

秋田県公衆衛生学雑誌

第9巻・第1号

平成23年12月

目次

巻頭言

本橋 豊 1

特集

自殺対策の効果評価と展望

こころの健康の社会的決定要因と自殺対策—J-AGES/ベンチマークをもとに

近藤 克則 3

高齢者の社会参加・社会貢献による地域のソーシャルキャピタルの醸成

藤原 佳典 11

地域づくりとしての自殺予防対策

直嶋 京子 16

地方自治体の自殺対策の効果評価の検討

金子 善博 18

報告

職場における喫煙対策：大館保健所管内と全国との比較

南園 智人, 兎澤 真澄, 今川 文子, 大友 知弥, 金子 善博, 本橋 豊 23

随想—第70回日本公衆衛生学会総会（秋田）を終えて

石塚 共實 31

石川 隆志 32

谷口 優 32

会報

平成23年度秋田県公衆衛生学会報告

平成22年度秋田県公衆衛生学会事業報告・収入支出決算・監査報告 34

平成23年度第1回秋田県公衆衛生学会世話人会議事録

平成23年度第2回秋田県公衆衛生学会世話人会議事録

（裏面に続く）

秋田県公衆衛生学会

Akita Society for Public Health

世話人名簿

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

秋田県公衆衛生学雑誌投稿規程

執筆要項

秋田県公衆衛生学会のあゆみ

37



巻頭言

本 橋 豊

秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座

平成 24 年 2 月 6 日に岩手県釜石市を訪ねました。秋田大学の東日本大震災被災地への復興支援プログラムである一般市民を対象としたゲートキーパー養成講座に参加するためでした。短い時間の訪問でしたが、釜石市の津波の被災状況を自分の目で確認し、市民の方々と交流できたことは大変良い機会でした。被災後一年近くになるというのに、津波で破壊された家屋やゆがんだガードレールがそのままになっており、まちづくりという観点から見ても課題はまだ解決されていないという現状を肌で感じました。市民の方々の健康や生活についてはどうでしょうか。釜石復興支援事業のゲートキーパー養成講座は、身近な人を喪った方達への支援を念頭に、心の健康づくりや自殺予防対策の事業として公衆衛生関係者が努力してきたゲートキーパー養成事業を提供し、被災者の心の健康づくりに少しでも役立てていただくという試みです。釜石市の保健センターの小さな会議室は市民の方で満員となり、私の話を受けての質疑では、地域の絆が健康にどうかかわるのかというような核心をついた質問が多く出されました。市民の方々の真剣さを私は感じる事ができました。

さて、平成 23 年 10 月 19 日から 21 日にかけて開催された第 70 回日本公衆衛生学会総会では、秋田県公衆衛生学会の関係者の方々に運営面や学術面で大変お世話になりましたことにあらためて感謝申し上げます。総会参加者は 3000 名を超え、好天にも恵まれ、全国から参集した公衆衛生関係者による熱のこもった討議が行われました。とくに、東日本大震災関連のシンポジウムでは会場に入りきれないほどの会員が、震災の課題についての討議に耳を傾けました。発災直後には総会の

開催も危ぶまれたのですが、喫緊の公衆衛生学に関する多くの課題について真摯な意見交換が行われたこと誠に時宜を得たものでした。

第 70 回日本公衆衛生学会総会では、秋田県公衆衛生学会との共催のシンポジウムとして、「自殺対策の効果評価と展望」が開催されました。その内容は本誌に誌上採録されておりますので、ご一読ください。自殺対策の今後の方向性について貴重な提言がなされており、学術的にも価値の高いシンポジウムであったと考えております。

秋田県のみならず日本の公衆衛生学の向上に、本誌がいささかなりとも寄与できますことを心から願っております。

特集

秋田県公衆衛生学会 シンポジウム

学会長： 本橋 豊 秋田大学大学院医学系研究科 教授

「自殺対策の効果評価と展望」

日時： 平成23年10月20日（木） 13:40～15:30

場所： 秋田県民会館

座 長

東京大学大学院医学系研究科 川上 憲人
鹿児島県始良・伊佐地域振興局保健福祉環境部 宇田 英典

講 演

こころの健康の社会決定要因と自殺対策

—J-AGES／ベンチマークをもとに

日本福祉大学 近藤 克則

高齢者の社会参加・社会貢献による

地域のソーシャルキャピタルの醸成

東京都健康長寿医療センター研究所 藤原 佳典

地域づくりとしての自殺予防対策

八峰町福祉保健課 直嶋 京子

地方自治体の自殺対策の効果評価の検討

秋田大学大学院医学系研究科 金子 善博

こころの健康の社会的決定要因と自殺対策 —J-AGES／ベンチマークをもとに

近藤 克則

日本福祉大学 健康社会研究センター

1. はじめに

本シンポジウムのテーマ「自殺対策の効果評価と展望」を考える時、その背景にある「こころの健康」は自殺の原因としてだけでなく、中間評価指標としても重要である。なぜなら世界の中でも自殺が多く、全国で年間3万人を超える自殺が続いている日本においても、人口10万人あたりでみると年間25人前後に見られる事象だからである。市町村の人口規模(2005年)をみると751ある市のうち最も多いのは人口規模5~10万人(248市)で、1456町村では、1~2万人規模(432町村)が最も多い。つまり、多くの市町村にとっては、自殺者数は年間でも数人~20人程度に見られる比較的少ない事象である。仮に自殺率を1割抑制するのに成功した市町村があったとしても前年度に比べると1~2人の減少であり、これでは誤差範囲内の変動との区別が難しく効果の評価ができないからである。

現実的な代替策は、①最終アウトカムであ

る自殺と関連を示し、②自殺に先行する指標で、かつ実際に自殺する人数よりも多くの人に見られるものを中間アウトカム指標として用いる方法である。うつなどの「こころの健康」指標は、これらの条件を満たしている健康指標である。うつについては多くの研究がなされ自殺に先行していることや(用いる診断基準や尺度によって異なるが)5から25%もの人に観察される。さらにうつに関連する要因も解明が進み、社会的決定要因の重要性が指摘されている。それらを「見える化」(評価)することは、評価・根拠に基づいた対策立案や、自殺対策の効果の検証を進める上で、重要な指標になり得るものである。

そこで本報告では、「こころの健康」とその社会的決定要因に着目して、筆者らが取り組んでいるJ-AGES (Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究)プロジェクトとベンチマーク研究をもとに、与えられたテーマについて考える。

表1. 効果的な自殺対策

1. 政策形成 (plan)

- 1) 社会問題化: 13年間3万人/年以上
- 2) 政策介入への合意: 自殺対策基本法
- 3) エビデンス探し/づくり

関連要因の探索・検証

4) 政策立案等

2. 政策介入 (do)

3. 政策評価 (check)

4. 政策プロセス改善 (action)

2. 政策マネジメント・サイクルから見た自殺対策の課題

政策形成 (plan) → 政策介入 (do) → 政策評価 (check) → 政策プロセスの改善 (action) というマネジメント・サイクル (表 1) をもとに、効果的な自殺対策を考える。

まず「政策形成」の段階は、自殺が社会問題化し政策介入への合意がなされなければ始まらない。日本においては、すでに13年間3万人/年以上の自殺が見られ、政策介入すべき社会問題として合意がなされ、「自殺対策基本法」が成立し、それに基づく政策介入がなされるようになってきている。次の「エビデンス探し/づくり」の段階では、政策形成の根拠となるような関連要因の探索・検証が望まれる。現実には、科学的方法で十分な信頼性や妥当性が認められた根拠は限られており、入手可能な範囲の根拠に基づいて政策が立案される。

それらが効果的であるためには、政策が正しいこと (効果が期待できる) だけでは不十分である。良い政策でも、それが正しく (効果的に) 行われなければ効果は小さいものと

なる。それが政策介入のプロセスと効果 (アウトカム) の評価が求められる理由である。効果を検証し、効果の大小や影響する要因を評価・分析し、政策そのものやそのプロセスを改善することで、より大きな効果が期待できる。

これらのいずれのプロセスも重要だが、ここでは研究者が貢献すべき「評価」に関わるものとして、エビデンスづくりと政策評価の2つについて述べる。

3. 政策立案のためのエビデンスづくりーリスク要因の解明

自殺のリスク要因として知られる「うつ」のリスク要因に関するエビデンスづくりは意外に難しい。例えば、図1に示すように、うつ状態は低所得層に多いことが知られている^{1,2)}。しかし、横断分析による知見では、低所得がうつ状態に先行するとは限らず、うつ状態になったために失業して、低所得になった影響など「逆の因果」を含んでいる。つまり、横断調査にとどまっていたら、リスク要因の推測はできても、その因果の解明は進まない。

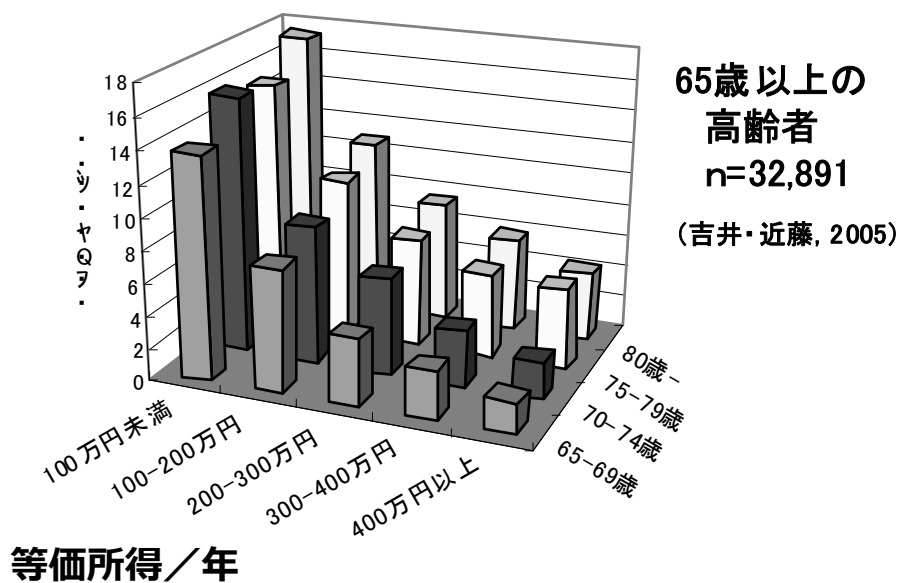


図1. 所得とうつ状態の関係

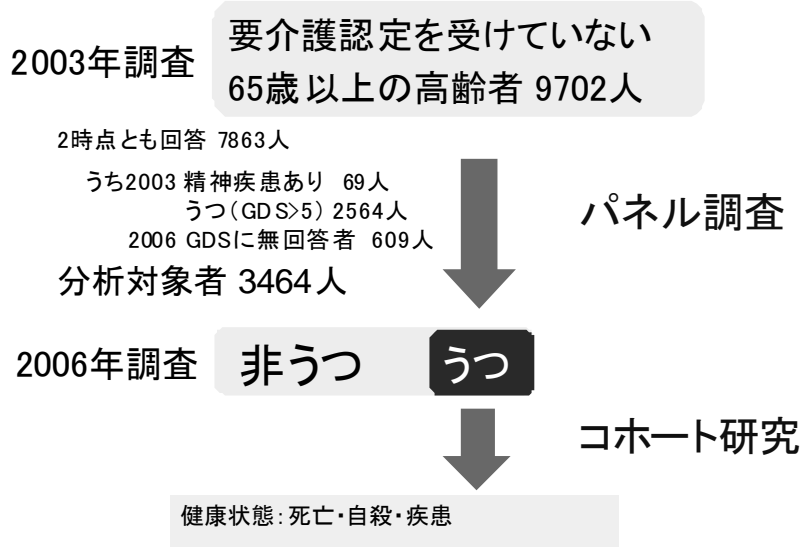


図2. 研究デザイン：パネル調査とコホート研究

この限界を超えるためにはコホート研究に代表される縦断研究が必要となる。コホート研究では、ベースライン調査で曝露要因を調べて、エンドポイントを（死因別）死亡として、（死因別）死亡のリスク要因を探索・検証するものが多い。そのような研究によって、うつが自殺を始め多くの（不）健康リスクであることが示されてきた。しかし、それだけでは早期からの自殺予防対策—うつ予防には不十分である。直接死因としてうつが死亡個票に記載されることはごくまれであるため、（死因別）死亡をエンドポイントとするコホート研究では、うつリスク要因を解明することはできない。それを解明するには、エンドポイントをうつとする必要があり、そのためにはエンドポイントとしてのうつを診断・評価するための独自調査が必要となる。エンドポイントとは別に、その前段階（ベースライン）の曝露要因の情報が必要なので、少なくとも同じ人について2時点の調査を行う必要がある。このような2時点の調査データを結合した調査・研究デザインをパネル調査などと呼ぶ（図2）。

<縦断研究の例>

AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study, 愛知老年学的評価研究) プロジェクト^{1,3)}の2003年と2006年調査データを結合したパネル調査データを使ってうつのリスク要因を分析した⁴⁾ので、その結果を紹介する。対象は、2003年時点で要介護認定を受けていなかった65歳以上の高齢者9702人である。2006年に同じ対象者に追跡調査を行ったところ、2時点とも回答してくれたのは7863人（回答率81%）であった。エンドポイントを高齢者尺度（GDS 15項目版）⁵⁾で評価したうつ傾向（GDS ≥ 5）とする場合、2003年時点ですでにうつ傾向（2564人）であったり、精神疾患ありと回答した者（69人）、2006年調査でGDSのいずれかの項目に無回答なため欠損値があった609人を除くと、分析対象者は3464人にまで減少する。

