医の帰学率の低い地方大学ではさらに深刻で、研修医の不足は大学院生を含む研究者の不足を招き、結果的に医学研究の沈滞をもたらすであろう⁵⁾。

3. 地域医療の課題と公衆衛生

まず、現在の地域医療の課題を簡単に概要する。新臨床研修制度の導入以降、医師の地域偏在が一気に顕在化した。一般に都市部の研修病院に研修医が集まった一方で、地方の

大学病院の多くは急激な研修医減につながった⁵⁾。そのしわ寄せは、医師派遣を大学病院に頼っていた地方の病院に及び、診療科の閉鎖（時に病院閉鎖）に追い込まれるケースも少なくない。医師の過重労働は、地域に限ったことではないが、派遣医師の減少分は残された医師に託され、いわゆる“立ち去り型サポーター”を招いている⁶⁾。また、大学病院の医師は、これまで以上に教育・研修の負担が多くなり、医師不足の地方ではその負担増は大きい。その背景としては、長期にわたる国の医療費抑制政策、女性医師の増加（女性医師が働きにくい労働環境を含む）、医師患者関係の変化（訴訟の増加含む）、在院日数短縮などがあげられる。なお、詳細については、成書を参照されたい⁷⁻¹⁰⁾。

これらを解決するための第一の短期的な手段は、地方の医師を確保することである。医学部の定員増、地域枠の設置、医学生への修学資金、研修医への研修資金、現役のドクターの転職斡旋等で、地域の医師確保施策が行われている。また、地域医療指向の学生や医師を増やすための教育（地域医療に関連したセミナーや実習を含む）も盛んに行われるようになった。これらは、通常、臨床系の分野の役割（あるいは自治体の事業）である。一方で、医師不足を解消するのは、医師を増やすことだけではなく、医師不足の背景となっている諸問題へのアプローチも必要である。たとえば、医療需要の抑制、健康増進、適正配置、効率性を高める医療資源の配置、医師の労働環境の改善などであるが、これらは社会医学が従来から扱っていた領域である。

4. 公衆衛生と地域医療の接点

医療および医学教育の環境変化により、従来からの社会医学である公衆衛生・衛生が、少なくとも医学部の中では「地域保健・医療」に包含されつつある。たとえば、自治医科大学のように、地域医療学センターのブランチとして、公衆衛生学や環境医学が存在するという形が一般的になるかもしれない。では、

公衆衛生と地域医療の共通点と相違点は何であろうか。

地域医療で活躍する医師の多くは、公衆衛生的な理念を持つ人が多い。たとえば、夕張市で地域医療に奔走する村上智彦氏は、その著書の中で、医師法第一条（医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。）の重要性を強調している¹¹⁾。農村医療・農村医学をルーツに持つ公衆衛生の専門家は少なくないが、農村医療をわが国の地域医療の原点としてもよいだろう¹²⁾。また、国際保健・国際協力、地域医療、公衆衛生を含む社会医学のいずれにも高い関心を持つ若い医師や学生は多い。つまり、これらには共通する“何か”がある。

公衆衛生の分野では、“公衆衛生マインド（public health mind）”という言葉がしばしば使われる。公衆衛生は、「組織された地域社会の努力を通じて、疾病を予防し、生命を延長し、身体的、精神的機能の増進をはかる科学であり技術である」と定義され、「公衆衛生学では、患者の診断、治療行為にとどまらず、人々が日々充実して過ごすための身体的、精神的、社会的な健康基盤を確保することを目指す。すなわち生活に根ざし、健康を障害する社会的な原因を探り、健康障害の特徴を学び、地域や職域などで専門家や市民たちと手を携えて組織的な努力を通じて、新しい疾病予防と健康増進策を打ち立てることになる」とある¹³⁾。

ところで、著者らは、“地域医療マインド”を持った医師の育成を目的のひとつに掲げ、暫定的ではあるが、表4に示したものを地域医療マインドの要素としている。これらの要素のうち、公衆衛生マインドと共通することがある。生活までを視野に入れること、個人だけでなく、地域の健康を視野に入れている点である。公衆衛生と地域医療はその理念という点で共通するところは少なくない。これらの理念（マインド）こそ、公衆衛生と地域医療に共通する“何か”かもしれない。

表4 地域医療マインドの要素

- 疾患を選び好まない柔軟性
- コメディカルとの連携
- 生活まで視野に入れた診療能力
- 地域の健康を担う責任感

(山口大学医学部地域医療学講座 原田唯成提案)

しかし、地域医療と公衆衛生の介入方法は異なる。地域医療が個人を対象とした個人的介入としての“診療”を用いるのに対して、公衆衛生は、集団・社会・環境的介入としての政策立案や環境改善等を用いるのが一般的である。ただし、今日の公衆衛生の主流のひとつである健康づくりでは、個別の保健指導等は個人を対象としたものである。他方、地域医療に関わる多くの人は、健康づくりや疾病予防に関する集団教育を行っている。

5. 学問として公衆衛生と地域医療

公衆衛生(学)の研究領域は幅広い。日本公衆衛生学会の「21世紀の公衆衛生研究戦略委員会」においては、26の研究課題が提示されている¹⁴⁾。そのひとつに「地域保健・地域医療」がある。その中で、これまでに実施された研究や将来取り組むべき課題として「効果的、効率的な地域医療に関する研究」が提示されている。また、26の研究課題の中の「保健行政」と「社会保障・社会福祉」においても地域医療に関連する領域がある。公衆衛生だけではなく、社会医学にまで広げるとすると、病院管理、医療政策などが地域医療に関連する。すなわち、地域医療は公衆衛生学・社会医学の主要な研究領域のひとつと位置付けることもできる。たとえば、医師の労働環境と健康状態に関する質問紙調査¹⁵⁾、地域保健・医療研修に関する質的研究¹⁶⁾がその例である。我々の講座で行っている病院長および診療科長を対象にした山口県の必要医師数の調査、医学生や研修医の進路等に関するフォーカス・グループ・インタビュー、地理情報システム(GIS)を用いた医療圏の設定に関する研究などは、これまでの公衆衛

生学、疫学、政策科学等で学んだ手法を応用している。

他方、地域医療“学”とは何か。実務としての地域医療は地域における医療の実践であるが、学問としての地域医療については専門家間での議論もある¹⁷⁾。地域医療学の具体的な研究の対象や方法は、公衆衛生学や社会医学と共通する部分が多くあるだろう。たとえば、疫学(臨床疫学含む)や保健医療行政に関連した学問分野である。プライマリ・ケアに関して、医師患者関係や医療コミュニケーションも社会医学の範疇に入れることができよう。すなわち、理念(公衆衛生マインドと地域医療マインド)とともに、学問的な基盤も共通するところが多々ある。

なお、地域医療に関する学会としては、国民健康保険診療施設(国保直診)の管理者を会員とする全国国民健康保険診療施設協議会(国診協)による「国保地域医療学会」¹⁸⁾、社団法人地域医療振興協会が開催する「へき地・地域医療学会」¹⁹⁾がある。また、総合医に関連したものとしては、日本プライマリ・ケア学会²⁰⁾、日本総合診療医学会²¹⁾、日本家庭医療学会²²⁾などがあり、総合医の専門医制度については、これら3学会が共同で取り組んでいる。

6. 終わりに

山口県に着任して以降、多くの仕事(講演や調査など)の依頼をいただいている。地域医療に加えて、特定健診・保健指導、喫煙対策、健康づくりなどに関連したものである。地方の公衆衛生の人材不足は深刻なのかもしれない。たとえば、各地で行われている特定健診・保健指導に関連した研修会では、首都圏等の専門家が地方で講義を行うことが少なくない。遠方の著名な専門家を講師として招くのはよいことであるが、地域保健の実践で必要なのは継続的な関わりであるため、一次的な学習に終わり、実践につながらないことは想像に難くない。はたして、地域のニーズに今の大学は応えているか。

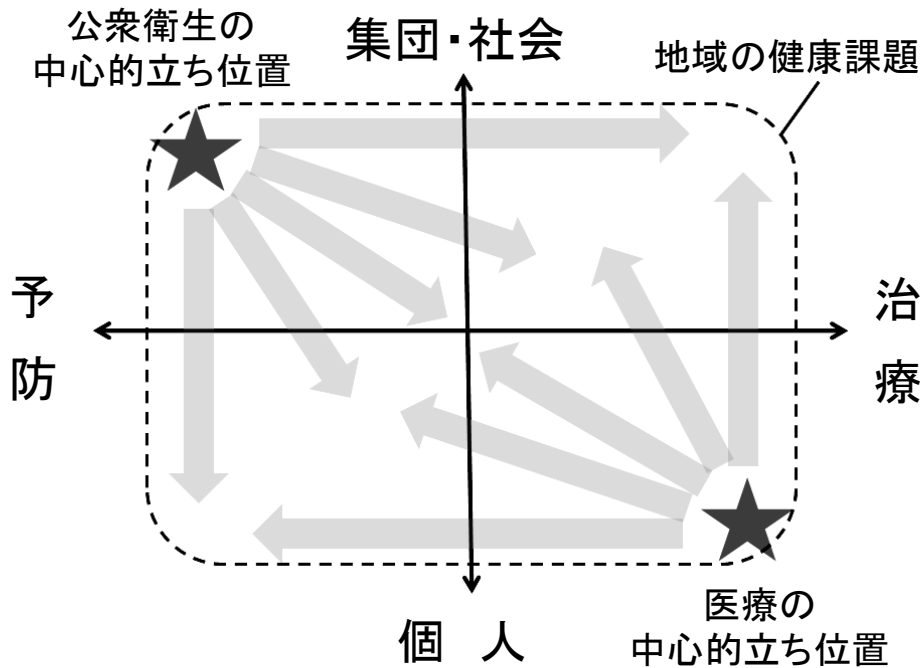


図1 公衆衛生と医療の中心的立ち位置と守備範囲. 公衆衛生は、集団での予防を中心に、医療は個人の治療を中心にしつつ、その守備範囲がある。地域のすべての健康課題（個人から集団・社会、予防から治療）を満たすためには、公衆衛生と医療の協働が不可欠である。

前述したように、学問的な部分とともに、基本的な理念でも、公衆衛生と地域医療は多くの共通点がある。生活全体を視野に入れること、地域の健康を考えること、予防を重視する点などである。その共通点を基盤にしなが、地域医療は個人的介入（医療）を駆使し、公衆衛生は集団・社会・環境的介入を駆使する。図1に示したように、地域の健康ニーズは予防から治療まで、そして、その対象は個人から集団・社会までである。地域全体の健康ニーズを満たすことが公衆衛生と地域医療の目的であれば、得意分野を中心的な立ち位置としなが、お互いに補完することによって、地域のすべての健康ニーズに対応できることになる。

地域医療学の寄附講座は、地方の医師不足を背景にしたものである。これは永遠の課題である一方で、研修制度の見直しなどで現状が改善することで、ブームは一過性であるかもしれない。我々の講座の英語名は、“Department of Community Health and

Medicine”とした。日本語でいえば、「地域保健・医療」である。医師不足や医療崩壊の問題を超え、医療と保健（さらに福祉）が一体となった地域の健康づくりのあり様を研究し、実践したいという願いを込めたものである。そして、臨床研修を終えた地域医療を指向する若い医療人に、社会医学の研究の面白さと実践の重要性を理解してもらい、それを治療にせよ、予防にせよ、診療にせよ、集団・社会・環境的介入にせよ、実践にフィードバックしてくれることを期待している。地域医療の時代そして“ポスト医療崩壊・医師不足”の時代に必要なのは、持続的に地域医療・地域保健を研究し、実践する骨太の仕組みである。公衆衛生はその中心的な柱としての役割を担わねばならない。

文献

- (1) 文部科学省. 医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/

- chousa/koutou/033/index.htm
- (2) 厚生労働省. 臨床研修の到達目標.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html>
- (3) 伊藤善信. 平成18年度地域保健総合推進事業 新医師臨床研修「地域保健・医療」の実践的な研修方策に関する研究報告書, 2007.
- (4) 伊藤善信. 新医師臨床研修「地域保健・医療」フォーラム. 2007年6月1日資料.
- (5) 小川彰. 臨床研修制度—光と影—. 学術の動向 2007; 5月号: 27-33.
- (6) 小松秀樹. 医療崩壊 「立ち去り型サボタージュ」とは何か. 東京: 朝日新聞社, 2006.
- (7) 伊関 友伸. まちの病院がなくなる!?!—地域医療の崩壊と再生. 東京: 時事通信出版局 2007.
- (8) 小川道雄. 医療崩壊か再生か—問われる国民の選択. 東京: 日本放送出版協会, 2008.
- (9) 唐澤祥人. 医療崩壊 医師の主張. 東京: 毎日新聞社, 2008.
- (10) 大村昭人. 医療立国論. 東京: 日刊工業新聞社, 2007.
- (11) 村上智彦. 村上スキーム地域医療再生の方程式. 東京: コア・アソシエイツ, 2008.
- (12) 若月俊一. 若月俊一の遺言 農村医学の原点. 東京: 家の光協会, 2007.
- (13) 日本公衆衛生学会. 21世紀の公衆衛生研究戦略委員会報告書, 2008.
- (14) 岸玲子. 医学の中での公衆衛生・予防医学の位置. 岸玲子、古野純典、大前和幸、小泉昭夫 (編集). NEW 予防医学・公衆衛生学. 東京: 南江堂, 2008: 1-2.
- (15) Wada K, Arimatsu M, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Higashi T, Aizawa Y. Factors on working conditions and prolonged fatigue among physicians in Japan. *Int Arch Occup Environ Health* 2008; 82: 59-66.
- (16) 研修医への効果的な地域保健・医療研修を提供するための質的研究. 日本公衛誌 2006; 53: 715-20.
- (17) 五十嵐正紘. あらためてジェネラルを師に学ぶ. 月刊地域医療 2008; 22: 1126-1135.
- (18) 全国国民健康保険診療施設協議会.
<http://www.kokushinkyo.or.jp/>
- (19) 地域医療振興協会.
<http://www.jadecom.or.jp/>
- (20) 日本プライマリ・ケア学会.
<http://www.primary-care.or.jp/>
- (21) 日本総合診療医学会.
<http://www.jsgm.org/>
- (22) 日本家庭医療学会. <http://jafm.org/>

健康行動を促す保健指導・健康教育

～いかに「やる気」を育てるか～

松本 千明

ヘルス・コンサルタント

1. はじめに

健康の増進を目的とした保健指導や健康教育では、対象者に健康によい方向に生活習慣を変えてもらう必要があるが、対象者に生活習慣を変えようと「やる気」になってもらうことは、簡単ではない。

そこで、対象者の「やる気」を引き出すにはどうしたらよいかテーマになるわけだが、その場合に役立つものとして、健康行動理論がある。ここでは、健康行動理論に基づいて、保健指導や健康教育で対象者の「やる気」を引き出すポイントについて説明したい。

2. 健康行動理論とは

健康行動理論は、主に心理学分野の研究から導き出されたもので、どんな要因が、人が健康によい行動を行う可能性を高めるのかなど、健康に関する行動変容の枠組みを示すものである。

健康行動理論を「やる気」を引き出す実践面から考えると、『どんな条件が満たされると、人は健康によい行動への「やる気」になりやすくなるかを示す枠組み』と捉えることができる。

そして、健康行動理論を学ぶことで、保健指導や健康教育で、対象者の「やる気」を引き出す働きかけのポイントが分かるようになる。

3. 代表的な健康行動理論

健康行動理論としては多くの理論があるが、

ここでは、代表的なものとして、以下の7つの理論について説明したいと思う。

- (1) 変化のステージモデル
- (2) 健康信念モデル
- (3) 社会的認知理論（「自己効力感」を含む）
- (4) 計画的行動理論
- (5) ストレスとコーピング
- (6) ソーシャルサポート（社会的支援）
- (7) コントロール所在

まず初めに、変化のステージモデルについて説明し、その後で、残りの6つの理論をまとめた形で説明する。

なお、それぞれの理論について詳しく学びたい方は、関連図書を読まれることをお勧めする¹⁻³⁾。

4. 変化のステージモデル

プロチャスカらが禁煙の研究から導き出した「変化のステージモデル」（図1）では、人が行動変容する場合は、5つのステージを通ると考える⁴⁾。

変化のステージモデルでは、対象者の行動変容を促す働きかけを行う場合は、対象者のステージを把握し、そのステージに合わせて働きかけることを勧めている。

各ステージの特徴について、禁煙を例にして以下に説明する。

(1) 無関心期

- ・行動変容のデメリットの方がメリットよりも大きいと感じている（禁煙のメリットよりもデメリットの方が大きいと感じている）
- ・情報不足や失敗経験による「やる気」の低下

