

〈研究発表〉 第6回保健医療科学研究会研究発表抄録

平成24年12月7日(金) 13:30~17:40

〈発表プログラム〉

座長:鈴木晃 A.健康危機管理

災害拠点病院における水確保の実態に関する研究

○小菅瑠香¹⁾, 小林健一¹⁾, 秋葉道宏¹⁾, 山田俊郎²⁾, 鶴田秀貴³⁾, 崎本李子³⁾, 小窪和博³⁾国立保健医療科学院¹⁾, 岐阜大学²⁾, 海匠保健所³⁾

【目的】平成23年3月に発生した東日本大震災により多くの病院が被害を受け、病院における災害対策の重要性があらためて認識されているところである。こうした大規模な自然災害が発生した際、病院は院内の患者や職員の安全確保を行うだけでなく、被災した傷病者などを受け入れるための医療機能の持続が必須とされる。

災害時の水道、下水、電気をはじめとするライフライン機能の寸断は、救命・医療救護及び消火などの応急活動を行う上で支障をきたすことになる。兵庫県阪神・淡路大震災復興本部保健環境部医務課が平成7年に実施した災害医療実態アンケート調査によると、兵庫県南部地震で医療行為を停止させた原因の第1番目は「水道水の供給不能」であり、以下「電話回線の不通および混乱」「ガスの供給不能」「医療従事者の不足」と続く。数年以内にも首都直下型M7級の地震が起こる確率が高いとされる今、国内の病院がどの程度の災害対策を整備しているかを把握することは重要である。

【方法】①全国の病院を対象にした防災対策アンケート調査³⁾(回答6,122病院,回収率71.1%,うち災害拠点病院495病院。平成23年1月1日現在,災害拠点病院総数609病院),②災害時の医療用水の確保や備蓄水の衛生管理等について,3つの災害拠点病院で個別の現地聞き取り調査を行った。

【結果】①アンケート回答病院のうち災害拠点病院に着目する(以下「病院」は「災害拠点病院」)。ライフライン停止を想定した防災訓練は3割で実施されていた。またほかの医療機関との災害時の連携・応援体制の策定を行っている病院は4割,そのうち水や食料の確保まで考えている病院は4割弱であった。飲料水の備蓄に関しては,計画を策定していない病院は2割であり,策定していても職員のみは約半数であった。備蓄量は1日分から3日分が最も多かった。また災害時に使用可能な井戸設備は,約

半数が有していた。②調査対象とした島嶼地区の病院において,近年渇水による断水等の危害事例は発生していないものの,限られた水源に依存している実態があり,原水調整池や地下ダムなど水源確保のための取り組みが行われていた。また関東地方で調査対象とした病院では,専門業者と提携した大掛かりな井戸設備により非常時の水確保に努めるとともに,通常から市水との併用により,院内の水の9割を井戸で賄っている状況を調査することができた。

【考察】災害拠点病院でも非常時の水確保計画については,まだ策定が十分とは言えない現状が明らかになった。専用水道の設置により,災害時における水確保のリスク分散は期待できるが,自己水源による浄水処理および供給においては,専用水道布設工事の確認や確認後の施設管理等を水道法に基づいて水道技術管理者が中心となって適切に行っていく必要がある。

水供給の面からみた高齢化過疎地域の脆弱性と災害時要援護者支援

○下ヶ橋雅樹¹⁾, 岩佐美紀子²⁾, 奥山正毅³⁾, 鎌田大樹⁴⁾, 秋葉道宏⁵⁾国立保健医療科学院生活環境研究部水管理研究分野¹⁾, 宮崎県中央保健所²⁾, 岡山市水道局³⁾, 矢巾町上下水道課⁴⁾, 国立保健医療科学院⁵⁾

【目的】日本において65歳以上の人口が全人口に占める割合は昭和45年に国連によって高齢化社会と定義された水準である7%を超えた後,平成24年4月には23.7%に達した(国勢調査より)。このような急激な高齢化の一方で過疎化も進んでおり,平成23年10月現在,国内市町村のうち約45%が過疎地域とされる(総務省資料より)。本研究では特に水供給の面から高齢化過疎地域の災害に対する脆弱性や要援護者支援における課題を整理することを目的とした。

