

Akita Journal of Public Health

# 秋田県公衆衛生学雑誌

第11巻・第1号

平成25年12月

## 目次

## 論壇

- 
- 経済のグローバル化は健康に影響を及ぼすか？  
～国際的アグリビジネスとインド農民の自殺～  
本橋 豊 金子 善博 藤田 幸司 佐々木 久長 1

## 総説

- 
- 歯科口腔保健の推進に関する法律と歯科保健医療施策の動向について  
小椋 正之 5

特集：地域の絆づくりの先進事例や実例を学ぶ  
ー平成23年度秋田大学公開講座「総合自殺予防学インテンシブ・コース」よりー

- 
- 「総合自殺予防学インテンシブ・コース」のご紹介  
本橋 豊 13
- コミュニティモデルによる自殺予防  
渡邊 直樹 14
- 地域での世代間交流のつくりかた  
藤原 佳典 31
- 震災、ストレス、自殺  
中村 和利 45

## 報告

- 
- 秋田県美郷町の湧水についての住民意識調査  
ーアンケートの定量的・定性的分析からー  
湯浅 孝男 高橋 恵一 久米 裕 石川 隆志 51

秋田県公衆衛生学会

Akita Society for Public Health

会報	57
平成25年度秋田県公衆衛生学会学術大会報告	57
平成24年度秋田県公衆衛生学事業・収支決算・監査報告	65
平成25年度秋田県公衆衛生学会世話人会議事録	66
世話人名簿	68
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	69
秋田県公衆衛生学雑誌投稿規程・執筆要項	71
秋田県公衆衛生学会のあゆみ	73

---

## 経済のグローバル化は健康に影響を及ぼすか？

### ～国際的アグリビジネスとインド農民の自殺～

本橋 豊 金子 善博 藤田 幸司 佐々木 久長  
秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座

経済のグローバル化は人の健康にどのような影響を及ぼすのか？

ここでは、経済のグローバル化を体現する多国籍企業の進出により議論を巻き起こしているインド農民の自殺問題を取り上げて、問題点を共有できるようにしたい。

岩波新書「(株)貧困大国アメリカ」(堤未果・著、2013)には、国際的なアグリビジネスを展開する多国籍企業が遺伝子組み換え種子を武器にインドの農業に進出して行く様子が紹介されている<sup>1)</sup>。GM種子 (genetically modified 遺伝子組み換え種子) である Bt 綿種子から作られる Bt 綿 (遺伝子操作技術により細菌性由来の殺虫性毒素を導入した害虫を寄せ付けない種子からできる綿) を市場に導入することによりインドの綿生産を増加させるということがインドの国策となり、多くのインド農民は在来種より高価な Bt 綿種子を借金した上で購入することになった。Bt 綿の栽培により農薬使用量が減るとされたが、実際には農薬に耐性の害虫が増加したため農薬使用量はかえって増加したという。さらに世界市場に巨額の補助金で保護されたアメリカ産の綿花が出回るにより、供給過剰となり綿花の価格は下落することになった。結果として「負債を抱えたインド農民の自殺が増加した」とされる。

以上のストーリーが事実とすれば、センセ

ーショナルな問題である。この問題については世界的な関心も高まっており、例えばインターネットで「farmer, suicide, increase, India」というキーワードで検索すると5000万件近くがヒットする(2013年12月1日検索)。

この問題を理解するには、まずインド農民(本稿ではインドの自作農民 (farmer) について論じる) の自殺の現状について客観的に把握することから始めなければならないだろう。図1はWHOの自殺統計によりインドの自殺率の推移を示したものである<sup>2)</sup>。1980年以降、インドの自殺率は増加傾向にあり、2000年以降10前後(人口10万対)を推移している。男女別でみると男性の自殺率の増加が認められる。2010年のインド政府の統計では、自殺者134,599人(死亡率11.4)に対して、農民の自殺者は15,964人と約1割を占め、その85%が男性である<sup>3)</sup>。同様に農民の自殺者数は2006年17,060人、2008年16,196人と報告されている。2011年の農民人口は国勢調査によるとこの10年、減少傾向にあるものの11,870万人おり、これは農業従事者の45%を占める<sup>4)</sup>。これらから、近年の人口10万対のインド農民の自殺率は14.4(2006年)、13.6(2008年)、13.4(2010年)と推計され、インドの全国民の自殺率と比較して、インド農民の自殺率は高いことが認められる。1995年から2009年までのインド農民の自殺者数は24万人にのぼると報告され、インド農民の

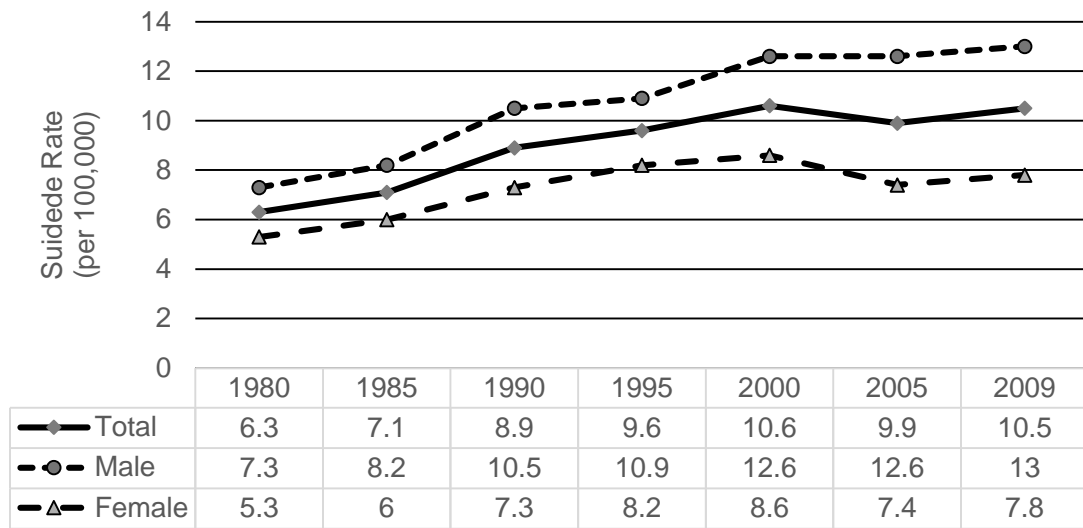


図1. インドの自殺率の推移 (1980~2009)  
WHO([http://www.who.int/mental\\_health/media/indi.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/indi.pdf))より

自殺問題が深刻であると指摘されている<sup>5)</sup>。

自殺問題では自殺率の高低のみならず、自殺者数の大小を重要視すべきであり、率は低くても自殺者数が大きければ公衆衛生学な課題は大きいと判断される。インドの人口は約12億4千万人であり、率が低くとも数が大きいため、自殺問題については社会的課題として重大なものになると認識すべきである。

次にインドの州別の年齢調整死亡率を見ると、男女とも北部州と比較して南部州で自殺率は高い傾向が認められる<sup>6)</sup>。とくに男性でその傾向は顕著である。具体的な州名を挙げると、Maharashtra、Andhara Pradaesh、Karnataka、Madhyra Pradesh、Chhattisgarhであり、この5州で農民の自殺者数の3分の2を占める<sup>7)</sup>。

Dongre と Deshmukh は、Maharashtra 州の Vidarbha 地域の農村の自殺者数を報告しているが<sup>8)</sup>、人口10万対の自殺率で見ると2005年47.6、2006年88.75、2007年50となる数字を示している。平均で見るとインド全国の自殺率は10前後であるが、自殺率の地域格差が大きく、自殺高率地域では cumulative risk が3から5に近くなる地域が認められる<sup>6)</sup>。

さて、インド農民の自殺率が国民平均と比べて高く、とくに南部州で高いことが明らかになったが、多国籍企業の Bt 綿花の導入によ

る自殺率への影響は認められかということについてつぎに検討する。

Bt 綿花の市場導入がインド農民の自殺者数を増加させたという主張はインド人学者の Vandana Shiva 氏によってなされており、社会問題化した。彼女は「Bt 綿種子のインド市場参入により27万人のインド農民が自殺した」という訴え方をしたのである<sup>9)</sup>。27万人の数字の根拠は明らかではないが、おそらく1995年から2011年のインド農民の自殺数の累積値のことに言及したと推測される。Bt 種子の市場導入が2002年であり、それ以前の数字を含めるのは適当ではないことはすぐに了解できる。また、2002年以降の農民の自殺者数のすべてが Bt 綿花に関連すると断定することができないのも自明なことである。Shiva 氏の発言はきわめて政治的な内容であり真意はわからないが、社会的な問題提起を意図したものではないかと思われる。

ワシントン DC にある国際食料政策研究所の研究者たちは、「インドの年間自殺者数は1997年には10万人弱であったのが2007年には12万人と増加している。同じ期間の農民の自殺者数は年間2万人前後で推移しており、2002年以降の顕著な増加は認められない」としている<sup>9)</sup>。そして、このデータに基づき、Bt 綿花の市場導入によるインド農民の自殺者数の増加には否定的な見解を示している。

2013年5月のNatureに「Case studies: A hard look at GM crops」という記事が公表された<sup>10)</sup>。この記事ではピアレビューされた複数の論文にもとづき、Bt綿花とインド農民の自殺の因果関係に否定的な見解を示している。

集団を対象とした統計学的分析では、原因となる事象の導入時期とその前後でのマクロレベルの数字の変動を観察することしかできないから、そもそも原因事象と観察されたデータの因果関係を確定することはできない。ミクロレベルでみると、Bt綿花の栽培に失敗し負債を抱えて、農薬の服用自殺をしたというような悲惨な事例が認められ、両者の関連性を疑うことは納得できる。さらに自殺者数の変動とBt綿花の市場導入の関連がないとする統計データにおいては、インド全体の自殺率のデータしか検討されていない<sup>9)</sup>。すでに述べたように、インドの自殺率の地域格差は大きく、農業に依存する州の自殺率はニューデリーのような大都市部の地域と比べて3倍以上の高率な自殺率を示している<sup>6)</sup>。農民の自殺率の高い州での自殺者数の人口動態の時系列変化がどうなっているのか、自殺統計の取り方のバイアス（農民は数値として集計されるが、その家族や負債相続者の数字は不明である等）などの問題について十分に検証することが必要である。

以上の簡単な考察から、現時点では、Bt綿花の市場導入とインド農民の自殺との関連性については結論が出ていないということになる。

自殺問題を見るときには、自殺が複合的な要因によるものであり総合的な対策が必要であることは、我が国の自殺総合対策大綱で述べられているとおりであり、このことはインドの自殺問題についてもあてはまる。特定の要因のみに焦点をあてるだけでなく、総合的な観点から問題をみていく必要があると思われる。そういう観点からは、さきに紹介したDongreとDeshmukhの論文<sup>8)</sup>は有用である。彼らは、インド農民のフォーカスグループ討議などの質的研究手法にもとづき、インド農

民が自殺に追いやられる要因として複合的視野から以下の11の社会経済的要因を挙げている。すなわち、負債、薬物依存、環境問題、農産物の低価格、ストレスと家族への責任、政府の無力、灌漑不良、耕作の価格上昇、民間の金融業、化学肥料の使用、不作、である。これらの要因が複雑に絡まって農民の自殺が起きると農民自身が考えているのである。さらに、この論文では「化学肥料の過剰使用や遺伝子組み換え種子の使用が土地の生物学的多様性を消失させ不作を繰り返すことにつながり、結果として耕作コストと負債の増大をもたらす」と農民たちは感じていることも考察で触れていることを付言する。

### 参考文献

- (インターネットへのアクセス日はすべて2013年12月1日)
- (1) 堤未果.(株)貧困大国アメリカ.岩波新書、岩波書店、東京、2013.
  - (2) WHO: [http://www.who.int/mental\\_health/media/indi.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/indi.pdf)
  - (3) National Crime Records Bureau (India). Accidental Deaths & Suicides in India – 2010.
  - (4) The times of India. Farmer population falls by 9 million in 10 years. [http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2013-05-01/india/38958642\\_1\\_census-data-marginal-workers-workforce](http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2013-05-01/india/38958642_1_census-data-marginal-workers-workforce)
  - (5) IBNLIVE. Farmer suicides increase at an alarming rate. <http://ibnlive.in.com/news/farmer-suicides-increase-at-an-alarming-rate/140746-3.html>
  - (6) Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur JS, Gajalakshmi V, Gururaj G, Suraweera W, Jha P; Million Death Study Collaborators. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. Lancet. 2012 Jun 23; 379 (9834): 2343-51.
  - (7) The Hindu. Farmers' suicide rates soar

- above the rest. [http://www.thehindu.com/opinion/columns/sainath\\_farmers-suicide-rates-soar-above-the-rest/article4725101.ece](http://www.thehindu.com/opinion/columns/sainath_farmers-suicide-rates-soar-above-the-rest/article4725101.ece)
- (8) Dongre AR, Deshmukh PR. Farmers' suicides in the Vidarbha region of Maharashtra, India: a qualitative exploration of their causes. *J Inj Violence Res.* 2012 Jan;4(1):2-6.
- (9) FOOCOM.NET. Nature 誌が「ウソ」と断定～Bt ワタとインド農民自殺の因果関係. <http://www.foocom.net/column/gmo2/9093/>
- (10) Gilbert N. Case studies: A hard look at GM crops. *Nature.* 2013 May 2; 497 (7447): 24-6

# 歯科口腔保健の推進に関する法律と 歯科保健医療施策の動向について

小椋 正之

厚生労働省医政局歯科保健課

## 1. はじめに

我が国では、保健・医療・福祉の連携の下、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきたところである。その一方で、急速な少子高齢化や生活習慣病の増加、国民意識の変化など、大きな環境の変化に直面しており、医療保険制度や介護保険制度をはじめとした社会保障制度全般について、地域住民のニーズに沿った新たな展開が今まで以上に求められている。

歯科保健医療を取り巻く状況については、8020運動が提唱されてから既に20年以上が経過し、子どものう蝕有病状況の改善や8020達成者の増加にあらわされるように「歯と口腔の健康」の状態は着実に向上している<sup>1)</sup>。また、近年の種々の研究報告によれば、歯周病と糖尿病との相互関連性や<sup>2,3)</sup>口腔機能低下と肺炎発症との関連性<sup>4)</sup>など、口腔の健康を保つことは健康寿命の延伸につながるという知見が集積されてきている。

このような状況の中、平成23年8月に、歯科口腔保健の推進に関する施策を総合的に推進し、国民保健の向上に寄与することを目的として、「歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）（以下、「歯科口腔保健法」という。）」が制定された<sup>5)</sup>。これからの超高齢社会を見据え、生涯を通じて口腔機能を維持し、如何に「口から美味しく食べられるか」を実現することは大きな意味を有

しており、歯科口腔保健に関する取組の推進は、より一層の重要性を帯びてくるであろう。

本稿では、歯科口腔保健法と同法に基づき展開される歯科保健医療施策の最近の動向について概説する。

## 2. 歯科口腔保健法制定の経緯

歯科疾患は有病率が非常に高いことから、これまで種々の歯科保健医療対策が行われており、また、歯科保健に関する法整備についても古くから様々な議論がなされてきた<sup>6,7)</sup>。歯科保健に関する法体系については、地域保健法や健康増進法の中でその位置づけがあるものの、生涯を通じた歯科保健対策を拡充するという観点から、歯科関係者の間では、歯科保健に関する単独法の制定の必要性が常々叫ばれていた。

歯科保健に関する単独法が法案として最初に提出されたのは、平成20年になってからである。平成20年6月に民主党が「歯の健康の保持の推進に関する法律案」を参議院に提出したが、審議されずに会期を終え廃案となった<sup>8)</sup>。さらに、翌年の平成21年4月に、民主党と国民新党が「歯の健康の保持の推進に関する法律案」を提出し、同年7月に自民党と公明党が「歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持の推進に関する法律案」を提出するものの、いずれも審議されないまま廃案となり<sup>9)</sup>、平成21年8月に政権交代を迎え

受付 2013.12.13 受理 2013.12.26  
OGURA Masayuki (Dental Health Division, Health Policy Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare)

〒100-8916 東京都千代田区霞ヶ関 1-2-2 (1-2-2, Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo, 100-8916, Japan) 秋田県内からは秋田県健康福祉部健康推進課 担当 (018-860-1426) へお問い合わせください。

ることとなった。

他方で、地方公共団体においては、歯科保健単独の条例としては全国初となる「新潟県歯科保健推進条例」が平成20年7月に制定された。その後も、歯科保健に関する条例を制定する地方公共団体が相次ぎ現れ、歯科口腔保健法が制定するまでには、都道府県単位では20道県において条例が制定されるに至った（平成25年10月15日時点では、36道府県において条例制定）<sup>10)</sup>。

こうした地方公共団体における歯科保健推進条例制定の動きや歯科関係者の熱意により、国政の場においても、改めて歯科保健に関する単独法制定の動きが生じることになる。

民主党と自民党との協議の下に検討された成案が、平成23年7月26日に参議院厚生労働委員会の委員長の提案により法案提出され、翌日27日の参議院本会議において全会一致で可決した。その後、衆議院では同月29日に衆議院厚生労働委員会を通過し、翌月8月2日に衆議院本会議において全会一致により可決、成立し、同月8月10日に「歯科口腔保

健の推進に関する法律」として公布され、同日の施行となった<sup>5)</sup>。

### 3. 歯科口腔保健法の内容

歯科口腔保健法は、歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持（歯科口腔保健）の推進に関する施策を総合的に推進し、国民保健の向上に寄与することを目的としており、その背景としては、口腔の健康を保つことが、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとともに、国民の日常生活における歯科疾患の予防に向けた取組が口腔の健康の保持に極めて有効であることに基づいている。

歯科口腔保健法の概要は図1のとおりである。その構成としては、基本理念を定め（第2条）、国や地方公共団体、国民等の責務を明らかにするとともに（第3～6条）、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発をはじめ歯科口腔保健に関する種々の施策（第7～11条）を定めているほか、施策を推進する上での実施体制（第12～15条）について規定されて

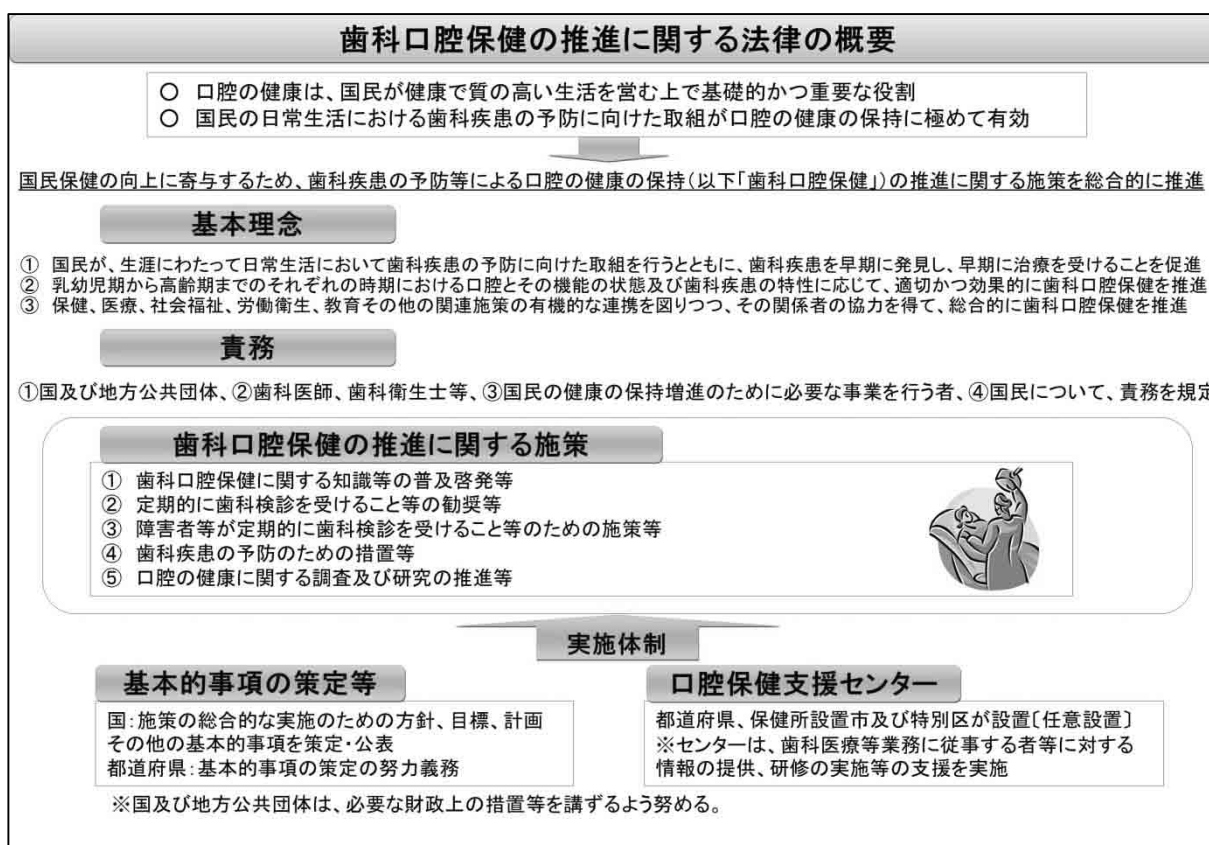


図1 歯科口腔保健の推進に関する法律の概要



いる。

各々の条文の詳細については、法律本文を参照されたいが、ここでは、歯科口腔保健を推進するにあたり各々の関係者等がどのような役割を果たすべきか、以下大きく4つに分けて触れることとする。

### (1) 国民

歯科口腔保健の主体は国民一人ひとりであることから、歯科口腔保健法第6条において、取り組むべき2つの事項を国民の責務として規定している。

- ・ 歯科口腔保健に関する正しい知識を持ち、生涯にわたって日常生活において自ら歯科疾患の予防に向けた取組を行うこと
- ・ 定期的に歯科に係る検診（健康診査及び健康診断を含む）を受け、及び必要に応じて歯科保健指導を受けること

### (2) 歯科医療関係職種

歯科口腔保健法第4条において、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士その他の歯科医療又は保健指導に係る業務に従事する者（歯科医療等業務に従事する者）は、以下2つの取組を努力義務として規定している。

- ・ 歯科口腔保健に資するよう、医師その他歯科医療等業務に関連する業務に従事する者との緊密な連携を図りつつ、適切にその業務を行うこと
- ・ 国及び地方公共団体が歯科口腔保健の推進に関して講ずる施策に協力すること

歯科医療等業務に従事する者については、その専門的知識等から重要なプレイヤーと位置付け、広く歯科口腔保健の推進に努めることが期待されている。また、口腔の健康と全身の健康との相互関連性<sup>2,4)</sup>を踏まえても、今後、医科等の関連業務の連携の下に行う歯科保健対策が一層重要となってくる。

### (3) 関係職種

歯科口腔保健法第5条において、法令に基づき国民の健康の保持増進のために必要な事

業を行う者は、国及び地方公共団体が歯科口腔保健の推進に関して講ずる施策に協力することが努力義務として規定されている。

医療保険者など、法令に基づき国民の健康の保持増進のために必要な事業を行う者は、歯科口腔保健を推進するにあたり重要な役割を担っていることから、国や地方公共団体が行う歯科口腔保健に関する施策への協力を期待するものである。

### (4) 行政

歯科口腔保健法第3条において、国及び地方公共団体の責務として、それぞれ以下の内容が規定されている。

- ・ 国は基本理念にのっとり、歯科口腔保健の推進に関する施策を策定し、実施する
- ・ 地方公共団体は基本理念にのっとり、歯科口腔保健の推進に関する施策に関し、国との連携を図りつつ、その地域の状況に応じた施策を策定し、実施する

また、国及び地方公共団体が講ずるべき歯科口腔保健の推進に関する施策等については、同法第7条から第11条と第14条において、以下のとおり規定されている。

- ・ 歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発等（第7条）
- ・ 定期的に歯科検診を受けること等の勧奨等（第8条）
- ・ 障害者等が定期的に歯科検診を受けること等のための施策等（第9条）
- ・ 歯科疾患の予防のための措置等（第10条）
- ・ 口腔の健康に関する調査及び研究の推進等（第11条）
- ・ 財政上の措置等（努力義務）（第14条）

第7条から第11条に規定された歯科口腔保健に関する施策を推進していくために、同法第12条においては、総合的な実施を図るための方針や目標、計画などの基本的事項を厚生労働大臣が定めることが規定されている。この基本的事項は、健康増進法等の規定に基づく指針等と調和が保たれたものとするともに、策定や変更にあつては、関係行政機関

の長と協議し、速やかに公表することが定められている（詳細については、後述参照）。

また一方で、都道府県に対する努力義務としては、同法第13条において、厚生労働大臣が定めた基本的事項を勘案しつつ、地域の実情に応じて同様の基本的事項を定めるよう規定している。歯科口腔保健を実効あるものとするためには、一定の期間を見定めて目標を定め、総合的かつ計画的に推進していく必要があり、国同様に、都道府県健康増進計画等と調和が保たれたものでなければならない。

さらに、同法第15条では、「口腔保健支援センター」という新たな機関について明記された。条文上では、口腔保健支援センターの設置対象は、都道府県、保健所を設置する市及び特別区となっており（任意設置）、その機能としては、第7条から第11条までに規定する歯科口腔保健に関する施策の実施のため、歯科医療等業務に従事する者等に対する情報の提供、研修の実施その他支援を行う機関として規定されている。

以上のように、歯科口腔保健法においては、国民を始めとして各関係者等の役割が記されており、各関係者等がその役割を認識し相互に補完して取組を行うことにより、一層の歯科口腔保健の推進が期待できる。

なお、歯科口腔保健法の公布・施行を踏まえ、厚生労働省内における関係部局間で横断的に連携を図りながら、同法に基づく歯科口腔保健施策を総合的に推進していくため、平成23年8月26日付けで厚生労働省医政局歯科保健課の下に「歯科口腔保健推進室」が設置された。歯科口腔保健推進室の所掌事務については、「法律の施行に関すること」、「法律の施行に必要な省内関係各課室及び関係団体との連携・調整に関すること」、「歯科口腔保健の推進に関する施策の基本的事項の策定・公表に関すること」、「その他歯科口腔保健を推進するために必要な事項に関すること（各課室が所管している事項を除く）」などが挙げられる。

#### 4. 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項

歯科口腔保健法第12条第1項に規定される基本的事項を策定するため、厚生科学審議会の地域保健健康増進栄養部会（以下、「部会」という。）の下に「歯科口腔保健の推進に関する専門委員会」（以下、「専門委員会」という。）が設置され、平成23年12月8日に第1回専門委員会が開催された。部会及び専門委員会等で議論を重ねて取りまとめられた基本的事項案については、厚生労働大臣、厚生科学審議会の諮問・答申を経て、平成24年7月23日に「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（厚生労働省告示第438号）（以下、「基本的事項」という。）」として官報公告された<sup>11)</sup>（図2）。

基本的事項は、乳幼児期からの生涯を通じた歯科疾患の予防、口腔機能の獲得・保持等により全ての国民が心身ともに健やかで心豊かな生活ができる社会を実現することを目的としており、保健、医療等による関連施策やその関係者との相互連携を図り、歯科口腔保健に関する国や地方公共団体の施策等を総合的に推進するための基本的な事項を示すものであり、以下の5つの項目から構成されている。