分析の結果、2006年調査で尋ねた過去一年間のネガティブ（ストレスフル）・ライフイベントあり（男女）、後期高齢者（女のみ）で有意にうつが多く見られ、逆に2003年時点のストレス対処能力（SOC）が高い（男女）、

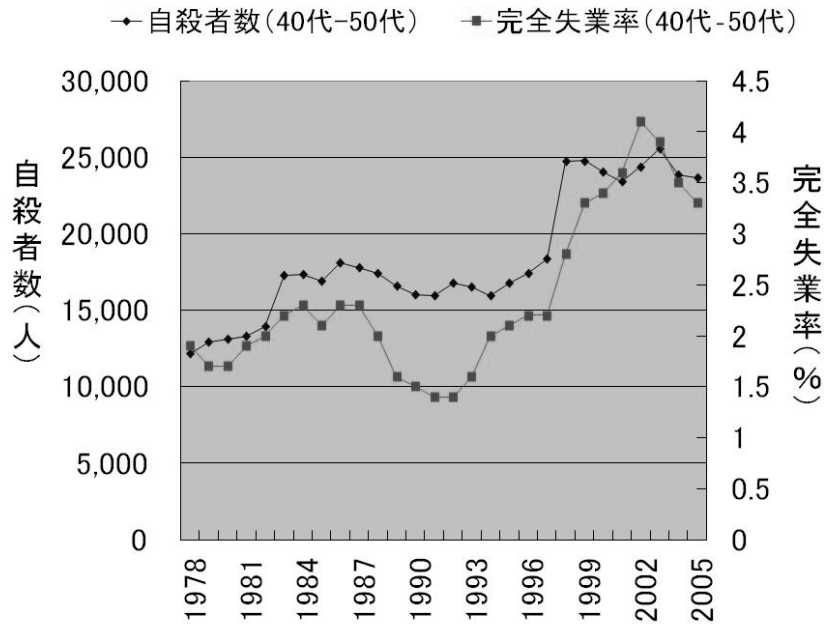


図3. 40-50代の自殺者数と完全失業率

主観的健康感が良い(男のみ), 趣味あり(男のみ), 友人と会う頻度が月に1~2回以上(男のみ)などで2006年のうつは有意に少なかった。都老研式活動能力指標, ソーシャルサポート, 地域組織への参加, 教育年数, 等価所得, 婚姻状況を同時投入したがこれらでは有意な関連を認めなかった。

また, 自殺やうつとは異なる指標だが健康寿命の喪失(死亡または要介護認定)をエンドポイントに, そのリスク要因をAGESプロジェクトの要介護認定を受けていない10,342人を4年間追跡して分析してみた。やはりストレスフル・ライフイベントである配偶者との死別経験者で健康寿命の喪失リスクは高かった。ただし, 社会的(情緒的)サポート源の数の多さで比べると, 情緒的サポート源が多い人ではそのリスクが緩和されていた⁶⁾。これらのことから, ストレスフルなライフイベントが, うつや健康寿命喪失のリスクであり, 社会的ネットワークやサポートは健康に保護的に働くと考えられる。

<こころの健康の社会的決定要因>

1000人の自殺者の実態調査にもとづく自殺実態白書2008⁷⁾によれば, 自殺時に抱えていた「危機要因」数は一人あたり平均4つで, 「危機要因」全体のおよそ7割が上位10要因に集中していたという。その10要因とは, ①うつ病、②家族の不和、③負債(多重債務+連帯保証債務+住宅ローン+その他)、④身体疾患(腰痛+その他)、⑤生活苦(+将来生活への不安)、⑥職場の人間関係(+職場のいじめ)、⑦職場環境の変化(配置転換+昇進+降格+転職)、⑧失業(+就職失敗)、⑨事業不振(+倒産)、⑩過労である。自殺の10大要因が連鎖しながら「自殺の危機経路」を形成しており, その最終段階に位置づけるのがうつであったという。これらを見るとうつなどのこころの健康には多くの社会的決定要因が絡んでいることが確認できる。40-50代の自殺者数の推移と完全失業率の推移(図3)を見ると, 両者の間には関連が見られることからそのことがわかる。

海外に目を向けると, 世界精神医学会

(WPA)「老年精神医学・気分障害」部門が多くの文献をレビューして、「高齢者うつ病診療のガイドライン」⁸⁾にまとめている。それによれば、うつのリスク要因として、近親者・重要な他者(ペットを含む)の喪失、大きな経済的危機などのライフイベント、慢性的なストレス、健康や可動性の衰え、社会的な孤立、社会経済的能力の低下、夫婦関係の問題などがあげられている。一方、予防因子として、社会的サポートをあげ、専門職のネットワークの調整役と見なせるケアコーディネーター配置も有効とされている。こころの健康には多くの社会的決定要因が関与していることは、確立していると言ってもよいであろう。自殺率が国によって大きく異なっていることは、そのリスク要因も国によって異なっている可能性があることを意味する。今後日本でもパネル調査などの研究デザインによる検証を積み重ね、自殺やそのリスク要因であるうつ、さらにうつのリスク要因や予防的な要因について、社会的な要因も視野に入れたエビデンスづくりが望まれる。

4. 自殺対策の効果評価

2つ目の課題として、自殺対策の効果評価について考える。公衆衛生モニタリングレポート委員会は、その最初のレポートとして「経済変動期の自殺対策のあり方について」⁹⁾を発表した。そこで掲げられている3つの提言には、①失業者の自殺対策の強化、②多様な人々が生きやすい社会の形成など、こころの健康の社会的決定要因に着目した政策介入と共に、③自殺対策の効果評価において、関連指標の全国的モニタリングを実施することが掲げられている。

<ベンチマーク・システム開発のねらい>

その具体的なイメージを示すことを意図して、J-AGESプロジェクトのデータを用いたベンチマークを試みているので紹介する。このデータは厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「介護保険の総合的政策評

価ベンチマーク・システムの開発」(H22-長寿-指定-008)などに活用するために現在も収集が進められているものである。介護保険の政策評価のためのシステムの開発をめざしており、その一環として介護予防に一つの重点を置いているため、うつに関わる個票データが、27自治体の7.9万人の高齢者から集められている。これをこころの健康指標として、自殺対策の効果評価のためにも活用しようというものである。

ベンチマーク・システムとは、多面的な指標群の数値を①市町村間、②市町村内の小地域(例えば小学校区)間、③モデル事業群と擬似的対照群間、④異時点間(経時的変化)など、他の基準(ベンチマーク)との相对比较ができるシステムのことである。ベンチマークのねらいは、「見える化」を進めることで、①それぞれの長所や重点課題を発見しやすくすること。②指標から見て参照すべきと思われるところの特徴や要因を、そうでないところと比較することで探り改善策のヒントを得ること。③それらのエビデンスに基づき、やり方を改善した後も定期的な観察データを集積し、やり方の異なる他地域などと比較することで変化や効果を検証すること。④さらに複数の方法で費用と効果を比較検証して費用対効果の良い方法を見出すこと、など、政策マネジメント・サイクルの各段階において有用な情報を蓄積・活用できるようにすることである。

<ベンチマークの試み>

対象自治体は、愛知県の自治体を中心としていたAGES(Aichi Gerontological Evaluation Study,愛知老年学的評価研究)プロジェクトから全国(北海道、東北、関東、東海、近畿、中国、九州、沖縄)に展開し、協力が得られた27自治体(22介護保険者)である。要介護認定を受けていない高齢者を対象とし、人口規模の小さい自治体では全数、人口規模が大きい自治体では5000人以上を無作為抽出した。A4で12ページのほぼ同じ

調査票を用いた郵送調査（沖縄のみ留め置き調査）で、介護保険者である市町村の介護保険課などとの共同研究として行った。うつ尺度としては、高齢者うつ尺度（GDS15 項目版）⁵⁾を用いた。介護保険者が小地域単位で介護予防の課題を評価したり、事業計画を立案・実施・評価するのに活用することを意図しているため、小学校区データの提供も受けて、小学校区単位で高齢者の何%にうつが見られるのかを算出した。

図4では、白黒表示だが、実際にはカラー印刷で、うつ状態と判定された人が多くなるほど赤く、少なくなるほど緑色に、小学区を塗り分けて示した。これによってうつが集積している地域が見えるようになる。実際に、保健師に見てもらったところ、「この赤い地域は自殺が多いところ」という声も聞かれており、自殺対策の重点地域の設定に役立つと期待できる。また、対象市町村を分析単位とした地域相関分析で関連要因を探索した結果の一例

を図5に示した。対象者を、前期高齢者と後期高齢者に分け、縦軸にうつ(GDS>10)と判定された人の割合を、横軸に興味の会に参加していると応えた人の割合を取ってある。上述したように、うつの予防因子として社会的サポート・ネットワークが報告されているため、その提供源になりそうと考えて趣味の会への参加割合を見てみたものである。その結果、趣味の会への参加割合が高い地域ほど、うつと判定される人が少ない傾向が読み取れる。今後、個人レベルの属性を調整しても、このような関連が残るのか、他の組織への参加でも似たような関連が見られるのかなどを検討することが課題となる。さらには、重点地域を対象に、自殺対策の取り組みを進めた後に、追跡調査によってその地域でうつの割合が減少してくるのかどうかをみることで、自殺対策の効果評価の一つになると期待している。

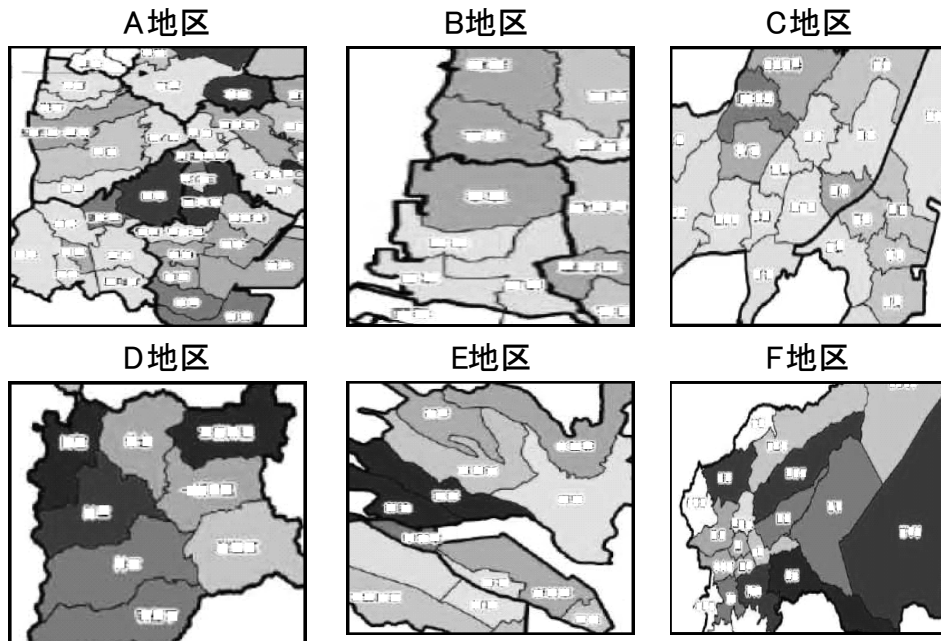


図4. 老人用うつスケール 10-15 点の者の割合（後期高齢者）

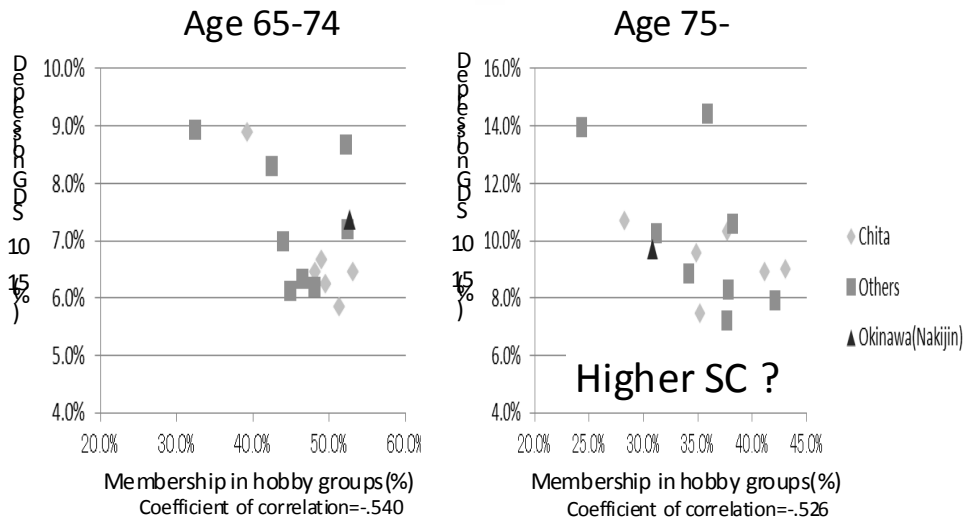


図 5. 趣味の会への参加とうつ (GDS>10)

5. 期待される評価の強化

以上紹介したような政策立案や評価に役立つことを意図した政策疫学研究を進めてきた経験からわかったことは、「エビデンスに基づく政策」に寄与する研究を進めるには、大型の研究プロジェクトが必要なことである。