【方法】近年,自然災害による断水被害が生じた全国3か所(A地域,B市,C市)の過疎地域を取り上げ,地形,人口分布及びその年齢構成,水道施設,ならびに土砂災害危険箇所を地理情報システム(GIS)上で整理し,過疎・高齢化,水道システム,及びその自然災害に対する脆弱性の相互関係を確認した。また実際の断水事例をもとに高齢化過疎地域の要援護者支援における課題を整理した。

【結果および考察】過疎地域の高齢化はA地域,B市で顕著であった。C市はA地域,B市と比較して高齢化の程度は低かったものの,山間部を含めていくつかの限界集落(65歳以上の割合が50%以上)がみられた。高齢化した過疎地域の水道事業をみたところ,A地域では上水道,簡易水道がほとんど整備されていなかった。B市では上水道や簡易水道が整備されているが,このうち簡易水道整備エリアは土砂災害の危険性が高い状態であった。C市の山間部限界集落は簡易水道設備があったが,同集落に向かう道路に面して土砂災害危険区域が見られた。以上のごとく,高齢化過

注)本アンケート調査は厚生労働省から依頼され実施した厚生労働科学研究補助金(厚生労働特別研究事業)「大規模被害に対応した保健・医療・福祉サービスの構造,設備,管理運営体制等に関する研究」(研究代表者:寛淳夫)の一環として行われたものである。

疎地域については、水道事業がなされていない、あるいはなされていても自然災害を受けやすい状況にある様子がわかった。一方、災害による断水事例として、A地域、B市ではそれぞれ平成19年及び21年の台風、C市では平成20年の地震による断水時の状況を整理した。A地域における災害では、断水のみならず、一部孤立化も発生し、山間部過疎地の地理的特性による脆弱性がうかがえた。他方、災害井戸による応急給水や予備水源の有効性がみられた。B市では、断水時に高齢者が給水拠点にアクセスしにくいこと、山間部の生活道路が狭く給水車両幅等が制限されること、清掃等の生活用水使用が始まることで配水量が急増し、一時的ではあるが急激な配水量には対応できず給水復旧地域であっても出水不良や断水を招いてしまうことなどが課題として見られた。C市では橋梁断絶により配水系統が途絶え、長期間にわたって断水が継続したことから、単一系統配水の脆弱性が浮かび上がった。また水道未普及区域で沢水・井戸水の濁水が発生したが、同区域では簡易水道が計画されており、後日その通水が開始された。

本調査は、平成24年度国立保健医療科学院短期研修水道工学研修の特別研究として実施した。

東日本大震災時の応援・派遣保健師の他職種連携による支援の実態と求められる教育の検証

○奥田博子¹⁾、中西信代²⁾、笹原留美³⁾、山野真由美⁴⁾、松山久美子⁵⁾、工藤春香⁶⁾

国立保健医療科学院¹⁾、大分県東部保健所²⁾、鹿児島県保健福祉部³⁾、福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所⁴⁾、長野県長野保健福祉事務所⁵⁾、岩手県奥州保健所⁶⁾

【目的】

東日本大震災時の被災地への自治体保健師の応援・派遣支援活動の実態から、保健師が被災地域健康課題解決に必要な他の公衆衛生専門職種との連携を含めた支援および、災害時行政保健師に必要とされる能力とその向上のために必要な教育のあり方について明らかにする。

【方法】

1. 調査対象：東日本大震災時の応援・派遣支援活動従事経験のある保健師5名、2. 調査時期：平成23年10月、3. 調査方法：グループインタビュー、4. 主な調査内容：
1) 東日本大震災時の応援・派遣支援活動の実態（保健師以外の公衆衛生専門職種との連携支援の実態を含む）
2) 災害支援のため保健師に必要な能力および能力向上のための教育のあり方