- ① 歯科口腔保健の推進のための基本的な方針
- ② 歯科口腔保健を推進するための目標・計画に関する事項
- ③ 都道府県及び市町村の歯科口腔保健の基本的事項の策定に関する事項
- ④ 調査及び研究に関する基本的な事項
- ⑤ その他歯科口腔保健の推進に関する重要事項

基本的事項では、適切かつ効果的な歯科口腔保健の推進を図るために、「歯科疾患の予防」、「生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上」、「定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健」、「歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備」の各々の視点から、全部で19の具体的な目標を定めており、これらを達

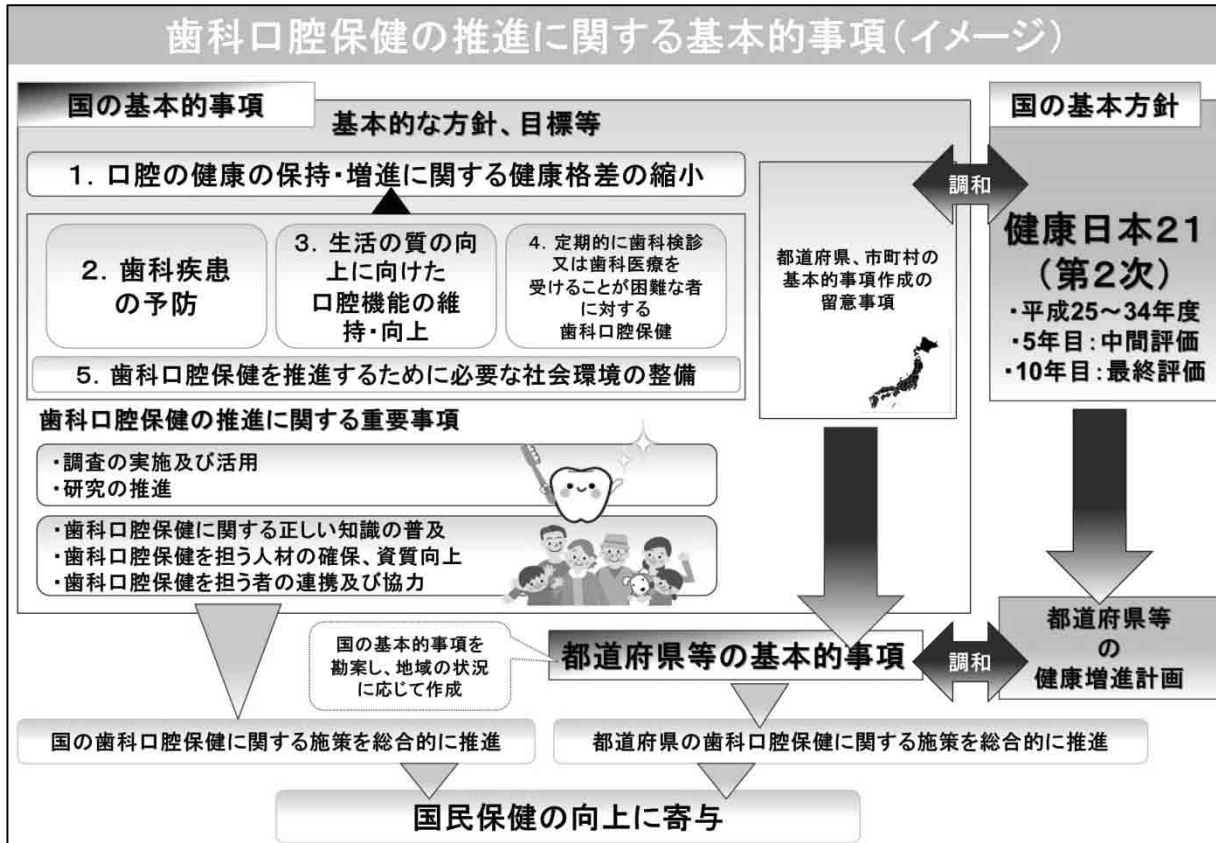


図2 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項のイメージ

成すること等により「口腔の健康の保持・増進に関する健康格差の縮小」の実現を目指すこととしている(図3)。その内容について、従来からの歯科保健施策との相違点としては、口腔機能の維持・向上や歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備に関する目標を設定するなど、う蝕予防等の歯科疾患の予防以外にも着目しているとともに、障害者や要介護者等に対する歯科口腔保健を明記しているほか、セルフケア、プロフェッショナルケア及びパブリックケアの概念を導入していることなどが挙げられる。

前述したように、歯科口腔保健法第13条第1項では、都道府県に対する努力義務として、この基本的事項を勘案した上で、各地域の実情に応じた基本的事項を策定することが規定されているが、実際に、都道府県や市町村が基本的事項を策定するにあたっては、国の基本的事項において設定した目標・計画、ライフステージの区分、設定期間等を勘案しつつ地域の実情に応じて、独自に到達すべき

目標・計画等を設定することが求められている。

なお、基本的事項は、「二十一世紀における第二次国民健康運動(健康日本21(第二次))」との調和を以て策定される必要があり、平成24年7月10日に健康増進法第7条第1項の規定に基づき、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針(厚生労働省告示第430号)」<sup>12)</sup>が示され、「歯・口腔の健康」についても全部で10の目標等が改めて設定されることとなったが、基本的事項においてはこれらの項目を全て包括する形となっている。

### 5. 歯科口腔保健に関する事業展開

歯科口腔保健を推進するにあたっては、各地域における効果的な取組の推進が図られることが重要であることは言うに及ばない。平成24年7月31日に、地域保健法第4条第1項の規定に基づき「地域保健対策の推進に関する基本的な指針(厚生労働省告示第464

歯科口腔保健の推進に関する基本的事項における目標一覧						
1. 口腔の健康の保持・増進に関する健康格差の縮小の実現						
2. 歯科疾患の予防		3. 生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上		4. 定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者		
①乳幼児期	具体的指標	現状値→目標値	具体的指標	現状値→目標値	具体的指標	現状値→目標値
	・3歳児でう蝕のない者の増加	・77.1%→90%				
②学齢期 (高等学校を含む)	具体的指標	現状値→目標値	・3歳児で不正咬合等が認められる者の減少	・12.3%→10%	(1)障害者 ・障害(児)者入所施設での定期的な歯科検診実施率の増加	・66.9%→90%
	・12歳児でう蝕のない者の増加	・54.6%→65%				
	・中高生で歯肉に炎症所見を有する者の減少	・25.1%→20%				
③成人期 (妊産婦を含む)	具体的指標	現状値→目標値	○60歳代の咀嚼良好者の増加	・74.3%→80%	(2)要介護高齢者 ・介護老人福祉施設及び介護老人保健施設での定期的な歯科検診実施率の増加	・19.2%→50%
	○20歳代で歯肉に炎症所見を有する者の減少	・31.7%→25%				
	○40歳代で進行した歯周炎を有する者の減少	・37.3%→25%				
	・40歳の未処置歯を有する者の減少	・40.3%→10%				
④高齢期	具体的指標	現状値→目標値				
	○40歳代で喪失歯のない者の増加	・54.1%→75%				
	・60歳で未処置歯を有する者の減少	・37.6%→10%				
	○60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少	・54.7%→45%				
	○60歳で24歯以上を持つ者の増加	・60.2%→70%				
	○80歳で20歯以上を持つ者の増加	・25.0%→50%				
5. 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備						
	具体的指標	現状値→目標値				
	○過去1年間に歯科検診を受診した者の増加	・34.1%→65%				
	○3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	・6都道府県→23都道府県				
	○12歳児の一人平均歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	・7都道府県→28都道府県				
	・歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の増加	・26都道府県→36都道府県				

※ ○は「健康日本21(第2次)」と重複しているもの

図3 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項における目標一覧

号)」<sup>13)</sup>が一部改正されたが、歯科口腔保健法の制定を踏まえて、歯科口腔保健に関する内容が従前に比べて充実される形となった。その内容としては、

- ・都道府県は、関係機関等と連携し、地域の状況に応じた歯科口腔保健の基本的事項を策定するよう努めること
- ・都道府県及び市町村は、保健所と連携して、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発、定期的に歯科検診を受けること等の勧奨、障害者等が定期的に歯科検診や保健指導を受けるための施策、歯科疾患の予防のための措置、口腔の健康に関する調査及び研究の推進等に関する施策を講じること
- ・都道府県、政令市及び特別区は、口腔保健支援センターを設け、歯科医療等業務に従事する者等に対する情報提供、研修の実施その他の支援を行うこと

と示されており、今後は特に、都道府県等において設置される口腔保健支援センターを中

心として、地域における歯科保健体制の整備が図られることが期待されている。

このため、厚生労働省では地域歯科保健対策の一層の推進を図るため、従来から行ってきた8020運動推進特別事業等の事業に加えて、口腔保健支援センターの設置等の推進を目指して、平成25年度から「口腔保健推進事業」を新規事業として導入した(図4)。

口腔保健推進事業は、「口腔保健支援センター設置推進事業」、「歯科保健医療サービス提供困難者への歯科保健医療推進事業」、「障害者等歯科医療技術者養成事業」、「医科・歯科連携等調査実証事業」の4つの事業で構成されている。

口腔保健支援センター設置推進事業は、歯科口腔保健法第15条第1項で規定される口腔保健支援センターを都道府県、保健所を設置する市及び特別区に設置して、歯科保健等事業に従事する者等に対する情報提供、研修の実施その他の支援を行うことを目的とした補助事業である。本事業は、口腔保健推進事

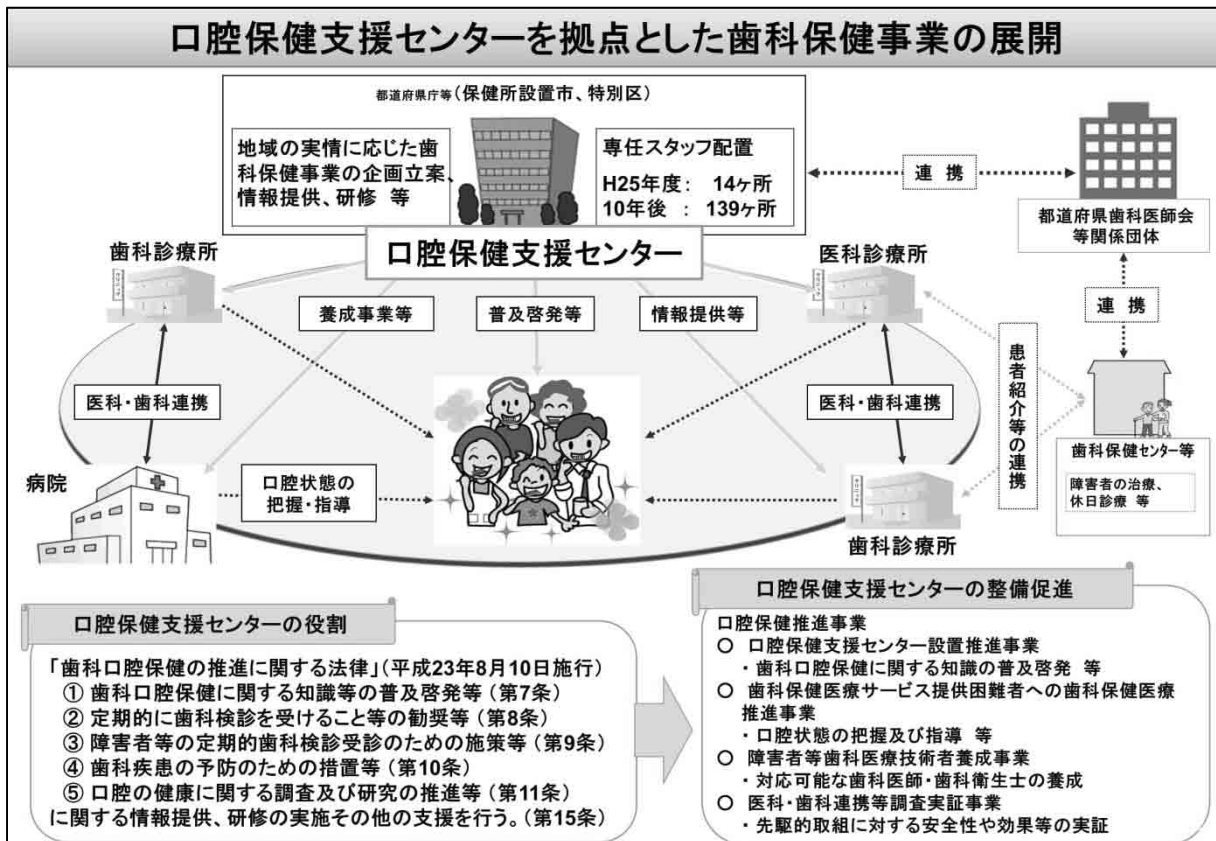


図4 口腔保健支援センターを拠点とした歯科保健事業の展開

業の中でも支柱となるものであり、その補助条件としては、他の3つの事業のうちいずれかの事業を合わせて実施する必要があるとともに、口腔保健支援センターの要件として、「口腔保健に関する部署と調整するための行政組織(機能)」、「歯科専門職の2名以上の配置」等を付している。

歯科保健医療サービス提供困難者への歯科保健医療推進事業と障害者等歯科医療技術者養成事業については、歯科保健医療サービスの提供が困難な障害者や在宅高齢者に対する歯科保健医療を向上させることを目的とした補助事業である。歯科保健医療サービス提供困難者への歯科保健医療推進事業は、障害者等に対する事業であり、歯科検診の実施や施設職員に対する指導や普及啓発を行うものである。それに対して、障害者等歯科医療技術者養成事業は、障害者等の治療を行う歯科医師等に対する事業であり、歯科医療技術者の知識や技術の向上を図るためのものである。また、医科・歯科連携等調査実証事業については、全国で先駆的に行われている医科・歯

科連携の取組に対する安全性や効果等の検証や実証を行うことを目的とした補助事業である。

口腔保健支援センターは、直接的な対人歯科保健業務を担う機関というより、関係部署や関係機関等との連絡調整の下に必要な施策を企画・立案するとともに、円滑な事業を遂行するための歯科専門職等の確保・養成等を行うほか、情報の収集・提供等を行うことにより、地域歯科保健体制の整備を図る専門的拠点としての行政機能を想定している。

今後は、これらの事業をはじめとして、各都道府県等において企画・立案された事業を通じて、地域の特性に応じた施策等を適時的確に講じていくことが肝要であり、歯科保健医療施策の一層の拡充が図られることが望ましい。

## 6. おわりに

現在、厚生労働省では、適切なチーム医療を推進していくために、歯科衛生士法の見直しに関する議論を行うとともに、より高度化・

多様化する国民が求める歯科保健医療サービスに対応するために、歯科専門職の資質向上に向けた議論を行っているところである<sup>14)</sup>。全ての国民が生涯を通じて適切かつ効果的な歯科保健医療サービスを受けるためには、歯科口腔保健に関係する様々な機関・団体等が、それぞれの役割を果たすとともに、相互に連携して取組を進めていく必要がある。

これからの超高齢社会を考慮して、健康寿命の延伸や健康の質を向上する観点からも、疾病予防を重視した保健医療体系の転換は一層重要となってくる。健康で質の高い生活を実現するためにも、良好な食生活やコミュニケーション能力等の確保・向上は重要な役割を有しており、厚生労働省としても、地域における取組や研究報告等を参考にしつつ、今後とも歯科保健医療の充実に努めて参りたい。

本論文の要旨は第11回秋田県公衆衛生学会学術大会(平成25年10月15日)に於いて講演した。

## 文 献

- (1) 厚生労働省. 健康日本 21 評価作業チーム. 「健康日本 21」最終評価. 平成 23 年 10 月. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf>
- (2) Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010; 33: 421-427.
- (3) Bascones-Martinez A, Matesanz-Perez P, Escribano-Bermejo M, González-Moles MÁ, Bascones-Ilundain J, Meurman JH. Periodontal disease and diabetes - Review of the Literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16: e722-729.
- (4) Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, Ihara S, Yanagisawa S, Ariumi S, Morita T, Mizuno Y, Ohsawa T, Akagawa Y, Hashimoto K, Sasaki H. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 430-433.
- (5) 独立行政法人印刷局. 歯科口腔保健の推進に関する法律. 官報. 平成 23 年 8 月 10 日 ; 174 (号外) : 15-16.
- (6) 一般財団法人口腔保健協会編. 2013 年版歯科保健関係統計資料. 東京 : 一般財団法人口腔保健協会. 2013 : 238-239.
- (7) 社団法人日本歯科医師会. 日本歯科医師会史. 東京 : 日本歯科医師会 1993.
- (8) 衆議院. 第 169 回国会議案の一覧. [http://www.shugiin.go.jp/itdb\\_gian.nsf/html/gian/kaiji169.htm](http://www.shugiin.go.jp/itdb_gian.nsf/html/gian/kaiji169.htm)
- (9) 衆議院. 第 171 回国会議案の一覧. [http://www.shugiin.go.jp/itdb\\_gian.nsf/html/gian/kaiji171.htm](http://www.shugiin.go.jp/itdb_gian.nsf/html/gian/kaiji171.htm)
- (10) 8020 推進財団. 都道府県歯科保健条例制定マップ. <http://www.8020zaidan.or.jp/map/>
- (11) 独立行政法人印刷局. 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項. 官報. 平成 24 年 7 月 23 日 ; 158 (号外) : 8-12.
- (12) 独立行政法人印刷局. 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. 官報. 平成 24 年 7 月 10 日 ; 150 (号外) : 6-12.
- (13) 独立行政法人印刷局. 地域保健対策の推進に関する基本的な指針. 官報. 平成 24 年 7 月 31 日 ; 165 (号外) : 13-17.
- (14) 厚生労働省. 審議会・研究会等. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/indexshingi.html>

特集：地域の絆づくりの先進事例や実例を学ぶ  
ー平成23年度「総合自殺予防学インテンシブ・コース」よりー

## 「総合自殺予防学インテンシブ・コース」のご紹介

本橋 豊  
秋田大学理事・副学長

この特集は、平成24年1月から2月にかけて開催した平成23年度「総合自殺予防学インテンシブ・コース」の講義内容を収載させていただくものです。この「総合自殺予防学インテンシブ・コース」は秋田大学の主催、秋田県の共催で平成20年度から開講している公開講座であり、本橋が企画、コーディネートさせていただいております。この特集の内容は4回目にあたる際のもので、1回目から3回目までの講義内容は、秋田魁新報社から「ライブ総合自殺対策学講義(2009)」、「続・ライブ総合自殺対策学講義(2010)」、「総合自殺予防学インテンシブコース(2012)」としてそれぞれ刊行されておりますので、そちらも是非手にとってご一読いただければと思います。

平成23年度の企画としては特集の表題のとおり、地域の絆づくりの先進事例や実践例を学び、秋田における心の健康づくり・自殺予防対策にどのように生かす事が出来るのかを考える機会にしたいということで、3名の

講師を秋田にお招きしました。具体的な内容は本文に譲りますが、いずれも学術的にも実践的にも興味深く大変参考になるものとなっております。また、実際の講義をテープ起こしたものを草稿として先生方に起稿していただいたものとなっておりますので、一部、口語調のくだけた表現も散見するものとなっております。実際の講義の際の雰囲気も感じていただけるのではないのでしょうか。

一点お詫び申し上げますなければならないのは、講義内容の公表が諸事情により遅れてしまったことです。また、平成24年度以降も「総合自殺予防学インテンシブ・コース」は開催しております。他の機会にそれらの講義内容の公表も予定しておりますので、お待ちいただければ幸いです。なお、平成23年度と同コースの開講にあたっては、地域自殺対策緊急強化事業費補助金(秋田県)の支援により実施いたしました。関係各位には改めてお礼申し上げます。

平成23年度秋田大学公開講座「総合自殺予防学インテンシブ・コース」概要

主催：秋田大学 共催：大学コンソーシアム秋田

会場：カレッジプラザ(秋田市)

日 程	テーマ / 講 師
平成24年1月27日	コミュニティーモデルによる自殺予防/渡邊 直樹
平成24年2月3日	地域での世代間交流のつくりかた/藤原 佳典
平成24年2月10日	震災、ストレス、自殺/中村 和利

## コミュニティーモデルによる自殺予防

渡邊 直樹

関西国際大学 人間科学部人間心理学科

コミュニティーモデルによる自殺予防ということで、私が秋田県の由利町<sup>1</sup>で取り組んできたコミュニティーモデルの取り組みについて、これまでの経過を振り返りながらお話させていただきます。

まず、最初に私たちが感じたことに、調査研究に対する住民の不信感がありました。つまり一回だけの地域介入で、データだけを持ち去ってしまうような研究は困るということです。調査をする側は、いわゆる研究ですからなるべく観察者が介入して、観察する対象が変化しないようにというか、要するに主体と客体は、はっきりと分けてそして観察すべきだというような学問的な立場です。それが一般的だったわけです。ですから、どうしても調査をする側は、調査研究として考えてしまう。私も最初はそういう気持ちが強かったと思います。なんでその地域で自殺が多いのか、住民からの情報を得て、それを統計処理してというとらえ方だったのです。

でもそういうことでは住民側からすると何もしてくれない、結局データだけ持ち去られてしまうといった不満があったと思います。ということで、やはり何のための介入なのかというふうに考えまして、そうではない関わり方、そうではない調査あるいは研究の仕方というものがあるかなというふうに思いました。

それは、住民と一緒に問題解決に向けて協力するという取り組みの仕方であるし、住民と一緒に考えて、この地域の問題は何なのか、

そして保健師さんたちと一緒に協力してその地域を変えていく取り組みにしようということで、平成9年から由利町に関わり始めました。毎年1回は地域訪問を行なうということで、年1回だったり2回のときもありましたが、だいたい1回は行っておりました。大学関係の人たち4、5人が定期的に参加したわけです。現在に至るまで14年のお付き合いになっております。由利町では来年度はどうしましょうかという話になってはいますが、平成17年に由利本荘市に合併してしましまして、これからどうしようかということです。今度は由利町以外の地域に介入したいなという働きかけも現在あります。何のための介入かということなのです。

住民の方々の反応ですが、当初は冷たい反応でした。まあ当然ですよ。データだけ持ち去ってしまうような人たちが実際にいたりして、当時は川崎市にある聖マリアンナ医科大学に所属しておりましたので、川崎くんだりから何しに来たのかというようなとらえ方、どうせ1年ぽっきりでしょうというようなとらえ方だったので、非常に冷たい反応でした。

保健師さんが間に入ってくれたから自治会の会長、老人会の会長さんなどが人集めをしてきて、なんとか「血圧を計ってお帰りください」というような形で関わることができたのです。私たちがそうじゃないんだということを伝えていくために、毎年関わってきて、そうしましたら、4年目ぐらいから住民のかたの反応が変わってきたのです。最初は質問

本稿の要旨は秋田大学公開講座自殺予防学インテンシブコース（平成24年1月27日）に於いて講演した。

〒736-0087 広島市安芸区矢野町700 浅田病院

<sup>1</sup>旧秋田県由利郡由利町、平成25年12月現在は秋田県由利本荘市由利総合支所所管区域。以下、本文中の由利町はこの地域を指す。





図1 ホットハート由利（平成15年10月から）

してもまったく返事もしてくれないというようなことがあったのですが、だんだん手を挙げて「どうも隣の人がうつ病かもしれない」とか「どうしたらいいんだろう」とか、ご自分の体験を話す人、たとえば「若い頃からお酒を呑んでアルコールを手放せなくなって、そして仕事場でミキサ車に手足を挟まれてこの状態だと死んだ方がいいと思っているのだけでも、家族が駆けつけてくれて、どうか元気になってほしいというようなことを言ってくれたので、自分は今、死にたいという気持ちから生きようという気持ちに変わった」というような話をしてくれる人が現れるようになりました。このように住民が変化をしていくというプロセスがとっても大事じゃないかなというふうに思いました。

一緒に行なってきた自殺予防のチームの臨床心理士の田口が、やはりただ言葉だけで話すとなかなか住民の中に入っていけないので、それでどうしたらいいのかということになりました。それで、紙芝居による「うつ病」の心理教育をということで、紙芝居を作ったのです。それが結構好評で現在もその紙芝居が生きているのです。

住民の人たちが平成15年に「ホットハート由利」という自助組織、セルフヘルプグループを作って、今は2ヶ月に1回くらいの会合をしております（図1）。

自分たちの町を自分たちの手で良くしてい

きたい、そのためにはどうしたらいいのだろうかということ、いろいろ考えた末に紙芝居がよいのじゃないかということになりました。紙芝居をやってそのあとに座談会をやるということになり、この町には47集落ありますので、1つずつ回っていこうということで決めております。それが現在も続いているのです。

図1は最初の頃の「ホットハート由利」、最初は21名くらいでした。「ポンポコ山の聞き耳ずきん」という紙芝居を上映しております。このような形で各集落に出向いて行って、同じ紙芝居を上演してそのあと「うつ」についての知識を広めているわけです。

内容は、「ある日、きつねやまのばあさんがうつになって畑に出て来ない。どうしたんだろうと、たぬきたちが言っている」ということです。「とある若者が森を散策していると、落ちていた帽子を拾って被ったら動物たちの言葉がわかる、じゃあたぬきの言葉を聞いてみようということで、たぬきたちが語っているのは、ばあさんはもしかしたら「うつ」かもしれない、むやみに励ましてもいかんだよ」というような内容です。

図2は集落での紙芝居と座談会の様子ですが、こうやって見ますとやはり女性が多いです。女性が多いので男性が少ない。男性は1名だけで高齢者がおりますけども、やはり男性がなかなか参加しない。だいたい7割く



図2 紙芝居と座談会の様子

らいが女性ということで、女性のかたの参加率も良いし、「ホットハート由利」のメンバーも女性が多い。なんとか男性に入ってもらいたいのですが、なかなか男性の参加が少ないということが、やはり私たちの勧誘結果にも表れております。これをどうやってカバーしたらいいのかということなのですが、やはり女性の方が何かこういう会合に参加したことをご主人に伝えてもらうとか、そういうような働きかけが大事なのかなと思っております。

由利町のキャッチフレーズは「しんぺねぐ、としょれるまちづくり」ということでありますので、やはりそれをぜひ大事にしたいなど思っていました。この頃までは、私たちは量的な質問調査を行っていました。質問紙も、ストレスについての質問、それから対処の仕方、そして誰に相談しているのか、さらに抑うつ尺度を入れていました。それから SDS 調査票を参考に「死にたいと思ったことがあるか」、「自殺を考えたことがあるか」の2つを入れたものを作っていました。

調査結果を踏まえてわかったことは、やはり相談していない人、何か悩みがあっても相談できない、相談場所がわからないと答えている人のほうが、死にたいとか自殺を考えたことがあるというような回答が多かったという事です。このことからやはり相談という

のはとても大事だということがわかりました。

この結果を受けて、その後、精神保健福祉センター長として着任した青森県では、相談体制をぜひ充実させていこうというような働きかけをしてきたのですが、そういった回答をした一人ひとりの人が実際にどんなふうに困っているのか、どんな悩みを抱えているのかということところが、こういう量的な質問、調査結果から出てこない、見えてこないということを感じまして、ここから半構造化された質問、家庭訪問して次のような質問をすることが大事なのではないかと思ったわけです。