冒頭でも述べたように、自殺は人口 10 万人当たり約 25 件なので、例えば、約 1 万人の対象者を 4 年間追跡するコホート研究でも、自殺者は約 10 人とどまる。1 万人では、自殺をエンドポイントとしたコホート研究には小さすぎる。うつをエンドポイントにしたパネル調査でも、紹介したように 2 時点とも回答が得られた人に限定し、ベースライン時のうつがなかった者に限定すると、ベースライン時の対象者が 1 万人でも実際に分析対象者になるのは 4000 人を切ってしまう。これらのことまで考えると、自殺をエンドポイントとしたコホート研究による科学的根拠をえるために、10 万人規模の対象者を追跡することが必要になる。費用が安い郵送調査でも一票当たり 1000 円程度は必要であり、10 万人当たり 1 億円規模、面接調査ならその数倍の研究費が必要になる。さらにその事務局を支える人件費まで考えると、これは科学研究費補

助金の基盤研究 S クラス (5 年間で 2 億円まで) でも心細いような大型研究プロジェクトが必要なことを意味している。長期縦断研究を支える事務局やマルチレベル分析も行える研究人材の育成の必要性も考えると、数人の研究者や一大学で行える規模のものではない。

例示したうつと判定される人の割合を指標としたベンチマークに必要なデータ収集も、大変な手間と費用がかかるものであるが、実は高齢者に限ればほぼ全ての市町村が既にデータを持っている。ほとんどの介護保険者が、介護予防のための「基本チェックリスト」を郵送調査や健診時に用いており、この基本チェックリストには「うつ 5 項目」が含まれているからである。これを保険者から提出してもらおう仕組みができれば、例示したようなベンチマークとそれをういた分析は、すぐにもできる条件がある。ただし、多くの保険者がデータを提供してくれるためには、高い信頼が得られる機関や学会などが、データの受け入れ先となる必要がある。

科学的な方法による自殺の評価のためには、大規模縦断研究でもベンチマークの開発でも、学会や国による大きな支援や主導が望まれる。

謝辞

本報告で紹介した研究には、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業（文部科学省）、並びに厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「介護保険の総合的政策評価ベンチマーク・システムの開発」（H22-長寿-指定-008）の助成を受けた。記して深謝します。

文献

- 1) 近藤克則編. 検証『健康格差社会』－介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. 医学書院. 2007
- 2) 近藤克則: 健康格差社会－何が心と健康を蝕むのか. 医学書院, 2005
- 3) Nishi A, Kondo K, Hirai H, et al.: Cohort profile: the ages 2003 cohort study in Aichi, Japan. *Journal of epidemiology* **21**: 151-7, 2011
- 4) 三澤仁平, 近藤克則: うつ発生の背景因子の解明－AGES パネルデータから見えるもの. *日本公衆衛生雑誌* **58**: 376, 2011
- 5) Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP: The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form.

J Geriatr Psychiatry Neurol **4**: 173-8, 1991

- 6) 近藤克則, 大塚理加: 高齢期における配偶者との死別経験が健康に及ぼす影響とソーシャルサポートの効果に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業, 主任研究者近藤克則, H22-長寿-指定-008）研究班, : 「介護保険の総合的政策評価ベンチマーク・システムの開発」平成 22 年度 研究報告書. 217-221. 217-221. 2011
- 7) ライフリンク: 自殺実態白書. 特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンク, <http://www.lifelink.or.jp/hp/whitepaper.html>, 2008
- 8) Baldwin RC, Chiu E, Katona C, et al.: Guideline on Depression in Older People - Practising the Evidence. Martin Dunitz Ltd. 2002, 鈴木映二, 藤澤大介, and 大野裕 監訳: 高齢者うつ病診療のガイドライン. 南江堂, 2003.
- 9) 日本公衆衛生学会 公衆衛生モニタリングレポート委員会: 経済変動期の自殺対策のあり方について. *日本公衆衛生雑誌* **57**: 415-418, 2010

高齢者の社会参加・社会貢献による地域のソーシャルキャピタルの醸成

藤原 佳典

東京都健康長寿医療センター研究所

1. 高齢者の社会的孤立と世代間交流

ソーシャルキャピタルの要件である信頼、規範、ネットワークを構築・維持する上で、関与者間でのWin-winつまり互恵性が重要である。少子高齢化や核家族化が急速に進行する我が国において地域生活における互恵性の、一つの到達点は多世代共生・世代間交流であるともいえる。

「交流」の対極に「孤立」がある。Taunsend¹⁾は、「孤独(loneliness)」とは、仲間づきあいの欠如あるいは喪失により好ましくない感情を抱くことであり、「孤立(isolation)」とは、家族やコミュニティとほとんど接触がないという客観的な状態であると定義している。まず、高齢者を対象に「孤立」について考えてみよう。この定義に基づ

き、別居家族や親戚、友人・知人や近所の人など同居家族以外との接触が乏しい状態を「孤立」とすると、性別による違いが大きく、週に1回以上の対面接触がある割合は、独居・同居とも女性で50%を上回る一方、男性では対面・非対面とも週1回未満の割合が高く、特に独居男性では40%強が孤立に該当するとの報告がある²⁾。

高齢者が社会的に孤立する背景には、高齢者のみの世帯の増加や核家族化、死別離別といったライフイベント、さらには、エイジズム(高齢者への偏見)による世代間の隔絶といった要因が考えられる(図1)。

戦後、家父長制に基づく孝養を説く年長者への敬意を説く儒教思想にかわる価値観が失われつつあるからことが、近年の、わが国に



図1. 高齢者を孤立させる社会的要因

におけるエイジズムの原因と言われる。さらには、少子高齢化や若年層のニート・フリーターが増加する社会問題が深刻化するにつれ、高齢者施策を支えるための若年層の負担が問題視されている。その結果、年金制度や福祉教育施策といった公共政策が世代間の隔絶どころか、対立さえ導きかねないことが危惧されている。

また、世代間の隔絶の一因には我々の日常生活が便利になりすぎたことも挙げられる。例えば、子育てに関するちょっとした疑問や不安は、祖父母世代の知恵に頼らずとも、インターネットが教えてくれる。また、わざわざ祖父母に「お守り」を頼まなくても、携帯電話とコンビニエンスストアさえあれば、孫は留守番くらいできてしまう。

一方、放課後の子どもたちは、塾やスポーツ教室などの習い事の予定がぎっしりと詰まっていたり忙しく、かつてのように子ども同士、道端で遊んだり、近所の高齢者と会話をしたり、ときには怒られたり、といった姿はみかけなくなった。これでは、世代間の交流は衰退の一途をたどるのではと危惧される。少子高齢社会における互恵的な絆づくりに向けた策を提示することが急がれる。

しかしながら、互恵的な世代間交流を実証する社会実験は乏しい。

2. わが国の世代間交流型介入研究

“REPRINTS”のコンセプト

そこで、筆者は、平成15年ジョンズ・ホプキンス大学（ボルチモア市）において地域高齢者による学校支援ボランティア活動を通じた世代間交流プロジェクト「Experience Corps®」研究³⁾を学び、わが国への応用を試みた。導入にあたり、プログラムの基本コンセプトは高齢者による世代間交流を通じた「社会貢献」「生涯学習」「グループ活動」とした。具体的なプログラムはクライアントである学校側のニーズと高齢者側の興味と実行可能性・継続性を考慮して、平成16年より子どもへの絵本の読み聞かせボランティアによ

る介入研究“REPRINTS”（Research of Productivity by Intergenerational Sympathy）を開始した⁴⁾。“REPRINTS”では、絵本の読み聞かせを主なプログラムとしている。

「絵本」を題材とした理由としては、アメリカに比べて学校支援ボランティアの歴史が浅いわが国においても、最近では子どもの保護者を主とした読み聞かせボランティアが導入されている学校が多くなってきており、教職員に馴染みがある点や、学校のカリキュラムに組み込みやすく、定期的・反復的な交流活動としやすい点などが挙げられる。

また、老年学研究の視点からすると、絵本について学び、楽しむこと自体が高齢者の「知的好奇心」を末永く活性化し、ひいては「手段的自立」能力の維持に寄与することも期待でき、「生涯学習」の教材として最適と考えた。

本来、子どもを対象とする絵本は、純文学など成人を対象にした書物に馴染みの薄い高齢の初心者にとっても、親しみやすいであろう。しかも、文字が大きく、絵がはっきりしている作品が多く、視力の落ちた高齢者にとっても比較的扱いやすい。また、近年、多種多様な絵本が発刊され、芸術性の高い作品や人生経験豊かな高齢者にこそ共感しうる名作が紹介されている。

このような理由から、“REPRINTS”プログラムを考案する際、絵本を題材とすることが広く高齢者の支持を得るものと考えた^{6,7)}。

3. “REPRINTS”の互恵的効果

“REPRINTS”プログラムの対象地域は東京都心部（東京都中央区）、首都圏住宅地（川崎市多摩区）、地方小都市（滋賀県長浜市）を選び、2004年6月一般公募による60歳以上ボランティア群67人と基本属性および身体・社会活動性の類似した対照群74人に対して、ベースライン調査を行った。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、6～10人単位のグループに分かれ地域の公立小学校、幼稚園等への定期的な訪問・交流活動を開始し、9ヵ月後に第二回調査を

行った。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たことが挙げられる。社会的サポート得点でボランティア群は対照群に比べて友人・近隣の人からの受領サポート得点は有意に減少したが、提供サポート得点は有意に増加した。ボランティア群は対照群に比べて「地域への愛着と誇り」、健康度自己評価、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、部分的ではあるが「Experience Corps®」の知見をわが国においても確認しえた。更に、介入、対照群ともサンプルサイズを補強し、3年間、追跡した結果、ソーシャルネットワーク(図2)、自己効力感⁸⁾、ストレス対処能力⁹⁾において長期間の介入効果が認められた。

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

証した¹⁰⁾。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4~6人が週2日訪問し、絵本の読み聞かせを継続している。ボランティア試験導入開始1ヵ月後に初回調査、その後、6ヶ月ごとに第二回、第三回調査を行った。主な調査項目は、SD(Semantic Differential)法による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)である。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」因子の得点変化を一般線形モデル(学年、性、高齢者との交流経験総得点、社会的望ましき尺度短縮版を調整)により評価したところ、「評価性」因子において群間と調

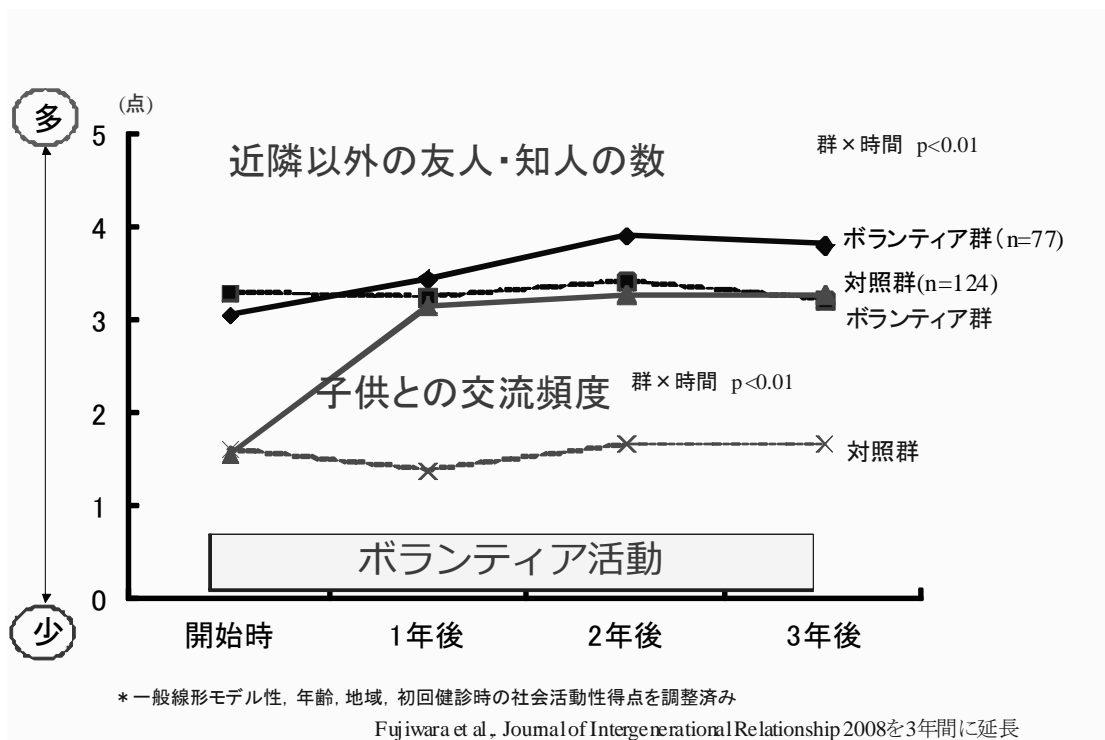


図2. 社会的ネットワークの推移

査回数に交互作用がみられた。結論として、高齢者イメージは児童の成長とともに一般には低下する可能性があるが、“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た。

更に、A 小学校の保護者への波及効果を検証した¹¹⁾。その結果、低および中学年保護者の回答の2年間の経時変化において、学校行事への協力についての「保護者の物理的負担の軽減」は、初回調査では低学年保護者の評価が中学年保護者に比べて有意に高く、かつ両群とも経時的に評価は向上した。「保護者の心理的負担の軽減」および「認知度」は、初回調査で両群に有意差は無く、ともに経時的に評価は向上した。つまり、2年間のボランティア活動により、“REPRINTS”ボランティアの活動の一部への評価は児童の学年を問わず高まった。

以上より、“REPRINTS”プログラムによる、高齢者ボランティアと児童の互恵的効果が検証されたのみならず、児童を媒介として、高齢者と保護者世代にまたがる三世代の信頼感が構築される可能性が示唆された。

ソーシャルキャピタルは地域における信頼、互恵的な規範、ネットワークから構成される概念である。保護者が高齢者ボランティアに感謝の念を抱き、その思いは、親の介護を意識する世代としては、高齢者福祉への理解につながるかもしれない。一方では、子育てが一段落した後には、ボランティアとして、地域や他の子どもに貢献しようとする人も現れる可能性がある。こうして、保護者世代の高齢者理解と自身のボランティアへのきっかけが生まれ、さらに子どもはそうした親の姿から多くのことを学ぶであろう。果たして、互恵的な交流は世代間で継承され、地域を支える人的資源として好循環し、ソーシャルキャピタルが醸成されることが期待される。

引用文献

1) Townsend P. Isolation, loneliness, and the hold on life. In: Townsend P. The

Family life of old people: An inquiry in East London. Penguin Books. 1963:188-205.