【結果】

1. 応援・派遣支援の実態：1) 応援・派遣支援活動体制：保健師以外の複数職種を含む公衆衛生専門職チームによる継続的な支援体制、被災地の複雑かつ多様なニーズ対

応に多職種との協働支援は有効、2) 現地保健師と派遣保健師間の支援上の課題：①準備・温度差②自己完結型支援のあり方③目的や活動内容の共有④記録方法・管理⑤効果的な専門性の発揮など3) 保健師と関係職種間の連携上の課題：職種の特性を考慮した専門職の確保や派遣時期を考慮した調整の困難性

2. 保健師に求められる能力：1) 平常時の基本的保健活動スキルの向上（直接的支援活動）2) コーディネート能力やマネジメント能力の向上

3. 求められる能力向上のための教育のあり方：1) 保健師など専門職のマニパワー確保と研鑽機会の強化、2) 被災地健康課題の特性や課題解決のための他職種との協働支援の実際に関する研修の充実3) 次世代を担う後輩（災害支援未経験保健師や新任期保健師など）への継承

【考察】

災害時の被災地支援活動には、公衆衛生専門職種との連携支援が不可欠であることを前提とした支援体制整備の必要性が示された。また、保健師に必要な能力は、基本的な保健師スキルの強化と、様々な公衆衛生専門職種との効果的な連携による支援が可能となるための、マネジメント能力やコーディネート能力であり、期待される研修体系は、多職種との連携や互いの役割の理解が可能となる実践的な研修機会の強化・充実が示唆された。

なお本研究は平成23年度厚労科研究費補助金事業（健康安全・危機管理対策総合研究）「地域健康危機管理に従事する公衆衛生行政職員の人材開発及び人員配置に関する研究」（研究代表者：曾根智史）の分担研究課題「保健師等の職員（保健師）の資質・能力を向上させるための教育研修手法開発に関する研究」成果の一部である。

児童虐待の人類学的アプローチの必要性（試論）

○田中良幸

社会福祉法人恩賜財団日本子ども家庭総合研究所嘱託研究員（東京都北児童相談所）

【目的】多様な生活背景を持った人々が、日本文化圏の中に生活基盤を持つことで、子どもの養育だけでなく、夫婦間に関するトラブル事例が多いことは、実践者には経験的に知られている。子ども家庭領域におけるグローバル化の理解は、国境を越えて異言語異文化環境である日本に生活基盤を置く人々が、日本社会の規範や慣習、社会システム等と、母国文化に基づく子育ての考え方や方法とが異なることで、当事者の中に様々な摩擦や困難が起きているとの認識が前提となる。そして、虐待に関して言えば、虐待基準をクロスカルチュラルに検討することの必要性に気づくことである。ここではそのために必要となる人類学的視点から考える必要性を明らかにする。

【方法】人数及び対象者の偏りを考慮して事例研究とした。

スノーボール方式による半構造化面接を実施し、KJ法的分類作業を行い、カテゴリーを代表する言葉として当事者の「語り」を抽出した。対象者は、韓国人3名(30代女性2名・20代女性1名)、フィリピン人(30代女性)、ドイツ人男性の日本人配偶者1名(30代女性)、中国人2名(30代女性1名・40代女性1名)の計7人である。

【結果】「各家庭に躰用の棒がある。子どものふくらはぎを棒で叩くことは一般的に躰として認められている。棒を利用することは、親が冷静であり、感情に走らず叩くことを示す。親が手で叩くことは、冷静さを失った結果の暴力と解される」(事例1；韓国)、「母国では、低年齢でも父親が娘と一緒に風呂に入ることはない。夫が娘と一緒に風呂に入ろうとした時は、夫は性に関して問題があると思った。後で、日本では父親と子どもの入浴は一般的だということがわかったが、日本の習慣を知らないと性的虐待を連想させる」(事例2；フィリピン)、「熱発時は体を冷やすために水シャワーを浴びたり、濡れタオルを体に巻くのが普通のように、(ドイツ人の)夫が赤ん坊にそうした時、初めは理解できず、日本人の感覚では許容できなかった」(事例3；ドイツ)「自分が育ってきた内陸の農村部では、虐待という言葉は聞いたことはなく、子どもへの暴力に対する社会の虐待認識には地方差があると思う。」(事例4；中国)が代表的カテゴリーである。