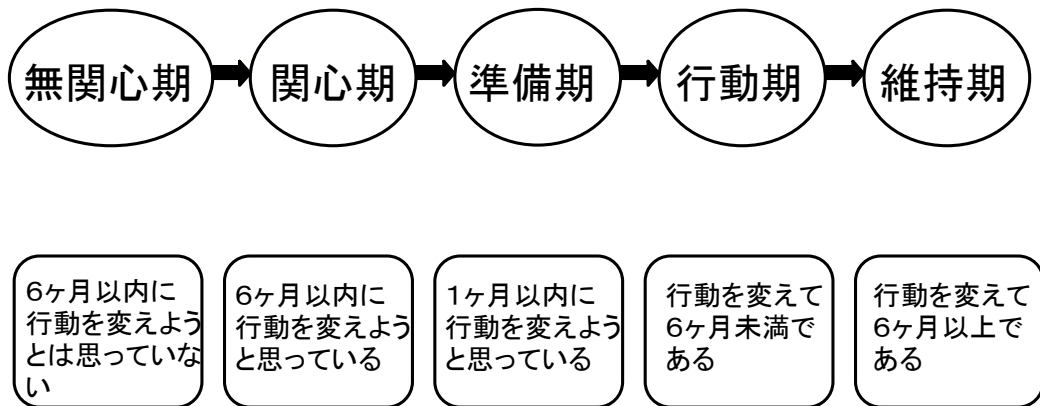


図1 「変化のステージモデル」の5つのステージ

(喫煙の健康への悪影響についての情報が不足していたり、過去に禁煙にチャレンジしたが失敗し、「やる気」がなくなっている)

- ・働きかけに対して防衛的、抵抗、否定の反応をする

(喫煙の健康への悪影響の話をして、「自分だけは大丈夫だ」とか、「ヘビースモーカーの高齢者でも病気になっていない人がある」などと言ったりする)

(2) 関心期

- ・このステージに長く留まる傾向がある
(“将来的にはタバコをやめたいと思っているんだけど・・・”と言いながら、タバコを吸い続けている)

- ・行動変容のメリットとデメリットを同じぐらいに感じている

(禁煙のメリットとデメリットを同じぐらいに感じているため、そのバランスがどちらに傾くことなく、つり合ってしまった)

(3) 準備期

- ・行動変容のメリットの方がデメリットよりも大きいと感じている

(禁煙のメリットの方がデメリットよりも大きいと思っている)

- ・具体的な行動計画を持っているか、過去1年以内にいくらかの行動変容を起こしている

(禁煙開始日を決めていたり、禁煙を続けていくための計画を立てている)

(4) 行動期

- ・行動を行っている判断するには、行動の基準を満たしていなくてはならない

(禁煙については、タバコを1本も吸っていないければ「禁煙している」と判断しやすいが、例えば、運動の場合は、あらかじめ運動の基準を決めておき、その基準を満たしているかどうかで判断する【例えば、週に○日以上、1日合計○分以上、少し汗ばむような身体活動をする事など】)

- ・最初の1～2ヶ月が最も「逆戻り」しやすい

(禁煙をスタートしても、最初の1～2ヶ月が最も再喫煙しやすい)

(5) 維持期

- ・維持期に入ったことは、行動変容の過程の半分が終わったに過ぎない

(禁煙を6ヶ月続けたから安心ということではなく、その中から「逆戻り」する人が出る可能性がある)

5. 「やる気」になるために必要な条件

人が健康によい行動への「やる気」になるための条件について、変化のステージモデル以外の6つの理論からピックアップしたもの

を以下に示す。(図2)

これらの「やる気」の条件を覚えるために、「やる気」の条件のキーワード(図中の太字部分)をつないだフレーズも、以下に示しておく。

“よい自信、まずい妨げ、ストレスに、サポート受けて、努力のステージ”⁵⁾

なお、フレーズの最後の「ステージ」は、図には示していないが、健康行動を促す保健指導や健康教育では、対象者の行動変容の「ステージ」に合わせた働きかけを示している。

それぞれの「やる気」の条件について、図中の太字のキーワードに従って、運動を例にして説明する。なお、()内はその条件を含む理論を示している。

(1)「よい」

その行動をすることが自分にとって「よい」ことだと思ふこと(健康信念モデル、社会的認知理論、計画的行動理論)

- ・働きかけのポイント: 対象者に運動を「よい」ことだと思ってもらうには、運動をすると、

対象者が価値を置く結果につながると思ってもらふ必要がある。

(2)「自信」

その行動をうまくできるという「自信」があること(社会的認知理論、計画的行動理論)

- ・働きかけのポイント: 対象者にうまく運動を行えるという「自信」を持つってもらうには、少し頑張れば達成できそうな目標を立てて達成してもらうこと【自己の成功経験】や、対象者に“自分と似ている”と思ってもらえる人を例に挙げ、その人が運動を続けることができていることや、その結果として、メリットを得ていることを話すこと【モデリング】などが挙げられる⁶⁾。

(3)「まずい」

このままでは「まずい」と感じる(健康信念モデル)

- ・働きかけのポイント: このままでは「まずい」と感じてもらうには、以下の2つの条件を満たすように働きかける。
- ①「可能性の認識」を増やす: このままの状態が続くと(例えば、肥満や糖尿病などをそのままにしていたり、運動不足のままでは

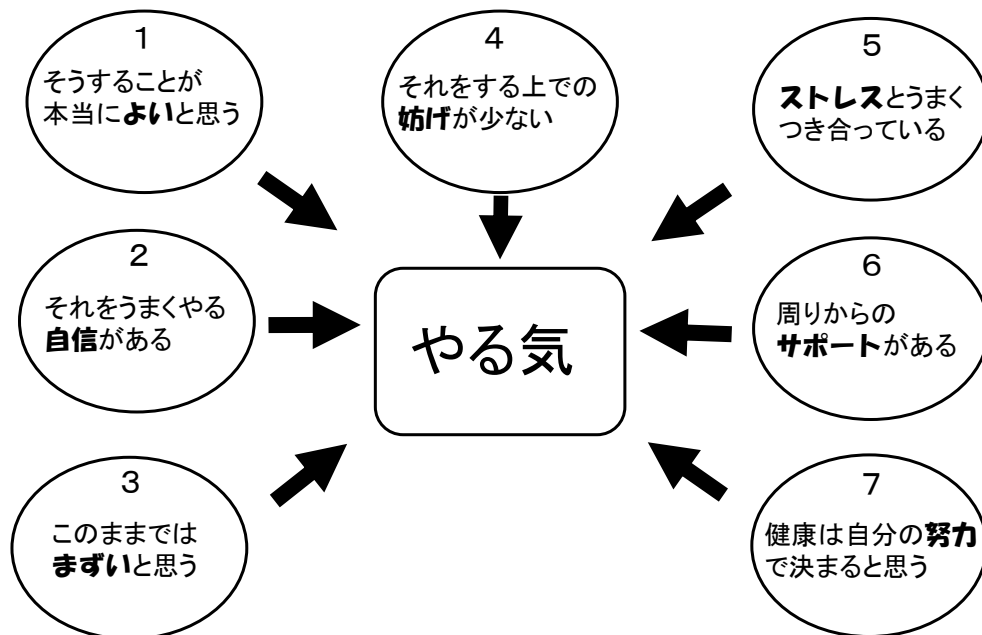


図2 人が健康により行動への「やる気」になるための条件(文献5、p10の図を一部改変)

ると) 病気や合併症になる可能性が高いことを示す。

②「重大さの認識」を増やす: 病気や合併症になった場合の重大さについて説明する。

(4) 「妨げ」

その行動を行う上での「妨げ」が少ないこと (健康信念モデル)

- ・働きかけのポイント: 対象者にとって、運動をする上で何が「妨げ」になっているかを把握し、それをできるだけ減らす。

(5) 「ストレス」

「ストレス」とうまくつき合っていること (ストレスとコーピング)

- ・働きかけのポイント: 「ストレス」になりそうなことでも前向きにとらえてもらい、健康的な方法 (例えば、運動など) で対処してもらおう。

(6) 「サポート」

周りからの「サポート」が得られること (ソーシャルサポート)

- ・働きかけのポイント: 運動をする上で、家族や友人などから「サポート」が得られるようにする。

(7) 「努力」

健康状態は自分の「努力」で決まると思うこと (コントロール所在)

- ・働きかけのポイント: 健康状態は決して運だけで決まるのではなく、本人の「努力」 (例えば、運動をすることなど) によって左右されることを示す。

以上、人が健康によい行動を行う「やる気」になるために必要な条件について、説明をした。

保健指導や健康教育で対象者に行動変容への「やる気」になってもらうには、これらの「やる気」の条件を満たすように働きかけることが勧められる。

また、対象者があまり運動への「やる気」になっていない場合に、「やる気」がない理由は人によって違う可能性がある。それは、前述の「やる気」の条件のうち、どの条件を満

たしていて、どの条件を満たしていないのかについて、人によって違う可能性があるためである。

その場合、その対象者において、どの「やる気」の条件が十分に満たされていないのが分かれば、その条件を満たすように働きかけることで、一人一人に合った働きかけをすることができる。

(例えば、運動への「やる気」がない場合、ある対象者は、運動は「よい」ことだと思っているが、運動を続けていく「自信」がなく、別の対象者は、運動を続けていく「自信」はあるが、あまり運動を「よい」ことだと思っていない場合、「やる気」を引き出す働きかけのポイントは、対象者によって変わるということである。)

6. ステージに合わせた働きかけ

変化のステージモデルの研究結果も踏まえ、各ステージに合わせて、先に示した「やる気」に必要な7つの条件を割り振った図を以下に示す。(図3)

この図に従って、保健指導や健康教育で対象者に行動変容を促して「やる気」を引き出すポイントは、以下のようにまとめられる。

(1) 無関心期の人への働きかけ

関心期に移ってもらうことを目指し、主に、「よい」「まずい」「努力」の面から働きかける。

→行動変容することが自分にとって「よい」ことで、このままだと「まずい」と思ってもらい、健康状態は自分の「努力」によって左右されると感じてもらう。(主に行動変容の必要性を感じてもらうことに重点を置くということ)

(2) 関心期の人への働きかけ

準備期に移ってもらうことを目指し、主に、「自信」と「妨げ」の面から働きかける。

→うまく行動変容することができるという「自信」を高め、行動変容する上で「妨げ」になっていることを把握し、それを減らす。(行動変容の必要性を感じた上で、それを

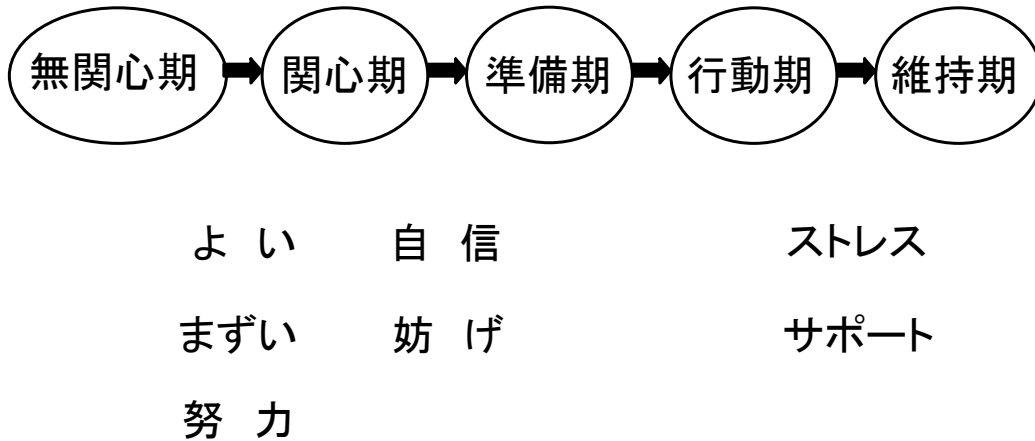


図3 変化のステージに合わせた働きかけのポイント⁷⁾

行動に移す上での障害を取り除くことに重点を置くということ)

(3) 準備期の人への働きかけ

図には示していないが、行動期に移ってもらうことを目指し、行動変容についての具体的なアドバイスを与えたり、決意表明をしてもらったりする。

(4) 行動期と維持期の人への働きかけ

行動を続けてもらって「逆戻り」を防ぐことを目指し、「ストレス」とうまくつき合ってもらったり、行動を続ける上で周りからの「サポート」を活用してもらう。

なお、この図はあくまでも働きかけの大枠であり、無関心期の人には、「よい」「まずい」「努力」の3つの働きかけしかしてはいけないというものではない。状況に応じて、臨機応変に対応してもらえればと思う。

7. 最後に

変化のステージモデルを始め、代表的な健康行動理論について説明した。

実際の保健指導や健康教育では、全てが理論通りにうまく行くわけではないが、対象者の「やる気」を引き出す働きかけの道しるべとして、健康行動理論を使ってもらえれば幸いである。

文献

- (1) 松本千明. 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎. 東京: 医歯薬出版, 2002.
- (2) 畑 栄一, 土井由利子 (編). 行動科学—健康づくりのための理論と応用. 東京: 南江堂, 2003.
- (3) Glanz K, Rimer BK, Lewis FM (編), 曾根智史, 渡部 基, 湯浅資之, 鳩野洋子 (訳). 健康行動と健康教育—理論, 研究, 実践. 東京: 医学書院, 2006.
- (4) Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997; 12(1): 38-48.
- (5) 松本千明. 医療・保健スタッフのための健康行動理論 実践編. 東京: 医歯薬出版, 2002: 10.
- (6) Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: WH Freeman and Company, 1997: 79-115.
- (7) 松本千明. やる気を引き出す8つのポイント 行動変容をうながす保健指導・患者指導. 東京: 医歯薬出版, 2007: 83.

(著者の松本千明先生には第6回秋田県公衆衛生学会にて表題の講演をしていただきました。ホームページアドレスは以下の通り: <http://homepage3.nifty.com/cmkenkou/>)

秋田県における疾病傾向を探る

—死亡統計に基づいた検討—

田中 貴子 高階 光榮
秋田県健康環境センター

1. はじめに

時代の流れとともに我が国の疾病構造は大きく変化し、かつて国民病と言われた結核による死亡が、昭和20年代後半以降激減し、我が国の死因構造の中心が感染症から生活習慣病に大きく変化した¹⁾。秋田県の死亡に関する統計（以下、死亡統計）をみると、全国と同様に生活習慣病による死亡が約6割を占め、1984年以降は脳血管疾患にかわり悪性新生物による死亡が1位となっている。2005年の死亡状況をみると悪性新生物の死亡数は3,857人（粗死亡率337.8（人口10万対）、心疾患の死亡数は1,977人（粗死亡率173.1）、脳血管疾患の死亡数は1,842人（粗死亡率161.3）となっている。また、本県の粗死亡率を全国における順位で見ると、悪性新生物並びに自殺（39.1）が全国1位²⁾となっており、これらは本県における公衆衛生上の深刻な問題として憂慮されている。

死亡統計は、その地域の基本となる健康指標としてその地域の実態を表わすとともに、社会経済的にも広く活用されている重要な公衆衛生情報でもある。死亡指標としては、粗死亡率や年齢調整死亡率、標準化死亡比

（SMR）等を用いることが知られている¹⁾。

「年齢調整死亡率」を用いることで年齢構成の異なる人口集団でも年齢構成の相違を気にすることなく、より正確に地域間（特に都道府県間）の比較や過去と現在の年次比較をすることができる。同様の目的で人口規模の小さい地域での死亡、特に死因別死亡を評価す

る場合は、「標準化死亡比」が用いられる。

今回、我々は本県における疾病予防対策上、重要な疾患および留意すべき地域を明らかにするために、主要死因の経年的な年齢調整死亡率の変化を比較し、県および保健所管内別（以下、管内を省略）に主要死因の標準化死亡比を求めた。

2. 方法

1. 年齢調整死亡率からみた秋田県の死亡状況

平成17年都道府県別年齢調整死亡率—人口動態統計特殊報告—から秋田県の年齢調整死亡率を抽出した³⁾。対象死因は秋田県の2005年の10大死因（人口動態統計による主要死因のうち上位10死因）および部位別悪性新生物（以下、がん）、脳血管疾患の主要病態の30死因である。そのうち男性は27死因（男女共通26死因と男性の1死因）、女性は29死因（男女共通26死因と女性の3死因）である。以下に詳細を示す：（共通）悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎、不慮の事故、自殺、老衰、腎不全、糖尿病、肝疾患、食道がん、胃がん、大腸がん、肝臓がん、胆のうがん、膵臓がん、気管・肺がん、膀胱がん、悪性リンパ腫、白血病、虚血性心疾患、急性心筋梗塞、不整脈・伝導障害、脳梗塞、くも膜下出血、脳内出血、（男性）前立腺がん、（女性）乳がん、子宮がん、卵巣がん。

これらの死因について、1）調査開始年（厚生労働省が調査を開始した年）から2005年までの5年毎の10大死因の年次推移、2）部位別がんの調査開始年と最近（2000年、2005年）との比較を行った。また、本県の男性の