- 2) 小林江里香,藤原佳典, 深谷太郎他. 孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康-同居者の有無と性別による差異. 日本公衆衛生雑誌 2011;58:446-456.
- 3) Fried LP, Carlson MC, Freedman M, et al. “A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model”. J Urban Health 2004;81:64-78.
- 4) 藤原佳典,西真理子,渡辺直紀,他. 都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラム-“REPRINTS”の1年間の歩みと短期的効果-. 日本公衆衛生雑誌 2006;53:702-14.
- 5) Fujiwara Y, Sakuma N, Ohba H, et al. Intergenerational health promotion program for older adults "REPRINTS": the experience and its 21 months effects. Journal of Intergenerational Relationship 2009; 7:17-39.
- 6) 藤原佳典監修, 世代間交流プロジェクト・りぷりんと・ネットワーク編著. 子どもとシニアが元気になる絵本の読み聞かせガイド. ライフ出版. 2008.
- 7) 藤原佳典監修, 世代間交流プロジェクト・りぷりんと・ネットワーク編著. シニアから君たちへ-読み聞かせに託すこころのリレー. ライフ出版. 2008.
- 8) 成田健一, 下仲順子, 中里克治他. 特性的自己効力感尺度の検討-生涯発達利用の可能性を探る-. 教育心理学研究 1995;43:306-314.
- 9) 山崎喜比古. 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC. Quality Nursing 1999;5:825-832.
- 10) 藤原佳典,渡辺直紀,西真理子他. 児童の高齢者イメージに影響を及ぼす要因:

“REPRINTS”ボランティアとの交流頻度の多寡による推移分析から. 日本公衆衛生雑誌 2007;54:615-625.

- 11) 藤原佳典, 渡辺直紀, 西真理子他. 高齢者による学校支援ボランティア活動の保

護者への波及効果—世代間交流型ヘルスプロモーションプログラム“REPRINTS”から—. 日本公衆衛生雑誌 2010 ;57: 458-466.

地域づくりとしての自殺予防対策

直嶋 京子

秋田県八峰町

1. 自殺予防対策に取り組んだ背景

秋田県北部に位置する八峰町は、県内最後の合併町として2006（平成18）年3月27日に誕生した1町1村（八森町・峰浜村）からなる、人口8495人、世帯数3151戸（平成23年5月31日現在）の町である。主産業は、八森地区は県北の漁業基地、峰浜地区は米をはじめ椎茸やミョウガ、ネギなどの農産物を生産する食糧供給地という特徴があり、昔から人と物資の交流は盛んに行なわれてきた。合併の慌しさの中、4月、5月、6月と峰浜地

区で自殺が相次いだ。驚き、憂い、改めて1998（平成10）年からの統計（表1、表2）を見ると、峰浜地区と八森地区に大きな差があることがわかった。地域振興局（能代保健所）健康予防課は、合併前年の2005（平成17）年から能代山本地域計画の重点施策に自殺予防対策を取り上げ、旧峰浜村で地区講座を開催する等支援にあたっていたが、合併したことで明らかにされた自殺の問題を新町の重要な健康課題と位置づけ、町ぐるみで対策に取り組み始めた。

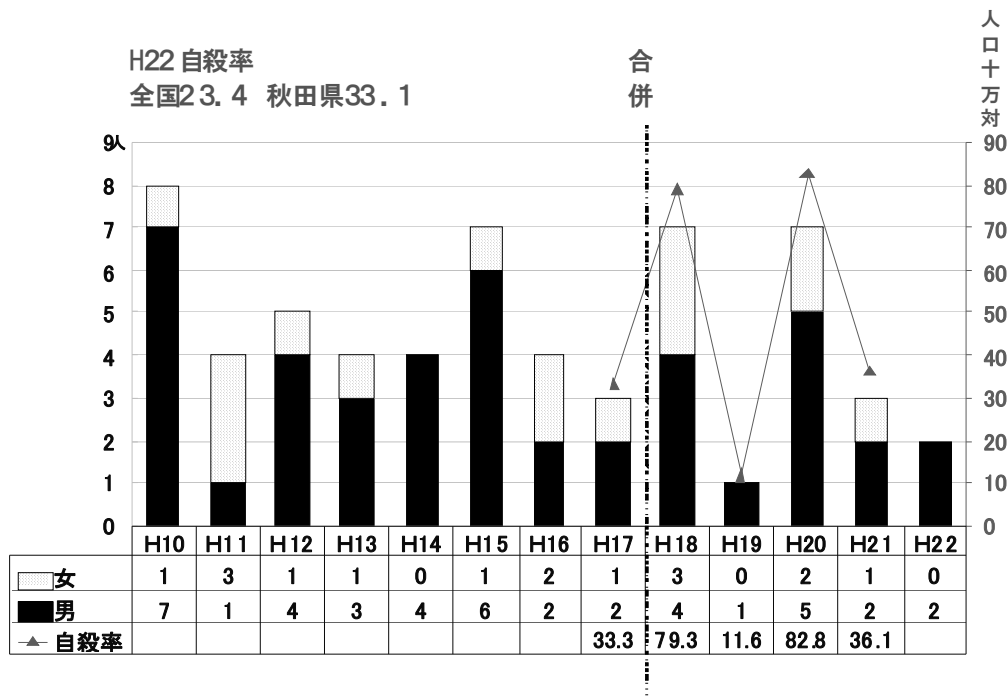


表1. 八峰町自殺者数年次推移

自殺率が全国平均より高い。男性が女性の2倍。対策後減少傾向にある。

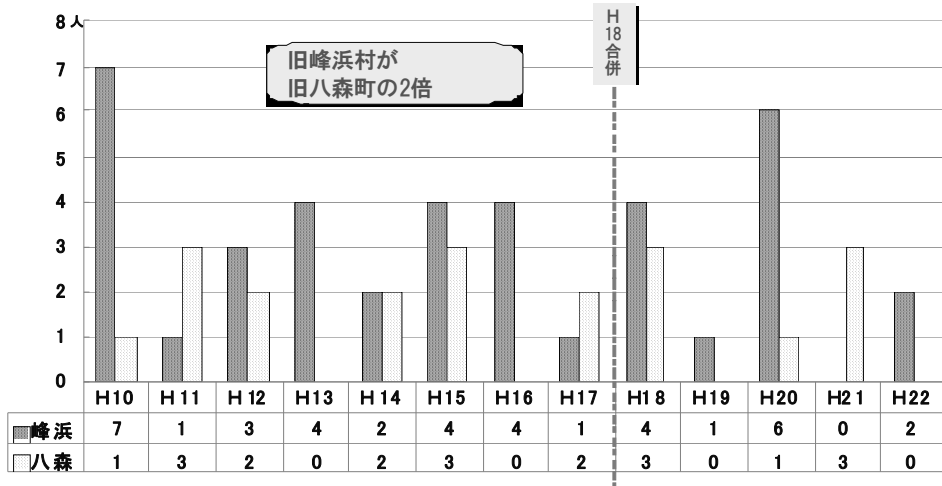


表2. 旧町村別自殺者数年次推移
地域差が大きい。峰浜地区が八森地区の2倍。

2. 取り組みの実際

「心のふれあいサポーター養成講座」と関係者の連携を図るための八峰ふれあいネットワークを核に、心の健康づくり調査、講演会、心と生命を大切に作品コンクール、生活苦・経済苦相談会、対策の強化地区での心の健康づくり懇話会、無理心中事件発生自治会への介入、自死遺族、未遂者訪問、心のほっと相談日の設定、心の健康づくり追跡調査結果重度の人への訪問、精神障害者当事者・親の会の結成等、住民の変化や手応えを感じながら、また新たな課題に遭遇しながら活動の輪を拡げてきた。中でも、2007年に結成された心のふれあいサポーター「陽だまりの会」が、自分たちにできる活動として「交流サロン」をオープンし温もりのある場の提供をしていることは、町ぐるみの対策の具体的な取り組みとして嬉しい動きである。

3. 対策の成果

5年間の対策を振り返ると、八峰町の自殺

予防対策は合併が取り組みのチャンスとなり、町の健康増進計画に自殺予防対策を位置付けたことで、対策を継続する基盤ができたと言える。対策の特徴は、住民が話し合いを重ねていることやトップを先頭に推進してきたことである。今では明らかに心の悩みや債務相談が増え自殺対策が住民に認識され浸透し始めている。

対策の成果として、①住民が自殺の現状を受け止め、自分たちの問題として捉え行動し始めた、②児童生徒の「心と生命」の教育が強化された、③行政・住民が一体となり新町の地域づくりの一つの取り組みになった、等が挙げられる。

4. 今後の課題

平成22年度の八峰ふれあいネットワークからの提言は、「自殺予防の声を末端までどう届けるか」「地域全体をどう温めるか」であり、しがらみからゆるやかにつながる新たな地域づくりが課題になっている。

地方自治体の自殺対策の効果評価の検討

金子 善博

秋田大学大学院医学系研究科 公衆衛生学講座

本日は発表の機会を与えていただき、座長の川上先生、宇田先生はじめ、関係の先生方にお礼申し上げます。さて、報告の題名は「地方自治体の自殺対策の効果評価の検討」とさせていただきますが、はじめに私が大学の講座をとおして現在、主に関わっている秋田県の自殺の現状について少しご紹介します。秋田県の自殺者数は平成22年の人口動態統計では358人、日本全体の1.2%です。

ご存じかと思いますが、秋田県の自殺死亡率は都道府県の中で一番高い状況が続いています。全国平均と比べた死亡率の高さが顕著になってきたのは昭和40年代の後半からです。

秋田県では、県として平成13年から本格的な対策事業が始まりましたが、その後も死亡率は上昇し平成15年にピークになります。その後、人数、率とも減少傾向に転じ、平成22年には32.8と平成15年から3割近い減少となりました(図1)。

一人ひとりの自殺の背景には様々なものがありますが、秋田県が抱えている統計上の課題は、高齢者、働く世代の男性、特に無職者、過疎の目立つ農村部、中山間部です。県内の地域差は全国的な傾向と同様の傾向です。平成13年から15年の市町村毎の自殺死亡率の平均を図に示しました(図2)。都市部、各地域の中心部に比べて周辺の農村部、中山間部での死亡率が高くなっています。データはやや古くなっておりますが、地域での実感として、この傾向は変わっていません。

秋田県と全国の男女別年代別の自殺死亡率

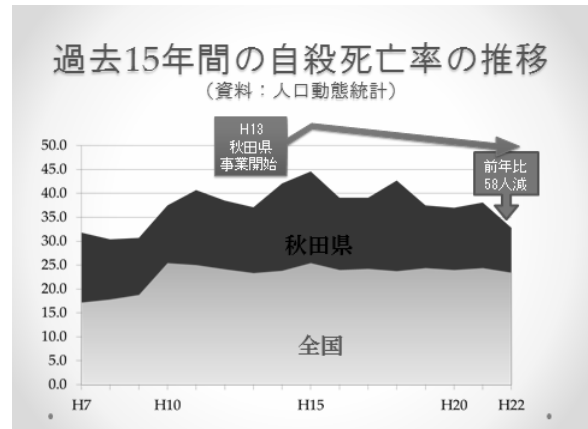


図1

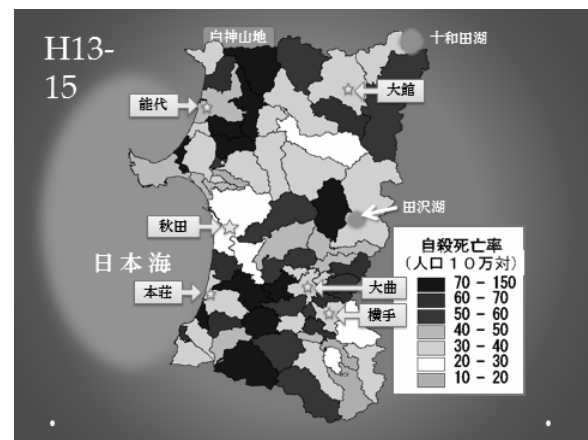
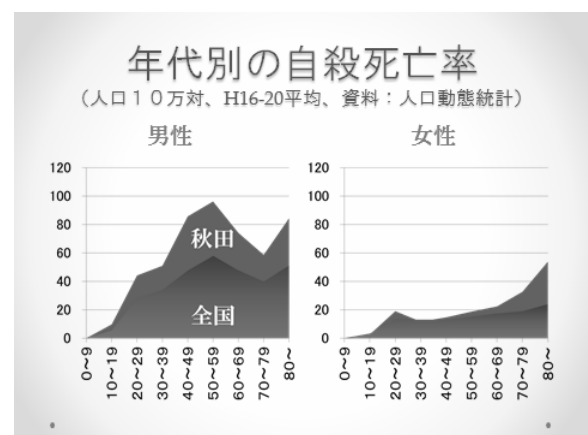