【考察】日本では、子どもを鞭打つことは、手で叩くよりはより悪質であると判断される可能性が高い。もし身体に痣や傷が残るほどであれば、虐待と認識される。「親の意図する目的を達成しようとする手段が、文化圏の違いにより虐待にも躰にもなりうる」ものとして、その手段が許容されるかどうか問われるものが事例1である。

「その国では社会的に広く許容されている日常生活の慣習であっても、他の国から見ると虐待になりうる」ことを事例2は示している。特に国際結婚という父母の背景にある文化的葛藤が問題となる事例として理解できる。

以上の二つは、行為は同じでも、背景となる社会的文脈や慣習の違いにより全く違う意味を持つものとして解釈される。子どもの成長基盤がある国や地域の規範と、親が獲得してきた規範や慣習等とどう折り合いをつけるかが必要になる。解決策としては、親子あるいは夫婦の間に相互に納得できる新しい家庭のルールを作ることが一つある。

また、事例3の日本人妻から見たドイツ人夫の熱発時の対応の違いは、民間療法としての視点が必要となる。日本では、熱発時はうどん等の熱い食物を摂り、布団を被って発汗を促して汗ビッシヨリになれば治るという理解があり、治れば医療機関に行かない。だが、今日、医学的には熱発時に体を冷やすことは合理的とされており、どちらの方法でも下熱という目的達成には問題はない。

最期に、事例4のように、国として法律が制定されていない等、社会的に虐待概念の合意がないという状況は、グローバルな視点からは広く見られる。子どもの人権擁護の視点は西欧近代思想の流れから発しているものであり、その点で、そうではない国々、違う規範や慣習を持つ人々を

どう理解するかは課題として残る。文化相対主義に基づけば、どの国、どの文化圏ではその言動はそれなりの意味があり、どのような生活でも許容すべきものとなる。

以上より、グローバル時代の虐待検討カテゴリーとして、1)文化、慣習の違いにより、同じ言動が違う文脈で理解される性質のもの、2)民間療法の多様性として解釈できるもの、3)虐待概念がない、あるいは基準の異なる国や地域から来た家族をどう理解し、どう支援するかについて議論が必要なものの、3つに分類された。

文化的背景が異なる場合、「相手の常識」を「自分の常識」で測ろうとする自文化中心主義では、齟齬が生じ、トラブルとなっている事案については、どうしても批判的になりがちである。ところで、社会の多数派が容認している言動は虐待と認識しにくい一面がある。世界的視野で見れば、社会的に虐待概念が共有されていない社会は多い。同じ行為であっても、人により許容範囲の違いの幅がより広がるのがグローバル時代の特徴といえる。

だからこそ、心身が傷つけられる出来事を体験した子どもを支援する立場に立つ必要がある。子どもの傷の有無を問うのではなく、子どもに何が起きたのか、なぜそれは起きたのか、その結果はどうなったのか等について、子どもの利益を損なう状況をいかに回避し、あるいは予防できるのかの視点から検討することが重要となる。

このように何を基準とするかで判断が異なることを考えれば、虐待は構築されたものとして捉える必要がある。主権国家としての日本の法的枠組みから逸脱しない範囲で許容範囲かどうかの判断が第一に来る支援が必要であり、この点については、文化相対主義的な解決は妥当しない。母国では虐待とされない場合であっても、日本では虐待となる場合があることは親に説明をしなくてはならない。他方、家族支援の視点からは、日本の一般社会の「常識」に合わせることをどの程度まで求めるかについては慎重に検討する必要がある。自文化中心主義に陥らず、どの程度母国文化を基盤におく養育方法を取り入れるのかの当事者との協議が必須となる。これは裏返せば、多様な生活スタイルを持つ人々を日本社会はどう受け止めるかということである。日本社会側の他文化受容度が問われている。