年齢調整死亡率を全国における順位でみると、高順位にある死因が多いことから⁴⁾、3) 男性の胃がん、食道がん、脳梗塞、自殺の年齢調整死亡率について、調査開始年から2005年までの年次推移と全国における順位をみた。順位については5位以内の他都道府県の年齢調整死亡率の状況もあわせて把握した。加えて、4) 最近(2000年、2005年)の年齢調整死亡率の全国平均との高低、過去データとの増減を比較した。具体的には各死因について、最近(2000年、2005年)の年齢調整死亡率が全国平均より高いか—低い、また、調査開始年からみて増加しているか—減少しているかという視点により4領域に分類した。A領域は「高い・増加」:最近の死亡率が全国より高く調査開始年から増加している死因、B領域は「高い・減少」:全国より高いが調査開始年から減少している死因、C領域は「低い・増加」:全国より低いが増加している死因、D領域は「低い・減少」:全国より低く調査開始年から減少している死因とした。

各死因の調査開始年は1960年(14死因):悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎、不慮の事故、自殺、老衰、糖尿病、胃がん、気管・肺がん、白血病、虚血性心疾患、乳がん、子宮がん。1970年(13死因):肝疾患、食道がん、大腸がん、肝臓がん、胆のうがん、膵臓がん、膀胱がん、前立腺がん、卵巣がん、急性心筋梗塞、不整脈・伝導障害、脳梗塞、くも膜下出血。1980年(2死因):腎不全、脳内出血。1995年(1死因):悪性リンパ腫である。

2. 標準化死亡比(SMR)からみた県および保健所別の死亡状況

対象死因は2005年の12死因:胃がん、大腸がん、肝臓がん、気管・肺がん、糖尿病、急性心筋梗塞、脳梗塞、肺炎、肝疾患、腎不全、不慮の事故、自殺。対象地域は、県および中核市保健所を含む県内9保健所(二次医療圏としては8医療圏⁵⁾)であり、大館保健所(大館・鹿角圏域)、北秋田保健所(北秋田圏域)、

能代保健所(能代・山本圏域)、秋田中央保健所(秋田周辺圏域)、由利本荘保健所(由利本荘・にかほ圏域)、大仙保健所(大仙・仙北圏域)、横手保健所(横手圏域)、湯沢保健所(湯沢・雄勝圏域)、秋田市保健所(秋田周辺圏域)である。

2005年の12死因について、県と保健所別に標準化死亡比(SMR)を算出し解析した。データ算出に用いた基礎資料は、平成17年秋田県衛生統計年鑑²⁾、平成17年厚生労働省人口動態調査⁶⁾(死因)、平成17年総務省国勢調査⁷⁾(人口)である。SMR算出にあたっては、日本公衆衛生協会主催の平成16年度「地域保健情報処理研修」の標準化死亡比算出シート⁸⁾を用いた。標準化死亡比の基準は2005年の全国100とした。

3. 結果

1. 年齢調整死亡率からみた秋田県の死亡状況

1) 10大死因の年齢調整死亡率の年次推移

図1に秋田県の男女別10大死因の年齢調整死亡率の年次推移を示した。2005年の本県の年齢調整死亡率(人口10万対)をみると、悪性新生物は男性214.6、女性95.9、心疾患は男性76.6、女性44.5、脳血管疾患は男性76.3、女性39.5、自殺は男性51.8、女性13.1となっている。1960年から2005年までの5年毎の年次推移をみると、近年はほとんどの死因が低下傾向にあり、特に脳血管疾患は大幅に低下した。悪性新生物は男性が1985年に、女性は1990年に脳血管疾患を上回り、その後はほぼ横ばい状態で現在に至っている。心疾患は男女ともに2005年に脳血管疾患を上回った。男性の自殺を見るとほぼ横ばいであったが、1985年に45.8と上昇し、その後いったん低下したものの1995年からの年齢調整死亡率は再び上昇している。

2) 部位別がんの年齢調整死亡率の比較

本県で最も死亡数の多いがんについて、部位別に調査開始年、2000年、2005年、並びに2005年全国の年齢調整死亡率の比較をした

(図2)。男性についてみると、胃がんは調査開始年129.8から大幅に低下しているが、2005年は47.4(1位)(全国32.7)と依然として全国より高かった。気管・肺がんは、2000年は46.2であり、2005年は40.5(40位)(全国44.6)と低下したものの、調査開始年の14.9からみると約3倍に増加していた。大腸がんは、2000年は29.6(1位)(全国23.7)であったが、2005年は24.1(9位)(全国22.4)と低下した。

女性についてみると、胃がんは調査開始年60.5から大幅に低下しており、2000年は19.2(1位)、2005年は14.9(5位)(全国12.5)とさらに低下しているものの、全国より依然として高かった。乳がんは、2000年の10.1(23位)から2005年は11.6(18位)(全国11.4)

とさらに上昇し、調査開始年の3.9からみると約3倍に増加した。子宮がんは調査開始年の17.4からみると2005年は4.1(全国5.1)と大幅に低下した。大腸がんは2000年の17.6(1位)よりさらに低下し2005年は14.4(7位)(全国13.2)となり、胃がんの14.9と同程度となった。

3) 男性の主な死因の年齢調整死亡率の年次推移および都道府県別順位

本県におけるこれらの死因の年齢調整死亡率は、調査開始年から2005年までのほとんどの年で5位以内に入っていた(表)。また、これらの2005年の年齢調整死亡率を都道府県別にみると、青森県、岩手県など東北が高い傾向にあった。

本県の胃がんは1995年から2005年まで1位

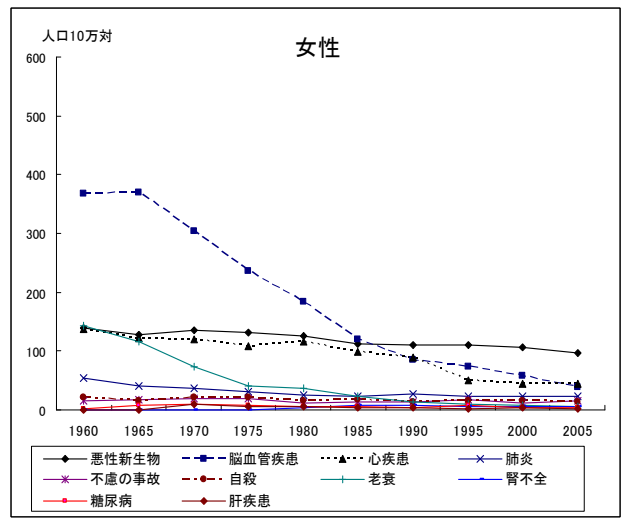
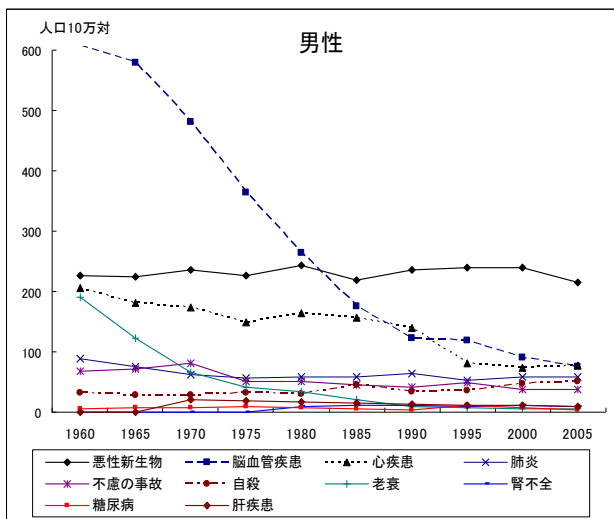
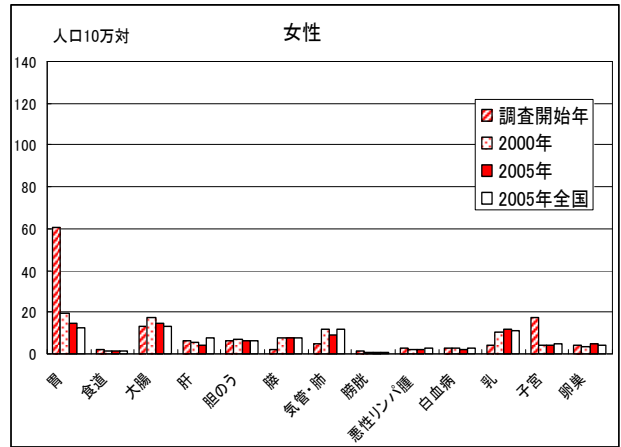
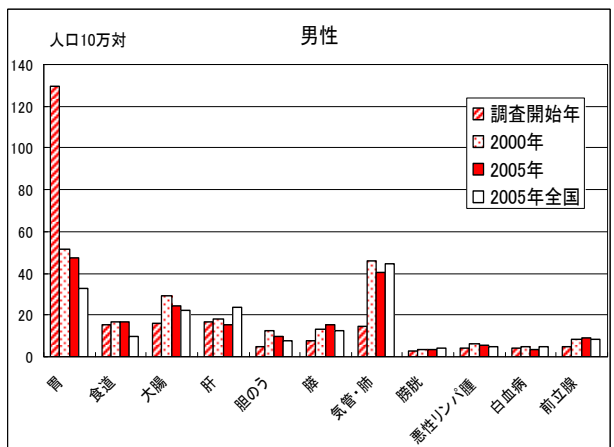


図1 秋田県の10大死因の年齢調整死亡率の年次推移



- ・1960年(胃、気管・肺、白血病、乳、子宮)
- ・1970年(食道、大腸、肝、胆のう、膵、膀胱、前立腺、卵巣)
- ・1995年(悪性リンパ腫)

図2 秋田県の部位別がんの年齢調整死亡率
—調査開始年、2000年、2005年、2005年全国の比較—

であったが、年齢調整死亡率は1995年に57.4、2000年に51.5、2005年は47.4と年々低下していた。胃がんは新潟県および山形県がほとんどの年で5位以内となっていた。本県の食道がんは1995年から2005年まで1位であったが、年齢調整死亡率は1995年に16.3、2000年に16.5、2005年に16.9と横ばい状態であった。宮城県は各年において5位以内となっていた。本県の脳梗塞は各年で5位以内であったが、年齢調整死亡率は大幅に低下し、2000年の59.0から2005年は43.9とさらに低下した。他県をみると宮城県、福島県ともに1970年から1995年まで5位以内であり、近年は1995年から青森県および岩手県も5位以内となっていた。1985から2000年まで連続して1位だった本県の自殺は、2005年には青森に次いで2位となった。しかし、年齢調整死亡率は2000年の47.2から2005年は51.8と上昇していた。2005年は青森、岩手、山形が5位以内であったが、1990年から2000年までは宮崎県、沖縄県、島根県も5位以内となってい

た。

4) 最近の年齢調整死亡率の全国平均および過去データとの比較

本県の年齢調整死亡率の全国平均および過去データとの比較結果を4領域に分類したところ、2000年の年齢調整死亡率を性別で見ると、男性はA領域（高い・増加）の死因数が10死因と最も多く、一方、女性はD領域（低い・減少）が12死因と最も多かった（図3）。2005年の男性ではA領域（高い・増加）が減り、D領域（低い・減少）が9死因と増えた。

男性（対象は27死因）の年次比較では、2000年は調査開始年から年齢調整死亡率が増加した領域（AおよびC）が15死因であり、一方、減少した領域（BおよびD）は12死因であった。2005年は増加した領域（AおよびC）が10死因であり、調査開始年より減少した領域（BおよびD）が17死因となり、2000年に比較してこの領域が増えた。また、本県の年齢調整死亡率が全国よりも高い領域（AおよびB）は2000年、2005年ともに16死因であっ

表 秋田県の主な死因の年齢調整死亡率の年次推移及び順位(男性)

		(人口10万対)									
年次	S35年	S40年	S45年	S50年	S55年	S60年	H2年	H7年	H12年	H17年	
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	
胃がん	全国値	98.5	96.0	88.9	79.4	69.9	58.7	49.5	39.1	32.7	
	1位	131.0 奈良	138.5 奈良	122.8 奈良	107.3 山形	95.0 秋田	77.8 新潟	63.5 新潟	57.4 秋田	51.5 秋田	47.4 秋田
	2位	129.8 秋田	123.6 新潟	112.3 山形	101.0 富山	92.4 富山	75.7 山形	61.8 秋田	55.3 奈良	50.4 山形	39.2 新潟
	3位	129.4 山形	123.4 秋田	111.4 新潟	98.4 秋田	84.6 石川	75.6 富山	60.3 和歌山	52.3 新潟	47.2 栃木	38.9 栃木
	4位	121.3 栃木	119.9 山形	109.9 秋田	95.7 新潟	84.3 山形	69.7 秋田	59.8 奈良	50.0 千葉	47.1 新潟	36.6 青森
	5位	119.0 大阪	115.7 群馬	103.4 富山	94.4 奈良、佐賀	82.9 奈良	68.9 和歌山	59.3 栃木	49.7 大阪	46.1 奈良	37.3 山形
食道がん	全国値	-	-	11.4	10.3	10.3	9.8	9.8	10.1	10.4	9.7
	1位	-	-	18.5 奈良	17.6 沖縄	23.9 沖縄	17.5 沖縄	16.2 宮城	16.3 秋田	16.5 秋田	16.9 秋田
	2位	-	-	17.7 鹿児島	17.5 宮城	18.4 宮城	15.5 秋田	15.3 秋田	13.9 新潟	14.4 新潟	13.1 新潟
	3位	-	-	16.8 宮城	17.0 鹿児島	17.4 秋田	15.4 宮城	14.5 沖縄	13.8 東京	13.3 東京	12.3 岩手
	4位	-	-	16.4 新潟	15.6 秋田	16.6 山形	15.2 鹿児島	13.2 鹿児島	13.4 宮城	13.2 青森	12.1 青森
	5位	-	-	15.6 茨城	14.1 新潟	14.5 福島、東京、鹿児島	14.3 福島	13.1 北海道	13.2 鹿児島	12.8 宮城	12.0 宮城
脳梗塞	全国値	-	-	115.5	108.7	96.9	68.9	52.7	61.1	44.7	34.5
	1位	-	-	221.5 宮城	178.5 秋田	146.0 栃木	103.8 宮城	72.8 宮城	78.0 宮城	61.7 青森	49.3 青森
	2位	-	-	194.4 秋田	173.0 福島	145.6 宮城	101.9 秋田	69.2 福島	76.5 栃木	59.0 秋田	46.7 岩手
	3位	-	-	188.3 福島	169.6 宮城	142.0 秋田	99.2 栃木	68.9 茨城	74.8 秋田	55.8 岩手	45.5 栃木
	4位	-	-	186.1 群馬	168.0 栃木	141.7 福島	97.7 福島	68.7 秋田	73.8 福島	55.2 栃木	43.9 秋田
	5位	-	-	167.6 山梨	167.8 岩手	132.3 茨城	92.8 群馬	67.3 山形	73.7 青森	54.4 山形	42.7 富山
自殺	全国値	30.0	21.8	20.6	24.1	24.3	26.9	20.0	21.3	30.7	31.6
	1位	36.3 山口	33.4 岩手	33.0 新潟	34.3 宮崎	37.4 宮崎	45.8 秋田	33.3 秋田	36.6 秋田	47.2 秋田	52.2 青森
	2位	36.1 岩手	30.5 新潟	30.8 宮崎	34.1 岩手	36.5 島根	38.9 新潟	30.3 宮崎	35.7 沖縄	42.9 宮崎	51.8 秋田
	3位	35.3 愛媛	29.9 高知	30.6 岩手	32.9 秋田	35.9 岩手	38.3 高知	30.1 島根	31.6 宮城	42.4 沖縄	43.9 岩手
	4位	34.3 新潟	28.8 秋田	27.6 秋田	31.3 島根	33.8 高知	37.1 和歌山	29.1 沖縄	31.4 宮崎	41.1 島根	43.9 山形
	5位	34.0 岐阜	28.7 島根	26.3 富山	31.2 新潟	32.7 鹿児島	36.1 鹿児島	28.7 岩手	30.5 島根	41.0 岩手	43.4 長崎

・食道がんの1970年の秋田県年齢調整死亡率は 15.5(6位)

・自殺の1960年の秋田県年齢調整死亡率は 31.7(13位)、1980年の年齢調整死亡率は 30.4(7位)

1)2000年 男性

調査開始年より 減少		調査開始年より 増加		
全国より 高い	* 脳血管疾患	91.1 (3)	* 悪性新生物	239.0 (4)
	脳梗塞	59.0 (2)	* 自殺	47.2 (1)
	* 肺炎	58.3 (7)	大腸がん	29.6 (1)
	胃がん	51.5 (1)	不整脈・伝導障害	18.0 (1)
	* 不慮の事故	38.6 (15)	食道がん	16.5 (1)
	脳内出血	24.1 (7)	膵がん	13.5 (10)
			胆のうがん	12.6 (1)
			* 腎不全	10.8 (8)
			* 糖尿病	8.0 (20)
			悪性リンパ腫	6.3 (7)
全国より 低い	* 心疾患	74.3 (44)	気管・肺がん	46.2
	虚血性心疾患	32.0 (45)	肝がん	17.9 (42)
	急性心筋梗塞	21.1 (47)	前立腺がん	8.2 (26)
	* 肝疾患	11.2 (34)	白血病	5.1 (20)
	くも膜下出血	6.6 (25)	膀胱がん	3.3 (36)
	* 老衰	6.2 (25)		