図2



受付 2011.12.15 受理 2011.12.21
〒010-8543 秋田市本道1丁目1-1

図3

については男性では全ての年代で、女性では高齢者で全国に比べて死亡率の高さがみられます(図3)。高齢者については男女とも全国に比べて高い死亡率となっておりますが、長期的には全国の傾向と同様に減少してきました。しかしながら、死亡率が高いまま減少傾向が弱くなってきていますので、世帯構成や地域生活の変化などの背景要因を注意深く見ていく必要があります(図4)。

働く世代の男性の死亡率が高くなっていましたが、就業状況別の死亡率はおおよそ図5にしめしたような状況です。これは自殺者が最も多い男性50歳代に限定したものです。被雇用者の死亡率が相対的に低く、無職者の死亡率が著しく高くなっています。秋田県はどの就業区分でも全国より高いのですが、就業状況別の動向は似ています。

働く世代の男性の無職者の自殺について、もう少し詳しく検討したのが図6です。全国の値では平成21年の男性の30～59歳の自殺者1.2万人のうち4割が無職者ですが、警察の報告では失業者とカウントされたのが1700人、その他の無職者とカウントされたのが3300人です。その背景、分母になる人口を労働力調査などから拾ってくると、この年の失業者が135万人に対し、非労働力人口が110万人でした。この人たちの殆どが障害者かというよく分かりません。

各種の調査からこの年代の男性の障害者は60万程度ではないかと思います。もちろん、未受診、診断のついていない精神障害も多いですから、障害が把握されておらずに仕事が出来ていない人、求職活動が出来ていない人もいると思います。また、地域によってはハローワーク、公共職業安定所を利用しているのは、失業者の6割ほどというデータもあります。このように求職活動をしない、出来ない勤労世代の男性無職者の自殺のリスクは高いことが予想されますが、実態の把握は十分ではありません。このような人達が地域にいて支援が難しいのは保健の現場でよく実

感されていると思います。

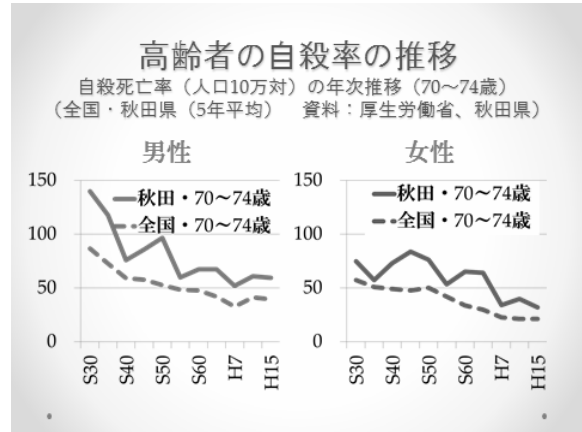


図4

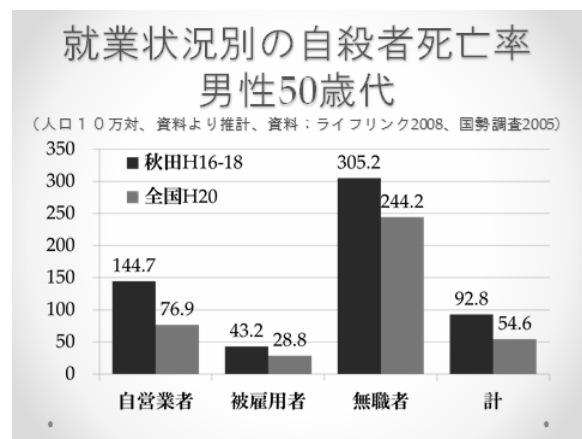


図5

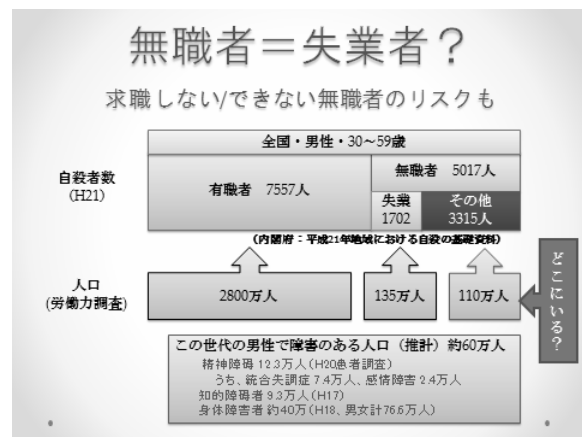


図6

さて、本題です。背景としては、平成19年に自殺対策基本法ができ、平成21年には地域自殺対策緊急強化基金が出来ました。この基金により全国の自治体での自殺対策が促進されています。平成22年には本学会の提

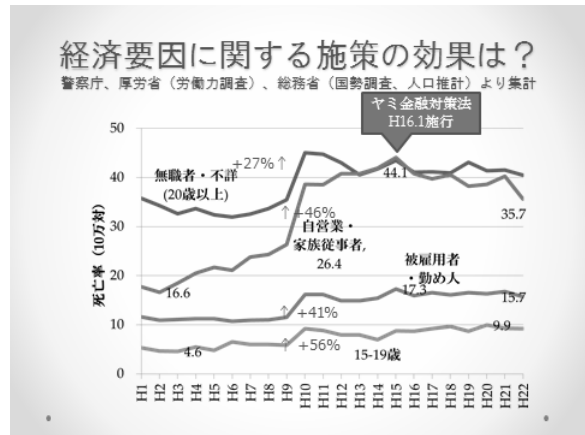
言が政府、当時の担当大臣に行われています。その提言の骨子は、自殺対策の効果評価指標の全国的モニタリングの実施、失業者の自殺対策の強化、および多様な人々が生きやすい社会の形成の3つとなっております。

ここでは効果評価ということに関して、既存資料から検討した関連するいくつかの施策や対策と死亡率の変化の紹介、都道府県の対策予算と死亡率の関係などを紹介し、効果評価の課題や方向性について検討しました。

はじめは緊急強化基金以前の話です。平成10年に自殺者数が大幅に増加した際、幅広い層に影響があったのですが、就業状況別にみると死亡率に大きな増加がみられたのは、自営業主でした。当時の経済状況を背景として顕在化したのが中小零細事業者の事業資金の債務問題、高利の過酷な取り立てを苦しめた自殺です。多くの弁護士や関係者の働きかけで平成16年に通称ヤミ金対策法が施行され、前後して関連する法規制や情報提供、相談支援なども行われていきます。その後、自営業者の死亡率は2割以上低下してきました(図7)。検証は難しいですが、関連する施策の前後での死亡率の変化を示す一例ではないでしょうか。関連する経済要因に関する施策としては、この後も、多重債務問題として消費者金融の過払い金返還などに続いています。

自殺対策キャンペーンの効果はどうか。図8は全国の月別の死亡率を3年分プロットしたものです。昨年、政府が直接行った対策の中でTVCMを中心としたキャンペーンが行われました。これについては、ここ数年4月と10月に自殺者が多いということでその前の3月と9月にキャンペーンを行ったと云うことです。通年のデータで平成22年はキャンペーン翌月の4月と10月の死亡率が低くなりました。

キャンペーンと死亡率の関係の都道府県単位の例として、秋田県についてもお示しします。秋田県では政府のキャンペーンと同じように昨年中に2回のキャンペーンを行いました。中央政府に比べて期間を長くとりまし



た(図9)。年の前半は3月から5月の3ヶ月、

図7

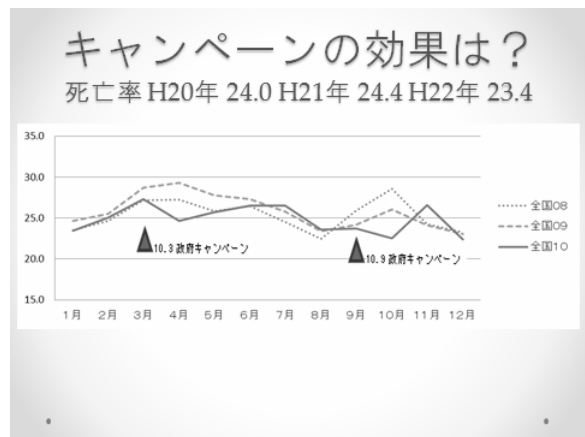


図8

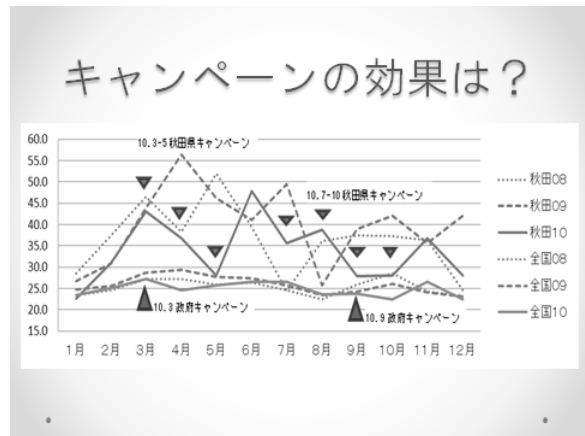


図9

後半も7月から10月の4ヶ月です。この期間中にメディア広告だけでなく様々な事業、活動が県、市町村、民間団体を通じて行われました。キャンペーン期間中の自殺は少なく、

終了翌月が多いという結果が出ていますが、キャンペーンの効果と云って良いのかの検証は十分できていません。

秋田県内の状況に接していると、自殺予防対策は継続が大事ですよ、と言いながら、キャンペーンを実施するときは目先を変えていかないと注目を集めにくいという課題も感じます。

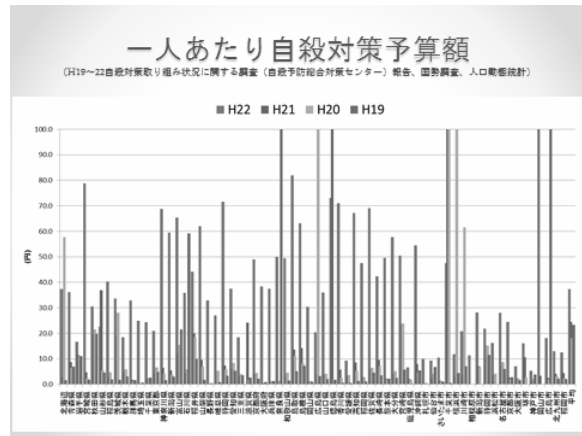
最後に、全国の都道府県に関する事例として、自殺対策予算と緊急強化基金の関係について紹介します。都道府県、政令指定都市の事業実施状況や予算額は、自殺予防総合対策センターが平成19年度から調査、現在は内閣府と連名で調査し、報告されていますので、その結果を用いて検討しました。

平成19年度から22年度までの各都道府県、政令指定都市から報告された予算額は大きくばらついていましたが、予算額の中央値は年度毎に510万円、612万円、621万円、5131万円と増加し、平成20年度からは全ての都道府県で予算が計上されるようになりました。

自治体間の人口規模には大きな格差がありますので、一人当たりの予算額を計算しました。グラフの上限を一人当たり100円としたものが図10です。図には一番左が北海道、ついで青森県、以下各都府県が並び沖縄県の右側に政令指定都市を示しています。バラツキは大きいですが、緊急強化基金が作られた平成22年度が金額が目立つ自治体が多くなっています。中央値(n=63~65)は平成19年度の2.6円から、4.5円、4.2円、平成22年度では33.7円と増えました。基金の交付により全国の中央値で人口1人あたり4円程度だった自殺予防対策予算が34円に増えました。基金が各地の自殺対策の大きな柱となっていることが分かります。

予算額と自殺死亡率の関係はどうなっているのでしょうか。次年度の予算作成時期には前年の自殺死亡率が分かっていますので、予算額にその影響はあったのでしょうか。予算作成年度の前年の自殺死亡率と翌年度の予算額の間を平成19年度から22年度の予算につい

てプロットしたものが図11です。



基本法成立前の平成18年秋に作成された
図10

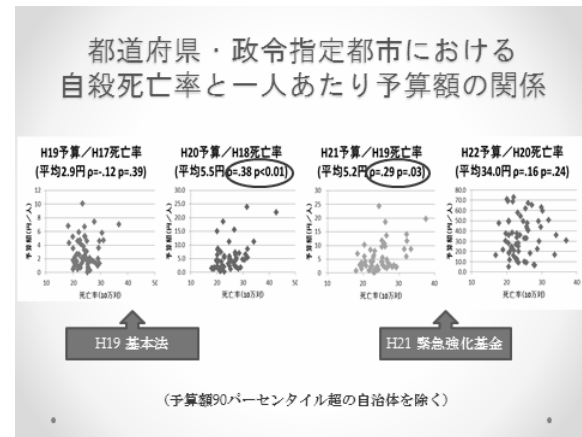


図11

19年度予算では、死亡率と予算額には関係が無く、成立後に作られた平成20年度と21年度予算では死亡率との正の順位相関が5%で有意と、死亡率の高い自治体では予算を多くつけていました。年度当初から基金を計上できるようになった平成22年度予算ではその関係は見られなくなりました。残念ながら予算額の多少と翌年度の自殺死亡率の減少幅とは関係がみられませんでした。