一つ目が「安心して生活できているか?」、二つ目が「困ったことがあるか?」、そして「その解決法はどう考えていますか?」ということです。

その後、私は再び大学に所属するようになったことから、学生にぜひ参加してもらってこういった質問を住民の方々に対して行ってもらおうと思ったわけです。それがこれまでの取り組みを変化させることとなります。最初は自殺の要因を探るということで調査研究が中心だったのですが、次は自殺を中心に据えない取り組みを模索して、そして今行っているのはコミュニティーの実態把握と問題解決、要するに地域で生活している住民一人ひとりが何を考え、何を感じているのかというところをしっかりと把握して、そして困って

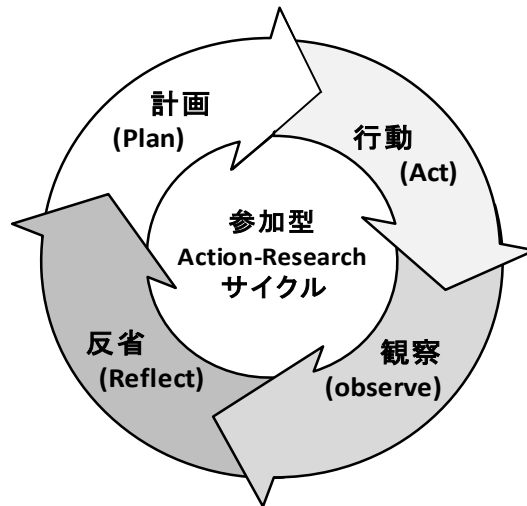


図3 参加型アクションリサーチのプロセス

いる問題を解決していく、そういう取り組みをやろうというふうに変ってきました。こういう場合に当然、傾聴、共感のスキルを身につけた上で行なっていくこととなりますが、このような取り組みというのは参加型のアクションリサーチといえると思います。アクションリサーチというのは、レビンという人が最初に唱えたもので、図3のようなサイクルを描くことができます。

最初に計画を立てるわけです。この地域の自殺者を減らしたい、減らすためにはどうしたらいいだろうということで、プランを立てるわけです。ですから私たちは最初、とりあえずは集落を回って、そして「うつ」の話をしたり、心の健康づくりの話をしていこうという計画を立てたのですが、それを行動に移して参加してもらったり、観察してみると、どうも住民の反応が冷たい。どうしてだろう、これはやはり調査したいという意識が働いているからではないかという反省をして、それでは今度どういうふうにしていこうか、そうじゃないのだよということを伝えていくために、毎年参加しよう、毎年毎年参加し紙芝居なんかも入れてみようということなどを行動に移していくうちに、だんだん今度は住民自身の動きが出てきた。住民自身がそういった自助組織「ホットハート由利」を作ることになった。というような形でぐるぐる回るサイ

クル、これは螺旋状かもしれませんが、どんどん変わっていったというプロセスです。こういう発想は大事なのではないかと思います。

外国ではどうなのか、実はオーストラリアの先住民、アボリジニへの取り組みの例があります<sup>1)</sup>。そこでは従来、白人主体の教育が中心だったので、白人の文化を持ち込んで、そして教えようとしてきたのですが、そうじゃない、アボリジニの視点からの教育改革が大事じゃないかということで、先住民の人にも参加してもらって、白人の人たちとも一緒に、良い面は残してそういう改革を進めてきた、住民と話し合いながら徐々に実現してきたというプロセスがあります。このような取り組みが今、由利町でも行われているというふうに思います。

こういうような白人の教育だけでは出てこなかったアボリジニの岩に描かれた絵画(図4)なんかがきちんと教科書に載るようになったということです。

コミュニティモデルに対して医療モデルの取り組みというのがあります。これは早いものは1985年、昭和60年から新潟県の松之山町の住民への「うつ病キャンペーン」です。

「うつ病」に気をつけましょう、といった啓発活動、そしてうつ病スクリーニングを行ないました。スクリーニングで陽性となった人



図4 アボリジニの壁画

を保健師さんが家庭訪問して、さらにうつ病かどうか把握して、そして精神科医へつなげるという取り組みです、つまり「うつ病」の早期発見、早期介入という取り組みがいちばん効果的な方法であろうということでスタートいたしました。

それを引き継いだのが青森県の名川町で、平成11年頃から慶応大学におられた大野裕先生が中心となって行いました。それから岩手県の浄法寺町でも行われました。弘前出身の小井田先生、大山先生なんかが中心となって取り組んでまいりました。鹿児島の方では川薩保健所の宇田先生などが一所懸命取り組まれて、こういうようなスクリーニングを行なうことが、その地域の自殺者を減らすのだということでした。

今、私が必要だと思うのは、やはりこれらの評価はどうだったのか、この地域は実際にどう変わったのかということなのです。論文なんかでは実際に評価されていますが、介入後の10年間の評価はしているけれどもそのあとはない、あるいは5年間は評価しているけれどもそのあとはない、ということです。その後、現在ではどうなっているのかを評価するべきではないかなと思います。それから継続という問題もあります。新潟県の松之山町では20年間行なったのですが、そのあと市町村合併とかがありまして、それでストッ

プしてしまったということなのです。そういうところの保健師さんたちは今どのような思いでいらっしゃるのか、どういふ評価をされているのか、というようなところをやはり今後きちんと把握していく必要があるのかなと思います。

外国ではスウェーデンのゴートランドスタディが有名です<sup>2)</sup>。スウェーデンにゴートランド島があるのですが、医師会が中心になっていたと思うのですが島の医師全員に「うつ病」の心理教育をして、対処の仕方を伝えて、その結果、島の自殺者が減ったというルツツの報告があります。その後はどうなったのかということも、きちんと把握する必要があるかと思えます。お医者さんたちがずっとその島に留まっているといいのですが、実際には別の地域へ移られてしまったことがあるようです。

これらのような医療モデルの取り組みももちろん必要かもしれませんが、やはり私たちが行なったようなコミュニティモデル、これはうつや自殺を考えないですむ、住民が安心して生活できる要因を把握してその解決に向けた実践方法を考えていくということです。これは青森保健大学の大山先生が結果を英文雑誌に発表しています<sup>3)</sup>。私の名前も大野先生も出ています。結果としては女性にのみ効果が認められました。その英文も結構注目さ

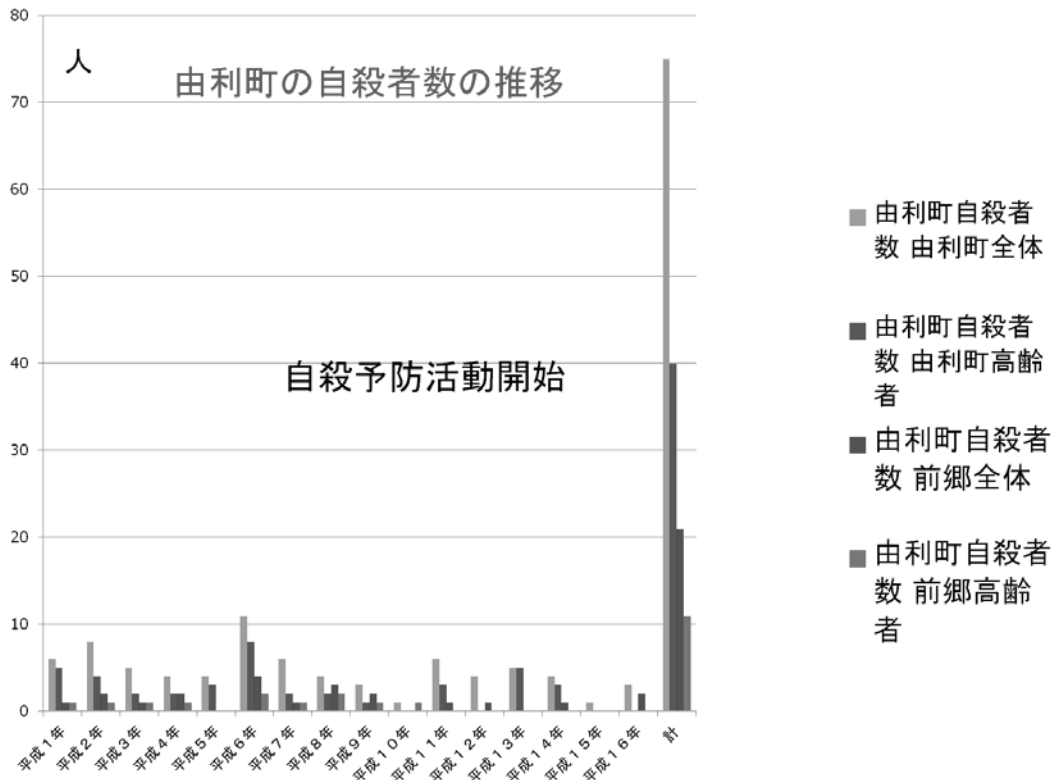


図5 由利町の自殺者数の推移

れて、他の論文に引用されたりしています。

図5は由利町の自殺者数の推移です。推移をざっと見るだけでも、興味深いのです。私たちが自殺予防の介入を開始したのは平成9年でしたが、これは平成元年以降の全体の推移です。1番目が全体の自殺者、2番目が全体の高齢者の自殺者です。3番目は由利町の前郷という地区です。4番目は前郷の高齢者ということになっています。これだけをばっと見ただけでもなんらかの自殺予防に介入することがわかるかと思えます。大山先生は統計的にも有意差があることを示しております。いちばん多かったのは平成6年で、この時は11名の自殺者が出ていました。

これまでの調査研究はストレス状況、その対処法、ソーシャルサポート、抑うつ尺度などからなる質問紙を作成して、住民に回答してもらっていたのですが、うつが高いということがあっても、その中身、その一人ひとりの人がどんな状態なのかということ把握するために、質的調査をすることが大事なと

いうことを考えました。一人ひとりの住民が何を考え、どんな気持ちで生活しているのか、一人ひとりの生活史が把握できるような研究が今、求められているのではないかとこのことです。

そこで私が用いた研究方法は、名古屋大学大学院の大谷尚先生の「4-ステップコーディング SCAT」という分析です<sup>4)</sup>。着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続きということで、これにもとづいて研究を行ないました。平成22年の1月に前郷地区に学生11人を引き連れて住民と交流しました。学生2名とホットハート由利のメンバー1名を1チームとして家庭訪問しました。中には津軽弁がよくわからないとか、秋田弁がよくわからないということで通訳してもらった意味もあったのですが、こういう学生キャラバンを行ないました。

この学生キャラバンを昨年は弘前で行ないました。関西国際大学から8名の学生、地元の保健の看護師さん、看護学生が10名くらい参加してもらって行ないました。

表1 インタビュー対象者の背景

発話者 (性別)	年齢 (歳)	同居状況	家族の自殺状況
A (女性)	85	一人	なし
B (女性)	77	長女夫婦	なし
C (女性)	85	長男親子	なし
D (男性)	81	妻と長男	なし
E (女性)	81	夫と長男	なし
F (女性)	66	長女	○
G (女性)	81	夫と長男	なし
H (女性)	83	一人	なし
I (女性)	78	夫は施設	なし
n=9(男:1名)		†79.6±5.5	

†:データは平均±標準偏差である

また、兵庫県の北部の新温泉町というところは自殺が多い地域なのですが、ここにも介入いたしました。キャラバンというのはラクダの隊商みたいなイメージなのですが、そういう意味で学生キャラバンがいろんな地域に出向いて行って、そしてその地域の人たちに関わっていくというイメージです。そこで家庭訪問してインタビューしてテープ起こしをいたしました。それがテキストになります。そのテキストを分析するわけです。

まず注目すべき語句を記載して、そして別のそのことばに言い換えて、原因・結果などを踏まえて、テキスト外のことばに言い換えるというプロセスです。最終的にテーマ・構成概念を把握していき、それを踏まえて事例のストーリーラインを考え、ストーリーラインを書き、そのストーリーラインから仮説、理論的な考察を行なうというプロセスを行いました。今回、実際には20例くらいあったのですが、私ができる範囲はこの9名、平均年齢は79.6歳でした(表1)。

そのプロセスを説明いたしますと、例えばAさんは注目すべき語句としてこういわれたのです。「ただ自分の体が自由きかなくなっていて、いやあ、こんなの今まで想像したのが、情けなくなったなあと思うの。」これを言い換えて、「体の自由が利かなくなったから情けなく思う」というふうにまとめました。これをテキスト外で概念で言い換えると、「身体機能低下

による心理的劣等感」となって、さらにそれを踏まえてテーマ構成概念に言い換えます。これがテーマとして「身体機能と心理の関係」になります。さらに私がそれを踏まえて、上位カテゴリー、上位概念として「困ったこと」に含まれるな、というふうに考えました。

ということで、このAさんのことばや地域の人のことばは、価値観に関わるもの、それから、安心、困ったこと、解決策というふうに4つのカテゴリーにまとめることができました。

Aさんのストーリーラインとしては、「若いころは仕事一筋の厳しい生活だった。今は時代の変化を受け止めながら、若者たちを見守る。死の恐怖はあるが、人とのつながりを確かめながら生きることを楽しんでいる。身内の家族の支えだけでなく、近隣の人たちの支えによって安心した生活ができています。もちろん気持ちを伝え合う人が少なくなったり、将来のことを考えると不安にはなるが、それはそれとして」ということで、Aさんの地区の方たちの特徴が出ていました「やっぱり若い頃は、子供の頃から本当に仕事仕事、使役も余儀なくされてということで、しかしその中でなんとか時代の変化を受け止めながら、子供たちを見守って、今は人とのつながりを確かめながら、生きることを楽しんでいる。身内の家族の支えだけではなくて、近隣の人たちの支えによって、安心した生活ができて

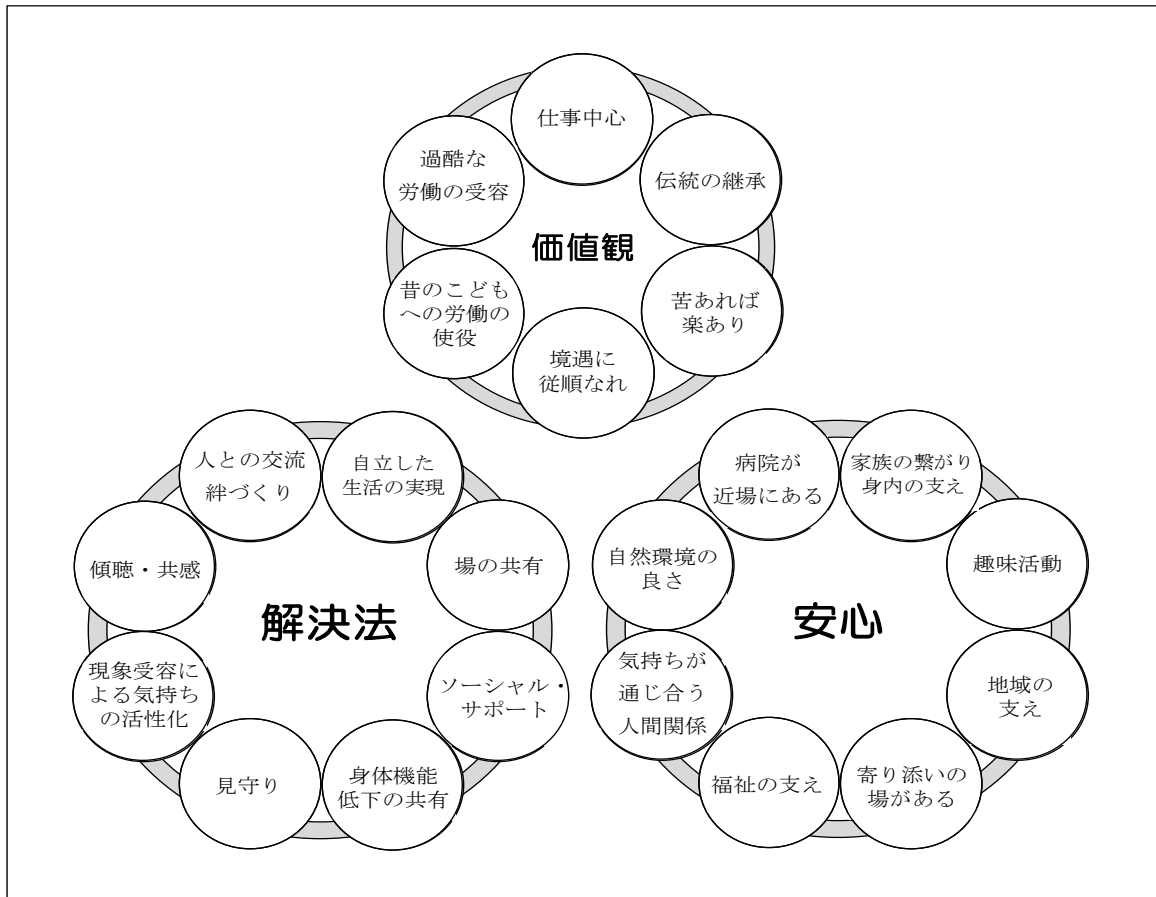


図6 上位カテゴリーにまとめた

いる。」というようなストーリーを描くことができます。

死の恐怖というのはありますよね。これからどうなっちゃうのだろうということです。死ぬのは怖いという気持ちはあるけれども、でも、それはそれとして、家族あるいはお隣さんたちと関わって、そして支えられてというような、ストーリーを描くことができます。不安がないといえば嘘になりますよね。こういうような生き方、これは結構森田療法にも通じます。死の恐怖というところが該当します。理論的考察としては、森田療法的、死の恐怖はあるけど、それはそれとして受け入れながら生の欲望を發揮する。やりたいことはやっていくということです。踊りなんかもやったり、地元の芸能を保存して、継続していくというようなことが行なわれておりました。

この9名のテキストを上位カテゴリーにまとめてみました(図6)。ひとつは価値観です。その内容は結構みなさん仕事中心、それから

なおかつ伝統を継承してきました。でも苦しいからこそ楽があるのだよ、という考え方。それから境遇に従順なれ、しかたがないから受け入れようと。昔、子供の頃は結構厳しかった、労働への使役も厳しかった。過酷な労働だけでも受け入れてやってきたのです。そのような価値観が表れています。

それから安心ということでもまとめることができましたが、これがいちばん多かったです。家族のつながりだとか、身内の支え、これがあるから安心だということです。息子さんがとにかく毎週来てくれる、都会にいる娘が毎日のように電話してくれる、これがあるから安心だ、ひとりじゃない。あとはお隣さんとの人間関係、気持ちが通じ合う人間関係がある、地域の支えがあるということです。それから寄り添いの場がある、結構みなさん来てくれて、そして玄関先だけ座ってそこで話の花が咲くというようなことが楽しみだということです。他には福祉の支えがあるとか、

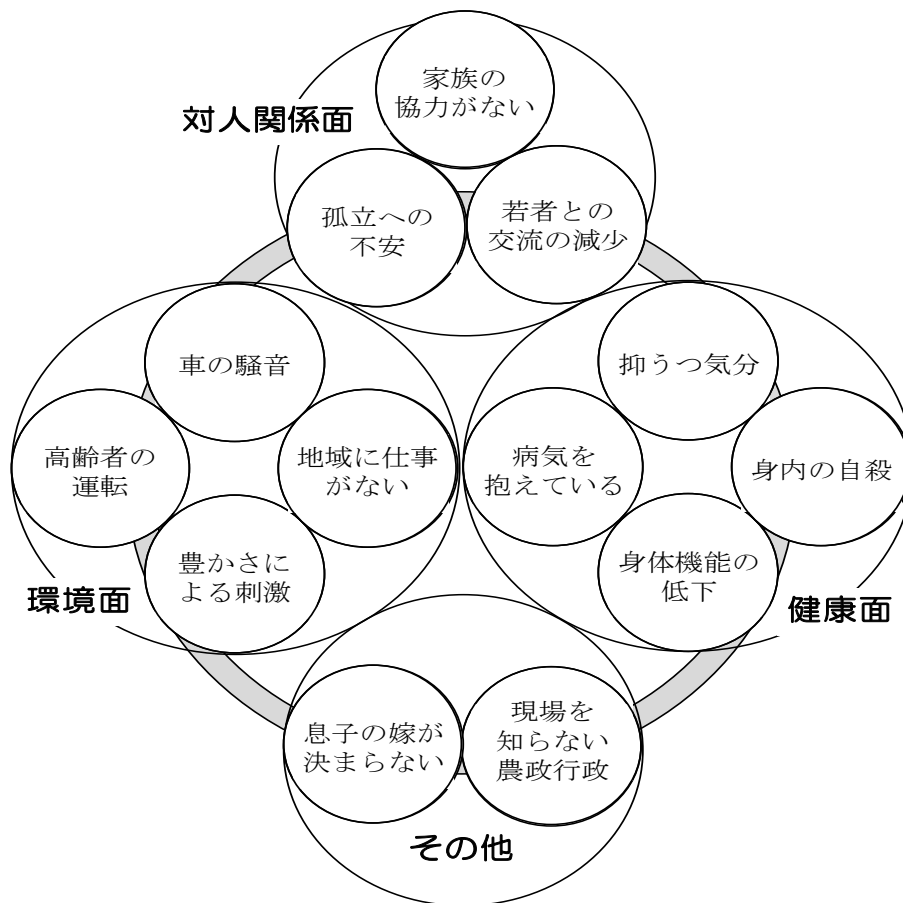


図7「困ったこと」を整理した

自然環境、自然が美しいということや趣味活動も入っています。これらを安心というようなことでまとめることができると思います。

解決法についてはまた後でお話します。

もう一つの上位カテゴリーである困ったことは整理すると、その内容が4つくらいに分けることができます(図7)。ひとつは対人関係面で、家族の協力が無い、孤立への不安、若者達との交流が減少しているということです。健康面ではやはり「うつ」の気分があったとか、病気を抱えているとか、身体機能がどんどん悪くなっていくことです。あと身内の自殺があったこともやはり心に響く。環境面では車の騒音、高齢者の運転が心配、地域に仕事が無い。また、豊かさによる刺激については情報が逆に多すぎてもやっぱり問題だというようなことです。その他には息子の嫁がまだ決まらない、現場を知らない農政行政というような話がありました。

先に戻って解決法ですけども、その内容は

やはり人との交流や絆づくりが大事、傾聴・共感が大事だということです。人に頼ってばかりいないで自立した生活を実現することが大事ともありました。それから場を共有することも大事、ソーシャルサポートも大事だということで、誰か心配してくれる人、支えてくれる人がいるということです。また、身体機能低下も共有できる、体が悪くてもそのことを一緒に話し合うことが結構気分転換になる。それから見守りをしてくれることも含まれる。他にはちょっと難しいけれども、現象受容による気持ちの活性化がありました。これは、とりあえずそれを受け入れて、やっ払いこうという前向きな気持ちになれるというようなことです。

今まで様々な取り組みを行なってきましたが、トップダウンからボトムアップの取り組みへの変化があったということです。現在、私たちが行なっているのは、トップダウンではなくて、ボトムアップではないかなと思



ます。トップダウンというのは「うつ病」気をつけましょうという「うつ病」の啓発、早期発見、早期対応のシステムを作っているということだと思います。そういうシステムづくりを行ってきたわけですが、まだまだ具体的にどうしたらいいのだというようなところが、見えてこないという現状に対して、私なりのひとつの提案としては、やはり地域で安心して暮らすためには何が必要なのかというところを、住民からニーズを拾い上げて、対策を考えていく取り組みがいちばん大事ななというふうに思います。実際には、両方必要なのかもしれません。

そして、見えてきたものは何かといいますと、高齢者にとって身内である家族の一員が、いつでも自分のことを気にかけてくれている時、そして近隣の人が同じような気持ちを自分に向けてくれる時に、初めて安心感を抱くことができるということです。要するに家族の絆、家族のつながり、それから近隣とのつながり、その二つがあると安心できる関係が見えてくる。

亡くなられてしまいました稲村博先生が書かれた「心の絆療法」、これをひも解くと、稲村先生は精神障害者を中心に書かれておりますが、「現代という時代はこの基本のものが見失われ、ないがしろにされている。人と人との心の絆はますます弱まり、機械や情報の氾濫が一般的になっている」<sup>5)</sup>というような指摘をされています。これは精神障害者だけではなくて、多くの住民の方にも当てはまることだと思います。

傾聴と共感の基本を伝えること、人との対話で「ああしなさい」「こうしなさい」と指示をださないといけないという必要はなく、ただひたすら聴くことだけでもいいんですよということを住民に伝えていく。

それから参加型アクションリサーチです。調査者と対象者を厳密に分けるのではなくて、むしろ互いに働きかけることを通して、共に状況の改善に取り組むということです。学生が参加するわけですが、学生もこの地域で何

を自分はしようとしているのかということ、問いかけるので、学生の中にも卒業したら、私は精神保健師になって、自殺予防に貢献したいという人が現れてくるわけです。

絆というのは強すぎてかえって制約になってしまうので「こころのバリア」という言葉がありますけども、それを張らないところがけが大事なのだと思います。

社会精神医学雑誌で岡先生が徳島県の海部町の調査をしているのですが、その地域は、自殺者がかなり少ない地域なのです<sup>6)</sup>。そこで調査したところ、昔からの「朋輩組」という組織<sup>ほうばいくみ</sup>があって、それがサロン機能を持ってお互いの気持ちを伝え合う、支え合うことができているということ。洗濯物を干しながら気持ちを伝え合うというような、そういう場面があったりとか、そういう町なのです。それを統計的にいろいろ把握して結果を出しています。

由利町でもそういう部分はもちろんあるのですが、若者との交流などは不十分かなと思います。いずれにしてもこういう文献もあります。絆づくりはそのまま町づくりになっていく、あるいは町づくりが絆づくりなのかと思います。

この夏に行きました兵庫県の新温泉町では経営学の先生も参加しました。町おこしの専門なのです。やはり学生を引き連れて行って、学生にまず町を見てもらって、その町でどんな活動をやったら町が活性化されるか、あるいは若い人が、都会に行った若い人たちを呼び寄せるといようなことを研究しているのです。学生たちも一所懸命町を見て、こういうところに何か神社を作って若者たちを呼んで結婚式をやったらどうかと提案する。あるいは、猫が多いので猫のキャラクター、ペンダントだとか、そういったものを作ったらいんじゃないとか、いろんなアイディアを出していました。それを住民の方々にも結果を伝えるのですが、結構刺激になっているんです。ですから町づくりと町おこし、それが合体するってことが大事なかなと思いました。

## 自殺対策の2つの方向性

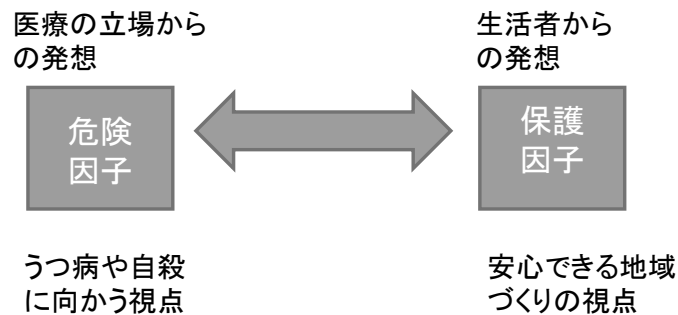


図8 自殺対策の2つの方向性

たとえば岡山県の直島という島は、至る所にアートの作品を置くことで、そのことをきっかけに観光客が増えたのです。しかも外国からも観光客がどんどん来るようになったとか、そういう取り組みです。あるいは徳島のある村はですね、「葉っぱビジネス」というようなビジネスを展開しているのです。高齢者の人が山に行ってきれいな葉っぱを集めてきて、それを都会に送ると、それがお寿司屋さんのお皿の上に乗るといようなことで、それが収入になるのです。年収1,000万という高齢者のかたがいるとかです。そういう発想も結構大事なかなと思います。