2)2005年 男性

調査開始年より 減少		調査開始年より 増加		
全国より 高い	* 悪性新生物	214.6 (6)	* 自殺	51.8 (2)
	* 脳血管疾患	76.3 (4)	大腸がん	24.1 (9)
	* 肺炎	57.6 (5)	不整脈・伝導障害	22.5 (5)
	胃がん	47.4 (1)	食道がん	16.9 (1)
	脳梗塞	43.9 (4)	膵がん	15.4 (4)
	* 不慮の事故	37.9 (4)	胆のうがん	9.9 (3)
脳内出血	22.8 (6)	前立腺がん	9.3 (12)	
くも膜下出血	7.2 (14)	悪性リンパ腫	5.3 (15)	
全国より 低い	* 心疾患	76.6 (38)	気管・肺がん	40.5 (40)
	虚血性心疾患	29.2 (44)	膀胱がん	3.7 (33)
	急性心筋梗塞	21.0 (39)		
	肝がん	15.6 (44)		
	* 肝疾患	10.1 (36)		
	* 腎不全	8.6 (25)		
* 老衰	4.8 (32)			
* 糖尿病	4.7 (47)			
白血病	3.6 (41)			

3)2000年 女性

調査開始年より 減少		調査開始年より 増加		
全国より 高い	* 悪性新生物	106.4 (8)	大腸がん	17.6 (1)
	* 脳血管疾患	57.6 (1)	不整脈・伝導障害	8.0 (3)
	脳梗塞	34.0 (1)	膵がん	7.9 (11)
	胃がん	19.2 (1)	胆のうがん	7.3 (11)
	* 自殺	14.8 (1)	* 腎不全	6.6 (6)
	脳内出血	12.3 (5)		
くも膜下出血	9.5 (12)			
* 老衰	7.0 (23)			
食道がん	1.7 (2)			
全国より 低い	* 心疾患	45.2 (33)	気管・肺がん	11.5 (24)
	* 肺炎	23.0 (23)	乳がん	10.1 (23)
	虚血性心疾患	17.8 (36)	* 糖尿病	3.2 (42)
	急性心筋梗塞	12.8 (11)		
	* 不慮の事故	11.1 (39)		
	肝がん	5.7 (44)		
子宮がん	3.9 (41)			
卵巣がん	3.7 (29)			
肝疾患	3.4 (39)			
白血病	2.5 (34)			
悪性リンパ腫	2.4 (42)			
* 膀胱がん	0.8 (39)			

4)2005年 女性

調査開始年より 減少		調査開始年より 増加		
全国より 高い	* 脳血管疾患	39.5 (10)	大腸がん	14.4 (7)
	* 肺炎	22.3 (13)	乳がん	11.6 (18)
	脳梗塞	19.4 (15)	不整脈・伝導障害	11.6 (4)
	胃がん	14.9 (5)	膵がん	7.8 (13)
	* 不慮の事故	14.7 (2)	卵巣がん	5.2 (8)
	* 自殺	13.1 (3)	* 糖尿病	4.6 (6)
脳内出血	10.9 (7)			
くも膜下出血	8.0 (15)			
* 老衰	6.7 (25)			
食道がん	1.5 (7)			
全国より 低い	* 悪性新生物	95.9 (22)	気管・肺がん	8.9 (44)
	* 心疾患	44.5 (24)		
	虚血性心疾患	14.3 (40)		
	急性心筋梗塞	10.1 (31)		
	胆のうがん	6.3 (9)		
	* 腎不全	5.2 (29)		
子宮がん	4.1 (39)			
肝がん	4.0 (47)			
* 肝疾患	2.9 (42)			
悪性リンパ腫	2.2 (40)			
白血病	2.1 (40)			
膀胱がん	0.9 (33)			

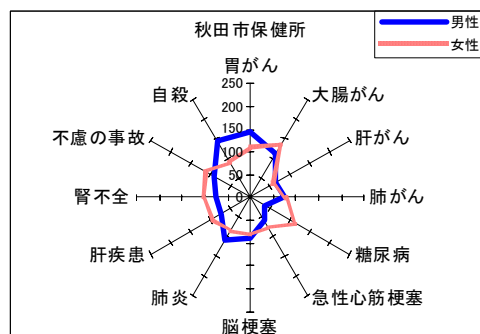
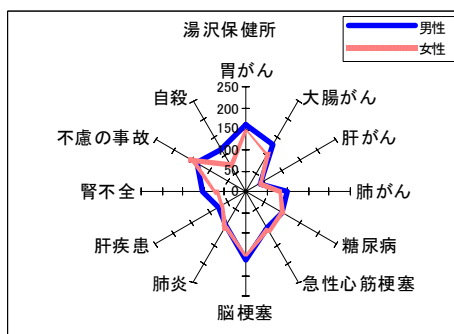
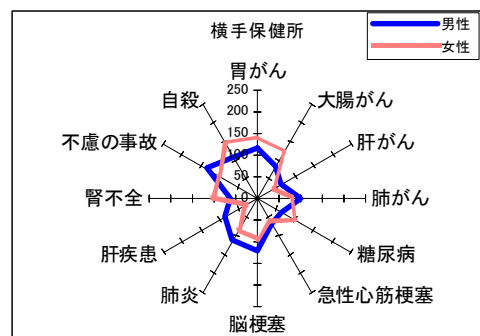
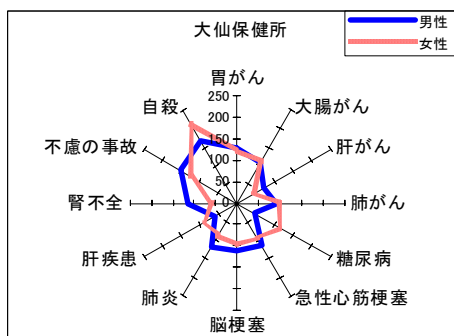
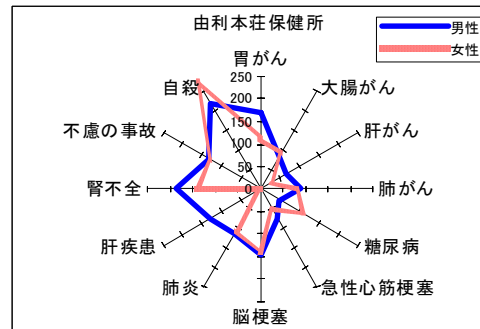
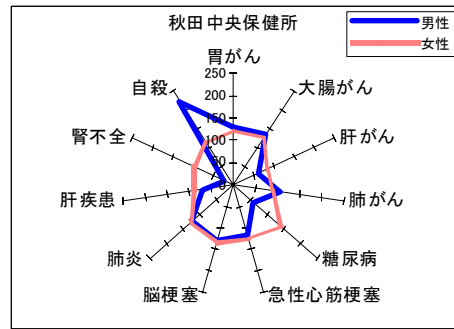
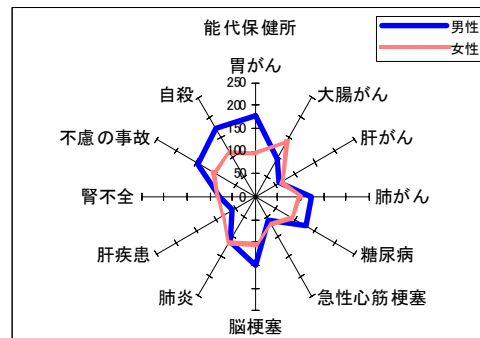
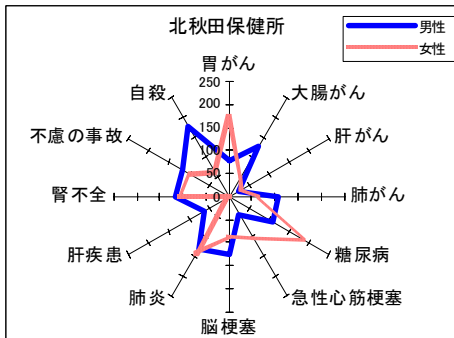
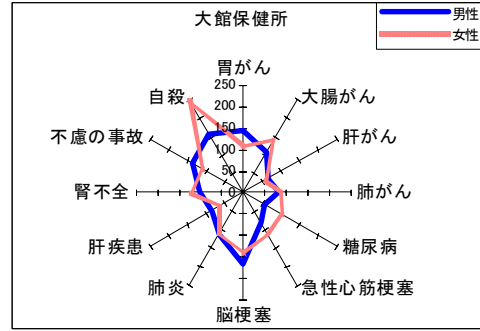
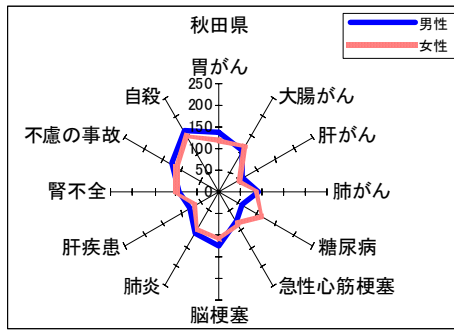
- ・ 数字は秋田県の年齢調整死亡率<人口10万対>、()は全国での順位。
- ・ * は秋田県で多い10大死因、他は部位別死因。部位別の悪性新生物は、がんと表す。
- ・ 高い・低い、秋田県と全国との比較。
- ・ 増加・減少は、調査開始年と当該年との比較。
- ・ 調査開始年とは各死因の調査が始まった年で、1960年、1970年、1980年、1995年。

図3 秋田県の年齢調整死亡率の年次比較－2000年・2005年－

た。更に全国における本県の順位をみると2000年は胃がん、大腸がん、食道がん、胆のうがん、自殺、不整脈・伝導障害など6死因が1位であったが、2005年は胃がんと食道がんのみが1位であった。

女性(対象は29死因)の年次比較では、2000年は増加した領域(AおよびC)が8死因で

あり、一方、減少した領域(BおよびD)は21死因と多かった。2005年は増加した領域(AおよびC)が7死因となり、減少した領域(BおよびD)は22死因であり、2000年と2005年は同じ傾向であった。また、年齢調整死亡率が全国よりも高い領域(AおよびB)では2000年は14死因、2005年は16死因で



・基準は全国100

図4 秋田県及び保健所別の主な死因別標準化死亡比—2005年—

あった。全国における本県の順位をみると2000年は脳血管疾患、脳梗塞、胃がん、大腸がん、自殺など5死因が1位であったが、2005年は1位の死因がなかった。不慮の事故は、2000年はD領域で11.1（39位）であったが、2005年はB領域となり14.7（2位）と大幅に上昇した。

2. 標準化死亡比（SMR）からみた県および保健所別の死亡状況

2005年の標準化死亡比について、県および県内9保健所別、死因別に算出し解析した結果を図4に示した。ここでは県と各保健所においてSMRが有意に高かった死因について述べた（ $P<0.05$ ）。基準は2005年の全国100とした。

秋田県全体の標準化死亡比をみると、男女ともに胃がん、脳梗塞、自殺が高く、胃がんは男性138.6、女性118.0、脳梗塞は男性127.3、女性111.6、自殺は男性162.2、女性149.5であった。男性では肺炎112.4、不慮の事故127.9、女性では大腸がん120.0が高かった。

大館保健所では男女ともに脳梗塞と自殺が高く、脳梗塞は男性166.5、女性143.8、自殺は男性159.4、女性248.5であった。また、男性の胃がん142.6、女性の大腸がん141.9が高かった。北秋田保健所では男性の自殺177.2、女性では胃がん175.2、肺炎142.2が高かった。能代保健所の男性では胃がん176.3、脳梗塞152.1、不慮の事故145.6、自殺175.6が高かった。秋田中央保健所の男性では不慮の事故152.3、自殺221.1、女性では脳梗塞135.0が高かった。由利本荘保健所では男女ともに脳梗塞と自殺が高く、脳梗塞は男性146.4、女性142.1、自殺は男性220.3、女性276.5であった。更に、男性では胃がん169.7、腎不全187.1が高かった。大仙保健所では男女ともに自殺が高く、男性167.9、女性211.9であった。男性では不慮の事故152.6が高かった。横手保健所では有意に高い死因はみられなかった。湯沢保健所では男女ともに脳梗塞が高く、男性161.0、女性149.3であった。男性では胃がん

159.7も高かった。秋田市保健所の男性では胃がん142.6、自殺143.0、女性では大腸がん133.6が高かった。

4. 考察

今回、年齢調整死亡率および標準化死亡比を用いて、本県の疾病傾向と各地域における特性を検証した。年齢調整死亡率をみると、全体的には男女ともに死亡率は低下していた。特に減少が大きかった疾病は脳梗塞、胃がん、子宮がんのように早くから検診体制が整ってきている疾病であった。これらの検診は有効性が確立しているものであり、死亡率の減少には疾病対策の効果が反映されてきていることが示唆された。しかしながら、全国と比較すると脳梗塞、胃がん、自殺などの年齢調整死亡率はいまだに全国より高い現状がみられ、効果的な対策のありかたの検討を含め、今後も引き続き対策を推進していくことが重要である。性別にみると、特に男性においては、悪性新生物をはじめとする、近年、全国的に増加傾向にある疾病が本県でも多くなってきており、男性への疾病対策の強化の必要があると思われた。

また、小島らは、「二次医療圏別に解析することで、地域特性を把握することができ各地域の予防対策に役立てることができる⁹⁾」と報告している。本研究でも標準化死亡比から保健所別のデータを解析した結果、それぞれの保健所で高い数値を示す死因があり、各地域での死亡の傾向が明らかになった。今回の結果を踏まえ、今後も、重要な疾患や留意すべき地域を設定し、県として取組みを強化するなど、対策を講じていくことが必要と考えられた。

次にこれらの結果と先行研究を基に若干の考察を加えた。三輪らは脳血管疾患対策の成果を評価する際に死亡情報を用いることについて、「罹患情報に比し死亡の情報は、全国の長期間にわたる動向の把握が可能であり、現時点において活用できる蓄積性の高い唯一の情報である¹⁰⁾。」と報告している。さらに、脳血管疾患死亡率の変動要因として、年齢効

果・時代効果・世代効果の3要因をあげ、特に、時代効果では「それぞれの時代背景や政策などによる社会環境の変化により、国民全体が影響を受けて対策の効果が表れた¹⁰⁾」と捉えている。本県においても脳血管研究センターが昭和58年に設立され医療体制が整備され、医療技術の進歩とともに地域医療に根ざし、救急医療の向上等に果たした効果は大きいと考えられた。しかしながら、本県の平成20年度の高齢化率は28.6% (全国21.9%)と高率であり¹¹⁾、かつ、年々高くなってきている現状である。また、脳血管疾患死亡数全体をみると、75歳以上では横ばい¹²⁾を示し、決して楽観できない状況にあり、このことは介護という大きな問題をはらんでいるとも言える。脳血管疾患対策については、これからはいかに継続的かつ効率的に対策を展開していくかが更なる課題と思われる。

次にがんについては、「がん死亡率の減少には、がんの早期発見およびがんに対する診断・治療施設の普及が寄与している可能性を示唆している¹³⁾。」と加藤らが報告している。本県でも医療水準の向上、検診体制整備が整ってきているものの、がん登録やがん拠点病院の整備等の課題は残されている。また、本県のがん検診受診率¹⁴⁾をみると、肺がん、乳がん検診は伸びているが、それ以外のがん検診受診率では低下傾向や伸び悩みにあり、きめ細かな予防対策が望まれる。平成19年度に当センターと健康推進課が共同で実施したがん検診受診率向上に関する調査¹⁵⁾においては、「安心して検診から治療まで受けられるように、がん専門分野の医師を育成するとともに、がん拠点病院を整備し、質の高い医療の提供をしてほしい。」という住民の生の声が聞かれ、今後の検診体制整備に大きな期待が寄せられていることが分かった。

自殺については、本県で最も多い原因は健康問題、経済・生活問題によるものと報告されているが¹⁶⁾、地域や家族との関わりも見逃すことはできない。地域や家庭で何らかの役割をもつ「役割遂行」が有意に生命予後に

関連していることを安梅らが報告している¹⁷⁾。県内でも様々な視点からの自殺に関する研究報告は多く、本県では秋田大学医学部が中核となり、自殺予防の取り組みとしてモデル町での事業を展開し、その効果が得られてきている¹⁸⁾。今後もこれらの手法を手がかりに全県的に対策を推進していくことが期待される。

5. おわりに

健康づくりや疾病対策においては、結果が即時に現れることは難しい。しかし、今回のように長い目で年齢調整死亡率をみると、死亡率は確実に低下していることが分かった。このことは疾病予防や治療体制の整備が整ってきていること、併せて、公衆衛生および臨床分野に従事する者たちの努力が実を結んできていること等も一因として考えられた。しかしながら、今回の結果から、ターゲットとすべき疾病や地域があること、男性への健康づくりの働きかけの必要性があること等、新たな課題も明らかとなった。今後も関係機関等とより一層の連携を図りながら、引き続き各種対策を積極的に推進していくことが肝要であると思われた。

文 献

- (1) 厚生統計協会編. 国民衛生の動向. 東京: 厚生統計協会 2008;55(9).
- (2) 秋田県健康福祉部編. 平成17年秋田県衛生統計年鑑, 2007.
- (3) 厚生労働大臣官房統計情報部編. 平成17年都道府県別年齢調整死亡率人口動態統計特殊報告. 東京: 厚生統計協会, 2007.
- (4) 田中貴子, 張勇, 八幡裕一郎, 高階光榮, 鈴木紀行. 死亡統計からみた秋田県の疾病状況. 東北公衆衛生学会誌 2005;54:40.
- (5) 秋田県健康福祉部編. 秋田県医療保健福祉計画, 2008.
- (6) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成17年人口動態調査. 死亡数, 性・年齢(5歳階級)・死因(死因簡単分類).