しかしながら、平成18年以降、都道府県、政令指定都市の死亡率の変動係数が0.23、0.17、0.17、0.16、0.13と減少傾向にあることから、死亡率の高い県と低い都府県の格差

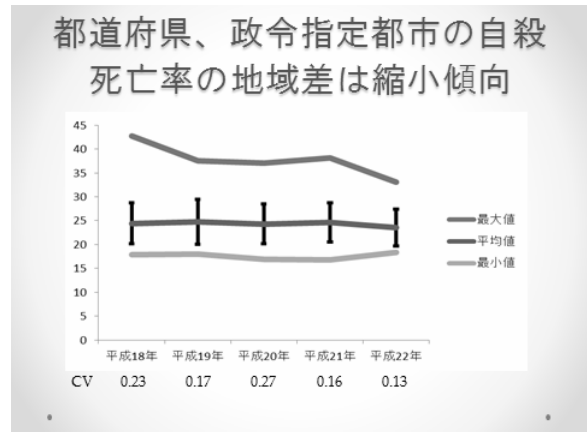
は縮小傾向にあると云えるでしょう(図12)。 だろうと感じます。

一人あたりの予算額は、各自治体における対策の手厚さと関連すると考えられますが、条件が前向き介入研究のように well-control ではないので、いわゆる事業評価の場合の課題が様々にでてきます。例えば、自殺が多領域にわたる課題と関連することによる自殺対策関連事業の定義の困難さや、予算と事業の質の関係が不明であることです。

先ほど紹介したキャンペーン以外でも、例えば人材育成などでも予算とその成果の関係は明確ではありません。また、ほとんどの都道府県で対策大綱の重点9領域を網羅するように事業が計画されているので、事業毎の効果を実施の有無で検討することは出来ません。また、地域特性に合わせた事業実施がうたわれているため、実際、様々な事業を入れ込むことが出来ますので、予算の項目、課題名だけでは実態が把握できません。

基礎自治体の事業内容、予算をどう把握するかも課題です。全国的には、自殺予防対策に独自財源を充てている市町村は少ないと思われませんが、秋田県内をはじめ、自殺率が高い地域では市町村が独自財源も含めて対策を行っており、かつ地域での事業の主体となっていることから、都道府県単位の予算だけでは、地域の対策の手厚さが十分把握できない

図12



どのように都道府県や市町村の自殺予防事業を評価したらよいのかは、様々な場所で課題として認識されていますが、行われたどの事業、どの対策が効果的かを評価することは難しい現状にあります。

今後、対策や基金の評価のためには、キャンペーン等の各地での事例を収集、集積する必要や、どの事業を重点的に行ったか、その実施状況はどうだったのか等、具体的な情報収集が必要であり、そのためのフォーマットの開発などが課題と云えます。

職場における喫煙対策：大館保健所管内と全国との比較

南園 智人^{1),2)}、兎澤 真澄¹⁾、今川 文子¹⁾、大友 知弥¹⁾、金子 善博²⁾、本橋 豊²⁾

1) 秋田県北秋田地域振興局大館福祉環境部

2) 秋田大学大学院医学研究科公衆衛生学講座

要旨

受動喫煙による健康影響に関する科学的認識やたばこ規制枠組条約の批准を背景に、職場における受動喫煙対策は、公衆衛生上重要な課題として認識されているが、大館保健所管内の職場における受動喫煙対策の現状についての報告は無い。今回、「職場における喫煙対策の実施状況についての調査」（厚生労働省委託事業）と大館保健所管内の調査結果を用いて、職場における喫煙対策の状況を大館保健所管内と全国の事業所で比較した。

全国と大館保健所管内の各喫煙対策の実施状況について、 χ^2 検定の結果、全て有意差があり、いずれも大館保健所管内での対策は遅れていた。主な項目としては①何らかの喫煙対策に取り組んでいない事業所は、大館 26.2%、全国 6.9%、②ガイドラインに基づいた喫煙対策に取り組んでいない事業所は、大館 78.0%、全国 64.7%、③喫煙対策の担当部署を決めていない事業所は、大館 86.9%、全国 66.7%、④禁煙に関する健康指導を実施していない事業所は、大館 88.1%、全国 75.7%であった。事業所の労働者数で調整したロジスティック回帰分析の結果、①何らかの喫煙対策に取り組んでいない(オッズ比:3.40, 95%信頼区間:2.42-4.77)、②ガイドラインに基づいた喫煙対策を実施していない(オッズ比:1.42, 95%信頼区間 1.02-1.97)、③喫煙対策の担当部署を決めていない(オッズ比:2.21, 95%信頼区間 1.47-3.34)、④喫煙に関する健康指導を実施していない(オッズ比:1.61, 95%信頼区間 1.06-2.45)の4項目が、大館保健所管内での対策の遅れと有意に関連していた。大館保健所管内と全国の対象事業所を労働者数別に集計すると、喫煙対策に取り組んでいない、喫煙対策の担当部署を決めていないと回答した大館保健所管内の小規模事業所の割合が、全国と比較して有意に高かった。

小規模事業所では、具体的な喫煙者を減らす活動などを労働安全衛生の一環として行うことには限界があり、効果的な喫煙対策の実現には、健診時における禁煙指導の強化のための制度化が有効ではないかと考えられる。

緒言

受動喫煙による健康影響については、国際がん研究機関 (IARC) の発がん性分類¹⁾において、グループ 1 (ヒトに対する発がん性が認められる) に位置付けられており、たばこ規制枠組条約 (平成 17 年発効) 第 8 条においても、「たばこの煙にさらされることにより、死亡、疾病及び障害を引き起こすことが科学

的証拠により明白に証明されている」と強調されている。受動喫煙の主な場は職場である²⁾。職場における受動喫煙の健康影響については、心疾患³⁻⁷⁾、呼吸器疾患^{6,8-11)}、肺癌¹²⁻¹⁴⁾との関連が報告されている。フィンランドの研究では、職場における受動喫煙の死因別寄与割合は、肺癌が 2.8%、慢性閉塞性肺疾患が 1.1%、喘息が 4.5%、虚血性心疾患が 3.4%、脳血管発作が 9.4%であった⁷⁾。日本では年間少なくとも 13 万人以上が、喫煙が原因で死

亡していると推定されている¹⁵⁾。全面禁煙法施行後の心疾患の減少¹⁶⁻²⁹⁾、喘息の減少²⁹⁾、外食産業での禁煙化後における従業員の呼吸機能の改善の報告もある^{30,31)}。そのため、職場における受動喫煙対策は、公衆衛生上重要な課題として認識されている。

受動喫煙による健康影響に関する科学的認識やたばこ規制枠組条約の批准を背景に、諸外国においては、屋内の公共の空間や職場等における受動喫煙を防止するため、法律等による規制が進められている。例えば、英国においては、衛生法(2007年)により、レストランやバーを含めた屋内の公共の場、職場及び公共交通機関において喫煙禁止となっている。日本では、労働安全衛生法により事業者は、事業所における安全衛生水準の向上を図るため、快適な職場環境を形成するように努めることとされており、平成8年2月に「職場における喫煙対策のためのガイドライン」が策定され、労働者の受動喫煙を防止するために事業者が講ずべき基本的な事項が示された。平成15年5月には、健康増進法が施行され、同法第25条において、学校、病院、事務所、飲食店等多数の者が利用する施設の管理者は、これらの施設を利用する者の受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めることとされた。

日本における職場における受動喫煙の現状は、平成19年の労働者健康状況調査³²⁾によると、何らかの喫煙対策に取り組んでいる事業所は全体の75.5%(平成9年:47.7%、平成14年:59.1%)であり、一定の受動喫煙防止対策の進展が認められる。しかし、大館保健所管内の職場における受動喫煙対策の現状についての報告は無い。本研究の目的は、大館保健所管内の職場における喫煙対策の状況調査し、全国の事業所の状況と比較することにより、職場における喫煙対策の問題点を把握することである。

方法

中央労働災害防止協会中央快適職場

推進センターは、「職場における喫煙対策の実施状況についての調査」(厚生労働省委託事業)で、全国の職場における喫煙対策の実施状況を報告している(以下全国調査)³³⁾。秋田県大館福祉環境部は、前述の調査と同様の項目を用いて平成23年度「職場における喫煙対策の実施状況についての調査」(北秋田地域振興局、鹿角地域振興局調整費事業)を行った(以下大館保健所管内調査)。この全国と大館保健所管内の調査結果を用いて、職場における喫煙対策の状況を大館保健所管内と全国の事業所で比較した。

全国調査は、規模別・業種別に5000事業所を無作為に抽出し実施されている³³⁾。調査対象は、労働安全衛生法の適用事業所のうち、都道府県庁、市町村役場、労働者数が10人未満の事業所を除外したものである。調査項目は、労働者数、職場における喫煙対策の実施状況である。有効回答率は46.6%であった。今回の分析に用いたデータは、各喫煙対策の実施状況と労働者数をカテゴリーデータとするクロス集計表より得た。

大館保健所管内調査では、秋田県の健康づくり施策に協力している大館保健所管内の472事業所を調査対象とし、回答者は、職場の管理職にある者とした。315事業所が回答し、有効回答率は66.7%であった。このうち、市区町村役場、10人未満の事業所を除外し、分析対象は調査対象の53.6%である253事業所とした。調査項目は、労働者数、職場における喫煙対策の各実施状況とした。労働者数は、「10-29人」、「30-49人」、「50-99人」、「100人以上」の4つに分類した。喫煙対策の実施状況は、全国調査³³⁾と同一の質問項目、「①何らかの喫煙対策に取り組んでいますか」、「②職場における喫煙対策のためのガイドラインに基づいた喫煙対策に取り組んでいますか」、「③喫煙対策の担当部署を決めていますか」、「④禁煙に関する健康指導を実施していますか」、「⑤禁煙サポート等により、喫煙者を減らす活動をしていますか」、「⑥職場における喫煙対策のためのガイドラインの内容を

知っていますか」、「⑦厚生労働省から、屋外排気型の喫煙室の設置が困難など、十分な対策を行うことが困難な場合には全面禁煙とするよう勧奨されていることを知っていますか」の7項目とした。

調査項目の7項目についての無回答の割合は、①から⑦の順に、大館保健所管内 0.4%、2.8%、5.5%、5.9%、7.1%、1.2%、0.4%、全国 0.0%、3.9%、8.1%、7.9%、9.1%、0.5%、0.6%だった。以下の分析では無回答を対象か

ら除外した。

初めに、全国と大館保健所管内の分析対象事業所の労働者数および喫煙対策の実施状況を比較した。次に、全国と大館保健所管内の分析対象事業所の喫煙対策実施状況の違いについて事業所の労働者数の影響を除くために、従属変数を各喫煙対策の実施状況7項目とし、それぞれについて事業所の労働者数で調整したロジスティック回帰分析を行った。さらに、ロジスティック回帰分析で全国と大館保健所

表1. 大館保健所管内と全国の回答事業所の労働者数および喫煙対策の実状況

	大館 %	全国 %	P*
労働者数	(N=253)	(N=2330)	
10～29 人	51.4	22.2	<0.001
30～49 人	23.7	10.7	
50～99 人	16.6	21.4	
100 人以上	8.3	45.7	
①何らかの喫煙対策に取り組んでいますか	(N=252)	(N=2330)	
取り組んでいる	73.8	93.1	<0.001
取り組んでいない	26.2	6.9	
②ガイドラインに基づいた喫煙対策に取り組んでいますか	(N=245)	(N=2238)	
取り組んでいる	22.0	35.3	<0.001
取り組んでいない	78.0	64.7	
③喫煙対策の担当部署を決めていますか	(N=237)	(N=2141)	
実施済み	13.1	33.3	<0.001
未実施	86.9	66.7	
④禁煙に関する健康指導を実施していますか	(N=236)	(N=2146)	
実施済み	11.9	24.3	<0.001
未実施	88.1	75.7	
⑤喫煙者を減らす活動をしていますか	(N=233)	(N=2117)	
実施済み	5.6	13.1	0.001
未実施	94.4	86.9	
⑥ガイドラインの内容を知っていますか	(N=250)	(N=2319)	
知っている	14.8	27.3	<0.001
知らない	85.2	72.7	
⑦全面禁煙とするよう勧奨されていることを知っていますか	(N=252)	(N=2315)	
知っている	36.1	44.2	0.014
知らない	63.9	55.8	

* χ^2 検定

全国:平成21年度「職場における喫煙対策の実施状況について(厚生労働省委託事業)の調査結果

大館:平成23年度「職場における喫煙対策の実施状況について(北秋田、鹿角地域振興局調整費事業)の調査結果

管内に有意な違いがあった喫煙対策の実施状況について、大館保健所管内と全国の対象事業所の労働者数別の集計結果を示した。

全ての統計分析には、SPSS version 11.5 (SPSS Inc)を使用し、有意水準 5%で両側検定を行った。

本研究は平成23年9月23日に秋田大学医学部倫理委員会により承認を得て実施した。

結果

大館保健所管内と全国の回答事業所の労働者数と喫煙対策の実施状況を表1に示す。

全国と大館保健所管内の各喫煙対策の実施状況7項目について、 χ^2 検定の結果、全て有意差があり、いずれも大館保健所管内での対策は遅れていた。主な項目としては①何らかの喫煙対策に取り組んでいない事業所は、大館 26.2%、全国 6.9%であった。②ガイドラインに基づいた喫煙対策に取り組んでいない事業所は、大館 78.0%、全国 64.7%であった。③喫煙対策の担当部署を決めていない事業所は、大館 86.9%、全国 66.7%であった。④禁煙に関する健康指導を実施していない事業所は、大館 88.1%、全国 75.7%であった。大館保健所管内と全国の調査回答事業所の労働者数について χ^2 検定の結果、有意差があり