話題が少し変わりますが、図8のように自殺対策には2つの方向があります。医療の立場からの発想、それから生活者からの発想ということで、危険因子と保護因子ということです。私に取り組んできたのは保護因子のほう、安心できる地域づくりの視点です。

危険因子のほうは、「うつ病」や「自殺」を早めに発見して、という視点だと思います。

保護因子の生活者の発想について、森田療法ではどういうことがいえるかという、時代の流れの中で厳しい労働を受け入れ、少ない時間を利用しながら、踊りなどの地域の伝統を継承してきたことから「境遇に従順なれ」という価値観や「現象受容による気持ちの活性化」が認められるということです。こういう高齢者の方たちは、森田療法を勉強し

てきた訳ではないのですが、おのずと知らず知らずのうちに、森田療法を実践しているのではないかなと思います。

保護因子のもうひとつ、安心できる地域づくりの視点は、みんながゲートキーパーになるということです。そういう働きかけが大事なかなと思います。先週は三重県の紀宝町というところに行ってきました。(平成23年)台風12号の被害が大きかったところなのですが、そこで話をしてきました。ちょっと橋を越えると、新宮、そこは和歌山県という非常におもしろいところなのです。そこは、メンタルサポーターとか別の名前で行なっています。でも非常に盛んです。三重県はリスナーの制度を作ったりとか盛んです。

これについては「気づく→支える→つなぐ」というキーワードが大事なかなと思います。しかもこの矢印が大事だということ。最初からつなぐ、最初からどこかの病院がありますよと紹介するのではなくて、まず気づいてあげて、そして気持ちを聴いてあげて、支えてあげて、それからつなぐと、そういうことが大事だと思います。

私が行ってきたのは、1次予防に重点、つまり保護因子を強化していく⇒地域住民が安心して生活するために必要な要因を把握し、強化するということですが、もちろん2次予防、3次予防も大事です。もうひとつ、「うつ病」の知識を身につけるといことももちろ

ん大事で、自分あるいは周囲に対する配慮ができるようにする。もしかしたら「うつ病」かもしれない、「困った時」「悩みがある時」に早めに誰かに相談することを習慣づける、できれば子どもの頃からということ子どもに対する取り組みも行なってきました。青森県の深浦町の小学校、鶴田町の小学校、それから兵庫県に移ってからは、平成7年の阪神淡路大震災で被害にあった(神戸市長田区)の御蔵小学校で行ってきました。

ストレスが強まると、許容範囲を超えてうつ状態になりますから、ひとりでかかえこまない。顔と顔を合わせて話を聴いてもらうのがいちばんいいです。そして気持ちが軽くなって「うつ」にならなくて済んだというような場合もあります。日頃のストレスが、許容範囲を超えると発症しますので、毎日2週間以上このような症状があればそれに気がつけるということです。

特に食べて、寝ることができて、そして遊ぶ時間がある、楽しむとか、そういうことができなくなった時にやはり問題が起こってきます。身体不調があっても、病院に行っても何ともないと言われた時、時間が解決してくれると期待できなくなった時、こういう時に起こってくるごくありふれた病気、誰にでもなりうる病気だということです。性格の弱さだけではない、家族だけが原因ではないということです。

自己判断ができないこともあります。いったん発症するとなかなか抜け出せませんから、日ごろから「うつ」にならないようにストレス対処能力をつけておく、それで相談機関を利用する、そういうみなで助け合う体制づくりを行います。

その他は、とりあえず住民のかた一人ひとりが気づく、そういう気持ちを共有できるようにしたいと思います。「あの人ちょっと大丈夫かな?」とか、「何を考えているのかな」ということで、周りの人の気持ちを少し探る、そういうような方向に意識を変えていくことが大事なのかなと思うのです。「大丈夫ですか」

と、ちょっと声を掛けてあげるとか、そういう人と人とのつながりなのかなと思います。

これはあまり目に見えないです。最初は目に見えないけれども、だんだんそれが行動に移されると、やはり誰かに働きかけたりというようなことを通して見えてくるわけです。

できれば3つの質問を習慣化してもらえたらいいのかなと思います。家庭の中でもお互いに「最近どうだ?」、私もなかなか自分の娘にもできていないかもしれませんが。二つ目は「何か困ったことある?」と聴く。三つ目は「じゃあどうしたらいいと思うの?」と聴く。そういうところから話を受け止める、ということです。それをまず、家庭のみなさんが実践していただくということです。正直なところ、私もまだまだできていません。娘に「何か困ったことある?」と聴いたら、娘からも「お父さん急に何を言うのよ」みたいなことを言われてしまいました。「別にそういうわけじゃないけど」と、言葉を濁しました。

解決法の具体化としてはゲートキーパーです。これには地域のリーダー的な役割がありますので、やっぱりみんなで話し合う、集まって話し合うということが大事です。どう具体化していったらいいのか、地域の問題です。

私は今、青森以外の地域でいろいろなことをやっています。たとえば福井にも関わっております。越前海岸に越廻<sup>こしの</sup>という地域があります。そこの住民の意識を変えていくには、どうしたらいいのかと思っているのですが、同じなのです。私もちょっと1回だけ講演をしたのですが、やはり何か、自分たちを病人扱いされているように受け止めてしまうのです。ましてや「自殺をやめましょう」なんて自殺という話を持ち出すこと自体が、俺たちは病人なのかなとか、俺たちが悪いことをしているのか、みたいな受け止め方をしてしまうので、注意が必要なのです。そういうことじゃなく「町づくり」をしていきたいと思います。みんなで。あるいは「町おこし」をしていきたいと思いますという働きかけのほうが、すんなり入っていけるってことなのです。

解決法の具体化にあたって重要なことは、何か依存するしくみをつくるのではない、ということです。依存する仕組みとは、「何やってるんだ、行政はけしからん、早く郵便局作れ」とかです。「何やってるんだ」ということでいつまでも依存して待っている、そういう働きかけではないのです。そうではなくて住民のかたが主体的に協力し合う。自分たちだったら、これだったらできるよと、これだったら協力できるよというところをやっぱり作っていかなきゃいけない。

住民の中から出てきた解決法をもとに、行政だったらどんな支援が考えられるかというようなことを考える、寄り添う場をどうやってつくっていかうかということです。今まったく使っていない学校の校舎を使ったらどうかとか、いろいろ考えていただくということになると思います。

それでは企業はどうかということですが、つながりとかいわれても、まだまだ上司と部下の間にほとんど交流が無い、つながりが無い、そういうようなところをどう変えていくのかということです。企業と医療による支援ということで、相談できる場をもっとたくさんつくっていかうということで、私が提案した「こころのケアナース」とか、そういうところがもっと広がっていくといいかなと思います。

学校、教育委員会による支援はどうか。学校で子どもたちがもっとつながっていくには、あるいは子どもと先生がつながっていくには、あるいは家族とつながるにはどうしたらいいのだろうかというようなことで、いろいろ考えていく、先のような取り組みが求められているのかなと思いますね。

鶴田町で講演した時に、82才のかたが来られて、夫が認知症で在宅看護をしてきたが、将来のことを考えると不安で気持ちが暗くなる、眠れなくなって胸がきゅーと締め付けられる。精神科を紹介されて「うつ病」といわれた。「うつ病ってなおりますか？」って相談に来たのです。そういう場合、どう答えてあ

げたらいいのかということが、課題になります。結果としては、かかりつけ医が治療を開始して、保健師と在宅介護支援センターの看護師で、家庭訪問してフォローアップをして、また元気になりました。こういうふうに地域で孤立している人たちがいることに気づいていく。孤立している人の周辺と住民の人たちと保健師さんの課題なわけで、また相談できる場が少ないということです。これはもっと行政が考えていく必要があるし、相談、集会への参加は勇気がある、恥ずかしい、知られるのはいやだ、ということでもありますので、気軽に相談できるような場を提供する。あるいは、コーヒーを飲みながらお茶を飲みながら、何となく相談できるような雰囲気、環境をつくってあげる。うつ病への関心の増大からも、自分は「うつ」だろうか考えるきっかけができてきているわけですね。そういうふうに地域住民の意識変化がある。そういうことで、住民一人ひとりの協力を求めて、自分たちができる事を把握してもらおうということです。

兵庫県に香美町という町があります。その社会福祉協議会の「ご近所ボランティア」という取り組みを紹介するのですが、ここは人口3万人くらいですけどもこのボランティアは900人ぐらいいるといわれています。平成5年に町内福祉委員会が中心になって発足したのですが、およそ30種類の仕事内容からボランティアとしてできることを見つけて登録してもらうのです。「自分は土曜日の5時から6時までだったら、車を提供できます」とか、「買い物に付き添ってもいいですよ」とか、できることを住民に聞いて登録するのです。外出時の付き添い、介助、家屋の修理、買い物の付き添いなどです。集落ごとに30種類、集落ごとに希望者を登録しています。あとで福祉委員になってもらうということなのです。「いきいきまちづくりサポーター」としても登録していますので、こういうような取り組みは非常に良いと思います。

それから人とのつながりですが、身内の家

族だけでなく近隣の人たちが声をかけ話し合う場を作って、そこで気持ちを伝え合うことが、毎日の楽しみになって生きがいとなっているというような状況を作っていく。気持ちを伝え合うことが自殺予防に役立つのではないかというふうに考えています。こういうような「気づく」「支える」「つなぐ」ということです。

家庭ではどうかといいますと、奥さんがご主人や子どもの悩みに気づいているだろうか、話しづらい事情はないだろうかということで家庭の問題です。やはり家庭の中のつながりが欠けているわけなので、ご主人は内閉的な性格があって、なかなか自分の気持ちを伝えない。そして何か問題が起こっても相談しない。奥さんにも言わないというようなことで、ひとりで抱え込んでしまうということがありますよね。そういう場合も、奥さんの関わり方次第で変わっていく。「最近どう？」とかちょっとでも、誘い水をかけることで、「じつはねえ」という話がでてくることもあるわけなので。聴く態度がとても大事なのだと思います。

それはご主人に対してだけではなくて、お子さんに対しても同じように、子育ての問題にも絡んでくるわけなので。今の家庭は、みなさんどうでしょうか？何か問題はないでしょうか？と問いかけていただけるといいのではないかと思います。

地域ではどうでしょうか？私たちはお隣さんの悩みに気づいているのでしょうか？ということをお聞きしたいのです。そうするとやはりまだまだ不十分だなと。いつも私は知らん顔して通り抜けようとしてきたというようなことに気づく、もう少し周りの人に気持ちを向けようかな、そういう気持ちになれる、そういう取り組みが今求められているのかなと思います。

学校、養護の先生、担任の先生は、生徒たちの悩みに気づいているのでしょうか？ということをお聞きしたいのです。まだまだ不十分です。本当に。何か自分の守備範囲だ

けの授業をやっていけば、それでいいというような、そんな先生が圧倒的に多いのです。それで養護の先生だけが非常に負担になって、スクールカウンセラーも大変な状況です。まだまだ不十分だと思います。

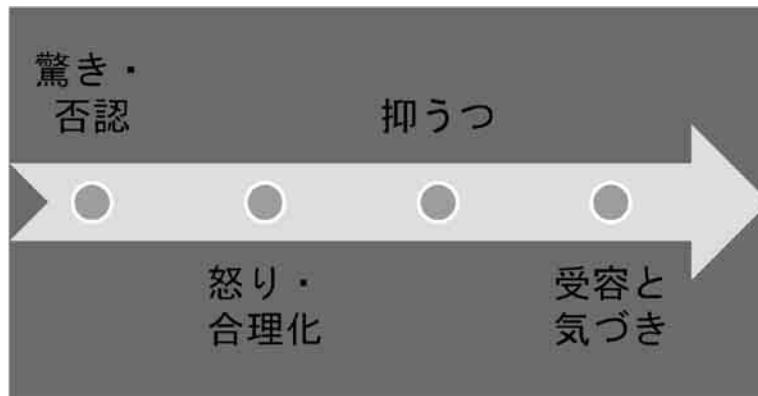
職場もそうです。上司は部下の悩みに気づいているのでしょうか？もっと問いかけてほしい。あるいは、部下同士で、従業員同士が互いの悩みに気づいているのでしょうか？と、問いかけることがいちばん大事なかなと思います。

医療機関もそうです。医師や看護師が患者さんの悩みに気づいているのでしょうか？患者さんが来ても、やはり臓器だけを診るのではなくて、気持ちをちょっとでも聴いてあげる。

「最近眠れてますか？」「困ったことはありませんか？」とか聴いてほしい。看護師さんにも聴いてほしい。そういうことを通して、やはり病院自身が変わっていく。病院が地域と関係を持つことができるということが、今大事かなというふうに思います。

悩みだけではなく日ごろの「こころの変化」に気づくという力というのは、もともと私たちは優れているはずなのです。たとえば松尾芭蕉の句「ふとみればナズナ花咲く垣根かな」、これはナズナの花に気づく、垣根に咲いている花に気づく、なんてきれいな花なのだろうということで、それに目をやる、そういう自然の変化、心の機微です。それを把握してあげることが大事かなと思います。

福井県の東尋坊そしてもう一つ似たようなところに白浜に三段壁というのがあります。それぞれ自殺の多い所です。ここでの活動はどちらかというと、2次予防です。ここから飛び降りようとする人に声をかける。東尋坊は、元警察官の茂さんという人が中心になって、「ちょっと待ておじさん」という名前がついているくらいです。声をかけてお店に連れて行って、心に響く「おろし餅、これ食べなさい」ということで、食べてもらうのですが、このお餅が実際においしいんです。おいしいってこと自体は、もう気持ちを生



## 悲嘆の仕事(グリーフワーク)

図9 寄り添うことの大切さ

きる方向に引っばっているということかなと思います。

ただ問題はじゃあこれからどうしたらいいの?ということ、「もう全てをなげうって来ました。自分はすっかり自信を無くして会社にも戻れません。」とかですね、「家庭にも戻れません」という人を、どうフォローしていくのかという問題がありますね。結局、白浜もそうですけども、アパートを借りて、そこに住まわせて、そして気持ちを聴いてあげながら少しずつ社会に戻すという働きかけをしています。白浜の方はバプテスト教会の牧師さんがやっています。藤藪さんという教会の牧師さんがやっているので、それは牧師関係の人が多いです。

とにかくこういう人たちをどういうふうに社会復帰させていくのかというのは、まだまだ課題があります。お金だけを渡してもお金をもらって、またどこかへ行ってしまうという人もあるようですし。白浜にいたと思ったら今度は東尋坊にいたというような人もあるようです。

気持ちを聴くことができれば、安心感につながるし、支えられているという体験にもなりますので、こういうようなことで「傾聴・共感」は大切な作業なのです。ですから「傾聴・共感」がトレーニングです。そのために臨床心理士にもっと力を入れてもらうという

ことが必要だと思いますね。

あとは、自死遺族の意識の変化というのがあります(図9)。分かち合いの会に参加して、結局最初はクローズド、誰にも知られたくないという気持ちがあるのだけども、それがどんどん変わってきて、多くの人に自分の体験を伝えたいというように、思ってきます。亡き夫の思いを伝えていくのが私の生きる意味だとかですね、変わっていきます。生きる意味は結構大事です。高齢者にとっても生きる意味というのは大事なのです。最初はもう驚きや否認、「なんで私の夫が」、そして怒りです。「医者が悪いのじゃないか」とか、私たちが責められたりいたします。合理化もします。先に亡くなったあの人が呼んだのじゃないかとかです。それで「うつ」になったりします。最終的には受容と気づきです。そういうのが出てくるのです。そのような悲嘆の仕事がグリーフワークです。これに寄り添うことが大事なのかなと思います。

別の話題ですが、今求められている関係機関の連携、つながることです。自殺に特化していない団体でも自殺予防に参加できます。たとえば身体障害の団体です。青森では筋ジストロフィーの団体が参加しています。自殺予防に関して、自分たちが生きる、とにかく筋肉がどんどん麻痺してしまう中で生きていく、生きることがどんなに大事なのか、そう

いうことを伝えているのです。

Aさんはずっと寝たきりの状態で過ごしているのですが、ある日お母さんに聞いてみました。毎日世話してくれるのはお母さんしかないから、お母さんに「自分がこんな状態でお母さん大変じゃない？」って聞いてみたら、「いやいや、だんだん自分も歳とって大変かも知れないけども、お前が普通の五体満足な体だったらもうとっくに結婚して私のところからいなくなっているだろうと、でも今も自分のそばにいてくれる、あなたがいるから私はこんなにうれしいことはないよ」と伝えてくれて、「あっそう」ということで、生きる意味を伝えてくれることがとても大事ななと思います。

あるいは、まちおこしの団体です。こういうことをすれば、若者たちが戻ってくるよという試みをしている団体と連携していく。いろんな支援団体とつなぐ、つながるということが大事かなと思います。また、「ホットハート由利」の活動なども新聞に載せてくれているのです。活動の様子を新聞とかにも出してもらっているのです。

青森、秋田、岩手の3県の自殺者数が平成22年は非常に減ってよかったと思います。いろんな地域で活動している成果かなと思います。大事なはその成果を、きちんと学問的にも立証していく、何がどうなったから、どうなった、よかったのかというところもきちんと伝えていかなければいけないのですが、つながりという視点で検証していくことが私は大事ななと思います。

東日本大震災の後、東日本の方でも仮設住宅で生活を余儀なくされている方が多くいるのですが、その中でもつながりがある地区と、まったくつながりのない地区、みなさん孤立しちゃっている地区とがあって、その辺を比較できると何かが見えてくるのかなと思ったりします。

まとめになります。まず「傾聴」「共感」についてです。地区を歩くといろんな人が声をかけてくれて、気持ちに通じ合う、ほっと

できる場所があって安心して生活できるというような町づくりをしていきませんか？ということ。これは、最初に地域のニーズを把握するために、その地域で暮らす人たちが安心できていること、困っていること、解決法、どんなことを考えているのかというようなことを拾い上げることができるようなグループワークが大事ではないかと思っております。その練習のためには専門家だけが集まった場合には、専門家がやはり同じようにやってみるということです。また、つながりをキーワードにして、いろんなところでひとつのスピリチュアルな体験、個人を越えた体験というのがあります。思いがけなく会合を開いたらたくさんの方が集まってくれたとか、あるいは一言がすごく響いてくれたとか、なんか個人を越えたものって確かにあると思うのです。それから生きる意味とかです。

最後は社会です。友達とのつながり、家族、学校、職場、地域とのつながり、それから自分とのつながりです。結局そういうことを通じて自分が見えてくるのです。自分は何なのか、何をしているのだろうかということ、自分が見えてきますので、自分とのつながりがわかってくる。それから周りの自然とのつながりが見えてくるということかなと思います。

## 文 献

- (1) Kemmis S, McTaggart R. Participatory Action Research. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *The Sage Handbook of Qualitative Research 3rd Edition*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2005. p. 559-603.
- (2) Rutz W, Wälinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*. 1989 Jan;79(1):19-26.
- (3) Oyama H, Watanabe N, Ono Y,

- Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005 Jun;59(3):337-44.
- (4) 大谷 尚. 4-ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案. — 着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き—. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (教育科学). 2007;52(2):27-44.
- (5) 稲村 博. 心の絆療法. 誠信書房; 1981.
- (6) 岡 檀, 山内 慶. 高齢者自殺希少地域における自殺予防因子の探究—徳島県旧海部町の地域特性から—. *日本社会精神医学雑誌.* 2010;19(2,3):199-209.



# 地域での世代間交流のつくりかた

藤原 佳典

東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム

## 1. 学際的であるが故の世代間交流の位置付け

世代間交流とは、例えば保健福祉部局の方なら、老人保健福祉と母子・親子保健福祉に、教育部局の方なら、社会教育と学校教育との、両方にまたがるイメージを持っていただければと思います。

そして世代間交流の研究とは複合領域の研究です。ですので、世代間交流に関する学会を立ち上げたり、NPOをつくりましたが、対象別にみると半分ぐらいは保育幼児教育の専門家が入会し、残りの半分は高齢者の専門家が入会しています。また、領域別には保健福祉の専門家がいると思えば教育の専門家がいる、あるいはアートや建築の専門家がいま

す。一方、世代間交流に関する研究計画を提案したり、研究協力を申し入れる際には、「おまえはいったい何者や？」とたらい回しにされることがあります。つまり、行政の高齢者部局に相談した場合には、ボランティアが高齢者であっても、サービスの受け手が子どもなら子育て支援部局のほうへ行ってくれと言われることがあります。それで子育て支援部局を訪問すると、学校支援活動の一環なので、教育委員会が窓口ですよ、といった具合です。実践活動においても、同様です。世の中で「世代間交流」という言葉は総論的には誰しもが賛同しますが、実際にあなたの身近でプログラム化、具現化しませんかと持ちかけると、案外、躊躇されて話が棚上げされるものです。

---

本稿の要旨は秋田大学公開講座自殺予防学インテ  
ンシブコース（平成24年2月3日）に於いて講演  
した。

〒173-0015 板橋区栄町 35-2

そういった前置きをしまして、今日は地域での世代間交流のつくりかたということで、私たちの実践研究を紹介し、その課題を中心にお話したいと思います。

そもそも私どもの研究所は、軸足を高齢者において研究していますので、ここでは高齢者にとっての世代間交流について考えてみたいと思います。

## 2. 社会的孤立と世代間交流

近年、地域の絆やつながりが非常に重要視されています。ここ数年、100歳高齢者の行方不明事件とか、孤立死・無縁社会といった社会的孤立についての問題がマスコミをにぎわしています。そうした中で孤立をどう防ぐかが高齢者の安心・安全・健やかな生活という点で注目されています。

そこで、私は、社会的孤立に関して実践活動や調査データを整理している中で孤立も一次予防、二次予防、三次予防というように重症度、緊急度別に対応すべきでないかと考えるようになりました(図1)。

まず高齢者が地域で孤立しないために元気なうちは社会活動に参加する。つまり、一次予防とは社会参加による閉じこもり予防です。

ところが、加齢に伴う、心身の機能低下や、家族の介護等のため、社会活動はやがて継続できなくなります。そうになると、近所づきあいとか親族、知人、友人というような個人的なネットワークにより、声かけ見守りとか、日常のちょっとした安否確認的なコミュニケーションが二次予防として重要になってきます。

ここで、気になるのは閉じこもらずに外出

### 社会的孤立を防ぐ三層の守り



図1

さえしていれば大丈夫なのかという問題です。特に都市部では、例えば町の中心部の公民館までダンスや稽古事を習いに来ている、プライバシー保護の風潮で、参加者同士でも、なかなか住所や電話番号を教えあわなくなりました。ですので、元気な時は、「あっ！〇〇さん！」とあいさつしますが、なんらかの原因で来なくなれば、それっきりという付き合いが多いものです。知り合いになったとしても、プログラムの1時間、2時間を共有するだけの浅いつきあいになりがちです。大事なのは欠席が続く人がどうなったかだと思います。そういう意味では、活動を通して単にプログラムそのものを楽しむだけではなく、そのプログラムを通して親しい仲間を作って

欠席時には電話しあうとか、家が比較的近いならば、プログラム以外の時に一緒に、お出かけしたり、お茶を飲んだり、他の交流にもつなげましょう。社会活動をきっかけとした身近で新しいネットワークを作ること、つまり一次予防をきっかけに二次予防につながることも非常に大事だと思います。

また、一次予防、二次予防に対応できない頑とした孤立者に対しては地域包括支援センターなど専門機関が、介入することになりますが、逆に専門機関は地域の情報を欲しがっています。

さて、人はなぜ孤立するのでしょうか？本人は、自分が孤立しているという意識がなくても、何となく気がついたら孤立しているこ

## 高齢者を孤立させる社会的要因



図2

とが多いのです。その理由として様々な社会的要因があります(図2)。

第一は家族構成でみると、一人暮らしや高齢者のみの世帯が、高齢者世帯全体の過半数を上回っているということです。

第二は、老年学で用いる専門用語ですがエイジズムといい、高齢者への差別・偏見が想定されます。つまり高齢者は高齢者だけ、若い人は若い人だけというように、世代が断絶してお互いが理解できなくなってくることで、まさしく世代間交流の対局にあるような状況だと考えます。世代間が断絶する理由は核家族化とか物理的なものだけでなく、世の中自体が便利になりすぎたためではないでしょうか？今は、小学校低学年の子でも、携帯電話とコンビニさえあったら1日ぐらいは、ゆーに留守番ができるでしょう。昔は祖父母の家にランドセルを預けて、お稽古事の送り迎えをしてもらったものですが、今は自分でなんでもできるし、おばあちゃんに尋ねる前に携帯電話でお母さんに尋ねたら、お母さんは仕事中でも廊下にちょっと出て、「冷凍庫から出して電子レンジでチーンするのよ」で解決します。

一方、最近では、子どもも塾や稽古ごとで大変忙しいです。また、学童保育や親が働いていない家庭の子でも、防犯や安全の面から、放課後も学校内で預かってくれる放課後の居場所作りプロジェクトというのを国が推進したおかげで、道端や公園で遊んでいる子どもをあまり見かけません。近所のおじいちゃん、おばあちゃんが声をかけようと思っても子どもがいないというのが実情なんです。逆に、おじいちゃん、おばあちゃん側も元気で、お金に余裕がある人が多いので子ども夫婦や、孫に頼られないのなら自分たちお年寄りだけで、温泉や芝居見物にでも行きましょうということになります。また、最近はスーパーマーケットに行くと高齢者が総菜や弁当を買う姿をよく見かけます。わざわざ若夫婦に気を遣わなくても、自分の口に合うものを好きな時に買い、食べることができます。つまり、

世の中が便利になり過ぎたり、サービスが行き届きすぎて世代が交流する必要がなくなってきたのです。

第三は、死別・離別といったネガティブなライフイベントです。年々、周囲の人が亡くなったり、入院・入所してしまい、高齢者自身は全然変化したつもりはないのですけれども、気がついてみると周囲に親しい人がいなくなってしまったということが起こります。世の中や地域が変わり、いつの間にか孤立する場合が多いのです。

### 3. 世代間交流を支える理論

最近、マスメディアを通して、昭和の時代を懐かしむ機会に接することがよくあります。日本のあちこちで家族やコミュニティが機能していて、人のぬくもりや絆が感じられた時代に思いをはせるが故に、当時の復刻商品がヒットするのかもしれませんが。しかし、時計を逆戻りすることはできません。それでは、孤立化を予防するには、新たに21世紀型の「しかけ」が必要になってくるのではないのでしょうか。私は、この「しかけ」のひとつが世代間交流であると思います。

昼間人口としての地域住民の大半は、高齢者と子どもです。少子化問題に代表されるように、子どもや子育てについての諸問題は今や、高齢者問題を凌駕し、喫緊の社会問題と言っても良いでしょう。地域社会からの期待と高齢者自身の健康やいきがいに寄与するボランティア活動の内容として、高齢者こそが、次世代の育成や支援に関わるプログラムに参画することを推奨したいと思います。その理由は、世代間交流プログラムに参加することにより高齢者に潜在する「generativity (ジェネラティビティ)」と称される、個人を超えて次世代を支援し、責任を果たそうとする意思を呼び戻せるのではないかと期待するからです。