疾病については既に医療人類学として、社会科学的または自然科学的立場から医療を探索するアプローチが確立している。近年は、さらに開発人類学がエミックな視点を重視し、対象地域の人々を「対象」として距離を置いて見るのではなく、「当事者」をエンパワメントする立場まで踏み込む動きもある。日本においては、子どもの虐待防止法の制定まで、人権擁護の視点から虐待を見る社会の共通認識はなかった。日本でも虐待に関して文化人類学的なアプローチが試みられた経緯はあるが、それは子殺しや親子心中が中心であり、虐待概念を踏む今日につながる研究は継続して蓄積されてきたとは言いがたい。既に日本社会は多様な文化的背景を持つ人々が生活しているという現実を鑑み、子どもと家庭領域に文化人類学的視点を導入した、多様な視点からその意味について解釈を加えることで理解を

深め、より適切な支援方法を確立する必要がある。

文献

- [1] 青柳まちこ, 編. 開発の文化人類学. 東京: 古今書院; 2000.
- [2] チェルネアM・M, 編. 開発援助と人類学勉強会, 訳. 開発は誰のために: 援助の社会学・人類学. 東京: 日本林業技術協会; 1998.
- [3] チェンバース R. 参加型開発と国際協力. 東京: 明石書店; 2000.
- [4] レスリー M. ソーシャルワークの社会的構築: 優しさの名のもとに. 東京: 明石書店; 2003.
- [5] ミッシェル F. 監獄の誕生 監視と処罰. 東京: 新潮社; 1977.
- [6] 波平恵美子. 医療人類学入門. 東京: 朝日新聞社; 1994.
- [7] ノラン R. 開発人類学: 基本と実践. 関根久雄, 他, 訳. 東京: 古今書院; 2007.
- [8] 佐藤寛, 藤掛洋子, 編. 開発援助と人類学—冷戦・蜜月・パートナーシップ—. 東京: 明石書店; 2011.
- [9] 上野加代子. 児童虐待の社会学 世界思想ゼミナール. 京都: 世界思想社; 1996.
- [10] 上野加代子, 編著. 児童虐待のポリティクス. 東京: 明石書店; 2006.
- [11] Wagatsuma H. Child abandonment and infanticide: A Japanese case. In: Korbin JE, ed. Child abuse and neglect: Cross-cultural perspectives. Berkeley: University of California Press; 1981. p.120-37.

座長: 土井由利子 B. 保健統計

戦前・占領期を含む沖縄の平均寿命の年齢構造 —水島生命表, 琉球政府生命表を用いて—

○逢見憲一

国立保健医療科学院生涯健康研究部

【目的】沖縄(県)の平均寿命(0歳時平均余命)の年齢構造を, 第二次大戦前および占領期までさかのぼって経時的かつ定量的に分析する。

【方法】沖縄と全国との平均寿命の差を, 各々の生命表上の年齢別生存数および平均余命から年齢別寄与年数に分解した。

【資料】沖縄 戦前: 水島治夫 府県別生命表 占領期: 琉球政府 第1回生命表(1955年), 1960年簡易生命表, 1965年簡易生命表, 1975年以降: 都道府県別生命表. 全国 戦前・占領期: 完全生命表, 1975年以降: 都道府県別生命表.

【結果】1. 戦前 水島生命表による沖縄の平均寿命(1921-25年, 1926-30年, 1931-35年)は, 男が各々 46.32,

45.97, 47.23年, 女が50.53, 50.49, 51.82年であった。いずれも沖縄が全国を上回っており, その差は男4.26, 1.15, 0.31年, 女7.33, 3.95, 2.19年であった。しかし, 平均寿命の差に大きく寄与していたのは0歳(乳児)の死亡率であり, 0歳を除いた寄与はほとんどが負値であった。各時期とも男60歳以上, 女40歳以上では年齢別寄与はおおむね正值であったが, 幼児から青壮年では負値であった。

2. 占領期 琉球政府生命表による沖縄の平均寿命(1955, 60, 65年)は, 男が66.41, 68.02, 68.91年, 女が72.54, 74.65, 75.64年であった。いずれも沖縄の平均寿命が全国を上回っており, 差は男2.81, 2.70, 1.17年, 女4.79, 4.46, 2.72年であった。0歳の寄与はやはり大きかったが, 0歳を除いた寄与も今度はすべて正值であった。年齢別寄与は戦前と同様に, 幼児から青壮年は負値, 中高年以降は正值であった。