- (7) 総務省. 平成 17 年国勢調査. 都道府県・市区町村別統計表.
- (8) 日本公衆衛生協会編. 平成 16 年度「地域保健情報処理研修」テキスト第 2 回前期. 東京: 財団法人日本公衆衛生協会, 2004; 39-62.
- (9) 小島光恵, 渡辺定良, 阿部智夫, 他. 新潟県の主な死因の地域特性. 平成 11 年度地研北海道・東北・新潟支部公衆衛生情報研究部会総会 (青森). 事例発表・情報交換抄録集 1999; 21-24.
- (10) 三輪のり子, 中村隆, 成瀬優知, 他. わが国における 20 世紀の脳血管疾患死亡率の変動要因と今後の動向. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53: 493-502.
- (11) 秋田県健康福祉部長寿社会課. 平成 20 年度高齢者関係指標, 2008.
- (12) 秋田県健康福祉部編. 平成 18 年秋田県衛生統計年鑑, 2008.
- (13) 加藤育子, 富永祐民. がんの地区別死亡／罹患比に影響を与える要因. 日本公衆衛生雑誌 1987; 34(9): 619-623.
- (14) 厚生労働省. 平成 17 年度地域保健・老人保健事業報告. 基本健康診査・がん検診の実施状況, 2005.
- (15) 秋田県. 平成 19 年度がん検診受診率向上に関する調査報告書, 2008.
- (16) 秋田県警察本部生活安全企画課. 平成 19 年秋田県における自殺の実態, 2008.
- (17) 安梅勅江, 篠原亮次, 杉澤悠圭, 他. 高齢者の社会関連性と生命予後 社会関連指標と 7 年間の死亡率の関係. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53(9): 681-686.
- (18) 本橋豊. 自殺が減った町秋田県の挑戦. 東京: 岩波書店, 2006.

高齢者のうつに対する回想法の有効性 —1988年から2008年までのランダム化比較試験の 文献的検討—

湯浅 孝男¹⁾ 根本 幸恵²⁾ 鈴屋 友貴²⁾ 高橋 広二²⁾

1) 秋田大学医学部保健学科
2) 介護老人保健施設 杏授苑

高齢者のうつに対する回想法の有効性について、対照群を設けて検討した研究を概説して考察した。文献はPubMedにより *reminiscence therapy, depression, randomized controlled trial* をキーワードとして1988年初めから2008年末までに出版された論文を検索した結果得られたものであり原著10件だった。回想法の影響をうつ尺度で評価すると対照群と比べて効果があったとするものと、効果は認められなかったとするものと評価は分かれていた。他の精神療法の効果を検討するための対照群としての回想法ではある特定の効果を目的としている療法の方が効果が大きかった。回想法と対照群を比較するものでは集団でも個別でも一定の効果がみられた。今後は回想法の指導者の質のコントロール、そして回想法のタイプを分けて効果を検討する必要性が考えられた。

1. はじめに

高齢者の不安は退職やそれまで担ってきた役割の喪失、配偶者や親しい友人との死別、身体的健康の衰えなど様々な喪失体験に基づくことが多い。多くの高齢者は健康で以前のように活動したいと願いつつも加齢による身体的・心理的ストレスに適応せざるを得ない。喪失体験への適応過程で生ずる葛藤が強く克服できない場合には、情緒的レベルには収まらず、抑うつ的な神経症的症状が出現しやすい¹⁾。そのような高齢者の心身の健康を保ち日常生活の機能を維持させるためには高齢者の心理的な側面に援助することは重要である。本論では特に高齢者の示す抑うつ的な症状への心理的援助の一つとして行われている回想法について文献的検討を行い今後の課題を探る。

高齢者の回想は子ども返りであるとか、過去に対する執着心などと否定的に捉えられることが多かった。しかしアメリカの精神科医Butlerは高齢者が過去を回想する頻度が高ま

ることは自然な過程であると考えた²⁾。そしてButlerは高齢者の回想に対して専門家が共感的受容的態度で介入することにより心理的安定をはかることができることを見出し、うつ病などの精神疾患の治療を試みた²⁾。その後欧米を中心に回想法が積極的に導入されて様々な対象に対する実践が行われてきた。黒川は1960年代から1994年までの国内外の文献をレビューし、高齢者に対する回想法の効果として抑うつ感の改善、不安の軽減、人生満足度の向上、対人交流の促進等が得られる可能性があることを示唆した³⁾。しかし、臨床的研究では様々な条件を統制することには限界があり、方法論上の限界をふまえた上での結果の解釈が必要であると述べている³⁾。

そこで、本稿では高齢者のうつ症状に対する回想法の有効性と意義について対照群を設けて何らかの尺度を用いてランダム化比較試験により評価を行った研究を概説し、研究動向を検討することを目的とした。

2. 方法

医学中央雑誌を用いて1988年初めから

2008年未までの文献を「回想法」の検索語で検索すると107件の原著論文があった。「回想法」と「うつ」を検索語とすると10件の文献が見つかったがコントロール群を設定して回想法の有効性を検討する研究は日本語では無かった。PubMedにより *reminiscence therapy, depression, randomized controlled trial* をキーワードとして1988年初めから2008年未までの文献を検索すると英語で11件の文献があった。11件の文献の内の1つは研究デザインについて論考するものであったのでそれを除き10件の文献を整理して考察する。

3. 結果

表に10件の文献の対象者、研究方法、評価指標・尺度、研究結果を整理した。これらの研究について、対象者はどのような人か、介入が集団か個別か、何らかのセラピーの効果を検討するための対照群としての回想法なのか、そして回想法のタイプについて検討した。

1. 対象者

認知症者を対象としたのは2007年に報告されたWangの研究だった⁴⁾。Wangは介護者の観察によるうつの評価と対象者本人の主観的評価の両方を行った。介護者による評価には対照群に比べてうつ症状に改善が認められたが本人の主観的評価には有意な差が認められなかった。

大うつ病と診断された患者を対象としたのはKlausnerとAreanであり、回想法に効果はあるものの特定の介入の方が効果が大きいとするものだった^{5,6)}。それに対してうつの症状の無い対象者のみを対象としたのはStevens-Ratchfordであり回想法の有効性は認められなかった⁷⁾。他の7つの研究は認知面に大きな問題がなくコミュニケーションが可能という基準で選択された対象者だったので軽度から中程度のうつ症状のある人も含まれる対象者だった。それら7つの研究は効果が認められるとするもの、認められなかったとするものがあり結果は一致していなかった。

2. 集団回想法と個別回想法

10件の研究のうち2005年に報告されたWangによるものだけが個人に回想法を行い他は集団での回想法が行われた⁸⁾。Wangは介入の前と後を比較するとGeriatric Depression Scale (GDS)に有意な差が認められ、対照群にはそのような差は認められなかったと述べている。

3. 回想法以外の介入方法と回想法との比較

ZauszniewskiはLearned resourcefulness training (LRT: 健康資源活用法訓練)の効果を回想法と比較した⁹⁾。Learned resourcefulnessとは困難な状況にあっても自立した生活を維持するための認知処理技能を意味し、トレーニンググループでは困難を克服して成功した過去の経験と呼び起こしながらコーピングを教えるものである。その研究で行われた回想法は過去のコーピング経験や健康の話題には触れないで“楽しい休日”などの話題を話し合う限定された用方をされた特殊な回想法だった。対象者はもともとうつや不安の症状は少なく慢性関節リウマチなど慢性疾患をかかえた人の割合が大きかった。介入の結果抑うつ感や不安感はLRT群も回想法群も介入の前と後に有意な差は無かったが、主観的健康観についてはLRT群の方が効果が大きかったと述べられている。

KlausnerはGoal-focused group psychotherapy (GFGP: 個別の治療目標に焦点をあてた心理療法)の効果を回想法と比較した⁵⁾。GFGPとは対象者各人の絶望感や不安感の症状に合わせたリラクゼーション法、認知再構成法、問題解決法を組み合わせたプログラムを週1回づつ11週間行うものである。回想法はライフサイクルにおける各段階に関連する思い出を毎週語り合うものだが、不安やうつの軽減に関連すると考えられる方法は意図的にとらないやり方で行った。両群ともに抑うつ気分の改善が認められたが、GFGPの方がうつ症状、絶望感、不安の各指標で回想法群よりも改善度は大きかった。

表 高齢者のうつつに対する回想法に関するランダム化比較試験報告の概要

報告者(報告年)	研究対象	研究方法	評価指標/尺度	研究結果
Wang JJ (2007) ⁴⁾	65歳以上の施設在住の高齢者(認知症)。介入群:51名(79.76歳)。対照群:51名(78.92歳)	介入群:週1回8週間。昔の写真、昔の食べ物、香り、音楽などを刺激材料としたグループ活動。対照群と比較。	MMSE, GDS, Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	MMSE, CSDDに有意差あったが、GDSには有意差認められなかった。
Zauszniewski JA et al (2006) ⁹⁾	退職者共同居住在住の主に白人。LRT群:成功した過去の経験を呼び起こしながらコーピングを教える群。回(LRT:健康資源活用法訓練)群:46名(81.0歳)。回想法群:43名(85.0歳)	LRT群:成功した過去の経験を呼び起こしながらコーピングを教える群。回想法群:過去のコーピング経験や健康の話題には触れない楽しい経験の話し合い。両群ともに週1回6週間で各回約2時間。	Self-Assessed Health Health Assessment Questionnaire (HAQ), State Anxiety Inventory (STAI), Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)	抑うつ感や不安感には両群とも介入前・後に有意差は認められなかった。また両群間の比較でも不安・抑うつ尺度に有意差は認められなかった。
Stinson CK et al (2006) ¹¹⁾	共同居住在住の72歳から96歳の女性。介入群:12名(81.8歳)対照群:12名(82.5歳)	介入群:週2回6週間の系統的回想法グループ。対照群:介入群と同期間の一般的な活動。対照群と比較	GDS, Self-Transcendence Scale (STS)	GDS, STSに有意差は認められなかった。GDSとSTS(自己超越尺度)の得点には有意な負の相関が認められた。
Wang JJ et al (2005) ⁸⁾	地域と施設在住の平均年齢75.6歳の高齢者。介入群:46名(65歳~75歳)対照群:48名(65歳~85歳)対照群:48名(65歳~75歳)対照群:48名(65歳~85歳)対照群:48名(65歳~85歳)	介入群:個別の非構成的回想法を週1回4ヶ月間。個別回想法の所用時間は対象者の状況に応じて30分から2時間。対照群と比較	GDS, Apparent Emotion Rating Scale (AER), Health Perception Scale (HPS), RSE	介入群の介入前・後にGDSで有意差があったが、他の尺度には有意差認められない。対照群では介入群と同時期に評価されたいずれの尺度にも有意差は認められなかった。
Jones ED (2003) ¹²⁾	援助付き共同居住在住の60歳以上の女性。介入群:15名(82.7歳)対照群:15名(81.0歳)	介入群:テーマに沿って過去の出来事を年代順に回想するプログラムを週2回3週間。対照群:非構成的でレクリエーション的なグループ活動。対照群と比較	MMSE, GDS	介入群は介入前・後にGDS得点の有意差が認められたが対照群には有意差は認められなかった。介入群でも最低6回は活動に参加しないと効果は認められなかった。

Klausner EJ et al (1998) ⁵⁾	大うつ病と診断されている地域在住者。介入群：Goal-focused group psychotherapy (個別の治療目標に焦点をあてた心理療法群) 13名(66.6歳)。対照群：回想法群 13名(67.2歳)	介入群：対象者各人の目標に合わせたリラクゼーション法、認知再構成法、問題解決法を組み合わせたプログラムを週1回11週間。対照群：人生の各期の記憶の話し合いによる回想法。対照群と比較	Hopelessness Scale, State Hope Scale, HDRS, Scale for Suicidal Ideation (SSI), Spielberger State-Trait Anxiety Scale, BDI, Montgomery-Asberg Scale for Depression	両群ともに抑うつ気分が改善がみられた。介入群はうつ各症状、絶望感、不安など各指標で対照群よりも改善度は大きかった。
Arean PA et al (1993) ⁶⁾	55歳以上の一般市民でうつ病と診断された人。問題解決療法群：28名(67.0歳) 回想法群：27名(66.7歳) 対照群：20名(65.5歳)	問題解決療法群：問題解決療法のプログラム。回想法群：ライフヒストリーの話し合い。対照群：治療順番待ちの人。3群で比較	HDRS, GDS, BDI, Social Problem Solving Inventory, Life Integration Scale	対照群と比較すると問題解決群と回想法群はうつ症状の減少が認められた。問題解決療法群は回想法群よりも大きなうつ症状の減少が認められた。
Stevens-Ratchford RG (1993) ⁷⁾	うつ傾向の無い69歳から91歳の退職者共同住居在住者 24名(79.75歳) 介入群 12名、対照群 12名	介入群：週2回計6回の活動。年代順のスライド観賞と話し合いによる回想法。対照群：評価の時に集まるのみ。対照群と比較	RSE, BDI	両群ともにRSEとBDIの得点に介入前・後比較で有意差無し。介入後の得点で両群を比較しても有意差無し。
McMurdo ME et al (1993) ¹⁰⁾	介護付き住宅在住者。積極的運動プログラム参加群：15名(82.3歳) 回想法群：26名(79.3歳)	運動群：週2回45分の音楽に合わせた上下肢の繰り返し運動プログラムを7ヶ月。回想法群：運動群と同回数、同時間の話し合いの回想法。両群で比較	重心動揺、握力、立ち上がり時間、膝関節可動域角度、上体前屈角度、Barthel Index, GDS, Life Satisfaction Index, MMSE	握力、上体前屈、立ち上がり時間、GDS、ADLの各指標で積極的運動プログラム群が有意に回想法群よりも向上していた。
Youssef FA et al (1990) ¹³⁾	介護施設在住の65歳以上の白人女性。回想法群①(65歳~74歳) 21名(67.5歳) 回想法群②(75歳以上 18名 77.8歳)。対照群：21名(71.8歳)	回想法①②の各群とも最初の週は2回、その後は週1回45分の活動を合計6回行う。食べ物、映画、家族など話題の話題の回想法。対照群と比較	BDI	65歳~74歳(回想法①群)は対照群に比べてBDIに有意差あったが、74歳以上(回想法②群)は対照群と有意差は認められなかった。

BDI: Beck Depression Inventory, GDS: Geriatric Depression Scale, HDRS: Hamilton Depression Rating Scale, MMSE: Mini-Mental State Examination, RSE: Rosenberg's Self-esteem Scale

Arean は Problem-solving therapy (PST: 問題解決療法) の効果を回想法と比較した⁶⁾。PST とはうつ病に取り組むための体系的なプログラムである。まず患者にとって何が問題かを同定し、次に多様な問題解決の方法を検討し、実現可能な解決方法を探索・実行することで日常生活で遭遇する問題解決のための新たな対処方法を身につけるための方法である。回想法は過去に遭遇したがうまく解決できた問題と現在の問題の異同を話題に話し合い、人生の中で達成できた課題や未解決な課題について展望を持たせるような進め方で行われた。対照群と比較すると問題解決療法を受けた群も回想法の群もうつ症状に有意な改善が見られたが、問題解決療法を受けた群の方が回想法の群よりもうつ症状の減少が大きかった。

McMurdo は週 2 回 45 分間の運動を積極的に行うプログラムを 7 ヶ月間行い回想法と比較した¹⁰⁾。運動プログラムは音楽に合わせて四肢の関節可動域を精一杯動かす連続動作で構成されていた。運動プログラムが進むに従って連続動作の回数が増加されて参加者は筋収縮を維持するように励まされた。回想法の参加者は週 2 回集まり社会的交流を促進されたとのことだが具体的な方法までは述べられていなかった。握力、上体前屈角度、立ち上がり所用時間、ADL、うつ尺度のいずれでも運動プログラム参加者の方が回想法の群よりも上回っていたと報告されている。