心理学者のエリクソンは、「年齢に相当して要求される心理社会的な発達課題があり、人間は生涯全体を通して変化・発達していくも

の」とし、これらに基づいた8つの発達段階を展開しました。その7番目の発達段階にあたる「壮年期」の重要な発達課題として、

「generativity」という用語を用いました。

世代から世代へと生まれていくあらゆるものを産み育む行動と、そうした行動につながる関心を意味し、世代継承性と和訳されます。エリクソンは、互いに立場の異なる大人と子どもの相互性を捉え、異質であるが故に互いに補完しあう良きパートナーシップの関係が生じ、子どもも大人も相互に発達し活力を得ると述べています。これは、異世代である中高年者と若年者の相互作用がお互いを活性化し、向上するという世代間交流のまさに本質をついた理論と言えます。

我々が日常感動するシーンを振り返ると、いかにジェネラティビティが根底に流れているかがよくわかります。例えば、一流のスポーツ選手は、現役を引退すると、自身のテクニックや戦術さらには、心構えなどを次世代に伝授しようと、少年チームの指導の場を移し、後進育成に目を輝かせます。戦争体験を語り継ごうとする高齢者やボランティア活動として史跡や町並み、自然環境の保護に参加する高齢者は少なくありませんが、いずれも次世代への継承願望がその根底にあるのです。

次世代継承における異世代間のコミュニケーションには信頼や規範が前提であることは言うまでもありません。また、相互発達とは互惠性と言い換えられます。つまり、世代間交流を推進するという事は異世代間のソーシャル・キャピタルを醸成することに他なりません。ソーシャルキャピタルの醸成が自殺予防に有効であるとの考えを踏まえると、世代間交流をコンセプトとした様々な活動もまた、自殺予防に何らかの形で有効ではないでしょうか？

#### 4. 全国の世代間交流事業の現状と課題

このように世代間交流事業は、総論的にはソーシャルキャピタルの醸成を通じた地域づ

くりにおいて非常に期待される切り札なのですが、先述のように、地域での現状を見渡すと、なかなかうまくいかないというのが実情です。

そこで私どもは文部科研費の助成を受けて2011年度に世代間交流に関する実態調査を行いました。まず世の中の動向として、世代間交流というキーワードが朝日、読売、毎日新聞においてどのくらい掲載されたのか調べました。

1988年4月～2011年12月までの全国紙3紙(朝日新聞,読売新聞,毎日新聞)を対象に、339件の記事をもとに世代間交流事業の変遷を調べました。さらに、2009年から2011年に見出された73事例を対象に最近の世代間交流事業について郵送調査を行いました(2011年9月～11月)。交流事業の課題については、クラスター分析により分類をしました。その結果、新聞の内容分析からは、「週休5日制」や「総合学習」を背景に90年代末に世代間交流事業の記事が増加していましたが、交流事業の頻度についてみると、「年に1回程度」が41.2%、「年に2～3回程度」が27.5%と大半が単発のイベントでした。交流の課題については、5つのクラスター(①社会・地域の問題、②交流内容の問題、③世代差の問題、④交流環境の問題、⑤参加者確保の問題)が抽出されました。

例えば、交流内容で一番多いのはゲームなんですね。昔遊び、これはビー玉とか、けん玉、お手玉等です。あるいは昔話や食事会で、これは交流給食といって、年に1回学校へ招待された高齢者が子どもと一緒に給食を食べるという形式です。これらは、その場だけのイベントであり、その後の交流につながる可能性は皆無とっていいでしょう。

こうした内容を反映してか、大半の世代間交流事業は、イベントで終わり長続きしません。その理由としては 上記の①では、母体となる老人クラブの衰退により、世代間交流プログラムに参加してくれる高齢者が減ったこと、②③では、プログラムが興味をひかな

## 高齢者の高次生活機能の加齢変化

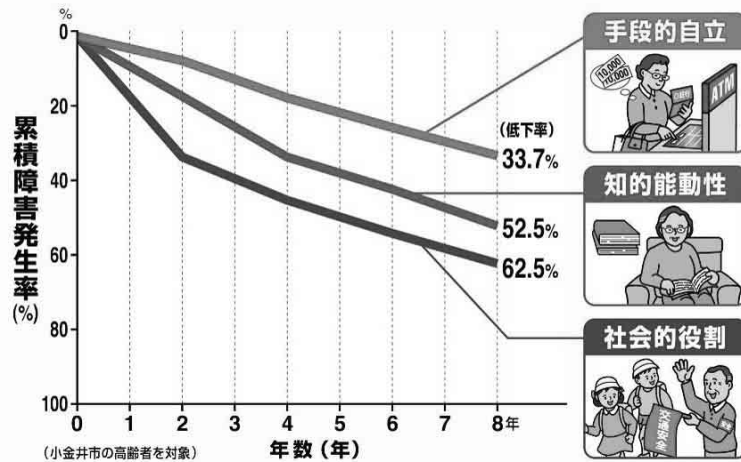


図 3

Fujiwara Y, et al. Arch. Gerontol. Geriatr. 2003;36:141-153.

いとか、コミュニケーションの取り方がわからず時間ギレ、④では、バリアフリーが不十分で、高齢者が交流会場までたどり着けない。⑤では子どもの学校生活や塾・稽古ごとと高齢者の生活時間が合わない、といった課題が明らかになりました。

まとめますと、世代間交流事業に対する関心の高まりが認められる一方で、これまでの交流事業は世代間の相互関与が浅く、さらに、今日の世代間交流事業は多様な課題を抱えていることが示されました。第三者あるいは企画する人が、ちゃんと計画を練って臨まないで世代間交流は生まれにくい、つまり、誰かが周到な「しかけ」をしない困難な状況になっているのだと思います。

では、どういう「しかけ」が大事かということなのですが、ひとことで言うと Win-win! つまり、参加する人全員が楽しく、メリットがあるということです。子ども、高齢者、そして主催者のいずれかが負担や苦痛を強いられたりすると継続しないのです。

### 5. 米国の世代間交流型ボランティアプログラム「Experience Corps®」からの学び

高齢者にとっての Win-win! の基幹は生きがいや健康の維持です。私はわが国における地域保健事業のプログラムの一つとしてシニアボランティアの活用を提案してきました。

その際に、ボランティア自身の健康への影響に関する北米での研究を概観しました。その結果、ボランティア活動に参加すると心理的、身体的及び社会的要因が改善することにより心身の健康度が高まると考えられてきましたが、そのメカニズムに関しては未解明の点が多いことがわかりました。従って、優先されるべき研究課題はシニア世代の健康増進にとって望ましいボランティア活動のプログラムを考案し、それが健康に及ぼす影響を実証することですが、こうした介入研究はこれまでのところ極めて少ないのです。

一方、私たちはこれまで地域で暮らす、自立高齢者の6~8年間の追跡研究を通じて successful aging (健やかな老い、サクセフル・エイジング) の条件といえる生活機能の維持に関して老研式活動能力指標での「社会的役割」や「知的能動性」に関わる能力の低下が「手段的自立」障害の予知因子であることを報告してきました(図3)。換言すると「社会的役割」と「知的能動性」を伴う社会活動を行うことが介護予防に寄与するかもしれないということです。そこで私はこの仮説をもとに、世代間交流を通じたボランティア活動を「社会的役割」のひとつと位置づけた高齢者のボランティアプログラム“REPRINTS”を開発しました。

私が“REPRINTS”を考案するきっかけの



図4

事業が米国での「Experience Corps®」（エクスペリエンス・コア）という取り組みでした（図4）。

米国では、高齢者の健康増進・介護予防戦略の基本に「Use it, or lose it」なるポリシーがあります。「頭、身体、心」をちゃんと使いましょうと、さもなくば錆びてしまいますよ、というものです。具体的にプログラム化するにはいかなるプログラムにおいても必ず「学び」つまり生涯学習の部分が必要である点、参加に際しては受け身のお客様状態ではなくて、自分が当番をするとか、「役割」がある点、そして、仲間とチームを組んで活動しましょうと提唱しています。

その具現化された一つの事業が、「Experience Corps®」でして、米国で、ベビーブーマー対策として、高齢者の埋もれた英知や経験と時間を地域の学校教育の支援に役立ててもらおう Win-win! プログラムです。Friedらにより開発された公立小学校において地元の高齢者が児童の読み書きや計算など基礎学習のサポートを行う世代間交流型ボランティアプログラムです。「Experience Corps®」は低所得層の多いインナーシティに住む子どもと彼らの通う公立小学校のために高齢者の時間、能力そして技術を活用するために考案されました。6ヶ月間の準備期間と18ヶ月間のパイロット事業が1995年から米国の5つの都市(フィラデルフィア、ミネアポ

リス、オレゴン・ポートランド、テキサス・ポートアーサー、ニューヨーク・サウスブロンクス)の全12校において開始されました。その後、1999年から Baltimore 市内で4-8ヶ月間のパイロット研究が開始され、60-86歳の参加者128名の健康度自己評価、手段的自立能力(IADL)、知的能動性、歩行能力の改善および、受け入れ校での児童の基礎学力テストの成績が向上し、生活態度が改善したことが報告されています。また、育児に問題のある保護者の学校行事への参画が促進されたとも言われています。

「Experience Corps®」はある意味では単なる個人レベルの健康づくり・教育支援活動というよりも、地域の底上げ、つまりソーシャルキャピタル戦略としても意義が大きいのです。

それはなぜかという、「Experience Corps®」の舞台は、まさしくインナーシティできわめて治安の悪いエリアだからなのです。地元の小公立学校に通う子どもも、親の育児放棄や虐待により、非行に走ったり、退学して、ほとんど読み書きもできないまま、ストリートギャングになる可能性は高いのです。地元に住んでる高齢者自身が、その被害者になるかもしれません。次世代を担う子どもをギャングにするか、自分たちが学校支援ボランティアとして、最低限の学力をつけるサポートをして、非行から守り、善良な納税者に

## 事例紹介 シニア・読み聞かせボランティア「りぷりんと」

世代間交流を通じた高齢者の社会貢献に関するモデル研究  
**Research of Productivity by Intergenerational Sympathy**

- 復刻本
- 現役生活の復刻



**第一期 (2004/6~) 一般公募**

▶ 東京都中央区 (都心部)	27名	→	50名
▶ 川崎市多摩区 (住宅地)	22名	→	45名
▶ 滋賀県長浜市 (地方小都市)	21名	→	60名
▶ 杉並区 (住宅地) 普及版 (2006年~)	40名		

図 5

するか、その差は歴然ですよ。そういう意味で、単なる個人の慈善事業だけでなく、安心安全な地域づくり・ソーシャルキャピタルのモデルなのです。

### 6. わが国の世代間交流型ボランティア プログラム“REPRINTS”

#### 1) なぜ絵本をツールとしたのか

「Experience Corps®」に非常に感銘を受けまして、日本でも必要になってくるのではないかと思い、始めたのが、“REPRINTS”というプロジェクトです(図5)。2004年から開始して今年で8年目に入ります。やはり地元の学校とか幼稚園に、高齢者にボランティアとして訪問してもらうのですが、内容は絵本を読み聞かせしてもらうプログラムにしました。その理由の一つは、当初は私も読み書きや計算といった基礎学力向上のためボランティアもいいのではないかと思っていたんですけども、日本の学校では、まだまだそのニーズが少なかったので断念しました。

もう一つの理由は高齢者からしても、読み書きや計算を教えるとなると荷が重いか、飽きてくるという声がありました。そこで、高齢者にとっても楽しんで学び続けられる生涯学習型プログラムの方が長続きするのではないかと思い、着想したのが、絵本の読み聞

かせでした。

きっかけは、たまたま私自身も子どもが幼稚園と小学生に通っていて、妻が幼稚園や小学校で読み聞かせを行っているのを見て、これは使えそうだったのです。モデル地域として地域性が異なる三つの地域、東京都心の中央区、住宅地の川崎市と地方小都市の滋賀県長浜市で開始しました。その普及版として、杉並区など、徐々に立ち上がっています。

なぜ、私が絵本の読み聞かせを世代間交流のツールとして使ったのか、その理由のひとつは、絵本が世代間交流の宝庫だからです。近年、出版業界の業績が右肩下がりの中で、絵本だけが売り上げを維持しています。ある有名な作家が「人生で三回絵本を読みましよう」と推奨しています。最初は自分が子どもの頃、次は自分が子育て中の頃、最後は、人生の酸いも甘いも分かった熟年期にお読みなさいと述べています。

年間何百冊と新刊絵本が出版されますが、逆に質の悪い絵本は消えていくというように、選書に事欠かない点があります。つまり、ネタが、無尽蔵にあるということです。

その中でも、テーマとして、高齢者を主人公にするテーマがものすごく多く、高齢者が感情移入しやすいという点があります。そして、どの絵本もメッセージ性が豊かです。命

## REPRINTSの基本理念

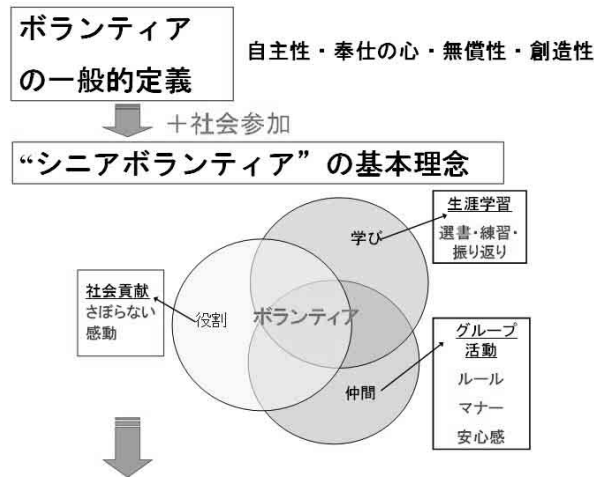


図6 **サクセスフルエイジング (素晴しき老い・次世代支援)**

の重要性を示唆する作品や、環境問題を暗示する作品、あるいはオバマさんが米国大統領に当選した直後には、人種差別や人権問題を扱ったような絵本が発売されるといったように、非常にジャンルが広いのです。また、これらの絵本は地元の図書館に行けばすべて無料で借りることができます。

### 2) 「REPRINTS」の基本理念

私たちは、「REPRINTS」の基本理念として、社会貢献（役割）、生涯学習（学び・上達）、グループ活動（チームワーク）を明示し、シニアボランティアと共通理解を深めてきました(図6)。シニアボランティアの活動というものをいろいろと詳しくみてみますと、先程の

アメリカの Use it, or lose it のモデルにおいても述べましたが、高齢者の場合にはボランティアとしてもう一度、社会との接点・役割を得ている点が重要です。つまり、高齢者にとって、自分が活動することを期待されているし、さぼるわけにいかないという役割意識です。

第二の生涯学習とは、単純に同じような作業だけずっと続けるのではなくて、どんどん新しい絵本にチャレンジするとか、徐々に読み方が上達するという事です。

第三のグループ、仲間との活動についてですが、よく誤解するのはボランティア活動と個人的な慈善行為との違いです。ボランティ

## りぷりんとボランティアの特徴

	ボランティア群(n=67)		対照群(n=74)		p値 <sup>a)</sup>
	平均 ±	標準偏差	平均 ±	標準偏差	
年齢, 歳	68.2 ±	6.0	68.7 ±	4.8	n.s
性一男, n (%)	15	(22.4)	23	(31.1)	n.s
就学年数, 年	13.4 ±	2.5	12.3 ±	2.5	0.008
家族構成一子供なし, n (%)	12	(17.9)	7	(9.5)	n.s
一孫なし, n (%)	28	(41.8)	15	(20.3)	0.006
子供に絵本を読んだ経験あり, n (%)	56	(83.6)	67	(90.5)	n.s
過去にボランティア経験あり, n (%)	53	(79.1)	39	(52.7)	0.001
老研式活動能力指標総得点における自立者 <sup>b)</sup> , n (%)	37	(55.2)	49	(66.2)	n.s

a) ボランティア群vs.対照群による効果についてBonferroniの補正によりp<0.017を「有意差あり」とした。b) 13点満点の者。

図7



アとはともかく何らかの善行を行うのだから、好き勝手な時に、好き勝手なお手伝いをすれば良いという誤解です。学校であれ、福祉施設であれ、職員が望む時間に望むプログラムを予定通りにやって初めてボランティア活動が役立つのです。逆に、身勝手なお手伝いは却って、対象者や職員にとって迷惑になることが少なくありません。ですので、身勝手な行動が目立つと、「ボランティアお断り」ともなりかねません。ボランティア同士でお互いをコントロールして規律ある活動を行うことが必要でして、チームワークが大切になります。また、グループ活動の意義として、シニアボランティア自身のメリットがあります。高齢者のボランティアの場合は自分がいつ健康を損なって休んでしまうかもしれない、あるいは家族の看病や介護が入るかもしれません。すなわち、活動を突然キャンセルせざるを得ないのではないかという不安が生じます。グループやチームで活動するならば、いざという時のピンチヒッターが代役できるシフト体制をとることもできます。

### 3) “REPRINTS”の実際と評価

研究としてのモデル地域は、繰り返しますが地元行政の協力が得られた東京都中央区、神奈川県川崎市多摩区、滋賀県長浜市でした。それぞれの地域に住んでいる60歳以上の住民を対象に一般公募により集まったボラン

## ボランティア養成セミナー



週1回×3ヶ月間  
 学習内容: 絵本選び・読み聞かせ、  
 子供の現状、ボランティア論、  
 健康学習、視察

## いざ、デビュー!



読み聞かせ前  
の打ち合わせ

5~10人/1チーム  
 1~2週間に一回訪問  
 各小学校・幼稚園へ

川崎市S小学校にて

## ボランティアの交流活動



中央区A幼稚園にて

中央区S小学校にて  
(週1回、朝読書の時間)

上から図 8, 9, 10



図 11

ティア志願者 67 人（平均年齢 68.9 歳）で、「REPRINTS」はスタートしました。同時に、基本属性(性、年齢、居住地域)および身体・社会活動性の類似した比較対照群 74 人に対してプログラム開始前(第一回)健康調査を行いました(図 7)。ボランティア志願者は絵本の読み聞かせの意義や、絵本の選び方から発声の仕方まで 3 ヶ月間(週 1 回 2 時間)のボランティア養成セミナーを修了後(図 8)、晴れて学校や幼稚園などで読み聞かせデビューを果たします(図 9)。6~10 人単位のグループに分かれ地域の公立小学校、幼稚園、児童館への定期的な訪問・交流活動(主な内容は絵本の読み聞かせ)を開始し(図 10)、9 ヶ月後に第二回健康調査を行いました。この間に読み聞かせ訪問活動や絵本の選択・練習および打合せなど“りぷりんと”に関連する活動に費やした時間は一人当たり一日平均 1 時間でした(図 11)。

“REPRINTS”プログラムの効果を評価する項目として高齢者の健康の総合的なバロメーターと言われる、主観的健康感(「自分で健康だと思うか?」)には「とても健康」から「健康でない」の 4 段階の選択肢に順に 3~0 点を配点しました。社会的ネットワークは、日頃つきあいのある人の数を「近所の人」「友人」の主体別に「0 人(いない)」から「50 人以上」を 6 段階の選択肢に分け順に 0 点から 5

点を配点しました。接触頻度は「近所の子供」、「近所以外の子供」「友人・近所の人」の主体別に「まったく会わない」「1 ヶ月に 1 回未満」「1 ヶ月に 1 回程度」「1 ヶ月に 2、3 回」「1 週間に 1 回程度」「1 週間に 2 回以上」の 6 段階の選択肢に順に 0 点から 5 点を配点しました。9 ヶ月間の短期的な効果として、活動継続者 56 人は社会的ネットワーク得点で、孫、近隣以外の子どもとの交流頻度および近隣以外の友人・知人の数が対照群に比べて有意に増加しました。ボランティア群は対照群に比べて「地域への愛着と誇り」、主観的健康感、および握力において有意な改善または低下の抑制がみられました。さらに、1~2 年間観察期間を延長したところ、週 1 時間以上、小学校を訪問し、交流をおこなった人は、好成績を維持しました。高齢期であっても、新しい社会活動を始めることにより、異世代のみならず、同世代のネットワークが広がり、さらには主観的健康感を高く維持できることがわかりました(図 12、図 13)。

児童への効果については“REPRINTS”ボランティアの 1 年間の活動により、対象児童の高齢者イメージがどのように変化したかを検証しました。最も早期に“REPRINTS”ボランティアを受け入れた川崎市立 A 小学校(住宅地、児童数 470 人)では、ボランティア 4~

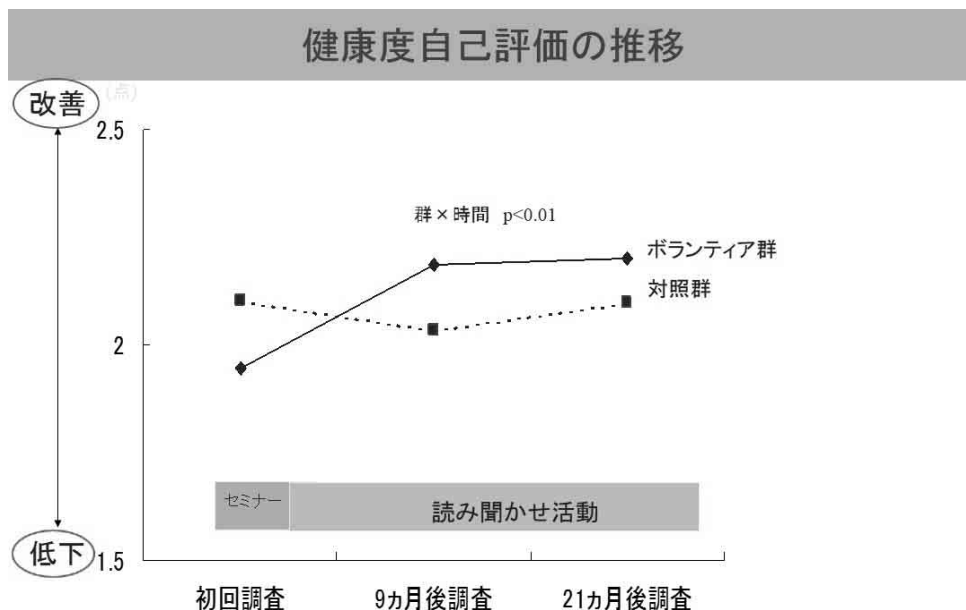


図 12

Fujiwara et al., Journal of Intergenerational Relationship 2008 (in print)

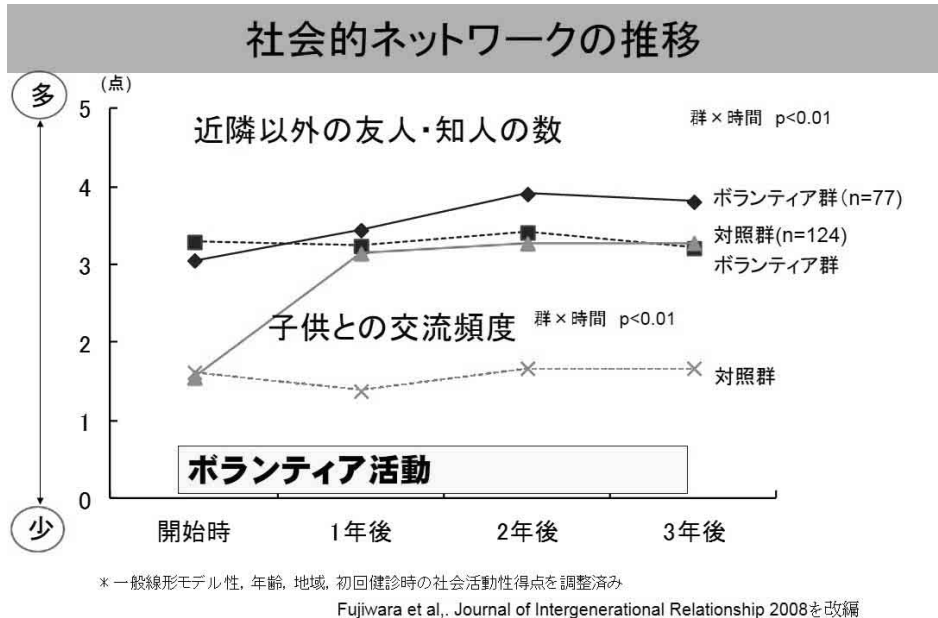


図 13

6人が週2日訪問し、絵本の読み聞かせを継続しています。ボランティアの試験導入開始1ヵ月後に初回調査、その後、6ヶ月ごとに第二回、第三回調査(集合・自記式アンケート)を行いました。主な調査項目は、高齢者の情緒的イメージ尺度10項目短縮版(「温かい・冷たい」といった「評価性」因子6項目と「強い・弱い」といった「活動性・力量性」因子4項目)です。次に、初回、第二回(6ヵ月後)、第三回調査(12ヵ月後)のうち、二回以上の調査で、「読み聞かせあり」と回答した児童を読み聞かせ経験の高頻度群(170人)、一回以下の児童を低頻度群(175人)とし、これら二群の「評価性」因子と「活動性・力量性」因子

の得点変化を評価したところ、「評価性」因子において群間と調査回数に交互作用がみられました(=統計学的に低頻度群に比べて高頻度群は低下しなかった)。結論として、高齢者イメージは一般に児童の成長とともに低下する可能性あるが、“REPRINTS”ボランティアとの交流頻度が高い児童では、1年後も肯定的なイメージを維持しうることが示唆されました。また、ボランティアに読んでもらった絵本をもう一度、読み直したという児童が増えたという結果も得ました(図14、図15)。保護者への効果については、同小学校の低学年、中学年児童の保護者が回答した「保護者・PTAの立場から、学校支援活動についての時

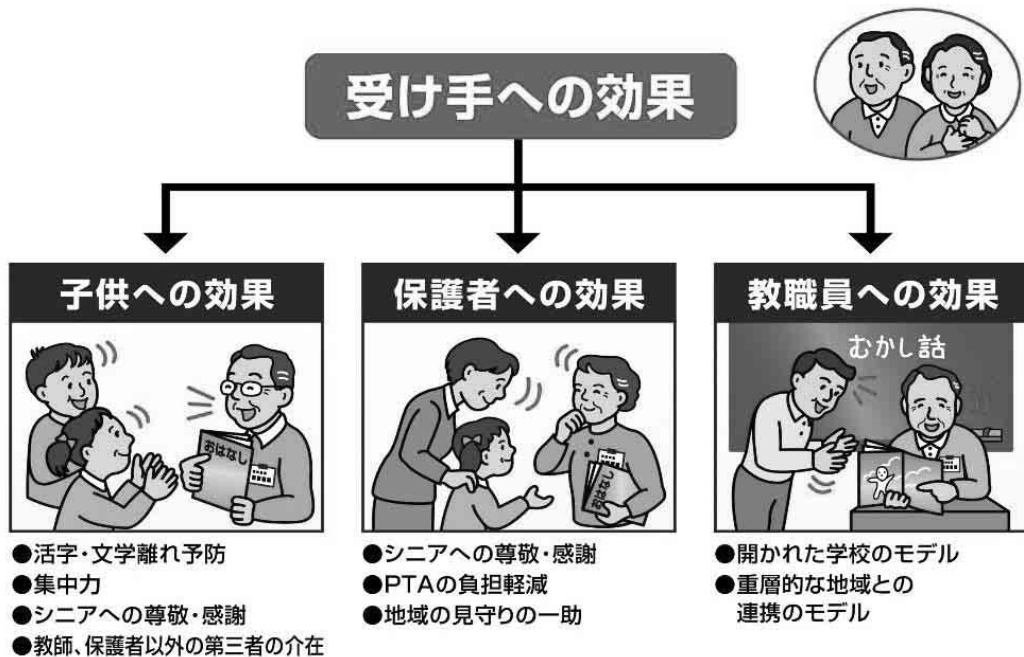
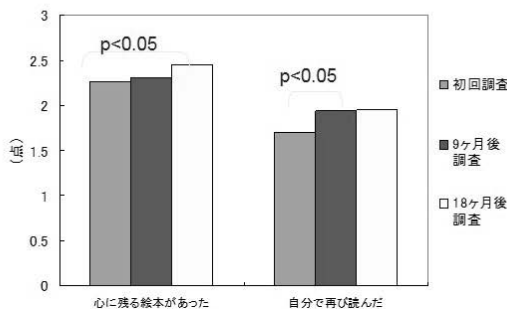