($P<0.001$)、管内の回答事業所は全国調査に比べて労働者数の少ない事業所が多かった。

事業所の労働者数で調整した大館保健所管内の全国に対する職場における喫煙対策の各実施状況のオッズ比を表2に示す。各喫煙対策の実施状況の7項目中4項目が大館保健所管内での対策の遅れと有意に関連していた。関連していた4項目は、①何らかの喫煙対策に取り組んでいない(オッズ比:3.40, 95%信頼区間:2.42-4.77)、②ガイドラインに基づいた喫煙対策を実施していない(オッズ比:1.42, 95%信頼区間 1.02-1.97)、③喫煙対策の担当部署を決めていない(オッズ比:2.21, 95%信頼区間 1.47-3.34)、④喫煙に関する健康指導を実施していない(オッズ比:1.61, 95%信頼区間 1.06-2.45)であった。

ロジスティック回帰分析で大館保健所管内と有意な関連があった喫煙対策の実施状況の4項目(①~④)について、労働者数の規模別の対策実施状況を表3に示す。「①喫煙対策に取り組んでいない」と回答した10-29人、30-49人の事業所の割合が、全国と比較して有意に高かった($P<0.001$)。また、「③喫煙対策の担当部署を決めていない」と回答した30-49人($P<0.001$)、50-99人($P=0.012$)の事業所の割合が、全国と比較して有意に高かった。

表2. 事業所の労働者数で調整した大館保健所管内の全国に対する職場における喫煙対策の各実施状況のオッズ比

	オッズ比 (95%信頼区間)
①何らかの喫煙対策に取り組んでいない	3.40 (2.42-4.77)
②ガイドラインに基づいた喫煙対策を実施していない	1.42 (1.02-1.97)
③喫煙対策の担当部署を決めていない	2.21 (1.47-3.34)
④喫煙に関する健康指導を実施していない	1.61 (1.06-2.45)
⑤喫煙者を減らす活動をしていない	1.51 (0.83-2.74)
⑥ガイドラインの内容を知らない	1.25 (0.86-1.83)
⑦全面禁煙とするように勧奨されていることを知らない	0.99 (0.75-1.32)

表3. 事業所の常時労働者数別の大館保健所管内と全国の各喫煙対策の実施状況

常時労働者数	①何らかの喫煙対策			②ガイドラインの対策			③対策の担当部署			④健康指導		
	未実施			未実施			未実施			未実施		
	大館	全国	P*	大館	全国	P*	大館	全国	P*	大館	全国	P*
10-29 人	33.1	11.4	<0.001	81.9	74.1	0.068	90.2	86.2	0.227	89.3	86.4	0.402
30-49 人	25.0	7.6	<0.001	74.1	75.2	0.866	89.1	61.0	<0.001	87.5	83.5	0.460
50-99 人	14.6	8.2	0.163	72.5	65.7	0.382	89.7	71.1	0.012	87.2	76.4	0.123
100 人以上	9.5	3.8	0.187	75.0	57.2	0.110	55.0	54.3	0.949	85.0	68.6	0.116

* χ^2 検定

考察

本稿では、大館保健所管内における事業所の喫煙対策の実施状況を調査し、全国の事業所と比較した。大館保健所管内の何らかの喫煙対策に取り組んでいる事業所は、73.8%と多かったが、禁煙に関する健康指導を実施している11.9%、喫煙者を減らす活動をしている5.6%と具体的な喫煙対策活動の実施は少なかった。具体的な喫煙者を減らす活動等については大館、全国共に実施している事業所は少なく、全国的な課題である。

従業員規模で調整後、大館保健所管内事業所は全国と比べて、①～④の項目の喫煙対策を行っていないとのオッズ比が有意に高かったことから、管内の対策が遅れていることが明らかとなった。特に、喫煙対策に取り組んでいない、喫煙対策の担当部署を決めていないと回答した大館保健所管内の小規模事業所の割合が、全国と比較して有意に高かった。労働者数100人以上の事業所での回答について、管内と全国の比較では喫煙対策の実施率は異なっていたものの有意差はなかったことから、管内小規模事業所へのさらなる普及啓発が求められる。

平成19年労働者健康状況調査によると、全国的に小さい事業所で受動喫煙防止対策の取組が進んでいない³²⁾。秋田県では、労働者数50人未満規模の事業所が全事業所の約98%を占めており、小規模事業所が多い³⁴⁾。

今回の調査でも、管内の労働者数100人未満の事業所での担当部署の設置や健康指導の実施は1割程度に留まっている。労働者数50人未満規模の事業所では、衛生委員会の設置義務も無く、喫煙対策の担当部署を決めるなど、労働衛生管理の一環として喫煙対策の普及を進めるのは困難を伴う。小規模事業所では、具体的な喫煙者を減らす活動などを労働安全衛生の一環として行うことには限界があり、他の手段、例えば医療保険者における対策が必要と考える。厚生労働省保険局の「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」には医療保険者は、特定保健指導以外の保健指導の実施は義務付けられていないが、医療保険者の判断で自由に保健指導を行うことは差し支えないとしている³⁵⁾。健診の場に短時間の禁煙勧奨・支援が普及した場合、喫煙率の減少³⁶⁾、特定保健指導費用の削減、医療費の削減が期待できるとの報告がある³⁷⁾。日本公衆衛生学会は、2007年に、特定健診・特定保健指導に対して意見表明を行い、禁煙に関する保健指導の重要性を指摘している³⁸⁾。職場、特に小規模事業所における効果的な喫煙対策の実現には、健診時における禁煙指導の強化のための制度化が有効ではないかと考えられる。

本研究には、いくつかの限界がある。一つめは、所属集団バイアスである。大館保健所管内調査では、秋田県健康づくり施策に協

力している事業所を対象としており、無作為抽出や全数調査ではない。そのため対象事業所のデータは、母集団より健康に関する意識が高い可能性がある。二つめは、非応答者バイアスである。本調査に回答した事業所は、回答していない事業所より、喫煙対策に積極的な可能性が高い。管内事業所の喫煙対策の現状を把握するためには、今後の調査で、回答しなかった事業所の調査も必要である。

参考文献

- (1) IARC Monographs Programme on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. [<http://monographs.iarc.fr/>]
- (2) 林謙治. 「未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査」(確定版) 総括研究報告書. 厚生労働省科学研究補助金健康科学総合研究事業, 2005
- (3) He Y, Lam TH, Li LS, Li LS, Du RY, Jia GL, Huang JY, Zheng JS. Passive smoking at work as a risk factor for coronary heart disease in Chinese women who have never smoked. *BMJ*. 1994 Feb 5;308(6925):380-4.
- (4) Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. *J Am Coll Cardiol*. 1998 Jan;31(1):1-9.
- (5) Steenland K. Risk assessment for heart disease and workplace ETS exposure among nonsmokers. *Environ Health Perspect*. 1999 Dec;107 Suppl 6:859-63.
- (6) Eisner MD, Wang Y, Haight TJ, Balmes J, Hammond SK, Tager IB. Secondhand smoke exposure, pulmonary function, and cardiovascular mortality. *Ann Epidemiol*. 2007 May;17(5):364-73. Epub 2007 Feb 14.
- (7) Nurminen MM, Jaakkola MS. Mortality from occupational exposure to environmental tobacco smoke in Finland. *J Occup Environ Med*. 2001 Aug;43(8):687-93.
- (8) Eisner MD. Environmental tobacco smoke and adult asthma. *Exp Lung Res*. 2005 Sep;31 Suppl 1:8-14.
- (9) Eisner MD, Balmes J, Katz PP, Trupin L, Yelin EH, Blanc PD. Lifetime environmental tobacco smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Environ Health*. 2005 May 12;4(1):7.
- (10) Beatty AL, Haight TJ, Redberg RF. Associations between respiratory illnesses and secondhand smoke exposure in flight attendants: A cross-sectional analysis of the Flight Attendant Medical Research Institute Survey. *Environ Health*. 2011 Sep 24;10(1):81.
- (11) Lai HK, Hedley AJ, Repace J, So C, Lu QY, McGhee SM, Fielding R, Wong CM. Lung function and exposure to workplace second-hand smoke during exemptions from smoking ban legislation: an exposure-response relationship based on indoor PM2.5 and urinary cotinine levels. *Thorax*. 2011 Jul;66(7):615-23.
- (12) Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health*. 1998 Jul;88(7):1025-9.
- (13) Alipour S, Deschamps F, Lesage FX, Lebargy F. Estimation of annual incidence of lung cancer associated with work place exposure to passive smoking in France. *J Occup Health*. 2006 Sep;48(5):329-31.
- (14) Stayner L, Bena J, Sasco AJ, Smith R, Steenland K, Kreuzer M, Straif K. Lung cancer risk and workplace exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Public Health*. 2007 Mar;97(3):545-51. Epub 2007 Jan 31.

- (15) Katanoda K, Marugame T, Saika K, Satoh H, Tajima K, Suzuki T, Tamakoshi A, Tsugane S, Sobue T: Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. *J Epidemiol.* 2008; 18(6): 251-264.
- (16) Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ.* 2004 Apr 24;328(7446):977-80. Epub 2004 Apr 5.
- (17) Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2006 Oct;27(20):2468-72. Epub 2006 Aug 29.
- (18) Bartecchi C, Alsever RN, Nevin-Woods C, Thomas WM, Estacio RO, Bartelson BB, Krantz MJ. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation.* 2006 Oct 3;114(14):1490-6. Epub 2006 Sep 25.
- (19) Juster HR, Loomis BR, Hinman TM, Farrelly MC, Hyland A, Bauer UE, Birkhead GS. Declines in hospital admissions for acute myocardial infarction in New York state after implementation of a comprehensive smoking ban. *Am J Public Health.* 2007 Nov;97(11):2035-9. Epub 2007 Sep 27.
- (20) Khuder SA, Milz S, Jordan T, Price J, Silvestri K, Butler P. The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. *Prev Med.* 2007 Jul;45(1):3-8. Epub 2007 Apr 4.
- (21) Vasselli S, Papini P, Gaelone D, Spizzichino L, De Campora E, Gnani R, Saitto C, Binkin N, Laurendi G. Reduction incidence of myocardial infarction associated with a national legislative ban on smoking. *Minerva Cardioangiol.* 2008 Apr;56(2):197-203.
- (22) Meyers DG, Neuberger JS, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2009 Sep 29;54(14):1249-55.
- (23) Meyers DG. Smoking bans in public places result in a reduced incidence of acute myocardial infarction. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2010 Mar;8(3):311-3.
- (24) Brintjes G, Bartelson BB, Hurst P, Levinson AH, Hokanson JE, Krantz MJ. Reduction in acute myocardial infarction hospitalization after implementation of a smoking ordinance. *Am J Med.* 2011 Jul;124(7):647-54.
- (25) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reduced hospitalizations for acute myocardial infarction after implementation of a smoke-free ordinance--City of Pueblo, Colorado, 2002-2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009 Jan 2;57(51):1373-7.
- (26) Herman PM, Walsh ME. Hospital admissions for acute myocardial infarction, angina, stroke, and asthma after implementation of Arizona's comprehensive statewide smoking ban. *Am J Public Health.* 2011 Mar;101(3):491-6.
- (27) Naiman A, Glazier RH, Moineddin R. Association of anti-smoking legisla-

- tion with rates of hospital admission for cardiovascular and respiratory conditions. *CMAJ*. 2010 May 18;182(8):761-7.
- (28) Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. *Circulation*. 2008 Mar 4;117(9):1183-8.
- (29) Moraros J, Bird Y, Chen S, Buckingham R, Meltzer RS, Prapasiri S, Solis LH. The impact of the 2002 Delaware smoking ordinance on heart attack and asthma. *Int J Environ Res Public Health*. 2010 Dec;7(12):4169-78.
- (30) Skogstad M, Kjaerheim K, Fladseth G, Gjølstad M, Daae HL, Olsen R, Møllander P, Ellingsen DG. Cross shift changes in lung function among bar and restaurant workers before and after implementation of a smoking ban. *Occup Environ Med*. 2006 Jul;63(7):482-7. Epub 2006 Mar 21.
- (31) Goodman P, Agnew M, McCaffrey M, Paul G, Clancy L. Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007 Apr 15;175(8):840-5. Epub 2007 Jan 4.
- (32) 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成19年労働者健康状況調査 [http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do]
- (33) 中央労働災害防止協会中央快適職場推進センター 平成21年度職場における喫煙対策の実施状況についての調査結果」(厚生労働省委託事業) [http://www.jaish.gr.jp/user/anzen/sho/shiryo/syokuba_kitsuuen_h21.html]
- (34) 総務省 平成21年度経済センサス - 基礎調査 [http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do]
- (35) 厚生労働省保険局 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き [http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info03d.html]
- (36) 片野田耕太:たばこ規制による喫煙率および疾病負荷減少効果の疫学的評価. 平成21年度厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究」(研究代表者:中村正和) 総括・分担研究報告書. p67-75, 2010.
- (37) 中村正和:禁煙を効果的に推進する保健医療システムの構築に関する研究. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究」(主任研究者:中村正和) 総括・分担研究報告書. p11-31, 2008.
- (38) 日本公衆衛生学会「標準的な健診・保健指導プログラム」に対する意見表明について. *日本公衆衛生雑誌*, 54(5):291-292, 2007.