4. 回想法のタイプ

今回の文献検索では reminiscence therapy を検索語として使用したが、内容を検討すると系統的にライフヒストリーを振り返り人生の再評価をめざす life review therapy といえるような方法をとっているものと、過去の楽しい経験を振り返り思い出話をする事で参加者の社会性の向上を図るが人生の再評価や未解決の問題の統合を直接意図しない reminiscence therapy と呼べるものが混在していた。体系的にライフサイクルにおける各段階を振り返ることをめざしていたのは

Stinson¹¹⁾, Arean⁶⁾, Stevens-Ratchford⁷⁾ だった。Jones のプログラムは 6 つのトピックを中心にグループを進行していたもので体系的にライフサイクル順に話題が進むわけではないが治療者は年代順に人生の出来事を思い出すことを期待していた¹²⁾。Klausner は人生の各段階について毎週話し合ったとしているが詳しい方法は述べられていなかった⁵⁾。参加者の興味をよびそうなテーマを毎回設定して行ったものは Wang^{4,8)}, McMurdo¹⁰⁾, Youssef¹³⁾, Zauszniewski⁹⁾ だった。

4. 考察

回想法は Butler により抑うつなどの精神症状を示す患者に対する精神療法として提唱されたものであるが、その後回想法は高齢者に対する介入方法として欧米で広まった³⁾。研究の多くは一般老人や痴呆老人を対象とするものが多く、今回とりあげた文献のように抑うつなどの精神症状のある高齢者を対象とする研究は少ない。その理由として黒川が言うように³⁾、治療を求めて受診する患者に対して厳密な実験研究デザインを用いた効果研究を行うことの困難さが考えられる。

今回検討した研究の対象者が大うつ病の確定診断を受けていた研究は 2 つだが^{5,6)}、その対象者に対する回想法は他の精神療法の対照群として位置づけられたものだった。そしてうつ症状の軽減にはうつの治療を目的とした精神療法の方が優れているとされるものだった。また生活機能の向上をめざす療法 (Zauszniewski による Learned resourcefulness training⁹⁾) や運動の効果を強調するグループセッションの効果を検討するもの¹⁰⁾ も特定の療法やアプローチの方が優れているとするものだった。以上の研究では回想法の効果認めつつもある特定の効果については特定の目的をもったアプローチの方が有効であるとするものであり、回想法についての詳しい記述が述べられていないものもあって結果の解釈には慎重を要すると思われる。

うつの症状の無いか又は少ない対象者に対

して回想法の効果を検討した Stevens-Ratchford は介入前・後で比較しても対照群と比較してもうつ尺度に有意な差は認められなかったとしたが⁷⁾、もともとうつ症状が無い又は少ない対象者に対しては、回想法による介入があってもうつ尺度に変化が生ずる余地が無かったものと思われる。

大部分の研究ではグループでの回想法を行っていた。これは参加者同士の交流による効果をねらっているものと思われるが、唯一個人での回想法の効果を検討している研究があった。Wang は個別に対象者と会う回想法を行ったが4ヶ月間の介入の後でうつ尺度に有意な差が認められたと報告している⁸⁾。集団か個人かの問題について、Hsieh はうつに対する回想法は集団か個別かは効果に影響を与えないとしており¹⁴⁾、Wang の研究もその説を支持すると考えられる。

日本では回想法という用語が使われているが、欧米では *reminiscence therapy*、と *life review therapy* を分けて使われることが多い。回想法を提唱した Butler は *life review* と *reminiscence* とを区別しており、*reminiscence* は *life review* に含まれるとした²⁾。実践において両者はあまり明確には区別されないで使われてきた。Height は研究のためには *life review* と一般的な *reminiscence* を区別する必要があるとした¹⁵⁾。そして *life review* は人生の再評価と統合をめざすものであると定義して系統的にライフヒストリーを振り返る過程を重視した。池田は *reminiscence therapy* と *life review therapy* をキーワードにして1966年から2001年までの欧米の文献を検索した結果125件の文献が見つかり、*reminiscence therapy* では健常高齢者を対象とする文献が最も多く(26.1%)、ついで認知症(20.5%)そして抑うつ高齢者(19.3%)だった。*life review therapy* では健常高齢者が最も多く(47.4%)、認知症(5.3%)と抑うつ高齢者(7.9%)の文献は少なかったと報告している¹⁶⁾。すなわち認知症や抑うつなど何らかの疾患を有する高齢者にとっては *life review*

よりも *reminiscence* の方が取り組みやすい可能性がある。今回検討した研究においては *reminiscence therapy* を検索語として使用したが中にはエリクソンのいうライフサイクルの最終段階にある統合をめざして各発達段階を系統的に回想するものも含まれており、うつに対する回想法を検討する際には何を目的にして回想法が行われるかを明確にする必要があるだろう。

回想法や他の精神療法の研究においても指導者の違いが結果に影響を及ぼしている可能性があるが、Jones はこのことはわからないと述べており¹²⁾、未検討の課題である。指導者の違いが影響を及ぼす可能性は特にある特定の精神療法と回想法を比較する研究で考えられるが、いずれの研究においても指導者の質のコントロールはなされていなかった。一口に回想法といっても様々な指導者がいる可能性があり、指導者としての経験年数などを考慮して影響を検討する必要があるだろう。

回想法の研究目的について田高は回想法のプロセスに着目し、語りの質(種類)やテーマを質的に分析したものと、回想法の影響を尺度を使用して量的に評価したものがあるとしている¹⁷⁾。本論では対照群を設けて回想法の影響を検討したものであるため全ての文献が量的な評価を行っていた。回想法をうつの症状のある高齢者に適用する場合は回想法で何をめざしたいかという目的を明確にすることで質的または量的な評価を行う必要があるだろう。

文 献

- (1) 笠原洋勇. 高齢者に対する治療的コミュニケーション. 精神医学 2008; 50(1): 75-81.
- (2) Butler RN. The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry: Journal for the study of interpersonal processes* 1963; 26: 65-75.
- (3) 黒川由紀子, 斎藤正彦, 松田修. 老年期における精神療法の効果評価—回想法をめぐる— . 老年精神医学 1995; 6(3): 315-329.

- (4) Wang JJ. Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 22: 1235-1240.
- (5) Klausner EJ, Clarkin JF, Spielman L, Pupo C, Abrams R, Alexopoulos GS. Late-life Depression and Functional Disability: The Role of Goal-Focused Group Psychotherapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1998; 13: 707-716.
- (6) Arean PA, Perri MG, Nezu AM, Schein RL, Christopher F, Joseph TX. Comparative Effectiveness of Social Problem-Solving Therapy and Reminiscence Therapy as Treatments for Depression in Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61(6): 1003-1010.
- (7) Stevens-Ratchford RG. The Effect of Life Review Reminiscence Activities on Depression and Self-Esteem in Older Adults. *The American Journal of Occupational Therapy* 1993; 47(5): 413-420.
- (8) Wang JJ, Hsu YC, Cheng SF. The effects of reminiscence in promoting mental health of Taiwanese elderly. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42: 31-36.
- (9) Zauszniewski JA, Eggenschwiler K, Preechawong S, Roberts BL, Morris DL. Effects of teaching resourcefulness skills to elders. *Aging & Mental Health* 2006; 10(4): 404-412.
- (10) McMurdo ME, Rennie L. A Controlled Trial of Exercise by Residents of Old People's Homes. *Age and Ageing* 1993: 11-15.
- (11) Stinson CK. Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15: 208-218.
- (12) Jones ED. Reminiscence Therapy for Older Women with Depression. *Journal of Gerontological Nursing* 2003; 29: 27-33.
- (13) Youssef FA. The Impact of Group Reminiscence Counseling on a Depressed Elderly Population. *Nurse practitioner: American Journal of Primary Health Care* 1990; 15(4): 32.35-38.
- (14) Hsieh HF & Wang JJ. Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2003; 40: 335-345.
- (15) Haight BK. The Therapeutic Role of a Structured Life Review Process in Homebound Elderly Subjects. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 1988; 43(2) :40-44.
- (16) 池田望. 回想法—療法としての実践と研究の動向—. *OTジャーナル* 2001; 35: 779-782.
- (17) 田高悦子, 金川克子, 天津栄子, 佐藤弘美, 酒井郁子, 細川淳子, 高道香織, 伊藤麻美子. 認知症高齢者に対する回想法の意義と有効性—海外文献を通して—. *老年看護学* 2005; 19(2): 56-63.

会 報

第6回秋田県公衆衛生学会報告 平成20年10月9日

ごあいさつ

本日は、第6回秋田県公衆衛生学会学術大会を開催いたしましたところ、ご多忙中にもかかわらず多数の方々のご参加をいただきまして、誠にありがとうございました。

本学会は、秋田県の人々が持つ多様化する生活やニーズに密着した血の通う公衆衛生活動に向けて、県内の保健担当者、医療関係者、行政、学術関係者、NPO等の幅広い英知を結集し、地域の多様な実情を学術的基盤にのっとり具体的に分析し、議論し、実践を促進する場となることを目的として、平成15年10月9日に設立されました。以降、秋田県における公衆衛生学分野における研鑽を深める場として活動を行っております。今回より、秋の大会を学術大会と名称を変更しましたが、今後とも変わらぬご支援のほど、よろしくお願いいたします。

今年度の特別講演は、「健康行動を促す保健指導・健康教育～いかに「やる気」を育てるか」と題してヘルスコンサルタントの松本千明氏に、御講演をいただきます。また、公衆衛生研究および活動に関する一般演題の発表7題もございます。

本日御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くことを御期待申しあげ、ごあいさついたします。

平成20年10月9日

秋田県公衆衛生学会長

秋田大学医学部保健学科教授

湯 浅 孝 男

第6回秋田県公衆衛生学会プログラム

学会長 湯浅 孝男 秋田大学医学部保健学科教授

I. 開催概要

1. 日 時 : 平成20年10月9日(木) (午後1:00~4:00)

2. 会 場 : 遊学舎(秋田市上北手荒巻字塚切24-2)

II. プログラム

13:00~13:05 学会長挨拶

湯浅 孝男 秋田大学医学部教授(臨床作業療法学講座)

13:05~14:30 特別講演 座長 湯浅 孝男 秋田大学医学部教授

健康行動を促す保健指導・健康教育

～いかに「やる気」を育てるか～

松本 千明 ヘルスコンサルタント

14:30~14:40 休憩

14:40~15:50 一般演題 座長 石川 隆志 秋田大学医学部准教授(臨床作業療法学講座)

金子 善博 秋田大学医学部准教授(健康増進医学分野)

1. がん検診に対する住民意識調査の手法に関する検討

高階光榮, 佐藤智子, 田中貴子, 張勇, 高山裕子, 高山憲男, 高橋伸一

2. 死亡統計から秋田県の疾病傾向を探る

田中貴子, 高階光榮

3. 秋田県における若年成人の食生活状況について

高山裕子, 古井美和子, 兎澤真澄, 佐藤直美, 鈴木静香, 菅野育子

4. 自殺により遺された身近な人に対する接し方に影響を及ぼす要因の検討

南園佐知子, 金子善博, 佐々木久長, 山路真佐子, 藤田幸司, 本橋豊

5. 秋田市における禁煙対策の取り組みについて

本田由美子, 足利歩美, 新田目幸子, 森合真由美, 田口美智子, 船木美香子

6. 「人の和と輪でつなぐ輝きとぬくもりのあるまち」を目指して

—能代市における自殺対策事業について—

高杉富喜子, 地主和子, 中田哲直, 本橋 豊, 金子善博, 佐々木久長

7. 表現活動を通じた障害者と地域社会との交流の試み

—ストリートアート in 本荘を開催して—

石川隆志, 佐藤裕子, 石川佐智子, 塚本文子, 村田千鶴子, 石川郁恵

16:00 閉会の辞

特別講演

健康行動を促す 保健指導・健康教育 ～いかに「やる気」を育てるか～

松本 千明

略歴

医学博士・公衆衛生学修士

平成元年 札幌医科大学医学部卒業

平成元～3年 札幌徳洲会病院勤務

平成3～8年 自治医科大学内分泌代謝科勤務

平成8～11年 徳田病院内科外来非常勤勤務

平成11年 大阪府立看護大学医療技術短期大学部臨床栄養学科卒業

平成13年 ミシガン大学公衆衛生大学院健康行動健康教育学科修士課程修了

現在はフリーにて、医療と保健の現場に健康行動理論とソーシャル・マーケティングを紹介するための講演を中心に活動中

<http://homepage3.nifty.com/cmkenkou/>

一般演題抄録

1. がん検診に対する住民意識調査の手法に関する検討

高階 光榮¹⁾, 佐藤 智子¹⁾, 田中 貴子¹⁾, 張 勇¹⁾ 高山 裕子¹⁾, 高山 憲男²⁾,
高橋 伸一³⁾

1) 秋田県健康環境センター, 2) 秋田県秋田地域振興局福祉環境部,

3) 秋田県健康福祉部健康推進課

【目的】秋田県のがん死亡率は全国的にも高く、なかでも胃がん・大腸がん等の消化器系のがんが多い状況にあり、がん対策を充実することが重要な課題となっている。その対策の柱の一つとなるのが検診であり、受診率の向上を図り、疾病の早期発見、早期治療により、死亡率の低減につなげることが急務である。平成19年6月に策定された「がん対策推進基本計画」においても、5年以内に到達すべきがん検診受診率を50%以上とする目標値が掲げられている。しかし、本県におけるがん検診受診率の現状は、市町村別ではかなり低い地区もみうけられ、その目標達成に向けた積極的な取り組みが必要である。そこで我々は、住民のがん検診に係る意識及びニーズ等を把握し、その結果を受診率向上施策に活用するために、がん検診に対する意識調査を質問紙調査法とフォーカスグループインタビュー法(FGI法)を用いて実施した。今回は質問紙調査法とFGI法の結果から、それぞれの調査手法の特徴について検討したので報告する。

【対象と方法】1. 質問紙調査: 平成19年8月、秋田県内3地区(横手市、羽後町、三種町)に在住する40歳~59歳までの男女1,600人を対象として、対象者の属性及びがん検診の意識に関する質問紙を郵送し、返信のあった640人について集計した。2. FGI: 平成19年8月~9月、質問紙調査と同じ3地区の40歳~59歳までの無作為で抽出された男女24名を対象として、地区毎にがん検診をテーマにしてインタビューを実施した。

【結果】1. 受診する理由: 質問紙調査では、「早期発見のため」と答えた人は約80%、「確認のため」と答えた人は約50%、次いで「罹りたくないから」、「死にたくないから」と答えた人がそれぞれ約25%であった。FGIでも「自分の健康状態を把握するために最善だから」、「早期発見すれば助かるから」、「がんになると怖いから」等というように質問紙調査と同様な意見が多くみられた。2. 受診しない理由: 質問紙調査では、「受ける暇がなかったから」、「毎年は受けていないから」と答えた人が多かった。一方、FGIでは「億劫だから」、「面倒くさいから」、「検査が怖いから」という消極的な意見が多く述べられた。また「自分の健康に自信があるから」、それとは逆に「なにか見つければ困るから」という発言も多かった。3. 自治体における検診体制: 1) 希望する時間帯: 質問紙調査で最も多かったのは、男性で「6時~7時半」で、女性で「9時~10時半」であった。FGIでも「主婦は早朝では大変であり8時以降を希望」とする意見が多かった。また、レディースデイやコンビニ感覚での設定等、多様な対応を求める斬新な発言がみられた。2) 検診料: 質問紙調査では、「1,000円以内」と答えた人が最も多く、「1,000円~3,000円以内」と答えた人を合わせると全体の約7割を占めていた。また、受診していない人で、低料金を希望する割合が高くなっていた。FGIからも「本当は無料化がいい」、「1つの検診料では1,000円超えれば高いと思う」などの意見が多く聞かれた。また、「複数のがん検診をまとめてセット料金を設定して安くすれば、検診を受けやすくなるのではないか」という質問紙調査では得られない意見があった。4. 職場における検診体制: 質問紙調査では、勤務先が従業員の少ない企業の場合及びパートタイム等の不安定な雇用形態の人で受診率が低くなっていた。FGIでも中小企業での検診体制の整備を要望していた。また、受診に際しては、「上司からの命令があれば受けやすい」、「従業員を受診させるために、経営者の意識改革が必要と思う」という貴重な意見があった。

【考察】がん検診に対する意識調査において、質問紙調査では一度に多くの対象者を調査することが可能で、住民意識の全体の傾向を数値として把握できた。また、性別、職業別、受診の有無等、項目間の関連を多面的に解析し新たな知見を得た。一方、FGIでは住民の生の声を聞くことができ、課題を明らかにすることができた。また、少人数のインタビューであっても、質問紙調査とほぼ同様な傾向の意見を得ることが確認できた。さらに、FGIでは対象者同士の相互作用により、質問紙調査では得られなかった斬新な意見や潜在的な意見を抽出することができた。このことから、意識調査にあたっては、常用される質問紙調査法のみならず、FGI法等、複数の手法を併用して調査することが有効であると考えられた。