図 14

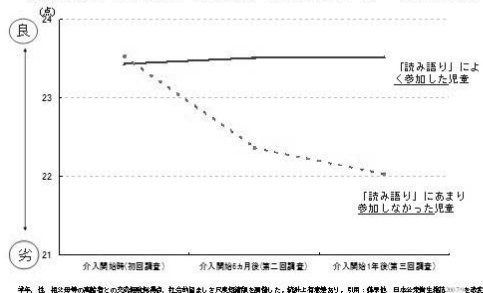
## 子どもへの効果



読書教育への効果(中央区立豊海小学校2-6年生)



情緒教育への効果 児童のいたく高齢者イメージの変化



【読書教育への効果】「読み語り」してもらった絵本で心に残る本や、再び、自分で読み直した本が増加。

【情緒教育への効果】「読み語り」に頻回に参加した児童は、高齢者に対する情緒的イメージが1年間以上維持。

図 15

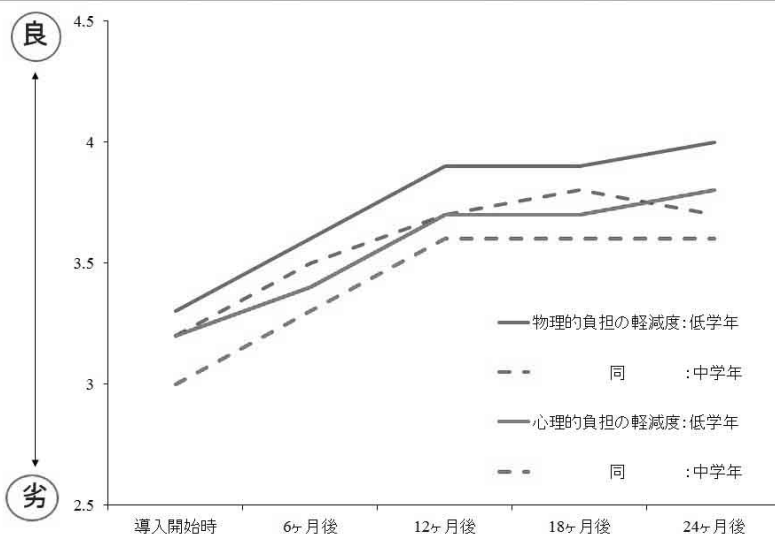
間や労力など物理的な負担が軽減すること」、「同心理的な負担が軽減すること」(以下、保護者の物理的負担の軽減、保護者の心理的負担の軽減)に関する得点の推移を2年間追跡したところ、低・中学年児童の両方の保護者でこれら2つの項目の負担感が軽減しました(図16)。

以上より、「REPRINTS」プログラムによる、高齢者ボランティア、児童、保護者の互恵的効果が検証されました。

“REPRINTS”プログラムにより互恵的効

果がみられた理由として日常の以下のような世代間交流の影響が考えられます。ボランティアが実際に読み聞かせを行うのは、朝の読書の時間やお昼休み、あるいは放課後児童クラブなどで、15分から30分程度の時間に2～4冊程度を読み聞かせます。絵本の読み聞かせのよさは、読み手の声質やキャラクターなどによって十人十色の味が醸し出されるところにあります。6年生の児童ですら、読み手がつくり出す雰囲気とその都度引き込まれ、目を輝かせて絵本に見入る姿には感銘を受け

## 学校行事への奉仕・協力に対する保護者の負担感が軽減した



注) 保護者の年齢、学区内居住年数を調整した、二元配置分散分析を用いた。

図 16

ます。読み聞かせの合間には、ボランティアが得意な昔ながらの手遊びも披露します。「これって、私にとってはリハビリ体操ね」とメンバーの息が合うまで練習を続けます。ボランティアが手を挙げ、ステップを踏むと、子どもたちの体も、自然にスイングします。高齢者と触れ合う機会がすっかり少なくなってしまった今どきの子どもたちにとって、「REPRINTS」は絶好の世代間交流の場となります。一方、子育て期を卒業して久しい高齢者からすると子どもの世界へ足を踏み入れること自体、その多くが「目からウロコ」の体験であり、自身の「生涯学習」に他なりません。2007年以降、ボランティアは各エリアで任意ボランティア団体として自主運営しています。その後、東京都杉並区はじめ、「りぷりんと」の拠点は少しずつ増え、250人ものボランティアが50か所もの小中学校、幼・保育園などで活動を継続しています。

今日の前半の世代間交流の失敗事例のところで、イベント型の世代間交流の限界について述べましたが、せいぜい1,2週間に10分、15分程度の短時間の交流であっても、継続することの方がよほど、大切なのだと私たちは確信しています。

#### 4) 地域システムとしての REPRINTS

“REPRINTS”は世代間交流という境界領域の活動なので、自治体との関係は単純ではありません。しかし、進行し始めると案外、支援する職員の負担も経費もかからない活動です。我々研究者はボランティアの自主運営後は、活動をモニタリングし助言する支援者という形でお付き合いさせていただいています。読み聞かせに関する技術支援や大型絵本の貸し出しなどでは地元の公立の図書館がバックアップします。また、高齢者の団体なので健康や介護の問題は無視できませんので、保健センターや地域包括支援センターが後援しています。また社会福祉協議会がボランティア活動の助成金を出してくれたり、ロッカーを貸してくれたりもします。しかし、これは“REPRINTS”ボランティアだけの特別待遇ではありません。一般の任意ボランティア団体ならどこでも受けられる既存の行政サービスです(図17)。

#### 5) 世代間交流が長期継続する中で見える課題

8年間の“REPRINTS”プロジェクトを通じて見えてくる成果としては、高齢者が絵本を通して次の世代にメッセージを伝えたいと、

行政サービスを組み合わせた「りぷりんと・ボランティア」への支援モデル

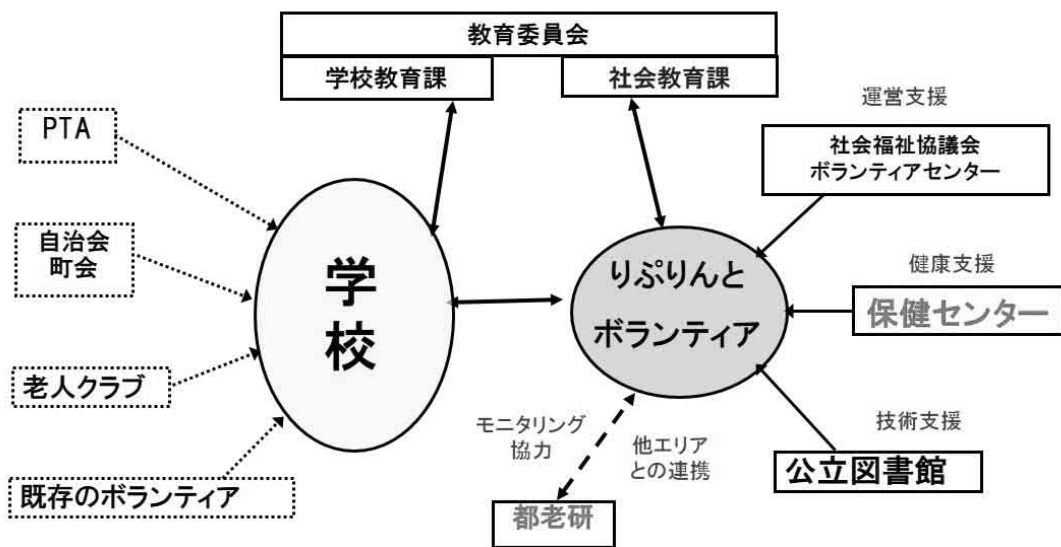


図 17

公衆衛生情報2007;37:12-15より改編.

子どもたちに読み聞かせを続ける中で、それを間接的に見聞きする保護者や教職員にもなんらかの啓発をしていることになっているのですね。つまり、保護者が子育てを終える時期になると、あるいは退職直前の教職員にとっては、「次の自分にはこういう人生があるのだな」と身近な“REPRINTS”ボランティアから地域活動への入り口を見せてもらうことになります。次の世代の地域の担い手を作るという意味では、子どもと高齢者の中間世代にアピールできることは世代間交流であるが故のメリットだと思います。

一方では、“REPRINTS”の8年間の歴史とともに構成メンバーも年を取ります。80代後半から60才のボランティアまでいると、ボ

ランティア団体の中のジェネレーションギャップの問題が大きいのです。私たちは、ボランティア定例会の時に健康学習の時間を提供することがあります。80代のボランティアにとっては切実な問題でも、60代の人からすると認知症？介護？まだまだ、無縁だというような意識のずれが見られます。既に高齢のボランティア仲間において、認知障害や歩行障害のため活動の継続が危ぶまれる事例も散見されます。ボランティアが相互にどこまでサポートするのか、引退の仕方はどうあるべきか、高齢者の団体としての課題に直面しています。活動の長期継続という視点に立てば、こうした団体内での世代間交流についても今後、議論を深める必要があると考えます。

# 震災、ストレス、自殺

中村 和利

新潟大学大学院医歯学総合研究科 環境予防医学分野

## 1. はじめに

2004年10月23日17時56分に新潟県中越地方でマグニチュード6.8、最大震度7の地震が発生しました。中越地震の人的被害は、死者68人、重軽傷者4,795人、住宅被害121,604棟、130,077世帯、社会経済的損失は約3兆円と試算されています。中越地震は中山間部で発生したため土地の被害が甚大でした。道路は寸断され、コミュニケーションネットワークが崩壊し、村落の孤立を招きました。

被災者の健康障害は、急性期とそれ以降の中長期に分けて考える必要があります。この地震で有名になった急性期健康障害には車中で長く寝泊まりすることによるエコノミークラス症候群（深部静脈血栓症/肺塞栓症）がありますし、一酸化炭素中毒や、寒さで活動しなくなることによる廃用症候群も問題となり

ました。また、急性期の過剰なストレスによる健康障害では「たこつぼ型心筋症」が有名になりました。阪神・淡路大震災では、急性期において心筋梗塞が増加したとの報告がありましたが、中越地震ではそのような報告はありませんでした。

一般に災害直後は、生命の危機、身近な人の死、家財の喪失など、被災者の様々な体験が急性のストレス反応、例えば、不眠、不安、イライラ感などの心理的不調や身体的愁訴を引き起こします。多くの場合は時間と共に改善しますが、場合によっては外傷後ストレス障害、うつ病、不安障害、心身症などに発展することがあります。私は中越地震の急性期には関わらなかったのですが、地震後中長期の健康影響、特にストレス関連疾患について調べましたのでその報告をしたいと思います。



図1 中越地震の被災地  
(文献(2)より許可を得て改編転載)

本稿の要旨は秋田大学公開講座自殺予防学インテンシブコース（平成24年2月10日、秋田市カレッジプラザ）に於いて講演した。  
〒951-8510 新潟市中央区旭町通一番町757

表1 中越地震による被害(平成16年) (文献(2)より許可を得て改編転載)

	死亡数	死亡率 (/10万)	受傷数	受傷率 (/10万)	半・全壊 (/1000)	半壊未満 (/1000)
長岡市	22	8	2,376	833	103	691
(山古志地区)	5	248	25	1,241)		
小千谷市	19	47	785	1,935	281	727
十日町市	9	14	592	942	236	690
柏崎市	0	0	72	75	12	167
見附市	3	7	514	1,192	46	721
魚沼市	5	11	316	719	35	369
南魚沼市	1	2	26	41	1	128
川口町	6	109	62	1,121	722	282
湯沢町	1	11	1	11	0	0
津南町	0	0	13	109	0.3	63
出雲崎町	0	0	1	18	4	54
刈羽村	0	0	8	165	133	560
被災地 合計	66	9.8	4,766	709	96	516
非被災地* 合計	2	0.1	29	2	0.1	2

\*上記12市町村以外の新潟県内市町村

## 2. 中越地震後のストレス関連疾患死亡率の解析

私たちは中越地震後3年間におけるストレス関連疾患の死亡率、特に心筋梗塞による死亡率および自殺率が被災地と非被災地で異なっていたかを調査しました<sup>1,2)</sup>。この調査研究では、地震後の中長期の影響を調査するというので、物理的な被害が大きい自治体だけでなく、経済的につながりの強い地域を含めて被災地(図1、表1)、それ以外の自治体を非被災地と定義し、地震前後で死亡率がどのように変化したかを観察しました。地震前の

5年間と地震後3年間の心筋梗塞による死亡率を比較すると、被災地では14%死亡率が上昇しました(統計的に有意)が、非被災地での死亡率は地震前後で変化が見られませんでした(図2)<sup>1)</sup>。一般集団においてストレスのレベルの高い集団では心筋梗塞の発生が高いことが知られておりますので、被災地での心筋梗塞死亡率の上昇は地震に関連した中長期的なストレスが関わっていると考えられました。被災地の脳卒中死亡率に変化は見られませんでした。

次に、中越地震後3年間における自殺率の

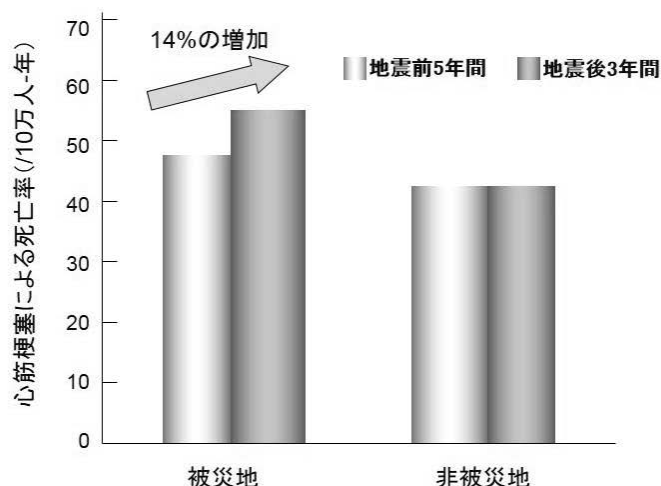


図2 中越地震後被災地の心筋梗塞死亡率は増えた



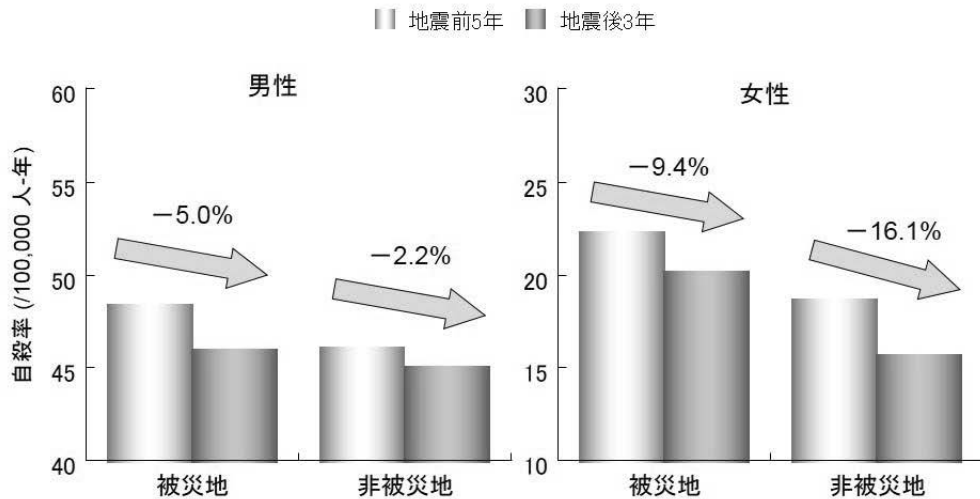


図3 中越地震後の自殺率の差

変化を観察しました<sup>2)</sup>。地震後、自殺率は被災地・非被災地および男女を問わず低下しています(図3)。自殺率の低下の程度を比べると、地震後、被災地では男性の自殺率の低下は相対的に大きく、女性の自殺率の低下は相対的に小さいという結果でした(図4)。わかりやすく言えば、地震後被災地において男性の自殺は減りましたが、女性の自殺は相対的に増える傾向にあったということです。阪神淡路大震災においても震災後2年間に中高年男性の自殺率は明らかに低下していました。世界の地震研究を見渡すと、地震後の自殺に関しては変わらなかったとか、逆に増えたという場合もありますので、文化的な要因も自殺に関わっているのかもしれませんが、いずれにせよ、日本で起こった大地震後の中長期的自殺に関しては、男性では減ると言えそうです。一方、女性については、中越地震後3年間の自

殺率は上昇傾向と言えそうです。女性の自殺率の経年変化をみてください(図5)。この図を見ると、被災地における女性の自殺率は上昇していることが分かります。地震後の自殺に関しては男女でその様相が異なり、女性において問題となることが示唆されました。

地震後の心筋梗塞の増加は長期に渡るストレス増加を反映したものと考えられます。地震後の男性の自殺率低下は、「大変だ、頑張らなければ」というような雰囲気がある中での現象かもしれません。普段、地域との関わり少ないような人もみんなで話し合うとか、地域ネットワークができたためではないかと思われます。女性の自殺率上昇は地震後のストレス増加を反映しているのかもしれませんが。中越地震被災地は、家庭における女性の役割が大きい地域です。そのような地域においては、家、家族、経済的なことで男性より女性

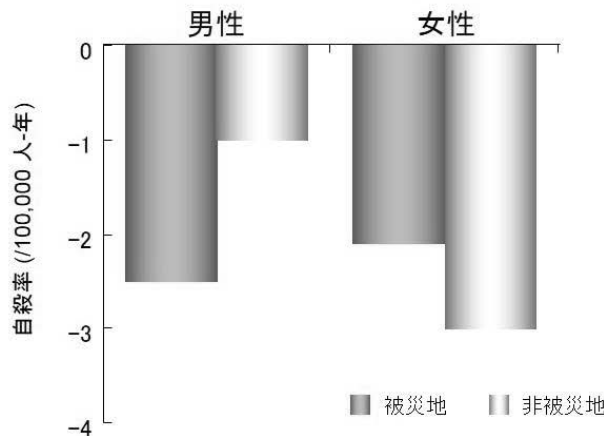


図4 地震後3年間の自殺率の低下の度合いの差

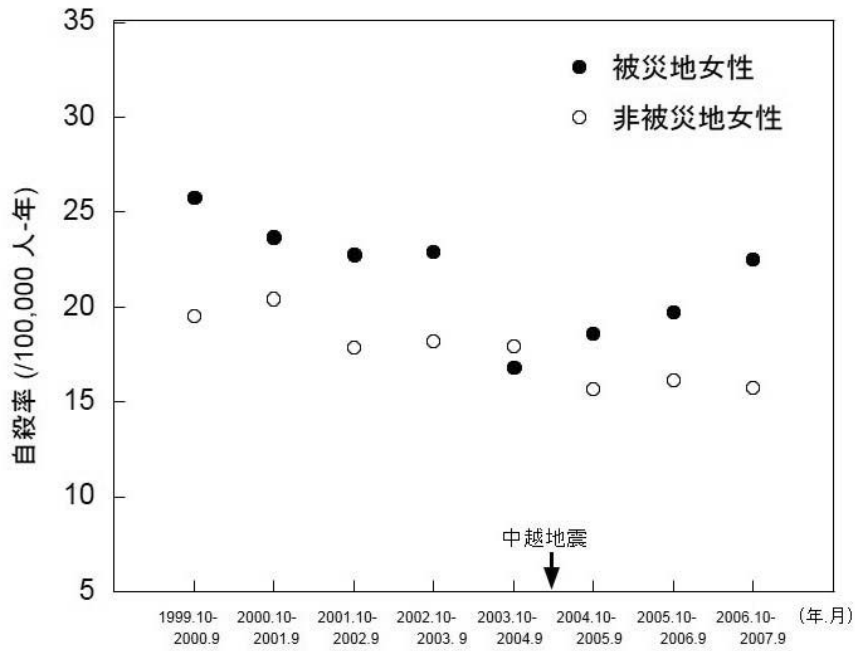


図5 地震後3年間の女性の自殺率の推移  
(文献(2)より許可を得て改編転載)

の精神的な負担が大きいことが考えられます。

### 3. 中越地震後のこころの健康状態の解析

中越地震震源地である川口町（現長岡市）で、地震3年後の住民のこころの健康調査が行なわれました。川口町ではほとんどの家屋が被害を受け、その多くが全壊～半壊でした。調査対象は20歳以上の全住民2856人で、そのうち913人に保健師による生活や自覚的健康感に関する面接調査が行なわれました。913人中、睡眠障害など精神・心理的自覚症状のある人225人（男性69人、女性156人）

に K10 という調査票による調査が行なわれました<sup>3)</sup>。K10 は気分障害・不安障害のスクリーニングのために使用される調査票で、過去1カ月のこころの状態を尋ねる10の質問項目から成り、それぞれの項目について全くない（1点）、少しだけある（2点）、ときどきある（3点）、たいていある（4点）、いつもある（5点）、のいずれかの回答を求めます。総得点は10～50点の範囲となり、ここでは25点以上を心理的苦痛 *psychological distress* ありと判断しました。

年齢別に見ると、年齢が高くなると心理的

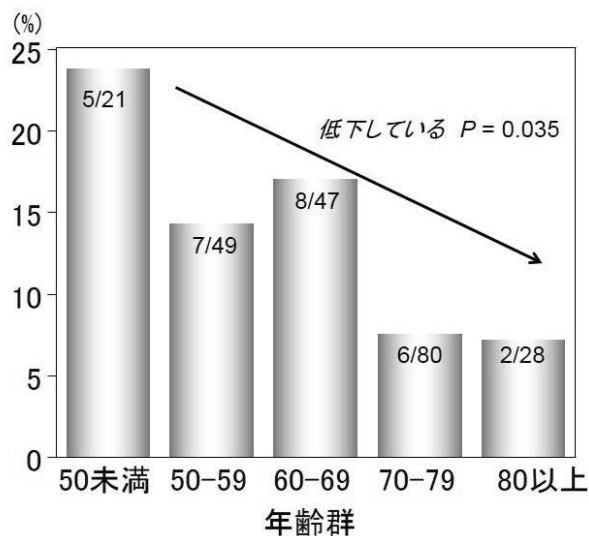


図6 年齢群別の心理的苦痛あり（K10 総得点25点以上）の割合

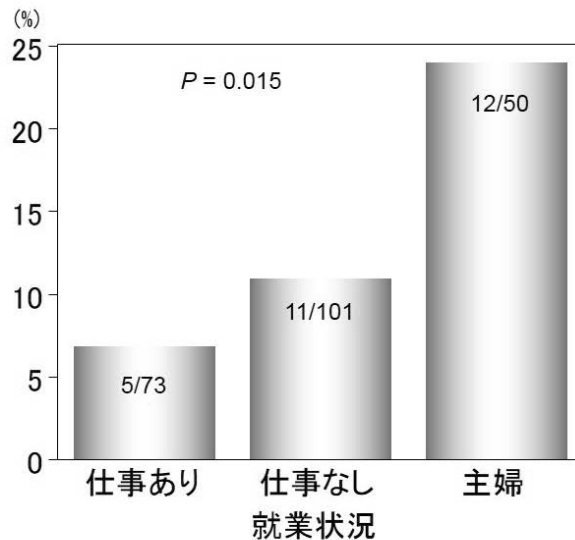


図7 就業状況別の心理的苦痛あり (K10 総得点 25 点以上) の割合

苦痛あり (K10 総得点 25 点以上) の人の割合が低下していました (図6)。高齢者のこころの健康状態は悪くなく、若年者が問題です。性差は見られませんでした。就業状況別に心理的苦痛ありの人の割合を見ると、無職の人と主婦で心理的苦痛ありの人の割合が高いという結果でした (図7)。また、地域社会との交流について、「今まで通り」と「疎遠になった」の2つのグループに分けると、交流が疎遠になったグループにおいて心理的苦痛ありの人の割合が非常に高いという結果でした (図8)。家屋被害と心理的苦痛については、被害が大きいほど心理的苦痛ありの人の割合が高い傾向にあったのですが、統計学的に有意な結果ではありませんでした。家族形態や

現在の飲酒の有無については心理的苦痛と関連は見られませんでした。

仕事がないことが心理的苦痛と関係することは容易に想像できます。主婦の心理的苦痛が大きいという結果は重要で、地震後長期に渡り比較的若い女性の心的な負担が継続していることが示唆されます。この所見は、前に述べた地震後女性の自殺率が徐々に高くなってきているという事実と関連があるかもしれません。地域との交流が疎遠になることと心理的苦痛が関連することはよく知られていますが、交流が疎遠になると心理的苦痛が増加するのか心理的苦痛があると交流が疎遠になるのか、2者の因果関係についてはこの横断調査ではよくわかりません。

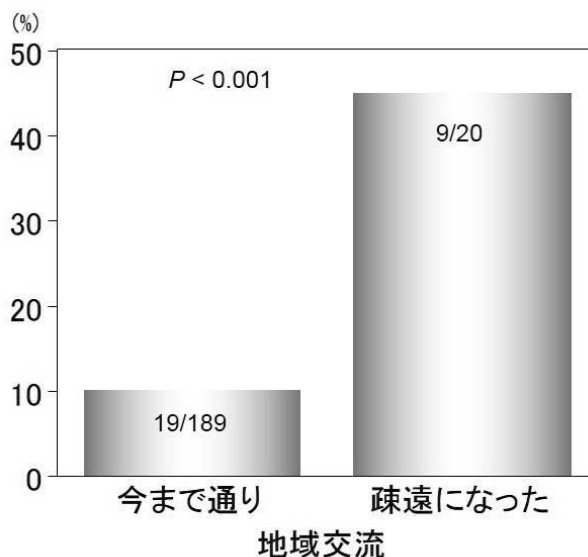


図8 地域交流別の心理的苦痛あり (K10 総得点 25 点以上) の割合

中越地震の震源に近い山古志村（現長岡市山古志地区）でも住民のこころの健康調査が行なわれました。山古志村は全村非難を余儀なくされるほど壊滅的な被害が発生し、地震直後しばしばマスコミに取り上げられた地区です。山古志においては2004年から2009年までの5年間に毎年GHQという調査票でこころの健康に問題がある人の割合の変化を調べました<sup>4)</sup>。2004年にこころの健康に問題がある人の割合は約50%で年々低下しましたが、男女別に見ると常に女性が高いという結果でした。また、無職の人や近隣との交流のない人では、こころの健康に問題がある人の割合の低下率が低い傾向でした。これらの結果は、川口町での調査結果と基本的に同じものと考えられます。