随想

第70回日本公衆衛生学会に参加して

秋田県健康推進課

石塚 共實

「公共性の地平から見た公衆衛生の将来展望」のメインテーマの下、平成23年10月19日～21日の3日間秋田市において「第70回日本公衆衛生学会」が盛大に開催されましたことに対し、関係者の皆様の多大なるご尽力に厚くお礼申し上げます。

お陰様で開催期間中晴天にも恵まれ、3千人を超す参加者があり大変喜ばしく思っております。特に昨年は災害の多い年でありましたので、全国から多数の参加者があるか不安もありましたが、初日の特別講演から多くの参加者がありました。

私にとってこれまで参加した数回の公衆衛生学会とは、遠くの地まで足を運び、様々な研究を聞くという、非常に受け身的なものでありました。自ら発表するという機会も持たず今日まで過ごしてまいりました。

ただ、参加だけであっても、新しい研究や報告に触れるだけで、新たな事業を考える上での有効なヒントになったという経験はいくつかありました。

新たな事業を考えたときや、行き詰まったりし

たときなど学会の抄録集を紐解いてみたりすることで参考になったという記憶があります。自ら研究し学会で発表することはなかったのですが、今後は市町村、保健所等の保健師、栄養士の方々には、積極的に自分の業務を検証するという意味からも、様々な機会に業務をまとめて発表するなどをおすすめしたいです。国の経済状況が回復しない状況下において、住民の健康を守る仕事は効率性等が求められることが多く、余裕をもちながら事業を進めることは困難さえ感じられます。

今こそ、研究に基づいた科学的根拠を下に、広く県民と共に健康づくりを進める時期ではないかと感じております。後輩諸姉に大いに期待したいです。

最後に秋田での開催とあり、初日の歓迎行事で「なまはげ郷神楽」が上演され間近で見ることができました。幼少の頃男鹿で数年間過ごしたもので、心にやましいことはないのですが、未だになまはげを怖いものと思った次第でした。



第70回日本公衆衛生学会総会に 参加して

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
石川 隆志

本橋豊学会長のもと、当地秋田で公衆衛生学会総会が開催されるというお話を初めてうかがってからあっという間に時間が流れ、成功裏に学会総会が終わりました。まずは、学会長の本橋豊先生、事務局を担われた公衆衛生学講座の皆様にお疲れ様でした、そしてありがとうございました」という言葉を伝えたいと思います。また、秋田県作業療法士会から学会実行委員として参加させていただきましたが、十分なお手伝いもできなかったこと申し訳なく感じています。

秋田県民会館の受付係という役割、そして自分のポスター演題発表がありましたが、他の仕事もあって学会総会の全日程に参加することはできませんでした。ただ、コンベンション会社の運営を目の当たりにして、勉強になることが多々ありました。学会運営マニュアルも良くできているものだと感心しました。これまで日本作業療法学会の事務局や東北作業療法学会の事務局を担当したことがありましたが、いずれも規模はそれほど大きくはなく、自分たちで学会マニュアルを作ったの運営で何とか対応してきたようなものでした。今回の公衆衛生学会総会や現在の日本作業療

法学会のような規模の学会は、コンベンション会社との協力なしでは開催できなくなっており、「餅は餅屋」という諺を実感した次第です。

自分の演題発表では、座長の先生をはじめ同一セッションの方とも有意義なディスカッションができました。作業療法は保健、医療、福祉という広い領域の中で、関連職種と連携・協業して仕事をする事が多く、公衆衛生学会総会のような多くの職種が集まる学会で、もっと自分たちの専門性を伝えていくことの重要性を改めて感じました。秋田での発表の機会を与えていただいたという意味でも、本橋豊先生はじめ関係者の皆様に感謝申し上げます。

第70回日本公衆衛生学会総会を 振り返って

秋田大学大学院医学系研究科医学専攻
東京都健康長寿医療センター研究所
谷口 優

私は、秋田大学の大学院生として第70回日本公衆衛生学会総会の運営に携わらせていただきました。この度、本学会誌に執筆をさせていただく機会に恵まれましたので、学生の視点から、学会の運営を通じて感じたことを振り返りたいと思います。

まず、秋田県において初めて日本公衆衛生



学会総会を開催するにあたり、多くの関連機関の皆様にご尽力を頂きました。長い準備期間には、本業の後や休日に学会の準備を進めて頂き、また学会開催期間中は、慣れない仕事にも挑戦をして頂きました。関係者の皆様のご協力により、日本公衆衛生学会総会を成功裏に終えられましたことに、心より感謝を申し上げます。

私は、日本公衆衛生学会総会が開催された3会場のうち、1つの会場の責任者として従事をさせて頂きました。責任者に任命して頂いた当初は、この大役を全うできるかどうか不安に感じたこともありましたが、秋田大学公衆衛生学講座の先生方及びスタッフの皆様のご指導とご配慮により、楽しみと喜びを感じながら仕事に励むことができました。

今回、多機関多職種の方々と共同して仕事をさせて頂いたことにより、学ばせて頂いた

ことがあります。それは、個人でできる「綿密な事前準備と、奇しくも生じた問題には臨機応変に対応すること」に加えて、チームとして「働きやすい雰囲気」が重要であるということです。今思い返すと、私は、個人の仕事に駆け回る時間が多く、雰囲気づくりに注力する時間が少なかったように感じます。次回こうした役目を担う際には、チームとして携わった関係者が、気持ちよく働けるような環境づくりに励みたいと思います。

最後になりましたが、昨年3月11日の「東北地方太平洋沖地震」発生から、早くも一年が経ちます。亡くなられた方々のご冥福を謹んでお祈り申し上げますとともに、被災された方々には心よりお見舞い申し上げます。今後は、地震災害復興のために、自身が秋田県公衆衛生学会を通じてできることを一つでも多く実践して行く所存です。



(写真はすべて学会中の様子を写したもの)

会報

平成23年度
秋田県公衆衛生学会報告

第8回秋田県公衆衛生学会学術大会は、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」として共催を行いました。内容は特集頁をご参照下さい。

平成22年度秋田県
公衆衛生学会事業報告書

平成22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 19団体

B会員 50人

平成21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22年10月7日 秋田市・遊学舎
特別講演 1題, 一般口演 6題
- 2) 秋田県公衆衛生学雑誌8巻1号(全56頁)の発刊(発行日 平成22年12月31日)
- 3) 秋田県公衆衛生学雑誌7巻1号のインターネットによる公開
(<http://www.med.akita-u.ac.jp/~pbeisei/>)

平成22年度秋田県公衆衛生学会
収入支出決算書

平成22年6月1日～平成23年5月31日

科目	金額
(収入の部)	
会費(A)	190,000
会費(B)	19,000
学会参加費(学会員等)	31,500
NPO 医学中央雑誌刊行会	3,150
利子	18
前年度からの繰越金	32,228
収入合計	275,896
(支出の部)	
旅費・報償費	88,240
需用費	
消耗品	15,750
印刷費(学会誌140冊)	0
会議費	32,000
役務費(通信費、手数料など)	13,205
使用料(会場利用費)	5,600
支出小計	154,795
次年度への繰越金	121,101
合計	275,896

監査報告

平成22年度秋田県公衆衛生学会事業報告書および平成22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23年7月20日

監事 湯浅 孝男

平成23年度第1回秋田県 公衆衛生学会世話人会議事録

[平成23年9月4日]

日 時 平成23年9月2日(金)
16:00~17:00

会 場 秋田大学医学部管理棟2階会議室

出席者 (50音順, 敬称略) 石塚共實、市川講二、伊藤善信、岩田豊人(村田勝敬代理)、小栢真吾、齋藤志保子(井島辰也代理)、鳥海良寛、畠山桂郎、三浦令子、本橋 豊(学会長・編集委員長)、湯浅孝男(監事)

資 料 [事務局] 大島克郎(健康増進課)、金子善博(秋大)、藤田幸司(秋大) 議案、平成23年度世話人名簿、平成22年度秋田県公衆衛生学会事業報告書、平成22年度秋田県公衆衛生学会収入支出決算書、平成22年度監査報告(写し)、平成23年度秋田県公衆衛生学会予算案、秋田県公衆衛生学雑誌投稿規定

議 事

協議事項

- 1) 平成22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。湯浅孝男会計監査より監査報告があり、了承された。
- 2) 平成23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23年度予算案
・収入の部について、伊藤善信世話人より事業収入という科目はNPO 医学中央雑誌刊行会と記載すべきとの指摘があった。

・支出の部について、市川講二世話人より、学会開催助成金という科目は学会開催負担金と記載すべきとの指摘があった。

以上の2点を修正することで、本年度予算案は承認された。

4) 平成23年度学術大会開催について

本年度の学術大会は、前年度の世話人会で決定した通り、秋田市にて開催される第70回日本公衆衛生学会総会との一部共催形式で実施することが確認された。該当プログラムは、10月20日(木)13:40~15:30のシンポジウム2 自殺対策の効果評価と展望(座長:川上憲人、宇田英典)とし、秋田県公衆衛生学会の会員については専用の受付を設け、総会参加者でなくても無料で参加することが可能とすることが提案され、承認された。

5) 会費未納者等の取り扱いについて

年会費の長期未納者(5年間未納)、および退職等による連絡先不明者を退会とすることが提案され、承認された。平成23年度9月1日現在、B会員(個人)として登録の53名中、5年以上の長期未納8名、退職4名、住所不明4名を退会として処理する。

6) 秋田県公衆衛生雑誌の編集について

本橋編集委員長より、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。

7) 次年度学会長について

次年度学会長については、伊藤千鶴世話人(秋田市保健所長)に依頼することが本橋学会長より提案され、承認された。

以上

秋田県公衆衛生学会世話人名簿

[平成23年11月30日現在 50音順]

氏名	所属
石塚 共實	秋田県健康福祉部健康推進課
井島 辰也	秋田県健康環境センター
市川 講二	秋田県健康福祉部
伊藤 千鶴	秋田市保健所長
伊藤 善信	秋田県健康福祉部
小栢 真吾	秋田中央保健所
鈴木 明文	秋田県医師会
鳥海 良寛	秋田県薬剤師会
畠山 桂郎	秋田県歯科医師会
三浦 令子	秋田県看護協会
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
本橋 豊	秋田大学大学院医学系研究科医学専攻 公衆衛生学講座
湯浅 孝男	秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 臨床作業療法学講座

秋田県公衆衛生学会 会費について

秋田県公衆衛生学会の会費は以下となっております。

A会員 10,000円/年

B会員 1,000円/年

(4月1日より翌年3月31日まで)

ゆうちょ銀行

口座番号 02230-2-80420

振替口座 秋田県公衆衛生学会

銀行振込

秋田銀行広面支店 普通 784234

秋田県公衆衛生学会 事務局 本橋豊

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)

第一条 会員の種別は次のとおりとする。

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

(年会費)

第二条 会員の年会費は次のように定める。

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

(学術学会の参加費)

第三条 学術大会の参加費は会員 500 円、非会員 1,000 円とする。

(会計年度)

第四条 学会の会計年度は 4 月 1 日から翌年の 3 月 31 日までとする。

(監事の選任)

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

(編集委員会)

第六条 本学会に秋田県公衆衛生学雑誌を編集するために編集委員会を置く。

第七条 編集委員会の任務は次の事項とする。

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

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

第九条 編集委員会は年 1 回以上開催する。

(付則)

本細則は、平成 16 年 7 月 10 日より施行する。

平成 18 年 6 月 9 日改正

平成 20 年 6 月 9 日改正

秋田県公衆衛生学雑誌投稿規程

1. 秋田県公衆衛生学雑誌は秋田県公衆衛生学会の機関誌であり、公衆衛生全般にわたる総説、原著論文、短報、報告、その他の投稿を受け付けます。
 - 1) 総説： 公衆衛生に関する諸問題を客観的な資料・考察に基づいて広い視点から論じたもの。
 - 2) 原著論文： 独創性のある理論的または実証的な研究で、完成度の高いもの。
 - 3) 短報： 独創性、緊急性のある萌芽的研究で、発展性の期待できる研究を手短にまとめたもの。
 - 4) 報告： 公衆衛生活動に役立つ実践報告や事例報告など
 - 5) その他： 論壇、随想、意見など編集委員会で必要性を認めたもの。
2. 原稿は邦文でも英文のいずれも受け付けます。
3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとしします。
4. ヒトおよび動物を対象にした研究論文は、1975年のヘルシンキ宣言（2000年修正）の方針に従い、必要な手続きを踏まえたものとしてください。
5. 投稿原稿の査読、採否および掲載順序などは編集委員会において決定し、編集委員長の名で著者に連絡します。
6. 原則として、投稿原稿は別に定める「執筆要項」に従って下さい。
7. 投稿原稿は、秋田県公衆衛生学雑誌編集委員会宛に送付して下さい。また、書面に総説、原著、短報、報告、その他のいずれのカテゴリーとして投稿するのかを明記して下さい。
8. 掲載された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, m², cm³
7. 引用文献は引用順、肩括弧数字^(1), 2, 3-5)などとし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。

雑誌の場合、全著者名、表題、雑誌名 年号；巻数：頁一頁、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

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 (秋田大学大学院医学系研究科教授・公衆衛生学講座)
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准教授・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9巻第1号
平成23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