2. 死亡統計から秋田県の疾病傾向を探る

田中 貴子, 高階 光榮

秋田県健康環境センター

【目的】死亡状況をみると、秋田県は悪性新生物（以下、がん）、自殺等の死亡率が全国上位を占め決して好ましいといえない状況である。しかし、本県の死亡統計から疾病対策に活かすために科学的に解析した研究は少なく、今回、年齢調整死亡率と標準化死亡比により本県の疾病傾向を明らかにした。

【方法】1. 2005年までの都道府県別年齢調整死亡率（人口動態統計特殊報告—厚生労働省大臣官房統計情報部編一）を用いて全国比較、順位、年次推移（5年毎）を把握した。また、年齢調整死亡率の高低増減をA領域（高い・増加：2005年の死亡率が全国より高く、調査開始年（1960年、1970年）から増加している死因）、B領域（高い・減少）、C領域（低い・増加）、D領域（低い・減少）の4領域に分類し解析した。

2. 2005年の主な死因について県・保健所管内別（以下、管内省略）に標準化死亡比（SMR）を算出し解析した。更に2005年と2002年を比較検討し最近の傾向を把握した。基準は全国値100（各年、各死因）である。用いたデータは人口動態統計、秋田県衛生統計年鑑、総務省国勢調査、人口推計である。

【結果】1. 年齢調整死亡率からみた秋田県の疾病状況： 顕著な傾向が見られる男性については、2000年はA領域が多かったが、2005年はA領域の死因が少なくなり、D領域が多くなった。又、全国1位も少なくなり全般的に順位が低くなっていた。胃がんはまだ1位であるが2000年51.5から47.4と低下した。脳梗塞は2000年59.0から43.9と大幅に低下し順位も4位となった。自殺は青森に次ぎ2位となったが、死亡率は2000年47.2から51.8と上昇した（図1）。

2. 標準化死亡比からみた保健所別の疾病状況： 性別、死因別に算出し検討した。秋田県のSMRは男女ともに特に胃がん、脳梗塞、自殺が全国を上回っていた（図2）。保健所別の男性

についてみると胃がんは北秋田保健所を除きSMR 114.0~176.3、脳梗塞は秋田市保健所を除きSMR 113.0~166.5とほとんどの保健所で全国を上回っていた。自殺は全保健所でSMR 109.1~221.1と大幅に全国を上回っていた。由利本荘保健所男性を例に2005年と2002年を比較すると胃がん、脳梗塞、腎不全、自殺が特に高く2002年より上昇した（図3）。

【まとめ】年齢調整死亡率は総じて低下傾向がみられ、これまでの疾病対策の効果が反映されていると推察された。標準化死亡比でほとんどの保健所で全国より高かった胃がん、脳梗塞、自殺等について、今後も各地域で積極的な対策を推進していくことが重要であると考えられた。

(人口10万対)

調査開始年より減少		調査開始年より増加	
主な死因	率 (順位)	主な死因	率 (順位)
全がん	214.6 (6)	自殺	51.8 (2)
全脳血管疾患	76.3 (4)	大腸がん	24.1 (9)
肺炎	57.6 (5)	不整脈・伝導障害	22.5 (5)
胃がん	47.4 (1)	食道がん	16.9 (1)
脳梗塞	43.9 (4)	膵がん	15.4 (4)
不慮の事故	37.9 (4)	胆のうがん	9.9 (3)
脳内出血	22.8 (6)	前立腺がん	9.3 (12)
くも膜下出血	7.2 (14)	悪性リンパ腫	5.3 (15)

全心疾患	76.6 (38)	C	気管・肺がん	40.5 (40)	全国より低い
虚血性心疾患	29.2 (44)	D	膀胱がん	3.7 (33)	
急性心筋梗塞	21.0 (39)				
肝がん	15.6 (44)				
肝疾患	10.1 (36)				
腎不全	8.6 (25)				
老衰	4.8 (32)				
糖尿病	4.7 (47)				
白血病	3.6 (41)				

※調査開始年は各死因の調査が始まった年で、主に1960年、1970年

図1 2005年 秋田県の年齢調整死亡率 (男)

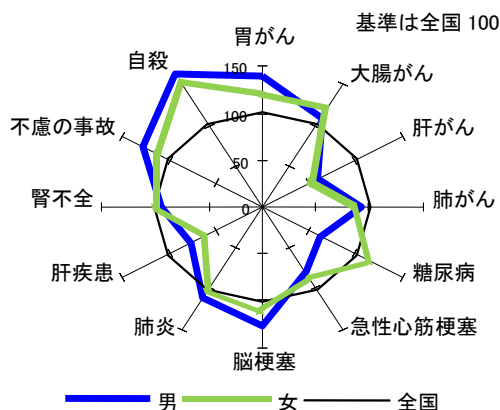


図2 2005年 秋田県 SMR

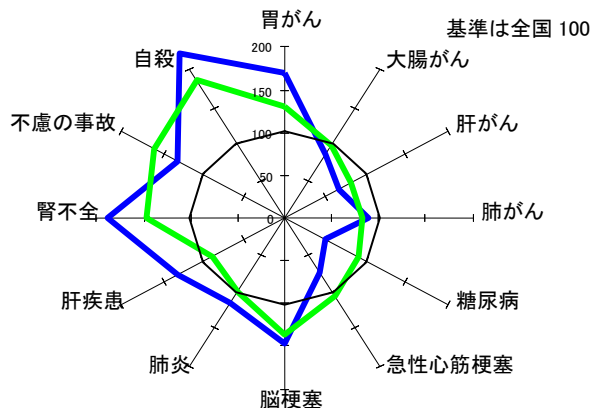


図3 由利本荘 (男) SMR (2005年, 2002年)

3. 秋田県における若年成人の食生活状況について

高山 裕子¹⁾, 古井 美和子²⁾, 兎澤 真澄³⁾, 佐藤 直美⁴⁾, 鈴木 静香⁵⁾, 菅野 育子⁶⁾

1) 秋田県健康環境センター, 2) 秋田県健康福祉部健康推進課,

3) 秋田県北秋田振興局大館福祉環境部, 4) 秋田県秋田地域振興局福祉環境部,

5) 秋田県由利地域振興局福祉環境部, 6) 秋田県平鹿地域振興局福祉環境部

【目的】若い年代への生活習慣病予防や食育に活用する資料を得ることを目的として、平成18年度の県民健康・栄養調査結果を基に、20歳代、30歳代の食生活について検討を行った。その検討結果から、今回は主に食事の不足状況についての結果を報告する。

【対象と方法】平成18年度に実施した県民健康・栄養調査の栄養摂取状況調査の結果(対象:県内17地区の375世帯、1,774人)から20歳から39歳までの185人(男性84人、女性101人)を検討対象とした。調査時期は平成18年10月から12月であった。調査項目のうち、今回は、性別、年齢、BMI、体格に関する意識、20項目の食品等摂取頻度、食生活に関する意識の項目をとりあげた。対象者の食生活の特徴を把握するために、同調査の40歳以上の結果や過去の調査の同年代の結果と比較した。

【結果と考察】

1. 体格について

体格についてBMIをみると、男性は「やせ」が1割未満、「普通」が約7割、「肥満」が約2割であった。女性は、「やせ」が2割近く、「普通」が約7割、「肥満」が約1割であった。実際の体格と「体格についての意識」についてみると若干の違いがあった。特に女性では、「太っている」と答えた人の半数、「少し太っている」と回答した人の9割以上が、BMIでは「普通」に該当し、「ちょうどよい」と答えた人の3人に1人は「やせ」であった。

2. 食品等の摂取頻度について

食品等の摂取頻度から主な傾向を挙げると、40歳以上と比較して少ない傾向がある食品は、男女ともに、ごはん、めん類、淡色野菜、果物、みそ汁、いも類、大豆製品、漬けものであった。女性は、他に緑黄色野菜、牛乳も少ない傾向があった。多い傾向がある食品は、男女ともに、肉類、清涼飲料水で、女性では、他に油、卵が多い傾向がみられた。過去の調査結果の同じ年代と比較すると、野菜の摂取頻度は、緑黄色野菜、淡色野菜ともに増加傾向がみられたが、「1日1回以上」が6割、そのうち「1日3回」は約1割と少なかった。牛乳、乳製品の摂取頻度は、特に女性が減少していた。食事内容については、栄養摂取状況調査から、若い年代が他の年代に比較して、カルシウム、鉄の摂取量や野菜の摂取量が少ないことが明らかになっているが、食品摂取頻度の結果においてもその傾向がみられた。

3. 自分の食生活に対する意識について

食生活について「やや問題がある」「かなり問題がある」と答えた人は、男女ともに約7割であった。必要な栄養素が「不足している」と答えた人は、男性の5割近く、女性の6割近くであった。「不足している」と答えた人は、「十分とれている」「ほぼとれている」と答えた人に比べて、緑黄色野菜、淡色野菜、果物、海藻、みそ汁の摂取頻度が少なかった。

【結論】20歳代、30歳代の、体格、食品摂取頻度、食生活に対する意識について検討した結果、体格については、女性のやせ傾向・やせ志向がみられた。食品の摂取頻度は、野菜、牛乳・乳製品、果物などの多くの食品で不足の傾向がみられた。食生活に対する意識については、多くの人が問題意識をもっており、問題解決に向けて支援の必要性が示唆された。

【参考文献】

平成18年度県民健康・栄養調査結果報告書.秋田県健康福祉部健康推進課, 2008.3.

食生活指針啓発リーフレット. 秋田県健康福祉部健康推進課, 2008.3.

4. 自殺により遺された身近な人に対する接し方に影響を及ぼす要因の検討

南園 佐知子¹⁾, 金子 善博¹⁾, 佐々木 久長^{1,2)}, 山路 真佐子³⁾, 藤田 幸司¹⁾, 本橋 豊¹⁾

1) 秋田大学医学部健康増進医学分野, 2) 秋田大学医学部保健学科

3) 埼玉医科大学保健学科

【目的】 自殺による死別後のグリーフケアの重要性が注目されている。適切なグリーフケアのためには周囲の理解が必要であるが、この点に関する研究は少ない。今回我々は、自死に苦しむ身近な人に対する接し方に関連する要因と自殺対策への考え方に関連する要因を検討した。

【方法】 秋田県A町に住む30才～69才の町民7521人に、平成17年7月～8月に「心の健康づくり調査」質問紙調査を行い、6639通を回収した（回収率88.3%）。調査票の項目のうち、性別、年齢、学歴、SDS（Self-rating Depression Scale）による抑うつ尺度、自殺に関する項目を用いて分析した。自ら命を絶った人の親族や親しい人が身近にいた場合、あなたはどうしますか？という質問項目に対しての返答のうち、前向きな接し方を望む群（声をかけてあげたい・様子を静かに見守る）と接し方を決められない群（何ができるかわからない）、消極的な接し方を望む群（なるべくかかわりを持ちたくない）を従属変数とし、多変量ロジスティック回帰分析を行った。また、地域の自殺予防・心の健康づくりへの取り組みを地域全体で考えることに対してどう思いますか？という質問に対しての返答のうち好ましいという群（良いことだと思う）、好ましいと考えない群（わからない・良くないことだと思う）を従属変数として同様に多変量ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】 有効回答者5154人（男性47.9%、女性52.1%）を分析に用いた。対象者の平均年齢は50.1±10.5才であった。身近な自死遺族に対して声をかけたい・見守りたいという回答は67.5%であった。（わからない30.4%、関わりたくないは2.1%）多変量ロジスティック回帰分析を行った結果、前向きな接し方を望む群と比較すると接し方を決められない群は男性（OR=1.42, 95%CI=1.26-1.61）、若年層（2.64, 2.12-3.29）、教育歴が少ない層（1.32, 1.07-1.62）、抑うつ度が高い層（3.81, 2.80-5.20）、知人の自殺の経験がないこと（1.39, 1.22-1.57）関連があった。また、消極的な接し方を望む群は男性（1.98, 1.33-2.94）、教育歴が少ない層（2.55, 1.34-4.83）、抑うつ度が高い層（6.93, 3.52-13.67）と関連があった。地域の自殺対策を好ましいと考えない群は男性（1.22, 1.04-1.42）、若年層（2.72, 2.03-3.65）、教育歴が少ない層（1.32, 1.02-1.71）、抑うつ度が高い層（4.94, 3.58-6.82）と関連があった。

【考察】 自殺により遺された人に対するの関わり方としては、男性、若年層、義務教育のみの群、知人に自殺という経験がない群、が消極的な行動をとる傾向にあることがわかった。これらの要因を考慮した教育・啓発が、適切な自死遺族の関わり方に有効であると考えられる。（本研究は *BMC Public Health* 2008,8:334 の一部を紹介するものである。）

5. 秋田市における禁煙対策の取り組みについて

本田 由美子, 足利 歩美, 新田目 幸子, 森合 真由美, 田口美智子, 船木 美香子
秋田市保健所 保健予防課

【目的】 秋田市では、受動喫煙防止対策の基礎資料とするため、平成18年7月から8月にかけて「秋田市が管理する公共施設等における禁煙・分煙実施状況調査」を実施した。この結果を受け、平成19年6月に施設の特徴ごとに有効な受動喫煙防止対策を示した「秋田市が管理する施設の禁煙・分煙指針」（以下、「禁煙・分煙指針」）を策定し、各課所室に周知した。指針策定後の状況把握および受動喫煙防止対策をすすめるため、第2回状況調査を実施し、指針の効果および今後の課題について分析した。

【対象と方法】 平成19年12月3日から14日までの間、秋田市が管理する施設および秋田市に設置されている国、県が管理する施設317施設を対象に調査を実施し、全施設から回答を得た。調査方法としては、各施設管理者に次の調査項目への記入を依頼した。1. 現在の禁煙・分煙対策について、2. 「禁煙・分煙指針」を受けての取り組みについて（秋田市所有施設のみ）、3. 今後の禁煙・分煙対策の予定について（対策済み施設〔敷地内禁煙実施済施設を除く〕）、4. 今後の禁煙・分煙対策の予定について（未対策施設）、5. 公共施設の分煙・禁煙対策についての意見（自由回答）。

集計に当たっては、調査対象施設を「医療機関、保育所・児童館、学校、健康福祉施設、デイサービスセンター、図書館・学習施設、文化施設、市窓口支所・出張所、庁舎、スポーツ施設、公民館・地域センター等、官民複合施設、娯楽施設、その他」の14のカテゴリに区分した。

【結果】 「医療機関」、「保育所・児童館」や「学校」など、有病者、乳幼児および未成年者が利用する施設では、98.4%の施設で敷地内禁煙、残りの1.6%が全館禁煙となっていた。それら以外の施設（190施設）では、全館禁煙としているものの、施設内に煙が逆流する可能性の高い、建物出入り口付近に喫煙場所を設置している施設の割合が高かった（51.1%）。「公民館・地域センター等」、「娯楽施設」（58施設）では、仕切りのない喫煙コーナーが設置されている施設も未だ多かった（27.6%）。

「禁煙・分煙指針」を受けて何らかの取り組みがあった施設は、市が管理する施設の17%（49施設）であり、その主な内容としては、「ポスター掲示」により理解や協力を求めたり、「喫煙場所の移設」、「指針を資料として活用した」といった内容が多かった。敷地内禁煙実施済施設以外で、今後、禁煙・分煙対策の変更を予定している施設は12施設であり、そのうち、敷地内禁煙又は全館禁煙への変更を予定している施設は7施設であった。

また、「禁煙・分煙対策を特に行っていない」と回答した11施設のうち、今後も禁煙・分煙対策を行う予定がない施設は10施設で、その主な理由としては、「特に苦情・要望等がないため」、「施設利用形態上、利用者の自主性に委ねている」などとしていた。

【考察】 対象とした公共施設の86.1%において、全館禁煙もしくは換気扇を設置した空間分煙を実施していた。前回調査と比較しても、効果的な禁煙・分煙対策を講じている施設は9.3ポイント増加し、分煙対策が進み、「禁煙・分煙指針」は一定の効果をみたといえる。一方で前回調査よりも減少したものの、仕切りのない喫煙コーナーが設置されている施設もあり、市民が多く集う施設の中にも指針を活用できずにいる施設もあった。そのため、調査終了後には秋田市独自の禁煙ポスターを作成し、市民が多く集う施設への配付を行っている。

今後は、さらに積極的に市の管理する公共施設について、「禁煙・分煙指針」の推進をはかり、現在の受動喫煙防止に係る啓発活動に加え、より具体的な分煙・禁煙対策の情報提供に努めていきたいと考える。