#### 4. まとめ

私は中越地震後の一連の調査から被災者のストレスとこころの健康について多くのことを学びました。その中で特に注目すべきことの一つは、女性のこころの問題であると思われます。東日本大震災では中越地区と似たような環境で生活する被災者が少なからず存在すると思われまますので、中高年女性をターゲットにこころのケアを行うことは自殺予防の観点から効果的ではないかと思われまます。

#### 文 献

- (1) Nakagawa I, Nakamura K, Oyama M, Yamazaki O, Ishigami K, Tsuchiya Y, Yamamoto M. Long-term effects of the Niigata-Chuetsu earthquake in Japan on acute myocardial infarction mortality: an analysis of death certificate data. *Heart* 2009;95:2009-13.
- (2) Hyodo K, Nakamura K, Oyama M, Yamazaki O, Nakagawa I, Ishigami K, Tsuchiya Y, Yamamoto M. Long-term suicide mortality rates decrease in men and increase in women after the Niigata-Chuetsu earthquake in Japan. *Tohoku J Exp Med* 2010;220:149-55.
- (3) Oyama M, Nakamura K, Suda Y, Someya T. Social network disruption as a major factor associated with psychological distress three years after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake in Japan. *Environ Health Prev Med* 2012;17:118-23.
- (4) Nakamura K, Kitamura K, Someya T. Psychological recovery 5 years after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake in Yamakosi, Japan. *J. Epidemiol.* (in Press)

# 秋田県美郷町の湧水についての住民意識調査

## — アンケートの定量的・定性的分析から —

湯浅 孝男 高橋 恵一 久米 裕 石川 隆志

秋田大学大学院医学系研究科 保健学専攻 作業療法学講座

水環境が人間の精神活動に与える影響が最近着目されてきているが、水環境整備は地域住民の水に関する認識の仕方や関わり方を知った上で進める必要がある。そこで今回、環境省の「名水百選」(昭和60年)に選定され豊富な清水資源のある秋田県仙北郡美郷町の住民を対象として清水の利用の仕方や意識を把握することを目的としたアンケート調査を行った。

本研究は調査①と調査②で構成されている。調査①は清水の利用目的と清水についての意識を量的に把握するアンケート調査であり101名を対象にした。調査②は①に加えて清水についての意識の自由回答も求めたアンケート調査であり、対象は上記の101名の中で湧水に関する調査研究に参加した43名に対してだけ行った。

調査①の結果、清水の利用内容では多い順に散歩(41.6%)、木陰で涼む(30.7%)、休憩場としての利用(28.7%)だった。いずれもゆっくり時間を過ごすための場としての利用だった。清水の印象について5段階評価を求めた結果、清水環境の自然がもたらす心理的な効果が高く評価されていたが、水環境の整備性と社交性については評価が低かった。自由回答をKJ法により分析した調査②の結果、住民が清水に対して抱いている印象は「清水や川での水遊びの懐かしさ」「水の美味しさや清涼感」「心身の健康に良い影響のある清水」「生活のための清水の利用」「生活の中の清水の課題」の5つの大カテゴリーにまとめられた。

住民は綺麗な清水の価値を単なる飲用としてだけでなく精神面に与える恩恵についても評価していた。しかし生活スタイルの変化に伴い清水の利用価値が変化したことから、環境整備上の問題を意識していた。今後の課題として清水の多様な利用が求められていた。

**Key words** :湧水、意識調査、定性的分析、アンケート調査

### 1. 緒言

自然環境が生体に与える効果について近藤らは森林浴の生理・心理学的効果を検討してリラックス効果が期待できるとしている<sup>1,2)</sup>。湧水周辺の散策が人に与える影響を検討した高橋らの研究によると、湧水散策は思考力低下やストレスを軽減させ、心理的なリラックス効果をもたらすと報告している<sup>3)</sup>。また、水や川に対する親しみを深める親水の機能に

ついて畔柳らは水に親しむことで人間の精神にプラス効果があるという一連の過程を包含した概念としてとらえて「親水性の確保」の重要性を述べている<sup>4)</sup>。農業用水についても農耕に必要な水の供給という本来の目的に加えて地下水や生態系などの環境保全や周辺住民のレクリエーション利用、そして町作りへの活用など多様な利用が求められるようになってきている<sup>5)</sup>。以上のように水環境が人間の精神活動に与える影響が最近着目されてきているが、水環境整備は地域住民の水に関する認識の仕方や関わり方を知った上で進める必要がある。そこで今回、環境省「名水百

受付 2013.12.2 受理 2013.12.19  
Takao Yuasa, Keiichi Takahashi, Yu Kume, Takashi  
Ishikawa (Department of Occupational Therapy,  
Akita University Graduate School of Health  
Sciences)  
〒010-8543 秋田市本道1-1-1

選」(昭和60年)に選定され豊富な清水資源のある秋田県仙北郡美郷町の住民を対象として、清水の利用の仕方や意識を把握することを目的としたアンケート調査を行ったので報告する。

## 2. 対象と方法

### 1) 調査対象地域と調査の概要

調査対象地域である秋田県仙北郡美郷町六郷地区は横手盆地の東部に位置している。六郷地区は丸子川やその支流が形成する六郷扇状地に位置し、扇状地の末端部には湧水帯(六郷湧水群)があり、確認されているだけでも126カ所と数多くの湧水(以下、清水)が湧き出して昔から集落が形成されている。

本研究は調査①と調査②で構成されている。調査①は清水の利用目的と清水についての意識を量的に把握するアンケート調査である。調査②は①に加えて清水についての意識の自由回答も求めたアンケート調査である。

### 2) 対象者

秋田県仙北郡美郷町に在住もしくは六郷地区に職場のある人を対象とした。対象は町主催の町民を対象とした健康教室の参加者65人と、湧水に関する調査研究として保健師が六郷地区の職場に参加協力を依頼し勤務上都合のついた人43名とした。調査①には健康教室の参加者と湧水に関する調査研究への協力者が回答し、調査②は湧水に関する調査研究への協力者のみが回答した。

対象者には研究の目的、方法、結果の利用法、プライバシー保護について口頭および書面にて説明を行い、研究に対する同意書の提出により研究参加の承諾を得た。

### 3) アンケートの回収状況と回答者属性

健康教室の参加者65人のうち58名(男性13名、女性47名)が回答し(回収率89.2%)、湧水に関する調査研究への協力者は43名全員(男25名、女18名)が回答した(回収率100%)。調査①は合計101名(平均年齢 $52.3 \pm 15.9$ 歳)が、調査②は43名(平均年齢 $42.1 \pm 12.3$ 歳)が回答した。調査①および調査②の回答者の属性の詳細を表1に示す。

### 4) 調査方法

調査はアンケート調査法を用い、平成24年7月に実施した。

#### 調査①:

質問項目の概要は以下のとおりである。

(1)清水の利用内容を知るために14項目(夕涼み、散歩・景色を見る、休息場として、木陰で涼みに、緑を眺めに、生物・植物観察、洗い物、水飲み、気分転換、御拝み、水遊び、水くみ、写真撮影、その他、行かない)を設定し複数回答で回答を求めた。

(2)清水についての印象は中村らの調査項目を参考にして①、「水へのふれやすさ、近づきやすさ(親水性)」「空間の広さ(開放性)」「すがすがしさ(快適性)」「緑の多さ(緑量性)」「静けさ(静寂性)」「風景の良さ(調和性)」「野鳥、小魚などの生き物の多さ(自然性)」

表1 回答者の属性

		調査①		調査②	
		人数	%	人数	%
性別	男性	36	35.6	25	58.1
	女性	65	64.4	18	41.9
年齢	20歳代	7	6.9	6	14.0
	30歳代	17	16.8	13	30.2
	40歳代	17	16.8	9	20.9
	50歳代	23	22.8	10	23.3
	60歳代	19	18.8	5	11.6
	70歳代	14	13.9	0	0.0
	80歳代	4	4.0	0	0.0

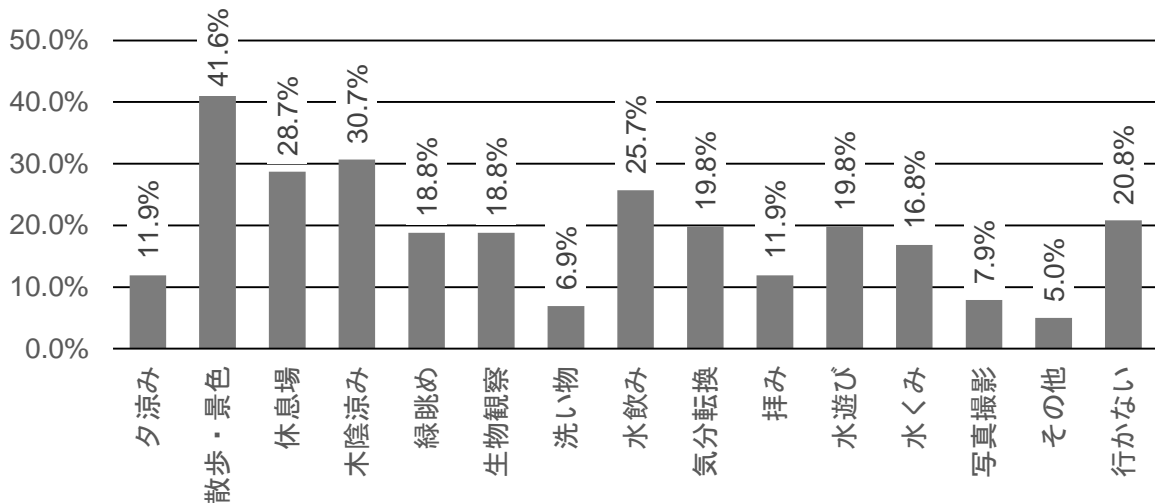


図1 清水を利用した内容（複数回答、回答数101）

「水のきれいさ（衛生性）」「清掃状態（管理性）」「現在の湧水の整備状況（整備性）」「憩いの場（休息性）」「つどいの場（社交性）」の12項目を設定してそれぞれの項目について全く同感しない（1点）から全く同感する（5点）までの5段階評価を求め、回答の平均値を算出した。

#### 調査②：

自由記述式で以下の文面で回答を求めた。「あなたは清水からどのような感じを受けますか。見たり、触れたり、その場に行った時に感ずることを何でもお書き下さい。」

記述された文章の分析は質的研究法の中の川喜田二郎式問題解決法（以下、KJ法）に準じた<sup>7,8)</sup>。KJ法はバラバラな質的データをボトムアップ型でまとめるアプローチである。まず自由記述の文章を意味のまとまりごとに要約しカードに記載した（元ラベル）。元ラベルの総数は102枚だった。その後、類似した内容ごとに元ラベルを集めグループ化し、グループごとに元ラベルの内容を反映させた項目名を作成し小カテゴリーとした。その後同じ要領で大カテゴリーと3段階にわたるカテゴリー化を行った。カテゴリー分類は共同研究者と協議して行ったが最終的な判断は筆頭著者が行った。

### 3. 結果

#### 1) 調査①について

(1) 清水の利用内容について図1に示す。利用内容では散歩・景色を見るが一番多く（42名、

回答者の41.6%）、次いで木陰で涼むだった（31名30.7%）。調査日が夏だったため涼しさを求めての清水の利用が多かったものと思われる。次いで多いのは休憩場としての清水の利用（29名28.7%）だった。上位3つについてはいずれもゆっくり時間を過ごすための場としての利用であり水の利用そのものではなかった。清水を飲むために利用する人は4番目に多かった（26名、25.7%）が、水くみに利用している人も17名（16.8%）いた。これらのことから飲用目的で清水を利用する人も多く、良質の水を住民が利用していることがわかる。それに対して洗し物としての清水の利用は少なく（7名、6.9%）、昔とは清水の利用形態が大きく変化していることがわかる。「拝み」は12名（11.9%）と数は多くはないが清水を信仰の対象とする地域が持つ文化的な側面を表していた。清水に行っていないと答えた人は21名（20.8%）いた。六郷地区内には数多くの清水が確認されていて普段の生活で目にはしていると思われるが、回答者の中には清水を利用しているという意識が無い人が多く存在していることが伺える。

(2) 清水に対する印象の程度について図2に示す。項目間の差は大きくはないが快適性・緑量・静寂性が高く評価されており、いずれも清水環境の自然がもたらす心理的な効果を評価しているものだった。それに対して低く評価されていたのは整備性についてであり、清水の環境整備に疑問を感じている住民が比較的多いことが伺える。社交性についても評

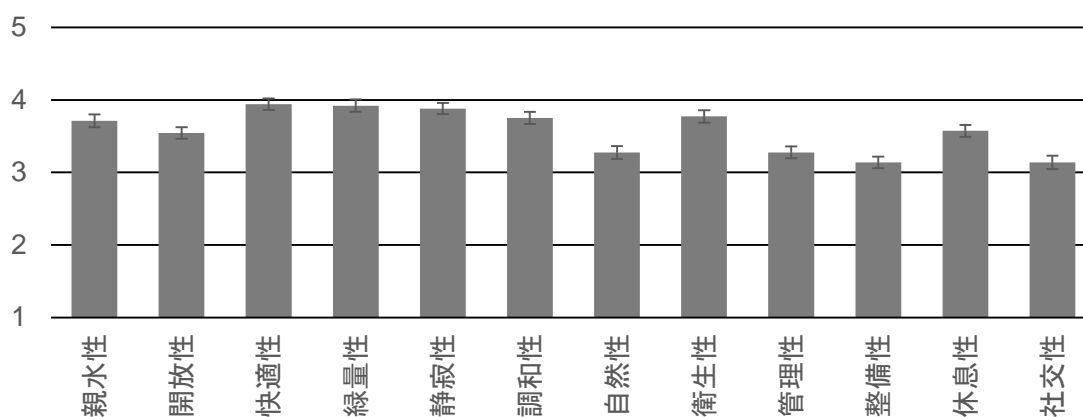


図2 清水に対する印象の程度  
(回答者101名の平均、エラーバーは標準誤差)

価が低く、かつての清水を生活用水として利用した時代とは違って清水を通じた住民相互の関係が希薄になっていることが考えられる。

## 2) 調査②について

自由回答は102の元ラベルから構成されていた。それらは11の小カテゴリーに分類され、さらに5つの大カテゴリーにまとめられた(表2)。以下にその内容を大カテゴリー別に述べる。尚、文中の『 』は小カテゴリー

の表題であり、「 」は自由記述の具体例を示す。

### 1. 清水や川での水遊びの懐かしさ

子どもの頃に清水で遊んだ『懐かしさ』を思い浮かべる人が多く「友達とした水遊びや魚取りが懐かしい」「祖父母に清水につれていってもらいスイカを食べたことを思い出す」「お祭りを思い出して懐かしい」などと述べられていた。また子どもを連れて遊びに行く

表2 自由回答内容のカテゴリー分類

大カテゴリー	小カテゴリー (括弧内は例)	元ラベル数
清水や川での水遊びの懐かしさ	懐かしさ (小さい頃の水遊び、魚取りの思い出)	14
	子供との遊び場 (子や孫と遊ぶには素晴らしい場所)	5
水の美味しさや清涼感	美しい水のある町への誇り (製品にも誇りを感じる)	3
	水の美味しさ (他の町とは違うおいしい水)	6
	清水の清涼感 (夏場の冷蔵庫、涼むには最高)	13
	水と自然の美しさ (水の透明感、石のコケも美しい)	4
心身の健康に良い影響のある清水	心身の健康 (そこだけ空気がいい、体にいいような感じ)	6
	癒やしの水 (疲れた時に水の流れを見るとリラックスする)	22
	豊かな幸せ感 (湧き上がる水から自然や大地の力を感じる)	15
生活のための清水の利用	生活の中の清水 (清水が生活の一部)	3
生活の中の清水の課題	整備上の問題 (生き物の減少、全体的な水の汚れ)	11



には素晴らしい場所だったと述べ、安心して子どもを遊ばせることが出来た場所と捉えていた。

## 2. 水の美味しさや清涼感

『水の美味しさ』としては「水道水とは違った美味しさがある」「薬臭さがなく安心して飲める」と述べ、『清水の清涼感』としては「夏場には清水が冷蔵庫代わりになる」「水が冷たくて風が涼しい」と水の冷たさの利用を述べていた。そして水が綺麗なので石についている苔も綺麗で、そのような自然の美しさを町の誇りと述べる人もあった。

## 3. 心身の健康に良い影響のある清水

清水の周りの空気の良さから『心身の健康』を述べる人、「疲れた時に清水を見ると安らかな気分になる」「散策するだけでストレスが軽くなる」などと精神的な『癒やしの水』と捉える人がいた。また、清水に触れると「気持ち前向きになり気力が湧く」と述べたり「湧き出る水を見るところれしくなる」「幸せな気分になる」と『豊かな幸せ感』を述べ、特に精神的な健康感を述べる人達がいた。

## 4. 生活のための清水の利用

これについては冬場に清水を消雪のために利用することが述べられていた。

## 5. 生活の中の清水の課題

「水が湧いている所は綺麗だが全体的な汚れがある」「生き物が減少し水量も減少してきた」「整備しすぎも問題で調和が必要」などと、清水環境の整備について課題があることが述べられていた。また「以前はほとんどの住民が清水を利用して水は綺麗だったが現在は利用されなくなり汚くなってきた」と述べられて、以前とは生活スタイルが変化して、住民の清水の利用形態も変化していることから生ずる課題も述べられていた。

## 4. 考察

### 1) 清水の精神面への影響

清水の利用内容は散歩や休息の場として利用されることが多く、清水に対する印象についても快適性や静寂性に対する評価が高かった。自由記述においても清水を見ることによる気分の変化やストレスの軽減、そして気力の変化を述べる人が多く、いずれも精神面へ

の良い影響を述べていた。川べりの散策が入院患者や施設入所高齢者に与える影響を調べた川島らによると、川べりの散策は抑うつ感の軽減や睡眠リズムに影響があることを報告しており<sup>9)</sup>、川や清水などの自然環境における水とその周辺の環境が人の精神面にプラスの効果をもたらしていると考えられる。

### 2) 水の綺麗さ

水の綺麗さについては、自由記述において臭いのない美味しさを評価する記述が多かった。また対象地域は清水だけでなく地下水も豊富であり夏は冷たく冬は暖かいという地下水独特の水温による影響を評価する意見があった。しかし一方では最近の清水周辺の汚れに伴う水質の悪化を指摘する意見もあり課題を残している。

### 3) 生活形態の変化による課題

清水の利用内容では洗い物に利用する人は少なかったが、自由記述においては水や周辺の汚染が指摘されていた。水道が普及する以前までは生活用水を湧水に依存しており町内には石段の洗い場が各所に残されていて、飲用水としても利用されてきた。しかし各戸に水道が普及されてからは次第に清水を利用する人は少なくなり、かつては利用者が協働して行ってきた清掃活動が不活発になっている。清水は生活用水としてだけでなく地域住民が集う“場・空間”としての機能を持っていたと高嶋は指摘している<sup>10)</sup>。しかし水道や電気の普及に伴い清水を生活用水として利用する機会が減少することで地域住民が集う機会も失われてきていることは清水の水や周辺の汚染以上に深刻な課題かもしれない。

### 4) 子どもの遊び環境

今回の対象地域で行われたフォーカスグループインタビューの研究によっても清水の利用形態の変化により住民の清水に対する意識が低下してきていることが報告されている<sup>11)</sup>。しかし同研究によると清水を単なる観光資源としての利用や飲料水としての利用だけでなく、子どもを育てる環境の1つとしてとらえて住民で清水環境を守り育てようとする動きも出ている。本研究の自由記述では清水から浮かべるイメージとして子どもの頃の水遊びの懐かしさを述べる人が多かった。現在

の子ども達が大人になってから、はたして今の大人のように清水にまつわる水遊びの思い出を懐かしく語る人がどれほどいるかわからない。次世代を担う地域の子どものための清水環境の保全というような清水の多様な利用が求められていると思う。

本研究の限界としてアンケート協力者の中には六郷地区に勤務先はあるが他地域に在住の人、美郷町内の他地区（千畑地区、仙南地区）に在住の人も含まれていた可能性があるため、清水と生活との関係については結果の解釈に注意が必要である。

本研究は秋田大学と美郷町との連携事業の一環として実施した。ご協力いただいた美郷町役場、同町保健センターの皆様には厚く御礼申し上げます。

## 文献

- (1) 近藤照彦, 武田淳史, 武田信彬, 下村洋之助, 矢田貝光克, 小林巧. 森林浴の生理・心理学的研究. 日温気物医誌 2008 ; 71 : 131-138
- (2) 近藤照彦, 武田淳史, 小林巧, 矢田貝光克. 森林浴が生体に及ぼす生理学的効果の研究. 日温気物医誌 2011 ; 74 : 169-177
- (3) 高橋恵一, 久米 裕, 石川隆志, 湯浅孝男. 湧水散策の生理・心理的効果—生理的指標と主観的指標を用いて—. 秋田大学保健学専攻紀要 2013 ; 21(1) : 37-46
- (4) 畔柳明雄, 渡辺秀俊, 長久保貴史, 近藤健雄. 住民の意識・行動に基づく都市の水辺環境評価に関する研究. 環境情報科学 1993 ; 22(2) : 128-134
- (5) 渡邊和子, 麻生 恵. 農業用水の親水性回復へむけての住民意識調査. 東京農業大学農学集報 1991 ; 35(4) : 263-281
- (6) 中村真也, 森麻里子, 宜保清一. 糸満市宇与座における農村公園整備にむけての住民意識の調査. 琉球大学農学部学術報告 2000 ; 47 : 97-106
- (7) 川喜田二郎. 発想法. 東京 : 中央公論新社, 1967
- (8) 山浦晴男. 質的統合法入門. 東京 : 医学書院, 2012
- (9) 川島 佳, 本橋 豊, 和田正英, 若松秀樹, 金子善博, 石川隆志, 小松寛治. 川べりの屋外散策が入院患者と老人保健施設入所者の睡眠リズムと抑うつ状態に与える影響について. 秋田県公衆衛生学雑誌 2005 ; 2(1) : 51-54
- (10) 高嶋めぐみ. 横手市平鹿町年子狐・上藤根・清水川端地区湧水群における湧水環境および住民の湧水に対する意識の変化. 秋大地理/秋田大学学藝学部地理学研究会 2008 ; 55 : 37-42
- (11) 湯浅孝男, 高橋恵一, 久米 裕, 石川隆志. 秋田県美郷町の湧水に対する住民の意識調査—フォーカスグループインタビューの手法を用いて—. 秋田大学保健学専攻紀要 2013 ; 21(2) : 131-137

## 会 報

### 第11回秋田県公衆衛生学会学術大会報告

#### ごあいさつ

本日、「第11回秋田県公衆衛生学会学術大会」を開催しましたところ、御多忙の中、多数の皆様にご参加いただき、誠にありがとうございます。

また、日頃から、本県の公衆衛生の向上に多大なる御尽力をいただき、深く敬意を表しますとともに、厚く御礼を申し上げます。

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、秋田県の人々や生活のニーズに密着した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月に設立され、活動を続けております。

なかでも、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、設立以来毎年実施しており、今年度で11回目の開催となりました。

今年度の特別講演は、「歯科口腔保健の推進に関する法律と歯科保健医療施策の動向について」と題して、厚生労働省医政局歯科保健課歯科口腔保健推進室長の小椋正之先生に御講演いただくこととしております。また、公衆衛生の研究や活動に関する一般演題の発表も予定しております。

皆様におかれましては、新たな情報の収集に努めていただくとともに、積極的な討議の場として議論を深めていただき、今後の本県における公衆衛生のさらなる発展につなげていただくことを御期待申し上げあいさつといたします。

平成25年10月15日

秋田県公衆衛生学会学会長

秋田県健康福祉部長 梅 井 一 彦

# 第11回秋田県公衆衛生学会学術大会プログラム

学会長：梅井 一彦 秋田県健康福祉部長

## 1 開催概要

日 時 平成25年10月15日(火) 午後1時～4時

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)

## 2 プログラム

13:00～13:10 学会長あいさつ

13:10～14:40 特別講演

座長 梅井 一彦 秋田県健康福祉部長

講師 小椋 正之 厚生労働省医政局歯科保健課歯科口腔保健推進室長

「歯科口腔保健の推進に関する法律と歯科保健医療施策の動向について」

14:40～14:50 休憩

14:50～16:00 一般演題

座長 金子 善博 秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座准教授

(1) 大仙市における乳幼児歯科保健調査について

佐々木 月野ほか

(2) 秋田県におけるがん検診受診率50%目標達成によるがん死亡率減少の試算

南園 智人

(3) 秋田県の農家における自家産米摂取によるカドミウム経口曝露とその健康影響

堀口 兵剛、小熊 悦子、村田 勝敬

(4) 魚介類摂取量から推定した長鎖不飽和脂肪酸摂取量と血漿中濃度との関係

岩田 豊人、村田 勝敬

(5) 精神障がい者の「偏見・差別体験」と主観的QOLとの関連

大場 禮子、米山 奈奈子

(6) ケアハウス入居者の心身機能と社会生活機能の関連について

津軽谷 恵、石川 隆志

16:00 閉会

第11回秋田県公衆衛生学会学術大会報告

## 特別講演

座長 梅井 一彦 秋田県健康福祉部長

### 歯科口腔保健の推進に関する法律と歯科保健医療施策の動向について

厚生労働省医政局歯科保健課 歯科口腔保健推進室長  
小椋 正之

わが国では、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきたところである。その一方で、急速な少子高齢化、国民意識の変化など大きな環境の変化に直面してきている。医療保険制度や介護保険制度をはじめとした社会保障制度について、見直しを行う必要に迫られてきている。

他方、歯科保健医療に関しては、子どものむし歯の減少、8020達成者の増加等は着実に向上している。

「歯科口腔保健の推進に関する法律」に規定される「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」を平成24年7月に策定したところであり、今後も引き続き、歯科保健医療対策を推進していくため、厚生労働省としては、従来から行ってきた「8020運動推進特別事業」等の事業に加えて、口腔保健支援センターを設置する等のため「口腔保健推進事業」を平成25年度から新規事業として導入した。

これらの厚生労働省における最近の動向について、概説する予定としている。

#### <略歴>

平成10年厚生労働省入省（当時厚生省）

平成11年富山県厚生部健康課、高岡保健所

平成17年厚生労働省健康局総務課地域保健室、生活習慣病対策室

平成19年厚生労働省医政局歯科保健課、老健局老人保健課

平成23年厚生労働省医政局歯科保健課歯科口腔保健推進室長

現在に至る

本特別講演の内容は総説（p.5～12）に掲載しております。

## 第11回秋田県公衆衛生学会学術大会報告・一般演題抄録

### 1 大仙市における乳幼児歯科保健調査について

佐々木 月野、大仙市健康増進センター母子保健担当一同

大仙市健康増進センター

#### 【目的】

大仙市は「健康大仙21計画」より3歳児のう歯のない児の目標を70.0%に掲げており、罹患率に関しては目標値に近づいている。しかし、罹患率の減少と1人あたりのう歯の本数が比例せず、う歯を極端に多く保有する児も現状として存在する。そのため、市ではう歯につながる生活習慣等の傾向を明らかにし、今後の乳幼児歯科保健対策に反映させていくため本調査を実施した。