3. 1975年以降 1975~95年は男女とも沖縄の平均寿命が全国を上回っていたが, 男は2000年以降全国を下回っていた。0歳の寄与は, 戦前・占領期とは反対に男女ともほとんどの場合負値であった。戦前および占領期と同様に, 幼児から青壮年の年齢別寄与は負値, 中高年以降は正值であった。

【考察】戦前・占領期・復帰後を通じて, 沖縄の平均寿命は総じて全国より高かったが, 戦前および占領期には0歳(乳児)の寄与が大きかった。この時期の沖縄の乳児・新生児死亡については, 届出漏れが多く信頼できないことがすでに指摘されており, 平均寿命が長いことを“自明の前提”とする現在の沖縄長寿研究は統計的に検証し直す必要がある。

また, 幼児から中高年は負の寄与, 高齢者が正の寄与を示す構造は戦前から現在まで長期的にみられており, 巷間の“沖縄の現在の高齢者世代は健康で長寿だが, 中高年以降の世代は不健康”という解釈も再検討する必要がある。

肝がん罹患率・死亡率のコホート別将来予測

○岡本悦司

国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部

【目的】一般には, がんの罹患率・死亡率は加齢とともに上昇し, そのパターンは指数関数的(ゴンペルツ曲線・・・対数をとると直線)に増加するが, 肝がんは特異で, 一定の年齢に達すると罹患率・死亡率は頭うちとなる。肝がんの原因の大半は肝炎ウイルスであり, もしウイルスキャリアが全人口の10%だとすると, その10%ががん罹患するとそれ以上は増えない。このように限界が決まっている場合は, 増加は直線や指数曲線ではなくロジスティック曲線に従うと考えられるので, コホート別の罹患率と死亡率にロジスティック曲線を当てはめ, 将来の発生を予測した。

【方法】罹患率は国立がんセンターが公表している推定罹患率を, 死亡率は人口動態統計上巻5.25表(悪性新生物部

位別5歳階級別年次別死亡率)を用いた。

1950～2010年の5年毎13時点における5歳階級男女別の罹患率・死亡率を用いた。5年毎の5歳階級なのでコホート別分析となる。30～34歳以降の5歳階級を $x=1,2,3,\dots$ としロジスティックモデルをあてはめるとある出生コホートの年齢階級 x における罹患率・死亡率 y は

$$y = K / (1 + \exp(-ax + b))$$

となる。ここで K は頭打ちとなる最大罹患率・死亡率である。 K, a, b は、Excel Solverを用い、推定値と実測値の偏差平方和を最小にする最適化法によって、1921～25年出生コホートから1951～55出生コホートについて男女別に、推計した。

【結果】決定係数は最低でも0.979, おおむね0.99以上の良好な近似が得られた。死亡率についてはおおむね良好なロジスティック近似が得られたが、罹患率については1941～45年出生女性では良好な近似とはいいがたく指数関数的な曲線となった。これは、死亡率が全数調査であるのに対して、罹患率は一部地域でしか実施されないがん登録の推計の限界によるものと考えられた。

肝がんの罹患率・死亡率は大正世代は人口十万人当たり200程度で頭うちとなった。昭和ヒトケタ世代はロジスティック曲線全体が若い年齢に移動しており、1950年頃の覚醒剤乱用の影響が示唆された。戦後世代では人口十万人当たり罹患率は80程度、死亡率は50程度で頭うちとなり、また罹患率と死亡率の乖離は後の世代ほど大きくなっており、治療率の向上が示唆された。

【考察】肝がんの大半はHCVが原因であり、1950年代の覚醒剤乱用、1960年皆保険制後の受療機会の急増と不潔な注射の頻用等の原因が考えられる。いずれも明らかなコホート(世代)効果が認められ、昭和ヒトケタ男性の短寿命もこれで説明される。また加齢効果も、通常のがんのように加齢とともに直線的に増加するのではなく、一定年齢で頭うちとなるロジスティック曲線を描くことが示された。肝がん死亡は今後さらに減少すると見込まれ、がん白書は2020年の肝がん死亡を27400人と下方修正したが、本推計に基づくとさらに少なく2万3000人程度まで減少すると予想される。近い将来、肝がんは根絶とまではゆかなくともかなり稀ながんになると予想される。