6. 「人の和と輪でつなぐ輝きとぬくもりのあるまち」を目指して —能代市における自殺対策事業について—

高杉 富喜子¹⁾, 地主 和子¹⁾, 中田 哲直¹⁾, 本橋 豊²⁾, 金子 善博²⁾, 佐々木 久長^{2,3)}

1) 能代市 健康づくり課, 2) 秋田大学医学部健康増進医学分野,
3) 秋田大学医学部保健学科

【背景】能代市は、平成17年～19年度までの3年間、秋田県の自殺予防モデル市として指定を受け、同じく平成17年～21年度まで厚生労働科学研究補助金こころの健康科学研究事業の介入地域の指定を受け活動を展開している。今回は、能代市での主な自殺対策事業を紹介し、課題と今後の対策の方向性について検討する。

【主な事業】「のしろ健康21推進委員会」を、平成18年度より市の自殺対策を協議するネットワークとして位置づけている。しかし、栄養・運動についても扱う必要があり、協議事項が多いことから、平成20年度から、健康づくり分科会と自殺予防分科会の2つの分科会を設けた。同委員会は24団体の代表者から構成され、年2回の開催である。同委員会を通して、各団体の自殺対策への理解が進み、各種事業への参画が図られてきた。具体的には平成19年11月、20年8月に開催した自殺予防シンポジウムへのシンポジストとしての参加や、啓発広告への寄稿、各種キャンペーンへの参加が挙げられる。

また、昨年度から重点事業として「ぬくもり声かけキャンペーン」を実施している。自治会長・民生児童委員・健康推進員と行政が連携し、自治会の全世帯に啓発グッズを訪問し直接配布するものである。開始前の説明会や実際に一緒に事業を行うことで、地域のキーパーソンの理解と連携が図られるようになった。

その他、地区診断(平成18年度)、傾聴ボランティア養成研修、心のケアナース養成研修広報・地元新聞での情報提供など幅広い事業を実施している。

【考察】現状での能代市の自殺および自殺対策事業に関する主な課題としては、1) 50～60代男性の自殺の多さ、2) 閉じこもりがちで悩みを抱えている人への相談窓口の周知、3) キャンペーン実施地域の拡大、4) 役所内での相談体制の確立があげられる。

各種の事業の結果、当課への相談者が増加し、また自殺対策事業への地域住民の理解が広がってきた。「ぬくもり声かけキャンペーン」は足を使っての地道な活動であるため、拡がりという点では遅々としており、今後も時間を必要とする。しかし、勤労世代の住民も夜は地域に戻ること、閉じこもりがちの人にも直接訪問することから、このキャンペーンを継続することで、市民への普及啓発を促進できるのではないかと考えている。

最近は多重債務問題等の相談が増加し、その対応は多くの部署、機関にまたがる。外部機関との連携は「のしろ健康21推進委員会」等で対応しているが、市役所内の相談体制については、現在のところ手探りの状態である。今後は市役所内の相談窓口をもつ部署で横断的な対応ができる体制の整備を図ることで、悩んでいる人達が苦しいことを苦しいと訴えることができる地域をつくりあげていきたいと考えている。

7. 表現活動を通じた障害者と地域社会との交流の試み ーストリートアート in 本荘を開催してー

石川 隆志^{1,2)}, 佐藤 裕子²⁾, 石川 佐智子²⁾, 塚本 文子²⁾, 村田 千鶴子²⁾,
石川 郁恵²⁾

1) 秋田大学医学部保健学科作業療法学専攻, 2) 特定非営利活動法人 逢い

【はじめに】

特定非営利活動法人逢いは、「障害者の意思及び人格を尊重し、一人ひとりの特性に応じた存在価値と役割期待のある活動を支援し、地域社会との交流を図りながら、相互理解・相互支援を深めつつ日常生活、社会生活のスキルアップを目指す」ことを事業方針に掲げ、地域活動支援センター事業（Ⅱ型）の委託を受け様々な事業を展開している。今回は、逢いのメンバーによる表現活動を通じて地域社会との交流を図ることを目的に開催した、「ストリートアート in 本荘」について報告する。

【ストリートアート in 本荘の内容】

平成20年9月13日、「ストリートアート in 本荘」と題して、由利本荘市の本荘駅ロータリー歩道を会場に、逢いのメンバーによるアート作品制作・展示が行われた。当日は午前中の準備から後片づけまでメンバーとボランティア約20人が参加し、ストリートアートの他、メンバーによる作品のポストカードや生産活動で作成された魔法の植木鉢の販売、つくば市NPO法人自然生クラブメンバーの作品展示、キッズアート等さまざまな活動が行われた。また、地元の本荘高校美術部員やゆり養護学校の生徒もメンバーと肩を並べて創作活動に取り組んだ。約2時間で完成した作品は、JR東日本の協力も得て、本荘駅内のギャラリーに飾られた。

当日は駅利用者をはじめ地域住民約50人が見学に訪れた。集中して作品制作に取り組む姿や、制作中の生き生きとしたメンバーの表情などを間近にし、見学に訪れた方からは驚きと賞賛の感想も聞かれた。メンバーにとっても法人施設内における仲間やスタッフとの交流だけではなく、地域の人たちとの交流を通じて有能感の獲得、対人関係技能の向上、役割意識の獲得など、有意義な機会となったと考える。

【まとめ】

これまでの表現活動の取り組みを通じて、スタッフが気づかずにいたメンバーの潜在的な能力が明らかになるなどの成果が得られている。今後もメンバー個々の能力を限定的に捉えるのではなく、さまざまな活動を通じて一人ひとりのニーズに合った多様な事業を企画・実施していきたい。

平成19年度秋田県 公衆衛生学会事業報告

年度末の秋田県公衆衛生学会の会員数は以下の通り。

A会員 17団体

B会員 62人

本年度事業として以下を行った。

- 1) 秋田県公衆衛生学会の開催
平成19年10月31日 秋田市・遊学舎
参加者63名(うち学会長招聘25名),
特別講演 1題, 一般口演 5題
- 2) 秋田県公衆衛生学雑誌第5巻第1号(全65頁)の発刊 平成19年12月31日発行
- 3) 秋田県公衆衛生学雑誌 第4巻第1号のインターネットによる公開
(<http://www.med.akita-u.ac.jp/~pbeisei/>)

平成19年度秋田県 公衆衛生学会収入支出決算

平成19年4月1日～平成20年3月31日

科目	金額
(収入の部)	
会費(A)	190,000
会費(B)	24,000
学会参加費(学会員等)	13,000
(非会員)	24,000
事業収入(抄録提供料金)	2,520
利子	139
前年度からの繰越金	37,815
収入合計	291,474
(支出の部)	
旅費・報償費	52,500
需用費	
消耗品	31,500
印刷費(学会誌140冊)	89,670
会議費	18,100
役務費(通信費、手数料など)	19,805
使用料(会場利用費)	9,300
支出小計	220,875
次年度への繰越金	70,599
合計	291,474

監査報告

平成19年度秋田県公衆衛生学会事業報告書および平成19年度秋田県公衆衛生学会収入支出決算書に基づいて、財産の状況、学会世話人の業務執行の状況を監査した結果、適正に管理・運営されていることを確認したので報告します。

平成20年6月10日

監事 杉本 俊比古

本事業・収支決算・監査報告は平成20年度第1回秋田県公衆衛生学会世話人会(平成20年6月9日)にて報告され、承認された。

平成20年度第1回秋田県 公衆衛生学会世話人会議事録

平成20年6月10日

日時: 平成20年6月9日(月)

13:00~13:40

会場: 秋田大学医学部基礎棟1F共用室
出席者(50音順,敬称略) 秋濱 哲雄、伊藤 善信、杉本 俊比古(監事)、畠山 桂郎、三浦 令子、村田 勝敬、本橋 豊、谷田部 知一、湯浅 孝男(学会長)(事務局) 熊谷 久美子、藤田幸司、金子 善博

配付資料: 議案, 世話人名簿, 平成19年度秋田県公衆衛生学会事業報告書, 平成19年度秋田県公衆衛生学会収入支出決算書, 平成19年度監査報告(写し), 平成20年度秋田県公衆衛生学会予算案, 平成20年度秋田県公衆衛生学会特別講演について

議事

協議事項

- 1) 平成19年度事業・収支報告・監査報告
平成19年度事業・収支報告につき杉本監事が監査報告を行い、配付資料どおり承認された。

2) 平成20年度予算(案)

本年度予算案が配付資料どおり承認された。

3) 本年度学会開催について

議事案および関連配付資料に基づき湯浅学会長が説明し、本年10月9日開催が承認された。広報および一般参加者の呼びかけについては各世話人が協力することとなった。

4) 本年度学会誌について

本橋編集委員長が例年通りの編集予定であることを報告した。また、原著、報告にかぎらず随想などの投稿をお願いしたい、との要望を行った。

5) その他

- 学会年会費払い込み料金は会員負担とすることが確認された。
- 年1回開催している秋の学会の名称を学術大会とし、関連要項、同細則を修正することとした。
- 運営要項細則第3条(非会員の当日参加費)を修正することとした。
 - ・変更後:「第三条 学術大会の参加費は会員500円、非会員1,000円とする。」
- 投稿規定を議案のとおり変更、追加することとした。

その他

・新任の世話人(着任順)

谷田部 知一(秋田県健康福祉部長4月～)、

杉本 俊比古

(秋田県健康環境センター所長4月～)

以上

山 桂郎、村田 勝敬、本橋 豊、
湯浅 孝男(学会長)(事務局) 金子 善博

配付資料 議案、第6回秋田県公衆衛生学会学術大会抄録集、秋田県公衆衛生学雑誌第6巻目次(案)

議事

協議事項

1) 本年度事業について

・今年度学術大会について

湯浅学会長の挨拶に引き続き、本日の学術大会開催について抄録集を資料に、概略が説明された。

・学会誌の編集

本橋編集委員長より目次案を資料に、編集方針が説明された。また、その他に、総説の寄稿として2題(歯科医師会、特別講演者)の予定があることが事務局から説明された。

2) 学会運営について

・次年度学会長について

次年度学会長の候補者として、佐藤、本橋の両世話人から伊藤善信世話人の推薦があったことを学会長が報告し、了承された。

その他、情報交換が行われ、県内のフッ素洗口事業の動向、県内でO-157を含めて食中毒関連の報告が散見されていること、など県内の公衆衛生課題が話題となった。

また、次年度には関連学術集会として東北公衆衛生学会、日本公衆衛生学会東北地方会、日本産業衛生学会産業医・産業看護全国協議会が県内で行われることが紹介された。

以上

平成20年度第2回秋田県 公衆衛生学会世話人会議事録

平成20年10月10日

日時 平成20年10月9日(木)

12:10~12:40

会場 遊学舎研修室(秋田市)

出席者(50音順、敬称略) 秋濱 哲雄、伊藤 善信、佐藤 唯直、杉本 俊比古(監事)(代理出席)、鳥海 良寛、畠

秋田県公衆衛生学会世話人名簿（50音順）

平成20年10月9日現在

氏名	所属
秋濱 哲雄	秋田市保健所長
伊藤 善信	秋田地域振興局福祉環境部長（（兼）秋田中央保健所長）
佐藤 唯直	秋田県健康福祉部 健康推進課長
杉本 俊比古 （監事）	秋田県健康環境センター所長
鈴木 明文	秋田県医師会 常任理事
鳥海 良寛	秋田県薬剤師会 専務理事
畠山 桂郎	秋田県歯科医師会 公衆衛生理事
三浦 令子	秋田県看護協会 第二副会長
村田 勝敬	秋田大学医学部教授 （医学科社会環境医学講座環境保健学分野）
本橋 豊 （編集委員長）	秋田大学医学部教授 （医学科社会環境医学講座健康増進医学分野）
谷田部 知一	秋田県健康福祉部長
湯浅 孝男 （学会長）	秋田大学医学部教授（保健学科臨床作業療法学講座）

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以下となっております。

A会員 10,000円／年

B会員 1,000円／年

（4月1日より翌年3月31日まで）

ゆうちょ銀行 口座番号 02230-2-80420

振替口座 秋田県公衆衛生学会

銀行振込 秋田銀行広面支店 普通 784234

秋田県公衆衛生学会 事務局 本橋豊

平成21年度秋田県公衆衛生学会の予定

秋田県公衆衛生学会は平成21年10月1日、秋田市で開催予定です。

平成21年度学会長 伊藤善信氏（秋田地域振興局福祉環境部長）

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当分の間、秋田大学医学部社会環境医学講座健康増進医学分野に置く。

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

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会員500円、非会員1,000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

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、その他のいずれのカテゴリーとして投稿するのかを明記して下さい。
8. 掲載された原稿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
秋田大学医学部社会環境医学講座健康増進医学分野
〒010-8543 秋田市本道1-1-1
(E-mail) phinfo@med.akita-u.ac.jp
(TEL) 018-884-6088 (FAX) 018-836-2609

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・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, 河原和夫, 城戸照彦, 中山健夫, 伊藤洋子, 川本俊弘, 中谷陽二, 本橋豊編. 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.

秋田県公衆衛生学会のあゆみ

(秋田県地域保健研究会の発足)

平成10年5月15日(金) 秋田中央保健所

基調講演「地域保健 この一年を振り返る」

佐々木昌弘(厚生省 保健医療局 地域保健・健康増進栄養課主査)

平成11年10月1日(金) 秋田県立脳血管研究センター

特別講演「介護保険と地域の保健・福祉の将来像」出雲祐二(秋田桂城短期大学教授)

シンポジウム「どう変わる地域の保健と福祉—介護保険導入後への期待」

平成12年10月6日(金) 秋田市保健所

特別講演「21世紀における健康増進戦略の新たな展開」本橋 豊(秋田大学教授)

シンポジウム「秋田から発信する健康づくり」

平成13年10月4日(木) 秋田県庁第二庁舎

特別講演「市町村の健康づくり計画の策定に必要な視点」星 且二(東京都立大学大学院教授)

シンポジウム「市町村における健康づくり対策の実践」

平成14年10月3日(木) 秋田県庁第二庁舎

特別講演「21世紀の母子保健対策の課題」谷口 隆(厚生労働省 雇用均等・児童家庭局 母子保健課課長)

一般演題6題

(秋田県公衆衛生学会の発足)

平成15年10月9日(木) 秋田県総合保健センター 学会長 本橋 豊(秋田大学医学部教授)

特別講演「SARSの流行と健康危機管理」岡部信彦(国立感染症研究所感染症情報センター長)

特別企画「秋田の公衆衛生の明日を語る」

一般演題5題

平成16年10月15日(金) 遊学舎・秋田市 学会長 京屋 太(秋田県健康福祉部長)

特別講演1「乳がん検診 その有効性を高めるために必要なこと」伊藤誠司(市立秋田総合病院副院長)

特別講演2「感染症発生動向調査データの活用方法について」八幡裕一郎(秋田県衛生科学研究所)

一般演題4題

平成17年10月7日(金) 秋田市保健所 学会長 秋濱哲雄(秋田市保健所長)

特別講演1「結核 我が国の現況と対策」本間光信(市立秋田総合病院中央診療部長)

特別講演2「ウイルス慢性肝疾患治療の進歩」小松眞史(市立秋田総合病院副院長)

一般演題5題

平成18年10月6日(金) 遊学舎・秋田市 学会長 村田勝敬(秋田大学教授)

特別講演「地域におけるサポートネットワークと高齢者の介護予防」岸 玲子(北海道大学大学院教授)

一般演題5題

平成19年10月31日(水) 遊学舎・秋田市 学会長 井上裕司(秋田県健康福祉部長)

特別講演「地域保健の今日的課題～効果的な特定保健指導について～」

前田光哉(厚生労働省健康局総務課・地域保健室・保健指導室 室長補佐)

一般演題5題

(学術大会と名称変更)

平成20年10月9日(木) 遊学舎・秋田市 学会長 湯浅孝男(秋田大学医学部教授)

特別講演「健康行動を促す保健指導・健康教育～いかに「やる気」を育てるか」

松本 千明(医師、医学博士、ヘルスコンサルタント)

一般演題7題

所属、役職名は全て当時のもの

秋田県公衆衛生学雑誌編集委員会

編集委員長 : 本橋 豊 (秋田大学医学部教授・健康増進医学分野)
副編集委員長 : 湯浅孝男 (秋田大学医学部教授・作業療法学)
編集委員 : 伊藤善信 (秋田地域振興局福祉環境部長)
村田勝敬 (秋田大学医学部教授・環境保健学分野)
鈴木圭子 (秋田大学医学部准教授・老年看護学)
金子善博 (秋田大学医学部准教授・健康増進医学分野)
藤田幸司 (秋田大学医学部助教・健康増進医学分野)

秋田県公衆衛生学雑誌
第6巻第1号
平成20年12月31日発行

発行人 秋田県公衆衛生学会 湯浅 孝男

秋田大学医学部社会環境医学講座 健康増進医学分野 内
〒010-8543 秋田市本道1-1-1
Tel: 018-884-6088 (ダイヤルイン)
Fax: 018-836-2609

印刷 秋田ワークセンター