#### 【対象】

平成24年度市の3歳児歯科健診を受診し、かつ過去に市にて1歳6か月児歯科健診と市独自で実施している2歳6か月児歯科健診を受診した児540名（平成20年10月から平成21年9月生まれ：男263名、女277名）のうち調査項目を全て満たしている児454名

#### 【方法】

1歳6か月児歯科健診、2歳6か月児歯科健診、3歳児歯科健診ごとに使用する歯科健診票を用いてう歯数及び生活状況の各調査項目をエクセルシートに入力し集計、う歯数と生活状況、生活習慣との関連を分析する。

特に、3歳児歯科健診でう歯を保有している児の過去の各健診時の生活習慣8項目を比較しう歯の罹患率に差が生じるかを調査した。

#### 【結果】

1. 平成24年度の3歳児歯科健診結果、罹患率27.2%、一人あたりのう歯の本数は1.0本。同じ対象児の2歳6か月児時点の罹患率16.7%、一人あたりのう歯の本数0.5本、1歳6か月児健診時点では罹患率2.70%、一人あたりのう歯の本数は0.06であった。
2. 3歳児歯科健診でのう歯保有者と生活習慣の関連
  - ①哺乳瓶の使用状況、就寝前の歯みがき習慣、フッ素入りはみがき剤の使用状況については大きな差は見られなかった。（哺乳瓶の使用状況で3歳児は使用人数が少ないため割合が大きくなってしまった）
  - ②間食の規則性に関しては、各年齢で間食の不規則な児が3歳の時点でう歯の罹患率が特になり、同じく間食回数や清涼飲料水の摂取にも差が見られた。
  - ③集団生活の有無、定期健診受診の有無では集団生活ありの児、定期健診受診ありの児が罹患率が高いという結果となっていた。

#### 【考察】

各項目の生活習慣との関連では特に「間食の規則性」「間食回数」「清涼飲料水の摂取」など食生活に関する項目がう歯の罹患に大きく影響し、口腔が長時間汚染された状態が続くことによるう歯の発生する条件がうかがえる。

加えて、水分補給としてスポーツドリンクを乳幼児期に継続して与えているケースも多々ある現状が更にう歯発生に大きく関与していると思われる。

「保育園等の集団生活」に関してはありの児が若干う歯が多いという結果は意外であった。集団生活イコール規則的な生活習慣への期待があったが、実際は登園前や帰宅後の家庭での生活習慣にやはり食事の間食や保護者に合わせた夜更かし等による不規則さが若干影響しているのではないかと考えられた。

「定期健診受診の有無」に関しては受診のきっかけがう歯治療というケースもあるが継続して定期健診を実施し、その後のう歯の増加を予防するという点では良い方法と思われる。

#### 【結論】

今回の結果から、特に間食等の生活習慣とう歯の関連について1歳6か月児はもとより、乳児期より保護者に反復しながら、より実践に結びつけられる歯科保健対策を講じる必要がある。また、今後も本調査資料を基にう歯保有数の多い児の傾向を更に詳細に分析し、調査目的により近づけたいと考えている。本調査結果を乳幼児健診等で保護者に情報提供し、更なる乳幼児歯科保健活動に結びつけたい。

## 2 秋田県におけるがん検診受診率50%目標達成によるがん死亡率減少の試算

南園 智人

秋田県北秋田地域振興局大館福祉環境部

### 【目的】

がん検診の効果のアウトカムは死亡率減少である。しかし、秋田県のがん検診50%の目標<sup>1)</sup>達成によるがん死亡率減少効果についての報告はない。本研究の目的は、秋田県のがん検診50%の目標達成によるがん死亡率減少効果について試算することである。

### 【対象と方法】

がん対策基本計画における試算では、がん検診非受診者と比べたがん検診受診者の死亡率減少効果をわが国のコホート調査の結果をもとに、胃がん検診で59%、大腸がん検診で60%、肺がん検診で28%、子宮頸がん検診で78%、乳がん検診で19%減少するとしている<sup>2)</sup>。この死亡率減少効果(A1)にがん検診の精度管理の影響(A2)を肺がん検診で30%、乳がん検診で10%、その他のがん検診で20%低く見積もり修正死亡率減少効果(A3)を算出した<sup>2)</sup>。この修正死亡率減少効果(A3)に現状の受診率(B0:2010年国民生活基礎調査)と目標値の50%(B1)との差を掛け合わせたものを死亡率減少(C1)とした。次に、がん死亡全体で減少の大きさを計算するため、2010年の75歳未満がん死亡数(D:2010年人口動態統計)で加重平均をとった。最後に検診から死亡へのタイムラグが5年、受診率50%を10年で達成すると、10年後の死亡率減少効果は半分となるため、0.5を乗じた。

### 【結果】

結果を表に示す。

	死亡率減少 効果(%)	精度管理 など(%)	修正死亡率減少効果(%)	現状の 受診率(%)	目標受診率	死亡率減少(%)	75歳未満 死亡数(2010年)	死亡率減少(%)
	A1	A2	A3=A1×(1-A2)	B0	B1	C1=A3×(B1-B0)	D	CをDで加重平均
胃	59	20	47.2	35	50	7.1	424	1.8
大腸	60	20	48	30	50	9.6	310	1.8
肺	28	30	19.6	26.7	50	4.6	415	1.2
乳房	19	10	17.1	24.9	50	4.3	106	0.3
子宮	78	20	62.4	26.6	50	14.6	34	0.3
その他							344	0.0
合計							1633	5.4
								検診と死亡の間にラグタイム5年・受診率を10年で達成と仮定すると 2.7

### 【考察】

本試算では、2020年のがん検診受診率50%を達成すると、2020年におけるがん死亡減少の大きさは、2.7%と推定された。がん検診受診率50%の目標達成のみで、がん死亡率は激減しない。がん検診の精度管理や一次予防(たばこ対策等)を含めた総合的な対策が重要である。

### 参考文献

- (1) 第2期秋田県がん対策推進計画 平成25年3月 秋田県
- (2) がん患者の期待に応えるがん対策推進基本計画の策定のために 国立がんセンターがん対策情報センターがん情報・統計部

### 3 秋田県の農家における自家産米摂取によるカドミウム経口曝露とその健康影響

堀口 兵剛<sup>1,2)</sup>、小熊 悦子<sup>1,2)</sup>、村田 勝敬<sup>1)</sup>

1) 秋田大学大学院医学系研究科環境保健学講座、2) 自治医科大学医学部環境予防医学講座

**【目的】**秋田県には過去の火山や鉱山等の影響により土壌中カドミウム (Cd) 濃度の高い農村地域が比較的多く見られ、基準値を超える Cd 濃度の米の生産がしばしば問題となってきた。しかし、今日では米中 Cd 濃度低減のための湛水管理 (8月中に田の水を張る) による稲の栽培が広く行われるようになり、基準値を超える Cd 濃度の米の生産は激減している。ところが、Cd の生物学的半減期は 15-30 年と非常に長いため、そのような地域で自家産米を長期間摂取してきた農家は高度の Cd 経口曝露を受けてきたと考えられ、体内に蓄積した Cd により高齢になってから腎尿細管機能障害や骨軟化症などの健康影響が現れる危険性がある。従って、上記の地域において農家を対象に健康診断を実施し、その Cd 曝露レベルと健康影響について検討した。

**【対象と方法】**平成 21-23 年にかけて、過去に鉱山の存在した秋田県内の或る農村地域において、鉱山との位置関係の異なる 4 つの水系から 12 部落を選択し、インフォームド・コンセントの得られた 40 歳以上の男女農家を対象に健康診断を実施した。採血、採尿、骨密度測定 (手首での DEXA 法)、質問票による聞き取り調査等を行い、血中・尿中 Cd 濃度及び腎機能の指標として尿中  $\alpha_1$ -ミクログロブリン ( $\alpha 1MG$ )、 $\beta_2$ -ミクログロブリン ( $\beta 2MG$ ) 濃度の測定を行った。

**【結果】**975 人 (男性 431 人、女性 544 人、39-95 歳、39 歳の女性 2 人を含む) の受診者 (受診率 70.5%) を性・年齢で階層化し、水系間で比較した。血中・尿中 Cd 濃度は、より鉱山の近くに位置する水系の方が、そうでない水系よりも高い傾向にあり、特に腎尿細管機能障害発症の閾値である尿中 Cd 濃度  $10 \mu g/g cr$  を超える人の割合は、直近に鉱山のあった水系の女性で 1/4 近くを占めていた。尿中  $\alpha 1 \cdot \beta 2MG$  濃度は、60 歳未満では水系間の差は明確ではなかったが、直近に鉱山のあった水系の 70 歳以上の女性では他の水系より高い値を示した。骨密度は男女とも水系間で差は認められなかった。

**【考察と考察】**当該農村地域には、過去に Cd 濃度の高い自家産米を継続的に摂取してきたために高度の体内 Cd 蓄積量を示す農家が多数存在し、特に鉱山近くに位置する水系の部落では高齢女性に腎尿細管機能への影響が現れていた。秋田県内には他にもかつて基準値を超える Cd 濃度の米が生産されていた地域が広く存在するため、Cd による健康影響の現れている農家は他にも多数潜在する可能性がある。従って、秋田県ではそのような地域における Cd 曝露を受けた農家に対する健康診断等の保健対策が必要であると考えられる。



#### 4 魚介類摂取量から推定した長鎖不飽和脂肪酸摂取量と血漿中濃度との関係

岩田 豊人、村田 勝敬

秋田大学大学院医学系研究科環境保健学講座

**【背景と目的】** エイコサペンタエン酸 (EPA) やドコサヘキサエン酸 (DHA) など魚に由来する長鎖不飽和脂肪酸には、冠動脈疾患や加齢黄斑変性症等を予防する効果があることが示唆されている。魚介類の摂取量から血漿中のこれらの脂肪酸量を推定することができれば、適切な食品摂取量の把握・管理に役立てられることが期待される。このため、魚介類の摂取頻度から推定された EPA、DHA、アラキドン酸 (ARA) 摂取量と、血漿中の各脂肪酸濃度との関連を検討した。

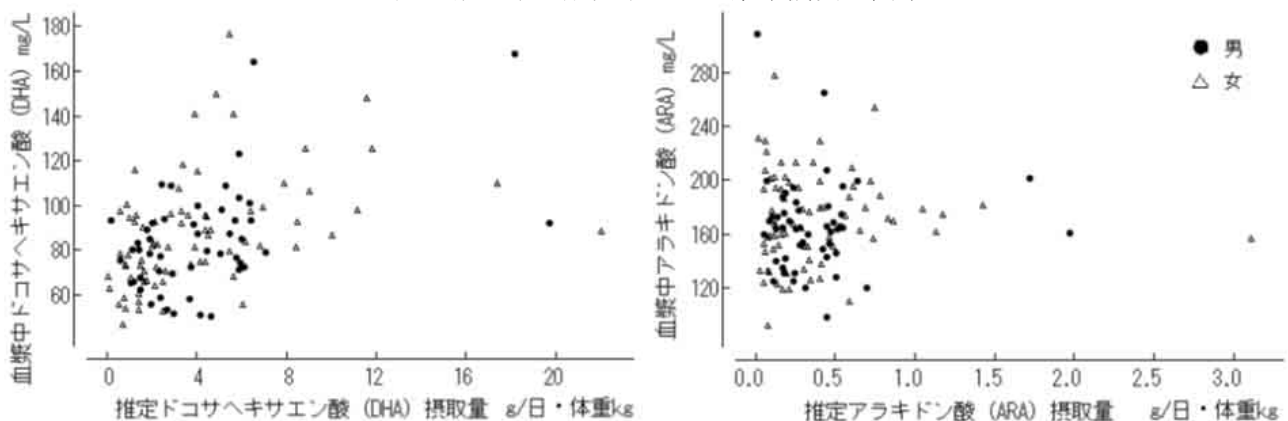
**【対象と方法】** インフォームドコンセントに基づいて参加した健康な青年男子 (49 名、年齢  $20.7 \pm 0.9$  (平均±標準偏差) 歳) および女子 (74 名、年齢  $20.6 \pm 0.7$  歳) が日常食べている魚介類の種類と量を簡便な頻度調査法 (Iwasaki ら 2003) によって聴取し、日本食品成分表 (五訂増補脂肪酸成分表編 2005) を用いて各脂肪酸の摂取量を推定した。調査時の採血から各脂肪酸の血漿中濃度 (GC 法、SRL) を得て、これと推定摂取量との関連を Spearman 順位相関分析で検討した。

**【結果】** EPA の魚介類摂取量から推定した 1 日あたり各脂肪酸摂取量の中央値 (25~75 パーセントイル値) は、男子  $0.158$  ( $0.094 \sim 0.248$ ) g/日、女子  $0.100$  ( $0.050 \sim 0.175$ ) g/日、DHA は男子  $0.238$  ( $0.141 \sim 0.380$ ) g/日、女子  $0.143$  ( $0.077 \sim 0.269$ ) g/日、ARA は男子  $0.018$  ( $0.013 \sim 0.033$ ) g/日、女子  $0.012$  ( $0.006 \sim 0.025$ ) g/日であった。また、各脂肪酸摂取量 (g/日・体重 kg) と血漿中濃度との相関係数 (p 値) は EPA で男子  $r_s = 0.272$  ( $p = 0.0589$ )、女子  $r_s = 0.441$  ( $p < 0.0001$ ) であり、DHA では男子  $r_s = 0.346$  ( $p = 0.0150$ )、女子  $r_s = 0.514$  ( $p < 0.0001$ )、ARA では男子  $r_s = -0.023$  ( $p = 0.8764$ )、女子  $r_s = 0.076$  ( $p = 0.5191$ ) であり、DHA は男女とも摂取量推定値と血漿中濃度との間に有意な正の相関が認められたが、ARA では男女とも有意な相関は認められなかった (下図)。

**【考察】** 国民健康・栄養調査に基づく 18~29 歳の脂質摂取量 (中央値) は EPA が男子  $0.046$  g/日、女子  $0.043$  g/日、DHA が男子  $0.162$  g/日、女子  $0.145$  g/日とされており、本調査の対象者は EPA と DHA を全国レベル程度またはこれより多く摂取している可能性が示唆された。また、血漿中 DHA は魚介類摂取量に依存していたのに対し、血漿中 ARA は魚介類摂取量との関連が認められず、他の食品からの摂取や代謝による影響が大きいことが示唆された。

**【結論】** 血漿中の長鎖不飽和脂肪酸のうち、男女の DHA 濃度および女子の EPA 濃度は魚介類からの摂取量を反映していると考えられた (寄与率各々 12、26、19%)。毛髪、足の爪、尿の総水銀では 29~36% が魚介類摂取量から推定したメチル水銀摂取量によって説明されていた。

図 推定脂肪酸摂取量と血漿中濃度の関係



## 5 精神障がい者の「偏見・差別体験」と主観的 QOL との関連

大場 禮子<sup>1)</sup>、米山 奈奈子<sup>2)</sup>

1) 秋田県精神保健福祉ボランティア連絡協議会、2) 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻

**【目的】**精神障がい者が地域で心豊かに生活してゆくためには、偏見・差別のない共生・共存社会が重要であると考えられている。精神障がい者の「偏見・差別体験」が主観的 QOL にどのような影響を与えているかを明らかにすることを目的とした。

**【方法】**対象は、医療機関での継続治療と病院デイケア・小規模作業所などの通所施設（31カ所）を併用している秋田県内在住の精神障がい者である。調査期間は平成23年4月～6月で、研究者が同意の得られた施設（31ヶ所）を訪問し、さらに同意を得られた利用者に自記式アンケート調査を行った。調査内容は属性、自分の病気に対する「偏見・差別体験の有無と体験場所」と、主観的 QOL（標準化された日本語版 WHOQOL26 尺度）とした。

**【結果】**分析対象は278名で、男性66.5%女性33.5%で、年代は30～50才代が68.0%であった。「偏見体験」について「ある群60.8%」「ない群39.2%」、「差別体験」について「ある群52.9%」「ない群47.1%」と主観的 QOL 得点の2群「平均76.8未満49.3%」「平均以上50.7%」間で $\chi^2$ 検定を行った。「偏見体験」 $P<0.01$ 「差別体験」 $P<0.05$ で有意な関連性がみられ、「偏見・差別体験」は QOL を低下させていた。また属性及び QOL 下位尺度を満足度「低い群・普通・高い群」に分け $\chi^2$ 検定を行った。「偏見体験」は「病名（統合失調症）」と「入院歴（有り）」、「差別体験」は「治療歴（10年未満）」に有意な関連性( $P<0.05$ )がみられた。「偏見・差別体験」と「QOL 下位尺度」の間に共通して関連性がみられた項目は4項目で、「医療品と医療への依存」「否定的感情」( $P<0.01$ )、「痛みと不安」「ボディイメージ」( $P<0.05$ )であった。「偏見・差別体験」は「治療の必要性を感じている」「嫌な気分を頻繁に感じている」「体の痛みや不快のせいでしなければならないことが制限されている」「自分の容姿を受け入れることができない」と答えている人に多かった。さらに「差別体験」は「社会的支え」( $P<0.01$ )に有意な関連性がみられ、周りの支えがない人に多かった。「偏見体験の場所」として家庭(36.1%)通院先(29.6%)近所(28.5%)、「差別体験の場所」として家庭(31.5%)、近所(27.3%)が多く、家庭と近所と答えた人が多かった(複数回答)。

**【考察】**「偏見・差別体験」は主観的 QOL を低くし、心身の不調をきたす一因と成り得ることや自己概念にも影響している可能性があることが確認できた。また「差別体験」がない人は社会的支えがあったことから、周りの支えが「偏見・差別体験」を少なくすると考えられる。特に、統合失調症で入院歴があり治療歴が少ない精神障がい者が、地域で心豊かに生活するためには、家族や周りの人たちが「偏見・差別」をしないことが大切であると当事者を通して示してもらった。

**【結論】**精神障がい者の主観的 QOL を低下させない為には「偏見・差別体験」をなくすことが必要とされ、当事者を取り巻く周りの人の理解と支援が重要であることが示唆された。

## 平成24年度 秋田県公衆衛生学会事業報告書

平成24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 26人

平成24年度事業として以下を行った。

1. 秋田県公衆衛生学会学術大会の開催  
平成24年10月3日 秋田市・遊学舎
2. 特別講演 1題, 一般口演 8題
3. 秋田県公衆衛生学雑誌10巻1号(全58頁)の発刊  
(発行日 平成24年12月31日)
4. 秋田県公衆衛生学雑誌9巻1号のインターネットによる公開(平成24年6月1日)(<http://www.med.akita-u.ac.jp/~pbeisei/>)

## 平成24年度秋田県公衆衛生学会 収入支出決算書

(平成24年6月1日～平成25年5月31日)

科目	金額
(収入の部)	
団体会員(A)会費	210,000
個人会員(B)会費	26,000
学会参加登録料	21,000
データ利用料(抄録提供料金)	1,470
受取利息	37
前年度からの繰越金	153,147
<b>収入合計</b>	<b>411,654</b>
(支出の部)	
機関誌印刷費(学会誌200冊)	113,610
例会事業費	
会場費	10,600
諸謝金(旅費・報償費)	30,000
資料作成費(垂れ幕など)	14,910
運営費(会議費)	25,413
事務費(旅費・通信費など)	24,105
<b>支出小計</b>	<b>218,638</b>
次年度への繰越金	193,016
<b>合計</b>	<b>411,654</b>

## 監査報告

平成24年度秋田県公衆衛生学会事業報告書および平成24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25年6月19日

監事 湯浅 孝男

## 平成25年度第1回秋田県 公衆衛生学会世話人会議事録

[平成25年7月5日]

日時 平成25年7月4日(木)  
16:00~17:00  
会場 県庁・議会棟2階 特別会議室  
出席者 (50音順, 敬称略)  
伊藤千鶴、伊藤善信、梅井一彦、  
金子善博(本橋 豊代理)、小栢真吾  
鈴木明文、成田公哉、畠山桂郎  
[事務局] 大島克郎(秋田県健康福祉  
部)、佐藤 修(秋田県健康福祉部)、  
藤田幸司(秋田大学)  
資料 議案、平成25年度世話人名簿、  
平成24年度秋田県公衆衛生学会事  
業報告書、平成24年度秋田県公衆  
衛生学会収入支出決算書、平成24年  
度監査報告(写し)、平成25年度秋  
田県公衆衛生学会予算案、第11回秋  
田県公衆衛生学会学術大会について  
(案)、秋田県公衆衛生学会運営要綱、  
秋田県公衆衛生学雑誌投稿規定

### 議 事

#### 開会の挨拶

梅井一彦学会長(秋田県健康福祉部)より挨拶があった。

#### 協議事項

- 1) 平成24年度事業・収支報告・監査報告  
前年度の事業報告・収支報告について、  
配付資料どおり承認された。また監査報  
告についても了承された。
- 2) 平成25年度事業計画  
本年度事業計画について、配付資料ど  
おり承認された。
- 3) 平成25年度予算案  
本年度予算案について、配付資料ど  
おり承認された(一部修正することを条件  
とする)。
- 4) 平成25年度学術大会開催について

配布資料「第11回秋田県公衆衛生学会  
学術大会について」に基づき、学術大会  
事務局(秋田県健康福祉部健康推進課)  
より、本年度の大会は10月15日(火)  
午後1時00分~午後4時00分に遊学舎  
(秋田市)において開催すること、特別  
講演は歯科口腔保健をテーマとして、講  
師は厚生労働省医政局歯科保健課歯科口  
腔保健推進室長 小椋正之氏に依頼する  
ことが提案され、承認された。一般演題  
は例年どおり、5~7題募集する。一般演  
題に関する詳細は後日案内する。

特別講演座長には梅井一彦学会長、一  
般演題座長については、演題が集まって  
から決定する。

#### 5) その他

金子善博世話人代理より、本年度の秋  
田県公衆衛生学雑誌について、内容、投  
稿、掲載等の説明があった。

次回世話人会は、第11回秋田県公衆衛  
生学会学術大会の開催日に行う。

以上

## 平成25年度第2回秋田県 公衆衛生学会世話人会議事録

[平成25年10月16日]

日時 平成25年10月15日(火)  
12:00~12:50  
会場 遊学舎 交流棟 研修室3(秋田市)  
出席者 (50音順, 敬称略)  
伊藤千鶴、伊藤善信、梅井一彦(学  
会長)、河西淑子、小栢真吾、高橋 浩、  
高橋 寛、成田公哉、畠山桂郎、村田  
勝敬、本橋 豊(編集委員長)、石川  
隆志(秋田大学)  
[事務局] 大島克郎(秋田県健康福祉  
部)、佐藤 修(秋田県健康福祉部)、  
金子善博(秋田大学)、藤田幸司(秋  
田大学)

資料 議案、第11回秋田県公衆衛生学会プログラム

議事

1. 梅井一彦学会長(秋田県健康福祉部長)より開会の挨拶があった。
2. 高橋 寛新世話人(秋田県薬剤師会専務理事)より就任の挨拶があった。

【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  
事務局から、第11回学術大会について、学会プログラムを元に概略が説明された(特別講演および一般演題6題)。
  - ・学会誌の編集  
本橋編集委員長より本年度発行予定の秋田県公衆衛生学会誌(第11巻)について編集方針が説明された。総説論文として、特別講演された小椋正之氏(厚生労働省医政局歯科保健課 歯科口腔保健推進室長)へ執筆依頼をすること、本学術

大会における一般演題発表者に原著論文もしくは報告としてなるべく多くの投稿を依頼すること、第11回秋田県公衆衛生学会学術大会抄録、世話人会議事録を掲載すること、原稿の締切日は12月末とすることが説明された。

2) 学会運営について

- ・次年度学会長について

次年度(平成26年)学会長として、石川隆志氏(秋田大学大学院医学系研究科・教授)が推薦され、承認された。

- ・世話人の追加について

新世話人として、石川隆志氏(秋田大学大学院医学系研究科・教授)の就任が提案され、承認された。

3) その他

なし

以上

## 秋田県公衆衛生学会世話人名簿

[平成25年10月1日現在 50音順]

氏名	所属	役職
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
学会長 梅井 一彦	秋田県健康福祉部	部長
河西 淑子	秋田県看護協会	第二副会長
小杉 真吾	秋田県保健所長会	会長
鈴木 明文	秋田県医師会	常任理事
高橋 浩	秋田県健康環境センター	所長
高橋 寛	秋田県薬剤師会	専務理事
成田 公哉	秋田県健康福祉部 健康推進課	課長
畠山 桂郎	秋田県歯科医師会	常務理事
村田 勝敬	秋田大学大学院医学系研究科医学専攻 環境保健学講座	教授
編集委員長 本橋 豊	秋田大学	理事・副学長
監事 湯浅 孝男	秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 作業療法学講座	教授

## 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

## 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、秋田大学大学院医学系研究科社会環境医学系公衆衛生学講座に置く。

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

## 秋田県公衆衛生学会運営要項細則

### (会員)

1. 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)

2. 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)

3. 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)

4. 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)

5. 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)

6. 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。
7. 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
8. 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。
9. 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 公衆衛生学講座  
〒010-8543 秋田市本道1-1-1  
(E-mail) phinfo@med.akita-u.ac.jp  
(TEL) 018-884-6087 (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, m<sup>2</sup>, cm<sup>3</sup>
7. 引用文献は引用順、肩括弧数字<sup>(1), 2,3-5)</sup>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：頁一頁。の順に記す。(著者名は省略しないこと。)

(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「ウイルス性慢性肝疾患治療の進歩」小松真史(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 ヘルスコンサルタント

一般演題7題

**平成21年10月1日(木) 遊学舎・秋田市 学会長：伊藤善信(秋田地域振興局福祉環境部長)**

特別講演「がん検診率向上に向けた具体的な取組」

齊藤 博 国立がんセンター がん予防・検診研究センター 検診研究部長

一般演題5題

**平成22年10月7日(木) 遊学舎・秋田市 学会長：佐々木健二(秋田県健康環境センター所長)**

特別講演「低まん延化に向けた結核対策の課題」

石川 信克 財団法人結核予防会結核研究所 所長

一般演題5題

**平成23年10月20日(木) 秋田県民文化会館・秋田市 学会長：本橋豊(秋田大学大学院医学系研究科教授)**

第70回日本公衆衛生学会総会 シンポジウム2「自殺対策の効果評価と展望」にて共催

**平成24年10月3日(木) 遊学舎・秋田市 学会長：伊藤千鶴(秋田市保健所長)**

特別講演「禁煙治療について」

添野 武彦 秋田組合総合病院 医師

一般演題8題

**平成25年10月15日(火) 遊学舎・秋田市 学会長：梅井一彦(秋田県健康福祉部長)**

特別講演「歯科口腔保健の推進に関する法律と歯科保健医療施策の動向について」

小椋 正之 厚生労働省医政局歯科保健課歯科口腔保健推進室長

一般演題6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 (秋田大学理事・副学長)  
副編集委員長 : 湯浅孝男 (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)  
村田勝敬 (秋田大学大学院医学系研究科教授・環境保健学講座)  
鈴木圭子 (秋田大学大学院医学系研究科教授・地域・老年看護学講座)  
金子善博 (秋田大学大学院医学系研究科准教授・公衆衛生学講座)  
藤田幸司 (秋田大学大学院医学系研究科助教・公衆衛生学講座)
- 

秋田県公衆衛生学雑誌  
第11巻第1号  
平成25年12月31日発行

発行人 秋田県公衆衛生学会 本橋 豊

秋田大学大学院医学系研究科 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

---