座長：福島富士子 C. 健康づくり

清瀬市お口のパスポート事業 ～科学院歯科衛生士研修会から生まれた成人歯科保健対策～

牟田口郷子

清瀬市健康福祉部健康推進課

【目的】成人歯科健診においては一般に、受診率が低い、効果が確認できないなど問題点があり、当清瀬市(人口7

万3千人、年間出生数約550人)、では未取組であった。しかしながら平成21年度より、予防効果及び波及効果の期待できる集団にターゲットを絞り、継続的に働きかけることにより、市民の歯科口腔に関する健康感を育て、歯科保健向上を図ることを目的とした事業展開を行うこととなった。本報告では乳幼児歯科事業参加の保護者を対象に行った成人歯科保健対策について述べたい。

【方法】平成9年度より、8ヶ月～4歳児を対象に行っていた健康教育、定期健診などの乳幼児歯科事業を「親子歯科事業」とし、保護者を対象に、歯科健康教育、健診、指導を実施した。短時間で効率良く行なうために、初回健診のみ、要治療むし歯の有無、地域歯周疾患指標CPI、口腔評価指数ORI、2回目以降は10秒間で歯肉の状態をチェックするORIのみとし、毎回、口腔ケア指導を行った。健診結果、指導内容を「お口のパスポート」に記録し、かかりつけ歯科医の紹介及び橋渡しをした。なお、本事業は、財源として東京都医療保健政策区市町村包括補助の先駆的事业(3年間、補助率10/10、以降1/2)の採択を受け実施した。

【結果】平成21年度後期～23年度、初回健康教育受講者476名(対象者約1650名)、初回健診受診者422名、うち習った歯磨き法を実行していると答えた者が351名であった。来所者には毎回、口腔衛生指導を行い必要に応じ歯科医院を紹介した。3ヶ月後の健診受診者は339名、うち習った歯磨き方法を配偶者や家族に教えた者が230名であった。3年間実施し「口腔ケアに前向きな人が増えた」「家族そろって参加する人が増えた」など効果を実感している。

【考察】子育て中の保護者は、自身のための歯科健診、受診をしにくい状況にある。また、その世代は働き盛りであり、仕事を優先し受診を後回しにする傾向もある。一方、子どもや家族の健康には関心が高く、継続的に指導、啓発することで、対象者のみならず家族への波及が見られた。成人の口腔の健康を保つには、日常の歯磨きや自己観察、食生活などの「セルフケア」と、歯科医院での定期健診や歯のクリーニング、口腔ケア指導などの「プロフェッショナルケア」の『車の両輪』が不可欠である。この事業では子どもが8ヶ月～4歳までの約3年間に、10数回にわたり継続的に指導を行い、地域歯科医療への橋渡しをすることができる。対象者は子どもの成長に伴い、年間200余名ずつ入れ替わってゆくため、長く続けることで地域歯科保健の向上を図ることができると考える。

【終わりに】この事業は、平成22年度科学院歯科衛生士研修会のグループワークのテーマに取り上げていただき、指導者及び受講者より提案、助言を受け立案した。科学院及び関係者に心より御礼申し上げたい。

熊本県産食材を生かした「バランス弁当」喫食プログラムの評価と地域への波及

久保彰子

熊本県阿蘇地域振興局

【目的】熊本県ではBMI25.0kg/m²以上の肥満者は30歳～50歳代男性の37.3% (H18調査) と他年代に比べ多く課題であった。これまで食生活指針や食事バランスガイド (以下ガイド) を普及してきたが、20歳～50歳代男性でガイドを知る者は11%、その中で参考にする者は31% (H17調査) と、行動変容に至らない状況であった。そこで実際に適切な量とバランスの食事を体験し行動変容へつなぐことを目的に、県産食材を使ったバランス弁当と健康・栄養情報を掲載したメッセージカード提供を組み合わせたモデル事業を実施した。事業の減量効果とその後の展開を報告する。

【方法】本事業は「くまもとの夢4か年戦略」の農林水産業の推進に関する政策方針として県庁健康づくり推進課が実施した。4事業所 (精密機器製造業, 官公庁) で参加職員男女176名を対象に、連続12週間バランス弁当を提供し、週3回以上の喫食を条件とした。献立は1食のエネルギー量を、30歳～50歳代男性の身体活動レベル「低い」場合の推定エネルギー必要量の約3分の1である700kcal前後とし、ガイドの主食2つ、主菜2つ、副菜2つを基本に県産食材を半分以上使用した。参加者には実施前後に身長・体重・腹囲の測定及び食生活に関する質問紙調査を行い、実施前後に身体計測ができた167名を解析対象とし、体重及び1食の適量の理解等に関する変化を検討した。連続変数は対応のあるt検定、カテゴリー変数はカイ2乗検定を行った。

【結果】167名のうち肥満者56名の体重は、78.3kg±2.7kgから77.7kg±2.8kgと有意に減少 (P<0.05)、腹囲は93.6cm±1.7cmから92.1cm±1.9cmと有意に減少した (P<0.01)。ガイドの理解度は、事前43.7%から事後65.9%と有意に増加し (p<0.01)、活用度は25.2%から51.2%と有意に増加した (p<0.01)。事後調査で「1食あたりの適量が分かる」と回答した者は約8割であった。県下普及のため県食育計画に位置づけ施策化した。翌年は4保健所で実施し一部保健所でモデル事業同様、参加者の体重及び腹囲の減少がみられた。また、喫食プログラムの弁当の栄養基準を別の健康づくり応援店事業の基準に適用した。

【考察】本事業で男性肥満者の体重及び腹囲減少の効果が示唆されたのは、ガイドを用いた知識の普及だけでなく実

際の喫食体験により1食の適量が理解された成果と考えられる。また弁当と組み合わせた普及啓発は、健康づくりへの関心が低い若い世代に、日常生活で特別に意識せずに健康づくりを実践する取組として、職域及び地域の食環境整備に活用できることが示唆された。また県産品利活用としての実施は、農業振興と健康施策の連携促進が期待される。

青少年の喫煙、睡眠障害と精神的健康度：2004年度、全国規模調査の断面調査結果

谷畑健生¹⁾, 尾崎米厚²⁾, 神田秀幸³⁾, 大井田隆⁴⁾, 箕輪眞澄⁵⁾, 和田清⁶⁾, 鈴木健二⁷⁾, 林謙治⁵⁾国立保健医療科学院疫学部¹⁾, 鳥取大学医学部²⁾, 福島県立医科大学³⁾, 日本大学医学部⁴⁾, 元国立保健医療科学院⁵⁾, 国立精神神経センター⁶⁾, 鈴木メンタルクリニック⁷⁾

【Objective】

喫煙によって、日本の青少年はどのような睡眠障害、精神的健康問題を生じているかを明らかにする。これらを明らかにすることは、日本の青少年の防煙活動を進めるとともに、彼らの不安や鬱状態など精神的健康問題を改めて見直す研究である。

【Design】

日本の中高生の喫煙行動などを調査した。2004年に自記式、匿名の質問票を無差別に選んだ中学校・高等学校の対象校へ送った。調査参加者は103,650人であった。

【Main outcome measure】

(1) ライフスタイル：喫煙、飲酒行動、(2) 睡眠状況、(3) 精神的健康度、(4) 年齢と学年を観測した。

【Results】

約十万人を対象として、64.8%の回収率を得た。そのうち、男子12.9%、女子7.4%が喫煙していた。睡眠については、入眠時間、入眠、睡眠の維持、朝早くに目が覚める、という項目に問題があることがわかった。精神的健康度を測定するGHQ-12 (4点以上が精神的健康問題を抱えている) を用いて測定すると、男子47.5%、女子64.1%に精神的健康問題を抱えていることがわかった。また、睡眠は精神的健康度に関係していた。

【Conclusion】

われわれは青少年の喫煙行動が精神的健康問題と睡眠障害に関係することを明らかにした。青少年の喫煙をやめさせることが青少年の抱える精神的健康問題を改善すると考える。